

# Семей Мемлекеттік Медицина Университеті

СӨ

Тақырыбы: *Өкпе және плевра аурулары*

Ж

*Орындаған: Қайсар А.Б*

*Тексерген: Қажыкенов Қ.Т*

# ЖОСПАР

**I Кіріспе**

**II Негізгі бөлім**

**1) Этиологиясы**

**2) Классификация**

**3) Клиника.Диагностикасы**

**4) Емі. Асқынулары**

**III Қорытынды**

**IV Қолданылған әдебиеттер**

## Өкпе абсцесі

Жиі сегмент шекарасында өтетін,  
бір немесе бірнеше іріңге толы  
қуыстардың және перифокальды  
инфилтраттың пайда болуымен  
сипатталатын тіннің  
некротикалық аймақтарының  
іріңді ыдырауы.

.

## Этиологиясы

микробтар өкпеге мына жолдармен жайылады:

- 1) Аэрогенді - ауамен ;
- 2) Гематогенді - қанмен;
- 3) Лимфогенді

*Абсцесстің себебі* көбінесе – гемолитикалық

стрептококк, грамтеріс флоралар. Бұлардың 57% антибиотиктерге төзімді. Қабыну үрдісі қолқаға жайылып оның ателектазына ұшыратады.

Бронхтың ателектаздануы стаз және тромбозды күшейтіп өкпеде қан айналысын бұзады. Өкпе тіні некрозданып іріндеу үрдісі күшейеді.

## *Абсцесс пайда болуының басты себебі —*

бронхтың бітелуі немесе қысылуы, қан тамырларының тромбоздануы, ісінген өкпе тінімен қысылуы, өкпе инфаркты болады. Яғни, өкпе абсцессінің пайда болуына өкпенің желденбеуі, қан айналысының бұзылуы және микробтар токсиндерінің ателектазданған өкпе — тінінің шіруіне ұшыратады.

Аспирационды абсцесстер бөгде заттар, операция кезінде және операциядан кейінгі ерте кезеңде асқазан құрамындағылар бронхтарға түскенде дамиды.

# *Жіктелуі*

Ең тиімді жіктеме В.С. Савельев және Е.Г. Григорьевтің жіктемесі болып табылады (2004ж).

## I. Этиологиясына байланысты:

- 1) Жарақаттан кейінгі
- 2) гематогенді
- 3) аспирациялық
- 4) Пневмониядан кейінгі

## II. Клинико-морфологиялық сипатына сәйкес

### 1) Жедел абсцесс

- А) жалғыз
- Б) бірнеше

### 2) Өкпе гангренасы

- А) шектелген
- Б) жайылмалы

### III. Асқынуларына байланысты:

1) Блокталған абсцесс

2) Плевра эмпиемасы

А) бронхоплевральды қатынаспен

Б) бронхоплевральды қатынассыз

3) Өкпелік қан кету

4) Өкпелік сепсис

# *Клиникалық көріністері*

Клиникалық ағымы жедел абсцесстердің даму фазасына байланысты.

**I фазада** – өкпе тінінің некрозы және абсцесстің қалыптасуы байқалады.

**II фазада** – сәйкес бронхқа іріңдіктің жарылуы байқалады.

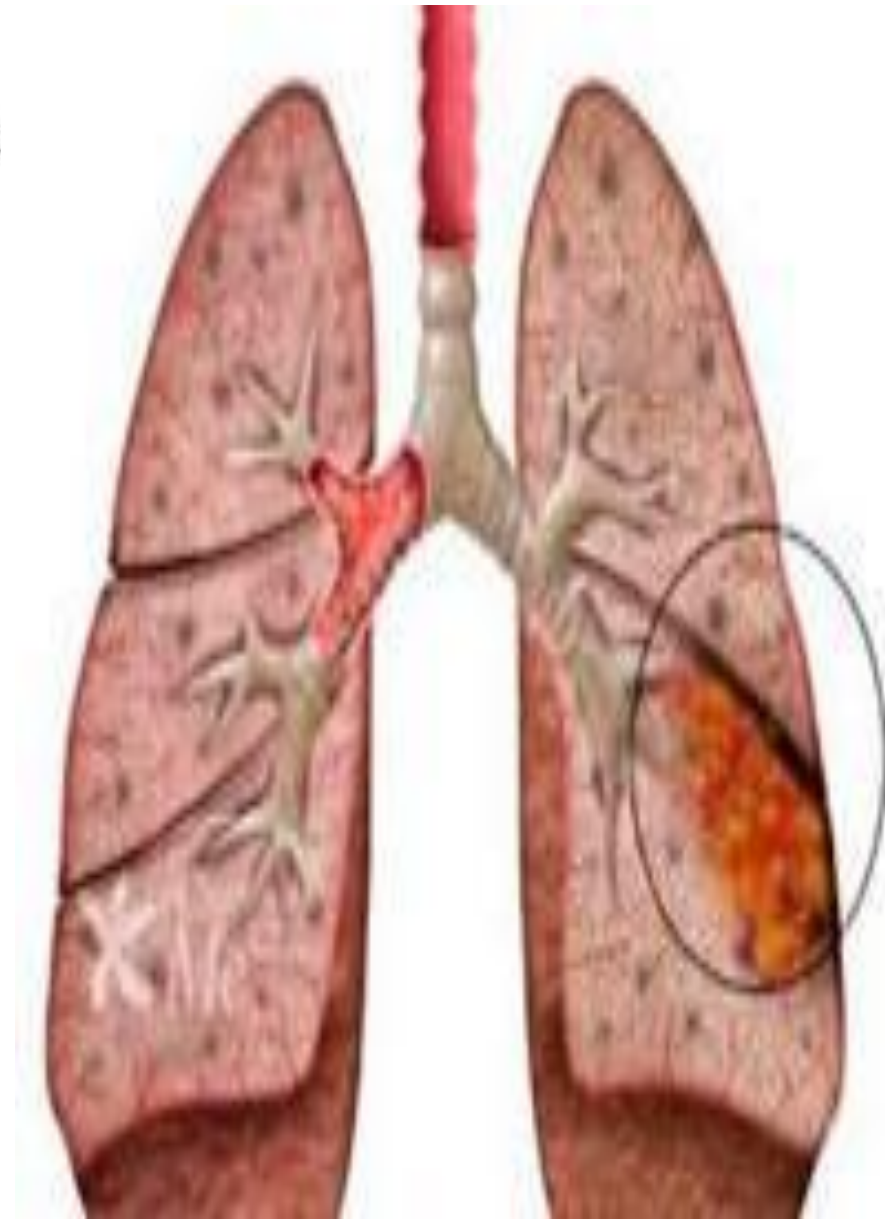
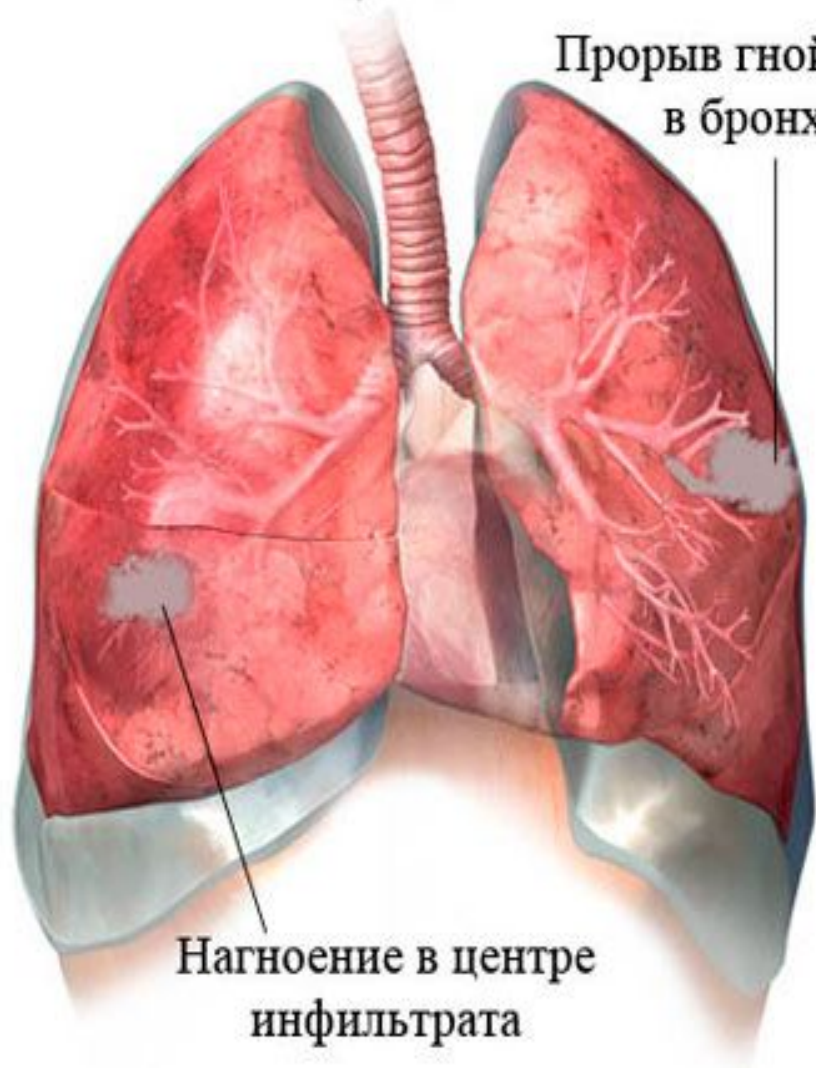


**I фазада** абсцесстің клиникасы бронхопневмонияға ұқсас. Ауру жедел басталады, дене қызуы  $38-39^{\circ}\text{C}$ -қа дейін көтеріледі. Бас ауырады, қалтырау, кеуде торында ауру сезімі, ентігу, тахикардия пайда болады. Аталған белгілердің айқындалу дәрежесі үрдістің таралуына және ағзаның қорғаныс функцияларының жағдайына байланысты.

Аускультацияда зақымданған аймақта қатаң тыныс анықталады. Кей жағдайда крепитацияланған сырылдар және плевраның үйкеліс шуын естуге болады, ал зақымданған аймақта перкуторлы дыбыс қысқарады. Рентгенограммада және компьютерлі томограммада осы кезеңде зақымданған өкпеде гомогенді қараю, қабыну инфильтраты анықталады.

**II фазада** абсцесс бронхқа жарылғанда тимпаникалық өкпелік дыбыс, металл өңді ылғалды сырылдар анықталады. Бронхқа ірің жарылғанда науқастар көп мөлшерде қақырық бөледі (ауыз толтыра). Сонымен қатар анаэробты инфекцияның барлығын дәлелдейтін жағымсыз иістің пайда болуы тән. Абсцесте тәулік бойына науқас 200-250 мл. қақырық бөледі, бірақ ол 1000мл-ге дейін, ал гангренада тіпті одан да көп мөлшерлерге дейін көбейеді.

# Абсцесс легкого



## *Диагностикасы.*

*Өкпенің деструктивті өзгерістерінің диагностикасы клиникалық, зертханалық және микробиологиялық зерттеу мәліметтеріне, рентгенологиялық зерттеу және фибробронхоскопия нәтижелеріне негізделеді. Деструкция ошақтарының қалыптасу фазасын және өкпе секвестрлерін анықтау үшін компьютерлі томографияны, абсцессографияны (деструкция қуысына трансторакальді жолмен суда еритін рентген контрастты препараттарды енгізу) жасайды*

# *Зерттеу*

*Мейірбике науқастың арнайы шыны ыдысқа қақырығын жинауын қадағалауы тиіс. Қақырық шыны ыдыста тұрғанда 3 қабат түзеді: төменгісі – ірің мен детриттен құралған, ортаңғысы – серозды сұйықтық, ал үстінде ірің аралас көпіршікті шырыш.*

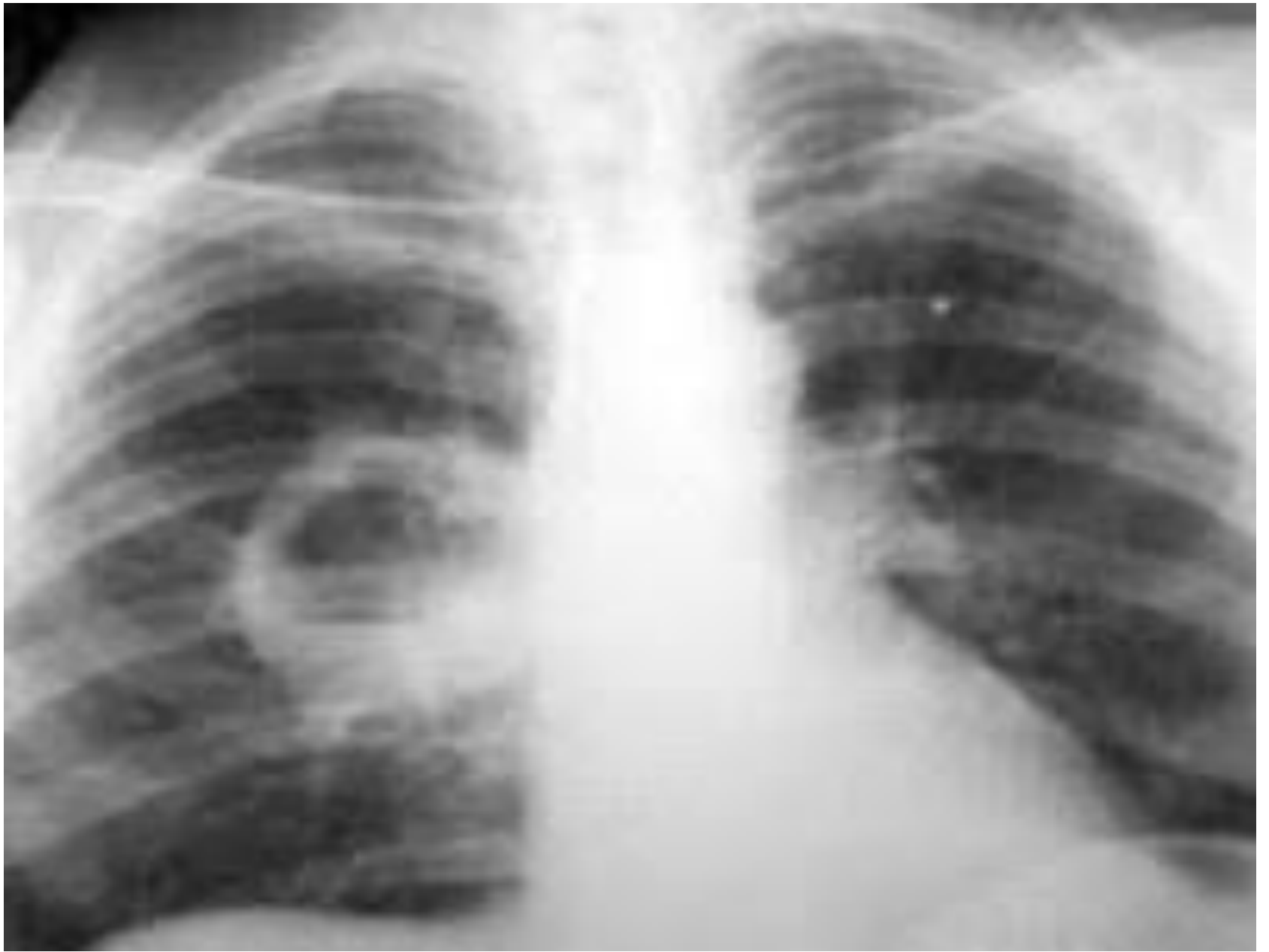
*Қақырық түскеннен кейін және қажетті шараларды қолданғаннан кейін науқастың жағдайы жақсарады: дене қызуы қалыпты деңгейге түседі, тәбеті, ұйқысы түзеледі. Рентгенограммада қуыстың азаюы немесе толық жоғалуы, перифокалды инфилтраттың сорылуы. Абсцесстің жойылу үрдісі қолайлы ағымда 1-2 айға созылады. Кейде ауру созылмалы ағымға өтеді, егер қақырық жақсы шықса, онда температура өте жоғары болмайды, ал ірің іркілсе, онда температура жоғары болады, ал интоксикация белгілері айқын болады.*



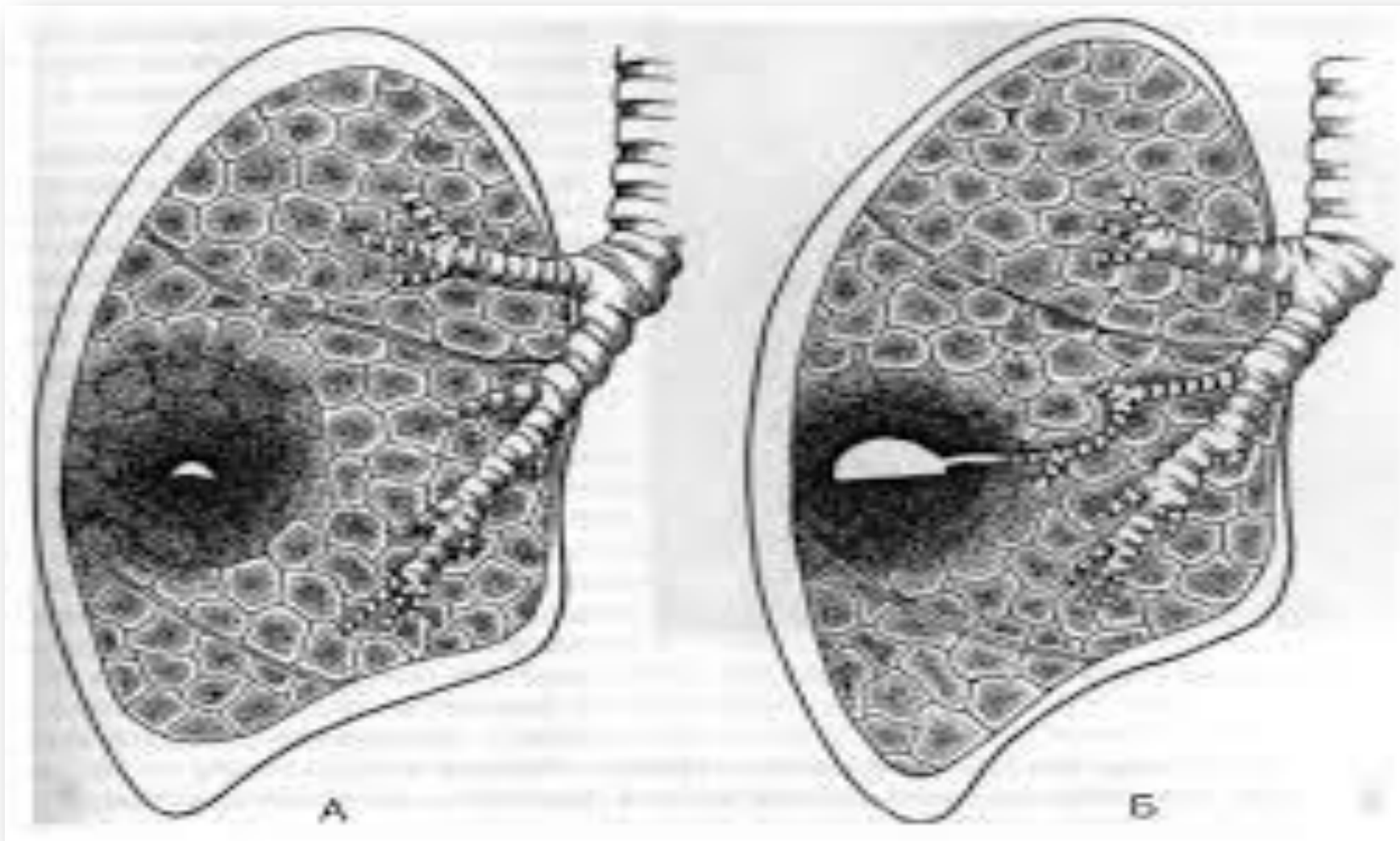
гнойное  
содержание

*Рентгенологиялық зерттеу кезінде қуыс қабырғасының қалындауын анықтауға болады. 2 ай өткеннен кейін абсцесс сұйықтық деңгейі бар дөңгелек қуыс ретінде көрінеді, сонымен қатар өкпе инфильтрациясы байқалады*



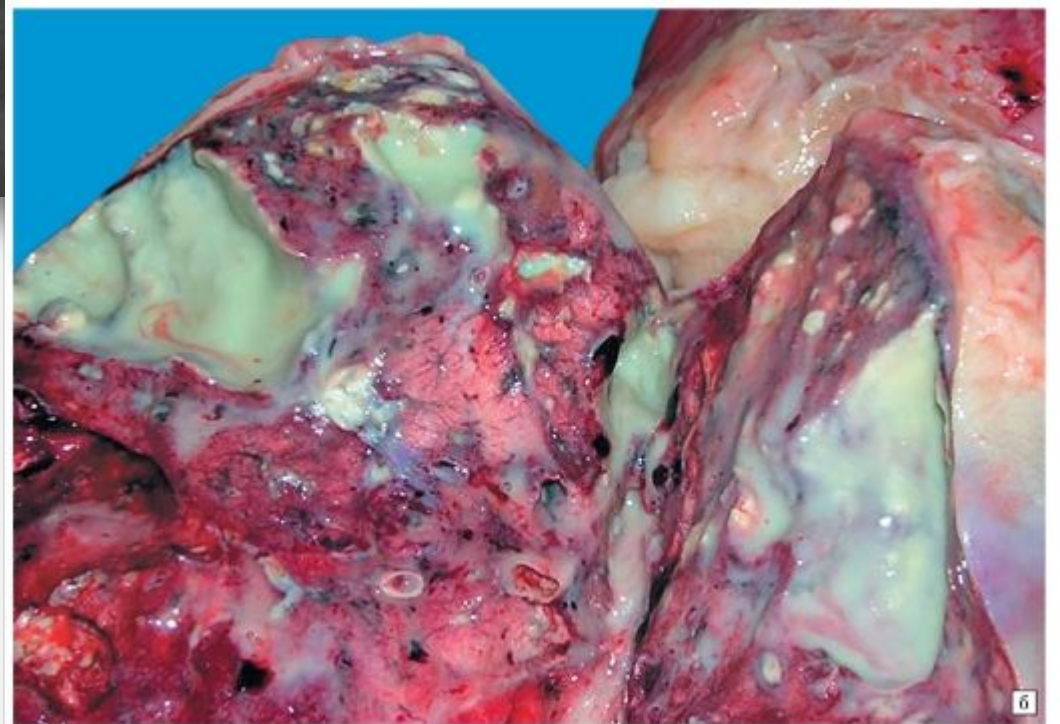
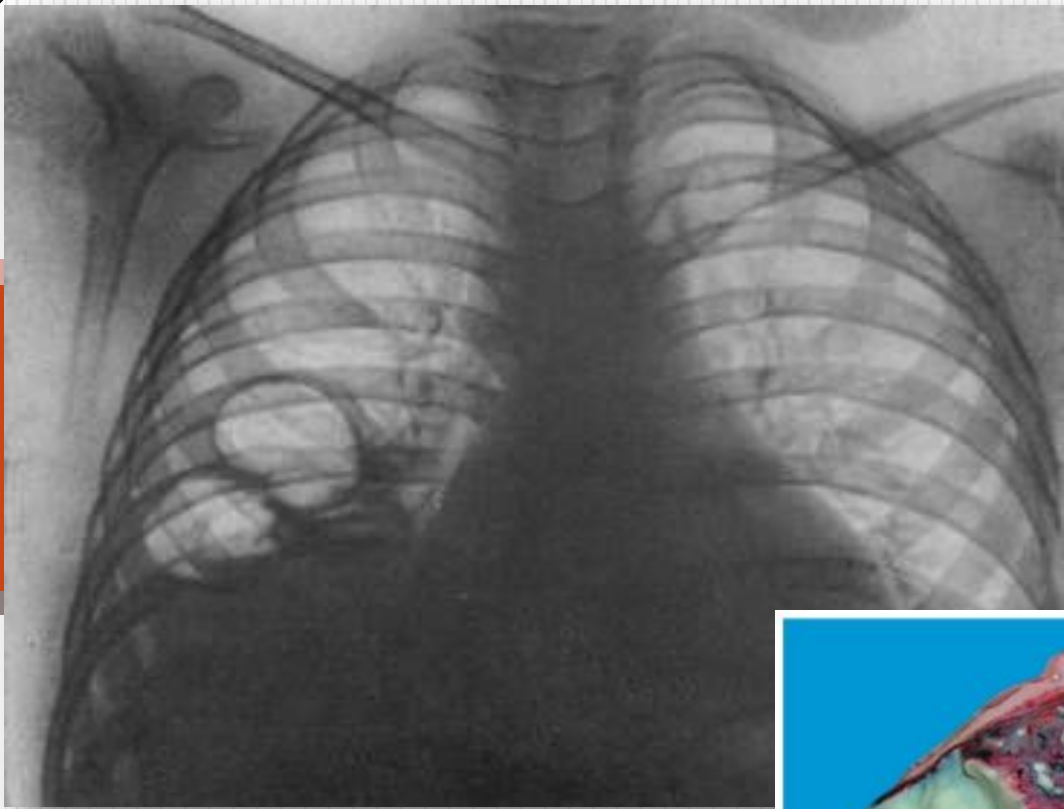


*Егер іріңді ошақ кеуде қабырғасына жақын орналасса, онда ультрадыбысты бақылау арқылы оның пункциясын жүргізуге болады.*



# *Дифференциалдық диагноз:*

- *Өкпе іріңдігін өкпеде қуыс түзілуіне алып келетін өзге аурулардан айыру қажет:*
- *Ыдыраған өкпе рагынан,*
- *өкпе туберкулезінен,*
- *Іріңдеген кистадан,*
- *Диафрагма жарығынан;*



# *Емдеу принциптері*

Өкпенің жедел ірінді – деструктивті аурулары бар науқастарға кешенді қарқынды терапия жүргізіледі, оның құрамында ыдырау қуыстарының нәтижелі дренаждалуы, антибактериальды терапия (антибиотиктерді бөлінген микрофлораның сезімталдығына сәйкес таңдайды), волемиялық бұзылыстар коррекциясы, дезинтоксикациялық терапия, соның ішінде плазмофорез, қанды натрий гипохлориді көмегімен тікелей емес тотықтыру, қанның УКС – і, иммунокоррекция енеді, көрсеткіштер бойынша парентеральды тамақтандыру және қан компоненттерінің инфузиясы, жалпы қуаттандыратын терапия тағайындалады.

*Қан қақырғанда немесе өкпелік қан кету жағдайында науқасқа жартылай отырған қалып береді, кодеин, промедол, кальций хлоридін, викасол, аминокапрон қышқылын, қан құю тағайындалады. Егер қан кету жақын арада тоқтамаса, ал қан кету айқын болса, онда өкпе резекциясын жасауға тура келеді.*

*Кешенді емнің маңызды құрамдас бөлігі – диета. Тағам тез игерілетін, әртүрлі, дәрумендерге (әсіресе “С”) және нәруызға бай, ал жалпы калориялығы – 3000-4000 кал-дан аз болмауы керек.*

- Пункцияны бір күннен кейін 5-10 рет бронх өткізгіштігі толық қалыптасқанға дейін жасайды, одан кейін дәрілік заттарды интратрахеальды енгізеді.
- Пункциямен емдеу тиімді, бірақ кей кезде асқынулар беруі мүмкін (пневмоторакс, плевра эмпиемасы), сол себепті ол тек абсцесс қуысын санациялай алмағанда жүргізілуі тиіс. Ірі абсцестерде трансторакалды дренаждау жасалады.
- Жоғары аталған әдістермен жүргізілетін консервативті терапия 1-1.5 ай жүргізіліп, жақсы нәтиже береді. Бірақ кейбір науқастарда 6-12 айдан кейін ауру қайта қайталанып, ауру созылмалы ағымға өтеді.

Созылмалы, рецидивтеуші абсцесстері бар науқастарға оперативті ем тағайындалады. Себебі оларды консервативті жолмен емдеу нәтижесіз болып табылады.

Операцияға көрсеткіштер уақыт өте келе өзгерді.

Операцияны жергілікті анестезиямен, абсцесстің үстіндегі бір немесе екі қабырғаны *резекциялау* арқылы жүргізеді. Өкпені іріңге қарай пункциялайды, және іріңді алғаннан кейін іріңдікті ине бойымен өкпені тіле отырып ашады. Абсцесстің қуысын және қабырғасын некротикалық тіндерден тазартады, қуысқа дренаж енгізеді және Вишневский майы бар тампондармен толтырады. Дренажды Бюлау дренажына ұқсатып, банкіге дезинфекциялық ерітіндіге салады.

Іріңдік терең орналасса және плевральді қуыста жабыспалар болмаса, онда өкпені париетальді плевраға тігіп, тек екінші кезеңде ғана іріңдікті ашады.



*MedicalPlanet.su*  
– медицина для вас.



*MedicalPlanet.su*  
– медицина для вас.



## **Өкпенің жедел абсцессінің асқынулары:**

### **1) Өкпеден қан ағуы.**

*Қан көп кеткенде жүрек жеткіліксіздігі және анемия, кейде асфиксия байқалады. Өкпеден қан кетуінің жеңіл – қан түкіру және ауыр қан ағуы, қан құсуы түрлерін ажыратады.*

*Қан ағуына қарсы гемостатикалық ем – қан, плазма, аминокапрон қышқылы, хлорлы кальций, криопреципитат пайдаланылады. Қан ағуы тоқтағаннан соң тыныс жолдарын ұйыған қаннан босату үшін бронхоскопия жасалады. Егер консервативті емге көнбей қан ағуы тоқтамаса өкпе резекциясы жасалады.*

## *2) Плевра эмпиемасы*

*Консервативті тәсілмен емделеді – антибиотикотерапия, иммунотерапия, витаминотерапия және күнде орындалатын плевра пункциясы. Пункциямен плевра қуысындағы ірің сорылады, одан соң плевра іші антисептикпен, антибиотикпен жуылады, ферментті препараттар плевра ішіне жіберіледі. абсцесске байланысты операциялар жоғары өлімділік береді (10-15 % статистика бойынша) және жиі плевра эмпиемасымен асқынады (15-17%). 60-70 % жағдайда ем қолайлы болжаммен аяқталады.*

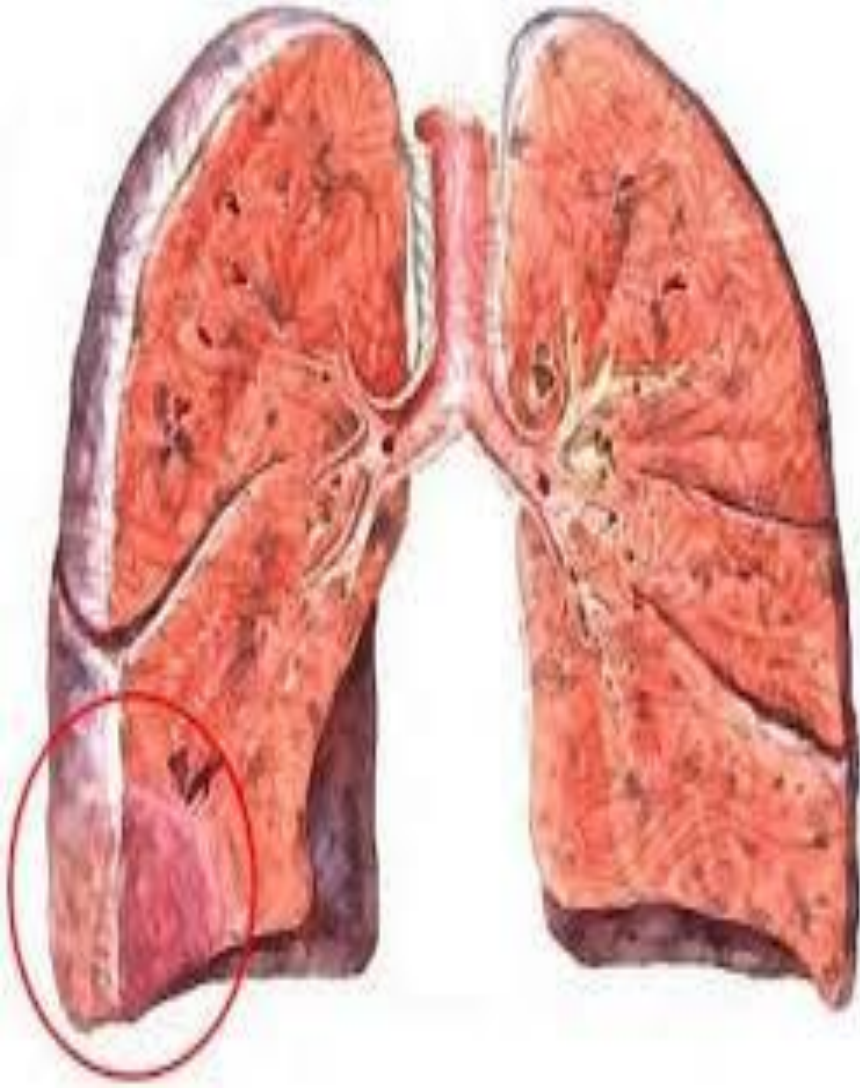
### **3) Пиопневмоторакс**

*Өкпедегі іріңнің плевра қуысына төгілуі. Іріңмен бірге плевра қуысына бос ауа жиналады. Өкпе қысылады.*

*Аурудың жағдайы нашарлайды, кеуде қатты ауырсынады, тыныс алу ауырлайды, ентігу, акроцианоз байқалады.*

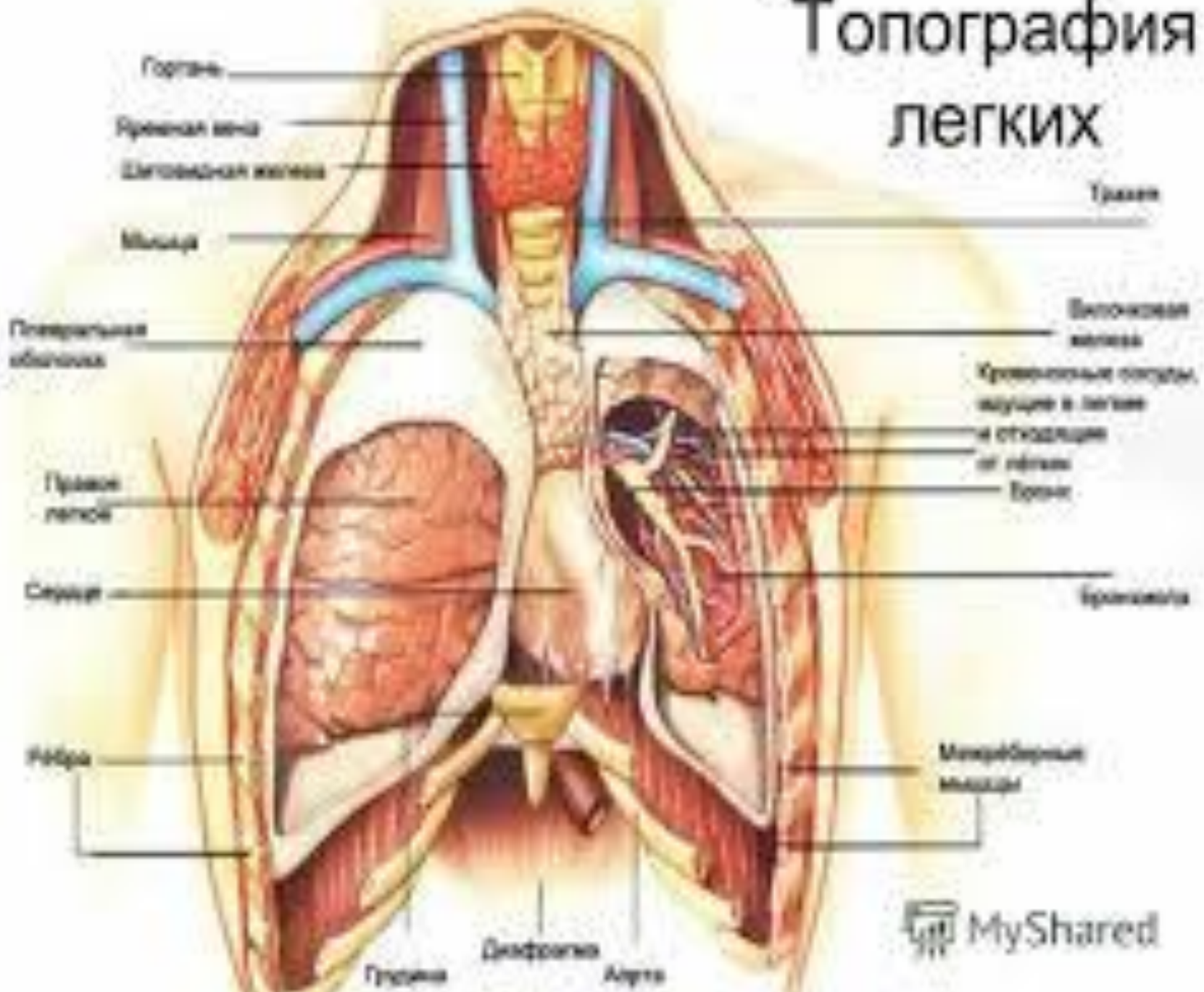
*Пиопневмоторакста ауруға жедел торакоцентез жасалып плевра қуысы дренаждадынады, дренаж арқылы ірің және бос ауа сорылады, плевра іші антисептикпен жуылады.*

# Өкпе гангренаcы дегеніміз не?



*Өкпе тінінің массивті инфильтрациясы фонында некроз болады, ал сау және зақымданған тін арасындағы демаркациялық шекара мүлдем болмайды. Жиі өкпенің төменгі бөлігі зақымдалады. Ол өкпені зақымдалуымен қатар бүкіл ағзаны зақымдайды.*

# Топография легких



# Даму себебі:

- Негізгі себебі өкпе тінінің патогенді микроорганизмдермен зақымдалуы, солардың ішінде спецификалық және бейспецификалық микроорганизмдерде. Көп жағдайда *анаэробты қоздырғыштыр* себеп болады. Өкпе тініне
- Бронхогенді
- Лимфогенді
- Қан арқылы келуі мүмкін.

● **Ең бірінші инфекция көзі өкпедегі қабыну процесі** — пневмония, абсцесс, бронхоэктазиялық ауру болады.

● **Екінші кезекте-** инфекция өкпе тініне алыстағы қабыну ошақтарынан келеді. Ол жедел аппендицит, дивертикулез, перфорациямен асқынған ішек өтімсіздігі болуы мүмкін



# ***Клиникалық көріністері:***

- *Аурудың басы өкпе абцесіне ұқсайды. Кеуде тұсының ауру сезімі айқын білінеді.*
- *Дене қызуы көтеріледі. Қызба дамуы мүмкін.*
- *Жөтел – анаэробты немесе аралас инфекция қатысуын білдіретін шірінді иісі бар және ет жуындысына ұқсас көп мөлшерлі сұйық қақырық өте ерте бөлінеді. Иістің білінетіні соншалық науқаспен бір палатада отыру мүмкін емес болады.*
- *Ентігу*
- *Қатты терлегіштік*
- *Қарап тексергенде тыныс жетіспеушілігі-тері жабындыларының бозаруы, цианоз айқын білінеді.*

# Диагностикасы

- Физикалық зерттегенде зақымдану аймағы *перкуссияда* дұрыс емес контурлы ошақ түрінде анықталады. Перкуторлы дыбыс тұйық, дауыс дірілі күшейген.
- *Аускультацияда* әртүрлі калибрлі көптеген ылғалды сырылдар естіледі.
- Рентгенологиялық зерттегенде өкпенің сәйкес зонасында шекаралары анық емес, күн сайын прогрессивті өсетін бірыңғай қараю аймағын көруге болады. Плевралық қабаттасу байқалады.

Medical Planet SM  
- MEDICINE ON THE GO



- **Компьютерлік томография** - Деструкция қуысы бронхпен байланысқанда өкпе тінінің инфильтрациялану фонында әртүрлі көлемде және дәрежеде ауамен және іріңмен толған деструкция қуыстары анықталады. **Компьютерлік томографияда** ірі қуыстарда әртүрлі көлемдегі секвестрлер байқалады.
- **Фибробронхоскопия** – бұл эндоскопиялық әдіс көмегімен іріңді эндобронхит, бронхтар обтурациясы анықтауға болады. Патологиялық процесстің даму динамикасын бақылайды.
- **Қан анализі** Лейкоцитоз(20000-30000), гипопротейнемия, Этж-60-70мм/сағ.

# **Емі:**

- Ең бірінші іріңді интоксикация және волемиялық бұзылыстар айқын болғандықтан, **кең спектрлі антибиотиктер** көмегімен жүзеге асырылатын инфекциямен күресуге, су электролиттік және метаболикалық бұзылыстарды түзетуге жүрек қантамыр және тыныс алу жүйесінің, бауыр, бүйрек қызметін ұстап тұруға, абцесті дренаждау жағдайларын жақсартуға бағытталған кешенді ем қажет.
- Науқас белокқа және витаминдерге бай толыққанды тамақтануы өте маңызды. Күніне 3500-4000 калорийден кем емес белок қабылдау керек.

● **Комбинирленген бактерияға қарсы терапия қолданылады:**

1. III ұрпақ цефалоспорофиндері (**цефотаксим, цефтриаксон- роцефин**) немесе II ұрпақ цефалоспориндері (**цефураксим, цефамандол**)
2. **Аминогликозид+ клиндамицин**
3. III-IV ұрпақ **фторхинолондар+ метронидазол**
4. Сонымен қатар бірнеше бактерияға қарсы препараттардың комбинациясы қолданылады: **цефалоспориндер мен гентамицин**
5. **Цефоперазон+ сульбактам** немесе **карбопенемдер** қолдана отырып, монотерапия жүргізуге болады. Аэрозоль түрінде немесе бронхоскоп арқылы абсцесс қуысына енгіземіз.

● **Оперативті емге көрсеткіш:**

● Консервативті және миниинвазивті хирургиялық емнің нәтижесіздігі;

● Асқынулар дамуы:

• өкпелік қан кету,

• қайталанатын қан қақыру,

• тұрақты бронхтық жыланкөздер

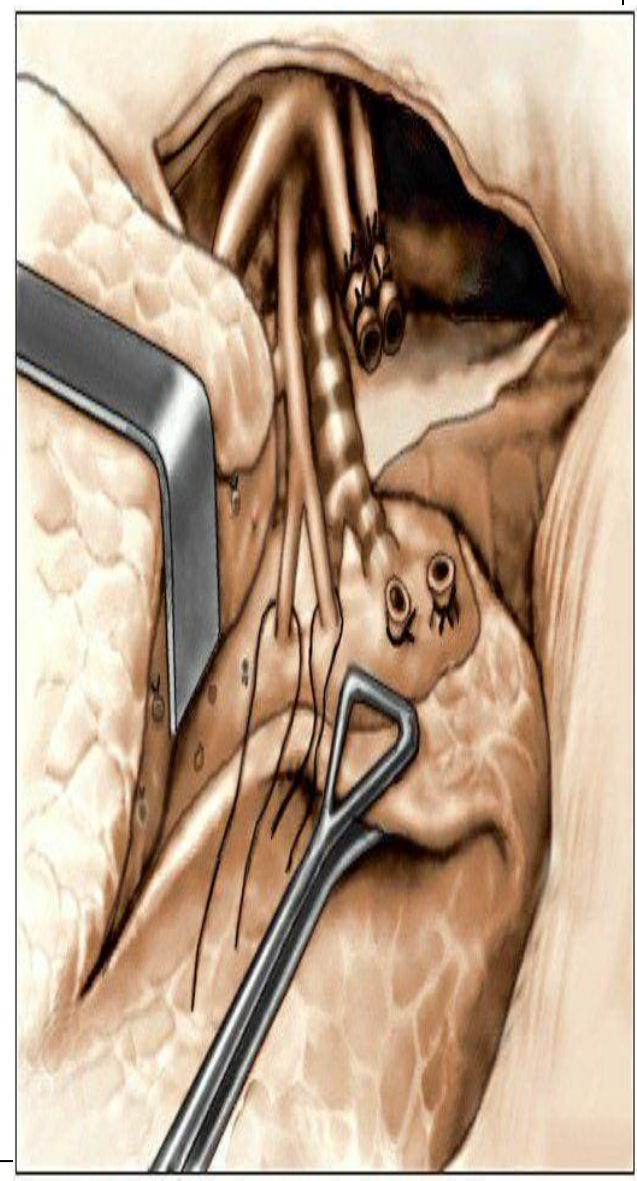
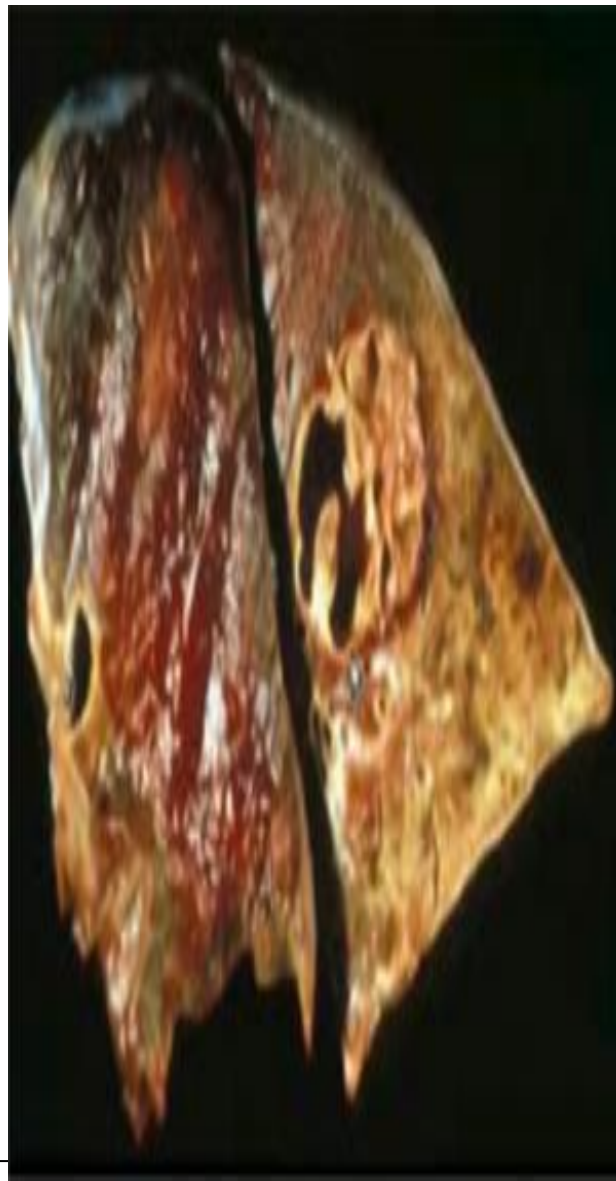
• созылмалы абцесске өтуі.

● Көбінесе консервативті ем нәтижелігі төмен, сондықтан науқас өлімімен аяқталуы мүмкін. Өкпе резекциясынан, лобэктомиядан және пневмонэктомиядан кейін де өлім жоғары болып табылады, 27-70 пайыз.

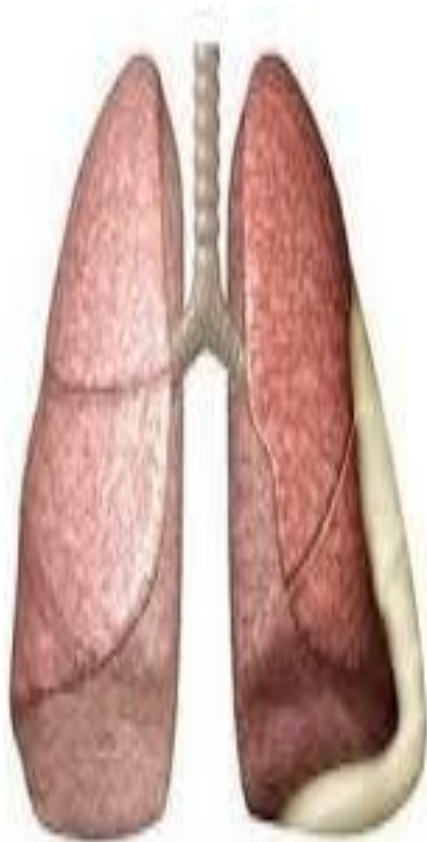
- *Негізгі таңдамалы операция: **некрсеквестрэктомия** және ыдыраған қуыс санациясымен біріккен **торокоабцессотомия** болып табылады.*
- ***Торокоабцессотомия**- дренаждаушы операция-пневмотомияның жетілген нұсқасы.*
- *Шектелген гангренасы бар науқастарда **пневтомия** немесе **торакоплевра абцессотомия** типті- мүше сақтайтын операцияларды қолдануға болады. Резекцияланған 1-2 қабырға орны патологиялық ошаққа ең жақын аймақ болып табылады. Өкпе тінінің секвестрлерін және іріңді алады. Париеталды плевра және терінің шеттерін іріңді қуысты ұзақ уақыт ашық санациялау үшін плевроабцессотома түзе отырып, тігеді. Өкпенің шектелген гангренасы жайылмалы үрдіспен салыстырғанда сирек кездеседі. Сол себепті науқастың жағдайы ауыр болғандығына қарамастан, радикалды операция жасауға мәжбүр болады*



# *Лобэктомия.*

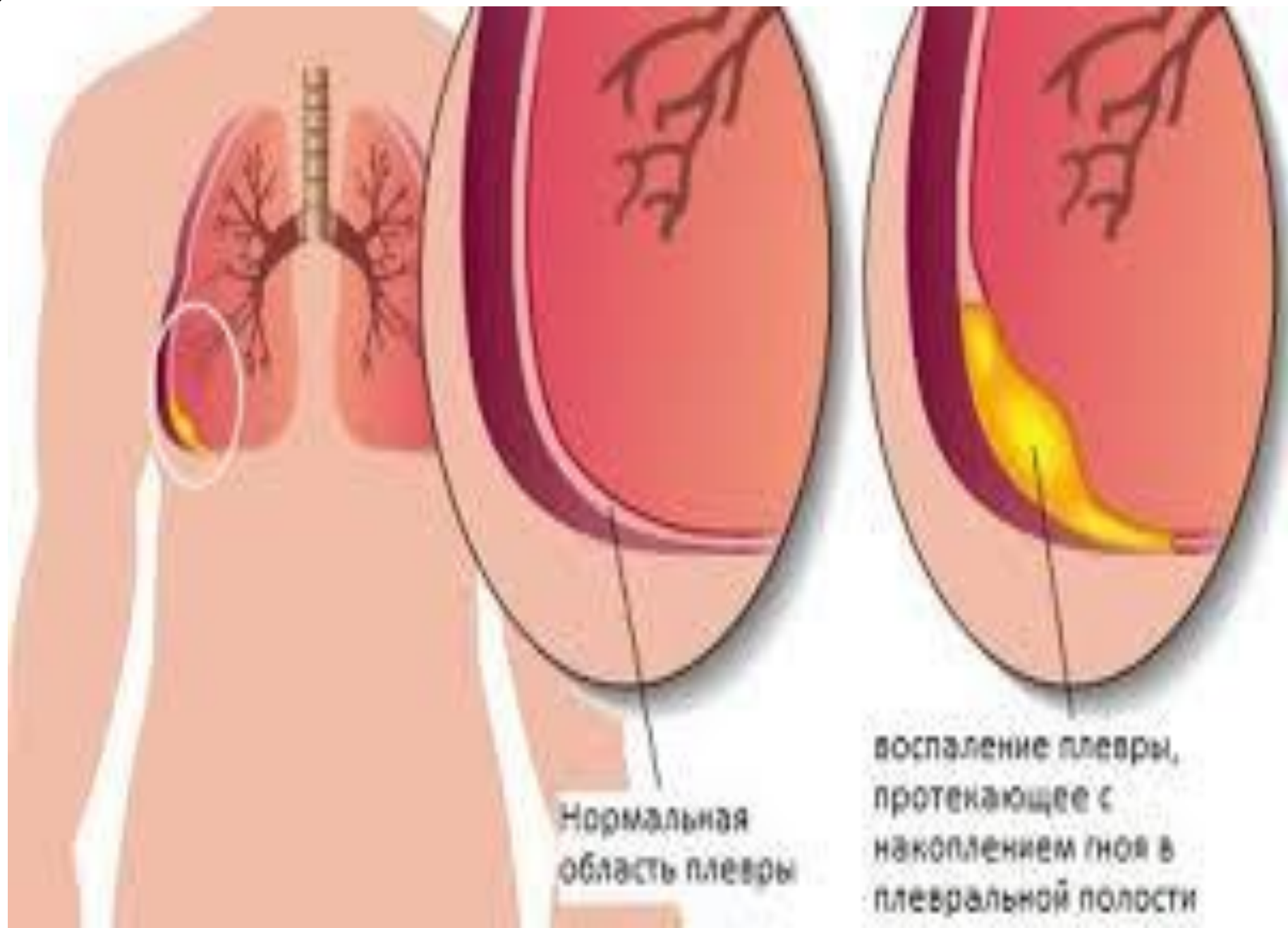


# Іріңді плеврит



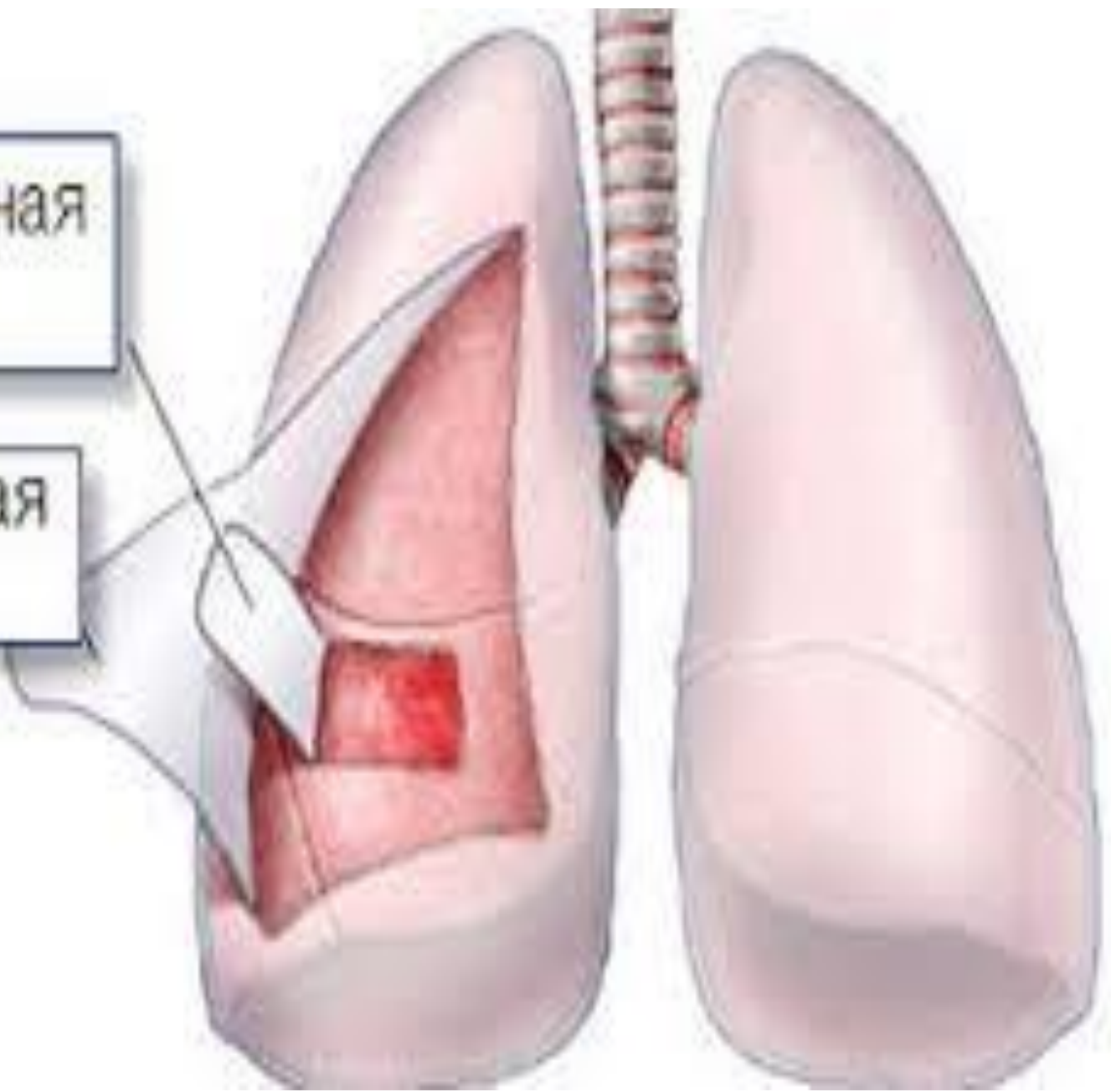
Гнойный плеврит

- іріңді плеврит — висцералды және париеталды плевралардың жедел қабынуы. Қабыну іріңді экссудат пен сипатталып, плевра қуысында ірің жиналған жағдайды плевра эмпиемасы деп атайды.



Висцеральная  
плевра

Париетальная  
плевра



# ● **Этиологиясы мен патогенезі.**

- Көп жағдайларда жедел ірінді плеврит екіншілік ауру ретінде пайда болады. Тек кеуде торының ашық жарақатында инфекция оған тікелей енеді де, біріншілік ірінді плевриттің пайда болуының себебі ретінде саналады. Көбінсе ірінді плеврит өкпе абсцесінің жарылып, плевра қуысына ірің құйылуының (пиопневмоторакс) салдары, ал абсцесс жарылмаған жағдайда инфекция плевра қуысына гематогенді, лимфогенді жолдармен өтеді. Аталған жолдармен инфекция плевраға басқа да ірінді ошақтардан (ірінді аппендицит, холцистит, панкреатит т.е.с.) жетуі ықтимал.

# ● Плевритті жіктеу

## ● Этиологиялық түріне қарай:

- — стафилококкты;
- — стрептококкты;
- — пневмококкты,
- — қоспа т.б.

## ● Экссудаттың мөлшеріне (көлеміне) қарай:

- — тотальді (рентгендік зерттеуде өкпе тіні көрінбейді);
- — субтотальді (өкпенің тек жоғарғы бөлігі көрінеді);
- — шектелген (жабыспа, шварттармен шектелген);

## **Орналасқан орнына қарай:**

- жоғары орналасқан (апикальді);
- қабырға қасында (латеральді, паракостальді);
- базальді (диафрагма, кокет үстінде);
- окпеаралық қуыста (парамедиастенальді);
- өкпе бөліктері аралығында;
- базальді-латеральді

## **Даму барысына қарай:**

- жедел (1 айға дейін);
- жедел асты (3 айға дейін);
- созылмалы (3 айдан әрі);

# ● Клиникалық көріністері

- . Жедел ірінді плевриттің (плевра эмпиемасының) клиникалық белгілері, көбінесе, оны тудырған аурулардың белгілерімен қабаттасады да дұрыс диагноз қоюға кедергі тудырады.
- Бұл ауруда көбінесе, өкпе торындағы (плевритке шалдыққан жағында) ауру сезіміне шағымданады. Ауру сезімі қозғалғанда, жөтелгенде күшейе түседі. Сонымен қатар, ауру адамды дене қызуының көтерілуі, жалпы әлсіздік, организмнің уыттану белгілері мазасыздандырады.



# Диагностика

- Объективті зерттеу барысында ауру адамның жалпы жағдайы орта дәрежеде немесе ауыр болуы мүмкін. Ол төсекте белгілі бір қалыпта (жартылай отыра) жатады, оның тыныс алу қозғалыстары беткейлі және жиі болады, тері қабаты мен тілі цианозданады.
- Лабораториялық зерттеу нәтижелерінде лейкоцитоз, анемия, ал ірінді уыттану көпке созылса гипо- диспротейнемия, лейкоцитоурия, цилиндроурия сияқты өзгерістер болады.

- Іріңді плеврит (плевра эмпиемасы) диагнозын анықтауда рентгенологиялық, УД, КТ, бронхоскопия, торақоскопия зерттеулерінің маңызы зор. Осы аталған зерттеу әдістерінің көмегімен плевра қуысында сұйықтық бар екені анықталады. Оның көлемін анықтаған соң плевра қуысын инемен тесіп (пункция) сұйықтықтың мінездемесін анықтайды (серезды, іріңді қанаралас). Іріңді экссудат болса, оның антибиотиктерге сезімталдығын білу үшін, микробиологиялық зерттеу жүргізіледі.



- **Ажыратпа (дифференциалдық)** диагнозы барысында әсіресе спецификалық (туберкулез, микотикалық аурулар) ауруларды жоққа шығаруға көңіл аудару қажет. Олармен қатар өкпе абсцесінен, іріңдеген кисталардан, көк ет астында орналасқан іріңдіктен, тіпті өкпе обырынан (рак) ажыратуға тура келеді.

# Емі

- Іріңді плеврит ауруын емдеуде мына нысаналар көзделеді: а) инфекцияның әрі дамуына шек қою; б) организмнің уыттану дәрежесін төмендету, оның иммунологиялық қасиетін жоғарылату, ағзалардың қызметін қалпына келтіру; в) іріңді ошаққа әсер ету (іріңнен тазарту, тіңдердің регенерациясын жақсарту).

Бұл ауруды емдеу тәсілінің екі түрін ажыратады: а) жабық және б) ашық түрлері. Емнің жабық түрінде плевра қуысындағы іріңді және іріңді ошаққа әсер ету қуыс пен атмосфералық ауа арасында еш қатынас болмау жобасымен жүргізіледі. Ал ашық түрімен емдегенде плевра қуысындағы ірің кеуде торын кесіп, кең ашып шығарылады, ал қуыс ауамен толтырылады.

Жабық тәсілдер қатарына кеуде торын инемен тесу арқылы (пункция) немесе плевра қуысына дренаждау түтігін енгізу арқылы ондағы іріңді сыртқа шығару жатады (29-ші сурет). Бұл тәсілде дренаждың ұшы белсенді аспирациялағыш аппаратқа қосылады (30-ші сурет), ал ол жоқ болған жағдайда дренаждың ұшына резеңке қолғаптың бір саусағынан жасалған, ұшы тесік қапшық кигізіледі (*Бюляу дренажи*). Ал емдеудің ашық тәсілнде ірің плевра қуысын кең етіп ашу арқылы шығарылады. Операция ірің орналасқан қуысқа тампон және дренаждау түтігін қалдырумен аяқталады. Плевра эмпиемасын ашық тәсілмен емдеу бүгінгі таңда сирек қолданылады.

# *Қолданылған әдебиеттер*

- 1. Нұрахманов Б.Ж., Ибадильдин А. С., Амантаева К.К., Хирургиялық аурулар, Алматы, 2013*
- 2. Кузин М.И., Хирургические болезни, Москва, 2002*
- 3. Мәдікенұлы Ө., Хирургиялық аурулар, дәрістер, Алматы 2012.*
- 4. Интернет желісі*