

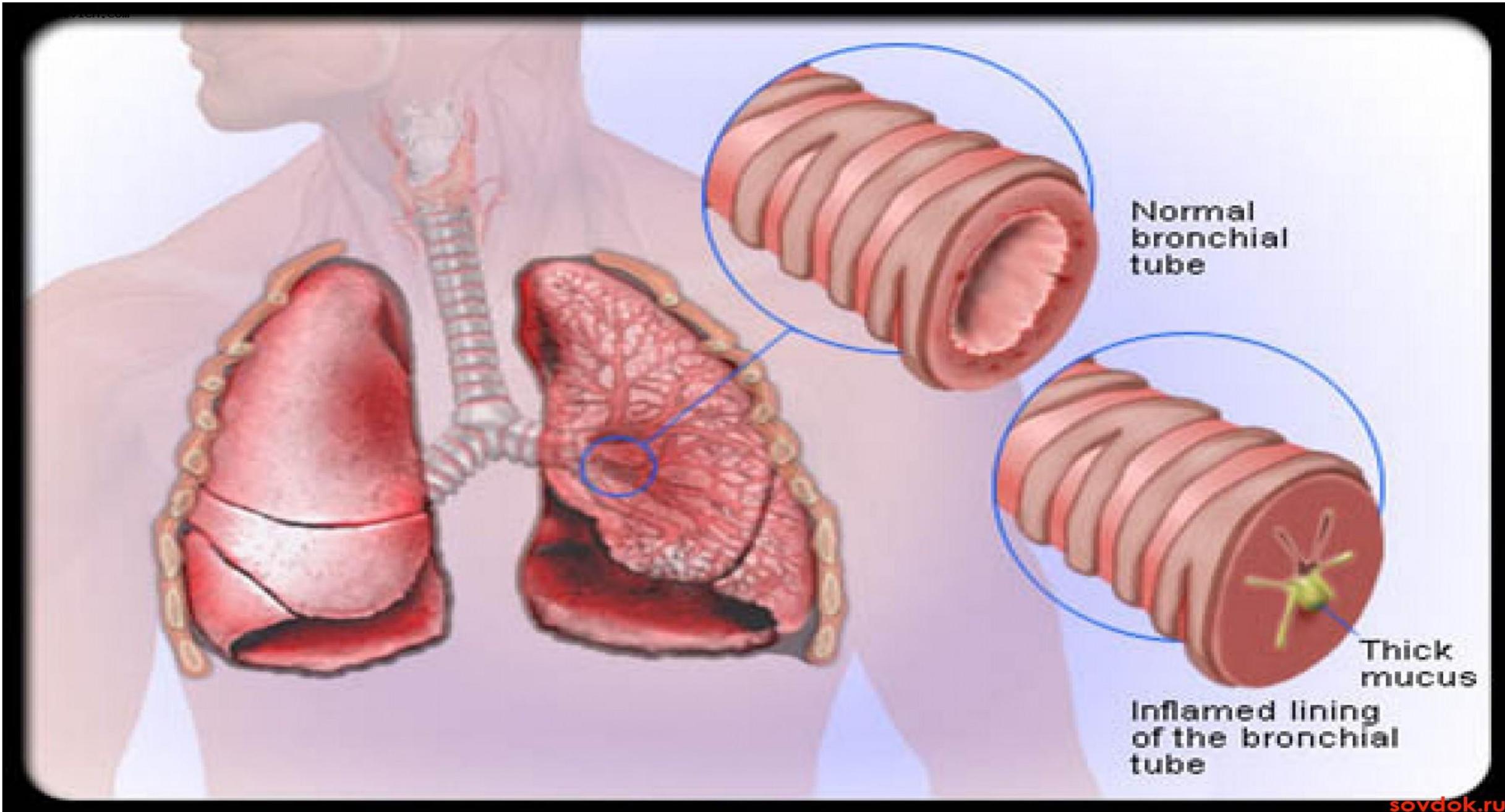
Презентация

Туберк

- Проверила:
Шорагулова Р
М.
- Выполнила:
Муратова А О.
- Группа 614 ВОП

Туберкулез бронхов, трахеи, гортани

- Трахеобронхиальный туберкулез чаще развивается в следствии спутогенного (с мокротой через бронхи) или интраканикулярного проникновения туберкулезной инфекции из легких или ВГЛУ, значительно реже гематогенным путем.
- Будучи вовлеченными в процесс, бронхи сами по себе могут явиться источником последующего бронхогенного распространения инфекции.
- Так образуется порочный круг, где следствие превращается в причину. Поэтому осмотр ЛОР врача и ФБС входит в минимум диагностического обследования даже при доказанном легочном туберкулезе.
- По данным различных исследований встречаемость активного туберкулеза бронха варьирует от 4 до 15%, а неактивного (рубцов, стенозов) от 4,7 до 26,6%.



Normal
bronchial
tube

Thick
mucus

Inflamed lining
of the bronchial
tube

Классификация:

Активный туберкулез бронхов:

- Локальный туберкулезный энобронхит.
- Инфильтративная форма.
- Язвенная форма.
- Язвенно-свищевая, бронхо-фистульная (бронхолитиаз).
- Клинически характеризуется синдромом бронхиального раздражения большей или меньшей степени выраженности. При бронхолите нередко легочные кровотечения.

Неактивный туберкулез бронхов (стеноз):

- Концентрический рубцовый стеноз.
- Пристеночный рубцовый стеноз.
- Стеноз может быть истинным (рубцовым) и функциональным (при воспалении).
- По степени обтурации бронха делится на 3 степени.

ТУБЕРКУЛЕЗ ГОРТАНИ, ТРАХЕИ И БРОНХОВ

Туберкулез дыхательных путей является осложнением туберкулеза легких или внутригрудных лимфатических узлов. Только в очень редких случаях туберкулез дыхательных путей бывает изолированным поражением без клинически установленного туберкулеза органов дыхания.

Среди всех локализаций туберкулеза дыхательных путей в основном наблюдается туберкулез бронха — у больных с различными формами внутригрудного туберкулеза его диагностируют в 5—10 % случаев. Реже наблюдается туберкулез гортани. Туберкулезное поражение ротоглотки (язычок, миндалины) и трахеи встречается редко.

Патогенез и патологическая анатомия. Как правило, туберкулез дыхательных путей осложняет несвоевременно диагностированный и нелеченый туберкулез легких либо процесс с устойчивыми к лекарствам МБТ.

Туберкулез бронха чаще возникает как осложнение первичного, инфильтративного и фиброзно-кавернозного туберкулеза. У больных первичным туберкулезом грануляции из расположенных рядом казеозно-некротических лимфатических узлов прорастают в бронх. Микобактерии могут проникнуть в стенку бронха и лимфогенным путем. При инфильтративном и фиброзно-кавернозном туберкулезе инфекция распространяется из каверны в подслизистый слой бронха. Меньшее значение имеет гематогенное инфицирование бронхиальной стенки.

Туберкулез бронха бывает инфильтративным и язвенным. Процесс характеризуется преимущественно продуктивной, реже экссудативной реакцией. В стенке бронха под эпителием формируются типичные туберкулезные бугорки, которые сливаются между собой. Возникает нерезко очерченный инфильтрат ограниченной протяженности с гиперемированной слизистой оболочкой. При казеозном некрозе и распаде инфильтрата на покрывающей его слизистой оболочке образуется язва, развивается язвенный туберкулез бронха. Иногда он сочетается с нодулобронхиальным свищом, который начинается со стороны казеозно-некротического лимфатического узла в корне легкого. Проникновение инфицированных масс через свищ в бронх может быть причиной образования очагов бронхогенного обсеменения в легких.

Туберкулез гортани также бывает инфильтративным или

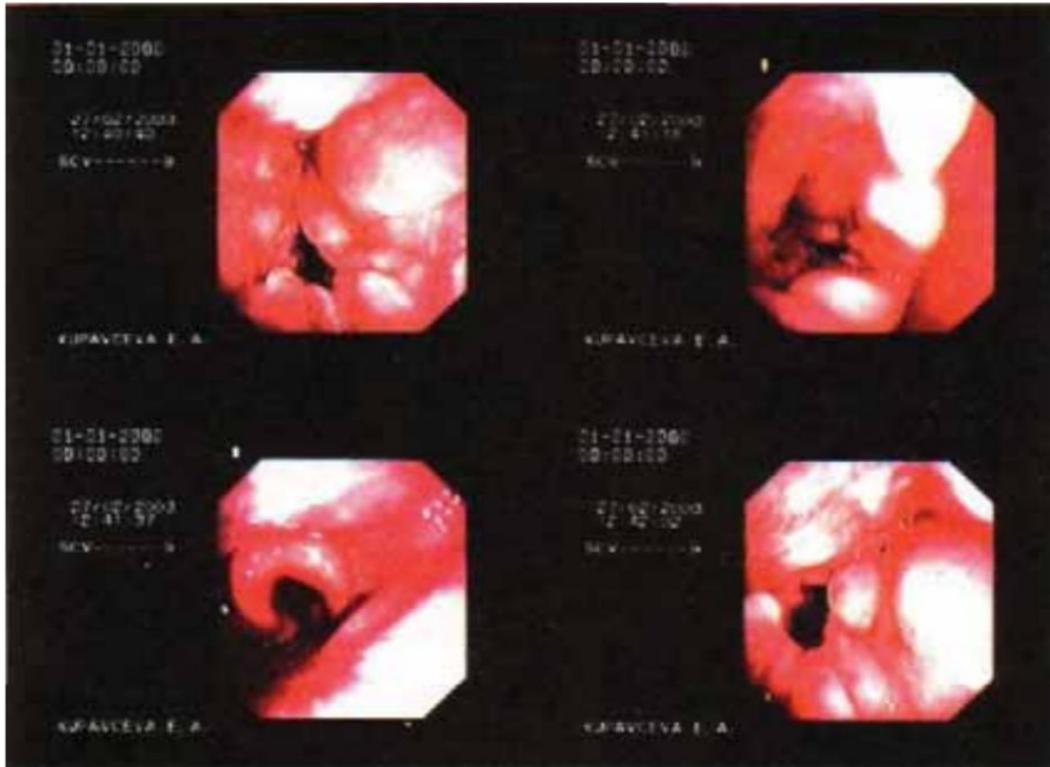


Рис. 17.1. Инфильтративный туберкулез гортани. Эндофотография.

язвенным с преимущественно продуктивной или экссудативной реакцией.

Поражение внутреннего кольца гортани (ложные и истинные голосовые складки, подскладочное и межчерпаловидное пространства, морганиевы желудочки) происходит в результате инфицирования мокротой, а поражение наружного кольца (надгортанник, черпаловидные хрящи) — путем гематогенного или лимфогенного заноса микобактерий.

Клиническая картина. Туберкулез бронха возникает постепенно и протекает бессимптомно или с жалобами на сухой упорный кашель, кашель с выделением крошковатых масс, боль за грудиной, одышку. Инфильтрат в стенке бронха может полностью закрыть его просвет, в связи с чем возможны одышка и другие симптомы нарушения бронхиальной проходимости.

Симптомами туберкулеза гортани являются охриплость вплоть до афонии, сухость и першение в горле. Боль при глотании — признак поражения надгортанника и задней полуокружности входа в гортань. Заболевание развивается на фоне прогрессирования основного туберкулезного процесса в легких. Симптомы поражения гортани могут быть первым клиническим проявлением заболевания туберкулезом, и чаще

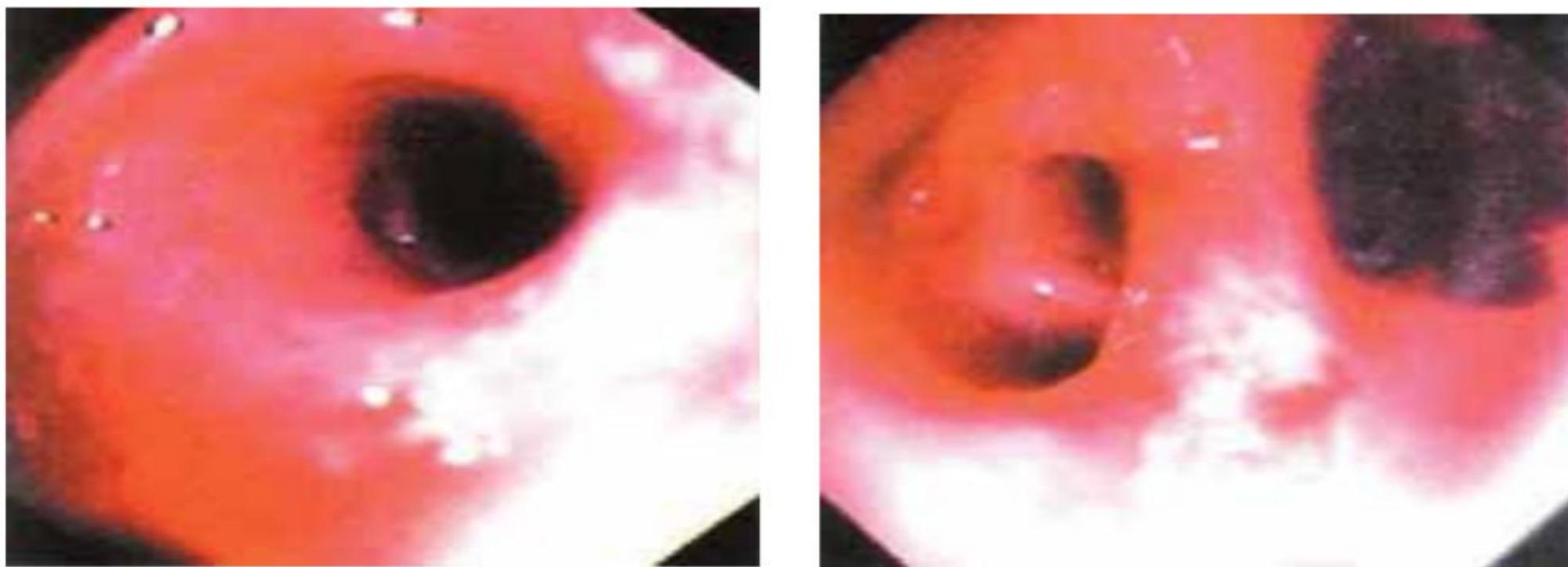


Рис. 17.2. Инфильтративный туберкулез бронха. Эндофотография.

всего — бессимптомно протекающим диссеминированным туберкулезом легких. В таких случаях выявление туберкулеза легких дает основание для диагноза туберкулеза гортани.

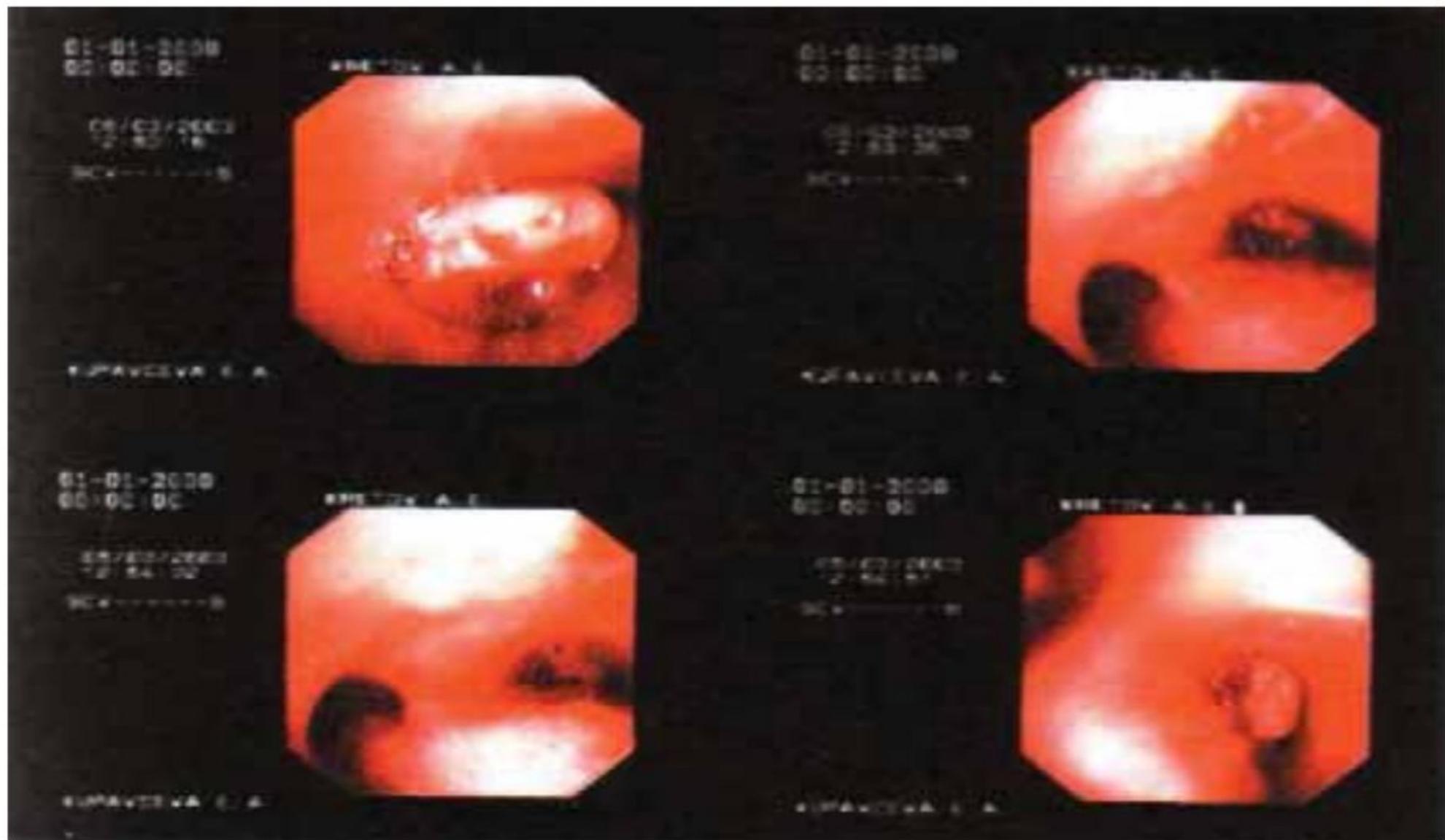


Рис. 17.3. Нодулобронхиальный свищ с разрастанием туберкулезных грануляций в бронхе. Эндофотография.

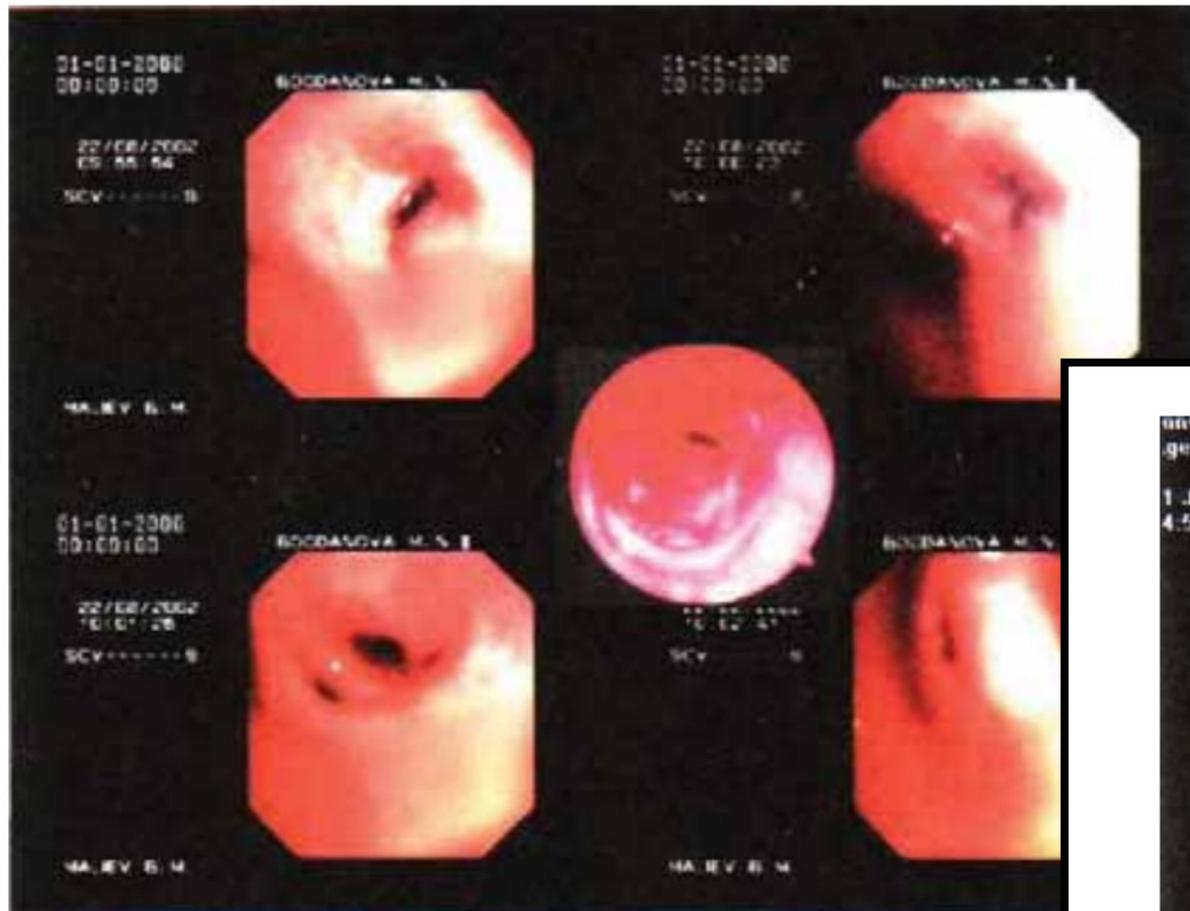


Рис. 17.4. Посттуберкулезный рубцовый стеноз бронха. Эндофот

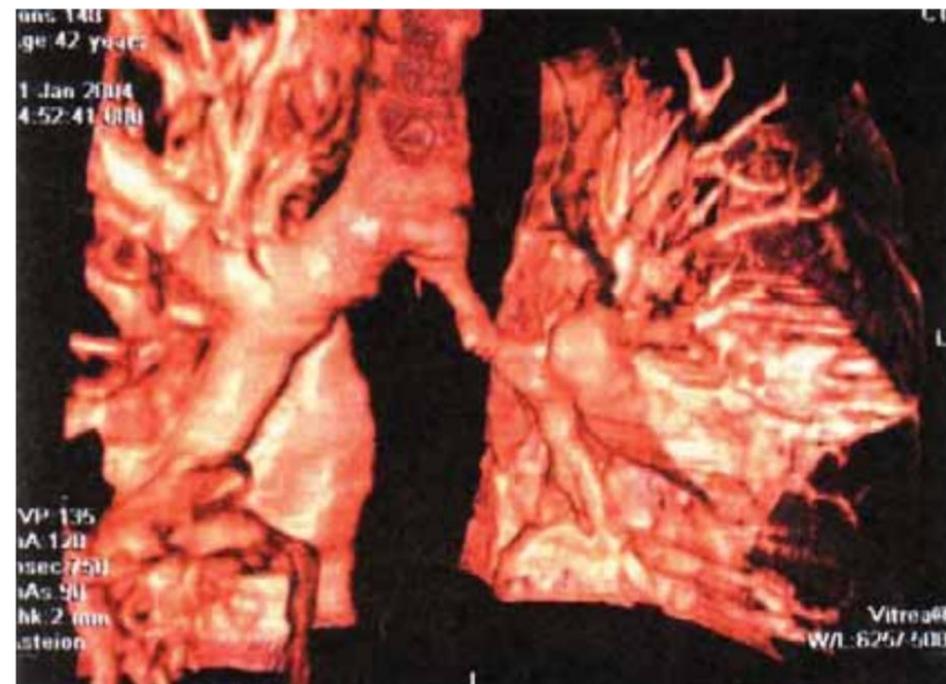


Рис. 17.5. Посттуберкулезный рубцовый стеноз левого главного бронха. КТ, объемная реконструкция.





Рисунок 1. Рентгенограмма легких больной С. 30 лет. Патологические изменения не выявляются. Жалобы на сильный кашель со скудной мокротой. В мокроте МБТ+. Бронхоскопия — язвенный туберкулез слизистой правого главного бронха. Браш-биопсия — МБТ+, клетки туберкулезной гранулемы

Диагностика. В диагностике туберкулеза дыхательных путей важно учитывать связь его возникновения с прогрессированием туберкулеза легких и внутригрудных лимфатических узлов. Характерна ограниченность поражения слизистой оболочки.

При рентгенологическом исследовании и особенно КТ выявляют деформацию и сужение бронхов. Характерная рентгенологическая картина возникает при осложнении туберкулеза бронха гиповентиляцией или ателектазом.

В случаях язвенных форм туберкулеза дыхательных путей у больных в мокроте могут быть обнаружены МБТ.

Основным методом диагностики туберкулеза дыхательных путей является эндоскопическое исследование с помощью гортанного зеркала, ларингоскопа и фибробронхоскопа, который позволяет осматривать слизистую оболочку до устья субсегментарных бронхов. При отсутствии деструктивного туберкулеза легких эндоскопическое исследование может определить источник бактериовыделения, которым оказывается туберкулез бронха или, крайне редко, трахеи.

Туберкулезные инфильтраты в гортани и бронхах — от серовато-розового до красного цвета, с гладкой или несколько бугристой поверхностью, плотной или более мягкой конси-

стенции (рис. 17.1, 17.2). Язвы бывают неправильной формы, с изъеденными краями, обычно неглубокие, покрыты грануляциями. В случаях прорыва в бронх казеозно-некротических лимфатических узлов образуются нодулобронхиальные свищи, разрастаются грануляции (рис. 17.3).

Для морфологического и бактериологического подтверждения диагноза туберкулеза используют различные методы забора материала и биопсии. Исследуют на наличие МБТ отделяемое язвы, отделяемое из свищевого отверстия, грануляционную ткань.

Инволюция туберкулеза бронха завершается образованием фиброзной ткани — от небольшого рубца до рубцового стеноза бронха (рис. 17.4, 17.5).

Дифференциальная диагностика. Туберкулез верхних дыхательных путей приходится дифференцировать с неспецифическими воспалительными процессами и злокачественными опухолями. Туберкулез чаще наблюдается у лиц молодого и среднего возраста с прогрессирующим туберкулезным поражением легких.

При неясной этиологии заболевания определенное значение имеют туберкулиновые пробы: положительная и тем более гиперергическая реакция указывают на вероятность туберкулеза.

Решающее значение в дифференциальной диагностике имеют бактериологическое и гистологическое исследования материала, полученного при эндоскопическом исследовании. При отсутствии МБТ обнаружение элементов неспецифического воспаления, опухоли или туберкулезной гранулемы верифицирует диагноз.

ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

В современных условиях основным методом лечения туберкулеза является этиотропная терапия.

Цели лечения больных туберкулезом

1. Излечить больных с наименьшим изменением их привычного образа жизни;
2. Предотвратить летальный исход у тяжелобольных;
3. Предотвратить обширные поражения легких с последующими осложнениями;
4. Предотвратить рецидив болезни;
5. Предотвратить развитие лекарственной устойчивости МБТ;
6. Защитить членов семьи и общество от инфекции.

Принципы лечения

Длительность	Кратковременные курсы лечения могут снять очередную вспышку, но не могут принести клинического излечения. Длительность лечения определяется темпами инволюции специфического процесса.
Комбинированность	Позволяет воздействовать на всю популяцию МБТ, находящихся в организме больного и предупредить развитие лекарственно устойчивых штаммов.

Раннее начало

Непрерывность	Перерывы в лечении значительно снижают его эффективность и способствуют развитию лекарственной устойчивости.
Преемственность	Этот принцип подразумевает, что на различных этапах лечения в стационаре, амбулатории, санатории проводимая терапия должна строиться с учетом предшествующего лечения и его эффективности.
Контролируемость	Противотуберкулезные препараты должны приниматься больным в стационарных и амбулаторных условиях строго под контролем медицинского работника.

Лечение туберкулеза у больного двухэтапно:

1 этап – интенсивная терапия <i>интенсивный прием</i>	2 этап – поддерживающая фаза (этап долечивания) <i>курс лечения</i>
Ирследует собой 2 цели. Первая, подавить активность МБТ в организме больного. Вторая – значительно уменьшить их популяцию.	Необходим для воздействия: на оставшиеся в организме МБТ и для предупреждения реактивации специфического процесса.

Рекомендуемые схемы химиотерапии

Категория	Схема химиотерапии	
	Интенсивная фаза	Поддерживающая фаза
1	2HRZS(E) или 3HRZS(E)	4HR или 4H(3)R(3), 7HR или 7H(3)R(3)
2	3HRZE(2S) или 4-5 HRZE(2S)	5 5HRE или 5H(3)R(3)E(3)
3	<i>согласно ч. 4 пр. 29</i> 2HRZ или E 2H(3)R(3)Z(3)	4HR или 4H(3)R(3)
4	Согласно инструкции (индивидуально)	

Примечание: Цифра, стоящая перед символом, показывает продолжительность фазы в месяцах, цифры после буквы означают кратность приема в неделю.

Патогенетическое лечение

Гигиено-диетический режим	<i>НЧст РЕН II</i>
	Витаминотерапия
Десенсибилизирующая терапия	
	Гормональная терапия
Стимулирующая терапия	
	Коллапсотерапевтические методы
Санаторно-курортное лечение	
	Другие методы