

Гон ошағының құрылуы. Бастапқы кезенді комплекс компоненттерінің бөлек суреттену кезінде де және үлкен көлемді, түбірімен қосылып жатқан алғашқы туберкулез пневмониясының пневмония кезеңіне жатқызады. Биполярлық алғашқы комплекстің инволюциясының басталып келе жатқанын көрсетеді. Биполярлықтың құрылуы комплекс пен «жолдың» бойымен перифокальды инфильтрацияның кері қайтуына байланысты болады, мұнда қабыну өзгерістері ерте таралады. Бұл кезде алғашқы пневмония ошағы және өзгерген өкпе түбірінің (нодулярлы компонент) бөлек бейнелерін көруге болады.

Егер алғашқы туберкулез пневмония шектелген, ошақты сипатта болса, онда белсенді пневмония кезеңін биполярлық кезеңнен айыру қажеттілігі туады.

Көп жағдайларда алғашқы пневмония фокусының контуры айқын болмайды, сөйтіп биполярдық бейнеден ерекшеленеді.

Алғашқы туберкулез комплексінің асқынбаған ағымында перифокальды қабыну көбінесе таралып кетеді. Өкпе ошағы шектелініп, көлемі кішірейіп, кейде жоқ болып кетеді.

Басқа жағдайларда фокустың орнында локальды шектелген склероз немесе индурациялық алаң құралады. Казеозды некроз болған жағдайда ол перифокальды қабыну таралғаннан кейін тығыздалып, қалталаның ұнтақ құрылымында кальцинация түзеді. Мұны Гон ошағы деп атайды.

Ірі Гон ошағын 1,2 сы-ден жоғары алғашқы туберкулемалар деп бағалайды.

Қабыну өзгерістерінің инволюциясы кеуде қуысындағы лимфа бездерінде де болады.

Зақымдалған аймақтағы түбір көлемі кішірейеді, бұл кезде түбірдегі лимфа бездерінің кейбір бөліктерінде склерозды өзгерістер және жартылай кальцилену болады.

- Дұрыс және ерте басталған емнен кейін 2-4 айдан соң рентгенде қабыну өзгерістерінің таралуы анық көрінеді. келесі 3-5 ай ішінде реларациялық процесстердің динамикасы тығыздалу немесе кальцилену түрінде жалғасады. Бұл кезеңде клиникалық белгілер науқас жалпы жағдайының жақсаруымен, интоксикация симптомдарының жетуімен салмақтың өсуімен сипатталады. Гемограмма, протеинограмма көрсеткіштері жақсарады. Бастапқы кезде туберкулин реакциясы гиперергиялы болса, ол қалыпқа келеді. Перифериялық лимфа бездерінің көлемі кішірейеді, тығыздалады, өкпедегі перкуссиялық және аускультациялық ауытқулар жоғалады. Жоғарыда айтылғандай кеуде қуысы лимфа бездеріндегі қабыну өзгерістері ұзағырақ сақталады. Жақсы ағымды кезеңде бірте-бірте клиникалық жазылу басталады.
- Алғашқы туберкулез комплексінің ақыры инфильтрация кезеңіне процесстің көлеміне, кеуде қуысы лимфа бездерінің зақымдану дәрежесіне терапияның дер кезінде және толық жүргізілуіне байланысты болады.
- Өкпе ткані мен кеуде қуысы лимфа бездерінде шектелген арнамалы өзгерістер кезінде толық этиопатогенетикалық терапия жүргізу өкпедегі және димфа бездердегі арнамалы өзгерістердің толық жазылуына әкеледі.
- Егер процесс кеш анықталса немесе бірінші аффект және кеуде қуысы лимфа бездері аймақтарында айқын казеозды өзгерістер болған жағдайда, алғашқы туберкулез комплексінің ақыры кальцинаттар комплексінің құрылу болып табылады.

- Лимфосаркома және ретикулосаркома Бұл ісік процестері білінбей басталады ,бірақ әртүрлі клиникалық көрініспен жүреді:егер ауру плевритпен асқынса жедел және жеделдеу түрде өтеді лихорадка,жалпы әлсіздік және тағы басқа симптомдармен жүреді.Жиі құрақ ұстама тәрізді жөтел, еңтігу және кеуде тұсындағы ауырсынумен жүреді. Лимфо- және ретикуло- саркома, әлсіз пассивті туберкулинді анаергиямен жүреді, анемия, лимфопения,ЭТЖ жоғарылауы. Процесс көптеген лимфа түйіндерінің зақымдалуымен және үлкеюімен байқалады.Перифериялық түйіндер тығыз, ауырсынусыз және ағаш тәрізді конгломерат түзеді.
- Рентгенологиялық көрінісі. Лимфа түйіндерінің аса қатты үлкеюі ,массивтілігі және қатпарлығымен және ісіктің тез өсуімен жүреді.«дымовая труба» симптомы байқалуы мүмкін. Сәулелі және цитостатикалық терапия әсерінен лимфа түйіндері кішірейеді.Сыртқы және ішкі лимфа түйіндерін цитогистологиялық зерттеу кезінде (90—98% ке дейін) лимфоидты элементтер табылады. Ретикулосаркома кезінде клеткалар әртүрлі өлшемді және формада болады ,ал ядролары хроматиннің жіпше тәрізді болуымен жүреді .

- Саркоидоз (Бенъе—Бека—Шауманн ауруы) Саркоидоздың I сатысына ұқсас келеді . Жиі 20—40 жас аралығындаы әйел адамдар ауырады. Ауру ағымы әртүрлі өтеді. Бір жадайларда жедел түрде интоксикация симптомдарымен қоса жүреді : лихорадка, түйінді эритема, кеуде қуысы мен буындардаы ауырсыну , әлсіздік , ЭТЖ жоғарылауы . Жиі баяу ағымда өтеді : субфебрильді температура, жалпы әлсіздік , құрғақ жөтел , еңтігу . Өзіне тән жеке белгілер : баяу ағымды сатысында науқастарда увеит немесе иридоциклит, аяқ сүйектерінде ұсақ кистозды аймақты табады. Сонымен қоса , сілкей бездері , бауыр , көкбауыр зақымдалады , беттің терісінде , аяқ және кеуде терісінде әртүрлі дақтар пайда болады. Нефрокальциноз дамуы мүмкін. Гемограммада , әсіресе бастапқы сатысында лейко- және лимфопения, моноцитоз, кейде эозинофилия у-глобулин деңгейі жоғарылауы байқалады. Қанда және зәрде кальций деңгейі жоғарылайды . Туберкулинді әнергия байқалады , керісінше спецификалық антигенге Квейма—Никерсон реакциясы оң болады . Рентген көріністе бронхопульмональды және трахеобронхиальды, паратрахеальды және бифуркациялық лимфа түйіндері үлкейеді. Адепопатия, екі жақты жиі симметриялық және перифокальды инфильтрациямен жүреді. Плеврада бөліктік тығыздалу байқалады.

- Созылмалы лимфолейкоз. Баяу түрде дамиды, интоксикация симптомдары удеген сайын перифериялық лимфа түйіндері улкейеді, әсіресе кеуде іші және құрсақ іші лимфа түйіндері улкейеді. Перифериялық түйіндер ауырсынусыз, эластикалық консистенциялы, қозғалмалы, іріндеуге бейім емес. Науқастарда бауыр және көкбауыр улкейеді. Қанда лейкоциттер саны (30 000 нан 250 000 ға дейін және одан да жоғары болады), лимфоцитоз (95%), тромбоцитопения, удемелі анемия. Лейкограммада, патологиялық элементтер — пролимфоцит және лимфобласт пайда болады. Сүйек кемігінде тотальды лимфоидты метаплазия дамиды. Рентген зерттеу кезінде өкпе түбірінің лимфа түйіндерінің улкеюі болады. Кейде өкпе тінінде лейкомиялық инфильтрат және плевра қуысында сұйықтық пайда болады. Лимфолейкоз ағымына туберкулостатикалық препараттар әсер көрсетпейді. Дифференциальді диагностикалық қиындық лейкомиялық форма кезінде туындайды. Бұнда перифериялық қанда өзгеріс байқалмайды, тек бауыр мен көкбауыр ұлғаюы және сүйек кемігіндегі лимфоидты метоплазия байқалады.

- Кеуде торы ағзаларының рентген-томограммасын талдау.
Аумақты шолу рентгенограмма: Өкпе түбірлерінің асимметриялы түрде кеңеюі, түбір шығыңқы, құрылымсыз, шеті анық емес, бағаналы бронхтың тарылғаны спецификалық этиологиялы өзгерістердің болуына күмән тудырады — кеудеішілік лимфа түйіндерінің туберкулезіне. Түбірлі томограмма (6,5 см): Өкпе түбірлеріндегі ұлғайған бронхопульмональды топтағы лимфа түйіндері - инфильтрация фазасындағы кеудеішілік лимфа түйіндерінің туберкулезіне тән.

- Кеуде қуысы лимфа бездерін патологиялық анатомия суреттемесіне қарай шағын инфильтратты және ісікті түрлеріне бөледі.
- Кеуде қуысы лимфа бездерінің шағын түрінде 1-2 топ лимфа бездерінің ғана гипеплазиясы (0,5-ден 1,5 см-ге дейін) болады. Шағын түрлердің диагностикасын аурудың клиникалық және рентгенологиялық белгілерін қатар қолдана отырып жасайды.
- Туберкулез бронхоаденитінің инфильтратты түрінде перинодулярлы қабыну басым болады, лимфа безінде туберкулез ошағы аз ғана. Ісікті түрінде процесс көлемі біршама үлкен болатын лимфа бездерінің капсуласынан сыртқа шықпайды. Бірақ бронхоадениттерді инфильтратты және ісікті түрлерге бөлу шартты түрде ғана, өйткені олар бір түрден екіншісіне ауыса береді.
- Кеуде қуысы лимфа бездерінің зақымдануы шектелген арнамалы процесс емес, патологиялық өзгерістері туберкулезбен зақымданған лимфа бездерінің айналасындағы көкірек қуысындағы барлық мүшелерді қамтиды.

- Кеуде қуысы лимфа бездерінің әр түрлі схемалары мен классификациялары болады. В.А. Сукенниковтың схемасы бойынша кеуде қуысы лимфа бездері паратрахейалық, трахеобронхиялық, бифуркациялық және бронхопульмональдық болып бөлінеді.
- Кеуде қуысы лимфа бездерінің клиникалық ағымын асқынбаған және асқынған деп екіге бөледі.
- Кеуде қуысы лимфа бездерінің туберкулезі клиникасы ақырындап басталады. Балада қатты шаршау, тәбеттің нашарлауы, тітіркенгіштік, дене қызуының көтерілуі (әдетте субфебрильді) пайда болады. Ауыр клиникалы бронхоаденит өте сирек жағдайда кішкентай жастағы балаларда кездеседі. Жөтел науқастардың азғана бөлігінде байқалады, ол кейде «көкжөтел түрінде», сирегірек «екітонды» болып келеді. «Екітонды» жөтел кезінде негізгі төменгі тонмен қатар жоғарғы обертон естіледі. «Екі тонды» жөтел ерте жастағы балаларда кеуде қуысы лимфа бездері біршама ұлғайған кезінде естіледі.
- Сол сияқты ерте жастағы балаларда экспираторлық стридор - бірқалыпты жағдайда демді ішке тартқанда шулы ұзарған дем шығару байқалады. Көкжөтел түріндегі жөтелдер ересек жастағы балаларда кездеседі. «Битонды» жөтел, экспираторлық стридор ұлғайған лимфа бездерінің қысымынан ғана емес, сол сияқты қабыну процессіне бронхтар немесе нервтер қабырғаларының қатысуы кезінде болады. Ауру анамнезінде белсенді туберкулез науқасымен болған қатынас анықталады. Баланың туберкулинге сезімталдығының анализі инфекциялық виражға немесе кеш пайда болған инфекциялану кезеңін көрсетеді. Кейбір науқастарда туберкулин реакциясы гиперергиялық сипат алуы мүмкін.
- Науқасты тікелей тексеріп қарағанда терінің бозғылттылығы, дене салмағының азаюы, көз астының көгеруі. Кеуденің алдыңғы қабырғасында кейде бірінші-екінші қабырға арасында бір немесе екі жағында перифериялық көктамыр торына көруге болады (Видергоффер симптомы). Мұның себебі жұпсыз көктамырдың ұлғайған лимфа бездері болып табылады.
- Жауырын аралық кеңістік жоғарғы үштен бір бөлігінде кейде майда беткей тамырлардың ұлғайғанын көруге болады. 4-5 топ перифериялы лимфа бездерінің ұлғайғаны байқалады. Олар жұмсақ, қоршаған тіндерге жабыспаған, қозғалмалы, ауырмайтын болып келеді.

- Кеуде қуысы лимфа бездерінің туберкулезінде перкуссия симптомдары көп мәлімет береді. Кеуде омыртқаларының қылқанды өсінділерінің үстімен төменнен жоғары қарай перкуссия жасағанды, перкуссиялық дыбыстың қысқаруы (Корани симптомы) артқы көкірек қуысының қабыну өзгерістеріне ұшырағанын көрсетеді. Кеуде омыртқаларының қылқанды өсінділерінің үстінен перкуссия жасағанда дыбыстың қысқаруы бірқалыпты жағдайда екі жастағы ба
- лада - VII-ші мойын - I-ші кеуде омыртқаларынан төмен болмауы керек, 10 жасқа дейінгі балаларда - II-ші кеуде омыртқасынан төмен болмауы керек, 10 жастан үлкендерде III-ші кеуде омыртқасынан төмен болиауы керек. Перкуссия дыбысының қысқаруы аталған шекаралардан төмен естілуі Корани симптомының оң болғанын, яғни бифуркациялық лимфа бездерінің ұлғайғанын және оны қоршаған тканьның инфильтрациясын көрсетеді. Бронхопульмоналды лимфа бездерінің ұлғайғанын оң дела Камп симптомы білдіреді, бұл кезде перкуссиялық дыбыстың қысқаруы II-IV кеуде омыртқалар ының деңгейінде жауырын аралық кеңістікте естіледі.
- Алдыңғы кеуде аралық қуыс - паратрахеялық бездер және медиастиналдық плевразақымданғанда - Философов симптомы анықталады - бұл кезде төменге қарай тарылатын төс айналасын және алғашқы екі - қабырға аралығында перкуссия дыбысының қысқаруы естіледі. Паратрахеялық лимфа бездерінің ұлғайған сол сияқты Филатов симптомы арқылы анықтауға болады, бұл кезде перкуссиялық дыбыс төс жанында I-II - ші қабырға аралығынан естіледі.

- Лабораториялық зерттеу әдістерінің нәтижелерін талдау. Жалпы қан сараптамасында: ЭТЖ жылдамдатылған, орташа лейкоцитоз, лимфоцитопения, эозинофилия, моноцитоз. Жалпы зәр сараптамасы және қанның биохимиясы қалыпты.
- 12. Тері ішілік Мантусынамасының және диаскинтесттің нәтижелерін талдау. Манту сынама-сының нәтижелері: 3 жасында поствакциналық аллергия болған, 7 жасында инфекцияны жұқтырған (туб.вираж). Науқастану кезінде сынама нәтижесі – күрт оң (гиперергия) - папула 15 мм. Диаскинтест: папула 17 мм – гиперергия, аллергияның нақты себебін көрсетеді (туберкулездің жұқтырылуын).

- Туберкулезный бронхоаденит может протекать без значительного увеличения внутригрудных лимфатических узлов, т. е. имеет характер «малой» формы процесса, которая в настоящее время чаще всего и наблюдается. При этом вокруг увеличенных бронхопульмональных, трахеобронхиальных и других внутригрудных лимфатических узлов образуется зона перифокального воспаления. Тогда определяют так называемый инфильтративный бронхоаденит. Если в лимфатических узлах превалирует массивный казеоз, а перифокальное воспаление вокруг них отсутствует или слабо выражено, то распознают опухолевидный, или туморозный бронхоаденит, который в последние годы наблюдается редко. Такое разграничение отдельных форм бронхоаденита, конечно, условно. Опухолевидное увеличение лимфатических узлов, как правило, сопровождается лимфангитом и воспалительной реакцией не только в капсуле, но и в окружающей клетчатке, а иногда и в легочной ткани. В то же время по мере рассасывания перифокального воспаления при инфильтративном бронхоадените выявляются нерезко увеличенные лимфатические узлы. Эти формы процесса отличаются не только по рентгенологической картине, но и по своему клиническому течению. «Малая» его форма может протекать скрыто или малосимптомно, но чаще она проявляется повышением температуры, интоксикацией и другими функциональными расстройствами. Клиника опухолевидного бронхоаденита характеризуется более острым началом и выраженными симптомами интоксикации. У больных отмечаются нерезкие боли в груди, кашель, чаще сухой или с выделением небольшого количества слизистой или слизисто-гнойной мокроты, без примеси крови. У взрослых в отличие от детей раннего возраста кашель не бывает битональным или коклюшеподобным. Крайне редко наблюдается в старшем возрасте экспираторный стрidor. Эти отличия обусловлены отчасти тем, что у взрослых стенки трахеи и бронхов менее эластичны и податливы, чем у маленьких детей, и поэтому даже значительно увеличенные лимфатические узлы не вызывают сдавления верхних дыхательных путей. У взрослых реже образуются пакеты крупных казеозных лимфатических узлов, особенно в области бифуркации, и поэтому не столь часто, как у детей, в особенности раннего возраста, вовлекаются в воспалительный процесс трахея, крупные бронхи, нервные стволы и их окончания. Сухой, «щекочущий», приступообразный кашель, который у взрослых чаще встречается при опухолевидном и реже при инфильтративном бронхоадените, вызывается преимущественно специфическим эндобронхитом и, кроме того, спазмом бронхов вследствие поражения блуждающих, возвратных и других нервов и их сплетений, особенно при сопутствующем плевромедиастините.