

Кавернозный туберкулез легких

[ФОТО](#)

Кавернозный туберкулез легких – это вариант течения деструктивного инфекционного процесса, при котором в паренхиме органа формируются особые полости (каверны). Форма болезни крайне редко бывает первичной. Обычно является результатом прогрессирования других процессов: инфильтратов, казеозной пневмонии. Человек не принимает препараты или лечение начинается поздно. В легких, несмотря на начатую интенсивную терапию, формируются очаги распада.

Клиника обычно скудная. Слабость, усталость, кашель если и беспокоят, то не критично. Диагностика, несмотря на мало выраженность симптомов, сложностей не представляет. Туберкулез уже известен. Больной принимает препараты, периодически посещает фтизиатра для контроля болезни. На одном из снимков врач видит формирование нового очага, исходя из чего и выставляет пациенту в диагноз данную форму инфекционного процесса. Рекомендует продолжить курс терапии.

Причины кавернозного туберкулеза легких

[ФОТО](#)

Причиной туберкулезного процесса, в какой бы то ни было форме, является особый паразит, микобактерия. Впервые описал ее еще в 1882 году Роберт Кох. Но несмотря на то что случаи заражения регистрировались куда раньше, паразит выделен не был. По сути, вся работа по фтизиатрии началась только после его описания.

Сразу болезнь называли “чахоткой”, от слова чахнуть, так как не было эффективных мер лечения. Большинство пациентов погибали в острую стадию. Позже начались разработки по изучению свойств бациллы, появились меры по ее уничтожению. Так, врачи узнали, что выглядит бактерия в форме маленькой палочки. Не берут сильные морозы или сухой воздух. По полгода живет она в книгах, несколько месяцев сохраняется на одежде. Благоприятно себя ощущает при попытке химического и физического на нее воздействия. Чувствительна только к ультрафиолету. И то, нужно не меньше 15 минут активного свечения. А один больной человек, в среднем, заражает 7-10 здоровых. Но не всех, а только тех, кто к этому предрасположен.

Предрасполагающие факторы

Большой шанс заразиться микобактерией туберкулеза при наличии следующих предрасполагающих факторов:

- иммунодефициты любой этиологии (первичные, вторичные);
- [сахарный диабет](#);
- [кахексия](#);
- сопутствующие онкологические заболевания и прохождение комплексного их лечения;
- длительное отсутствие лечения первичных форм;
- неверно подобранная тактика терапии;
- низкая приверженность к лечению;
- устойчивость микобактерий к препаратам;

- злоупотребление алкоголем;
- применение наркотиков;
- негативное влияние на легкие оказывает никотин;
- склонны к заражению пациенты, ведущие асоциальный образ жизни.

Патогенез кавернозного туберкулеза

Кавернозную форму туберкулеза можно назвать своеобразным промежуточным этапом между деструктивными процессами на этапе распада и разрешением болезни. Как правило, сначала развивается инфильтративный вариант. В легких появляются очаги, в центре которых казеозный некроз, а по краю перифокальное воспаление. Болезнь активно себя проявляет или пациент проходит обследование. Так или иначе диагностируется заражение микобактерией, начинается этиотропное и патогенетическое лечение.

Следующий этап – разрешение. Под действием препаратов, протеолитических ферментов центр очага поражения, казеозный некроз становится не столь вязким, густым. В измененной консистенции содержимое попадает в дренирующий бронх. Пациент его откашливает, выводит из легких. Формируется полость. Изнутри – оставшийся слой казеозного некроза, дальше грануляции эпителия и снаружи – тонкий фиброз. На этой стадии еще возможно разрешение. Когда сформируется плотная соединительная ткань, грубого рубца не избежать.

Классификация

Болезнь в практической фтизиатрии систематизируют по двум основаниям. Одно разделяет **стадии кавернозного туберкулеза**, второе основывается на размерах очага.

По особенностям строения самого вторичного очага выделяют:

- свежие распадающиеся – полость не отграничена от окружающей паренхимы легкого;
- свежие эластические – есть слой казеозного некроза и грануляций, то есть участок поражения отграничен двухслойной капсулой;
- капсулированные – вдобавок к 2 обломкам присоединяется третья, тонкая фиброзная;
- фиброзные – соединительная ткань грубая, отграничивает полость, но ее разрешение на этом этапе уже невозможно. В любом случае останется плотный рубец;
- saniрованные – каверна очищена, остается тонкая фиброзная ткань, что клинически означает выздоровление.

В зависимости от диаметра полости бывают:

- малыми (диаметр не превышает 20 мм);
- средними (от 21 до 50 мм);
- большими (свыше 50 мм).

Симптомы кавернозного туберкулеза

[ФОТО](#)

Клинические проявления определяет **фаза кавернозного туберкулеза**. Пока полость еще не сформировалась, в центре определяется казеозный некроз, симптоматика

очень явная. Пациент жалуется на повышение [температуры](#), [кашель](#) с выделением слизистой мокроты, нередко даже с прожилками крови. Беспокоит общая интоксикация с [нарушением сна](#) и [снижением аппетита](#), слабостью и недомоганием.

Во время кашля во внешнюю среду в достаточно большом количестве попадают микобактерии. Поэтому больной должен быть немедленно изолирован от окружающих. Уже в условиях стационара специфическое противотуберкулезное лечение продолжается.

Другие [признаки кавернозного туберкулеза](#), при уже сформированной полости. Острых жалоб практически нет. Пациент ощущает немного большее недомогание, чем обычно, аппетит снижен. Вес несильно, но уменьшается. Периодически повышается температура тела. Но на фоне проводимого лечения подобная симптоматика постепенно разрешается.

Блок внимания

Интересно, что диагноз «[кавернозный туберкулез легких](#)» может существовать не больше 2 лет. Дальше врач должен понять, идет процесс на спад и развивается фиброз. Исходя из чего, определить новую стадию патологии. Изменить диагноз и лечить уже другую форму.

<h2>[Осложнения кавернозного туберкулеза](#)</h2>

[ФОТО](#)

Кавернозный процесс сам по себе является формой прогрессирования. То есть воспаление в инфильтративной стадии не разрешается, а нарастает. Причем нередко даже на фоне проводимого лечения. О последствиях без специфической противотуберкулезной терапии и говорить не приходится.

Патологический процесс может осложниться:

- легочным кровотечением;
- спонтанным [пневмотораксом](#);
- эмпиемой плевры;
- аспирационной [пневмонией](#);
- формирование свища между бронхом и плеврой.

Самый опасный [исход кавернозного туберкулеза](#) – интраканаликулярное распространение инфекции. Простым языком, по протокам и канальцам. Микобактерии проникают в кишечник, лимфатические узлы, выше по органам дыхания, в гортань и трахею. Болезнь распространяется системно, поражает весь организм. Благоприятного прогноза в таких случаях добиться крайне сложно.

<h2>[Диагностика кавернозного туберкулеза](#)</h2>

[ФОТО](#)

Выявить вторичное поражение, пусть даже прогрессирование, легче, чем первичный процесс. Диагноз «туберкулез» у конкретного пациента выставлен. Лечение обычно проводится.

По ходу его выполнения человек периодически посещает фтизиатра. Врач каждый раз заново спрашивает о жалобах, динамике изменений. Проводит осмотр. Но каверны при аускультации обычно оказываются «немыми», выслушать их невозможно. Лабораторных изменений вне острой фазы также практически нет.

Поэтому ведущим методом диагностики остается [рентгенография](#). Фтизиатр направляет пациента на снимок грудной клетки. Обнаруживает округлую замкнутую полость с тонким ярким ободком и просветлением в центре. По размеру небольшая, около 2-4 см. Локализуется обычно с одной стороны, больше в верхней доле. Окружающие ткани практически не изменены. Увидев такое образование, специалист понимает, что началась новая стадия болезни, **кавернозный туберкулез легких**.

Мнение врача! (можно терапевта)

Специалист наблюдает зараженного микобактерией пациента. На одном из снимков обнаруживает типичную полость в легком, что действительно с высокой долей вероятности означает прогрессирование исходного процесса. Но основываясь на наших наблюдениях, организм этой группы пациентов ослаблен. Как самой болезнью, так и ее лечением. Поэтому нельзя исключить риск сопутствующих поражений.

При выявлении нового очага обязательным этапом дальнейшего ведения человека становится **дифференциальная диагностика кавернозного туберкулеза**. Схожие изображения рентгенограммы определяются при периферическом раке, эхинококкозе, осумкованном плеврите, очагах нагноения. Более детально исследовать изменения легочной ткани помогает компьютерная томография. В отдельных случаях врачи прибегают к инвазивным тестам: бронхоскопии, пункции под контролем УЗИ. Крайне редко, только для сочетания с возможным лечением, применяется видеоассистированная торакоскопия.

</h2>Лечение кавернозного туберкулеза </h2>

[ФОТО](#)

Лечение кавернозного процесса проводится в соответствии с клиническими рекомендациями. Согласно таковым, находиться человек может дома и в стационаре. Абсолютными показаниями к госпитализации являются наличие бактериовыделения, необходимость хирургического вмешательства. Напротив, безопасность для окружения, консервативная тактика позволяет пациенту оставаться дома.

Консервативное лечение

Консервативное лечение пациента продолжается. В острую фазу, на этапе формирования полости, нужно сразу несколько противотуберкулезных препаратов. Вводятся они разным путем: через рот или парентерально. Действуя вместе на очаг поражения, усиливают эффект друг друга. Полость быстрее закрывается.

На следующем этапе, после стихания ярких изменений, прекращения бактериовыделения количество препаратов уменьшается. Пациент остается на поддерживающей терапии.

Обратите внимание! Необходимость сочетания сразу нескольких препаратов обусловлена высокой устойчивостью микобактерий к известным на сегодняшний день противотуберкулезным средствам. И, к сожалению, с течением времени нечувствительность продолжает расти. Причины неблагоприятной тенденции врачи выделяют всего 3. Первая – социальная. Не всегда пациенты понимают тяжесть своего состояния и регулярно принимают лекарства. Вторая – медицинская. Сюда относится

смена препаратов на амбулаторном и стационарном этапе, несоответствие протоколам. И третья – организационная. А именно, недостаточное финансирование клиник, отставание от международных стандартов лечения. Максимальное устранение факторов как со стороны врача, так и со стороны пациента позволяет добиться лучших результатов проводимой терапии.

Патогенетическая терапия

Лечение туберкулеза организму дается тяжело. Какими бы эффективными препараты ни были, побочных эффектов у них много. А плюс к этому негативно влияет сама болезнь, микобактерии. Поэтому для выздоровления только этиотропного лечения мало. Нужно и патогенетическое, которое поможет укрепить организм.

Фтизиатр назначает пациенту:

- лечебное питание;
- дыхательные гимнастики;
- физиотерапию;
- витаминные комплексы;
- препараты для поддержания функции пищеварения;
- интерфероны с целью стимуляции иммунитета;
- кортикостероиды замедляют формирование фиброза.

Коллапсотерапия

Суть коллапсотерапии заключается в уменьшении объема легкого. С этой целью врач накладывает искусственный пневмоторакс или пневмоперитонеум. В первом из перечисленных вариантов вводит воздух между париетальным и висцеральными листками плевры, во втором – в брюшную полость, ограничивает движения диафрагмы. Как результат, эластичное растяжение паренхимы снижается. Причем больше не в здоровых, а именно в пораженных отделах. В меньший объем попадает больше антибактериальных средств, кровоснабжение улучшается. Постепенно сформированная каверна разрешается.

Хирургическое вмешательство

Если методы коллапсотерапии применяют спустя 2-3 месяца недостаточной эффективности химиотерапии, то для операции дается еще больше времени. Не менее 5 месяцев.

В рамках оперативной терапии **кавернозного туберкулеза** врачи применяют:

- Резекцию легкого. Выполняется операция при большом диаметре каверны. Объем определяет степень распространения по органу: сегментэктомия, лобэктомия, редко пульмонэктомия.
- Кавернотомия. Хирург вскрывает полость. Тампонирует ее турундой с противотуберкулёзными средствами.
- Дренаж очага поражения. В этом случае фтизиатр устанавливает в участок особый дренаж. Периодически аспирирует из него содержимое. Вводит лекарственные средства.
- Кавернопластика – операция, суть которой заключается в ушивании полости. Хирург рассекает стенку, обрабатывает ее изнутри. Затем ушивает дренирующий бронх и саму полость.

Предпочтение, учитывая и так нелегкое течение туберкулезного процесса, врачи отдают наименее инвазивным техникам.

<h2>Прогноз и профилактика </h2>

Прогноз данной формы инфекционного процесса сомнительный. Для достижения положительного результата, выздоровления нужно слишком много факторов. Относительно неплохое общее состояние организма, чувствительность микобактерий к препаратам, приверженность лечению. Важную роль играет профессионализм врача. Только сочетание их всех позволяет добиться относительно неплохого исхода.

В самом благоприятном случае на месте очага формируется тонкий, маленький, не влияющий на функцию дыхания рубец. Но на практике это встречается нечасто. Как правило, соединительная ткань грубая. Занимает немалый объем. Или, с казеозным некрозом, лимфатической жидкостью, формирует туберкулему. Снижение защитных сил организма в подобном варианте может спровоцировать очередной рецидив.

Туберкулез — болезнь не только медицинская, но и социальная. Заключается второй из аспектов в том, что микобактерии крайне быстро распространяются. Один пациент заражает еще одного, потом еще. И так 10-15 новых случаев. Ввиду чего важное значение практикующие фтизиатры отдают правилам профилактики инфекции. В частности:

- Социальная. Сюда относят исключение зависимостей, ограничение нахождения в закрытых учреждениях, доступность медицинской помощи.
- Санитарная. Предусматривает работу в очагах инфекции. Выявляются люди из группы контактов, обследуются. Остаются некоторое время под наблюдением специалистов. Пациенты в активную фазу с бактериовыделением должны быть изолированы от окружающего мира.
- Специфическая. Суть этого направления заключается во введении вакцин. Первая ставится еще в период новорожденности, затем ревакцинация в 7 и в 14 лет.

<h2>Часто задаваемые вопросы </h2>

-<h3>Сколько живут с кавернозным туберкулезом? </h3>

Болезнь в кавернозной форме может существовать не больше 2 лет. Дальше разрешается или формируется фиброз. В обоих вариантах продолжительность жизни довольно большая. Но такое возможно при единственном условии, высокой приверженности к терапии.

Во всех остальных случаях, когда пациент игнорирует симптомы, не принимает лекарства, не посещает контрольные осмотры, летальный исход наступает уже в первый год после выявления патологии.

-<h3> Могут ли легкие восстановиться после перенесенного кавернозного туберкулеза? </h3>

Нет, полного восстановления ждать не стоит. Каверны замещаются плотной соединительной тканью, которая не способна участвовать в газообмене. А значит, функциональность площади, где раньше была полость, страдает. При небольших объемах поражения нарушение на дыхании не сказывается. Пациент продолжает свободно вдыхать, выдыхать воздух. Напротив, чем больше участок подвергся изменениям, тем сильнее будет выражено нарушение дыхания.

-<h3> Насколько заразна кавернозная форма туберкулеза? </h3>

Крайне заразна. Особенно в моменте формирования полости. Очаг казеозного некроза в центре разрешается, через дренирующий бронх микобактерии в большом количестве выделяются во внешнюю среду. Учитывая воздушно-капельный путь передачи, распространение инфекции происходит довольно быстро и легко.

-<h3> Могут ли каверны распространяться по легким? </h3>

Да, могут. Бронхогенным путем. Микроорганизм из полости поступает в дренирующий орган, распространяется на соседние здоровые участки дерева, обсеменяет паренхиму. Так формируются новые очаги. При выраженном прогрессировании образования поражают буквально всю поверхность легочной ткани. Заканчивается такое состояние, к сожалению, неблагоприятно.

Источники

1. А.В. Павлунин, «Кавернозный и фиброзно-кавернозный туберкулез легких: современный взгляд на патогенез, диагностику и лечение», 2011.
2. И.С. Гельберг, С.Б. Вольф, Е.Н. Алексо, «Фтизиатрия».
3. «Российское общество фтизиатров», «Ассоциация фтизиатров». Клинические рекомендации. Туберкулез у взрослых. 2024.

<https://text.ru/antiplagiat/6986390f16b04> 100%



Кавернозный туберкулез легких
Кавернозный туберкулез легких – это вариант течения деструктивного инфекционного процесса, при котором в паренхиме органа формируются особые полости, каверны. Форма болезни крайне редко бывает первичной. Обычно является результатом прогрессирования других процессов: инфильтратов,

7.80 %

Ваш текст написан
человеком

4073 нейросимвола

16292 символа

1948 слов

Новый текст

Проверить текст

Что такое Нейропомощник Детектор ИИ?



