

Остро прогрессирующие деструктивные формы туберкулеза легких

Методические материалы
для самоподготовки студентов

Авторы: Челнокова О.Г., Кибрик Б.С.

Рецензент: Хохлов А.Л.
д.м.н., профессор,
зав. кафедрой клинической фармакологии

Рентгенологическая диагностика туберкулеза органов дыхания

Методические материалы для самоподготовки студентов

Авторы: О.Г. Челнокова, Б.С. Кибрик,

Рецензент: А.Л. Хохлов профессор, д.м.н.,
зав. кафедрой клинической фармакологии ЯГМА

Рекомендовано к изданию и включению в электронный архив библиотеки:

1. Методической комиссией по терапевтическим дисциплинам

Протокол № 1 от 23.10.2007

Председатель ЦМК профессор П.А. Чижов

2. ЦКМС

Протокол №

Председатель ЦКМС

проректор по учебной работе ЯГМА профессор А.Н. Шкробко

Содержание

Часть 1. Патогенез и патоморфология остропрогрессирующих деструктивных форм туберкулеза. ■

1. Определение ■
2. Структура остропрогрессирующих форм ■
3. Патогенез ■
4. Морфологическая картина ■

Содержание

Часть 2. Клиническая картина остропрогрессирующих деструктивных форм туберкулеза ■

5. Общая клиническая характеристика
остропрогрессирующих форм ■ таблица

6. Рентгенологическая картина ■

7. Клиническая картина и лабораторные
данные ■

8. Клинические примеры ■

Казеозная пневмония, остропрогрессирующий инфильтративный,
остропрогрессирующий инфильтративный,
остропрогрессирующий диссеминированный туберкулез

Содержание

Часть 3. Основные проблемы остропрогрессирующих деструктивных форм

9. Ранняя диагностика и дифференциальная
диагностика : «маски», Ранняя диагностика
и дифференциальная диагностика :

«маски», общий алгоритм

диагностики Ранняя диагностика и

дифференциальная диагностика : «маски»,

общий алгоритм диагностики, алгоритм

клинический пример эффективного лечения

ранней диагностики

Заключение

10. Эпидемиологическая опасность

Часть 1.

Патогенез и патоморфология остропрогрессирующих деструктивных форм туберкулеза

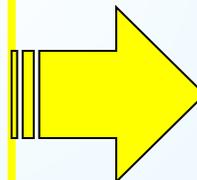
Определение

Остро прогрессирующие деструктивные формы туберкулеза легких -

это формы туберкулеза, протекающие с выраженным альтеративным поражением легочной ткани, склонным к быстрому распространению вследствие массивного размножения микобактерий и иммунодефицита.

ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИЕ ДЕСТРУКТИВНЫЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ОБЪЕДИНЯЮТ

- **Казеозную пневмонию**
- **Остро прогрессирующий инфильтративный**
- **Остро прогрессирующий диссеминированный**
- **Остро прогрессирующий фиброзно-кавернозный**



35%

**среди впервые
выявленных
больных
туберкулезом
легких**

ПАТОГЕНЕЗ

В основе -
формирование порочных кругов острого прогрессирования

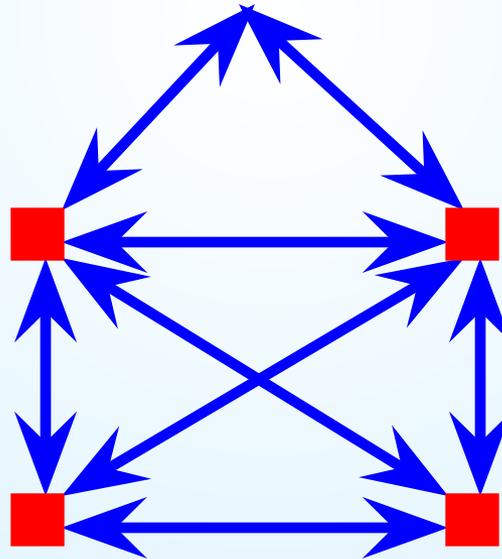
Увеличение зоны казеозного некроза

Массивное
размножение МБТ

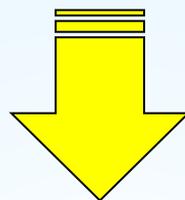
Выраженный
иммунодефицит

Глубокий
эндотоксикоз

Нарушение
микроциркуляции



Единая морфологическая сущность остропрогрессирующих форм туберкулеза



**выраженное альтеративное
поражение легочной ткани**

- **Казеозный некроз**
- **Острые пневмониогенные полости**
- **Быстрое распространение альтеративного и инфильтративно-альтеративного поражения с образованием каверн в течение 3-20 дней.**

Морфологические особенности отдельных остропрогрессирующих форм туберкулеза

Казеозная пневмония -

доминирует альтеративное поражение в виде казеозного некроза и острых деструкций с распространением процесса на 3 сегмента и более.

- Казеозная пневмония развивается как самостоятельная форма туберкулеза в интактном легком в результате экзогенной суперинфекции или эндогенной реактивации процесса.
- Казеозная пневмония эволютивно может вспыхнуть при остром прогрессировании других форм: первичного туберкулезного комплекса, туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов, очагового, инфильтративного, туберкулом, диссеминированного, милиарного, кавернозного, фиброзно-кавернозного.

Морфологические особенности отдельных остропрогрессирующих форм туберкулеза

Остропрогрессирующий инфильтративный туберкулез – характерно сохранение общих признаков инфильтративного туберкулеза.

Особенности:

доминирует инфильтративный компонент при инфильтративно-альтеративном поражении. Объем альтеративной тканевой реакции не превышает 3 сегментов.

При прогрессировании возможно преобладание альтеративного компонента с распространением процесса на 3 сегмента и более (трансформация остропрогрессирующего инфильтративного туберкулеза в казеозную пневмонию).

Морфологические особенности отдельных остропрогрессирующих форм туберкулеза

Остропрогрессирующий диссеминированный туберкулез – характерно сохранение общих признаков диссеминированного туберкулеза.

Особенности:

доминирует инфильтративный компонент при инфильтративно-альтеративном поражении.

В случае прогрессирования и преобладания альтеративного поражения процесс приобретает все характерные признаки казеозной пневмонии.

Морфологические особенности отдельных остропрогрессирующих форм туберкулеза

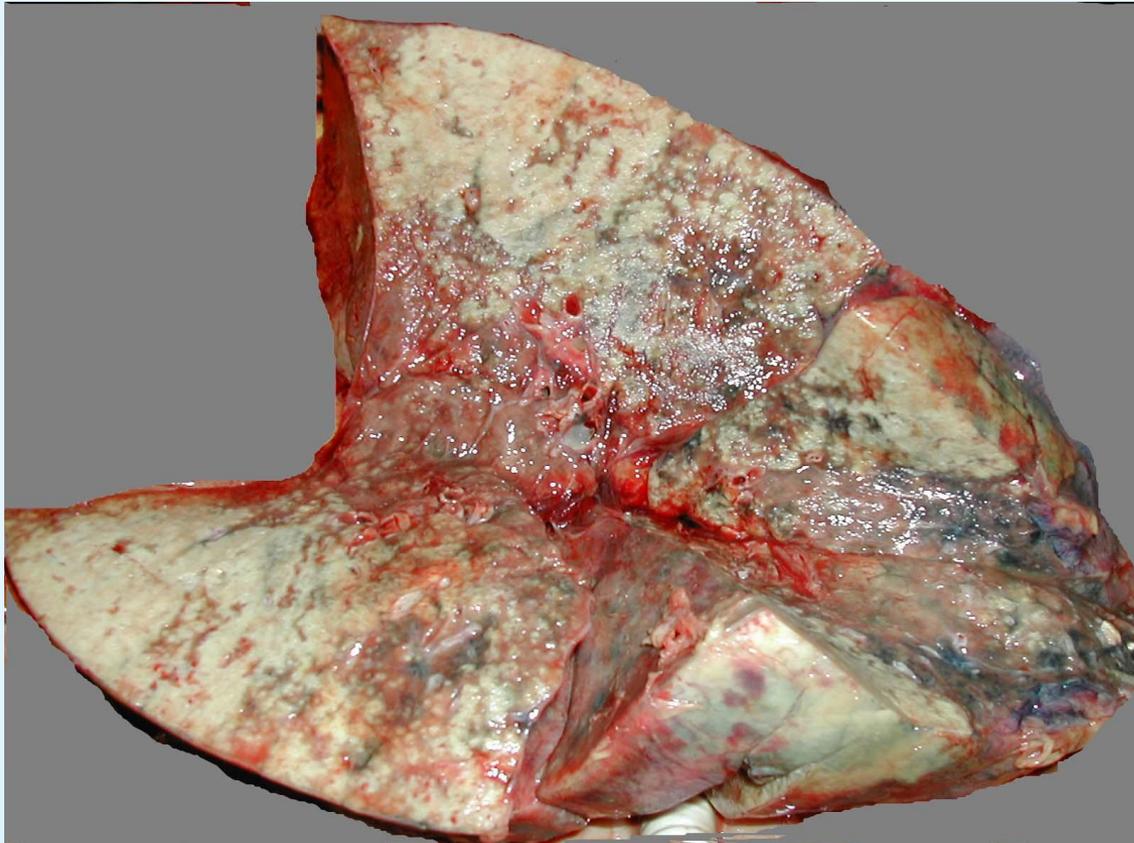
Остропрогрессирующий фиброзно-кавернозный туберкулез – характерно сохранение общих признаков фиброзно-кавернозного туберкулеза.

Особенности: развитие выраженного инфильтративно-альтеративного поражения легочной ткани как непосредственно вокруг каверны, так и в отдаленных участках легкого.

При прогрессировании возможно развитие казеозной пневмонии (осложнение).

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ФОРМ

Макропрепарат легкого. Казеозная пневмония

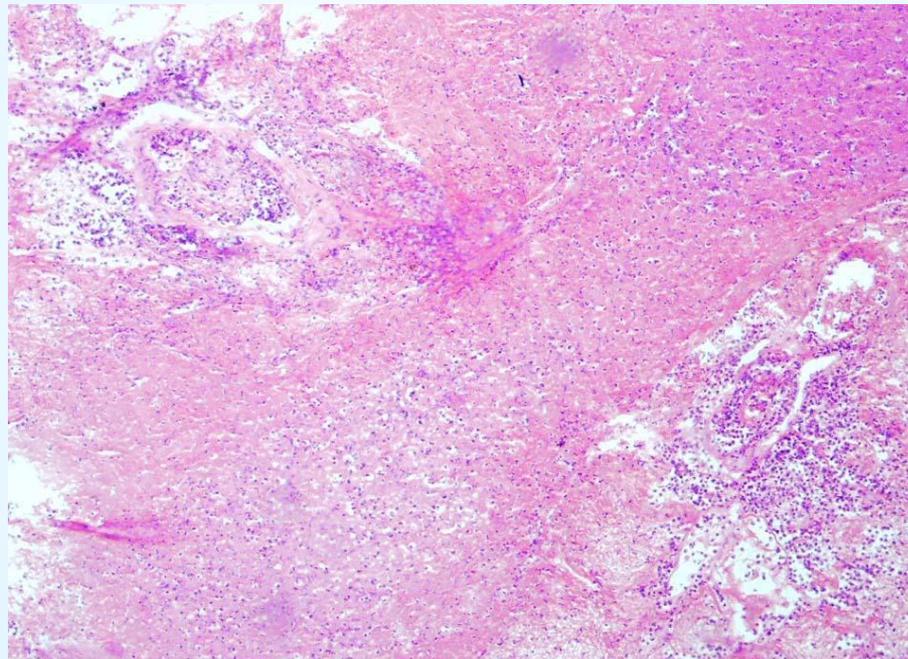


Тотальная казеозная пневмония с острыми очагами деструкции

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ФОРМ

Микропрепарат легкого. Казеозная пневмония.

Казеозный некроз - доминирующая морфологическая реакция.

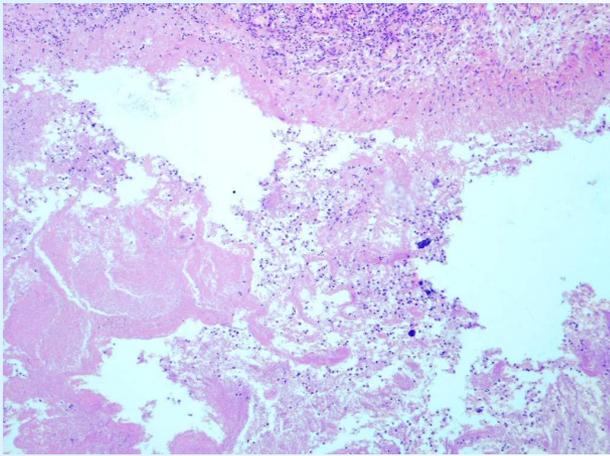


Сливные фокусы казеозного некроза с массивной лейкоцитарной инфильтрацией. Васкулит и тромбоз сосуда.

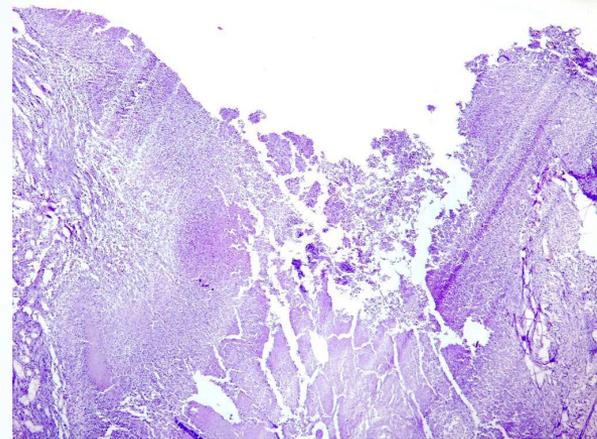
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ФОРМ

Микропрепарат легкого. Казеозная пневмония.

Формирование острой пневмониогенной каверны.



В образующейся полости секвестрированные участки казеифицированных фрагментов легочной ткани



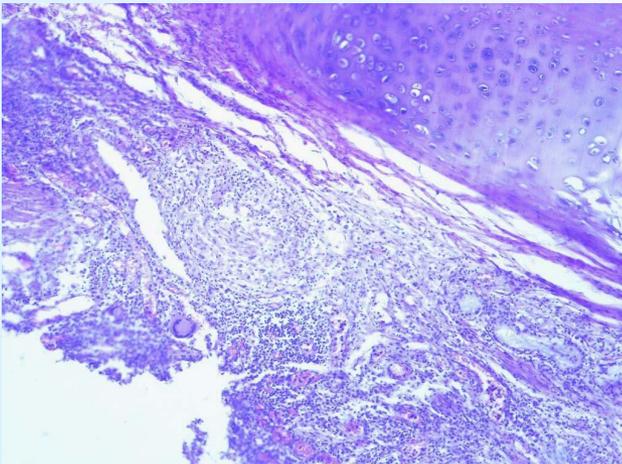
Стенка острой пневмониогенной каверны представлена казеозно-некротическими массами и зоной перифокальной пневмонии.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СКОРОТЕЧНОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА НА ПРИМЕРЕ КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ

1. Процесс начинается в терминальной бронхиоле. Развивается восходящий экссудативно-казеозный и казеозный бронхиолит, затем эндопанбронхит.
2. Васкулит аллергический и казеозно-некротический с тромбозом сосудов приводит к ишемизации и инфарктированию участков легкого, где быстро развивается казеозный некроз.
3. Вторичная флора рано присоединяется и приводит к быстрому расплавлению казеозных масс с образованием острых каверн.
4. Иммунодефицит определяет скудность клеточной инфильтрации и отражает неспособность организма к отграничению процесса.

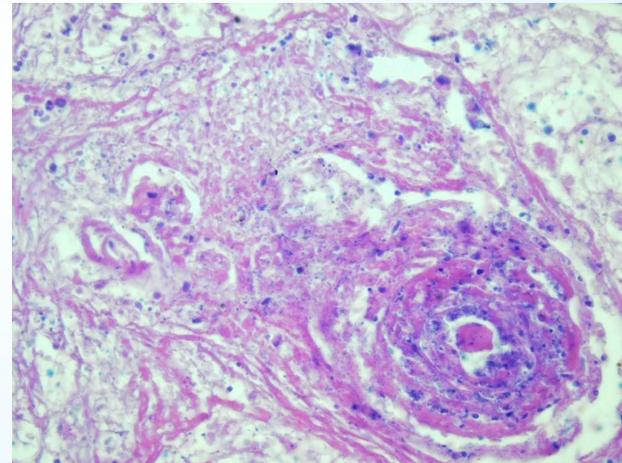
ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СКОРОТЕЧНОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА

1. Восходящий
экссудативно-казеозный и
казеозный эндо-панбронхит



Стенка крупного бронха.
Туберкулезный эндо-и
мезобронхит

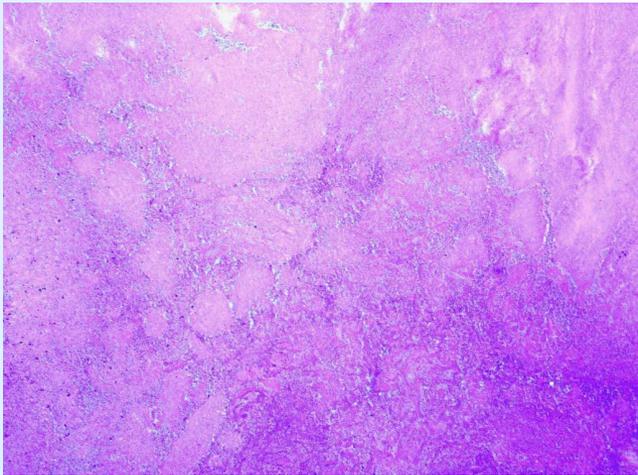
2. Аллергический и казеозно-
некротический васкулит с
тромбозом. Инфарцирование
участков легкого



Васкулит. Отек, фибриноидный некроз и
клеточная инфильтрация сосудистой стенки,
периваскулярный отек. Инфарцированная
легочная ткань.

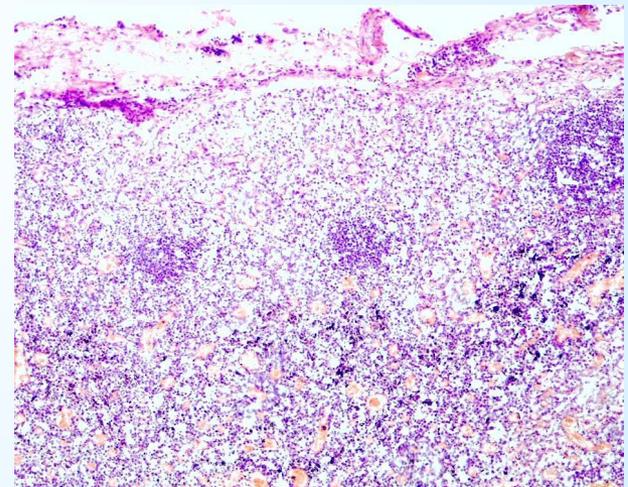
ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СКОРОТЕЧНОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА

3. Скудная инфильтрация лимфоцитами и макрофагами.
Раннее присоединение вторичной флоры и расплавление казеозных масс с образованием острых каверн



Массивные сливные очаги казеозного некроза в легком с крупными фокусами нагноения.

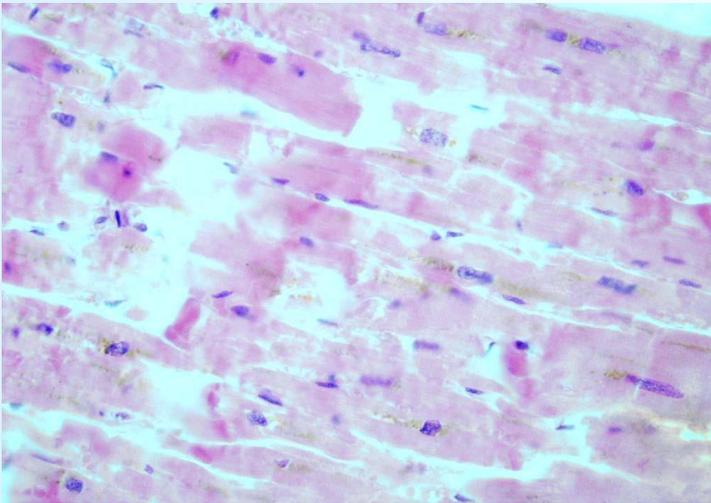
4. Абсолютный дефицит лимфоцитов проявляется также в истощении Т-зон лимфатических узлов



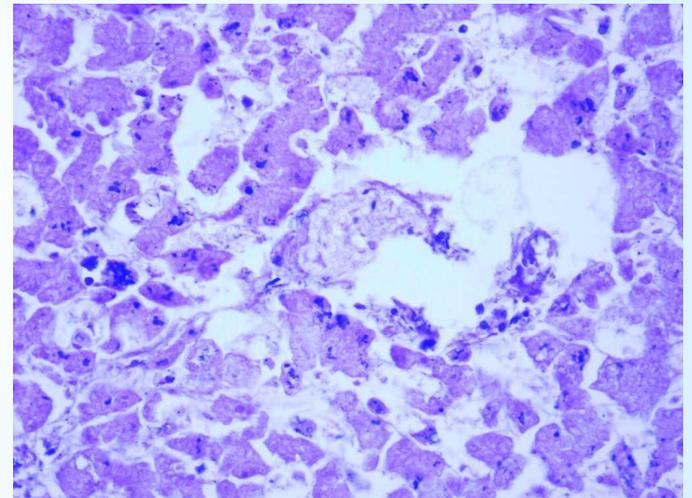
Прикорневой лимфатический узел. Значительное снижение количества лимфоцитов, особенно в кортикальной зоне

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СКОРОТЕЧНОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА

Острое прогрессирование с распространением казеозного некроза в легких сопровождается развитием тяжелых дистрофических изменений в миокарде, печени, почках



Миокард умершего от казеозной пневмонии. Тяжелая дистрофия миокарда: фрагментация и вакуолизация цитоплазмы кардиомиоцитов, перинуклеарно зерна липофусцина.



ДВС-синдром при терминальной казеозной пневмонии. Фибриново-эритроцитарные тромбы в мелких сосудах печени, некроз гепатоцитов.

Часть 2.

Клиническая картина остропрогрессирующих деструктивных форм туберкулеза

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА

- Инфильтративно-альтеративная рентгенологическая картина**
- Тяжелая интоксикация с развитием полиорганной недостаточности**
- Выраженный бронхо-легочный синдром**
- Массивное бактериовыделение**
- Глубокий иммунодефицит и эндотоксикоз**

**РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА
ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ФОРМ
ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ**

3 - 10

**признаков
альтеративного
поражения**



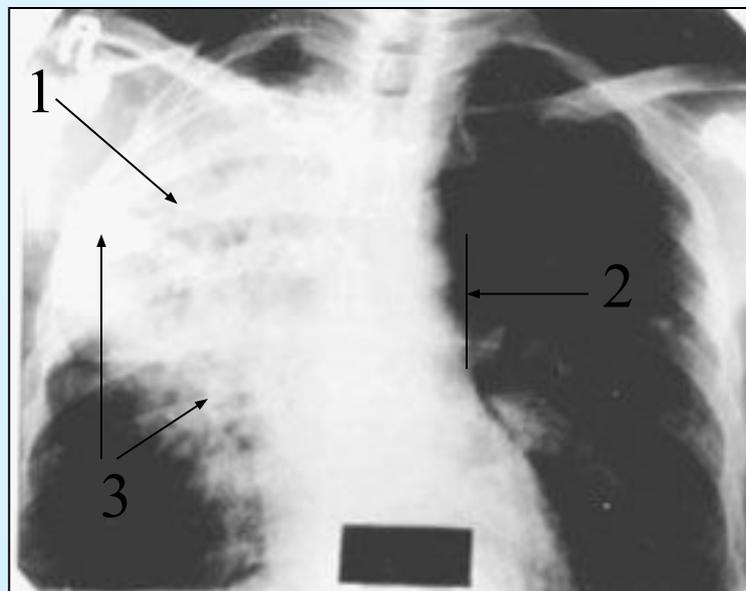
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АЛЬТЕРАТИВНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ

1. **Высокая интенсивность и неоднородная структура тенеобразования.**
2. **Гиповентиляция в зоне затемнения**
3. **Визуализация сегментарных бронхов – «воздушная бронхограмма»**
4. **Нечеткие внутренние контуры полостей**
5. **Нечеткие наружные контуры полостей**
6. **Наличие секвестров в полостях**
7. **Крупно- и среднеочаговая диссеминация с высокой интенсивностью в центре очагов, размытыми наружными контурами, с тенденцией к слиянию.**
8. **Негомогенная структура очагов диссеминации с просветлениями в центре и полостями распада.**
9. **Контактный путь распространения процесса с поражением близлежащих сегментов и плевры.**
10. **Высокая скорость прогрессирования процесса с нарастанием изменений в течение 3-20 дней – патогномоничный признак остропрогрессирующих форм туберкулеза**

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АЛЬТЕРАТИВНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ

1. Высокая интенсивность тени и неоднородная структура тенеобразования.

2. Гиповентиляция в зоне затемнения

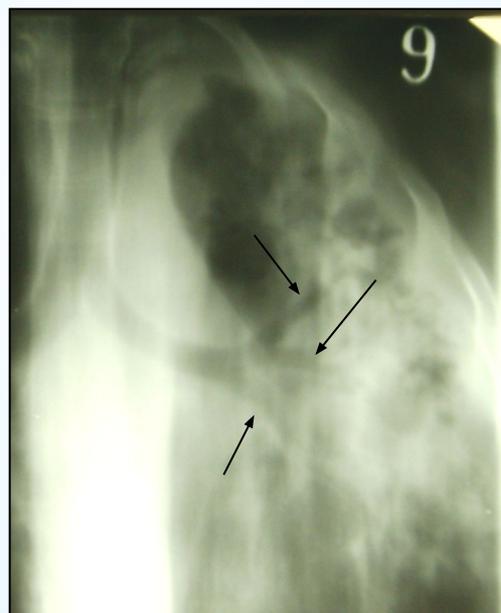
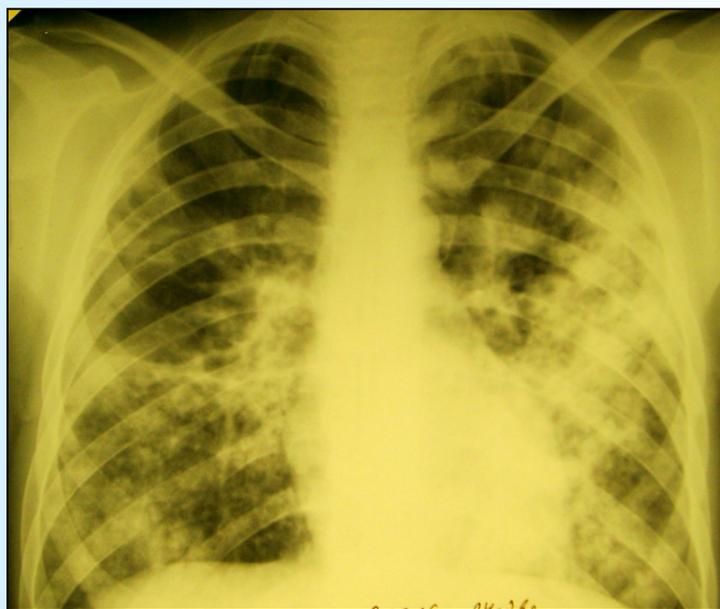


1. Верхняя доля правого легкого уменьшена в объеме, интенсивно неоднородно затемнена. 2. Органы средостения смещены вправо. 3. Контактное поражение С6 и костальной плевры.

Обзорная рентгенограмма и томограмма верхушки левого легкого (срез 7см) больного казеозной пневмонией

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АЛЬТЕРАТИВНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ

3. Визуализация сегментарных бронхов – «воздушная бронхограмма»



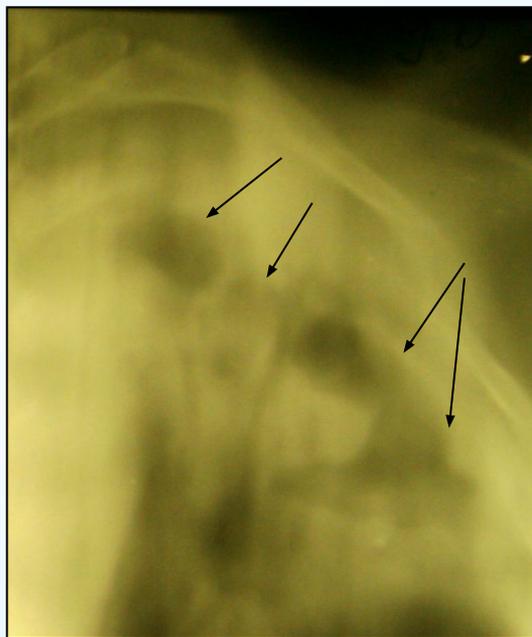
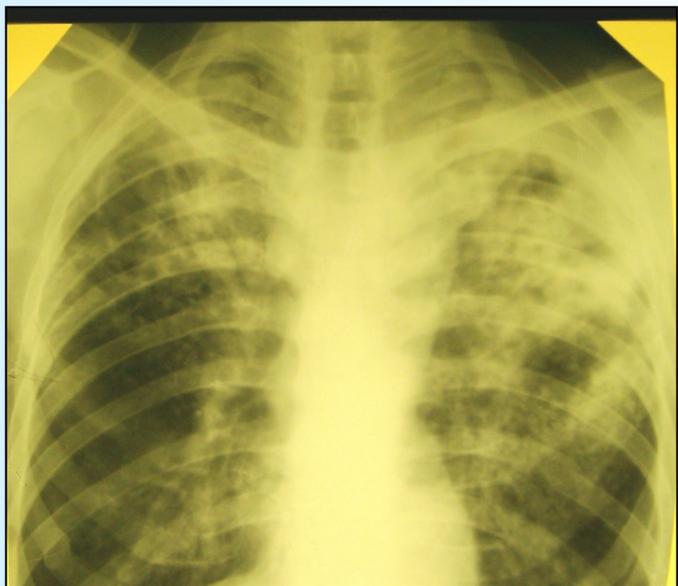
На фоне интенсивного неоднородного затемнения верхней доли левого легкого на томограмме средостения прослеживаются долевые и сегментарные бронхи.

Обзорная рентгенограмма и томограмма верхушки левого легкого (срез 9 см) больной казеозной пневмонией

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АЛЬТЕРАТИВНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ

4. Нечеткие наружные контуры полостей.

5. Нечеткие внутренние контуры полостей.

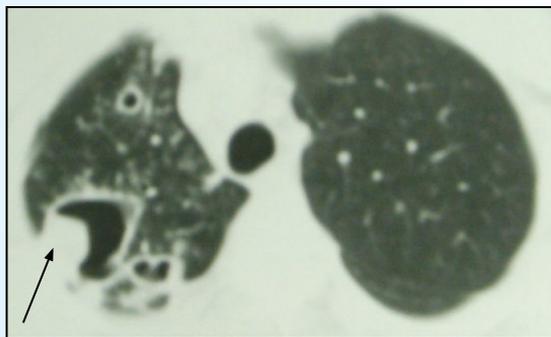
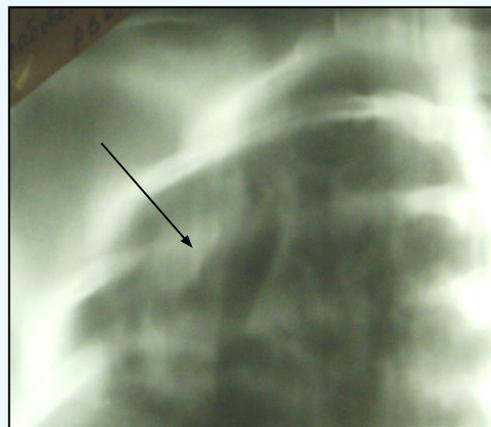
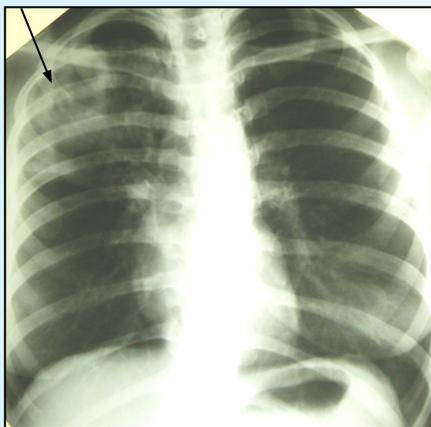


На фоне интенсивного неоднородного затемнения верхней доли левого легкого множественные полости неправильной формы без четких наружных и внутренних контуров

**Обзорная рентгенограмма и томограмма верхушки
левого легкого (срез 9см) больного казеозной пневмонией**

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АЛЬТЕРАТИВНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ

6. Секвестры в полостях

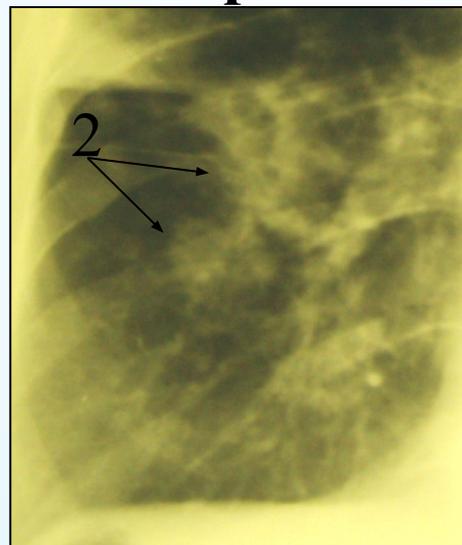
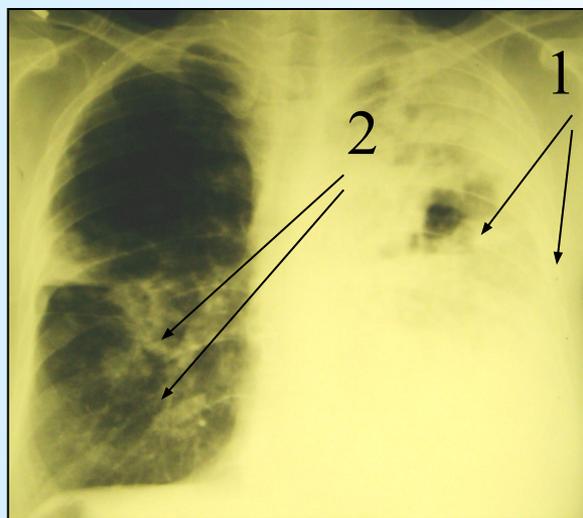


На фоне интенсивного неоднородного затемнения верхней доли правого легкого множественные полости без четких наружных и внутренних контуров, в одной из крупных полостей неотторгнувшиеся казеозно-некротические массы, выдающиеся в просвет полости

Обзорная рентгенограмма, томограмма верхушки левого легкого (срез 6 см), срез компьютерной томограммы, больной остро прогрессирующим инфильтративным туберкулезом

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АЛЬТЕРАТИВНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ

7. Крупно- и среднеочаговая диссеминация с высокой интенсивностью в центре очагов, размытыми наружными контурами, с тенденцией к слиянию.
8. Негомогенная структура очагов диссеминации с просветлениями в центре и полостями распада.

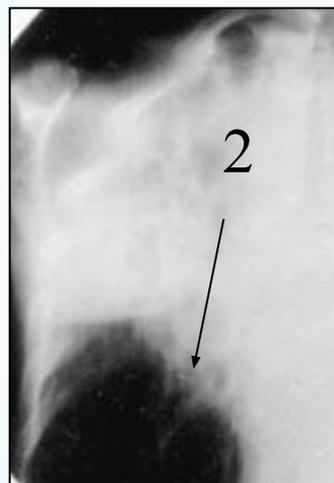
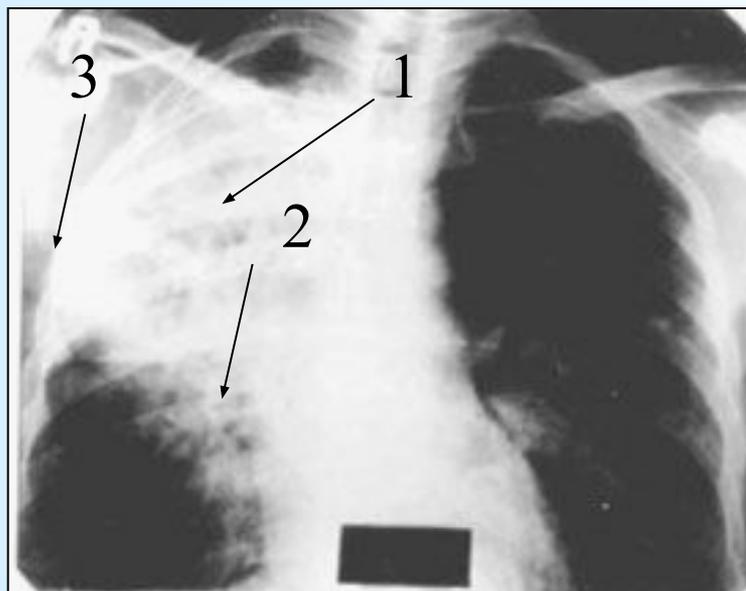


1. Интенсивное неоднородное затемнение левого легкого с острыми полостями распада.
2. В средних и нижних отделах правого легкого множественные крупные и средних размеров очаги с высокой интенсивностью или просветлением в центре, размытыми наружными контурами, сливающимися между собой.

Обзорная рентгенограмма, увеличенный фрагмент рентгенограммы нижних отделов левого легкого больной казеозной пневмонией

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АЛЬТЕРАТИВНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ

9. Контактный путь распространения процесса с поражением близлежащих сегментов и плевры.

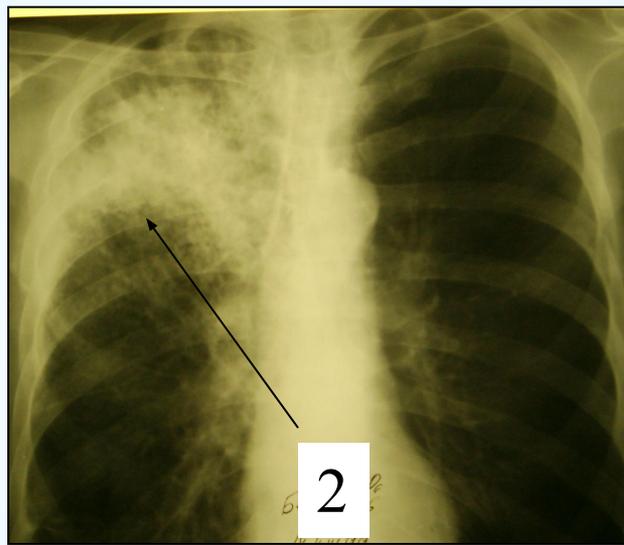
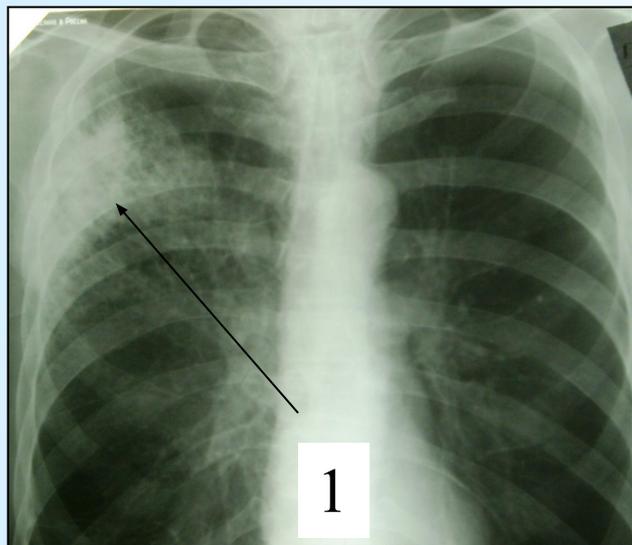


1. Интенсивное неоднородное затемнение верхней доли правого легкого.
2. Контактное поражение С6 правого легкого – интенсивное неоднородное затемнение, связанное с верхней долей.
3. Интенсивное однородное затемнение вдоль костального отдела в зоне поражения свидетельствует о вовлечении в процесс костальной плевры.

Обзорная рентгенограмма, и томограмма верхушки левого легкого (срез 7см) больного казеозной пневмонией

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АЛЬТЕРАТИВНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ

10. Высокая скорость прогрессирования процесса с нарастанием изменений в течение 3-20 дней



1. В верхней доле правого легкого интенсивное неоднородное затемнение. 2. Увеличение размеров затемнения, нарастание интенсивности тени

Обзорная рентгенограмма, выполненная с интервалом 18 дней.

- 1. Остропрогрессирующий инфильтративный туберкулез.**
- 2. Казеозная пневмония верхней доли правого легкого (тот же больной через 18 дней)**

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОТДЕЛЬНЫХ ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ФОРМ

КАЗЕОЗНАЯ ПНЕВМОНИЯ

Полиморфизм вариантов рентгенологической картины по объему поражения, размерам и формам деструкций, генезу диссеминации и др.



**Казеозная
пневмония -
лобит**

Характерно

- ⇒ **альтеративно –
деструктивное поражение 3
сегментов и более**
- ⇒ **5-10 признаков
альтеративного поражения**

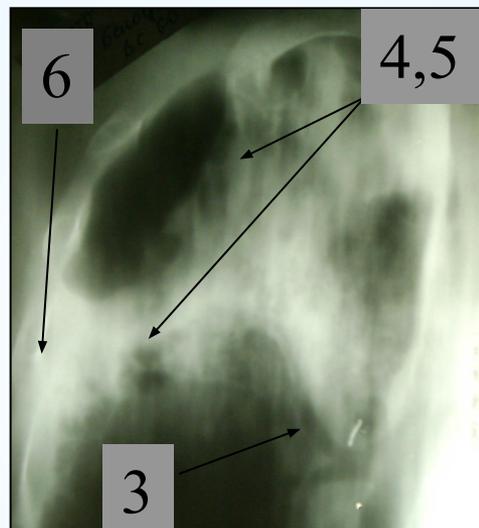
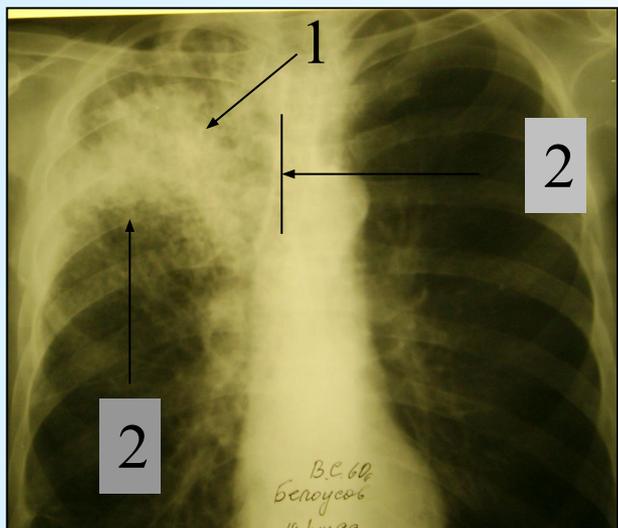


**Двухсторонняя
субтотальная
казеозная
пневмония**

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОТДЕЛЬНЫХ ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ФОРМ

пример

КАЗЕОЗНАЯ ПНЕВМОНИЯ



Обзорная
рентгенограмма и
томограмма
верхушки правого
легкого (срез 9)
больного казеозной
пневмонией (лобит)

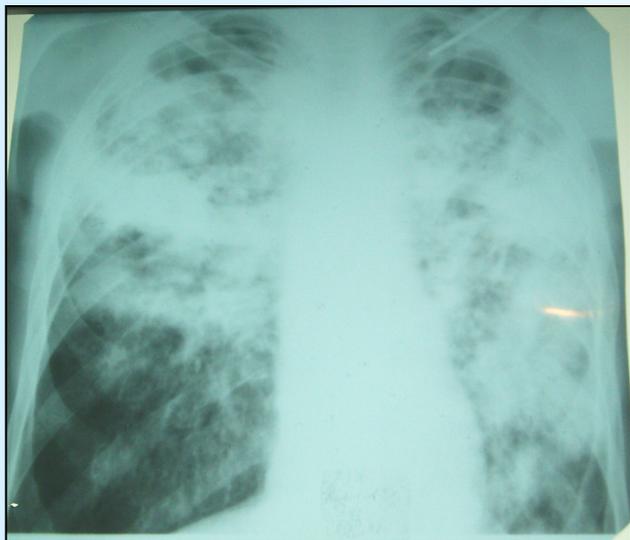
**Казеозно-деструктивное поражение верхней доли правого легкого
6 признаков альтеративного поражения**

1. Интенсивное неоднородное затемнение. 2. Гиповентиляция в зоне поражения. 3. Визуализация сегментарных бронхов. 4. Нечеткие наружные контуры полостей. 5. Нечеткие внутренние контуры полостей. 6. Контактное поражение плевры.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОТДЕЛЬНЫХ ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ФОРМ

пример

КАЗЕОЗНАЯ ПНЕВМОНИЯ



**Обзорная
рентгенограмма
и томограмма
легких (срез 9)
больного
двухсторонней
казеозной
пневмонией**

8 признаков альтеративного поражения

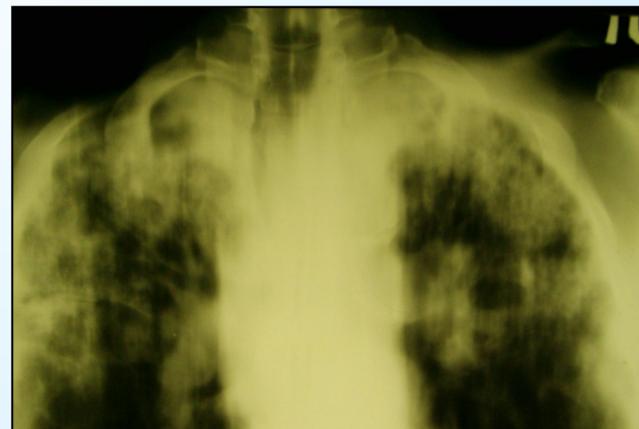
1. Интенсивное неоднородное затемнение. 2. Визуализация сегментарных бронхов. 3. Нечеткие наружные контуры полостей. 4. Нечеткие внутренние контуры полостей. 5. Секвестры в полостях. 6. Контактное поражение плевры. 7. Крупноочаговая диссеминация с интенсивной тенью в центре и размытыми наружными контурами, сливающимися между собой. 8. Неоднородная структура очагов с полостями распада в отдельных из них.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОТДЕЛЬНЫХ ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ФОРМ ДИССЕМИНИРОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ

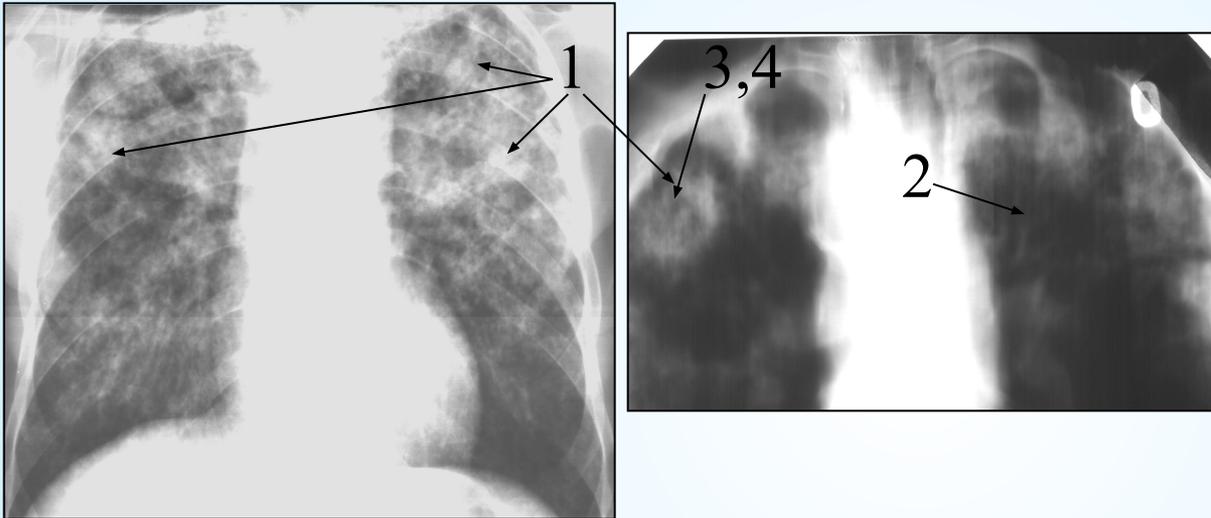
Сохраняются признаки
диссеминированного туберкулеза –
двухсторонняя очаговая
диссеминация с
преимущественным поражением
верхних и средних отделов,
дифференцируется гематогенная,
лимфогенная и смешанная
диссеминация.

Характерно:

⇒ выявление 3-5 признаков
альтеративного поражения



РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОТДЕЛЬНЫХ ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ФОРМ пример **ДИССЕМИНИРОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ**



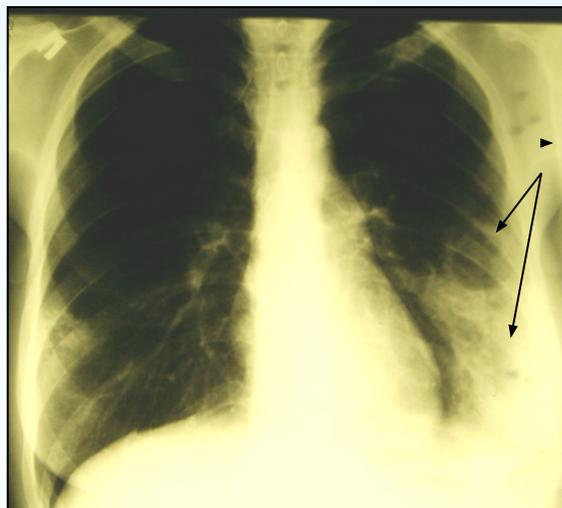
**Обзорная
рентгенограмма и
томограмма верхних
отделов легких (срез
9) больного
остропрогрессирующ
им
диссеминированным
туберкулезом**

4 признака альтеративного поражения

1. Множественные участки интенсивного неоднородного затемнения, состоящие из крупных, сливающихся между собой инфильтративно-альтеративных очагов 2. Визуализация сегментарных бронхов. 3. Нечеткие наружные контуры полостей. 4. Нечеткие внутренние контуры полостей.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОТДЕЛЬНЫХ ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ФОРМ ИНФИЛЬТРАТИВНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ

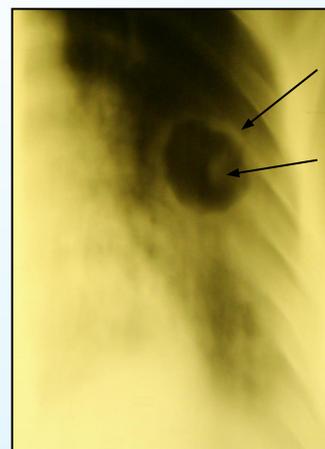
Сохраняются признаки
инфильтративного
туберкулеза – синдром
ограниченного затемнения
с поражением 1-3
сегментов легких.



Обзорная
рентгенограмма
и томограмма
(срез 6) больной
остропрогрессирующим
инфильтративным
туберкулезом
нижней доли
левого легкого

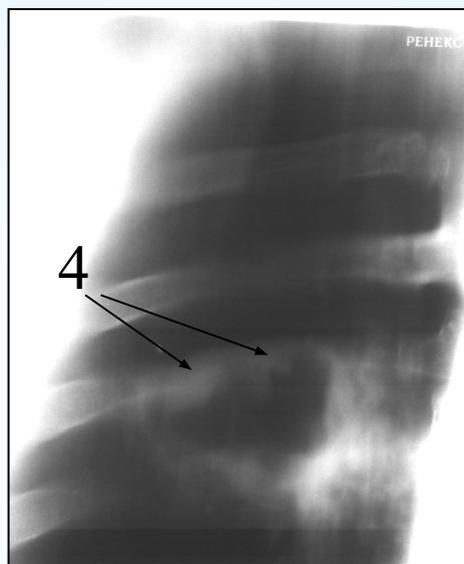
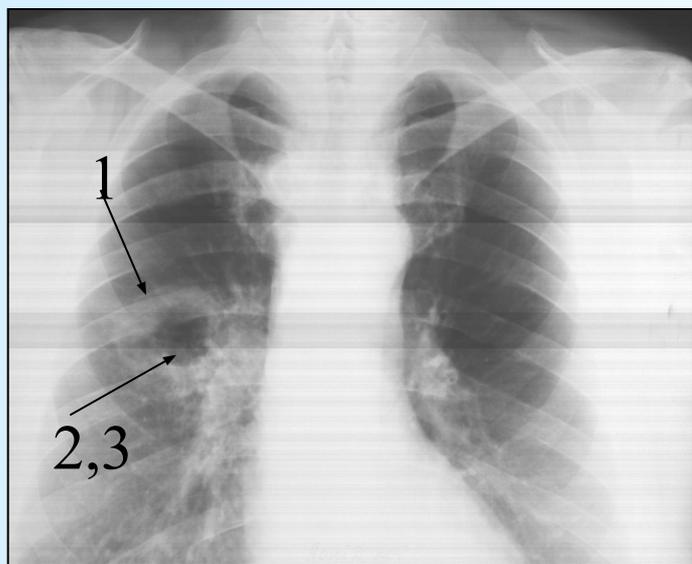
Характерно:

⇒ выявление 3-5
признаков
альтеративного
поражения



РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОТДЕЛЬНЫХ ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ФОРМ

пример ИНФИЛЬТРАТИВНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ



**Обзорная
рентгенограмма и
томограмма верхних
и средних отделов
правого легкого (срез
б) больной
остропрогрессирующ
им инфильтратив-
ным туберкулезом**

Сохранены общие черты инфильтративного туберкулеза

4 признака альтеративного поражения

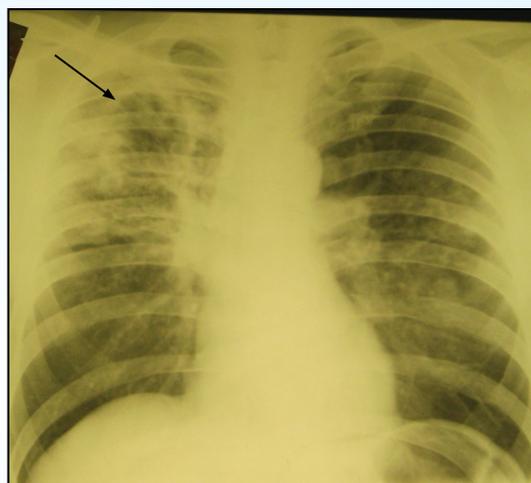
- 1. Интенсивное неоднородное затемнение С6 правого легкого.**
- 2,3. Плотность распада неправильной формы с нечеткими наружными и внутренними контурами.**
- 4. На внутренней стенке каверны неотторгнувшиеся казеозно-некротические массы (секвестры)**

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОТДЕЛЬНЫХ ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ФОРМ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ

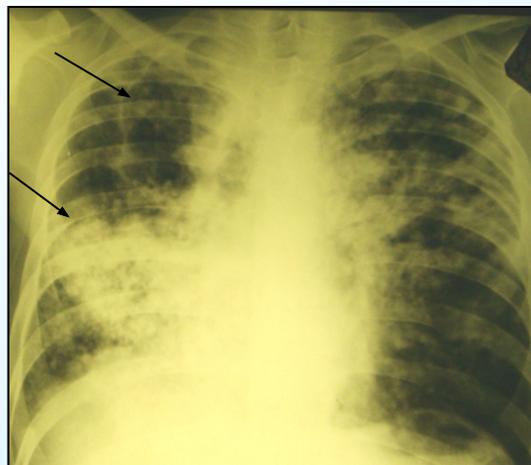
Сохраняются признаки фиброзно-кавернозного туберкулеза – каверна с толстыми стенками и признаки выраженного фиброза

Характерно:

⇒ выявление признаков альтеративного поражения, указывающих на развитие казеозной пневмонии в зоне каверны и/или отдаленных участках легких

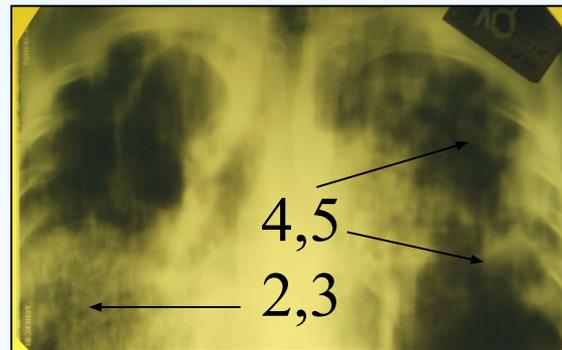
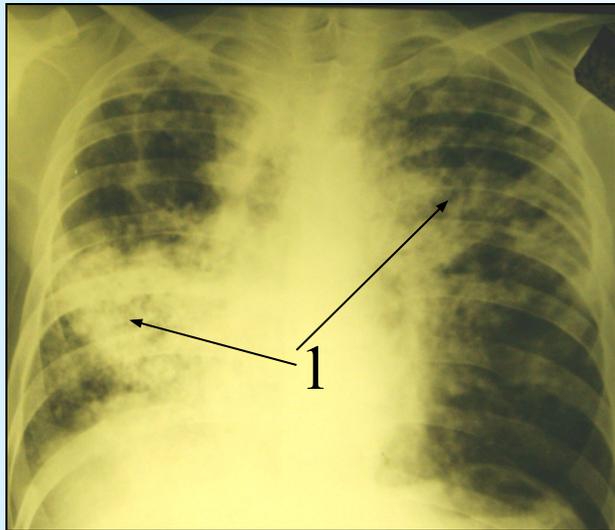


Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого



Тот же больной через 8 месяцев - острое прогрессирование процесса с развитием казеозной пневмонии

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОТДЕЛЬНЫХ ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ФОРМ пример **ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ**

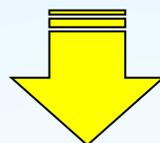


**Обзорная
рентгенограмма и
томограмма верхних
отделов легких (срез
9) больного
остропрогрессирующ
им фиброзно-
кавернозным
туберкулезом**

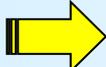
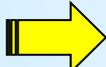
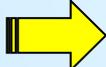
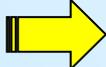
**Сохранились общие черты фиброзно-кавернозного туберкулеза
Альтеративные признаки развития казеозной пневмонии**

1. Участки интенсивного неоднородного затемнения. 2. Нечеткие наружные контуры полостей. 3. Нечеткие внутренние контуры полостей. 4. Крупно- и среднеочаговая диссеминация с размытыми контурами и интенсивной тенью в центре, слияние очагов. 5. Полости распада в очагах диссеминации.

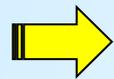
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ФОРМ



«ЗЕРКАЛЬНОЕ ОТРАЖЕНИЕ» ИНФИЛЬТРАТИВНО-АЛЬТЕРАТИВНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ

-  **Ярко выраженная интоксикация и бронхо-легочный синдром**
-  **Полиорганная недостаточность**
-  **Глубокий иммунодефицит и эндотоксикоз**
-  **Массивное бактериовыделение, в том числе в 80% случаев лекарственно устойчивых штаммов МБТ**

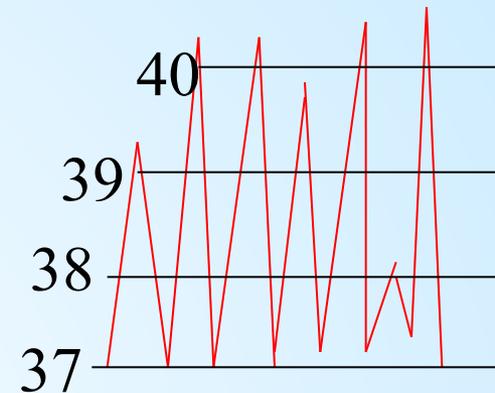
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ



Ярко выраженная интоксикация

Характерные симптомы:

- Гектическая лихорадка 1-3 мес.
- Профузные поты и ознобы.
(↓ веса на 10-20кг за 1-6 мес.)
- Кахексия 2-3 степени
- Бледно-землистый цвет кожи с зеленоватым оттенком
- Анорексия
- Нарастающая гиподинамия до адинамии.



**Гипофункция
коры
надпочечников**

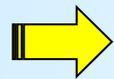
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ

Клинические проявления полиорганной недостаточности

Признаки дисфункции разных органов и систем наблюдаются при поздней диагностике и распространенном процессе:

- Токсическая энцефалопатия и полинейропатия.
- Нарушения сердечно-сосудистой деятельности
- Мочевой синдром (лейкоцитурия, гематурия, протеинурия, цилиндрурия)
- Клинические проявления ДВС-синдрома – тромбоз крупных сосудов
- Гепато-спленомегалия
- Церебрально-сосудистые расстройства

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ



Ярко выраженный бронхопульмональный синдром:

- **Одышка в покое или после небольшой физической нагрузки (ДН 2-3 ст.).**
- **Кашель в начале заболевания может быть сухой, затем с мокротой**
- **Мокрота в начале заболевания скудная, может быть «ржавая» мокрота, затем слизистая, слизисто-гнойная и гнойная до 200 мл в сутки**
- **Влажные хрипы над областью поражения**
- **Возможно возникновение легочного кровохарканья или кровотечения (осложнение деструктивного процесса)**

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ

Глубокий иммунодефицит и эндотоксикоз

- **Гипохромная анемия.**
- **Умеренный лейкоцитоз, возможно нормальное содержание лейкоцитов или лейкопения. В начале заболевания возможен гиперлейкоцитоз.**
- **Абсолютная лимфопения (менее 1200 кл/мкл).**
- **Нейтрофилез, возможен палочкоядерный сдвиг формулы влево, токсическая зернистость нейтрофилов.**
- **Повышение СОЭ 30-70 мм в час.**
- **Гипопротеинемия, гипоальбуминемия, гиперфибриногенемия, увеличение СРБ**
- **Отрицательная реакция Манту с 2ТЕ**

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ

➔ Массивное бактериовыделение

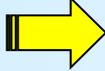
Обнаружение МБТ в мокроте верифицирует клинико-рентгенологический диагноз казеозной пневмонии:

- Методом простой микроскопии с окраской препаратов по Цилю-Нильсону (результат в тот же день)
- Методом люминисцентной микроскопии (результат через 2-3 дня)
- Методом посева на питательные среды (результат

Особенности:
через 2-3 месяца)

в начале заболевания МБТ в мокроте могут отсутствовать, что определяет необходимость многократного исследования мокроты на МБТ, в том числе при первых отрицательных результатах

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ

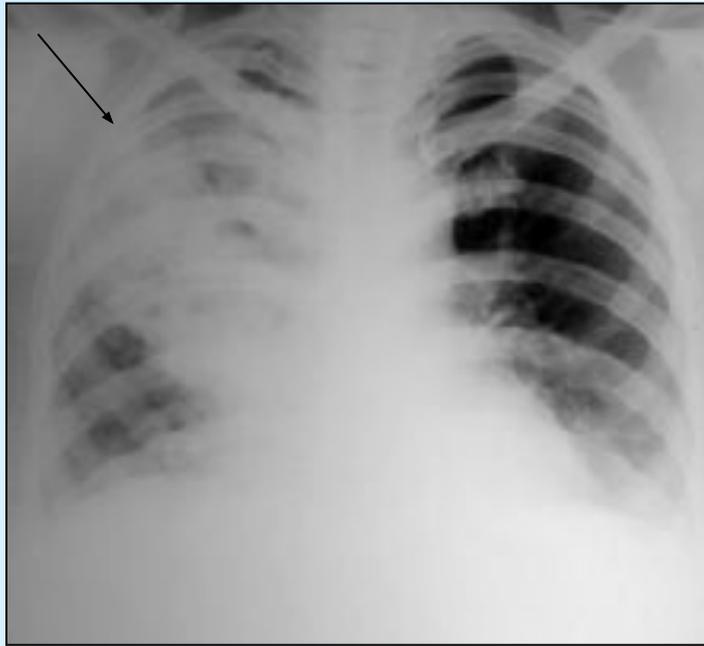
 **Сочетание с 2-3 сопутствующими заболеваниями, из них наиболее часто встречаются:**

- **Хронические неспецифические заболевания органов дыхания**
- **Хронический алкоголизм**
- **Заболевания желудочно-кишечного тракта и печени**
- **Сахарный диабет**
- **Сифилис**
- **Психические заболевания**

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ФОРМ

ХАРАКТЕРИСТИКА	КАЗЕОЗНАЯ ПНЕВМОНИЯ	ОСТРОПРОГРЕССИВНЫЙ ИНФИЛЬТРАТИВНЫЙ	ОСТРОПРОГРЕССИВНЫЙ ДИССЕМИНИРОВАННЫЙ	ОСТРОПРОГРЕССИВНЫЙ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫЙ
Рентгенолог. признаки альтеративного поражения	5-10 признаков	3-5 признаков	3-5 признаков	3-10 признаков
Интоксикация и бронхолегочный синдром	Ярко выражены	От яркой до умеренной степени	От яркой до умеренной степени	От яркой до умеренной степени
Полиорганная недостаточность	1-6 признаков	Нет	0-6 признаков	0-6 признаков
Иммунодефицит и эндотоксикоз	Максимально выражены	Ярко выражены, но меньше, чем при казеозной пневмонии или ф.к.т.		Максимально выражены

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ



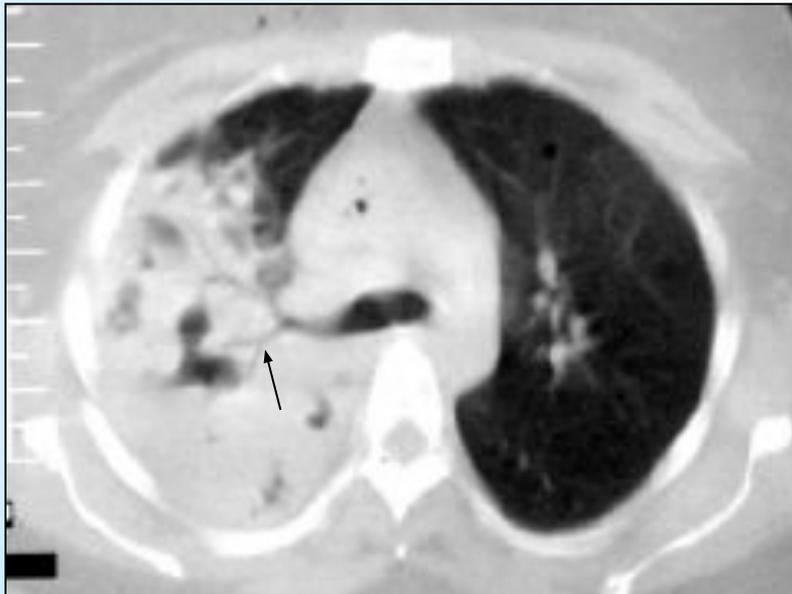
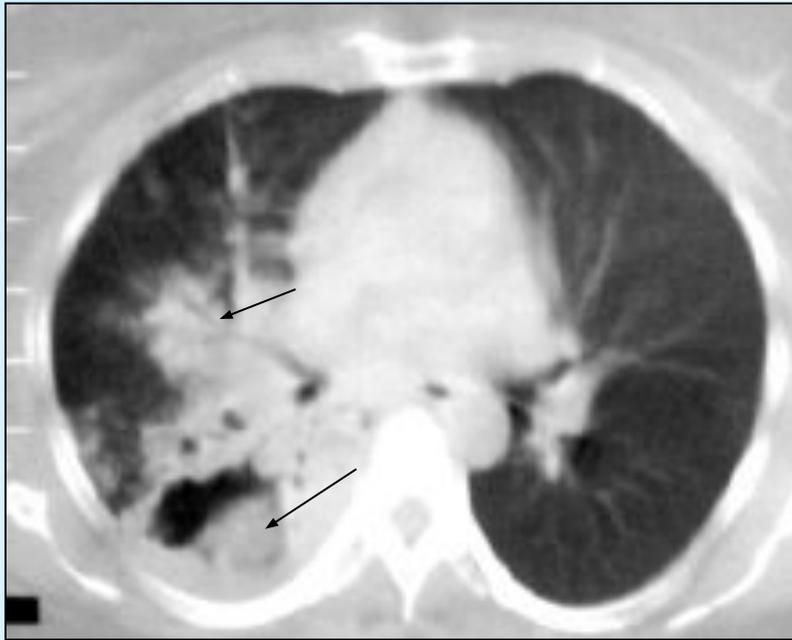
Больная А., 55 лет, длительно страдающая сахарным диабетом, обратилась к терапевту с **жалобами** на повышение температуры тела до 38-39 С к вечеру, ознобы, поты, выраженную слабость, потерю аппетита, снижение веса тела на 12 кг, одышку при небольшой нагрузке и кашель с небольшим количеством слизистой мокроты. Симптомы беспокоили в течение последнего месяца. С диагнозом «пневмония» госпитализирована в пульмонологическое отделение



Эпидемиологический анамнез и социальный статус не отягощены. **Объективное обследование** выявило истощение, ослабление дыхания в правом легком, влажные хрипы в верхних и средних отделах справа. ЧД 20 в мин., ЧСС 110 в мин., АД 90/60 мм рт. ст. Гепатоспленомегалия.

При **рентгенотомографическом обследовании** выявлено интенсивное неоднородное затемнение верхней доли и S6 правого легкого, с полостями распада без четко определяемых наружных и внутренних контуров, множественные очаги.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ

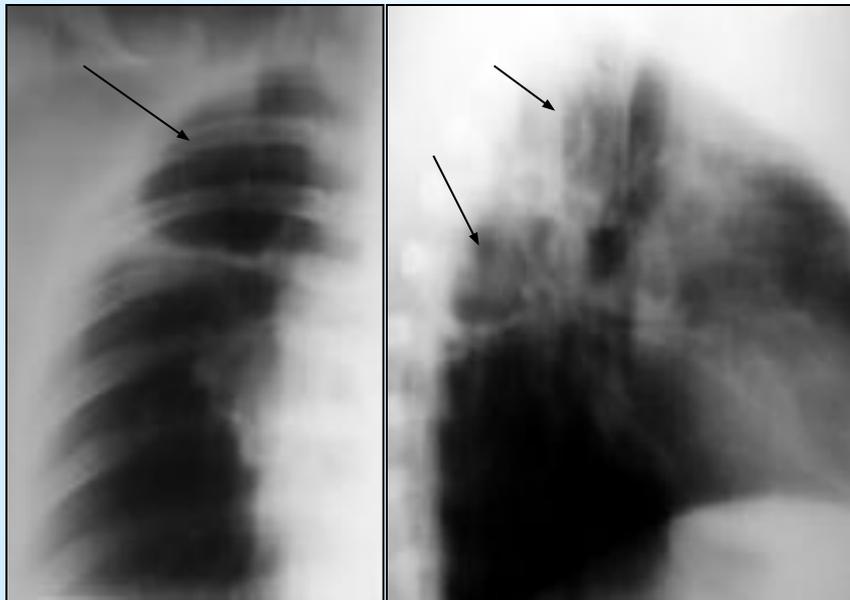


Выполнена **компьютерная томография**, которая подтвердила альтеративный характер поражения верхней доли и S6 правого легкого. На томограммах видны сегментарные и субсегментарные бронхи на фоне интенсивного затемнения, в просвет полости, расположенной в S6 выдается секвестр. В **гемограмме** наблюдалась гипохромная анемия Нв 89г/л, умеренный лейкоцитоз $12 \cdot 10^9$ /л, лимфопения 9%, повышение СОЭ 51 мм в час. В **биохимическом анализе крови** выявлены гипопроотеинемия 54г/л, С-реактивный белок. Курс лечения антибиотиками широкого спектра действия в течение 10 дней оказался неэффективным. С целью диагностики больная направлена в противотуберкулезный диспансер.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ



При поступлении в противотуберкулезный диспансер состояние тяжелое с выраженными проявлениями интоксикации и бронхолегочного синдрома. В мокроте **обнаружены МБТ** в значительном количестве. **Клинический диагноз:** Казеозная пневмония правого легкого БК(+). Сахарный диабет, 1 тип, инсулинзависимый, тяжелое течение, субкомпенсация.



Проводилось интенсивное комплексное этиопатогенетическое лечение в течение 8 месяцев. Наблюдалась замедленная инволюция клинических и рентгенологических проявлений. Бактериовыделение прекращено на 6 месяце. Наблюдение в течение 2 лет показало формирование стабильного фиброзно – кавернозного туберкулеза, МБТ(-).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА



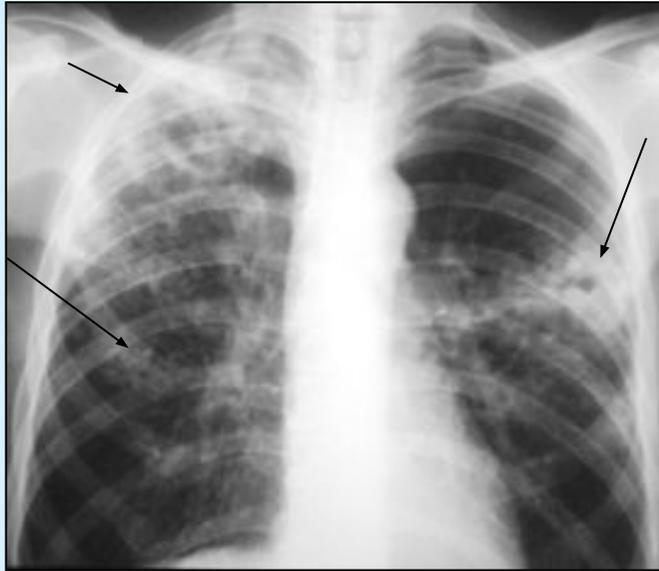
Больной Н., 47 лет обратился к терапевту с **жалобами** на повышение температуры тела до 37-38С, общую слабость, кашель с небольшим количеством мокроты. Получал лечение амбулаторно в течение 3 недель с диагнозом «ОРВИ». Симптомы заболевания сохранялись. Выполнена рентгенограмма и с диагнозом «Пневмония» больной был направлен в терапевтическое отделение, где получал лечение в течение 2 недель.



Ретроспективная оценка выявила ошибки диагностики остропрогрессирующего инфильтративного туберкулеза:

1. Недоучет постепенного развития симптомов заболевания в течение 2-3 месяцев с усилением на фоне неспецифической терапии в течение 3 недель.
2. Задержка рентгенологического обследования при наличии длительной интоксикации и бронхолегочных симптомов.

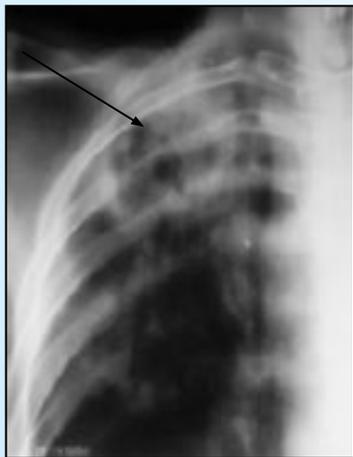
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА



Ошибки диагностики остро прогрессирующего инфильтративного туберкулеза:

3. Ошибки интерпретации рентгенологической картины. Характерными признаками туберкулеза являлись: преимущественно верхнедолевая локализация, интенсивное неоднородное затемнение, наличие множественных полостей и очагов отсева. Характерными признаками

остро прогрессирующего инфильтративного туберкулеза являлись:



Интенсивное неоднородное затемнение S1, S2 правого легкого, множественные полости распада без четких наружных и внутренних контуров, полости распада в очагах отсева и участках интенсивной инфильтрации в левом легком (4 альтеративных признака).

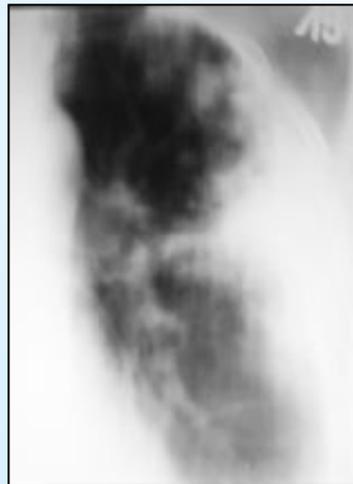
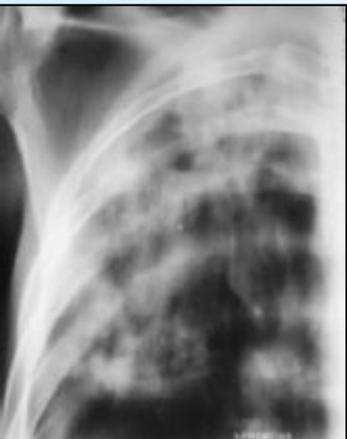
4. В гемограмме были признаки выраженного эндотоксикоза и иммунодефицита: лейкоцитоз $6,9 \cdot 10^9$ /л, лимфопения 900 кл /мкл, СОЭ 40 мм в час.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА



Ошибки диагностики остро прогрессирующего инфильтративного туберкулеза:

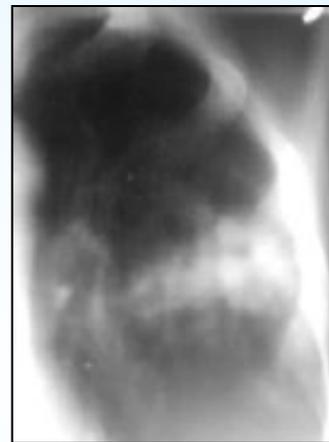
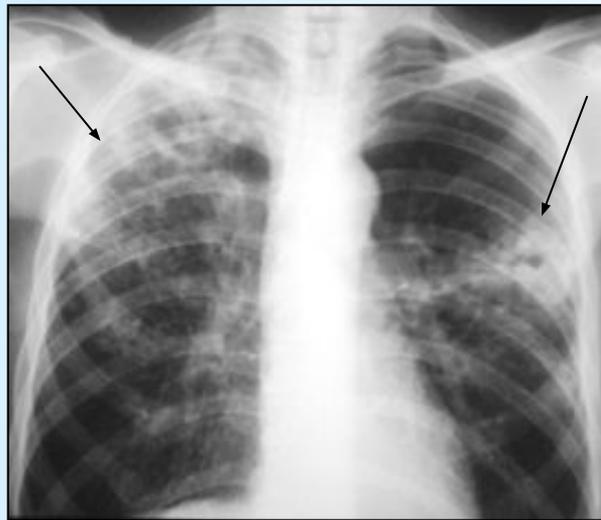
5. Имели место также недооценка неблагоприятного эпиданамнеза (освобождение из мест лишения свободы в течение года до заболевания), неблагоприятного социального анамнеза (больной не имел постоянного места работы, злоупотреблял алкоголем).
6. Не исследована мокрота на МБТ при наличии всех вышеуказанных факторов риска заболевания туберкулезом



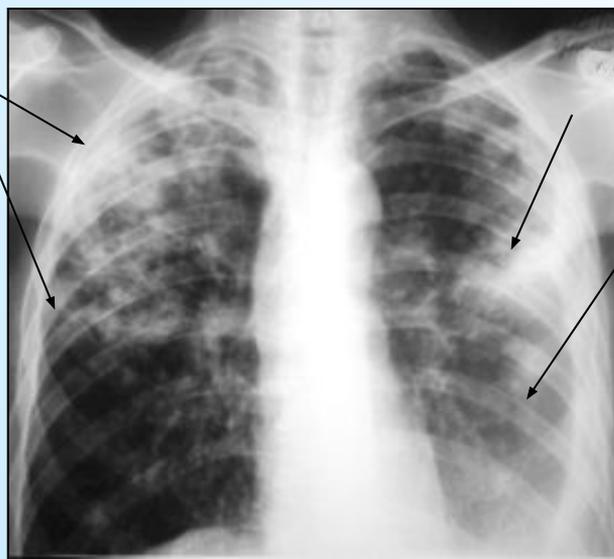
Состояние больного при лечении пневмонии ухудшалось с нарастанием интоксикации и бронхолегочного синдрома. Рентгенологическое обследование выявило прогрессирование легочного процесса.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

При выявлении заболевания – остро прогрессирующий инфильтративный туберкулез



Через 2 недели развитие казеозной пневмонии



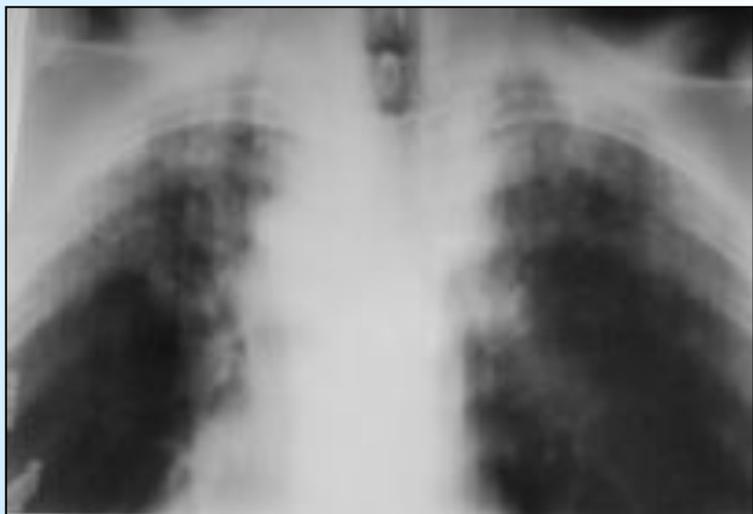
Больной консультирован фтизиатром, поставлен диагноз «Двусторонняя казеозная пневмония». Для продолжения лечения переведен в противотуберкулезный стационар. Поздняя диагностика привела к распространению альтеративного поражения и летальному исходу.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ДИССЕМИНИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА



Больной В., 37 лет обратился к неврологу с жалобами на общую слабость, боли в ногах и левом боку. Получал амбулаторное лечение 3 недели с диагнозом «Полинейропатия. Межреберная невралгия». Появление температуры до 39С, усиление кашля позволили заподозрить легочный процесс и выполнить рентгенологическое обследование. Выявлены рентгенологические признаки специфического процесса: преимущественно верхне- и среднедолевая локализация, множественные очаги крупных и средних размеров, сливающиеся между собой. Осумкованный плеврит слева. В мокроте обнаружены МБТ в умеренном количестве. В гемограмме гипохромная анемия, лейкоз $9,4 \cdot 10^9$, лимфопения 800 кл/мкл, СОЭ 48 мм в час.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ДИССЕМНИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА



С диагнозом «Диссеминированный туберкулез» больной был госпитализирован в противотуберкулезный диспансер. Признаками остропрогрессирующего диссеминированного туберкулеза являлись: ярко выраженная интоксикация с гектической лихорадкой, проявлениями полиорганной недостаточности – полинейропатия, гепатоспленомегалия. Рентгенологические признаки альтеративного поражения (мономорфизм крупных экссудативных очагов, склонность к слиянию и образованию полостей). Признаки эндотоксикоза и иммунодефицита. Проведен курс интенсивной противотуберкулезной терапии в течение 10 месяцев. Достигнута значительная клинко-рентгенологическая инволюция процесса. С формированием плотных очагов, буллезно - дистрофических изменений и пневмосклероза.

Часть 3.

Основные проблемы остропрогрессирующих деструктивных форм

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ФОРМ

⇒ Ранняя диагностика

⇒ Дифференциальная диагностика

⇒ Высокая эпидемиологическая опасность
больных

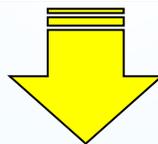
⇒ Трудности лечения

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ФОРМ

Ранняя диагностика

Выявление 97% больных остро прогрессирующими формами туберкулеза происходит в общей лечебной сети.

Средний срок пребывания больных в терапевтических стационарах в 56% составляет от 2 недель до 2 месяцев.



Альтеративный процесс в легких распространяется на значительном протяжении, нарастают симптомы полиорганной недостаточности, что приводит к высокой смертности, до 70%, лишает перспективы оперативного лечения, при благоприятном исходе определяет хронизацию заболевания

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ФОРМ

Ранняя диагностика

**Критерии ранней диагностики
остропрогрессирующих форм:**

- **Сроки диагностики туберкулеза не превышают 7-10 дней после обращения больных за медицинской помощью**
- **Распространенность казеозно-деструктивных изменений не превышает 3-7 сегментов**
- **Размеры деструкций не превышают в диаметре 6 см**
- **Отсутствуют признаки полиорганной недостаточности**

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ФОРМ

Дифференциальная диагностика

Затрудняют проведение дифференциальной диагностики:

- «Маски» остропрогрессирующих форм туберкулеза
- Неадекватная оценка рентгенологической картины, без учета признаков туберкулеза и альтеративного поражения
- Недоучет эпидемиологического и социального анамнеза
- Мнимая острота развития заболевания
- Невыполнение, несвоевременное выполнение или

МАСКИ ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА

Основные причины появления «масок»	«Маски»
Интоксикация, бронхо-легочные жалобы	ОРВИ
Интоксикация, бронхо-легочный синдром, изменения на рентгенограмме	Пневмония Абсцесс легкого Гангрена легкого Рак легкого Опухоли с метастазами в легких

МАСКИ ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА

Основные причины появления «масок»	«Маски»
Доминирование ярко выраженной интоксикации	Сепсис Инфекционно-токсический шок Алиментарная дистрофия
Сопутствующие заболевания	Хронический алкоголизм (Острый алкогольный психоз, гепатит, панкреатит, отравление алкоголем и его суррогатами, токсическая полинейропатия, энцефалопатия)

МАСКИ ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА

Основные причины появления «масок»	«Маски»
Сопутствующие заболевания	ХОБЛ Сахарный диабет Травмы, ожоги, обморожения Ревматоидный артрит ИБС Гепатит Панкреатит Шизофрения Системный микоз

МАСКИ ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА

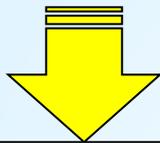
Основные причины появления «масок»	«Маски»
Развитие полиорганной недостаточности, ДВС-синдрома	Миокардит Гепатит ИБС Острая кишечная инфекция Острый тромбоз крупных сосудов
Осложнения основного заболевания	Легочное кровохарканье, кровотечение Пневмоторакс

МАСКИ ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА

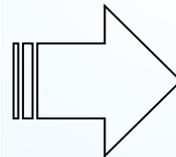
Основные причины появления «масок»	«Маски»
Поражение туберкулезом других органов – генерализация процесса	Злокачественные опухоли различных локализаций Ларингит Мезаденит – «острый живот» Гидронефроз

СХЕМА ДИАГНОСТИКИ ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ФОРМ

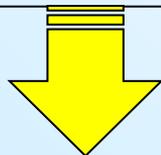
ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ



**Постепенное
в течение 3 недель –
6 месяцев
нарастание
интоксикации и
bronхо-легочных
жалоб, значительное
ухудшение состояния
в течение 1-2 недель**

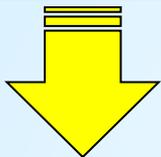


- **снижение веса на 10кг и более,**
- **потеря аппетита, нарастание слабости,**
- **выраженные ночные поты,**
- **фебрильная температура,**
- **суточные колебания температуры – 1.5-2 С**

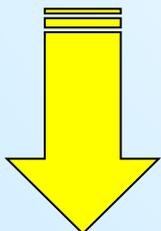


Продолжение

ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ

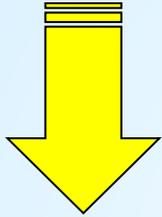


Выявление сочетания нескольких рентгенологических признаков альтеративного поражения легочной ткани



- **Высокая интенсивность тенеобразования с неоднородной структурой, гиповентиляция в зоне поражения, визуализация сегментарных бронхов**
- **Множественные деструкции, нечеткие наружные и внутренние контуры полостей, выявление в них секвестров**
- **Крупно-и среднеочаговая диссеминация с высокой интенсивностью тени в центре очагов и размытыми контурами, негомогенная структура очагов, выявление в них полостей распада**
- **Контактный путь распространения процесса с поражением близлежащих легочных сегментов и плевры**
- **Поздним признаком является нарастание изменений в течение 7-10 дней или стабильная картина на фоне лечения антибиотиками**

ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ



**Лабораторные
признаки
выраженного
иммунодефицита
и эндотоксикоза**



- Лейкоцитоз до 12 тыс в 1 мкл или нормоцитоз или лейкопения
- Лимфопения менее 1200 кл в мкл
- Токсическая зернистость нейтрофилов
- Сдвиг формулы влево
- СОЭ более 30 мм в час
- Гипохромная анемия
- Гипопротеинемия, диспротеинемия

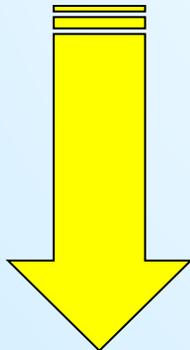


СХЕМА ДИАГНОСТИКИ ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ФОРМ

ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ

Постепенное, в течение 3 недель – 6 месяцев нарастание интоксикации и бронхо-легочных жалоб, значительное ухудшение состояния в течение 1-2 недель

Выявление сочетания нескольких рентгенологически признаков альтеративного поражения легочной ткани

Лабораторные признаки выраженного иммунодефицита и глубокого эндотоксикоза

МНОГОКРАТНОЕ, ЕЖЕДНЕВНОЕ, КОНТРОЛИРУЕМОЕ БАКТЕРИОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОКРОТЫ НА МБТ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ, ПРОДОЛЖЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПЕРВЫХ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ

СХЕМА ДИАГНОСТИКИ ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ФОРМ

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ

Социальная
дезадаптация

Неблагоприятный
эпидемиологическ
ий анамнез

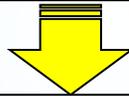
Выявление давности
заболевания с помощью
флюорографического архива

Тяжелые фоновые заболевания и состояния, определяющие развитие выраженного вторичного иммунодефицита (сахарный диабет, длительное применение глюкокортикостероидов и цитостатиков и др.)

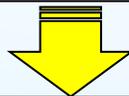
**МНОГОКРАТНОЕ, ЕЖЕДНЕВНОЕ, КОНТРОЛИРУЕМОЕ
БАКТЕРИОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
МОКРОТЫ НА МБТ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ,
ПРОДОЛЖЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПЕРВЫХ
ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ**

АЛГОРИТМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

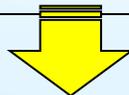
Активное выявление у больного симптомов интоксикации и бронхо-легочного синдрома продолжительностью более 2 недель вне зависимости от причины обращения за медицинской помощью



Рентгенологическое обследование органов грудной клетки с оценкой полученных результатов в течение нескольких часов после обращения



Выявление рентгенологического синдрома затемнения легочной ткани или/и диссеминации

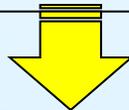


АЛГОРИТМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

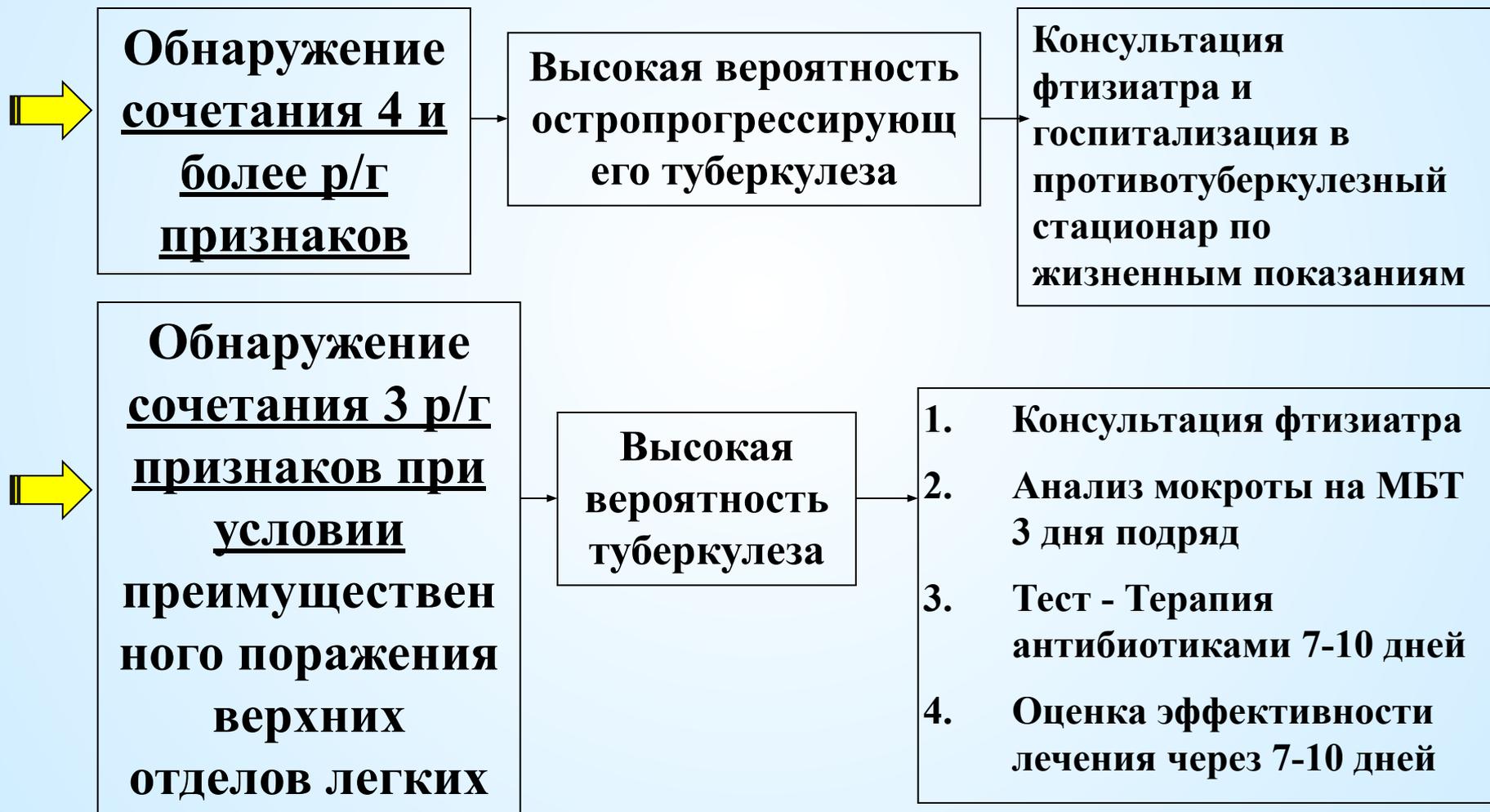
Детализация рентгенологической картины, рентгено-
томографическое дообследование



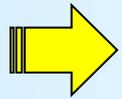
- **Интенсивный характер затемнения**
- **Неоднородная структура затемнения с интенсивными участками и просветлениями**
- **Полости распада без четко определяемых стенок в участках интенсивной инфильтрации**
- **Множественный характер деструкций, полиморфизм их размеров и контуров**
- **Очаги вблизи основного поражения и/или отдаленных участках легких**
- **Очаги крупные и средних размеров, склонны к слиянию и образованию деструкций**



АЛГОРИТМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ



АЛГОРИТМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ



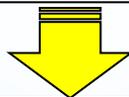
Обнаружение
нарастания числа р/г
признаков на фоне
неспецифической терапии в
течение 7-10 дней
и/или
увеличение объема поражения
в течение 7-10 дней,
прогрессивное клиническое
ухудшение состояния больного
с усилением интоксикации и
бронхо-легочного синдрома

Консультация
фтизиатра и
госпитализация в
противотуберкулезны
й стационар для
уточнения диагноза и
лечения

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ФОРМ

Высокая эпидемиологическая опасность больных

Массивное выделение лекарственно устойчивых штаммов МБТ создает опасность внутрибольничного заражения медицинского персонала и пациентов общей лечебной сети

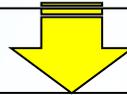


- 1. Необходимость сокращения сроков диагностики туберкулеза в общей лечебной сети**
- 2. При подозрении на туберкулез обследование и лечение проводить в условиях изоляции больного**
- 3. При выявлении больного с остро прогрессирующим туберкулезом в общей лечебной сети целесообразно определить палату и отделение, где находился больной, эпидемиологическим очагом 1 степени опасности с проведением профилактических мероприятий**

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ФОРМ

Трудности лечения

Острота прогрессирования, распространенность процесса, множественная лекарственная устойчивость МБТ, формирование порочных кругов заболевания определяют особенности лечения больных остропрогрессирующими формами

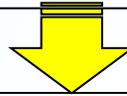


1. Необходимость сокращения сроков диагностики туберкулеза в общей лечебной сети для раннего начала лечения, в том числе выполнение операций по витальным показаниям
2. При подозрении на остропрогрессирующий туберкулез возможно эмпирическое начало противотуберкулезного лечения по витальным показаниям (прогрессирование легочного процесса в условиях сохранения диагностической ситуации по этиологии заболевания) и продолжение обследования.

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ФОРМ

Трудности лечения

Острота прогрессирования, распространенность процесса, множественная лекарственная устойчивость МБТ, формирование порочных кругов заболевания определяют особенности лечения больных остро прогрессирующими формами

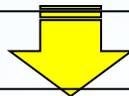


3. Лечение с использованием 5 противотуберкулезных препаратов, включая препараты с учетом высокой вероятности лекарственной устойчивости МБТ (микобутин, фторхинолоны, канамицин, амикацин). Длительная интенсивная фаза лечения с использованием 4 противотуберкулезных препаратов.
4. Индивидуальный подход к химиотерапии с коррекцией в ходе лечения, в том числе до получения результатов лекарственной устойчивости МБТ

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ФОРМ

Трудности лечения

Острота прогрессирования, распространенность процесса, множественная лекарственная устойчивость МБТ, формирование порочных кругов заболевания определяют особенности лечения больных остро прогрессирующими формами

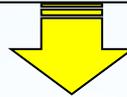


5. Использование индивидуальной программы наблюдения и патогенетической терапии, включающей дезинтоксикацию, иммуностимуляцию, коррекцию метаболических нарушений, противовоспалительную терапию и др.
6. Оперативное лечение рассматривается как обязательный этап лечения больных остро прогрессирующими формами в следующих случаях: 1) острое прогрессирование при одностороннем процессе на любом этапе лечения 2) формирование деструктивных изменений при эффективном консервативном лечении, 3) неотложные состояния, требующие экстренного оперативного вмешательства (легочное кровотечение, пневмоторакс)

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ФОРМ

Трудности лечения

Целью лечения больных остро прогрессирующими деструктивными формами туберкулеза является достижение клинического излечения.

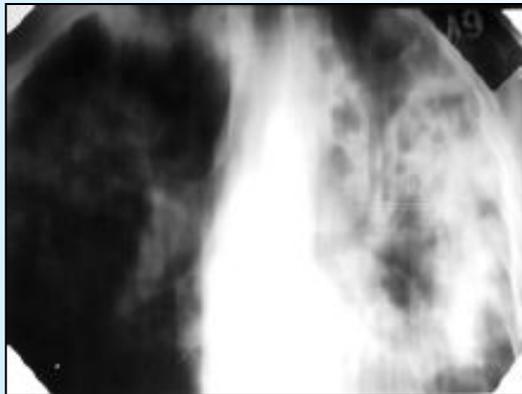


- **Сохранение жизни, формирование фиброзно - кавернозного туберкулеза с прекращением бактериовыделения может рассматриваться как положительный эффект на первом этапе лечения казеозной пневмонии.**
- **Целью лечения больных казеозной пневмонией также является достижение клинического излечения с помощью оперативного лечения, в т.ч. этапного.**
- **Вариантом излечения может быть формирование поликистозных изменений на месте альтеративного поражения при условии длительного наблюдения в течение 5-7 лет.**

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

ЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ

При выявлении



Гемограмма: Нв 87г/л,
лейк. $9,2 \cdot 10^9$ /л, лимф.
10%, СОЭ 54 мм в час.

Больной С., 49 лет доставлен скорой помощью в соматическое отделение. **Жалобы** на повышение температуры тела до 39С в течение 2 недель, выраженную слабость, отсутствие аппетита, снижение веса на 15 кг в течение 3 месяцев, профузные ночные поты, ознобы, кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку в покое, боли в ногах и отеки на ногах. Слабость, кашель, одышка нарастали в течение 3-6 месяцев, значительно усилились в течение последнего месяца. **Эпиданамнез:** контакт с больными туберкулезом отрицает, в заключении не был. **Социальный анамнез:** не работает более 5 лет, живет один, злоупотребляет алкоголем.

Объективное обследование: больной в сознании, адинамичен, выраженное истощение (рост 168 см, вес 42 кг). В легких дыхание везикулярное, ослабленное, тотально выслушиваются влажные хрипы. Тоны сердца глухие. ЧД 22 в мин., ЧСС 120 в мин., АД 80/40 мм рт ст. Выполнено рентгенологическое обследование. Выявлены признаки, характерные для туберкулеза.

Больной направлен для лечения в противотуберкулезный стационар. В мокроте выявлены МБТ.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

ЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ

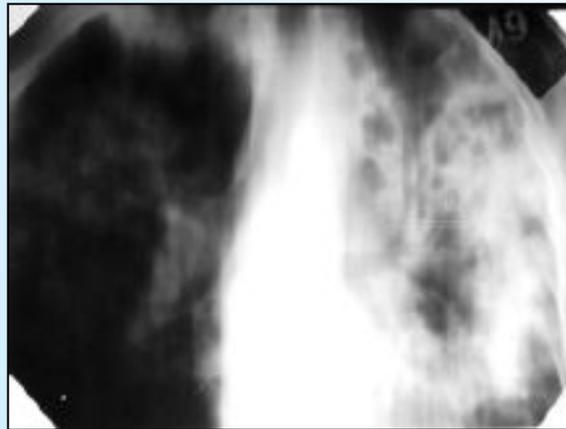
При выявлении



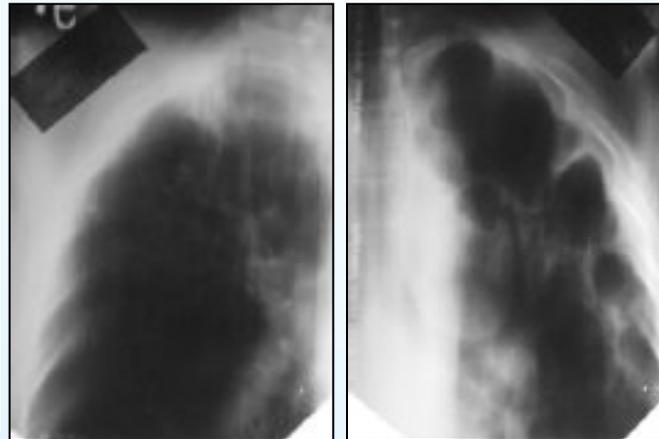
5 мес. лечения



7 лет наблюдения



Двусторонняя
казеозная пневмония,
МБТ(+)



Фиброзно -
кавернозный
туберкулез, МБТ (-)



Излечение с
поликистозными и
цирротическими
изменениями, МБТ(-)

**ИСХОД
ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ФОРМ
ТУБЕРКУЛЕЗА,
В ТОМ ЧИСЛЕ НАИБОЛЕЕ
СМЕРТЕЛЬНООПАСНОЙ ФОРМЫ
- КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ
ЗАВИСИТ ОТ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И
РАННЕГО НАЧАЛА ИНТЕНСИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ**



**ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА КАЖДЫЙ ДЕНЬ
ЗАДЕРЖКИ ДИАГНОСТИКИ ЛЕЖИТ НА
ВРАЧАХ ОБЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ**

Вопросы для самоконтроля

1. **Определение остро прогрессирующих деструктивных форм туберкулеза**
2. **Какие формы туберкулеза протекают с признаками острого прогрессирования, удельный вес в структуре впервые выявленных больных туберкулезом**
3. **Особенности патогенеза остро прогрессирующих форм**
4. **Морфологические признаки острого прогрессирования**
5. **Общая клиническая характеристика остро прогрессирующих форм**
6. **Клинические особенности отдельных остро прогрессирующих форм.**

Вопросы для самоконтроля

7. Рентгенологические признаки альтеративного поражения и частота их наблюдения при различных формах
8. Рентгенологическая характеристика отдельных остропрогрессирующих форм: казеозной пневмонии, остропрогрессирующего инфильтративного, остропрогрессирующего диссеминированного туберкулеза, остропрогрессирующего фиброзно - кавернозного туберкулеза
9. Клиническая картина остропрогрессирующих форм, признаки полиорганной недостаточности
10. Лабораторная диагностика остропрогрессирующих форм

Вопросы для самоконтроля

1. Понятие ранней диагностики остропрогрессирующих форм, основные принципы ранней диагностики
2. Основные проблемы остропрогрессирующих форм, причины их возникновения и пути решения
3. «Маски» остропрогрессирующих форм туберкулеза легких. Причины их появления
4. Особенности лечения больных остропрогрессирующими формами
5. Исходы остропрогрессирующих форм туберкулеза.

Не ответил на вопросы?



В начало лекции – прочти еще раз !

