

“АСТАНА МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ” АҚ

**Шашыранды туберкулездің
дифференциальды
диагностикасы**

Орындаған: Әлиасқарқызы А.

Тексерген: Искакова А.Ш.

Астана 2016 жыл

Жоспар:

- **I.Кіріспе**
- **II.Негізгі бөлім**
 - Өкпенің шашыранды туберкулезі.
 - Жеделдеу және созылмалы шашыранды туберкулез.
 - Шашыранды туберкулездің дифференциальды диагностикасы.
- **III.Қорытынды**
- **IV.Пайдаланылған әдебиеттер тізімі.**

Анықтама

- **Өкпенің шашыранды туберкулезі** — адам организмінде МБТ-дің гематогенді және лимфогенді жолмен таралуының нәтижесінде арнайы процестердің дамуымен және әртүрлі патоморфологиялық, клиникалық және рентгенологиялық белгілермен көрінетін өкпе туберкулезі.
- Алғаш рет ауырған адамдар арасында шашыранды туберкулездің кездесу жиілігі- 5 – 9 %, среди состоящих на учёте в противотуберкулёзных диспансерах – у 12-15%. Как причина смерти диссеминированный туберкулёз среди всех форм туберкулёза лёгких составляет 3-10%.

Диссеминированный туберкулез может протекать как самостоятельная форма или быть осложнением любой другой формы туберкулеза первичного или вторичного генеза. В таких случаях процесс распространяется всеми возможными путями — гематогенно, лимфогенно и бронхогенно. Заболевание нередко протекает с развитием очагов диссеминации не только в легких, но и в других органах (слово «диссеминация» (disseminatio) переводится с латинского языка как «рассеивать, распространять»).

наличие в организме активно
текущего туберкулеза или
остаточных изменений после ранее
перенесенного туберкулеза;



микобактериemia, т. е. выход в
кровь МБТ из какого-либо
выше перечисленного эндогенного
источника;



иммунологическая
недостаточность и специфическое
сенсibilizированное состояние
сосудов и легочной ткани,



Для развития
диссемированного
туберкулеза должны
иметь место по крайней
мере три условия:

Классификация

Острый
диссеминированный
(милиарный)
туберкулез легких;



Подострый
диссеминированный
туберкулез
легких;

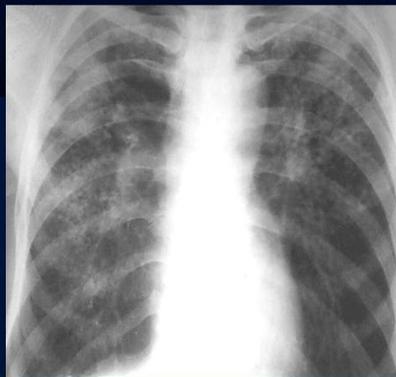


Хронический
диссеминированный
туберкулез
легких.

Милиарный туберкулез легких



Подострый диссеминированный
туберкулез



Хронический диссеминированный
туберкулез



Подострый гематогенно-диссеминированный туберкулез легких.

- Проявления этой клинической формы туберкулеза многообразны. Функциональные расстройства напоминают картину острого инфекционного заболевания, брюшного тифа. Заболевание может протекать под маской гриппа, очаговой пневмонии. Поводом для обращения больных к врачу часто служит кровохарканье. Больные обращаются к врачу также в связи с туберкулезным поражением других органов, например гортани, когда появляются охриплость голоса, боль в горле при глотании. Течение подострого гематогенного процесса может быть при отсутствии симптомов. Он выявляется при профилактических флюорографических обследованиях. Больные жалуются на небольшой кашель с выделением мокроты, повышение температуры.

Осмотр больного

- В легких обнаруживается небольшое укорочение перкуторного звука;
- Аускультативно прослушивается небольшое количество мелкопузырчатых влажных хрипов в межлопаточном пространстве, шум трения плевры. При формировании каверны, как правило, выслушиваются мелко- и среднепузырчатые хрипы.

- При рентгенологическом исследовании обнаруживаются симметрично с обеих сторон многочисленные рассеянные мелкие или крупные очаги, располагаются они преимущественно в верхних отделах легких. Межуточная ткань легких представляется в виде уплотненной мелкопетливой сетки.

Рентгенологические проявления гематогенной подострой диссеминации туберкулеза легких:

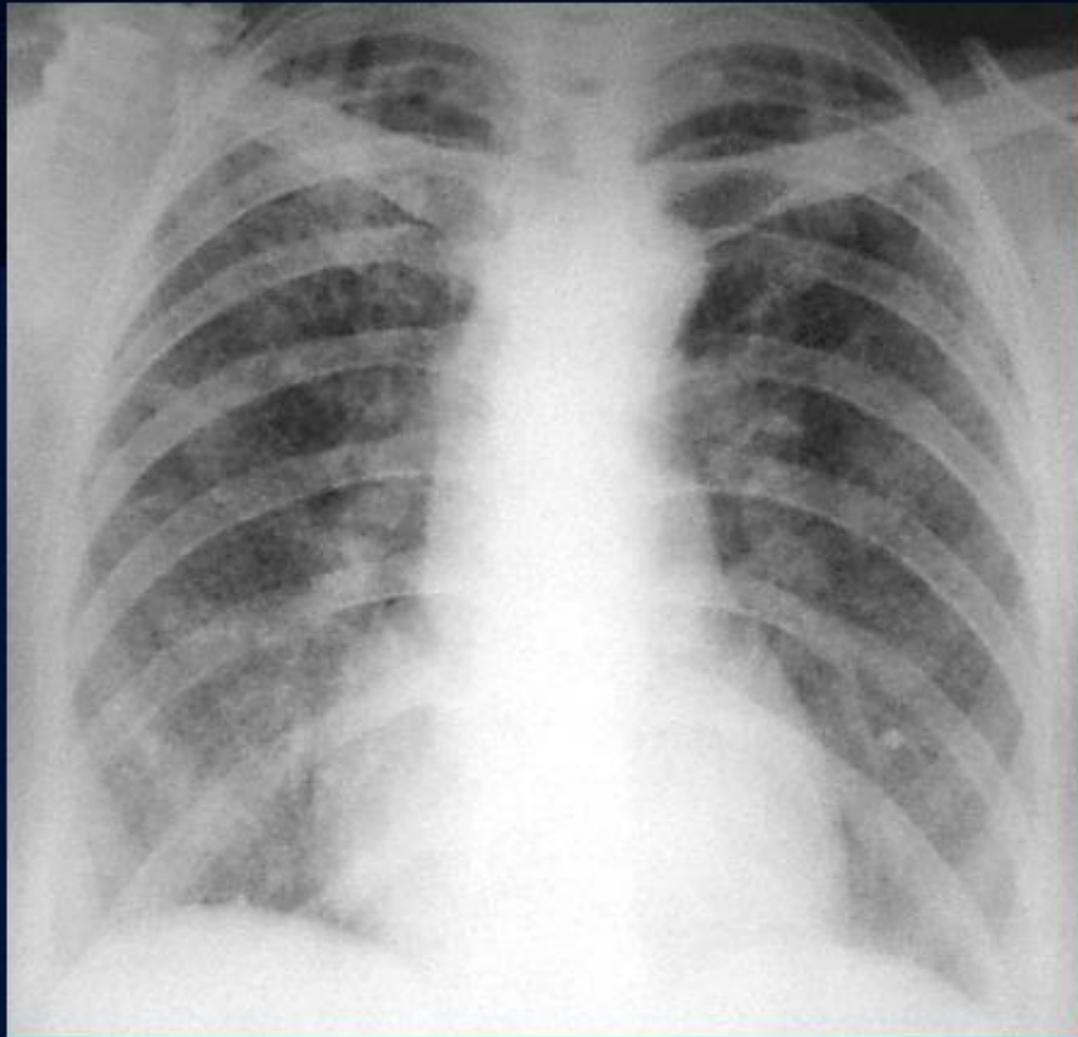
- 1) гематогенная диссеминация МТБ из (невидимых) очагов расположенных в верхних отделах легких. Более интенсивное насыщение кислородом этих отделов легких способствует размножению МБТ;
- 2) фокусы увеличиваются сливаются (инфильтрируют).
- 3) на месте инфильтраций образуются каверны. Процесс распространяется в средние отделы каждого легкого.

- **В мокроте находят микобактерии туберкулеза.** Туберкулиновая чувствительность носит гиперергический характер.
- **Изменения со стороны крови** проявляются в виде лейкоцитоза (12000—15000), увеличением палочкоядерных нейтрофилов, повышением СОЭ (20—30 мм/ч).
- Протекает подострый гематогенно-диссеминированный туберкулез легких по-разному. Если процесс прогрессирует, то тяжесть интоксикации нарастает, очаги сливаются в пневмонические фокусы или конгломераты. Возникают гематогенные метастазы в других органах. При прогрессировании милиарного туберкулеза, вследствие трофических изменений в легких, появляется распад легочной ткани в виде характерных тонкостенных каверн. Обычно каверны множественны, округлы, одинаковы по форме и по размерам. Поэтому они названы «штампованными». Иногда они расположены цепочкой, нередко симметрично в обоих легких.

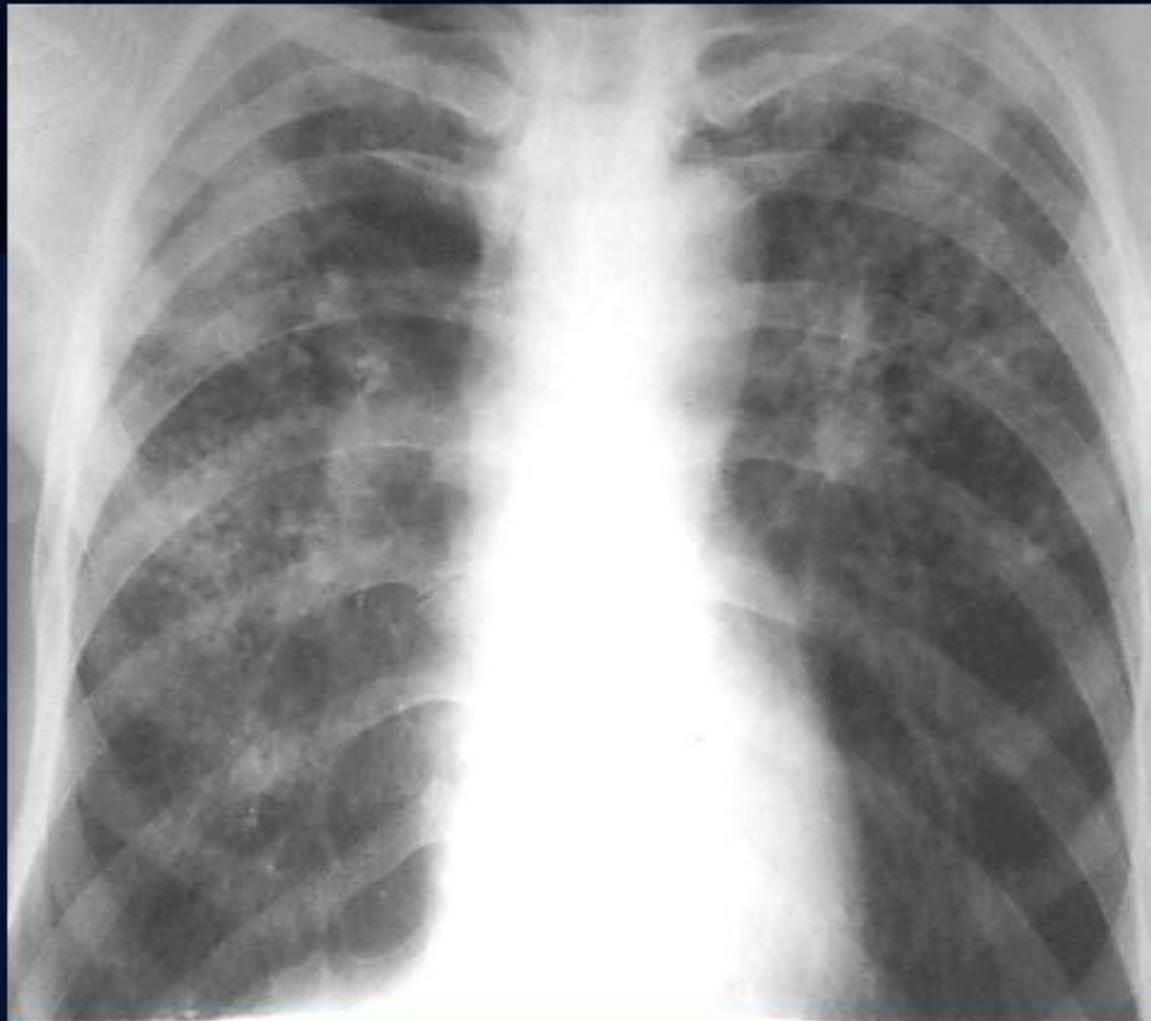
Подострый диссеминированный туберкулез

- Рентгенологически характеризуется тем, что помимо множественных мелких очажков в обоих легких определяются также более крупные и сливные очаги, наблюдаются лимфангоиты в виде перибронхиальных «муфточек». Каверны такие же, как при милиарном туберкулезе, тонкостенные, «штампованные».

Подострый диссеминированный туберкулез



Подострый диссеминированный туберкулез



Хронический диссеминированный туберкулез легких.

- Хронический гематогенно-диссеминированный туберкулез легких развивается при длительном течении болезни и неэффективном лечении. Сопровождается жалобами больных на кашель с мокротой, одышку, усиливающуюся при физическом напряжении, слабость, адинамию, лихорадку (субфебрильная температура). Частым предвестником обострения хронического гематогенно-диссеминированного туберкулеза легких является экссудативный плеврит. Предшествуют или сопутствуют хроническому гематогенно-диссеминированному туберкулезу легких туберкулез почек, костей или других органов.

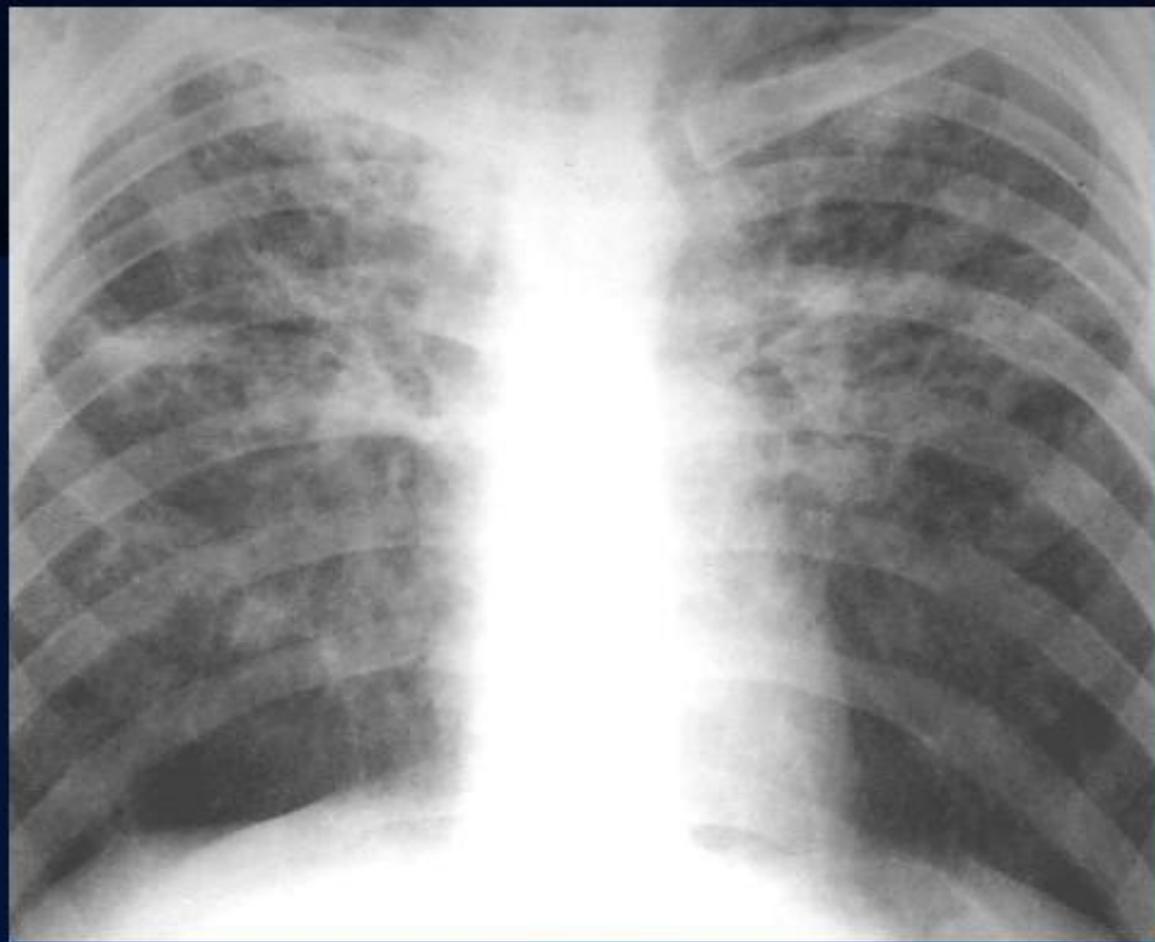
Осмотр больного

- ✓ Физикально в легких, в паравертебральном пространстве, выслушиваются рассеянные сухие хрипы, мелкие влажные хрипы, шум трения плевры.
- ✓ Характерным является нарушение функции нервной системы и коры головного мозга: лабильность психики, раздражительность, снижение трудоспособности, потеря сна, невротические реакции.
- ✓ Наблюдаются эндокринные расстройства: гипер- или гипотиреоз.

- У больных отмечаются кровохаркание и легочное кровотечение, приступы астмоидного бронхита.
- Появляются признаки легочно-сердечной недостаточности: цианоз, тахикардия, одышка, застойные явления в легких, печени, почках, отеки нижних конечностей.
- На гемограмме ядерный сдвиг нейтрофилов влево, лимфопения, моноцитоз, ускорение СОЭ.
- Больные становятся бациллярными.

Рентгенологическая картина характеризуется уплотнением соединительнотканной основы легких, неравномерной сетчатостью и грубой тяжестью легочного рисунка. На этом фоне, преимущественно в верхних отделах легких, имеются рассеянные, различной формы, величины и плотности очаги. В краевых и нижних отделах отмечаются признаки эмфиземы. При прогрессировании хронического гематогенно-диссеминированного туберкулеза отмечается нарастание одышки, увеличение количества мокроты, появление кровохаркания. В легких, над кавернами, выслушиваются распространенные влажные, средне-пузырчатые хрипы. Присоединяется специфическое поражение верхних дыхательных путей, кишечника, серозных оболочек и других органов.

Хронический диссеминированный туберкулез



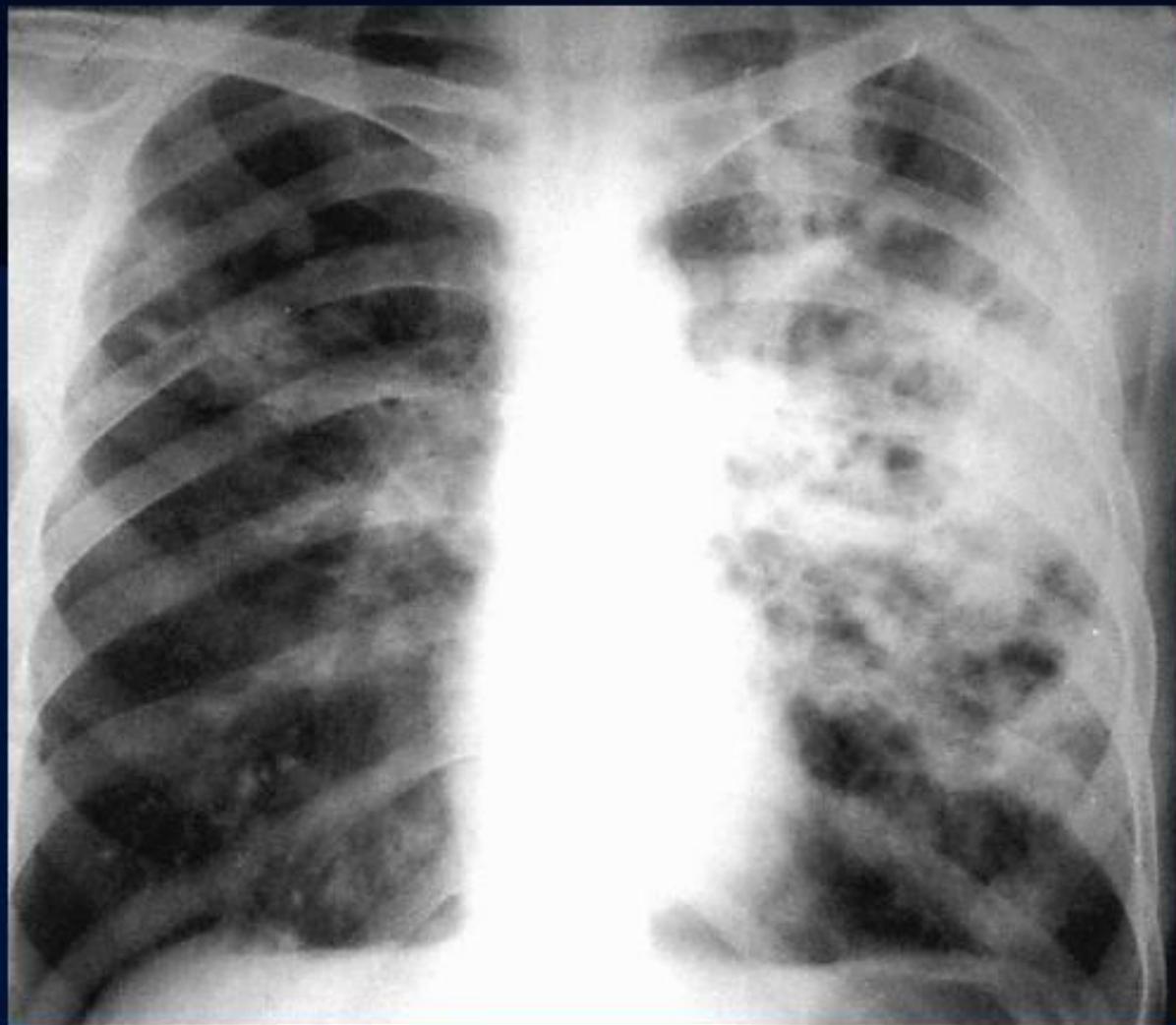
Хронический диссеминированный туберкулез



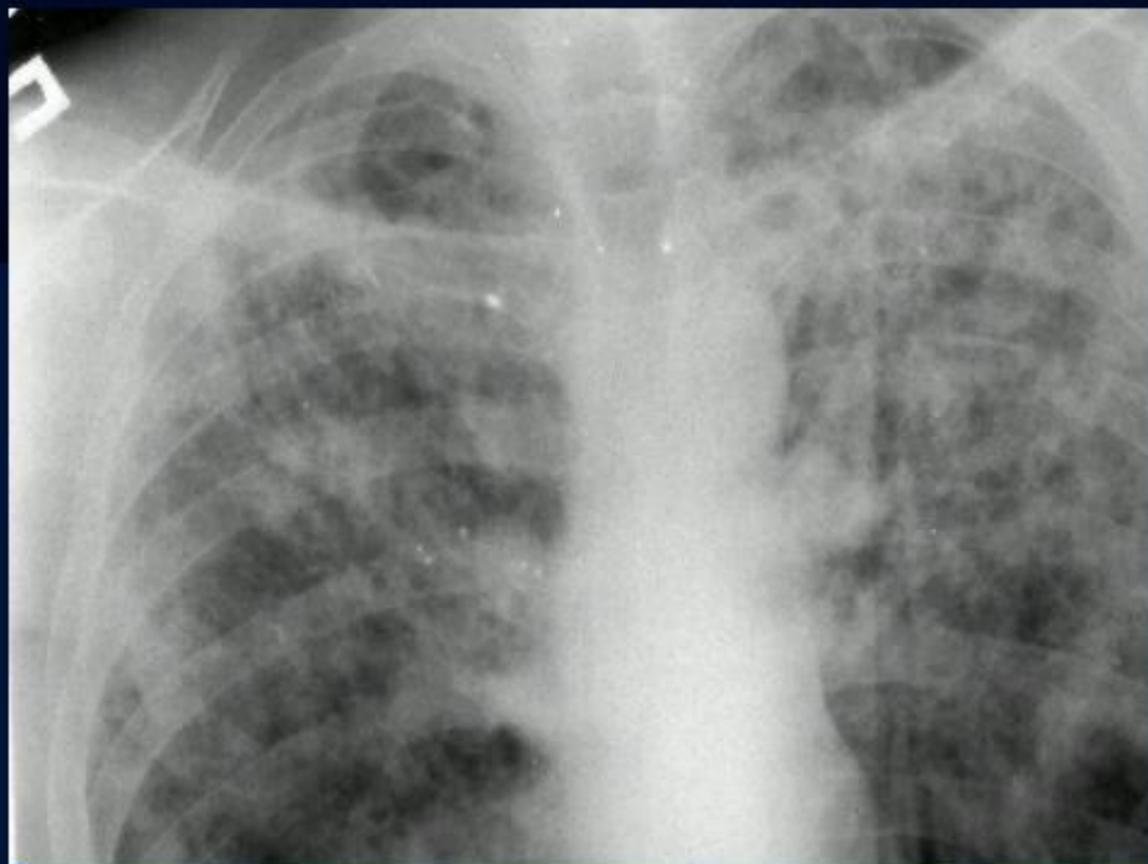
Хронический диссеминированный туберкулез



Хронический диссеминированный туберкулез

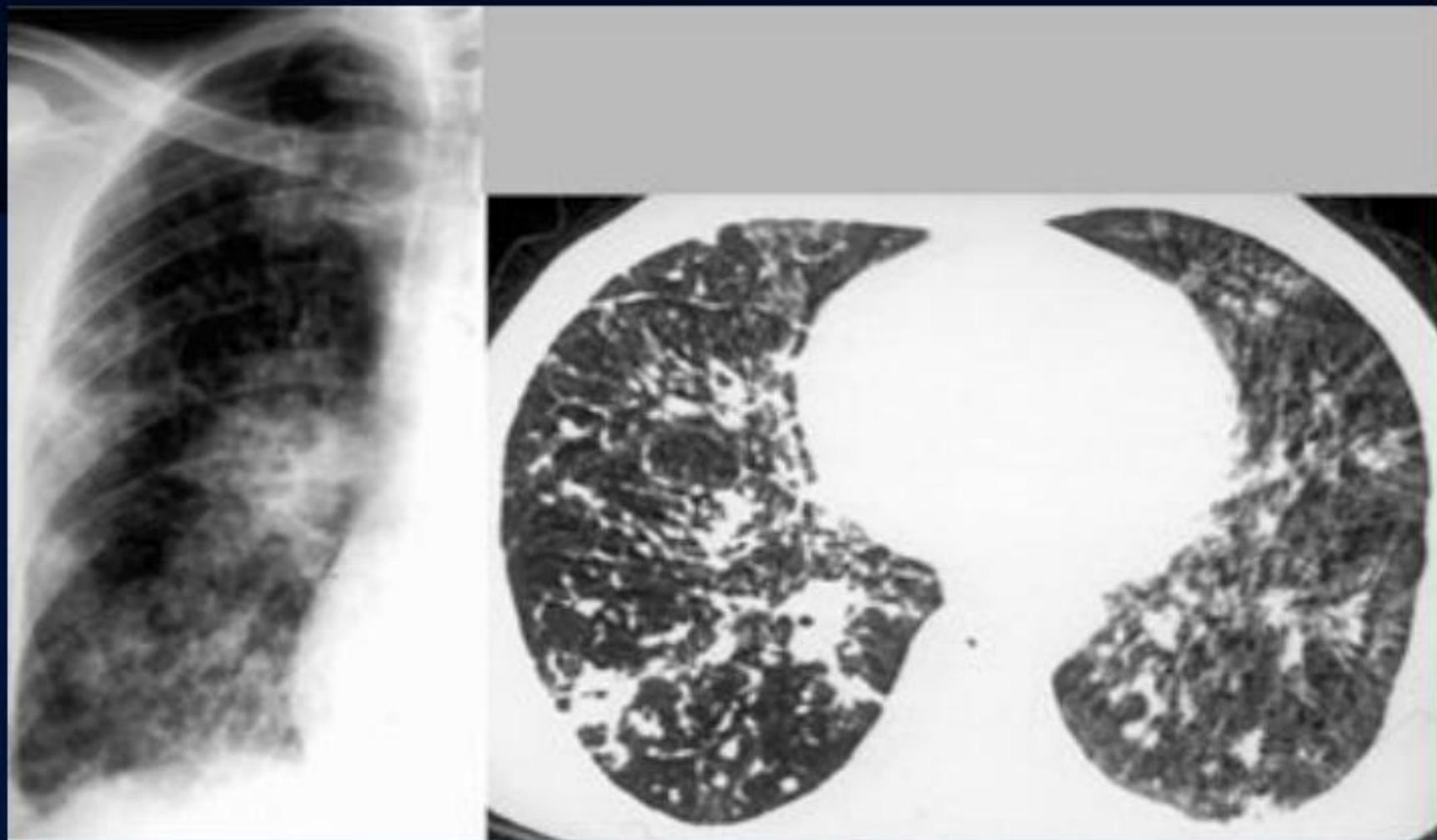


Хронический диссеминированный туберкулез



- 2-х сторонний хронический диссеминированный туберкулез легких

Хронический диссеминированный туберкулез



Лимфогенные формы диссеминированного туберкулеза.

- Рентгенологически в верхних и средних отделах легких, в прикорневой области определяются очаги различной величины, формы и интенсивности. При двустороннем процессе очаги расположены асимметрично.
- Характерным для лимфогенного диссеминированного туберкулеза является деформация легочного рисунка, чаще в прикорневых зонах, обусловленная лимфангитом. Понижение прозрачности легкого происходит за счет лимфостаза и плевральных наложений.

Диссеминированные формы туберкулеза легких бронхогенного происхождения.

Течение диссеминированного бронхогенного туберкулеза хроническое, очаги более крупные, чем при лимфогематогенных процессах, расположены асимметрично, стенки видимых бронхов утолщены. Характерно многоэтапное формирование очагов и наличие исходного очага. Клинико-рентгенологическая картина различных форм диссеминированного туберкулеза напоминает ряд заболеваний, для которых характерна очаговая диссеминация в легких. Это инфекционно-воспалительные заболевания, бактериальные, вирусные, грибковые поражения легких, ретикулезы, коллагенозы, опухоли легких.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ В ЛЁГКИХ (диссеминированный туберкулёз лёгких)

При многих неспецифических заболеваниях лёгких обнаруживаются изменения, сходные по рентгенологической картине с диссеминированными формами легочного туберкулёза.

В клинике наиболее часто встречается такие заболевания как:

- ✓ мелкоочаговая пневмония,
- ✓ милиарный карциноз лёгких (карциноматоз),
- ✓ застойные явления в лёгких,
- ✓ силикоз (пневмокониозы),
- ✓ саркоидоз, некоторые другие заболевания.

Двусторонняя мелкоочаговая пневмония.

- имеют обычно более острое начало;
- Жалобы: повышение температуры (38-39°), общее недомогание, головные боли, познабливание, кашель, боли в груди.
- выражаются наличием сухих и мелкопузырчатых влажных хрипов чаще всего на участке от нижней трети лопатки до диафрагмы, чаще справа, реже слева, ещё реже с обеих сторон.
- При пневмониях иногда обнаруживают явления диффузного бронхита.
- наблюдают лейкоцитоз (10-15 х 10⁹)
- МБТ –

Диссеминированный туберкулез

- У больных диссеминированным туберкулёзом лёгких наблюдаются, эти же симптомы, но в менее выраженной степени, но ночные поты у них отмечаются чаще.
- При туберкулёзе хрипы выслушиваются реже, в более скудном количестве, над лопаткой и в межлопаточной области, имеют более постоянный характер.
- При бронхоскопии у больных туберкулезом определяют в части случаев туберкулёзные изменения в бронхах активного и неактивного характера.
- лейкоцитоз обычно ниже (до 10 тыс.)
- МБТ+

Двусторонняя мелкоочаговая пневмония.

При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки характерным для пневмонии является густота очаговых изменений больше в нижних и средних отделах, отсутствие чаще всего очаговых изменений в верхушках лёгких. Корни лёгких часто расширены. При неосложнённом течении очаги мелкоочаговой пневмонии в процессе противовоспалительного лечения обычно вскоре подвергаются инволюции и рассасываются, не оставляя, как правило, следов (2-3 недели).

Диссеминированный туберкулез

Для диссеминированного туберкулёза характерно апико-каудальное распространение процесса, часто наличие распада при подострой его форме ("штампованные", "очковые" каверны). Противовоспалительное лечение неэффективно.

Объединяющим туберкулёз и карциноматоз является наличие таких общих симптомов как слабость, плохой аппетит, похудание, капель, одышка, боль в груди, скудные физикальные данные, иногда повышение температуры.

КАРЦИНОМАТОЗ (миллиарный карциноз лёгких).

- Это всегда метастатический процесс. Большинство карцином (сарком) могут метастазировать в легкие.
- В анамнезе у них могут быть указания на перенесенную операцию по поводу опухоли или наличие её в настоящее время.
- Общее состояние больных быстро ухудшается. У больных карциноматозом кожа принимает постепенно бледновато-серый оттенок. Слабость, похудание у больных карциноматозом развиваются очень быстро. Кашель . В отличие от туберкулёза, боли в груди более интенсивные. Выпот в плевральную полость имеет тенденцию к быстрому накоплению, несмотря на частые аспирации, нередко принимает серозно-геморрагический характер. В экссудате можно обнаружить атипические клетки.

Диссеминированный туберкулёз

- а при туберкулёзе на контакт или перенесенный в прошлом туберкулёз.
- При диссеминированном туберкулёзе плеврит также нередко осложняет легочной процесс. Экссудат при этом обычно соломенно-жёлтого цвета, после 2-5 аспираций чаще всего рассасывается.
- В мокроте больных при исследовании могут обнаруживаться атипичные или раковые клетки при карциноматозе (15-20%), и туберкулёзные микобактерии - при туберкулёзе (30-40%).

КАРЦИНОМАТОЗ (миллиарный карциноз лёгких).

- Чувствительность к туберкулину у больных карциноматозом понижена или отсутствует
- Рентгенологически при карциноматозе лёгких выявляют характерную густоту, мелкоочаговую диссеминацию, как и при диссеминированном туберкулёзе лёгких. Но очаги при карциноматозе локализуются главным образом в нижних и средних отделах легочных полей и более густо в прикорневых зонах, без перифокального воспаления.
- обнаружение опухолевых образований, подтверждённых гистологическим исследованием биопсированной ткани, служит доказательством карциноматоза лёгких.

Диссеминированный туберкулез

- при туберкулёзе - повышена, в некоторых случаях при тяжёлом течении диссеминированного туберкулёза реакция Манту бывает отрицательна.
- Целесообразно, если позволяет общее состояние, проводить трахеобронхоскопию. Выявление на слизистой бронхов туберкулёзных изменений укажет на специфический характер процесса;

СИЛИКОЗ ЛЁГКИХ (пылевые фиброзы)

Диссеминированный туберкулез

• В отличие от туберкулёза, очаги при силикозе локализируются в латеральных частях средних отделов легочных полей, верхушечные области либо вовсе свободны, либо очаги находятся в них в небольшом числе. Очаговые тени при силикозе более интенсивны чем при диссеминированном туберкулёзе, контуры их более чётки.

САРКОИДОЗ БЕКА

- Болеют саркоидозом несколько чаще женщины (60%) в возрасте 20-40 лет. У большинства больных начало заболевания бессимптомное, в 15-20% случаев легочного саркоидоза отмечается слабость, потливость, повышается температура до субфебрильных цифр, ухудшается общее состояние, возникает небольшая одышка.
- Очаги обычно без перифокальной реакции. Гилюсы при этом увеличены и ясно выступает полициклический характер их контуров. При легочной форме корни лёгких могут быть нормальных размеров. Очаги обычно без перифокальной реакции. Гилюсы при этом увеличены и ясно выступает полициклический характер их контуров. При легочной форме корни лёгких могут быть нормальных размеров.

Диссеминированный туберкулез

- Туберкулёз чаще возникает у мужчин в более старшем возрасте, хотя заболевание встречается и у молодых. При диссеминированном туберкулёзе проявления интоксикации отмечаются у большинства больных, а при острой его форма (милиарный туберкулёз) нередко начало болезни острое, с высокой температурой (до 39) и тяжёлым общим состоянием.
- При диссеминированном туберкулёзе гилюсы не увеличены.
- При саркоидозе в ряде случаев вовлекается в процесс кожа, глаза, слюнные, железы, иногда отмечается остеопороз мелких костей (кисти, стопы). При диссеминированном туберкулёзе нередко поражаются мочеполовые органы, гортань, крупные суставы или позвоночник, изредка возникает туберкулёзный

- Периферический лимфаденит при саркоидозе протекает благоприятно, без свищей, туберкулиновые пробы в 80-90% - отрицательны. Повышение содержания кальция в крови и в моче характерны для саркоидоза. В саркоидных гранулемах, в отличие от туберкулёзных, никогда не наблюдают казеозных изменений, в то же время для тех и других типично наличие эпителиоидных и гигантских клеток Пирогова-Лангганса. При саркоидозе более чем при туберкулёзе повышено содержание гамма-глобулинов. Значительно снижено количество Т-лимфоцитов, определяемое, например, при реакции розеткообразования.
- Для верификации диагноза используется бронхоскопия с трансбронхиальной пункцией лимфоузлов (если они увеличены), а при необходимости торакоцентез или торакотомия с открытой биопсией лёгкого.

ЗАСТОЙНОЕ ЛЁГКОЕ.

Диссеминированный туберкулез

Чаще всего встречается при недостаточности митрального клапана и стенозе митрального отверстия при миокардите, при заболеваниях почек с почечной гипертензией. Реже наблюдают при пороках аортальных клапанов, врождённых пороках сердца.

Дифференциальная диагностика с диссеминированным туберкулезом необходима ввиду того, что расширенные из-за застоя крови легочные сосуды на рентгенограмме приобретают вид симметрично расположенных очаговоподобных теней.

ЗАСТОЙНОЕ ЛЁГКОЕ.

**Диссеминир
ованный
туберкулез**

У больных с застойным лёгким часто отмечается кашель, боли в груди, выделение мокроты, иногда кровохаркание, одышка. При физикальном исследовании определяют выраженные катаральные явления: сухие, мелко- и среднепузырчатые влажные хрипы в нижних отделах. Границы сердца расширены, изменения тонов, характер шумов, показатели ЭКГ, соответствуют имеющейся сердечной патологии. При диссеминированном туберкулёзе со стороны сердца отмечается приглушение тонов, тахикардия, связанные с интоксикацией. При исследовании мокроты у больных с застоем в лёгких обнаруживают иногда "клетки сердечного порока", БК никогда: не выявляются.

- Рентгенологически легочный рисунок заметно усилен, что обусловлено расширенными, переполненными кровью кровеносными сосудами. Наряду с этим, видны такие округлые или овальные интенсивные тени, которые представляют собой проекции расширенных сосудистых образований, главным образом в нижних долях. Одновременно обнаруживают расширенные тени гилюсов, которые выпячиваются значительно в легочную ткань. Общее помутнение в легочных полях обусловлено транссудацией в альвеолы. Кроме того мелкоячеистые тени могут быть и иногда обусловлены отображениями клеток сердечных пороков, которые при более длительном развитии застоя скапливаются в альвеолах и впоследствии могут подвергнуться окостенению.

- При дифференциальной диагностике диссеминированного туберкулёза иногда следует учитывать и более редкие заболевания, такие как системная (диссеминированная) красная волчанка, узелковый периартериит, идиопатический фиброзирующий альвеолит (синдром Хаммена-Рича) и др.