



ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России
кафедра фтизиатрии и пульмонологии

Дифференциальная диагностика очагового, инфильтративного туберкулеза и казеозной пневмонии с негоспитальной пневмонией

Лепшина С.М. – к. мед. н., доцент, Письменская А.С.- ассистент
Миндрул М.А. – к. мед. н., доцент, Лебедь Л.В. – к. мед. н., доцент

Актуальность



- Диагностика БЛЗ основывается на тщательном сравнительном анализе жалоб, данных анамнеза, объективного статуса и результатов микробиологического, лучевого и лабораторного исследований
- Достоверными признаками ТБ являются бактериовыделение и/или характерная морфологическая картина, однако не все больные ТБ выделяют МБТ
- Выполнение алгоритма действий врача и этапов дифференциальной диагностики позволяют сократить время на установление диагноза и назначить больным адекватную ХТ

Алгоритмы действий врача и этапы ДД

ОЛС

1. ДД Синдром очаговых теней
Синдром затенения
субсегментарной, сегментарной
долевой протяженности
Подозрение на ТБ

2. ДД КУБ и/или ДНК МБТ не
обнаружены —

Нет динамики/динамика
отрицательная

3. ДД Лечение АБПШСД в течение 2 недель
(исключение – R, Q, Am, Km, Cm)
Рентгенологический и микробиологический контроль

4. ДД Консультация фтизиатра

ПТС

Значительная
положительная динамика

Направление в противотуберкулезное учреждение

Негоспитальная
пневмония

Комплексное микробиологическое обследование на
туберкулез МБТ не обнаружены —

5. ДД

Инструментальные исследования для морфологической и
микробиологической верификации диагноза: УЗИ, КТ ОГК, ФБС
(БАЛ, биопсия), торакоскопические операции

6. ДД

Туберкулез исключен, др. БЛП

Туберкулез
верифицирован/установлен

Дифференциальная диагностика

- ТБ и наиболее часто дифференцируемые с ним заболевания ОД (НП) отличаются большим разнообразием проявлений
- В связи с этим с практической точки зрения **наиболее удобно проводить дифференциальную диагностику в пределах основных рентгенологических синдромов**

Рентгенологические синдромы



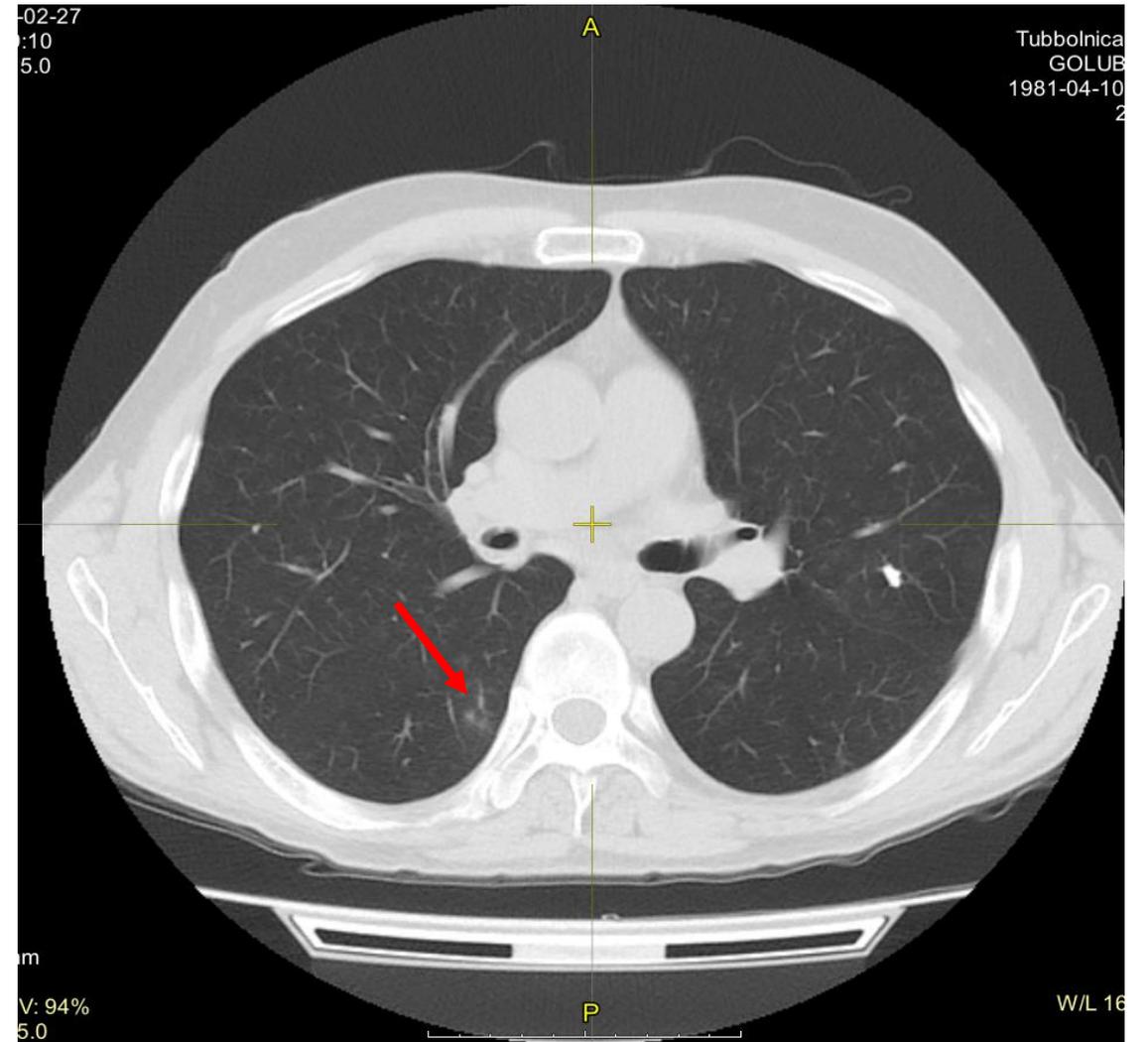
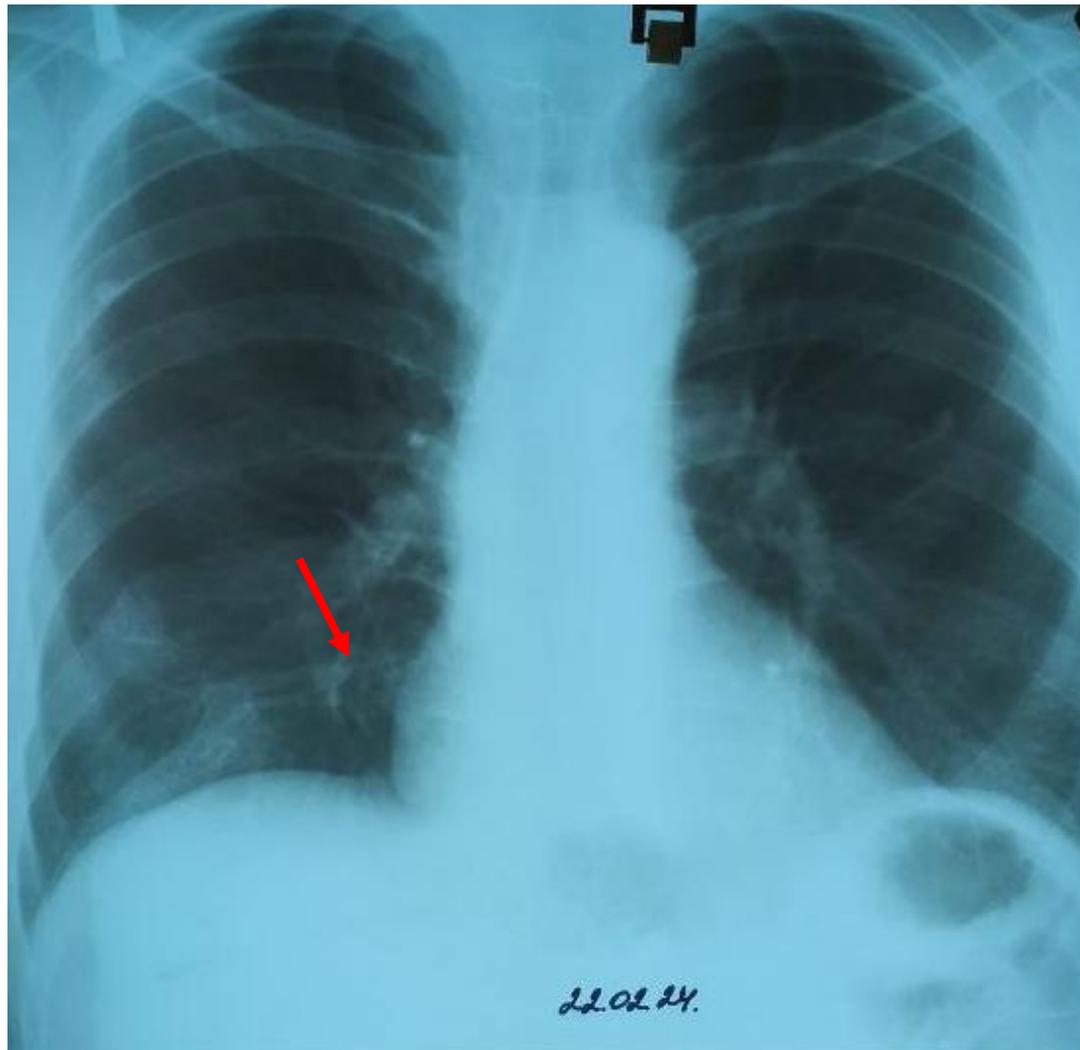
Клинические формы ТБ ОД



Негоспитальная пневмония

- Синдром очаговых теней → Очаговый туберкулез → НП легких
- Синдром затенения субсегментарной, сегментарной, долевой, протяженности → Инфильтративный туберкулез легких
- → Казеозная пневмония

Синдром очаговых теней



Дифференциальная диагностика

Параметры	Пневмония	Очаговый туберкулез
Начало	Чаще острое	Бессимптомное
Характерные данные анамнеза	Контакт по ОРВИ	Контакт с ТБ или «+рентгенархив»
Влажные хрипы	часто	редко
Изменения крови	Имеются При вирусной пневмонии – лейкопения с лимфоцитозом, СОЭ-N При бактериальной – лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево, ускоренная СОЭ	Чаще отсутствуют
Бактериология	Вирусно-бак. пат.флора	МБТ+ в 10-15%

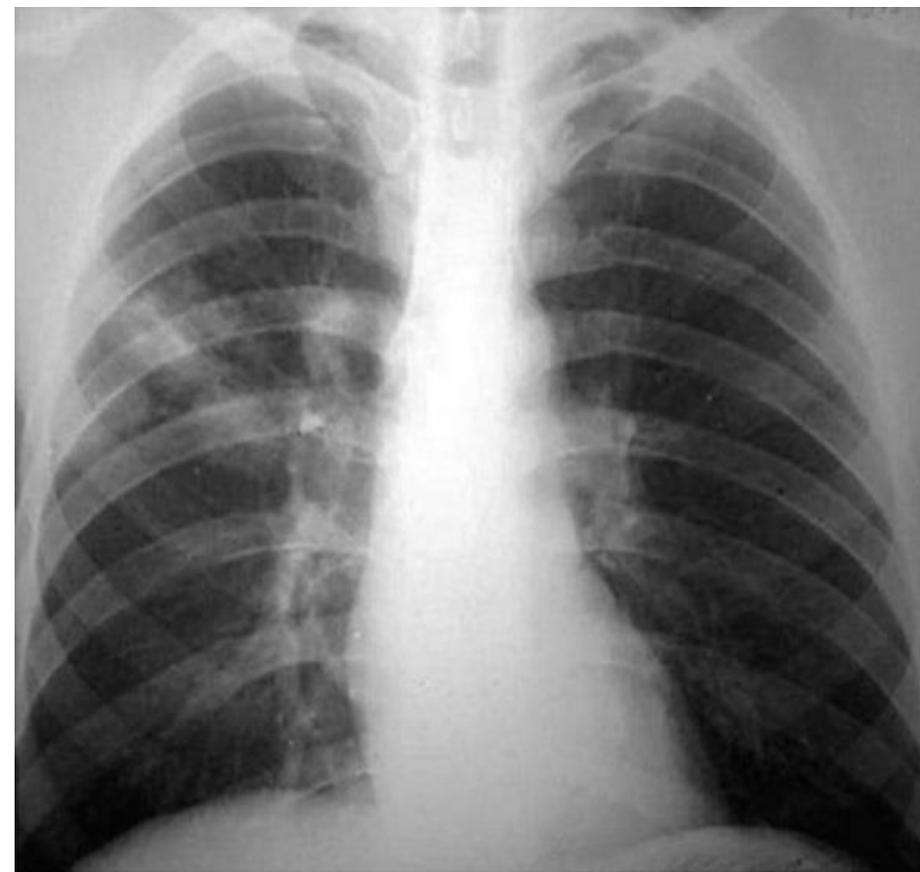
Дифференциальная диагностика

Параметры	Пневмония	Очаговый туберкулез
Бронхоскопия	Катаральный эндобронхит	<i>Возможен ТБ</i>
Рентген, локализация	Чаще средние и нижние отделы легких, возможно -верхушка	Чаще верхушка легкого
Количество теней	Однородные очаговые тени	Очаговые тени
Контуры	Нечеткие	Нечеткие/четкие
Вовлечение корня легкого	Иногда	Редко
Динамика	Быстрая (2-3 нед)	Отсутствует/ незначительная
Диаскинтест	Отрицательный или слабоположительный (при инфицировании ТИ)	Отрицательный или слабоположительный

Дифференциальная диагностика

- Синдром затенения
субсегментарной, сегментарной, долевого
протяженности:

1. инфильтративный туберкулез
2. негоспитальная пневмония
нетяжелое течение
(бактериальная, вирусная, смешанная)



Дифференциальная диагностика

Параметры	Вирусная / бактериальная пневмония	Инфильтративный туберкулез
Начало	Острое	Подострое
Температура тела	39-40* С	Субфебрильная
Ознобы	Резко выражены	Не выражены
Головные боли	Выражены	Не выражены

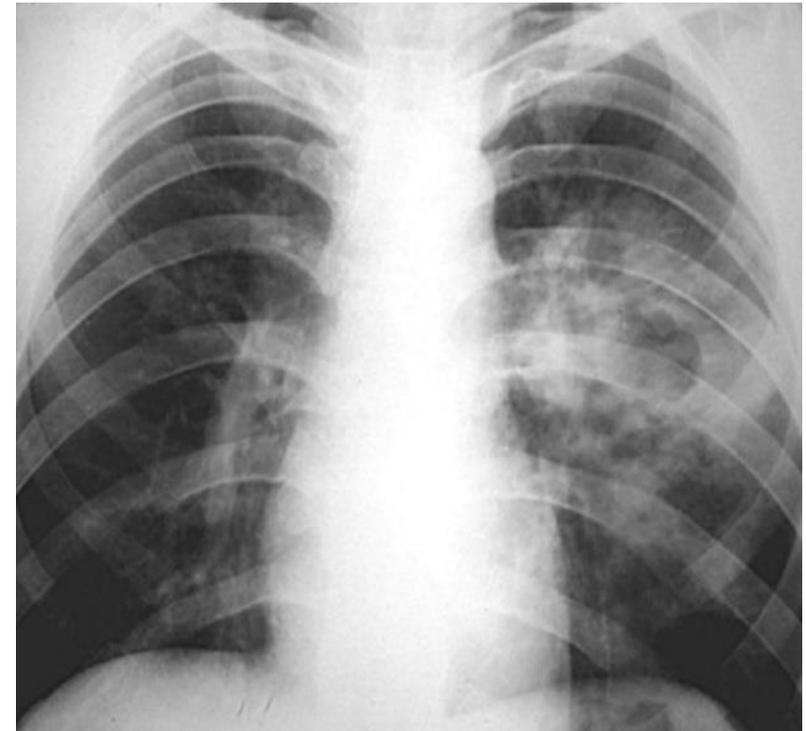
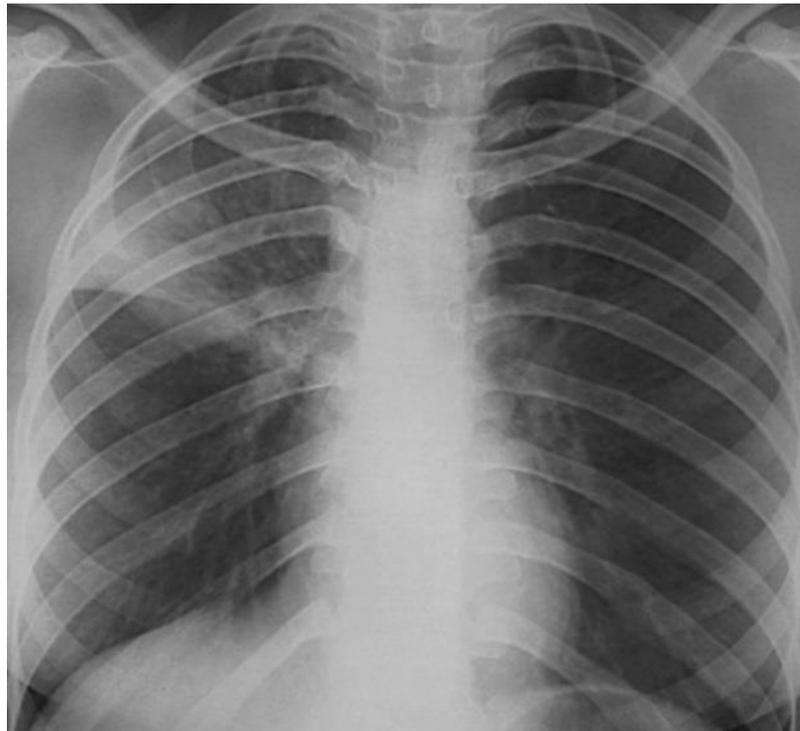
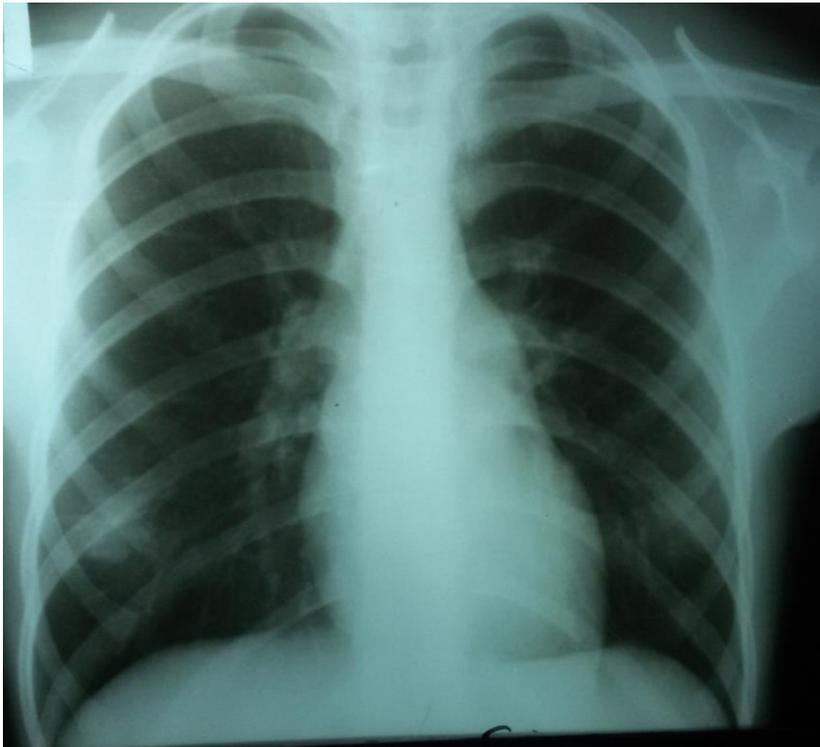
Дифференциальная диагностика

Параметры	Вирусная / бактериальная пневмония	Инфильтративный туберкулез
Катаральные изменения в верхних дых. путях	Часто	Редко
Ломота в суставах, пояснице, боли в грудной клетке	Выражены	Не выражены
Бронхоскопия	Катаральный эндобронхит	Возможен ТБ
Р-динамика	Участки однородного затенения , усиление легочного рисунка, реакция корней легких Локализация: любые отделы легких, чаще - н/отделы	Участки однородного/ неоднородного затенения на фоне свежих или старых очагов, дорожка к неизмененному корню Локализация: чаще S 1,2,6
Анализ мокроты на МБТ	МБТ-	МБТ+/-

Дифференциальная диагностика

Негоспитальная пневмония:

- более выражена клиника
- отмечается динамика процесса на АБПШСД



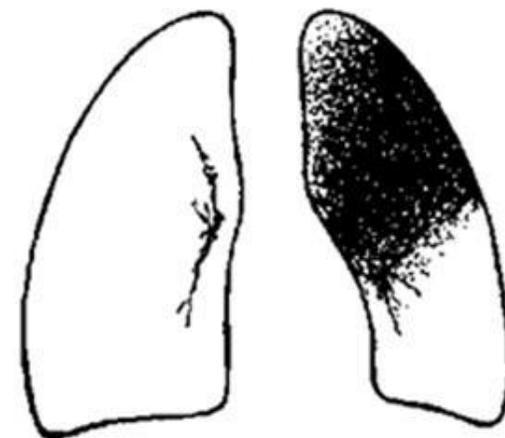
Дифференциальная диагностика

Синдром затенения долевого протяженности:

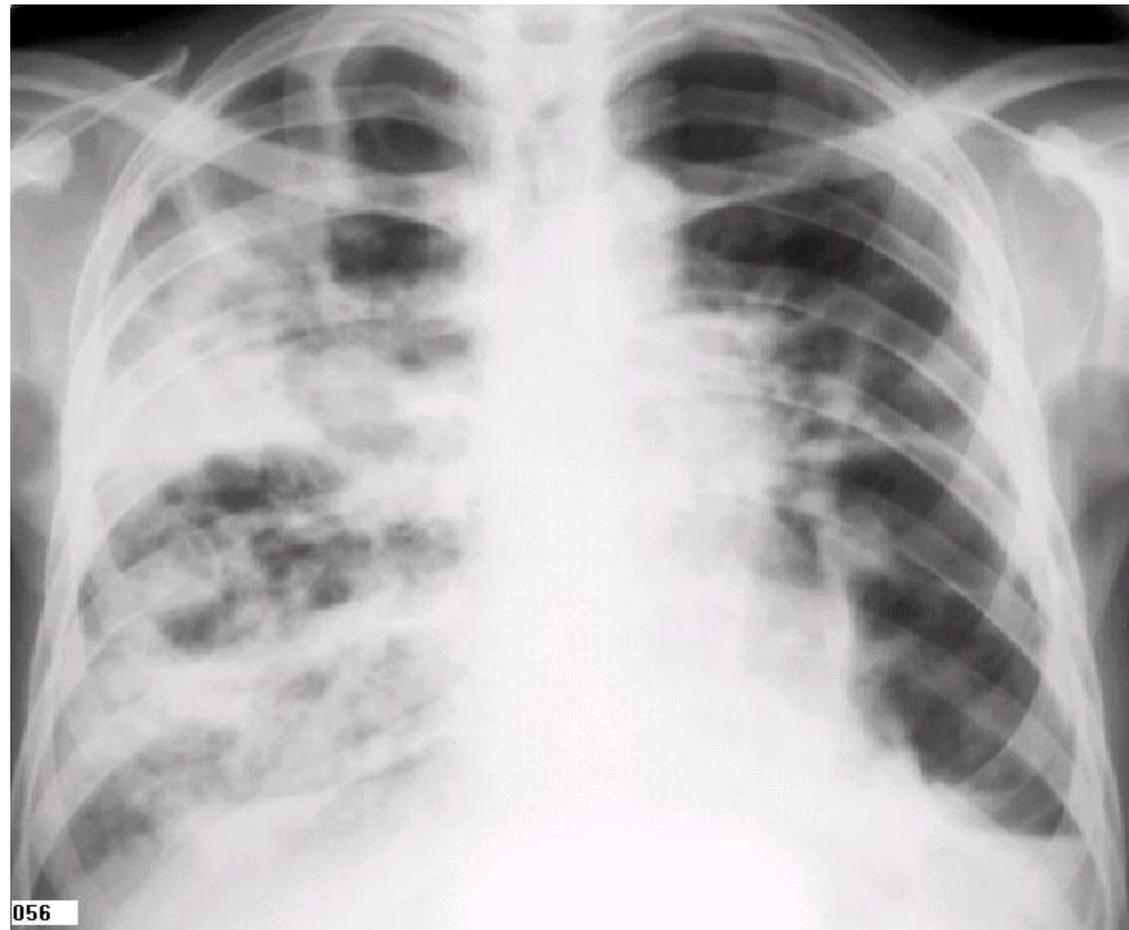
1. казеозная пневмония
 2. негоспитальная пневмония
(тяжелое течение)
- Эти заболевания имеют одинаковые клинические проявления, особенно начало (острое, тяжелое состояние больного, высокая температура тела, боль в груди, кашель с мокротой)
 - Лейкоцитоз и СОЭ при казеозной, пневмонии, как и при пневмонии, достигают высоких цифр ($19-20 \times 10^9/\text{л}$, 40-70 мм/ч)
 - **Обязательным признаком казеозной пневмонии является выраженная лимфопения!**

Дифференциальная диагностика казеозной пневмонии

- Температура тела при КП - интермиттирующая, при пневмонии - сохраняет стабильность
- Аускультативно - отмечается большое количество разнокалиберных влажных хрипов ("хлюпающие хрипы"), отсутствует стадийность изменений и крепитация
- Рентгенологически - локализация в верхней доле. Тень неоднородной структуры, без четких контуров с наличием полостей распада, по периферии и в другом легком - очаги бронхогенного обсеменения
- Пневмония редко выходит за пределы своей доли
- Диагноз подтверждают выявлением МБТ в мокроте через 2-3 нед.
- При пневмонии состояние больного улучшается под влиянием антибиотиков широкого спектра действия



Дифференциальная диагностика казеозной пневмонии



- Позже на Р-гр ОГК появляются выраженные дестр. и очагово-инfiltrативные изменения в др. легком

Клинический случай

Больная Р., 27 лет, разнорабочая

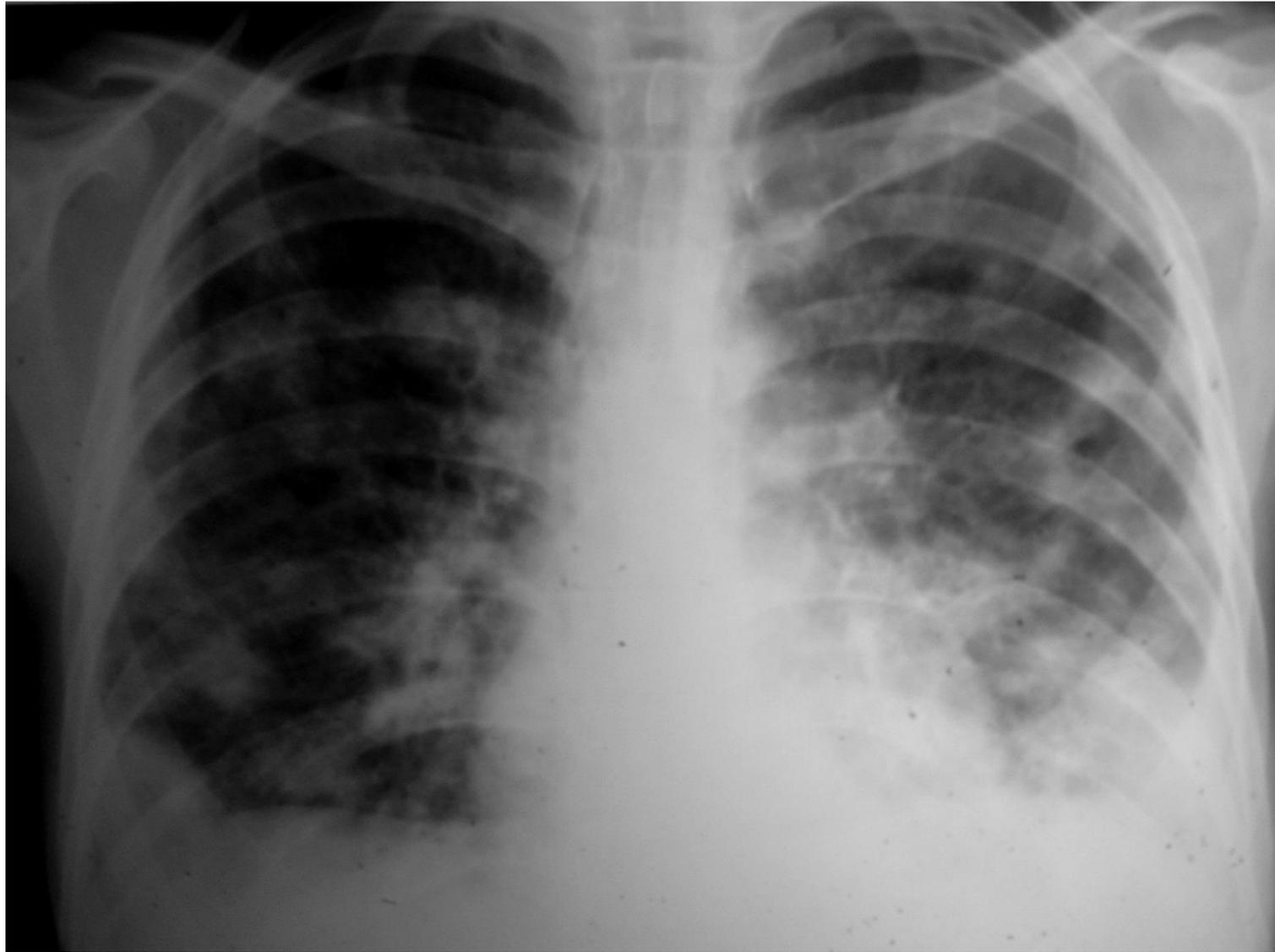
Жалобы: тяжелую одышку при незначительном физическом усилии, повышение температуры тела до 39-40 0С, ознобы, слабость, потливость, кашель со слизистогнойной мокротой

Анамнез. Состоит на учете в Центре СПИДА. АРТ не получает, уровень CD4+ не известен. Вредные привычки: наркотики.

Болеет два месяца, когда повысилась температура тела до 39,5-40,0 0С, появились ознобы и умеренная одышка. Лечилась самостоятельно, в течение 10 дней Лихорадка сохранялась. Выявлена по обращаемости. На Р-гр. ОГК в легких на всем протяжении определялись крупные очаги диссеминации, небольшой плевральный выпот с двух сторон

С подозрением на ТБ госпитализирована в противотуберкулезный диспансер по месту жительства. Начата специфическая ХТ

Состояние прогрессивно ухудшалось: сохранялась лихорадка, нарастала одышка. По настоянию матери переведена в РКТБ



Рентгенограмма ОГК больной Р. в начале болезни: крупноочаговая диссеминация, двусторонний плевральный выпот.

Объективно: состояние тяжелое, кахексия. Разговаривает с трудом из-за одышки, стонет. Кожа бледная, диффузный цианоз, цианоз губ, акроцианоз. В правой паховой области – кратерообразное углубление для венозного доступа (шахта). Пальпируются мелкие подвижные безболезненные периферические лимфатические узлы. Температура 38,5 0С. Над правым легким определяется коробочный звук, над левым - притупление. Аускультативно дыхание ослаблено с обеих сторон, в нижних отделах – не прослушивается. Слева в околопозвоночной области – немногочисленные влажные хрипы. ЧД 32/мин. Границы сердца не изменены, тоны глухие, тахикардия до 100/мин. АД 75/50 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень увеличена на 5-6 см, пальпируется нижний полюс селезенки, периферических отеков нет

Ан. крови: эр. $2,0 \cdot 10^{12}/л$; Нв – 85 г/л, лейкоц. – $4,0 \cdot 10^9/л$; э – 2 %, б – 1 %, п – 5 %; с – 76 %; л – 11 %; м – 4 %, СОЭ – 51 мм/ч.

Ан. мочи: уд. вес 1014, белок – 0,25 г/л, эр. – 3-4 в п/зр., лейкоц. – 6-10 в п/зр, единичные гиалиновые цилиндры.

CD4+ – 58 кл/мкл (1,8 %)

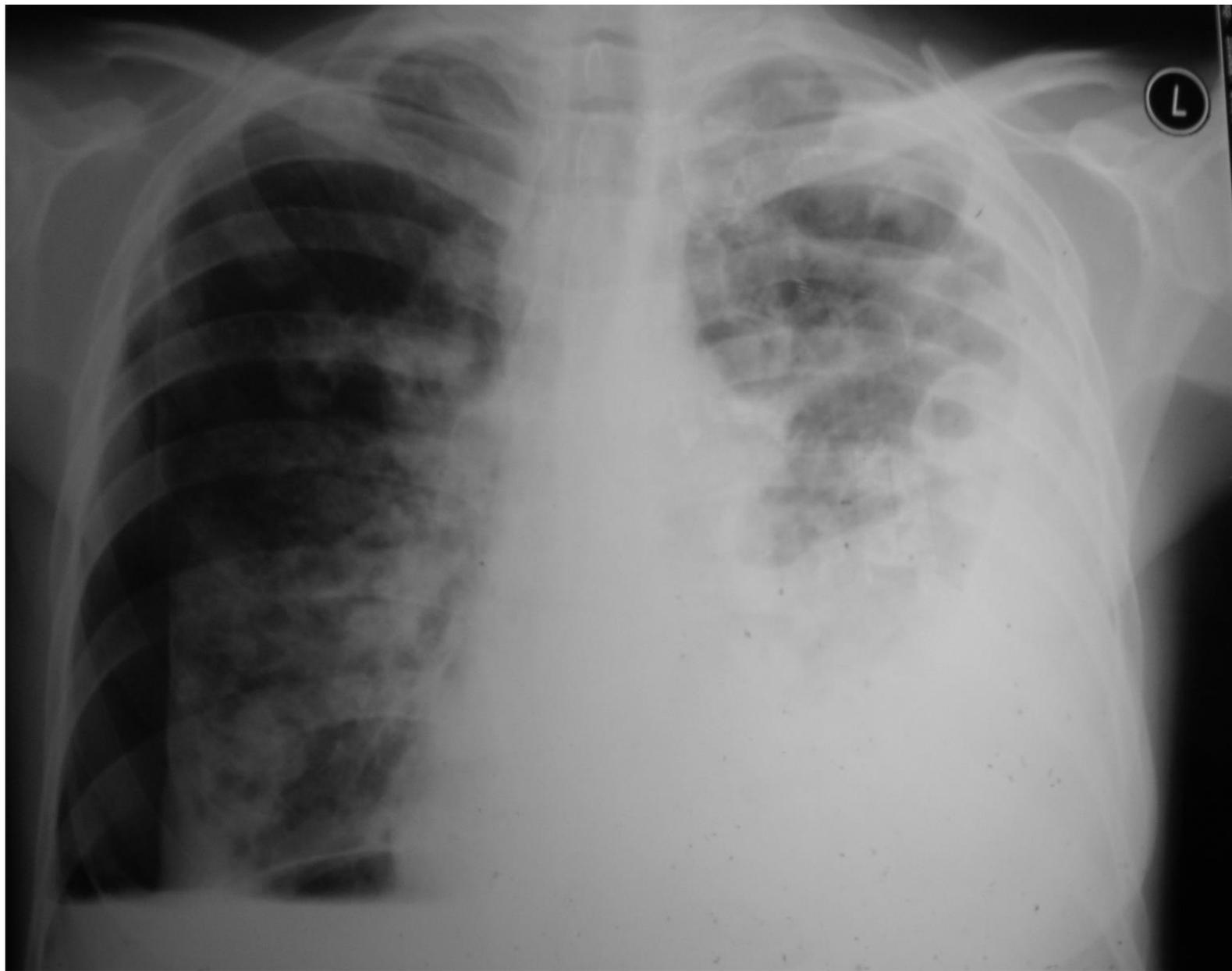
Мокроту сдать не смогла

При поступлении в связи с тяжестью состояния от рентгенографии ОГК категорически отказалась. Заподозрена пневмоцистная пневмония. Начато лечение бисептолом, азитромицином, клиндамицином

Состояние улучшилось, на 4-е сутки произведена контрольная рентгенография органов грудной клетки. Рентгенологически выявлен гидропневмоторакс справа, легкое поджато на 1/3, слева – жидкость до 3 ребра. По всем легочным полям определялись очаги диссеминации, фокусные тени и тонкостенные полости

В плевральной жидкости: уд.вес – 1012, проба Ривальта положительная, содержание белка – 63,4 г/л, скопления эритроцитов, лейкоциты – до 2/3 поля зрения (80 % - нейтрофилы, 10 % - плазмоциты, 10 % - моноциты).

Клинический диагноз: двусторонняя негоспитальная пневмония с наличием тонкостенных полостей, (вероятнее, стафилококкового генеза), тяжелое течение, осложненная развитием спонтанного пневмоторакса справа и двусторонним экссудативным плевритом



Рентгенограмма органов грудной клетки больной Р. после 14 дней лечения в условиях РКТБ

Больная переведена в ПИТ РКТБ

Несмотря на проводимые мероприятия, состояние прогрессивно ухудшалось

На фоне нарастающих явлений интоксикации и полиорганной недостаточности наступила смерть

На вскрытии признаков активного туберкулезного процесса не выявлено

Основной патологоанатомический диагноз: болезнь, обусловленная ВИЧ с проявлениями сепсиса: **двусторонняя абсцедирующая плевропневмония** с поражением всех долей легких, гиперплазия селезенки, серозно-фибринозный перикардит, межуточный гепатит. Отек легких.

Выводы

- Несмотря на обилие разнообразных методов исследования ОД, диагностика БЛЗ на современном этапе остается клинической проблемой:
- ✓ **симптомы БЛЗ универсальны**
- Заболевания легких могут протекать как остро, так и подостро, что во многом обусловлено особенностями макро и микроорганизмов
- При большинстве заболеваний легких затрудняют диагностику и сходные механизмы патогенеза дыхательных расстройств, ***однако за каждым из них стоят вполне характерные морфологические проявления***



Благодарим за внимание!