



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

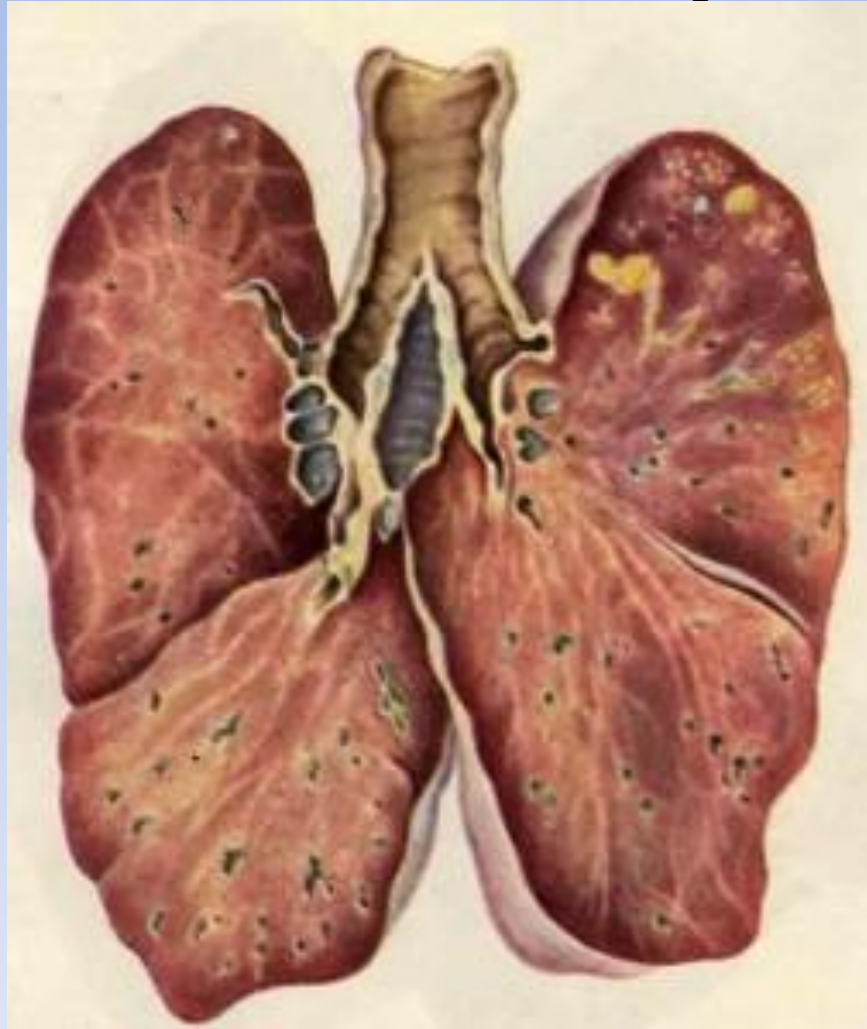
Мягко-очаговая форма

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

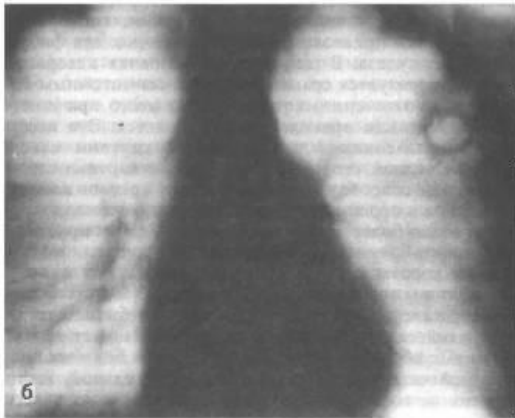
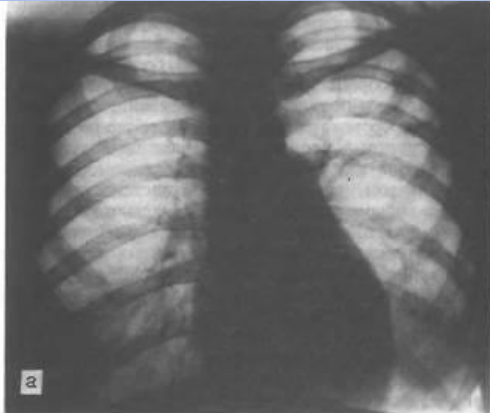


Рис. 6.13. Кавернозный туберкулез легких.
а — рентгенограмма грудной клетки в прямой проекции, б — томограмма

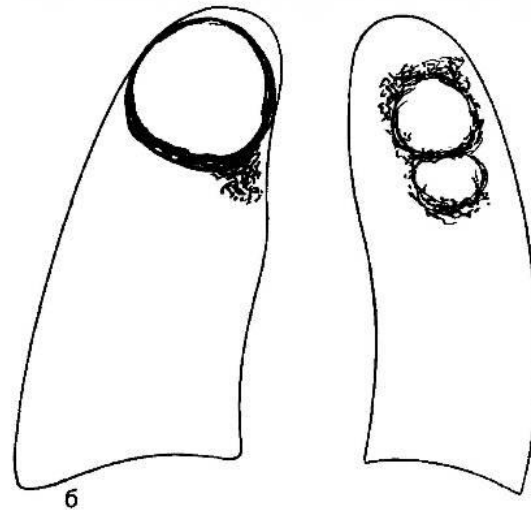
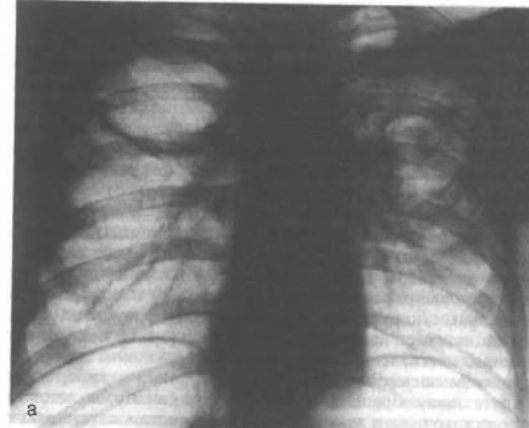
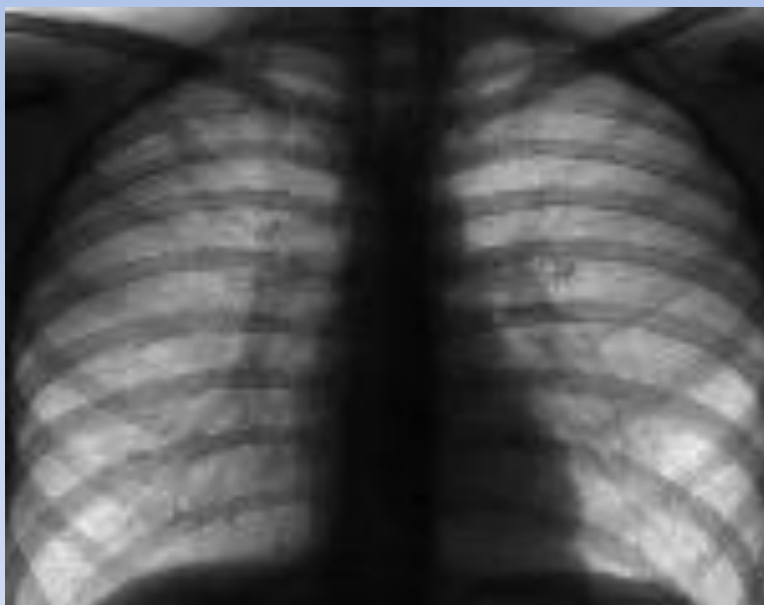
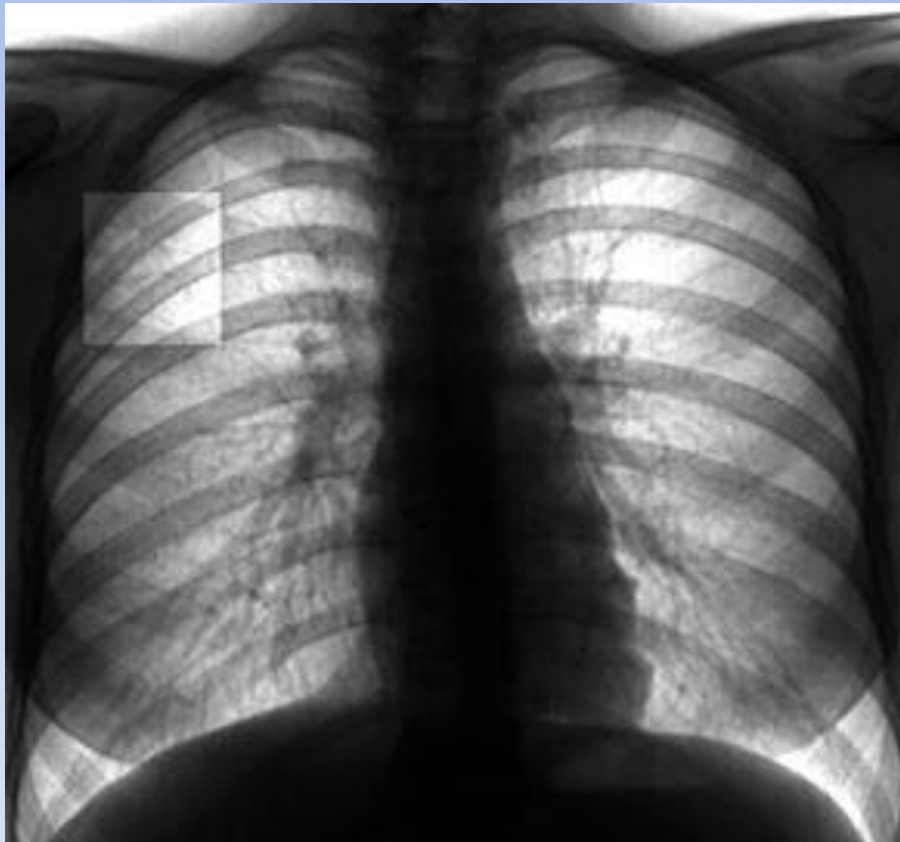


Рис. 6.14. Фиброно-кавернозный туберкулез легких
а — рентгенограмма грудной клетки в прямой проекции, б — схема



- 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



A scroll of parchment is unrolled, showing a list of resources. The scroll is set against a dark background with decorative floral patterns. In the foreground, a lit candle in a holder and a quill pen are visible, suggesting a traditional or historical context.

Используемые ресурсы:

1. www.clinicday.ru
2. www.10doctorov.ru
3. www.allbest.ru
- 4.

Благодарю за внимание!

