

С.Ж.Асфендияров атындағы қазақ ұлттық медицина университеті



Кафедра: Фтизиатрия
Тақырыбы: Өкпенің ошақты
туберкулезі

Орындаған:Сакенова Г
Қабылдаған: Момынбаева У.Т

Жоспары:

- *Кіріспе*
- *Негізгі бөлім*
- *Ошақты туберкулез жалпы сипаттама*
- *Патогенезі және патологиялық анатомиясы*
- *Клиникалық белгілері*
- *Диагностикасы*
- *Диф.диагностикасы*
- *Емі*

- 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, оңан 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.

- Қабыну біртіндеп созылмалы ағымға ауысады
- Ошақты созылмалы туберкулез кезінде ошақтағы казеоз дәнекер тін капсуласымен қоршалған. Туберкулездің өршу кезінде грануляция қабатының пайда болу нәтижесінде капсула кей жерлерде екі қабаттан тұрады, ол жасушалық элементтермен инфильтрацияланған (Ашофф-пуль) ошақтары. Лимфацитарлы инфильтрация лимфа тамырларының қабырғасында, бронхтарда, альвеола аралық қалқада, ошақты қоршаған паренхимада болады.

- *Казеозды массалар бронхқа бөлініп шығуы ыдырау қуысын түзеді. Қабыну үрдісінің осы кезеңінде ошақтар пневмониялық фокусты оған дейін түзейді. Капсуляцияланған ошақтар айналасындағы өкпе тіні склерозданып өзгерген, сондықтан ошақты созылмалы туберкулездің осы түрін фиброзды ошақты деп атайды*

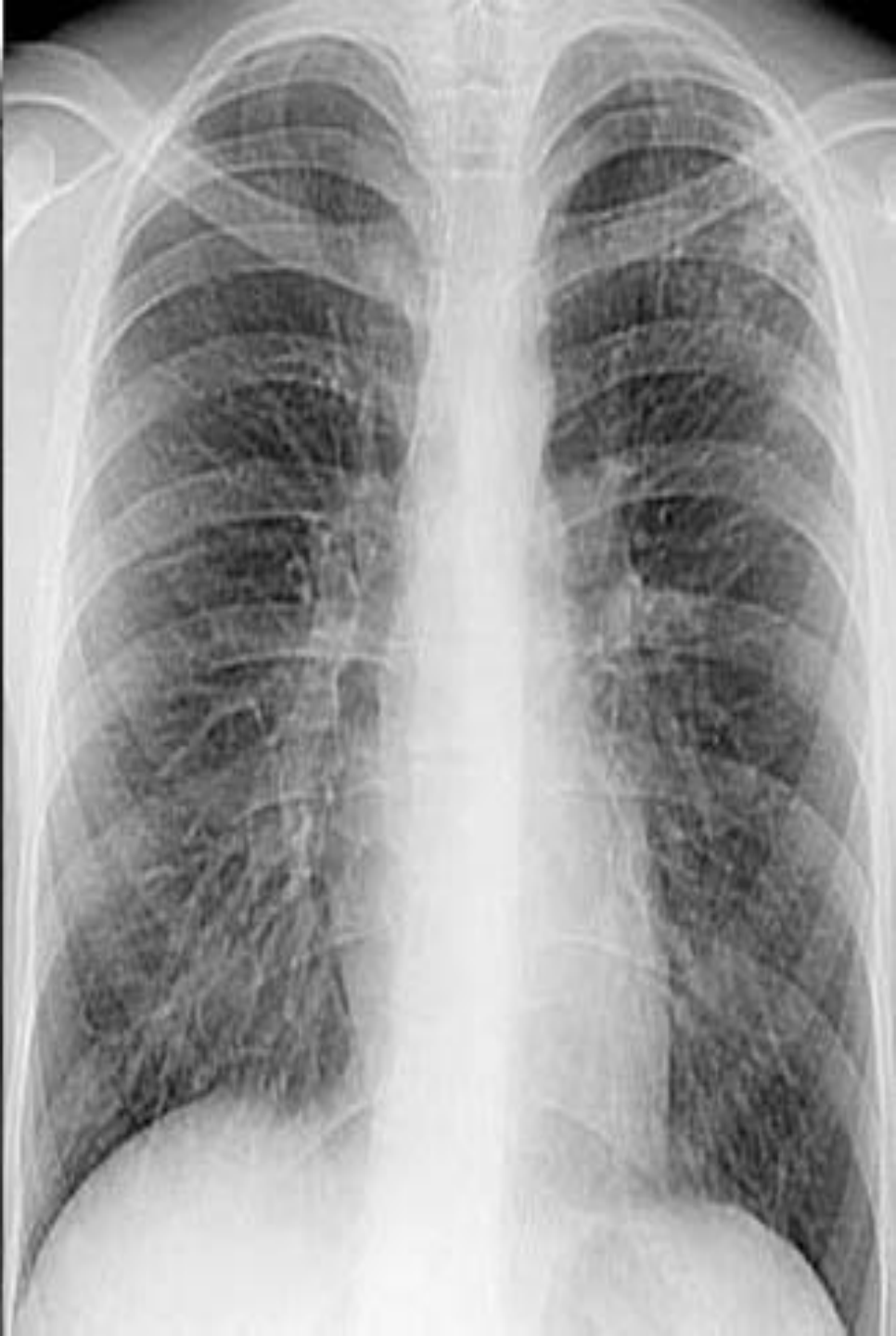
Клиникалық белгілері:

- Шартты түрде улану
- Тыныс алу ағзаларының зақымдануында пайда болатын белгілер
- Дене қызуы тұрақсыз субфебрильді,
- Жұмыс істеу қабілетінің төмендеуімен
- Вегетотамырлы құбылмалылығымен
- 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, пішіні дұрыс 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.*

Лабораториялық зерттеу

- *Активті ошақты туберкулезбен ауратын науқастардың қақырығында ТМБ бар екенін анықтау үшін, жағындыны бактериоскопиялық зерттеуді өткізеді. Кейбір жағдайларда әдейі жануарларға жұқтырады.*

Қан анализінде

- Кейбір науқастарда таяқша ядролары нейтрофильдердің саны жоғарылайды.
- Лимфоцитоз
- Лимфопения
- ЭТЖ жоғарылайды

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.

- Алғашқы рет анықталған ошақты туберкулездің белсенділігі күмәнді болса, науқастар изониазид пен пиразинамид (этамбутол) 2 айдан 6 айға дейін қабылдайды.
- Рентгенологиялық көріністің оң динамикасы-туберкулездің белсенділігін көрсетеді, бұл жағдайда химиотерапия науқас әбден жазылғанша жалғастырылады.

Диф.диагностика

- Бронхопневмониямен.
- Перифериялық өкпе рагымен.

Пайдаланған әдебиеттер

- Фтизиатрия, М.И.Перельман, В.А.Корягин, аударған Т.Ә.Момынов.
Алматы.1998ж.

- www.meduniver.com

- www.google.ru