

Инфильтративный туберкулез легких.

д.м.н., профессор Павлова Мария Васильевна

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский
институт фтизиопульмонологии» Минздрава России



Оглавление

- Этиология инфильтративного туберкулеза легких(ИТ)
- Патогенез ИТ
- Клиническая картина ИТ
- Варианты ИТ
- Осложнения
- Лечение



Цель и задачи

- Задачи: эпидемиологическое значение ИТ туберкулеза
- Патогенез и морфологическую характеристику ИТ.
- Лечение И.Т.
- Дифференциальная диагностика ИТ
- Обсудить: в какой ДГ должны наблюдать ИТ



- ***Инфильтративный туберкулез*** – самая частая клиническая форма туберкулеза легких, которая характеризуется формированием туберкулезного инфильтрата с преимущественно экссудативным типом воспалительной реакции в легочной ткани, склонностью к быстрому распаду, прогрессированию и клинической картиной заболевания, напоминающей пневмонию.

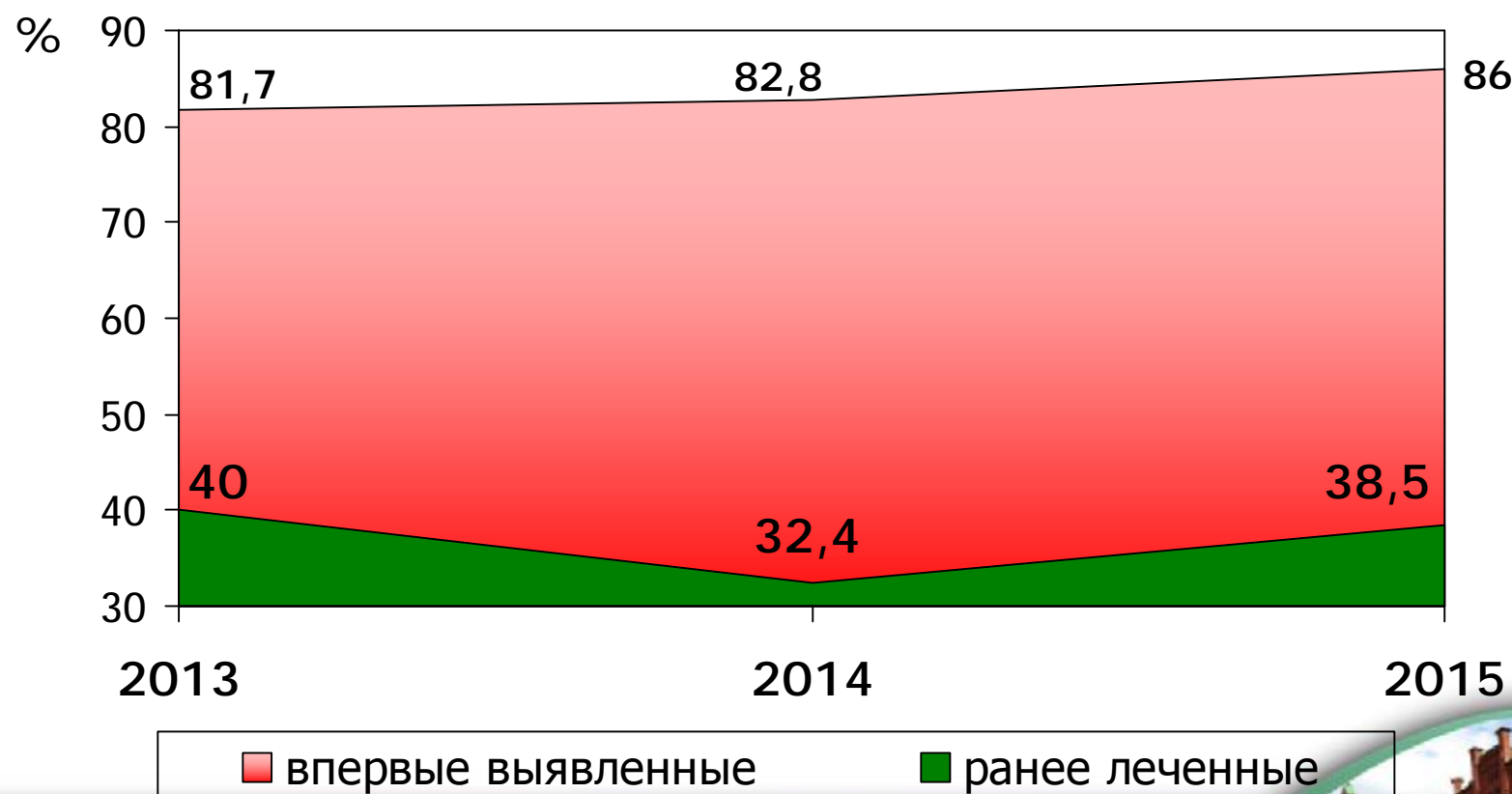




ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский
институт фтизиопульмонологии» Минздрава России



Доля инфильтративного туберкулеза в структуре клинических форм пролеченных больных (1 ТО СПбНИИФ)

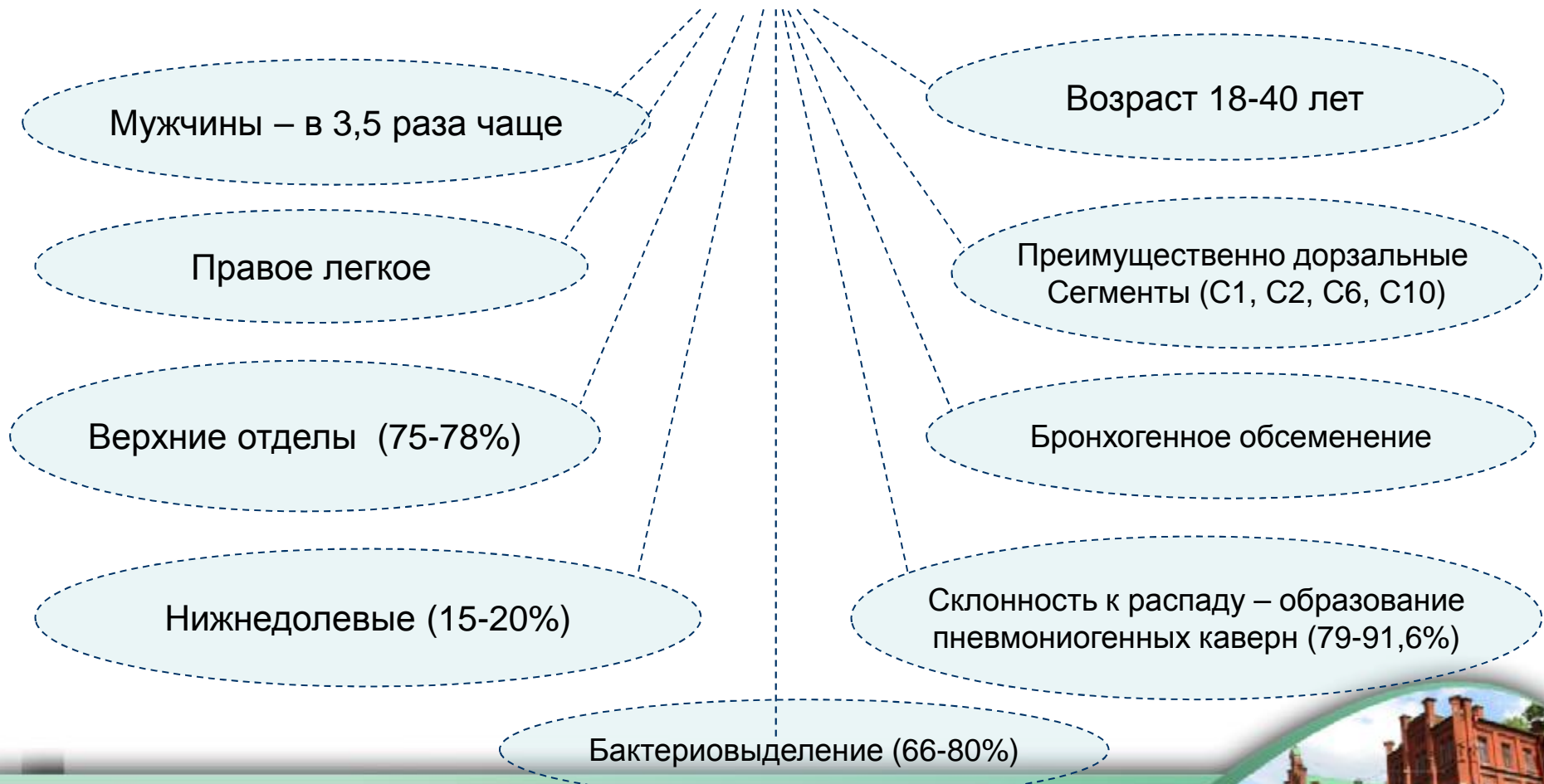


- **Патогенез:**

- **Эндогенная реактивация**
- **Предрасполагающие факторы**
 - *Вторичный иммунодефицит*
 - *Интеркурентные заболевания (сахарный диабет, хронические неспецифические болезни легких и др.)*
- **Суперинфекция**
- **Зоны гиперсенсibilизации в легких**



Особенности инфильтративного туберкулеза легких



Клинико-рентгенологические варианты инфильтративного туберкулеза легких

- *Лобулярный, бронхо-лобулярный*
- *Округлый, овальный, подключичный*
- *Псевдо/ложноопухолевый*
- *Облаковидный*
- *Перисциссурит*
- *Лобит*
- *Казеозная пневмония*



Рентгенологическая картина

- Оценить
 - Ø Структура инфильтрата
 - Ø Локализация
 - Ø Окружающая ткань («дорожка» к корню, следы перенесенного первичного туберкулеза)
 - Ø Корни легких
 - Ø Состояние плевры



Особенности туберкулеза нижнедолевой локализации

- § *Анатомо-функциональные*
- § *Патоморфологические*
- § *Клинические*
- § *Рентгенологические (варианты: изолированные, сегментарной/долевой протяженности)*
- § *Сложность диагностики*



СКТ органов дыхания больной К, 10.06.1977 г р. при поступлении



- Нижнедолевая локализация инфильтративного туберкулеза легких.



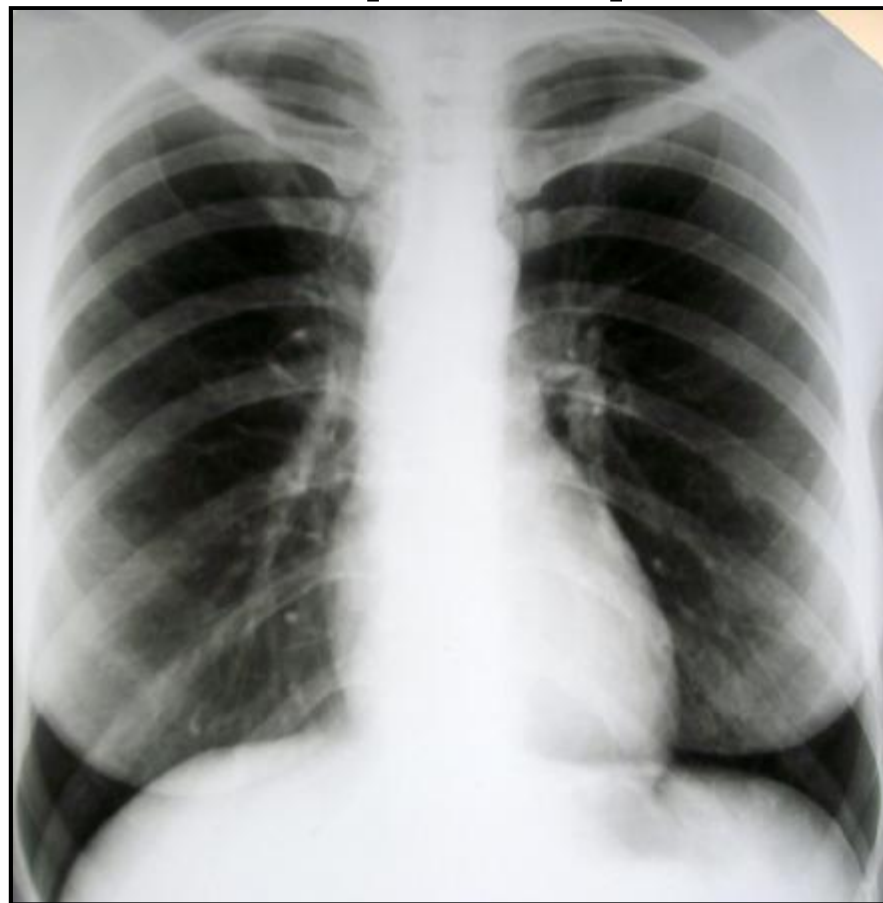
Бронхолобулярный (дольковый) инфильтрат

- впервые описан Грау (Grau) в 1918г.
- Состоит из нескольких (2—3) слившихся свежих крупных очагов.
- Определяемая тень должна быть более 1 см в диаметре.
- Располагается чаще субплеврально в сегментах, типичных для вторичного туберкулеза (S 1 и S 2, а также в S 6).

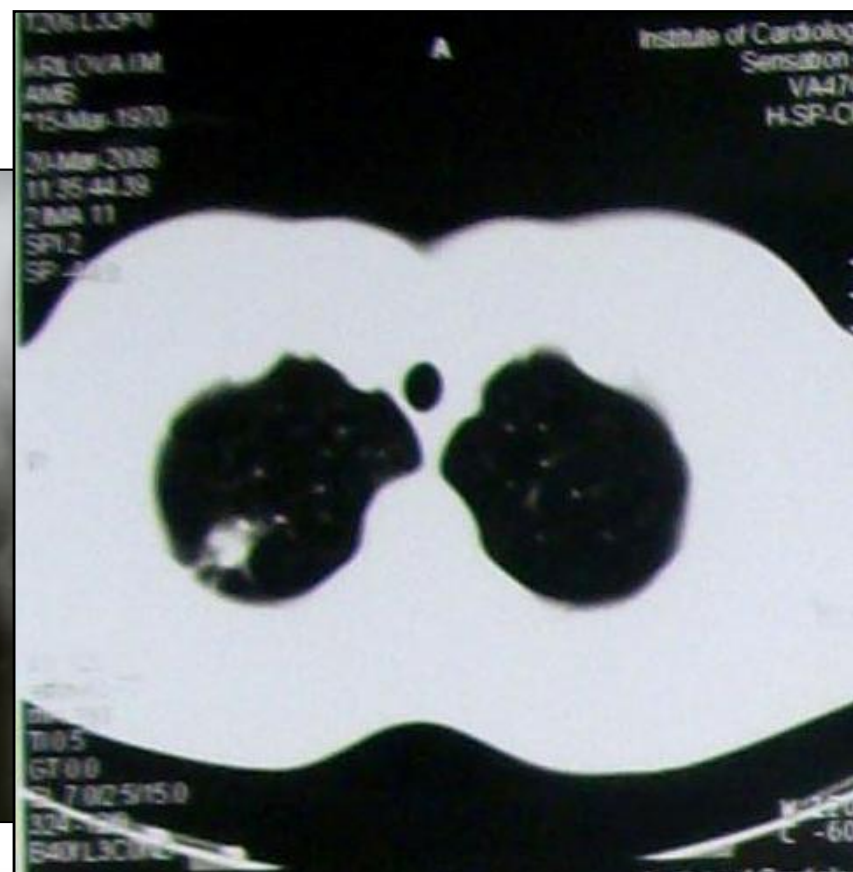


Бронхолобулярный инфильтрат

- структура чаще однородная или очаговая
- деструкция точечная
- лимфоузлы чаще интактны.

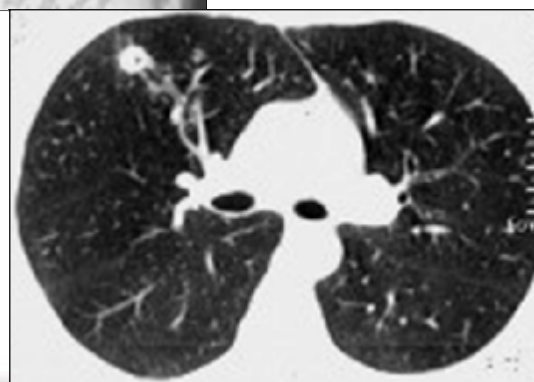
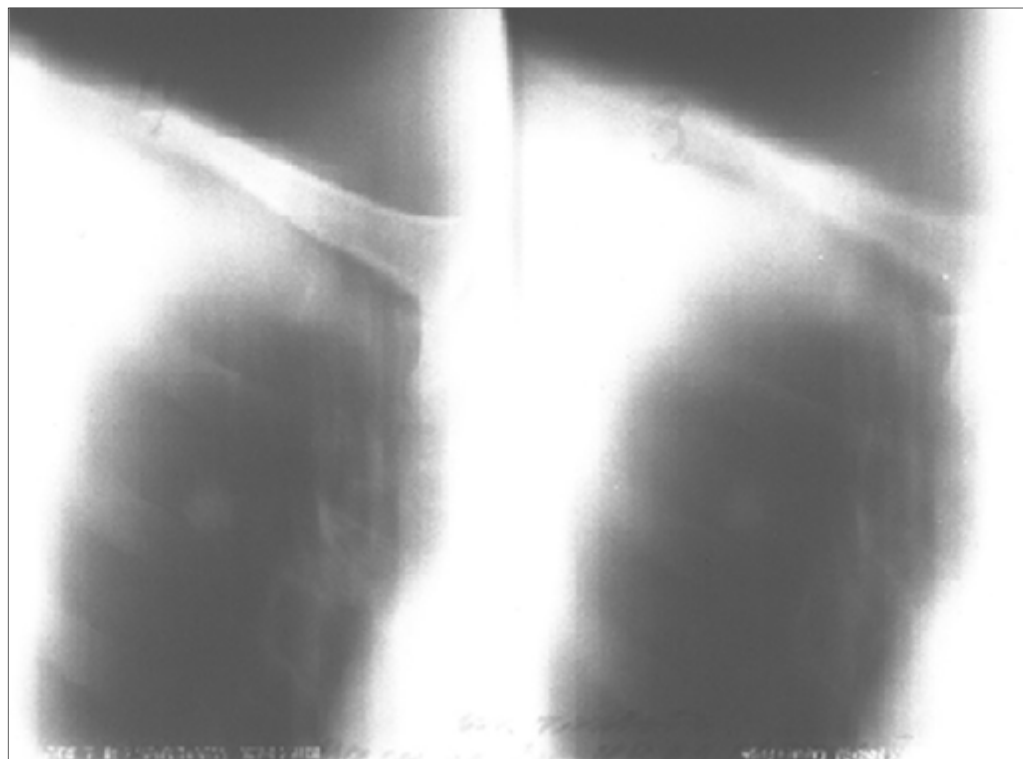


Бронхолобулярный инфильтрат



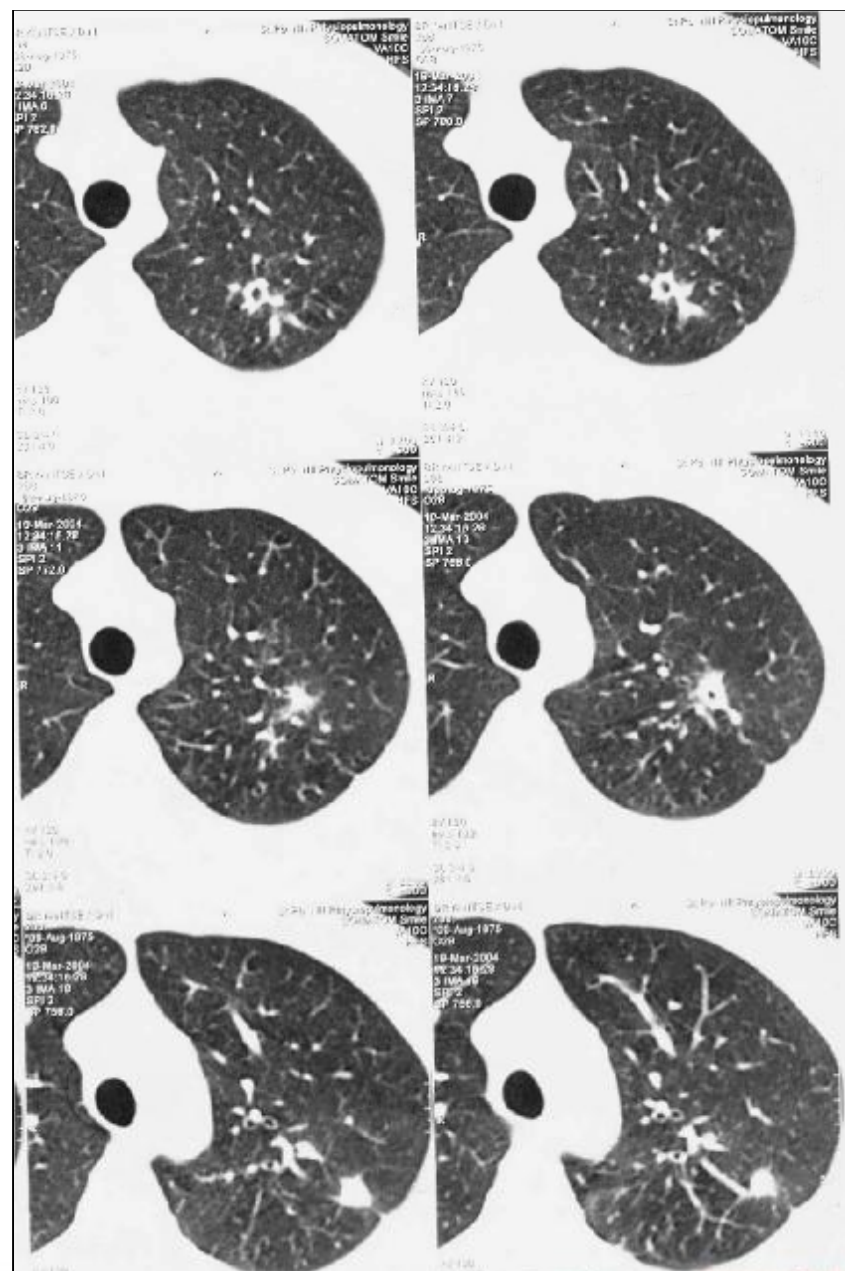
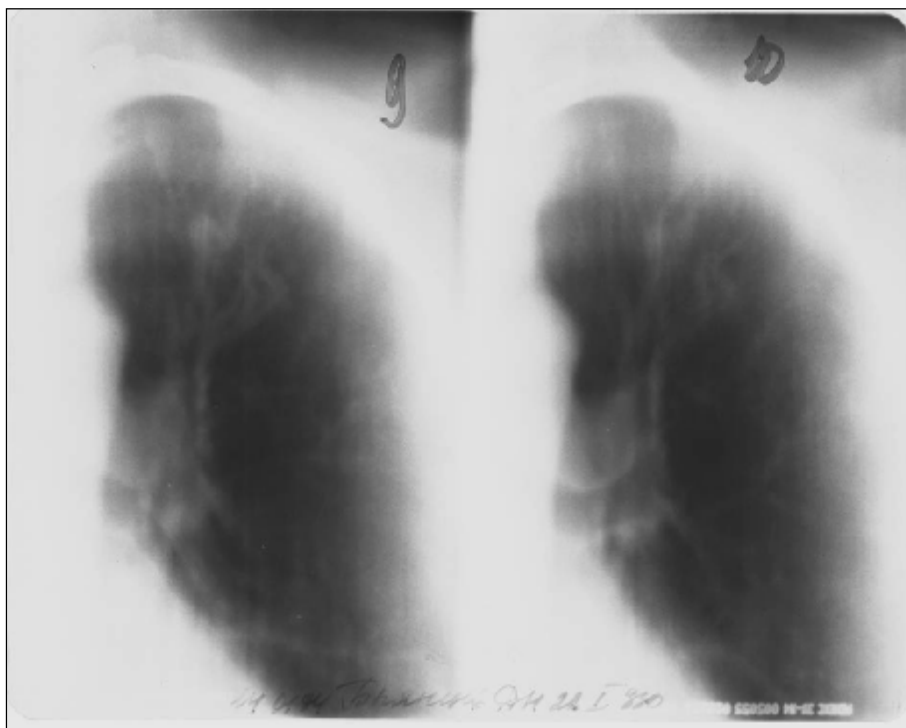
ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России





ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России





ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России



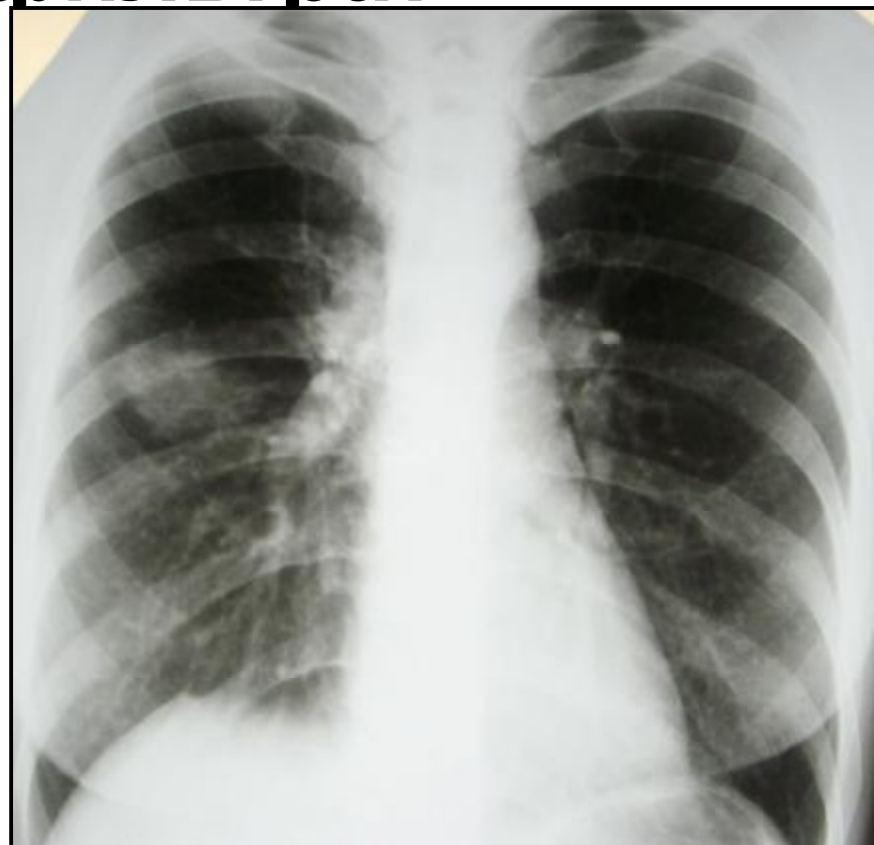
Округлый инфильтрат (Ассмана — Редекера)

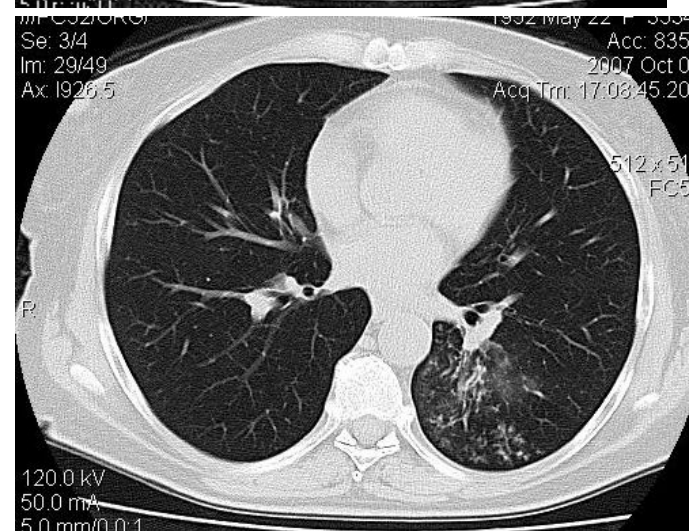
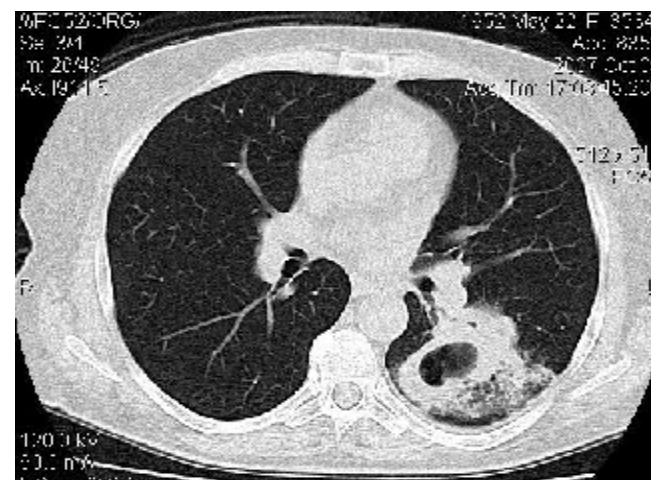
- инфильтрат округлой или овальной формы размерами до 3 — 5 см.
- преимущественно продуктивный тип тканевой реакции
- имеет нередко очерченные границы
- При распаде - тень напоминает “теннисную ракетку” за счет двухконтурной дорожки дренирующего бронха.



Округлый инфильтрат

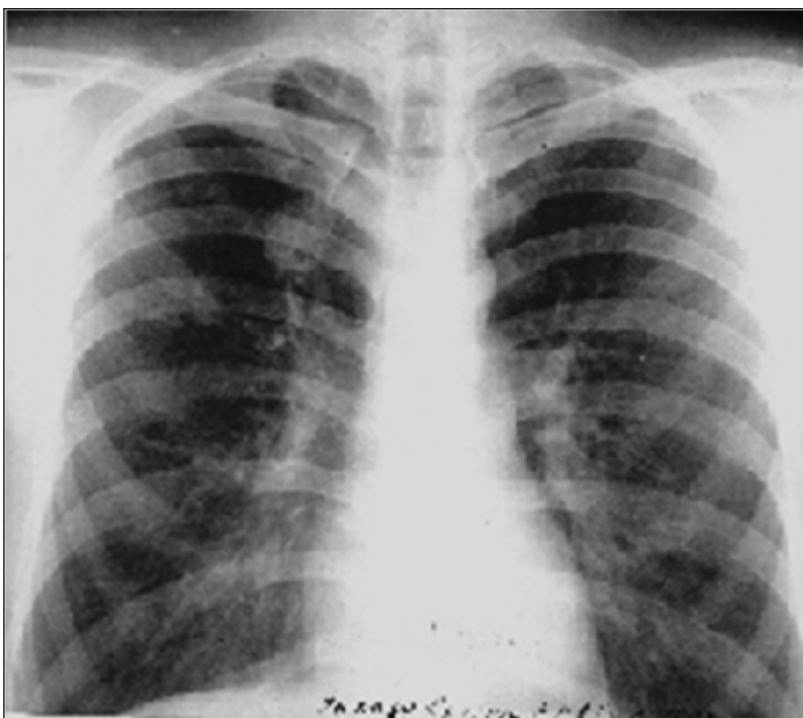
- поражение не более 1 сегмента
- структура чаще неоднородная
- деструкция, разжижение казеозных масс
- в окружающей ткани полиморфные очаги
- лимфоузлы редко увеличены





ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России





ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России



Клиника ограниченных инфильтратов

- Характерно преимущественно малосимптомное течение заболевания
- Клиническая картина напоминает очаговый туберкулез
- Начальными проявлениями заболевания:
 - *понижение работоспособности,*
 - *жалобы со стороны нервной системы,*
 - *непостоянные боли в груди.*
- Перкуссия и аускультация выявляют локальное укорочение перкуторного звука, жесткое дыхание, редко - непостоянные, влажные хрипы
- Картина крови изменена менее чем у половины больных (умеренное повышение СОЭ, небольшой лейкоцитоз, редко палочкоядерный сдвиг, лимфопения, моноцитоз).
- МБТ выявляются редко, только методом посева.



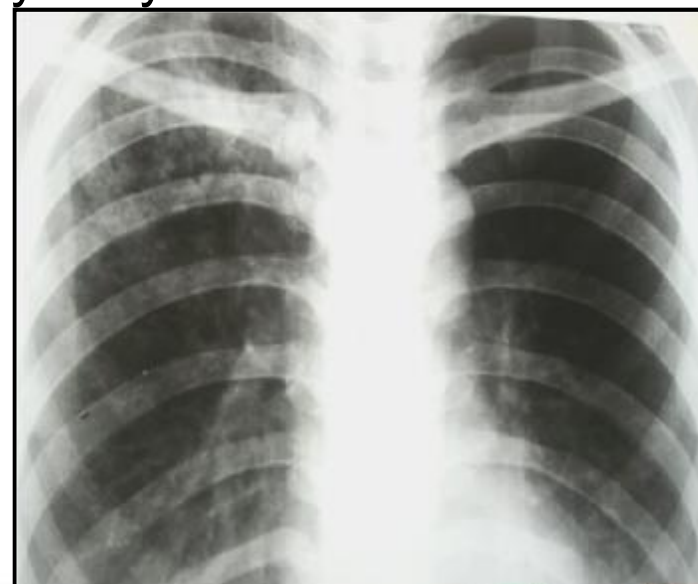
Рентгенодиагностика распространенных форм

- Облаковидный инфильтрат – затенение неправильной формы с нечеткими, постепенно исчезающими в здоровой легочной ткани контурами. Склонен к распаду (просветления). При появлении в полости грануляционного слоя ее контур отграничивается более плотной кольцевидной тенью (формирующаяся каверна).
- Перисциссурит – затенение, чаще располагающееся в верхней доле и прилегающее к междолевой борозде. На прямой рентгенограмме видна тень треугольной формы, вершиной обращенная к корню легкого (треугольник Серджана). Нижняя граница тени четкая, верхняя – размытая. Перисциссурит реже подвергается распаду.
- Лобит – обширное затенение всей или большей части доли, малой или средней интенсивности, неомогенное, с четкой границей по междолевой борозде. При деструкции появляются просветления различных размеров.

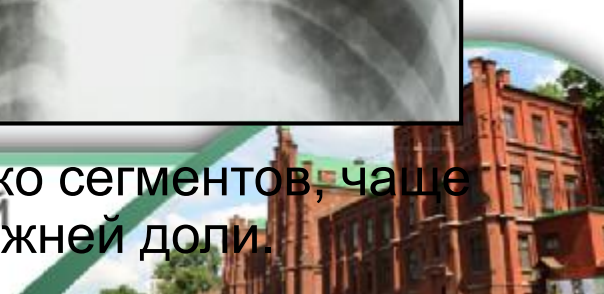


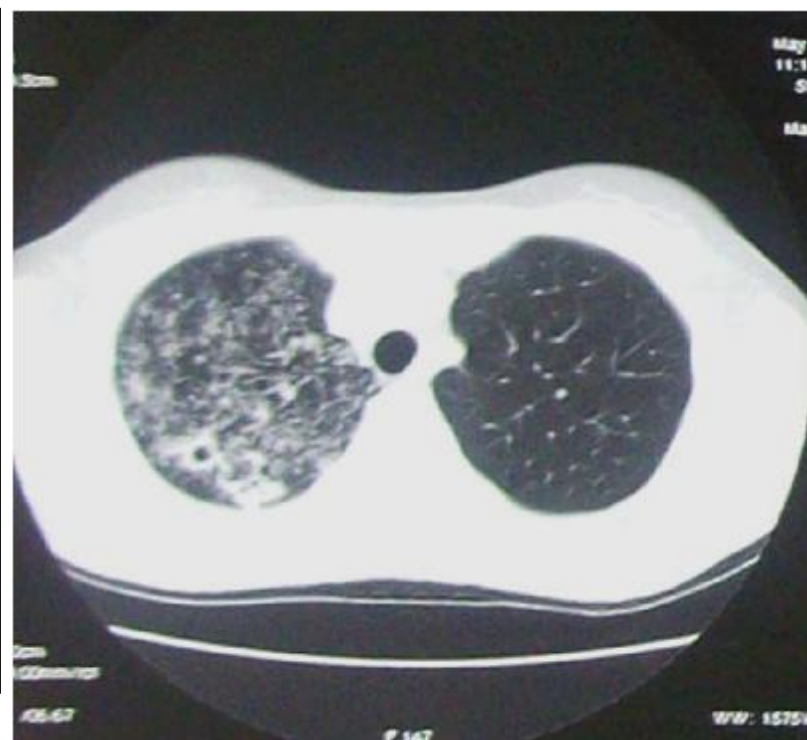
Облаковидный инфильтрат

- наиболее часто встречается
- неоднородный по структуре,
- без четких контуров, не имеет определенной формы
- в перифокальном воспалении присутствуют все типы тканевых реакций:
 - *экссудативная,*
 - *продуктивная,*
 - *неспецифический компонент*



- процесс распространен на один или несколько сегментов, чаще верхних долей легких или шестой сегмент нижней доли.





ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России



Перисциссурит

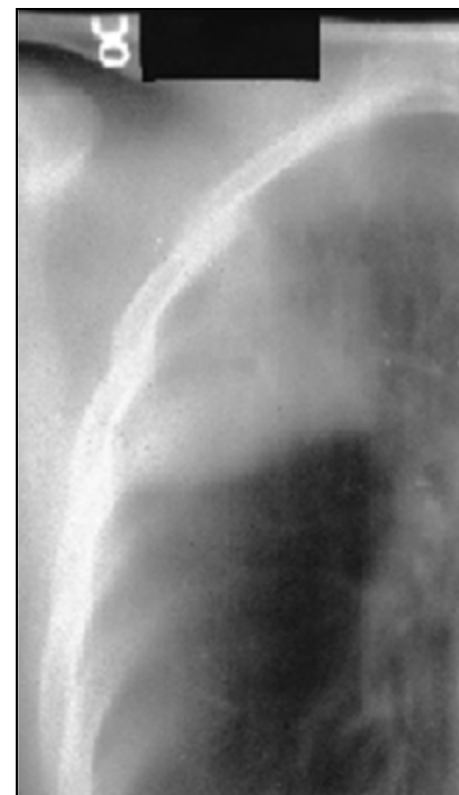
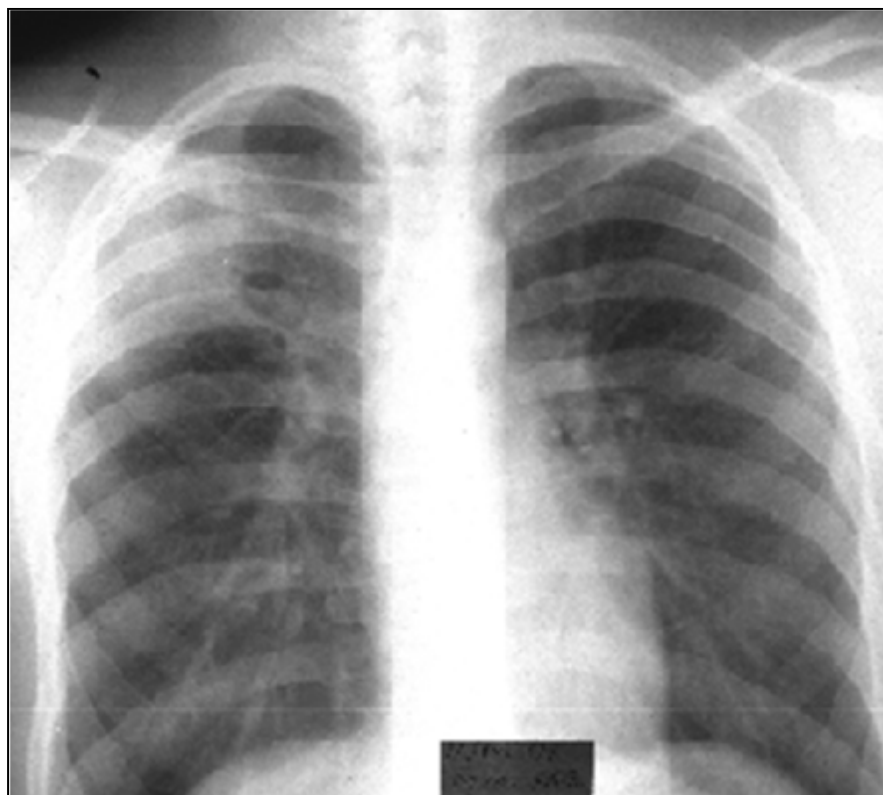
- характеризуется развитием изменений вдоль междолевой щели
- поражение 2-3 сегментов
- имеет вид треугольной тени с вершиной, обращенной к корню легкого
- Ателектаз субсегментарный (сегментарный)
- верхняя граница расплывчата и переходит в малоизмененную легочную ткань
- нижняя проходит по междолевой щели
- Деструкция или сформированные полости





ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России





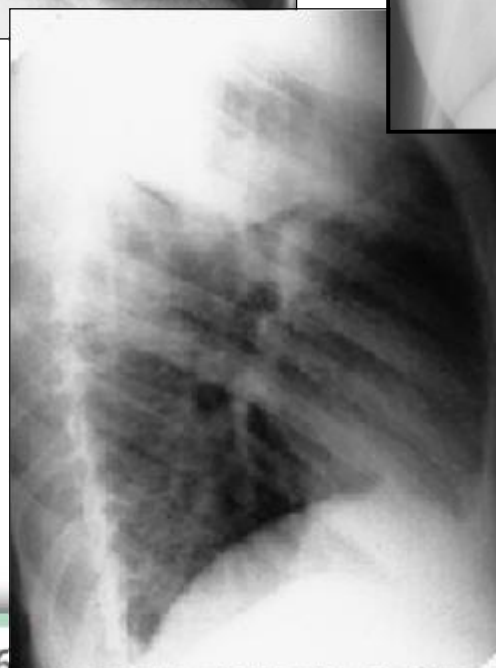
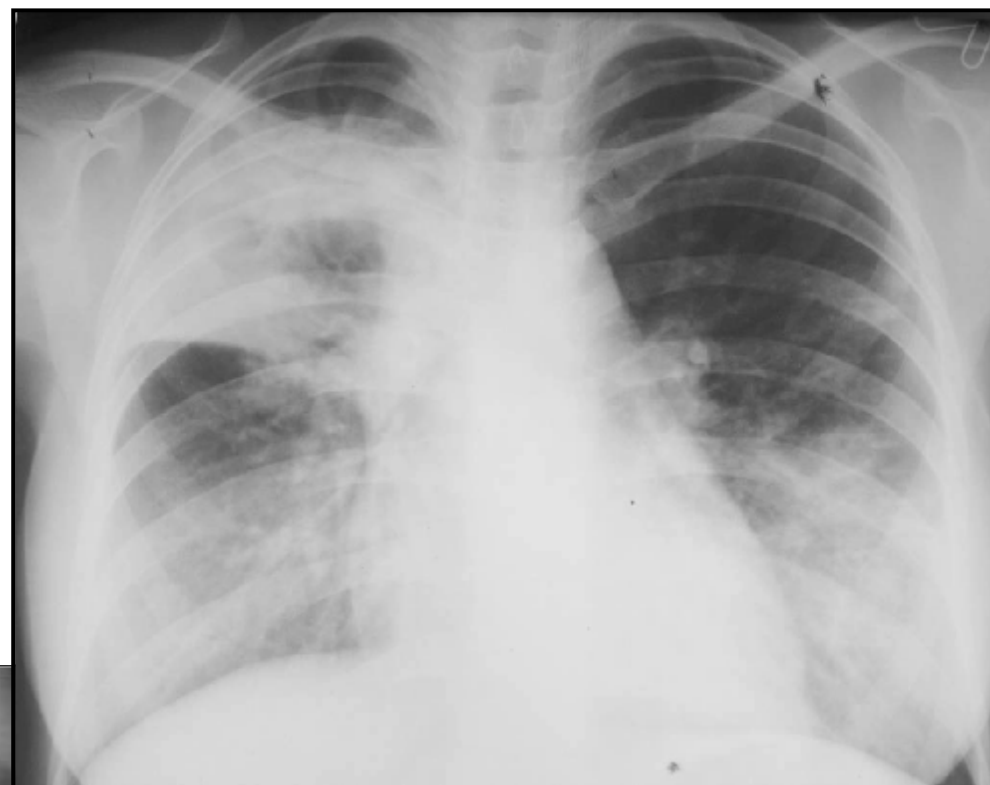
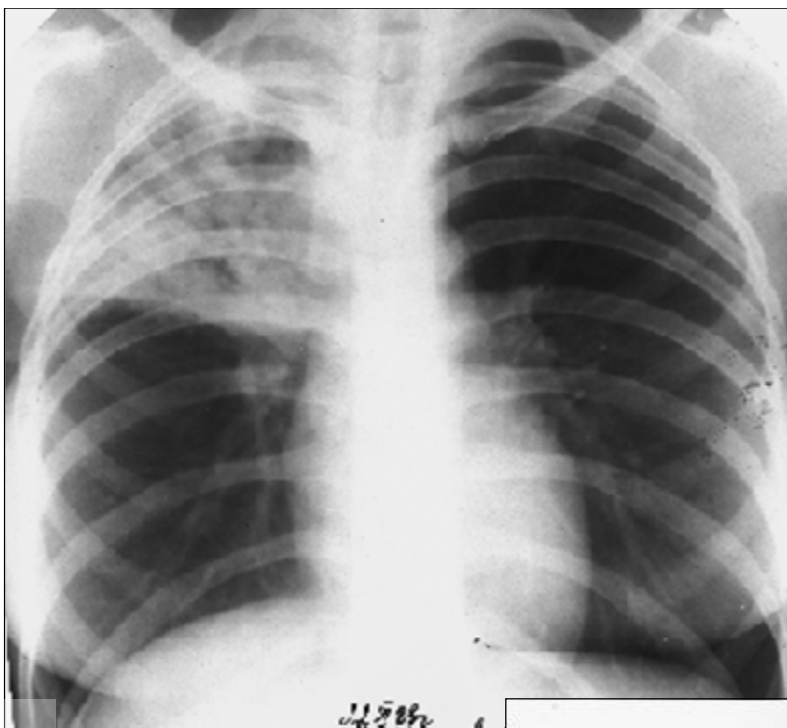
ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России



Лобит

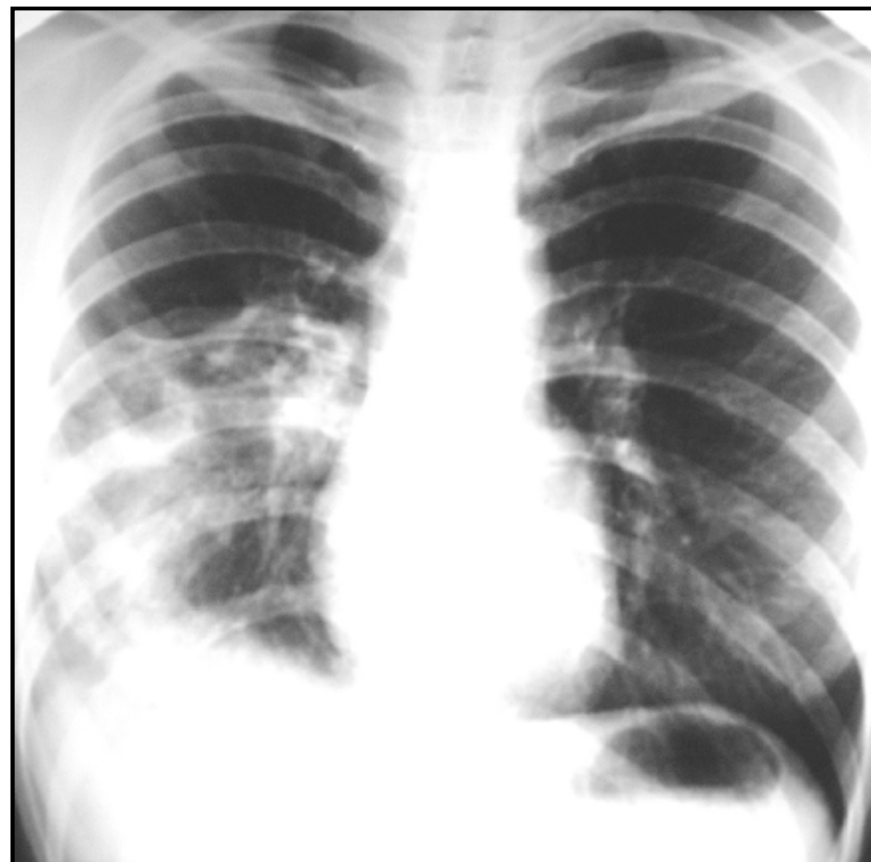
- протяженность поражения – доля
- выражен экссудативный компонент воспаления
- в пределах доли возможен частичный ателектаз
- локализация – чаще верхнедолевая
- структура может быть как гомогенной, так и неоднородной за счет плотных фокусов и полостей распада
- часто увеличение лимфоузлов





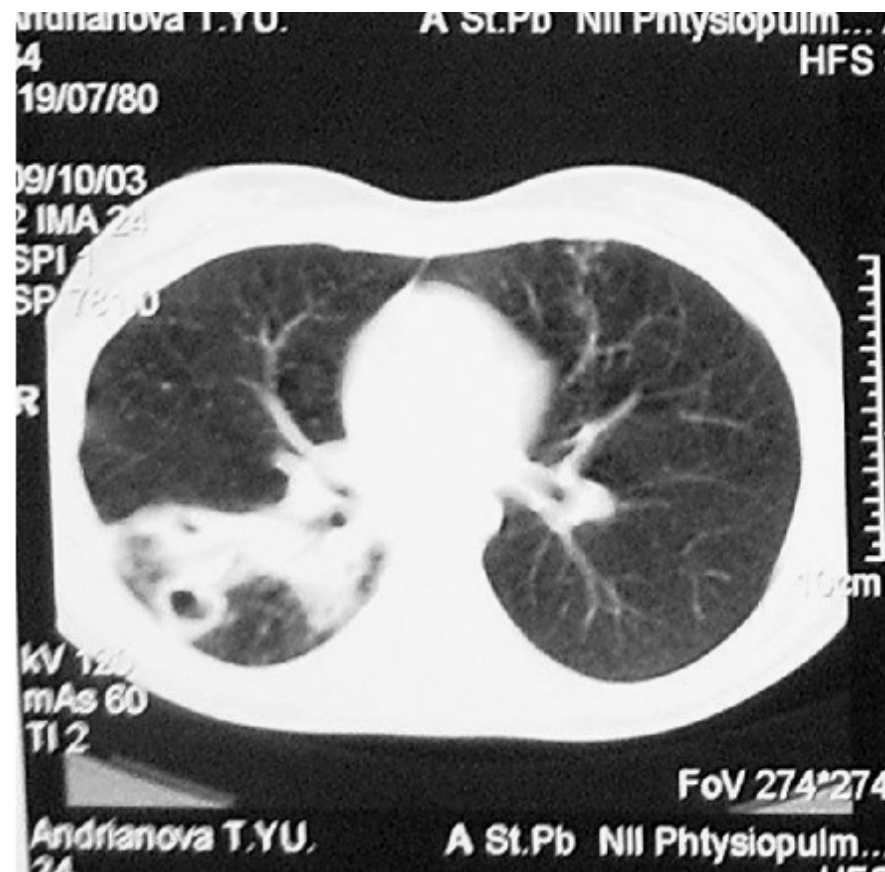
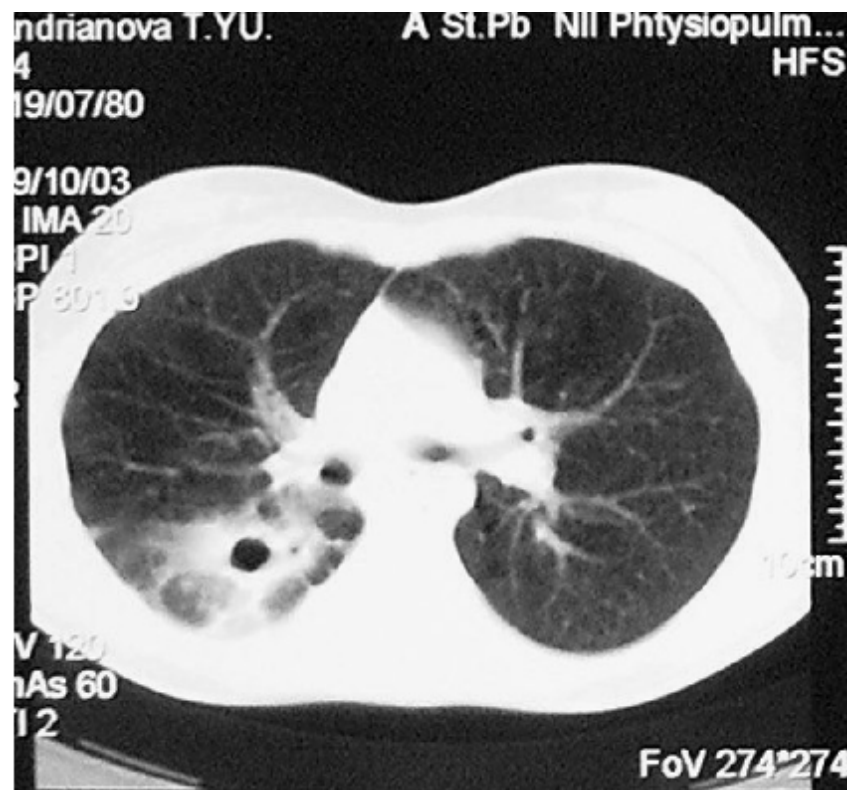
ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский
институт фтизиопульмонологии» Минздрава России





ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский
институт фтизиопульмонологии» Минздрава России





ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России



Клиника распространенных инфильтратов

- характерна пневмония подобная клиника.
- повышение температуры до 38-39°C
- влажный кашель, может быть умеренная одышка
- возможно — кровохарканье.
- При осмотре - выраженный интоксикационный синдром:
 - *бледность,*
 - *влажность кожных покровов,*
 - *фебрильную температуру,*
 - *снижение массы тела,*
 - *объективно определяется укорочение перкуторного звука,*
 - *выслушивается жесткое или ослабленное дыхание, влажные хрипы*
- В анализе крови у больных определяется умеренный лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, лимфопения, возможен моноцитоз, повышение СОЭ
- В мокроте МБТ выявляются всеми методами



Особенности течения

Наиболее динамичная форма туберкулеза органов дыхания

- **Прогрессирование**

- Появление распада
- Обсеменение
 - Бронхогенное
 - Лимфогематогенное
- Формирование каверны
- Кавернозный, фиброзно-кавернозный туберкулез
- Казеозная пневмония

- **Регрессия**

- Полное рассасывание, очаги
- Фиброзно-очаговые изменения, санированная каверна
- Туберкулома
- Фиброателектаз
- Цирроз



Осложнения



Дифференциальная диагностика

- Пневмония
- Осумкованный плеврит
- Фибриновые тела
- Эозинофильный инфильтрат
- Опухоли легких (рак, саркома, метастазы, доброкачественные)
- Кисты (паразитарные, непаразитарные)
- Туберкулома
- Абсцесс
- Лимфогрануломатоз
- Пневмомикозы (плесневые, дрожжевые грибки, актиномикоз)
- Сифилитические гуммы
- Артерио-венозные аневризмы
- Инфаркт-пневмония



ЦЕНТРАЛЬНЫЙ РАК ЛЕГКОГО

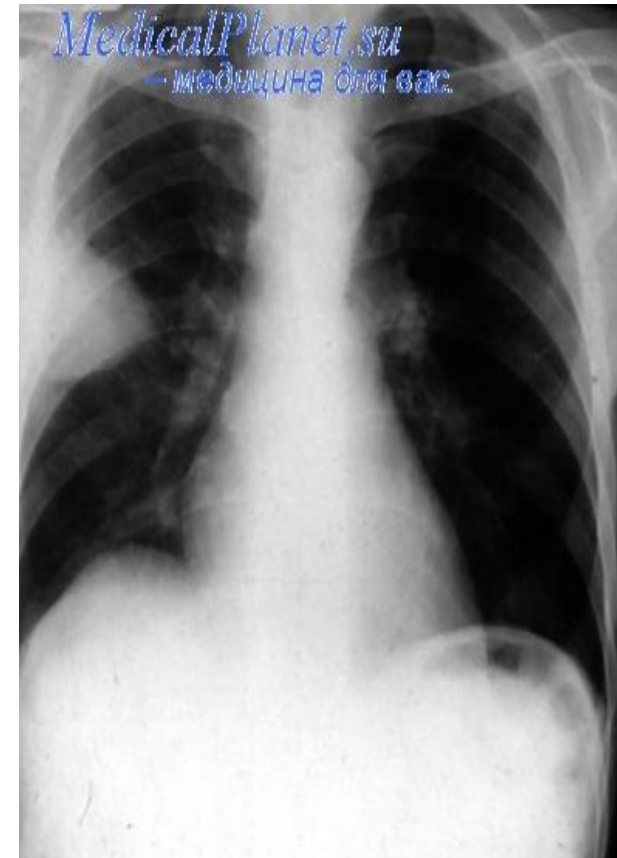
Рентгенологически:

- *Эндобронхиальный*. Вначале, когда нет полного стеноза бронха, возникает локальная эмфизема;
- Когда опухоль полностью перекрывает просвет бронха, формируется ателектаз: участок интенсивного гомогенного затенения с четкими контурами в соответствующем легочном поле. Сегментарные и долевые ателектазы обычно имеют треугольную форму с основанием, обращенным к периферии.
- При *перибронхиальной* форме рака на рентгенограмме выявляется затенение с нечеткими контурами в проекции опухолевого узла. Нарушения бронхиальной проходимости могут оказаться незначительными или полностью отсутствовать.



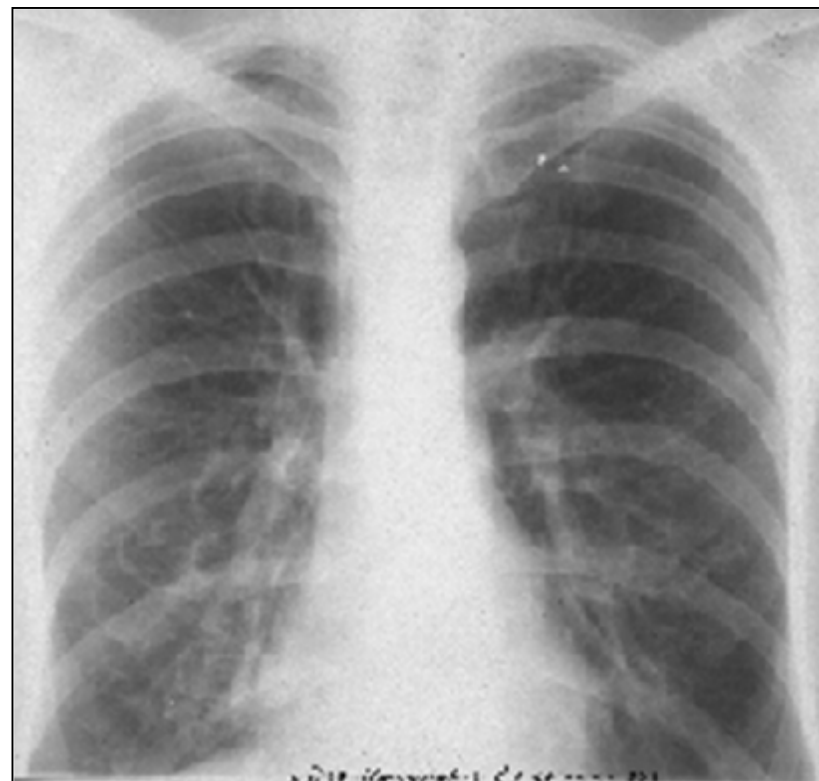
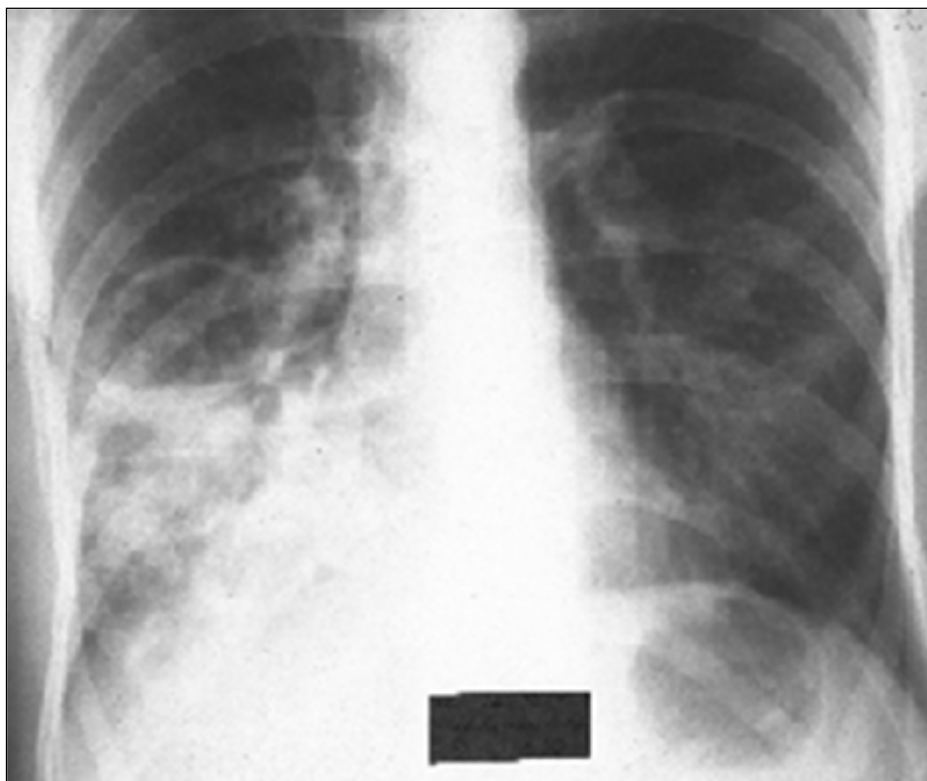
ИНФАРКТ ЛЕГКОГО

- 10-30% случаев ТЭЛА;
- Неспецифические симптомы+ кровохарканье (наблюдается у 30% больных), бледность кожных покровов с пепельным оттенком, набухание шейных вен, патологическая пульсация в эпигастральной области, тахикардия, над зоной инфаркта могут выслушиваться сухие и мелкопузырчатые хрипы. Во втором межреберье слева от грудины выслушивается акцент II тона и систолический шум;
- Определение Д-димера



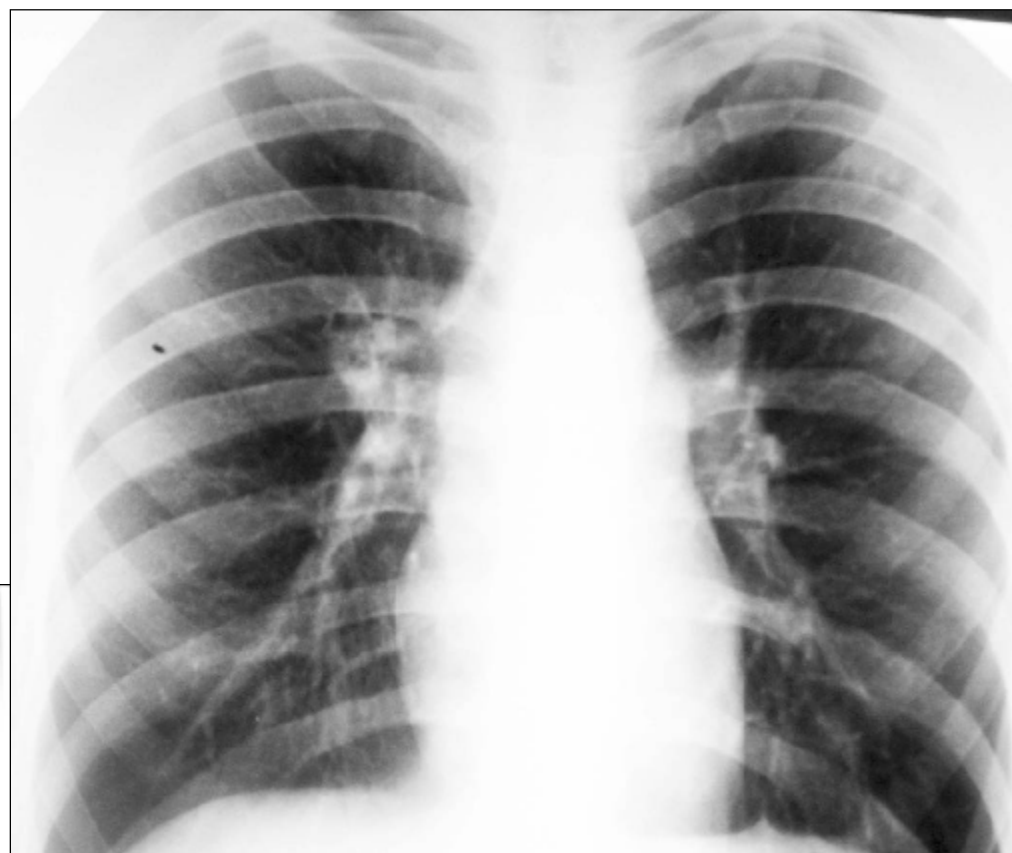
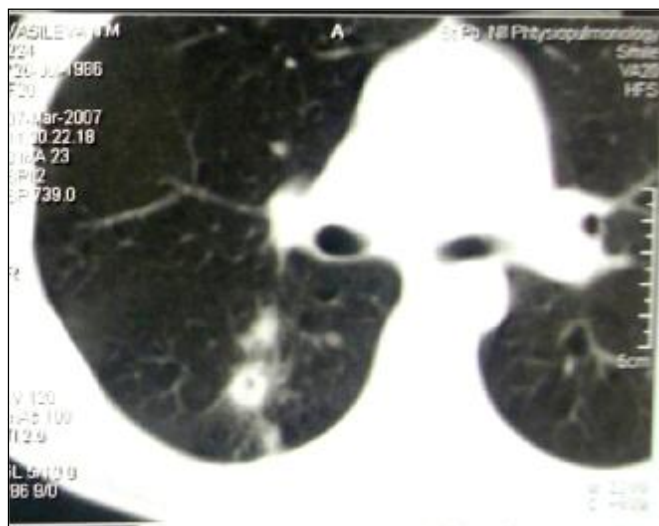
- При рентгенологическом обследовании определяется затенение чаще субплеврально, клиновидной формы, верхушкой обращенное к корню легкого с нечеткими контурами, однородной структуры, умеренной интенсивности, высокое стояние купола диафрагмы на стороне поражения
- Ангиопульмонография: расширение легочной артерии, культя сосуда, отсутствие контрастирования сосудов дистальнее места обтурации.





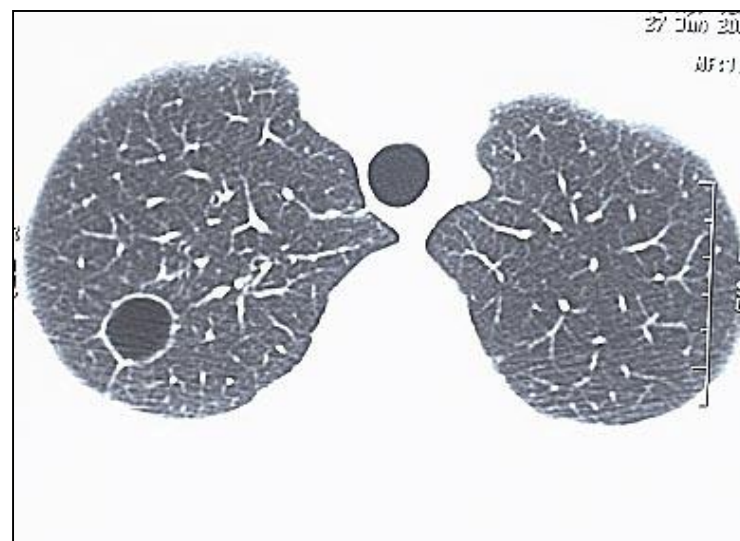
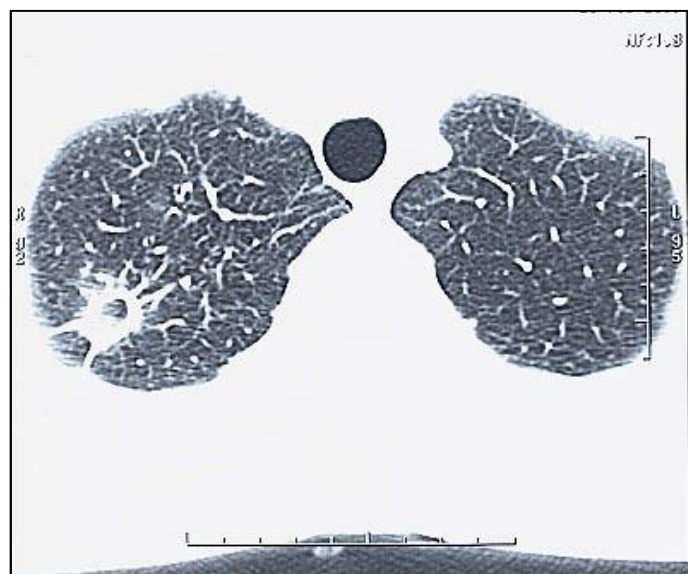
ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский
институт фтизиопульмонологии» Минздрава России





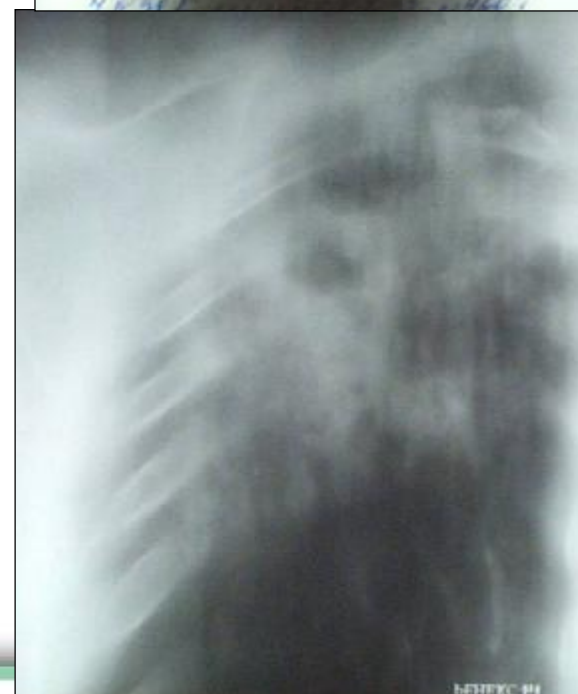
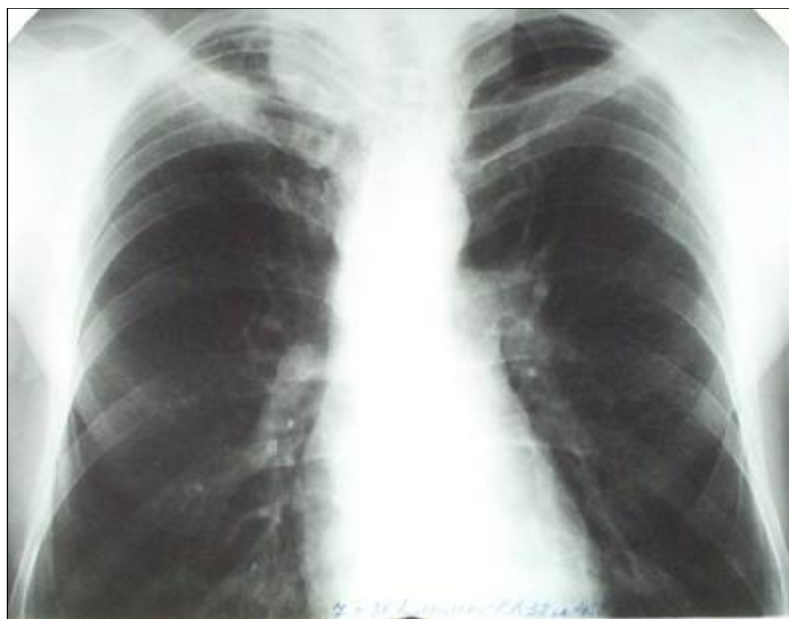
ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России





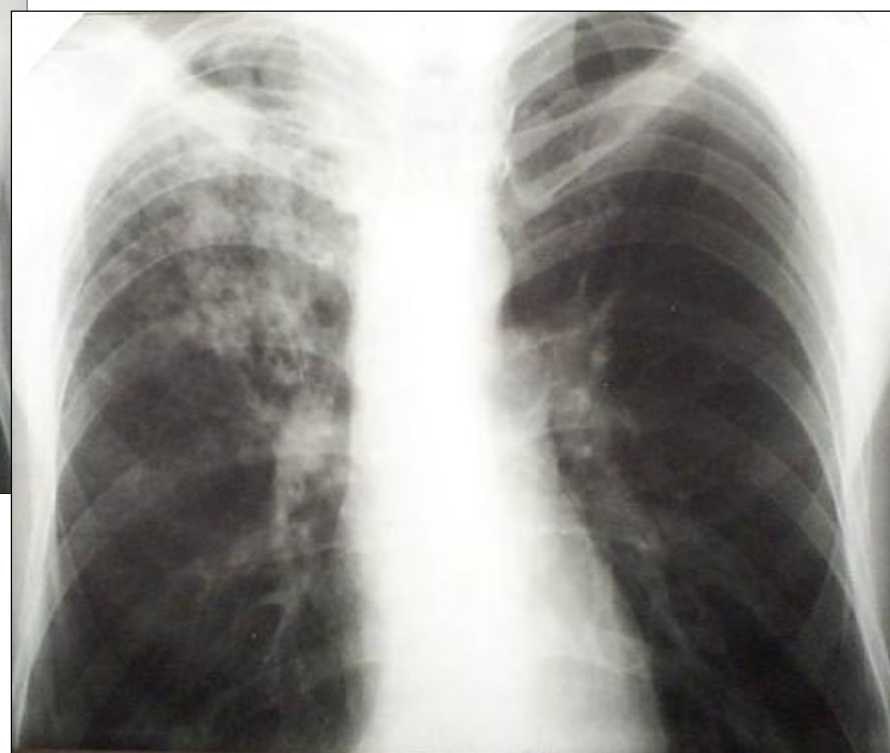
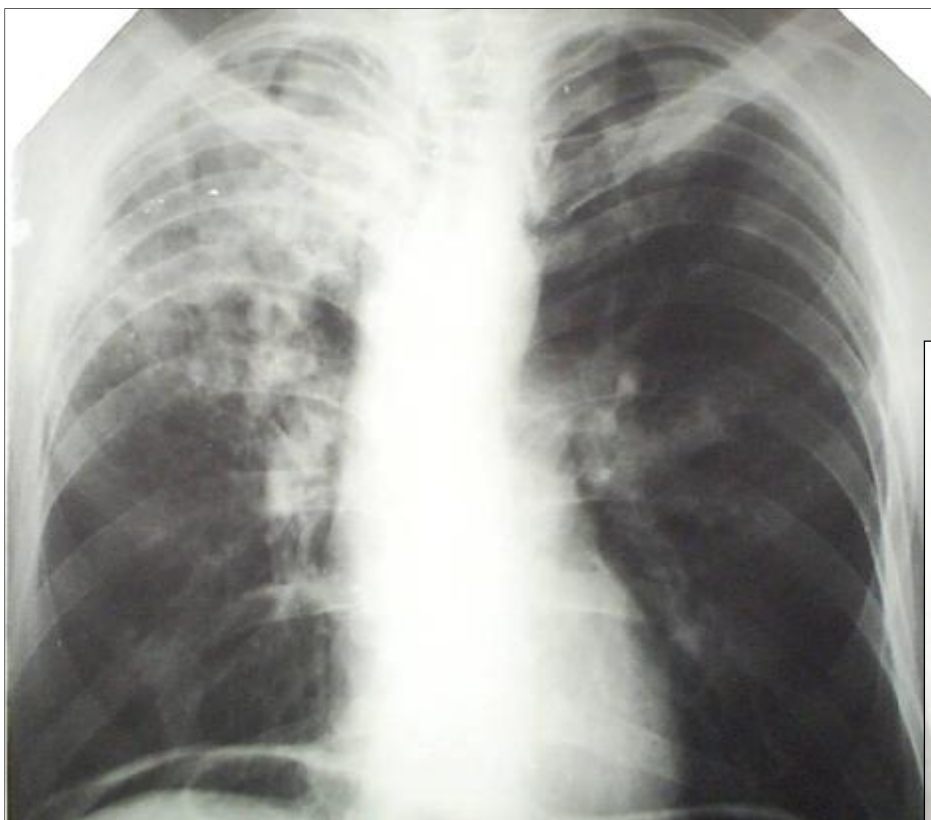
ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России





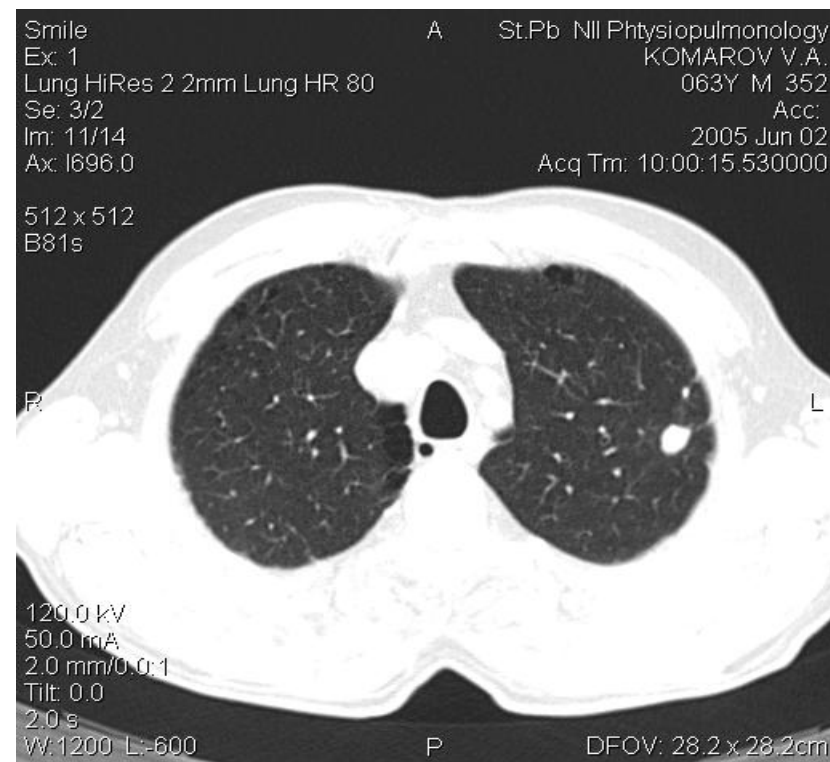
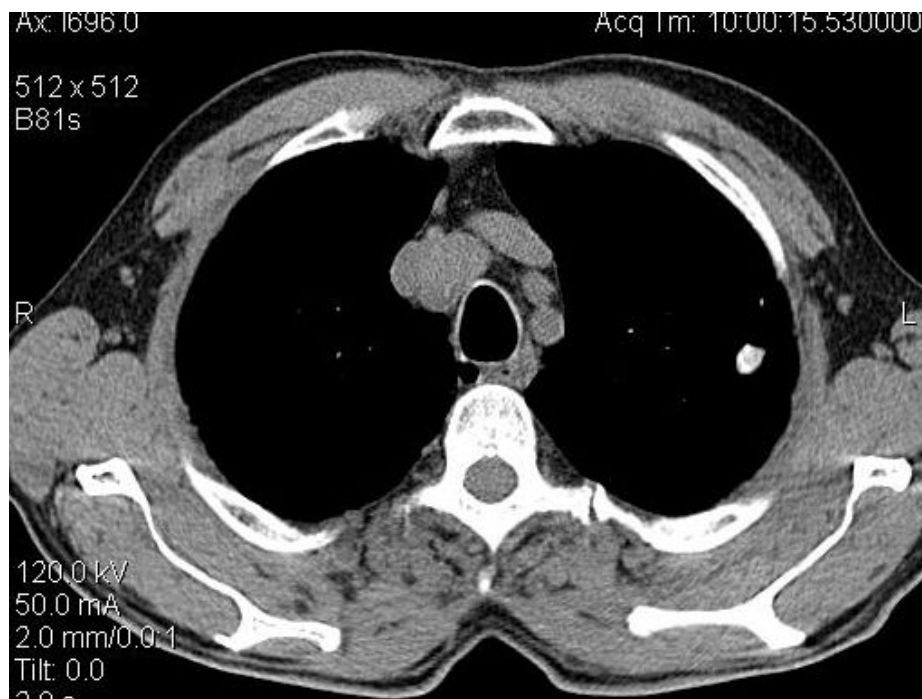
ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России





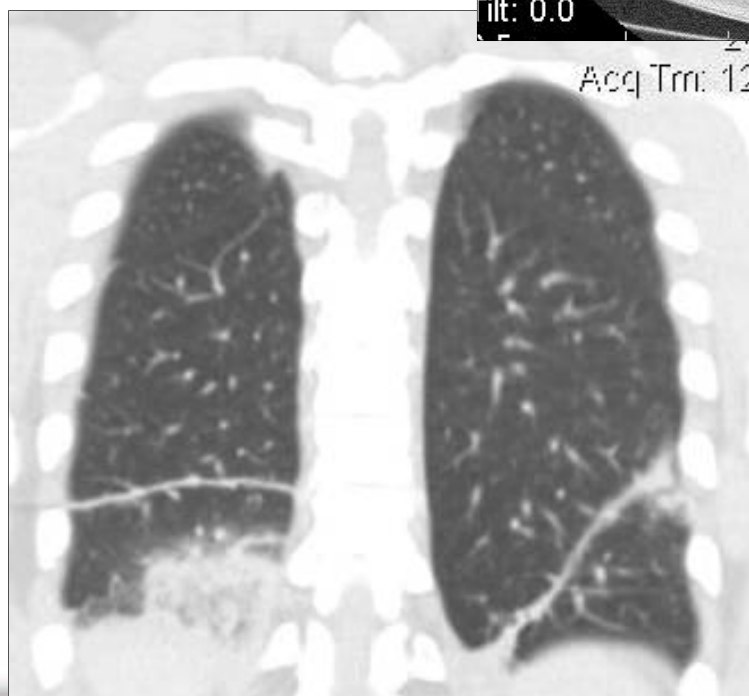
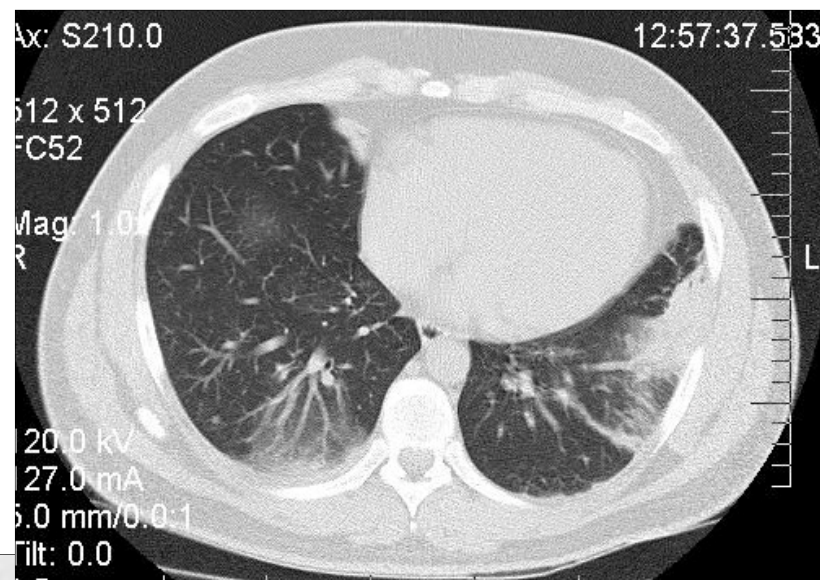
ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский
институт фтизиопульмонологии» Минздрава России





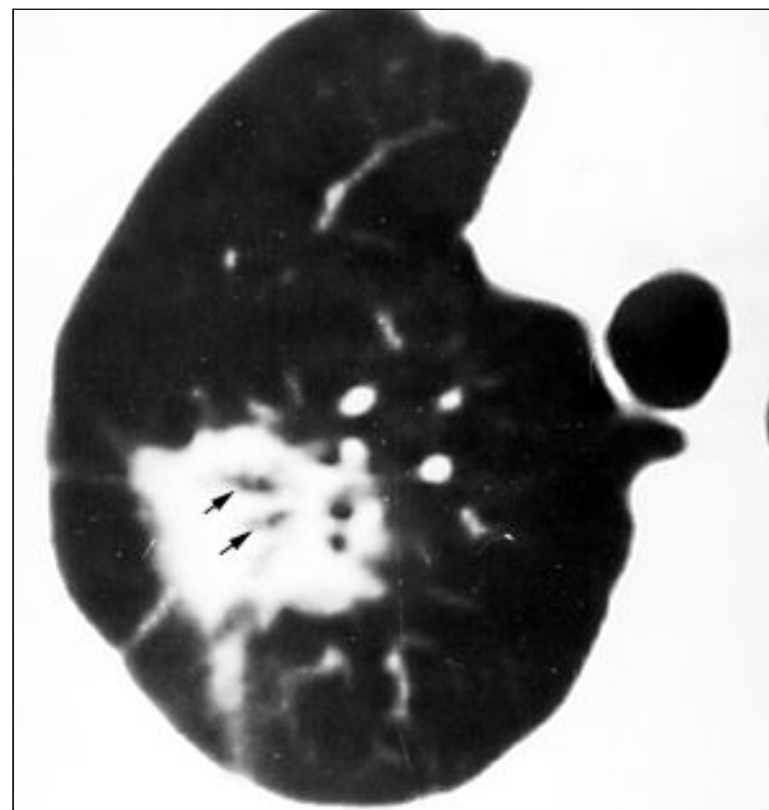
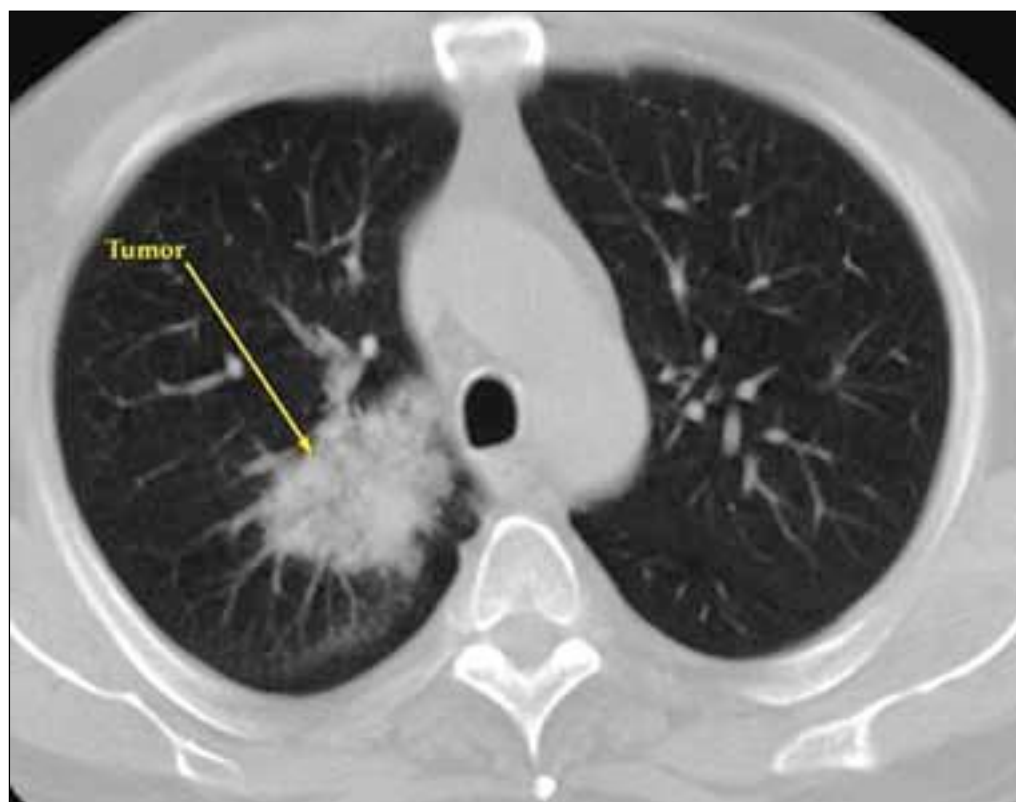
ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский
 институт фтизиопульмонологии» Минздрава России





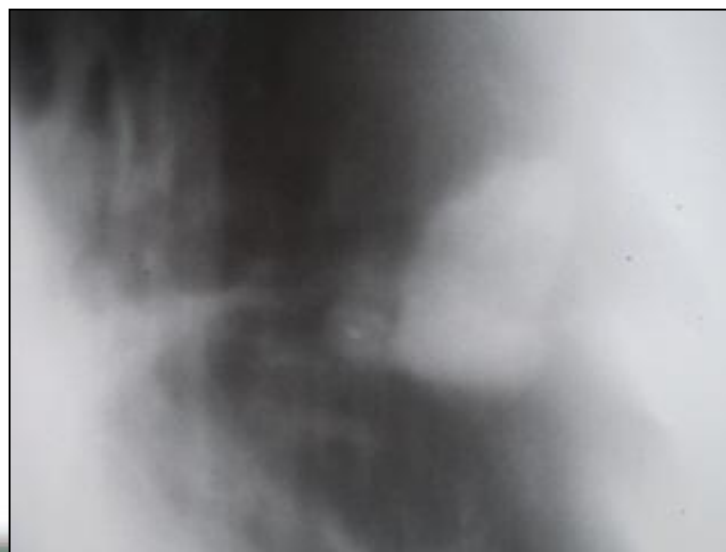
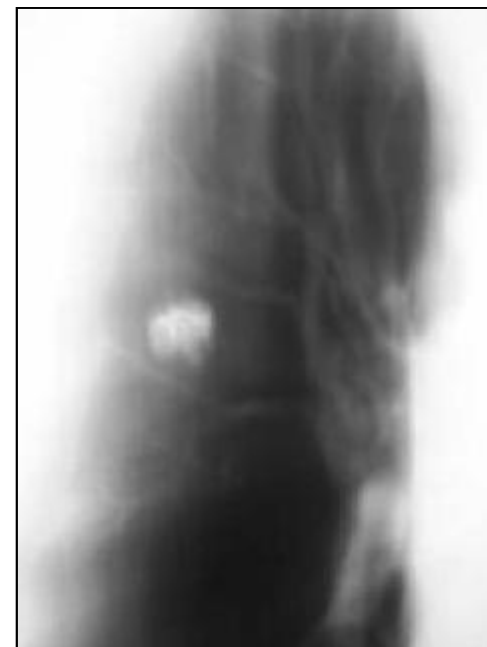
ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России





ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России





ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России



Лечение и наблюдение ИТ

- При наличии чувствительности МБТ к препаратам лечение по 1 или 3 режимам
- При наличии устойчивости МБТ к ПТП лечение по 4 или 5 или индивидуализированному режимам
- Наблюдение в I группе ДН.
- При излечении перевод в III группе ДН
При неудачи лечения II группа ДН



The background of the slide features a large, semi-transparent image of St. Isaac's Cathedral in Saint-Petersburg, Russia. The cathedral's prominent golden dome and classical architectural details are visible on the left side of the frame. The rest of the background is a solid, light peach or beige color.

Благодарю за внимание!

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России

