

Вторичный туберкулёз — самая частая форма туберкулёза. До настоящего времени нет единого мнения об источнике инфекции. По-видимому, вторичный туберкулёз — следствие повторного заражения лёгких (реинфицирования) или реактивации возбудителя в старых очагах (через 20–30 лет после первичного инфицирования), возможно, без клинической симптоматики.

Особенности вторичного туберкулёза: преимущественное поражение лёгких (лёгочный туберкулёз) без вовлечения в процесс лимфатических узлов, поражение верхушечного, заднего апикального сегментов верхней доли и верхнего сегмента нижней доли (I, II и VI сегменты) чаще правого лёгкого, контактное или каналикулярное распространение, смена клинко-морфологических форм (фаз туберкулёзного процесса в лёгком).

В организме возникают различные проявления активных [иммунных реакций](#) и реакции ГЗТ, что выражается в разнообразных морфологических формах поражения лёгочной ткани. Распространённость поражения варьирует от очагов и малых инфильтратов (не всегда проявляющихся клинически) до обширных процессов с полостными образованиями, фиброзом, кахексией и лёгочно-сердечной недостаточностью.

В России различают следующие морфологические формы вторичного туберкулёза: острый очаговый, фиброзно-очаговый, инфильтративный, туберкулёма, казеозная пневмония, острый кавернозный туберкулёз, фиброзно-кавернозный, цирротический. Часть этих форм — стадии одного процесса, переходящие одна в другую.

□ Острый очаговый туберкулёз (очаги реинфекта Абрикосова). А.И. Абрикосов (1904 г.) показал, что начальные проявления вторичного туберкулёза представлены специфическим эндобронхитом, мезобронхитом и панбронхитом внутридолькового бронха.

Это подтверждает мнение о реинфекционной природе [вторичного туберкулёза](#). В дальнейшем развивается ацинозная или дольковая казеозная бронхопневмония. По периферии некротических фокусов расположены слои эпителиоидных клеток, затем лимфоцитов. Присутствуют клетки Лангханса. Один или два очага Абрикосова возникают в верхушках (в I и II сегментах правого, реже левого лёгкого) в виде фокусов уплотнения диаметром менее 3 см. Иногда наблюдают двустороннее симметричное поражение верхушек ещё более мелкими очагами. При заживлении очагов Абрикосова возникают инкапсулированные петрификаты без оссификации — очаги Ашоффа–Пуля.

□ Фиброзно-очаговый туберкулёз развивается на основе заживающих, т.е. инкапсулированных и даже петрифицированных очагов Абрикосова, фактически из

очагов Ашоффа–Пуля. Такие вновь «ожившие» очаги могут дать начало новым ацинозным или лобулярным фокусам казеозной пневмонии. Поражение ограничено несколькими сегментами одного лёгкого. Микроскопически видны фокусы казеозного некроза и гранулём, инкапсулированные петрификаты, очаги пневмосклероза. Сочетание процессов заживления и обострения характерно для этой формы туберкулёза.

□ Инфильтративный туберкулёз (очаг Ассманна–Редекера) — дальнейшая стадия прогрессирования острой очаговой формы или обострения фиброзно-очаговой. Фокусы казеозного некроза небольшие, вокруг них на значительной площади — перифокальный клеточный инфильтрат и серозный экссудат, иногда занимающий целую долю (лобит). Специфические черты (эпителиоидные и гигантские клетки Лангханса) в инфильтрате не всегда чётко выражены. Именно на этой стадии при рентгенологическом исследовании чаще всего выявляют вторичный туберкулёз (округлый или облаковидный инфильтрат).

Интересные статьи:

- 1) [Идиопатические кардиомиопатии](#)

2) [Периостит](#)

3) [Патология придатков кожи](#)