

ДЕСТРУКТИВНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ

Орындаған: Мирзам

Қабылдаған: Искакова

Б.Ш

А.Ш

Определение деструктивного туберкулеза

Любая форма туберкулеза может осложниться расплавлением казеоза, выделением казеозных масс через бронхи и формированием полости, т.е. переходом процесса в деструктивную форму.

Сформированная каверна характеризуется

трехслойным строением стенок:

- внутренний казеозно-некротический слой;
- слой специфических грануляций, содержащий макрофаги, эпителиоидные, лимфоидные и гигантские клетки Пирогова-Лангханса;
- наружный фиброзный слой, граничащий с окружающей легочной тканью, состоящий из волокон соединительной ткани, инфильтрированных лимфоидными клетками, и содержащий в большем или меньшем количестве кровеносные и лимфатические сосуды.

По генезу каверны могут быть

- пневмониогенными, образующимися на месте очага туберкулезной пневмонии
- бронхогенными, формирующимися на месте пораженных туберкулезом бронхов
- гематогенными, возникающими при гематогенно-диссеминированном туберкулезе

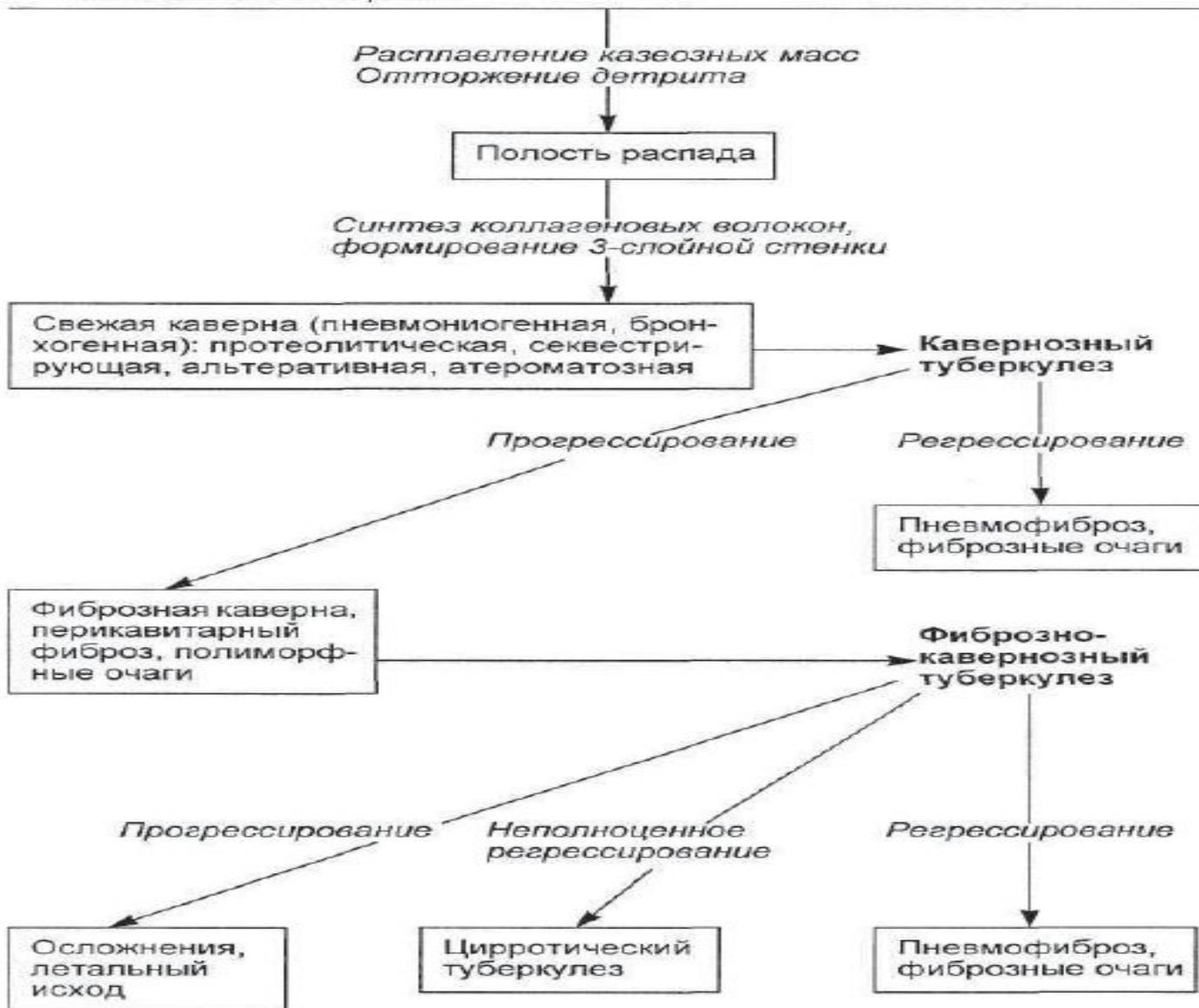
Различают три основных варианта кавернозного туберкулеза

- Ограниченный и относительно стабильный
- Прогрессирующий
- осложненный

Патогенез ДТ

Первичный, диссеминированный, очаговый, инфильтративный туберкулез, туберкулема, казеозная пневмония

Своеобразие реактивности. Поздняя диагностика туберкулеза. Неадекватная терапия



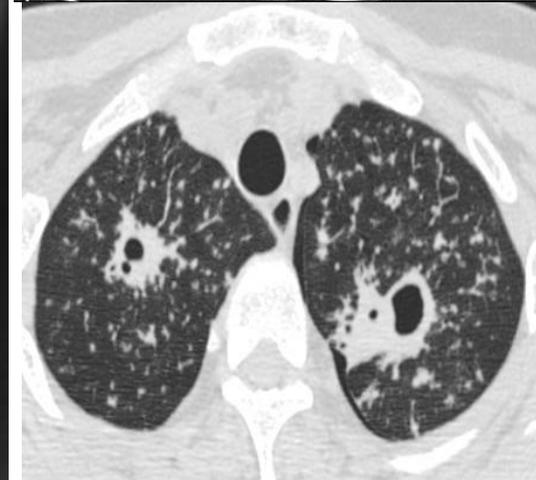
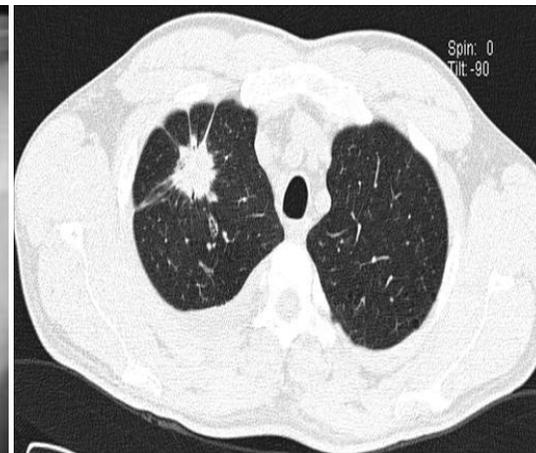
Клиника ДТ

- При кавернозном туберкулезе выраженных симптомов как правило не бывает. Больных может беспокоить:
- Появление кашля со скудной мокротой желтого цвета в течение 2 - 4 недель.
- Одышка .
- Появляются хрипы в зоне поражения
- Синдром интоксикаций
- Снижение ИМТ и.т.д

Диагностика

- Важную роль играет в диагностике ДТ анамнез
- Туберкулиновая проба-не дают ценных данных чаще нормергическая
- ОАК-зависят от фазы
- КТ
- Рентген ОГК
- Тамограмма
- Бронхоскопия- 10-20%
- При МБТ-у больных обнаруживают только при обострении туберкулезного процесса

Рентген КТ ДТ



Рентгеносемиотика

- Основным рентгенологическим признаком каверны является наличие замкнутой кольцевидной тени. Ограниченный этой тенью участок легкого («окно» каверны) прозрачнее, чем окружающая его легочная ткань, в «окне» каверны на томограмме не видны легочный рисунок и другие тени.
- При кавернозном туберкулезе обычно определяется одна каверна. Она круглой или овальной формы, обычно не более 4 см в диаметре. Толщина стенки каверны 2—3 мм, внутренний ее контур четкий, наружный чаще неровный, размытый при сохранении перифокального воспаления.

Таблица 14.1. Дифференциальная диагностика кавернозного, фиброзно-кавернозного туберкулеза, абсцесса, полостной формы рака

Признак	Кавернозный туберкулез	Фиброзно-кавернозный туберкулез	Абсцесс легкого	Полостная форма рака
Возраст, пол	Чаще взрослые, мужчины	Чаще взрослые, мужчины	Чаще взрослые, мужчины, социально неблагополучные	Чаще мужчины старше 40 лет — курильщики
Периферические лимфатические узлы	Не увеличены	Не увеличены	Не изменены	Увеличены при метастазировании
Начало и течение заболевания	Чаще постепенное, без выраженных клинических проявлений, прогрессирующее	Чаще постепенное, прогрессирующее, волнообразное	Острое, с выраженными симптомами поражения легких и интоксикацией	Постепенное, прогрессирующее, с выраженными симптомами поражения легких и интоксикацией
Рентгенологические признаки	Тонкостенная кольцевидная тень чаще в I, II или VI сегментах; бронхогенные очаги; небольшой локальный пневмофиброз	Толстостенная кольцевидная тень чаще в I, II, VI сегментах; перифокальный грубый пневмофиброз; полиморфные бронхогенные очаги	Кольцевидная тень с широкой неравномерной стенкой чаще в III, VI, и X сегментах; нередко горизонтальный уровень жидкости; усиление сосудистого рисунка	Кольцевидная тень с бугристой стенкой чаще в III, IV, V сегментах; перифокальные лучистые тени, тяжистая «дорожка» к корню; участки апневмотоза; увеличение регионарных лимфатических узлов при метастазировании

Признак	Кавернозный туберкулез	Фиброзно-кавернозный туберкулез	Абсцесс легкого	Полостная форма рака
Бронхоскопия	Норма. Иногда небольшие фиброзные изменения	Ограниченный катаральный или гнойный эндобронхит, иногда рубцовые изменения	Диффузный эндобронхит, гнойный секрет в просвете бронхов	Деформация бронхов; иногда при метастазировании в лимфатические узлы выбухание стенки бронха
Бактериологическое и цитологическое исследование мокроты	Иногда МБТ+, эластические волокна	МБТ+, триада Эрлиха, иногда неспецифическая микрофлора	МБТ-, неспецифическая микрофлора, эластические волокна, эритроциты	Эритроциты, иногда неспецифическая микрофлора, МБТ-
Чувствительность к туберкулину	Нормергическая	Нормергическая или слабоположительная	Слабоположительная или отрицательная	Слабоположительная или отрицательная

Лечение ДТ

- 1. Этиотропная терапия.
- 2. Патогенетическая терапия, повышающая сопротивляемость организма.
- 3. Симптоматическая терапия, направленная на уменьшение особо тягостных симптомов для больного.
- 4. Коллапсотерапия (искусственный пневмоторакс и пневмоперитонеум).
- 5. Хирургические методы лечения.

Лечение

- 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.