

Спонтанды пневмоторакс

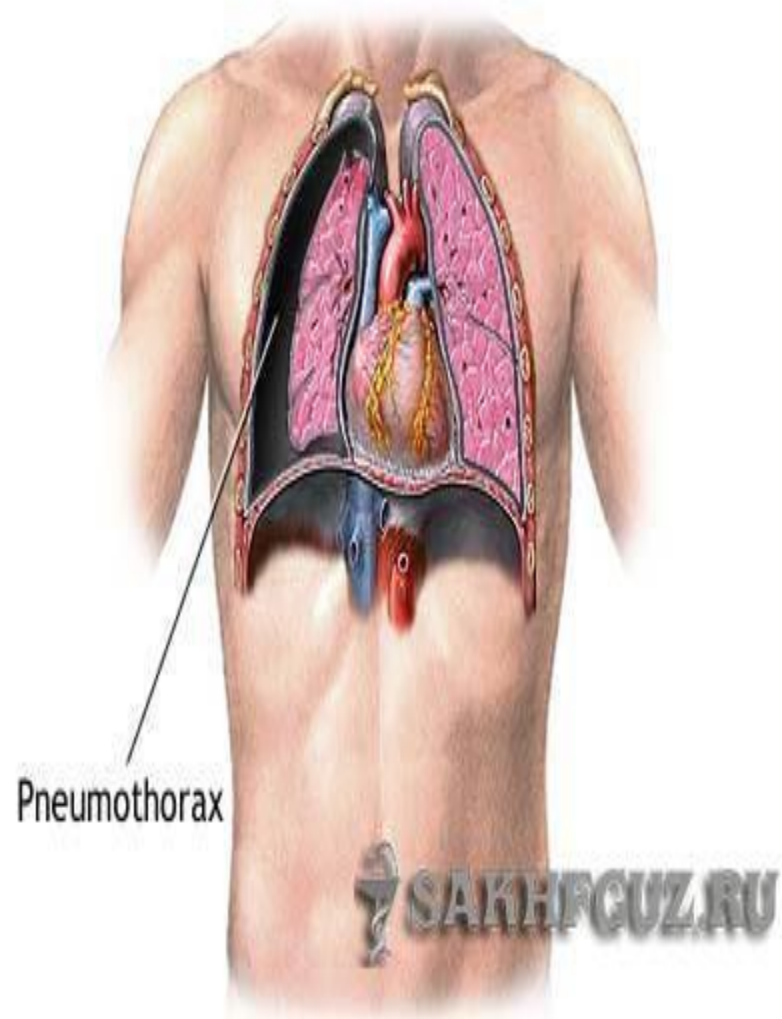
Орындаған: Мусанова М Р

Тексерген: Нукутова Б Т

Факультет: Терапия

Топ: 710-2



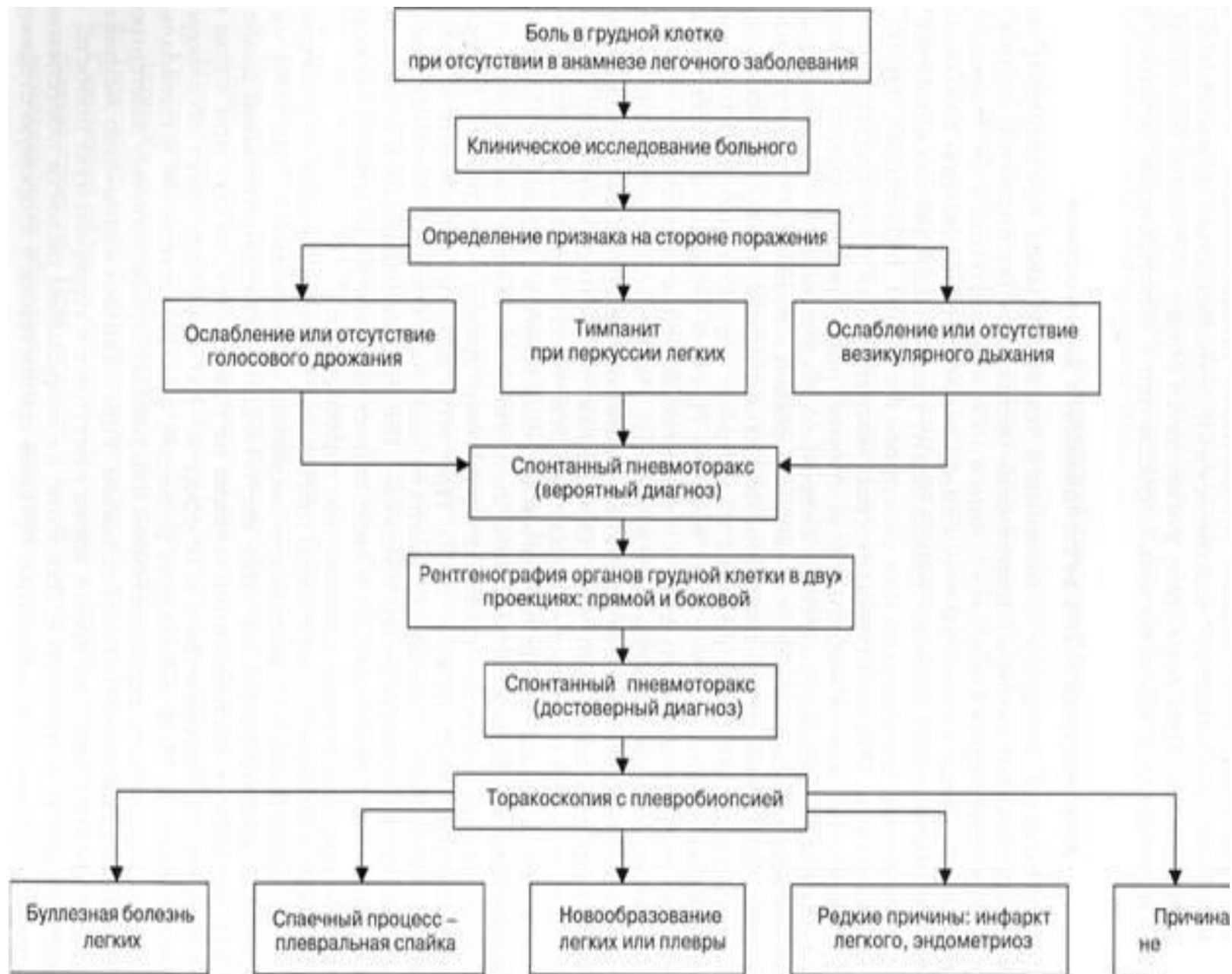


- **Спонтанды пневмоторакс** – бұл кеуде қуысының және өкпенің механикалық немесе әртүрлі жарақатына байланыссыз, кеуденің париетальді және висцеральді жапырақшаларының арасына ауаның жиналуымен жүретін патологиялық жағдай.

Классификациясы

- Түрлеріне қарай:
- 1. Ашық пневмоторакс.
- 2. Жабьық пневмоторакс.
- 3. Күштежелі (клапанды) пневмоторакс.

- **Ашық пневмоторакс** кезінде плевра қуысының бронх тесігімен және атмосфералы қуыспен қатынасы болады. Дем алғанда ауа плевральды қуыс арқылы вистеральды плевраға өтеді. Осыдан өкпенің жұмысы баяулап, тыныс алудан шығады (өкпенің коллабирленуі).
- **Жабық пневмоторакс** кезінде плевральді қуысқа түскен ауа өкпенің жартылай немесе толық коллабирленуін туғызады, содан кейін атмосферадағы ауамен байланысын үзеді, бірақ қауіпті жағдай туғызбайды.
- **Клапанды пневмоторакс** кезінде ауа плевральді қуысқа еркін түседі, бірақ оның шығуы клапанды механизмге байланысты қиындайды.



- Шығу тегіне қарай:
- 1. Біріншілік - өкпе ауруларының клиникалық көрінісіненсіз (а1 – антитрипсиннің жетіспеушілігі кезіндегі шектелген буллезді эмфиземада, Марфан синдромы). Жиі бойы ұзын, 20–40 жас шамасындағы ер адамдарда кездеседі. Темекі тарту 22 есе қауіп төндіреді.
- 2. Екіншілік - өкпе ауруларының фонында туындайды.
-

- **Таралуына байланысты:**

- жайылған;
- жергілікті.

- **Асқынудың бар-жоғына байланысты:**

- асқынбаған;
- асқынған (қан кету, плеврит, медиастинальді эмфизема).



ҚАУІП-ҚАТЕРЛІ ФАКТОРЛАР

- Қауіп-қатерлі факторлар:
 - өкпе туберкулезі;
 - туа пайда болған поликистоз;
- - бронхоэктаздық ауру;
 - өкпенің іріңді аурулары;
 - өкпенің созылмалы обструктивті ауруы;
- - астматикалық статус;
 - ЖИТС;
 - қатерлі ісіктер;
 - темекі шегу.

- **Спонтанды пневмотораксқа тән симптомдар:**
- - кеуде клеткасының сәйкес жағында п.б.өткір ауыру сезімі, мойын, қолға берілетін, терең дем алғанда, жөтелгенде және қозғалғанда күшейе түсетін;
- - кенеттен ендігу;
- - тері түсінің өзгеруі (бозару, цианоз);
- - тахикардия;
- - суық жабысқақ тер;
- - АҚ төмендеуі;
- - мәжбүр қалыпта (жартылай отыру, зақымдалған жағына қарай иілуі, немесе ауырған жағына жату).

Объективті клиникалық зерттеуі бойынша:

- қабырға аралығының кеңеюі, зақымдалған жақта тыныс алу қозғалысы шектелген немесе жоқ;
- - дауыс дірілі зақымдалған жақта төмендеген немесе жоқ;.
- - зақымдалған жақта тыныс алуы қалып отырады, перкуторлы тимпанит анықталады, өкпенің төменгі бөлігі тыныс алғанда ығыспайды. Көкірек аралық пен сау жеріне ығысуы мен бауырдың төменге түсуінің сол жақтың пневмотораксында байқауға болады;
- - аускультацияда зақымдалған жақта тыныс шуының едәуір төмендеуі немесе жоқ болуы, сондай-ақ сау жағында күшеюін анықтаймыз.
- Көкірек аралықтың едәуір ығысуында, жүрек қуысына құятын және жоғарғы қуыс венасындағы қысымның жоғарылауына алып келетін тамырлардың иілуінде мойындырық веналарының ісінуі байқалады.
- Көкірек аралықтың сау жаққа ығысуы мүмкін, мұнда клиникалық белгі ретінде кеңірдектің девиациясы көрінеді.

- Егер бронхтың медиастина ішілік зақымдануы болса, онда күштемелі пневмоторакссыз және плевра ішілік қан кетусіз көкірек аралық эмфизема дамиды.

Қабырғалық плевраның зақымдануында ауа тері астылық клетчаткаға шығады, соның нәтижесінде тері астылық эмфизема дамиды. Ауа тез арада тері асты - май клетчаткасы арқылы кеуде клеткасына, мойынға, бетке, алдыңғы іш қабырғасына және т.б. тарайды, және де бірнеше сағаттан кейін адамды танымайтын жағдайға ұшыратады.

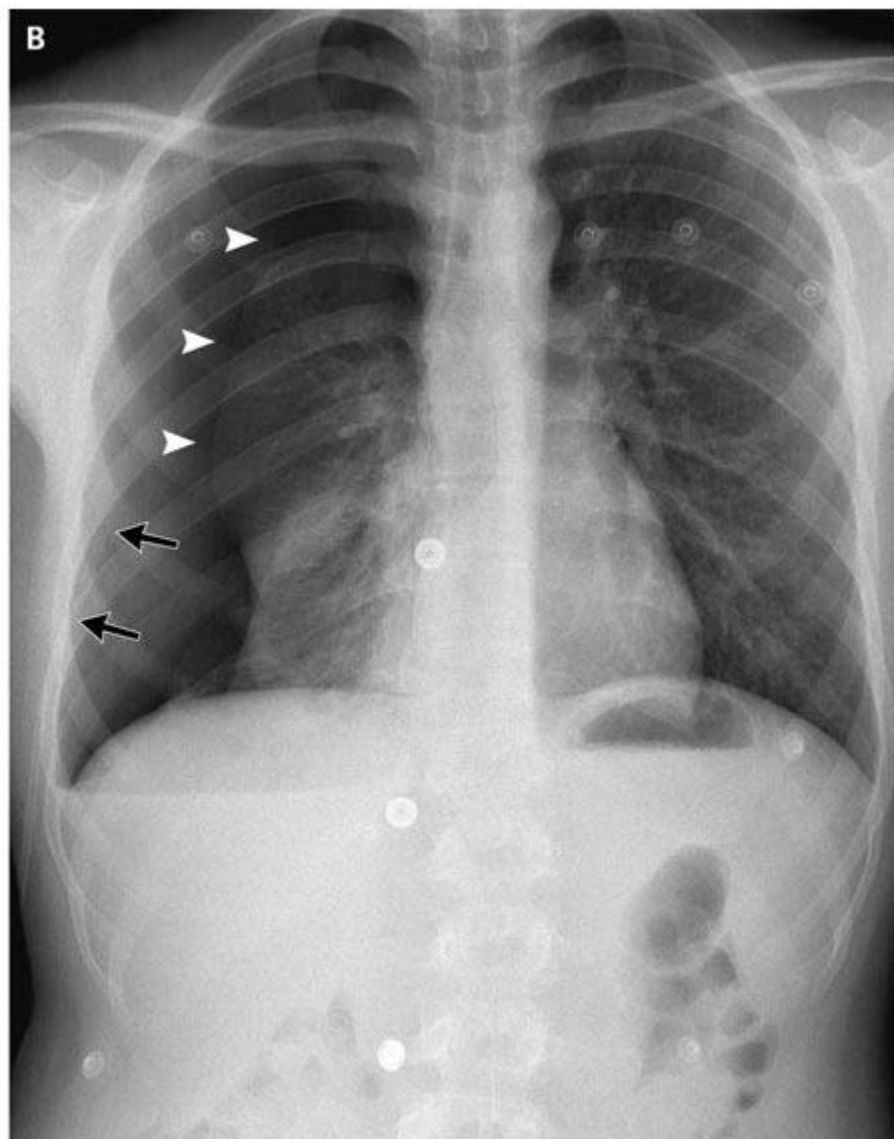
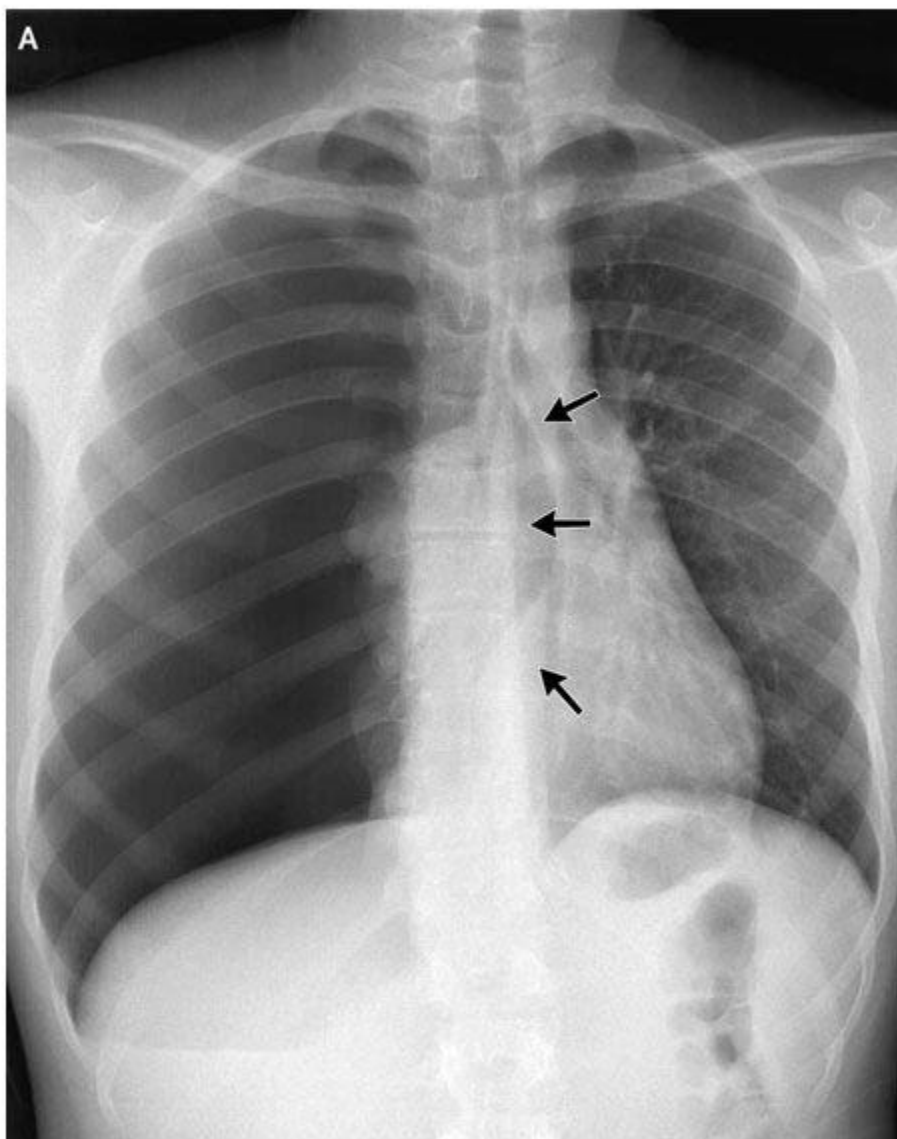
Пальпация кезінде тері асты эмфизема аймағында “қар сықыры” сияқты - крепитация сезілді. Ең қауіптісі кеуде аралықтың күштемелі эмфиземасы болып табылады, бұл көбінесе кеңірдектің және ірі бронхтардың жарылуында пайда болады. Бұл жағдай қуыс венасындағы қанның айналуын бұзады және үлкен қан айналым шеңберінде қанның іркілуін тудырады – жүректің экстраперикардальды тампонадасы.

Диагностика

- **Диагностика критерилері**
- Пневмоторакстың кез-келген түрінің клиникалық көрінісі ауаның өкпеге түскен көлемі мен жылдамдығына байланысты. Ауру қысқа уақытта спонтанды көріністермен, ұзақтығы бірнеше минутқа дейінгі, кеуденің бір жақ бөлігіндегі қатты ауырсынуымен, кейіннен ол толығымен жойылуын немесе тұйық сипатқа айналуын айтады. Науқас көбіне ауырсынудың қай кезде басталғандығы туралы айтып бере алады.

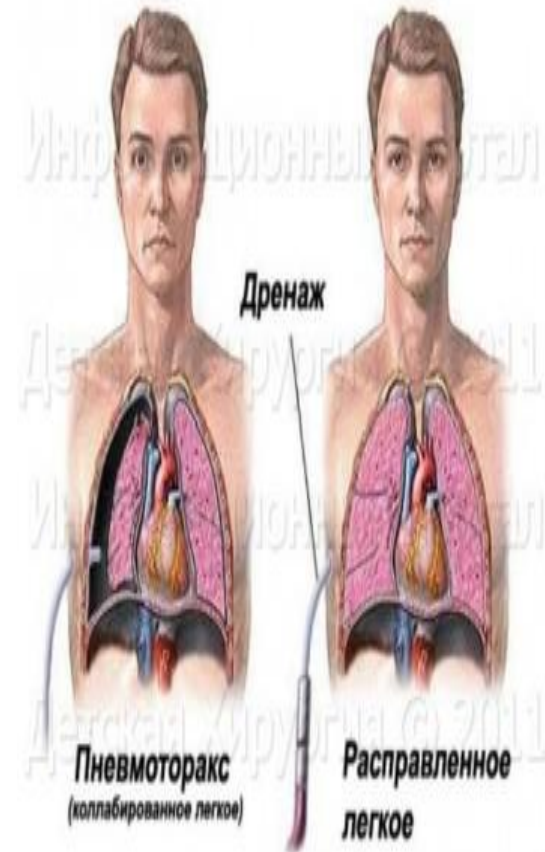
- Сәулелік әдістер: Кеуде қуысының рентгенографиясы және рентгеноскопиясы, плевральды қуыстағы ауаның мөлшерін және өкпеде спонтанды пневмоторакстың таралуының екенін дәрежесін көрсетеді. Бақылау рентгендік зерттеу кез келген емдік манипуляциядан кейін жасалады (пункция немесе плевральды қуысты дренаждау) және оның эффективтілігін көрсетеді. Сонымен қатар КТ кең түрде немесе өкпенің МРТ спонтанды пневмоторакстың себебін анықтайды.

- Спонтанды пневмоторакстың диагностикасында жоғарыинформативті әдіс болып **Торакоскопия** бұл субплевральды буллаларды анықтайды ,яғни плеврадағы ісіктік немесе туберкулезді өзгерістерді морфологиялық зерттеулерге биопсия үшін алады.
- Спонтанды пневмотораксты жасырын кезеңінде алып бронхоөкпелік кистадан және де диафрагмальды жарықтан ажыратып алу керек.Сондай-ақ сонңы жағдайда дифдиагностика үшін өңештің рентгенографиясы ақпаратты болып табылады.



ЕМДЕУ ТАКТИКАСЫ

- **Жедел жәрдем:**
- 1. Есінен танғанда, қан айналымы немесе тыныс тоқтағанда жүрек-өкпе реанимациясы жүргізіледі, бірақ тек алдын-ала плевральді декомпрессиясынан кейін.
- 2. Гипоксияны коррекциялау – оксигенотерапия.
- 3. Көкірек аралық эмфизема жылдам өршіген жағдайда, мойындырық ойығы аймағындағы платизма мен теріні көлденең тілік жасау керек (2 см шамасында), ретростернальді кеңістікке абайлап сұқ саусақты кіргізіп, дренаж қойып теріге бекіту керек;
- 4. Ауырсыну синдромын басу – наркотикалық емес анальгетиктер:
 - - *кеторолак 30 мг (1мл) тамыр ішіне баяу және бұлшық етке.
- 5. Айқын ауру сезімінде наркотикалық анальгетиктер:
 - - *морфин 1% 1 мл 0,9% натрий хлориді ерітіндісімен араластырып тамыр ішіне 20 мл-ды 4-10 мл-дан (немесе 2-5 мг) бөліп, әрбір 5-15 мин сайын ауыру сезімі мен ентігу басылғанға дейін немесе жанама әсерлері (артериалды гипотензия, тыныстың тежелуі, құсу) пайда болғанға дейін енгізу керек.
- 6. Күштемелі пневмоторакста плевральді пункция жасайды.
- 7. Бронхоспазм дамыған жағдайда – сальбутамол 2,5 мг небулайзер арқылы 5-10 мин ішінде жіберу керек.
- 8. Гемодинамика көрсеткіштерін және қанның оттегімен сатурациясын бақылау, витальді қызметтерді сақтау.



- **Негізгі дәрі-дәрмектер тізімі:**

- 1. *Морфин 1% 1мл, амп.
- 2. *Ингаляцияға оттегі.
- 3. *Сальбутамол 3 мг, неб.

- **Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі:**

- 1. *Кеторолак 30 мг – 1 мл, амп
- 2. *Натрий хлориді 0,9% - 5,0 мл, амп.

- **Ем тиімділігінің индикаторлары:** науқас жағдайын тұрақтандыру.

* – Негізгі (өмірге маңызды) дәрілік заттар тізіміне кіретін препараттар

- **Госпитализациялау үшін көрсетімдер**
Пневмоторакспен сырқаттанатын барлық науқастар міндетті түрде торакальді хирургия немесе реанимация бөлімшесіне госпитализацияланады.
Отырғызып немесе басын жоғары көтеріп тасымалдау керек.

Пайдаланған әдебиеттер

- Аурулардың диагностикасы және емдеу хаттамалары (Приказы №764 - 2007, №165 - 2012)
 - Хаттаманы дайындау барысында пайдаланылған әдебиеттер: 1. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. Вып.2. 4.1. Медиа Сфера.2003 г. 2 .Неотложная терапия в пульмонологии. И.Г. Фомина, В.Ф. Маринин, М.: Медицина, 2003.-248 с. 3.Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания. Под ред. А.Г. Чучалина. Москва, 2004 4. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система) под редакцией А.Г.Чучалина, Ю.Б.Белоусова, В.В. Яснецова. Выпуск VI. Москва 2005. 5. Приказ Министра Здравоохранения Республики Казахстан от 22 декабря 2004 года № 883 «Об утверждении Списка основных (жизненно важных) лекарственных средств». 6. Приказ Министра Здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2005 года №542 «О внесении изменений и дополнений в приказ МЗ РК от 7 декабря 2004 года № 854 «Об утверждении Инструкции по формированию Списка основных (жизненно важных) лекарственных средств». 7. Биртанов Е.А., Новиков С.В., Акшалова Д.З. Разработка клинических руководств и протоколов диагностики и лечения с учетом современных требования. Методические рекомендации. Алматы, 2006, 44 с.

СПАСИБО

ЗА ВНИМАНИЕ