

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 лишний раз указывает на связь с первичным туберкулезом, который при неблагоприятном течении дает гематогенные отсевы 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.