



Министерство здравоохранения Республики Казахстан  
АО «Медицинский университет Астана»  
Кафедра фтизиатрии

Самостоятельная работа

студента

# ***Ограниченный туберкулез***

Выполнил: Сарсекеева  
Жулдыз,  
691 группа, педиатрический  
факультет

г. Астана, 2017 г.

# Определение

- Ограниченный туберкулез – это наиболее ранняя форма вторичного туберкулеза, которая характеризуется ограниченной протяженностью воспалительного процесса в легких с преобладанием продуктивного характера воспаления в организме.

- Протяженность обычно определяется 1-2 сегментом.
- Если брать рентгенологические признаки, то обычно берется пространственное поле не ниже 2 ребра, то есть когда очаговые изменения в легких находятся в верхних сегментах.
- Если очаговые изменения распространились ниже второго ребра - то такой процесс называется диссеминированный туберкулезом.

# Классификация

в очаговой форме туберкулеза выделяют 2 варианта:

- мягкоочаговая форма
- фиброзноочаговая форма ( может быть следствием перенесенного инфильтративного туберкулеза)



# Эпидемиолог ИЯ

- До последнего времени очаговый туберкулез легких считался самым частым проявлением легочного туберкулеза у взрослых. И сейчас на многих территориях нашей страны очаговый туберкулез легких составляет 40—50% среди всех впервые выявленных случаев.

# Патоморфология

- Очаг - это такой фокус воспаления, который размером не превышает 10 мм. Патологоанатомы разделяют их мелкие (в пределах 3-5 мм), средние (5-8 мм), крупные (10 мм). **При очаговом туберкулезе эти очаги не могут быть более 10 мм, потому что при этом процессе характер воспаления - продуктивный.** Здесь имеются туберкулезные бугорки, в которых находятся большое количество эпителиоидных клеток, отграничивающих казеозные, маленькие фокусы, содержащие микробактерии туберкулеза.

- Морфологическим субстратом очагового туберкулеза легких является

## Мягко-очаговая форма

Чаще  
односторонний  
творожистый  
эндобронхит,  
перибронхит,  
ацинозные,  
нодозные или  
лобулярные  
очаги

## Фиброзно-очаговая форма

Формирование  
гиалиновой капсулы  
вокруг казеозных  
очагов,  
склеротические  
изменения вокруг  
очагов, деформация  
мелких бронхов,  
возможны  
ограниченные  
участки эмфиземы

# Морфологическая картина фиброзно-очагового туберкулеза





# N. V!!!!

- Учитывая, что эти изменения находятся на ограниченном пространстве, эти фокусы ограничены по своему объему, соответственно, и клиническая симптоматика при очаговом туберкулезе очень и очень скудная.

# Патоген

ез

- Патогенез очагового туберкулеза: на сегодняшний день однозначной гипотезы в отношении очагового туберкулеза нет.
- Некоторые считают, что это следствие экзогенного инфицирования (или экзогенной суперинфекции у инфицированного ранее человека, при этом попадание свежей порции микробактерии туберкулеза, попадающей, как правило, в верхнюю долю, развивается ограниченного характера фокусы воспаления, потому что человек в данном случае, ранее инфицированный или в детстве переболевший какой-то формой первичного туберкулеза инфицируется слабовирулентным штаммом на фоне хорошей реактивности организма.

# Патогенез

- Ряд специалистов **с**читает, что это следствие ретроградного тока лимфы, у лиц, перенесших в детстве туберкулез лимфатических узлов, в которых остались остаточные изменения, после перенесенного туберкулеза в форме петрификатов, и на каком-то этапе, когда реактивность организма падает (стрессовые ситуации, респираторные заболевания - грипп и герпес), что ведет к выходу микробактерий туберкулеза из петрификатов и с током лимфы заносятся в верхние сегменты легких.

# Клиника

- Больной, как правило, жалуется только на синдром интоксикации, который обычно сопровождается появлением только субфебрилитета к вечеру.
- Реже больной жалуется на симптомы вегетососудистой дистонии, которые являются следствием того же синдрома интоксикации. Жалобы на ночные поты, головную боль, утомляемость, и т.д.

- Но обычно на фоне хорошего самочувствия, хорошей работоспособности, к вечеру у такого больного появляется субфебрильная температура. Эта форма, с такой скудной симптоматикой может тянуться у больного годами и если он не обращается к врачу, то соответственно диагноз не выявляется.
- В определенное время больной чувствует себя совсем хорошо - у него исчезает субфебрильная температура, нет жалоб, а весной или осенью вдруг начинается проявление ухудшения самочувствия, проходит время и опять состояние улучшается.



**Фиброзно-очаговая  
форма клинически  
НЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ!!!!**

# Особенности клиники

- Характер течения очагового туберкулеза, в принципе благоприятен. Но особенность, его в том, что он склонен к волнообразному течению. Эта форма туберкулеза может развиваться годами, и больной не обращается к врачу. Эти больные, как правило, без бактериовыделения, то есть не опасны для окружающих, потому что, в очаге нет деструктивных изменений, как правило. Очаги достаточно плотные, микобактерии туберкулеза не имеют возможности при этом выхода. В общем, среди больных бактериовыделителей - максимум 3%. Даже при распаде очагов, также минимально бактериовыделение - в пределах максимум 7-10%.
- Прогрессирование очагового туберкулеза - редкость. Эта форма туберкулеза обычно хорошо поддается обычно химиотерапии - тремя противотуберкулезными препаратами, при достаточной дисциплинированности и здоровом образе жизни больного лечится быстро.

# Данные физикальных методов исследования

- Если жалобы у больного скудные, и ограничены субфебрильной температурой к вечеру, и реже симптомами сосудистой дистонии, то естественно, что физикальные признаки этой формы туберкулеза практически всегда отсутствуют, что вообще-то понятно логически - такие маленькие очажки - 5-8 мм.





- Если только при этом развивается картина эндобронхита, то тут могут над верхушками выслушиваться скудные сухие хрипы.
- Если имеются небольшие полости распада, то можно услышать скудные, влажные хрипы. Даже без лечения эти хрипы исчезают.

**N.V.!!!!**

Достоверный диагноз  
очагового туберкулеза  
ставится только после  
рентгенологического  
исследования..



# Данные лабораторных методов исследования

- Периферическая кровь: как правило, не изменена. Красная кровь - почти всегда нормальная, лейкоциты - то же в пределах норм. Иногда можно заметить некоторую лимфопению, и небольшое увеличение количества моноцитов.
- При обычном сборе мокроты для микроскопического исследования, как правило, ничего не обнаруживается. У таких больных обнаруживают микробактерии, используя дополнительные методы исследования - промывные воды бронхов, при бронхоскопии пытаются взять смывы, если видят картину эндобронхита - в этом случае иногда обнаруживают скудное бактериовыделение.

# Рентген-диагностика

## Мягко-очаговая форма

Очаги размером до 1 см в диаметре, без четких контуров, малой и средней интенсивности, с локализацией в верхних кортикальных отделах легкого на фоне усиленного легочного рисунка. Распад выявляется у 4-8% больных

## Фиброзно-очаговая форма

Очаги размером до 1 см в диаметре средней и высокой интенсивности, с четкими контурами на фоне уплотненной легочной ткани. Могут быть плевральные наслоения

# Рентген-диагностика

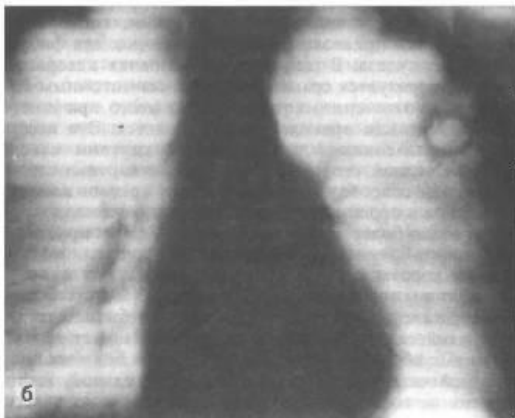
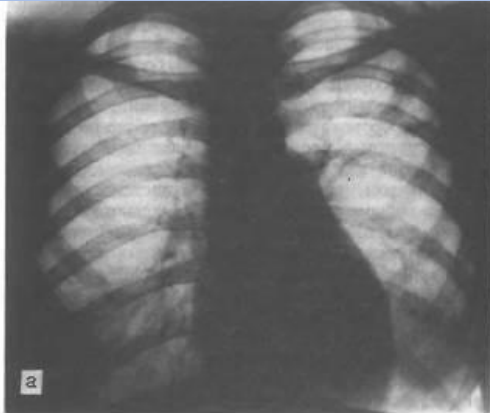


Рис. 6.13. Кавернозный туберкулез легких.  
а — рентгенограмма грудной клетки в прямой проекции, б — томограмма

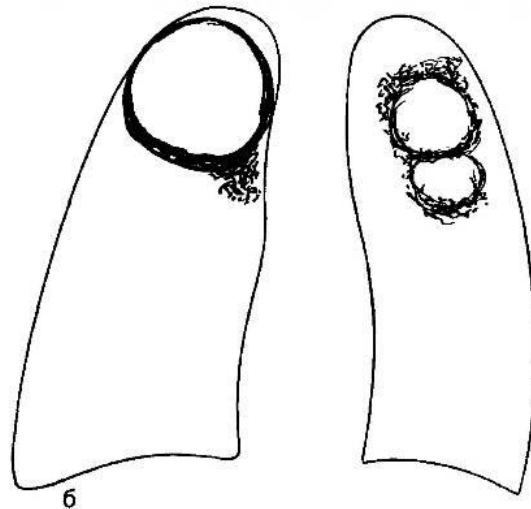
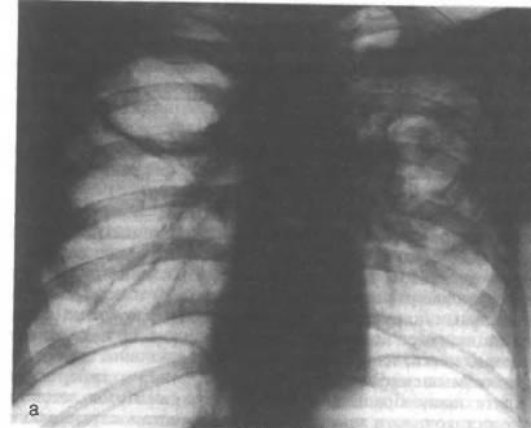
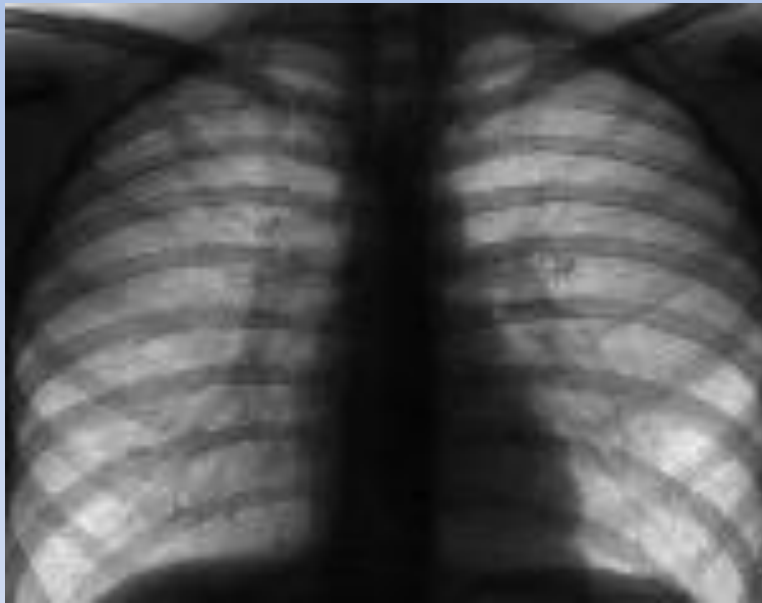


Рис. 6.14. Фибрино-кавернозный туберкулез легких  
а — рентгенограмма грудной клетки в прямой проекции, б — схема



- Справа в верхней доле определяются мелкие и средних размеров малоинтенсивные очаги на фоне усиленного и обогащенного легочного рисунка.



- Б-ной Г., 57 лет; На цифровой рентгенограмме справа в верхней доле определяются мелкие интенсивные деформированные плотные рубцово-измененные очаги на фоне ограниченной склеротической деформации легочного рисунка.

**Очаговый туберкулез верхней доли  
левого легкого в фазе инфильтрации, ВК(-)**



• *Б-ной Н., 51 год; Выявлен при профилактическом обследовании по поводу контакта с больным туберкулезом родственником; жалоб не предъявляет; объективно без особенностей; на цифровой рентгенограмме слева в S1-2 определяются крупные малоинтенсивные очерченные очаги на фоне усиленного и обогащенного легочного рисунка (экссудативный тип), реактивные изменения со стороны костальной плевры.*





# *Лечение*

- Больные активным очаговым туберкулезом легких наблюдаются по I группе диспансерного учета и нуждаются в лечении, в первую очередь — химиотерапии, которая проводится в больничных условиях, по крайней мере в течение первых 1х/2—2 мес с последующим амбулаторным и санаторным лечением. По мере выздоровления больные переводятся во II и III (контрольную) группу учета.

Фиброзно-очаговая форма  
в лечении не нуждается





Используемые ресурсы:

1. [www.clinicday.ru](http://www.clinicday.ru)
2. [www.10doctorov.ru](http://www.10doctorov.ru)
3. [www.allbest.ru](http://www.allbest.ru)
- 4.

Благодарю за внимание!

