

# **Туберкулезді плевриттің диагностика алгоритмі, саралау диагностикасы**

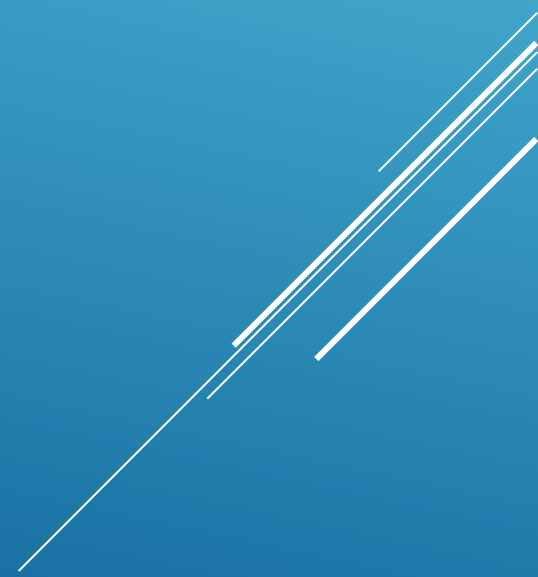
**Жаппар Мейірім  
ЖДП-620**



Туберкулезді плеврит – плевраның жедел, жеделдеу, созылмалы түрде туберкулезбен қабынуы, плевра қуысына сұйықтың жиналуы. Оның өкпе және басқа ағзалар туберкулезінің асқынуы себепкер болады. Тыныс алу ағзалары туберкулезімен алғаш рет ауырған науқастар арасында туберкулезді плеврит 3-6%, ал туберкулезге қарсы күрес жүргізетін диспансерлерде есепте тұратын науқастар арасында 2-3% жиілікте кездеседі. Плеврит балаларда, жасөспірімдерде, жас адамдарда жиі кездеседі. Туберкулезден қайтыс болғандардың 1-2% туберкулезді плевриттен, негізінен олар созылмалы іріңді плевтирпен ауырғандар.

# ПЛЕВРИТТИҢ ЭТИОЛОГИЯСЫ:

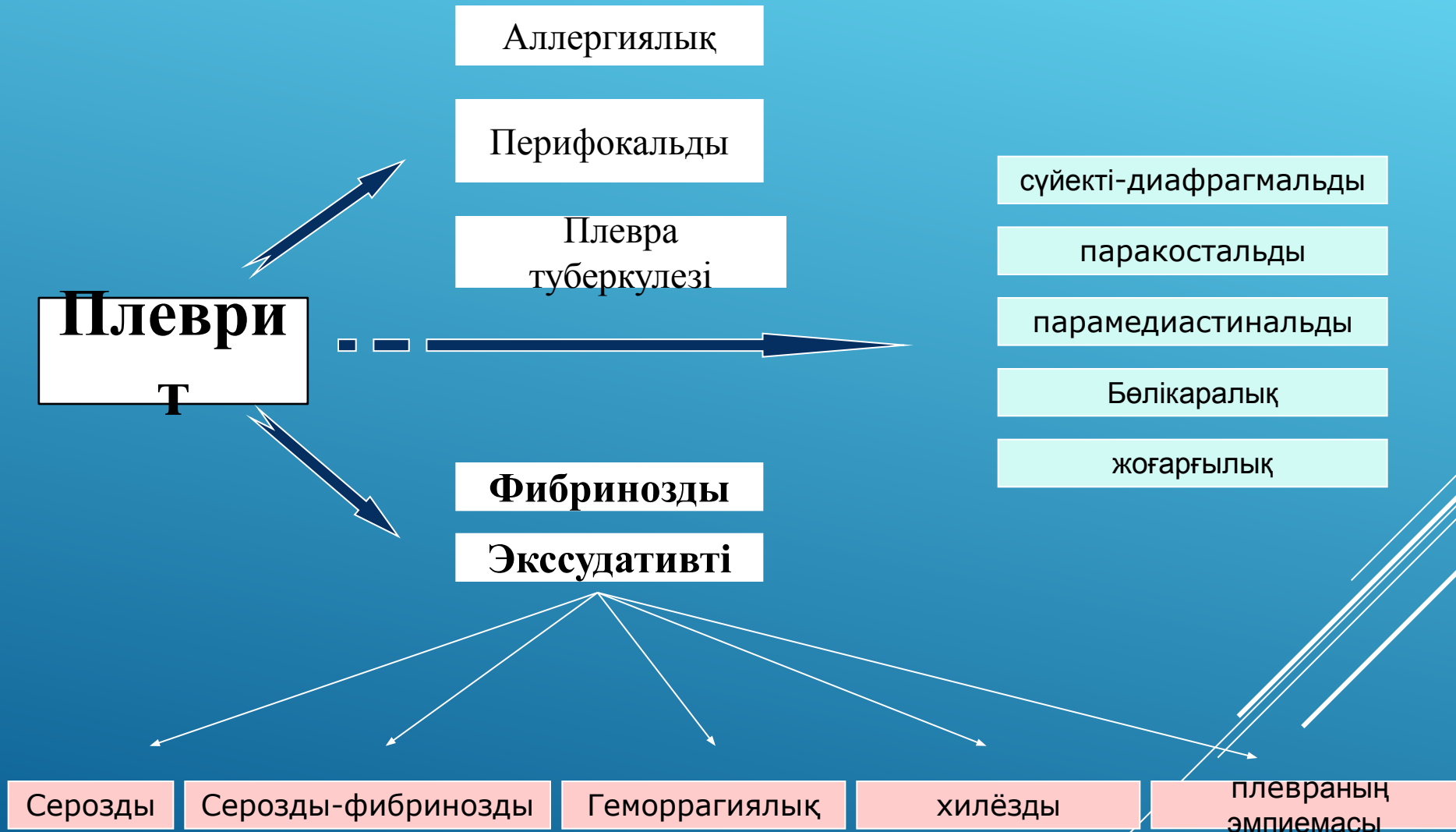
- туберкулезді
- парапневмониялық
- парагангрозды
- реактивті



# 10-сызба-нұсқа. Туберкулезді плевриттің дамуы



# КЛАССИФИКАЦИЯ



# Клиникасы

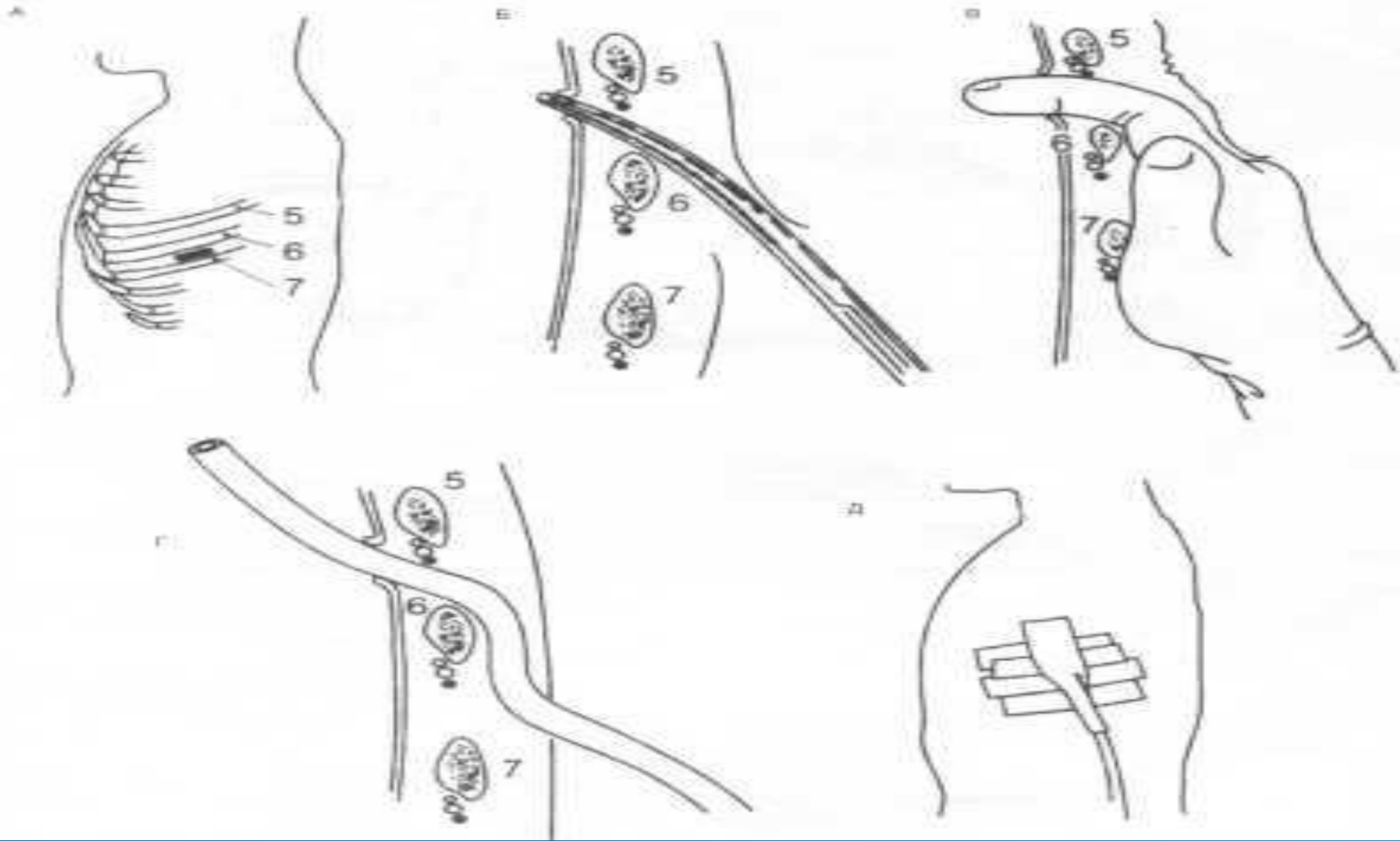
- ▶ Әр түрлі дәрежедегі ауырлықта
- ▶ Интоксикациялық синдром субфебрильді температура
- ▶ Ентікпе күшейген, бүйірде сыққандай ауыру сезімі болады.
- ▶ Ерте сатысында плевра үйкеліс шуы , ұсақ және ірі көпіршікті сырылдар болады

- ▶ Сұйықтық жиналуынан өкпенің зақымдалған аймағында тыныс алу кезінде қабырғааралықтары тегістелген.
- ▶ Тұйық перкуторлы дыбыс , дыбыс дірілі мен тыныс шулары әлсіз
- ▶ Егер сұйықтық сорылып тарағанда тағыда плевра үйкеліс шуы пайда болады.
- ▶ АСҚЫНУЫ:
- ▶ Іріңді экссудаттың бронх қабырға аралық арқылы кеңістікке өтуі.






# ПЛЕВРА ҚУЫСЫН ТЕСІП (ПУНКЦИЯ), ДРЕНАЖДАУ



# ПЛЕВРА ҚУЫСЫН БЕЛСЕНДІ ТӘСІЛМЕН АСПИРАЦИЯЛАУ

# АЛЛЕРГИЯЛЫҚ ПЛЕВРИТ

- ◎ Туберкулез инфекцияның түсуіне байланысты плеврада экссудатты гиперергиялық реакцияның дамуы.
  - ◎ Жиі біріншілік туберкулездің асқынуы ретінде кездеседі.
  - ◎ Экссудатты лимфоцитарлы немесе эозинофильді болады.
  - ◎ Плеврада спецификалық өзгерістер анықталмайды.
- 

# АЛЛЕРГИЯЛЫҚ ПЛЕВРИТТИҢ КЛИНИКАСЫ

- ▶ Басталуы жедел
- ▶ Кеуденің ауыруы, ендікпе, дене қызуының көтерілуі
- ▶ Қан анализінде - эозинофилия, ЭТЖ-ның жоғарылауы
- ▶ МБТ плевралық сұйықтықта анықталмайды
- ▶ Туберклезге қарсы препараттарды және десенсебилизациялық терапияны қолданғанда науқастың жағдайы жақсарып плевра қуысында дәрекі өзгерістерсіз жазылады.

# ПЕРИФОКАЛЬДЫ ПЛЕВРИТ

▶ **Өкпенің туберкулезді түрін асқындырады**

▶ **Жанасу арқылы:**

▶ **Ошақты**

▶ **Инфильтративті**

▶ **Диссеминирлі**


▶ **Кавернозды**

Басында жайылған түрде, кейін экссудатты құрам қосылады

# ПЕРИФОКАЛЬДІ ПЛЕВРИТТІҢ КЛИНИКАСЫ

- ▶ Біртіндеп басталады
- ▶ Кеуденің ауыруы кері қарай шалқайғанда немесе жөтел кезінде ауыру күшейеді. Кейде иыққа тарайды
- ▶ Қоздырушы факторда әсер етеді
- ▶ Рентгенограммада плевра жапырақшасының қалыңдауы және өкпенің зақымдануы анықталады
- ▶ Ағымы ұзақ уақытты, рецидивті

# ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫ ДИАГНОСТИКА.

- ▶ Плевриттің басқа түрлерімен пневмониялық ісіктік миоз кезінде жүйелік дәнекер тін ауруларымен панкреатитпен дифрагма астылық абсцесс, ЭХИНОКОККОЗ
  - ▶ Ателектаз, өкпе циррозы
  - ▶ Экссудатты трансудаттан айыра білу
- 

*Іріңді плеврит (плевра эмпиемасы) диагнозын* анықтауда рентгенологиялық, УДЗ, КТ, бронхоскопия, торакоскопия зерттеулерінің маңызы зор. Осы аталған зерттеу әдістерінің көмегімен плевра қуысында сұйықтық бар екені анықталады. Оның көлемін анықтаған соң плевра қуысын инемен тесіп сұйықтықтың мінездемесін анықтайды. Іріңді экссудат болса, оның антибиотиктерге сезімталдығын білу үшін, микробиологиялық зерттеу жүргізіледі.



*Ажыратпа диагнозы барысында әсіресе спецификалық (туберкулез, микотикалық аурулар) ауруларды жоққа шығаруға көңіл аудару қажет. Олармен қатар өкпе абсцесінен, іріңдеген кисталардың, көкет астында орналасқан іріңдіктен, тіпті өкпе обырынан ажыратуға тура келеді.*

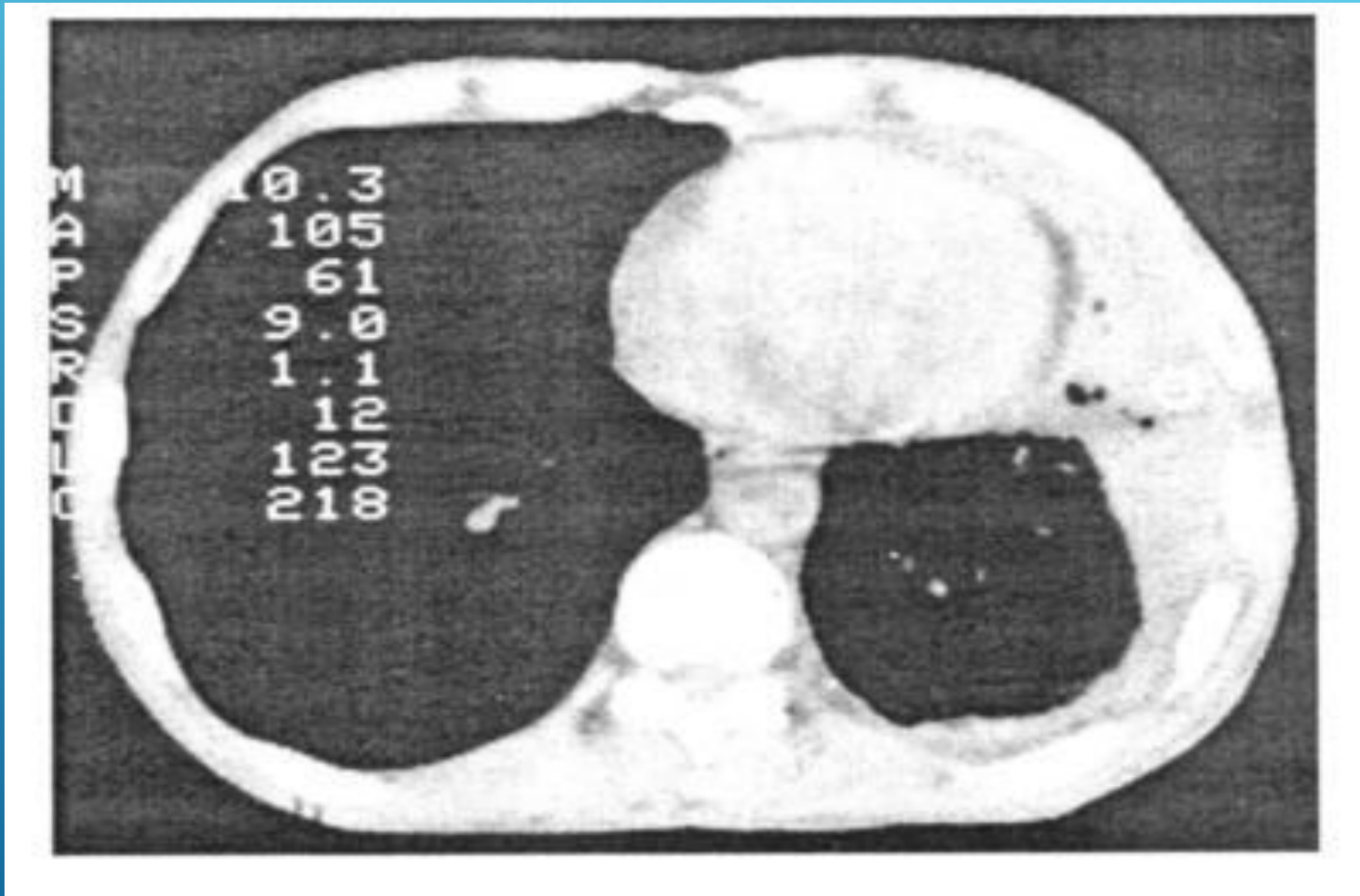
- **Рентгеноскопия жасаған кезде науқастың статикалық (түрегеп тұру) қалпының өзгеруіне қарай экссудат деңгейінің де тербелісін байқауға болады.**
- **Плевра қабықтарының жартылай жабысып өсуі нәтижесінде плеврит қалталанасы, оның рентгенологиялық көрінісі дөңес линзаға, таспаға, үшбұрышқа ұқсайды. Қалталынған плевриттің көлеңкесі біркелкі, науқастың статикалық қалпын өзгерткенде оның түрі өзгермейді.**

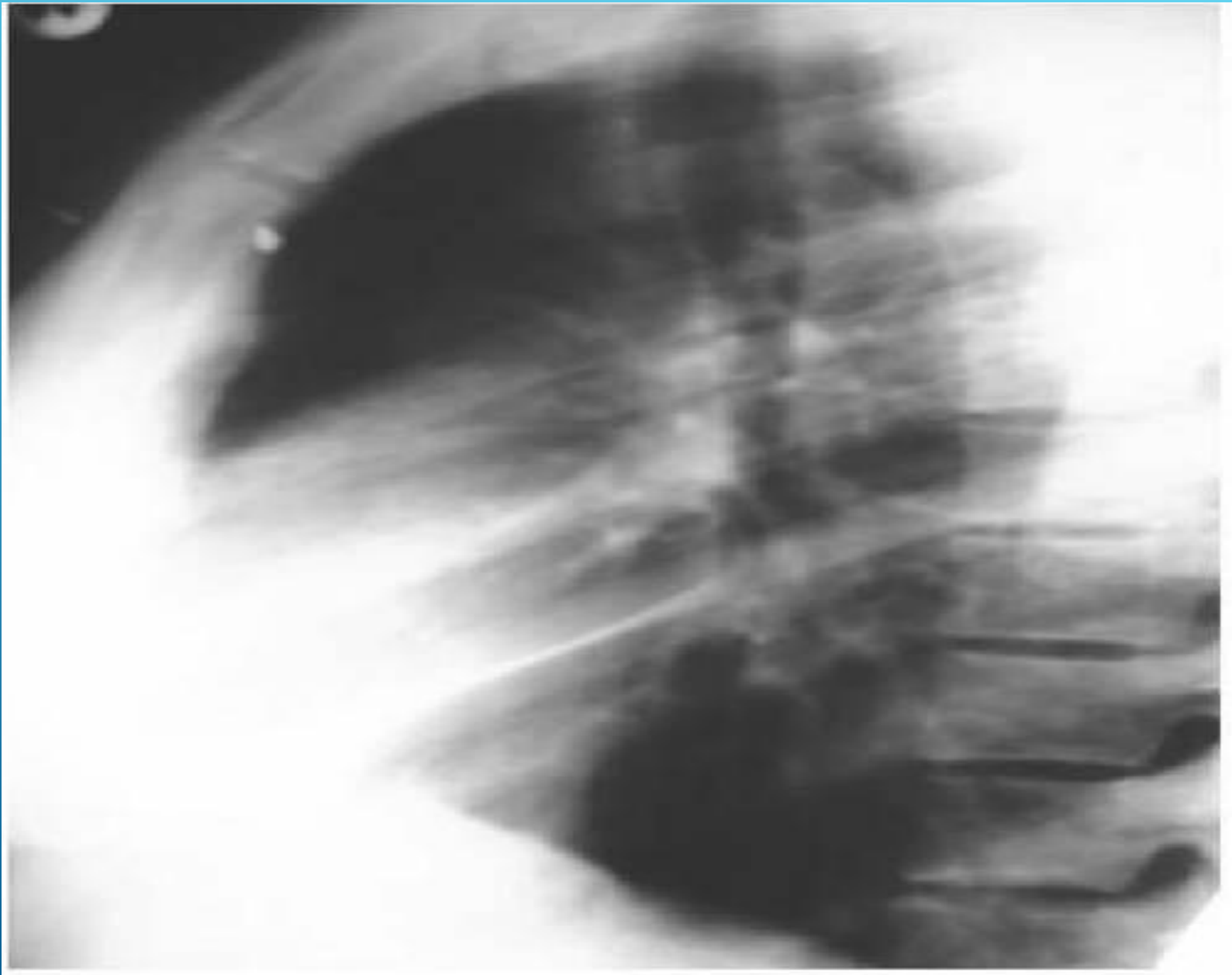
**Рентгеносемиотика (рентгендік көрінісі).** Фибринозды плевритте экссудаттың қойнауларға ағып құйылуы салдарынан өкпе алаңының төменгі аймағында өкпе мөлдірлігінің біраз төмендеуі байқалады. Плевраның жайылған фиброзды тығыздалуы өкпе бөліктерінің зақымдалған аймағының қарқыны төмен көлеңкесі түрінде көрінеді.

Жалпы шолу рентгенограммасында плевраның фиброзды жабысуынан өкпе алаңының соған сәйкес бөлігі күңгірттенгені көрінеді. Плевра қабықтарының қабынуын, фиброзды тығыздалуын және оның пішінінің өзгеруін (деформациялары) компьютерлік томограмма айқын көрсетеді.

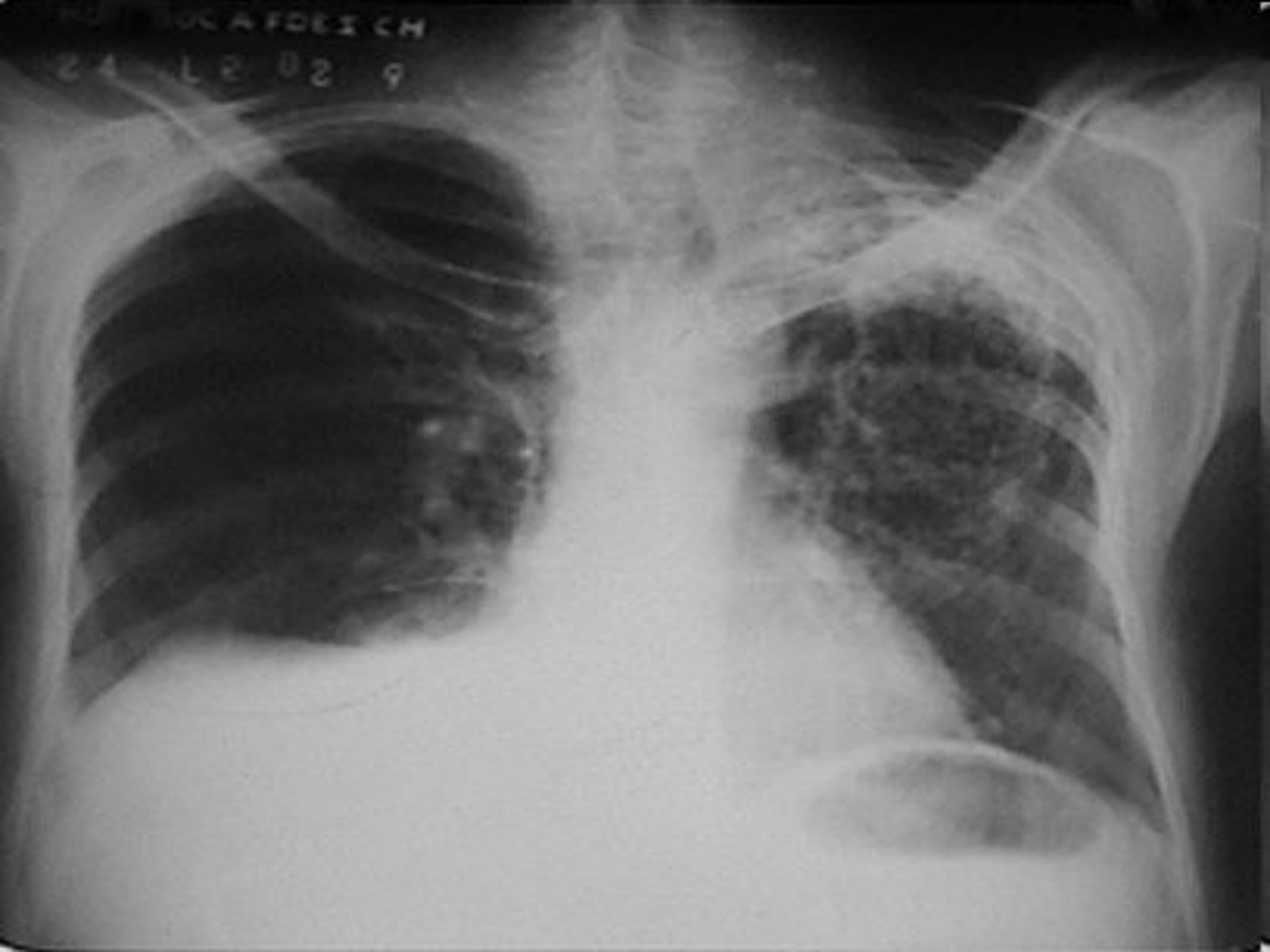


**Көкіректің компьютерлік томографиясы.  
Сол жақты созылмалы плевра эмпиемасы.**









OKA FDEICH

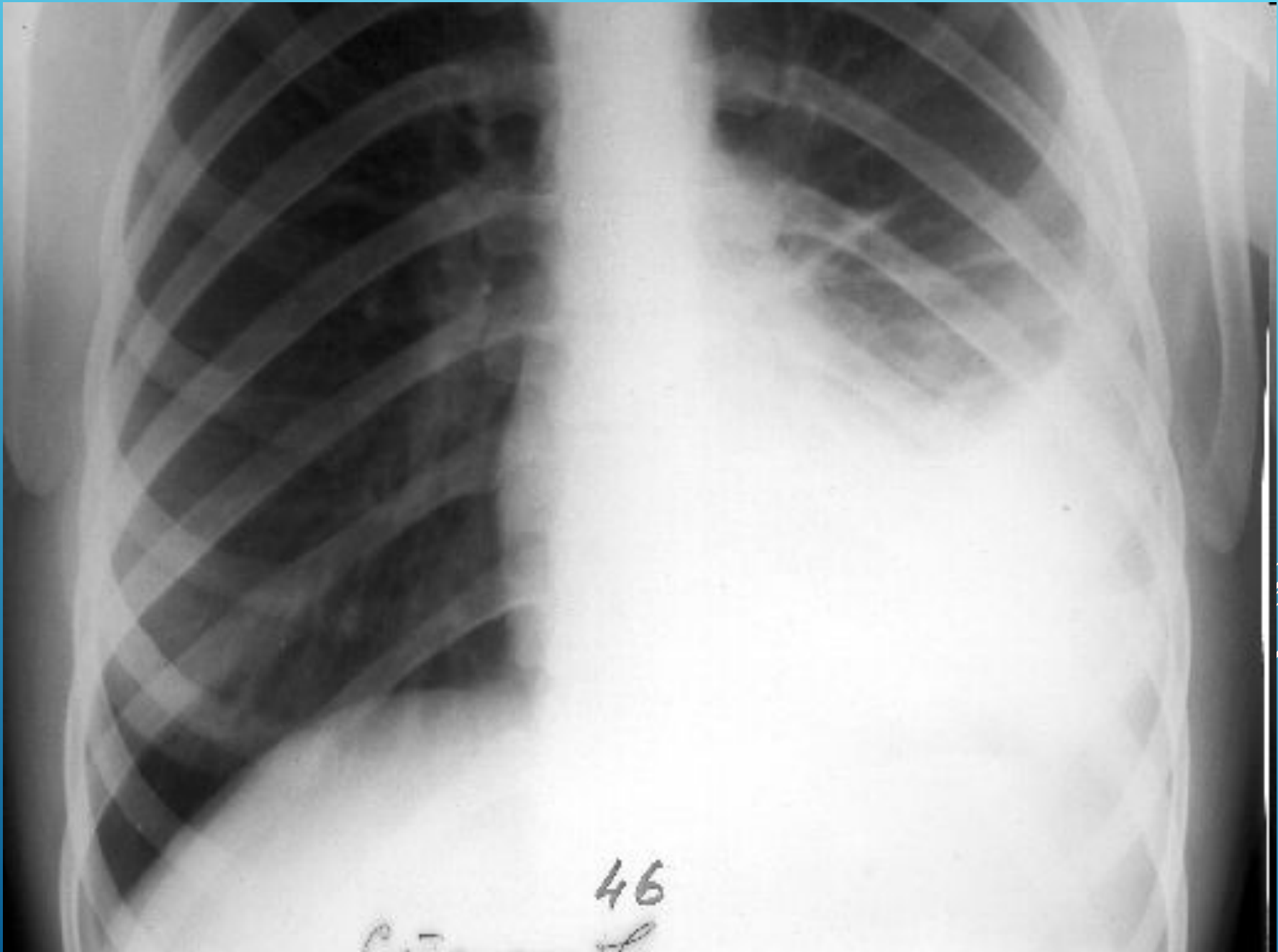
24 LR 02 9





▶ Плевра қуысында экссудат жиналған сайын алдымен қабырға көкеттік (диафрагмалық) қойнаудың мөлдірлігі жоғалады, сұйық әрі қарай көбейе түскенде, науқас адам тіке отырғанда, рентгенограммада бос экссудатқа тән өкпенің төменгі бөліктерінің көлеңкеленуі байқалады, көлеңкенің жоғары шекарасы қисық: жоғарыдан сыртқа, төменнен ішке қарай бағытталған.

▶ Экссудаттың көлеңкесінің қоюлығы жоғары және біркелкі, плевра қуысында бос сұйық жиналғанда кеуде аралық ағзалар қарама-қарсы жаққа қарай ығысады. Науқас дем алғанда бос сұйықтың деңгейі өзгереді. Егер науқасты ауырған жағына жатқызса, сұйық төмен қарай түседі, экссудат деңгейі кеуде қуысының сыртқы қабырғалық шетін бойлап орналасады.





**Зертханалық тексерістер.** Плевра қуысындағы экссудатты тексеру плевриттің этиологиясын анықтау үшін өте маңызды тәсіл болып табылады. Плевра сұйығының тығыздығы 1,015 немесе одан жоғары - ол белок 30 г/л және одан жоғары болған жағдайда оны экссудат деп есептейді. Туберкулезді плевритте экссудат серозды, серозды-фибринозды, фибринозды-геморрагиялық, серозды-ірінді, ірінді, холестеринді болып келеді. Серозды-фибринозды және фибринозды плевритте сұйықтық көп мөлшерде жиналмайды және тез сорылып кетеді. Сұйықтық сорылып кеткеннен соң плевра қабығында фибринозды және фиброзды жабындылар қалады, олар клиникалық тұрғыдан фибринозды плевритке ұқсас болып келеді. Туберкулезді плеврит кезінде серозды-экссудат құрамындағы лимфоциттер санының басым түсуі осы ауруға тән жағдай. Нейтрофильді экссудат серозды-ірінді; ол ірінді плевритте, плевраның казеозды-некрозды қабынуында байқалады. Туберкулезді экссудатта эозинофилдер (10%-дан аспайды) және өте аз мөлшерде мезотелиалды жасушалар байқалады (мезотелиалды жасушалар санының көп анықталуы туберкулез жоқ екенін көрсетеді). Экссудаттағы ТМБ-ны анықтау мүддесінде әртүрлі бактериологиялық тәсілдер қолданылады, алайда плевра сұйығын қоректі ортаға сепкенде, ТМБ-ның өсуі 5—10% жағдайда ғана анықталады. Микобактериялардың бар екені плевриттің этиологиясы туберкулез екенін дәлелдейді, дегенмен ТМБ-ның болмауы туберкулез диагнозын жоққа шығармайды. Экссудаттағы ТМБ-ны анықтау туберкулезге қарсы ем қолданғанға дейін жүргізіледі.

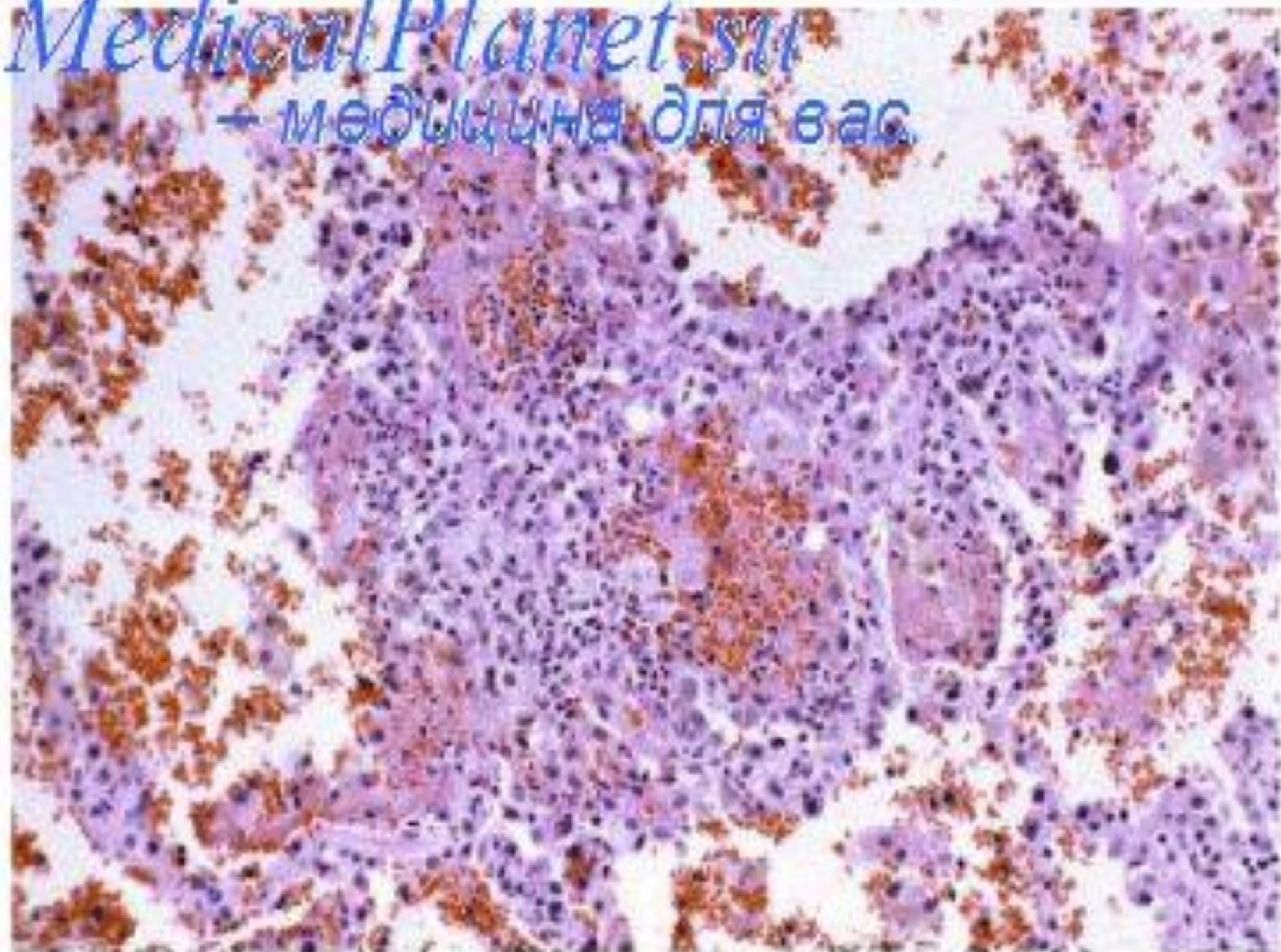
Гемограмма көрсеткіштерінің өзгеруі плевра қабынуының айқындығына байланысты болады. Серозды немесе серозды-фибринозды плевриттің алғашқы кезеңінде аздаған лейкоцитоз, таяқша тәріздес нейтрофильдер санының көбеюі, эозинопения және лимфопения байқалады, ал іріңді және геморрагиялық плевритте айқын лейкоцитоз, эритроцит және гемоглобин деңгейінен төмендеуін көрсетеді.

Туберкулезді плевритпен ауыратын науқастарда экссудат сорылғанша ЭТЖ-ң тұрақты жоғарлайтыны анықталады. (50—60 мм/сағ – жедел кезеңде; 10—20 мм/сағ – сорылу кезінде). Экссудаттың тез жиналуына байланысты бірнеше рет пункция жасалған науқастарда гипопротеинемия, зат алмасуының басқа түрлері де бұзылады.



*Medical Planet .ru*

— медицина для вас.







# ВЕРИФИКАЦИЯ

- Анамнез
- Туберкулодиагностика ИФА
- Плевра сұйықтығында ТМБ ның анықталуы (тек 5-15% жағдайда )
- Пункция жасағаннан кейінгі рентгенография жасағанда туберкулез белгілерінің болуы
- КТ мәліметтері
- Экссудат құрамында лимфоцит, эозинофильдер (10% дейін) глюкоза мөлшері (3,33 ммоль/л аз) төмен болады , эмпиема кезінде болмайды.
- Плевраның видеоторакоскопиялық биопсиясы
- Экссудаттан ПЦР әдісімен микобактериялардың ДНК-ларын табу

Туберкулезді плевритпен ауыратын науқастарды емдеу плевра сұйығын тез арада жоюға, өкпенің немесе басқа ағзалардың туберкулезін емдеуге немесе оның алдын алуға, сондай-ақ фиброторакстың түзілуіне тосқауыл жасауға бағытталған.

Ем категорияға сәйкес жүргізіледі. Көп мөлшерлі экссудат 3—4 апта бойы емделгеннен соң сорылмаса, қосымша кортикостероидты гормондар белгіленеді, олар экссудаттың сорылуын жылдамдатады және плевраның фиброзды қалыңдауын азайтады. Тыныс алу жетіспеушілігі пайда болғанда жүрек қызметін жеңілдету үшін, пункция жасап, сұйықты сорып алады. Бұл үшін 1—2 рет сұйық алған жеткілікті, өйткені соның нәтижесінде сығылған өкпе бұрынғы қалпына келеді, өкпе-жүрек қызметі қалыптанады.

Іріңді экссудат пайда болғанда, сұйықты тез жою, сығылған өкпені өз қалпына келтіру мақсатымен қарқынды терапия қолданылады.

Осы мақсатта плевра қуысындағы сұйықты қайталап сорып отырады, ал бұл сығылған өкпенің жазылып орнына келуіне және плевра қуысының бітелуіне әсерін тигізеді. Экссудатты сорып алғаннан соң плевра қуысына туберкулезге қарсы қолданылатын препараттарды, кең спектрлі әсері бар антибиотиктерді (стрептомицин, рифампицин) енгізіледі. Созылмалы іріңді плевритте сұйықты сорып алып тастау нәтиже бермеген жағдайда хирургиялық ем қолданылады. Науқастардың өкпесін декортикация (латынша decortatio — кортикациядан тазалау) жасайды, іріңді қапты толық алып тастайды, осыдан кейін сығылған өкпе түзеліп, кеуде қуысын толтырады.

Назарларыңызға  
рахмет!

