

ӘОЖ №616.2-001-06-089.819.1

*М. Е. РАМАЗНОВ, Б. А. НАРЖАНОВ, Т. Ш. ЕШМҰРАТОВ, Б. К. ШИРТАЕВ,  
М. М. СҮНДЕТОВ, К. С. ЖАРКЕЕВ, А. М. ЕЛЕУЗИЗОВ, Н. С. ЖАРЫЛҚАПОВ*

## **БЕЙНЕТОРАКОСКОПИЯ, КЕУДЕ ЖАРАҚАТЫНАН КЕЙІНГІ АСҚЫНУЛАРДЫҢ ПАЙДА БОЛУЫН ЖӘНЕ ЕМ ЖОЛДАРЫН ҚАРАСТАРЫУ**

*(А. Н. Сызганов атындағы ұлттық ғылыми хирургиялық орталығы, Алматы қ.)*

Жарақаттардың ішіндегі кеуде жаракаттары барлық механикалық жаракаттардың ішінде үшінші орында, ал өлім жағынан бірінші орында түр.

Кеуде жаракатының емі қазіргі хирургияда ауқымды мәселелердің бірі болып табылады.

Қазіргі кезде киын қылмыстық жағдайлардан, техниканың маңыздылығымен және өте қатты жылдамдықтың себебінен күнделікті өмірде жаракаттар туындал жатады.

Кеуде тінінің жаракатында уақытының және мамандандырылған көмекте өртүрлі асқынулардың дамуы, соның ішінде ұйыған инфекциялық гемоторакс, плевра эмпиемасы, өкпе коллапсы, өкпе плевралық жыланкөзінің туындаудың өкелді. Осындағы асқынулардың дәлелсіз жүргізілген консервативтік емінде науқастың жалпы жағдайы нашарлап, керекті хирургиялық ем бірнеше рет қындарылды, осыған байланысты хирургиялық тәсіл тұра әсер ету көрсеткіш болып табылады.

Қазіргі таңда кеуде жаракаты мен жаракаттан кейінгі асқынуы болған науқастарға жасалатын арнайы мамандандырылған көмектер жоктың қасы [1]. Асқынудың дамуы және алдын ала ескеरту бойынша ғылыми-тәжірбиелік жұмыстардың осыған қатысты авторлар енбектері де тапшы.

Кейбір авторлардың айтуы бойынша, осы жаракаттан кейінгі плевра эмпиемасы – жаракатталған тіннің микробты ластануынан және уақыт өткізіп алғанынан дамиды [2–4]. Ал мына авторлар [5–7], эмпиеманың пайда болу себебі, жабық

жаракаттың және диагностиренбеген бақылаудағы 20-40% гемоторакстан, деп ал Е. А. Вагнер [8], өкпенін закымдалған себебінен деп есептейді. А. П. Кузьмичев пен бірлескен авторлар [9] эмпиеманың дамуы ұйыған гемоторакс, сүйек зақымдалуы, өсірепе қосарланған гемоторакс пен қабырғаның сынуы, бөгде заттың болуы, немесе ашық пневмоторакс негізгі себепкер болады деген тұжырым айтады.

Кеуде жаракатынан кейінгі асқынудың диагностикалық әдістерін жетілдіру және бейнеторакоскопиялық тәсілдердің хирургиялық емінің нәтижесін жақсарту – **жұмыстың негізгі максаты**.

**Клиникалық бақылау мен зерттеу әдістерінің жалпы сипаты.** А. Н. Сызғанов атындағы Ұлттық ғылыми хирургиялық зерттеу орталығының кеуде бөлімінде 1990–2010 жылдар аралығында 200 науқас кеуде қуысы жаракатының өртүрлі асқынуларымен ем қабылдады. Олардың жасы 15–75 жасты құрады. 1-кестеде көрсетілгендей 21 жасқа дейін 12 науқас, 21–30 жас аралығында – 64 науқас, 31–40 жас аралығында – 53 науқас, 41–50 жас аралығында 38 науқас, 51–60 жас аралығында 19 науқас, 60 жастан жоғары – 14 науқас болды.

1-кестеден байқағанымыздай, ерлер саны 174 (87%), ал әйелдер саны 26 (13%). Ерлер жаракаты әйелдермен салыстырғанда 74 %-ға көп кездесті. Бақылауда болған науқастардың басым көпшілігі нағыз енбек жасындағылар.

1-кесте. Науқастарды жынысына және жасына бөлу

Жынысы	Жасы							Барлығы
	20 жасқа дейін	21-30 жас	31-40 жас	41-50 жас	51-60 жас	60 жастан жоғары		
Ерлер	11	60	49	32	13	9		174
Әйелдер	1	4	4	6	6	5		26
Барлығы	12 (6%)	64 (32%)	53 (26,5%)	38 (19%)	19 (9,5%)	14 (7%)		200

Осы бақылауда болған 200 науқастың 148 (74%) кеуде қуысы жаракатының өртүрлі асқынуларымен, ал 52 (26%) науқастар жедел түрде келіп түсті.

Жалпы барлық науқастарды зерттеу тақырыбына байланысты төрт топка бөлдік.

Бірінші топта барлығы 67 (33,5%) науқас болды. Бірінші топқа инфицирленген гемопневмоторакспен 13 (6,5%), гематоракстармен және ұйыған гемоторакстармен 49 (24,5%), өкпе гематомасымен асқынған түрі 5 (2,5%) бар науқастар болған.

Екінші топта барлығы 30 (15%) науқас болды. Екінші топқа пневмоторакс 24 (12%) және пиопневмоторакс 6 (3%) науқастар болған.

Ушінші топта барлығы 51 (25,5%) науқас болды. Ушінші топқа плевра әмпиемасымен 17 (8,5%), бронхоплевральды жыланкөздер 7 (3,5%), плеврит юелгілі бар 27 (13,5%) науқастар болған.

Төртінші топта барлығы 52 (26%) науқас болды. Төртінші топқа жедел түрде түскен науқастар соның ішінде, пышак жаракатын алған 41 (20,5%), жабық жаракат алған 6 (3%), өк жаракатын алған 5 (2,5%) науқастар болған.

Зерттеу жұмыстарының барысында науқастардың ауру тарихтары толық талданылып зерттелді. Науқастардың клиникаға келіп түсү мерзімі өртүрлі болды, бірнеше минуттан, бірнеше жылға дейін созылды. Түсү уақытын анықтау, клиникалық, эндоскопиялық, УДЗ, рентгенологиялық, КТ және функциональды зерттеулерді дұрыс бағыттап, дұрыс ем таңдауға мүмкіндік берді. Орталыққа келіп түскен науқастардың жаракат алу себептері өртүрлі болды (2-кесте).

**2-кесте. Науқастардың жаракат алған себептерінің түрлері**

№	Жаракат түрлері	Науқастар саны	
		Саны	%
1	Криминогендік	98	49
2	Тұрмыстық жағдайда	57	28,5
3	Жол апатынан	44	22
4	Спорттық	1	0,5
	Барлығы	200	100

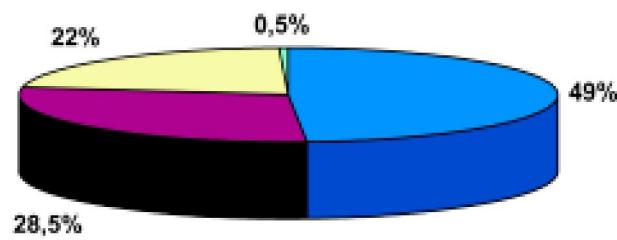
Бірінші орында криминогендік жағдаймен – 98 (49%) науқас, пышакталаған түрімен 74 (37%) науқас түсті, осылардың ішінде бір науқас өзөзіне кеуде аймағына қол жұмсаған, өккөн үшкандың түрімен 6 (3%) науқас (өк және дроб), соккыдан

кейін пайда болған жаракаттар 18 (9%) науқаста асқыну түрлері байқалды. Бұлардың 52 (28,5%) науқас біздін орталыққа жедел түрде келіп жатқызылды, жоспарлы түрде түскен 5 науқаста жедел түрде операция жасалды.

Екінші орында тұрмыстық жағдайда болған жаракат – 57 (28,5%) науқаста болды, олардың 55 (27,5%) науқаста өртүрлі себептерге байланысты (жоғарыдан құлау және кеудеге өртүрлі заттар құлауынан) пайда болған, 1 (0,5%) науқаста он жақ бұғана астына катетр кою кезінде, он өкпені закымдаш пневмоторакс белгілері пайда болған. 1 науқаста ФТБС кезінде сол жақ бронхты закымдаш пневмоторакс пайда болған. Негізгі тұрмыстық жаракатының болуы құрылыш, қалыпта келтіру және жөндеу жұмыстарында техникалық қауіпсіздіктің сақталмағандығынан болған.

Ушінші орында жол апатынан пайда болған 44 (22%) науқаста кеуде жаракаттарының асқынулары пайда болған. Бұл жол қозғалысының бірден өскендігін, жол көліктерінің техникалық жаман жағдайынан, жылдамдықтың жоғарылығынан, жүргізушиңін мас болу салдарынан болған жағдайлар.

Төртінші орында 1 науқаста спорттық жаракаттан кейін асқыну пайда болған, 1-сурет.



**1-сурет. Науқастардағы жаракаттардың пайда болу себептері**

Алынған мәліметтердің корытындылай келе анықтағанымыз, бірінші орында 49% криминогендік жағдаймен түскендіктері мәлім болды, ол қазіргі таңда қаламызда криминогендік жағдайлардың өршіп тұрғандығын аңғартады. Бұл қоғамның өлеуметтік-экономикалық жағдайымен байланысты. Жұмыссыздық, тұрмыстық, маскунемдік, тонаушылық, нашақорлық және токсамандық – міне осылардың барлығы криминалдық жаракаттың үздіксіз өсуіне алып келді.

3-кесте. Науқастарды клиникаға келіп түсү уақытына байланысты бөлү

Патология түрі	1 сағ. дейін	1-5 сағат	5-сағ. – 1 күн	1 күн – 5 күн	15 күн – 1 ай	1 ай – 3 ай	3 ай – 6 ай	6 ай – 3 жыл	Барлығы
Гемопневмоторакс			3	7	1	2			13 (6,5%)
Гемоторакс				15+1*	22+3*	9+1*	1	2	54 (27%)
Пневмоторакс	1	1	3	13	4	1	1	1	24 (12%)
Пиопневмоторакс					1	1	3	1	6 (3%)
Плевра эмпиемасы					7+1**	7+2**	1+2**	2+2**	24 (12%)
Плеврит				5	13	6		3	27(13,5%)
Пышақталған	21	7	5	7	1				41(20,5%)
Жабық жаракат		1	2	3					6(3%)
Оққа үшқан				1	3				5 (2,5%)
Барлығы	22	9	14	54	54	29	8	10	200
% көрсеткіш	11%	4,5%	7%	27%	27%	14,5	4%	5%	

\* Гематома; \*\* бронхоплевральды жыланкөз.

Науқастардың бөлімшеге жаракат алғаннан қанша уақыттан кейін жатқызылғандығы 3-ші кестеде және 2-суретте көрсетілді.



2-сурет. Кеуде жаракатын алғаннан кейінгі уақыт

Жаракат алғаннан кейінгі 1 сағатпен, 5 күннің ішінде түсken 99 (49,5%) науқас, 57 (28,5%) науқас стационарға жедел түрде түсken. Ал 42 (21%) науқас өртүрлі жаракат алғаннан кейін, басқа стационарлардан жолдамамен жіберіліп, жоспарлы түрде келіп жатқызылған.

Жаракаттан кейінгі гемопневмоторакспен асқынумен барлығы 13 (6,5%) науқас келіп түсті. Олардың ішінде алғашқы 1 тәуліктің ішінде 3 науқас, ал 1–5 күн аралығында 7 науқас, 1 айдан соң 1 науқас, 1–3 ай ішінде 2 науқас келіп түсті.

Жаракаттан кейінгі гемоторакстың ұйыған түрінің асқынуымен барлығы 54 (27%) науқас келіп түсті. Олардың ішінде 5 науқаста өкпе гематомасы болған. Осы 54 науқастының 1–5 күн ішінде 16 науқас, ал 15 күнмен 1 ай аралығында

25 науқас, 1–3 ай аралығында 10 науқас, 4 айдан соң 1 науқас, 6 ай мен 1 жыл ішінде 2 науқас келіп түсті.

Жаракаттан кейінгі пневмоторакстың асқынган түрімен барлығы 24 (12%) науқас келіп түсті. Олардың ішінде 1 науқас алғашқы 1 сағат ішінде, ал 1 науқас 4 сағаттан кейін, 5 сағатпен 1 тәуліктे 3 науқас, 1–5 күн ішінде 13 науқас, ал 15 күнмен 1 ай аралығында 4 науқас, 1 айдан соң 1 науқас, 4 айдан соң 1 науқас келіп түсті.

Жаракаттан кейінгі пиопневмоторакстың асқынған түрімен барлығы 6 (3%) науқас түссе, олардың ішінде 2 науқас 2 айдан соң, 3 науқас 3–6 айдан соң, 1 науқас 7 айдан соң келіп түсті.

Жаракаттан кейінгі плевра эмпиемасымен барлығы 24 (12%) науқас, олардың ішінде 7 (3,5%) науқас бронхоплевральды жыланкөздің асқынған түрімен келіп түсті. Осы 24 науқастарда, 15 күнмен 1 ай аралығында 8 науқас, ал 1–3 ай аралығында 9 науқас, 3–6 ай аралығында 3 науқас, 6 айдан 3 жыл арасында 4 науқас келіп түсті.

Жаракаттан кейінгі плевритпен барлығы 27 (13%) науқастар келіп түсті. Олардың ішінде 1–5 күн аралығында 5 науқас, ал 15 күн мен 1 айдың ішінде 13 науқас, 1–3 ай аралығында 6 науқас, 6 айдан 3 жыл арасында 4 науқас келіп түсті.

Пышақ жаракатынан кейінгі 41 (20,5%) науқас келіп түсті. Алғашқы 1 сағаттың ішінде 21 науқас түссе, олардың ішінде 6 науқас шок жағдайында түсken. 1–5 сағаттың ішінде 7 науқас, 5 сағатпен 1 тәуліктің ішінде 5 науқас, 1–5 күн ішінде 7 науқас, ал 15 күнмен 1 ай аралығында 1 науқас түсті.

Жабық жаракатпен 6 (3%) науқас келіп тұсті. Алғашқы 3 сафатта 1 науқас, 5 сафатпен 1 тәуліктің ішінде 2 науқас, 1–5 күн ішінде 3 науқас келіп тұсті.

Оққа ұшқан жаракаттармен 5 (2,5%) науқас болды. Бұлардың ішінде барлық 5 науқас, басқа урегентік орталықтарда операция жасалынып немесе дренаж тұтіктерін қойып және алғашқы хирургиялық тазалаудан кейін хирургиялық орталыққа жіберіліп, жедел түрде жатқызылған. Науқастардың жаракат алғаннан кейінгі келіп тұсу уақыты пайыздық түрде 2-суретте көрсетілді.

2-суретте көрсетілгендей өте ауыр жағдайдағы науқастар ауруханаға алғашқы 1 сафатта келіп түскен 22 (11%) науқаста болды. Бұл науқастар кеуде күйс жаракатының асқынған түрлерін, жүрек жаракаттарын, қеудекұрсақ жаракаттары барын жатқызуға болады. Науқастар өмірге қажетті ішкі ағзалар жаракатын алғаннан кейін, олар ауруханаға жылдам жеткізіліп жатқызылған.

1 тәулік пен 1 айдың көлемінде 109 (54,5%) науқас жатқызылды. Яғни екінші суретте көрсетілгендей ен көп – 55% осы аралықта және аурудың өршітін кезеңі болып табылады. 1–6 айдың аралығында 37 (18,5%) науқас, 6 ай мен 3 жылдың арасында 10 (5%) науқас жатқызылды.

Осы мәліметтерге сәйкес орталықта кеуде жаракатының асқынуымен және жедел түрде түскен бақылаудағы 200 науқастың торакоскопия тәсілі 92 (46%), 35 (17,5%) науқасқа торакотомия, пункция және дренаж тұтіктері, жоспарлы және жедел түрде түскен науқастарға алғашқы хирургиялық көмектер 49 (24,5%)- науқастарға жасалынды. Ал 2 (1%)- науқасқа өкпе гематомасы және плевра эмпиемасы бойынша өкпеден кан кетуінде ангиографиялық тәсілі арқылы, өкпе қантамырларын әмбоддау операциясы жасалынды. Әртүрлі жағдайларға байланысты 22 науқасқа операциялық ем жасалынбады (4-кесте).

4-кесте. Науқастар ауруларының жағдайларына байланысты ем түрлері

Нозологиясы	Негізгі топ	Бақылаудағы топ				Барлық науқастар
	Бейнеторакоскопия	Торакотомия	Ангиография	Пункция, дренаж тұтігін қою. АХК	Операция жасалмағандар	
Гемопневмоторакс	11	2				13
Гемоторакс	30	10		6	3	49
Өкпе гематомасы	2		1		2	5
Пневмоторакс	8			13	3	24
Пиопневмоторакс	3	1		1	1	6
Плевра эмпиемасы	17	3	1	3		24
Плевриттер	14	1		10	2	27
Пышакталғандар	6	15		16	4	41
Кеуде соққысы					6	6
Оққа ұшқан	1	3			1	5
Барлық науқастар	92	35	2	49	22	200

Операциядан кейін барлық 200 науқаста асқыны белгілірі болмады.

Науқастардың ауруханаға келіп түскендегі жалпы жағдайы тек кеуде күйсі жаракатының ауырлығына ғана байланысты емес, өкпе жаракаты сипатына, науқастың жасына, қосымша аурулардың болғандығына, жаракаттанғаннан кейінгі уақыт ұзак мерзімде болғанын, организмінің компенсаторлық қорғаныштық дәрежесінің төмендеуімен, сонымен бірге аралас кеуде жаракаттарының әртүрлі асқынударымен келіп тұсті.

Орынсыз жүргізілген консервативтік емнің нәтижесіндегі асқынудар, осы науқастардың жалпы жағдайын күрт төмендетіп қана қоймай, хирургиялық емін бірнеше есеге қынданатты.

Қорыта айтқанда, жүргізілген тексеру нәтижесінде бейнеторакоскопия диагностикалық және емдік тәсілдері, кеуде күйсінің құдіктенген жаракаттарында қолдану – торакотомияның болдырмауына өкеледі.

**Құлып сөзі:** кеуде жаракатындағы торакоскопия.

## ЭДЕБИЕТ

1. Зыкин Л.Ю., Тарасов М.И., Береза Р.А. и др. Хирургическая помощь при травмах грудной клетки // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 1990. № 8. С. 55-57.
2. Путов Н.В., Толузаков В.Л. Некоторые вопросы хирургического лечения острых и хронических нагноительных заболеваний легких // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. 1981. № 1. С. 149-150.
3. Гетьман В.Г., Ниношвили Н.С., Афраснаб-оглы В. Эндоскопическая хирургия при лечении некоторых видов последствий и осложнений повреждений груди // Материалы XI съезда врачей фтизиатров. СПб., 1992. С. 157.
4. Соколов В.Ю., Кайда С.И., Золкин А.В. Лечения пневмо-гемоторакса при множественных переломах ребер и сочетанной травме // Грудная хирургия. 1988. № 3.
5. Гетьман В.Г. Хирургическое лечение повреждений грудной стенки в остром и отдаленном периодах // Актуальные вопросы торакальной хирургии: Тезисы докладов республ. конф. и пленума пробл. комиссии «Торакальная хирургия» научного совета по хирургии РАМН и МЗ РФ. Пермь, 1998. С. 77-79.
6. Королев Б.А., Тевит Б.М. Хирургическая тактика при лечении посттравматической эмпиемы плевры // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. 1985. № 12. С. 3-7.
7. Жестков К.Г. Хирургическая тактика при травме органов грудной клетки // Медицинская газета. 2002. № 50. С. 8-9.
8. Вагнер Е.А. и соавт. Предупреждение и лечение хирургических осложнений и последствий травм груди // Методические рекомендации. Пермь, 1990. С. 34.
9. Кузьмичев А.П., Вагнер Е.А., Фирсов В.Д. и др. Сочетанная травма: (клиника, диагностика и лечение). М., 1978. С. 55-58.

## Резюме

Травма груди вышла на третье место по частоте среди всех механических повреждений и на первое место по причине смертности от травм.

Лечение травм грудной клетки остается одной из актуальных проблем современной хирургии. Интенсивность современной жизни, насыщенность ее техникой и высокими

скоростями, сложная криминогенная обстановка обуславливают травматизм в наши дни.

Несвоевременная или не квалифицированная помощь при травмах грудной клетки приводит к возникновению и развитию различных осложнений – свернувшийся инфицированный гемоторакс, эмпиема плевры, коллапс легкого, легочно – плевральные свищи. Неоправданно проводимая консервативная терапия таких осложнений усугубляет тяжесть общего состояния пострадавших, значительно усложняет необходимое хирургическое лечение, ставит задачи определения показаний к хирургическому лечению, разработки эффективных способов оперативного вмешательства.

По результатам проведенного исследования и лечения больных с травмами грудной клетки, применение видеоторакоскопии как диагностического и лечебного метода при подозрениях на ранение органов грудной клетки обеспечивает своевременного распознавания характера повреждения, является малоинвазивным методом и позволяет избежать необоснованных торакотомии.

## Summary

Chest traumas came in third place in all mechanical damages and in first place on because of injury-related deaths.

Treatment of injuries of the chest remains one of the urgent problems of modern surgery. The intensity of modern life, the richness of its technology and high-speed, complex criminal situation cause injury to the growth of our days.

Late or non-skilled care in case of chest injuries leads to the beginning and development of various complications – as a clotted infected hemothorax, pyothorax, pulmonary collapse, pulmopleural fistula. Unjustified pursue of conservative therapy of similar complications exacerbates the gravity of the overall state of the affected, significantly complicates the necessary surgical treatment, determine indications for surgical treatment and development of effective methods of surgical interventions.

According the results of the study of treatment of patients with injuries of the chest, videotoracoscopy is useful as a diagnostic and therapeutic method with suspected injury of the chest ensure the timely detection of the nature of injury. The method is minimally invasive and avoids unfounded thoracotomy.