

УДК 616.24-002+616.712

ҚАБЫРҒА СЫНЫҚТАРЫ КЕЗІНДЕ ДАМЫҒАН ЖАРАҚАТТАН КЕЙІНГІ ПНЕВМОНИЯНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

А.М. Шотыкова

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті, Семей қ.

Соңғы жылдары криминальді жағдайлардың және жол травматизмінің өсуімен байланысты кеуденің жабық жарақатымен зақымданушылар саны, соның ішінде кеуде клеткасының бүтіндігінің бұзылуына, өкпеде ауа алмасуының нашарлауына, жарақаттан кейінгі пневмонияның дамуына әкелетін қабырғалардың сынуының артқаны байқалады.

Статистика бойынша, әлемде жыл сайын жол – тасымалы жағдайларынан 250 000 астам адам қаза табады, 1 млн шамасында өлімге әкелмейтін жарақатқа ұшырайды. [1] Кеуде клеткасы мен кеуде қуысының мүшелерінің зақымданулары өте ауыр жарақаттану категориясына жатады. Зардап шегуші көбінесе өкпе зақымданумен емес, соның нәтижесінде дамыған тыныс және қанайналым бұзылысынан қаза табады.[2]

Өкпе тінінің тікелей зақымдануы, өкпенің гемо және пневмотораксы, кеуде қаңқасының зақымдануы нәтижесінде дамыған тыныс бұзылысы, өкпе функциясының айқын бұзылыстарына әкеледі, оған ауырсыну синдромының қосарлануы, жағдайды одан әрі ушықтырады. [3] Тыныс мүшелері жағынан инфекциялық, іріңді – септикалық асқынулардың дамуына әсер етуші факторлар өте көп.

Ауыр кеуде жарақатымен зақымданушылардың 20-25 % -де инфекциялық асқынулар дамиды [4]

Жарақаттанудан кейінгі пневмония туралы сұрақ мүлдем талқыланды, алайда бұл асқыну 5,8% - 14,5% жағдайларда кездеседі [5] Кеуденің жабық жарақаты туралы мәліметтер Авиценна (980 – 1037) еңбектерінде берілген. Оның «Дәрігерлік ғылыми жұмысында» қабырғаның сынуымен емдеу мен алдын – алу сұрақтары, басқа да зақымданулармен бірге айқын берілген.

XVІғ. Амбруз Паре кеуде зақымдануының симптомдарымен асқынуларын анықтап, алғаш рет тері астылық эмфиземаны өкпенің бүтіндігінің бұзылуы белгісі ретінде сипаттап жазған. Ол кеуденің еңген және еңбеген жарақатының айырмашылықтарын анықтауы.

Россияда 1807 жылы И.Ф. Бушкен шығарылған «Хирургияны оқыту құралы» оқулығында кеуде жарақаттары толық жазылды. Ол 5 рет қайта басылып шықты, XIXғ. алғашқы жартысында хирургиядағы негізгі көмекші құрал ретінде қолданылады. Кеуденің жабық жарақаты туралы ғылымға француз хирургі (LGOSSELIN 1847ж.) өзінің айқын үлесін қосты. Ол кеуденің жабық жарақатында өкпенің жырталуы жергілікті күшпен қоса, алымтан әсер етуші күшпен де қоса, алыстан әсер етуші күшпен де даму мүмкіншілігі айтты. Ол тұрақты пневмания туралы да сипаттап жазды. Кеуденің жабық жарақатының соның ішінде қабырғаның сынуының қауіптілігі туралы еңбектері үлкен қызығушылық тудырады. Қабырға сынығын емдеуде негізгі әдіс ретінде қозғалтпайтын таңғышты (гипстік немесе крахмалдық) ұсынды. [6] Наркотикалық заттар кең қолданылды. Мұндай әдіс сол уақыттағы техникалық мүмкіндіктер мен білім деңгейіне сай болды. XIXғ. аяғында алғаш рет (HENTER 1874 ж) кеуденің басылуы жазылды.

Өкпенің контузиялық зақымдануының гистологиялық және макрокопиялық мәліметтерін берді. Морфологиялық зерттеу негізінде ол

«контузиялық пневмония» терминінің дұрыстығын дәлелдеді.[7]

Микробиологияның дамуына байланысты пневмания кезінде қақырықты бактериологиялық зерттеуді алғаш рет ұсынды. Кейін Ках пен Petit (1886) крупозды және контузионды пневмонияның негізгі қоздырғышы пневмокок екенін бактериологиялық дәлелдеді.[8]

Жарақаттың пневмонияға ықпал ететін бұрын ауырған пневмониялар, тыныс мүшелерінің созылмалы аурулары, алкоголизм екенін айтты. Ол сонымен қатар пневмания дамуына қан айналым бұзылысы және өкпеге қан құйылу әсер ететін айтты. [9]

Өз жұмыстарында өкпе зақымдануы кеуде ауру жарақатынан болатын, П.Н. Тихов (1916) өкпе тінінің бүтіндігі бұзылысы жұдырықпен ұрған кезде, бірақ қабырға сынуынсыз болады деген. [10] Мамырда өткен ҒЗИ – да Н.В. Склифосовский атындағы жедел жәрдем сессиясында және кеуде жарақаты мен кеуде қуысы ағзасының жарақатына арналған осы жерде кеуде жарақаты проблемасы бірыңғай өзіндік бөлім ретінде қарастырылады. Бұл көптеген мемлекеттердің көшбасшы емдеу, зерттеу мекемелерінің баяндамалары мен хабарламаларымен негізделген. [11]

Жарақат проблемасы және соның ішінде кеуде зақымдануы көптеген симфозиумдарда талқыланды, олар Франциядағы Y хирургтар конгресі (1970) АҚШ – тағы кеуде жарақаты жөніндегі симфозиум (1963ж), ҒЗН – дағы Н.В. Склифосовский атындағы ғылыми сессиясы (1972ж) және т.б. Альвеолярлы клеткалардың ауқымды көлемде жарақаттануы, сурфактант көлемінің төмендеуі және өкпе паренхимасының эластикалылығының бұзылуы, ең соңында тыныс алуға бұлшықеттік энергияны көп мөлшерде жұмсау кезінде өкпедегі қан оксигенациясының жоғары шегіне дейінгі бұзылуына алып келеді деп санайды. Кейін өкпенің диффузды мембранасының беткейінде жаңа тугандардың гиалинді мембранасын еске түсіретін тығыз жабын түзіледі. Басынан респираторлы дистрес синдромының экссудативті кезеңін өткерген науқаста пролиферативтік кезеңге ауысады. Өкпенің осындай морфологиялық фондында әдетте назокоминальді сипат алатын жайылған өкпелік инфильтрат дамиды.[11]

Өлімділіктің себебі қойылған, секциясында пневмониясы анықталған жарақаттық аурудан қайтыс болғандардың өкпесін зерттей отырып, өзінің жеке байқау қорытындысын басып, шығарды. Гистологиялық және гистобактериологиялық зерттеу жүргізе отырып, авторлар мынадай қорытындыға келді, яғни сыртқы тыныс алудың бұзылысының салдары, ал бас сүйек - ми жарақаты қосымша болып табылатын қабырғаның көптеген сынуымен жүретін кеуде қуысының жарақаты кезінде ателектаздардың ірі ошақтары дамиды, бронхтардың дренаждық қызметін және гемодинамикасының бұзылуын күшейте отырып, пневмонияның дамуын жеделдетеді. [12]

[13] Кеуде клеткалары қаңқасының бұзылуынсыз жүретін өкпе соғылуы, кеуде қуысының жабық жарақаты бар бір топ науқастардың 63%- ның жарақаттан кейінгі алғашқы сағаттарында бірден ауруханаға келгендігі туралы мәлімдейді. 37% науқастарда, яғни көмекке 3- 5 күн өтіп кеткеннен кейін

ғана келген науқастарда асқынулар дамып кеткендігі анықталған. Кейін олар пневмония мен плевриттерге байланысты ұзақ уақыт бойы емделген.

Сонымен, жарақаттанудан кейінгі пневмония – кеуденің жабық жарақаты кезінде өкпе зақымдануының жиі асқынуы болып табылады. Бұл асқыну жарақаттық аурудың нәтижесіне ықпал етеді. Өкпенің қабынуын демейтін бірқатар факторлар бар екені айқын дәлелденген және ол өз кезегінде жарақаттан кейінгі пневмонияның диагностикасы мен емін әлі жетілдіру керек екендігіне көзімізді жеткізеді.

Әдебиетте р:

1. Плечев В.В. Грудная хирургия. Проблемы. Решения. / Плечев В.В., Фатихов Р.Г., Уфа-2003.-239б.
2. Селезнев С.А., Черкасов В.А. Сочетанная травма и травматическая болезнь //, Пермь. 1999. – 332 с.
3. Шарипов А.И. Травма груди. Проблемы и решения. М. Изд. дом Грааль. 2003. – 325 с.
4. Дерябин И.И. Травматическая болезнь. Дерябин И.И., Насокин О.С. Л.: Медицина – 1987. – 304 с.
6. Coris EE, Higgins HW. First rib stress fractures in throwing athletes // Am J. Sports Med.- 2005. Vol. 33, №9.- P. 1400-1404.

7. Wendriner, Hiorns M. Chest trauma // Eur J. raadiol.- 1996.V. 23, №1.-P 23-34.

8. Новиков А.С. Причины легочных осложнений при сочетанной травме груди, сопровождающейся шоком. Сб. научн. Тр. //С.-Петербург. НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе; СПб, 1992.-С. 91-96.

9. Поветьев А.В., Ланшаков В.А., Кочкин В.В., и др. К вопросу лечения тяжелой закрытой травмы груди. // Настоящее будущее технологичной медицины // Поветьев А.В., / Материалы Всероссийской научно – практической конференций, Ленинск – Кузнецкий, 3-4 октября 2002 года/ Со РАМН, ГНКЦОЗШ. – Ленинск - Кузнецкий, изд – во ГНКЦОЗШ, 2002, с.125-126.

10. Татур А.А. Диагностика и лечения закрытой травмы груди / А.А.Татур, С.И.Леонович, Г.В.Максименя и др. / Методические рекомендации. Минск. 1998. – с.21.

11. Цыбуляк Г.Н. Общая хирургия повреждений, СПб., Изд.: Гиппократ. 2005. – 647 с.

12. Сапожникова М.А. Пневмония при травматических болезни / М.А.Сапожникова, М.В.Барина, Г.В.Михайлова // VIII Всесоюзный съезд патологоанатомов. – М.: 1989.

13.Макаров А.В. Ушибы легкого: диагностика, этапы лечения // А.В.Макаров, Л.В.Людина, Ю.В.Рачко // 13-й Национальный конгресс по болезням органов дыхания. – СПб, 2003.

Особенности клинического течения посттравматической пневмоний при переломах ребер

А.М. Шотыкова

Целью настоящей работы является проанализировать имеющиеся литературные данные по вопросам диагностики пневмоний при травме грудной клетки.

The clinical features of post- traumatic pneumonia by fractures of ribs

А.М. Shotykova

The aim of this article is to analyze the available literature on the diagnostic of pneumonia with chest injuries

УДК 618.2-053.13

ҰРЫҚТЫҢ ЖАТЫРІШІЛІК ДАМУЫНЫҢ ТЕЖЕЛУІ ЖАЙЛЫ ЖАҢА КӨЗҚАРАСТАР (ӘДЕБИЕТКЕ ШОЛУ)

Б.А. Алибекова

Семей мемлекеттік медицина университеті, Семей қ.

Жетіліп туған нәрестелер арасында ерекше қауіптілік топты жатыршілік дамудың тежелуімен (ЖІДТ) туған нәрестелер құрайды [1]. Соңғы жылдардағы зерттеу нәтижелері бойынша нәрестелердің ЖІДТ дүниеге келуі жиілеуде және 12-37,9% жағдайда кездеседі [2,3,4,5]. БДҰ мәліметтері бойынша 17%. Маушев Т.М. (1998) зерттеуі бойынша дамыған елдерде нәрестелердің ЖІДТ дүниеге келуі барлық туғандардың 3%-дан 10%-ға дейін құраса, дамушы елдерде бұл көрсеткіш айтарлықтай жоғары - 24,4%. Яғни, осы патологияның жиілігі жүкті әйелдердің әлеуметтік жағдайына байланысты. Бұны De Onis және оның қаламдастары (1998) мақұлдайды, жыл сайын дамушы елдерде 30 миллионға дейін балалар ЖІДТ дүниеге келеді екен. Олардың 75% Азия елдерінде, 20%- Африкада, 5%-ға жуығы Латын Америка елдерінде туады. Г.М.Деменьтев зерттеуі нәтижесінде, нәрестелердің ЖІДТ дүниеге келуі барлық аз салмақпен туған нәрестелердің (салмағы 2500 г төмен) арасында 30,1%, ал жалпы популяцияда - жетіліп туған

1000 тірі нәрестеге шаққанда 67,4, шала туғандарда 179,5 құрайтыны анықталған [6,7].

ЖІДТ, егер нәресте салмағы гестациялық жасына қарағанда төмен болса, яғни нәрестенің дене салмағы 10 перцентилден аз болғанда қойылады. Британия және Европада дамудың тежелуі егер нәресте салмағы 3 перцентилден төмен болса немесе қалыптыдан төмен 2 стандартты ауытқуды құраса диагностикаланады [8,9].

Феталды даму ұрық генотипімен және коректік заттардың трансплацентарлы қамтамасыз етілуімен жүзеге асады. Ұрықтың дамуына генотиптің әсері гормондар деңгейінің өзгеруімен және тіндердің олардың әсеріне сезімталдығына байланысты. Туғанға дейін ұрық дамуы біркелкі жүрмейді. 10-15 аптаға дейін тіндердің өсуі клеткалардың гиперплазиясы нәтижесінде өтсе, 15-27 апта аралығында клеткалардың айқын гипертрофиясы және гиперплазиясы арқасында өтеді. Сондықтан, егер тұқымқуалаушы немесе экзогенді факторлар жүктіліктің бірінші аптасында әсер етсе, клеткалардың