

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА  
Практические занятия

**Тема занятия: ОЧАГОВЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ.**

**МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ**

1. Проверка освоения студентами темы занятия (путем программируемого немашинного контроля или устного опроса).
2. Клинический разбор курируемых студентами больных.
3. Демонстрация снимков с различными проявлениями очагового туберкулеза, случаев трудной дифференциальной диагностики.
4. Программированный немашинный контроль студентов по пройденной теме занятия (по билетной системе).

**ОЧАГОВЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ** является начальной формой вторичного туберкулеза и у значительной части больных развивается на базе бывшего первичного туберкулеза.

**ОЧАГОВЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ** –это одно или двусторонние очаговые (2-10 мм) процессы ограниченной протяженности с различным генезом и характером патоморфологических изменений (преимущественно продуктивных). Среди впервые выявленных больных туберкулезом легких встречается в 10-18%, среди состоящих на учете 20-25%.

**I. ПАТОГЕНЕЗ ОЧАГОВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА.**

А) Патогенез очагового туберкулеза многообразен. У части больных он является следствием обострения старых очагов, возникших при других формах туберкулеза:

1. ранние лимфогематогенные отсева первичного туберкулеза,
2. остатки ранних и поздних гематогенных диссеминаций,

3. обратное развитие инфильтратов путем частичного рассасывания и уплотнения.

У другой части больных развивается свежий мягкоочаговый туберкулез, как в результате экзогенной суперинфекции (это касается, главным образом, контактов), что подтверждается обнаружением у таких больных первичной лекарственной устойчивости, так и эндогенно –при обострении старого очага.

### **МОРФОЛОГИЯ ОБОСТРЕНИЯ СТАРОГО ОЧАГОВОГО ПРОЦЕССА.**

**I фаза:** воспалительная инфильтрация капсулы очага лимфоцитами и нейтрофилами, ее разрыхление и разволокнение;

**II фаза:** проникновение лимфоцитов во внутренние слои капсулы и в казеозно-некротические массы, которые частично или полностью расплавляются под влиянием протеолитических ферментов нейтрофилов;

**III фаза:** образование неспецифического, а затем и туберкулезного лимфангоита с переходом процесса на перибронхиальную ткань,

**IV фаза:** поражение всей стенки бронха (панбронхит), распад и секвестрация казеозных масс в очаге, образование альтеративной каверны.

### **МОРФОЛОГИЯ МЯГКООЧАГОВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА.**

При попадании инфекции в конечный бронх возникает эндобронхит, затем казеозные массы путем аспирационного заноса распространяются в соседние отделы апикального или субапикального бронха, появляются множественные или единичные мелкие пневмонические очаги в периферических отделах легочной ткани.

Образовавшиеся тем или иным путем свежие очаги рассасываются или замещаются соединительной тканью и превращаются в рубцы, а по

ходу лимфатических сосудов развивается перибронхиальный и периваскулярный склероз. При значительной давности процесса здесь развивается цирротические изменения, деформируются мелкие бронхи, возникает эмфизема. Такой процесс приобретает форму фиброзно-очагового туберкулеза или хронического очагового туберкулеза легких.

### **ПУТИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ОЧАГОВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА.**

1. Бронхогенное распространение инфекции из альтернативной каверны и образование очагов бронхогенного обсеменения в нижележащих отделах легких.
2. Переход в инфильтративную форму туберкулеза при развитии большого перифокального воспаления. При дальнейшем прогрессировании может образовываться пневмониогенная полость распада.
3. Развитие местного лимфангоита – способствует возникновению на ограниченном участке свежих очагов вокруг старого очага.
4. Развитие конгломератной туберкуломы.

Локализация очагового процесса – преимущественно (75-80%) в верхне-задних отделах 1-2-ые сегменты. Это лишнее раз указывает на связь с первичным туберкулезом, который при неблагоприятном течении дает гематогенные отсеивы в верхне-задние отделы легких.

### **2.КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА.**

Очаговые процессы протекают часто бессимптомно и выявляются во время групповых осмотров и случайных обследований, что объясняется особой реактивностью (отсутствием гиперергии и незначительным снижением иммунитета).

Жалобы больных сводятся к небольшой адинамии и субфебрильной температуре без кашля и других признаков бронхо-легочно-плеврального

синдрома. Больные хорошо переносят температуру и не считают себя нездоровыми. Изредка наблюдается лабильность пульса, раздражительность.

Данные физикального исследования: у многих больных при физикальном исследовании не находят никаких патологических изменений, у части выслушивается укороченный перкуторный звук над одной или обеими верхушками ослабленное или жесткое дыхание, а иногда скудные сухие и влажные хрипы (при выраженном эндобронхите и обширных перифокальных изменениях или наличии парфокальной каверны).

Данные рентгенологического исследования: при свежечогаговом процессе определяются на снимке небольшие (3-4мм) округлые тени слабой интенсивности с расплывчатыми контурами, расположенные в одной или обеих верхушках легких или в подключичных областях.

При обострении старых очагов отмечается полиморфизм изменений – наличие нежной зоны перифокального воспаления вокруг старых интенсивных очагов, а также наличие на поле воспаления более свежих очагов.

Лабораторные данные: вне вспышки кровь нормальна, может отмечаться небольшой лимфоцитоз. Во время обострения незначительное ускорение СОЭ (20-25 мм/час), незначительная лимфопения за счет нейтрофилов.

В мокроте БК чаще отсутствуют (если нет полостей распада).

Туберкулиновые пробы: умеренные или слабоположительные.

### **3.ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**

Очаговый туберкулез легких приходится дифференцировать с рядом заболеваний, при которых клиника течет с нерезкими симптомами интоксикации.

1. Верхушечная очаговая пневмония – протекает часто с явлениями легкой интоксикации и рентгенологически по своим изменениям напоминает мягко-очаговый туберкулез. Пневмония часто начинается с более выраженным бронхолегочноплевральным синдромом, отмечается более быстрым развитием процесса, сопровождается более отчетливыми физикальными данными (двусторонние свистящие и мелкопузырчатые влажные хрипы). Рентгенологические изменения значительно более однородны – очаги одинаковой величины, “мягкие”. Картина белой крови зависит от этиологии пневмонии: при вирусной пневмонии наблюдается лейкопения с лимфоцитозом, нормальная СОЭ; при бактериальной – лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево, ускоренная СОЭ. Туберкулиновые пробы отрицательные или слабоположительные (при наличии инфицированности).
2. Тиреотоксикоз – часто сопровождается симптоматикой, напоминающей легкую интоксикацию при очаговом туберкулезе: расстройство терморегуляции, утомляемость, тахикардия, плохой аппетит, потливость. При этом у больных могут быть обнаружены старые плотные верхушечные очаговые изменения.

Необходимо учитывать, что при нейроэндокринных расстройствах в отличие от туберкулеза температура повышается не только по вечерам, но и утром, при этом она не уступает действию жаропонижающих и специфических антибактериальных средств.

3. Аддисонова болезнь – сопровождается симптоматикой, похожей на продолжительную туберкулезную интоксикацию, но более выраженную. Для этого заболевания характерна резкая мышечная слабость, низкое артериальное давление, гиперпигментация, пониженное содержание сахара в крови, чего обычно не бывает при очаговом туберкулезе.

**ОЧАГОВЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ** в целом протекает благоприятно. Многие даже не знают о том, что они переболели этой формой туберкулеза и только на рентгеновском осмотре обнаруживаются старые очаговые изменения. Однако при неблагоприятной ситуации очаговый туберкулез может дать инфильтративную вспышку и дальнейшее прогрессирование процесса.

#### Список литературы

##### **Основная:**

1. Гиллер Д.Б., Фтизиатрия: учебник / Д.Б. Гиллер, В.Ю. Мишин и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 576 с.
2. Мишин В.Ю., Фтизиатрия: учебник / В.Ю. Мишин и др. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 528 с.
3. Кошечкин В.А., Фтизиатрия: учебник / В.А. Кошечкин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 304 с.: ил.
4. Фтизиатрия: учебник / А.В. Павлунин, А.С. Шпрыков, Р.Ф. Мишанов. – Н.Новгород: Издательство Нижегородской государственной медицинской академии, 2017. – 620 с., ил.

##### **Дополнительная:**

1. Покровский В.В., ВИЧ-инфекция и СПИД / под ред. Покровского В.В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 696 с.
2. Чучалин А.Г., Пульмонология / под ред. Чучалина А.Г. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 768 с.
3. Авдеев С.Н., Легочная гипертензия / под ред. Авдеева С.Н. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 608 с.
4. Стручков П.В., Спирометрия / Стручков П.В., Дроздов Д.В., Лукина О.Ф. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 112 с.
5. Маркина Н.Ю., Ультразвуковая диагностика / Маркина Н.Ю., Кислякова М.В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 240 с.