

ДИССЕМИНИРОВАННЫЙ ТБ ЛЕГКИХ

- Диссеминированный туберкулез легких характеризуется наличием множественных, обычно в обоих легких, очагов диссеминации гематогенного, лимфогенного или смешанного генеза разной давности и с различным соотношением экссудативного и продуктивного воспаления.
- В структуре заболеваемости туберкулезом органов дыхания составляет около 24%.

Диссеминированный туберкулез

- *Острый (милиарный)*
- *Подострый*
- *Хронический*

МИЛИАРНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ

- *Миллиарный туберкулез – это гематогенная, почти всегда генерализованная форма туберкулеза, характеризующаяся равномерным густым высыпанием мелких с просяное зерно туберкулезных бугорков в легких и, как правило, в других органах.*

Патогенез

- Милиарный туберкулез обусловлен распространением значительного числа МБТ с током крови на фоне ослабления защитных сил организма: из свежего очага первичной инфекции; при реактивации старых туберкулезных очагов с аррозией стенки сосуда; при хирургической операции на органе, пораженном туберкулезом.
- Преимущественно поражаются легкие, серозные оболочки, лимфатические узлы, селезенка, почки.

- *В мокроте нередко находят МБТ.*
- *Реакция на пробу Манту вначале нормергическая или гиперергическая, по мере прогрессирования заболевания становится отрицательной.*
- *В гемограмме лейкоцитоз ($15 - 18 \cdot 10^9/\text{л}$), который по мере прогрессирования сменяется лейкопенией ($4 - 5 \cdot 10^9/\text{л}$), эозинопения, нейтрофилез со сдвигом влево, ускоренное СОЭ.*
- *В моче иногда определяется белок.*
- *При запоздалой диагностике и не своевременно начатого лечения быстро наступает летальный исход.*

Патоморфология

- *Очаги, как правило, экссудативного характера. Появлению очагов предшествует гиперергическая реакция капилляров, развиваются васкулит и лимфангит.*

Клиническая картина

Различают:

- легочную,*
- тифоидную,*
- менингеальную формы,*
- острый милиарный сепсис.*

Острый милиарный туберкулез (тифоидная форма)

- **От легочной формы отличается большим объемом поражения. Поражаются и легкие и органы брюшной полости (печень, селезенка, кишечник)**
- **Более выражен интоксикационный синдром (температура до 42 С), легочный синдром такой же.**

Острый милиарный туберкулез (легочная форма)

- У части больных милиарным туберкулезом отмечаются выраженные признаки легочной недостаточности с выступлением на первый план в клинической картине одышки, цианоза на фоне высокой температуры тела (40 С) и тяжелой интоксикации. Проба Манту отрицательная или слабоположительная. Такой вариант милиарного туберкулеза называют легочной формой.**

Острый милиарный туберкулез (менингиальная форма)

- При обсеменении мозговых оболочек развивается туберкулезный менингит.
- У таких больных возникает резкая головная боль, рвота, рано наступает оглушенность, потеря сознания. В спинномозговой жидкости всегда повышен уровень белка с преобладанием лимфоцитов ; у больных с тяжелым течением заболевания отмечается низкое содержание сахара. Примерно у 20% больных в ликворе находят МБТ.
- Летальность высокая.

Острый милиарный сепсис

- характеризуется крайне злокачественным течением и летальным исходом в первые 2-3 недели заболевания.
- Для него характерны высокая температура тела, диспептические расстройства и стертая общемозговая симптоматика.
- Рентгенологически в легких определяется лишь усиление легочного рисунка. В мокроте МБТ не находят. Характерна отрицательная реакция на пробу Манту - пассивная анергия.
- На вскрытии находят во внутренних органах некротические очаги без признаков специфического воспаления; в мазках из очагов некроза обнаруживают МБТ.

Острый милиарный туберкулез

Объективно:

- Осмотр- кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника. Грудная клетка эмфизематозна.
- Пальпаторно- без изменений
- Перкуторно- тимпанит в межлопаточном пространстве
- Аускультативно- ослабление везикулярного дыхания, сухие рассеянные хрипы

Острый милиарный туберкулез

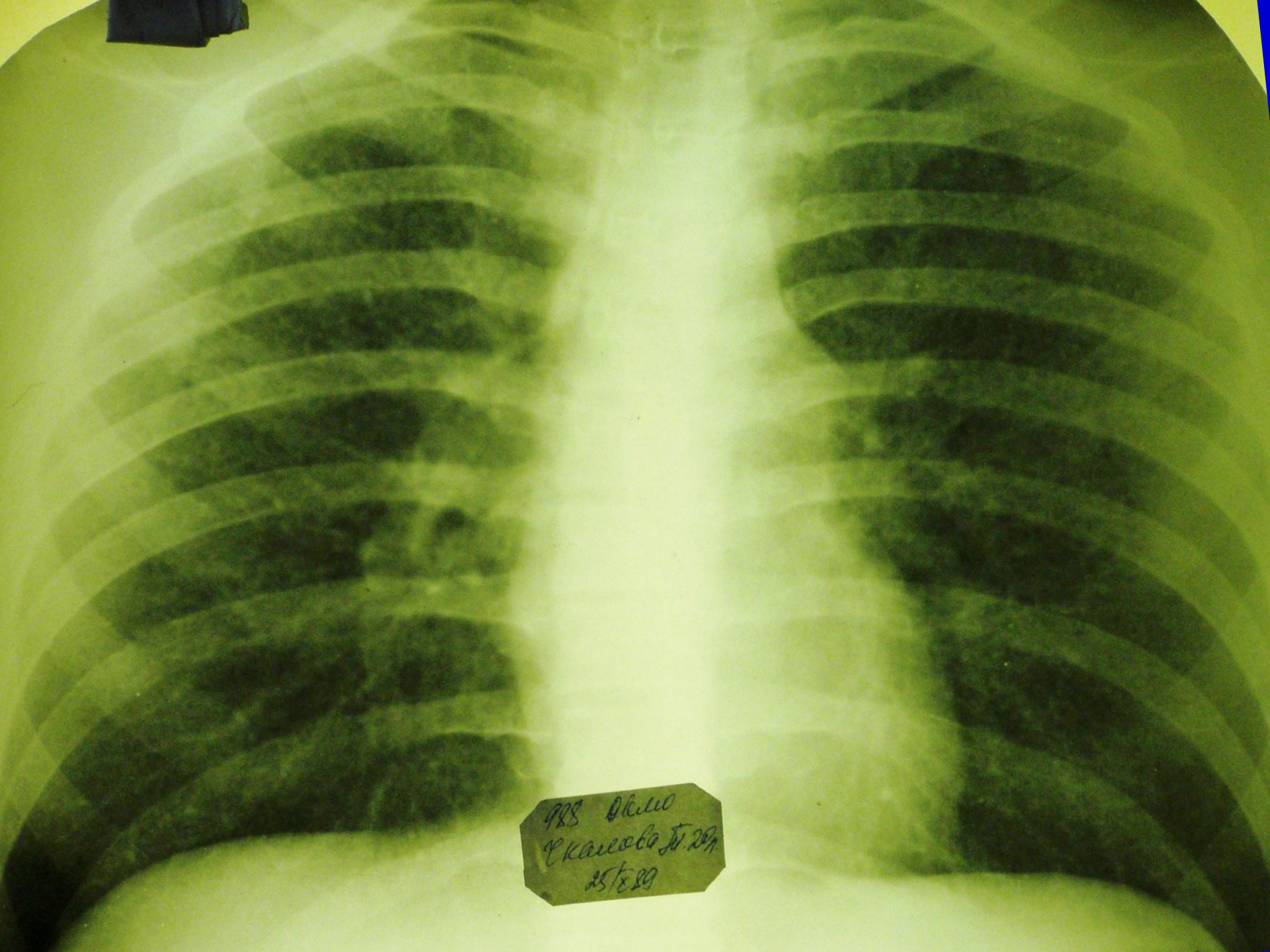
Рентгенологическая картина

- Рентгенологическая картина острого милиарного туберкулеза легких в первые дни заболевания характеризуется диффузным понижением прозрачности легочных полей, а затем появляются симметрично множественные округлой формы нерезко очерченные очаги, величиной до просяного зерна.*

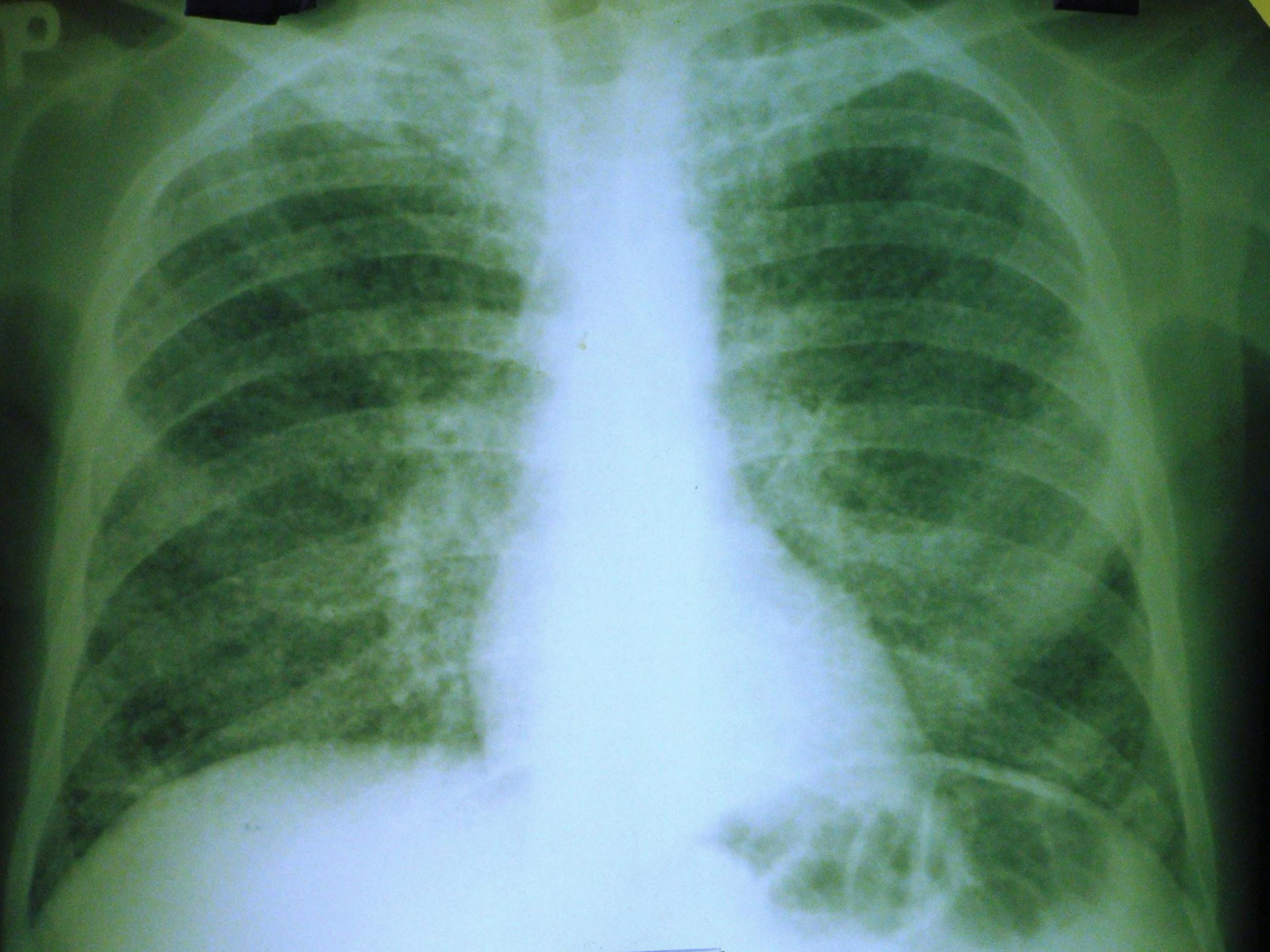
Острый милиарный туберкулез

Рентгенологическая картина

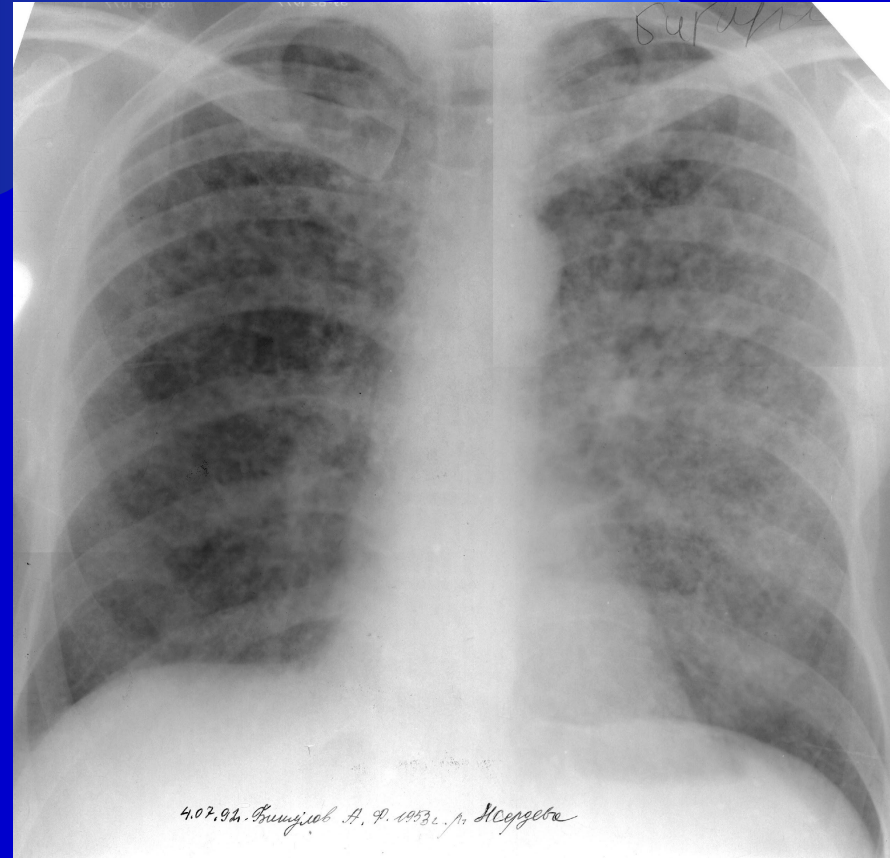
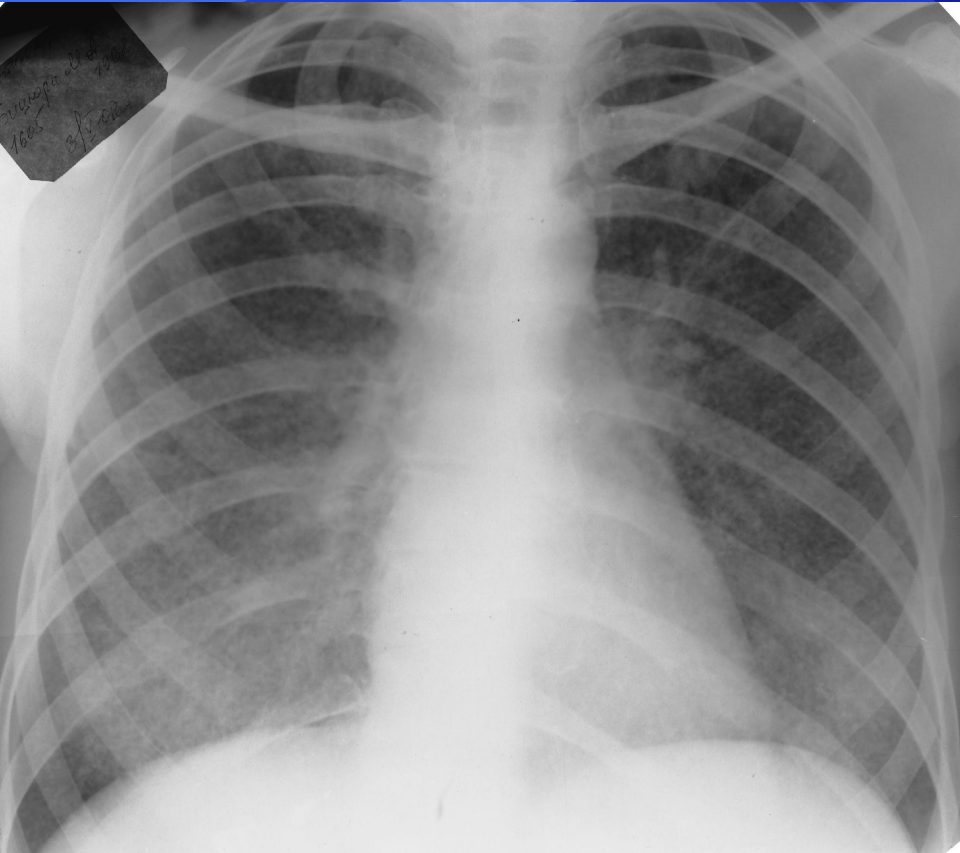
- характеризуется наличием мелких мягких очагов (1-2 мм) одинаковой величины, расположенных симметрично в над- и подключичных зонах, преимущественно в кортикальных слоях легких (экссудативного характера).



988 Okino
Chikara to Ju. 207
25/8/89



Острый милиарный ТБ



Лечение

- *Больные милиарным туберкулезом требуют индивидуального подхода к лечению; по группировке ВОЗ они относятся к категории 1.*
- *Дезинтоксикационная терапия.*
- *Десенсибилизирующая терапия.*
- *Иммунокорректирующая терапия.*



**Подострый
диссеминированный
туберкулез**

Патогенез

- *Диссеминированный туберкулез легких может возникать как в первичном, так и во вторичном периоде туберкулезной инфекции.*
- *Источником диссеминации чаще всего являются туберкулезные изменения во внутригрудных лимфатических узлах*
- *МБТ обычно распространяются гематогенным путем, но возможны лимфогенный и смешанный пути.*

Патологическая анатомия

- При свежем диссеминированном процессе морфологически в легких определяются множественные однотипные очаги, по ходу междольковых вен, реже – ветвей легочной артерии, располагающиеся симметрично, преимущественно в задних и кортикальных отделах верхних долей легких. Экссудативный и продуктивный тип воспаления в них сочетаются в разных соотношениях.
- Образующиеся каверны бывают тонкостенными штампованными. Они часто множественны и располагаются симметрично в обоих легких.

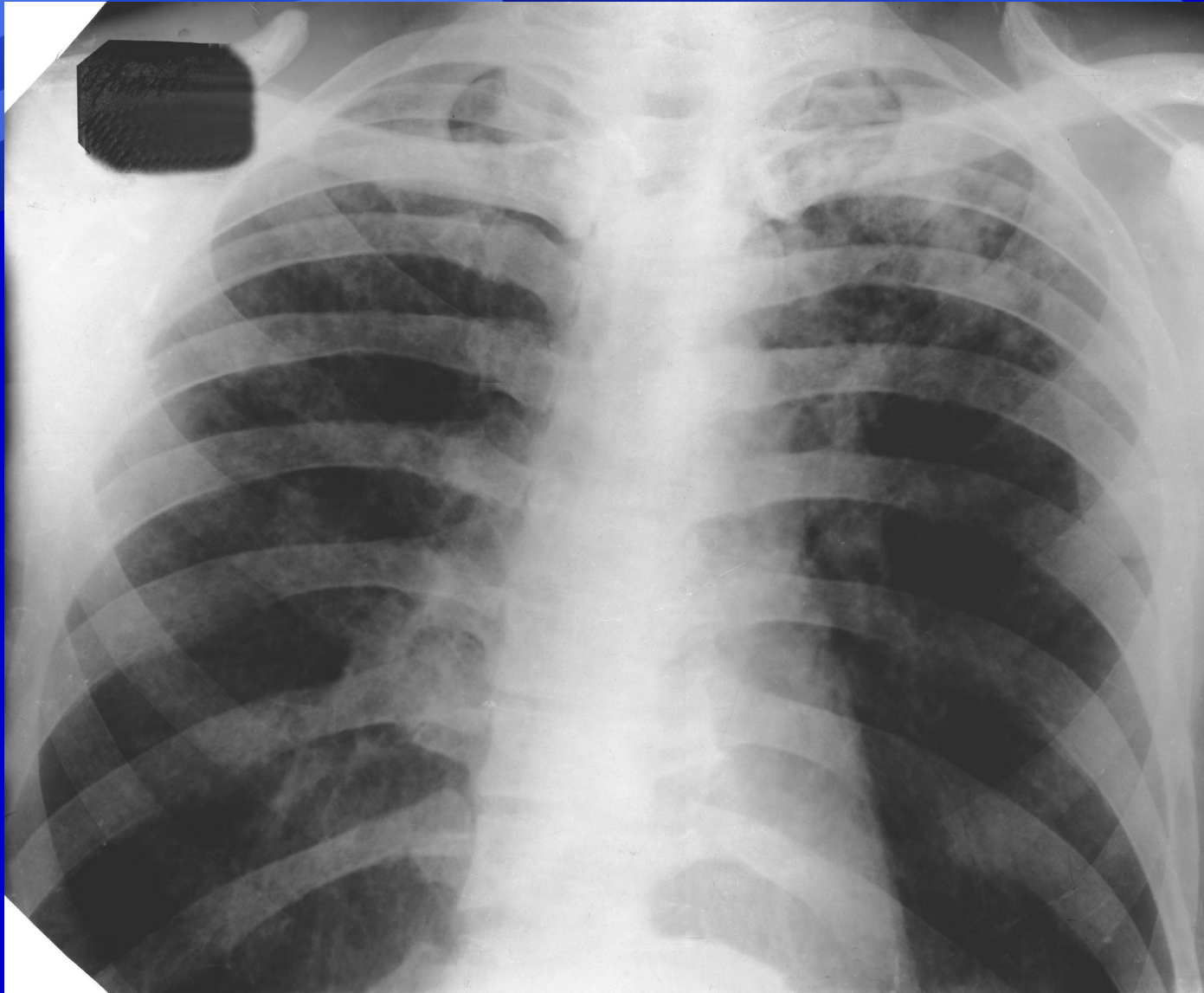
Клиника

- Диссеминированный туберкулез может проявиться многообразно.
- Начало постепенное. У части больных заболевание протекает под маской гриппа, ОРЗ, пневмонии, бронхита. Поводом для обращения к врачу могут послужить различные симптомы, свойственные внелегочным поражениям, например, охриплость, боль при глотании, обусловленная туберкулезом гортани. Предшествовать или сопутствовать туберкулезу легких может туберкулез костей и суставов, почек, половых и других органов.
- У отдельных больных заболевание может проявиться кровохарканием. Первым проявлением заболевания может быть одышка, обычно умеренная. Возможно и бессимптомное течение процесса, он может неожиданно выявляться при флюорографическом обследовании.
- При любом варианте клинических проявлений обращает на себя внимание удовлетворительное общее состояние больных, хорошая переносимость субфебрильной и даже фебрильной температуры и других симптомов интоксикации. Обычные симптомы – одышка, кашель с небольшим количеством слизисто-гнойной мокроты. Интоксикация становится более выраженной при прогрессировании процесса, слиянии очагов, при экссудативно-казеозном характере тканевых реакций.
- При объективном обследовании достаточно часто патологические отклонения не обнаруживаются; при слившихся очагах с распадом могут выслушиваться мелко- и среднепузырчатые хрипы, чаще всего в межлопаточном пространстве.

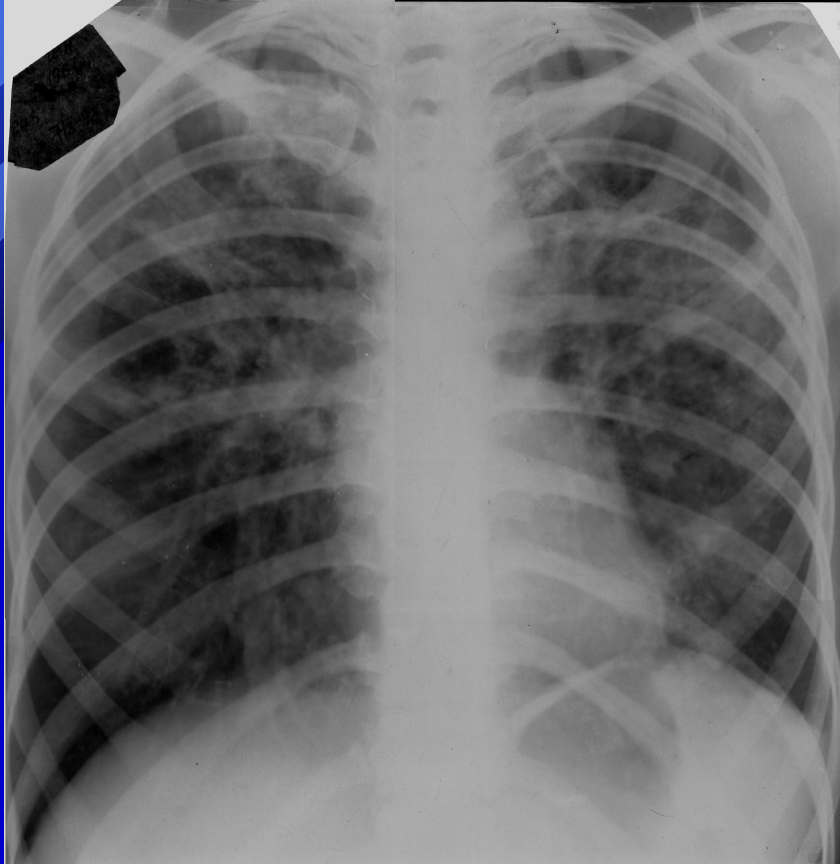
Рентгенологическая картина

- Рентгенологически симметрично в обоих легких, преимущественно в верхних и средних отделах, обнаруживаются в одних случаях однотипные средние, в других – крупные очаги.
- При крупноочаговых процессах определяются очаги до 1 см, округлой или неправильной формы без резких очертаний, в верхних отделах могут обнаруживаться отдельные или множественные тонкостенные (штампованные) каверны, которые в части случаев выявляются только при томографическом исследовании.
- В редких случаях лимфогенного диссеминированного туберкулеза очаги располагаются в средних отделах на фоне выраженной сетчатой и линейной тяжистости. Корни легких и при гематогенной и лимфогенной диссеминации обычно нерезко расширены.

ДИССЕМИНИРОВАННЫЙ ТБ ЛЕГКИХ



ДИССЕМИНИРОВАННЫЙ ТБ ЛЕГКИХ



Лечение подострой формы:

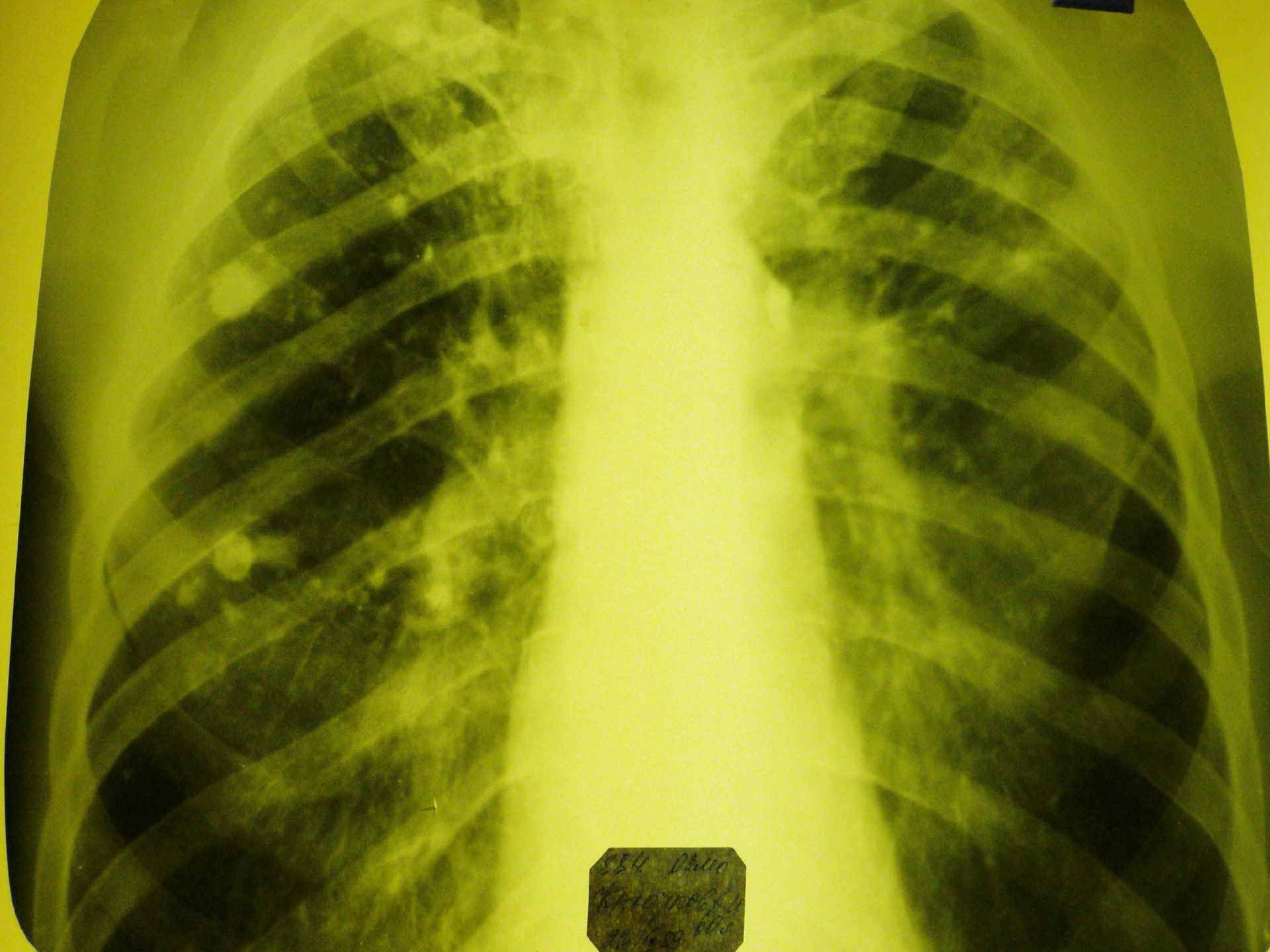
- *Химиотерапия проводится по категории 1.*
- *Коллапсотерапия*
- *Исходом диссеминированного туберкулеза легких может излечение с полным или частичным рассасыванием очагов диссеминации с формированием различной выраженности пневмосклероза, пневмофиброза, фиброзно-очаговых, иногда цирротических изменений. При прогрессировании может сформироваться фиброзно-кавернозный туберкулез.*

Хронический диссеминированный туберкулез

- *Если подострый диссеминированный не ликвидирован в течение года он переходит в хронический, таким образом клинические проявления сходны с подострой формой.*

Хронический диссеминированный туберкулез

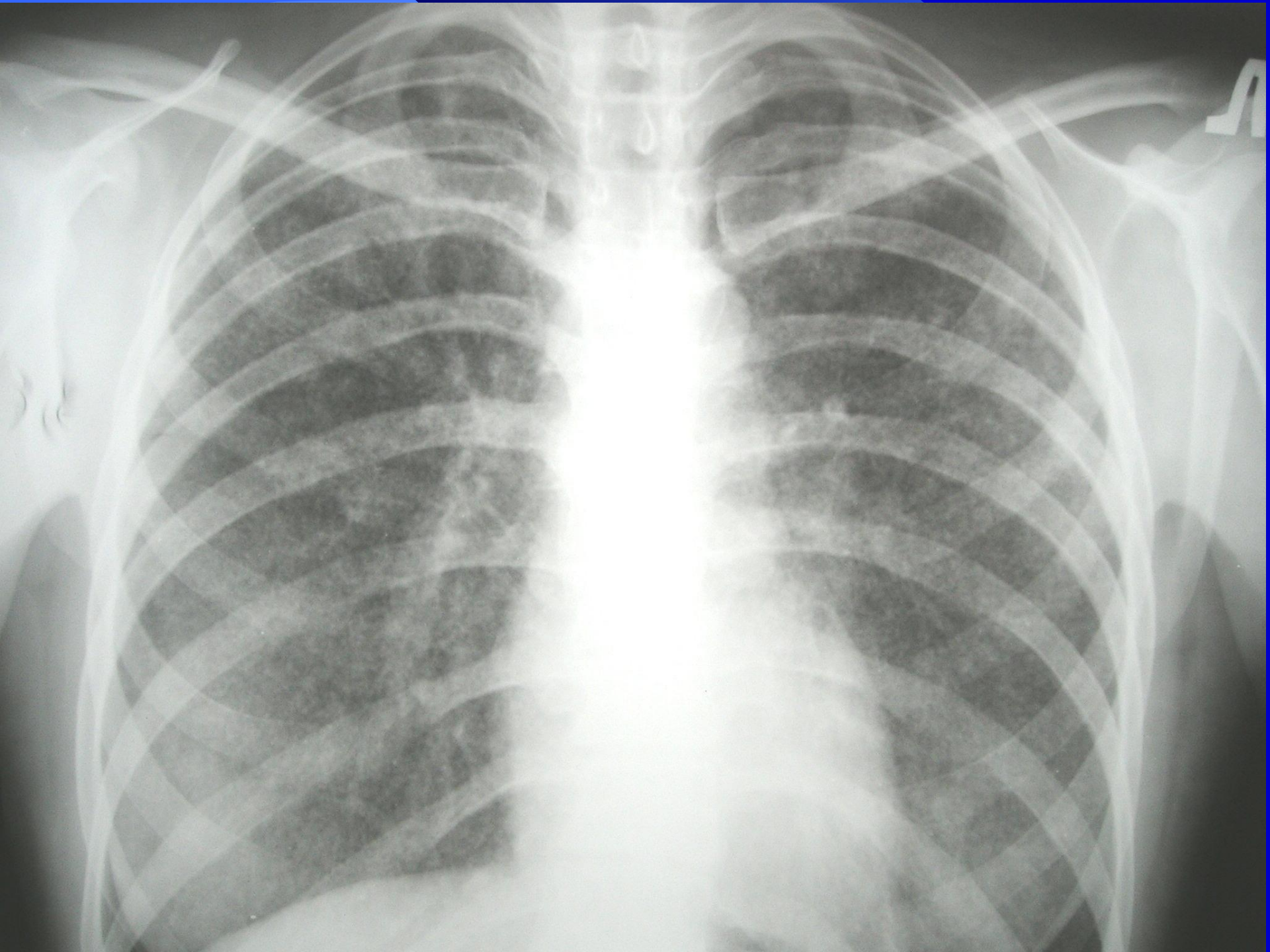
- При хроническом диссеминированном туберкулезе преобладает продуктивная тканевая реакция. При этом уплотненные и более крупные очаги располагаются в верхних отделах легких, меньшей величины – в нижних. Наряду с очагами в наружно задних отделах верхних долей имеются рубцы.
- Могут быть штампованные каверны, петрификаты.
- Характерен диффузный сетчатый склероз, эмфизема.
- Обычно формируется хроническое легочное сердце.
- Как при свежем, так и при хроническом диссеминированном туберкулезе могут быть различные внелегочные локализации туберкулеза.

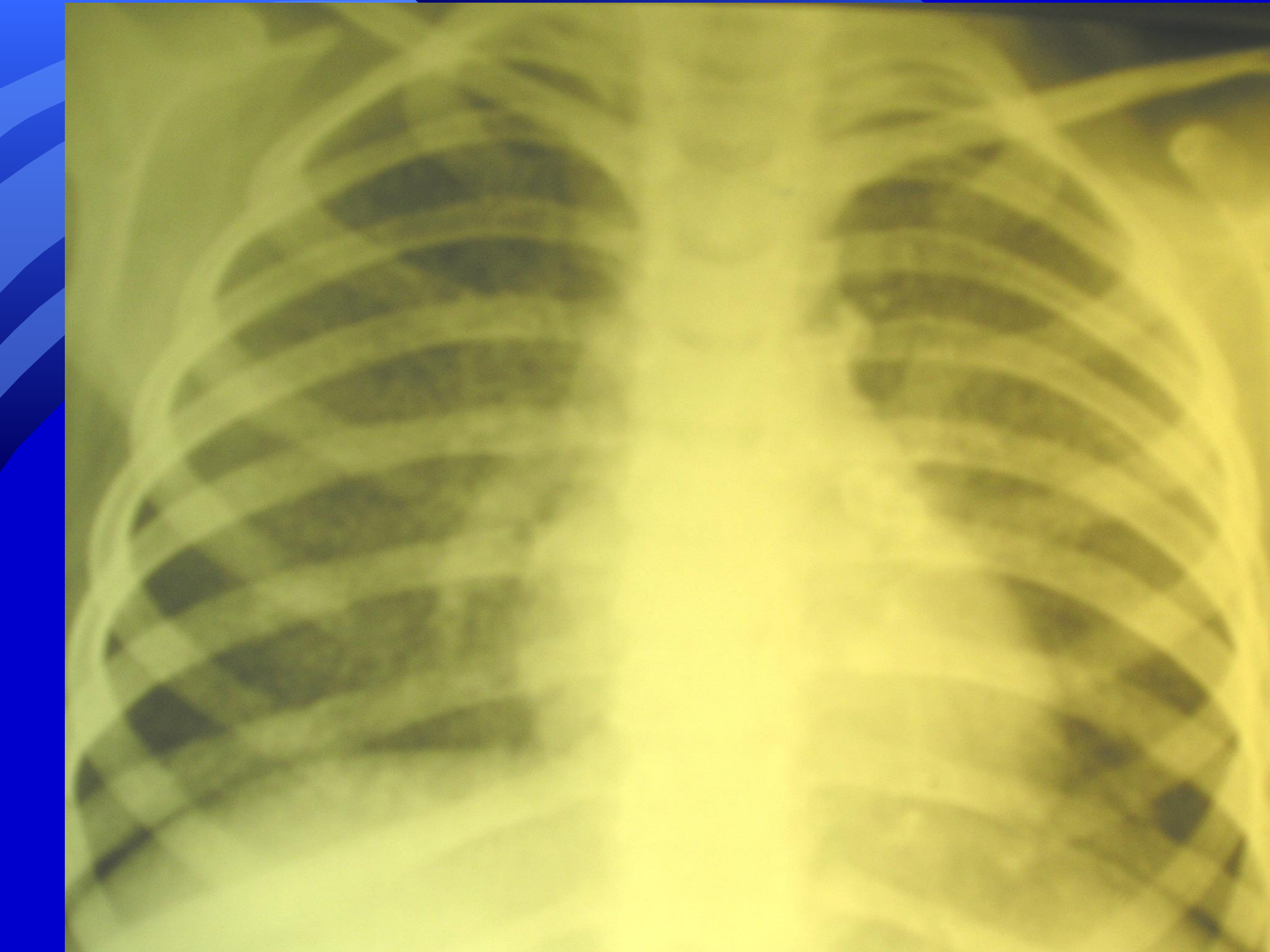


554 Datto
K. M. M. M. M. M.
20/1/53

Лечение хронического диссеминированного туберкулеза

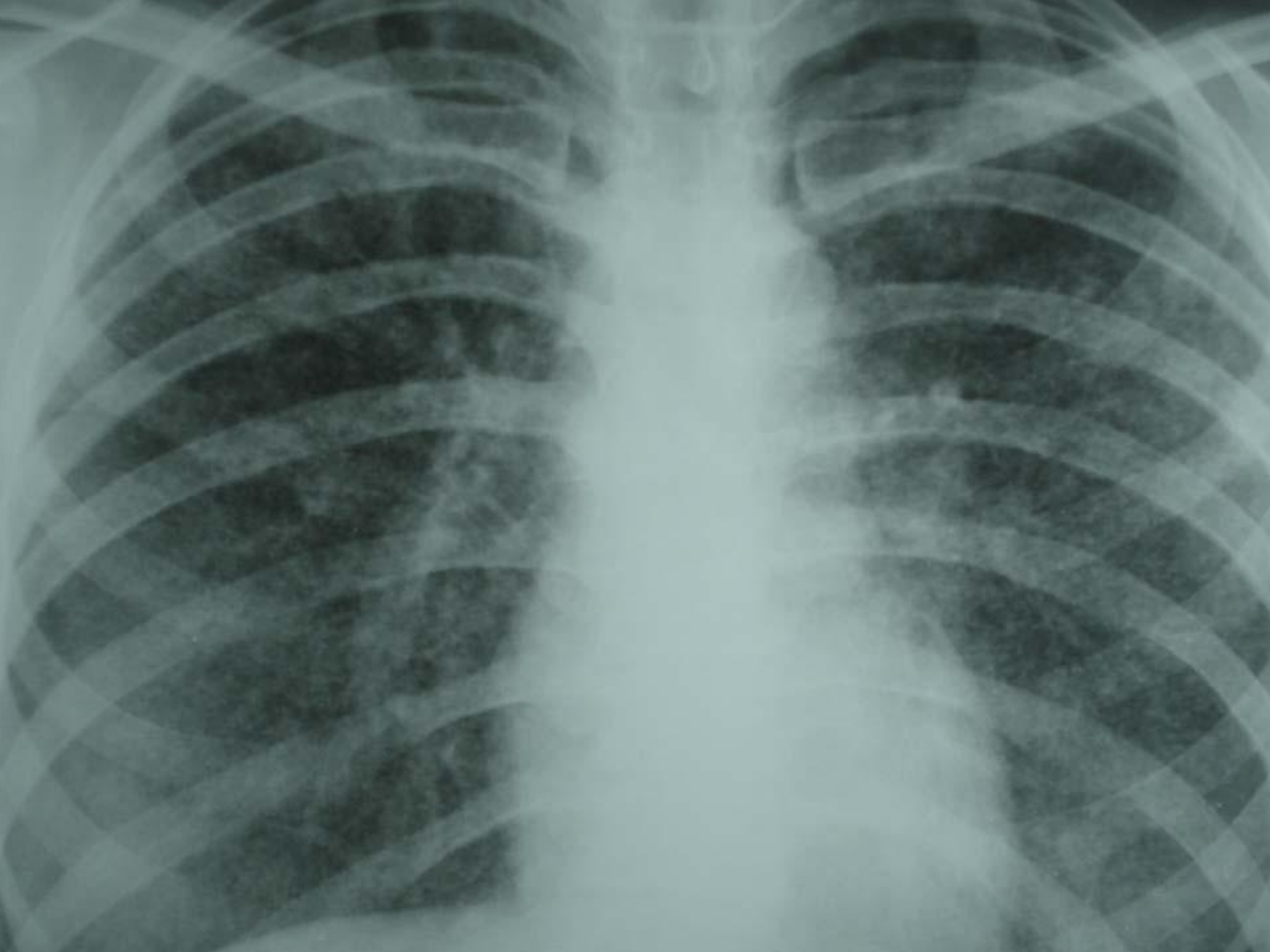
- Назначается согласно анамнеза заболевания (данных о предыдущем лечении) и антбиограммы*

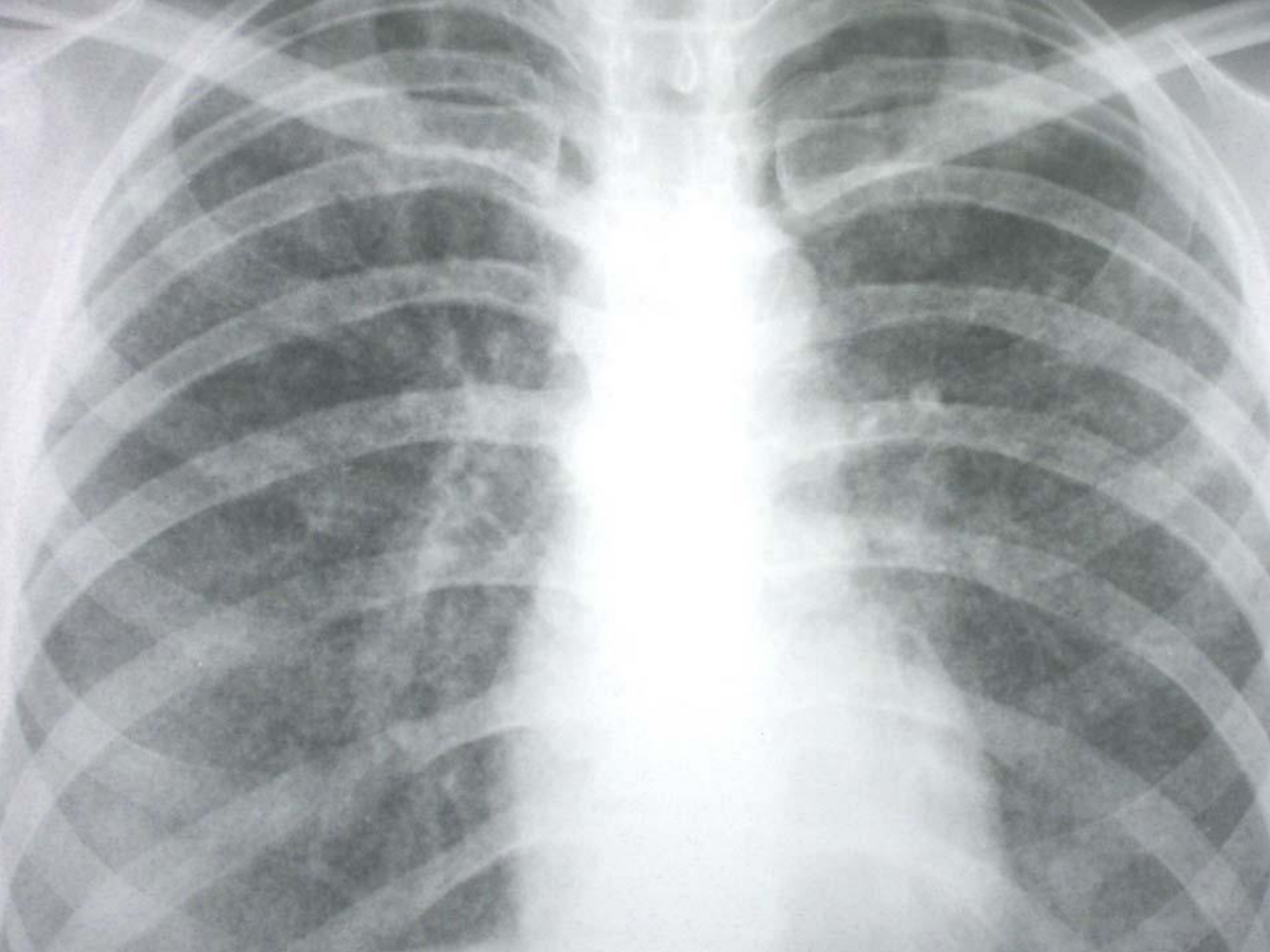


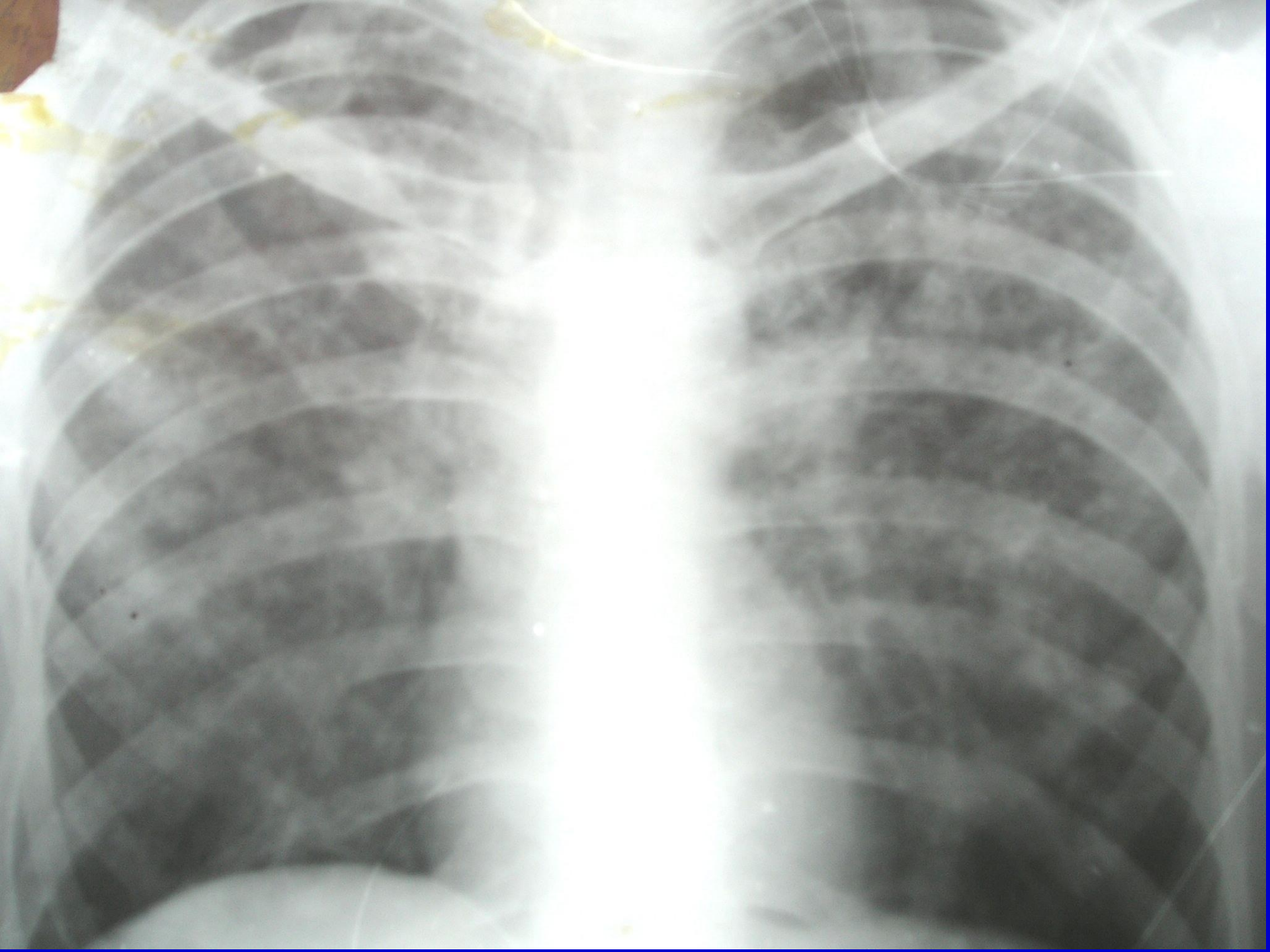


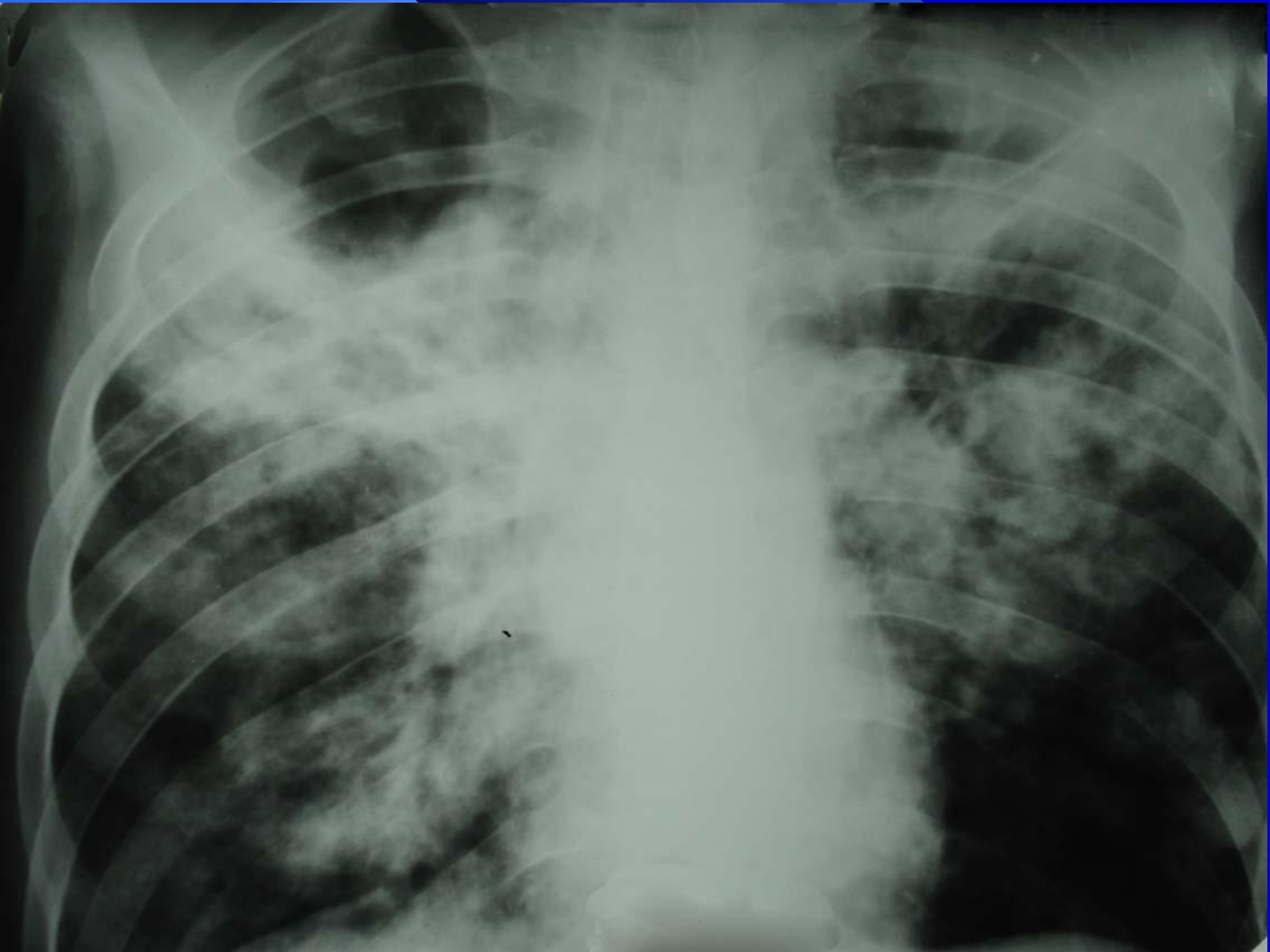


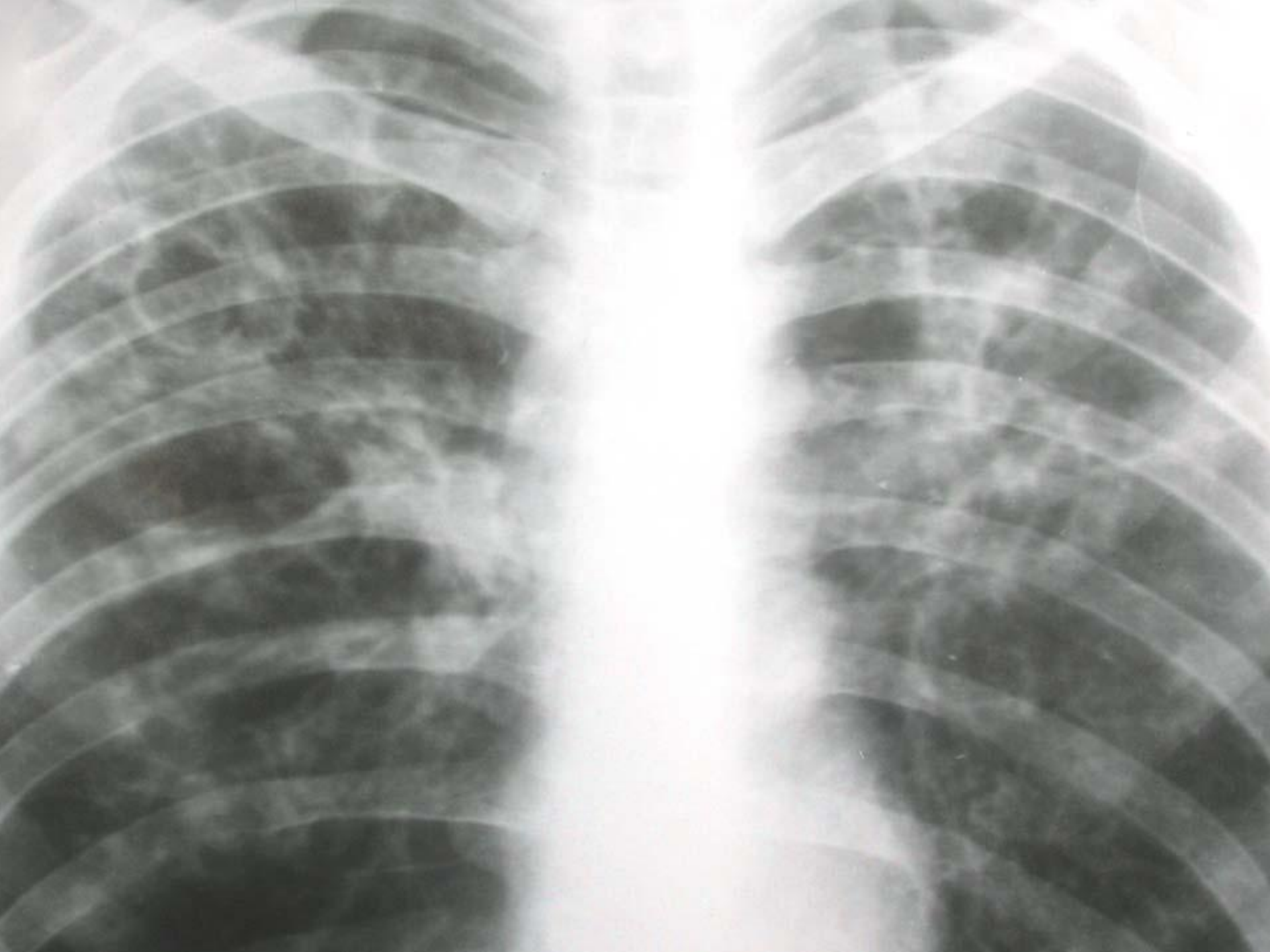


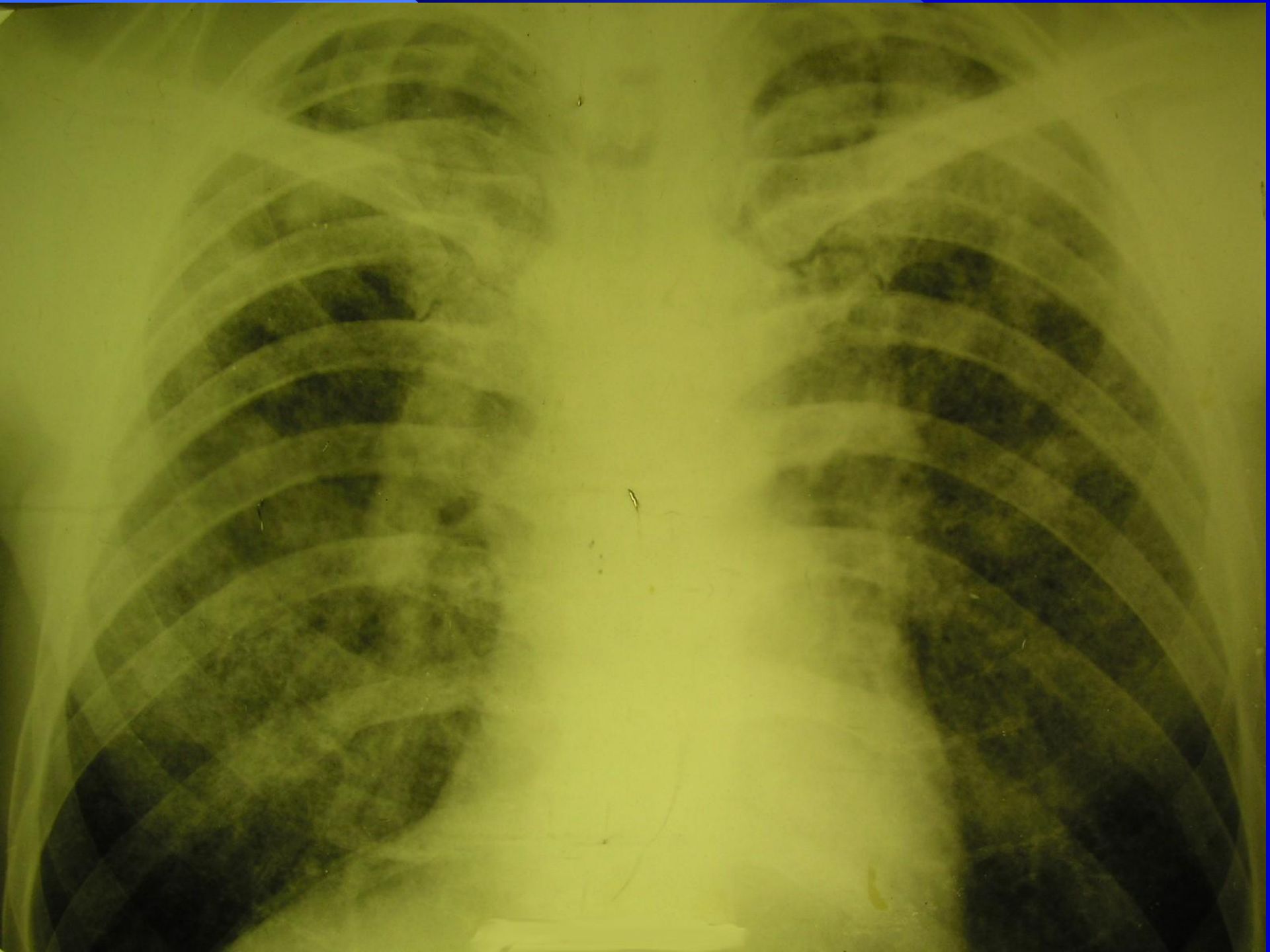


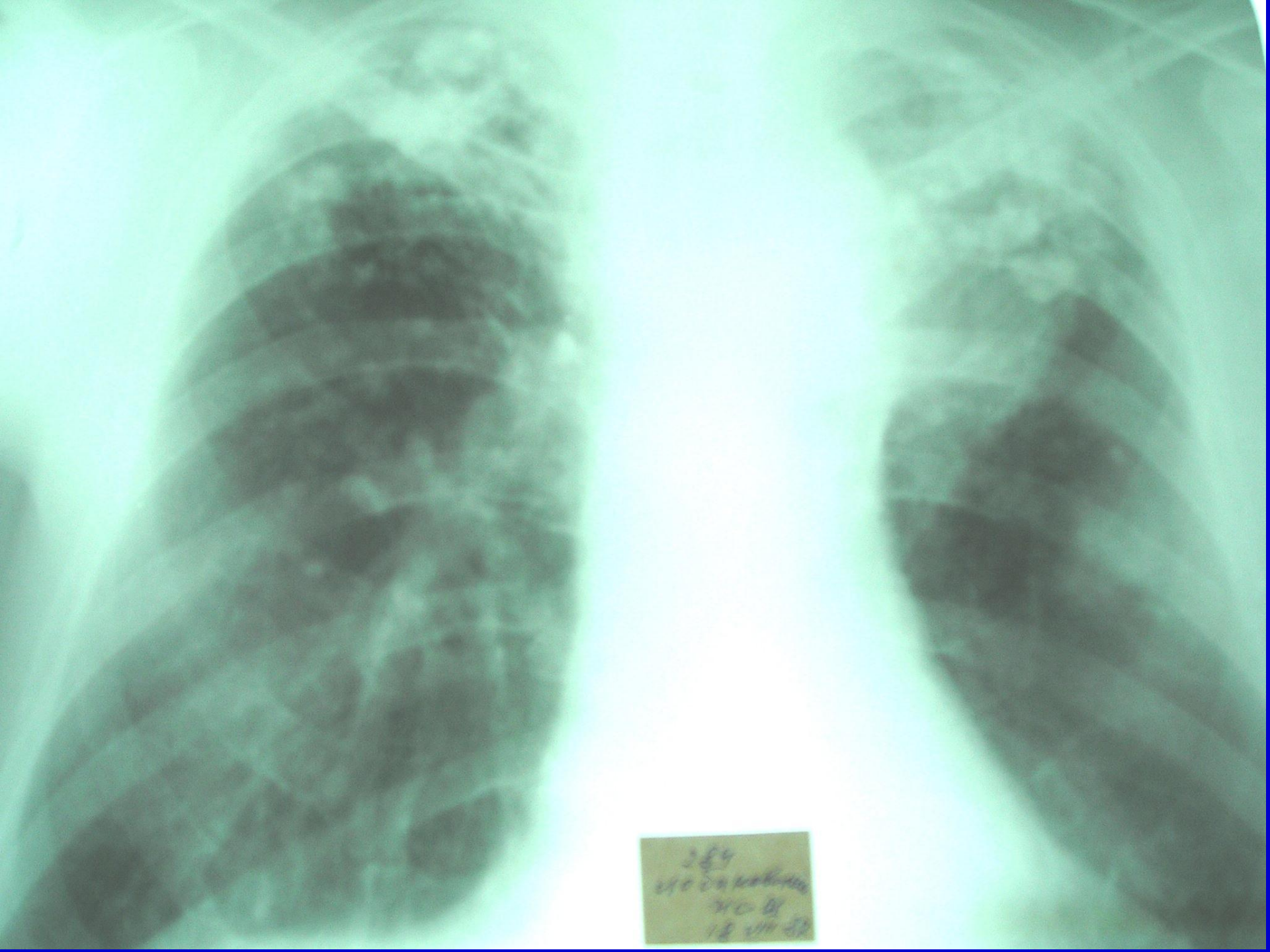




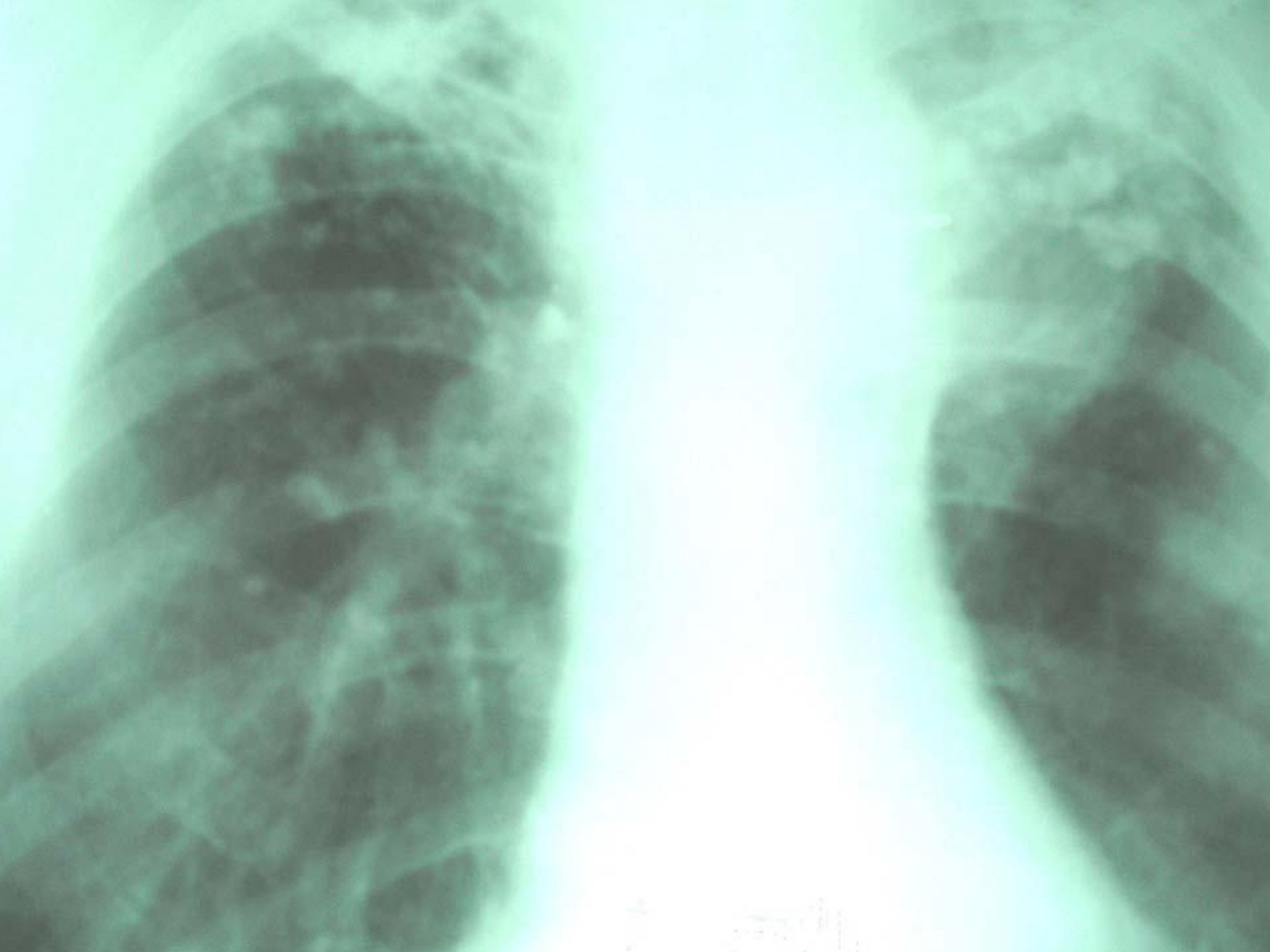




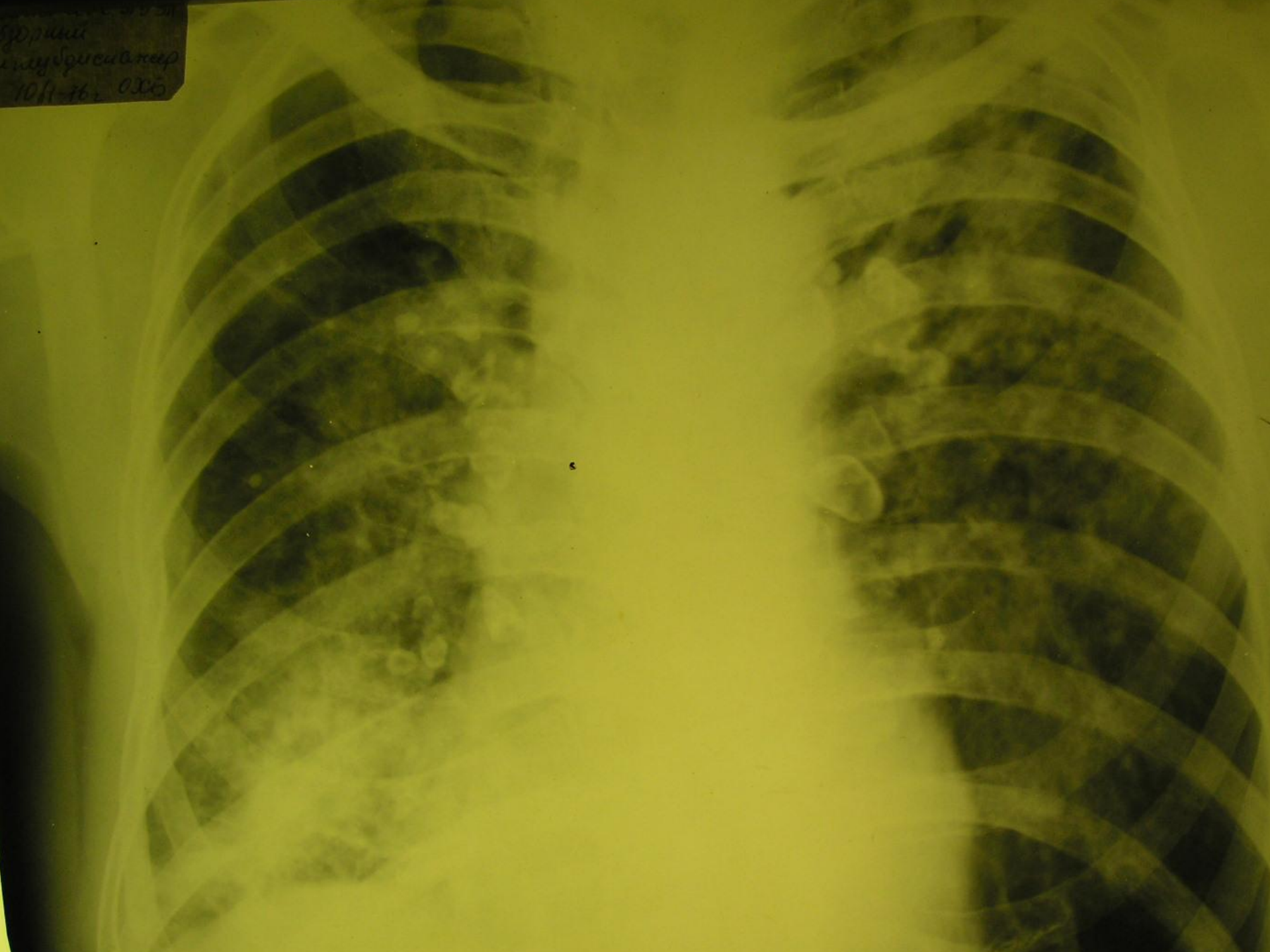


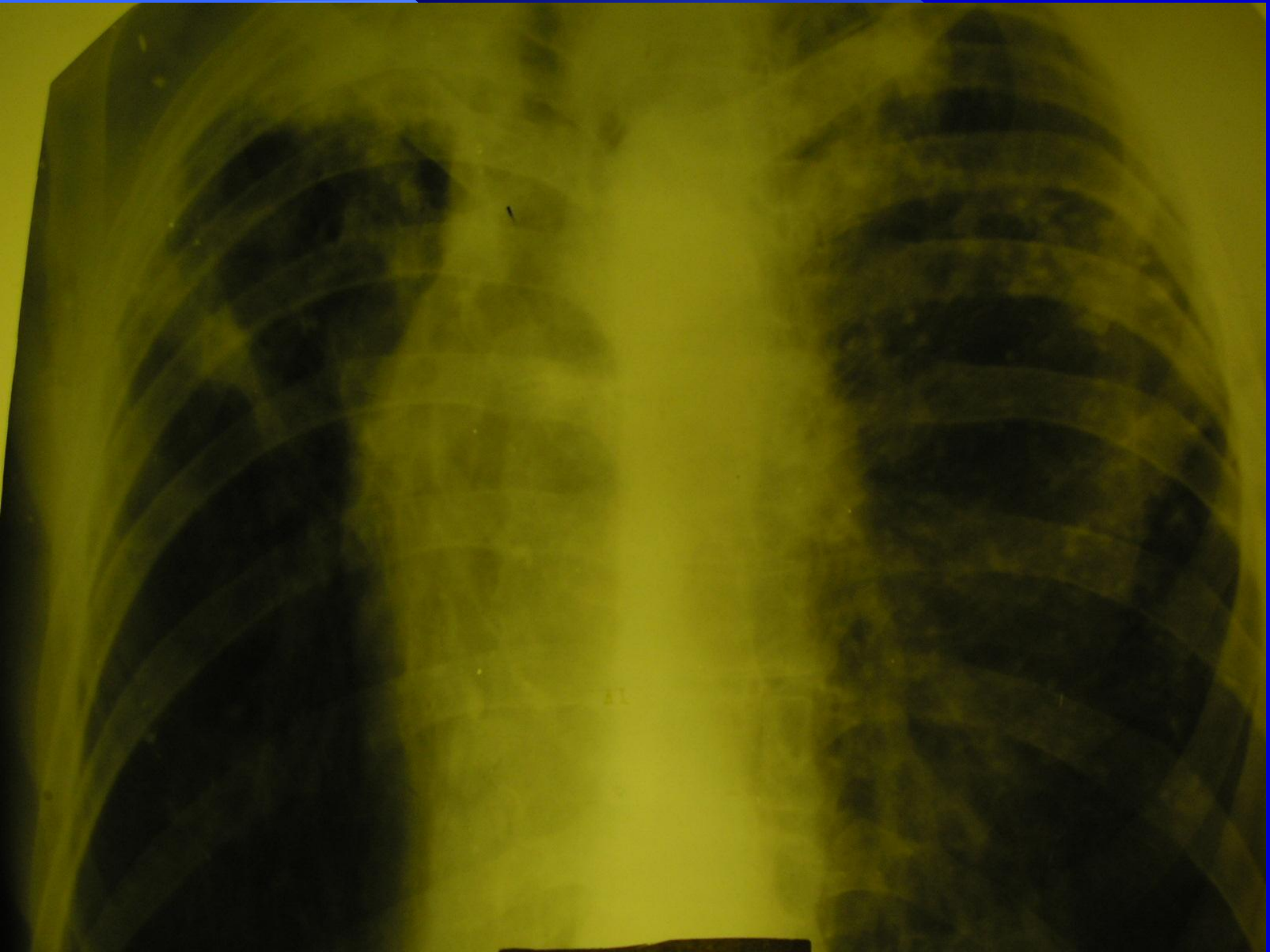


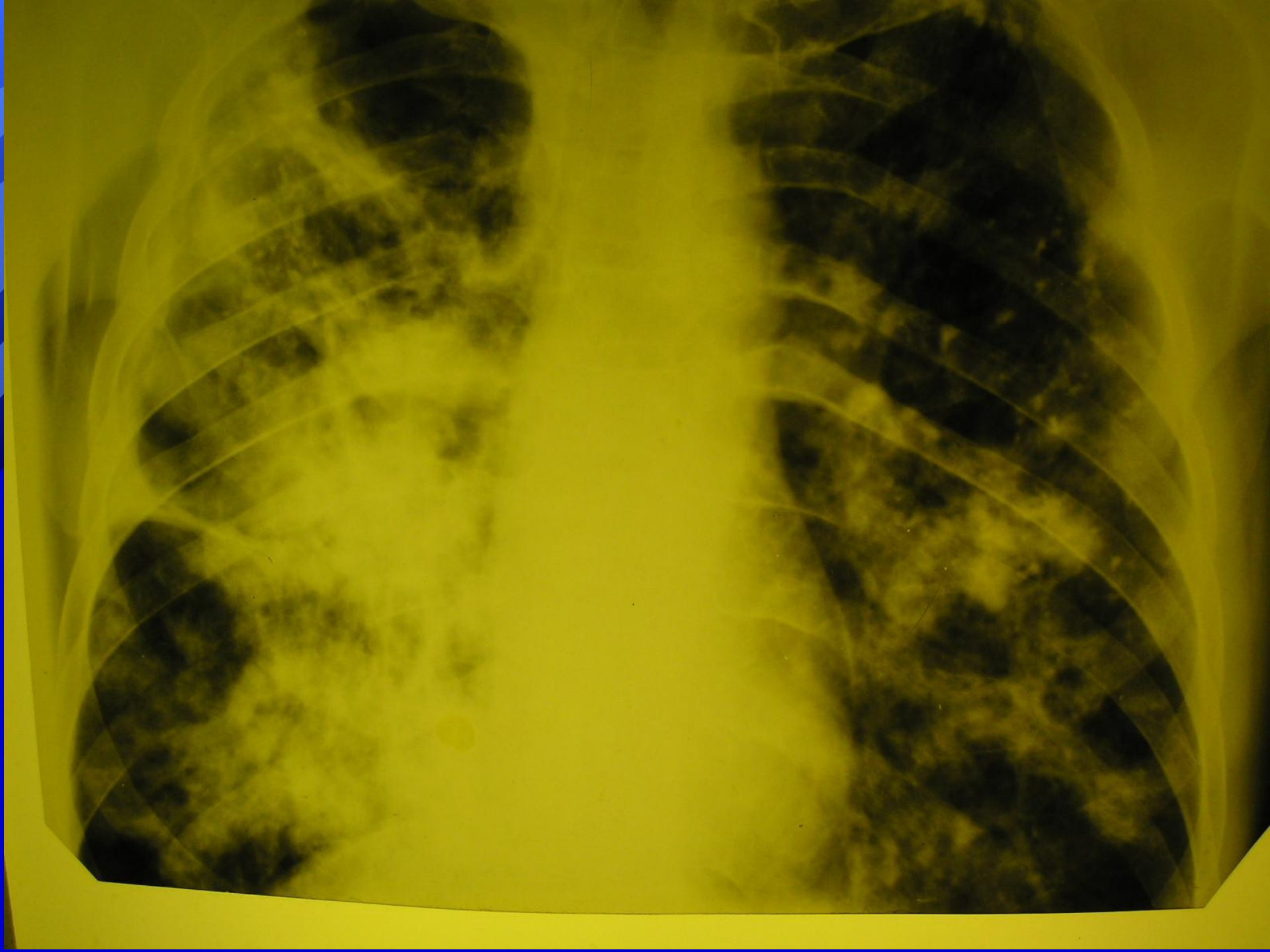
284
210 04 100000
70 01
12 VII 52

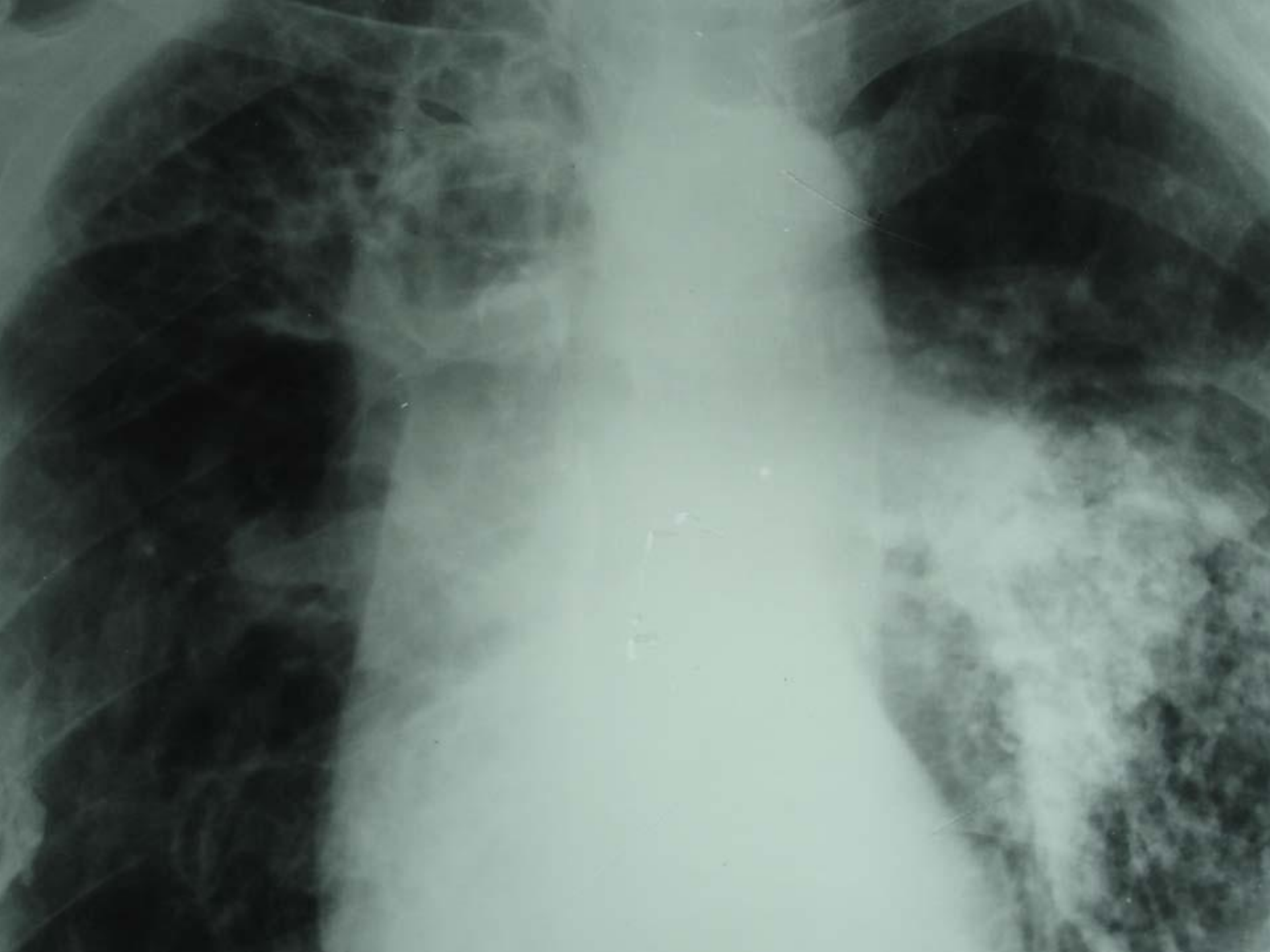


Др. Рини
Мушкетер
10.11.16. 025







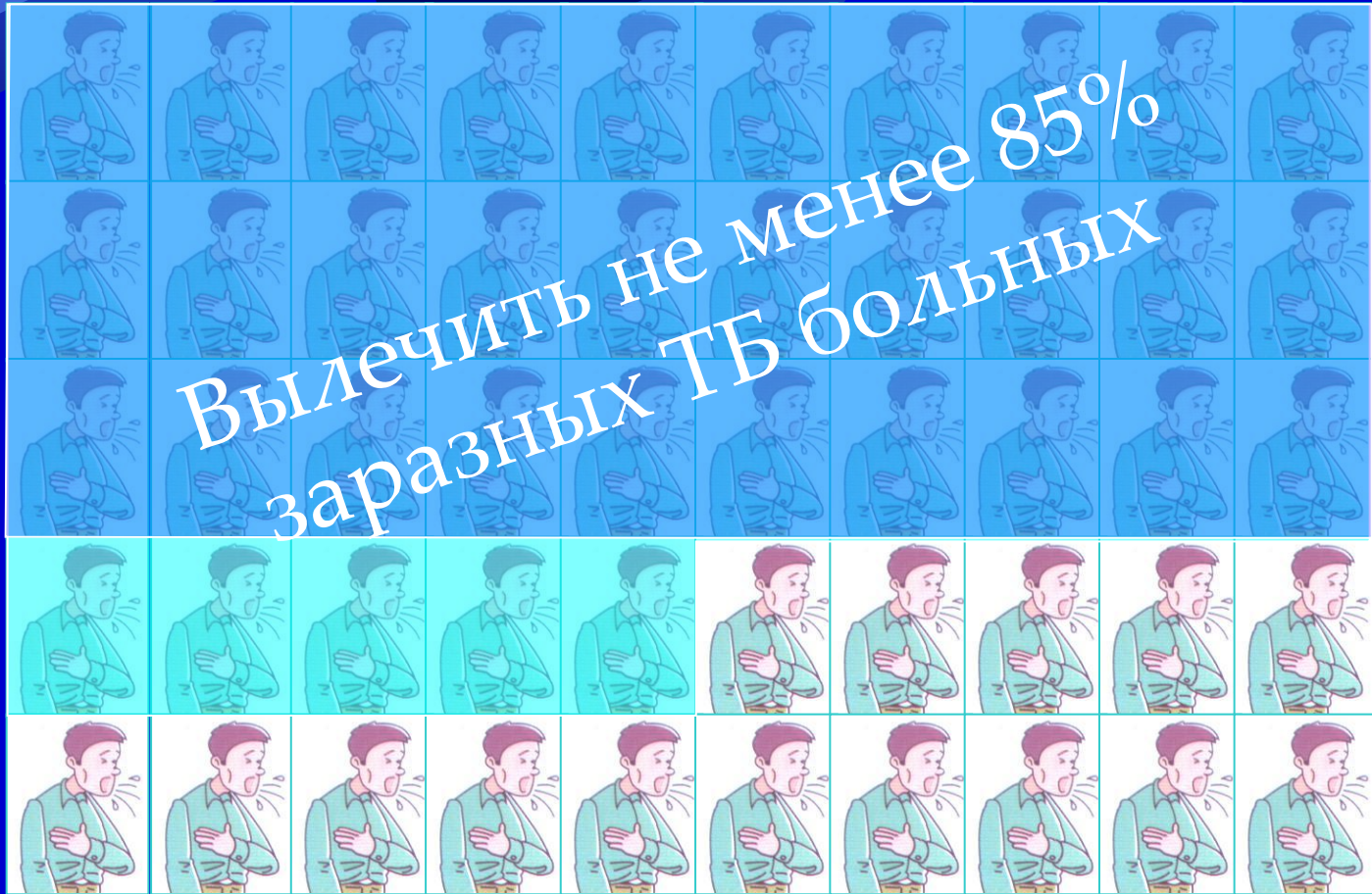




The background is a deep blue color. On the left side, there are several curved, overlapping bands of lighter blue, creating a sense of depth and movement. In the center, there is a dark blue, almost black, curved shape that resembles a shadow or a deep crevice. The overall composition is abstract and modern.

Лечение туберкулеза

Высокий показатель излечения больных



Принципы лечения туберкулёза по А.Г. Хоменко

- Лечение должно быть ранним и своевременным,
- Лечение должно быть комплексным,
- Лечение должно быть длительным и непрерывным,
- В лечении должна быть преемственность.

Основные принципы лечения туберкулеза

- Лечение должно быть комплексным, обязательно назначение нескольких (не менее 3-х) противотуберкулезных препаратов (ПТП), ЦЕЛЬ – профилактика лекарственной устойчивости,
- Лечение должно быть достаточно длительным, не менее 6 месяцев. ЦЕЛЬ - профилактика рецидива

Методы лечения туберкулёза

- Этиотропная антибактериальная терапия (химиотерапия)
- Патогенетическая терапия
- Хирургические и коллапсотерапевтические методы
- Санаторно-курортные методы, укрепляющие резистентность организма

Классификация противотуберкулёзных препаратов по приоритетности применения

- **Пероральные препараты I ряда :**
 - Изониазид (H),
 - Рифампицин (R),
 - Пиразинамид (Z),
 - Этамбутол (E),
- **Инъекционные препараты:**
 - Стрептомицин (I ряд)
 - Канамицин, Амикацин (II ряд),
 - Капреомицин (II ряд),

Классификация противотуберкулёзных препаратов по приоритетности применения

- **Фторхинолоны (II ряд):**
 - Ципрофлоксацин,
 - Офлоксацин,
 - Левофлоксацин,
 - Моксифлоксацин,
 - Гатифлоксацин,
 - Спарфлоксацин,
 - Ломефлоксацин (по некоторым источникам – малоэффективен)

Классификация противотуберкулёзных препаратов по приоритетности применения

- **Другие препараты II ряда:**

- Протионамид, этионамид,
- Циклосерин, теризидон,
- ПАСК
- Тиацетазон (абсолютно противопоказан при ВИЧ-инфекции)

- **Препараты, активные «in vitro», с неподтвержденной активностью «in vivo»:**

- Амоксициллин с клавулоновой кислотой
- Кларитромицин

Что произойдет, если бесконтрольно применять ПТП II ряда?

- Быстро разовьется устойчивость к применяемым ПТП II ряда, как это уже случилось с основными ПТП
- У больных резистентными формами туберкулеза будет отнята последняя надежда на излечение
- Бурно начнет увеличиваться количество XDRTB (больных с чрезвычайной резистентностью к ПТП), лечение которых не под силу не одному специалисту

Методы приёма лекарств

- **NO-DOT** – самостоятельный приём лекарств, назначенных врачом,
- **DOT** (*directly observed treatment*) - непосредственно контролируемое лечение, когда каждая доза лекарства контролируется медицинским персоналом,
- **Смешанный** – когда контролируется не каждая доза лекарства или контроль проводится не медицинским персоналом.

Этапы лечения туберкулёза

- **I Интенсивная фаза (ИФ)**
– уничтожение
метаболически активных и
фагоцитированных МТБ
макрофагами
(эффект - достижение конверсии
мазка из положительного в
отрицательный)

Второй этап лечения туберкулёза

- *II Поддерживающая фаза (ПФ) – уничтожение семидормантных микобактерий.*
- *Ее цель - закрепить эффект лечения и не допустить развитие рецидива.*

Критерии определения категорий лечения больных

зависят от:

- локализации процесса - лёгочная или
внелёгочная,*
- тяжести заболевания,*
- выделения МБТ,*
- ранее проведённого лечения
противотуберкулёзными
препаратами*

Определение категорий лечения

- I:
 - вновь выявленные с положительным мазком
 - вновь выявленные с отрицательным мазком, но обширными паренхиматозными поражениями легких
 - внелёгочные, относящиеся к тяжёлобольным
- II:
 - рецидивы
 - неблагоприятные исходы
 - лечение после перерыва (ЛПП)

Определение категорий лечения

- **III:**

- вновь выявленные с отрицательным мазком с небольшими паренхиматозными поражениями легких
- внелёгочные, не относящиеся к тяжёлобольшим,

- **IV**

- Больные хронической формой ТБ,
- Больные с мультирезистентными формами ТБ

Стандартное лечение туберкулёза это:

- *самая эффективная комбинация ПТП на нынешнем этапе*
- *научно обоснованный подбор наиболее эффективных ПТП как в интенсивной, так и в поддерживающей фазе лечения*
- *оптимальная дозировка*
- *относительно хорошая толерантность*
- *минимум побочных явлений*
- *неоднократно проверено на практике*

Всё это - наилучший эффект

лечения

Лечение стандартное, подход индивидуален!

*Стандартное лечение не означает,
что у врача нет выбора. Врач
может выбрать:*

- режим лечения (ежедневный или интермиттирующий)*
- ПТП (комбинированный или одиночный)*
- форму введения ПТП и др.*

Мониторинг лечения

- Апробированный ВОЗ метод мониторинга – микроскопическое и бактериологическое исследование, а не Rö. Мониторинг лечения проводится в следующие периоды:
 - после интенсивной фазы лечения,
 - ещё через дополнительный месяц, если не наступила конверсия мазка,
 - на 5 месяце,

Результаты лечения

- Прекращение бактериовыделения является важнейшим показателем эффективности химиотерапии.
- Это свидетельствует об уничтожении или резком уменьшении МТБ, что является причиной туберкулёза.

Результаты лечения (ВОЗ)

- *Вылечен*
- *Лечение завершено*
- *Умер*
- *Неблагоприятный исход (мазок положительный на 5-ом месяце лечения)*
- *Нарушение режима (после 1-месячного лечения больной по каким-либо причинам прервал лечение на 2 месяца и более)*
- *Переведён*

Определение результатов лечения

- Больные, у которых наступило стойкое абациллирование (подтверждённое двукратными отрицательными мазками и посевами мокроты), считаются вылеченными.
- Больные, у которых абациллирование не подтверждено двукратной бактериоскопией мазка мокроты и посевами или изначально были отрицательные, считаются не вылеченными, а завершившими лечение.

Шаги для увеличения эффективности лечения

- Своевременное выявление,
- Стандартизированное лечение,
- Организация контроля за приемом препаратов,
- Улучшение качества лабораторной диагностики устойчивых форм ТБ,
- Информационно-просветительная работа с пациентом,
- Организация социальной помощи пациентам.

Вывод

- *Лечение заразных случаев туберкулеза является главным методом борьбы с эпидемией туберкулеза,*
- *Достижение 85% эффективности лечения при условии выявления 70% заразных случаев ТБ позволяет взять под контроль эпидемию ТБ и ведет к постепенному снижению заболеваемости ТБ.*