

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНАЛЫҚ АКАДЕМИЯСЫ



кафедра: ЖТД-гі фтизиатрия

Тақырыбы: **Өкпенің кавернозды және фиброзды кавернозды туберкулезі**

Группа: ЖТД 619

Орындаған: Мыңбаева М

Қабылдаған: Нуранова Н.Т

Шымкент-2019 жыл

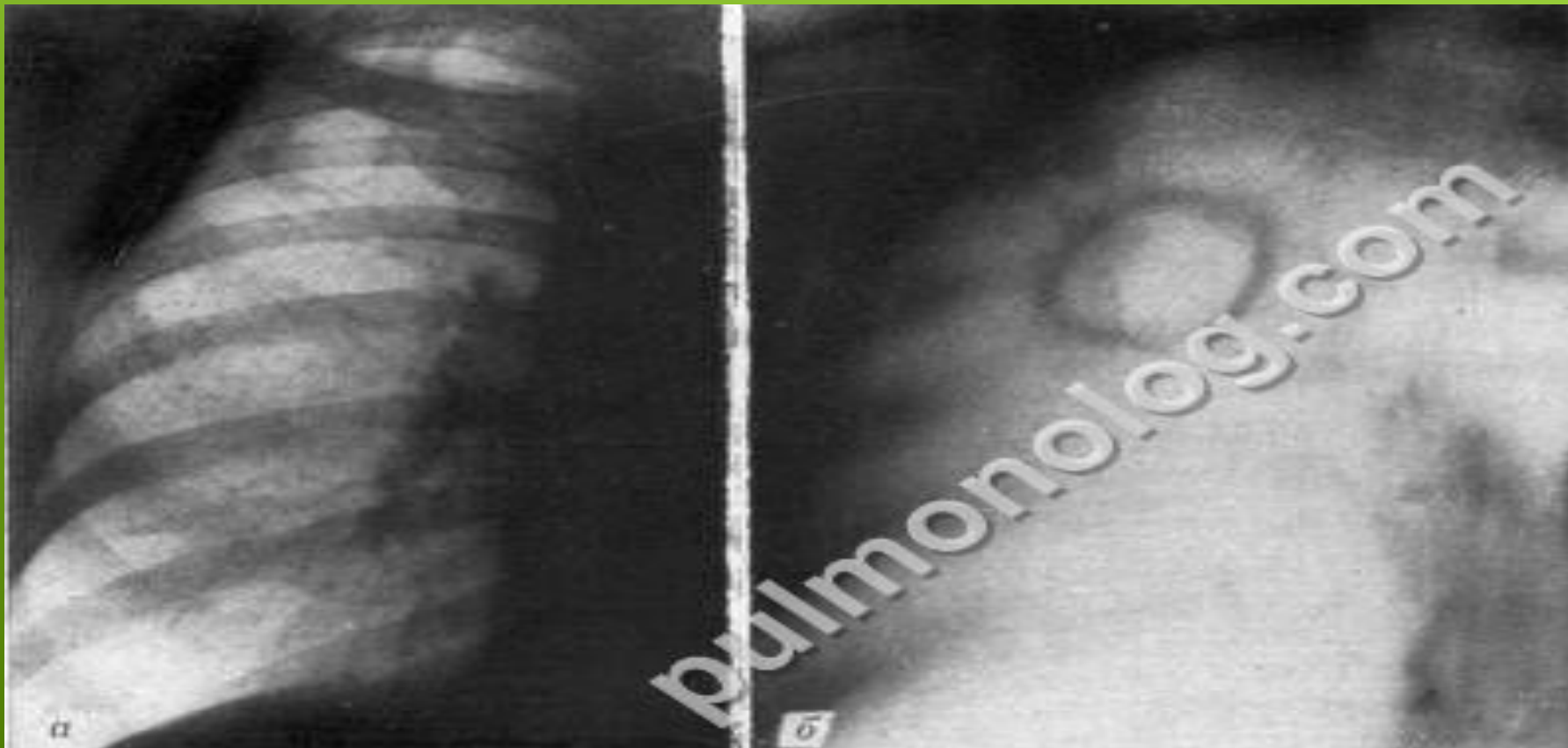
Кавернозды туберкулез-деструкциялық туберкулездің аралық түрі.Бұл түрі эластикалы кавернамен көрінетін,перифокальді қабынусыз өтетін,аз симптомды,жиі жалпы белгілері болмауымен көрінеді.

Бұл ауру инфильтративті туберкулездің немесе гематогенді диссеминирленген түрлерінің асқынуынан дамиды.Өкпеде фиброзды каверналардың пайда болуымен сипатталады. Каверналардың орналасуына байланысты біржақты және екіжақты болып жіктеледі. Кавернаның санына байланысты монокавернозды және поликавернозды болып бөлінеді.

ПАТОГЕНЕЗІ

- Инфилтративті туберкулездің ағымынан кейін пайда болады. инфилтраттың ортасында казеозды масса өкпе тінінің некрозы, ал перифокальді инфилтратта лимфоциттер, лейкоциттер және макрофагтар болады. осы айналасындағы клеткалар көп молшерде протеаз бөледі. Ол казеозға әсер етіп, емдеу барысында инфилтрат еріп орнында қуыс пайда болады.

- ▶ Каверна-бұл патологиялық қуыс.Сақина тәрізді шектелген.3 қабаттан тұрады:ішкі-казеозды, ортанғы-грануляциялық,сыртқы-фиброзды.
- ▶ Каверна көлеміне байланысты: 2-4мм ұсақ, 4-6мм орта,6-8 ірі, 8-ден жоғары cavum magna.
- ▶ **Өкпенің кавернозды туберкулезі**



КЛИНИКАЛЫҚ ТҮРЛЕРІ.

Кавернозды туберкулез



Шектелген фибринозды-кавернозды туберкулез




Жайылған фибринозды-кавернозды туберкулез



▶ **Фибринозды—кавернозды туберкулез** дегеніміз-басқа өкпе туберкулездерінің өршуіндегі соңғы этапы болып келеді.Өкпеде фиброзды капсуласы бар каверналардың болуымен және өкпе тінінің өзгеруімен әртүрлі бронхогенді метастаздардың болуымен сипатталады.

ЭТИОЛОГИЯСЫ

- ▶ *Mycobacterium tuberculosis*
 - ▶ *Mycobacterium bovis*
 - ▶ Инфильтративті туберкулездің асқынуы
 - ▶ Гематогенді диссеминарленген туберкулездің асқынуы
- 

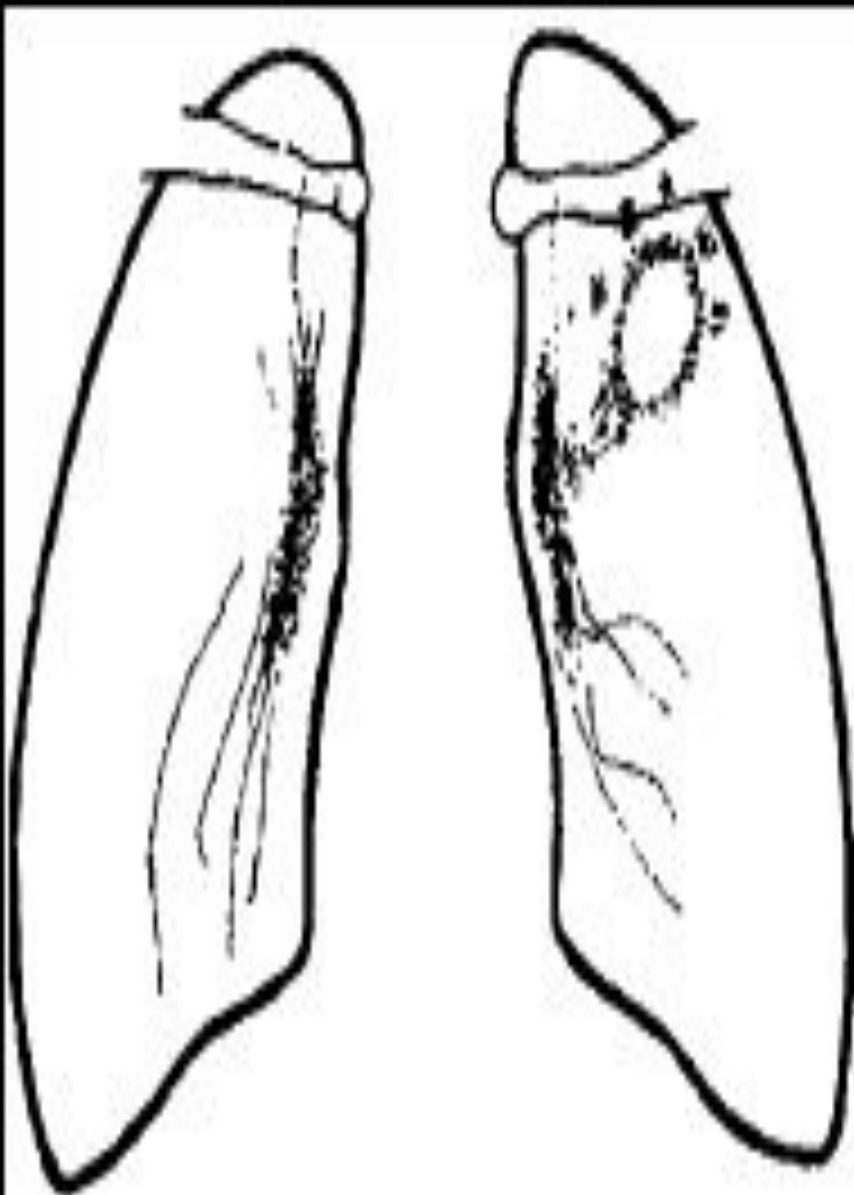


Рис. 52. Кавернозный туберкулез легких

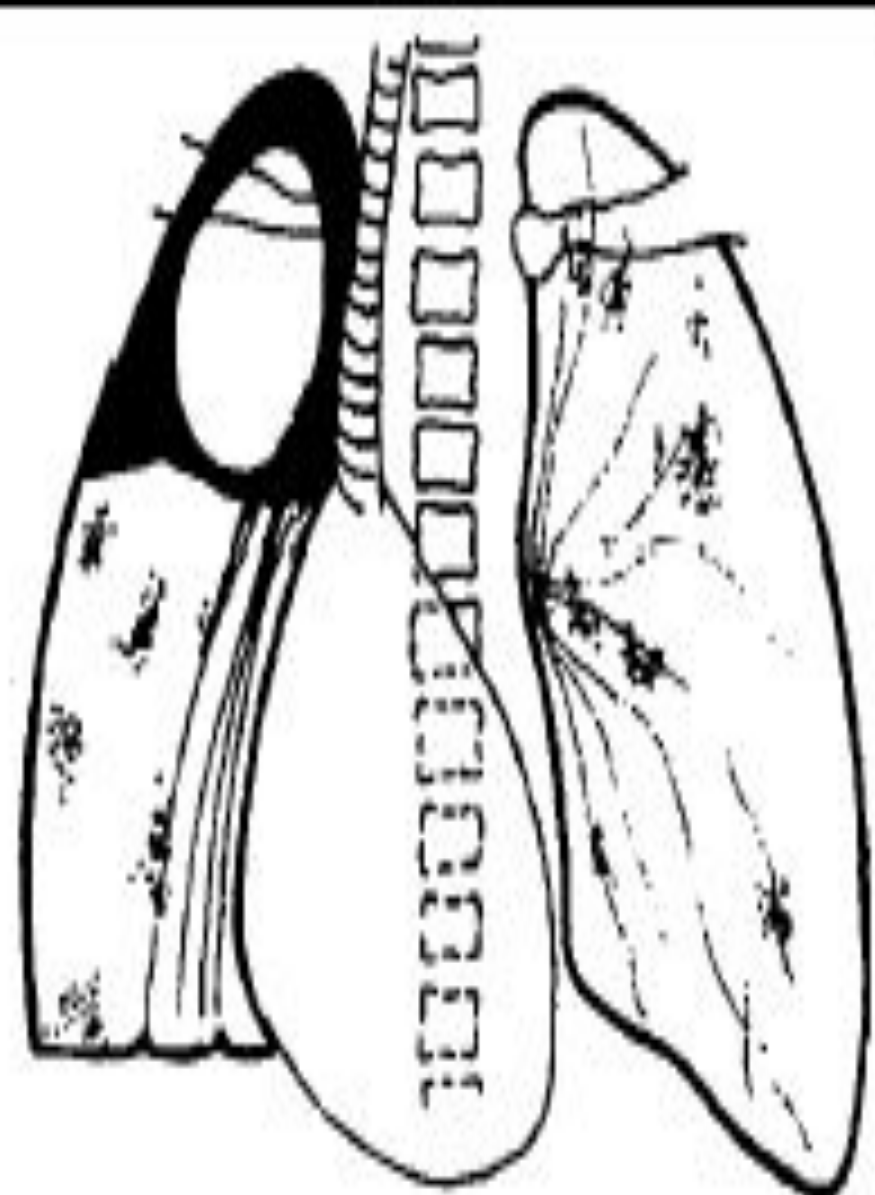
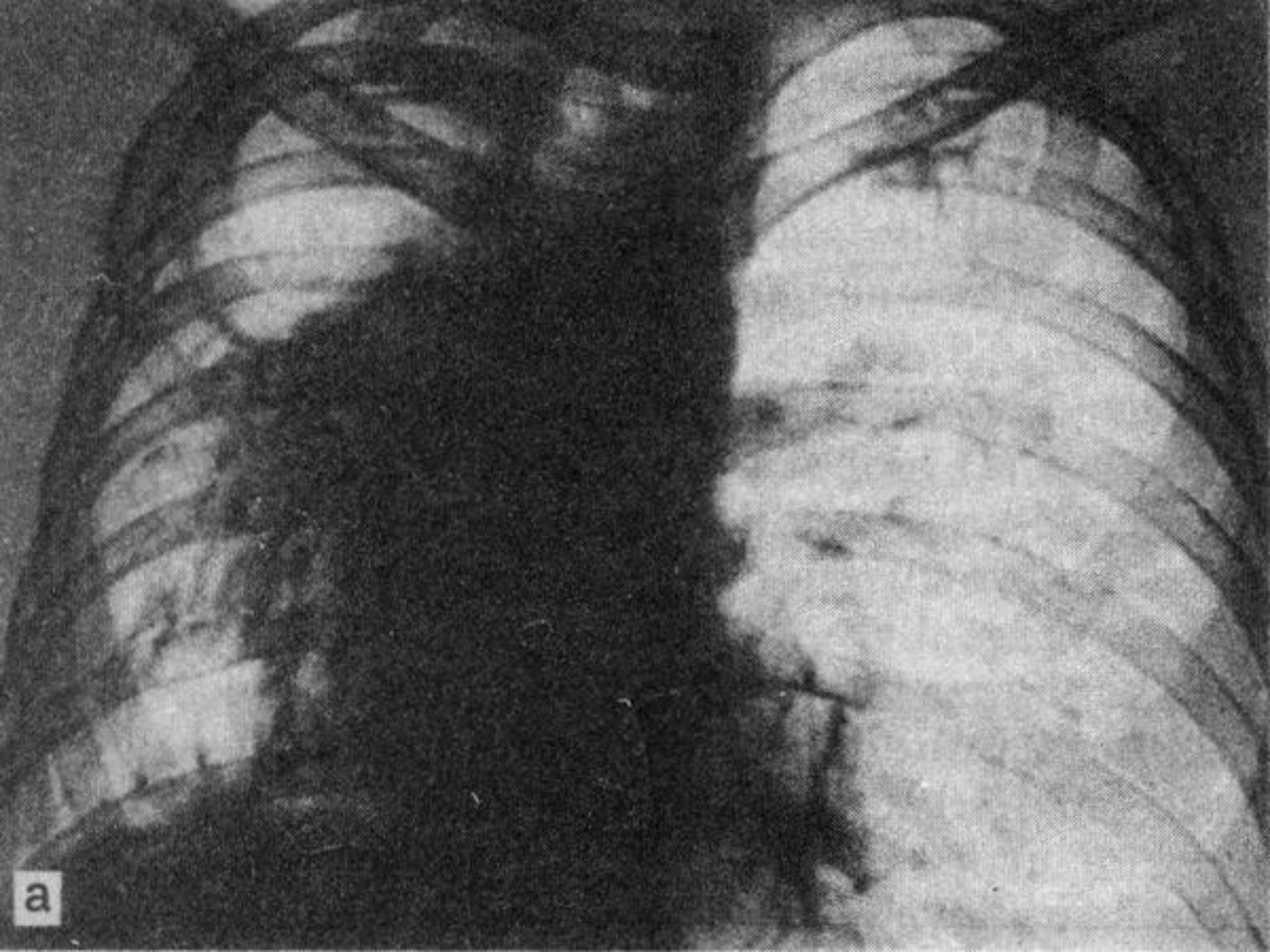


Рис. 53. Фибринозно-кавернозный туберкулез легких



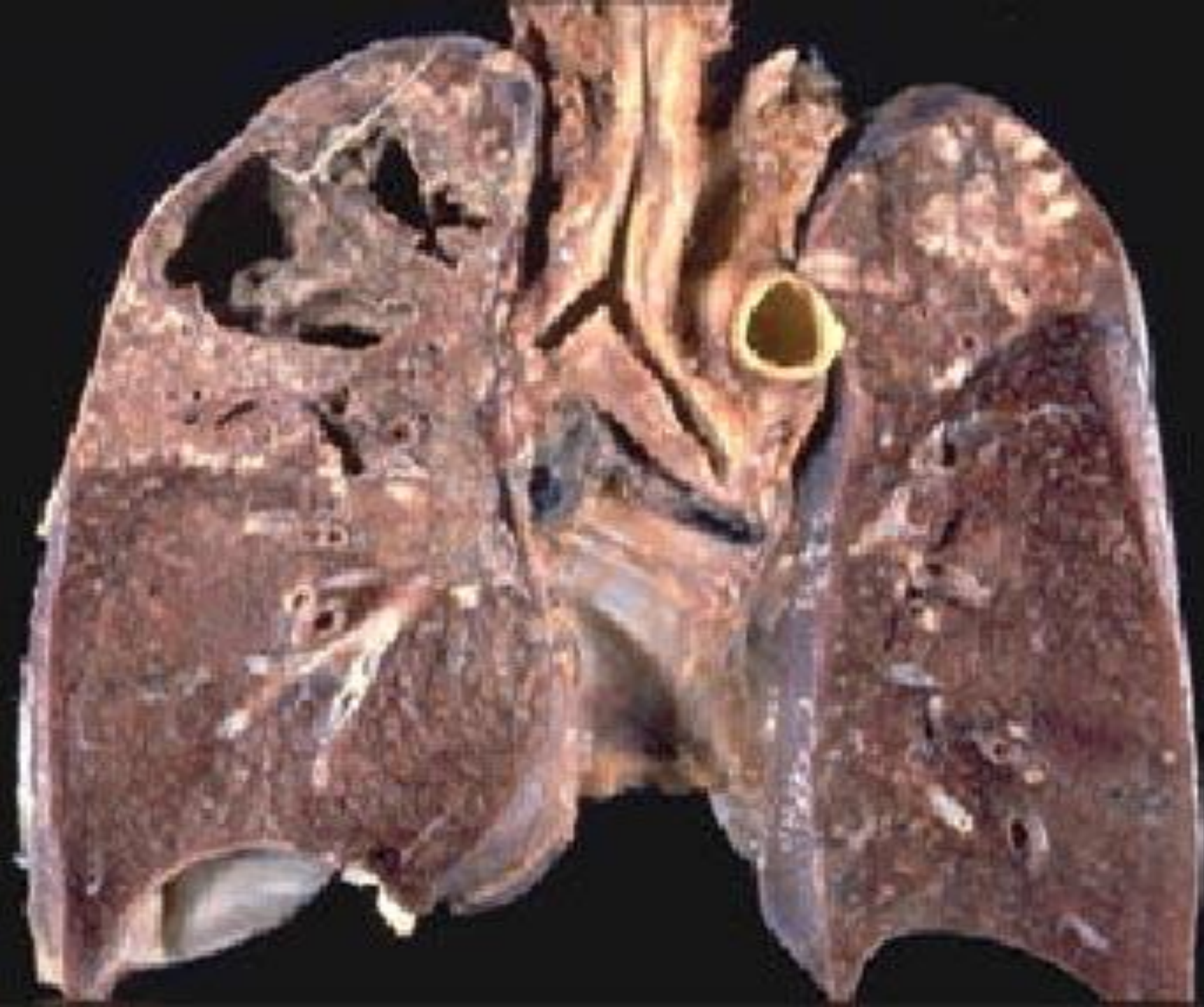
a

КЛИНИКАЛЫҚ СИМПТОМАТИКАСЫ

- ▶ Ұзаққа созылған интоксикация
- ▶ Тыныс жетіспеушілігінің екінші , үшінші сатысы
- ▶ Акроцианоз
- ▶ Жоғары гектикалық қызба
- ▶ Бауырдың ұлғаюы
- ▶ Жұтқыншақ , ішектердің спецификалық бұзылуы

КЛИНИКАСЫ

- ▶ Өкпенің фиброзды-кавернозды туберкулезі алғаш байқалған науқастар жалпы әлсіздікке, шаршайтынына, тәбеті төмендегеніне, арықтағанына, жөтелетініне шағымданады; аурудың жайылған және асқынған формасында - гектикалық қызбаға, түнде терлеуге, еңтігуге шағымданады.
- ▶ Өкпенің фиброзды-кавернозды туберкулезімен ұзақ уақыт ауыратын науқастарда созылмалы интоксикация симптомдары, өкпе-жүректік жетіспеушілік, еңтігу, аздаған қақырық шығарумен жөтелу (тәулігіне 50-100 мл-ге дейін), кейде қан араласқан.
- ▶ Объективті көріністер: жүдеу, терісінің бозаруы, зақымдалған жағында қабырға аралықтардың, бұғана үсті және асты шұңқырларының ішке кіріп тұруы, иықтың төмен түсуі, тыныс алғанда кеуде торының жартысының қозғалысы шектелуі, зақымдалған өкпенің тұсында перкуторлық дыбыстың қысқаруы, бронхтық әлсіз тыныс алу, кавернаның орналасқан жерінде дренаждалған бронхтардың диаметріне сәйкес әртүрлі калибрдегі ылғалды сырылдар естіледі

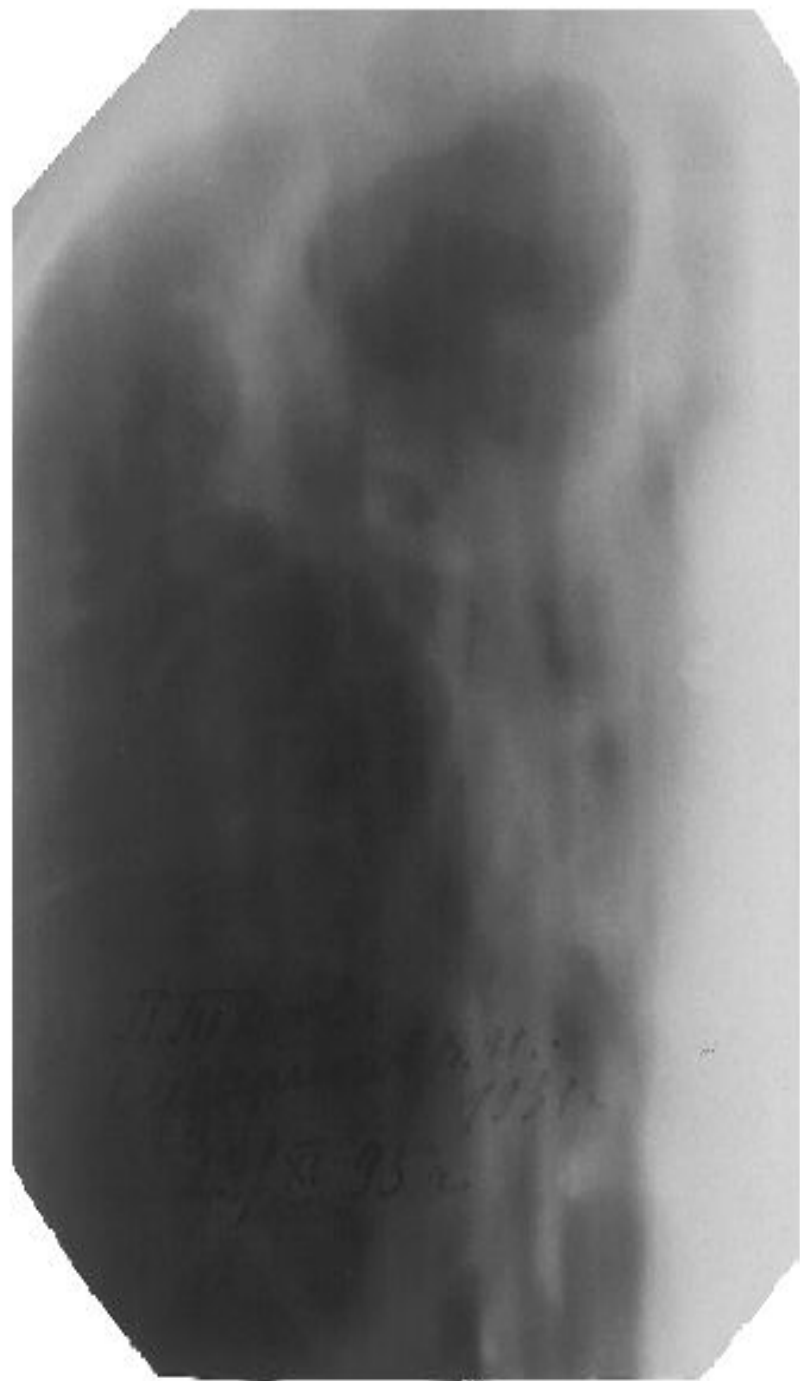
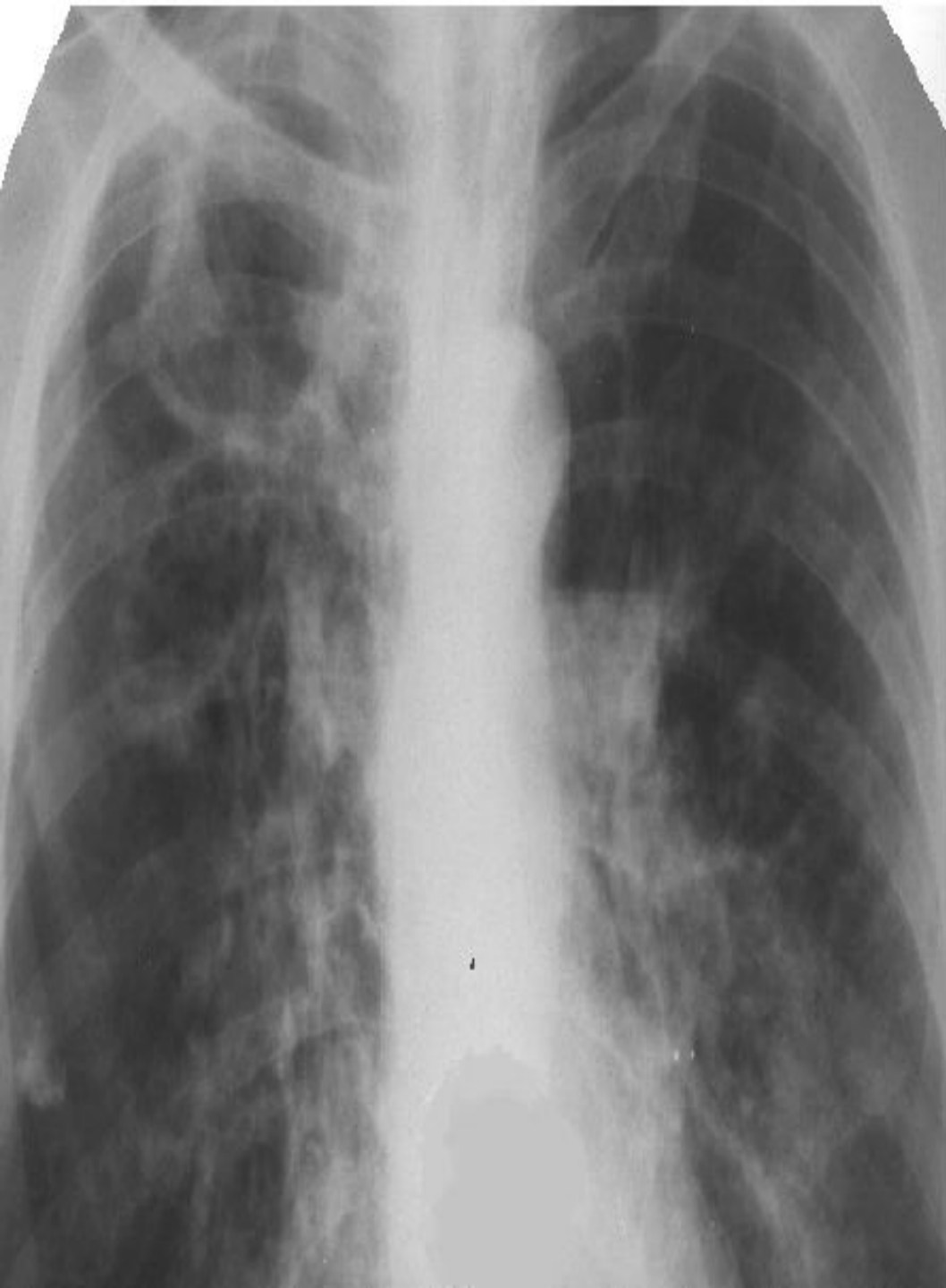


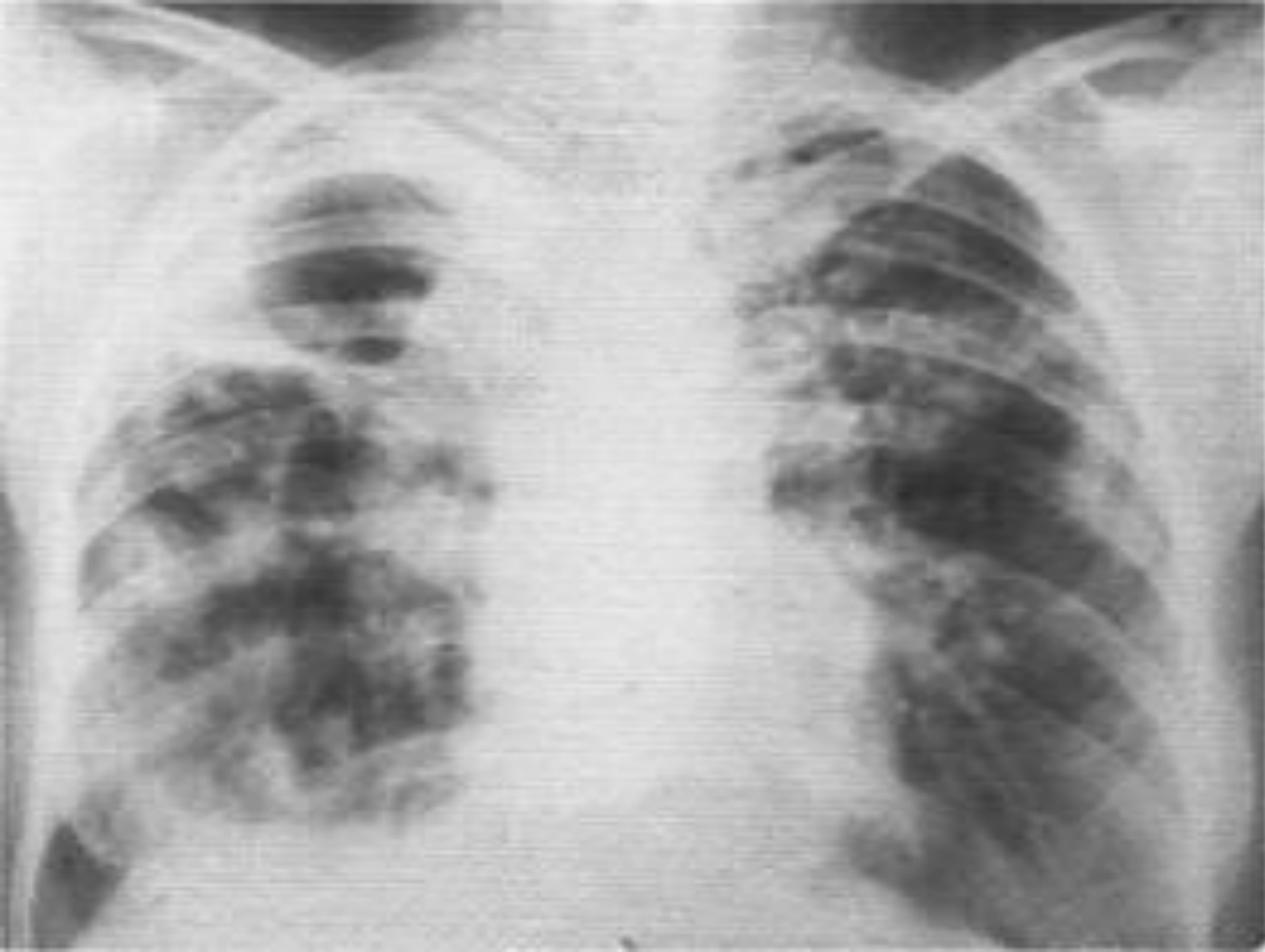
ДИАГНОСТИКА

1. Туберкулез микобактериясын жағынды 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.
4. Рентгено-томографиялық: рентгендік көрініс сан алуан және туберкулездің алғашқы формасына, аурудың басталған уақытына, зақымдалу ерекшеліктеріне тәуелді. Ішкі контуры анық бірнеше сақина тәрізді көлеңке анықталады, сыртқы контуры өкпе тінінің тығыздалуынан онша анық емес, кейде каверна қуысында секвестр немесе сұйықтық деңгейі, өкпенің зақымданған бөлімдерінің фиброзды кішіреюі, полиморфты бронхтық таралу ошақтары, өкпеқаптың қатпарлануы, көкірекаралық ағзаларының зақымдалған жаққа қарай ығысуы, көкеттің жоғары орналасуы анықталады.

РЕНТГЕНОЛОГИЯЛЫҚ КӨРІНІСІ

- ▶ Рентгенологиялық белгісі бекітілген сақина тәріздес көлеңкенің болуы.
- ▶ Кавернозды туберкулезде әдетте бір каверна анықталады, диаметрі 4 ден аспайтын сопақша немесе дөңгелек пішінді болады, қабырғасының қалыңдығы 2-3мм, ішкі контуры анық, сыртқы контуры тегіс емес.
- ▶ Өкпенің фибринозды кавернозды туберкулездің рентгенологиялық көрінісі, ауру ұзақтығына және зақымданудың жайылуына байланысты әртүрлілігімен ерекшеленеді. Бір немесе бірнеше сақина тәріздес каверналар көлеңкелердің көрінуі, өкпенің зақымдалған аймағының фибринозды бүрісуі. Бронхогенді таралған ошақтардың болуы. Диаметрі 2-4 см ден бастап өкпе бөлігінің көлеміндей каверналардың болуы мүмкін. Пішіні дұрыс емес бұршақ тәрізді, қуыстар біріккенде полициклді болып көрінеді.





▶ **Емі:** диета №11.

▶ **Дәрі-дәрмекпен емдеу:** мультрезистенттілігі жоқ өкпенің фиброзды-кавернозды туберкулезімен ауыратын науқастарға аурудың басталу уақытына сәйкес ДОТС 1 және 2-категориядағы режимде ем тағайындалады. Стационарда химиотерапияның интенсивті фазасы жүргізіледі.

▶ Өкпенің фиброзды-кавернозды туберкулезі алғаш анықталған науқастарға ДОТС 1-категориясы бойынша ем тағайындалады: интенсивті фазада науқастың дене салмағына сәйкес негізгі қатардағы 4 туберкулезге қарсы препарат тағайындалады: изониазид 0,3, рифампицин 0,45-0,6, пиразинамид 1,5- 2,0 және стрептомицин 0,5-1,0 немесе этамбутол 0,8-1,2 бактерия бөліну тоқтаған уақытқа сәйкес 2-4 ай ішінде.

Өкпенің фиброзды-кавернозды туберкулезі бар науқастарда аурудың рецидиві болғанда, бұрынғы химиотерапияның нәтижесі болмағанда, емдеу үзілісінде және созылмалы ауруларда, бұрын химиотерапияның толық курсы алмаған науқастарға ДОТС 2-категориясы бойынша ем тағайындалады, яғни интенсивті фазада науқастың дене салмағына сәйкес 5 негізгі препарат тағайындалады: изониазид 0,3, рифампицин 0,45-0,6, пиразинамид 1,5-2,0, этамбутол 0,8-1,2 және стрептомицин 0,5-0,75 қақырық жағындысының тұрақты өзгеруі болғанша 3-5 ай бойы. Химиотерапиямен бірге витаминдік-дезинтоксикациялық, гепатропты, антиоксиданттық және симптомдық ем қолданылады.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТ.

- Т. Ә.Момынов Фтизиатрия Алматы 2006ж
- www.google.ru
- www.yandex.ru

