

Тема №15. Первичный туберкулез: долокальные формы и локальные формы. Первичный туберкулезный комплекс. Классификация, диагностика, клиника, лечение. Клинический разбор больных.

Первичный туберкулез

Первичный туберкулез – это заболевание ранее *неинфицированного* человека.

Классификация.

I. долокальные формы:

- ранний период первичной туберкулезной инфекции («вираж», «инфицирование»);
- туберкулезная интоксикация.

II. Локальные формы:

- Легочный ;
- Внелегочный.

Наиболее часто встречающиеся локальные формы первичного туберкулеза:

1. Первичный туберкулезный комплекс:

- безсимптомная форма
- тифоподобная форма
- пневмоническая форма

2. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов:

- малая форма
- инфильтративная форма
- туморозная форма

Туберкулезная интоксикация - это одна из долокальных форм первичного туберкулеза у детей.

Патогенез:

Микобактерии туберкулеза, попадая в организм молодого человека, распространяются по кровеносной и лимфатической системе, сначала вызывая паразспецифические поражения. По некоторым причинам эти поражения не выявляются. Однако при понижении сопротивляемости организма, срыве его защитных механизмов развивается синдром туберкулезной интоксикации.

Клиника:

Контакт с больным туберкулезом, факт инфицирования не более года, симптомы болезни появляются перед или одновременно с «виражем»

туберкулиновой пробы, реакция Манту с 2ТЕ положительная, часто гиперergicкая. Имеют место повышенная возбудимость, снижение аппетита, похудание, временами субфебрильная температура, микрополиаденопатия (периферические лимфатические узлы увеличены в нескольких группах, небольших размеров, симметричные, мягко-эластичные, безболезненные).

Диагностика:

Общий анализ крови – может быть незначительная анемия, умеренный лейкоцитоз, эозинофилия, лиммоцитоз, моноцитоз, умеренное ускорение СОЭ.

Рентгенологически – возможно усиление легочного рисунка, реакция междолевой плевры.

Дифференциальный диагноз:

проводится с тонзиллитом, гайморитом, аденоидами, синуситом, фронтитом, гельминтозами, лимфоаденопатиями различного генеза.

Осложнения:

практически не отмечаются.

Прогноз:

благоприятный. У некоторых больных при наличии отягощающих факторов туберкулезная инфекция трансформируется в локальную форму туберкулеза.

ПЕРВИЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ КОМПЛЕКС

Первичный туберкулезный комплекс состоит из фокуса специфического поражения в легочной ткани, специфического очага в регионарном лимфатическом узле и связывающего их специфического лимфангита (первичный туберкулезный аффект, специфический лимфаденит и специфический лимфангит).

Патогенез и патанатомия:

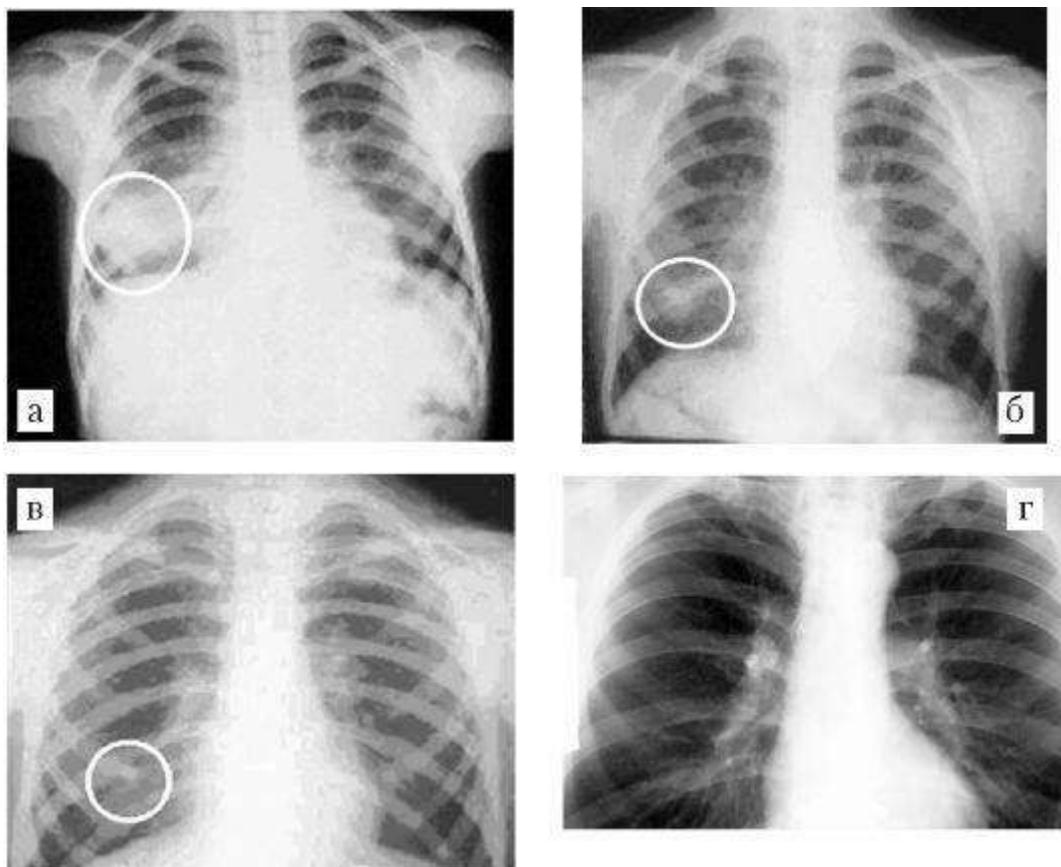
Первичный туберкулезный аффект в легком большей частью локализуется субплеврально. Он окружен зоной перифокального воспаления, от легочного очага воспалительный процесс распространяется по ходу лимфатических сосудов и располагается в межальвеолярных перегородках, вокруг вен, артерий и бронхов. Лимфангит достигает регионарных лимфатических узлов, в которых также возникает специфическое воспаление с образованием творожистого некроза. Со временем легочной компонент воспаления обозначается, образуя очаг Гона.

Клиника:

Различают следующие формы первичного туберкулезного комплекса: бессимптомная, тифоидная, пневмоническая.

У больных наблюдается разнообразие клинических симптомов. При обширном поражении легкого заболевание чаще протекает остро: высокая температура в течение 1-2 недель, сильный кашель, при объективном осмотре отмечается бледность кожных покровов, при перкуссии - притупление легочного звука, при аусcultации - ослабленное или бронхиальное дыхание, а при развитии деструкции – прослушиваются влажные звучные хрипы. Помимо специфических проявлений, важное место в клинической картине заболевания занимают и параспецифические изменения со стороны кожи и слизистых оболочек.

Первичный комплекс имеет четыре стадии развития:



Первичный туберкулезный комплекс:

- I стадия - пневмоническая (а);
- II стадия - рассасывание (б);
- III стадия - уплотнение (в);
- IV стадия - кальцинация (г).

I стадия - пневмоническая (рис. А). На рентгенограмме видны три составные части комплекса:

- 1) фокус в легочной ткани размером 2-4 см в диаметре и более, овальной или неправильной формы, различной интенсивности (чаще - средней и даже высокой), с нечетким, размытым контуром;
- 2) отток к корню, лимфангоит, который определяется в виде линейных тяжей от фокуса к корню;
- 3) в корне - увеличенные инфильтрированные лимфатические узлы. Корень представляется расширенным, структура его смазана, интенсивность повышена. Контуры, очерчивающие лимфатические узлы, или размыты, или более четко обрисовывают увеличенные узлы.

II стадия - рассасывание (рис. Б). Фокус в легочной ткани уменьшается, интенсивность его повышается, контуры становятся четкими. Уменьшается отток к корню и инфильтрация лимфатических узлов.

III стадия - уплотнение (рис. В). На месте фокуса остается очаг до 1 см в диаметре, в нем появляются известковые включения в виде мелких точек резкой интенсивности. Такие же вкрапления извести заметны и в лимфоузлах корня легких. Между очагом и корнем определяются тонкие тяжи от лимфангоита.

IV стадия - кальцинация (рис. Г). Очаг в легочной ткани становится еще меньше, плотнее, интенсивность его высокая, контур четкий, часто зазубренный, неровный. Увеличиваются кальцинаты и в лимфоузлах корня. Кальцинаты в одних случаях представляются сплошным плотным образованием, в других они имеют менее интенсивные тени включений, которые свидетельствуют о неполной кальцинации очага и сохранении в них участков казеоза. При благоприятном исходе первичного туберкулезного комплекса со временем в центре бывшего казеоза, расположенного в периферических отделах легких, нарастает обызвествление - до возникновения в некоторых случаях костной ткани. Это и есть очаг Гона (рис. 2).

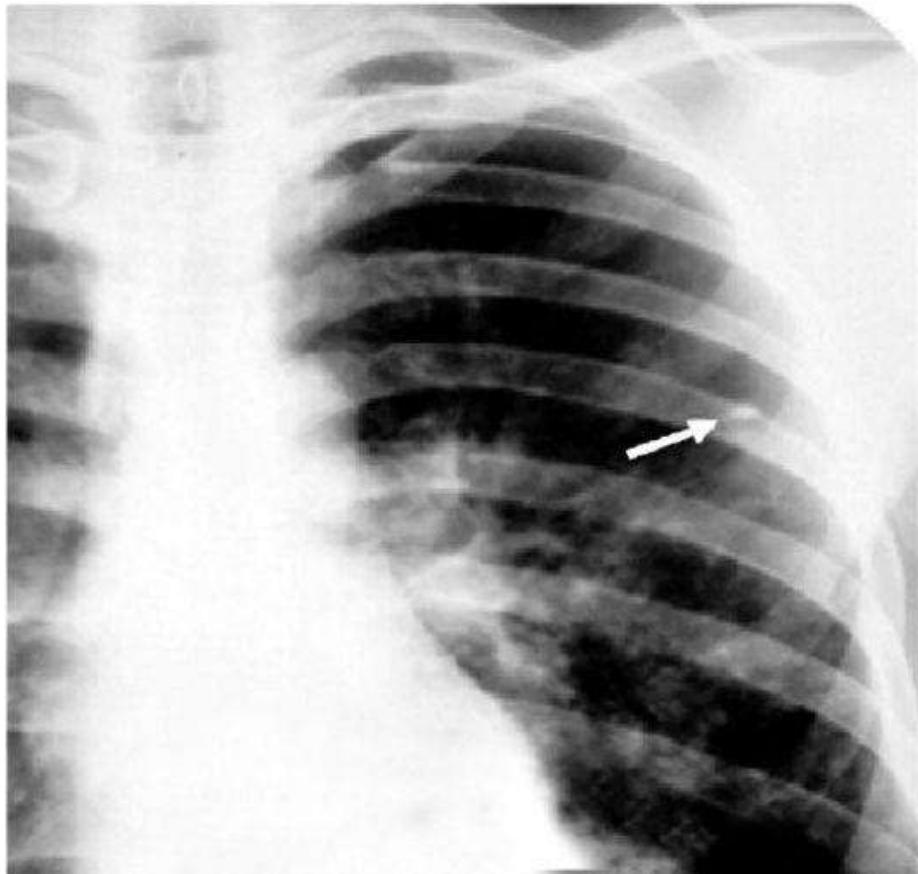


Рис 2. Очаг Гона



Рис. 3. КТ кальцинат в лимфатическом узле средостения

В тех случаях, когда первичный комплекс выявляется своевременно и больной получает полноценное лечение, часто наступает полное рассасывание патологических изменений в легочной ткани и корне, с полным восстановлением их первоначального рисунка.

Диагностика:

При исследовании мокроты, промывных вод бронхов, желудка микобактерии туберкулеза могут обнаруживаться при запущенных, осложненных формах заболевания.

Рентгенологически при первой фазе наблюдается интенсивное затемнение в легком, сливающееся с тенью корня, последний расширен, в нем намечаются контуры увеличенных лимфоузлов. В этот период выражены клинические симптомы. При второй и третьей фазе размеры затемнения

уменьшаются, и появляется симптом «биполярности»: четко выявляется легочная и железистый компоненты и связывающая их линейная тень лимфангита. При последней фазе течения петрификация легочного железистого компонентов – очаги Гона.

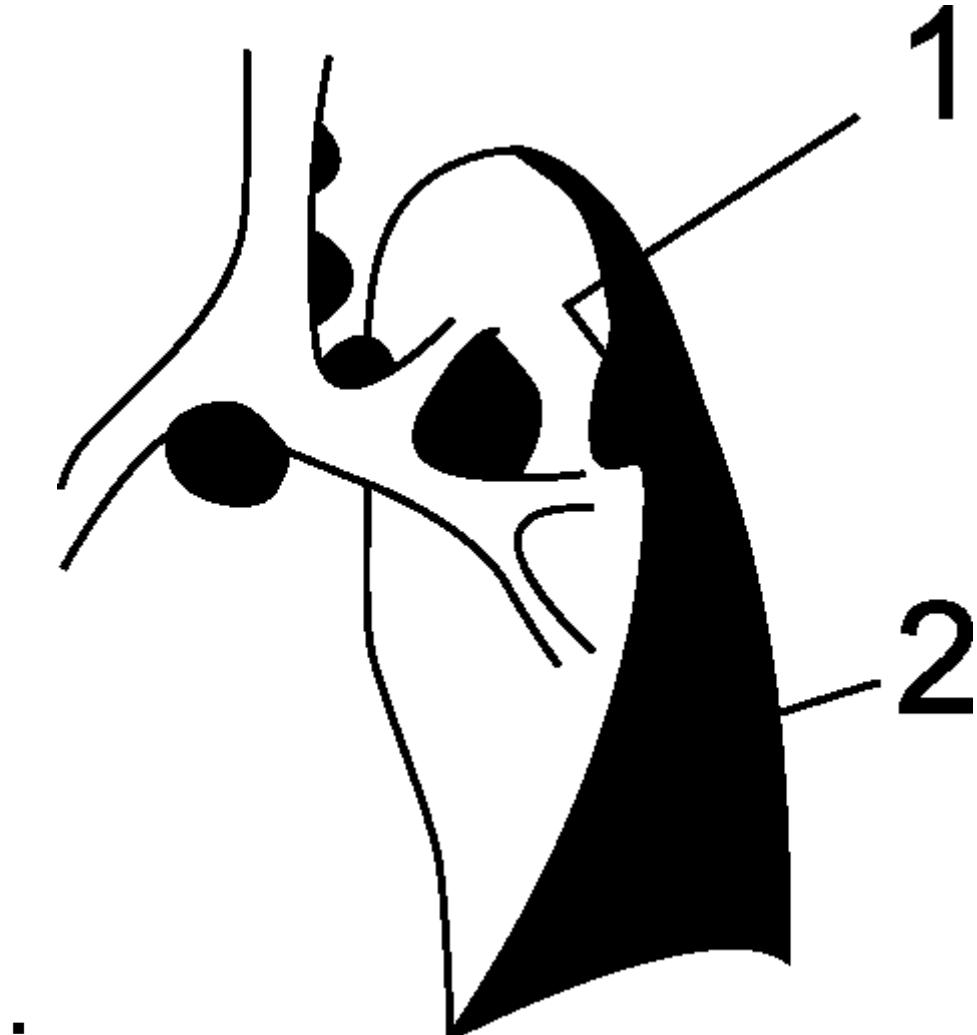
Дифференциальный диагноз:

Наиболее часто возникает необходимость дифференцировать с неспецифической пневмонией.

Осложнения:

1. Осложнения, связанные с легочным компонентом:

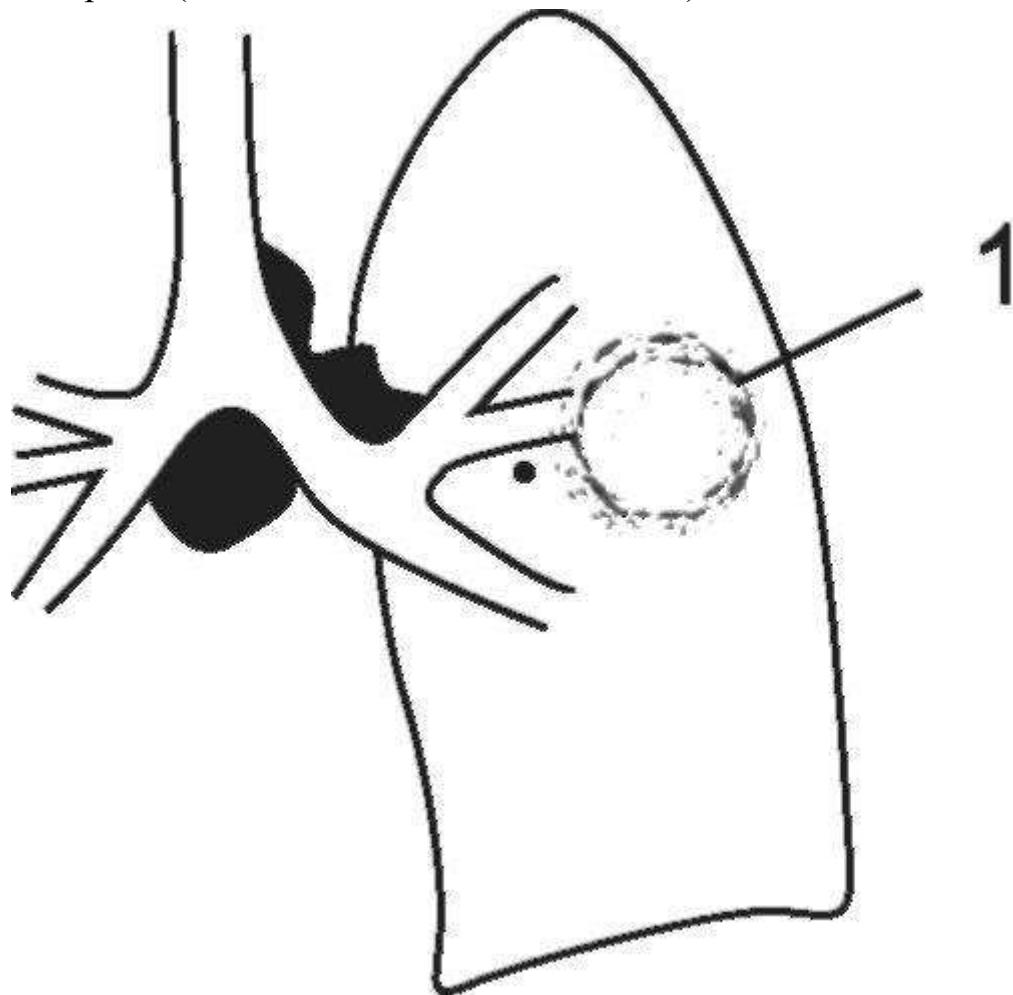
- плевриты (чаще костальные и диафрагмальные);
- лobarная первичная казеозная пневмония;
- первичная каверна;
- первичная туберкулома.



- Рис. 4. Плевральный выпот (2), возникший в результате разрыва легочного компонента (1) первичного комплекса.

2. Осложнения, связанные с железистым компонентом:

- аденобронхолегочное поражение;
- туберкулезный менингит;
- диссеминации;
- бронхонодулярный свищ;
- туберкулезный бронхит;
- рубцовый стеноз бронха;
- плевриты (медиастинальные, междолевые).



- Рис. 5. Тонкостенная каверна (1), образовавшаяся в результате разрушения первичным процессом в легком стенки бронха. Микобактерии из этой полости могут распространяться в другие отделы легких

Прогноз:

благоприятный при своевременном выявлении и лечении.