

Қ.А.Ясауи атындағы халықаралық қазақ- түрік
университеті

Шымкент медицина институты

Фтизиатрия кафедрасы

ИӨЖ

Казеозды пневмония

Орындаған: Қалымбет А
Қабылдаған: Капанова Қ
Группа: ЖТД-661

Жоспары

I. Кіріспе.

II. Негізгі бөлім.

- ✓ Этиологиясы және патогенезі.
- ✓ Клиникалық көріністері және диагностикасы.
- ✓ Емдеу принциптері.

III. Қорытынды.

IV. Пайдаланылған әдебиеттер.

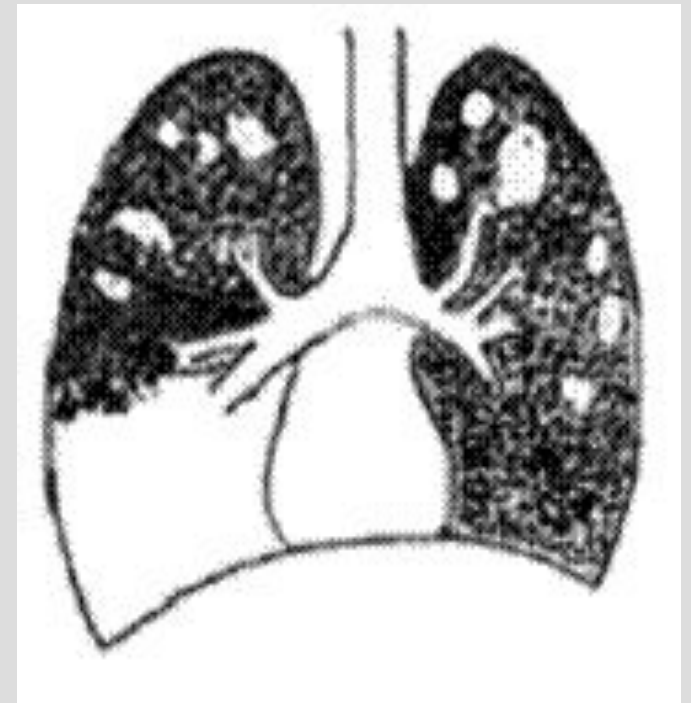
Анықтамасы

Казеозды пневмония-бұл жайылмалы казеозды-некротикалық өзгерістермен және ауыр, жылдам үдеуімен сипатталатын, жиірек летальді ағымға ие спецификалық пневмония. Ол дені сау адамда иммунитеті төмендегенде жеке ауру ретінде немесе туберкулездің ауыр асқынуы ретінде көрініс беруі мүмкін.

Казеозды пневмонияның ерекшеліктері:

- Туберкулезді қабынудың айқын казеозды-некротикалық компоненті;
- Тез өршуі;
- Көптеген ыдырату қуыстарын түзуі.

Казеозды пневмонияның летальділігі :
50-60%.



Соңғы жылдары казеозды пневмония алғаш туберкулезбен ауырған науқастардың 3-5% анықталады. Казеозды пневмонияға көбінесе ересектер және қауіп-қатер тобындағы адамдар (АИВ-ке шалдыққандар, нашақорлар және ішімдікке салынғандар) шалдығады. Екіншілік иммунодефициттілік үй-жайсыздарда, қамауға алынғандарда, әлеуметтік жағдайы төмен азаматтарда пайда болады. Казеозды пневмонияға шалдығу қаупі ұзақ уақыт кортикостероидтармен және цитостатикалық препараттармен емделген науқастарда жоғары. Казеозды пневмонияның дамуында негізгі фактор және жоғары қауіп болып адамның жоғары вирулентті, дәріге тұрақты МВТ-ны жұқтыруы.

Казеозды пневмонияның клиникалық түрлері:

Лобарлы

туберкулездің жеке клинико-анатомиялық түрі ретінде дамиды.

Лобулярлы

өкпе туберкулезінің басқа формаларын асқындырады

Патогенезі

Казеозды пневмония айқын иммунотапшылық кезінде өкпе тінінде МВТ-ның қарқынды көбеюімен байланысты.

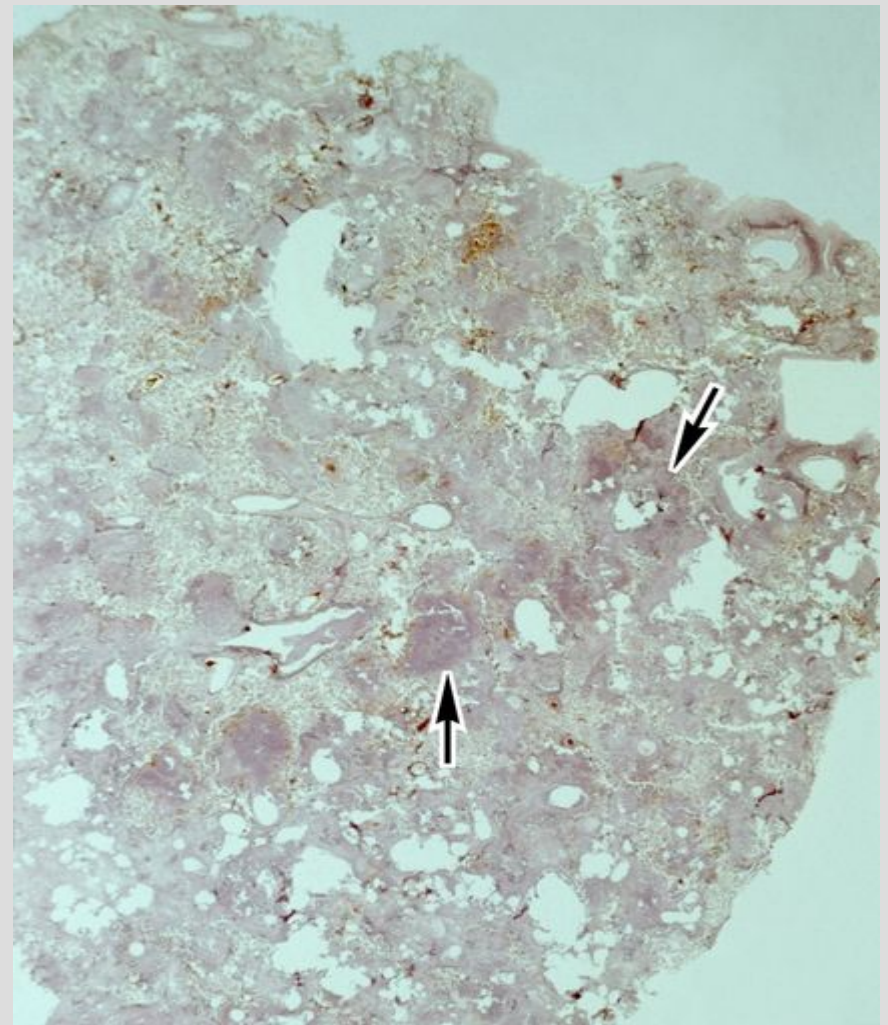
Иммунотапшылыққа тән қасиет фагоцитарлы жасушалары мен лимфоциттердің метаболикалық болымсыздығы болып табылады, олар апоптозға жоғары бейімділікті шақырады. Бұндай жасушалардың қызметтік потенциалы төмендейді және олар жасушааралық тиімді қатынасқа бейімсіз болады. Иммундық жауапқа қатысатын жасушалар апоптозының патологиялық жоғарылауы казеозды пневмонияның дамуындағы негізгі патогенетикалық фактор болып табылады.

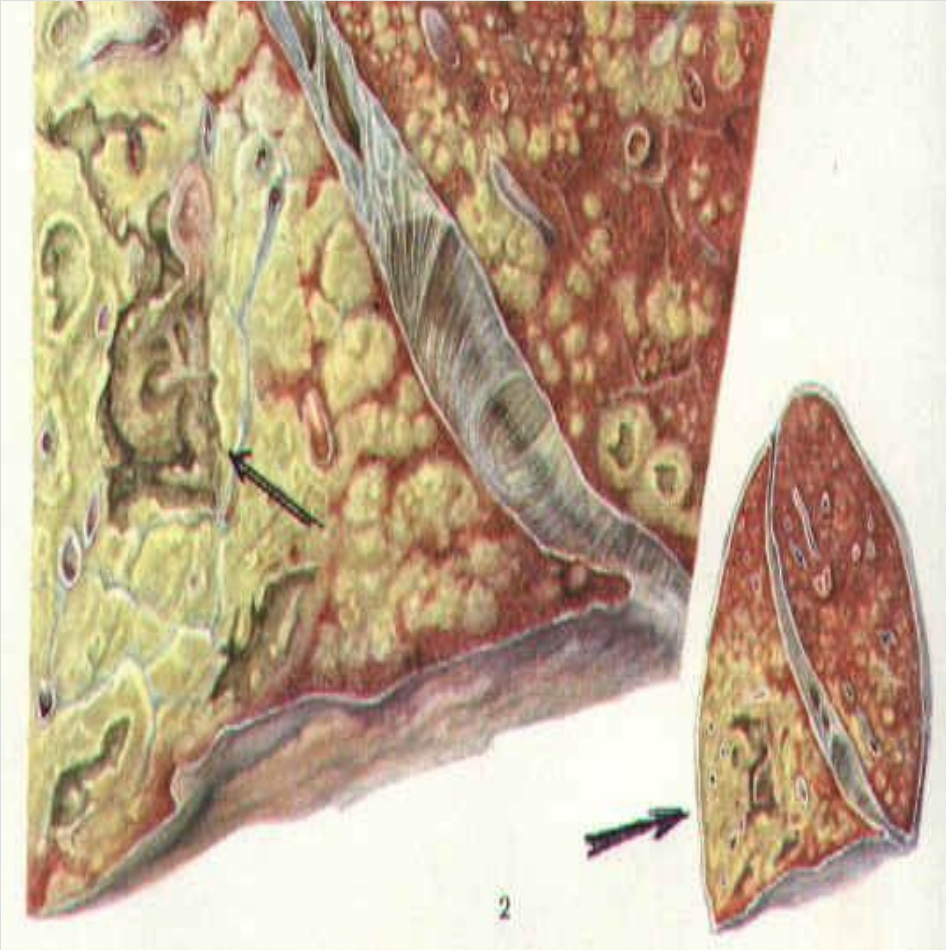
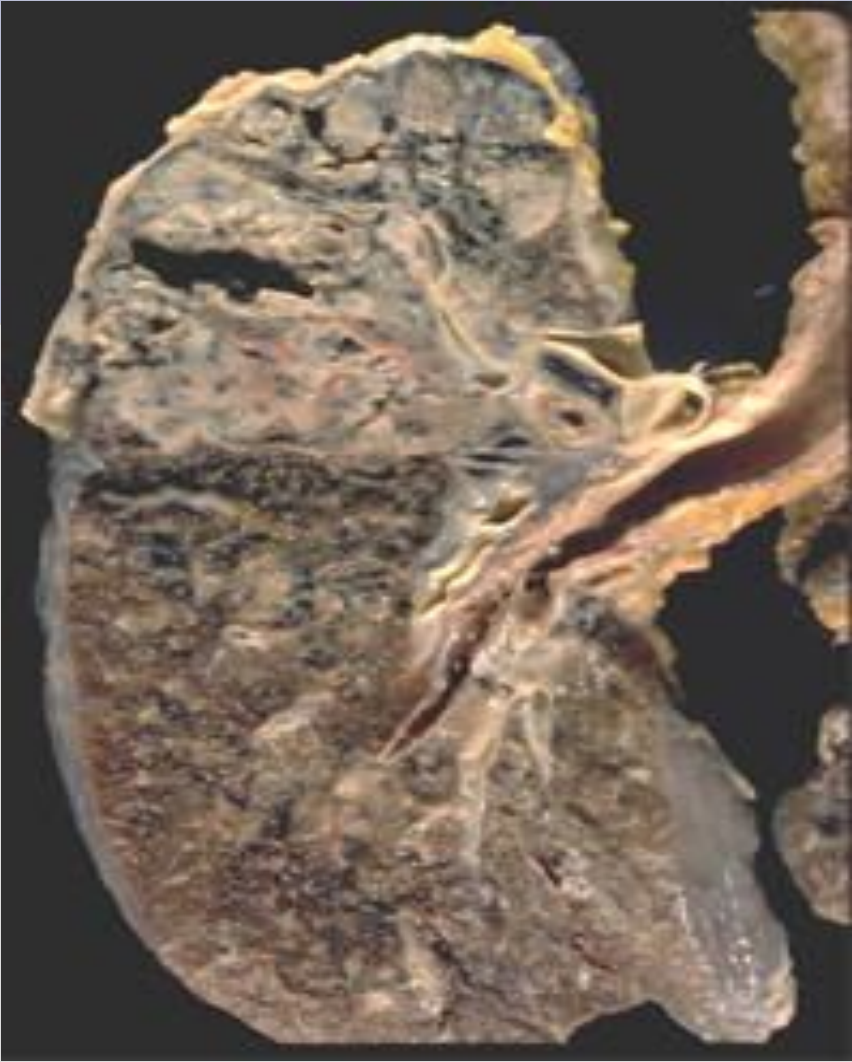
Макрофагтар мен лимфоциттердің қызметтік белсенділігінің төмендеуі жасушалық иммунитеттің терең бұзылыстарына әкеледі.

Функционалды белсенді Т-лимфоциттердің (Т-хелпер, Т-супрессор) популяциясы төмендейді, қан сарысуында IgG-дің концентрациясы жоғарылайды. Нәтижесінде вирулентті микобактериялардан қорғану мүмкін емес болады. Олар иммунокомпонентті жасушалардың, макрофагтардың арақатынасын қиындатып, иммуноотапшылықты жоғарылатады, жасуша мембранасына зақымдаушы әсер көрсетеді. Сонымен қоса микобактериялардың кордфакторы макрофагтарда фаголизомды кешендердің түзілуі мен ИЛ-1 синтезіне кедергі жасап, Т-хелперлермен гамма интерферондарының синтезін тежейді. Соңғысы ИЛ-2 және гамма-интерферон синтездеу қабілетін жоғалтады. Жабық шеңбер пайда болады: иммуноотапшылыққа байланысты микобактериялар жойылмайды, ал олардың көбеюі иммунды бұзылыстарды тереңдетіп, екіншілік иммуноотапшылыққа және туберкулездің өршуіне әкеледі.

Морфологиялық ерекшеліктері

Казеозды пневмонияның бастапқы сатысында жедел туберкулезді қабыну сегментпен шектелген, зақымдалған аймақтағы жасушалық элементтердің жаппай жойылуымен және көлемді казеозды некроздың дамуымен сипатталады. Патологиялық үрдіс жайылған және қайтымсыз сатыға тез өтеді. Бұл кезде казеозды-некротикалық өзгерістер сегменттің бастапқы зақымдалған аймағынан асады. Өкпе тінінде казеозды ошақтар мен фокустар түзіліп, олар өзара байланысады. МВТ ұсақ бронхтардың, лимфалық және қантасушы тамырлардың өзегіне өтеді. 2-3 аптада казеозды өзгерістердің таралуы және өршуі жайылған өкпе зақымдануларына әкеледі.





Клиникалық көрінісі

Типтік казеозды пневмония жедел дамиды. Бастапқы сатысында зақымдалған аймақта казеозды-некротикалық массалар түзілгенде интоксикациялық синдром басым болады. Науқас бозарған, зақымдалған өкпе аймағында қызбалық қызаруларды байқауға болады. Дене температурасы 38-39С-қа дейін жетеді. Мазасыздық, әлсіздік, айқын тершеңдік, ентігу, тәбеттің кенеттен төмендеуі, диспепсиялық бұзылыстар орын алады. Жөтел негізінен құрғақ, кейде аздаған қиын бөлінетін қақырықпен жүреді.

Казеозды-некротикалық массалар ыдыраған соң, бронхөкпелік-плевралдық синдром үдейді. Жөтел ылғалды болып, көп мөлшерде қақырық бөлінуімен жүреді. Науқастарды кеуде тұсындағы ауру сезімі мазалайды. Қақырықта қан болуы да мүмкін. Ентігу үдейді (1 минутта 40 рет), акроцианоз дамиды. Дұрыс емес гектикалық қызба болып, кейде кахексия дамиды.



Казеозды пневмонияның клиникалық симптомдары

Клиникалық симптомдары	Науқастар саны, %
Фебрильді температура	87,5
Әлсіздік	93,8
Анорексия	57,8
Дене массасының төмендеуі	87,5
Тершеңдік	84,3
Ұйқының бұзылуы	56,3
Ентігу	75,0
Жөтел	90,6

Признаки	Казеозная пневмония	Крупозная пневмония
Клинические	Острое начало, боль в грудной клетке не постоянна, температура тела высокая с суточными колебаниями в 1–3°C Постоянное и усиленное потоотделение Скудность аускультативных и перкуторных изменений, в легких слизисто-гнойная мокрота	Острое начало, озноб, боль в грудной клетке при вдохе Стойко высокая температура тела, критическое падение температуры Потоотделение при кризисе Отчетливость аускультативных и перкуторных изменений в легких. "Ржавая" или стекловидная мокрота
Гематологические	Выраженный нейтрофильный лейкоцитоз. Сдвиг лейкоцитарной формулы, лимфопения, моноцитоз Токсическая зернистость нейтрофилов Высокая СОЭ более 40 мм/ч	Выраженный нейтрофильный лейкоцитоз, высокая СОЭ Сдвиг лейкоцитарной формулы, палочкоядерный нейтрофилез более 14%, миелоциты и метамиелоциты в периферической крови. Токсическая зернистость нейтрофилов
Лабораторные	В первые 2–3 нед при микроскопии мокроты МБТ могут не обнаруживаться, но в последующем – стойкое обнаружение МБТ в мокроте, часто грамотрицательная, реже грамположительная флора	Выделение пневмококка из мокроты Гиперфибриногенемия (более 12 мк/моль в 1 л) Олигурия, протенурия, уробилинурия, цилиндрурия
Проба Манту	Отрицательная	Отрицательная или положительная
ИФА	Отрицательная	Часто положительная
Рентгенологические	Часто двусторонняя и верхнедолевая локализация Негомогенность инфильтрации, с участками просветления Наличие очагов по периферии инфильтрата и в другом легком	Односторонняя локализация с поражением нижней доли Гомогенность инфильтрации доли легкого Отчетливая плевральная реакция Выпуклые границы пораженной доли

Диагностикасы

Қарап тексеру:

- Зақымдалған өкпе аймағында өкпеи дыбысының қысқаруы, бронхиалды дыбыстың әлсіреуі,и ылғалды ұсақ көпіршікті сырылдар анықталады;
- Ыдырау қуыстары түзілген соң сырылдар дыбысты, көптеген орта және ірі көпіршікті болады;
- Тахикардия және өкпе артериясында II тонның акценті;
- АҚ төмендеген;
- Жиі бауырдың үлкеюі.

Лабораториялық зерттеулер

Жалпы қан анализі:

- Лейкоцитоз: жиі- $13,0-15,0 \cdot 10^9/\text{л}$
сирек- $20,0 \cdot 10^9/\text{л}$
- Нейтрофилдер: 25-30%
- Лимфопения (5-7% дейін)
- ЭТЖ(40-60 мм/с)
- Гипохромды анемия:
- Пойкилоцитоз;
- Анизоцитоз.

Лабораториялық зерттеулер

Жалпы зәр анализі:

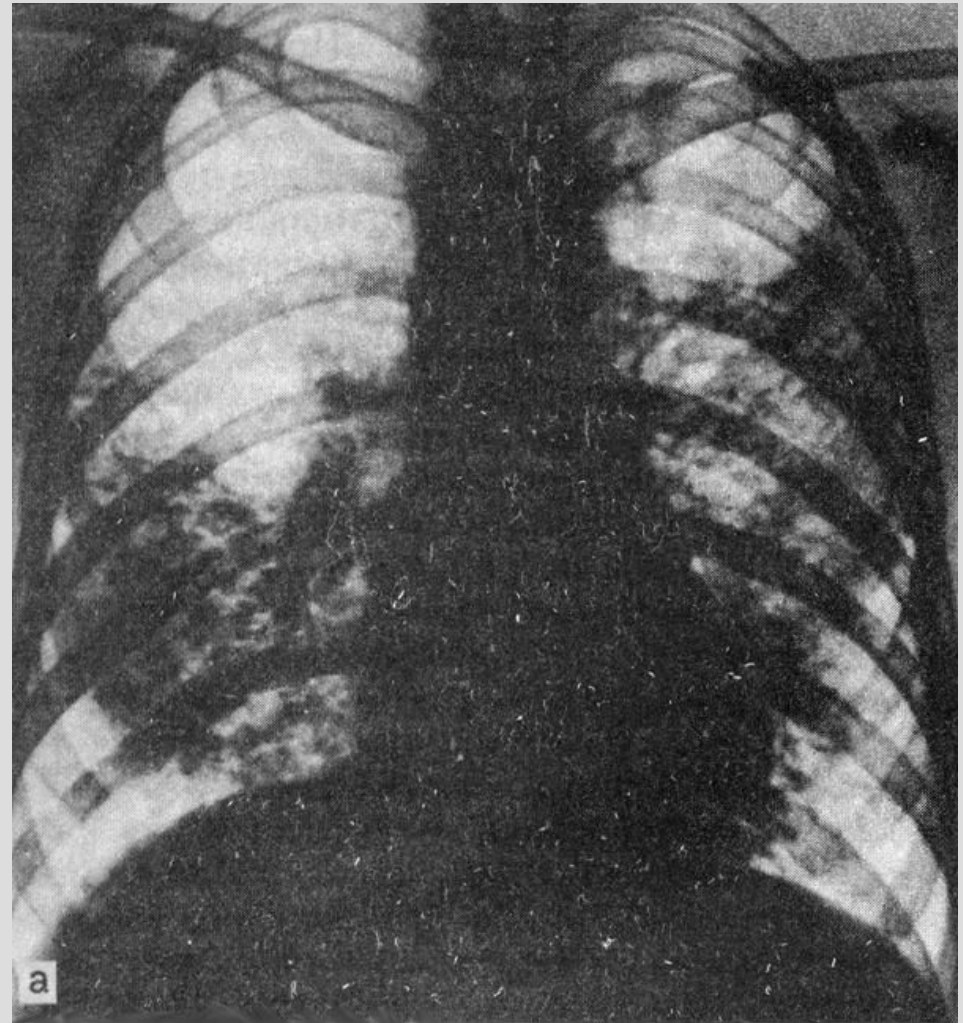
- Белок;
- Лейкоциттер;
- Эритроциттер;
- Гиалинді цилиндрлер;

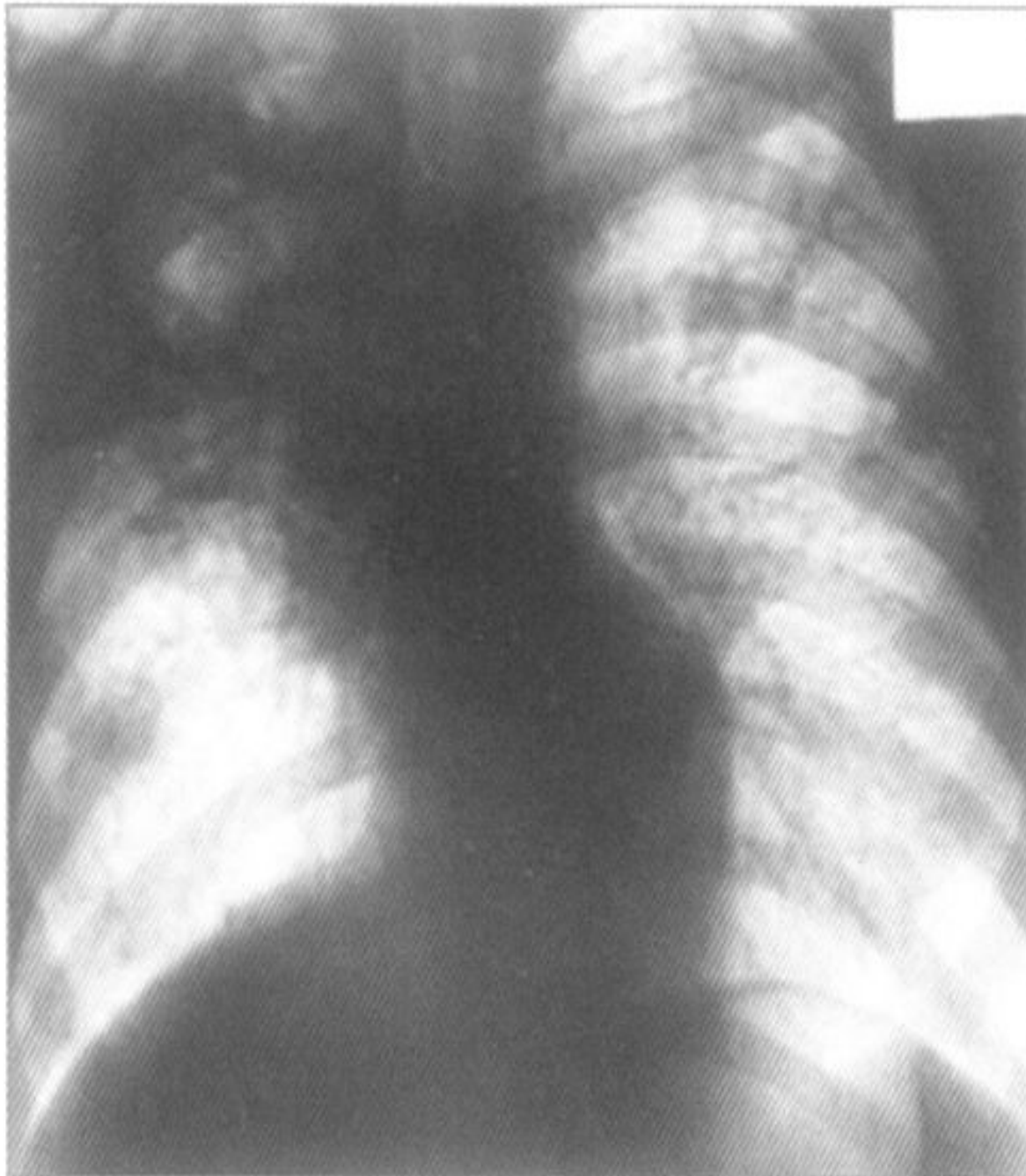
Қанның биохимиялық анализі:

- Гипопротеинемия, диспротеинемия альбуминнің төмендеумен және глобулиннің жоғарылауымен;
- Гипонатремия.

Аспаптық зерттеулер

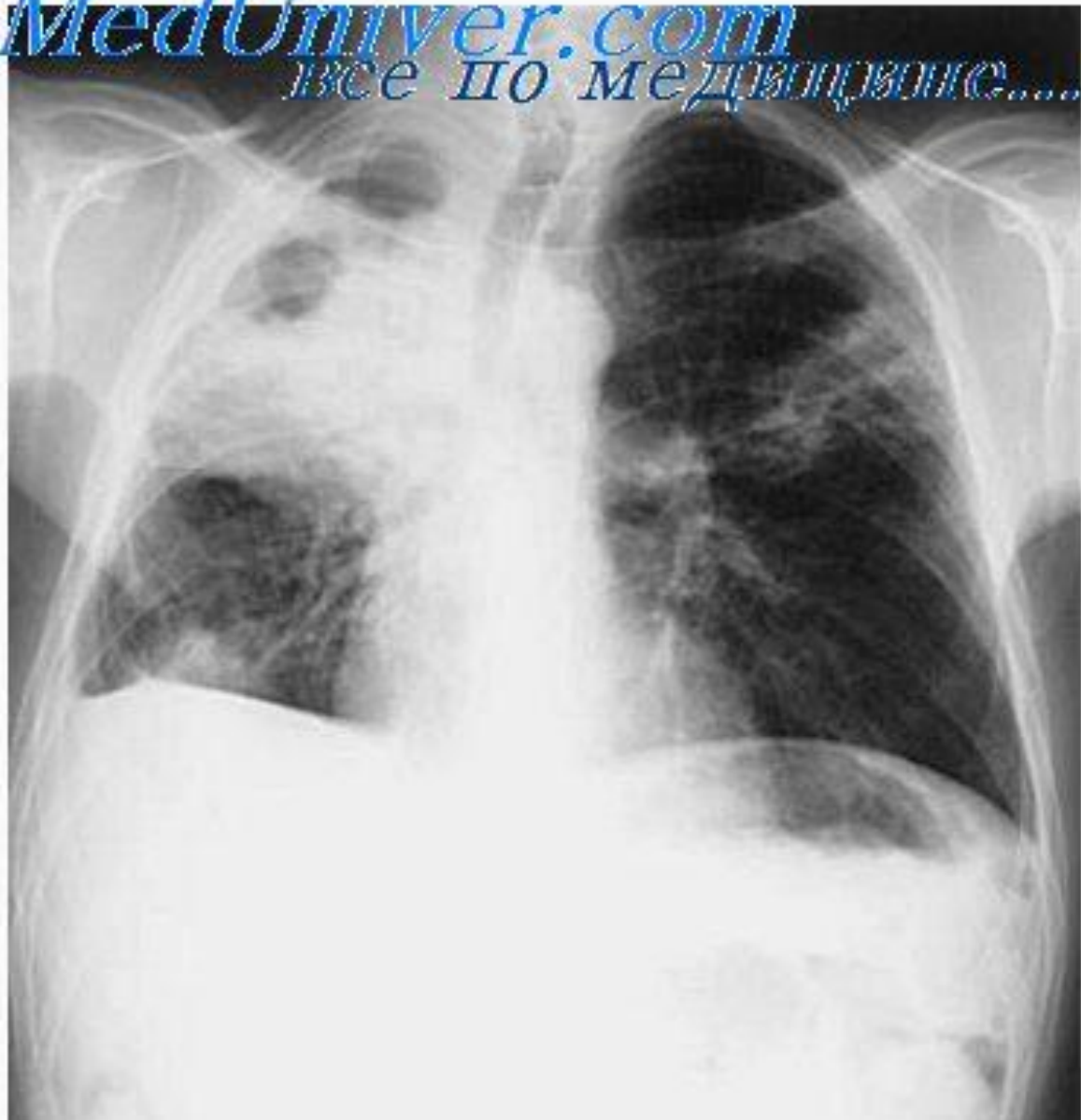
- **Рентгенография:** кеуде қуысында жайылған және қатал өзгерістер анықталады. Лобарлы казеозды пневмониясы бар науқастардың шолу рентгенограммасында өкпенің барлық немесе үлесінің көп бөлігінің қарайғанын көруге болады. Бастапқыда қарауыту біркелкі, үдеген сайын айқын емес контурлары бар ағаруларды байқаймыз.

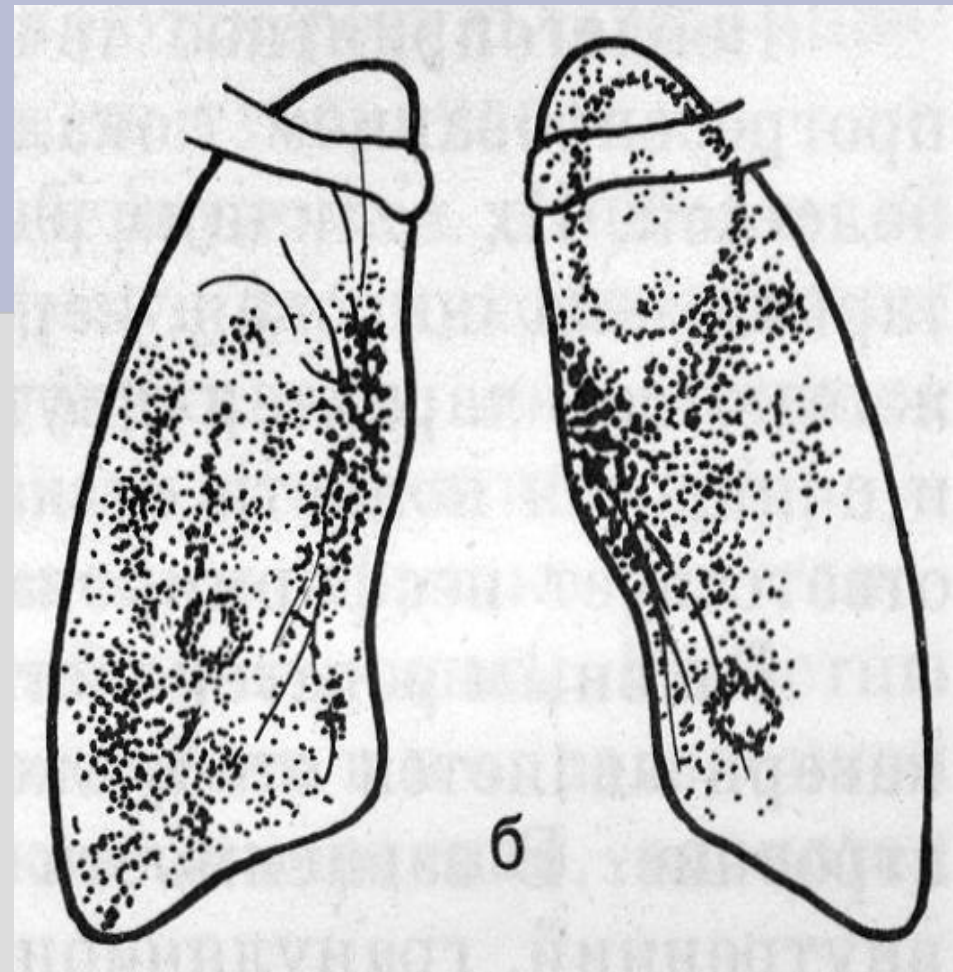
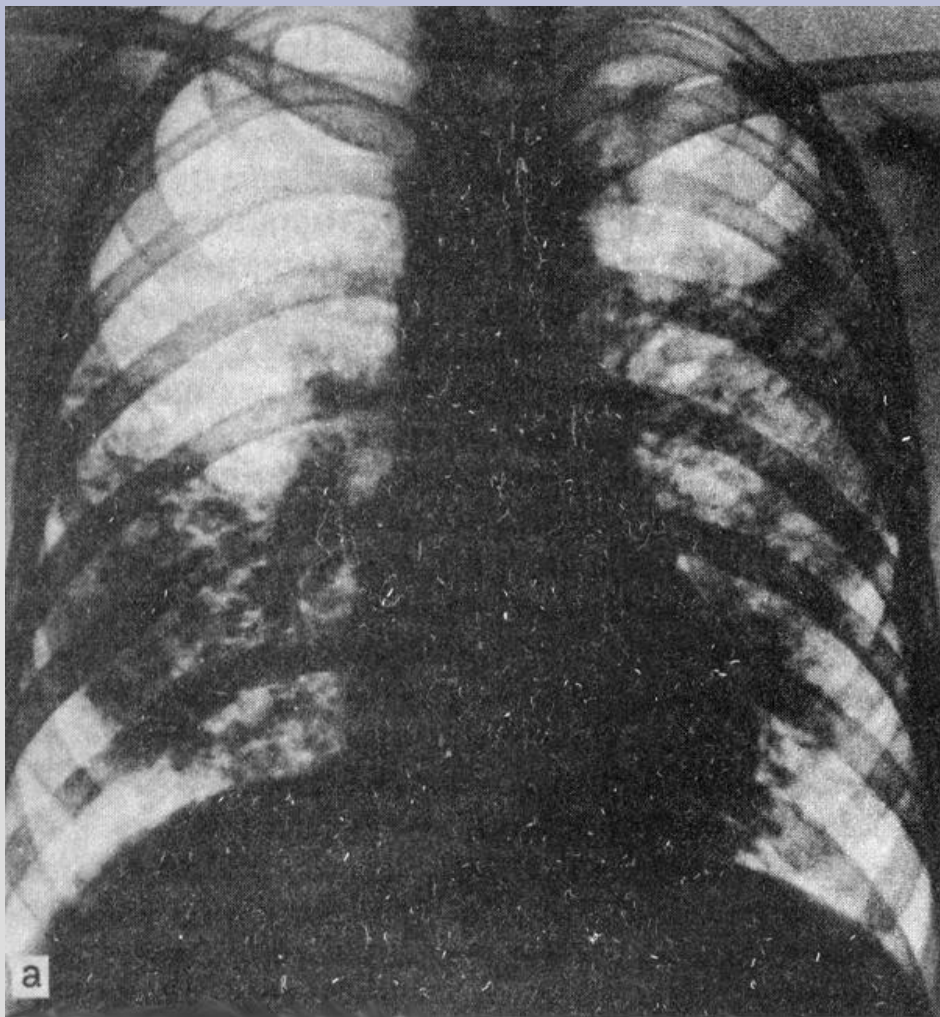




Рентгенограмма органов грудной клетки больного М., 41 год.
Казеозная пневмония верхней доли правого легкого с обсеменением и множественными очагами распада.

MedUniver.com
все по медицине...





Крупная полость распада в СІ, СІІ левого легкого. Бронхобулярные туберкулезные казеозные очаги с расплавлением в нижних отделах.

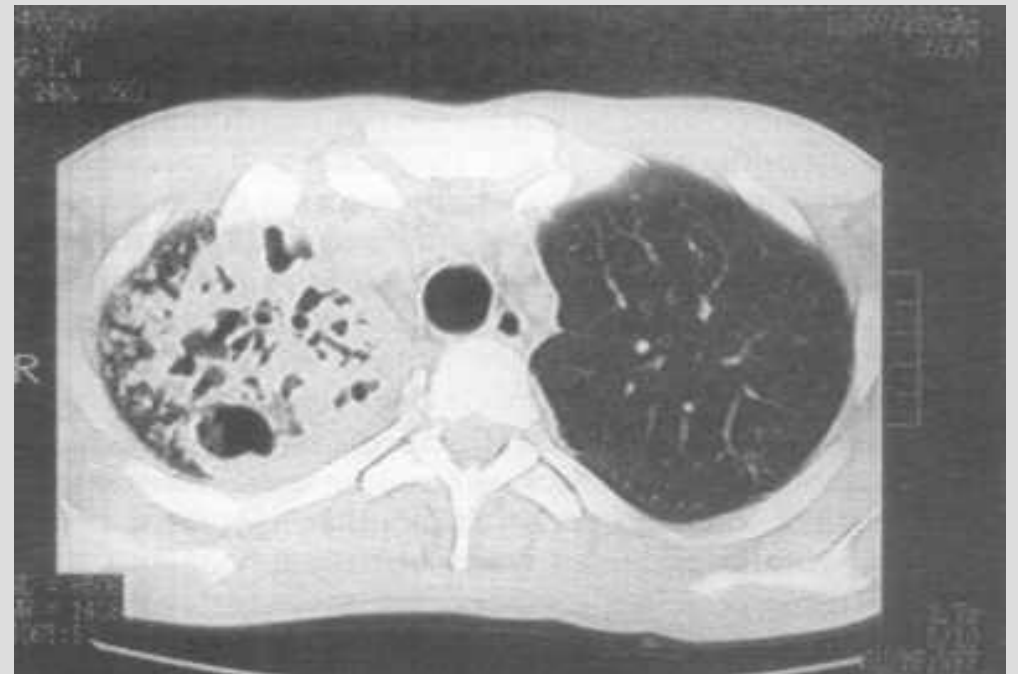
а — рентгенограмма;

б — схема.

КТ көріністері



КТ больного М. Лобарная казеозная пневмония до лечения.



КТ больного Б. Бронхобулярная казеозная пневмония до лечения.

Емдеу принциптері

Препарат	Доза, мг/кг	Емнің ұзақтығы, ай
Интенсивті терапия фазасы		
Ломефлоксацин	13,5	3
Изониазид	10-15	3
Пиразинамид немесе протионамид	20 12,5	3 3
Этамбутол	20	3
Канамицин немесе стрептомицин	15	3
Емдеуге дейінгі фаза		
Изониазид	10-15	6
Пиразинамид немесе протионамид	20 12,5	6 6
Этамбутол	20	6

Пайдаланылган әдебиеттер

1. Струков А.И., Соловьева И.П.//Морфология туберкулеза в современных условиях. М., 1986; 225.
2. Ерохин В.В. и соавт. Пробл. туб. 1996; 4: 32-5.
3. Земскова З.С. и соавт. Пробл. туб. 1996; 3: 38-41.
4. Краснов С.А. Клинико-морфологические особенности и результаты комплексного лечения больных казеозной пневмонией.//Автореф. дисс... канд. мед.наук. М., 1997; 21.
5. Наумов В.Н. и соавт.//Казеозная пневмония и особенности хирургического лечения. В кн.: Материалы Московской международной конференции 17-19 сентября 1997 г.; 159.