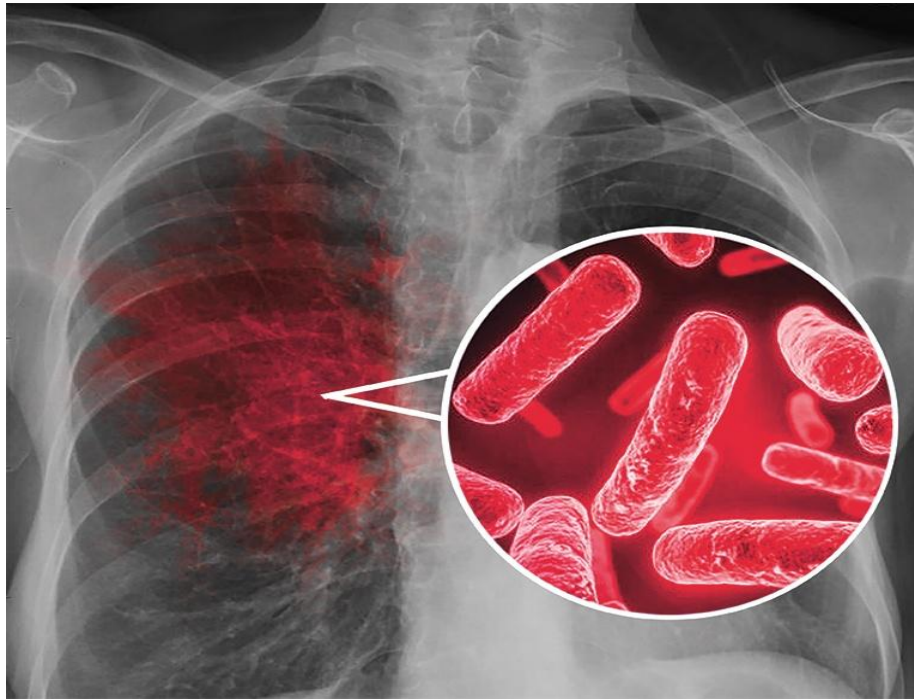


Лекция 9.

Фиброзно-кавернозный и цирротический туберкулез легких



ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО
кафедра фтизиатрии и пульмонологии
к.мед.н. Шумляева Т.М.

Цель лекции:

уметь диагностировать клинические формы вторичного туберкулеза: фиброзно-кавернозного и цирротического ТБ легких



План лекции

1. Актуальность проблемы
2. Фиброзно-кавернозный туберкулез. Клиника, диагностика, лечение, осложнения
3. Цирротический туберкулез. Клиника, диагностика, лечение, осложнения
4. Исходы вторичного туберкулеза
5. Выводы

Основные положения

- Фиброзно-кавернозный и цирротический туберкулез легких являются хроническими специфическими процессами
- Фиброзно-кавернозному ТБ(ФКТ) предшествуют другие формы: очаговый, инфильтративный, диссеминированный, казеозная пневмония, первичный ТБ комплекс
- Если у впервые выявленного больного диагностируют фиброзно-кавернозный ТБ, то квалифицируют как позднее выявление - запущенную форму ТБ
- Удельный вес таких больных среди впервые выявленных процессов составляет 1%.
- ФКТ – основной резервуар инфекции с массивным вирулентным возбудителем.

Фиброзно-кавернозный туберкулез легких

Характеризуется наличием фиброзных толстостенных деформированных каверн с фиброзом окружающей легочной ткани и очагами бронхогенного отсева различной интенсивности

Наряду с перечисленными изменениями выявляют эмфизему, бронхоэктазы, изменения сосудов

Результат поздно диагностированного или не эффективно леченного туберкулеза легких, а также исход казеозной пневмонии

Течение хроническое, волнообразное

Клиника: интоксикация, умеренные респираторные жалобы

Объективно: Западение межреберных промежутков, над- и подключичных ямок, опущение плеч

Укорочение перкуторного звука, ослабленное бронхиальное дыхание, влажные и сухие хрипы

При присоединении вторичной флоры – признаки неспецифического воспаления

Осложнения –ТБ гортани, бронхов, плевры, кишечника, почек, амилоидоз внутренних органов, легочно-сердечная недостаточность, спонтанный пневмоторакс, легочное кровотечение.

Патогенез

- Вследствие расплавления казеозных масс и отхождению их по дренирующему бронху образуется каверна
- Казеоз разжижается под действием протеолитических ферментов.

Слои каверны

Внутренний – пиогенная оболочка, неровный слой

Средняя – грануляционный

Наружный – фиброзный, абсолютный признак каверны, если он отсутствует, то деструкцию трактуют как фазу распада.

Толщина стенки каверны обусловлена фиброзной капсулой и перифокальным воспалением. Каверна соединяется с бронхом через который отходит мокрота, содержащая МБТ.

При нарушении дренажной функции в бронхе скапливается жидкость. В бронхе часто развивается эндо- перибронхит, лифангит «дорожка» к корню легкого.

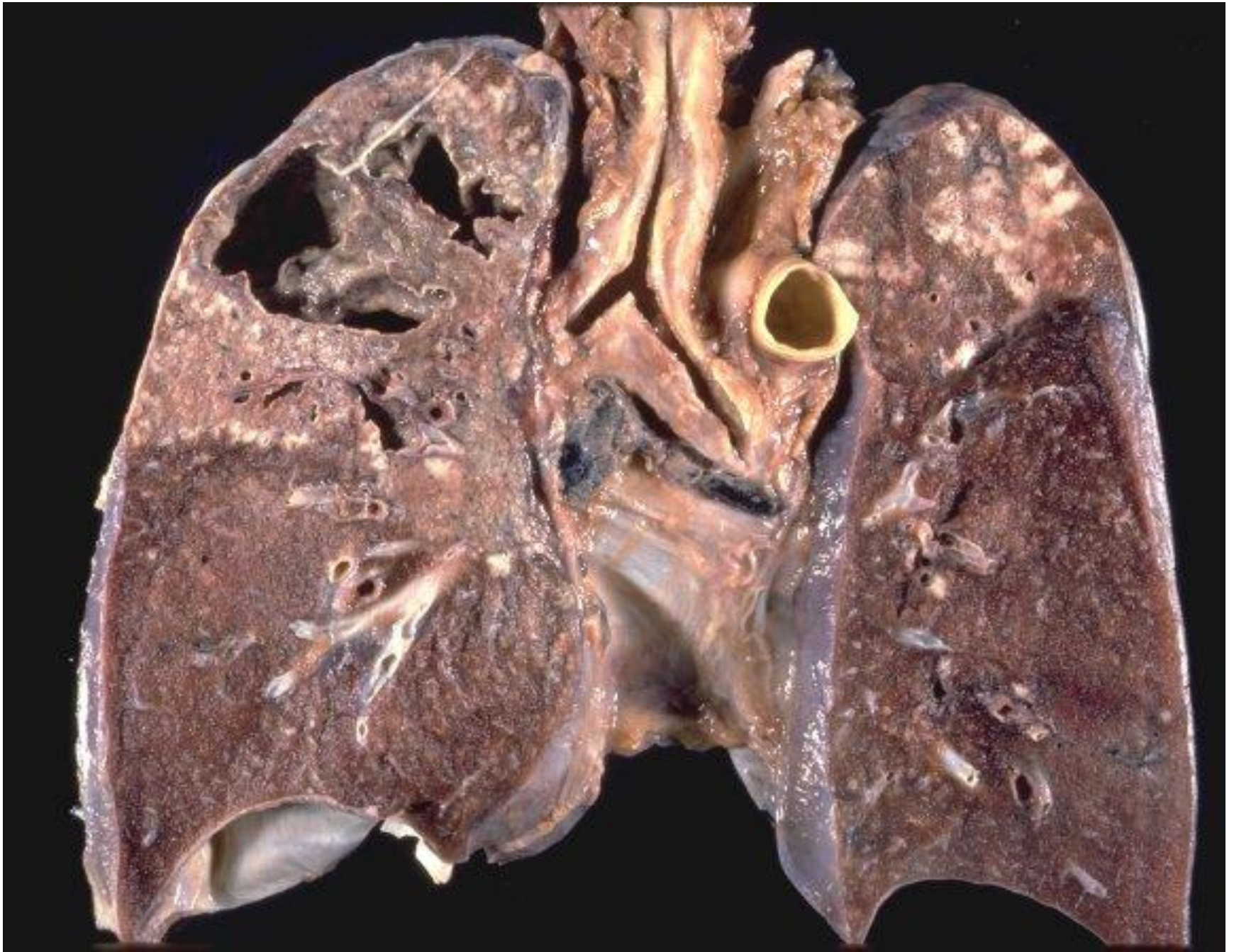
Классификация каверн по генезу

- **Пневмониегенные** – из инфильтративного ТБ, казеозной пневмонии, ПТК, подострого диссеминированного ТБ. Характерно быстрое прогрессирование, ранним формированием очагов бронхогенного отсева.
- **Альтеративные** – из старого очага разрушенного, прогрессирует медленно.
- **Бронхогенные** – при переходе процесса с пораженного мелкого бронха на прилежащую легочную ткань с последующим ее разрушением.

Классификация ФКТ по течению

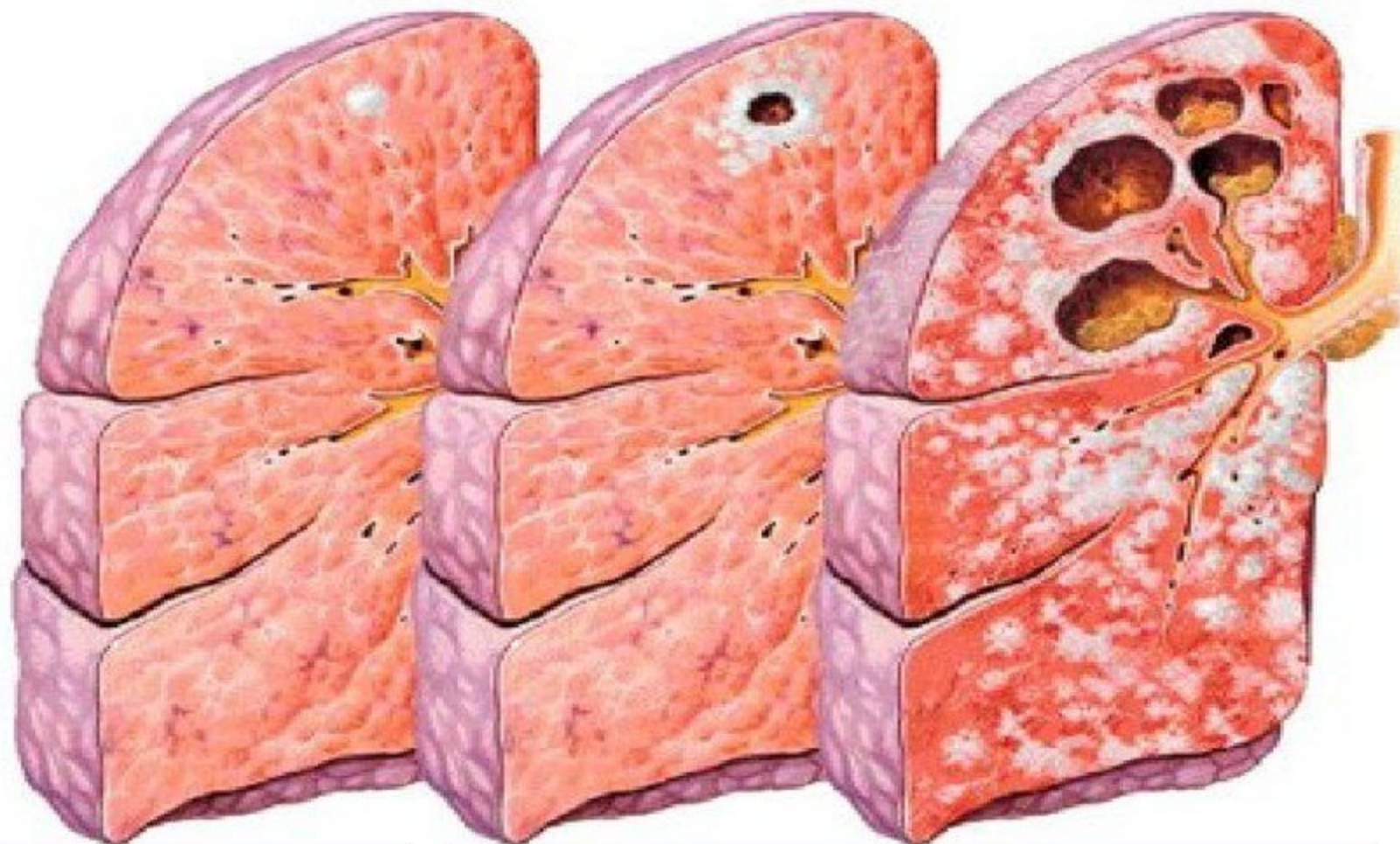
- Ограниченный с относительно стабильным течением (ограниченный фиброз) Постепенно стабилизуется.
- Прогрессирующий – смена обострений и ремиссий коротких или длинных. Возможно полное разрушение легкого. с исходом в казеозную пневмонию.
- Осложненный – развитие осложнений (кровохарканье, легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс, амилоидоз, хроническое легочное сердце. Бронхогенное обсеменение происходит путем аспирации мокроты через бронх в нижележащие отделы.
- У больного с ФКТ может развиваться поражение бронха, трахеи и спутогенная форма ТБ гортани

Фиброзно-кавернозный туберкулез легких



Без лечения, процесс увеличивается, одна
клиническая форма переходит в другую

Выраженность клинических проявлений зависит от
распространенности и длительности заболевания



Очаговый ТБ

Инфильтративный
ТБ

ФКТЛ

Фиброзно-кавернозный туберкулез легких

Бактериовыделение: 75-80 % случаев

Часто химиорезистентность

В мокроте – тетрада Эрлиха

В крови: лейкоцитоз/лейкопения, сдвиг формулы влево, лимфопения, повышение СОЭ

Рентгенологически:

- Уменьшение пораженного легкого в объеме
- Наличие толстостенных деформированных каверн
- Наличие полиморфных очагов бронхогенного отсева
- Смещение органов средостения в пораженную сторону
- Подтягивание корней кверху
- Смещение куполов диафрагмы
- Повышенная воздушность легкого с противоположной стороны
- Мелкие тонкостенные полости

Клинические проявления

Течение:

1. Стабильное

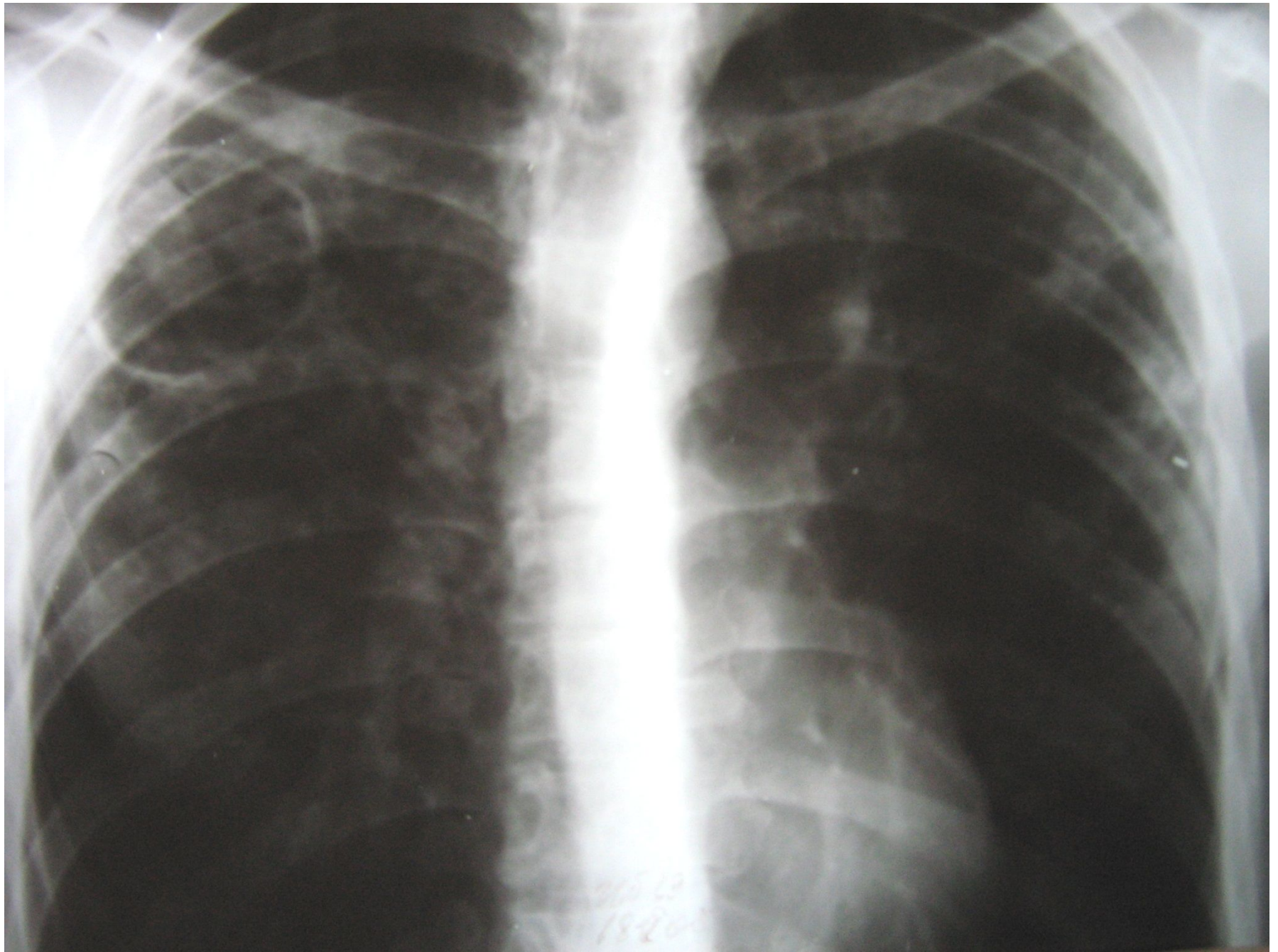
2. Прогрессирующее

Клиника: стойкая интоксикация, умеренные респираторные жалобы: кашель с выделением большого количества мокроты, кровохарканье, кровотечение

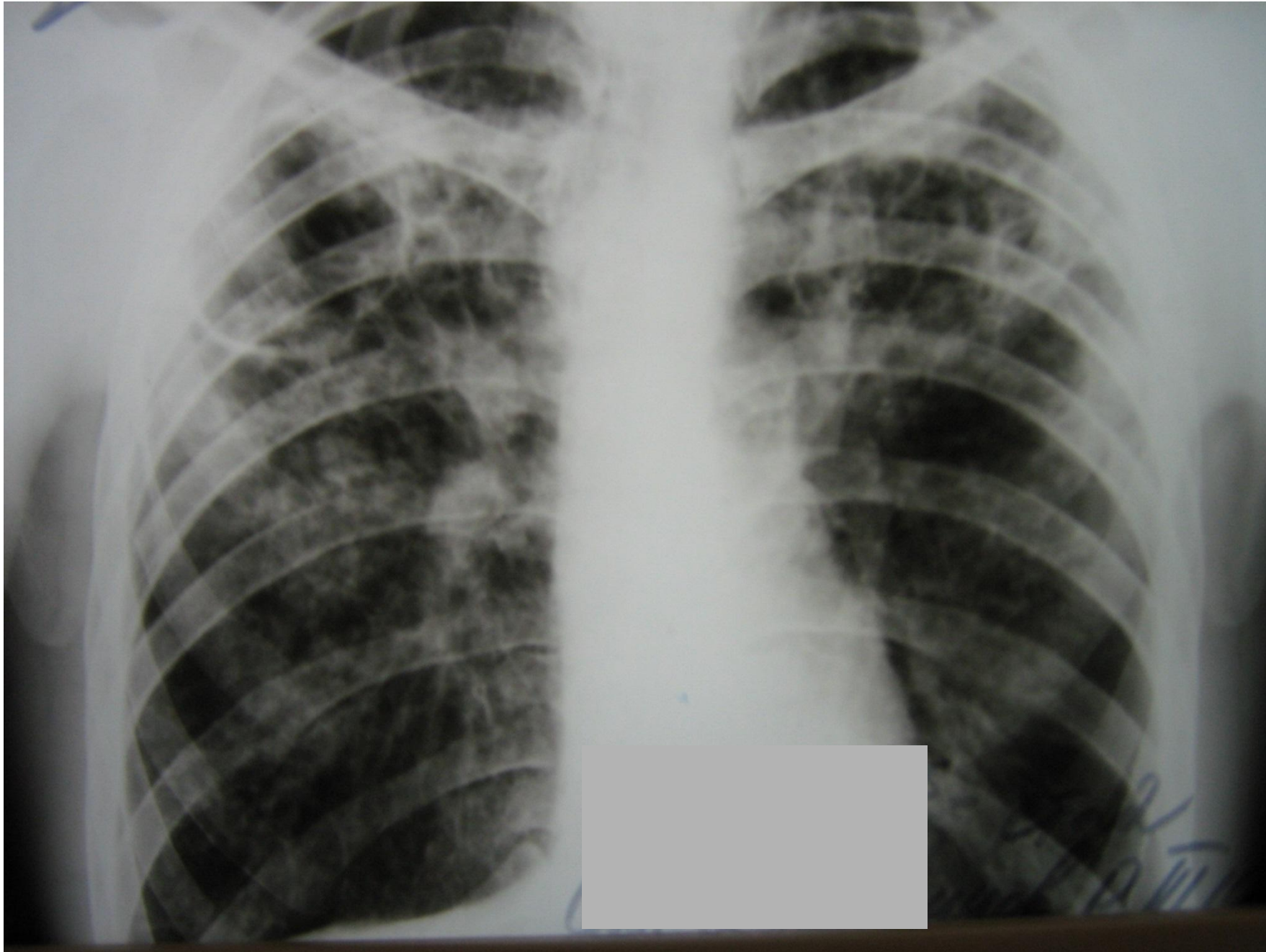
Объективно: западение межреберных промежутков, над- и подключичных ямок, бронхиальное дыхание, влажные и сухие хрипы. Дыхание может быть ослабленным, бронхиальным, жестким, амфорическим. Симптомы туберкулеза гортани, бронхов, плевры, кишечника, почек и др.

Бактериовыделение: 75-80 %

Рентгенологически: уменьшение пораженного легкого в объеме (смещение органов средостения в пораженную сторону, подтягивание корней кверху, смещение куполов диафрагмы), толстостенные каверны, полиморфные очаги отсева.



Фиброзно-кавернозный туберкулез верхних долей легких



Тот же больной через 6 месяцев: прогрессирование процесса

Дифференциальная диагностика, лечение ТБ

- Абсцесс легких
- Кистозная гипоплазия
- Бронхоэктатическая болезнь
- Кавернозная форма рака
- Бронхогенная киста
- Эмфизематозные буллы

Лечение ПТП по кат 1,2,4 в комплексе с хирургическим

Исходы

Благоприятный – тонкостенные каверны спадают и рубцуются

Относительно благоприятный - на месте каверны образуется кистоподобная полость «санированная каверна», образование

Псевдотуберкулемы – закрытие просвета дренирующего бронха, каверна заполнена казеозными массами

Неблагоприятный – образование новых полостей распада, нарастание фиброзных изменений, деформация бронхов и сосудов

Абсцесс легкого

Участок ограниченного воспаления легочной ткани с гнойным расплавлением и формированием полости

Предшествует: прием большого количества алкоголя, аспирация, пребывание на холодном воздухе

Клиника: острое начало, лихорадка с ознобами, кашель с гнойной мокротой и неприятным запахом. Боль в груди в зоне проекции абсцесса. Обильные влажные хрипы

В крови: Нейтрофильный лейкоцитоз, сдвиг влево, высокая СОЭ

КУБ в мокроте отсутствуют

Рентгенологически: средние и нижние доли, большие размеры, горизонтальный уровень жидкости

ФБС: гной из соответствующего бронха

При лечении антибиотиками – быстрый эффект. После излечения: фиброзные рубцы, иногда тонкостенная воздушная киста



Больной Т. Абсцесс верхней доли левого легкого: на фоне инфильтрации – гигантская полость с горизонтальным уровнем жидкости

Цирротический туберкулез легких

Характеризуется значительным разрастанием рубцовой ткани, среди которой остаются активные очаги, обуславливающие периодические обострения

Клиника: интоксикация, респираторные жалобы. Наиболее характерными проявлениями цирротического ТБ будет одышка, кашель.

Характерные признаки ТБ: изменения в легких с признаками активности; склонность к периодическим обострениям; периодически скудное бактериовыделение

Объективно: западение грудной клетки, укорочение перкуторного звука, различные хрипы

Бактериовыделение: периодическое, скудное.

Рентгенологически: уменьшение легкого в объеме, плотные очаги, туберкулемы, поля фиброза. Органы средостения смещаются в больную сторону, корень и купол диафрагмы подтягивается вверх, нижние отделы эмфизематозно-расширены, характерен симптом «плакучей ивы»

Цирроз

- Разрастание соединительной ткани в паренхиматозном органе, вызывающее перестройку его структуры, уплотнение и деформацию. Формирование цирроза обусловлено нарушением регуляции роста соединительной ткани, стимуляцией образования коллагена.

Виды цирроза

Бронхогенный цирроз – из ТБВГЛУ, осложненном ателектазом

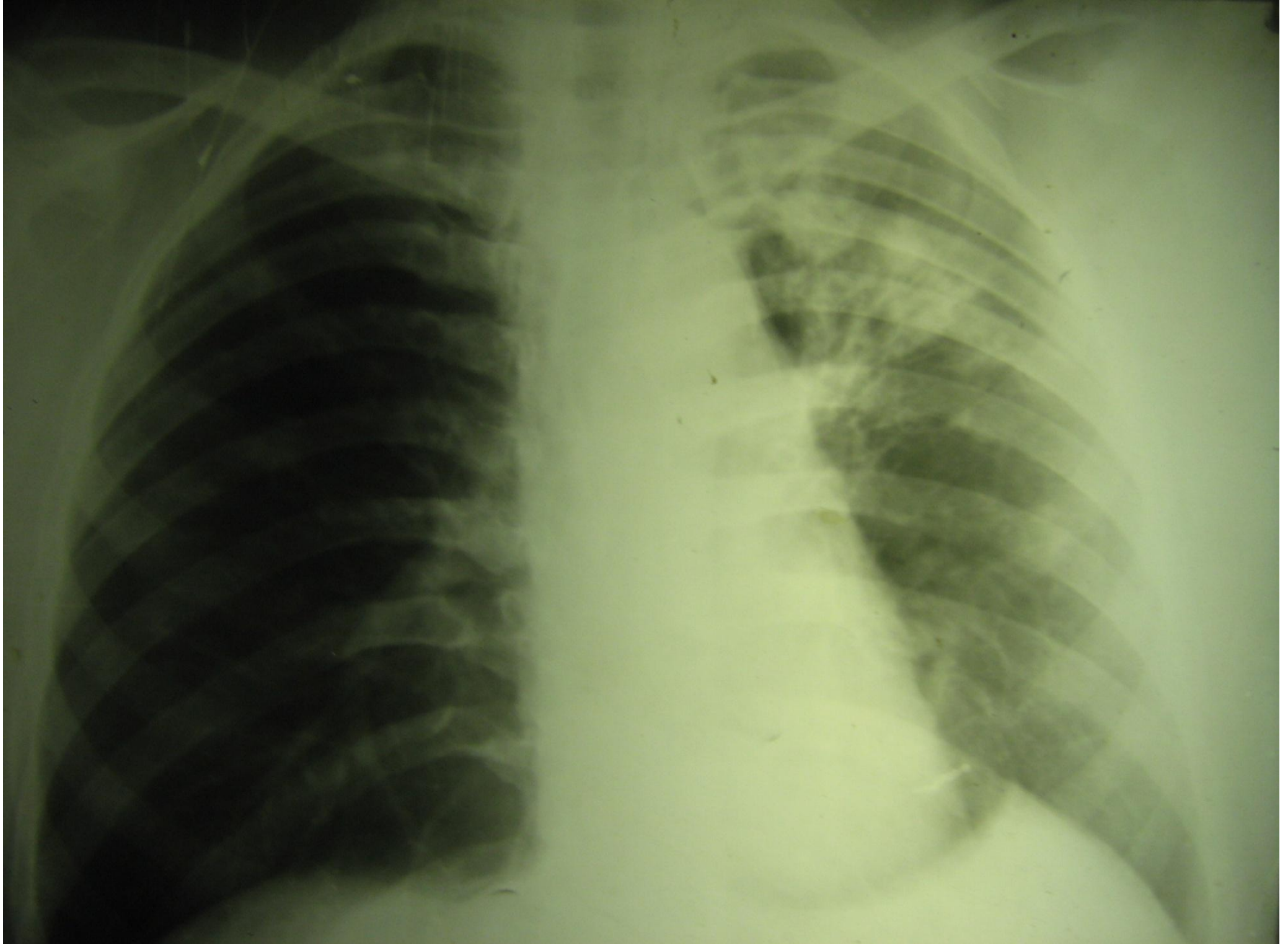
Пневмогенный цирроз – из лобита, хронического диссеминированного ТБ, ФКТ

Плеврогенный цирроз – из поражения плевры, легкие воздушны, а плевра ригидна.

Изменения эластичности легочной ткани: **склероз** – диффузным развитием нежной рубцовой ткани, воздушность легких сохранена;

фиброз – развитие грубоволокнистой соединительной ткани на ограниченном участке, воздушность легочной ткани сохранена частично;

цирроз – наиболее интенсивное разрастание соединительной ткани, с безвоздушностью легкого



Цирротический туберкулез легких

Классификация цирротического ТБ легких

- Сегментарный, лобарный
- Ограниченный, распространенный
- Односторонний, двусторонний

Дифференциальная диагностика

Цирроз после неспецифической пневмонии

Аплазия легкого

Саркоидоз 3 стадии

Лечение

При обострении ПТП по 4 категории

При одностороннем циррозе-пневмонэктомия,

При двустороннем - частичная резекция легких.

Исходы: недостаточность дыхания и кровообращения

Выводы

- Фиброзно-кавернозный и цирротический ТБ являются необратимыми формами ТБ
- В большинстве случаев отмечается бактериовыделения с устойчивостью возбудителя к ПТП
- Комплексное лечение этих процессов должно включать хирургические методы лечения.



A close-up photograph of a large number of purple daisy-like flowers with bright yellow centers. The flowers are densely packed and fill most of the frame. The background is dark green, suggesting foliage. The text "БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!" is overlaid in the center in a bold, red, sans-serif font.

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!