

Кафедра пропедевтики внутренних болезней
с курсом фтизиатрии

**Алгоритм выявления больных
внелегочными
формами туберкулеза.**

Туберкулез ЦНС.

доц., к.м.н. Дьяченко О.А.

ДВГМУ



ТУБЕРКУЛЕЗ - системная гранулематозная болезнь

- глаза

- центральная нервная система

- периферические
лимфатические
узлы

- органы дыхания

- сердце

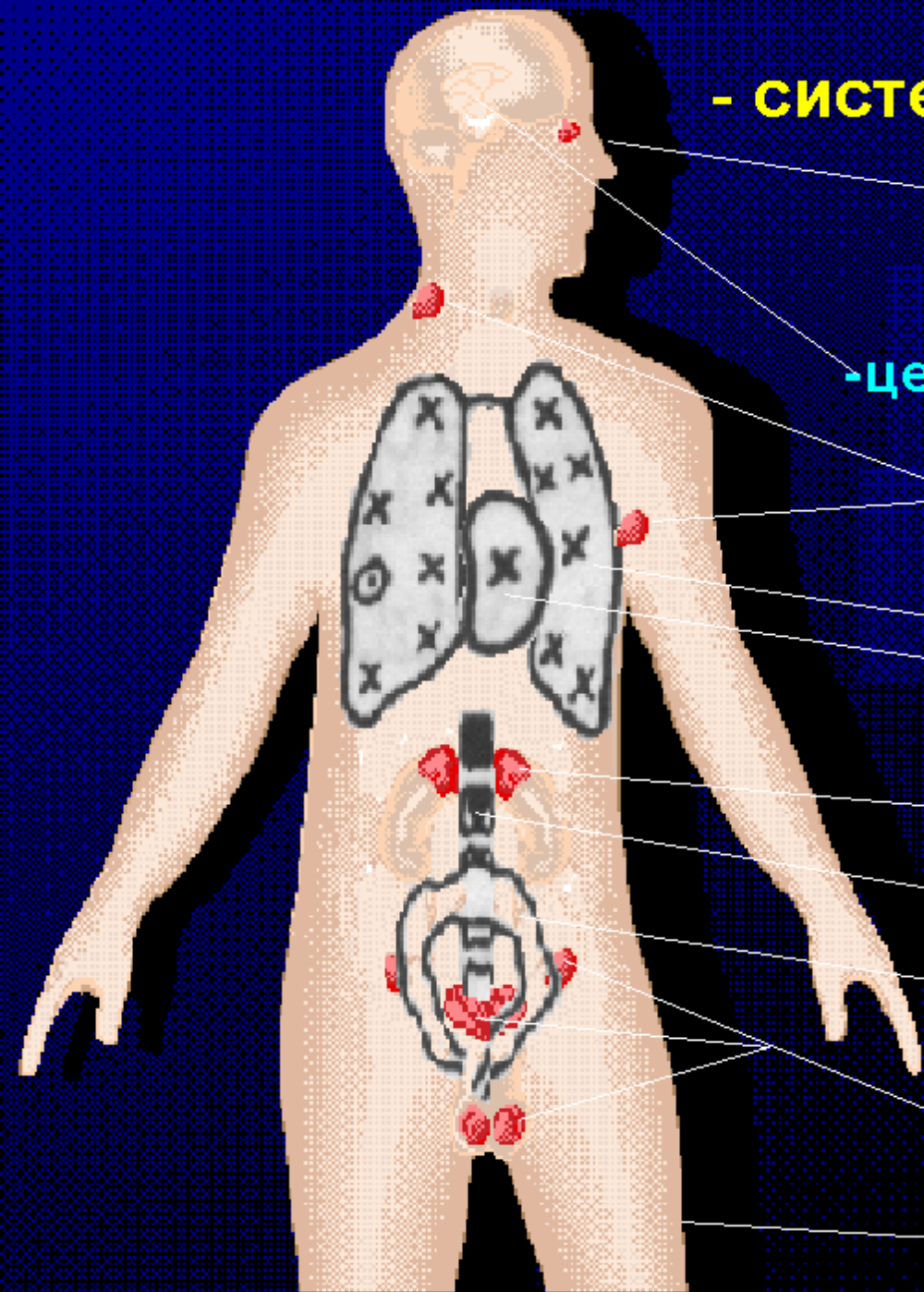
- надпочечники

- кости и суставы

- органы брюшной
полости

- мочеполовая система

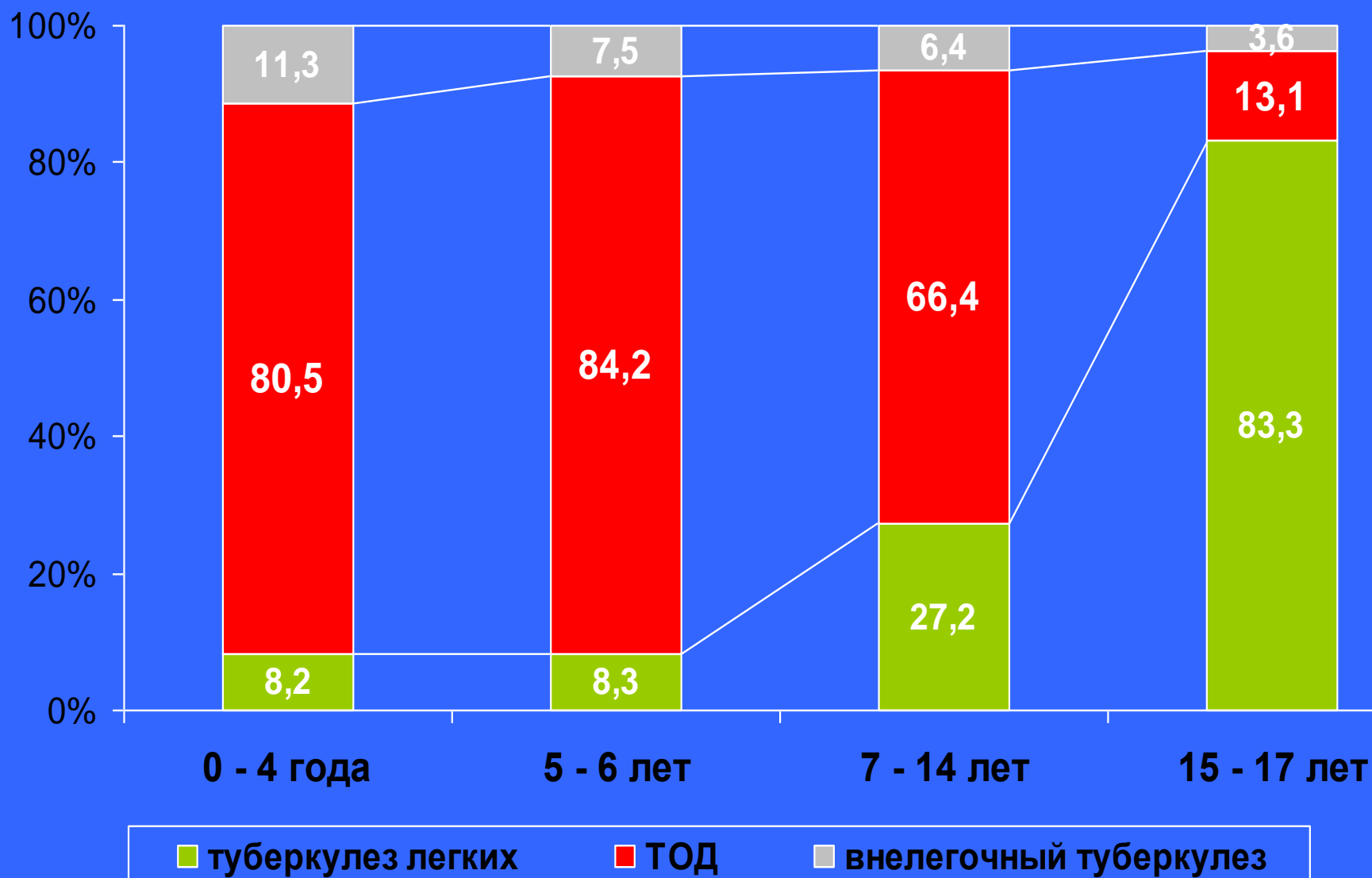
- кожа



Внелёгочный туберкулез

- Удельный вес внелегочного туберкулеза в различных регионах колеблется от 0,3% (Камчатский край) до 15,9% (Республика Тыва)
- По оценкам экспертов сегодня недовыявляется около 30% туберкулеза органов дыхания и более 70% туберкулеза внелегочных локализаций.

Локализации заболевания по возрастам



Структура внелегочного ТБ в РФ

1. костно-суставной туберкулез 22,4%
2. мочеполовой туберкулез 20,9%
3. туберкулез периферических л/узлов 18,6%
4. туберкулез глаз 10,0%
5. нервной системы 4%
6. кожи 1,4%
7. туберкулезный мезаденит 1,4%
8. туберкулез кишечника 0,9%
9. туберкулез молочной железы 0,5%
10. прочие формы 1,5%

■ Костно-суставной ТБ

Современные особенности КСТ :

1. Рост случаев первичных запущенных и осложненных форм (30% - 75%).
2. в 3,9 раза увеличился удельный вес больных старших возрастных категорий.
3. у 38,5% вновь выявленных - специфическое поражение других органов и систем, в том числе сочетание с различными формами туберкулеза легких - в 23,7% наблюдений.
4. Абсцессы и свищи осложняют течение процесса в 11,9%-20,4%, контрактуры суставов и деформация позвоночника – в 93,1%, неврологические нарушения – в 26,7% - 42,4% наблюдений.
5. Верификация патологии происходит в среднем через 12,3 месяца с момента первых симптомов заболевания.
6. Высокий уровень первичной инвалидизации пациентов (80%-100%).

Костно-суставной туберкулез

Классификация

(П.Г.Корнева):

1. Преартритическая (преспондилитическая) фаза;
2. Фаза артрита или спондилита (стадии начала, разгара и затихания);
3. Постартритическая (постспондилитическая) фаза

Структура:

1. Позвоночник – 50%;
2. Тазобедренный сустав – 20%;
3. Коленный сустав – 20%;
4. Другие суставы – 10%.

Туберкулез позвоночника. Современные особенности:

- Мужчины: женщины = 55:45.
- Грудной отдел (60%), поясничный (30%), шейный и крестцовый по 5%.
- У впервые выявленных - чаще всего обнаруживается поражение 2–3 тел позвонков (65%).
- Скрытый период - от 3 месяцев до 3 и более лет. В этот период в 50–80% случаев диагноз туберкулезного *спондилита* даже не предполагается
- Ввиду смешанного характера спинномозговых нарушений появляются висцеральные боли с картиной холецистита, язвенной болезни желудка, панкреатита, печеночной и почечной колики, аппендицита и других заболеваний.

Туберкулез позвоночника

Характерные симптомы и синдромы при клиническом методе выявления:

- интоксикационный синдром;
- локальная болезненность в позвоночнике, вынужденная осанка, ригидность мышц спины;
- ограничение движений в позвоночнике, выстояние остистых отростков;
- иррадирующая боль по ходу спинальных нервов, которая может имитировать заболевания внутренних органов;
- наличие или появление абсцессов (заглоточных, внутригрудных или забрюшинных).

Диагностика туберкулеза позвоночника.

Рентгенологическое обследование:

- Первичные оститы выявляются крайне редко.
- КТ и МРТ существенно помогают в сложных диагностических ситуациях.
- Ранний признак - *снижение высоты межпозвоночного пространства*. В одном из тел позвонков имеется бухтообразный дефект.
- В дальнейшем - *глубокая контактная деструкция*. В процесс вовлекаются, как правило, 2–3 позвонка.

Диагностика туберкулеза позвоночника.

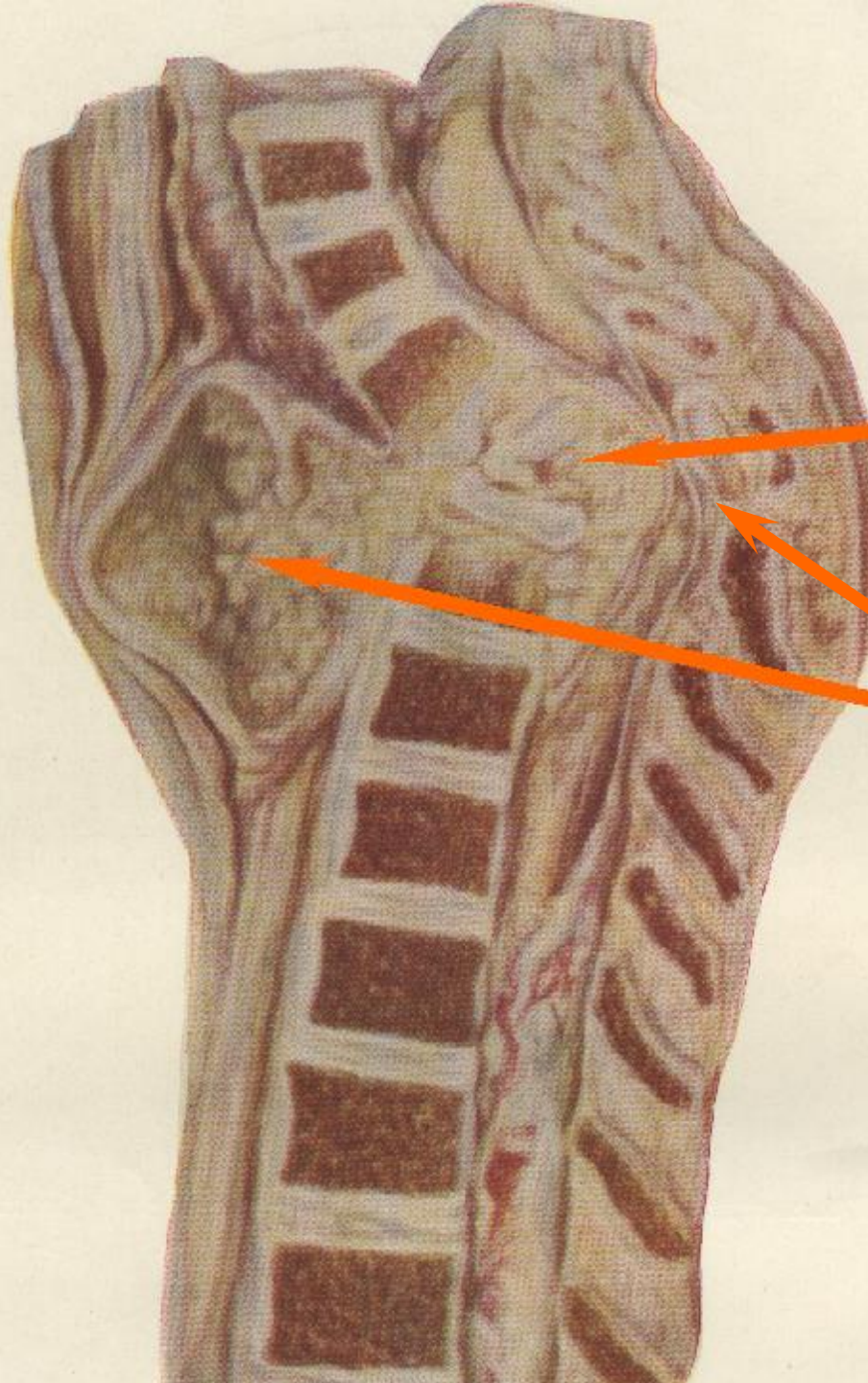
- Решающее значение имеют *результаты бактериологического (включая ПЦР), цито- и гистологическое исследование* патологического содержимого абсцессов, свищей, пункционного и операционного материала.

Обнаружение МБТ и туберкулезных грануляций уточняет природу заболевания.

Туберкулезный СПОНДИЛИТ

Деструкция
тел
ПОЗВОНКОВ

Натечный
абсцесс,
сдавивший
трахею и
спинной МОЗГ



Классификация туберкулеза суставов:

I стадия - первичный остит;

II стадия – прогрессирование процесса в пределах кости или распространение в сустав без нарушения его функции;

III стадия – прогрессирование процесса в суставе с нарушением его функции;

IV стадия –разрушение сустава с полной утратой его функции.

Каждой из этих стадий свойственны свои проявления и особенности симптоматики.

Последствия туберкулезного артрита - возникшие в ходе заболевания грубые анатомические и функциональные нарушения (ортопедические).

Туберкулёз суставов

- интоксикационный синдром;
- постепенно усиливающиеся боли в суставе, ограничение подвижности (как активных, так и пассивных движений);
- вынужденное положение конечности;
- возможная имитация острого начала заболевания: при наличии бессимптомного костного очага, связанная с его прорывом в полость сустава;
- сглаженность контуров сустава, повышение локально температуры над ним без гиперемии кожи;
- болезненность при пальпации, ограничение подвижности вплоть до контрактуры

Рентгенологические признаки туберкулеза суставов:

- Остеопороз;
- Глубокая, очаговая и контактная деструкция суставных поверхностей;
- Неравномерное сужение суставной щели.

Ранняя диагностика КСТ:

- биопсия пораженного отдела скелета
- Микроскопия осадка извлеченной из очага патологической ткани по наличию кислотоустойчивых микобактерий или по результатам ПЦР.
- Раннее хирургическое вмешательство устраняет не только анатомо-функциональные нарушения, но и способствует своевременной верификации патологии, уменьшает сроки и материальные затраты на лечение больных.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней
с курсом фтизиатрии

**Алгоритм выявления больных
внелегочными
формами туберкулеза.**

Туберкулез ЦНС.

доц., к.м.н. Дьяченко О.А.

ДВГМУ



■ ТБ мочеполовой системы

Причины развития туберкулеза мочеполовой системы (МПС)

- гипоплазия органа
- нарушение оттока мочи
- сопутствующие заболевания;
- травмы;
- стероидная терапия;
- диабет;
- анемия;
- ВИЧ и др. иммуносупрессии.

Пассаж инфицированной мочи по мочевому тракту может привести к вовлечению в процесс мочеточников, мочевого пузыря, простаты, семенных пузырьков, семявыносящего протока, придатков яичка и яичек.

Туберкулез почек

1. Туберкулез паренхимы почки
 2. Туберкулезный папиллит
 3. Кавернозный туберкулез почки
 4. Поликавернозный туберкулез почки (туберкулезный пиелонефроз)
 5. «Выключенная» почка (нефроцирроз)
- Клиническая картина мочевого туберкулеза изменчива, многообразна, малосимптомна и не имеет патогномоничных признаков.
 - У каждого пятого больного туберкулезом МПС диагностический интервал от момента появления первых жалоб урологического характера до установления диагноза составляет более 5 лет.

Диагностика туберкулёза МПС.

- интоксикационный синдром;
- артериальная гипертензия неясной этиологии,
- боли в поясничной области, почечная колика, увеличение размеров и болезненность при пальпации почки, по ходу мочеточников, мочевого пузыря;
- положительный симптом Пастернацкого;
- дизурические расстройства;
- обнаружение в моче МБТ
- кислая реакция мочи, умеренная протеинурия (не более 1 г/л), лейкоцитурия, макро- и микрогематурия неясной этиологии
- атипичные формы пояснично-крестцового радикулита, длительно и неэффективно леченные.

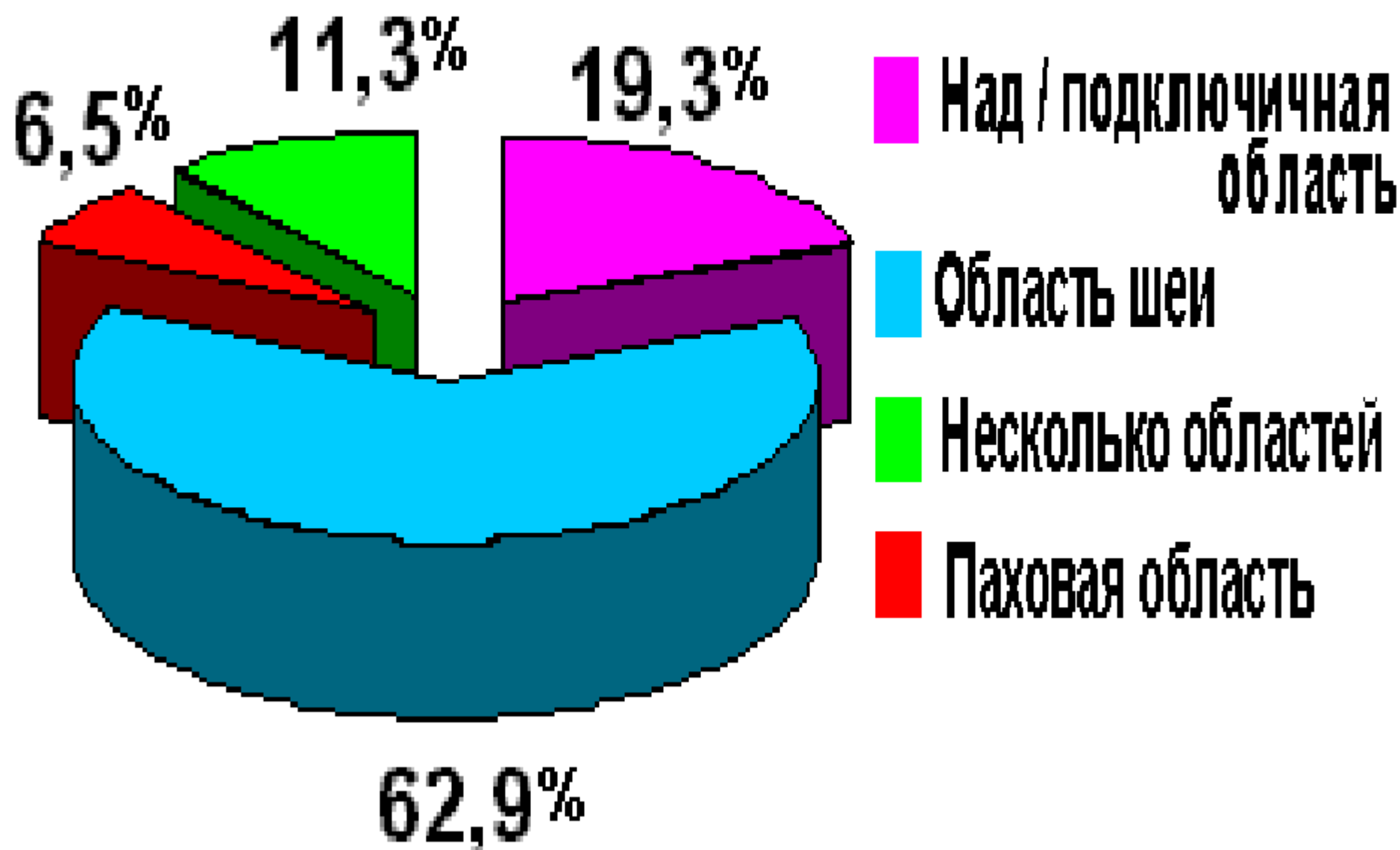
- **ТБ периферических лимфатических узлов**

Выявление туберкулёза периферических лимфатических узлов

Группы риска:

Хронические рецидивирующие воспалительные лимфадениты неясной этиологии - шейной, подмышечной, паховой и других локализаций, особенно с наличием свищей, язв над местом их локализации.

Локализации туберкулезного лимфанодулитита



Туберкулёз периферических лимфатических узлов.

Характерные симптомы и синдромы:

- интоксикационный синдром
- при пальпации определяются увеличенные в размерах лимфатические узлы, иногда умеренно болезненные, с течением времени появляется размягчение в центре;
- при обострении - образование свищей, локально повышается местная температура.



**Туберкулез
шейных
лимфатических
узлов**

**Свищевая
форма**

■ Абдоминальный ТБ

Выявление абдоминального туберкулеза

- при острых формах абдоминального туберкулеза - клиника острого холецистита, панкреатита, аппендицита и т.д., острой кишечной непроходимости, перфорации полого органа, острого аднексита;
- при хронических формах - клиника соответствующих хронических заболеваний в сочетании с интоксикационным синдромом, желудочной и кишечной диспепсией и т.д.

Клиника абдоминального туберкулеза:

- Нарушение аппетита
- Боли в животе
- Субфебрилитет
- Неустойчивый стул (поносы чередуются с запорами)
- Синдром «пальпируемой опухоли»
- Симптом Штернберга

Абдоминальный туберкулез

выявляют, как правило, во время оперативного вмешательства (планового или экстренного - по поводу осложнений: перитонита, непроходимости, перфорации полого органа).

Диагноз ставится макроскопически - при наличии характерных изменений в пораженном органе и подтверждается последующим гистологическим исследованием операционного материала.

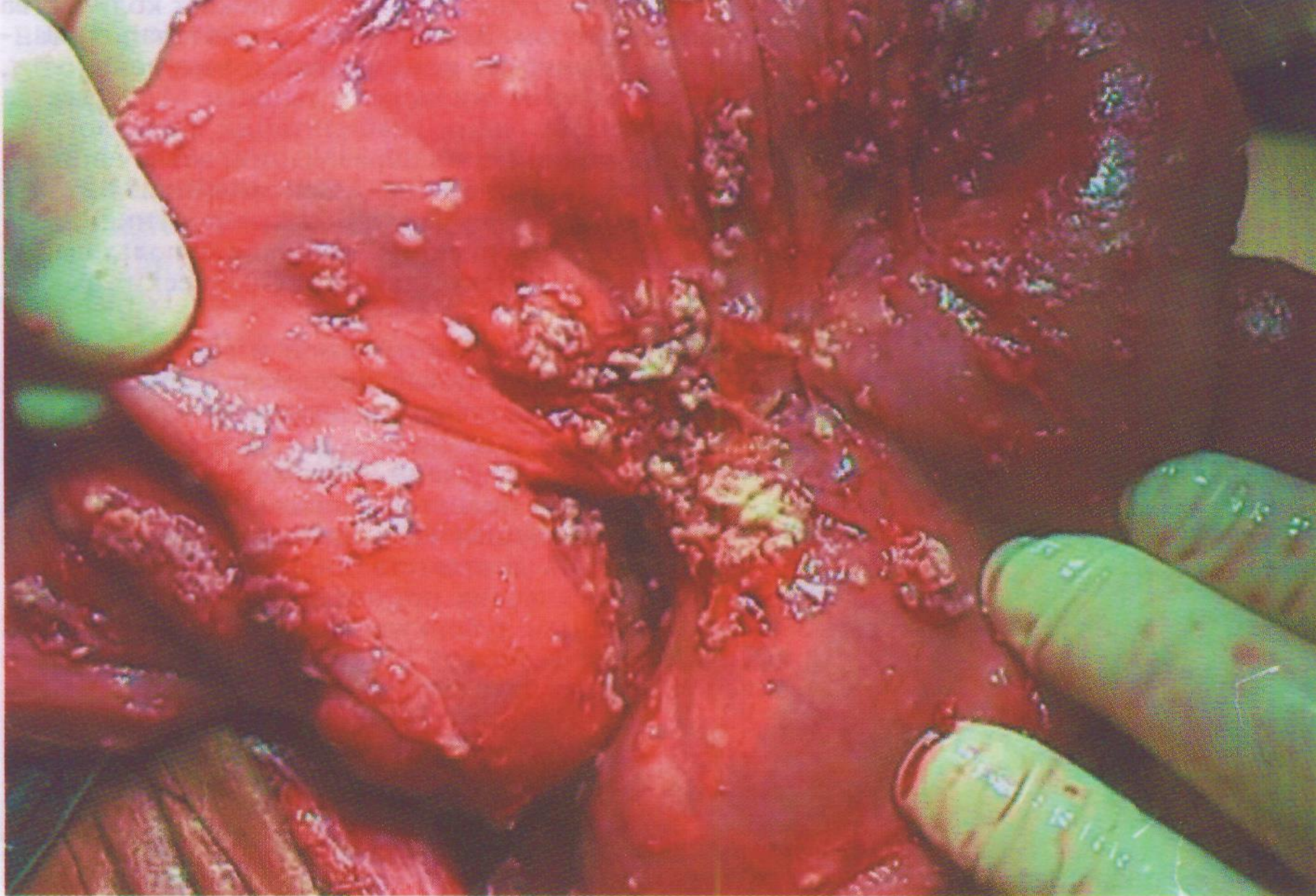
Абдоминальный туберкулез.

Рентгенодиагностика:

- Выявление кальцинированных л/у в брюшной полости практически всегда свидетельствует о наличии туберкулёзного мезаденита.
- Косвенными признаками являются: висцероптоз, нарушение моторной функции желудка и кишечника, смещение и фиксация петель тонкой кишки из-за спаечного процесса или конгломератов увеличенных лимфатических узлов.

Абдоминальный туберкулез. Диагностика.

- В сложных случаях для распознавания заболевания показана лапароскопия, с помощью которой устанавливается наличие экссудата, бугорковые высыпания, инфильтративные образования, увеличенные л/у.
- Гистологическое исследование биопсийного материала остаётся ведущим методом диагностики туберкулёза всех форм.



Туберкулезные высыпания на поверхности тонкой кишки и ее брыжейке

- **ТБ глаз**

Выявление туберкулеза глаз

Группы риска:

1. Хронические вялотекущие или рецидивирующие увеиты - передние, задние, периферические.
2. Кератоувеиты, склероувеиты и т.д.
3. Хориоретиниты.
4. Ириты, иридоциклиты.

Туберкулез глаз.

Характерные симптомы и синдромы:

- жалобы не носят специфического характера и соответствуют локализации воспалительных изменений;
- преобладает постепенное начало, длительное, торпидное течение;
- отсутствие эффекта от проводимой неспецифической терапии;
- для туберкулезного процесса характерны слабовыраженные субъективные ощущения с грубыми изменениями пораженных тканей глаза.

Т.о.: Обязательный объём специальных методов исследования для выявления внелегочного туберкулеза

1. Исследование патологического материала полученного при диагностической пункции, на МБТ 3-хкратно с гистологическим, цитологическим исследованием
2. ультразвуковое исследование пораженного органа;
3. рентген-томографическое исследование (КТ)
4. магнитно-резонансная диагностика (МРТ);
5. результаты анализов мочи, крови
6. иммунодиагностика (Диаскинтест)
7. внутриглазное давление, глазное дно.

Туберкулез ЦНС

Актуальность

- Туберкулез ЦНС наиболее тяжелая форма внелегочного туберкулеза.
- В 8-10 раз чаще заболевают дети раннего возраста.
- Поражение туберкулезом центральной нервной системы чаще вторично.
- Чаще осложняет течение других форм туберкулеза:
 - у детей – ПТК или туберкулеза ВГЛУ
 - у взрослых – диссеминированного туберкулеза.
- Туберкулезный менингит у детей преимущественно «исходит» из семейных контактов.

Актуальность

- Среди заболеваний, сопровождающихся развитием менингеального синдрома, туберкулезный менингит составляет 1-3% (G.Thwaites et al, 2009).
- Среди внелегочных форм, туберкулезный менингит составляет 2-3%.
- Поздняя диагностика ТБМО и ТБМ, а следовательно, несвоевременное начало лечения (позднее 10 дня заболевания), сказывается на результатах лечения, уменьшает шансы на благоприятный исход и приводят к летальному исходу.

Актуальность

- Туберкулезное воспаление мозговых оболочек возникает при гематогенном распространении микобактерий туберкулеза (МБТ) в нервную систему.
- При локализации туберкулезного процесса в позвоночнике, костях черепа перенос инфекции на мозговые оболочки происходит ликворогенным и контактным путем.

Для развития туберкулеза ЦНС существенны три условия:

1. Наличие бактериемии;
2. снижение общей иммунной толерантности (корь, грипп, УФО, психические и физические травмы, профилактические прививки и др.);
3. снижение местной иммунной толерантности (тонзиллиты, синуситы и др.)

Факторы риска возникновения туберкулезного менингита:

1. возраст от 0 до 3-х лет (низкая реактивность и иммунная защита организма);
2. сезонность (весной и осенью возникает смена фаз аллергического процесса и реактивности организма);
3. интеркуррентные и ранее перенесенные инфекции (корь, коклюш, ветряная оспа, скарлатина, грипп и др.);
4. неполное обследование окружения ребенка при выписке из родильного дома;
5. формальное проведение дородового и послеродового патронажа, отсутствие настороженности в отношении туберкулеза;
6. интоксикация;
7. черепно-мозговая травма (снижение реактивности мозговой ткани).

Схема патогенеза туберкулеза ЦНС

Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, костной системы, урогенитальный, кишечника и др. Вторичный туберкулез легких.

Лимфогенная генерализация

Гематогенная генерализация

Туберкулез твердой мозговой оболочки

Поражение сосудов мягкой мозговой оболочки

Поражение сосудистых сплетений мозга. Нарушение сосудистого барьера

Туберкулез костей черепа

Развитие изолированного конвексительного менингита

Солитарные туберкулемы мозга

Распространение по лимфатическим путям влагалищ, черепно-мозговых и спинно-мозговых нервов

Инфицирование ликвора туберкулезными микобактериями

Развитие ограниченного лептоменингита

Развитие базиллярного туберкулезного менингита, менингоэнцефалита

ПАТОМОРФОЛОГИЯ

Для туберкулёзного менингита характерно последовательное возникновение разлитого серозно-фибринозного воспаления мягкой мозговой оболочки преимущественно основания мозга:

- орбитальной поверхности лобных долей,
- области перекрёста зрительных нервов,
- гипоталамуса,
- дна III желудочка и его боковых стенок с вегетативными центрами;
- Сильвиевой борозды,
- оболочек моста головного мозга (Варолиев мост),
- продолговатого мозга с прилежащими отделами мозжечка.

ПАТОМОРФОЛОГИЯ

- Полиморфизм патологических изменений и распространённость процесса обуславливают многообразие клинических проявлений туберкулёзного менингита
- Если лечение оказывается эффективным, ограничивается распространённость процесса, уменьшается экссудативный и альтеративный компоненты воспаления, преобладают продуктивная реакция и репаративные процессы, выражающиеся в почти полном исчезновении патологических изменений, особенно при рано начатом лечении.

При прогрессировании процесс переходит на вещество мозга

В воспалительный процесс при прогрессировании вовлекаются также вещество головного и спинного мозга, его оболочки, эпендима желудочков мозга.

Характерные признаки заболевания:

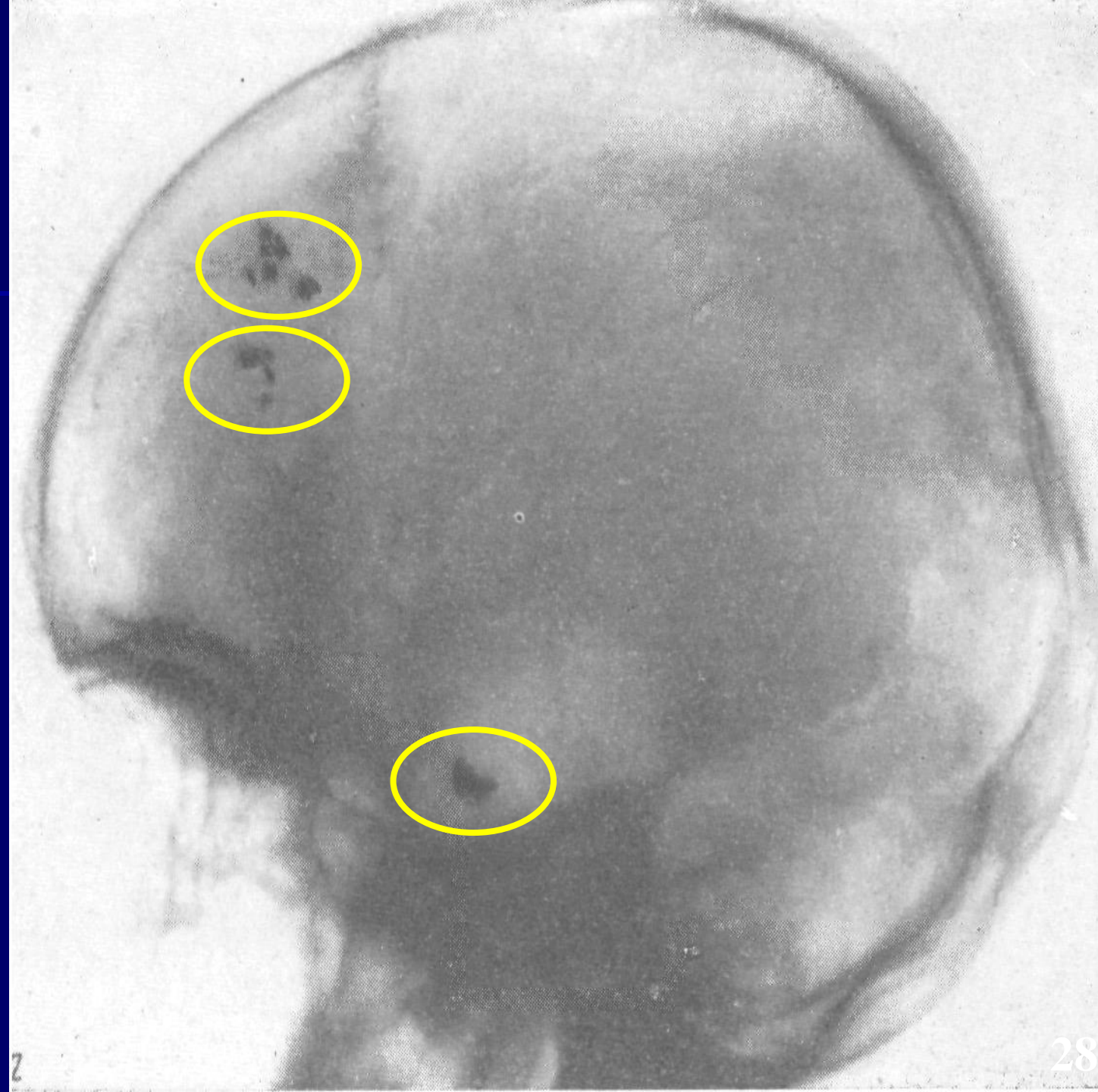
1. Высыпание туберкулёзных бугорков на оболочках, эпендиме и альтеративное поражение сосудов.
2. Выраженная гидроцефалия, возникающая вследствие поражения сосудистых сплетений и эпендимы, нарушения всасывания спинномозговой жидкости и окклюзии путей её циркуляции.
3. Переход процесса на сильвиеву борозду и находящуюся в ней среднюю мозговую артерию приводит к образованию очагов размягчения коры мозга, подкорковых узлов и внутренней капсулы.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА ЦНС

1. **Базиллярный менингит** (около 60%). Воспалительный процесс локализуется преимущественно на оболочках основания мозга.
2. **Менингоэнцефалит** (наиболее тяжёлая форма туберкулёзного менингита, наблюдается при поздней диагностике заболевания)
3. **Цереброспинальный лептопахименингит (менингоэнцефаломиелит)**
4. **Конвекситальная форма** (процесс локализуется преимущественно на оболочках выпуклой части мозга и наиболее выражен в области центральных извилин)
5. **Туберкулема мозга.**
6. **Атипичные формы** (5):

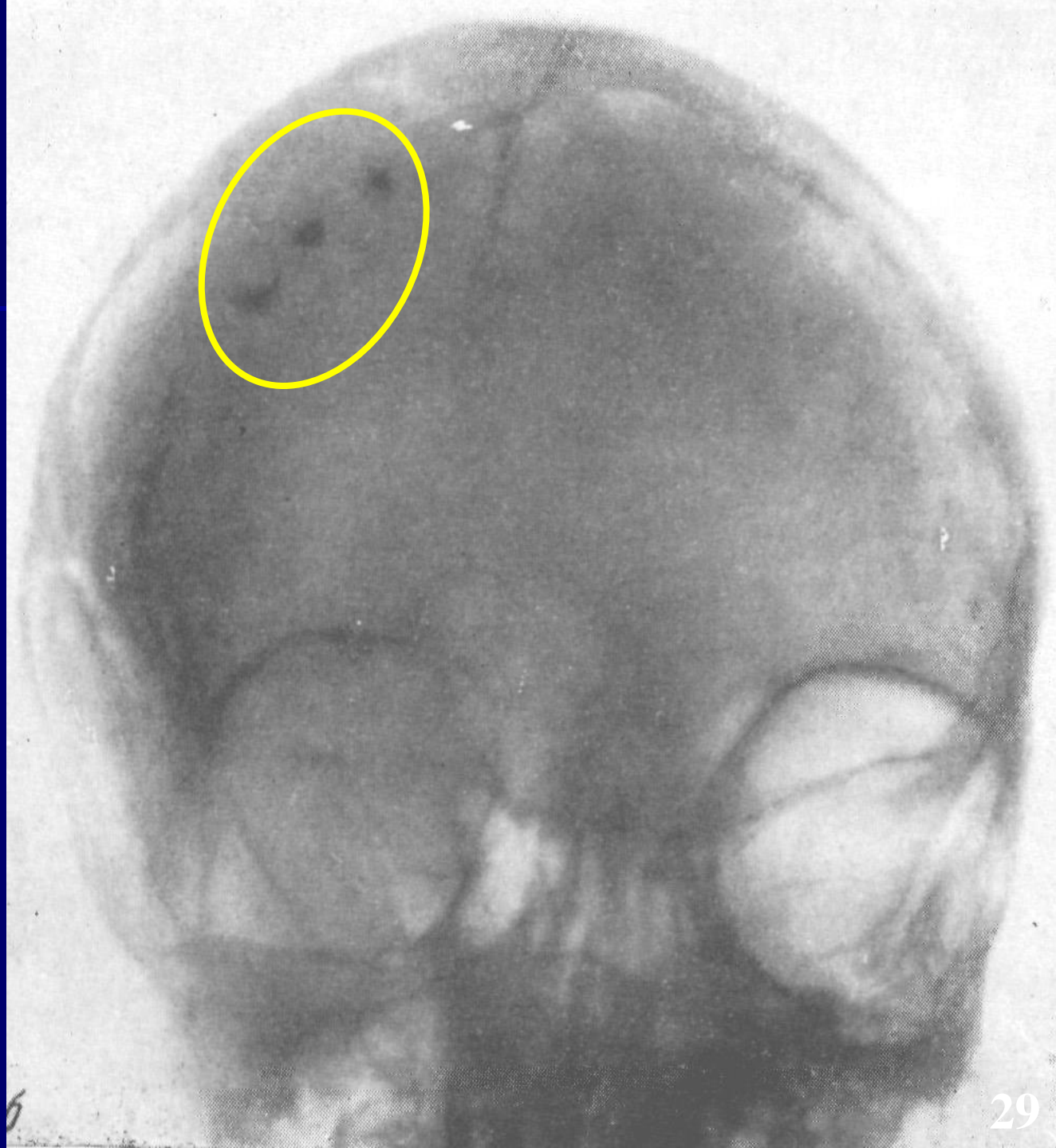
Рентгенограмма
черепа

Обызвествленные
туберкулемы



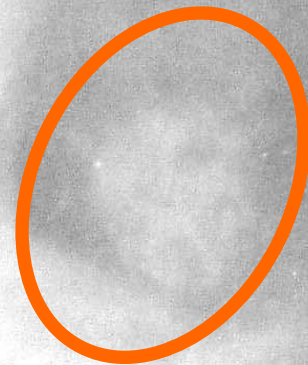
Рентгенограмма
черепа

Обызвествленные
туберкулемы



Рентгенограмма черепа

Неоднородно
обызвествленная
туберкулема



Компьютерная томограмма



**Туберкулемы
мозжечка**



**Казеозные очаги в веществе
ГОЛОВНОГО МОЗГА**

Казеозные очаги,
поражение мозжечка
и полушарий



Атипичные формы:

1. Острый «абортивный менингит» -

тип гриппа (2-3%) наблюдается у больных гематогенным туберкулезом, заболевших менингитом на фоне туберкулостатической терапии. Начало заболевания- с подъема температуры на 1-3 день недомогания при очень легком менингеальном синдроме. Ликвор при этом типичный для туберкулеза, нормализация его замедленная.

Атипичные формы:

2. Тип «острого серозного менингита»

Начало внезапное: сильная головная боль, повышение температуры тела до 38-39С, поражение черепно-мозговых нервов уже на первой неделе заболевания. Оболочечные симптомы ярко выражены. Задержка мочи. На глазном дне часто застойные явления.

В ликворе высокий лимфоцитарный плеоцитоз, белок повышен нерезко, снижение сахара ликвора очень кратковременное и небольшое. Все свидетельствует о ярком аллергическом компоненте воспаления.

Атипичные формы:

3. Развитие острого психоза типа «делирия» -
на первой неделе заболевания возможно у мужчин,
злоупотребляющих алкоголем (3%). Больные эти
госпитализируются в психиатрические больницы.
Диагноз ставится после пункции.

Атипичные формы:

4. Тип «черепно-мозговой травмы».

У отдельных больных за 2-4 дня до развития менингельного синдрома наблюдались эпизоды потери сознания с падением на улице. Эти больные госпитализируются в нейрохирургические отделения.

Атипичные формы:

5. Тип «острого нарушения мозгового кровообращения».

У 4% больных наступало внезапное резкое ухудшение состояния с появлением спутанности сознания и симптомами дислокации, обусловленными острым отеком мозга со сдавлением ствола. Механизм этого отека изучен недостаточно. Большое значение придают расстройству мозгового кровообращения, связанному с парезом мозговых сосудов, венозным застоем, нарушением проницаемости сосудистой стенки.

■ Туберкулезный менингит

Клиника менингита

В течении туберкулезного поражения ЦНС выделяют три стадии:

1. продромальная - 1-14 дней (редко до 4 недель у взрослых)
2. развернутой клинической картины - 7 дней;
3. параличей и парезов - 7 дней.

Клиника.

У детей раннего возраста симптоматика не имеет четкой стадийности, клиника развертывается в течение 7-8 дней.

1 стадия. Продромальный период или период предвестников (на 1 неделе заболевания):

головная боль, гиперестезия, затем ригидность затылочных мышц, с-м Кернига. Повышение t .

У детей период может быть короче, протекает под маской ОРВИ или кишечной инфекции (рвота, может быть жидкий стул) – но нет эксикоза – большой родничок выбухает, пульсирует.

Клиника.

2 стадия. Период менингита (вторая неделя)

Появляется базальная неврологическая симптоматика (поражение глазодвигательного, отводящего, лицевого нервов, бульбарные расстройства, менингеальные симптомы.

У детей раннего возраста менингеальные знаки выражены не резко, 2 стадия значительно короче. Может быть не распознана, появляются судороги, нарушение сознания (3 стадия).

В современных условиях:

- поражение черепно-мозговых нервов встречается до 50%.
- у большинства больных развиваются менингоэнцефалиты (80% больных), а не менингиты.

Клиника

3 стадия - период парезов и параличей (третья неделя)- терминальный период -менингоэнцефалита:

появление судорог, параличей, оглушенность сменяется сопором, затем комой.

У детей симптомы прогрессируют быстро, коматозное состояние является **КРАЙНЕ** неблагоприятным прогностическим признаком

Характерным для туберкулезного менингита является наличие *симптомов вегетативной дисфункции:*

- тахикардия, сменяющаяся брадикардией,
- лабильность пульса,
- яркий красный демографизм,
- потливость,
- нарушение сна.

Клиника 3 стадии

- Перед смертью, которая наступает через 3–5 нед от начала заболевания, температура тела достигает 41–42°C или снижается до 35°C, пульс учащается до 160–200 в минуту, дыхание становится аритмичным, типа дыхания Чейн–Стокса.
- Больные умирают в результате паралича дыхательного и сосудодвигательного центров.

Такое течение туберкулёзного менингита в настоящее время отмечают в случаях поздней его диагностики и, как следствие, неэффективного лечения.

Алгоритм диагностики туберкулезного менингита

Заболевание

температура, вялость, головная боль, заторможенность, потеря аппетита

Наращение симптомов и присоединение рвоты на 7,1±1,1-е сутки

Неврологическое обследование:

- Ригидность мышц затылка
- Симптомы Брудзинского
- Симптомы Кернига
- У детей в возрасте до 1-1,5 лет:
 - напряжение родничка
 - расхождение швов черепа
- Нарушение сознания

Люмбальная пункция и ликвородиагностика:

- Белок 1,3±0,3г/л
- Цитоз 240±30 клеток в 1 мкл
- Лимфоциты 64±5%
- Нейтрофилы 36±4%
- Глюкоза 1,3±0,2ммоль/л
- Хлориды 94±6 ммоль/л
- Окисляемость 0,26±0,04 мг O₂ в 1 мл

Целенаправленное обследование на туберкулез:

- установление контакта,
- информация о БЦЖ и туберкулиновых пробах,
- клинико-рентгеномографическое исследование органов грудной клетки

Конструирование диагноза на основании:

- постепенного начала заболевания (период продрома 7-14 дней)
- менингеального и характерного ликворного синдромов
- контакта с больным активным туберкулезом
- неэффективной неспецифической терапии

Диагностика.

Характеристика СМЖ.

- При пункции она прозрачная, опалесцирующая.
- вытекает частыми каплями (повышено давление) до 60-70 капель в минуту
- повышен цитоз - 100-400 в 1 мм³ (при норме 0-1-6 в 1 мкл)
- Плеоцитоз - с преобладанием лимфоцитов
- Значительно увеличен белок более 3 г/л (при норме 0,10-1,33 г/л)
- Белково-клеточная диссоциация.
- Снижение глюкозы значительное (норма: глю-2-3 ммоль/л - ½ содержания в крови)
- Снижение хлоридов (норма: 169,2 - 225,6 ммоль/л)
- через сутки выпадает нежная пленка фибрина в виде сетки
- положительные пробы Панди, Нонне-Апельта,

Туберкулезный менингит.

Диагностика

- МБТ в фибриновой пленке обнаруживают в 10 - 25% случаев.
- Реакция на туберкулин снижена, а при прогрессировании становится отрицательной (отрицательная анергия). На фоне лечения чувствительность восстанавливается.
- При исследовании глазного дна – бугорковые высыпания, застойные диски (отек головного мозга), неврит зрительного нерва.
- При КТ или МРТ головного мозга – признаки гидроцефалии.
- Выявление любых проявлений активного туберкулеза в других органах и системах.
- Рентген-томограмма грудной клетки. При отсутствии изменений на рентгенограмме грудной клетки, продолжающейся лихорадке и нарастании менингеального синдрома необходимо провести повторное рентгенологическое обследование грудной клетки через 10 - 14 дней для исключения милиарного туберкулеза.

Лечение

■ При малейшем подозрении на туберкулезную этиологию менингита подключать специфическую терапию!

Препараты:

1. изониазид в/в,
2. рифампицин в/в,
3. канамицин (амикацин) в/м,
4. Пиразинамид/этамбутол (4-й препарат per os, если больной может глотать, если нет – препарат выбора – фторхинолоны в/в).

Длительность основного курса химиотерапии не менее 12 мес.

Противотуберкулезные препараты, хорошо проникающие через ГЭБ

- Изониазид
- Рифампицин
- Этамбутол
- Фторхинолоны
- Циклосерин
- Протионамид
- Стрептомицин (хлоркальциевая соль). *Учитывая высокий уровень лекарственной устойчивости МБТ к стрептомицину (80%), назначать другие аминогликозиды: канамицин, амикацин*

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

должно быть длительным:

1. Наблюдение по I группе учета в течение 24 месяцев с последующим переводом в III Б группу диспансерного наблюдения.
2. Противорецидивные курсы химиотерапии в первый 1-2 года по 3 мес. HE/HZ весна-осень.
3. Реабилитационные мероприятия по согласованию с неврологом в санаторных условиях.
4. Рецидивы при туберкулезном менингите могут возникать в различные сроки после клинического выздоровления и чаще возникают у больных при наличии туберкулеза других органов.

ВЫВОДЫ:

1. При подозрении на туберкулезный менингит назначение противотуберкулезных препаратов обязательно и незамедлительно (первые 7-10 дней).
2. Критическая точка отсчета – 10-й день от начала клинических проявлений ! Своевременное выявление его наблюдается лишь у 25 - 30% больных
3. При несвоевременно начатом лечении неблагоприятный прогноз.
4. Важно выписывать новорожденного ребенка в здоровое ФГ окружение.
5. Туберкулезный менингит сегодня, как и в прошлые времена, является одним из наиболее труднодиагностируемых заболеваний.

ВЫВОДЫ:

6. Нередко туберкулёзный менингит представляет большие трудности в диагностике, особенно у лиц с невыясненной локализацией туберкулёза в других органах.

7. Кроме того, позднее обращение к врачу, атипичное течение менингита, сочетание его с прогрессирующими формами лёгочного и внелёгочного туберкулёза, наличие лекарственной устойчивости МБТ приводит к снижению эффективности лечения.

Поэтому совершенствование методов диагностики и лечения туберкулёзного менингита, улучшение противотуберкулёзной работы в целом остаются актуальными задачами фтизиатрии.

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!

