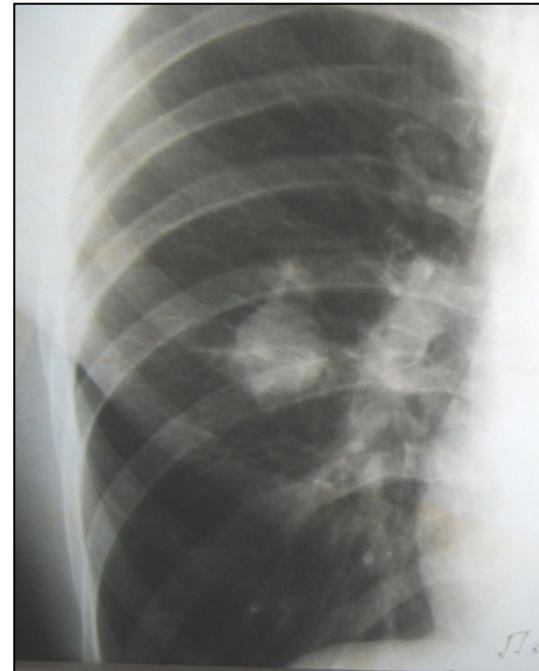


Лекция7

Очаговый туберкулез легких

Туберкулемы



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

Цель лекции:

уметь диагностировать и лечить очаговый туберкулез легких и туберкулему

План лекции

1. Актуальность проблемы
2. Определение понятия
3. Клиника, диагностика, лечение очагового ТБ
4. Осложнение очагового ТБ
5. Клиника, диагностика, лечение туберкулемы
6. Исходы
7. Выводы

Актуальность проблемы

- У впервые выявленных больных очаговый ТБ диагностируют в 15-20% случаев
- Является малой формой ТБ – скудность клинической симптоматики и небольшие участки преимущественно продуктивного характера
- Развивается вследствие экзогенной суперинфекции и реактивации старых очагов
- Локализуется в области верхушек или верхних долях
- Редко сопровождается бактериовыделением
- Выявляется, в большинстве случаев, при профилактических осмотрах
- В отсутствие лечения образуются необратимые изменения

Очаговый туберкулез легких

Характеризуется наличием в легких одного или нескольких очагов различного генеза и давности, локализующиеся на ограниченном участке одного или обоих легких и занимающих не более 2 сегментов.

Клиника: не выраженная или отсутствует

Объективно: изменений нет

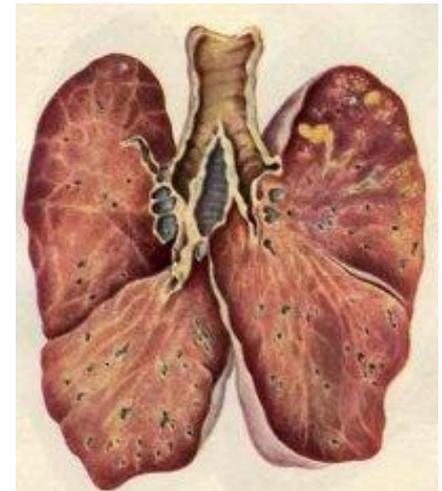
КУБ в мокроте: 30-35 % случаев, **кровь** чаще без патологии

В зависимости от активности выделяют:

1. Мягкоочаговый туберкулез (малая интенсивность теней) – всегда активный процесс
2. Фиброзно-очаговый туберкулез (высокая интенсивность очагов, фиброз) – заживший (заживающий) процесс

Об активности процесса свидетельствует:

- ❖ Наличие жалоб
- ❖ Воспалительные изменения в крови
- ❖ Бактериовыделение
- ❖ Малая интенсивность теней
- ❖ Деструкция

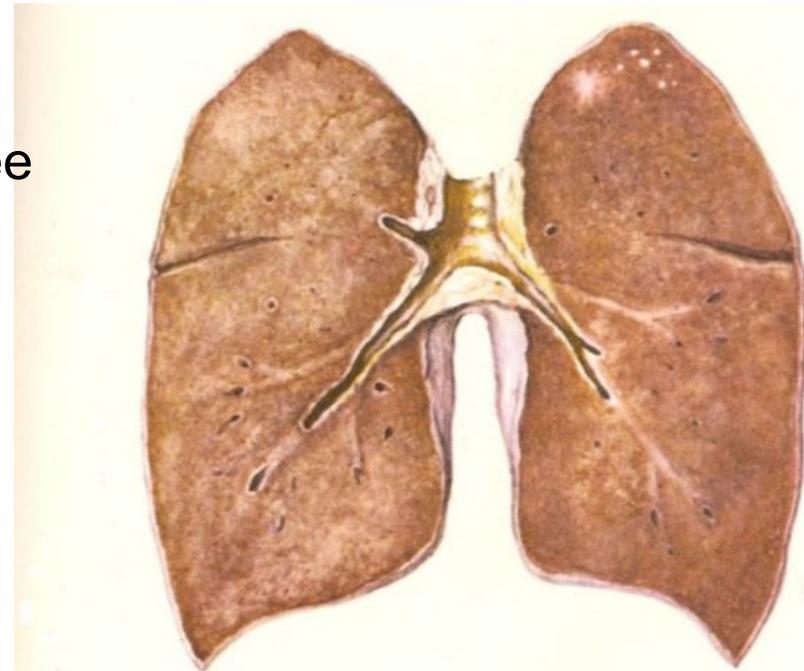


Клиническая картина очагового ТБ

- У трети больных отсутствует клиническая симптоматика
- Малосимптомность течения: интоксикационный синдром: быстрая утомляемость, пониженная работоспособность, снижение аппетита, небольшое уменьшение массы тела
- Вегетативные расстройства — потливость, тахикардия, склонность к гипотонии
- Субфебрильная температура
- При вовлечении в патологический процесс плевры возникают непостоянные боли
- Объективно - небольшое ограничение дыхательных движений грудной клетки на стороне поражения, ослабление дыхания над зоной поражения
- Редко кашель с небольшим количеством мокроты

Клинико-морфологические особенности очагового ТБ легких

- ❑ Малый объем специфических изменений — они развиваются в отдельных легочных долях 1—2 сегментов
- ❑ Размеры каждого туберкулезного очага не превышают поперечного размера легочной доли, т.е. 12 мм
- ❑ Деструктивные изменения в очаге имеют минимальные размеры (менее 10 мм)
- ❑ Различают очаги:
 - Малые — до 3мм в диаметре
 - Средние — 4-6мм
 - Большие — 7-10мм

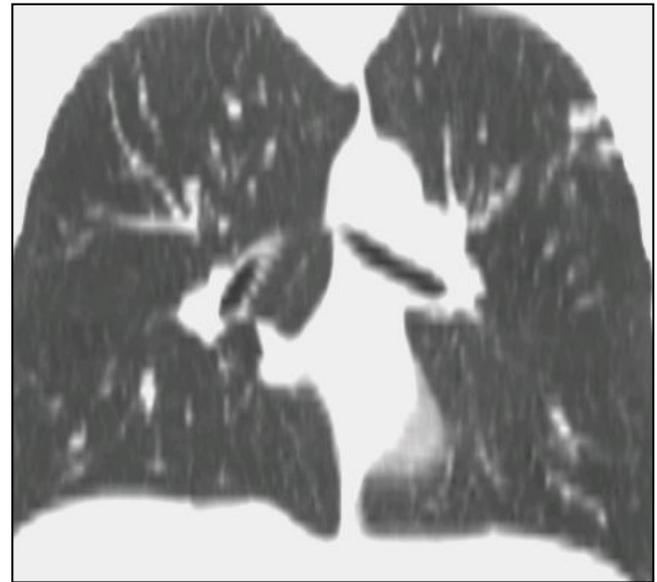
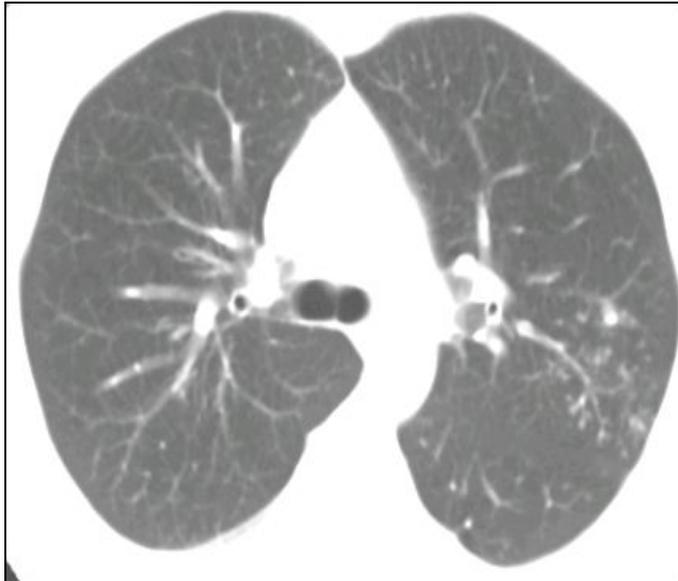


Очаговый туберкулез легких (патологоанатомический препарат).



Очаговые тени разной интенсивности на верхушке левого легкого

Очаговый туберкулез легких



Очаговый туберкулез

Мягкоочаговый ТБ

Свежие очаги экссудативного
или казеозно-некротического характера

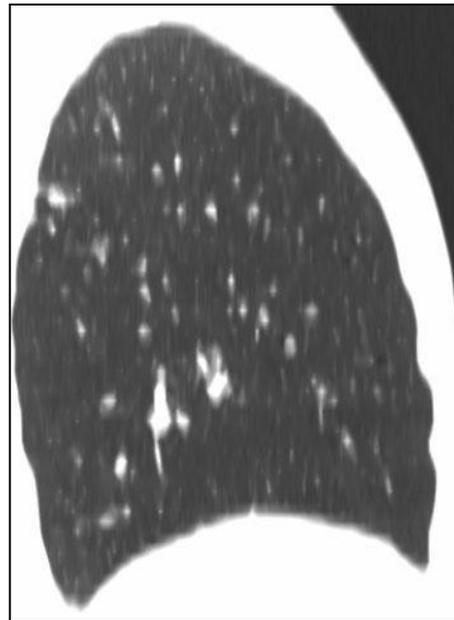
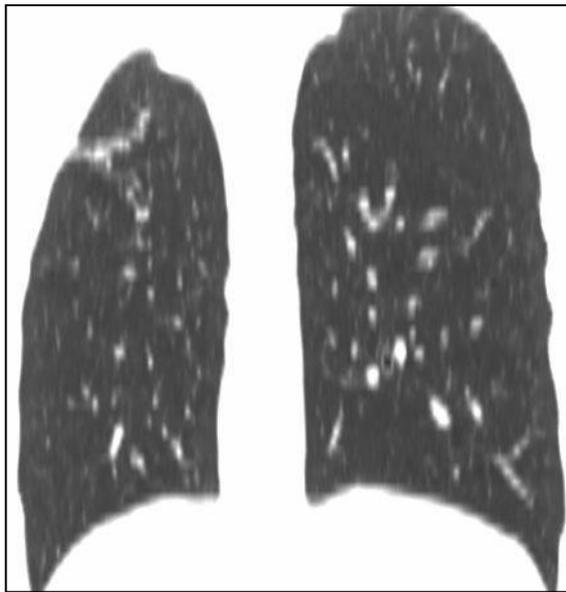
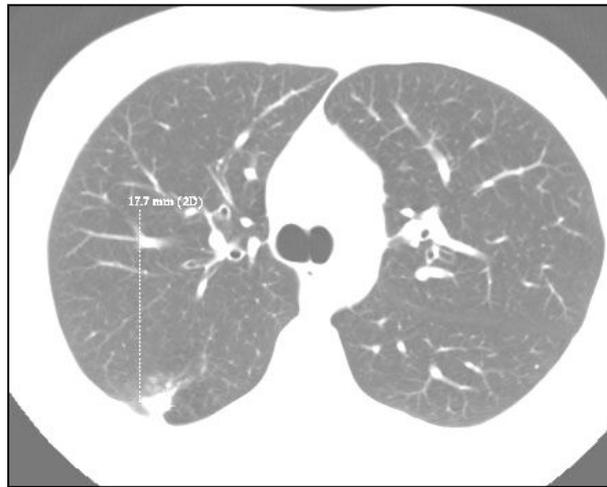
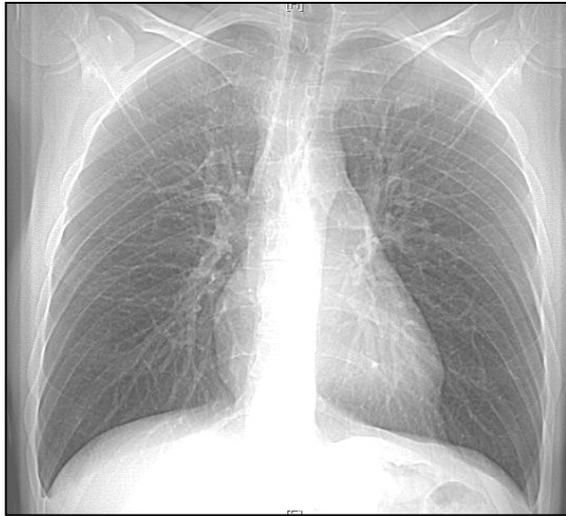
Очаги в S1 левого легкого



Фиброзно-очаговый ТБ

Результат неполного рассасывания и
уплотнения
других форм:
Первичных (ТБВГЛУ, ПТК)
Диссеминированного ТБ,
Инfiltrативного ТБ,
а также свежих очаговых
Изменений.

Фибриноочаговый туберкулез



Фиброзно-очаговый ТБ

- Очаги - фиброзные, кальцинированные, легочный рисунок усилен и деформирован за счет фиброза (фиброзные изменения, дольковые фиброателектазы в виде коротких тяжей, небольшие участки уплотнения неправильной или лентовидной формы)
- Субплевральные локальные участки эмфиземы
- Плевра утолщена, плевропульмональные тяжи
- Рентгенологические признаки неактивного процесса, но бактериологически очаги сохраняют потенциальную активность
- При обострении – появление новых свежих очагов, увеличение размеров старых за счет перифокального воспаления, лимфангитические изменения
- Распространение очагов может быть лимфогенным или бронхогенным

Диагностика

Мягкоочаговый:

- гемограмма - 55-85% норма
 - умеренный лейкоцитоз, сдвиг нейтрофилов, увеличение СОЭ
 - КУБ 3 %
 - МБТ 30 %
 - туберкулиновые пробы- нормергические
- Фибриноочаговый
- гемограмма норма
 - туберкулиновые пробы- нормергические

Осложнения

1. Перифокальный сухой плеврит
2. Туберкулез бронха
3. Бронхоэктазы
4. Кровохарканье

Дифференциальная диагностика и лечение очагового ТБ

- Бронхопневмония
- Малый периферический рак

Лечение по категории 1,2 или 3

При очаговом процессе в фазе инфильтрации или рубцевания (рецидив)

При отсутствии признаков активности в фазе рубцевания считают вылеченными

Исходы

Благоприятный –рассасывание очагов размером до5мм

Относительно благоприятный – образование петрификатов или сегментарного пневмосклероза

Неблагоприятный –прогрессирование, переход в другую форму

Туберкулема легких

Инкапсулированное образование размером более 1 см в диаметре, состоящее из казеоза, отграниченного соединительнотканной капсулой.

Клиника: отсутствует

Объективно: без изменений

В крови: патологии нет

КУБ в мокроте: не выявляются

Рентгенологически: округлая тень, не связанная с корнем легкого, иногда с включениями солей кальция

Туберкулемы могут распадаться с появлением серповидного просветления у нижнемедиального полюса и очагов-отсевов вокруг

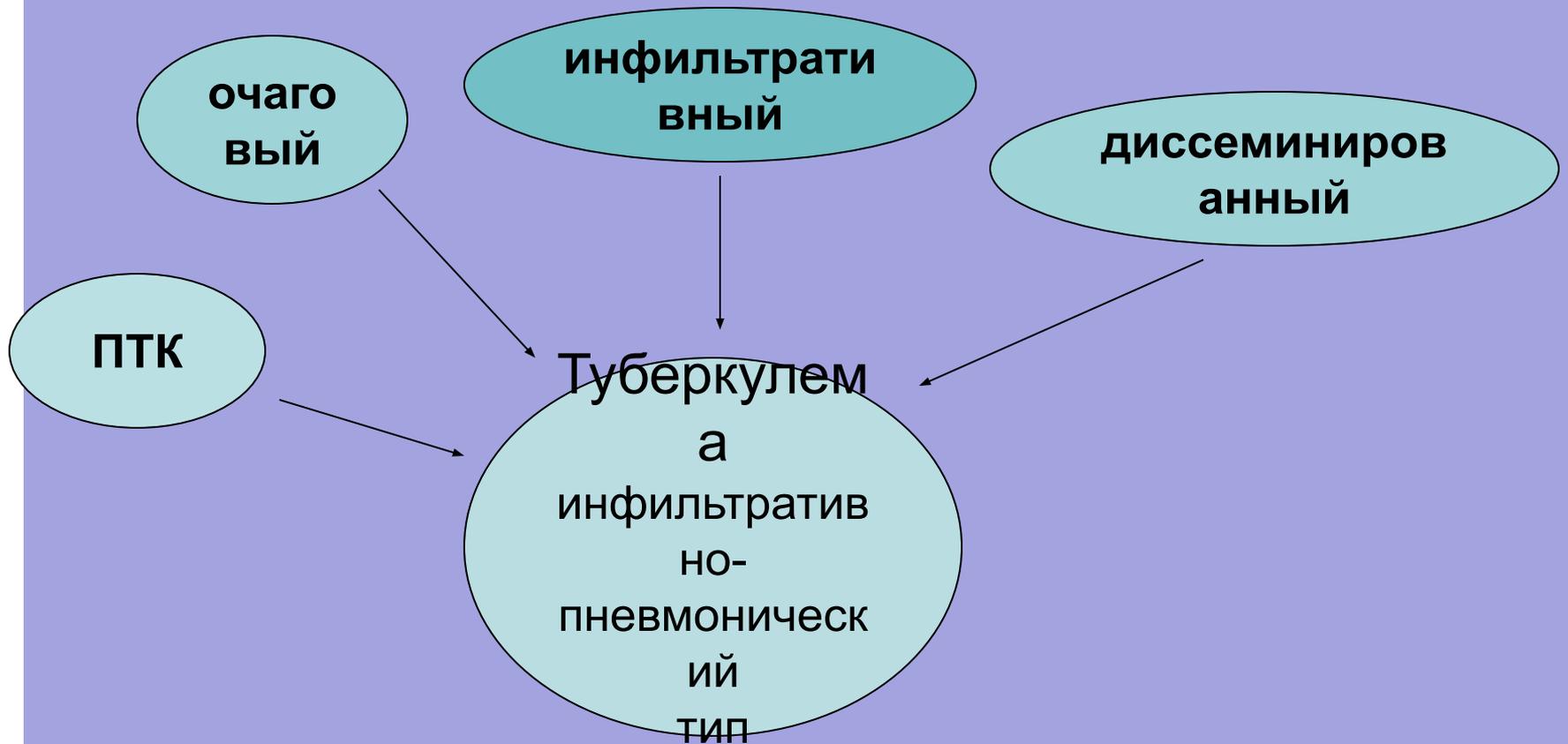
Признаки активности туберкулемы: жалобы, воспалительные изменения в крови, бактериовыделение, деструкция, очаги-отсевы



Основные положения проблемы туберкулема

- ❑ Удельный вес туберкулем в структуре заболеваемости туберкулезом легких составляет более 10%.
- ❑ Выявляется чаще всего как результат лечения ранее диагностированных форм туберкулеза
- ❑ В настоящее время у лиц, бывших в заключении, доля туберкулем составляет 12,2%.
- ❑ В структуре лекарственно-устойчивого ТБ туберкулемы составляют 3,5-9,8%.
- ❑ По результатам резекционных материалов доля туберкулем доходит до 18,3%

Туберкулема легких



Туберкулема

Туберкулема чаще всего локализуется в легких, но может также возникать в лимфатических узлах, почках, мозге, половых органах

□ Встречается у лиц молодого и зрелого возраста

□ Различают туберкулемы:

по количеству: единичные, множественные

По течению:

туберкулемы со стабильным течением – длительное время остаются у больных без динамики

туберкулемы с регрессирующим течением – медленно уменьшаются и постепенно на их месте образуются очаги, фиброзные изменения;

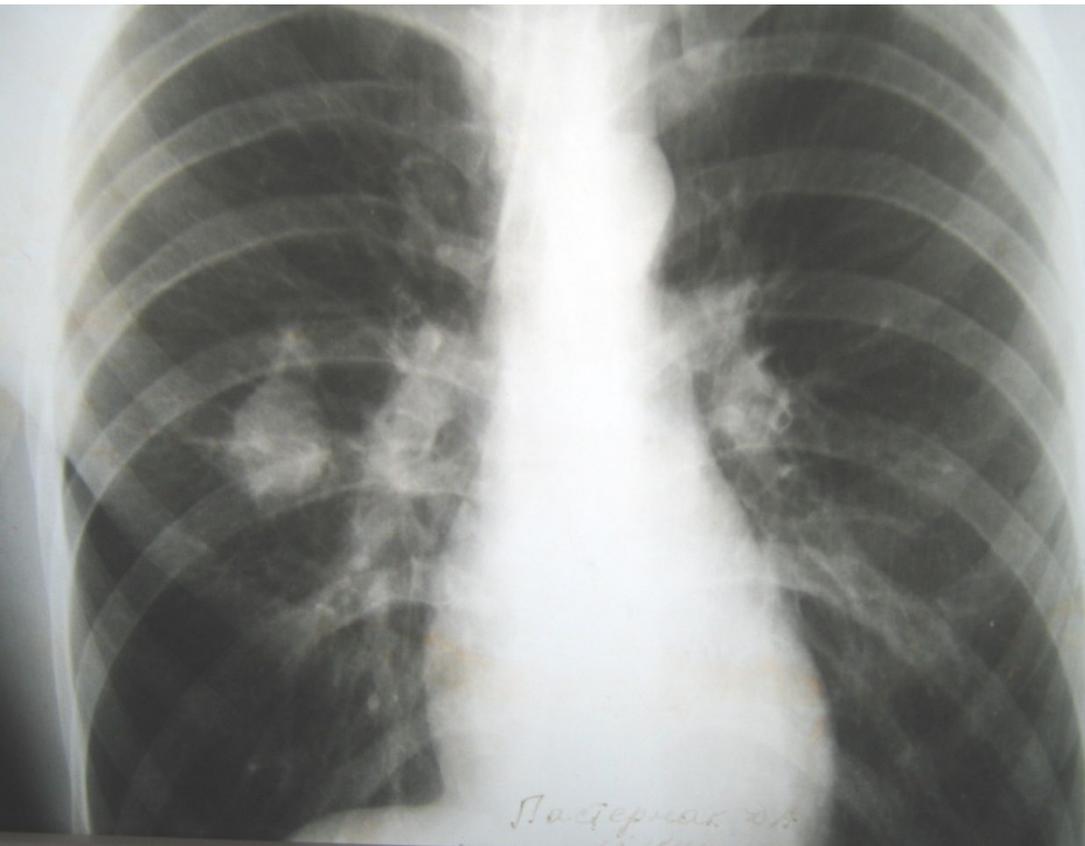
туберкулемы с прогрессирующим течением – это туберкулемы, у которых со временем появляется распад

малые (до 2 см)

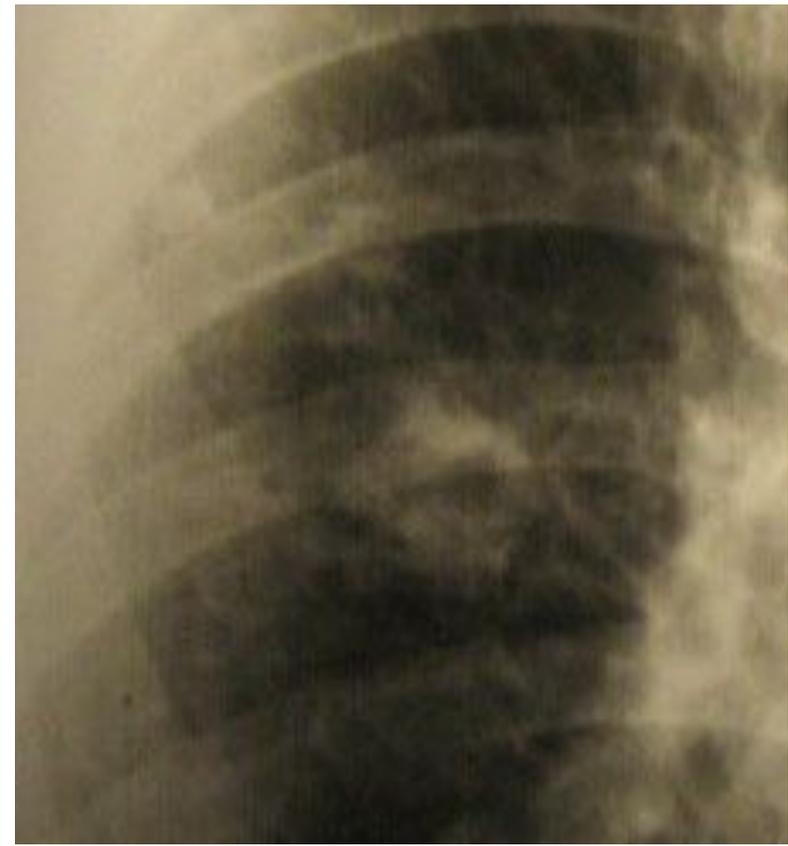
средние (2-4см)

большие (больше 4 см)

гигантские (более 6 см)



Туберкулема легкого, сформировавшаяся
после противотуберкулезной химиотерапии.
Процесс не активный



Туберкулема с деструкцией и
очагами-отсевами вокруг.
Процесс активный

Классификация туберкулем по патогенезу

- **Истинные** – образуются из инфильтратов и очагов
- Гомогенная – на месте инфильтрата, или первичного аффекта или пораженных ВГЛУ
- Конгломерантная – из частично сливающихся между собой казеозных или фибринозно-казеозных очагов
- Слоистая - результат многократных обострений с вовлечением новых участков легких с последующей некротизацией
- **Псевдотуберкулема (ложная)** – заполненная каверна с облитерацией дренирующего бронха

Солитарная туберкулема

в виде одного очага - гомогенная структура, в которой можно выявить тень предшествующих альвеолярных структур легочной ткани и казеоза, окруженную фиброзной капсулой



Слоистая туберкулема

концентрическое расположение казеозных масс, чередующихся со слоями фиброзных волокон, что свидетельствует о волнообразном чередовании периодов заживления и прогрессирования

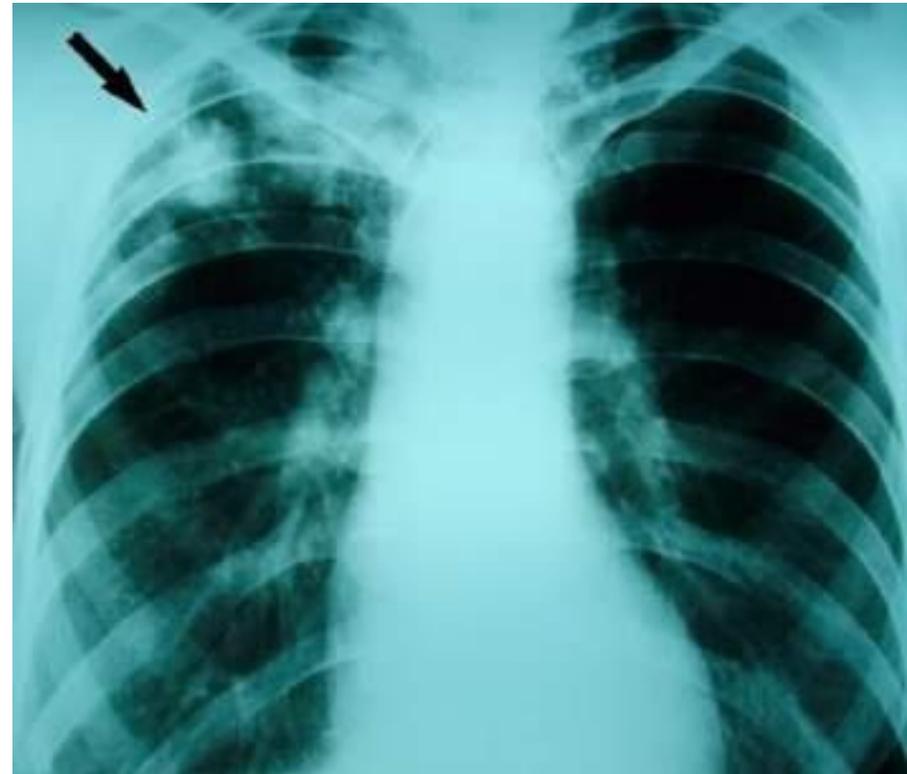


Ложная туберкулема

- ✓ Образуется 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



Конгломератная туберкулема



Признаки прогрессирования туберкулемы

Рентгенологически

- Появление перифокальной реакции с увеличением размера туберкулемы
- Распад туберкулемы-рентгенологически появление серповидного просветления расположенного ближе к дренирующему бронху(нижний полюс) на фоне округлой или фокусной тени

Клинически

- Более выраженные симптомы интоксикации
- Кашель
- Объективно: укорочение перкуторного звука
- Аускультативно: влажные хрипы
- Наличие бактериовыделения

Особенности строения туберкулем

Активная туберкулема:

- слой специфических грануляций (эпителиоидные и единичные гигантские клетки), примыкающий непосредственно к казеозу
- наружный слой коллагеновых волокон, образующих собственно фиброзную капсулу

Неактивная туберкулема:

отсутствует грануляционный слой,
капсула является однослойной фиброзной, толщина ее составляет
1 — 1,5 мм

- Туберкулема, сформировавшаяся в результате наполнения каверны имеет:
более толстую фиброзную капсулу,
в казеозе не обнаруживаются альвеолярные перегородки и другие структурные элементы легочной ткани

Дифференциальная диагностика

- Периферическим рак
- Гамартохондрома
- Ретенционной или эхинококковой киста
- Карциноид
- Невринома
- Гемангиома
- Остеохондромы
- Метастазы опухоли в легкие
- Аденома легких
- Ангиома
- Аспергиллема

Выявление такой патологии в легком является показанием к бронхоскопическому исследованию с забором материала для бактериологического, гистологического, цитологического исследования

Лечение туберкулем

Мелкие (1 - 2см) подлежат консервативному лечению
Туберкулемы размером более 3см подлежат хирургическому лечению
При отказе от операции туберкулемы с размером более 4см пожизненно наблюдаются в ТД

Крупные подлежат 3-4 месячному курсу противотуберкулезного лечения с последующим хирургическим удалением (50-60% экономная резекция легких)

Все туберкулемы с распадом, позиционным ростом и отсевом необходимо рассматривать как активную форму туберкулеза, которая подлежит длительному лечению противотуберкулезными препаратами с применением различных стимуляторов (ультразвук, лидаза, туберкулин, БЦЖ, продигиозан) и последующим хирургическим удалением

Исходы туберкулем

Благоприятный - рубцевание при отторжении казеозных масс

Относительно благоприятный – (стабилизация процесса),
увеличение фиброза в капсуле и частичное замещение казеозных
масс соединительной тканью

Неблагоприятный - прогрессирование процесса. Казеоз
расплавляется и переходит на капсулу и стенку бронха и
проникает в его просвет образуется каверна



Выводы

- Очаговый ТБ и туберкулемы являются формами ТБ, в результате инволюции при которых формируются остаточные изменения различной выраженности
- Очаговый ТБ- может быть начальной формой формирования туберкулемы
- При туберкулемах, как исходах других форм ТБ в большинстве случаев, показано хирургическое лечение
- В случае сохранения остаточных изменений в легких, при неактивных туберкулезных процессах(фиброзно-очаговый ТБ, стабильная туберкулема)в течение жизни пациента сохраняется риск развития рецидива



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 a dark green, suggesting foliage. The text "БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!" is overlaid in the center in a bold, red, sans-serif font.

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!