

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан Мемлекеттік Медицина Университеті

**Кафедра: Инфекциялық аурулар**

# **Интерннің өзіндік жұмысы**

Тақырыбы: Лимфаденопатиямен жүретін инфекциялық аурулармен (лимфагранулематоз, лимфалейкоз, абсцесс, флегмона) екшеу диагностикасы

***Орындаған: Нұрмұхамбетова Қ 627***

***Тексерген: Туребаева Д.И.***

2016ж

# Жоспар

- ▶ Лимфогранулематоз бен лимфолейкоз кезіндегі лимфа түйіндердің ұлғаю ерекшеліктері
- ▶ Лимфогранулематоз клиникасы
- ▶ Лимфолейкоз клиникасы
- ▶ Флегмона және абсцесс клиникасы ерекшеліктері

## Лимфагранулематоз

Жиі ерте жаста кездеседі (20—40 жас). Жедел немесе баяу ағымда пайда болып бірнеше жылға созылады.

Кеуде іші перифериялық және құрсақ іші лимфа түйіндері зақымдалады

90—95% науқастарда кеуде іші және сыртқы лимфа түйіндері зақымдалады. Мойын, бұғана үсті, қолтық асты, шап лимфа түйіндері өлшемі үлкен қозғалмалы ауырсынусыз, терімен жанаспаған («картофель в мешках» — А. А. Кисел бойынша). Үлкен көлемдегі медиастинальды лимфа түйіндері зақымдалған кезде жоғары вена қысымынан ауыр ентігу, цианоз, беттің ісінуі, мойын тері веналарының ісінуі, афония және дисфагия дамиды.

Лимфогранулематоз кезінде жиі медиастинальды және паратрахеальды, лимфа түйіндері зақымдалады, процесс екі жақты болады

## Лимфолейкоз

Баяу түрде дамиды, интоксикация симптомдары удеген сайын перифериялық лимфа түйіндері улкейеді, әсіресе кеуде іші және құрсақ іші лимфа түйіндері улкейеді. Перифериялық түйіндер ауырсынусыз, эластикалық консистенциялы, қозғалмалы, іріңдеуге бейім емес. Науқастарда бауыр және көкбауыр улкейеді.

Лимфа түйіндері бірінен кейін бірі, кезектесіп ұлғаяды, әдетте ең бірінші мойын, содан кейін қолтық асты, ал аурудың айқын кезеңінде басқа топтардың лимфа түйіндерінің ұлғаюы байқалады. Олар сипалағанда қамыр тәрізді жұмсақ, эластикалық, ауырсынбайды, бір-бірімен және терімен жабыспайды. Көкбауыр қалыпты не аз ғана ұлкейеді, эластикалық консистенциялы, көлемі өзгермейді.

Қарағанда лимфаденопатия байқалады және барлық топтағы шеткі лимфа түйіндердің (иек асты, мойын, бұғана үсті мен бұғана асты, шап және т.б.) ұлкейгені анықталады. Өлшемдері ноқаттан тауық жұмыртқасына дейін болуы мүмкін. Кейде бір топтағы ұлғайған лимфа түйіндері конгломерат тәрізді болып көрінеді. Аурудың классикалық түрінде кеуде аралық және іш пердесі лимфа түйіндерінің ұлғаюына қарамастан ішкі мүшелердің қысылу белгілері

- ▶ Лимфогранулематоздың басты симптомдары
- ▶ Терцендік түнгі уақытта
- ▶ Салмақ жоғалту
- ▶ Қызу көтерілу
- ▶ Лимфа түйіндерінің ұлғаюының әсерінен жөтел және тыныстың қиындауы

- ▶ Лимфолейкоздың клиникалық көріністері айқын байқалады. Науқастар әлсіздіктің күшеюіне, жұмысқа деген қабілеттің төмендеуіне, азуына, дене қызуының жоғарылауына, түнгі уақытта терлеуіне, лимфа түйіндердің үлкеюіне шағымданады.
- ▶ Қарағанда лимфаденопатия байқалады және барлық топтағы шеткі лимфа түйіндердің (иек асты, мойын, бұғана үсті мен бұғана асты, шап және т.б.) үлкейгені анықталады.
- ▶ Олардың консистенциясы қамыр тәрізді, бір-бірімен және терімен жабыспаған, өлшемдері ноқаттан тауық жұмыртқасына дейін болуы мүмкін. Кейде (СЛЛ-ның ісіктік түрі) бір топтағы ұлғайған лимфа түйіндері конгломерат тәрізді болып көрінеді. Аурудың классикалық түрінде кеуде аралық және іш пердесі лимфа түйіндерінің ұлғаюына қарамастан ішкі мүшелердің қысылу белгілері байқалмайды.
- ▶ СЛЛ-ның Т-жасушалық түрінде лимфоидтық инфильтрат терінің бейспецификалық өзгерістерімен жүреді. Аурудың типтік түрінде псориаз, экзема жиі байқалады. Сонымен қатар СЛЛ-да эритродермия, белдеме ұшық (кейде жайылмалы түрде), есекжем, нейродермит, терінің микоздық зақымданулары кездесуі мүмкін.
- ▶ СЛЛ-да бауыр мен көкбауыр үлкейеді, бірақ олардың көлемі СМЛ кезіндегі деңгейге жетпейді. Дерттің спленомегалиялық түрінде көкбауыр біршама ұлғайып, бүкіл ішті алып жатады. Оның үлкеюі жиі инфарктпен, периспленитпен асқынуы мүмкін және ол сол жақ қабырға астының ауырсынуы, іш пердесінің үйкеліс шуымен көрінеді. Үлкейген көкбауыр қатты, беткейі тегіс болады. Спленомегалия (гиперспленизм нәтижесінде) тромбоцитопенияға, анемияға, кейде панцитопенияға алып келуі мүмкін. Сирек бауырдың лейкомиялық инфильтрациясы салдарынан гепатомегалия байқалады. Пальпацияда бауыр қыры дөңгеленген, қаттылау, беткейі тегіс болады. Жергілікті лимфа түйіндердің үлкеюіне байланысты өт жолдарының бітелуі қосылса, онда холестажды сарғаю дамуы мүмкін. Қақпа көк тамыры аймағындағы лимфа түйіндері үлкейгенде порталды гипертензия асцитпен бірге көрінеді, бірақ бұл синдромдар СЛЛ-ның ісіктік түріне ғана тән.
- ▶ Кейде асқазан мен 12 елі ішектің ойық жарасы, асқазан-ішектерден қан кетулер, мальабсорбция синдромы кездесуі мүмкін. Кейін оларда фолий қышқылы мен темір жетіспеушілігі анықталады.

- ▶ Жалпы қан талдауы. СЛЛ-ның бастапқы сатысында жалпы қан талдауында орташа лейкоцитоз ( $15-30 \times 10^9/\text{л}$ , кейде  $50 \times 10^9/\text{л}$ -ге дейін) және 60-80 %-ға жететін лимфоцитоз анықталады. СЛЛ кезіндегі лейкоздық лимфоциттер қалыпты лимфоциттерден ешқандай айырмашылығы жоқ, олар жетілген ұсақ жасушалар болып көрінеді. СЛЛ-ның қатерсіз түрінде лимфоцит өлшемі 10-12 мм, дөңгелек не сопақ пішінді, ядролары дөңгелек, хроматині гомогенді, жарық арықтармен бөлінген, цитоплазмасы ашық-көгілдір, кең емес.
- ▶ Қанда кейде жетілмеген, көлемі үлкен, ядросы жоқ лимфоциттер немесе Ридер жасушалары (бүршік тәрізді не екі бөлшекті ядросы бар лимфоциттер) болуы мүмкін. СЛЛ-ның ерекше белгісіне Боткин-Гумпрехт жасушалары - ядросы жартылай бүлінген лимфоциттердің табылуы жатады. Олар жұғынды жасау барысында артефакт ретінде бүлінген лейколизді жасушалар.
- ▶ СЛЛ-ның айқын клиникалық көріністер кезеңінде әртүрлі дәрежедегі лейкоцитоз табылады, әдетте лейкоциттер саны  $50 \times 10^9/\text{л}$ -ден жоғары,  $100 \times 10^9/\text{л}$ , кейде  $200 \times 10^9/\text{л}$  дейін жетуі мүмкін. Қанда лимфоциттер санының күрт жоғарылауы тән. Егер абсолюттік лимфоциттер саны  $10 \times 10^9/\text{л}$  және одан жоғары болса, онда СЛЛ диагнозын жоғарғы айқындылықпен қойылады, ал лимфоциттер саны  $5 \times 10^9/\text{л}$ -ге дейін болса, бұл ауру туралы күмәндану керек. Лейкоцитарлы формулада лимфоциттер 80-90 % құрайды. СЛЛ-ның өршу кезеңіне қанда бірен-саран пролимфоциттер және лимфобластар пайда болады.
- ▶ Пролимфоциттер санының күрт көбеюі СЛЛ-ның пролимфоцитарлық түріне тән, ал айқын бластемия соңғы кезеңнің бластық кризінде байқалады. Науқастардың жартысында нормохромды нормоцитарлы анемия кездеседі, ретикулоциттер қалыпты не жоғары болуы мүмкін. Анемияның айқындық дәрежесі әртүрлі, ол аурудың ұзақтығына тікелей байланысты.

## Созылмалы лимфолейкоз емі

- ▶ Созылмалы лимфолейкоздың арнайы химиотерапиясы □Глюкокортикоидтар. СЛЛ кезінде глюкокортикоидтармен монотерапия тек ауыр аутоиммунды асқынуларда тағайындалады, себебі ол бар иммуножетіспеушілікті күшейтеді және фатальды септикалық асқынулардың себебі болуы мүмкін. Алкилирлеуші химиотерапевттік заттар (мысалы, хлорамбуцил, циклофосфамид) үдемелі, ісікті және пролимфоцитарлы түрінде тағайындалады. Пурина аналогы (флударабин) – СЛЛ кезіндегі жоғары белсенді препарат, ауыр үдемелі және ісікті түрлеріндегі науқастарда ремиссияға әкеледі. Хлорамбуцил емі нәтижесіз болғанда тағайындалады. Препараттың айқын тиімділігі аутоиммунды феномендерде байқалады. Полихимиотерапевттік схема. Алкилирлеуші заттарға төзімділік болғанда COP бағдарламасы бойынша препараттар комбинациясын тағайындайды- циклофосфамид, винкристин, преднизолон. Басқа полихимиотерапевттік схема – CVP (винбластин винкристинмен бірге), CNOP (COP + доксорубин). • Емнің жаңа әдістері: ритуксимаб немесе мабтер препараты (Rituximab, Rituxan, Mabthera) IgG kappa түрі CD20 антигеніне химерлі гуманизирленген моноклональды антидене.

## Абсцесс

(abscess), терінің терең қабатында немесе ішкі органдарда жұқпалы бактериялар тудырған қандағы лейкоцит ұлпаларының бұзылуы салдарынан пайда болатын ірің. Ағзалар мен тканьдерде қабыну салдарынан іріңнің шоғырланып жиналуы. Қою сары ірің сау ұлпаларды қоршап тұратын жасуша сыртындағы сұйықтықтан бөлініп тұрады. Іріңді ісікті кесу немесе жару іріңнің ағып кетіп, ісіктің қайтып, ауырсынуды басады. Ісікті тіліп, қуысты құрғатып емдеу және антибиотиктер тағайындау жараның тез бітуіне жағдай жасайды. Егер қан құрамына өтіп кетсе, басқа ұлпаларда іріңді ісіктің пайда болуына әкелуі мүмкін. Негізгі абсцестер: жұтқыншақ артындағы абсцесс; қатты таңдай абсцесі; мұрын үсті абсцесі; көз асты абсцесі; тіл жақ науашық абсцесі; тіл абсцесі; салқын абсцесс. Орналасуына байланысты жергілікті лимфа түйіндердің ұлғаюы болады.

## Флегмона

Флегмона адамда, көбінесе, тері астындағы, алақан, табан, мойын, жамбас қуысында, т.б. жерлерде орналасқан майлы және дәнекер тіндерді зақымдайды. Флегмонаның бітеу жарадан айырмашылығы іріңді қабынудың басқа аймақтардан (тіндерден) шектейтін анық шекарасы болмайды. Аурудың қоздырғыштарына: стафилококк, стрептококк, анаэробты және іріңді микробтар, ішек таяқшалары жатады. Микробтар тіндерге әр түрлі жарақаттардың салдарынан зақымданған тері, кілегей қабаттары арқылы немесе бітеу жара, көршиқан, шиқан, т. б. аурулардың іріңді ошақтарынан қан арқылы енеді.

Қабыну процесінің барысына қарай флегмона: серозды, іріңді, т.б. түрлерге бөлінеді. Аурудың жалпы белгілері: қабыну ошағы пайда болған жер ісініп, дене қызуы көтеріледі. Ауырған жердің терісі қызарады, бірақ бір ерекшелігі, оның қалыпты тіндерден бөлініп, нақ көзге көрінетін анық шекарасы байқалмайды. Ауру үдеген сайын науқастың дене қызуы жоғарылап, басы ауырады, ұйқысы қашып, асқа тәбеті болмайды. Егер ауру асқынып кетсе, организмде сепсистің дамуына әкеледі. Бет, мойын аймағындағы флегмона асқынып кетсе миға зақым келуі мүмкін. Саусақтардағы флегмонаның ауыр түрінен



- ▶ Абсцесс - деп ұлпалардың шектелген іріңді қабынуын айтады. Ірің жиылған жерде патогендік қабық болады да, осы қабықтың сыртына ірің шыға алмайды, жайылуына мүмкіндік жоқ. Жоғарыда айтылған шиқан, көршиқан, аурулары асқына келе абсцесс жағдайына әкелуі мүмкін. Сонымен қатар кенеттен қабыну процесіне шалынған мүшенің арасында абсцесс пайда болуы ғажап емес. Мысалы, өкпеге суық тиіп, ол кенеттен қабыну процесіне шалдығып қалса, өкпе арасында абсцесс пайда болуы мүмкін. Сол сияқты жарақаттану салдарынан тері астына, ағзаларға қан құйылса және әртүрлі себептерге байланысты сол жерге микробтар түсе қалса, құйылған қан іріңдеп, бір жерге жиналып тұрып алады. Асептика заңын сақтамай, дәріні қайнатылмаған ине-щприцпен денеге енгізгенде, сол иненің ұшы жеткен жерде ірің пайда болуы мүмкін. Жарақаттану, жаралану кезінде тері бұзылып, соның астыңғы қабаттарына микробтар ену арқылы қабыну процесіне жол ашылады. Кейбір жағдайларда мал сепсис ауруына ұшырағанда қанмен бірге таратылып жатқан микробтар ағзаға қонып, сол жерлерде абсцесс пайда болуына себепші болады. Мысалы, мұндай ауруларда кенеттен өкпе абсцессі, бауыр абсцесі пайда болуы мүмкін.
- ▶ Этиологиясы. Стрептакокк, стафилакокк.
- ▶ Клиникасы. Домбығу, қызару болады. Жергілікті қызу болады.

- ▶ Флегмона стафилококпен шақырылатын көбінесе, тері астындағы, алақан, табан, мойын, жамбас қуысында, т.б. жерлерде орналасқан майлы және дәнекер тіндерді зақымдайды. Ауырсыну, ісіну, домбығу, қызару болады.



Рис. 1. Одонтогенная флегмона подглазничной области справа от 13



Рис. 2. Одонтогенная флегмона подглазничной, щечной областей слева



# Абсцесс



## Лимфогранулематоз



## Лимфолейкоз



# Пайдаланылған әдебиет

- ▶ А. Қ. Дүйсенова. «Жұқпалы аурулар». Алматы, 2014.
- ▶ Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Тері және венерологиялық аурулар : оқулық / казак тіліне аударған және жауапты редакторы Б. Түсіпкалиев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.