

Практическое
занятие №3.
Внелёгочный
туберкулёз.

Туберкулез любых органов, кроме органов дыхания, называют **внелегочным туберкулезом**.

- Внелегочный туберкулез составляет 5 - 10 % среди всех форм туберкулеза, то есть занимает довольно скромное место в общей заболеваемости туберкулезом.

- Но внелегочный туберкулез труден в диагностике и часто выявляется в запущенном состоянии, что приводит к тяжелым последствиям, необходимости длительного лечения, к инвалидизации пациента.

- Возможно также сочетание у одного пациента туберкулеза органов дыхания с внелегочными локализациями.

Механизм развития внелегочного

туберкулеза заключается в том, что из очагов первичного туберкулеза, особенно из пораженных лимфатических узлов, возможно рассеивание (распространение) лимфогематогенным путем, возбудителя инфекции. В результате формируются очаги-отсевы, которые обычно локализуются в легких или других органах. При снижении иммунитета эти очаги могут активизироваться и прогрессировать с развитием вторичного туберкулеза внелегочной локализации. Это наиболее частый путь развития внелегочного туберкулеза.

При алиментарном заражении микобактериями

Основные клинические проявления различных форм внелёгочного туберкулёза.

В развитии туберкулёзного процесса при локализации в любых органах патогенетически можно выделить три этапа:

- 1) Появление туберкулёзного очага в органе,
- 2) Распространение контактным путём в органе и вовлечение окружающих тканей,
- 3) Тотальное или субтотальное поражение органа, окружающих тканей и возникновение осложнений.

Клинические проявления типичны для туберкулёза и отличаются только функциональными нарушениями, присущими поражённому органу. Первый этап заболевания, когда процесс не вышел за пределы поражённого органа, проявляется синдромом интоксикации, второй - синдромом функциональных расстройств, а в третьем превалирует синдром осложнений.

Туберкулёз мозговых оболочек и ЦНС.

Туберкулёз мозговых оболочек, или туберкулёзный менингит-преимущественно вторичное туберкулёзное поражение оболочек (мягкой, паутинной и меньше –твёрдой), возникающее у больных с различными, чаще активными и распространёнными, формами туберкулёза.

Туберкулёзное воспаление мозговых оболочек возникает при непосредственном проникновении микобактерий в нервную систему вследствие нарушения сосудистого барьера. Это происходит при гиперергическом состоянии сосудов мозга, оболочек, сосудистых сплетений, вызванном неспецифической и специфической (микобактерии) сенсibilизацией.

Туберкулёзный менингит возникает при наличии следующих факторов:

- общая сенсibilизация организма неспецифического характера,
- местная сенсibilизация,
- туберкулёзная бактериемия, которая вызывает образование клинической картины воспаления мозговых оболочек.

Факторы риска:

- возраст(снижается реактивность и иммунная защита организма),
- сезонность(весной и осенью возникает смена фаз реактивности организма),
- интеркуррентные и ранее перенесённые инфекции,
- интоксикация,
- ЧМТ.

Клиническая картина. В течении туберкулёзного менингита выделяют три периода: 1) продромальный, 2) период раздражения, 3) период параличей и парезов. Заболевание начинается с продромального периода (1-3 недели): недомогание, головная боль, периодически повышение температуры до субфебрильных цифр, ухудшение настроения у детей, уменьшение интереса к окружающему, аппетит снижен. С 10-го по 15-й день болезни головная боль становится интенсивной, появляется рвота, усиливается вялость, отмечается повышенная возбудимость, беспокойство, анорексия, задержка стула, температура тела повышается до 38-39, появляются менингеальные симптомы, сухожильные рефлексы повышены, обнаруживаются патологические рефлексы и расстройства черепно-мозговой иннервации, парезы лицевого, глазодвигательного и отводящего нервов и вегетативно-сосудистые расстройства.

На 15-21 день(если лечение не начато)- температура тела 39-40,головная боль и менингеальные симптомы резко выражены., вынужденная поза,затемнение сознания. Появляются очаговые симптомы-парезы, параличи конечностей,гиперкинезы,судороги, усиливаются трофические и вегетативные расстройства,резкая потливость,сухость кожи, тахикардия,кахекия.

Перед смертью(через 3-5 недель)температура тела 40-41 или снижается до 35,пульс 160-200/мин,дыхание по типу Чейна-Стокса. Больные умирают в результате паралича дыхательного и сосудодвигательного центров.

По существующей классификации различают три основные формы туберкулёза мозговых оболочек:

1) базиллярный менингит (60%) - воспалительный процесс локализуется на оболочках основания мозга, клинически: выраженные мозговые менингеальные симптомы, нарушения черепно-мозговой иннервации и сухожильных рефлексов, умеренно выраженные явления гидроцефалии. Течение болезни(при лечении) преимущественно лёгкое, исход-благоприятный-полное выздоровление, без осложнений.

2) Менингоэнцефалит - наиболее тяжёлая форма туберкулёзного менингита. Специфическое воспаление локализуется на оболочках основания мозга, а также распространяется на его вещество и сосуды. Течение болезни более тяжёлое, иногда с обострениями и затяжное, несмотря на полноценное лечение. После выздоровления наблюдаются остаточные явления, иногда выражены парезы черепных нервов, парезы или параличи конечностей, изменения психики в виде повышенной возбудимости, снижения памяти, а иногда и интеллекта. Летальность достигает 30% и более.

3) лептопахименингит (5-10%). Воспалительный процесс преимущественно продуктивного характера, локализуется на оболочках основания мозга, а также распространяется на оболочки продолговатого и спинного мозга. Чаще наблюдается у детей старшего возраста и взрослых. Характерно постепенное малосимптомное начало, что нередко обуславливает позднюю диагностику. В большинстве случаев при лечении наступает выздоровление без осложнений.

Абдоминальный туберкулёз

Это специфическое поражение органов пищеварения, брюшины, лимфатических узлов брыжейки тонкой кишки и забрюшинного пространства.

Абдоминальный туберкулёз в 70% случаев развивается вторично в результате лимфогематогенного заноса микобактерий из других органов, чаще из лёгких. Как первичное поражение он возникает при алиментарном пути распространения инфекции.

Клиническая картина

При туберкулёзе любой локализации клиническая картина складывается из общих симптомов, обусловленных специфической интоксикацией, и местных.

Туберкулёзный мезаденит. Течение может быть острое и хроническое. При остром течении - боли в животе различной локализации, но чаще в области пупка и правой подвздошной области, боли интенсивные, напоминают картину острого живота. Хронический - протекает волнообразно (периоды обострений сменяются ремиссиями), частый симптом тупые, ноющие боли в животе до приступообразных типа колик. Характерны симптомы Мак-Фендена (болезненность в области пупка) и Клинна (смещение болей в животе при перемещении больного на левый бок).

Туберкулёз кишечника. Считается тяжёлым осложнением туберкулёза лёгких. Боли локализуются в правой подвздошной области и характеризуются постоянством. Различны по интенсивности и длительности, могут появляться самостоятельно или в связи с приёмом пищи и дефекацией. Неустойчивый стул и вздутие живота-характерные симптомы туберкулёза кишечника.

Туберкулёзный перитонит. По своему течению это хроническое заболевание, но оно может быть и острым. Острое течение характерно для бугоркового туберкулёзного перитонита. Заболевание начинается со значительного повышения температуры, озноба и болей в животе, напоминая острое инфекционное заболевание-брюшной тиф или паратиф, либо его принимают за острый живот.

Казеозно-язвенная форма туберкулёзного перитонита, чаще наблюдается у детей, резко выражены симптомы интоксикации, состояние крайне тяжёлое, температура 39 гр.С., профузные поты. При кишечной непроходимости появляются приступообразные боли, вздутие живота, больные истощены.

Осложнения:кровоотечение, образование наружных и внутренних свищей, перфорация кишечника, каловый перитонит, кишечная непроходимость, амилоидоз внутренних органов.

Туберкулёз кожи и подкожной жировой клетчатки.

Возникает вследствие лимфогематогенного распространения туберкулёзной инфекции. Заболевание вызывается микобактериями туберкулёза как человеческого, так и бычьего. Инфицирование происходит чаще в детском возрасте эндогенным или экзогенным путём. Экзогенное заражение возможно только при массивном инфицировании через повреждённую кожу. В таких случаях на месте проникновения МБТ возникает первичный аффект.

Клиническая картина.

1. Первичный туберкулёзный аффект (туберкулёзный шанкр) - единичные узелки, пустулы, эрозии или язвы с уплотнённым основанием и воспалительной реакцией окружающих тканей, сопровождающиеся регионарным лимфангитом и лимфаденитом.

2. Острый милиарный туберкулёз - кожное проявление тяжело протекающего туберкулёза, часто с летальным исходом. Высыпание на коже туловища и конечностей в виде розоватых папул с цианотичным оттенком, в центре которых иногда появляются поверхностные язвочки, покрытые кровянистой корочкой.

3.Скрофулодерма первичная.В глубоких слоях дермы появляется один или несколько плотноватых, безболезненных узлов диаметров 1-3 см без признаков воспаления окружающих тканей. В дальнейшем узел увеличивается в диаметре, кожа над ним приобретает розовато-синюшную окраску, спаивается , в ряде случаев наступает расплавление узла по типу холодного абсцесса, он вскрывается с образованием свищей.

4.Скрофулодерма вторичная.Отличается от первичной локализацией ,связью с поражёнными лимфатическими узлами, а также более глубокими язвами и более грубыми рубцами.

5.Фунгозный туберкулёз. Возникает в области свищей и язв у больных костным туберкулёзом. Проявляется образованием розовато-синюшных, плотных малобезболезненных инфильтратов , которые вследствие присоединения вторичной инфекции и периферического роста приобретают грибовидную форму.

6. Уплотнённая эритема. Располагается на сгибательных поверхностях голеней, часто симметрично, в виде малоблезненных узлов диаметром 1-5 см, правильной полушаровидной формы, плотноэластической консистенции. По мере увеличения узлов кожа над ними приобретает розовато-синюшный оттенок. В дальнейшем в ряде случаев узлы размягчаются в центре, в результате чего образуются поверхностные вялотекущие болезненные язвы с инфильтрированными плотными краями и дном, покрытым вялыми грануляциями.

7. Папулонекротический туберкулёз. Симметрично расположенные на коже лица, ушных раковин, грудной клетки, живота, разгибательных поверхностей конечностей, ягодиц полушаровидных, плотных, рассеянных розовато-синюшных папул диаметром 2-3 см.

8.Золотушный лишай. Симметричные, преимущественно перифоликулярно расположенные на коже боковых поверхностей груди и живота, верхних и нижних конечностей мелких безболезненных узелки эластической консистенции округлой, овальной или полигональной формы с чешуйками на поверхности.

9.Туберкулёзная волчанка. Локализуется на коже лица в виде бугорка(люпомы) полушаровидной формы, буровато-розового цвета, мягкой консистенции, безболезненный при пальпации.

10.Бородавчатый туберкулёз кожи. Возникает при постоянном контакте кожи с инфицированной мокротой у бактериовыделителей, у хирургов, прозекторов, ветеринарных врачей при повреждении кожи во время работы с заразным материалом.

11.Милиарно-язвенный туберкулёз. Возникает на слизистых оболочках или местах перехода кожи в слизистую оболочку, вокруг естественных отверстий. Начинается с появления плотного узелка розового цвета быстро увеличивающегося по периферии, нагнаивающегося, изъязвляющегося. Резко болезненная язва увеличивается в глубину и по периферии до 1-1,5 см. На дне язвы иногда определяются мельчайшие абсцессы.

Туберкулёз костей и суставов.

Туберкулез костей и суставов - хроническое заболевание опорно-двигательного аппарата, характеризующееся образованием специфической гранулемы и прогрессирующим разрушением кости, приводящим к выраженным анатомическим и функциональным нарушениям пораженного отдела скелета.

Поражаются чаще позвоночник, тазобедренный и коленный суставы. Развитию заболевания способствуют травмы, перегрузки опорно-двигательного аппарата, переохлаждение, а также неблагоприятные условия труда и быта.

Выделяют следующие клинические формы туберкулеза костей и суставов.

-Туберкулезный остит (остеомиелит).

-Туберкулезный артрит:

-остеоартрит;

-синовит.

-Туберкулезный спондилит.

-Туберкулезный тендовагинит.

-Туберкулезно-аллергический синовит.

Возникновение специфического поражения в костях связано с гематогенным и лимфогенным заносом в них МВТ.

Клинические симптомы туберкулеза костей и суставов характеризуются рядом общих функциональных расстройств организма, свойственных туберкулезной интоксикации, и локальной симптоматикой, обусловленной поражением опорно-двигательного аппарата. Если начальный очаг расположен в глубине трубчатой кости в центре эпифиза или метафиза, вдали от кортикального слоя кости, он длительное время может не давать никаких местных клинических симптомов.

Когда же туберкулезный очаг приближается к кортикальному слою кости или к сумке сустава, развивается неспецифическое перифокальное воспаление. Происходит образование воспалительного выпота в сумке сустава, что приводит к ограничению подвижности сустава. При поражении тазобедренного сустава боль может ощущаться и в коленном суставе; при поражении плечевого сустава боль иррадирует по всей руке, отдает в пальцы, больной старается щадить конечность.

При заболевании позвоночника ощущается усталость спины, а при движении - некоторая скованность. При поражении:

- шейного отдела позвоночника - больной жалуется на боли в затылке, руках, пальцах;
- верхнегрудного отдела позвоночника - появляются кряхтящее дыхание, коклюшеподобный кашель;
- средне-нижнего грудного отдела позвоночника - отмечаются боли в желудке, животе, пояснице;
- поясничного и крестцового отделов позвоночника – отмечаются крестцово-подвздошные радикулиты, боли по ходу седалищного нерва.

В дальнейшем подвижность в суставе или позвоночнике ограничивается, появляется порочное его положение - контрактура и признаки анатомических разрушений, смещение, укорочение конечности, деформации. Для прогрессирования заболевания характерны наличие казеозного некроза в очаге поражения и туберкулезный абсцесс. При этом ухудшается общее состояние, может наблюдаться повышенная температура тела до 38,0—38,5 °С вследствие всасывания продуктов распада из замкнутой полости сумки сустава.

С переходом процесса на окружающие мягкие ткани и некрозом сумки сустава напряжение в ней прекращается, боли исчезают, контрактура ослабевает или полностью распрямляется. Однако образование свища и вторичное его инфицирование обостряет и ухудшает течение процесса.

В стадии потери активности прежде всего исчезают клинические симптомы; длительность течения репаративных процессов может составлять до нескольких лет.

ТУБЕРКУЛЕЗ МОЧЕВЫХ И ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Туберкулез мочеполовых органов диагностируется не в полном объеме, поскольку на ранних этапах он протекает малосимптомно или под маской неспецифических заболеваний - пиелонефрита, простатита, эпидидимита. Туберкулез мочеполовой сферы возникает в результате первичной или вторичной гематогенной диссеминации микобактерий. Обычно он развивается через 5—15 лет после первых клинических проявлений туберкулеза в других органах. Наиболее распространенная форма туберкулеза мочевых органов - туберкулез почек.

Клиническая картина.

Отсутствие патогномоничных симптомов туберкулёза мочевых органов и сходство его со многими урологическими заболеваниями – характерная особенность данной патологии. При субклинических формах отмечаются явления интоксикации, умеренные боли в поясничной области, отсутствие изменений в моче и отклонений на урограмме. Начальная минимальная деструкция клинически проявляется гематурией. Лейкоцитурия может быть ранним и поздним проявлением заболевания. О вовлечении в процесс мочевых путей свидетельствуют приступы почечной колики и дизурия.

Туберкулёз половых органов у мужчин.

Пути проникновения микобактерий половую систему различны, но основным является гематогенный. Особое значение придают уриногенному пути проникновения туберкулёзной инфекции из мочевой системы в половую.

Клиническая картина.

Боли, изменения наружных половых органов(припухлость, покраснение кожи, наличие свища мошонки или промежности, появление язвы на головке полового члена), дизурию, нарушение половой функции.

При туберкулёзе наружных половых органов выделяют две основные клинические формы:

1) Острая форма. Характеризуется сильными болями, внезапно появляющейся выраженной припухлостью придатка яичка, покраснением кожи мошонки на фоне высокой температуры тела, озноба, плохого общего самочувствия и напоминает неспецифический эпидидимит, но после исчезновения острых явлений (через 5-7 дней) пальпируется очень плотный придаток, что не соответствует динамике течения неспецифического эпидидимита.

2) Хроническая форма. Медленное, вялое начало и течение заболевания с нормальной или субфебрильной температурой тела, незначительные тянущие боли, умеренное покраснение кожи мошонки. Придатки яичек плотные, бугристые, неравномерной консистенции, нередко спаяны с кожей мошонки или осложнены свищом, исходящим из придатка.

Туберкулёз половых органов у ЖЕНЩИН.

В результате гематогенного и, реже, лимфогенного распространения туберкулёзного процесса на внутренние половые органы, в первую очередь, и наиболее часто поражаются маточные трубы. Сравнительно быстро наступающая окклюзия яйцеводов приводит к утрате их основных функций и бесплодию. Затем в воспаление вовлекается яичник. В дальнейшем процесс развивается в нисходящем направлении, распространяясь на тело матки. Поражение шейки, влагалища и вульвы наблюдается редко, только при запущенности заболевания.

Клиническая картина

- Симптомы интоксикации.
- Жалобы на боли в нижних отделах живота, постоянного характера.
- Нарушение детородной функции.
- Нарушение менструальной функции.
- При влагалищном осмотре увеличенные и болезненные придатки, при прогрессировании процесса определяются воспалительные конгломераты придатков и тела матки, спаянных с окружающими тканями и органами.

ТУБЕРКУЛЕЗ ГЛАЗ

Различают четыре клинические формы туберкулеза глаз:

- гематогенные поражения оболочек глазного яблока;
- туберкулез вспомогательных органов глаз;
- туберкулезно-аллергические заболевания;
- поражение органа зрения при туберкулезе ЦНС.

Первые две из них являются собственно формами туберкулеза органа зрения, остальные две представляют собой офтальмологические

проявления других, внеглазных локализаций туберкулеза.

Начало и течение истинного туберкулезного процесса в органе зрения, как правило, малозаметно, нередко бессимптомно, клинической картине свойственен большой полиморфизм. Строго патогномоничных клинических признаков гематогенных туберкулезных заболеваний глаз нет.

Туберкулезно-аллергические (фликтенулезные) кератит и конъюнктивит характеризуются светобоязнью, слезотечением, блефароспазмом, высыпанием фликтен - мелких серо-желтых полупрозрачных узелков (реже - единичных крупных, так называемых солитарных фликтен). Течение заболевания упорное, имеет склонность к рецидивированию. При множественных фликтенах нарушается метаболизм роговицы, она тускнеет, снижается острота зрения.

Туберкулез вспомогательных органов глаз.

В настоящее время встречается редко. Процесс может протекать в следующих формах:

- туберкулезная волчанка;
- туберкулезная язва кожи века;
- скрофулодерма век;
- милиарный туберкулез кожи лица.

При этих формах туберкулезные гранулемы развиваются в коже века, и их эволюция определяет клиническую картину заболевания.

В зависимости от клинической картины и течения заболевания выделяют:

- Метастатический(гематогенно-диссеминированный) туберкулёз глаз.
- Туберкулёзно-аллергический туберкулёз глаз.

В первом случае в сосудистом тракте глаза образуется туберкулёзная гранулёма. Во втором-туберкулёзная инфекция приводит к резкому повышению специфической чувствительности тканей глаза и развитию в них неспецифического аллергического воспалительного процесса.

ТУБЕРКУЛЕЗ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ

Чаще поражаются подчелюстные, шейные, подбородочные, реже -подмышечные и другие узлы. Поражение может быть изолированным или сочетаться с туберкулезом других органов. В большинстве случаев относится к первичному периоду туберкулёза ,т.е. является самостоятельным заболеванием. Могут встречаться и вторичные туберкулёзные лимфадениты при обострении процесса в других органах.

Клиническая картина.

Чаще протекает хронически и начинается с увеличения лимфоузлов какой-либо одной или смежных группах. Выражены явления специфической интоксикации. Иногда при казеозном перерождении и гнойном расплавлении формируется единый конгломерат, спаянный с кожей и окружающими тканями. Кожа над конгломератом гиперемизируется и вскрывается, в результате чего формируется свищ. Для детей, беременных женщин и стариков характерно острое начало заболевания с ярко выраженными симптомами интоксикации.