

Қазақстан Республикасының Денсаулық Сақтау Министрлігі
Семей Мемлекеттік Медицина Университеті
Балалар жұқпалы аурулары және фтизиатрия кафедрасы

СӨЖ

Тақырыбы: Кавернозды өкпе туберкулезы

Жоспар:

I. Кіріспе;

II. Негізгі бөлім:

2.1. Кавернозды туберкулез анықтамасы;

2.2. Патогенезі;

2.3. Жіктелуі;

2.4. Клиникалық көрінісі;

2.5. Диагностикасы ;

III. Қорытынды;

IV. Пайдаланылған әдебиеттер.

Кіріспе:

Кавернозды туберкулез – өкпе тінінде жекешеленумен және қуыстың тұрақты өзіндік өлшемімен және айқын емес инфильтративті және қоршаған тіндерде фиброзды өзгерістердің болуы. Кавернозды туберкулездің маңызды ерекшелігі – морфологиялық өзгерістердің қайтымды және шектеулі сипатта болуы жатады.

Патогенезі

Кавернозды туберкулез туберкулездің басқа түрлерінің өршуінен дамиды. Сирек жағдайда аурудың дер кезінде анықталмауы салдарынан, емдеу процесін кеш бастауынан, қайталамалы емдік тәртіптердің бұзылыстарымен жүреді. ТМБ популяциясының ұлғаюы бұл өз кезегінде адамның иммундық жүйенің әлсіреуіне алып келеді. Ең алғаш өкпе тінінде казеозды массалар трансформирленеді де, бронхтарға жетеді. Пайда болған қуыс ауамен толып, пневмогенді ыдырау қуысының пайда болуына алып келеді. Басқа жағдайларда деструктивті үрдіс ұзақ бронхтардың шырышты қабаттың зақымдалуымен және панбронхиттің дамуымен басталады.

Сипатына және пайда болу механизміне байланысты жіктелуі:

- Протеолитикалық кавернаның пайда болуы пневмониялық фокустың орталық бөлігінің еруінен басталып, біртіндеп шеткері қарай таралады.
- Секвестрлі кавернаға казеозды массалардың шеткері аймақтан орталыққа қарай еруі тән болады.
- Атероматозды кавернаның пайда болуы қалталы казеозды ошақта казеозды массаның еруі
- Баламалы кавернаның пайда болуы жеке бөліктегі некрозбен туберкулездік қабыну аймағындағы тіндердің қоректенуіне және микроциркуляцияның бұзылыстарына әкеледі.

Клиникалық көрінісі

Кавернозды туберкулезбен ауыратын науқастарда көбінесе жөтел аз мөлшердегі шырышты қақырық, тәбеттің төмендеуі, көңіл – күйдің тұрақсыздығы мазалайды. Бұл шағымдар сирек ұзақ еммен және үлкен медикаментозды жүктемемен негізделеді.

- **Перкуссия кезінде:** каверна аймағының үстінде өкпе дыбысының қысқаруы анықталуы мүмкін.
- **Аускультацияда:** терең тыныс алғанда және жөтелгеннен кейін зақымдалған аймақта құрғақ ылғалды сырылдар естіледі.

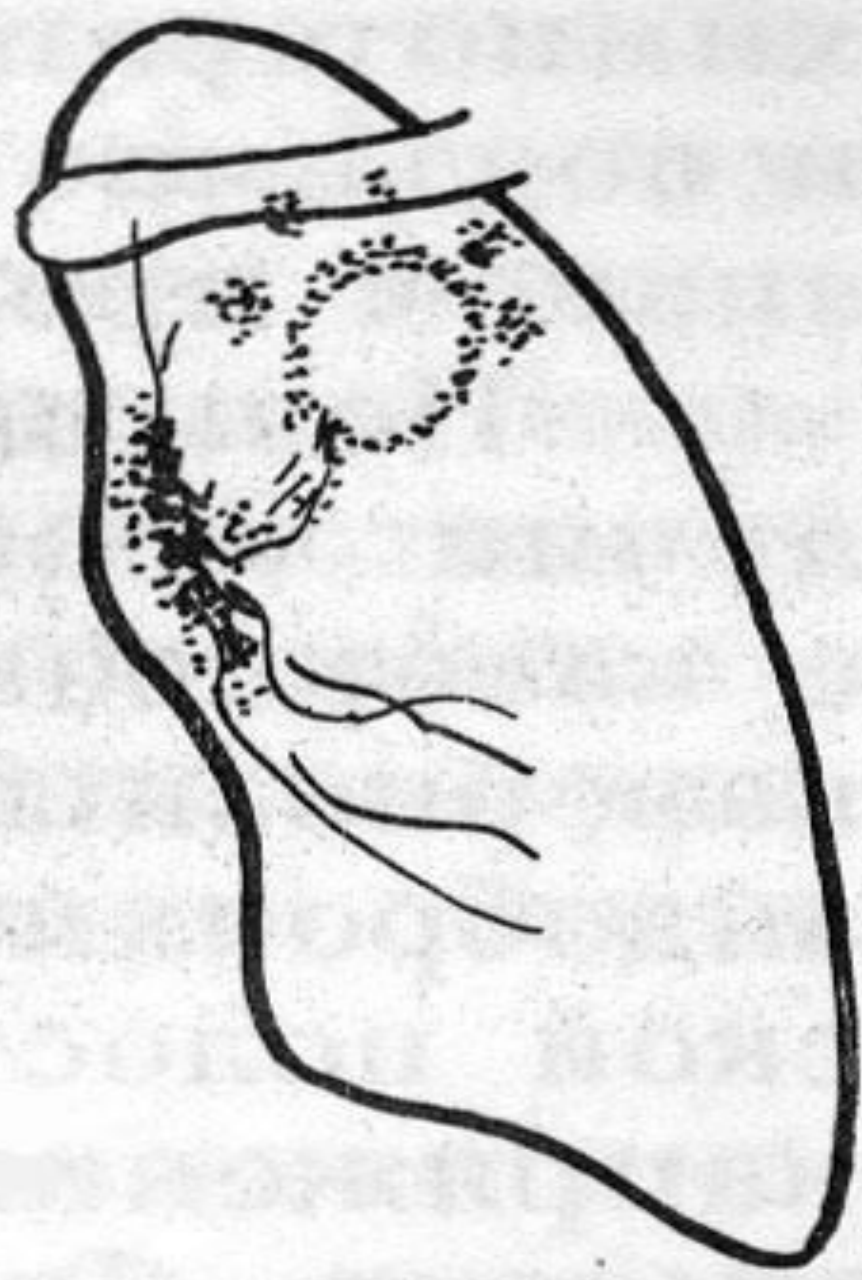
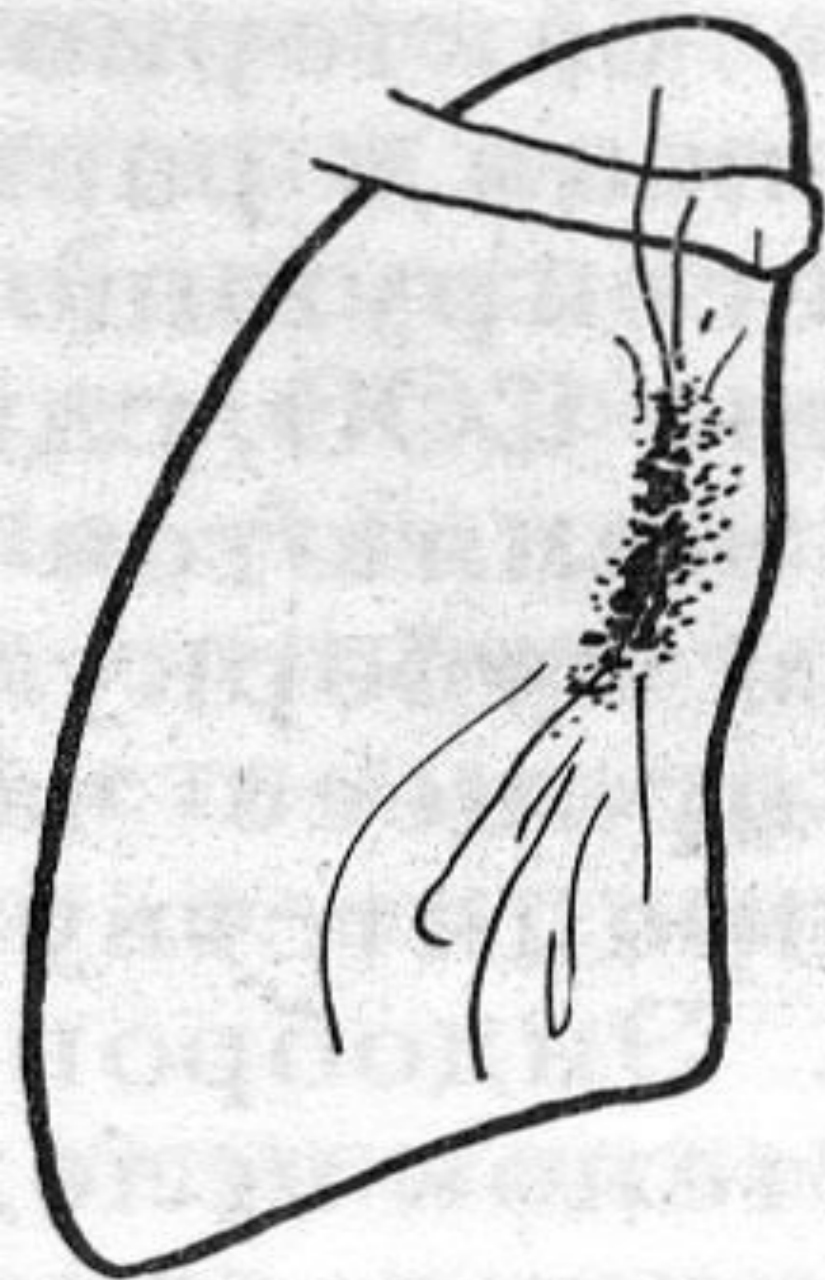
Өкпенің кавернозды туберкулезі кезінде негізгі зерттеу әдістері:

- ✓ **Бактериологиялық**
- ✓ **Рентгенологиялық**
- ✓ **КТ**
- ✓ **Жалпы зәр анализі**
- ✓ **Жалпы қан анализі**

Лабораториялық және инструменталдық зерттеулер:

1. Туберкулез микобактериясын жұғынды микроскопиясы және қақырықты себу әдістері арқылы анықтау.
2. ЖҚА: ЭТЖ 30-50 мм/сағ. дейін жоғарылауы, аздаған лейкоцитоз болуы мүмкін, лимфопения, моноцитоз, лейкоциттік формуланың орташа нейтрофилдік солға жылжуы, рецидивтік қан кетулерден анемия болу.
3. ЖЗА: аздаған протеинурия, бірнеше лейкоциттер және эритроциттер болуы.

- Кавернаның негізгі рентгенологиялық белгісі перпендикулярлы проекцияда сақталатын тұйық сақина тәрізді көлеңке болып табылады.
- Сақина тәрізді көлеңкемен шектелген өкпе бөлігі кавернаның терезесі деп аталады. Айналасындағы өкпе тініне қарағанда, ол мөлдірлеу болады. Өкпенің элементтері негізделген құрылымдарында кавернаның терезесінде көлеңкелер көрінбейді







ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ

- **Госпитализациялау үшін көрсетімдер:** интоксикация симптомдарының болуы, бактерия шығару, өкпе туберкулезінің белсенділігінің рентгендік көрінісі және асқынулардың болуы.
- **Ауруханаға жатқызу алдындағы қажетті тексеру көлемі:** ЖҚА, ЖНА, туберкулез микобактериясын тексеруге жағынды алу, кеуде торының ағзаларына шолу рентгенограмма.

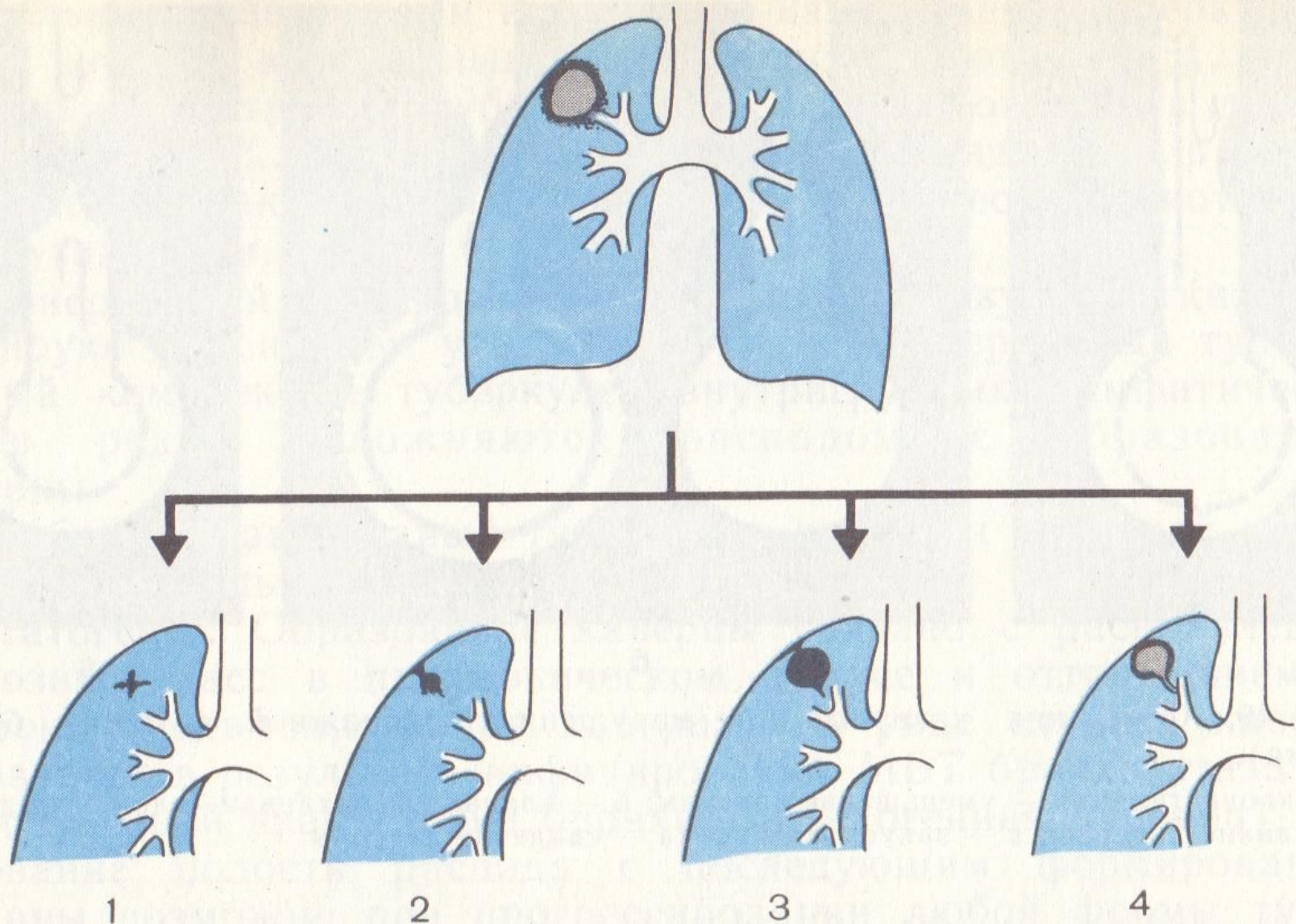


Рис. 50. Виды инволюции каверны (схема).
1 — рубец; 2 — очаг; 3 — туберкулема; 4 — киста.

Пайдаланылған әдебиеттер:

1. “Фтизиатрия” М.И.Перельман, И.В. Богадельникова, 2014ж. Мәскеу;
2. www.google.kz