

Цирротический туберкулез легких

д.м.н., профессор Павлова Мария Васильевна

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский
институт фтизиопульмонологии» Минздрава России



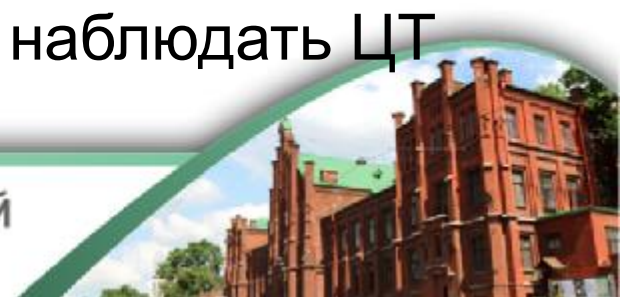
Оглавление

- Уд.вес ЦТ в структуре клинических форм.
- Патогенез цирротического туберкулеза(ЦТ)
- Клинико- рентгенологическая характеристика
- Лечение цирротического туберкулеза
- Группа диспансерного наблюдения



Цель и задачи

- Цель: Изучить клиническую форму туберкулеза (цирротический)
- Задачи: эпидемиологическое значение цирротического туберкулеза
- Патогенез и морфологическую характеристику ЦТ.
- Эффективность терапии цирротического туберкулеза (консервативной, хирургических методов) Показания , противопоказания .
- Дифференциальная диагностика ЦТ
- Обсудить: В какой группе ДН должно наблюдать ЦТ



- ***Цирротический туберкулез — клиническая форма, которая характеризуется развитием выраженных фиброзных изменений в легких, наличием эмфиземы и бронхоэктазов при сохранении клинико-рентгенологических проявлений активного туберкулезного процесса.***



- При длительном сохранении ателектаза (более 1 — 2 мес) в зоне последнего развивается массивный фиброз,
- происходит сморщивание сегмента или доли легкого и образование бронхоэктазов.
- По мнению В. К. Таточенко (1970), цирроз у детей, больных первичным туберкулезом, развивается чаще, при длительном сохранении нарушения бронхиальной проходимости или ателектаз легочной ткани.
- Подобная закономерность характерна и для первичного туберкулеза у взрослых



- При вторичном туберкулезе цирроз возникает в результате прорастания соединительной тканью и карнификации очагов и инфильтративных фокусов.
- важную патогенетическую роль играет нарушение бронхиальной проходимости, (в результате специфического или хронического катарального эндобронхита или стеноза) стойкий и длительный ателектаз, часто имеет декомпенсированный характер.



По степени распространенности метатуберкулезных изменений и проявлений активного туберкулезного процесса цирротический туберкулез дифференцируется на:

- тотальный (при поражении всего легкого);
- лобарный (при поражении доли легкого);
- сегментарный,
- ограниченный (при поражении сегмента легкого).



Патоморфологические изменения многообразны не только по степени распространенности, но и характеру морфологических реакций. Развитие соединительной ткани может быть выражено в различной степени и варьировать в весьма широких пределах — от выраженного интерстициального пневмосклероза с наличием эмфиземы до глубокого развития рубцовой ткани с замещением альвеолярной ткани фиброзной (разрушенное легкое).



- Цирроз — нередко исход диссеминированного туберкулеза легких.
- Обусловлен патоморфологическими особенностями данной формы болезни и нередко повышенной сенсibilизацией организма.
- При инволюции очагов в интерстициальной ткани легких образуется распространенный и двусторонний сначала сетчатый, а затем груботрабекулярный диффузный пневмосклероз.
- Часто - эмфизема, иногда буллезного типа, или диффузная, преимущественно рестриктивная.



- Цирроз- как исход длительно протекающего фиброзно-кавернозного туберкулеза легких, при котором значительно выражена тенденция к разрастанию соединительной ткани.
- Может образоваться в результате хронического, гнойного, специфического плеврита. при распространении процесса из казеозных очагов в висцеральной плевре
- Развитию плеврогенного цирроза способствует, фиброторакс, при котором деформируется грудная клетка, частично атрофируются грудные мышцы, сморщиваются межреберные промежутки,
- Смещаются в сторону поражения трахея, сердце и крупные сосуды, уменьшается объем легкого и резко ограничивается его расправление при дыхании.



- Тканевые изменения в легких при циррозе характеризуются большим полиморфизмом.
- В результате интенсивного развития соединительной ткани в перибронхиальном пространстве пораженного отдела легких частично атрофируются мышечные и эластические волокна в стенках бронхов,
- Образуются различной величины цилиндрические и мешотчатые бронхоэктазы.
- Одновременно суживаются или полностью облитерируются лимфатические сосуды, и нарушаются их дренажная функция и лимфообразование в легком.



- При циррозе в легких происходит замещение соединительной тканью и дегенерация нервных волокон и их рецепторов.
- В результате всех этих патологических изменений нарушается нормальная трофика альвеолярной ткани, которая в большей или в меньшей степени замещается фиброзной, с явлениями гиалиноза.
- Одновременно образуется хроническая вторичная эмфизема обструктивного, рестриктивного, компенсаторного или смешанного типа.



- Патофизиологические нарушения при распространенном диффузном, массивном долевым циррозе, при наличии мешотчатых бронхоэктазов, выраженной обструктивной или рестриктивной эмфиземы, особенно у пожилых резко нарушаются функция внешнего дыхания и окислительно-восстановительные процессы в организме, возникают гипоксемия и гипоксия.
- Из-за повреждения сосудистого ложа повышается давление в малом круге кровообращения и развивается синдром хронического легочного сердца.
- При ограниченном циррозе без значительной эмфиземы, особенно у лиц молодого возраста изменения менее выражены.



Т.0. Патогенез ЦТЗ

1. Рубцовые изменения бронхов (стеноз)
2. Нарушение проходимости дыхательных путей.
3. Уменьшение вентиляции соответствующих участков легкого.
4. Обтурационный ателектаз (Ателектаз может быть вызван также нервно-рефлекторным спазмом бронхов).
5. Развитие массивного фиброза, образование бронхоэктазов.
6. Эмфизема (диффузная, рестриктивная).

В генезе цирротических изменений решающую роль играет характер туберкулезного процесса в легких, лимфатических узлах, плевре и в бронхиальном дереве.



Морфологические и функциональные нарушения органов и систем

- бронхоэктатические изменения;
- рубцовые изменения бронхов;
- значительная редукция кровообращения в легком в результате поражения легочных артерий;
- облитерация лимфатических сосудов;
- изменений бронхиальных кровеносных сосудов;
- эмфизема;
- легочное сердце (легочная и сердечная недостаточность);
- влияние вторичной, смешанной флоры;



Клинические варианты заболевания

1. Ограниченный цирротический туберкулез с малосимптомным течением.
2. Ограниченный или распространенный цирротический туберкулез с частыми обострениями.
3. Цирротический туберкулез с бронхоэктазами и периодическим кровохарканьем или легочными кровотечениями.
4. Цирротический туберкулез с наличием «легочного сердца» и различных проявлений легочной и легочно-сердечной недостаточности.
5. «Разрушенное» легкое с прогрессированием туберкулезного процесса и различными проявлениями метатуберкулезного синдрома.



- Клиническая картина заболевания в значительной степени определяется фазой процесса.
- В период обострения отмечаются повышение до 38°C и более температуры тела, потливость, выраженные ночные поты, слабость, лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево, повышение СОЭ.
- Как правило, имеются грудные симптомы: кашель, выделение мокроты, одышка. В легких выслушивается много хрипов сухих и влажных.
- При двустороннем цирротическом туберкулезе выражена эмфизема, притупление, бронхиальное дыхание, иногда ослабленное (при наличии значительных плевральных изменений).



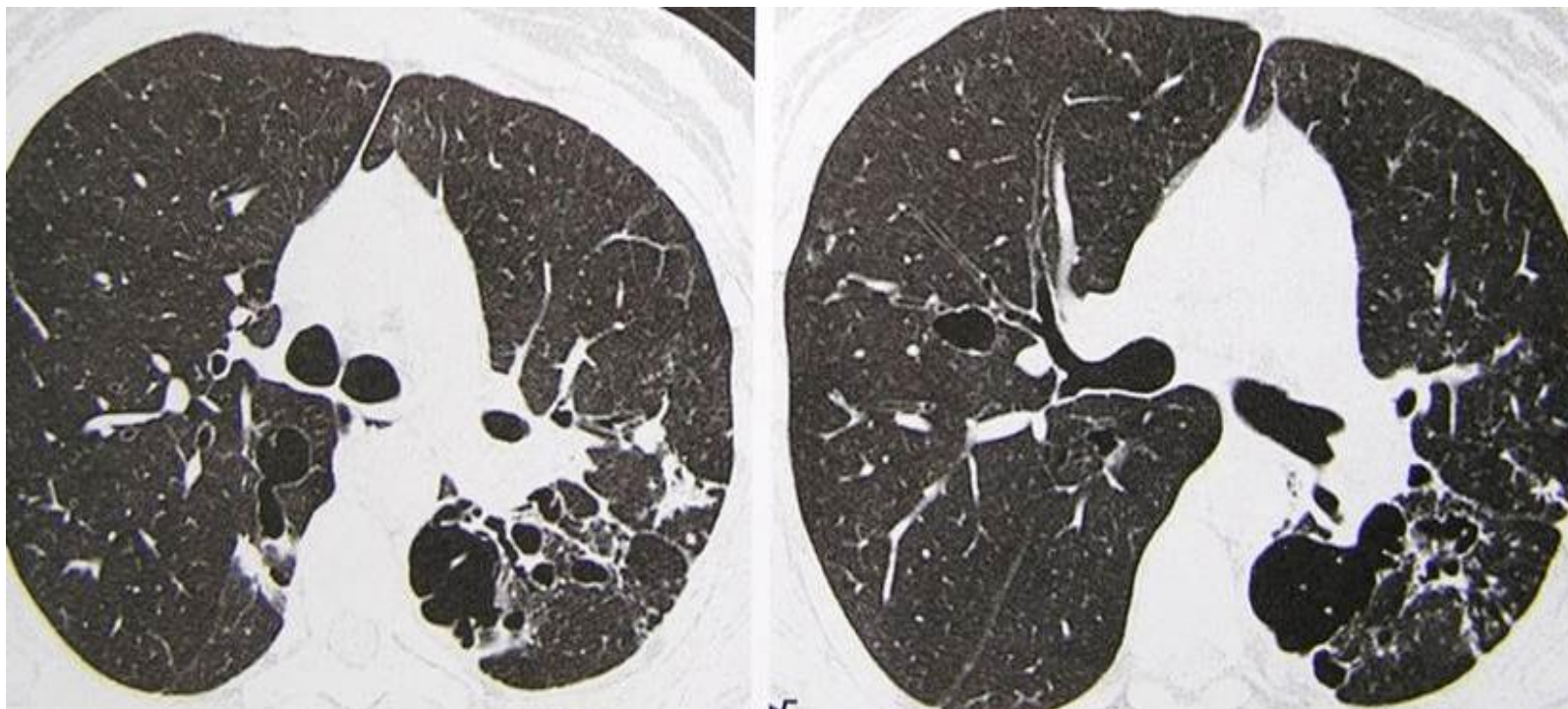
- В период затихания вспышки симптомы интоксикации постепенно уменьшаются и могут даже полностью ликвидироваться, исчезают или уменьшаются кашель и выделение мокроты.
- Следует подчеркнуть, что хрипы в легких у таких больных иногда стойкие.
- Наряду с рубцовыми изменениями, эмфиземой, бронхитом и другими проявлениями метатуберкулезного синдрома наблюдаются изменения туберкулезного характера, главным образом в виде диссеминации (полиморфные очаги).
- Могут быть и более ограниченные изменения в виде ограниченных очагов или одиночной или множественных туберкулем. Среди рубцовых изменений могут выявляться каверны.



Рентгенологические признаки



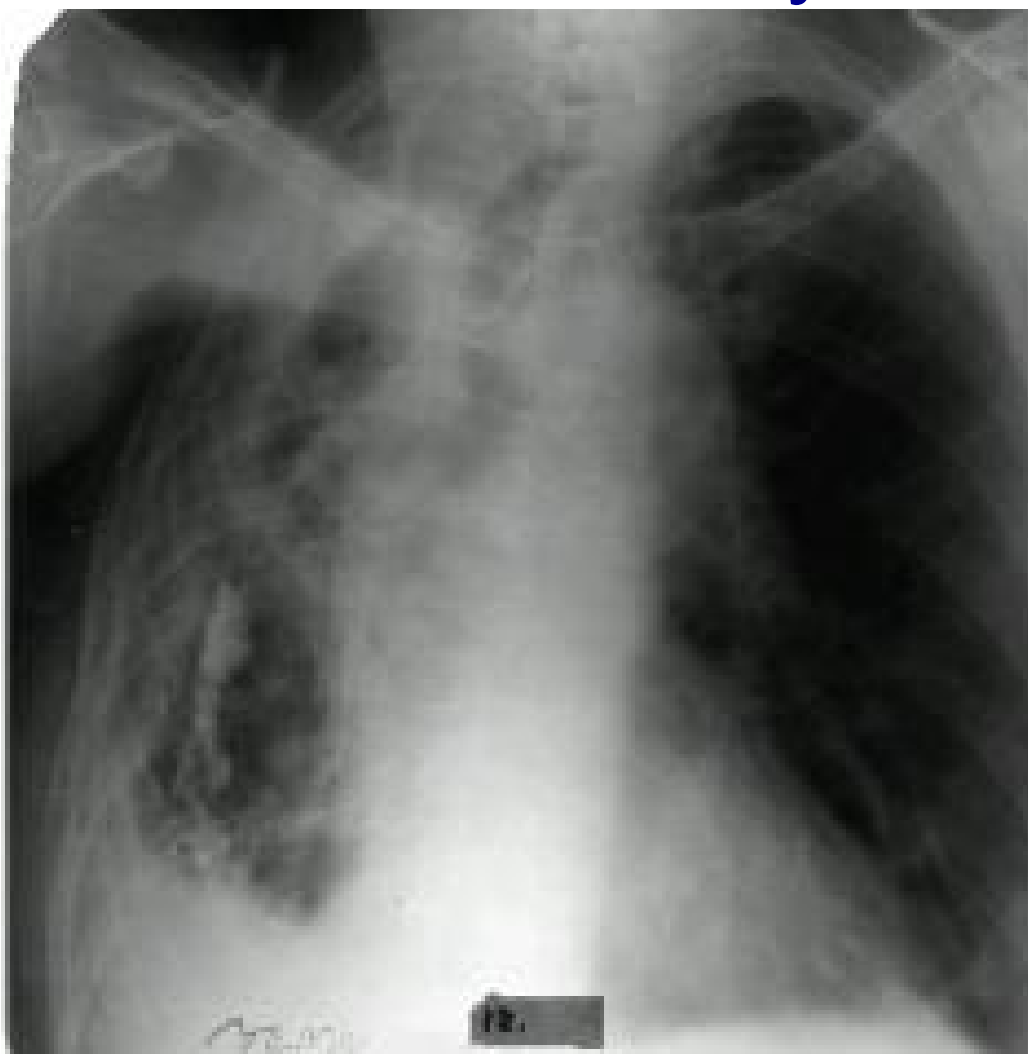
Клинический случай



ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России



Клинический случай



ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России



Лечение Ц.Т.

- Выбор лечебной тактики зависит:
- От распространенности морфологических изменений
- Выраженности клинических проявлений
- Опасности их для здоровья и жизни.



Лечение

- При ограниченном цирротическом туберкулезе без клинических проявлений – санаторное лечение
- При других клинических вариантах
- Медикаментозное и по показаниям хирургическое лечение.
- При невозможности хирургического лечения ,
выраженной ЛСН –симптоматическая терапия
- Важно: своевременное выявление и лечение
исходных форм туберкулеза- недопущение развития
цирротического туберкулеза





Благодарю за внимание!

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский
институт фтизиопульмонологии» Минздрава России

