

Синдром легочной диссеминации. Диссеминированный туберкулез легких

Лебедева А.В.
Студентка 6 курса
11 группы
лечебного факультета

Диссеминированный туберкулёз лёгких (ДТЛ) – форма туберкулеза, характеризующаяся наличием множественных туберкулёзных очагов и интерстициальных изменений в лёгких, образующихся в результате рассеивания МБТ. Эта форма возглавляет в клинической классификации вторичный туберкулёз с 1984 года.

Среди впервые выявленных больных туберкулёзом лёгких ДТЛ диагностируют у 5 - 9 %, среди состоящих на учёте в противотуберкулёзных диспансерах - у 12-15%.

Теория Штернберга А.Я. (1927)
говорит о склонности туберкулеза
распространяться по органам,
родственным по своему
происхождению из одного и того же
зародышевого листка.

Так в одних случаях, туберкулез
охватывает исключительно органы:

**Органы энтодермального
происхождения**

легкие, гортань, кишечник

**Органы эктодермального
происхождения**

кожа, глаза

**Органы мезодермального
происхождения**

мочеполовая система

**Органы мезенхимального
происхождения**

кости, серозные оболочки

Классификация

- По патогенезу:
 - - первичный
 - - вторичный
- По генезу распространения МБТ:
 - - гематогенный (92%)
 - - лимфогенный (7%)
 - - бронхогенный

Классификация

- В зависимости от типа воспалительной тканевой реакции:
 - - продуктивный тип
 - - экссудативный тип
 - - смешанный тип
- По клиническому течению:
 - - острый (милиарный, острый крупноочаговый)
 - - подострый
 - - хронический

Классификация

В зависимости от размеров очагов:

- - мелкоочаговый (1-2 мм)
- - среднеочаговый (3-5 мм)
- - крупноочаговый (6-10 мм)
- - смешанный

Три варианта :

- 1. генерализованный;**
- 2. с преимущественным поражением легких;**
- 3. с преимущественным поражением других органов.**

Диссеминированный туберкулез -следующая фаза развития туберкулезной болезни после первичного туберкулеза (Борок М.Р.)

После перенесенного первичного туберкулеза сформировался иммунитет с различной индивидуальной выраженностью. Однако в это время в организме продолжают циркулировать продукты взаимодействия микроорганизма и МБТ (аутоантигены, продукты распада и жизнедеятельности МБТ). Все они оказывают сенсibiliзирующее влияние на организм.

По генезу различают следующие

виды диссеминаций:

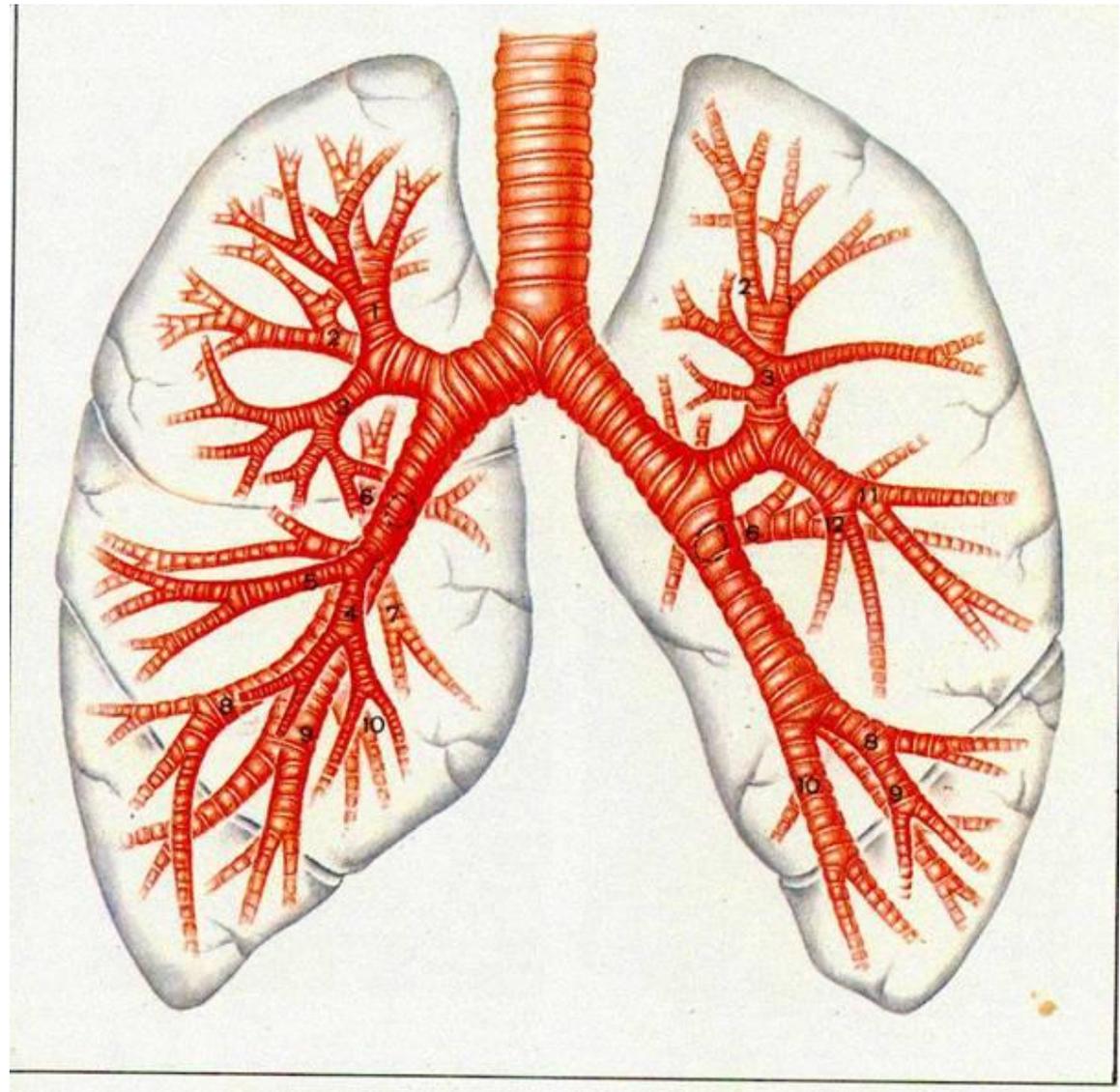
- гематогенная,
- лимфогенная
- бронхогенная .

**Могут быть и диссеминации смешанного генеза:
лимфогематогенные, лимфобронхогенные.**

**Каждый из этих видов имеет четкие различия,
обусловленные анатомическим строением
системы, по которой происходит диссеминация,
и выявляющиеся при рентгенологическом
обследовании.**

Кровеносная система легкого

Сосуды легкого берут свое начало от **правого желудочка сердца**, из которого кровь поступает в **легочный ствол**. По нему кровь распределяется в правую и левую **легочные артерии** соответствующих легких. **В тканях легкого происходят ветвления сосудов параллельно бронхам. На уровне дыхательной части легкого происходит ветвление артериол на капилляры, которые окутывают альвеолы густой сосудистой сетью. В этой сети и происходит активный газообмен. Покидая альвеолярные структуры, кровь продолжает свое движение, но уже по направлению к сердцу – к его левым отделам.**

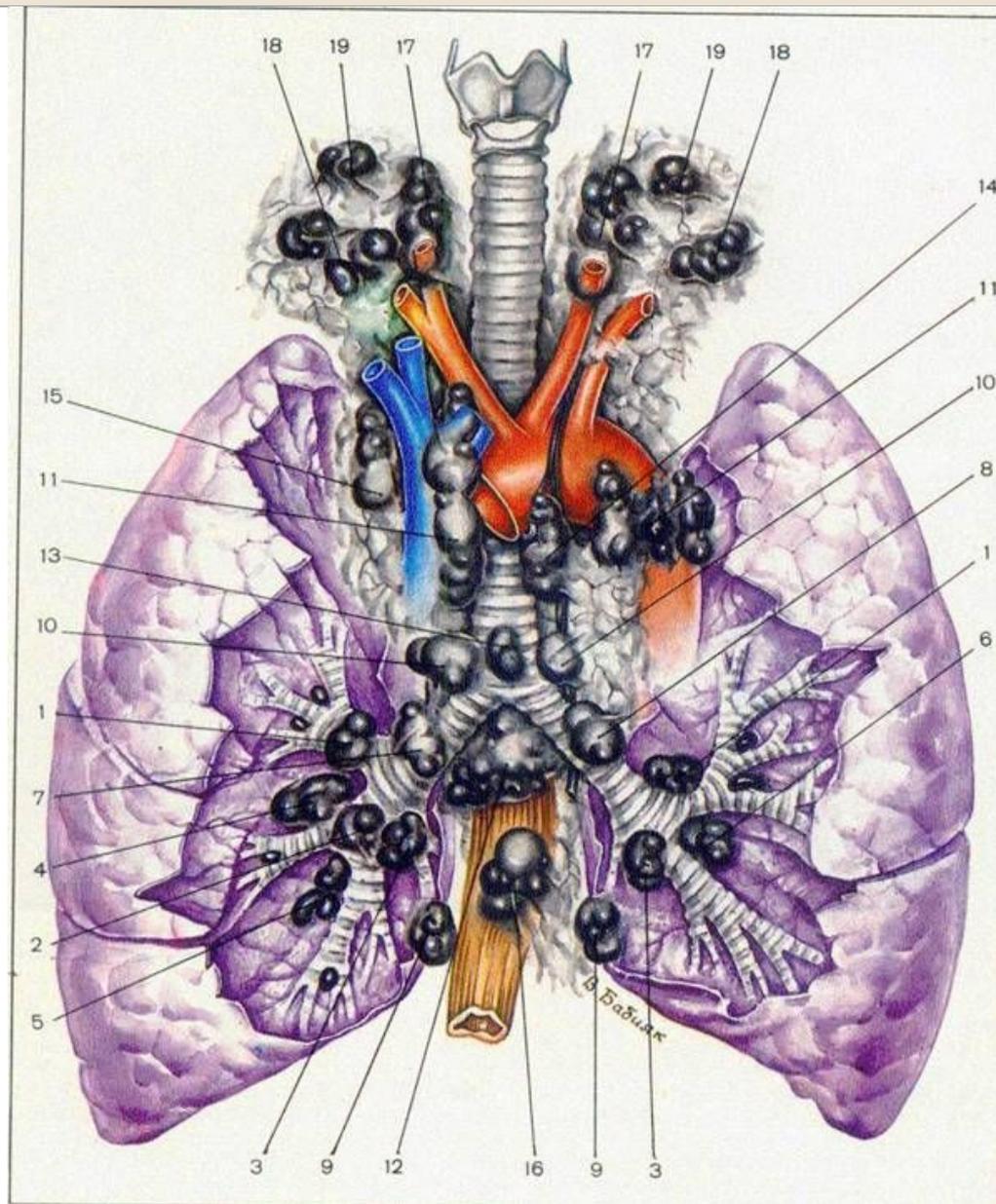


Сегментарное строение
бронхиального дерева

Лимфатическая система легкого

Лимфа из легких оттекает по лимфатическим сосудам к корню легкого, проходя на своем пути через лимфатические узлы. Значительное количество лимфатических узлов расположено вблизи главных бронхов и трахеи.

Расположение
основных
групп узлов
регионарных
лимфатических
коллекторов легких.



Патогенез

Ведущие патогенетические факторы:

- Бактериемия (бактериолимфия)
- Снижение общей резистентности организма
- Состояние гиперсенсibiliзации сосудистой стенки (повышенная чувствительность тканей к МБТ)

Патогенез

Источник бактериемии

- Внутригрудные лимфоузлы (при первичном и при вторичном туберкулезе – реактивация инфекции)
- Очаги в легочной ткани, первичные и постпервичные
- Очаги туберкулезной инфекции в любом органе (почки, кости, периферические лимфоузлы и др.)

Патогенез

Отягощающие факторы (способствующие снижению общей резистентности):

- Состояние экзогенной суперинфекции (у контактных в 2 раза чаще ДТЛ)
- Вирусные инфекции (грипп, корь, коклюш)
- Тяжелые хронические заболевания
- Беременность, роды
- Белковое голодание
- Авитаминоз
- Длительный прием ГКС, цитостатиков, лучевая терапия
- Неблагоприятные условия жизни
- Стресс

Основные черты гематогенного варианта ДТЛ

- Острое или подострое начало заболевания
- Бактериовыделение отсутствует или скудное
- Очаги мелкие или средние, мономорфные или полиморфные
- Локализация очагов симметричная, преимущественно поражаются верхние и средние отделы; диссеминация распространенная, равномерная или неравномерная
- Интерстициальные изменения в легких слабо или умеренно выражены
- Полости распада в легких отсутствуют или возможны - тонкостенные, симметрично расположенные («штампованные каверны»)
- Возможно сочетание с экссудативным плевритом
- Быстрое прогрессирование (несколько недель, месяцев)
- Часто внеторакальные локализации – ЦНС, глаза, почки и др.

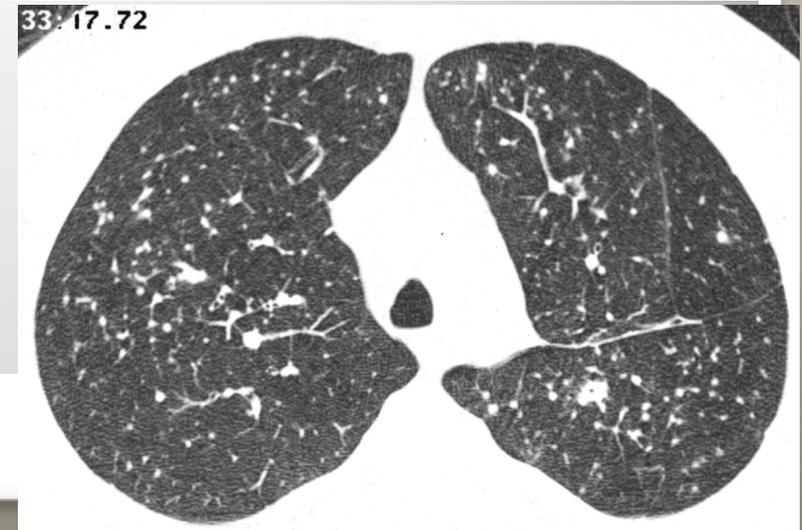
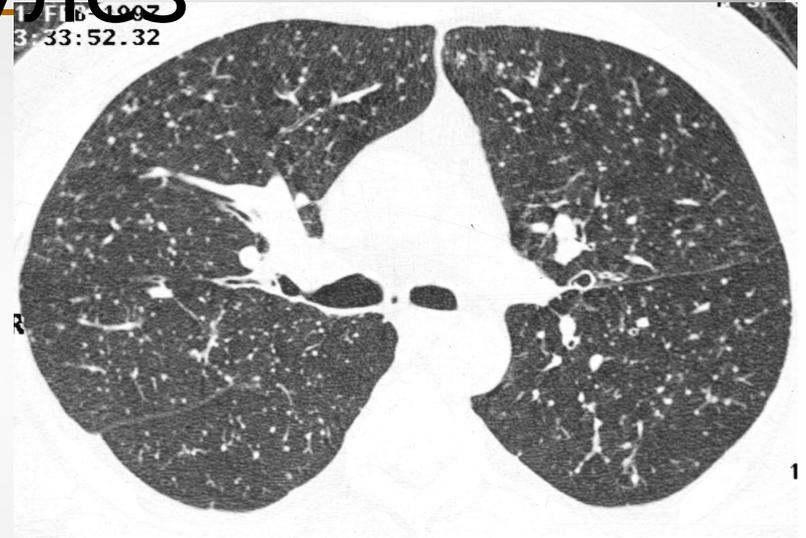
Источники

- **Источники гематогенной диссеминации:**
старые очаги, знаки перенесенного в прошлом первичной инфекции: очаг Гона, очаги Симона, петрификаты в корнях и любые внелегочные очаги.





Гематогенно-диссеминированный туберкулез

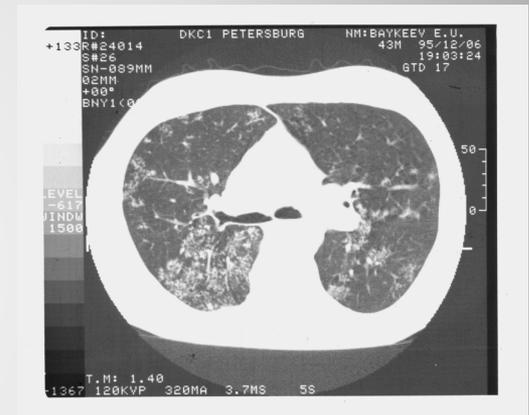
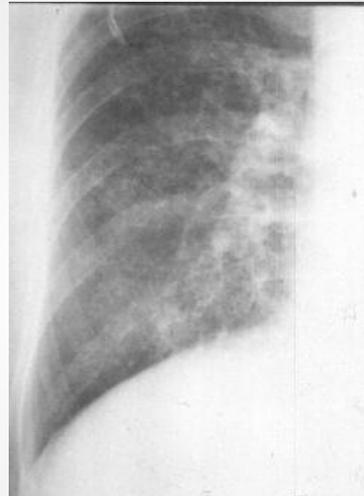


Основные черты лимфогенного варианта ДТЛ

- Начало заболевания малосимптомное или умеренно выраженное
- Бактериовыделение отсутствует или скудное
- Очаги мелкие
- Локализация очагов - ассиметричная, ограниченная, в пределах лимфатической сети определенных анатомических структур, прикорневые, средние отделы легких
- Интерстициальные изменения в легких выраженные, иногда преобладают
- Полости распада возможны, единичные
- Часто сочетается с экссудативным плевритом
- Медленное прогрессирование (месяцы, годы)
- Внеторакальные локализации нехарактерны

Лимфогенные диссеминации

- Неравномерное распределение
- Зоны матового стекла из сливающихся очагов
- Изменения в пределах легочных долек
- Бронхиолит - симптом tree-in-bud
- Может быть увеличение лимфоузлов

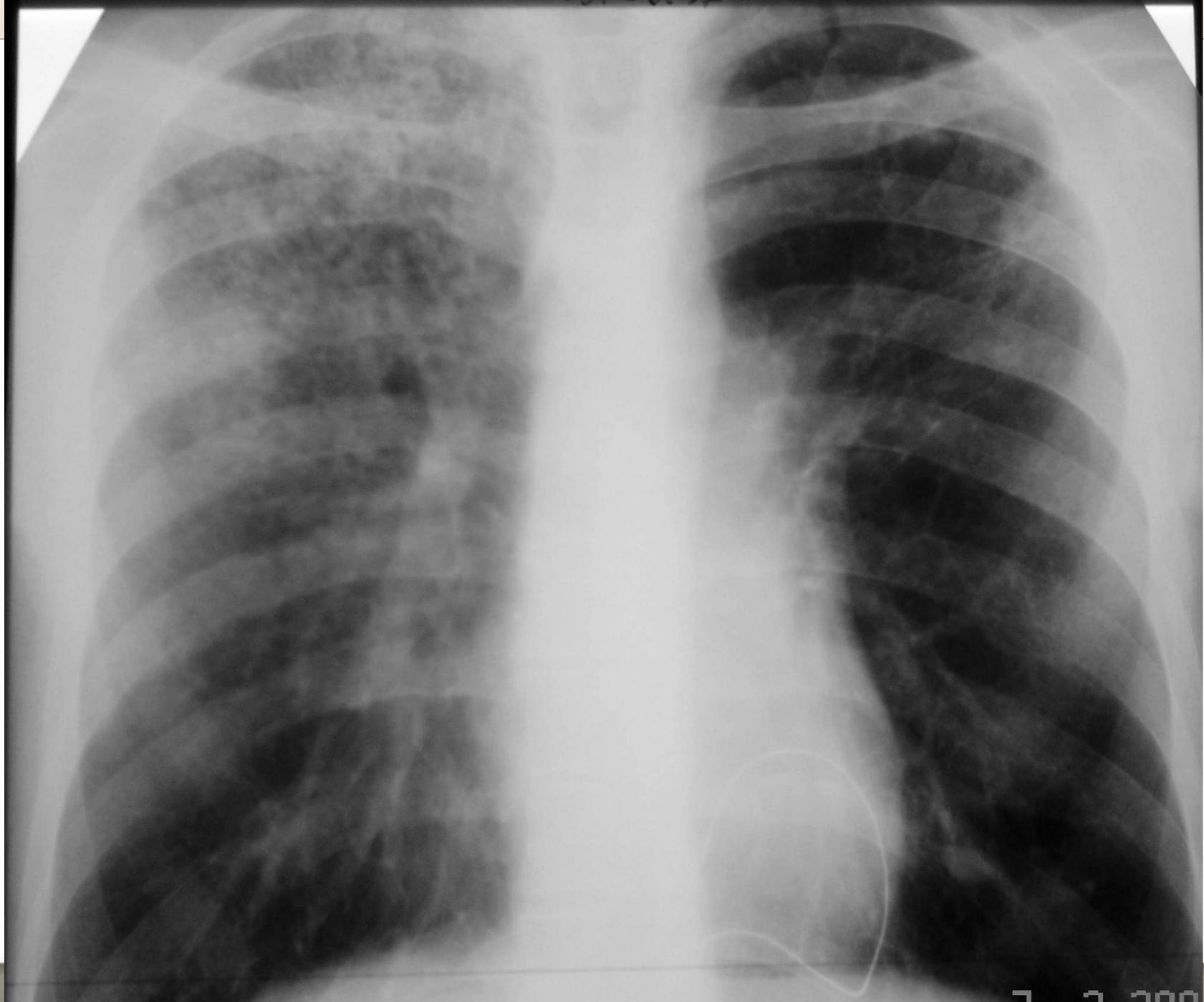


ИСТОЧНИКИ

- **Источником** служат кальцинаты во внутригрудных лимфатических узлах средостения.



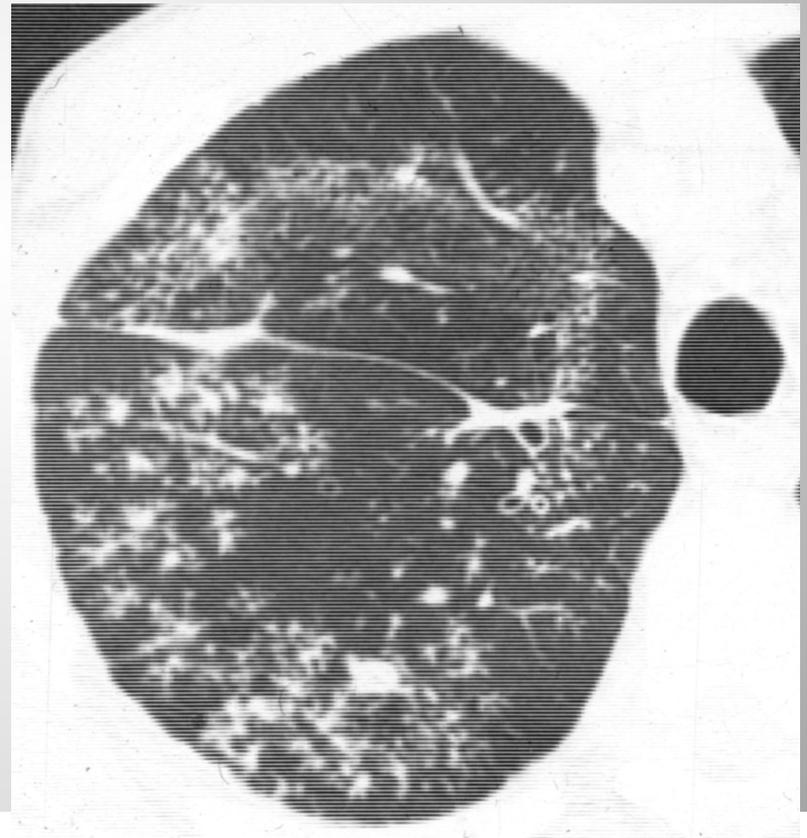
09.08.97



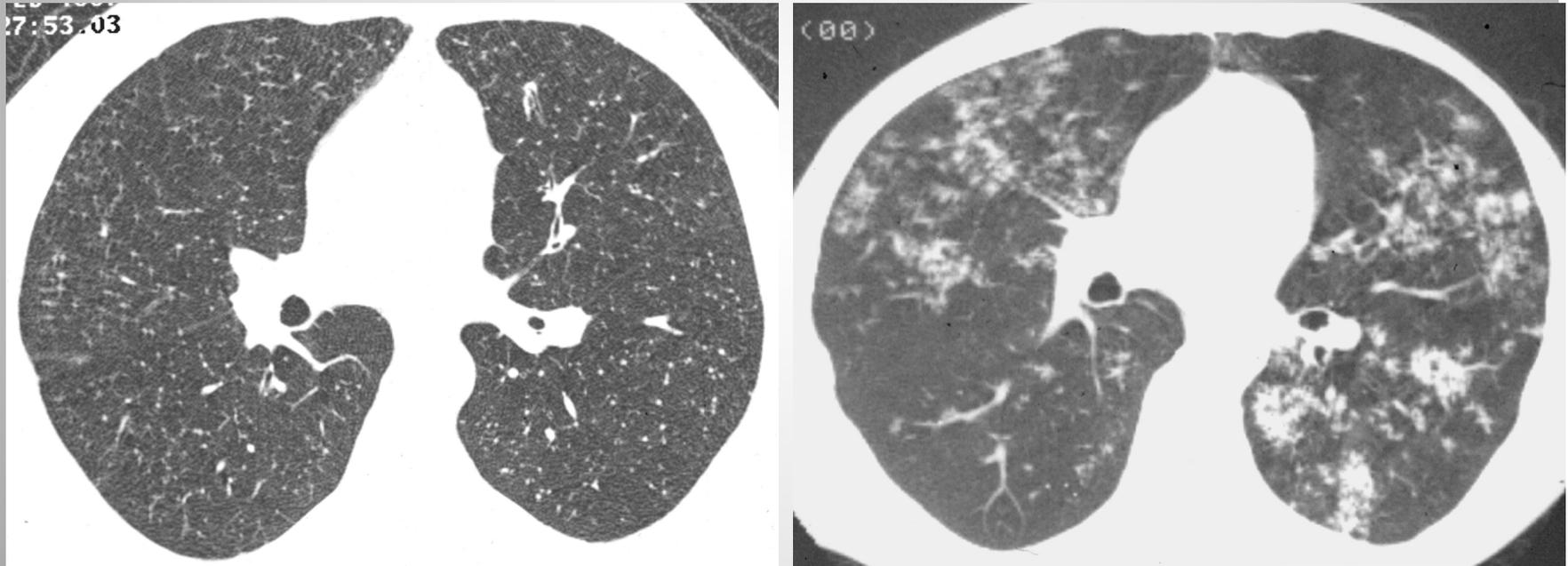
7 2 200

Лимфогенные диссеминации

- Поражение глубокой или поверхностной лимфатической сети
- Преобладание альвеолита или бронхиолита



Отличия гематогенной и лимфогенной диссеминаций

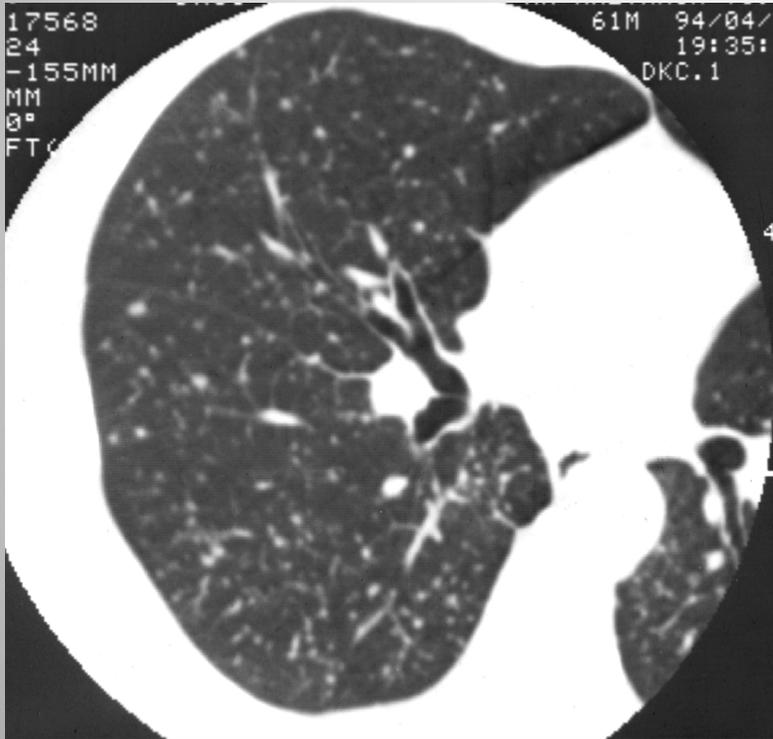


гематогенный

← туберкулез

→ лимфогенный

Отличия гематогенной и лимфогенной диссеминаций



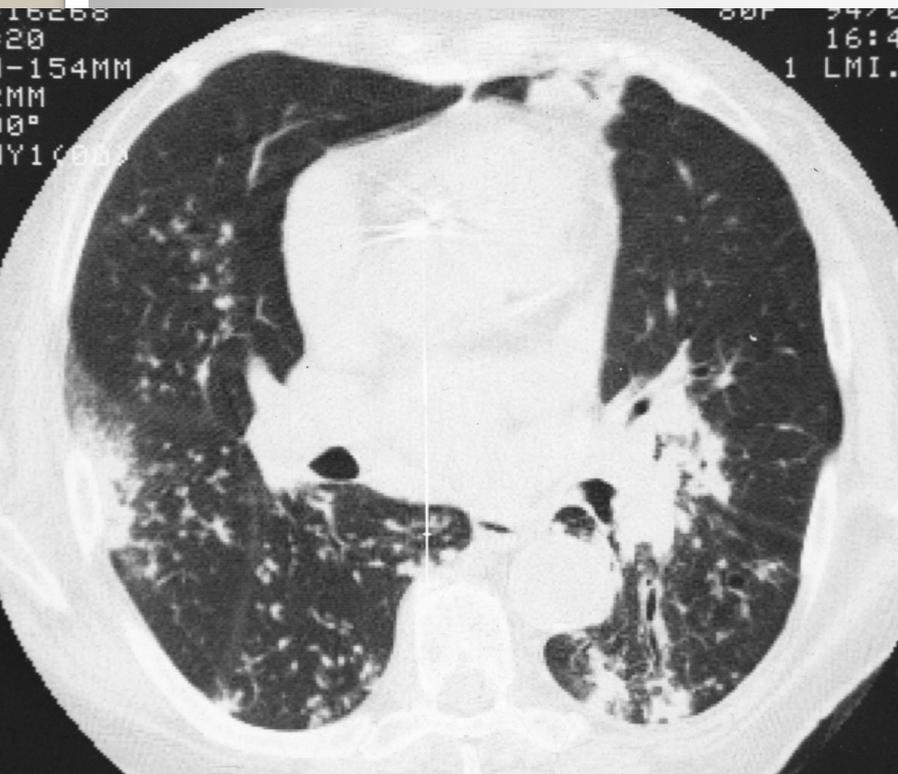
гематогенный ← туберкулез → лимфогенный

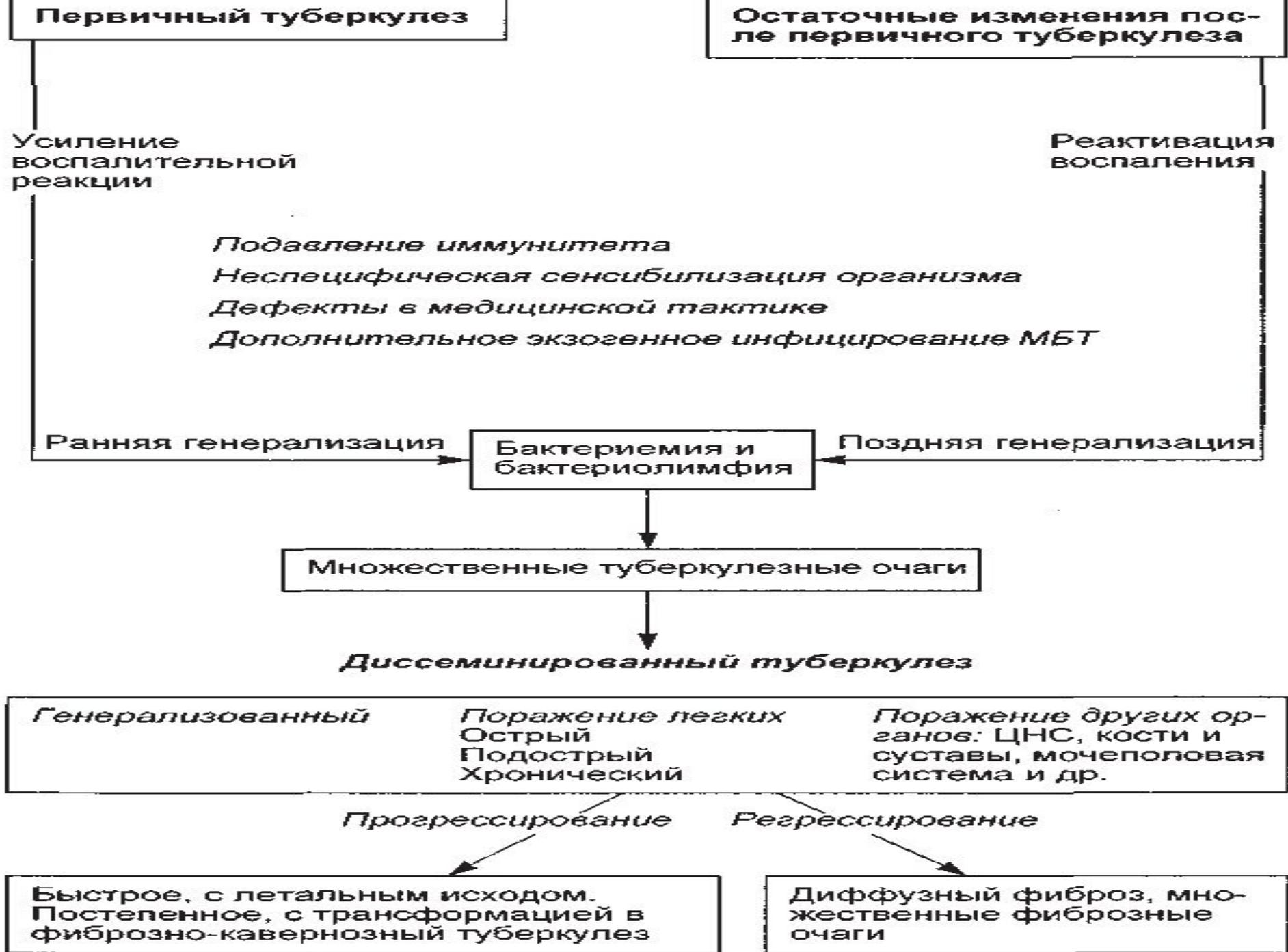
Основные черты бронхогенного варианта ДТЛ

- Начало достаточно выраженное
- Бактериовыделение частое, необильное
- Очаги крупные или полиморфные, контуры нечеткие, размытые
- Локализация преимущественно С3, С4, С5, нижняя доля, распределение неравномерное, групповое
- Интерстициальные изменения возможны при смешанном (лимфобронхиальном варианте)
- Полость распада отсутствует, при ее выявлении диагностируется фаза обсеменения
- Возможен экссудативный плеврит
- Относительно быстрое прогрессирование (недели, месяцы)
- Внеторакальные локализации возможны при смешанном (бронхогематогенном варианте)

- **Источником** служит чаще всего туберкулезная каверна, реже – бронхонодулярный свищ.
- Бронхогенная диссеминация – это фаза обсеменения при других формах туберкулеза легких, и она формально не относится к диссеминированному туберкулезу.

Бронхогенная диссеминация (обсеменение)





***Острый гематогенно-
диссеминированный
туберкулез –
милиарный туберкулез***

Острый гематогенно-диссеминированный туберкулез называется **милиарным** и в современной классификации выделен в отдельную форму в виду своей опасности и актуальности.

Для милиарного туберкулеза характерно наличие мелких (1-2 мм) просовидных туберкулезных бугорков одновременно во многих органах и тканях.

Чаще поражаются легкие и мозговые оболочки, реже - почки, селезенка, печень и др.

Милиарный туберкулез легких

Основные черты

- Чаще гематогенный
- Продуктивный характер тканевой реакции
- Мелкоочаговый (1-3 мм)
- Обычно распространенный, двусторонний
- Постепенное или одномоментное вовлечение других органов и систем
- Частота милиарного туберкулеза среди больных ДТЛ 3,8%

ПАТОГЕНЕЗ МИЛИАРНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

-МБТ, циркулирующие в крови, поражают эндотелий мелких сосудов (**микрокапилляротоксикоз**, выраженные нарушения микроциркуляции), проникают в интерстициальную ткань легкого (периваскулярно, перибронхиально, периальвеолярно) и возникают туберкулезные бугорки. Формирование их происходит в течение 2 – 3 недель.

Этапы формирования очага

- 1 этап:
- поражение капилляров
 - повышение проницаемости сосудистой стенки
 - выход МБТ за пределы сосудистого русла
 - интерстициальный отек

Этапы формирования очага

2 этап: - формирование специфических очаговых изменений по ходу сосудов в интерстиции

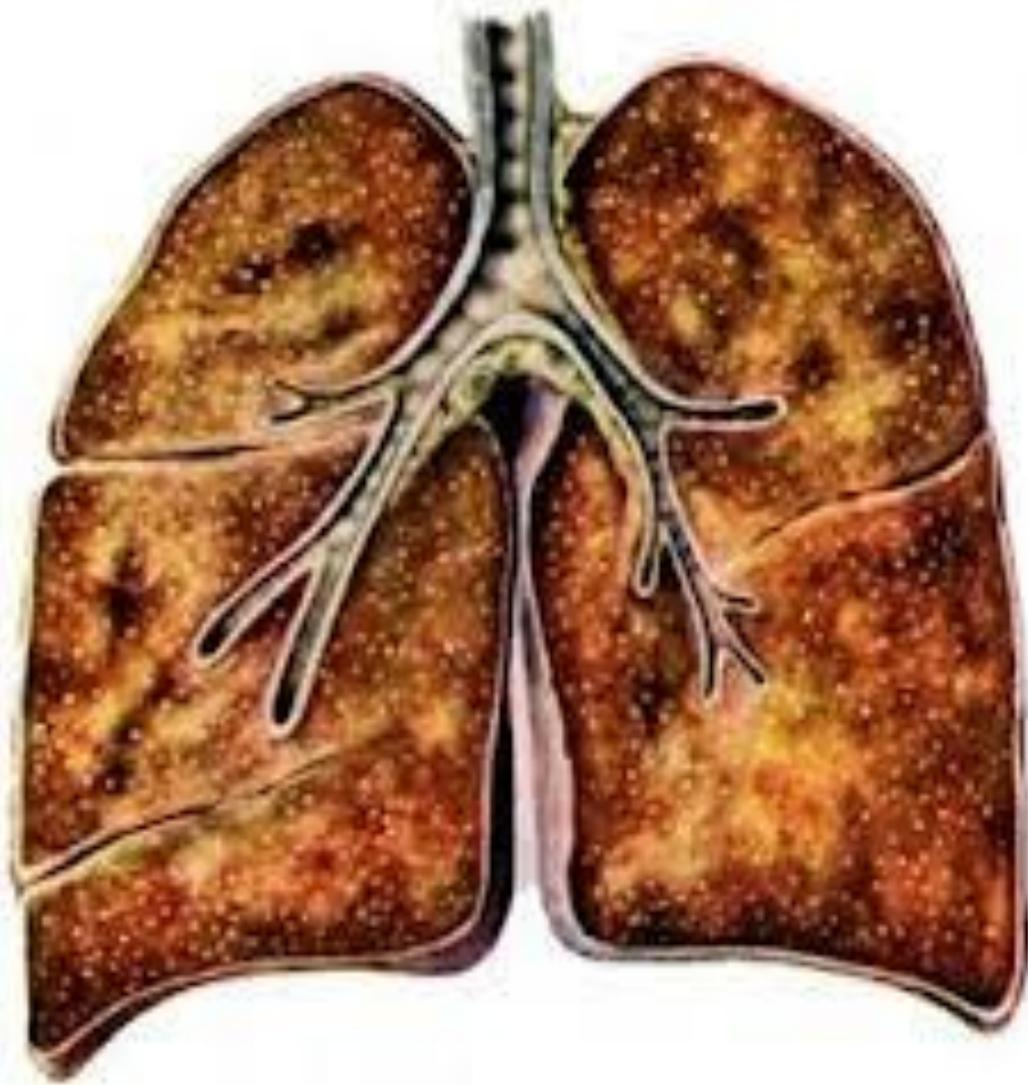
Характерные признаки:

- формирование очагов 10-14 дней

- клинические изменения появляются

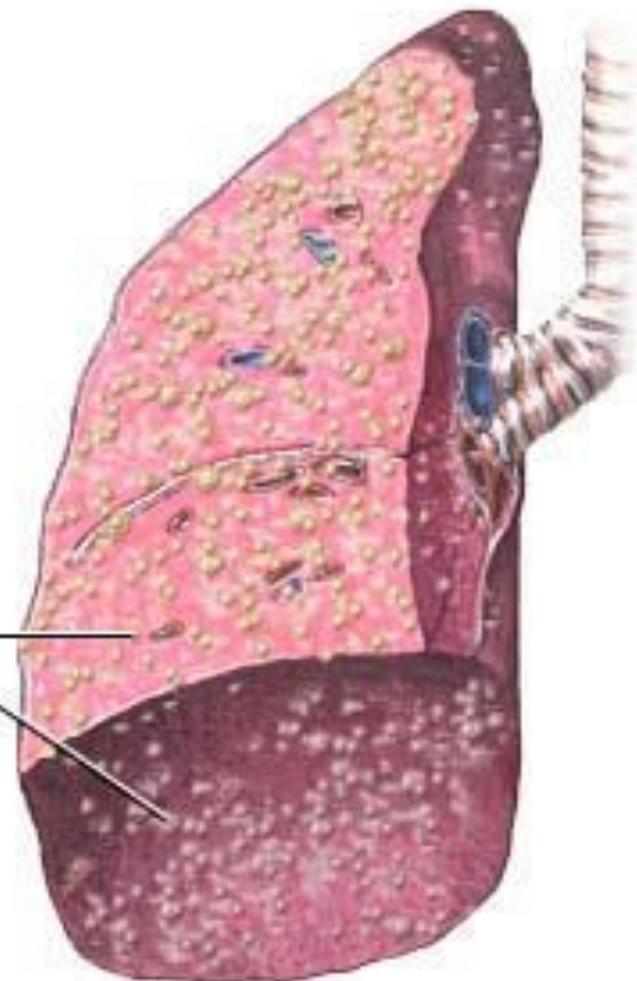
раньше, чем формируются очаги специфического воспаления

- поражение лимфатических сосудов – сетчатый лимфангиит





Granulomas from
Mycobacterium
tuberculosis



2 варианта начала заболевания милиарным туберкулезом

1 вариант- продромальный период от нескольких дней, до недель, немотивированные подъемы температуры, нарастание симптомов интоксикации

2 вариант- острое начало, без продромального периода.

Таблица форм

• Общее название, слабые, ухулашеник инрита и сна, головной боли, мигрени, тошноты, расстройство (в жюги, тошноты, рвоты), повышение температуры тела до 37,5 °C. В течение периода инрита и сна, температура повышается до 39-40 °C, появляются в первые поты, ознобы, акроцианоз, сухой или влажный кашель, одышка, спутанное сознание, бред.

Лечение

Важной частью в минутах в течение 50-60 минут до появления симптомов, повторное обследование, ольшпика, мультивитаминный комплекс, витамин В12.

Формы

патогенез, при котором и при котором на протяжении периода инрита и сна, симптомы -

Начало заболевания острое: повышение температуры тела до 39-40 градусов, резкая слабость, головные боли, потливость. Отмечается компенсаторная тахикардия до 120 – 140 ударов в мин, *одышка*

Механизм формирования одышки при МТЛ

- **Изменения в интерстиции легких: миллиарные очаги, отек, клеточная инфильтрация приводят к сдавлению бронхиол и альвеолярных ходов.**

- **При вдохе, как при активном процессе, когда используются «насосы» в виде межреберных мышц и диафрагмы, воздух в альвеолы проходит даже сквозь спазмированные бронхи.**

При выдохе, как при пассивном процессе, часть воздуха задерживается в альвеолах.

Происходит постепенное накопление остаточного воздуха внутри альвеол, формируется так называемая **подострая эмфизема**, главным клиническим проявлением которой является выраженная **одышка**.

Отмечается компенсаторная тахикардия до 120 – 140 ударов в мин.

Другие локальные жалобы встречаются реже (кашель, боли), а мокрота и кровохарканье не характерны.

Физикальные данные скудны: это признаки эмфиземы и они не соответствуют тяжести состояния больного.

При оценке лабораторных данных отмечаются признаки воспаления в анализах крови - лимфопения, моноцитоз.

Милиарный туберкулез (изменения на рентгенограмме)

1 фаза – рентгеннегативная, характерно:

- диффузное снижение прозрачности легочных полей
- Изменения сосудистого рисунка (смазанность, обеднение или сгущение)

2 фаза – рентгенпозитивная, характерно:

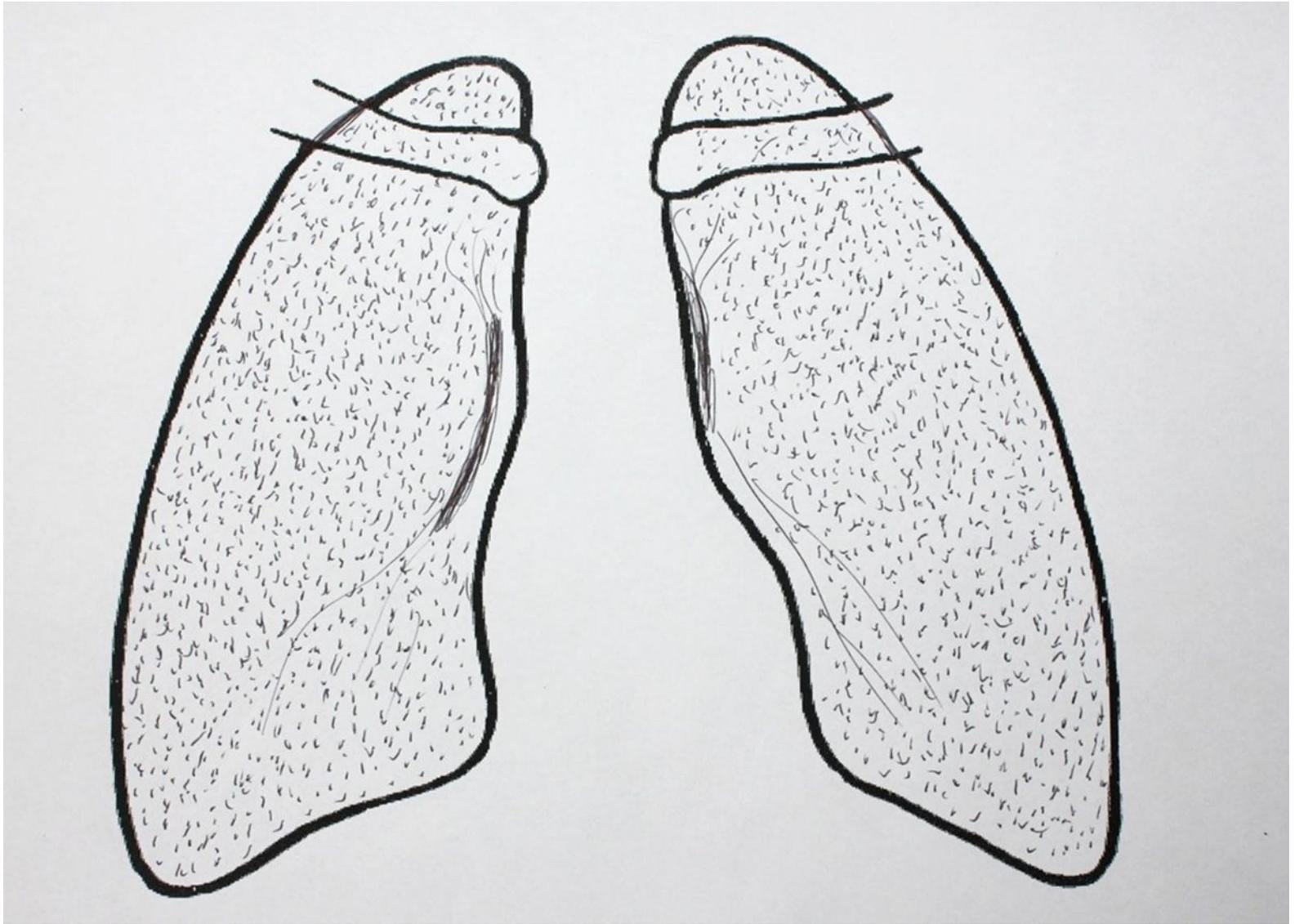
- появление очагов на 8-10 день заболевания
- двустороннее поражение, симметричное, тотальное
- редко сочетание с плевритом

Обязательна томография средостения

для выявления изменений во внутригрудных лимфоузлах

Рентгенологическая картина МТЛ

- Двусторонняя, симметричная, густая, тотальная, диссеминация мелкими очагами.**
- Очаги мономорфные, не сливаются между собой, идут по ходу сосуда**
- Деформация легочного рисунка по типу нежной мелкой сетки.**

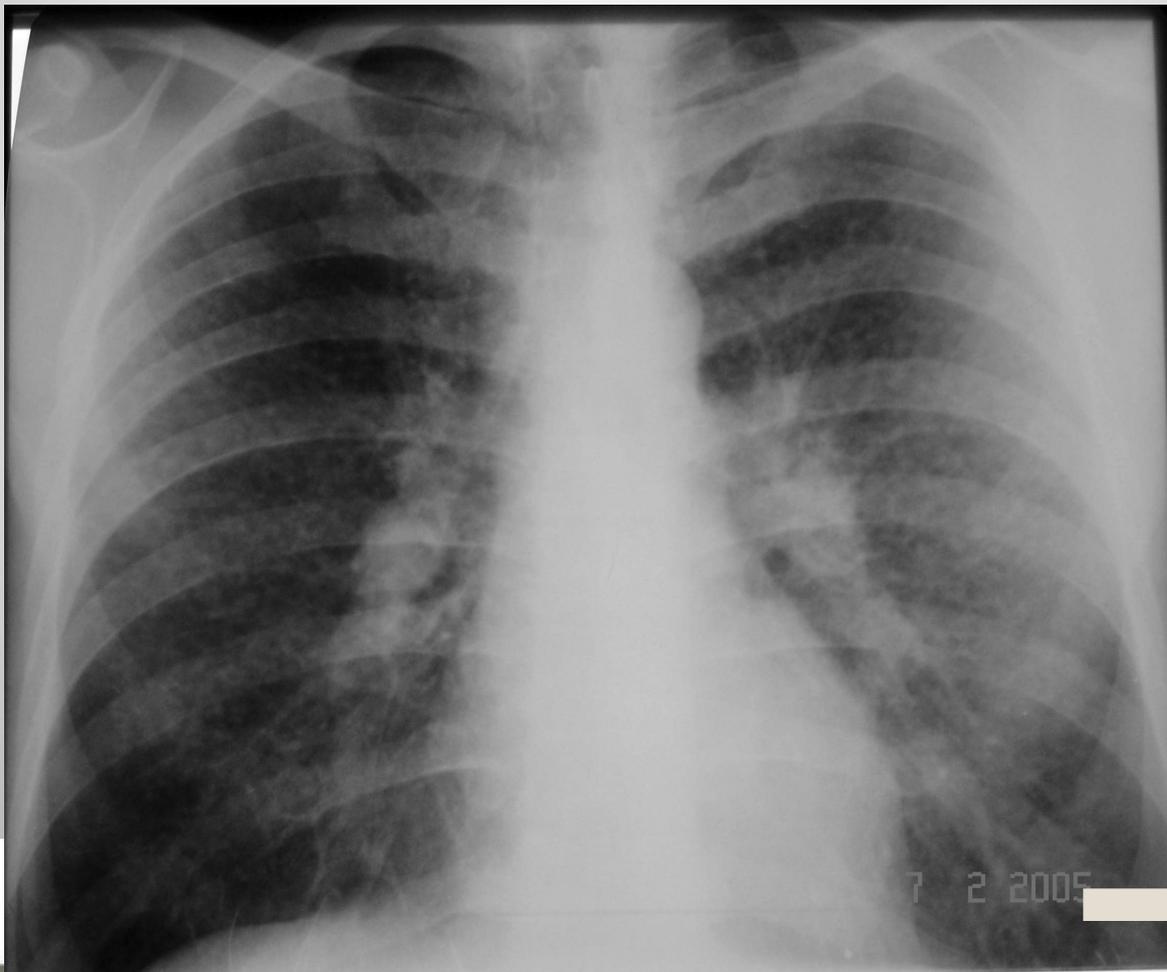




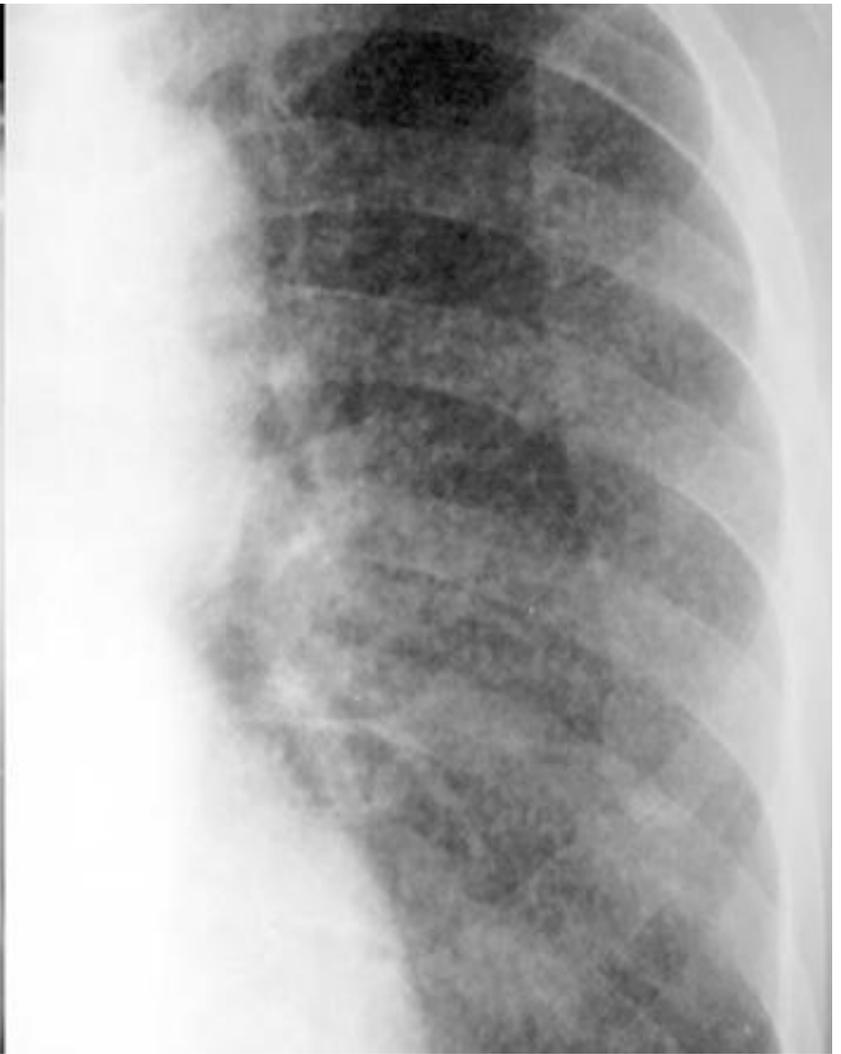


Рентгенограмма больного милиарным туберкулезом

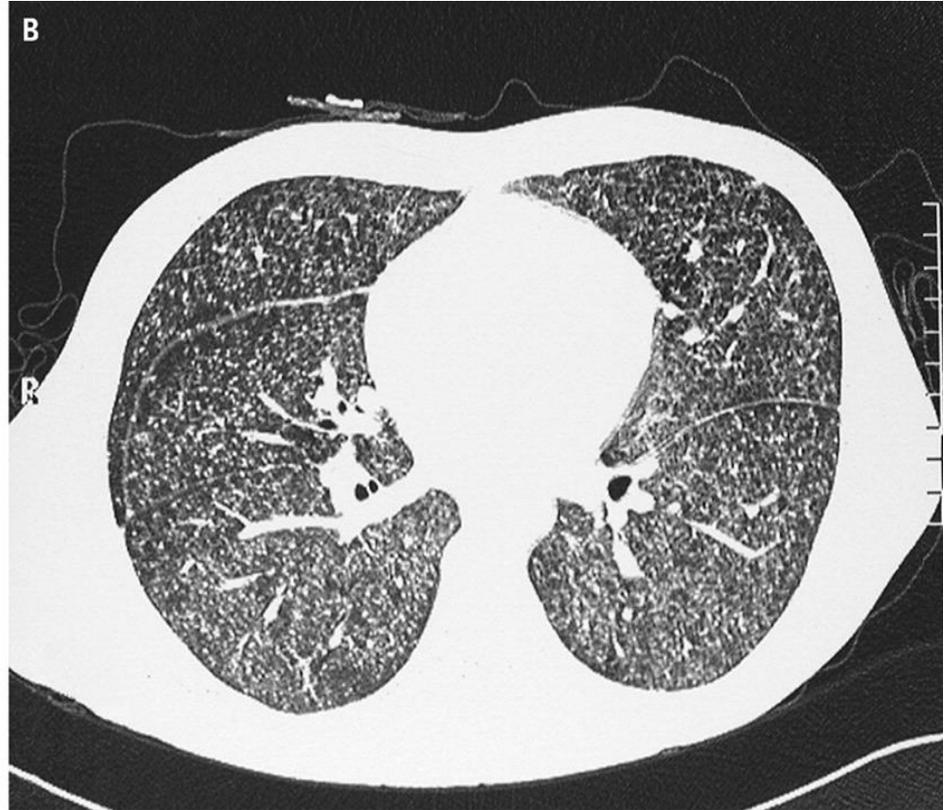
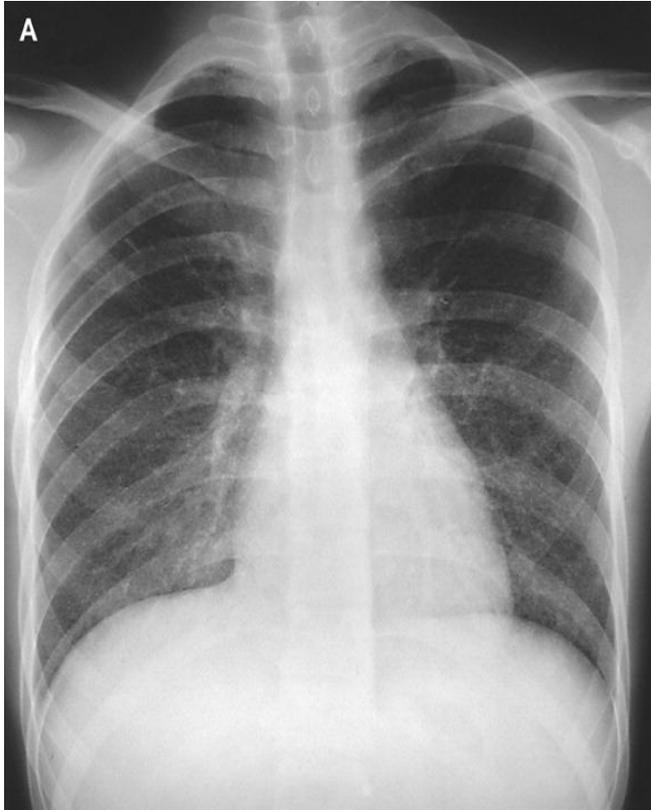
Рентгенограмма больного милиарным туберкулезом

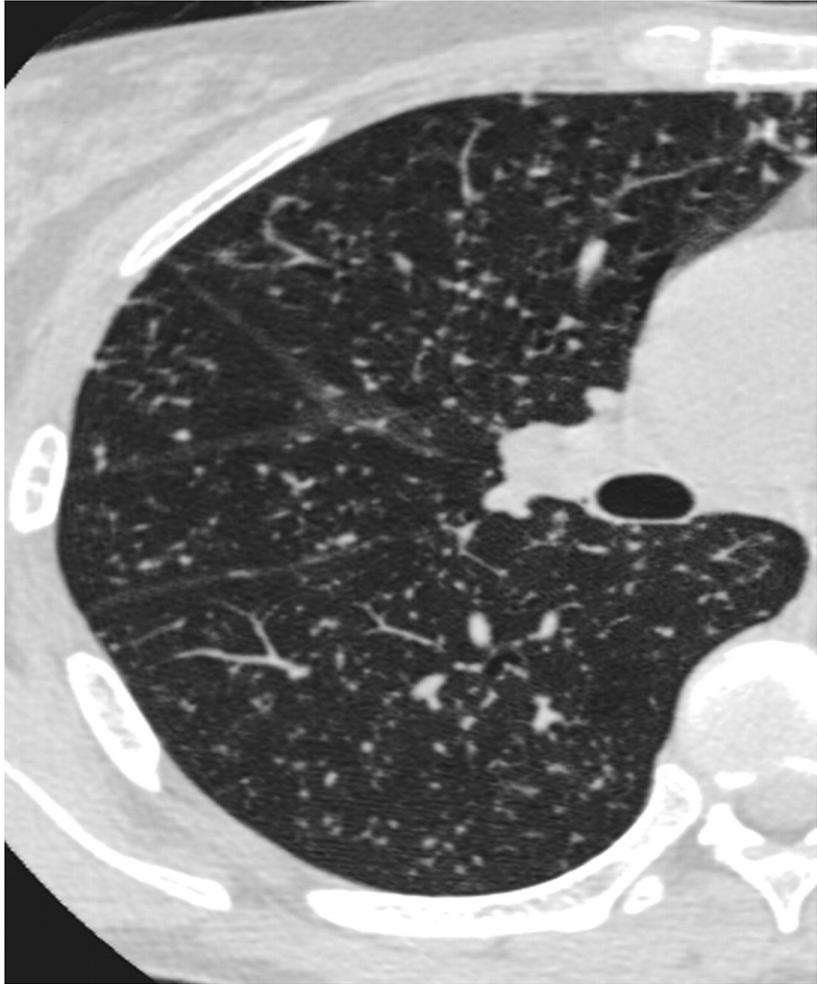












Прогноз и возможные исходы

Благоприятный:

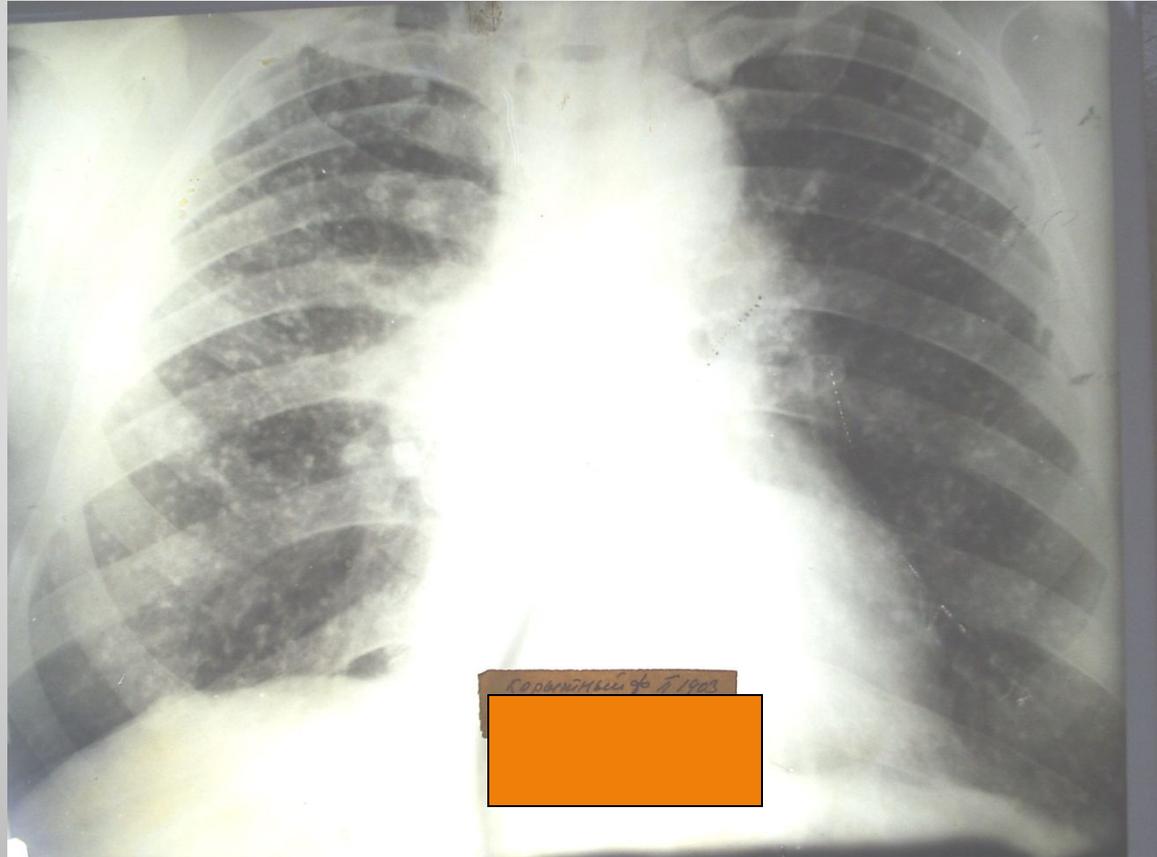
- При своевременной и адекватной терапии – возможно полное рассасывание очагов и восстановление легочного рисунка (редко)
- Формирование диффузного пневмосклероза и/множественных мелких плотных очагов (чаще)

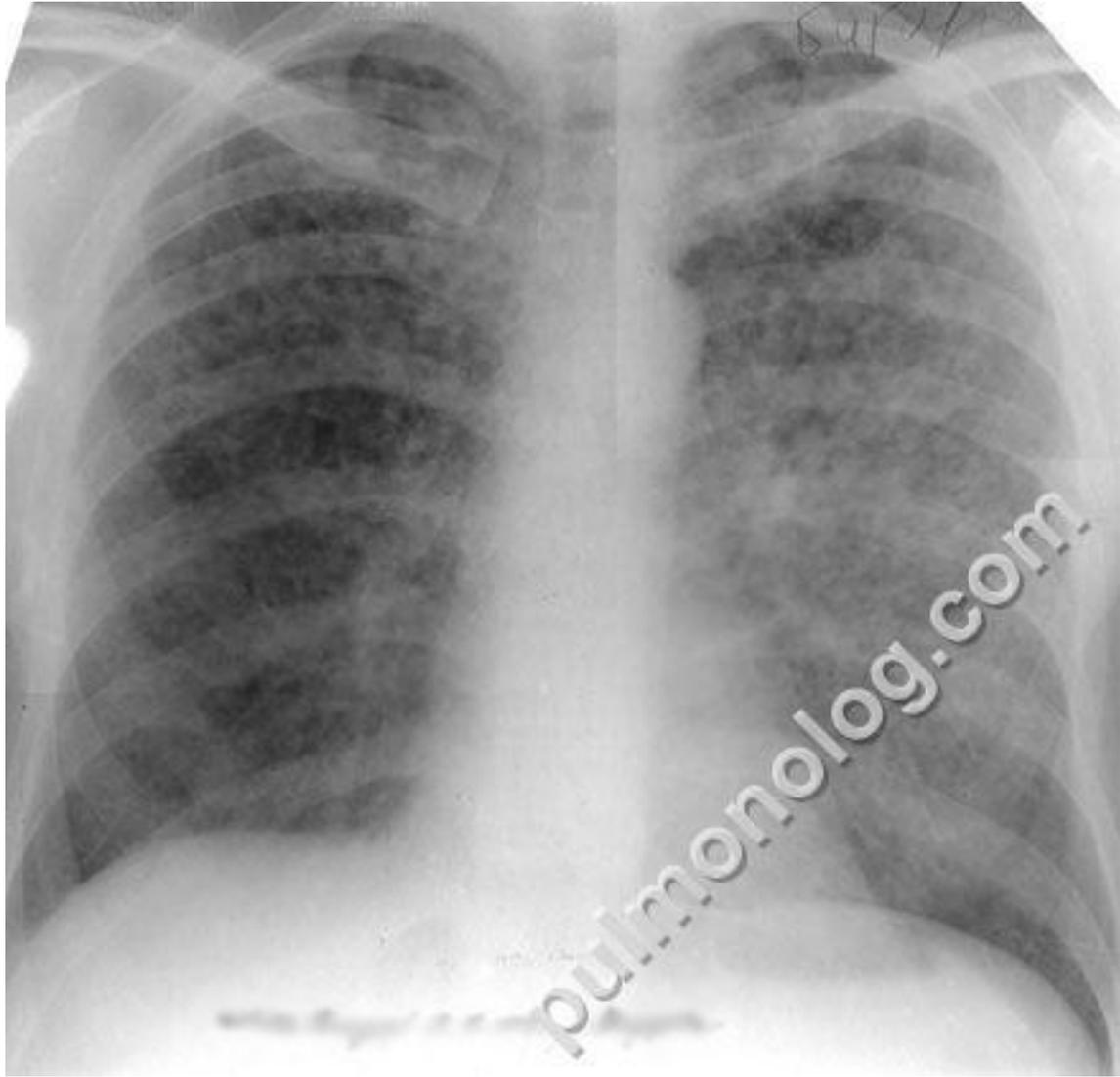
Неблагоприятный:

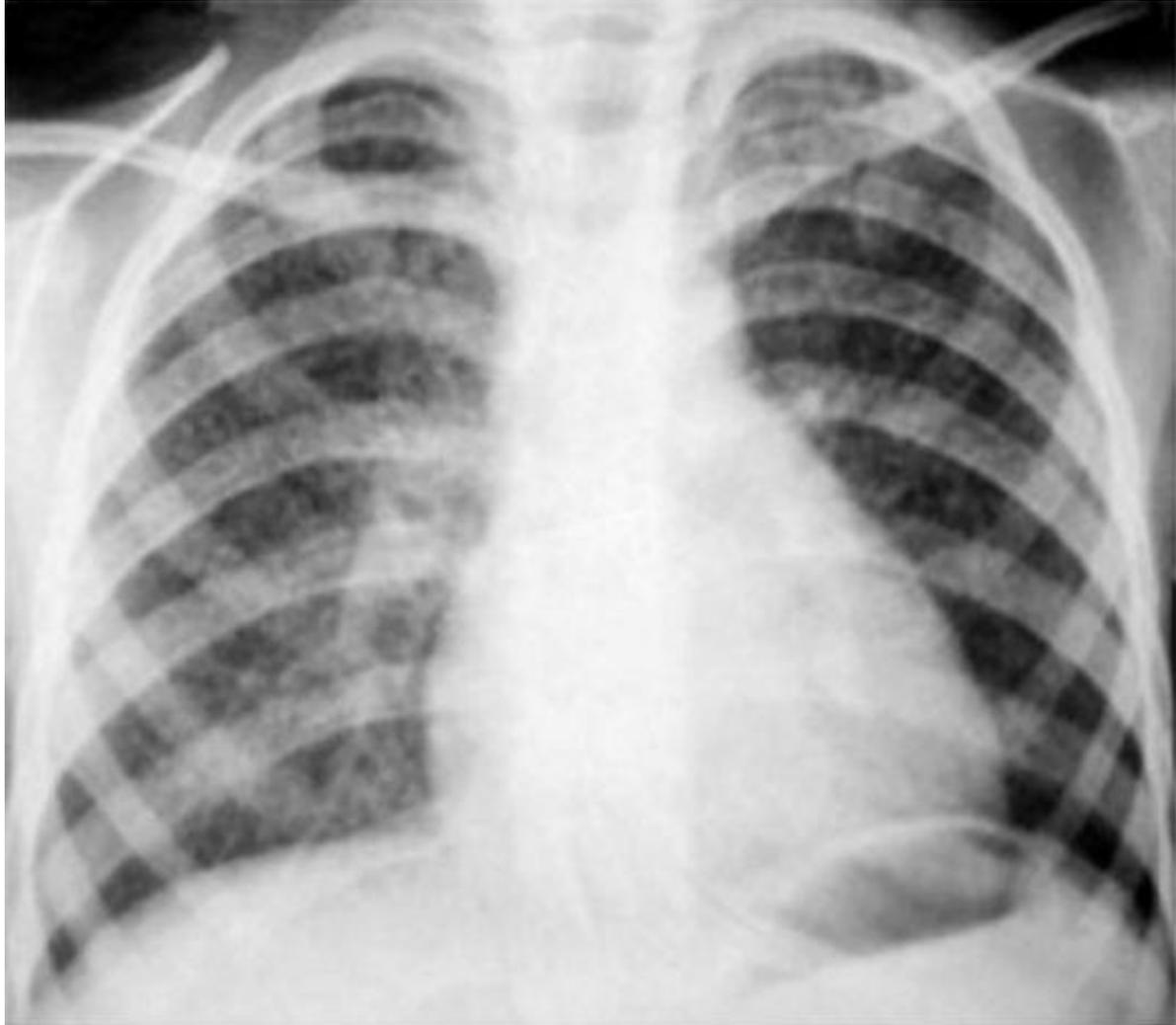
- При отсутствии своевременного лечения, устойчивости МБТ к ПТП – прогрессирование процесса до генерализации и гибели больного.

Миллиарный туберкулез носит преимущественно продуктивный или экссудативный характер. В последнем случае в легком образуются мелкие очаги ацинозной пневмонии. *Излечение условно*, так как бугорки подвергаются фиброзу и в легком образуется множество рубчиков, делающих органы функционально неполноценными. *В исходе развивается диффузный фиброзирующий альвеолит с неизбежным следствием его - развитием эмфиземы.*

Вариант исхода милиарного туберкулеза легких







Трудности диагностики милиарного туберкулеза:

- ❑ **рентгенологические изменения** в легких появляются только через 1 – 2 недели после начала заболевания.
- ❑ **отсутствие бактериовыделения** из-за отсутствия полостей распада в легких,
- ❑ **пониженная или отрицательная чувствительность к туберкулину** по РМ с 2 ТЕ

**При ранней диагностике
милиарного туберкулеза
важным является
исследование **глазного дна**,
где сравнительно рано
обнаруживается высыпание
туберкулезных бугорков.**

Особенности лечения

- II режим химиотерапии
- Парентеральное введение ПТП
- Дезинтоксикационная терапия (инфузионная, экстракорпоральные методы)
- Глюкокортикостероидные гормоны
- Витамины
- Гепатопротекторы
- Антиоксиданты

Подострый диссеминированный туберкулез по генезу может быть гематогенным, лимфогенным и смешанным.

Поражаются не только кровеносные сосуды, но и бронхи, легочная паренхима. Вокруг очагов развивается экссудативная перифокальная реакция, которая обеспечивает возможность их слияния, образования участков инфильтрации и распада легочной ткани.

Подострый диссеминированный туберкулез (особенности патоморфологии)

- Поражение более крупных сосудов (артериол и венул)
- Повышение проницаемости сосудистой стенки
- Поражение интерстициальной ткани
- Формирование более крупных , полиморфных очагов со склонностью к слиянию
- Возможно образование полостей распада, «штампованных» каверн
- Чаще поражение верхних и средних отделов или тотальное
- Очаги крупнее, чем при милиарном туберкулезе
- При **продуктивном** типе морфологической реакции: мелкие и средние, четкие
- При **казеозно-некротическом** типе: средние и крупные, характерно появление полостей распада
- Сетчатый лимфангиит

Клиническая картина подострого диссеминированного туберкулеза

(зависит от характера тканевых реакций)

При экссудативно-некротическом типе воспаления:

- острое течение (под маской гриппа, ОРВИ, пневмоний, выражены симптомы интоксикации и бронхо-легочного поражения)
- подострое течение (постепенное начало, умеренно выраженные симптомы интоксикации и локальных проявлений)

При продуктивном типе воспаления:

- малосимптомное течение (инапперцептное, при ограниченном процессе, случайное выявление при плановой Ф-графии)

Клиническая картина

подострого диссеминированного туберкулеза

**Синдром интоксикации
Бронхо-легочный синдром**

**Симптомы поражения различных систем органов
(при внеторакальной локализации):**

- Боли при глотании, напоминающие ангину (поражение миндалин)
- Афония (поражение гортани)
- Поражение глаз
- Поражение костно-суставной системы
- Поражение мочеполовой системы
- Менингеальный синдром(ЦНС)
- Клинические проявления экссудативного плеврита **плеврита (плевра)**

Клиническая картина подострого диссеминированного туберкулеза

Изменения в гемограмме

- Лейкоцитоз $9-12 \times 10^9/\text{л}$
- СОЭ до 30 мм/ч
- Лимфопения
- Моноцитоз

Бактериовыделение: при наличии полостей распада

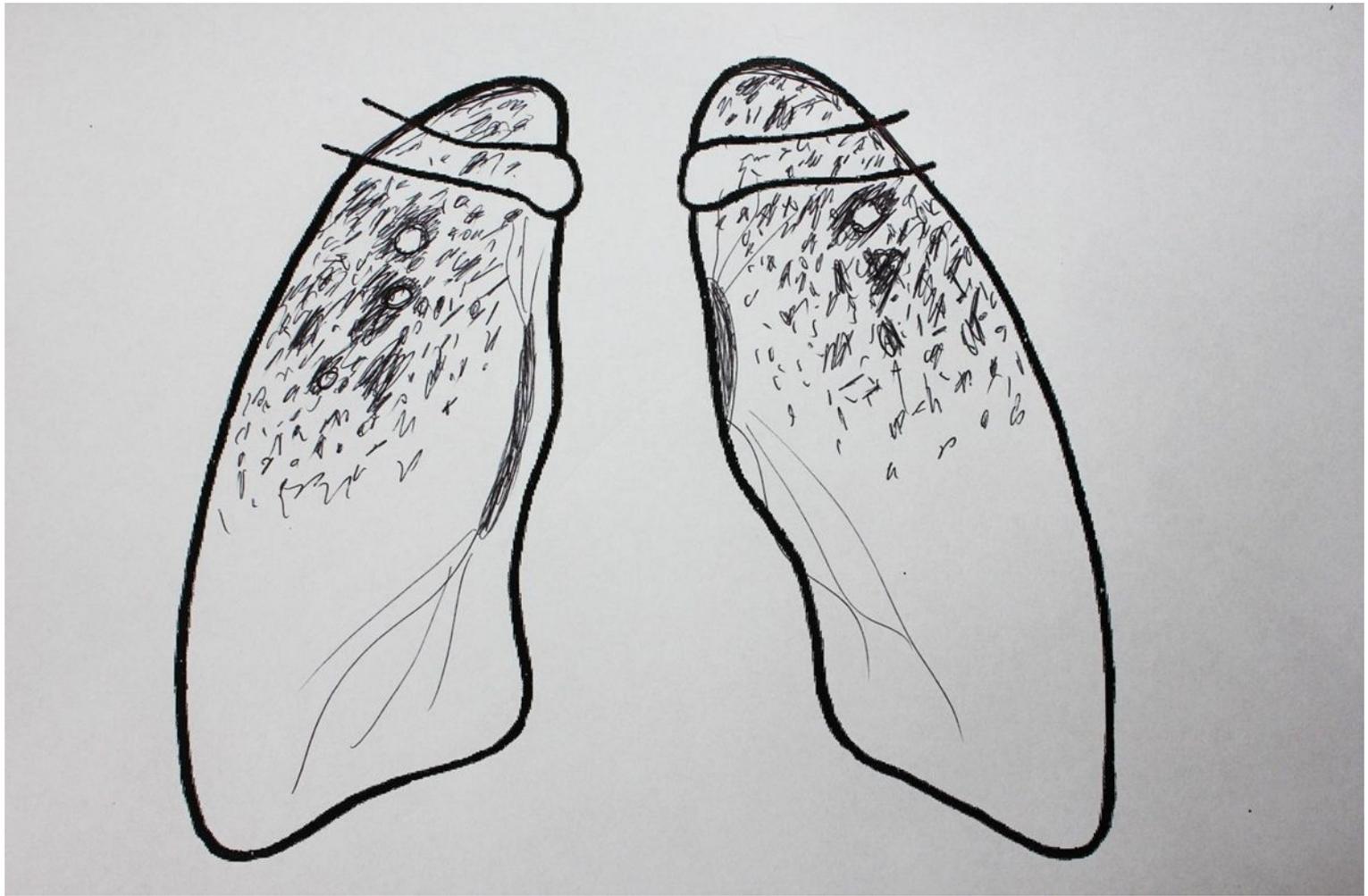
Туберкулиновые пробы, Диаскинтест – от отрицательных до гиперергических

Рентгенологическая картина ПДТ

Ассиметричная диссеминация с преимущественной локализацией очагов в верхне-кортикальных отделах легких.

Очаги разных размеров, но одинаковой интенсивности, с нечеткими контурами. Помимо множественных мелких очажков в обоих легких определяются также более крупные и сливные очаги, наблюдаются лимфангоиты в виде перибронхиальных «муфточек».

Возможно слияние очагов и образование участков инфильтрации с полостями распада. Каверны тонкостенные, «штампованные». Они могут располагаться симметрично в обоих легких. В происхождении каверн играют роль повреждения кровеносных сосудов, их тромбоз и облитерация. Межуточная ткань легких представляется в виде уплотненной мелкопетливой сетки.



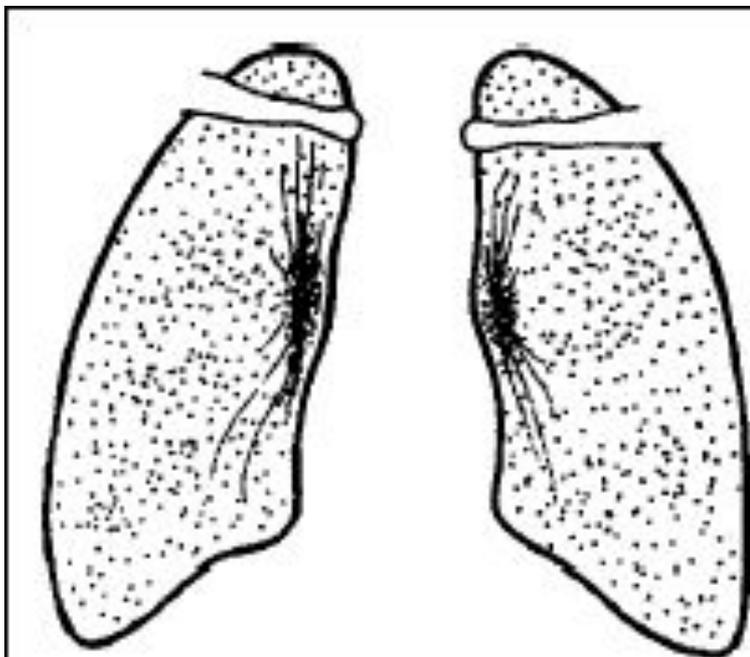


Рис. 44. Милиарный туберкулез легких

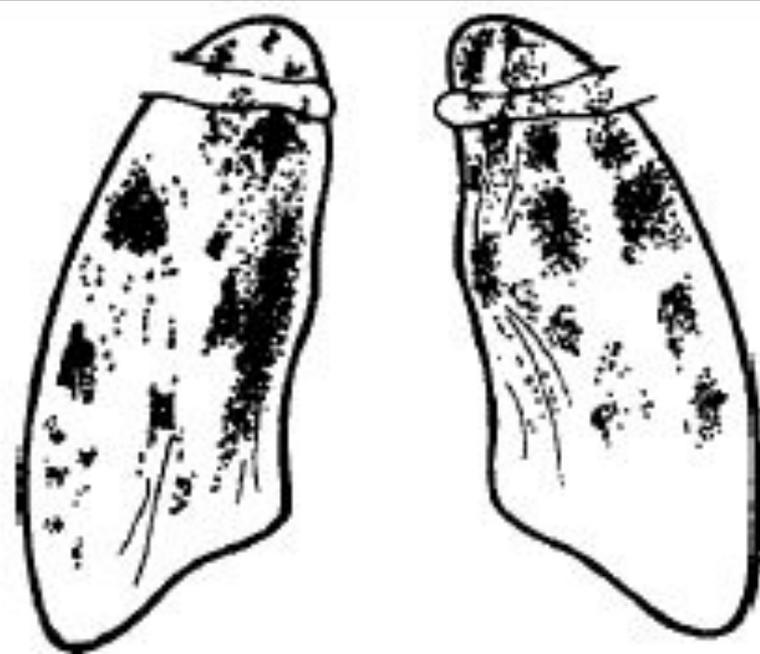
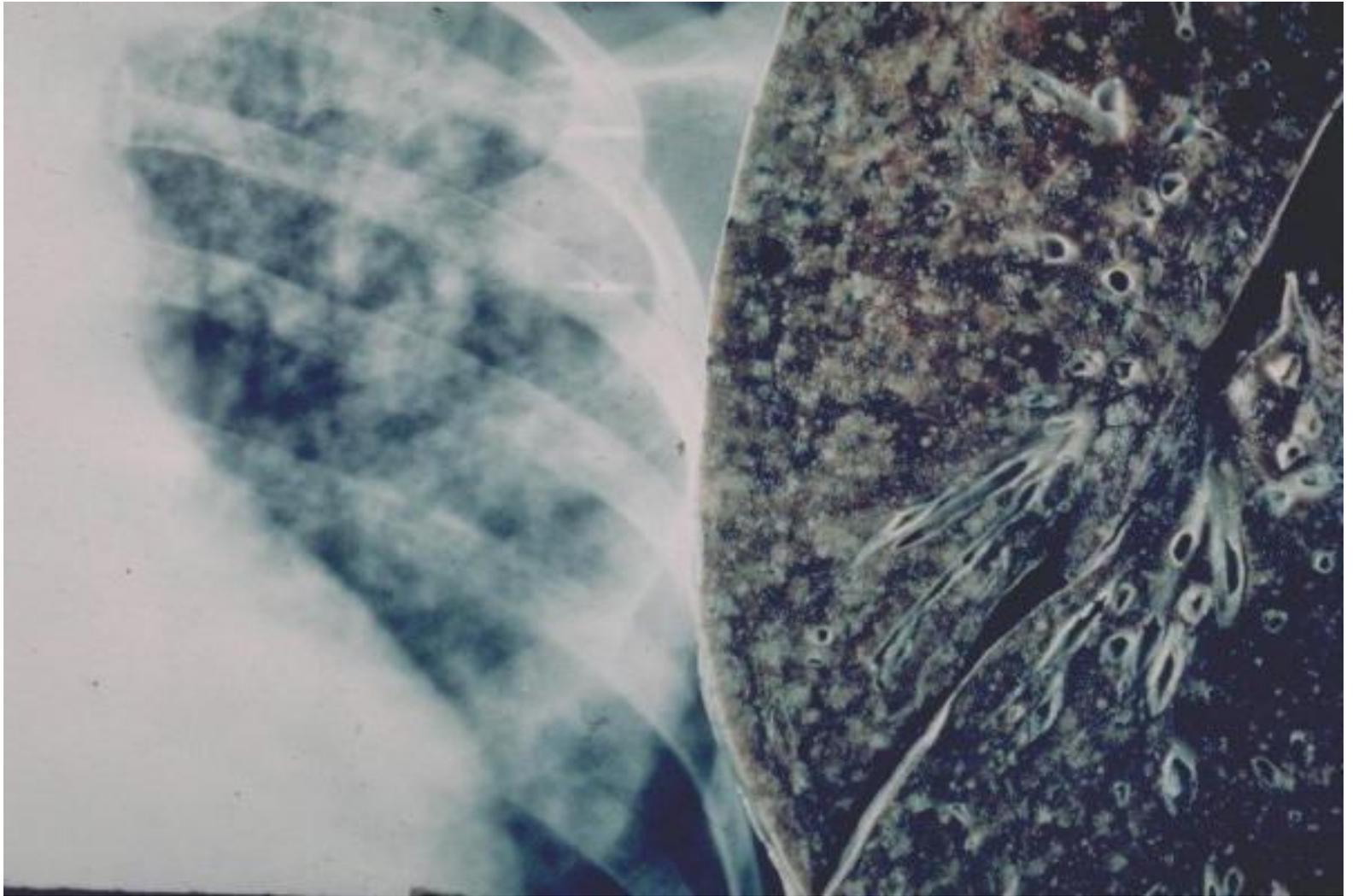
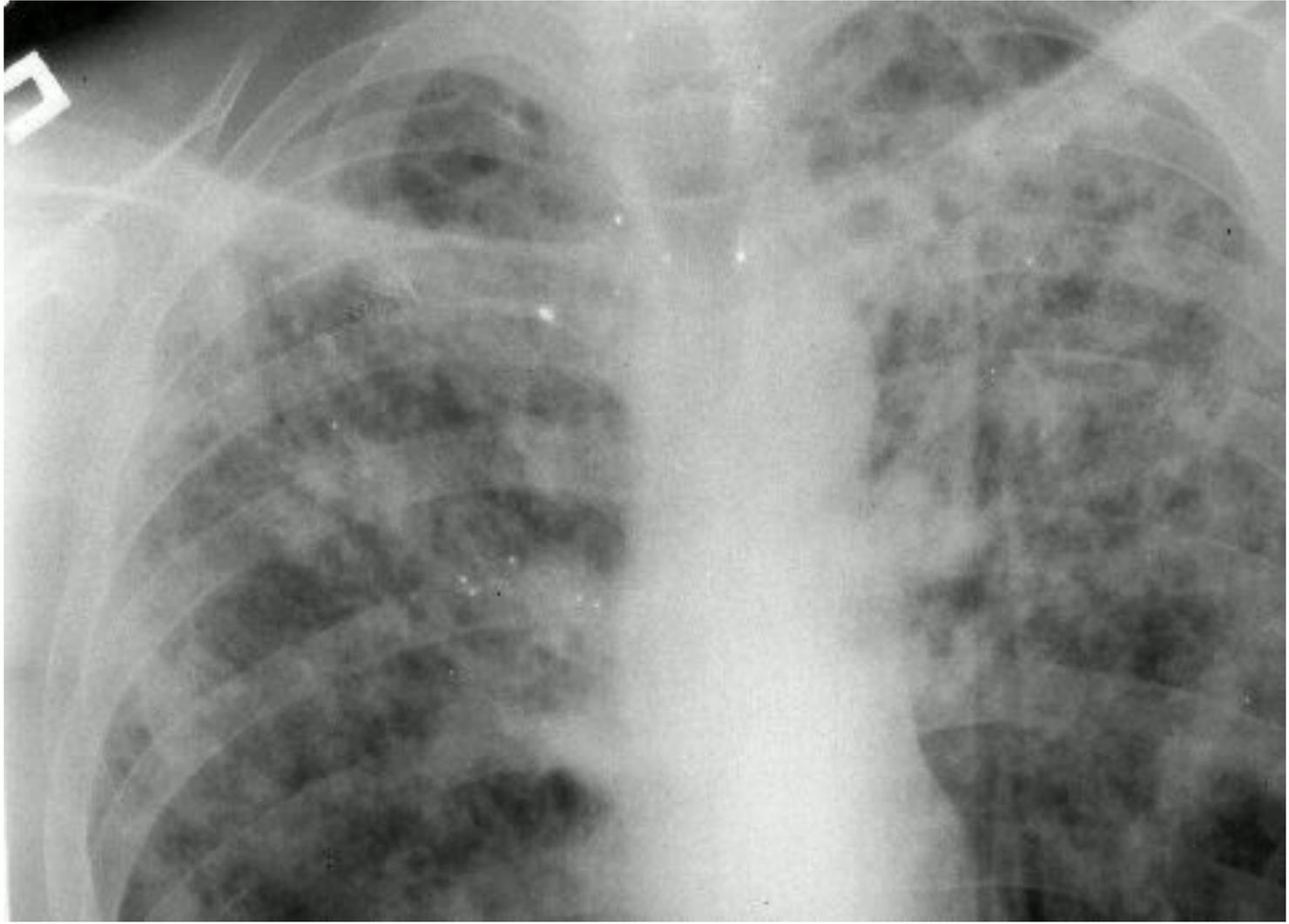


Рис. 45. Подострый диссеминированный туберкулез легких

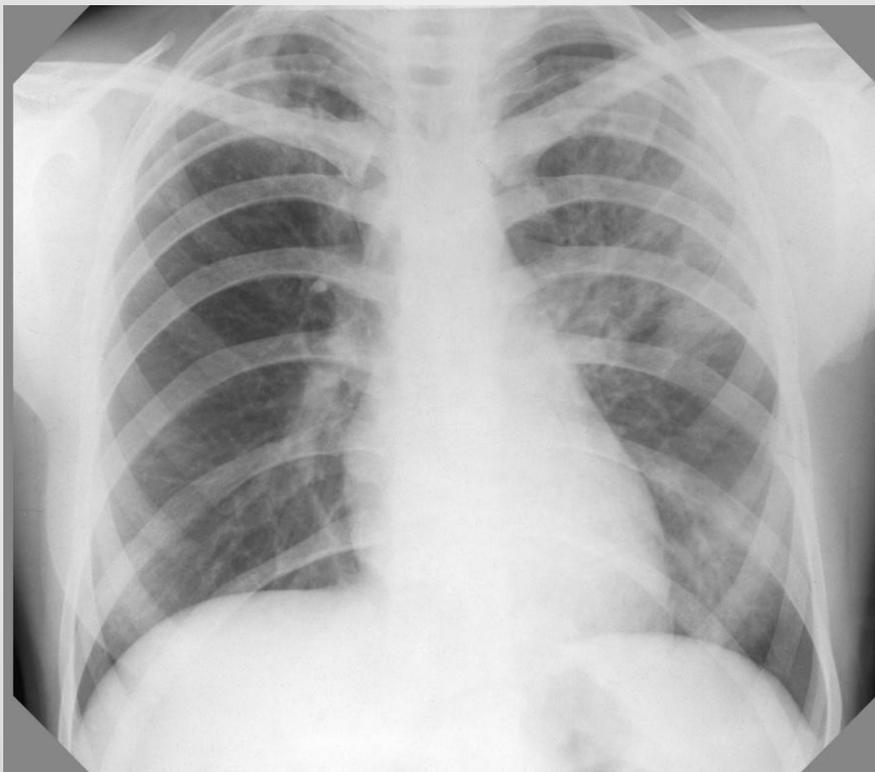




ПОДОСТРЫЙ ДИССЕМНИРОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ (РЕНТГЕНОГРАММА)



ПОДОСТРЫЙ ДИССЕМНИРОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ (РЕНТГЕНОГРАММА)



Подострый диссеминированный туберкулез в фазе инфильтрации и распада у подростка

ПОДОСТРЫЙ ДИССЕМНИРОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ (РЕНТГЕНОГРАММА)



Подострый диссеминированный туберкулез в фазе
инфильтрации и распада

ПОДОСТРЫЙ ДИССЕМНИРОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ (РЕНТГЕНОГРАММА)



Подострый диссеминированный туберкулез легких

Особенности лечения

- IIb режим химиотерапии
- Парентеральное введение ПТП
- Дезинтоксикационная терапия (инфузионная, экстракорпоральные методы)
- Глюкокортикостероидные гормоны
- Витамины
- Гепатопротекторы
- Антиоксиданты
- При наличии полостей распада - пневмоперитонеум

Прогноз и возможные исходы

Благоприятный: при своевременном выявлении и начале лечения – выздоровление с образованием диффузного пневмосклероза и множественных плотных очагов;

Неблагоприятный: трансформация в фиброзно-кавернозный или цирротический туберкулез; летальный исход

Поражение верхних дыхательных путей при подостром диссеминированном туберкулезе



Экссудативный язвенный прогрессирующий туберкулез мягкого неба, язычка, дужек, миндалин и глотки



Экссудативный язвенный наружно-внутренний прогрессирующий туберкулез гортани



Продуктивный язвенный внутренний прогрессирующий туберкулез гортани

**Хронический
туберкулез**

диссеминированный

Процесс постепенно продвигается сверху вниз, захватывая всё новые участки легочной ткани.

В верхних долях легких нарастает фиброз, постепенно формируется хроническое легочное сердце

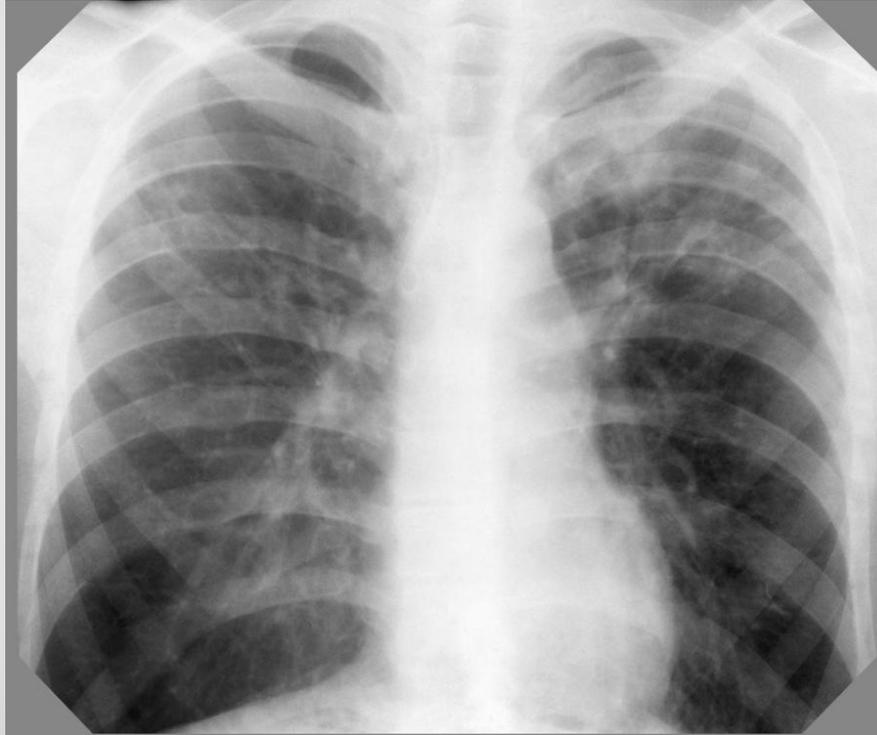
Клиническая картина хронического диссеминированного туберкулеза

- Зависит от стадии: рецидив или ремиссия
- Течение волнообразное
- Синдром интоксикации
- Бронхо-легочный синдром - выражены в течение 3-4 недель
- По мере прогрессирования процесса – постепенное нарастание симптомов дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности (формирование ХЛС)
- Симптомы туберкулеза внеторакальной локализации
- Гемограмма: ускорение СОЭ, лейкоцитоз
- Бактериовыделение: МБТ+ (при наличии полостей распада, туберкулезе гортани и бронхов)
- Туберкулиновые пробы и Диаскинтест – нормергические, редко - гиперергические

Рентгенологические признаки хронического диссеминированного туберкулеза

- Двустороннее поражение, часто несимметричное
- Преимущественное поражение верхних отделов
- Апикокаудальное распространение процесса (от верхушек к диафрагме)
- Полиморфизм очагов (очаги разных размеров и интенсивности)
- Фиброз в легочной ткани (сетчатые, ячеистые изменения)
- Симптом «плакучей ивы» (симметричное изменение положения корней)
- Буллезная (в месте поражения) и викарная (в нижних отделах) эмфизема
- Плевральные наслоения и спайки
- Уплотнение и деформация, неровный контур диафрагмы
- «Капельное» сердце

Хронический диссеминированный туберкулез (рентгенограмма)

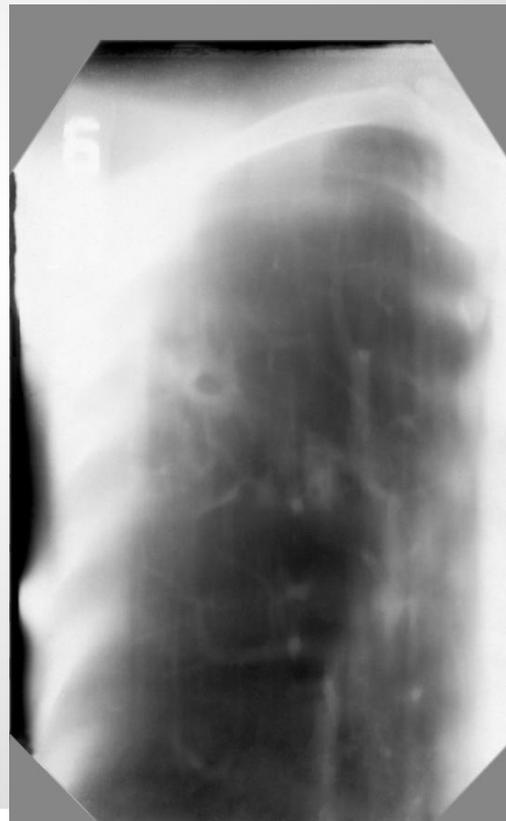


Хронический диссеминированный туберкулез в фазе инфильтрации и распада у больного О. девятнадцати лет (обзорная рентгенограмма)

Хронический диссеминированный туберкулез (рентгенограмма)

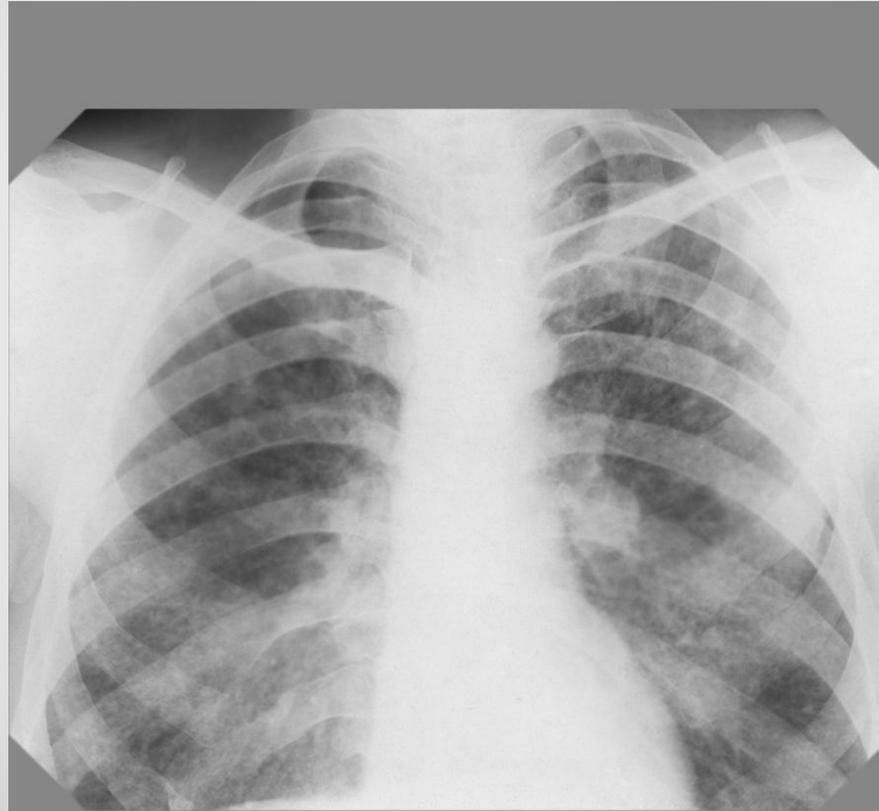


Томограмма верхней доли левого легкого того же больного О. «Штампованная каверна» в одном из инфильтративных фокусов, симметричная таковой в правом легком (см. рис.40).



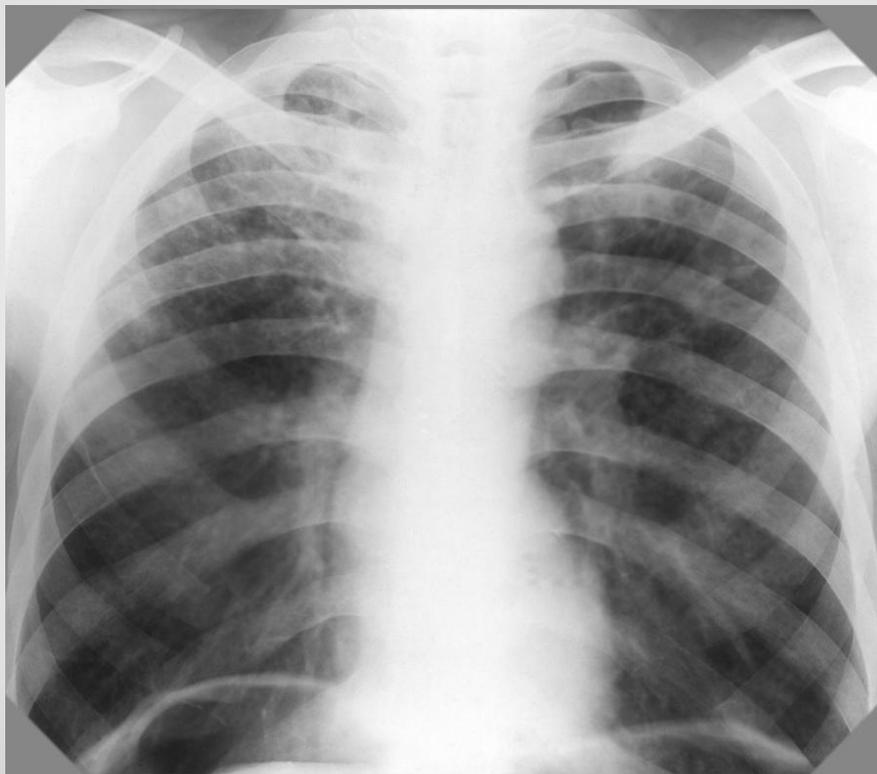
Томограмма верхней доли правого легкого того же больного О. «Штампованная каверна» в одном из инфильтративных фокусов

Хронический диссеминированный туберкулез (рентгенограмма)



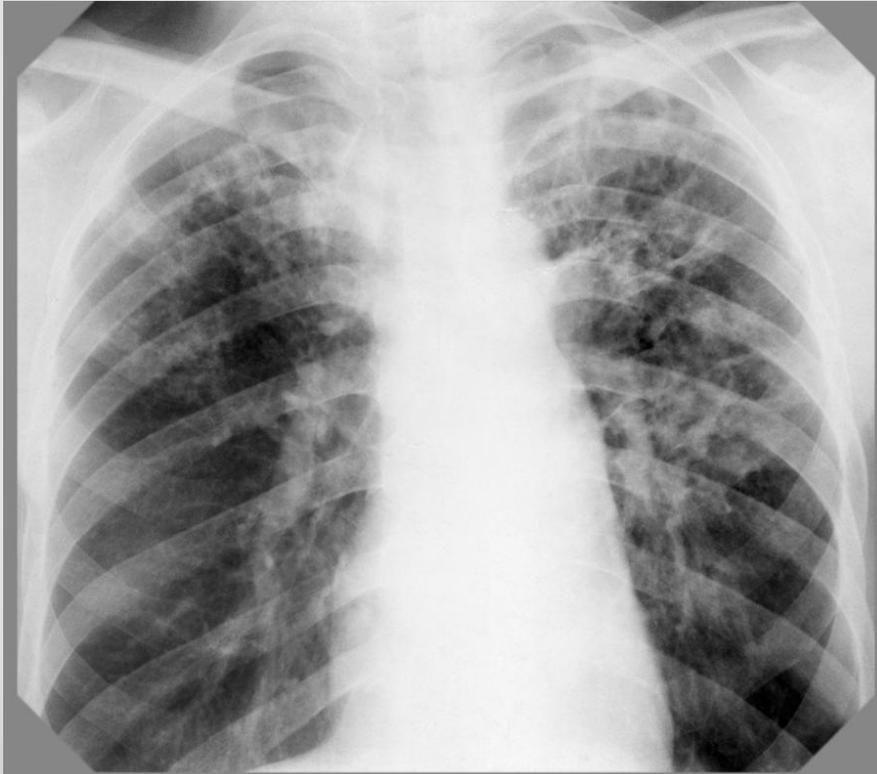
Хронический диссеминированный туберкулез легких

Хронический диссеминированный туберкулез (рентгенограмма)



Хронический диссеминированный туберкулез легких
в фазе инфильтрации и распада

Хронический диссеминированный туберкулез (рентгенограмма)



Хронический диссеминированный туберкулез
в фазе инфильтрации и распада у мужчины сорока лет

Особенности лечения

- Режим химиотерапии индивидуализированный (зависит от вида ЛУ МБТ и переносимости ПТП больным)
- Парентеральное введение ПТП
- Дезинтоксикационная терапия (инфузионная, экстракорпоральные методы)
- Препараты для лечения ХЛС: вета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов, ингибиторы АПФ
- Антибиотики ШСД
- Витамины
- Гепатопротекторы
- Антиоксиданты
- При наличии полостей распада – пневмоперитонеум (если нет противопоказаний)

Осложнения со стороны дыхательных путей при хроническом и подостром ДТЛ

□ Эмфизема легких

В основе этого осложнения лежит разрастание соединительной ткани в легочной паренхиме.

□ Бронхоэктазы

Могут сформироваться вследствие казеозного перерождения стенок бронхов.

**□ Ателектазы вследствие сдавливания
бронхов**

Прогрессирование осложнений приводит к резкому изменению морфологической картины процесса, которая становится похожей на картину пневмосклероза, бронхоэктатической болезни.

Прогноз и возможные исходы

- Благоприятный – при эффективном лечении, редких обострениях – выздоровление с формированием диффузного пневмосклероза, плотных очагов;
- Неблагоприятный – трансформация в фиброзно-кавернозный, цирротический туберкулез; летальный исход.

Последовательность развития ДТЛ

Повышенная чувствительность органов и тканей

Прорыв инфекции из казеозных очагов, генетически связанных с первичным туберкулезом

Распространение инфекции лимфогематогенным путем

Развитие специфических и позже - неспецифических изменений.

Особенности ДТЛ на современном этапе

- **Увеличение удельного веса в структуре впервые выявленных больных (15-20%%)**
- **Преимущественно у пациентов молодого возраста**
- **Изменился характер морфологических реакций – продуктивная фаза воспаления быстро сменяется казеозной**
- **Полисегментарные поражения**
- **Полости распада все реже носят характер «штампованных», все чаще каверны имеют выраженную перикавитарную зону и казеозное содержимое**

- Чаще регистрируется бактериовыделение**
- Чаще диагностируется осложнение в виде плевритов и полисерозитов, внелегочные локализации**
- Чаще ДТЛ из подострого переходит в хронический, в итоге пополняя контингенты с фиброзно-кавернозным туберкулезом**
- Процесс протекает с более выраженной клинической симптоматикой**
- Сопутствующая патология- ВИЧ-инфекция**
- Процесс осложняется казеозной пневмонией**

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:

- ✓ Двусторонняя очаговая пневмония.
- ✓ Карциноматоз.
- ✓ застойные явления в лёгких.
- ✓ силикоз (пневмокониозы),.
- ✓ Саркоидоз II стадии.
- ✓ Муковисцидоз.
- ✓ Коллагеноз
- ✓ Идиопатический фиброзирующий альвеолит.

В дифференциальной диагностике необходимо учитывать:

- Анамнез
- Жалобы
- Начало заболевания
- Физикальные данные
- Гемограмма
- Рентгенологическая картина
- Бактериологическое исследование мокроты
- Чувствительность к туберкулину.

Двусторонняя мелкоочаговая

пневмония.

- Контакт с больным туберкулезом - редкий
- Жалобы: повышение температуры (38-39⁰), общее недомогание, головные боли, кашель, боли в груди.
- Имеют обычно более острое начало;
- 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.
- наблюдают лейкоцитоз, СОЭ
- МБТ –
- Слабоположительная или отрицательная

Диссеминированный

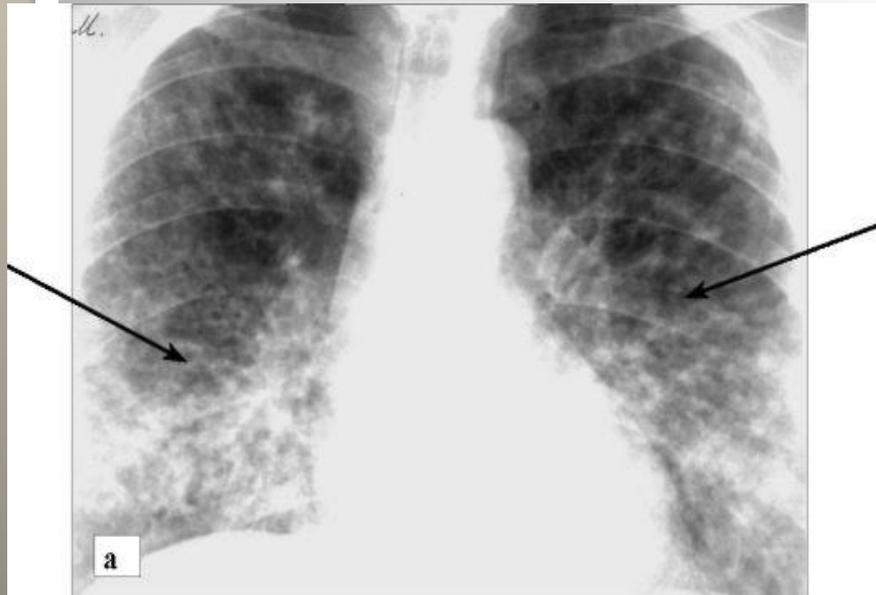
туберкулез

- частый
- У больных диссеминированным туберкулёзом лёгких наблюдаются, эти же симптомы, но в менее выраженной степени.
- Подострые
- При туберкулёзе хрипы выслушиваются реже, в более скудном количестве, над лопаткой и в межлопаточной области, имеют более постоянный характер.
- Лейкоцитоз обычно ниже
- МБТ+
- Нормергия и гиперергия

Двусторонняя

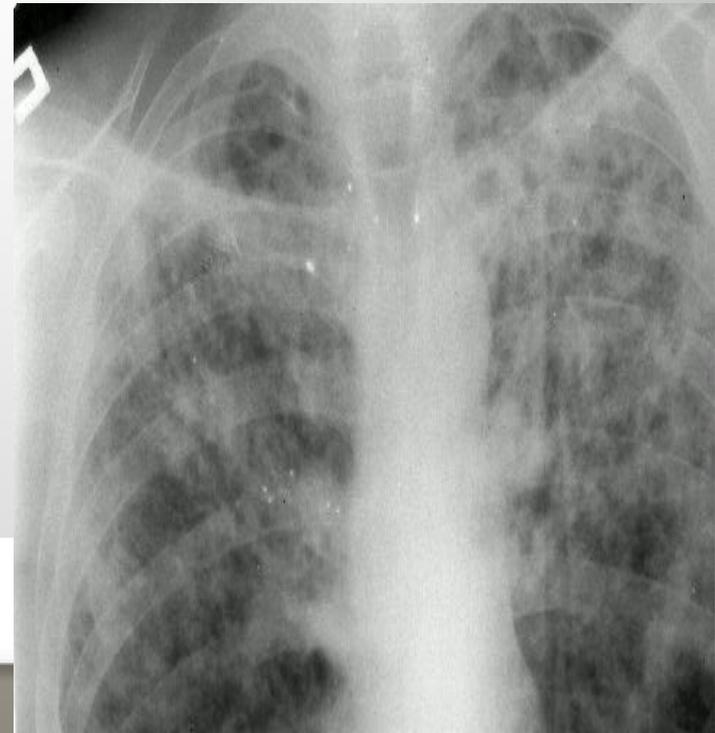
мелкоочаговая пневмония.

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 туберкулёз

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, кашель, одышка, боль в груди, скудные физикальные данные, иногда повышение температуры.

КАРЦИНОМАТОЗ (миллиарный карциноз лёгких).

- В анамнезе у них могут быть указания на перенесенную операцию по поводу опухоли или наличие её в настоящее время.
- слабость, плохой аппетит, похудание, кашель, одышка, боль в груди, иногда повышенная температура
- Чаще постепенное
- Анемия и значительное увеличение СОЭ
- Рентгенологически - в обоих легких множественные очаги (редко разной величины, чаще мономорфные), которые четко очерченные, локализуются в нижних отделах легких, ближе к корням, легочный рисунок на фоне очагов не выражен.
- МБТ -
- Чувствительность к туберкулину у больных карциноматозом понижена или отсутствует



Карциномاتос йетких

СИЛИКОЗ ЛЁГКИХ (пылевые фиброзы)

▶ Профессиональный анамнез

▶ Без симптомов интоксикации, но с признаками бронхита и эмфиземы. Кашель с мокротой, боль в груди, нарастающая одышка.

▶ При аускультации - ослабленное дыхание, сухие хрипы

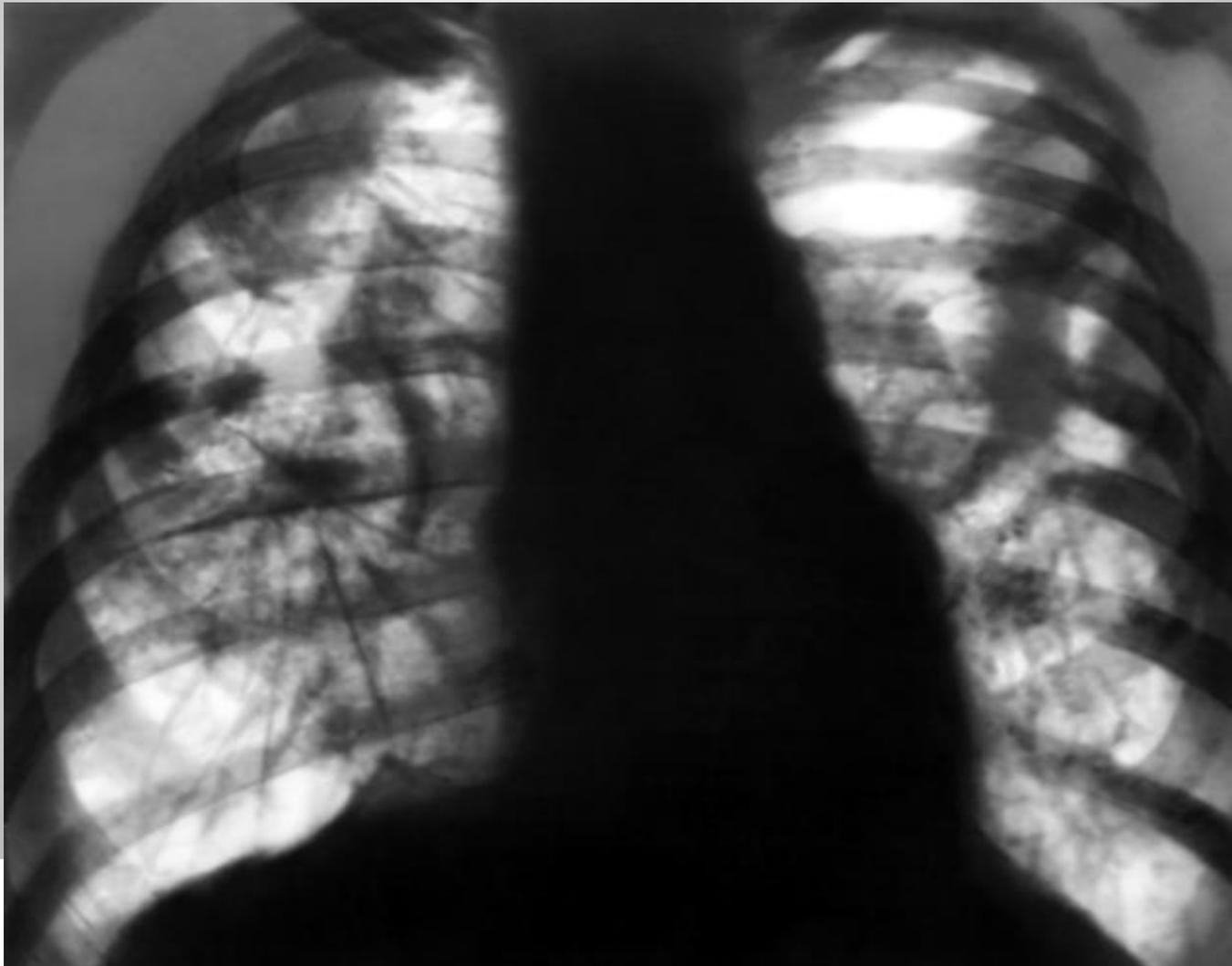
▶ Рентгенологически - пневмосклероз, эмфизема, двусторонние симметричные очаги (силикотические узелки) размером 3-5 мм с четко очерченными контурами, количество которых увеличивается книзу. Часто лимфатические узлы обызвествлены по периферии (симптом яичной скорлупы) Корни легких расширены, значительно уплотнены.

▶ Увеличивается процентное содержание палочкоядерных нейтрофилов, лимфопения, моноцитоз и повышенная СОЭ.

▶ МБТ -

▶ Однако развитие силикотуберкулеза и особенно силикотуберкулезного бронхоаденита сопровождается усилением чувствительности к туберкулину.

Силикоз легких



САРКОИДОЗ БЕКА

1. Болеют саркоидозом несколько чаще женщины (60%) в возрасте 20-40 лет.
2. Синдром Лефгрена- температура тела 38-39 С,боль в суставах,кожный зуд.
3. Чаще постепенное
4. В легких выслушиваются сухие или влажные хрипы.
5. В гемограмме определяется наклонность к лейко- и лимфопении, моноцитозу, так и особенно у-глобулинов, а также к повышению содержания кальция в крови. Сравнительно часто наблюдается и кальциурия.
6. Рентгенологически-определяются увеличенные наружные и в большинстве случаев внутригрудные лимфатические узлы без перифокального воспаления. При прогрессировании процесса на фоне интерстициальных изменений появляются мелкие очаги (до 2,5 мм в диаметре), редко милиарные чаще в средних отделах.
7. МБТ-
8. Туберкулиновая чувствительность часто оказывается резко сниженной, а реакция Квейма — Никерсона положительной.

✓ЗАСТОЙНОЕ ЛЁГКОЕ.

- ✓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.
- ✓Прогрессирующая одышка, сухой кашель при нормальной температура тела
- ✓сухие, мелко- и среднепузырчатые влажные хрипы в нижних отделах.
- ✓Изменения размеров и конфигурации сердца, нарушения ритма, сердечные шумы, патологические изменения при ЭКГ исследовании.
- ✓Рентгенологически-очаги в нижних и прикорневых участках, застойные расширенные корни.
- ✓ При исследовании мокроты у больных с застоем в лёгких обнаруживают иногда "клетки сердечного порока"

Застойное легкое



Коллагенозы

- Характерно формирование васкулитов и периваскулярного склероза.
- Общими для всех коллагенозов являются системный васкулит, мышечно-суставной синдром, включающий миалгии, артралгии, полиартриты, миозиты, синовиты.
 - Типично появление в крови неспецифических маркеров воспаления: С-реактивного белка, повышение α 2-глобулинов, фибриногена, серомукоида, СОЭ
- Рентгенологически-двустороннее симметричное поражение, чаще в нижних и прикорневых отделах легких. В ряде случаев наблюдают дольковые, субсегментарные и сегментарные ателектазы.
 - МБТ-
 - Слабоположительная или отрицательная.

Муковисцидоз

- В анамнезе хронический насморк и повторные бронхиты с тяжелом течении.
- Упорный кашель с вязкой тяжело отделяемой мокротой, симптомы поражения пищеварительной системы.
- Рентгенологически-изменения диффузного характера, но чаще поражается верхняя доля правого легкого. Легочный рисунок усилен и деформирован грубыми сетчато-линейными структурами.
- При исследовании электролитов пота-содержание хлоридов более 600 ммоль/л, натрия-более 70 ммоль/л.
- Абсолютное доказательство заболевания у детей.

Муковисцидоз



- 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.

Сейпасибо за внимание!

