

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. radiol.- 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.Баринаова, 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

гиперплазиялану процессі бұзылып, бала гипоплазия белгілерімен туады. Жүктіліктің ортасында ұрыққа қолайсыз факторлар әсер етсе, балада гипоплазия және гипотрофия белгілері, ал соңғы айларында әсер етсе гипотрофия симптомдары байқалады.

Жатыршілік дамудың тежелуіне әкелетін факторларды шартты түрде төрт топқа бөлуге болады. Бірінші топқа аналық факторлар- гипертония, индуцирленген жүктілік; жүктілік кезінде әрбір 4 аптада 0,9 кг-нан аз салмақ қосу (ана салмағы, жүктілік кезінде қосатын салмақ, ұрық салмағы арасында нақты корреляция бар) [10]; жатыр күмбезінің жоғарылап өсуінің кеш қалуы (осы гестациялық жасқа 4 см –ден төмен); анасындағы жүрек ақаулары (сау аналармен салыстырғанда, ревматизмдік жүрек ақауы бар аналарда ЖІДТ-мен нәрестені дүниеге әкелу 2,8 есе жиі) [11]; жүктілік кезінде дұрыс тамақтанбау (белок, витаминдер, цинк,селен, және т.б. микроэлементтердің күрт тапшылығы); анасының зиянды әдеттері-төмеки шегу, маскүнемдік, нашақорлық; көпұрықты жүктілік (екі не одан көп ұрықтық жүктілік кезінде ЖІДТ 15–50 % жағдайда кездеседі) [12]; жас ана, семіздік, жүрек-тамыр, бүйрек аурулары, ұзақ уақыт бедеулік, анамнезінде түсік тастау, алғашқы жүктіліктерде ЖІДТ болуы, гестоздар, жүктілік кезінде кейбір дәрілерді қолдану [13, 14]. Ұрық дамуына вибрациялық, ультрарыбыстық, өндірістік факторлардың, тоңазу, қызу, психикалық күйзелістердің де кері әсер ететіні белгілі. Кейбір жағдайда ұрықтың ЖІДТ-не анасының конституция ақаулықтары, жыныстық және жалпы инфантилизм, яғни жүктілікке ана ағзасының бейімделу әрекетінің жетілмеуі әкеледі [15].

Пренаталды инфекциялар да ЖІДТ әкеледі, ол барлық себептердің 10% құрайды. Қаснуха 60 %, цитомегаловирус 90 % жағдайда ЖІДТ әкеледі. Қаснуха вирустары ұсақ тамырлардың эндотелиін зақымдайды, нәтижесінде хорион ворсинкалары капиллярларының эндотелиінде некротикалық өзгерістерді туғызады. Цитомегаловирус тіндерді клеткаларды лизиске ұшырату және ошақты некроздаулар арқылы зақымдайды. Жүктілік кезінде мерезбен ауыру, спирохетемиямен жүріп, мерездік плацентитті және ұрықтың зақымдалуын туғызады. Плацентадағы васкуляры және периваскуляры арнайы қабыну өзгерістері, плацентаның ісінуі және көлемінің ұлғаюы нәтижесінде плацентарлы жетіспеушілік дамиды, ол ұрықтың ЖІДТ туғызады [16,17]. Кейбір авторлар аналық факторға антифосфолипидті синдромды жатқызады. Антифосфолипидті синдром тромбоциттер агрегациясы және плацентарлы тромбоздар түзу арқылы, әсіресе гипертензивті бұзылыстар кезінде ұрықтың ЖІДТ-не әкеледі [18,19].

Екінші топқа плацентарлы факторлар жатады. Плацента салмағының аз болуы, оның құрылымдық аномалиялары (инфаркт, кальциноз, фиброз, гемангиома, тамыр тромбозы, плацентит және т.б.), плацентаның уақытынан бұрын ажырауы, плацентаның даму ақаулары (біріншілік және екіншілік, яғни анасының патологияларына байланысты) [1,20,21.]. Кейбір ғалымдар, жүктілік кезінде ұрық дамуының тежелуі плацентаның орналасуына байланысты деп санайды [20]. Плацента жатырда төмен және ортаңғы бөлікте орналасса уақытынан бұрын және аз салмақпен туу жиі байқалады [13,15].

Үшінші топқа әлеуметтік-биологиялық факторлар жатады – анасының білім және әлеуметтік-экономикалық деңгейі төмен болуы, жеткіншектік кезең (15-17 жастағы алғаш босанатындарда ЖІДТ қауіптілік

жоғары), биік таулы аймақта тұру, некеде тұрмаған әйелдерде ұрықтың дамуының тежелуі 2 есе жиі кездеседі [4,20,21].

Төртінші топқа тұқымқуалаушылық фактор жатады- аналық және ұрықтық генотиптер. ЖІДТ 13,18,21 және басқа жұп хромосомалар бойынша трисомиялардың бір белгісі ретінде қарастырылады [2, 4, 21.].

ЖІДТ себебінде Bloch J. и Lehman J. (1982) преплацентарлы, плацентарлы және постплацентарлы себебін ажыратады. Преплацентарлы себебін анасының жасы, алғашқы жүктілік, қолайсыз әлеуметтік-экономикалық жағдай, тамыр-бүйрек синдромы, анасының диабеті, дұрыс тамақтанбауы, созылмалы интоксикация жатады. Плацентарлы себеп негізінде плацентадағы тромбоз, инфаркт, гематомалар болуы мүмкін [2,4,8]. Постплацентарлы себептері: кіндік ақаулары, көпұрықты жүктілік, тумадан ақаулары, ұрық инфекциялары.

Осы аталған қауіптілік факторлардың оқшауланып әсер етуі өте сирек кездеседі. Әдетте, жүкті әйелге және ұрыққа қолайсыз әсер көрсететін әлеуметтік-демографиялық және биологиялық қауіптілік факторлардың құрамдық тармағы болып табылады.

Қазіргі кезде антенаталды ұрықтың ЖІДТ түрін ғана емес, ауырлық дәрежесін де анықтауға болады. ЖІДТ диагностикасында ультрарыбыстық зерттеу ерекше орынды алады, оның көмегімен динамикалық фетометрияны өткізуге, плацента жағдайын бағалауға, ұрықтың тыныс алу қызметін және басқада көрсеткіштерін бағалауға мүмкіндік береді. Бастың биариеталды өлшемі ұрық бойы мен дамуын көрсететін маңызды көрсеткіштердің бірі болып табылады. Ультрарыбысты фетометрияда ұрық санының ұзындығы және ішінің орташа диаметрі сияқты көрсеткіштер де аса маңызды. Осы үш көрсеткішті қолдану антенаталды кезеңде ЖІДТ түрін және дәрежесін анықтауға мүмкіндік туғызады.

ЖІДТ постнаталды кезеңде анықтау, нәрестенің туғандағы салмағының бойға қатынасын және гестациялық жасқа қатынасын сигмалды ауытқу кестесі көмегімен есептеуге, жалпы клиникалық тексеруге негізделген. Тәжірибеде салмақ-бой көрсеткішіне (коэффициент) негізделген проф. Тур А.Ф. (1977) жіктемесі кеңінен қолданылады. Салмақ-бой коэффициенті 59-56 тең болса ЖІДТ жеңіл дәрежесіне сәйкес келеді, 55-50-орташа ауырлықты және 50-ден төмен ЖІДТ ауыр дәрежесін көрсетеді. Осы әдістің қарапайымдылығы арқасында акушерлер мен неонатологтар кеңінен қолданады. Сонымен бірге, бұл әдіс ЖІДТ асимметриялық түрін бағалауға ғана қолданылады, ал симметриялық түрінде қолданымайды.

Нәресте дамуын бағалайтын эмбебап әдіс деп, ұрық салмағының гестациялық жасқа байланысты перцентилді көрсеткіштер жүйесін санауға болады. Егер ұрық бойы мен салмағы 25-75 перцентил аралығында болса, онда бұл жағдай нормотроф деп бағаланады, егер P<sub>25</sub>-P<sub>10</sub> диапазонда болса- ЖІДТ I дәрежесі, P<sub>10</sub>-P<sub>3</sub>- ЖІДТ II дәрежесі, P<sub>3</sub> және төмен болса ЖІДТ III дәрежесіне сәйкес келеді.

ЖІДТ үш клиникалық түрін ажыратады: гипотрофия, гипопластика, диспластика. Гипопластикалық түрінің ауырлық дәрежесі гестациялық жасқа қарағанда бой және бас аумағының тапшылығымен анықталады: жеңіл дәрежелі- 1,5-2 сигма, орташа- 2 сигмадан көп, ауыр- 3 сигмадан жоғары. Диспластикалық түрінің ауырлық дәрежесі салмақ тапшылығына қарағанда,

дисэмбриогенез стигмаларының көлеміне, ауырлығына, сипатына және ОНЖ жағдайына байланысты бағаланады [3].

Ағылшын тіліндегі әдебиеттерде «ЖІДТ гипотрофиялық түрі» терминінің орнына « ЖІДТ ассиметриялық түрі», ал гипопластикалық және диспластикалық түрлері «ЖІДТ симметриялық түрі» түсінігімен біріктірілген [7,13,15]. М.В. Ерман мәліметі бойынша ЖІДТ симметриялық түрі 25 % жағдайда, ассиметриялық түрі 75% кездеседі.

Сонымен, ұрықтың іште дамуының тежелуі қазіргі заманда денсаулық саласында өзекті мәселе болып, әлеуметтік маңызы оны ары қарай толық зерттеп, емдеу және алдын алуын жолдарын жетілдіруді талап етеді.

#### Әдебиеттер:

1. Василенко Н.В. Стан здоров'я дітей першого року життя, які народилися доношеними із затримкою внутрішньоутробного розвитку // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2003. — № 2. — С. 40-45.

2. Дементьева Г.М., Рюмина И.И., Фролова М.И. Выхаживание глубоко недоношенных детей: современное состояние проблемы // Педиатрия. — 2004. — № 3. — С. 60-66.

3. Демидов В.Н., Розенфельд Б.Е. Гипотрофия плода и возможности ее ультразвуковой диагностики // Проблемы репродукции. — 1998. — № 4. — С. 11-18.

4. Дерюгина О.А. Особенности неонатальной адаптации недоношенных новорожденных с задержкой внутриутробного развития и коррекция ее нарушений: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.00.09 / Минск. Госуд. мед. ин-т. — Минск, 1990. — 24 с.

5. Лихачева Н.В. Синдром задержки внутриутробного развития у новорожденных // Медицина сегодня и завтра. — 2000. — № 1. — С. 76-78.

6. Логвинова И.И., Емельянова А.С. Факторы риска рождения маловесных детей, структура заболеваемости, смертности // Российский педиатрический журнал. — 2000. — № 4. — С. 50-52.

7. Шабалов Н.П. Задержка внутриутробного роста и развития // Неонатология. — М.: МЕДпресс-инфо, 2006. — Т. 1. — С. 88-109.

8. Янюта С.Н. Диагностика задержки развития плода // Журнал практического врача. — 1998. — № 4. — С. 32-35.

9. Nageotte M. P. Biparietal diameter—chest diameter difference as a predictor for macrosomia in pregnancies complicated by diabetes. Paper presented at the annual meeting of the American College of Obstetricians and Gynecologists, San Francisco, May, 1990.

10. Горячев В.В. Хроническая плацентарная недостаточность и гипотрофия плода. — Саратов: Издательство Саратовского университета, 1990. — С. 6-25.

11. Запорожан В.М., Даниленко А.И., Рожковська Н.М., Ситнікова В.О. Морфологія посліду при затримці розвитку плода у вагітних з гіперпродукцією антифосфоліпідних антитіл // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2000. — № 4. — С. 90-93.

12. Г. Кертис. Беременность. Неделя за неделей, (пер. с англ.). СПб: ИД "ВЕСЬ", 2000.

13. Маркін Л.Б. Затримка розвитку плода (діагностика, профілактика, лікування) // Лечение и диагностика. — 2003. — № 2. — С. 41-44.

14. Могілевкіна І.О. Диференційний підхід до оцінки маси новонародженого // Перинатологія та педіатрія. — 2000. — № 3. — С. 20-23.

15. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29.12.2005 № 782.

16. Никитюк В.А. Сучасні аспекти затримки внутрішньоутробного розвитку плода // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 1997. — № 5. — С. 69-72.

17. Степанківська Г.К., Лизин М.А. Залежність розвитку і росту плода від затримки росту вагітної матки // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2003. — № 1. — С. 94-96.

18. Шабалов Н.П. Задержка внутриутробного роста и развития // Неонатология. — М.: МЕДпресс-инфо, 2006. — Т. 1. — С. 88-109.

19. Янюта С.Н. Диагностика задержки развития плода // Журнал практического врача. — 1998. — № 4. — С. 32-35.

20. Nakagawa Y, Fujimoto J, Tamaya T: Placental growth by the estrogendependent angiogenic factors, vascular endothelial growth factor and basic fibroblast growth factor, throughout gestation. Gynecol Endocrinol 2004, 19:259-266.

21. Бахмутова, Л.А. Сопоставление показателей системы эритрона с течением постнатальной адаптации у новорожденных с задержкой внутриутробного развития/ Л.А.Бахмутова, Л.А.Огуль, С.В.Лапеко// Сборник материалов XII Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии», Москва, 2008г.- С. 187-188.

Одной из серьезных проблем современной медицины является увеличение количества новорожденных с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР). Значимость данной патологии определяется ее большим удельным весом в неонатальной заболеваемости и смертности. По данным разных авторов, частота этого синдрома составляет от 12 до 37,9 %.

Increasing of amount of newborns with the intrauterine growth retardation is one of the serious problems of modern medicine. Meaning of this pathology is determined by its high specific gravity in neonatal morbidity and mortality. According to the data of different authors a frequency of this syndrome composes from 12 till 37,9% .