

1. Наиболее частый путь передачи туберкулеза

- а) алиментарный б) аэрогенный в) вертикальный г) контактный

2. Возбудителем туберкулеза является

- а) кокк б) микобактерия в) микопlasма в) спирохета

3. Источник туберкулеза

- а) больной человек б) вода в) немытые овощи и фрукты г) крупный рогатый скот

4. При туберкулезе в мокроте обнаруживают

- а) атипичные клетки б) микобактерии в) эозинофилы г) спирали Куршмана

5. При проведении реакции Манту туберкулин вводят

- а) внутривенно б) внутрикожно в) внутримышечно г) подкожно

6. Диаскин тест оценивается через (час.)

- а) 12 б) 24 в) 36 г) 72

7. Метод ранней диагностики туберкулеза легких

- а) спирография б) бронхография в) бронхоскопия г) флюорография

8. Место введения туберкулина при постановке диаскин-теста

- а) верхняя треть плеча б) верхняя треть предплечья
в) средняя треть плеча г) средняя треть предплечья

Дополните вместо точек.

9. МЛУ-ТБ, или ТБ с множественной лекарственной устойчивостью, является особой формой ТБ с лекарственной устойчивостью. Он развивается в случае устойчивости бактерий ТБ, как минимум, к и (вписать названия ЛС)

10. Пробное лечение – это метод.....туберкулёза (профилактики, диагностики, лечения)

Эталон ответов и критерии оценки теста

1 ошибка-5

2 ошибки- 4

3 ошибки- 3

4 и более ошибок- 2

1.-б

2.-б

3.-а

4.-б

5.-б

6.-г

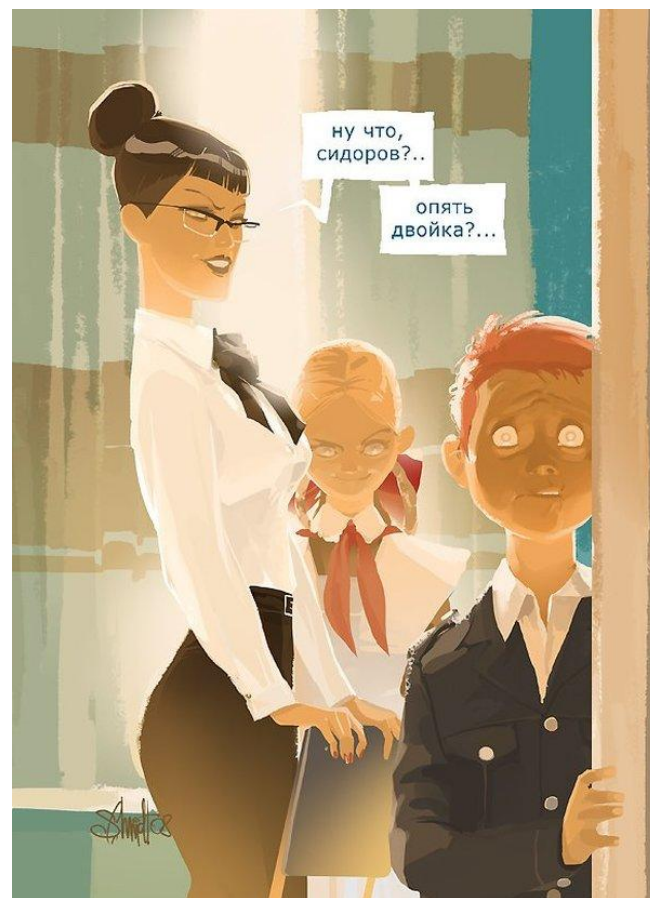
7.-г

8.-г

9.- изониазиду и рифампицину

10-диагностики

Надеюсь, что двоек нет!!!



Диаскин тест.



ÄËÄÑËËÍ òãñò.mp4

СПбГПОУ «ФК»

**Особенности первичного туберкулеза,
переходных форм, влияющие на организацию
лечебного процесса**

Преподаватель: Несина Т.Г.

Основными клиническими формами туберкулеза являются:

- **Туберкулезная интоксикация у детей и подростков.**

- **Туберкулез органов дыхания:**

первичный туберкулезный комплекс;

туберкулез внутригрудных лимфатических узлов;

диссеминированный туберкулез легких;

милиарный туберкулез легких;

очаговый туберкулез легких;

инфильтративный туберкулез легких;

казеозная пневмония;

туберкулема легких;

кавернозный туберкулез легких;

фиброзно-кавернозный туберкулез легких;

цирротический туберкулез легких;

туберкулезный плеврит (в том числе эмпиема);

туберкулез бронхов, трахеи, верхних дыхательных путей;

туберкулез органов дыхания, комбинированный с профессиональными пылевыми заболеваниями легких

• **Туберкулез других органов и систем:**

туберкулез мозговых оболочек и ЦНС;

туберкулез кишечника, брюшины и брыжеечных лимфатических узлов;

туберкулез костей и суставов;

туберкулез мочевых и половых органов;

туберкулез кожи и подкожной клетчатки;

туберкулез периферических лимфатических узлов;

туберкулез глаз;

туберкулез других органов.

Туберкулез легких.

- Первичный туберкулезный комплекс.
- Инfiltrативный туберкулез легких.
- Диссеминированный туберкулез легких.
- Очаговый туберкулез легких.
- Милиарный туберкулез.
- Казеозная пневмония.
- Фиброзно-кавернозный туберкулез легких.
- Цирротический туберкулез легких.
- Туберкулема легких.
- Туберкулез органов дыхания, комбинированный с профессиональными пылевыми заболеваниями легких .

Внелегочные локализации туберкулеза.

- Туберкулез органов дыхания внелегочной локализации:
туберкулез внутригрудных лимфатических узлов;
туберкулез бронхов, трахеи, верхних дыхательных путей;
туберкулезный плеврит (в т.ч. эмпиема).
- Туберкулез костей и суставов.
- Туберкулез нервной системы.
- Туберкулез органов зрения.
- Туберкулез органов брюшной полости:
туберкулез кишечника, брюшины, брыжеечных лимфатических узлов;
- Туберкулез мочевыделительной системы;
- Туберкулез органов половой системы.
- Туберкулез кожи и подкожной клетчатки.
- Туберкулез периферических лимфатических узлов.
- Туберкулез прочих органов.

Генерализованный туберкулез.

Для формулировки клинического диагноза необходимо указать:

Характеристика фазы туберкулезного процесса:

инфильтрации, распада, обсеменения;
рассасывания, уплотнения, рубцевания, обызвествления.

Характеристика бактериовыделения:

с выделением МБТ (МБТ+); без выделения МБТ (МБТ–).

Характеристика туберкулеза по устойчивости микобактерий к противотуберкулезным препаратам:

- с сохраненной лекарственной чувствительностью МБТ;
- с МР к противотуберкулезным препаратам;
- с ПР к противотуберкулезным препаратам;
- с множественной лекарственной устойчивостью к противотуберкулезным препаратам;
- с широкой лекарственной устойчивостью к противотуберкулезным препаратам;
- с тотальной лекарственной устойчивостью к противотуберкулезным препаратам.

Осложнения туберкулеза: кровохарканье и легочное кровотечение,

- спонтанный пневмоторакс, легочно-сердечная недостаточность, ателектаз, амилоидоз, свищи и др.

Остаточные изменения после излеченного туберкулеза:

органов дыхания: фиброзные, фиброзно-очаговые, буллезно-дистрофические,

кальцинаты в легких и лимфатических узлах, плевропневмосклероз, цирроз;

других органов:

рубцовые изменения в различных органах и их последствия,
обызвествление и др.

Характеристику туберкулезного процесса дают по локализации процесса, клинико-рентгенологическим признакам и наличию или отсутствию в диагностическом материале, полученном от больного, МБТ и характера их лекарственной устойчивости.

Локализацию и распространенность в легких процесса проводят по долям и сегментам, а в других органах — по локализации очага поражения.

Фаза туберкулезного процесса определяет активность туберкулезных изменений и отражает в динамике обратное его развитие:

-инфильтрацию, распад, обсеменение;

-рассасывание, уплотнение, рубцевание, обызвествление.

Процесс может протекать:

с выделением микобактерий туберкулеза (МБТ +);

без выделения микобактерий туберкулеза (МБТ—);

с формированием лекарственной устойчивости МБТ к противотуберкулезным препаратам.

Осложнения туберкулеза: кровохарканье и легочное кровотечение; спонтанный пневмоторакс; легочно-сердечная недостаточность; ателектаз; амилоидоз; свищи бронхиальные, торакальные и др.

Остаточные изменения после излеченного туберкулеза:

в органах дыхания: фиброзные, фиброзно-очаговые, буллезнодистрофические, кальцинаты в легких и лимфатических узлах, плевропневмосклероз, цирроз;

другие органы: рубцовые изменения и кальцинаты в различных органах и их последствия.

Первичный туберкулёз. Переходные формы туберкулёза.

Классификация,

Отличительные признаки.

Особенности клиники и диагностики различных форм.

Организация лечебного процесса и ухода.

**Особенности первичного туберкулеза,
влияющие на организацию лечебного процесса**

Формулировка диагноза у больного туберкулезом.

Последовательно устанавливают:

- клиническую форму туберкулеза;
- локализацию и протяженность туберкулезного процесса;
- фазу развития туберкулезного процесса;
- наличие (МБТ+) или отсутствие (МБТ—) бактериовыделения;
- наличие лекарственной устойчивости МБТ к противотуберкулезным препаратам;
- имеющиеся осложнения;
- сопутствующие заболевания.

Формулировка диагноза у больного туберкулезом рекомендуется в следующей последовательности:

- характеристика клинической формы,
- локализация,
- фаза процесса,
- бактериовыделение (БК+ или БК-),
- осложнения,
- сопутствующие заболевания.

Примеры формулировки диагноза:

1. Диссеминированный туберкулез верхних долей легких, фаза инфильтрации и распада, МБТ+. Легочно-сердечная недостаточность I степени. Гепатит С.
2. Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого, фаза инфильтрации, МБТ-. Легочное кровотечение, аспирационная пневмония. Амилоидоз внутренних органов. Неврит тройничного нерва.

Каковы медицинские определения МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ?

МЛУ-ТБ, или ТБ с множественной лекарственной устойчивостью, является особой формой ТБ с лекарственной устойчивостью. Он развивается в случае устойчивости бактерий ТБ, как минимум, к изониазиду и рифампицину — двум самым мощным противотуберкулезным препаратам.

ШЛУ-ТБ является ТБ, который в дополнение к лекарственной устойчивости, свойственной для МЛУ-ТБ, устойчив ко всем фторхинолонам и, как минимум, к одному из трех инъекционных лекарств второй линии (капреомицину, канамицину или амикацину). Такое определение ШЛУ-ТБ было принято Глобальной целевой группой ВОЗ по ШЛУ-ТБ в октябре 2006 года.

Первичный туберкулёз возникает при заражении МБТ ранее неинфицированных людей (в отсутствии специфического иммунитета) и характеризуется поражением лимфатических узлов, лимфогематогенной диссеминацией возбудителя и высокой реактивностью организма к возбудителю заболевания.

Первичный туберкулез «находится» в пределах лимфатической системы. Его диссеминация (распространение) лимфогенная

В основном у детей и подростков, но может быть и у взрослых.

Подозрение на наличие туберкулёза у ребёнка должно возникать в следующих случаях. Ф. Миллер 1984

1. Прекращение прибавки массы тела, постепенное похудание, апатия на протяжении 2-3 мес.; иногда интермиттирующая лихорадка.
2. Внезапное повышение температуры тела (температура становления), иногда в сочетании с узловатой эритемой или туберкулёзно-аллергическим (фликтенулёзным) конъюнктивитом. Температура становления может продолжаться до 3 нед.
3. Прекращение прибавки массы тела ребёнка в сочетании с затруднённым хриплым дыханием, иногда упорным кашлем.
4. Внезапная лихорадка с плевральными болями и выпотом.
5. Вздутие живота и асцит.
6. Плотные и болезненные образования в брюшной полости.
7. Прихрамывание и болезненная припухлость в области крупных суставов.
8. Затруднения при наклоне, ригидность и болезненность спины, возможны её деформация и опоясывающие боли.

9. Безболезненное увеличение периферических лимфатических узлов окружённых более мелкими лимфатическими узлами.
10. Любой абсцесс, локализованный в периферическом лимфатическом узле, особенно развившийся постепенно.
11. Подкожные абсцессы или язвы на коже, не имеющие видимых причин,
12. Внезапное и необъяснимое изменение настроения ребёнка и его поведения (например, чрезмерная раздражительность), сопровождающееся подъёмом температуры тела, иногда тошнотой и головными болями.
13. Похудание и апатия у детей старшего возраста и подростков в сочетании с продуктивным кашлем.
14. Длительно затянувшееся выздоровление после перенесённой кори, коклюша, стрептококкового тонзиллита или другой интеркуррентной инфекции.
15. Признаки объёмного внутричерепного процесса или диффузного энцефалита у детей.
16. Безболезненная гематурия или стерильная пиурия у ребёнка.

Туберкулезная интоксикация детей и подростков.

Первичный туберкулезный комплекс.

Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.

ТУБЕРКУЛЁЗНАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ

Это клинический синдром развития первичной туберкулёзной инфекции, обусловленный функциональными нарушениями без локальных проявлений туберкулёза, выявляемых рентгенологическими или другими методами.

Туберкулёзная интоксикация у детей и подростков при свежем заражении протекает как ранняя интоксикация, а при хроническом течении называется хронической интоксикацией.

Морфологическим субстратом туберкулёзной интоксикации чаще всего являются пораженные лимфатические узлы средостения. Если воспалительная реакция небольшая и лимфатические узлы значительно не увеличиваются, обнаружить их с помощью клинических и рентгенологических методов очень трудно. Необходимы современные методы КТ, МРТ, спиральная КТ

Специфическая реакция — возникновение казеозной гранулёмы в месте внедрения микобактерии в ткань.

Параспецифическая реакция

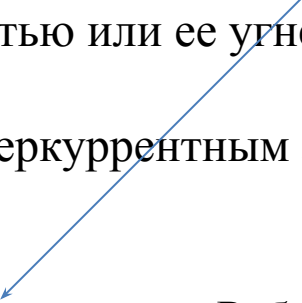
Туберкулезная интоксикация

характеризуется активностью туберкулезной инфекции и сопровождается ухудшением общего состояния ребенка (подростка):

периодическим повышением температуры тела до субфебрильных цифр,

ухудшением аппетита, появлением нейровегетативных расстройств (повышенной нервной возбудимостью или ее угнетением, головной боли, тахикардии)

наклонностью к интеркуррентным заболеваниям.



«Истощаемая возбудимость». Ребёнок легко возбуждается, хохочет, но эта радость может быстро перейти в плач или апатию. Такая лабильность нервной системы требует дифференциальной диагностики с патологией щитовидной железы, НС.

При **осмотре** ребенка может определяться небольшое увеличение групп периферических лимфатических узлов (микрополиадения) с явлениями периаденита; незначительное увеличение печени, реже селезенки, остановка физиологической прибавки или дефицит массы тела.

У больных с туберкулезной интоксикацией в **периферической крови** определяется нерезко выраженное ускорение СОЭ, сдвиг нейтрофилов влево, эозинофилия, лимфопения. Изменяется иммунный статус (снижение числа Т-лимфоцитов и их функциональной активности).

Специфичность описанных функциональных нарушений должна быть подтверждена тщательным обследованием ребенка (подростка) для исключения неспецифических заболеваний.

При обследовании следует использовать современные лучевые методы диагностики, включая, при возможности, компьютерную томографию, бронхоскопию, комплексную туберкулинодиагностику, а также бактериологическое исследование.

Диагноз туберкулезной интоксикации устанавливается только после обследования в условиях специализированного противотуберкулезного учреждения.

Параспецифические реакции

Нередко ребёнок проходит обследование у ЛОР-врача, окулиста, невропатолога, прежде чем у него выявляют туберкулёзную интоксикацию. Изменения без специфической клеточной реакции и казеоза могут развиваться в тканях лёгких, печени, сердца, селезёнки, в слизистых и серозных оболочках и других органах и тканях.

Всё это и приводит к разнообразным маскам первичной туберкулёзной инфекции, таким как:

частые катары верхних дыхательных путей,
фликтенулёзный кератоконъюнктивит,
узловатая эритема и т.п.

Характерно также увеличение периферических лимфатических узлов шейной, подчелюстной и подмышечной групп до II-III размера, узлы имеют мягкоэластическую консистенцию. В периферической крови нередко выявляют эозинофилию.

Важнейший дифференциально-диагностический признак ранней туберкулёзной интоксикации — совпадение этих функциональных расстройств и морфологических изменений с виражом туберкулиновых реакций.

Хроническая туберкулёзная интоксикация.

При хронической туберкулёзной интоксикации характерными признаками становятся

- отставание ребёнка в развитии, бледность,
- микрополиаденопатия (6-9 групп лимфатических узлов от эластической консистенции до "камешков").
- Важен тот факт, что после виража туберкулиновых проб прошёл 1 год и более, а туберкулиновые пробы сохраняются положительными либо нарастают.

Туберкулёзная интоксикация требует комплексной химиотерапии продолжительностью не менее 6 мес. и может быть **излечена** практически без остаточных изменений.

Микобактерии, присутствующие в организме, трансформируются в слабовирулентные или персистирующие L-формы, **но ребёнок остаётся инфицированным на все последующие годы.**

Прогрессирование и распространение первичной туберкулёзной инфекции происходит преимущественно по лимфатической системе. Прежде всего происходит поражение внутригрудных лимфатических узлов.

ПЕРВИЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ КОМПЛЕКС

характеризуется развитием воспалительных изменений в легочной ткани, поражением регионарных внутригрудных лимфатических узлов и лимфангитом.

- Он преимущественно наблюдается в детском возрасте.
- Клинические проявления первичного комплекса зависят от фазы процесса, особенностей течения и реактивности организма.
- Он может протекать малосимптомно, но чаще имеют место признаки туберкулезной интоксикации.
- При рентгенологическом исследовании выявляются характерные изменения в легких.
- Различают неосложненное и осложненное течение первичного туберкулезного комплекса.

При осложненном течении наблюдается обширный инфильтрат с поражением сегмента или доли легкого, распад с образованием первичной каверны, поражение бронхов, развитие ателектаза, лимфогенная и гематогенная диссеминация, а также переход в хронически текущий первичный туберкулез.

ПЕРВИЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЁЗНЫЙ КОМПЛЕКС

Включает в себя -легочный компонент, группу поражённых внутригрудных лимфатических узлов (железистый компонент) и специфический лимфангит лимфатических сосудов, идущих от лёгочного компонента к железистому.

В своем течении первичный туберкулёзный комплекс проходит четыре стадии:

- начальная — пневмоническая;
- стадия организации, когда начинается рассасывание инфильтративной зоны и появляется биполярность
- стадия кальцинации;
- стадия петрифицированного первичного туберкулёзного комплекса.

Эта клиническая форма может иметь довольно острое начало с интоксикацией, сходное с началом пневмонии.

В то же время нередко встречаются стёртое течение заболевания, когда туберкулёз не диагностируют, а при очередном рентгенологическом обследовании в лёгком и его корне обнаруживают плотные очаги или кальцинаты.

Первичный туберкулёзный комплекс может быть клинически распознан уже на стадии осложнений : обширный инфильтрат с поражением сегмента или доли легкого, распад с образованием первичной каверны, поражение бронхов, развитие ателектаза, лимфогенная и гематогенная диссеминация, а также переход в хронически текущий первичный туберкулез

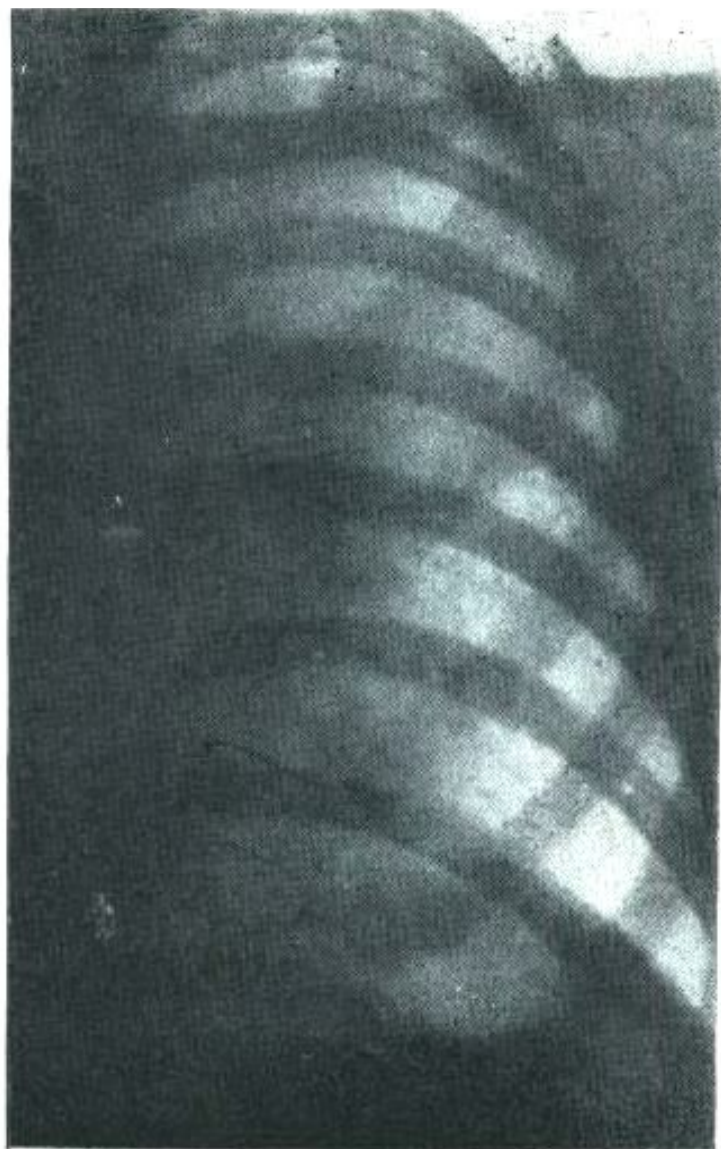


Рис. 12. Почти гомогенное небольшой интенсивности затемнение в верхней половине левого легочного поля. Диагноз не выяснен.

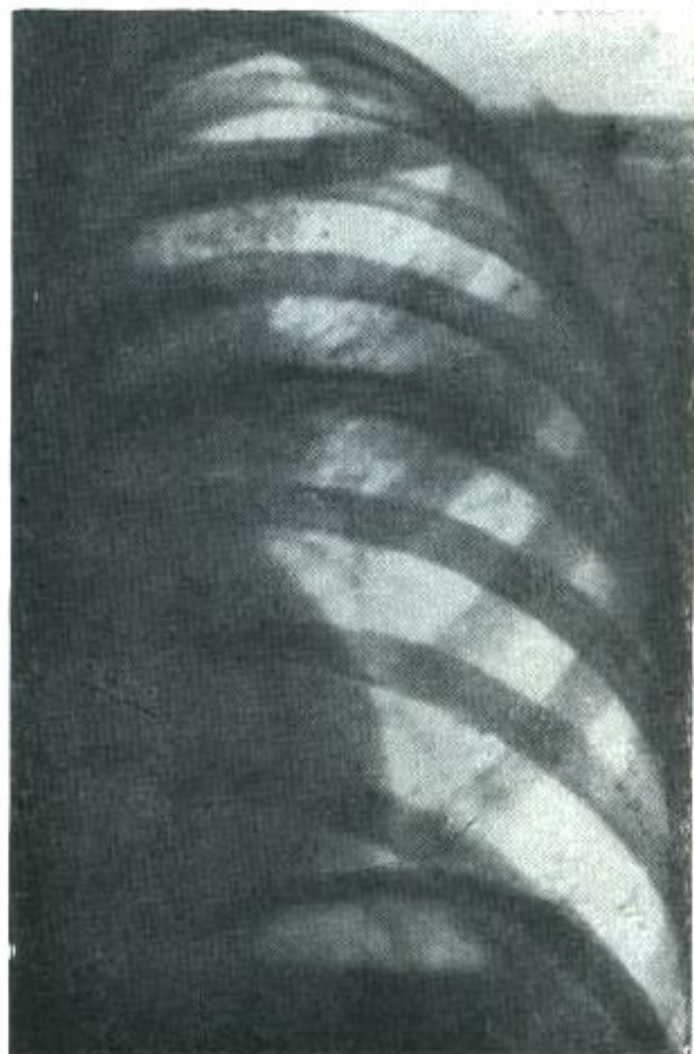
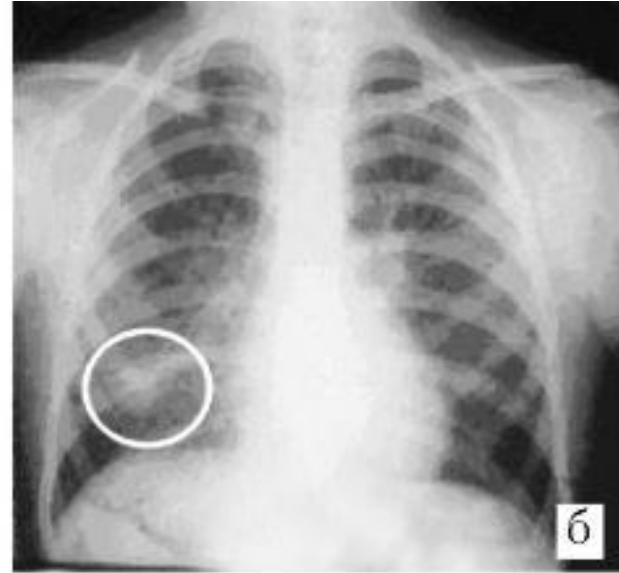
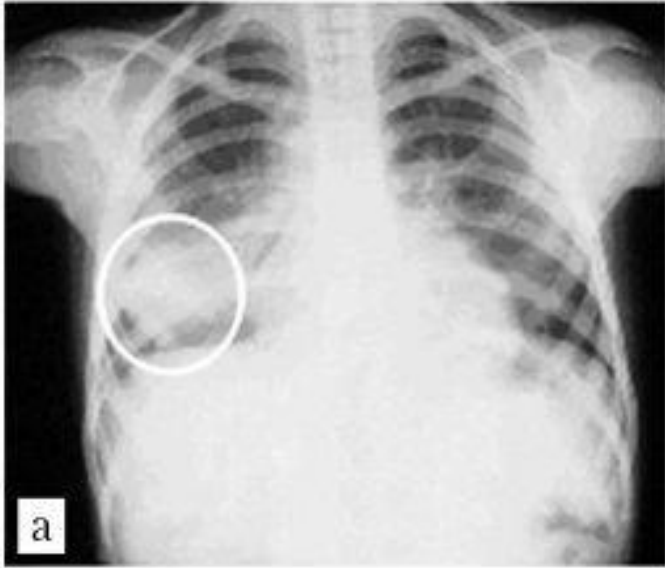


Рис. 12а. Тот же случай через 5 месяцев. Рассасывание перифокального воспаления. Образование типичного первичного комплекса — фаза биполярности.



ТУБЕРКУЛЕЗ ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ (ВГЛУ)

Развивается у детей, подростков и взрослых (18 - 25 лет) в результате первичного заражения туберкулезом.

Реже возникает вследствие эндогенной реактивации имевшихся туберкулезных изменений во внутригрудных лимфатических узлах. Процесс эндогенной реактивации у взрослых характерен для больных с выраженным иммунодефицитом (например, у больных ВИЧ-инфекцией).

Различают **инфильтративный, опухолевидный и "малые"** варианты туберкулеза ВГЛУ.

Инфильтративный туберкулез ВГЛУ характеризуется не только их увеличением, но и развитием инфильтративных изменений в прикорневых отделах. В клинической картине заболевания преобладают симптомы интоксикации. Клинические проявления напоминают пневмонию

«**Малые**» варианты туберкулеза ВГЛУ характеризуются их незначительным увеличением.

Рентгенодиагностика "малых" вариантов туберкулеза ВГЛУ в фазе инфильтрации возможна только по косвенным признакам (снижение структуры тени корня, двойной контур срединной тени и обогащение легочного рисунка в прикорневой зоне на ограниченном участке).

Клинически проявляется умеренными симптомами интоксикации. Для подтверждения диагноза показана компьютерная томография.

Опухолевидный ("туморозный") туберкулез ВГЛУ представляет собой вариант первичного туберкулеза, при котором **преобладает казеозное поражение** лимфатических узлов.

Он проявляется увеличением размера отдельных лимфатических узлов или их групп, выраженной клинической симптоматикой и склонностью к осложненному течению (поражение бронхов, бронхолегочные поражения, очаги бронхогенной, лимфогенной и гематогенной диссеминации, плеврит). Контуры лимфатических узлов на рентгенограмме и томограммах четкие.

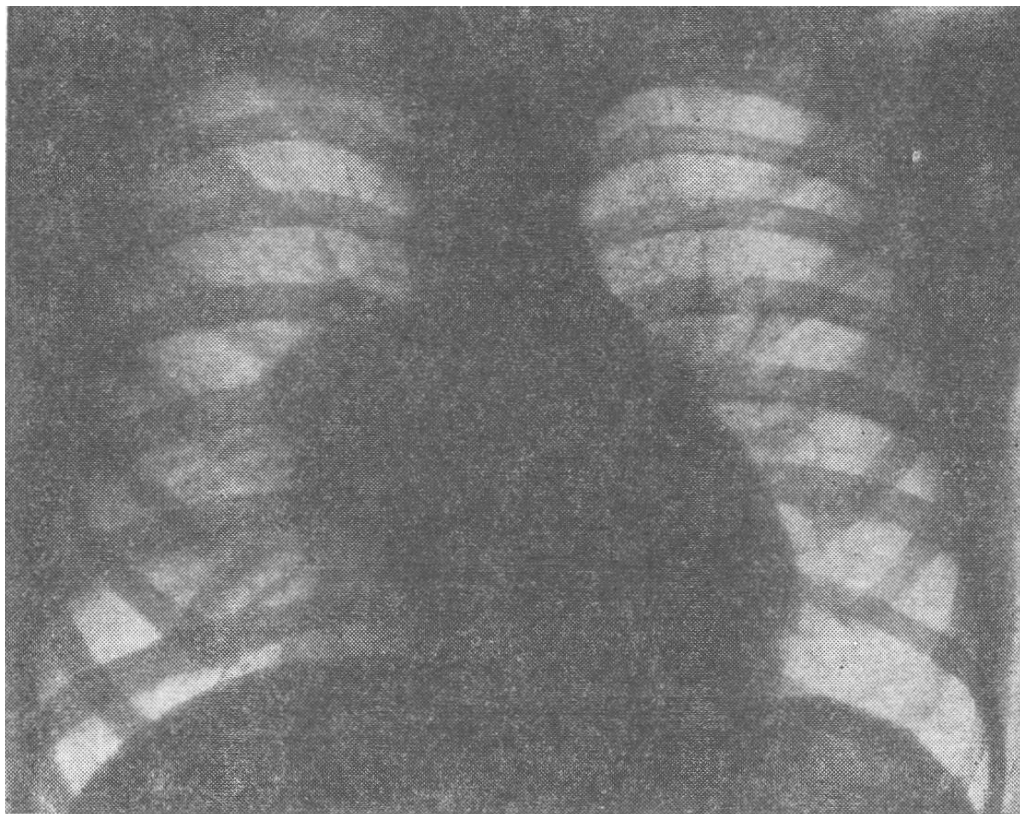


Рис. 22. Туморозный бронхоаденит правосторонний. Рентгенограмма.

В случаях позднего выявления и неэффективного лечения возможен переход в **хронически текущий первичный туберкулез**, характеризующийся длительным волнообразным течением и полиморфизмом морфологических изменений в лимфатических узлах (кальцинированные, фиброзные, свежие воспалительные). В таких случаях периодически возникают различные клинические проявления гиперсенсibilизации, описанные как "маски" хронического первичного туберкулеза (узловатая эритема, фликтены, полиартрит и др.).

При всех вариантах туберкулеза ВГЛУ, но чаще всего при хроническом его течении, возможны осложнения в виде воспалительной реакции плевры, специфического поражения бронхов с развитием сегментарных или долевого ателектазов, диссеминации в легкие и различные органы (бронхолегочные формы процесса)

ТУБЕРКУЛЁЗ ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ

В клинической картине преобладают симптомы, обусловленные интоксикацией.

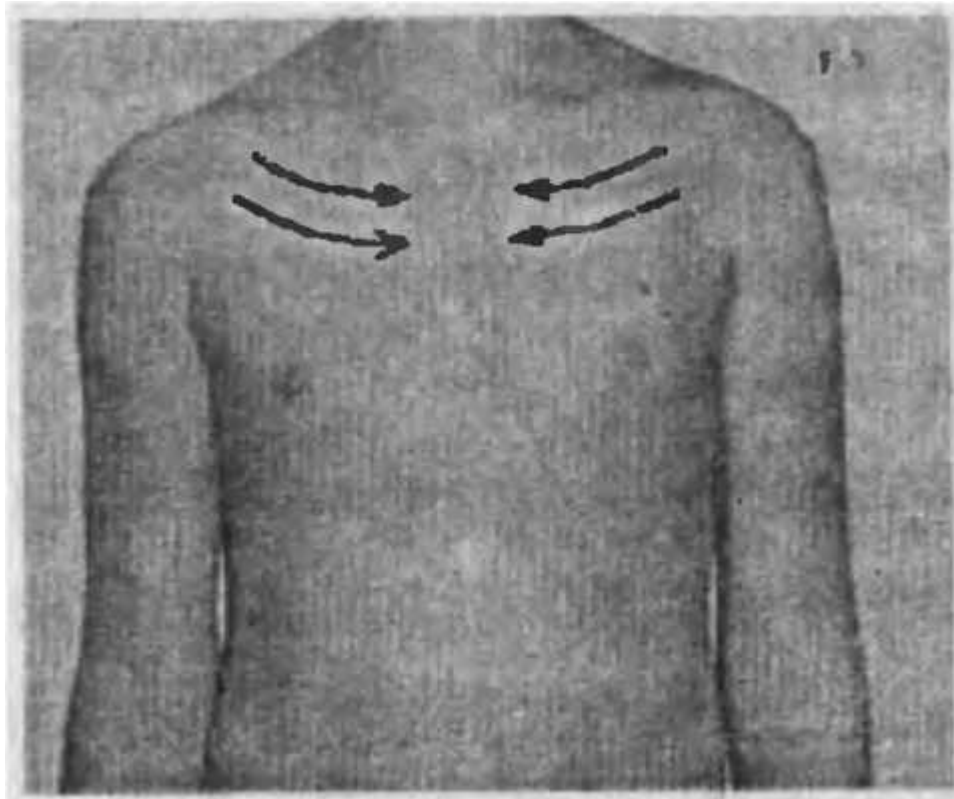
Реже отмечаются «грудные» жалобы и симптомы, которые могут появиться при осложненном течении заболевания. При давлении увеличенных внутригрудных лимфатических узлов на бронхи больной может жаловаться на **коклюшеподобный кашель**.

Фтизиопедиатры выделяют **ряд характерных симптомов**.

- При осмотре на передней грудной стенке можно видеть расширение периферической венозной сети в 1-11 межреберье с одной или двух сторон. Это симптом Видергоффера, свидетельствующий о сдавлении непарной вены.
- Расширение мелких поверхностных сосудов в верхней трети межлопаточного пространства — симптом Франка.
- Болезненность при надавливании на остистые отростки верхних грудных позвонков (III-VII) — положительный симптом Петрушки, отражающий свежие воспалительные изменения в области заднего средостения.
- Выслушивание над позвоночником трахеального дыхания, в норме у детей раннего возраста проводимого не ниже VII шейного или 1 грудного позвонка, характерно для бронхоаденита. Это симптом Хёбнера.

и др.

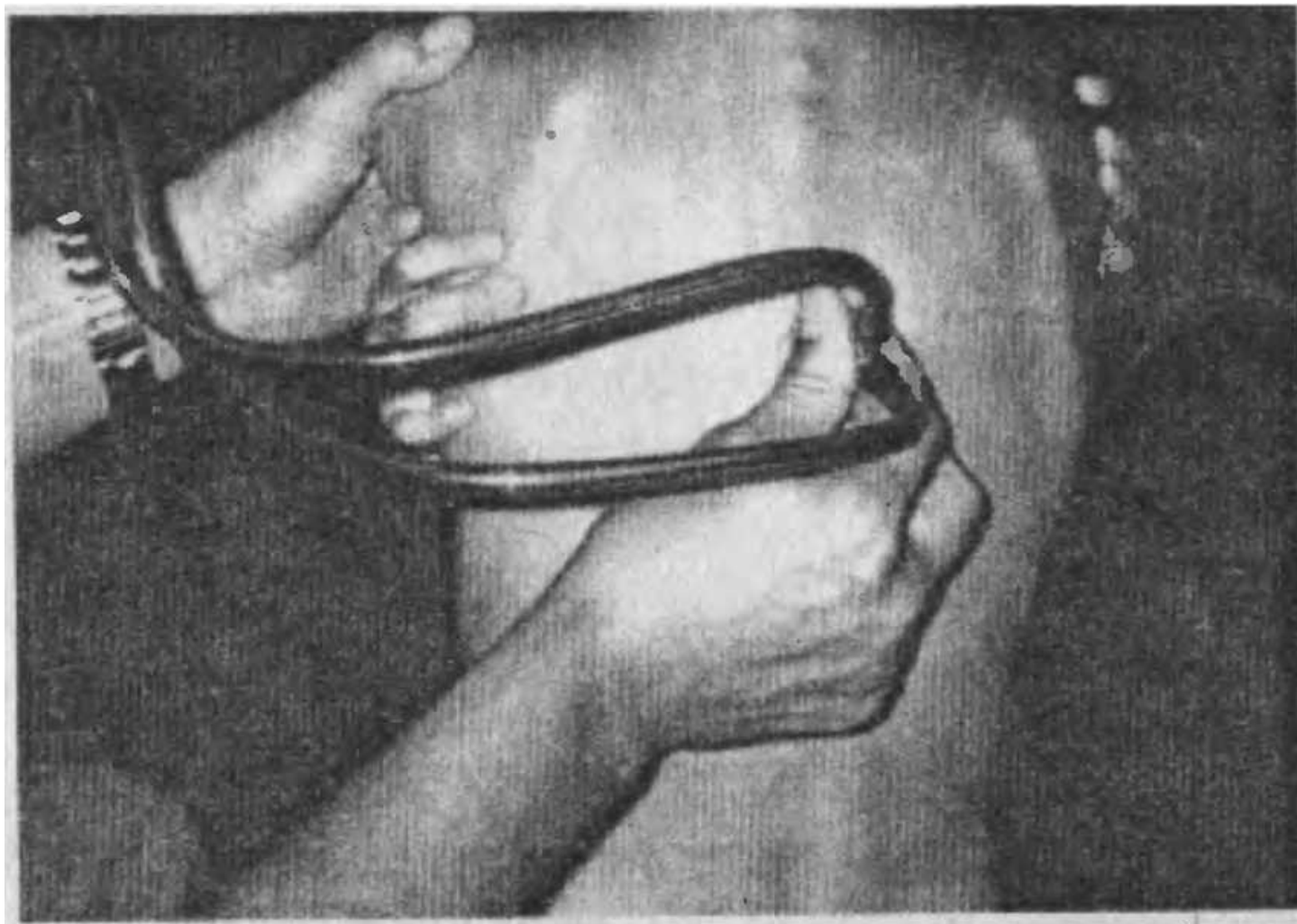
При поражении паратрахеальных лимфатических узлов и медиастинальной плевры, то есть переднего средостения, выявляют притупление перкуторного звука в области рукоятки грудины и двух первых межреберий с границей, сужающейся книзу, — симптом чаши Философова.



- Притупление перкуторного звука у детей до 2 лет ниже I грудного позвонка, до 10 лет — ниже II, старше 10 лет - ниже III грудного позвонка (лучше при тишайшей перкуссии по позвоночнику) — **симтом Кораньи**, встречающийся при воспалительных процессах заднего средостения, бифуркационных лимфатических узлов и инфильтрации окружающей их ткани. Перкуссия снизу вверх.



- При аускультации можно обнаружить симптом **д'Эспина**, когда бронхофония (пекторилоквия) выслушивается на позвоночнике ниже 1 грудного позвонка до бифуркации трахеи при произношении больными шипящих звуков (шепотная речь. «чашка чая»).



Чаще процесс выявляют рентгенологически. Расширение тени корня и нарушение его структуры чаще бывают односторонними, легче эти изменения обнаружить при правостороннем бронхоадените. Встречают одностороннее расширение верхнего средостения.

Инфильтративный тип туберкулёза внутригрудных лимфатических узлов характеризуется нечёткостью очертаний расширенного корня лёгкого, это результат перинодулярного воспаления.

При **опухолевидной** форме ведущим признаком в рентгенологической картине бывает значительное увеличение лимфатических узлов — расширение, удлинение и изменение структуры корня лёгкого. Наружные границы тени имеют выпуклые, волнистые, иногда бугристые очертания и сочетаются с невозможностью дифференцировать отдельные лимфатические узлы в этом пакете.

Достоверную картину можно получить при помощи КТ органов грудной клетки.

ХРОНИЧЕСКИ ТЕКУЩИЙ ПЕРВИЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЁЗ

Характеризуется длительным волнообразным течением и полиморфизмом морфологических изменений в лимфатических узлах (кальцинированные, фиброзные, свежие воспалительные). В таких случаях периодически возникают различные клинические проявления гиперсенсibilизации, описанные как "маски" хронического первичного туберкулеза (узловатая эритема, фликтены, полиартрит и др.).

Хронически текущий первичный туберкулёз — следствие несвоевременно выявленного туберкулёза внутригрудных лимфатических узлов, возникшего в детстве или подростковом возрасте.

При возникновении свищевой формы бронхоаденита возможно бронхогенное, лимфогенное или гематогенное распространение.

Характерна длительно сохраняющаяся интоксикация, чувствительность к туберкулину часто повышена.

В регионах с низкой распространённостью туберкулёза первичное инфицирование нередко происходит у взрослых.

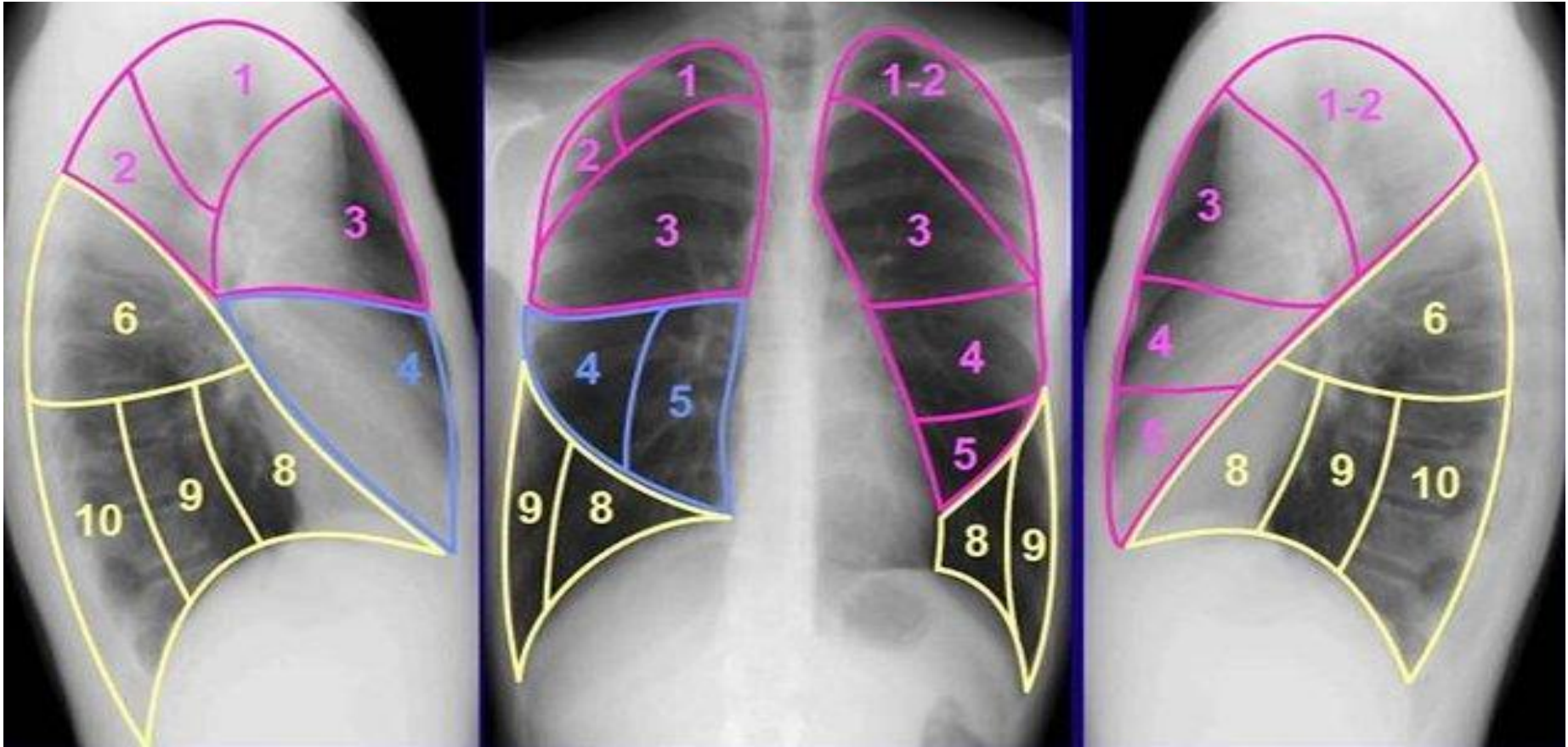
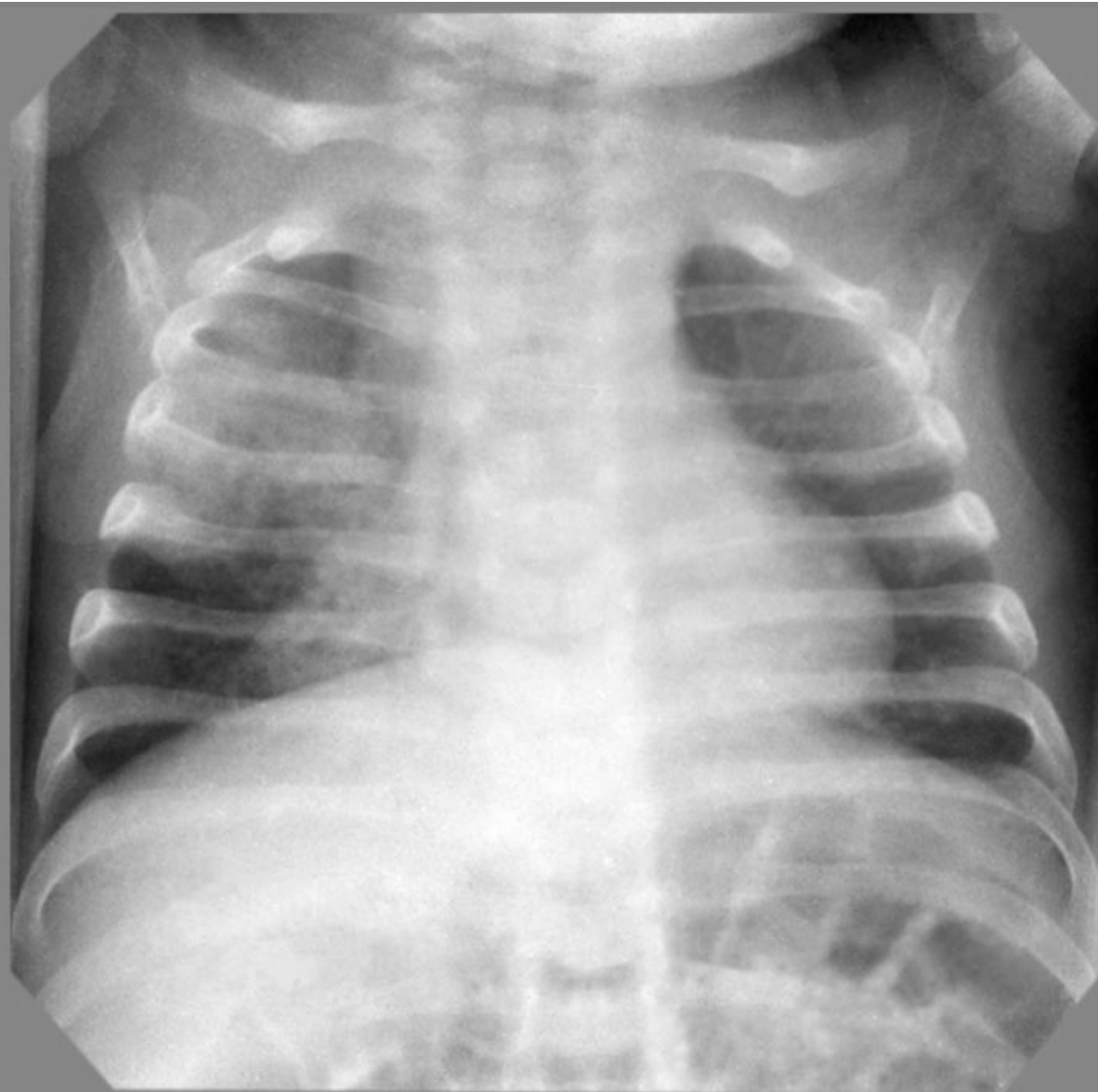
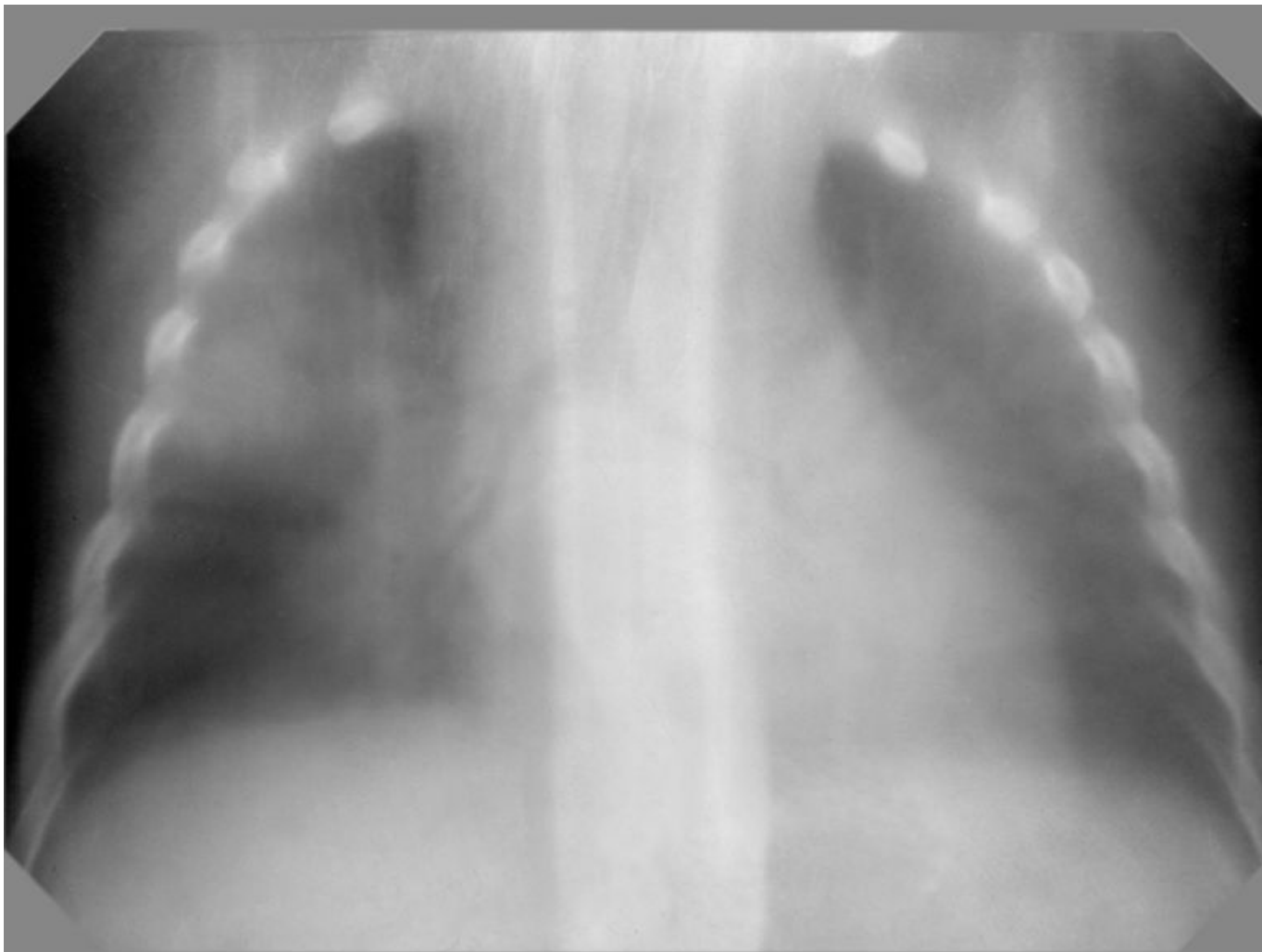


Фото с сайта <https://www.xrayprotocol.com>



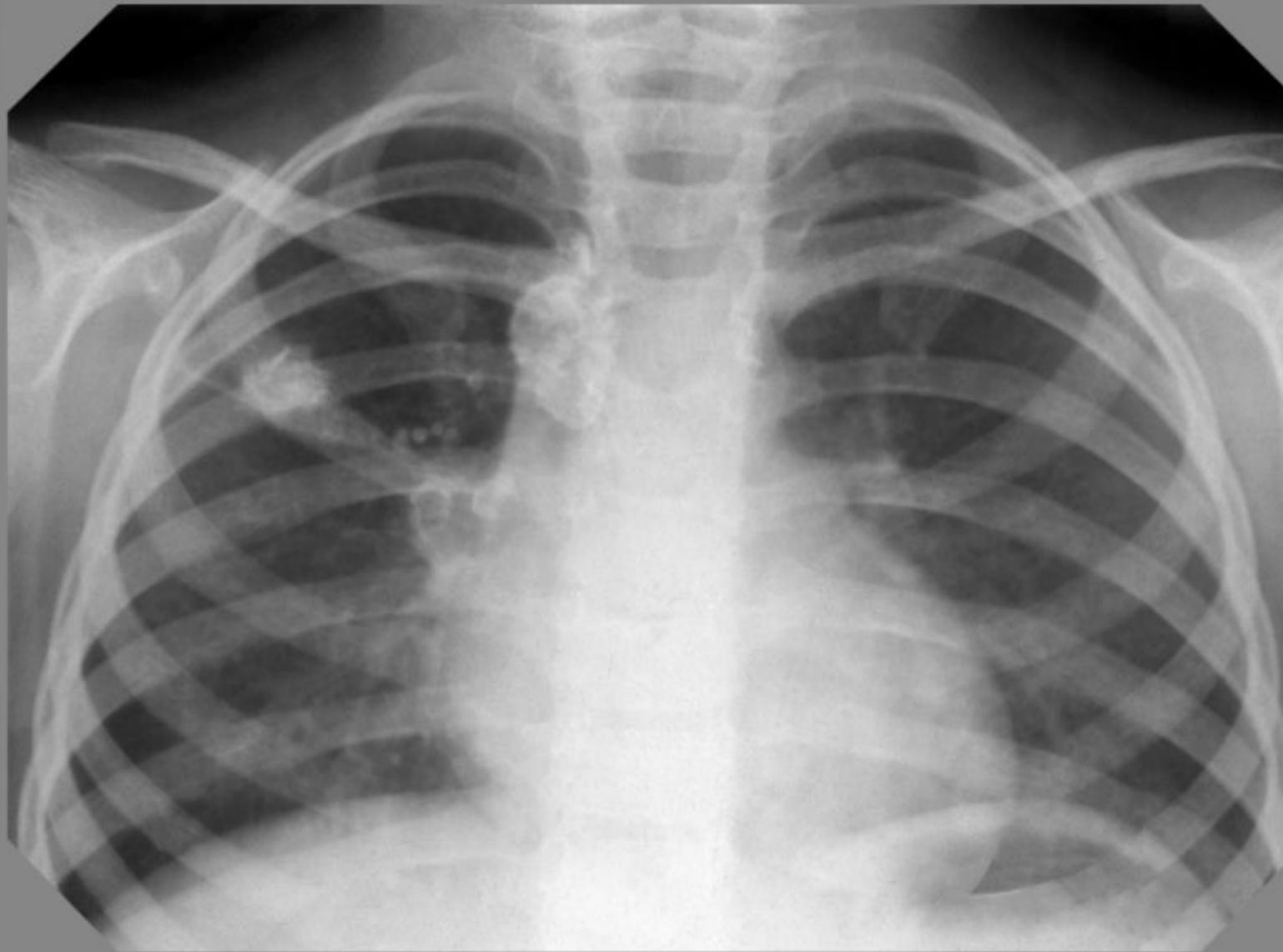
Первичный туберкулезный комплекс S₃ правого легкого в фазе инфильтрации у ребенка М. четырех месяцев жизни (обзорная рентгенограмма)



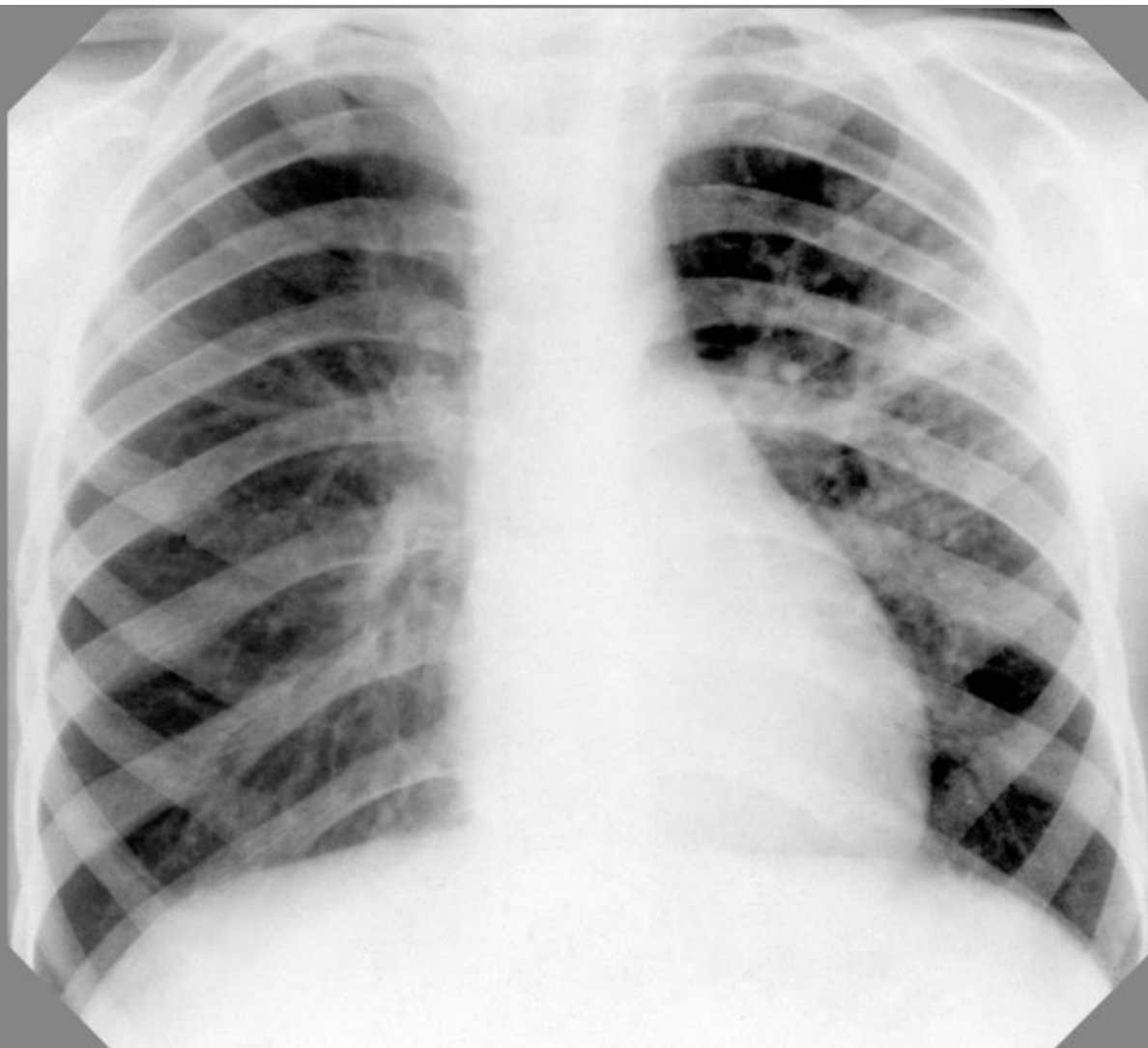
Первичный аффект, субплеврально расположенный, с большой зоной перифокального воспаления и увеличенными лимфоузлами средостения у того же ребенка М. четырех месяцев жизни (томограмма легких и средостения)



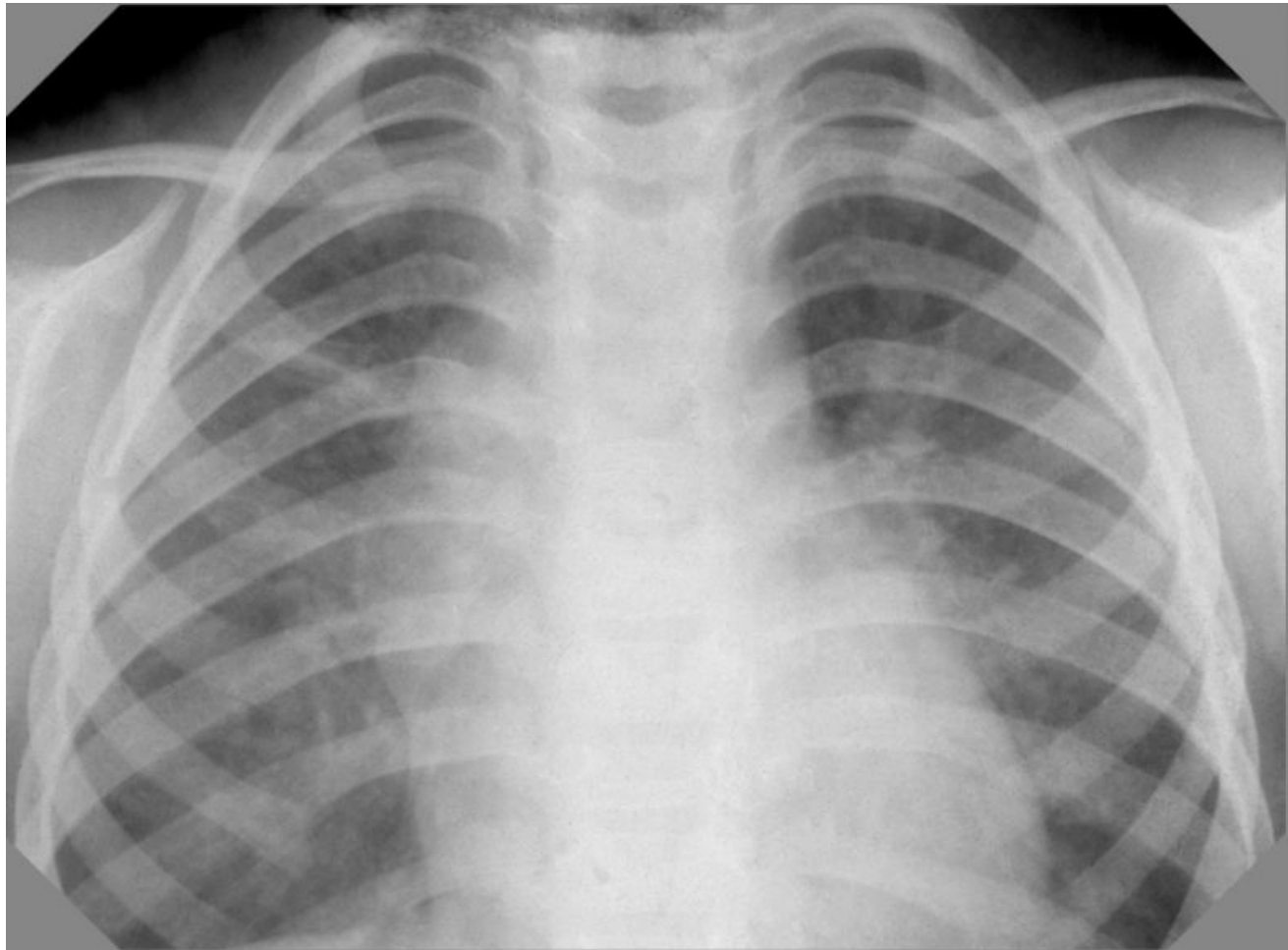
Томограмма ребенка М. через семь месяцев лечения с положительной динамикой туберкулезного процесса — фаза рассасывания и начинающегося уплотнения первичного туберкулезного комплекса



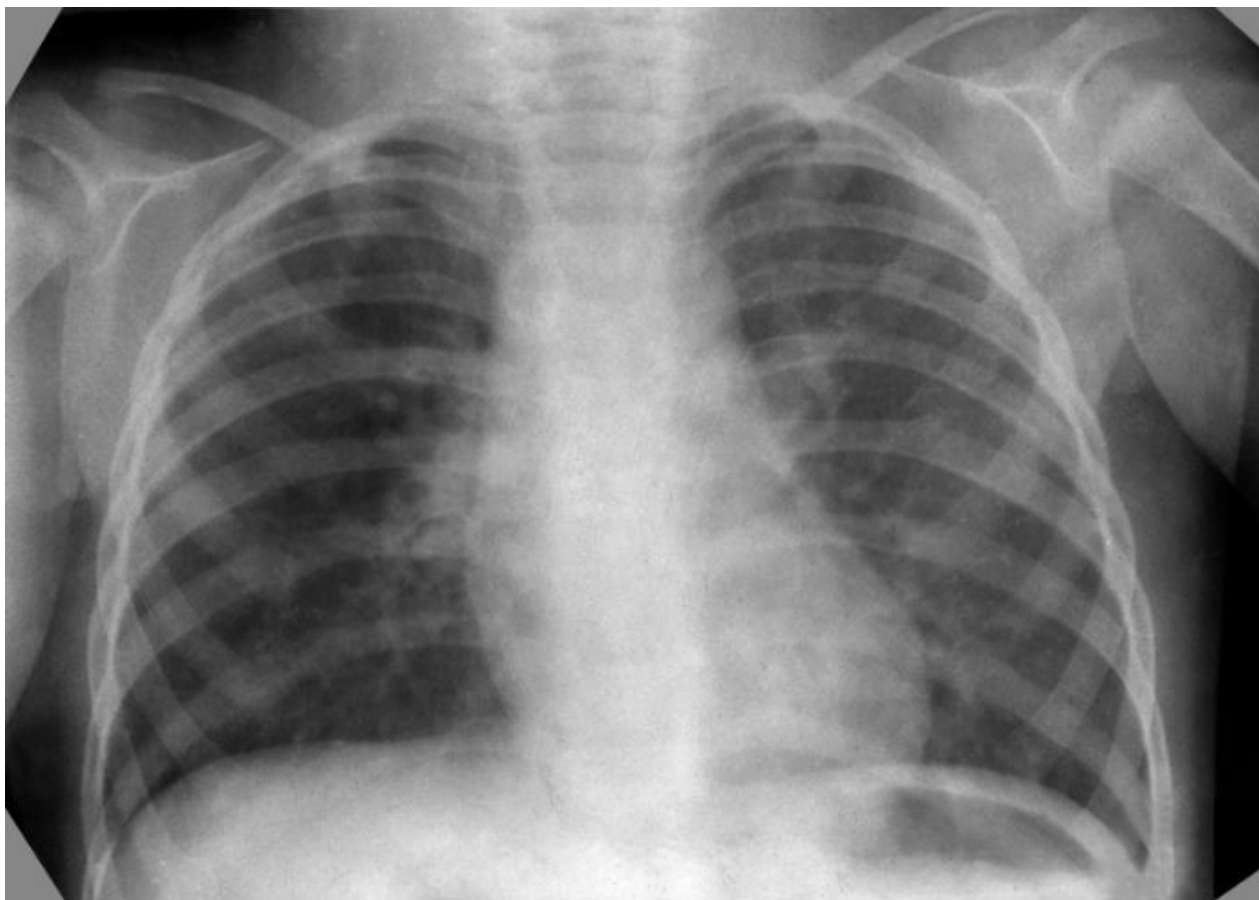
Первичный туберкулезный комплекс в S₃ правого легкого в фазе кальцинации у ребенка трех лет



Первичный туберкулезный комплекс в S₃ левого легкого в фазе инфильтрации, распада и обсеменения у ребенка А. восьми лет (обзорная рентгенограмма)



Туберкулез внутригрудных лимфоузлов, двусторонний процесс с преимущественным поражением бронхопультмональных и трахеобронхиальных лимфоузлов справа в фазе инфильтрации, опухолевая форма у ребенка одного года двух месяцев



Туберкулез внутригрудных лимфоузлов, двусторонний процесс с преимущественным поражением бронхопульмональных лимфатических узлов в фазе инфильтрации у ребенка Н. одного года шести месяцев



Томограмма средостения того же ребенка Н.
Двустороннее поражение внутригрудных
лимфатических узлов с началом отложения солей
кальция в бронхопульмональных и трахеобронхиаль-
ных лимфоузлах справа

**Особенности переходных форм туберкулеза,
влияющие на организацию лечебного процесса**

Диссеминация –распространение.

Диссеминированный туберкулез легких объединяет процессы различного генеза, развившиеся в результате распространения микобактерий туберкулеза **гематогенными, бронхогенными и лимфогенными** путями, с чем связано многообразие клинических и рентгенологических проявлений.

Трудность определения генеза туберкулезных диссеминаций обусловила необходимость объединения их под общим названием.

Диссеминированный туберкулез протекает как

- острый,
- подострый
- хронический.

Острый диссеминированный туберкулез гематогенного генеза характерен для милиарного туберкулеза

Острое течение диссеминированного туберкулеза с развитием фокусов казеозной пневмонии и формированием каверн в обоих легких возможно в условиях иммунодефицита.

Подострый диссеминированный туберкулез развивается постепенно, характеризуется выраженными симптомами интоксикации.

При гематогенном генезе подострого диссеминированного туберкулеза однотипная очаговая диссеминация локализуется в верхних и кортикальных отделах легких.

При лимфобронхогенном генезе очаги располагаются группами в прикорневых и нижних отделах легких на фоне выраженного лимфангита.

На фоне очагов при подостром диссеминированном туберкулезе могут определяться тонкостенные каверны со слабо выраженным перифокальным воспалением. Чаще они располагаются на симметричных участках легких, эти полости называют "штампованными" кавернами.

Хронический диссеминированный туберкулез чаще всего гематогенного генеза.

При хроническом диссеминированном туберкулезе могут последовательно поражаться различные органы и системы.

Хронический диссеминированный туберкулез характеризуется волнообразным течением, при котором симптомы интоксикации в период ремиссии менее выражены, при вспышке процесса имеют место явления интоксикации, а также локальные проявления легочного и внелегочного туберкулезного процесса.

Рентгенологически выявляются очаги различной величины и плотности, при этом более плотные очаги локализуются в вышележащих отделах.

На любом этапе болезни могут образоваться каверны в одном или обоих легких, развивается фиброз и может формироваться фиброзно-кавернозный процесс.

МИЛИАРНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ

Один из вариантов скоротечной чахотки. «Miliun» - просяное зерно

Характеризуется острым течением с быстрой диссеминацией (генерализацией) процесса с поражением легких, печени, селезенки, кишечника, мозговых оболочек, других органов и тканей.

Туберкулезные бугорки имеют преимущественно продуктивный характер.

В клинической картине на первый план выступают явления выраженной интоксикации.

При рентгенологическом исследовании легких определяется двухсторонняя мелкоочаговая диссеминация по всем полям.

При остром милиарном туберкулезе в первые 7—10 дней болезни выявить очаговую диссеминацию в легких на рентгенограмме не удастся.

Плотность и размеры свежих очагов недостаточны для их визуализации на обзорном снимке. Отек ткани вокруг каждого очага и уплотнение интерстициальной ткани легкого приводят к диффузному понижению прозрачности легочных полей, нечеткости (смазанности) легочного рисунка.

На 10—14-й день заболевания при рентгенографии удастся видеть **множественные мелкие (не более 2 мм в диаметре) однотипные очаговые тени**, которые симметрично располагаются от верхушек до базальных отделов легких. Такая **тотальная мелкоочаговая диссеминация** — характерный рентгенологический признак милиарного туберкулеза

Менингеальная форма. Симптомы такие как у менингита. Мелкие очаги поражения мозга. Поэтому сначала диагностируется как менингит, только потом устанавливается правильный диагноз, так как начинают поражаться другие системы организма.
Источник: <http://tuberkulez03.ru/vidy/miliarnyj-tuberkulez.html>

Тифоидная форма. Очень напоминает симптомы брюшного тифа. Бред, галлюцинации. Но характеризуется высыпанием бугорков по всем органам.
Источник: <http://tuberkulez03.ru/vidy/miliarnyj-tuberkulez.html>

Легочная форма. Наблюдается легочная недостаточность. Имеет наиболее пеструю клиническую картину. Признаки поражения легких диагностируются сразу. Сухой устойчивый кашель – наиболее характерный признак на фоне высокой температуры. Выслушивается жесткое дыхание и хрипы. Характерно для периода первичной инфекции.
Источник: <http://tuberkulez03.ru/vidy/miliarnyj-tuberkulez.html>

Основной курс лечения около полугода. При диссеминации в другие органы и системы, лечение проводится не менее года.

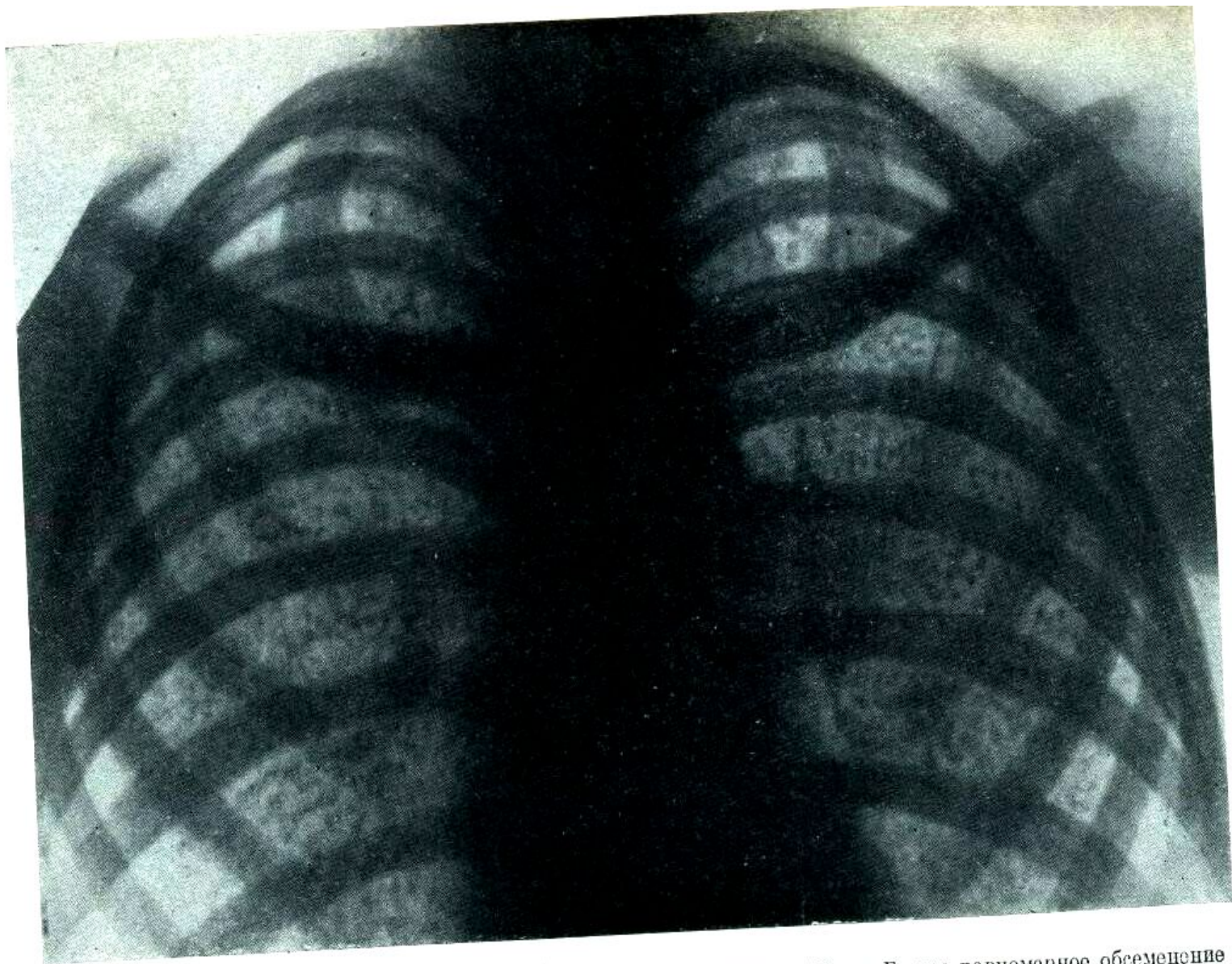
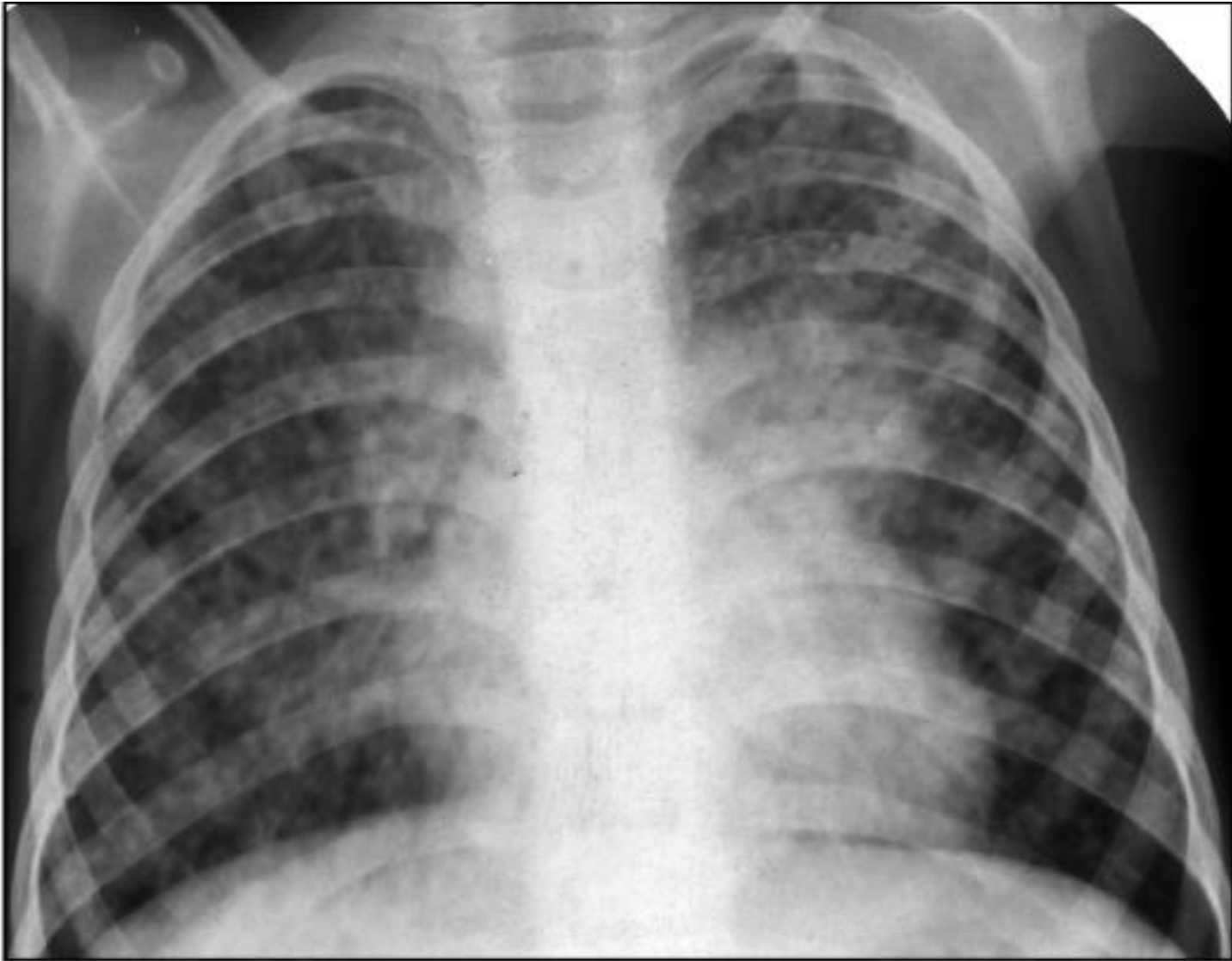


Рис. 73. Типичная картина острого милиарного туберкулеза у девушки 18 лет. Густое равномерное обсеменение мелкими мягкими очагами в обоих легких.



Острый диссеминированный туберкулез



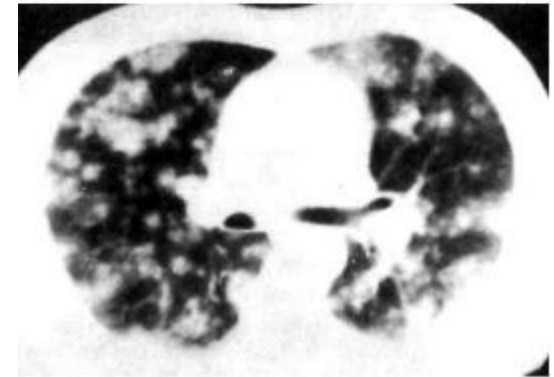
Острый диссеминированный туберкулез



Острый диссеминированный туберкулез.
КТ.



Подострый диссеминированный туберкулез легких. Очаговые тени в верхних и средних отделах обоих легких. Рентгенограмма в прямой проекции.



Подострый диссеминированный туберкулез легких. Крупные очаговые тени в легких.

Задача.

Ребёнку 4 года. За последние 2-3 недели появилась субфебрильная лихорадка, стал худеть, жалуется на головную боль, слабость, потливость, интенсивный сухой кашель. Стал капризным, раздражительным.

Из анамнеза: частые ОРВИ.

Объективно: состояние удовлетворительное. Температура тела 37,5 С.

Слизистая оболочка ротовой полости незначительно гиперемирована. В лёгких дыхание везикулярное. ЧДД 20 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул и мочеиспускание в норме.

Рентгенологически определяется увеличение и деформация корней лёгких с обеих сторон. Проба Манту - папула 19 мм.

Ответить письменно на вопросы:

1. О какой форме туберкулеза можно подумать и почему?
2. Что необходимо уточнить из анамнеза?
3. Какие жалобы требуют уточнения?
4. В каком обследовании нуждается ребёнок?
5. В консультации какого специалиста нуждается больной? Где и как его необходимо лечить?
6. Возможные исходы заболевания?

А-И вопрос 1,5

И-У вопросы 2,4

Ф-Я вопросы 3,6

Эталон ответа к задаче

1. Туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов (клиническая картина туберкулёзной интоксикации, сухой кашель , данные рентгеновского обследования).
2. Наследственность, контакт с больным туберкулёзом, условия проживания, полноценность диеты, данные БЦЖ и предыдущих проб Манту.
3. Изменение температуры в течение суток, потливость в ночное время.
4. Томография лёгких, анализ крови, проба Пирке, анализ мокроты на БК и бак. исследование.
5. Фтизиатр, в противотуберкулёзном диспансере.
6. Выздоровление, образование очага Гона при благоприятном исходе. При неблагоприятном исходе - диссеминация процесса.

Д/З

Н.А.Митрофанова, Ю.В. Пылаева «СД во фтизиатрии» М. 2012г стр. 68-80
92-94, 98-99,

СВР.

Туберкулёзный плеврит.

Сравнительная характеристика 3 вариантов туберкулезного плеврита.

Письменно.

По основным формам туб. при которых развивается плеврит

По клиническим проявлениям

По анализу плевральной жидкости

По рентгенологическим признакам