

Өкпе туберкулезі

Қабылдадады:
Шорагулова Р.М

Орындаған:
Уринбасаров С.Б

Туберкулез анықтамасы

- Туберкулез (лат. *tuberculum* – төмпешік), ескіше: құрт ауру, көксау – адам мен жануарларда болатын созылмалы жұқпалы ауру. Туберкулездің қоздырғышы – микробактерияны (“Кох таяқшасын”) неміс микробиологы Р.Кох (1843 – 1910) ашты (1882). Туберкулез микобактериялары жіңішке, түзу не сәл иіліп келген таяқшалар, ұзындығы 1 – 10, ені 0,2 – 0,6 мкм.

ЭТИОЛОГИЯСЫ

- Actinomycetalis қатары
- Micobacteriaceae туыстығы
- Micobacterium тобы

Патогенді микобактерия



Патогенділігі және вируленттілігі

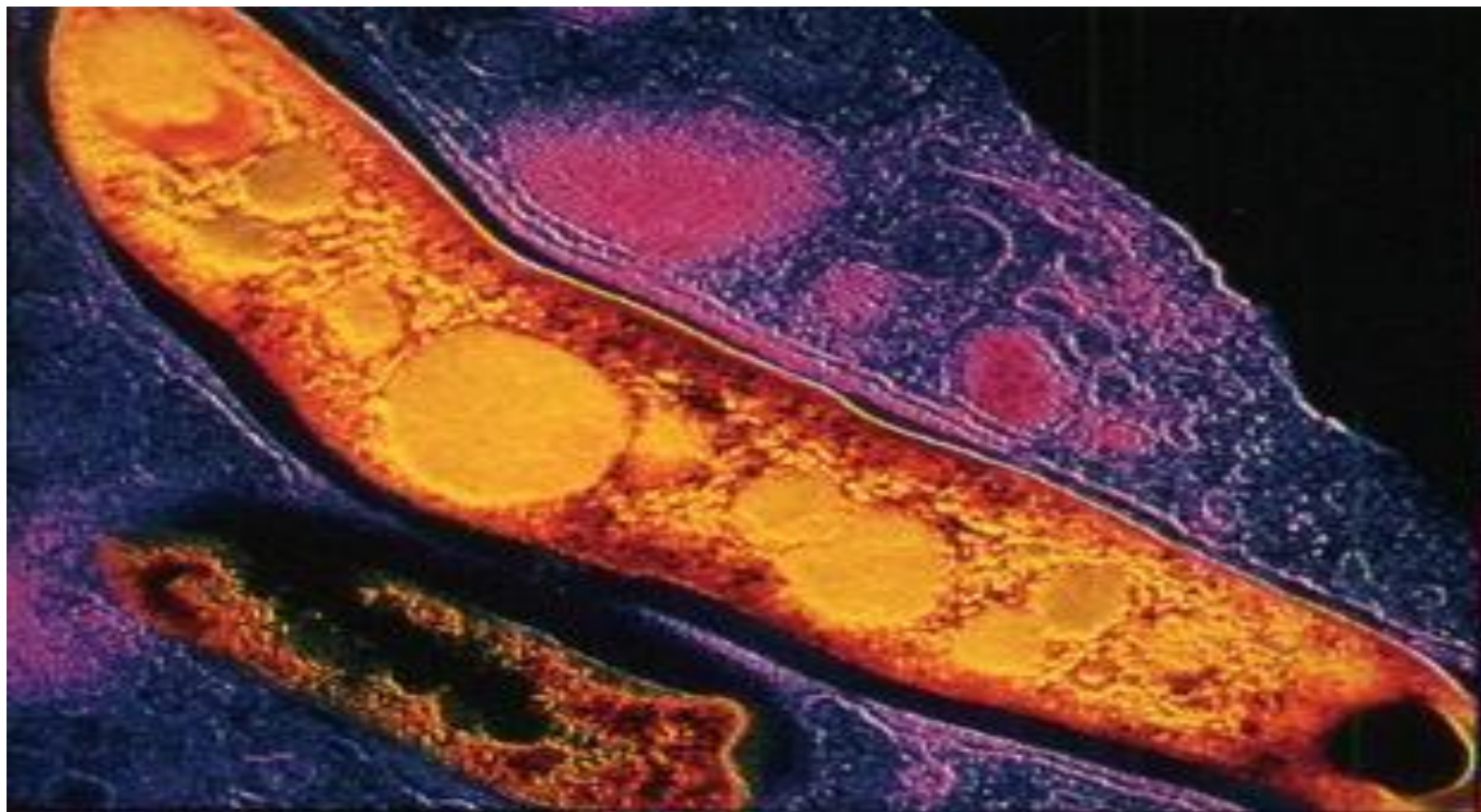
- Патогенді МБТ-ң -турлі себептері адам және жануарлар организмінде спецификалық жарақаттануларды шақырады.
- Вируленттілігі – МБТ әрбір штамының өзіндік қасиеті бар.

Морфология МБТ

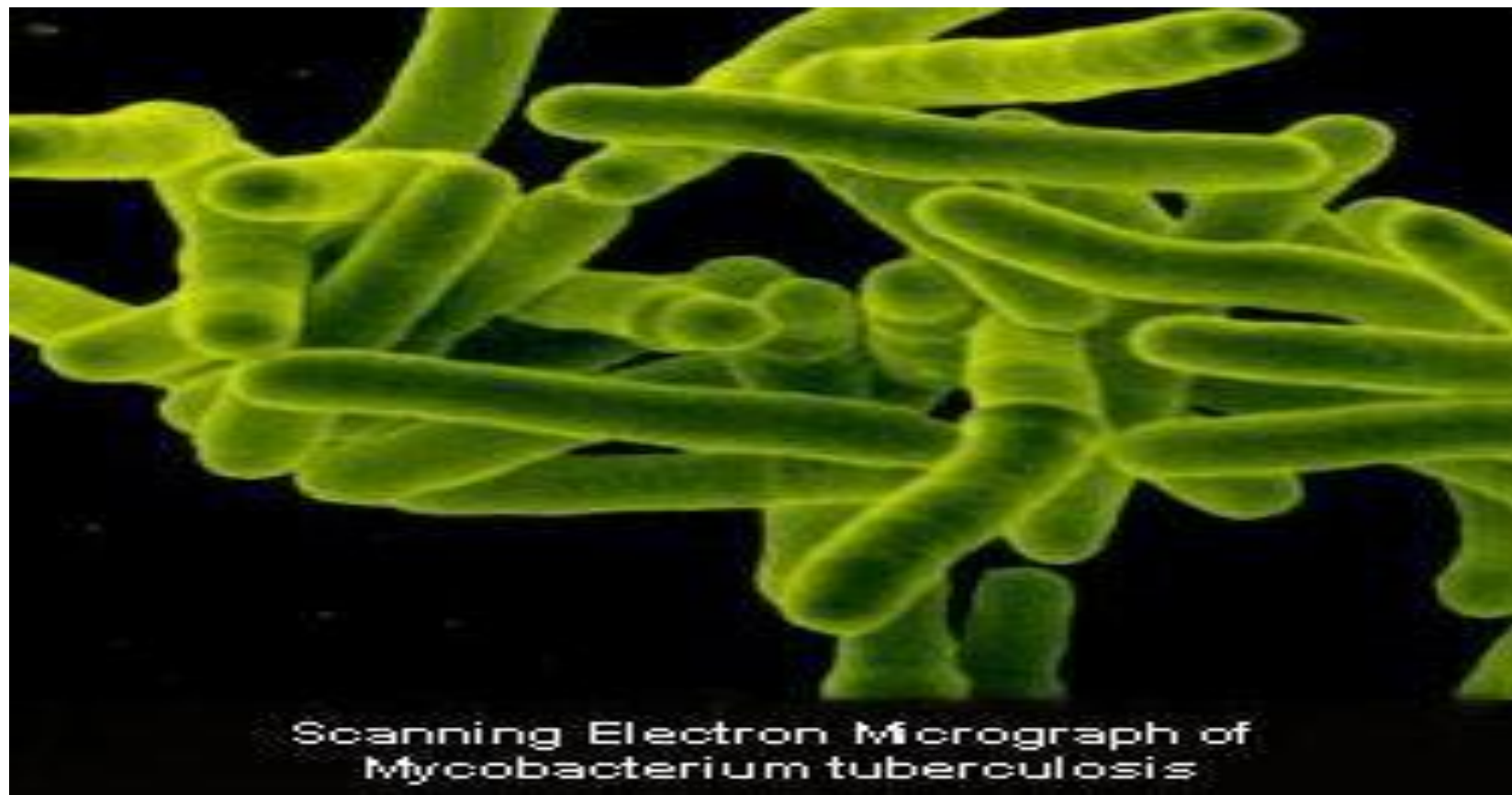
- Таяқшалар 1-4 мкм,
- ені 0,3 мкм
- Қозғалыссыз
- Жасушалық қабырғасы 3 қабатты,
- цитоплазмалық мембрана және оның туындылары (мезосома, цитоплазма, нуклеотид)



Морфология МБТ

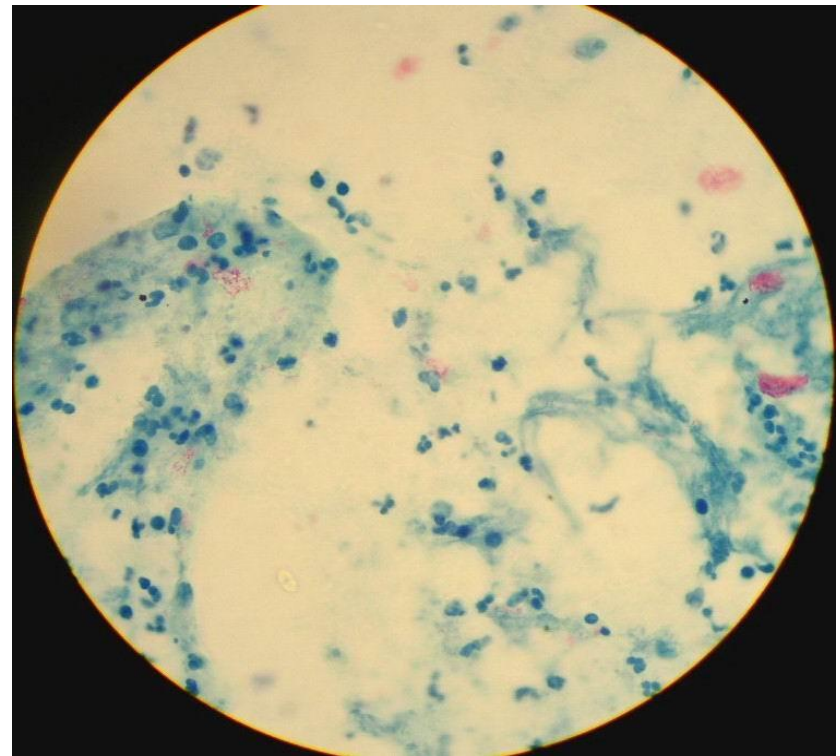


Морфология МБТ

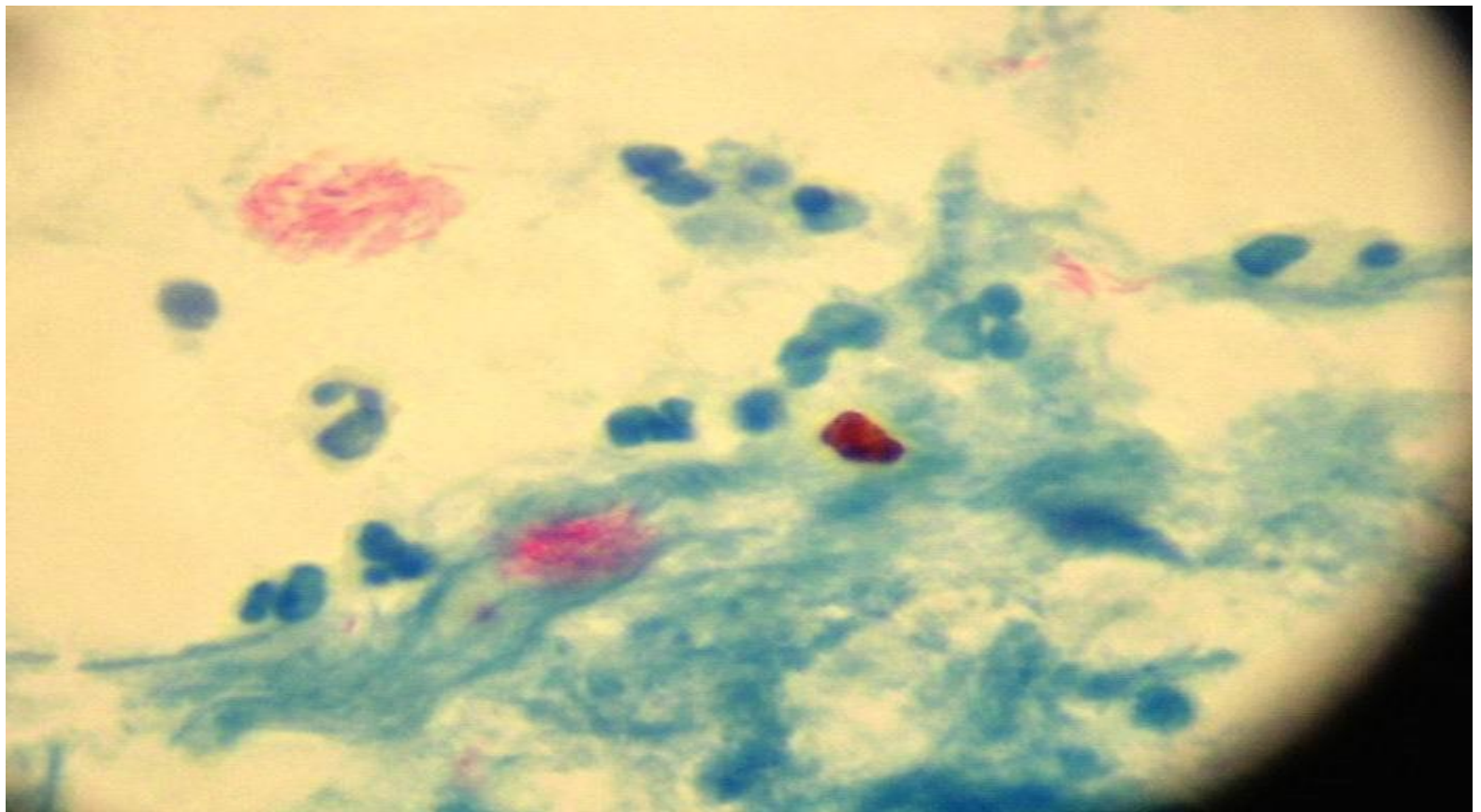


Тинкториальные свойства МБТ

- Плохо окрашиваются по Граму
- Кислотоустойчивость – избирательная окраска по Цилю-Нильсену (красные палочки на голубом фоне)



Тинкториальные свойства МБТ



Физиология МБТ

- Аэробты
- Мезофилльді (оптимальді +37°C)
- Размножение медленное (14-16 часов)
- Арнайы ортасы (Левенштейна-Йенсена, Гельберга, Финна) – 4-6 апта
- Жидкие – рост на поверхности
- Микроколониі – «жгуты» – корд-фактор

Образование «жгутов» в микрокультуре МБТ



Сыртқы ортаға әсері

- Өте төзімді (бірнеше айға дейін)
- УФО – 2-3 минут
- Ыстыққа – 5-10 минут
- Хлорсодержащие растворы – 3-5 ч.
- Ультракүлгін сәулелердің әсері жоқ

Хирургиялық бет перделер қоздырштан қорғамайды



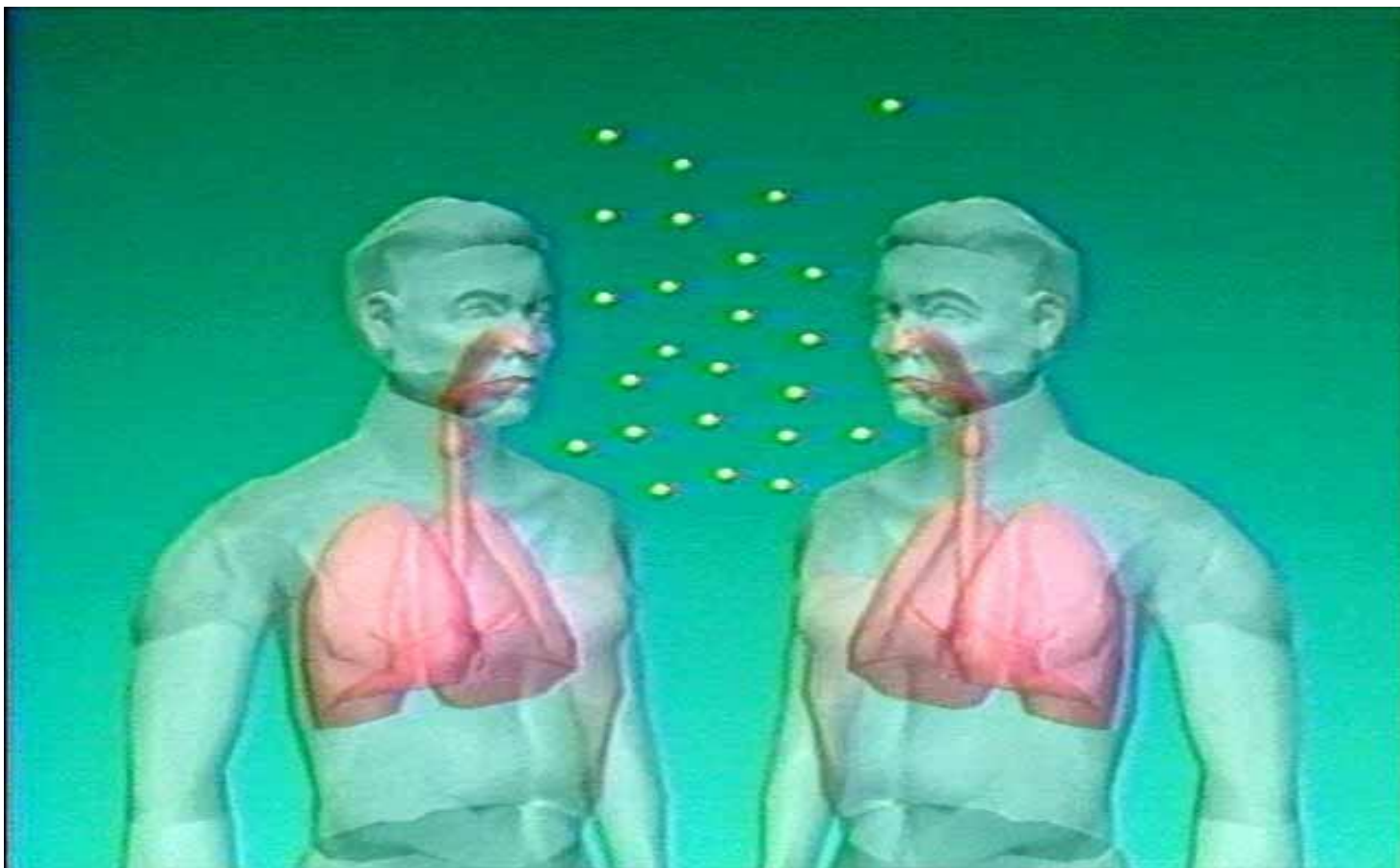
Эпидемиологиялық процесс

- Инфекция көзі – ауру адам
- Жұғу жолы
 - аэрогенді
 - энтеральді
 - контактілі
 - жатыршілік

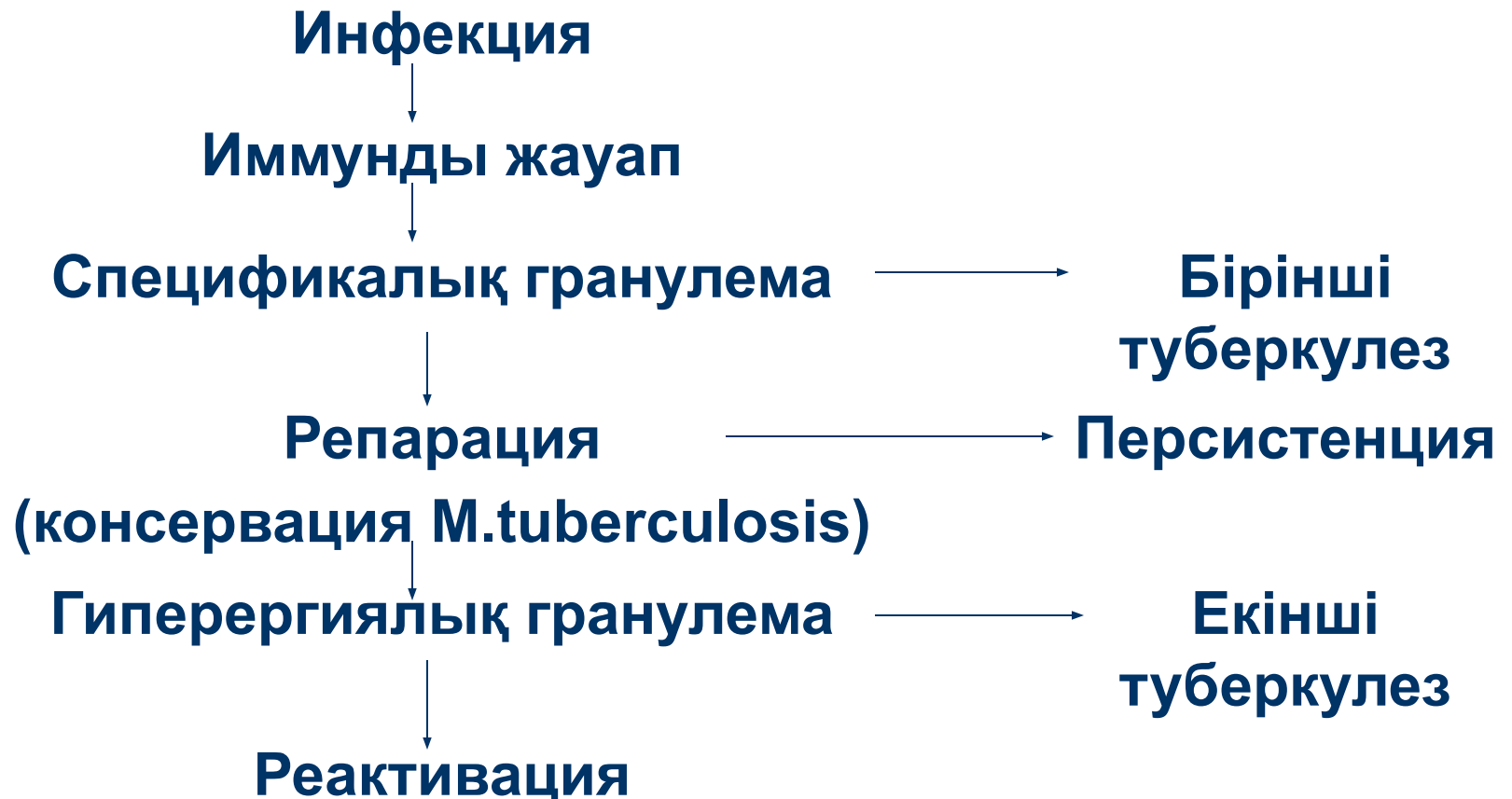
Туберкулез процесінің даму кезеңдері

- **I кезең– біріншілік туберкулез**
 - Аллергияға дейінгі саты(латентті микробизм)
 - Аллергиялық саты (вираж, туберкулезді интоксикация)
 - Морфологиялық (анатомиялық) саты (ПТК, ТВГЛУ)
- **II кезең – екіншілік туберкулез**

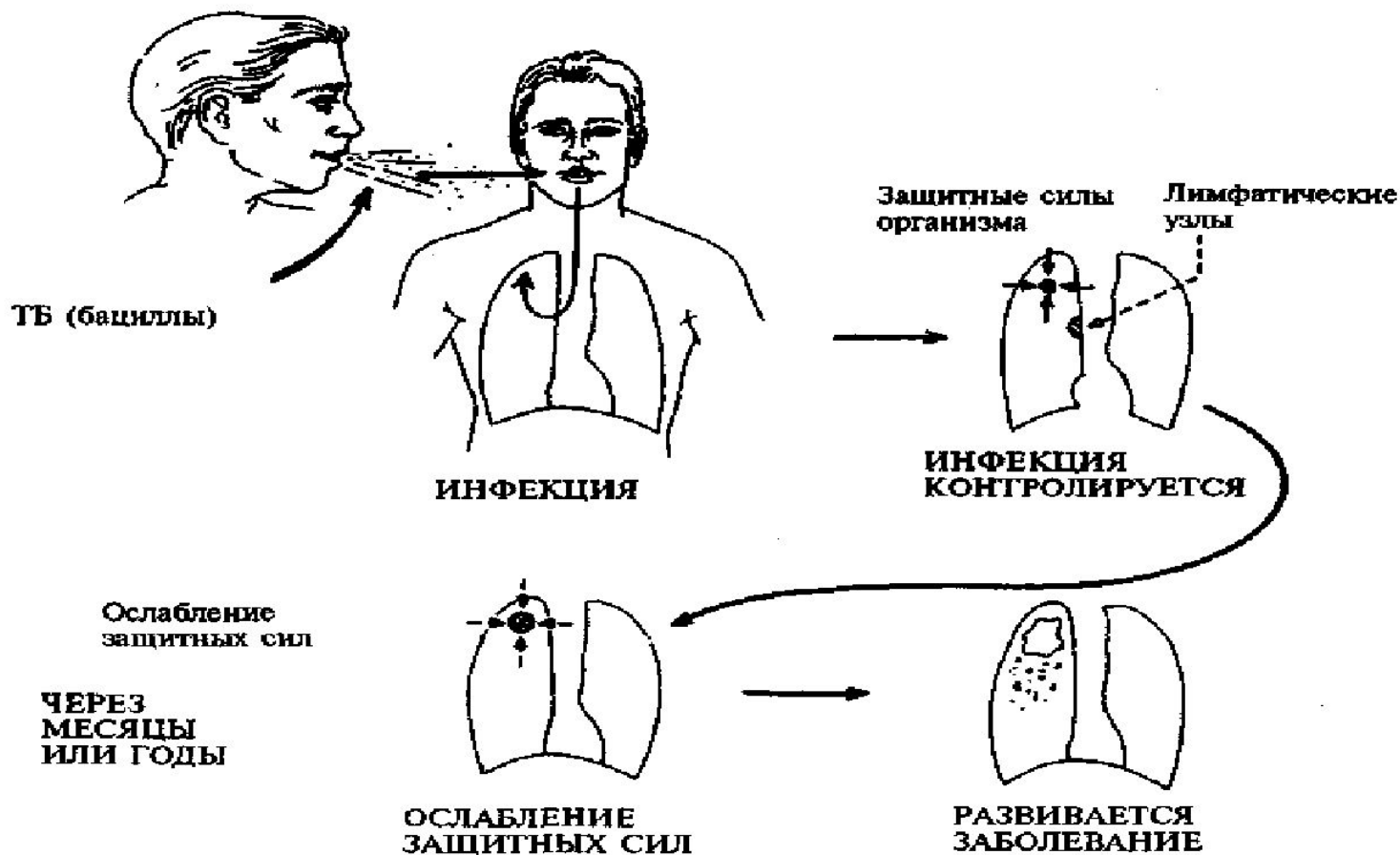
Инфекция көзі



Туберкулездің патогенезі



Туберкулездің патогенезі



Патогенетикалық түрі

- Біріншілік
- Екіншілік

Біріншілік туберкулез

- Экзогенді инфекция
- Лимфотропность
- Лимфо-, гематогенді таралуы
- Параспецификалық реакция
- Гиперсенсibiliзация
- Долокальді и локальді формасы

Екіншілік туберкулез

- Иммунопатология
- Эндогенді реактивация
- Бронхогенді таралуы
- Созылмалы ағымы
- Нормергиялық сезімталдық

Клиникалық көрінісі

- Туберкулез интоксикациясы – ерте және кеш туберкулез интоксикациясы болып екіге бөлінеді. Ерте туберкулез интоксикациясында микобактериялар организмге енгенмен, әлі белгілі бір ағзаға шоғырланып үлгермеген, балада жалпы жағдайының бұзылу белгілерімен байқалады: бала тез шаршағыш, мазасыз, ұйқысы бұзылған, басы жиі ауырады, көп терлейді, салмағын қоспайды, субфебрильді температурға байқалады. Манту белгісі оң нәтиже көрсетеді. Қан анализінде: лейкоцитоз, эозинофилия анықталады. Аталған белгілер 1-4 айға деін созылады, дер кезінде анықталып, ем жүргізілсе, бала айығып кетеді. Кейде созылмалы туберкулез интоксикациясына немесе таберкулездің басқа түріне айналып асқынады. Аталған ерте туберкулез интоксикациясының белгілері туберкулез виражынан кейін 6 -12 айдан өткесін де байқалса, ол созылмалы туберкулез интоксикациясына айналған. Оның өзі 2 түрде – жеңіл және ауыр түрлерінде өтеді. Жеңіл түрінде баланың жалпы жағдайы көп өзгермейді, кейде ғана тез шаршағыштық, мазасыздық, төмен субфебрильді температура байқауға болады. Ауыр түрінде – баланың жалпы жағдайы өзгереді, интоксикация белгілері анығырақ білінеді, шеткі лимфа түйіндері ісініп, қатаяды. Баланың жиі-жиі көзі ауырады, кейде аяқ- қолында, санында қошқыл түсті бөртпелер анықталады. Қанда лейкоцитоз, нейтрофилез, ЭТЖ жоғарылайды. Дұрыс ұйымдастырылған ұзақ уақыт ем жүргізілсе бала жазылып кетеді.

Асқынулары

- Аурудың белгілері интоксикация белгілерінен басталады: алғашқыда жоғары температура (38-39 С), кейіннен ұзақ уақытқа созылатын субфебрильді температураға айналады. Осымен қатар тыныс алу ағзалары тарапынан өзгерістер анықталады: сирек, құрғақ жөтел, өкпенің зақымданған тұсында перкуторлық өкпе дыбысының тұйықталуы, тыңдап көргенде- дем алысының, өкпе дыбысының әлсіреуі, сирек естілетін құрғақ сырылдар. Рентгенограммада: өкпедегі қабыну ошағы және үлкейген лимфа түйіндерінің қатайғанын – петрификаттар мен кальцинаттарды көруге болады. Қанда лейкоцитоз, лимфопения, эозинофилия, өте жоғары ЭТЖ 35-40 мм/ сағатына анықталады. Манту белгісі оң нәтиже көрсетеді. Уақытында диагноз анықталмай, дұрыс ем жүргізілмесе, асқынулары – плевритке, кавернозды, инфильтративті, миллиарлы туберкулезіне пайда болады.
-

- Туберкулездік бронхоаденит – туберкулездің балаларда ең жиі кездесетін түрі, өкпе түбіріндегі лимфа түйіндерінің қабынуымен сипатталады. Ауру жоғары температура, жалпы жағдайдың өзгеруі және интоксикация белгілерінен басталады. Рентгендік тексерісте үлкейген өкпе- бронх лимфа түйіндеріне көре аламыз. Нәтижесінде қабыну процесінің беті қайтып, лимфа түйіндерінде кальцинаттар қалады.
-
- Өкпенің ошақты туберкулезі. Өкпеде, бірнеше сегменттерде, диаметр 1см- дей қабыну ошақтарының пайда болуымен сипатталады. Клиникалық белгілері әлсіз білінгендіктен, тек флюорографиялық тексеріс кезінде анықталады.
-
- Өкпенің инфильтративтік туберкулезі. Өкпедегі экссудативті қабыну өзгерістерімен сипатталады: пневмония, тұмау белгілеріне ұқсас басталғандықтан, ажырату қиын болады. Диагнозды толық анықтау үшін рентген тексеріс пен Манту белгісіне сүйенеміз

- Туберкулездік плеврит. Туберкулездің бұл түрі көбінесе аллергияға бейім балаларда кездеседі. Басталуы жедел, дене қызуы 38-39 С баланың көкірегі, бүйірі шаншып ауырады. Зақымданған жағындағы көкірек клеткасының қозғалысы қалық болады. Осы жағында перкуссия арқылы толық тұйық дыбыс анықталса, аускультация арқылы өкпе дыбысын ести алмаймыз. Рентгенограммада - өкпе ткані көрінбейді.
-
- Туберкулездік менингит. Барлық жастағы балаларда кездеседі. Кейінгі жылдары БЦЖ вакцинасын егу арқылы туберкулездің бұл түрінің саны азайды. Аурудың клиникасы: байқалмас баланың қатты басы ауруы, себепсіз құсуы, бұлшық ет тонусының жоғарылауы анықталады. Одан кейін шыңғырып жылау, брадикардия, менингеальды белгілер – желке бұлшық еттерінің тартылуы (Керниг – Брудзинский симптомы). Диагнозды анықтау үшін жұлын-ми сұйықтығын тексеру, немесе Манту белгісін қою көмектеседі. Жұлан-ми сұйықтығының құрамында белок мөлшері жоғарылайды 0,66-2,0% ге дейін, (норма 0,2-0,3%), 100-600 дейін лимфоцитті лейкоцитоз анықталады

Диагностика

- Мұқият анамнез жинау;
- аурудың клиникалық белгілерін ескеру;
- лабораториялық зерттеулерге сүйену:
- қанның, зәрдің жалпы анализдері;
- қақырықтың, жұлын сұйықтығының бактериологиялық тексерістері;
- рентгенография, рентгеноскопия, томография, флюорография
- туберкулинодиагностика: манту белгісін қою.

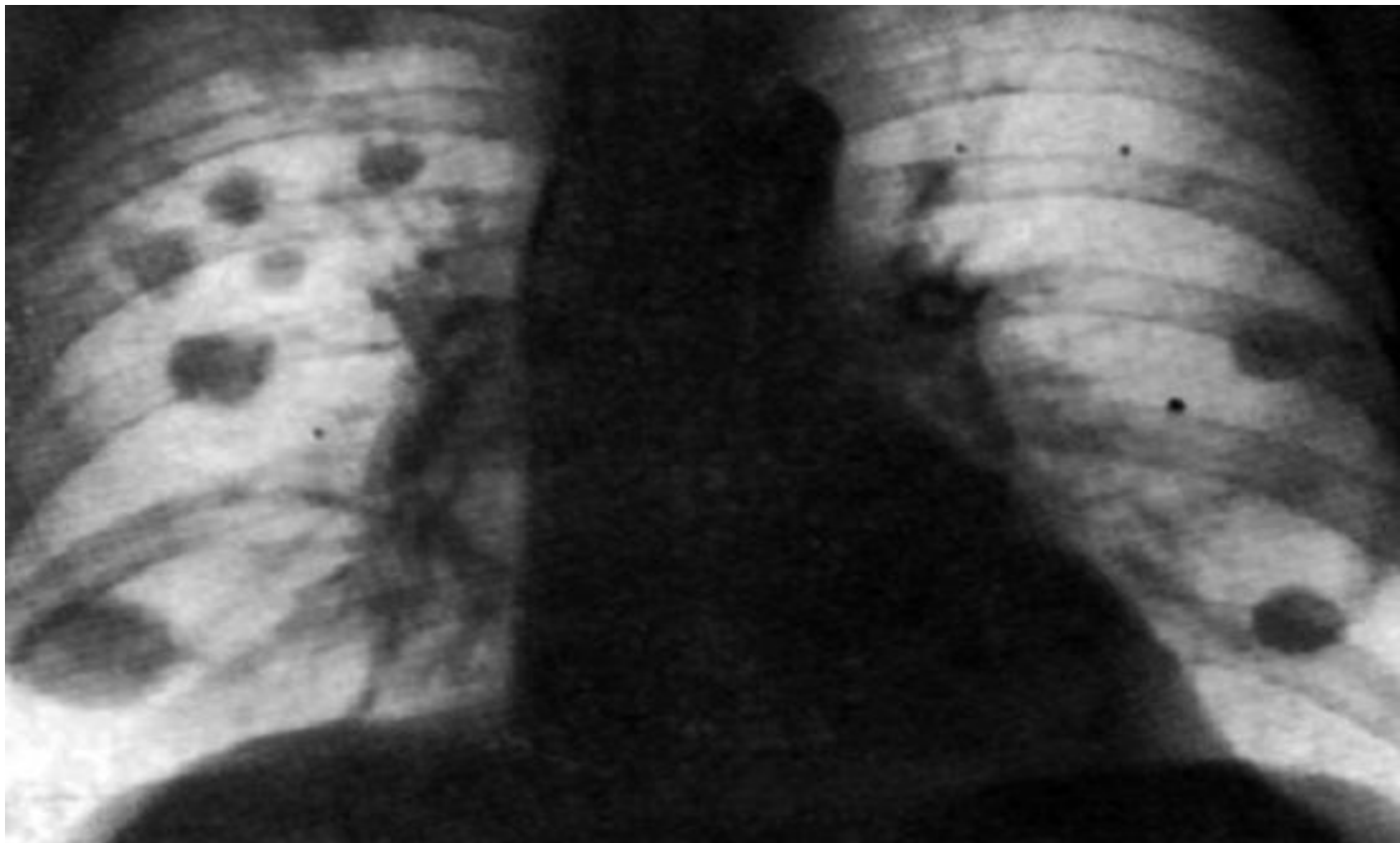
Манту сынаması

- Манту белгісін қою үшін туберкулин препараты қолданылады. Белгіні білектің ішкі жағының ортаңғы бөлігіне тері ішіне, арнайы туберкулин шприці мен инесі арқылы 1 балаға 0,1 мл дозада егу түрінде жүргіземіз. Белгі дұрыс қойылса, егілген жерде лимонның қабығы тәрізді төмпешік (папула) пайда болады. Манту белгісінің нәтижесі 48-72 сағаттан кейін оқылады. Ол үшін, мөлдір пластмасса сызғышпен егілген жердегі пайда болған ісік (папула) немесе қызарудың диаметрін өлшеу керек.

Манту сынамаcының нәтижелері

- Егілген жерде тек иненің орны немесе папула өте кішкентай – диаметрі 1 мм екені анықталса, бұл теріс нәтиже болып саналады.
- Папуланың диаметрі – 2-4 мм болса немесе папула жоқ , тек қана қызару анықталса, бұл күмәнді нәтиже.
- Папуланың диаметрі – 5 мм және одан жоғары болса оң нәтиже.
- Папуланың диаметрі 17 мм – ден де жоғары болса гиперергиялық реакция болып табылады.
- Туберкулез белгілері болмай, бірақ манту белгісі өмірінде бірінші рет оң нәтиже берген жағдайды вираж деп атайды. Бұл балалар диспансерлік есепке алынып 3 ай бойы тубазид немесе изониазидпен химиопрофилактика жүргізіледі. 1 жылдан соң қайта манту белгісі қойылады. Нәтижесі теріс болған жағдайда диспансерлік бақылаудан алынады. Оң болған жағдайда баланы толық тексеріп, диагноз қойылып емделінеді.

Рентген



Емі

- Туберкулездің емі кешенді (комплексті) түрде, үзіліссіз сатылап, ұзақ жүргізілуі қажет. Емдеудің 1-ші сатысы арнайы туберкулез диспансерінде жүргізіледі. Емнің негізгі бір шарты – таза ауаны кеңінен қолдану. Науқасты жылдың кез- келген мезгілінде таза ауамен қамтамасыз ету қажет. Сондықтан да туберкулез диспансері орманды, тоғайлы, ауасы өте таза жерлерге орналасқан жөн. Күн тәртібі – науқас ауыр жағдайларда ғана төсек режимінде болады. Науқастың ұйқысы тыныш, ұзақ болуы керек. Тамақ құнарлы, витаминдерге бай, алуан түрлі болуы керек. Туберкулездің емінде қымыз, қымырын кеңінен пайдаланылады

Дәрілік емі

- Антибактериальды- кейінгі жылдары итальяндық ғалымдар жүргізген көптеген лабораториялық және клиникалық зерттеулерден соң ең тиімді, ең таңдаулы 5 түрлі дәріге тоқталған: рифампицин, стрептомицин, пиразинамид, изониазид, этамбутол.
-
- 2.Витаминдер
-
- Қан, плазма құю
- Кортикостероидтар
- ДОТС жоспарымен емдеу. Туберкулезді ДОТС жоспарына сәйкес емдеудің негізгі принципі – тікелей бақылаулы, қысқа мерзімнің ішінде қарқынды, белсенді ем жүргізу болып табылады. Микобактериялардың сыртқа бөлінуі тоқтағанша арнайы туберкулез диспансерінде, одан кейін бактериялар толық жойылғанша амбулаториялық жағдайда ем жалғастырылады. Ем жүргізу үшін жоғарыда аталған негізгі 5 препарат қолданылады:Н-изониазид, R-рифампицин, Z- пиразинамид, S- стрептомицин, E- этамбутол.