

Тақырыбы: Өкпе туберкулемасы.

Орындаған: Сүиінбек А.С.

Топ: 605-2

Факультет: Терапия

Қабылдаған: Макулбаева Ұ.Т.

Жоспар

Кіріспе

а) Кездесу жиілігі

Негізгі бөлім

а) Өкпе туберкулемасы

ә) Этиология, патогенезі, классификация

б) Клиника, диагностика, диф.diag., емі, болжамы

Қорытынды

Қолданылған әдебиет

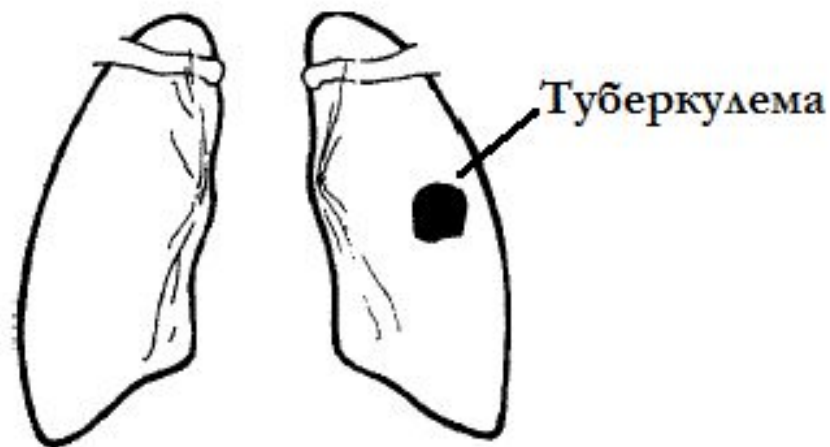
Кіріспе

Кездесу жиілігі

- Туберкулома, көбінесе, 20-40 жастағы ересектерде дамиды. Туберкулома, негізінен, бақылау флюорографиясы кезінде анықталады.
- Алғаш рет тыныс ағзаларының туберкулезімен ауырған науқастар арасында өкпе туберкулемасы 3-6% , ал туберкулезге қарсы күрес жүргізетін аурулар арасында 10-12% көлемінде кездеседі.

Өкпе туберкулемасы

Диаметрі 1 см
үлкен, фиброзды
капсуламен
шектелген,
созылмалы, аз
симптомды
ағыммен өтетін
казеозды фокусты
туберкулема деп
атаймыз.



ЭТИОЛОГИЯ

Көбінесе науқастарда туберкулема ауруы әртүрлі өкпе туберкулезінен пайда болады. Көп жағдайда ошақты туберкулезге алып келеді, ол инфилтративті процесс түрінде түзіледі, соның әсерінен кавернозды өкпе туберкулезі бар науқастарда бронхтың дренажды бітелуі болады.

Патогенезі

Туберкулез ошағының
(казеозды-экссудатты, казеозды-пролиферативті) қабынуы

Қабықтанған ошақтар
(бронх, лимфа, қан арқылы таралған)

Үш қабатты дәнекер
тінді қабығы бар
каверна

● ТМБ қарқынды өсіп-өнуі, Тс
индукциясы, ЖСБТ және Тх
басылуы

Перифокальді казеозды-
экссудатты қабыну

Каверна қабығының
толық тазармауы

Жергілікті иммунды реакциялар жоғ,
ТМБ белсенді түрлерінің азаюы

Казеозды ошақтың айналасында
қабынудың жартылай сорылуы

ЖСБТ ж/е жерг реак-я жоғ, ТМБ көп
уақыт өмір сүретін түр-ріне ауысуы

Казеоздың грануляциялық қабатпен және талшықты
қабықпен қоршалуы. ТМБ популяциясының L-
түрінде қалыптасуы

Кавернаға келетін бронхтың
бітелуі

Каверна қуысының грануляция,
лимфа мен казеозбен толуы

Өкпе туберкулемасы

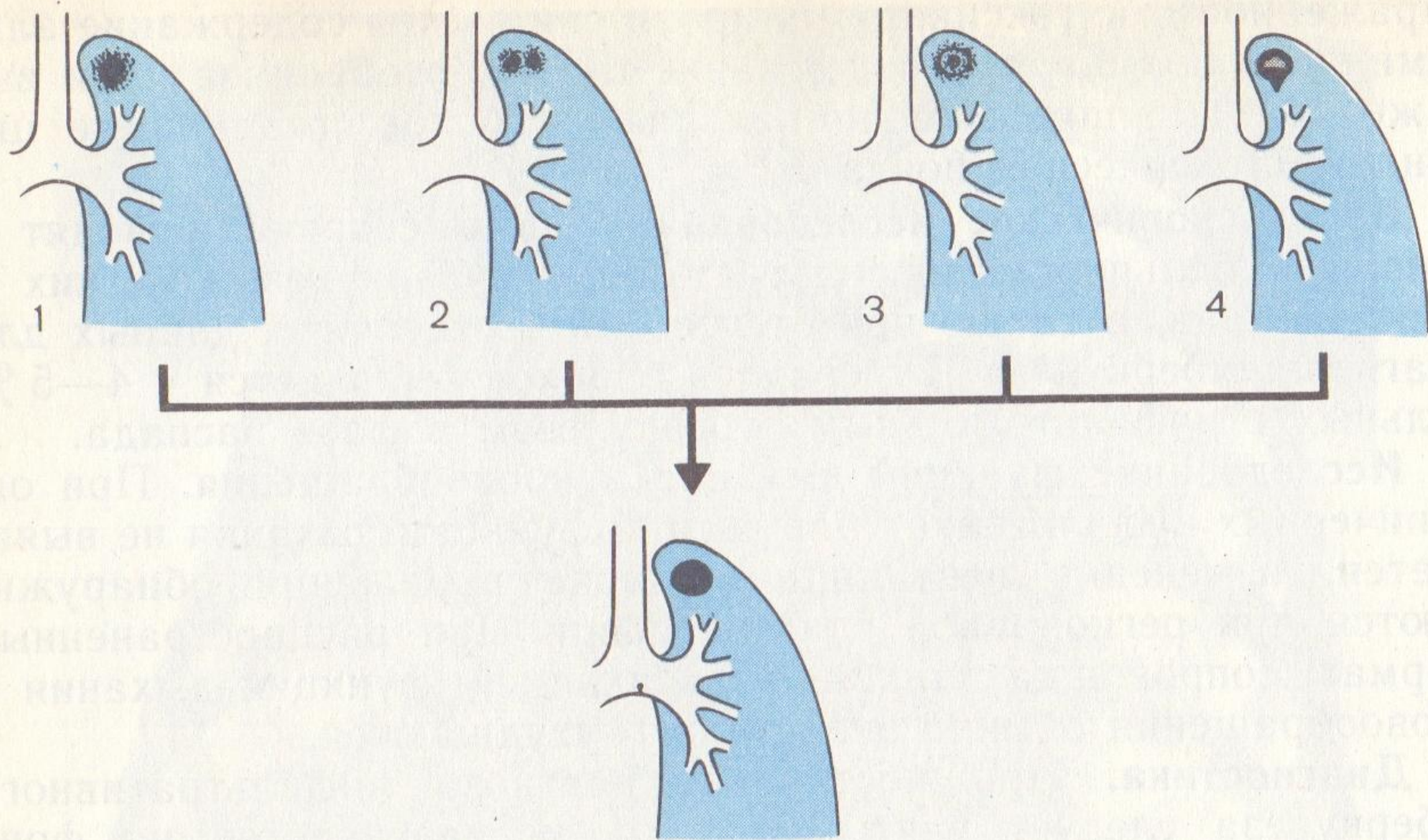
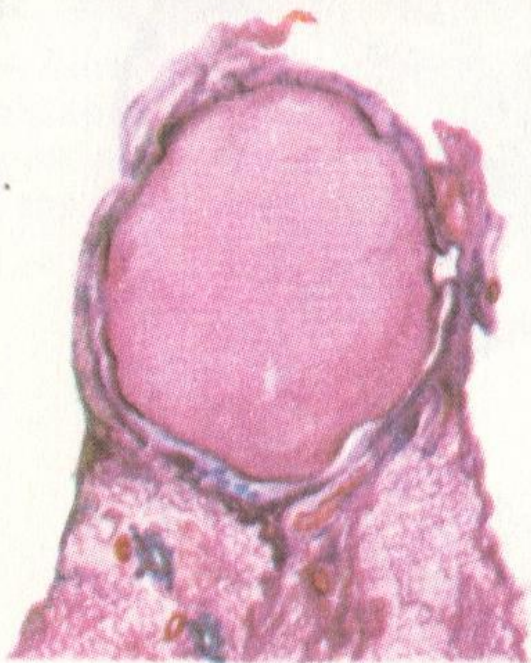


Рис. 44. Патогенез туберкулемы (схема).

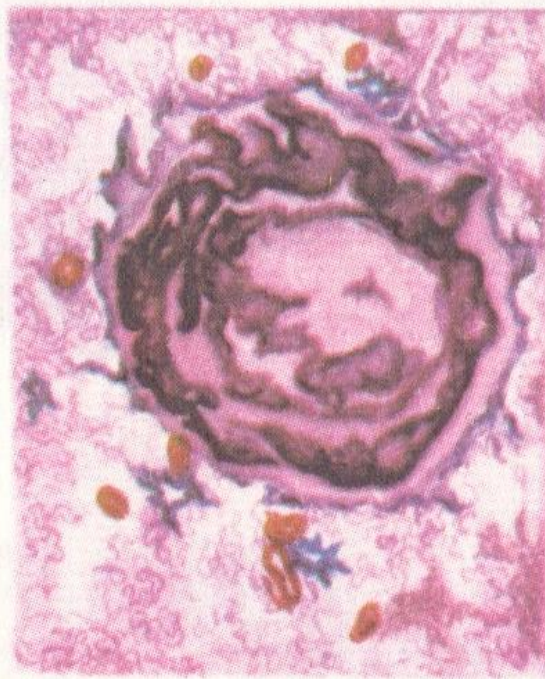
1 — инфильтрат; 2 — группа очагов; 3 — очаг; 4 — каверна.

Туберкулема классификациясы

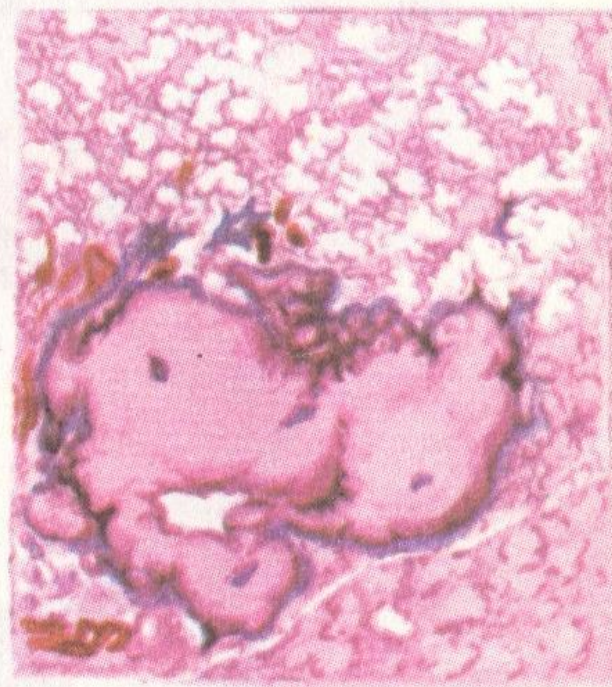
- Ошақтан немесе инфильтраттан түзілген туберкулеманы **нағыз** деп атайды
- **Солиитарлы туберкулема** 2 қабатты капсуламен қоршалған домалақ казеозды фокуспен сиппатталған.
- **Қабатты туберкулемалар** казеозды қабықшалармен бөлінген, айналасында фиброзды қабат бар казеозды ядродан құралған.
- Екі түрлері болады: гомогенді және қабатты.
- Іші толған кавернаны **жалған** немесе **псевдотуберкулема** деп атайды.



б



в



г

Рис. 45. Туберкулема верхней доли правого легкого в фазе распада.
а — патологоанатомический препарат; б—г — гистотопографические препараты туберку-
лем: б — однородная; в — слоистая; г — конгломератная. (К стр. 149)

● АҒЫМЫ БОЙЫНША

Біркелкі-Аурулардың 50 – 60 %

Прогрессті -Аурулардың 10 – 30 %

Регрессті -Аурулардың 10 – 20 %

Прогрессті ағымның белгілері: распад, перифокальді инфильтрация, өкпе тіні айналасында ошақтардың пайда болуы.

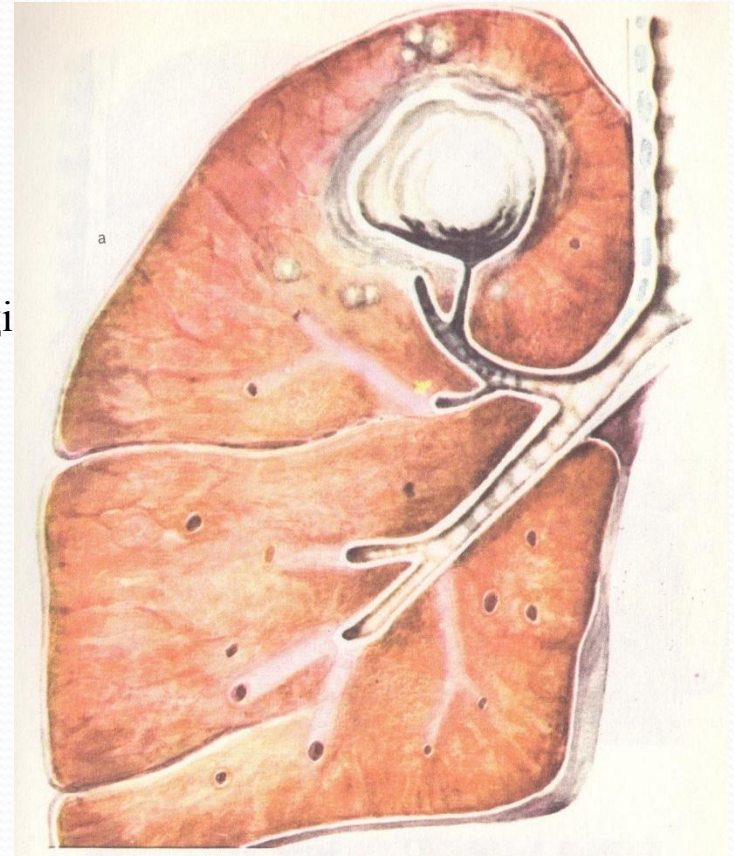
- Регрессті ағымда казеозды массалар тығыздалып, фрагменттеліп, өлшемдері кішірейеді.

● Көлемі бойынша

Ұсақ (1-2 см) -Ыдырау 26,7 %

Орташа (2-4 см) -Ыдырау 82,2 %

Үлкен (4 см жоғары) -Ыдырау 91,8%



Клиникасы

-Кеуде қуысындағы ауру сезімі

Уыттану симптомдары

-Құрғақ немесе аз көлемді қақырықты жөтел

-Әлсіздік

-Тәбеттің төмендеуі

-Дене температурасының 37,5-37,8 градусқа жоғ

-Қан түкіру

Аускультацияда:

- Бірен-саран ылғалды сырылдар
- Дренажды эндобронхит дамығанда, құрғақ сырылдар

Диагностика

Лабораториялық зерттеу

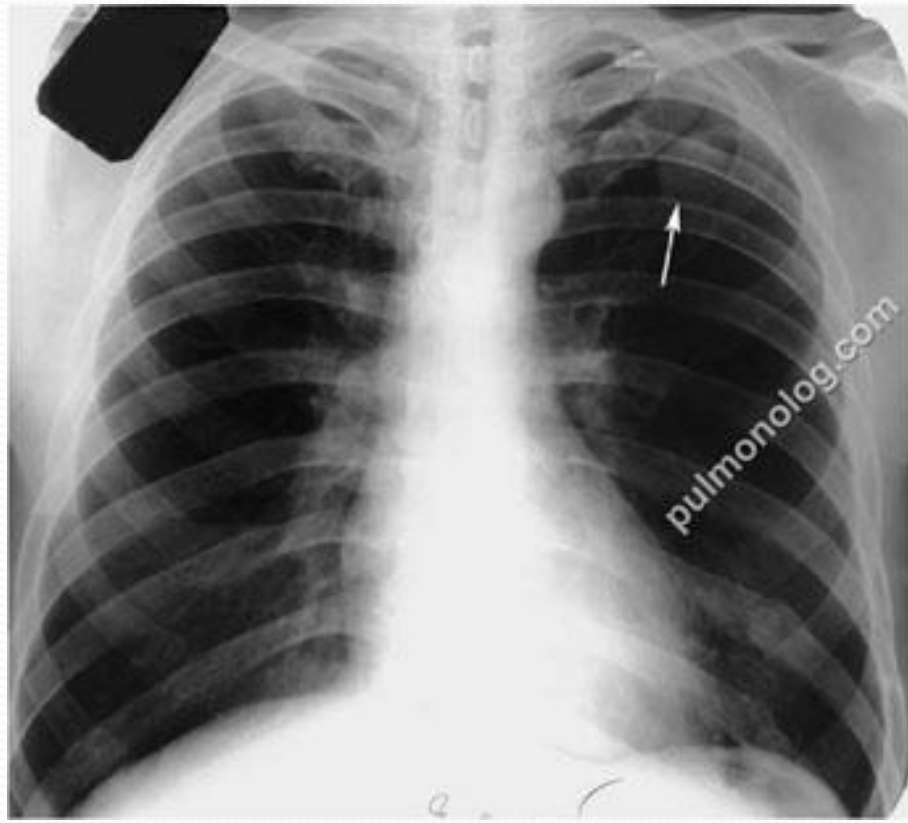
Қақырық анализі аз ақпарат береді.

Науқас қақырығында, бронх ішіндегі затта ТМБ табылады. Анықталған микобактериялар жоғары вирулентті болады және туберкулезге қарсы қолданылатын дәрілермен ұзақ емделгеніне қарамастан дәріге сезімталдық анықталады. Бұл жай туберкулез дәрілерінің туберкулемадағы казеозға нашар өтетіндігін дәлелдейді.

Рентгенография әдісі

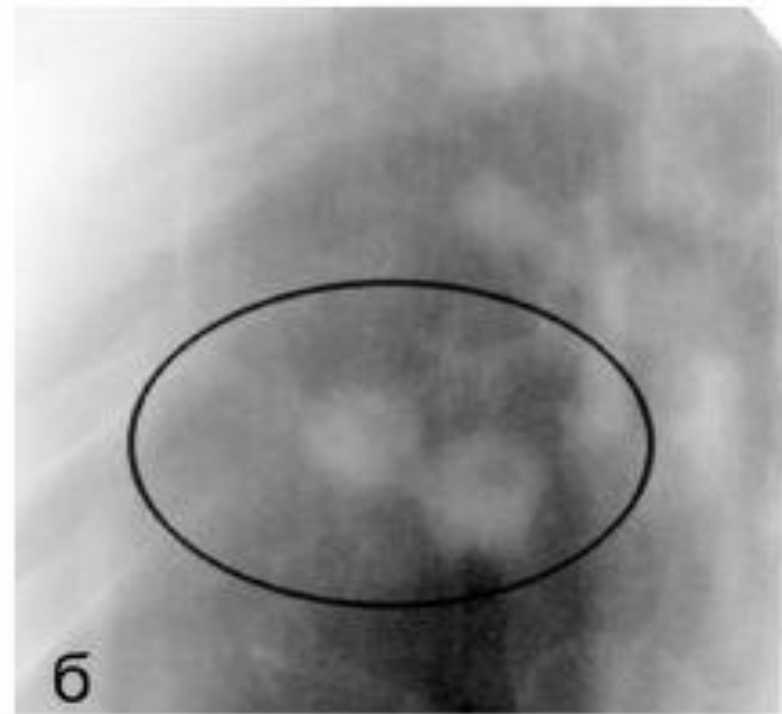
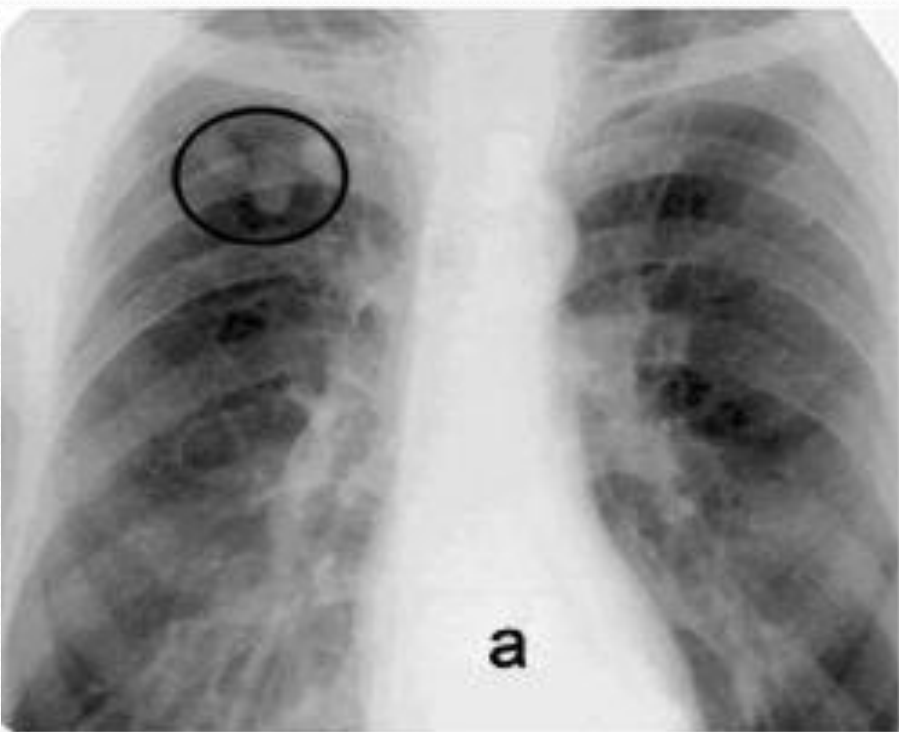
- Рентгенде туберкулема дөнгелек көп циклді пішіні дұрыс емес, диаметрі 1 см астам онашаланған фокус түрінде көрінеді, көбінесе өкпенің 1,2,6 сегментінде орналасады.

- Солитарлы туберкулема



Конгломератты туберкулема





- Множественные туберкулемы с распадом [обзорный снимок (а) + томограмма (б)]. В верхней доле правого легкого расположены множественные округлые тени диаметром 1,5-2 см средней интенсивности, с просветлением в центре, четкими контурами. Наличие распада в туберкулемах подтверждается томографическим исследованием

Оң өкпенің ұшындағы туберкулеманың асқыну кезіндегі томограмма

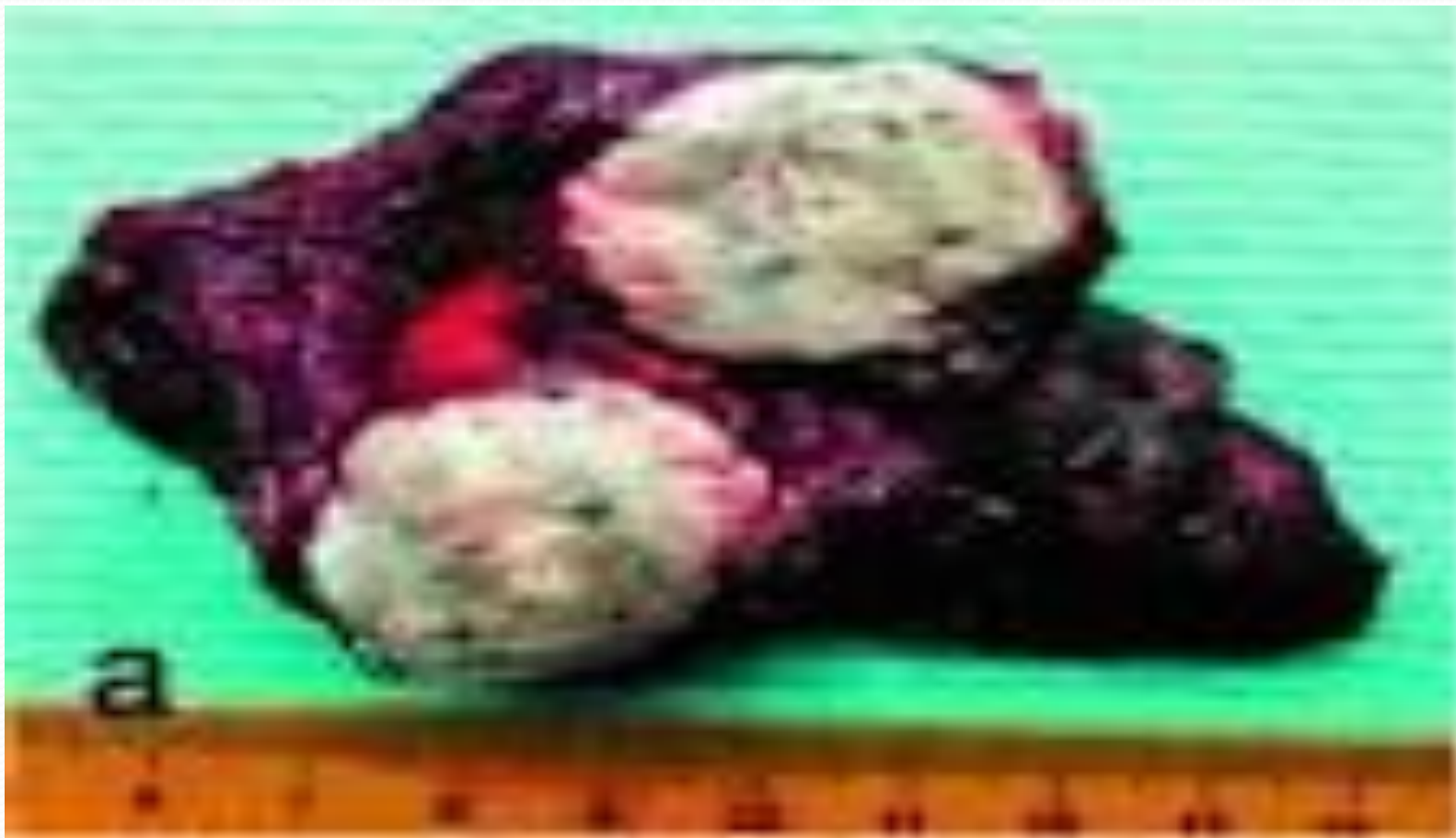


Бронхоскопия кезінде биопсия алу қажет, бірақ периферияда орналасқан ірі фокустың өзінен-ақ биоптан алу қиынға түссе, бұл жағдайда өкпенің трансторакальді пункциясы жасалады, кей кезде торакотомия жасау қажет болады.



Тыныс және қан айналымы қызметтерін зерттеу. Жүрек қан тамыр жүйесі және сыртқы тыныс жүйесі бұзылмайды, бірақ өкпедегі капиллярлық қан айналымы төмендейді, туберкулема жанында ғана емес оның айналасындағы тіндерде де байқалады.

Гисталогиялық тексеріс жүргізгенде казеозда бұзылмаған альвеолярлы перделер, бітелген бронхтар мен қан тамырлардың қабырғаларының сақталғаны анықталады.



Туберкулемамен ауырған науқастардың гемограммасында қалыпты ауытқу болмауы мүмкін. Алғаш рет ЭТЖ 20мм/сағ-қа дейін жоғарлайды, ал таяқша ядролы нейтрофильдер саны 8-10 пайызға дейін көтеріледі. Активті туберкулемасы бар науқастарда соматотропты гормон секрециясы жоғарылайды, бұл казеоздың инкапсуляциясының бір себебі болып табылады.

Дифференциалды диагностика төмендегілермен жүргізіледі:

- Өкпенің перифериялық рагі
- Ісіктің өкпедегі метастазы
- Қатерсіз ісіктермен(аденома, гамартома)
- Ретенционды киста
- Артериовенозды аневризма (ангиома)
- Аспергиллема

Емі

- 1 категориясы бойынша ем алуы қажет.9-12 айдан кейін химиотерапия емімен жалғастырамыз.
- Айқын перифокальді реакция кезінде глюкокортикостероидтарды қолданамыз.
- Рифампицин,изониазид,пиразинамид.
- Туберкулезге қарсы препараттарды қолданғанда тез арада интоксикация және бактерия бөлінуі тоқтайды.2/3 науқастарда процесс бәсендейді.
- Өкпе туберкулемасының емі туберкулездің осы түрінің патоморфологиялық ерекшеліктерін және ұзақ этиотропты терапияның нәтижесінің аздығын есепке алып жүргізеді. Ауруларға қарсы көрсеткіші болмаған жағдайда өкпеге шағын экономды резекция жасалынады. Операцияға айқын көрсеткіштер болып – туберкулема көлемінің үлкен болуы, ыдырау қуысы, туберкулема ағымының дамуы, бактерия бөлушілік болғанда туберкулеманың көлеміне қарамай операция жасау керек
- Операциядан кейін туберкулезге қарсы дәрілерді схема бойынша екінші санаттың жалғастыру кезеңімен берілу керек.

Болжам

Өкпе туберкулемасы антибактериялды заттармен қиын емделеді. Бірақ қайталап асқынған жағдайда, сонымен қатар ірі көлемді 4 см жоғары туберкулемасы бар науқастарда хирургиялық ем алу қажет.

Қолданылған әдебиеттер:

www.Google.ru

Фтизиатрия А.С.Ракишева, Г.Цогт

Фтизиатрия Т.Ә.Момынов