

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Медицинский факультет



РЕФЕРАТ

На тему:

Клиника туберкулеза легких

Проверил(а):

Абдурахимов М. И.

Выполнил(а):

Джамуратов А.

Группа:

МПД-19

ОШ-2023.

лан

1. Инfiltrативный туберкулез легких
2. Общие сведения
3. Причины
4. Классификация
5. Симптомы инfiltrативного туберкулеза легких
6. Осложнения
7. Диагностика
8. Лечение

Инфильтративный туберкулез легких

Инфильтративный туберкулез легких – вторичная туберкулезная инфекция, характеризующаяся распространенным поражением легких эксудативным типом воспалительной реакции и формированием очагов казеозного распада. В клинической картине преобладают интоксикационный синдром, гипертермия, продуктивный кашель, боли в боку, кровохарканье. В диагностике инфильтративного туберкулеза легких информативны данные физикального, рентгенологического и лабораторного обследования, результаты туберкулиновых проб. Лечение стационарное, с проведением специфической химиотерапии противотуберкулезными препаратами.

Общие сведения

Инфильтративный туберкулез легких – клинико-морфологическая форма туберкулеза органов дыхания, протекающая с образованием эксудативно-пневмонических очагов в легких с казеозным распадом в центре. Среди всех форм туберкулеза легких инфильтративная форма встречается наиболее часто - в 60-70% случаев. В этой форме организовано выявление более ранних форм туберкулеза является приоритетной задачей пульмонологии и фтизиатрии. Инфильтративный туберкулез легких относится к числу социально-опасных заболеваний. Болеют в основном взрослые (чаще - лица молодого возраста), имеющие неблагоприятные бытовые условия и низкие гигиенические навыки, страдающие вредными привычками. В структуре смертности от туберкулезной инфекции инфильтративная форма занимает около 10%.

Причины

В основе возникновения инфильтративного туберкулеза легких лежат два механизма: эндогенная реактивация либо экзогенная суперинфекция. Реактивация характеризуется прогрессированием старых или свежих очагов туберкулеза, появлением вокруг них инфильтрации и развитием эксудативной тканевой реакции. Экзогенная суперинфекция, как причина инфильтративного туберкулеза, связана с наличием участков гиперсенсibilизации в легких (прежде контактировавших с туберкулезной инфекцией). При массовом попадании микобактерий туберкулеза в эти участки развивается гиперергическая реакция, сопровождающаяся инфильтративным воспалением. В обоих случаях обязательным условием заболеваемости выступает наличие специфического

Категорию повышенного риска по развитию инфильтративного туберкулеза легких составляют лица, перенесшие контакт с бацилловыделителем, нервно-психическую травму; страдающие алкоголизмом, никотиновой зависимостью, ВИЧ-инфекцией, наркоманией; ведущие асоциальный образ жизни; имеющие хронические заболевания (сахарный диабет, ХИЗЛ и др.) и профессиональные заболевания; подвергающиеся гиперинсоляции и т. д. Первоначально в легочной ткани образуется инфильтрат диаметром около 3 см, границы которого имеют тенденцию к расширению вплоть до поражения нескольких сегментов или целой доли легкого. Инфильтрат представляет очаг полиморфной экссудации, состоящей из фибрина, мононуклеаров, макрофагов, полиморфноядерных лейкоцитов альвеолярного эпителия. При слиянии и расширении инфильтрата возникает специфическая долевая пневмония или бронхопневмония. На следующем этапе участки инфильтрации подвергаются казеозному расплавлению. Лечение инфильтративного туберкулеза легких может способствовать полному рассасыванию инфильтрата, рубцеванию участков, инкапсуляции зоны инфильтрата с образованием туберкулома легкого. В случае дальнейшего прогрессирования инфильтративного туберкулеза возможны два варианта развития: переход в казеозную пневмонию (устар. – «скоротечная чахотка») либо распад легочной ткани с формированием каверн (кавернозный туберкулез).

Классификация

В современной фтизиатрии принято выделять пять клинико-рентгенологических вариантов инфильтративного туберкулеза легких:

- **Облаковидный инфильтрат** – рентгенологически определяется в виде слабоинтенсивной гомогенной тени, имеющей расплывчатые контуры. Имеет склонность к быстрому распаду и формированию свежих каверн.
- **Круглый инфильтрат** – на рентгенограммах имеет вид округлого гомогенного фокуса (иногда с участком распада в виде просветления), четко очерченными границами; чаще локализуется в подключичной области.

Дольковый (лобулярный) инфильтрат – при рентгеновском исследовании выявляется негомогенное затемнение неправильной формы, образованное слиянием нескольких очагов, часто с распадом в центре.

Краевой инфильтрат (перисциссурит) – обширная облаковидная инфильтрация, снизу ограниченная междолевой бороздой.

...-конусовидную форму с углом, обращенным в сторону корня легкого
основанием – кнаружи. Нередко возникает поражение междоль-
плевры, иногда с развитием туберкулезного плеврита.

Лобит – обширный инфильтрат в легком, занимающий целую до-
лю. Рентгенологически характеризуется неомогенным фокусом с нали-
чием в нем полостей распада.

По размеру различают малые (1-2 см), средние (2-4 см), крупные (4-
6 см) и распространенные (более 6 см) инфильтраты. Отдельно выде-
ляют казеозную пневмонию, характеризующуюся инфильтративной реак-
цией с преобладанием некротических процессов. Казеозно-пневмониче-
ские очаги поражают долю или все легкое. Казеозная пневмония
развивается на фоне сахарного диабета, беременности, лег-
очных кровотечениях, сопровождающихся аспирацией крови, обсемен-
енной микобактериями.

Симптомы инфильтративного туберкулеза легких

Вариант клинического течения зависит от типа инфильтрата. На-
чалом характерно для лобита, перисцисурита, некоторых с-
ростковидного инфильтрата. Бессимптомное и малосимптомное тече-
ние наблюдается при наличии круглого, лобулярного и облаковидного
инфильтратов. В целом же острая манифестация отмечается у
пациентов, постепенная – у 52-60%, бессимптомная – в 25% случаев.
В большинстве наблюдений первым неспецифическим сим-
птомом инфильтративного туберкулеза легких служит подъем температу-
ры до 38-38,5°C, которая держится 2-3 недели. Гипертермия сопрово-
ждается потливостью, болезненностью мышц, разбитостью, кашлем с
выделением мокроты. В целом клиника напоминает грипп, бронхит,
острую пневмонию. Иногда заболевание манифестирует с
кровохарканьем или легочного кровотечения. Среди наиболее
распространенных жалоб следует отметить боли в груди на фоне пораже-
ния, снижение аппетита, нарушение сна, общую слабость, тахикардию,
сердцебиение. Бессимптомные и малосимптомные варианты туберкулеза
инфильтративного туберкулеза легких, как правило, выявляют при
диспансеризации или профилактического медицинского осмотра по
результатам флюорографии.

Осложнения

В числе осложнений инфильтративного туберкулеза легких следует
выделить казеозную пневмонию, ателектаз, пневмоторакс, плеврит,
легочное кровотечение, туберкулез.

каллезной пневмонии всегда острое: лихорадка достигает 40-41° типичны перепады между дневной и вечерней температурой, ре- выражена туберкулезная интоксикация. Больных беспокоит одыш- кашель с гнойной мокротой, боли в грудной клетке, прогрессирует похудание.

Диагностика

Поскольку клинические признаки инфильтративного туберкулеза лег- малоспецифичны или отсутствуют совсем, основное значение диагностике имеют объективные, инструментальные и лаборатор- данные. Аускультативная картина характеризуется наличием звуч- хрипов; перкуссия обнаруживает притупление звука над обла- инфильтрата. Особенно эти изменения выражены при лобите и нали- распада инфильтрата с формированием каверны. Воспалитель- изменения крови (сдвиги в лейкоформуле, ускорение С- незначительны.

Туберкулиновая проба у больных чаще положительная. Рентгеногра- легких позволяет не только обнаружить инфильтративные изменения и оценить характер тени, проследить динамику лечения. Выявить- можно как с помощью микроскопического исследования, так и мет- бактериологического посева мокроты или смывных вод бро- полученных при проведении бронхоскопии. Подтвердить нали- убинфекции в организме позволяют новые, высоко достовер- исследования крови: T-SPOT.TB и квантиферон-тест.

Дифференцировать инфильтративный туберкулез легких приходи- чаговым туберкулезом, ОРВИ, неспецифической пневмонией, л- легкого, актиномикозом, эхинококкозом и ки- легкого, лимфогранулематозом.

Лечение инфильтративного туберкулеза легких

Пациенты с инфильтративным туберкулезом легких немед- госпитализируются в противотуберкулезное учреждение, где нахо- дят наблюдением фтизиатра. Больным назначается патогенети- терапия специфическими химиопрепаратами (изониазид, пиразин- (фампицин, этамбутол). Лечение продолжается в течение неско- месяцев; критерий прекращения терапии - полное рассас- инфильтративных изменений по рентгенологическим данн- в дальнейшем в амбулаторных условиях проводятся противореци- курсы противотуберкулезной терапии.