

## **ТЕМА №20 Вторичный туберкулез. Ограниченные формы: очаговый туберкулез, туберкулема легких. Классификация, клиника, диагностика, лечение.**

### **ОЧАГОВЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ.**

**Очаговый туберкулез легких** характеризуется ограниченным преимущественно продуктивным воспалительным процессом и хроническим малосимптомным клиническим течением.

#### **Патогенез и патанатомия:**

Для очагового туберкулеза характерны ограниченность процесса, относительная редкость экссудативных и казеозных процессов, они являются кратковременным явлением и сменяется продуктивной тканевой реакцией. Ведущий путь распространения – лимфогенный и возможно, бронхогенный; относительная редкость полостей распада.

#### **Клиника:**

Различают мягкоочаговый и фиброзно-очаговый туберкулез. Необходимость выделения двух форм туберкулеза (мягкоочаговый и фиброзно-очаговый) обусловлена следующими причинами:

- различным генезом этих форм;
- различной патоморфологической картиной;
- различной потенциальной активностью;
- неодинаковой наклонностью к обратному развитию.

Очаги появляются при отсутствии выраженной клиники, на начальных у многих больных очаговый туберкулез легких протекает бессимптомно, либо клинические проявления заболевания очень незначительны, вследствие чего больные не расценивают их как повод для визита к врачу.

При наличии симптоматики клиника очагового туберкулеза складывается из двух синдромов:

- синдром интоксикации: субфебрилитет, небольшой озноб, умеренная потливость, общая слабость, утомляемость, снижение массы тела;
- синдром «грудных проявлений»: кашель с умеренным количеством слизистой мокроты, иногда кровохарканье, наличие физикальных изменений в виде ригидности и болезненности при пальпации мышц плечевого пояса на стороне поражения (симптом Поттенджа-Воробьева); легкое притупление перкуторного звука над зоной поражения; жесткое дыхание, иногда с небольшим количеством влажных мелкопузырчатых хрипов, лучше определяемых при покашливании больного.

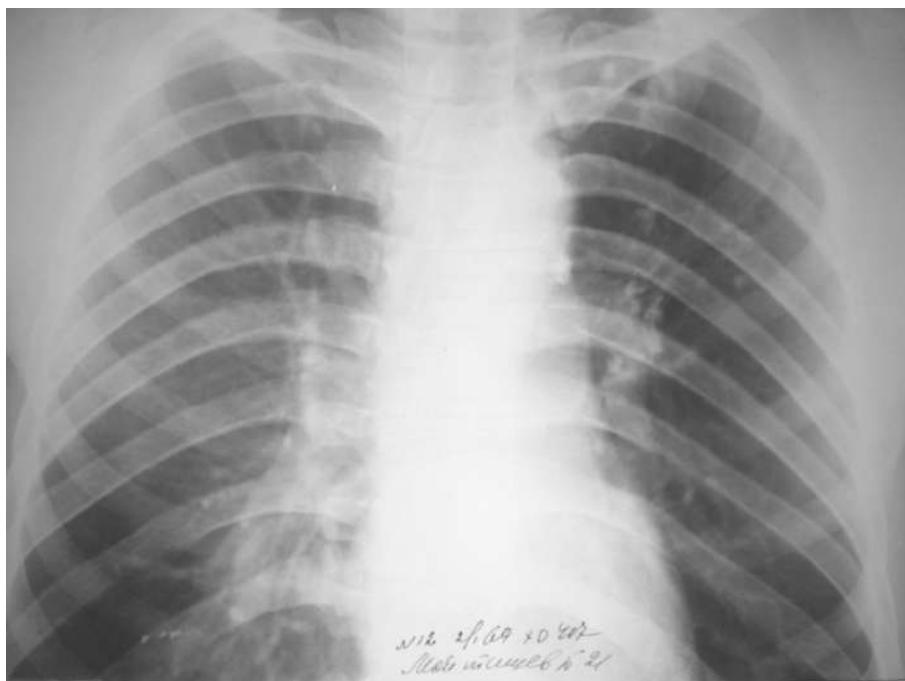
#### **Диагностика:**

*Метод простой микроскопии* мокроты часто не является информативным, так как в ряде случаев очаговый туберкулез не сопровождается бактериовыделением, либо бактериовыделение носит скудный транзиторный характер. Кроме того, у многих больных, особенно на ранних стадиях, могут отсутствовать какие-либо клинические проявления заболевания. Однако МБТ при очаговом туберкулезе методом простой микроскопии могут обнаруживаться до 35% случаев.

Очаговый туберкулез часто может являться случайной рентгенологической находкой при поведении профилактических флюорографических исследований. *Рентгенологически* определяется синдром очаговых теней, при этом картина мягкоочагового и фиброзно-очагового туберкулеза отличается друг от друга. При мягкоочаговом туберкулезе, как правило, в проекции верхнезадних сегментов легкого определяются очаговые тени средней и низкой интенсивности с нечеткими контурами за счет зоны перифокального воспаления, возможна реакция одноименного корня в виде его расширения, инфильтрации. При фиброзно-очаговом туберкулезе очаги отличаются большей интенсивностью, могут содержать вкрапления солей кальция, контуры их четкие; очаги локализуются на фоне фиброзно, буллезно-склеротически измененной легочной ткани. В корнях легких возможно наличие кальцинатов.



1. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в верхней доле левого легкого определяются многочисленные патологические изменения размером до 1 см малой и средней интенсивности. Описанные изменения выявляются на фоне лечения по поводу инфильтративного туберкулеза.



2. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в верхней доле левого легкого обнаруживаются очаговые тени выраженной интенсивности малых и средних размеров. Наличие ограниченного фиброза вокруг очаговых изменений.

**Дифференциальный диагноз:**

- очаговая пневмония;
- периферические опухоли на начальных стадиях своего развития;
- паразитарные кисты на начальных стадиях своего развития;
- очаговый пневмофиброз.

**Осложнения:**

редкие.

**Прогноз:**

благоприятный (очаговый туберкулез является наиболее благоприятной из всех вторичных форм туберкулеза). При наличии адекватной своевременной терапии наиболее часто происходит выздоровление с полным рассасыванием туберкулезных изменений либо с наличием плотных очагов с фиброзной или гиалинизированной капсулой (реинфекты Ашофф-Пуля), кальцинированных очагов, индуративных полей. При отсутствии лечения в ряде случаев возможно прогрессирование процесса с переходом в другие клинические формы вторичного туберкулеза.

## ТУБЕРКУЛОМА ЛЕГКИХ.

**Туберкулома легких** – относительно благоприятная форма, характеризующаяся формированием инкапсулированного казеозного фокуса диаметром более 10 мм, ограниченного соединительно-тканной капсулой с элементами специфических грануляций.

### **Патогенез и патанатомия:**

Наиболее часто формируется у лиц с высоким уровнем специфического иммунитета.

Различают 3 вида туберкулом:

1. инфильтративно-пневмоническая;
2. казеома;
3. псевдотуберкулома.

По патоморфологическому строению туберкуломы подразделяются на следующие:

- солитарно-гомогенная;
- солитарно-слоистая;
- конгломератная;

По размерам туберкуломы делятся на

- мелкие (1-2 см);
- средние (2-4 см);
- крупные (4-6 см);
- гигантские (более 6 см).

### **Клиника:**

Различают по клиническому течению следующие варианты:

- стационарные;
- регрессирующие;
- прогрессирующие.

Для стационарных туберкулом характерно бессимптомное течение.

При прогрессирующем течении характерны симптомы интоксикации и грудные симптомы.

### **Диагностика:**

При стационарном течении туберкулома обычно обнаруживается при профилактических флюорографических обследованиях, микроскопия мокроты мало информативна.

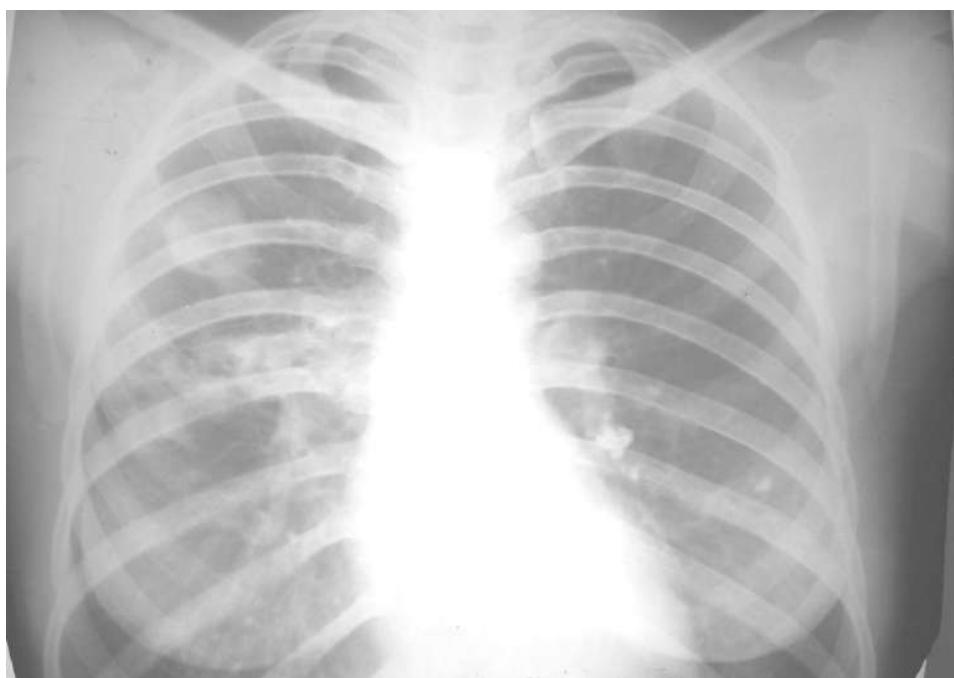
При прогрессировании *в мазке мокроты* могут обнаруживаться микобактерии, *на рентгенограмме* появляются следующие изменения:

- полость распада в виде просветления в центре фокуса или серповидной полоски по периферии у дренирующего бронха;
- очаги бронхогенной диссеминации в окружающей легочной ткани;
- нечеткость контуров фокуса;
- реакция корня на стороне поражения в виде расширения, изменения структуры,

- размытости контуров, появления связи между корнем и фокусом в виде дорожки;
- увеличение размеров патологического фокуса в динамике.



1. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в верхней доле левого легкого определяется ограниченный фокус затемнения шаровидной формы с четкими наружными контурами с негомогенной структурой: определяется участок просветления в центре. Имеется «дорожка» к корню. В верхушках с обеих сторон имеются интенсивные плотные очаговые тени.



2. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки справа в верхнем отделе солитарное фокусное затемнение с относительно четкими наружными контурами высокой интенсивности и просветлением. В прикорневой зоне на фоне деформированного, избыточного легочного рисунка выявляются изменения неправильной формы и малой структурности. Слева кальцинаты во внутригрудных лимфатических узлах и ткани легкого.



3. Множественные туберкуломы на фоне старых туберкулезных очагов

**Дифференциальный диагноз:**

- периферический рак,
- округлый туберкулезный инфильтрат,
- паразитарная киста,
- абсцесс легкого,
- осумкованный плеврит.

**Осложнения:**

В некоторых случаях туберкуломы осложняются распадом, формированием атероматозных каверн, легочными кровотечениями.

**Прогноз:**

благоприятный. Для радикального излечения, как правило, необходимо хирургическое вмешательство. Рассасыванию в редких случаях могут подвергаться свежие инфильтративно-пневмонические туберкуломы.