

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**«Затверджено»
на методичній нараді**

**кафедри фтизіатрії і пульмонології
Завідувач кафедри
професор О.С.Шевченко _____
«_____» _____ 2012 р.**

**Методичні вказівки для самостійної роботи лікарів загальної практики
сімейної медицини**

Тема заняття	Первинний туберкульоз. Ускладнення первинного туберкульозу.
	Туберкульоз невстановленої локалізації . Туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів. Первинний туберкульозний комплекс. Патогенез, патоморфологія , клініка, діагностика , диференціальна діагностика, лікування, результат . Ускладнення первинних форм туберкульозу . Особливості перебігу первинних форм туберкульозу у дітей і підлітків Курація хворих.

1. Актуальность темы

В борьбе с туберкулезом в современных условиях особо важное значение имеет своевременное выявление и лечение самых ранних проявлений первичного туберкулеза, что предупреждает его осложнения и развитие в последующем вторичных форм туберкулеза. Первичный туберкулез клинически чаще проявляется в виде туберкулеза внутригрудных лимфоузлов (75-80% локальных форм). Поскольку первичное экзогенное инфицирование наступает преимущественно в детском возрасте, то владение методом своевременной диагностики, лечение и профилактика первичного туберкулеза помогает осуществлять врачу в его профессиональной практике своевременное лечение и профилактику туберкулеза у детей.

2. Общая цель: Овладеть знаниями и умениями для диагностики и лечения первичных форм туберкулеза.

Конкретные цели:

1. Анализировать результаты пробы Манту с 2 ТЕ для диагностирования первичного инфицирования .
2. Объяснять разницу в патогенезе между первичным и вторичным туберкулезом
2. Предлагать основные методы обследования больных с предполагаемым первичным туберкулезом .
3. Классифицировать на основании диагностического обследования различные клинические формы первичного туберкулеза: туберкулез неустановленной локализации, первичный туберкулезный комплекс, осложнения первичных форм туберкулеза, правильно формулировать диагноз согласно разделам классификации
4. Трактовать данные обследования больного и проводить дифференциальную диагностику первичных форм туберкулеза у детей и подростков
5. Рисовать схемы изменений на рентгенограмме при туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов (туморозном и инфильтративном вариантах), первичном туберкулезном комплекс; график повышенного риска заболевания туберкулезом у первично инфицированных детей в различных возрастных группах
6. Анализировать жалобы больного, анамнез заболевания, анамнез жизни, включая эпид. анамнез, данные физикального обследования, а также результаты п. Манту с 2 ТЕ, рентгенологического обследования, бронхоскопии и микробиологических исследований и обосновать диагноз той или иной формы первичного туберкулеза.
7. Составлять план обследования ребенка с предполагаемым диагнозом первичной формы туберкулеза; составлять план лечения больного первичной формой туберкулеза

3. Базовые знания, умения, навыки необходимые для изучения темы (междисциплинарная интеграция)

Название предыдущих дисциплин	Полученные навыки
1.Микробиология	Определять возбудитель туберкулеза, его типы. Описывать основные свойства микобактерии туберкулеза (МБТ), использовать методы определения МБТ
2.Патанатомия	Описывать особенности патоморфологические изменений в органах при туберкулезе.
3. Пропедевтика детских болезней	Владеть методами обследования больного ребенка (сбор жалоб, анамнеза, физикальное обследование)
4. Рентгенология	Описывать рентгенологические синдромы первичного туберкулеза в легких у детей и подростков.
5. Фармакология	Классифицировать противотуберкулезные препараты, использовать их в лечении больного первичной формой туберкулеза.

4. Задания для самостоятельной работы во время подготовки к занятию

4.1. Перечень основных терминов, параметров, характеристик, которые должен усвоить врач при подготовке к занятию

1. Первичный туберкулез	Первичный туберкулез-заболевание, которое развивается в организме, ранее не инфицированном микобактериями туберкулеза
2. Туберкулез неустановленной локализации	Туберкулез неустановленной локализации – клиническая форма первичного туберкулеза, которая характеризуется симптомокомплексом функциональных нарушений без локальных проявлений заболевания
3. Первичный туберкулезный комплекс	Первичный туберкулезный комплекс – клиническая форма первичного туберкулеза, которая характеризуется специфическим воспалением паренхимы легкого (или др. органа), регионарных лимфоузлов и лимфангитом с развитием соответствующей клинической картины
4. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов	Туберкулез внутригрудных лимфоузлов – клиническая форма первичного туберкулеза, которая характеризуется специфическим воспалением лимфатических узлов корня легкого и средостения

4.2. Теоритические вопросы к занятию	Фтизиатрия. Учебник/А.Я.Цыганенко, С.И. Зайцева, с.
1. Определение первичного туберкулеза	64
2. Основные этапы патогенеза первичного туберкулеза	64-66
3. Клинические формы первичного туберкулеза	67-85
4. Туберкулез неустановленной локализации. Определение понятия, клинические проявления, критерии диагностики, исходы	67-70
5. Первичный туберкулезный комплекс. Определение понятия, клинические и рентгенологические проявления. Течение, исходы, возможные осложнения	70-75
6. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Определение понятия, клинические проявления, клинико-рентгенологические варианты, течение, исходы, возможные осложнения.	75-81
7. Особенности лечения больных с различными формами первичного туберкулеза	81-85
8. Дифференциальная диагностика туберкулеза неустановленной локализации	85-86
9. Дифференциальная диагностика первичного туберкулезного комплекса с пневмонией	68-69
10. Дифференциальная диагностика туберкулеза внутригрудных лимфоузлов с саркоидозом, лимфогранулематозом и раком	74-75
11. Профилактика первичных форм туберкулеза	79-80 69-70

Содержание темы

Первичный туберкулез развивается в организме, ранее не инфицированном микобактериями туберкулеза.

Первичное инфицирование подтверждается выражением туберкулиновой пробы. Клинические проявления первичного туберкулеза различны. Чаще всего, он протекает в виде туберкулеза неустановленной локализации, первичного туберкулезного комплекса и туберкулеза внутригрудных лимфоузлов. Выделяют также хронически текущий первичный туберкулез. Возможно проявление первичного туберкулеза в виде очагового, диссеминированного процесса, а также в виде серозитов и внелегочных форм.

Первичный туберкулез – это заболевание, развивающееся в ранее не инфицированном организме. Поскольку первичное экзогенное инфицирование наступает преимущественно в детском возрасте, то и первичный туберкулез наблюдается чаще у детей, но могут болеть подростки и молодые люди.

Характерные признаки первичного туберкулеза:

- наличие выража туберкулиновых реакций;
- гиперсенсibilизация организма к возбудителю туберкулеза и продуктам его обмена, что обуславливает распространенные перифокальные изменения вокруг относительно незначительных туберкулезных очагов, параспецифические реакции кожи, слизистых оболочек и разнообразные функциональные расстройства;
- поражение лимфатической системы со склонностью к некротическому типу тканевой реакции в лимфоузлах;
- склонность первичной инфекции к диссеминации (генерализации) гематогенным и лимфогенным путями;
- возможность спонтанного излечения в большинстве случаев, реже переход в первичный туберкулез с хроническим течением.

Патогенез. Первичный туберкулез развивается вследствие первичного экзогенного инфицирования МБТ. Инфекция проникает в организм чаще аэрогенным путем, реже наблюдаются алиментарное, контактное или внутриутробное заражение. Независимо от «входных ворот», инфицирование приводит к первичной транзитной бактериемии и бактериолимфии с последующей фиксацией возбудителя во внутренних органах, богатых ретикулоэндотелием, - в легких, лимфоузлах, печени, селезенке, костном мозге и т.п. Известно, что, несмотря на наличие в указанных органах МБТ, на начальных этапах в них отсутствует какая-либо ответная морфологическая реакция – «латентный микробизм» (А.И.Каграманов) В дальнейшем в них появляются неспецифические морфологические изменения в виде диффузной и узелковой микрофагальной и лимфогистиоцитарной инфильтрации. Неспецифических васкулитов, фибриноидного некроза. Поскольку указанные неспецифические морфологические изменения этиологически обусловлены туберкулезной инфекцией, они получили название параспецифических морфологических реакций.

Параспецифические морфологические изменения с течением времени трансформируются в специфические, для которых характерно формирование особой морфологической структуры – туберкулезной гранулемы. Последняя содержит казеозный некроз в центре и эпителиоидную – и лимфоидноклеточную инфильтрацию вокруг с наличием гигантских многоядерных клеток Пирогова_Ланганса или без них.

С появлением гранулем у инфицированного ребенка можно впервые обнаружить положительную реакцию на туберкулин – вираж. Поэтому данный период в развитии первичной туберкулезной инфекции называют морфологическим или аллергическим. Период от момента заражения до появления в тканях туберкулезных гранулем и положительных реакций на туберкулин называют антеаллергическим (преаллергическим). Продолжительность последнего составляет в среднем от 4 до 8 недель. Вираз туберкулиновых реакций свиде-

тельствует о завершении иммунобиологической перестройки организма и формировании клеточного и гуморального противотуберкулезного иммунитета.

Время на протяжении года от момента виража принято называть ранним периодом первичной туберкулезной инфекции. Считается, что это время повышенного риска развития туберкулеза у детей и подростков, поэтому они должны быть обследованы фтизиатром и находится под диспансерным наблюдением (Кат.5: группа 5.4) диспансерного учета и получать профилактическую химиотерапию.

У детей и подростков с достаточной естественной резистентностью к туберкулезу и сформированным иммунитетом после вакцинации и ревакцинации БЦЖ туберкулезные гранулемы в тканях рассасываются или замещаются соединительной тканью, а МБТ трансформируются в персистирующие формы. Формируется приобретенный инфекционный иммунитет. В таких случаях говорят о бессимптомном течении первичной туберкулезной инфекции. Тем не менее у части детей параллельно с появлением положительных реакций на туберкулин развиваются симптомы интоксикации и функциональные расстройства при отсутствии физикальных, рентгенологических и других признаков локального процесса.

Необходимо помнить, независимо от локализации специфического воспалительного процесса при первичном туберкулезе в пораженных органах развиваются морфологические изменения двух следующих типов:

- специфические в виде туберкулезных гранулем, со склонностью к некротическим экссудативным реакциям;
- неспецифические (параспецифические) перифокальные изменения, выраженность которых зависит от степени сенсibilизации организма.

Под влиянием этиопатогенетического лечения параспецифические изменения в легких, других органах имеют тенденцию к более быстрой редукции, часто с полным рассасыванием, в отличие от специфических, которые требуют продолжительного лечения на протяжении многих месяцев и не всегда сопровождаются полным рассасыванием, а чаще формируются остаточные изменения в виде плотных очагов фиброза и т.п.

Туберкулез неустановленной локализации – это клиническая форма первичного туберкулеза, которая характеризуется симптомокомплексом функциональных расстройств без локальных проявлений заболевания.

Патологическая анатомия. Морфологическим субстратом данной формы являются минимальные специфические и параспецифические изменения в лимфатической системе или внутренних органах, которые в дальнейшем могут стать основой для развития локальных форм туберкулеза.

Клиника. Больные предъявляют жалобы на повышение температуры до субфебрильных цифр на протяжении нескольких дней или месяцев (3-4 мес) и более, ухудшение аппетита, повышенную потливость, капризность, плаксивость, ухудшение памяти, нарушение сна и т.п. Физическое состояние может быть нормальное, иногда наблюдается дефицит массы тела, реже роста, снижение тургора кожи, ее бледность. У отдельных больных обнаруживаются разнообразные параспецифические изменения в виде фликтенулезного кератоконъюнктивита, блефарита, узловатой эритемы. Увеличивается количество и величина периферических лимфатических узлов, которые пальпируются более чем в 5 группах (микрополиаденит). Особое значение имеет выявление над- и подключичных, торакальных и кубитальных лимфоузлов, которые редко увеличиваются при неспецифических воспалительных заболеваниях. Для начала заболевания характерна мягкоэластическая консистенция лимфоузлов для хронического течения – плотная (железы – «камешки»), изменение конфигурации (веретенообразные и плоские) и спаянность лимфоузлов между собой и с окружающими тканями.

В верхних путях иногда обнаруживаются умеренные катаральные явления. При физикальном исследовании органов дыхания изменений легочного звука не находят, иногда выслушиваются непостоянные сухие хрипы как проявление параспецифического бронхита. У

части больных можно установить тахикардию, глухость сердечных тонов, систолический шум функционального характера, колебания артериального давления.

Рентгендиагностика – усиление легочного рисунка, через 1-2 года могут быть выявлены мелкие кальцинаты в прикорневых лимфатических узлах.

Дифференциальный диагноз. В первую очередь необходимо исключить интоксикации, связанные с хроническими очагами инфекции в ротоносоглотке: хронический тонзиллит, аденоиды, синуситы, кариес зубов.

При *тонзиллите* может быть интоксикация в период обострений, после перенесенных повторных ангин. Туберкулезная же интоксикация сохраняется постоянно. Интоксикация менее выражена, чем при тонзиллите.

Ревматизм – сопровождается субфебрилитетом, узловатой эритемой и артралгиями, которые встречаются и при первичном туберкулезе. Но для ревматизма характерны симптомы прогрессирующего поражения сердечно-сосудистой системы, изменения гемограммы в виде лейкоцитоза, моноцитоза, повышения СОЭ, положительные тесты на активность ревматизма.

Пиелонефрит – диагностируется по результатам исследования мочи, в которой находят значительное количество лейкоцитов, при посеве выявляют соответствующего возбудителя. Изменения в моче у больных с хроническим туберкулезом неустановленной локализации отсутствуют.

Гипертиреоз – патология щитовидной железы сопровождается субфебрилитетом и похуданием. В отличие от туберкулеза аппетит при гипертиреозе не нарушается, могут увеличиваться щитовидная железа и основной обмен.

Гепатохолеститы – сопровождаются также интоксикационным синдромом, болью в правом подреберье после еды. При пальпации живота обнаруживается увеличение печени, ее болезненность. Диагностическое значение имеет дуоденальное зондирование, холицистография, ультразвуковое исследование.

Глистные инвазии – сопровождаются тошнотой и рвотой натощак, повышенным слюноотделением. Температура нормальная, отсутствуют симптомы микрополиаденита. В периферической крови – эозинофилия. Окончательный диагноз устанавливается по результатам исследования кала на яйца глистов.

Дети и подростки с туберкулезом неустановленной локализации находятся под наблюдением (кат.3) и получают химиотерапию изониазидом в сочетании с рифампицином или этамбутолом на протяжении 6 мес на фоне витаминотерапии (В₁ В₆ С и др.) Лечение лучше осуществлять в детских санаторных учреждениях. Срок наблюдения по кат. 3 – до излечения, но не более 2-х лет

Первичный туберкулезный комплекс (ПТК)-это клиническая форма первичного туберкулеза, которая характеризуется специфическим воспалением в легких, внутригрудных лимфоузлах и лимфангитом с развитием соответствующей клинической картины.

Клиническое течение ПТК может быть гладким и осложненным. Гладкое течение ПТК часто не имеет клинических симптомов. Осложненное течение ПТК может начинаться остро. При остром течении выражен синдром интоксикации и бронхо-легочный синдром в виде кашля, боли в груди, одышки.

К осложнениям относятся:

- образование первичной каверны пневмониогенного, аденогенного или бронхогенного генеза.
- лимфогематогенная диссеминация;
- туберкулезный плеврит;
- туберкулез бронхов;
- образование лимфоброхиальных свищей;
- ателектаз сегментов или долей легких;

Прогрессирование ПТК может привести к первичной казеозной пневмонии.

Рентгенологически для ПТК характерен симптом биполярности – фокус затемнение в легком и изменение тенеобразования корня легкого за счет увеличенных внутригрудных лимфоузлов.

В большинстве случаев спонтанного и неполноценного лечения в легких формируются остаточные изменения в виде участков фиброза и кальцинатов у корня легкого и в легочной ткани (очаги Гопа).

При гладком течении может иметь место бессимптомное течение. В этом случае диагноз устанавливается на основании данных туберкулинодиагностики. (виража, гиперергической реакции т.д.) и рентгенологического обследования. Дифференциальная диагностика первичного туберкулезного комплекса проводится с пневмонией, эозинофильным инфильтратом и новообразованием в легком. Лечение ПТК при гладком течении проводится по категории 3, при осложненном – по категории 1.

Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (ТВЛУ) – клиническая форма, которая характеризуется специфическим воспалением лимфатических узлов корня легкого и средостения.

Выделяют так называемые « малые » формы ТВЛУ, опухолевый (казеозно-некротический) и инфильтративный (гиперпластический) варианты. «Малая» форма - клинический вариант ТВЛУ, который проявляется только рентгенологическими признаками изменения тенеобразования корня легкого (деформация, усиление и обогащение легкого рисунка, снижение структурности корня и. т.д.)

Достоверность заподозренного туберкулеза внутригрудных лимфоузлов подтверждается выявлением увеличенных лимфоузлов при томографическом исследовании органов грудной клетки.

При опухолевом варианте на рентгенограмме выявляют чаще одностороннее расширение средостения или корня с четкими полициклическими выпуклыми контурами увеличенных лимфоузлов. Морфологически казеозно-некротический лимфаденит характеризуется альтеративным течением, иногда тотальным казеозом пораженного лимфоузла

При инфильтративном варианте корень легкого расширен, а контуры его размыты в результате перифокальной экссудативной воспалительной реакцией вокруг увеличенных лимфатических узлов. При гиперпластической форме морфологически в лимфоузлах выявляются незначительные участки казеозного некроза. Над специфической инфильтрацией доминирует гиперплазия лимфоидной ткани.

При осложненном течении ТВЛУ может появиться распад и формирование аденогенной каверны, образование лимфобронхиального свища, лимфогемогенной и бронхогенной диссеминации, развитие специфического бронхита, нарушение бронхиальной проходимости, бронхолегочные поражения, плеврит. В случае гладкого течения активность воспаления постепенно стихает, как и при первичном туберкулезном комплексе происходят процессы рассасывания, уплотнения и обызвествления. Первичный туберкулез может протекать в виде других клинических форм туберкулеза – легочных и внелегочных. Особенностью течения первичного туберкулеза у подростков является то, что, чаще всего, он протекает в виде инфильтративного туберкулеза, нередко осложненного образованием первичной каверны и/или плевритом.

Лечение неосложненного ТВЛУ проводят по категории 3, осложненного, – по категории 1.

Литература.

Основная:

1. Фтизиатрия Учебник/ акад. А.А. Цыганенко и проф. С.І.Зайцева - Харьков, «Факт» 2004-390с.
2. Фтизиатрия. Учебник/проф. В.И.Петренко-2008-500с.
3. Справочник для студентов по изучению дисциплин «Фтизиатрия»/ проф. В.И. Терещенко и др. - Киев-2007.

Дополнительная:

1. Туберкулез. Пѣдручник /проф. Савула М.М., Ладный А.Я. – Тернопѣль: «Укрмедкнига».- 1999.-323с.
2. Фещенко Ю.У. , Мельник В.М. туберкулез легень в период эпидемии и эпидемиологической клинѣко-диагностической лѣкувально - профилактической та организационной аспекты .-К.: Логос, 1998.-284с.
3. Туберкулез у детей и подростков. Руководство для врачей /доц. Е.Н.Янченко, проф.М.С.Греймер. - Ленинград «Медицина».-1987-288с

РАЗВИТИЕ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА ПРИ ПЕРВИЧНОМ
ИНФИЦИРОВАНИИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

