

Деструктивные формы туберкулеза

(лекция для студентов)

проф. Копылова И.Ф.

асс. Байбородова Т.И.

- Деструктивным называется туберкулез, сопровождающийся фазой распада.
- Частота среди впервые выявленных больных туберкулезом - около 50% (преимущественно у взрослых и подростков).

Механизм формирования каверны:

Казеозные массы разжижаются под действием ферментов



разрушается стенка дренирующего бронха, отхаркивание казеоза



образуется свежая деструкция – 2 слоя (пиогенный и грануляционный)



формирование фиброзной стенки - трансформация в истинную полость.

продолжение

- Фаза распада встречается при любой клинической форме туберкулеза.
- Она бывает редко при первичном туберкулезе, очаговом, не часто при туберкулезе.
- Часто сопровождаются фазой распада: инфильтративный туберкулез (70%), диссеминированный (70%).
- Всегда, в 100% случаев, каверны имеются при кавернозном и фиброзно-кавернозном ТБ.

Размеры каверн:

- * малые – до 2 см в диаметре;
- * средние – 2-4 см;
- * крупные - 4 – 6 см;
- * гигантские - > 6 см.

*Синдром фазы распада (каверны)
включает клинические и
рентгенологические признаки*

Клинические признаки:

- кашель с мокротой;
- легочное кровотечение;
- влажные средне и крупнопузырчатые хрипы (локализованные)

Рентгенологические признаки

Прямые

- просветление на фоне затемнения или кольцевидная тень с замкнутыми контурами, определяемые при двух видах рентгенообследования.
- отсутствие легочного рисунка в области просветления.
- неконгруентность контуров.

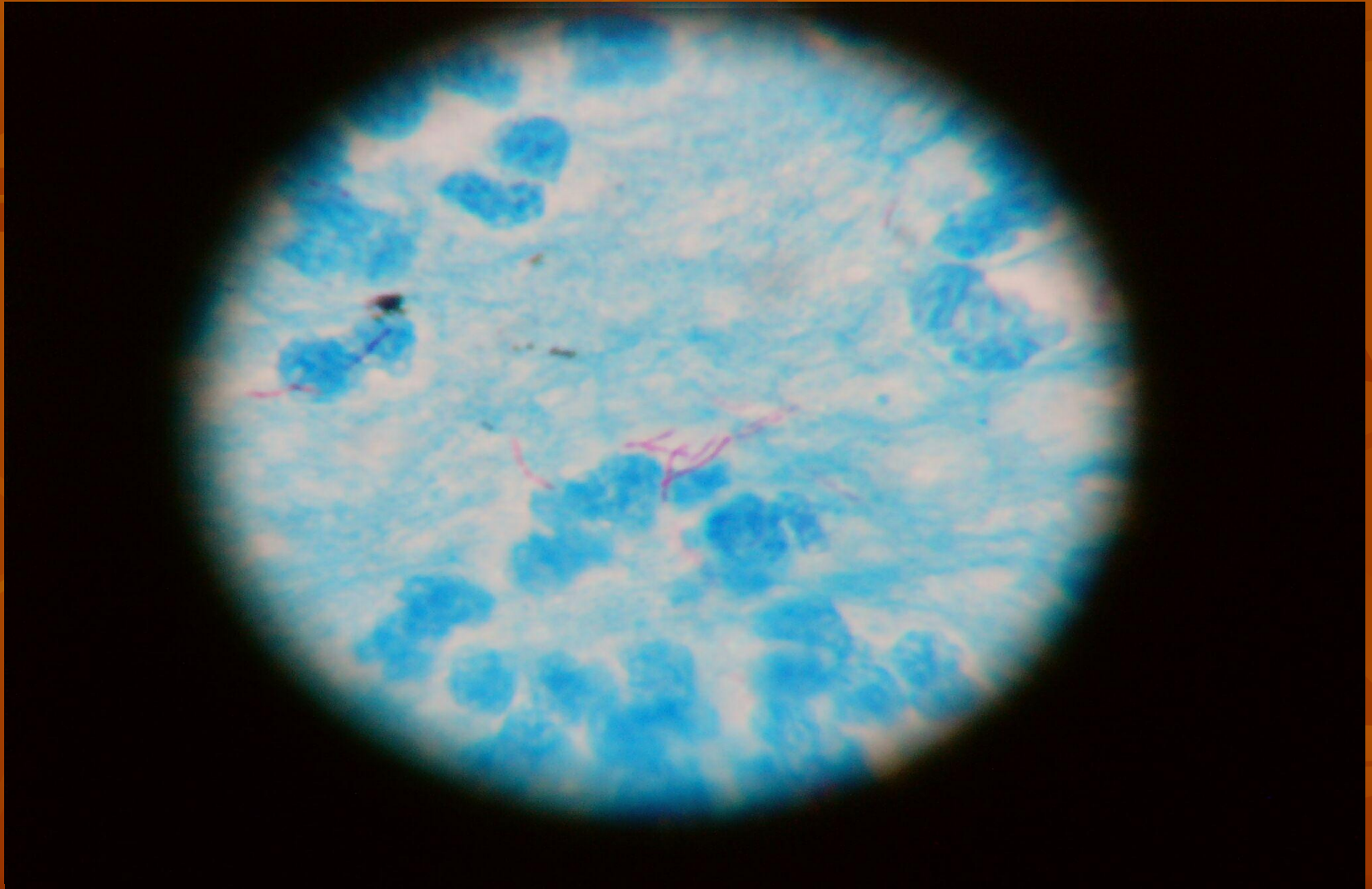
Косвенные

- обсеменение вокруг
- уровень жидкости
- просвет дренирующего бронха

Лабораторный признак

- Массивное бактериовыделение.

МБТ при простой микроскопии



Трудности в диагностике каверн

- Отсутствие хрипов («немые каверны»);
- отсутствие признаков распада на обзорной рентгенограмме.

Нужна томография , КТ.

Виды инволюции полости распада

- Формирование линейного рубца.
- Звездчатый рубец.
- Ложная туберкулема.
- Посттуберкулезная киста
(санитарованная каверна).

Хронические деструктивные формы туберкулеза

- Кавернозный.
- Фиброзно-кавернозный.
- Цирротический

Кавернозный туберкулез

Тонкостенная полость распада без выраженной инфильтрации и фиброзных изменений в окружающей легочной ткани.

Клиника бедная.

МБТ +.

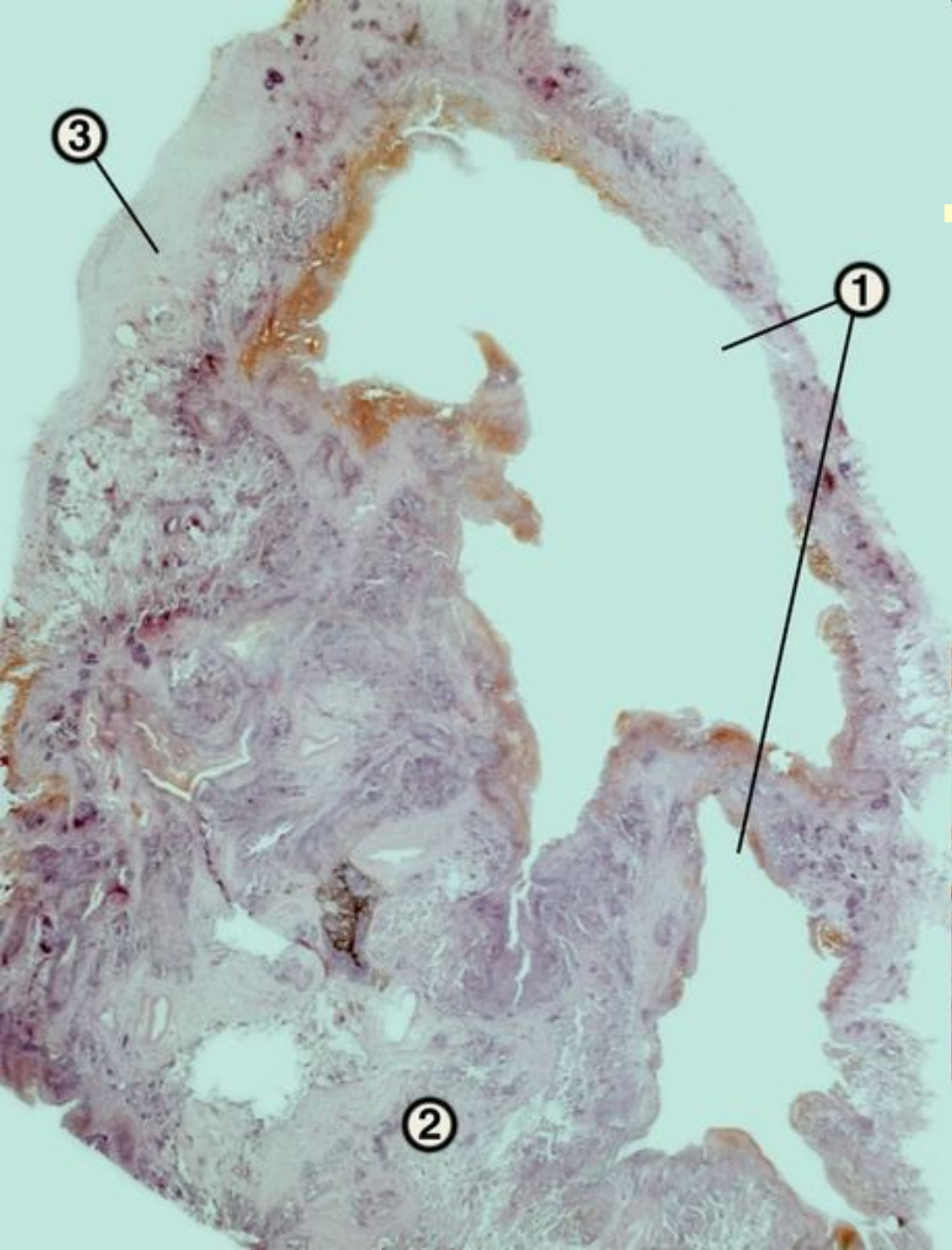
Лечение преимущественно оперативное.

Фиброзно-кавернозный туберкулез

- Характеризуется несколькими, реже одной каверной с толстыми фиброзными стенками и выраженными фиброзными изменениями в окружающей легочной ткани.

Разновидности по распространенности:

- ограниченный процесс- не более доли;
- распространенный – более доли.



Гистотопографически
й срез легкого при
фиброзно-
кавернозном
туберкулезе: 1 —
хронические
каверны; 2 —
пневмоцирроз; 3 —
утолщение и склероз
плевры; окраска
гематоксилином и
эозином.

Частота ФКТ

Среди впервые выявленных больных —
2,5%.

Среди всех контингентов больных —
17%.

Причины формирования ФКТ:

- позднее выявление процесса;
- отказ больных от достаточно длительного лечения.

Клиника

- Течение длительное с обострениями и ремиссиями.
- Синдром интоксикации, нарастающий при обострениях.
- Синдром ДН, позднее ЛСН.
- Легочные симптомы: кашель с мокротой, нередко мучительный, надсадный (за счет поражения бронхов ТБ). Кровохарканье и легочное кровотечение, возможна боль в грудной клетке.

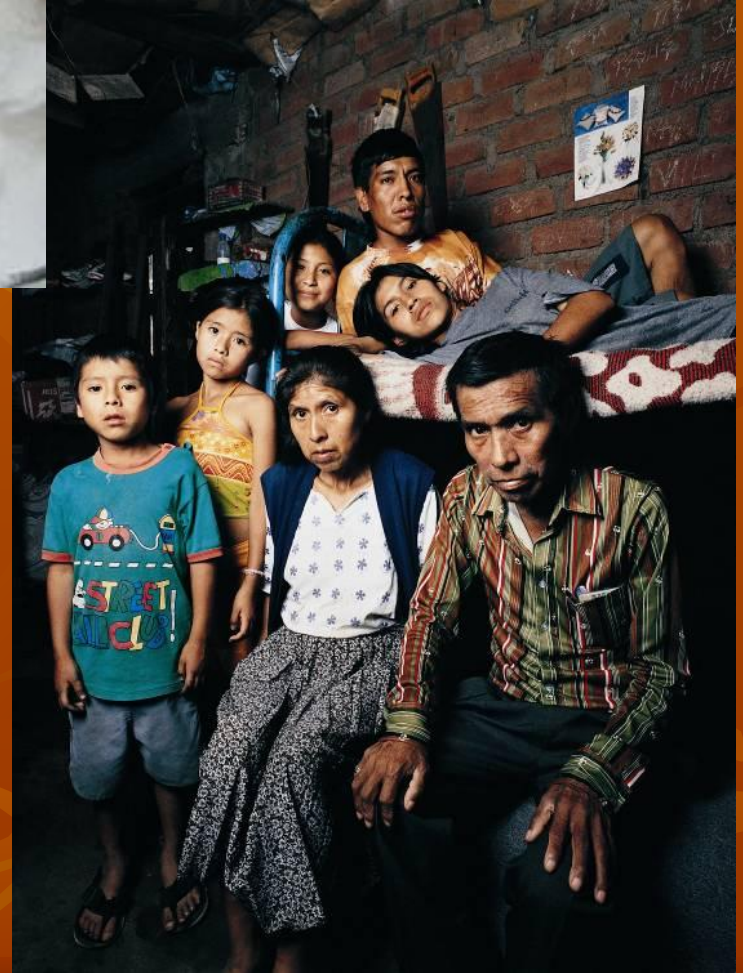
Объективные данные

Общее состояние от удовлетворительного до средней тяжести и тяжелого;

- *Habitus phthisicus* – астенического телосложения, пониженное питание, западение над и подключичных пространств, кожа бледная, нередко с акроцианозом, гипотрофия мышц;
- пораженная половина грудной клетки (или более пораженная) отстаёт в дыхании;

продолжение

- перкуторно- притупление за счет грубого фиброза; в непораженных отделах – коробочный звук (компенсаторная эмфизема);
- аускультативно – дыхание жесткое, бронхиальное, иногда амфорическое, влажные средне или крупнопузырчатые хрипы, иногда локализованные сухие хрипы.

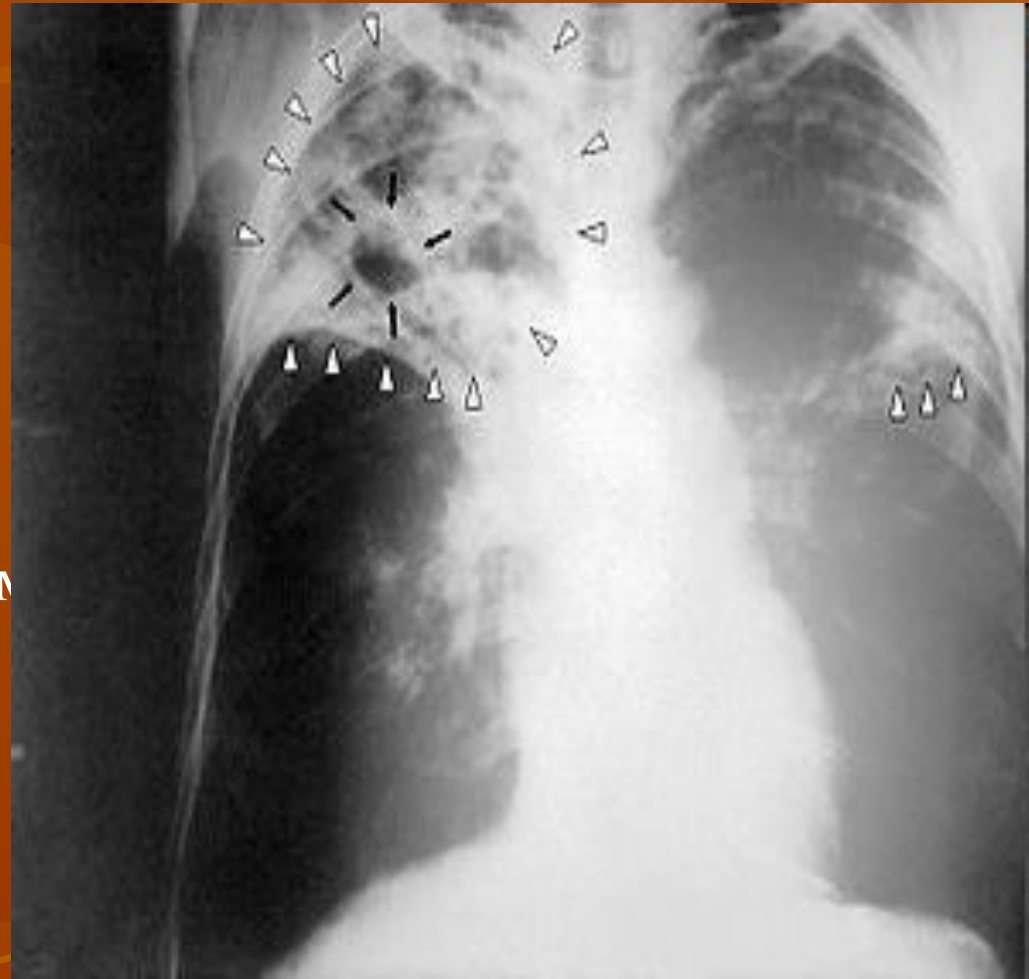


Лабораторные данные

- Массивное бактериовыделение;
- часто множественная лекарственная устойчивость (МЛУ);
- значительно увеличенное СОЭ;
- лимфопения;
- возможна гипохромная анемия;
- возможна патология в анализе мочи (за счет токсической нефропатии, амилоидоза).

Рентгенологические признаки ФКТЛ

- Кольцевидная тень с толстыми стенками, определяемая в 2-х проекциях на фоне неомогенного затемнения.
- Уменьшения объема легочной ткани за счет замещения ее фиброзными тяжами.
- Наличие бронхогенного обсеменения в этом же или другом легком.



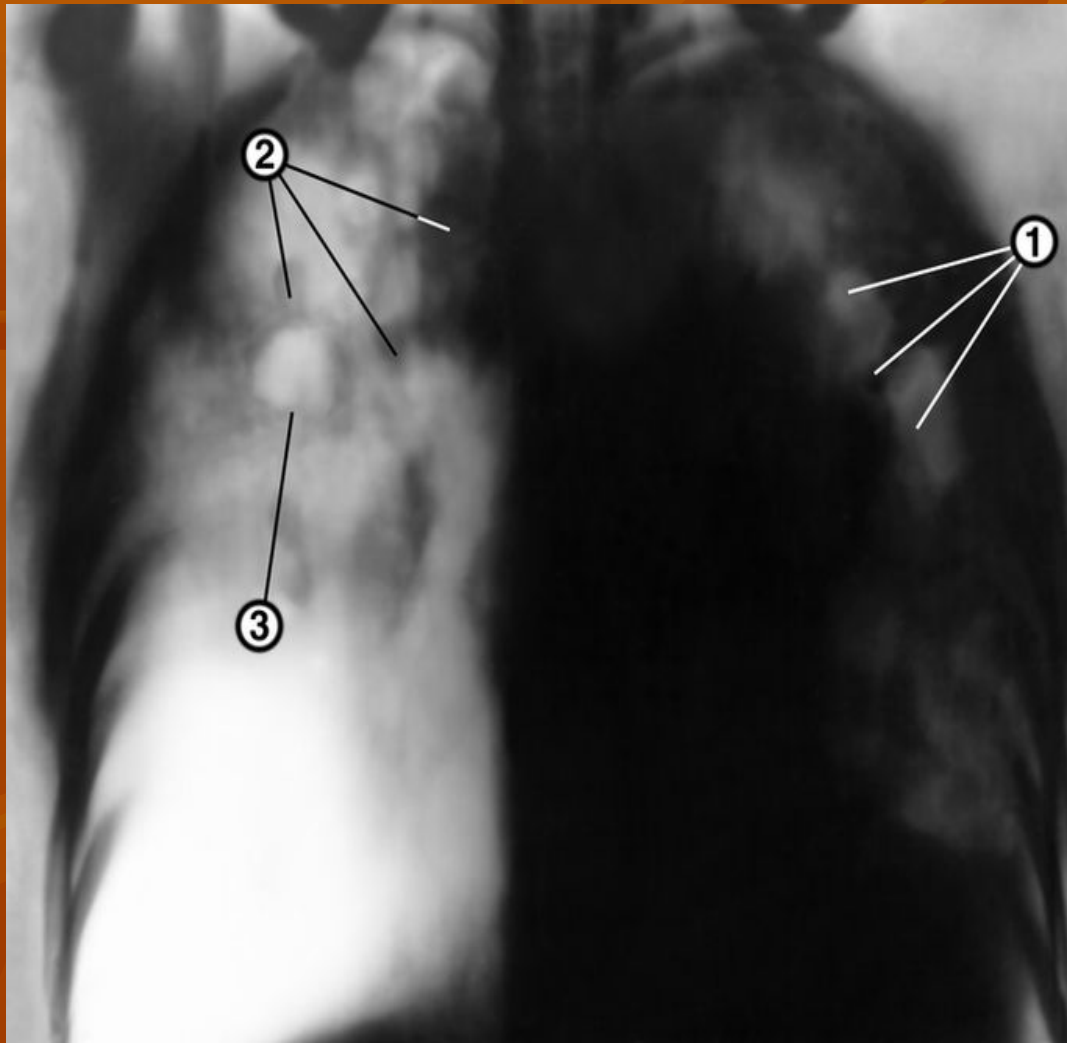


- Рентгенограмма органов грудной клетки при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких: правое легочное поле сужено, средостение смещено вправо, в верхушке правого легкого определяется гигантская каверна с толстыми плотными стенками (указана стрелкой), в средних и нижних отделах левого легкого — множественные сливающиеся участки затенения (очаги отсева).

- Верхняя доля правого легкого уменьшена в объеме, малая междолевая плевра на уровне п.о. 2 ребра. В S1-S2 правого легкого на фоне локального грубого пневмофиброза определяется полость 2,5*3,5см неправильной формы, с разной толщиной стенок (0,5-1,5 см), с неровным внутренним контуром и наличием «дорожки» к корню (дренирующий бронх); вокруг множественные полиморфные очаги разных размеров. В S1-2 левого легкого и S9 правого легкого очаги с нечеткими контурами, малой и средней интенсивности, склонны к слиянию. Правый наружный синус однородно затенен до уровня купола диафрагмы с четким верхним контуром. Плевроапикальные наслоения справа. Корни легких не расширены, малоструктурны, правый – деформирован и подтянут кверху. Трахея несколько смещена вправо.

- Заключение: Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого с обсеменением S1-2 левого легкого и S9 правого легкого, осложненный экссудативным плевритом справа.





- Томограмма органов грудной клетки в прямой проекции больной фиброзно-кавернозным туберкулезом правого легкого и левосторонней казеозной пневмонией: левое легкое уменьшено в объеме, диффузно затенено, в верхних его отделах определяются множественные полости распада (1); правое легкое увеличено в объеме, в средних его отделах определяются очаги отсева (2), на уровне второго межреберного промежутка — каверна (3); тень средостения смещена влево.

Другие виды обследования

- Реакция на туберкулиновую пробу Манту – нормергическая;
- ФБС- N или признаки специфического поражения бронхов;
- ФВД – ДН;
- ЭКГ – возможны признаки ХЛС.

Эпидемиологическая опасность

- В связи с постоянным массивным бактериовыделением и частой МЛУ больные фиброзно-кавернозным туберкулезом представляют наибольшую эпидемиологическую опасность.

Лечение и исходы

Химиотерапия (ХТ) мало эффективна. При ограниченных формах - хирургическое лечение.

Возможен переход в цирротический туберкулез на фоне ХТ.

Чаще прогноз неблагоприятный.

Причинами летальных исходов являются осложнения.

Осложнения ФКТ

Специфические	Неспецифические
казеозная пневмония гематогенное обсеменение ТБ бронхов, трахеи, языка плеврит, эмпиема, пневмоторакс	ДН ХЛС легочное кровотечение амилоидоз абсцедирование каверны ДВС-синдром

К летальным исходам приводит преимущественно прогрессирование процесса в виде специфических осложнений. Наиболее часто такими осложнениями являются:
казеозная пневмония (70%),
гематогенное обсеменение (20%).

Заключение по ФКТ

- Фиброзно-кавернозный ТБ – хронически текущий деструктивный процесс, развивающийся в результате прогрессирования других форм туберкулеза.
- Данный процесс плохо поддается лечению и является основной причиной летального исхода при туберкулезе.
- Ведущие направления предупреждения этой формы туберкулеза: своевременное выявление и адекватное лечение других его форм.

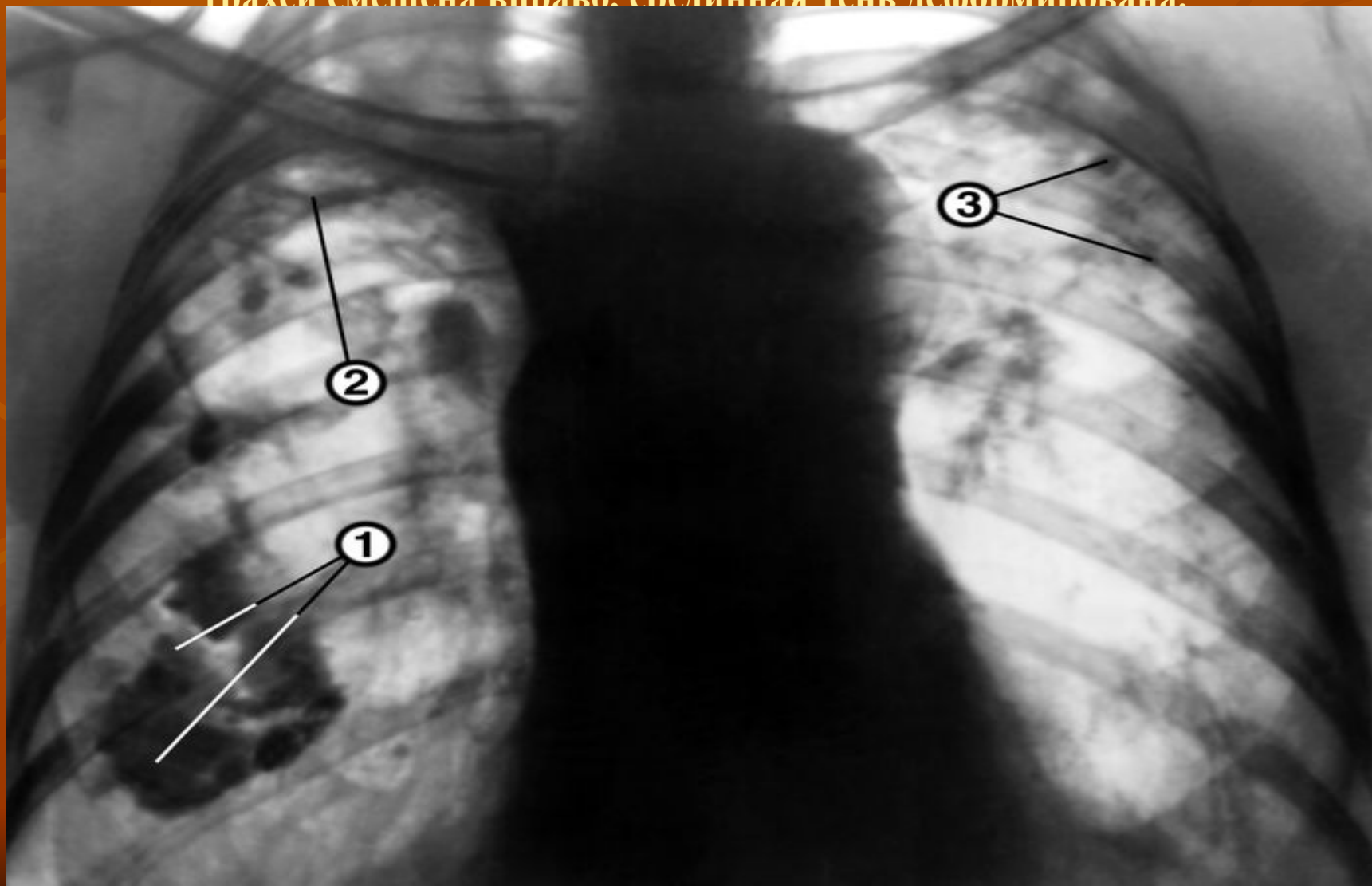
Цирротический туберкулез

Разрастание грубой соединительной ткани в легких и плевре с сохранением активности процесса : очаги, туберкуломы, полостные образования, (бронхоэктазы, буллы и санированные каверны), эмфизема

Клиника

- Туберкулезная интоксикация, умеренно выраженная;
- картина неспецифического воспаления (ХНЗЛ);
- рецидивирующее кровохарканье ;
- ЛСН (одышка, ХЛС, НК);
- течение волнообразное с редкими или частыми обострениями.

правое легкое затенено и уменьшено в объеме за счет фиброза и массивных плевральных наслоений, в реберной плевре определяются кальцинаты (1), на уровне ключицы в правом легком видна хроническая каверна (2), легочный рисунок резко деформирован с обеих сторон, в левом легком имеются рассеянные высокоинтенсивные тени старых очагов (3), тень трахеи смещена вправо, спелинная тень деформирована.



Исходы

- Посттуберкулезный цирроз.
- Иногда фиброзно-кавернозный туберкулез.

The background of the slide is a solid orange-brown color, overlaid with a pattern of stylized, semi-transparent autumn leaves in various shades of brown and orange. The leaves are scattered across the frame, creating a textured, seasonal feel.

СПАСИБО
ЗА ВНИМАНИЕ!