

Хронический диссеминированный туберкулез

- развивается в результате многократно повторяющихся волн микобактериемии, что приводит к появлению все новых и новых очагов в легких. При этом течении заболевания состояние очагов диссеминации отличается разной степенью давности.
- Очаги за счет разного времени образования различаются по размеру (милиарные, мелкие, средние, крупные) и морфологической структуре.
- Встречаются эпителиоидноклеточные гранулемы с признаками фиброзирования в виде образования капсул или полного рубцевания, а на их фоне — очаги с острым распадом и образованием полостей, а также более старые полостные образования.

- Все это свидетельствует о том, что процесс протекает во времени с периодами обострения и затихания. В периоды обострения очаги могут увеличиваться не только в количестве, но и в размерах, путем распространения воспалительных изменений по периметру. На всем протяжении легочной ткани имеются признаки эмфиземы.
- Формируется диффузный сетчатый пневмосклероз, уменьшается объем верхних отделов легких за счет фиброзных и цирротических изменений, происходит передислокация бронхососудистого пучка; часто имеются плевральные изменения.
- При хроническом диссеминированном туберкулезе через определенный промежуток времени формируется правожелудочковая гипертрофия миокарда (легочное сердце).
- При всех формах диссеминированного туберкулеза возможно обсеменение МБТ других органов и тканей (оболочек мозга и серозные оболочки, кости и органы мочеполовой системы, кишечник и др.).

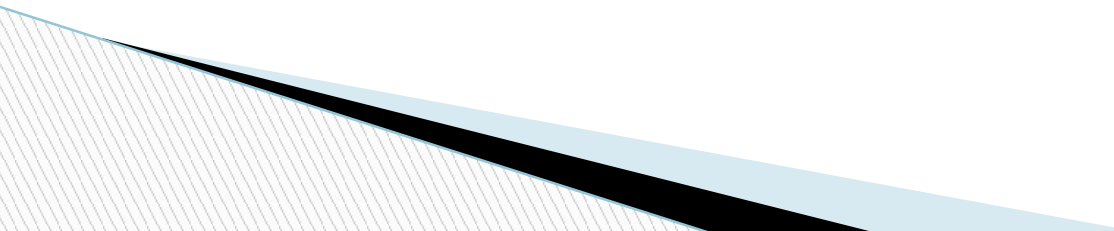
Патоморфология

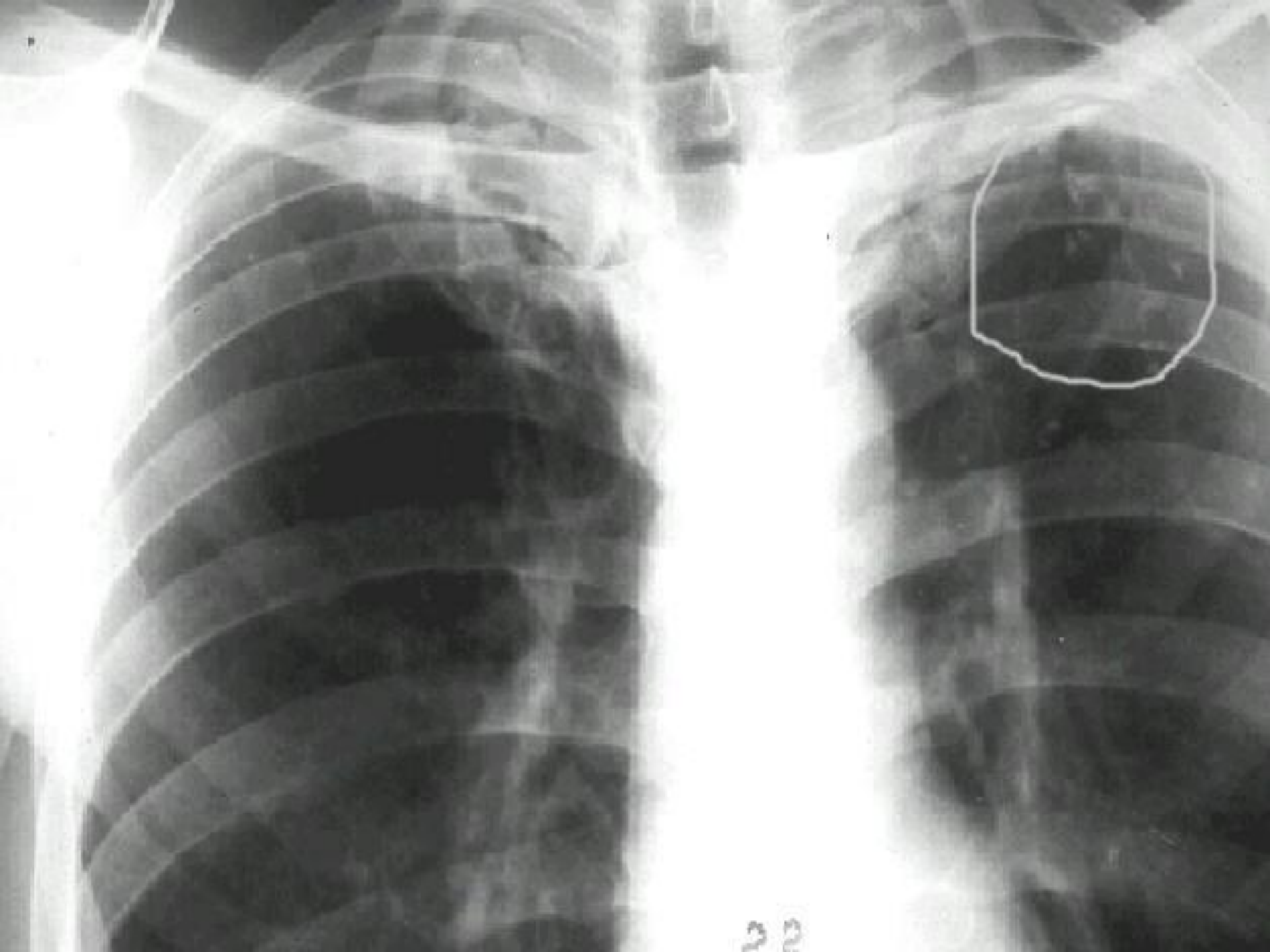
- развивается в результате повторных волн лимфогематогенной диссеминации;
- свежие очаги появляются поэтапно в ранее интактных участках легкого (первые очаги - в верхушечном и заднем сегментах);
- диссеминация полиморфна (свежие очаги - преобладает экссудация, старые часто замещены фиброзной тканью, иногда содержат соли кальция; не склонны к слиянию);
- характерны штампованные (очковые) каверны ~ симметричные полости распада в верхних долях с тонкими стенками, свободным просветом.

Клинические проявления

- Хронический диссеминированный туберкулез легких имеет волнообразное течение: в период ремиссии клинические симптомы частично угасают, а при обострении процесса — усиливаются. Эта форма туберкулеза сопровождается мало выраженными признаками интоксикации. Часто больные чувствуют себя удовлетворительно, однако при тщательном расспросе обнаруживают наличие общей слабости и одышку при физической нагрузке (цианоз).

- Вследствие развития фиброза у больных хроническим диссеминированным туберкулезом легких в верхних отделах легких нередко образуются бронхоэктазы (при перкуссии — укорочение легочного звука). В нижних отделах развивается эмфизема (при перкуссии — тимпанит). В легких, чаще в паравертебральной области, выслушивают сухие, реже — влажные хрипы. Изменения в анализе крови характеризуются незначительным лейкоцитозом, сдвигом лейкоцитарной формулы влево, моноцитозом, повышением СОЭ. При стабилизации процесса показатели анализа крови нормализуются. Реакция Манту 2 ТЕ ППД-Л слабоположительная.

- Во время ремиссии больного могут беспокоить невыраженный кашель со слизисто-гноной мокротой, одышка, утомляемость, периодический субфебрилитет. При обострении эти симптомы усиливаются, часто отмечается кровохарканье.
 - При физическом исследовании могут выявляться все симптомы поражения бронхолегочной системы в разных комбинациях и разной степени выраженности. Со временем присоединяются симптомы сердечной недостаточности
- 



Рентгенологические признаки хронического диссеминированного туберкулеза легких:

- асимметрично размещенные полиморфные очаги разных размеров и плотности (симптом звездного неба), более плотные очаги — в верхних долях легких;
- штампованные каверны;
- фиброзные изменения в легких (симптом плакучей ивы);
- бронхоэктазы, эмфизема, эмфизематозные буллы.

Исходы:

благоприятный — уплотнение и петрификация очагов;
относительно благоприятный — прогрессирование фиброзных изменений, развитие эмфиземы;
неблагоприятный — переход в фиброзно-кавернозный туберкулез легких или казеозную пневмонию.

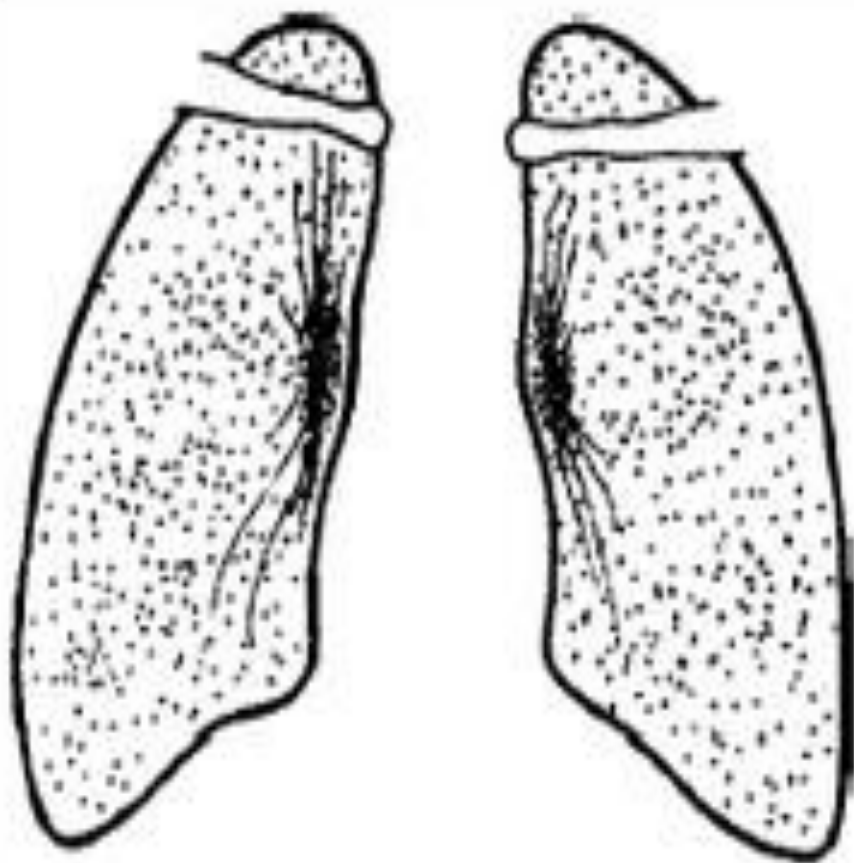


Рис. 44. Милиарный туберкулез легких

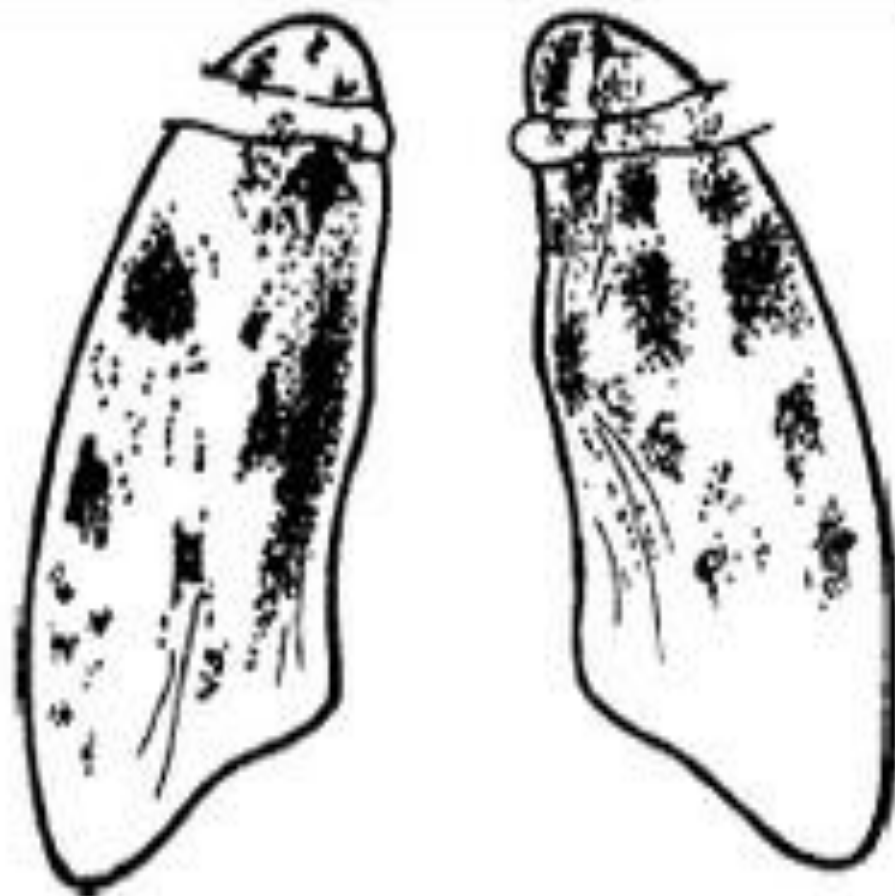


Рис. 45. Подострый диссеминированный туберкулез легких

Диагностика диссеминированного туберкулеза

- проводится на основе комплексного клинико-лабораторного и лучевого обследования больного.
- Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л в большинстве случаев бывает отрицательной, что связано с выраженными явлениями вторичного иммунодефицита, характерного для данной категории больных.
- В диагностике милиарного туберкулеза имеет существенное значение осмотр глазного дна, где даже в начальных проявлениях заболевания можно увидеть мелкие очаги специфического воспаления.

Лечение

- ✓ проводят в стационаре противотуберкулезного учреждения на фоне гигиено-диетического режима (стол № 11).
- ✓ Химиотерапию у впервые выявленных больных в интенсивной фазе лечения проводят четырьмя противотуберкулезными препаратами: изониазидом, рифампицином, пиразинамидом и этамбутолом, а в фазе продолжения лечения — двумя препаратами.
- ✓ Это комбинации — изониазид и рифампицин или изониазид и этамбутол (I стандартный режим химиотерапии). В случаях хронического течения заболевания и при выявлении множественной лекарственной устойчивости МБТ назначают IV режим химиотерапии резервными противотуберкулезными препаратами.

- ✓ При остром диссеминированном туберкулезе показано также включение в схему лечения кортикостероидов и иммуномодуляторов. Чаще всего применяют курс преднизолона по 15-20 мг/сут в течение 6—8 нед в сочетании с Т-активином или лейкинфероном.
- ✓ При своевременно начатой и правильно проведенной комплексной терапии прогноз острых форм диссеминированного туберкулеза большей частью благоприятный.
- ✓ В сомнительных случаях, когда диагноз «милиарный туберкулез» невозможно исключить из дифференциального ряда, показано назначение противотуберкулезных препаратов (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол) *exjvantibus* с последующей оценкой клинико-рентгенологической динамики процесса в легких.