

Туберкулез бронхов

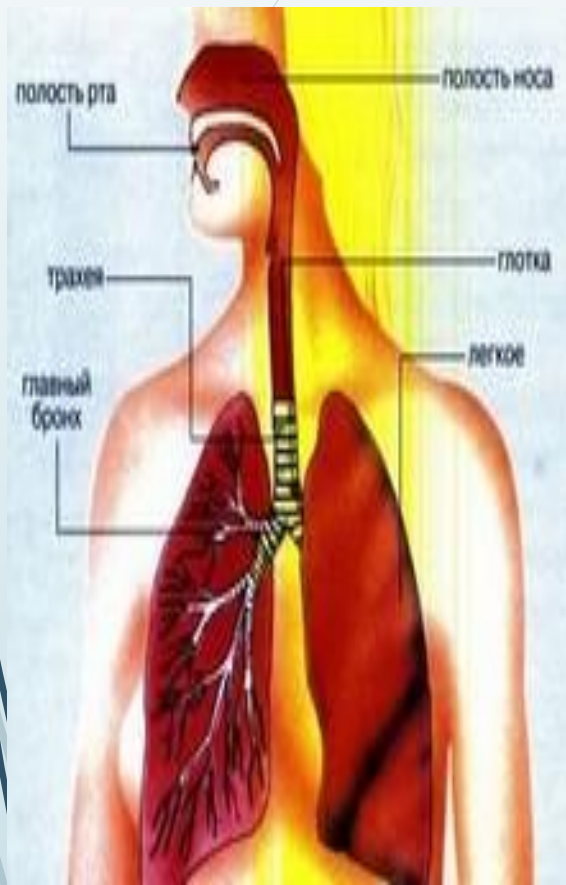
Выполнила: Раймкулова А.

Группа: 689 ВБ

Проверила: Толеубекова К.А.

Астана 2017 г.

Туберкулез бронхов



Туберкулез бронха, трахеи, гортани и других отделов верхних дыхательных путей является осложнением туберкулеза легких или внутригрудных лимфатических узлов. Только в отдельных случаях туберкулез дыхательных путей бывает изолированным поражением. Среди всех локализаций туберкулеза дыхательных путей в основном встречается туберкулез бронха. У больных с различными формами внутригрудного туберкулеза он диагностируется в 3—10 % случаев.

Крайне редко возникает туберкулез гортани и особенно ротоглотки.

По данным аутопсий, туберкулез бронха обнаруживают в основном у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом в 1—2 % случаев.

Туберкулез бронхов

Патогенез и патологическая анатомия. Туберкулез бронха — нередкое осложнение первичного туберкулеза, возникающее в результате прорастания грануляций из расположенных рядом казеозно-измененных лимфатических узлов.

При вторичном туберкулезе могут также поражаться трахея, гортань, глотка и другие отделы дыхательных путей. Инфицирование происходит в результате интраканаликулярного или по контакту распространения МБТ, гематогенного и лимфогенного метастазирования МБТ.

Как правило, туберкулез бронхов, трахеи и верхних дыхательных путей осложняет несвоевременно диагностированный или запущенный туберкулез органов дыхания.

Туберкулез бронха и трахеи бывает инфильтративным язвенным и рубцовым, поражение — ограниченной протяженности, преимущественно продуктивного и реже экссудативного характера.

Туберкулез бронхов

Инфильтраты нерезко очерчены, умеренно гиперемированы, поражаются все слои стенки бронха. При казеозном некрозе и распаде инфильтрата на его поверхности образуется язва — язвенный туберкулез гортани. Иногда он может быть представлен бронхолимфонодулярным свищом, проникающим в казеозно-измененный лимфатический узел корня легкого. Выделение казеоза с МБТ из свищевого отверстия может быть причиной образования очагов бронхогенного обсеменения в легких. Регрессирование туберкулеза бронха завершается образованием фиброзной ткани — от небольшого рубца до фиброзного стеноза бронха.

Классификация:

Активный туберкулез бронхов:

- Локальный туберкулезный энобронхит.
- Инфильтративная форма.
- Язвенная форма.
- Язвенно-свищевая, бронхо-фистульная (бронхолитиаз).

- Клинически характеризуется синдромом бронхиального раздражения большей или меньшей степени выраженности. При бронхолите нередко легочные кровотечения.

Неактивный туберкулез бронхов (стеноз):

- Концентрический рубцовый стеноз.
- Пристеночный рубцовый стеноз.
- Стеноз может быть истинным (рубцовым) и функциональным (при воспалении).
- По степени обтурации бронха делится на 3 степени.

Эндоскопическая картина ТБ бронха

- **Инфильтративный ТБ** характеризуется ограниченным округлым или полуовальным невысоким инфильтратом с достаточно четкими контурами, с преобладанием экссудативной или пролиферативной реакцией, в ряде случаев с наличием функционального стеноза.
 - Преимущественная локализация – устье бронха вентилирующего пораженный сегмент.
- **Язвенный ТБ** – инфильтрат распадается, в центре его образуется язва, края ее обычно неровные, рыхлые, подрытые, дно гладкое, либо покрыто фибрином, слизистая вокруг отечна, гиперемирована. В дальнейшем появляются грануляции, исходящие из дна язвы. Они напоминают множественные небольшие легко кровоточащие полипы.

Эндоскопическая картина ТБ бронха

- **Язвенно-свищевая форма** – осложнение бронхоаденита (первичный генез). Макроскопическая картина представляет выбухающий инфильтрат (по типу фурункула), со временем формируется кратерообразный свищ, иногда с бронхолитом.
- **Рубцовые стенозы** являются исходом тяжелых поражений ТБ бронха, и формируются если воспалительный процесс глубоко проникает в стенку бронха, поражает хрящ. Эндоскопически бронх деформирован, слизистая над ним не изменена.

Туберкулез бронхов

Симптоматика. Туберкулез бронхов и гортани является осложнением туберкулеза органов дыхания, который в основном и определяет клиническое состояние больного.

Туберкулез бронха возникает постепенно и протекает бессимптомно или с жалобами на сухой упорный кашель, боль за грудиной, одышку.

Инфильтрат на слизистой оболочке может полностью закрыть просвет бронха, в связи с чем подостро или остро возникают одышка и другие симптомы обтурационной вентиляционной недостаточности.



Туберкулез бронхов

9

Рентгеносемиотика. Рентгенологическое исследование как метод непосредственной диагностики туберкулезного поражения бронха и других отделов дыхательных путей малоинформативно. На компьютерной томограмме выявляются деформация и сужение бронхов. Характерна рентгенологическая картина при осложнении туберкулеза бронха ателектазом.

Поскольку туберкулез гортани, бронха, трахеи, ротоглотки не является единственной локализацией туберкулеза, то во всех случаях их поражения необходимо провести рентгенографию легких и томографию средостения.

Туберкулинодиагностика. Туберкулиновые пробы не дают дополнительной информации, реакция на туберкулин в большей степени характеризует основное заболевание. Туберкулиновые пробы имеют диагностическое значение при неясной этиологии заболевания органов дыхания: положительная и тем более гиперергическая реакция указывают на возможность туберкулеза.

Туберкулез бронхов



Томограмма левого легкого больного Н. 47 лет (срез 8 см). В 1-2-м сегменте — фокусного характера тень с тяжистыми контурами и очаговыми изменениями по периферии. МБТ+ в мокроте. Диагноз диспансера: инфильтративный туберкулез



Боковая томограмма левого легкого того же больного (срез 7 см). Стенки Б1+2 уплотнены, а его субсегментарные ветвления инфильтрированы, видны очаги лимфогенной диссеминации. Бронхоскопия — рубцовая деформация устьев Б1 и Б2. Клинический диагноз: туберкулез субсегментарных бронхов в фазе инфильтрации, МБТ+



Бронхограмма левого легкого в боковой проекции того же больного. Просветы бронхов левого легкого неравномерной ширины. Бронхи пирамиды с цилиндрическими и мешотчатыми бронхоэктазами

Туберкулез бронхов



Лабораторные исследования. При язвенных формах туберкулеза дыхательных путей у больных в мокроте могут быть обнаружены МБТ.

При отсутствии деструктивного туберкулеза легких тщательное эндоскопическое исследование позволяет определить источник МБТ, которым может быть туберкулезный очаг в бронхе, трахее.

Изменения гемограммы соответствуют сдвигам цитологических и биохимических показателей крови при основном заболевании.

Туберкулез бронхов

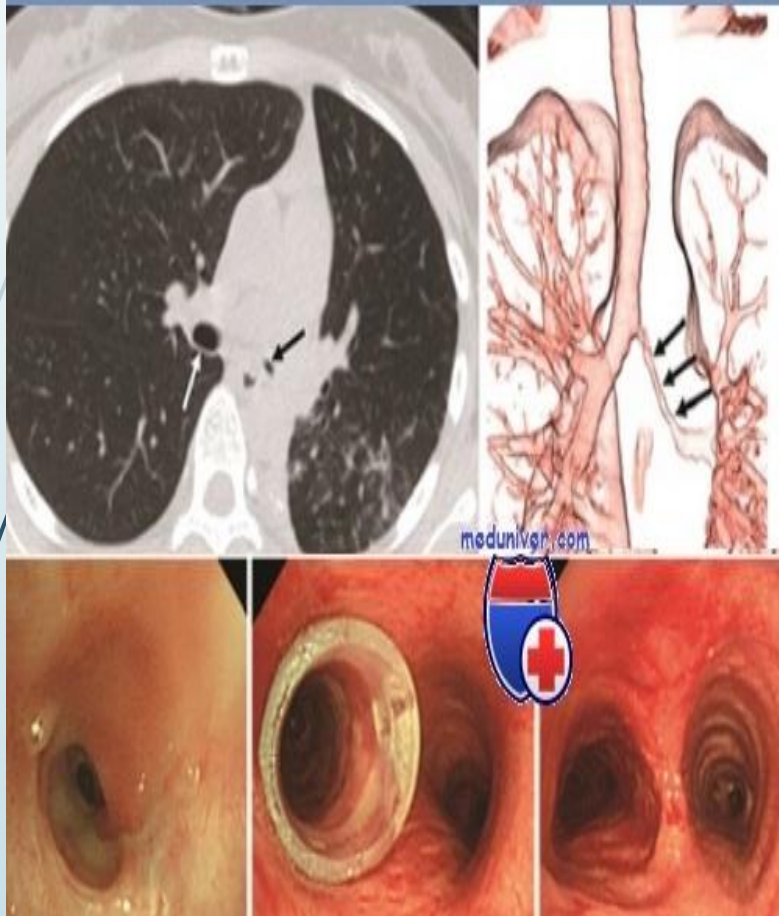
Бронхоскопическое исследование. Является основным методом диагностики туберкулеза бронха и трахеи. Визуальная диагностика туберкулеза гортани, глотки, полости рта возможна при ларингоскопии. Используют бронхоскоп с металлическим тубусом и фибробронхоскоп, который позволяет осматривать слизистую оболочку до устья субсегментарных бронхов.

Туберкулезные инфильтраты бывают плотные или мягкие, поверхность их гладкая или грануляционная, от красного до серо-розового цвета.

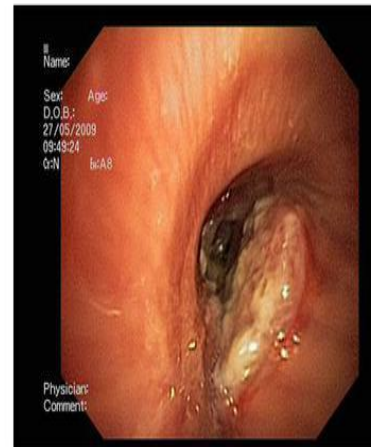
Язвы неправильной формы, с изъеденными краями, обычно неглубокие, покрытые грануляциями. Для морфологического и бактериологического подтверждения диагноза используют различные методы биопсии, исследуют содержимое язвы, отделяемое из свищевого отверстия на наличие МБТ и специфической грануляционной ткани.

Туберкулез бронхов

Туберкулезный стеноз бронха (ЛГБ)



Инфильтративно-язвенный туберкулез бронха



Туберкулез гортани



Туберкулез бронхов

14

Лечение. Должно быть направлено на основное заболевание. Эффективное общее лечение специфическими препаратами в соответствии с характером туберкулезного процесса в легких приводит через 1—2 мес к излечению туберкулеза гортани, бронха. Для ускорения репаративных процессов показаны ингаляции аэрозолей противотуберкулезных препаратов, бронхиальные вливания лекарственных средств.

Во время бронхоскопии проводят санацию слизистой оболочки бронхов, свищевых ходов, удаляют казеоз, прижигают грануляции трихлоруксусной кислотой, облучают лазером.

