

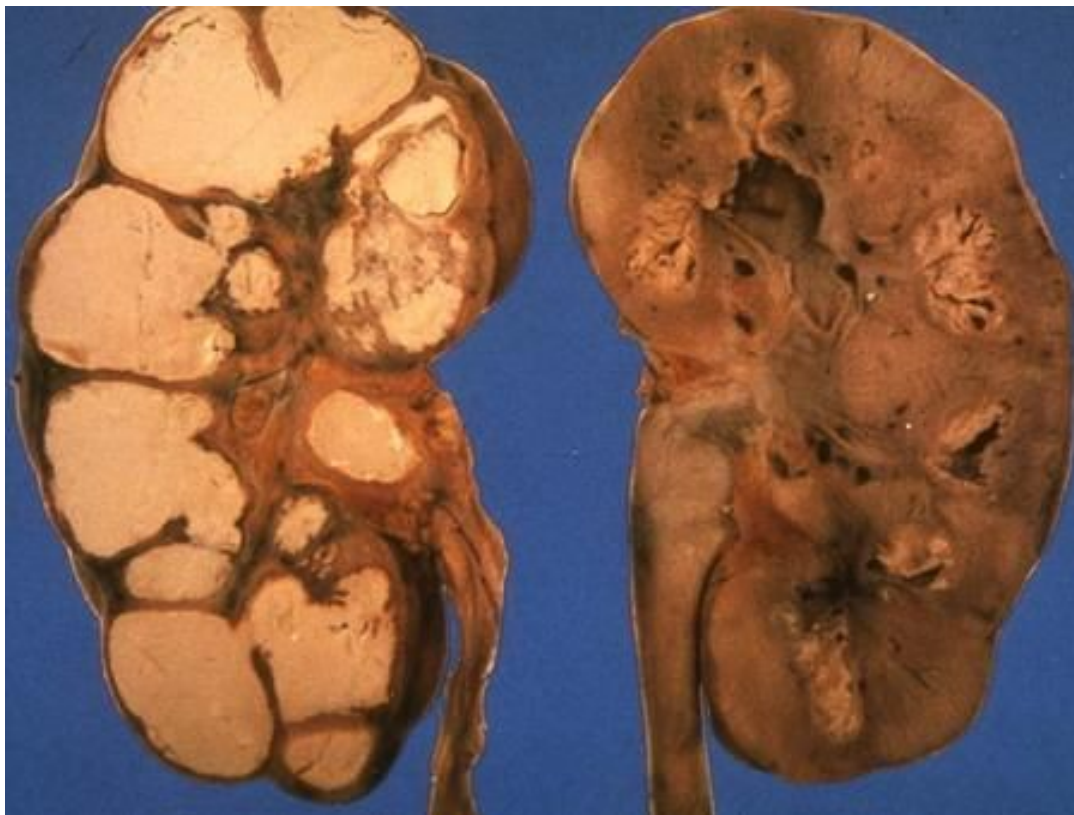
«Медицинский Университет Астана»
Кафедра фтизиатрии

Туберкулез мочеполовой системы. Туберкулез костей и суставов.

Выполнил: Исканов А.А. 629 ВБ
Проверил: Потапчук М.Г.

Астана 2018г

- Туберкулез органов мочевой системы — одно из наиболее распространенных урологических заболеваний, уступающее по частоте лишь неспецифическим воспалительным процессам, мочекаменной болезни и новообразованиям. В структуре заболеваемости и болезненности данная патология в сочетании с туберкулезом половых органов (урогенитальный туберкулез) занимает первое место среди локализаций внелегочного туберкулеза, составляя 30—43%



- Казеозный некроз почек

- Развитие специфического процесса проходит все этапы морфологической эволюции — от гематогенных очагов, окруженных элементами туберкулезной гранулемы с казеозным некрозом в центре, сливающихся в ограниченные инфильтраты (**казеомы**), локализующиеся главным образом в корковом веществе, до полного разрушения почки и мочевых путей. Возможны различные сочетания экссудативных, альтернативных и продуктивных изменений в тканях этих органов. Важным этапом в развитии специфического поражения почки, во многом определяющим его прогноз, является переход туберкулезного процесса на мочевые пути. Первоначально возникает инфильтрация в подслизистом слое лоханки и мочеточника, затем на слизистой оболочке туберкулезные бугорки изъязвляются и рубцуются. Туберкулез мочевого пузыря всегда является вторичным по отношению к поражению почки и мочеточника; изменения слизистой оболочки мочевого пузыря аналогичны описанным выше.

Диагностика

- При диагностике туберкулеза мочевой системы учитывают данные анамнеза (туберкулезного, урологического, соматического) и особенности клинического течения в сопоставлении с результатами комплексного обследования. В диагностике туберкулеза мочевой системы применяют различные методы исследования. Лабораторные методы.
- Исследование мочи: общий анализ (протеинурия, лейкоцитурия, эритроцитурия и т. п.); трехстаканная проба, которую проводят с целью выявления источника лейкоцитурии (мочевые, половые органы); при нормальном общем анализе мочи — проба Нечипоренко (на скрытую лейкоцитурию); посев мочи на вторичную флору с определением чувствительности к антибиотикам; бактериоскопическое и бактериологическое исследования мочи.

Инструментальные методы исследования

- цистоскопия, хромоцистоскопия, катетеризация мочеточников, эндовезикальная биопсия позволяют выявить уменьшение емкости мочевого пузыря, специфические изменения слизистой оболочки — туберкулезные бугорки, язвы, гиперпластические разрастания, буллезный отек, деформацию и зияние устьев мочеточников, проходимость мочеточников и осуществить забор мочи для исследований и определения отдельной функции почек. Бактериологическое исследование гнойного отделяемого, послеоперационного, резекционного, биопсийного материала с одновременным проведением патоморфологических исследований имеют большое значение в диагностике туберкулеза мочевой системы.

Лечение

- Больным проводят комплексную патогенетически обусловленную адекватную терапию с применением препаратов специфического, неспецифического, рассасывающего, стимулирующего и общеукрепляющего действия. Консервативную терапию как самостоятельный метод используют в ранних стадиях нефротуберкулеза. При кавернозных формах, особенно осложненных поражением мочевых путей, основным методом является хирургический; специфическую химиотерапию проводят в до- и послеоперационном периодах (с учетом функциональной способности почек или почки).

- Санаторно-курортное лечение проводят в специализированных санаториях с целью продолжения основного курса и проведения терапии, закрепляющей результаты консервативного и хирургического лечения.

Туберкулез костей и суставов

- Туберкулез костей и суставов — хроническое заболевание опорно-двигательного аппарата, характеризующееся образованием специфической гранулемы и прогрессирующим разрушением кости, приводящее к выраженным анатомическим и функциональным нарушениям пораженного отдела скелета. В структуре внелегочного туберкулеза эта локализация занимает ведущее место и составляет в последние годы около 40%. Наиболее часто встречается туберкулез позвоночника. Он составляет 40% всех туберкулезных поражений костей и суставов. Туберкулез тазобедренного и коленного суставов дает около 20% в каждой из этих локализаций. Остальные 20% приходятся на прочие локализации: голеностопный сустав и кости стопы, верхние конечности. Чаще поражается локтевой, затем плечевой и более редко — лучезапястный суставы.

- Выделяют следующие клинические формы туберкулеза костей и суставов:
 1. туберкулезный остит (остеомиелит),
 2. туберкулезный артрит: а) остеоартрит, б)
 3. синовит туберкулезный спондилит
 4. туберкулезный тендовагинит
 5. туберкулезно-аллергический синовит

- Заражение туберкулезом костей и суставов происходит в результате проникновения микобактерий туберкулеза по кровеносным сосудам и лимфатическим путям в костную ткань из пораженного специфическим процессом мягкотканного органа, чаще всего из легких. Это наблюдается в период первичной или реже вторичной генерализации туберкулезной инфекции

- Специфический прогресс развивается в костях, имеющих хорошее кровоснабжение и богатых губчатым веществом, содержащим миелоидную ткань. Такими отделами скелета являются преимущественно тела позвонков, а также метафизы и эпифизы длинных трубчатых костей.



Осложнения туберкулеза суставов — деформации, натечные абсцессы, свищи, амилоидоз внутренних органов — возникают в разные периоды развития болезни, но чаще всего — в артритической фазе.





**Туберкулезный
пандактилит**

**Туберкулезное
поражение ребер**

Лечение

- В комплексном лечении костно-суставного туберкулеза основным методом является хирургический в сочетании со специфической антибактериальной терапией, которую проводят до и после операции. Широко используют также ортопедические, функциональные, физические и другие методы лечения. Их применяют в период пребывания больных не только в хирургическом стационаре, но и в специализированных костнотуберкулезных санаториях, куда их направляют для проведения общеукрепляющего и восстановительного лечения, а в случае необходимости и для продолжения антибактериальной терапии. Объем оперативных вмешательств зависит от степени деструкции пораженного отдела скелета. В ранний период болезни производят радикальное удаление первичных туберкулезных оститов, что позволяет добиться излечения. В более поздних фазах костно-суставного туберкулеза выполняют более сложные операции. Это связано с необходимостью ликвидировать обширные дефекты в суставных концах костей и телах позвонков, произвести удлинение конечности, осуществить декомпрессию спинного мозга и т. п.