

ТУБЕРКУЛЕМА ЛЕГКИХ

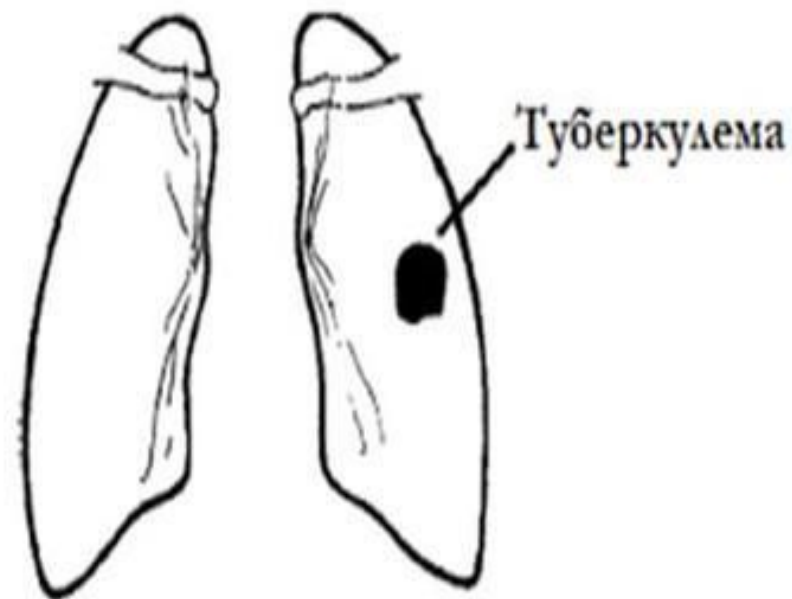


Выполнил: Алдияров Б
Приняла : Макулбаева У.Т.

ПЛАН:

- ⦿ Определение
- ⦿ Патогенез и патоморфология
- ⦿ Клиническая картина
- ⦿ Диагностика.
- ⦿ Дифференциальная диагностика:
Особенности туберкулемы легких

- Туберкулема легкого - форма, характеризующаяся наличием в легких округлого и ограниченного от окружающей ткани фокуса величиной 2 см и более. Может сформироваться при инволюции первичной пневмонии и инфильтрата, и в результате слияния нескольких мелких очагов при хроническом течении очагового или диссеминированного процесса. Представляет собой образование, которое, не изменяясь по форме и величине, может сохраняться много лет. Иногда туберкулема является крупным фокусом сплошного распада с творожистым содержимым.



Туберкулема легких

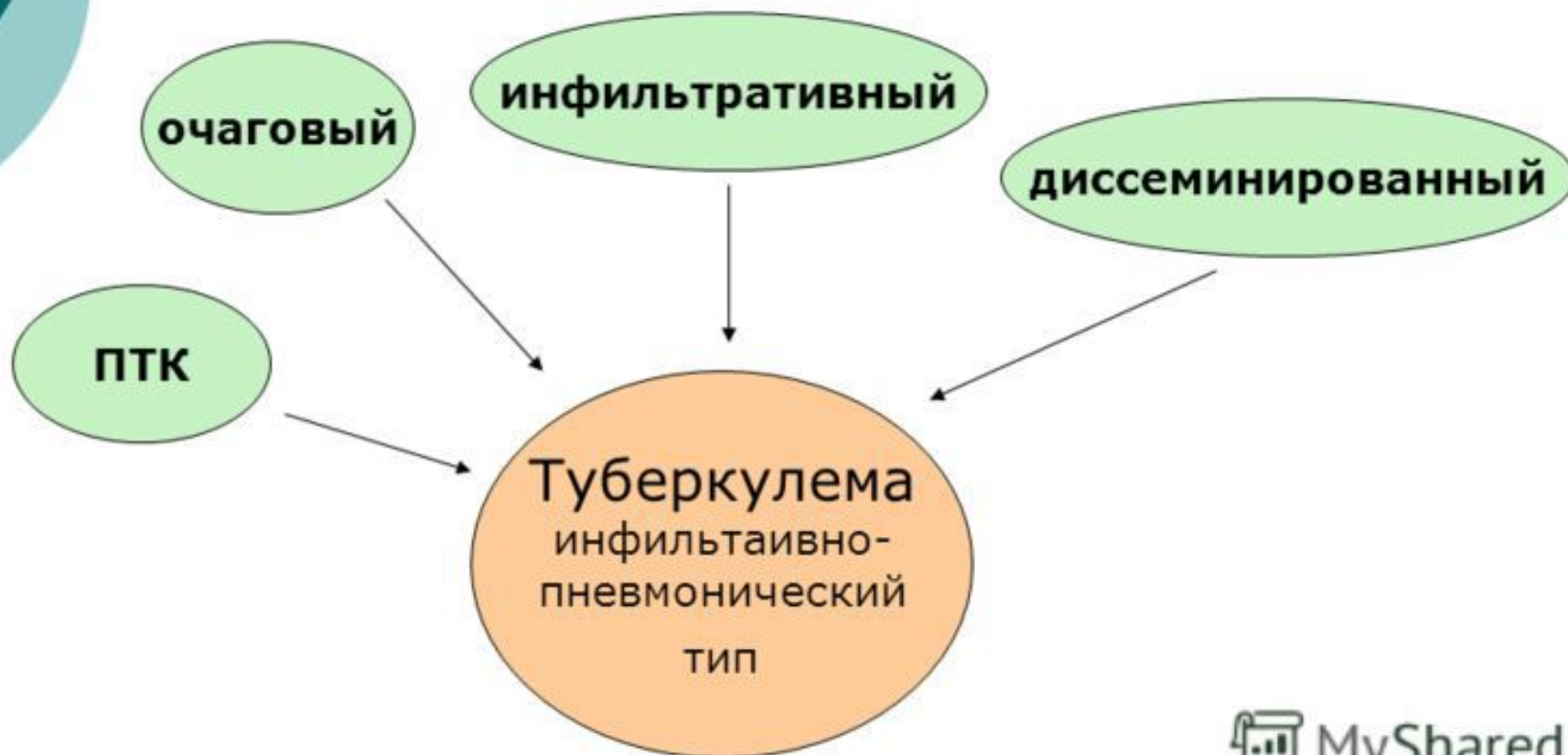
Туберкулема - клиническая форма туберкулеза, при которой в легком образуется инкапсулированный казеозно - некротический фокус.

- 2-6% среди впервые выявленных больных
- преимущественно в возрасте 20-35 лет
- в 50% выявляют случайно при профосмотрах

Туберкулема легких

патогенез

1. Инволюция предшествующей формы туберкулеза



Туберкулема легких

патогенез

Классификация туберкулем, которая была предложена М. М. Авербахом, предусматривает следующие варианты:

инфильтративно-пневмонического типа

казеома

заполненная или блокированная каверна.

Солидарная гематогенная казеома

Конгломератная туберкулома

Слоистая казеома (истинная туберкулома)

Туберкулема легких

патогенез

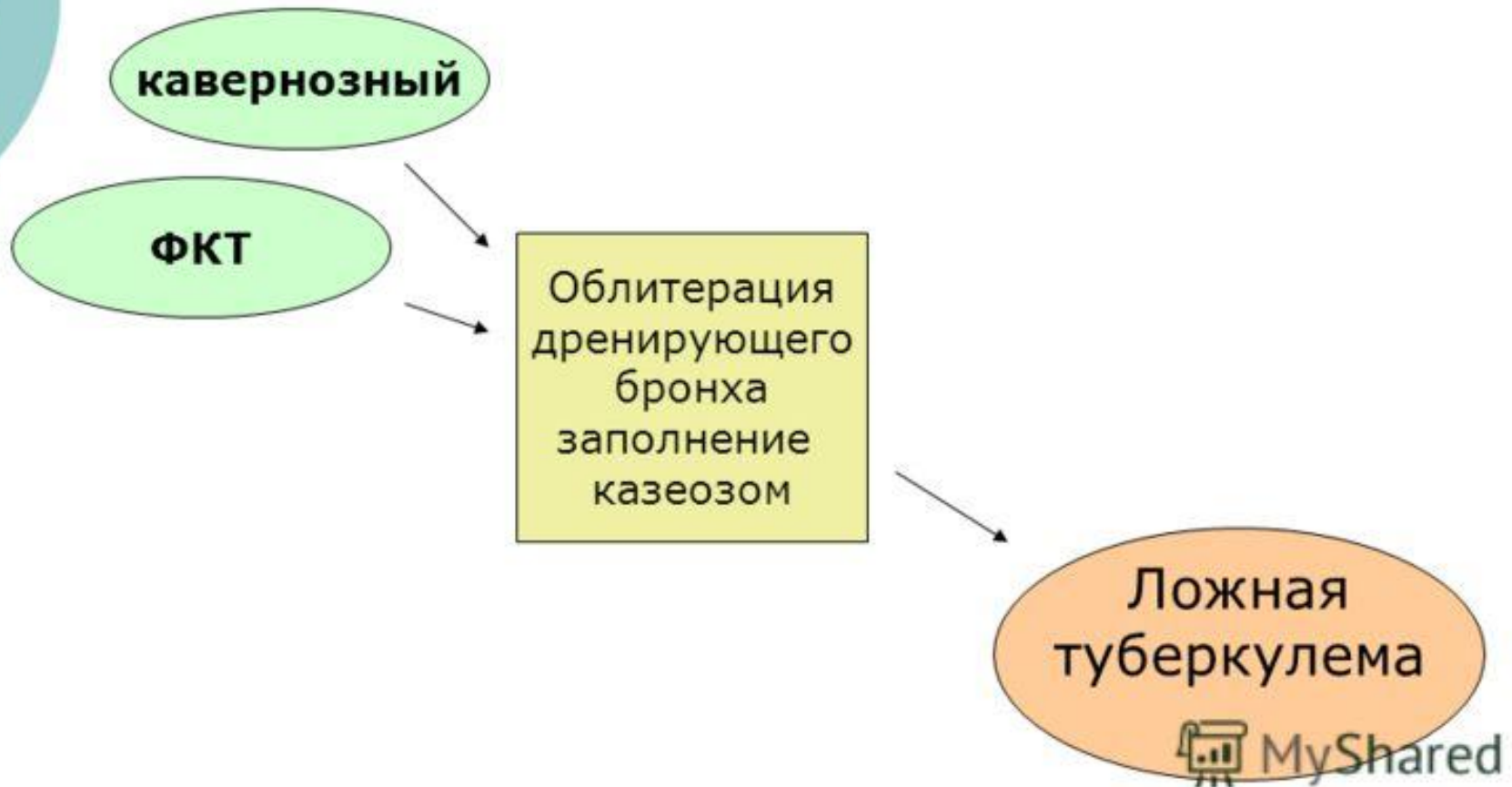
2. Изначальное формирование как туберкулема

Истинная
туберкулема,
солитарная,
слоистая

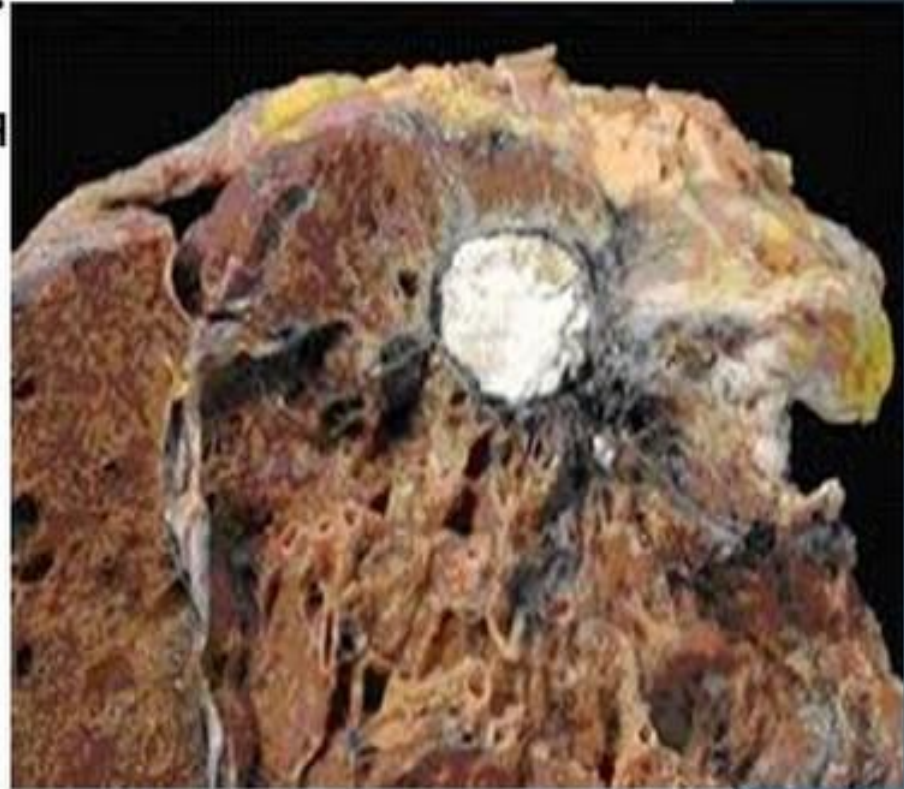
Туберкулема легких

патогенез

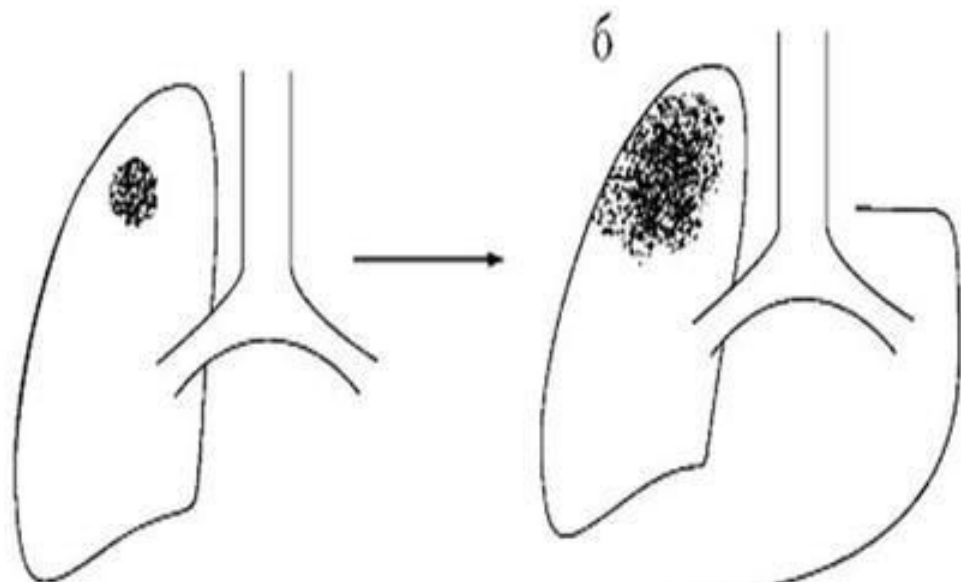
3. Заполненная или заблокированная каверна



- При туберкулезе в легком: крупный очаг казеоза, чаще один, но встречаются и множественные туберкулемы.
- Туберкулемы могут иметь разный генез, образовываться из очагового, инфильтративного или диссеминированного туберкулеза либо путем заполнения каверны казеозными массами при облитерации дренирующего бронха — в этом случае их называют «псевдотуберкулемы».
- Характерной особенностью наличие тонкой соединительнотканной капсулы вокруг крупных или группы мелких очагов казеоза и инфильтратов.



а

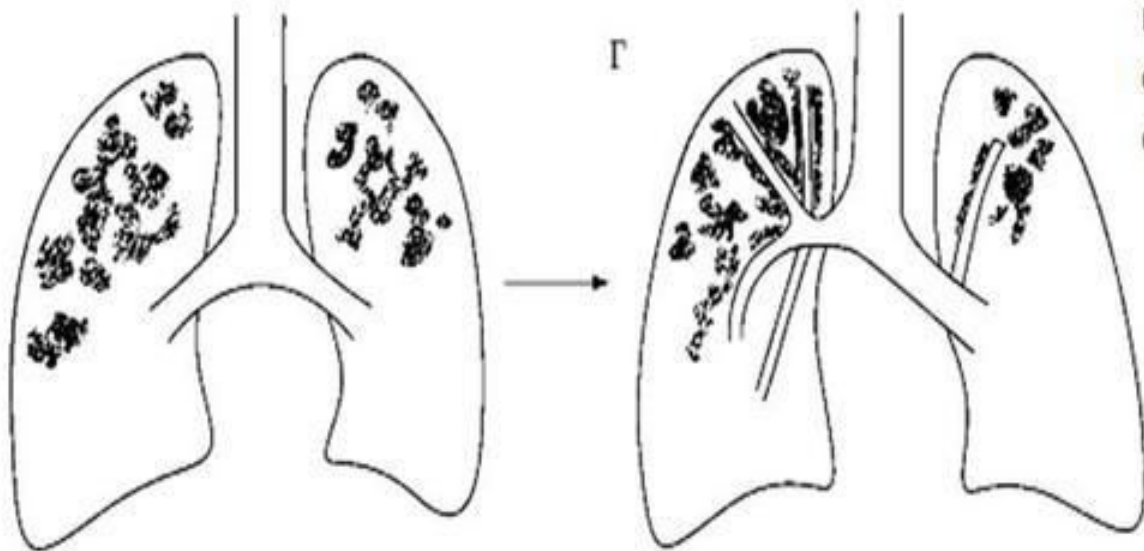


а - туберкулема - формирование очагов в верхних отделах легких ;

б - постепенное распространение в легких туберкулезных повреждений, формирование казеоза;

в - казеоз (некроз);

в



г - фиброз (рубцевание) полости, смещение средостения и трахеи в сторону наибольших повреждений.

- Классификация туберкулем, которая была предложена М. М. Авербахом, предусматривает следующие варианты: инфильтративно-пневмонического типа, казеома и заполненная или блокированная каверна. Эта классификация основана, с одной стороны, на морфологических особенностях, с другой стороны – на патогенезе этой формы туберкулеза.

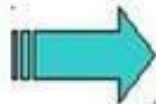
Туберкулема легких

классификация

- малые (до 2 см)
- средние (2-4см)
- большие (больше 4 см)

- Прогрессирующие
- стационарные
- регрессирующие

- Истинные
- Ложные



- гомогенные
- слоистые

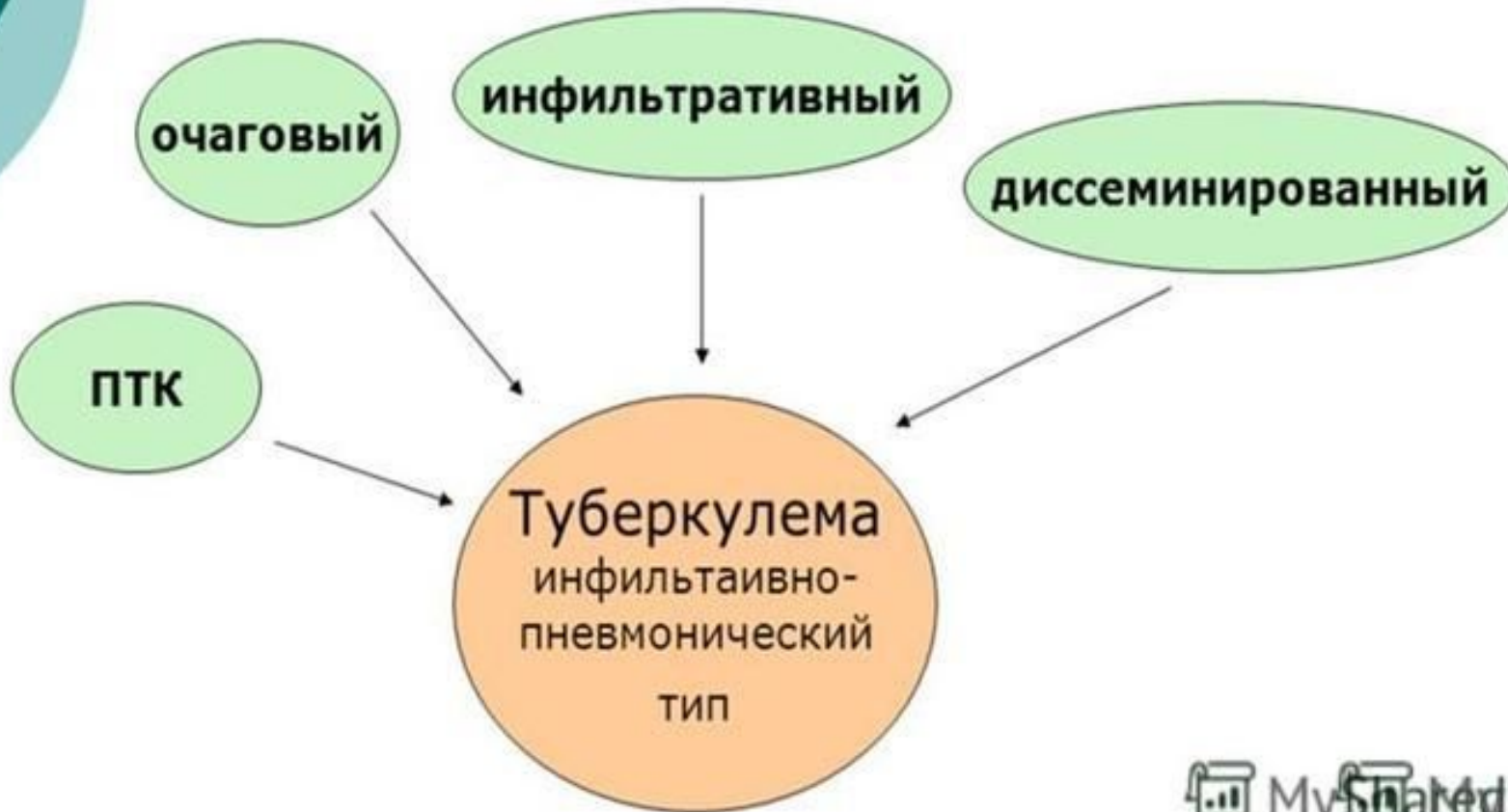
- солитарные
- конгломератные

- ◎ Туберкулема инфильтративно-пневмонического типа представляет собой результат инволюции инфильтративного туберкулеза легких. По морфологическим особенностям этот тип характеризуется продуктивно-казеозной тканевой реакцией,
- ◎ характеризуется наличием ограниченной фиброзной капсулы, окружающей участки казеоза.

Туберкулема легких

патогенез

1. Инволюция предшествующей формы туберкулеза



- Казеомы по морфологическому строению разные, казеомы бывают гомогенные и слоистые. Гомогенные и слоистые туберкулемы в свою очередь делятся на солитарные и конгломератные. Гомогенные туберкулемы характеризуются наличием осумкованного казеоза. Причем казеоз может быть в виде одного фокуса (солитарная туберкулема) и нескольких фокусов с общей оболочкой (конгломератная туберкулема). Чаще такие гомогенные казеомы являются результатом инволюции инфильтративного или кавернозного туберкулеза.

- Слоистые туберкулемы, характеризуются аппозиционным ростом. солитарную слоистую казеому называют истинной туберкулемой, т. е. этим самым подчеркивается, что в этом случае туберкулема — не результат инволюции или наоборот эволюции каких-либо других клинических форм туберкулеза, а с самого начала туберкулема как клиническая форма. характеризуется концентрическим расположением казеозных масс, чередующихся со слоями фиброзных волокон, что свидетельствует о волнообразном чередовании периодов заживления и прогрессирования процесса.

- Капсула туберкулем имеет два слоя: внутренний, состоящий из грануляций с эпителиоидными и гигантскими клетками, и наружный – фиброзный слой.
- отдельно рассматривают туберкулему, 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 обызвествлении. При прогрессировании процесса казеоз расплавляется, распадается и выделяется через дренирующий бронх, что приводит к образованию каверны, имеющей серповидную форму.
- Прогрессирующие туберкулемы могут приводить к развитию казеозной пневмонии, диссеминированного и фиброзно-кавернозного туберкулеза.

- ⦿ Если внимательно изучить клиническую картину болезни, то при так называемом стабильном течении туберкулем стабильность течения болезни относительна у значительного числа больных. У этих больных, несмотря на то что рентгенологическая картина существенно не меняется, периодически отмечаются симптомы интоксикации

- При возникновении распада отмечается кашель, может выделяться мокрота, появиться кровохарканье, в мокроте могут быть обнаружены микобактерий. Все эти явления постепенно исчезают, и опять наступает период стабилизации до очередной вспышки

Туберкулема легких

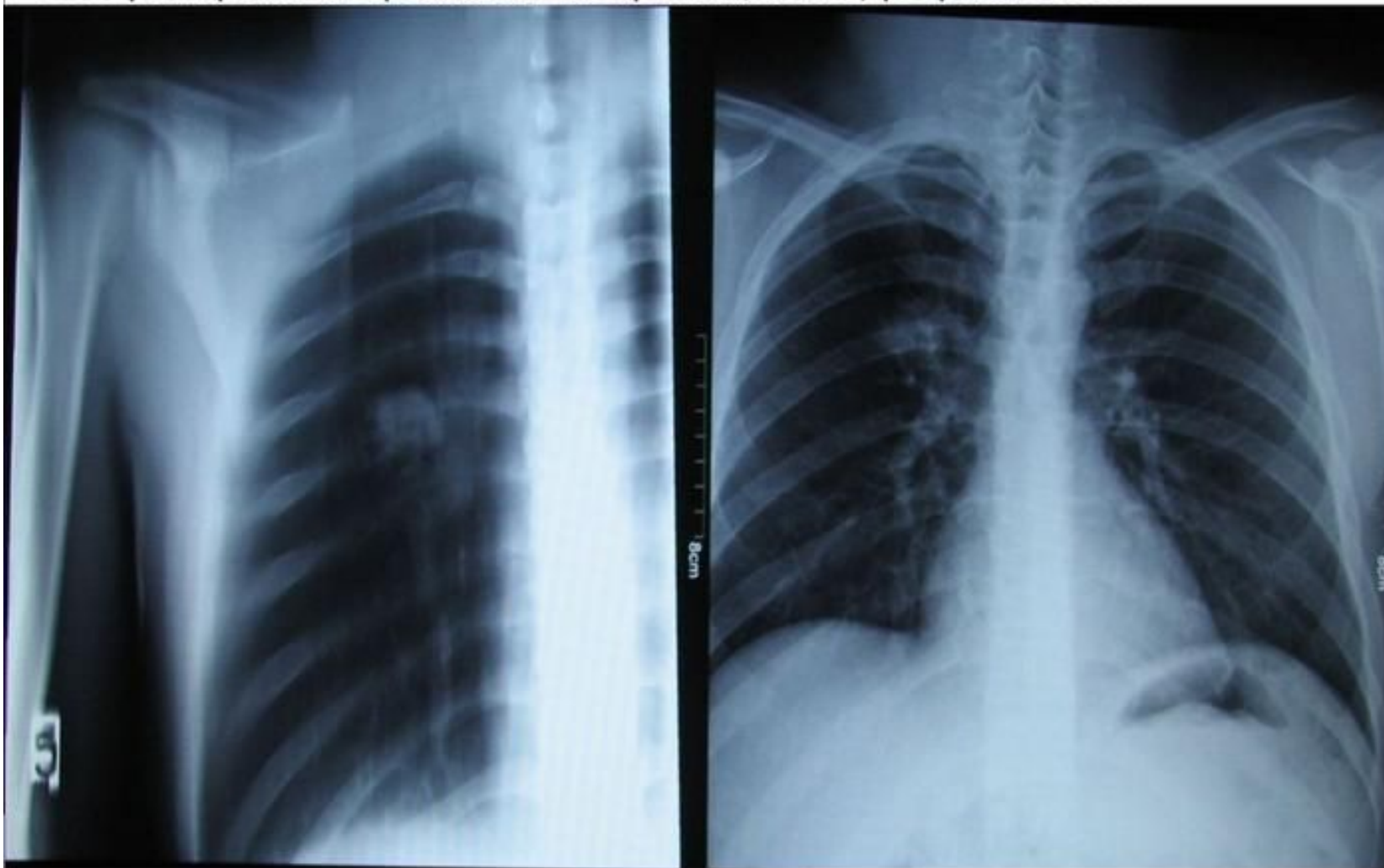
диагностика

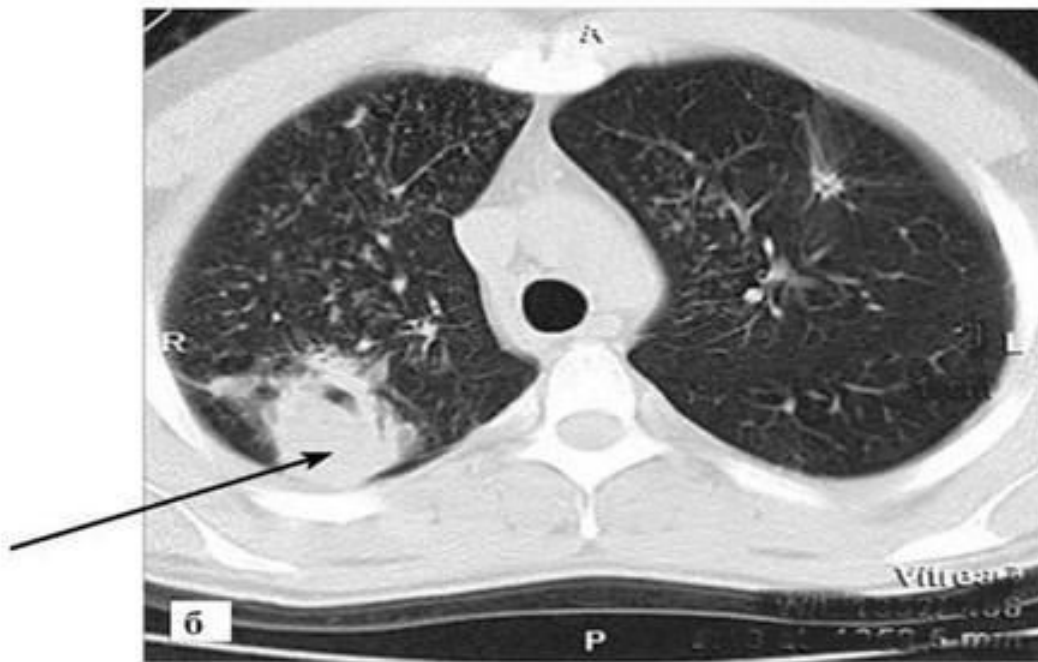
- клиника отсутствует или скудная
- нореагическая р.Манту
- бактериовыделение скудное или отсутствует
- рентгенологически наличие фокусной тени, чаще в 1,2,6 сегментах, субплеврально, с четким наружным контуром
- наличие распада по периферии тени со стороны дренирующего бронха
- наличие в окружающей ткани полиморфных очагов и пневмофиброза
- при прогрессировании - дорожка к корню с очагами обсеменения и размытость контуров тени
- при ФБС в 2-3% тубэндобронхит
- РКТ
- трансторакальная биопсия
- резекция с гистологическим исследованием

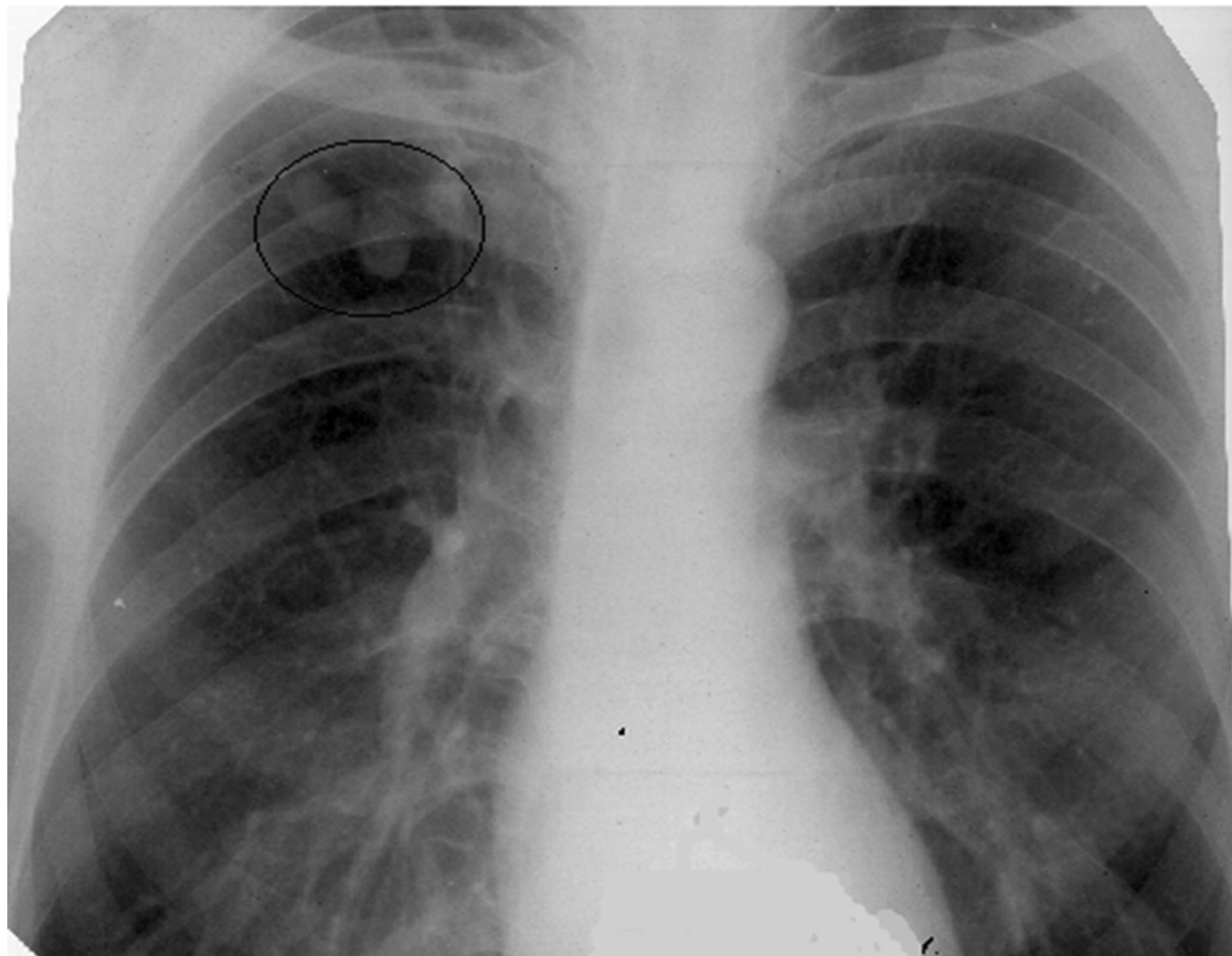
- ⦿ Диагностика туберкулемы вызывает затруднение, поскольку клинические проявления болезни крайне скудные. При рентгенологическом исследовании стабильных туберкулем определяется округлый фокус с четкими контурами, иногда с просветлением по краям или в центре

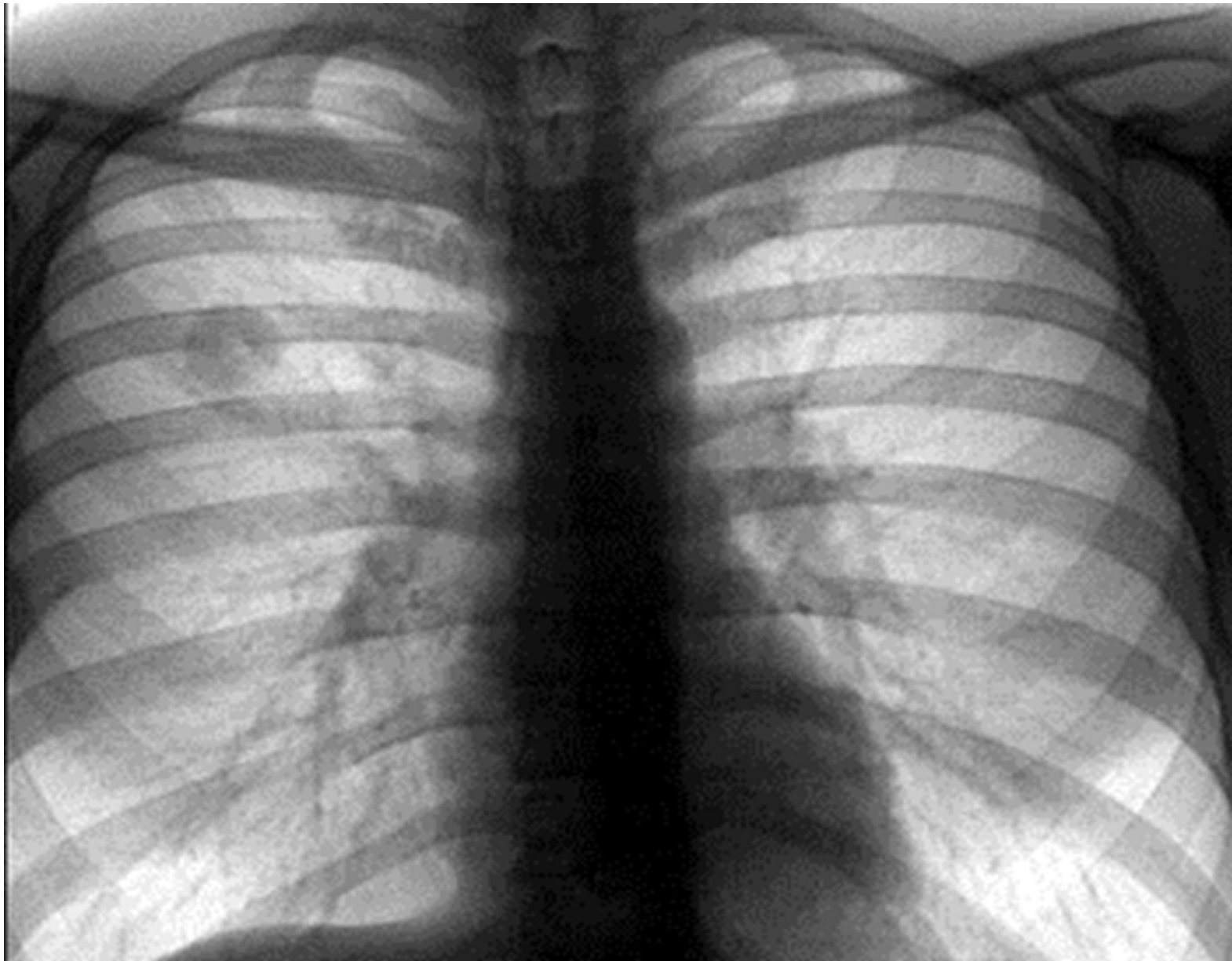
- ⦿ Рентгенологически туберкулема представляет собой участок затемнения более 1 см в диаметре с четкими контурами. Такую тень называют фокусной. У 75 % больных обнаруживаются единичные туберкулемы, у 25 % - множественные. По величине различают мелкие туберкулемы (1-2 см в диаметре), средние (2-4 см) и крупные (4 см и более). Располагаются они обычно в кортикальных слоях, субплеврально, чаще в правом (55 %), реже - в левом (45 %) легком. Обычно туберкулемы локализируются в I, II, VI сегментах. Форма туберкулем округлая или овальная. Структура тени может быть однородная, но чаще неоднородная за счет участков просветления, включения очагов, кальцинатов. В туберкулемах часто наблюдается эксцентричный, реже - центральный или множественный распад. Полость распада обычно бывает щелевидной, серповидной или овальной формы. При возникновении распада от туберкулемы к корню легкого может определяться так называемая дорожка в виде линейных теней за счет периваскулярного и перибронхиального воспаления. Контур туберкулемы четкие, большей частью гладкие, реже - фестончатые (при конгломератном типе). Вокруг туберкулемы обнаруживаются единичные или множественные очаговые тени, фиброзные изменения, плевропюльмональные рубцы, апикальные или костальные плевральные наложения.

Обзорная рентгенограмма и томограмма, конец февраля 2012 г.









- Бронхоскопию больным туберкулезом проводят для уточнения диагноза перед оперативным вмешательством и в случае долго сохраняющейся полости распада.
- Туберкулезное воспаление слизистой оболочки крупных бронхов выявляется у 3—4 % больных туберкулезом и в основном при наличии в ней распада. Вместе с тем, по данным патоморфологических исследований, в бронхах, расположенных непосредственно у туберкулемы и недоступных для эндоскопии, постоянно обнаруживаются специфические изменения.
- По мере увеличения срока давности туберкулемы в бронхах начинают преобладать неспецифические изменения в виде хронического продуктивного или атрофического бронхита.
- Бронхоскопическое исследование при неясном диагнозе туберкулемы легких должно включать биопсию. Однако получить во время бронхоскопии биоптат даже из крупного периферически расположенного фокуса часто не удается. В этих случаях возникает необходимость в проведении диагностической трансторакальной пункции легкого, а в отдельных случаях и торакотомии.

- В гемограмме большинства больных туберкулемами патологии не отмечается. У 20 % больных главным образом при наклонности к прогрессированию процесса могут наблюдаться умеренный лейкоцитоз, умеренный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, лимфопения, моноцитоз, ускоренная СОЭ.
- Туберкулез бронхов у больных туберкулемами встречается редко, так как специфические изменения в бронхах локализуются обычно в непосредственной близости от туберкулемы, на уровне впадения их в полость распада. При бронхоскопии выявить такие изменения не представляется возможным.
- Обнаружение возбудителя туберкулеза в мокроте у больных туберкулемами зависит главным образом от фазы распада. При туберкулемах в фазе распада МБТ обнаруживается в 80-90 % случаев, без распада - в 30-45 %.

- Естественно, нужно проводить дифференциальную диагностику не только между туберкулемой и раком легкого при округлых фокусах в легких (особенно у лиц более молодого возраста). Округлая тень может быть опухолевого происхождения, но не злокачественного, а так называемого доброкачественного. В частности, к таким опухолям относятся невринома, гемангиома. Ангиовенозные анастомозы, аневризмы артерий, варикозное расширение вен, т. е. сосудистые заболевания легких, могут симулировать туберкулез. Таким больным для дифференциальной диагностики сосудистых опухолей и заболеваний показана ангиография.

- Затруднения возникают обычно при дифференциальной диагностике **туберкуломы** и аденоматоза первого типа. У отдельных больных при **бронхоскопии** выявляют неспецифический катар или изменения, подозрительные на опухолевый процесс, хотя крупные бронхи при аденоматозе поражаются сравнительно редко.
- Обращают на себя внимание некоторые отличия в рентгенологической картине **туберкуломы** и ограниченного аденоматоза. Последний характеризуется наличием чаще в 3-м, 4-м, 5-м сегментах и в нижней доле легкого единичного фокуса диаметром от 1 до 5—6 см. Контуры его неровные, бугристые, с выпячиваниями, подобно «пламени костра». Фокусная тень неоднородная, иногда мелкоячеистой структуры (симптом Муара). Рост опухоли медленный и не сопровождается образованием метастазов во внутригрудные лимфатические узлы. При прогрессировании процесса в средних и нижних отделах легких образуются новые сливающиеся между собой очаги и фокусы.
- Изложенные **клинические признаки** отмечались нами у наблюдавшихся в последнее время 8 женщин в возрасте от 40 до 60 лет

