

АСТАНА МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ

● Дәріс № 17

● “ Жоғарғы тыныс алу жолдарының инфекциялық гранулемалары ”

● Аженов Т. М.

● 2017 ж

ЖОСПАР:

- **Гранулема анықтамасы.**
- **Мерез, этиологиясы, кезеңдері, сипаты, емі.**
- **Склерома, этиологиясы, кезеңдері, сипаты, емі.**
- **Жоғарғы тыныс жолдарының туберкулезі ,
этиологиясы, кезеңдері, сипаты, емі.**
 - 1) **мұрын туберкулезі,**
 - 2) **ауыз қуысы және жұтқыншақ туберкулезі**
 - 3) **көмей туберкулезі**

АНЫҚТАМАСЫ

- **Гранулемалық қабыну** – созылмалы қабынулық реакцияның мамандандырылған түрі. Бұл үрдіс жиі иммунды реакциялармен байланысты созылмалы иммунды және инфекциялық аурулар, иммунды емес аурулар есесінен дамиды.
- **Гранулема** – латын тілінен *granulum* – түйін.
- Өнімді қабыну гранулема - ошағы, тығыз түйіншекті түр бар болушы, аз айырылатынды диаметрде бірнеше см, - көп уақытқа созылған аллергиялық жұқпалы және инфекциялық - аллергиялық ауруларда, маталарда және органдарда қалыптасады. Ақырғы нәтижемен тігіс келеді.

СКЛЕРОМА

- Склерома (грек тілінен – нығыздау). Жоғарғы тыныс жолдарының созылмалы инфекциялық ауруы,баяу ағымымен сипатталады.

СКЛЕРОМА ЭТИОЛОГИЯСЫ

- **Қоздырғышы:** *Klebsiella scleromae* (Фриш – Волкович таяқшасы).
- **Гистология:** инфильтрат, плазмоциттері бар дәнекер тінмен, қантамырлармен, Микуличтің вакуолизденген жасушаларымен , Фриш – Волкович таяқшаларымен негізделген.
- **Таралуы :** бүкіл әлемде, әсіресе эндемиялық ошақтарда: Белоруссия, батыс Украина, Италия, Германия, Югославия, Египет және тб.
Бүкіл Еуропаға 80 % жуық адамдарды қамтиды. Науқастар жасы 16-30 жас аралығы. Балалар мен қарт адамдарда склерома сирек кездеседі. Көбінесе 70% әйел адамдар және ауыл тұрғындары ауырады. Склерома дамуына өте маңызды жайт-әлеуметті жағдайлар.

СКЛЕРОМАДА ИНФЕКЦИЯНЫҢ ЕНУ ЖОЛЫ:

- 1) Тыныс алу жолдары
- 2) Мұрын шырышындағы микрожарақаттар
- 3) Жұтқыншақ
- 4) Көмей
- 5) Қеңірдек
- 6) Бронхтар.

Инфекция көзі- ауру адам, инфекция қоздырушы токсигенділігі аз, сондықтан дерт ағымы баяу, инкубациялық кезеңі едәуір ұзын -3-5 жыл не одан көп болады.Склероманың өткір формасы жоқ.

Берілу жолы: ауа тамшылы және қарым-қатынас арқылы.Склероманың жанұяішілік ошақтары бар, әсіресе бірінші қандас туысқандар ауырады (бауырлар,балалар)

● Склероманың қалыптасуы үшін өте төмен резистенттіліктегі ағзаның ауруды жұқтыруы қажет, сонымен бірге белгілі бір климаттық зонада болу, склеромамен ауыратын науқаспен қарым-қатынаста болу өз әсерін тигізеді.

● Склерома дамуында 3 этапты айырады:

1) тыныс алу жолдарында ұсақ түйіндер қалыптасуы,

2) тығыз инфилтраттар түзілуі,

3) тыртықтану үрдісі

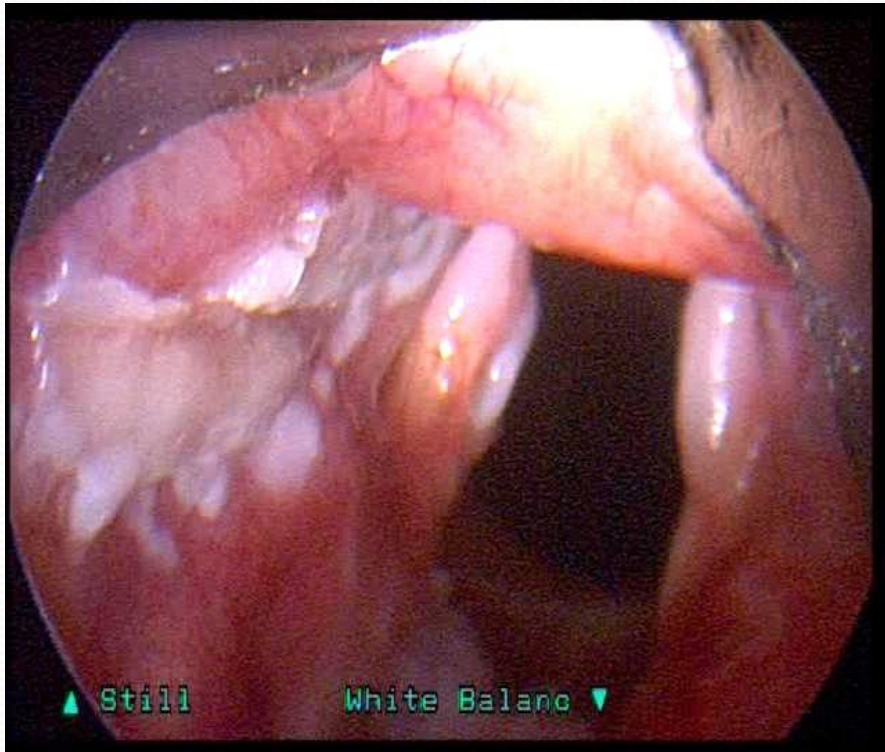
Ішкі ағзалар ішінен едәуір өзгерістер байқалмайды, мұнда көбінесе гипоксия көріністері

СКЛЕРОМАНЫҢ ОРНАЛАСУЫ

Мұрынның алдыңғы бөлімдері
95%

Хоана аймағы
60%

Көмей және бронхтардың қабатасты аймағы



Клиникасы:

- **Шағымдары** негізінен зақымдалу ошағына қарай тыныс алудың бұзылысына негізделеді: мұрын арқылы тыныс алудың бұзылысы, ауыз қуысында құрғақшылық сезімі, тамақта құрғау сезіну, құрғақ жөтел, дауыстың қарлығып қалуы, физикалық жүктеме кезіндегі ендікпе. Тыныс жетіспеушілік құбылыстары өте баяу дамиды. Сонымен қатар, астеникалық типті шағымдар көрінеді.
- **Азымы:** баяу дамиды, дене температурасы көтерілуі мен ауырсынулар жоқ.

СКЛЕРОМА ТҮРЛЕРІ

- **Жасырылған:** шағымдары аз, клиникасы жоқ деуге болады. Серологиялық реакциялары оң.

- **Атрофиялық:** жоғарғы тыныс жолдардың шырыш қабатының атрофиясы байқалады. Құрғақтық, мұрын қуысында қою және жабысқақ шырыш, қабықтардың құруы.

- **Инфильтративті:** жоғарғы тыныс жолдарында сұралқызыл түсті түйіндер, бронхтарда сақина түрінде түзіледі.

- **Тыртықты:** инфильтраттар орнына тыртықты тін түзіледі.

- **Аралас:** жоғарғы тыныс жолдарының түрлі бөлімінде үрдістің алуан көріністері болады, аурудың рецидив түрінде кездеседі.

- **Атипті:** сирек кездеседі, бұл кезде склеромды инфильтраттар мұрын қойнауларынан өсіп өнеді де, мұрын қуысын, есту түтігін зақымдайды.



Склерома емі:

- 1. **Этиотропты.** Стрептомицин бұлшықет ішіне 500 ЕД, күніне 2 рет. Өткізбеушілік кезде левомицетин 0,5 рет күніне 0,5 сағат бұрын тамақтануға дейін, курс 2-3 жұма. Резерв антибиотиктері: тетрациклин, олеандомицин.
- 2. **Патогенетикалық.** Лидаза, ронидаза. Гиалуронидаза – антибиотиктердің ошаққа енуін жеңілдетеді, қабықты жою үшін – май тамшылары, сілтілі ингаляциялар
Хирургиялық ем – тарылуды жою мақсатында.

ЛЕПРА

- **Эндемиялық ауру, аз контагиозды инфекция болып табылады. Бұл қоздырғышты жұқтыру қарым-қатынастың ұзақтығы мен сипатына байланысты.**
- **Берілу жолы: ауа – тамшылы.**
- **Қоздырушысы – *Mycobacterium leprae*. Негізгі резервуары- адам. Инкубациялық кезең – 6-10 жыл. Клиникалық көрінісі әркелкі. Жоғарғы тыныс жолдарының шырышы мен тері, қанайналым жүйесі, перифериялық нерв жүйесі, көру жүйесі зақымдалады.**

- **ЛОКАЛИЗАЦИЯСЫ:** мұрын, бет, жоғарғы тыныс жолдары.
- **КІРУ ҚАҚПАСЫ:** мұрын шырышы.
- Ауру бастапқысында мұрын қуысының алдыңғы бөлімдерінде гиперемия және инфильтрация байқалады. Бұл көрініске кейін түйіншек пен төмпешіктер қосылуы болады. Шырыш күңгірттенеді, кейін жабысқақ қасиетке ие болып, кейіннен қоңыр түстес, иісі жағымсыз бөліндіге айналады.

ШАҒЫМДАРЫ:

- Науқастың шағымдары негізінен мұрынның тыныс алу мен иіс сезудің бұзылысына негізделеді, одан кейін мұрын кіреберісі зақымы мен мұрын қабыршағы шырышы өзгеріске ұшырайды. Бұл құбылыстармен қатар мұрынның сыртқы бөлімінде де өзгерістер туындайды, әсіресе терісінде: ол инфильтрацияға ұшырап, мыс – көкшіл түске айналады. Сыртқы мұрын көлемі үлкейіп, мұрын ұшы мен қанатында үлкен түйіндер пайда болады. Кейін олар ыдырап, өздігінен тыртықтана бастайды, тыртықтану мұрынның сыртқы бөлімі деформациясы бұзылуына әкеледі. Емсіз бұл өзгерістер 2-3 жыл ішінде 70 % адамдарда пайда болады. Ақырында құлақ қалқанында да аналогиялық өзгерістер болады.

EMI

- Сульфон қатарының препараттары:
 - диафенилсульфон
 - солипсульфон
 - ламдрем
 - этионамид

ТУБЕРКУЛЕЗ

- Негізінен *патоморфологиясы* бойынша 2 формасын ажыратады:
 - 1 – инфильтрат (шектелген, диффузды, ісік тәрізді)
 - 2 – жара- әдетте дұрыс емес формада, шекаралары дұрыс емес, терең емес, түбінде грануляциялық тін айқындалады.

- ***Көмей туберкулезі.***

- Туберкулез, яғни Кох бацилласы тудыратын жұқпалы құрт ауру. Көмей туберкулезі жоғарғы тыныс жолдарының ішінде жиілігі жағынан бірінші орын алады. Бірінші реттегі көмей туберкулезі өте сирек кездеседі, ол әр уақытта екінші реттегі ауру, яғни бұнда міндетті түрде өкпе туберкулезі болуы мүмкін (көмейдің зақымдалуы - ашық өкпе туберкулезінде, бацилло тасығыштарда, өкпенің созылмалы фиброзды-кавернозды үрдістерде басталады). Бұл ауру ер адамдардың арасында жиі кездеседі

қапты жөтелдің әсерінен жапқыш эпителиі зақымдалады. Туберкулез бактериялары бар қақырық сілемейлі қабықтың зақымдалған жерімен жанасып және сол кезде инфекция сілемейлі қабық асты қабатқа өтіп аурудың пайда болуына және тез өрбуіне мүмкіндік туғызады. Бірінші ретте көмейдің артқы қабырғасы зақымданады, өйткені инфекциялы қақырықтың ожау аралық кеңістіктің-қимылдағыш ойығына «ысқылана жағылуымен» деп түсіндіріледі.

- Инфекцияның таралу жолдары:
- 1. Жанасу арқылы жұғу
- 2. Қан арқылы жұғу немесе гематогенді жол
- 3. Лимфа арқылы жұғу немесе лимфогенді жол

- *Жанасу арқылы жұғу механизімі:* Көмейдің сілемейлі қабығына көп мөлшерде қақырықтың жиналуы үнемі жөтел тудырады, осы қатты жөтелдің әсерінен жапқыш эпители зақымдалады. Туберкулез микробактериялары бар қақырық сілемейлі қабықтың зақымдалған жерімен жанасып және сол кезде инфекция сілемейлі қабық асты қабатқа өтіп аурудың пайда болуына және тез өрбуіне мүмкіндік туғызады. Бірінші ретте көмейдің артқы қабырғасы зақымданады, өйткені инфекциялы қақырықтың ожау аралық кеңістіктің қимылдағыш ойығына «ысқылана жағылуымен» деп түсіндіріледі.

- *Көмей туберкулезі үрдісінің дамуы үш кезеңде өтеді:*
- *1. Бірінші кезең - инфилтраттың (жасуша элементтерінің, қанның, лимфалардың ұйысуы) пайда болуы.*
- *2. Екінші кезең - ойық жараның пайда болуы.*
- *3. Үшінші кезең - шеміршектің зақымдалуы.*

ЖОҒАРҒЫ ТЫНЫС

ЖОЛДАРЫНЫҢ ТУБЕРКУЛЕЗІ КЕЗДЕГІ ФАЗАЛАРЫ

- Инфильтрация
- Ыдырау
- Тұқымдасу (обсеменение)
- Нығыздау
- Тыртықтану

Мұрын туберкулезі

- сирек кездеседі, сұр-ақ түсті беткей түйінді инфильтратпен көрсетілген, тез тараған соң, мұрын кіреберісі перфорациясына әкеледі. Локализациясы-мұрын кіреберісі.

ШАҒЫМДАРЫ:

- Науқас негізінен мұрын құрғақшылығына, қышу сезімі мазалауына, қабыршақ түзілуіне шағымданады.

АУЫЗ ҚУЫСЫ МЕН ЖҰТҚЫНШЫҚ ТУБЕРКУЛЕЗИ

Шырыш гиперемияланған,
инфильтратты, миллиарлы түйіндермен
жабылған.

Шағымдары: қатты ауырсынулар, тамақ
ішу кезінде нерв ұштарына химиялық
және физикалық факторлар әсер етуі.

КӨМЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗІ

- ▶ Қоздырушы негізінен көмейдің ортаңғы және төменгі бөлімінде шоғырланған. Көмей кіреберісі лимфалық және гематогенді зақымдалады.
- ▶ **Шағымдары:** дисфония, дисфагия.

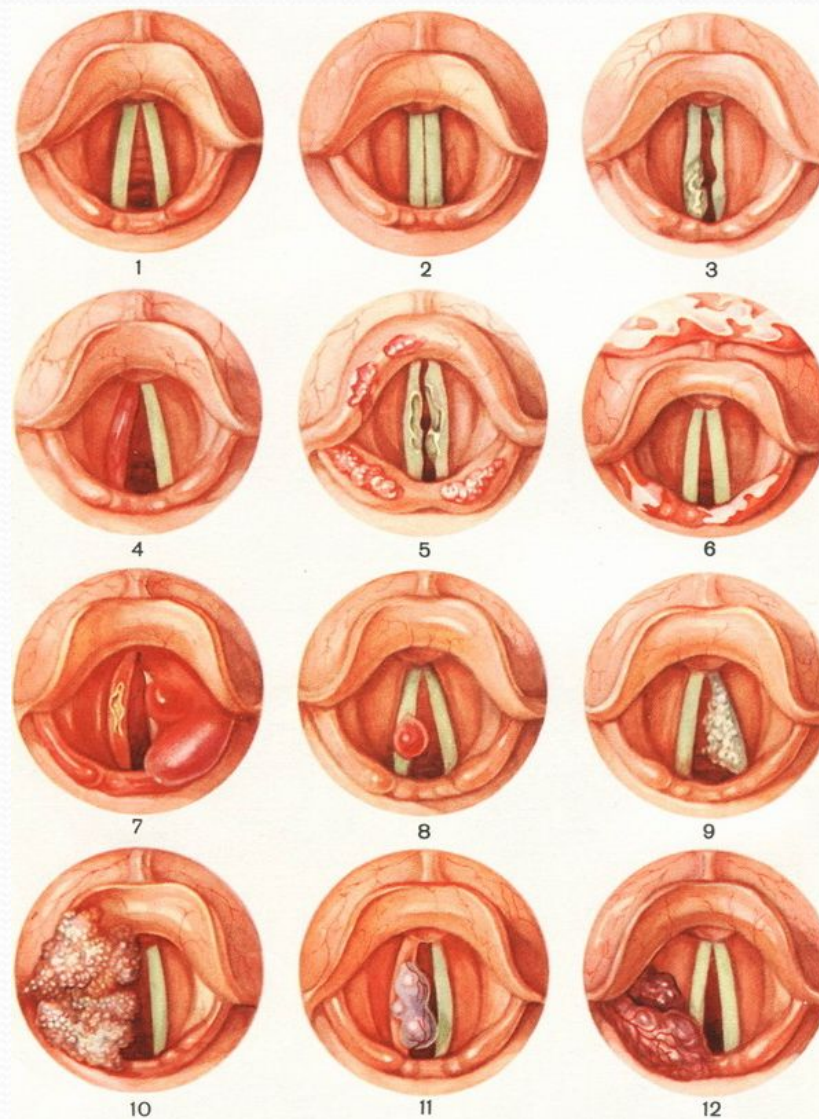


Гематогенді жайылған туберкулез кезінде ортаңғы құлақ зақымы болады. Әдетте, туберкулезді отит ауырсынусыз, дабыл жарғағында бір емес, бірнеше перфорация болады, оторея кең емес және иіссіз. Отит емінде стрептомицин қолданылмайды.

EMI:

- ПАСК,
- Изониазид,
- Ауырсыну кезде адекватты анестезия

Сифилис (мерез)



Мұрынның мерез ауруы қазіргі кезде өте сирек кездеседі

Біріншілік мұрынның мерезі терінің немесе шырштың микро жарақаттану себебінен өңіз трепонеманың енуінен болады

Екіншілік мұрынның мерезі спецификалық мерезді бөртпелердің пайда болуымен бірге жүреді. Мұнда тері және шырштың қызыруы мен түрлі бөртпелер екіншілік сифилиттер аурудың 6-7 аптасында пайда болады

Үшіншілік мұрынның мерезі жиі кездеседі, ол сифилитикалық гумманың пайда болуымен көрінеді. Гуммозды инфильтрат инфекциялық гранулема түрінде кездеседі. Кейін гуммалар ыдырап сол мүше деструктивті өзгерістерге ұшырайды.