

# Инфильтративный туберкулез легких

Методические материалы

Б.С. Кибрик, О.Г. Челнокова

ГОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия» Минздрава РФ

# **Инфильтративный туберкулез легких**

Методические материалы для самоподготовки студентов

Авторы: Б.С. Кибрик, О.Г. Челнокова

Рекомендовано к изданию и включению в электронный архив библиотеки:

ЦКМС

Протокол №

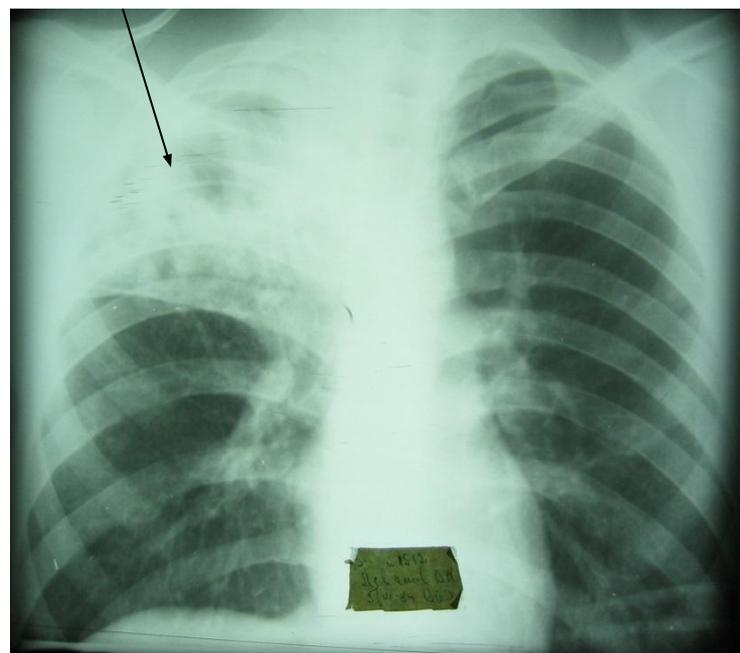
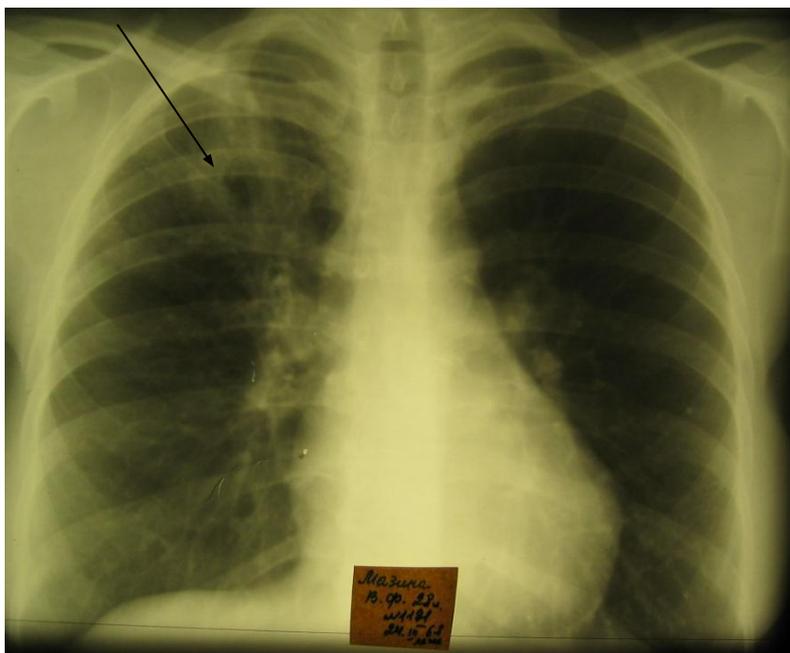
Председатель ЦКМС

проректор по учебной работе ЯГМА профессор А.Н. Шкробко

2014г

## Определение

**Инфильтративный туберкулез** - это локальная форма туберкулеза для которой характерно появление и быстрое увеличение зоны инфильтрации вокруг свежих или старых туберкулезных очагов.



# Инфильтративный туберкулез легких

## Эпидемиология

у впервые выявленных больных 65-75%  
среди контингентов противотуберкулезного диспансера 45-50%

## Патогенез

Эндогенная реактивация

Суперинфекция

Развитие перифокального воспаления вокруг очагов казеозного некроза с распространением процесса за пределы легочной доли

## Проблемы формы

диагностика

дифференциальная диагностика

лечение

## Клиника

малосимптомное течение 30%  
умеренная интоксикация и бронхолегочный синдром 40%  
остропрогрессирующее течение 30%

## Рентгенологическая картина

Неоднородное затемнение от 1,5 - 2 см до сегмента, доли легкого  
Инфильтраты - бронхолобулярный, округлый, облаковидный, перисцисурит, лобит

## Дифференциальная диагностика

Пневмония (очаговая, полисегментарная, крупозная, деструктивная).

Центральный и периферический рак. Эозинофильные инфильтраты. Инфаркт легкого при тромбоэмболии легочной артерии. Синдром Вегенера. Артериовенозные аневризмы.

## Исходы

- Рассасывание, уплотнение и рубцевание
- Частичное рассасывание, дефрагментация с образованием очагов
- Формирование туберкулом
- Формирование кавернозного или фиброзно-кавернозного туберкулеза
- Прогрессирование с развитием казеозной пневмонии

# Инфильтративный туберкулез легких

**Эпидемиология** Инфильтративный туберкулез встречается у 65-75% впервые выявленных взрослых больных туберкулезом и 45-50% среди контингентов противотуберкулезного диспансера.

**Патогенез** имеет три основные линии:

1. Эндогенная реактивация остаточных очаговых изменений после первичного или вторичного туберкулеза в легких и других органах.
2. Развитие свежих казеозно-некротических очагов в результате суперинфекции.
3. Склонность тканей к экссудативным реакциям вследствие наличия фоновых заболеваний или состояний – сахарного диабета, хронического алкоголизма и др. Происходит быстрое распространение акссудативно – некротического поражения с образованием острых полостей.

## Проблемы формы

1. Диагностика при малосимптомном течении.
2. Дифференциальная диагностика вследствие большого числа больных с инфильтративными процессами в легких (пневмонии, рак) и большим количеством диагностических ошибок, поздней диагностикой туберкулеза.
3. Лечение при остро прогрессирующем инфильтративном туберкулезе вследствие развития казеозной пневмонии у 30% больных

**Клиника** - малосимптомное течение 30%, умеренная интоксикация и бронхолегочный синдром 40%, остро прогрессирующее течение 30%

**Рентгенологическая картина** представлена неоднородным затемнением от 1,5 - 2 см до сегмента, доли легкого. Варианты - бронхолобулярный, округлый, облаковидный, перисциссурит, лобит .

## Дифференциальная диагностика

Пневмония (очаговая, полисегментарная, крупозная, деструктивная).

Центральный и периферический рак. Эозинофильные инфильтраты. Инфаркт легкого при тромбоэмболии легочной артерии. Синдром Вегенера. Артериовенозные аневризмы.

**Особенности лечения** - приоритет терапевтических методов лечения

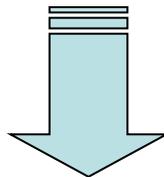
## Исходы

- Рассасывание, уплотнение и рубцевание
- Частичное рассасывание, дефрагментация с образованием очагов
- Формирование туберкулом
- Формирование кавернозного или фиброзно-кавернозного туберкулеза
- Прогрессирование с развитием казеозной пневмонии

# Эпидемиология

- В структуре впервые выявленных больных туберкулезом легких инфильтративный туберкулез составляет 65-75%. За последние 30 лет число впервые выявленных больных инфильтративным туберкулезом выросло с 20-40% до 65 – 75%. В то же время, число больных с очаговым туберкулезом уменьшилось с 40-50% в структуре всех форм до 6-12%.

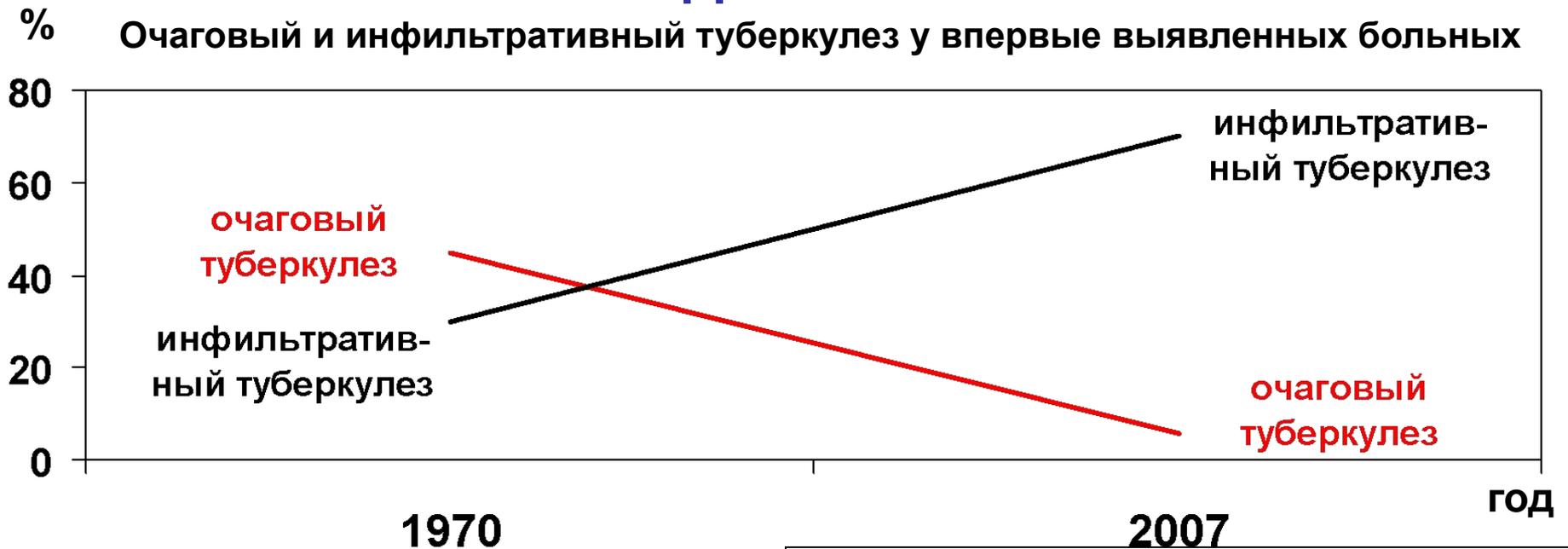
**Диаграмма.**



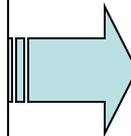
**Резкое повышение заболеваемости инфильтративным туберкулезом говорит о неблагоприятном патоморфозе туберкулеза и недостаточной организации работы по профилактике и выявлению заболевания.**

## Диаграмма.

# Эпидемиология



Эпидемиологический сдвиг в снижении частоты выявления очаговых форм и резкого роста инфильтративных процессов говорит об особенностях современного патоморфоза туберкулеза.



Начало туберкулеза с малыми изменениями быстро переходит через фазу прогрессирования очаговых процессов в выраженные формы туберкулеза, которые выявляются преимущественно при обращении пациентов с жалобами в поликлиники общей лечебной сети.

# Эпидемиология

- **Острота развития инфильтративного туберкулеза может составлять 1 – 3 месяца, что снижает диагностическую ценность профилактической флюорографии с кратностью один раз в год для своевременного выявления инфильтративного туберкулеза.**
- **Выявление инфильтративного туберкулеза в фазе распада происходит у % впервые выявленных больных, в том числе у % больных инфильтративным туберкулезом распад выявляется при профилактической флюорографии, у % больных инфильтративным туберкулезом распад выявляется среди декретированных контингентов.**
- **Бактериовыделение наблюдается у % больных инфильтративным туберкулезом при выявлении заболевания**

# Патогенез

## инфильтративного туберкулеза

Снижение резистентности макроорганизма

Экзогенная  
инфекция

Эндогенная реактивация МБТ в заживших первичных  
очагах в легких или внелегочной локализации

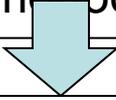
Вокруг туберкулезного очага развивается воспалительная реакция с выраженным экссудативным компонентом на фоне гиперсенсебилизации легочной ткани. Специфическое воспаление распространяется за пределы легочной доли, рядом расположенные очаги сливаются и формируется бронхолобулярный инфильтрат. В зависимости от состояния иммунитета процесс может распространяться медленно или быстро с поражением сегмента, доли легкого.

Бронхолобулярный инфильтрат – процесс распространяется на 2 – 3 легочной доли и образуется инфильтрат размерами до 3 см. При дальнейшем распространении процесса образуется округлый инфильтрат, затем процесс распространяется на сегмент, долю легкого. Если инфильтрат расположен рядом с междолевой бороздой, которая часто вовлекается в процесс воспаления, то инфильтрат носит название перисциссурит.

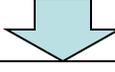


# Клиника инфильтративного туберкулеза

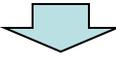
Морфогенетические особенности инфильтративного туберкулеза :  
Разный объем экссудативно-некротического поражения, преимущественно экссудативный тип воспаления, продуктивная реакция при округлом инфильтрате, разная скорость прогрессирования с преобладанием быстроты прогрессирования и образованием полостей распада



Малосимптомное начало заболевания часто не осознается больными и маскируется заболеваниями и состояниями, проявляющимися симптомами астенизации и слабо выраженной интоксикации. Прогрессирование заболевания с распространением экссудации сопровождается усилением интоксикации. При появлении полостей распада присоединяется бронхолегочный синдром



В клинике преобладают симптомы интоксикации и непостоянный бронхолегочный синдром, появляющийся при распаде легочной ткани.



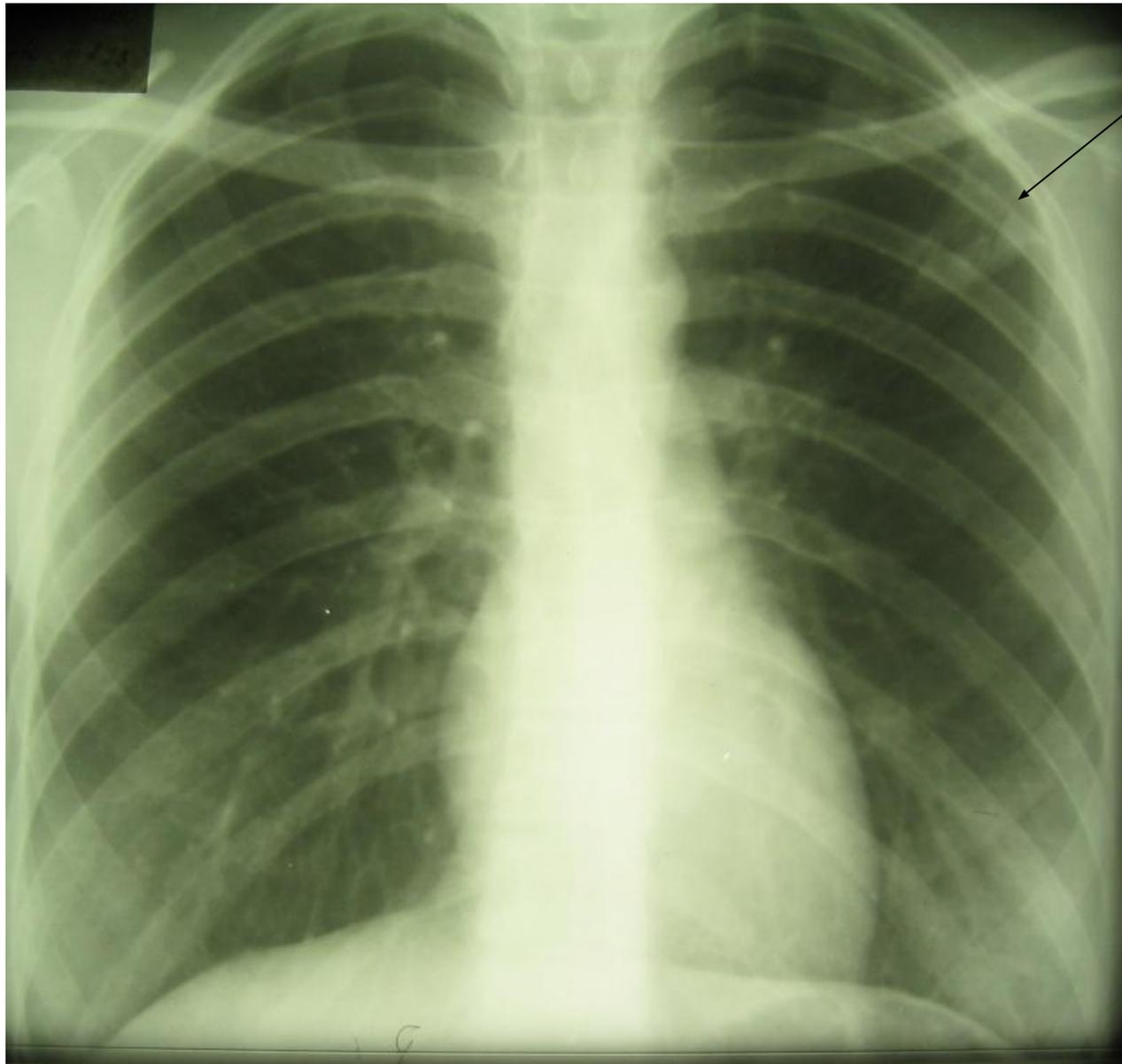
Необходим активный поиск начала заболевания, длительности и остроты развития интоксикационного и бронхолегочного симптомов, оценка тяжести клинических проявлений с учетом объема поражения легких по рентгенологическим данным

## **Клинический минимум обследования по диагностике инфильтративного туберкулеза**

- 1. Активное уточнение жалоб, детальный сбор анамнеза заболевания и осмотр с целью уточнения длительности малого интоксикационного и бронхолегочного синдрома, а также продолжительность периода усиления симптомов заболевания.**
- 2. Сбор эпидемиологического, социального анамнеза, выявление хронических фоновых заболеваний и неблагоприятных факторов работы, снижающих резистентность организма.**
- 3. Оценка рентгенологической картины с выделением характерных признаков туберкулеза: локализация изменений в 1,2,6 сегментах, неоднородная структура затемнения, выявление очагов в окружающей ткани или отдаленных участках легких, наличие полостей.**
- 4. Анализ флюорографического архива с уточнением давности изменений в изучаемых сегментах (очаги, инфильтрация). Оценка рентгенологической динамики легочного процесса.**
- 5. Поиск лабораторных признаков воспаления по гемограмме, биохимическому анализу крови.**
- 6. Анализ мокроты на МБТ минимум трехкратное обследование.  
При сохранении дифференциальной диагностики при первых отрицательных результатах возможно проведение тест – терапии и продолжить забор мокроты на МБТ.**
- 7. Реакция Манту с 2 ТЕ. У подростков и лиц молодого возраста можно видеть гиперергическую чувствительность к туберкулину.**

# Рентгенологическая картина

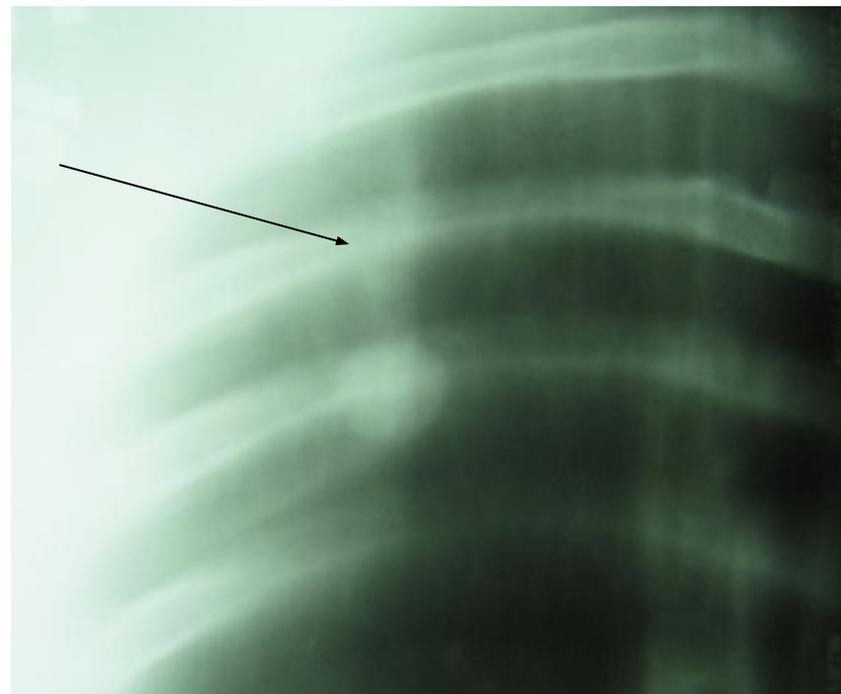
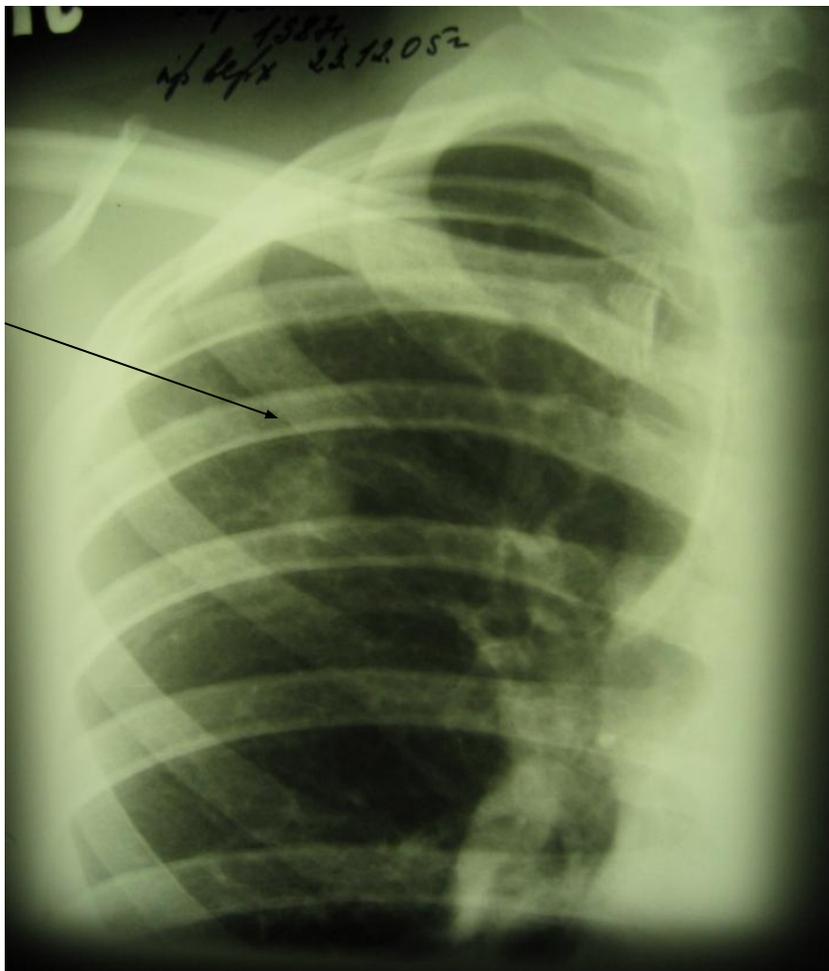
## Бронхолобулярный инфильтрат



**Затемнение  
средней и низкой  
интенсивности с  
размытыми  
контурами  
размерами до 3 см,  
часто  
полигональной или  
треугольной  
формы**

# Рентгенологическая картина

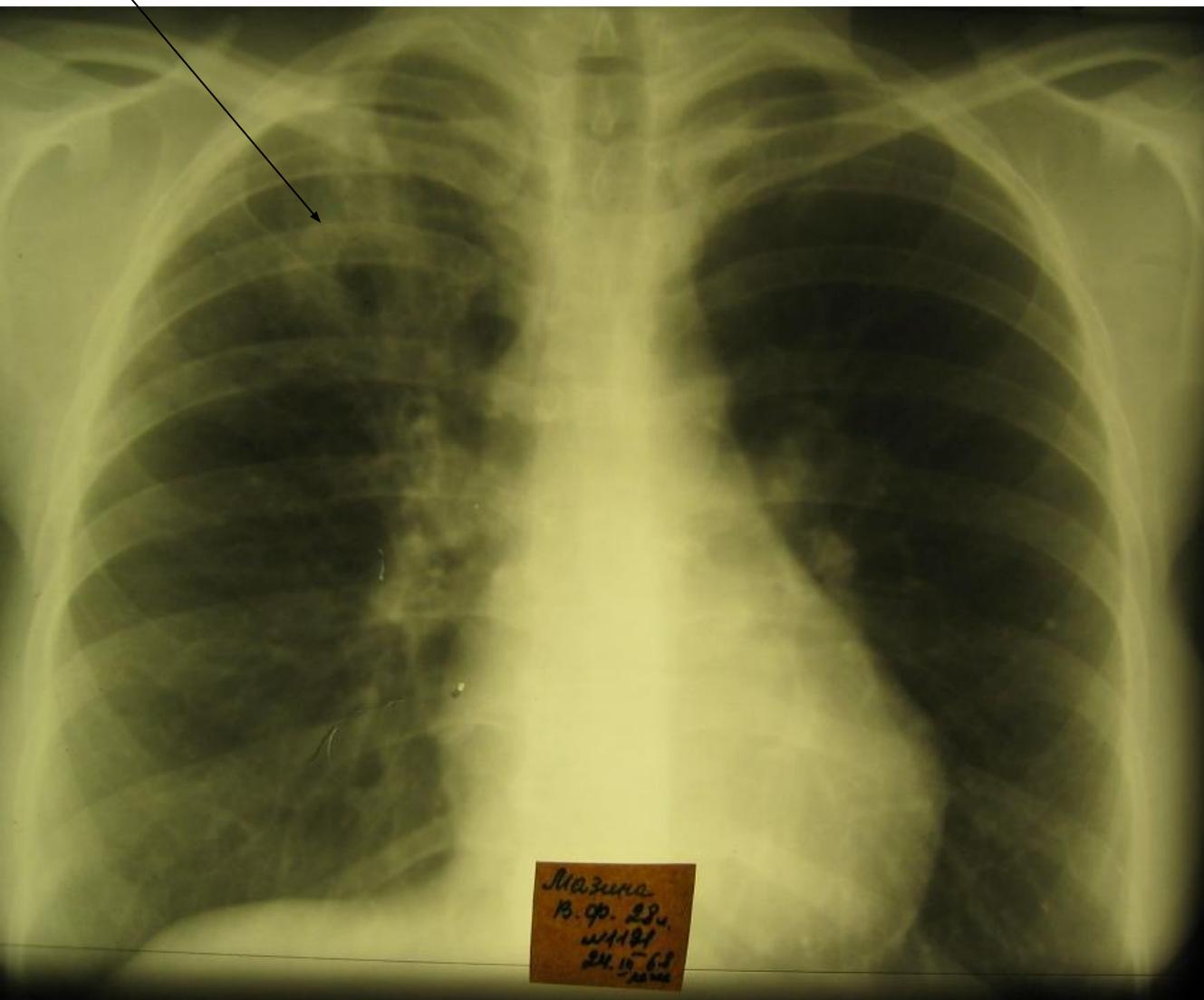
## Округлый инфильтрат



**Затемнение средней  
интенсивности с размытыми  
контурами округлой формы**

# Рентгенологическая картина

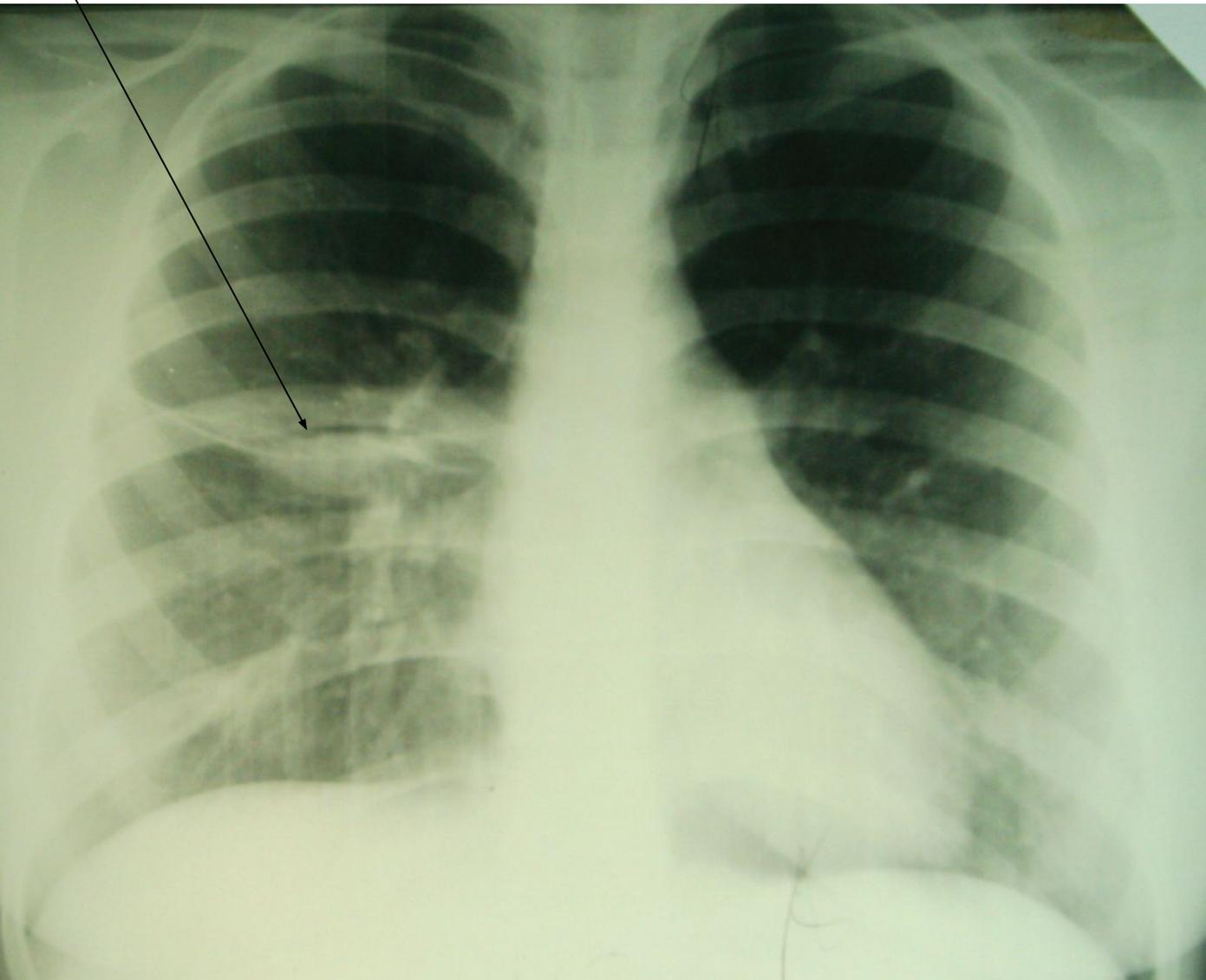
## Облаковидный инфильтрат



**Затемнение  
средней и низкой  
интенсивности  
неправильной или  
округлой формы с  
размытыми  
контурами  
занимает сегмент и  
более, быстро  
возникает распад**

# Рентгенологическая картина

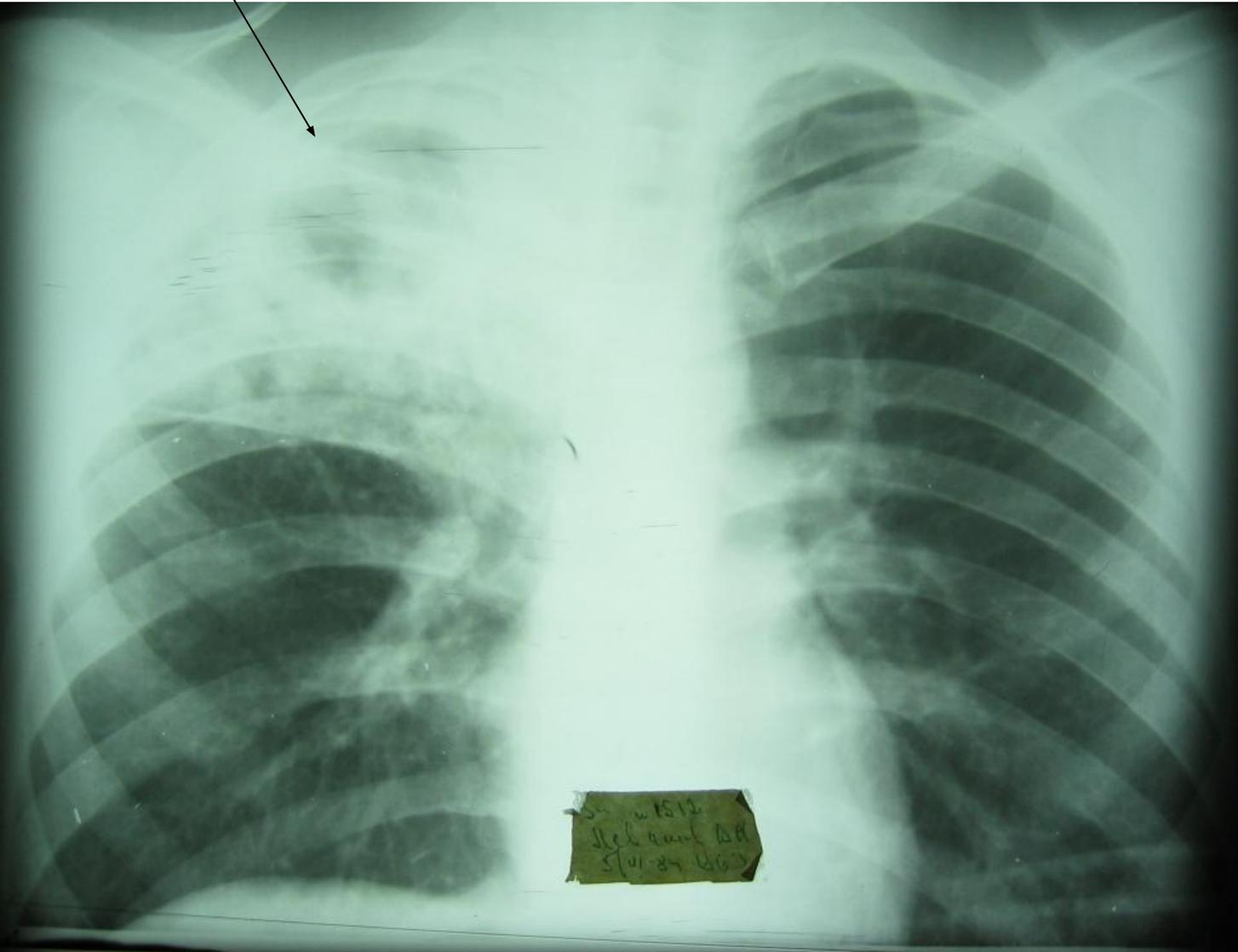
## Перисциссурит



**Затемнение  
средней и низкой  
интенсивности,  
связанное с  
подчеркнутой  
междолевой  
бороздой**

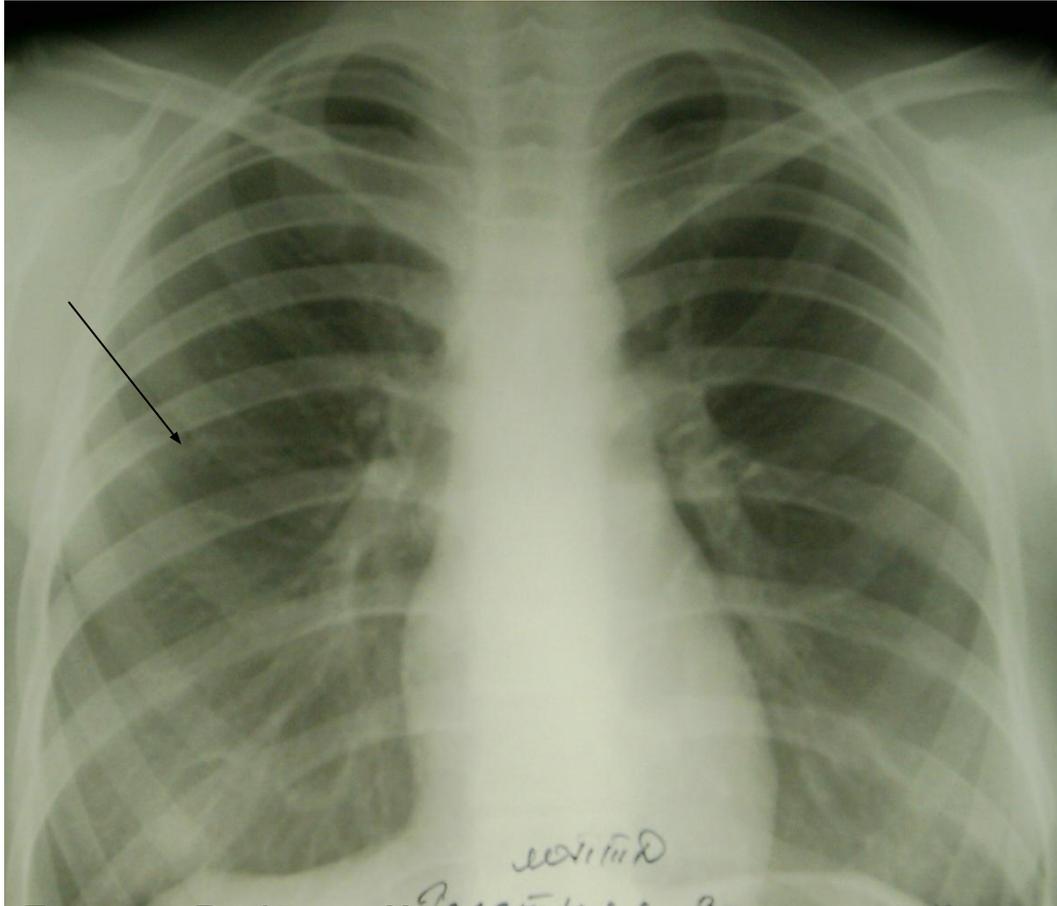
# Рентгенологическая картина

Лобит



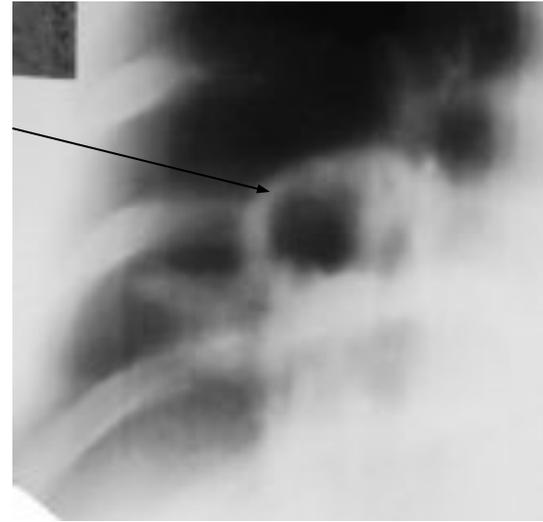
**Затемнение  
неоднородной  
структуры,  
занимает долю,  
множественные  
полости распада**

## Клинические примеры



Больная В., 15 лет. Изменения в легких выявлены при плановом обследовании по контакту с больным туберкулезом братом. Предыдущая ФЛГ год назад - норма. Активных жалоб нет. В СЗ левого легкого инфильтрат неправильной формы, средней интенсивности, неоднородный, с размытыми контурами. В гемограмме лейкоцитов 9 тыс. в 1 мкл, нейтрофилов 66%, лимфоцитов 30, СОЭ 9 мм в час. В мокроте МБТ не выявлены. Р. Манту с 2 ТЕ гиперергического характера – папула 26 мм с везикуло-некротической реакцией. Эффекта от неспецифической терапии с использованием цефтриаксона не получено. Легочный процесс расценен инфильтративный туберкулез С3 правого легкого. Бронхолобулярный инфильтрат. Назначен курс противотуберкулезной терапии.

## Клинические примеры



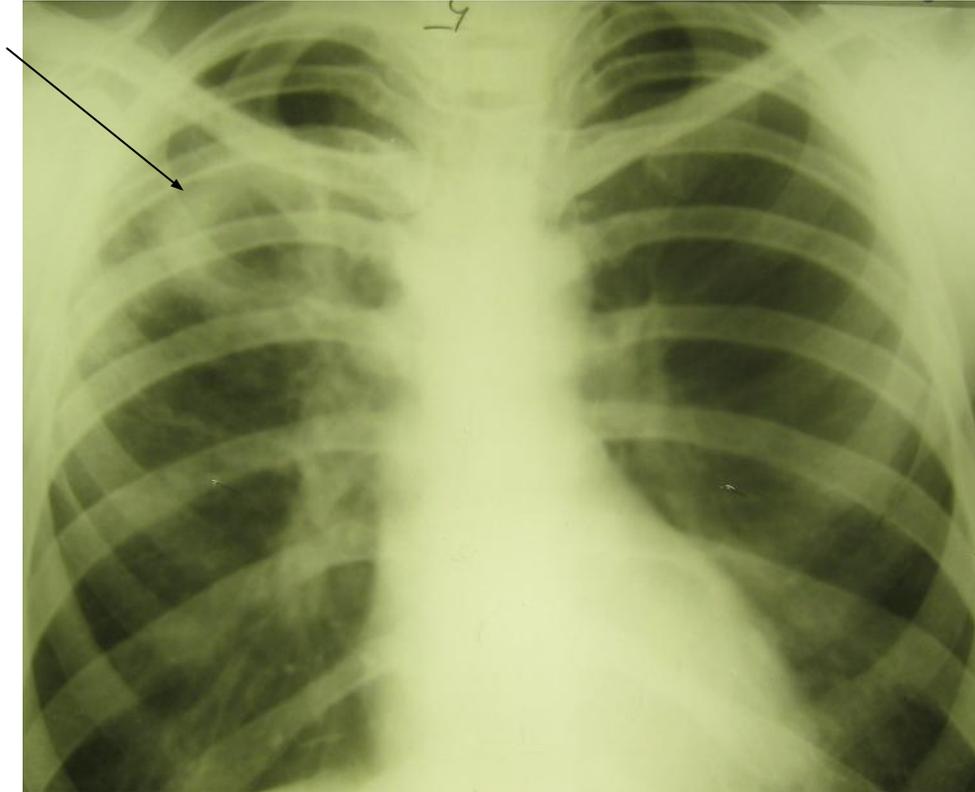
**Больной 35 лет. Лечение деструктивной пневмонии в течение 1,5 месяцев без эффекта. В анамнезе контакт с больным туберкулезом родственником. Фебрильная температура 2 недели, потеря веса 7 кг в течение 3 месяцев, ночные поты, слабость во второй половине дня. Кашель редкий с небольшим количеством мокроты.**

**В нижней доле правого неоднородное затемнение средней и высокой интенсивности, с размытыми контурами. В центре затемнения полость распада с горизонтальным уровнем жидкости. Наружные и внутренние контуры полости нечеткие с секвестрами, выдающимися внутрь полости. Затемнение имеет широкую связь с корнем.**

**В мокроте обнаружены МБТ в значительном количестве. В гемограмме лейкоцитов 10 тыс. в 1 мкл, нейтрофилов 72%, лимфоцитов 14%, СОЭ 35 мм в час.**

**Заключение: Инфильтративный туберкулез нижней доли правого легкого в фазе распада. Облаковидный инфильтрат. Признаки остропрогрессирующего туберкулеза легких.**

## Клинические примеры

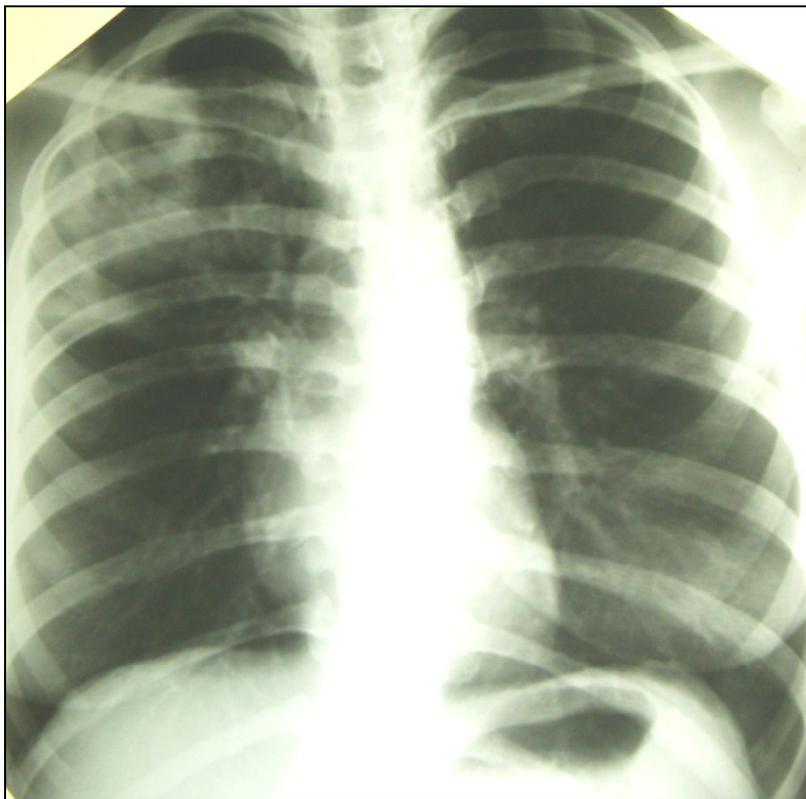


Больной 27 лет. Лечение с диагнозом «пневмония» без эффекта в течение 3 недель. В анамнезе бронхиальная астма. Получала гормональную терапию в течение 6 месяцев. Субфебрильная температура непостоянного характера 3 недели, ночные поты, повышенная утомляемость. Кашель редкий с небольшим количеством мокроты.

На рентгенограмме затемнение в верхней доле правого легкого средней интенсивности, неоднородное с нечеткими контурами, с просветлением в центре. В верхних и средних отделах правого легкого множественные эксудативные очаги. В мокроте обнаружены МБТ в умеренном количестве. В гемограмме лейкоцитов 12 тыс. в 1 мкл, нейтрофилов 62%, лимфоцитов 24%, СОЭ 20 мм в час.

**Заключение:** инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада и бронхогенной диссеминации. Облаковидный инфильтрат.

## Клинические примеры



**Больной 21 год. Изменения выявлены на ФЛГ после родов. Лечилась с диагнозом «пневмония» в течение месяца без эффекта. Субфебрильная температура непостоянного характера 2 недели, повышенная утомляемость. Кашель редкий с небольшим количеством мокроты.**

**На рентгенограмме затемнение в верхней доле неоднородной структуры, с размытыми контурами.**

**Множественные полости разных размеров. Полости не имеют четко определяемых стенок, в наибольшей из полостей определяется секвестр. В верхних и средних отделах правого легкого экссудативные очаги. В мокроте обнаружены МБТ в умеренном количестве. В гемограмме лейкоцитов 9 тыс. в 1 мкл, нейтрофилов 81%, лимфоцитов 12%, СОЭ 30 мм в час**

**Заключение:** Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада и бронхогенной диссеминации. Облаковидный инфильтрат. Признаки остро прогрессирующего туберкулеза.

## Клинические примеры



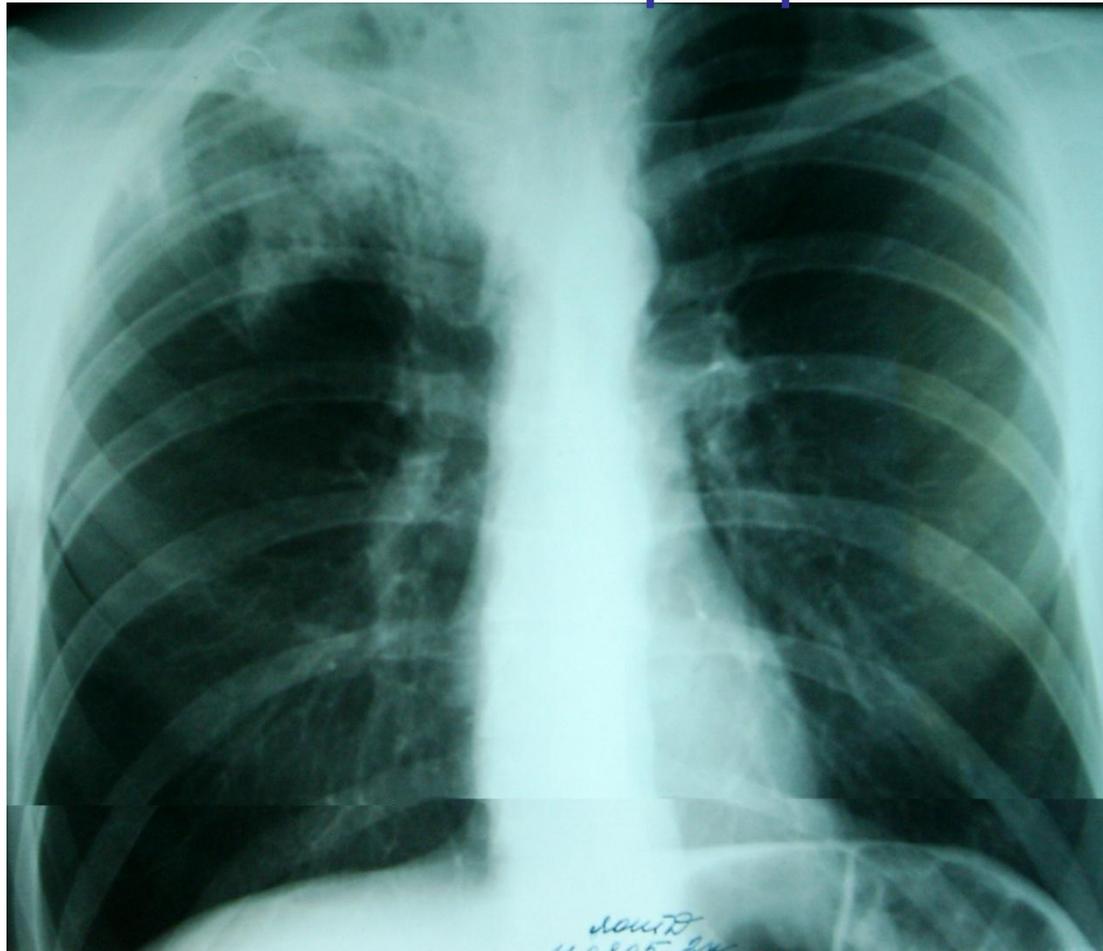
Больному 35 лет. Обратился к терапевту с жалобами на кашель, слабость и повышение температуры тела до 37 – 38 С в течение недели. ФЛГ не проходил более 5 лет. Выполнено рентгенологическое обследование.

В верхней доле правого легкого затемнение средней интенсивности, неоднородной структуры с просветлениями. В средних и нижних отделах правого легкого полиморфные очаги с размытыми контурами.

**Заключение:** Инfiltrативный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада и бронхогенной диссеминации. Полисегментарный инfiltrат. Дифференциально-диагностический ряд: инfiltrативный туберкулез, пневмония.

С учетом характерных рентгенологических признаков инfiltrативного туберкулеза необходима консультация фтизиатра, обследование и лечение в условиях противотуберкулезного диспансера.

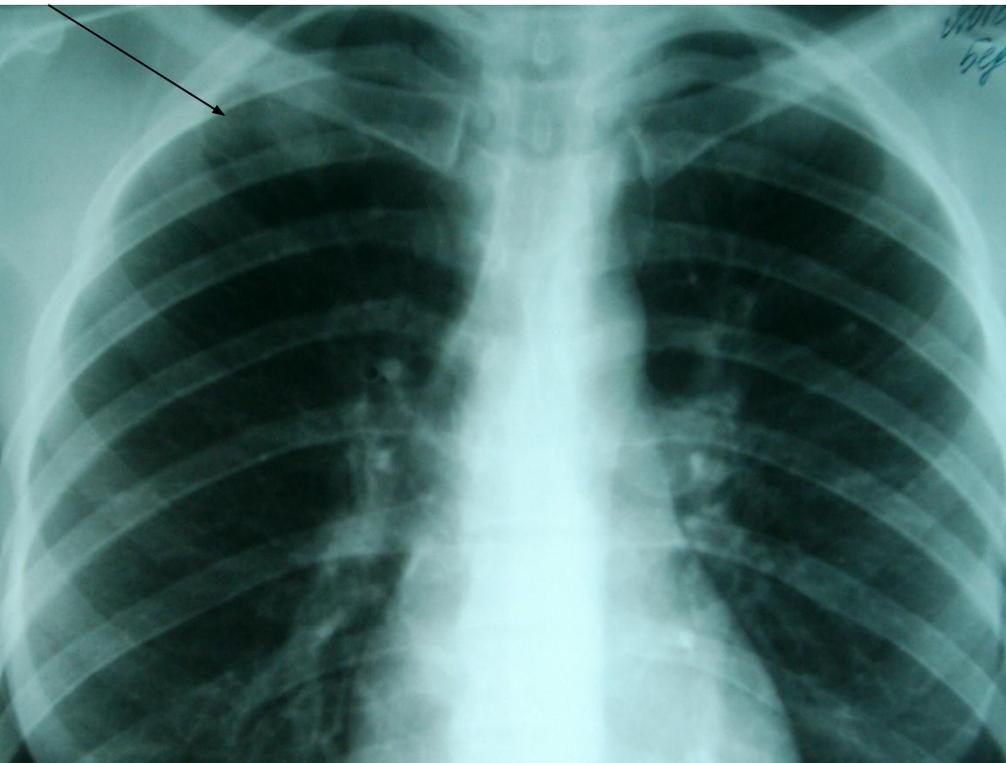
## Клинические примеры



Больному 54 года. Работает на севере вахтовым методом. Резкое ухудшение самочувствия после отпуска, проведенного на юге. Лечение с «острым бронхитом» 3 недели без эффекта. Выполнено рентгенологическое обследование. Верхняя доля правого легкого интенсивно неоднородно затемнена с нечеткими контурами. В затемнении выявляются множественные мелкие просветления округлой формы без четких контуров.

**Заключение:** Инfiltrативный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада и бронхогенной диссеминации. Вид инfiltrата полисегментит. Необходимо выполнить диагностический минимум на туберкулез в условиях противотуберкулезного диспансера.

## Клинические примеры



При выявлении

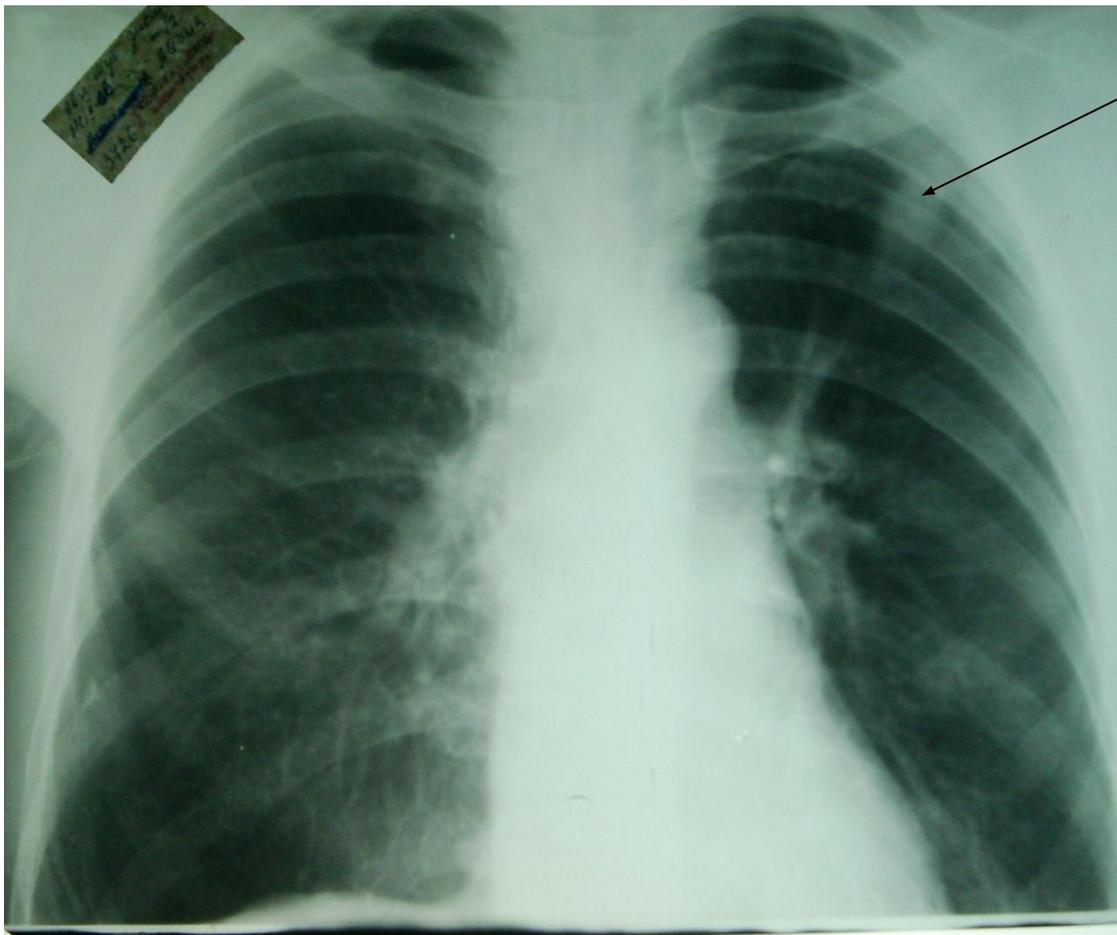


Через год

Больной 35 лет. В анамнезе наркомания, ВИЧ – инфекция. При профилактическом обследовании в центре СПИД выявлены изменения в легких. В С1, С2 правого легкого участок инфильтрации низкой интенсивности без четких контуров.

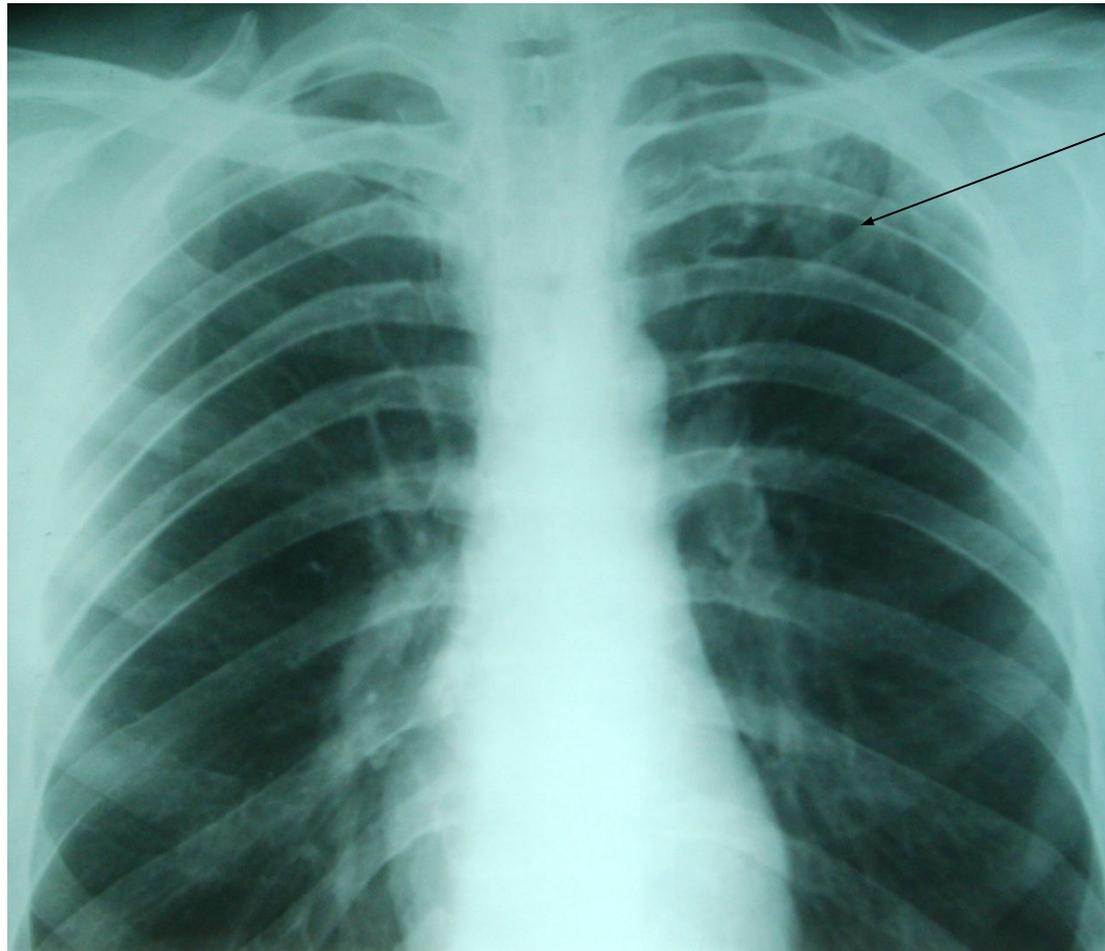
**Заключение:** Инфильтративный туберкулез С1,С2 правого легкого. Бронхолобулярный инфильтрат. Лечение нерегулярное по вине больной. Прогрессирование процесса в течение года с развитием казеозной пневмонии и летальным исходом.

## Клинические примеры



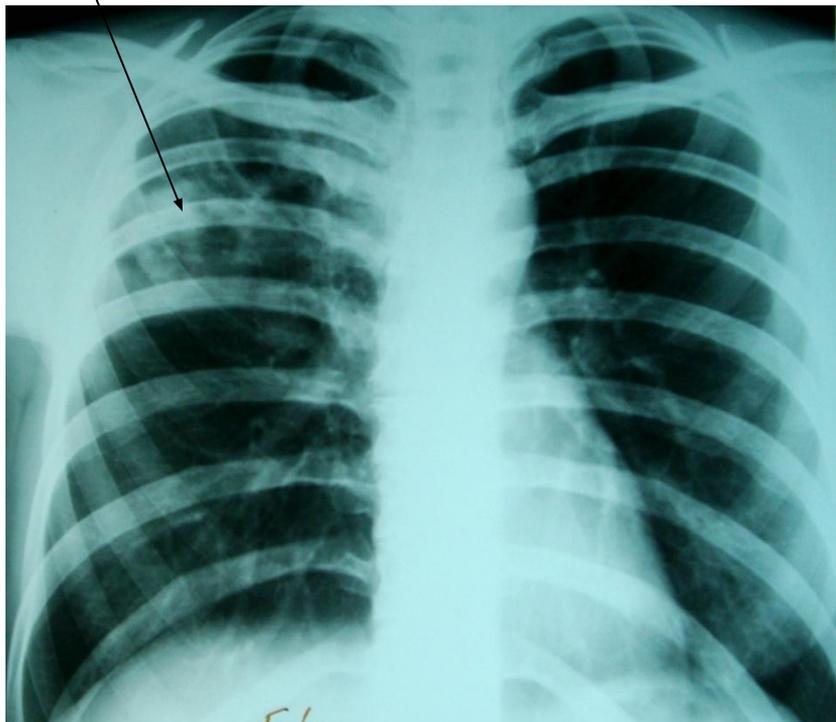
Больная Н., 65 лет. Изменения в легких выявлены при случайном прохождении ФЛГ. Активных жалоб нет. В С1-2 левого легкого инфильтрат неправильной формы, средней интенсивности, неоднородный, с размытыми контурами. В гемограмме лейкоцитов 7 тыс. в 1 мкл, нейтрофилов 65%, лимфоцитов 34, СОЭ 9 мм в час. В мокроте МБТ не выявлены. Предыдущая ФЛГ более 5 лет назад. Эффекта от 2 курсов неспецифической терапии с использованием макролидов и цефалоспоринов не получено. Легочный процесс расценен инфильтративный туберкулез С1-2 левого легкого. Бронхолобулярный инфильтрат. Назначен курс противотуберкулезной терапии.

## Клинические примеры



**Больной В., 45 лет. Изменения в легких выявлены при обследовании по поводу травмы грудной клетки. Жалобы на кровохарканье, общую слабость. В С1-2 левого легкого облаковидный инфильтрат средней интенсивности, неоднородный, с размытыми контурами. В центре просветление. В гемограмме лейкоцитов 12 тыс. в 1 мкл, нейтрофилов 72%, лимфоцитов 21%, СОЭ 15 мм в час. В мокроте МБТ в небольшом количестве. Легочный процесс расценен инфильтративный туберкулез С1-2 левого легкого в фазе распада. Облаковидный инфильтрат. Назначен курс противотуберкулезной и гемостатической терапии.**

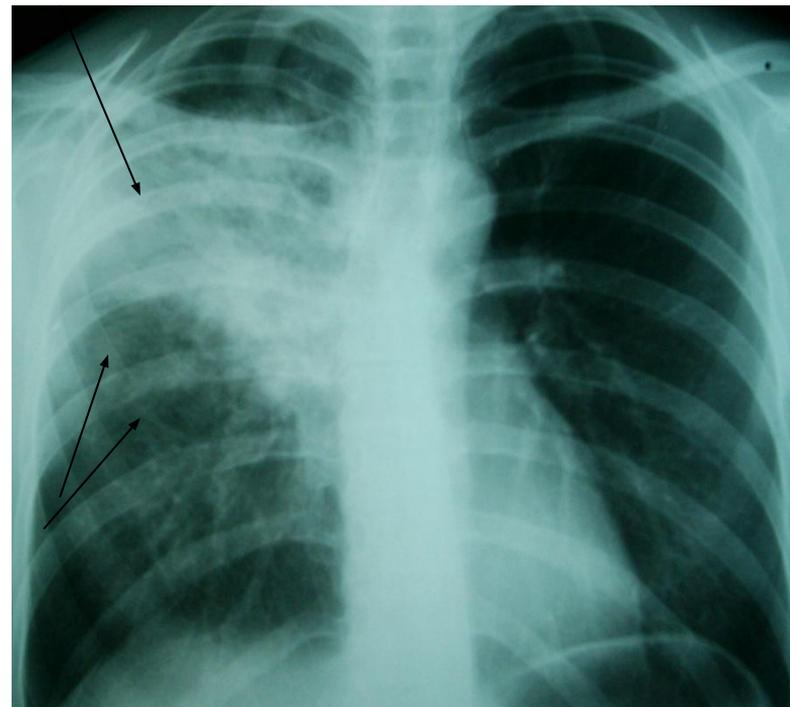
## Клинические примеры



### При обращении

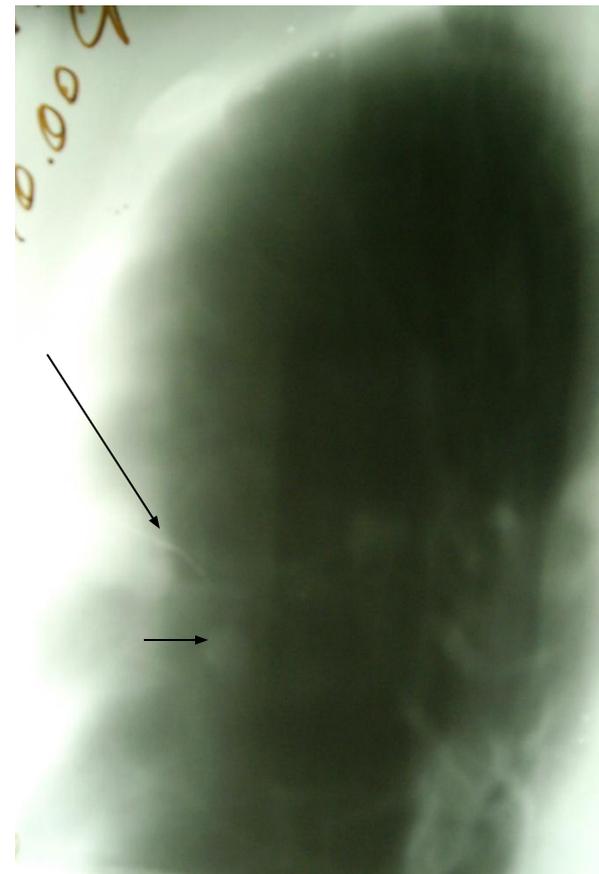
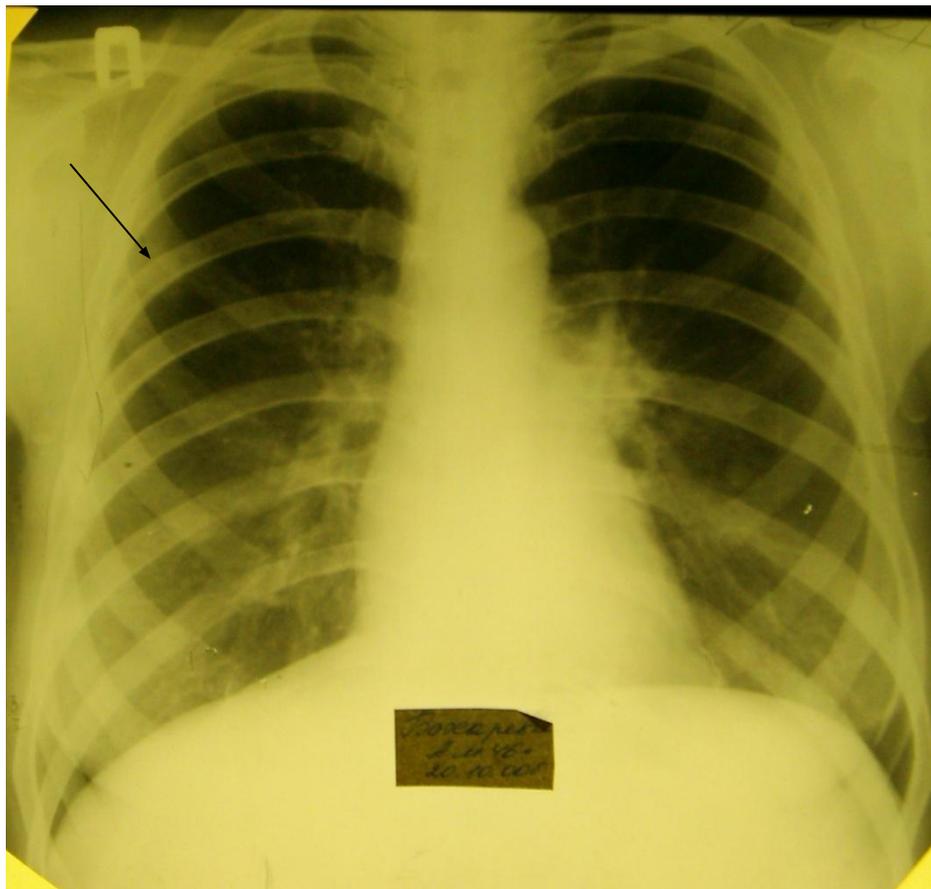
Больная Л., 45 лет. Изменения в легких выявлены при обращении к терапевту с жалобами на слабость, кашель, повышение температуры в течение 3 недель до 37 – 38 С. Выполнена рентгенограмма, с диагнозом «пневмония» больная получала лечение 3 недели в терапевтическом отделении. При рентгенологическом контроле прогрессирование заболевания. Направлена в противотуберкулезный диспансер. Клинический диагноз: Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада и бронхогенной диссеминации (лобит) Обнаружены МБТ в мокроте. При выявлении в верхней доле правого легкого инфильтрат неоднородный, с размытыми контурами, с полостями распада и очагами вокруг (облаковидный инфильтрат).

Через 3 недели распространение процесса на всю верхнюю долю и С6 правого легкого, диссеминация в средние и нижние отделы правого легкого. Затемнение стало интенсивным, появились признаки гиповентиляции, что указывает на остроту прогрессирования. Задержка диагностики ухудшила прогноз заболевания с формированием фиброно-кавернозного туберкулеза, привела к инвалидизации больной



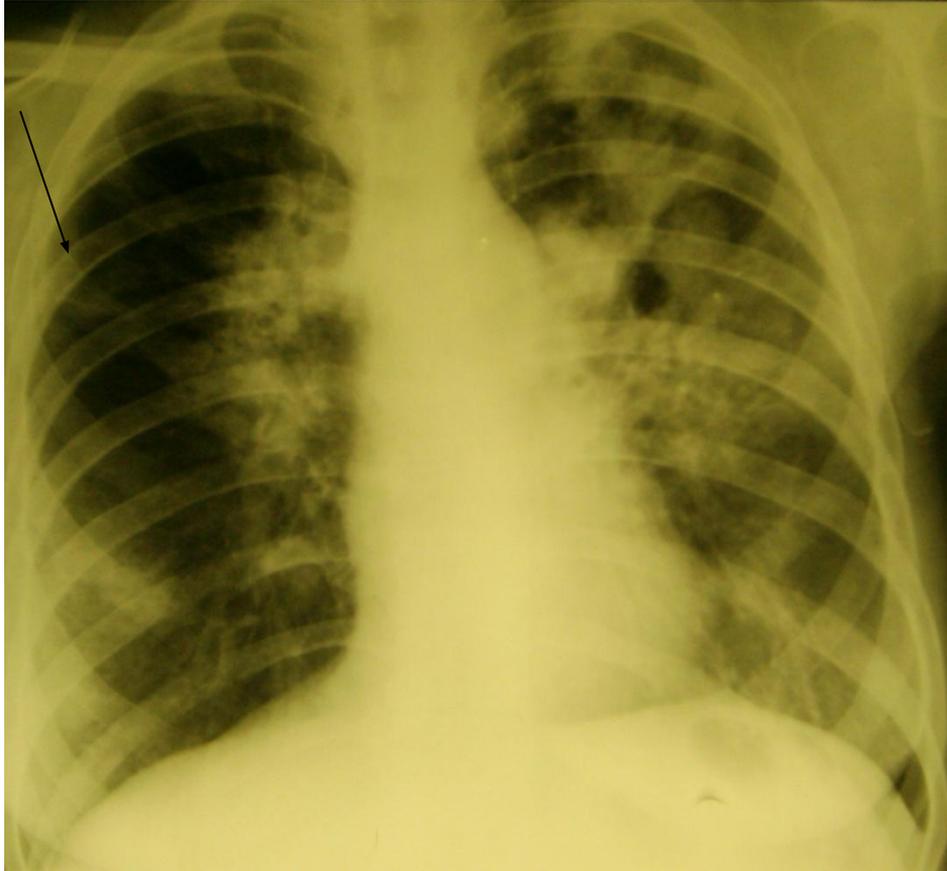
### Через 3 недели

## Клинические примеры



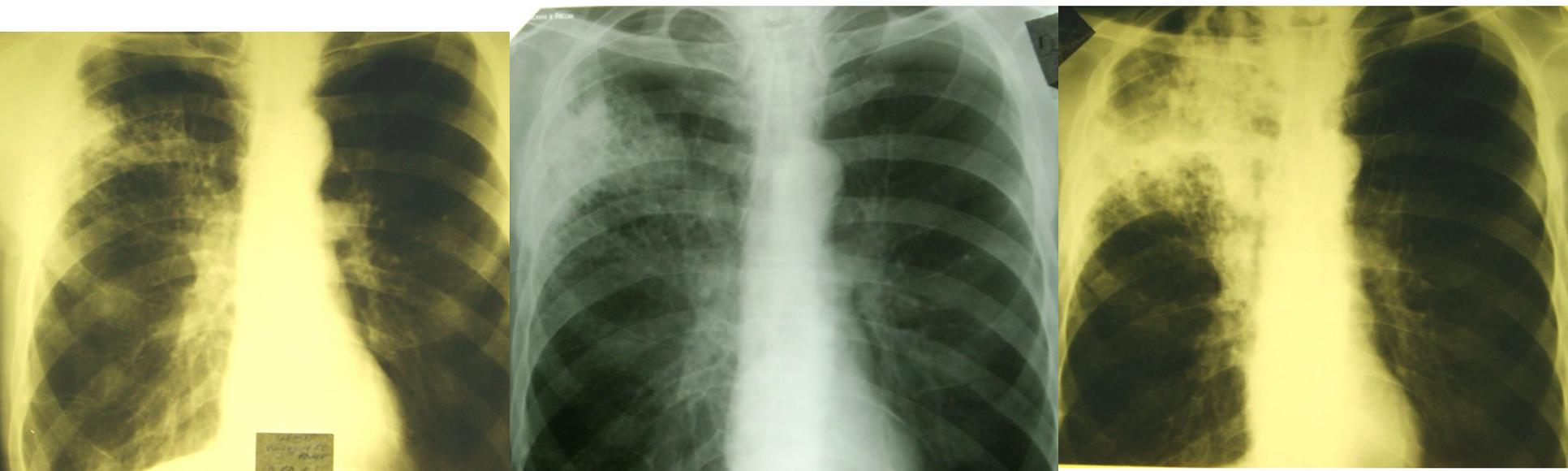
Больная А., 42 лет. Изменения в легких выявлены на ФЛГ при устройстве на работу. Активных жалоб нет. В анамнезе хронический алкоголизм. В аксилярном субсегменте правого легкого ограниченное затемнение средней и низкой интенсивности, неоднородный, с размытыми контурами. Эксцентрично выявляется просветление. Окружающая легочная ткань изменена, снижена прозрачность. Выявляется крупный очаг с размытыми контурами. В гемограмме лейкоцитов 8 тыс. в 1 мкл, нейтрофилов 64%, лимфоцитов 28%, СОЭ 10 мм в час. В мокроте МБТ не выявлены. Легочный процесс расценен инфильтративный туберкулез аксилярного субсегмента правого легкого в фазе распада. Бронхолобулярный инфильтрат. От курса лечения больная отказалась. Прогрессирование в течение 6 месяцев с преимущественным поражением левого легкого.

## Клинические примеры



**Больная А., 42 лет. Прогрессирование процесса с развитием казеозной пневмонии из инфильтративного туберкулеза аксиллярного субсегмента правого легкого с появлением инфильтративно-альтеративных участков с множественными деструкциями в других участках легких. Летальный исход .**

## Клинические примеры



### При обращении

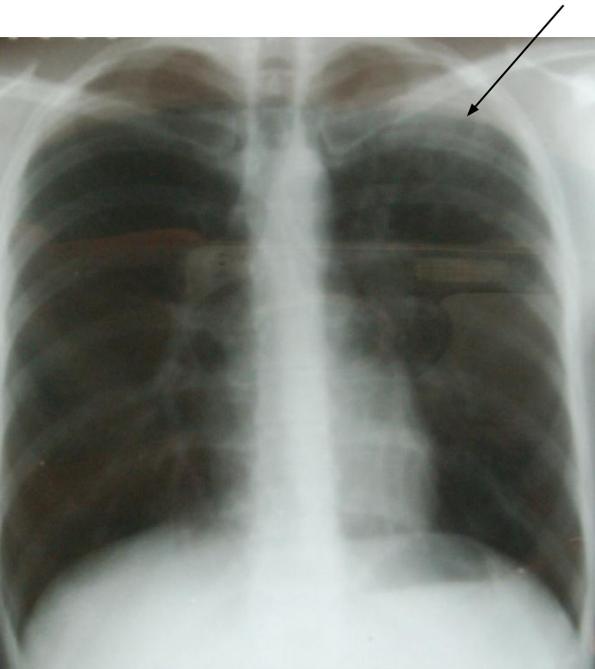
### Через 14 дней

### Через 1,5 месяца

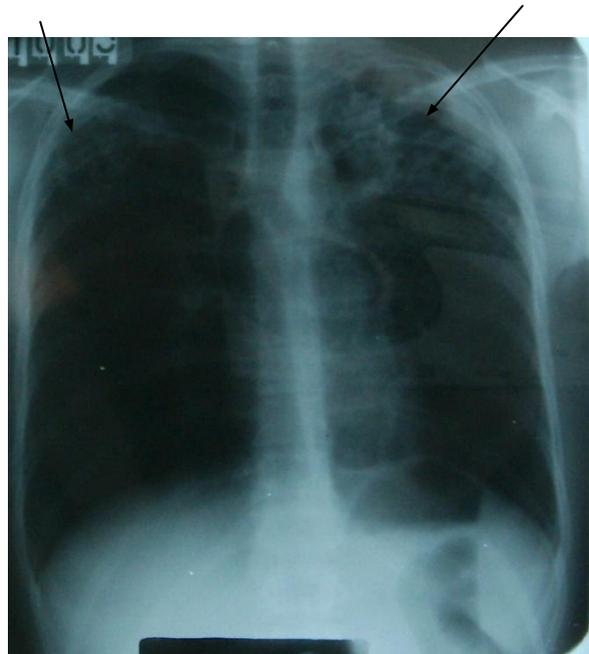
Больной М., 55 лет. Изменения в легких выявлены при обращении к терапевту с жалобами на слабость, кашель, повышение температуры в течение недели до 37 – 38 С. Выполнена рентгенограмма, с диагнозом «пневмония» больной получал лечение 1,5 месяца в общей лечебной сети – терапевтическом и пульмонологическом отделении. При рентгенологическом контроле прогрессирование заболевания. Направлен в противотуберкулезный диспансер в тяжелом состоянии. Клинический диагноз: Казеозная пневмония верхней доли и С 6 правого легкого. Обнаружены МБТ в мокроте в значительном количестве. Поздняя диагностика привела к летальному исходу через 2 недели от начала противотуберкулезной терапии.

При обращении в аксилярном субсегменте правого легкого инфильтрат неоднородный, с размытыми контурами и очагами вокруг. Через 14 дней увеличение размеров инфильтрата, диссеминация в средние отделы правого легкого, множественные мелкие полости. Через 1,5 месяца дальнейшее распространение инфильтрата с поражением верхней доли и С6 правого легкого. Затемнение стало более интенсивным, появились признаки гиповентиляции, множественные полости распада. Острое прогрессирование инфильтративного туберкулеза привело к развитию казеозной пневмонии.

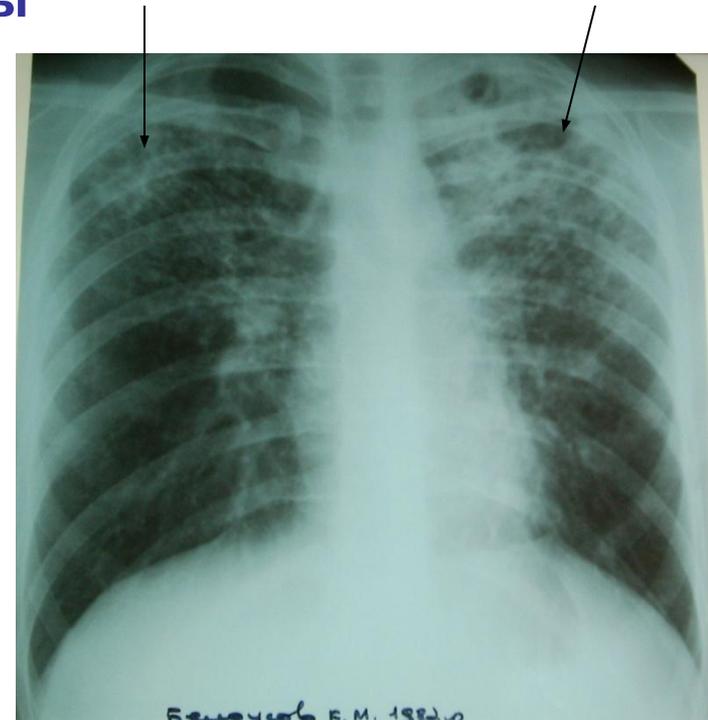
## Клинические примеры



Выявление  
патологии на ФЛГ



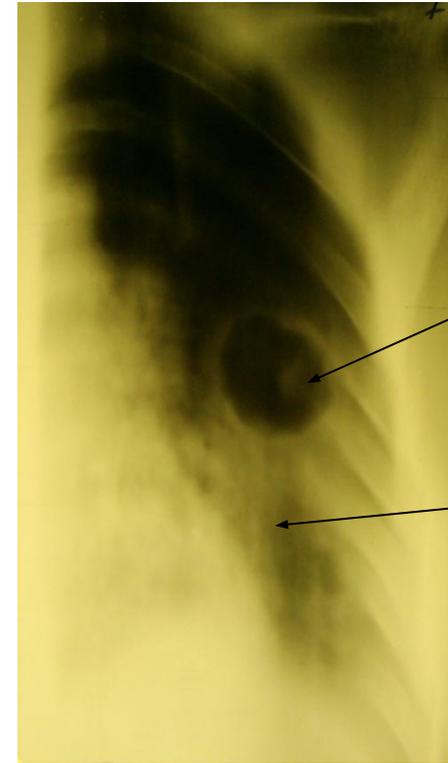
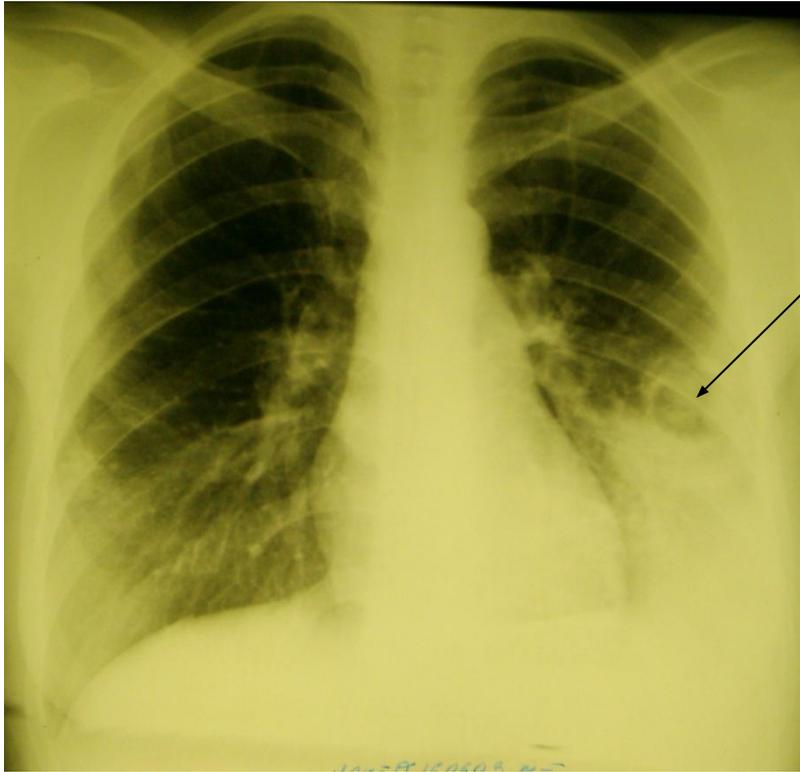
Повторная ФЛГ  
через 3 месяца



Рентгенограмма  
через 2 недели

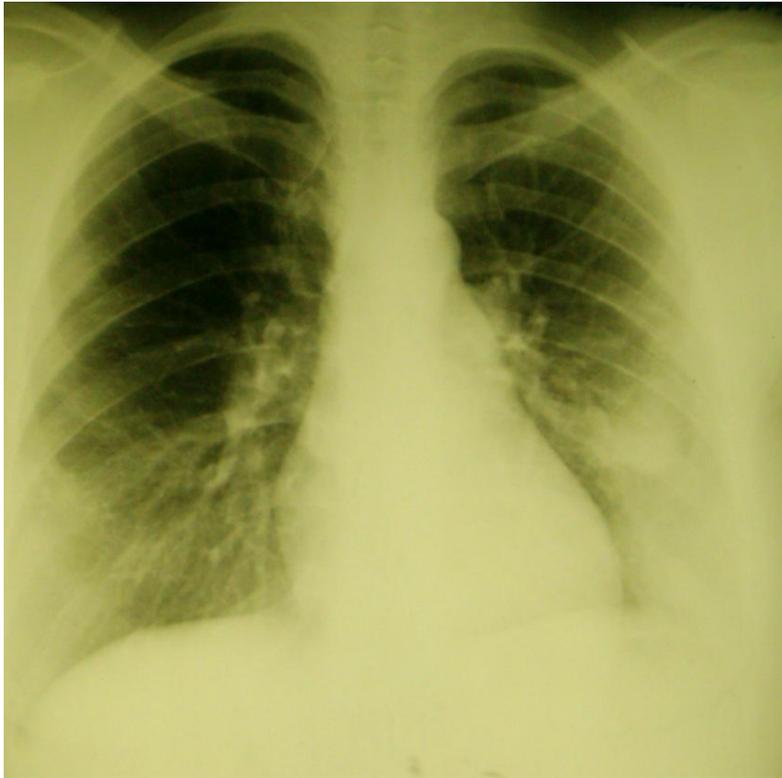
Больной А., 20 лет. Изменения в легких выявлены на профилактической ФЛГ. В С 1-2 левого легкого инфильтрат неоднородной структуры. Интервал с предыдущей ФЛГ год (норма). На дообследование больной не пришел. Через 2 месяца с диагнозом ОРВИ лечился у терапевта без эффекта ее в течение месяца. На повторной ФЛГ увеличение инфильтрата, появление полости распада и очагов в С1, С2 правого легкого. С диагнозом «пневмония» больной получал лечение еще 2 недели. При рентгенологическом контроле прогрессирование заболевания. Направлен в противотуберкулезный диспансер в тяжелом состоянии. Клинический диагноз: Казеозная пневмония верхней доли левого легкого. Обнаружены МБТ в мокроте в значительном количестве. Поздняя диагностика инфильтративного туберкулеза привела к острому прогрессированию с развитием казеозной пневмонии и формированию фиброзно-кавернозного туберкулеза в исходе.

## Клинические примеры



Больная И., 32 лет. Лечилась с диагнозом «пневмония» без эффекта в течение 3 недель. Консультирована фтизиатром. Переведена в противотуберкулезный диспансер. В мокроте выявлены МБТ в умеренном количестве. Клинический диагноз: Инфильтративный туберкулез нижней доли левого легкого в фазе распада (лобит). МБТ +. Признаки остро прогрессирующего инфильтративного туберкулеза. В нижней доле левого легкого неоднородный инфильтрат с острой пневмониогенной полостью, внутри полости определяется секвестр.

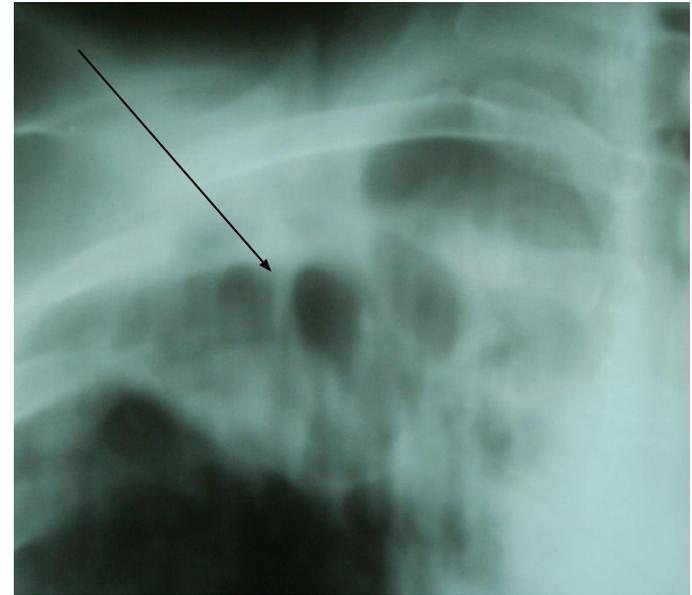
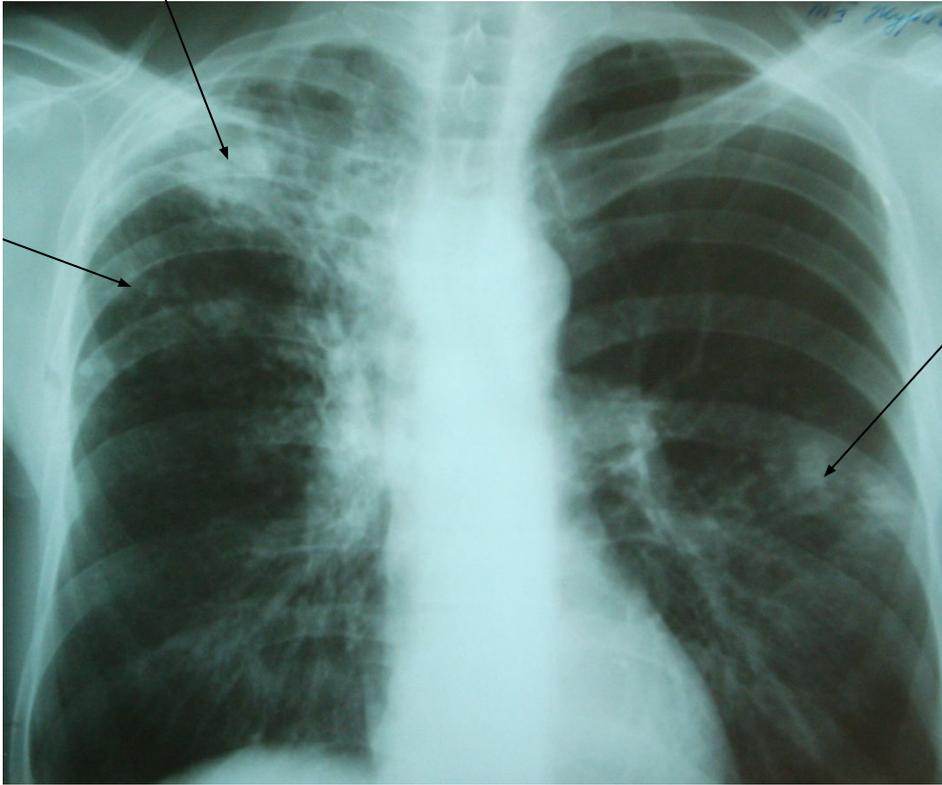
## Клинические примеры



**Больная И., 32 лет. Клинический диагноз: Инfiltrативный туберкулез нижней доли левого легкого в фазе распада (лобит). МБТ +.**

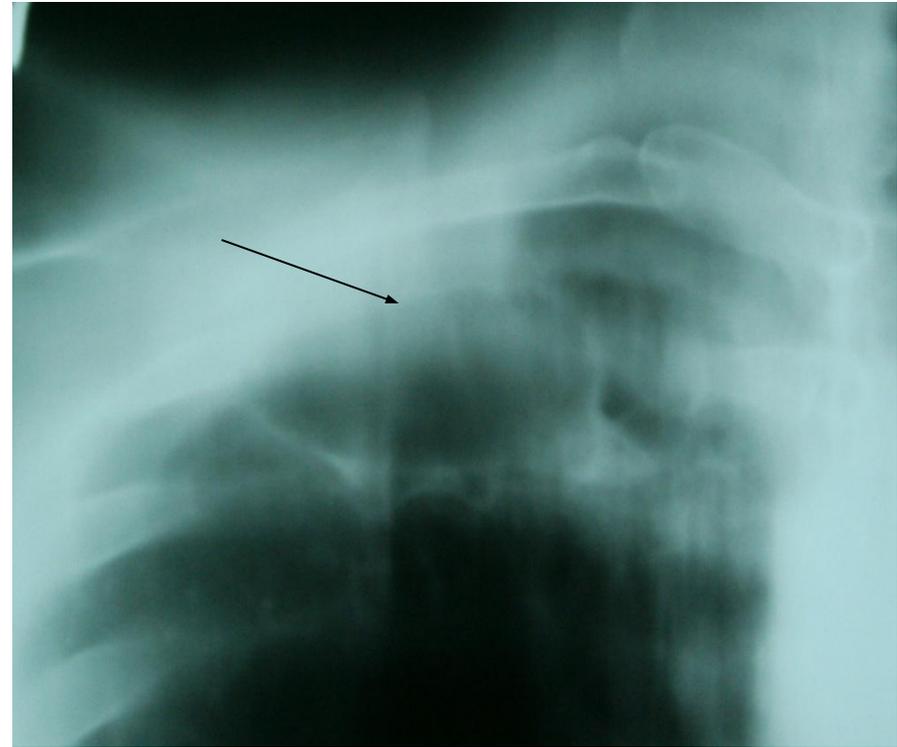
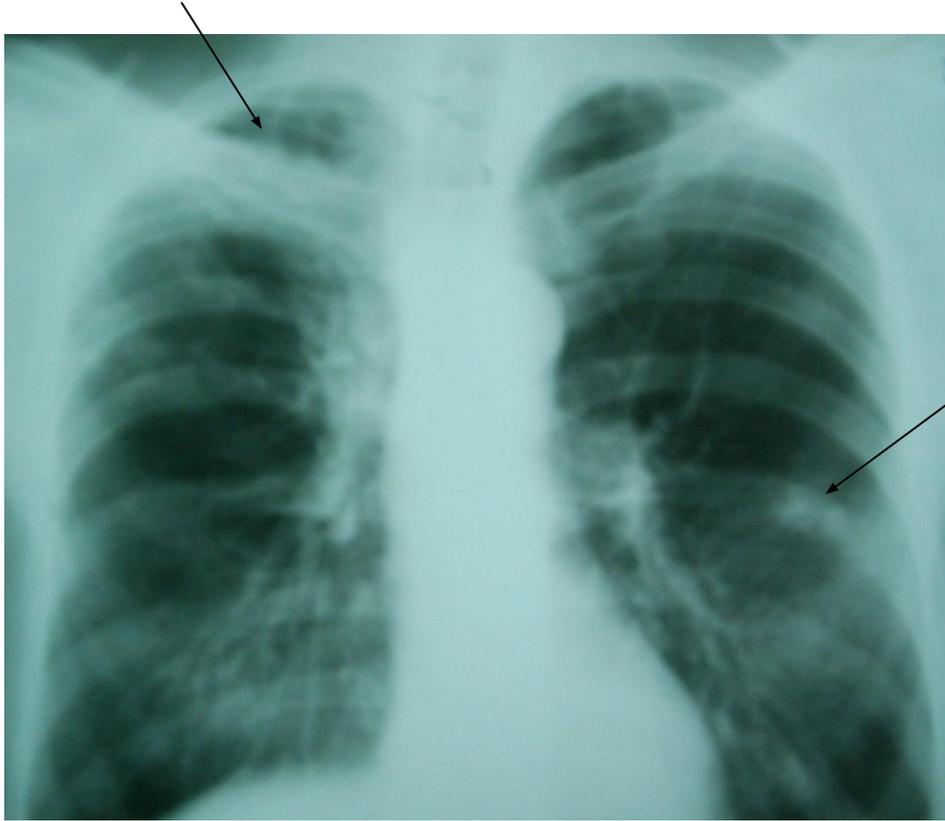
**На фоне лечения в течение 6 месяцев получена значительная положительная динамика в виде значительного рассасывания инфильтрата, уплотнения и рубцевания. Закрытие полости распада.**

## Клинические примеры



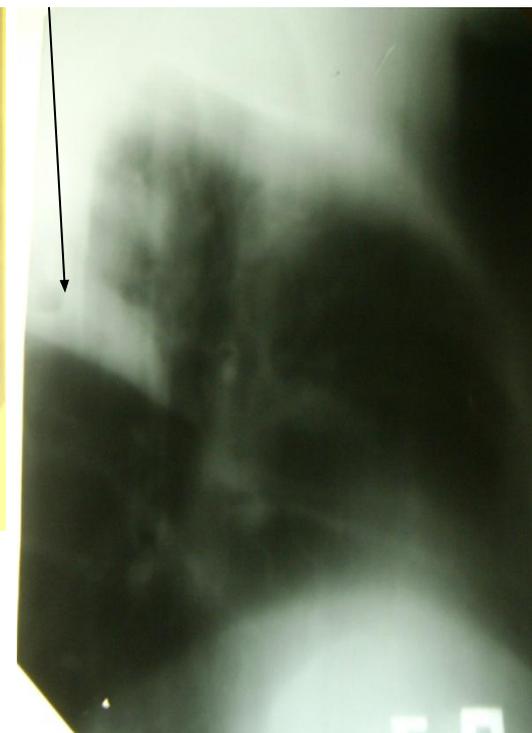
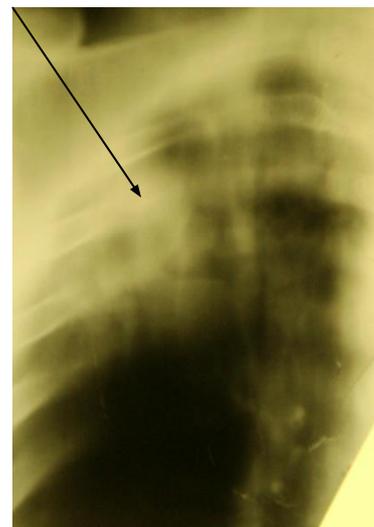
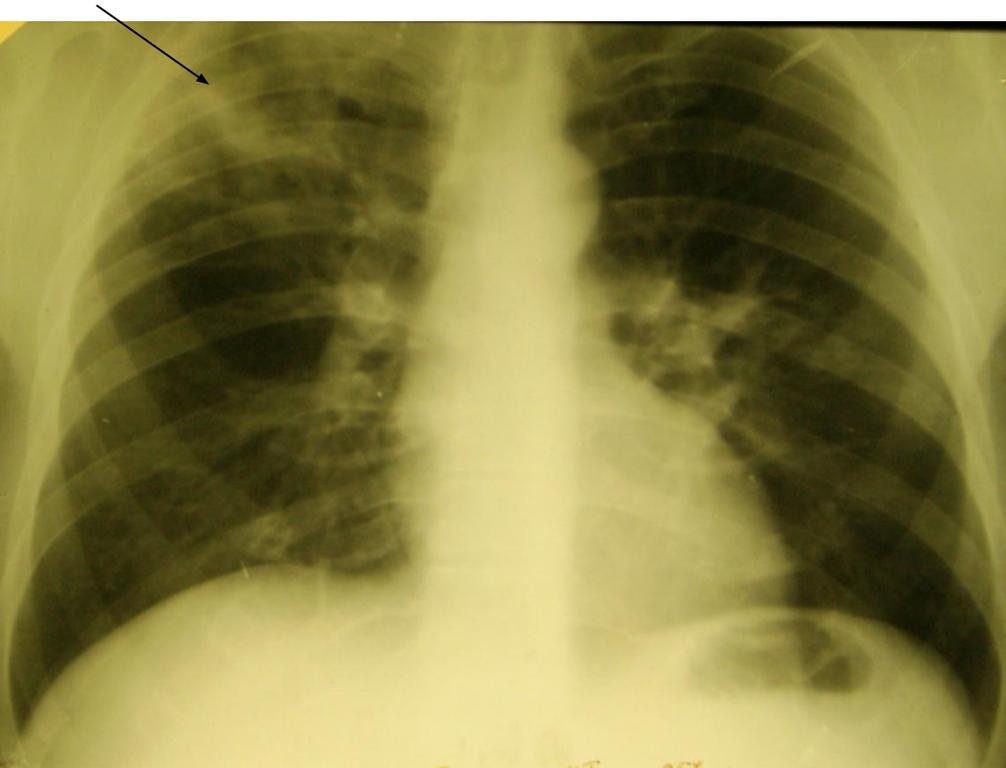
Больной Д., 49 лет. Изменения в легких выявлены при прохождении ФЛГ при устройстве на работу. В анамнезе хронический алкоголизм. В С1,С2 правого легкого интенсивное неоднородное затемнение неоднородной структуры с множественными полостями распада. В окружающей ткани и средних отделах левого легкого полиморфные очаги. Клинический диагноз: Инфильтративный туберкулез С1, С2 правого легкого в фазе распада и бронхогенной диссеминации (сегментит). МБТ +. Выявлена множественная лекарственная устойчивость МБТ. На фоне лечения формирование толстостенной каверны на месте инфильтрата.

## Клинические примеры



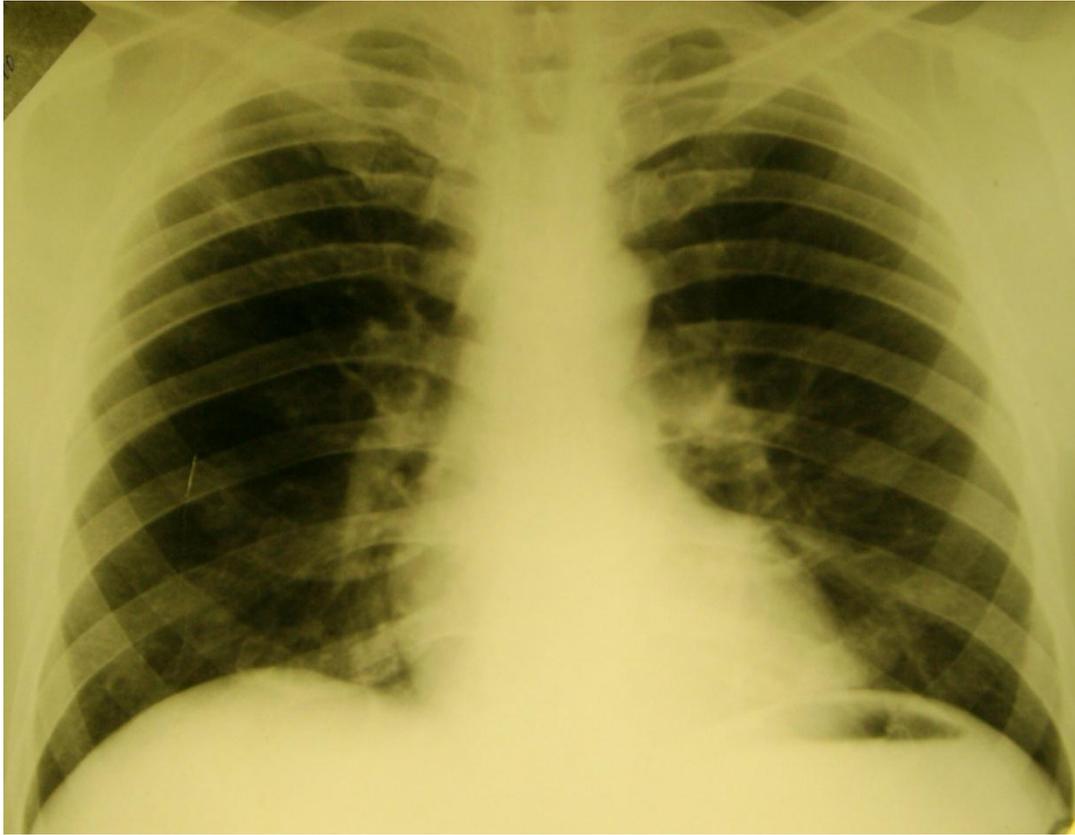
**Больной Д., 49 лет. На фоне лечения инфильтративного туберкулеза в течение 10 месяцев наблюдалось формирование толстостенной каверны на месте инфильтрата. Правое легочное поле сужено, правый корень дислоцирован вверх. Очаги уплотнились, в левом легком формирование мелких туберкулом. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких. Стабильное течение. Поздняя диагностика инфильтративного туберкулеза с множественными полостями распада, множественная лекарственная устойчивость МБТ привели к формированию хронической деструктивной формы туберкулеза.**

## Клинические примеры



Больной В., 56 лет. Изменения в легких выявлены на профилактической ФЛГ. В С 1-2 правого легкого инфильтрат неоднородной структуры с полостью распада неправильной формы с секвестрами. В окружающей легочной ткани – очаги. Интервал с предыдущей ФЛГ 1,5 года (норма). Направлен в противотуберкулезный диспансер. Клинический диагноз: Инфильтративный туберкулез С 1,С2 правого легкого в фазе распада и бронхогенной диссеминации (сегментит). Обнаружены МБТ в мокроте в умеренном количестве. Проводилась комплексная терапия в течение 10 месяцев. Достигнуто клиническое излечение.

## Клинические примеры



**Больной В., 56 лет. Клинический диагноз: Инфильтративный туберкулез С 1, С2 правого легкого в фазе распада и бронхогенной диссеминации (сегментит). Через 10 месяцев лечения значительное рассасывание инфильтрата, закрытие полости распада, уменьшение С2 в объеме, формирование пневмосклероза в С1, С2. правого легкого. Достигнуто клиническое излечение.**

# Дифференциальная диагностика инфильтративного туберкулеза с пневмонией

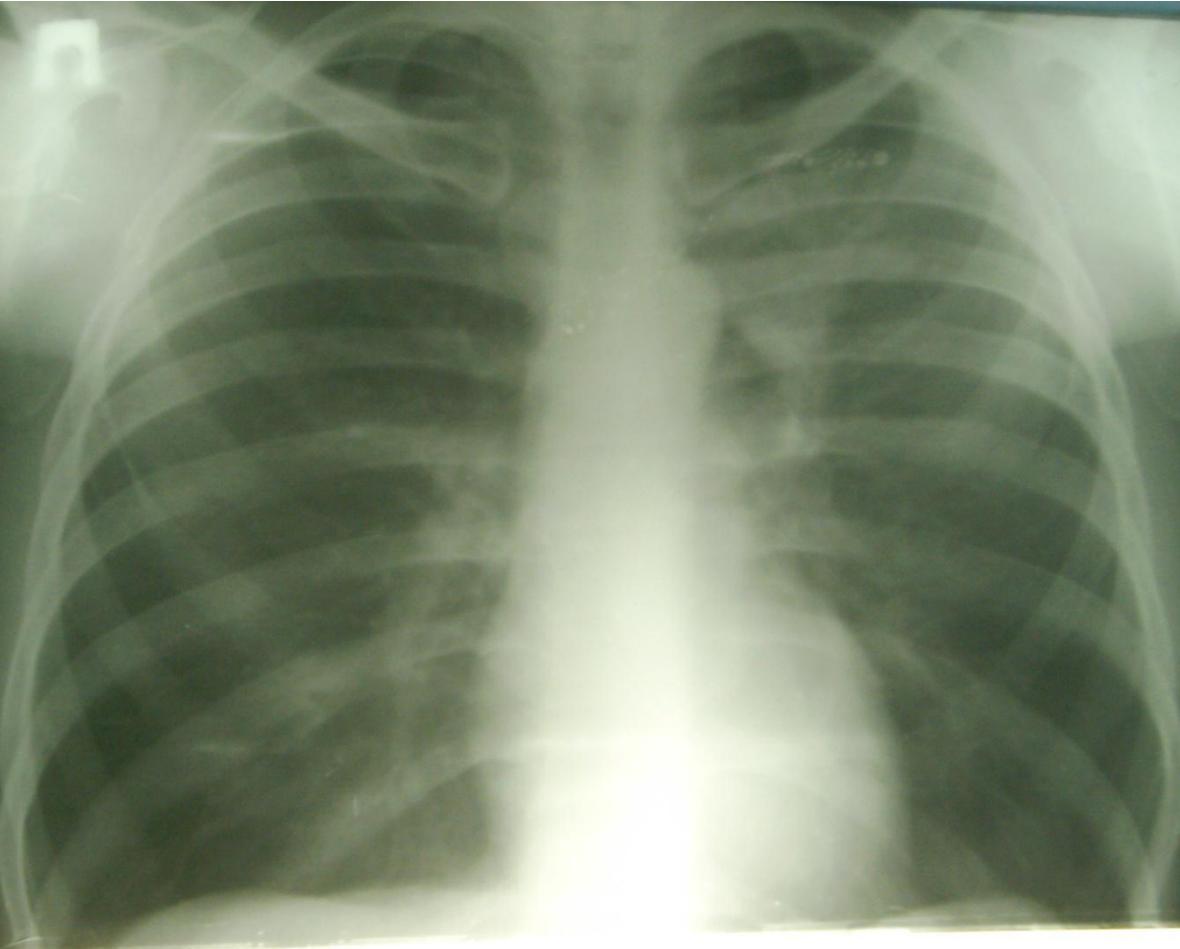
При пневмонии обычно острое начало заболевания с лихорадкой, потами. Бронхопальмональный синдром с кашлем, локальными влажными хрипами. В гемограмме выраженные изменения. При рентгенологическом исследовании нередко реакция корня с крупноочаговой малой интенсивности тенями на фоне обогащенного рисунка. Приведенные диагностические критерии являются классическими для пневмонии. Для начала инфильтративного туберкулеза не характерно наличие выраженного интоксикационного и бронхопальмонального синдромов. Возможны сомнения при оценке изменений на рентгенограмме. В подобных случаях назначается лечение неспецифическими препаратами. В период лечения проводится поиск микобактерий туберкулеза, уточняются особенности анамнеза заболевания, эпидемиологического, социального и др. признаков наличия у пациентов факторов риска туберкулеза. При неспецифических очаговых процессах тени исчезают к 3-4 неделе лечения.

## **Правила проведения тест – терапии антибактериальными препаратами широкого спектра с целью дифференциальной диагностики пневмонии и инфильтративного туберкулеза**

- 1. Целью проведения тест – терапии является установление этиологии легочного инфильтрата с помощью излечения пневмонии или диагностика инфильтративного туберкулеза при отсутствии динамики процесса. Тест - терапия проводится при условии выполнения диагностического минимума на туберкулез.**
- 2. До начала тест – терапии необходимо выполнить рентгенологическое исследование с максимальной визуализацией патологического процесса.**
- 3. Факультативным условием тест-терапии является исследование мокроты на вторичную флору и чувствительность к антибиотикам.**
- 4. Проводятся 1-2 курса антибиотиков широкого спектра в течение 7 -14 дней, исключая препараты, обладающие противотуберкулезной активностью – рифампицин, фторхинолоны, амикацин, канамицин, стрептомицин, микобутин.**
- 5. Обязательным условием является соблюдение разовой, суточной, курсовой дозы антибиотика с соблюдением кратности введения препарата, с учетом веса и возраста больного.**
- 6. Оценка эффективности тест – терапии основана на изучении рентгенологической динамики легочного процесса. Полное или значительное рассасывание инфильтрата после первого или второго курса антибактериальных препаратов указывает на неспецифическую этиологию процесса. Отсутствие или незначительная положительная динамика свидетельствует о наличии туберкулезного инфильтрата.**

# Дифференциальная диагностика

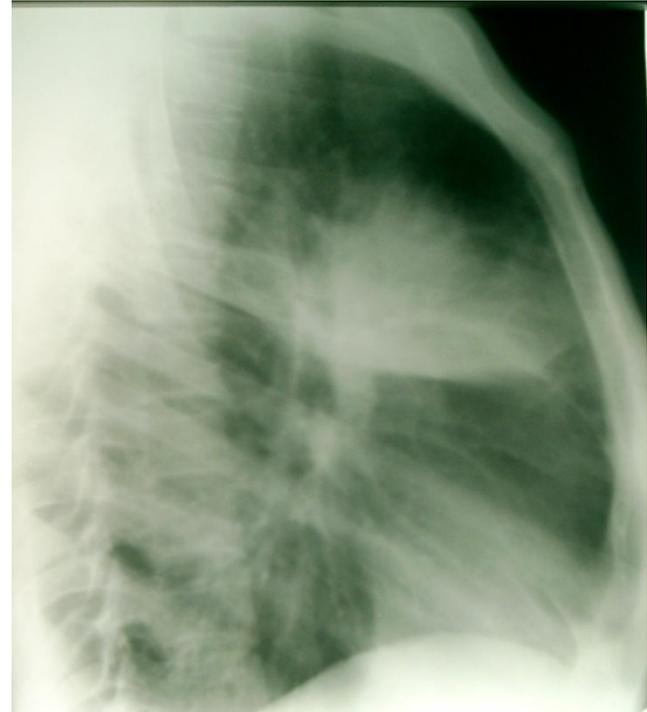
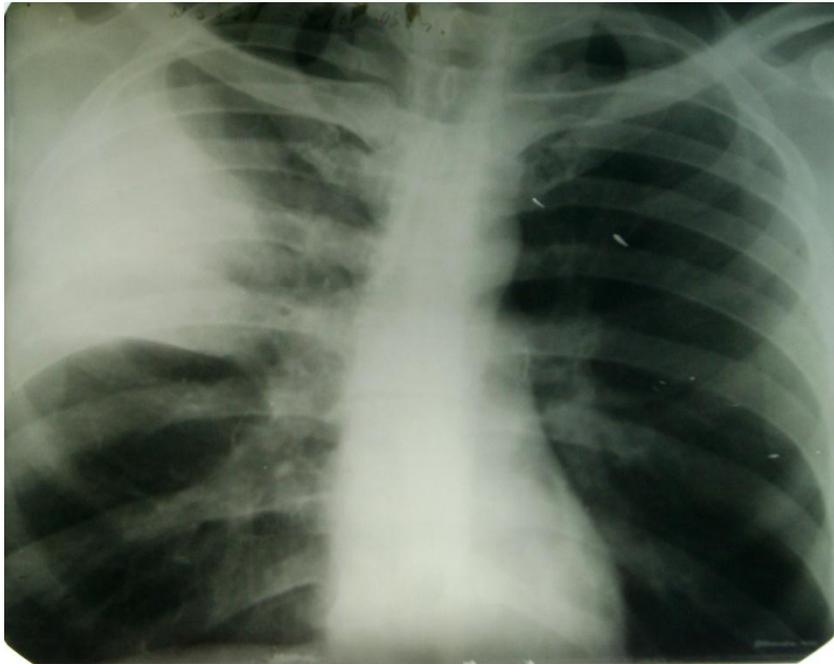
Облаковидный инфильтрат - пневмония



Пневмония стафилококковая.

## Дифференциальная диагностика

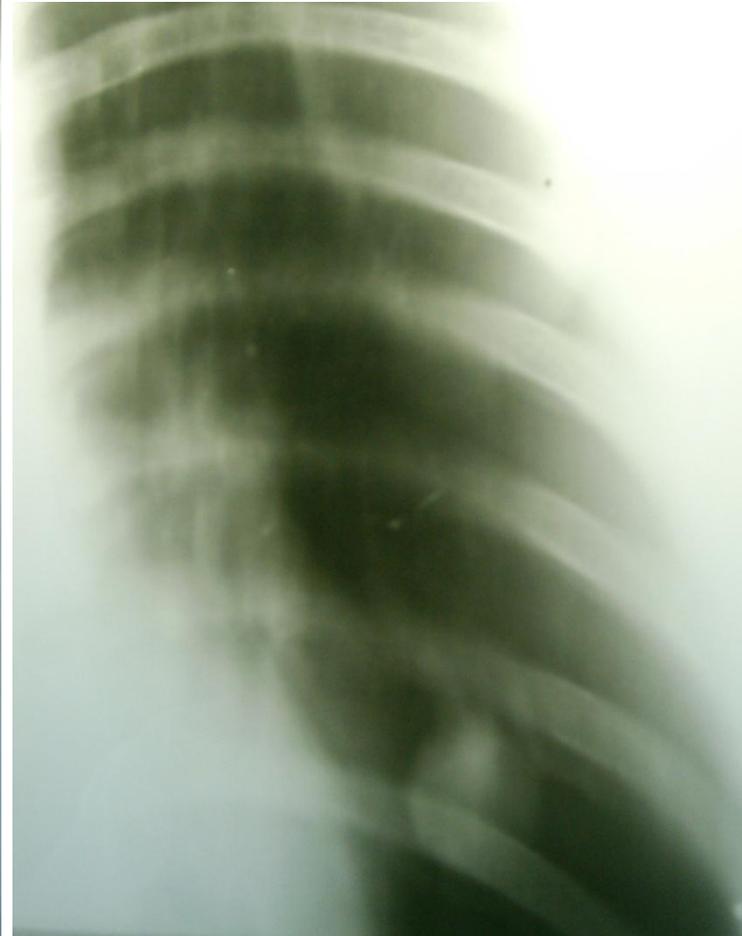
Полисегментарный инфильтрат – пневмония – центральный рак легкого



**Пневмония**

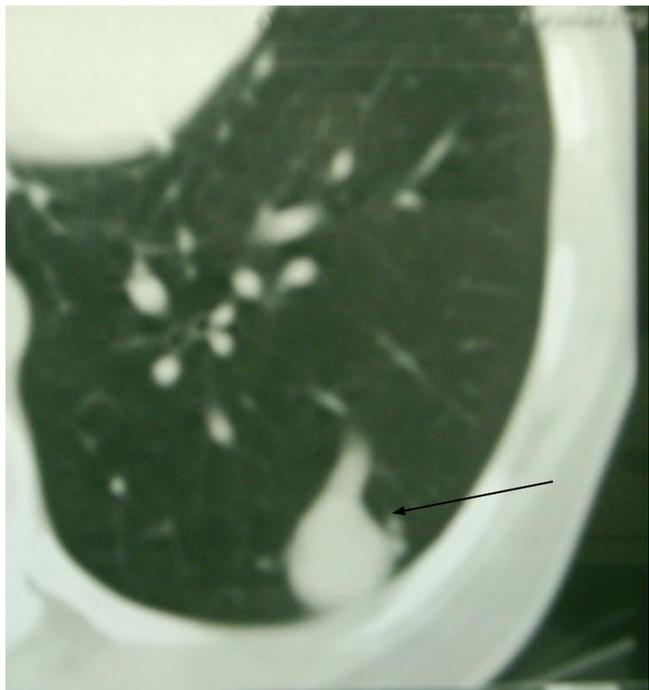
# Дифференциальная диагностика

Округлый инфильтрат – артериовенозная аневризма



# Дифференциальная диагностика

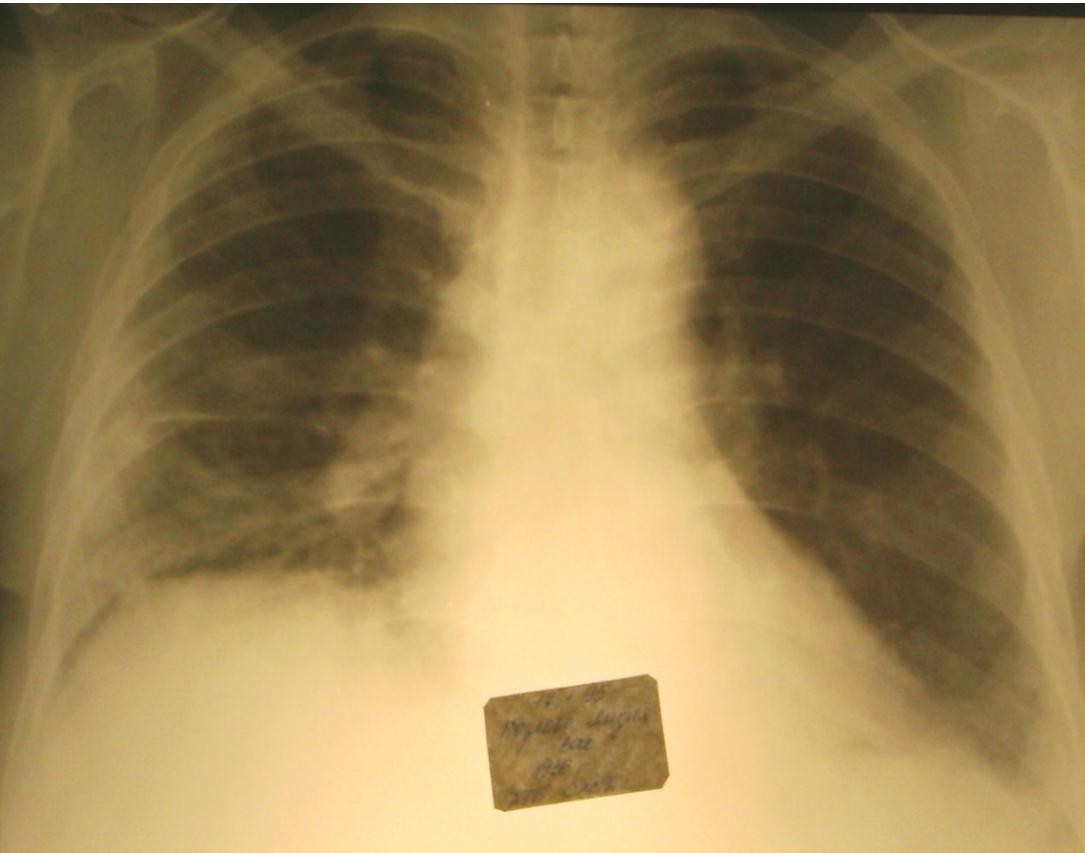
Округлый инфильтрат – артериовенозная аневризма



Артериовенозная  
аневризма в С 6 левого  
легкого

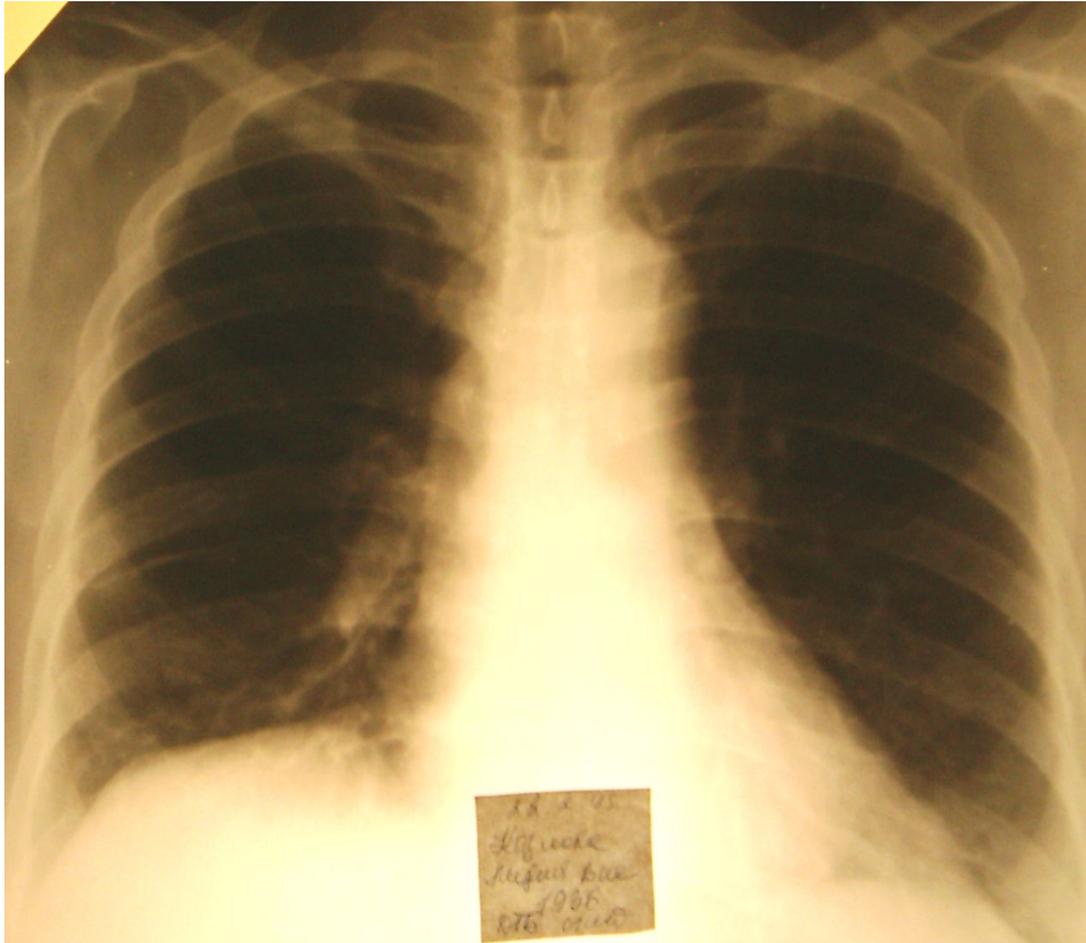
# Дифференциальная диагностика

Перисциссурит – пневмония - рак



# Дифференциальная диагностика

Перисциссурит – пневмония - рак

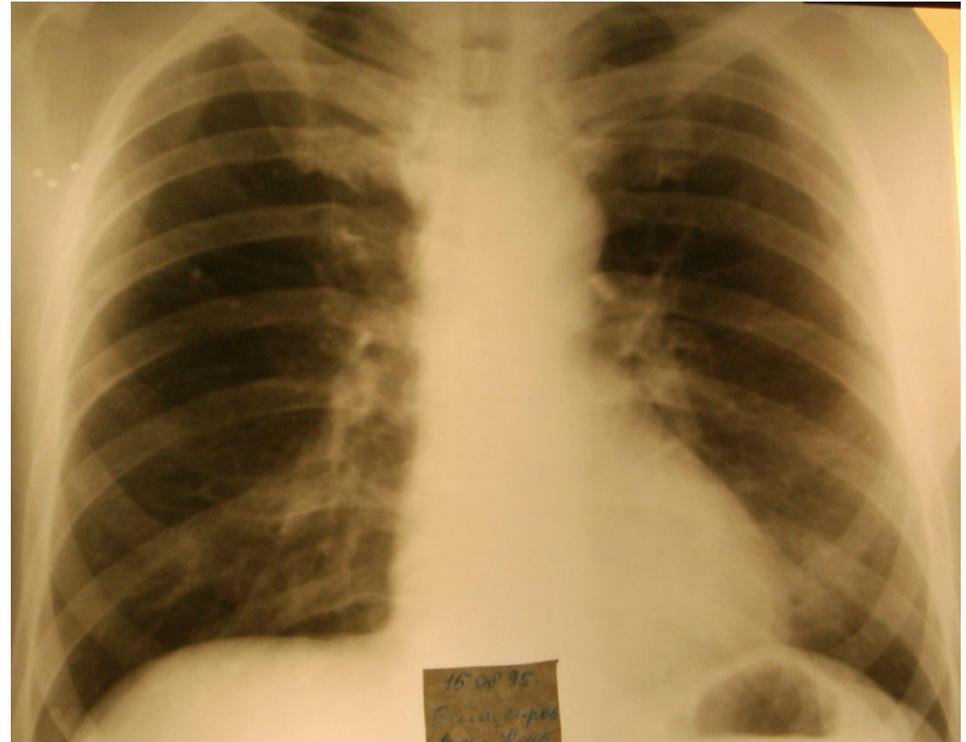
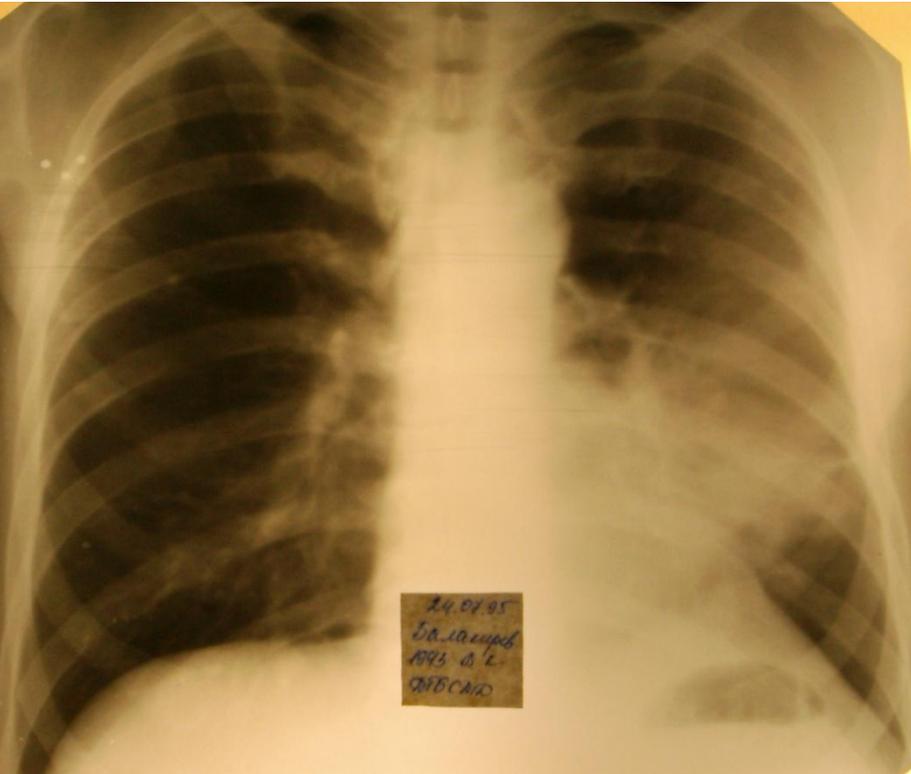


**Пневмония**

**Значительное рассасывание инфильтрата в течение 7 дней**

# Дифференциальная диагностика

## Сегментит (облаковидный инфильтрат) - пневмония



**Пневмония**  
**Рассасывание инфильтрата в течение 14 дней**

# Дифференциальная диагностика

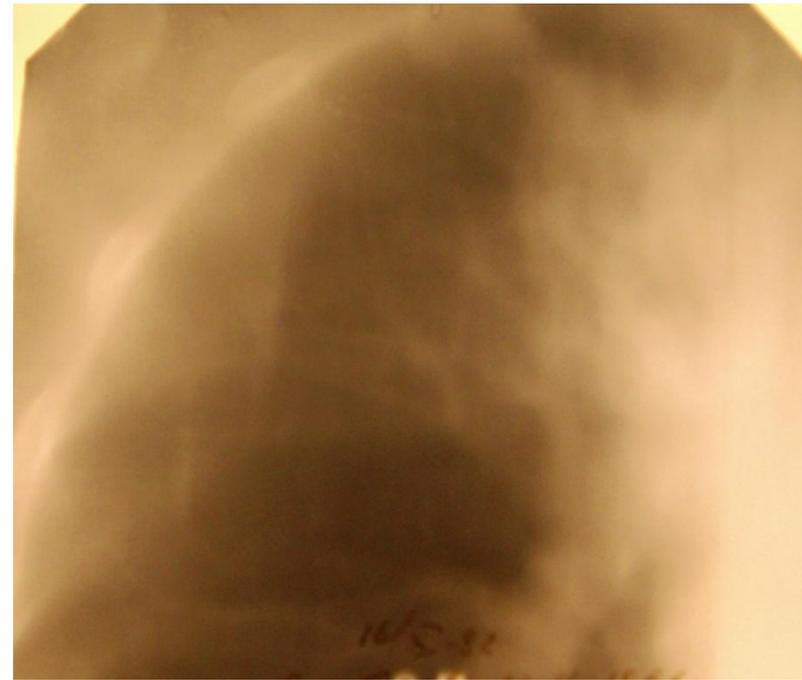
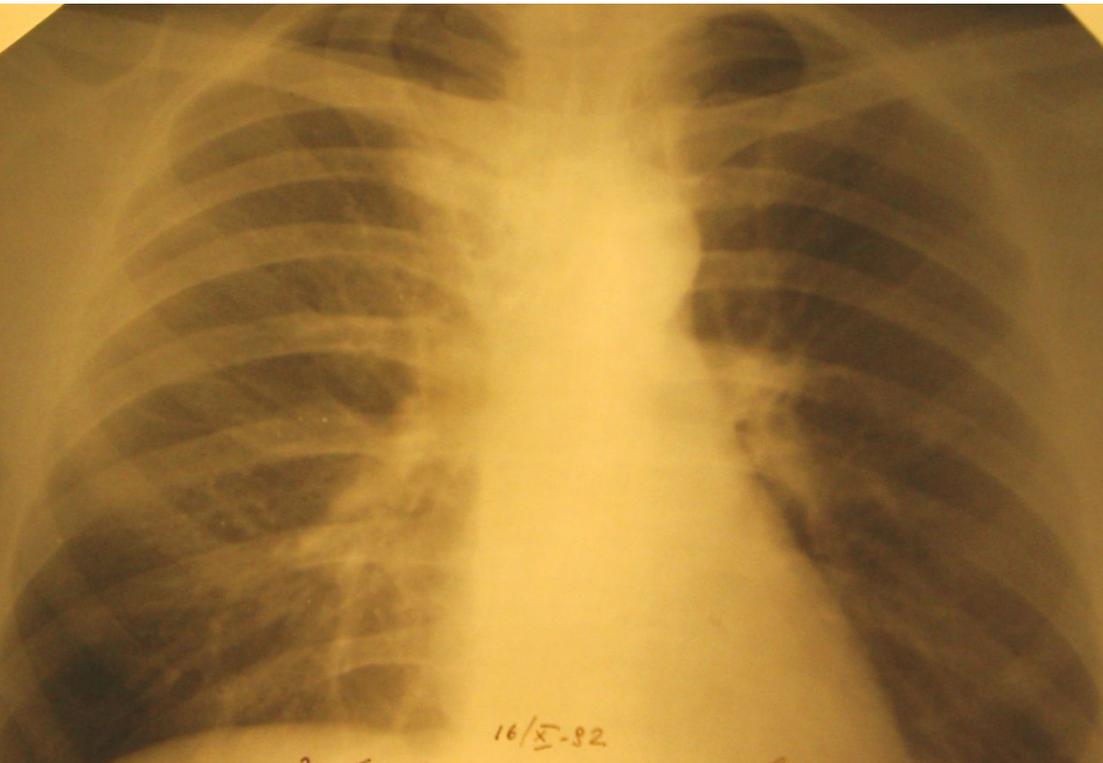
Бронхолобулярный инфильтрат – синостоз ребер



**Синостоз ребер**

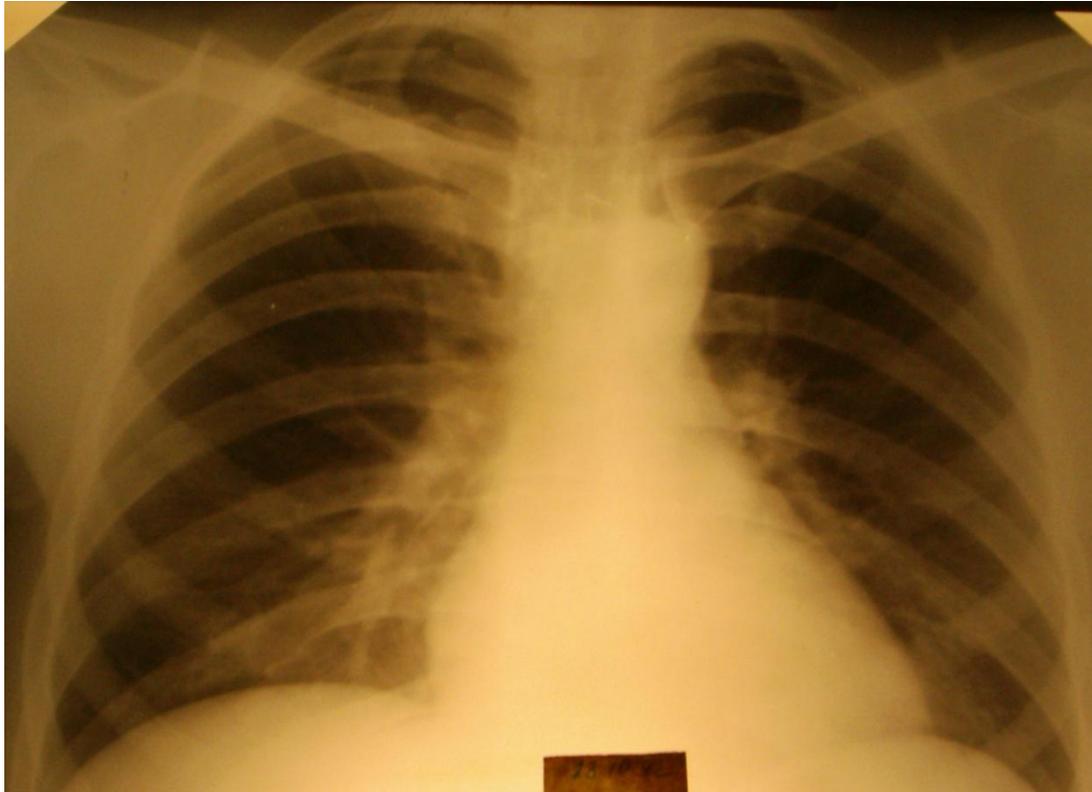
# Дифференциальная диагностика

Облаковидный инфильтрат – пневмония



# Дифференциальная диагностика

## Облаковидный инфильтрат – пневмония



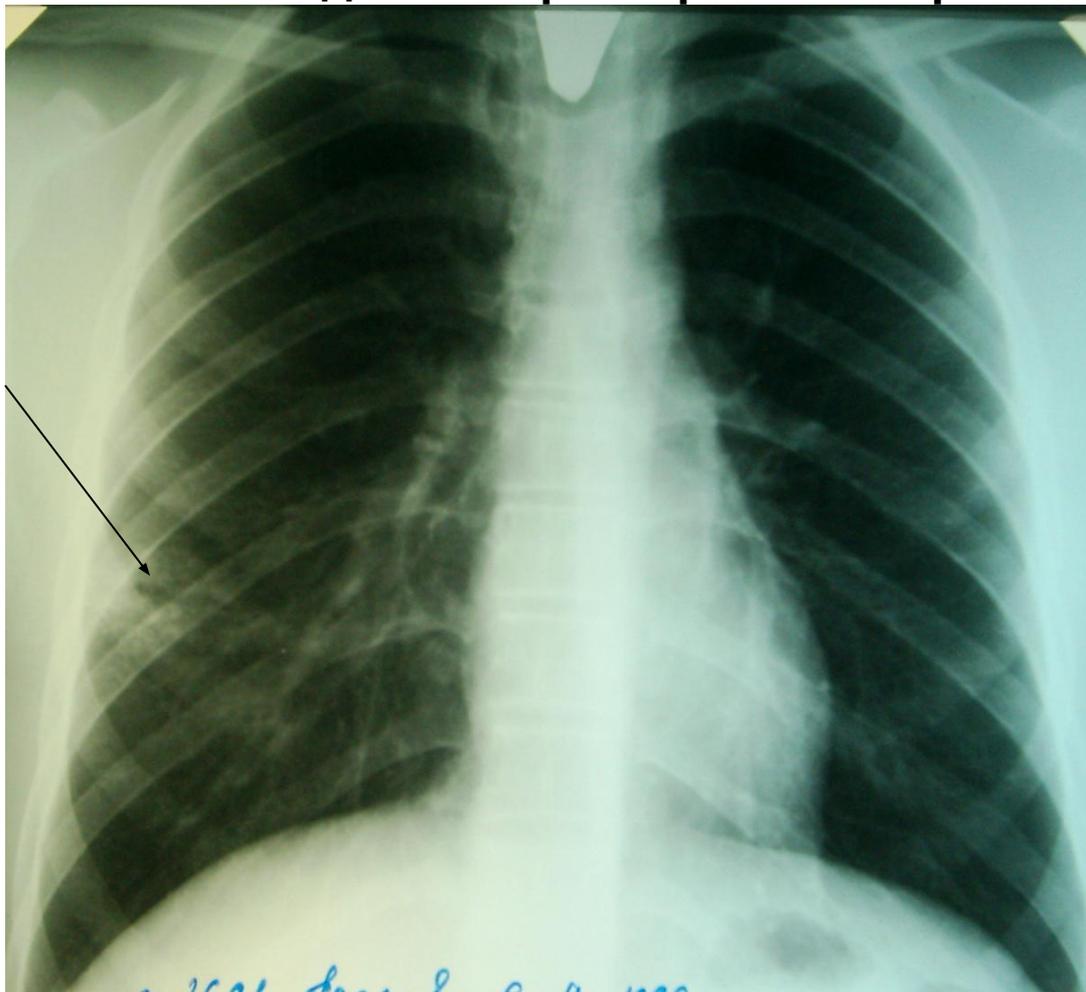
**Пневмония**

**Значительное рассасывание инфильтрата в течение 10 дней  
Кальцинаты ВГЛУ**

# Дифференциальная диагностика

## Облаковидный инфильтрат – Аневризмы

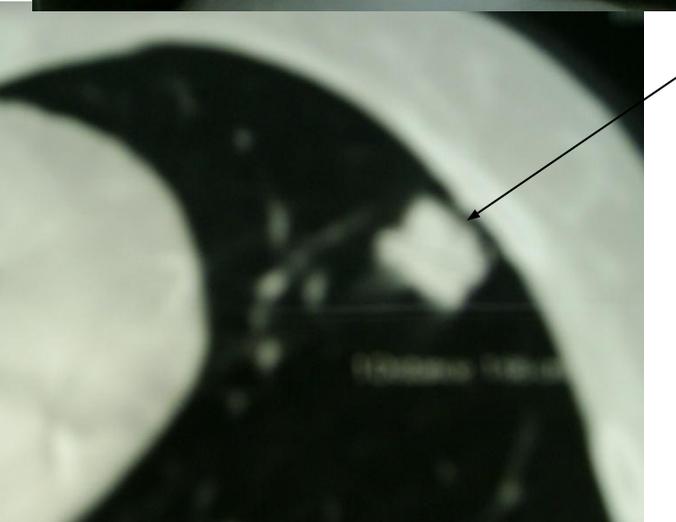
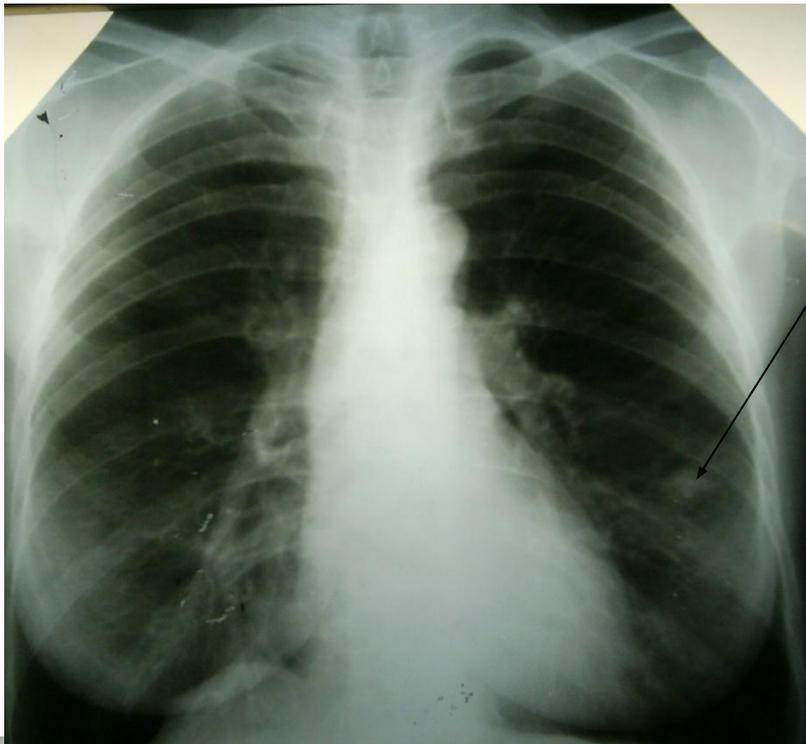
Аневризмы



Больному 15 лет. Изменения в легких выявлены при профилактической флюорографии. Направлен к фтизиатру. В анамнезе контакт по подъезду с больным туберкулезом БК+. В С8, С9 правого легкого участок инфильтрации средней интенсивности, неоднородный, без четких контуров. Получал лечение с диагнозом инфильтративный туберкулез в течение 2 месяцев без эффекта. На компьютерной томограмме с контрастированием подтверждены артериовенозные аневризмы.

# Дифференциальная диагностика

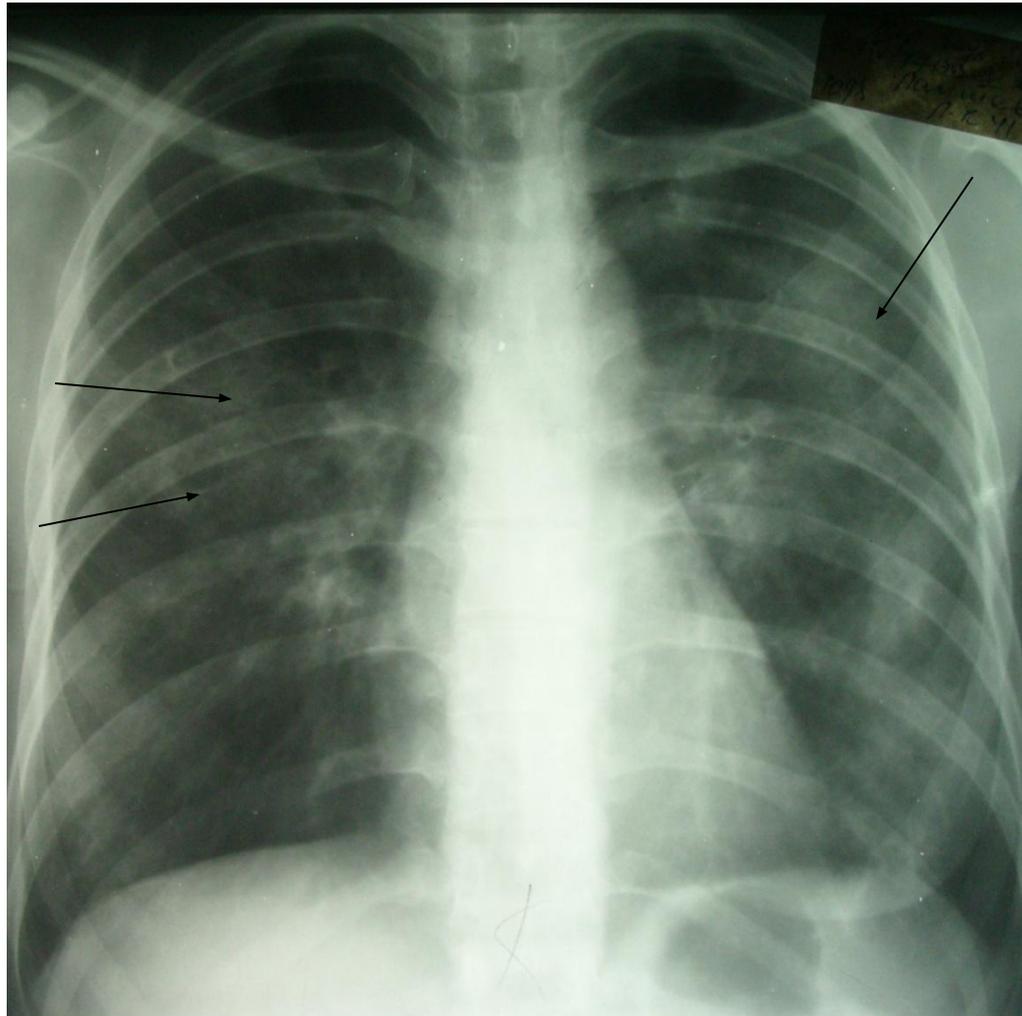
## Округлый инфильтрат – метастазы



**Метастазы в легкое и внутригрудные лимфоузлы. Первичная опухоль не выявлена**

# Дифференциальная диагностика

## Округлые инфильтраты – эозинофильная пневмония

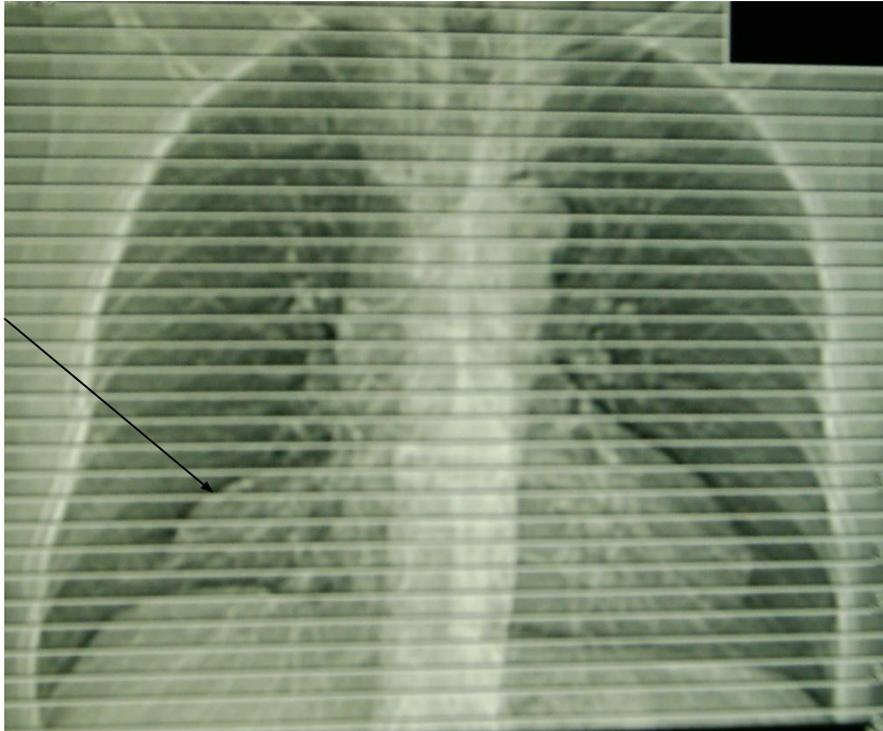


В обоих легких  
округлые  
инфильтраты  
низкой  
интенсивности.  
Характерно  
исчезновение  
инфильтратов и  
появление в  
других местах.

### Эозинофильные инфильтраты

Больная Ш., 15 лет. Изменения в легких выявлены при профилактической флюорографии. Жалоб нет. В гемограмме эозинофилов 25%. В ан. обнаружены яйца аскарид. Диагноз Аскаридоз. Эозинофильная пневмония. После курса немозола эозинофилов 2%, полное рассасывание инфильтратов.

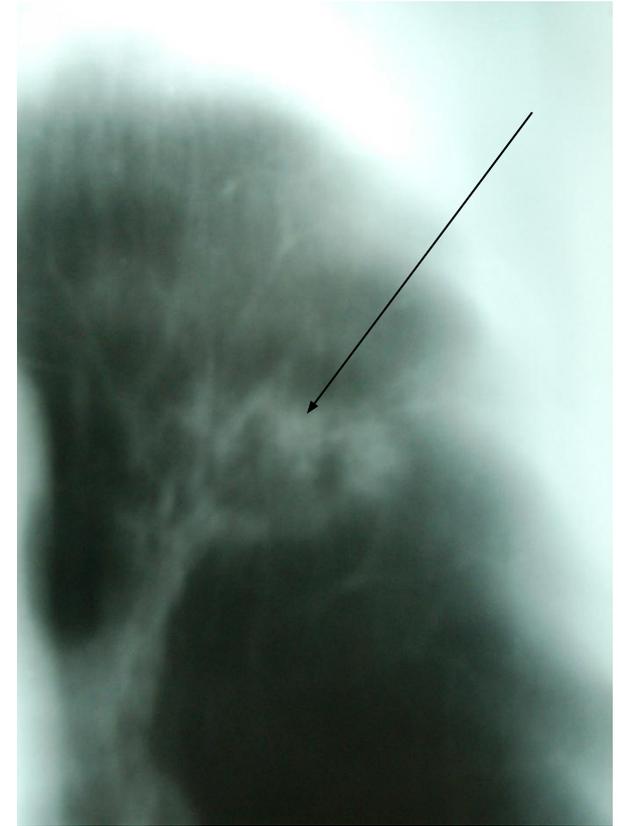
# Дифференциальная диагностика Инфильтративный туберкулез – опухоль



Липома

# Дифференциальная диагностика

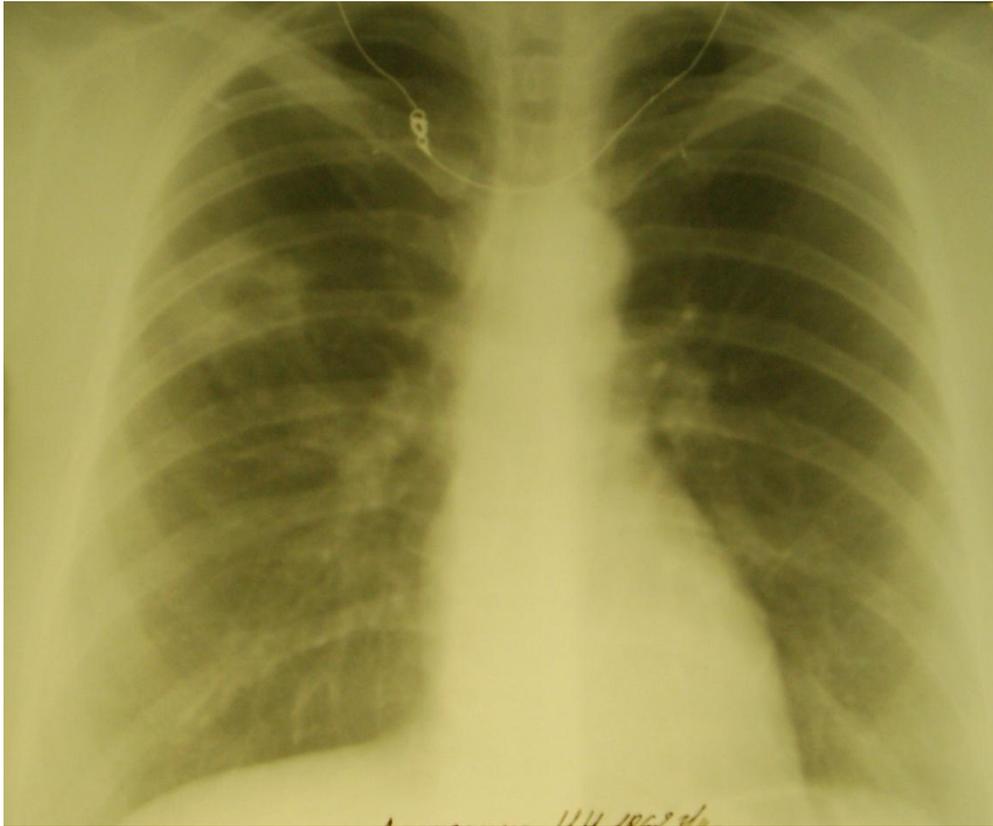
Облаковидный инфильтрат – периферический рак



Низкодифференцированный рак В1 В2 левого легкого

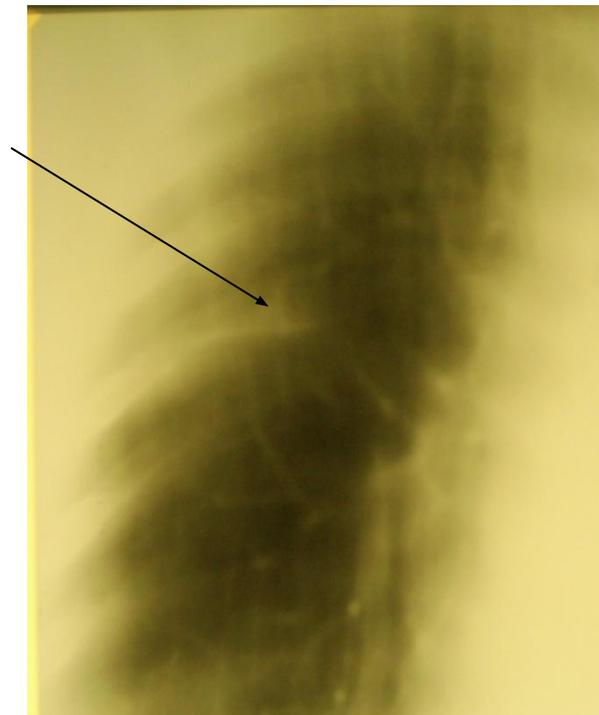
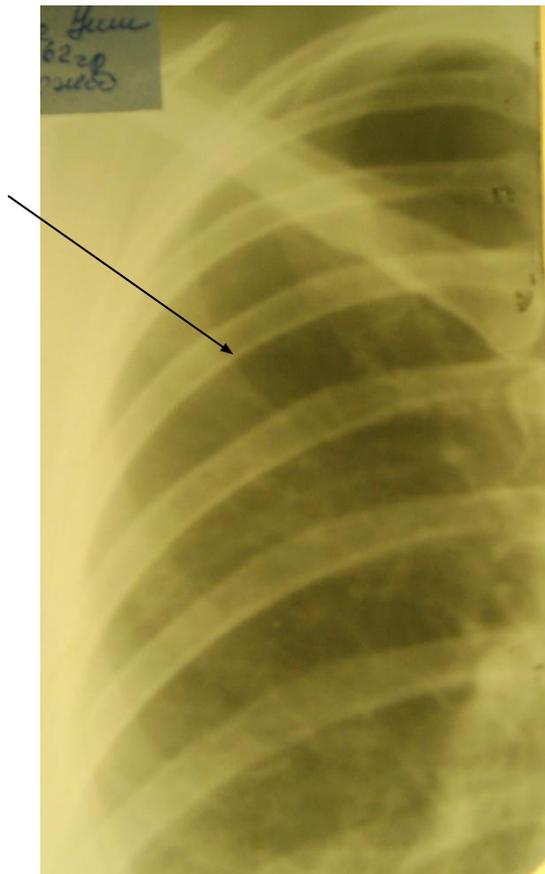
# Дифференциальная диагностика

Пневмония деструктивная – облаковидный инфильтрат с распадом



## Дифференциальная диагностика

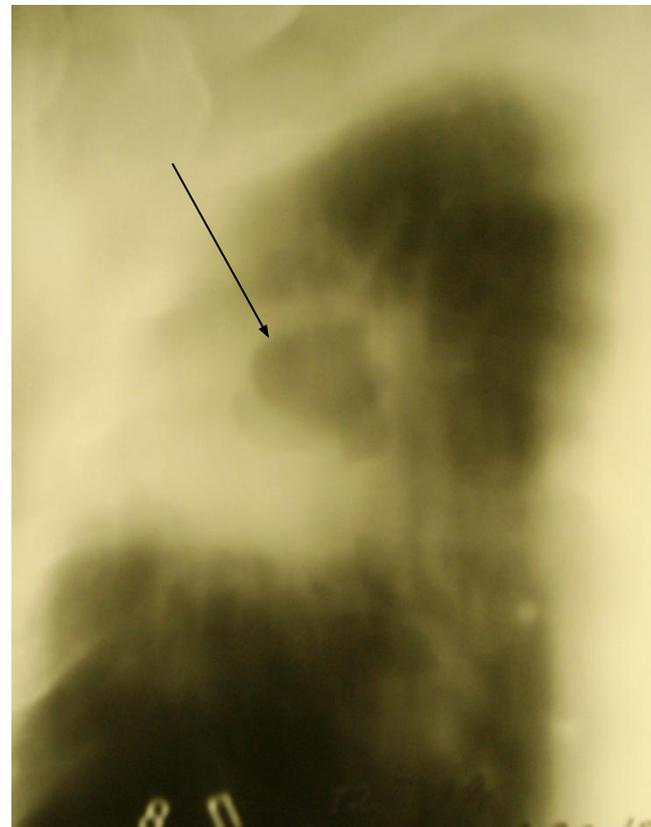
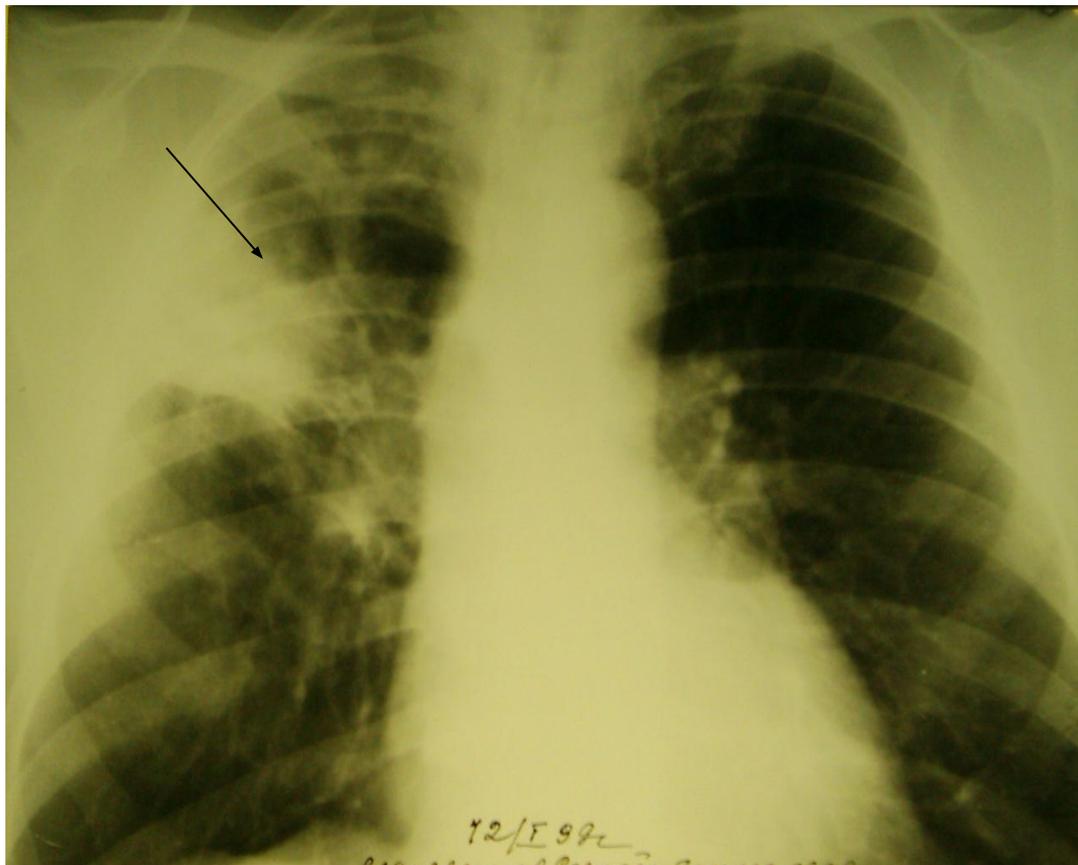
Пневмония деструктивная – облаковидный инфильтрат с распадом



Пневмония деструктивная – рассасывание инфильтрата и рубцевание полости в течение месяца

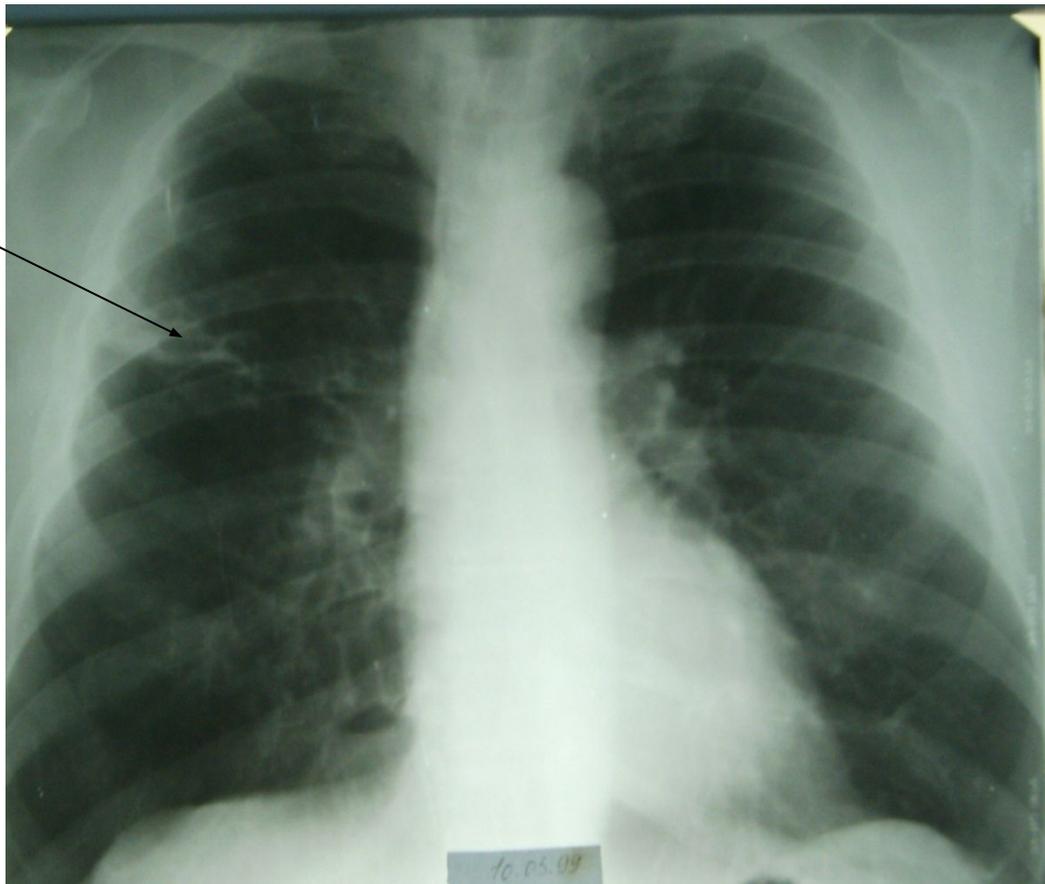
# Дифференциальная диагностика

Пневмония деструктивная – облаковидный инфильтрат с распадом



## Дифференциальная диагностика

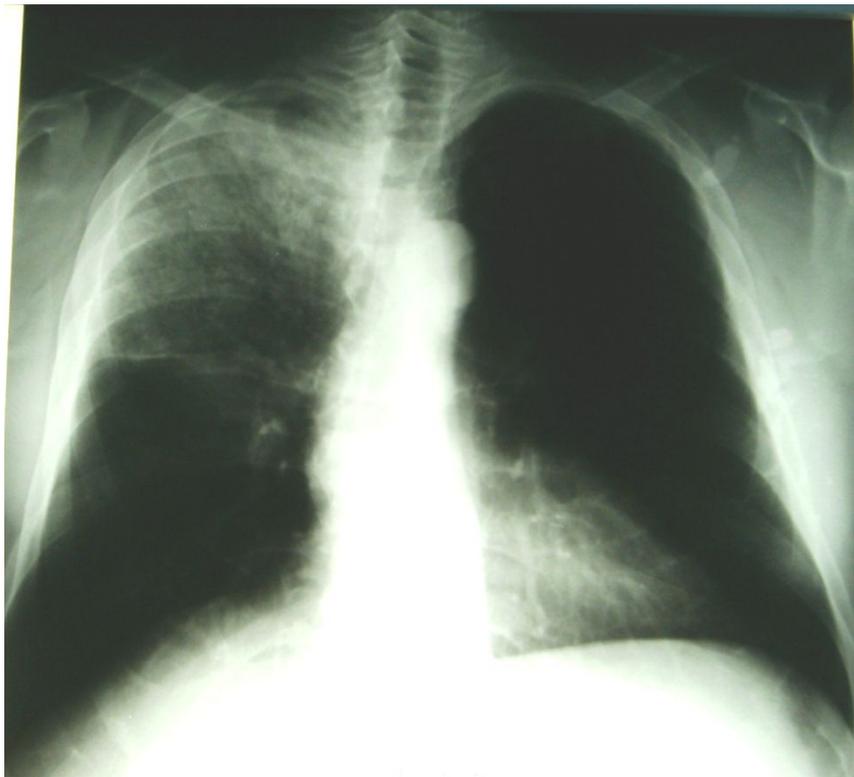
Пневмония деструктивная – облаковидный инфильтрат с распадом



Пневмония деструктивная – рассасывание инфильтрата в течение месяца, пневмосклероз, тонкостенная щелевидная полость

# Дифференциальная диагностика

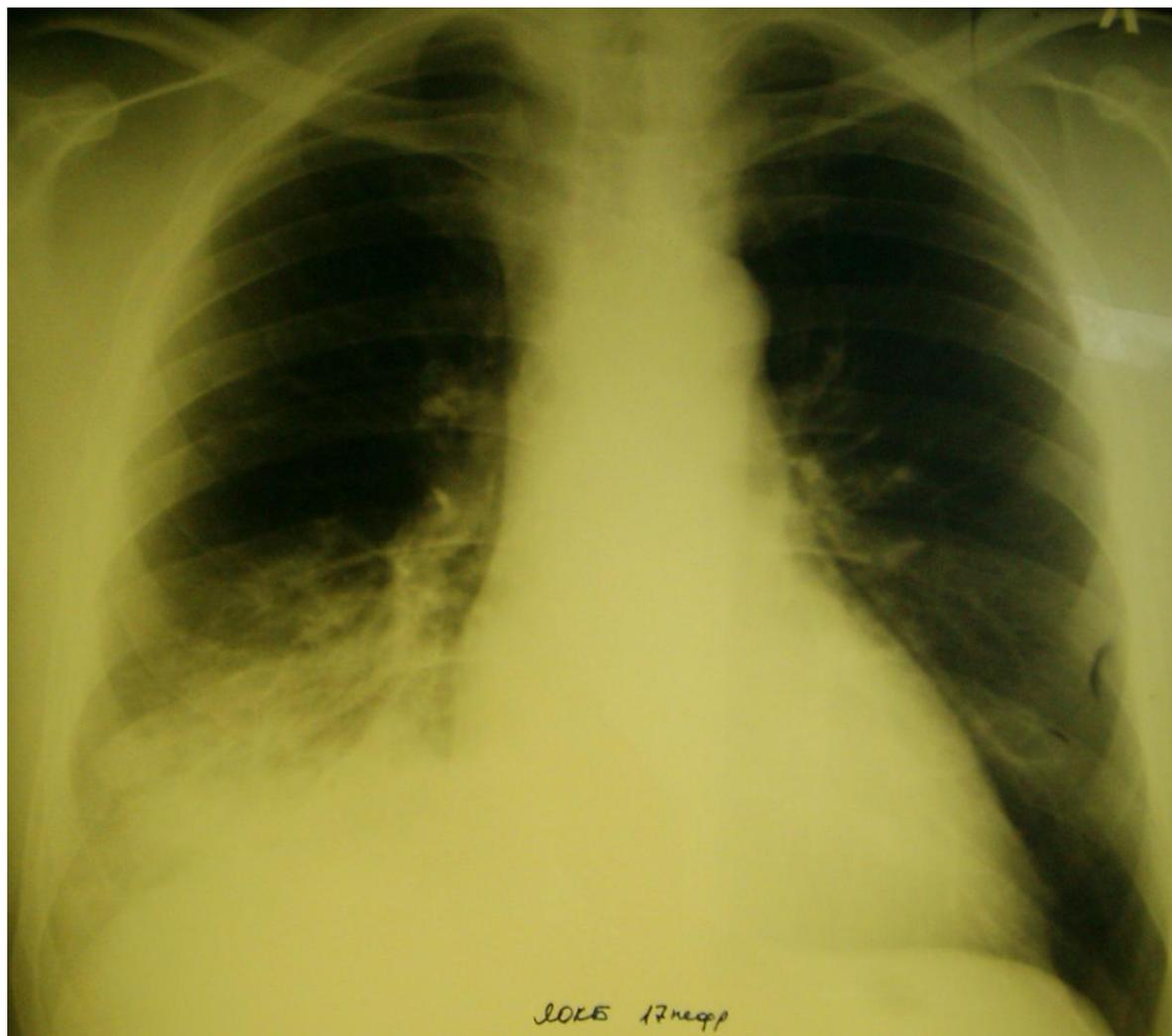
Крупозная пневмония – инфильтративный туберкулез (лобит)



Крупозная пневмония – рассасывание инфильтрата в течение 10 дней

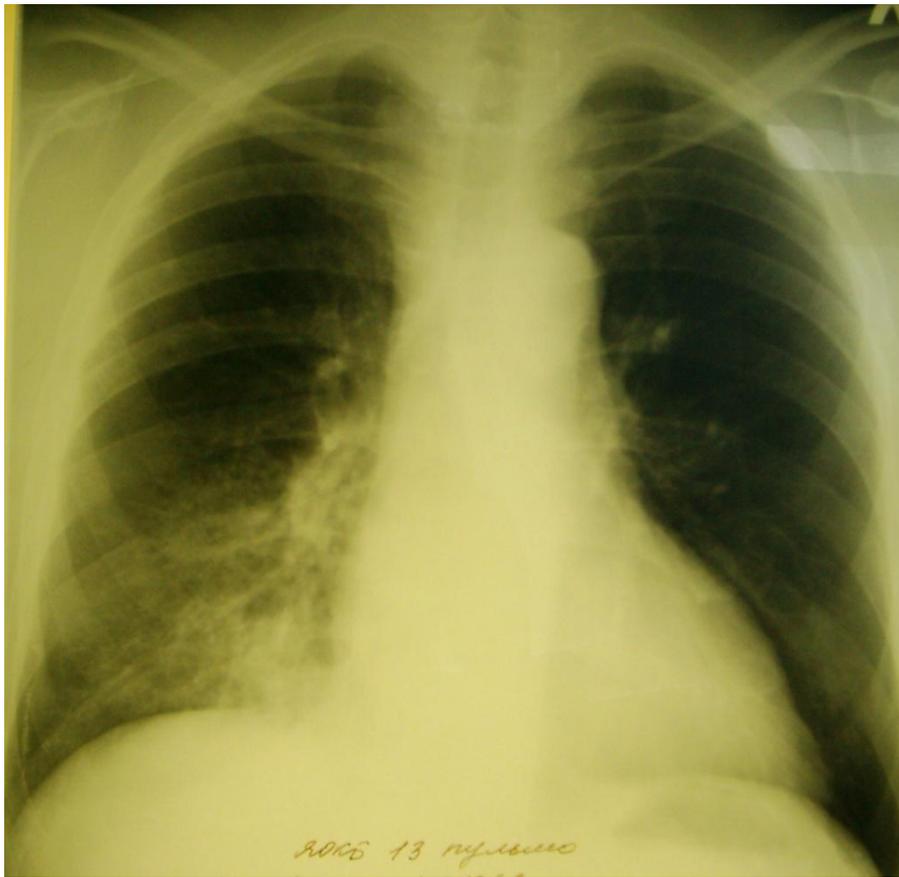
# Дифференциальная диагностика

## Пневмония – инфильтративный туберкулез



# Дифференциальная диагностика

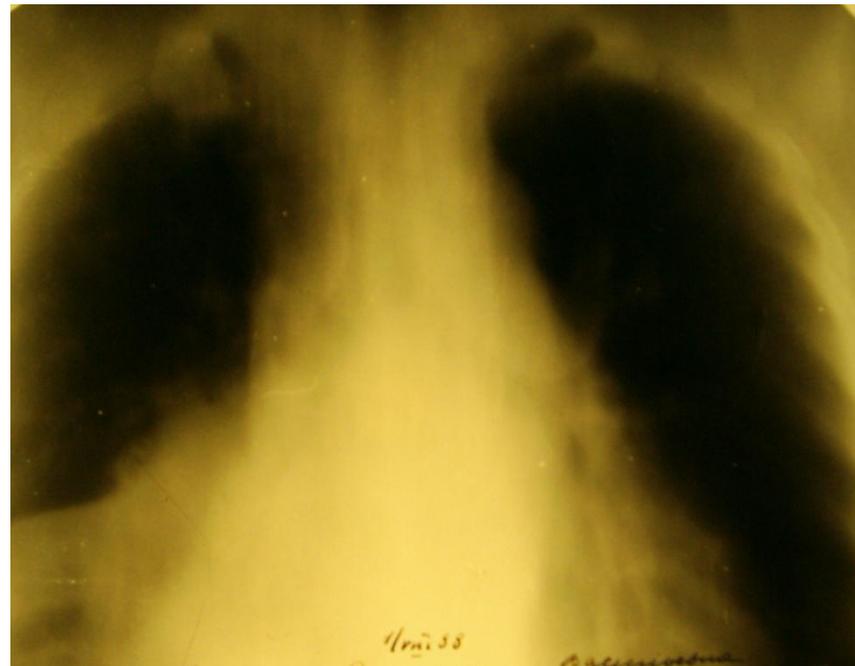
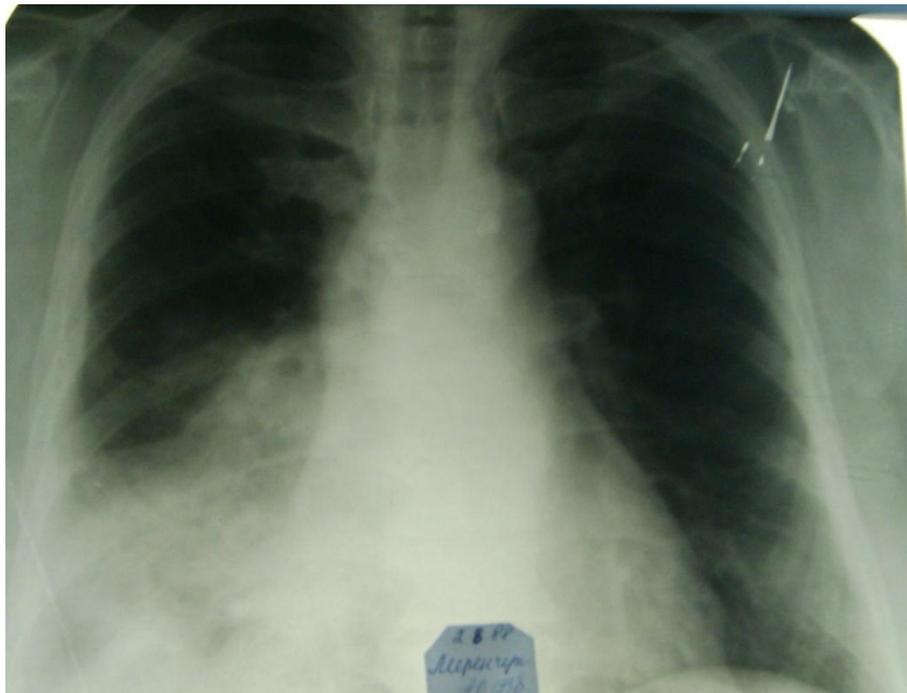
## Пневмония – инфильтративный туберкулез



**Замедленное рассасывание пневмонии в течение 1,5 месяцев**

# Дифференциальная диагностика

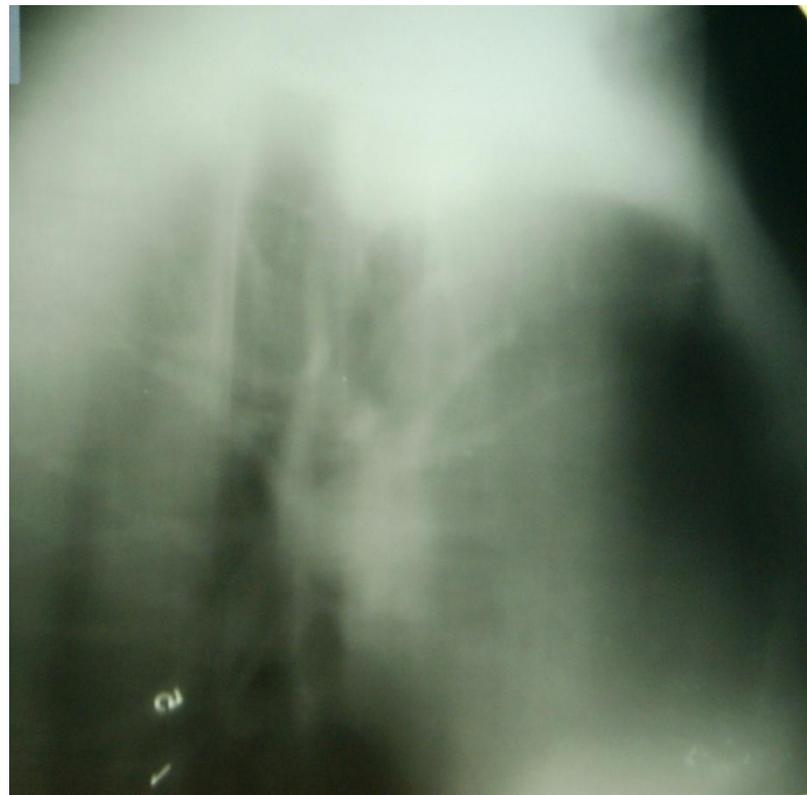
## Инфильтративный туберкулез - рак



**Рак левого нижнедолевого бронха с метастазами  
во внутригрудные лимфоузлы**

# Дифференциальная диагностика

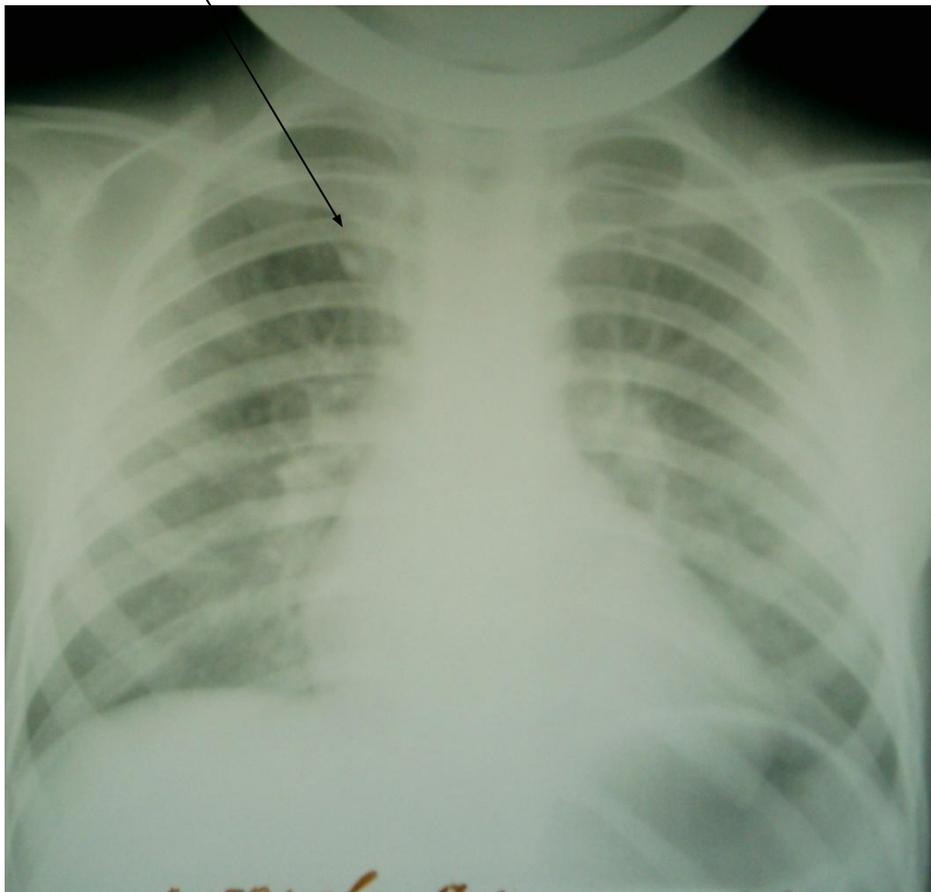
## Округлый инфильтрат – периферический рак



**Периферический рак**

# Дифференциальная диагностика

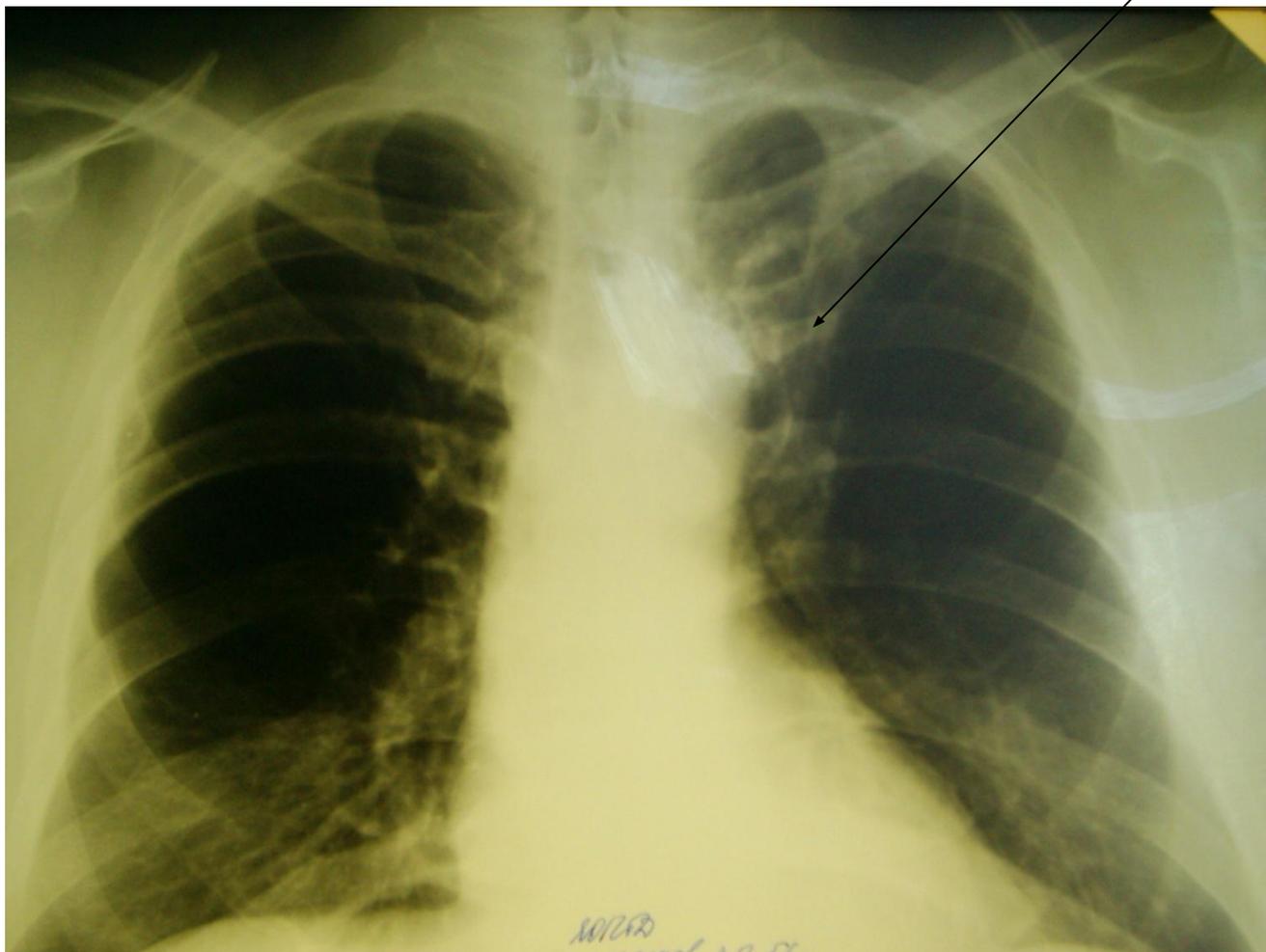
Инфильтративный туберкулез – добавочная доля непарной вены



Добавочная доля непарной вены

# Дифференциальная диагностика

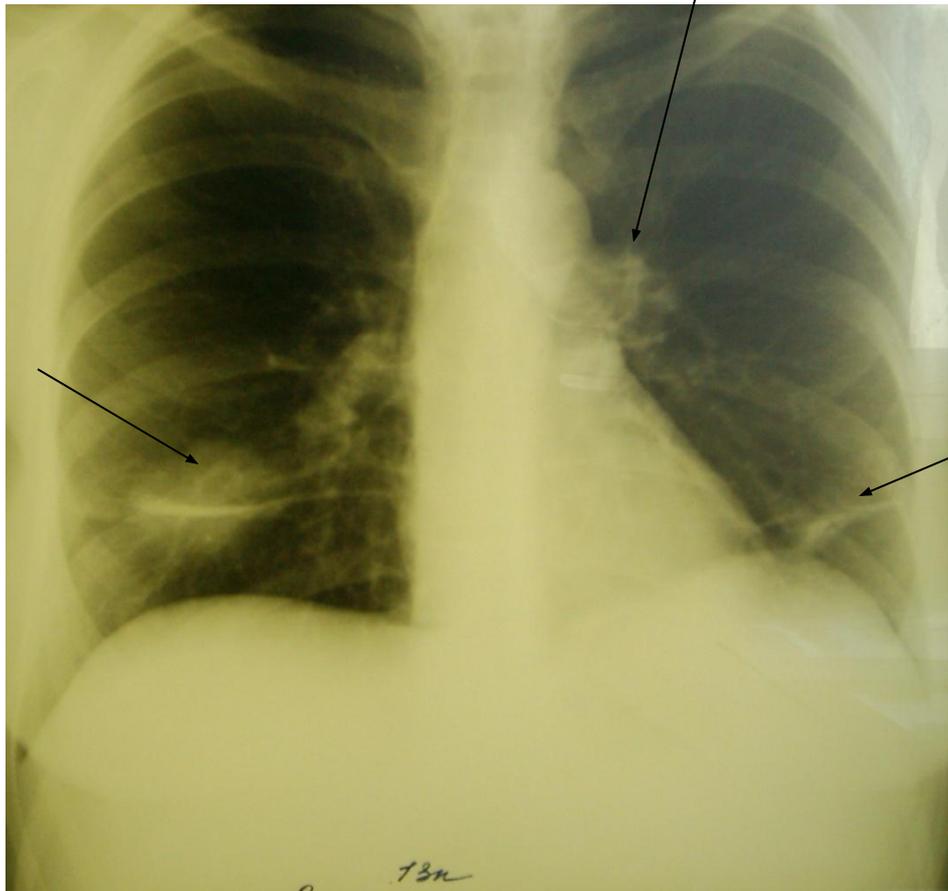
## Инфильтративный туберкулез – Рак В1-2 слева



**Рак В1-2 слева**

# Дифференциальная диагностика

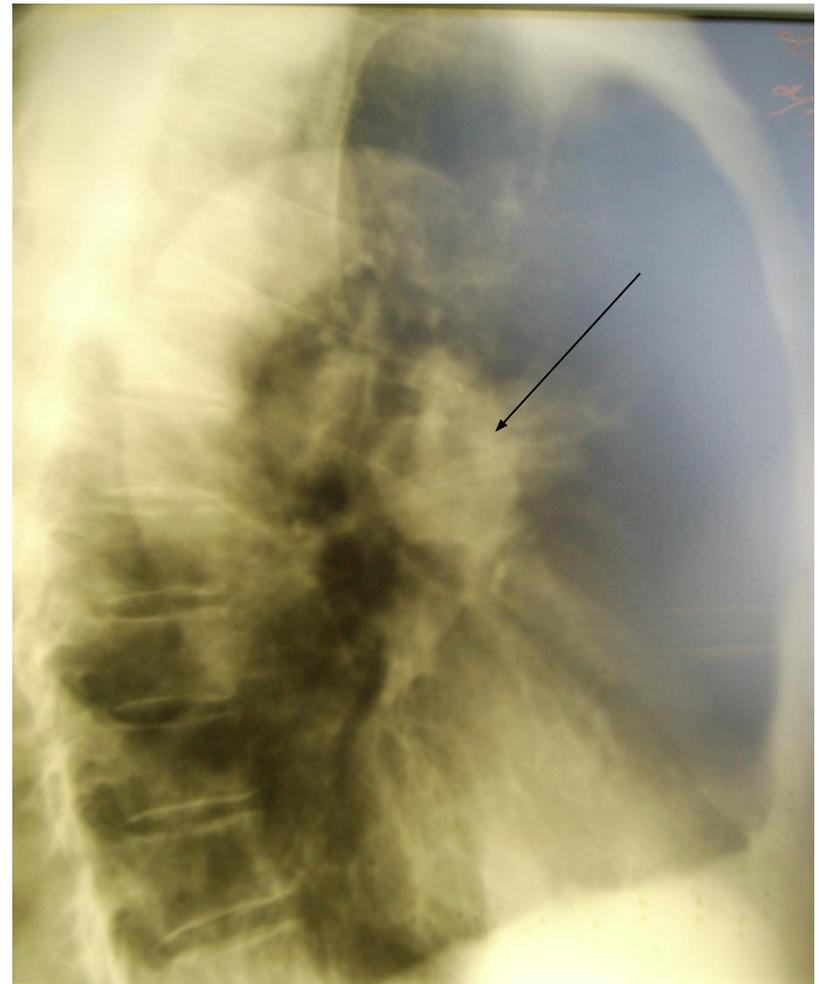
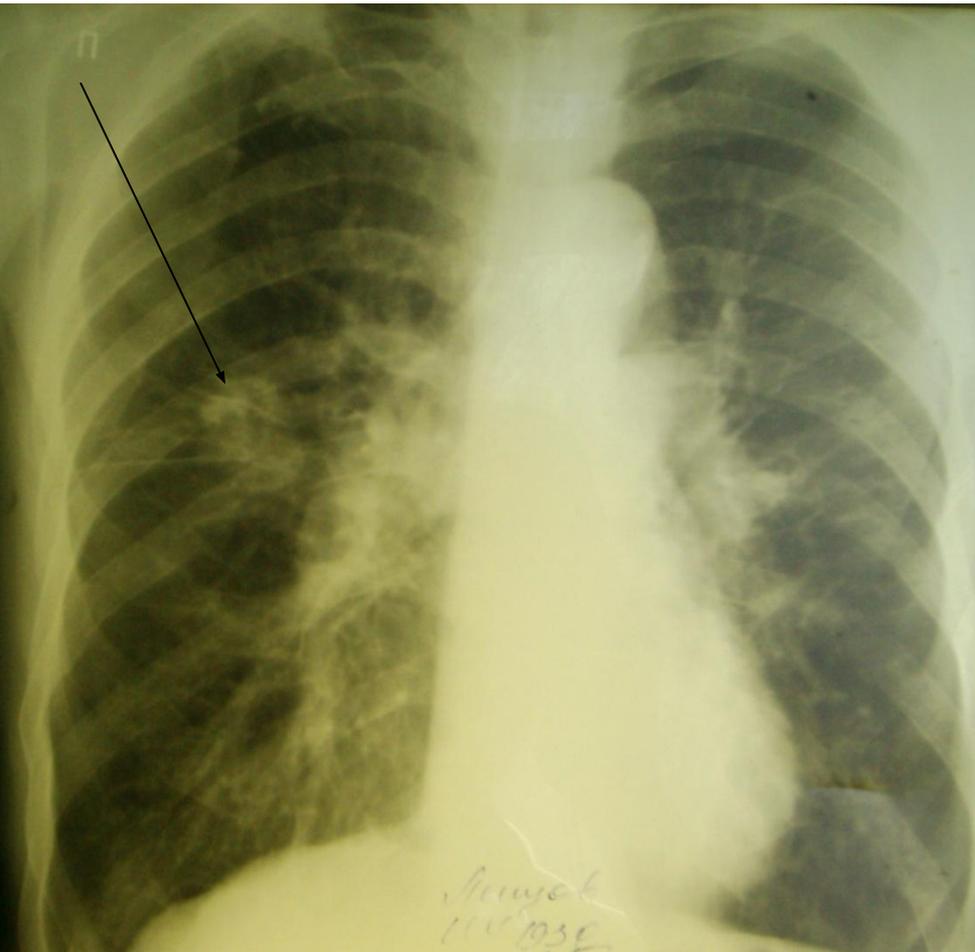
## Округлый инфильтрат – метастазы



**Рак молочной железы с метастазами в легкие и  
внутригрудные лимфоузлы**

# Дифференциальная диагностика

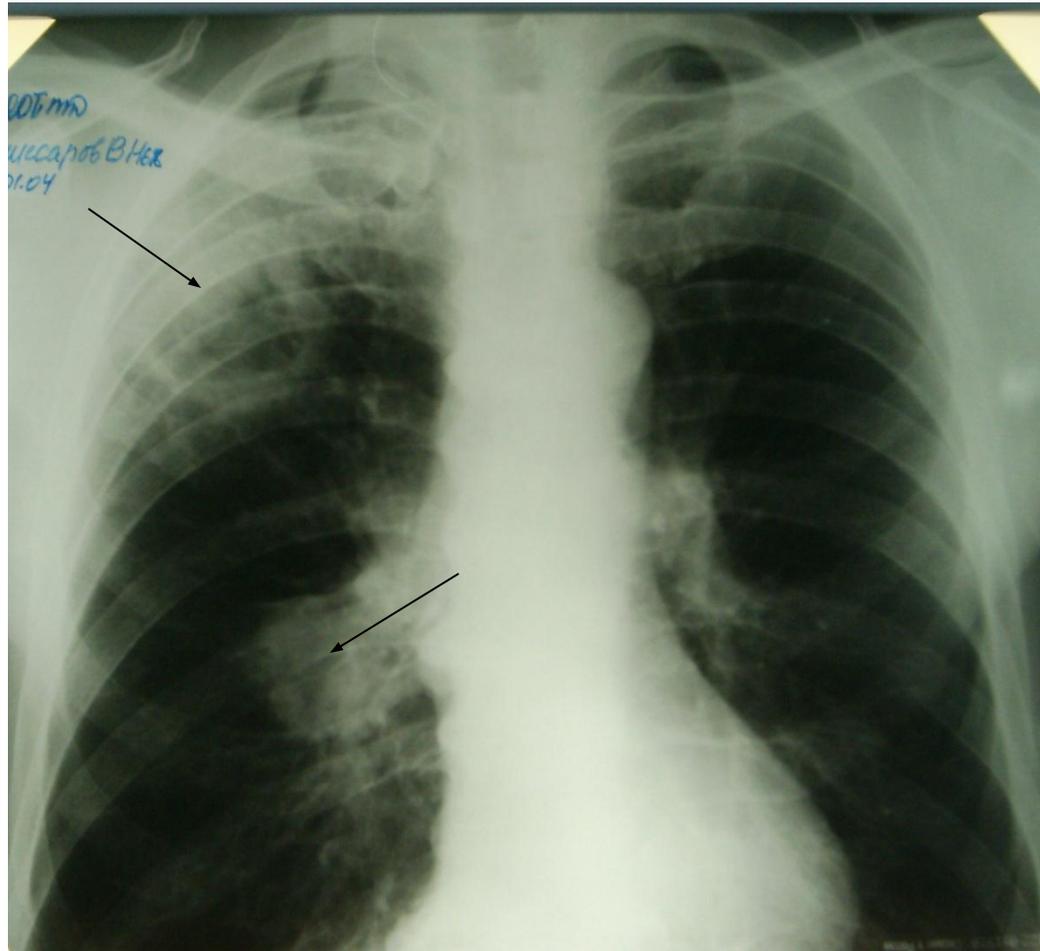
## Округлый инфильтрат – периферический рак



**Рак С 3 правого легкого**

# Дифференциальная диагностика

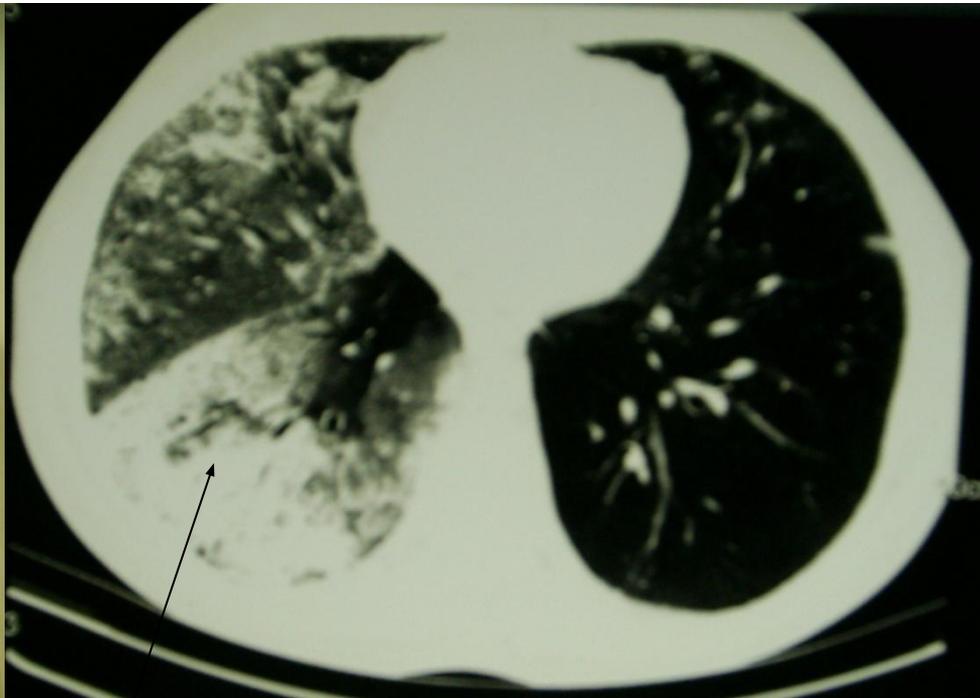
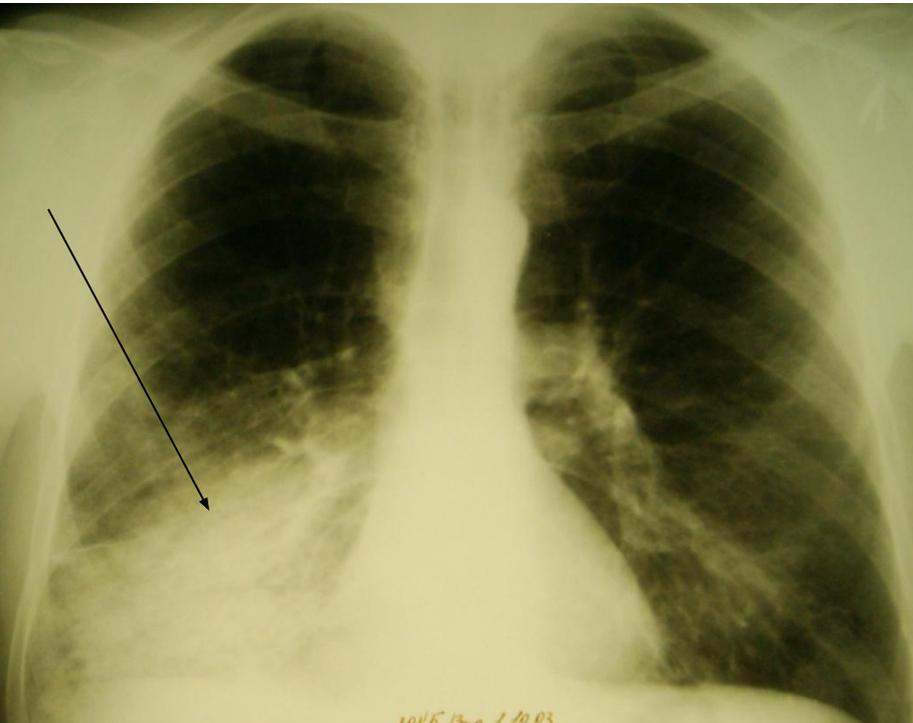
## Облаковидный инфильтрат – рак



**Рак С 2 правого легкого с метастазами во внутригрудные лимфоузлы**

# Дифференциальная диагностика

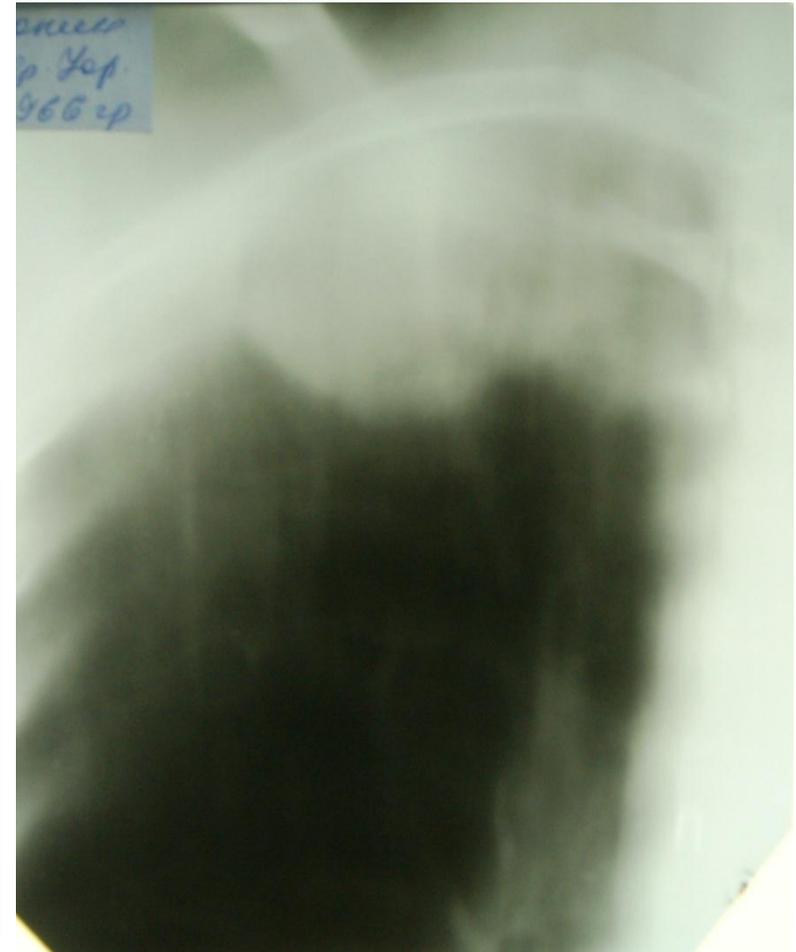
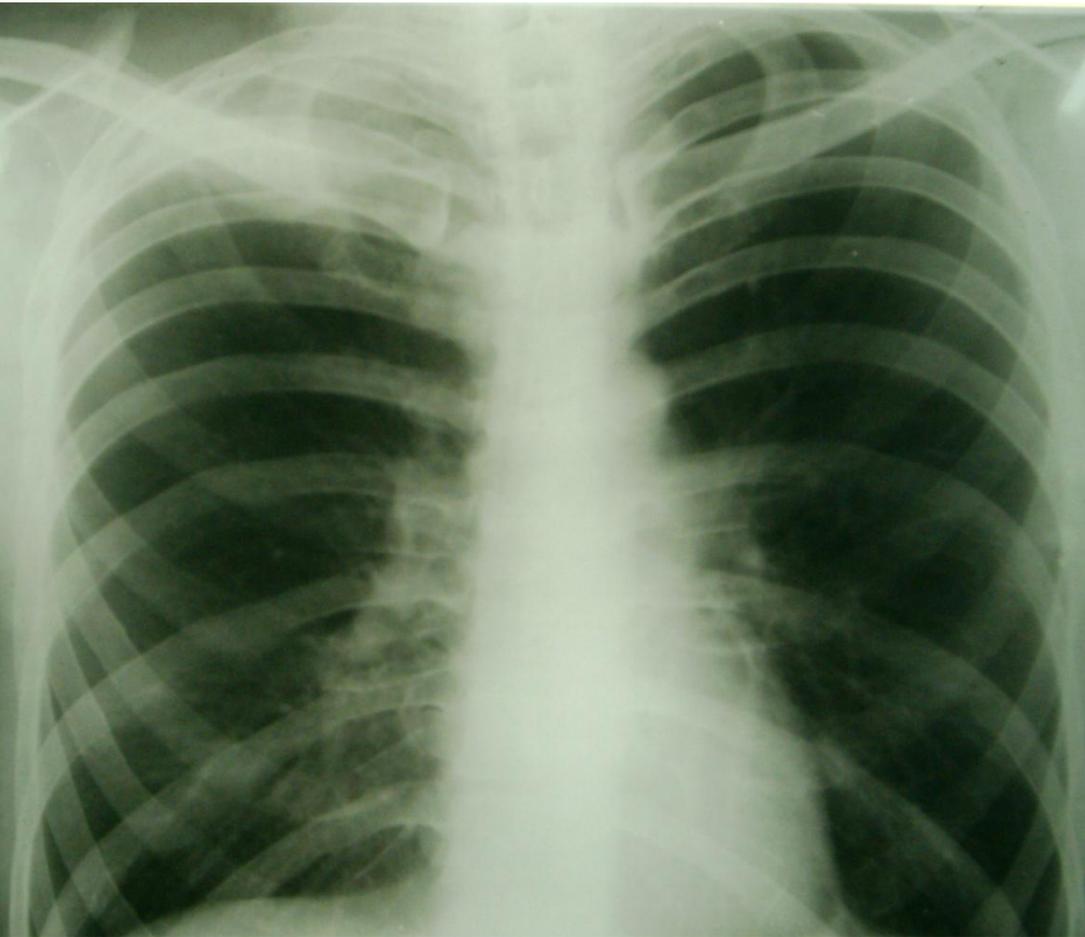
Инфильтративный туберкулез – бронхиолоальвеолярный рак



**Бронхиолоальвеолярный рак**

# Дифференциальная диагностика

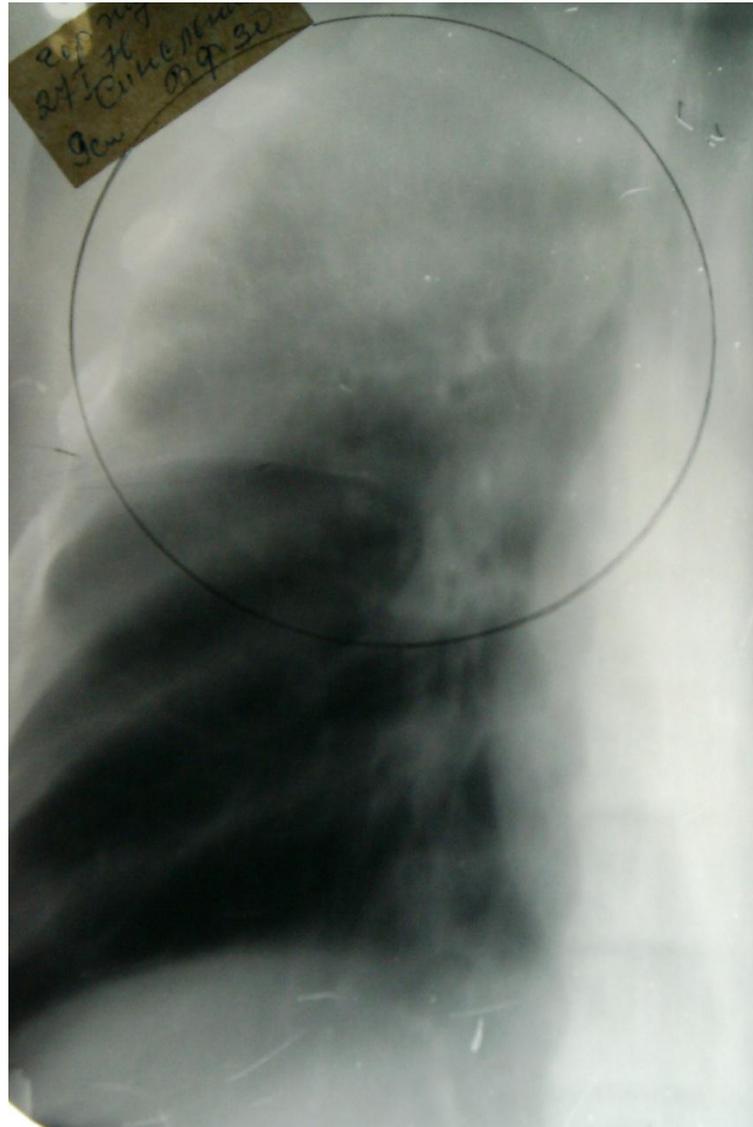
## Инfiltrативный туберкулез – опухоль Пенкоста



**Опухоль Пенкоста**

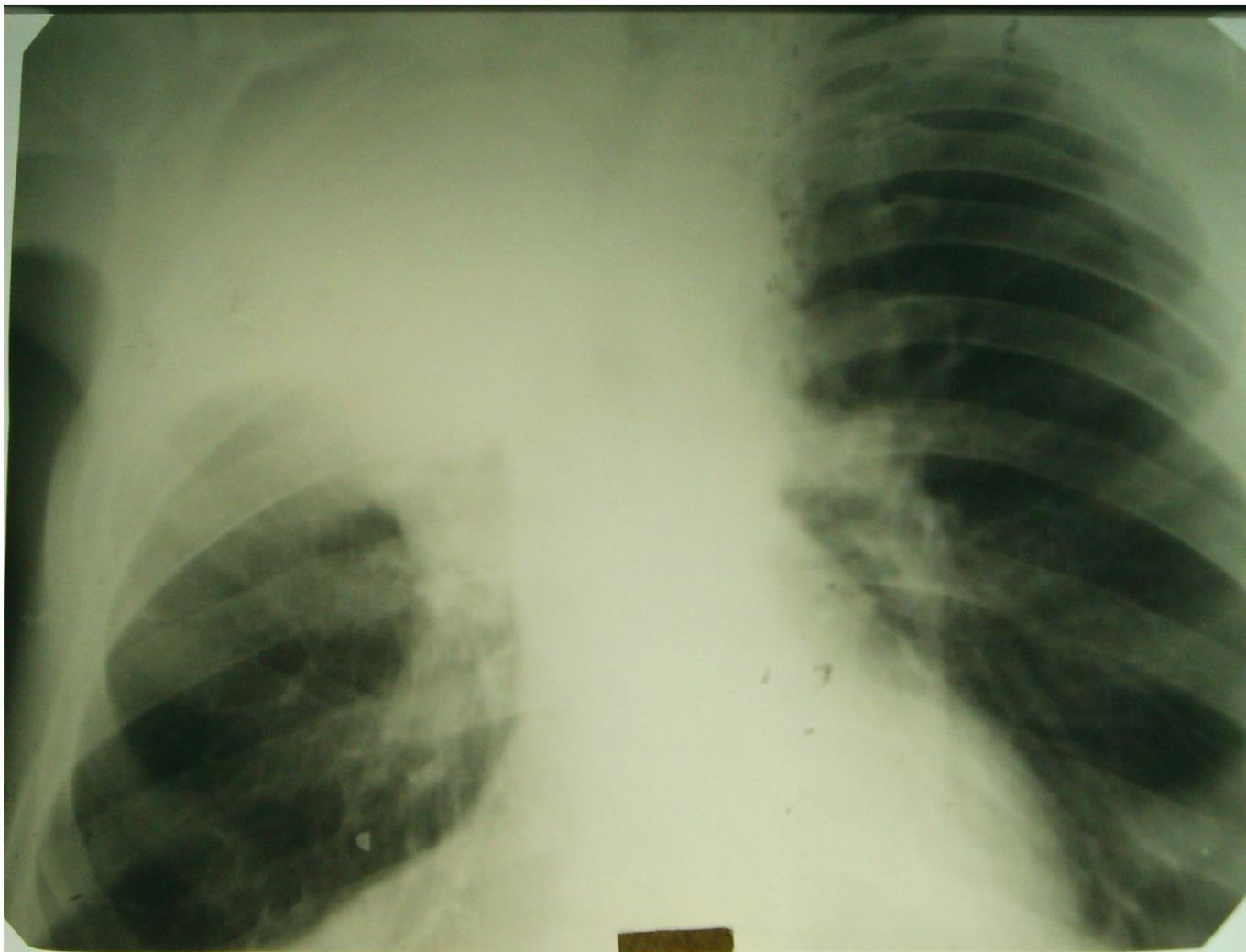
# Дифференциальная диагностика

Инфильтративный туберкулез – рак – синдром Вегенера



## Дифференциальная диагностика

**Инfiltrативный туберкулез – центральный рак – крупозная пневмония**



# Дифференциальная диагностика

Инfiltrативный туберкулез – пневмония с деструкцией

