

**Система
непрерывного медицинского
образования
Специальность : ФТИЗИАТРИЯ
Учебный модуль №5**

***Ограниченные формы
туберкулеза легких***



*В сфере
здравоохранения
и медицины для
предупреждения
распространения
туберкулеза и его
успешного лечения*

*ключевое значение имеет
своевременное выявление больных.*

М.И. Перельман

В условиях патоморфоза заболевания ограниченные формы туберкулеза легких, к которым относится прежде всего очаговый туберкулез,

привлекают особое внимание не только фтизиатров

С этой формой связан поиск ответа на один из злободневных вопросов фтизиатрии – своевременность выявления заболевания.

Ведь если бы удавалось выявлять туберкулез на этапе его начального развития – очаговой формы, эпидемическая ситуация изменялась бы значительно быстрее..

В стране (СССР) в конце прошлого столетия очаговый туберкулез легких считался самым частым проявлением легочного туберкулеза у взрослых, составляя до 40—50% среди всех впервые выявленных случаев. Это свидетельствовало о качественном проведении массовых флюорографических обследований и повышении состояния здоровья . населения

Отечественная клиническая классификация (приказ МЗиСР №109)

Очаговый туберкулез легких характеризуется:

- наличием немногочисленных очагов, преимущественно продуктивного характера,
- локализующихся в ограниченном участке (одного или обоих легких) и занимающих 1-2 сегмента,
- малосимптомным клиническим течением.

Очаговыми формами рекомендовано рассматривать:

- как недавно возникшие, свежие («мягко-очаговые», слабоконтурированные («мягкие») очаговые тени со слегка размытыми краями. ») процессы размером <10 мм,
- так и более давние (фиброзно-очаговые) образования с явно выраженными признаками активности процесса, при отсутствии активности как остаточные изменения излеченного туберкулеза.

Патогенез

Очаговый туберкулез, как и другие формы ТБ, развивается:

- на фоне относительно сниженного иммунитета,
- при обострении очагов первичной инфекции (например, осложненного первичного комплекса или после бессимптомно перенесенного диссеминированного или инфильтративного ТБ),
- при эндогенном метастазировании инфекции из пораженных туберкулезом других органов (часто из казеозных лимфатических узлов)
- вследствие экзогенной инфекции (суперинфекции).
 - как исход других клинических форм

Представителями отечественной школы фтизиатров доказано преобладание в патогенезе очагового туберкулеза эндогенной реактивации старых очагов (остаточных туберкулезного происхождения изменений).

Морфологические изменения, характерные для очагового туберкулеза легких, были описаны еще в начале столетия А. И. Абрикосовым (очаги Абрикосова), Различные типы очаговых изменений при очаговом туберкулезе известны по именам впервые описавших их исследователей Пуля (1922), Ашофа (1929), Симона (1930).

А. И. Струков описал несколько стадий в процессе обострения фиброзно-очагового туберкулеза - изначальное расплавление капсулы очага, затем развитие лимфангита, далее нарушение проницаемости и разрушение стенки бронхов с последующим бронхогенным распространением процесса и формированием новых очагов.

При прогрессирующем развитии может наступить расплавление творожисто-некротических масс в очаге. В целом морфологически очаговый туберкулез легких проявляется большим многообразием элементов в зависимости от генеза, фазы и длительности процесса.

Очаговый туберкулез легких

Определение клинической формы

Впервые возникший или инволютивный ограниченный процесс с преимущественно продуктивным типом воспаления

(в пределах не более 3-х сегментов).

Клинические варианты

Хронический – **«фиброзно-очаговый»**

(результат инволюции других форм)

Свежий – **«мягко-очаговый»**

(возникший преимущественно в интактном легком).

В преобладающем большинстве случаев –

вторичный туберкулез

В структуре заболеваемости резкое снижение частоты

– до 5-6%, (показатель эффективности профилактических осмотров)

В ЦНИИТ РАМН Н. А. Шмелевым, З. С. Земсковой и И. Р. Дорожкой было установлено, что в старых очагах могут сохраняться так называемые персистирующие формы микобактерий туберкулеза.

МБТ могут длительное время не размножаться, нередко меняют свои морфологические свойства, определяются в виде зерен, ультрамелких и L-трансформированных форм.

В случаях снижения иммунитета, при соответствующих условиях происходит их реверсия, они могут превращаться в жизнеспособные ревертанты и обусловить вспышку туберкулеза.

Нашими исследованиями в группах риска подтверждены значительные изменения структуры МБТ в ОТИ при реактивации туберкулеза, в том числе и в форме очагового.

Эти изменения должны учитываться фтизиатром

Так как очаговая форма очень часто является начальной фазой процесса (в клиническом плане), то диагностика заболевания у таких больных будет ранним выявлением туберкулеза.

Если при оценке времени диагностики туберкулеза, обосновано говорить о **своевременном** выявлении заболевания, то при очаговом процессе пожалуй возможно утверждать действительно о **раннем** выявлении. Однако далеко не всегда очаговый туберкулез может быть отнесен к ранним формам. Процесс может протекать хронически и может быть выявлен спустя много лет после начала болезни.

При возможности излечивать подавляющее большинство в/в больных, исход других форм в очагово-фиброзные изменения наблюдается чаще других и формулируется как состояние клинического излечения с формированием выраженных (невыраженных) ОТИ.

Именно представители отечественной харьковской школы
фтизиатров

Б. М. Хмельницкий и М. Г. Иванова доказали -
очаговый туберкулез развивается, как правило, в
результате эндогенной реактивации старых очагов.

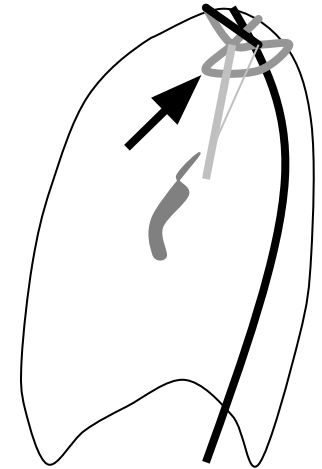
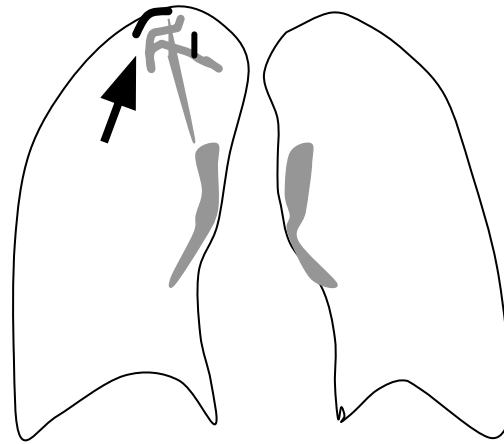
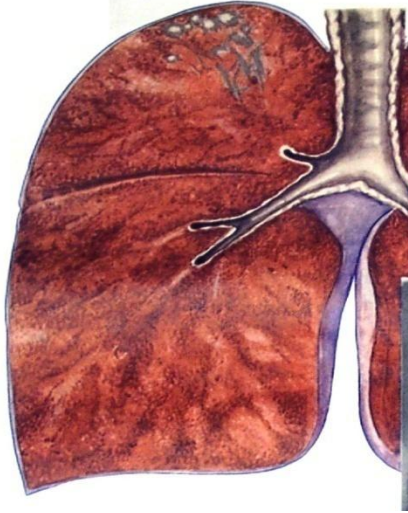
В настоящее время общепризнано –
хотя экзогенный механизм возникновения очагового
туберкулеза возможен, чаще очаговый туберкулез
возникает в результате не суперинфекции, а реактивации
старых остаточных туберкулезного происхождения
изменений.

Наиболее частым источником очагового туберкулеза
легких являются остаточные очаги, образовавшиеся в
период первичной туберкулезной инфекции.

На этом основании были сформированы в свое время
группы повышенного риска (7 ГДУ), к которой возможно

еще вернемся

Очаговый туберкулез легких



**Очаговый туберкулез в/доли
правого легкого (S1-2), фаза
инфильтрации, МБТ ?.**

Клиника.

Очаговый туберкулез легких характеризуется малосимптомным клиническим течением.

Клиническая симптоматика при этой форме определяется, но она так мало выражена, что у больного нет субъективного ощущения болезни.

Именно поэтому такие больные практически не обращаются по поводу этих признаков за медицинской помощью и выявление очагового туберкулеза пассивно бывает или случайно, или при целенаправленном обследовании (выполнение клинического минимума). Следует помнить, что активное выявление заболевания требует достаточного времени у врача, его настороженности по поводу туберкулеза и наличия комплекса диагностических методов.

Возможно выявить синдром общей интоксикации и грудной, обусловленный поражением органов дыхания.

Интенсивность проявлений, частота и выраженность симптомов зависит от варианта развития очагового процесса. Выраженность синдромов зависит и от активности процесса, они наиболее выражены у больных в период обострения, в фазе инфильтрации или фазе распада.

Особенно следует отметить такие проявления интоксикации, наряду с повышением температуры тела, как вегетодистонические симптомы - повышенную потливость, иногда тахикардию, раздражительность, субъективно больной ощущает это как снижение работоспособности и усталость.

Пожалуй, именно это симптомы, при достаточном внимании к своему здоровью, могут заставить больного обратиться за медицинской помощью или, как минимум, консультацией врача или психолога

Грудные симптомы мало привлекают к себе внимание не только больного, но и врача.

Это объясняется не только их малой выраженностью и частотой, но и следующим обстоятельством.

При массовом распространении табакокурения и развивающегося у курильщиков хроническом обструктивном бронхите его проявления «заглушают» и проявления грудного синдрома при туберкулезе, и внимание к нему.

Пожалуй, наиболее информативный симптом – это кровохарканье при распаде очага, мимо этого не проходит ни больной, ни врач.

NB! Тем не менее «целесообразно»

обследовать больного физикальными методами, так как располагая, как правило, данными лучевого обследования, врач знает локализацию поражения и может более точно определить место для исследования перкуторно и аускультативно, где надо искать хрипы и измененное дыхание после покашливания больного.

Клинические симптомы

Более типичны при свежем варианте.

1. Незначительная симптоматика туберкулезной интоксикации:

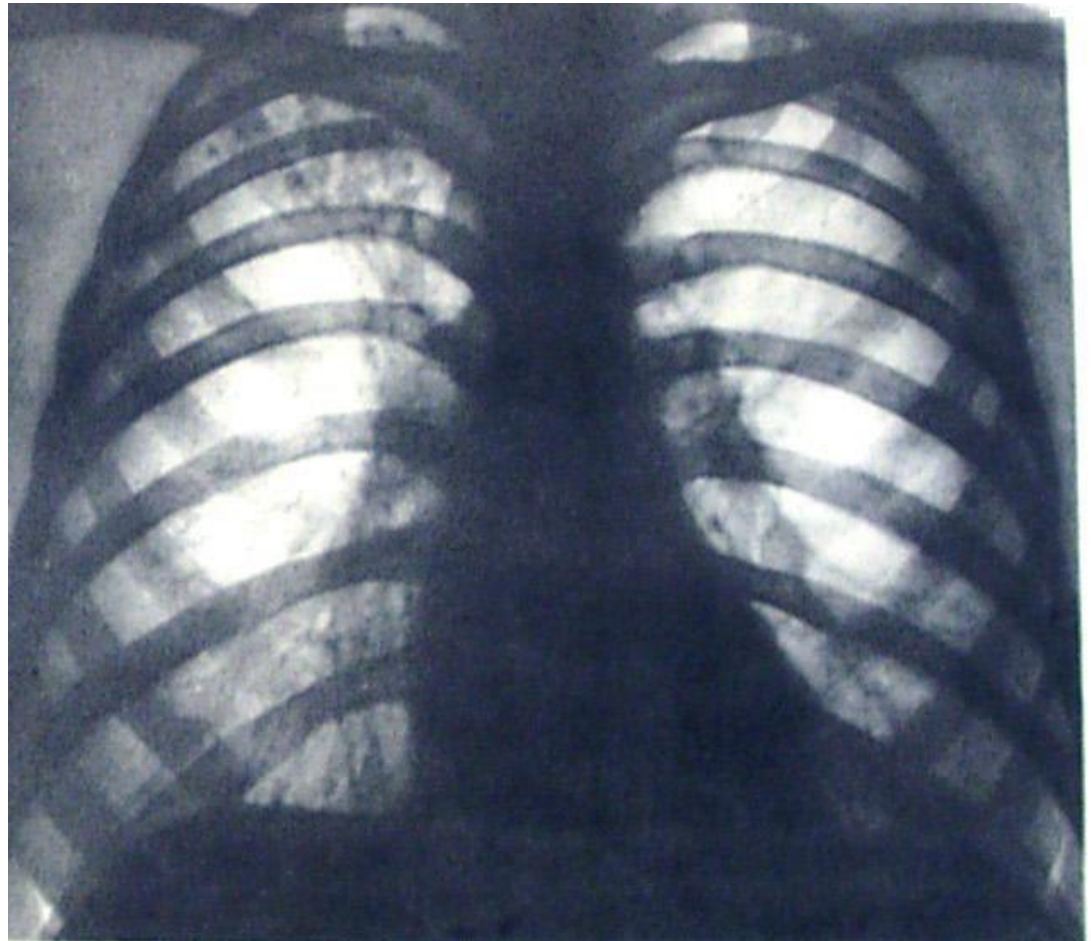
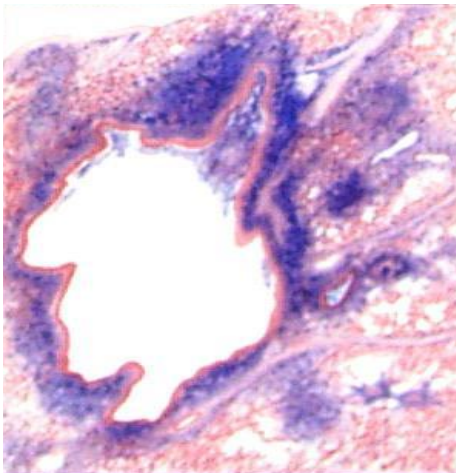
- слабость, быстрая утомляемость, потливость,
- снижение аппетита, похудание,
- субфебрильная температура

2. Скудные признаки, связанные с поражением легких, бронхов, плевры –
покашливание,

- одышка при физической нагрузке,
- незначительные боли в грудной клетке,
- редко кровохарканье (чаще при хроническом варианте),

Наиболее информативным методом в диагностике очагового туберкулеза является, без сомнения, исследование лучевыми методами (рентгенологическое). Сохраняет свое значение утверждение, что без такого исследования нельзя верифицировать диагноз очагового туберкулеза легких, так как нельзя определить локализацию, число, плотность и контуры очагов. Данные динамического наблюдения рентгенологическим методом это и наиболее надежный критерий в оценке результатов лечения - рассасывание (полное или частичное) очагов, их уплотнение, рубцевание полостей.

Однако совершенно неверно верифицировать диагноз только по данным лучевого обследования, ориентируясь на такие признаки активности очагового туберкулеза, как интенсивность, четкость контуров, появление новых очаговых изменений (которые могут быть просто индуративного характера) и другие. Необходимо учитывать данные комплексного обследования, результаты ретроспективного анализа данных предыдущих исследований лучевыми методами.



Очаговый туберкулез по данным
лучевых методов исследования
– обзорная рентгенограмма

5. Результаты лучевых методов исследования

- немногочисленные тени <10 мм в пределах 2(3) S,
 - верхнедолевая локализация;
 - полиморфизм; каверна (редко);
 - воспалительная дорожка от корня к очагам;
 - эндобронхит (ограниченный, по Абрикосову !)
 - признаки хронического течения (фиброз, кальцинаты);
- NB ! Преимущественное выявление при проверочной ФГ**

или выполнении клинического минимума

Рентгенологическая семиотика активности

воспалительная дорожка к корню легкого,

легочная каверна,

малая интенсивность теней,

нечеткость контуров тени;

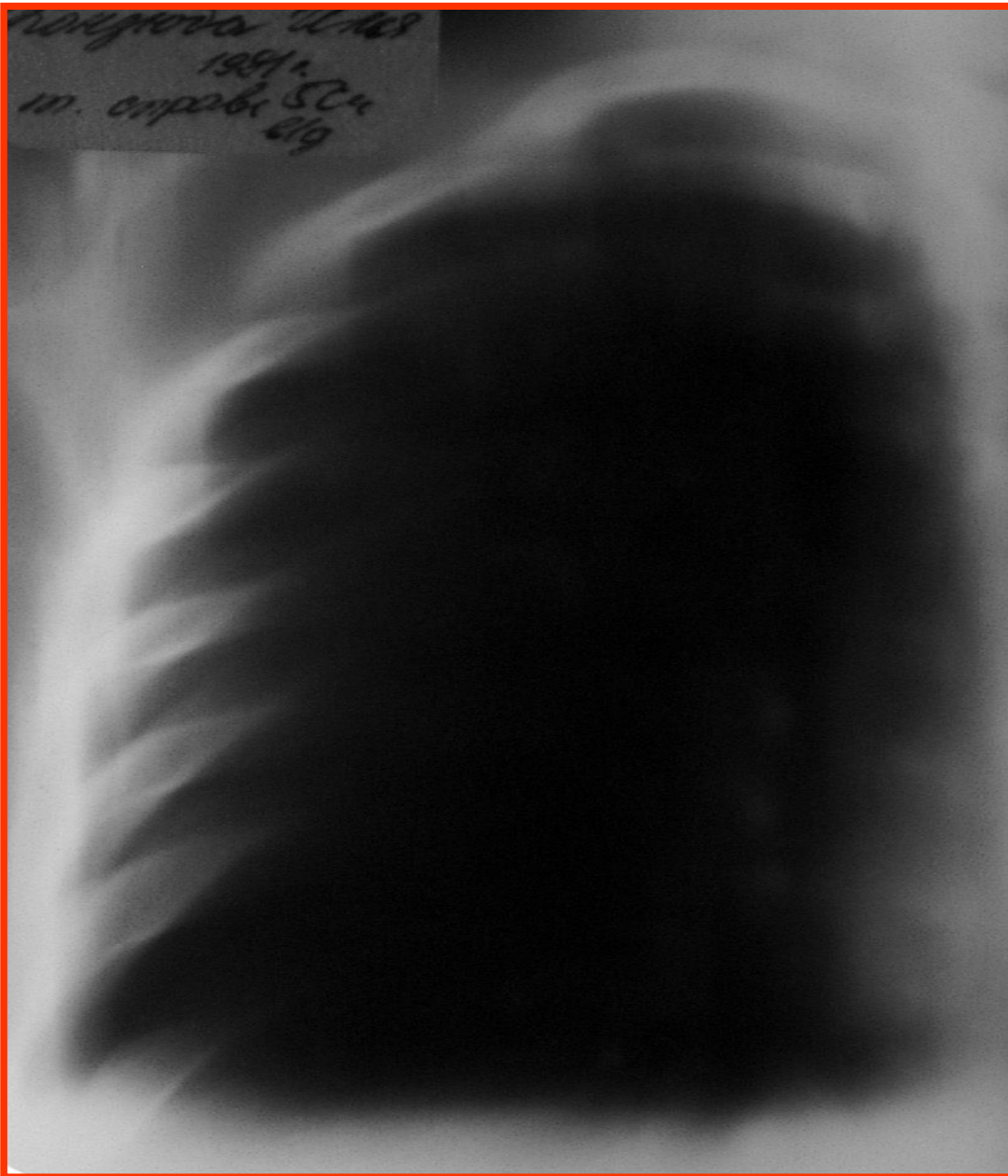
многочисленность очагов;

эндобронхит;

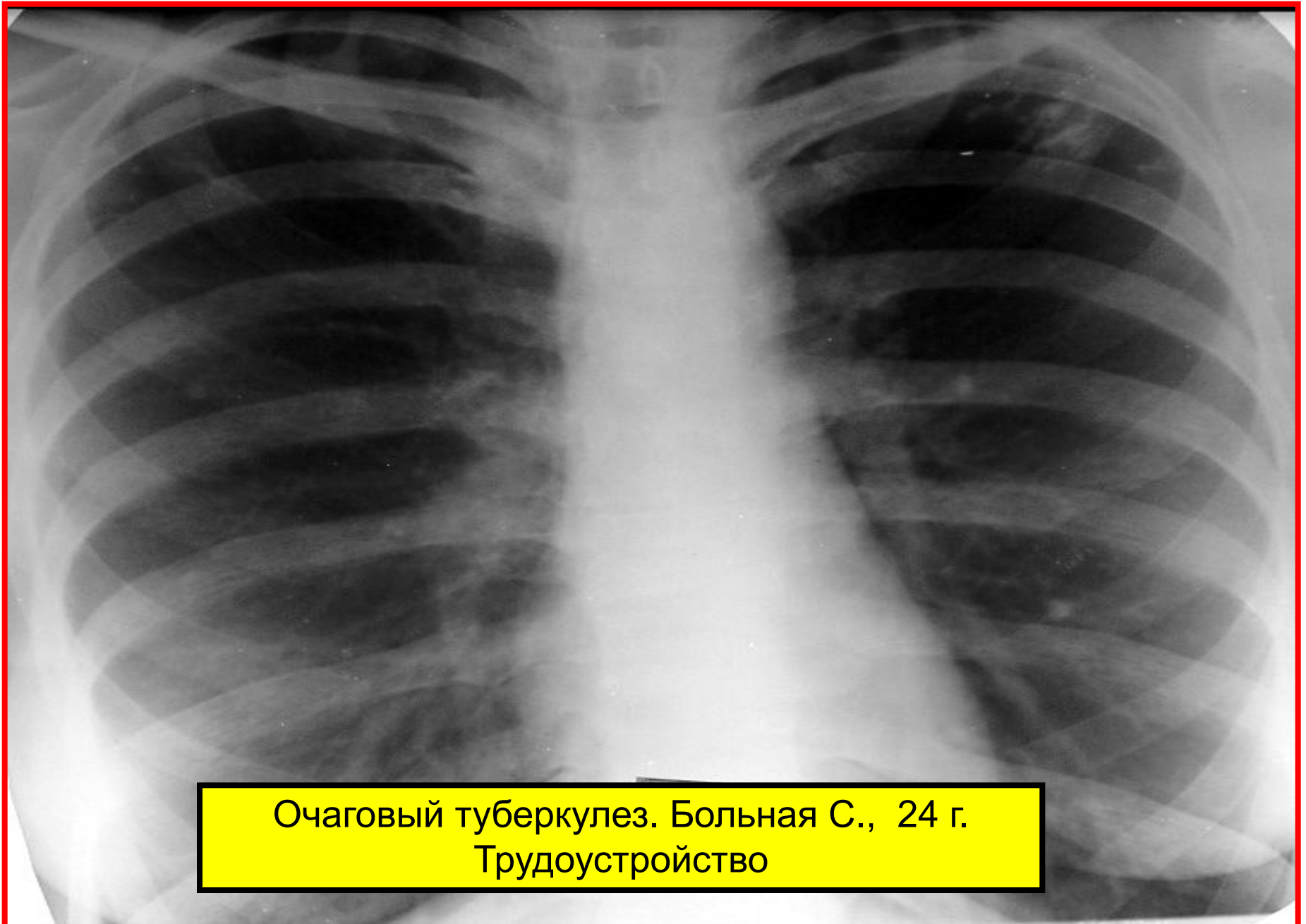
отрицательная динамика ретроспективных данных



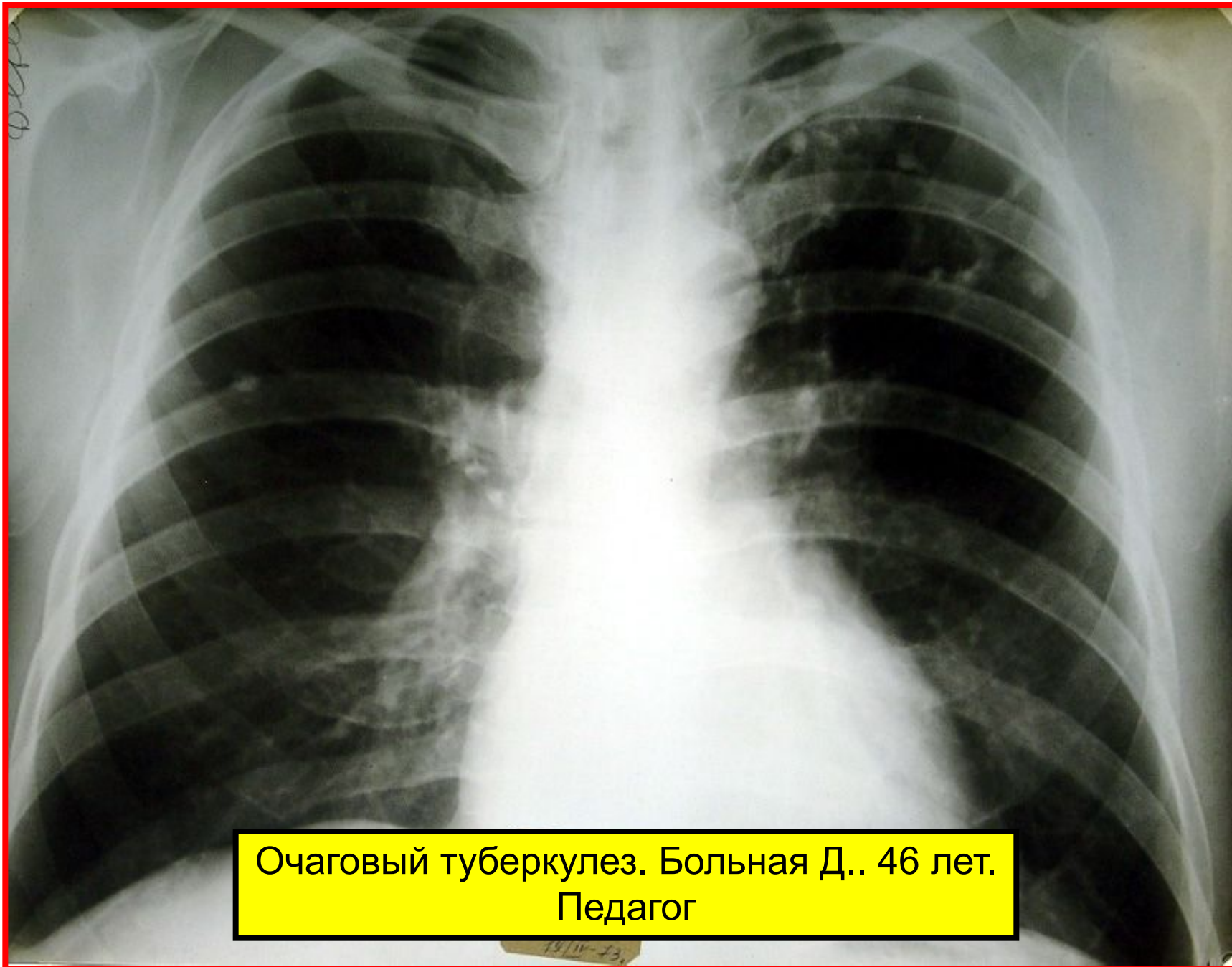
Очаговый туберкулез. Больной (?) К.. 26.
Трудоустройство - контрактник



Очаговые изменения - ?
Больная Ш., 42 г..
Выявлен
при
проверочном осмотре.
Трудоустройство.
Беременность.



Очаговый туберкулез. Больная С., 24 г.
Трудоустройство



Очаговый туберкулез. Больная Д., 46 лет.
Педагог

Очаговый туберкулез легких может быть не только началом, но и исходом других клинических форм, ***как результат инволюции (заживления)***

ИТЛ, КТЛ, ДТЛ, крайне редко - ФКТЛ.

Заживление может продолжаться значительное время, с постепенным исчезновением признаков активности очаговых изменений.

Этот вариант развития ранее почти не принимался во внимание.

В настоящее же время, при возможности излечивать подавляющее большинство впервые выявленных больных, исход других форм в очагово-фиброзные изменения наблюдается чаще других и формулируется как состояние клинического излечения определенной формы с формированием выраженных (невыраженных) изменений.

Значительно реже очаги могут рассасываться с образованием незначительных рубцовых изменений.

Приказ №109

Инструкция по применению клинической классификации туберкулеза

2.2.5. Очаговый туберкулез легких характеризуется наличием немногочисленных очагов, преимущественно продуктивного характера, локализующихся в ограниченном участке одного или обоих легких и занимающих 1-2 сегмента, и малосимптомным клиническим течением. К очаговым формам относятся как недавно возникшие, свежие («мягко-очаговые») процессы с размером очагов менее 10 мм, так и более давние (фиброзно-очаговые) образования с явно выраженными признаками активности процесса.

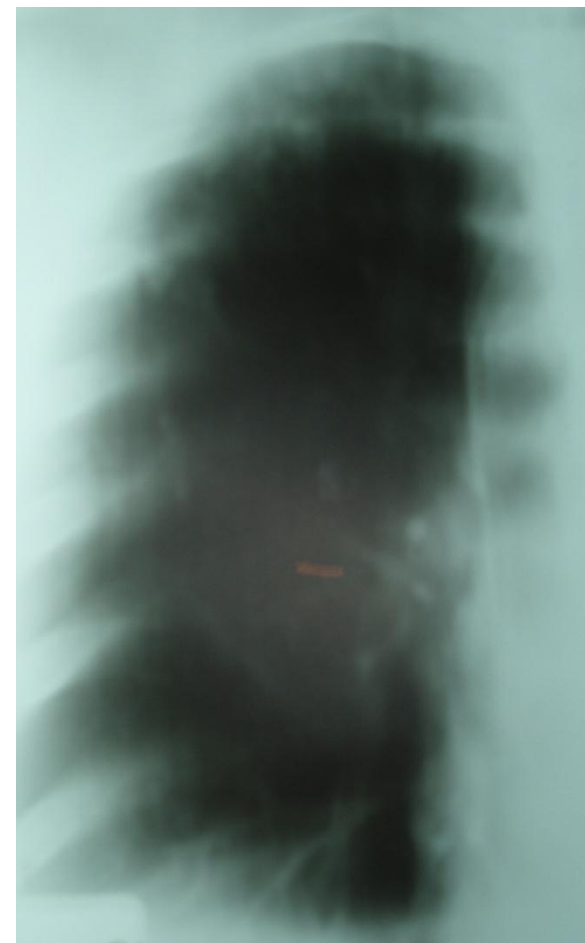
Свежий очаговый туберкулез характеризуется наличием слабоконтурированных («мягких») очаговых теней со слегка размытыми краями.

При рентгенологическом выявлении фиброзно-очаговых изменений необходимо провести тщательное обследование больных для исключения активности процесса.

При отсутствии признаков активности фиброзно-очаговые изменения расцениваются как остаточные изменения излеченного туберкулеза

Фазы процесса ?

Больной К., 42 года, пользуется водителем ритма,
появились выраженные симптомы интоксикации.
Заподозрен туберкулез (тесный контакт). РМ=20 мм
Обследование – тень в 2S справа.



Тг (9). Подтверждено
наличие очаговых
изменений.
Дз: Очаговый
туберкулез S2
правого легкого

При очаговой форме туберкулеза легких, с учетом патогенеза и особенностей клиники течения, перед врачом зачастую встает вопрос – активный ли этот процесс у пациента, следовательно, необходимо ли начинать его лечение.

Поиск ответа сопряжен с известными трудностями как у вновь выявленных, так и у больных с остаточными изменениями в легких, ранее излечившихся или не лечившихся.

Понятно, что чаще всего они возникают в случаях фиброзно-очагового варианта, при выявлении у больного остаточных туберкулезных изменений после клинического или спонтанного излечения в прошлом.

В целом же определение активности очаговых (да и не только очаговых) форм туберкулеза — достаточно сложный и один из актуальных вопросов фтизиатрии.

За рубежом очень часто единственным признаком активности считают обнаружение МБТ.

С этим трудно согласиться, ибо бактериовыделение не является ранним признаком развития процесса.

По мнению большинства отечественных фтизиатров-исследователей, в определении активности очагового туберкулеза легких ведущее место занимает клинико-рентгенологический метод при динамическом наблюдении.

Определение активности процесса - алгоритм

комплексное клиническое обследование

- ретроспективный анализ данных рентгенологического обследования
 - проба на активность
 - пробное лечение
 - динамичное наблюдение.

Провокационные пробы в разной степени отражают активность патологического процесса и их результаты не являются специфическими.

Поэтому поиски новых тестов, выявляющих сдвиги в организме больного туберкулезом, весьма актуальны.

Приходится согласиться с мнением большинства исследователей

– в случаях сомнительной активности очагового туберкулеза в настоящее время нет их каких-либо патогномоничных признаков по результатам как клинических, так и биохимических и иммунологических исследований.

С расширением диагностического арсенала по-прежнему основное значение имеет комплексная оценка данных обязательных, дополнительных и факультативных методов исследования.

Если же весь комплекс клинико-рентгенологического и лабораторного обследований не позволяет решить вопрос об активности туберкулезного процесса, то основным становится применение пробной антибактериальной терапии. В соответствии с приказом №109 длительность тест-терапии не должна превышать трех месяцев.

Рекомендуется назначать строго специфические антибактериальные препараты основной группы во избежание неправильной оценки эффекта за счет неспецифического действия стрептомицина или других антибиотиков.

При активном туберкулезном процессе эффект от химиотерапии в рентгеновском изображении может проявиться в поздние сроки, через 3—5 месяцев от начала лечения.

В итоге определение активности туберкулезного процесса может быть *довольно длительным*.

Алгоритм диагностики активности очаговых изменений туберкулезного генеза

1. Выявление клинических признаков активного туберкулеза

**2. Использование провокационных туберкулиновых проб –
реакции местная, общая, данные лабораторных тестов
(положительный результат – изменение не менее трех индикаторов
на более 5% их исходного уровня).**

3. Тест-терапия

- согласно приказа №109 - с наблюдением в 0-А группе наблюдения сроком не более 3 месяцев –;

- согласно Приложение №3 к приказу МЗ РФ № 127н от 13.03.2019 – в 0 ГДН

- а) лица с подозрением на ТБ, у которых выявлены признаки возможного заболевания ТБ (т.е. активности ?) и требуется проведение дополнительного обследования (срок – до 4-х недель);
б) лица, инфицированные ВИЧ, нуждающиеся в проведении "пробной" ХТ ТБ (до 4-х недель).

Критерии прекращения ДН:

- 1.исключение ТБ,
2. установление ТБ (начало ХТ – в I ГДН
неначатая (отказ) ХТ – IIА ГДН)

*Выявление больного туберкулезом в ЛПУ
первичной медико-санитарной помощи*

**Консультация фтизиатра и направление в ПТД для уточнения
диагноза и лечения и постановки на учет**

**Лечение в
амбулаторных
условиях**

**Лечение в условиях
дневного стационара**

**Госпитализация
больного в стационар**

Контролируемое лечение и социальное ведение

Динамическое наблюдение до снятия с учета

Дифференциальная диагностика

- Неспецифические воспалительные заболевания
- Новообразования (опухоли и кисты средостения)
- Травмы, инородные тела, ятрогении
 - Варианты и аномалии развития

ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ БРОНХОПНЕВМОНИЙ

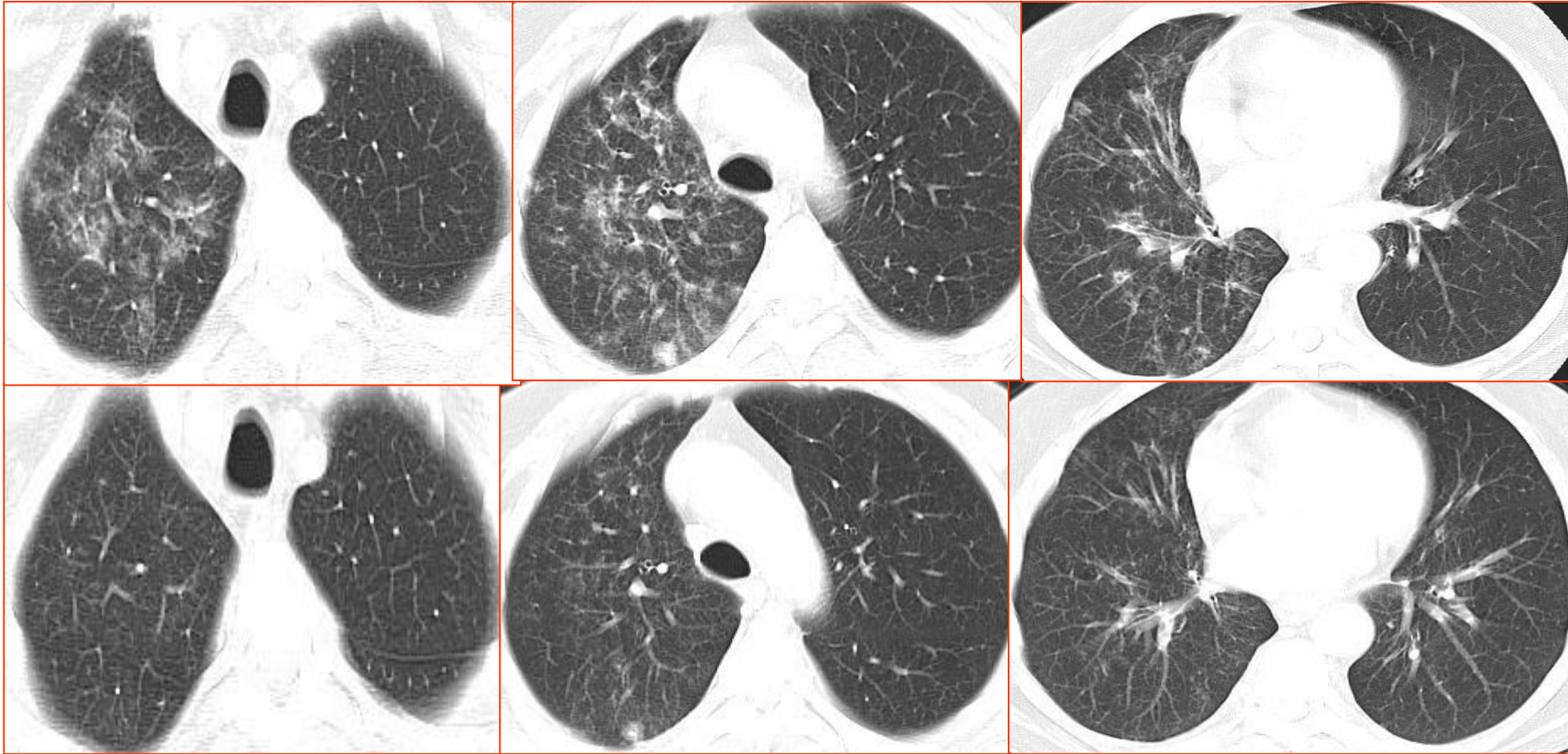


Больная 42 лет. Затяжное течение очаговой пневмонии, имитировавшей ТБС.
Разрешение наступило в течение 2,5 месяцев на фоне неспецифической терапии.



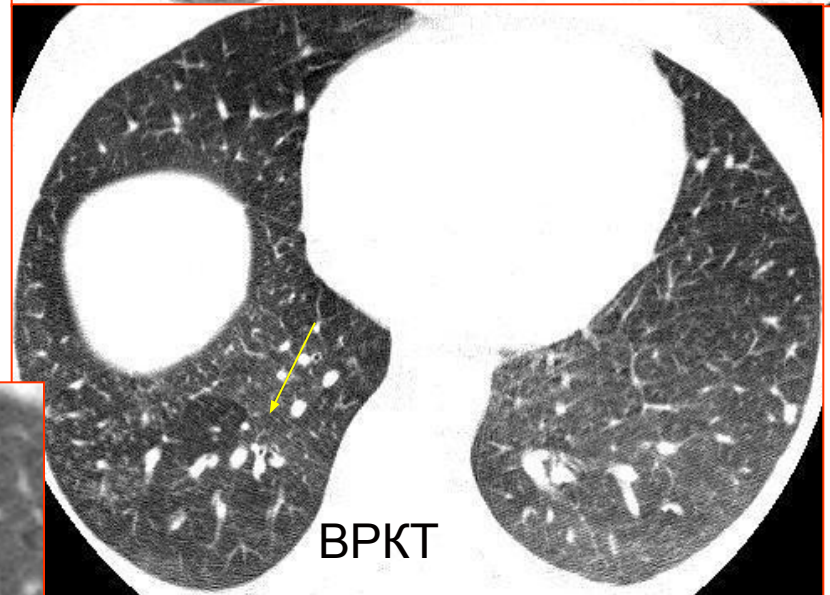
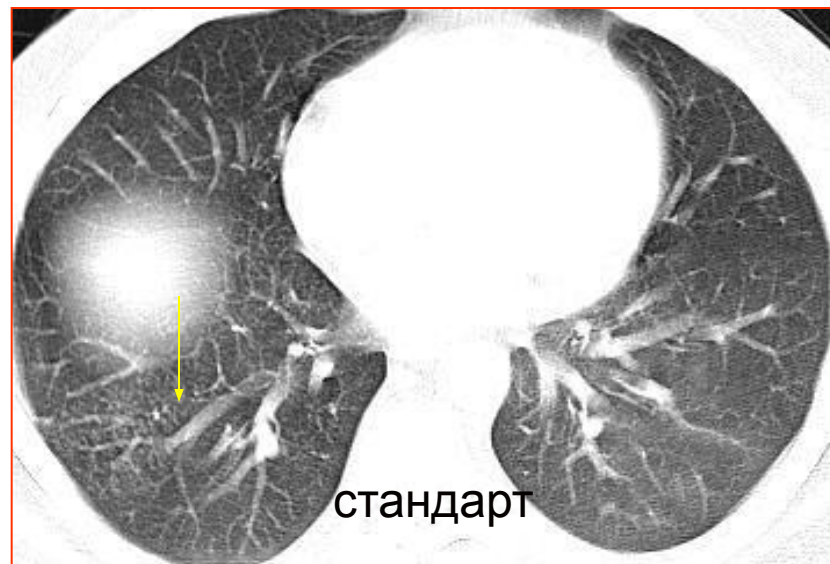
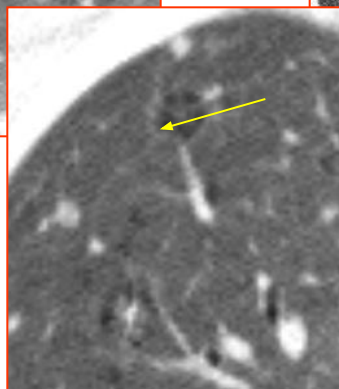
Очаговый ТБС. Объективные сложности дифференциальной диагностики.

РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ОЧАГОВЫЕ ВОСПАЛЕНИЯ



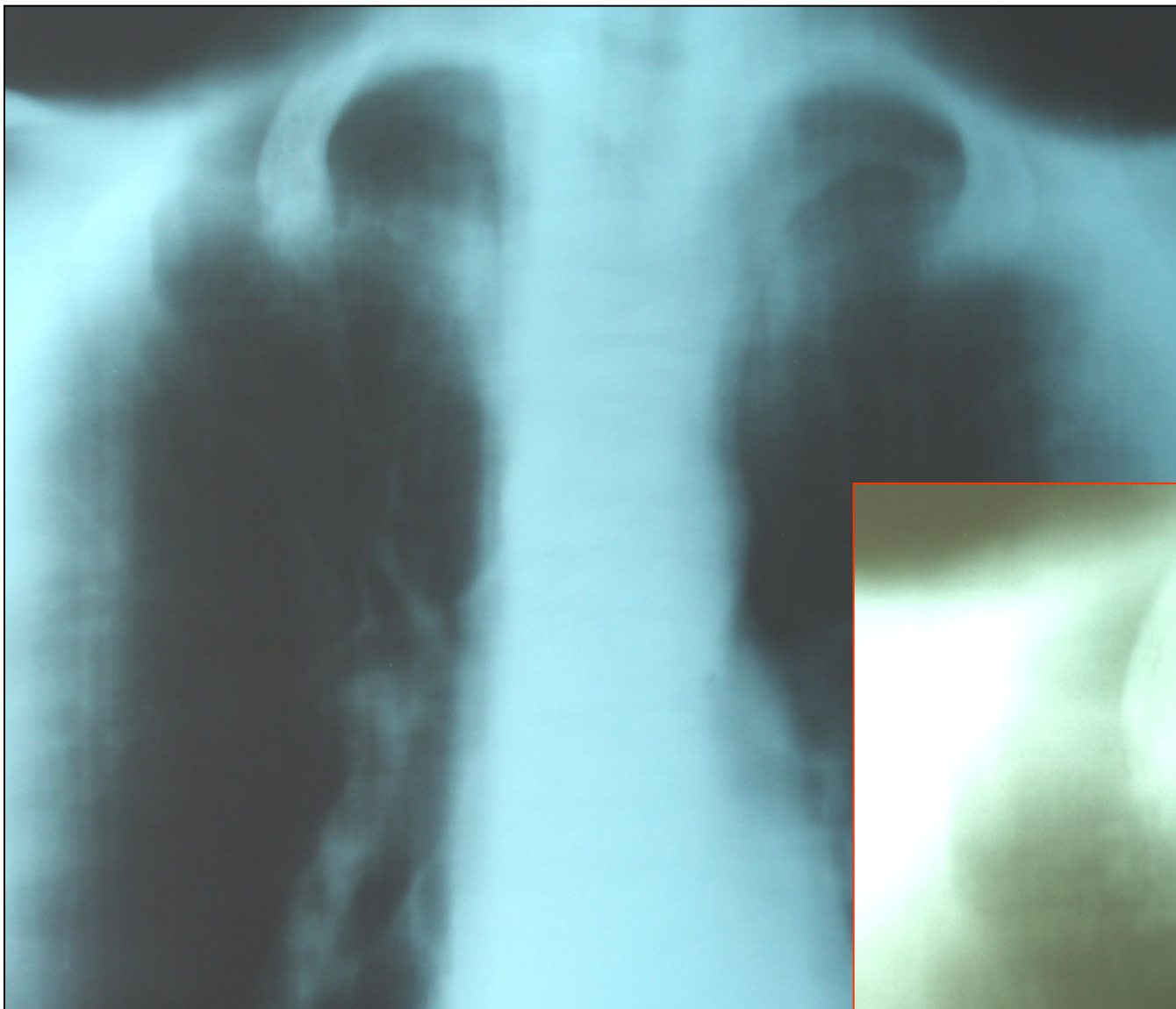
Больной К., 70 лет, с диссеминированным односторонним поражением правого легкого неустановленной природы. Положительная динамика в течение 3 недель на фоне эмпирической антибактериальной терапии. Исключен диагноз ОТП

ПРИЕМЫ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ОЧАГОВЫХ УПЛОТНЕНИЙ

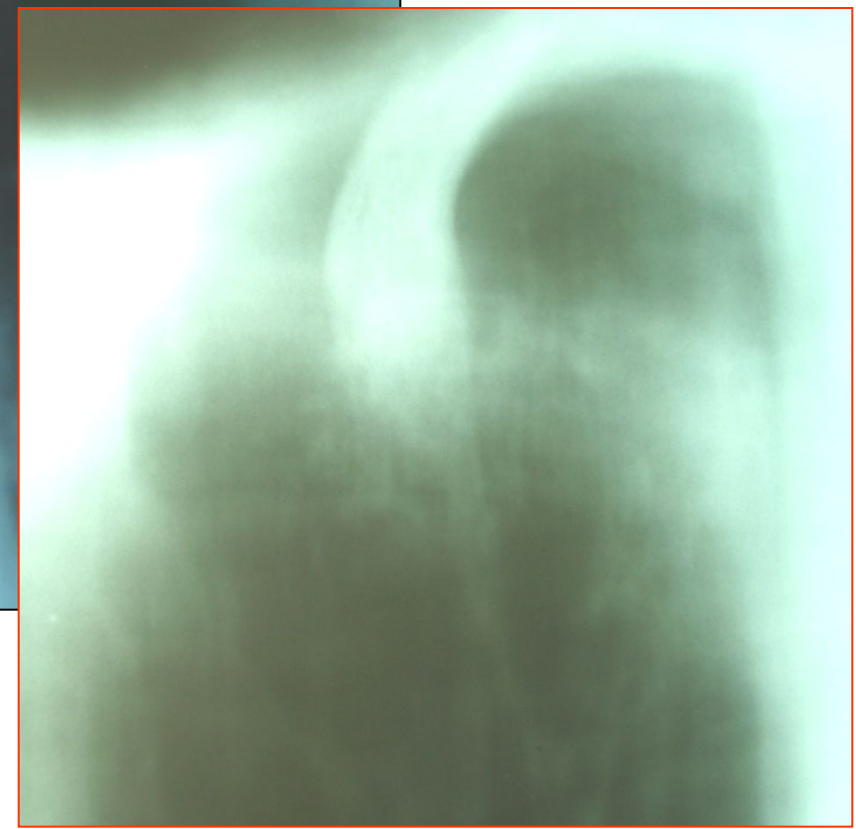


Больной 35лет. Спадение
кольцевидных структур в плаще
легкого при выдохе, ацинарные
вздутия. Гистиоцитоз X.

Больной 32 лет. Ограниченный бронхо
S9 справа. «Воздушная ловушка» в зон
поражения.

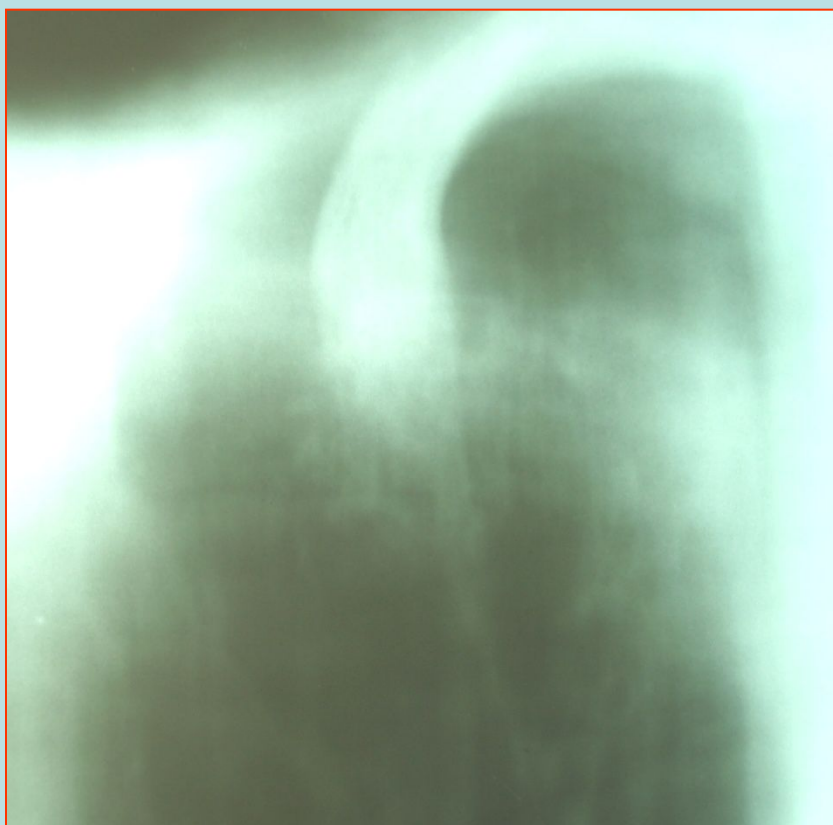


Больной В., 22 г.,
Впервые
выявленные
изменения.
Нет клиники.
Студент.
Учеба?Лечение ?



Какие исследования необходимы
чтобы определить – необходимо ли
лечение ?





Очаги (очаговые изменения) в легких

Применение КТ привело к резкому увеличению выявляемости очагов в легких, в том числе в группах риска по туберкулезу

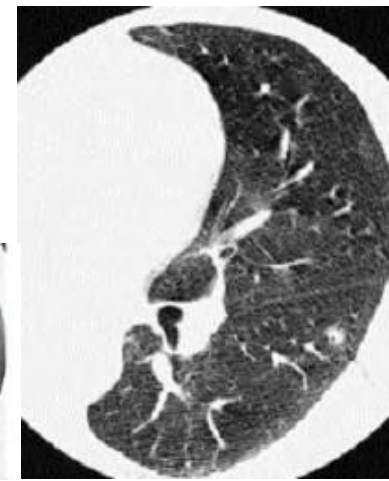
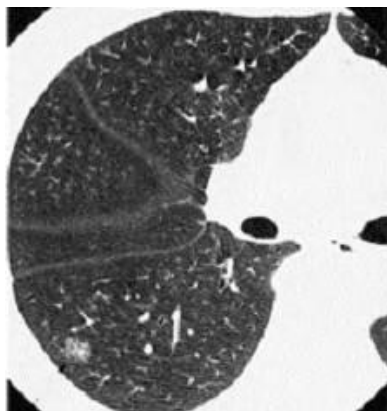
Очаги, выявленные при КТ у пациентов из групп риска часто трактуются как проявление инфекции

Наблюдение за очагами часто основано на субъективных критериях

Тюрин Игорь Евгеньевич

igortyurin@gmail.com

Очаги в легких



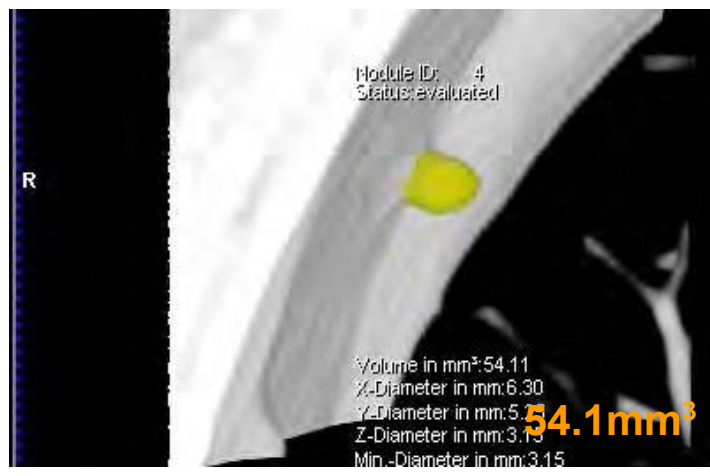
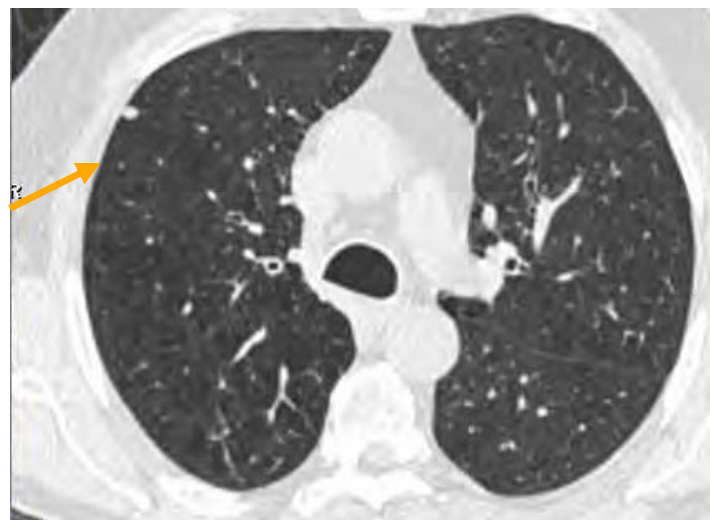
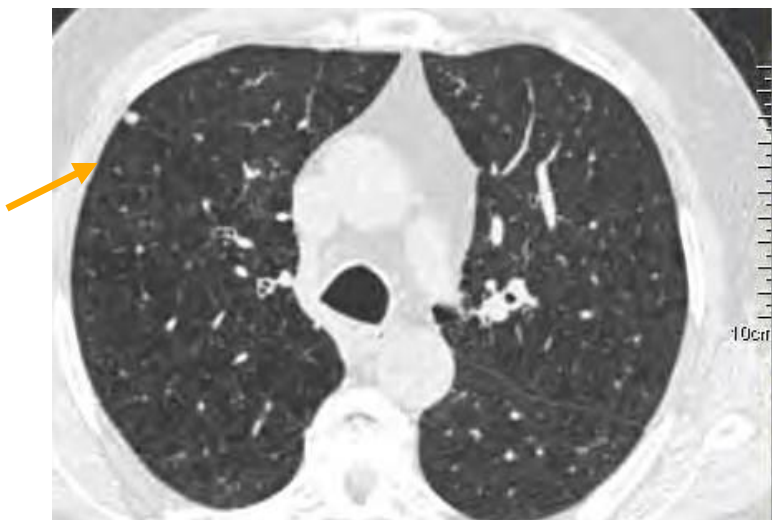
КТ выявляет в 4 раза больше очагов чем рентгенография
Средние размеры очагов при КТ в два раза меньше

Локализация очагов в легком

Очаги Частота

Вдоль м/д щелей	89	(20%)
На плевре	68	(15%)
На сосудах	83	(18%)
В паренхиме легкого	131	(29%)
Локальное уплотнение	82	(18%)

Очаги на плевре



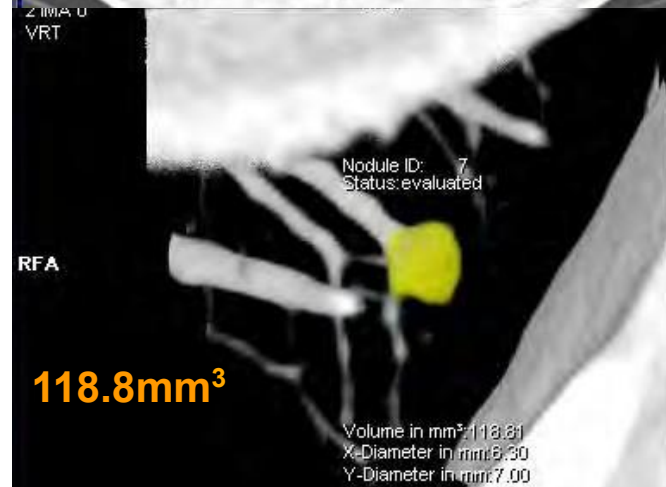
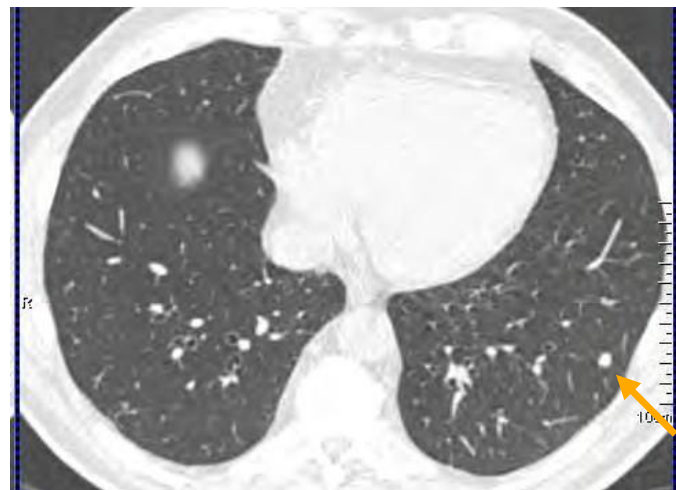
Первичное сканирование

Через 3 месяца

Очаги связанные с сосудами

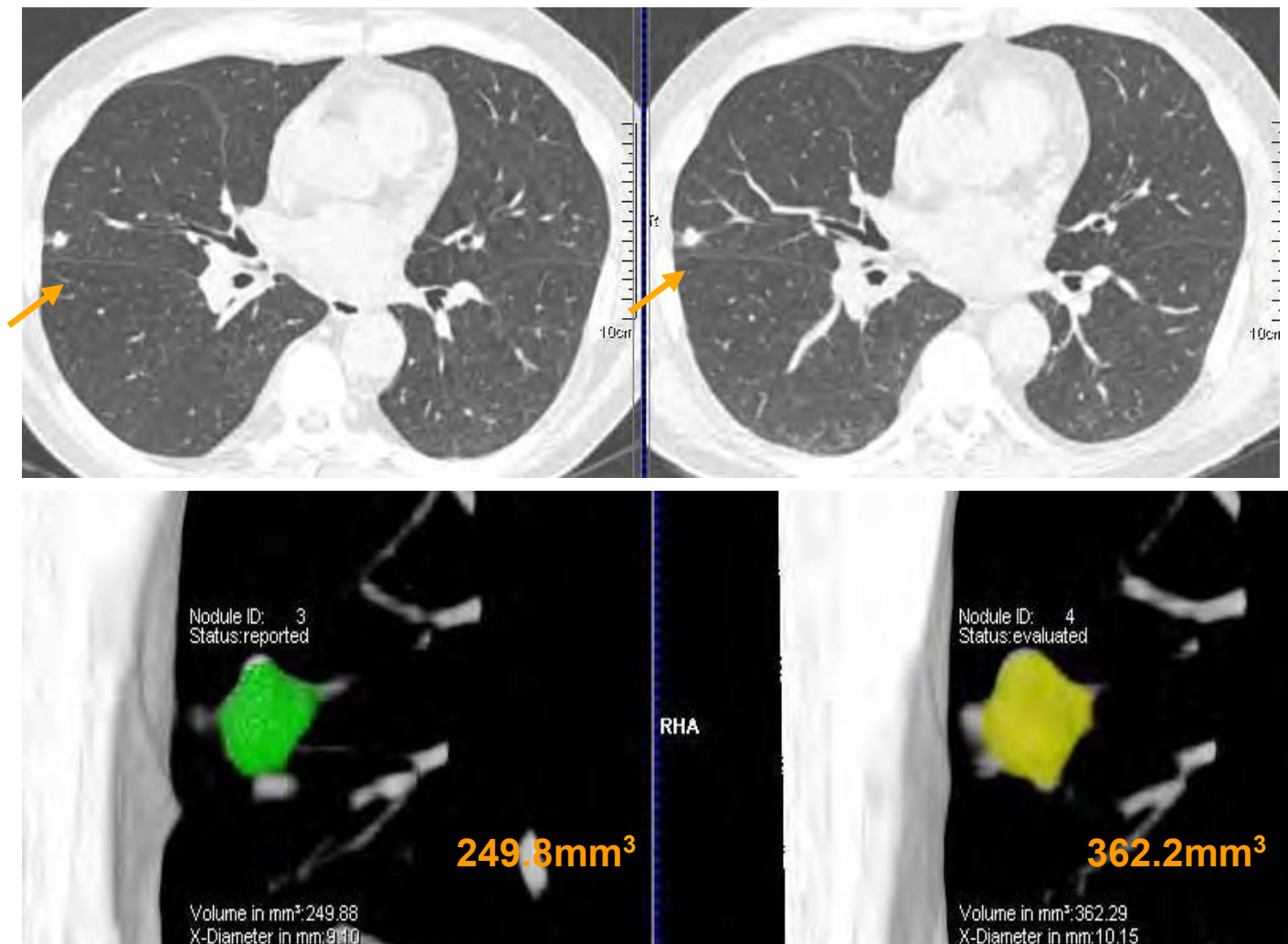


Первичное сканирование



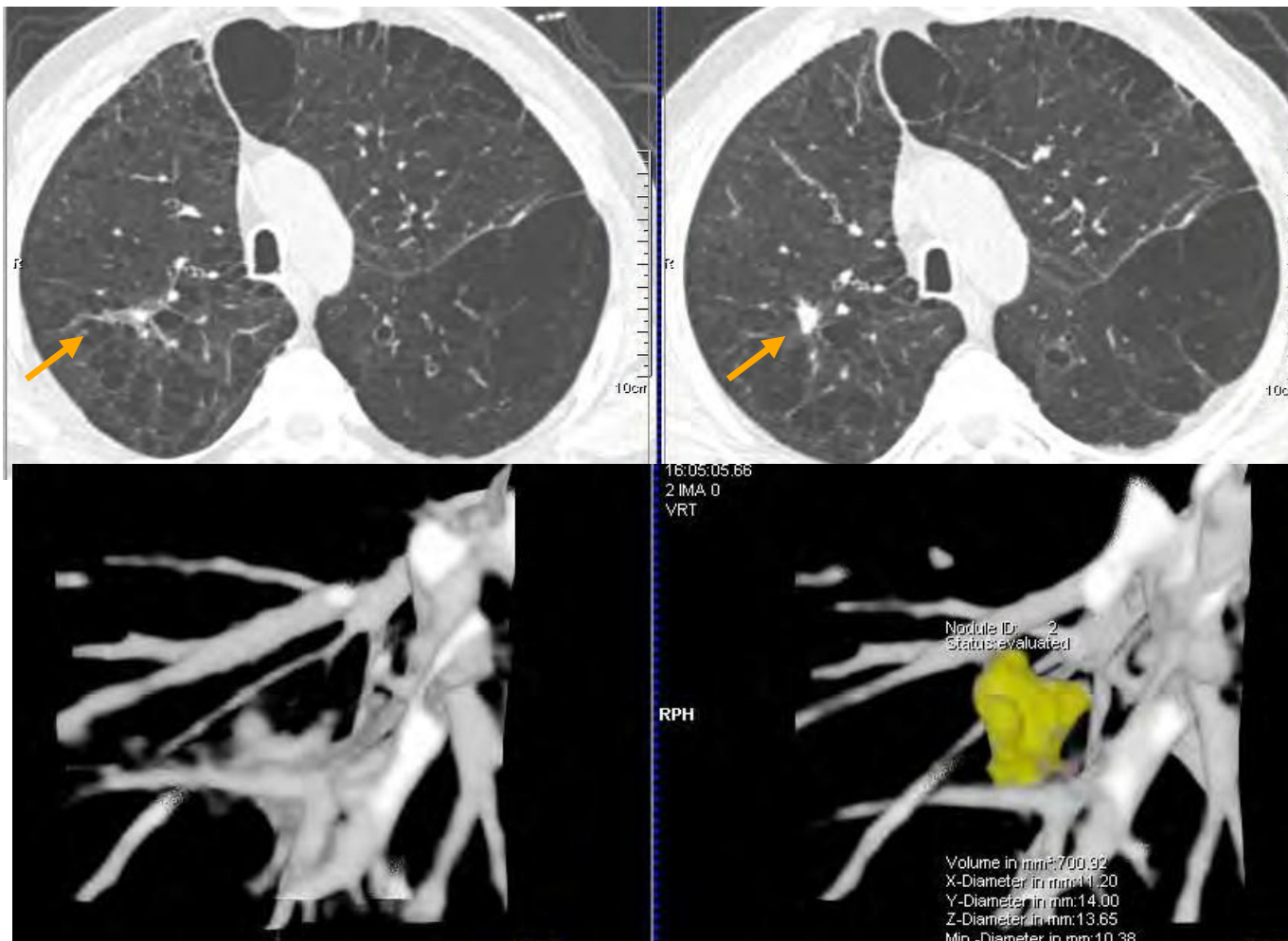
Через 3 месяца
DM Xu et al, ECR, 2007

Очаги в легочной паренхиме



Плоскоклеточный T1N0M0
рак

Локальное уплотнение



Первичное сканирование

Через 3 месяца

Результаты (n=453)

	Междолевая щель	На плевре	На сосуде	В легочной паренхиме	Локальное уплотнение	Всего
Очаги	89 (19.6%)	68 (15.0%)	83 (18.3%)	131 (28.9%)	82 (18.1%)	453
Рост	1 (1.1%)	0 (0%)	2 (2.4%)	6 (4.6%)	5 (6.1%)	14 (3.1%)
95% CI	0 - 6.1%	0 - 5.3%	0.3 - 8.4%	1.7 - 9.7%	2.0 - 13.7%	1.7 - 5.1%

Nelson study group: Dept of Pulmonology, Radiology, Public Health and Pathology
Rotterdam, Groningen, Utrecht, Haarlem (Netherlands) and Leuven (Belgium)

Размер очага*	Наблюдение
≤ 4 мм	Наблюдение не требуется**
4-6 мм	Наблюдение через 12 месяцев, если очаг не меняется, наблюдение не требуется
6-8 мм	Первое исследование через 6-12 месяцев, затем через 18-24 месяцев, если нет динамики
> 8 мм	Наблюдение через 3, 9, и 24 месяца, динамическая КТ, ПЭТ, ПЭТ/КТ, биопсия
*среднее между максимальным и минимальным размером	**Риск злокачественной опухоли (<1%) в этой категории значительно меньше, чем при первичном КТ скрининге бессимптомных курильщиков

Выводы при оценке очагов по данным КТ

Для оценки динамики очагов в легких по КТ необходимо:

- Соблюдение идентичных технологических параметров сканирования (толщина слоя, алгоритм реконструкции, напряжение генерирования)
- Количественный анализ динамики размеров и плотности **возможен** при размерах очагов более 10 мм

Туберкулома легких

Определение термина:

Туберкулезный конгломерат размерами >1 см, заключенный в капсулу, имеющий хроническое течение с тенденцией к прогрессированию.

Патогенез туберкулемы:

- образующаяся спонтанно и выявляемая впервые;
- формирующаяся после малоэффективного лечения.

По морфологическому строению выделяют гомогенные и слоистые, среди которых различают солитарные (единичные) и конгломератные (несколько с общей капсулой)

Клинико-морфологические варианты:

слоистая конгломератная - происходящая из близко расположенных очагов после их слияния;

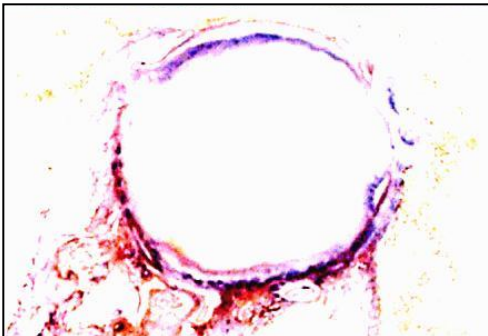
слоистая солитарная -

из очага после его прогрессирования и увеличения;

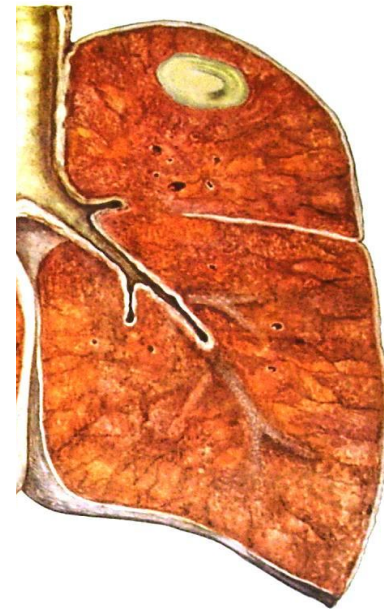
гомогенная - из инфильтрата после его инкапсуляции;

заполненная каверна - из каверны после ее заполнения лимфой.

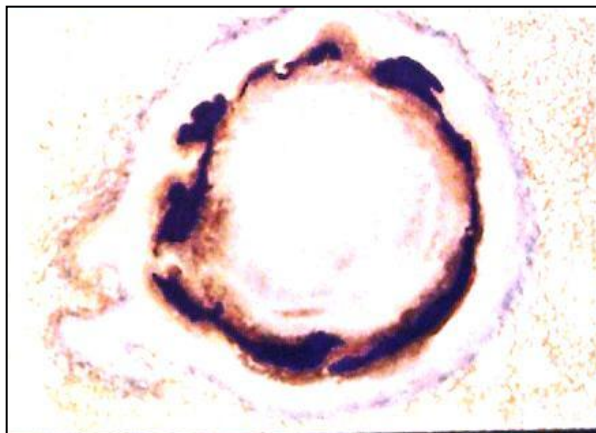
Солитарная
гомогенная



Основные
виды
туберкулом



Солитарная
слоистая



Гомогенная
конгломератная



Изменения при лучевых методах исследования легких:

- круглая тень в верхней доле легкого;
- тень обнаруживается на фоне туберкулезных очагов, деформации или обеднения легочного рисунка, кальцинированных лимфоузлов, плевральных спаек;
- большая (редко — малая) четкость контуров тени;
 - высокая (редко — низкая) интенсивность тени;
 - небольшой (около 3–4 см) размер;
 - неомогенная структура тени.

Признаки активности по данным лучевых методов исследования:

- просветление по краю (редко в центре) тени как признак деструкции;
 - воспалительная дорожка к корню легкого;
- свежие туберкулезные очаги вблизи туберкулемы;
 - нечеткость контуров тени;
- усиление легочного рисунка возле тени.

Туберкулиновая проба:

реакция положительная, иногда гиперергия.

Варианты клинического течения болезни:

Неактивная форма

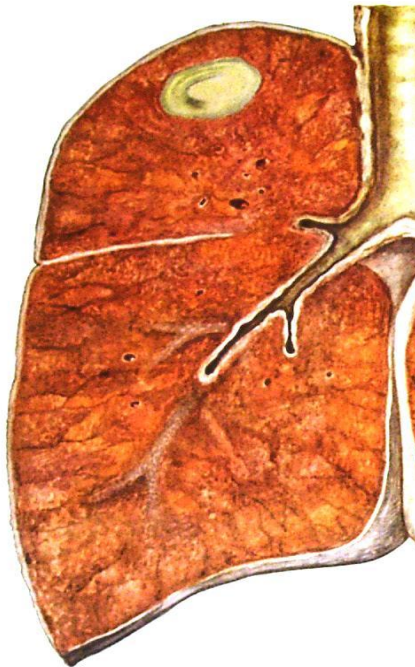
Без всяких клинических проявлений и лабораторных изменений

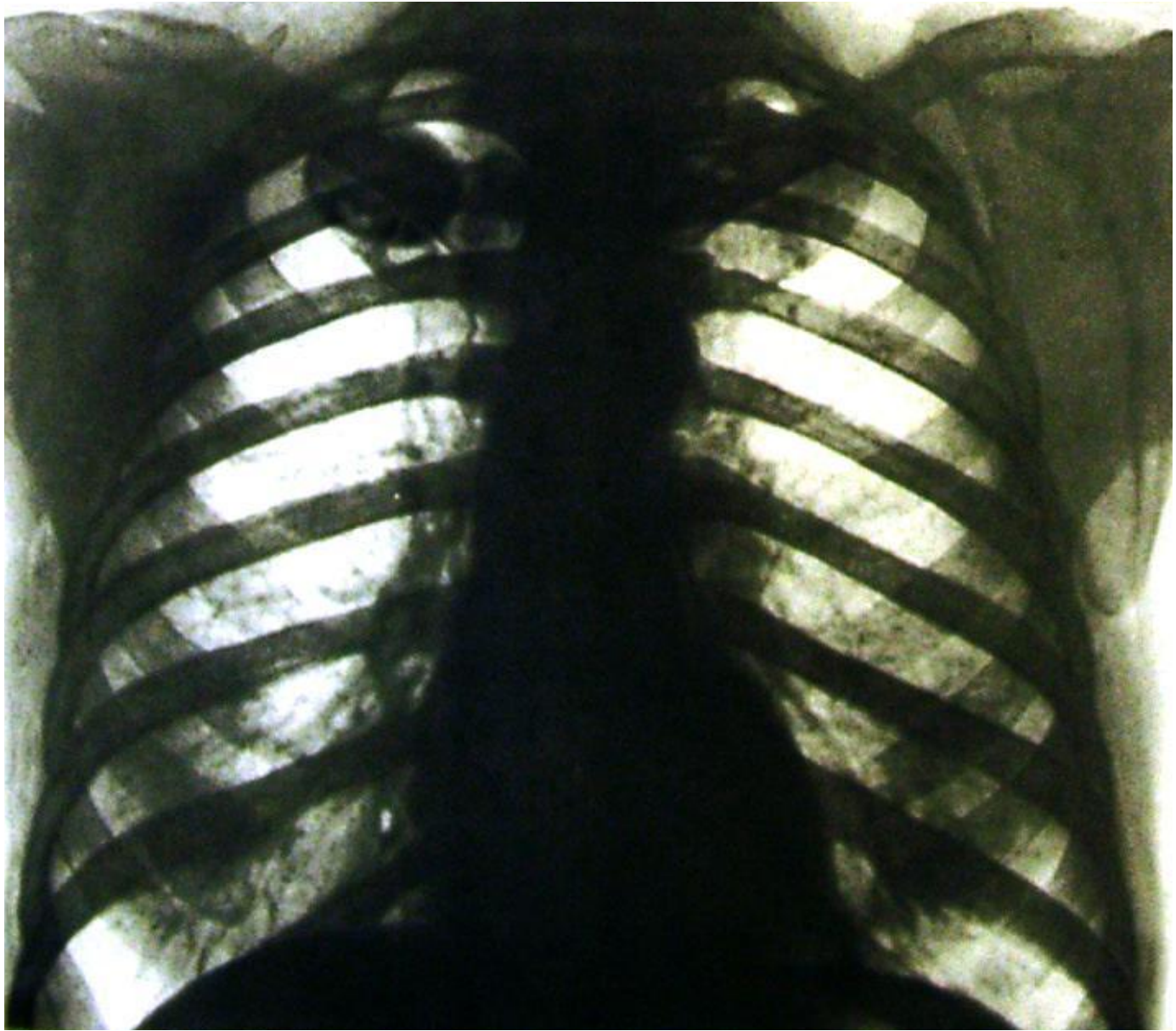
Активная форма

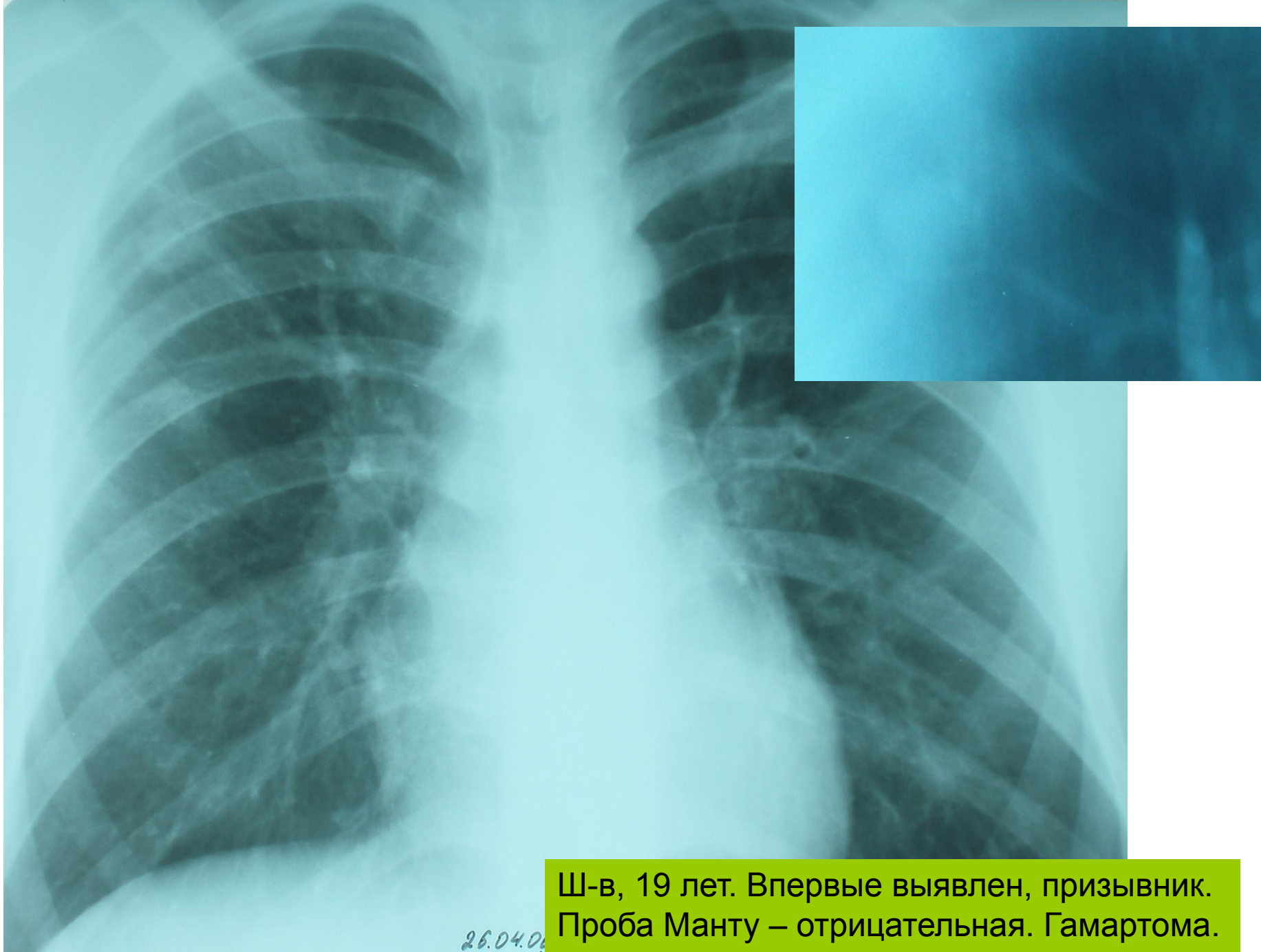
Стабильное течение с

периодическими обострениями

Прогрессирующее течение (с появлением распада) - клинические симптомы и лабораторные признаки активности процесса.



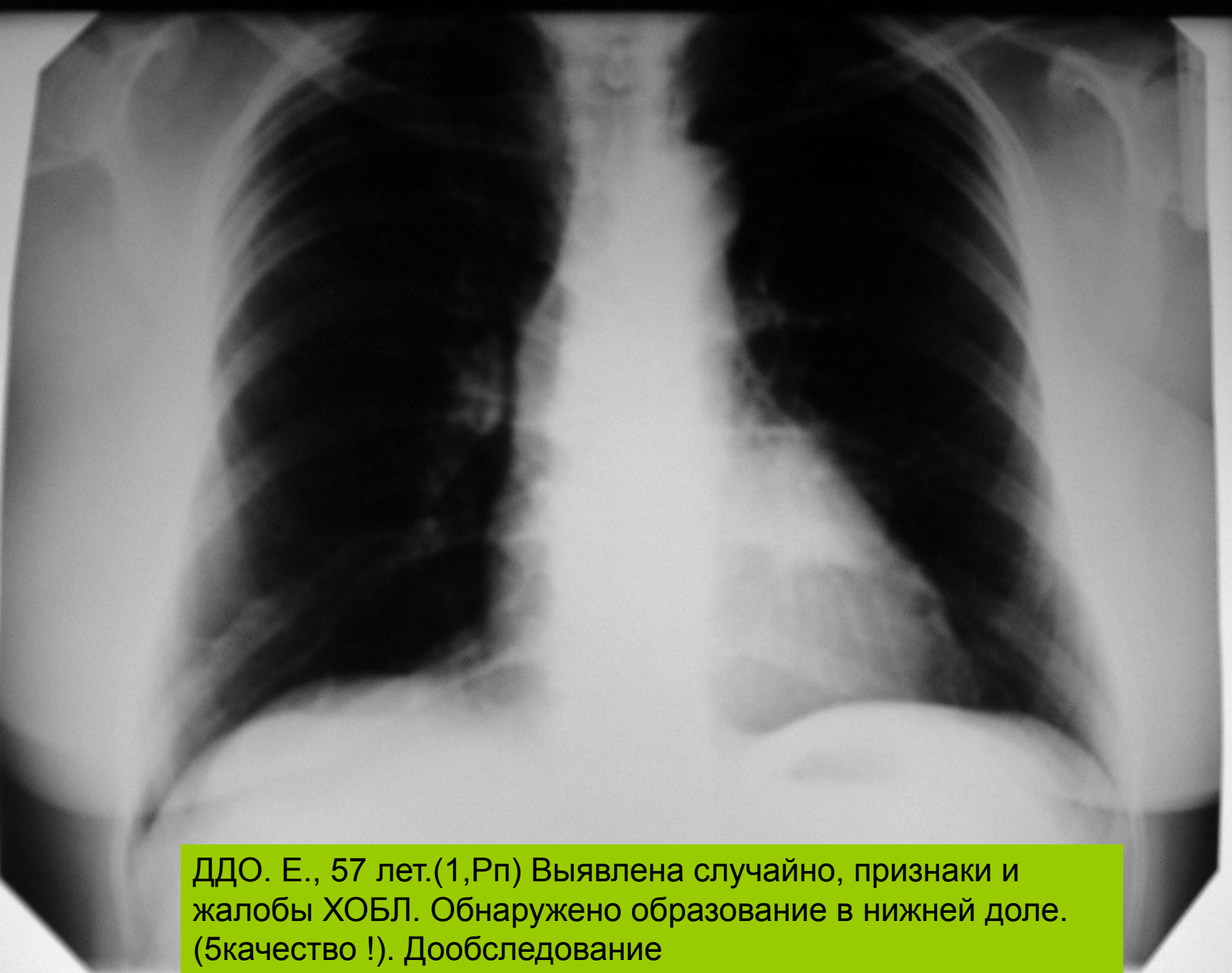




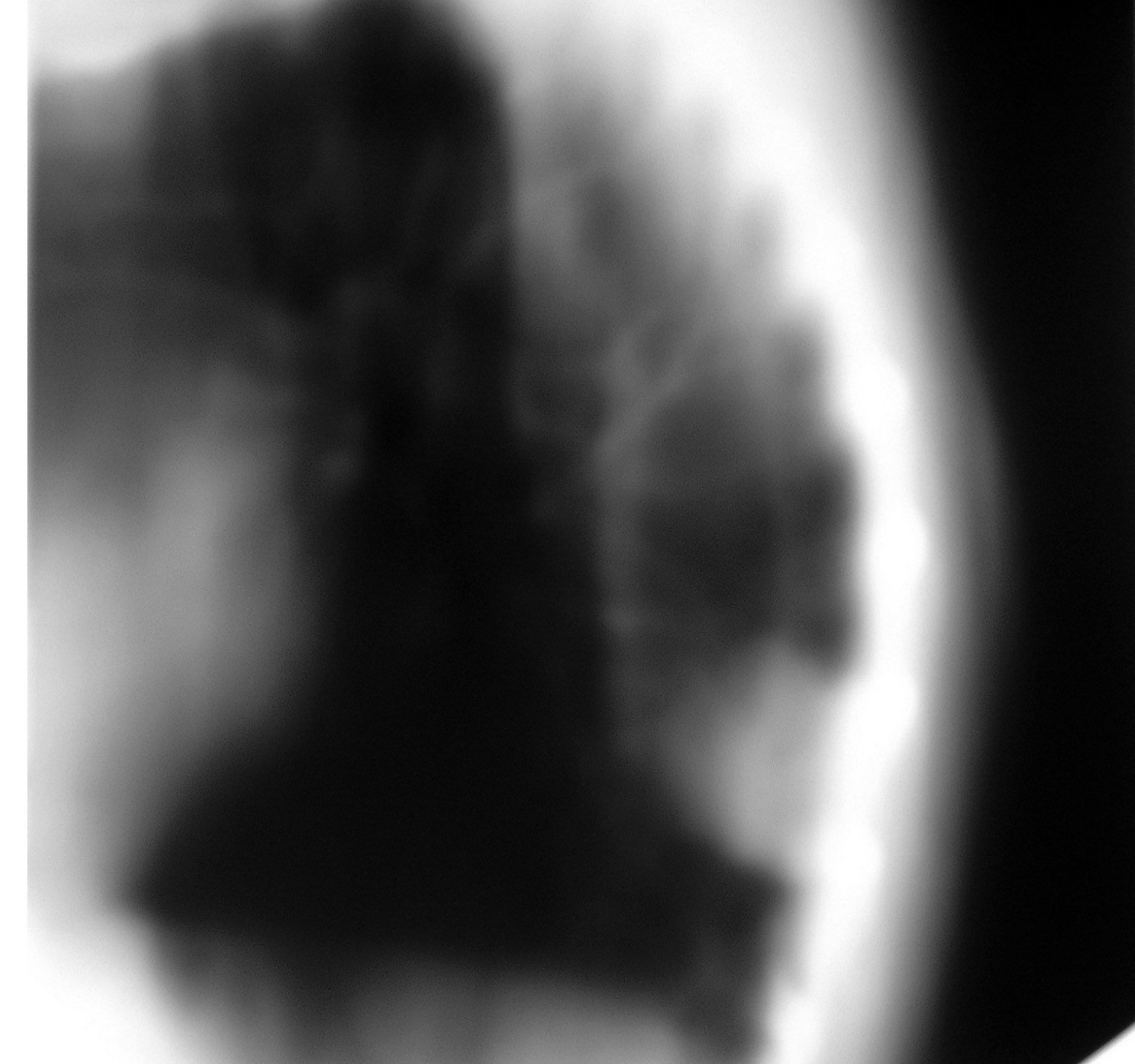
Ш-в, 19 лет. Впервые выявлен, призывник.
Проба Манту – отрицательная. Гамартома.

26.04.04





ДДО. Е., 57 лет.(1,Рп) Выявлена случайно, признаки и жалобы ХОБЛ. Обнаружено образование в нижней доле. (5качество !). Дообследование



Е., 57 лет
(4Т6).

Выявлена
случайно,
Признаки
и жалобы
ХОБЛ.

Обнаружено
образование
в нижней
доле.

Бронхоскопия
-признаки ХОБ

От пункции
отказ.

Наблюдение

**Проблема туберкулом –
проблема округлых теней в легких.**

Во всех случаях впервые выявленных
изменений в легких необходима

дифференциальная диагностика :

туберкулома,

злокачественная опухоль,

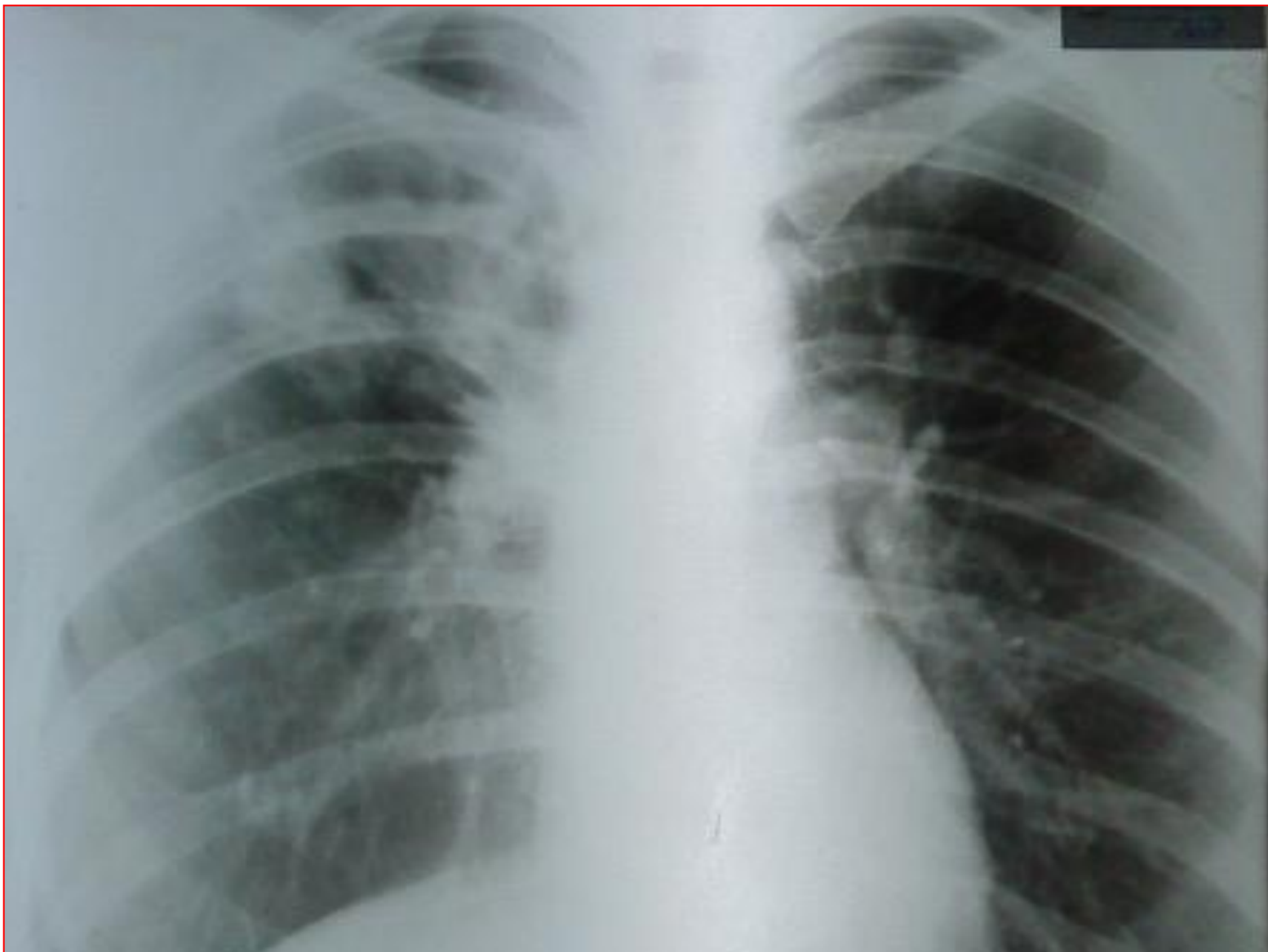
доброкачественная опухоль

инфильтративный туберкулез

шаровидная пневмония.

**Какой же должен быть диагностический
алгоритм ?**





Больная Д., 23 года (1), впервые выявленный ИТЛ правого легкого, МБТ+, CV+. Эффективное лечение, формирование малой туберкулемы, Направлена для проведения поддерживающей фазы амбулаторно.



**Большая Д.,
23 года (2-Тг),
впервые
выявленный
ИТЛ S1-2
правого легкого,
МБТ+,CV+.
Эффективное
лечение,
формирование
малой
туберкулемы.
Направлена
для проведения
поддерживающей
фазы
Лечения
амбулаторно.**



Больная Д., 23 года (3), в/в ИТЛ правого легкого, МБТ+, CV+.
После эффективного стационарного и с нарушениями амбулаторного
лечения обострения процесса, МБТ МЛУ, CV+ .Лечение в ЦНИИТ
АБП резервного ряда, плохая переносимость препаратов.



Больная Д., 23 года(4), в/в ИТЛ правого легкого, МБТ+, CV+.
Эффективность стационарного в ЦНИИТ лечения обострения процесса,
МБТ МЛУ, CV+ .Лечение АБП резервного ряда,
плохая переносимость АБП.
Формирование туберкулемы с CV+



Больная Д., 23 года (5Тг), в/в ИТЛ правого легкого, МБТ+, СВ+. После стационарного лечения обострения процесса, в ЦНИИТ, АБП резервного ряда, плохая переносимость. Курс дерината. Динамика формирующейся туберкулемы (с заполняемым распадом)

*Продолжаем рассматривать
малые формы(?) туберкулеза.
Инфильтративный туберкулез
легких !?.*

Определение клинической формы

процесс, характеризующийся развитием казеозных очагов с перифокальным воспалением (преимущественно экссудативного типа), поражением долек и долей легких.

Патогенез

- преимущественно реактивация остаточных изменений первичного туберкулеза (обострение очагового),
 - возможен вариант первичного туберкулеза,
- вариант казеозной пневмонии (явления апоптоза клеток).

Особенности клинической формы –

при развитии присущих туберкулезу морфологических изменений (казеоз и иммунное воспаление с характерным клеточным составом) определяется неспецифическое перифокальное воспаление (просветы альвеол заполнены фибрином, альвеолярными макрофагами, экссудатом)

Жалобы

- обусловленные туберкулезной интоксикацией
- грудные (зависящие от размера инфильтрата)

Данные анамнеза болезни

- преимущественно острое,
- редко неясное начало у отдельных больных,
 - прогрессирование болезни,
- отсутствие положительной динамики (по данным лучевых методов обследования) на фоне неспецифического лечения

Данные анамнеза жизни

те же данные, что и при других формах туберкулеза, например, тубконтакт, туберкулез в прошлом, факторы риска снижения иммунитета и другие.

Качество медицинской помощи при пневмониях

Стандарты при НЗЛ – приказ МЗ РФ № 300.

Уровень знаний о тактике лечения П :

высокий – 17.2%.

средний – 47.6%

и низкий – 35.2%.

В том числе

применяли нерационально антибиотики

45.8%,

необосновано назначали в/в антибиотики

46.8%

не учитывали этиологию П > 20% случаев.

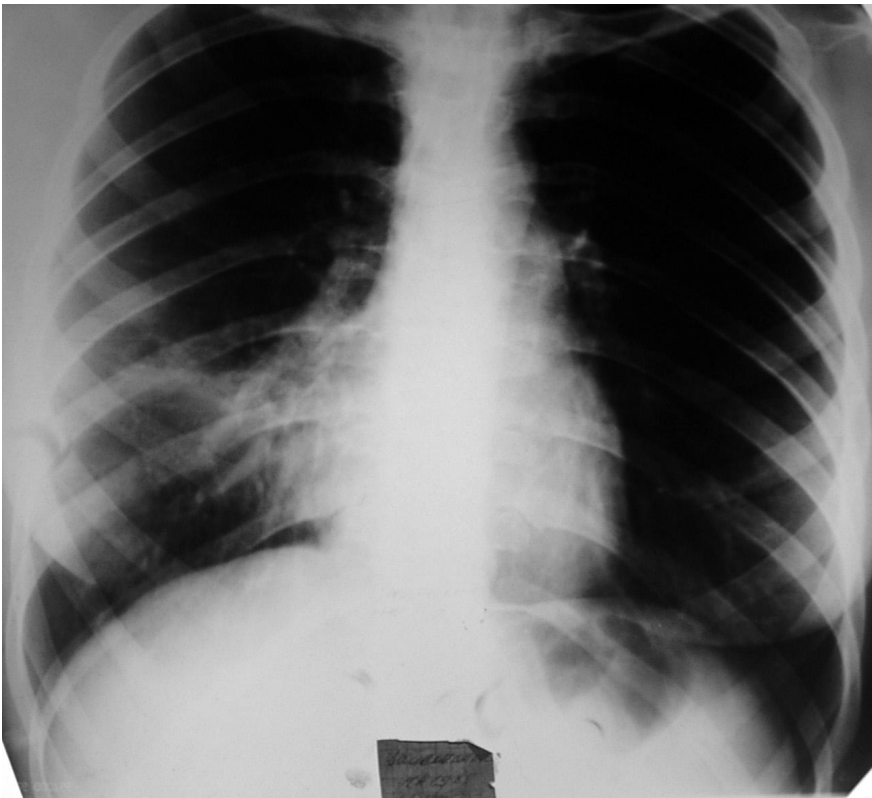
Типы легочных инфильтратов

(в порядке тяжести заболевания)

1. бронхолобулярный,
 2. округлый (сегментарный),
 3. облаковидный,
 4. лобит,
 5. перисциссурит,
 6. прикорневой.
7. Выделен отдельно вариант казеозной пневмонии.

Данные лучевых методов исследования

- сочетание инфильтрата с туберкулезными очагами,
 - верхнедолевая локализация,
- воспалительная дорожка от инфильтрата к корню,
 - частая деструкция ткани,
- неомогенная средней интенсивности тень,
 - довольно четкая граница тени.



ИТЛ. С-ва. 34 г. Синдром средней доли ? Прикорневой ИТЛ ?
Перисцистит ? Туберкулез бронхов. Длительная диф. диагностика.

Результаты лабораторных исследований

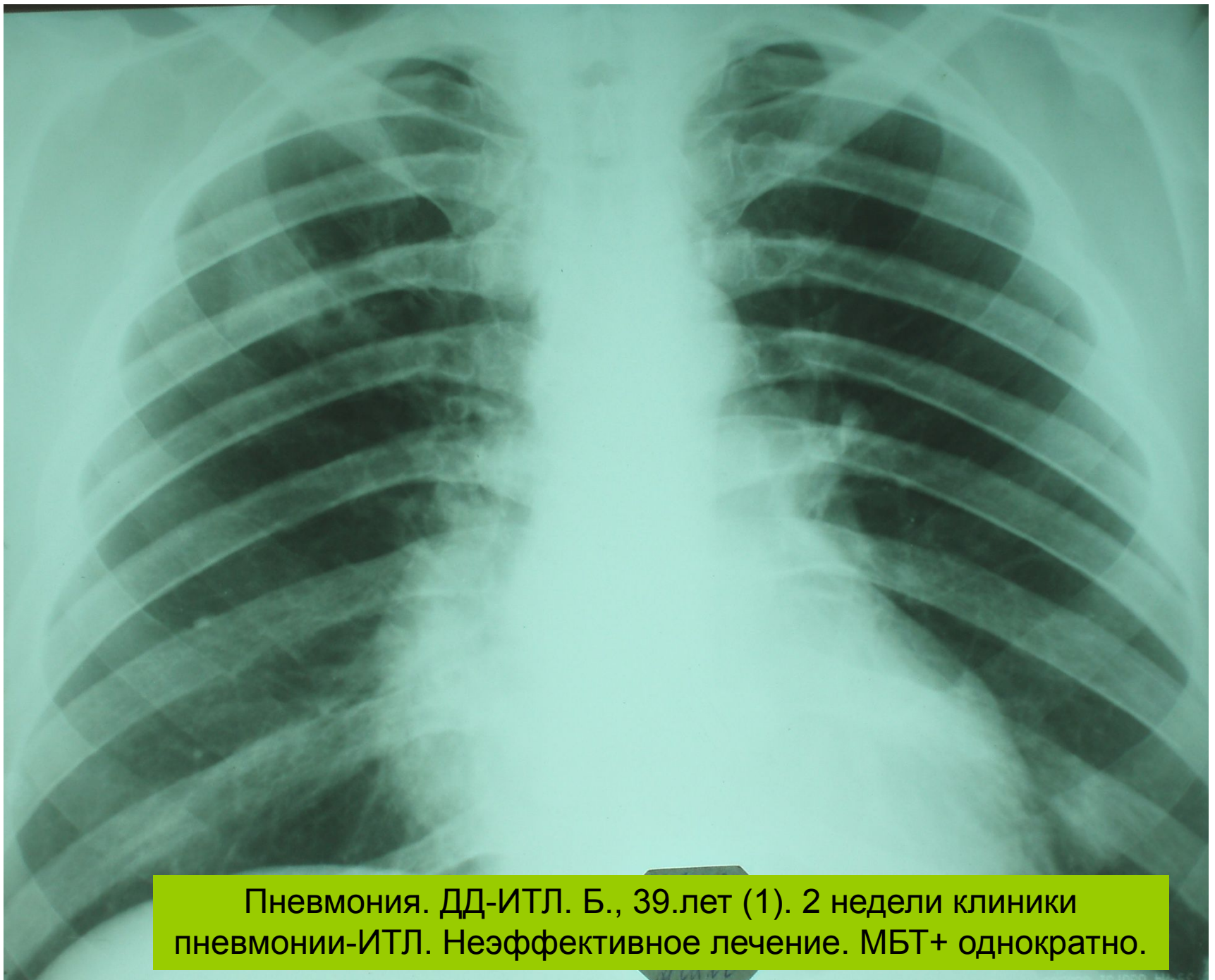
бактериовыделение более чем у половины больных, остальные результаты лабораторных исследований те же, что и при других формах туберкулеза.

Иммунологические тесты

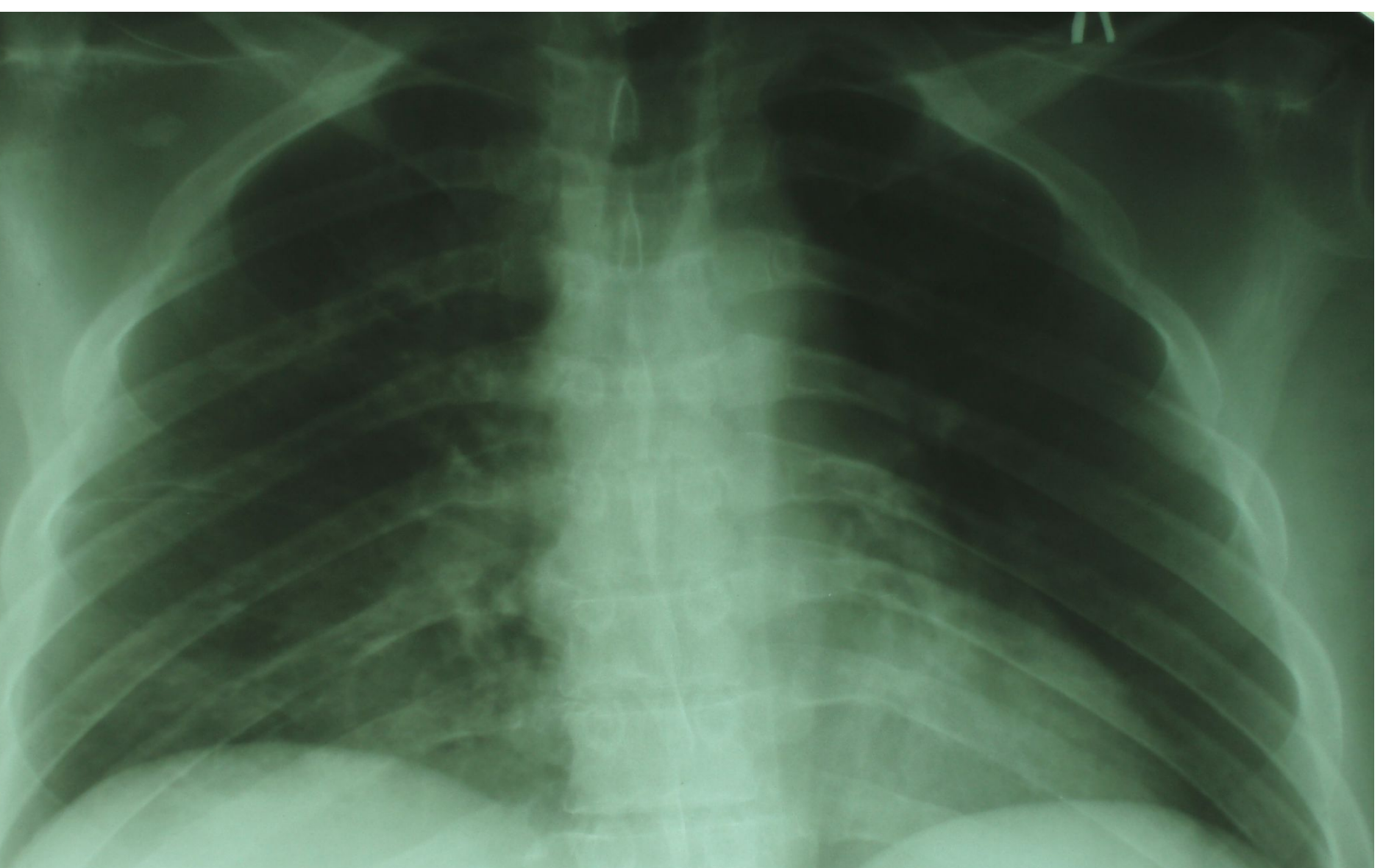
- туберкулиновая проба положительная, иногда гиперергия (у больных с казеозной пневмонией может быть анергия),

Диаскинтест!

- положительные тесты ИФА и ПЦР (трактовка и оценка результатов только с учетом клинического обследования),
 - обязательное динамическое наблюдение.



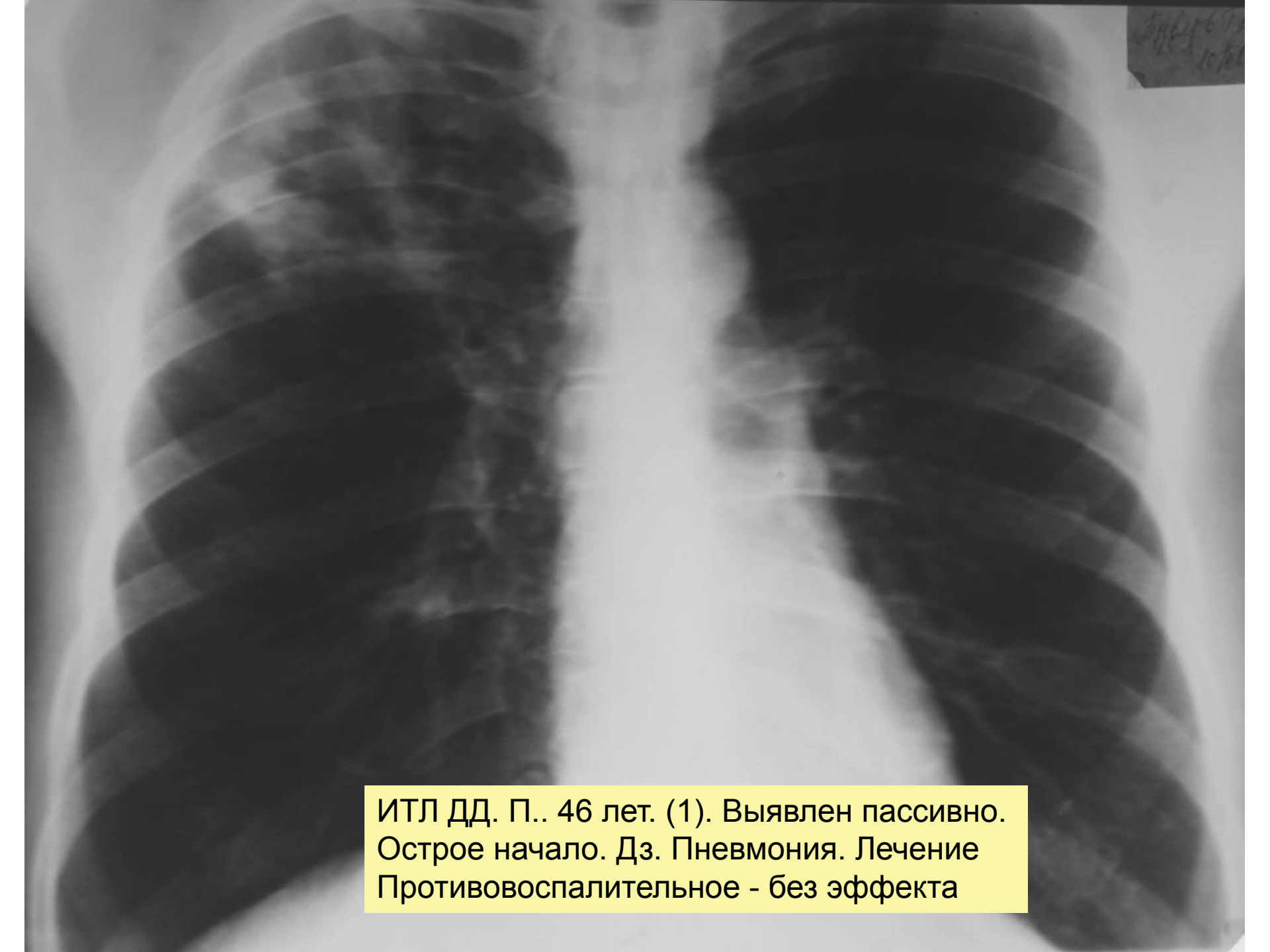
Пневмония. ДД-ИТЛ. Б., 39.лет (1). 2 недели клиники пневмонии-ИТЛ. Неэффективное лечение. МБТ+ однократно.



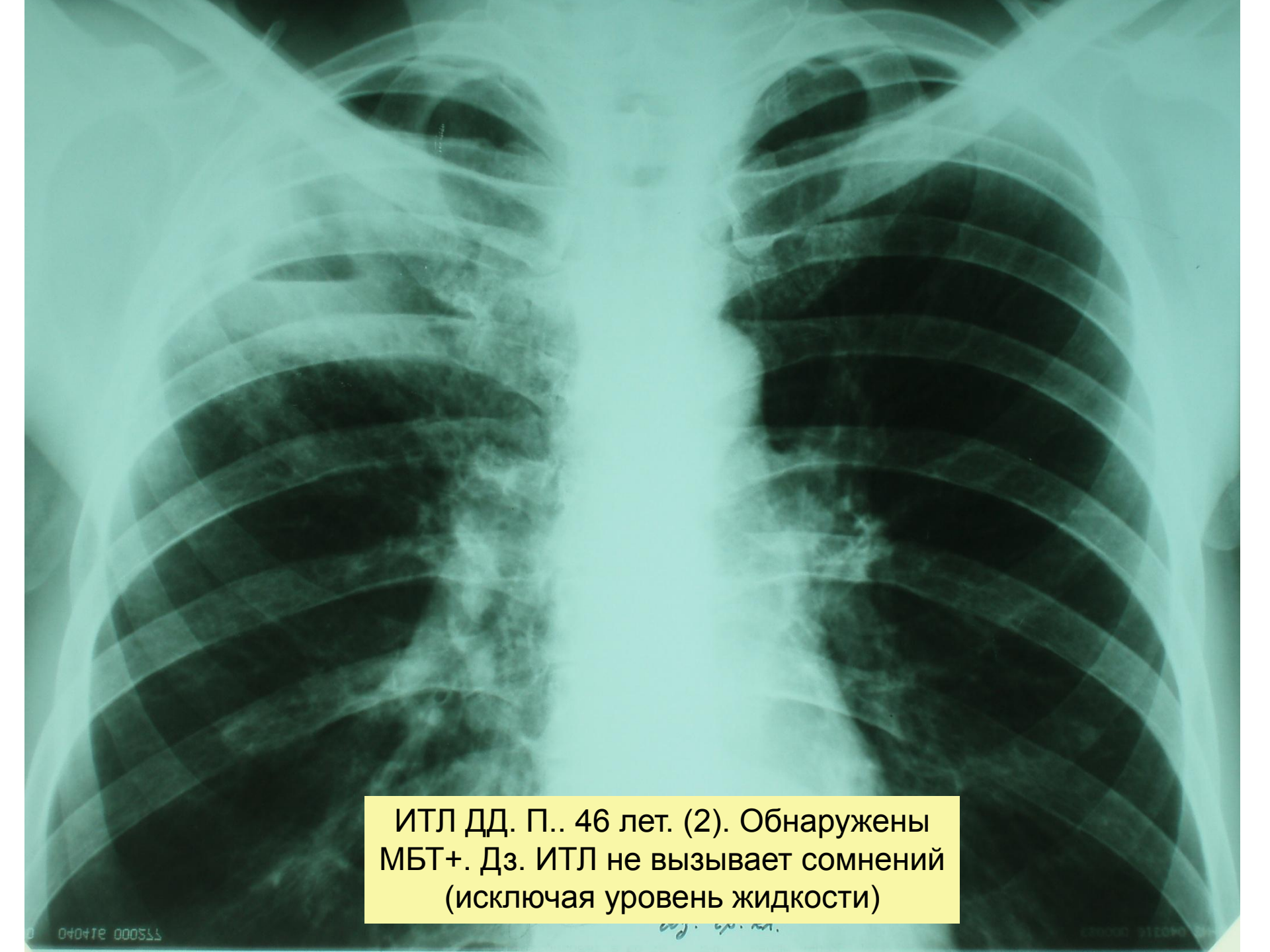
Пневмония. ДД-ИТЛ. Б., 39.лет (2). Неэффективное лечение в течение недели пневмонии+ИТЛ. МБТ+ однократно. Реанимация. Контроль-Ргр. Ошибка рентгенолога - динамика на основании данных, полученных в неодинаковых условиях. Продолжение АБТ, ухудшение состояния.



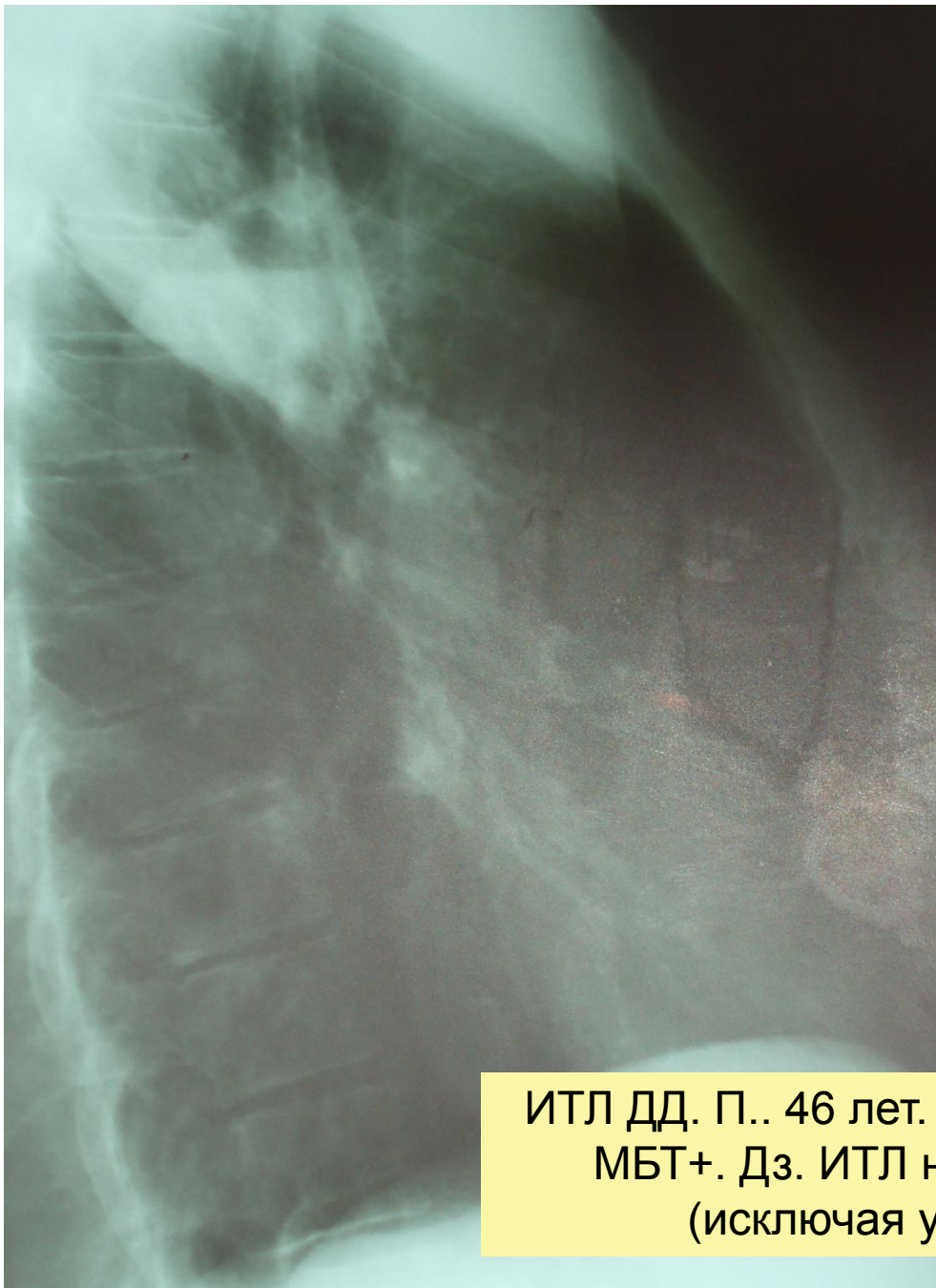
Пневмония. ДД-ИТЛ. Б., 39.лет (3). Неэффективное лечение в течение 4 недель ИТЛ. МБТ+ однократно. **Из-за ошибки рентгенолога (положительная динамика) - ошибочная тактика (АБТ).** Смерть. Дз: Абсцедирующая пневмония (типировать возбудитель невозможно, предположение)



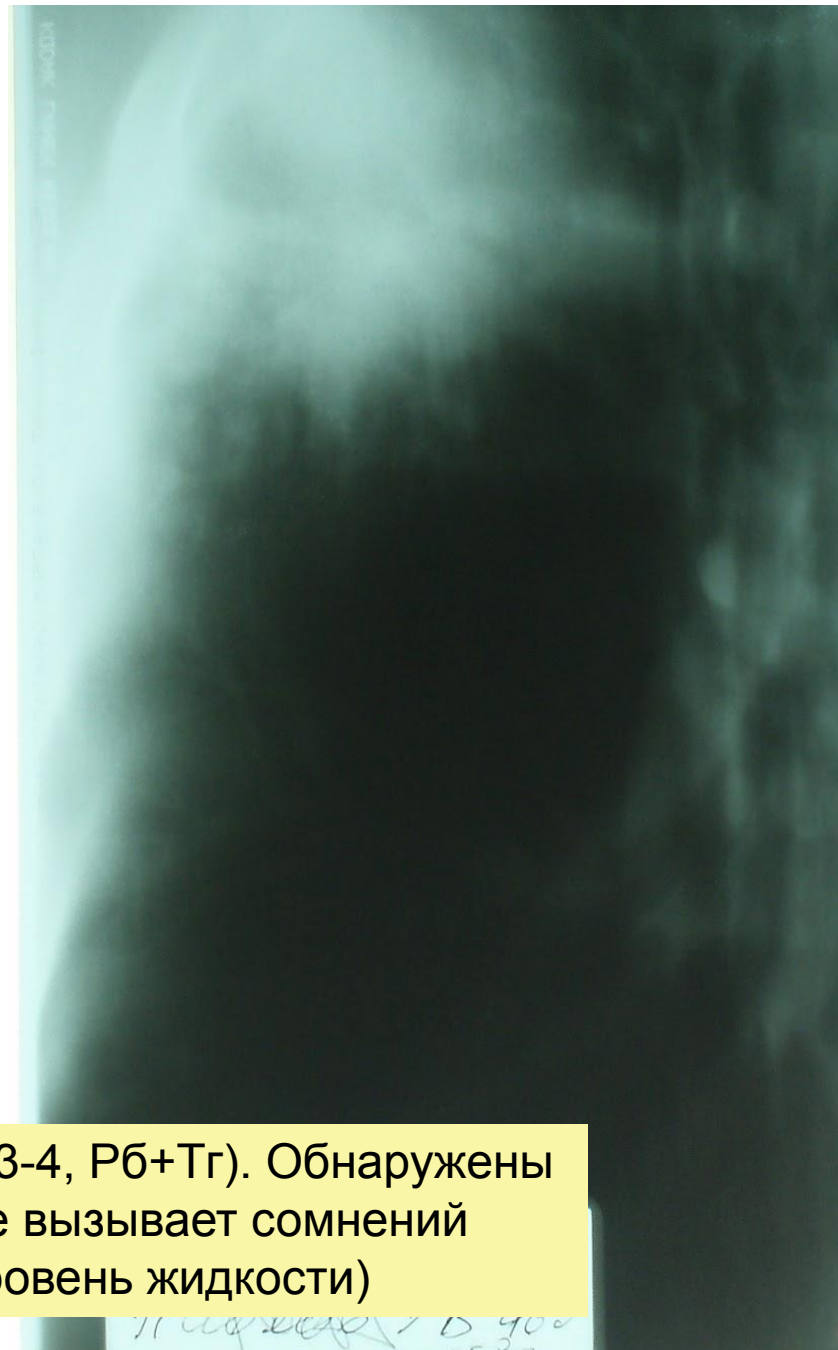
ИТЛ дд. П.. 46 лет. (1). Выявлен пассивно.
Острое начало. Дз. Пневмония. Лечение
Противовоспалительное - без эффекта



ИТЛ дд. П.. 46 лет. (2). Обнаружены
МБТ+. Дз. ИТЛ не вызывает сомнений
(исключая уровень жидкости)




ИТЛ дд. П.. 46 лет. (3-4, Рб+Тг). Обнаружены
МБТ+. Дз. ИТЛ не вызывает сомнений
(исключая уровень жидкости)



ИТЛ дд. П.. 46 лет. (3-4, Рб+Тг). Обнаружены
МБТ+. Дз. ИТЛ не вызывает сомнений
(исключая уровень жидкости)

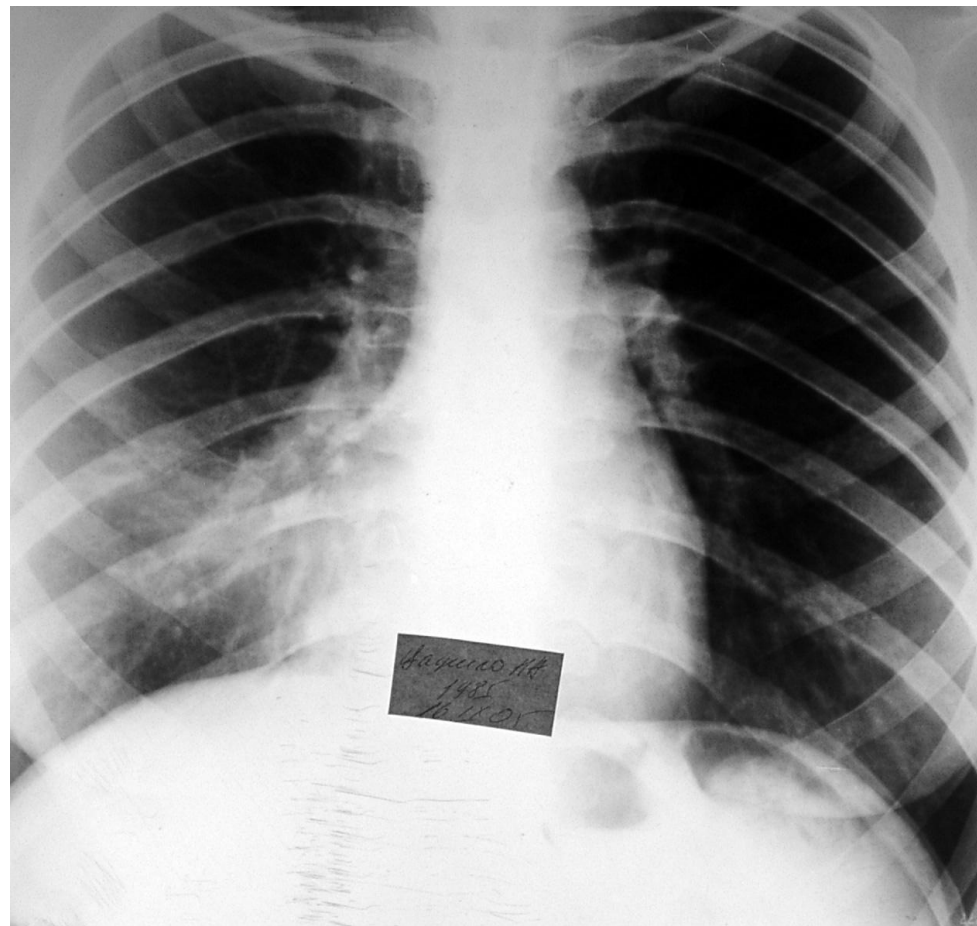
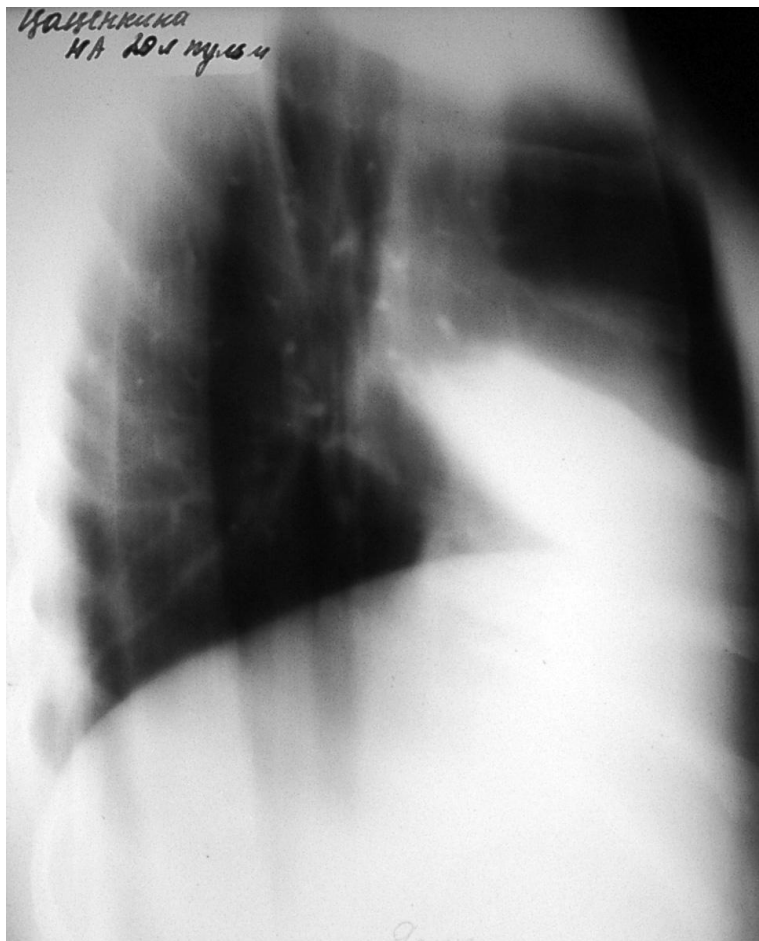


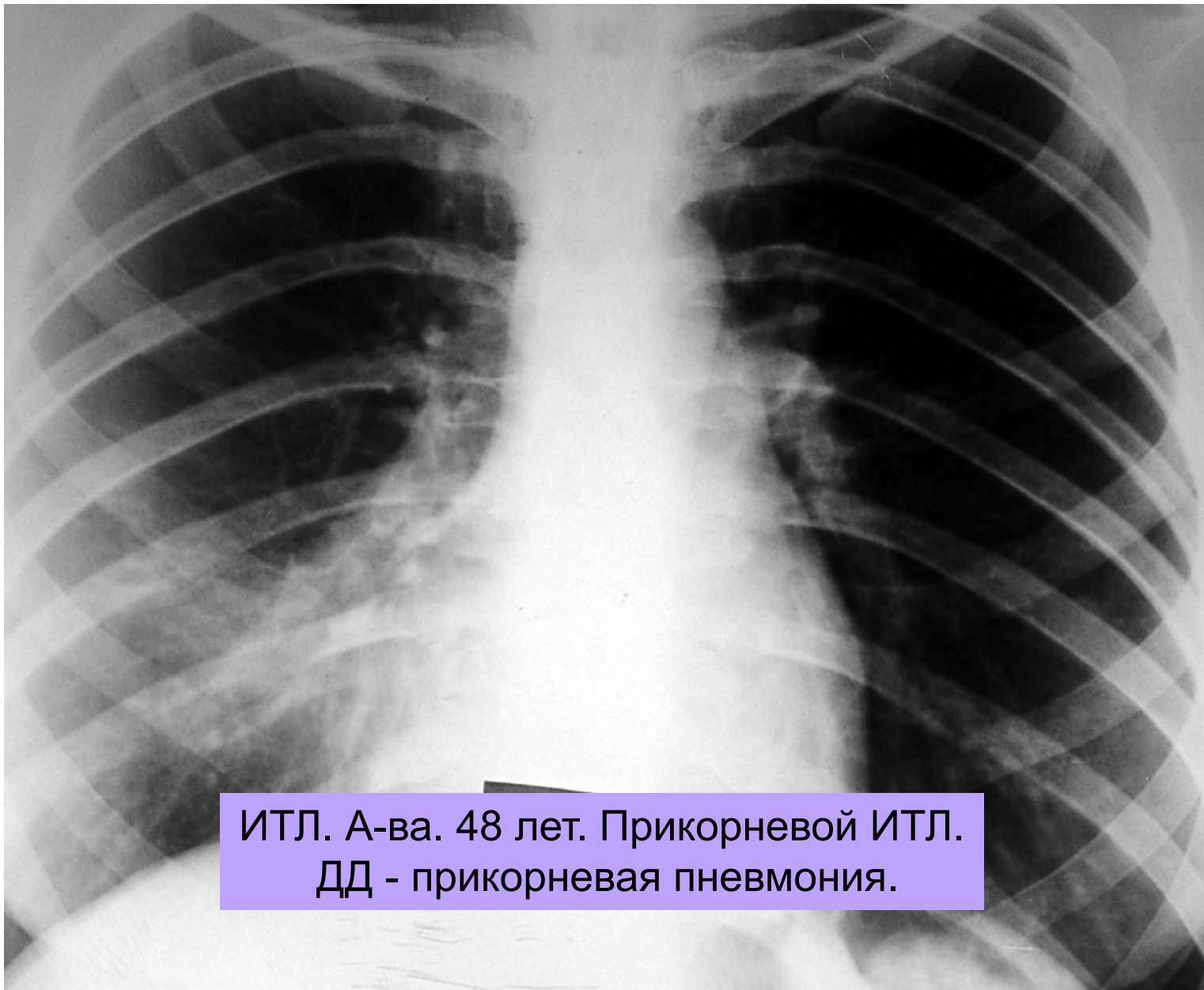
ИТЛ дд. П.. 46 лет. (5). МБТ+ обнаружены однократно. Сохраняется полость. Дз. ИТЛ сомнителен. Оперирован – абсцесс.



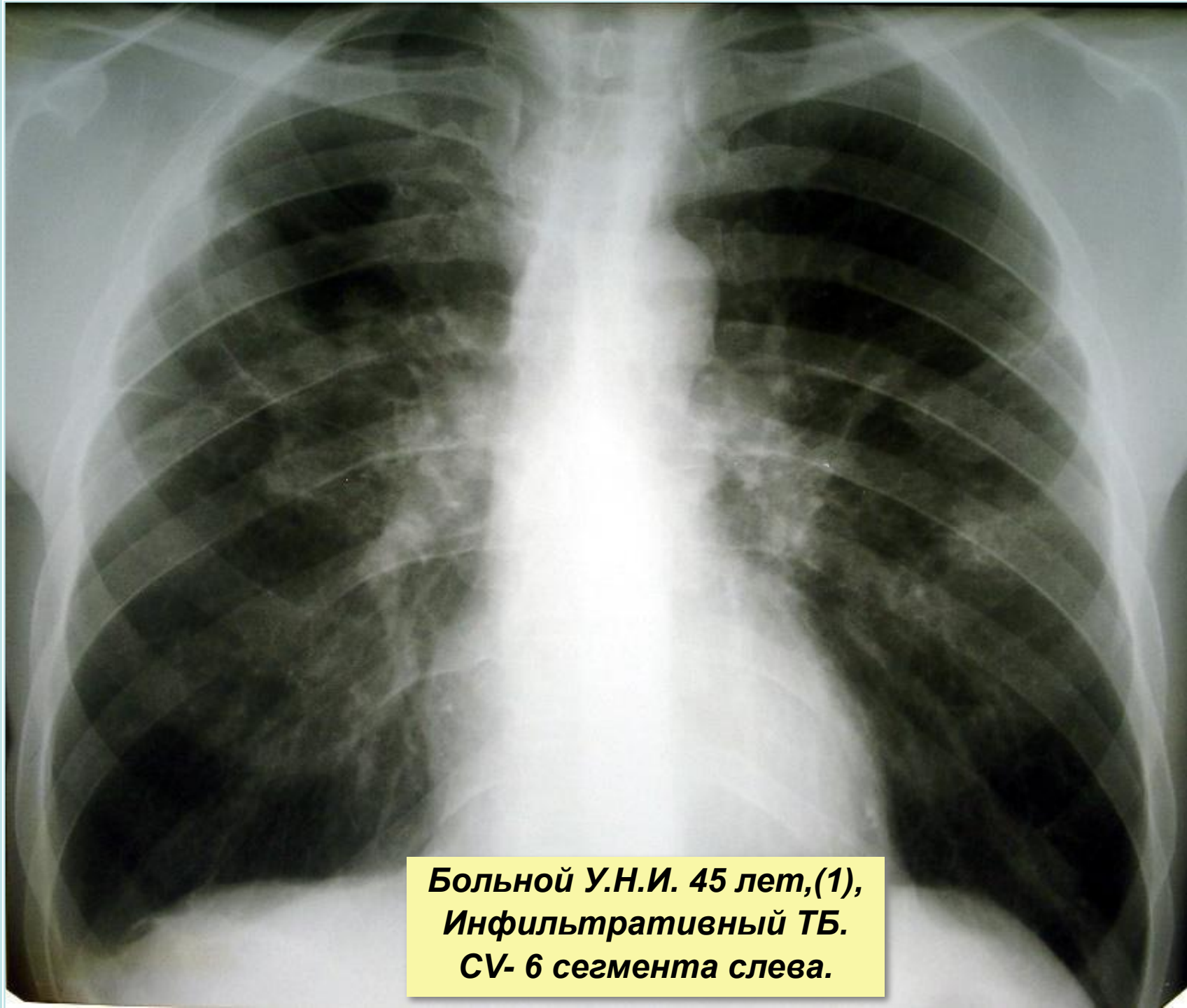
ИТЛ дд. П.. 46 лет. (6 - Тг). МБТ+ обнаружены
однократно. Сохраняется полость. Дз. ИТЛ
сомнителен. Оперирован – абсцесс.

Плеврит. Ц. 54 г. Междолевой плеврит. Синдром средней доли.
Диф. диагностика ИТЛ. Аденогенный туберкулез.





ИТЛ. А-ва. 48 лет. Прикорневой ИТЛ.
ДД - прикорневая пневмония.



**Больной У.Н.И. 45 лет,(1),
Инfiltrативный ТБ.
СV- 6 сегмента слева.**



**Больной У.Н.И. 45 лет,(2) Инфильтративный ТБ.
Прогрессирование в течение 14 дней.**



**Больной У.Н.И. 45 лет, (3), Инфильтративный ТБ.
Формирование полости справа, массивное бактериовыделение**



***Больной У.Н.И. 45 лет,(4), Исход инфильтративного ТБ –
формирование цирротического туберкулеза верхней доли.
Отказ от оперативного лечения.***



Больной С, 31 год, выявлен при профилактическом обследовании.

Незначительные грудные жалобы

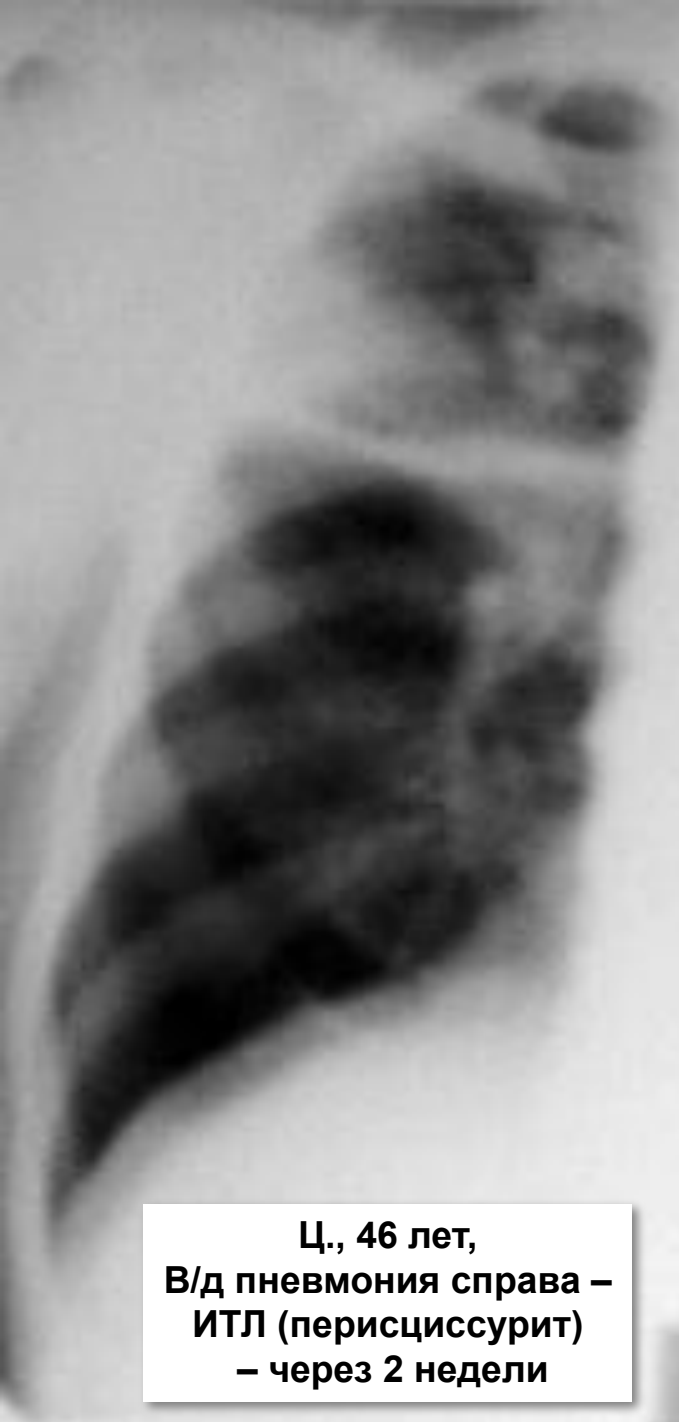
в течение недели.

За медицинской помощью не обращался.

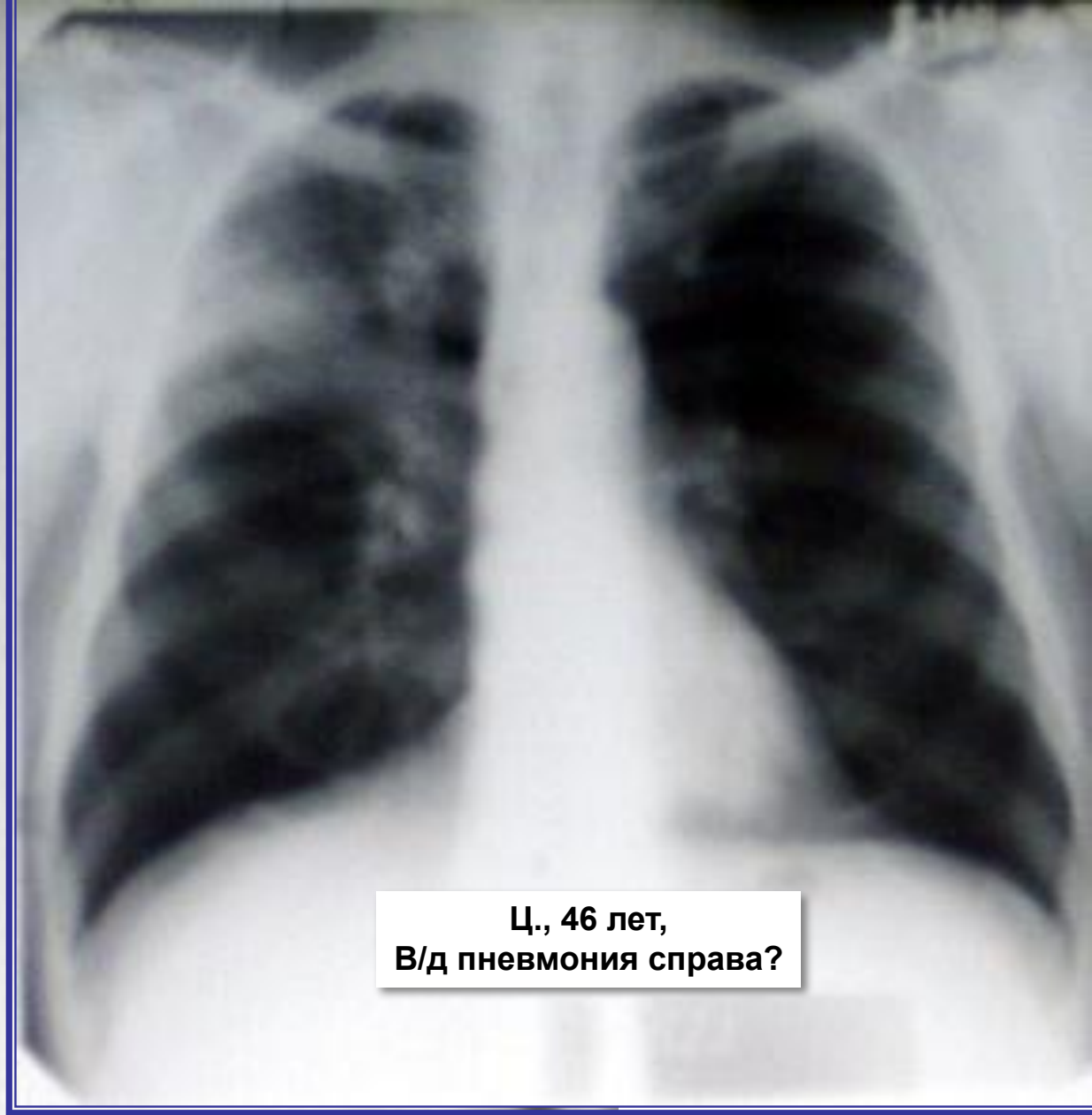
В мокроте МБТ-

Лабораторно: гемограмма – только ускорение СОЭ

- Ваш диагноз ?**
- Дополнительные методы**
- обследования ?**



**Ц., 46 лет,
В/д пневмония справа –
ИТЛ (перисцисурит)
– через 2 недели**



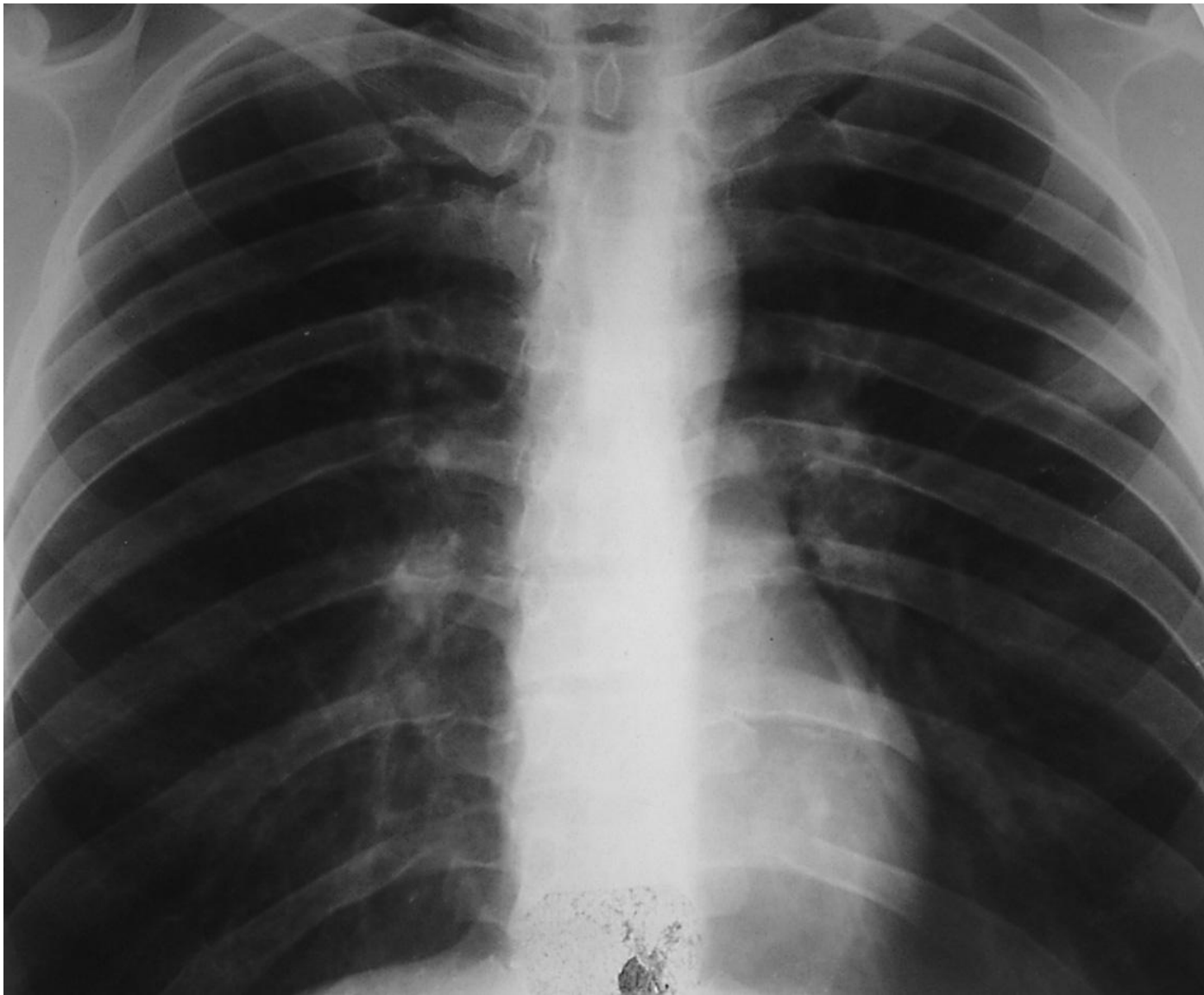
**Ц., 46 лет,
В/д пневмония справа?**



**И., 28 лет,
ИТЛ - перисциссурит**



ПТ. В., 35 лет. Инфицирован
в раннем возрасте. Изменения
в корне рассматривались как
ОТИ. Отсутствие динамики.



ИТЛ. Л., 46 лет. Округлый ИТЛ (нетипичная локализация).
ДД – периферический рак. Оперирован. Дз. подтвержден.

Дифференциальная диагностика ИТЛ (прикорневой инфильтрат) и прикорневой пневмонии

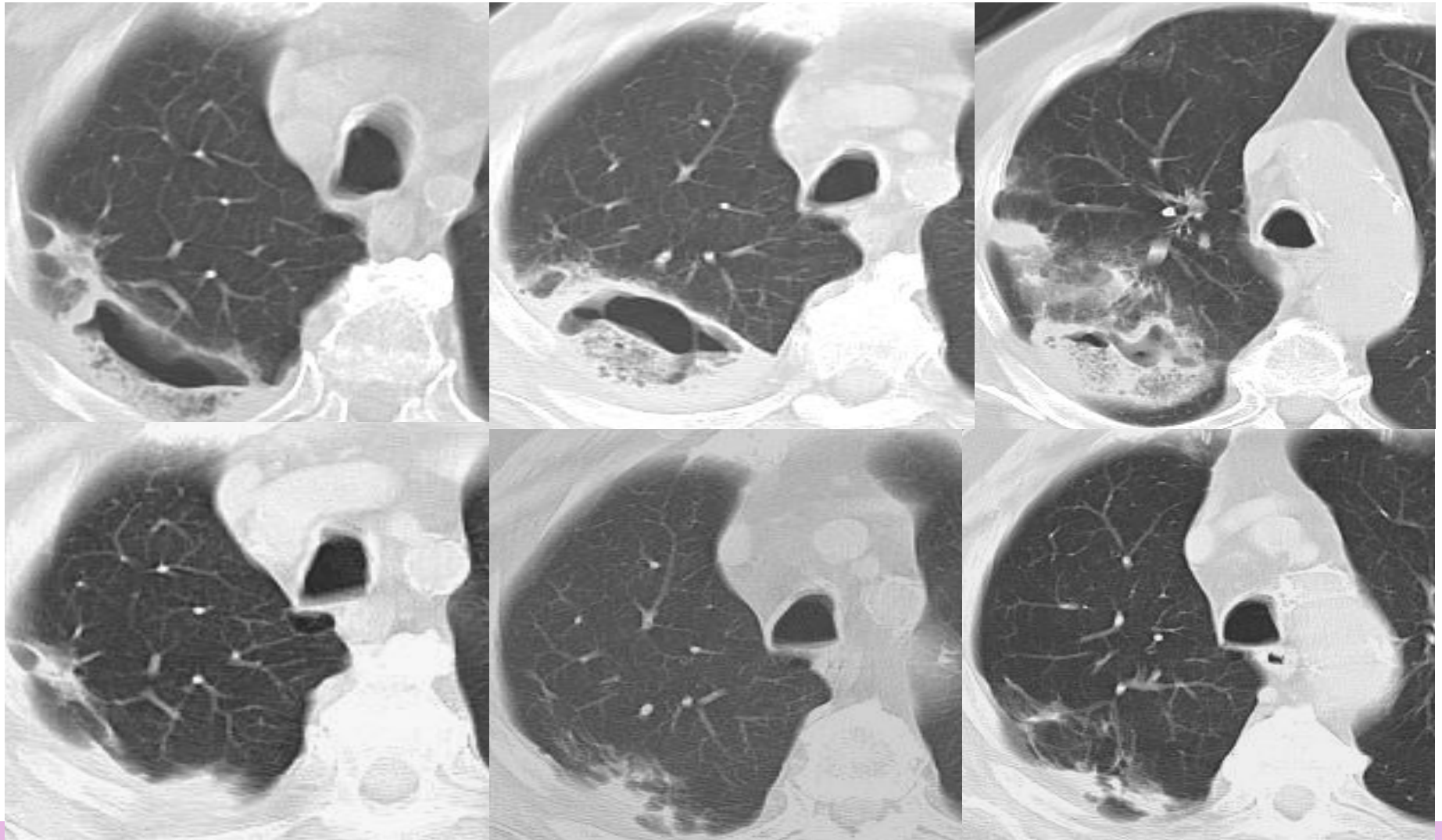


С., 30 лет. Выявлен пассивно, клиника не выражена. Банальная пневмония, однако выраженная реакция лимфатических узлов левого корня обусловила подозрения в отношении первичного ТБС. Бессмысленная АБТ (1 режим) 2 м-ца



Больная К., 50 лет. ФГ-скрининг, не выраженная клиника. Дз: затяжная верхнедолевая правосторонняя пневмония. Неспецифическая антибактериальная терапия 2 м-ца. По динамике: ИТЛ правого легкого.

ДД ИТЛ и микст-пневмонии.



Ш., 42 г. Выраженная клиника пневмонии, неспецифическая терапия 15 дней – без эффекта. Сомнительная находка МБТ (1-2). ДД ИТЛ. АБТ 1 режим. Отрицательная динамика клинически, секвестрации (3). При изменении характера мокроты поиск возбудителей – грибковая флора. Положительный отклик на антифунгальные препараты (4-6). Снят диагноз ИТЛ.

Заключение

- **Дифференциальная диагностика и определение активности процесса при ограниченных формах ТБ должны определяться с учетом данных комплексного клинико-лабораторно-инструментального обследования**
- **При ограниченных формах ТБ КТ является основным методом уточняющей диагностики заболеваний грудной полости**
- **Линейная томография не должна применяться для диагностики заболеваний легких и средостения**
- **КТ грудной клетки детям должно выполняться в строго определенном педиатрическом учреждении квалифицированным рентгенологом, имеющим специальную подготовку по торакальной радиологии /**