

**С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ**



**КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.
Д.АСФЕНДИЯРОВА**

ШЕТКІ ЛИМФА ТҮЙІНДЕРІНІҢ ТУБЕРКУЛЕЗІ

Орындаған: Жаңалық М.

Тобы: ЖМ12-604-1

Қабылдаған: доцент Еркенова Г.С.

Алматы. 2017-2018жс.

ЖОСПАР:

- I. Кіріспе

- II. Негізгі бөлім

Шеткі лимфа түйіндерінің туберкулезі туралы түсінік
Этиологиясы, патогенезі, клиникалық көріністері,
диагностикасы

Емі, алдын-алу шаралары

- III. Қорытынды

- IV. Пайдаланылған әдебиеттер

- Шеткі лимфа түйіндерінің туберкулезі — лимфоидты тіннің спецификалық гранулематозды қабынуымен сипатталатын созылмалы инфекциялық ауру.
- Қазақстанда шеткі лимфа түйіндерінің туберкулезі өкпеден тыс туберкулездердің ішінде көп таралған формасы болып табылады.



Патогенезі:

- Шеткі лимфа түйіндерінің зақымдануы көбіне балалық шақта біріншілік туберкулез кезінде пайда болып және де кеуде ішілік лимфа түйіндерінің және өкпенің спецификалық процесстерімен жиі бірге жүруі мүмкін.
- Туберулездің бұл түрімен жиі балалар ауырады, ал ересек адамдар арасында ол сирегірек кездеседі.

- Шеткі лимфа түйіндерінің екіншілік туберкулезі жиі кез келген локализациядағы ошақтардың, иммунитеттің төмендеуі кезіндегі эндогенді реактивациясы нәтижесінде дамиды;
- Лимфа түйіндерінің организмде микобактериялардың депосы ретіндегі, рецидив дамуындағы және олардың диссеминациясының көзі ретіндегі рөлі дәлелденген. Өршуді туғызуы мүмкін жағдайларға: иммунитеттің төмендеуі, салқындау, нервті стресс, интеркурентті аурулар жатады.

○ ШЛТТ формалары:

Инфильтративті

И. формасында
лимфа түйінінің
үлкеюі
туберкулезді
гранулемалардың
және
спецификалық
емес
периадениттің
дамуымен
байланысты

Казеозды- некротикалық

Лимфа
түйіндерінің
некрозымен
бірге
іріндеуімен
және
жыланкөздердің
түзілуімен
сипатталынады

Индуративті

Зақымдалынған
лимфа
түйіндерінің
және
айналасындағы
тіндердің
тыртықты
қатаюы тән.

КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСІ:

- Шеткі лимфа түйіндерінің туберкулезі созылмалы ағымда өтіп, бір топ немесе бірнеше топ лимфа түйіндерінің үлкеюімен басталады.
- Бұндай ағымда спецификалық интоксикация көріністері айқын болады: дене температурасының көтерілуі, тері бозғылттығы, тез шаршағыштық, тершеңдік, тәбеттің төмендеуі.

Аурудың алғашқы кезеңінде лимфа бездерін пальпациялау қиындыққа түседі: сипап қарағанда олар жұмсақ, қозғалмалы, бір-біріне жабыспаған, ауру сезімсіз, диаметрі 1 см ден аспайды. Туберкулездің үдеуі кезінде лимфа бездері үлкейеді (4-5см), тығыздалады, периаденит дамиды, бездер өзара және қоршаған тінге жабысады.

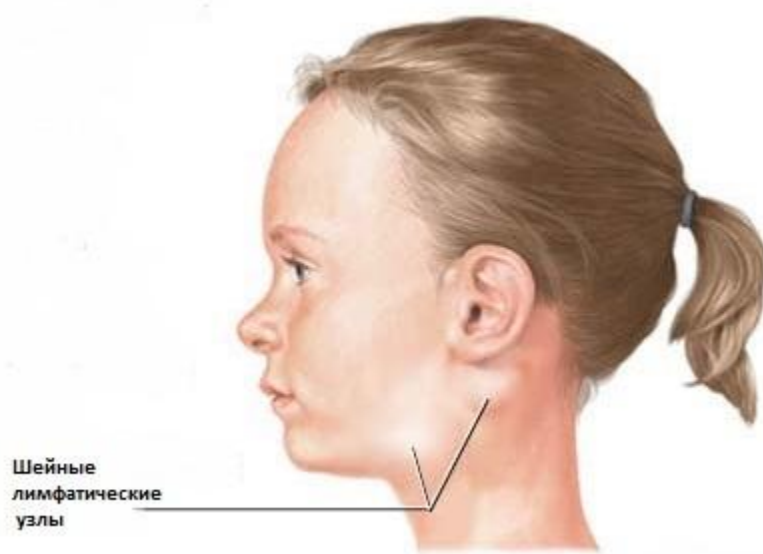


Ем қолданылмаған жағдайда лимфа бездерінде флюктуация пайда болып (сұйық казеоз), аздаған ірінді бөлінділері бар жыланкөз түзіледі.



Туберкулезбен көп уақыт ауратын науқастарда, бездердің орнында және оның айналасында тыртықты тін түзіледі, теріде зақымдану аймағында өрескел ішке тартылған тыртықтар пайда болады.

Жиі мойын лимфа түйіндері зақымдалынады (75-80%)



ҚОЛТЫҚ АСТЫ Л.Т.Т. (15-20%)



Шап лимфа түйіндерінің туберкулезі (5%)



Ағымының ерекшеліктері:

- ШЛТТ атипті өтуі балаларда, аяғы ауыр әйелдерде, қарт адамдарда кездеседі. Оларға ауру бастамасының жедел дамуы, туберкулез интоксикациясының айқын және ауыр түрде өтуі тән. Дене температурасы 38-39 С көтеріліп, әлсіздік, қатты бас ауруымен бірге жүреді.
- Үлкейген лимфа түйіндерінде казеоз түзіліп, іріңдейді, айналасындағы тіндермен және терімен қосылып, пальпацияда күрт ауру сезімді болады. Әрі қарай флюктуация анықталып, жыланкөздер түзіледі. Туберкулездің жедел ағымында аурудың басталуынан жыланкөздердің түзілуіне дейінгі аралық 1 айдан 3 айға дейінгі уақытты алады.

ДИАГНОСТИКА:

- Анамнез мәліметтері
- Клиникалық қарап тексеру
- Кеуде торының рентгенографиясы
- Пункционды және биопсиялық материалды МБТ ге бактериоскопиялық және бактериологиялық зерттеу
- Операциядан кейінгі алынған материалды гистологиялық зерттеу
- Туберкулино диагностика

Қосымша зерттеу әдістеріне:

- Ультрадыбысты зерттеу
- КТ
- ЯМР

ЖАЛПЫ ҚАН АНАЛИЗІ

Аурудың өршуі кезінде:

- Нейтрофильді лейкоцитоз
- моноцитоз,
- лимфоцитоз.
- лимфопения - жайылмалы процессі бар науқастарда
- СОЭ науқастардың басым бөлігінде аз ғана жоғарылайды

Қан сарысуын зерттеу кезінде:

- Белок алмасуының бұзылысы
- Фибриноген мен сиал қышқылының жоғарылауы
- СРБ

Туберкулино диагностика: Манту сынамасы оң
(гиперергиялық)

РЕНТГЕНОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУ:

- Рентгенологиялық тексеріс жүргізгенде зақымданған аймақта кальцинирленген лимфа бездері көрінеді бұл аурудың туберкулезді этиологиясын көрсетеді.
- Лимфа бездерінің ортасының өкпенуі және өкпенбеген капсуласының сақталғаны көрінеді.

ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫ ДИАГНОСТИКАСЫ:

Спецификалық емес қабыну аурулары	Лимфогранулематоз	Саркоидоз Бенъе-Бека-Шаумана	Лимфосаркома	Созылмалы лимфолейкоз	Орталық өкпе рагы, метастаздар
Анамнез ерекшеліктері, инкубациялық кезең қысқа. лимфа түйіндері 1,5-2 см. тері тез қызарып жыланкөз пайда болады . консервативті ем тез әсерін	Көптеген, ірі, тығыз «қапшықтағы картошка»	Көптеген үлкейген лимфа түйіндері, диаметрі 1,5 см дейін	Үлкейген лимфа т., үлкен пакеттер түзеді, тығыз, ауыру сезімсіз	Ауыру сезімсіз, эластикалық, қамыр тәрізді, іріндемейді және ыдырамайды	Жиі бұғана үсті лимфа бездері зақымдалады (Вирхов бездері)

ЕМІ



Консервативті

Хирургиялық

Патогенетикалық

Перифериялық лимфа түйіндері ұлғайған науқастарға туберкулезге қарсы емнен бұрын кең спектрлі антибиотиктермен ем тағайындалады.

I категория бойынша ем тағайындалады.

Интенсивті фаза : 2-5 (H R Z E)
Жалғастырушы фаза : 4-7 (HR)

Жалғастырушы фаза : 4-7 (HR)

Егер I категориядан соң ем эффективсіз болса немесе рецидив болса II категория бойынша емделеді

Интенсивті фаза : 3-5 (H R Z E S2)

Жалғастырушы фаза : 5-8 (H R E)

ПАТОГЕНЕТИКАЛЫҚ ЕМІ

- Дезинтоксикалық терапия
- Витаминотерапия
- Жергілікті физиотерапия
- Ультрадыбысты терапия
- Дәрілік электрофорез
- Төмен энергетикалық лазерлі терапия

ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМ

- Лимфа түйіндерінің абцессі
- Ұзақ жазылмайтын жыланкөз
- Консервативті емнің нәтижесіздігі

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

- 1) Фтизиатрия М.И. Перельман, В.А. Корякин А.1998ж.
- 2) Фтизиатрия А.С. Ракишева
- 3) «Пособие по фтизиатрии» Б.И. Ященко, М.С. Двойрин.
- 4) «Проблемы туберкулеза» ғылыми-практикалы журнал. 2001ж.