

Правильная диагностика нужна, чтобы избежать пункции, которая показана при асците, но опасна при туберкулезном перитоните.

Лечение таких больных консервативное, специфическое. Поэтому больных с туберкулезом брюшины направляют в противотуберкулезный или хирургический стационар, если возникает кишечная непроходимость.

Из туберкулезных поражений брюшных органов чаще встречается туберкулез слепой кишки, который представляется в виде плотного образования в правой подвздошной области. Дифференциальный диагноз проводится с аппендикулярным инфильтратом (в анамнезе присутствовал приступ аппендицита незадолго до обращения) и с опухолью слепой кишки (более пожилой возраст и длительное течение). Уточнение диагноза на основании лабораторных, рентгенологических и других данных и лечение проводятся в хирургическом стационаре, куда и должны незамедлительно направляться больные с плотными образованиями в правой подвздошной области.

6.2. Актиномикоз

Актиномикоз – специфический хронический инфекционный процесс, вызываемый анаэробной бактерией (облигатный анаэроб) лучистым грибом актиномицетом (*A. Israelii*). При попадании в ткани образует радиально расположенные гифы (друзы) из-за их способности образовывать длинный ветвящийся мицелий.

Носителями и распространителями грибка являются растения и растительное сырье (особенно недоброкачественные сено и солома), поэтому об актиномикозе особенно следует помнить в сельской местности. В ротовой полости человека грибок существует как сапрофит и только иногда приобретает болезнетворные свойства.

Поражаться могут как любые мягкие ткани, так и кости и внутренние органы (легкие, кишечник). Внедрение инфекта происходит через поврежденные кожу или слизистые. Излюбленной локализацией актиномикоза у человека является нижняя челюсть: на щеке и в подчелюстной области развивается плотная опухоль без островоспалительных явлений, спаянная с кожей и окружающими тканями. Затем на ней возникают очаги размягчения, кожа становится синеватой, истончается, открываются мелкие множественные свищи, из которых выделяется белая крошковидная масса, водянистая серозная жидкость, а при присоединении вторичной инфекции – жидкий гной.

Характерный вид «решетчатой» поверхности опухоли и выделений дает основание заподозрить актиномикоз. Течение заболевания хроническое с постепенным вовлечением соседних органов и тканей

Микроскопическое исследование выделений подтверждает диагноз (колонии грибов – друзы). Больные с подозрением на актиномикоз подлежат госпитализации в лечебное учреждение, где может быть проведено соответствующее лечение (актинолизаты, антибиотики), либо оттуда больные направляются в специальные учреждения.