

Қазақ Ұлттық медицина университеті



Тақырыбы:Туберкулезді плеврит



ҚАБЫЛДАҒАН:МАҚҰЛБАЕВА Ұ.Т.

ОРЫНДАҒАН:

КУРСЫ:6

ГРУППА:601-2 К

АЛМАТЫ 2017 Ж

Максаты

- Туберкулезді плеврит жөнінде түсінік қалыптастыру арқылы өзге ұқсас аурулардан ажырату және клиникалық қателіктерді (гиподиагностика және гипердиагностика) азайту.

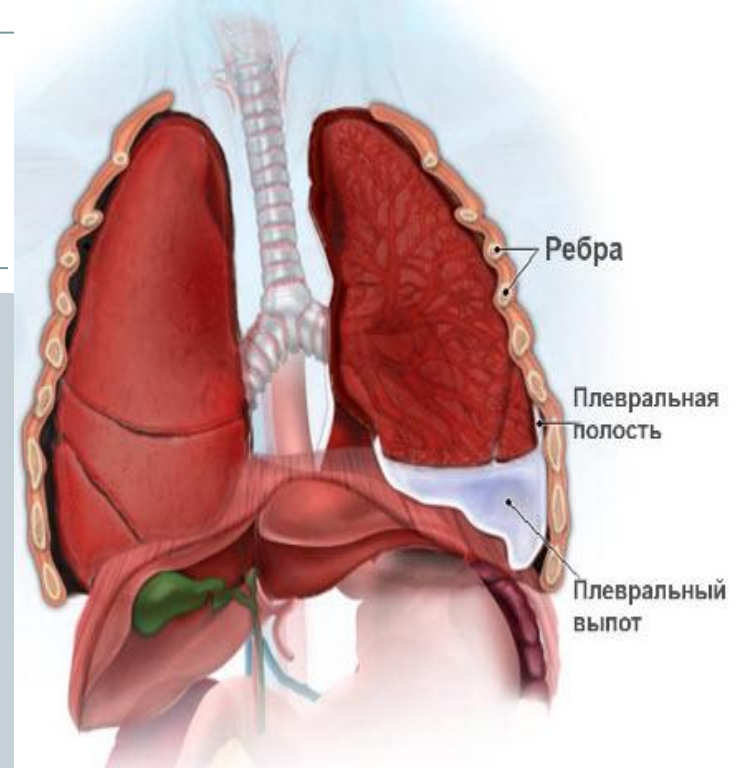


Міндеті

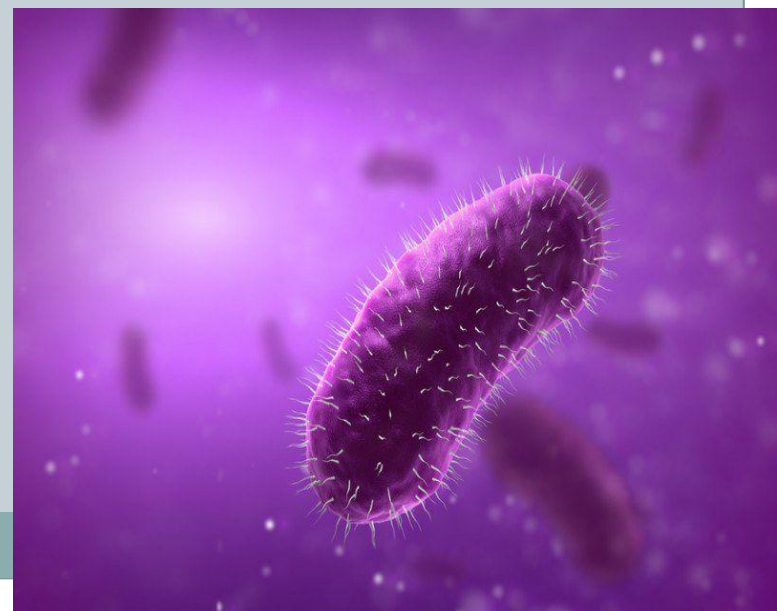
- 1.Туберкулезді плеврит жөнінде жалпы мәлімет беру;
- 2.Ажырату диагностикасы жөнінде дұрыс алгоритм қалыптастыру;
- 3.Өзге туберкулез ауруларынан клиникасы, диагностика және емдеу жағдайына байланысты ерекшеліктерін түсіндіру;
- 4.Жинаған білім қорының өзің үшін қызмет етуіне алып келу.



Туберкулезді плеврит-плевраның жедел, жеделдеу және созылмалы түрде туберкулезбен қабынуы, плевра қуысына сұйықтың жиналуы. Оның пайда болуына өкпе және басқа ағзалар туберкулезінің асқынуы себепкер болады



Этиологиялық факторы – қышқылға төзімді *Mycobacterium* туысындағы бактериясы.



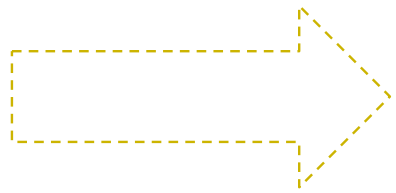
Статистика



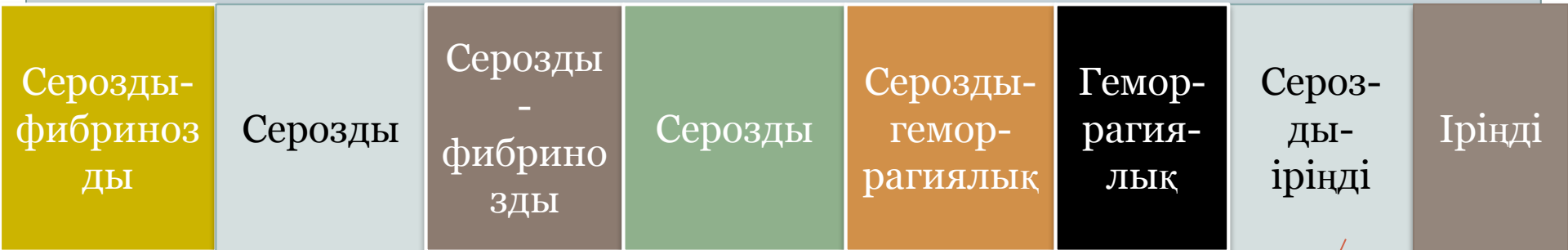
- Тыныс алу ағзалары туберкулезімен алғаш ауырған науқастар арасында туберулезді плеврит 3-6 %, ал туберкулезге қарсы күрес жүргізетін диспансерлерде есепте тұратын науқастар арасында- 2-3 % туберкулезді плевриттен, негізінен олар созылмалы іріңді (эмпиема) плевритпен ауырғандар

Даму механизмі





Плевра қуысындағы экссудат



Фибринозды плеврит

Экссудатты плеврит

Плевра туберкулезі

Ірінді плеврит-эмпиема

Даму механизміне
байланысты:

```
graph TD; A[Даму механизміне байланысты:] --> B[Өкпе туберкулезінің асқынуы]; A --> C[ТБ өзіндік формасы]; C --> D[Аллергиялық]; C --> E[Перифокальды]; C --> F[Көшінді (метастазды)];
```

Өкпе туберкулезінің
асқынуы

ТБ өзіндік формасы

Аллергиялық

Перифокальды

Көшінді
(метастазды)

Клиникалық түрлері-
сұйықтықтың болуына
байланысты

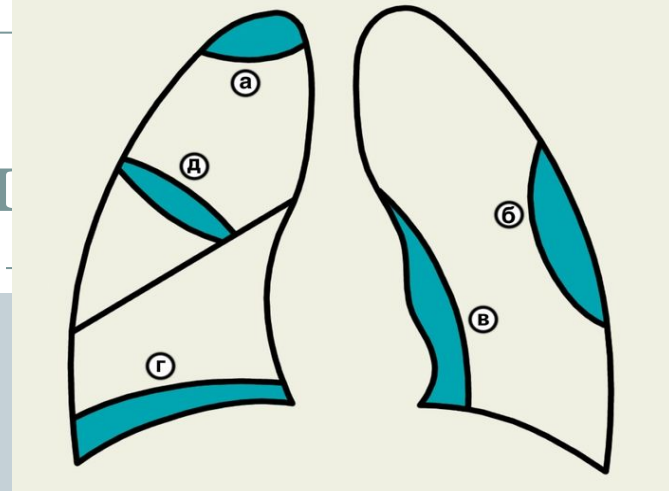
Фибринозды
(құрғақ)

Экссудатты
плеврит

Туберкулезді
эмпиема



Классификация



Сыртқы және
байланысты

косто-диафрагмальды

паракостальды

парамедиастинальды

Үлес аралық

ұштық

аллергическийлық

перифокальды

плевра туберкулезі

фибринозды

экссудативті

плеврит

Сұйық
на
байла
ныст
ы

серозды

серозды-фибринозды

геморрагиялық

хилёзді

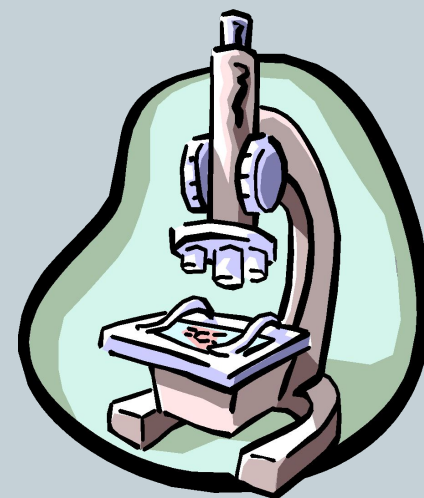
Плевра эмпиемасы



- Плевра туберкулезімен ауыратын науқастардың плевра сұйығы серозды-фибринозды болып келеді, ал казеозды-некрозды гранулема құрылып, ол жараға айналғанда сұйықтық геморрагиялық түрге айналады. Плевра туберкулезі өкпедегі казеозды ошақтың ыдырауынан ТМБ-ның плевра қуысына таралуы нәтижесінде пайда болады

Цитологиялық картинасына байланысты:

- эозинофильді
- эозинофильді-лимфоцитарлы-нейтрофильді
- нейтрофильді-серозды
- іріңді (эмпиема)
- мононуклеарлы-мезотелиальды



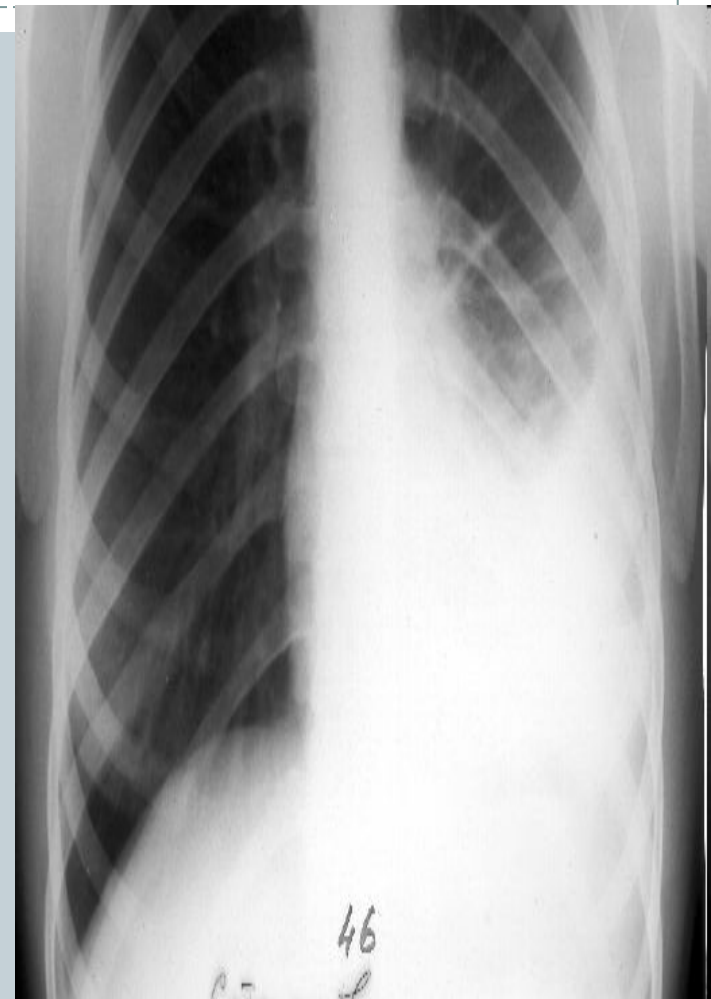
Патоморфогенезіне карай:



- 1.Аллергиялық плеврит
- 2.Перифакальды плеврит
- 3.Көшінді (метастазды)плеврит

Аллергиялық плеврит

- плевра қабықтарының туберкулез инфекциясына гиперергиялық экссудатты реакциясы байқалады
- Біріншілік туберкулездің жиі асқынуы түрінде кездеседі
- Плевра бетінде фиброзды шөгінділер немесе бірен-саран туберкулез төмпешіктері пайда болады.
- Кеуде қуысында Серозды, серозды-фибринозды экссудат, плевралық жабыспалар жиналады
- Экссудат эозинофильді не лимфоцитарлы сипаттамаға ие
- Плеврада спецификалық өзгерістер байқалмайды



Клиникасы:



- Жедел басталу
- Кеудеде ауру сезімі, еңтігу, дене қызуының көтерілуі
- Қан анализінде-эозинофилия, ЭТЖ жоғарылауы
- Плевральды сұйықтықта ТМБ анықталмайды (2-20%)
- ТҚП және десенсибилизациялаушы терапия жағдайының жақсаруына, сауығуға алып келеді, плевра қуысында қалдықтық өзгерістер қалмайды.

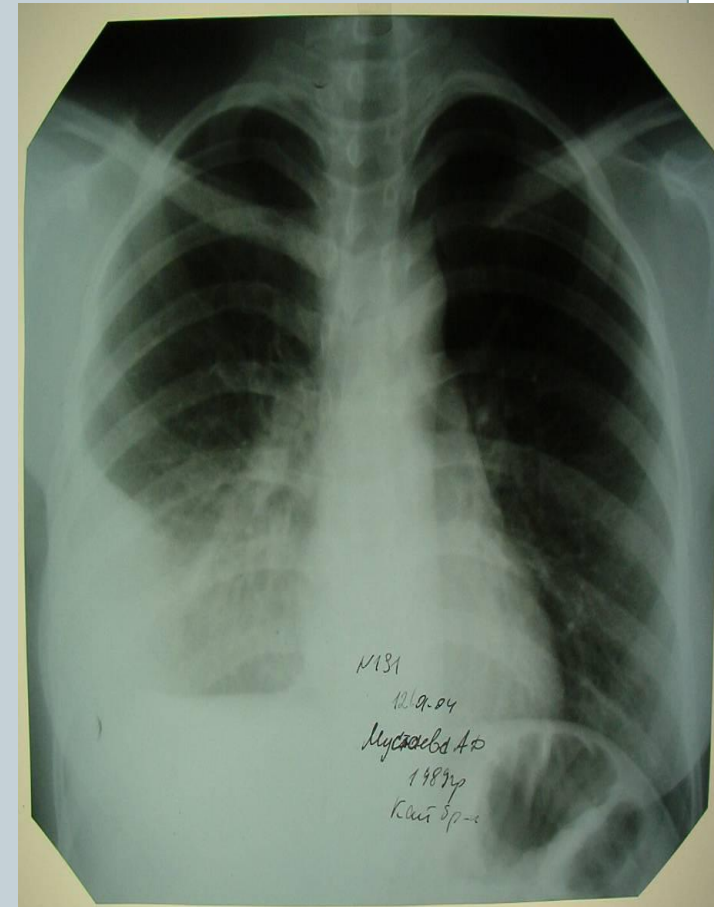
Перифокальды қабыну

- -Плевра қуысында көп мөлшерде экссудат жиналуы мүмкін.
- - Туберкулездің өкпелік формаларын асқындырады
- Субплевральды ошақтардан жанасу арқылы дамиды(БТК, ошақты,инфильтративті, диссеминацияланған,кавернозды)
- Бастапқыда ошақты,кейін экссудативті компонент қосылады- серозды-фибринозды болады



Клиникасы:

- -Біртіндеп басталу
- -Қозғалыс ,жөтел кезінде күшейетін кеудеде ауру сезімі,иыққа,арқаға,ішке иррадиациялануы,
- -Құрғақ жөтел,әлсіздік,тұрақсыз субфебрилитет
- Шақырушы фактор болуы
- Өкпе экскурциясы шектеулі,бірнеше күннен кейін жойылатын плевра үйкеліс шуы
- Экссудат лимфоцитарлы сипаттамаға ие
- R-граммада өкпе тіні зақымдалған, плевра жабысқан
- Ұзақ қайталамалы ағым



Плевра туберкулезі-эмпиемасы



- Өз алдына жеке д.м. Лимфогематогенді жолмен ену
- Плевра қуысында серозды-фибринозды экссудат, түйіндерді басқанда геморрагиялық сипатқа ие болуы.
- плевраның толық облитерациясы
- Плевра эмиемасы, бронхо-плевральды жыланкөз
- Нәтижесі: массивті шварттар, ПҚ-ның облитерациясы, плевро-пневмоцирроз



Плевра эмпиемасы мен бітісуі



Жалпы клиникасы

Шағымы:

- Кеудедегі ауру сезімі
 - Ентігу
 - Құрғақ жөтел болуы мүмкін
 - Интоксикациялық синдром (дене қызуының жоғарылауы, жалпы әлсіздік, тершендік, бас ауруы)
- симптом Мюсси (n. phrenicus)
 - симптом Воробьева –Поттенджера (плексит)



Жалпы қарау: зақымдалған бөліктің артта қалуы, көлемі ұлғаюы, тыныс алуыға қатыспайды, қабырға аралығы тегістелген немесе ісінген, цианоз

Пальпацияда - қабырға аралықтарының қарсыластығының жоғары болуы (Потенжер оң белгісі), дауыс дірілінің болмауы немесе өте әлсіз болуы;

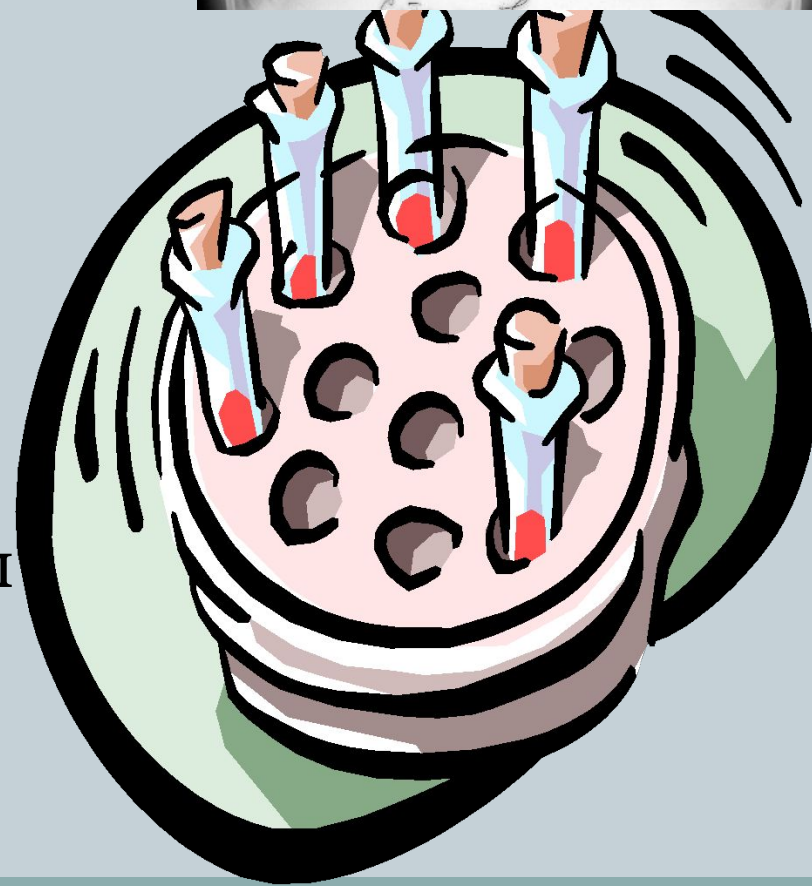
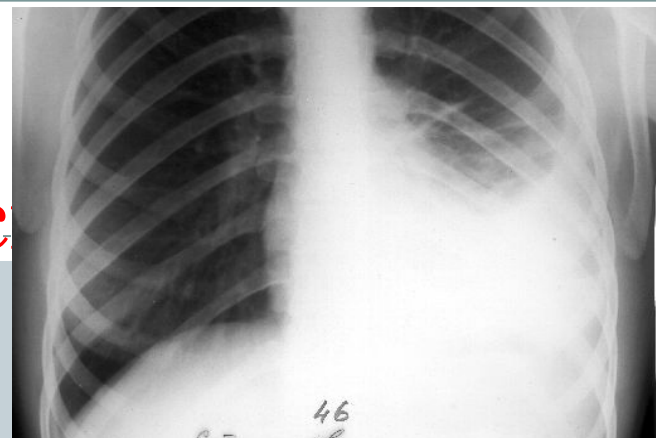
Перкуссия: перкуторлы дыбыстың тұйықталуы, медиастиnumның сау жаққа ығысуы.

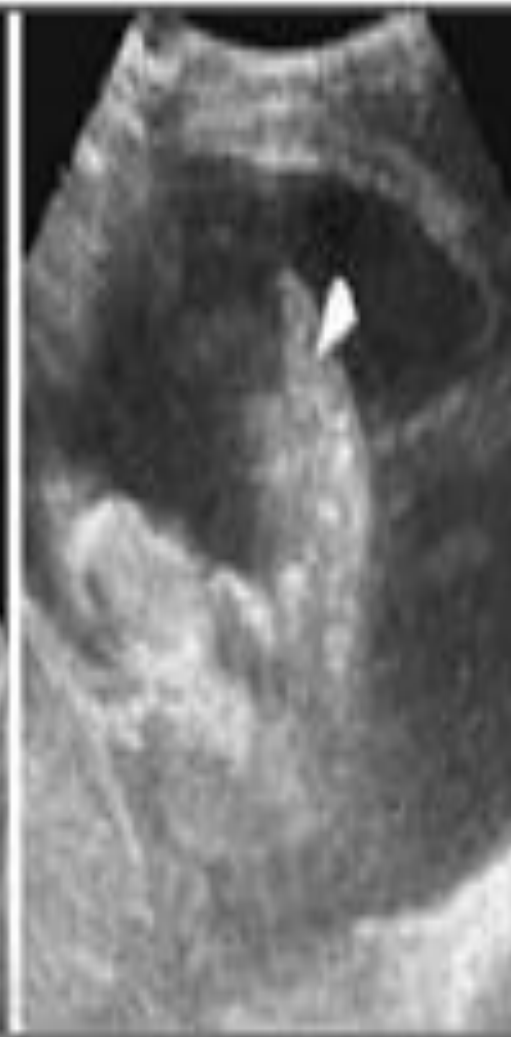
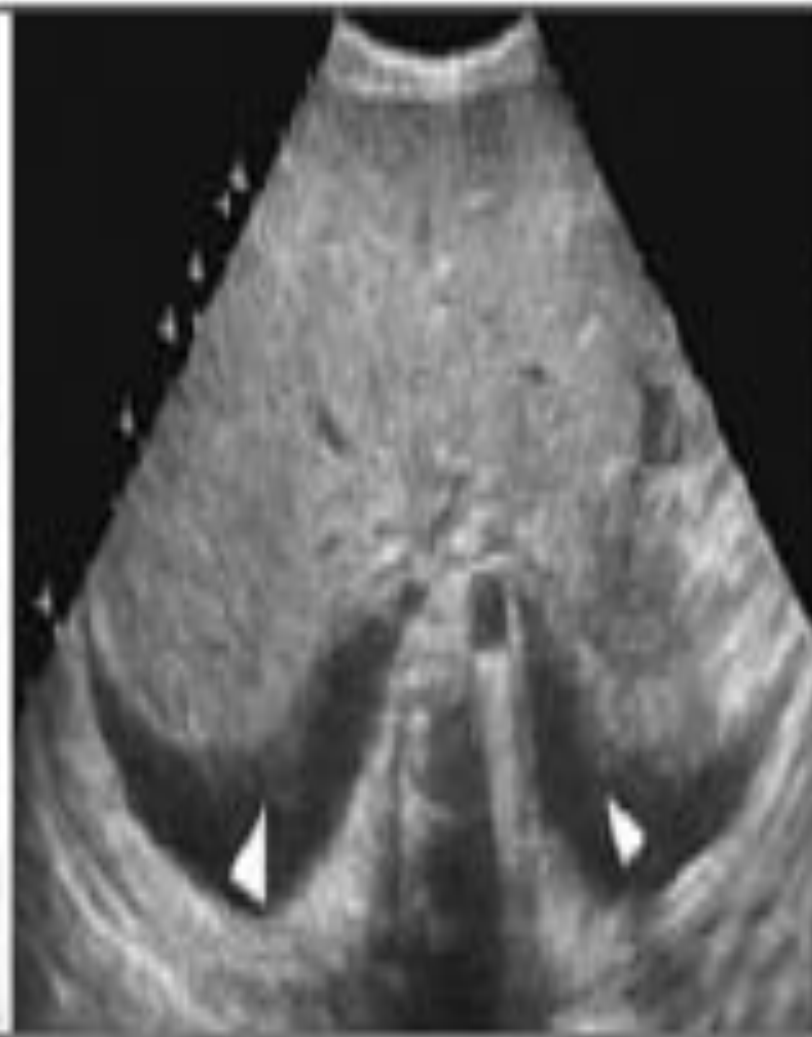
Аускул лярлы тыныс алумен, плевр

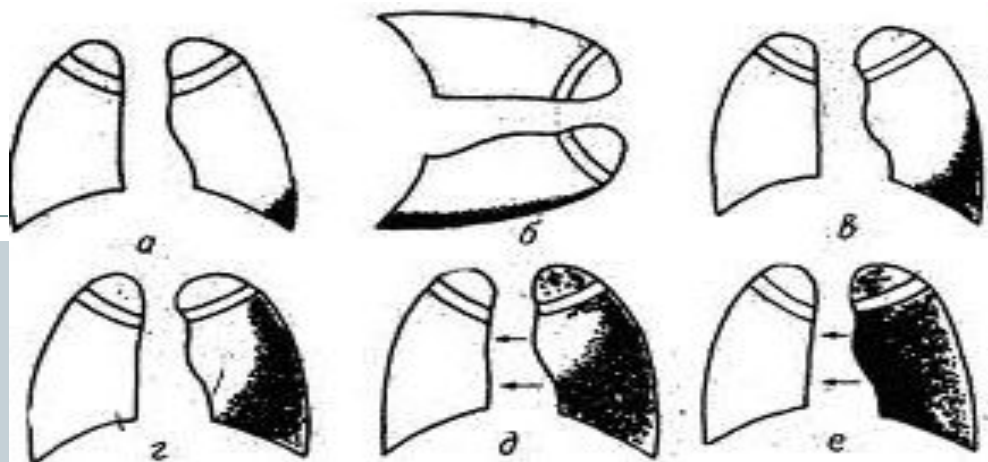


Диагностикас

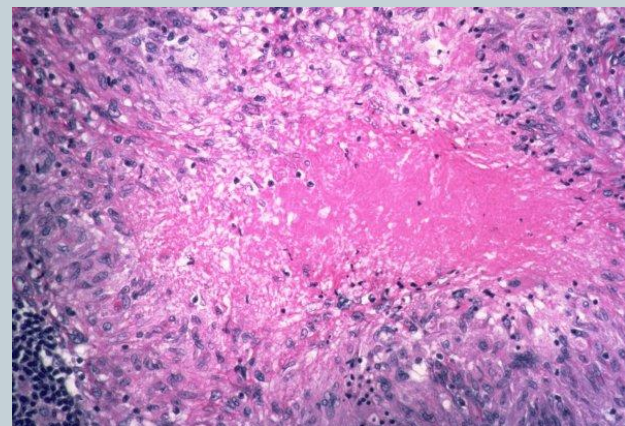
- Физикалды зерттеу
- Сәулелі диагностика
(рентгеноскопия,
рентгенография, УЗИ,
компьютерлі томография
– КТ)
- ЖҚА: ЭТЖ жоғарылауы,
Лимфопения, лейкоцитоз,
солға ығысу, анемия болуы
мүмкін
- Биохимиялық зерттеу







- **Ro-диагностика (латерограмма)**
- **УДЗ (до 200 мл)**
- **Экссудатты зерттеу(торакоцентез)**
 - **цитологиялық**
 - **биохимиялық**
 - **микробиологиялық**
- **Плевралды биопсия (Абрамс инесі)**
- **Видео-торакоскопия биопсиямен (Алтын стандарт)**
- **Қан анализі**
- **Манту сынамасы**
- **СТҚ**



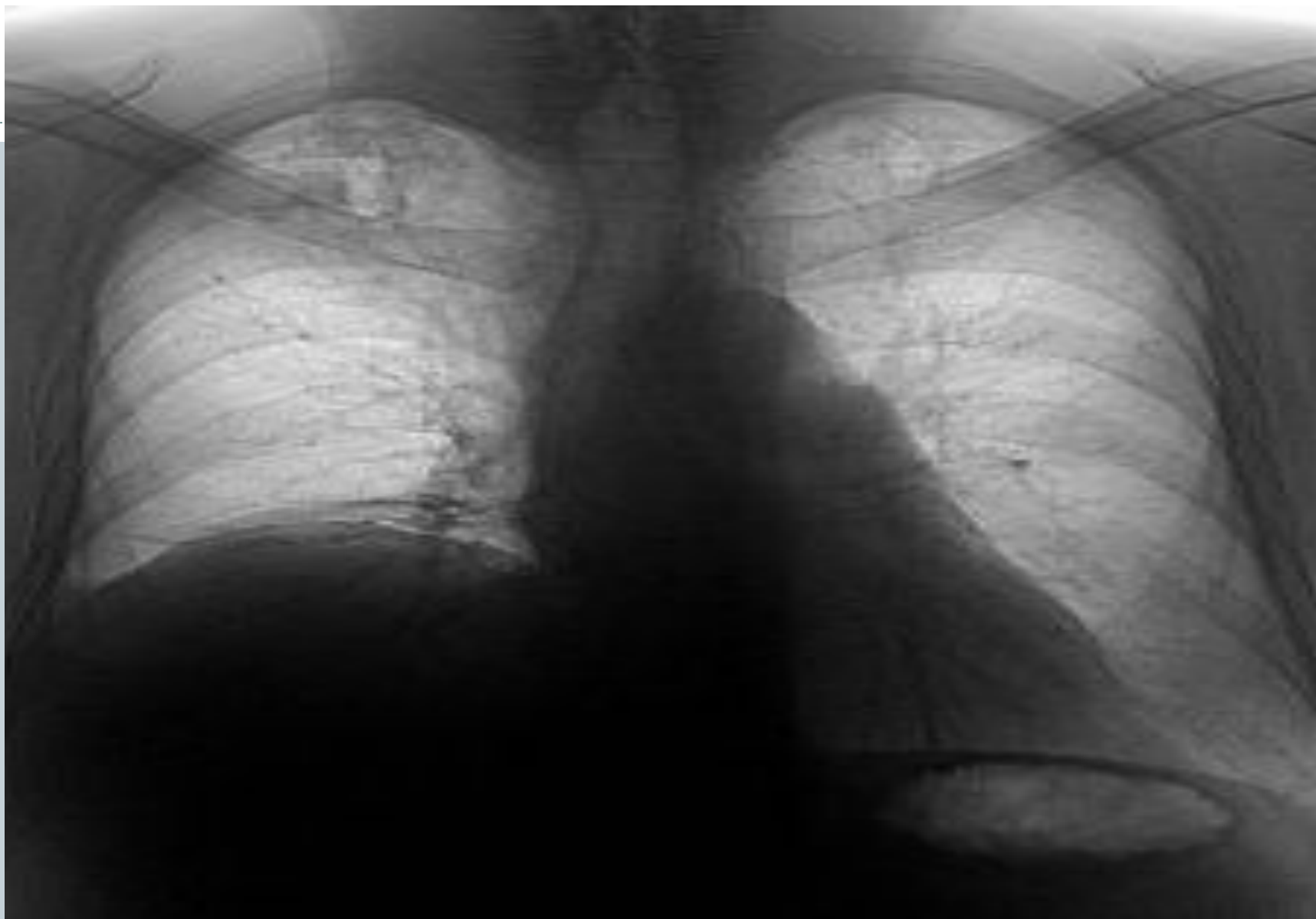
- *Клеткалық құрамы* - лимфоциттердің жоғары мөлшері (90%)
- *Эозинофилдер* , мезотелий жасушалары - 10% дейін.
- *Белок* - 30 г/л-ден жоғары
- *Салыстырмалы тығыздығы*- 1015 жоғары
- *ТМБ* – 5% - 15%
- *Глюкоза* – төмен мөлшерде (3.33 ммоль/л-ден аз),, при эмпиемах – болмайды.
- Плевралық сұйықтықтың *ЛДГ* сарысу белогына қатынасы *ЛДГ*- 0,6;

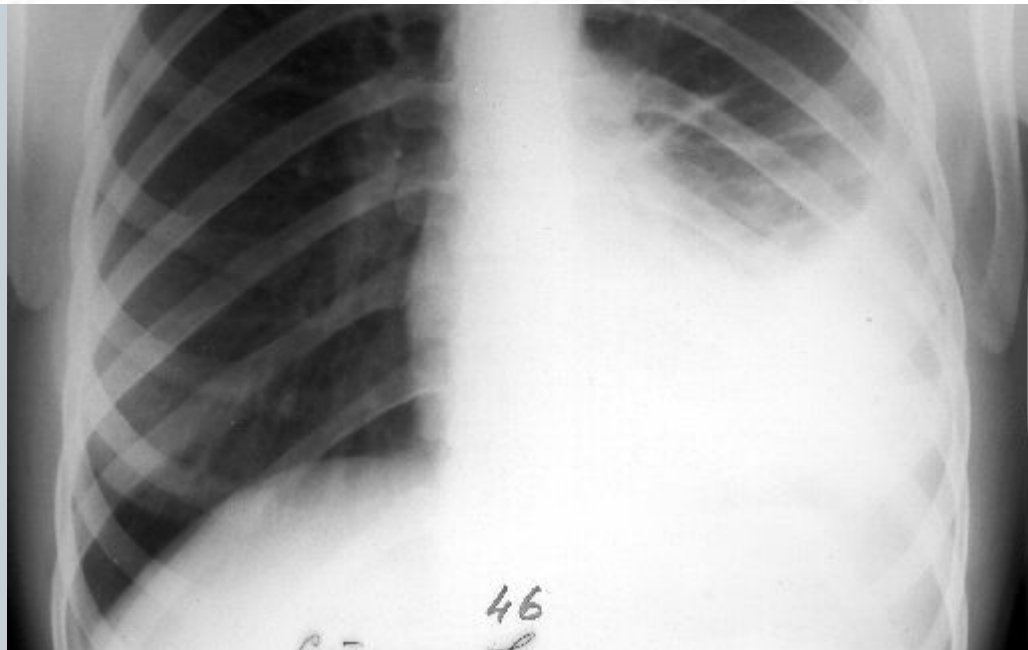
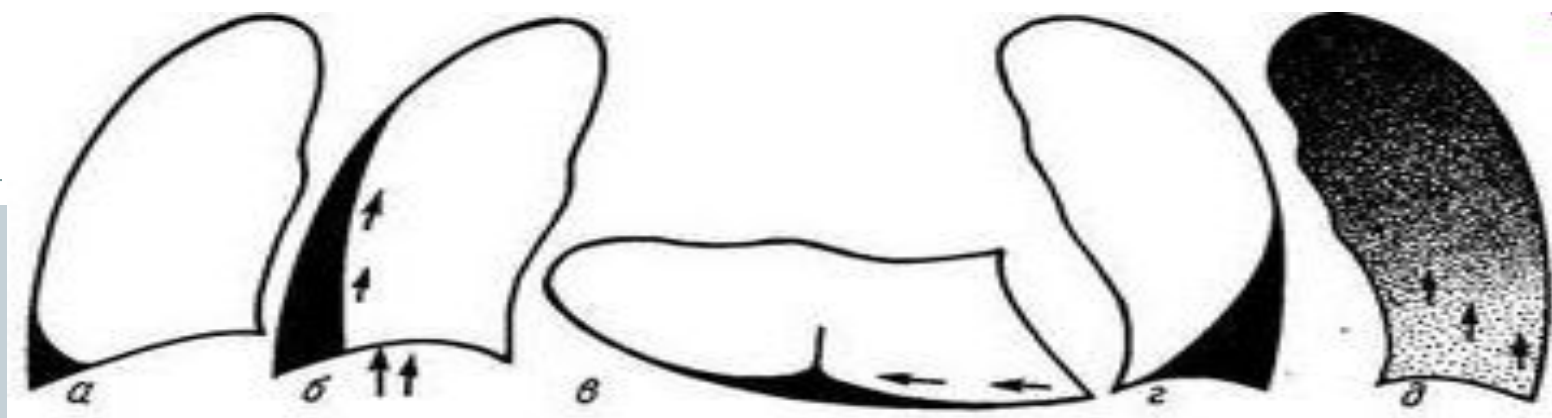


Рентгенологиялық суреті

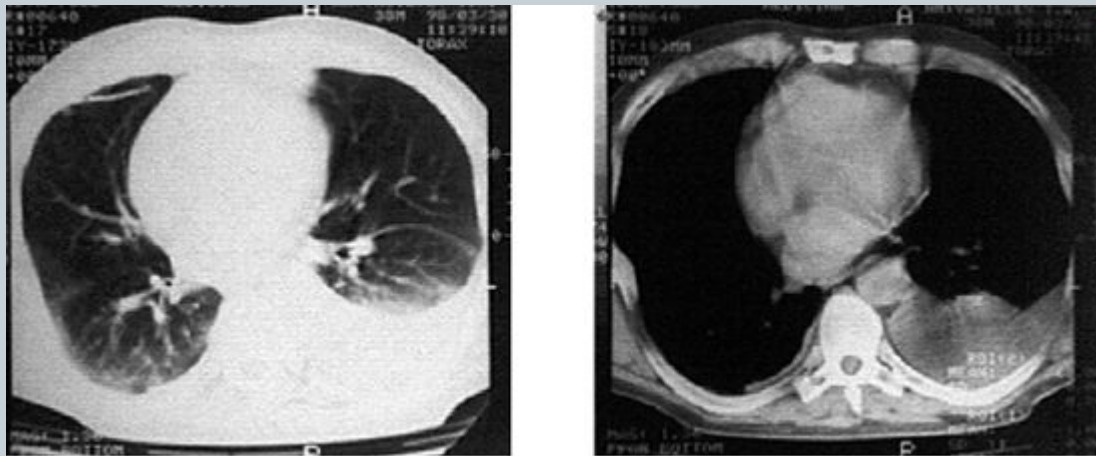
- Типті – төменгі өкпе аймағының қиғаш жоғары сырттан-ішке бағытталған интенсивті, біртекті көлеңкелену не қараю.
- Плевральды қуыста ауа болғанда-сұйықтықтың горизонтальды деңгейі.
- Медиастинумның сау жаққа ығысуы.
- Рентгеноскопия кезінде науқас қозғалғанда сұйықтық деңгейі қозғалады.
- Латерографияда сұйықтық деңгейі ығысады.
- Плевральды бітісу кезінде қапшықтағы плевриттер түзіледі – дене қалпы өзгергенде көлеңке пішіні өзгермейді.

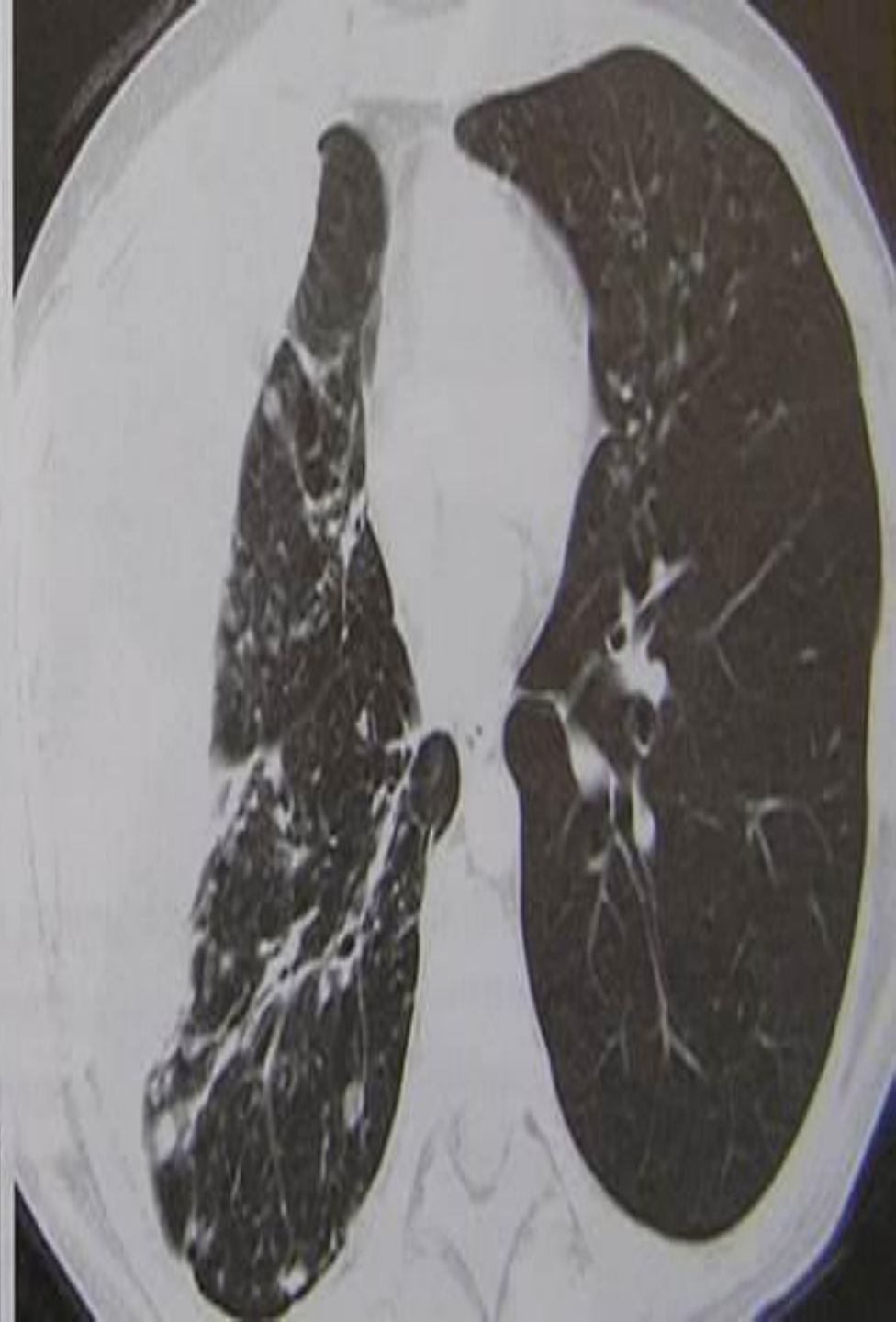
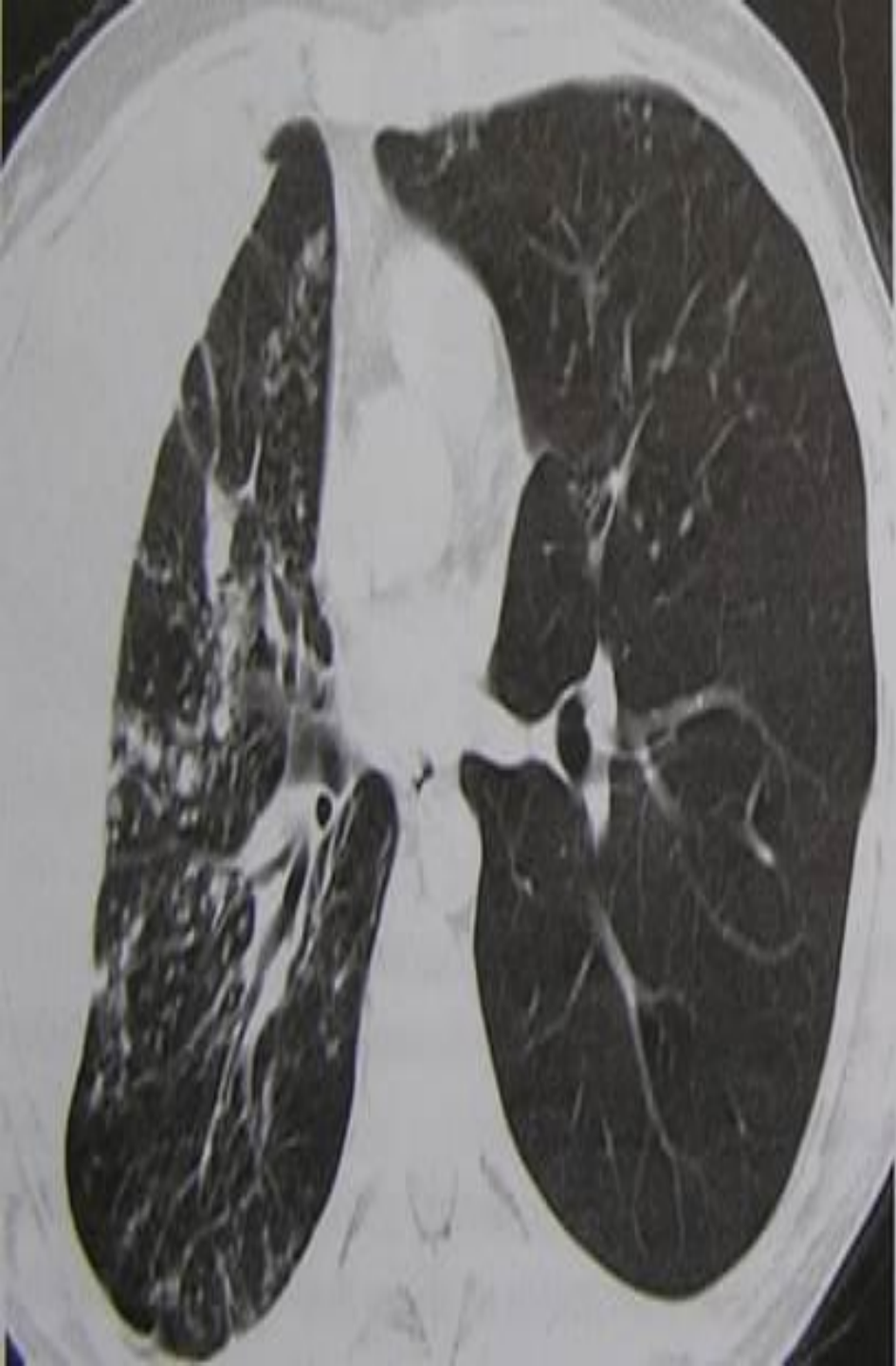




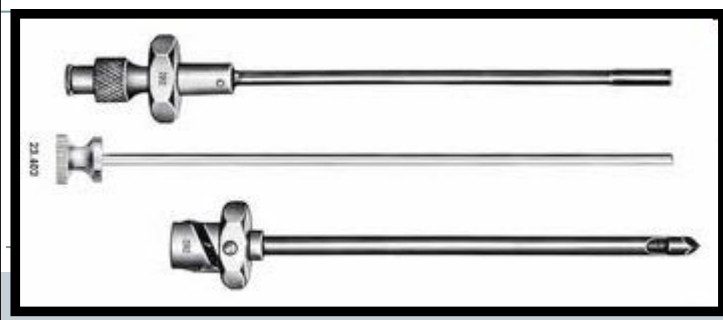
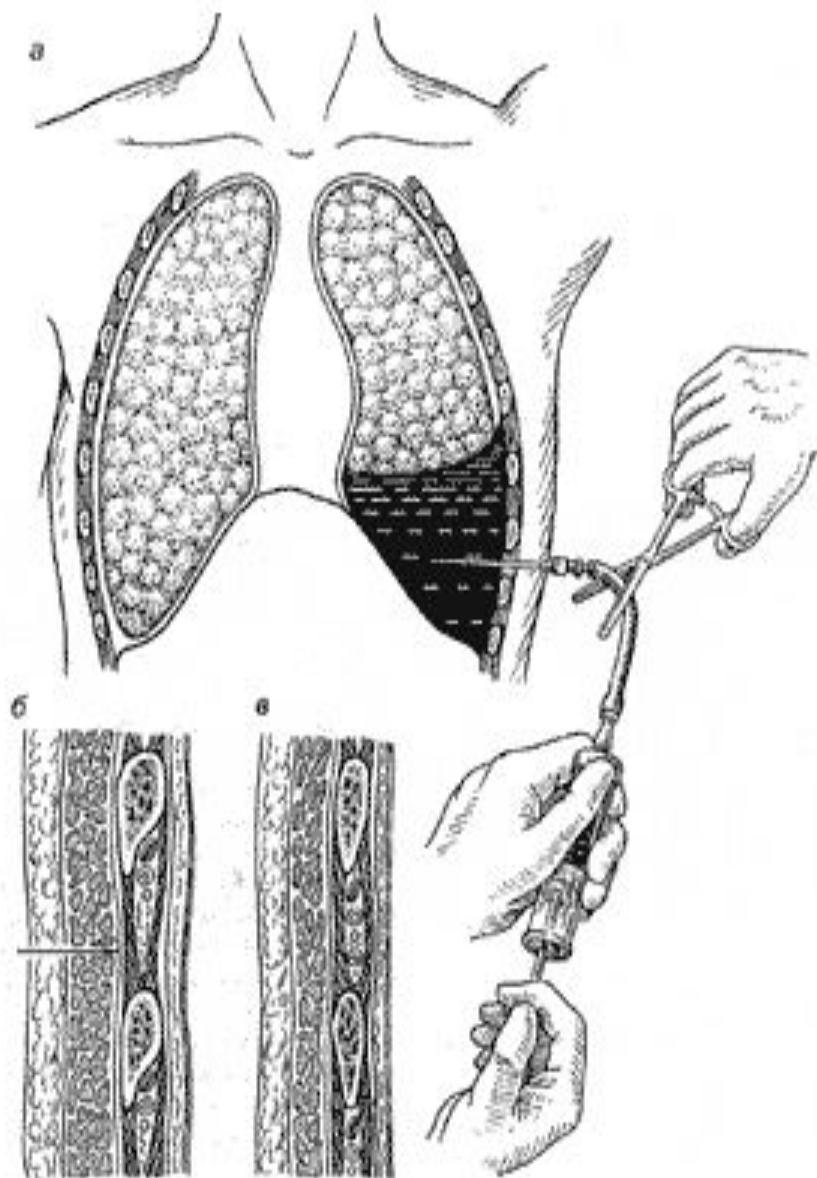


Компьютерлі томография



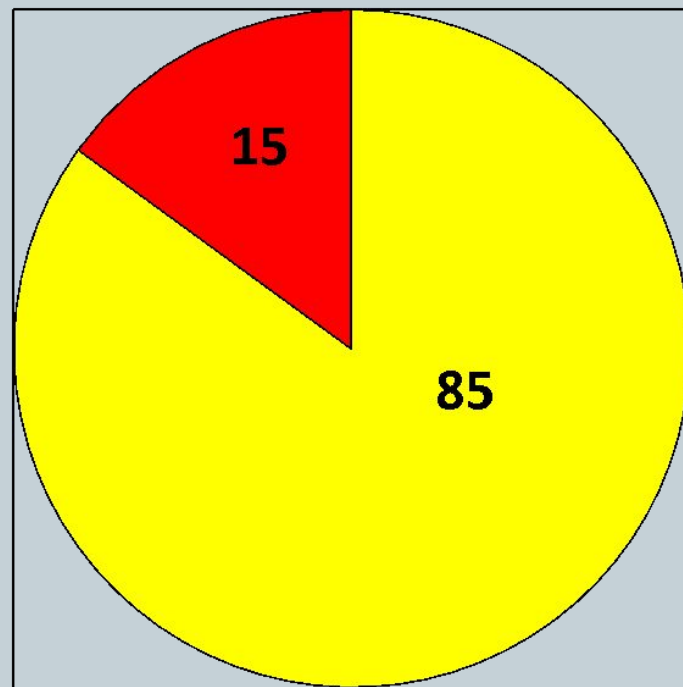


Плевральды пункция



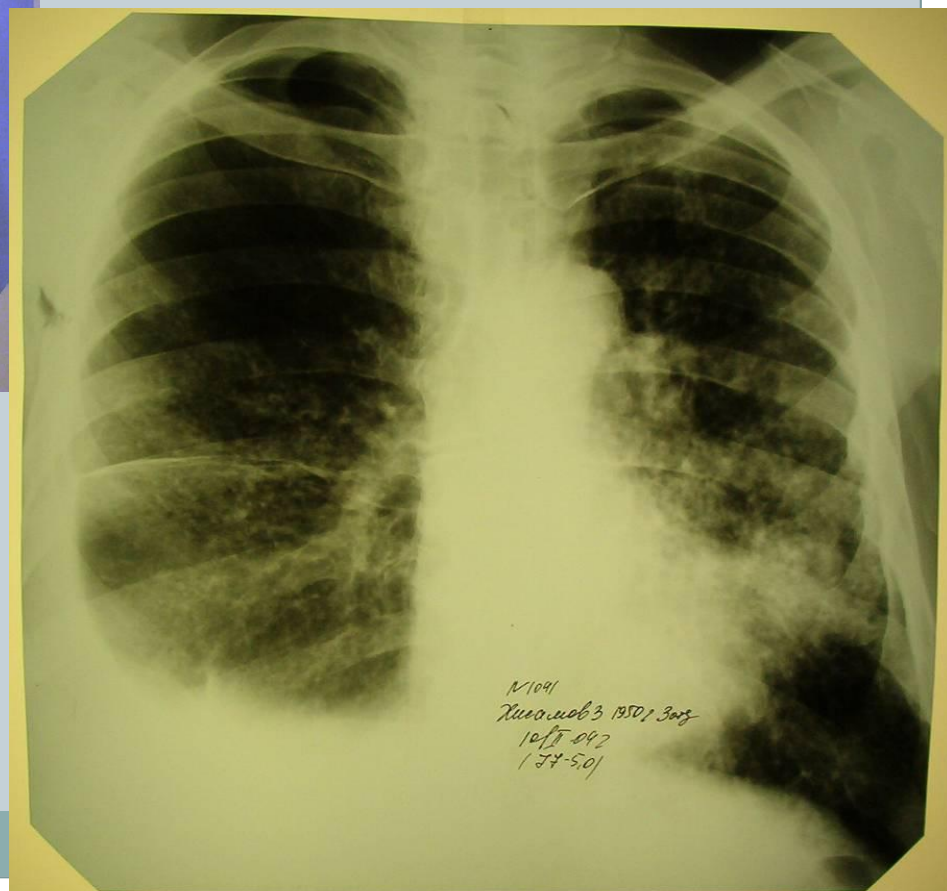
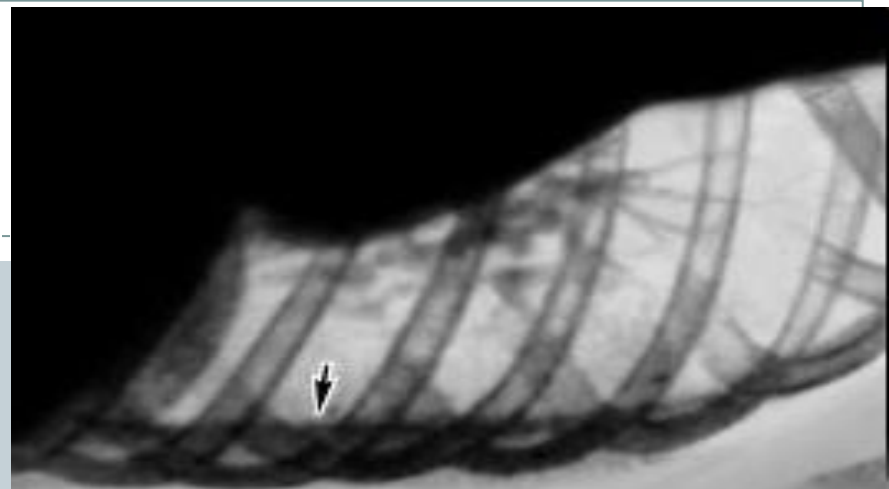
Туберкулинодиагностика

Жиі оң немесе
анық
нормергиялық
(85%)
В 15% - пассивті
анергия
салдарынан
теріс

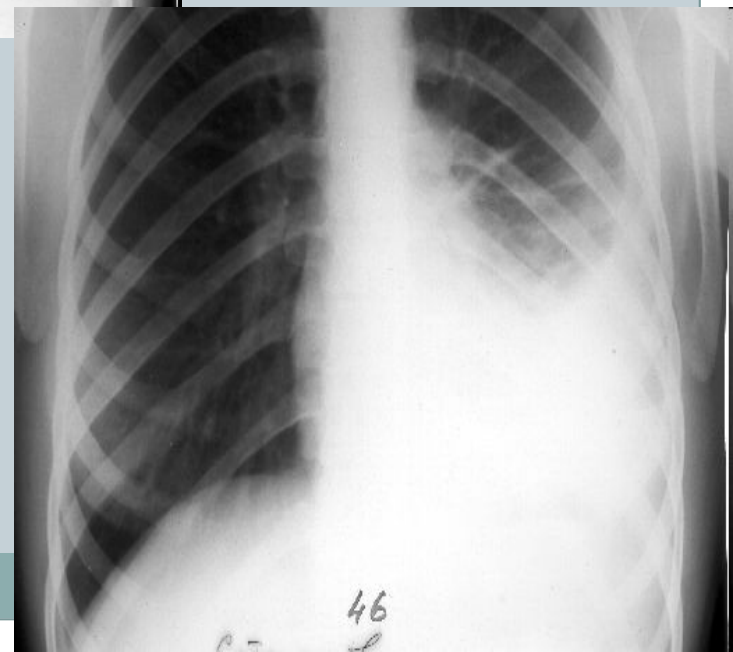
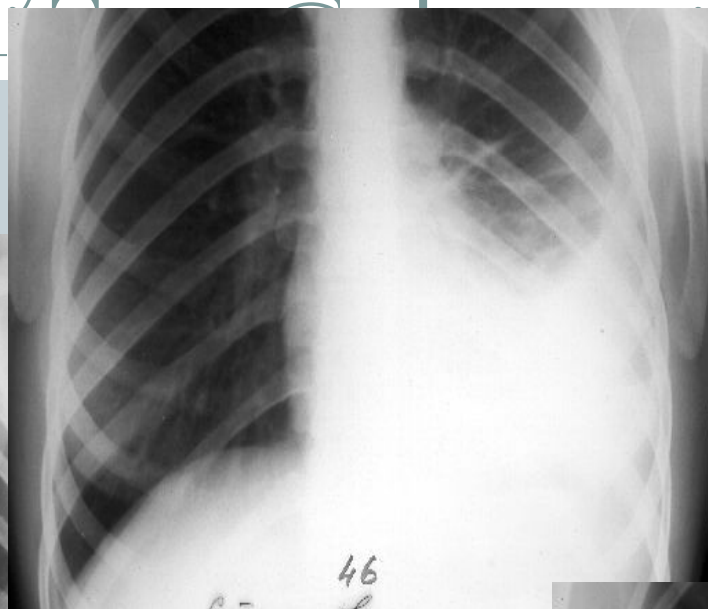
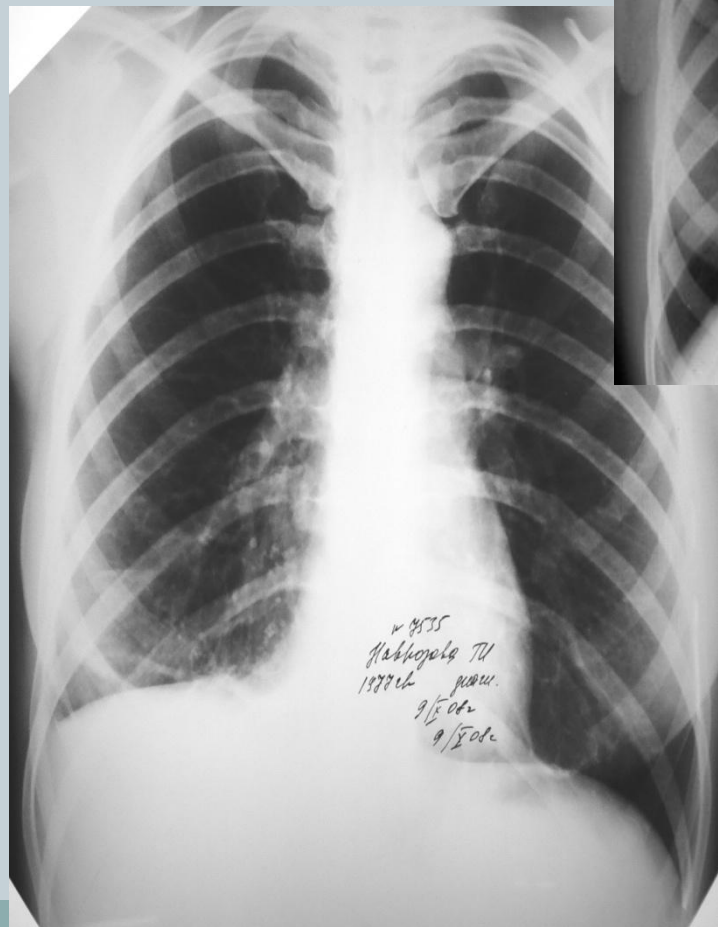


Верификациялау

- Өкпе немесе плевра туберкулезінде ТМБ қақырықта, плевралық сұйықтықта тек 5-15% анықталады.
- Туберкулинодиагностика, ИФА (экссудаттағы антидене титрі)
- ПТР әдісі арқылы экссудаттан микобактерия ДНҚ-н анықтау.
- Плевраны биопсиялау (пункционды инелік биопсия, торакоскопиялық биопсия, ашық торакотомиялық биопсия)
- Биоптатты гистологиялық және бактериологиялық зерттеу
- Плевраны видеоторакоскопиялық биопсиясы (ТМБ, туберкулезді гранулемалар), плевраның, өкпенің ашық биопсиясы.



Экссудаттың орналасуы



Дифференциалды диагностикасы

Белгілері	Құрғақ плеврит	Қабырға аралық невралгия
Ауру п.б. себебі	Тыныс алу, жөтел кезінде	Қозғалыс кезінде
Денені еңкейткенде	Оң жаққа еңкейткенде	Ауру жаққа еңкейткенде
Қабырғар аралықты пальпациялау	Орташа қарқынды	Интенсивті
Плевра үйкеліс шуылы	естіледі	естілмейді
ЭТЖ жоғарылауы	жиі	жоқ
Дене қызуының жоғарылауы	жиі	жоқ

Белгілері	Транссудат	Экссудат
Салыстырмалы тығыздығы	1015 дейін	1018 жоғары
Белок	20 г\л дейін	30 г\л жоғары
Кол-во клеток в поле зрения	15 дейін	15 жоғары
Глюкоза	1,24	0,4 аз
Фибриноген	Іздері	440-630 мг\л

белгілері	Фибринозды парамедиастинальды плеврит	Миокард инфаркты
Ауру орн.,сипаты	Ж.с.т. Сол жиегі. Таралмайды,жедел, өршімейді	Төс артында.Сол қол, иық.интенсивті,қстама тәрізді
АҚҚ төмендеуі	-	+
Суық тер	-	+
Ритм галопа,аритмия	-	+
Плевра уйкеліс шуы	Аурудың бастапқы сатысында	2-4 аптадан кейін, Дресслер синдромы
АЛТ,КФК	-	+
ЭКГ өзгерісі	-	+



Белгілері	Сол жақтық парамедиастинальды құрғақ плеврит	Фибринозды перикардит
Аурудың орналасуы	Жүрек сол қыры	прекардиальды
Тыныс алу, жөтел кезінде күшеюі	+	+/-
Плевра үйкеліс шуылы Орналасқан жері	Салыстырмалы сол қыры	Абсолютті аймақта
Жүрек қызметімен шудың синхрондылығы	-	+

Емі

- Жедел кезеңде төсектік режим, толыққанды тамақтану (белок, май, витаминдерге бай), көмірсуды, тұз, сұйықтықты шектеу-диета 10 – 15 стол;

Этиологиялық ем:

- Бастапқы 3-4 аптада кортикостероидтарды қолдану (20-40 мг 1 мес.);
- Спецификалық химиотерапия 6 айдан аз емес . (2HRZE+4HR)
- Қайталамалы экссудатты аспирациялау.
- Эмпиема кезінде плевральды қуысты дренаждау, жергілікті АБ-терапия.

Патогентикалық ем:

- қабынуға қарсы, десенсибилизация емі (ацетилсалицил қышқылы 1,0 тәулігіне 3-4 рет, вольторен, индометацин, бутадион, кальций хлориды т.б)

Симптоматикалық ем:

- ауырсындыратын құрғақ жөтел болса – дионин, кодеин, либексин, тусупрекс.
- Экссудатты алу;
- Плевриттің сорылу кезінде кальций препараттарымен электрофарез және тыныстық гимнастикасы;
- Көрсеткіштерге байланысты – оперативті ем.

Ем нәтижесі



- Рассасывание экссудата
- Формирование небольших плевральных наслоений, сращений

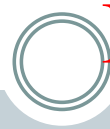
Ем жүргізілмегендегі нәтиже

- Экссудаттың өз бетінше сорылуы, массивті плевральды қабаттар түзілуі , «панцирлі өкпе » түзілуі, фиброторакс дамуы.
- Өз бетінше жазылған плеврит жиі 1-2 жылдан кейін өкпе туберкулезі дамуына алып келуі мүмкін.
- Іріңді емделмесе созылмалы ағымға өтеді.Бұл жағдайда жыланкөздер, амилоидоз, анемия, полиорганды жетіспеушілік дамып,өлімге де алып келуі мүмкін.

Алдын-алу



- **ТУБЕРКУЛЕЗДІ СПЕЦИФИКАЛЫҚ АЛДЫН АЛУ**
- **ТУБЕРКУЛЕЗДІ САНИТАРЛЫҚ АЛДЫН АЛУ**
-
- **ТУБЕРКУЛЕЗДІ ХИМИЯЛЫҚ АЛДЫН АЛУ**



Қорытынды

- Гидроторакс көптеген аурулар кезінде дамуы мүмкін. Жиі оның себебі болып, әсіресе жастарда ТМБ болып табылады.
- Гидроторакс диагностикасында плевральды сұйықтықты сапалық зерттеу маңызды (дифференциальная диагностика -экссудатпен транссудат арасында жүргізу).
- Барынша нақты диагноз плевра биопсиясында қойылады.

- Жасөспірім 14 жаста, терапевтік стационарде сол жақтық экссудативті плеврит бойынша ем қабылдаған. 3 апта бойы түзетіліп жүргізілген қабынуға қарсы ем нәтиже берген жоқ. Фтизиатрдан консультация алған. Дене қызуының жоғары болуына, құрғақ жөтелге, еңтігуге шағымданады. Ауруын суықтаумен байланыстырады. Туберкулезбен ауыратын науқаспен контакт болғанын теріске шығарады.
- Объективті: Сол иығында бір поствакцинальды тыртық бар. Сол жақ кеудесі тыныс алу актісінен қалып отырады. ТЖ – 28 рет мин. Сол жақ өкпенің төменгі бөлігінде қолтық артқы сызығы бойымен 4 қабырға аралығынан бастап перкуторлы дыбыстың тұйықталуы байқалады. Аускультативті: сол жақ сыртқы-төменгі бөліктерде тыныс естілмейді.. Жүрек тондары тұйықталған, тахикардия.
- Гемограмма: ЭТЖ – 41 мм/сағ, л – $9,2 \cdot 10^9$ /л, эоз. – 4%, т-я – 9%, лимф. – 17%. Манту сынамасы с 2ТЕ ППД-Л – папула 15 мм везикуламен.
- Кеуде торы рентгенограммасы: сол жақ төменгі бөліктерде 4 қабырға дейін гомогенді жоңары жиегі қиғаш көлеңкелену, аралық оңға ығысқан.
- Плевральды пункция жасалып, 1,2 л ашық-сары түсті экссудат алынған. Плевральды пункция жасалғаннан кейінгі жасалған рентгенограммада, сол жақ төменгі бөліктерде плевральды жабыспалар анықталған. Өкпе алаңы патологиясыз..

Сұрақтар:



- Диагноз қойыңыз және оны түсіндіріңіз
- Диспансерлік есеп тобы қайсы болады?
- Стандартты химиотерапия схемасы қандай болады?



- Туберкулезді экссудативті плеврит. 1-А диспансер тобы.
- Диагнозды түсіндіру:
- Қабынуға қарсы ем нәтижелілігі болмауы;
- Науқас жасы;
- Гиперергиялық туберкулинді сынама;
- 1-к және қайталап жасалған рентгенограммада ошақты және инфильтративті өзгерістер болмау;
- Химиотерапия 4- ТҚП-мен: изониазид 0,3 + рифампицин 0,6 + пиразиnamид 1,5 + этамбутол 1,6.

Пайдаланылған әдебиеттер:



- Туберкулез жұқпасының ошақтарын жіктеу, бактерия бөлетін туберкулезбен ауырғандардың ауру ошағында індетке қарсы санитарлық (профилактикалық шараларды ұйымдастыру жөніндегі әдістемелік ұсынним № 8.05.002.04. ӘҰ. Астана, 2004.
- Ракишева А.С. Профилактика, диагностика и лечение туберкулеза у детей и подростков. Алматы 2005.
- **Т27 Тәбриз Н.С . Туберкулезді анықтау, алдын-алу және емдеу: оқу құрал – Қарағанды. - 2009ж. -87б.**