

# Казахстанско-Российский медицинский университет

Тема: Туберкулема легких

Группа: 603  
Исполнил: Абдыхан Д.Д.

# Введение

- Туберкулема легких — клиническая форма туберкулеза, объединяющая разнообразные по генезу инкапсулированные казеозные фокусы величиной более 1 см в диаметре, с длительным и часто малосимптомным течением. Встречается довольно редко (4—6% случаев).



# Патогенез и патоморфология.

- При туберкулезе в легком определяется крупный очаг казеоза, чаще всего один, но встречаются и множественные туберкулемы. Туберкулемы могут иметь разный генез и образовываться из очагового, инфильтративного или диссеминированного туберкулеза либо путем заполнения каверны казеозными массами при облитерации дренирующего бронха — в этом случае их называют «псевдотуберкулемы».

- Характерной особенностью этой формы является длительное торпидное течение и наличие тонкой соединительнотканной капсулы вокруг крупных или группы мелких очагов казеоза и инфильтратов. Чаще всего туберкулемы имеют округлую или овальную, но могут иметь и неправильную форму. По своему строению туберкулемы могут быть инфильтративно-пневмоническими, солитарными, слоистыми и конгломератными.

- Инфильтративно-пневмоническая туберкулема является результатом частичного обратного развития инфильтративного туберкулеза и характеризуется наличием ограниченной фиброзной капсулы, окружающей участки казеоза.
- Солитарная туберкулема (в виде одного очага) имеет гомогенную структуру, в которой можно выявить тень предшествующих альвеолярных структур легочной ткани и казеоза, окруженную фиброзной капсулой.

- Слоистая туберкулема характеризуется concentрическим расположением казеозных масс, чередующихся со слоями фиброзных волокон, что свидетельствует о волнообразном чередовании периодов заживления и прогрессирования процесса.
- Конгломератная туберкулема состоит из нескольких казеозных фокусов, объединенных единой капсулой. Капсула туберкулем имеет два слоя: внутренний, примыкающий к казеозу и состоящий из туберкулезных грануляций с эпителиоидными и гигантскими клетками, и наружный — фиброзный слой.

- Необходимо отдельно рассматривать туберкулему, образовавшуюся при заполнении каверны, в которой из-за перекрытия дренирующего бронха скапливается казеоз. Верификация такого образования осуществляется только на гистологическом уровне. Заживление чаще всего выражается в гиалинизации фиброзной капсулы и краевом обызвествлении. При прогрессировании процесса казеоз расплавляется, распадается и выделяется через дренирующий бронх, что приводит к образованию каверны, имеющей серповидную форму. Прогрессирующие туберкулемы также могут приводить к развитию казеозной пневмонии, диссеминированного и фибринозно-кавернозного туберкулеза.

- **Клиническая картина** при туберкулезе достаточно скудная и зависит от типа ее течения. Туберкулезы со стабильным течением протекают бессимптомно, не подвергаясь изменениям. В благоприятных условиях возможна регрессия туберкулеза — уменьшение в размерах, уплотнение и кальцинация.

- При прогрессировании туберкулемы ее капсула разрыхляется, казеозные массы расплавляются. При выделении казеоза через дренирующий бронх происходит бронхогенная диссеминация и образуется полость распада. Клинически в этот период появляются симптомы интоксикации, кашель, мокрота, возможно кровохарканье.

- Изменения лабораторных анализов при туберкулезе наблюдаются только при профессиононровании заболевания и являются типичными для всех клинических форм. В анализе крови отмечаются незначительный лейкоцитоз, лимфопения, ускорение СОЭ. Возможно обнаружение МБТ в мокроте.
- Туберкулиновая реакция, как правило, положительная вплоть до гиперергической.

- Рентгенологическая картина зависит от типа и фазы развития туберкулемы. В фазе стабилизации она выглядит в виде фокусной тени круглой или овальной формы с четкими и ровными контурами; при конгломератной туберкулезе края волнистые.
- Структура может быть однородной, но в ряде случаев определяются участки уплотнений и обызвествления. Вокруг тени туберкулемы видны фиброзные изменения и плотные очаги.

- При обострении процесса туберкулема увеличивается в размерах, появляются нечеткость контуров за счет перифокального воспаления, свежие очаги, «дорожки» к корню легкого; усиливается окружающий легочный рисунок.
- В случае распада в туберкулема чаще возникает серповидная деструкция у нижневнутреннего полюса или появляется округлая или овальная полость в центре образования.
- Возможен распад с массивным выделением казеозных масс и формированием каверны на месте туберкулемы. Обратное развитие туберкулемы сопровождается уменьшением ее размеров, фрагментацией на отдельные очаги, уплотнением и обызвествлением.

- **Диагностика.** Туберкулезу легких чаще обнаруживают при профилактических обследованиях населения или групп риска методом флюорографии. При этом лучевые методы диагностики, особенно КТ, являются определяющими в постановке диагноза.

- **Дифференциальную диагностику** туберкулемы проводят с целым рядом заболеваний, сопровождающихся образованием в легких округлых образований, т. е. доброкачественных и злокачественных опухолей. Это могут быть периферический рак, гамартохондрома, ретенционная или эхинококковая киста, карциноид и др. Выявление такой патологии в легком является показанием к бронхоскопическому исследованию с катетеризацией и взятием материала для бактериологического, гистологического и цитологического исследований.

- Если после обследования диагноз не ясен, показана пробная торакотомия с экстренным гистологическим исследованием материала. Результаты гистологического исследования определяют объем последующего оперативного вмешательства.

- **Лечение** больных туберкулезом легких чаще проводят в условиях противотуберкулезного учреждения по III стандартному режиму химиотерапии, когда в интенсивной фазе лечения в течение 2 мес назначают четыре основных противотуберкулезных препарата (изониазид, рифампицин, пиразинамид и этамбутол), а в фазе продолжения — в течение 4—6 мес изониазид и рифампицин или изониазид и этамбутол.

- Больным туберкулезом легких при замедленной инволюции специфических изменений в фазе продолжения лечения показана противовоспалительная терапия, включающая туберкулинотерапию, лидазу, вакцину БЦЖ и физиотерапевтические методы (ультразвук или индуктотермию). Одним из методов лечения больных с туберкулезом легких является хирургическое вмешательство (сегментальное, бисегментарное или лобэктомия).

- **Прогноз** заболевания при своевременно назначенном лечении и хирургических вмешательствах, как правило, благоприятный, с полным клиническим излечением.