

МИЛЛИАРНЫЙ, ДИССЕМИНИРОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ



План:

- Миллиарный туберкулез
- История
- Патанатомия. Патогенез
- Клиника
- Диагностика. Рентген.
- Исход
- Диссеминированный туберкулез
- Клиника
- Диагностика. Рентген
- Исход

- ▣ **Миллиардный туберкулез** представляет собой, как правило, генерализованную форму туберкулеза, характеризующуюся поражением легких, серозных оболочек, печени, селезенки, кишечника и других внутренних органов. Чаще он встречается у детей и подростков, не иммунизированных против туберкулеза вакциной БЦЖ в связи со свежим заражением туберкулезом и развитием бактериемии при прогрессирующем течении первичной туберкулезной инфекции.

История

Клиническая форма — милиарный туберкулез — восстановлена в клинической классификации туберкулеза только в сентябре 1994 г. на II (XII) съезде фтизиатров в Саратове. Это было сделано в связи с более частым появлением тяжелых, остро прогрессирующих форм туберкулеза в последние 2-3 года.

Вместе с тем милиарный туберкулез известен с давних времен и описан по данным вскрытий умерших Лаэннеком. В 1842-1848 гг. Н. И. Пирогов описал клиническую картину милиарного туберкулеза с генерализованным поражением различных органов, протекающую с тяжелейшей интоксикацией и напоминающую брюшной тиф, что послужило основанием для выделения «тифоидного» варианта милиарного туберкулеза.

Патанатомия

Признаки:

- мелкие до 2 мм однотипные очаги (просовидные)
- расположены в интерстиции периваскулярно
- преобладает продуктивная реакция
- очаги не сливаются
- локализованы симметрично
- диффузная эмфизема

Изредка встречаются и генерализованные процессы с экссудативно-казеозными очагами в различных органах с клинической картиной септического состояния.

Патогенез

- **ранняя генерализация** - прогрессирование первичной туберкулезной инфекции с распространением и развитием бактериемии. Источник - казеозно измененные внутригрудные лимфатические узлы.
- **поздняя генерализация** - активация остаточных изменений во внутригрудных лимфоузлах, кальцинатах происходит через различные сроки / нередко годы и десятилетия/ после их заживления.

Механизм – реверсия L-форм МБТ в патогенные, рост и размножение, гематогенная (90%) диссеминация, реже – лимфогематогенная

Способствующие факторы:

- суперинфекция
- иммунодефицит
- ослабление противотуберкулезного иммунитета (гиперинсоляция, переохлаждение, голодание, гиповитаминоз, стрессовые состояния, лечение гормонами, физиотерапия, интоксикации, эндокринные расстройства, аллергии, нарушения обмена веществ...)

Клиническая картина

- Начало острое (3-5 дней)

Различают 3 формы миллиарного туберкулеза

тифоидная

Повышается температура до 39 - 40°C, резко выражены симптомы интоксикации - слабость, потеря аппетита, выраженная потливость, недомогание, диспепсические расстройства. При высокой температуре - иногда бред, функциональные расстройства ЦНС. Характер лихорадки может быть ремиттирующим или гектическим.

Характерна одышка, тахикардия, цианоз. В легких может выслушиваться небольшое количество сухих хрипов или жесткое дыхание.

легочная

Преобладающим симптомом является выраженные одышка асфиксического типа, тахикардия, цианоз, сухой кашель, увеличение печени.

Сопровождается развитием менингита. Появляются сильные головные боли, нарушение сознания, менингеальный синдром, изменения в спинномозговой жидкости.

Диагностика

- Анамнез (сведения о вакцинации БЦЖ, контакт, перенесенный туберкулез, отягощающие и провоцирующие факторы)
- Проба Манту – отрицательная анергия или сомнительная, на фоне лечения становится нормергической
- Обнаружение МБТ в мокроте – крайне редко ввиду отсутствия деструкции
- Обнаружение МБТ в крови – 15-18% случаев
- ОАК -небольшой лейкоцитоз, лимфопения, повышение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево
- ФБС – нередко множественные бугорки на слизистой бронхов
- ФВД – нарушения рестриктивного характера

Рентгенологическая картина

Спустя 10-14 дней болезни появляются множественные мелкие

/ до 2 мм/ однотипные очаги на всем протяжении легких, создается впечатление о более массивной диссеминации в средних отделах.

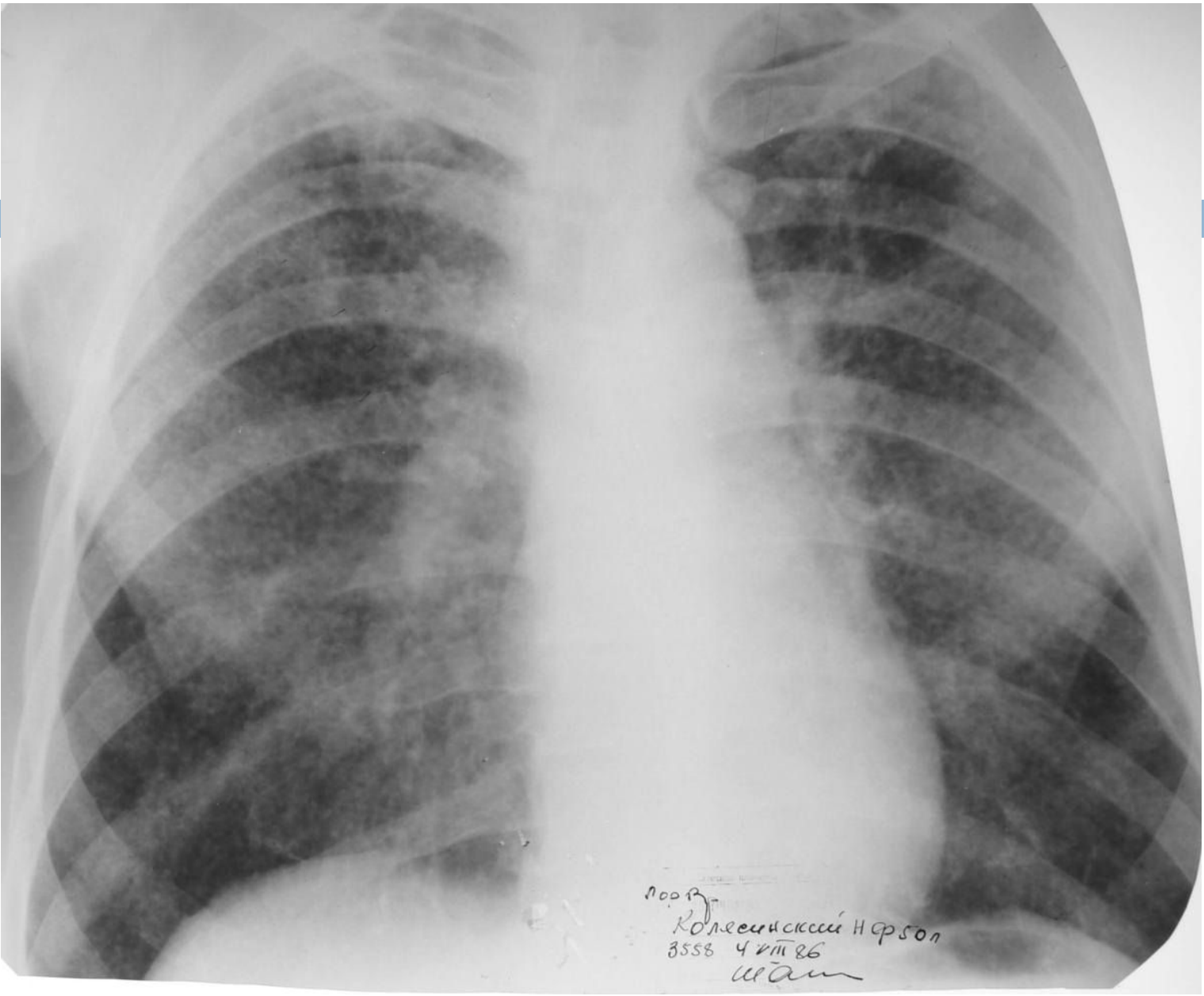
Очаги округлой формы, малой интенсивности, контуры нечеткие, часто расположены в виде цепочки вдоль сосудов.

Сосудистый рисунок обеднен



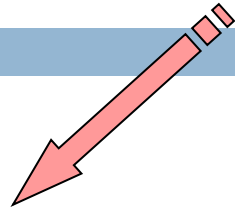


Миллярный туберкулез

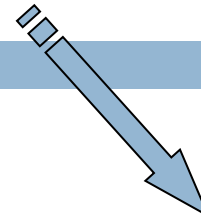


ЛОР В
Колесниковский Н. П. 501
3558 4.11.86
Иван

Исход



Без лечения быстро прогрессирует, присоединяются осложнения. Развивается тубменингит или казеозная пневмония. Смерть наступает от нарастающей интоксикации и дыхательной недостаточности в течение 2 месяцев.



При своевременно начатой терапии может почти полностью рассасываться. Эмфизема исчезает, эластичность легкого восстанавливается.

Диссеминированный туберкулез легких

- Удельный вес его среди других клинических форм туберкулеза органов дыхания составляет 7 - 12%, став более частым в последние годы
- Патогенез в значительной степени сходен с таковым при милиарном туберкулезе
 - лимфогематогенный и лимфогенный путь
 - процесс может быть не только двусторонним, но и односторонним
 - в старческом возрасте может наблюдаться лимфо-бронхогенная диссеминация (старческий туберкулез)
- Два клинико-морфологических варианта:

подострый и хронический

Подострый диссеминированный туберкулез легких

Патоморфология

- более или менее равномерная и симметричная диссеминация в обоих легких /хотя, может быть и односторонний процесс лимфогенного генеза/
- очаги крупнее (5-10 мм), чаще, но не всегда, имеют однотипный характер, находятся в большем числе в верхних отделах легких, субплеврально, преимущественно продуктивный характер
- очаги имеют тенденцию к слиянию
- Могут возникать полости распада с тонкими стенками и без инфильтративного вала, т. н. "штампованные" каверны. Нередко они располагаются симметрично в верхних отделах обоих легких - "очковые" каверны или "симптом очков«
- развиваются также лимфангиты, периваскулиты, перибронхиты, эмфизема

Клиническая картина

- Развивается постепенно, в течение нескольких недель
- Клиника «вялая», не соответствует множественному поражению легких, самочувствие может не изменяться
- Наиболее частыми симптомами являются:
слабость, утомляемость, раздражительность, потливость, снижение аппетита и массы тела, субфебрилитет, небольшая одышка и продуктивный кашель, тахикардия, ВСД, психо-эмоциональная лабильность, эйфория
- Изредка отмечается кровохарканье
- Боль в боку при вовлечении плевры
- Осиплость голоса, першение и боль в горле при глотании при развитии туберкулеза гортани

Диагностика

- Анамнез (контакт, перенесенный туберкулез, отягощающие и провоцирующие факторы)
- Проба Манту –чаще нормергическая, при осложненном течении – отрицательная анергия
- Обнаружение МБТ в мокроте – возможно при прогрессировании и возникновении деструкции (50% всех случаев), желательно люминесцентным или культуральным методом
- ОАК -небольшой лейкоцитоз, лимфопения, снижение эритроцитов, повышение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево
- ФБС – БАС - преобладание лимфоцитов – косвенный признак туберкулеза
- ФВД – нарушения рестриктивного характера

Рентгенологическая картина

- множественные крупные / до 10 мм/ однотипные очаги преимущественно в верхних и средних отделах легких
- Очаги округлой формы, малой и средней интенсивности, контуры нечеткие, часто расположены в виде цепочки вдоль продольных сосудов
- Сливаясь, очаги образуют фокусы затемнения с участками просветления (распад)
- При распаде в нескольких отдельных очагах формируются кольцевидные тени – штампованные каверны
- При лимфогенной диссеминации очаговые тени с одной стороны, в средних и нижних отделах на фоне лимфангита, в корне кальцинаты

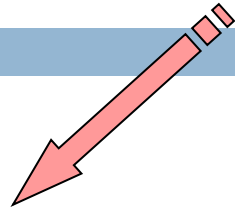


Туберкулез

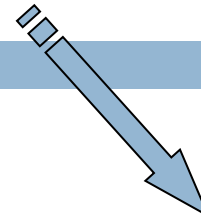
Подострый диссеминированный



Исход



Без лечения постепенно прогрессирует, вовлекаются другие органы, чаще верхние дыхательные пути, гортань. Переходит в хроническую форму. Может развиваться казеозная пневмония с летальным исходом.



При своевременно начатой терапии: Полностью очаги не рассасываются. Эмфизема носит необратимый характер. Эластичность легких снижается ввиду фиброзно-атрофических изменений в межальвеолярных перегородках.

Хронический диссеминированный туберкулез

Патоморфология

- Связан с повторными лимфогематогенными диссеминациями. Новые волны обострений приводят к новым свежим высыпаниям на фоне уже имеющих изменений. Как правило процесс спускается сверху-вниз.
- Часты поражения плевры, а также других органов в результате повторных волн гематогенной диссеминации (гортань, почки, кости и суставы, гениталии...)
- Гипертензия малого круга кровообращения приводит к гипертрофии правого желудочка и легочному сердцу.

Клиническая картина

- Клиническая картина вне обострения стертая, иногда он протекает скрыто. Характерно снижение аппетита и массы тела. Нарастает одышка (причина - пневмофиброз, эмфизема).
- Характерны проявления дисфункции центральной и вегетативной нервной системы, эндокринной системы, иногда проявления гипер- или гипотиреоза.
- Наиболее характерными жалобами при обострении является слабость / до адинамии/, потливость, раздражительность, нарушения сна. Отмечается неправильная субфебрильная температура, тахикардия. Кашель сухой или с небольшим к-вом мокроты.
- Могут наблюдаться "маски" туберкулеза, например, полиартриты /"ревматическая" маска/, изредка лейкомоидные реакции, псевдолейкозы /крововетворная маска/, а также плевриты или полисерозиты.
- Ввиду развивающейся дыхательной, а затем и легочно-сердечной недостаточности характерны постепенно нарастающая одышка; акроцианоз, увеличение печени, пастозность нижних конечностей.

Физикальные и лабораторные данные

- Западение над- и подключичных пространств.
- Перкуторно укорочение над верхушками (фиброз), тимпанит над нижними.
- Аускультативно сухие хрипы над верхушками, над нижними отделами – ослабленное дыхание (эмфизема)
- «Немые» каверны.
- ОАК (при обострении) -небольшой лейкоцитоз, лимфопения, снижение эритроцитов, повышение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. При стабилизации процесса – близки к норме.
- ИФА – значительное повышение титра антител к МБТ.
- ФВД – нарушения рестриктивного и обструктивного характера (сопутствующий хр.бронхит).
- ЭКГ – признаки хронического легочного сердца.

Рентгенологическая картина

- Наблюдается полиморфная картина: очаги различной величины, формы и интенсивности, свежие и старые на фоне фиброзных изменений, больше в верхних отделах
- Тенденции к слиянию очагов нет
- Нарушается симметричность поражения
- Могут наблюдаться как тонко- так и толстостенные каверны
- Верхушки - интерстициальный фиброз, уменьшение объема, плевральные наложения, в нижних отделах - викарная эмфизема. С-м плакучей ивы.
- Тень сердца сужена, имеет срединное положение (капельное сердце)
- Фиброз и эмфизема обуславливают деформацию бронхиального дерева, что способствует развитию бронхоэктазов



туберкулез

Хронический диссеминированный



