



**ГОУ ВПО
Тюменская медицинская академия
кафедра туберкулеза**

**Лекция № 10:
Инфильтративный туберкулез легких.
Патогенез. Классификация.
Клиническая картина. Диагностика,
дифференциальная диагностика
легочных инфильтратов.**

Доцент А.В.Козлова

Инфильтративный туберкулез легких – клиническая форма туберкулеза легких, характеризующаяся преимущественно экссудативным типом воспаления, склонностью к быстрому распаду и наличием клинической картины, напоминающей пневмонию.

Характеризуется (в отличие от очагового туберкулеза):

- *быстрой динамикой процесса;*
- *быстрым наступлением фазы распада.*

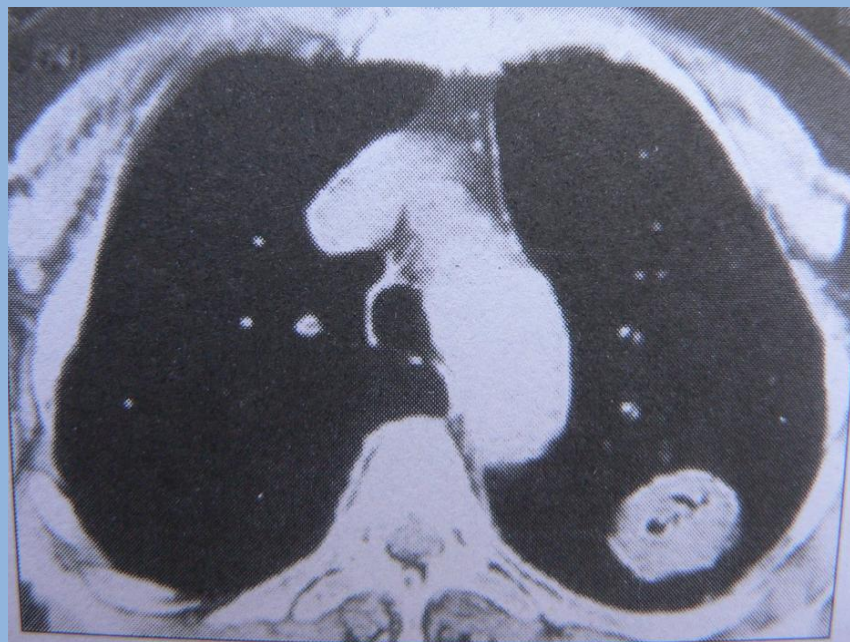
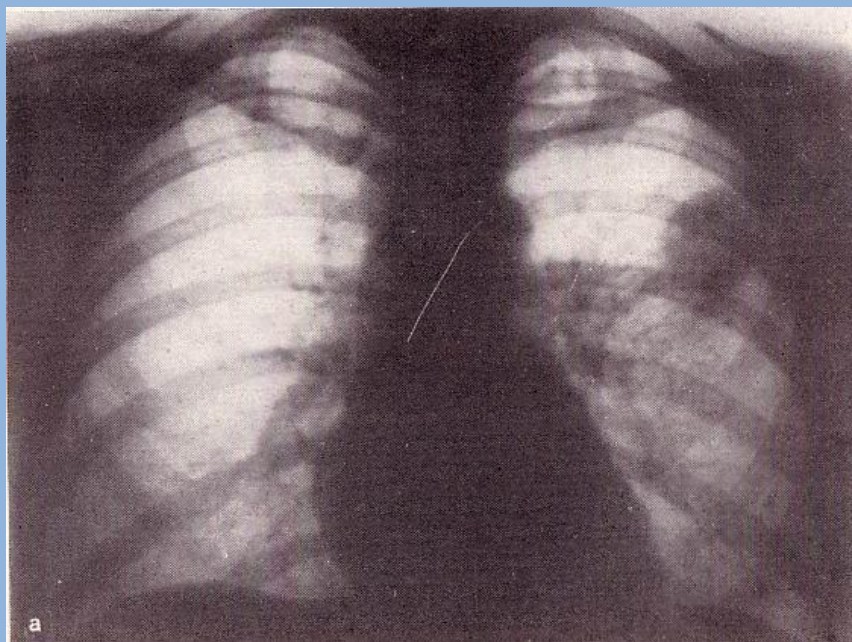


Патогенез инфильтративного туберкулеза легких.

- Один из создателей учения об инфильтрате Асман (1924).
- С помощью рентгенологического метода описал в легких тень округлой формы в подключичной области (ранний подключичный инфильтрат Ассмана).

Ассман и его современники были сторонниками экзогенной теории патогенеза.

Патогенез инфильтративного туберкулеза легких.



Патогенез инфильтративного туберкулеза легких.

Редекер доказал, что инфильтративные изменения образуются в легких с наличием «старых» туберкулезных очагов в следствие их реактивации.
(эндогенная теория патогенеза).

В 30-ые годы Б.М.Хмельницкий в мокроте больных с так называемым ранним инфильтратом Ассмана обнаружил тетраду Эрлиха (измененные МБТ, кристаллы холестерина, соли извести и обызвествленные волокна).

Патогенез инфильтративного туберкулеза легких.

Исходя из представления об эндогенной теории патогенеза инфильтративного туберкулеза, он может развиваться из:

- из старых туберкулезных очагов;*
- при прогрессировании свежих туберкулезных очагов;*
- из казеозно измененных лимфатических узлов (локализуются в средних и нижних отделах легкого);*
- из экстрапульмональных очагов.*

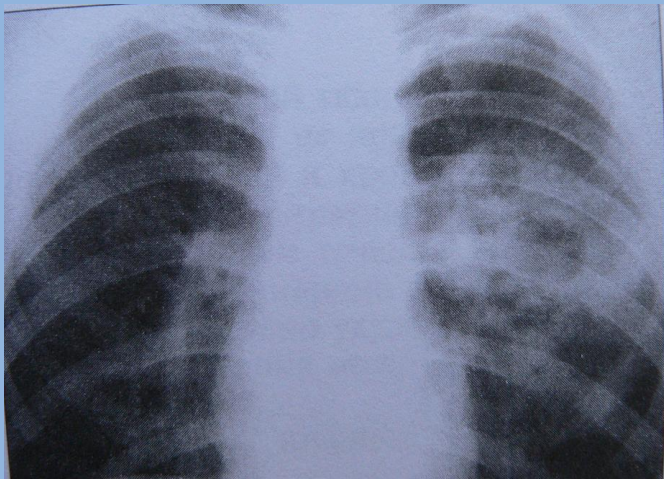
Патогенез инфильтративного туберкулеза легких.

Туберкулезный инфильтрат развивается в зонах гиперсенсibilизации легочной ткани, в которых уже побывала туберкулезная инфекция (В.А.Равич-Щербо).

Гиперсенсibilизация зон легкого – это приобретенное свойство легочной ткани, развивающееся в процессе течения туберкулеза.(Рич, 1944).

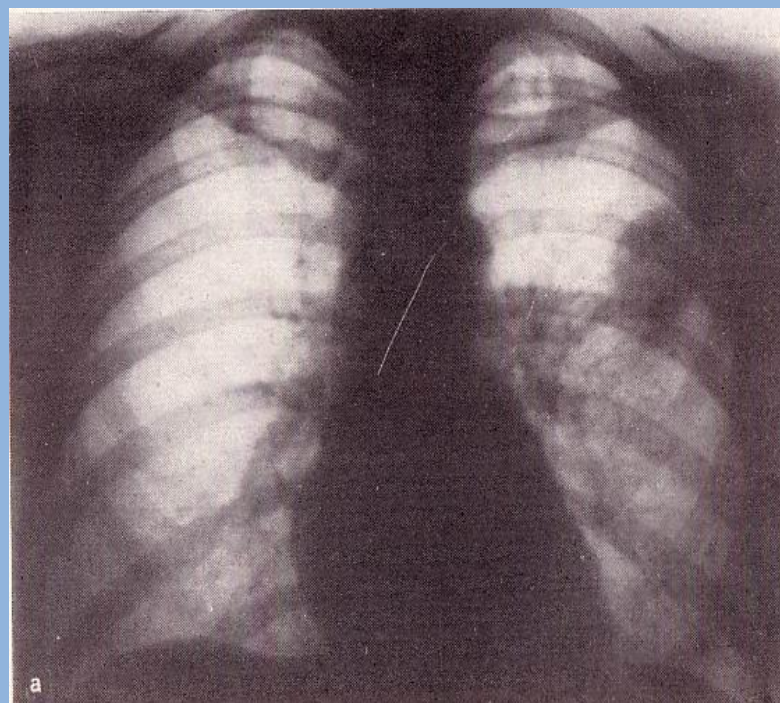
Клиникорентгенологические варианты инфильтративного туберкулеза.

- **Облаковидный** – впервые описан Г.Р.Рубинштейном, характеризуется наличием нежной, слабо интенсивной гомогенной тени с нечеткими размытыми контурами, при котором часто отмечается быстрое формирование распада и свежей каверны.



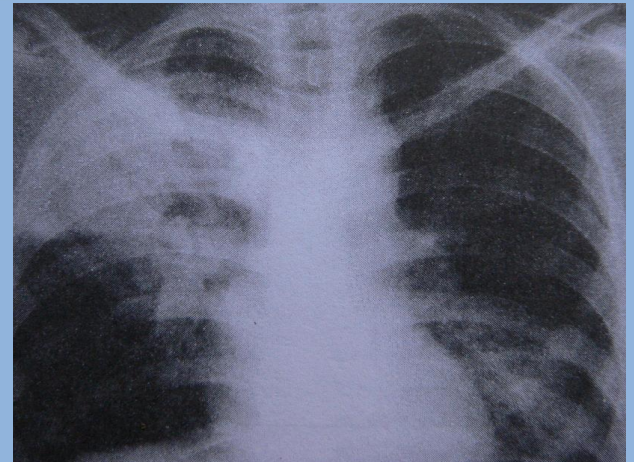
Клиникорентгенологические варианты инфильтративного туберкулеза.

- ***Круглый*** (типа Ассмана) – округлой формы гомогенная тень слабой интенсивности с четкими контурами и редко развивающимся распадом.



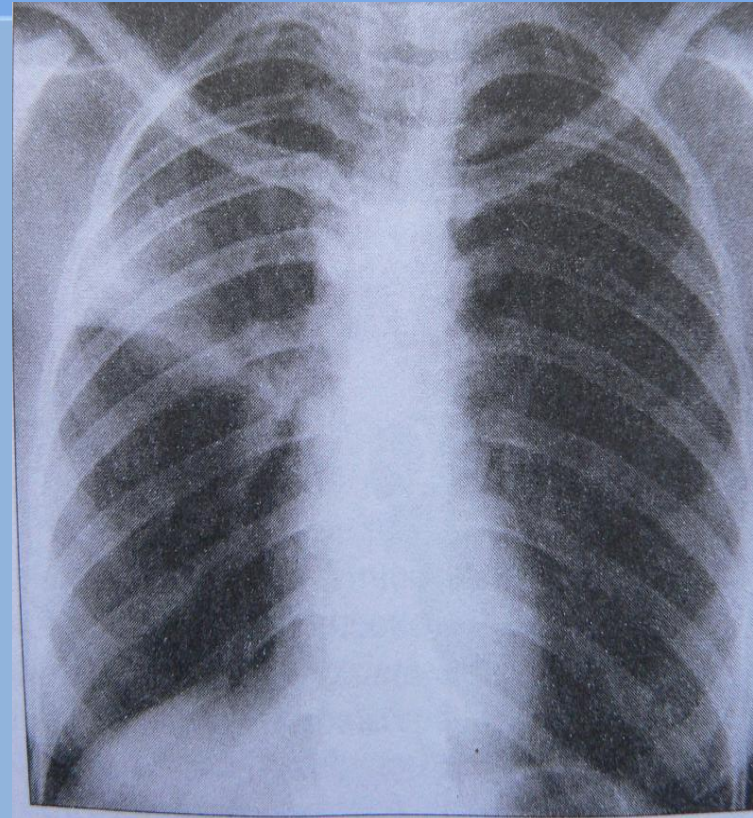
Клиникорентгенологические варианты инфильтративного туберкулеза.

- **Лобит** – обширный инфильтративный процесс, захватывающий целую долю легкого, тень, чаще всего, неомогенного характера с наличием одиночных или множественных полостей распада.
- У некоторых больных возможно формирование полости больших и гигантских размеров.



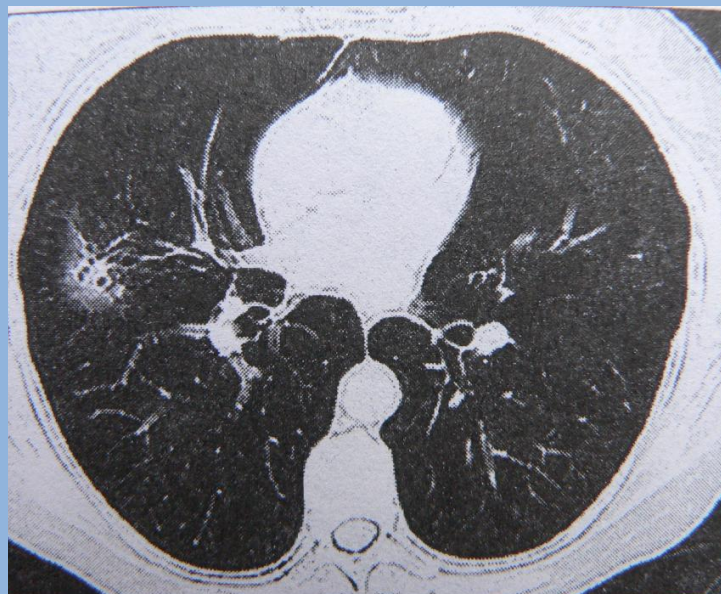
Клиникорентгенологические варианты инфильтративного туберкулеза.

- **Перисциссурит** – обширная инфильтративная тень с наличием с одной стороны четкого края, с другой – размытого.
- Такой характер тени определяется поражением 1-2-х сегментов, располагающихся вдоль междольной щели.
- Нередко отмечается поражение междолевой плевры иногда с накоплением выпота.
- Распад легочной ткани наблюдается редко.



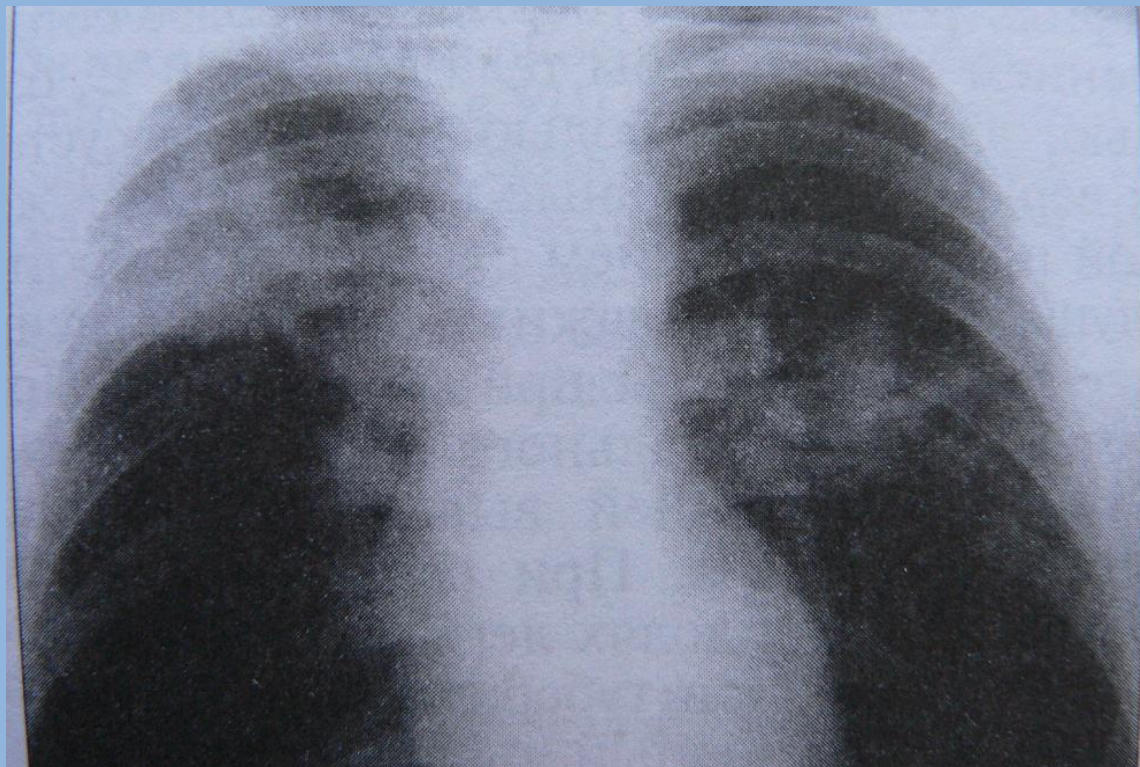
Клиникорентгенологические варианты инфильтративного туберкулеза.

- **Лобулярный** - неомогенная тень, представляющая собой слившиеся крупные и мелкие очаги в один или несколько конгломератов, в центре которых часто располагается распад.



Клиникорентгенологические варианты инфильтративного туберкулеза.

При всех клинико-рентгенологических вариантах не только характерно наличие инфильтрата, часто с распадом, но и бронхогенное обсеменение как на стороне поражения, так и в противоположном легком.

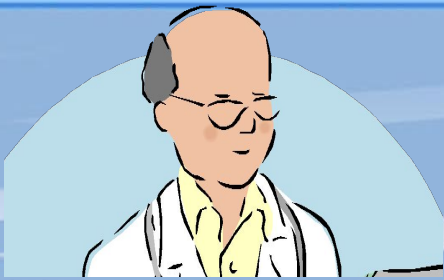


Клиническая картина.

- ***Течение:***
 - латентное (безсимптомное);
 - постепенное (малосимптомное);
 - острое.

У большинства больных отмечается повышение температуры тела в течение 5-6-10 дней до 38-39 градусов, потливость, особенно по ночам, снижение работоспособности, утомляемость, снижение аппетита, похудание.

Из грудных жалоб: кашель с выделением слизистой мокроты, иногда кровохарканье, боли в груди на стороне инфильтрата.



Клиникорентгенологические варианты инфильтративного туберкулеза.

- **При осмотре:** признаки туберкулезной интоксикации (блеск в глазах. Стойкий красный дермографизм, повышенная влажность кожных покровов, отставание в акте дыхания одной из половин грудной клетки, положительный симптом Поттенжера-Воробьева).
- **При физикальном обследовании:** хрипы выслушиваются на протяжении нескольких дней, после начала лечения хрипы быстро исчезают.

При обширных инфильтратах можно выявить притупление в соответствующих областях легких, изменение дыхания, единичные сухие и влажные мелкопузырчатые хрипы, иногда – шум трения плевры.

Даже при лобите не встречается столь выраженного бронхиального дыхания.



Клиникорентгенологические варианты инфильтративного туберкулеза.

Казеозная пневмония наиболее тяжелая форма
инфильтративного туберкулеза.

Начало **острое**.

Напоминает **круппозную пневмонию, брюшной тиф, сепсис**.

Лихорадка **гектического характера**.

Боли в груди, кашель, одышка.

При объективном обследовании:

симптомы дыхательной недостаточности;

цианоз губ, акроцианоз;

значительное укорочение перкуторного звука над пораженной долей;

бронхиальное дыхание;

множественные звучные мелкопузырчатые хрипы.

Рентгенологическая диагностика



Разнообразие рентгенологических проявлений.
Легочный фон.

Протяженность поражения.

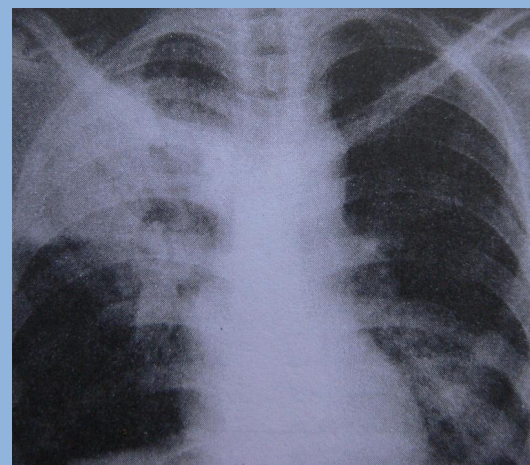
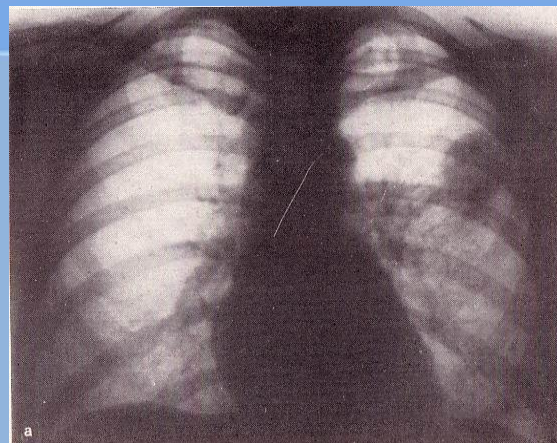
Вовлечение в процесс бронхиальной системы.

Глубина патоморфологических изменений
(зависит от выраженности казеозного поражения).

Старые туберкулезные изменения в легких: плотные очаги, фиброзно-склеротические изменения, плевро-пульмональные рубцы, кальцинаты)

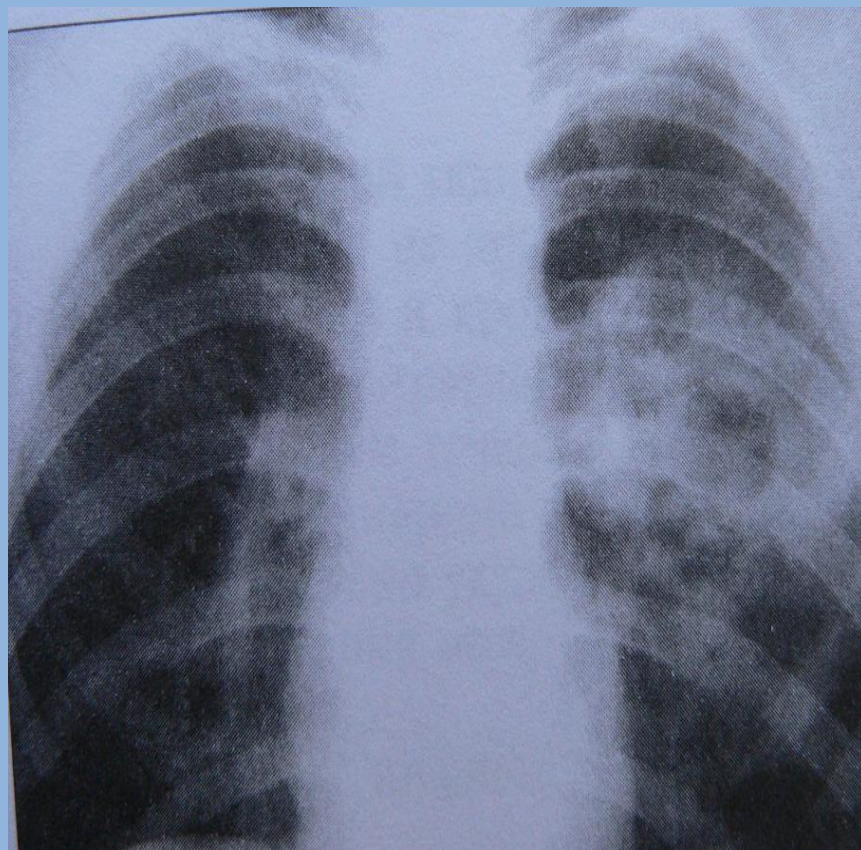
Рентгенологическая диагностика

- **Ограниченные** инфильтративные процессы в виде уплотнений фокусного характера (округлые инфильтраты).
- **Разлитые**, часто обширные инфильтративные процессы в виде участков уплотнения легочной ткани (сегментарные, бисегментарные, лобарные).



Рентгенологическая диагностика

- **Тень инфильтрата имеет:**
 - диффузный характер,
 - слабую или среднюю интенсивность;
 - тень не перекрывает легочный рисунок;
 - неоднородность тени определяется наличием полостей распада, очагов и интерстициальных изменений в окружающей легочной ткани.



Рентгенологическая картина.

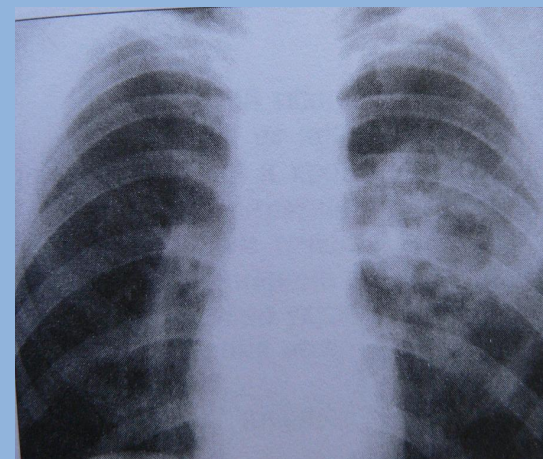
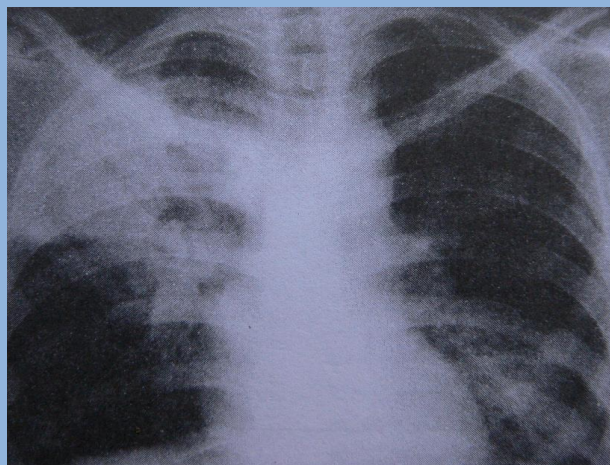
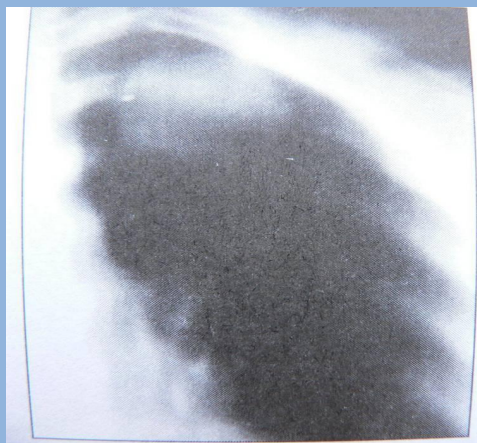
Интенсивность и структура тени зависят от:

- преобладания перифокального воспаления;
- преобладания казеозных изменений.

Чаще ***интенсивность тени***, особенно крупных разлитых инфильтратов, значительная, что определяется характерной для них большой выраженностью казеозного компонента, а также сопутствующим апневматозом в участке поражения.

Рентгенологическая диагностика.

- **Преимущественной локализацией инфильтратов являются кортикальные отделы верхних долей легких.**
- **Чаще инфильтраты располагаются в 1,11,У1 сегментах легких.**
- **На обзорных рентгенограммах в прямой проекции инфильтраты проецируются в подключичной области, верхушке легкого, средних отделах легких.**



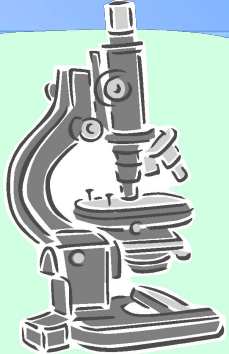


Лабораторная диагностика.

Изменения в гемограмме:

- отсутствуют;
- незначительный лейкоцитоз с небольшим палочкоядерным сдвигом влево, иногда лимфопения или лимфоцитоз, моноцитоз, ускорение СОЭ;
- сочетание лимфопении и моноцитоза наблюдается при распаде инфильтративного фокуса и бронхогенном обсеменении.

При казеозной пневмонии отмечается более выраженный лейкоцитоз ($20 \times 10^9/\text{л}$, соэ $50 \dots 60 \text{ мм/час}$, гипохромная анемия).

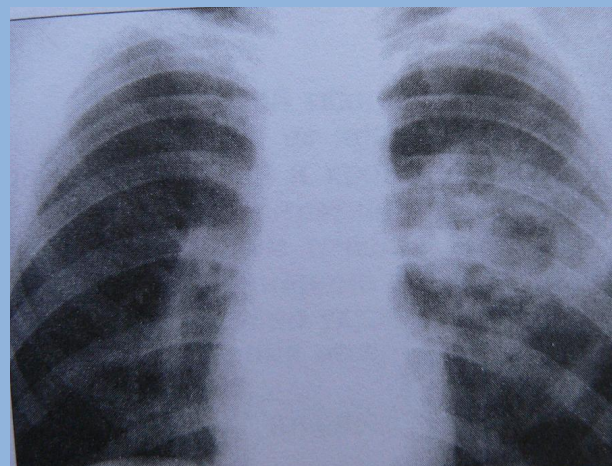
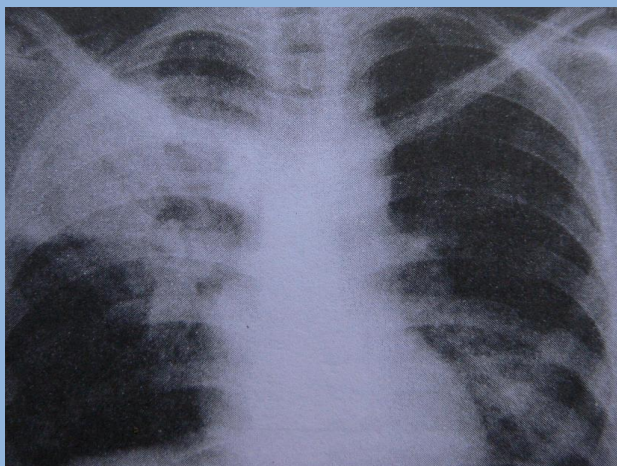


Лабораторная диагностика.

Изменения в протеинограмме:

- отсутствуют;
- снижение уровня альбуминов;
- повышение уровня глобулинов.

Диспротеинемия более выражена при распространенных инфильтратах, их прогрессировании, казеозной пневмонии.





Лабораторная диагностика.

Обнаружение в мокроте (промывных водах бронхов)
МБТ;

Эластические волокна с сохранением их
альвеолярного строения.

Обнаружение тетрады Эрлиха (реже):

- 1.МБТ;
- 2.эластические волокна;
- 3.соли извести;
- 3.кристаллы холестерина.



Инволюция заболевания.

Исчезновение клинических проявлений: сначала грудные симптомы, затем симптомы интоксикации (ощущение состояния здоровья);

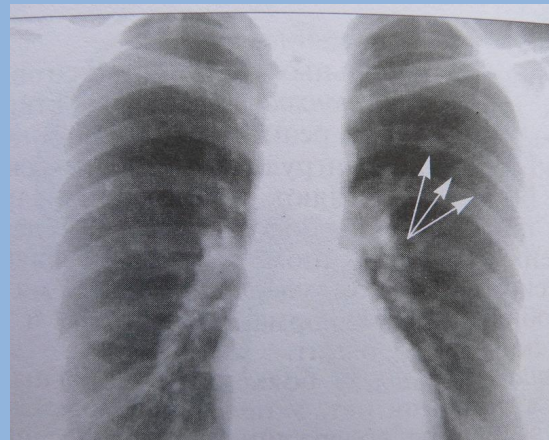
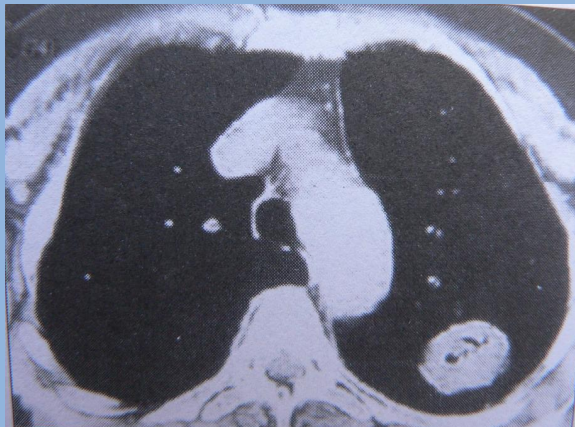
Прекращение бактериовыделения (в течение 3-4-х месяцев);

Инволюция морфологических изменений (рентгенологических) – рассасывание инфильтрата, рубцевание каверны.

Инволюция заболевания.



- Рассасывание без видимых остаточных изменений;
- Рассасывание с наличием на месте инфильтрата очаговых и фиброзных изменений;
- Фомирование туберкулемы (в следствие осумкования инфильтрата);
- Формирование метатуберкулезного синдрома





Дифференциальная диагностика инfiltrативного туберкулеза.

- ***А. с неспецифическими заболеваниями легких:***
 1. ***Неспецифическая пневмония.***
 - ***нередко предшествует вирусная инфекция;***
 - ***развивается более остро;***
 - ***состояние больного в большей степени коррелирует с выраженностью морфологических изменений;***
 - ***локализация чаще нижнедолевая;***
 - ***мокрота слизисо-гнойная и в большем количестве;***
 - ***при микроскопическом исследовании мокроты обнаруживается неспецифическая микрофлора;***
 - ***быстрый эффект от неспецифической (2-3 недели) терапии с полным рассасыванием infiltrативных изменений и купированием катаральных явлений.***

Дифференциальная диагностика инфильтративного туберкулеза.

2. Эозинофильный инфильтрат.

- аллергический анамнез (глистная инвазия, аллергический дерматит, длительный прием антибиотиков);*
- затемнение в легких слабой интенсивности;*
- «летучий» характер тени;*
- эозинофилия в периферической крови;*
- эффект от применения антигистаминных средств, а в тяжелых случаях – стероидных гормонов.*

Дифференциальная диагностика инфильтративного туберкулеза.

3. Инфильтративная форма рака:

- более выраженная клиническая картина (интенсивные нарастающие боли в грудной клетке, похудание до кахексии, более выраженные слабость, одышка);*
- симптом «ампутации» бронха, выявляемый при томографии в различных проекциях и бронхографии (сегментарные, субсегментарные бронхи);*
- обнаружение атипичных клеток в мокроте или промывных водах бронхов.*

Дифференциальная диагностика инфильтративного туберкулеза.

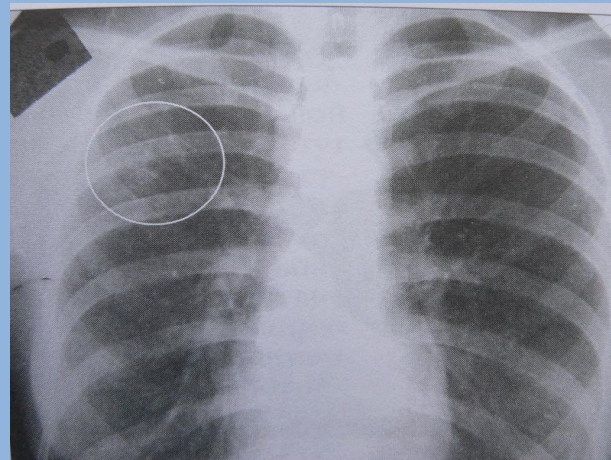
Подвижность клинических симптомов, а также физикальных и рентгенологических данных имеет важнейшее значение для разграничения специфических и других процессов в легких.

(А. Е. Рабухин, 1976)

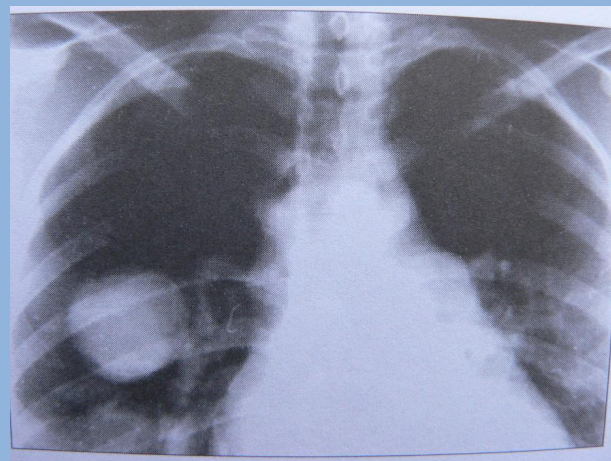
Дифференциальная диагностика инфильтративного туберкулеза.

Б. Среди клинических форм туберкулеза:

- с очаговым туберкулезом легких;



- с туберкуломой легких.



Дифференциальная диагностика инфильтративного туберкулеза.

**Инфильтративный туберкулез легких -
такая форма туберкулеза, при которой
необходима ускоренная диагностика.**

**При ней чаще всего наблюдается
кавернообразование.**

**Деструктивный процесс обычно
затягивает, затрудняет излечение
туберкулеза.**