

ФГОУ ВПО

Тюменская государственная медицинская академия

КАФЕДРА ТУБЕРКУЛЕЗА

**Особенности течения туберкулеза у
лиц пожилого и старческого возраста.**

к.м.н. О.Ф. Козлова



- Заболеванию туберкулезом лиц пожилого и старческого возраста способствует высокая их инфицированность МБТ (85-90%) и наличие более, чем у 50% пост-туберкулезных остаточных изменений.
- Эти изменения, сформировавшиеся при клиническом излечении перенесенного ранее, в том числе, первичного туберкулеза,, являются источником эндогенной реактивации организма у лиц пожилого и старческого возраста, наличие у них сопутствующих заболеваний придают туберкулезу легких своеобразные клинические черты.



- * При старении реберные хрящи грудной клетки теряют эластичность вследствие обызвествления, что ограничивает подвижность реберно-позвоночных сочленений, наступают атрофия и атония мышц спины, формируется старческий кифоз.
- * Грудная клетка становится бочкообразной.: передне-задний диаметр грудной клетки больше или равен поперечному, нижняя апертура расширена.

- В слизистой оболочке бронхов происходят десквамация и уплощение цилиндрического эпителия и метаплазия его в многослойный плоский.
- В клетках железистого эпителия наступает дистрофия. Слизистые железы кистозно перерождаются. В просвете бронхов скапливаются сгустки слизи, увеличивается ее вязкость.
- Неравномерное разрастание грубоволокнистой ткани вокруг бронхов

- *Паренхима легких теряет эластичность и подвергается дистрофии. Альвеолярные перегородки истончаются, что приводит к увеличению размеров альвеол, развитию возрастной эмфиземы. В сосудах легких наблюдается фиброз интимы, что снижает их эластичность, количество капилляров уменьшается, многие из них запустевают.
- *Отмечаются явления дегенерации в ганглиях и нервах, снабжающих легкие. Дегенеративно-атрофические процессы в головном мозге распространяются и на дыхательный центр.
- *Вследствие ослабления перистальтики бронхов и атрофии бронхиального эпителия, слизистых желез уменьшается активность мукоцилиарного аппарата, снижается чувствительность слизистой оболочки бронхов к раздражению, что нарушает процесс самоочищения и предрасполагает к развитию воспалительных заболеваний. Бронхолегочной системы.

- Морфологическим изменениям сопутствуют функциональные нарушения дыхания. Прежде всего нарушаются резервные объемы вдоха и выдоха, дыхательный объем, жизненная и общая емкости легких.

ТАКИМ ОБРАЗОМ,
АНАТОМИЧЕСКИЕ И
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ,
ПРОТЕКАЮЩИЕ В ОРГАНАХ
ДЫХАНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО
ВОЗРАСТА, СОСТАВЛЯЮТ ФОН, НА
КОТОРОМ МОЖЕТ ПРОИСХОДИТЬ
РАЗВИТИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ.

Остается высоким процент прижизненно не диагностированного диссеминированного, фиброзно-кавернозного туберкулеза, казеозной пневмонии.

Пожилые люди с нераспознанным туберкулезом и бактериовыделением представляют серьезную эпидемиологическую опасность.

Актуальность проблемы выявления туберкулеза у пожилых людей связана с трудностями привлечения их к флюорографическому исследованию, в результате чего эта группа населения не обследуется годами и десятилетиями.

Туберкулез выявляется при обращении к врачу по поводу тех или иных жалоб.

Туберкулез маскируется возрастными изменениями органов дыхания и сопутствующими заболеваниями, частота которых увеличивается с возрастом.

•

- -заболевания органов дыхания;
- -заболевания сердечно-сосудистой системы;
- -заболевания органов пищеварения;
- -психические расстройства.

Рентгенологическая картина легочной патологии складывается из сочетания туберкулезных и возрастных изменений.

Диагностика затрудняется наличием кифоза, диффузной эмфиземы, пневмосклероза, плевральных наслоений, а также застойного легочного рисунка.

Пневмосклероз и застойные явления могут иметь на рентгенограмме вид очаговых теней, симулирующих туберкулезную диссеминацию.

На фоне эмфиземы и пневмосклероза трудно выявить каверну и, наоборот, буллезную полость можно принять за истинную каверну.

Трудности в диагностике туберкулеза у лиц пожилого возраста можно преодолеть лишь при активном использовании флюорографии, которая должна проводиться не реже одного раза в год независимо от причин обращения их в поликлинику.

У лиц, наблюдаемых врачами на дому, важным методом диагностики туберкулеза является исследование мокроты на МБТ методом посева и прямой бактериоскопии.

- Наиболее типичными клиническими формами туберкулеза являются фиброзно-кавернозный, цирротический, ТВГЛУ, плеврит, инфильтративный, диссеминированный туберкулез легких.

Общие черты

- картина, сходная с ХНЗЛ;
- стертость клинических признаков. из-за инволютивных изменений организма;
- сбор анамнеза затруднен из-за возрастного ослабления памяти;
- мало характерна лихорадочная реакция;
- ночная потливость менее выражена;
- туберкулезная интоксикация может проявляться симптомами сердечно-сосудистой недостаточности, нарушением функции желудочно-кишечного тракта. снижением аппетита, похуданием;
- кашель – наиболее ранний и постоянный симптом (при первичном обращении к врачу расценивается, как проявление хронического бронхита);
- кровохарканья и кровотечения – более, чем в 1/3 случаев;
- аускультация не дает патогномичных признаков для распознавания заболевания, поскольку у пожилых лиц туберкулез всегда сочетается с эмфиземой;
- при анализе крови лейкоцитоз лишь у больных с распространенным: диссеминированным и фиброзно-кавернозным туберкулезом легких;
СОЭ ускорена – более, чем в 2/3 случаев в том числе за счет сопутствующих заболеваний.; диспротеинемия, частота МБТ -33-45%.

ИСХОДЯ ИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ
ПАТОГЕНЕЗА, ТУБЕРКУЛЕЗ ПОЖИЛЫХ
ПОДРАЗДЕЛЯЮТ :

СТАРЫЙ И

СТАРЧЕСКИЙ ТУБЕРКУЛЕЗ.

СТАРЫЙ НАЧИНАЕТСЯ В МОЛОДОМ И
СРЕДНЕМ ВОЗРАСТЕ,
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ДЛИТЕЛЬНЫМ
ТЕЧЕНИЕМ.

СТАРЧЕСКИЙ РАЗВИВАЕТСЯ В
ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Клинические проявления старого туберкулеза:

- фиброзно-кавернозный;**
 - цирротический;**
 - длительность течения 20 и более лет;**
 - редкость обострений;**
 - отсутствие выраженного синдрома интоксикации;**
 - жалобы на боли в груди, кашель, сердцебиение, кровохарканье, легочное кровотечение;**
 - формирование хронического легочного сердца;**
 - бронхоэктатическая болезнь;**
- при лечении удается достичь лишь симптоматического эффекта;**
- причина смерти – легочно-сердечная недостаточность или прогрессирование сопутствующих заболеваний.**

СТАРЧЕСКИЙ ТУБЕРКУЛЕЗ, протекающий с чертами первичной инфекции:

- острое начало;
- постепенное начало;
- выраженность интоксикации;
- специфическая гиперсенсibiliзация (кератоконъюнктивит, полиартрит, плеврит). Что затрудняет правильную диагностику;

- +специфическое воспаление переходит с лимфатических узлов на прилегающие бронхи и легочную паренхиму с развитием аденобронхолегочного поражения.
- +при реактивации туберкулеза во внутригрудных лимфатических узлах возможно вовлечение в воспалительный процесс серозных оболочек с возникновением перикардита, плеврита, а при лимфогематогенном рассеивании инфекции может развиваться генерализованный туберкулез.

Клиническими проявлениями аденогенного туберкулеза часто бывают хронический бронхит и пневмония.

На рентгенограмме органов грудной он определяются нарушения структуры, инфильтрация и расширение корней легких.

В легочной ткани – очаговые и инфильтративные или деструктивные изменения с локализацией в 111,1У,У1,Х сегментах.

Преимущественно средне- и нижнедолевую локализацию процесса часто принимают за пневмонию

- Реактивные изменения в медиастенальной, междолевой и костальной плевре.
- Признаки нарушения проходимости крупных бронхов

РАК ЛЕГКОГО?

- Бактериовыделение обусловлено бронхоперфорацией или язвенным поражением стенки бронха.
- При бронхоскопии выявляют поражение крупных бронхов в виде инфильтратов, лимфобронхиальных свищей, грануляций, язв, рубцов, которые суживают просвет бронхов и нарушают вентиляцию легких.

- Осложнения в виде специфических поражений бронхов у больных данной категории встречаются в 1.5-2 раза чаще. Чем у молодых.
- У 1/3 больных встречаются лимфобронхонхиальные свищи или изъязвления слизистой оболочек, обусловленные реактивацией воспаления в прилежащих к бронхам лимфатических узлах.