

Қабыну

▣ ЖОСПАР:

1. Анықтамасы, мәні мен биологиялық маңызы, даму заңдылықтары.
2. Түрлері, морфологиялық сипаттамасы.
3. Пролиферациялық қабыну, түрлері.
Морфологиялық көріністері.



▣ Қабыну – әр түрлі агенттердің әсерімен тудырылған тамырлы-мезенхимальды реакция, сондай-ақ қан айналымының ерекше бұзылыстарымен және жасушалаар пролиферациясымен сипатталатын, қорғаушы-бейімделуші реакция .



Тудыратын факторлар

- Биологиялық экзогендік: микроағзалар және олардың өмірлік әрекеттерінің өнімдері.
- Биологиялық эндогендік: иммундық факторлар (антиденелер, иммундық кешен, сенсibiliзденген лимфоциттер, т.б.).
- Физикалық: радиация, электр тогы, жоғары және төмен температуралар, жарақат.
- Химиялық: дәрілік заттар, токсиндер, улар.



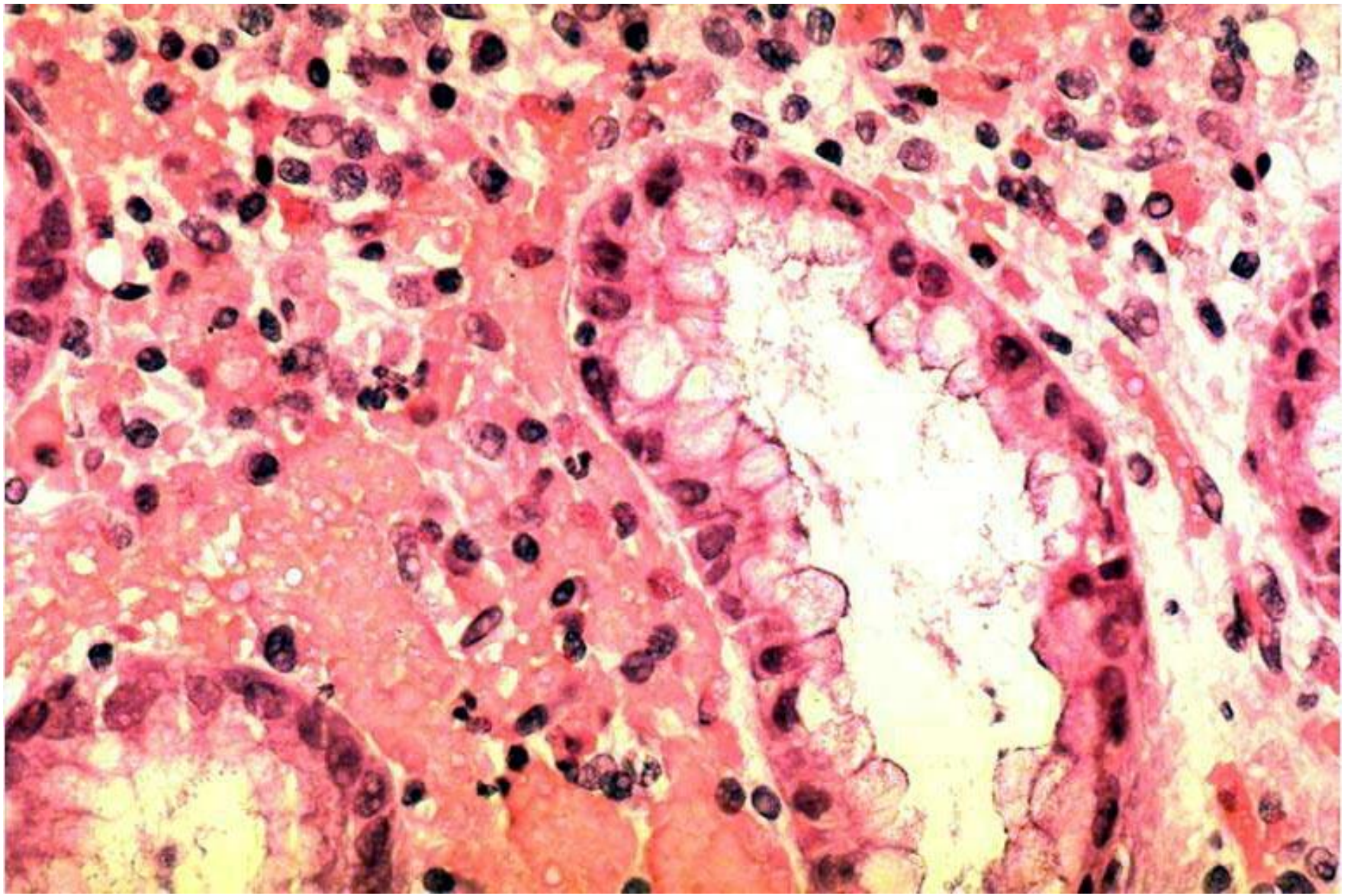
-
- **Қабыну фазалары:**
 - **Альтерация**
 - **Экссудация**
 - **Пролиферация.**



Альтерация

- ▣ **Альтерация** – қабыну реакциясының ары қарай дамуын анықтайтын медиаторлардың шығарылуына әкелетін қабынудың сатысы. Ол дистрофия және некрозбен көрінеді.
- ▣ ***Қабыну медиаторлары*** : плазмалық және жасушалық болады.






Экссудация

- **Экссудация** – тамырлы арнаның шектерінен қанның сұйық бөлігі және формалық элементтерінің шығуы.
- *Экссудат* – құрамында ақуыз бен формалық элементтер болатын қабынулық сұйықтық.
- Қабынулық жасушалық инфильтрат – тіндерде жасушалардың жинақталуы.





Кезеңдері

- I. Қан реологиялық қасиеттерінің бұзылуымен микроциркуляторлық арнаның реакциясы
 - II. Микроциркуляторлық арна өткізгіштігінің жоғарылауы
 - III. Сұйықтық пен плазма ақуыздарының шығуы
 - IV. Жасушалар эмиграциясы
 - V. Фагоцитоз
 - VI. Экссудат пен қабынулық жасушалық инфильтраттың түзілуі
-
- 

- Экссудат жасушаларының құрамы әр түрлі:
-
- Алғашқы 6-24 сағатта ПЯЛ мөлшері басым.
 - 24-48 сағат кезеңінде моноциттер-макрофагтар саны арта бастайды.
 - Жедел типті жоғары сезімталдығының реакцияларымен байланысты қабыну кезінде экссудатта эозинофилдер басым болады.



-
- ▣ **Қабынудың аймағында пролиферацияға қабілетті жасушалардың (макрофагтар, камбиальды мезенхимальды жасушалар, тегіс бұлшықеттік және эпителий жасушалары) көбеюімен;**
 - ▣ **Жасушалардың дифференцировкасы және трансформациясымен (макрофаг эпителиоидты және алып жасушаға, В-лимфоцит плазмалық жасушаға, камбиальды мезенхимальды жасуша фибробластқа айналады) сипатталады.**
-
- 

-
- Қабыну кезіндегі иммунитеттің қалыптасуында фагоцитоздың да, комплемент жүйесінің де маңызы зор.
 - Фагоциттер, әсіресе макрофагтар, антигендер тазалануы мен олардың иммуногенді формаға қайта өңделуіне қатысады.
-
- 

- Комплекмент жүйесі өз компоненттерін антиденелер молекулаларына қосу арқылы антигендік субстанциялардың лизисін қамтамасыз етеді.
- Фагоцитоз да, комплекмент те иммунологиялық реактивтілік формаларын толықтырады.
- Сонымен, қабыну кезінде иммунды жауаптың қосылуы бейспецификалық қорғаныстың 2 жасушалық жүйесімен қамтамасыз етіледі:
- Моноцитті фагоциттер жүйесі;
- Плазмалық жүйе – комплекмент жүйесі.



Қабынудың жіктелуі

Жүру сипатына
байланысты

Жедел

Жеделасты
Қабыну

Созылмалы

сатысыны
ң
басымдығ
ына

байланыс
Альтеративті
к

Экссу
дативтік

Пролифе
ративтік

(паренхимато

Альтеративтік (паренхиматоздық) қабыну

- Локализация: паренхиматоздық мүшелер, ми мен жұлын тіндері, перифериялық жүйкелер.
- Морфологиялық көрінісі: паренхиматоздық мүшелер болбыр, жылтыр емес, кесіндіде қайнаған етке ұқсайды.
- Себебі: химиялық заттар мен бактериялар токсиндерінің әсері.
- Соңы: некроздық өзгерістер □ склероз.
- Маңызы: әсіресе қауіпті – миокард пен жүйке жүйесіндегі альтеративтік қабыну.



Экссудативтік қабыну

- Экссудативтік қабыну микроциркуляторлық тамырлардың реакциясының басымдығы және экссудат түзілуімен сипатталады.
- Экссудат сипатына қарай жіктеледі:

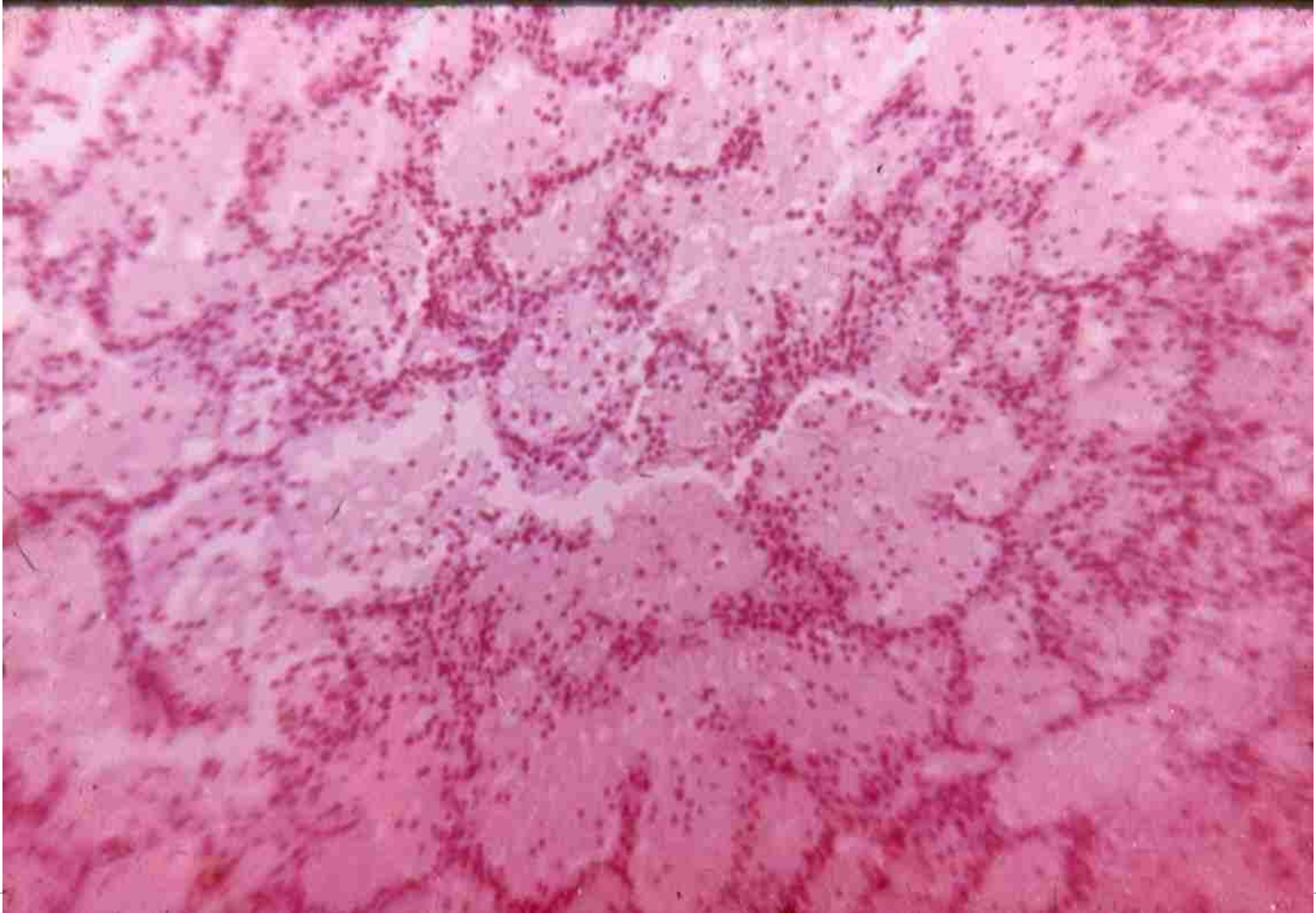




Сероздық қабыну

- Серозды экссудат құрамында 2% дейін ақуыз бен шамалы мөлшерде жасушалар (ПЯЛ, макрофагтар, т.б.) болады.
 - Көбінесе серозды (ревматизм аурулары кезіндегі полисерозит, аутоинтоксикация кезінде-уремия), шырышты қабықтарда, теріде (стрептококк инфекциясы, герпес вирусы, күйік) дамиды, сирек- Ішкі мүшелерде (грипп кезіндегі серозды пневмония, т.б.)
 - ▶ Соңы әдетте жағымды.
-

Сероздық пневмония



Фибриноздық қабыну

- Экссудат құрамында көп мөлшерде фибрин болады.
 - Инфекциялық ауруларда (крупозды пневмония, дифтерия, дизентерия, туберкулез), инфекциялық-аллергиялық ауруларда (ревматизм), аутоинтоксикацияларда (уремия) пайда болуы мүмкін.
 - Әдетте шырышты және серозды қабықтарда, сирек жағдайда мүшелер түбінде (өкпеде) дамиды.
-



Фибриноздық қабыну

Дифтериялық қабыну

Крупоздық қабыну

Серозды қабықтарда, астарлап жатқан тіндермен әлсіз байланысқан цилиндрлі эпителиймен қапталған шырышты қабықтарда дамиды.

Фибриноздық қабық жұқа (құрамында фибрин мен ПЯЛ), жеңіл бөлінеді.

Көпқабатты жалпақ эпителийлі немесе терең некроздалған цилиндрлік эпителийлі шырышты қабықтарда дамиды.

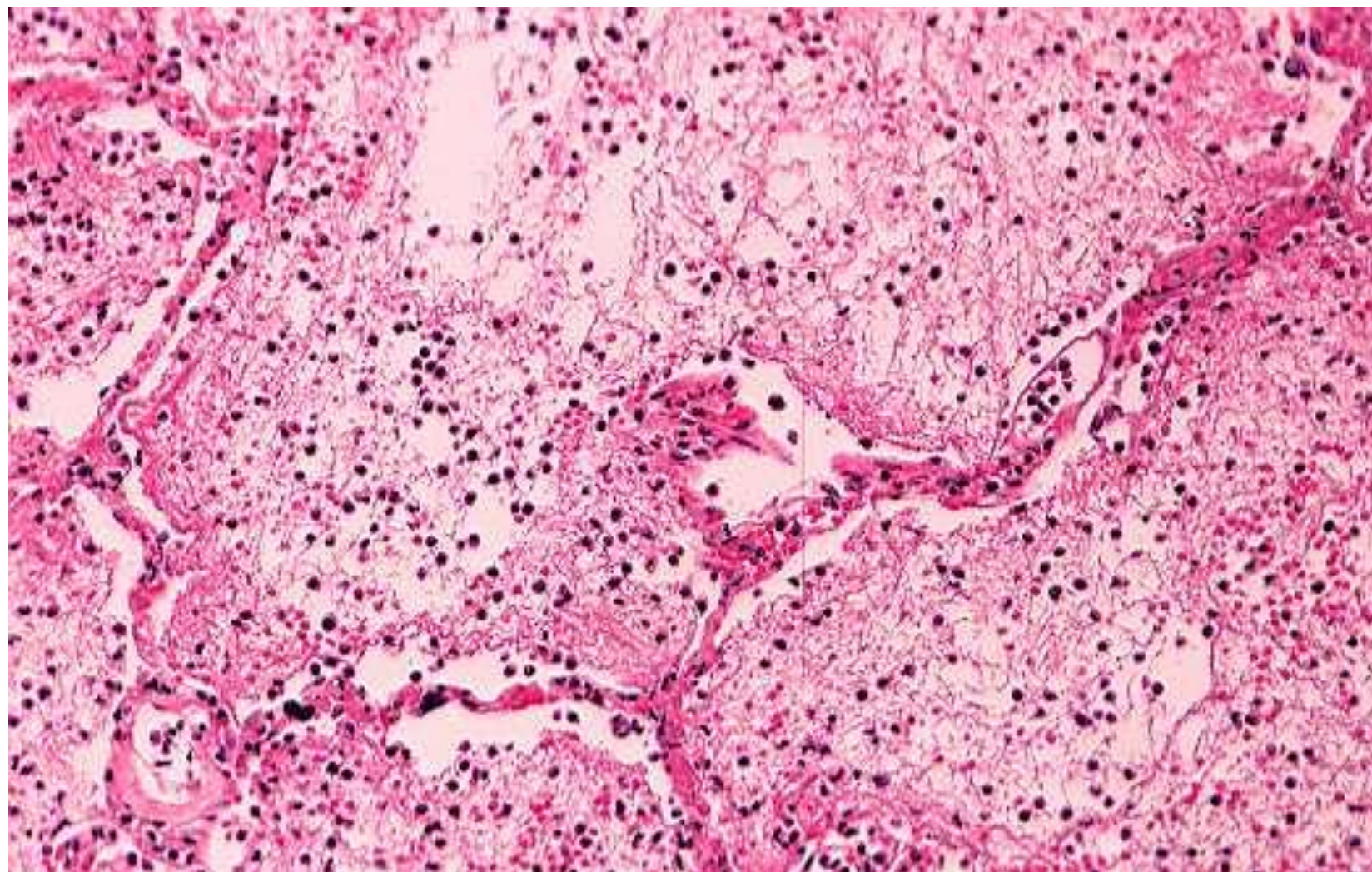
Қабық қалың (құрамында фибрин, ПЯЛ, некроздалған тіндер), бөлінуі қиын, терең жаралар дамиды.

Крупоздық пневмония

- **Макроскопиялық көрінісі:** зақымдалған бөлік ұлғайған, тығыздығы бойынша бауыр тініне ұқсайтын, кесіндіде сұр түсті, плеврада жеңіл алынатын фибриндік қабық.
- **Микроскопиялық көрінісі:** барлық альвеолалар фибрин, ПЯЛ, альвеолярлы макрофагтардан тұратын экссудатпен толтырылған, альвеолааралық перделердің қылтамырларында фибриндік тромбтар анықталады.



Крупоздық пневмония



Іріңдік қабыну

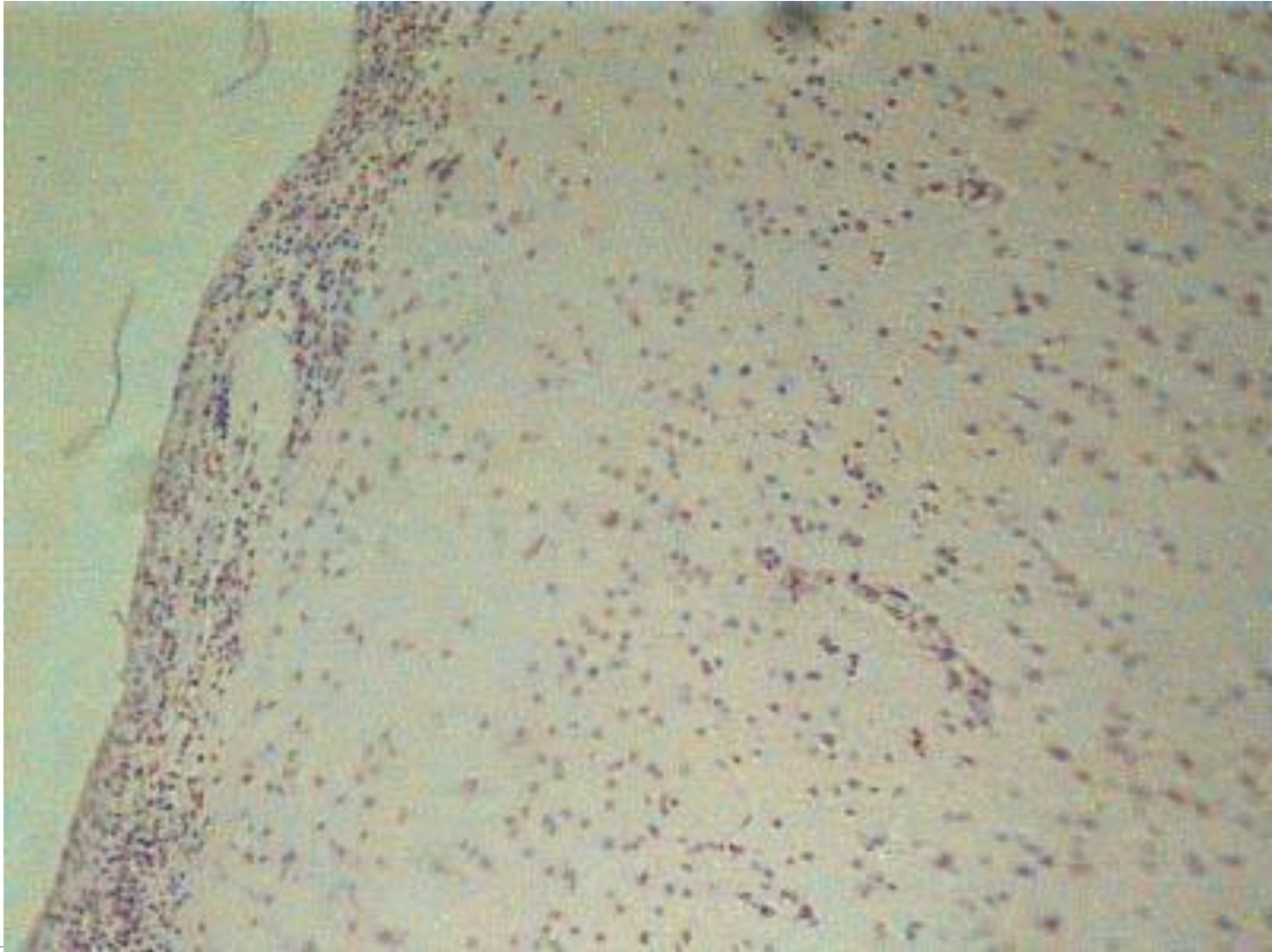
- Экссудатта ПЯЛ басым.
- Өзіне тән морфологиялық ерекшелік – гистолиз – тіндердің лейкоциттердің протеолитикалық ферменттерімен еруі.
- Эмпиема – қуыстарда ірің жиналуымен жүретін іріңді қабыну.

Іріңді қабыну

Шектелген (абсцесс)

**Диффузды
(флегмона)**

Іріндік менингит



Шіріктік

- Көбінесе кең ауқымды тіндердің езілуі байқалатын жараларда пайда болады.
- Клостридиальды (анаэробты) инфекция және ірің тудырушы микроағзалардың үйлесуімен байланысты.
- Кең ауқымды некроздың фокустары (ошақтары) тән.



Геморрагиялық қабыну

- Экссудатта көп мөлшерде эритроциттердің болуымен сипатталады.
- Дамуында тамырлық өткізгіштіктің маңызы жоғары.
- Қатерлі инфекциялық ауруларда (оба, сібір жарасы, грипп, шешек) кездеседі.

Катаральдық қабыну

- Шырышты қабықтарда пайда болады.
- Беткейден ағатын экссудаттың көптігімен сипатталады.
- Экссудат құрамында әрқашан шырыш болады.
- Серозды, іріңді және шырышты болуы мүмкін.
- Инфекциялық аурулар (жедел респираторлы инфекциялар кезіндегі жоғарғы тыныс жолдарының катары), аллергиялық жағдайлар, т.б. кезінде дамуы мүмкін.



-
- ДӘРІС.
 - ТАҚЫРЫБЫ:” ПРОДУКТИВТІ ҚАБЫНУ”.
 - ЛЕКТОР- АПБАСОВА САУЛЕШ АХАТОВНА



ПРОДУКТИВТІ ҚАБЫНУ

□ ЖОСПАР:

1. Түсінігі .Этиопатогенезі.
2. Патоморфологиялық түрлері, маңызы.



Пролиферативтік қабыну

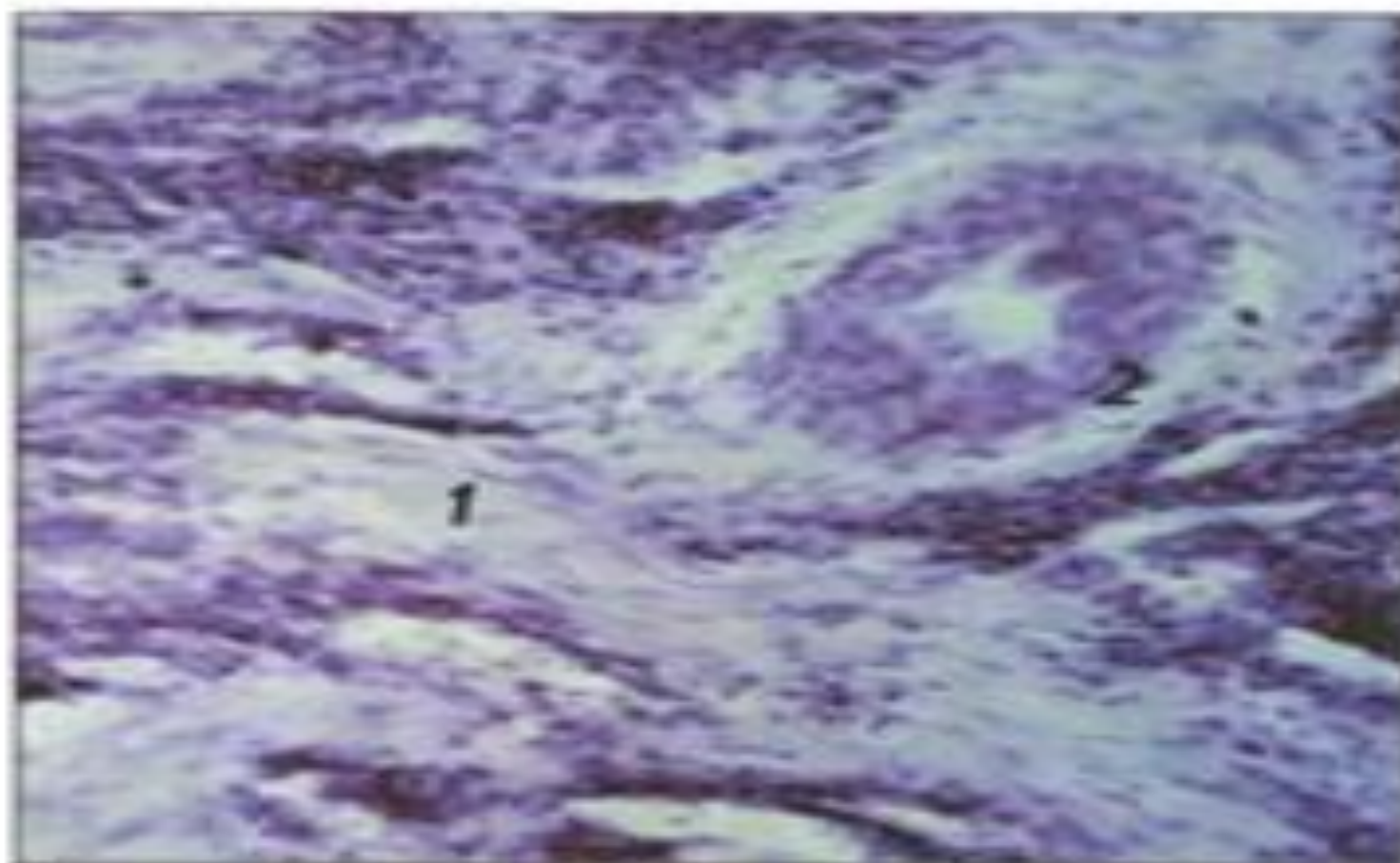
- Пролиферативтік (продуктивті) қабыну тіндік элементтер пролиферациясының басым болуымен сипатталады. Нәтижесінде ошақтық немесе диффузды жасушалық инфильтраттар түзіледі (макрофаг, лимфоциттер, плазматикалық). Продуктивті қабыну кез келген мүше, кез келген тіннен көрінеді.



□ Жіктелуі:

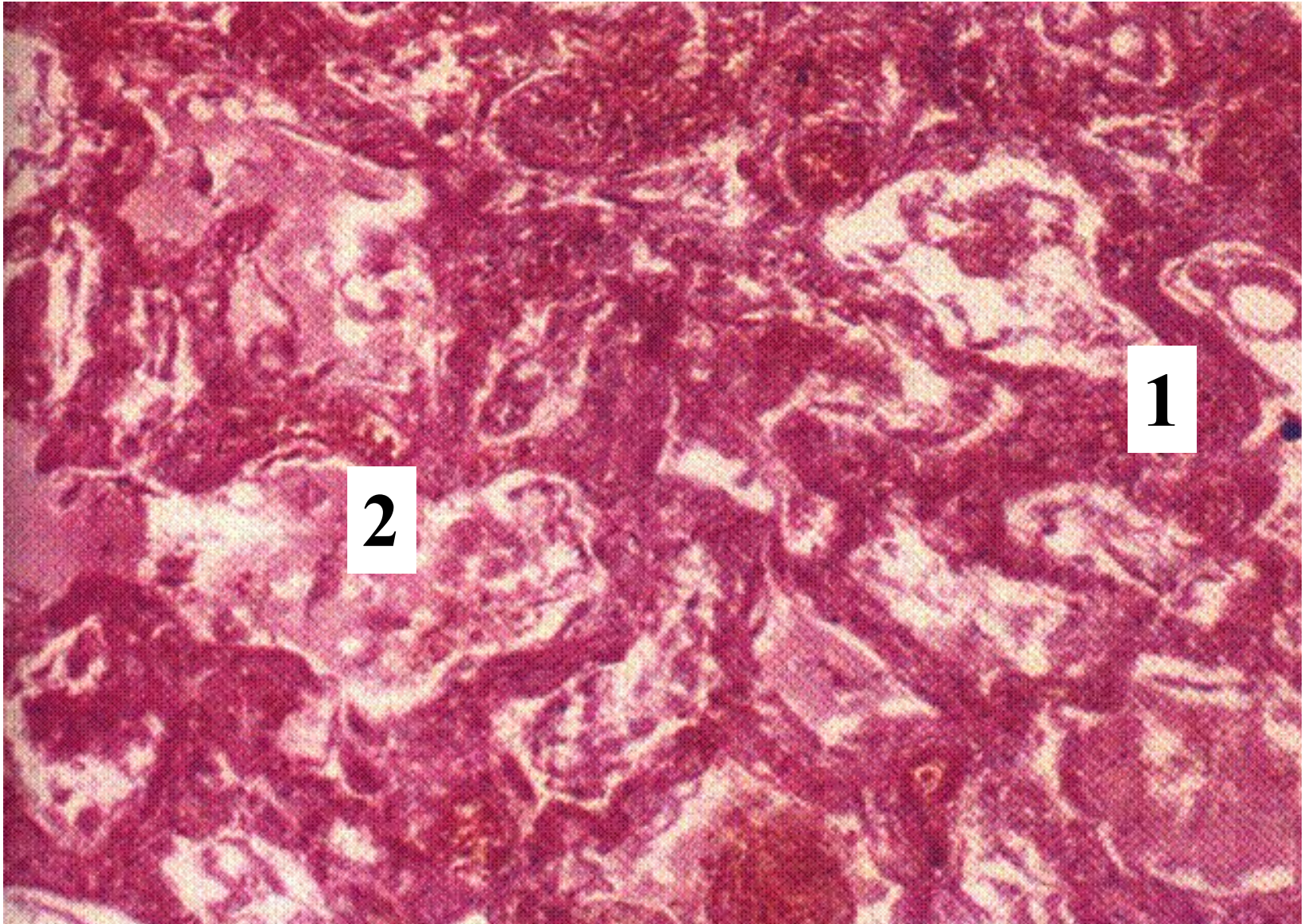
- Аралық (интерстициальды) қабыну;
- Гранулематоздық қабыну;
- Полиптер мен өткір ұшты кондилломалардың түзілуімен жүретін қабыну.





**Созылмалы продуктивті қабыну.
1 - дәнекер тіннің фиброзы; 2 -
тамырлар склерозы**





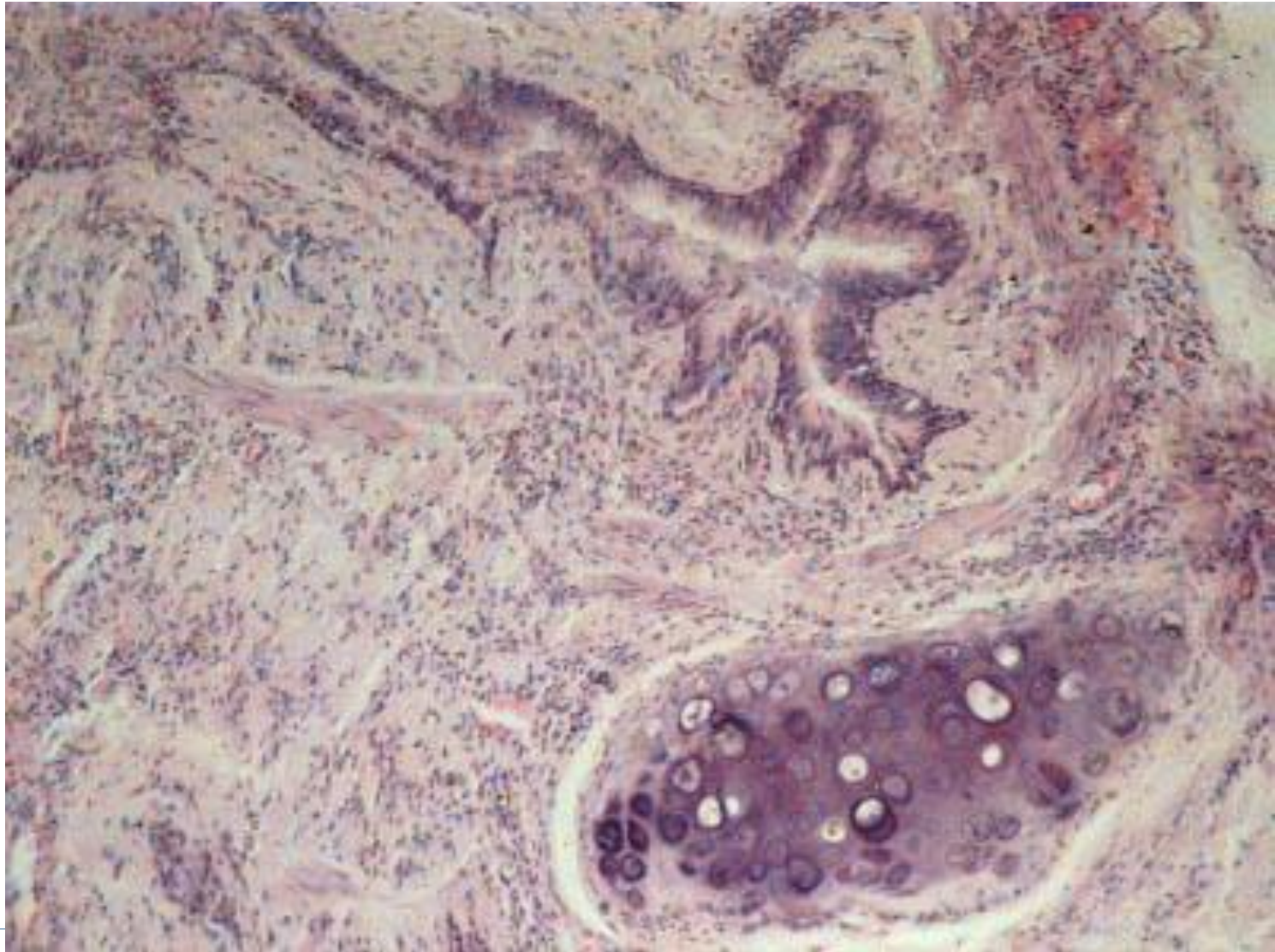
-
- **Аралық қабыну.**
 - Паренхималық мүшелердің стромасында ошақтық немесе диффузды қабынулық жасушалық инфильтраттың түзілуімен сипатталады. Ол лимфоцит, гистиоцит, эозинофил, бірлік нейтрофилдер, плазмалық және семіз жасушалармен көрінеді.
-

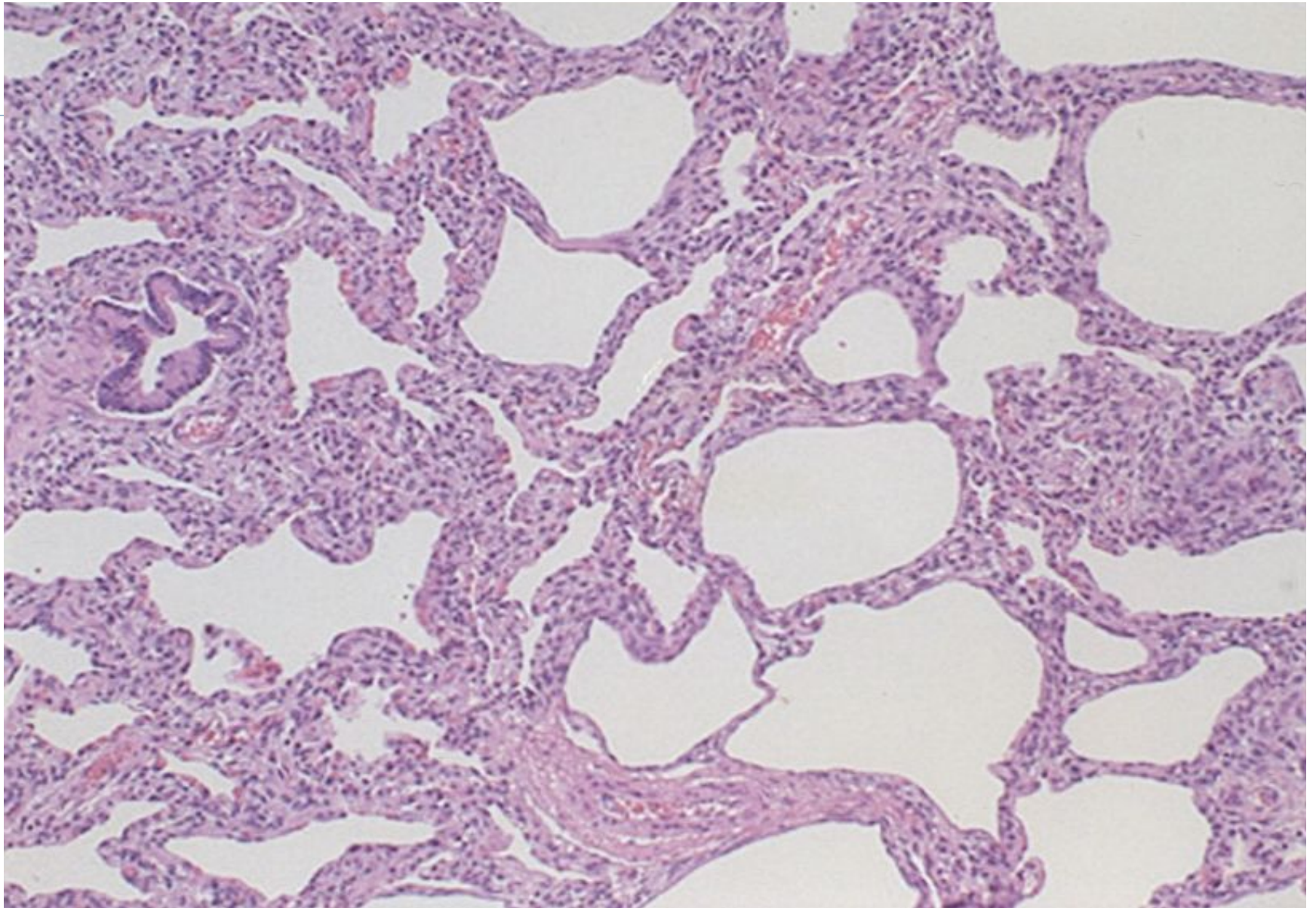



Мүшелердің паренхималық элементтерінде айқын дистрофиялық, кейде некробиотикалық өзгерістер анықталады. Соңы – дәнекер тіннің өсуі. Бауырдың кейбір ауруларында созылмалы аралық қабыну цирроз дамуына әкеледі.



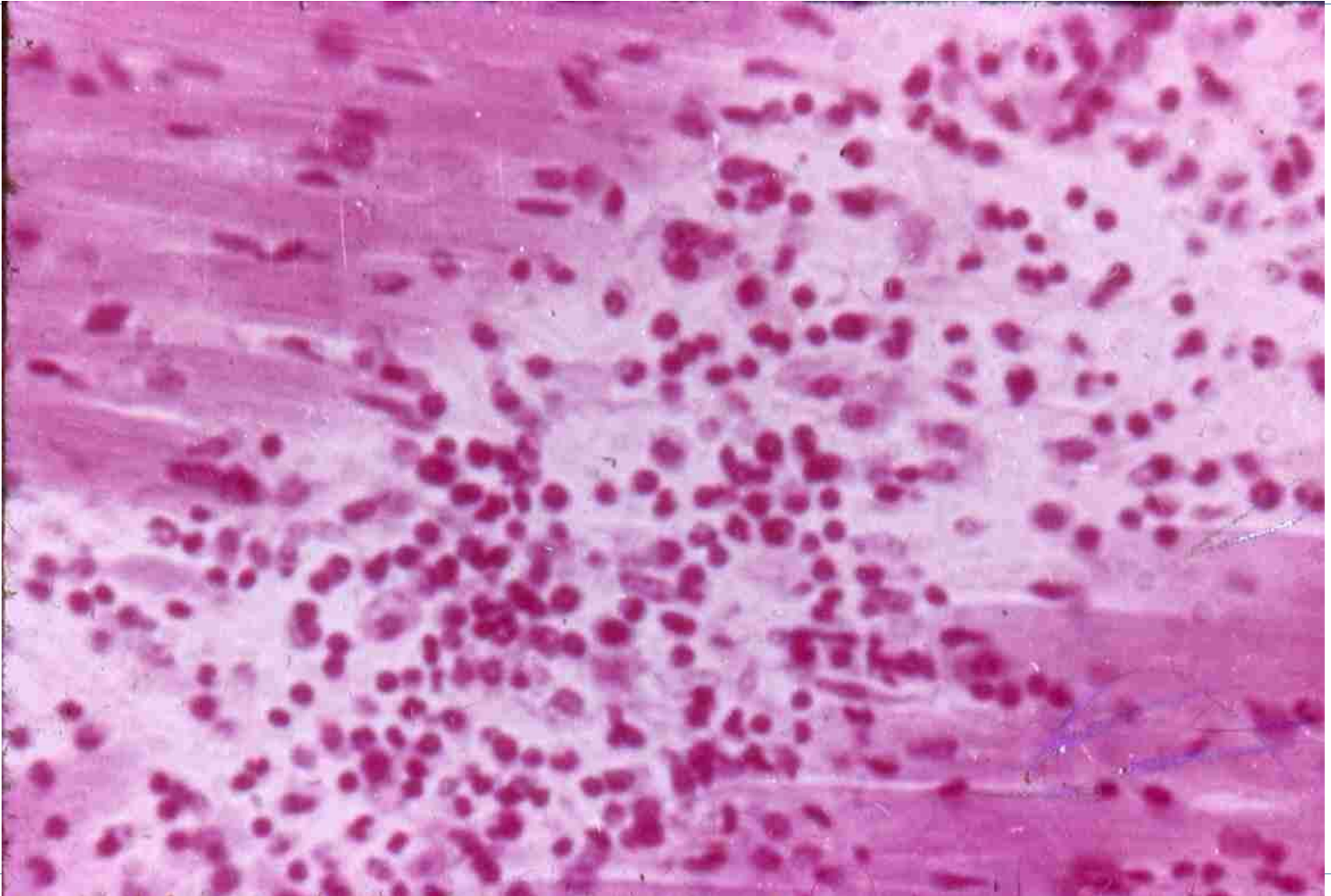
Интерстициальная пневмония





-
- **Интерстициальды миокардит**
 - Микроскопиялық көрінісі: миокард стромасында макрофагтар, лимфоциттер, плазмалық жасушалар, бірлік ПЯЛ, эпителиоидты жасушалар, фибробласттардан тұратын инфильтрат көрінеді.
-
- 

Интерстициальный миокардит



Кардиомиоциттерде дистрофиялық, кей жерлерде некробиотикалық өзгерістер айқын байқалады. Инфильтрация аймақтарында жаңадан түзілген коллагенді талшықтар көрінеді. Соңы: диффузды ұсақ ошақты кардиосклероз.



Гранулематоздық қабыну

- Негізін моноцитарлық фагоциттер құрайтын жасушалық түйіндер – гранулемалардың түзілуімен сипатталады.
- Гранулемалар дамуымен жүретін аурулар гранулематоздық аурулар деп аталады.
- Гранулемалар бейспецификалық және спецификалық болып жіктеледі.



- Бейспецификалық гранулемалардың айрықша ерекшеліктері жоқ болады.

- Спецификалық гранулемалар айрықша морфологиялық көрініске ие. Ортасында жиі түрде казеозды некроз анықталады. Мына ауруларда анықталады:
 - Туберкулез
 - Мерез (сифилис)
 - Алапес (лепра)
 - Склерома



▣ Гранулемалардың жіктелуі:

▣ Этиологиясы бойынша:

1. Инфекциялық(бактерия,вирустар мен байланысты);
2. Инфекциялық емес(бөгде заттар маңайында-органикалық,органикалық емес шан-тозаңдар);
3. Этиологиясы белгісіз(Крона ауруында, биллиарлы циррозда).



Патогенезі бойынша:

- Иммунды-(макрофагтардың лимфоциттермен байланысы);
- Иммунды емес(бөгде заттар гранулемасы);

Морфологиясы бойынша:

- Спецификалық,
- спецификалық емес(бауыр альвеолококкозы).



▣ Бауыр альвеококкозы

- ▣ Макроскопиялық көрінісі:
- ▣ Бауыр ұлғайған, альвеококк бауырдың басым бөлігін қамтыған, шеті айқын емес ақ тығыз ісікке ұқсас түйіннен тұрады, кесіндіде ұсақ торлы.



▣ **Микроскопиялық:**

- ▣ Қызғылт түске боялған қатты хитинді қабаттан тұрады, айналасында некроз, грануляциялық тін өскен, алып жасушалар, лимфоциттер, плазматикалық жасуша, фибробластардан тұрады, сыртқы қабатында дәнекер тінді капсула. Альвеококк тіршілігін жойғанда петрификат түзеді.



□ Спецификалық гранулемалар кездесетін аурулар:

1. Туберкулез;

2. Сифилис;

3. Лепра;

4. Склерома.

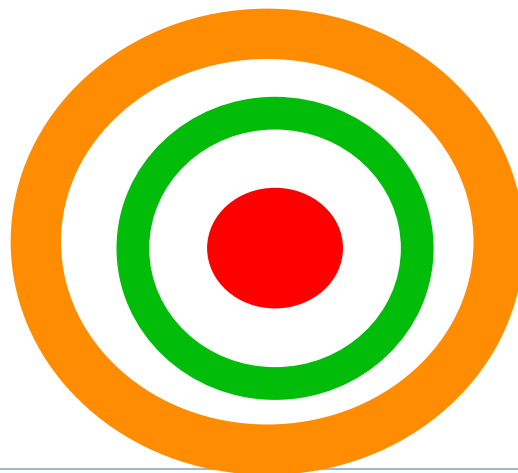
Гранулемалар ортасында казеозды некроз.



Туберкулезды гранулемалар

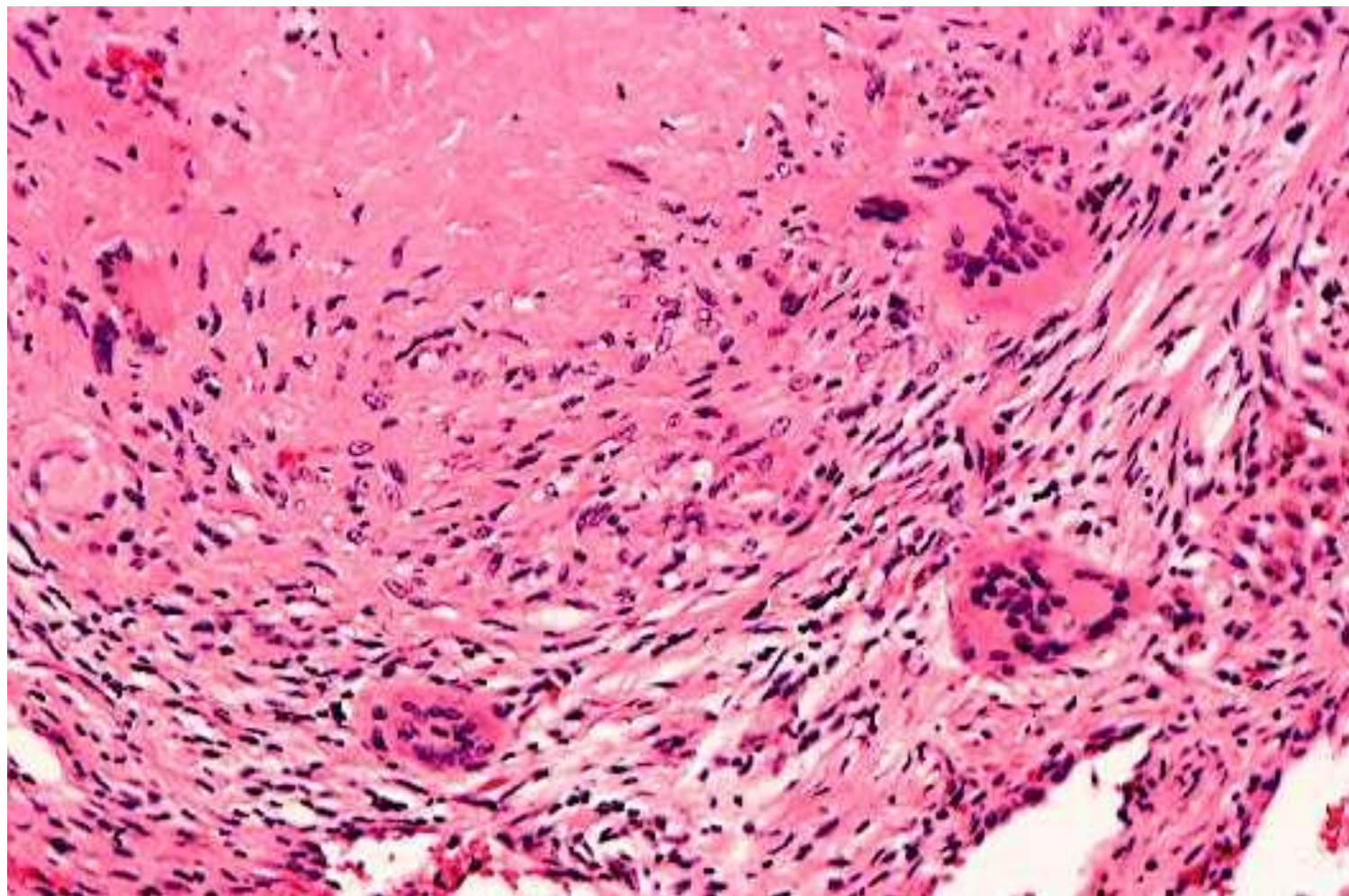
- Өкпе мен басқа мүшелердің миллиарды туберкулезінде байқалады.
- Макроскопиялық көрінісі: өкпе тінінде көптеген тары дәнінің үлкендігіндей ақ-сары төмпешіктер көрінеді.


Микроскопиялық көрінісі



К
аА
Зл
еЛ
Оп
Зм
Дор

Туберкулезды гранулема



-
- ▣ Туберкулез микобактериін Циль-Нильсен бояуы арқылы анықтаймыз. Туберкулезді гранулема нәтижесінде ұсақ дәнекер тінді тыртық түзіледі-петрификат.
-
- 

Мерездік гранулема


- Мерездің үшіншілік кезеңіне сәйкес келеді.
- Макроскопиялық көрінісі:
консистенциясы желім тәрізді-сүйек, тері, ми, бауыр, бүйрек, т.б. орналасатын бірлік (солитарлық) немесе көптеген дөңгелектенген түзілістер.



Микроскопиялық көрінісі:

орталығында казеозды некроздың үлкен ошағы, шеткі аймақтарында көптеген лимфоцит, плазмалық, антиденелік жасушалар, фибробластар, Пирогов-Лангханс типті бірлік жасушалары бар гранулематоздық тін.



-
- Продуктивті эндоваскулит көріністері бар ұсақ тамырлардың көптігі тән. Перифериясында дәнекер тінді капсула қалыптасады. Нәтижесінде: тыртық, көптеген гуммалар түзілу салдарынан ағзаның деформациясы байқалады.
-
- 

□ Гуммозды инфилтрат-гумманың аналогы, үшіншілік мерез кезенінде байқалады, гуммадан айырмашылығы диффузды инфилтраттың болуы, казеозды некроздың болмауы, ірі тамырларда дамиды, аортада мезаортиттің дамуына, ал ол аневризмаға әкеп соғады.



□ Микроскопиялық:

- гуммозды инфильтрат лимфоциттерден, плазматикалық, эпителиоидты жасушадан, фибробластардан тұрады, аортаның ортан бөлігінде орналасқан.



▣ *Макроскопиялық:* аневризмалар тікелей өлімге әкеп соғады. Егер патологиялық үрдіс жүрек клапанына жайылса жүрек ақауы дамиды, ал инфильтрат коронарлы артерияға жайылса жүрек инфарктысы дамиды.



Алапестік гранулемалар

- Алапестің лепроматозды формасында гранулема макрофагтар, лимфоциттер, эпителиодты, плазмалық жасушалардан тұрады. Вирховтың лепроздық жасушалары (лепроздық шарлар) тән.
- Алапестің туберкулоидты формасында эпителиоидты-жасушалық гранулемалар анықталады.



Склеромалық гранулемалар


- Лимфоцит, плазмалық және алып жасушалардан (Микулич жасушалары) құралған. Гранулеманың жасушалық элементтерінің арасында көптеген гиалинді шарлар (өзгерген плазмалық жасушалар) байқалады



□ .

- Склеромалық гранулемалар- жоғары тыныс жолдарының шырышты қабатында орналасады- мұрын, жұтқыншақ, трахеяда. Гранулемалардың орнында тыртықтану, соның салдарынан шырышты қабат деформацияланады.




-
- Көбінесе жоғарғы тыныс жолдарының шырышты қабығында орналасады.
 - Өте тез склероз бен гиалинозға ұшырайды, бұл стенозға, кейде асфиксияға әкеледі.
-
- 

Спецификалық қабыну

□ Көрсеткіштері:

- Белгілі бір қоздырғышпен (туберкулез микобактериясы, бозғылт трепонема (мерез), лепра (алапес) микобактериясы, Волкович-Фриш бацилласы (склерома), сап бацилласы) шақырылады;
 - Тіндік реакциялардың ауысуы жүреді;
 - Барысы – созылмалы, толқын тәрізді;
 - Продуктивтік тіндік реакцияның басым болуы және гранулема дамуы;
 - Некроздың пайда болуы.
-



-
- Полиптер мен өткір ұшты кандиломалар.
 - Қабынудың бұл түрі шырышты қабаттарда , призмалық эпителийдің көп қабатты эпителийге өтетін жерінде кездеседі, эпителий астындағы дәнекер тіндермен бірге өседі, сабаққа асылып тұрғандай құрылымдарды түзеді. Ағза стромасында-лимфоциттер, плазмалық жасушалар, макрофагтар. Полиптер мұрында, мұрынның қосымша қуыстарында кездеседі. Полиптер құрылымы бойынша : а) фиброзды;
 - б) аденоматозды;
 - в) ангиоматозды.
-
- 

-
- Анустың ,жыныс ағзаларының айналасында, мерез,гонорея инфекцияларына байланысты папилломаға ұқсас бүртікті құрылымдар кондиломалар пайда болады.Олардың папилломалардан айырмашылығы стромасында лейкоциттік сіңбелер көп.



Тыңдағандарыңызға рахмет!



КЕРІ БАЙЛАНЫС:

- 1. Аралық миокардиттің микроскопиялық көрінісі?
- 2. Экссудат сипатына қарай экссудациялық қабынудың жіктелуі?
- 3. Крупозды пневмонияның микро-, макроскопиялық көріністері?



Жауаптары:

- 1. Миокард стромасында макрофагтар, лимфоциттер, плазмалық жасушалар, бірлік ПЯЛ, эпителиоидты жасушалар, фибробласттардан тұратын инфильтраттар.
- 2. Серозды, фибринозды, іріңді, шіріктік,геморрагиялық.
- 3. **Макроскопиялық көрінісі:** зақымдалған бөлік ұлғайған, тығыздығы бойынша бауыр тініне ұқсайтын, кесіндіде сұр түсті, плеврада жеңіл алынатын фибриндік қабық.
- **Микроскопиялық көрінісі:** барлық альвеолалар фибрин, ПЯЛ, альвеолярлы макрофагтардан тұратын экссудатпен толтырылған, альвеолааралық перделердің қылтамырларында фибриндік тромбтар анықталады.



КЕРІ БАЙЛАНЫС: Продуктивті қабыну

- 1. Мөрездік гранулеманың макроскопиялық көрінісі.
- 2. Туберкулезді гранулеманың макроскопиялық көрінісі.
 - 3. *Спецификалық гранулемалар кездесетін аурулар.*
- 4. Пролиферативтік қабынудың нәтижесі.



ЖАУАПТАРЫ: Продуктивті қабыну

- 1.Консистенциясы желім тәрізді- сүйек, тері, ми, бауыр, бүйрек, т.б. орналасатын бірлік (солитарлық) немесе көптеген дөңгелектенген түзілістер.
 - 2.Өкпе тінінде көптеген тары дәнінің үлкендігіндей ақ-сары төмпешіктер көрінеді.
 - 3.Туберкулез,сифилис,лепра,склерома.
 - 4. Склероздық, цирроздық өзгерістер.Ошақтық немесе диффузды жасушалық инфильтраттар түзіледі(макрофаг,лимфоциттер, плазматикалық).
-

