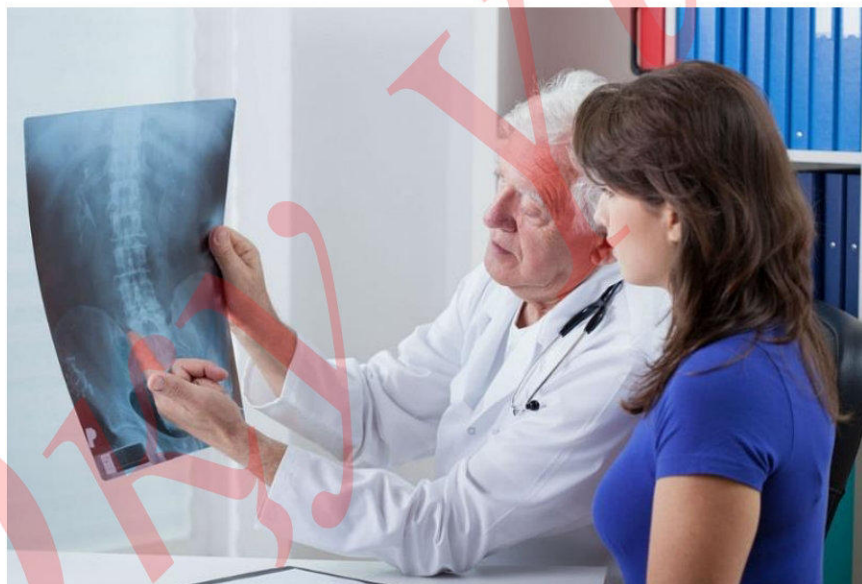


**Қ.А.ЯСАУИ АТЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҚАЗАҚ-ТҮРІК
УНИВЕРСИТЕТІ**

МЕДИЦИНА ФАКУЛЬТЕТІ

ОМАРОВА А.Р.

ТУБЕРКУЛЕЗДІҢ ӨКПЕДЕН ТЫС ТҮРЛЕРІ



Түркістан 2018 жыл

УДК 616.2
ББК 54.12
О 58

Оқу құралы Қ.А Ясауи атындағы халықаралық қазақ-түрік университетінің Сенат мәжілісінде баспаға ұсынылған.
«4» хаттама. 28.02. 2018ж.

Пікір жазғандар:

К.А. Аскаров – м.ғ.к., доцент. ҚР ДСМ «Еңбек гигиенасы және кәсіби аурулар ұлттық орталығы» РМҚК –ның директоры.

А.С.Бабаева –м.ғ.к., Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ «Жедел жәрдем» кафедрасының меңгерушісі.

О-58 Туберкулездің өкпеден тыс түрлері : /Омарова А.Р. «Тұран» баспаханасы, 2018.– 106 б.

ISBN 978-601-7153-15-1

Бұл оқу құралда фтизиатрия саласы бойынша туберкулездің өкпеден тыс түрлеріне байланысты клиникалық көрінісінің ерекшеліктері, диагностикалау әдістері көрсетілген.

УДК 616.2
ББК 54.12

ХҚТУ оқу-әдістемелік кеңесінде талқыланған және келісілген.
№ «6» хаттама, 05.02 2018ж.

ISBN 978-601-7153-15-1

© Омарова А.Р.2018
© Тұран баспаханасы, 2018

АЛҒЫ СӨЗ

Бұл оқу құрал медициналық жоғары оқу орындарының қазақ бөлімінде оқитын 4 курс білім алушыларына арнайы жазылып отыр.

Бұл оқу құралда фтизиатрия саласы бойынша туберкулездің өкпеден тыс түрлеріне байланысты клиникалық көрінісінің ерекшеліктері, диагностикалау әдістері көрсетілген. Осы оқу құрал көмегімен туберкулезбен ауырған науқастарды объективті тексеру, лабораторлық, аспаптық мәліметтердің нәтижелерін сараптау арқылы диагноз құру және емдеу дағдыларын жетілдіруде маңызды болып табылады.

Туберкулезге шалдыққан науқастарды тексеру әдістері:

Туберкулезінің клиникалық белгілері әр түрлі келеді; оның аса ерекшелік, өзіне ғана тән белгілері бола бермейді. Әсіресе мұны қазіргі қоршаған орта өзгерістерінен, адам ағзасына бірнеше қайтара егілген әртүрлі екпелердің, қан сарысуларының, антибиотиктердің әсер етуі, сол сияқты туберкулез қоздырушылары қасиеттерінің өзгеруінен туындайтын, туберкулездің патоморфоздық жағдайын ескерген жөн. Сұрастыру, денені сипап, басып тыңдап көру сияқты әдістер, тек тыныс туберкулезіне күдік қана тұдырады.

Туберкулездердің ерте және дер кезінде анықтау үшін арнайы тексеру әдістерін қолдану қажет.

- **сұрастыру:** туберкулезге шалдыққан науқастар көбіне шағым жасай бермейді, өздерін саумыз деп субьективті санайды. Туберкулездің мұндай ағымын - жасырынды атайды. Алайда осындай жағдайлардың өзінде де егжейлі түрде сұрастыру жолымен бірқатар шағымдарды анықтауға болады. Науқастың тұратын жері, оның кәсібі, және жұмысыны, материалдық-тұрмыстық жағдайы, өмір салты жайлы деректерден көп жайларды аңғаруға болады. Жасөспірімдер мен балалармен әңгімелескенде, оларға бұрындары жүргізілген туберкулезге қарсы екпелерді, туберкулиндік сынама нәтижелерін анықтау қажет. Отбасы мүшелерінің денсаулығы, туберкулезбен ауырған адамдармен қатынаста болғандығы т.б. деректер анықталуы тиіс.
- **клиникалық көріністері:** науқастар әлсіздікке, тез шаршағыштыққа, ұйқының бұзылуына, тәбет төмендеуіне, салмақтың тастауына, дене қызуының көтерілуі, түнгі тершендік, физикалық күштеме кезінде енгігу, құрғақ жөтелге, кейде қанды қақыратындығына, кеуде тұсының ауырсынуына шағымданады. Бұл көріністер әртүрлі үйлесім түрінде көрінуі мүмкін. Көбінесе науқастарды жиірек мазалайтын: жалпы әлсіздік, тәбетінің нашарлауы, кеуде тұсының ауырсынуы.
- **науқасты қарап шығу:** туберкулезбен ауыратын науқастардың сыртқы пішіндері бейнеленген. Мұндай адамдардың беті шырай тартқаны мен өңі бозарған болып, кеуде қуысы тар және ұзын, қабырғаларының арасы кеңейген, жауырыны қанат тәріздес шығыңқы келеді, олар habitus phthisicus деп сипатталған. Науқасты қарап шыққанда көбіне айқын патологиясы көрінбейді, дегенмен қарау қажет және толық көлемде өткізілуі тиіс. Науқастың дене бітіміне, кілегей қабықшаларына және терінің түсіне, қабырға аралығының кеңеюіне немесе тарылуына, операциядан кейін қалған тыртықтарға, жазылғаннан кейінгі жыланкөздер мен тыртықтануға, қолдары мен аяқтардың саусақтарының

ұштарының өзгерістеріне көңіл аудару керек. Жастарды, жасөспірімдерді, бүлдіршіндерді қарағанда, олардың иығындағы БЦЖ екпесі егілгеннен кейінгі тыртық орнын да қарап шығу қажет.

- **қолмен зерттеу:** тері жамылғысының құрғақтылығын немесе ылғалдылығын, оның серпімділігін, тері- асты майлы қабатының анықтайды, мойын, қолтықасты және шап лимфа түйіндерін мұқият қолмен ұстап қарайды. Плевра қабатының жіті қабыну процесстерінде кезінде кеуде бұлшық еттерінің аурусынуы байқалады. Туберкулездің созылмалы түріне шалдыққан науқастарда және үлкен операциядан кейін иық белдеуі және кеуде тінінің бұлшық еттерінің кейде семуі байқалады.

Туберкулезге шалдыққан науқастарда дауыс дірілінің әлсіреуі немесе күшеуі мүмкін. Дауыс дірілдері тығыздалған жерлері үстінен, ошақты, шоғырланған, салып-сему туберкулездерінен, кең білте қойылған кеңірдектің үлкен ұясы үстінен байқалады. Дауыс дірілінің естілмеуі, кейде әлсіреуі өкпекап қуысында ауа немесе сұйықтық жиналған саңлауы бітелген кеңірдек туберкулезі жағдайларында байқалады.

- **тықылдатып тексеру (перкуссия):** кеуде торшасындағы салыстырмалы дөрекі қатқыл өзгерістерді анықтауға болады. Сәулелік әдістерді қолдануға байланысты, өзінің бұрынғы маңыздылығын жоғалтқан сияқты көрінеді, плевра қуысына өздігінен кенеттен ауа жиналу, жіті жалқық өкпекап қабынуы, өкпенің салып-семуі сияқты кешендетілуі мүмкін емес ауру айыру жағдайларында маңызды рөл атқарады. Перкуссия кезінде, өкпеде қораптық немесе қысқартылған дауыс барын анықтау арқылы клиникалық ахуалды тез бағамдап, қажетті зерттеулер жүргізуге мүмкіндік береді.



- **тыңдау:** туберкулез кезінде тыныс алу сипатының өзгеруімен және өкпеде қосымша шулардың пайда болуымен қатар ілесе жүрулері мүмкін. Тыңыстың әлсіреуі- өкпекап қабынуына, өкпекаптың жабысып - бірігулеріне, плевра қуысына ауа жиналуына тән. Қатаң немесе кеңірдектік тыныс алу - шоғырланған өкпе тіндері үстінен, амфоралық тыныс -кең білтелі кеңірдекті қуысы үстінен естілуі мүмкін шектеулі желімдегі ұсақ көпіршікті ылғалды сырылдар - өкпе тіндері құрылысының бұзылысы кезінде көрсетсе, орта және ірі көпіршікті сырылдар- қуыс белгілерін көрсетеді. Құрғақ сырылдар- кеңірдекше қабынуларында, ысқырықты сырылдар - қатты жиырымалы кеңірдекше

қабынуына тән. Құрғақ өкпеқап қабынуында - плевраның үйкелуі шуы, ал үлпершек маңындағы тіндер қабынуында - үлпершек үйкелісі шуы естіледі.



- **флюорография:** тұрғындарды жалпы тексеруден өткізген кезде кеңінен қолданылады. Рентгенологиялық бұл әдістің басқаша аталуы - фоторентгенографияны айтса болады, себебі оны - рентгендік экрандағы электронды оптикалық күшейткішті бейнені суреттік үлдірге (фотопенкаға), суретке түсіру болады.
- Қазіргі уақытта кадр көлемі 100x100 мм келетін флюорограмма, өкпенің жалпы шолу рентгенограммасының орнын толық баса алады және дифференциальды диагностика әдісі ретінде кеңінен таралып келеді.
- **рентгенография:** рентгенографиялық тексеру оның алдыңғы тіке проекциясының жалпы шолынатын суретін түсіруден бастайды (бұл кезде үлдірлі камера алдыңғы кеуде қабырғасы тұсына қойылады).
- Артқы бөлімдерін зерттегенде аймақты шолу суреті артқы тіке проекциясында (үлдірлі кассета кеуденің артқы қабырғасы тұсында) орындалады. Оң және сол бүйірден түсірілген проекциялы аумақты суреттер жасалады. Рентгендік суреттер әдетте ең терең дем алу кезінде түсіріледі. Электрлі рентгенографияның басымдылығы, оның рентгендік үлдірлі керек етпеуінен келіп туындайтын үнемділігінде.
- **томография** - (*қабатталған рентгенография*) — рентгенографиялық қабат - қабатпен зерттеу. Туберкулезді қуыстарды анықтауда негізгі әдістердің біріне саналады. Жоғары сапалы томографиялар ошақтардың тіндердің ыдырауы тілімденінің, қуыстың барлығынан және олардың жайылуларынан, кеңірдекшелер мен ірі өкпе тамырлары жағдайларынан қосымша мәліметтер береді. Томографиялық зерттеу әдісі рентгенографиядан кейін түзіледі, онда аумақты немесе нысаналы томографияның қажеттілігі, проекциясы, жүру бағыты (бойла...немесе көлденең), суретке түсіру тәртібі, қабаттардың тереңдігі мен сандары анықталады. Аймақтық суретке түсіру (зонография) томографияның бір түрі деп есептеледі, ол кезде тіндердің ең қалың қабаттары зерттеледі.
- **компьютерлік томография:** сәулелік зерттеу әдісі кәзіргі уақытта жалпылай танылған және клиникалық медицинаның барлық салаларында қолданылады, КТ адам денесінің көлденең қабаттарының экранда бейнеленуін қамтамасыз етеді (аксиалдық проекция). Шеңберлі жақтауға

орнатылған рентген түтүгі адам денесінің бойлық өсі бойынша айналыспен жүреді. Жұқа шоғырланған сәулелер әртүрлі бұрыштармен зерттелетін қабат арқылы өтіп, түтікпен бірге қозғалыстағы көптеген сцинтилляциялық детекторлар арқылы ұсталады. Тіндер тығыздықтарының әртүрлігі олардан өтетін сәуле шоғырларының да әртүрлі қарқында өзгерулеріне ықпал етеді, бұл өзгерістер өте жоғары дәлдікпен детекторлармен тіркеледі, компьютерлермен өңделеді және зонттемені көлденең қабат бейнесіне айналдыру арқылы теледидар экранында көрсетіледі.

- **рентгеноскопия** (*рентгендік суретке түсіру*): бұл әдіс сәулелік бейнені электронды-оптикалық күшейту және рентгендік теледидар пайдаланылады. Бұл әдісті рентгенографиядан кейін, белгілі -бір көріністерді анықтау үшін қолданады: нысаналы суретке түсіру кезінде бақылау орнату үшін, рентген - бронхологиялық, тамырлар ісігін (ангиома), кеңірдекшені, жыланкөз тесілулерді суретке түсіру арқылы зерттеу, плевра қуысындағы еркін қозғалыстағы сұйықтықтарды анықтау үшін, патологиялық түзілімдердің жылжымалдығын белгілеу үшін, плевра, көк еті (диафрагмасы) мен синустың жағдайын айқындау үшін.

Бұл әдістің нәтижелерін құжаттандыру, бейнетаспа және рентгендік киноға түсіру арқылы жасалуы мүмкін.

- **Ангиопульмонография** (*өкпе артерияларын суретке түсіру*): бұл әдіс кезінде қолдың көктамырына түтік сүңгі, үстіңгі қуысты көктамырға немесе жүректің оң жақ қуысына қарама-қарсы түсті айқындағыш зат жіберу арқылы өкпе тамыры мен оның тармақтарын рентген сәулесімен зерттейді. Рентген суреттерін сериясы, арнайы өкпе артерияларын суретке түсіретін аппаратта шығарады. Суретте қан тамырлары анық көрінеді.

Ангиопульмонографиялық зерттеуге жататын көріністер шектеулі болады. Оны көбінесе өкпе артериясының тромбозы мен эмболиясы кезінде қолданады. Тамырлардың көріністеріне қарай, өкпенің талшықты қабыну деңгейін бөлуге болады.

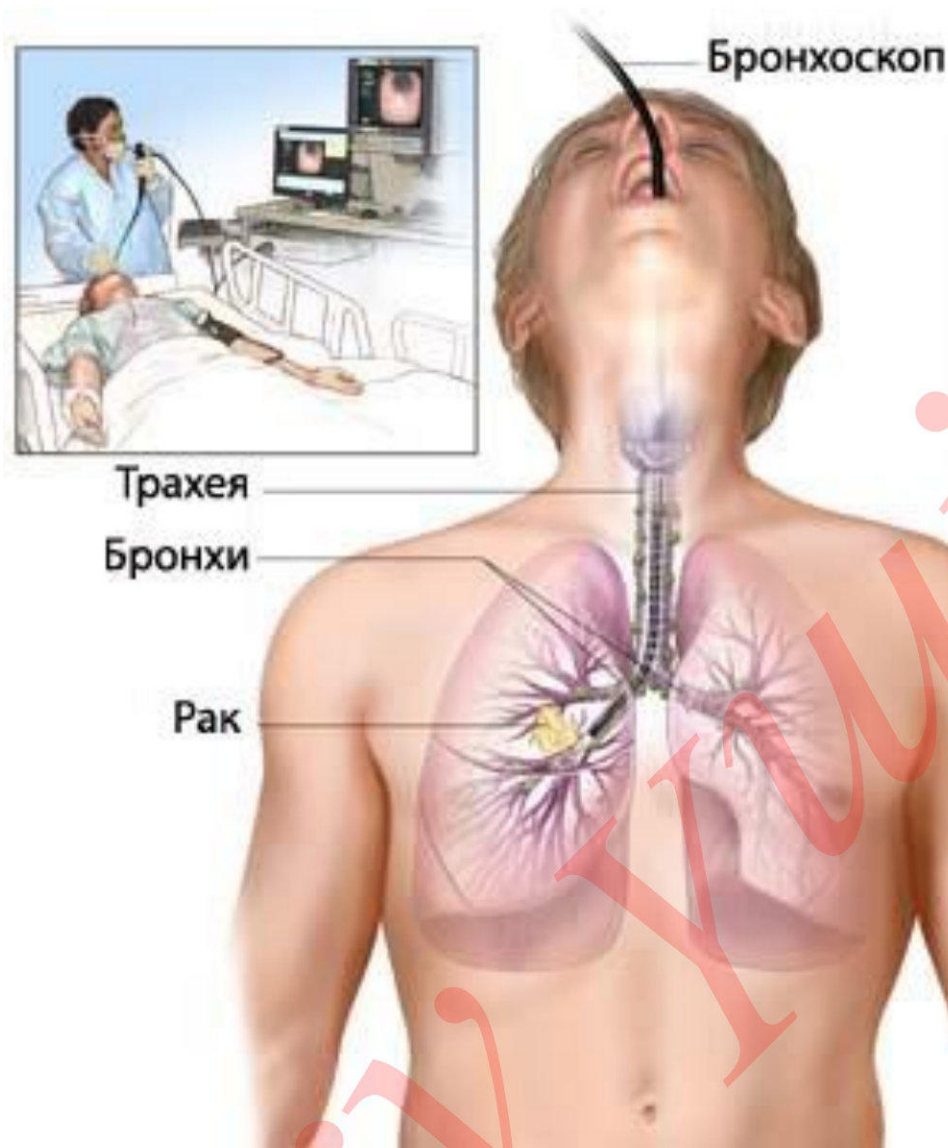
- **бронхография** (*кеңірдекті суретке түсіру*): бұл зерттеу кеңірдекті контрасты (қарама - қарсылы) сәулелік зерттеу деп атайды. Жергілікті жансыздандыру жүргізгеннен кейін позициялық, бір жерге бағытталған түрінде жүргізіледі.

Рентгендік теледидар және бейнетаспаға түсіріліп қадағаланатын зерттеу әдістері, кеңірдекше қабырғаларының серпімділігі және жылжымалығы жайлы тұжырымдауға мүмкіндік береді. Бұл зерттеу негізінен кеңірдектегі кеңу - керілу процестерін, олардың жайылу мен түрлерін анықтауда қолданады.

- **плеврография** (*өкпеқапты суретке түсіру*): бұл зерттеу негізінен, плевра қуысы іріңді қабынған науқастардың, іріңді қуыстың шекарасын анықтау үшін, контрасталған плевра қуысын сәулелік зерттеу кезінде қолданылады.

Ол үшін алдымен плевра қуысын тесіп, ондағы сұйықтықты шығарып алады. Суреттер әртүрлі проекцияда, науқастың қалпын өзгеру арқылы, отырып түсіріледі. Зерттеу аяқталған кейін, айқындағыш контрасты зат, қуыста қалған басқада сұйықтықтармен қоса шығарып тасталады.

- **фистулография (кеуде қуысы жыланкөзін суретке түсіру):** бұл зерттеу кезінде кеуде қуысында әртүрлі жыланкөздердің тесілу түрлері бар науқастарды тексеру кезінде пайдаланылады, алдымен тесілу жолдары рентгендік контрасты заттармен толтырылады, сосын рентгендік суретке түсіріледі. Айқындағыш контрасты зат жыланкөзге рентгендік теледидар бақылауы кезінде шприцпен жіберіледі. Зерттеуден кейін жыланкөзге толтырылған зат мүмкіндігінше шығарылып алынады.
- **бронхоскопия (кеңірдек, кеңірдек тарамдарын шарайнамен көру):** кеңірдекшелерді әркезде кеңірдек тарамдарымен үйлестіре қарайды. Кеңірдекті көру үшін металдан жасалған қатқыл немесе соңында шыны талшықты оптикасы бар икемді иілгіш келетін бронхоскоптар қолданылады. Қатқыл бронхоскоптың негізінде диаметрі 12 мм-ге дейінгі, жарық беру, өкпені жасанды желдету, телескопты әртүрлі көру бұрыштарымен енгізу болатын сол сияқты лупа және фотоқұрал жалғауға болатын, қарапайым құралдармен жабдықталған, металдан жасалған іші қуыс тубус саналады.



Кеңірдек, кеңірдек тарамдарын қарағанда кілегей қабықтың жағдайын және қанағыштығын, кеңірдек, затының сипатын, кеңірдек саңлауының диаметрін, кеңірдек қабырғаларының серпімділігін, тонусын, жылжымалылығын бағалайды. Өкпе туберкулезіне шалдыққан науқастардың кеңірдек жүйесін шарайналы қарау арқылы, тек кеңірдек бұтағы жағдайын ғана бағалаумен шектелмейді, сонымен бірге бактериологиялық зерттеулер теріс нәтиже берген жағдайларда, туберкулез нақтауын гистологиялық растайтын (верификациялайтын) материал, зертханалық зерттеулерге лаважды сұйық алуға болады.

- **торакоскопия** (кеуде, өкпе қап қуысын көру): зерттеу, торакоскоппен плера қуысын қараудан тұрады. Бронхофиброскоп сияқты оптикалық аппараттар пайдаланылуға болады. Бұл әдіс жасанды пневмотораксты туберкулезге шалдыққандардың плера қуысын және өкпесін қарауда кеңінен қолданылып келген. Кәзіргі кезде құрал - аспаптардың жетілдірілуіне және шыныталшықты оптиканың пайда болуына байланысты бұл әдістің мүмкіншіліктері кең болады.

Бұл әдіспен тексеру алдын-ала жасанды пневмоторакс қойылуын талап етеді. Торакоскопты қабырға арасында жасалған саңылау арқылы енгізеді. Әдетте әдісті орындау техникасындағы ақаулықтармен байланысты келетін қан кету, тері астылық желдену сияқты, асқынулар кейде болады.

Тін кесінділерін зерттеу әдісі. Трансбронхиалды биопсия: бұл зерттеу-әртүрлі амалдармен (мысалы:қысқашпен қырқып тістеп алу, қырнағышпен қырып алу, инемен пункция алу, арнайы басқарылатын түтік сүңгі қолдану т.б.) тін кесіндісін алып, одан әрі гистологиялық, цитологиялық т.б. тексерулерден тұрады. Тін кесіндісін қандай әдіс арқылы алу жолын мүмкіндігінше жергілікті жансыздандыру арқылы өткізілетін кеңірдек жүйесін, бронхоскоппен көру барысында көреді. Трансбронхиалды қысқашпен алынған тін кесіндісін, өкпе тінін тексеруде де пайдаланады.

Трансторакалды инемен тін кесіндісін алу: өкпеден және плевра қуысынан материал алып гистологиялық және цитологиялық зерттеулердің кең таралған әдістерінің бір болады. Бұл әдісті өкпенің сыртқы жақтары зақымданғанда, егер трансбронхиалды тін кесіндісін алу сәтсіз аяқталған жағдайда немесе бұл әдісті қолдану кейбір кезде тиімсіз деп танылған жағдайларда қолданылады. Әртүрлі құрылымы өзгеше жіңішке немесе арнайы жуан инелер қолданылады. Зерттеу жергілікті жансыздандыру жолымен жүргізіледі. Трансторакалды инемен биопсия әдісімен ауруды сексен - тоқсан пайыздық жағдайларда нақтылауға болады.

Ашық биопсия. Тін кесінділерін ашық жолмен алу: өкпе, плевра қуысы немесе лимфа бездері тін кесінділерін ота жасау жолымен, яғни кеуде қуысын ашу арқылы алу әдісін осылай деп аталады. Негізінен араласқан (диффузиялық) және шашыранды (диссеминалды) өкпе аурулары жағдайында пайдаланылады. Негізгі артықшылығы - бір немесе бірнеше жерлерден зерттеу үшін материалдар алуға болады - деп саналады.

Плевра қуысына ауа, кеуде қуысына қан жиналу, ал ауруы жіті кезінде науқастарда тыныс алу жетіспеушілігі сияқты асқынулар мүмкін болады.

Прескаленді (трансмойынды) тін кесіндісін алу: зерттеу алдыңғы сатылы бұлшық еттің алдыңғы бетінде орналасқан жасуша (клеткаларды) және лимфа бездерін хирургиялық тәсілімен аластаудан тұрады. Отаны жергілікті жансыздандыру жолымен жасайды. Керекті биопсиялық материал бұғана үстінен және онымен қатар ұзына бойына 4 см-дей тілінген орны арқылы алынады.

- **Тін кесіндісін алуды көкірек ортасын эндоскоппен көрумен ұластыра жүргізу:** әдіс эндоскопты пайдалана отырып, ауруды анықтау отасынан тұрады. Ота наркозбен жасалады. Көкіректің алқым тілігі үстінен кішілеу тілім жасап, кеңірдек тарамын бойлай оның ашасына дейін тіндерін ажыратады. Одан кейін медиастиноскоп бақылауында пункция жасалынады, жасушалар, кеңірдек маңындағы, кеңірдек ашасындағы лимфа бездері қыршып алынып аласталады. Қан кету, плевра қуысына ауа жиналу, қайталанба жүйкесінің зақымдануы сияқты медиостинаскоптық асқынулардың орын алуы мүмкін болады.

Өкпеқапты инемен тесу және одан тін кесіндісін алу: плевра қуысында сұйықтықтық, газдың бар жоқтығын, олардың жайылуын нақтылай түсу үшін науқас физикалды және көп жазықтық рентгендік тексеруден өткізілуі керек. Ол үшін жергілікті жансыздандыру жолымен жетінші және сегізінші қабырғалар ортасынан орта қолтықасты және жауырын сызықтары арасынан саңылау жасалады. Әжептеуір жуандау ине пайдаланылады. Ол шүмек пластмассалық немесе резіңкелік түтік арқылы шприцпен жалғанған болуы қажет. Осылай етіп плевра қуысынан сұйықтық шығарып алынғаннан кейін рентгеноскопиялық бақылау жүргізу арқылы арнайы ине көмегімен плевра тін кесіндісін алуға кіріседі. Биопсиялық материал алу жалқық болу және плевра қуысы бітелеп жабыла бастаған жағдайда жүргізіледі. Әдетте бірі гистологиялық, бірі ТМБ-ға зерттеулер жүргізу үшін екі плеврадан материал алынады.

Шеткері лимфа түйіндерін инемен тесі , тін кесінділерін алу:

- сорып алғыш және сүйекті тесу жолымен болуы мүмкін. Лимфа безі тінін шығарып алу үшін поршені мен инесі тығыз орныққан кәдімгі шприц пайдаланылады. Осылай етіп алынған материал инеден алынып заттық шыныға қойылады және тиісті өңдеуден өткізілгеннен кейін цитологиялық және микробиологиялық зерттеулер жасалады.

Сүйекті тесу биопсиясы арнайы ине қолдану арқылы жүргізіледі. Осылай лимфа бездері тінінен алынған кішкене түйір материалға гистологиялық зерттеу жасалады.

Соңғы әдіспен алынған мәліметтер алдыңғысына қарағанда жоғары келді.

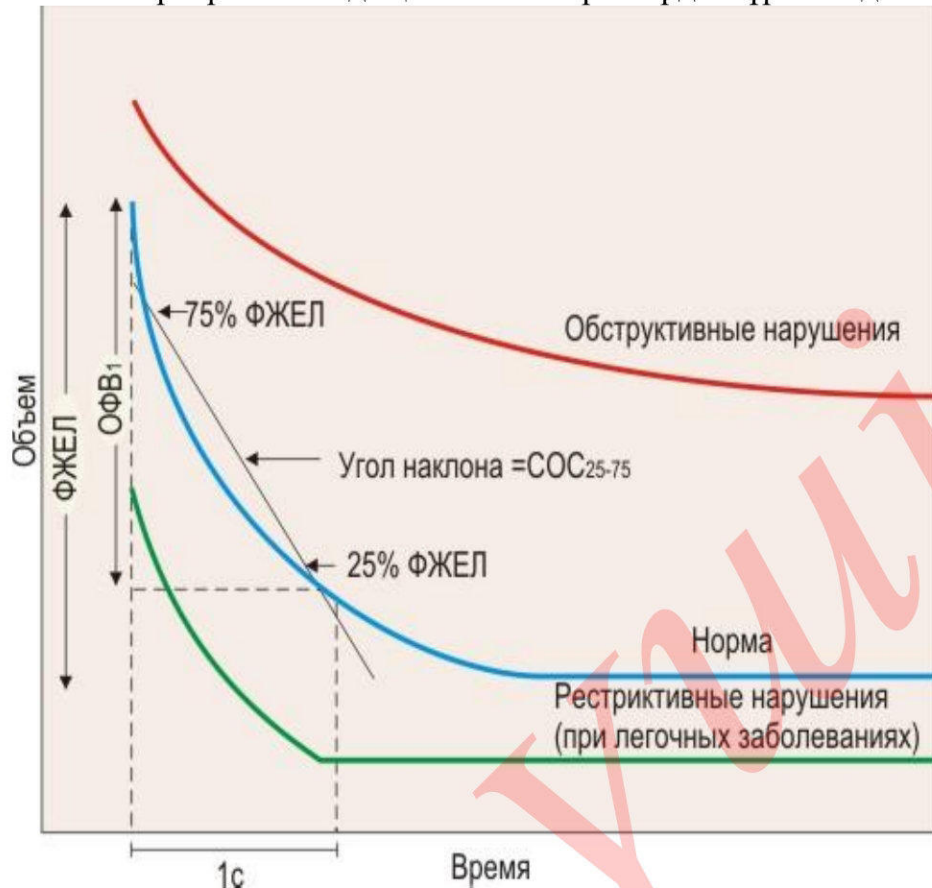
Туберкулездік тыныс және қанайналымы қызметтерін зерттеу әдістері.

Туберкулез кезінде әсіресе оның созылмалы және кең таралған түрлері, әдетте тыныс қызметінің бұзылуымен және жүрек - тамыр қызметінің өзгерулерімен қосарлана жүреді. Олар өкпенің, плевраның, кеңірдек тарамының улануымен, зақымдануымен байланысты болады. Тыныс және қанайналымы қызметтерін, науқастардың шағымдары, физикалды зерттеулер, қанқысымын өлшеу және рентгендік зерттеулер қорытындысы негізінде бағалауға болады.

Дегенмен кейбір зерттеулер, арнайы құрал-аспаптар көмегімен және мөлшерленген дене жүктемесін беру жағдайында, зертханалық анықтау әдістері арқылы жүргізіледі олардың ішінде маңыздыларына мыналар болады:

- **спирография:** уақыт бойынша өкпе көлемінің өзгерісін көрсететін, тыныс қозғалысын кескіндеме түрінде тексеруден тұратын сипаттама. Оны жүргізу барысында, науқас мейлінше демді ішке ұстап отырып (жетпіс пайыздан кем болмаса норма деп саналады), бірінші қарқынды дем шығару бір секунд ішінде шығарған ауа көлемін өлшеуден тұратын кеңірдек - кеңірдек тарамы дем өткізгіштігін бағалау сынамасын да жүргізуге болады. Қазіргі кезде спирография зерттеулерді неғұрлым қарапайым және тез орындайтын пациент үшін оншалықты ауыртпалық

келтірмейтін, сандық көрсеткіштерді тез алуға мүмкіндік жасайтын, компьютерлермен жабдықталған аппараттарда жүргізіледі.



- **жалпы плетизмография жүргізу:** бұл зерттеу барометрлік қағиданы пайдалануға негізделген. Бұл зерттеу қаралушыны үлкен ауа кірмейтіндей тұмшалаған, тұрақты көлемдегі камераға кіргізіп, яғни дене плетизмографында, тыныс алу кезіндегі, кеудешесінің (клеткасының) өзгеруін тіркеуден тұрады. Плетизмография бірқалыпты тыныс алу жағдайында өкпенің созылғыштығын тыныс жолдарының ауа ағымына қарсылық көрсетуін бағалауға және тыныс ағзалары жұмысын есептеп шығаруға мүмкіндік жасайды.
- **қанның газдық құрамын және қышқылды - негізді күйін анықтау:** қанның осы күйін сыртқы тыныс қызметінің интегралды (ықпалдастық) көрсеткіші деп аталады. Тыныс алу жетіспеушілігі жағдайында әдетте қанның дұрыс газдық құрамын ұстап тұру қамтамасыз етіле бермейді, кейде ол сыртқы тыныс өтемдік механизмдерінің ширеңісуі есебінен қалыпта ұсталады. Қанның газдық құрамын және сыртқы тыныс қызметін тыныштық және мөлшерлі жүктеме жағдайында анықтау арқылы, тыныс жетіспеушілігі бар ма, жоқ па деген сауалға толық жауап беруі мүмкін.
- **Радионуклидтік радиоизотоптық зерттеу әдістері:** бұл әдіс өкпедегі аумақтық желдетулер мен қанайналымдарын зерттеулер негізгі мәнді зерттеулер қатарынан саналады. Олар деммен қабылдау немесе жиірек көктамыр арқылы гамма - сәулеленулі радионуклидтік ксенондық - ауалы қоспамен альбуминнің макроагрегаттарымен, цитратпен, альбуминнің

микросферасымен т.б. таңбаланған препараттары егуге негізделген. Бұл зерттеулерді рентген контрастық зерттеулерге дейін жүргізу қажет. Нәтижесінде алынған мәліметтер, тек өкпе желдетулері мен қанайналымдары емес, сонымен қатар өкпедегі жайылдырмау, тартпау және ауыртпалық өзгерістерінен де тұжырымдауға болады. Бұл мәліметтерді рентгенбиологиялық деректермен салыстыру керек.

Ми қабығының қабынуы туберкулезі

Туберкулез менингиті, бұл негізінен, туберкулездің екіншілік қабынуы, ми қабаттарының (жұмсақ, арахноды және кейде қатты), туберкулезді қабынуы, туберкулездің әр түрлі түрлерінен кейін болады. Туберкулездің бұл түрі ауыр ағымда өтеді. Негізгі туберкулезді процестің орналасуына байланысты, туберкулезді менингиттің патогенезіне әсер етеді. Өкпенің біріншілік шашыранды туберкулезі кезінде, туберкулез микобактериялары орталық жүйке жүйесіне лимфогенді жолмен өтеді, себебі лимфо жүесі қан тамырымен байланысады. Ми қабығының туберкулезді қабынуы туберкулез микобактериясының жүйке жүесіне тамырдағы кедіргілерді бұзып өті арқылы жүреді. Бұл жағдай ми тамырларының, қабықтарының, тамырлық өрімдерінің, микобактериальді спецификалық уыттану кезінде гиперергиялық жағдайға байланысты болады. Морфологиялық тұрғыда тамырдың қабырғасының фибриноидты некроздануымен және жоғарғы өткіздікшілігімен сипатталады. Шешуші фактор туберкулез микобактериясы қабыну ошағында даму арқылы, туберкулез инфекциясы ағзаның сезімталдығын жоғарлатады, ми қарыншаларының тамырлық өрімдерінің өзгерген тамырлар арқылы өтіп, оларда спецификалық қабыну жүреді. Ми негізінің жұмсақ ми қабатының инфицирленуі арқылы туберкулезді қабыну дамиды.



Омыртқа туберкулезі, бас сүйек туберкулезі, ішкі құлақтың қабынуы кезінде инфекция ми қабаттарына ликворогенді жолмен дамиды. Ми қабаттарындағы туберкулезді процесс, бұрынғы қалып қойған ошақтардық белсенділігі артқан кезде дамуы мүмкін.

Ми қабаттарының туберкулезді қабынуының лимфогенді жолмен 17,4% науқастарда кездеседі.

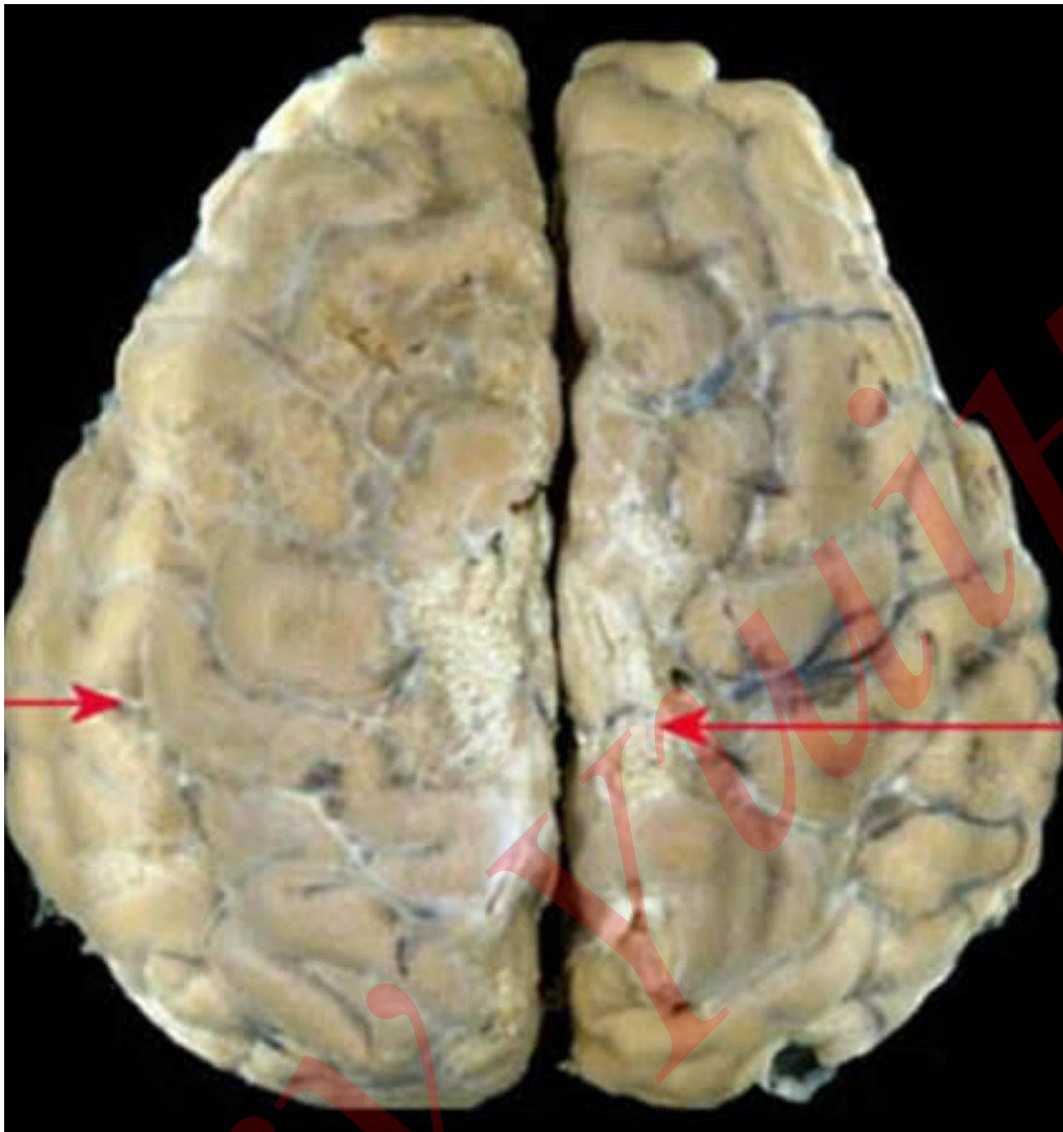
Клиникалық көрінісі. Көп науқастарда туберкулезді процесс баяу дамиды, кейінгі кездері науқастардың 40% жедел дамиды. Сырқат продремальды (бастапқы) сатысынан басталады, ол 1-3 апта болады. Бұл кезде науқастарда жалпы әлсіздік, тез шаршау, әр-түрлі кезде басының ауыруы, кейде дене қызуының көтерілуі субфебрильді температурада, тәбет пен көңіл күйдің төмендеуі, қоршаған ортаға қызығышылығының төмендеуі, мазасыздық пен күйгеліктік дамиды. Алғашқы 7-10 күнде (ми қабаттарының тітіркену кезінде) сырқаттың симптомдары үдейді. Дене қызуы 38-38,5С дейін көтеріледі, әлсіреу, ұйқышылдық, тәбеттің болмауы, бас ауруың үдеуі, кездейсоқ, шашыранды түрде болатын құсу, іштің катуы. Кейде жарықтан қорқу, гиперестезия, вегативті бұзылыстар, қызыл дермографизм, брадикардия. Бұл кезде онша көрінбейтін менингиальды симптомдар көрініс береді- желке бұлшық еттерінің ригидтілігі, Кернинг пен Брудзинский симптомдары, С.С. Бабинский, Гордон, Шеффер, Оппенгейм патологиялық рефлекстері, сіңір рефлекстерінің ұлғауы.

Сырқаттың 8-14 күндері- менингиальды кезеңде бас ауруы күшейеді, құсу жиілейді, анорексия, әлсіздік күшейеді немесе қоздырғыш келеді, мазасыздық, дене қызуы отыз тоғыз градусқа дейін көтеріледі, науқастар тез арықтайды. Менингиальды симптомдар ұлғаяды, патологиялық рефлексер айқындалады, бас-ми иннервациясының бұзылыстары байқалады, ауыз –мұрын қуысының тегістелуі, көз қуысының жіңішкеруі, птоз, көздің ақилануы, анизокория. Көздің көру қабілеті төмендейді.

Сырқаттанудың үшінші аптасында (15-21 күні) ем басталмаса, ауруы ұшығып терминальды сатысына менингоэнцефалитке өтеді. Қабыну процесі бұл сатыда ми қабаттарынан, ми тамырлары мен миға өтеді. Дене қызуы қырық градусқа дейін көтеріледі, менингалды симптомдар мен бас ауруы қатты байқалады, мәжбүрлі поза пайда болады, децербрационды ригидтілік-

науқас бір қырымен басын шалқайтып жатады, аяқтарын ішіне қарай жинайды, санасы көмескі, үшінші аптаның соңында санасы болмайды. бас- ми иннервациясының бұзылыстары күшее түседі.

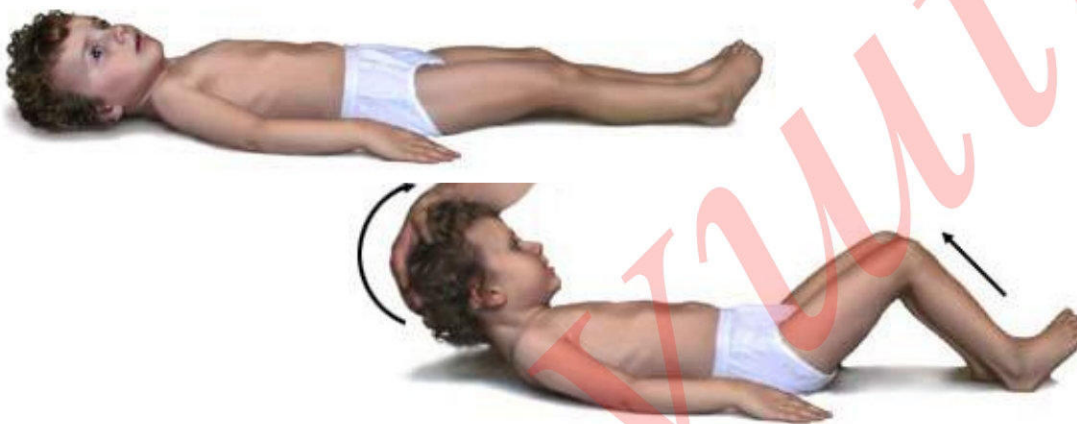
Кейбір науқастарда (бас сүйек нервтерінің сегізінші жұбының бұзылыстары) кезінде вестибулярлы функциясының бұзылыстары айқындалады: басының айналуы, есту қабілетінің төмендеуі, құлақтағы шулар. Процестың жайылуы кезінде мишық және сопақша миды зақымдағанда бульбарлы нервте зақымдалады: IX, X, XII жұптар. Жұтынуы қиындайды, тамақ ішкен кезде көп шашалады, дизартрия, ықылық ату, тыныс алу және жүрек соғысы бұзылады, тілі күрмеленеді. Бұл кезде ошақты симптомдар көрінеді: аяқ- қолдың парезі мен параличтері спастикалық түрде, гиперкинез, құрысу, автоматты қозғалыстар, сезімталдық бұзылады. Трофикалық және вегетивті бұзылыстар күшейеді: тері құрғайды, тершендік ұлғаяды, Труссо дактары, тахикардия, артериальды қысым көтеріледі, кахексия пайда болады. Өлердің алдында, аурудың 3-4-5 аптасынан кейін болатын дене қызуы қырық бір – қырық екі градусқа көтеріледі немесе отыз бес градусқа дейін түседі, пульс жиілейді 160-200 дейін минутына, тыныс аритмиялық болады, Чейн – Стокс тынысындай. науқастар тыныс алу және тамырды жүргізетін орталықтарының параличтінен өледі. Туберкулезді менингиттің бұндай ағымы кезіргі уақытта кеш анықталудан болады.






Қазіргі таңда туберкулезге қарсы препараттарды қолдану арқылы және ерте анықтаудың арқасында, туберкулезді менингиттің клиникалық белгілері өзгерді, науқастың сауығуына ықпал етуде. Патологиялық процестің орналуысына, жайылуына байланысты үш типтік клиникалық түрлерге бөлінеді: базилярлы туберкулезді менингит, туберкулезді менингоэнцефалит, туберкулезді цереброспинальды лептопахименингит. Процесстің прогрессерлену кезінде бір формадан екінші формаға өтеді – базилярлы менингоэнцефалитке немесе цереброспинальдыға.

Базилярлы туберкулезді менингит – туберкулезді менингиттің ең жиі кездесетін түрі, ерте анықтаған жағдайда 60% құрайды. Бұл процесс ми кабаттарын зақымдайды. Бұл ауру продремальды кезеңдегі симптомдар көрінеді, кейін ми қабығының қозу сатысына ауысады. Клиникалық көрінісі миненгиальды симптомдармен, бас сүйек – ми иннервациясының бұзылыстарымен, сіңір рефлекстерімен сипатталады, гидроцефалия көріністері айқындалады, цереброспинальды сұйықтықтың құрамы өзгереді: мөлдір, түссіз,

ақуыздың деңгейі көтеріледі 0,5-0,6 г/л, плеоцитоз 1 мкл 100-150 жасушаға дейін лимфоцитарлы түрде, глюкоза мен хлоридтер бірнеше төмендейді немесе қалыпты болады. Микобактериалар 5-10% науқастарда анықталады. Аурудың ағымы бірқалыпты, кейде созылмалы, сауығумен аяқталады, асқынусыз. Жалпы жағдайы жақсарады, симптомдар кетеді, 3-4аптадан кейін дене қызуы төмендейді. Менингиальды симптомдар 2-3 айдан кейін жойылады, цереброспинальды сұйықтықтың санациясы 4-5 айдан кейін жақсарады. Ұзақ уақыт ем алуы керек (10-12 ай), себебі клиникалық жазылуы анатомиялыққа қараған ерте басталады, менингит көбінесе ішкі ағзалардың туберкулезімен бірге жүреді.

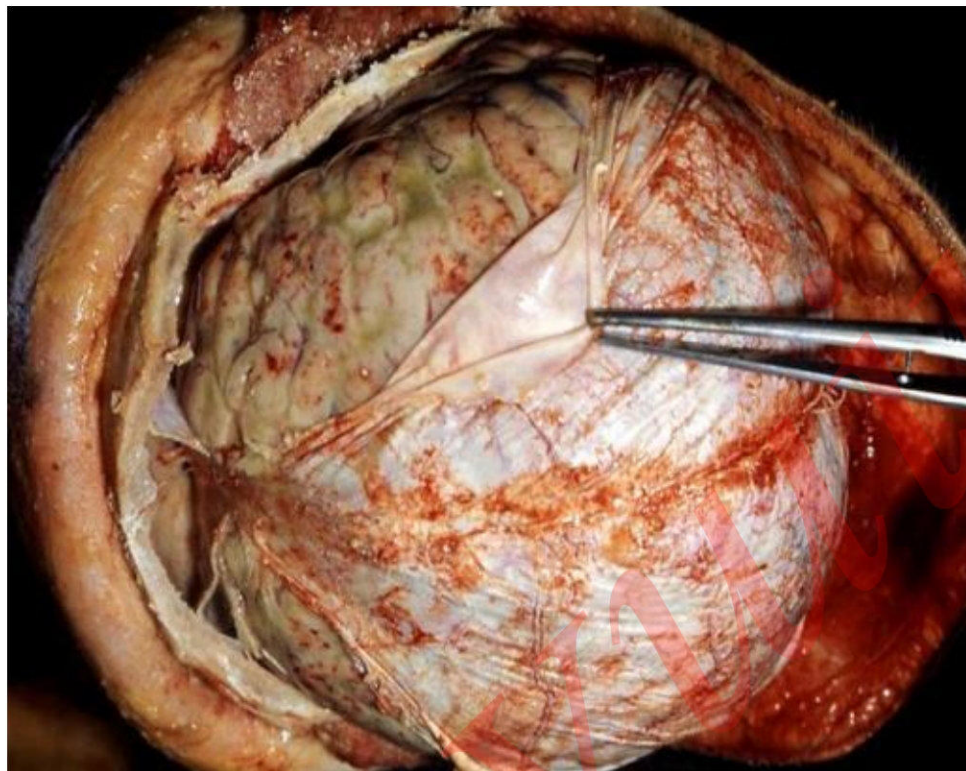


| | |
|--|---|
| <p>Meningeal symptoms (complex):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Headache 2. Vomiting 3. Consciousness disorders 4. Total hyperesthesia 5. Meningeal symptoms: (Kernig's sign, nuchal rigidity, and meningeal pose) 6. Seizures |  <p>Meningeal pose</p> |
|  <p>Meningococemia Hemorrhagic exanthema (Testing of nuchal rigidity)</p> |  <p>Testing of Kernig's sign</p> |

Туберкулезді менингоэнцефалит- туберкулезді менингиттің ауыр ағымы, көбінесе кеш анықталғанда көреміз. Ми негізінің қабаттарында спецификалық қабыну жүреді, ол миға және тамырларды зақымдайды. Менингоэнцефалит кезінде қабыну өзгерістері айқын көрінеді, ми қарыншасының эпендимесінде, тамырлық өрімдерде, ми тамырларында, қабықасты ганглияларда төмпешіктер анықталады. Клиникалық көрінісінде менингиальды симптомдар анық көрінеді, ошақты симптомдарда: қимыл бұзылады – аяқ- қолдың парездері мен параличтері, гиперкинездер, құрусу, бас сүйек – ми инвервациясының бұзылыстары, санасы күрмеленеді, вегетивті бұзылыстар, гидроцефалия. Цереброспинальды сұйықтықтың құрамы өзгереді: ақуыздың деңгейі көтеріледі 1,5-2 г/л, плеоцитоз 1 мкл 500-700 жасушаға дейін лимфоцитарлы - нейтрофильді, кейде нитрофильді - лимфоцитарлы түрде. Плецитоз кезінде цереброспинальды ертіндінің түрі бұлыңғыр. Глюкоза мен хлоридтер біршама төмендейді. Туберкулезді микобактериялар 20-25% науқаста анықталады. Аурудың ағымы біршама ауыр, созылмалы, кейде асқынулары болады, толыққанды емге қарамастан. Жалпы жағдайы жақсарады, менингиальды симптомдар 1,5-2-3 айдан кейін жойылады, цереброспинальды сұйықтықтың санациясы 5-6 айдан кейін жақсарады. Ем кезінде асқынулар жиі кездеседі. Аурудың ағымы созылады. Ем аяқталған соң ағзада аурудың қалдықтары қалады: бас сүйек нервтерінің парездері, аяқ-қолдың парездері мен параличтері, психикалық бұзылыстар тез қозғыш болады, интелект пен жадының төмендеуі, көзінің көруі төмендейді. Кейде эпилепсия дамиды. 30% дейін өліммен аяқталады. Ұзақ уақыт емделуі керек 12-14 ай, кейде одан ұзақ.

Туберкулезді цереброспинальді лептоахименингит- туберкулезді менингиттің өте сирек кездесетін түрі -5-10% науқастарда кездеседі. Ми негізінің қабаттарында спецификалық қабыну жүреді, ол сопақша миды және жұлынды зақымдайды. Көбінесе ересектер мен жасөспірімдерде кездеседі. Симптомдары бастапқы кезде көп болмайды, сондықтан менингиттің бұл түрі кеш анықталады. Клиникалық көрінісінде менингиальды симптомдар анық көрінеді, көбінесе омыртқа жотасының бойымен белді айналдыра, іш, кеуде аймақтарында қатты ауырсынулар болады, ошақты симптомдарда: қимыл бұзылады – аяқ- қолдың парездері мен параличтері, гиперкинездер, құрусу, бас сүйек – ми инвервациясының бұзылыстары, санасы күрмеленеді, вегетивті бұзылыстар, гидроцефалия. Цереброспинальды сұйықтықтың құрамы өзгереді: ақуыздың деңгейі көтеріледі 3-330 г/л, плеоцитоз 1 мкл 1000-1500 жасушаға дейін. Цереброспинальды сұйықтық ксантохромды, сұйықтықты пробиркаға алған кезде тез ұйып қалады, бұл цереброспинальды ертіндінің қоюланғанынан және субарохноидальды кеңестіктің қабыну кезіндегі өзгерістері мен спайкалының болуы. Аурудың ағымы біршама ауыр, созылмалы. Цереброспинальды сұйықтықтың санациясы 5-15 айдан кейін жақсарады. Ұзақ уақыт химиотерапия жүргізу керек (12-15 ай), қосымша кортикостероидтерді ішу үшін немесе эндолюмбально енгіземіз. Кейде қабыну процесі жұлынға өткен кезде ағзада аурудың қалдықтары қалады: баяу параличтер, аяқ-қолдың

парездері мен параличтері, жамбас мүшелерінің бұзылыстары, іш қату, кейін несеп пен дәретті ұстай алмау, гидроцефалия.



Диагностикасы, дифференциальды диагностикасы. Цереброспинальды сұйықтық өзіне тән құрамы болады: ол мөлдір, ақуызды мөлшері біршама көтеріледі, плеоцитоз жасушалары бірнеше жүзге жетеді, көбінесе лимфоцитарлы болады, глюкоза мен хлоридтер біршама төмендейді, фибрин сеткасы шығады, бактериоскопиялық және флюоресцентті микроскопия әдісімен туберкулез микобактериасы анықталады. Туберкулез микобактериасы анықтау зерттеу жүргізілген әдістер мен менингиальды процестің жүруіне байланысты: люменистенті микроскопия арқылы 3,6% науқастың ликворында анықталады, бактериологиялық егу арқылы 14,3%, ПЦР арқылы 26,2%, МБТ антигендерін және туберкулезге қарсы антиденелерді анықтау арқылы 36,6%. Бірден екі әдісті қолданған кезде туберкулезді менингитті 48,0% науқаста анықтауға болады. Кәзіргі кезде КТ мен МРТ қолданады. КТ арқылы мидың жағдайын, оның қабығының, субарахноидальды кеңестіктің локализациясын, үлкендігін, ошақты өзгерістердің тығыздығы, мида сұйықтықтың жиналуы, көлемімен орналасуы, субарахноидальды кеңестіктің және ми қарыншаларының орналасуын анықтауға болады. Бұл мәліметтер диагностикаға және емге өте қажет. КТ арқылы 90,6% науқаста гидроцефалияны, 78,7% науқаста мидің ісінуін, 17,0% науқаста ошақты өзгерістердің орналасуы мен көлемін анықтайды.



Рисунок 1. Компьютерная томограмма больного Г. В области нижнего рога левого бокового желудочка видна формирующаяся туберкулома на фоне перифокального отека

Туберкулезді менингит көбінесе алғашқы белгісі болғанымен көбінесе ол екіншілік туберкулез болады, ағзаның басқа мүшелерінде белсенді процес жүргенде, бұрын туберкулезбен ауырғандарда, ағза туберкулезбен инфицирленгенде кездеседі.

Туберкулезді менингитті басқа соматикалық аурулармен дифференциалау керек, менингит белгілері көрінетін, ми қабығының тітіркенуі менингиальды синдромдармен көрініс беретін: пневмония, грипп, дизентерия, тиф, серозды менингиттер, эпидемиялық цереброспинальды менингит және басқа іріңді менингиттерден, полиомелиттерден, жіті эпидемиологиялық энцефалиттерден, мидың туберкулемасы мен абцессі. Менингизм кезінде менингиальды симптомдар айқын көрініп негізгі ауруды көрінісін көміскіленуі мүмкін, диагнозды дұрыс қоюда цереброспинальды сұйықтықты зерттегенде – менингизм кезінде оның құрамы қалыпты болады және менингиальды синдромдар тез жойылады.

Серозды менингиттер туберкулезді менингиттен айырмашылығы жіті басталады, дене қызуы жоғары температурадан басталады, бас ауырады, бірінші күндерден бастап менингиальды синдромдар айқын көрінеді. Цереброспинальды сұйықтық мөлдір, түссіз, ақуыз 1 г/мл болады, жасушалар 1 мкл 100-200 аспайды, лимфоцитарлы, глюкоза мен хлоридтер қалыпты, фибрин сеткасы түзелмейді. Науқастардың жалпы жағдайы ауыр емес, жағдайлары тез жақсарады, менингиальды симптомдар тез жойылады. Симптоматикалық ем жүргізген кезде 2-5 аптада жазылады.

Эпидемиялық цереброспинальды менингит – жіті басталады, дене қызуы жоғары көтеріледі, құсу, бірінші күндерден менингиальды симптомдар болады. Науқастың жалпы жағдайы ауыр болады. Денесінде петихиальды герпетикалық бөрітулер болады. Цереброспинальды сұйықтық бұлыңғыр болады, ақуыз біртеп көтеріледі (0,4-0,5 г/л), плеоцитоз 1 мкл 1000-2000 жасушаға дейін, нейтрофильді, глюкоза мен хлоридтер біршама төмендейді. Ликворды микроскопиялық тексеру кезінде менингококк анықталады. Жалпы қан анализінде лейкоцитоз, ЭШЖ жоғарлайды, лейкоцитарлы формула солға ығысады. Іріңді менингиттер басқа этиологиялы біршама ұқсас клиникалық көрініс береді. Ерте жастағы балларда іріңді менингиттердің ағымы атипті болуы мүмкін. Құрусудан басталады, жағдайы бірден ауырлайды, дене қызуы жоғары болады, кейде субфибрильді болуыда мүмкін, желкенің регидносы болмайды. Мазасыздық, апатия, қатты шыңғыру, тамақтан бас тарту, жиі құсу, қолдарының қалтырауы, іш қату. Тексергенде көбінесе пневмония мен ортаңғы отит байқалады.

Полиомелит (менингиальды түрі). Жіті басталады бастапқыда назофарингит белгілері көрінеді, асқазан – іш бұзылыстары болады, дене қызуы біршама көтеріледі, екі күннен кейін төмендейді, сосын қайта көтеріледі. Менингиальды симптомдар 2-3 күннен кейін көрінеді: басының тершеңдігі, нерв жоталарын басқанда ауырсыну сезімі. Бірнеше күннен кейін менингиальды симтомдар жойылады, арефлексия пайда болады, бұлшық еттердің тонусы төмендейді, аяқ – қолдың баяу параличтері, омыртқаның

катауы, бұлшық еттердің атрофиясы. Цереброспинальды сұйықтықта лимфоцитарлы плеоцитоз (1 мкл 100 жасуша), ақуыз біршама көтеріледі (0,45-0,6 г/л), глюкоза қалыпты, кейде төмен.

Жіті эпидемиялық энцефалит жіті басталады, дене қызуы 38С одан жоғары болады, бас ауырады, қозғыш, еңсесі түседі. Кейін ұйқышылдық, психосенсорлы бұзылысар болады, атаксия. Менингиальды симптомдар айқын болады. Ерте ошақты церебральды симптомдар және көзінің қозғалу бұзылыстары болады. Церебраспинальды сұйықтықта ақуыз ұлғаймайды, плеоцитоз лимфоцитарлы, жасушалар қалыпты, глюкоза қалыпты, кейде көтеріңкі, фибрин сеткасы түзілмейді.

Ми туберкулемасы

Ми туберкулемасы өте сирек кездеседі, негізінде жастарда кездеседі. Өкпе туберкулезі, кеуде ішілік лифа түйіндерінің туберкулезі және басқа мүшелердегі белсенді туберкулез ошағы гематогенді жолмен трансформацияланған кезде болады. Ми туберкулемасы өкпе туберкулемасы сияқты капсуламен қоршалған ортасында казеозды некрозды массасы болады. Кейде ми туберкулемасы клиникалық зерттеу кезінде жалғыс түрі болады. Ол мидың кез – келген жерінде орналасуы мүмкін, көбінесе артқы аймақтарда болады. Аурудың ағымы жіті басталады, ұзақ уақыт дене қызуы субфибрильді болады. Ағымы толқын тәрізді болады, ремиссиясы жиі байқалады. Клиникалық көрінісінде алғашқыда туберкулезді уыттану белгілері көрінеді, кейін бас мида үлкен құрылым анықталады. Бас сүйектің інде қысым көтеріліп, наукастарда бас ауруы күшейеді, көңілі айнып, құсады. Кейде менингиальды симптомдар анықталады, тексергенде көз нервтерінің дискілері қатайды. Қалыпты бас сүйектің рентгенограммасында туберкулема анықталады оның ішінде кальция тұздары қаыптасқанда. МИ туберкулемасын КТ мен МРТ арқылы көруге болады. Емі: туберкулезге қарсы препараттарды қолданғанда хирургиялық ем жүргізу керек.

Сүйек және буын туберкулезі.

Сүйек және буын туберкулезі – тірек қимыл аппаратының созылмалы жұқпалы ауруы, *M.tuberculosis* қоздырғышымен шақырылады, спецификалық гранулема түзеді және сүйектерді зақымдайды, бұл анатомиялық және функциональды зақымдауға әкеледі. Буын туберкулезінің клиникалық ағымын тексергенде соңғы он жылда егде адамдар арасында үште, тоғыз есе жоғарлаған. Буындағы спецификалық процестердің белсенді формасы отыз төртте, екі пайыз жиі тіркелетін болды, отыз сегізде, бес пайыз басқа мүшелер мен жүйелердің спецификалық зақымдалуымен қоса жүреді, жиырма үште, жеті пайыз өкпе туберкулезімен қосарлана жүреді. Туберкулезді артрит сексен үш пайыз контрактулармен асқынады, он бірде, тоғыз пайыз

параартикулярлы абсцесстермен және жыланкөздермен сипатталады. Аурудың алғашқы симптомдары пайда болғаннан диагноз қойылғанша орташа есеппен он екі ай өтеді. Қоздырғыштың негізгі антибактериальды препараттарға жалпы тұрақтылығы алпыс төртте, үш- жетпіс екіде, алты пайызға жетті және олар қосалқы соматикалық патологиясы бар.

Сүйек - буын туберкулезінің клиникалық ағымында 5 кезеңге бөлінеді:

Бірінші кезең – біріншілік остит;

Екінші кезең – прогресті остеоартроз буынның бәрін қамтитын, буынның функциясы бұзылмаған;

Үшінші кезең – прогресті остеоартроз буынның функциясы бұзылуымен;

Төртінші кезең – созылмалы деструктивті артрит буынның зақымдалуымен және оның функциясының толық жоғалуымен;

Бесінші кезең – туберкулезден кейінгі артроз, артриттен ауырғаннан кейін қалған дөрекі анатомиялық және функционалды зақымдалулар.

Сүйектер мен буындардың туберкулезі аурушандықтың жалпы кұрылымында бес-жеті пайызын кұрайды. Сүйектер мен буындардың туберкулезінің ауыр түрлері: спондилит, коксит, гонит. Спондилит сүйектер мен буындардың туберкулезінің басқа түрлері арасында бірінші орынды алады (отыз- қырық пайыз). Көбінесе омыртқаның кеуде және бел аймағы жиі зақымданады. Екінші орында – коксит (жамбас сүйегінің мойыны мен басының және ұршық ойысының зақымдануы), үшінші орында – гонит. Басқа сүйектер мен буындардың туберкулезі сирек болады.

Патогенезі және патоморфологиясы.

Сүйектер мен буындарға туберкулез микобактериясы гематогенді жолмен кіреді, сондықтан сүйектер мен буындардың туберкулезінің өкпенің және басқа мүшелердің диссеминирленген туберкулезімен комбинациялануы мүмкін. Жарақаттар мен суық тию бейімдеуші факторлар болып саналады.

Сүйектер мен буындарда перифокальды қабынумен бірге туберкулезді гранулемалар пайда болады. Гранулемалар казеозды некроздың ошағын түзе байланысып бірігеді. Сүйектер мен буындардың туберкулезі кезінде паталогиялық өзгерістер сүйектердің эпифизінде орналасады. Туберкулезді процесс буындардың склерозына, қанайналымның бұзылысына, қантамырлар мен лимфа тамырларының редукциясына келтіреді.

Сүйектер мен буындардың туберкулезінің процесстердің орналасуына байланысты жіктелуі:

- *Омыртқаның сүйектері мен буындарының туберкулезі:*
 - *Біріншілік остит* – туберкулезді процесстің омыртқаның денесінен тыс таралмай бұзылуымен сипатталады;
 - *Прогрессирленуші спондилит* – туберкулезді процесстің омыртқадан тыс болуымен сипатталады;

- *Созылмалы деструктивті спондилит* – әртүрлі ұзақтықты толқын тәрізді ағымды біртіндеп асқынатын және кезекті өршуден кейін омыртқада деструктивті өзгерістер біртіндеп болуымен сипатталады;
- *Метатуберкулезді спондилопатия* – әртүрлі ұзақтықтағы спецификалық процесстің салыстырмалы түрде стабилизациясымен және де омыртқа жотасының барлық элементтерінің анатомиялық - функционалдық бұзылыстарының және дистрофиялық өзгерістерінің әртүрлі болуымен сипатталады;
- **Туберкулез (аяқ- қол сүйектері мен буындарының):**
 - *Біріншілік буынаралық остит* – метафиз бен эпифизде спецификалық қабынудың болумен, буын қуысында экссудаттың жиналуымен сипатталады. Осы бұзылыстардың нәтижесінде буын функциясы зақымдалады;
 - *Прогрессирленуші артрит* – туберкулезді процесстің сүйектердің буындық бетінен тыс синовиальді қабатқа өтуі. Деструкция ошағы буын қуысына жылжиды;
 - *Созылмалы деструктивті артрит* – буын беттерінің тотальді немесе субтотальді зақымдалуымен, деформациясымен, аяқ –қолдың функциональді толықсыздығынан және контрактурасынан буынның қатты зақымдануы;
 - *Метатуберкулезді артроз* – аурудың соңғы кезеңі, дегенеративті сипатты өзгерістер басым болғанда белсенді емес фазасына ауысуы;
- Жамбастың және кеуде қуысының жалпақ сүйектерінің туберкулезі;
- Бастың сүйектері мен буындарының туберкулезі;
- Қабынулық – аллергиялық синовиттер және артриттер.

Процесстің белсенділігі:

- Күдікті белсенділік;
- Белсенді форма;
- Белсенділіктің әлсіреуі;
- Жойылған процесс.

Клиникалық көріністері

Сүйектер мен буындардың туберкулезінің клиникалық көріністерін шартты түрде фазаларға бөлеміз:

- *Бірінші фаза, артриталды*, - эпифизде спецификалық өзгерістерден бөлек буындық капсулада реактивті өзгерістер болады. Клиникалық симптомдар аздап көрініс тапқан және де буында тұрақсыз ауырсынудың және уыттанудың симптомдарының пайда болуымен сипатталады. Мұндай науқастарды емдеу сәтті өтеді және клиникалық эффект бір- екі айдан кейін қол жеткізіледі.
- *Екінші фаза, артриттік*, - қабынулық процесстің буындық беттерге таралуымен сипатталады (шеміршек және буындық капсула бұзылады). Буында уыттанудың (жалпы мазасыздану, дене қызуының көтерілуі, тершеңдік, тәбеттің нашарлауы) себебі болып табылатын деструктивті өзгерістер болады. Ауырсыну қарқынды болады, буынның ісінуі, бұлшық

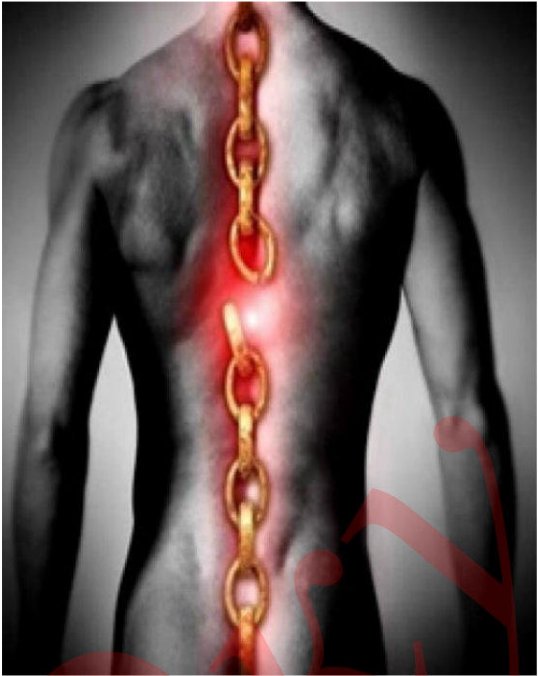
еттердің тырысуы пайда болады, ары қарай олардың ішінара атрофиясы түзіледі. Туберкулездің артриттік фазасында көрші жұмсақ тіндерде қабыну пайда болады. Сүйек және буын туберкулезімен ауыратын науқастарда абцесс қалыпты дене қызуымен немесе мардымсыз көтерілуімен өтеді, сондықтан оларды суық абцесстер деп атайды. Жыланкөздердің клиникалық ағымы әртүрлі көріністермен сипатталады, атап айтқанда теріде жіті қабыну белгілерінің жоқтығымен. Олар фистулографияның көмегімен анықтауға болатын сүйектер мен буындардың деструкция аймағымен байланысады. Мұндай науқастарды емдеу күрделі болады. Қалыпты антибактериальді терапиядан бөлек, туберкулезге қарсы препараттарды қосымша буындарға, абцесске және жыланкөзге енгізу қажет. Буынның иммобилизациясы және санаторийлік ем нұсқау берілген. Процесстің артриттік фазасында буынның және анкилозаның функциясының бұзылысы кейде дамиды, гипсті орам шешілген соң емдік гимнастика нұсқалған;

- *Үшінші фаза, посартриттік*, - буындар аймағында тыртықтардың дамуы олардың функцияларының қайтымсыз бұзылысына соқтырады. Мұндай науқастарға қарсы көрсеткіштері жоқ кезінде реконструктивті – қалпына келтірушілік оталар жүргізіледі.

Асқынуы:

- Жұлынның қысылуы – парездердің және параличтердің дамуына, жасанды абцесстердің түзілуі мүмкін;
- Патологиялық мүсін;
- Буындардың функцияларының бұзылысы;
- Дегенеративті – дистрофиялық өзгерістер, остеохондроз.





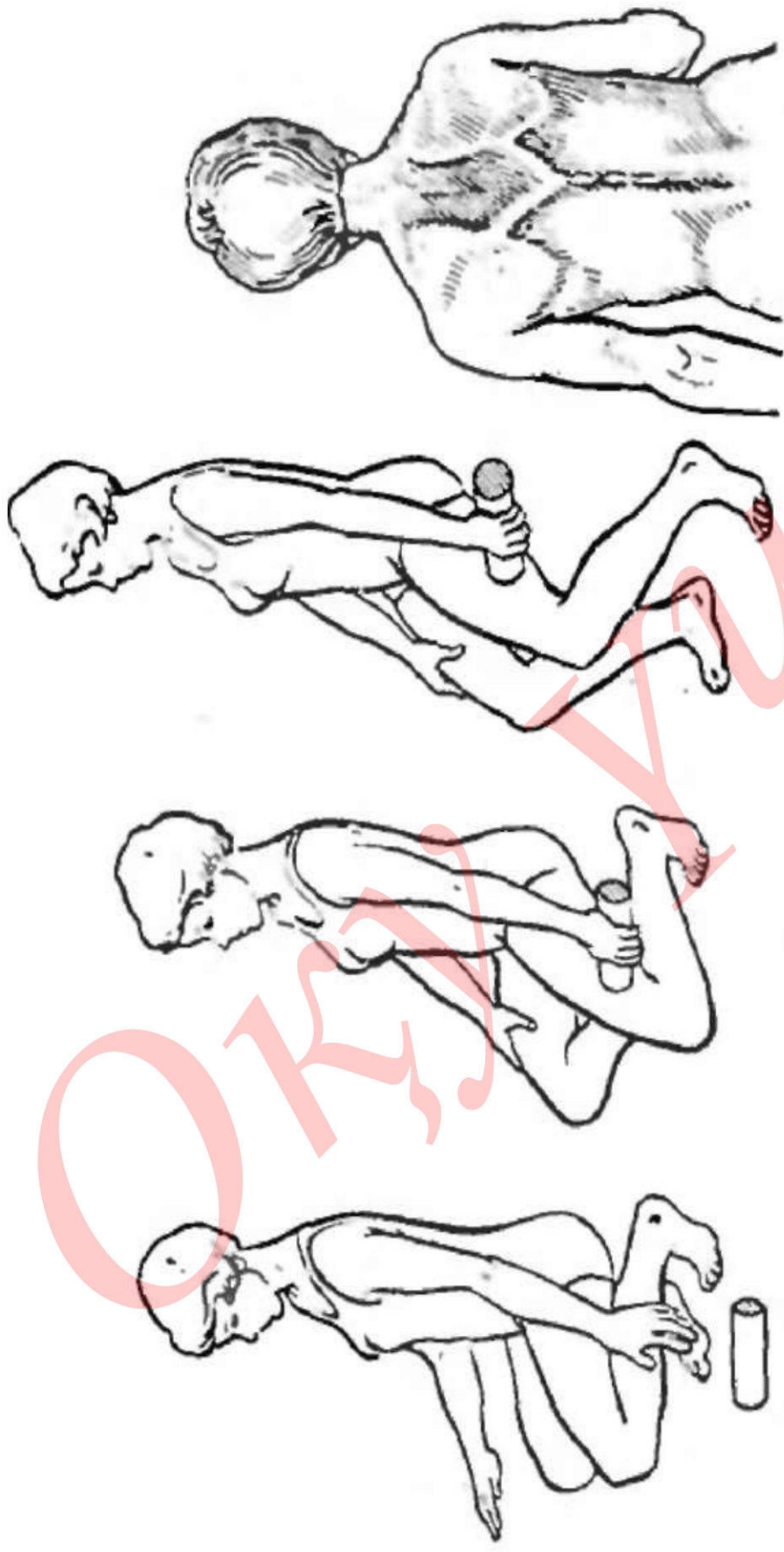
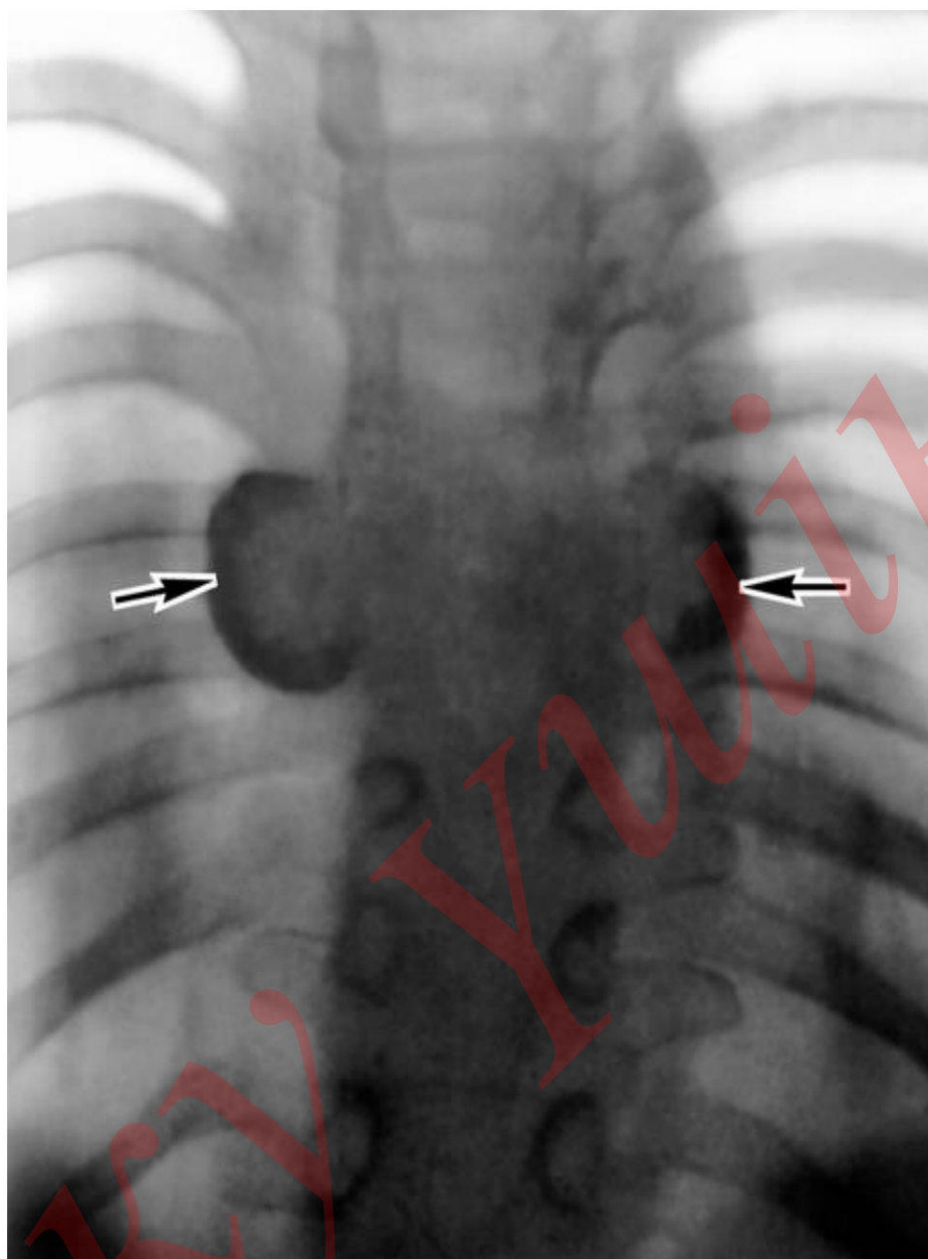


Рис. 167. Признак поражения туберкулезным процессом пояснично-грудного отдела позвоночного столба: при поднимании предмета с пола большой не наклоняется, а приседает.

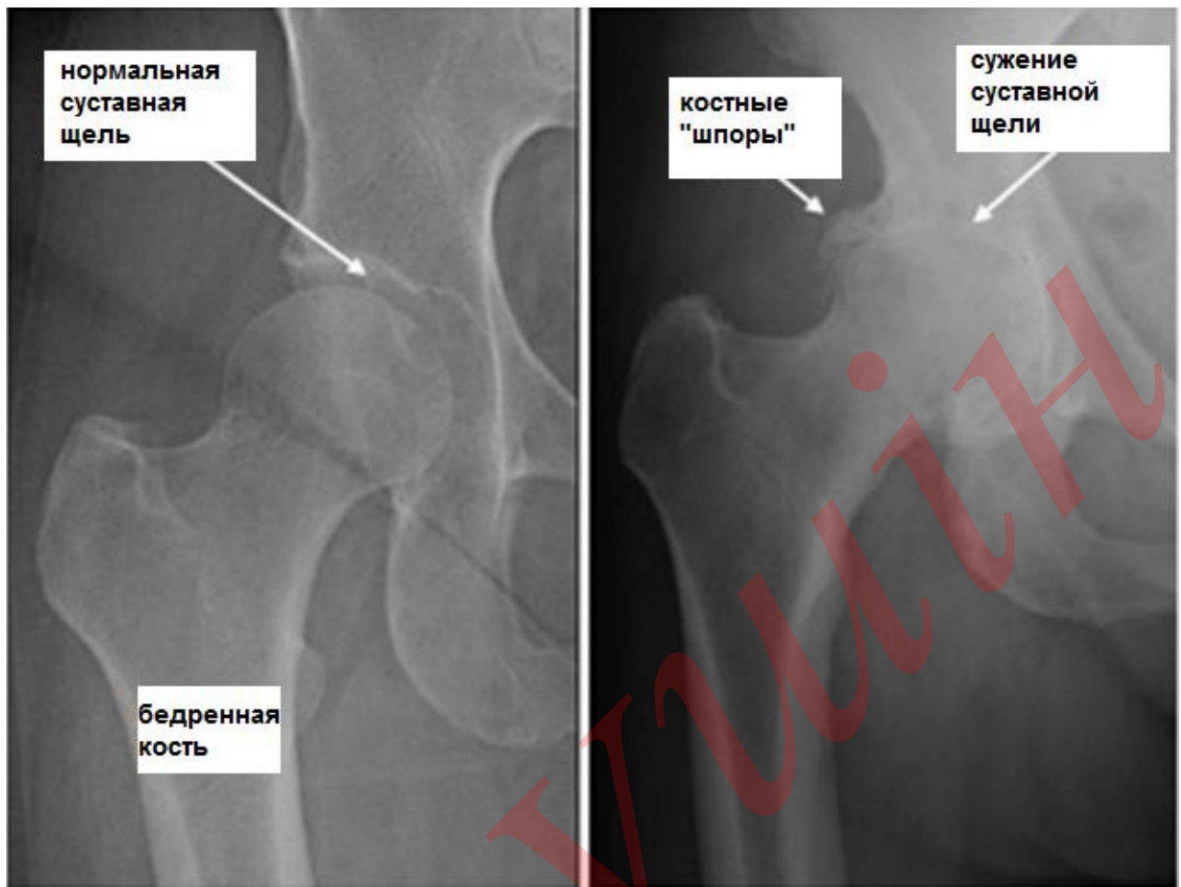
Рис. 168. Симптом «вож-жэй» Кориева — гипер-тонизированные мышцы спины, фиксирующие позвоночный столб при туберкулезном спондилите.



- ❖ Туберкулездің қоздырғышы таяқша тәрізді омыртқаға, әдетте қан ағымымен (гематогендік жол) жетеді. Бұл жағдайда науқастың кеуде омыртқасында, мерез болған спондилитте – мойын омыртқада, ал Бехтерев ауруынан болған спондилитте – бел омыртқада зақымдалулар болады.
- ❖ Аурудың қай түрі болса да өте баяу дамиды.









- Туберкулезді гонит сүйек-буын туберкулезінің он бес – жиырма пайызында кездеседі.
- Клиникалық көрінісі туберкулезді кокситке ұқсас келеді. Айырмашылығы тізе буынының ісігі айқын көрінеді және буын пішіні ұршық тәріздес болып келеді, бетіндегі тері жабындысы ісікпен кернелгендіктен бозарады. Бұл белгіні ақ ісік деп атайды (tumor alba).

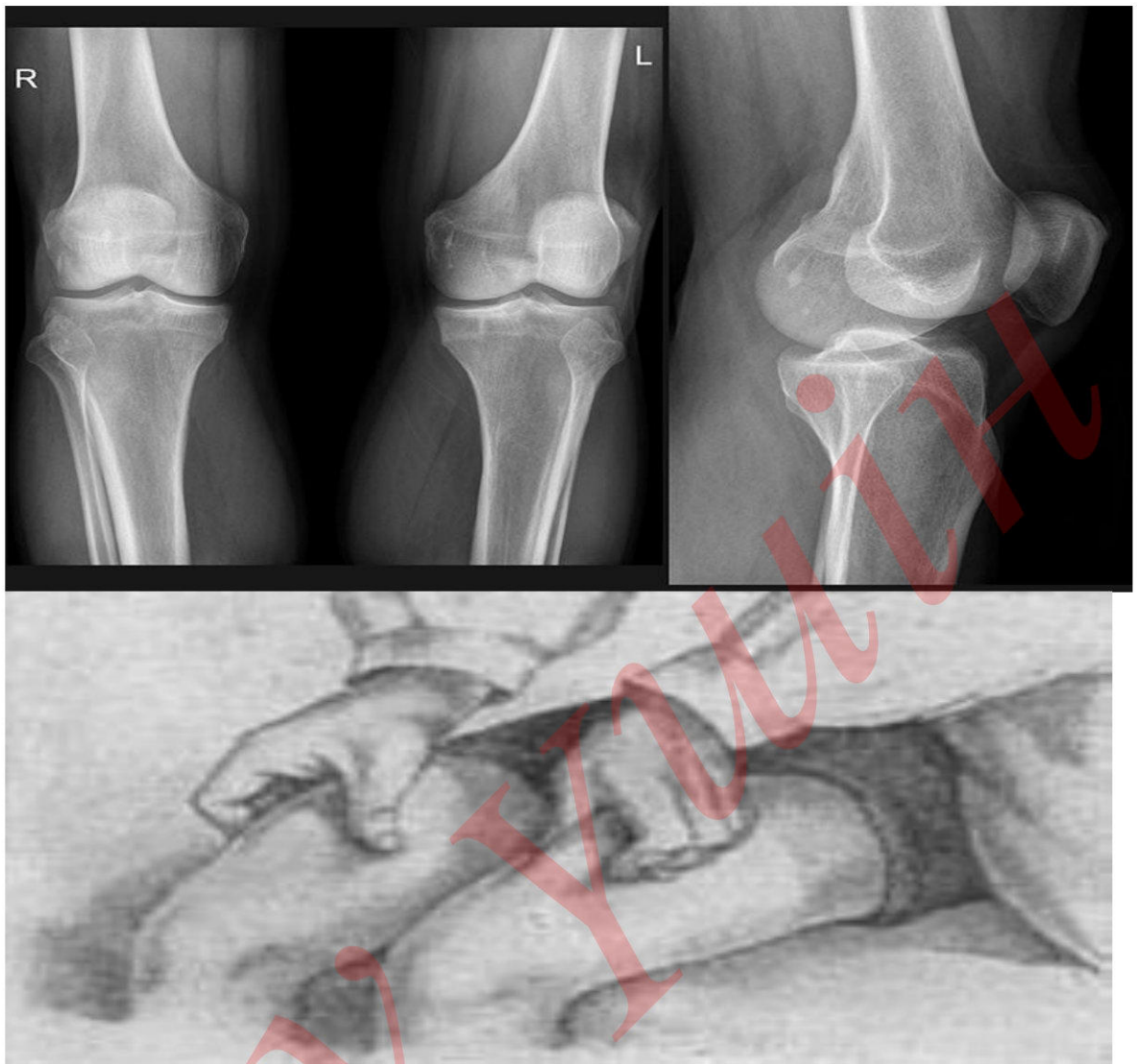


Рис. 164. Симптом Александра (утолщение кожной складки) положительный справа.

- Зақымдалған сан аймағының тері қатпарлары сау тінге қарағанда қалыңдау болады

Аяқ-қол саусақтары фалангаларының туберкулезі



- Көбінесе жас өспірім балаларда кездеседі.
- Саусақ ісінеді, ауырады, терісі қызарады.
- Рентген зерттеуде остеопороз және фаланга сүйектерінің перисталды қабаты қалыңдайды.



Диафизарлы туберкулез, 2 жас

Көптеген қол фалангаларының зақымдалулары. Қолдың үшінші және төртінші саусақтарының зақымдалуы. Саусақтардың жұмсақ тінінің көлемі ұлғайған.



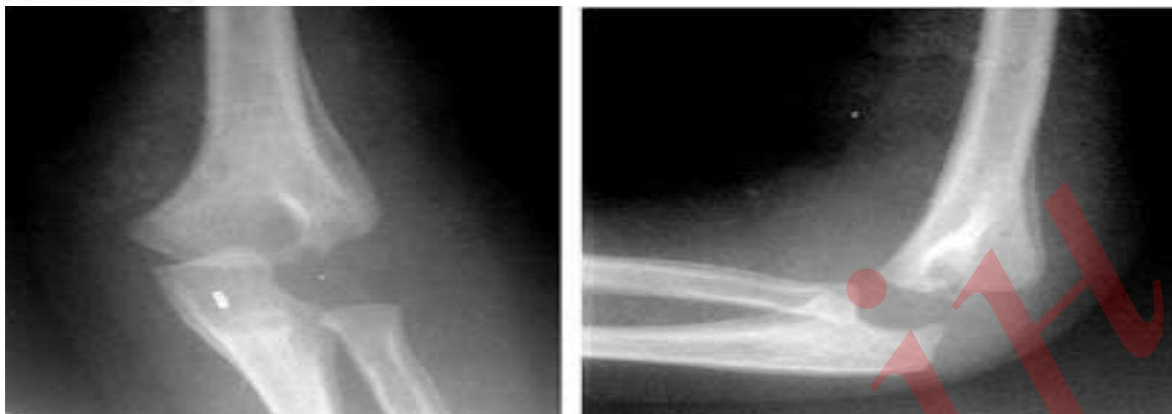
Диафизарлы туберкулез, 2 жас 2 ай

Қолдың үшінші саусағының зақымдалуы. Саусақтардың жұмсақ тінінің көлемі ұлғайған.

Шынтақ буынының туберкулезі (оленит)

- Сүйек буын туберкулезі арасында екіде, үш— екіде, алты пайыз жағдайда кездеседі.
- Оленит жиырма жасқа дейінгі адамдарда жиі кездеседі.

Шынтақ буынының туберкулезінің дамуы қолдағы әлсіздік, бүгілудің шектелуі, буындардың ісінуі, бұлшықеттердің атрофиялануымен байланысты.

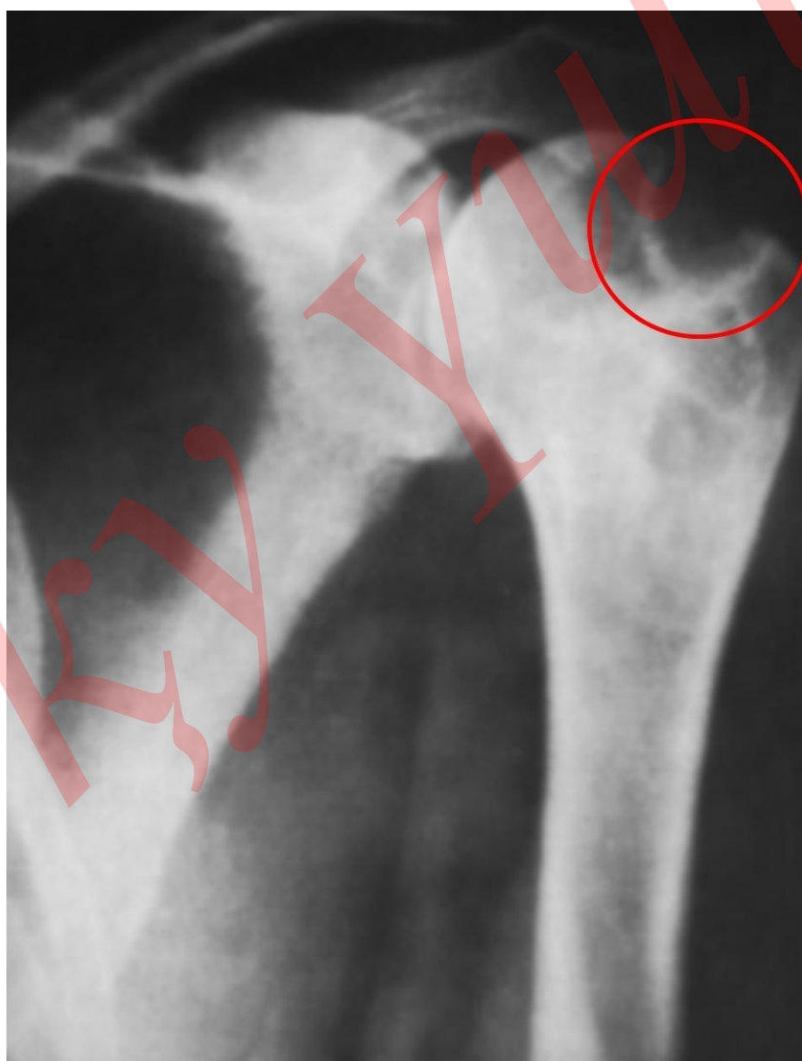


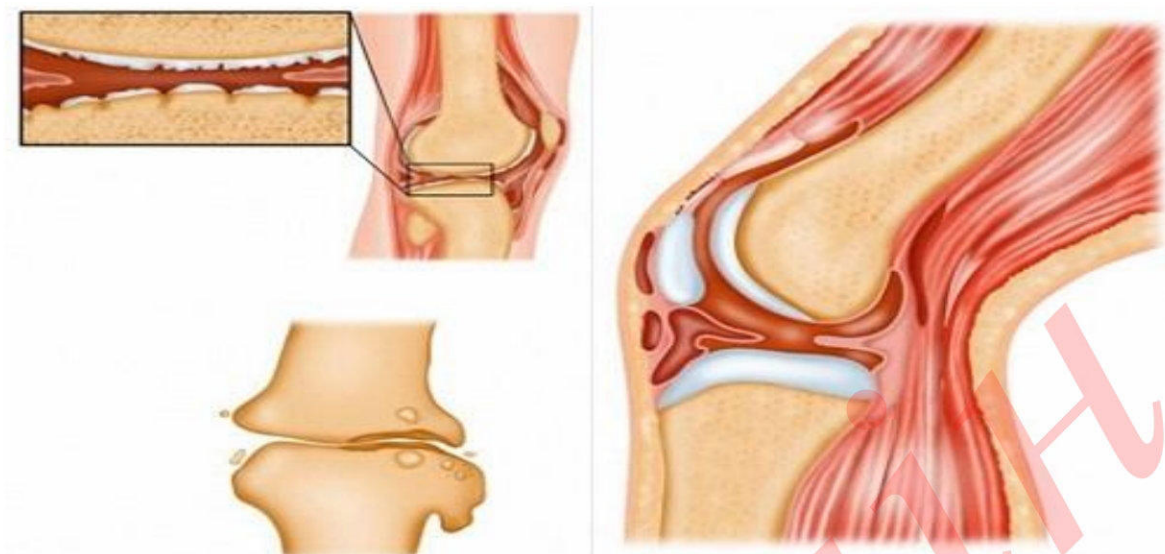
- Туберкулездің бұл түрінде деструкция ошағы иық сүйегі мен шынтақ сүйегінде жиі кездеседі. Созылмалы ағымында казеозды некроз ошақтары сүйек атрофиясы және остеопарозбен сипатталады.



Иық сүйегінің туберкулезі

- Иық сүйегінің туберкулезі көбінесе «құрғақ сүйек кеміруімен», буын капсуласының склероздануымен сипатталады, сүйекке жабысқан жерлерінде узураций болады, буынның көлемі кішірейді. Иық сүйегінің туберкулезінің дифференциальды диагностикасын іріңді артритпен, остеомиелитпен, біріншілік ісіктермен және метастаздармен, ревматоидты артритпен, иық сүйегінің асептикалық некрозымен жүргіземіз.



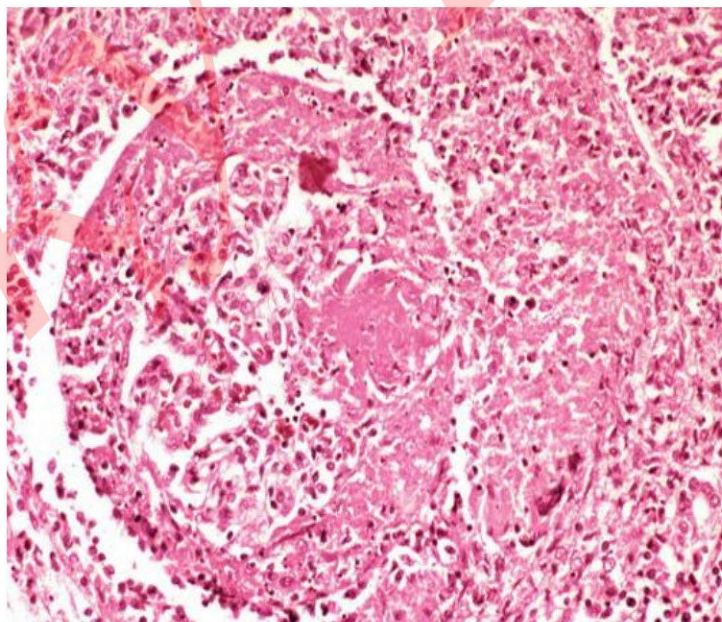


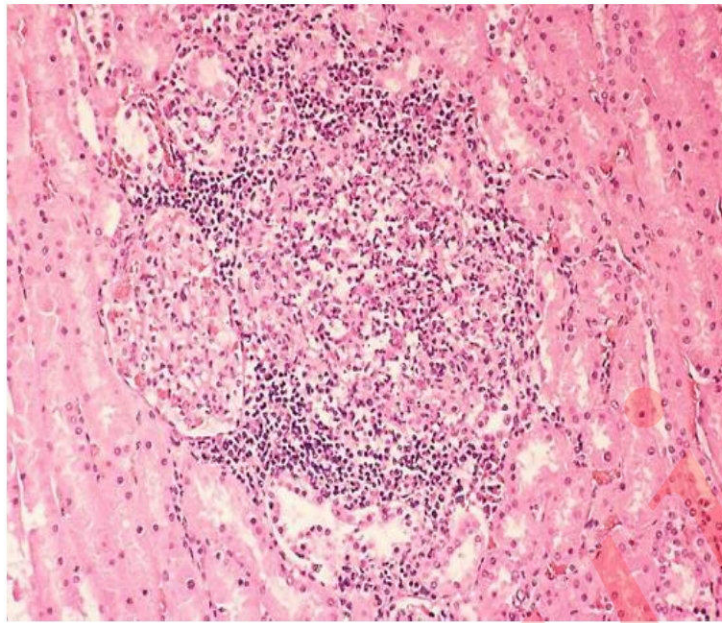
Бүйрек және несеп жолдарының туберкулезі

Бүйрек және несеп жолдарының туберкулезі өкпеден тыс туберкулездің отыз- елу пайызын құрайды. Бүйрек және несеп жолдарының туберкулезі егде адамдар арасында көп кездеседі, жиырма – қырық жастағы адамдар арасында қырық бесте, жеті – елу алтыда, екі пайыз төмендеген. Жынысқа бөліп қарағанда әйелдер елу бес пайызды құрайды.

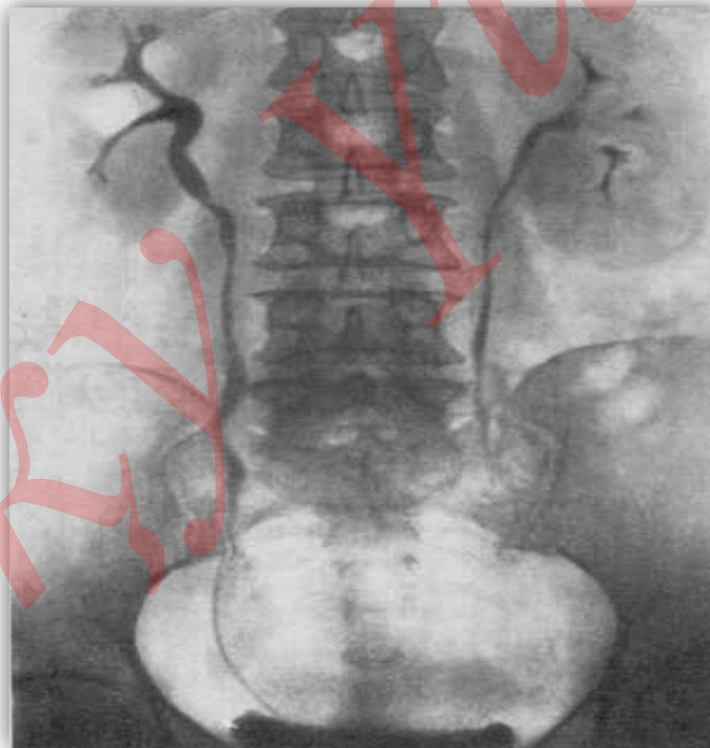
Бүйрек туберкулезі (Nephritis tuberculosa)

Бірінші кезең – бүйрек паренхимасының туберкулезі (біріншілік ошақ);





Екінші кезең – бүйрек емізікшенің туберкулезі (папилит);





Үшінші кезең – кавернозды туберкулез;



Төртінші кезең – поликавернозды туберкулез, пионефроз;



Бесінші кезең – посттуберкулезді пиелонефрит.

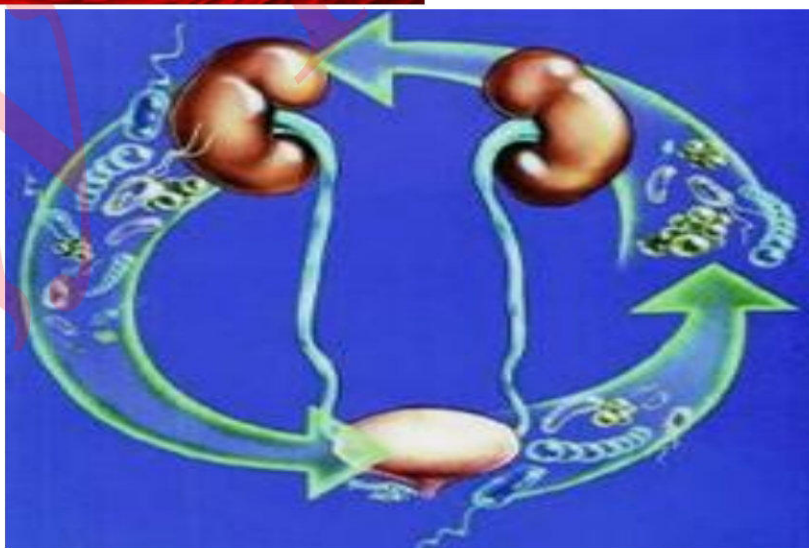
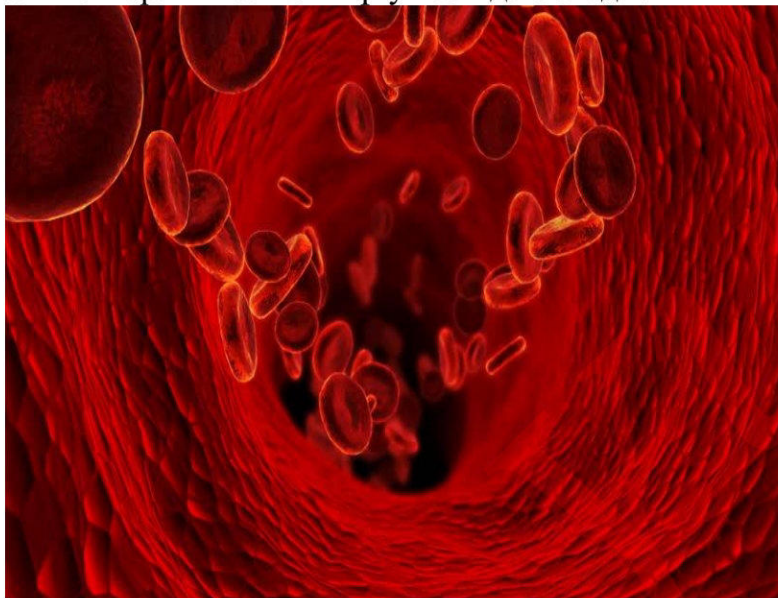
- Бактериологиялық сипаты: МБТ(+) – МБТ (-).
- Бүйректің функциональды жағдайы: функциясы бұзылмаған, төмендеген, жойылған.
- Қабыну процессінің фазалары: белсенді, латантті, ремиссия.
- Асқынулары (тастар, құрылым, пиелонефрит, амилоидоз, созылмалы бүйрек жетіспеушілігі, тыртықты өзгерістер, стриктуралар).
- Орналасуы (бір-екі бүйректе, жалғыс бүйрек, жоғарғы, ортаңғы, төменгі сегментте; бір тостағаншада, бүйректің тотальды зақымдалуы).

Несепағардың туберкулезі: жара тәрізді, тыртықты периуретрит.

Зәр қабының туберкулезі: жара тәрізді, тыртықты, рефлюксті және рефлюксіз микроқап.

Уретра туберкулезі: жара тәрізді, тыртықты.

Негізгі инфекция көзі - туберкулез микобактериясын қоршаған ортаға тараттын науқастың өзі. Туберкулез микобактериясының негізгі ену жолы – гематогенді. Өкпелік ошақтың құрылу кезеңінде бүйректің инфицирленуі жүреді, яғни иммунитет қоздырушыға әсер етпеуі қажет, бірақ та туберкулез микобактериясының гематогенді жолмен таралуы алғашқы аэрогенді немесе алиментарлы жолмен жұғу кезінде болады.



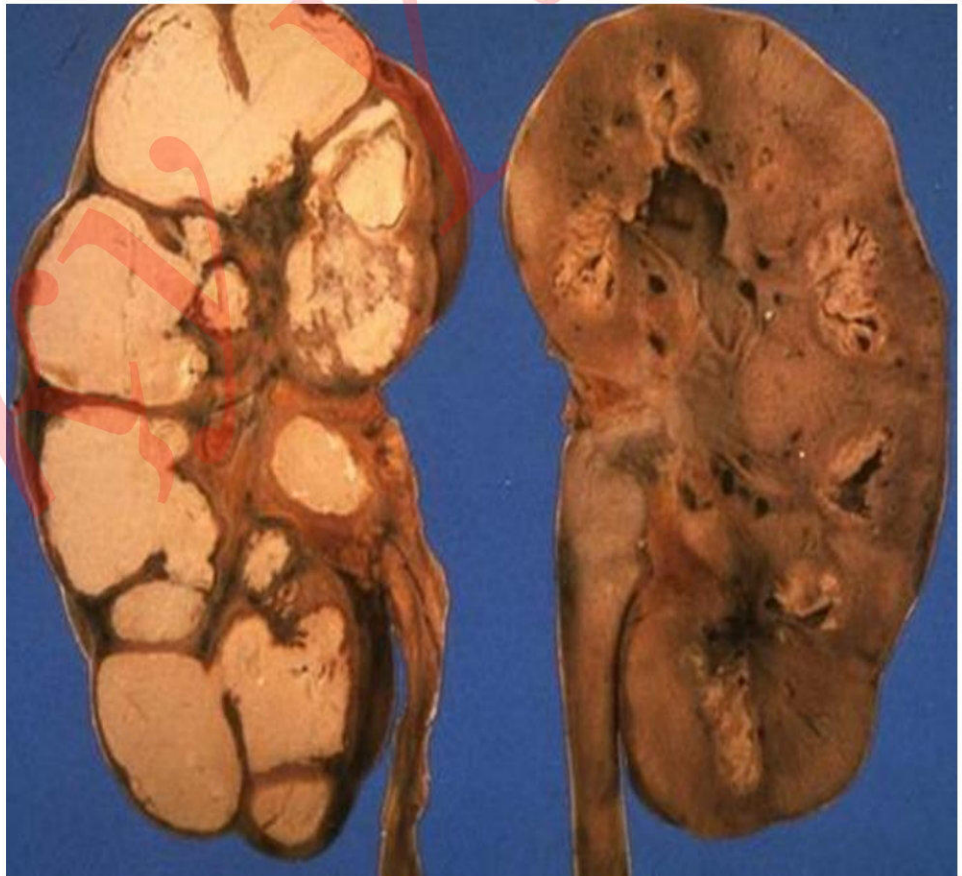
Туберкулез микобактериясының бүйрекке жұғуы бүйректің қандану ерекшелігіне байланысты.

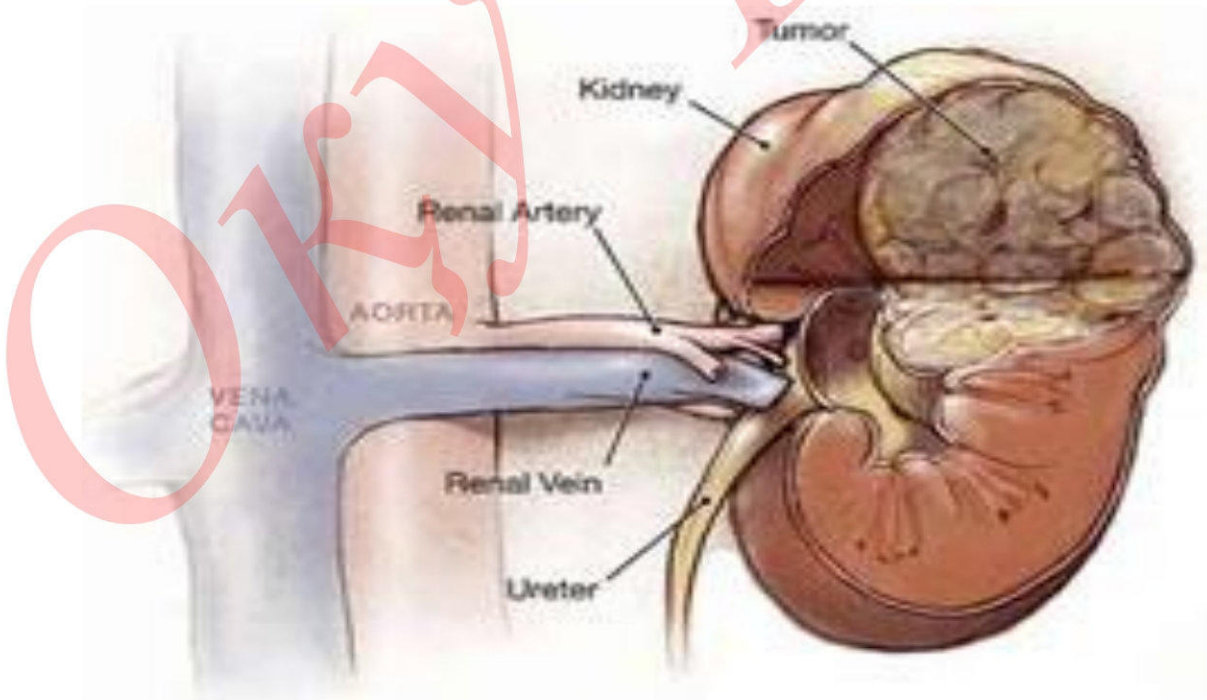
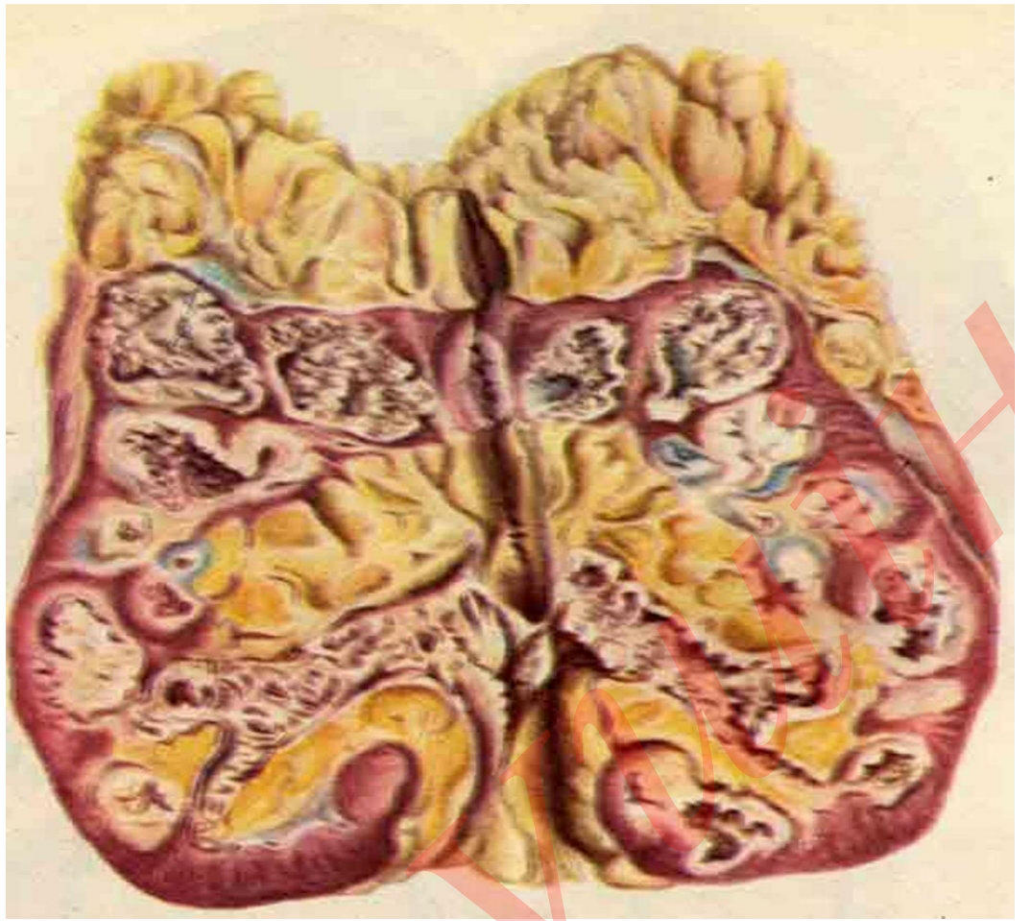


Туберкулез процесінің алғашқы жайылу кезеңінде, яғни қанға өту кезінде өкпедегі және бронхтардағы лимфа бездеріндегі туберкулезден қан ағысына түсетін туберкулез микобактерияларының әсерінен бүйректі де зақымдайды. Екі бүйректің де қыртыс қабатында ұсақ туберкулез ошақтары пайда болады. Көпшілік жағдайда науқастың кеселге қарсы тұру қабілеті жақсы болса, пайда болған ошақтар сорылып жойылады. Алайда, жергілікті қолайсыз жағдайлардан ошақтар толық сорылмай тыныштық күйге өтеді, кейде ілгері дамиды.

Патологиялық анатомиясы

Макроскопиялық зеріттеулерге қарағанда, бүйрек қыртысында шоғырланатын бастапқы туберкулезді өзгерістер көбіне паринхиманың бетіне түсі ақшыл-сары, әртүрлі көлемді, казеозды некроз ошақтарынан, оларды қоршаған эпителиоидты, алып және лимфоидты жасушалардан тұратын арнамалы түйіршікті тіндерден құралады. Кейінен бұл ошақтар бір-бірімен қосылып оның соңы патологиялық қуыс-каверна түзуге әкеледі.





Клиникалық көрінісі: несеп жүйесінің туберкулезінің көптеген белгілері болады, бірақ ешқандай патогномиялық белгілері жоқ. Туберкулез микобактерияларының енуінен клиникалық белгілерінің айқындалуына дейінгі ұзақ мерзімді уақытты құрайды. Ол көбіне бастапқыда өзге урологиялық ауруларға, яғни созылмалы пиелонефрит, бүйрек тасы ауруы, бүйрек ісігі, поликистоз, цистит және т.с.с. түрінде өтеді, ал кей науқастар субективті көріністері мүлдем болмайды. Науқастардың жалпы жағдайы қанағаттарлық болады, бүйректің поликавернозды түрі кезінде. Туберкулезді улану белгілері әлсіз болады. Бүйрек деструкциясының сатысы мен науқастың жалпы жағдайы арасы ұзақ болады.

Дене қызуының көтерілуі нефротуберкулезбен ауырған науқастардың бірден үш бөлігін құрайды. Көбінесе дене қызуы субфебрильді болады, тек нефротуберкулез бейспецификалық пиелонефритпен қосарлана жүрген кезде дене қызуы отыз сегіз – отыз тоғыз градусқа жетеді, қалтырау, жалпы әлсіздік, бас аурулары болады.



Артериальды гипертензия бүйрек туберкулезімен ауырған науқастардың отыз алтыда, алты пайызын құрайды, көбінесе әйелдер. Нефротуберкулезбен ауырған науқастардың артериальды гипертензиясының патогенезінде негізгі рольде ишемия болады, бүйрек паренхимасында үлкен деструктивті өзгерістерге байланысты болады. Бүйрек тінінің зақымдалу дәрежесіне қарай артериальды гипертензия жиі кездеседі. Бүйрек параенхимасының туберкулезі кезінде гипертензия бірде, екі пайыз науқаста кездескен, бүйрек емізікшесінің туберкулезі кезінде екіде, тоғыз пайызда болған, кавернозды бүйрек туберкулезінде онда, жеті пайыз, поликавернозды туберкулезде және пионефрозда жиырма сегізде, бір пайыз науқаста кездескен. Нефротуберкулезден емделген науқастарда артериальды гипертензия жиі кездеседі, себебі бүйрек тінінде ұзақ уақыт антибиотиктер қолданғаннан склеротикалық өзгерістер пайда болады.

Бел тұсының ауырсынуы елу- алпыс пайыз науқаста кездеседі. Бұл ауырсынулар тұйық, сыздап немесе бүйрек коликасына ұқсайтын болады, кейде дене қызуы көтеріледі. Ауырсынулар қысқа уақытты немесе ұзақ мерзімде болу мүмкін. Ауырсынулар бүйректің ұлғаюынан, фиброзды капсуласының тартылуынан, бүйректе қабыну процесінің жүруінен, бүйрек уродинамикасының бұзылысынан несептің шығуының қиындығы, бүйрек айналысында спайкалардың болуы.



Жиі несеп шығару нефротуберкулездің бастапқы кездері ауырсынумен болады. Туберкулезді ошақ қуықты жаулағанда дизурия болады, әр түрлі қабыну ошақтары, спецификалық туберкулезді жаралар, грануляция, қуықтың сыйымдылығы төмендетеді, себебі бұлшық етті қабатты тыртықтану тіні басады. Цистоскоппен тексергенде дизуриямен ауырған науқастың алпыс пайыз шырышты қабатында мардымсыз өзгерістер болады, несепте микрофлора және қабыну өзгерістері болмайды. Нефротуберкулез кезінде төменгі несеп шығару жолдарын тексергенде, тек қана органикалық және функционалды өзгерістер болады.



Зертханалық диагностика

Несепті зерттеу эритроцит- пен лейкоцитурія тіркеледі, рН төмендейді салыстырмалы тығыздығы көтеріледі. Екі стаканды сынаманы жүргіземіз, науқасқа екі стаканды беріп түсіндіреміз, бірінші стаканға бастапқы 5-10 мл несепті жинайды, екіншіге қалғанын жинайды. Есептегенде лейкоцитурія бірінші стаканда көп болса, бұл қабыну процессі уретрада немесе ұрық шығаратын жолдарда, құық асты бездерде жүреді. Қуық асты безде қабыну процессіне күдіктенгенде үш стаканды сынамаға жүгінеді.

Макро- мен микрогематурия бүйрек туберкулезінің ерте белгілері болады. Гематурия тұрақты болмайды, интермиттерлен болады. бүйреkteгі деструктивті процесс дамығанда бұл симптом жиілей түседі. Нефротуберкулезбен ауырған науқастарды зерттеу кезіндегі елу алты пайыз науқаста гематурия анықталған, оның он жеті пайыз ауырсынусыз макрогематурия болған.

Бактериологиялық тексеру несепте МБТ анықтау үшін кем дегенде бес мәрте анықтау керек, бұның өзінде алпыс пайыз анықталады. Несепте МБТ анықтау нефротуберкулезді дәлелдейді. Ер адамдарда МБТ несепте қуық асты безінің туберкулезі кезінде анықталуы мүмкін.

Несепте МБТ анықтау бактериоскопильқ әдіспен анықтауға болады, бұл люменесцентті микроскопия жиырма сегіз пайыз көрсеткіші жоғары болады.

Экспресс- диагностика әдісі ретінде ПЦР қолданады, микобактерия ДНК бірнеше сағатта анықтауға болады.

Сәулелік диагностика. Шолу рентгенографиясында бүйрек пен несеп жыныс жолдарының проекциясында кальцификаттарды анықтауға болады.

Экскреторлы урография бүрек патологиясын анықтайды. урокинематографиялық зерттеулер жүргізу арқылы фиброз, стириктураны анықтайды.

Ретроградты цистография қуықтық деформациясын, орналасуын, сиймдылығын, рефлюксты анықтайды.



Ретроградты пиелография сирек қолданады, стриктураны анықтауға, бүйрек жетіспеушілігінде жүргізіледі.

Артериография бүйрек паренхимасының көлемін, бүйрек тамырларының архитектурасын анықтауға, бүйрек резекциясын жасау жоспарланғанда жиі қолданады.

Компьютерлі томография дифференциальды диагностика кезінде қолданады.

Ультрасонография қабыну аймақтың химиотерапия жүргізген кезде үлкейгенін немесе кішірейгенін анықтау үшін қолданады.

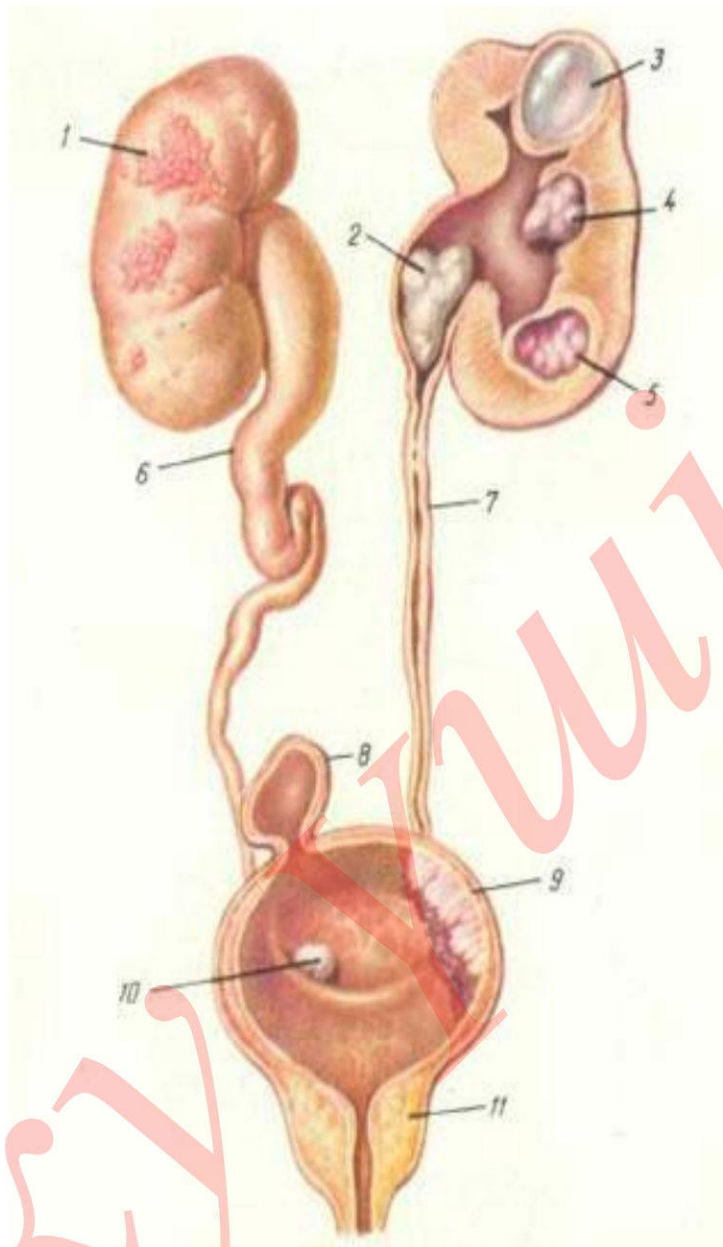
Бүйрек туберкулезінің негізгі белгісі зәрдің қышқылдану реакциясы және зәрдің меншікті салмағының монотонды төмендеуі



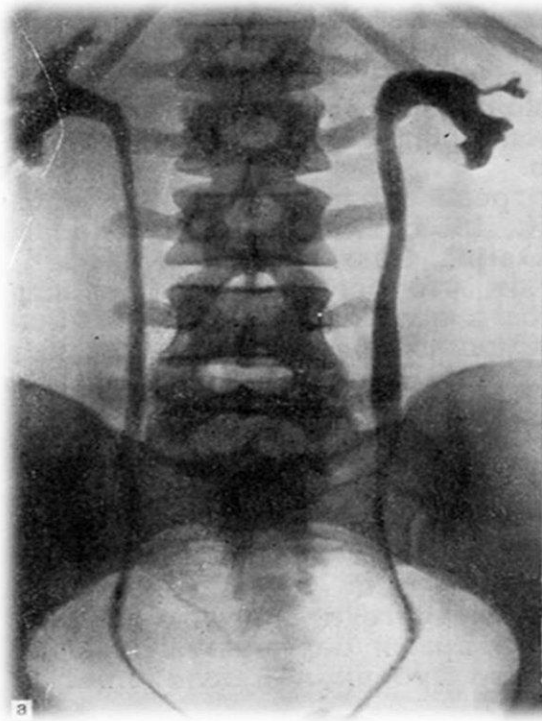
- ⊙ Анамнезінде туберкулезбен ауырғанын, туберкулезді науқастармен араласуы болғанын анықтау өте маңызды.
- ⊙ Бүйрек туберкулезінде бүйрек аймағын физикалық зерттеу әдістерінің мәліметі аз. Еркектердің сыртқы жыныс мүшелерінің, қуық түбі безінің, шаует көпіршігінің туберкулезге тән өзгерістерін сипап анықтаудың үлкен маңызы бар.
- ⊙ Лабораторлық зерттеулер. Зәрде-пиурия, гематурия, протеинурия және туберкулез микобактериясын анықтау. Лейкоцитурия деңгейін сандық әдістермен анықтау жиі нәтижелі болады. Туберкулезге зәрдің қышқыл реакциясы тән. Протеинурия-жалған, шумақтар зақымдалуынан емес, зәрдегі қабыну өнімдерінің салдары болады.



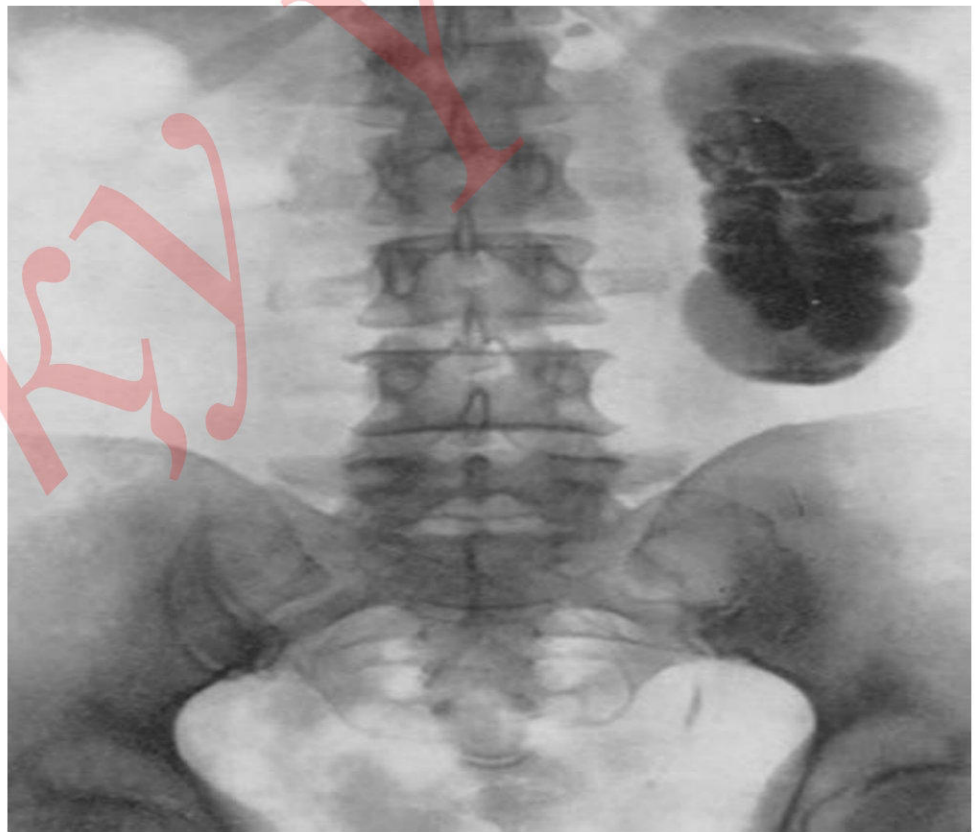
- *Туберкулездің нақты белгісі-зәрде туберкулез микробактерияларын, бактериологиялық зерттеумен және биологиялық сынамамен анықтау. Бактериологиялық әдіс- зәр тұнбасын қоректік ортаға жеделдетілген әдіспен терең егу қолданылады. Нәтижесі екі аптадан екі жарым ай аралығында дайын болады. Биологиялық әдіс-туберкулез микобактериясын анықтаудың ең сезімтал әдісінің бірі деп есептеледі.*
- *Туберкулинмен арандатушы сынамасы- туберкулинді тері астына енгізуден кейін зәр тұнбасындағы жасушалар мөлшерін сандық әдістермен лейкоцитурия, эритроцитурия деңгейін анықтайды*
- *УДЗ-бүйрек паренхимасының және тостағанша-түбекше жүйесінің өзгерістерін (каверналар, ізбестелген ошақтар, тастар, гидрокаликоз) айқындайды.*



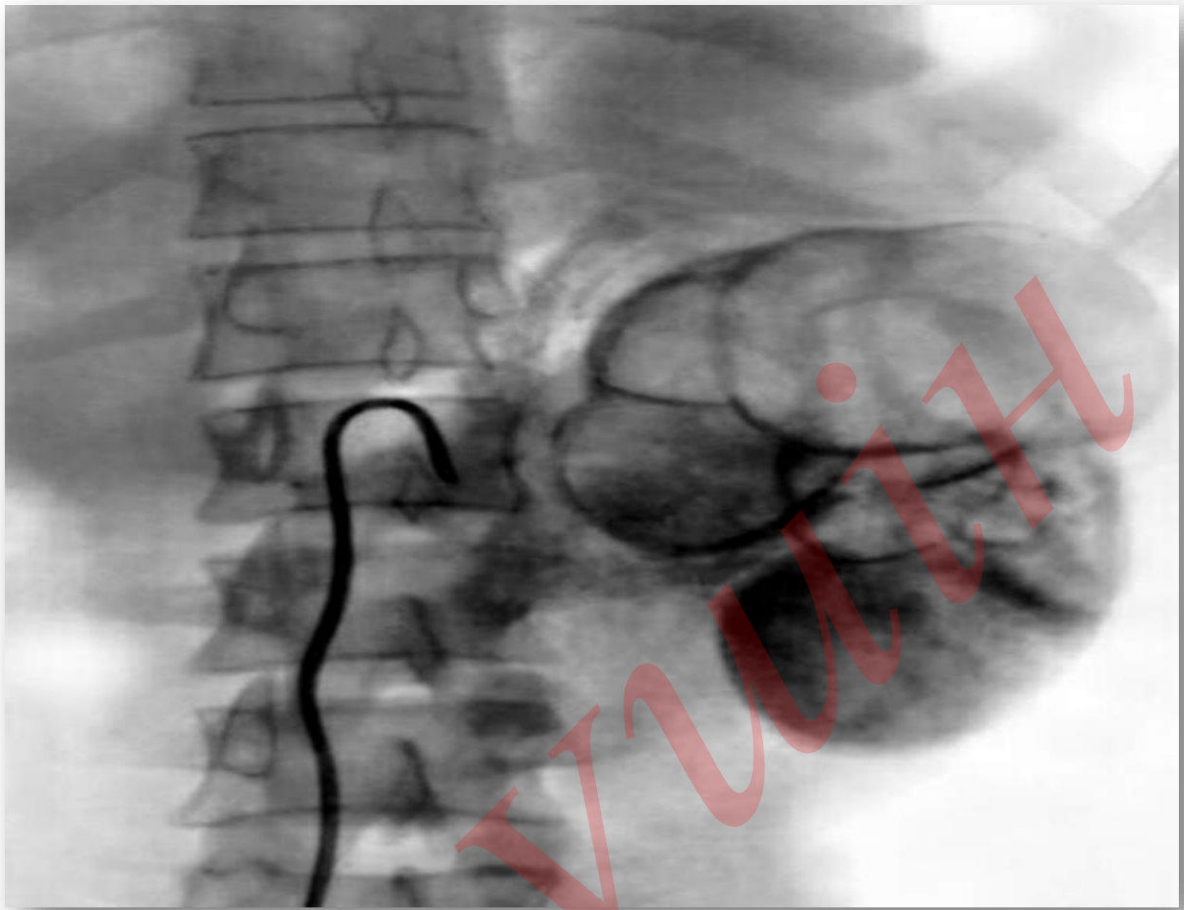
Ретроградты пиелограммада бүйрек туберкулезі



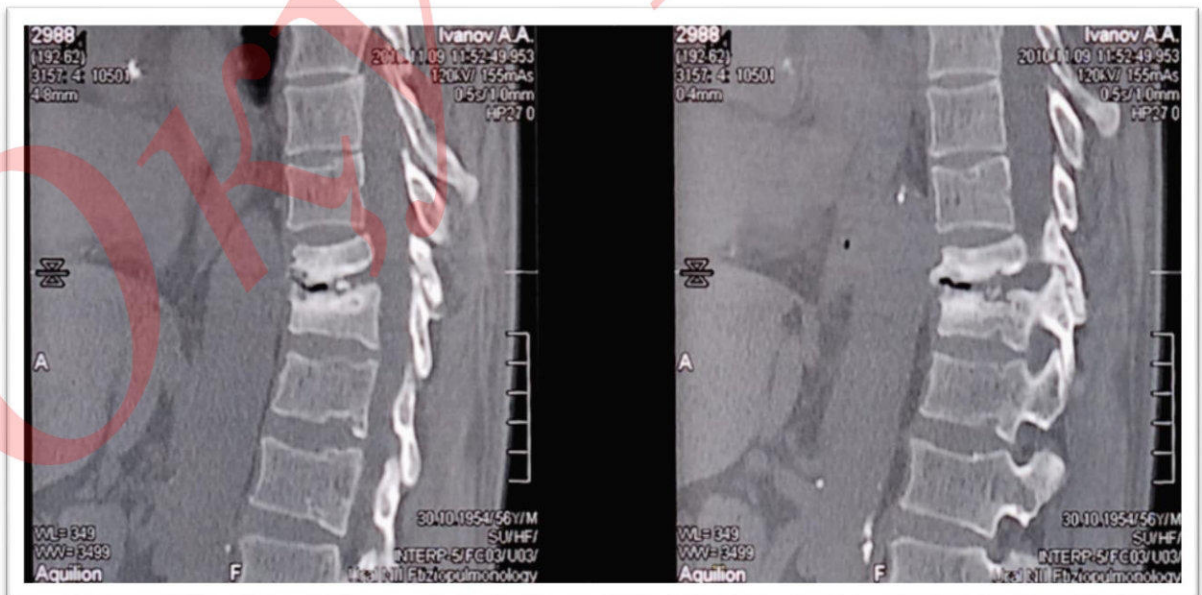
Рентгенограмма



Сигментті ангиограммада



Сол бүйректегі поликавернозды туберкулезінің МРТ



Дифференциальды диагностикасы

- ◎ Бүйрек туберкулезінің дифференциалды диагностикасы ең алдымен созылмалы пиелонефритпен жүргізеді. Пиелонефритке қарағанда, нефротуберкулезге неғұрлым тән белгілер мыналар: бүйрек шаншуы, дизурия, гематурия, протеинурия, цистоскопия кезінде анықталатын белгілер, сәулелік зерттеуде несеп жолдарының деструктивтік және стеноздық өзгерістері.
- ◎ Бүйрек туберкулезінің гидронефроздан айырмашылығы- тостағанша-түбекше жүйесінің кеңіуінің біркелкі еместігі. Нефротуберкулезде тотальды ауырсынусыз гематурияны бүйрек ісігінен айыру қажет. Мұны айқындауға УДЗ, КТ және ангиография мүмкіндік береді.
- ◎ Дифференциалдыдық диагностикада бүйрек туберкулезін айқындайтын негізгі әдіс- бактериологиялық зерттеумен зарде туберкулез микобактерияларын анықтау болады.
- ◎ Бүйрек туберкулезін гидронефроз, уретрогидронефроз, пиелонефриттен ажырату керек. Рентгенологиялық көрінісінде медулярлы некроз, пиелонефриттің іріңді асқынуынан, медулярлы дененің аномалиясынан ажыратылу керек, деструктивті ошақтар кистозды әрі тығыз ісінулерге ұқсауы мүмкін болады.

Еркек жыныс мүшелерінің туберкулезі

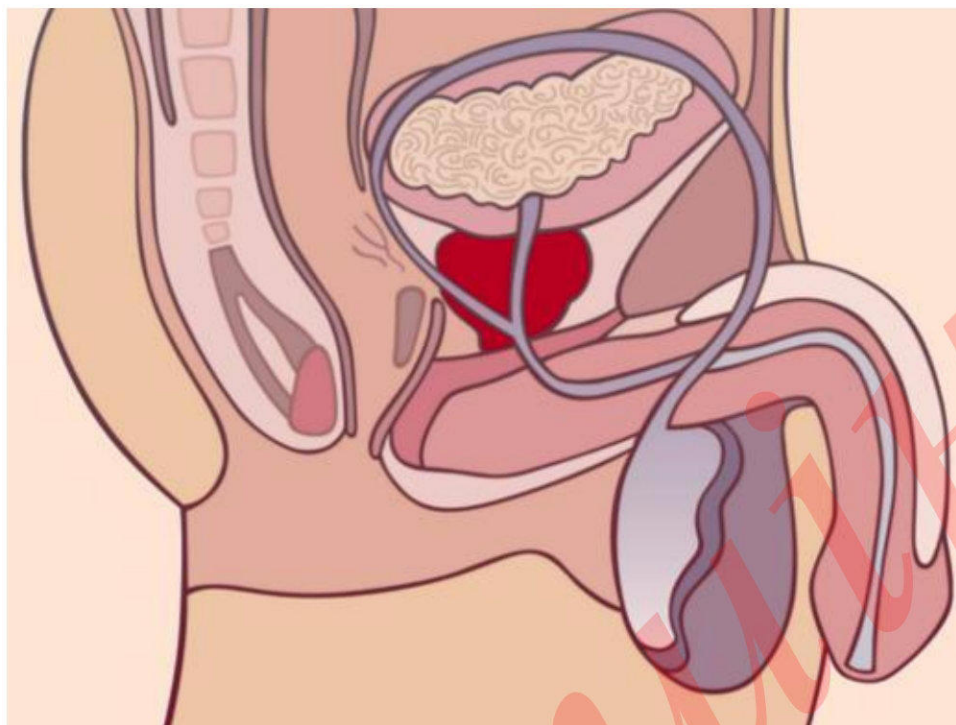
Этиологиясы. Еркектің жыныс мүшелері туберкулезінің этиологиясы басқа мүшелердің осындай туберкулезіне ұқсас болады.

Патогенезі. Еркектің жыныс белгілері туберкулезінің патогенезіне тән ерекшелік, оның бүйрек пен несеп жолдары туберкулезімен байланысы болып келеді. Қуықасты безінің, ұрық көпіршіктерінің, ен мен ен қосалқысының туберкулезімен ауыратын науқастардан олардың бүйрегі мен жоғарғы несеп жолдарын мұқият зерттегенде шамамен елу пайызында туберкулез процесі табылған.

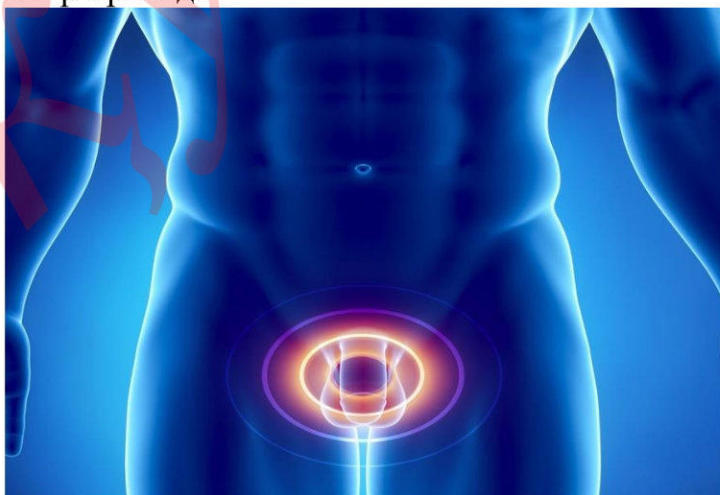
Бүйрек туберкулезіндегідей, туберкулездің алғашқы немесе кейінгі таралу кезеңінде инфекция гематогенді жолмен жыныс мүшелеріне өтеді. Алайда еркектің жыныс мүшесіне туберкулез микобактерияларының түсуі барлық жағдайларда бірдей аурудың клиникалық дамуын көрсетпейді, ол кейінірек әлде бір жаңа немесе жергілікті қолайсыз факторлардың (тону, сыртқы жыныс мүшелерінің зақымдануы және т.с.с.) әсер етуі нәтижесінде пайда болады.



Ен қосалқысының туберкулезі көбіне еркектің жыныс мүшесі туберкулезінің алғашқы клиникалық көрінісі болып келеді. Сондықтан туберкулез алдымен ен қосалқысын зақымдайды, одан соң басқа жыныс мүшелеріне таралады деп есептейтін, яғни туберкулез ең алдымен қуық асты безінде пайда болып, кейін ұрық көпіршігі мен ең қосалқысына таралады деп қабылданды. Қуық асты безі мен ен қосалқысының бір мезгілде гематогенді зақымдануы да жоққа шығарылмаған. Қалай болғанда да, еркектің жыныс мүшелері туберкулезінің патогенезі жөніндегі мағлұматтардан мынадай практикалық қорытынды шығады: ен қосалқысы туберкулезінің белгілері білінгенде басқа жыныс мүшелері несеп жүйесінің мүшелерін тексеру керек.



Патологиялық анатомия. Еркектің жыныс мүшелері туберкулезінің макроскопиялық морфологиялық көрінісі өте ерекше болады. Бастапқы сатыда, инфильтративтік процесте мүшенің ісінгені, бөрткені, нығыздалғаны байқалады, оның беті бұдырланады. Аурудың одан әрі дамуында инфильтрация ошақтары іріңдеп, ыдырай бастау мүмкін. Бірқатар жағдайларда бұл процесс көршілес тіндерді (ен мен ен қосалқысының туберкулезінде ұманы, қуық безінің туберкулезінде — несеп шығару өзегін) де қамтуы мүмкін. Туберкулез ошақтары некрозды және іріңді заттардан арылып, каверналар түзіледі.



Ен қосалқысының туберкулезі көбіне оның төменгі, «құйрық» бөлімінде басталып, одан соң осы мүшенің қалған бөлімдеріне, сондай-ақ еннің оған жанасып жатқан бөлігіне де таралады. Процестің басында ен мен оның қосалқысының бетінен жекелеген туберкулез төмпешіктері көрінеді.

Біртіндеп ен қосалқысы немесе еннің өзі қосалқымен бірге ыдырау және іріңдеу ошағына айналуы мүмкін. Көп жағдайларда ен қосалқысының үлкейетіні соншама, ол енді барлық жағынан дерлік қоршап алады, бірақ еннің өзі өзгеріссіз қалады — ол ен қосалқысына қарағанда әлдеқайда сирек зақымдануы мүмкін. Ен мен ен қосалқысының туберкулезі көбіне екі жақты болады, бірақ әдетте алдымен бір жақтан басталады.

Қуық асты безі мен ұрық көпіршіктерінің туберкулезі де төмпешіктер түзуден бастайды. Мұндай төмпешіктер кейін инфильтрация ошақтарына қосылып, казеозды некроз бен іріңді ыдырауға ұшырауы мүмкін. Туберкулез абсцесі пайда болып, көршілес тіндерге (барынша қолайлы жағдайларда — несеп шығару өзегіне) ашылады да, олар босаған соң — каверна пайда болады. Қуық асты безі мен ұрық көпіршіктеріндегі өзгерістер әдетте сыртқы жыныс мүшелерінің зақымданған жағына сай келетін тұста жақсы байқалады. Ауру асқынған кезде бұл процеске ұрық шығаратын өзек те катысады, ондағы толып жатқан инфильтрация ошақтарында кезектесіп келіп отыратын қалыпты аймақтар болады (тәспі тәрізді ұрық шығаратын өзектің керінісі). Еркектің жыныс мүшелері туберкулезінің бактериоскопиялық көрінісі басқа мүшелер туберкулезінің осындай көрінісіне ұқсайды.

Белгілері мен клиникалық барысы. Еркектің жыныс мүшелері туберкулезімен ауыратын науқастардың жалпы күйі көбіне қанағаттанарлық болады. Шұғыл басталатын бастапқы сатыда дене қызуы көтерілуі мүмкін, қанның анализі лейкоцитозды анықтайды, ЭТЖ артады.

Еркектердің жыныс мүшелері туберкулезінің жергілікті белгілері айтарлықтай патогномиялы болады. Процестің алғашқы клиникалық көрінісі, әдетте, ен қосалқысы жағындағы өзгерістер болады. Ен қосалқысының туберкулезі еркектердің жыныс мүшелеріндегі барлық аурулардың шамамен жиырма пайызын құрайды. Әртүрлі статистикалық мағлұматтарға қарағанда, жеті- елу пайыз жағдайларда ен қосалқысының екі жақты ауруы кездеседі. Бұрын туберкулез эпидидимитіне болбыр, созылмалы ауру тән болатын. Алайда жарақаттануға немесе суық тиюге байланысты ен қосалқысының туберкулезі науқастардың үштен бірінде жедел басталады. Мұнда ұманың тиісті жартысы қатты ауырып, бірнеше сағаттың ішінде қызару мен оның ісінуі басталады. Ұма үлкейеді, ен мен ен қосалқысы нығыздала бастайды. Үш – бес күннен кейін жедел ауру басылады, бірақ үлкеюі, әркелкі нығыздалуы және бедерлілігі біраз уақыт сақталады. Бұдан әрі зақымданған ен қосалқысы ұманың терісімен бірігіп, одан соң бұл тұста іріңді жыланкөз пайда болады. Мұндай жыланкөз ен қосалқысы қабынуының туберкулезді тегіне тән белгі болып табылады, бұл оның бинарнамалы эпидидимиттен айырмашылығы болып келеді. Іріңді жыланкөзбен шығуы науқасқа біраз жеңілдік әкеледі, бірақ ен қосалқысындағы өзгерістер өрши береді, ен қосалқысының орнында біртұтас төмпешікті тығыз конгломерат туындайды.



Қуық асты безі туберкулезінің белгілері аса көп болмайды. Ауру басталғанда науқастар зәр шығарудың болмашы бұзылғанына, көптеген ауру түйсіктеріне шағым жасайды, көбіне ешқандай шағымданбайды. Осы қуыстар мен несеп шығару өзегі арасындағы үрпіден ірің шығуына ұштасатын терең жара мен безде туберкулез қуыстары пайда болғанда дизурия құбылыстары кенет көбейіп кетеді. Әдетте мұндай науқастардың зәрінен туберкулез микобактерияларын табылады. Қуықасты безі туберкулезінің объективтік белгілері өзіне ғана тән болады. Бастапқы сатыда оны тік ішек арқылы саусақпен тексергенде без бетінің сәл төмпешікті екенін, оның терең қабатында шағын түйіндердің болатынын байқайды. Аурудың едәуір кейінгі сатыларында қуық безінде қомақты, қатты түйіндердің болуымен ерекшеленеді.

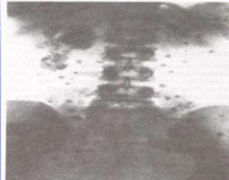
Ұрық көпіршігінің туберкулезінде оны қуық асты безі үстіндегі жұмыр түйінді сипау арқылы байқауға болады. Көбіне ұрық көпіршіктерінің туберкулезі қуық безінің туберкулезіне ұласатындықтан, процесс асқынған жағдайда оларға қосылуы мүмкін.

Ұрық шығаратын өзек туберкулезін ондағы тәспі тәрізді түйіндерді сипау арқылы байқауға болады. Егер бұл процеске ұрық бауының тіндері қатысатын болса, ол жуандап, нығыздалады (туберкулез фуникулиті).


Жыныс мүшесінің туберкулезі оның басындағы жара және каверналы дененің түйіндері түрінде ете сирек кездесуі мүмкін.

**Рентгенодиагностика туберкулеза органов
мочевой системы и мужской половой системы**

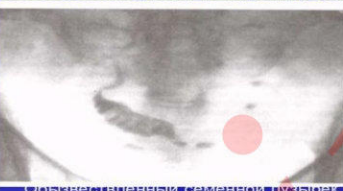
- 1. Обзорная рентгенография
 - участки обызвествления в почке, забрюшинном пространстве, предстательной железе, семенном пузырьке.
 - Асимметрия контуров почки



Обызвествление правой почки, лимф. узлов



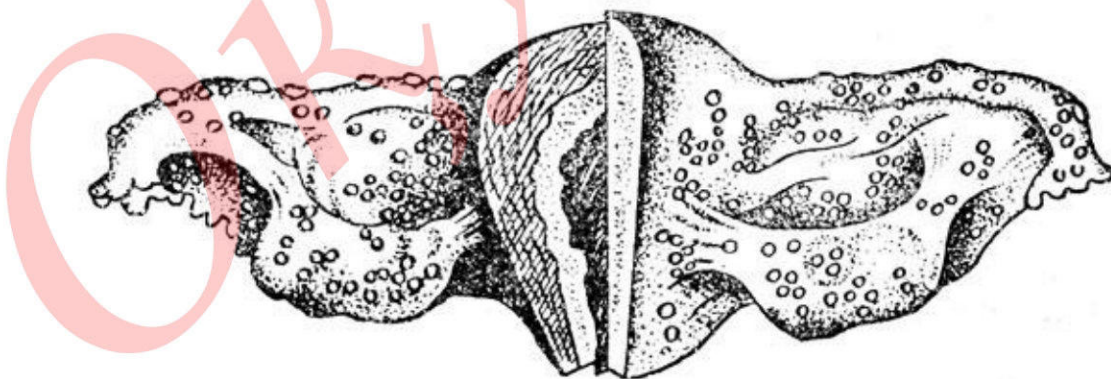
Обызвествленные очаги в предстательной железе



Обызвествленный семенной пузырек

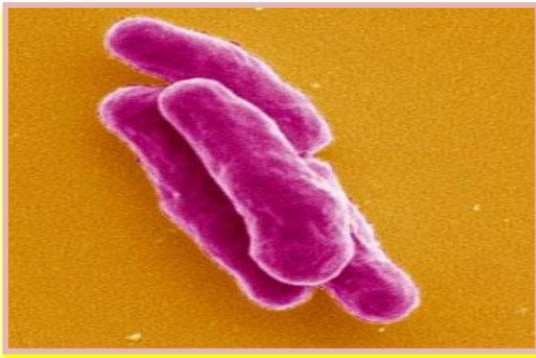
Әйел жыныс ағзаларының туберкулезі

Әйел жыныс мүшелерінің туберкулезі – әйел жыныс мүшелеріне туберкулез микобактериясы енгеннен соң инфекциялық процесс арқылы дамиды. Ерекшелігі, бұл туберкулез түрі жеке ауру ретінде дамымайды, біріншілік ошақтың таралуымен екіншілік ошақ дамиды. Көбінесе өкпеден, сирек ішектердегі ошақтардан жұғады. Көбінесе туберкулез жатыр түтіктерін зақымдайды, сирек жағдайда жатыр және аналық бездерін зақымдайды. Ал қынап пен аралықтардың туберкулезбен зақымдалуы өте сирек кездеседі (инфекция бұл жерге төменгі жолдармен жатыр мен жатыр түтіктерінен жұғады). Жиі жиырма - отыз жастағы әйелдер ауырады, бірақ жасөспірім қыздар мен егде жастағылар да сирек кездеседі.



ЭТИОЛОГИЯСЫ

Қоздырғышы – *Mycobacterium tuberculosis* гематогенді,



лимфогенді немесе тікелей жанында орналасқан мүшелерден жыныс ағзаларына өтеді. Барлық туберкулез микобактериялары қышқылға тұрақтылығымен ерекшеленеді.

Қауіп факторлары:

- Имунитеттің төмендеуі
- Толық қанды емес тамақтану
- Туберкулезбен ауыратын жандармен жақын қарым-қатынаста болу
- Жыныс мүшелерінің созылмалы қабыну ауруларының болуы
- Бұрын туберкулезбен ауырған
- Етеккір циклының бұзылыстары

Патогенезі және патологиялық анатомиясы

Әйел жыныс ағзасының туберкулезі, бастапқы туберкулезді жұқтырған кезінде пайда болған гематогенді диссеминацияның латентті ошақтарының реактивациясына байланысты болады.



Жіктеме.1

- экссудативті түрі
- продуктивті-пролиферативті түрі
- фиброзды-склерозды түрі

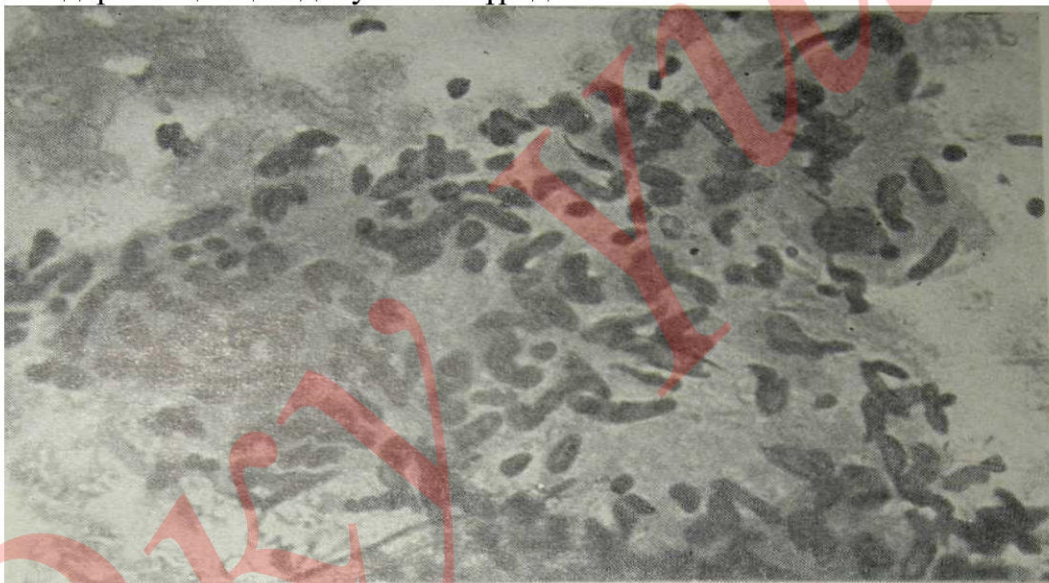
Жіктеме.2

- Созылмалы түрі
- Жеделдеу түрі
- Казеозды түрі

- Аяқталған түрі
Жіктемесі.3

- Зақымдалу жиілігі бойынша бірінші орында – жатыр түтікшелер (тоқсан – жүз пайыз), екінші — эндометрия (жиырма бес – отыз пайыз). Сирек жағдайда аналық безі (алты – он пайыз) және жатыр мойны (бір – алты пайыз), өте жиі — қынап туберкулезі мен сыртқы жыныс ернеулерінің туберкулезі болады.

Зақымдалу ошағында алғашқы кезде морфологиялық өзгерістер: тіндік элементтердің экссудациясы мен пролиферациясы, каеозды некроз қалыптасады. Жатыр түтікшелерінің туберкулезі жиі оның облитерациямен аяқталуы мүмкін, экссудативті-пролиферативті процестер салыпінкстің дамуына әкеледі, ал егер жатыр бұлшық етті қабаты да қатысатын болса туберкулалар жиі түзіледі. Туберкулезді эндометрит кезінде басқа бөлікте каеозды некроз ошақтары байқалады. Жатыр қосалқыларының туберкулезі кезінде процесс іш астарға жайылумен көрініс береді, спайқалар түзіледі кейде фистула түзіледі. Жыныс мүшелерінің туберкулезі зәр шығару жолдарының зақымдалуымен жүреді.



Туберкулез микобактериясы жатыр түтікшесінің дистальды ұшына бекінеді. Одан кейін туберкулезді үрдіске барлық түтікшелер, жатыр және аналық бездері, іштің жақын жатқан аймақтары да зақымдалады. Жатыр қосалқыларының туберкулезі екі жақты болып келеді Қосалқылардың ұлғаюы онша үлкен емес. Бірақ кейбір науқастарда үлкен тубовариальды конгломераттар кейде түзіледі.

КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСІ

Ерте кезде жалпы туберкулездік улану симптомдарымен көрінеді. Қыздарда іш аймағында нақты локализациясыз ауырсынулар болады, менструация кеш болады, етеккір циклының бұзылыстары жиі анықталады. Жалпы жағдайының нашарлауы және улану белгілерінің пайда болуы, жыныстық өмірді бастауымен сәйкес келеді.

СИМПТОМДАРЫ

Бедеулік

Етеккір циклының функциялық бұзылыстары: аменорея, етеккірдің ауырсынумен өтуі

Жатырлық қан кетулер- етеккір циклы кезінде немесе етеккір аралық кезеңде жиі болуы

Іштің төменгі бөлігінің тартып, шаншып ауырсынуы

Туберкулездік уыттану:

- Дене қызуының отыз жетіде, бес – отыз жетіде, тоғыз градусқа дейін көтерілуі

- Әлсіздік, тез шаршау

- Түнгі кезде тершеңдік

- Тәбеттің мүлдем болмауы

- Дене салмағының бірден төмендеуі

ДИАГНОСТИКА

Ішкі жыныс мүшелерінің жағдайын бағалауға гинекологиялық зерттеулен басқа ультра дыбыстық зерттеу және компьютерлік томография қолданылады. Түтіктердің өтімділігін анықтау үшін гистеросальпингография көмегімен жүргізіледі. Туберкулезге күдіктенгенде диагностикалау мақсатында, кейде тері астылық туберкулинді сынама жүргізеді. Жалпы және ошақты реакциясының пайда болуы жыныс мүшелерінің туберкулезді этиологиялы зақымдалуымен сипатталады. Жатыр туберкулезі диагнозын нақтылау үшін, зерттеулік қырнауды жүргізу керек, жағындыны туберкулез микобактериясына зерттеледі. Лапароскопия кезінде туберкулезге тән төмпешікті бөртпелер табылғанда зерттеуге алынуы керек.



Туберкулез және жүктілік- дәрігерлер үшін өзекті мәселелердің бірі.

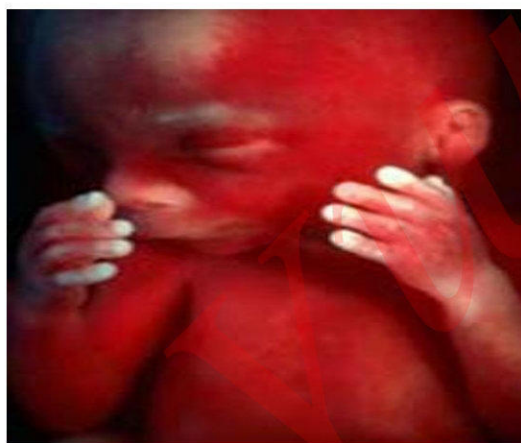
Әйелдер туберкулездің барлық түрімен жиі ауырады. Көбінесе, шектелген түрі басым болады, фиброзды-кавернозды түрі сирек болады. Қазіргі кезде мұндай науқастардың саны күрт төмендеген, себебі әйелдер кеңесінде қауіп-қатер тобына жататын жүктілер арасында кеңінен туберкулезге қарсы іс-шаралар жүргізіліп отырады. Туберкулез ауруымен көбіне жүктіліктің бірінші

триместрінде ауыруы жиілігі, екінші триместрге қарағанда екі есе жоғары болып келеді,

патологиялық процесс жіті түрде және қолайсыз өтеді, егер де ауыр түрі болатын болса өкпе тіндерінің ыдырауына және туберкулез таяқшаларының бөлінуіне алып келеді, ал ол өз кезегінде өкпенің, трахея, жұтқыншақ, бронхылардың құрылымының өзгерістеріне әкеледі, жүкті әйелдерде көбіне өкпенің бір бөлігінің зақымдануы 70-75% жетпіс – жетпіс бес пайызды құрады.

Туберкулезбен ауырған анадан сау бала туылады.

Туберкулезбен нәрестені құрсақішілік зақымдануы M.Tuberculosis кіндік көк тамыры, плацента, амниотикалық сұйықтықты жұтуы нәтижесінде мүмкін болады.



Туберкулезбен ауырған аналардан баланың дені сау болып туылады. Тек кейбір жағдайларда ғана іштегі инфекцияны жұқтыруы мүмкін. Көбінесе нәрестелер туғаннан кейін анасынан туберкулез микобактериясын жұқтырады. Сол себепті жаңа туған нәрестені емшекпен емізуге тек туберкулез микобактериясын бөлмейтін, белсенділігі жоқ туберкулезбен ауыратын аналарға рұқсат беріледі.

Туберкулездік процесстің көрінісі:

Белсенділігі

- белсенді емес түрі, жүктілік кезінде ешқандай асқынулар болмайды
- белсенді процесс, жүктілікке дейін дамыған, емделмеген, емді толық аяқтамаған, жүктілік кезінде асқынуы мүмкін

Арудың пайда болу мерзімі:

- Біріншілік туберкулез, жүктілікке дейін дамыған, осы түрі қауіпті болып келеді
- Екіншілік туберкулез, жүктіліктен кейін дамуы мүмкін

- Жайылған және деструктивті қауіпті түрілері

- туберкулездің жіті ағымды түрі де қауіпті, сонымен қатар созылмалы деструктивті процесс кезінде, туберкулез микобактериясының көптеген дәрілерге тұрақтылығы анықталған жағдайда қауіпті болып келеді
-бүйрек туберкулезі жағымсыз процесс, себебі жүктілік кезінде бүйрекке жүктеме жоғары болады да, ол латентты формасына айналуы мүмкін
- жыныс мүшелерінің туберкулезі сирек кездеседі. Бірақ эндометрит туберкулезімен қоса болған жағдайда қауіп факторына жатқызуға болады, ағымы қолайсыз.

Клиникалық көрінісі

Жүктіліктің бірінші триместрінде пайда болған өкпе туберкулезінің уыттану симптомдары өзіне тән ерекше белгілері болмайды, оны жүктілік токсикозымен шатастырып алуымыз әбден мүмкін, ол туберкулез диагнозын қоюды қиындатады.

Науқаста:

- Жалпы әлсіздік
- Көңіл күйінің жалпы нашарлауы
- Тәбеттің жиі төмендеуі
- Салмақ тастаумен көрінеді.

Жүктіліктің екінші жартысында жайылған инфильтратты немесе казеозды ыдыраулы үрдістердің дамуына қарамастан науқастың жалпы жағдайында елеулі өзгерістер болмайды.

Диагностикасы:

Туберкулезбен ауыратын жүкті әйелдерде міндетті түрде қақырықтың бактериологиялық, бактериоскопиялық зерттеу әдістері жүргізілуі керек. Қақырық аз мөлшерде болған жағдайда ықпалдаушы ингаляциялар қолданылады. Сәулелік зерттеулер шектеулі дозада жасалуы тиіс. Рентгеноскопия және флюорографияны қолдануға болмайды. Сондай-ақ төмен дозалы сандық компьютерлік рентгенография жасауға болады (компьютерлік томография емес). Рентгенолог сәулені тура кеуде қуысына бағыттап, құрсақ қуысын, жамбас бөлімдерін резеңкелі қорғасындалған алжапқышпен дұрыстап жабуы керек.

Асқынуылары:

Өкпе туберкулезімен ауыратын жүкті әйел → қанда оттегінің жетіспеушілігі → гипоксия → өкпе жүректік жетіспеушілік → фетоплацентарлы жетіспеушілік → мерзімінен бұрын босану мүмкін.



Туберкулезді ұйттану бұл процесстерді үдетеді.

- Анамнезді толық жинау, шағымдарын жүелі сұрастыру
- Жалпы клиникалық зерттеулерді жүргізу:
- Жалпы қан анализінде: таяқша тәрізді нейтрофильдердің пайызы жоғарылайды, жас түрлердің пайда болуы, эозинопения, моноцитоз
- Биохимиялық анализ: гипопротеинемия, гиперфиброгенемия
- Жалпы несіп анализі: протеинурия, пиурия, гематурия

Манту сынаамасы

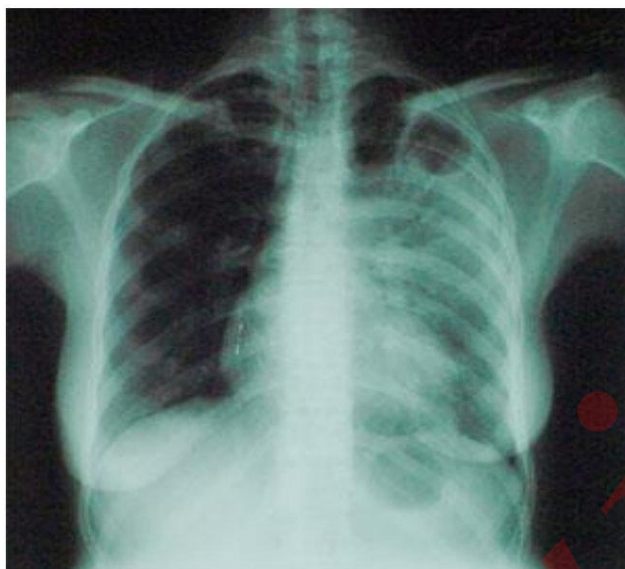
Туберкулез бацилласының сығындысын туберкулинді енгізуге негізделген, туберкулез ауруын анықтауда қолданылатын аллергиялық сынама ретінде қолданады. Сынаманы жүкті әйелдің өзіне және отбасы мүшелеріне жүргізеді:

- нормергиялық реакция – папула түрінде он миллиметрден аспау керек
- гиперергиялық реакция – папула он алты – жиырма миллиметрден асатын немесе везикула, пустиула болады

Туберкулез микобактериясын анықтау

- бактериоскопиялық зерттеу: қақырықты, бронхылардан жағынды сулары, нефротуберкулезге күдік болғанда зәрді зерттеу керек
- бактериологиялық зерттеу: туберкулез бактериясын бактериологиялық егу әдісі арқылы жүргізіледі. (Левенштейн Йенсен әдісі)
- ПЦР

Рентгенологиялық зерттеу



Кеуде клеткасының рентгенографиясы- анасының кеуде клеткасына қарағанда ұрыққа тігінен жүргізген рентгенологиялық тексеріліс кезінде сәулелену қаупі он есе аз болады.

Алдын алу шаралары:

- резиналы фартук қорғасынды қабыты бар
- жүктіліктің он екі аптасынан кейін жүргізуге болады
- қарсы көрсеткіш: флюорография және рентгеноскопия
- Оптимальді: төмен дозалы рентгенграфия, нефротуберкулез болған жағдайда экскреторлы урография, хромоцистоскопия, ретроградты пиелография жүргізіледі

Жүкті әйелдер, бала емізетін аналар туберкулез ауруханасында немесе санаторийларда ем алады. Препараттар қажетті мөлшерде белгіленеді. Дәрілерді таңдау кезінде кейбір препараттардың диспепсиялық бұзылыстар түрінде жанама әсері пайда болуын ескеру қажет.

Шеткі лимфа түйіндерінің туберкулезі

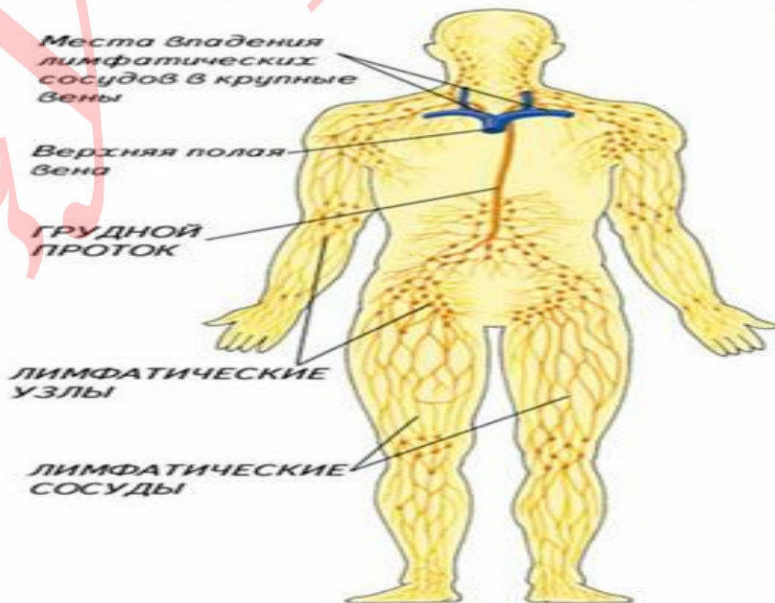
Шеткі лимфа түйіндерінің туберкулезі — бұл жалпы аурудың көрінісі. Пайда болуы бойынша ол біріншілікті туберкулезді кезеңге жатады, яғни дербес бір ауру болып келеді. Алайда екіншілікті лимфадениттер жиі кездеседі, ол басқа ағзалардағы процесстің өршуі кезінде жүреді.

Өкпеден тыс туберкулездің жалпы құрылымының ішінде, ең алғаш анықталған науқастарда туберкулездің осы түрі бірінші орындардың бірінде тұр. Жиі туберкулезбен мойын лимфа түйіндері (жетпіс бес – сексен пайыз),

сирек – қолтықтасты (он бес – жиырма пайыз) және шап аймағы лимфа бездерін (бес пайыз) зақымданады. Бұл тек инфекцияның жоғарғы тыныс жолдары және ауыз арқылы (мойын лимфа түйндері регионарлы болып табылады) түсетіні деген сөз емес, сонымен қатар, лимфа бездері инфекцияны және ісік жасушаларын ұстап тұратын мықты биологиялық сүзгілеуші коллекторді құрайды.



Лимфатическая система



Жиі мойын лимфа түйіндері зақымдалынады (75-80%)



Этиология

және

патогенез.

Туберкулез қоздырғышы жиі жағдайда микобактерияның адамдық түрі жиі кездеседі, бірақ кейбір туберкулез бойынша қолайсыз эпизоотикалық жағдайдағы орындарда өгіздік микобактерия маңызды болады. Лимфа бездерінің микобактериямен зақымдануы лимфагемостагенді жолмен жүреді.

Патологиялық

анатомиясы:

Туберкулез микобактериялары ағзаға түскен соң лимфа бездерінің тіндерінен өтіп, ол жерде қабыну үрдісін шақырады. Қабынудың үш компоненті де туберкулез кезінде жүреді (альтерация, экссудация және пролиферация) алайда макроорганизм уланғаннан кейін алғашқы күндері ғана болады. Аурудың ерте кезеңінде өзгерістер спецификалық емес болады және диффузды лимфойдты гиперплазиямен көрінеді. Келесі кезеңдерінде лейкоцитарлы және фибринозды экссудация жүреді, эпителиоидты жасушалардың жиналуы және Пирогов-Лангханстың ірі жасушалары пайда болады. Эпителиоидты жасушалары мен ірі жасушалар қосылып ортасында некроз ошақтары бар лимфоциттерден тұратын төмпешіктер құрайды.



Клиникасы:

Клиникалық көрінісінде жиі жағдайларда шеткі лимфа бездерінің туберкулезі созылмалы күйде өтеді және белгілі бір аймақтың лимфа бездерінің ұлғаюымен жүреді. Осы ағымда спецификалық уыттану көріністері айқын көрінеді: дене қызуының жоғары болуы, тері беткейлерінің бозаруы, тез шаршағыштық, түнгі тершендік, тәбеттің төмендеуі. Көпжылдық ағыммен тұрақты уыттану көп жағдайда жүрек қантамыр жүйесі, вегетативті жүйке жүйесі және ақуыз алмасуының бұзылыстары болады. Аурудың бастапқы кезеңінде лимфа бездері жарты – бір жарым сантиметрге дейін ұлғайған, жұмсақ консистенциялы, пальпацияда ауырсынбайды, өзара және айналасындағы тіндермен жабыспаған. Кейде лимфа бездердің тіндері казеозға және іріңдеуге ұшырайды, бұл кезде бейспецификалық қабыну үрдісіне лимфа безінің капсуласы қосылады да біріккен, теріге және айналасындағы тіндерге жабысқан конгломерат құрайды. Бұл кезде пальпация барысында ауырсыну мен флюктуация анықтауға болады. Лимфа бездері конгломерат үстіндегі тері қызарады және беті ашылады, нәтижесінде шеттері бозарған, ісінген жыланкөз қалыптасады.



Үрдіс бәсендеу кезінде қабыну өзгерістері жойылады, жыланкөздер жабылады да орнында тартылған «жұлдыз тәріздес» тыртықтар қалады. Лимфа безінің өлшемдері кішірейеді, ал туберкулезды уыттану белгілері біртіндеп жойылады.

Диагностикасы, дифференциальды диагностикасы.

Өршу кезеңі кезінде қан талдауында лейкоцитоз, лейкоцитарлы формуланың нейтрофилдерге дейін жылжуы, моноцитоз және лимфоцитоз көрінеді. Айтарлықтай үрдістің дамуы болып жатқан науқастарда лимфопения байқалады. Көп науқастарда эритроциттердің шөгу жылдамдығы жоғарлайды бірақ үлкен деңгейге дейін жетпейді. Қан сарысуын зерттегенде ақуыз алмасуы бұзылысын (альбумин деңгейінің төмендеуі және глобулиннің жоғарылауы), фибриногенмен сиал қышқылы жоғарылауы және С реактивті белокты анықтауға болады. Бұл өзгерістер казеозды лимфаденитте жиі кездеседі. Диагноз қою үшін иммунологиялық сынамаларды жүргізіледі: тікелей емес гемаглютинация, серологиялық және радионуклидті зерттеу. Туберкулез диагностикасында туберкулинді сынамаларды жиі қолданылады. Туберкулинді диагностиканың ең жиі қолданылатын әдісі екі туберкулин бірлігімен Манту сынамасы жүргізу болып табылады. Сонымен қатар жүйелі рентгенологиялық зерттеу жүргізеді (ұлғайған лимфа бездер аумағында жұмсақ тіндердің, кеуде және құрсақ қуысының рентгенографиясы), нәтижесінде кальцинацияланған лимфа бездері анықталады. Туберкулез кезінде лимфа безінің ортасы әктенеді бірақ қапсуласы әктенуге ұшырамайды. Ең маңызды зерттеу әдісі пункция кезінде алынған немесе лимфа безінен алынған кездегі патологиялық материалдың гистологиялық, цитологиялық, бактериологиялық зерттеулер болып табылады.

Дифференциальды диагностикасы:

| Спецификалық емес қабыну аурулары | Лимфогранулематоз | Саркоидоз Бенъе-Бека-Шаумана | Лимфосаркома | Созылмалы лимфолейкоз | Орталық өкпе рагы, метастаздар |
|---|---|---|--|---|---|
| Анамнез ерекшеліктері, консервативті ем тез әсерін береді | Көптеген ірі, тығыз «қапшықтағы картошка» | Көптеген үлкейген лимфатүйіндері, диаметрі 1,5 см дейін | Үлкейген лимфатүйіндер, үлкен пакеттер түзеді, тығыз, ауыру сезімсіз | Ауыру сезімсіз, эластикалық, қамыр тәрізді, іріндемейді және ыдырамайды | Жиі бұғана үсті лимфатүйіндері зақымдалады (Вирхов бездері) |

Іш перде туберкулезі (туберкулезді перитонит)

Іш перде туберкулезі, іш перде қабынуы – туберкулездің өте сирек түрі болып келеді. Ол, көбінесе, жастарда кездеседі.

Патогенезі және патологиялық анатомиясы. Іш перде туберкулезі – іш пердесінің туберкулез микобактериясымен қабынуы, ол іш қуысы ағзаларының қабынуының немесе жайылған туберкулездің асқынуы ретінде пайда болады. Бұл аурудың жеке түрі ретінде дамуы сирек кездеседі.

Іш перде қабынуының экссудатты және жабысқақ түрлерін бөліп ажыратамыз. Экссудатты түрінде іш қуысына серозды, серозды-ірінді немесе қанды сұйықтық жиналуымен сипатталады. Серозды сұйықтықтың тұнбасында лимфоциттер саны басым болып келеді. Іш пердесі қалыңдаған, қызарған, онда көптеген төмпешіктер немесе казеозды табақшалар көптеп кездеседі. Ауыр жағдайда іш пердесіндегі ошақтар жараға айналады. Сұйықтықты қоректі ортаға еккенде, кейде туберкулез микобактериясын табуға болады.

Перитониттің жабысқақ түрінің пайда болуы, мезадениттің, ішек туберкулезінің үдеуі кезінде қабынудың іш пердесіне таралуына байланысты болады. Аурудың осы түрінде іш қуысына құрамында фибриноген мөлшері көп сұйықтық жиналады, ол тартылған кезде іш пердесінде көптеген

жабысулар пайда болады. Жабысулар арасында бір немесе бірнеше қалталанған сұйықтықтар сақталуы мүмкін болады.

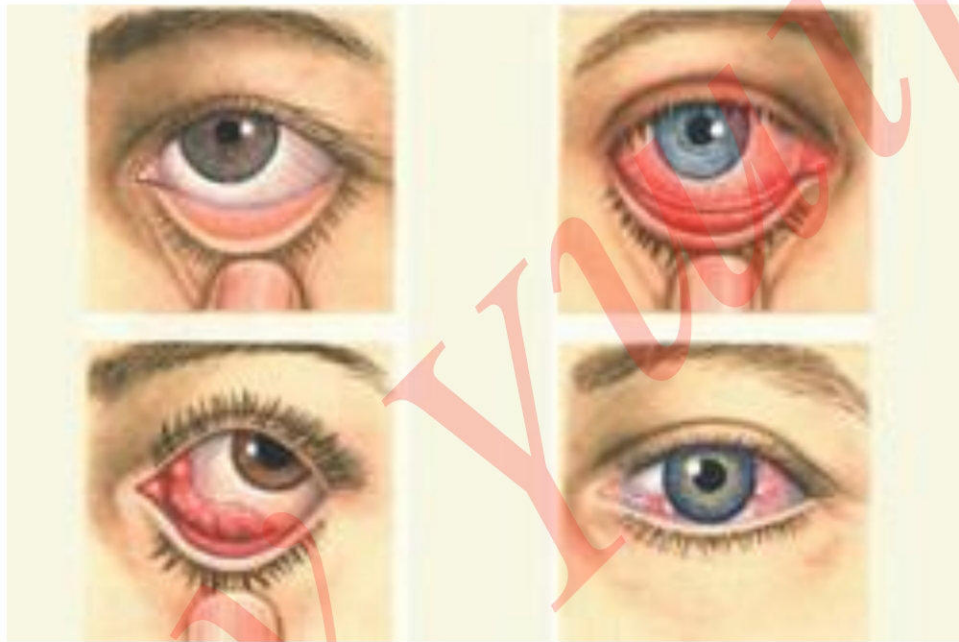
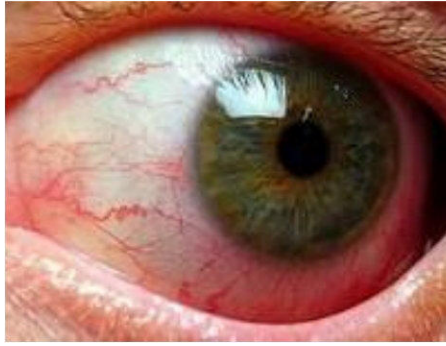
Клиникалық көрінісі. Науқастарды іштегі ауыру сезімі, диспепсиялық бұзылыстар, іштің кебуі жиі мазалайды. Ішектің өткізгіштігі жартылай бұзылады. Перитониттің экссудатты түрінде ішке сұйықтық жиналу есебінен оның көлемі ұлғайады, жабысқақ перитонитте – іш біршама кепкен, ассиметриялы, кейде оның ішке тартылғаны байқалады. Ішке пальпация, перкуссия жасағанда ауырсыну сезімі пайда болады.

Диагностикасы. Іш перде туберкулезі диагнозын іш қуысындағы экссудатты цитологиялық, микробиологиялық зерттеуден алынған мәліметтер растайды. Перитониттегі экссудатта туберкулез микобактериясы өте сирек анықталады, сондықтан туберкулезге қарсы антиденелердің бар екенін анықтау үшін иммуноферментті анализ жасалынады. Полимеразды тізбекті реакция да тиімді, нәтижелі болып келеді. Іш пердесіне эндоскопия жасаған кезде алынған немесе арнайы инемен іш пердесін тесіп алған биопсияның диагноз қоюда беретін мәліметтері өте маңызды. Аурудың этиологиясын белгілеу үшін туберкулин сынамасын мәні зор: туберкулинді перитонитпен ауыратын науқастарда туберкулин сынамасы айқын болады. Туберкулинді тері астына енгізгенде ошақты реакцияның түзілуіне байланысты, оның көрінісі іш қуысында ауырсыну сезімінің болуы немесе оның күшеюі түрінде сипатталады.

Емі. Іш перде туберкулезімен ауыратын науқастарды емдеу тәсілі – ұзақ уақыт, үзіліссіз кешенді химиотерапияны сатысына сәйкес қолдану керек. Химиотерапиямен қоса десенсибилизациялаушы және сұйықтықтың тартылуын қамтамасыз ететін (кортикостероидты препараттар, дәрумендер т.б) дәрілер пайдаланылады. Іш қуысына сұйықтық көп мөлшерде жиналғанда сұйықтықты пункция арқылы шығару қажет. Ішектің өткізгіштігін қалпына келтіру үшін хирургиялық емдеу тәсілдері қолданады.

Көз туберкулезі

Көз туберкулезі – туберкулездің өкпеден тыс формасы, көздің меншікті тамырларын, конъюнктиваның, қосалқы аппаратын зақымдаумен жүретін қабыну процесстері. Клиникалық патология қара дақтардың көз алдында пайда болуымен, көргіштіктің төмендеуімен, ауырсыну синдромымен көрініс береді. Көз туберкулезінің диагностикасы биомикроскопия, офтальмоскопия, визометрия, микроскопиялық биоптатты тексеру арқылы жасалады. Емдік препараттарға ансамициндер тобы және аминогликозидтер тобы жатады. Хирургиялық әдістерге үлкен хориоретинальды ошаққа лазерлі коагуляция және ревакулярлы хориойдей жүргізіледі. Көз туберкулезі өкпеден тыс формасының төртінші орынды алады. Көбінесе жас, орта жастағы адамдарда жиі кездеседі.



Көз туберкулезінің себебі

Туберкулездің спецификалық қоздырғышы *Mycobacterium tuberculosis* болады. Көзді зақымдау негізінен гематогенді жолмен жүреді. Туберкулезді гранулеманың қоздырғышы көз алмасының қабығына әсер етіп, патологиялық процесс дамиды. Инфекция ошағының хориоидеяда пайда болуы, қоршаған тіндердің экссудативті реакциясы немесе микобактериялардың көздің тамырлы қабатына өтіп кетуі гематогенді метастазды түрімен шақырылады. Көздің зақымдалуы кез-келген сатысында дамуы мүмкін болады. Соның ішінде ең бірінші болып хориоидейдің тамыры зақымдалуы мүмкін. Бұл уақытта ешқандай белгілер болмайды. Қабыну процесі хориокапиллярларға және торлы қабыққа өтеді. Клиникалық белгілері көріне бастайды.



Арудың негізінде қоздырғыштың туберкулездік-аллергиялық реакциясына көз тінінің жоғары сезімталдықта болады. Бұл этиологиялық фактор микобактерия антигеніне сенсбилизация нәтижесінде түзіледі. Антиген көздің меншікті тамырлы қабықшасына өтеді де туберкулез ошағын түзуі мүмкін. Көздің екіншілік зақымдалуы орталық жүйке жүйесінің көру төмпешігінде шоғырлануы мүмкін. Бұл клиникалық көрініс фондық ауруларда, соның ішінде ми ішілік гипертензияда пайда болады.

Морфологиялық өзгерістер арудың даму сатысына қарай дамиды. Біріншілік туберкулезде экссудативті пролиферациялы процесс болса, екіншілікте пролиферация күшейеді, орталық бөліктерде казеозды некрозды гранулема туындайды. Ал туберкулезді-аллергиялық формасына қоршаған тіндердің ісінуі, лимфоплазмалық инфильтрация тән болады. Инфильтратта эозинофилдер саны жоғарылай бастайды.

I. Көз алмасы қабығының гематогенды зақымдалуы:

- 1. Алдыңғы увеиттер, склераға және қасаң қабаққа таралған.
- 2. Шеткі увеиттер
- 3. Хориоретиниттер (соның ішінде ретиноваскулиттер).
- 4. Генерализацияланған увеиттер (панувеиттер).

II. Көздің туберкулезды-аллергиялық ауруы:

- Фликтенулезды конъюнктивиттер және кератиттер (оның ішінде фасцикулярлы кератит, скрофулезды қан тамырлы паннус).
- Туберкулезды-аллергиялық эписклериттер, иридоциклиттер, хориоретиниттер.

III. Көздің қорғаныштық аппаратының туберкулезды зақымдалуы:

- қабақ терісінің туберкулезі, конъюнктивиті, дакриоциститі, дакриоадениті, орбитаның остеомиелиті.

IV. Орталық нерв жүйесінің туберкулезіндегі көздің зақымдалуы:

- бәсеңдейтін неврит және көз нервісінің атрофиясы, хиазманың, көру жолы және көзқозғалтқыш нервтің, көру нервісінің іркілген дисктің зақымдалуы.

Көз туберкулезінің *біріншілік* және *екіншілік* түрлері бар.

Біріншілік түрінде – тек қана көз құрылысы шектелген болады, басқа мүшелерде туберкулездің ешқандай клиникалық белгілері көрінбейді. Инфекцияның кіру жолы көз болып келеді. Қоздырғыш, яғни туберкулез микобактериясы ауру адам жөтелгенде шаңмен бірге көзге қабақ арқылы түсуі мүмкін.

Екіншілік зақымдалуы - кезінде туберкулез микобактериясы өкпеден гематогенді жолмен көз құрылысына барады.

Метастатикалық - (гематогенды-диссеминирленген) көз туберкулезі, одан көз қантамыр жолында туберкулезды гранулема түзіледі.

Аллергиялық- туберкулезды-аллергиялық, көл алмасының қабығының *параспецификалық реакциясы*, аздадағы туберкулезды инфекциядан дамиды, көз тінінің *спецификалық сезімталдығына және онда бейспецификалық аллергиялық қабыну процессіне әкелетін топ түрі* болады.

Метастаздық түрі хориоидта инфекция ошағының пайда болуы мен бірге жүреді. Қоршаған тін және микобактериялар көздің шырышты қабығына қан арқылы өтіп, ол жерде экссудатты реакция болады. Көру ағзаларының зақымдалуы аурудың барлық кезеңдерінде байқалады, бірақ бұл жағдайда көздің шырышты қабығы орташа диаметрде зақымдалуы мүмкін болады. Алғашқы кезеңдерде клиникалық көрінісі белгісіз болады, кейін қабыну кезеңі хориокапиллярлық бөлімдерде жалғасады да, көз туберкулезінің клиникалық белгілері айқындала бастайды.

Туберкулездің аллергиялық реакциясы көз тіндерінің ауру қоздырғышына сезімталдығы жоғарылауы мен көрінеді. Микобактериялар көздің шырышты қабығына түскеннен кейін антиген сол жерде орнығады. Морфологиялық өзгерістер аурудың сатыларына байланысты болып келеді.

Туберкулездің бұл түрі де балалар арасында соңғы уақытта көбінесе кездесіп жүр. Алғашқы кезде көзі жасаурайды, жиі қызарып жүреді де, кейінірек ірің пайда болады, бала жарыққа қарай алмайды, көзі шаншып ауырады. Сонымен бірге мінез-құлқысында өзгерістер болады, бала ашуланшақ, жылауық болады, балаларға қосылмай жеке жүрудуге әдеттенеді. Сабак үлгірімі нашарлай бастайды. Мезгілінде тексеріліп, анықталмаған көз туберкулезі қатерге ұшырайды - баланың көзіне ақ түсуі мүмкін.

Көз туберкулезінің симптомдары.

Гемотогенді жолмен дамығандықтан ағымы өте баяу басталады. Спецификалық емес қабынуға қарсы терапия жүргізгенде ешқандай нәтиже бермейді. Жедел туберкулезді-аллергиялық формасы кезінде клиникалық белгілері тез айқындалады, қайта ауыру тән болады. Офтальмологтар орналасу аймағы бойынша алдыңғы және перифериялық туберкулезді увеит, хориоретинит, панувеит түрлеріне бөледі. Ауру ұзақ уақыт бойы ешқандай белгілері көрінбейді немесе аз симптомдары болады. Көздің алдыңғы бөлімі зақымданған жағдайда шағымдары: көз алдына тұмандануы, ауырсыну сезімі, көз өткірлігінің төмендеуі, фотофобия, жас ағу болады. Хориойдея мен торлы қабық зақымданған кезде науқастың көзінің алдында қара дақтар көрінеді немесе көздің алды тұмандануына шағымданады. Панувеит кезінде ауырсыну белгісімен дамиды, көру өткірлігінің төмендеуі немесе толық соқырлыққа әкелуі мүмкін. Конъюктива туберкулезі көбіне бір жақты болады.

Көз туберкулезінің диагностикасы.

Көз туберкулезінің диагностикасына биомикроскопия, офтальмоскопия, визометрия, тонометрия, гистоморфологиялық және цитологиялық биоптатты зерттеу әдістерін айтамыз. Биомикроскопия әдісі қасаң қабықтағы преципитатты, сонымен қатар артқы синехияларды көруге болады. Офтальмоскоп әдісі арқылы дөңгелек хориоретинальды ошақты анықтауға болады. Биопсия әдісі арқылы қабақтың туберкулезді процессін диагностикалауда үлкен үлес береді. Кейде хориоретинальды эндобиопсия әдісі жүргізіледі. Биоптатта микобактерияны анықтау үшін гистоморфологиялық зерттеу әдісін қолданамыз. Цитологиялық зерттеу әдісі көздің алдыңғы камерасынан, иридоэктомиядан кейін, шыны тәрізді денеден аспирация алуға жақсы әдіс боып келеді. Биологиялық микроскопия: туберкулез кезінде конъюктивада сұр түсті түйіндер көруге болады. Жиырма бір – жиырма сегіз күннен кейін жылжып, беткейінде терең жара түзіледі. Визометрия: конъюктива зақымданған кезде

қалыпты көз өткірлігін анықтауға болады. Көз туберкулезі кезінде басқа ошақтарда орналысып толық соқырлыққа жетуі мүмкін.

Көз туберкулезінің емі.

Емдеу тактикасы патологияның дамуына, түріне байланысты болады. Туберкулездің этиологиясы кезінде гематогенді-диссеминирленген нұсқасы анықталған болса ұзақ этиотропты терапия ұсынылады. Препараттарға ансамициндер, аминогликозидтер тобы және синтетикалық антибактериалды дәрілер қолданылады. Барлық кезеңінде жартылай дәруменді кешен, иммуномодуляторларды қосымша ұсынға болады. Гастропротективті препараттар және гепатопротекторлар біріншілік декомпенсация кезінде қосымша шағымдарына байланысты тағайындалады. Емінің қарқынды сатысында курстың ұзақтығы екі айдан бес айға дейін жүргізіледі. Көз туберкулезі кезінде антибактериалды заттарды парабульбарлы инъекция мен электрофорез қолдану арқылы жүргізіледі. Хориоретинальды ошақтың үлкен өлшемді түрі кезінде лазерлі коагуляция, хориоидеяның ревазуляризациясы қолданылады. Конъюктива туберкулезі кезінде дәрілік заттарды субконъюктивалды түрде жүргізіледі. Туберкулезді - аллергиялық түрінде десенсибилизациялы дәрі-дәрмектер мен стероидты емес қабынуға қарсы заттарды қосымша қолдануға болады.

Көз туберкулезіне болжам және алдын - алу.

Көз туберкулезінің белсенді спецификалық алдын - алуына БЦЖ вакцинациясы және ревакцинациясын жүргіземіз. Бірінші вакцинация дені сау жаңа туылған нәрестенің бірінші күн мен төртінші күн аралығында енгізіледі. Ревакцинация жеті жастағы сау балаларға енгізіледі. Химиопротективті мақсаты туберкулездің түрі азайту, қауіп факторларын төмендету болады.

- ▶ *Жаңаобъективті және функциональды әдістермен офтальмологиялық зерттеу жүргізу: барлық көз бөлімінің жарықтық биологиялық микроскопиясы, тұра және қайтымды түрдегі офтальмоскопиясы, офтальмохромоскопиясы, периметрия және кампиметрия, көздің ультрадыбысты диагностикасы болып табылады.*
- ▶ *Анамнезді дұрыс жинау: отбасы жағдайында, жұмыс кезінде немесе оқитын ортада туберкулезбен ауырған науқаспен қарым-қатынаста болғанын анықтау керек .*
- ▶ *Кеуде ағзаларының рентгенологиялық зерттеуінің мақсаты белсенді туберкулезді өзгерістерді табу, олардың өкпеге және ішкі ағзалардың лимфа түйіндеріне әсерін анықтау. Көрсеткіш бойынша — томографиялық зерттеуден өткізу.*
- ▶ *Шеткі лимфа түйіндерінің, зәр жүйесінің, жыныс мүшелерінің, тірек қимыл аппаратының жағдайының бағалау үшін, көрсеткіш бойынша*

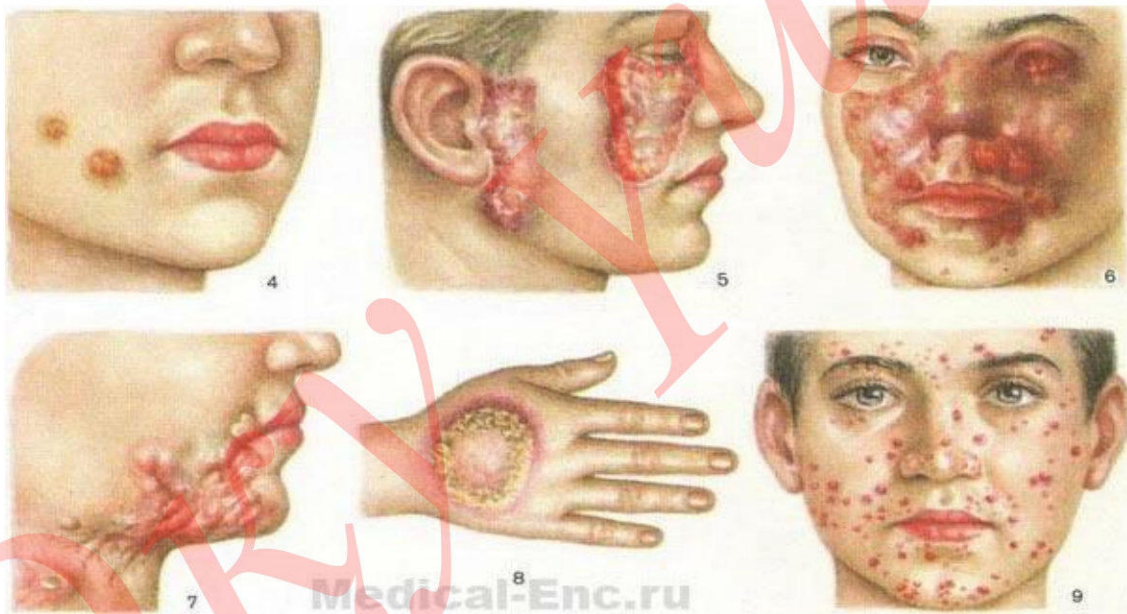
— фтизиоурологтың, фтизиоортопедтың және фтизиогинекологтың кеңесін алу.

- ▶ Дәстүрлі клиникалық және биохимиялық лабораторлы анализдері, ЭКГ, терапевттің консультациясы.
- ▶ Иммунодиагностика, молекулярлы-биологиялық диагностика (ПЦР).
- ▶ Туберкулинодиагностика.

Тері туберкулезі

Тері туберкулезі - клиникалық көрінісі, патоморфологиялық және патогенездік зақымдануы бойынша өзіндік сипатқа ие өкпеден тыс туберкулездің сирек кездесетін түрі.

Терінің туберкулезді зақымдануы – туберкулезді инфекцияның әсерінен болуына байланысты, ол өкпенің, лимфа түйіндерінің және басқа да ағзалар мен тіндердің туберкулезімен қосарлана жүреді.



Туберкулезді волчанка- жиі кездесетін түрі. Балалар көп ауырады. Бет терісі, сирек мұрын, ауыздың шырышты қабаты, кеуде, мойын аймағы және дененің төменгі аймағының терісі зақымдалады. Алғашқы клиникалық белгісі ретінде диаметрі бір – үш миллиметрден аспайтын, түсі ашық қызғылт қоңыр дақтары бар бір не бірнеше жерде бір-біріне жақын орналасқан төмпешіктер(люпома) түзілуге бейім болады.



Төмпешіктер өте баяу үлкейеді, бір біріне қосылып, көлемді ошақтарды түзуге бейім болады. Төмпешікті заттық шынымен басқан кезде, «алма желесі симптомы» анықталады (алма желесі түсті дақ), «зонд симптомы» (зондпен басқанда қан тамшылары бар шұңқыр пайда болуы).



Инфилтрат сорылған соң орнында тыртық қалдықтар қалады. Төмпешіктердің тыртықтануы жаңадан пайда болған люпомды бөртпелермен қатар жүреді. Кейде люпомдар бір –біріне қосылып, тері бетіне шығып тұратын үлкен инфилтраттарды түзуге бейім болады. Инфилтраттар терінің қалың қабатына, кейде тері астындағы тіндерге (бұлшықет, сіңір, шеміршек және сүйек) өтіп, жаралар түзіледі. Осындай

жара зақымданулары тыртықтанған кезде, тіннің айтарлықтай ақауы байқалады, науқастың сыртқы келбетіне зиян келтіреді.



Скрофулодерма – көбінесе біріншілік туберкулезбен ауырған балалар мен жасөспірімдерде жиі кездеседі. Жиі зақымдану аймақтары: мойын, кеуде, бұғана асты шұңқыры болып келеді. Алғашқы белгілері терінің терең қабатында тығыз және ауырсынбайтын түйін пайда болады. Түйіндер ұлғайып, бір-біріне қосылады, тері жұқарып, түсі көкшілденіп, қызару пайда болады.



Бұл инфилтраттар апта немесе ай бойы ауырсынусыз өтеді. Түйіндер уақыт өте келе жұмсарып, жарыла бастайды. Пайда болған саңылаудан сұйық ірің ағады. Жарадағы саңылау ұлғайып, тері бетінде көлемі, пішіні әртүрлі өзгерістерге ұшырайды. Жара жазылған соң орнында дұрыс емес пішінді, шетінде емізікшелері бар шекарасы тегіс емес тыртық қалады.



| Белгілері | Скрофулодерма | Жаралы пиодерма |
|-------------------------------|--|--|
| Қоздырғышы | ТМБ | Көбінесе стрептококк, стафилококк, |
| Жасы | Балалар және жас өспірімдер | ересектер |
| Лимфа түйіндерінің зақымдалуы | Бұғана асты және мойын лимфа түйіндері зақымдалады. | Лимфа түйіндері өзгеріссіз. |
| Жара формасы | беткей, дұрыс емес формалы, тегіс емес, жұмсақ, көгерген грануляциямен және ірімшікті ыдыраумен жабылған . | Терең жара, көп мөлшерде ірінді бөлініс бөлінеді, шеттері қабынған, түбінде қызғылт «дәндердің жинақталуы бар. Жараның аймағында кейде фолликула түзіледі. |
| Туберкулин диагностика | оң | Теріс |

Папуло-некротикалық туберкулез – тері жамылғысында қызыл түсті, тығыз консистенциялы, жарты шар тәрізді папулалармен көрініс береді. Папуланың ортаңғы жағында некроз түзіледі. Некроздық массаны алған кезде шеті анық дөңгелек пішінді жара пайда болады. Ол жазылғаннан кейін тері бетінде басылған «штамп тәрізді» тыртықтар қалады. Папулалар тізде, санда, жамбаста, қолдың жазғыш беттерінде, көбінесе буын аймағында шашыранды түрде орналасуы мүмкін.



Лихоидты тері туберкулезі тері жамылғысында сары қоңыр түсті милиарлы жайылмалы папуламен көрінеді. Папуланың консистенциясы жұмсақ, ортасында аз мөлшерде қабыршақтар түзіледі. Кеуде аймағында көп кездеседі, сирек аяқ қолда және бетте. Процесстің соңында із қалдырмайды.



Терінің жаралық туберкулезі - өкпе, бүйрек, ішектің туберкулезімен ауыратын науқастарда жиі байқауға болады. Ауыз қуысының шырышты қабаты, аяқ, жамбас, тік ішек аймағында ұса пішінді, тез өршитін, өте қатты ауырсыну болатын түйіндер пайда болады. Олар бір-бірімен қосылып, үлкен жара сияқты ошақтар түзуге бейім болады.





Сүйелді тері туберкулезі – көбіне кәсіби ауру болып келеді. Зақымдалу аймағы көбінесе алақанның, саусақтардың сыртында, сирек табанда кездеседі. Сүйелді туберкулездің ошағы үш аймақтан тұрады: перифериялық (ісінулі, қызыл каемка), ортаңғы (сүйелді тығыз төмпешіктер жарты – бір сантиметрге дейін, сызаттар, қабыршақтар) және орталық (пішіні тегіс емес, төмпешікті түбі бар терінің атрофиялық ошақтары пайда болады.



| Белгілері | Сүйелді тері туберкулезі | қарапайым сүйел |
|------------------------|--|--|
| Этиологиясы | ТМБ | Вирусты |
| Жасы | Ересек жастағы адамдар ауырады (кәсіптік ауру) | Формасына байланысты |
| Ошақ | Күлгін қызыл түсті, үш зонадан тұрады . Кабыну процесі айқын | Түсі әр түрлі, бастапқыда тері түсімен бірдей болады, одан кейін қоңыр, қара түске дейін өзгереді. Кабыну процесі анық емес. |
| Туберкулин диагностика | оң | теріс |

Іш перде туберкулезі (туберкулезді перитонит)

Іш перде туберкулезі, іш перде аймағының қабынуы – туберкулездің сирек кездесетін түрі. Жас адамдарда жиі кездеседі.

Патогенезі және патологиялық анатомиясы. Іш перде туберкулезі – іш пердесінің туберкулезбен қабынуы, ол іш қуысы ағзаларының қабынуы кезінде, кейде жайылған туберкулездің асқынуы ретінде түзіледі. Туберкулезді перитонит аурудың жеке түрі ретінде дамуы сирек болады.

Іш перде қабынуының экссудатты және жабысқақ түрлеріне бөлінеді. Экссудатты туберкулезді перитонит түрінде іш қуысына серозды, серозды-іріңді немесе қанды сұйықтық жиналуымен сипатталады. Серозды сұйықтықтың тұнбасында лимфоциттер саны көбееді. Іш пердесі қалындайды, қызарады, онда көптеген төмпешіктер, казеозды табақшалар жиі кездеседі. Ауыр жағдай кезінде іш пердесіндегі ошақтар жараға ұласады. Сұйықтықты қоректі ортаға екенде, кейде туберкулез микобактериясын табуға болады.

Туберкулезді перитониттің жабысқақ түрінің түзілуі, мезадениттің, ішек туберкулезінің үдеуі кезінде қабынудың іш пердесіне таралуына байланысты. Аурудың бұл түрінде, іш қуысына сұйықтық жиналады құрамында фибриноген мөлшері көп болады, ол тартылған кезде іш пердесінде көптеген жабысулар түзіледі. Жабысулар арасында, қараған кезде бір немесе бірнеше қалталанған сұйықтықтар сақталады.

Клиникалық көрінісі. Науқастарды іш аймағындағы ауырсыну сезімі, диспепсиялық бұзылыстар, іштің кебуі мазалайды. Ішектің өткізгіштігі жартылай бұзылыстар болады. Туберкулезді перитониттің экссудатты түрінде ішке сұйықтық жиналу есебінен оның көлемі үлкейеді, жабысқақ перитонитте – іш аймағы біршама кепкен, ассиметриялы, кейде оның ішке тартылғаны байқалады. Іш аймағын пальпация, перкуссия жасағанда ауыру сезімі пайда болады.

Диагностикасы. Іш перде туберкулезі диагнозын іш қуысындағы экссудатты цитологиялық, микробиологиялық зерттеу кезінде алынған мәліметтер арқылы растауға болады. Перитониттегі экссудатта туберкулез микобактериясы өте сирек анықталады, сондықтан туберкулезге қарсы антиденелердің бар екенін анықтау үшін иммуноферментті анализ жасау керек. Полимеразды тізбекті реакция нәтижелі болып келеді. Іш пердесіне эндоскопия жасаған кезде алынған, арнайы инемен іш пердесін тесіп алу арқылы алған биопсияның диагноз қоюда беретін мәліметтері өте маңызды. Аурудың этиологиясын белгілеу үшін туберкулин сынамасын мәні үлкен: туберкулинді перитонитпен ауыратын науқастарда туберкулин сынамасына реакциясы айқын болады. Туберкулинді білектің ішкі аймағының ортаңғы бөлігіне тері астына енгізгенде ошақты реакцияның түзілуіне байланысты оның көрінісі, іш қуысында ауырсыну сезімінің туындауы немесе оның ұлғаю түрінде байқалады.

Емі. Іш перде туберкулезімен ауыратын науқастарды емдеу тәсілі – ұзақ уақыт, үзіліссіз кешенді химиотерапияны санатына сәйкес қолдану керек. Химиотерапиямен қоса десенсибилизациялаушы және сұйықтықтың тартылуын қамтамасыз ететін (кортикостероидты препараттар, дәрумендер т.б) дәрілерді қосымша тағайындайды. Іш қуысына сұйықтық көп мөлшерде жиналғанда сұйықтықты пункция арқылы шығару керек. Ішектің өткізгіштігін қалпына келтіру үшін хирургиялық емдеу тәсілі қолданылады.

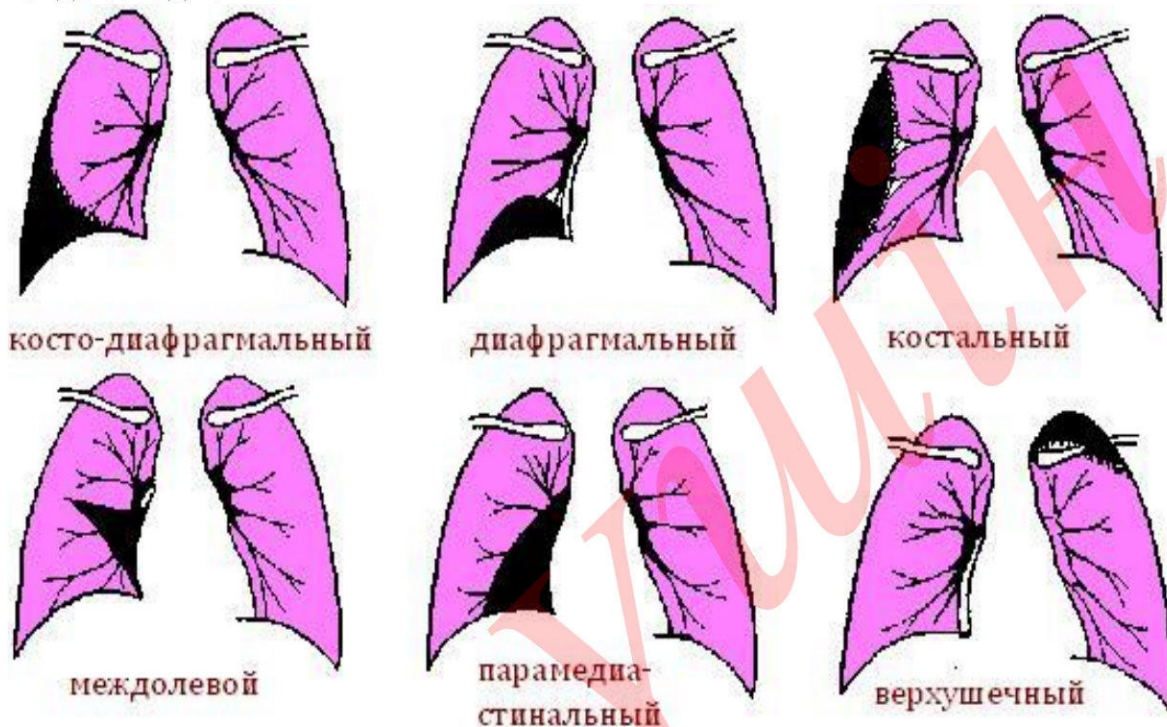
Туберкулезді плеврит

Туберкулезді плеврит- өкпе қабының жедел, жеделдеу және созылмалы түрде туберкулезбен қабынуы, өкпе қабының қуысына сұйықтың жиналуы. Оның пайда болуына өкпе және басқа ағзалар туберкулезінің асқынуыларынан кейін пайда болады.

Этиологиялық факторы – қышқылға төзімді *Mycobacterium* туысындағы туберкулез микобактериясы.

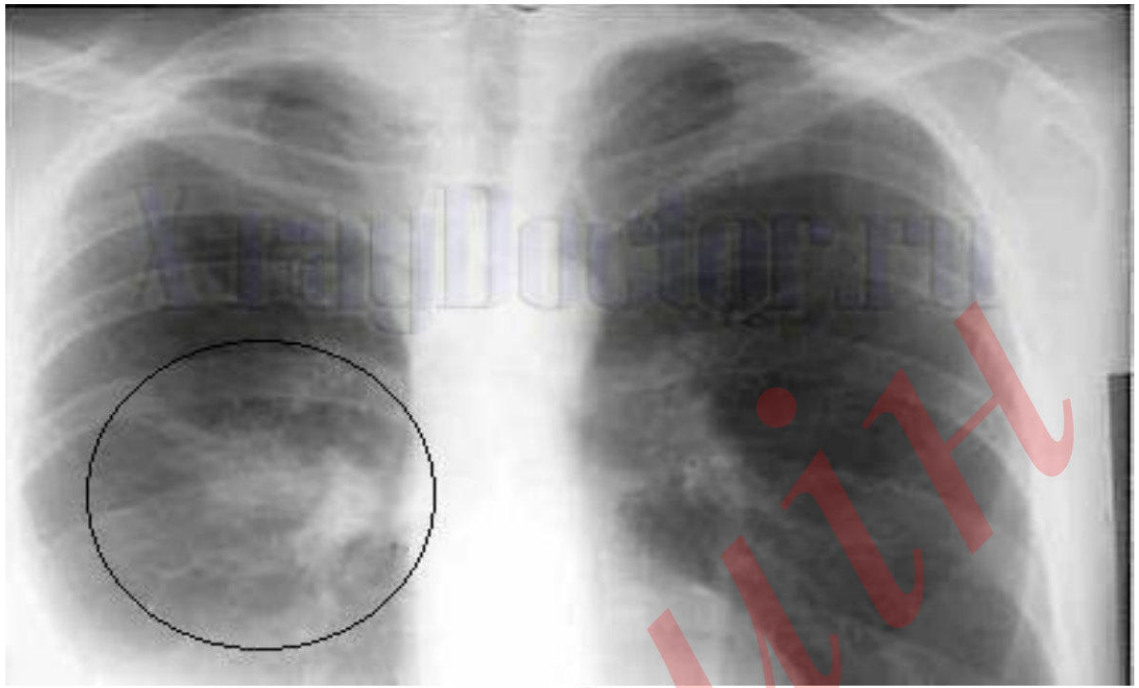
Тыныс алу ағзалары туберкулезімен алғаш ауырған науқастар арасында туберкулезді плеврит үш – алты пайызды құрайды, ал туберкулезге қарсы күрес жүргізетін диспансерлерде есепте тұратын науқастар арасында- екі – үш пайызды құрайды туберкулезді плевриттен, негізінен олар созылмалы іріңді (эмпиема) плевритімен ауырғандар.

Өкпеқабының туберкулезімен ауыратын науқастардың плевра сұйығы серозды-фибринозды болып келеді, ал казеозды-некрозды гранулема құрылып, ол жараға айналғанда сұйықтық геморрагиялық түрге ауысады. Өкпеқабының туберкулезі өкпедегі казеозды ошақтың ыдырауынан туберкулез микобактериясының өкпеқабының қуысына таралуы нәтижесінде пайда болады.



Цитологиялық көрінісіне байланысты:

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



Патоморфогенезіне байланысты бөлінеді:

- 1.Аллергиялық плевритті түрі
- 2.Перифакальды плевритті түрі
- 3.Көшінді (метастазды) плевритті түрі

Аллергиялық плевриттің сипаты:

- плевра қабықтарының туберкулез инфекциясына гиперергиялық экссудатты реакциясы пайда болады
- Біріншілік туберкулезден кейін асқынған түрінде кездеседі
- Плевра бетінде фиброзды шөгінділер немесе бірен-саран туберкулез төмпешіктері түзіледі.
- Кеуде қуысында серозды, серозды-фибринозды экссудат, плевралық жабыспалар жиналуы мүмкін
- Экссудат эозинофильді, кейде лимфоцитарлы сипатта болады
- Өкпеқабында спецификалық өзгерістер болмайды

Клиникалық көрінісі:

- Жіті басталу
- Кеудеде аурсыну сезімі, физикалық күштеме кезінде ентігу, дене қызуының көтерілуі
- Қан анализінде: эозинофилия, эритроциттердің шөгу жылдамдығының жоғарылауы
- Плевральды сұйықтықта туберкулез микобактериасы анықталмайды (екі- жиырма пайызда)
- Туберкулезге қарсы препараттар және десенсибилизациялаушы терапияны жүргізу, жалпы жағдайының жақсаруына, сауығуға алып келеді, өкпе қап қуысында қалдықтық өзгерістер болмайды.

Перивокальды қабынудың сипаты:

- Өкпе қап қуысында көп мөлшерде экссудат жиналады.
- Туберкулездің өкпелік формаларын асқынуы ретінде жүреді

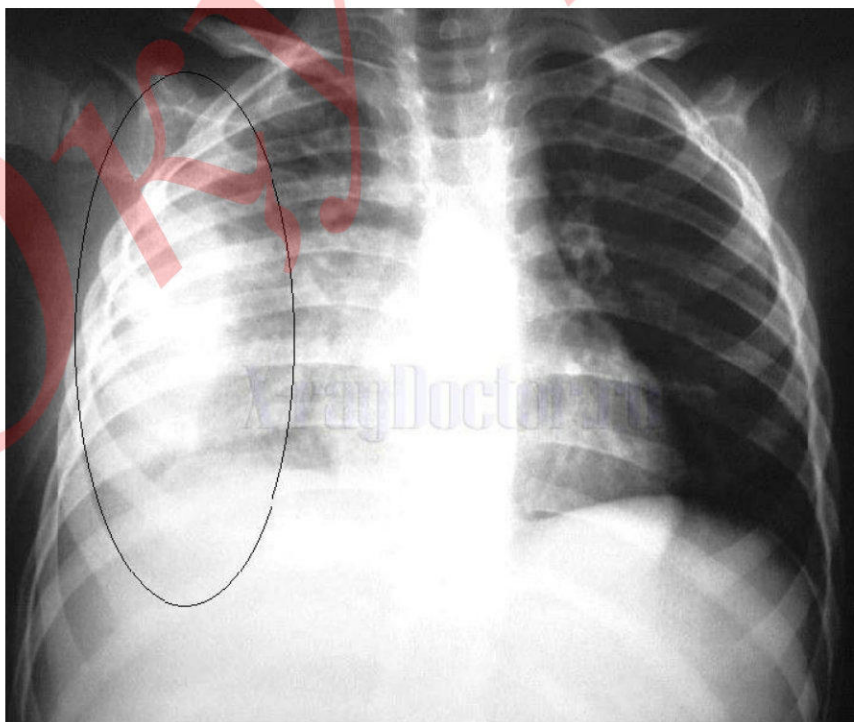
- Субплевральды ошақтардан жанасу арқылы дамиды (біріншілік туберкулезді жиынтық, ошақты, инфильтративті, диссеминацияланған, кавернозды)
- Бастапқыда кезде ошақты, кейін экссудативті компонент қосылып серозды-фибринозды түрге ауысады

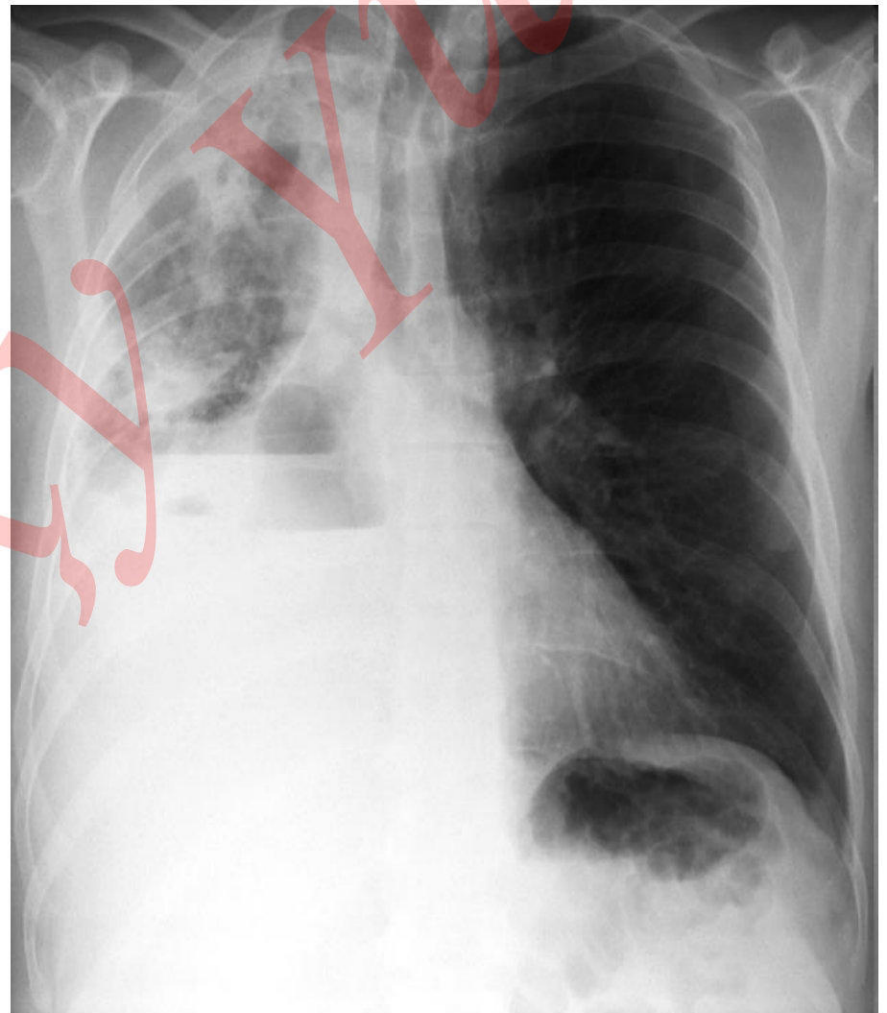
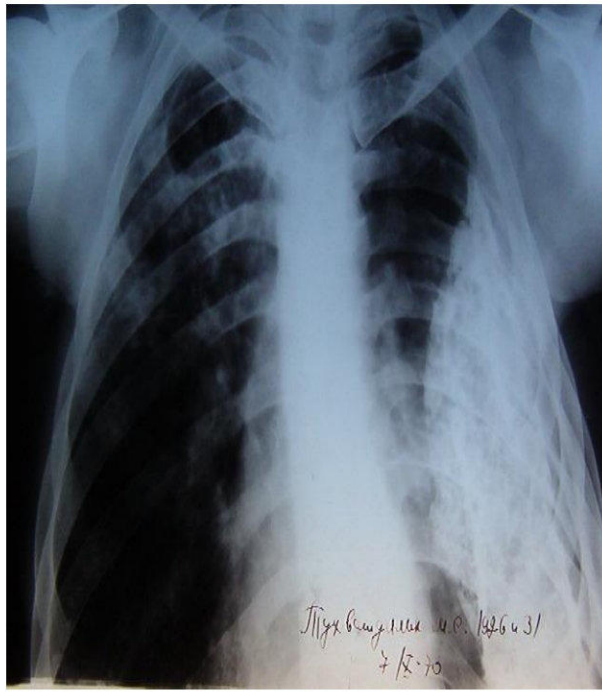
Клиникалық көрінісі:

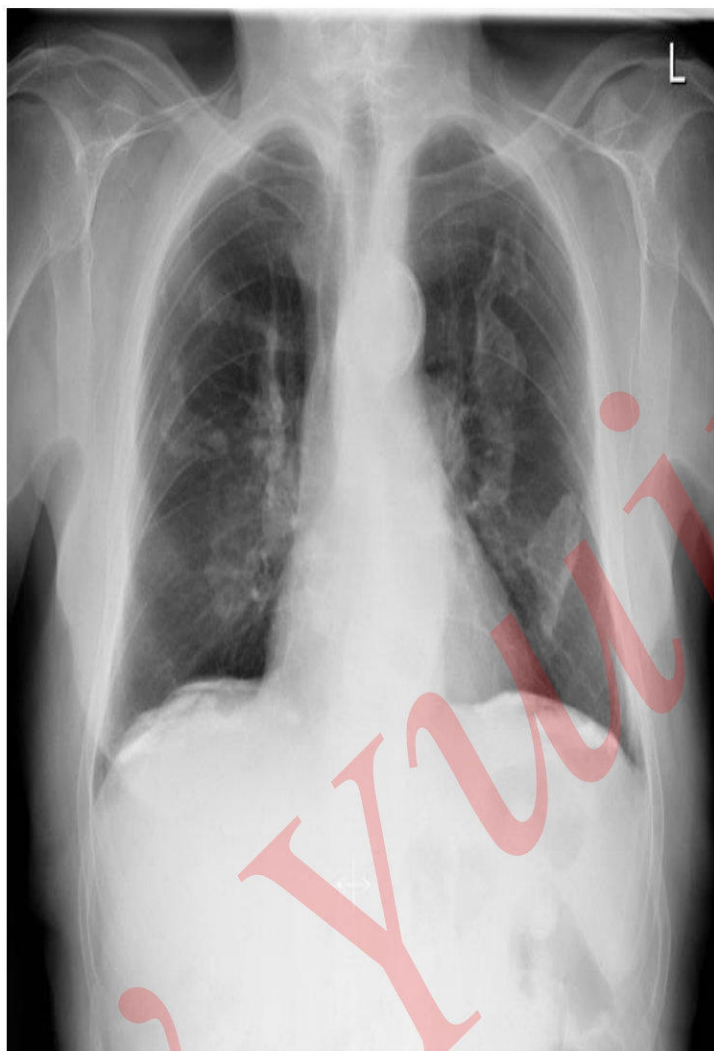
- Баяу басталу
- Қозғалыс кезінде жөтел күшеді, кеудеде аурсыну сезімі, иыққа, арқаға, ішке иррадияциялануы мүмкін
- Құрғақ жөтел, жалпы әлсіздік, тұрақсыз субфебрилитетті температура
- Шақырушы фактордың болуы
- Өкпе экскурциясы шектеулі, бірнеше күннен кейін жойылатын өкпе қабының үйкеліс шуы
- Экссудат лимфоцитарлы сипаттамаға ие болады
- Рентгенограммада өкпе тіні зақымдалған, өкпе қаб жабысқан болады
- Ұзақ қайталамалы ағымда болады

Эмпиема:

- Өз алдына жеке сырқат ретінде дамиды лимфо- гематогенді жолмен енеді
- Өкпе қап қуысында серозды-фибринозды экссудат, түйіндерді басқанда геморрагиялық сипатқа ие болады.
- Өкпе қаптың толық облитерациясы болады
- Өкпе қап эмиемасы, бронхо-плевральды жыланкөздердің түзілуі
- Нәтижесі: массивті шварттар, өкпе қап қуысының облитерациясы, плевро-пневмоцирроздың түзілуі







Шағымы:

- Кеудедегі ауырсыну сезімі
- Қозғалғанда еңтігудің болуы
- Құрғақ жөтел кейде болады
- Уыттану синдромы (дене қызуының көтерілуі, жалпы әлсіздік, түнгі тершендік, бас ауруы) болады





Жалпы қарау: дем алғанда зақымдалған бөліктің артта қалуы, көлемінің ұлғаюы, зақымданған аймақ тыныс алуыға қатыспайды, қабырға аралығы тегістелген немесе ісінген болады, бетінде цианозды байқауға болады.

Пальпацияда –қабырға аралықтарының қарсыластығының жоғары болуы (Потенжердің оң белгісі), дауыс дірілінің болмауы немесе өте әлсіз болуымен сипатталады;

Перкуссия: перкуторлы дыбыстың тұйықталуы, медиастинум сау жаққа ығыса бастайды.

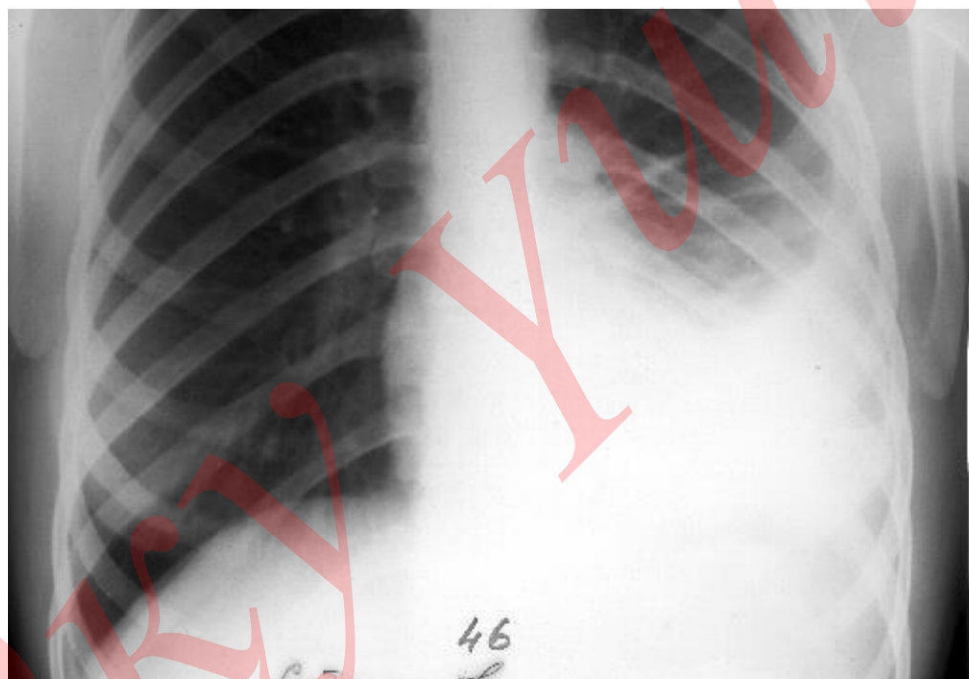
Аускультация: везикулярлы тыныс әлсіреген, өкпе қап үйкелісі естіледі



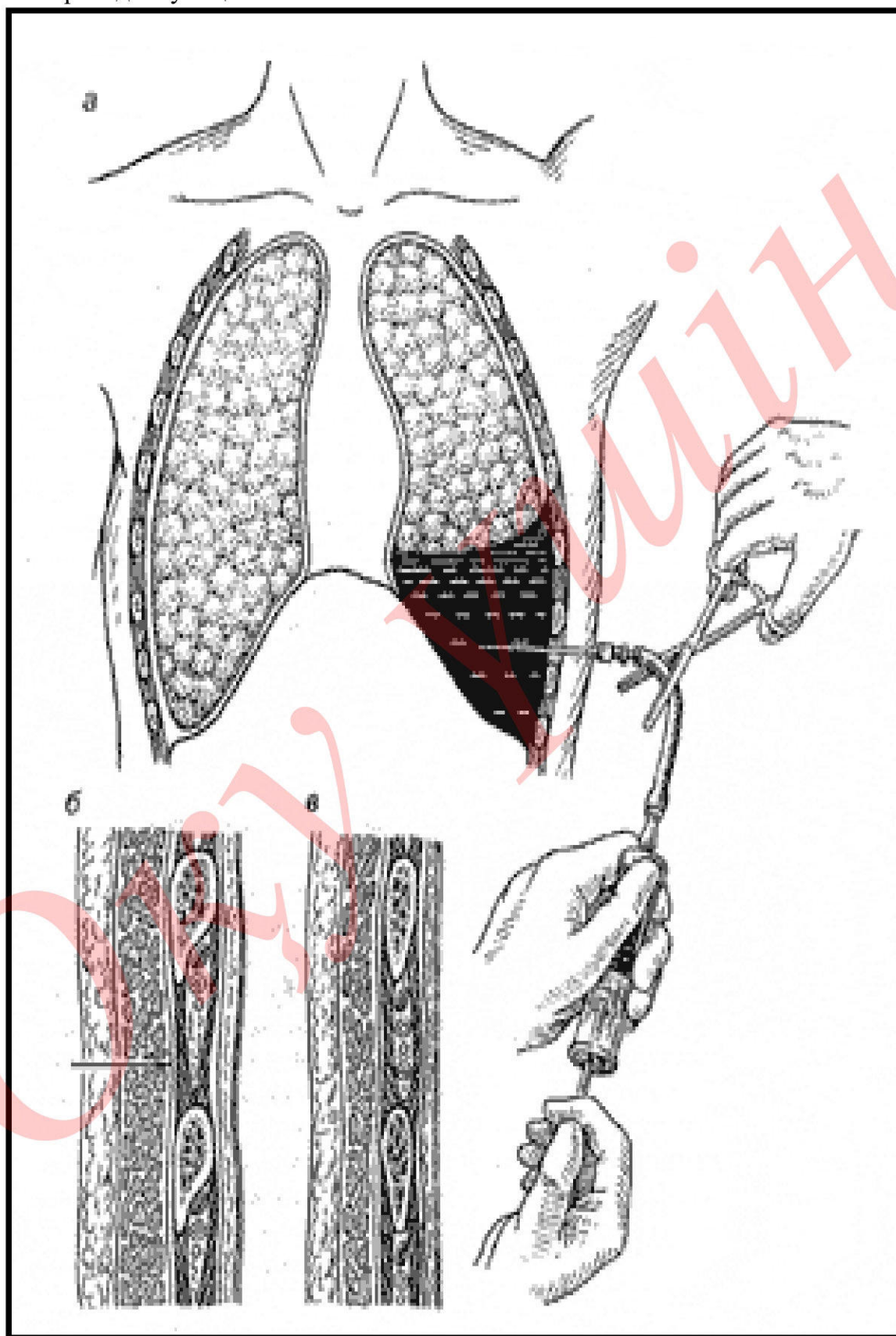
Диагностикасы:

- Физикалды зерттеу түрлері
- Рентген диагностика (рентгенография, компьютерлі томография)
- Жалпы қан анализінде: эритроциттердің шөгу жылдамдығы жоғарлайды, лимфопения, лейкоцитоз, солға ығысу, анемия белгілері болуы мүмкін
- Биохимиялық зерттеулер жүргізеді
- Ультра дыбыстық зерттеулер (200 мл дейін)
- Экссудатты анықтау (торакоцентез)

- цитологиялық
- биохимиялық
- микробиологиялық
- Плевралды биопсия (Абрамс инесі)
- Видео-торакоскопия биопсиямен (Алтын стандарт)
- Манту сынамаcы
- *Клеткалық құрамы* - лимфоциттердің жоғары мөлшері (тоқсан пайыз)
- *Эозинофилдер* мезотелий жасушалары - он пайызға дейін.
- *Белок* - отыздан жоғары
- Салыстырмалы тығыздығы- 1015 жоғары болады
- *Туберкулез микобактериясы*– 5% - 15%
- *Глюкоза* –төмен мөлшерде (3.33 ммоль/л-ден аз), эмпиемада – болмайды.
- Плевралық сұйықтықтың *ЛДГ* сарысуның ақ уыз қатынасы *ЛДГ*- 0,6;



Плевральды пункция:



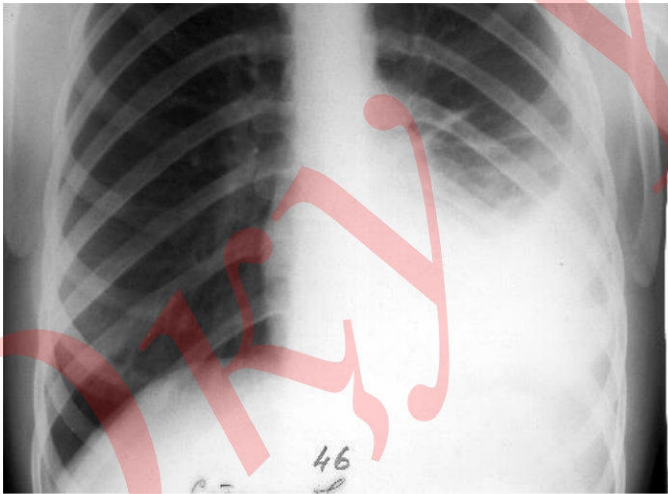
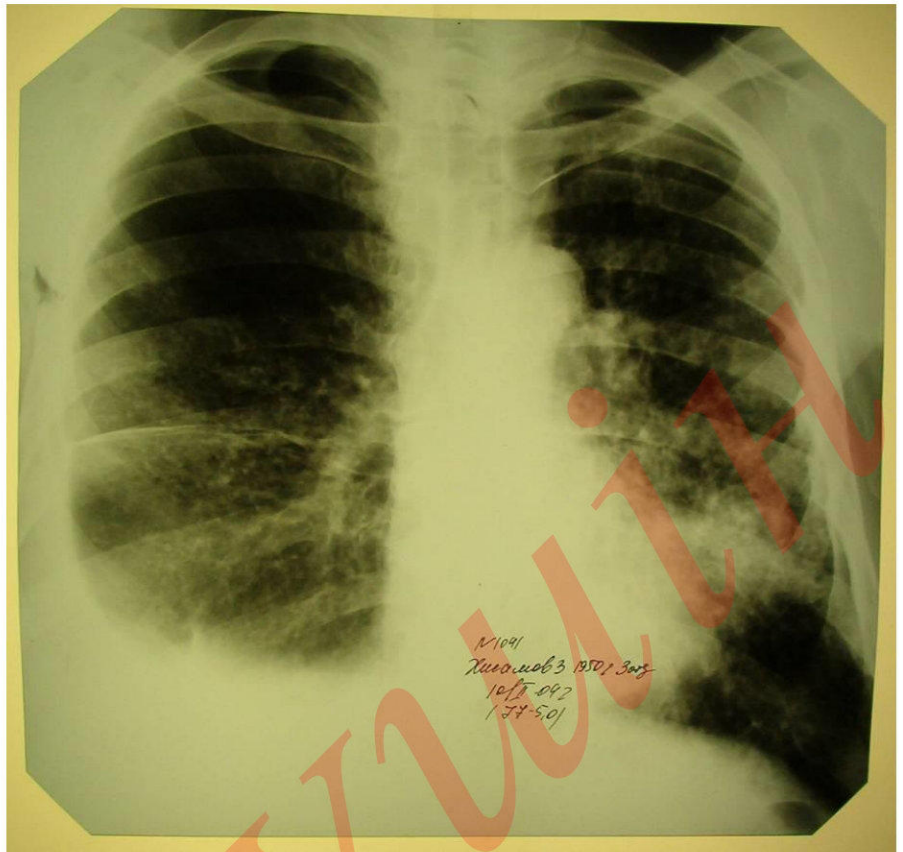


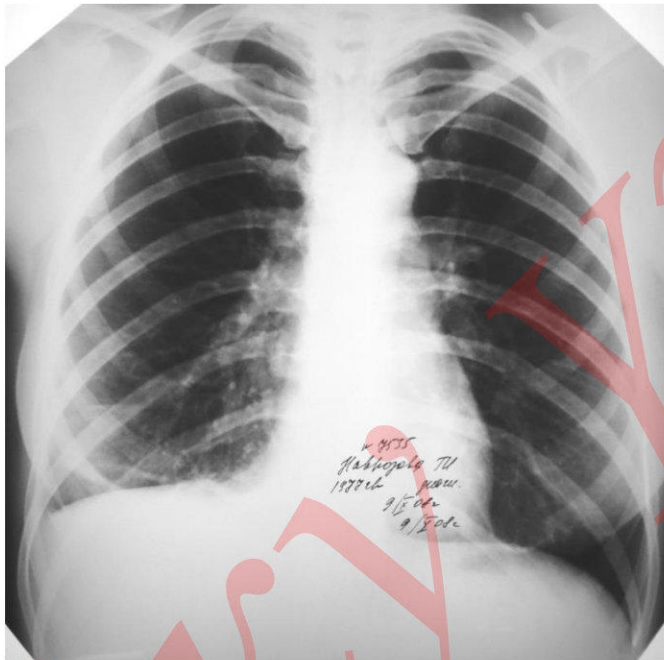
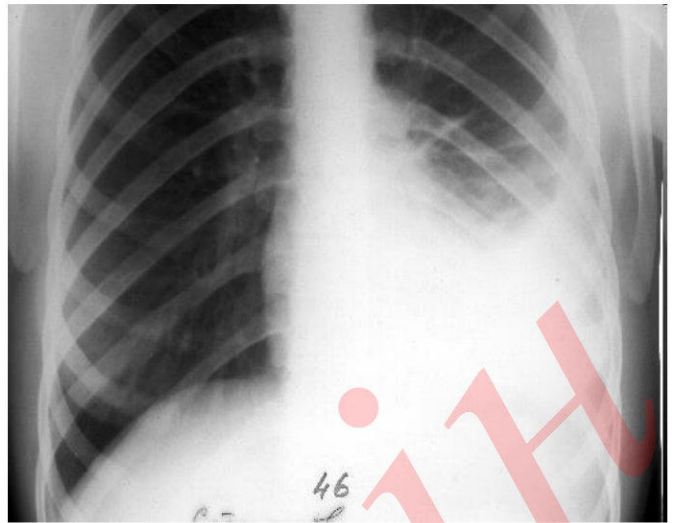
Верификациялау:

- Өкпе немесе плевра туберкулезінде туберкулез микобактериясы қақырықта, плевралық сұйықтықта тек__ он – он бес пайызда анықталады.
- Туберкулинодиагностика, иммуно ферментті әдіс (экссудаттағы антидене титрі)
- ПТР әдісі арқылы экссудаттан микобактерия ДНҚ-н анықтау.
- Плевраны биопсиялау (пункционды инелік биопсия, торакаскопиялық биопсия, ашық торакотомиялық биопсия)
- Биоптатты гистологиялық және бактериологиялық зерттеу

- Плевраны видеоторакоскопиялық биопсиясы (туберкулез микобактериясы, туберкулезді гранулемалар), өкпе қабының, өкпенің ашық биопсиясы.







Дифференциальды 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 | Эксудат |
|-----------------------------|--------------|---------------|
| 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:

- Жіті кезеңде төсектік тәртіп, толыққанды тамақтану (белок, май, дәрумендерге бай), көмірсуды, тұз, сұйықтықты шектеу -диета оныншы немесе он бесінші;

Этиологиялық ем:

- Бастапқы үш - төрт аптада кортикостероидтарды қолдану (20-40мг бір ай);
- Спецификалық химиотерапия алты айдан аз емес (2HRZE+4HR)
- Қайталамалы экссудатты аспирациялауды жүргізеді.
- Эмпиема кезінде плевральды қуысты дренаждау, жергілікті антибактериальды терапия.
- Патогентикалық ем жүргізу:
- қабынуға қарсы, десенсибилизация емі (ацетилсалицил қышқылы 1,0 тәулігіне үш - төрт рет, вольтарен, индометацин, бутадион, кальций хлориды т.б)
- Симптоматикалық ем жүргізіледі:
- Ауырсынулы құрғақ жөтел болса – дионин, кодеин, либексин, тусупрекс беріледі.
- Экссудатты алу;
- Плевриттің сорылу кезінде кальций препараттарымен электрофарез және тыныстық гимнастиканы жүргіземіз;
- Көрсеткіштерге байланысты – хирургиялы ем жүргіземіз.

Әдебиет

1. Ломако М.Н.. Руководство по фтизиатрии./ М.Н.Ломако, С.А.Соболь, С.И.Судник – Минск: Вышэйшая школа, 1991.
2. Малая медицинская энциклопедия.– М.: Медицина, 1996.
3. В.Ф.Шебанов. Туберкулез.–М.: Медицина 1985.
4. М.И.Перельман, В.А.Корякин, В.И.Богадельникова. Фтизиатрия.- М.:Медицина. 2004.
5. Под.ред.Л.Б.Худзик. Туберкулез у детей и подростков. М.:Медицина, 2004.
6. В.А.Кошечкин, З.А.Иванова Туберкулез М.:Гэотар-медиа, 2007.
7. Под.ред. В.А.Аксеновой Туберкулез у детей и подростков. М.: Гэотар-медиа, 2007.
8. Л.Себастьян, У.Джеральдин Лучевая диагностика М.:Гэотар-медиа 2010.
9. А.С.Свистунова, Н.Е.Чернеховская, В.И. Чуканов Туберкулез и внутренние болезни М.:Академия, 2005.
- 10.Л.М.Еремеева, М.С.Тасекеев Туберкулез: Современное состояние и новые подходы к решению проблем А.,2009
- 11.М.И.Перельман, И.В.Богадельникова Фтизиатрия М.: Гэотар-медиа, 2010
- 12.А:А:Бугаков, С.Л:Бугакова Туберкулез в схемах и таблицах –А.:Эверо, 2014

Мазмұны:

| | |
|---|--------|
| 1. Алғы сөз | 3 бет |
| 2. Туберкулезге шалдыққан науқастарды тексеру әдістері..... | 4 бет |
| 3. Ми қабығының қабынуы туберкулезі..... | 13 бет |
| 5. Ми туберкулемасы..... | 21 бет |
| 6. Сүйек және буын туберкулезі..... | 21 бет |
| 7. Бүйрек және несеп жолдарының туберкулезі..... | 37 бет |
| 8. Еркек жыныс мүшелерінің туберкулезі..... | 54 бет |
| 9. Әйел жыныс ағзаларының туберкулезі..... | 59 бет |
| 10. Шеткі лимфа түйіндерінің туберкулезі..... | 66 бет |
| 11. Іш перде туберкулезі (туберкулезді перитонит)..... | 71 бет |
| 12. Көз туберкулезі..... | 72 бет |
| 13. Тері туберкулезі..... | 78 бет |
| 14. Іш перде туберкулезі (туберкулезді перитонит)..... | 85 бет |
| 15. Туберкулезді плеврит..... | 86 бет |

**Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық
Қазақ-түрік университетінің
«Тұран» баспаханасында көбейтілді**

**Офистік басылым. Шартты баспа табағы 7
Таралымы 100**