

Қ.А.Ясауи атындағы қазақ-түрік университеті  
Медицина факультеті  
Педиатрия кафедрасы

## Тақырыбы: Туберкулезді плеврит



Қабылдаған : Абдурахманов А.И.

Орындаған : Сайткулова Г.Х

Тобы: ПҚ-601

---

# Мақсаты

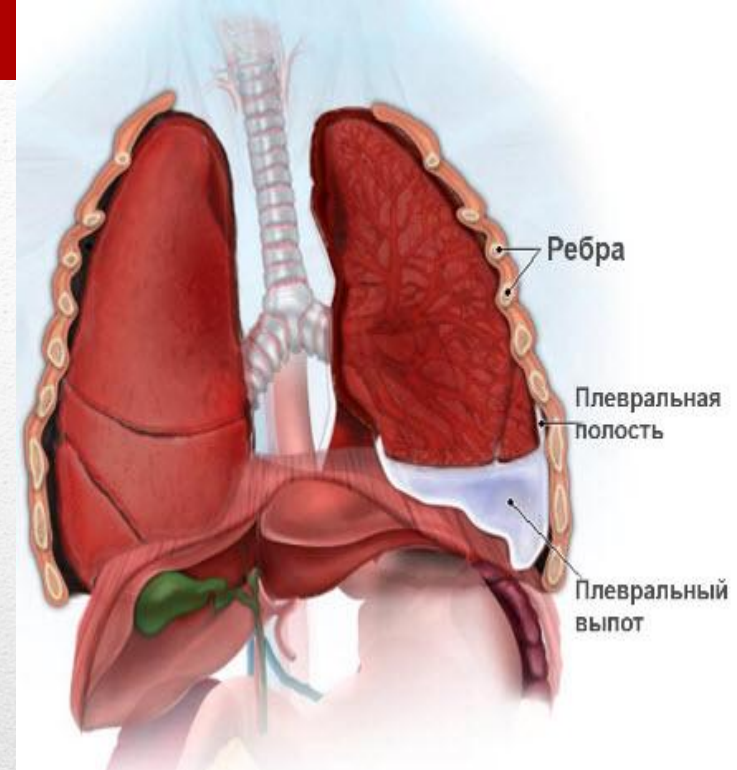
- Туберкулезді плеврит жөнінде түсінік қалыптастыру арқылы өзге ұқсас аурулардан ажырату және клиникалық қателіктерді(гиподиагностика және гипердиагностика) азайту.
-

- 1.Туберкулезді плеврит жөнінде жалпы мәлімет беру;
- 2.Ажырату диагностикасы жөнінде дұрыс алгоритм қалыптастыру;
- 3.Өзге туберкулез ауруларынан клиникасы, диагностика және емдеу жағдайына байланысты ерекшеліктерін түсіндіру;
- 4.Жинаған білім қорының өзің үшін қызмет етуіне алып келу.

# Міндеті

---

- Туберкулезді плеврит-плевраның жедел, жеделдеу және созылмалы түрде туберкулезбен қабынуы, плевра қуысына сұйықтың жиналуы. Оның пайда болуына өкпе және басқа ағзалар туберкулезінің асқынуы себепкер болады



- **Этиологиялық факторы** – қышқылға төзімді *Mycobacterium* туысындағы бактериясы.



- Тыныс алу ағзалары туберкулезімен алғаш ауырған науқастар арасында туберкулезді плеврит 3-6 %, ал туберкулезге қарсы күрес жүргізетін диспансерлерде есепте тұратын науқастар арасында- 2-3 % туберкулезді плевриттен, негізінен олар созылмалы іріңді (эмпиема) плевритпен ауырғандар

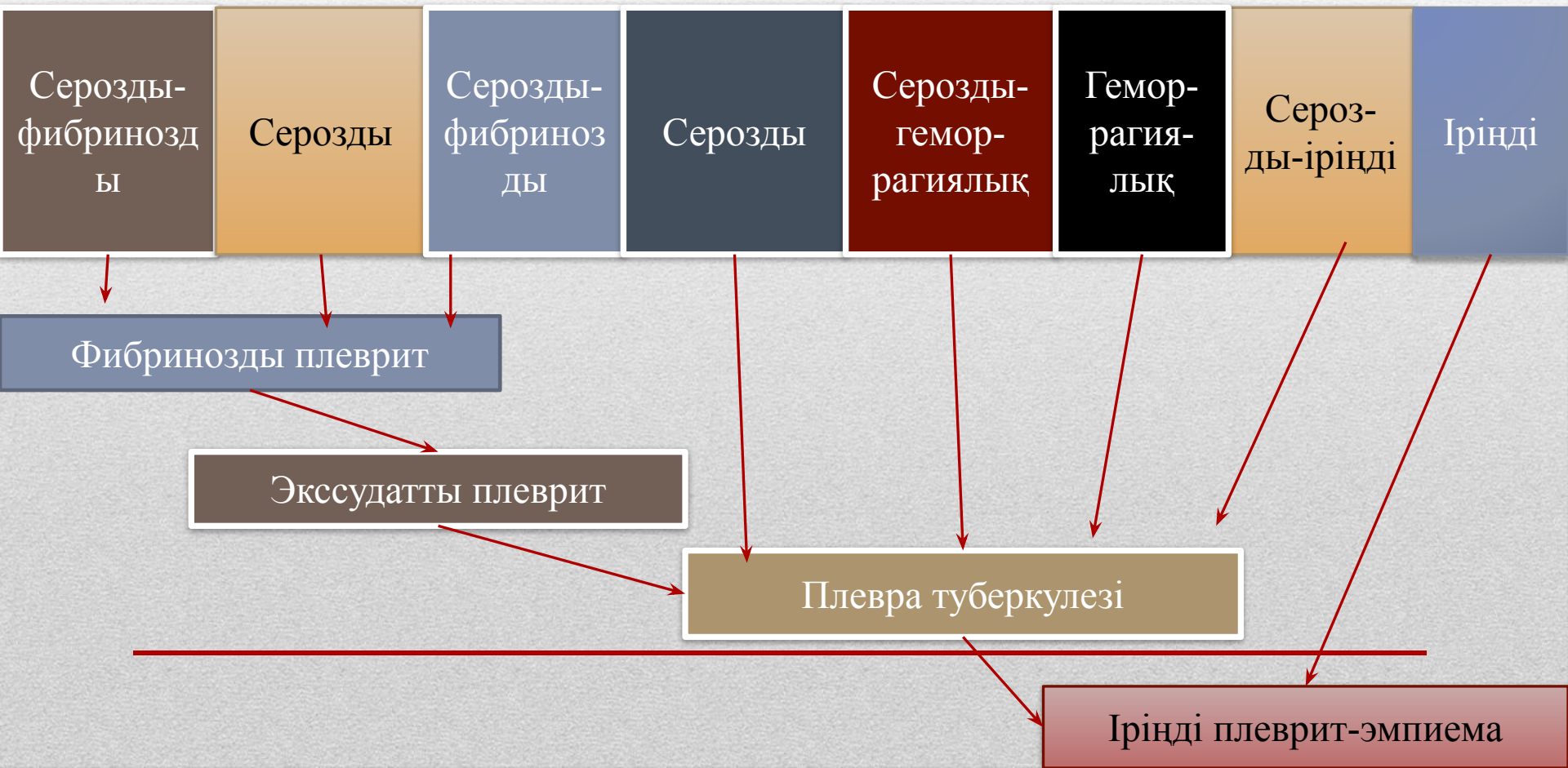
# Статистика

---

# Даму механизмі



## Плевра қуысындағы экссудат



Даму механизміне байланысты:

Өкпе туберкулезінің  
асқынуы

ТБ өзіндік формасы

Аллергиялық

Перифокальды

Көшінді (метастазды)

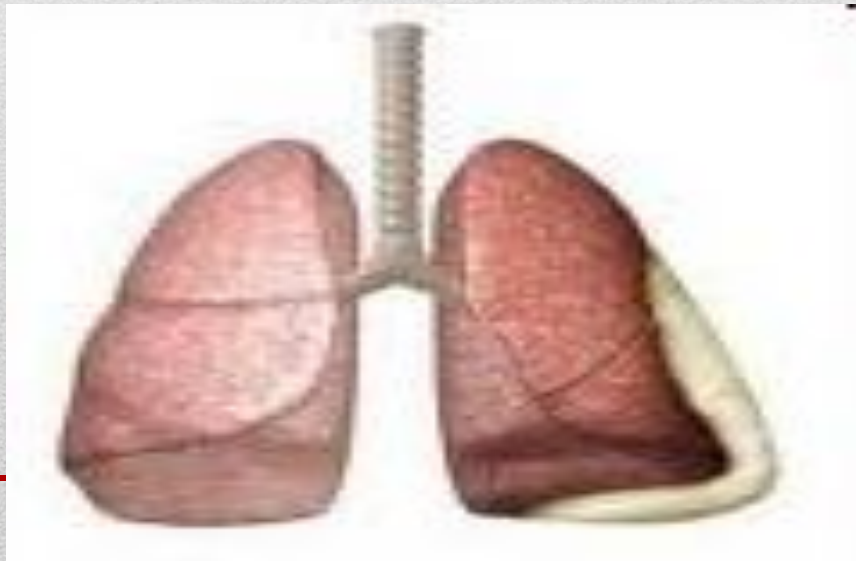


Клиникалық түрлері-  
сұйықтықтың болуына  
байланысты

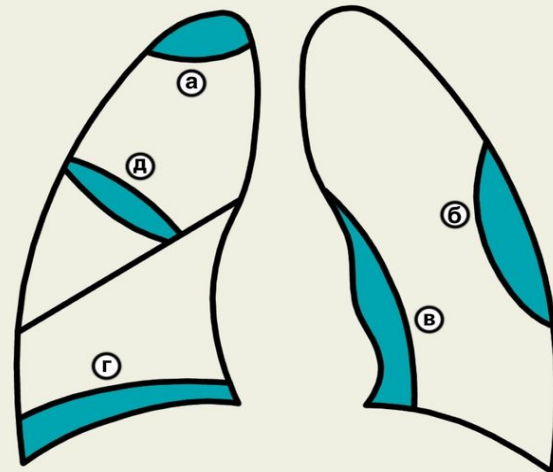
Фибринозды  
(құрғақ)

Экссудатты плеврит

Туберкулезді эмпиема



# Классификация



Орналасуына байланысты

косто-диафрагмальды

паракостальды

парамедиастинальды

Үлес аралық

ұштық

аллергическийлық

перифокальды

плевра туберкулезі

фибринозды

экссудативті

плеврит

Сұйық  
тығын  
а  
байлан  
ысты

серозды

серозды-фибринозды

геморрагиялық

хилёзді

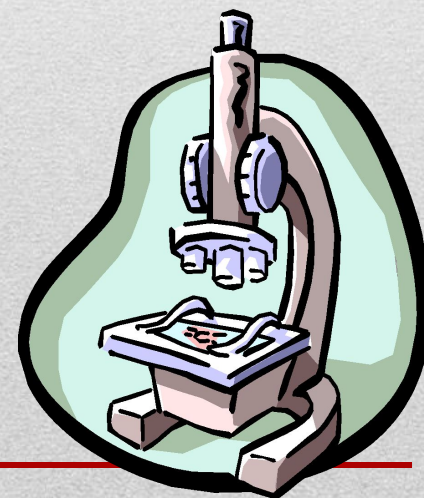
Плевра эмпиемасы

- Плевра туберкулезімен ауыратын науқастардың плевра сұйығы серозды-фибринозды болып келеді, ал казеозды-некрозды гранулема құрылып, ол жараға айналғанда сұйықтық геморрагиялық түрге айналады. Плевра туберкулезі өкпедегі казеозды ошақтың ыдырауынан ТМБ-ның плевра қуысына таралуы нәтижесінде пайда болады
-

- эозинофильді
- эозинофильді-лимфоцитарлы-нейтрофильді
- нейтрофильді-серозды
- іріңді (эмпиема)
- мононуклеарлы-мезотелиальды

**Цитологиялық  
картинасына  
байланысты:**

---



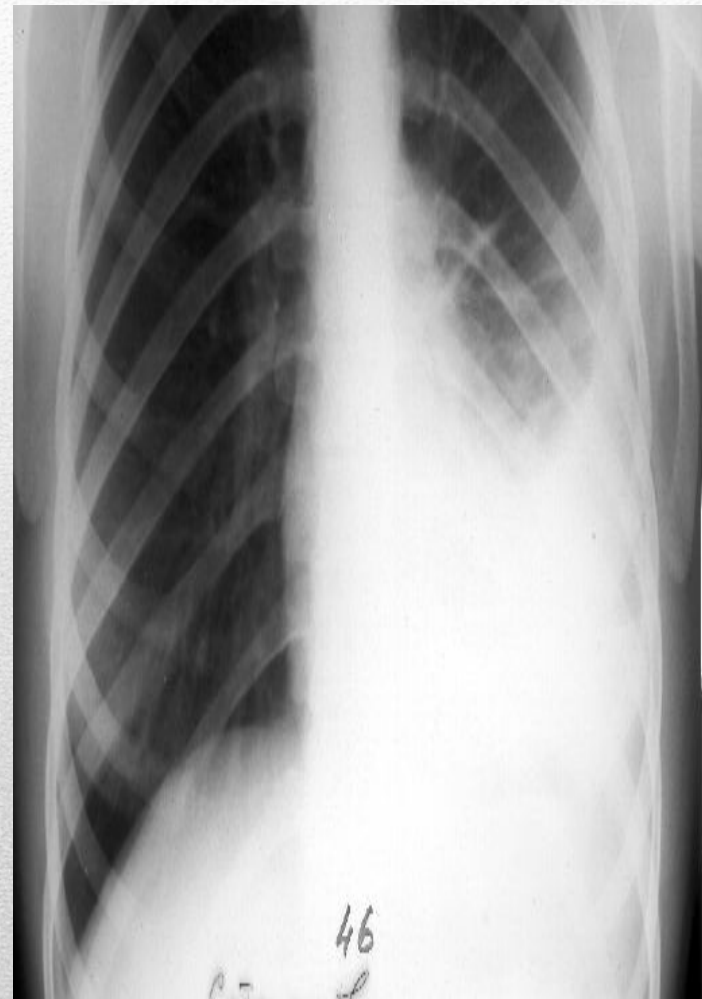
- 1. Аллергиялық плеврит
- 2. Перифокальды плеврит
- 3. Көшінді (метастазды) плеврит

**Патоморфогенезіне  
қарай:**

---

# Аллергиялық плеврит

- плевра қабықтарының туберкулез инфекциясына гиперергиялық экссудатты реакциясы байқалады
- Біріншілік туберкулездің жиі асқынуы түрінде кездеседі
- Плевра бетінде фиброзды шөгінділер немесе бірен-саран туберкулез төмпешіктері пайда болады.
- Кеуде қуысында Серозды,серозды-фибринозды экссудат,плевралық жабыспалар жиналады
- Экссудат эозинофильді не лимфоцитарлы сипаттамаға ие
- Плеврада спецификалық өзгерістер байқалмайды

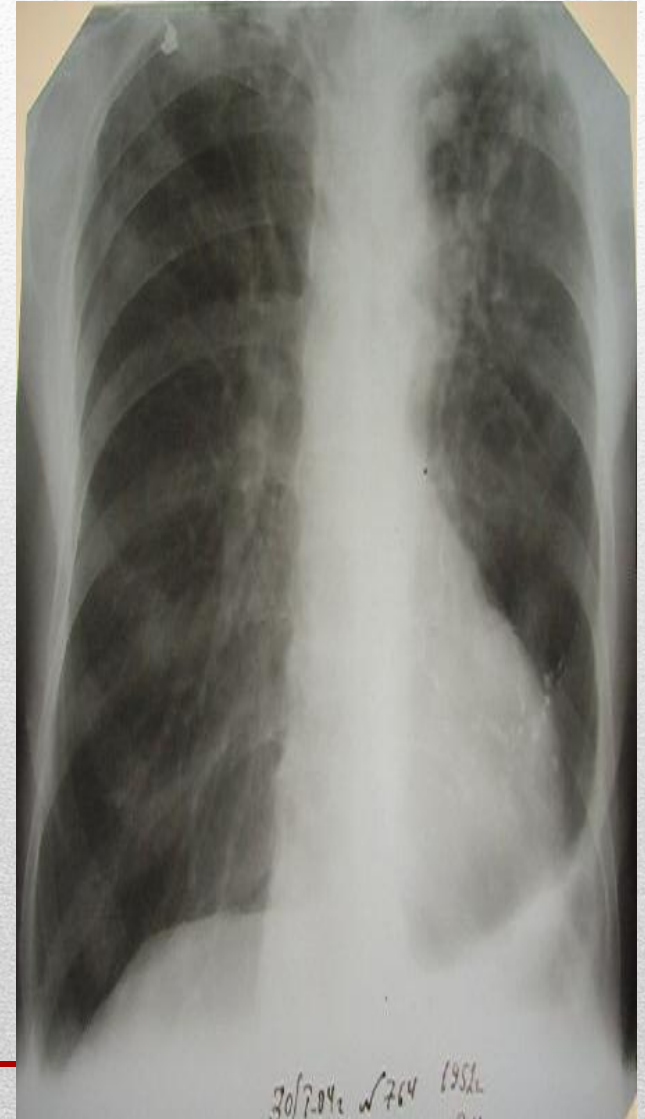


# Клиникасы:

- Жедел басталу
  - Кеудеде ауру сезімі, елтігу, дене қызуының көтерілуі
  - Қан анализінде-эозинофилия, ЭТЖ жоғарылауы
  - Плевральды сұйықтықта ТМБ анықталмайды(2-20%)
  - ТҚП және десенсибилизациялаушы терапия жағдайының жақсаруына, сауығуға алып келеді, плевра қуысында қалдықтық өзгерістер қалмайды.
-

# Перифокальды қабыну

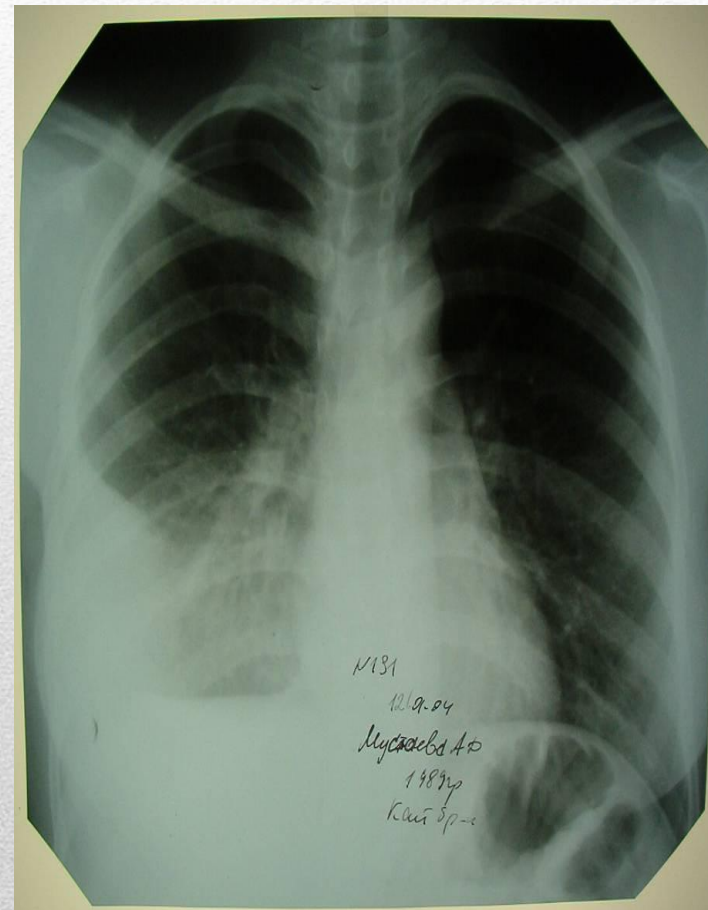
- -Плевра қуысында көп мөлшерде экссудат жиналуы мүмкін.
- - Туберкулездің өкпелік формаларын асқындырады
- Субплевральды ошақтардан жанасу арқылы дамиды(БТК,ошақты, инфильтративті,диссеминацияланған, кавернозды)
- Бастапқыда ошақты,кейін экссудативті компонент қосылады- серозды-фибринозды болады





# Клиникасы:

- -Біртіндеп басталу
- -Қозғалыс ,жөтел кезінде күшейетін кеудеде ауру сезімі,иыққа,арқаға,ішке иррадияциялануы,
- -Құрғақ жөтел,әлсіздік,тұрақсыз субфебрилитет
- Шақырушы фактор болуы
- Өкпе экскурциясы шектеулі,бірнеше куннен кейін жойылатын плевра үйкеліс шуы
- Экссудат лимфоцитарлы сипаттамаға ие
- R-граммада өкпе тіні зақымдалған, плевра жабысқан
- Ұзақ қайталамалы ағым



# Плевра туберкулезі-эмпиемасы

- Өз алдына жеке д.м. Лимфо-гематогенді жолмен ену
- Плевра қуысында серозды-фибринозды экссудат, түйіндерді басқанда геморрагиялық сипатқа ие болуы.
- плевраның толық облитерациясы
- Плевра эмиемасы, бронхо-плевральды жыланкөз
- Нәтижесі: массивті шварттар, ПҚ-ның облитерациясы, плевро-пневмоцирроз



# Плевра эмпиемасы мен бітісуі



Шағымы:

## Жалпы клиникасы

- Кеудедегі ауру сезімі
- Ентігу
- Құрғақ жөтел болуы мүмкін
- Интоксикациялық синдром (дене қызуының жоғарылауы, жалпы әлсіздік, тершендік, бас ауруы)
  - симптом Мюсси ( n. phrenicus)
  - симптом Воробьева –Поттенджера (плексит)



Жалпы қарау: зақымдалған бөліктің артта қалуы, көлемі ұлғаюы, тыныс алуыға қатыспайды, қабырға аралығы тегістелген немесе ісінген, цианоз

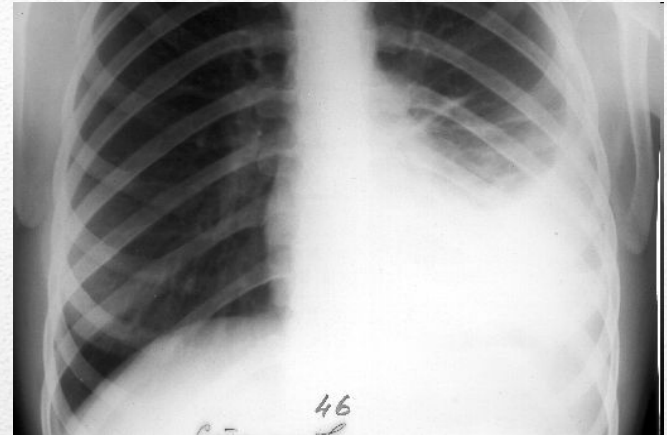
Пальпацияда -қабырғааралықтарының қарсыластығының жоғары болуы( Потенжер оң белгісі), дауыс дірілінің болмауы немесе өте әлсіз болуы;

Перкуссия: перкуторлы дыбыстың тұйықталуы, медиастиnumның сау жаққа ығысуы.

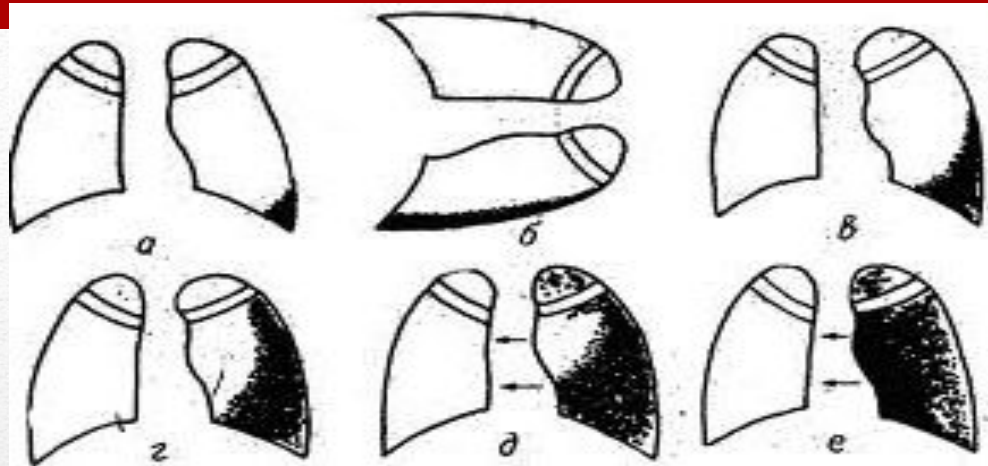
Аускультация: везикулярлы тыныс әлсіреген, плевра үйкеліс шуылы

---

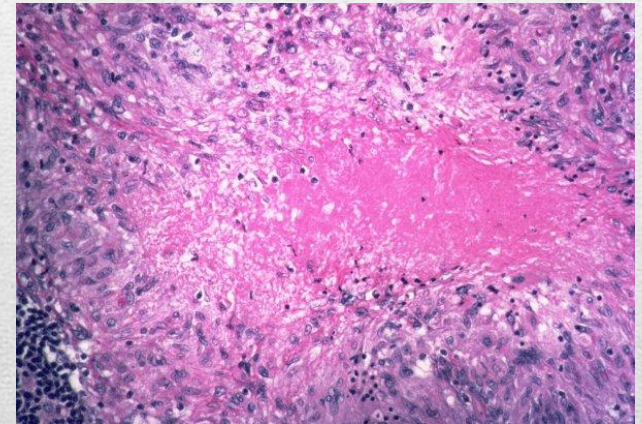
# Диагностикасы



- Физикалды зерттеу
  - Сәулелі диагностика (рентгеноскопия, рентгенография, УЗИ, компьютерлі томография – КТ)
  - ЖҚА: ЭТЖ жоғарылауы, Лимфопения, лейкоцитоз, солға ығысу, анемия болуы мүмкін
  - Биохимиялық зерттеу
-



- **Ro-диагностика (латерограмма)**
- **УДЗ (до 200 мл)**
- **Экссудатты зерттеу(торакоцентез)**
  - **цитологиялық**
  - **биохимиялық**
  - **микробиологиялық**
- **Плевралды биопсия (Абрамс инесі)**
- **Видео-торакоскопия биопсиямен (Алтын стандарт)**
- **Қан анализі**
- **Манту сынамасы**
- **СТҚ**



- *Клеткалық құрамы* - лимфоциттердің жоғары мөлшері (90%)
- *Эозинофилдер*, мезотелий жасушалары - 10% дейін.
- *Белок* - 30 г/л-ден жоғары
- *Салыстырмалы тығыздығы*- 1015 жоғары
- *ТМБ* – 5% - 15%
- *Глюкоза* – төмен мөлшерде ( 3.33 ммоль/л-ден аз),, при эмпиемах – болмайды.
- Плевралық сұйықтықтың *ЛДГ* сарысу белогына қатынасы *ЛДГ*- 0,6;





# Рентгенологиялық суреті

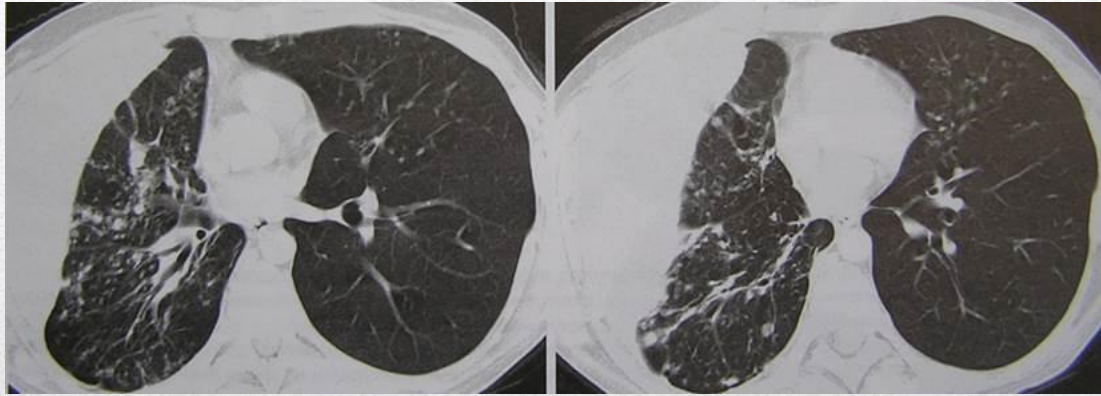
- Типті – төменгі өкпе аймағының қиғаш жоғары сырттан-ішке бағытталған интенсивті, біртекті көлеңкелену не қараю.
- Плевральды қуыста ауа болғанда-сұйықтықтың горизонтальды деңгейі.
- Медиастинумның сау жаққа ығысуы.
- Рентгеноскопия кезінде науқас қозғалғанда сұйықтық деңгейі қозғалады.
- Латерографияда сұйықтық деңгейі ығысады.
- Плевральды бітісу кезінде қапшықтағы плевриттер түзіледі – дене қалпы өзгергенде көлеңке пішіні өзгермейді.



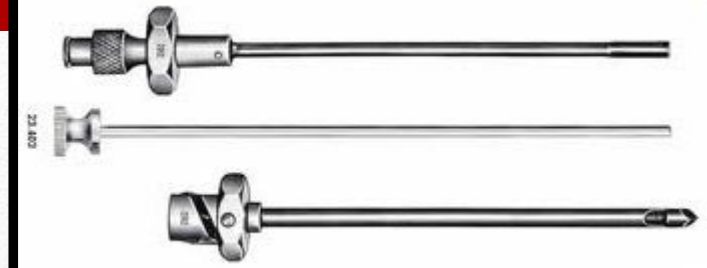
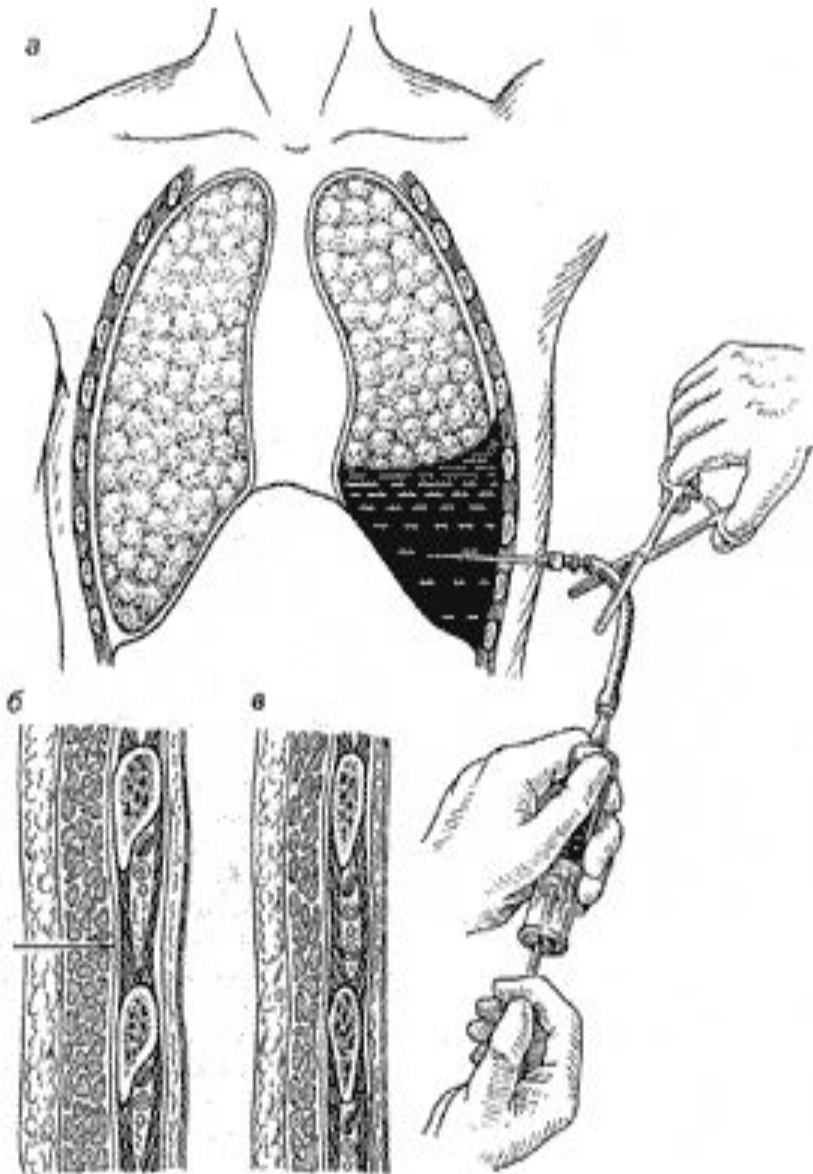


# Компьютерлі томография



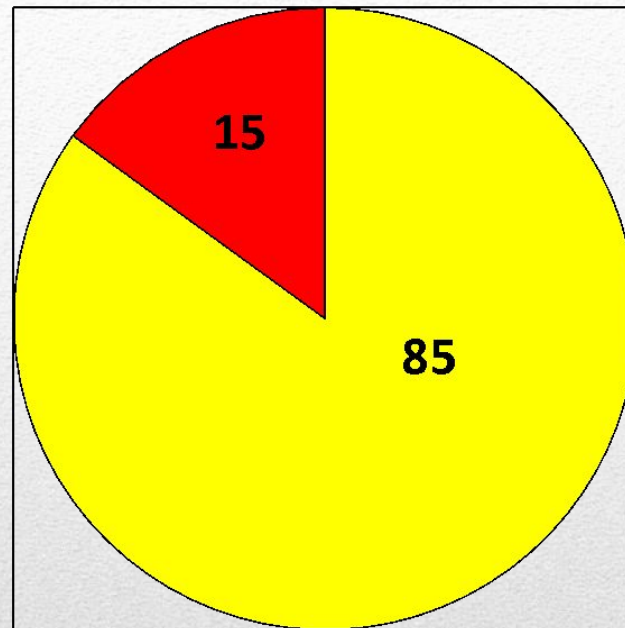


# Плевральды пункция



# Туберкулинодиагностика

Жиі оң немесе  
анық  
нормергиялық  
(85%)  
В 15% - пассивті  
анергия  
салдарынан теріс

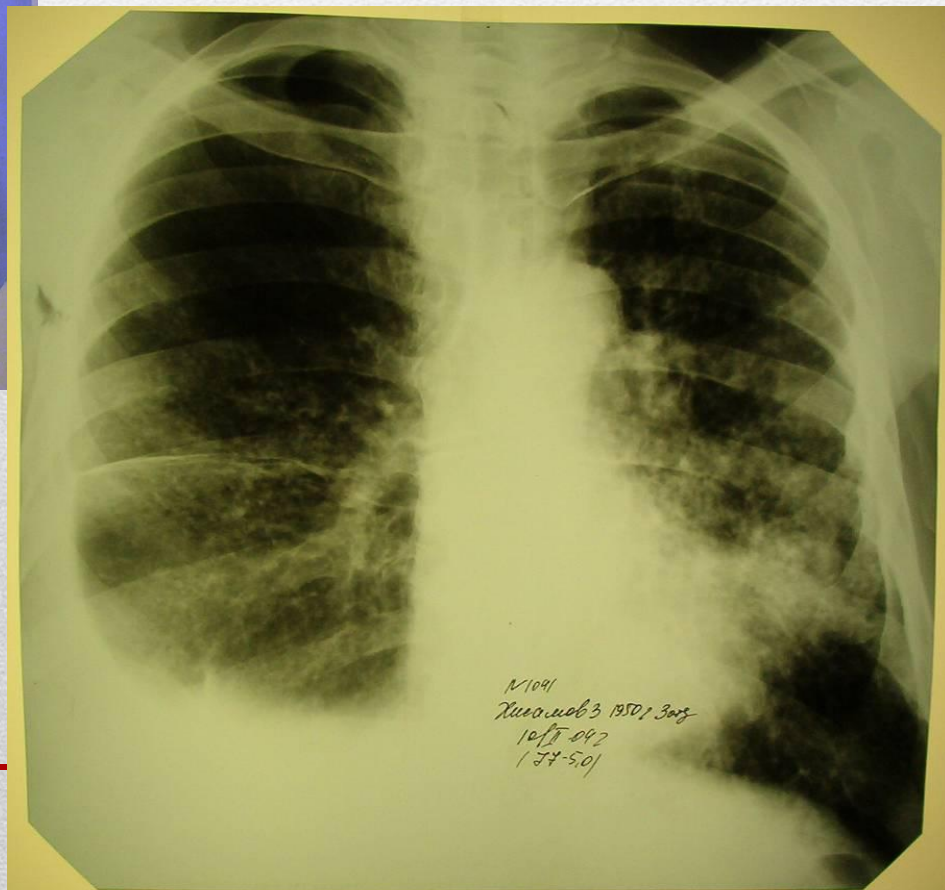


# Верификациялау

- Өкпе немесе плевра туберкулезінде ТМБ қақырықта, плевралық сұйықтықта тек 5-15% анықталады.
  - Туберкулинодиагностика, ИФА ( экссудаттағы антидене титрі)
  - ПТР әдісі арқылы экссудаттан микобактерия ДНҚ-н анықтау.
  - Плевраны биопсиялау (пункционды инелік биопсия, торакоскопиялық биопсия, ашық торакотомиялық биопсия)
  - Биоптатты гистологиялық және бактериологиялық зерттеу
  - Плевраны видеоторакоскопиялық биопсиясы (ТМБ, туберкулездігранулемалар), плевраның, өкпенің ашық биопсиясы.
-



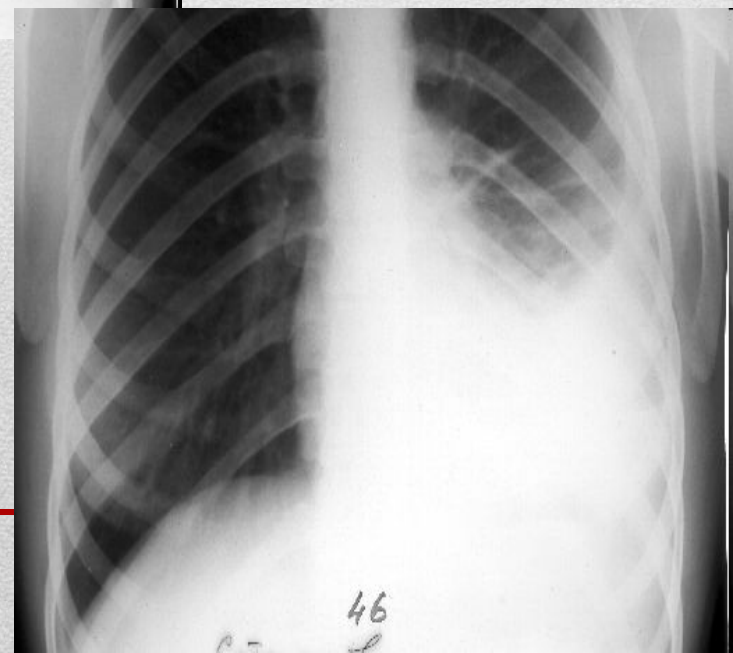
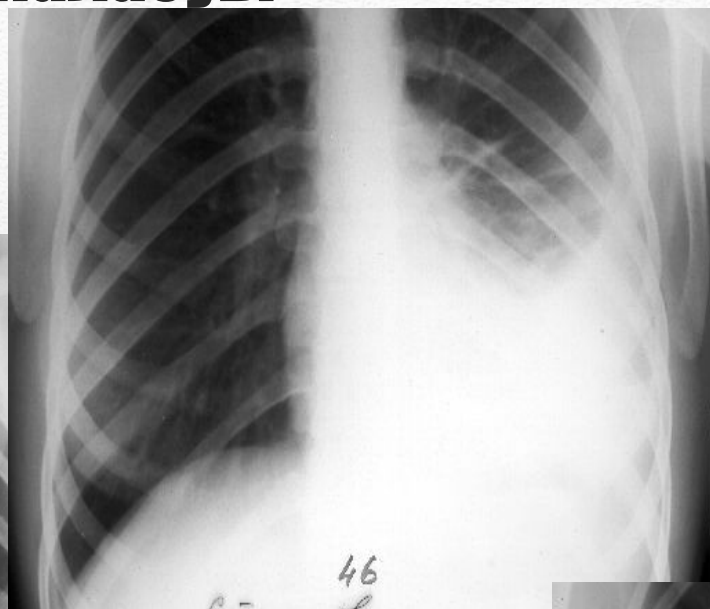
№ 408  
Мыеааа А. Д  
1989 г/о  
ууф. оу ф/и-9  
18/11-042  
166-80/



№1091  
Хусоуоб 3 1950, 308  
10/11 042  
177-50/



# Экссудаттың орналасуы



# Дифференциалды диагностикасы

Белгілері	Құрғақ плеврит	Қабырға аралық невралгия
Ауру п.б. себебі	Тыныс алу, жөтел кезінде	Қозғалыс кезінде
Денені еңкейткенде	Оң жаққа еңкейткенде	Ауру жаққа еңкейткенде
Қабырғар аралықты пальпациялау	Орташа қарқынды	Интенсивті
Плевра үйкеліс шуылы	естіледі	естілмейді
ЭТЖ жоғарылауы	жиі	жоқ
Дене қызуының жоғарылауы	жиі	жоқ

Белгілері	Транссудат	Экссудат
Салыстырмалы тығыздығы	1015 дейін	1018 жоғары
Белок	20 г\л дейін	30 г\л жоғары
Кол-во клеток в поле зрения	15 дейін	15 жоғары
Глюкоза	1,24	0,4 аз
Фибриноген	Іздері	440-630 мг\л

белгілері	Фибринозды парамедиастинальды плеврит	Миокард инфаркты
Ауру орн., сипаты	Ж.с.т. Сол жиегі. Таралмайды, жедел, өршімейді	Төс артында. Сол қол, иық. интенсивті, қстама тәрізді
АҚҚ төмендеуі	-	+
Суық тер	-	+
Ритм галопа, аритмия	-	+
Плевра уйкеліс шуы	Аурудың бастапқы сатысында	2-4 аптадан кейін, Дресслер синдромы
АЛТ, КФК	-	+
ЭКГ өзгерісі	-	+

Белгілері	Сол жақтық парамедиастинальды құрғақ плеврит	Фибринозды перикардит
Аурудың орналасуы	Жүрек сол қыры	прекардиальды
Тыныс алу, жөтел кезінде күшеюі	+	+/-
Плевра үйкеліс шуылы Орналасқан жері	Салыстырмалы сол қыры	Абсолютті аймақта
Жүрек қызметімен шудың синхрондылығы	-	+

# Емі

- Жедел кезеңде төсектік режим, толыққанды тамақтану (белок, май, витаминдерге бай), көмірсуды, тұз, сұйықтықты шектеу-диета 10 – 15 стол;

## Этиологиялық ем:

- Бастапқы 3-4 аптада кортикостероидтарды қолдану (20-40мг 1 мес.);
- Спецификалық химиотерапия 6 айдан аз емес . (2HRZE+4HR)
- Қайталамалы экссудатты аспирациялау.
- Эмпиема кезінде плевральды қуысты дренаждау, жергілікті АБ-терапия.

## Патогентикалық ем:

- қабынуға қарсы, десенсибилизация емі ( ацетилсалицил қышқылы 1,0 тәулігіне 3-4 рет, вольторен, индометацин, бутадион, кальций хлориды т.б)

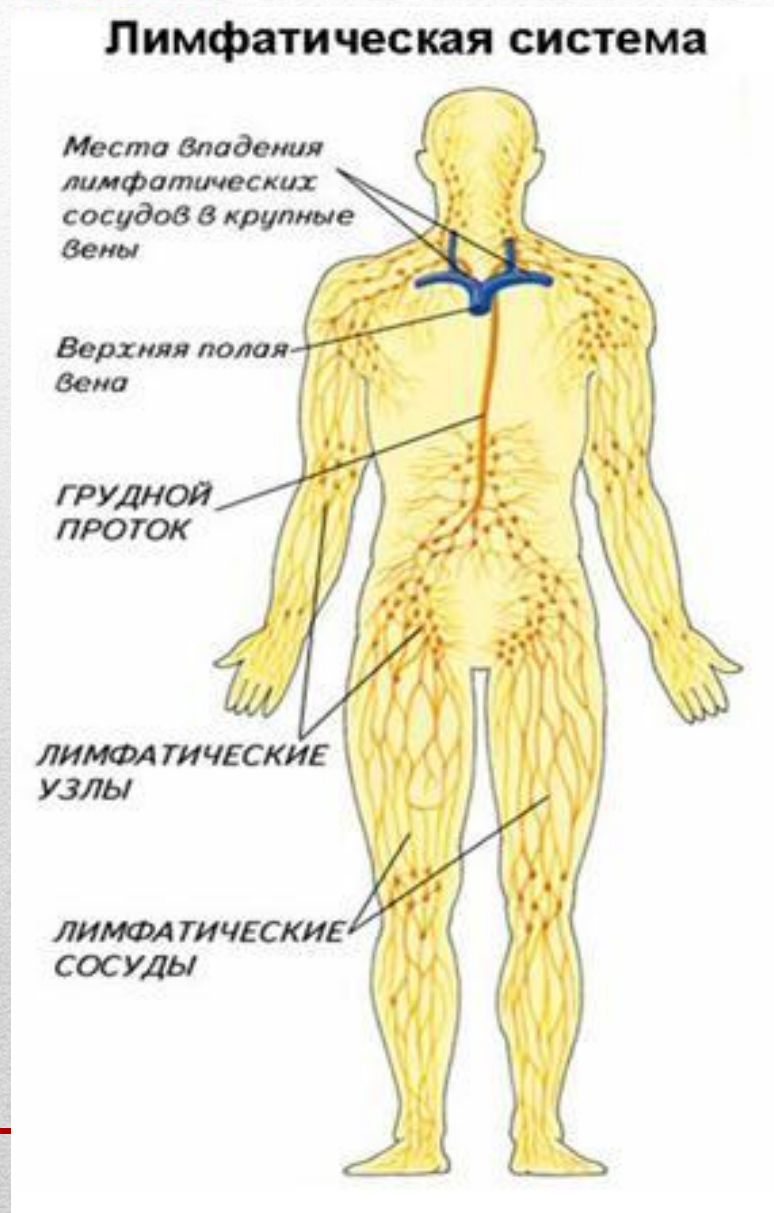
## Симптоматикалық ем:

- ауырсындыратын құрғақ жөтел болса – дионин, кодеин, либексин, тусупрекс.
  - Экссудатты алу;
  - Плевриттің сорылу кезінде кальций препараттарымен электрофарез және тыныстық гимнастикасы;
  - Көрсеткіштерге байланысты – оперативті ем.
-

# Ем жүргізілмегендегі нәтиже

- Экссудаттың өз бетінше сорылуы, массивті плевральды қабаттар түзілуі , «панцирлі өкпе » түзілуі, фиброторакс дамуы.
  - Өз бетінше жазылған плеврит жиі 1-2 жылдан кейін өкпе туберкулезі дамуына алып келуі мүмкін.
  - Іріңді емделмесе созылмалы ағымға өтеді.Бұл жағдайда жыланкөздер, амилоидоз, анемия, полиорганды жетіспеушілік дамып,өлімге де алып келуі мүмкін.
-

- Шеткі лимфа түйіндерінің туберкулезі — лимфоидты тінің спецификалық гранулематозды қабынуымен сипатталатын созылмалы инфекциялық ауру.
- Қазақстанда шеткі лимфа түйіндерінің туберкулезі өкпеден тыс туберкулездердің ішінде көп таралған формасы болып табылады.





## Патогенезі:

- Шеткі лимфа түйіндерінің зақымдануы көбіне балалық шақта біріншілік туберкулез кезінде пайда болып және де кеуде ішілік лимфа түйіндерінің және өкпенің спецификалық процесстерімен жиі бірге жүруі мүмкін.
  - Туберулездің бұл түрімен жиі балалар ауырады, ал ересек адамдар арасында ол сирегірек кездеседі.
-

- Шеткі лимфа түйіндерінің екіншілік туберкулезі жиі кез келген локализациядағы ошақтардың, иммунитеттің төмендеуі кезіндегі эндогенді реактивациясы нәтижесінде дамиды;
  - Лимфа түйіндерінің организмде микобактериялардың депосы ретіндегі, рецидив дамуындағы және олардың диссеминациясының көзі ретіндегі рөлі дәлелденген. Өршуді туғызуы мүмкін жағдайларға: иммунитеттің төмендеуі, салқындау, нервті стресс, интеркурентті аурулар жатады.
-

## Инфилтративті

И. формасында лимфа түйінінің үлкеюі туберкулезді гранулемалардың және спецификалық емес периадениттің дамуымен байланысты

## Казеозды-некротикалық

Лимфа түйіндерінің некрозымен бірге іріндеуімен және жыланкөздердің түзілуімен сипатталынады

## Индуративті

Зақымдалынған лимфа түйіндерінің және айналасындағы тіндердің тыртықты қатаюы тән.

- Шеткі лимфа түйіндерінің туберкулезі созылмалы ағымда өтіп, бір топ немесе бірнеше топ лимфа түйіндерінің үлкеюімен басталады.
- Бұндай ағымда спецификалық интоксикация көріністері айқын болады: дене температурасының көтерілуі, тері бозғылттығы, тез шаршағыштық, тершеңдік, тәбеттің төмендеуі.

## **Клиникалық көрінісі:**

---

Аурудың алғашқы кезеңінде лимфа бездерін пальпациялау қиындыққа түседі: сипап қарағанда олар жұмсақ, қозғалмалы, бір-біріне жабыспаған, ауру сезімінсіз, диаметрі 1 см ден аспайды. Туберкулездің үдеуі кезінде лимфа бездері үлкейеді (4-5см), тығыздалады, периаденит дамиды, бездер өзара және қоршаған тінге жабысады.



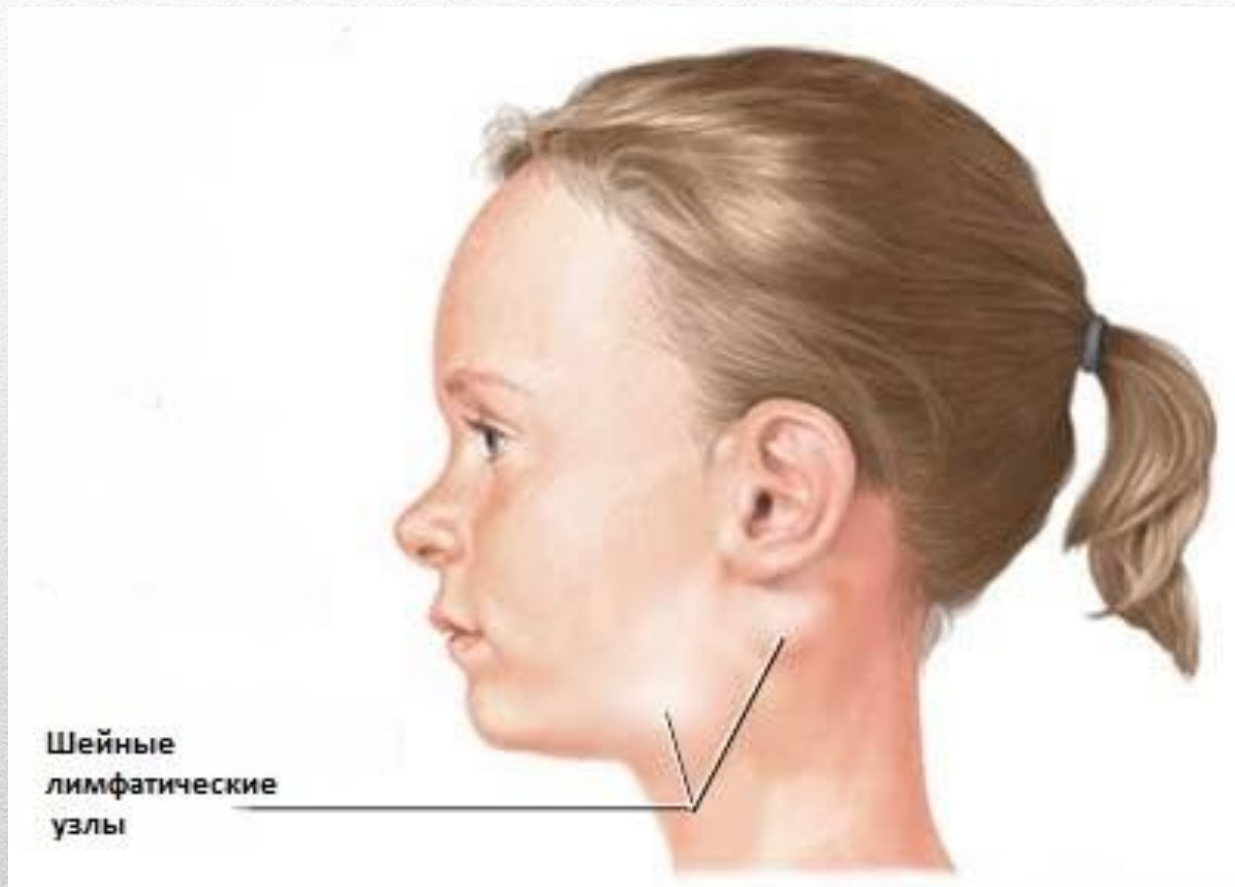
Ем қолданылмаған жағдайда лимфа бездерінде флюктуация пайда болып (сұйық казеоз), аздаған ірінді бөлінділері бар жыланкөз түзіледі.



Туберкулезбен көп уақыт ауратын науқастарда, бездердің орнында және оның айналасында тыртықты тін түзіледі, теріде зақымдану аймағында өрескел ішке тартылған тыртықтар пайда болады.

---

Жиі мойын лимфа түйіндері зақымдалынады (75-80%)



## Қолтық асты л.т.т. (15-20%)



Шап лимфа түйіндерінің туберкулезі (5%)



## АҒЫМЫНЫҢ ерекшеліктері:

- ШЛТТ атипті өтуі балаларда, аяғы ауыр әйелдерде, қарт адамдарда кездеседі. Оларға ауру бастамасының жедел дамуы, туберкулез интоксикациясының айқын және ауыр түрде өтуі тән. Дене температурасы 38-39 С көтеріліп, әлсіздік, қатты бас ауруымен бірге жүреді.
  - Үлкейген лимфа түйіндерінде казеоз түзіліп, іріңдейді, айналасындағы тіндермен және терімен қосылып, пальпацияда күрт ауру сезімді болады. Әрі қарай флюктуация анықталып, жыланкөздер түзіледі. Туберкулездің жедел ағымында аурудың басталуынан жыланкөздердің түзілуіне дейінгі аралық 1 айдан 3 айға дейінгі уақытты алады.
-



# Диагностика:

- Анамнез мәліметтері
- Клиникалық қарап тексеру
- Кеуде торының рентгенографиясы
- Пункционды және биопсиялық материалды МБТ ге бактериоскопиялық және бактериологиялық зерттеу
- Операциядан кейінгі алынған материалды гистологиялық зерттеу
- Туберкулино диагностика

Қосымша зерттеу әдістеріне:

- Ультрадыбысты зерттеу
  - КТ
  - ЯМР
-

# Жалпы қан анализі

Аурудың өршуі кезінде:

- Нейтрофильді лейкоцитоз
- моноцитоз,
- лимфоцитоз.
- лимфопения – жайылмалы процессі бар науқастарда
- СОЭ науқастардың басым бөлігінде аз ғана жоғарылайды

Қан сарысуын зерттеу кезінде:

- Белок алмасуының бұзылысы
- Фибриноген мен сиал қышқылының жоғарылауы
- СРБ

Туберкулино диагностика: Манту сынамасы оң (гиперергиялық)

- Рентгенологиялық тексеріс жүргізгенде зақымданған аймақта кальцинирленген лимфа бездері көрінеді бұл аурудың туберкулезді этиологиясын көрсетеді.

**Рентгенологиялық зерттеу:**

---

## Дифференциальды диагностикасы:

Специфик алық емес қабыну аурулары	Лимфогра нулематоз	Саркоидоз Бенъе-Бека-Шаумана	Лимфосар кома	Созылмалы лимфолейкоз	Орталық өкпе рагы, метастаздар
Анамнез ерекшелікт ері, консервати вті ем тез әсерін береді	Көптеген, ірі, тығыз «қапшықта ғы картошка»	Көптеген үлкейген лимфа түйіндері, диаметрі 1,5 см дейін	Үлкейген лимфа т., үлкен пакеттер түзеді, тығыз, ауыру сезімсіз	Ауыру сезімсіз, эластикалық, қамыр тәрізді, іріндемейді және ыдырамайды	Жиі бұғана үсті лимфа бездері зақымдалады (Вирхов бездері)

# Емі



Консервативті

Хирургиялық

Патогенетикалық

Лимфадениттің инфильтратты түрімен ауыратын науқастарға категорияға сәйкес тағайындалады. Казеозды түрінде изониазид, салюзид немесе стрептомицин ерітінділері тікелей лимфа безіне және айналасына енгізіледі. Жыланкөз болған жағдайда изониазид, рифампицин майлары жараға жағылып таңылады. Лимфадениттің жыланкөздері жабылмайтын казеозды түрінде химиотерапия нәтиже бермесе, хирургиялық ем қолданылады. Зақымдалған лимфа бездері алынып тасталынады.

---

# Қорытынды

- Гидроторакс көптеген аурулар кезінде дамуы мүмкін. Жиі оның себебі болып, әсіресе жастарда ТМБ болып табылады.
  - Гидроторакс диагностикасында плевральды сұйықтықты сапалық зерттеу маңызды (дифференциальная диагностика -экссудатпен трансудат арасында жүргізу).
  - Барынша нақты диагноз плевра биопсиясында қойылады.
-

- Туберкулезді экссудативті плеврит. 1-А диспансер тобы.
  - Диагнозды түсіндіру:
  - Қабынуға қарсы ем нәтижелілігі болмауы;
  - Науқас жасы;
  - Гиперергиялық туберкулинді сынама;
  - 1-к және қайталап жасалған рентгенограммада ошақты және инфилтративті өзгерістер болмау;
  - Химиотерапия 4- ТҚП-мен: изониазид 0,3 + рифампицин 0,6 + пиразинамид 1,5 + этамбутол 1,6.
-

- Туберкулез жұқпасының ошақтарын жіктеу, бактерия бөлетін туберкулезбен ауырғандардың ауру ошағында індетке қарсы санитарлық (профилактикалық шараларды ұйымдастыру жөніндегі әдістемелік ұсынним № 8.05.002.04. ӘҰ. Астана, 2004.
- Ракишева А.С. Профилактика, диагностика и лечение туберкулеза у детей и подростков. Алматы 2005.
- Т27 Тәбриз Н.С . Туберкулезді анықтау, алдын-алу және емдеу: оқу құрал – Қарағанды. - 2009ж. -87б.

## **Пайдаланылған әдебиеттер:**

---