

Лекция 6

**Дифференциальная диагностика
клинических форм вторичного туберкулеза
(диссеминированный туберкулез,
фиброзно-кавернозный туберкулез легких)
с другими заболеваниями**

***Корж Елена Владимировна
Профессор кафедры фтизиатрии и пульмонологии
МЗ РФ ФГБОУ ВО ДонГМУ МЗ РФ***

Актуальность

- Несмотря на рост настороженности практических врачей в отношении туберкулеза и повышения уровня знаний по фтизиатрии, процент расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов в непрофильных стационарах все еще достаточно велик
- Туберкулез легких не имеет абсолютно патогномичной рентгенологической картины и может напоминать рак, пневмонию, кисту, саркоидоз, микозы, профессиональные болезни легких и другие заболевания
- Запоздавшая диагностика туберкулеза приводит к повышению уровня инвалидности и смертности, что наносит существенный экономический ущерб обществу, поскольку более половины заболевших составляют лица трудоспособного возраста от 25 до 45 лет
- В этой связи большие усилия учреждений здравоохранения направлены на своевременное выявление и качественное лечение больных

План лекции

1. Дифференциальная диагностика диссеминированного туберкулеза легких:
 - С саркоидозом
 - С карциноматозом
2. Дифференциальная диагностика туберкулем:
 - С доброкачественными опухолями
 - Со злокачественными опухолями
3. Дифференциальная диагностика фиброзно-кавернозного туберкулеза легких
 - С абсцессом легкого
 - С центральным раком легкого

Наиболее часто **диссеминированный туберкулез легких** необходимо отличать от:

- Саркоидоза легких
- Карциноматоза легких

Необходимость дифференциальной диагностики диктуется наличием симптомов поражения бронхолегочной системы, синдрома интоксикации и диссеминации в легких

Саркоидоз (болезнь Бенъе-Бека-Шауманна)

Системное воспалительное заболевание неизвестной природы, характеризующееся образованием неказеифицирующихся гранул и полисистемным характером поражения внутренних органов

Наиболее часто поражает внутригрудные лимфатические узлы и легкие

Выделяют 5 стадий. 1-я: видимых рентгенологических изменений ОГК нет.

2-я: увеличение ВГЛУ с двух сторон

3-я: на фоне внутригрудной лимфаденопатии в легких – мелкоочаговая диссеминация

4-я: поражение легких без внутригрудной лимфаденопатии

5-я: необратимый фиброз легочной паренхимы, образование крупных узлов и конгломератов, эмфизема, буллезно-дистрофические полости, бронхоэктазы, плевральные наслоения, «сотовое» легкое

Саркоидоз (болезнь Бенье-Бека-Шауманна)

Дифференциальной диагностики с диссеминированным туберкулезом легких требуют 3 и 4 форма саркоидоза

Клиника. В отличие от туберкулеза при саркоидозе у 30 % больных нет жалоб

У остальных – кашель сухой или с небольшим количеством слизистой мокроты. Боль в грудной клетке – редко, **не характерны** тяжелая одышка, кровохарканье, плевральные выпоты

Объективно: без изменений. Иногда в нижних отделах – нежные крепитирующие хрипы

В мокроте всеми методами МБТ не находят

! Проба Манту с 2 ТЕ отрицательная у 80-85 %, реже - слабоположительная

В крови – чаще без изменений. Лимфопения, умеренное повышение СОЭ. Гиперкальциемия

Саркоидоз (болезнь Бенъе-Бека-Шауманна)

Рентгенологически: двусторонние интерстициальные изменения. Очаги диссеминации больше в средних и нижних отделах или концентрация очагов в средних отделах вокруг корней с относительно свободными верхушками и нижними отделами

Симметричное увеличение лимфоузлов корней легких и средостения, контуры их четкие

Верификация диагноза: СКТ ОГК, ФБС, гистологическое исследование

СКТ ОГК: интерстициальные изменения, диссеминация полиморфного характера. Очаги – вдоль бронхо-сосудистых ветвей, междолевых щелей, костальной плевры, в междольковых перегородках. Возможен феномен матового стекла. При длительном течении у 30 % в лимфоузлах – кальцинаты

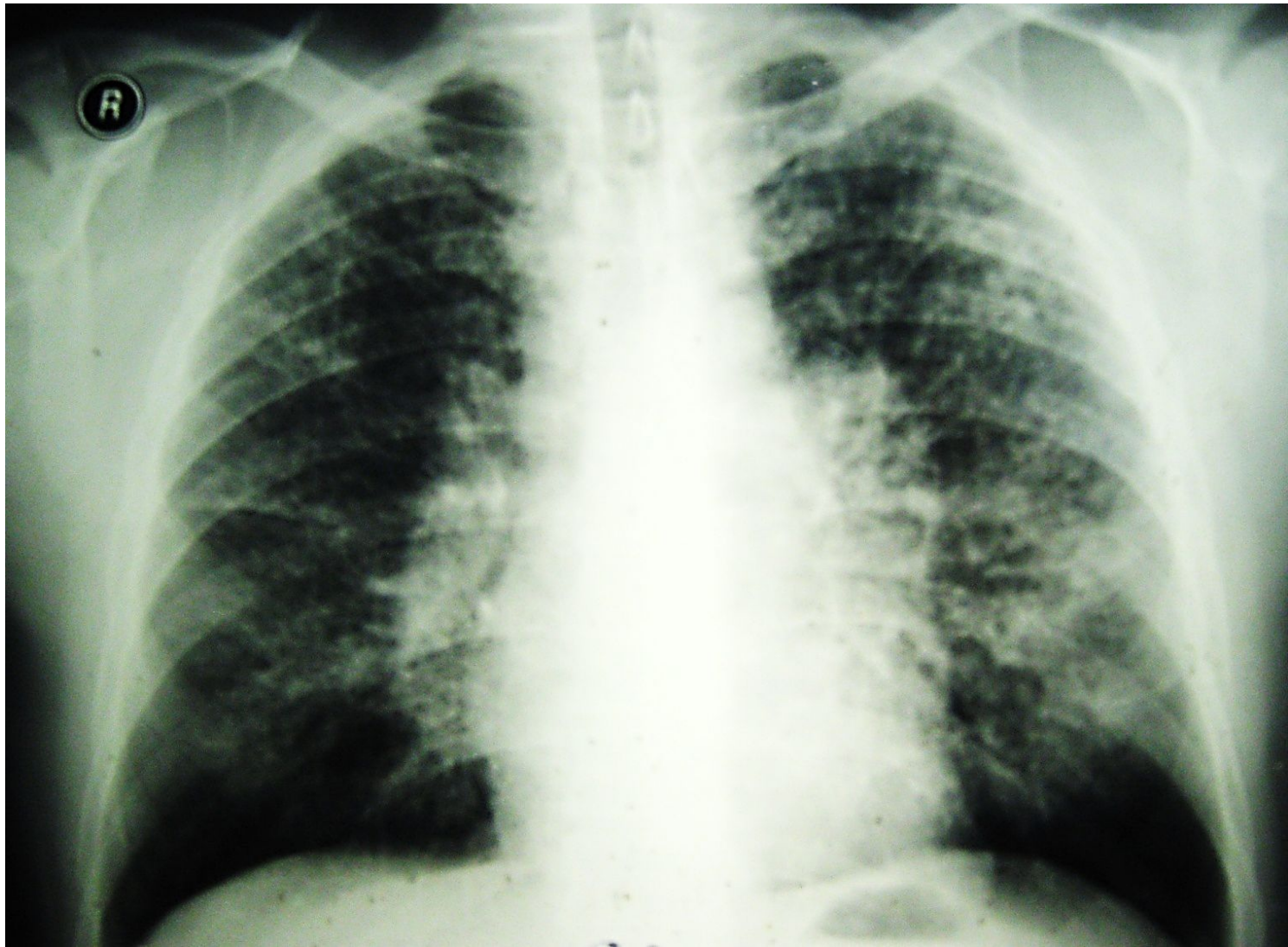
Саркоидоз (болезнь Бенье-Бека-Шауманна)

ФБС: сосудистые сплетения, напоминающие картину глазного дна. Реже – саркоидные бугорки в виде просовидных высыпаний.

! Изменений слизистой бронхов может не быть

Гистологическое исследование лимфоузла, легочной ткани: эпителиоидно-клеточные гранулемы без казеозного некроза, содержащие гигантские клетки Пирогова-Лангханса

Противотуберкулезное лечение не эффективно, быстрая положительная клинико-рентгенологическая динамика на фоне терапии системными кортикостероидами



Саркоидоз легких. Усиление легочного рисунка, диссеминация, концентрация очагов в прикорневой зоне. Двустороннее увеличение внутригрудных л/узлов

Карциноматоз легких

Множественные метастазы в легких из первичной опухоли любого органа

Клиника: от случайного выявления до выраженных респираторных симптомов и раковой интоксикации

Объективные данные не специфичны. На последних стадиях возможно развитие бронхообструктивного синдрома

В отличие от туберкулеза – быстрое неуклонно прогрессирующее течение

В крови: от нормы до анемии, лейкопения, повышение СОЭ

В мокроте всеми методами МБТ не находят. Иногда - атипичные раковые клетки

Нормальная картина легких год назад на архивных рентгенограммах

Карциноматоз легких

Условно выделяют две группы. 1. Собственно карциноматоз - гематогенное метастазирование (рак щитовидной и молочной железы, желудка, бронха, хорионэпителиома матки, гипернефрома)

Очаги: множественные, в средних и нижних отделах, контуры четкие, форма округлая, интенсивность высокая, распад не характерен, диаметр различный - синдром «разменной монеты»

2. Раковый лимфангит с опухолевыми узелками - метастазирование по лимфатическим путям (рак молочной железы, желудка, печени)

Очаги мелкие (милиарные) в средних и нижних отделах.

Легочный рисунок: множественные линейные тени, радиарно сходящиеся к корню легкого. При метастазах во внутригрудные лимфатические узлы – расширение тени корней легких

Верификация диагноза. Обнаружение первичной опухоли (бронхоскопия, гастроскопия, УЗИ внутренних органов, СКТ, гинекологическое, урологическое обследование, раковые клетки в мокроте)

Биопсия легкого

При невыявлении первичной опухоли – быстрое прогрессивное ухудшение состояния, смерть пациента

Продолжительность жизни без специального (противоопухолевого) лечения – не более 5-6 месяцев



А



Б

Карциноматоз легких.

А – Из опухоли бронха. Округлые тени с четкими контурами различного диаметра – синдром «разменной монеты»

Б – Из опухоли печени. Милиарная диссеминация, лимфангит, увеличение ВГЛУ

Туберкулезу легких необходимо дифференцировать от

- Периферического рака легких
- Доброкачественных опухолей легких
- Заполненных кист (эхинококкоз)

Необходимость дифференциальной диагностики диктуется схожим с туберкулезом бессимптомным течением, наличием округлой тени в легком

Периферический рак легкого

Развивается из эпителия мелких бронхов, начиная с бронхов 4-го порядка, или из альвеолярного эпителия

Клиника: на ранних стадиях отсутствует. При распаде – кровохарканье. В отличие от туберкулеза кровохарканье упорное, не реагирует на кровоостанавливающие препараты, длится месяцами. Метастазирование в периферические лимфоузлы (надключичные)

Данные объективного и лабораторного обследования на ранних стадиях без патологии. По мере роста – анемия, повышение СОЭ

В мокроте всеми методами МБТ не находят ходят

Бронхоскопия не информативна. Иногда - атипичные клетки в бронхолегочных смывах (при распаде)

Периферический рак легкого

Рентгенологически: всегда является одиночным образованием. Окружающая легочная ткань не изменена. Располагается чаще в S_3 , реже в S_4 , S_5

На ранних стадиях может иметь вид линейного фиброза. В дальнейшем – округла тень. При размере до 2 см – гомогенная, распадается редко. Превышение этого размера сопровождается распадом в центре

Контуры четкие или размытые, симптом бугристости с углублением по контуру (вырезка Риглера) и лучистости в виде нежного венчика

На поздних стадиях - дорожка к корню в виде тяжистости, без дренирующего бронха. При метастазировании в регионарные лимфоузлы – расширение тени корня

Периферический рак легкого

СКТ ОГК: не всегда позволяет уточнить этиологию образования

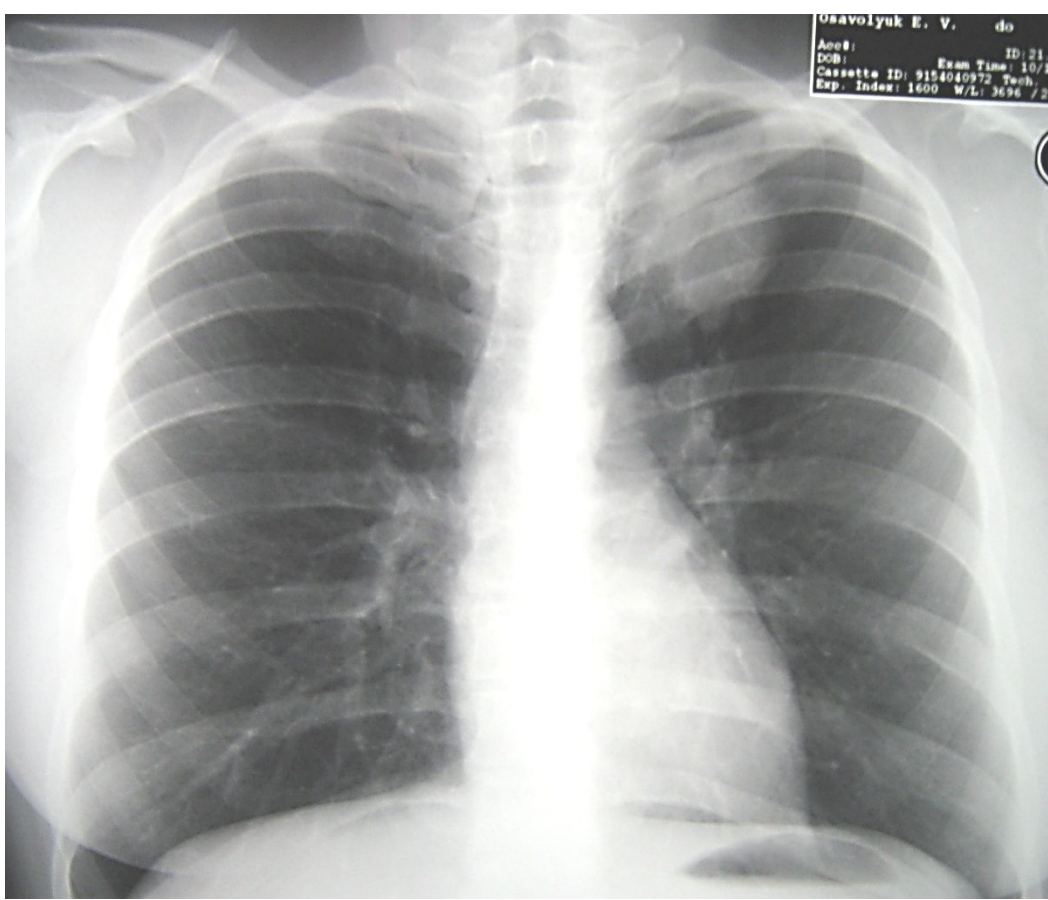
Увеличенные лимфатические узлы в средостении характерны для рака

Вкрапления извести, плотные очаги и участки фиброза вокруг тени – характерны для туберкулеза

Уменьшения размеров тени не наблюдается ни при каком лечении (кроме противоопухолевого)

Верификация диагноза - гистологическое исследование биоптата, полученного при трансторакальной пункции

! Считается не оправданным. Округлая тень предполагает оперативное удаление с последующим гистологическим изучением



А

Б



Периферический рак S_3 левого легкого

А – обзорная рентгенограмма. Округлая тень 5,0 см в диаметре, парааортально и паратрахеально – увеличенные лимфоузлы

Б – линейная томограмма. «Лучики» по направлению к корню. Увеличение регионарных лимфоузлов

Доброкачественные опухоли легких

Относятся, прежде всего, гамартома, невринома, остеохондрома, аденома, фиброма, фиброаденома, миома, ангиома. Составляют до 10 % всех первичных опухолей легких

Протекают бессимптомно, при объективном и лабораторном обследовании патологических изменений не выявляют. Основной метод диагностики – лучевой

В мокроте всеми методами МБТ не находят

Рентгенологически: легочная ткань вокруг не изменена. Стабильны, не изменяются на протяжении многих лет. Не метастазируют в лимфоузлы

Чаще в S_3 , S_4 , S_5 , - единичная округлая, реже овальная, тень, небольших размеров, высокой интенсивности, однородная, с четкими ровными контурами

Доброкачественные опухоли легких

При гамартоме иногда - отложения извести, напоминающие «зерна кукурузы»

Невринома - расположение вблизи позвоночного столба

Остеохондрома – полициклические контуры, костные частицы и включения извести в центре опухоли (симптом «тающего сахара»)

В отличие от туберкулем, не распадаются, нет очагов бронхогенного отсева, плотных очагов, фиброза, буллезно-дистрофических изменений вокруг

Не реагируют на любое лечение, тень опухоли остается стабильной

Иногда верификация диагноза – только по результатам гистологического исследования удаленного образования

Заполненные кисты (эхинококкоз легких)

Возникает при загрязнении пищи и воды яйцами эхинококка (онкосферами), содержащимися в кале плотоядных животных

Клиника. Течение бессимптомное, обнаружение случайное. Иногда – явления аллергии

Данные объективного осмотра не информативны

В мокроте всеми методами МБТ не находят

В крови изменений нет, иногда – эозинофилия, умеренное повышение СОЭ

Серологическая диагностика - относительно информативна, у части больных антител в крови нет

Из-за прохождения паразита через печень почти всегда – кисты в печени. Отсутствие изменений в печени ставит диагноз эхинококкоза легких под сомнение, но не исключает его

Заполненные кисты (эхинококкоз легких)

Рентгенологически: у 74 – 76 % больных в легких – единичная киста. Чаще – в нижней доле правого легкого, в верхних отделах – редко

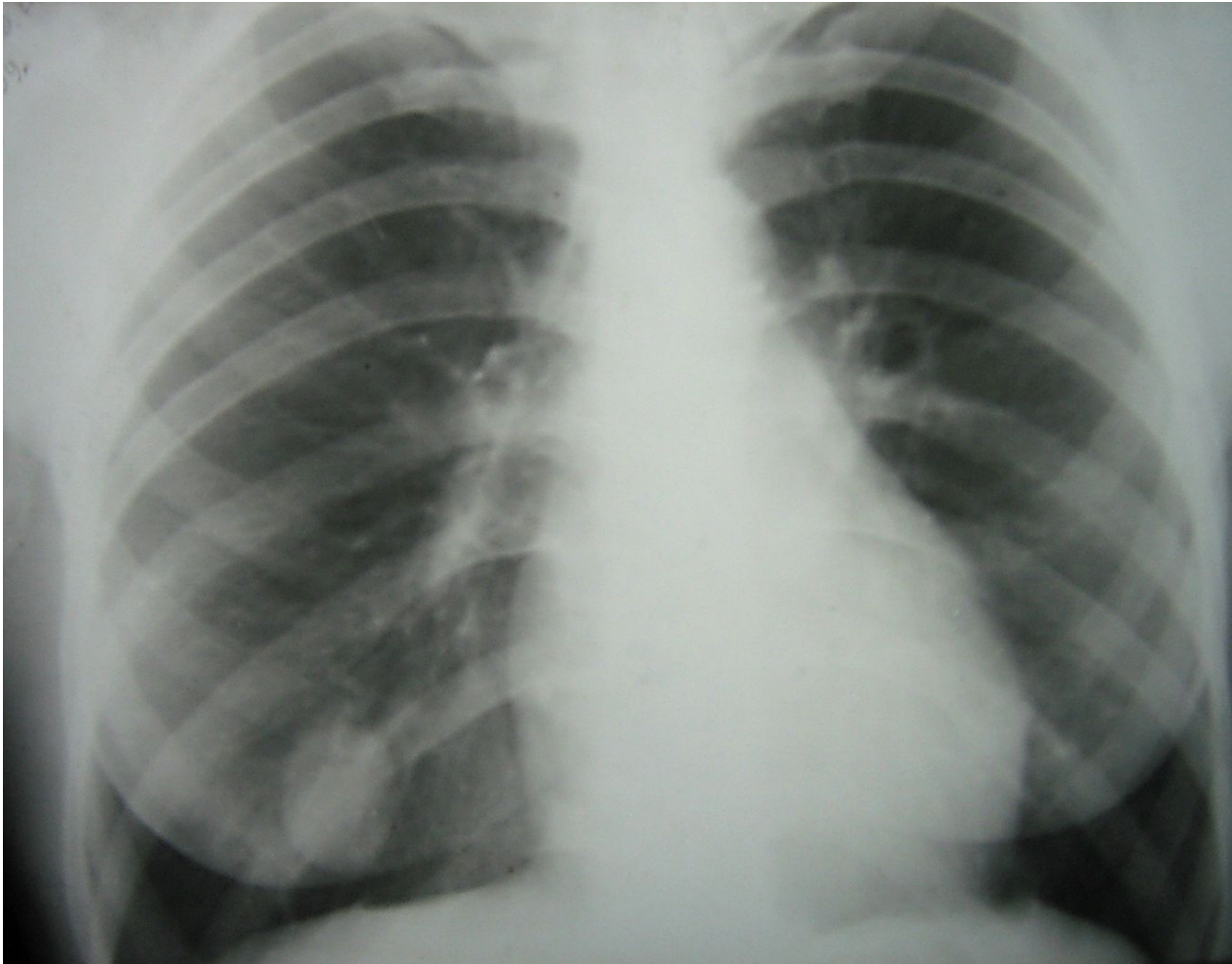
Тень - овальной формы, гомогенная, с четкими контурами, средней или высокой интенсивности

У 30 % - характерный рентгенологический симптом: узкое, полулунной формы просветление по краю тени

Медленный рост, склонность к обызвествлению. особенно после смерти паразита. Обызвествление на рентгенограммах – кольцевидное повышение интенсивности тени

Под влиянием любого лечения (кроме противопаразитарного) динамика тени отсутствует

Диагностическая пункция абсолютно противопоказана



Эхинококкоз легкого. В средней доле – тень овальной формы высокой интенсивности с четкими контурами (подтвержден исследованием операционного материала)

Фиброзно-кавернозный туберкулез легких чаще всего необходимо дифференцировать от:

Абсцесса легких

Центрального рака легкого

Необходимость дифференциальной диагностики диктуется схожей клинической симптоматикой с респираторными жалобами и синдромом интоксикации, наличием полостных образований

Абсцесс легкого

Участок ограниченного воспаления легочной ткани с гнойным расплавлением и формированием полости

Редко развивается на фоне полного здоровья.

Предшествует: прием большого количества алкоголя, аспирация рвотных масс, гнойные заболевания верхних дыхательных путей и полости рта, переохлаждение

Клиника: острое начало, лихорадка с ознобами, кашель с гнойной мокротой и неприятным запахом. Боль в груди в зоне проекции абсцесса, ее усиление при поколачивании. Обильные влажные хрипы

В крови: выраженный нейтрофильный лейкоцитоз, сдвиг влево, иногда до юных форм, промиелоцитов и бластов (лейкемоидная реакция), высокая СОЭ

В мокроте всеми методами МБТ не находят несмотря на наличие полости

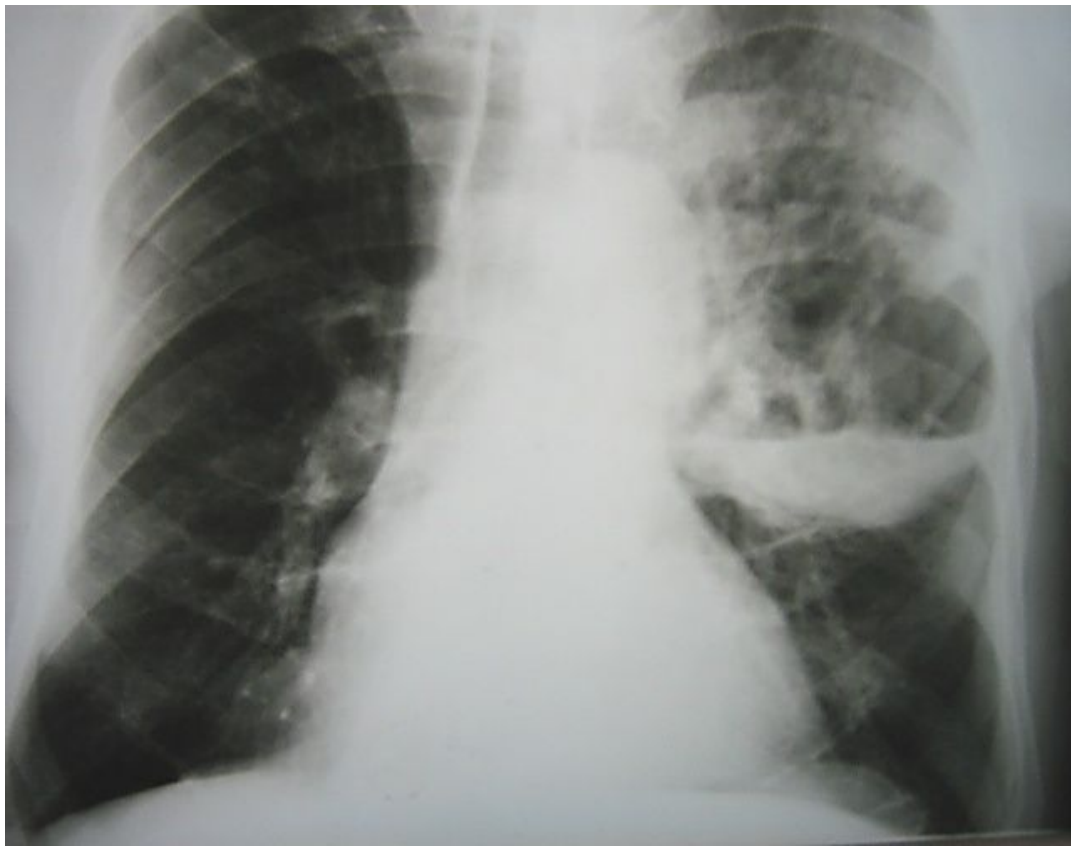
Абсцесс легкого

ФБС: выделение гноя из дренирующего бронха, гиперемия и отечность стенки

Рентгенологически: чаще всего – в средней и нижних долях. При опорожнении – полость с широкими стенками, ровным внутренним контуром и горизонтальным уровнем жидкости. Вокруг полости - всегда инфильтративные изменения, на стороне поражения – увеличение регионарных лимфоузлов в корне. Отсутствие бронхогенных отсевов

Может достигать больших размеров.

При лечении антибиотиками – быстрая положительная клинико-рентгенологическая динамика. После излечения: фиброзные рубцы, иногда тонкостенная воздушная киста



А



Б

Абсцесс верхней доли левого легкого

А – до начала лечения. На фоне инфильтрации – гигантская полость с горизонтальным уровнем жидкости

Б – через месяц лечения антибиотиками. рассасывание инфильтрации, остаточные явления в виде тонкостенной воздушной кисты

Центральный рак легкого

У половины больных центральный рак легкого первоначально расценивают как пневмонию или туберкулез

Рак легкого дифференцируют от туберкулеза так же часто, как и затянувшуюся пневмонию

Сохранение инфильтрата после антибактериальной или противотуберкулезной терапии у лиц среднего и старшего возраста – исключение не только туберкулеза, но и онкологической патологии

Наиболее четкие признаки злокачественного процесса: сохранение изменений на фоне лечения, появление плотного округлого узла, увеличение лимфатических узлов в корне, развитие гиповентиляции и ателектаза

Центральный рак легкого

По мере роста опухоли – некроз с формированием полости

При попадании инфекции в зону ателектаза –

абсцедирование с формированием ретростенотического абсцесса

Клиника. Длительный кашель, нарастающая одышка, постоянная боль в груди ноющего характера, упорное кровохарканье. При росте опухоли в зоне кашлевых рецепторов - сухой мучительный надсадный кашель

Охриплость голоса, вызванная парезом (параличом) голосовых связок. Указывает на метастазирование опухоли в лимфоузлы средостения с поражением возвратного нерва

Метастазирование в периферические (надключичные) лимфоузлы

Центральный рак легкого

В мокроте всеми методами МБТ не находят

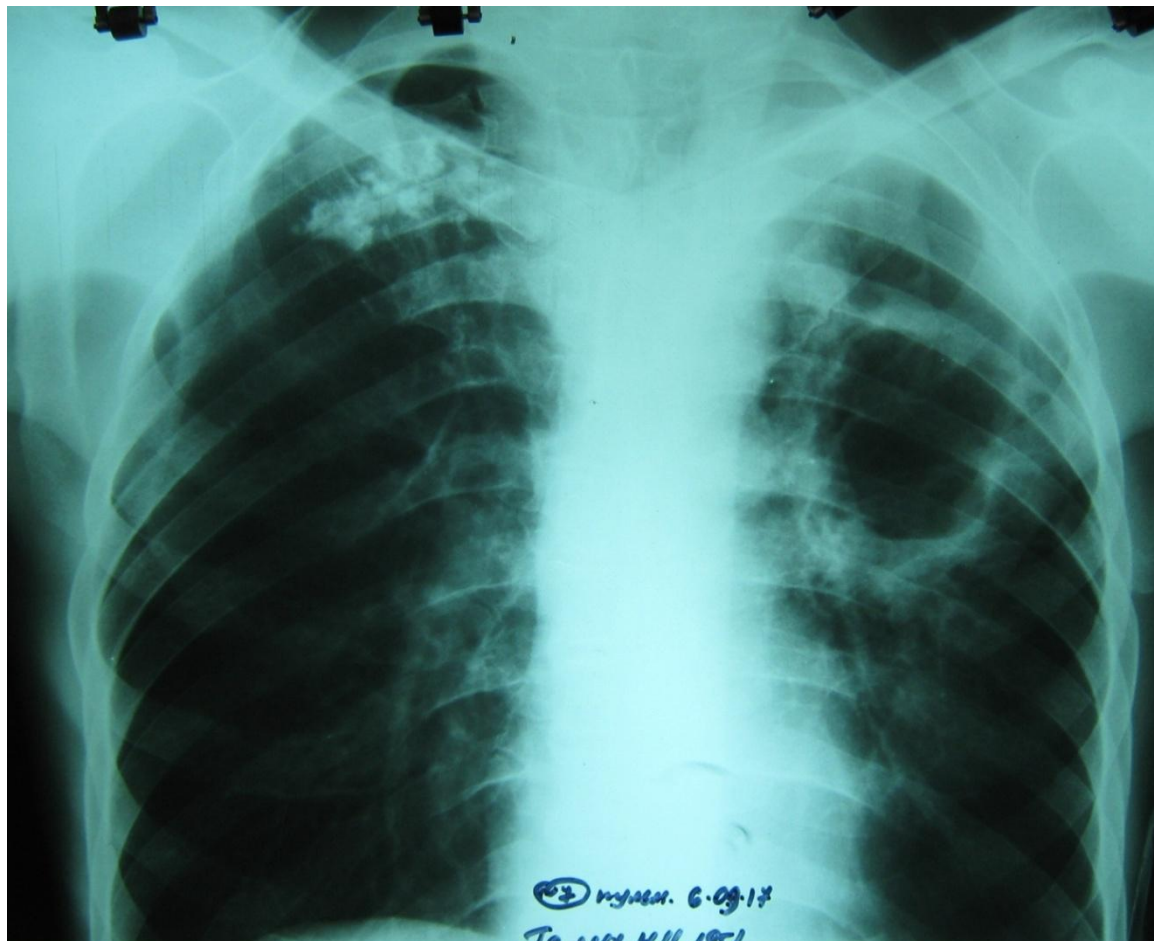
! При попадании в зону опухолевого распада старых туберкулезных очагов возможно бактериовыделение

При явных признаках злокачественной опухоли это **не дает** основание для диагностики туберкулеза

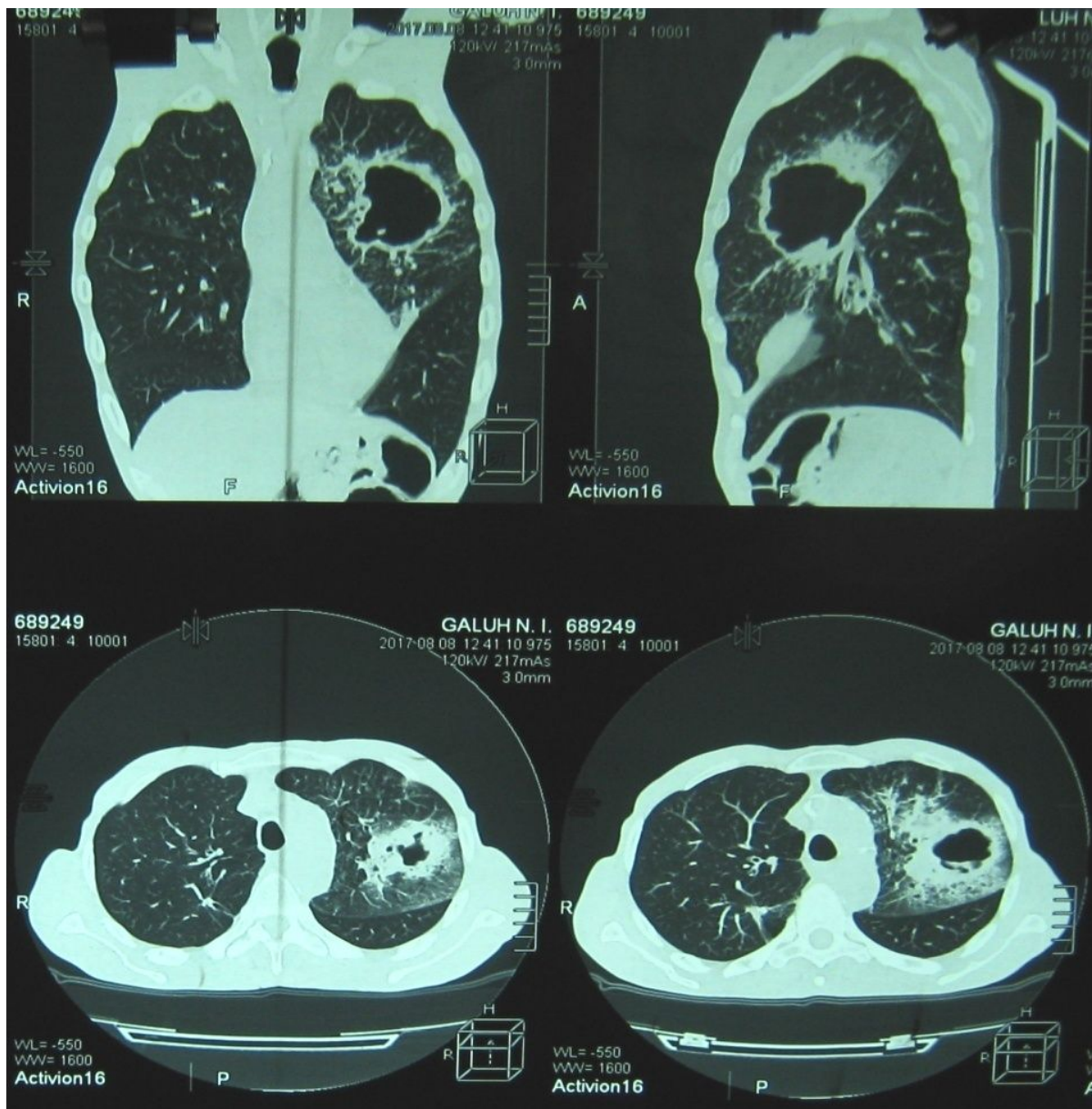
Верификация диагноза: ФБС с биопсией и гистологическим исследованием

СКТ ОГК: уточнение характера тени, проходимости бронхов, наличия метастазов в лимфоузлы средостения, плеврального выпота

Поиск атипичных раковых клеток



Центральный рак левого в/ долевого бронха. В верхней доле левого легкого – деформированная полость до 10 см в диаметре с толстыми стенками, перифокальной инфильтрацией и лимфангитом (ретростенотический абсцесс). Справа под ключицей – ОИТБ (плотные очаги, конгломератная туберкулема, фиброз)



Тот же больной. СКТ ОГК: уменьшение доли в объеме, кольцевидная тень ретростенотического абсцесса

Выводы

- Дифференциальная диагностика клинических форм вторичного туберкулеза основывается на тщательном сравнительном анализе жалоб, данных анамнеза и объективного обследования, результатов микробиологического, радиологического и лабораторного обследования

Благодарю за внимание!

