

Қ.А.ЯСАУИ АТЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҚАЗАҚ-ТҮРІК
УНИВЕРСИТЕТІ

СӨЖ

Тақырыбы : *Өкпенің интерстициалды аурулары.
Пневмофиброз. Патанатомиясы, ақыры.*

Орындаған: Сәтбай Т

Қабылдаған: Таубекова М

Тобы: ЖМ-615

Түркістан 2018

Жоспар:

1. Өкпенің интерстициалды аурулары жайлы жалпы түсінік
2. Өкпенің интерстициалды аурулары дамундағы қоршаған ортаның маңызы
3. Жедел созылмалы пневмония
4. Басқа аурулармен ассоцирленген ИП
5. Альвеолиттер.Этиологиясы мен патогенезі
6. Қорытынды

Өкпенің интерстициалды аурулары деп - өкпе паренхимасының респираторлы бөліктері мен интерстициалды дәнекер тінінде орналасқан, этиологиясы мен патогенезі бойынша ерекше қабыну процессін айтады.

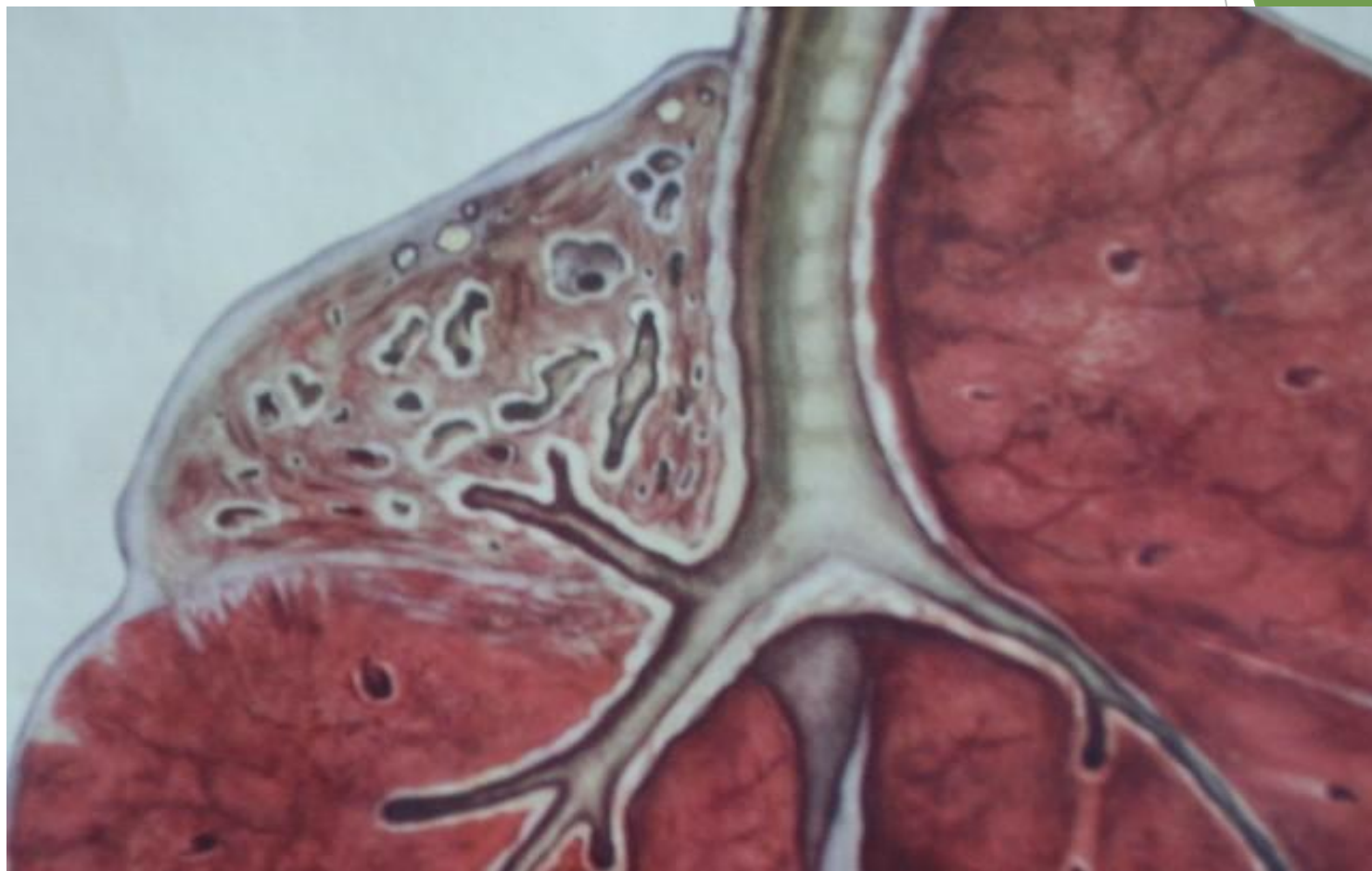
Өкпенің интерстициалдық сырқаттарына бір топ этиологиясы белгілі және этиологиясы белгісіз аурулар кіреді. Олардың жалпы морфологиялық белгісі - өкпенің аралық тінінің зақымдалуы.

Өкпенің интерстициалды ауруларының өсімі микро және макроорганизмнің өзгеруімен байланысты. Адамдардың өмір сүріп жатқан территориясының экологиялық жағдайы интерстициалды аурулардың өсуіне өте елеулі әсер етеді.

Экологиялық жағдайдың жайсыз әсерлері бронхо - өкпелік жүйенің әртүрлі тіндік құрылымының регенерациялық мүмкіндігінің төмендеуіне, сонымен қатар диффузды склероздың дамуына, ағзаның газ алмасу функциясының бұзылуына әкеледі.

Жалпы, өкпенің интерстициалды ауруларына Фиброзды - кавернозды туберкулез, жедел пневмония, пневмофиброзды жатқызуға болады.

Пневмонияның макроскопиялық көрінісі:





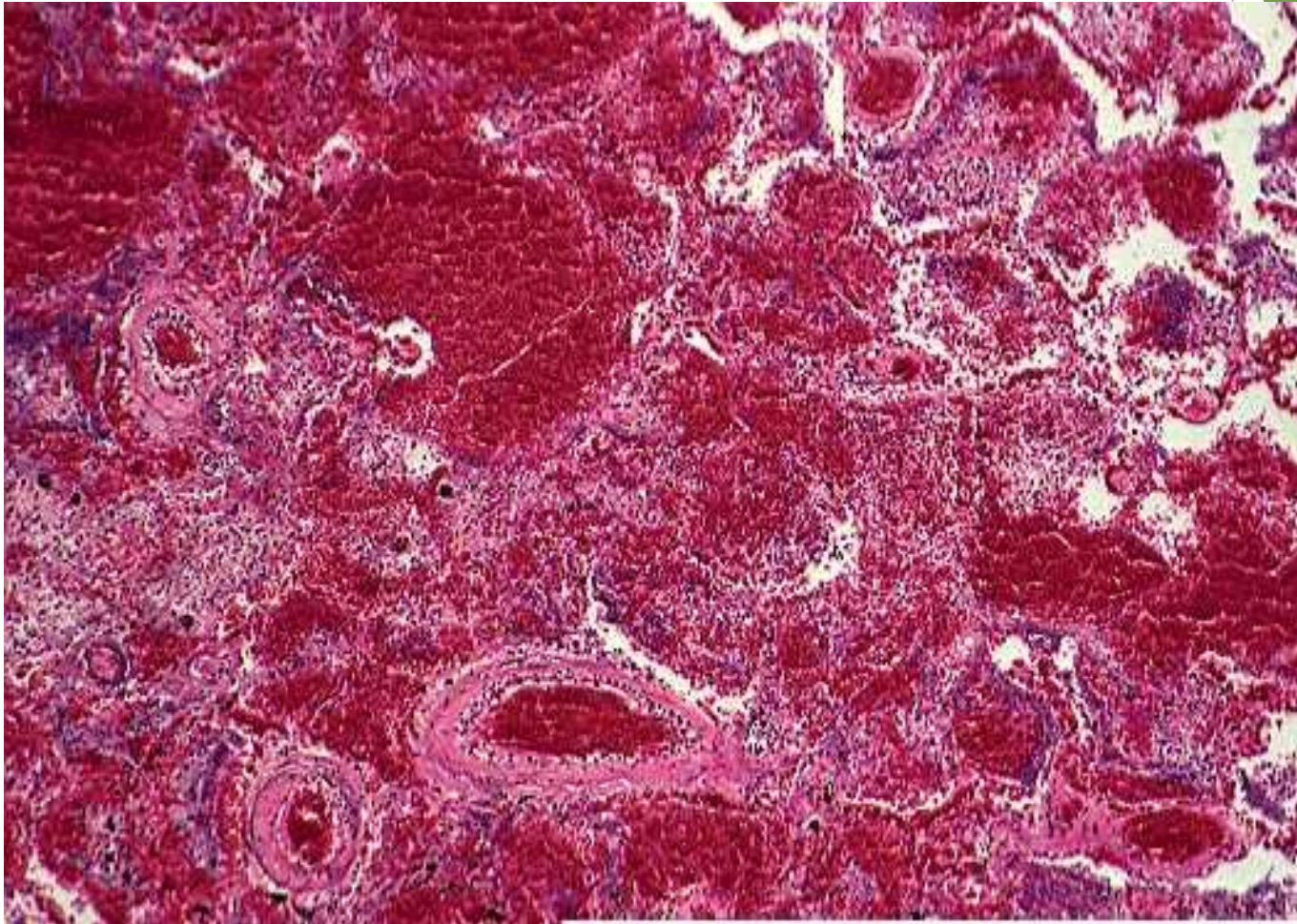
Жедел созылмалы пневмония

/ альвеолалардың диффузды зақымдалуы / (АДЗ)

Өкпенің диффузды зақымдалуының тез прогрессирленетін формасы болып табылады. Бұл ерлермен әйелдерде жасына қарамастан бірдей жиілікпен дамидын ауру. Ауыр үдемелі елтігудің дамуына респираторлы вирусты инфекция симптомы алғышарт болады. Өкпеде целлофан дауысты қырыл естіледі сонымен қатар, акроцианоз дамығанын байқауға болады.

Рентгенограммада диффузды билатеральды қараюларды көруге болады. КТВР кезінде екіжақты, симметриялы, субплевральды орналасқан гомогенді емес аймақта әуелік (воздушный) кеңістіктің тығыздалуын сонымен қоса бұзылған қалыпты өкпе архитектурасындағы бронхиолалардың кеңеюін көреміз.

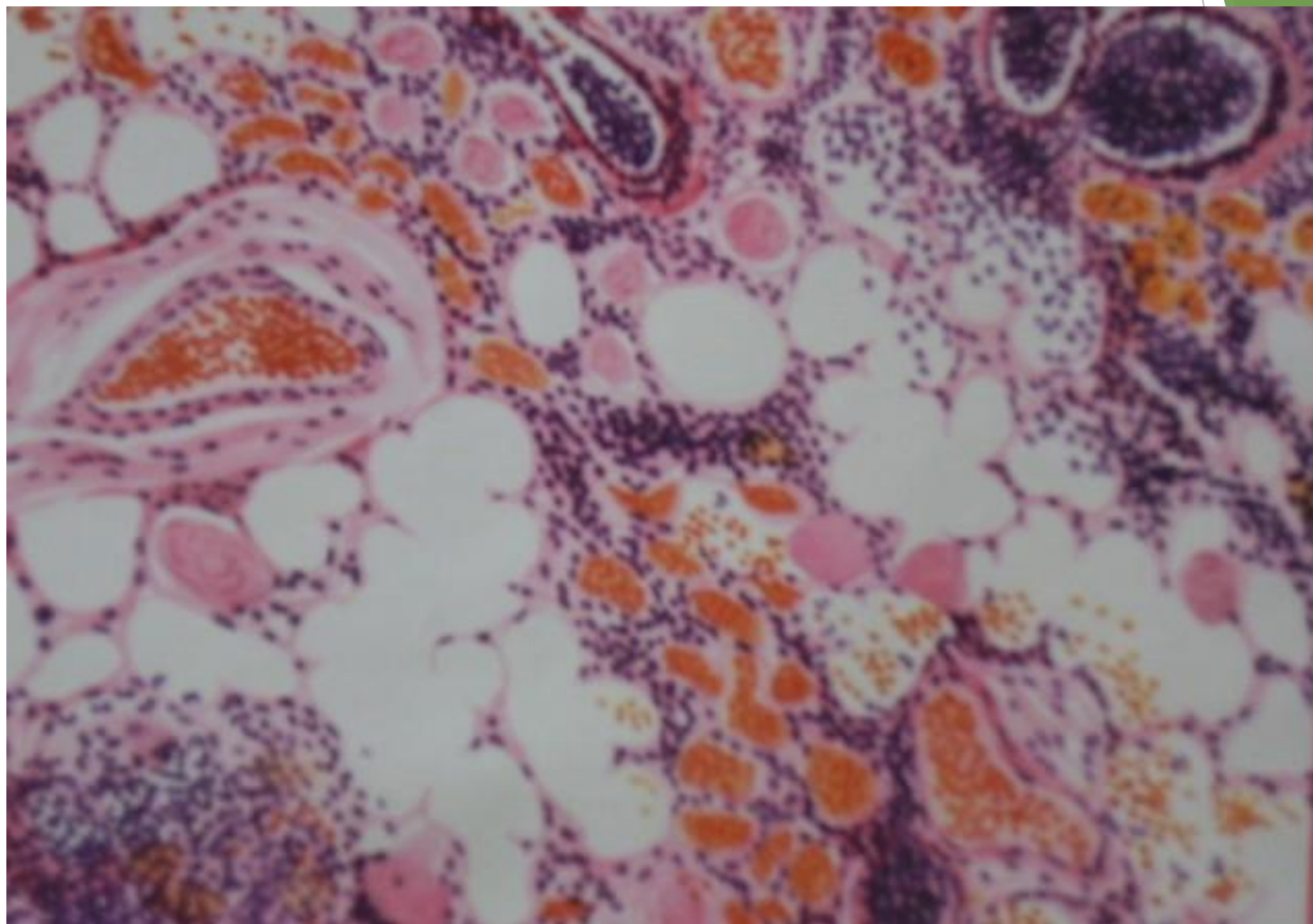
Жедел пневмония



Өкпенің интерстициалды ауруымен ассоциирленген респираторлы бронхиолит (ӨИА - РБ).

ӨИА - мен үйлесетін бронхиола қабырғасындағы пигменттелген макрофаг негізіндегі респираторлы бронхиолалардың зақымдалуымен сипатталады. Көбінесе ол, темекі шегетін адамдарда кездеседі. ӨИА - РБ адам өкпесіндегі сырылмен сонымен қатар, ентігу және жөтелмен сипатталады. Рентгенограммада диффузды - сеткалы немесе жіпшелер тәрізді қараюларды көруге болады. Функционалды зерттулер кезінде желдетілістің рестриктивті - обструктивті бұзылыстары, өкпенің тыныстық қалдық көлемінің ұлғаюы, DLCO - ның аздап азаюы көрінеді. Бұл дерт кезіндегі алдын алу мен өкпенің зақымдалу шешімінің негізгі факторы - темекі шегуді тоқтату болып табылады.

Жедел пневмония:





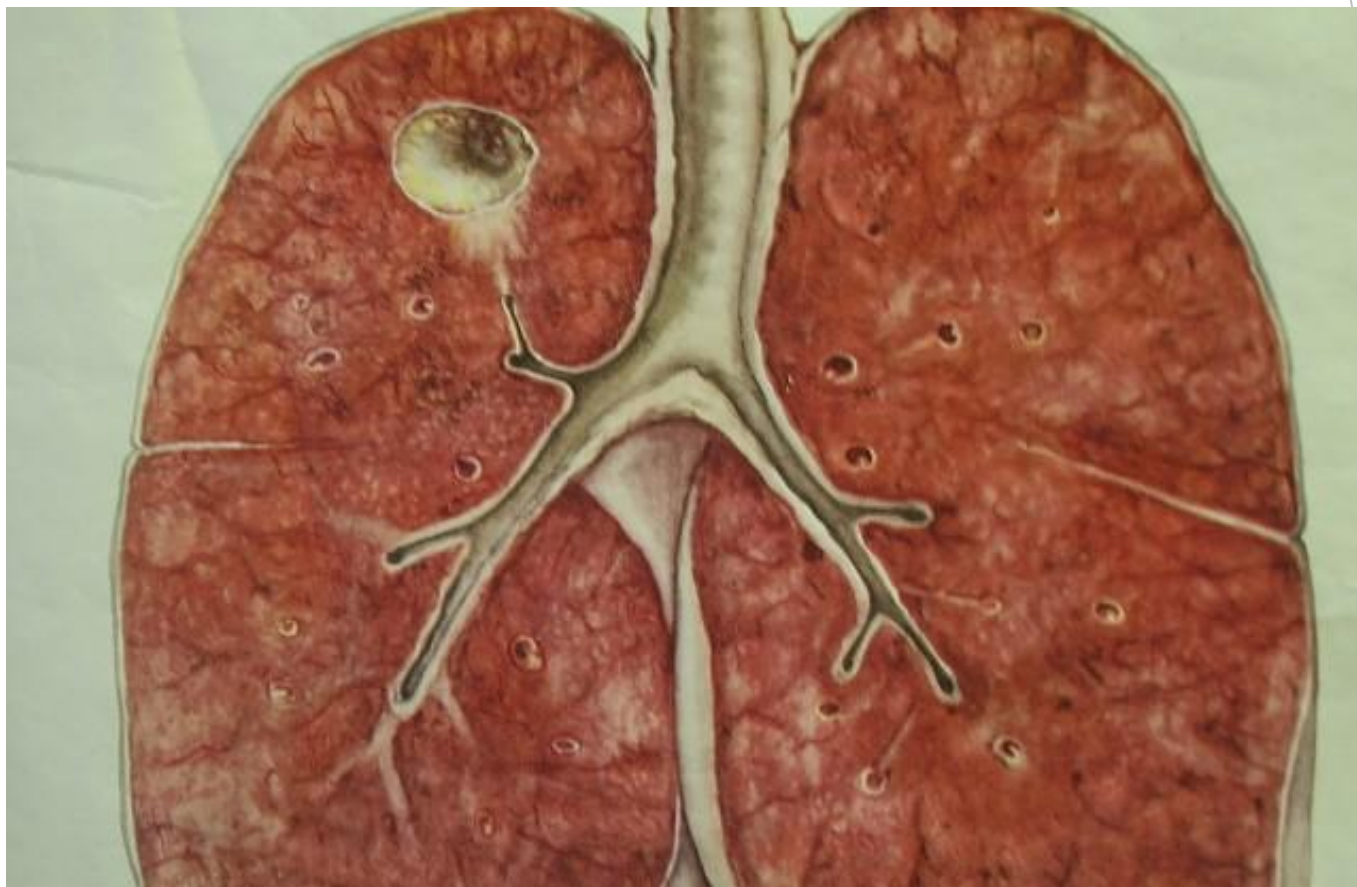
ЗА МИНДРАВ!!!

Өкпе биоптатында диффузды ісіну, жедел интерстициалды қабыну және гиалинді мембрананың дамуы анықталады. Оғанизация фазасында дамып келе жатқан фиброз, 2 – ші типті пневмоцит гиперплазиясын, ұсақ және орташа өкпе артериолаларының тромбозын көреміз.

Көпшілік науқастарда айқын тыныс жеткіліксіздігі және гипоксемия байқалады. Интерстициалды пневмония диагнозы тек ОРДС – тің идиопатиялық клиникалық көріністері және АДЗ – ның гистологиялық суреті негізінде қойылады.Интерстициалды пневмониядан шамамен науқастардың 60 % - ы өлімге ұшырайды және бұл симптомдардың пайда болуынан кейін 2 – 6 ай ішінде болады.

ДИП – 40 – 50 жасшамасындағы темекі шегетін ер адамдарда кездеседі. Көпшілік науқастарда еңтігу және жөтелмен көрінетін жеделдеу түрде бірнеше апта немесе бірнеше ай көлемінде болатын өкпенің интерстициалды ауруы болып табылады. Өкпе биоптатында альвеоладағы макрофагтардың гомогенді диффузды жиналып қалуын, альвеолалық перегородканың қалыңдауын және олардың плазмалық клеткалармен және лимфоциттермен инфильтрациясын көруге болады. DLCO – ның төмендеуі тыныс алу функциясының рестриктивті бұзылыстары болады.

Ошақты пневмония:

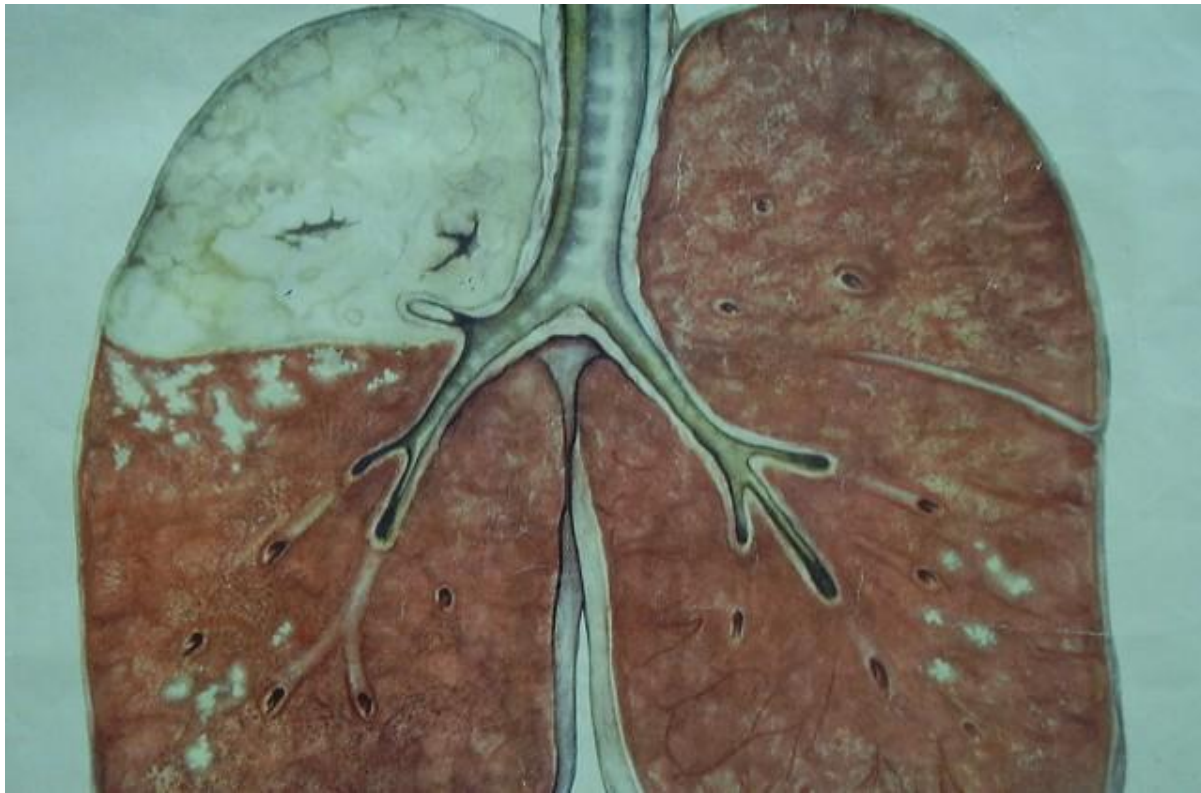


ЛИП - әдетте 40 жастан асқан әйел адамдарда кездеседі. Ауру өте баяу дамиды. Жөтел мен ентігу ақырындап 3 жыл ішінде толықтай көрінісін береді. Көбінесе лихорадка, кеудедегі ауырсыну сезімі артралгия мен арықтау тән болып келеді. Қанда анемия, гипергаммаглобулинемия байқалады. Рентгенография 2 типті өзгерістерді көрсетеді: біріншісі - төменгі аралас альвеолярлы - интерстициалды инфильтрат және диффузды зақымдалу. Гистологиялық өкпе интерстициясында лимфоцитті тығыз инфильтраттар, плазматикалық жасушалар анықталады. Ауруды терапиялық емдеу тәсілі оң, бірақ, 1/3 науқастарда диффузды интерстициалды фиброз қалыптасады.

Басқа аурулармен ассоцирленген интерстициалды- пневмония

ИП көбінесе дәнекер тін ауруларымен науқастарда көрінеді. Олар: дерматомиозит, ревматоидты артрит, склеролермия, жүйелі қызыл волчанка. Көбінде диффузды - интерстициалды жағдайында өкпедегі өзгерістер НСИП - қа сәйкес келеді. Дерматомиозиті бар науқасқа иммуносупрессивті терапия жасау керек болғанда, жедел интерстициалды пневмония дамығаны тіркелген. ЛИП - иммунопатологиялық аурулары бар науқастарда кездеседі, яғни, ревматоидты артрит, аутоиммунды тиреоидит, сқзылмалы белсенді гепатит, аутоиммунды гемолитикалық анемияға шалдыққан науқастарда.

Крупозды пневмония:



Фиброзданушы альвеолиттер

ФА деп - өкпе паренхимасының, әсіресе альвеола – лардың интерстицийдің қабынуымен және 2 жақты диффузды фиброзымен сипатталатын бір топ сырқаттарды айтады. Бұл үрдіс альвеола іргесінің барлық элементтерін түгел қамтиды.

Этиологиясы – қазіргі кезде ФА – ның жүзден аса түрі белгілі. Бұл сырқаттарды этиологиясы белгілі және этиологиясы белгісіз деп екі топқа бөлеміз. Этиологиясы белгісіз сырқаттарды идиопатиялық фиброзданушы альвеолит деп атайды. Ал, этиологиясы белгілі түрлерін сыртқы аллергиялық және фиброзданушы альвеолит деп екіге бөлеміз.

Идиопатиялық фиброзданушы альвеолит

Өкпенің аралық тінінің фиброзымен, тыныс алу үрдісінің үдемелі түрде бұзылуы – мен сипатталатын этиологиясы белгісіз сырқат. Оның өте жедел өтетін түрі Хам – мен және Рич сырқаты деп аталады.

Сыртқы аллергиялық альвеолиттерді

Органикалық және бейорганикалық шаңдар, бактериялардың, саңырауқұлақтардың, жануарлардың белокты антигендері, өсімдіктер антигендері, әртүрлі дәрілер шақырады. Сондықтан САА ауыл шаруашылық қызметкерлерінің, азық - түлік, киім тігу, тері өңдеу өнеркәсіптерінде жұмыс істейтін кісілердің арасында жиі кездеседі.

Токсиндік фиброзданушы альвеолит

Өкпе паренхимасында әртүрлі токсинді заттардың, кейбір дәрі – дәрмектердің әсерінде дамиды. Токсинді заттарға әртүрлі газдар, металдар, гербициттер кіреді. Ал дәрі – дәрмектер арасында: хлорбутин, циклофосфан, метотрексат, азатиоптин және тағы сол сияқтыларды атап шығуға болады.



ЗА МИНДРАВ!!!

Патогенезі

Жоғарыда көрсетілген әртүрлі сырқаттардың бір топқа бірігуі негізінде олардың даму механизмдері –нің және морфологиясының бір – біріне жақындығы жатады. Осы сырқаттардың дамуында организмдегі иммундық өзгерістердің мағызы зор. Организмге жат, антигендік қасиетке ие заттарға қарсы иммун –дық жүйеде антиденелер түзіледі. Антиген – анти –дене реакцияларына байланысты пайда болған иммундық кешнедер өзіне комплементті қосып алып өкпенің ауа – қан бөгеттерінің зақымдануына, қабыну, кейінірек фиброз үрдістерінің дамуына, өкпелік –жүрек жетіспеушілігіне соқтырады.

Қорыта келе, өкпенің интерстициалдық аурулары кезінде жоғары деструктивті сонымен қатар фиброзды өзгерістер мен гранулематозды қабыну процесі жиілігінің басым болуы мен лимфоидты инфильтрация қанығуы әлсіз болатындығы анықталды, сол себептен де жасушалық иммунитеттің дамуы өте төмен дәрежеде болады.

Қолданылған әдебиеттер:

- ▶ Арх.пат. - 2007-4 басылым
- ▶ Арх.пат. - 2008 - 1 басылым.
- ▶ Ж.Б.Ахметов “Патологиялық анатомия ” Алматы,2004
- ▶ www.iandex.ru

**НАЗАРЛАРЫҢЫЗГА
РАХМЕТ!**