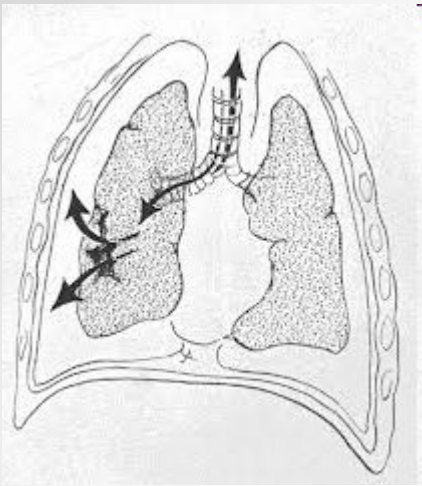


СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНЫҢ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ

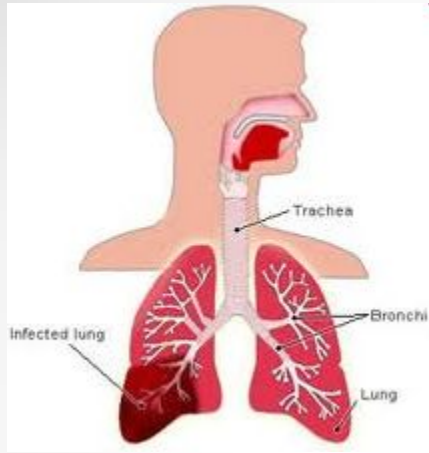
**ТУБЕРКУЛЕЗ КЕЗІНДЕГІ АСҚЫНУЛАР. СПОНТАНДЫ ПНЕВМОТОРАКС.
ӨКПЕДЕН ҚАН КЕТУ.**

- **Орындаған: Толганова А.С.**
- **Қабылдаған: Кадирова Г.А.**



Спонтанды пневмоторакс

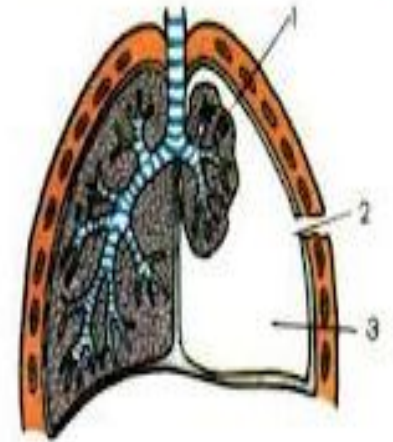
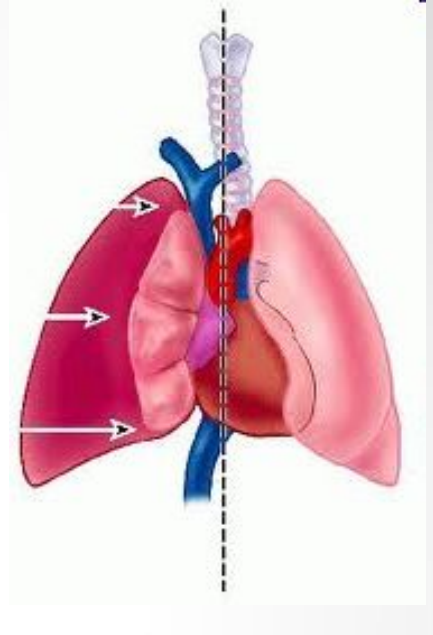
- Спонтанды пневмоторакс (СП)-плевральды қуысқа ауаның жиналуы өкпе жарақатымен, өкпе тінінің инфекциялық зақымдалуымен және дәрігерлік іс-әрекеттермен байланыссыз жүретін синдром.
- Ол туберкулездің асқынуы ретінде - туберкулезді кавернаның плевра қуысына тесілуі немесе туберкулезді булланың жарылуынан пайда болады.
- Спонтанды пневмоторакс көбіне өкпе ауруларының жиі кездесетін асқынуы болып табылады. 70—90 % жағдайда 20 дан 40 жас аралығындағы еркектерде және сол жақ өкпеге қарағанда өкпенің оң жағында салыстырмалы жиірек пайда болады.



Патогенез және патологиялық анатомиясы.

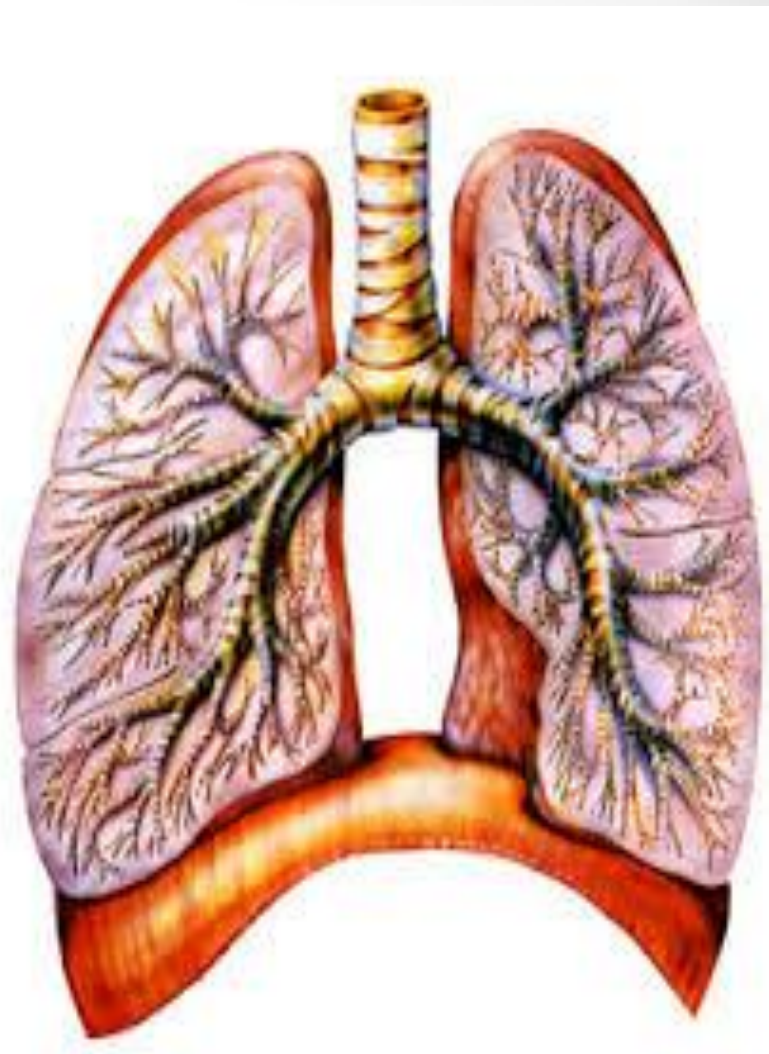
1. Плевра қуысының герметикалылығының бұзылуы.
2. Висцеральды плевраның париетальды плеврадан ажырауы.
3. Өкпенің қысылуы.
4. Көкірек ортасының сау жаққа қарай ығысуы.

- Спонтанды пневмоторакстың *ерекше ауыр және өмірге қатерлі түрі – кернеулі(қысымды), вендилді, клапанды немесе үдемелі пневмоторакс*. Пневмоторакстың бұл түрі ішкі плевраның тесілген жерінде қақпақты өкпе-плевранық байланыс түзілген жағдайда пайда болады. Бұл жағдайда дем алған кезде ауа (перфорациялық) тесік арқылы плевра қуысына еніп, дем шығарғанда клапан ауаның кері шығуына кедергі жасайды. Сөйтіп, әрбір тыныс алған сайын плевра қуысындағы ауа мөлшері ұлғайып, плевра ішілік қысым жоғарылайды. Пневмоторакс жағындағы өкпе толығымен колибирленеді.



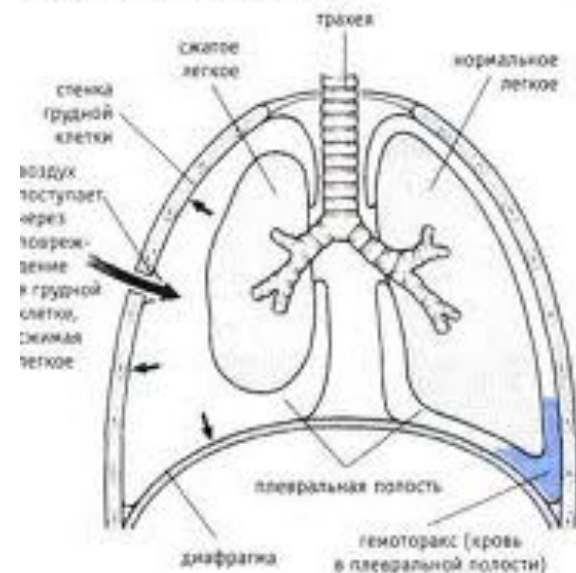
Өкпенің коллабирлену дәрежесіне байланысты

- ✓ Шектелген (1/3 көлемінің солуы)
- ✓ Орташа (1/2 көлемі)
- ✓ Үлкен (1/2 көлемінен де көп)
- ✓ Тотальды (өкпенің толық коллапсы)



- Спонтанды пневмоторакстың пайда болуы плевраішілік қан кетумен (гемопневмоторакс) қатар өтуі мүмкін. Мұндай қан кетудің көзі – өкпенің тесілген жерінің орны немесе плевраның жабысқан шетінің жыртылуы. Плевраішілік қан кетудің мөлшері көп болғанда, **гиповолемия** және **анемия** белгілері пайда болуы мүмкін. Пневмоторакстың асқынуларына плевра қуысында серозды кейде серозды-геморрагиялық немесе фибринозды экссудаттың жиналуы жатады. Белсенді туберкулез, қатерлі ісік, микоз, өкпе абсцессі немесе гангрена бар науқастардың экссудатына бейспецификалық микрофлоралар оңай жұғады, пневмотораксқа іріңді плеврит (пиопневмоторакс) қосылады. Пневмоторакс кезінде ауа көкірек ортасы клетчаткасына өтеді, ауа эмболиясының пайда болуы сирек кездеседі.

Пневмоторакс и гемоторакс



Пневмоторакс, показанный на рисунке слева, вызван воздухом, проникшим в плевральную полость через повреждение в стенке грудной клетки. Гемоторакс справа является следствием проникновения крови в полость через поврежденные сосуды.

Біріншілікті спонтанды пневмоторакс

- Кенеттен басталады. Алғашқы минуттарда кеуденің жедел шаншып ауыруы және жедел дамиды енгізу болады. Ауырсыну дем алғанда және жөтелгенде күшейеді. Ауырсыну мойынға, иыққа, қолға және бел, іш аймағына беріледі. Өте ауыр жағдайларда науқас талып қалады және терінің бозаруы, акроцианоз, тахикардия, қорқыныш, үрей сезімі болады. Науқастың қалпы жартылай отырған немесе жанына қарай жатқан қалыпта болады.

Екіншілікті спонтанды пневмоторакс

- Ауру ауыр түрде өтеді және жүрек қан-тамыр жүйесінің өзгерістерімен жүреді. Асқынған түрінде күш түскен пневмоторакс, гемоторакс және реактивті плеврит, өкпе коллапсы дамиды.



Диагностикасы.

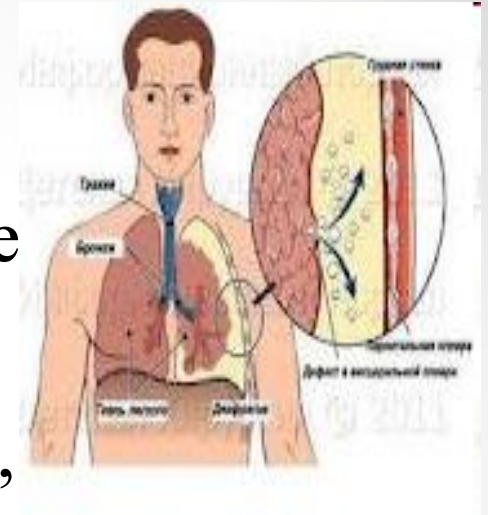
- Спонтанды пневмоторакстың клиникалық белгілері плевра қуысына ауа жиналғандықтан, өкпенің қысылуына (коллапс) байланысты. Науқастың *негізгі шағымдары* – кеуде қуысының сәйкес жағынан ауруды сезінуі, құрғақ жөтел, ентігу, жүректің жиі соғуы. Ауру сезімі іштің жоғары бөлігінде, кейде жүрек маңында орналасып, сол қол мен жауырынға, қабырға астына беріледі. Кей жағдайларда спонтанды пневмоторакстың көрінісі жедел коронарлы қан айналу жетіспеушілігіне, плевритке, асқазан немесе ұлтабардың тесілген жарасына, холециститке, панкреатитке ұқсас болады.

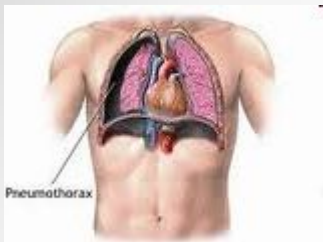


Қарап тексеруде:

- Тыныс алу актінде зақымдалған өкпе бөлігінің қалып отыруы.
- Пальпацияда: дауыс дірілінің әлсіреуі немесе жоғалуы.
- Перкуссияда: перкуторлы дыбыстың өзгеруі тимпанитке дейін барады.
- Аса маңызды симптомның бірі-зақымдалған аймақтағы тыныс шуларының әлсіреуі немесе анықталмауы. Ол өкпе коллапсының дәрежесіне тікелей байланысты болып келеді.
- Спонтанды пневмоторакстың ауыр жағдайларында науқастарда терінің бозаруы, жүректің жиі соғуы, цианоз (көгеру), суық тер шығу, қан қысымының жоғарылауы байқалады, есеңгіреу (французша choc – шок, соққы) күйінің белгілері бар. Көп нәрсе спонтанды пневмоторакстың пайда болу жылдамдығына, өкпе коллапсының дәрежесіне, көкірек ортасы ағзаларының ығысуына, науқастың жасы мен жалпы функционалдық жағдайына байланысты болады.

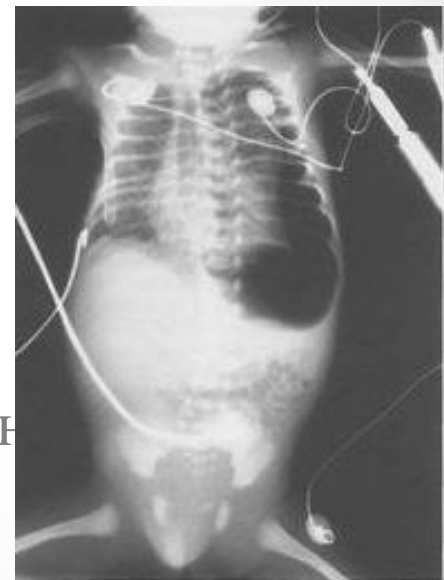
- Пневмоторакс жағындағы өкпе толық сығылады. Көкірек ортасындағы мүше қарама-қарсы жаққа қарай ығысып, екінші өкпенің көлемін кішірейтеді. Жүрекке баратын күре тамыр ығысып, иіріліп, бүгіліп және сығылып қалады, жүрекке қанның келуі азаяды. Көкеттің диафрагмалық күмбезі төмендейді және жалпаяды. Қабырғалық (париеталды) және ішкі (висцералды) плевра жапырақтары арасындағы жабысулар оңай жыртылып, кеуде қуысына қан құйылады (гемопневмоторакс).





Аспаптық зерттеу.

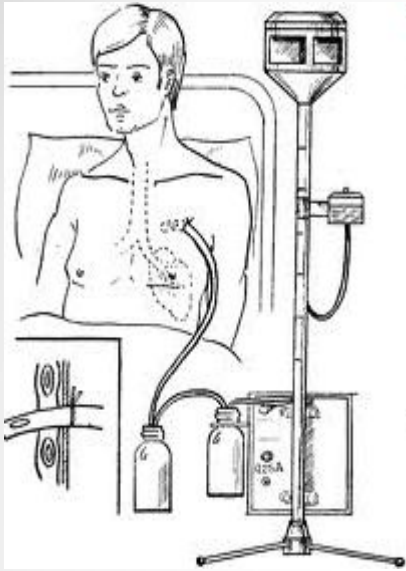
- Рентгендік зерттеуге тән көрініске: зақымдалған жақта өкпе суретінің болмауы, жүректің сау жағына қарай ығысуы және тахикардия, сау өкпе жағында өкпе суретінің күшеюі және диафрагма күмбезінің түсуі.
- Тиімді әдіске аксиалды компьютерлі томография жатады. Компьютерлі томография әдісімен жайылмалы және шоғырланған буллезді эмфиземаны анықтауға болады.
- Плевра қуысындағы ауа қысымының деңгейін және өкпедегі саңылаудың (тесіктің) сипатын монометрия көмегімен анықтауға болады.



Асқынулары.

1. Пневмоплеврит. Жиі кездесетін асқынуларға жатады, аурудың 4-7 күнінде дамиды, 38% жағдайда кездеседі.
2. Теріастылық эмфизема-сирек асқыну қатарына жатады. (париетальді плеврадағы жабысқақ үзіліп, ауа теріастына пайда болған дефект арқылы енеді).
3. Кернеулі пневмоторакс.
4. Гемопневмоторакс
5. Екі жақты пневмоторакс.
6. Созылмалы пневмотораксқа ауысу.
7. Плевра эмпиемасы.
8. Пневмомедиастенум.
9. Жедел жүрек-өкпе жеткіліксіздігі.

Емі.



- Спонтанды пневмоторакстің емі әдетте консервативті емнен басталады, ауыр жағдайда консервативті ем нәтижесіз болса, оперативті емді (париетальді плеврэктомия, торакотомия, декортикация, буллаларды алу, өкпе-плевралық жыланкөзді тігу) қолданады.
- Пункцияны жергілікті жансыздану жасағаннан кейін барып, бұғананың орта сызығын бойлап, екінші қабырға аралығында жасайды. Егер ауа толығымен сорылмаса және де ол инеге толығымен үздіксіз келіп тұрса, онда ауаны үзбей аспирациялау үшін плевра қуысына пластикалы катетр қою керек. Плевра қуысына оның облитерациясын (латынша obliteration – тесіктің бітелуі) тудыратын дәрілік заттарға енгізуге болады.
- Гемопневмоторакс кезінде алтыншы қабырға аралығына қолтық астының сызығын бойлап екінші катетр қояды. Науқастардың көпшілігіне үздіксіз аспирация жасау (сорып алу) плевра қуысындағы ауаны сиретеді (20-30 см су бағ.) оның плевра қуысынан бөлінуін тоқтатады.



Өкпеден қан
кету

- Өкпеден қан кету – бронх түтігіне көп мөлшерде қан құйылып, жөтелген кезде , оның жоғары тыныс жолдары арқылы сыртқа бөлініп шығуы.
- Қан түкіру – қақырықта немесе сілекейде аздаған қанның болуы, сұйық немесе ұйыған қанның болуы. Қақырықпен шыққан қан мөлшері тәулігіне 50 мл –ге дейін құрайды.
- Қан кету мен қан түкіруден айырмашылығы кеткен қан көлеміне байланысты.

- Өкпеден қан кету кезінде жөтелмен бірге көп мөлшерде таза қан бөлініп шығады; Ол

□ *Бір мезгілде*

□ *Үздіксіз*

□ *Үзіліспен*

бөлінуі мүмкін.

- ***Бөлінген қанның мөлшеріне байланысты:***

❖ *Кіші (100 мл – ге дейін)*

❖ *Орташа(500 мл – ге дейін)*

❖ *Көп немесе профузды (500 мл – ден аса)*

қан кету түрлерін ажыратады.

Патогенезі мен патологиялық анатомиясы

Кеңейген аневризма, жұқарған бронхылық артериялар, бронхты және өкпелік артерия арасындағы әлсіз анастамоздар өкпеден қан кетудің морфологиялық негізі. Бронхтың шырышты немесе шырыш асты қабаттарындағы бұндай әлсіз тамырлардың аррозиясы немесе жарылуы ӨҚЕ-ге әкеледі.

Туберкулездің инфильтративті және фиброзды-кавернозды түрі жиі қан кетумен асқынады. Кейде қан кету циррозды туберкулезде немесе посттуберкулезді пневмофиброзда кездеседі.

Клиникалық картинкасы

- Өкпелік қан кету қан түкірумен немесе бірден дамуы мүмкін. Ал-қызыл немесе қанық қызыл түсті қан жөтелмен және қақырықпен бөлінеді. Қаның сипаты; қан ұйымаған, көпіршікті болады.
- Профузды өкпелік қан кету адам өміріне үлкен қауіп төндіруі және өлімге алып келуі мүмкін.

Өлімнің себебі:

- асфикция,
- аспирационды пневмония,
- прогрессивті туберкулез,
- өкпелік-жүрек жетіспеушілігі болып табылады.

- Өкпеден қан кетумен зардап шеккен кез-келген науқас шұғыл мамандандырылған ауруханаға жатқызу керек. Науқасты отырған немесе жартылай отырған қалыпта тасымалдау қажет. Тыныс алу жолдарына қан кеткен жағдайда науқан жөтелу қажет. Бұл жағдай асфикциялық асқынулардан алдын алады.

Науқастың анамнезін жинаған уақытта міндетті түрде жүрек-қан тамыр, қан жүйесі, өкпе ауруларына көбірек мән беруіміз қажет.

- *Өкпеден қан кетуді асқазан-ішек жолдарындағы қан кетуден салыстырмалы диагностика жасау қажет.*

❖ **Өкпеден қан кету:** ал-қызыл түсті, көпіршікті, жөтелмен бірге жүретін, ұйымаған, сілтілі болып келеді.

❖ **Асқазан-ішек жолдарынан:** қанық қызыл, ұйыған, жөтелге қатыссыз бөлінетін, қышқыл болып келеді.

Диагностикасы



- Өкпеден қан кету кезіндегі ең негізгі диагностикасы рентгенологиялық зерттеу болып табылады. Рентгенография екі жақты проекциясына міндетті түрде жасалу қажет.
- -Қан кетудің тура белгілері- контрастылық заттың тамыр қабырғасынан шығуы.
- -Жанама белгілері – бронхты артериялар торының кеңеюі (гиперваскуляризация), тамырлардың аневризмалық кеңеюі, бронхты және өкпелік артериялар арасында анастомоз торларының болуы.
- Ең ақпаратты зерттеу әдісі өкпелік КТ және бронхиальды ангиография.
- Бронхоскопия өкпелік қан кетудің орналасқан орнын дәл анықтауда маңызы зор болып табылады.

Дәрігерге дейінгі көмек

- Науқас отырған немесе жартылай отырған қалыпта болу қажет.
- Науқасты тыныштандыру.
- АҚЖ өлшеу.

Бронх артериялары қысымын түсіру үшін ганглиоблокаторлар (пентамин 5% -1-2 мл бұлшық етке) Систолалық қысым 90 мм рт.ст. болмауы қажет.

- Өкпе артериясындағы қан қысымды түсіру үшін;
 1. Эуфиллин 2,4% , 10мл қан тамыр ішіне.
 2. Папаверин гидрохлориды 1-2 мл 2% тамыр ішіне немесе тері астына.
 3. Но-шпа 2-4мл 2% тамыр ішіне немесе тері астына.

- Қан ұюды жоғарлату үшін:
 - 5% аминакапрон қышқылы – 200 мл натрий хлоридымен тамыр ішіне 2-4 рет күніне , фибриногенді активтілікті төмендетеді.
 - Контрикал 10-20 мың ЕД тамыр ішіне тамшылатып 100 мл физиологиялық ертіндімен.
 - 10% хлор ертіндісі немесе 10,0 кальций глюканат
 - Плазма (100-200мл)
- Өкпелік артериялардың гипертензиясы себебінен дамыған жөтелге;

жөтелге қарсы препарат атропин сульфаты, 1 мл 0,1% ертінді теріастына салу керек.

Пневмониядан алдын алу үшін кең спекторлы антибиотиктерді қабылдау қажет.

