

таются свищи. При рентгенографии обнаруживается деструктивный процесс в кости. Заболевание длится годами.

Лечение костно-суставного туберкулеза должно быть комплексным и может включать хирургические методы, направленные на: 1) радикальное удаление очага (некрэктомия, резекция сустава) или решение 2) лечебно-воспомогательных и корригирующих задач (артродез, остеотомия и др.).

К методам общего лечения относятся применение современных противотуберкулезных препаратов (комбитуб, майрин, глутоксим, рифабутин и др.), санаторно-ортопедических мероприятий, длительная лечебная иммобилизация.

Больные с костно-суставным туберкулезом могут лечиться амбулаторно только после консультации и по указаниям противотуберкулезного учреждения. Показаны покой (часто гипс), уход за свищами, антибактериальная терапия.

Туберкулез поверхностных лимфатических узлов (шейных, подмышечных, паховых) отличается от банального лимфаденита отсутствием видимого источника инфекции, длительным безтемпературным (или субфебрильным) течением, безболезненностью, неровной поверхностью вследствие перипроцесса, образованием конгломератов – слиянием отдельных узлов вследствие того же перипроцесса. Туберкулезные лимфатические узлы способны подвергаться творческому распаду, после прорыва, которого образуются свищи. Свищи эти закрываются быстрее, чем при костных поражениях, но оставляют грубые деформирующие рубцы.

Лечение после подтверждения диагноза туберкулезным диспансером и по указаниям его может проводиться в амбулаторном режиме: общеукрепляющие мероприятия (воздух, питание), ультрафиолетовое облучение, антибактериальная терапия.

Туберкулез брюшины возникает вторично при гематогенной диссеминации и вызывает хронический перитонит. На брюшине возникают множественные высыпания в виде специфических бугорков с возникновением экссудата и спайкообразования. В связи с этим данная картина, которая нередко служит поводом к смешению с асцитом.

При туберкулезном перитоните имеются общие и местные симптомы. Распознаванию кроме общих признаков туберкулеза, обусловленных хронической интоксикацией, помогает перкуссия брюшной стенки в разных положениях больного. При асците жидкость свободно перемещается в брюшной полости, при туберкулезном перитоните перемещение ограничено имеющимися спайками. При асците тимпанит всегда находится наиболее высоко: при положении на спине в области пупка, при повороте на бок на противоположной стороне. При туберкулезном перитоните данные перкуссии почти не меняются при поворотах тела, причем зоны притупления чередуются с зонами тимпанита в неправильном шахматном порядке. При этом характерны диспепсические расстройства: тошнота, рвота, метеоризм, боли в животе.