



АО «Медицинский университет Астана»  
Кафедра фтизиатрии

*СРС на тему:*

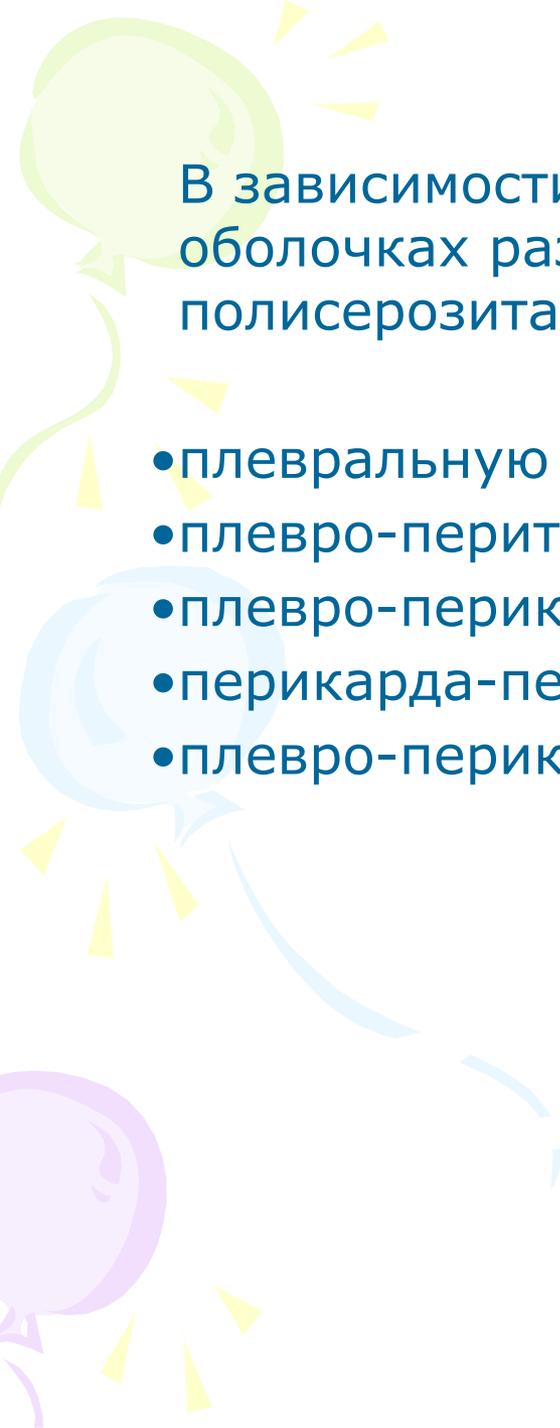
# ***Туберкулезные полисерозиты***

Выполнила : Усупова А.  
688 ВБ  
Проверил: Потапчук М.Г.

Астана – 2017 г.



**Полисерозит** — заболевание с множественным поражением серозных оболочек: плевры, перикарда, брюшины, синовиальных оболочек суставов. Серозиты обычно развиваются в результате осложненного течения первичного туберкулезного комплекса, туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов и других форм первичного туберкулеза. При таких полисерозитах в серозных оболочках развиваются специфические изменения. Туберкулезная инфекция распространяется на серозные оболочки лимфогенным, гематогенным и контактным путем из пораженных туберкулезом органов



В зависимости от локализации поражения в серозных оболочках различают несколько форм туберкулезного полисерозита:

- плевральную (двусторонний плеврит);
- плевро-перитонеальную;
- плевро-перикарда-перитонеальную;
- перикарда-перитонеальную;
- плевро-перикардальную.

## **Туберкулезный перитонит** бывает:

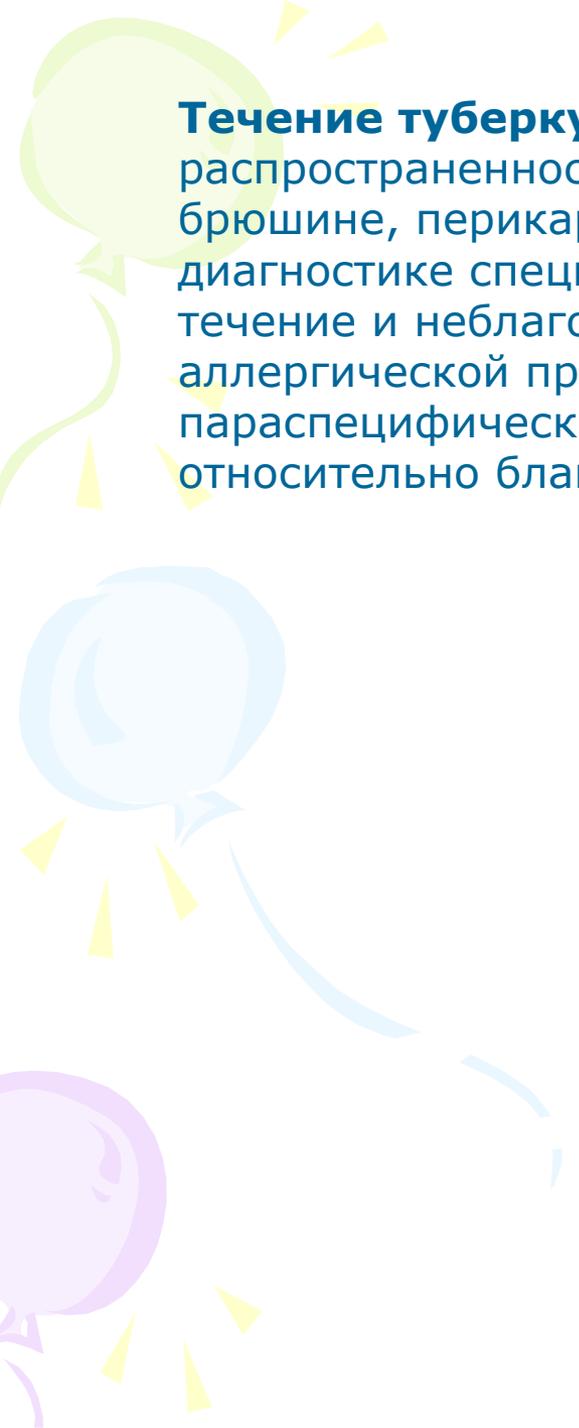
- экссудативным;
- слипчивым;
- казеозно-язвенным.

**Экссудативный перитонит** клинически характеризуется острыми разлитыми болями, увеличением размеров живота. При физикальном обследовании — признаки асцита.

**При слипчивом перитоните** отмечаются постоянные, периодически усиливающиеся боли в животе, диспепсические явления. Отмечается втянутость живота, напряжение его мышц, при метеоризме — вздутие. При перкуссии отмечается чередование участков притупления и тимпанита — симптом «шахматной доски». В брюшной полости прощупываются конгломераты спаянных между собой лимфатических узлов, брюшины, петель кишечника.

**Казеозно-язвенная форма** протекает наиболее тяжело — по типу экссудативного или слипчивого перитонита, но сопровождается образованием свищей.

**Туберкулезно-аллергический синовит (псевдоревматизм Понсе)** характеризуется отсутствием типичных клинико-рентгенологических признаков костно-суставного туберкулеза. При гистологическом исследовании обнаруживают параспецифические изменения в синовиальных оболочках. Патогенетической основой болезни Понсе является взаимодействие в синовиальной оболочке антител с антигенами, вырабатываемыми в специфических очагах, находящихся в других органах. Клинически отмечаются болезненность и припухлость коленных, локтевых, голеностопных, лучезапястных, фаланговых суставов, редко — суставов позвоночника на фоне туберкулезной интоксикации и специфических изменений в лимфатических узлах, легких и серозных оболочках других локализаций. У части больных образуются сращения в полости сустава, что ведет к тугоподвижности суставов конечностей, позвоночника, челюстно-лицевых суставов. При туберкулезно-аллергическом синовите основной задачей является обнаружение специфических очагов в легких, лимфатических узлах и других органах, являющихся источниками антигенной стимуляции.



**Течение туберкулезного полисерозита** зависит от характера и распространенности патоморфологических изменений в плевре, брюшине, перикарде и других органах. При несвоевременной диагностике специфический полисерозит имеет очень тяжелое течение и неблагоприятный прогноз. При преимущественно аллергической природе процесса серозное воспаление носит параспецифический характер и заболевание протекает относительно благоприятно.

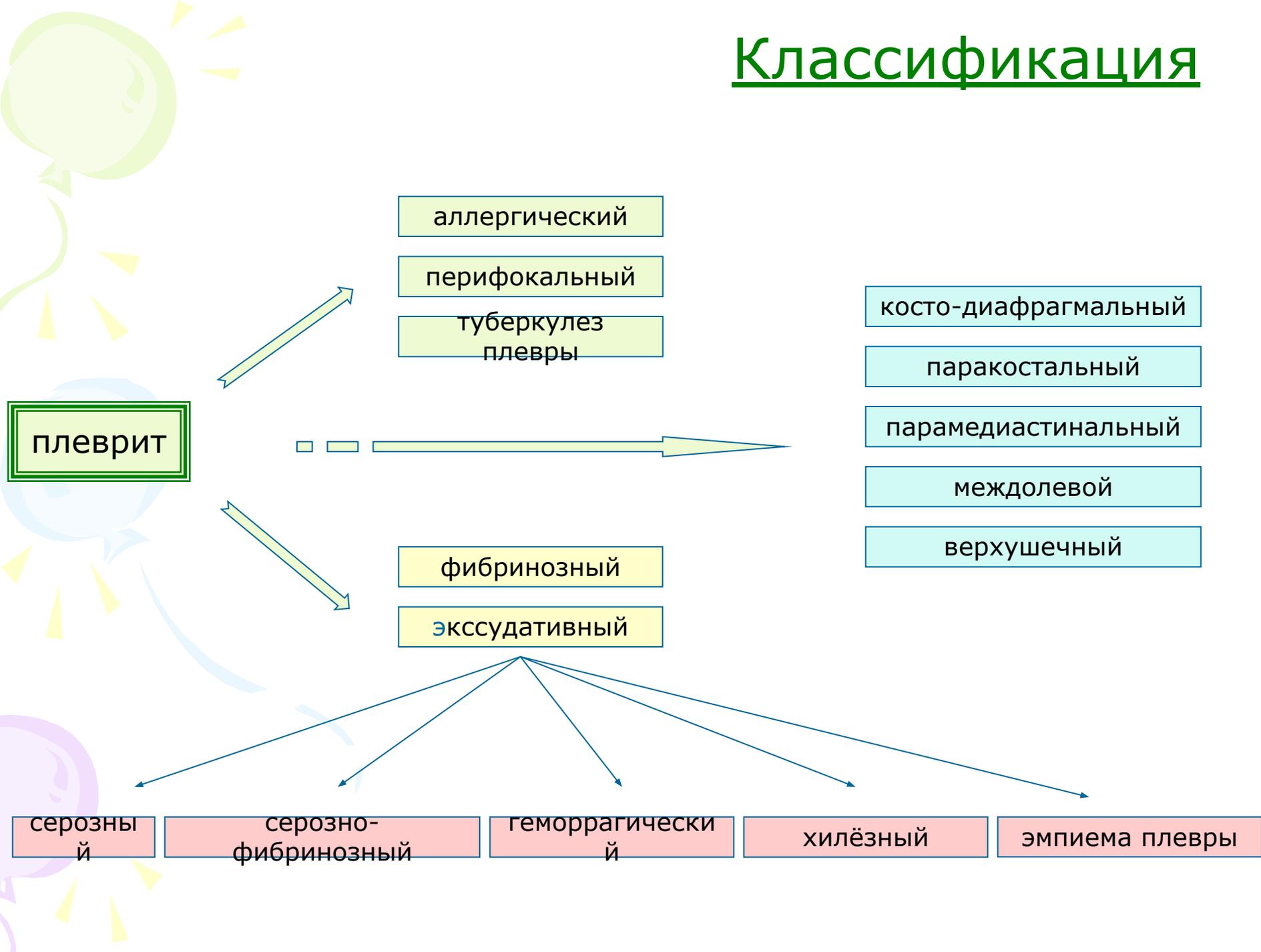
# Туберкулёзный плеврит

Этиология плевритов:

- Туберкулезные
- Парапневмонические
- Параканкрозные
- Реактивные

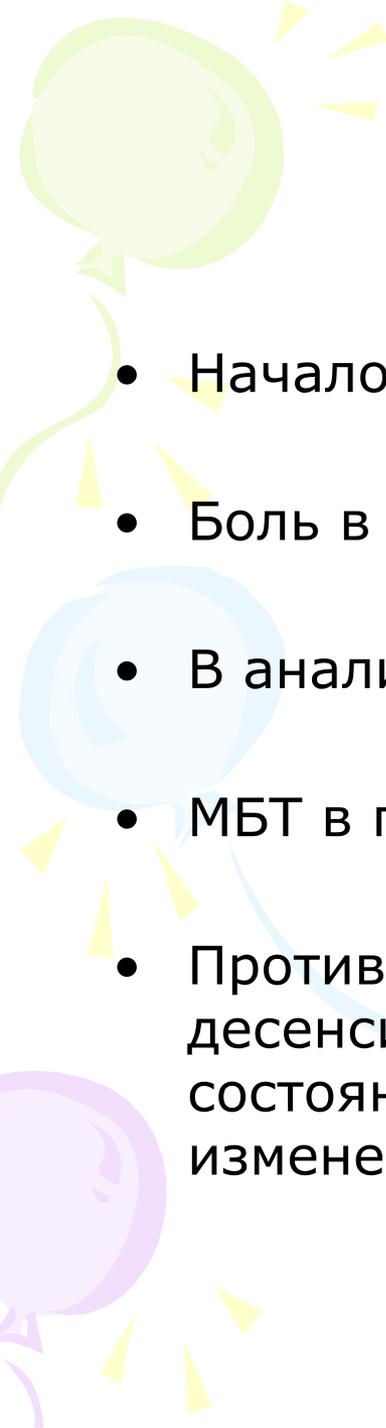
- Туберкулезный плеврит- воспаление плевры, которое может возникнуть как самостоятельно, так и как осложнение любой формы туберкулеза.
- Может протекать остро, подостро, хронически или принимать рецидивирующее течение.
- Чаще возникает у лиц молодого возраста
- Считается, что 50% всех экссудативных плевритов имеет туберкулезную этиологию.

# Классификация



# Аллергический плеврит

- Развивается как гиперергическая экссудативная реакция плевры на туберкулезную инфекцию.
- Чаще развивается как осложнение первичного туберкулеза в результате гиперсенсibilизации организма.
- Экссудат чаще серозный или серозно-фибринозный, могут формироваться плевральные наложения.
- Экссудат лимфоцитарного или эозинофильного характера.
- Специфические изменения на плевре не выявляются

A decorative graphic on the left side of the slide features three balloons in light green, light blue, and light purple, each with yellow triangular rays emanating from it. The balloons are connected by thin, curved lines.

# Аллергический плеврит

## клиника

- Начало острое
- Боль в груди, одышка, повышение температуры тела
- В анализе крови – эозинофилия, увеличение СОЭ
- МБТ в плевральной жидкости не обнаруживаются
- Противотуберкулезные препараты и десенсибилизирующая терапия приводят к улучшению состояния и выздоровлению без грубых остаточных изменений в плевральной полости

# Перифокальный плеврит

- Осложняет легочные формы туберкулеза.
- Возникает в результате контактного проникновения микобактерий из субплевральных участков туберкулезного воспаления:
  - ПТК
  - очаговый
  - инфильтративный
  - диссеминированный
  - кавернозный
- Вначале носит локальный характер (фибринозное воспаление), затем присоединяется экссудативный компонент (серозный или серозно-фибринозный).

# Перифокальный плеврит

## клиника

- Начало постепенное.
- Боль в груди, усиливающаяся при кашле и наклоне в противоположную сторону. Иногда иррадирует в плечо, спину, живот. Сухой кашель, слабость, непостоянный субфебрилитет.
- Обычно имеет место провоцирующий фактор.
- Ограничение экскурсии легкого на пораженной стороне и шум трения плевры, исчезающий через несколько дней.
- Экссудат лимфоцитарного характера.
- На рентгенограммах определяются поражения легких, утолщение и сращение плевральных листков.
- Течение длительное, рецидивирующее.

# Туберкулез плевры

- Может развиваться самостоятельно.
- При лимфо-гематогенном пути проникновения инфекции на плевре образуются множественные бугорковые высыпания, в плевральной полости – серозно-фибринозный, а при изъязвлении бугорков-геморрагический экссудат. В исходе – частичная или полная облитерация полости плевры.
- При контактном пути – либо местная воспалительная реакция с бугорковыми высыпаниями и небольшим выпотом, либо, при прорыве субплевральной каверны, казеозные массы попадают в плевральную полость и формируется эмпиема плевры. Может формироваться бронхоплевральный свищ.  
При излечении – массивные наложения (шварты), облитерация плевральной полости, плевропневмоцирроз.

# Туберкулез плевры

## клиника

- Разная степень тяжести.
- Интоксикационный синдром с фебрильной лихорадкой.
- Нарастает одышка, возникает постоянная давящая боль в боку.
- В ранних стадиях – шум трения плевры, сухие и влажные мелкопузырчатые хрипы
- При накоплении жидкости - отставание при дыхании половины грудной клетки, сглаживаются межреберные промежутки. Тупой легочный перкуторный звук, ослабление голосового дрожания и дыхательных шумов.
- При рассасывании экссудата – вновь появляется шум трения плевры.
- Осложняется прорывом гнойного экссудата в бронх или через межреберный промежуток.

# Рентгенологическая картина

- Типично – интенсивное, однородное затемнение нижних отделов легочного поля с косой верхней границей, идущей сверху снаружи-вниз и внутрь.
- При наличии воздуха в плевральной полости – горизонтальный уровень жидкости.
- Смещение органов средостения в противоположную сторону.
- При рентгеноскопии во время движения больного можно видеть колебания уровня жидкости.
- При латерографии уровень жидкости смещается.
- При плевральных сращениях формируются осумкованные плевриты – форма тени при смене положения тела не меняется.

# Верификация

- Анамнез
- Туберкулинодиагностика, ИФА (титр антител в экссудате)
- Обнаружение МБТ в плевральном выпоте (только 5-15%)
- Признаки туберкулеза легких при рентгенографии после пункции
- Данные КТ
- Серозный характер экссудата с преобладанием лимфоцитов, эозинофилов (до 10%), мезотелия. Низкий уровень глюкозы (менее 3.33 ммоль/л), при эмпиеме – отсутствует.
- Видеоторакоскопическая биопсия плевры (МБТ, туберкулезные гранулемы), открытая биопсия плевры и легкого.
- Определение в экссудате ДНК микобактерий методом ПЦР

# Дифференциальная диагностика

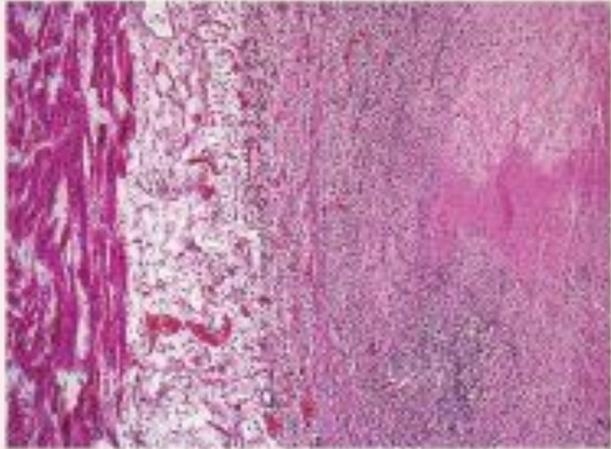
- проводится с плевритами другой этиологии: пневмоническими, опухолевыми ( метастатическими и при мезотелиоме), при микозах, системных заболеваниях соединительной ткани, панкреатите, поддиафрагмальном абсцессе, эхинококкозе.
- с ателектазом, циррозом легкого.
- Важно уметь отличать экссудат от транссудата, т. е. плеврит от невоспалительного гидроторакса при сердечной недостаточности, инфаркте миокарда (синдром Дресслера).

# Туберкулезный перикардит

- Перикардит туберкулезной этиологии возникает у 10% больных с гиперергическим туберкулезным процессом другой локализации или перенесших туберкулез, чаще у мужчин. Нередко заболевание развивается у ВИЧ-инфицированных.
- Перикард инфицируется туберкулезными бактериями гематогенно, лимфогенно или путем непосредственного перехода туберкулезного процесса с пораженных бронхов, легких, плевры, медиастинальных лимфатических узлов. Заболевание может проявляться в трех формах: констриктивный перикардит, выпотной перикардит и выпотно-констриктивный перикардит.

# Констриктивный туберкулезный перикардит

Рис. 1. Констриктивный туберкулезный перикардит (микроспрепарат): поражение висцерального и париетального листков перикарда (правая половина рисунка) с казеозным воспалением и лимфоцитарной инфильтрацией; миокард (левая половина рисунка) не вовлечен в патологический процесс.



Клинические проявления при этой форме весьма разнообразны и варьируют от бессимптомных до выраженных, обусловленных констриктивными изменениями. В большинстве случаев вокруг сердца отмечается фибринозно-казеозное воспаление с поражением висцерального и париетального листков перикарда (рис. 1), при этом сопутствующий туберкулезный процесс в легких находят редко. При физикальном исследовании и ЭхоКГ заболевание может не диагностироваться. Кальцификаты перикарда обнаруживают менее чем в 5% случаев.

## Туберкулезный выпотной перикардит

Рис. 2. Выпотной туберкулезный перикардит (макропрепарат).



Для этой формы туберкулезного перикардита характерен выпот в полости перикарда с тампонадой сердца или без нее. При этом более чем в 95% случаев выпот носит геморрагический характер, иногда даже напоминая кровь (рис. 2). На типичную для перикардита боль пациенты жалуются редко. ЭКГ не показывает каких-либо свойственных перикардиту признаков. При ЭхоКГ выявляются скопление жидкости в полости перикарда (рис. 3) и утолщение висцерального листка перикарда с фибринозным налетом. При рентгенографии грудной клетки определяются расширенное сердце округлой формы и небольшое количество экссудата в плевральной полости с одной или двух сторон (рис. 4). Непосредственно туберкулезный процесс в легких обнаруживают только в 30–35% случаев.



# Диагностика туберкулезной этиологии перикардита

Рис. 4. Рентгенограмма больного с выпотным туберкулезным перикардитом (расширенное сердце округлой формы).



- Окончательный диагноз перикардита туберкулезной этиологии устанавливают при обнаружении микобактерий в перикардиальной жидкости. Экссудат направляют на микроскопическое исследование для определения кислотоустойчивых бактерий и выполнения посева.
- Также верифицировать диагноз помогает гистологическое исследование биоптата. Выполнение гистологического исследования облегчают биопсия перикарда и дренирование его полости.
- Диагноз вероятного туберкулезного перикардита устанавливают при выявлении туберкулеза внесердечной локализации совместно с перикардитом неясного генеза. При пальпации надключичной ямки часто обнаруживаются увеличенные лимфатические узлы, которые обязательно подлежат биопсии.
- В мокроте кислотоустойчивые бактерии обнаруживают только в 10% случаев.

# лечение

- В качестве терапии туберкулезного перикардита назначают стандартную четырехкомпонентную схему антитуберкулезными препаратами в течение 6 мес. Добавление к стандартной схеме лечения глюкокортикоидов положительно влияет на течение заболевания, однако роль этих препаратов в улучшении показателей выживаемости изучена недостаточно.
- Начальная тактика лечения пациентов включает назначение противотуберкулезной терапии. Поскольку патологический процесс при некальцифицированном туберкулезном констриктивном перикардите носит фиброзно-казеозный характер, исчезновение констрикции на фоне лечения отмечается в течение 3–4 мес (15–20% случаев). При отсутствии в течение 6 нед улучшения от проводимой терапии или неэффективности проводимого в течение нескольких месяцев лечения показано выполнение перикардэктомии. При кальцифицирующем перикардите показано раннее выполнение перикардэктомии с назначением противотуберкулезных препаратов.
- Лечение выпотного и выпотно-констриктивного туберкулезного перикардита проводят по стандартным четырехкомпонентным схемам противотуберкулезными препаратами.