

- Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті

Туберкулезды плевриттің клиникасы, диагностикасы, өкпенің ошақты туберкулезі, өкпе туберкуломасы және өкпенің инфильтративті туберкулезінің клиникасы, диагностикасы, дифференциальды диагностикасы, емі.

**Қабылдаған: Сауле Серікбаевна
Орындаған: Қайнарқызы Дамира
Топ: ЖТД-615**

Жоспар:

- Анықтама
- Классификация
- Патоморфология
- Клиникалық белгілер
- Диагностика
- Дифференциалды диагностика
- Емі

Туберкулезді плеврит

- **Туберкулезді плеврит**- плевраның жедел, жеделдеу, созылмалы түрде туберкулезбен қабынуы, плевра қуысына сұйықтықтың жиналуы. Туберкулезді плеврит кез келген жердегі туберкулездік инфекцияның асқынуынан кейін дамиды. Көбінесе плеврит туберкулездің бірінші және диссеминирлі туберкулезінде жиі кездеседі.
- Көбінесе балаларда, жасөспірімдерде, жас адамдарда кездеседі

Классификация

Патогенезі бойынша

аллергиялық

перифокальды

плевра
туберкулезі

Орналасуы бойынша

сүйекті-
диафрагмальді

сүйек маңы

парамедиастинальды

бөлікаралық

өкпе ұшылық

плеврит

Фибринозды
(күрғақ)

экссудативті

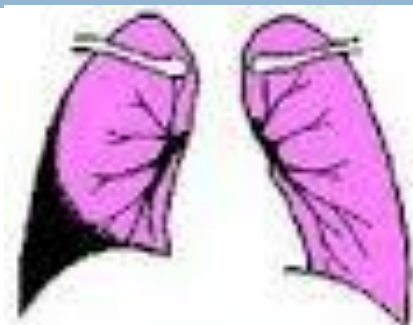
серозды

серозды-
фибринозды

геморрагиялық

хилёзды

плевра
эмпиемасы



косто-диафрагмальный



диафрагмальный



костальный



междолевой



паранедиа-
стигальный



верхушечный

Төмендегідей клиникалық түрлерге бөлеміз:

- -фибринозды плеврит;
-экссудатты плеврит;
-туберкулезді эмпиема;

Клиникасы

- ▣ Туберкулезді плевриттің клиникалық белгілері әрқилы, ол қабынудың түріне, оның плевра қуысына таралуына, өкпедегі туберкулез үрдісінің ауырлағына байланысты болады.
- ▣ **Фибринозды плеврит** : бірітіндеп немесе бірден жедел басталады, кеуде қуысында ауру сезімі пайда болады, құрғақ жөтел, тұрақсыз дене қызуының көтерілуі , науқас аздап әлсірейді. Кейде бүйірінің ауырсынуы жөтелгенде және сау жаққа қарай еңкейгенде күшейе түседі. Ауырсыну сезімі иық белдеуіне, қолға, іш қуысына қарай беріледі. Құрғақ плевриттің диагностикалық белгісі-**плевра қабықтарының үйкеліс шуының естілуі**.
- ▣ **Эксудатты плеврит** дене температурасының көтерілуі, ентигу бірте-бірте ұлғаяды. Қарап тексергенде : демалғанда кеуде қуысының зақымдалған жағы сау жаққа қарағанда қалып қояды. Сұйықтық көп мөлшерде жиналғанда қабырға аралық кеңістік тегістеледі, жұмсақ тіндердің ісінгендігі байқалады. Сұйықтық жиналып , плевра қабықтары бір-бірінен ажырағанға дейін аурудың алғашқы қабыну сатысында плевраның үйкеліс шуы , оған қоса ұсақ көпіршікті ылғалды және құрғақ сырылдар естіледі.

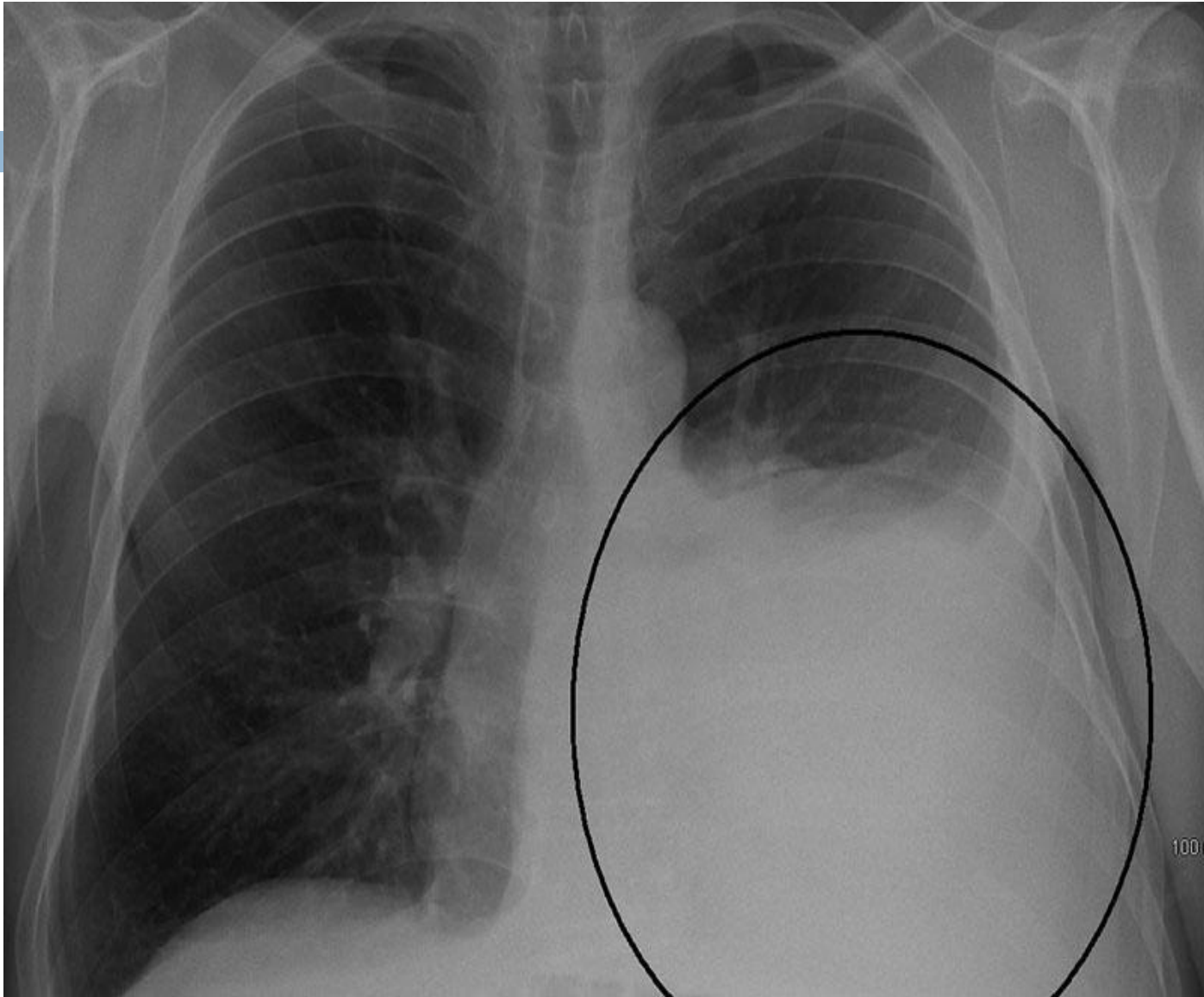
Клиникасы

□ Эртүрлі ауырлық дәрежеде.

- Интоксикациялық синдром, фебрильді қызбамен.
- Үдемелі ентигу, бір бүйірдегі батып ауру сезімі.
- Ерте кезеңінде – плевра үйкеліс шуылы, құрғақ және ылғалды ұсақ көпіршікті сырылдар естіледі
- Сұйықтық жиналғанда-кеуденің бір бөлігінің тыныс алудан қалуы, қабырғааралықтар тегістеледі .перкуторлық дыбыстың тұйықталуы, дауыс дірілі және тыныс шулының әлсізденуі.
- Экссудаттың сорылуы кезінде-плевра үйкеліс шуылы қайтадан дамиды.
- Іріңді экссудаттың бронхқа немесе қабырғааралыққа жарылуымен асқынады.

Рентгенологиялық көрінісі

- Плевра қуысына экссудат жиналған сайын алдымен қабырға көкеттік қойнаудың мөлдірлігі жоғалады
Туберкулезды плевритке тән – жоғарғы шекарасы қиғаш, жоғарыдан сыртқа қарай- төменнен ішке қарай келген өкпенің төменгі бөлігінің интенсивті, біртекті көлеңкеленуі.
- Плевра қуысында ауа болғанда- сұйықтық көлемі көлденең орналасады
- Көкірек аралық ағзалардың қарама-қарсы аймаққа ығысуы
- Рентгеноскопияда науқастың қозғалысы кезінде сұйықтықтың қозғалысын көреміз





Диагностика

- Физикалық зерттеу;
- ЖҚА: ЭТЖ жоғарылауы, лимфопения, лейкоцитоз, анемия болуы мүмкін
- Туберкулинді сынама: жиі оң немесе анық нормергиялық
- УДЗ
- Эксудатты зерттеу (торокоцентез): цитологиялық, биохимиялық, микробиологиялық
- Плевралды биопсия (Абрамс инесі);
- Видео-торакоскопия биопсиямен;
- ИФА (эксудаттағы антидене титрі);
- КТ ;
- Серозный сипатта эксудатта лимфоцит, эозинофил (10% дейін), мезотелийдің артық болады. Глюкоза мөлшерінің төмендейді (3.33 ммоль/л төмен), эмпиема – теріс.

Дифференциалды диагностика

- **Пневмониялық плеврит** –өкпенің қабынуымен бір мезгілде дамиды парапневмониялық плеврит, сұйықтық мөлшері аз,серозды болады. Пневмонияның үдемелі ағымында пайда болған плевритте ауру белгілері күшейеді: науқаста улану белгілері ұлғаяды,дене температурасы көтеріледі, ол ірінді экссудаттың пайда болғанын көрсетеді. Пневмониялық плевритте өкпеде бейспецификалық пневмониялық үрдістер анықталады және экссудаттың құрамында нейтрофилдердің саны басым түседі.
- **Ісікті плеврит** көптеген жағдайда ісік жасушаларының плевраға, өкпеге көшуі нәтижесінде пайда болады, плевраның алғашқы қатерлі ісігі мезотелиома көрінісімен сирек анықталады. Плевриттің этиологиясын анықтауға алғашқы ісіктің табылуы көмек етеді. Алғашқы ісік көбінесе- сүт бездерінде. Ұйқы безінде, бүйректе,асқазанда орналасады. Ісітегі экссудат-геморрагиялық болып келеді, аспирация жасалған күнде де экссудат жинала береді.
- **Өкпе инфарктісінде** көбінесе плевра қуысына сұйықтық жиналады. Сұйықтық серозды . Геморрагиялық , қабыну түрінде болады. ӨАТЭ –ның клиникалық көріністері, өкпе инфарктісінің таралуын ангиографиядан анықтауға болады.
- Инфарктіден кейінгі плеврит инфаркттан кейін 8-10 күннен соң дамиды, ол аллергиялық пневмонитпен , перикардитпен бірге өтеді, сұйықтық мөлшері көп емес , цитограммада эозинофилдер саны жоғары болады.

Емі

- Ем категорияға сәйкес жүргізіледі. Көп мөлшерлі экссудат 3-4 апта бойы емдегеннен кейін сорылмаса , қосымша кортикостероидты гормондар беріледі олар экссудаттың сорылун жылдамдатады және плевраның фиброзды қалыңдауын азайтады. Тыныс алу жетіспеушілігі пайда болғанда жүрек қызметін жақсарту мақсатында пункция жасап, сұйықтықты сорып алады.
- Іріңді экссудат пайда болғанда пункция жасап, плевра қуысына туберкулезге қарсы қолданылатын препараттарды , кең спектрлі антибиотиктерді стрептомицин, рифампицин енгізіледі. Созылмалы іріңді плевритте хирургиялық ем-декортикация жасалынады, іріңді қапты толығымен алып тастайды.

- Өкпенің ошақты туберкулезі
- Өкпенің ошақты туберкулезі- көлемі 1 см-ге дейінгі патологиялық көлеңке айтамыз. Аз симптомды клиникалық белгілермен ерекшеленеді, уақытылы анықталған туберкулез түрінде қаралады.

- Ошақты туберкулез екіншілік туберкулездің ең ерте формасы болып табылады.

Бірінші рет тыныс алу ағзалары туберкулезімен

ауырған науқастар ішінде ошақты туберкулездің үлесі 10-18% дейін анықталады, ал туберкулезге қарсы күрес жүргізетін диспансерде есепте тұратын науқастардың ішінде 24-25% дейін болады.

- Келесі клиникалық түрлерін ажыратады:
- -өкпенің жаңа ошақты туберкулезі;
- -өкпенің созылмалы ошақты туберкулезі.

Патогенезі және патологиялық анатомиясы

- ▣ **Өкпенің ошақты туберкулезінің дамуына әсер ететін себепке эндогенді инфекцияның ағзада реактивациялануының (әктенген ошақтардағы немесе біріншілік генезді кальцинаттардағы инфекцияның реактивациясы) немесе экзогенді суперинфекция (организмге сыртқы ортадан вирулентті ТМБ көп түсуі) есебінен дамиды. Қалай даму себебін анықтау әрдайым мүмкін емес.**

- Ошақты жаңа туберкулезде бірінші рет пайда болған алғашқы өзгерістер, әдетте, өкпенің жоғары бөліктерінде дамиды, оған ТМБ лимфа бездерінен немесе аэрогенді жолымен бронхтар немесе лимфа тамырларына өтеді және өте сирек гематогенді жолмен таралады. Өкпе паренхимасының зақымдануы майда бронхтардың немесе лимфа тамырлардың туберкулезді қабынуымен басталады. Бронхтардың қабынуында пайда болған казеозды массалардан ТМБ көршілес жатқан өкпе ұшындағы субапикалды және апикалды бронхтарға түседі, олардың айналасына ацинозды –нодозды (түйінді) және лобулярлы ошақтар түзіледі.

- Қабыну лимфа тамырлар арқылы таралып, жаңа ошақтарды түзейді. Сөйтіп, жаңа туберкулез ошақтары (Абрикосов ошақтары) пайда болады. Алғашқыда бронхо- пневмониялық ошақтар экссудатты қабыну түрінде өтеді, бірақ көп ұзамай ошақты тіннің қабыну реакциясы продуктивті болады. Патоморфологиялық тұрғыдан жаңа туберкулез ошақтары – сегменттерде анықталады. Жаңа ошақ алғашқыда, анатомиялық жағынан панбронхит казеозымен бронх түтігінде көрінеді және бронх айналасындағы тінде лимфоциттер шоғырланады.

Клиникалық белгілері:

- Шартты түрде улану
- Тыныс алу ағзаларының зақымдануында пайда болатын белгілер
- Дене қызуы тұрақсыз субфебрильді,
- Жұмыс істеу қабілетінің төмендеуімен
- Вегатотамырлы құбылмалығымен
- Науқас бүйірінің ауыру сезімі
- Аз мөлшердегі қақырықты жөтел
- Кей жағдайда қақырықпен қан түкіру
-

Рентгенологиялық көрінісі

- Өкпенің ошақты туберкулезінің ең алғашқы рентгенологиялық көрінісі – ол баяу қанықтығы әлсіз, нәзік торлы, пішіні анық емес, жолақ тәріздес көлеңкелер көрінеді. Шектелген көлеңке көлемі 1 см-ге дейін, пішінідұрыс емес, қанықтығы әлсіз, шеті, жиегі анық емес топтасқан көлеңкелер анықталады.



Жана ошақты туберкулез кезінде жиі кальциленген кеуде ішілік лимфа бездері немесе өкпеде бірен- саран кальцинаттар байқалады, олар эндогенді реактивацияның көзі болуы мүмкін. Ошақты созылмалы туберкулез кезінде кіші ошақтар 4 мм-ге дейін және орташа көлемдегі ошақтар 6 мм-ге дейін және олардың қанықтығы орташа, жоғары болады. Ошақтардың жиектері анық көрінеді, олардың кейбіреулерінде тығыз түйіршіктер кальций тұзының шөгуі байқалады.

ДИАГНОСТИКАСЫ

- ▣ **Туберкулин диагностикасы: Бірінші рет анықталған активті ошақты туберкулезбен ауыратын науқастарға туберкулинді тері астына жібергенде, оларда жалпы кейде ошақты реакция беруі мүмкін.**

Емі

- ДДҰ стратегиясы бойынша науқастар категорияларына сәйкес емделеді. Туберкулезге қарсы 2-3 түрлі дәрілерді біртұтас қолданады. Ошақты туберкулездің экссудативті және продуктивті түрлерін емдеуде изониазид, стрептомицин және рифампицин 6-9 ай белгіленеді.
- Алғашқы 4 айда науқастар препараттарды күн сайын қабылдайды, кейін үзіліспен аптасына 2-3 рет қабылдайды.

Өкпе туберкулемасы

- Диаметрі 1 см үлкен, фибринозды капсуламен шектелген, созылмалы, торпидті ағыммен өтетін казеозды фокусты туберкулема деп атаймыз. Туберкулема көбінесе 20-35 жастағы адамдар арасында анықталады.

Клиникалық түрлеріне бйланысты:

- үдемелі туберкулема
- регрессиялы туберкулема
- тұрақты туберкулема



Туберкулема классификациясы

- Ошақтан немесе инфильтраттан түзілген туберкулеманы **нағыз** деп атайды
- **Солитарлы туберкулема** 2 қабатты капсуламен қоршалған домалақ казеозды фокуспен сиппатталған
- **Қабатты туберкулемалар** казеозды қабықшалармен бөлінген, айналасында фиброзды қабат бар казеозды ядродан құралған
- Іші толған кавернаны **жалған** немесе **псевдотуберкулема** деп атайды.

Өкпе туберкулемасы 3 клиникалық көрініспен жүреді

- **1-шісі Стабильді: нағыз стабильді немесе өршитін**
- **2-шісі Регрессирлеуші**
- **3-ші Өршитін**

Нағыз стабильдіде клиникалық көріністері мен рентгенде өзгерістер бір қалыпты болады

Өршитін ауруда ешқандай прогресс болмасада жаңадан симптомдар қосыла береді

Регрессирлеушіде Ошақ кішірейіп орнына фиброзды тін қалыптасады

Жалпы әлсіздік, Дене салмағының төмендеуі, жалпы интоксикациялық симптомдар, уыттану симптомдары, қақырық тастайтын жөтел.

Туберкулема өршуі кезінде кейде қан аралас болады

Диагностикасы

- Туберкулинге сынама
- Флюорография
- Рентгенография
- Компьютерлі томография
- Жалпы қан анализі
- Биохимиялық қан анализі

Рентгенологиялық көрінісі

- Туберкулема рентгенде дөңгелек көп циклды, кей жағдайда пішіні дұрыс емес , диаметрі 1 см-ден астам оңашаланған фокус түрінде көрінеді. Туберкулемалар көбінесе өкпенің 1-ші немесе 2-ші сегменттерінде орналасады
- Туберкулеманың рентгенологиясында жиі айқын дөңгелек немесе шар тәріздес жеке көлеңке тін. Көлеңке бір тектес, кейде кальцинаттар болуымен сипатталады. Ыдырау болған жағдайда кальцинаттар ортадан шеті түзу емес (қол орақ және бухта тәріздес) формада, жиі секвестрлер болады. Туберкулема айналасында ұсақ ошақты көлеңкелер.

Дифференциалды диагностикасы

- ▣ ***Шеткі қатерлі ісік*** : қатерлі ісікпен ауыратындарда бұрын созылмалы бронхит өршуінің жиі болғандығын ; ал туберкулемамен ауыратындар құрғақ немесе экссудатты плевритпен ауырғанын, туберкулезбен ауырған науқастармен байланыста болғандығын ескерген жөн. Туберкулемамен ауыратын науқастарда жөтел сирек немесе тіпті анықталмайды. Қатерлі ісікпен ауыратын науқастардың кеудесіндегі шаншып ауырсыну сезімі басылмайды, ұлғая береді және енгіге береді. Қатерлі ісікте көлеңке қою, шеттері аса айқын емес, иректелген, бұдырлы. Қатерлі ісікпен ауыратын науқастарда өкпе түбірінде ісіктің метастазы байқалуы мүмкін, ал туберкулемамен ауыратын науқастарда – әктенген лимфа бездері анықталады. Қатерлі ісік ауруында туберкулин реакциясы тұрақты түрде әлсіз оң немесе теріс болады.

Емі

- Өкпе туберкулемасының емі туберкулездің осы түрінің патоморфологиялық ерекшеліктерін және ұзақ этиотропты терапияның нәтижесінің аздығын есепке алып жүргізеді. Ауруларға қарсы көрсеткіші болмаған жағдайда өкпеге шағын экономды резекция жасалынады. Операцияға айқын көрсеткіштер болып – туберкулема көлемінің үлкен болуы, ыдырау қуысы, туберкулема ағымының дамуы, бактерия бөлушілік болғанда туберкулеманың көлеміне қарамай операция жасау керек. Операция алдында 3-4 ай этиотропты химиотерапия курсы жүргізеді. Операциядан кейін туберкулезге қарсы дәрілерді схема бойынша екінші санаттың жалғастыру кезеңімен берілу керек.

Өкпенің инфилтратты туберкулезі

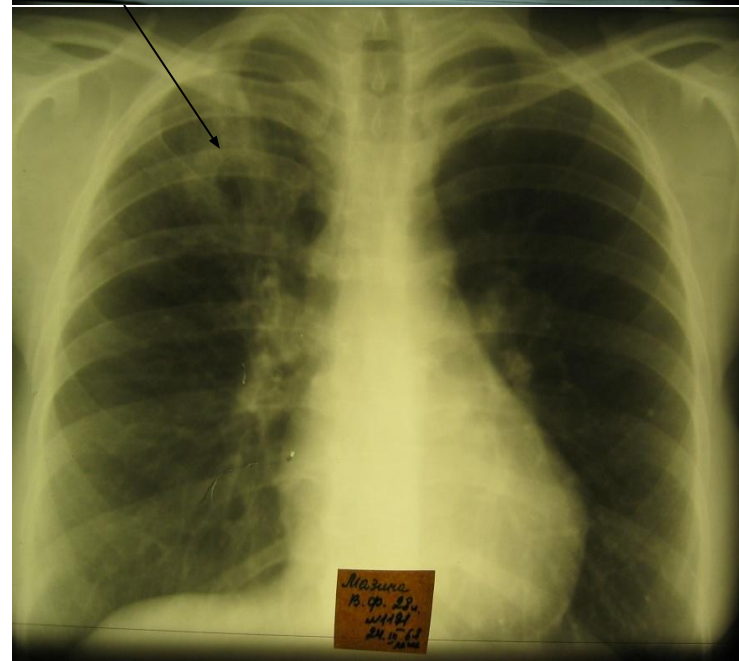
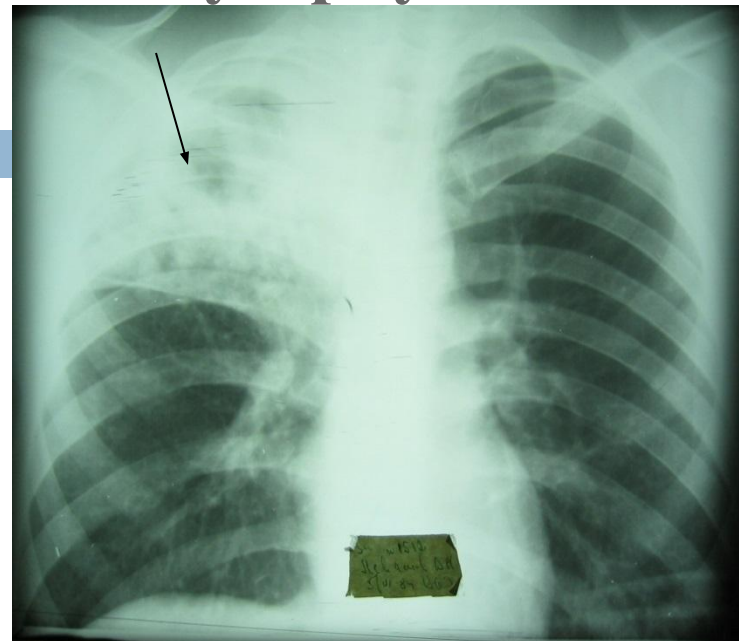
Инфилтратты туберкулез –

перифокальді қабынуы бар бір немесе бірнеше казеозды ошақтармен сипатталатын және бірнеше бөлікшелерге немесе өкпе бөліктеріне таралатын жедел және үдемелі ағымға бейім үрдіс.

Локализация - жиі 1,2,6 сегмент

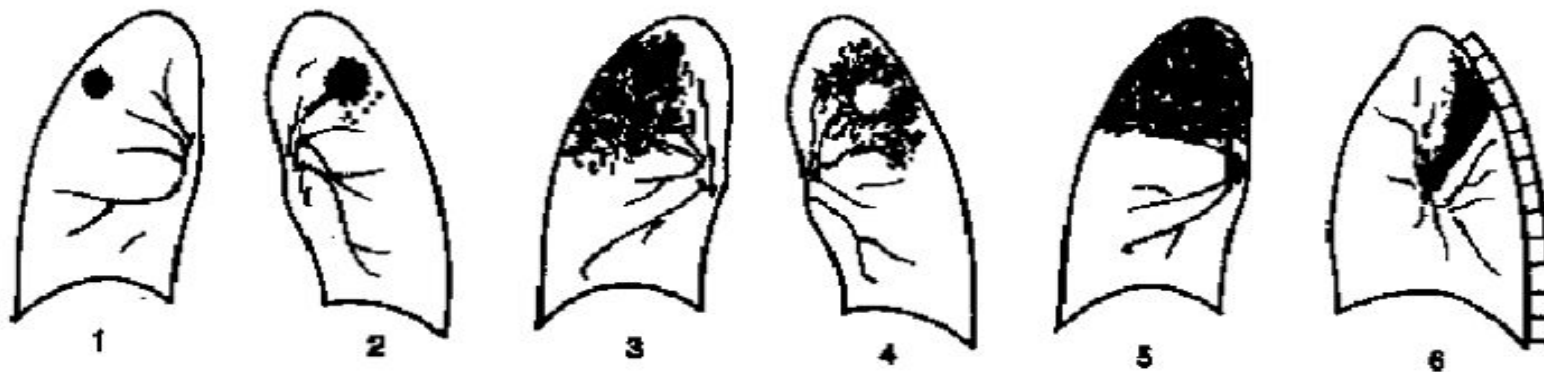
Себебі:

- Массивті суперинфекция
- Қосымша аурулар
- Ашығу
- Стресс, психоэмоциональді жарақат
- Гормональді бұзылыс
- Гормональді препараттарды қабылдау



Клиникалық түрлері

Типы инфильтратов (схема)



- 1- бронхолобулярный; 2-округлый; 3-облаковидный; 4-облаковидный в фазе распада; 5- лобит; 6-перисциссурит (боковая проекция);

Өкпенің инфилтратты туберкулезі

Бронхолобулярлы және дөңгелек инфилтрат

Клиникалық белгілері(әлсіз):

- Әлсіздік
- Шаршағыштық
- Тәбеттің төмендеуі
- Дене қызуының эпизодикалық жоғарылауы
- Жиі алдын ала флюорографиядан өткенде ғана анықталады.

•Анамнез

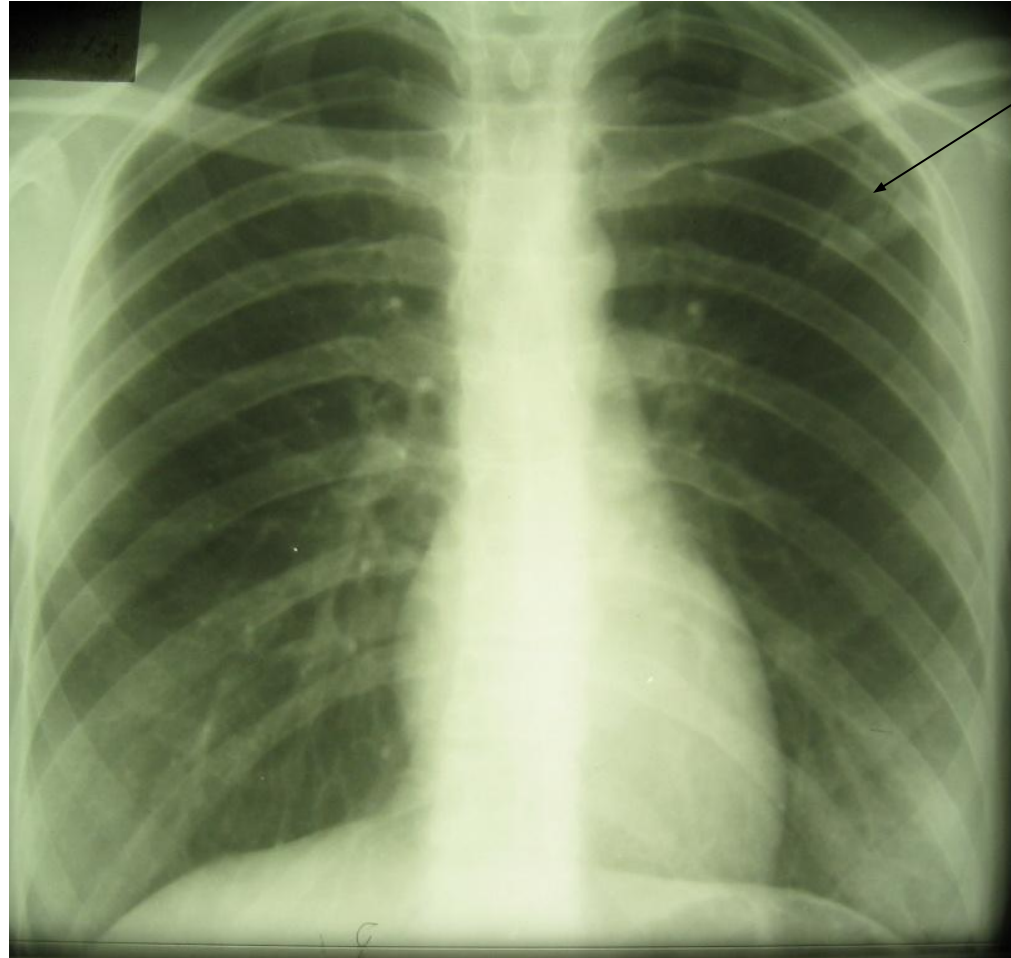
- Аускультацияда өзгерістер жоқ
- Кеуденің зақымданған бөлігінің тыныс алған кезде қалуы
- Ошақ өкпе үшiнда орналасса, иық бұлшықеттерінің ауру сезімі
- Манту сынамасы: оң, нормергиялық
- Бронхоскопия: ТМБ+

Рентгенологиялық көрінісі

Бронхолобулярлы инфильтрат

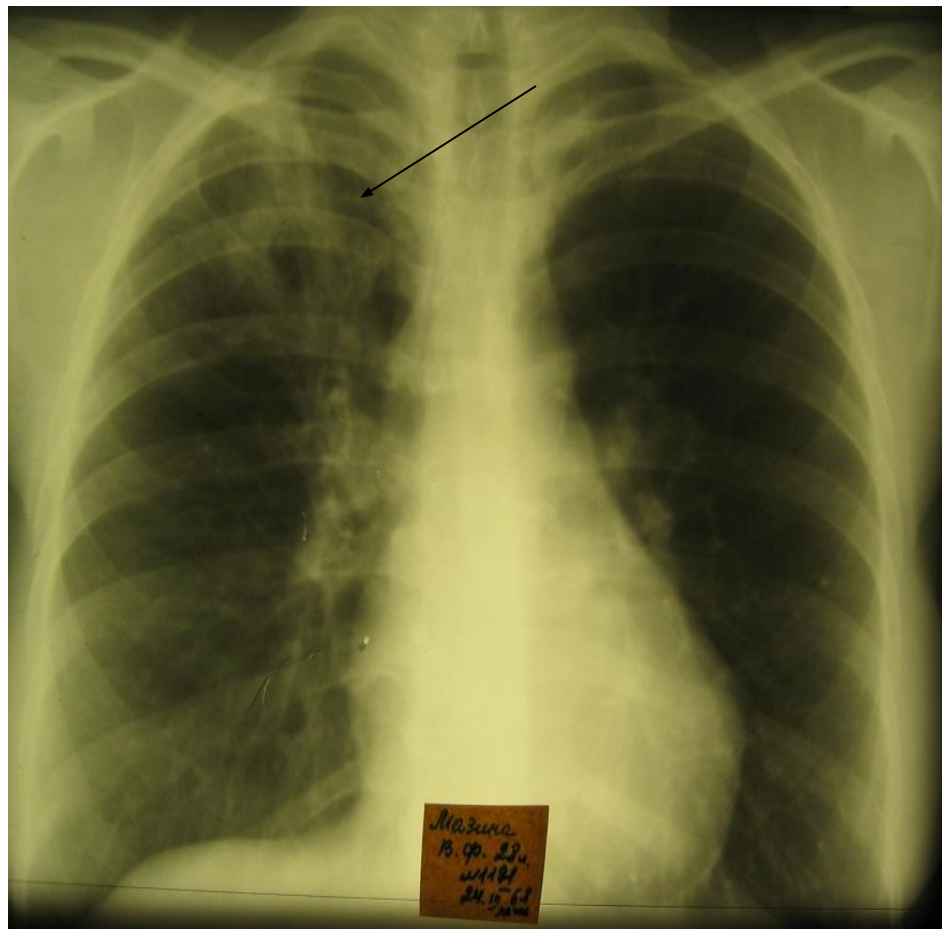
Инфильтрат диаметрі 3 см дейін дөңгелек немесе полигональді пішінде, жиі кортикальді зонадан (1,2,4 сегмент) өкпе түбіріне қарай бағытталады.

Томограмма: Түрі біркелкі конгломерат, айналасында перифокальді қабыну әлсіз қанықтықта болады



Рентгенологиялық көрінісі

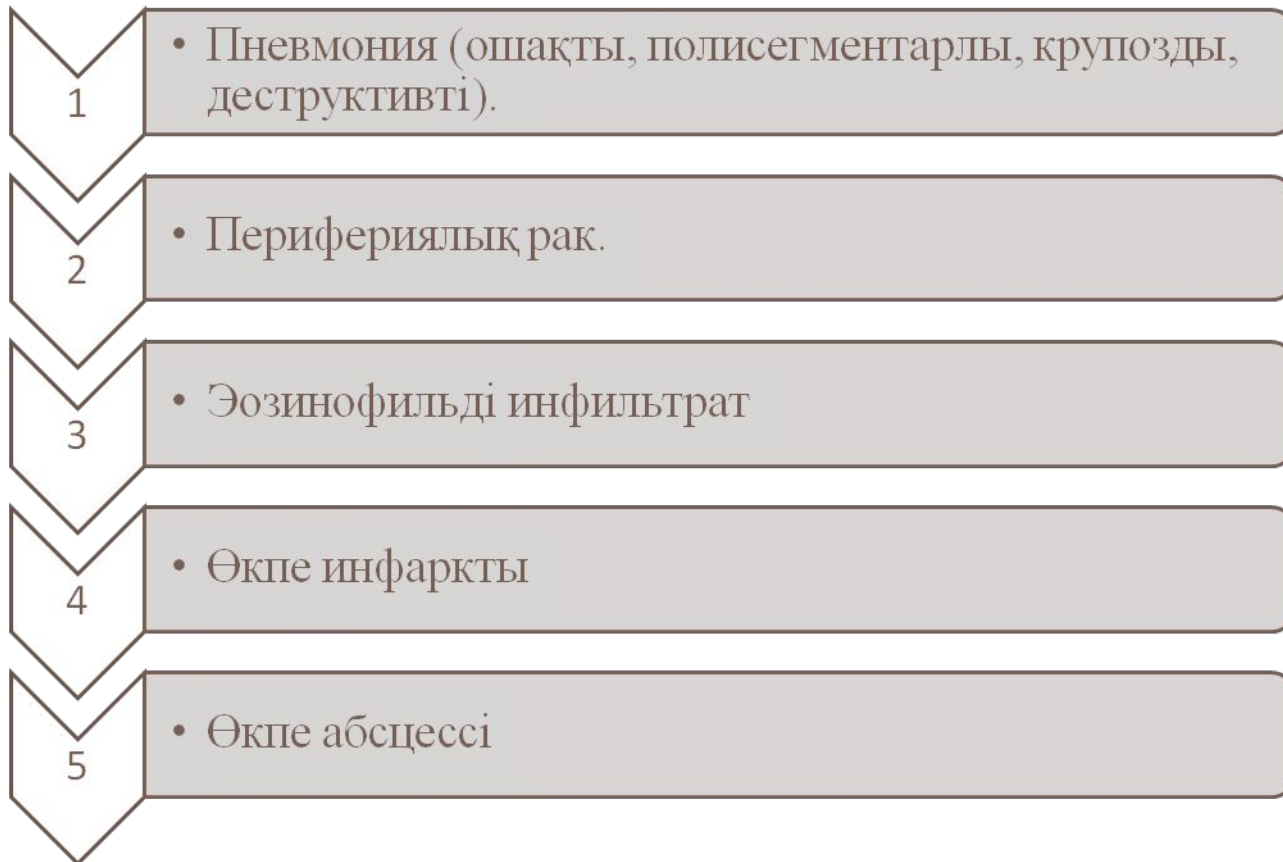
Бұлт тәрізді инфильтрат



- 1-2 сегментті қамтитын гомогенді емес көлеңке
- Пішіні дұрыс емес, шеті анық емес.
- Жылдам ыдырайды

Өкпенің инфилтратты туберкулезі

Салыстырмалы ажырату диагностикасы



Пайдаланылған әдебиеттер

- М.И.Перельман, В.А. Корякин, И.В. Богадельникова “Фтизиатрия” Москва 2004г.
- А.С.Ракишева, Г.Цогт “Фтизиатрия” Алматы 2014г