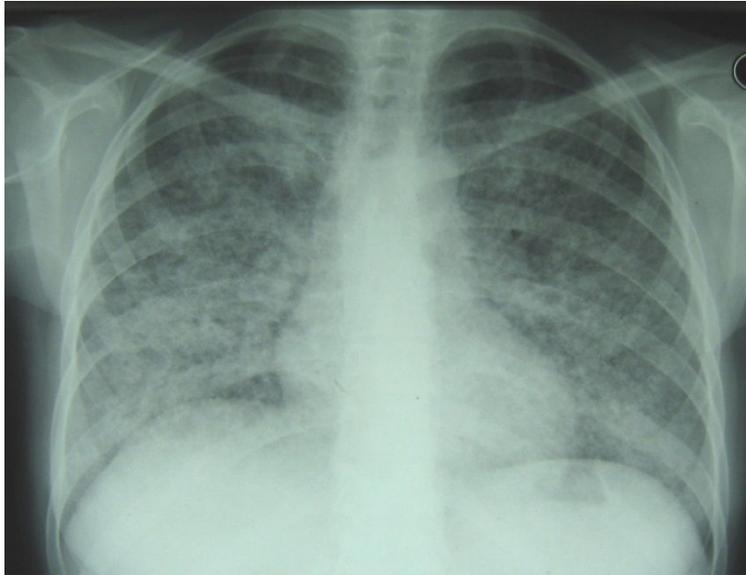


Лекция 5

ДИССЕМИНИРОВАННЫЙ, МИЛИАРНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ



**ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М. ГОРЬКОГО
кафедра фтизиатрии и пульмонологии
к.мед.н. Шумляева Т.М.**

Цель лекции

Уметь диагностировать и лечить клинические формы вторичного туберкулеза: диссеминированный и милиарный туберкулез легких и его осложнения.

План лекции

- 1.Актуальность проблемы
- 2.Определение вторичного туберкулеза (ТБ)
- 3.Особенности вторичных форм ТБ
- 4.Патогенез вторичного ТБ
- 5.Диссеминированный ТБ легких, варианты течения
- 6.Милиарный ТБ легких
- 7.Осложнения
- 8.Основные принципы лечения
- 9.Выводы

Актуальность проблемы

Вторичные формы ТБ – клинические формы туберкулеза, которые развиваются в давно инфицированном организме.

- Диссеминированный туберкулез легких среди всех форм вторичного ТБ встречается в 7-12% случаев
- Рентгенологический синдром легочной диссеминации встречается при многих заболеваниях (более 200)
- При диссеминированных процессах дифференциальная диагностика сложная.
- Гистологическое исследование является основным критерием постановки диагноза.
- Диссеминированный туберкулез легких имеет 3 варианта течения, среди которых острый милиарный туберкулез наиболее трудно диагностируемой формой

Особенности течения вторичного туберкулеза

- Чаще встречается у взрослых пациентов, и у 50-60% подростков
- Патологическому процессу свойственна тропность к легочной ткани
- Основной клинической формой является инфильтративный туберкулез
- Характеризуется выраженностью клинической симптоматики
- Продромальный период чаще короткий, т.к. заболевание возникает на сенсibilизированном фоне
- Туберкулиновые пробы не информативны
- У большей части больных (свыше 60%) при несвоевременном выявлении формируется деструкция и бактериовыделение
- Диагноз верифицируется, большинстве случаев бактериологически

Диссеминированные заболевания легких (ДЗЛ)

- гетерогенная группа болезней, объединенная рентгенологическим синдромом двусторонней диссеминации. «гранулематозные болезни легких», «интерстициальные болезни легких», «диффузные паренхиматозные болезни легких».

ДЗЛ неустановленной этиологии:

Идиопатический фиброзирующий альвеолит

Саркоидоз

Гистиоцитоз Х

Альвеолярный протеиноз

Идиопатический легочный гемосидероз

Некротизирующие васкулиты: гранулематоз Вегенера, синдром

Churg–Strauss, Синдром Гудпасчера

Муковисцидоз,.

Диссеминированные заболевания легких (ДЗЛ)

Инфекционные заболевания:

Диссеминированный туберкулез легких

Легочные микозы

Паразитарные ДЗЛ

Респираторный дистресс–синдром

ДЗЛ при ВИЧ–инфицировании

Неинфекционные заболевания

Пневмокониозы

Коллагенозы

Экзогенные аллергические альвеолиты

(лекарственные, радиационные)

Карциноматоз

СХЕМА ПАТОГЕНЕЗА ВТОРИЧНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА



Диссеминированный туберкулез легких

-переходная форма между первичным и вторичным ТБ, характеризующаяся наличием множественных специфических очагов в легких различных по генезу, клиническому течению и исходам процессы. По генезу очаги, преимущественно лимфогематогенного генеза, с острым, подострым или хроническим течением (двусторонний симметричный процесс, преимущественно в верхних кортикальных отделах

Клиника: Умеренно выраженный синдром интоксикации, кашель со слизистой мокротой

Объективно: изменений, как правило, нет. Реже – единичные влажные или сухие хрипы

КУБ в мокроте: 45-50 % случаев

В крови: нормальное количество лейкоцитов, лимфоцитопения, моноцитоз. СОЭ нормальная или умеренно повышенная

Рентгенологически: двусторонняя диссеминация с преимущественной локализацией очагов в верхних отделах легких. Иногда симметрично с двух сторон - тонкостенные «штампованные» каверны



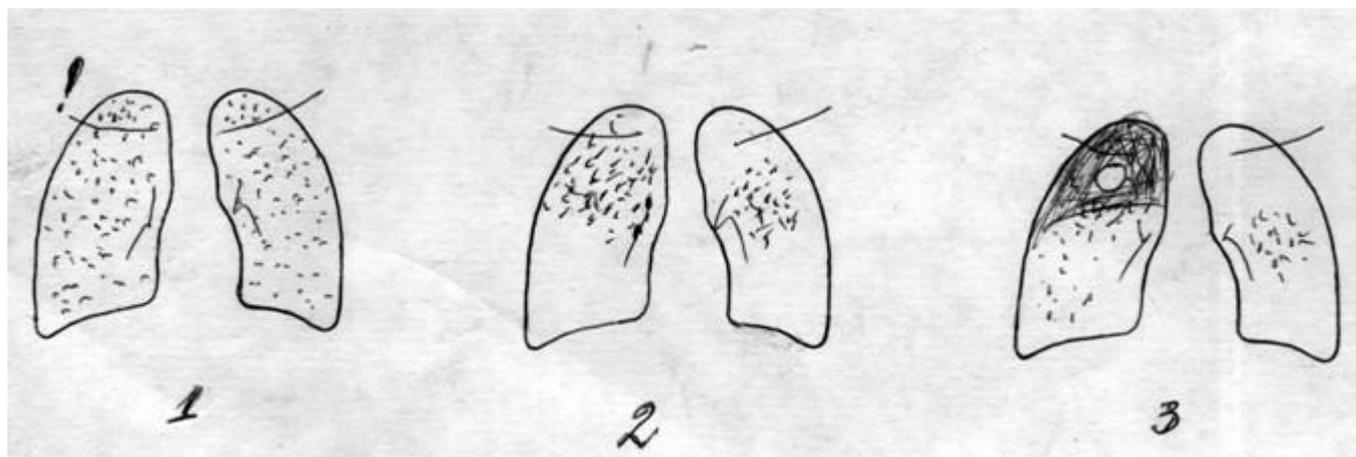
Диссеминированный туберкулез. Множество очагов на протяжении всех легочных полей

Варианты течения диссеминированного туберкулеза

- ✓ острый (милиарный)
- ✓ подострый
- ✓ хронический

Пути диссеминации:

1. Гематогенный
2. Лимфогенный
3. Бронхогенный



Подострый диссеминированный туберкулез

Клиника. Протекает под маской гриппа, затянувшегося бронхита. Отмечается кровохарканье. Состояние больных удовлетворительное.

КУБ в мокроте: более, чем у 55 % больных

В крови: лимфопения, увеличение СОЭ

При ФБС: туберкулез бронхов

Рентгенологически: очаги продуктивного характера, полиморфные, разной интенсивности, средних и крупных размеров (5—10 мм) более или менее равномерная и симметричная диссеминация в обоих легких /хотя, может быть и односторонний процесс лимфогенного генеза/

Очагов больше в верхних и средних отделах, они расположены отдельно или конгломератами субплеврально

развиваются лимфангиты, периваскулиты, перибронхиты, эмфизема

Не отмечается строгой симметрии поражения легких

Характерно наличие очагового и диффузного пневмофиброза

Характерны деструкции



Подострый диссеминированный туберкулез. Множество полиморфных очагов, больше в верхних отделах

Хронический диссеминированный туберкулез

Формируется при несвоевременном выявлении или отсутствии лечения диссеминированного туберкулеза в результате многократно повторяющихся волн микобактериемии с появлением все новых и новых очагов в легких

КУБ в мокроте. При обострении почти всегда, в период ремиссии – часто.

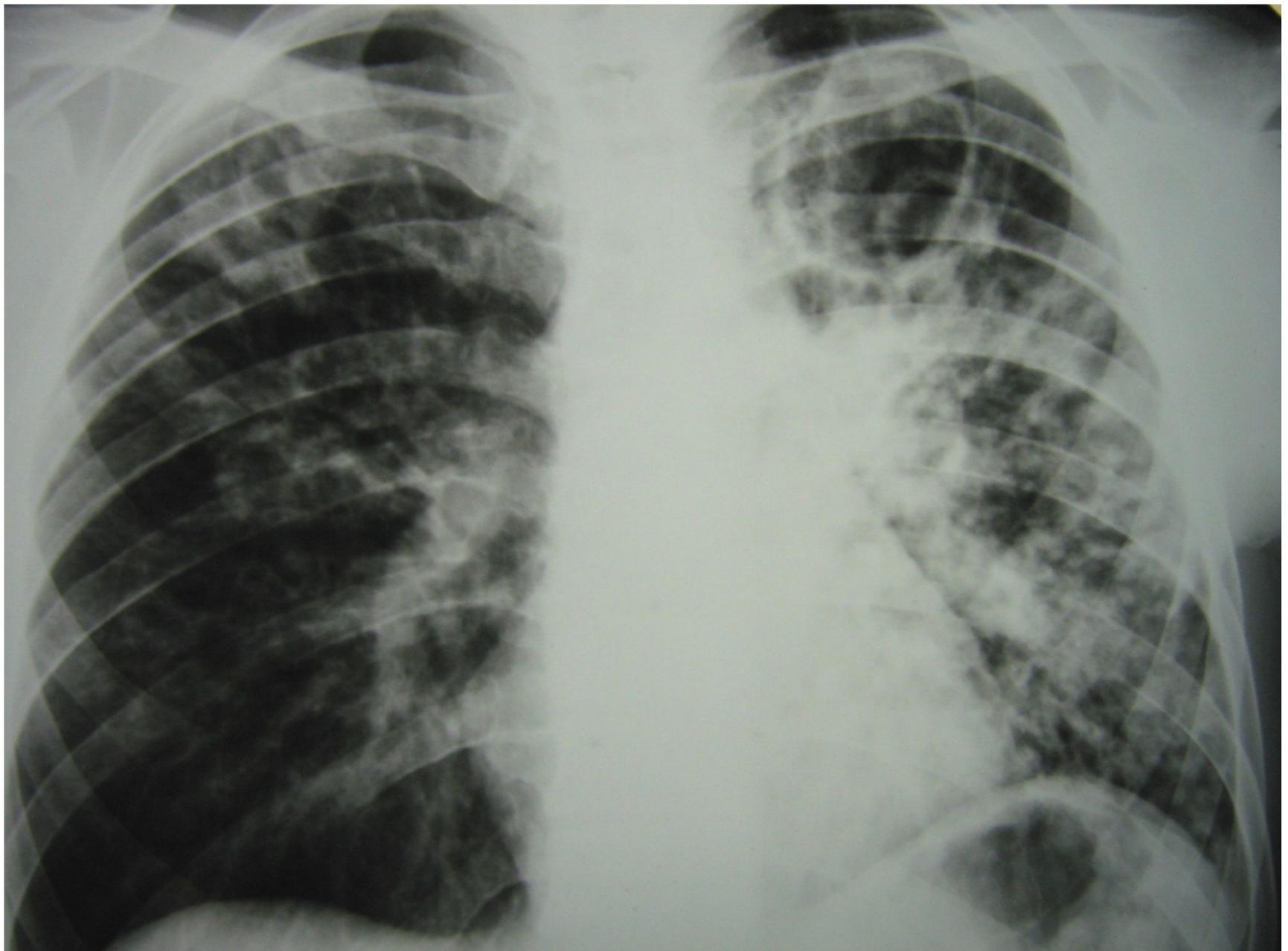
Рентгенологически. Преимущественно верхнедолевая локализация, отсутствует симметричность.

- Очаги мелкие, средние, крупные, разной интенсивности, сливаются в конгломераты
- Верхние отделы легких уменьшены за счет фиброза, могут быть каверны
- Корни легких смещены вверх и деформированы, смещаются органы средостения

Диссеминированный туберкулёз лёгких (хроническое течение)



- Формирование тонкостенных «штампованных каверн»
- Интерстициальный фиброз в верхних отделах
- Двусторонние кортико-апикальные плевральные наслоения



Хронический диссеминированный туберкулез

Милиарный туберкулез

Милиарный туберкулез – гематогенная, почти всегда генерализованная форма туберкулеза с поражением легких, печени, селезенки, кишечника, мозговых оболочек и других органов

Патоморфология

Поражение капилляров и мелких вен, в межальвеолярных перегородках, в альвеолах образуются продуктивные, реже экссудативные бугорки по ходу сосудов. Густые высыпания мелких, с просыное зерно, туберкулезных бугорков в легких. Бугорки имеют однотипное строение в связи с одновременностью их образования. В легких развиваются острые микроциркуляторные дистрофические изменения

Клиника: синдром интоксикации, кашель сухой или со слизистой мокротой, одышка, тахикардия

Объективно: ослабленное дыхание, хрипы отсутствуют

КУБ в мокроте: редко, у 18-20 % больных

В крови: часто изменений нет. Лимфопения, моноцитоз. СОЭ нормальная или умеренно повышена

Проба Манту отрицательная, может быть положительной гиперергической

Рентгенологически: равномерно расположенные во всех отделах легких очаговые тени 1-2 мм в диаметре, с четкими очертаниями без склонности к слиянию . **СКТ ОГК:** более высокая информативность

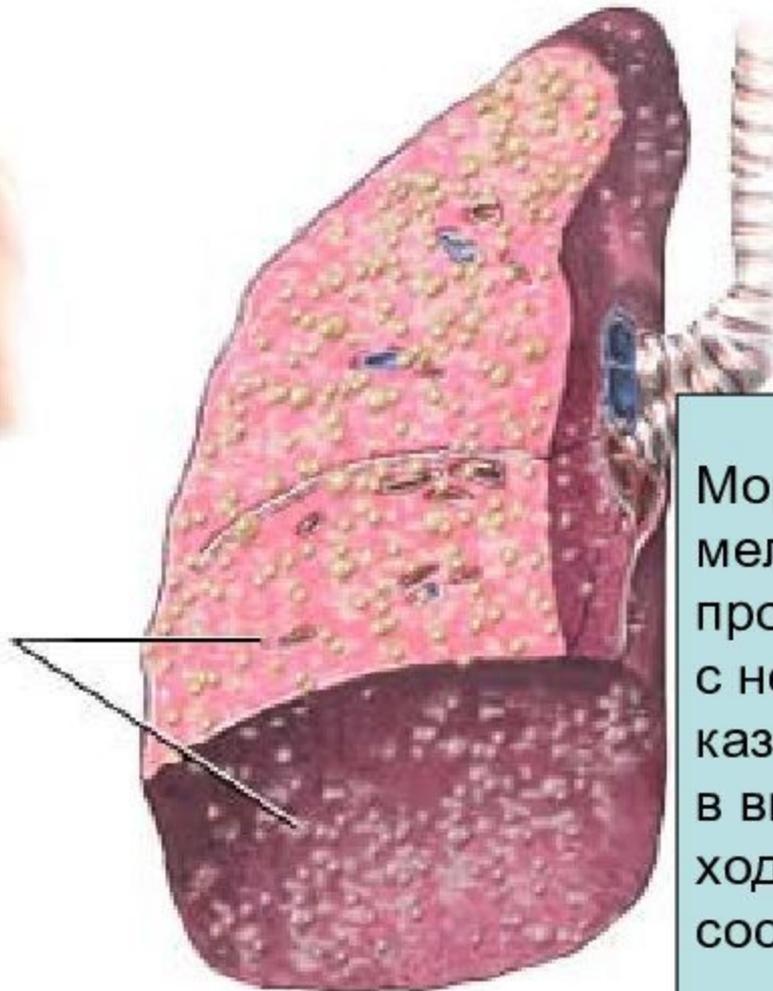
Условия возникновения милиарного туберкулеза

- Наличие массивной, вирулентной инфекции экзогенной или эндогенной
- Гиперсенсibilизация сосудистого русла: капилляров и периваскулярной ткани: повышение проницаемости стенок сосудов
- Бактериемия – поступление МБТ из обострившегося очага в прилежащую ткань с вовлечением в воспалительный процесс стенок мелких сосудов
- Нарушения микроциркуляции крови - приводит к замедлению кровотока, облегчая проникновение МБТ в ткани

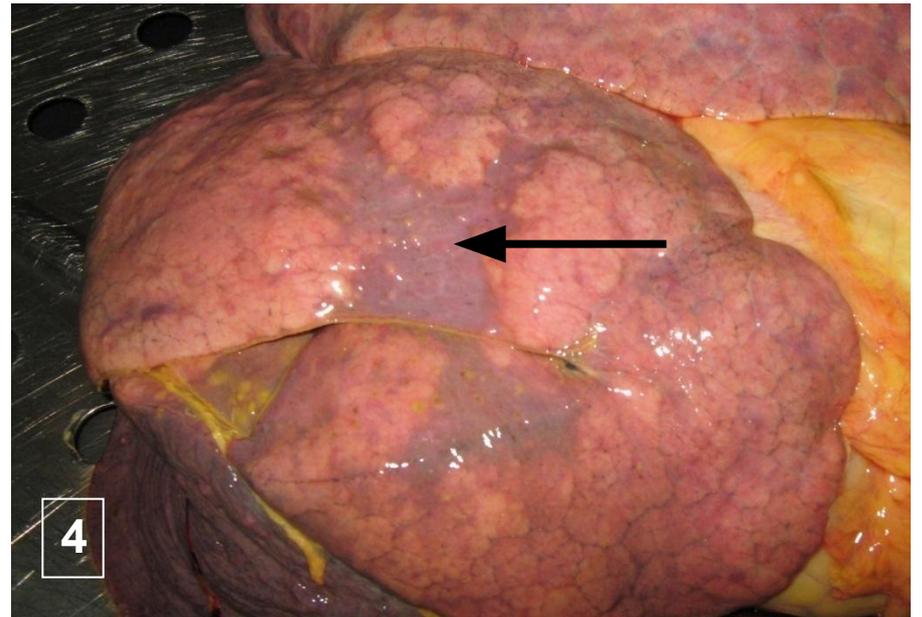
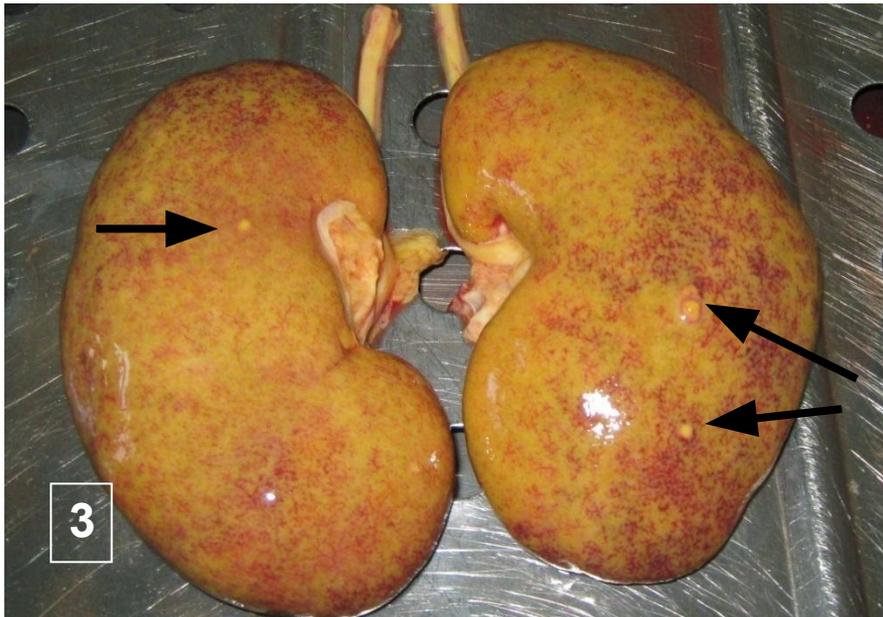
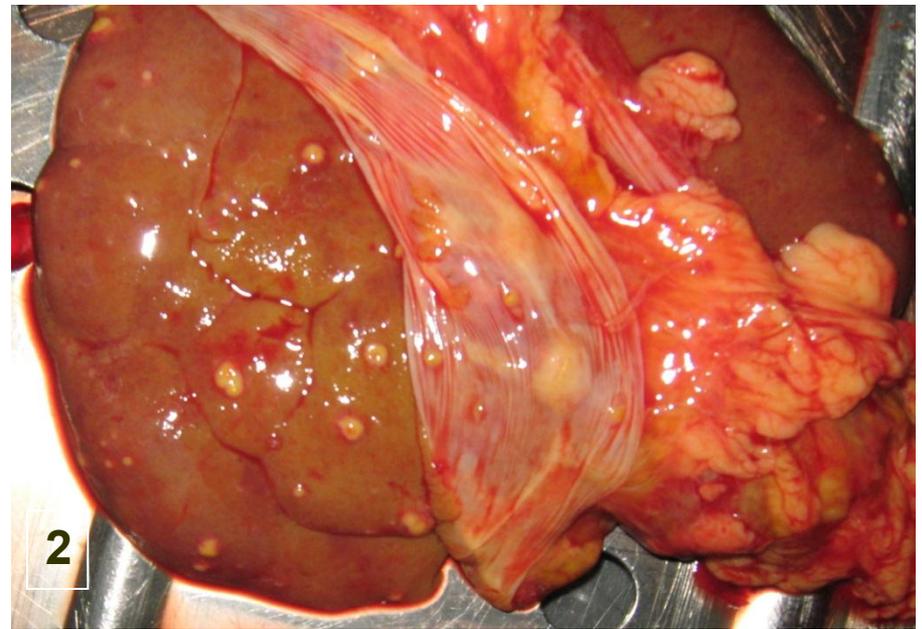
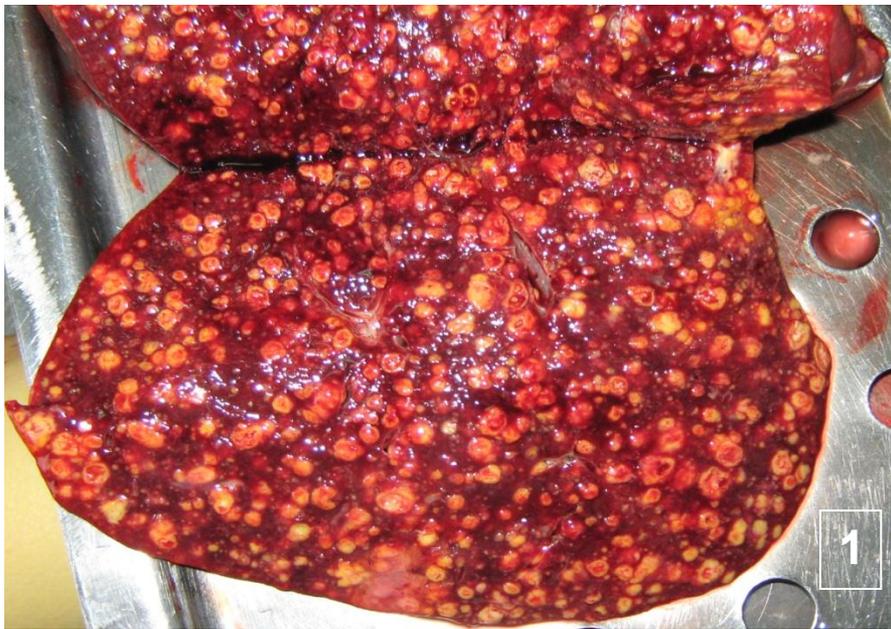
Милиарный туберкулез



Granulomas por
Mycobacterium
tuberculosis



Морфологически –
мелкие очажки
продуктивного характера
с небольшими участками
казеоза в центре,
в виде цепочек по
ходу крупных
сосудов



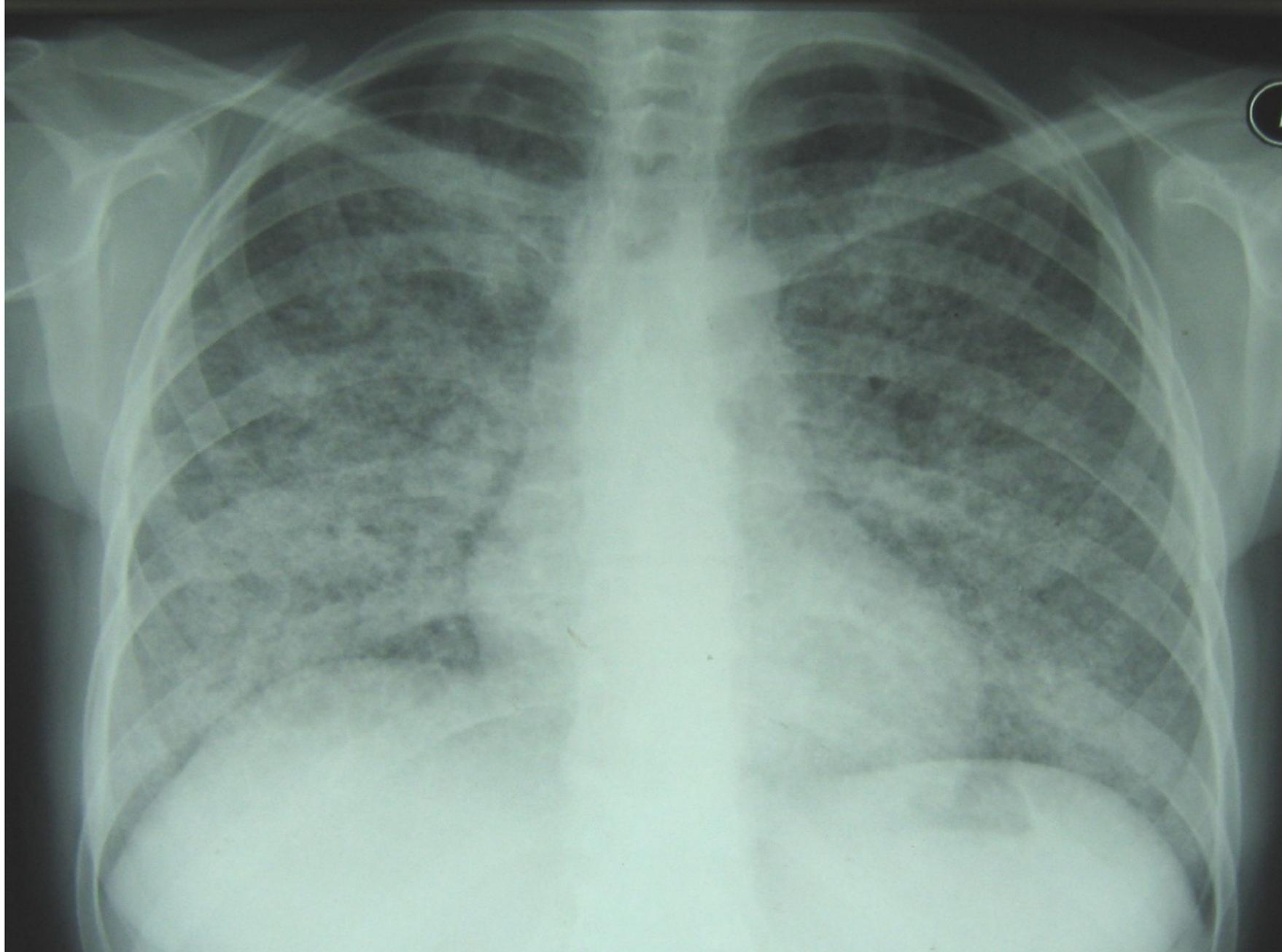
Острый милиарный туберкулез: туберкулезные бугорки в селезенке (1), печени (2), почках (3), плевре (4)

4 формы милиарного туберкулеза:

1. **Легочная:** преобладает поражение органов дыхания (одышка, цианоз, кашель, ослабленное дыхание)
2. **Менингеальная:** головная боль, ригидность затылочных мышц, положительные симптомы натяжения, поражение ч/мозговых нервов, параличи, парезы.

В ликворе:

- ❖ Повышение уровня белка до 0,6-1,0 г/л и более
 - ❖ Умеренный плеоцитоз (не более 1000 кл/мл)
 - ❖ Превалирование лимфоцитов - более 60 %
 - ❖ Положительные пробы Панди и Нонне-Апельта
 - ❖ Снижение концентрации хлоридов менее 110 ммоль/л
 - ❖ Снижение концентрации глюкозы менее половины ее содержания в крови
 - ❖ Выпадение фибриновой пленки при стоянии 12-24 ч.
3. **Тифоидная:** преобладает синдром интоксикации
 4. **Острый милиарный сепсис:** фулминантное течение, высокая летальность



Милиарный туберкулез: множество мелких очагов в легких

Осложнения туберкулеза

- Специфические: туберкулезный плеврит и все внелегочные формы туберкулеза
- Неспецифические: легочное кровотечение, кровохаркание, спонтанный пневмоторакс, амилоидоз, легочная и легочно-сердечная недостаточность, бронхоплевральные свищи, ателектаз, вторичное абсцедирование.

Легочное кровотечение

– это тяжелая патология бронхолегочной системы, которая проявляется истечением крови в бронхи или паренхиму легких и отхождение ее вместе с мокротой.

При кровохарканье объем выделяемой за сутки крови не превышает 50 мл. При кровотечении объем крови превышает 50 мл. Мокрота становится красной вследствие того, что в бронхах крови больше, чем слизи.

Диагностика легочного кровотечения

- Физикальное исследование –притупление легочного звука, влажные хрипы
- Лабораторные исследования –анемия, патология свертывающей системы крови
- Рентгенография –наличие крови в легких
- Селективная ангиография сосудов бронхиального дерева- контраст указывает на разрыв сосуда
- Компьютерная томография- установка источника кровотечения
- Бронхоскопия –позволяет определить и лечить источник кровотечения

Первая помощь –придать больному положение в котором лучше отходит кровь(противоположная очагу поражения сторона)

Препараты: противокашлевые,гемостатики,сосудосуживающие

Туберкулез бронхов

- Регистрируется как осложнение в 30-35% случаях
- Распространяется контактным, бронхогенным, лимфогенным путями
- Классификация:
инфильтративный, грануляционный, язвенный, рубцовый
- Течение: бессимптомное (26%) или с клиническими проявлениями (74%)
- Клинические проявления: симптомы интоксикации, кашель, боль в груди. Одышка
- Рентгенологически: обтурация бронха, сужение его просвета, деформация

Лечение

- Режим
- Диета
- Этиологическое лечение, согласно режима химиотерапии
- Патогенетическое
- Симптоматическое

Исходы



Прогрессирование:
поражение других органов:
туберкулез мозговых
оболочек и ЦНС и др.

Клиническое излечение:
сохранение очагов, фиброзная
трансформация межальвеолярных
перегородок, эмфизема

Выводы

- Диссеминированный ТБ с острым, подострым, и хроническим течением характеризуется полиморфизмом изменений и разнообразной клинической картиной
- Бактериологическая диагностика при подостром и хроническом течении является основным критерием постановки диагноза
- Милиарный ТБ является наиболее трудно диагностируемым заболеванием
- Лечение диссеминированных форм ТБ должно быть комплексным
- Своевременная диагностика обеспечивает благоприятный исход заболевания



A close-up photograph of a large number of purple daisy-like flowers with bright yellow centers. The flowers are densely packed and fill most of the frame. The background is dark green, suggesting foliage. The text "БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!" is overlaid in the center in a bold, red, sans-serif font.

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!