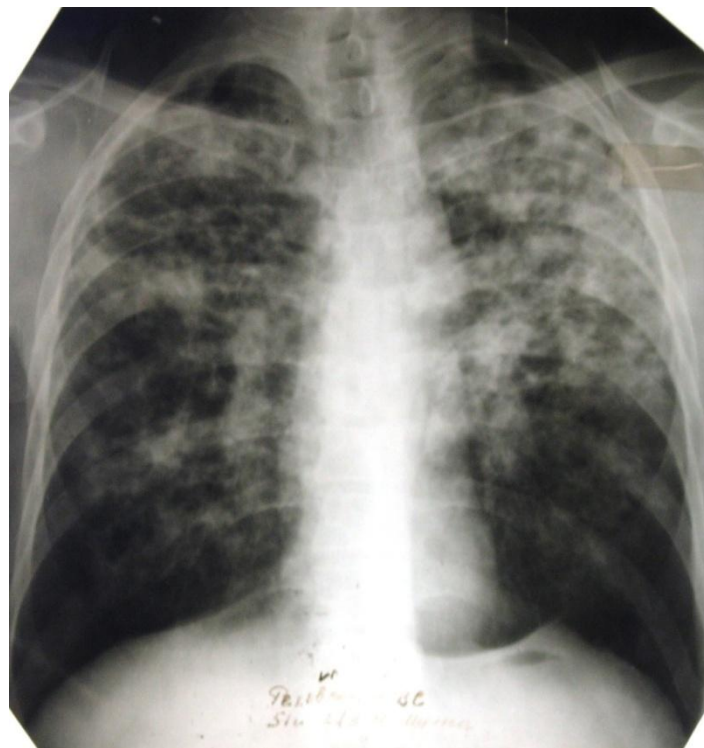


Диссеминированный туберкулёз лёгких



Диссеминированный туберкулёз лёгких характеризуется наличием множественных туберкулёзных очагов, образующихся в результате рассеивания МБТ в лёгких.



Актуальность темы

Диссеминированный туберкулез легких

- вторая по частоте форма в структуре заболеваемости туберкулезом в Красноярском крае
- самая частая форма специфического процесса у ВИЧ-инфицированных.
- При этой форме возможно сочетание легочных и внелегочных локализаций
- дифференциальная диагностика диссеминированного туберкулеза – один из самых сложных разделов фтизиопульмонологии

Патогенез.

Диссеминированный туберкулёз возникает в результате распространения МБТ в лёгкие гематогенным, лимфогенным, лимфогематогенным и редко лимфобронхогенным путями.

Диссеминированный туберкулёз может развиваться спустя много лет после спонтанного или лекарственного излечения первичного туберкулёза (поздняя генерализация).

Микобактерии из лимфатического узла проникают в кровь при распространении туберкулёзного воспаления непосредственно на стенку лёгочного сосуда или через грудной лимфатический проток, подключичную вену, правые отделы сердца, лёгочные вены и далее в лёгкие. Из внелёгочного очага МБТ попадают в сосуды лёгкого после предшествующей бактериемии.

При гематогенной диссеминации туберкулёзные очаги выявляются в обоих лёгких симметрично на всём протяжении или в верхних отделах. Из лимфатического узла средостения МБТ могут распространяться в лёгкие по лимфатическим сосудам ретроградно.

Симптоматика.

2/3 выявляется у больных при обследовании в связи с появлением различных жалоб,
у 1/3 – при профилактических флюорографических обследованиях.
При всем многообразии клинических проявлений диссеминированного туберкулёза можно выделить несколько клинических вариантов.

Вариант острого инфекционного заболевания:

- Высокая температура тела,
- резко выраженная слабость,
- адинамия ,
- головная боль,
- одышка,
- тахикардия,
- цианоз,
- сухой кашель.

Вариант хронического воспалительного или гранулематозного заболевания

Жалобы:

- на общую слабость,
- утомляемость,
- понижение работоспособности,
- понижение аппетита и похудание,
- эпизодические подъёмы температуры тела.
- Иногда с лёгочным кровохарканьем или кровотечением.

Рентгеносемиотика.

При острой гематогенной диссеминации рентгенологически через 10-14 дней от начала заболевания в обоих лёгких обнаруживаются симметрично расположенные мелкие (1-2 мм) однотипные очаги округлой формы с довольно чёткими контурами. Очаги расположены периваскулярно, в виде цепочки.

При подострой диссеминации очаги диаметром от 5-6 до 10-15 мм располагаются в лёгких также симметрично, по ходу сосудов. Очаги малой и средней интенсивности, с нечёткими контурами. Возможно слияние таких очагов с образованием фокусов и распада.

При хроническом течении выявляются группы сливных очагов, более густо расположенные в верхних отделах лёгких. Из-за большого количества очагов не видны мелкие сосудистые стволы.

Лабораторные исследования.

В мокроте, содержимом бронхов МБТ выявляются не более чем у 50% взрослых больных и ещё реже у детей.

Бактериовыделение обычно скудное. У большинства больных выделяют человеческий вид МБТ.

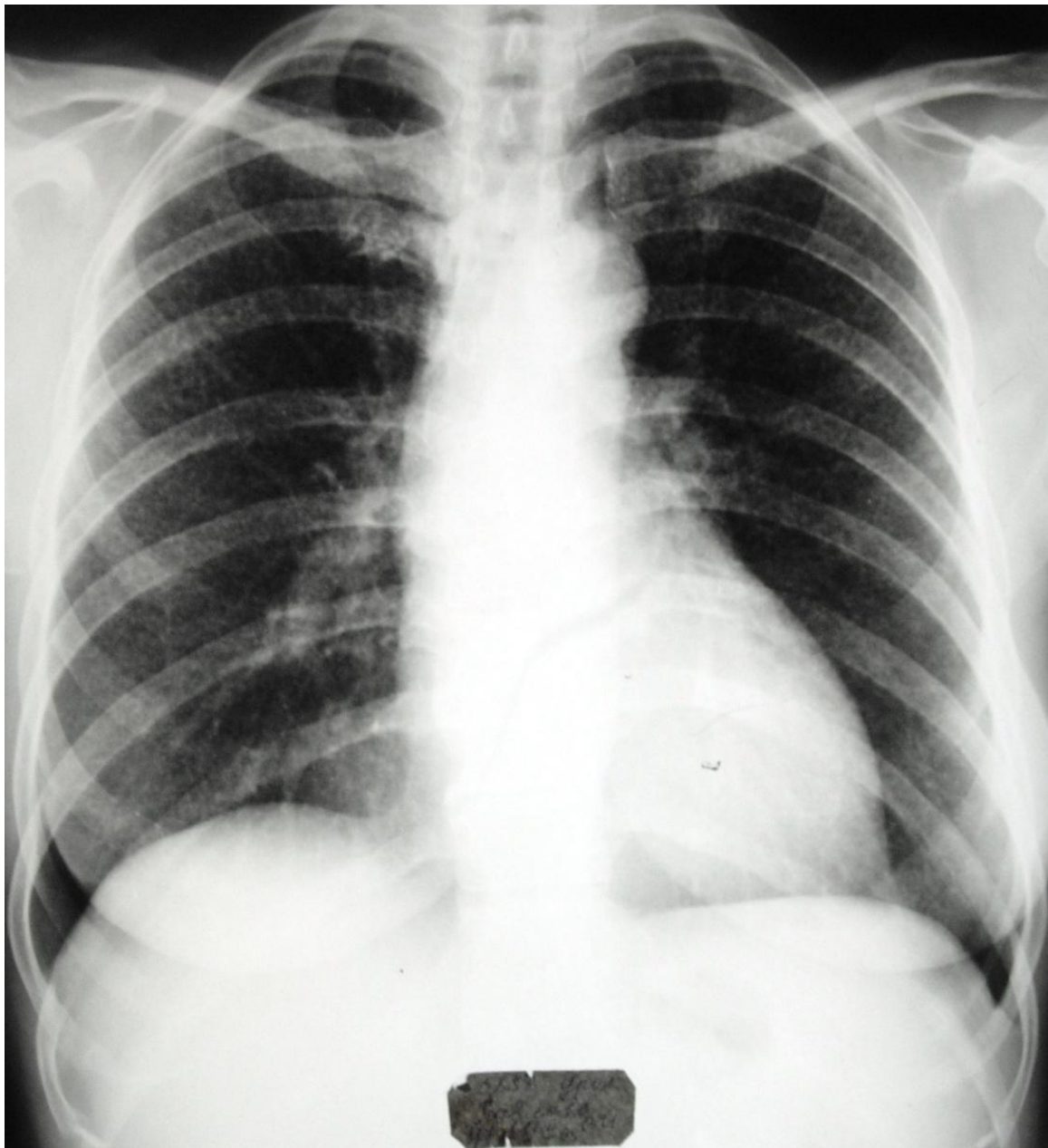
Однако при наличии и внелёгочного очага туберкулёза может быть выявлен бычий вид возбудителя.

В крови больных с острыми формами туберкулёза определяются лейкопения, снижение эозинофилов и лимфоцитов, увеличение палочкоядерных нейтрофилов, повышение СОЭ. При обострении хронического диссеминированного туберкулёза – увеличение лейкоцитов до $(12-20) \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерных нейтрофилов, повышение СОЭ.

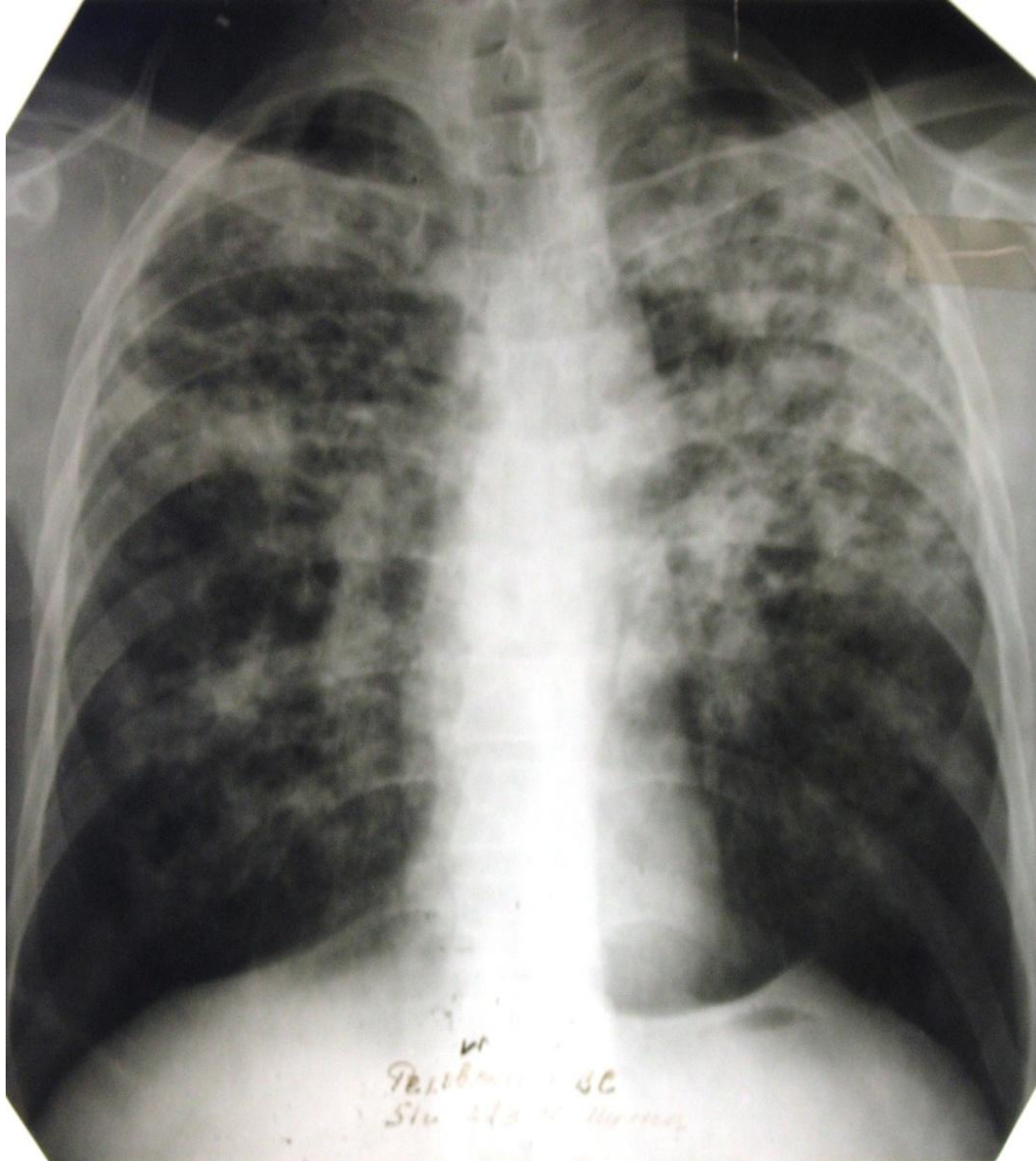
Диагностика.

Большое значение имеют данные о заболевании туберкулёзом в семье, для детей и подростков – выраж туберкулиновых реакций.

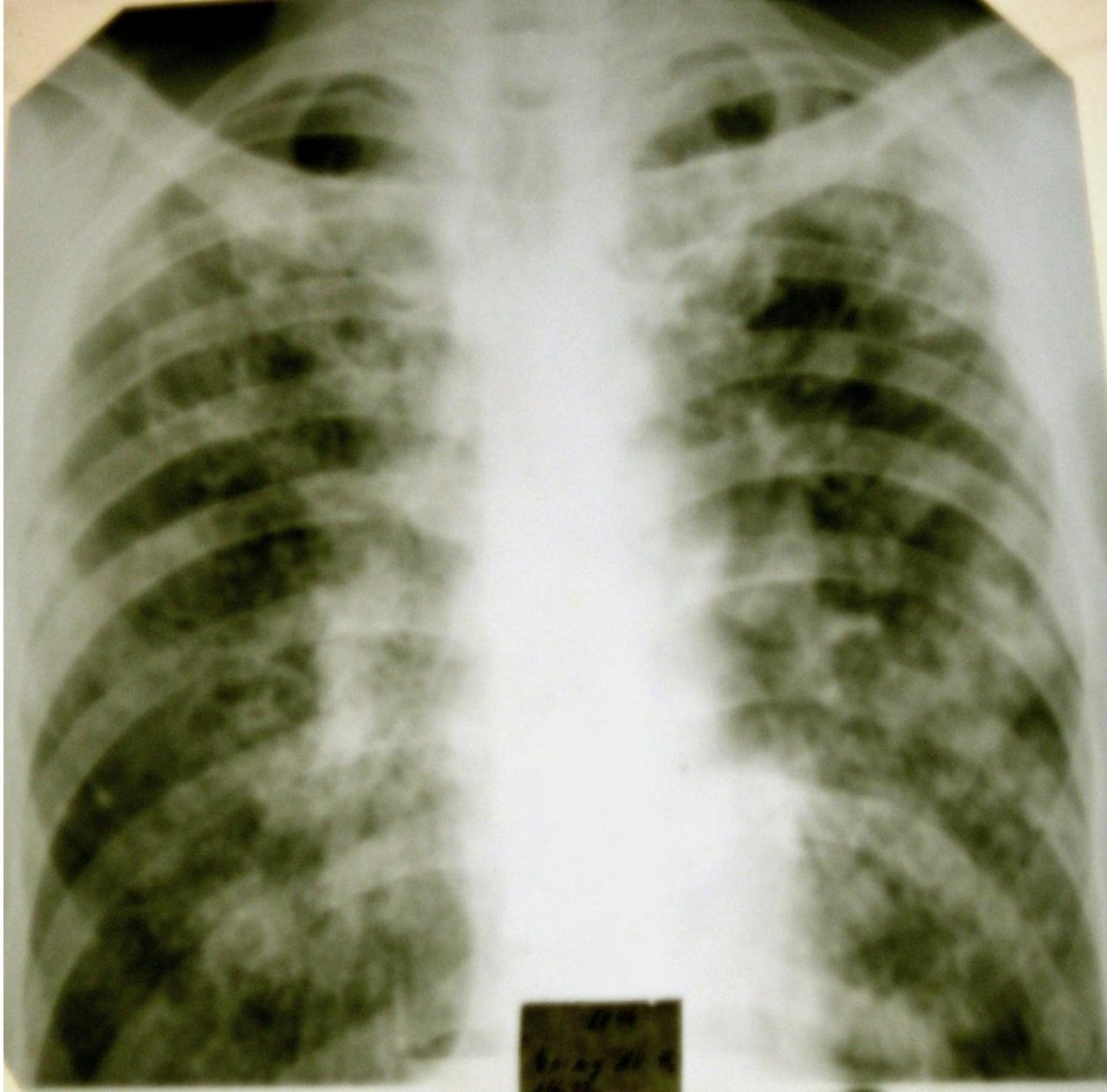
Рентгенологического картина: в обоих лёгких множественные однотипные очаги при свежей диссеминации процесса и полиморфные очаги с преимущественной локализацией в верхних отделах лёгких при хронической; поражение лимфатических узлов средостения в виде воспалительной гиперплазии при ранней и кальцинации при поздней генерализации туберкулёза.



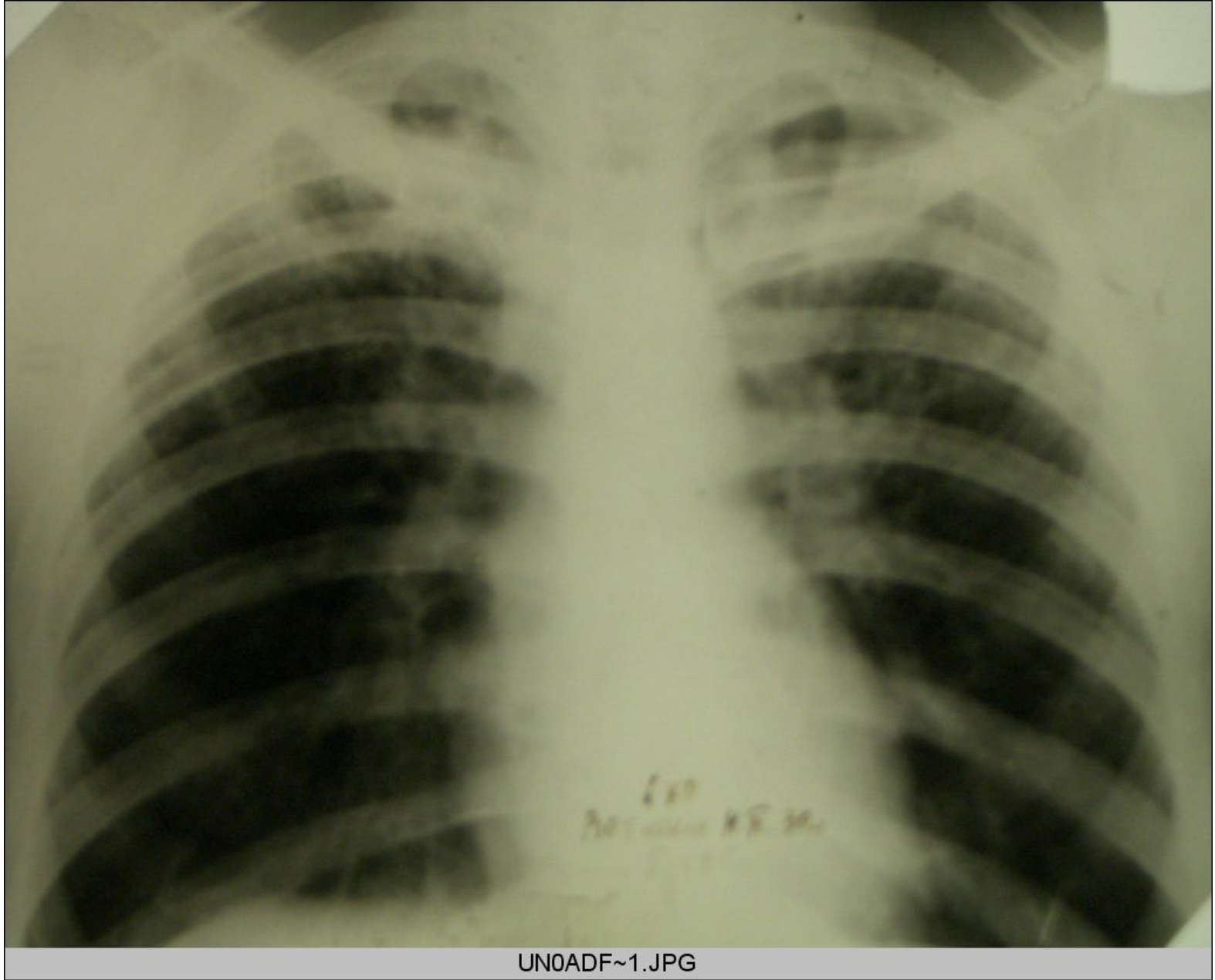
Милиарный туберкулез легких



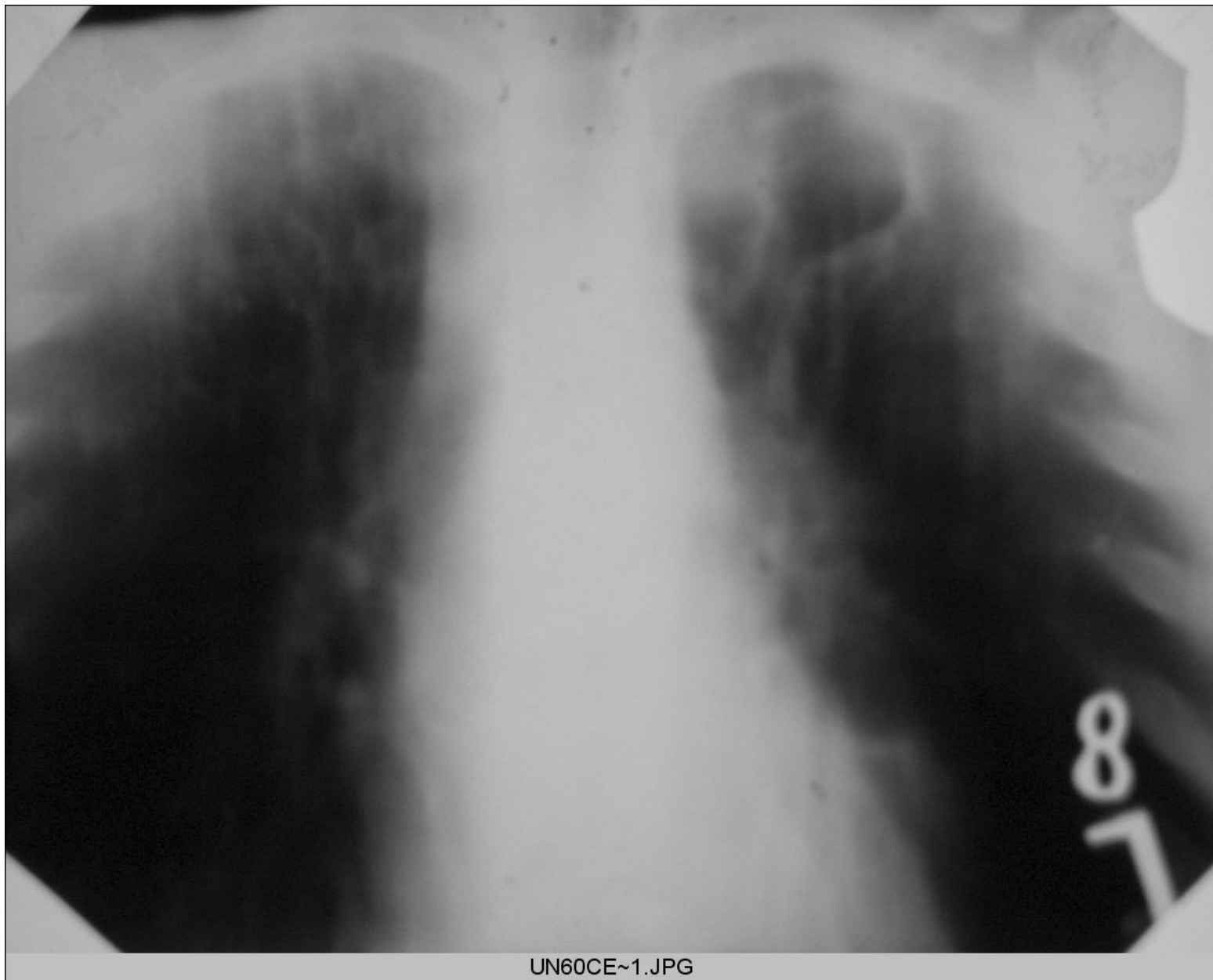
Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада. Симптом «снежной бури»



Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада. Симптом «снежной бури»



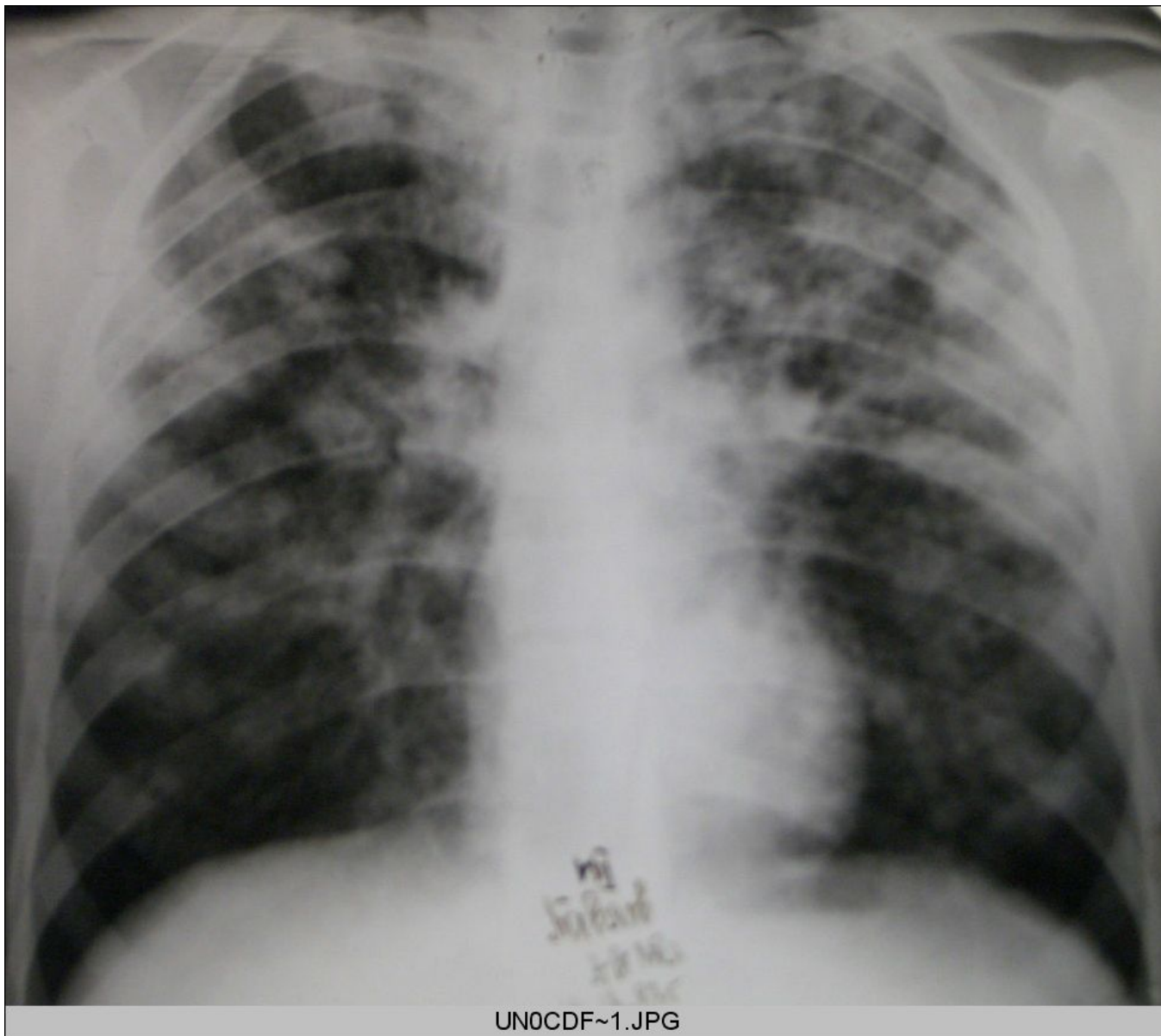
Диссеминированный туберкулез верхних долей легких в фазе инфильтрации и распада



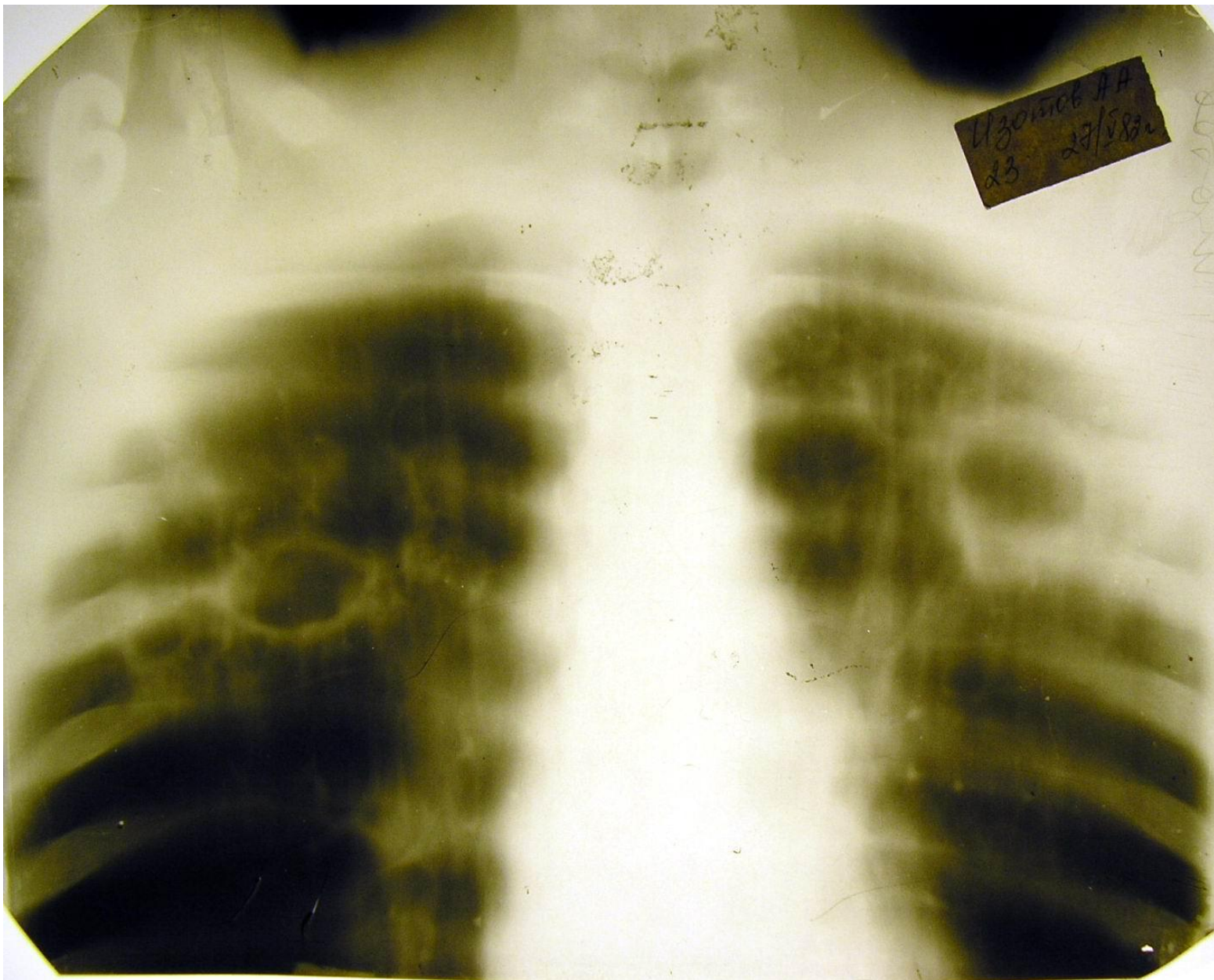
UN60CE~1.JPG

Томограмма

В S1 S2 легких видны штампованные каверны

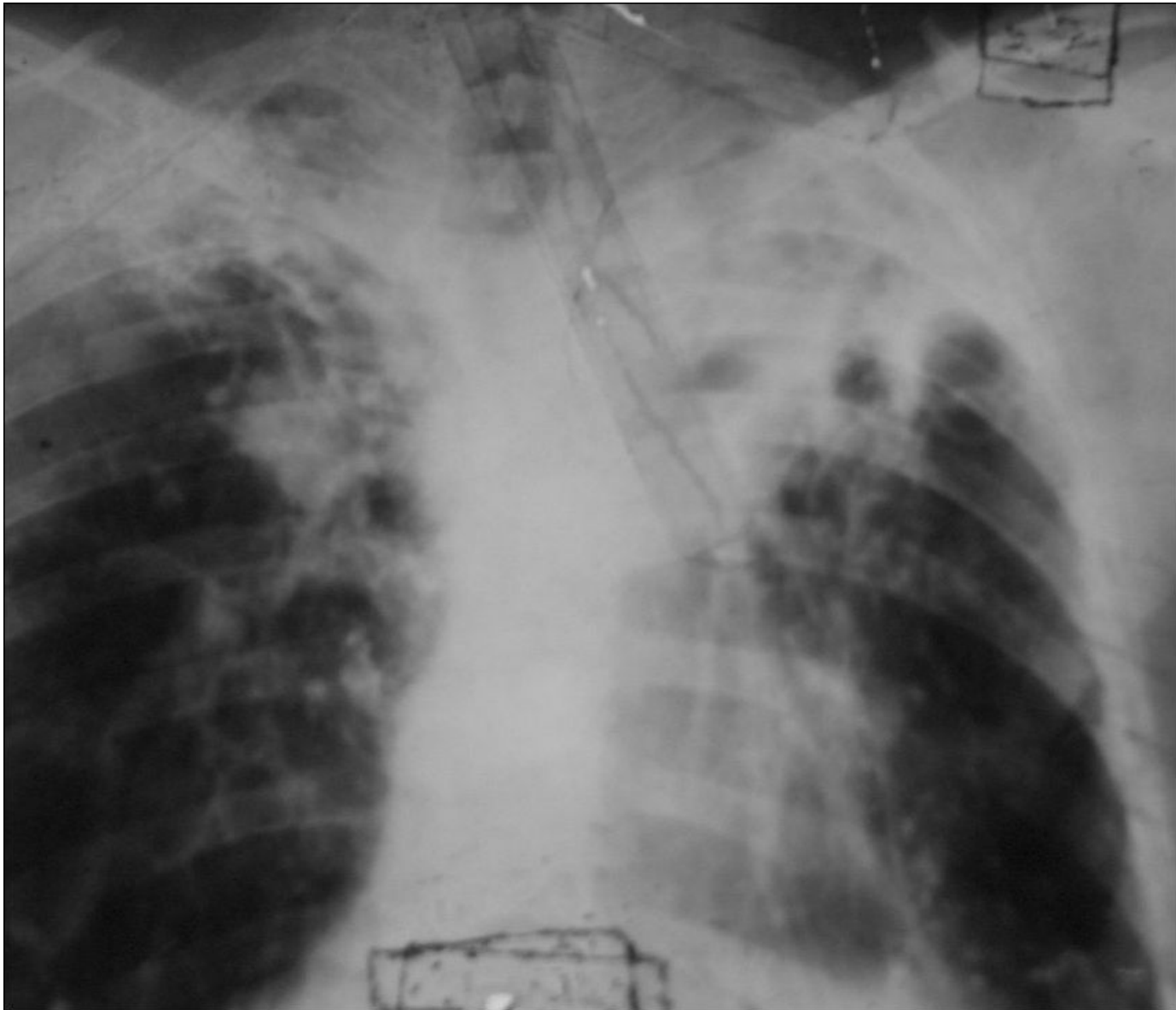


Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада



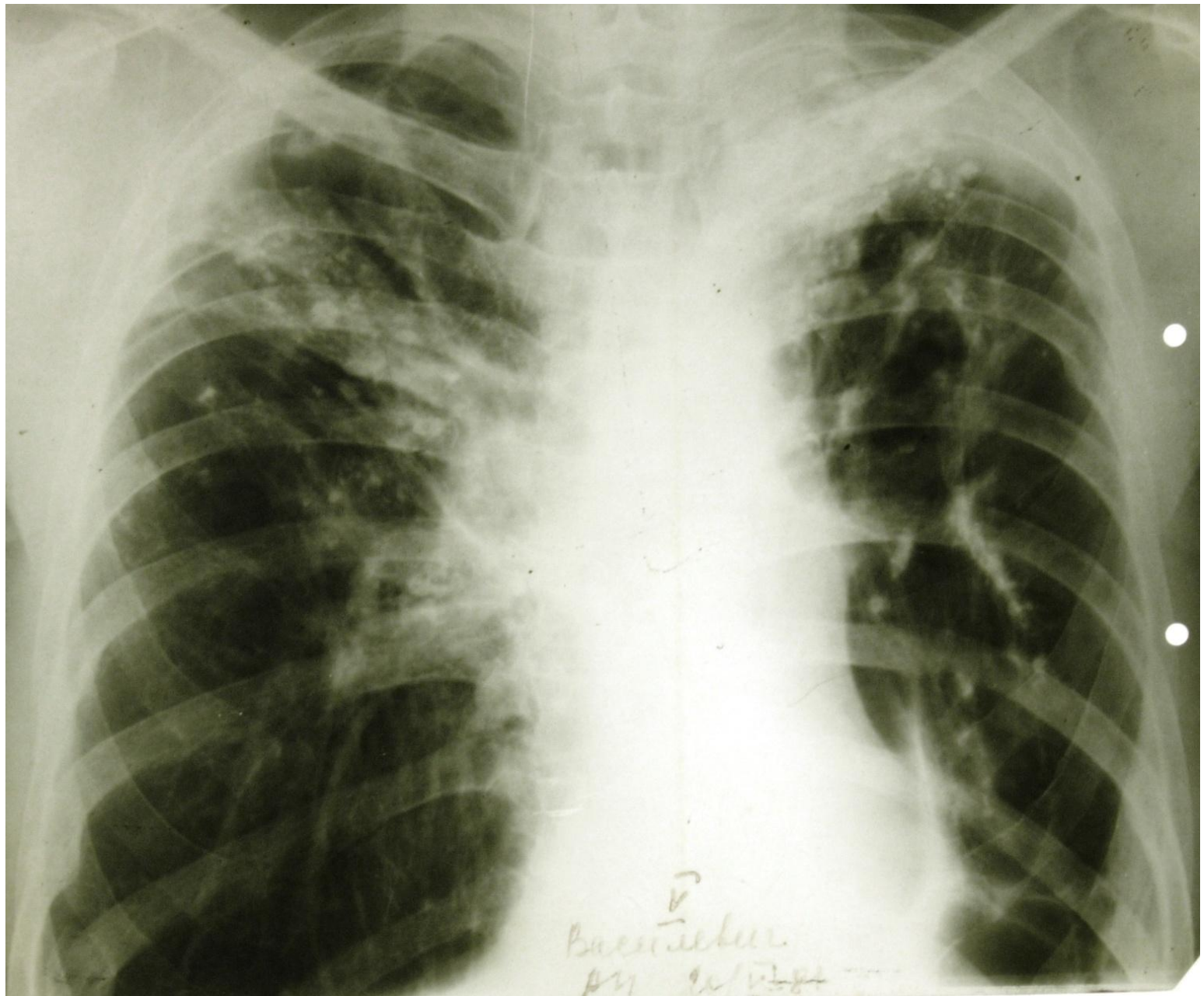
Томограмма

В верхних долях легких определяются тонкостенные («штампованные») каверны



UND246~1.JPG

Хронический диссеминированный туберкулез легких



Хронический диссеминированный туберкулез легких

Лечение.

При остром диссеминированном и впервые выявленном хроническом диссеминированном туберкулёзе лёгких назначают **изониазид, рифампицин и стрептомицин** (или этамбутол), а при тяжёлом течении и в случаях массивного бактериовыделения – также пиразинамид.

Лечение указанными препаратами проводят до рассасывания свежей диссеминации, инфильтративных явлений, абациллирования и закрытия каверн. В дальнейшем больные принимают изониазид и этамбутол (или пиразинамид) ещё 6-9 мес. При сохранении полости распада назначают другие противотуберкулёзные препараты и средства, стимулирующие репаративные процессы, применяют коллапсотерапию.

При лечении больных диссеминированным туберкулёзом лёгких с наличием каверн к оперативному вмешательству прибегают редко, так как процесс распространённый, двусторонний и поэтому невозможно выполнить резекцию в пределах здоровых тканей лёгкого

**Благодарю
за внимание!**