

ТУБЕРКУЛЕЗ КЕЗІНДЕ ҚОЛДАНЫЛАТЫН ПАТОГЕНЕТИКАЛЫҚ ЕМДЕР

Омарбекова А.

Патогенетикалық емнің негізгі түрлері гигиена-диеталық режим, қабынуға қарсы және стимуляциялық ем болып табылады.

ТУБЕРКУЛЕЗ АУРУЫН ЕМДЕУ ТӘРТІБІ

- Туберкулез ауруының жазылуына ауру адамның гигиеналық режимді сақтап, дұрыс тамақтану және оның өмірге деген көз қарасы, мәдениетті тәртібі көп әсерін тигізеді. Осыған орай егер дәрігер дұрыс ем қолданса ауру дәрігер айтқан режимді бұлжытпай орындаса науқас көп жағдайда жазылып кетеді.

- Туберкулезді дәрі-дәрмекпен немесе хирургиялық әдіспен емдегенде науқас адамның көңіл күйін бір қалыпқа келтіруді ойластыру керек, себебі оның эмоциялдық жағдайы организмнің инфекцияға қарсы күресу қабілетіне әсер етеді, жазылуға деген сенімін арттырады.
- Емдеуге жағдай науқасқа әр түрлі емдеу режимдерін қолдану арқылы жасалады. Режимнің түрі туберкулездің формасы мен кезеңіне байланысты болады. Мысалы өкпе туберкулезінің жедел, ауыр, асқынған түрлерінде науқас адам толық тыныштық сақтауы тиіс. Толық тыныштық кезінде ми мен вегетативті жүйке жүйелері дем алады, тыныс алу мен қан айналымы жақсарыады, организмнің жалпы энергиялық шығымы азайып оттегі балансы төмендейді. Сол сияқты науқастың жөтелі саябырлап, өкпедегі сырыл азаяды, ақырында дене қызуы да түсе бастайды.

- Науқастың **толық** немесе **жартылай тыныштық** сақтау режимінің зақымдалған мүшелерге де пайдасы бар екені анықталды. Осыған орай **Туссен** деген дәрігер туберкулез ауруларын 6 айға төсекке шалқасынан немесе бір жақ жамбасына жатқызып қойған. Егер деструкциялық процесс оң өкпенің жоғарғы бөлігінде орналасса оң жамбасқа, сол өкпеде болса сол жамбасқа, ал екі өкпе де бірдей зақымданса шалқасынан жатқызып, төсектің аяқ жағын көтеріп ұстаған. Осы режимді қолдану нәтижесінде өкпенің эластикалық қатаңдығы бәсеңдеп интоксикация симптомдары азайып, қақырық пен микобактериялар бөлуі тоқтап, жаңа пайда болған ошақтар мен инфильтраттар қайтып, шағын каверналар жабылған.

- Туберкулездің клиникалық симптомдары азайып, өкпедегі ошақтар мен инфильтраттар қайта бастаған кезінен ауру **екінші емдеу режиміне** көшіріледі. Бұл режимдегі ауруларға өзіне-өзі қарап, қысқа уақыт таза ауаға шығып дем алуына рұқсат беріледі. Ауруханадан шығар алдында науқастар **үшінші емдеу режиміне** көшіріледі - бұл режимдегілерге ұзақ қыдырып, дене шынықтыру жаттығуларын жасауға, спорттық ойындарға қатысып 3-4 сағат жеңіл жұмыс істеуге рұқсат етіледі.

ҚАБЫНУҒА ҚАРСЫ ТЕРАПИЯ

- Қабынуға қарсы терапияны этиотропты дәрілермен бірге химиотерапияның бастапқы кезеңінде айқын экссудатты-пневмониялық реакциялар бар кезде тағайындайды. Оған **кортикостероидты дәрілер және гормонды емес қабынуға қарсы дәрілер** жатады.

- Кортикостероидтардың ішінде глюкокортикостероидты гормондарды қолданған дұрыс, олар қабынуға қарсы, антитоксикалық, фибробластқа қарсы, десенсибилизациялық және антиаллергиялық әсер жасайды.
- Кортизонның синтетикалық аналогтарының ішінде **преднизолонды** науқастар жақсы көтеретіндіктен туберкулез ауруы кезінде қолданады. Преднизолонмен терапияны жүргізудің көптеген әдістері бар. Жиі емді 20 мг (5 мг-нан тәулігіне 4 рет) мөлшерден бастап қажетті нәтижені алғанша жалғастырады. Сонан соң преднизолон мөлшерін 5 мг-нан әрбір 5-7 тәулік сайын азайтып 5 мг жеткізіп, дәріні беруді тоқтатады.

- Кортикостероидты терапияның көрсеткіштері: серозиттер (плеврит, перитонит, перикардит, туберкулезді менингит), милиарлы, жеделдеу шашыранды және инфильтратты туберкулез, трахея мен бронхтардың жедел спецификалық зақымы, перифериялық лимфа бездерінің туберкулезі, өкпеден көп мөлшерде қайталап қан кету, туберкулезге қосарланған аллергиялық аурулар.

- Кортикостероидты терапияның кері көрсеткіштері: ірінді инфекция, жүктілік, асқазан мен ұлтабардың жарасы, гипертониялық ауру, жедел эндокардит, тромбофлебит, Иценко-Кушинг ауруы, қант диабетінің ауыр түрлері.
- Преднизолоннан басқа гидрокортизон, триамциналон, дексаметазон т.б. қолданылады.
- Гормонды емес қабынуға қарсы дәрілер (этимизол, гепарин) гормонды дәрілермен емдеу мүмкін болмаған жағдайда жүргізіледі.

ГЕПАРИНДІК ТЕРАПИЯ

- Гепарин – антикоагулянт, тікелей және кең спектрлі әсер жасайды, қабынуға қарсы, уға қарсы, аллергияға қарсы, тамырды кеңейту, гипотензиялық және жансыздандыру қасиет бар. Аз мөлшерде ағзаның адаптациялық мүмкіндіктеріне стимуляция жасап, алмасу процесстерін қалыпқа келтіреді.
- Инфилтратты, миллиарлы, жеделдеу шашыранды туберкулез, туберкулезді менингит, спецификалық және бейспецификалық аллергия кезінде туберкулезге қарсы дәрілермен бірге қолданылады.
- Мөлшері: 5 мың (1,0 мл) – бұлшық етке №20 қанның ұю жүйесін бақылай отырып беріледі.

ИММУНИТЕТТІ ҚОЛДАУШЫ ДӘРІЛЕР

- Иммунитетті қолдаушы әсері бар препараттар - левамизол, диуцифон, тактивин, тималин, спленин - туберкулезде бұзылысқа ұшыраған иммунитеттің жүйесін өзгерту мақсатында қолданылады. Олар репаративті процестің қалпына келу жолдарын жылдамдатады, қуыстың казеоздан тарауын күшейтеді. Тәжірибеде кеңінен қолдау тапқан **левамизол**. Дәріні тағайындауға клиникалық көрсеткіштер: клиника-рентгенологиялық нәтиженің болмауы, яғни инфильтратты және жаңа ошақты өзгерістердің сақталуы немесе толығымен таралып жазылмауы. Левамизол 100 мг/тәулік мөлшерінде 3 күн қатарынан сонан кейін 4 күн үзіліс жасалып тағайындалады. Емдеу курсы 2-3 ай, курстық мөлшері 24000-30000 мг.
- **Диуцифон** әсерінің сипаты бойынша левамизолға жақын бірақ белсенділігі жоғарылау және зиянды әсері аз. Дәріні ұнтақ түрінде ішке тәулігіне 0,1г-нан 3 рет тамақтан соң күнделікті немесе бұлшық етке 4-5 мл 5% ертінді түрінде тәулігіне 1 рет тағайындайды, емдеу курсы 2 ай.
- Созылмалы деструкциялық процесстер кезінде иммунитеттің Т-жүйесін стимуляциялау үшін, В-лимфоциттердің дисфункциясын жою үшін, антиденелерді қалыпқа келтіру үшін **нуклеинат натрий** 0,2 г-нан тәулігіне 3 рет тамақтан соң 1 ай уақытқа тағайындайды.

ФИТОТЕРАПИЯ.

- Туберкулез емінің нәтижелілігін көтеру үшін қарапайым және арзан патогенетикалық әдіс - дәрілік шөптердің жиынтығы - фитотерапия қолданылады. Дәрілік шөптердің айқын қабынуға қарсы, антиаллергиялық және иммунокоррекциялық қасиеттері бар.

ТУБЕРКУЛИНТЕРАПИЯСЫ

- Туберкулез ауруының кейбір түрлерін емдеу кезінде стимуляциялық және десенсибилизациялық әсер жасайтын дәрі түрінде туберкулин қолданылады.
- Туберкулинотерапия толық химиотерапиямен қатар жүргізілуі тиіс. Әсер ету механизмі зақым аймағында жүйке жүйесінің тітіркенуін азайтуға, лимфа айналымды күшейтуге, капиллярларды кеңейтіп қанайналымды күшейтуге және гистогематикалық барьерлердің өткізгіштігін жоғарлатуға бағытталған. Мұның барлығы дәрі-дәрмектердің зақымдану ошағына жақсы енуін, казеозды заттардың бөлінуін, бронхоспазмды жоюды және репарация процесстерін стимуляция жасауға жағдай жасайды.
- Туберкулинді әр түрлі факторларға байланысты өкпедегі спецификалық өзгерістердің баяу инволюциясында, қалталануға бейім ошақты, инфильтратты және шашыранды туберкулездер кезінде, шағын туберкуломаларда, бронхтың зақымдануында және спецификалық өзгерістердің өкпеден тыс орналасуы кезінде қолдануға болады. Туберкулинді өршімей тұрған өкпенің созылмалы деструкциялық туберкулезінің торпидті ағымында қолдануға болады.
- Туберкулинді жергілікті және жалпы гиперергиялық реакциялары айқын өршу кезеңіндегі өкпе туберкулезінің барлық түрлерінде және туберкулез микобактериясының туберкулезге қарсы қолданатын дәрілерге төзімділігі анықталған жағдайда қолдануға болмайды.

ФИЗИОТЕРАПИЯ

- Патогенетикалық емдеу әдісі түрінде электрофорез, яғни дәрілерді күші аз тұрақты тоқтың көмегімен енгізу қолданылады. Өкпе туберкулезінде кальций, бром, дионин, амидопирин қолданады. Бұл кезде науқастың жалпы жағдайы жақсарады, вегетативті жүйке жүйесінің қызметі жақсарады, ұйқы және тәбет жақсарады.
- Антибактериалды терапия жағдайында өкпе туберкулезінің әр түрлі түрлерінде қабыну процессіне, кейбір симптомдарға және қосарланған ауруларға тікелей әсер ету мақсатында электротерапияның кейбір түрлері қолданады. Қазіргі кезде электрофорез әдісімен қабынуға қарсы, анальгезиялық және бронхты кеңейтетін дәрілер, сол сияқты суда еритін туберкулезге қарсы дәрілер - тубазид, стрептомицин, ПАСҚ енгізіледі.
- Электрофорезді туберкулездің жедел декомпенсацияланған және өршімелі түрлерінен басқаларында қолдануға болады.

- Стимуляциялық терапия түрінде жиілігі 800-1000 кГц ультрадыбыс қолданылады. Тінде пайда болатын тербеліс микромассаж сияқты әсер жасап өкпеде қан және лимфа айналымды рефлекторлы күшейтеді. Бұл емдеу әдісі кезінде зақымдану ошағында қабыну реакциясы күшеюі мүмкін, бұл дәрі-дәрмектің жақсы енуіне ықпал жасап емдеудің нәтижелілігін көтереді. Сеанс 2-8 минут ұзақтықта күнделікті және күнара жүргізіледі, манипуляция зақымдану жағында, паравертебральды, туберкулез проекциясының орналасқан жерінде жасалады. Емді науқастар жақсы көтереді, бірақ кейбір жағдайларда қолдың қалтырауы, әлсіздік, тершендік, субфебрильді дене қызуы, бас айналуы, сол сияқты қақырықтың, катаральды белгілердің көбеюі түріндегі ошақты реакциялар пайда болуы мүмкін, сондықтан емді туберкулезге қарсы еммен қатар жүргізу қажет.

- Ультрадыбысты өкпенің ағымы торпидті, шектелген және шектелуге бейім ошақты, инфильтратты, шектелген шашыранды туберкулезі, инфильтратты өзгерістері тараған деструкциялық туберкуломалары, алдындағы ем нәтижесі жеткіліксіз болған каверналы туберкулез кезінде тағайындайды.
- Ультрадыбыстың кері көрсеткішіне өкпедегі жедел ағымды туберкулез процесі, көлемді фиброзды-каверналы және циррозды туберкулезі, қан түкіруге бейімділік, өкпе туберкулезінің стенокардиямен, жүректің ишемиялық ауруымен, тиреотоксикозбен, ісікті процесспен қосарлануы, I-III дәрежелі өкпе-жүрек жетіспеушілігі бар туберкулез аурулары жатады.

ПЛАЗМАФЕРЕЗ

- Өкпе туберкулезінің жедел өршімелі және ауыр түрлерінде дезинтоксикациялық мақсатпен плазмаферез қолданылады. Плазмаферез - қарапайым және жиі қолданылатын экстракорпоральды әдіс. Оның әсері қан плазмасы арқылы қабыну медиаторларын мен иммундық комплекстерін шығаруға, микроциркуляцияны жақсартуға негізделген, бұл жасуша-нысаналардың фармакологиялық дәрілерге әсер ету сезімталдылығын жоғарлатады.
- Плазмаферезді қолдану науқастарда интоксикациялық симптомдарды жойып қана қоймай, химиотерапияның нәтижелілігін жоғарлатып, емдеу мерзімін орташа есеппен 2 айға кемітуге мүмкіндік береді.

АНТИОКСИДАНТТЫҚ ЕМ

- Туберкулез қабынуы липидтердің тотықты қышқылдануы аса мол болатын фонында өтетіндіктен, олар мембраналарды, капиллярларды зақымдайды және қабыну реакциясын тудырады, сондықтан науқастарға антиоксиданттар - альфатокоферол, тиосульфат натрий тағайындаған жөн. Тиосульфат натрий - 10 мл 30% ертінді көк тамыр ішіне күнделікті 20 күн ішінде 7-10 күн үзілістен кейін курсты қайталау мүмкін болады. Антиоксиданттар липидтердің аса тотықты қышқылдануын реттейді, түзейді, сондықтан инфильтрацияның сорылуы, қуыстың жазылуы жылдамдайды, өкпеде фиброз түзілуіне кедергі жасайды. Антиоксиданттар гипоксияны азайтқандықтан өкпе тінінің, бауырдың, жүрек бұлшық еттерінің және басқа мүшелердің қоректенуін жақсартады, сондықтан да туберкулезден толық жазылуға мүмкіндік туады.

АНТИКИНИНДІ ДӘРІЛЕР

- Туберкулезбен ауыратын науқастарда кинин компоненттері жүйесінің белсенді түрге көшуіне және кининнің зақымданған ошақтарда жиналуына байланысты қабыну реакциясы күшейеді және ыдырау процесі тереңдейді. Антибактериалды препараттармен қоса продектинді (пармидин), андекалинді қолдану өкпедегі инфильтрацияның сорылуын жылдамдатады және интоксикация белгілерінің жоғалуына әсер етеді.

ЛИДАЗАМЕН ЕМДЕУ

- Туберкулезбен ауыратын науқастарды комплексті емдеуде лидаза қолданылады. Оның емдік әсері дәнекер тіннің негізгі заты гиалурон қышқылын ажыратуға бағытталған, соған байланысты тін қан тосқауылының өткізгіштігін жоғарылатады. Бұл жағдайда экссудативті және продуктивті қабыну реакциялары бәсеңдейді, тыртықтанған тіннің жартылай сорылуы байқалады. Лидазаны емнің бастапқы кезеңінде қолдану өкпе және бронх туберкулездерінің жазылу процесстерін жетілдіріп, фиброздың дамуын болдырмайды. Дәріні бұлшық етке күнара ересектерге 64 бірлік. Курсы 30 инъекция. 1-1,5 ай үзілістен курсты қайталауға болады.
- Туберкулез ауруына патогенетикалық әсер ететін көптеген басқа да дәрілер бар, олар клиникалық тәжірибеде аз қолданылады. Кез келген патогенетикалық емді үйлесімді және нәтижелі өткізу үшін оны толық құнды спецификациялық антибактериалды емдеу фонында жүргізген дұрыс.

ВИТАМИНДЕРМЕН ЕМДЕУ

- Симптоматикалық ем ретінде науқастарға витаминдер қолданылады. Белсенді туберкулезбен ауыратын науқастарда С витаминнің жетіспеушілігі байқалады және туберкулезге қарсы ем қолданғанда, осы жетіспеушілік күшейеді. С витамині қышқылдану процестерін жақсартады, десенсибилизациялық әсер етеді, ол әсіресе стрептомицинмен, канамицинмен, изониазидпен және ПАСҚ-мен емделгенде байқалады. С витаминін В1 - В12 витаминдерімен бірге қолдануға болмайды.
- Науқастарды изониазидпен және ГИНҚ-ның басқа туындыларымен, протионамидпен емдегенде В6 витаминін (пиридоксин) белгілейді. Бұл препараттар пиридоксиннің биотрансформациясымен бұзады. Егер науқас осы витаминді қабылдаса, орталық және шеткі нерв жүйелерінің қызметі ауыр түрде бұзылады. Изониазидті көктамыр арқылы қабылдайтын науқастарға пиридоксин қолдану қажет.
- В1 витаминін (тиамин) изониазид, этионамид, канамицин, стрептомицин қабылдайтын науқастарға белгілейді. Жан-жақты әсерлі антибиотиктер, стрептомицин, флоримицин, канамицин, рифампицин қабылдайтын науқастарға В12 (цианокобаламин) белгіленеді. Аталған антибиотиктер дибактериоз туғызады және осы витаминнің синтезделуін бұзады.
- Науқастарды этионамидпен емдегенде РР (никотин қышқылы) белгілеу қажет, өйткені пеллагроидты синдром пайда болуы мүмкін.
- Туберкулезбен ауыратын науқастарға комплексті ем қолданғанда десенсибилизация туғызатын дәрілерді пайдаланады. Туберкулезге қарсы қолданылатын препараттарды науқас нашар көтергенде немесе туберкулез инфекциясында пайда болатын аллергиялық реакцияларды жою үшін пипольфен, супрастин, димедрол, кальций препараттарын пайдалануға болады.
- Стероидты анаболикалық препараттарды анықтаған, тәбеті төмендеген, әлсіздік айқындалған, интоксикациясы бар туберкулезбен ауыратын науқастарға қолдану қажет. Неробол, ретаболил, метиландростенолон организмде белоктың өндірілуін қуаттандырады, көмірсу, қарапайым май алмасуды қалпына келтіреді. Инсулиннің аз мөлшері тінде қанттың пайдалануын қуаттандырады, сондықтан организмнің туберкулез инфекциясына төзімділігін арттырады, репарациялық процесті жылдамдатады

КОЛЛАПСОТЕРАПИЯЛЫҚ ЕМДЕУ ӘДІСІ

- Жасанды пневмоторакс - зақымданған өкпені қысу үшін париетальды және висцеральды плевра аралықтарына ине арқылы ауа енгізіп, плевра қуысында ауа қабатын жасау.
- Жасанды пневмоторакстың өкпедегі туберкулез процессіне емдік әсері:
- өкпені біршама қысып, ондағы қуысты кішірейту немесе толық қабыстыру,
- өкпенің серпімділік созылмалығын азайтып, зақымданған аймаққа салыстырмалы тыныштық жасау,
- қан және лимфа айналым өзгеріп, организмнің дезинтоксикациясына ықпал ету және кері қайту процесстерін күшейту,
- токсиндердің қанға түсуін азайтып, организмнің жоғары сезімталдылығының төмендету,
- ТМБ-ның таралуын азайтып, инфильтртты өзгерістерді жазады, репарация процесстерін жылдамдатады.
- Плевра қуысына ауа пневмоторакс аппаратына түтікті жүйелерімен қосылған ине арқылы жіберіледі. Пневмоторакс аппараты өзара қозғалатын, жартылай су толтырылған екі шыны ыдыстан тұрады. Оның біреуі сулы монометрдің ауа өлшеуіші, екіншісі монометрді инемен және газ өлшегішпен қосатын жұмсақ түтіктерден тұрады.

- Инені қолтық асты сызығы бойында 4 - 6 қабырғалар арасына науқасты сау жағына жатқызып енгізеді. Ауаны бірте-бірте аз ғана мөлшерде (50-100 мл) енгізу қажет. Алғашқы 10 тәулікте ауаны өкпенің алғашқы көлемінен $\frac{1}{3}$ -не дейін көтеретін газды қабық пайда болғанша 2-3 күн интервалымен енгізіп отырады да, сонан соң интервалды 5-7 күнге созады. Бірінші рет кеуде қуысына 250 - 300 мл ауа жіберіледі. Иненің плевра қуысына түскенін манометр көрсеткіштерімен анықтайды, ол теріс қысым (яғни атмосфера қысымынан төмен) көрсетуі тиіс. Манометр көрсеткіші демді ішке алу, демді іштен шығаруға сәйкес өзгеріп отырады. Плевра қуысындағы ауа көлемін рентгенмен қарап үнемі тексеріп отырады.
- Көптеген жағдайда висцералды және қабырғалық париеталды плевралар арасында жабысу болғандықтан, өкпе жасанды пневмоторакста толық қысылмайды. Бұл жағдайда пневмоторакс нәтижесіз деп саналады, сондықтан плевра арасындағы жабысуды ажырату керек.

- ⊙ Пневмоперитонеум (ішпердеге ауа жіберу) дегеніміз - көк еттің көтерілуіне, оның қозғалуына шек қойып, өкпенің тыныштығын сақтау үшін құрсақ қуысына ауа жіберу.
- ⊙ Жіберілген ауа мен көтерілген көк ет тыныс қызметін төмендетеді, ол әсіресе өкпенің төменгі бөліктерінде байқалады.
Пневмоперитонеумде өкпе тінінің релаксациясы, пневмоторакстағы сияқты, репарациялық процессті қуаттандырады. Бұл әдіс негізінде химиотерапия және хирургиялық емге қосымша ем ретінде қолданылады.

- ⊙ Құрсақ қуысын инемен тесіп оған ауа жіберетін орын - құрсақтың төменгі сол жақ бөлігінің
- ⊙ тік бұлшық етінің сырт жағындағы кіндік деңгейі (немесе кіндіктен 3-4 см төмен) болып табылады. Ауа жіберу үшін жасанды пневмоторакс жасайтын аппарат қолданылады. Алғашқыда 500-600 мл ауа, ал 10-15 күннен кейін 600-800 мл ауа жіберіледі. Ауа бауырды, асқазанды және көк бауырды төмен ығыстырып, көк ет астында орналасады, ол рентгеноскопияда анық көрінеді. Коллапсотерапияны 2-3 ай бақылаулы стандартты химиотерапиядан кейін бактерия бөлу тоқтамаған жағдайда жасайды.
- ⊙ Кейбір авторлар өкпенің төменгі бөліктерінде шашыранды ошақтар болған жағдайда коллапсотерапияны пневмоперинонеуммен бастап 1-1,5 айдан кейін жасанды пневмотракспен аяқтауды ұсынады.

Коллапсотерапия жасау ұзақтығы 2-4 ай болуы тиіс.

Коллапсотерапия көрсеткіштері:

- ыдыраған инфильтратты туберкулез,
- шектелген ыдыраған шашыранды туберкулез,
- өкпенің каверналы туберкулезі,
- өкпеден қан кету.

Сол сияқты коллапсотерапия жасау қажеттілігі:

- қоздырғыш дәріге төзімді болғанда,
- химиопрепараттарды көтермейтін жағдайларда,
- жүктілік кезінде,
- қант диабеті кезінде жоғарлайды.

- Жасанды пневмоторакс диагностикалық мақсатпен де шет жақта анықталған құрылымдардың орналасқан жерін, яғни патологиялық өзгеріс өкпеде ме, не болмаса кеуде қаңқасының қабырғасында орналасқан ба, - осыны анықтауға мүмкіндік береді. Өкпенің жартылай қысылуы, өкпе мен кеуде қабырғасының арасында ауалы кеңістіктің пайда болуы зақымдану процесінің орналасқан жерін анықтауға мүмкіндік туғызады.
- Өкпеге жартылай резекция жасаған науқастарға кеуде қуысының көлемін уақытша кішірейту үшін пневмоперитонеум қолдану қажет. Ол әсіресе оң жақтағы төменгі бөлікке резекция жасағанда қолданылады.
- Құрсақ қуысына бір рет 500-600 мл ауа жіберу көк ет астында орналасқан құрылымдарды анықтау үшін қолданылуы мүмкін.

Коллапсотерапияның кері көрсеткіштері:

- ыдырамаған өкпенің ошақты және инфильтратты туберкулездері,
- өкпе туберкуломасы,
- казеозды пневмония,
- көлемді екі жақты шашыранды туберкулез,
- өкпенің фиброзды-каверналы туберкулезі,
- өкпенің циррозды туберкулезі,
- бронхтың белсенді зақымдануы,
- қан айналымы бұзылған жүрек-тамыр жүйесінің аурулары,
- бронхлы демікпе аурулары,
- құрсақ қуысы мүшелерінің жедел және созылмалы аурулары.

ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМ

Туберкулез кезіндегі хирургиялық әрекеттердің жалпы көрсеткіштерін үш топқа бөлуге болады: өмірлік көрсеткіштер, абсолютті көрсеткіштер, салыстырмалы көрсеткіштер.

1. Хирургиялық әрекеттердің өмірлік көрсеткіштері:

- өкпеден қан кету немесе ауыр қан түкіруді, басқа емдеу әдістерімен тоқтату мүмкін болмаған жағдайда,
- тензионды спонтанды пневмотракс

2. Хирургиялық әрекеттердің абсолютті көрсеткіштері:

- өршімелі казеозды пневмония;
- туберкулома ($> 2\text{см}$);
- этиологиясы белгісіз дөңгелек құрылымдар (өкпе туберкулезі немесе рагы);
- каверналы туберкулез;
- шектелген фиброзды-каверналы туберкулез;
- туберкулезді цирроз (бұзылған өкпе);
- созылмалы туберкулезді плевра эмпиемасы.

3. Хирургиялық әрекеттердің салыстырмалы көрсеткіштері:

- ірі қалдықты посттуберкулезді каверналар;

- Хирургиялық емдеуді жасау мүмкіндігін егер мынадай жағдайлар сақталса қарастыруға болады:
- туберкулез науқасын бірінші және екінші топтың адекватты дәрілерімен сауықтандыру мүмкін болмаса;
- лобэктомия немесе пульмонэктомия жасай алатындай ауру шектелген болса;
- өкпенің қалған бөлігі зақымдалмаған болса;
- науқаста резекцияны көтере алатындай жеткілікті өкпе резерві бар қажетті хирургиялық қауіп болса.

Тыныс мүшелерінің туберкулезімен ауыратын науқастарды хирургқа кеңес жіберу мерзімдері.

- Өкпе туберкуломасы бар кісілер ауру анықтала салысымен хирургқа консультацияға жіберіледі, егер айқын перифокалды қабынуы болса 2-4 ай қарқынды емнен кейін қайта консультацияға жіберіледі.
- Каверналы туберкулез - 3 ай қарқынды емнен кейін бактерия бөлу сақталып, рентгенологиялық динамика болмаған жағдайда хирургқа консультацияға жіберіледі.
- Фиброзды-каверналы туберкулез - хирургиялық ем 5-6 ай қарқынды емнен кейін инфильтратты өзгерістер мен шашыранды ошақтар таралып жазылғаннан кейін жасалады.
- Ошақты, инфильтратты туберкулез ыдырау кезеңінде - 3-4 ай қарқынды емнен кейін рентгенологиялық динамика болмай, ыдырау қуысы сақталған жағдайда хирургқа консультацияға жіберіледі.
- Казеозды пневмония - соңғы уақыттырдағы көзқарастарға сәйкес терапия казеозды пневмония терапиялық аурудан гөрі, хирургиялық ауру болып саналғандықтан, науқас ауруханаға түскеннен кейін тезірек хирургқа консультацияға жіберу қажет. Егер процесс емнің нәтижесінде ары қарай өрши түссе онда өмірлік көрсеткішпен операция жасалуы керек.
- Асқынған созылмалы біріншілік туберкулез перифокалды инфильтрациясы тарағаннан кейін хирургқа консультацияға жіберіледі.
- Созылмалы плеврит және плевра эмпиемасы - 5-6 ай ем нәтижесіз болған жағдайда хирургқа консультацияға жіберіледі.
- Өкпе туберкулезінің асқынған түрлері (өкпеден қан кету, спонтанды пневмоторакс және т.б.) жедел хирургқа консультацияға жіберіледі.
- Өкпедегі айқын метатуберкулезді өзгерістер қайта-қайта өршуге бейім болған жағдайда хирургқа консультацияға жіберіледі.

- МРТ хирургиялық емдеудің көрсеткіштері мен керікөрсеткіштері қарама-қайшы болып келеді. Бір жағынан МРТ кезінде негізгі дәрілермен жүргізілген химиотерапиядан нәтиже болмағандықтан негізгі ошақ инфекциясын оперативті түрде алып тастау қажет болса, екінші жағынан қалған инфильтрация фокустарында және деструкция қуыстарында ТМБ-ның мультирезистентті түрлері көбеюде болады да резервті дәрілер нәтижелі болуы мүмкін. Егер резервті дәрілермен емдеу нәтижелі болмаған жағдайда, бактерия бөлу сақталады да операциядан кейінгі рецидив болуы мүмкін.
- МРТ кезіндегі хирургқа консультацияға жіберу көрсеткіштері:
- ыдыраған ірі туберкуломалар кезінде, резервті дәрілермен химиотерапияның 4-6 ай интенсивті кезеңінен кейін бактерия бөлу сақталған жағдайда.
- шектелген ірі ригидті каверналар болып, резервті дәрілермен химиотерапияның 5-6 ай интенсивті кезеңінен кейін бактерия бөлу сақталған жағдайда;
- науқас өміріне қауіп туғызатын МРТ-ның асқынған ағымы - өкпеден қан кету, плевра эмпиемасы;

- Операция жасалынған науқастарды DOTS стратегиясы бойынша емдеу тактикасы мынадай болуы тиіс:
- Операция алдында БК+ анықталған науқастарға операциядан кейін ІІ категория бойынша толық толық емдеу курсы жүргізіледі. Егер операция алдында науқастың қақырық жағындысында теріс нәтиже анықталса, операциядан кейін ем ІІ категорияның жалғастыру кезеңінің схемасы бойынша жүргізіледі.
- Операциядан кейін резервті дәрілермен емдеудің қарқынды кезеңі 1-2 айға созылады, себебі хирургиялық агрессия иммуно-репарациялық процесстердің әлсіреуіне және МРТ-нің реактивациясына алып келуі мүмкін. Жалғастыру кезеңінің ұзақтығы өзгермейді - 18-21 ай, жасуша ішіндегі латентті персистелген ТМБ-лар реверсияланып операциядан кейінгі рецидивке алып келуі мүмкін.