

«Медицинский Университет Астана» АО

Кафедра фтизиатрии

Первичный туберкулезный комплекс

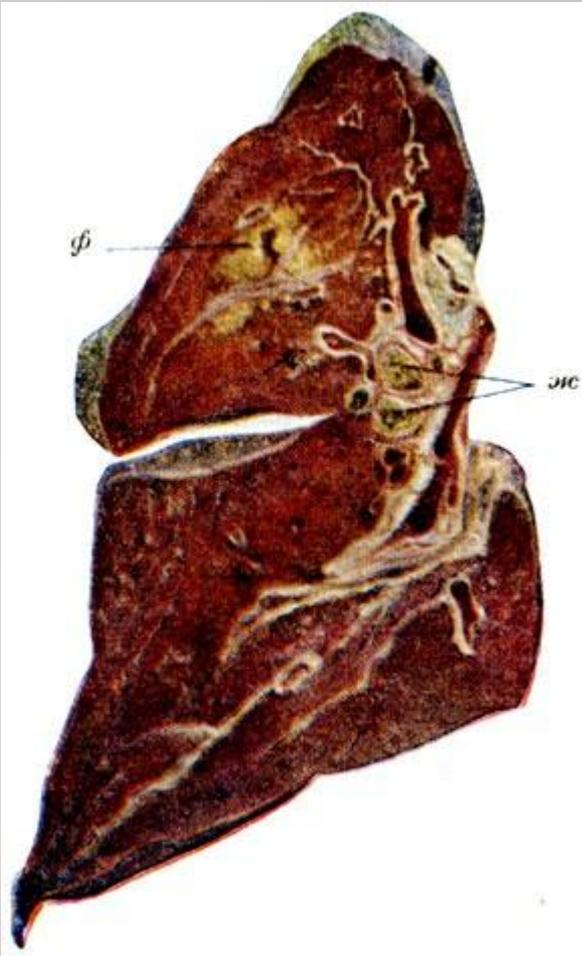


Выполнила: Джабеева Г.С.

433 ОМ

Проверила: Искакова С.Ф.

Астана 2016 г



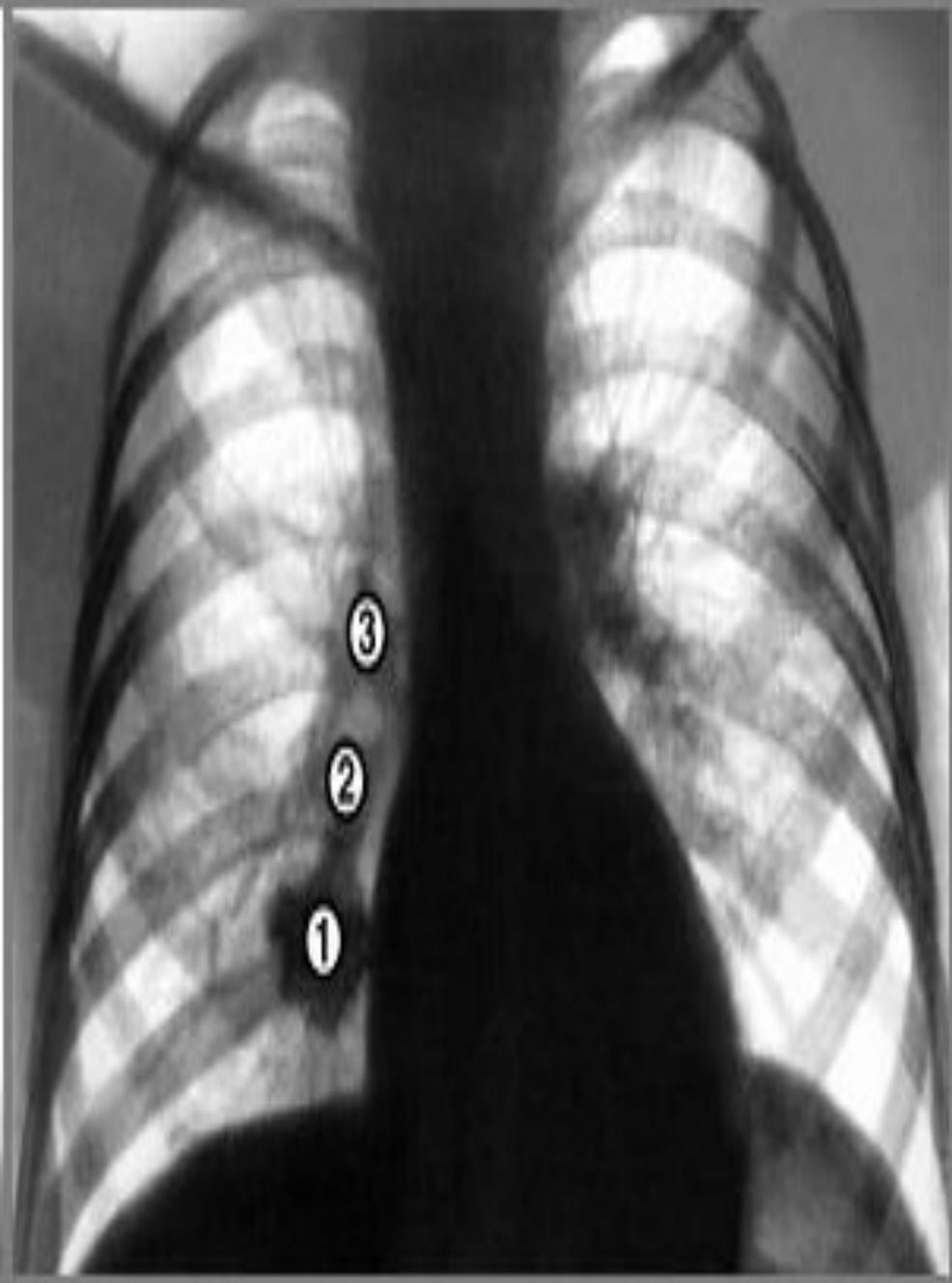
- **Первичный туберкулез** может возникать при первичном инфицировании, но не всегда первая встреча с туберкулезной инфекцией влечет заражение, поскольку естественные механизмы «очищения», в частности бронхиальный клиренс, который осуществляется мукоцилиарным аппаратом, обеспечивают выведение микобактерии туберкулеза (МБТ) вместе с бронхиальной слизью в составе мокроты.
- *Первичный туберкулез у подростка 15 лет. Фокус (ф) располагается подключично. Туберкулез желез (жс)*

- Если очередной порции аэрогенной инфекции удастся имплантироваться в легких, то в легочной ткани формируется очаг первичной инфекции, который протекает по типу первичного инфильтрата (что есть «пневмонический очаг»). Инфекция из первичного аффекта распространяется по лимфатическим сосудам (что есть лимфангоит легких) в регионарные внутригрудные лимфатические узлы. Формируется железистый компонент первичного туберкулезного комплекса. В конечном варианте врач-морфолог различает легочный, сосудистый и железистый компоненты первичного туберкулезного комплекса. Типичным признаком наступившего первичного заражения туберкулезом служит вираж туберкулиновой реакции, то есть впервые в жизни установленная положительная туберкулиновая реакция.



Первичный туберкулезный комплекс

- **Первичный туберкулезный комплекс** - это клиническая форма туберкулеза, которая характеризуется наличием пневмонического очага, лимфангоита в легком и поражением региональных внутригрудных лимфатических узлов (кроме этих изменений, нередко отмечаются специфический эндобронхит, междолевой или костальный плеврит, очаги отсева в верхушках легких).

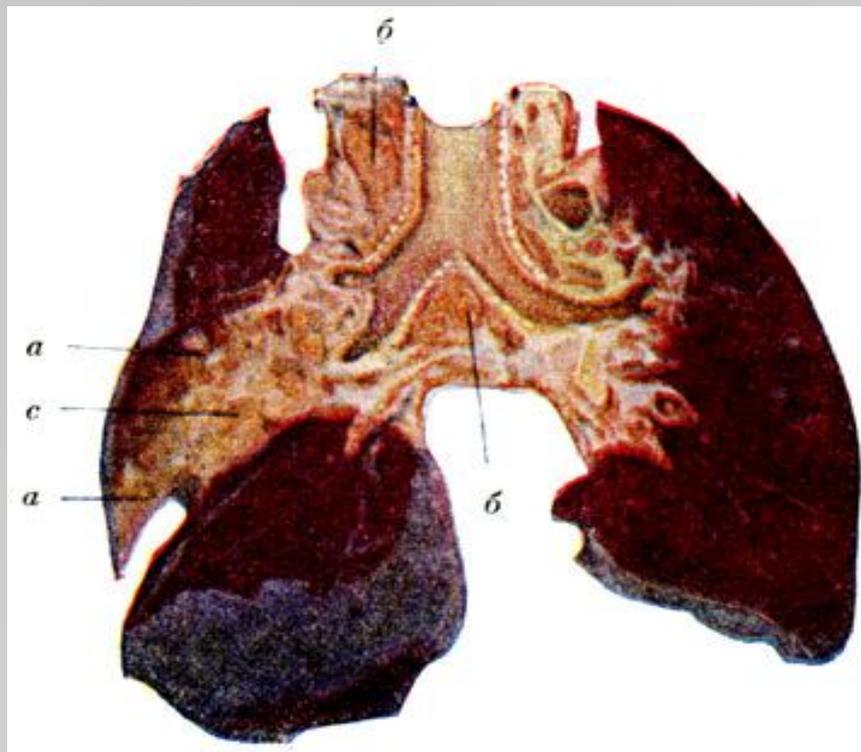


- 
- **Первичный туберкулезный комплекс** развивается только при первичном заражении возбудителем туберкулеза (*Mycobacterium tuberculosis* или палочка Коха). При вторичном туберкулезе вследствие повторного заражения *Mycobacterium tuberculosis* либо вследствие реактивации (пробуждении) раннего очага инфекции возникает иммунная система уже знаком с возбудителем туберкулеза и потому развитие инфекционного процесса проходит иначе, чем при первичном туберкулезе.

Различают осложненное и неосложненное течение первичного комплекса

- *Неосложненное течение* (особенно у детей старшего возраста, подростков и взрослых) характеризуется ограниченными изменениями в легких (очаг 2-3 см в диаметре), незначительным увеличением внутригрудных лимфатических узлов и слабовыраженным лимфангоитом. В таком случае заболевание, протекающее с минимальными клиническими проявлениями, выявляется при рентгенофлюорографическом исследовании, которое осуществляется при проведении профилактических осмотров населения, а также при обследовании лиц с выражением туберкулиновых реакций, выявленным при проведении ежегодных туберкулиновых проб детям и подросткам.

- 
- Для *осложненного* первичного туберкулезного комплекса характерны множественные поражения или обширная воспалительная реакция, изредка наблюдается прогрессирующее течение, что проявляется образованием каверны в легком, развитием казеозно-некротических реакций в легком (казеозная пневмония) и внутригрудных лимфатических узлах. Другим вариантом прогрессирующего течения первичного комплекса является развитие генерализованного милиарного туберкулеза и менингита (менингоэнцефалита). Степень выраженности осложненного и прогрессирующего течения зависит от локализации туберкулезных изменений, степени их выраженности, возраста и сопротивляемости организма больного (наиболее тяжелая клиническая картина отмечается у детей младшего возраста).



- *Первичный туберкулезный комплекс: а - первичные аффекты; б - творожисто перерожденные железы; с - склероз легочной ткани по ходу лимфатических сосудов, идущих к железам от аффекта.*

Клинические проявления

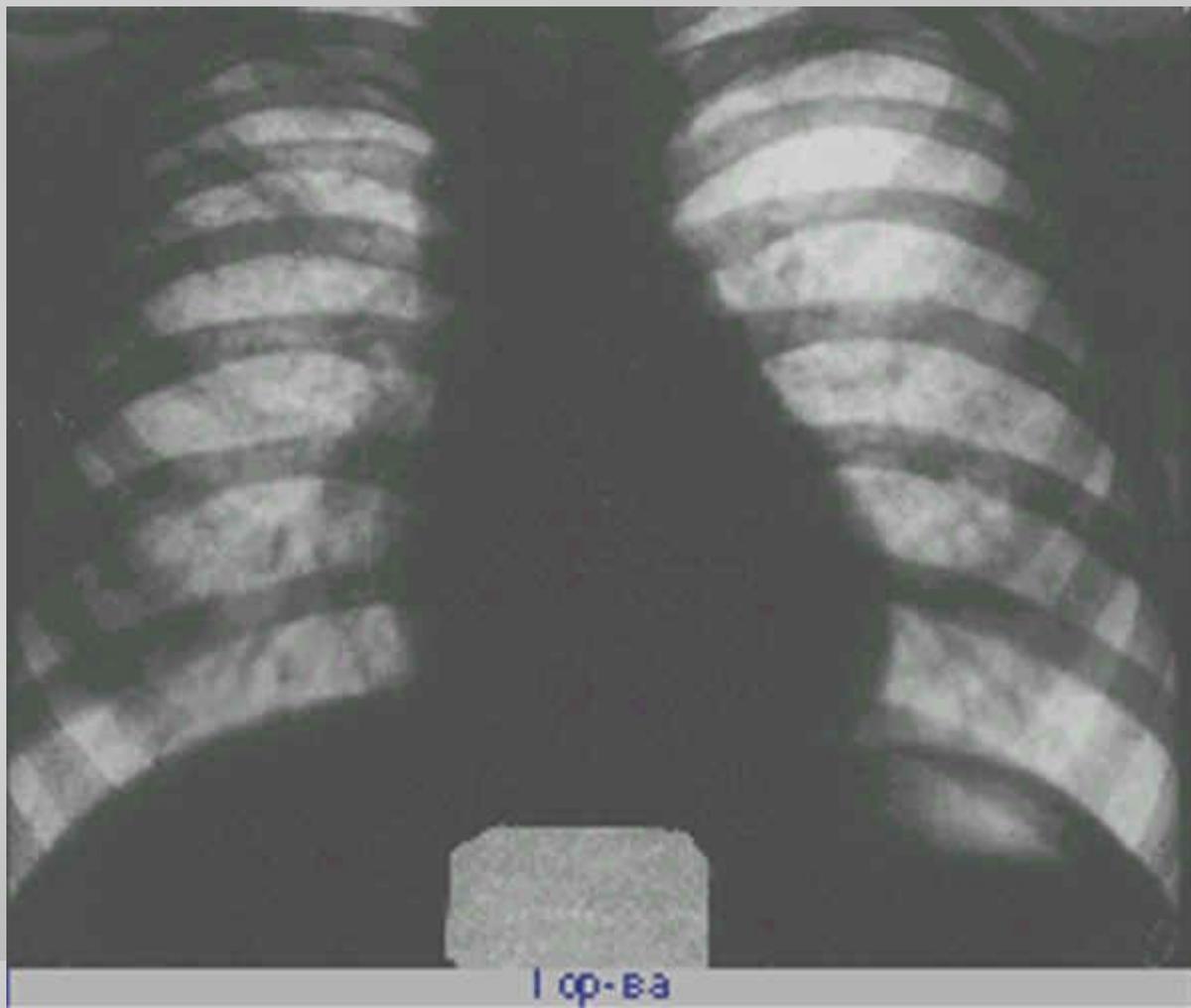
- Начинается первичный комплекс обычно маловыраженными симптомами: повышенной утомляемостью, ухудшением аппетита; могут быть незначительные катаральные явления, насморк, небольшой кашель — обычно в период повышения температуры. Возможно даже бессимптомное течение. При обширном поражении легкого наблюдается чаще острое начало, температура повышается до 38—39° и держится иногда в течение 1—2 недель, может быть сильный кашель. Однако в момент повышения температуры самочувствие остается относительно удовлетворительным.
- Во время обследования можно обнаружить увеличение нескольких групп периферических лимфатических узлов; они мягковато-эластической консистенции. Перкуторно над пораженным участком легкого определяется укорочение звука, а при выслушивании — ослабленное дыхание. В случае более выраженного воспаления может прослушиваться бронхиальное дыхание. В начале заболевания катаральных явлений выявить не удастся.

- 
- Изменения в крови характеризуются повышенной СОЭ (до 34—40 мм/ч), незначительным лейкоцитозом (до 10 000—12 000), небольшим нейтрофилезом с незначительным сдвигом влево, а иногда лимфопенией. Туберкулиновая проба положительная. Мокроту дети откашливают редко (обычно заглатывают), поэтому исследуются промывные воды желудка.

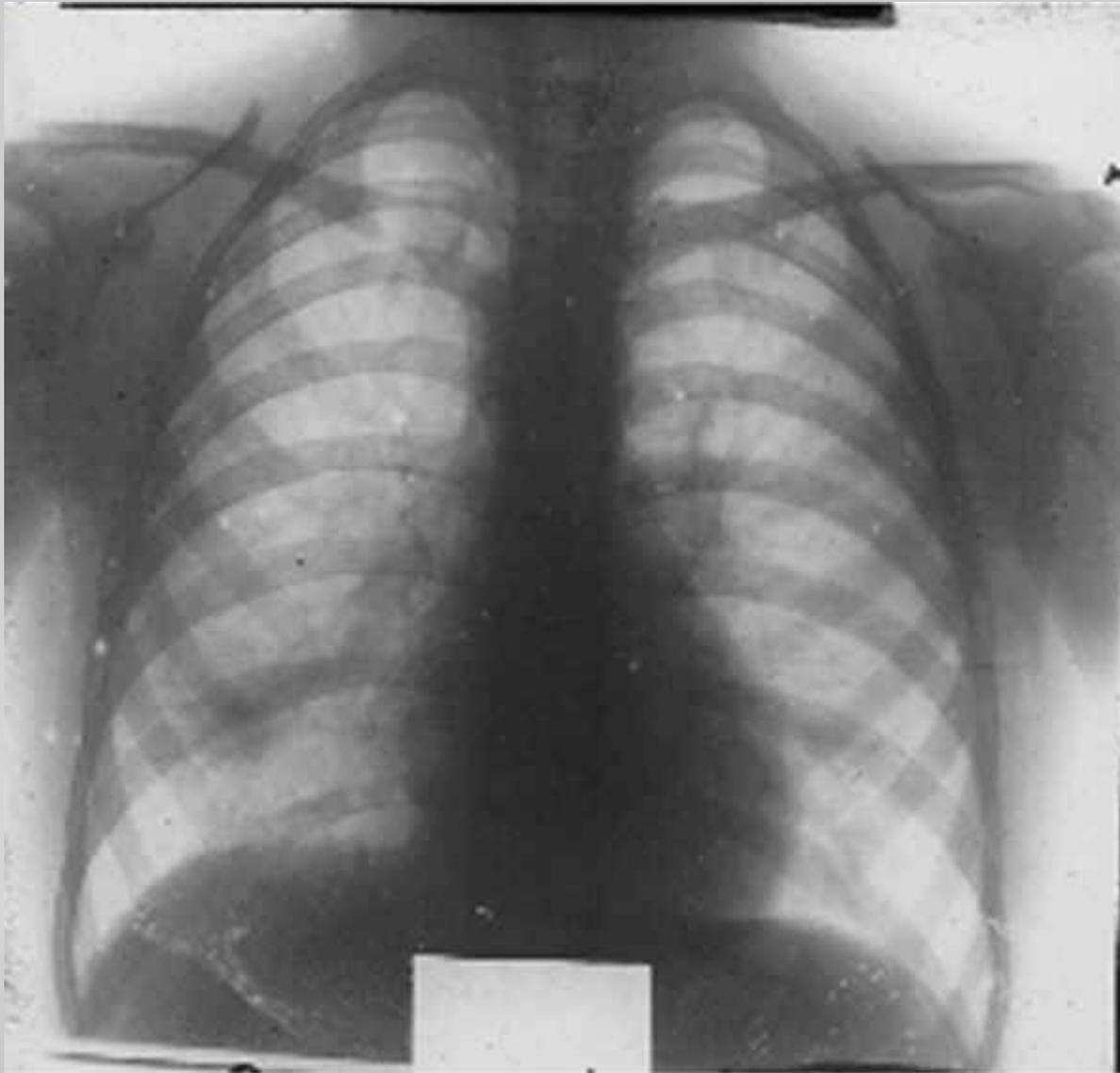
Рентгенологически в пораженном легком обычно определяется затемнение большей или меньшей величины, сливающееся с тенью корня; последний расширен, в нем намечаются контуры увеличенных лимфатических узлов.

нередко приходится дифференцировать с неспецифическим воспалением легких.

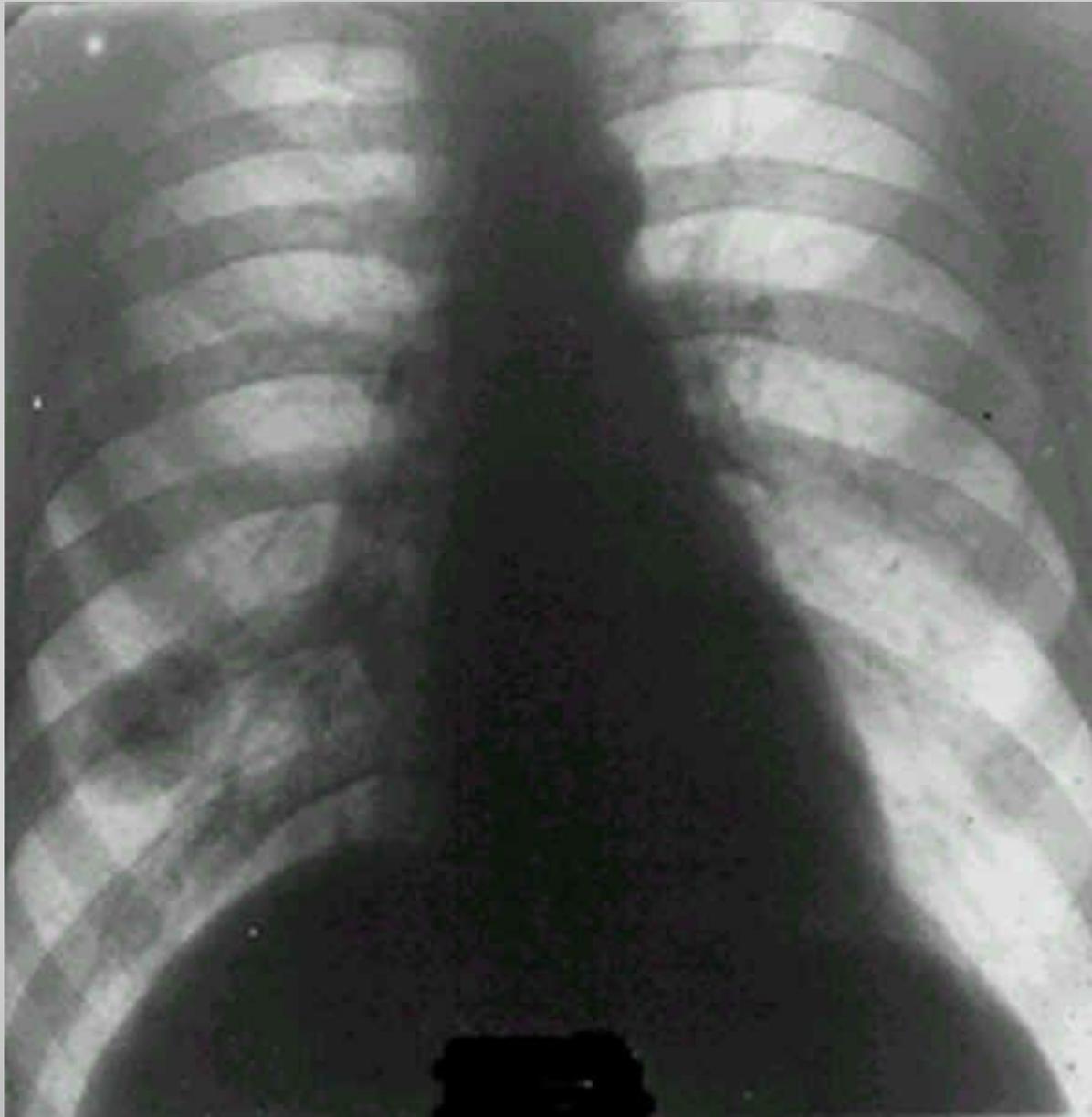
Первичный комплекс имеет четыре стадии развития:



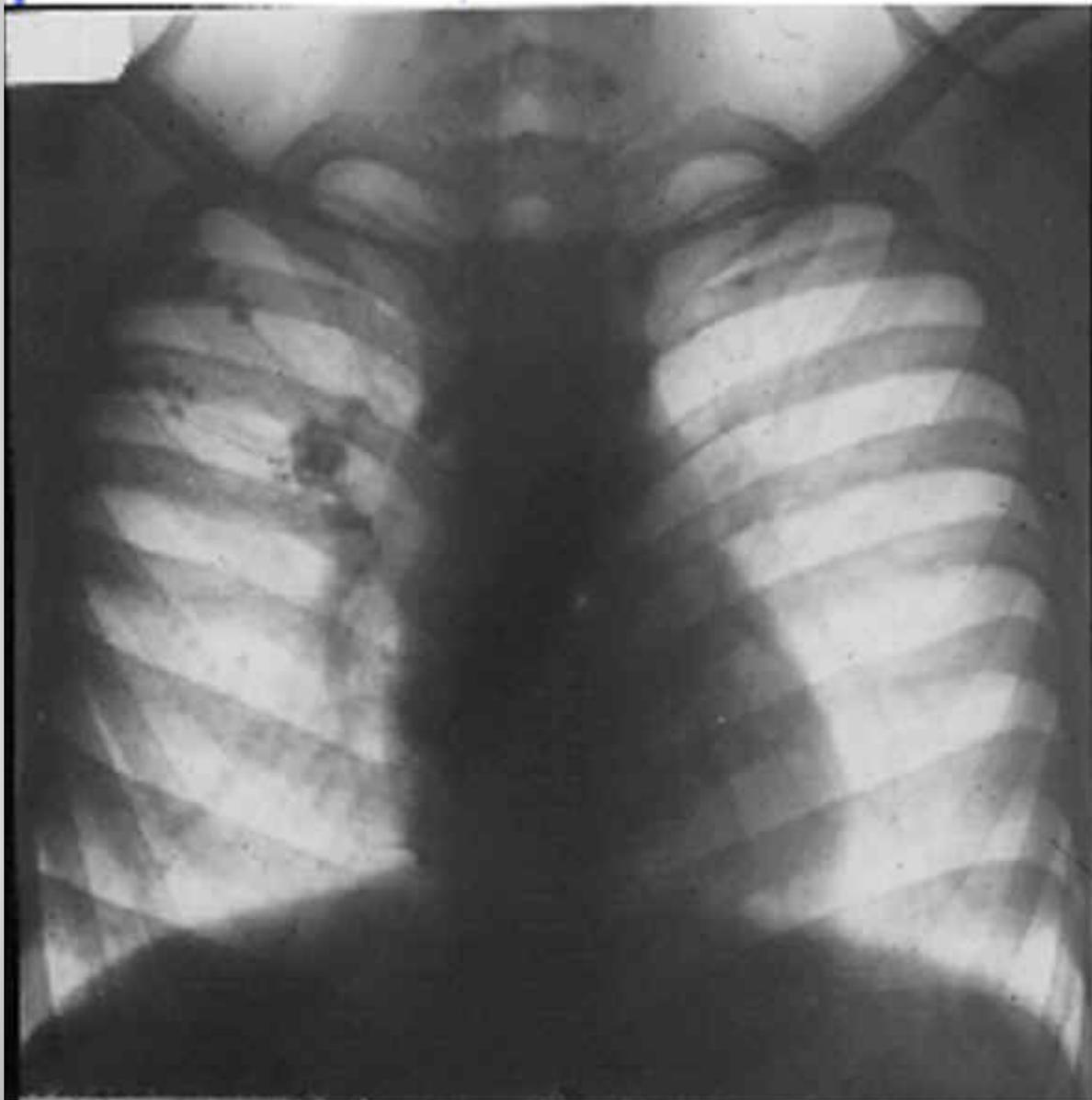
- I стадия — пневмоническая. На рентгенограмме видны три составные части комплекса:
- 1) фокус в легочной ткани неправильной формы, различной интенсивности, с нечетким, размытым контуром;
- 2) отток к корню, лимфангоит, в виде линейных тяжей от фокуса к корню;
- 3) в корне — увеличенные инфильтрированные лимфатические узлы. Корень представляется расширенным, структура его смазана, интенсивность повышена.



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



- **III стадия — уплотнение. На месте фокуса остается очаг , 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. 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. 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.

Основные дифференциально-диагностические признаки ПТК:

- 1) протекает с высокой температурой при относительно удовлетворительном самочувствии и без выраженной одышки;
- 2) физикально методом перкуссии при специфическом процессе в легких выявляется укорочение звука, аускультативно — несколько ослабленное или даже неизмененное дыхание. Для неспецифической пневмонии характерно превалирование аускультативных данных — выслушиваются влажные разнокалиберные хрипы на фоне ослабленного или бронхиального дыхания;
- 3) со стороны крови умеренный лейкоцитоз без выраженного сдвига влево;
- 4) рентгенологически — процесс медленно регрессирует, нет быстрой динамики;
- 5) малый эффект от неспецифического лечения;
- 6) впервые положительная или гиперергическая туберкулиновая проба — указывает на туберкулезное заболевание;
- 7) детально собранный анамнез, особенно недавний контакт с бактериовыделителями.

Ранняя диагностика, своевременно и правильно организованная комплексная терапия приводят к быстрому излечению первичного туберкулезного комплекса.

- 
- Больные первичным туберкулезным комплексом требуют длительного, непрерывного, комплексного лечения в течение года, а иногда и больше. Лечение должно быть строго индивидуальным, учитывать характер процесса, тяжесть заболевания, переносимость препаратов. Антибактериальная терапия проводится на фоне десенсибилизирующего (димедрол, кальция хлорид), общеукрепляющего, противовоспалительного лечения и витаминотерапии.

Правильно организованное и хорошо проведенное лечение приводит к благоприятному исходу заболевания — рассасыванию, организации, уплотнению, а в дальнейшем петрификации первичного туберкулезного комплекса. В результате петрификации легочного и железистого компонентов первичного комплекса остаются следы в виде очага Гона и петрификатов в корнях легких. Обызвествление первичного очага в легких и лимфатических узлах у взрослых бывает редко.

Список литературы

- http://doctorspb.ru/articles.php?article_id=2249
- http://www.katalogbolezney.ru/4pervichn_tuberkulez.htm
- http://web-local.rudn.ru/web-local/uem/autor/koshechkin/tub_rus/tub2005_ru/03_diag/03_09_rentgen/03_10_rn_index.htm