ДӘРІС КЕШЕНІ:

ББББ атауы: Жалпы медицина
Пәнің атауы: Фтизиатрия
Пән коды: Ftiz 5305
Оқу сағаттары/кредит көлемі: 4/120
Курс және семестр: 5/9
Дәріс көлемі: 8 сағат

Шымкент, 2025

Дәріс кешені «Фтизиатрия» пәнінің жұмыс оқу бағдарламасына (силлабус) сәйкес әзірленген және кафедра мәжілісінде талқыланды.

.

№ 11 хаттама «26»06.2025 ж.

Кафедра меңгерушісі Касаева Л.Т.

№1 дәріс

1. Тақырыбы: Туберкулезді біріктірілген бақылау. ҚР туберкулез эпидемиологиясы. Туберкулездің этиологиясы, патогенезі және патоморфологиясы.

2. Мақсаты: Медициналық білім беру бойынша фтизиатрия қамтиды сатып алу бакалаврлар жаңа теориялық білімді көрсету үшін қажетті білікті фтизиатриялық көмекті науқасқа жүргізу үшін туберкулезге қарсы профилактикалық іс-шараларды қазіргі заманға сай дәлелді медицина принциптеріне. Таныстыру эпидемиологиялық жағдайға әлемде, елде, аймақта қызмет көрсету..

3. Дәріс тезистері:

Негізгі мақсаты-Ұлттық туберкулезбен күрес бағдарламасын қамтуды кеңейту болып табылады анықтау ауру және табу көп науқастарды ерте кем жұқпалы сатыларында. Кеңейту анықтау, науқастарды жүзеге асыру керек кейін ғана жоғары көрсеткішке жету сауығу қазірдің өзінде анықталған науқастар. Бұл жағдай емдеу мекемелеріне тартылады, артық науқастарды арқасында жақсы нәтижелері қазірдің өзінде лечившихся науқастар.

Туберкулез эпидемиологиясы бола отырып, бөлімде құрамдас бөлігі фтизиатрия, зерттейді жұқтыру көзі туберкулезге, инфекцияның берілу жолдары, таралуы, туберкулез сияқты инфекциялық аурулардың халық арасында және ең угрожаемые топтары, олардың арасында бар көп ауыру қаупін. Ескеру қажет, себебі туберкулез болып табылады ғана емес, медициналық-биологиялық мәселемен байланысты өзара іс-қимылымен адам ағзасының және қоздырғыштың емес, әлеуметтік проблема, өйткені әлеуметтік факторлар әсер етеді, денсаулық жағдайы, тұтастай алғанда халықтың және оның жекелеген топтары. Атап айтқанда, маңызы зор материалдық өмір сүру деңгейі, санитарлық сауаттылығы және мәдениет, қызмет түрі, тұрғын үй жағдайлары, қамтамасыз етілуі, медициналық көмек және т. б. Демографиялық ерекшеліктері, сондай-ақ назарға алынуы тиіс зерттеген кезде туберкулездің эпидемиологиялық ұстанымдар: жас құрамы, халықтың, оның ішінде балалардың үлес салмағы, жынысы бойынша бөлу, туу, тығыздығы

Туберкулез қоздырғыштары — кислотоустойчивые ұсақ бактериялары, ашық Р. Кохом в-1882 ж. Белгілі бірнеше түрі туберкулездің микобактерияларын: Mycobacterium tuberculosis (адамдық түрі), Mycobacterium africanum (аралық түрі) және Mycobacterium bovis (бычий түрі) жатады, түрі Mycobacterium, отбасына Mycobacteriacae, тәртібіне Actinomycetalis. Туберкулез қоздырғыштарын адам жиі (92% жағдайда) болып табылады туберкулездің микобактерияларын адами түрі, ұсақ бактериялары бычьего және аралық түрлерін тудырады дамыту туберкулез адамда тиісінше 5 және 3% жағдайларда. Заманауи микробиологиялық жіктеу ұсақ бактериялары құс түрі (M. avium) жатқызады нетуберкулезным микобактериям кешенін avium — intracellulare, мүмкін қоздырғыштармен микобактериоза адам және жануарлардың

Зақымдануына, адамның туберкулезбен көпшілігінде болып жатқан жағдайларының (90-95%) тыныс алу жолдары арқылы (аэрогенді жол).

Аэрогендік берілу механизмі іске асырылады ауа-тамшы және ауа-шаң жолдары. Түшкіру тамшылары сілекей немесе қақырық құрамында ТМБ түседі ауа разлетаются дейін арақашықтықта бір метр, осылайша, микробтар оңай бара алады, тыныс жолдары адам. Ірі тамшы тұнады жынысы, кеуіп қалады, содан кейін айналады шаң қамтитын өміршең ТМБ, ол көтерілуі мүмкін ауа мен дем алған кезде оятуы адамдар. Жұқтыру арқылы шаң ауада іс жүзінде болмайды, өйткені әсерінен күн сәулесінің немесе күндізгі жарық ТМБ тез өледі.

Жұқтыру арқылы ластанған шаң жүреді, негізінен, тұрғын үйге науқастар, олар ылғалды тазалау жүргізеді. Сонымен қатар, туберкулез инфекциясы берілуі мүмкін азық-түлік (алиментарлы) арқылы, асқазан ішек жолы арқылы жұқтырылған сүт өнімдерімен, олар инфицируются көбінесе Mycobacterium bovis. Байқалады ауру жұқтыру жағдайлары арқылы (зақымдалған тері және шырышты қабық, деп аталатын байланыс жолы, ол кездеседі хирург және патологоанатом. Нәтижесінде енуін ТМБ арқылы зақымдалған плацента науқаста туберкулезге әйелдер мүмкін внутритрубное ұрықтың жұқтыру.

Туберкулездің таралуы арқылы тікелей қарым-қатынас болуы мүмкін кезде ғана аса неопрятности науқастың, оның қолына ластанған қақырықпен немесе поцелуях. Туберкулез ошақтарында ғана емес,

сақталады және санитариялық-гигиеналық ережелер болуы мүмкін байланыс-тұрмыстық берілу жолы, бұл арқылы жұғады заттар жеке өмірі гигиена, ыдыс-аяқ, ойыншықтар, киім-кешек.

4. Иллюстрациялық материалдар: презентация, слайдтар, диаграммалар

5. Әдебиет

Негізгі**:**

1. Перельман, М. И. Фтизиатрия : учебник / М. И. Перельман, И. В. Богадельникова. - 4-е изд., перераб. и доп. ; Мин-во образования и науки РФ. Рек. ГОУ ВПО "Мос. мед. акад. им. И. М. Сеченова". - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 448 +эл. опт. диск (CD-ROM).
2. Фтизиатрия: Учебник/ Ракишева А.С., Цогт Г.; МЗ РК Казакский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова; – Алматы, 2014. – 420с
3. Фтизиатрия : учебник / Д. Б. Гиллер [и др.]. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2024. - 576 с.

Қосымша:

1. Приказ № 214 от 30 ноября 2020г. «Об утверждении правил проведения мероприятий по профилактике туберкулеза»
2. Приказ МЗ РК от 11 апреля 2025 года № 35 О внесении изменений и дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-214/2020

6. **Бақылау сұрақтары (кері байланысы)**

1. Директивалық құжаттар бойынша, туберкулезге қарсы шараларды ұйымдастыру
2. Негізгі эпидемиологиялық көрсеткіштері бойынша туберкулез.
3. Туберкулездың этиологиясы.
4. Туберкулездың патогенезы.
5. Туберкулездың патоморфологиясы.

Дәріс №2

1. **Тақырыбы:** Туберкулезді анықтау әдістері. Диагностикалық алгоритм. Туберкулинодиагностика. Диаскинтест.
2. **Мақсаты:** Білім алушыларды балалар мен жасөспірімдерде туберкулезді ерте анықтау әдістерімен таныстыру. Дәрісте ерте туберкулинодиагностика, флюорографиялық әдісі және оны ұйымдастыру принциптері бойынша материалдар көрсетілген.
3. **Дәріс тезистері:** Балалар мен жасөспірімдерде туберкулезді ерте анықтау туберкулезге қарсы күрестің кешенді жоспарының маңызды бөлімдерінің бірі болып табылады. Туберкулезді ерте анықтау әдістеріне туберкулинодиагностика және флюорография жатады, бұл ретте туберкулинодиагностика 15 жасқа дейінгі балаларда негізгі әдіс болып табылады. 15 жастан бастап ерте анықтаудың екі әдісі де қолданылады.

Туберкулинодиагностика. Балалардағы туберкулез инфекциясын ерте анықтаудың негізгі әдісі жүйелі туберкулин диагностикасы болып табылады. Оның негізгі мақсаты туберкулин сынамаларын қолдануға негізделген халықтың туберкулез микробактерияларының инфекциясын зерттеу болып табылады. 1974 жылдан бастап-Біртұтас туберкулин сынағы қолданылады-Манту реакциясы 2ТЕ. Балалар мен жасөспірімдерде туберкулин диагностикасы келесі бағыттар бойынша жүзеге асырылады:

Жаппай жүйелі жоспарлы туберкулин диагностикасы. Жаппай туберкулин диагностикасының мақсаттары: МБТ алғаш жұқтырған адамдарды анықтау; туберкулинге гиперрергиялық және күшейтілген реакциялармен; перзентханада екпе алмаған 2 ай және одан жоғары жастағы балаларды БЦЖ-М вакцинациялауға іріктеу; БЦЖ ревакцинациялауға іріктеу; балалар мен жасөспірімдерде туберкулезді ерте диагностикалау.

Жеке туберкулинодиагностика. Жеке туберкулинодиагностиканың мақсаттары: туберкулинге вакцинадан кейінгі және инфекциялық аллергияның дифференциалды диагностикасы; туберкулездің және басқа аурулардың диагностикасы және дифференциалды диагностикасы; туберкулинге жеке сезімталдықтың "шегін" анықтау; туберкулез процесінің белсенділігін анықтау және туберкулезге қарсы емнің тиімділігін бағалау.

Флюорография (ФГ) — флуоресцентті экраннан фотопленкаға рентгендік кескін түсірілетін рентгендік зерттеу әдісі. ФГ-ның басты артықшылығы-үнемділік және жоғары өткізу қабілеттілігі. ФГ

рентгенографияға қарағанда 70 есе үнемді, флюорографиялық кабинеттің өткізу қабілеті осындай рентгендік кабинеттен 10 есе көп. ФГ-ның негізгі мақсаты туберкулезді және басқа да өкпе ауруларын ерте анықтау үшін Халыққа профилактикалық тексерулер жүргізу болып табылады. Бүкіл халықты флюорографиялық тексеру 15 жастан бастап жылына 1 рет жүргізіледі.

4. Иллюстрациялы материалдар: презентация, слайдтар, диаграммалар, рентгендік томограммалар

5. Әдебиет

Негізгі**:**

1. Перельман, М. И. Фтизиатрия : учебник / М. И. Перельман, И. В. Богадельникова. - 4-е изд., перераб. и доп. ; Мин-во образования и науки РФ. Рек. ГОУ ВПО "Мос. мед. акад. им. И. М. Сеченова". - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 448 +эл. опт. диск (CD-ROM).
2. Фтизиатрия: Учебник/ Ракишева А.С., Цогт Г.; МЗ РК Казакский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова; – Алматы, 2014. – 420с
3. Туберкулез и ВИЧ-инфекция у взрослых : руководство / В. Н. Зимина [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2020. - 256 с.

Қосымша:

1. Приказ № 214 от 30 ноября 2020г. «Об утверждении правил проведения мероприятий по профилактике туберкулеза»
2. Приказ МЗ РК от 11 апреля 2025 года № 35 О внесении изменений и дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-214/2020

6. Бақылау сұрақтары (кері байланысы)

1. Балалар арасында ТБ ерте анықтау әдістері.
2. Туберкулинодиагностика.
3. Диаскинтест.
4. Сәулелік диагностика: флюорография.

№ 3 Дәріс

1. Тақырыбы: Қазіргі жағдайда туберкулезді емдеу принциптері. Туберкулезге қарсы препараттар. Дәріге төзімді туберкулез. Емдеу мониторингі.

2. Мақсаты Білім алушыларды қазіргі жағдайда туберкулезді емдеу принциптерімен, туберкулезге қарсы препараттармен, дәріге төзімді туберкулезбен және емдеу мониторингімен таныстыру.

3. Дәріс тезистері

1. Туберкулез организмнің жалпы ауруы болып табылады, онда ТМБ бактериялық токсиндер мен тіндердің ыдырау өнімдері әртүрлі мүшелердегі қалыпты өмір сүрудің және патологиялық өзгерістердің әртүрлі бұзылыстарын тудырады.
2. Сондықтан, туберкулезді емдеу кешенді болуы тиіс және ең алдымен туберкулез қоздырғышына, сондай-ақ патологиялық процестің дамуы мен нәтижесіне әсер ететін әртүрлі факторларға біріктірілген және ілеспе аурулардың болуын міндетті түрде ескере отырып, әсер етуі тиіс.
3. ТМБ-ның енуі мен көбеюі туберкулездің дамуының негізгі шарты болып табылады, дегенмен аурудың пайда болуы мен ағымы биологиялық және әлеуметтік ортаның белгілі бір жағдайларында МТ мен макроорганизмнің өзара қарым-қатынасымен анықталады, сондықтан ең бастысы этиотропты терапия болып табылады
4. Туберкулезді Бактерияға қарсы препараттармен емдеу негізгі локализациясына, формасына, фазасына, таралуына, процестің өткірлігінің дәрежесіне, қорғаныс құрылымдары мен макроорганизм функцияларының айқындығы мен ауқаттылығына және т.б. байланысты өзгермеуі тиіс.
5. Қандағы, тіндердегі және зақымдану ошақтарындағы препараттың ең жоғары шындық концентрациясына қол жеткізу мақсатында туберкулезге қарсы препараттың ең жоғары көтерілетін тәуліктік дозасын бір рет қабылдау.
6. Химиотерапия ДДСҰ ұсынған ДОТС стратегиясымен анықталған стандартты схемаларға сәйкес қатаң түрде жүргізіледі және белгіленген мерзім ішінде қолданылады.

7. Микробактерияларға Бактерияға қарсы агенттердің қол жетімділігін ішінара бұзу және тіндік тосқауылдардың түзілуін баяулату арқылы жеңілдету, оны макроорганизм микроорганизмдердің айналасында ни х-дан қорғау үшін олармен күресу процесінде орнатады.
8. Емдеуді бактерицидтік әсерді, науқастың бір курста биологиялық санациясын қамтамасыз ететіндей етіп ұйымдастыру, сол арқылы туберкулезге қарсы препараттарға төзімді микобактериялардың түрлерін тәрбиелеу мен селекциялауды ескерту, науқасты емдеуді жеделдету.
9. Емдеу процесінде неғұрлым зардап шегушілерді қорғайтын протекторларды қолдану арқылы туберкулезге қарсы дәрілерге төзімділікті жеңілдету.
10. Осы науқастың микобактериялары тұрақты болған препараттарды, сондай-ақ ауыр преморбидтік зақымданулар болған кезде оған қарсы көрсетілімдерді уақтылы алып тастау.
Іріңнің, қақырықтың, несептің ағуының бұзылуын, қанмен қамтамасыз етудің, желдетудің бұзылуын уақтылы хирургиялық жолмен жою, туберкулез микобактерияларының бактерицидтік факторларының әсерінен паналайтын үдеріспен үмітсіз бұзылған ағзаларды немесе олардың бөліктерін уақтылы алып тастау.
4. Екінші микрофлораның ерте және шешуші жолын кесу, тез өсіп келе жатқан және туберкулезбен ауыратын органдар мен ұлпалар.
5. Дәрі-дәрмектерді мұқият объективті бақылау, дәрі-дәрмектерге төзімділік және емдеудің тікелей және ұзақ мерзімді нәтижелерін бағалау.
Туберкулезбен ауыратын науқастарды тіркеу және емдеу 3 санат бойынша жүзеге асырылады:
1) I (бірінші) санат – бактерия бөлетін немесе бактерия бөлмейтін өкпе және өкпеден тыс туберкулездің барлық жаңа жағдайлары;
2) II (екінші) санат – қайталанған туберкулез жағдайлары ("рецидив", "емдеудің сәтсіздігі", "үзілістен кейінгі емдеу", " басқалар»);
3) IV (төртінші) санат – зертханалық расталған көптеген немесе кең дәрілік тұрақтылығы бар туберкулезбен, I, II және IV санат режимдерінде "емдеудің сәтсіздігі" нәтижесімен полирезистентті туберкулезбен туберкулез жағдайлары.
Тіркеу кезінде туберкулез жағдайлары келесі түрлерге бөлінеді:
1)" Жаңа жағдай " –бұрын туберкулезге қарсы препараттарды ешқашан қабылдамаған немесе оларды бір айдан кем қабылдаған науқас;
2) "рецидив" - бұрын "емделді" немесе "емдеу аяқталды" нәтижесімен бірінші қатардағы туберкулезге қарсы препараттармен ем алған, бірақ кейіннен бактерия бөлу анықталған науқас;
3)" емдеудің сәтсіздігі " – бірінші қатардағы туберкулезге қарсы препараттармен емдеудің тиімсіз бірінші немесе қайта курсынан кейін;
4)" үзілістен кейінгі емдеу " - қақырық жағындысының микроскопиясының оң нәтижесі бар, ұзақтығы 2 және одан да көп ай үзілістен кейін емдеуді қайта бастайтын науқас;
5)" ауыстырылды " –907 бұйрықпен бекітілген ТБ-09 нысанындағы басқа мекемеден емделу немесе емдеуді жалғастыру үшін келген науқас және (немесе) ол туберкулезбен ауыратын науқас ретінде тіркелген амбулаторлық картадан немесе ауру тарихынан үзінді көшірме. Емдеу аяқталғаннан кейін оның нәтижесі туберкулезге қарсы алғашқы тіркеу ұйымына жіберіледі;
6)" басқалар " – жоғарыда аталған тіркеу түрлеріне сәйкес келмейтін туберкулездің барлық қайталанған жағдайлары (бактерия бөлмейтін өкпе туберкулезі және өкпеден тыс туберкулез). Әрбір осындай жағдай гистологиялық және (немесе) бактериологиялық растауды талап етеді.
Туберкулезге қарсы препараттардың менеджменті Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасына сәйкес жүзеге асырылады.
Туберкулезбен ауыратын науқастарды емдеу екі кезеңде үздіксіз жүргізіледі:
1) бірінші кезең: қарқынды фаза–стационар арқылы жүргізіледі; кейіннен жағындыны конверсиялауға қол жеткізгеннен кейін амбулаториялық жағдайда жалғасады. Бактерия бөлмейтін науқастар бастапқыда орталықтандырылған дәрігерлік-консультациялық комиссияның шешімі бойынша амбулаториялық, сондай-ақ стационарды алмастыратын жағдайларда емделуге жіберіледі;
2) екінші кезең: қолдау фазасы– амбулаториялық, стационарды алмастыратын жағдайларда жүргізіледі. Стационарда емдеудің қолдау фазасын клиникалық және әлеуметтік көрсеткіштер бойынша жүргізуді

орталықтандырылған дәрігерлік-консультациялық комиссия шешеді.
Туберкулезге қарсы препараттарды жіктеу:
1) 1-топ-бірінші қатардағы туберкулезге қарсы пероральді препараттар: изониазид (H), рифампицин (R), пиразинамид (Z), этамбутол (E);
2) 2-топ-инъекциялық препараттар: канамицин (Km), капреомицин (Cm) немесе амикацин (Am);
3) 3-топ-фторхинолондар тобындағы препараттар: левофлоксацин(Lfx), моксифлоксацин (Mfx);
4) 4-топ-екінші қатардағы туберкулезге қарсы басқа препараттар: протионамид (Pto), циклосерин (Cs), параминосалицил қышқылы (Pas);
5) 5 – топ-Бедаквилин (Bdq), Деламанид (Dlm), (Линезолид (Lzd), клофазимин (Cfz), имипинем-циластатин (Imp/Cls), амоксициллин-клавуланат (Amx/Clv).
Туберкулезбен ауыратын науқастарды емдеу, оның ішінде барлық ұйғарылған дәрілік заттарды қабылдауды бақылау білікті медицина қызметкерінің тікелей бақылауымен жүргізіледі. Науқаспен емдеу басталғанға дейін туберкулезге қарсы препараттарды қабылдау қажеттілігі туралы әңгімелесу жүргізіледі, содан кейін 907 бұйрықпен бекітілген № ТБ 14/ нысаны бойынша ақпараттандырылған келісімге қол қойылады.
Стандартты режим бойынша препараттарды қабылдау қарқынды фазада аптасына 7 күнтізбелік күн, емдеудің демеуші фазасында аптасына 6 күнтізбелік күн күнделікті режимде жүзеге асырылады. Егер қарқынды фаза амбулаториялық жағдайда жүргізілсе-аптасына 6 күнтізбелік күн.
IV санат бойынша тағайындауды және емдеу режимін емдеу схемасын, туберкулезге қарсы препараттарды қабылдау мөлшері мен жиілігін бекітетін орталықтандырылған дәрігерлік-консультациялық комиссия анықтайды.
Қысқа мерзімді емдеу режимі фторхинолондарға және екінші қатардағы инъекциялық туберкулезге қарсы препараттарға сезімталдығы сақталған кезде немесе кең дәрілерге төзімді туберкулезге және кең дәрілерге төзімді туберкулезге күдік болмаған кезде өкпе тінінде шектеулі спецификалық зақымданулары бар, көбінесе бактерия бөлмейтін көптеген дәрілерге төзімді туберкулезбен ауыратын науқастарға тағайындалады. Қарқынды фазада қысқа мерзімді режимде 4 айдан 6 айға дейін Cm/Km/Am + MFX + PTO (Cs) + H (жоғары дозалар) + E+Z + Cfz тағайындалады.Қолдау фазасында 5 айдан 6 айға дейін Mfx + PTO (Cs)+E + Z + Cfz.
Қысқа мерзімді емдеу режимі пилоттық жобаларды іске асыру шеңберінде қолданылады.
Жеке режим көптеген дәрілерге төзімді туберкулезбен, кең дәрілерге төзімді, кең дәрілерге төзімді туберкулезбен ауыратын науқастарды емдеу үшін қолданылады және емдеу схемасы бедаквилиннен және(немесе) деламанидтен, сондай-ақ туберкулез микобактерияларының сезімталдығы сақталған барлық 5 топтағы туберкулезге қарсы препараттардан тұрады. Емдеудің жеке режимі пилоттық жобаларды іске асыру шеңберінде қолданылады.
Туберкулезге қарсы препараттардың тәуліктік дозасы стационарда бір немесе екі қабылдауда, амбулаториялық жағдайда – бір қабылдауда қабылданады. Туберкулезге қарсы препараттарды стационарда бөлшектеп алатын науқастар ауруханадан шығарылғанға дейін кемінде 2 апта бұрын науқастарды емдеу процесіне ауыстырылады, ай сайын салмағын бақылау және дәрілік препараттарды қабылдау мөлшерлерін түзету жүзеге асырылады.
Нәтижелері туберкулезбен ауыратындарды емдеу:
1)" емделді " – емдеу соңында және, кем дегенде, алдыңғы бір зерттеуде қақырық бактериоскопиясының нәтижелері теріс;
2)" емдеу аяқталды " – науқас туберкулезге қарсы дәрі-дәрмектердің барлық тағайындалған дозаларын қабылдадыжазылған уақыт кезеңі, бірақ "емделді" немесе "емдеудің сәтсіздігі" өлшемдеріне жауап бермейді»;
3)" емдеудің сәтсіздігі " – науқаста:
микобактериялардың туберкулезге сезімталдығы сақталған кезде қарқынды фазаның соңына қарай қақырық микроскопиясының нәтижесі кем дегенде рифампицинге, дәрілік сезімталдыққа тест деректері болмаған кезде және полирезистенттілік кезінде оң нәтиже береді;
қақырық жағындысын конверсиялағаннан кейін бактерия бөлу қайта басталады;

микроскопияның бастапқы теріс нәтижесі микобактерийтуберкулездің кем дегенде рифампицинге сезімталдығы сақталған кезде, дәрілік сезімталдыққа тест деректері болмаған кезде және полирезистенттілік кезінде емдеудің қарқынды кезеңінің соңына қарай оң болды;
микроскопияның бастапқы теріс нәтижесі дәрілік сезімталдыққа арналған тест мәліметтеріне қарамастан, қолдаушы фазелекцияда оң болды;
4) "қайтыс болды" – науқас қайтыс болу себебіне қарамастан емдеу кезінде қайтыс болды;
5)" режимді бұзу " – науқас емдеуді екі және одан да көп айға тоқтатты;
6)" ауыстырылды " - туберкулезге қарсы емдеуді тағайындау немесе жалғастыру үшін 907 бұйрықпен бекітілген ТБ09/нысанымен және стационарлық немесе амбулаториялық науқастың медициналық картасынан үзінді көшірмесімен басқа мекемеге кеткен науқас;
7)" IV санатқа ауыстырылды " – зертханалық расталған көптеген немесе кең дәрілерге төзімді туберкулезі бар науқас, өкпеден тыс туберкулез кезінде көптеген немесе кең дәрілерге төзімді туберкулезге күдікті науқас және бактерия бөлмейтін көптеген дәрілерге төзімді туберкулезі бар науқас бала.
Өкпеден тыс туберкулезбен ауыратын науқастарда,сондай-ақ бактерия бөлмейтін өкпе туберкулезі бар балаларда "емдеудің сәтсіздігі" нәтижесі клиникалық-рентгенологиялық зерттеулердің нәтижелері бойынша анықталады. Ал "терапевтік жетістік" - тіркелген емдеу нәтижелері бар жағдайлардың саны" емделді "және"емдеу аяқталды".

4. Иллюстрациялы материалдар презентация.

5. Әдебиет

Негізгі**:**

1. Перельман, М. И. Фтизиатрия : учебник / М. И. Перельман, И. В. Богадельникова. - 4-е изд., перераб. и доп. ; Мин-во образования и науки РФ. Рек. ГОУ ВПО "Мос. мед. акад. им. И. М. Сеченова". - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 448 +эл. опт. диск (CD-ROM).
2. Фтизиатрия: Учебник/ Ракишева А.С., Цогт Г.; МЗ РК Казакский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова; – Алматы, 2014. – 420с
3. Фтизиатрия : учебник / Д. Б. Гиллер [и др.]. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2024. - 576 с.

Қосымша:

4. Приказ № 214 от 30 ноября 2020г. «Об утверждении правил проведения мероприятий по профилактике туберкулеза»
5. Приказ МЗ РК от 11 апреля 2025 года № 35 О внесении изменений и дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-214/2020

6. Бақылау сұрақтары (кері байланысы)

1. Туберкулезді емдеудің негізгі принциптері.
2. Туберкулезге қарсы препараттардың жіктелуі.
3. Дәріге төзімді туберкулез.
4. Емдеу мониторингі.

.№4 дәріс

1Тақырыбы:Аллергия және туберкулезге қарсы иммунитет. Туберкулездің иммунопрофилактикасы. Біріншілік туберкулез. Патогенезі, потоморфологиясы. Клиникалық түрлері.

2. Мақсаты Алынған жұқпалы және жасанды стерильді иммунитеттің қалыптасу негіздерін, аллергияның дамуын ашыңыз. Туберкулездің бастапқы түрлерінің (таксико-аллергиялық, парасспецификалық Рецензиялар, асқынулар және т.б.) ауыткушылығын, диагностикасын талдау.

3. Дәріс тезистері Иммунитет (латын сөзінен immunitas-құтылу , босату) - ағзаның ауру қоздырғышына немесе улануға төзімділігі. Туберкулезге қарсы Иммунитет тұқым қуалайтын және организм жеке сатып алған барлық құрылғылардың жиынтығына байланысты. Онда туберкулездің микобактериялары мен олар шығаратын өнімдердің енуіне және көбеюіне қарсы. Жануарлар әлемінің әртүрлі өкілдері туберкулез инфекциясына әр түрлі төзімділікке ие. Гвинея шошқалары, қояндар, құстар, мал, төзімді - егеуқұйрықтар, иттер, жылқылар мен ешкілер әсіресе сезімтал. Олар МВТ және арнайы өсіруді күрт шектейді.изиения шектеулі жеңіліспен сипатталады. Адам әдетте туберкулезге қарсы тұрақтылыққа ие. Бұл әрдайым инфекцияны енгізу ауруды тудырмайтындығымен дәлелденеді. Инфекцияның енгізілуіне

жауап ретінде табиғи (туа біткен) тұрақтылықтан басқа, жұқпалы материал немесе вакцинадан кейінгі инфекцияға жауап ретінде жұқпалы болуы мүмкін иммунитет дамиды. Жұқпалы (немесе зарарсыз) организмде клиникалық көрінісі болмаған кезде туберкулездің қоздырғышының болуына байланысты. Туберкулез кезінде алынған иммунитеттің негізі-ең алдымен енгізілген жерде МТ кідіруіне әкелетін әртүрлі механизмдер. Ішкі мүшелерге ену кезінде олардың көбеюінің кешігуі және фагоциттердің бөліну процесінің күшеюі байқалады. Иммунитет әлсіреген сайын, МТ қайтадан көбею және патологиялық процестерді тудыру қабілетіне ие болады.Инфекциядан кейін иммунитеттің пайда болуы (Алғашқы ауру) туберкулезге қарсы вакцинацияның көмегімен жасанды иммунитетті құру бойынша көптеген тәжірибелер үшін негіз болды.

Туберкулез микобактерияларының ағзаға енуіне және онда нақты өзгерістердің дамуына байланысты нақты аллергия пайда болады.

Аллергиясы бар организм МТ немесе олардың өмірлік белсенділігінің өнімдерін қайта енгізуге жоғары сезімталдықты көрсетеді.

Бұл жұқтырған ағзаның ерекшелігі фтизиатрияда туберкулезбен ауыратындардың инфекциясын немесе аллергиялық жағдайын анықтау үшін қолданылады.

Аллерген ретінде тірі МТ емес, туберкулин қолданылады.

Туберкулиннің ерекше әсері инфекцияланған ағзаға аз дозаларды енгізу кезінде кері реакция пайда болатындығында, ал туберкулезді жұқтырмаған организм туберкулиннің үлкен дозаларына да жауап бермейтіндігінде көрінеді.

Туберкулез инфекциясына жоғары сезімталдық инфекциядан кейін бірден пайда болмайды, бірақ кейбір инкубациялық кезеңнен кейін. Аллергиялық көріністер патологиялық процестің дамуымен күшейеді және айқын көрінуі мүмкін (гиперергия).

Біріншілік туберкулез

Бастапқы туберкулез деп біз ТМБ-ны алғашқы жұқтыру нәтижесінде пайда болатын туберкулезді түсінеміз.

Бастапқы туберкулез-негізінен балалар мен жасөспірімдердің ауруы. Ересектерде жиі кездеседі. Біріншілік туберкулез үлкен жастағы инфекция нәтижесінде дамиды. Оның ересектерде пайда болу жиілігі халықтың жұқтыру дәрежесі мен динамикасына және аймақтағы туберкулез бойынша эпиджағдайға байланысты.

Сондықтан балалар мен жасөспірімдердің инфекциясы (инфекциясы) неғұрлым көп болса, ересектерде алғашқы туберкулез аз болады және керісінше.

Біріншілік туберкулездің клиникасы әртүрлі. Бастапқы туберкулездің класикалық түрі-бастапқы кешен. 85-90% жағдайда ол өкпеде және тек 10-15% басқа органдарда локализацияланған. Өкпе компонентінде, әдетте, адам типіндегі МВТ табылған. Инфекция жолдары –аэрогенді және алиментарлық (ішек арқылы мезентериалды лимфа түйіндеріне, содан кейін кеуде қуысы арқылы жалпы кравообрения тогына, ауыз қуысының немесе тонзилланың сілекей қабығы арқылы, демек лимфа жолдары арқылы өкпеге).

Туберкулезден және басқа себептерден қайтыс болған өкпені патологиялық зерттеу кезінде 89-92% бастапқы әсер бірлі-жарым болады, жақсы желдетілетін жерлерде, плеврaға жақын (3-8-4-5 сегменттерде) оқшауланады.

Бастапқы ошақ-эксультативті-пневмониялық фокус, альвеолит, содан кейін лимфа тамырлары арқылы инфекция аймақтық лимфа түйіндеріне өтеді (бронхиалды лимфа бездері-өкпе айнасы).

Бастапқы ошақтың эволюциясы-бейтараптандырумен (Гон ошағы) прогрессия немесе резорбция.

4. Иллюстрациялы материалдар: презентация, слайдтар, диаграммалар, рентгендік томограммалар

5. Әдебиет:

Негізгі**:**

1. Кошечкин, В. А. Фтизиатрия: учебник / В. А. Кошечкин. - ; Мин. образования и науки РФ. Рекомендовано ГБОУ ДПО "Россиская мед. акад. последипломного образования". - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2016. - 304 с. -
2. Фтизиатрия : учебник / В. Ю. Мишин [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2016. - 520 с.

3. Перельман, М. И. Фтизиатрия : учебник / М. И. Перельман, И. В. Богадельникова. - 4-е изд., перераб. и доп. ; Мин-во образования и науки РФ. Рек. ГОУ ВПО "Мос. мед. акад. им. И. М. Сеченова". - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 448 +эл. опт. диск (CD-ROM).
4. Фтизиатрия: Учебник/ Ракишева А.С., Цогт Г.; МЗ РК Казакский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова; – Алматы, 2014. – 420с
5. Туберкулез и ВИЧ-инфекция у взрослых : руководство / В. Н. Зимина [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2020. - 256 с.

Қосымша:

6. Приказ № 214 от 30 ноября 2020г. «Об утверждении правил проведения мероприятий по профилактике туберкулеза»
7. Приказ МЗ РК от 11 апреля 2025 года № 35 О внесении изменений и дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-214/2020

6. Бақылау сұрақтары

1. Туберкулездегі аллергия мен имунитеттің рөлі.
2. Туберкулез кезіндегі Иммунопрофилактика.
3. Біріншілік туберкулез, патогенезі және жіктелуі.
4. Бастапқы туберкулездің диагностикасы және дифференциалды диагностикасы.

№5 дәріс

1. Тақырыбы: Өкпенің диссеминирленген туберкулезі. Патогенезі, патоморфологиясы, клиникасы, диагностикасы.

2. Мақсаты Білім алушыларды таратылған өкпе туберкулезімен таныстыру. Дәрісте аурудың эпидемиологиясы, этиологиясы және патогенезі, оның клиникалық көріністері, диагностикасы, асқынулары мен емі туралы мәліметтер бар

3. Дәріс тезистері

Таратылған өкпе туберкулезі өкпеде ТМБ шашырауы нәтижесінде пайда болатын көптеген туберкулез ошақтарының болуымен сипатталады.

Алғаш рет анықталған өкпе туберкулезімен ауыратын науқастардың ішінде диссеминирленген туберкулезді 5-9% – да, туберкулезге қарсы диспансерлерде есепте тұрғандардың арасында 12-15% – да диагностикалайды. Балалар мен жасөспірімдер сирек таралған туберкулезбен ауырады. Олардың арасында туберкулездің осы түрімен ауыратын науқастарды анықтау айналасындағы адамдар арасында туберкулез инфекциясының үлкен таралуын көрсетеді. Таратылған туберкулез әртүрлі ауруларға байланысты иммунодепрессивті препараттар алатын егде және қарт адамдарда жиі анықталады. Өлімнің себебі ретінде өкпе туберкулезінің барлық түрлерінің арасында таратылған туберкулез 3-10% құрайды.

Таратылған туберкулез МВТ өкпеге гематогендік, лимфогендік, лимфогематогендік және сирек лимфобронхогендік жолдармен таралуы нәтижесінде пайда болады. Туберкулез процесін генерализациялау бастапқы туберкулездің күрделі ағымында, осы түрге тән бактериемия өкпеде көптеген ошақты диссеминациямен көрінетін кезде мүмкін болады. Белсенді бастапқы туберкулез кезінде ТМБ таралу көзі (ерте генерализация) топографиялық және функционалдық жағынан қанайналым жүйесімен тығыз байланысты казеозды-өзгерген кеудеішілік лимфа түйіндері болып табылады. Таратылған туберкулез бастапқы туберкулезді өздігінен немесе дәрі-дәрмекпен емдегеннен кейін (кеш генерализация) көптеген жылдар өткен соң дами алады. ТМБ-ның таралуы зақымдалған лимфа түйіндерінен, Гон ошақтарынан, өкпеден тыс туберкулез ошақтарынан болады.

Лимфа түйінінен алынған микобактериялар өкпе тамырының қабырғасына кеуде лимфа жолы, субклавиялық тамыр, жүректің оң жақ бөліктері, өкпе тамырлары және одан әрі өкпеге тікелей туберкулез қабынуы таралған кезде қанға енеді. Өкпеден тыс ошақтан ТМБ алдыңғы бактериемиядан кейін өкпе тамырларына түседі. Гематогенді диссеминация кезінде туберкулез ошақтары екі өкпеде симметриялы түрде бүкіл ұзына бойы немесе жоғарғы бөліктерінде анықталады. Медиастинаның лимфа түйінінен ТМБ өкпеге лимфа тамырлары арқылы ретроградты түрде таралуы мүмкін. Бұл жағдайда негізінен бір жақты лимфогендік диссеминацияланған туберкулез пайда болады.

ТМБ - ның қанға және лимфаға түсуі таратылған туберкулездің пайда болуы үшін әлі де жеткіліксіз-ағзаның табиғи қарсылығын және туберкулезге қарсы иммунитетті төмендету, сондай-ақ өкпе тінінің,

өкпе тамырларының туберкулез инфекциясына реактивтілігін арттыру қажет. Диссеминирленген туберкулез БЦЖ вакцинацияланбаған балаларда, туа біткен немесе жүре пайда болған иммун тапшылығы бар адамдарда, иммунодепрессанттарды ұзақ уақыт қабылдаған науқастарда, организмнің табиғи гормондық қайта құрылуы кезеңінде, ашығу, ТМБ экзогендік суперинфекциясы, инфекциялық аурулар кезінде, физиотерапиялық емшараларды (кварц, балшық және т.б.), инсоляцияларды қолдану кезінде дамиды.
Мысалы, қан тамырына казеозды лимфа түйінінің жарылуы кезінде МБТ-ның үлкен дозасын бір мезгілде қабылдау өкпенің зақымдануымен жалпыланған диссеминацияланған туберкулездің дамуына себеп болуы мүмкін.
2/3 науқастардағы диссеминацияланған туберкулез әртүрлі шағымдардың пайда болуына байланысты тексеру кезінде, 1/3 – профилактикалық флюрографиялық тексеру кезінде анықталады.
Таратылған туберкулездің клиникалық көріністерінің алуан түрлілігімен бірнеше клиникалық нұсқаларды бөлуге болады:
1) өкпенің жіті диссеминирленген (милиарлы) туберкулезі;
2) жіті диссеминирленген өкпе туберкулезі;
3) өкпенің созылмалы диссеминирленген туберкулезі.
4) таратылған туберкулездің жайылған түрі
Аурудың жедел басталуы кезінде температураның 39-40 °С көтерілуі, ентігу, құрғақ жөтел, кейде шырышты қақырықтың аз шығуымен байқалады. Науқастарда тексеру кезінде цианоз (еріндер, қол саусақтарының ұштары) байқалады.. Перкуторлы түрде тимпаникалық реңкпен өкпе дыбысы анықталады, аускультативті түрде қатты немесе әлсіреген дыбыс естіледі
тыныс алу, аз мөлшерде құрғақ немесе кішкентай ылғалды сырылдар, әсіресе паравертебральды кеңістікте.Айқын лабильді Импульс және тахикардия байқалады.
Туберкулинді сынамалар әдетте жалған теріс.
Қандағы өзгерістер лейкоцитоз, моноцитоз, эозинопения, нейтрофильді солға жылжу, ESR жоғарылауымен сипатталады. Зәрде ақуыз анықталады.
Аурудың алғашқы күндеріндегі милиарлы туберкулездің рентгенологиялық көрінісі өкпенің мөлдірлігінің диффузды төмендеуімен, тамыр үлгісінің майлануымен, тәуліқаралық қабынудың салдарынан ұсақ торлы тордың пайда болуымен көрінеді
мата. Аурудың 7-10-шы күнінде ғана шолу рентгенограммасында бірнеше, дөңгелек пішінді, жақсы бөлінген және тізбекте орналасқан, еленген дәннің мөлшері бар ошақтарды көруге болады, содан кейін екі өкпеде де өкпе сүйектерін бірдей типтегі шағын ошақтармен симметриялы түрде себуге болады. Өкпенің милиарлы зақымдануының барлық маңызды белгілерін КТ қолдану арқылы анықтауға болады. Егер процесс дамитын болса, онда плевра мен менингеальды мембраналар әсер етеді.Милиарлы туберкулездің кері дамуымен ошақтар толығымен сорылуы немесе кальцийленуі мүмкін. Кальцийленген ошақтардың саны бөртпе кезеңіне қарағанда аз, өйткені фокальды өзгерістер ішінара шешіледі.Дифференцированный диагноз.Туберкулездің таралған түрлерін салыстыру керек өкпе ауруларының ең үлкен тобын әр түрлі этиологиядағы лобулярлы бронхопневмониялар (жарадан кейінгі, тұмау, септикалық және т.б.) құрайды.
Емі. Таратылған туберкулез менингеальды мембраналардың зақымдануымен де емделеді. Емдеу барлық патофизиологиялық бұзылуларды ескере отырып, кешенді болуы керек
4. Иллюстрациялы материалдар презентация, рентгенотомограммалар.
5. Әдебиет:

Негізгі**:**

1. Кошечкин, В. А. Фтизиатрия: учебник / В. А. Кошечкин. - ; Мин. образования и науки РФ. Рекомендовано ГБОУ ДПО "Россиская мед. акад. последипломного образования". - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2016. - 304 с. -
2. Фтизиатрия: Учебник/ Ракишева А.С., Цогт Г.; МЗ РК Казакский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова; – Алматы, 2014. – 420с
3. Фтизиатрия : учебник / Д. Б. Гиллер [и др.]. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2024. - 576 с.

Қосымша:

4. Приказ № 214 от 30 ноября 2020г. «Об утверждении правил проведения мероприятий по профилактике туберкулеза»
5. Приказ МЗ РК от 11 апреля 2025 года № 35 О внесении изменений и дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-214/2020

6. Бақылау сұрақтары (кері байланысы)

1. Таратылған туберкулезді анықтау әдістері?
2.Таратылған туберкулездің патогенезі?
3 .Таратылған туберкулездің түрлері?
4. Таратылған туберкулездің дифференциалды диагностикалық белгілері?

№6 Дәріс

1**. Тақырыбы:** Туберкулезді менингит. Патогенезі, патоморфологиясы, клиникасы, диагностикасы. Емі.

2. Мақсаты Білім алушыларды туберкулезді менингитпен таныстыру дәрісте аурудың этиопатогенезі, оның клиникалық көріністері, диагностика әдістері және дифференциалды диагностика, асқынулар және емдеу туралы мәліметтер бар.

3. Дәріс тезистері

Этиология мен патогенезі. Ми қабықтарының туберкулезі немесе туберкулезді менингит — туберкулездің әртүрлі, жиі белсенді және кең таралған түрлерімен ауыратын науқастарда пайда болатын қабықтардың (жұмсақ, өрмекші және аз қатты) қайталама туберкулездік зақымдануы (қабынуы). Бұл локализацияның туберкулезі өте қиын. Ересектерде туберкулез менингиті көбінесе туберкулездің өршуінің көрінісі болып табылады және оның жалғыз белгіленген локализациясы болуы мүмкін. Негізгі туберкулез процесінің локализациясы мен сипаты туберкулез менингитінің патогенезіне әсер етеді. Өкпенің алғашқы таралған туберкулезінде туберкулездің микобактериялары орталық жүйке жүйесіне лимфогематогендік жолмен енеді, өйткені лимфа жүйесі қан арнасымен байланысты. Церебральды мембраналардың туберкулездік қабынуы тамырлы тосқауылдың бұзылуы салдарынан микобактериялардың жүйке жүйесіне тікелей енуі кезінде пайда болады. Бұл спецификалық емес және спецификалық (микобактериялар) сенсибилизациядан туындаған ми тамырларының, мембраналардың, тамырлы плексустардың гиперергиялық күйінде болады. Морфологиялық тұрғыдан бұл қан тамырлары қабырғасының фибриноидты некрозымен, сондай-ақ олардың өткізгіштігінің жоғарылауымен көрінеді. Шешуші фактор туберкулез микобактериялары болып табылады, олар зақымдану ошағында болған кезде ағзаның туберкулез инфекциясына жоғары сезімталдығын тудырады және ми қарыншаларының тамырлы плексустарының өзгерген тамырлары арқылы еніп, олардың ерекше зақымдануына әкеледі.

Туберкулезді менингит - бұл туберкулездің ең ауыр түрі, ол уақытылы диагноз қойылмаған жағдайда 100% жағдайда өлім мен асқынулар береді. Туберкулезді менингит соқырлық, саңырау, гидроцефалия, ақыл-ойдың төмендеуі, парез, паралич сияқты асқынуларымен қорқынышты. Сондықтан дәрігер үшін ең бастысы (МСАК, педиатр, инфекционист, невропатолог) – туберкулезді менингитке дер кезінде күдіктену, клиникалық симптомдарды, жұлын сұйықтығын бағалау және уақытында фтизиатрды шақы**ру.**

4. Иллюстрациялы материалдар презентация, рентгенотомограммалар.

5. Әдебиет:

Негізгі**:**

1. Кошечкин, В. А. Фтизиатрия: учебник / В. А. Кошечкин. - ; Мин. образования и науки РФ. Рекомендовано ГБОУ ДПО "Россиская мед. акад. последипломного образования". - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2016. - 304 с. -
2. Фтизиатрия: Учебник/ Ракишева А.С., Цогт Г.; МЗ РК Казакский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова; – Алматы, 2014. – 420с
3. Фтизиатрия : учебник / Д. Б. Гиллер [и др.]. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2024. - 576 с.

Қосымша:

4. Приказ № 214 от 30 ноября 2020г. «Об утверждении правил проведения мероприятий по профилактике туберкулеза»

5. Приказ МЗ РК от 11 апреля 2025 года № 35 О внесении изменений и дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-214/2020

6. Бақылау сұрақтары (кері байланысы)

1. Туберкулез менингитінің себептері
2. Туберкулезді менингиттің клиникасы
3. Жұлын пункциясын жүргізудің маңызы, оның техникасы
4. Туберкулез менингитінің дифференциалды диагностикасы
5. Туберкулез менингитін емдеу ерекшеліктері

№ 7 Дәріс

1. Тақырыбы: Екіншілік туберкулездің патогенезі. Өкпенің ошақты туберкулезі. Инфильтративті туберкулез. Өкпе туберкулемасы. Патогенезі, патоморфологиясы, клиникасы, диагностикасы.

2. Мақсаты Білім алушыларды қайталама өкпе туберкулезінің клиникалық түрлерімен таныстыру. Дәрісте этиология және патогенез, ошақты, инфильтративті туберкулез және өкпе туберкулемасының клиникалық көріністері, олардың дифференциалды диагностикасы және емі туралы мәліметтер бар.

3. Дәріс тезистері

Екінші туберкулез туберкулезге қарсы иммунитет жағдайында дамиды. Бұл ерте жұқтырған адамдарда пайда болады.

Себептері:

- эндогендік (организмдегі реактивті ескі ошақта);
- экзогендік (организмге сыртқы босанудан қайта жаппай енуі);

Ауру басында жасырын науқастарда шағымдар жоқ. Асқыну және ремиссия кезеңдерімен ұзақ уақыт бойы байқалады.

Туберкулез кезінде өкпе қалыпты құрылымын жоғалтады. Фиброз дамиды, өкпенің көлемі азаяды және өкпе жоғарыға тартылады.

Туберкулездің қайталама түрлерінің негізгі белгілерінің бірі-жөтел. Шығарылған қақырықтың мөлшері аз, табиғаты бойынша ол іріңді емес.

Гемоптиз сирек кездеседі, өкпе қан кетуі алыс деструктивті процестермен дамиды.

Қайталама туберкулезде әдетте белгілі бір өзгерістер кез-келген органның (көбінесе өкпе) шектерімен шектеледі. Сондықтан қайталама туберкулезді орган туберкулезі деп те атайды.

Патогенезде бастапқы туберкулездің әртүрлі кезеңдерінде пайда болатын бастапқы ошақтардан кейінгі немесе кейінгі ошақтар үлкен маңызға ие. Көптеген авторлардың зерттеулері мұндай ошақтардың көбінесе плевралық бөлімдерде өкпенің жоғарғы (S-S), бронхопульмональды сегменттерінде орналасқанын анықтады . (Струков А. и. 1935; Гордон г. Я., 1951; Ливенбрук и. с., 1962 және т.б.). Бұл ошақтар туберкулездің белсенді түрлерінен зардап шекпейтін адамдарды рентгендік-анатомиялық зерттеу кезінде кездейсоқ табулар болып табылады.

Ошақтық туберкулез егде жастағы балалар мен жасөспірімдердегі қайталама туберкулездің ең ерте түрі болып табылады. Қазіргі уақытта алғаш рет жұқтырған жасөспірімдерде туберкулез ошақтық және инфильтративті нысандар түрінде сирек емес. Жасөспірімдердегі өкпе туберкулезінің құрылымында ошақтық туберкулез орта есеппен 33% құрайды, балаларда айтарлықтай сирек кездеседі.

Ошақты туберкулездің дифференциалды диагностикасын бронхопневмониямен, өкпенің перифериялық және метастатикалық обырымен жүргіземіз.

Инфильтративті туберкулездің клиникалық-морфологиялық ерекшелігі-өкпенің тез өршуіне бейім жиі зақымдануы. Өкпе тінінің ерекше гиперсенсибилизациясы аясында инфильтративті туберкулез пайда болады, қабыну аймағында айқын экссудативті тіндік реакциямен және өкпе тінінің ыдырауына бейімділікпен жүреді.

Алғаш анықталған өкпе туберкулезімен ауыратын науқастардың 65-75% - ында диагноз қойылады.

Инфильтративті туберкулездің дамуы жаңа немесе ескі туберкулез ошақтарының айналасында инфильтрация аймағының пайда болуымен және ұлғаюымен байланысты, олар көбінесе өкпенің 1, 2 және 6 сегменттерінде локализацияланады. Кейінгі даму казеозды-некротикалық тіндік реакцияның жоғарылауымен байланысты. Казеозды массалар ериді және құрғататын бронх арқылы қабылданбайды.

Ыдырау қуысында бірнеше немесе жалғыз пайда болады. ТМБ бронхогендік таралуы үшін жағдайлар бар, бұл жаңа ошақтар мен инфильтраттардың пайда болуына әкеледі.
Инфильтративті туберкулездің дифференциалды диагностикасы көбінесе плевропневмониямен, өкпе эозинофильді инфильтратымен, өкпе инфарктісімен, өкпе обырымен, актиномикозбен, кандидомикозбен жүргізіледі.
Өкпе туберкулезін фтизиатрлар соңғы жылдарға дейін өкпеде, созылмалы түрде өтетін дөңгелек тығыз туберкулез инфильтраты түрінде байқады. Кейде дөңгелек субклавиялық инфильтратқа қатысты пневмоторакс сияқты, ол тек дөңгелек тығыз үлкен қараңғылау ошағын модельдеді, ол өзінің түрін Сығылған өкпеде өзгертпейді, тіпті көп жылдық тұндыру кезінде де. Бұл ошаққа әдетте "созылмалы инфильтрат", "фибротизация фазасындағы инфильтрат", "тығыздау фазасындағы инфильтрат"атауы берілді. Енді кейбір ұқсас туберкулез түзілімдері туберкулез, өкпе казеомасы деп аталды. Қазіргі заманғы Бактерияға қарсы терапия кейде макроорганизмнің ерекше реактивтілігі аясында өкпе инфильтратына әсер етеді (көбінесе субклавиялық болады) келесі түрде: емдеу инфильтратты ыдыраудан және кавернизациядан қорғайды, бірақ резорбция үшін жағдай жасамайды, содан кейін баяу созылмалы казеизация процесі басталады – фиброзды капсула-тосқауылмен қоршалған құрғақ казеоз түрінде мумификация кезінде тіндердің өлуі.
Туберкулезді жиі дифференциалды диагностикалау өкпенің перифериялық қатерлі ісігімен, өкпедегі ісіктердің метастаздарымен, қатерлі ісіктермен, реляциялық кисталармен, аспергиллемамен жүргізіледі.
4. Иллюстрациялы материалдар презентация, рентгенотомограммлар.
5. Әдебиет

Негізгі**:**

1. Фтизиатрия : учебник / В. Ю. Мишин [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2016. - 520 с.
2. Фтизиатрия: Учебник/ Ракишева А.С., Цогт Г.; МЗ РК Казакский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова; – Алматы, 2014. – 420с
3. Фтизиатрия : учебник / Д. Б. Гиллер [и др.]. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2024. - 576 с.

Қосымша:

4. Приказ № 214 от 30 ноября 2020г. «Об утверждении правил проведения мероприятий по профилактике туберкулеза»
5. Приказ МЗ РК от 11 апреля 2025 года № 35 О внесении изменений и дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-214/2020

6. Бақылау сұрақтары (кері байланысы)
1. Қайталама туберкулездің себептері
2. Туберкулездің қайталама түрлері ағымының ерекшеліктері
3. Туберкулездің қайталама түрлерінің диагностикасы және дифференциалды диагностикасы.
4. Туберкулездің қайталама түрлерінің рентгеносемиотикасы

№ 8 Дәріс

1. Тақырыбы: Кавернозды, фиброзды - кавернозды, өкпенің циррозды туберкулезі. Патогенезі, патоморфологиясы, клиникасы диагностикасы, емі.
2. Мақсаты Білім алушыларды қайталама өкпе туберкулезінің клиникалық түрлерімен таныстыру. Дәрісте этиологиясы мен патогенезі, кавернозды, фиброзды-кавернозды және цирротикалық өкпе туберкулезінің клиникалық көріністері, олардың дифференциалды диагностикасы мен емі туралы мәліметтер бар.
3. Дәріс тезистері
Өкпенің кавернозды туберкулезі-деструктивті туберкулез ағымының аралық кезеңі.
Кавернозды туберкулез оқшауланған жағдайларда кездеседі. 2\3-те кавернозды қайталама инфекция ошақтарының аясында дамиды, көбінесе туберкулездік өкпенің инфильтративті формаларынан, ошақтық үдерістен шешіледі және инфильтративті немесе ошақтық туберкулездің үдемелі ағымының нәтижесі болып табылады.

Инфекцияның белсенді ошақтарында, әдетте, аурудың жедел дамуы байқалады, ал белсенді емес ошақтарда – біртіндеп немесе асимптоматикалық.Соңғы жылдары клиникалық синдром өзгерді. Кеудедегі ауырсыну, ентігу, қатты жөтел, өкпеден қан кету (допантибактерильді кезеңдегі кавернозды процестердің белгілері) талап етілген уақытта сирек байқалады (12,8%). Өкпедегі қуыстық өзгерістердің физикалық белгілері емдеу басталғанға дейін ғана Физикалық әдіспен анықталады. Олар айқын көрінбейді және емдеу кезінде тез жоғалады.

Рентгенологиялық тұрғыдан өкпенің кавернозды туберкулезі процестің салыстырмалы тұрақтануымен қалыптасқан ыдырау қуысымен – кавернамен ұсынылған, бұл динамикалық бақылау деректерін дәлелдейді. Бір-екі бронхопульмональды сегменттер шегінде туберкулездік өзгерістердің созылуы. Каверннің картинасында қоршаған өкпе тінінде жергілікті шектеулі пневмосклероз және көбінесе өнімді сипаттағы бірнеше туберкулез ошақтары түріндегі аздаған өзгерістермен басым болады.

Өкпенің кавернозды туберкулезін диареямен дифференциалды диагностикалау туа біткен күрделі емес кистамен жүргізіледі.

Фиброзды-кавернозды туберкулез-бұл каверналардың болуымен, фиброзбен және тұқым себу ошақтарымен сипатталатын созылмалы кавернозды процесс. Бұл өте қауіпті және эпидемиологиялық нысаны, өйткені ФКТ-мен ауыратын науқастар көп жағдайда бактерия бөлушілер болып табылады.

ФКТ үшін айқын фиброзды капсуласы бар кавернаның болуы, процесс жағында өкпеде фиброзды өзгерістер, медиастинальды органдардың ауру жағына жылжуы, өкпеде бронхогендік диссеминация және аурудың ұзақтығы тән.

ФКТ патогенезі және каверналардың пайда болуы негізінен казеозды пневмония аймағының іріңді балқуынан, некротизацияланған массалардан бас тартудан (олардың шығарылуы көбінесе қақырықпен 5 — ші жолмен жүреді) және қуысы пайда болады, оның қабырғасы бірнеше қабаттардан тұрады: казеозды-некротикалық массалар қабаты (сүзбе, ВС көп мөлшерде — 10 миллионға дейін, кавернада), түйіршікті және фиброзды. Туберкулезден ФКТ дамуымен оның ыдырауы байқалады. Фиброз болған кезде түйіршіктеудің қалыптасуы. Кавернаны қалыптастыру процесі орта есеппен 2 аптаға созылады. Курс науқастың денесінің реактивтілігіне байланысты.

Каверналардың инволюциясы кезінде нәтижелердің бірнеше нұсқасы мүмкін:

тыртықтың, туберкулеманың немесе сканерленген кавернаның пайда болуы. Аурудың қолайсыз ағымымен процеске бронхтар, плевралық жапырақтар, бронхоэктаздардың дамуы мүмкін.

FCT-де дамитын барлық қуыстарды қабырғаларының құрылымына байланысты бірнеше түрге бөлуге болады:

* Жаңа-бұл шектеу белгілері жоқ казеозды массалардағы қуыс.
* Эластикалық - қабырғасы казеозды-некротикалық грануляциялық және талшықты қабаттардан тұрады.
* Капсулаланған (және регидті)-алдыңғы 2 қабатқа 3 қабаты — талшықты қосылады.
* Фиброзды-тығыз фибридті капсуланың болуымен сипатталады.
* Санированные-тиімді емдеу кезінде пайда болады, ішінен эпителиймен қапталған.

Мөлшеріне байланысты олар бөлінеді: кішкентай каверналар (2-4 см), орташа (4-6 см), үлкен (6-8 см), кавум Магна (8 см-ден астам), бұзылған өкпе.

Өкпе тінінің бұзылуы және қуыстың пайда болуы туберкулездің кез-келген клиникалық түрінде болуы мүмкін, бірақ фиброзды-кавернозды формаға көшу бұзылу фактісімен емес, кавернадағы және өкпедегі морфологиялық процестің сипатының өзг еруімен және көбінесе аурудың барлық клиникалық ағымының өзгеруімен анықталады.

FCT белгілері-бұл аз қақырықпен жөтел, кеудедегі ауырсыну, әлсіздік, салмақ жоғалту, нашар ұйқы және тәбет, безгегі, түнгі тер, гемоптиз болуы мүмкін.

ФКТ-дағы кавернаның рентгенограммаға тән белгілері бар. Кішкентай серпімді өкпе тінімен қоршалған каверна дұрыс дөңгелек пішінді сирек сақтайды, ол тұрақты емес пішінді, тығыз ішкі капсуламен және көбінесе айналасындағы қабыну аймағында болуы мүмкін. Бір өкпеде бірнеше каверналар болуы мүмкін, каверналар әртүрлі мөлшерде болуы мүмкін: алып, үлкен және кіші.

Сондай-ақ, фиброзды-индуративті өзгерістер, плевра қабаттары, тығыз немесе кальцийленген ошақтар рентгенологиялық түрде анықталады, ал олардың аясында, негізінен өкпенің жоғарғы бөліктерінде, фиброзды қабырғасы бар әр түрлі мөлшердегі каверналар тұрақты емес, кейде бұршақ тәрізді. Өршу

кезінде, сонымен қатар, жақында пайда болған "жұмсақ" ошақтар, көбінесе өкпенің ортаңғы немесе төменгі бөліктерінде көрінеді. Бұл форма тиімсіз емделушілерде, алкоголизм мен нашақорлықтан зардап шегетін адамдарда жиі байқалады.
ФКТ-мен ауыратын науқастардың қақырығында БК көп мөлшерде, сондай-ақ осы клиникалық формаға тән маржан тәрізді серпімді талшықтар болады. Өршу кезеңінде лейкоциттер саны 10000 — 12000 дейін артады. Кавернаның іріңді құрамындағы қайталама инфекция кезінде жоғары сандар байқалады. Лейкоформуланың ауысуы да байқалады.
Асқынулар.
А. спецификалық емес асқынулар.
1. Өкпе-жүрек жеткіліксіздігінің дамуы(өкпе жүрегі), ентігу, бауырдың ұлғаюы, асцит, аритмия.
2. Өкпе артериясының аневризмасының дамуына байланысты өкпеден қан кету.
3. Ішкі ағзалардың амилоидозы.
4. Спонтанды пневмоторакс-өкпенің төмендеуі-плеврит-плевраның эмпиемасы.
5. Екіншілік бактериялық инфекцияның қосылуы.
Б. ерекше асқынулар.
1. Инфекцияның спутогенді интраканалликулярлық таралуы.
2. Көмейдің туберкулезі.
3. Ішек туберкулезі.
4. Несеп-жыныс туберкулезі.
5. Туберкулез эмпиемасы.
Өкпе жиі кездеседі қан кету және спонтанды пневмоторакс.
Фиброзды-кавернозды туберкулез кезінде өлімнің ең көп таралған себебі оның өршуі және өкпе-жүрек жеткіліксіздігі.
ФКТ бронхоэктатикалық аурумен, өкпе қатерлі ісігімен, әртүрлі этиологиядағы пневмосклероздармен сарапануы керек.
Өкпенің цирротикалық туберкулезі.
Ол өкпе паренхимасының орнында дәнекер тінінің жаппай өсуімен сипатталады және өкпе функциясының бұзылуымен бірге жүреді. Цирроз-бұл туберкулезден зардап шеккен өкпе тінінің ақаулы емделуі.
Патогенез: цирроз-бұл өкпе мен плевradағы өрескел деформациялық склероздың дамуының нәтижесі және өкпе туберкулезінің бастапқы формасына байланысты.
Бар: 1. Бронхогендік цирроз. Ателектазбен асқынудың кеудеішілік лимфа түйіндерінің туберкулезінде бір айдан кейін және одан да көп ателектезденген аймақта жаппай фиброз дамиды. Көбінесе оң өкпенің жоғарғы және ортаңғы лобтары әсер етеді.
2. Пневмогендік цирроз пневмония кезінде дамиды,
фокустардың және ошақтардың тыртықты ұлпамен өнуі нәтижесінде инфильтративті туберкулез.
3. Екі жақты өрескел трабикулярлық цирроз ошақтардың дәнекер инвалюциясы, лимфоенгенит және воскуляция кезінде таратылған туберкулездің ұзақ ағымымен дамиды.
4. Плеврогендік цирроз экссудативті плеврит, жасанды пневмоторакс көмегімен ұзақ уақыт емделетін пневмоплеврит болған адамдарда дамиды. Бұл жағдайда плевradан фиброз өкпеге таралады.
Дәнекер тінінің дамуымен қатар, зардап шеккен және зақымданбаған өкпе бөліктерінде Викар эмфиземасы дамиды. Көбінесе мұндай эмфиземалар өкпенің зардап шеккен бөліктерінде пайда болуы мүмкін және интерстезиальды тіндердің склеротикалық өзгерістері мен альвеолалардың қабырғаларының зақымдануы нәтижесінде дамиды. Циррозdan зардап шеккен өкпе аймағы көлемде азаяды, оның үстіндегі плевра қалыңдайды. Өкпедегі дәнекер тінінің дамуы бронхтар мен тамырлардың орналасуы мен құрылымының өзгеруіне әкеледі. Бронх тіндері тыртықпен ауыстырылады, эпителийдің метаплазмалары, серпімді және тегіс бұлшықет талшықтарының атрофиясы пайда болады, бронх люмені тыртық тінімен деформацияланады, бронхтардың мотор және дренаждық қызметі бұзылады. Бронхтар жағдайын өзгертеді, деформацияланады, нәтижесінде бронхоэктаз дамиды. Мұның бәрі олардағы секрецияның тоқырауына, қақырық флорасының көбеюіне және қабынудың дамуына жағдай жасайды. Өкпенің зақымдану аймағында қан тамырлары ішінара жойылады, ал кейбір жерлерде

кеңейеді, тамырлар зақымдалады және түйіршіктер жиі қан кету мен қан кетудің себебі болып табылады.
Клиникалық көрініс процестің фазасына және басқа органдардың фукнциональды бұзылулары мен асқынуларының ауырлығына байланысты. Науқастар тыныс алудың қысқаруына, жүрек соғуына шағымданады, физикалық кернеулерде айтарлықтай күшейеді. Көбінесе олар әлсіз және нашар сезінеді.
Цирроз бір жақты болуы мүмкін, өкпенің үлкен немесе кіші бөлігін қамтиды және екі жақты, шектеулі немесе диффузды шектеулі циррозлар бір жақты, лобтарға әсер етеді, орташа тұз синдромының дамуымен орташа үлесті цирроз мүмкін.
Зардап шеккен үлес көлемі бойынша азаяды, оның жекелеген учаскелерінде жоғары қарқындылықтағы қараңғылану сопақша жолақ тәрізді ағартумен анықталады. Тығыздалған учаскелер арасында неғұрлым тығыз кальцийленген туберкулез ошақтары анықталады. Өкпе мен медиастинаның тамыры циррозға, эмфиземаға басқа өкпеге ауысады.
Диффузды цирроз әдетте таратылған өкпе туберкулезінен кейін екі жақты болады. Екі өкпеде де бірнеше жақсы анықталған сызықтық, қарқынды, бір-бірімен байланысты көлеңкелер анықталады. Екі тамыр да жоғары қарай тартылады,олардан шығатын тамырлар тігінен орналасады (<симптомы (жылап тұрған тал"). Контур диафрагма арналған зақымданған жағында сол подтянут жоғары, неровен. Диафрагманың тыныс алу экскурсиялары шектеулі. Плевралық жапырақтардың қалыңдауы, плевралық қосылыстар түрінде плеврадағы өзгерістер әрқашан анықталады.
Өкпедегі туберкулездік өзгерістер белсенділігінің негізгі белгілері:
1. Рентгенологиялық белгілердің жиынтығы.
2. Бактериовыделение.
3. емнің оң нәтижелері
4. Бронх туберкулезі.
5. Рентгендік флюорографиялық мұрағаттың ретроспективті талдауының нәтижелері.
Қосымша өзгерістер:
1. Лейкограммалар және ESR.
2. Кейбір биохимиялық парақтар (сиал жасушаларының ұлғаюы, СРВ пайда болуы және т.б.).
3. Иммунологиялық көрсеткіштер(Манту гиперергиялық реакциясы, туберкулинді тексеру сынамалары және гемотуберкулин).
4. Шектеулі паторальды эндобронхитті анықтау.
Егер негізгі белгілердің кем дегенде 1-і болса, онда процесс белсенді болып саналады.
Пневмофиброздар (фиброзды альвеолит, бронхоэктаздың таралуы, пневмокониоздар) цирротикалық туберкулез үшін де қате қабылдануы мүмкін.
Туберкулездің деструктивті түрлерімен ауыратын науқастарды емдеу қақырық жағындысының микроскопиясының нәтижелеріне, молекулярлық-генетикалық әдістерге, дәрілік сезімталдыққа тестке және тағайындалған терапия режиміне сәйкес санаттар бойынша стационар жағдайында жүргізіледі.
4. Иллюстрациялы материалдар презентация, рентгенотомограммалар.
5. Әдебиет:

Негізгі**:**

1. Фтизиатрия : учебник / В. Ю. Мишин [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2016. - 520 с.
2. Фтизиатрия: Учебник/ Ракишева А.С., Цогт Г.; МЗ РК Казакский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова; – Алматы, 2014. – 420с
3. Фтизиатрия : учебник / Д. Б. Гиллер [и др.]. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2024. - 576 с.

Қосымша:

4. Приказ № 214 от 30 ноября 2020г. «Об утверждении правил проведения мероприятий по профилактике туберкулеза»
5. Приказ МЗ РК от 11 апреля 2025 года № 35 О внесении изменений и дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-214/2020

Электронная библиотека «Эпиграф» - http://www.elib.kz/ Эпиграф - портал мультимедийных учебников https://mbook.kz/ru/index/.

6. Бақылау сұрақтары (кері байланысы)1. Аурудың деструктивті формаларының пайда болуының сипаттамасы мен себептері.
2. Каверн патогенезі, каверн рентгеносемиотикасы.
3. Сақиналы көлеңкенің дифференциалды диагностикасы.
4. Цирротикалық туберкулез және туберкулезден кейінгі цирроз.