

ТУБЕРКУЛЕЗ ЛОР-ОРГАНОВ



- ▣ Заболевание вызывается микобактериями туберкулеза (бацилла Коха), проникающими в организм чаще через верхние дыхательные пути, реже через слизистые оболочки и поврежденную кожу.

Дыхательные пути

Верхние дыхательные пути

Носовая полость

Глотка

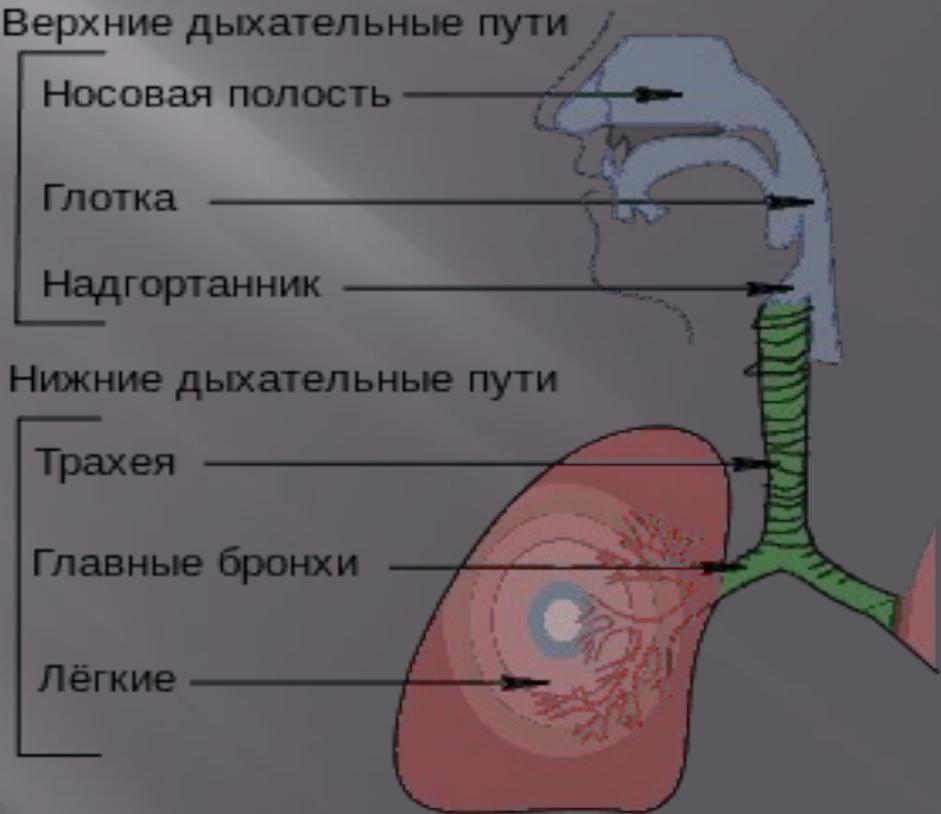
Надгортанник

Нижние дыхательные пути

Трахея

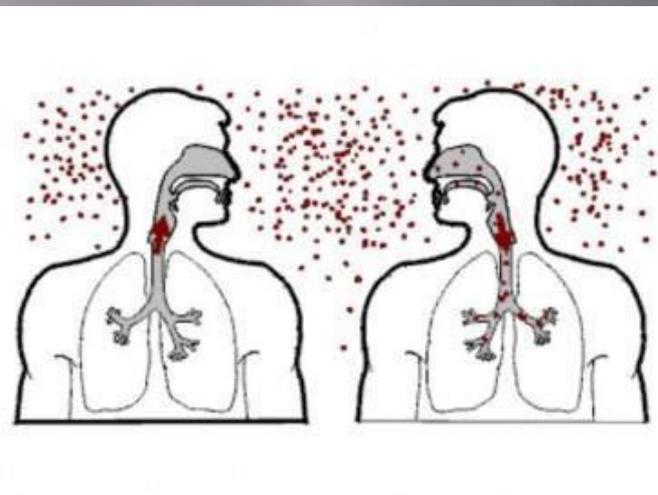
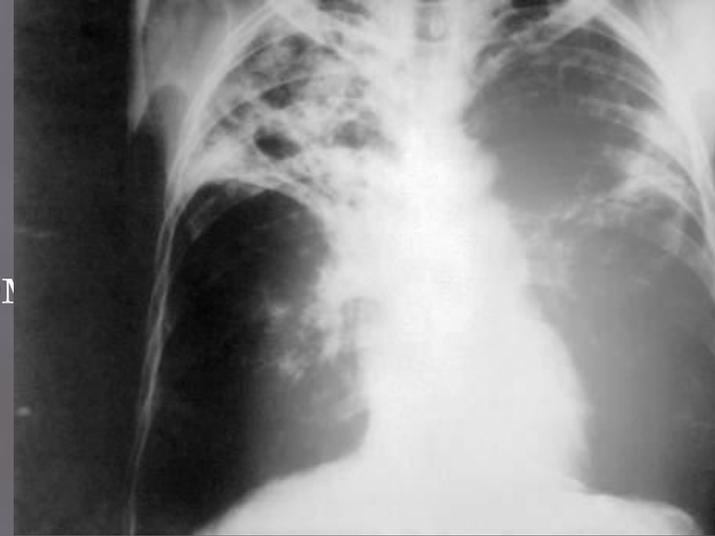
Главные бронхи

Лёгкие



Факторами риска являются

- ▣ Факторами риска являются:
 1. плохие социально-бытовые условия,
 2. тесный контакт с больным туберкулезом
 3. Иммуносупрессия
(в т.ч. СПИД, длительная терапия глюкокортикоидами).
- ▣ Первичным, как правило, является поражение легких или туберкулез лимфатических узлов (у детей).



Туберкулез носа



- ▣ первоначально чаще локализуется в передних отделах полости носа - в преддверии, на перегородке, слизистой оболочке носовых раковин.
- ▣ В начальной стадии заболевания наблюдаются обильные выделения из носа, образование корок и ощущение заложенности.
- ▣ Появляется узелковый инфильтрат, сравнительно быстро изъязвляющийся, нередко с формированием перфорации хрящевой части перегородки носа. При распаде инфильтратов и образовании язв наблюдается гнойное отделяемое с примесью крови.
- ▣ Риноскопически язвы определяются как дефекты слизистой оболочки, на дне которого расположены вялые



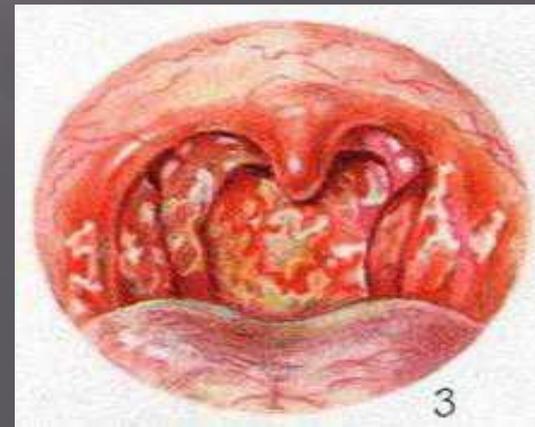
Диагностика

- не представляет затруднений при наличии у больного туберкулезного поражения легких, гортани, суставов.
- Дифференцировать необходимо с сифилитическим поражением носа (третичный сифилис). Для сифилиса характерно поражение не только хрящевого отдела перегородки носа, но и костного; при сифилисе возможно также поражение носовых костей (седловидный нос), что сопровождается выраженными болевыми ощущениями в области спинки носа.
- Определенную помощь в дифференциальной диагностике оказывает
 - 1. серологическая реакция Вассермана,
 - 2. реакция Пирке у детей.
- Инфильтрат в полости носа может иметь форму опухоли (туберкулема); для дифференцирования его с опухолевым (саркоматозным) процессом выполняются
 - 1. биопсия
 - 2. гистологическое исследование.



Туберкулезные поражения в глотке разнообразны:

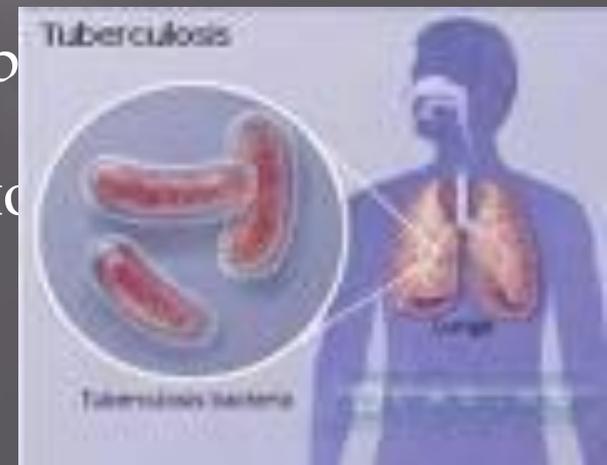
- от поверхностных ограниченных язвочек с незначительной инфильтрацией до обширного бугристого папилломатозного вида инфильтрата с характерными язвами.
- При язве появляется патогномичный признак - *резкая болезненность при глотании не только твердой пищи, но и воды.*
- Присоединение вторичной инфекции приводит к возникновению неприятного гнилостного запаха изо рта.
- Туберкулезные язвы располагаются в основном на нёбных дужках и на слизистой оболочке задней стенки глотки, имеют неровные фестончатые подрывтые края и бледно-розовую окраску; поверхность их довольно часто покрыта гнойным налетом, под которым определяются бледные, вялые грануляции.
- Язвы могут увеличиваться в размерах, захватывая большие участки слизистой оболочки, распространяясь в глубину.



Диагностика



- ▣ В начале заболевания поставить диагноз относительно трудно. В первую очередь необходимо обращать внимание на состояние легких как место первичной локализации. Данное заболевание следует дифференцировать с сифилисом, раком.
- ▣ В более поздней стадии диагноз ставят на основании:
 1. клинической картины
 2. реакции Пирке
 3. микроскопического исследования гребней язвы
 4. данных общего обследования больного



ТУБЕРКУЛЕЗ ГОРТАНИ

- ▣ Туберкулез гортани - наиболее частая локализация туберкулезного процесса в верхних дыхательных путях. Инфицирование гортани туберкулезными микобактериями происходит *гематогенным, лимфогенным* либо *контактным* путем, когда выкашливаемая мокрота прилипает к слизистой оболочке гортани и мацерирует ее, вследствие чего инфекция проникает в подслизистый слой.

В развитии туберкулезного процесса в гортани различают три стадии:

- ▣ • образование инфильтрата;
- ▣ • формирование язвы;
- ▣ • поражение хрящей.



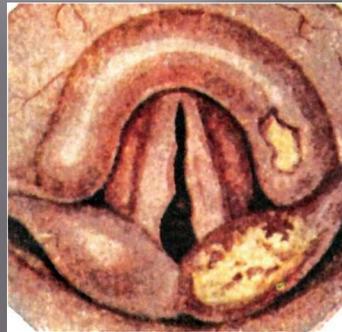
- ▣ Поражаются обычно задние отделы гортани:
 1. межчерпаловидное пространство,
 2. черпаловидные хрящи и прилежащие к ним участки голосовых складок.
- ▣ Инфильтрация проявляется утолщением слизистой оболочки, появлением бугорков, похожих на папилломы. При дальнейшем развитии процесса образуется туберкулема с последующим изъязвлением. Неблагоприятное течение заболевания и присоединение вторичной инфекции сопровождается вовлечением в процесс надхрящницы



Клиническая картина

- Характерны жалобы на боль при глотании, которая наиболее выражена при локализации процесса на черпаловидном хряще, в области надгортанника и на черпалонадгортанных складках. Голосовая функция бывает нарушена при поражении голосовой и вестибулярной складок и межчерпаловидного пространства. При образовании инфильтратов в подголосовом пространстве иногда наблюдается нарушение дыхания.

**Туберкулез гортани в области
правого черпаловидного хряща,
голосовой складки и
надгортанника**



- Вначале появляется гиперемия и инфильтрация на отдельных участках голосовых складок, преимущественно в задних отделах.
- Затем инфильтрат изъязвляется, в результате образуется язва с бледно-серым дном. Возможно краевое изъязвление голосовых складок, в этом случае края их неровные, как бы изъеденные. Также частой локализацией туберкулезного процесса является межчерпаловидное пространство, в котором формируются инфильтраты с сосочковыми разрастаниями грануляций, достигающие больших размеров и имеющие вид опухоли - туберкуломы, вдающейся в голосовую щель.
- Вестибулярные складки при развитии туберкулезных инфильтратов приобретают подушкообразную форму, поверхность их гладкая или бугристая. При распаде инфильтратов образуются глубокие изъязвления. Пораженный туберкулезным процессом надгортанник резко увеличивается и в виде опухоли с отечной слизистой обводит входом в гортань.



Диагностика

- ▣ Для туберкулезного ларингита характерно одностороннее поражение, гиперемия или инфильтрация голосовой складки. Однако при такой картине возможен и опухолевый процесс. В таких случаях основой дифференциальной диагностики являются результаты биопсии.
- ▣ При неспецифическом воспалении гортани обычно наблюдается двустороннее ее поражение, которое бывает и при сифилитическом поражении гортани. Причинами позднего распознавания туберкулеза гортани может быть недооценка отоларингологом и фтизиатром :
 1. данных анамнеза
 2. ранних субъективных признаков,
 3. характерных для специфического поражения
 4. несвоевременное проведение исследования мокроты на микобактерии туберкулеза
 5. рентгенологического исследования органов грудной клетки
 6. При необходимости выполняется биопсия из участка поражения гортани.



Лечение

- Общее и местное.
- Наиболее эффективны и считаются обязательными составляющими курса химиотерапии изониазид и рифампицин; также применяются пиразинамид, этамбутол, стрептомицин, флоримицин, циклосерин.
- Наилучший эффект дает комбинированное применение этих препаратов.
- Назначаются также щадящий общий режим, полноценное питание.
- Основой местного лечения является прижигание инфильтратов и язв различными кислотами (трихлоруксусная кислота, 80% молочная кислота и др.). Применяют 10-20% мазь из пирогалловой кислоты.
- Положительный эффект дает облучение пораженного участка ультрафиолетом облучки кварцем через тубус.



- ▣ Назначают частые полоскания ротоглотки теплым отваром ромашки, шалфея или перекисью водорода. С целью уменьшения болевых ощущений при глотании следует применять смазывание язвенных поверхностей мазью с анестезином. Пища должна быть теплой, жидкой, не раздражающей.

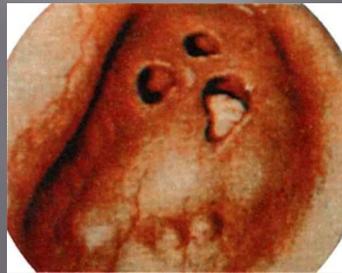


Туберкулез уха

- Заболевание встречается редко, возникает обычно при гематогенном диссеминированном туберкулезе легких. В раннем детском возрасте возможно поражение сосцевидного отростка без предшествующего воспаления в барабанной полости. В развитии туберкулезного среднего отита важная роль принадлежит вторичному инфицированию гноеродными микроорганизмами.



Туберкулез уха. Множественные перфорации барабанной перепонки



Клиническая картина

- ▣ туберкулезного отита характеризуется своеобразием и отличается от неспецифического воспаления среднего уха.
- ▣ Начало заболевания обычно безболезненное, с образованием множественных перфораций барабанной перепонки, которые сливаясь приводят к быстрому ее распаду. Лишь в редких случаях прободение барабанной перепонки может быть единичным.
- ▣ Выделения из уха сначала скудные, затем становятся обильными с резким гнилостным запахом.
- ▣ При вовлечении в процесс височной кости возникают обширные некрозы в барабанной полости и сосцевидном отростке с обильными гнойными зловонными выделениями и резким снижением слуха, при этом наблюдается распространенный кариез кости, образование секвестров и симптомы пареза лицевого нерва.





Лечение

- ▣ Активное общее противотуберкулезное лечение проводится в соответствии с рассмотренными выше принципами.
- ▣ При наличии кариозно-грануляционного процесса в ухе производится общеполостная saniрующая операция на ухе, как правило, на фоне общей противотуберкулезной терапии. В послеоперационном периоде местно применяют противотуберкулезные препараты.

Прогноз

- при туберкулезном поражении верхних дыхательных путей и уха обычно благоприятный: в большинстве случаев при успешном лечении основного заболевания наступает выздоровление. Профилактика заключается в предупреждении и своевременном рациональном лечении туберкулеза легких.



Berger Colombeck © 2009