



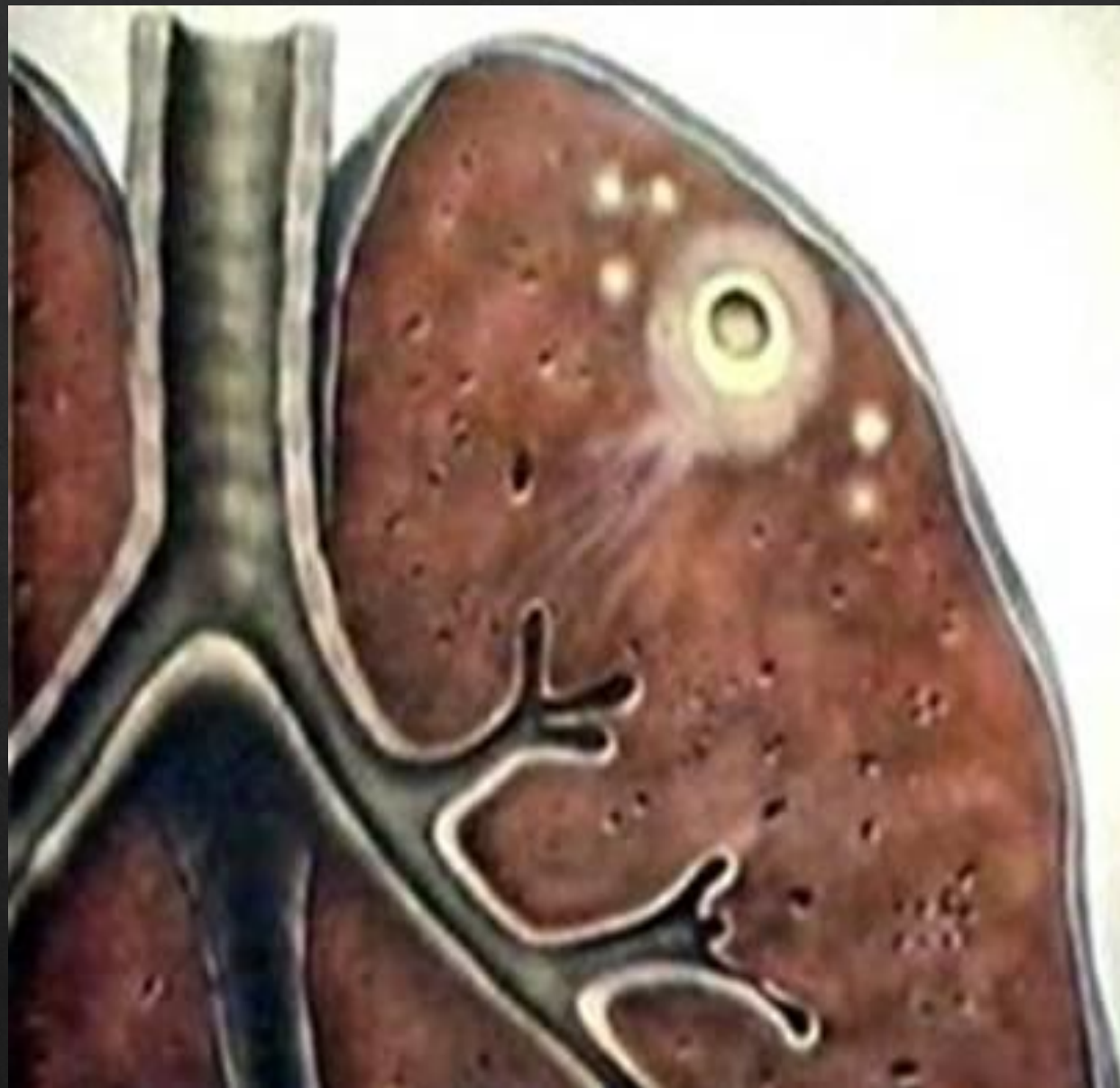
Тема: Казеозная ПНЕВМОНИЯ

Подготовила: Аханова.А.Б

601-1

Казеозная пневмония

характеризуется наличием в легких зон казеозного некроза в виде долевого или множественных лобулярных поражений, склонных к кавернизации. Казеозная пневмония является наиболее тяжелой формой туберкулеза, отличающейся выраженной остротой и прогрессирующим течением. Среди впервые выявленных больных лица с казеозной пневмонией составляют 0,1—0,5 %.



- ◆ Заболевают казеозной пневмонией в основном взрослые, имеющие повышенный риск заболевания туберкулезом (больные алкоголизмом, наркоманией, лица с иммунодефицитом). Казеозная пневмония как осложнение острого гематогенно-диссеминированного туберкулеза иногда возникает у детей младшего возраста и пожилых людей. В структуре смертности от туберкулеза казеозная пневмония составляет значительную часть (более 5 %). Она будет значительно большей, если учитывать случаи возникновения казеозной пневмонии как осложнения других форм туберкулеза.



Классификация заболевания по патоморфологическим изменениям

Существует три формы казеозной пневмонии: ацинозная, лобарная, лобулярная.

- ◆ Лобарная форма возникает как самостоятельная форма туберкулёза, поражает всю долю лёгкого. Присуще наличие казеозно-деструктивной фазы воспалительного процесса. Помимо образования массивных участков некроза, на фоне гнойного расплавления лёгкого, возникают крупные каверны.
- ◆ Лобулярная форма возникает как следствие осложнения ранее возникшей формы туберкулёза, характерно поражение нескольких долей лёгкого, тяжёлое течение на фоне туберкулёзной интоксикации.
- ◆ Ацинозная форма возникает как осложнение милиарного туберкулёза, поражает ацинус лёгкого (единичные участки легочной ткани).

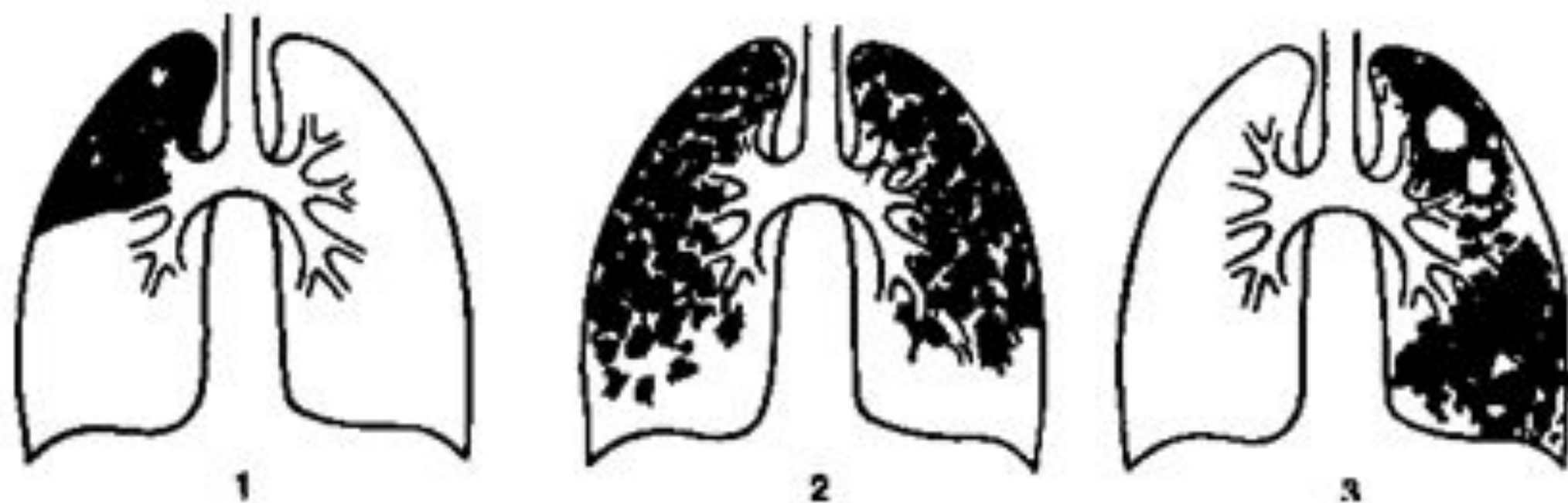


Рис. 42. Виды казеозных пневмоний (схема).

1 — лobarная казеозная пневмония; 2 — лобулярная казеозная пневмония; 3 — казеозная пневмония, осложнившаяся фиброзно-кавернозный туберкулез.

Патогенез и патологическая анатомия.

Возникновение казеозной пневмонии связано с интенсивным размножением МБТ в легочной ткани, которое происходит на фоне выраженного иммунодефицита. Характерным признаком иммунодефицита является метаболическая несостоятельность фагоцитирующих клеток и лимфоцитов, которые проявляют повышенную склонность к апоптозу. Функциональный потенциал таких клеток резко снижен и они неспособны к эффективному межклеточному взаимодействию.

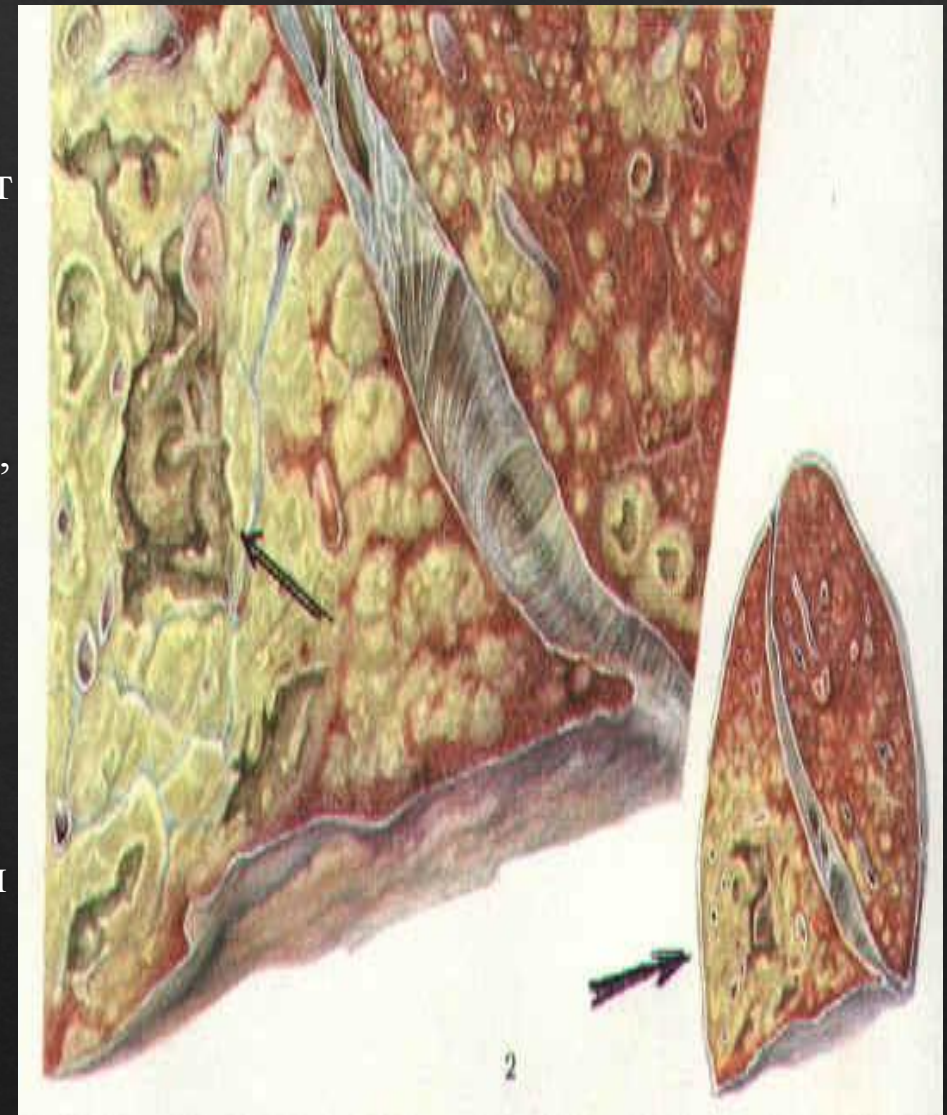
Патологическое повышение апоптоза клеток, участвующих в иммунном ответе, является ведущим патогенетическим фактором развития казеозной пневмонии.

В патогенезе казеозной пневмонии придают значение аутоаллергическим реакциям, которые формируют распространенные казеозные пневмонические процессы в легких. Нельзя исключить значение неспецифического легочного воспаления как исходного фона для казеозной пневмонии (случаи казеозной пневмонии как осложнения аспирационной пневмонии после легочного кровотечения при туберкулезе). Казеозная пневмония часто возникает у больных с резким падением иммунных реакций в терминальном периоде туберкулеза.

Схема 12.1. Патогенез казеозной пневмонии



- ◆ Морфологически для казеозной пневмонии характерно преобладание казеозного некроза над перифокальным воспалением. Казеозные участки легкого макроскопически светло-желтой окраски, плотной консистенции. Казеоз заполняет альвеолы и бронхиолы. Межалвеолярные перегородки вначале сохраняют свою структуру, в дальнейшем подвергаются частичному некрозу с сохранением аргирофильных волокон. Расплавление казеозных масс и свежие полости обнаруживаются в центральной части пневмонических участков, в крупных лобарных образованиях казеоз размягчается в нескольких местах. Прогрессирование казеозной пневмонии сопровождается образованием больших полостей распада (острых каверн), очагов и фокусов казеоза в других отделах легких. Без лечения казеозная пневмония почти всегда имеет смертельный исход. При антибактериальном лечении рассасываются зоны перифокального воспаления, полости трансформируются в фиброзные каверны, очаги нераспавшегося казеозного некроза капсулируются слоем фиброзной ткани, т. е. формируется фиброзно-кавернозный туберкулез легких.



Казеозная пневмония по проявлениям имеет несколько классических масок:

- ◆ пневмоническая – повышение температуры до 39-40 градусов, озноб, кашель с выделением мокроты, одышка и боль в грудной клетке;
- ◆ гриппоподобная – заболевание начинается с насморка, боли в горле, ломоте в теле на фоне температуры, появления кашля.
- ◆ под маской сепсиса – характерна высокая температура, мигрень, выраженный озноб, признаки интоксикации.

«Маски» казеозной пневмонии (%)

Пневмония	74
Сопутствующие заболевания	21
в т.ч. Хронический алкоголизм (отравление алкоголем и суррогатами, полинейропатия, гепатиты и др.)	15
соматическая патология (сахарный диабет, ХОБЛ и др.)	7
Поражение туберкулезом других органов с клиникой ларингита, мезаденита и др.	5

Течение заболевания делят на четыре основных варианта:

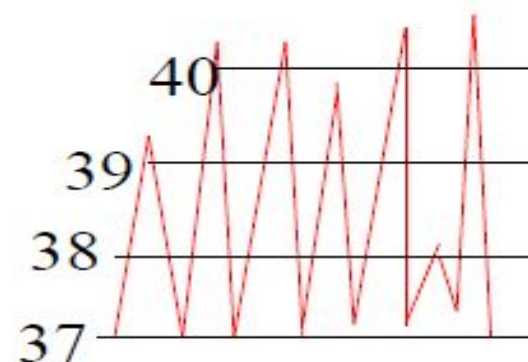
- ◇ преобладает выраженный синдром интоксикации;
- ◇ наличие синдрома дыхательной недостаточности;
- ◇ течение казеозной пневмонии сопровождается кровохарканьем и легочным кровотечением;
- ◇ протекает по типу неспецифического бронхолегочного воспаления с обильным выделением гнойной мокроты.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ

➔ **Ярко выраженная интоксикация**

Характерные симптомы:

- Гектическая лихорадка 1-3 мес.
- Профузные поты и ознобы.
- Кахексия 2-3 степени (↓веса на 10-20кг за 1-6 мес.)
- Бледно-землистый цвет кожи с зеленоватым оттенком
- Анорексия
- Нарастающая гиподинамия до адинамии.
- Гипотония (АД 90/60 – 80/40мм рт ст).



**Гипофункция
коры
надпочечников**


КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ

Клинические проявления полиорганной недостаточности

Признаки дисфункции разных органов и систем наблюдаются при поздней диагностике и распространенном процессе:

- **Токсическая энцефалопатия и полинейропатия.**
- **Нарушения сердечно-сосудистой деятельности**
- **Мочевой синдром (лейкоцитурия, гематурия, протеинурия, цилиндрурия)**
- **Клинические проявления ДВС-синдрома – тромбоз крупных сосудов**
- **Гепато-спленомегалия**
- **Диспептические расстройства**

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ

 **Ярко выраженный бронхопульмональный синдром:**

- **Одышка в покое или после небольшой физической нагрузки (ДН 2-3 ст.).**
- **Кашель в начале заболевания может быть сухой, затем с мокротой**
- **Мокрота в начале заболевания скудная, может быть «ржавая» мокрота, затем слизистая, слизисто-гнойная и гнойная до 200 мл в сутки**
- **Влажные хрипы над областью поражения**
- **Возможно возникновение легочного кровохарканья или кровотечения (осложнение деструктивного процесса)**

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ

⇒ Глубокий иммунодефицит и эндотоксикоз

- **Гипохромная анемия.**
- **Умеренный лейкоцитоз, возможно нормальное содержание лейкоцитов или лейкопения. В начале заболевания возможен гиперлейкоцитоз.**
- **Абсолютная лимфопения (менее 1200 кл/мкл).**
- **Нейтрофилез, возможен палочкоядерный сдвиг формулы влево, токсическая зернистость нейтрофилов.**
- **Повышение СОЭ 30-70 мм в час.**
- **Гипопротейнемия, гипоальбуминемия, гиперфибриногенемия, увеличение СРБ**
- **Отрицательная реакция Манту с 2ТЕ**

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ

- ⇒ **Массивное бактериовыделение**
Обнаружение МБТ в мокроте верифицирует клинико-рентгенологический диагноз казеозной пневмонии:
- **Методом простой микроскопии с окраской препаратов по Цилю-Нильсону (результат в тот же день)**
 - **Методом люминисцентной микроскопии (результат через 2-3 дня)**
 - **Методом посева на питательные среды (результат через 2-3 месяца)**

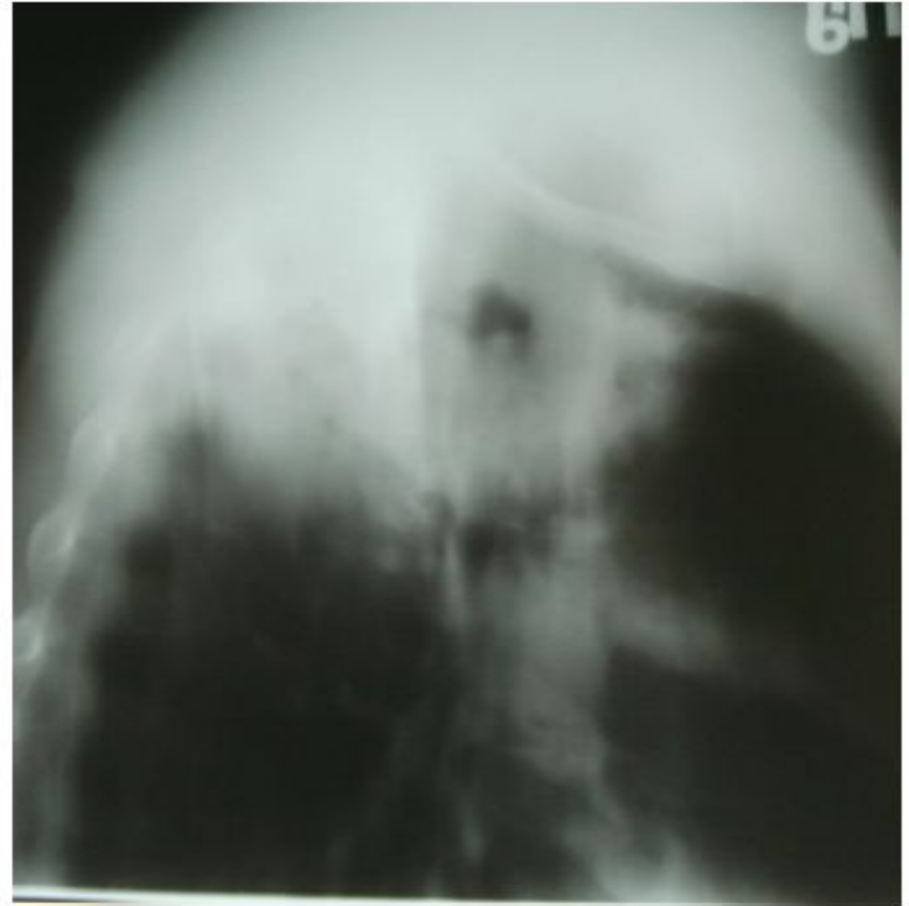
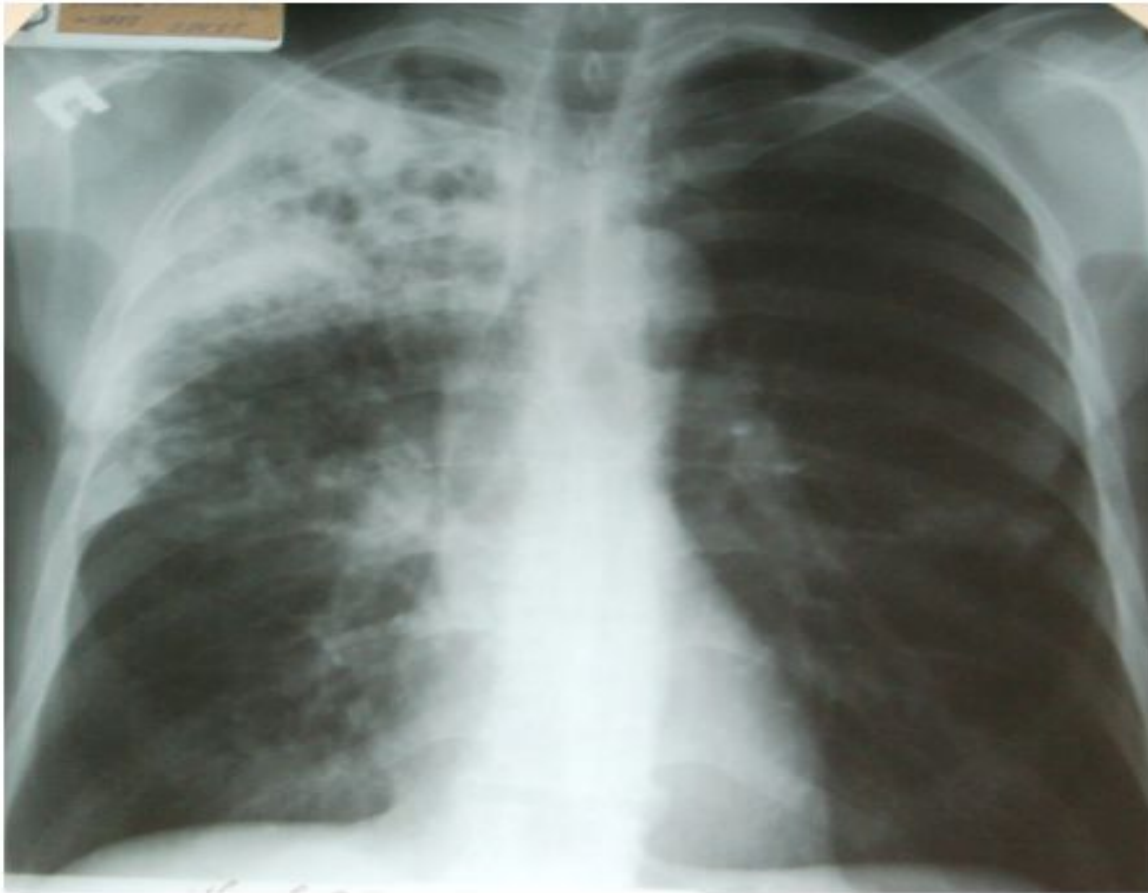
Особенности:

в начале заболевания МБТ в мокроте могут отсутствовать, что определяет необходимость многократного исследования мокроты на МБТ, в том числе при первых отрицательных результатах

Дифференциальная диагностика

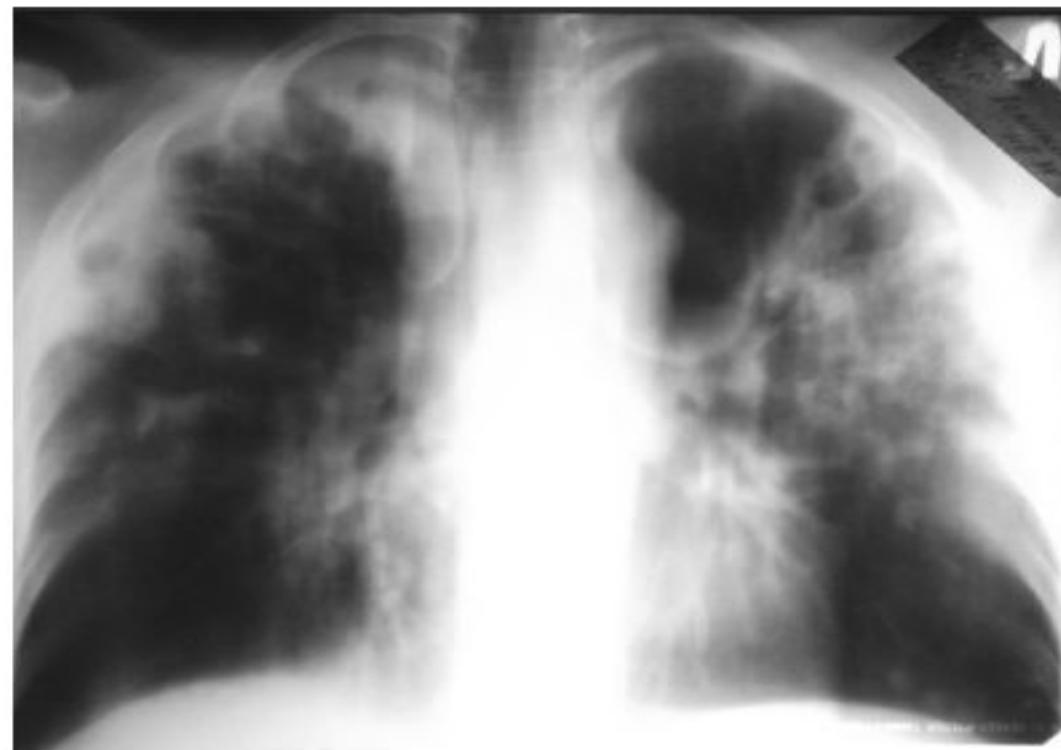
- ❖ Важным диагностическим моментом в лечении казеозной пневмонии является правильный выбор дифференциальной диагностики. Существует несколько основных дифференциально-диагностических критериев:
- ❖ *Рентгенологическая диагностика:* определяется объём и характер поражения. У больных наблюдается тотальное поражение одного или обоих лёгких. Наблюдаются распространённые грубые изменения, определяют затемнение всего или большей части лёгкого. По мере прогрессирования заболевания появляются участки просветления неправильной формы. В результате отторжения казеозных масс в лёгких просматриваются участки бронхогенного отсева, в последствии легочная ткань теряет эластичность и уменьшается в размерах.
- ❖ *Лабораторная диагностика:* может обеспечить наиболее точную постановку диагноза. Прежде всего, это микроскопия мазка мокроты на наличие микобактерий туберкулёза. Как правило, микроскопия даёт положительный результат, наличие МБТ (микобактерии туберкулёза) носит обильный характер.
- ❖ Бактериологическое исследование мокроты даёт 100% результат, при посеве мокроты на питательные среды наблюдается обильный рост колоний у всех обследуемых пациентов. При микробиологическом исследовании выявляются различные неспецифические бактерии и грибы.
- ❖ Важным моментом в диагностическом минимуме является то, что все больные с воспалительными заболеваниями, поступающие в стационар, должны пройти общее клиническое обследование, рентгенографию грудной клетки, посев и микроскопию мокроты.

Ранний вариант казеозной пневмонии



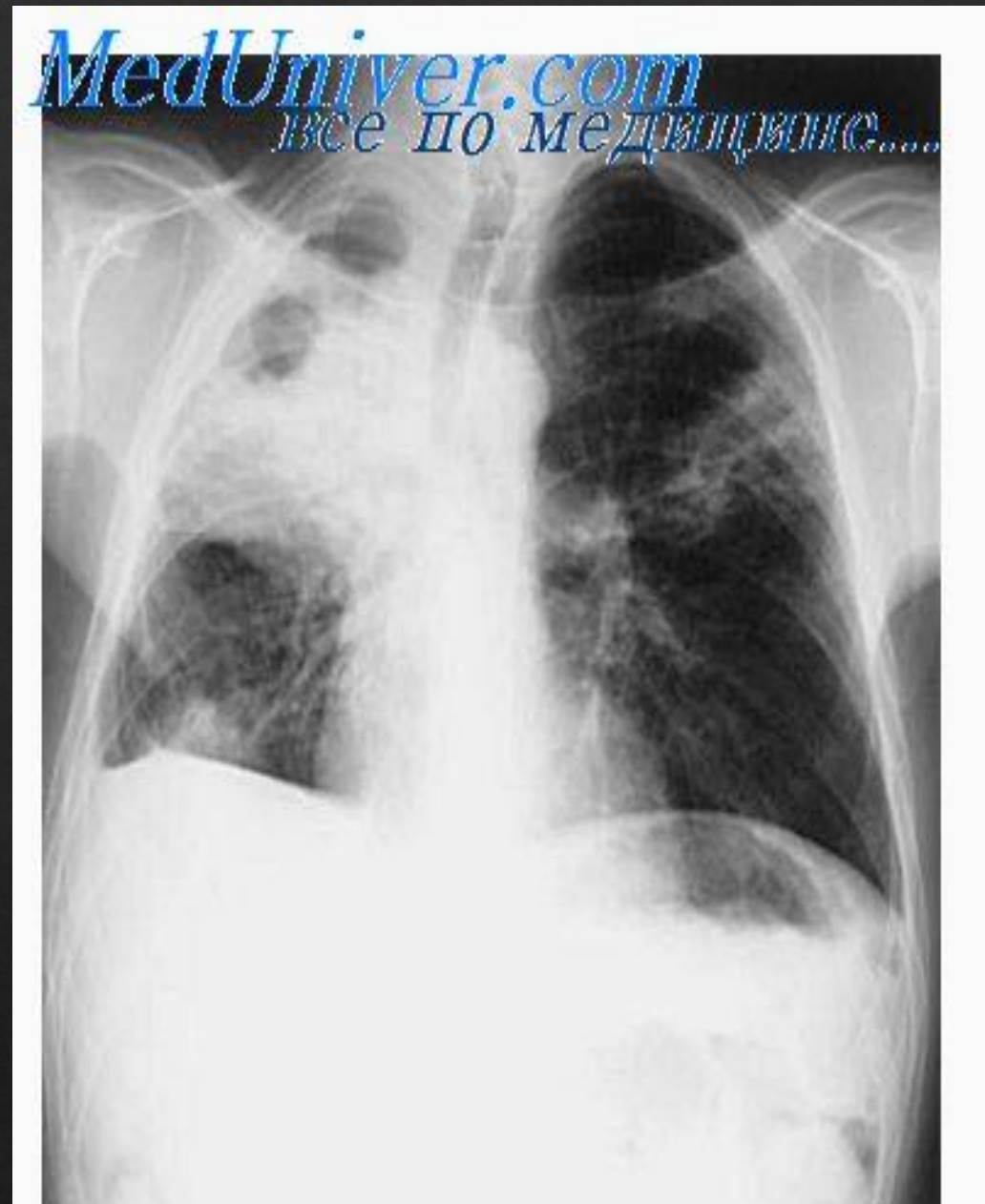
При выявлении

**Ранние признаки казеозной пневмонии
при остром прогрессировании
диссеминированного туберкулеза в
течение месяца в соматическом отделении**



Та же больная через месяц лечения в ОЛС с маской пневмонии

На рентгенограмме при лобарной пневмонии - массивное затемнение части лёгкого без четких границ с наличием полостей распада, в дальнейшем формируется большая каверна; при лобулярной казеозной пневмонии - большие сливного характер фокусы затемнения, при прогрессировании появляются множественные полости распада, а также свежие очаги бронхогенной диссеминации.



Спасибо за внимание!!!