

**СПБГБПОУ «ФК»**

**Особенности форм вторичного  
туберкулеза, влияющие на  
организацию лечебного процесса**

Преподаватель Несина Т.Г.

**1. Метод исследования при туберкулёзе, позволяющий получить результат в самое короткое время:**

- А) бактериоскопия
- Б) посев на питательную среду
- В) заражение животного

**2. Туберкулёзный очаг 1 группы эпидотягощенности медсестра должна посещать**

- А) ежемесячно
- Б) 1 раз в 3 месяца.
- В) 1 раз в 6 месяцев
- Г) 1 раз в 12 месяцев

**3. При туберкулёзе лёгких чаще поражается доля:**

- А) верхняя
- Б) средняя
- В) нижняя
- Г) нет закономерности

**4. Коклюшоподобный кашель характерен для**

- А) туберкулёзной интоксикации детей и подростков
- Б) туберкулёза внутригрудных лимфатических узлов
- В) первичного туберкулёзного комплекса в пневмонической стадии
- Г) первичного туберкулёзного комплекса в стадии кальцинации

**5. Рентгенологически милиарный туберкулёз можно диагностировать**

- А) на 5-6 день болезни
- Б) на 1-2 день болезни
- В) на 10-14 день болезни
- Г) на 20-22 день болезни

## ЭТАЛОН И КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ

1. Метод исследования при туберкулёзе, позволяющий получить результат в самое короткое время:

А) бактериоскопия

2. Туберкулёзный очаг 1 группы эпидотягощенности медсестра должна посещать

А) ежемесячно

3. При туберкулёзе лёгких чаще поражается доля:

А) верхняя

4. Коклюшеподобный кашель характерен для

Б) туберкулёза внутригрудных лимфатических узлов

5. Рентгенологически милиарный туберкулёз можно диагностировать

В) на 10-14 день болезни

Без ошибок -----5

1 ошибка -----4

2 ошибки-----3

3 и более ошибок-----2

НАДЕЮСЬ, ЧТО ДВОЕК НЕТ!!!!!!



Вторичный туберкулез **формируется на фоне** приобретённого после инфицирования МБТ и после заболевания первичным туберкулёзом **относительного иммунитета.**

- Источником развития служит **реактивация** старых очагов на фоне снижения иммунитета
- либо **повторное заражение** ( суперинфекция)

Снижение иммунитета связано

- \*с наличием заболеваний (БА, ЯБЖиДПК, СД, ХНЗЛ, алкоголизм, наркомания, прием ГКС и иммунодепрессантов),
- \*изнуряющими условиями труда,
- \*плохим питанием и т.п.

- очаговый туберкулез легких;
- инфильтративный туберкулез легких;
- кавернозный туберкулез легких;
- фиброзно-кавернозный туберкулез легких;
- казеозная пневмония;
- туберкулема легких;
- цирротический туберкулез легких;

# Очаговый туберкулёз

Самая малая вторичная форма лёгочного туберкулёза

Протекает, как правило, без субъективных ощущений и обнаруживается только во время массового флюорографического обследования.

Но при дополнительном обследовании нередко устанавливается ряд симптомов туберкулезной интоксикации на протяжении длительного времени.

?

?

**Перечислите признаки туберкулёзной интоксикации**



слабость,  
потливость,  
утомляемость,  
снижение трудоспособности  
снижение аппетита.

Больные жалуются на появление жара в щеках и ладонях,  
на кратковременный озноб и малую субфебрильную температуру среди дня.

Иногда наблюдаются  
непостоянный кашель, сухой или со скудным количеством мокроты,  
боли в боку.

Клинико-рентгенологически различают две формы :

свежую мягкоочаговую  
хроническую фиброзно-очаговую.

**На рентгенограмме** определяются очаги размером до 1 см в диаметре, округлой или неправильной формы. Чаще в I, II, VI сегментах

Очаги содержат казеоз и МБТ

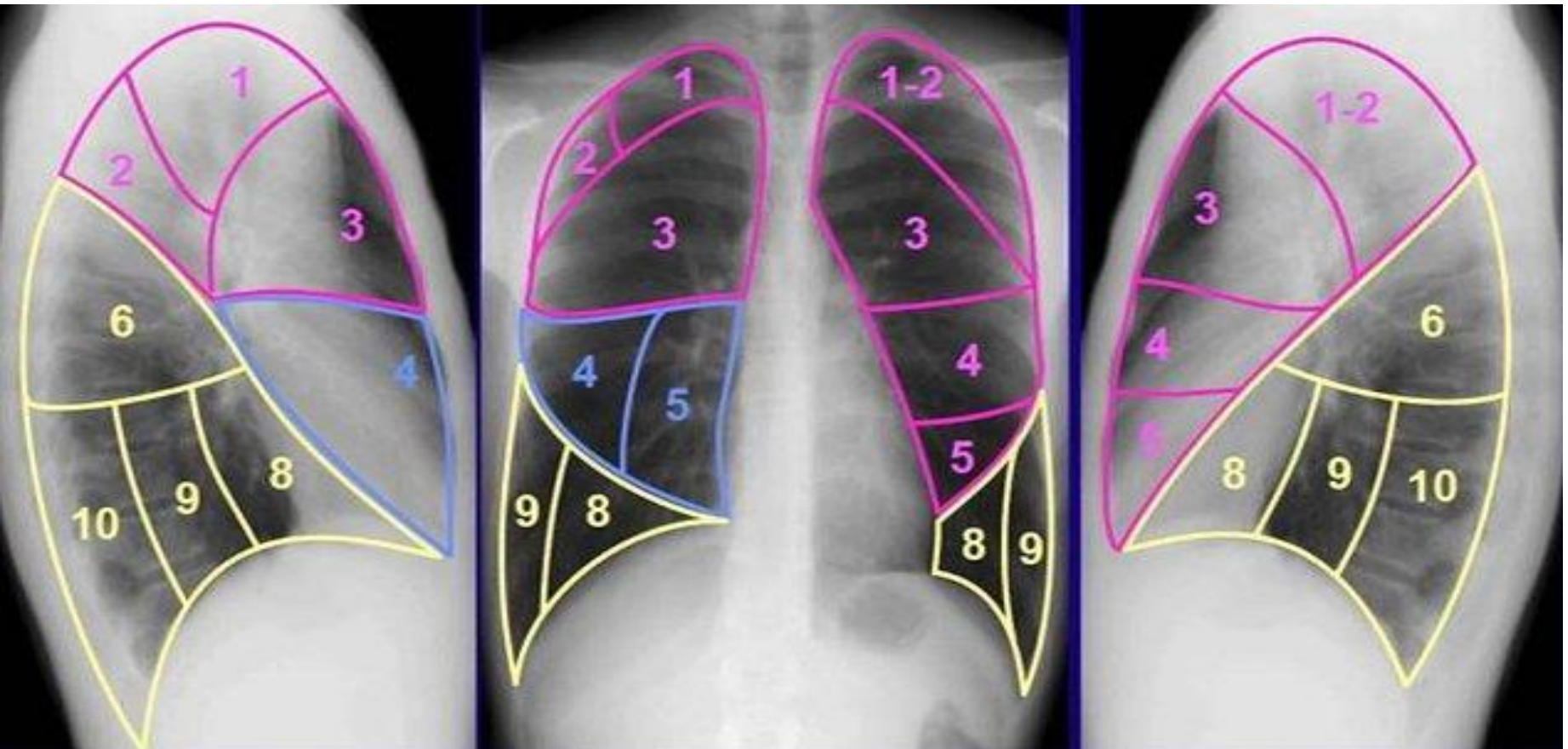
В процессе заживления очаги замещаются фиброзной тканью, инкапсулируются, и их рассматривают как фиброзные остаточные очаги.

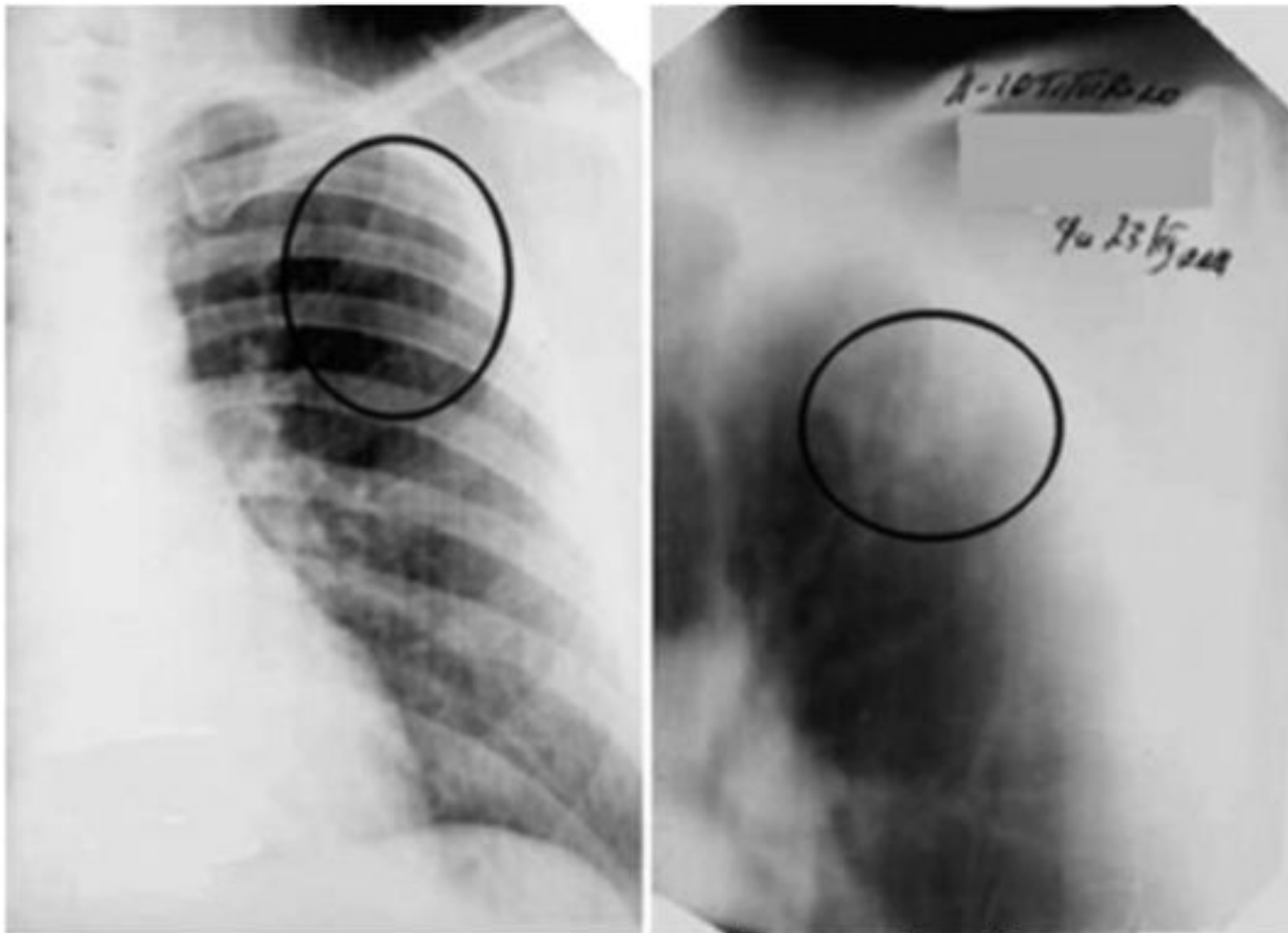
**Туберкулиновые пробы** обычно выражены умеренно.



Лечение до полугода, затем, при сохранении крупных очагов, решается вопрос о хирургическом лечении.

Прогноз, как правило. Благоприятный.





Мягкоочаговый туберкулез легких в левом легком (обзорный снимок и томограмма)

# Инфильтративный туберкулез легких

- 1) бронхолобулярный инфильтрат;
- 2) округлый инфильтрат;
- 3) облаковидный инфильтрат;
- 4) перисциссурит;
- 5) лобит;
  
- 6) казеозная пневмония.

Клиника зависит от размера и расположения инфильтрата.

**Инфильтрация** – это заполнение ткани клетками воспаления.

В рентгенодиагностике – это негомогенное затемнение с нечеткими контурами диаметром более одного сантиметра

Инfiltrативный туберкулез начинается остро с высокой температуры , может протекать по типу пневмонии или гриппа.

Клиника острого заболевания появляется на фоне полного здоровья.

Продолжительность острого периода заболевания различна: от нескольких дней до нескольких недель.

Только при тщательном опросе больных удастся выявить симптомы туберкулезной интоксикации, появившиеся до начала острого заболевания

## **Жалобы:**

чаще всего отмечаются боли в груди на пораженной стороне (вовлечение плевры), кашель сухой или со скудным выделением мокроты.

Иногда инфильтративный туберкулез начинается с кровохарканья на фоне нормального самочувствия в виде прожилок

Выражены явления туберкулезной интоксикации: плохой аппетит, потливость, нарушение сна, повышенная возбудимость, тахикардия, общая слабость.

**Объективно :** можно определить над участком поражения

- отставание грудной клетки на стороне поражения при дыхании
- напряжение и болезненность мышц грудной клетки,
- усиление голосового дрожания.
- притупление перкуторного звука,
- бронхофонию,
- бронхиальное дыхание,
- влажные, звучные стойкие хрипы различного калибра.

**Изменения со стороны крови:** количество лейкоцитов как правило в норме, СОЭ ускорено

**Бронхолобулярный инфильтрат** - это фокус, расположенный в кортикальных отделах I или II сегментов верхней доли легкого,

неправильно округлой формы, с нечеткими контурами, диаметром 1-3 см.

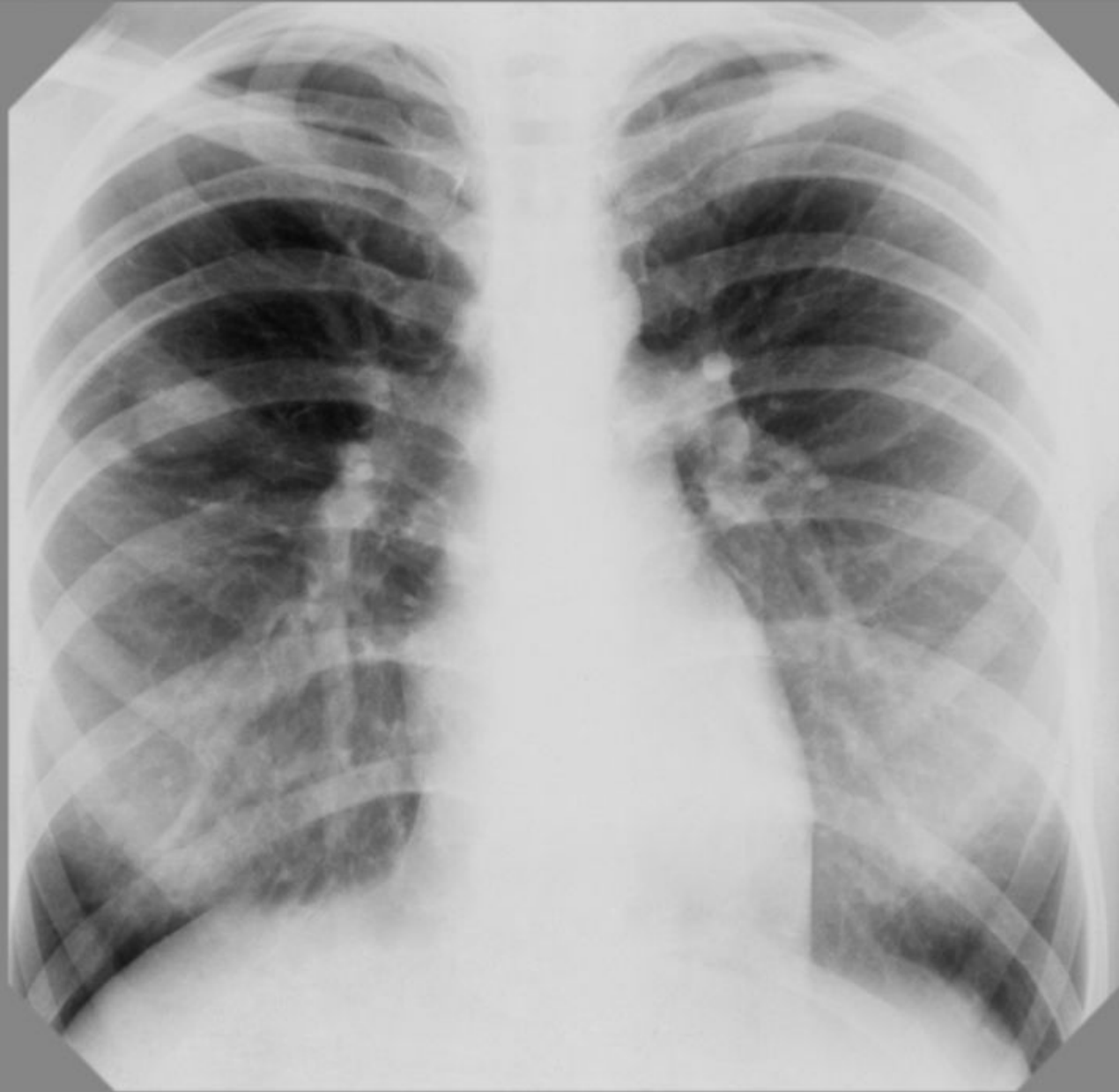
При томографии он состоит из 2-3 или нескольких слившихся свежих очагов.

Протекает бессимптомно, без функциональных изменений и бацилловыделения



**Округлый инфильтрат** - это фокусы затемнения округлой или овальной формы, диаметром 1,5-2 см,

- расположенные чаще в I-II или VI сегментах легких.
- рассасывание идёт медленно,
- часто из этой формы образуется туберкулёма



Инfiltrативный туберкулез верхней доли правого легкого (округлый инфильтрат) в фазе инфильтрации

**Облаковидный инфильтрат** рентгенологически представляет собой неравномерное затемнение, контуры тени которого расплывчаты,

оно распространяется на один или несколько сегментов верхней доли легкого.

Туберкулезный инфильтрат напоминает картину неспецифической пневмонии.

Данная форма редко завершается полным рассасыванием, часто образуются рубцы.



Инfiltrативный туберкулез (облаковидный инfiltrат) верхней доли левого легкого у больной Б. в фазе распада и обсеменения

**Перисциссурит, или краевой инфильтрат**, - это облаковидный инфильтрат, расположенный у междолевой борозды.

Вершина треугольника обращена к корню легкого, основание - кнаружи.

Верхние границы расплывчаты и переходят без резких очертаний в малоизмененную легочную ткань.

Нижняя граница соответствует междолевой плевре, и поэтому четкая .

## Лобит

**Лобит** - воспалительный туберкулезный процесс, распространяющийся на **всю долю** легкого.

Возникает у ослабленных людей, имеющих какое-либо другое заболевание.

При лобите может быть образование казеозных очагов и полостей распада.

Клиническая картина напоминает тяжелую пневмонию .



Инfiltrативный туберкулез верхней доли левого легкого (лобит) в фазе инfiltrации, распада и бронхогенного обсеменения

## **Казеозная пневмония.**

Начало острое:

высокая температура до 40-41 °, гектического типа, с большими перепадами между утренней и вечерней температурой.

Быстро нарастают симптомы туберкулезной интоксикации,

наблюдаются резкая адинамия,

профузный пот,

боли в груди,

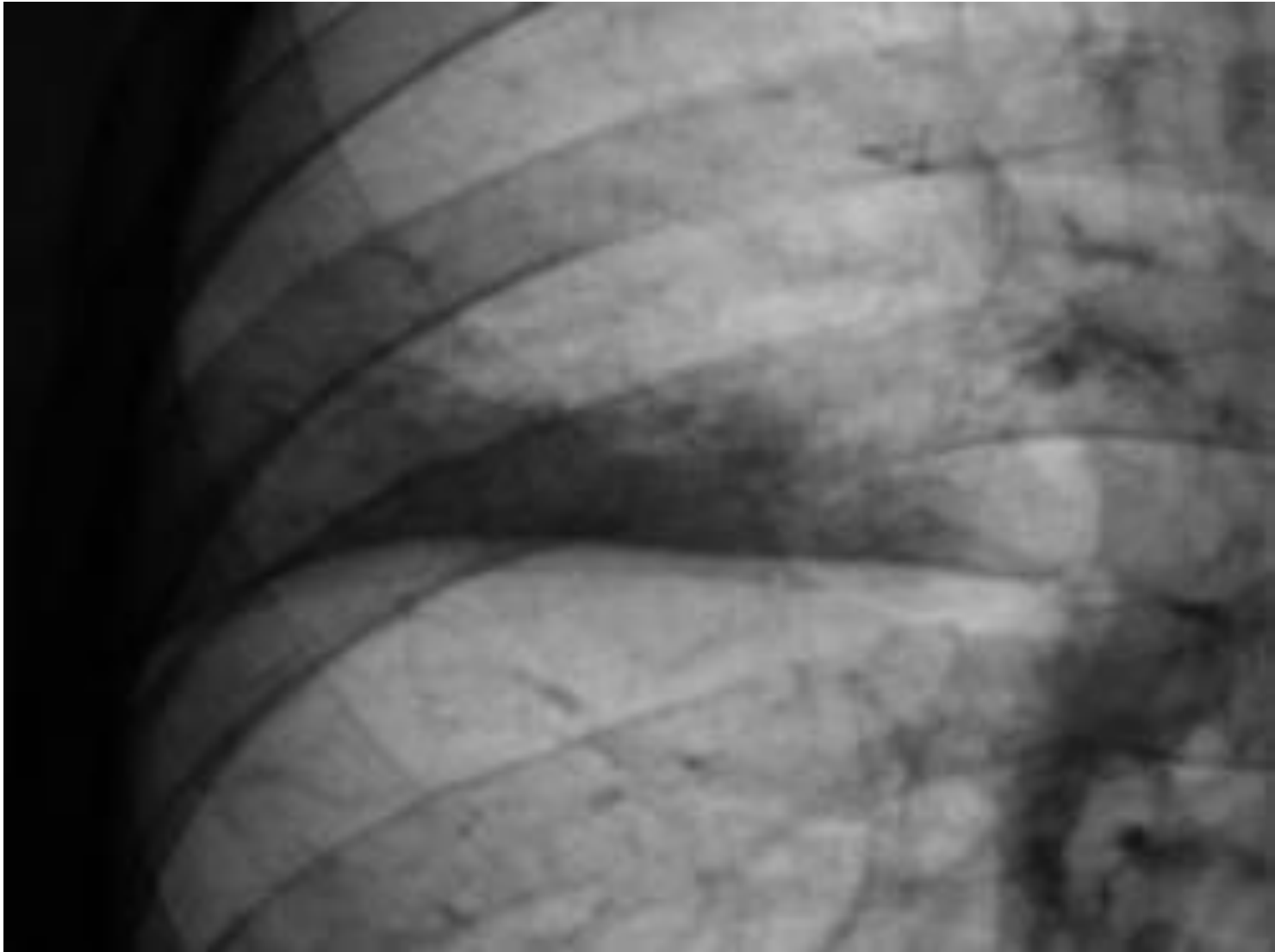
кашель с гнойной мокротой,

одышка,

больные быстро худеют.



?



Какую форму инфильтративного туберкулеза можно подозревать???  
Какие жалобы и объективные данные можно предположить у пациента

## Кавернозный туберкулёз

Отличительными чертами кавернозной формы туберкулеза легких является **наличие тонкостенной каверны**, расположенной на фоне малоизмененной легочной ткани при отсутствии выраженных инфильтративных и фиброзных изменений .

Физикальные данные обычно отсутствуют. При покашливании на высоте вдоха могут выслушиваться отдельные мелкопузырчатые влажные хрипы.

Развивается кавернозный туберкулез у больных с инфильтративным, диссеминированным очаговым туберкулезом при распаде туберкулем.

Рентгенологическим исследованием определяется каверна округлой формы с **тонкой двухслойной стенкой** и обычной локализацией в подключичной области.

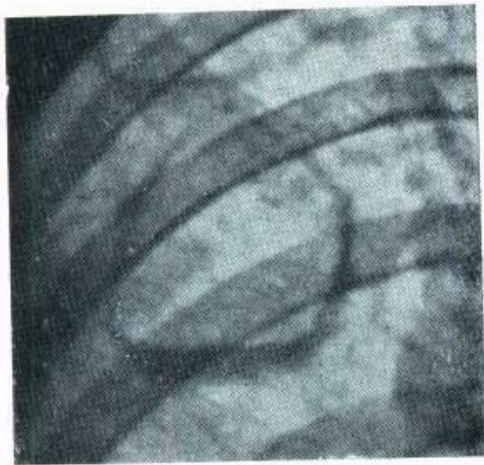


Рис. 332. Типичная картина свежей каверны.

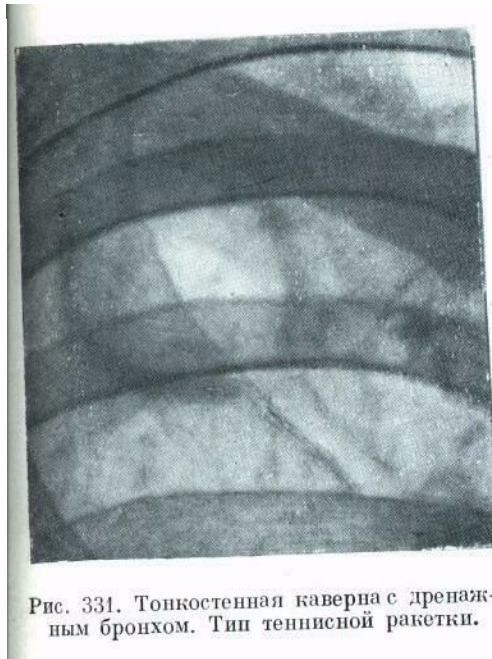
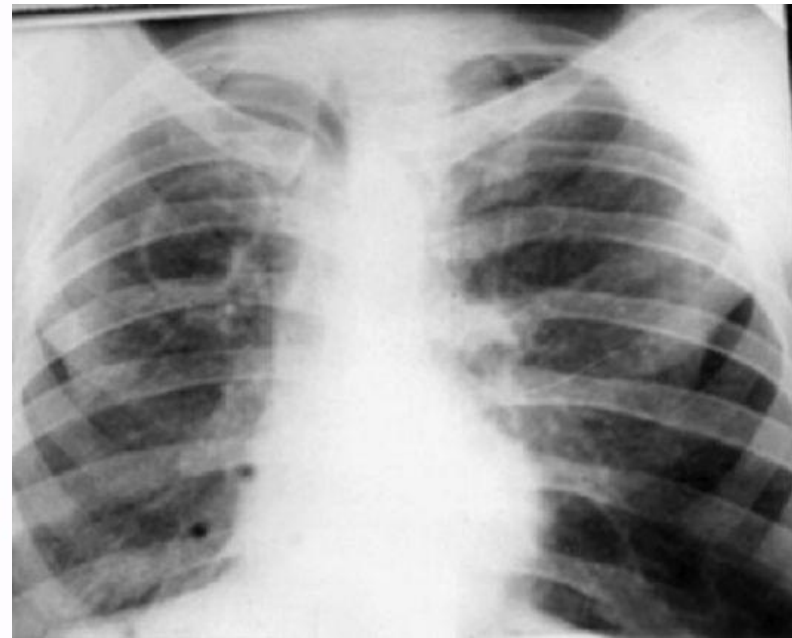


Рис. 331. Тонкостенная каверна с дренажным бронхом. Тип теннисной ракетки.



**Лечение** больных кавернозным туберкулезом легких должно быть комплексным, с включением методов коллапсотерапии и хирургического вмешательства.



Кавернозный туберкулез S<sub>6</sub> правого легкого



Кавернозный туберкулез верхней доли левого легкого (компьютерная томограмма)

## Фиброзно-кавернозный туберкулез.

Фиброзно-кавернозный туберкулез легких — это **гиперхроническая** форма заболевания, протекающее длительно и волнообразно, с интервалами затихания воспалительных явлений.

Для этой формы характерно наличие одной или нескольких каверн большой давности с **резко выраженным склерозом окружающих тканей**, фиброзных перерождений легких и плевры, можно обнаружить обилие физикальных (перкуторных и аускультативных) симптомов.

Пациенты **ВСЕГДА** выделяют **МБТ**.



Внешний облик больного с длительно протекающим фиброзно-кавернозным туберкулезом весьма характерен и носит название *habitus phthisicus*. Больного отличает **резкое похудание**, вялая сухая кожа, легко **собирающаяся в морщины**, **атрофия мышц**, главным образом **верхнего плечевого пояса**, спины и межреберных групп. Больные страдают от постоянной интоксикации. При частых вспышках туберкулезного процесса развивается дыхательная недостаточность





## Цирротический туберкулёз

Цирротические формы туберкулезного процесса наблюдаются редко. Чаще всего имеют место своеобразные формы кавернозно-цирротического туберкулеза, когда наряду с массивным циррозом в легких можно выявить полости распада различной величины и формы.

Это могут быть и очищенные старые каверны, и каверны, сохраняющие в своих стенках специфические воспалительные изменения, и бронхоэктатические полости.

Подобного рода процессы приводят к выключению легкого из акта дыхания и полной потере его функции, такое легкое получило название «разрушенное легкое».



Цирротический туберкулез правого легкого

# Туберкулёма

Источником формирования в основном служат две формы туберкулеза легких:

- инfiltrативный
- очаговый.

*Кроме того, туберкулемы образуются из кавернозного туберкулеза посредством заполнения каверны казеозом. Однако туберкулёмой это является условно.*

**Туберкулема** является показателем высокой сопротивляемости организма, больных с этой формой туберкулеза легких выявляют, как правило, случайно.

Физикальные данные не информативны, лабораторные изменения минимальны.

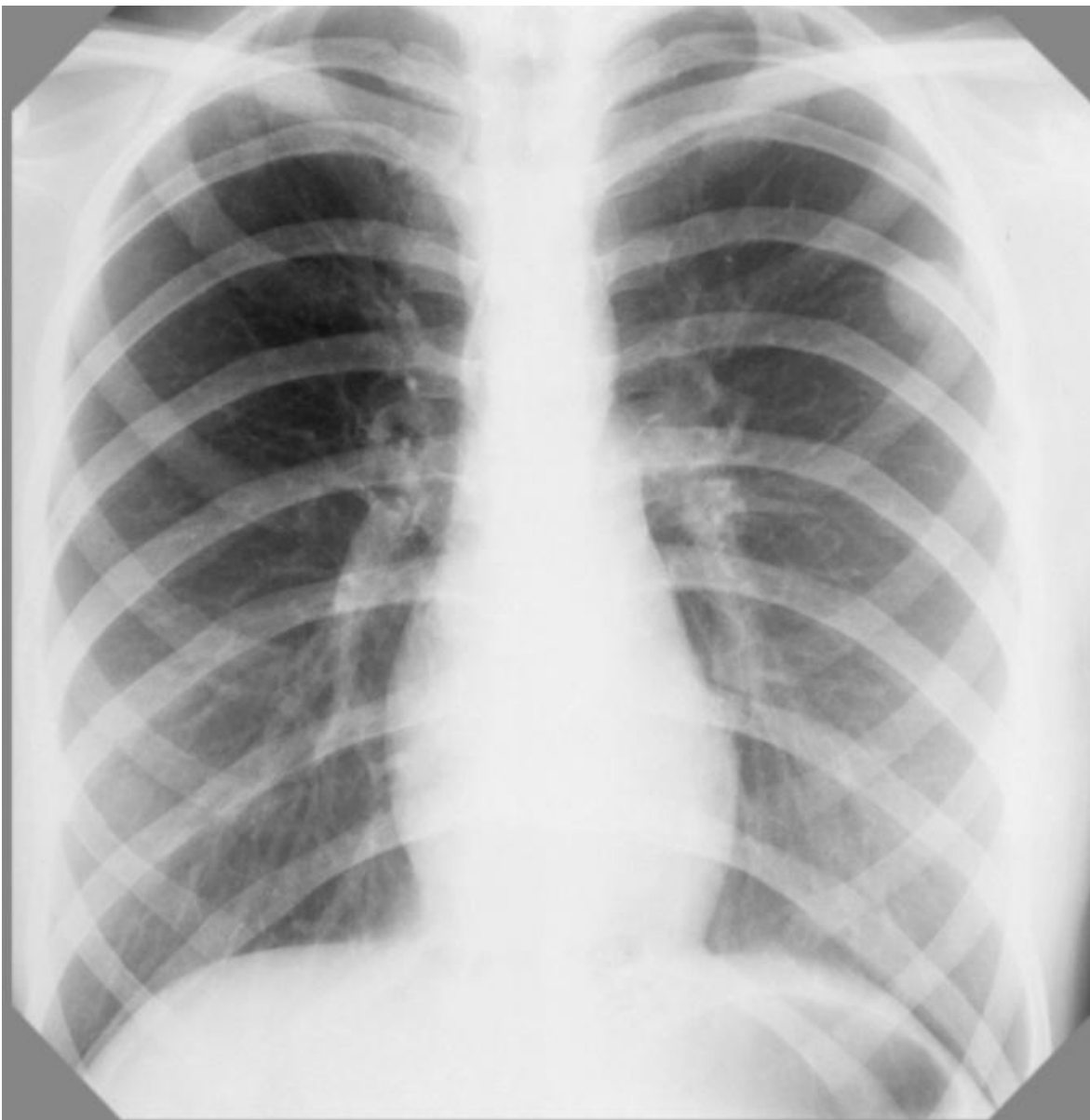
На рентгенограмме туберкулемы в виде тени округлой формы с четкими контурами.

В фокусе может определяться серповидное просветление за счет распада,

Может быть перифокальное воспаление и небольшое количество бронхогенных очагов, а также участки обызвествления

## Характер течения туберкулёмы

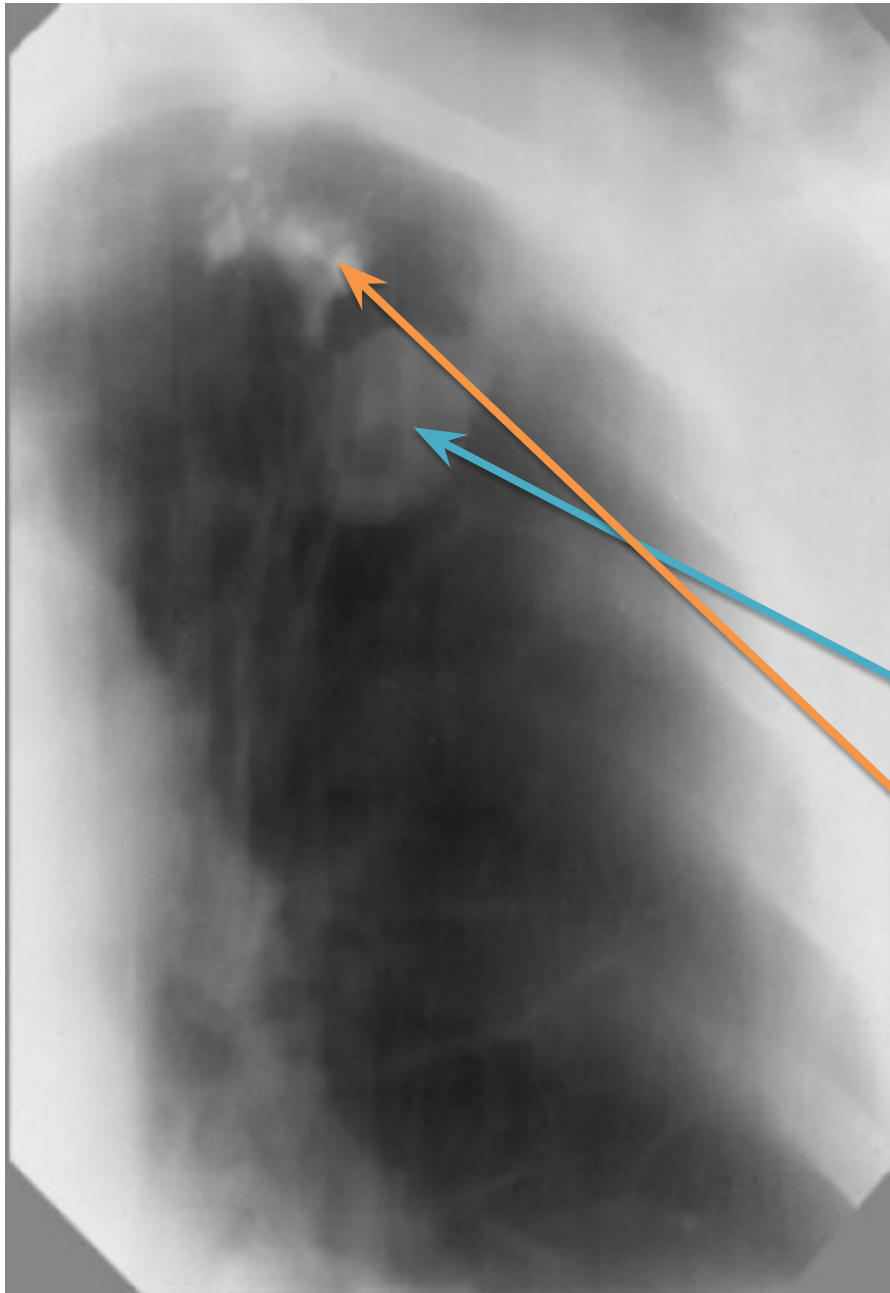
- 1) **прогрессирующий**, который характеризуется появлением на каком-то этапе болезни распада, перифокального воспаления вокруг туберкулемы, бронхогенного обсеменения в окружающей легочной ткани;
- 2) **стабильный**, при котором отсутствуют рентгенологические изменения в процессе наблюдения за больным или возникают редкие обострения без признаков прогрессирования туберкулемы;
- 3) **регрессирующий**, который характеризуется медленным уменьшением туберкулемы, с последующим образованием на ее месте очага или группы очагов, индурационного поля или сочетания этих изменений



Туберкулема верхней доли левого легкого  
у больной Т. (обзорная рентгенограмма)



Томограмма верхней доли левого легкого той же больной Т. — туберкулема верхней доли левого легкого в фазе стабилизации



Туберкулема верхней доли правого легкого в фазе распада — обострение процесса (томограмма).  
Выше — частично кальцинированные очаги

## **Задача.**

Больной 27 лет обратился к терапевту с жалобами на резкую слабость, потливость по ночам, плохой аппетит, кашель с мокротой, кровохарканье.

Из анамнеза: считает себя больным в течение 3-4-недель после переохлаждения. Работает на заводе 4 года.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 37,8 С. Кожные покровы бледные. Румянец щёк. Над верхушкой левого лёгкого отмечается усиление голосового дрожания, притупление перкуторного звука. Аускультативно - влажные мелкопузырчатые хрипы в тех же отделах.

ЧДД - 26 в 1 мин., Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 92 в 1 мин. АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул, мочеиспускание в норме.

## **Вопросы:**

1. О каком заболевании необходимо подумать и почему?
2. Какие жалобы нуждаются в уточнении?
3. Что необходимо уточнить из анамнеза?
4. В каком обследовании нуждается пациент?
5. Где и в каком лечении нуждается пациент?
6. Возможные исходы заболевания?



1. Инфильтративный туберкулёз лёгких (облаковидный инфильтрат/периссиссурит/лобит) , т.к. лихорадка, потливость по ночам, снижение аппетита, кровохарканье, данные объективного обследования.
2. Характер мокроты (цвет, запах, количество, наличие крови), лихорадка (утро, день, вечер, суточный прирост температуры).
3. Контакт с туберкулёзным больным, наследственность, проф. вредности, вредные привычки, сопутствующие заболевания .
4. Клинический анализ крови, анализ мокроты, мочи. Мокрота на БК, бак. исследование. Рентгенография и томография лёгких. Туберкулинодиагностика.
5. В противотуберкулёзном диспансере (изониазид, рифампицин, стрептомицин, этамбутол, пиразинамид).
6. При благоприятном исходе возможно рассасывание очага или образование пневмосклероза; при неблагоприятном исходе возможно развитие казеозной пневмонии или образование каверны.

## Задача.

При приёме на работу на химический комбинат больному было предложено пройти ФЛГ обследование лёгких. При обследовании в верхней доле правого лёгкого была обнаружена тень в виде кольца с чёткими контурами и просветлением внутри.

Из анамнеза: больной много лет курит. Жалобы на кашель с небольшим количеством мокроты. При осмотре больного отмечено, что у него астенический тип телосложения, ногти в виде «часовых стёкол», пальцы в виде «барабанных палочек», больной пониженного питания, бледен.

## Вопросы:

1. О каком заболевании необходимо подумать?
2. Подтвердите это на основании полученных
3. Что из анамнеза необходимо уточнить?
4. В каком обследовании нуждается больной для уточнения диагноза?
5. О чём свидетельствует выявленная патология лёгких?
6. Перечислите заболевания, при которых возможен симптом «барабанных палочек» и «часовых стёкол».

• А-Й вопросы 1,3,5

К-Я вопросы 2,4,6

## Эталон ответа к задаче

1. О кавернозном туберкулёзе лёгких.
2. Кольцевидная тень с просветлением внутри, астенический тип телосложения, похудание, бледность кожи, симптом «барабанных палочек» и «часовых стёкол» дают основания заподозрить кавернозный туберкулёз лёгких.
3. Из анамнеза необходимо уточнить: контакт с туберкулёзным больным, как давно больной проходил ФЛГ обследование, наследственность, вредные привычки, характер работы и т.д.
4. Клинический анализ крови, пробу Манту, общий анализ мокроты, мокроту на БК, бак. исследование, рентгенографию и томографию лёгких.
5. Больной более 2-х лет не проходил ФЛГ обследование. Туберкулёз в запущенной форме.
6. Туберкулёз, рак лёгких, цирроз печени, пороки сердца, затяжной септический эндокардит, хронические неспецифические заболевания лёгких, бронхоэктатическая болезнь.

Д/З Н.А.Митрофанова, Ю.В. Пылаева «СД во фтизиатрии» М. 2012г стр.81-99

СВР. Н.А.Митрофанова, Ю.В. Пылаева «СД во фтизиатрии» М. 2012г

Стр. 68-99

### Лёгочные формы туберкулёза.

Общие и отличительные признаки форм лёгочного туберкулёза, влияющие на процесс лечения: Составить письменно сравнительную таблицу, Указать в каждой форме факторы, которые ухудшают доступ в ЛС к МБТ, выделить красным отличия, зелёным

	Очаговы й	Инфильтрат ивный	Каверноз ный	Фиброзно- кавернозны й	Туберкул ома	Цирроти ческий
Жалобы						
Особенности анамнеза						
Осмотр						
Пальпация						
Перкуссия						
Аускультация						
Лабораторные данные						
Инструментальные данные						
Факторы ухудшающие доступ ЛС в место поражения						