Лекция по туберкулезу.

ТЕМА: ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ. ЦИРРОТИЧЕСКИЙ ТУБЕРКУЛЕЗ.

 Все промежуточные формы туберкулеза - это в общем-то острые формы туберкулеза, и под действием химиотерапии переходя в остаточные изменения. Фиброзно-кавернозный туберкулез является хронической формой, и она трудноизлечима, потому что, если активность туберкулеза убрать с помощью химиопрепаратов, то рецидив туберкулезного процесса, как правило неизбежен.

 Это эпидемически наиболее опасная форма, потому что, каверна (полость, ограниченная фиброзной капсулой, всегда содержащая, очень часто большое количество микобактерий туберкулеза, поэтому больной является всегда бактериовыделителем. Каверны могут быть малыми ( до 2-3 см), средние (до 4 см), гигантские (могут захватывать всю долю легкого, или полностью все легкое, которое практически разрушается).

 Клиника фиброзно-кавернозного туберкулеза совершенна различна. Выделяют 3 формы (диагноз необходимо формулировать с помощью этой классификации):

Основная форма - фиброзно-кавернозный туберкулез.

1. с ограниченным поражением легких (например фиброзно-кавернозный туберкулез, ограниченные левой долей правого легкого). Как правило, захвачена вся доля - каверна толстостенная, оболочки, ограничивающие каверну - хрящеподобные. Как правило, при этом верхняя доля сморщена, корень легкого подтянут почти под ключицу. Трахея изогнута и подтянута в пораженную сторону - то есть идет деформация верхней доли легкого. Формируется такая форма из любой формы туберкулеза. Это может быть очаговый туберкулез при частом рецидивировании. С прогрессированием эти очаги преобразуюстя ф инфильтраты, которые распадаются. Из полостей распада формируется каверна. А поскольку эти рецидивы многократны, то на месте воспалительного процесса образуется много фиброзной ткани и таким образом формируется каверна. Это может быть, диссеминированный туберкулез, который то же может быть хроническим - в процессе хронизации формируется фиброзно-кавернозный туберкулез. Клиника этой формы туберкулеза может самой разнообразной. При активизации процесса естественно у больного проявляется синдром интоксикации, который проявлется вегетососудистой дистонией, лихорадкой, похуданием и т.д. При ремиссии, или при купировании на фоне лечения активности туберкулезного процесса, эти больные чувствуют себя как правило, хорошо, они работоспособны, и в принципе ни на что не жалуются (иногда на кашель). Но нередко, у этих больных даже на фоне хорошего самочувствия начинаются осложнения. Как правило, это кровохарканье. Эта форма протекает достаточно благоприятно, если больной достаточно хорошо относится к своему здоровью. При рецидивах процесса эта каверна дренируется бронхом, и содержимое неизбежно закашливается либо к нижние отделы этого же легкого, либо бронхогенно в другое легкое, и тогда процесса начинается прогрессировать. Появляются различные инфильтраты, обычно ниже каверны.
2. фиброзно-кавернозный туберкулез с прогрессированием. Прогрессирование в процессе диссеминации, достаточно тяжело протекает. Это тяжелые больные, с тяжелым синдромом интоксикации. Нередко у таких больных выявляется лекарственно устойчивые штамма возбудителя туберкулеза. Повышенные дозы в таком случае чаще вызывают побочные эффекты. В процессе прогрессирования фиброзного процесса начинает возрастать нагрузка на правое сердца, вследствие чего развивается гипертрофия правого желудочка и формируется легочное сердце.
3. фиброзно-кавернозный туберкулез прогрессирующая форма с осложнениями. Наиболее частое осложнение - легочно-сердечная недостаточность, так как дыхательная поверхность уменьшается в 2-4 раза. Такие больные очень опасны для окружающих. На втором месте среди осложнений стоит кровохарканье - то состояние, когда больной в течение суток откашливает кровянистую мокроту в пределах 50 мл. Если более 50 мл - это называют кровотечением. Пневмоторакс и эмпиема могут развиваться когда каверна находится, как правило, субплеврально, расплавляет плевру, образует свищ. При этом инфицированный материал попадает в полость, вызывая развитие туберкулеза плевры. Фиброзная ткань достаточно эластичная, плотная и поэтому растягивает бронхи с образованием бронхоэктазов. Порой эти больные имеют выраженную клиническую симптоматику за счет нагноения бронхоэктазов. Не частым осложнением (в основном при нагноении в плевральной полости, бронхоэктазах и т.д.) является развитие амилоидоза. Чаще всего развивается амилоидоз почек, печени, реже генерализованная форма амилоидоза. Эти больные всегда погибают не от легочно-сердечной недостаточности, а от хронической почечной недостаточности.

В кавернах растут колонии микобактерий, то есть интоксикация при фиброзно-кавернозном туберкулезе очень выражена и основная задача в таких условиях это снятие интоксикации, применяя самые различные методы. Наиболее часто через торакальную пункцию вводят катетер и оставляют трубку в каверне, через которую вводят препараты. Но иногда, даже при мощным дозах, не удается достичь эффекта.

 Имеет место и хирургическое лечение - кавернэктомия с торакопластикой. Торакопластика представляет собой иссечение 4-6 ребер, при этом атмосферное давление выше чем внутри грудной клетки, и рассеченная, дренированная каверна спадается. В процессе промывания, санации на месте каверны развивается мощный фиброзный процесс, который может захватывать половину легкого. В фиброзной ткани содержится большое количество микобактерий туберкулеза, но в данном случае этот туберкулез нельзя назвать фиброзно-кавернозный туберкулезом. Вследствие обширного образования фиброзной ткани в легком, данное состояние называется циррозом легкого или цирротическим туберкулезом. Это финальная форма туберкулеза, в процесса его развития, которая характеризуется нарушением анатомической структуры легкого в результате развития обширного фиброзного процесса.

 Цирротический туберкулез - это тоже хроническая форма туберкулеза. Протекает в нескольких вариантах. Выделяют:

1. цирротический туберкулез с ограниченным поражением легочной ткани (как правило, верхние два сегмента, с деформацией, отсутствием каверны). Такие больные, как правило, хорошо себя чувствуют, ничего их не беспокоит. У таких больных годами, десятилетиями клинических проявлений рецидива нет. Такие больные эпидемически опасны, если они тем более находятся в семье. Но выделяют микобактерии в малом количестве. В ряде случаев эта форма, на фоне ОРЗ или стресса, начинает часто рецидивировать.
2. цирротический туберкулез с частыми рецидивами: больной начинает лихорадить (лихорадка, как правило субфебрильная), проявляется синдром интоксикации, который чаще всего проявляется тем, что больной теряет в весе. Больной быстро обезвоживается, худеет и процесс, в связи с частым рецидивированием начинает прогрессировать и фиброзная ткань захватывает половину легкого, целое легкое. Нередко поражается второе легкое, за счет бронхогенного обсеменения. Неизбежно, в обязательном порядке формируются бронхоэктазы.
3. цирротический туберкулез с бронхоэктазами. Эти больные тяжелы, порой обильные бактериовыделителей ( за сутки могут выделить до 1 л мокроты). Больной истощается, высоко лихорадит. Такие больные крайне тяжелые. Бронхоэктазы обширные, вторично инфицируются и очень трудно поддаются лечению. В данном случае хирургические методы лечения применить нельзя (при пульпонэктомии одного легкого в другом легком развивается моментально туберкулез). Эти больные обречены.
4. цирротический туберкулез - разрушенное легкое (легкие). Это формируется в процессе длительного, постоянного прогрессирования процесса с развитием фиброзной ткани. При этом наблюдается легочно-сердечная недостаточность. Однако анасарки при такой сердечно-легочной недостаточности практически не наблюдается, так как эти больные постоянно лихорадят, а лихорадка всегда приводит к обезвоживанию. Поэтому в лечении таких больных необходимо проводить инфузионную терапию.