

Фиброзно-кавернозный туберкулёз

Факультет: ОМ

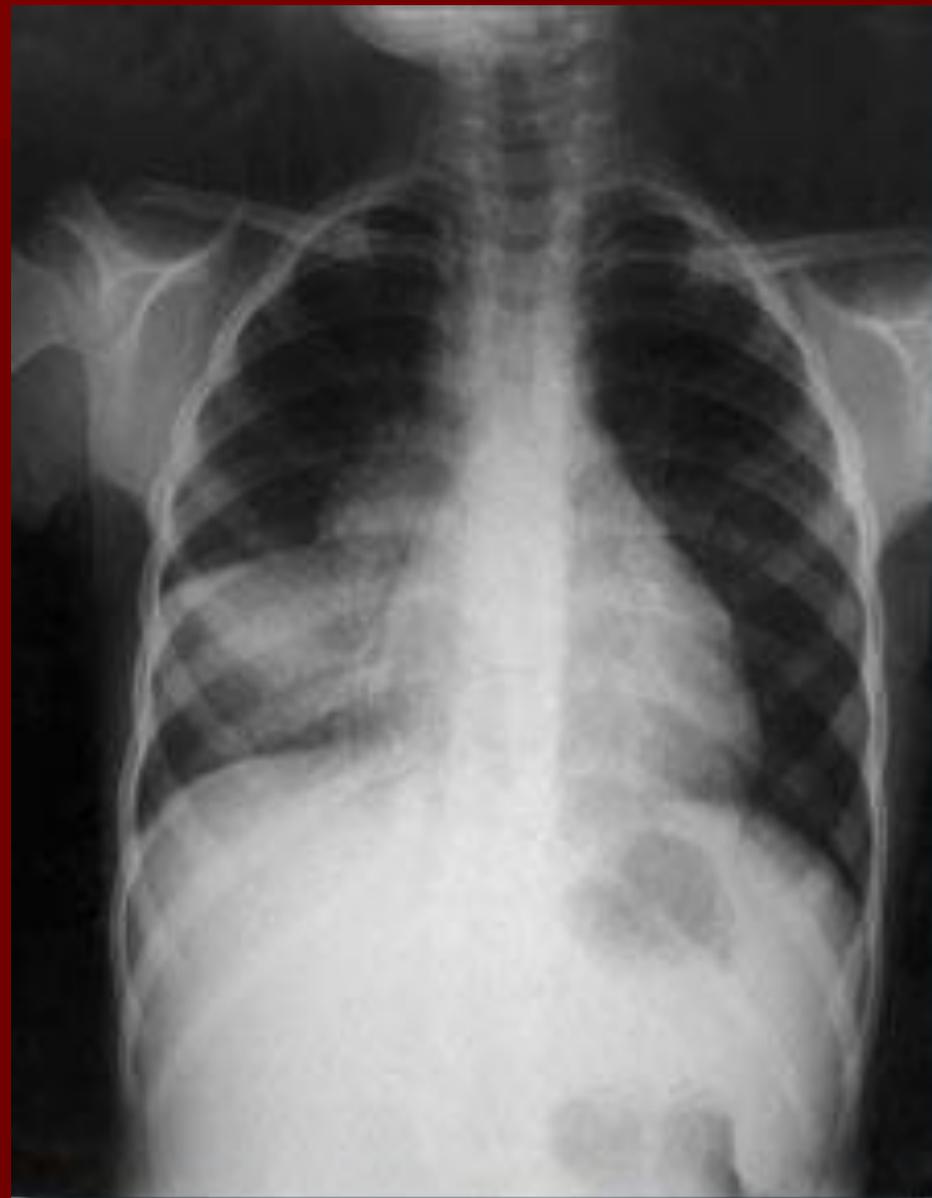
Группа: 57-2

Студент: Есетова Гульнур

Алматы-2015

Определение

■ **Фиброзно-кавернозный туберкулез** легких является хроническим кавернозным процессом, характеризующимся наличием нескольких или одной каверны с выраженным фиброзом в ее стенке и в окружающей легочной ткани и многочисленными очагами обсеменения. Для этой формы патогномонично длительное со вспышками или непрерывно прогрессирующее течение с симптомами деструктивного и реструктивного поражения легких.



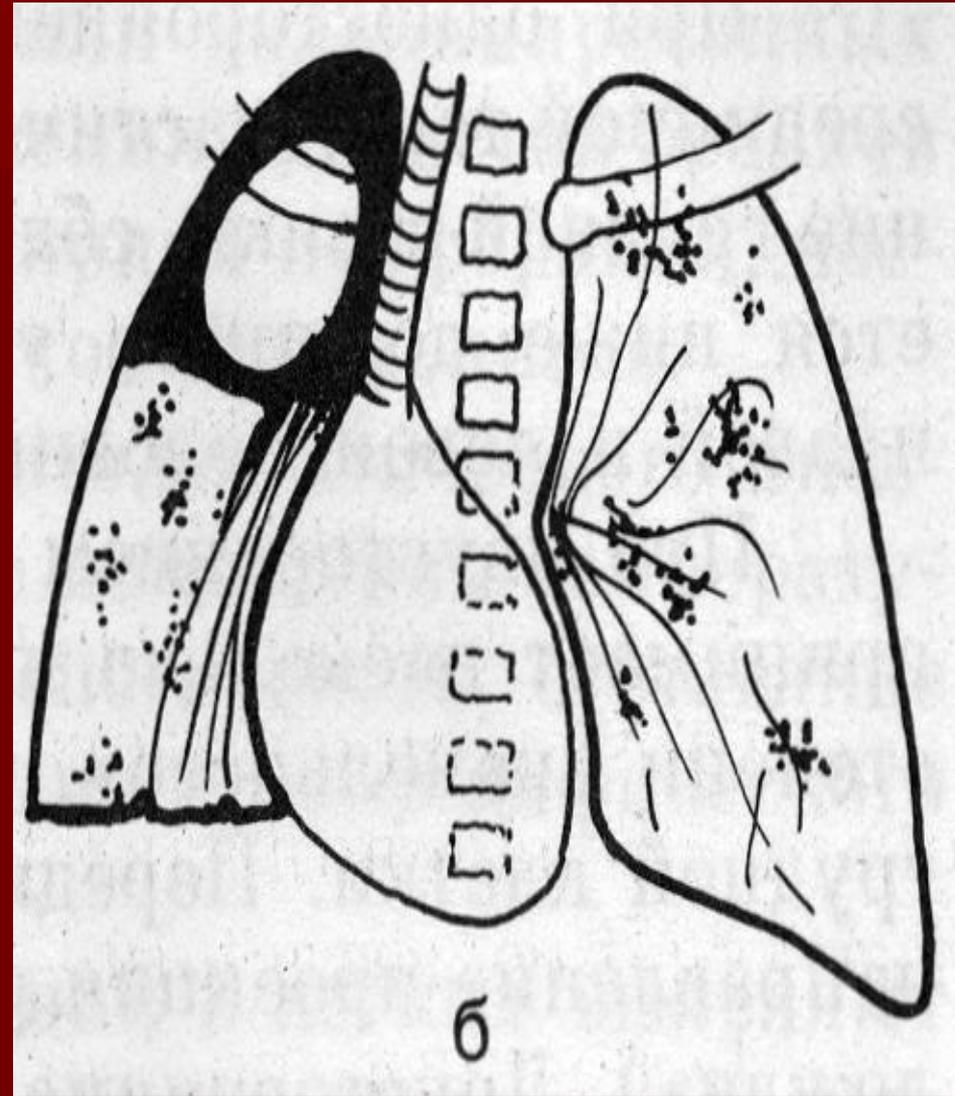
Эпидемиология

- Больные фиброзно-кавернозным и кавернозным туберкулезом среди впервые выявленных больных составляют 5—6 %, а среди больных, наблюдающихся в диспансере по поводу активного туберкулеза,— 8—10 %, из них кавернозный туберкулез диагностируют менее чем у 1 %.
- Кавернозным и фиброзно-кавернозным туберкулезом легких болеют в основном взрослые. У детей с первичным туберкулезом первичный комплекс, его легочный компонент и туберкулез внутригрудных лимфатических узлов редко подвергаются расплавлению казеоза с образованием каверн.
- Фиброзно-кавернозный туберкулез и его осложнения являются основной (75—80 %) причиной смерти больных туберкулезом легких. Различают следующие клинические формы:
 - кавернозный туберкулез;
 - фиброзно-кавернозный ограниченный;
 - фиброзно-кавернозный распространенный прогрессирующий.

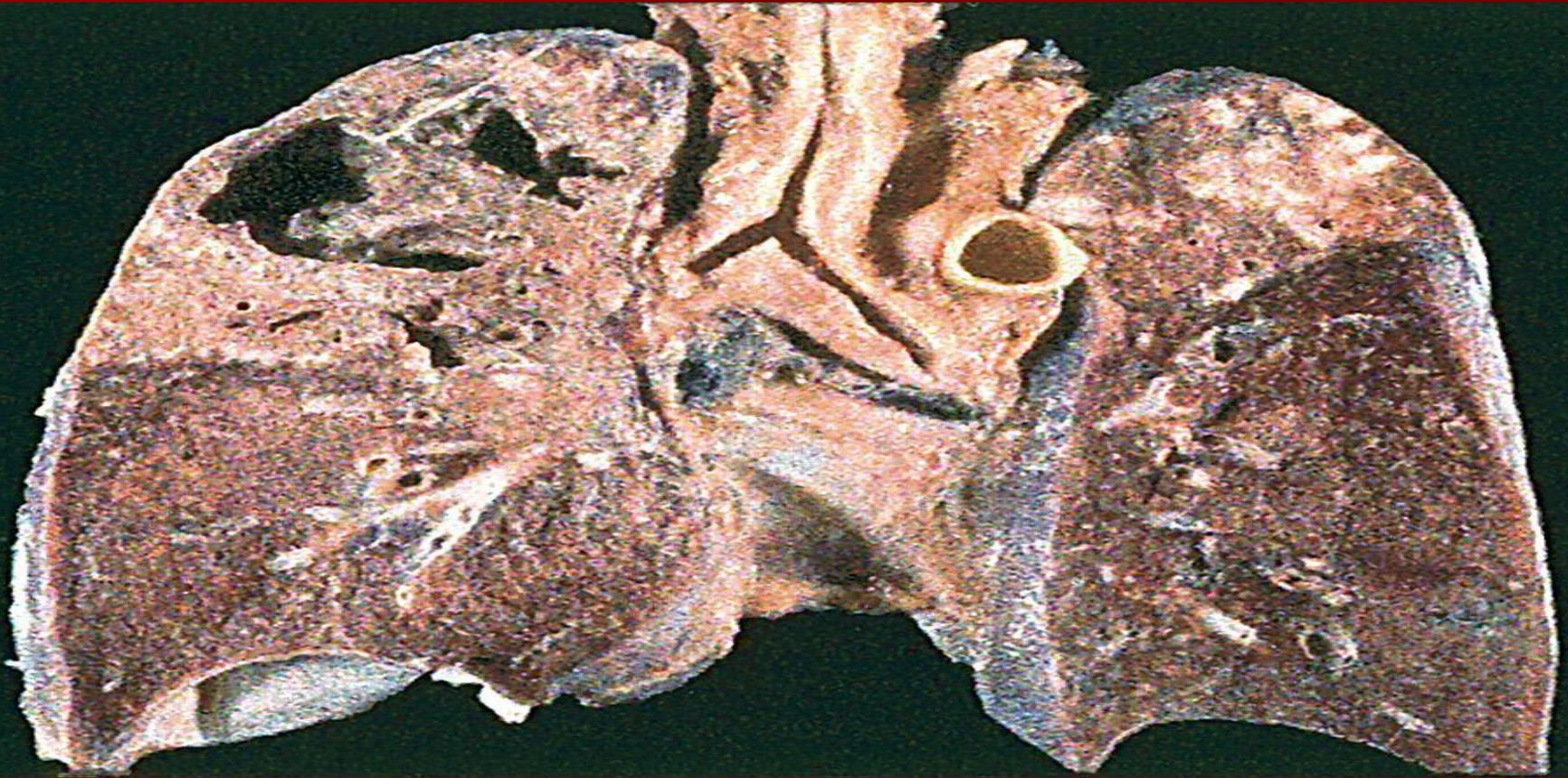
Патогенез

- Фиброзно-кавернозный туберкулез возникает в результате прогрессирования любой другой формы туберкулеза легких. При отсутствии склонности каверны к рубцеванию вокруг нее начинает разрастаться соединительная ткань, что приводит к деформации каверны. Так происходит старение каверны и развитие фиброзно-кавернозного туберкулеза. Этот период обычно составляет 1,5—3 года.

- Фиброзно-кавернозный туберкулез характеризуется наличием в одном или обоих легких одной или нескольких каверн, расположенных среди фиброзно измененной легочной ткани.



Патоморфология



стенка каверны становится плотной, построенной из трех слоев:
внутренний — пиогенный, некротический, богатый распадающимися лейкоцитами;
средний — слой туберкулезной грануляционной ткани, богатый сосудами;
наружный — соединительнотканый, причем среди прослоек соединительной ткани видны участки ателектазированной ткани легкого.

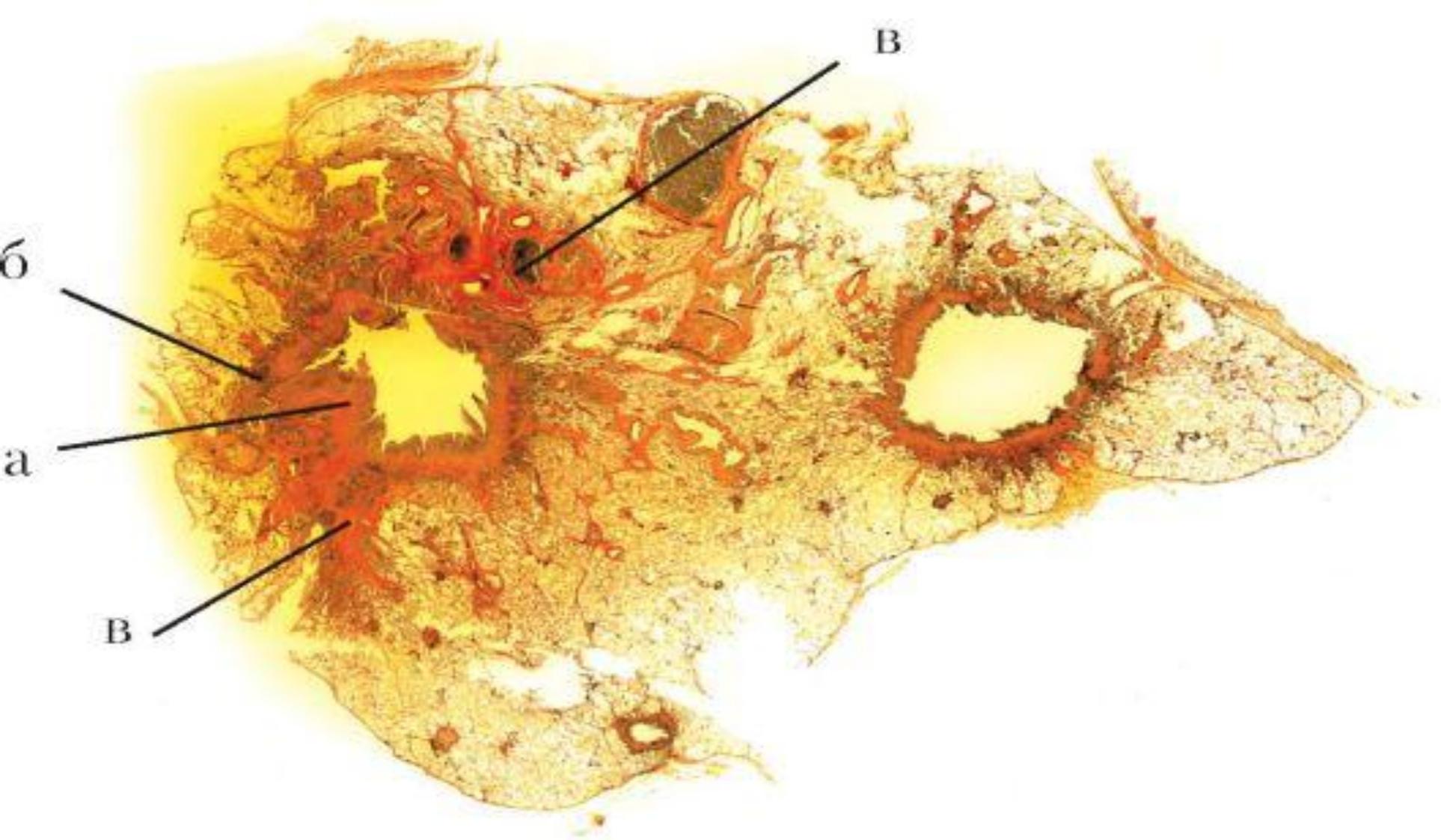


Рис. 1-21-2. Макропрепарат. Фиброзно-кавернозный туберкулез. Трехслойное строение стенки каверны: внутренний слой некроза (а), под ним слой туберкулезной грануляционной ткани (б) и снаружи неспецифическая грануляционная ткань (в). (Из архива проф. Лебедевой З.А.)

Классификация

- В соответствии с патологоанатомической классификацией каверн, учитывающей их патогенез, принято различать:
- **свежие распадающиеся (прогрессирующие) каверны**
- **свежие эластические каверны**
- **капсулированные каверны**
- **фиброзные каверны**
- **санированные**

Клиническая картина

Больные фиброзно-кавернозным туберкулезом жалуются на:

- - слабость
- - кашель с мокротой
- - одышку

Состояние их чаще удовлетворительное, при распространенном поражении легких — средней тяжести. Температура тела до начала лечения обычно субфебрильная.

Прогрессирующее течение заболевания сопровождается:

- - выраженной слабостью
- - потерей массы тела
- - повышенной влажностью кожных покровов
- - наблюдается акроцианоз



Объективно

- Длительное прогрессирующее течение приводит к развитию кахексии (*habitus phtysicus*). Грудная клетка имеет бочкообразную форму; на стороне поражения наблюдается западение надключичных и подключичных впадин и отставание пораженной стороны грудной клетки при дыхании.
- Перкуторно укорочение звука над пораженными участками и коробочный звук над менее пораженными долями.
- Дыхание жесткое или бронхиальное, выслушивается умеренное количество разнокалиберных влажных хрипов.

Туберкулинодиагностика

- У больных фиброзно-кавернозным туберкулезом чувствительность к туберкулину различна: от положительной (при ремиссии) до слабоположительной и даже отрицательной (при прогрессирующем течении, особенно осложненном казеозной пневмонией, амилоидозом).

Лабораторные исследования

- МБТ в мокроте обнаруживаются постоянно и в большом количестве. У больных фиброзно-кавернозным туберкулезом в период вспышки увеличивается количество лейкоцитов до $19\text{—}20 \times 10^9/\text{л}$ и палочкоядерных нейтрофилов, снижается количество эозинофилов и лимфоцитов, значительно увеличивается СОЭ (до $30\text{—}50$ мм/ч).
- Анемия возникает у больных при осложнении туберкулеза казеозной пневмонией, амилоидозом, массивным легочным кровотечением. В моче в период вспышки заболевания отмечаются небольшая протеинурия, единичные лейкоциты и эритроциты.
- Существенно изменяются показатели функции печени, почек желудка и кишечника. Для больных фиброзно-кавернозным туберкулезом характерны гипофункция системы гипофиз — кора надпочечников, угнетение органов системы иммунитета.

Бронхоскопическое исследование

- Туберкулез бронха — нередкое осложнение фиброзно-кавернозного туберкулеза. Он возникает в результате распространения МБТ из каверны по бронхам. Туберкулез бронхов обнаруживается при бронхоскопии у 10—20 % больных. Иногда туберкулез поражает трахею и гортань. Часто обнаруживается также неспецифический дренажный эндобронхит.

Исследование функции дыхания и кровообращения

- Для больных фиброзно-кавернозным туберкулезом характерно ухудшение показателей внешнего дыхания и функции кровообращения с возникающими при этом снижением окислительных процессов, гипоксией и гипоксемией, нарушением многих видов обмена веществ.
- Развивающиеся легочное сердце и легочно-сердечная недостаточность могут быть причиной смерти больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких. наблюдается также нарушение функции внешнего дыхания преимущественно по рестриктивному типу и гипоксемия.

Рентгенологическая картина

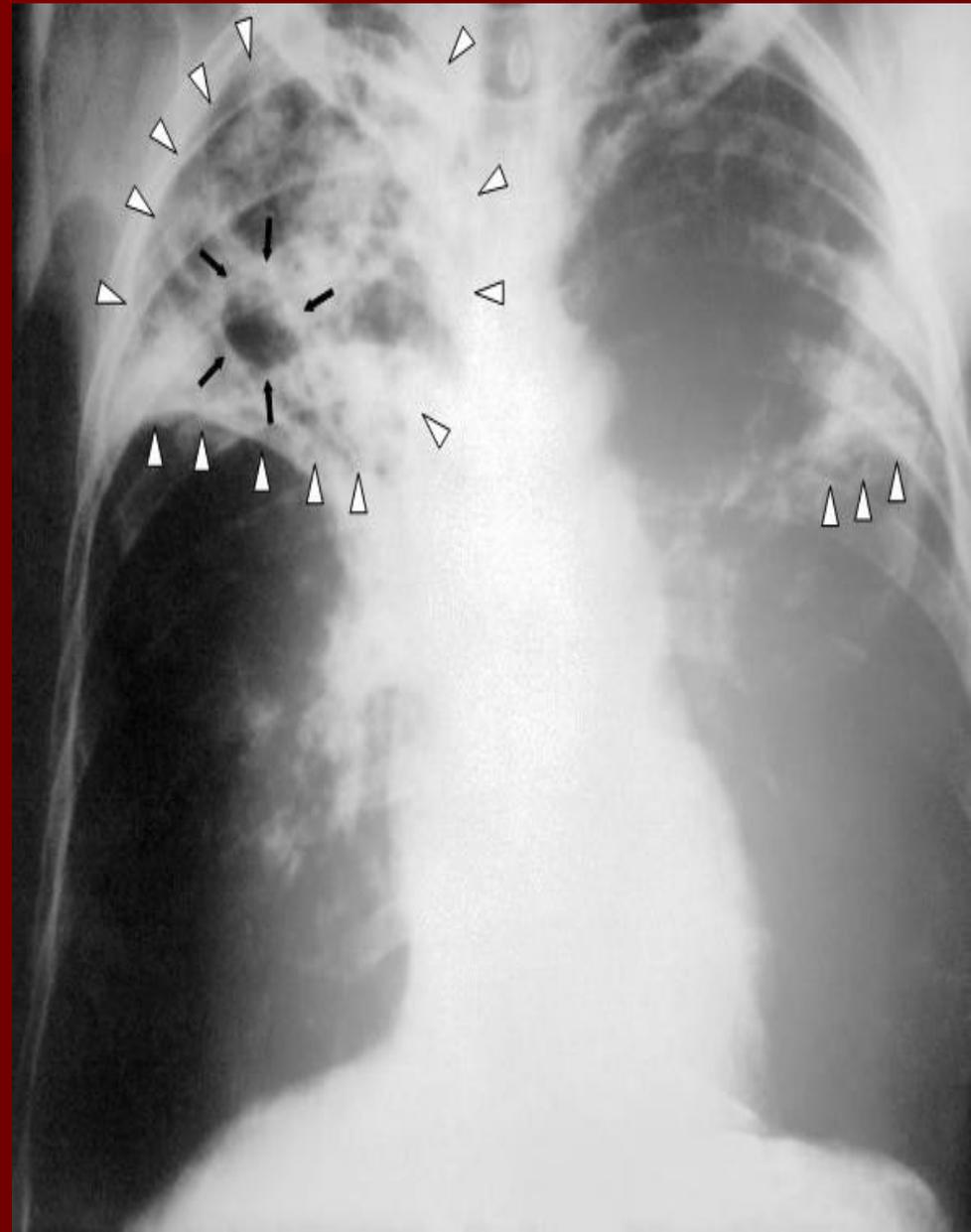
Рентгенологическая картина зависит от давности заболевания и распространения поражения.

Характерным является наличие одной или нескольких кольцевидных теней каверн, фиброзного сморщивания пораженных отделов легкого, очагов бронхогенного обсеменения.

Каверны могут быть величиной от 2—4 см в диаметре до размера доли легкого.

Форма каверны неправильная, бобовидная, а при объединении нескольких полостей — полициклическая. Очертания

внутреннего края тени стенки каверны резкие, наружный контур определяется неясно, часто не контурируется на фоне уплотненной окружающей легочной ткани.



Диагностика

- у большинства больных в анамнезе имеются указания на туберкулез, подтвержденный наличием бактериовыделения и результатами противотуберкулезной терапии.
- У больных с впервые выявленным кавернозным или фиброзно-кавернозным туберкулезом при постановке диагноза необходимо учитывать длительное хроническое развитие заболевания, несоответствие жалоб и выявленных при объективном обследовании изменений большому деструктивно-склеротическому процессу в легких.
- Наличие очагов, фиброзной тяжистости вокруг каверны — важные рентгенологические признаки туберкулеза. У больных с впервые выявленным деструктивным туберкулезом в мокроте постоянно обнаруживаются МБТ, тогда как отсутствие бактериовыделения у больных с каверной в легком ставит под сомнение диагноз туберкулеза.

Дифференциальную диагностику

- проводят в основном с другими хроническими воспалительными деструктивными заболеваниями легких — хроническим абсцессом, бронхоэктатической болезнью, грибковыми поражениями.

Лечение

- проводят в стационаре противотуберкулезного учреждения на фоне гигиено-диетического режима. Лечебный и двигательный режимы определяются состоянием больного. Лечебное питание соответствует диете №11.

- Больным с впервые выявленным кавернозным и фиброзно-кавернозным туберкулезом легких назначают 3—4 противотуберкулезных препарата, в том числе изониазид, рифампицин и стрептомицин.

- Для введения лекарственных средств используют методы, обеспечивающие создание высокой концентрации препаратов в легких. Для этого их вводят внутривенно, внутрибронхиально, а при больших кавернах непосредственно в полость каверны.

- Проведение интенсивной химиотерапии приводит к прекращению бактериовыделения, рассасываются очаги бронхогенного метастазирования, а затем закрываются полости. Если через 4—6 мес лечения каверна сохраняется и нет тенденции к ее уменьшению, производят хирургическое удаление пораженных отделов легкого или другое хирургическое вмешательство.

- При невозможности выполнить операцию продолжают химиотерапию с использованием противотуберкулезных препаратов, к которым чувствительны МБТ. Цель терапии — ликвидировать вспышку туберкулеза и прекратить бактериовыделение.

Литература

1. Визель А.А., Гурылева М.Э. Туберкулез / Под ред. М.И. Перельмана. - М., 1999.
2. Кошечкин В.А., Иванова З.А. Туберкулез: *Tuberculosis*: Учебное пособие. - М.: Изд-во РУДН, 2006. - 276 с.: ил. (на рус. и англ. яз.).
3. Перельман М.И., Корякин В.А., Богадельникова А.В. Фтизиатрия: Учебник. - М., 2004.
4. Фтизиатрия: национальное руководство / под ред. М.И. Перельмана. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 512 с. (Серия «Национальные руководства»).