Цирроз легких — это разрастание в них соединительной ткани в результате заживления патологического процесса. В последние годы многие клиницисты подчеркивают, что массивное лечение антибиотиками способствует образованию цирроза. Цирроз развивается чаще всего при хронических фиброзно-кавернозных формах и при хроническом гематогенно-диссеминированном туберкулезе. Однако туберкулёзный лобит и плеврит также могут быть источником цирроза. В толще цирротических поражений могут сохраняться щелевидные или более крупные каверны, а также казеозные очаги, окруженные плотным валом склероза и скрытые под пластами цирроза. Hаличие таких остаточных явлений подтверждается бациллемией и послойными томограммами.

      При циррозе в процесс склерозирования и фиброзного перерождения вовлекаются бронхи, которые изменяют свои физиологические направления, деформируются, местами суживаются или облитерируются. Это придает циррозу некоторые характерные рентгенологические особенности.

     Цирроз может быть односторонним, двусторонним и диффузным. Легкое, поражаемое циррозом, постепенно уменьшается в объеме, плевра над ним утолщается. Легкое пронизано грубоволокнистой соединительной тканью, сосуды легкого частью облитерируются, частью расширяются. В пораженных участках могут образоваться буллы и бронхоэктазы. Meнее пораженные и здоровые участки легких эмфизематозно pacширяются.

**Классификация**:

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.
5. 

# Патологическая анатомия и патогенез

# Цирротический туберкулез легких возникает в результате длительно протекающих фиброзно-кавернозных форм, характеризуется массивным, диффузного характера разрастанием соединительной ткани с деформацией легочной ткани и развитием бронхоэктазов. Каверны отсутствуют или имеют вид узких щелевидных полостей. При значительном объеме склеротических изменений развиваются гипертония малого круга кровообращения, легочное сердце и легочно-сердечная недостаточность. К основным осложнениям относятся также амилоидоз и тромбоэмболия легочной артерии.

      В анамнезе больных отмечается длительно протекавший туберкулез легких, нередко повторно леченный массивными дозами антибиотиков. К моменту обследования основные жалобы сводятся к нарушению функции внешнего дыхания сердечно-сосудистой недостаточности в виде одышки и ceрдцебиений как в покое, так и при физической нагрузке.

     Осмотр больного выявляет резко нарушенную статику верхнего отдела туловища. При одностороннем циррозе на стороне поражения обращает на себя внимание западение грудной клетки, опущение плеча, выраженный сколиоз грудного отдела позвоночника, сужение межреберных пространств.

    При двустороннем циррозе наблюдается двустороннее падение над- и подключичных ямок, в деформации грудной клетки нет такой асимметрии, как при одностороннем циррозе. Рентгенологически отмечается высокое стояние корня легких. При диффузном пневмосклерозе все симптомы формации менее выражены. При дыхании происходит отставание пораженной стороны грудной клетки, при симметтричном поражении — малая экскурсия обоих легких.

     Перкуторно обнаруживается выраженная тупость в участках цирроза, чаще в верхних полях. Аускультативно можно отметить бронхиальное дыхание и небольшое количество мелких, иногда звучных хрипов. Нередко устанавливается диффузный бронхит.

     При одностороннем циррозе, развившемся из лобита, средостение смещается в сторону поражения, корень легкого подтянут вверх и кнаружи и стоит значительно выше, чем в норме.

      Г. Р. Рубинштейн предложил симптом определения смещения трахеи, назвав его «вилочным». Смысл его заключается в том, что, погружая указательный и средний пальцы в надгрудинную впадину между обоими сгибателями шеи, при нормальной топографии трахеи оба пальца проникают на одинаковую глубину. В случае смещения трахеи в сторону один палец проникает довольно глубоко и ощущает край трахеи, другой палец не проникает глубоко, наталкиваясь на трахею, но не ощущая ее края.

**Рентгенологическая картина** цирроза весьма типична.     Рентгенологическая картина сходна с изменениями при фиброзно-кавернозном туберкулезе, следствием которого часто и является цирроз легкого Цирроз обычно захватывает одну или несколько долей, нередко бывает двусторонним. Рентгенологически определяются признаки фиброза и сморщивания, как при фиброзно-кавернозном туберкулезе, однако без каверн. Нередко можно видеть, особенно на томограммах, множественные округлые просветления в сморщенных отделах — бронхоэктазы и буллы. Для них характерны тонкие стенки, отсутствие оттока к корню. Но иногда трудно отличить бронхоэктатические и буллезные образования от каверны. Поэтому при циррозах нужно особенно тщательно искать микобактерии туберкулеза в мокроте.

   Течение цирроза медленное, хроническое, длящееся годами. Постепенно развивается хронический бронхит, образуются бронхоэктазы, накапливается большое количество слизисто-гнойной мокроты. Характерным симптомом является не обильное, но часто повторяющееся кровохарканье. Эмфизема легких обнаруживается в нижних долях при циррозе верхних долей. При циррозе, развивающемся из гематогенно-диссеминированного туберкулеза, эмфизема носит диффузный характер и является преобладающим симптомом заболевания.

      Наблюдаются значительные изменения со стороны сердца. Отмечается гипертрофия мышц сердца, усиление второго тона на легочной артерии. При прогрессировании цирроза появляется сердечно-сосудистая недостаточность. Границы сердца расширяются, тоны его становятся глухими. Одышка усиливается иногда до крайних пределов недостатка воздуха, появляется цианоз.

     При циррозах, развившихся из лобитов, в течение длительного хронического процесса может возникнуть вспышка. Чаще всего это происходит при наличии каверны. Кровохарканье или аспирационное обсеменение может привести к свежему инфильтрату с распадом. Вспышка процесса и бронхогенное обсеменение резко меняют картину болезни, особенно у стариков, и ведут к развитию экссудативно-пневмонического процесса с тяжелым прогнозом. Чаще же всего при циррозах больные, излеченные от туберкулеза, погибают от тяжелого его осложнения — сердечно-легочной недостаточности.

**Лечение цирроза легких** в основном симптоматическое, имеющее целью поддержание сердечной деятельности и уменьшение кислородного голодания. Длительное пребывание в сухом климате благотворно действует на бронхит, эмфизему, поэтому больным рекомендуется санаторное лечение и даже переезд на постоянное жительство на южные курорты, типа Южного берета Крыма.

      В некоторых случаях может быть рекомендовано хирургическое лечение, в частности больным с односторонним циррозом и выделением МБТ.

       В результате длительного течения цирроза, возникшего после туберкулеза легких, а также вследствие весьма характерной клинической картины диагноз цирроза, не затрудняет врачей.

**Туберкулез трахеи и бронхов** представляет собой осложнение у больных с деструктивными формами туберкулеза легких и массивным бактериовыделением. В ряде случаев поражение бронхов возникает в результате перехода воспалительного процесса с внутригрудных лимфатических узлов на стенку бронха. Туберкулёз верхних дыхательных путей, трахеи, бронхов – как правило, вторичный процесс, осложняющий различные формы туберкулёза лёгких и внутригрудных лимфатических узлов. Наибольшее значение имеет туберкулёз бронхов, который встречается преимущественно при деструктивных и бациллярных формах процесса в лёгких, а также при осложнённом течении бронхоаденита. Его клиническими признаками служат: приступообразный кашель, боль позади грудины, одышка, локализованные сухие хрипы, образование ателектазов или эмфизематозного вздутия лёгкого, «раздувание» или блокада каверны, появления в ней уровня жидкости. Возможно и безсимптомное течение. Диагноз подтверждают при бронхоскопии, когда выявляют инфильтраты, язвы, свищи, грануляции и рубцы, которые нередко вызывают нарушения бронхиальной проходимости.

Редко встречается туберкулёз гортани: отмечаются сухость, першение и жжение в горле, утомляемость и осиплость голоса, боль – самостоятельная или при глотании. При сужении голосовой щели в результате инфильтрации, отёка или рубцов возникает затруднённое стенотическое дыхание. Диагноз туберкулёза гортани устанавливают при ларингоскопии. Туберкулёз трахеи наблюдается крайне редко; проявляется упорным, надсадным громким кашлем, болью за грудиной и одышкой. Диагноз устанавливают при ларинготрахеоскопии.