

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 1беті

ДӘРІС КЕШЕНІ

ББ атауы: «6В10102 - Педиатрия»


Пән: «Балалар травматологиясы және ортопедия»

Пәннің коды: ВН 4206

Оқу сағатының/ кредиттің көлемі: 720сағ (6 кредит)

Курс және оқу семестр – 4 курс, VII семестр

Дәріс көлемі: 15 сағ.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 2беті

Дәріс кешені БББ бойынша МОБ сәйкес әзірленген «Балалар хирургиясы» және кафедра мәжілісінде талқыланды.

Хаттама № 11 « 23 » 06 2023ж

Каф.менгерушісі, PhD



К.С.Кемельбеков

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 3беті

№1 Дәріс

1.Тақырыбы: Жарақаттың түрлері. Балалардағы сынықтардың ерекшеліктері

2.Мақсаты:

Жарақаттың түрлері, жарақат механизмдері. Балалардағы жасына байланысты сынықтардың ерекшеліктері. Сынықтарды түрлері. Сынықтар кезінде имобилизация жасау ерекшеліктерін ескеру.

3.Дәрістер тезистері:

ҚР балалар хирургиясының тарихы.

Балалар жарақаты деп тіндердің анатомиялық тұтастығын және ондағы физиологиялық процестерді бұзатын кез-келген сыртқы орта факторының балалар ағзасына кенеттен әсер етуі нәтижесінде пайда болатын жедел зақымдануды білдіреді.

Ұқсас жағдайларда әртүрлі жас топтары арасында қайталанатын балалардағы зақымданулар зақымданудың себептері мен жағдайларына байланысты әртүрлі санаттарға бөлінетін балалар жарақаты ұғымына кіреді.

Босану жарақаты-жаңа туған нәрестедегі қаңқа мен жұмсақ тіндердің интранатальды зақымдануы (бұғана, жамбас және иық сүйектері, бас сүйегі мен мидың зақымдануы, сирек жіліншік, білек және омыртқа сүйектерінің сынуы), әдетте, патологиялық босану кезінде, акушерлік көмек көрсетуде және асфиксия жағдайында реанимациялық шаралар процесінде пайда болады.

Тұрмыстық жарақат-балалардың пәтерде, баспалдақ алаңында, үйдің ауласында және т.б. болған кезде алған жарақаттары. Айта кету керек, тұрмыстық жарақаттар балалардың өлімінің негізгі себебі болып табылады.

Нәрестелерде (10 күн-1 жыл) күйік (35%) және сынықтар (14-20%) жиі кездеседі. Осы жастағы балаларда алғашқы шартты-рефлекторлық байланыстар дами бастайды, бала қоршаған ортамен байланысқа түседі, бұл зақымданудың пайда болуына жағдай жасайды. Күнделікті өмірде жазатайым оқиғалардың алдын алу ересектерге байланысты. Ересектердің дұрыс емес күтімі және қанағаттанарлықсыз қадағалауы - бұл нәрестелердегі жарақатқа әкелетін негізгі факторлар. Күйіктің себебі ыстық заттар мен баланың жанында қалған ыстық сұйықтық ыдыстары, электр сымдарының нашар күйі болуы мүмкін. Сынықтар көбінесе бесіктен құлаған кезде пайда болады.

* қауіпті қышқылдарды, сілтілерді және басқа да улы заттарды балалардың қолына түспеуі үшін сақтаңыз;

* балаларды жанып жатқан пешке, жанып тұрған Каминге, қызған заттарға (электр плиткалары, үтік және т. б.) жақын ұстамау;

* ата-аналар тарапынан балаларды қатаң қадағалауды жүзеге асыру.

Балалар жарақаты деп тіндердің анатомиялық тұтастығын және ондағы физиологиялық процестерді бұзатын кез-келген сыртқы орта факторының

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 46еті

балалар ағзасына кенеттен әсер етуі нәтижесінде пайда болатын жедел зақымдануды білдіреді.

Ұқсас жағдайларда әртүрлі жас топтары арасында қайталанатын балалардағы зақымданулар зақымданудың себептері мен жағдайларына байланысты әртүрлі санаттарға бөлінетін балалар жарақаты ұғымына кіреді.

Босану жарақаты-жаңа туған нәрестедегі қаңқа мен жұмсақ тіндердің интранатальды зақымдануы (бұғана, жамбас және иық сүйектері, бас сүйегі мен мидың зақымдануы, сирек жіліншік, білек және омыртқа сүйектерінің сынуы), әдетте, патологиялық босану кезінде, акушерлік көмек көрсетуде және асфиксия жағдайында реанимациялық шаралар процесінде пайда болады.

Тұрмыстық жарақат-балалардың пәтерде, баспалдақ алаңында, үйдің ауласында және т.б. болған кезде алған жарақаттары. Айта кету керек, тұрмыстық жарақаттар балалардың өлімінің негізгі себебі болып табылады. Нәрестелерде (10 күн-1 жыл) күйік (35%) және сынықтар (14-20%) жиі кездеседі. Осы жастағы балаларда алғашқы шартты-рефлекторлық байланыстар дами бастайды, бала қоршаған ортамен байланысқа түседі, бұл зақымданудың пайда болуына жағдай жасайды. Күнделікті өмірде жазатайым оқиғалардың алдын алу ересектерге байланысты. Ересектердің дұрыс емес күтімі және қанағаттанарлықсыз қадағалауы - бұл нәрестелердегі жарақатқа әкелетін негізгі факторлар. Күйіктің себебі ыстық заттар мен баланың жанында қалған ыстық сұйықтық ыдыстары, электр сымдарының нашар күйі болуы мүмкін. Сынықтар көбінесе бесіктен құлаған кезде пайда болады.

* қауіпті қышқылдарды, сілтілерді және басқа да улы заттарды балалардың қолына түспеуі үшін сақтаңыз;

* балаларды жанып жатқан пешке, жанып тұрған Каминге, қызған заттарға (электр плиткалары, үтік және т. б.) жақын ұстамау;

* ата-аналар тарапынан балаларды қатаң қадағалауды жүзеге асыру.

4. Иллюстрациялық материал:

41 слайдтық презентация

5. Әдебиеттер: негізгі және қосымша

Қазақ тілінде:

Негізгі:

1. Балалархирургиясы [Электронный ресурс] : оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Жалпы хирургия [Электронный ресурс] : оқулық / В. К. Гостищев ; қазақ тіл. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон.текстовые дан. (141Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық іріңді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011
4. Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Орыс тілінде:

Негізгі:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон.текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 56-ті

2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон.текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Қосымша:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронды ресурстар:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Балаларда жарақат түрлері.
2. Балалардағы жарақаттардың ерекшеліктері.
3. Балалардағы сынықтар кезінде. Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.
4. Тасымалдау иммобилизациясы дегеніміз не?

№2 Дәріс

1. Тақырыбы: Көптеген және қосарланған жарақаттар. Балалардағы травматикалық шок.

2. Мақсаты: Көптеген және қосарланған жарақаттар. Балалардағы травматикалық шок кезінде көмек көрсету. Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.

3. Дәрістер тезистері: Көптеген және қосарланған жарақаттар. Балалардағы травматикалық шок.

Жарақаттық шок – жіті дамидын және өмірге қауіп төндіретін жағдай. Ол ауыр механикалық жарақаттың ағзаға әсер етуі нәтижесінен дамиды.

Жарақаттық шок - бұл ауыр түрдегі жарақаттық аурудың жіті кезеңінің бірінші сатысы. Оның өзіндік нерв - рефлекторлы және тамырлық реакциясы ағзадағы қан айналымының, тыныс алу, зат алмасу жән эндокриндік бездер функциясының (қызметінің) бұзылуына әкеледі.

Жарақаттық шоктың тудырушы механизмдері: ауырсыну және афференттік импульсация, жедел массивті қан жоғалту, өмірге қажетті ағзалардың жарақаттануы, психикалық стресстер.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 6беті

Хаттаманың коды: Е-024 "Жарақаттық шок"

Жедел медициналық көмек

Кезеңнің мақсаты: өмірге қажетті жүйелер мен мүшелердің қызметін қалпына келтіру.

Жіктемесі

Жарақаттық шок ағымына қарай:

- Біріншілік – жарақат алған кезінде немесе жарақаттан кейін дамиды;
- Екіншілік – жиі жарақаттан бірнеше сағаттан кейін дамиды.

Жарақаттық шоктың сатылары:

1. Компенсацияланған – шоктың барлық белгілері болады, АҚЖ жеткілікті деңгейде, ағза күресуге қабілетті.
2. Декомпенсацияланған – шоктың барлық белгілері болады және айқын гипотензия.
3. Рефрактерлық шок – барлық жүргізілген ем нәтижесіз.

Жарақаттың шоктың ауырлық дәрежелері:

1. Дәрежелі Шок – СҚҚ 100-90 мм с.б., пульс 90-100 қанағаттанарлық толу.
2. Дәрежелі шок – СҚҚ 90-70 мм с. б.б, PS-110130, әлсіз толу.
3. Дәрежелі шок – СҚҚ 70-60 мм с.б.б, пульс 120-160, өте әлсіз толу (жіп тәрізді).
4. Дәрежелі шок – АҚЖ анықталмайды, пульс анықталмайды.

Қауіп-қатерлі факторлар:

- Тез қан жоғалту;
- Шаршағыштық;
- Суық немесе ыстық;
- Ашығу;
- Қайталамалы жарақат (тасымалдау);
- Радиацияның енуі және күйік, яғни қосарланған зақымдану.

Диагностикалық критерилер

Механикалық жарақаттың болуы, қан жоғалтудың клиникалық көріністері, артериялық қан қысымының төмендеуі, тахикардия.

Шокқа тән симптомдар:

- Суық, ылғалды, бозғылт-цианозды немесе мраморлық тері;
- Тырнақтарында қан айналымының бірден төмендеуі (ақырын айналуы);
- Бұлыңғыр ес (қараңғұту);
- Диспноэ;
- Олигурия;
- Тахикардия;
- АҚ және пульстің төмендеуі.

Клиникалық объективті тексеру белгілері

Жарақаттық шоктың дамуында 2 фазаны ажыратады:

Эректильді сатысы көбінесе жарақаттан кейін басталады және

қанайналымның орталықтану фонында науқастың айқын психомоторлы қозуымен (тітіркенуден) сипатталады. Науқастың іс-қозғалысы түсініксіз болуы мүмкін, оның көзіне елестер көрініп, айқайлайды, эйфориялы, ретсіз әрекеттер жасап, өз-өзін ұстай алмайды, тексеруге және көмек көрсетуге қарсы болады. Олармен қарым-қатынаста болу қиындықтар тудырады. Қан қысымы бұл кезде қалыпты болуы мүмкін немесе қалыптыға жақын. Жарақат түріне байланысты, тыныс алудың әртүрлі бұзылыстары болуы мүмкін. Бұл фаза қысқа мерзімді және көмек көрсету кезінде, торпидті түріне ауысады немесе тоқтайды.

Торпидті фазасына тән бұлыңғыр ес, ступор және орталық қан айналымның бұзылысынан ми гипоксиясының соңғы дәрежесі комалық (коматозды) жағдай дамиды, АҚЖ төмендейді, жұмсақ жиі пульс, тері жамылғылары бозғылт. Бұл сатысында ауруханаға дейін жедел

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 76еті

жәрдем дәрігері АҚҚ-ның деңгейіне сүйену және жоғалтқан қанның көлемін анықтауға тырысу керек.

Жоғалтқан қан көлемін анықтау пульстің жиілігі мен систолалық қан қысымының қатынасына негізделген. (П/СҚК).

- Шоктың 1-ші сатысында (қан жоғалту 15-25% ОҚК – 1-1,2л) ШИ=1,5 (100/100);
- Шок 2-ші ст (жоғалтқан қан 25-45% ОҚК-1,5-2л) ШИ=1,5 (120/80);
- Шок 3 ст. (жоғалтқан қан 50% ОҚК -2,5л жоғары) ШИ=2 (140/70);

Жарақат сипатына қарап, жоғалтқан қанға байланысты, қанның көлемдік санын анықтауға болады. Ересек адамдарда тобық сынған кезде жоғалтқан қан 250 мл-ден аспайды, иық сынғанда жоғалтқан қан 300-500 мл-ге дейін құрайды, сирақ - 300-350мл, сан - 500-1000 мл, жамбас - 250-3000 мл, көптеген сынықтар немесе жарақаттар кезінде жоғалтқан қан көлемі 3000-4000 мл. жетеді.

Ауруханаға дейінгі кезеңде мүмкіндіктерді ескере отырып, шоктың әртүрлі дәрежесі мен клиникалық белгілерін анықтауға болады.

1-ші дәрежелі шок (жеңіл шок) АҚҚ 90-100/60мм с.б.б. және пульс 90-100 рет мин. (ШИ=1), қанағаттанарлық толу болуы мүмкін. Негізінен зардап шегушінің есі аздап тежелген, бірақ қарым-қатынасқа оңай (жеңіл) қатысады, ауыру сезімін сезеді, тері және көзге көрінетін шырышты қабаттары бозғылт, бірақ кейде қалыпты түсті болады. Тыныс алуы жиі, бірақ құсу және құсық массаларымен аспирация болмаса, тыныс жеткіліксіздігі дамымайды. Жабық сан жарақатында, сан және сирақтың біріккен жарақаттарында, жамбастың жеңіл сынықтарында және басқа да ұқсас жарақаттарда дамиды..

2-ші дәрежелі шок (орташа ауырлықтағы шок) артериалды қысымның 80-75 мм.с.б.б. дейін төмендеуімен өтеді. Бұл кезде жүректің жиырылу жиілігі 100-120 рет/мин дейін өседі. ШИ = 1,57 терінің айқын бозғылттығы, цианоз, адинамия, тежелу байқалады. Көптеген ұзын түтікті сүйектер жарақатында, көптеген қабырғалар сынғанда, жамбас сүйектің ауыр жарақатында дамиды.


3-ші дәрежелі шок (ауыр шок) АҚҚ 60 мм.с.б.б. дейін төмендеуімен сипатталады. (одан да төмен болуы мүмкін), жүректің жиырылу жиілігі 130-140 рет/мин дейін өседі. Жүрек тондары өте әлсіз болады, науқастың есі терең тежелген, айналасында болып жатқандарға көңіл бөлмейді, терісі бозғылт, цианозды және жер түсті өң. Шоктың бұл дәрежесі көптеген қосарланған немесе біріккен жарақаттарда, скелеттің зақымдануында, ірі бұлшық еттер мен ішкі ағзалардың жарақаттарында, кеуде клеткасы, бассүйек жарақаттарында және күйіктерде дамиды.

Ары қарай науқастың жағдайы нашарласа, шоктың 4 дәрежесі - терминалды жағдай дамуы мүмкін.

Жарақаттық шокты емдеу алгоритмі

Жалпы шаралар:

1. Науқастың жағдайының ауырлық дәрежесін ескеру (науқастың шағымдары, есінің деңгейі, тері жамылғысының ылғалдығы, түсі, тыныс алу жән пульстің сипаты, АҚҚ-ның деңгейі).
2. Қан тоқтату шараларын жасау.
3. Шоктан пайда болған импульсацияны үзу (дұрыс жансыздандыру).
4. АҚҚ (айналымдағы қан көлемін) қалыпқа келтіру.
5. Метаболикалық бұзылтар коррекциясы.
6. Басқа жағдайларда:
 - науқасты аяқ жағын 10-45%дейін жоғары көтеріп жатқызу, Тренделенбург жағдайы;

OÑTÚSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 8беті

- веноздық (көктамырдың) енгізуді жақсарту немесе сақтау перифериялық көктамыр катетеризациясы. (реанимациялық бригадалар үшін-магистральды қан тамырлар катетеризациясы жасалады);
- жоғарғы тыныс жолдарының өтуін және оттегі келуін қадағалау.

Арнайы шаралар:

1. Ауруханаға дейінгі кезеңде сыртқы қан ағуды тоқтату уақытша әдістермен іске асырылады. (тығыз тампонада, қатты қысып тану, жарақатқа немесе саусақпен басу, жгут салу т.б.). Ауруханаға дейінгі кезеңде ішкі қан ағуды тоқтату мүмкін емес, сондықтан жедел жәрдем дәрігері науқасты ауруханаға жедел және ұқыпты жеткізуі керек.

2. Ауырсыну сезімін басу:

1-ші нұсқа - 0,5 мл 0,1% атропин ертіндісін к/т, 2 мл 1% дифенгидрамин (димедрол) ертіндісі 2 мл 0,5% диазепам ертіндісі (реланиум, седуксен), содан кейін 0,8-1 мл 5% кетамин ертіндісін (калипсал) баяу енгізеді. Ауыр бассүйек-ми жарақатында кетамин енгізбейді!

2-ші нұсқа- 0,5 мл 0,1% атропин ертіндісін к/т, 2-3 мл 0,5% диазепам (реланиум седуксен) және 2 мл 0,005% фентанил ертіндісін к/т енгізеді.

Тыныстың жіті жеткіліксіздігі дамыған шок кезінде оксибутират Na 80-100 мг/кг-2 мл 0,005% фентанил ертіндісін немесе 1мл 5% кетамин ертіндісін 10-20 мл изотониялық еріт, 0,9% Na хлориді немесе 5% глюкоза ертіндісінде

3. Транспорттық иммобилизация.

4. Жоғалтқан қан орнын толтыру.

АҚҚ анықталмайтын деңгейінде инфузия жылдамдығы минутына 250-500 мл болуы керек. 6% полиглюкин ертіндісін -к/т. Таңдау мүмкіндігі болса 10% немесе 6% гидроксипропил крахмал ертіндісі (стабизол, рефертан, НАЕС-steril). Бір мезгілде 1 л дейін басқа ертінділерді енгізуге болады. Дұрыс инфузионды терапияның белгілері болып, 5-7мин кейін АҚҚ анықталуының бірінші белгілері пайда болады, ары қарай 15 мин критикалық деңгейге дейін көтеріледі (СҚҚ 90мм с.б.б)

Шоктың жеңіл және орташа дәрежесінде - кристаллоиды еріт/р оның көлемі жоғалтқан қанның көлемінен жоғары болмау керек, олар қантамырлық русло-ны тез 09% Na хлоридін, 5% глюкоза ертіндісі, жартылай ионды ертінділер-дисоль, трисоль, ацесоль енгізіледі.

Инфузионды ем жүргізілмейтін жағдайда 200 мг допамин+400 мл 5% глюкоза ертіндісін минутына 8-10 тамшы жылдамдықпен к/т-ға енгізеді.

Жүрекке венозды қанның қайта келуін көбейту үшін және клеткалық мембраналардың стабилизациясы үшін бірмезгілде көктамырға 300 мг-ға дейін преднизомон немесе осы топтағы басқа дәрілерді адекватты мөлшерде енгізеді. Метоболикалық ацидозды коррекциялау үшін 4% Na гидрокарбонатын 3 мл/кг науқастың дене салмағына сәйкес енгізеді.

4.Иллюстрациялық материал:

53 Слайдтық презентация

5. Әдебиеттер: негізгі және қосымша

Қазақ тілінде:

Негізгі:

- 1.Балалархирургиясы [Электронный ресурс] : оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Жалпы хирургия [Электронный ресурс] : оқулық / В. К. Гостищев ; қазақ тіл. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон.текстовые дан. (141Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық іріңді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 9беті

4. Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Орыс тілінде:

Негізгі:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон.текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон.текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Қосымша:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д., Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронды ресурстар:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Жарақаттық шок анықтамасы жіктелу
2. Жарақаттық шок диагностикалау және емдеу әдістері (пилоростеноз, ішек инверсиясы және т.б.).
3. Көптеген және қосарланған жарақаттар диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.
4. Балалардағы травматикалық шок
5. Балалардағы травматикалық шок клиникалық көрінісі.

№3Дәріс

1. Тақырыбы: Балалардағы бас-ми жарақатының ерекшеліктері

2. Мақсаты: Балалардағы бас-ми жарақатының диагностикасы, клиникалық ағымы, дифференциалды диагностикасы және емдеу алгоритмдерін игеру.

3. Дәрістер тезистері:

Балалардағы бас-ми жарақаты. Жіктелуі. Бас миының шайқалуы, соғылуы. Клиникасы. Диагностикасы. Емі.

Бас жарақаты – бұл бас пен бас сүйегінің жұмсақ тіндеріне механикалық зақым келтіру.

Балалардағы бас жарақатының себептері

А. тұрмыстық жарақат (60,5-81%)

- Жаңа туған нәрестелер мен сәбилер (өзгермелі үстелден, кереуеттен және қолмен құлау)

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 10беті

- Үлкен жастағы балалардың жарақаттары (өсу биіктігінен құлау) 3-6 жас аралығында-үлкен биіктіктен құлау (баспалдақтардан, ағаштардан, терезелерден және т.)
- Мектеп жасы-ойындар кезіндегі зақым (конькимен сырғанау, әткеншек, велосипед, түрлі ойындар.)

Б. көлік жарақаты (4-27%) В. "балаларға қатыгездік көрсету" синдромы”
 БМЖ жіктелуі

- Инфекция қаупі бойынша бөлінеді

1. Жабық БМЖ (апоневроздың зақымдалуынсыз)

2. Ашық БМЖ (апоневроздың зақымдануымен)

- бітелмейтін – БМЖ зақымдалмастан енетін-ТМТ тұтастығының бұзылуымен Ауырлық дәрежесі бойынша бас миының шайқалуы жеңіл БМЖ -ға жатады (15-13 балл)

3. Денеге травматикалық фактордың әсер ету түрі [мен сипаты бойынша оқшауланған](#)

• (бас сүйектен тыс зақымдануларсыз)

• Аралас (бас сүйектен тыс зақымданумен)

БМЖ нәтижелері-бас миының шайқалуы

толық сауығу

Сананың бұзылу градациясы

• Айқын (15 ұпай) - ояту, кеңістік пен уақытты толық бағдарлау, барабар реакциялар

• I (13-14) - ішінара дезориентация, орташа ұйқышылдық, барлық командалардың [баяу орындалуы](#)

• Саңырау II (10-12) - дезориентация, айқын ұйқышылдық, тек қарапайым командаларды орындау

• Сопор (7-9) - ауырсынуды ашады, бірақ сұрақтарға жауап бермейді

• Кома I (5-6) - ашылмаушылық, [көздер ашылмайды](#), қорғаныс қимылдары бар

• Кома II (4) - қозғалмаушылық, ауырсынуға қорғаныс қозғалыстары жоқ, бұлшықет гипотензиясы, опистотонус, гормеотония, декортикация, децеребрация

• Кома III (3) - [атония](#), арефлексия, екі жақты тіркелген мидриаз, витальді функциялардың айқын бұзылуы

БМЖ диагностикасы-

1. Бас сүйегінің 2 проекциядағы рентгенографиясы

2. Ашық фонтанельдегі балалардағы мидың УДЗ

Тексеру

Науқастан [анамнез жинау](#), егер ол санада болса, немесе ата-анасынан, жедел жәрдем дәрігерінен; жарақат механизмі және есін жоғалту туралы ақпарат алу міндетті

Бас мидың шайқалуы

Бас миының шайқалуы – жеңіл және жиі кездесетін бас – ми жарақатының түрі , бас – ми жарақаттарының ол 70 – 80 процентін құрайды.

Клиникасы

Бас миының шайқалуы кезінде жарақат алған сәттен бастап бірнеше секундтан бірнеше минутқа дейін баланың есін жоғалтуы, есеңгіреуі , [өне бойының бозарып](#) , суық тер жауып , құсуы байқалады. Есін жинаған соң жарақаттанушы басынын ауырсынуына айналуына, әлсіздік , ұйқы басып тұрғанына құлағында шу тұрғанына , көзі шаншитындығына , жүрегінің айнып тұратындығына шағымданады. Сұрастырған кезде балаларда ретрогадтық

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 11беті

немесе антеградтық амнезия анықталады. Тыныс алу жиілігі өзгереді. Тамыр соғысы жиілеуі немесе сирегірек болуы мүмкін.

Бас миының шайқалуы

- [макроқұрылымдық өзгерістер жоқ](#);
- сананы бірнеше секундтан бірнеше минутқа дейін өшіру;
- есін жоғалтқаннан кейін-айқын сана;
- қысқа мерзімді ретроградтық амнезия;
- жүрек айнуы, бір рет құсу, бас ауыруы және бас айналуы;
- вегетативті құбылыстар: бетіндегі жылу, тиннитус, терлеу, [ұйқының бұзылуы](#);
- өмірлік функциялар зардап шекпейді

Емдеу

Контузия кезінде консервативті емдеу жүргізіледі: анальгетиктер, седативтер және ұйықтататын таблеткалар 3- 7 күн ішінде тағайындалады. төсек демалысы ұсынылады

Медициналық көмекті көрсетудің тактикасы

Жарақаттанушының емдеу тактикасын таңдау – бас миының зақымдану сипатына қарай, қосылу сүйектері және бас сүйек негізінің сипатына қарай анықтайды және туылған асқынуларға қарайды.

БМЖ-мен жарақаттанғандарға ең алғаш жәрдем негізінде- артериалдық гипотензияға, гиповентиляцияға, гипоксияға, гиперкапнияға жол бермеу өйткені ол асқынулар мидың ауыр ишимиялық зақымдануына алып келеді және өлімге қауіптілігі жоғары.

Осыған байланысты жарақаттан кейін бірінші минут және сағат емдеу шаралары «АВС» ережелеріне сәйкес орындалу қажет.

А - тыныс жолдарына өтімділігін жақсарту.

В - қалыпты тынысты қалыптастыру тыныс жолдарындағы абстракцияны алып тастау, пневмогемоторакс ИВЛ кезінде (көрсеткіш бойынша)плевра қуысына дренаж жасау.

С - жүрек қан тамыр жүйесінің жұмысына қарау: тез АҚК қалыптастыру (криссталойд және каллойд ерітіндісін құю) миокард жетіспеушілігі кезінде бөтен препараттарды енгізу (допамин, добутамин) немесе вазопрессорларды (адреналин, норадреналин, мезатон) айналымдағы қанның массасын қалпына келтірмей вазопрессорларды енгізу қауіпті..

4.Иллюстрациялық материал:

53 Слайдтық презентация

5. Әдебиеттер: негізгі және қосымша

Қазақ тілінде:

Негізгі:

- 1.Балалархирургиясы [Электронный ресурс] : оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Жалпы хирургия [Электронный ресурс] : оқулық / В. К. Гостищев ; қазақ тіл. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон.текстовые дан. (141Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық іріңді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011
4. Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Орыс тілінде:

Негізгі:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 12беті

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон.текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон.текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Қосымша:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронды ресурстар:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Балалардағы бас ми жарақаты. Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.
2. Балаларда жасанды өкпе реанимациясы клиникалық хаттамалармен көмек көрсету.

№4 Дәріс

1. Тақырыбы:

Жамбас сүйектерінің сынуы.

2. Мақсаты.

Жамбас сүйектерінің сынуы.диагностикалау, клиникалық ағым, дифференциалды диагностика және емдеу алгоритмдерін ассимиляциялау.

Дәрістер тезистері:

Жамбастың сынуы - себептері, клиникалық белгілері және емі

Спорттық жарақаттар

Жамбастың сынуы - жамбас сүйектерінің тұтастығына зиян келтіретін қауіпті қаңқа жарақаты.

ICD-10 сәйкес жамбас сүйектерінің сынуы S32 санатына жатады. Бұл кодқа омыртқаның люмбосакральды жарақаттары да жатады.

ad

Себептері

Жамбас сүйектерінің сынуы травматикалық агент әсерінен пайда болады. Оны алуға қызмет еткен жағдайлар:

- төбеден құлау;

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 13беті

- мотоциклді немесе автомобиль доңғалағын соғу кезінде қысу;
 - төтенше жағдай кезінде құрылыстар мен ғимараттардың құлауы;
 - жол апаттарындағы жанама әсерлер;
 - өндірістік апаттар.
- Жіктелуі
- Жамбас сүйектерінің бірнеше негізгі топтары бар:
- Тұрақты. Жамбас сақинасының үздіксіздігі бұзылмаған. Оларға шекті және оқшауланған сынықтар жатады;
 - Тұрақсыз Тұтастықтың бұзылуы бар. Жарақаттар пайда болу механизмі бойынша жіктеледі:
 - айналмалы тұрақсыз;
 - тігінен тұрақсыз.
 - Жамбас сүйектерінің сыну дислокациясы.
 - Ацетабуланың түбінің немесе шеттерінің сынуы.

ad

Белгілері

Сырудың клиникалық белгілерін шамамен жергілікті және жалпы деп бөлуге болады.

Жергілікті белгілер жамбас сақинасының зақымдану орнына байланысты.

Жергілікті көріністер:

- зақымдалған аймақтағы өткір ауырсыну;
- ісіну;
- төменгі аяқтың қысқаруы;
- гематома;
- жамбас сүйектерінің деформациясы;
- аяқтың шектеулі қозғалысы;
- жамбас буынының функционалдығын бұзу;
- жарақат алған жерді пальпациялау кезінде естілетін қытырлақ және крепитус.

Жалпы белгілер

ad

Пациенттердің көпшілігі өткір ауырсыну мен мол қан кетуіне байланысты травматикалық шокқа сезімтал. Оның әсерінен пациент келесі белгілерді көрсетеді:

- терінің бозаруы;
- терлеу;
- тахикардия;
- қан қысымының күрт төмендеуі;
- сананың жоғалуы.

Қуық жарақаты кезінде гематурия және зәр шығару қиындықтары пайда болады. Егер уретрияға әсер етсе, перинэяда көгеру болуы мүмкін, зәрді ұстап қалу, уретрадан қан кету.

Алғашқы көмек

Егер сіз жамбастың жарақатына күмәндансаңыз, зардап шегушіні тез арада жедел жәрдем бөліміне жеткізу керек. Тасымалдауды жедел жәрдем бригадасы жүзеге асыруы керек.

Дәрігерлер келгенге дейін адамға тиісті алғашқы көмек көрсетілуі керек:

- ауырсынуды жеңілдететін травматикалық шоктың алдын алу үшін ауырсынуды жеңілдету;
- ашық сынықпен жарақаттан төмен турникетті жағу арқылы қан кетуді тоқтату және бактерияға қарсы заттармен емдеуді жүргізу қажет.

Науқасты медициналық мекемеге өздігінен тасымалдау кезінде оны қатты жатқан жерге жатқызып орналастырыңыз. Қатты ролик немесе жастық пациенттің тізесінің астына қойылып, оған «бақа» күйін береді. Адамды арқанмен бекіту керек.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 14беті

Көрсетілген медициналық көмектің уақтылығы мен сапасы зардап шегушінің жарақаттан кейін қалпына келтіру кезеңін және асқину қаупін анықтайды.

Диагностика

Патологияны тану мыналардың негізінде жүзеге асырылады:

- науқастың анамнезін және оның шағымдарын зерттеу;
- физикалық тексеру;
- аспаптық нәтижелер (рентген, лапароскопия, лапароцентез, лапаротомия, ультрадыбыстық, уретрография) және зертханалық диагностикалық әдістер (СВС, бактериостатикалық және бактериологиялық зерттеулер).

Емдеу

Жамбас сынықтарын емдеу бірнеше кезеңнен тұрады. Медициналық процедуралардың мөлшері жарақаттың ауырлығына байланысты. Ең алдымен шокқа қарсы терапия жүргізіледі. Жағдай адекватты анестезиямен тұрақталады. Осы мақсатта жамбас ішілік анестезия әдістемесі қолданылады.

Емдеудің екінші кезеңінде инфузиялық терапия жүргізіледі. Оның көмегімен қан көлемінің жоғалуы толтырылады. Емдеу қан қысымын, жүрек соғу жылдамдығын, қан мен зәр анализін қалыпқа келтіру үшін бағаланады.

Үшінші кезең - жамбас сүйектерінің ақауларын иммобилизациялау. Жеңіл жарақаттар кезінде жәбірленушіге бір аптадан кейін жүруге рұқсат етіледі. Әрі қарай терапия тактикасы оңалту дәрігерінің шешіміне байланысты.

Ауыр сынықтары бар науқастар ортопедиялық емдеуден өтеді.

Оңалту

Оңалту курсынан өту - пациентті қалыпты өмір салтына қайтару және мүгедектіктің алдын алу үшін міндетті қадам. Науқасты сауықтыру тәжірибелі маманның бақылауымен жүзеге асырылады. Әр пациент жеке бағдарламаға сәйкес оңалту курсынан өтеді, оның негізгі элементтері:

- Жаттығу терапиясы;
- сүйектерді нығайтуға бағытталған медициналық емдеу;
- сыртқы өнімді пайдалану;
- массаж;
- физиотерапиялық процедуралар;
- криомассаж;
- қаңқа тарту.

4.Иллюстрациялық материал:

12 Слайдтық презентация

5. Әдебиеттер: негізгі және қосымша

Қазақ тілінде:

Негізгі:

- 1.Балалархирургиясы [Электронный ресурс] : оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Жалпы хирургия [Электронный ресурс] : оқулық / В. К. Гостищев ; қазақ тіл. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон.текстовые дан. (141Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық іріңді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011
4. Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Орыс тілінде:

Негізгі:

- 1.Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон.текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 15беті

2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон.текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Қосымша:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронды ресурстар:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Балалардағы жамбас сынықтары. Анықтамасы.
2. Ұршық басы сынуыуы диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.
3. Жамбас сақинасы сынуыны. Жіктелуі.
4. сегізкөз, құйымшақ , дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.
4. ЖАмбас сынығы кезінде реабилитациялық іс шаралар.

№5 Дәріс

1. Тақырыбы: Сан сүйегі және балтыр сүйектерінің сынықтары.

2. Мақсаты.

Сан сүйегі және балтыр сүйектерінің сынықтары диагностика алгоритмдерін, клиникалық ағымдарды, дифференциалды диагностиканы емдеу хатама бойынша

3. Дәрістер тезистері:

Сан сүйегінің сынуы: түрлері, белгілері, емдеу тактикасы

Феморальды сыну тірек-қимыл аппаратының ауыр жарақаты болып саналады және күрделі емдеуді қажет етеді. Тұтастықтың бұзылу орнына байланысты жарақаттың бірнеше түрлері ажыратылады. Қатты ауырсыну, қозғалғыштықтың төмендеуі, аяқтың деформациясы және қысқаруы, үлкен қан жоғалту (ашық сынықпен) болады. Диагноз рентгенография көмегімен нақтыланады. Қажет болса, буын ішіндегі зерттеулер МРТ тағайындалады. Емдеу фрагменттерді одан әрі дұрыс біріктіру үшін бекітуді қамтиды.

Мұндай үлкен сүйектің сынуы өлімге әкелуі мүмкін, сондықтан жедел емдеу жедел түрде жүргізілуі керек. Егер ыдыстар ашық сынықпен зақымдалса, қан кетуді тоқтату үшін жараның үстіне турникет салу керек. Мұны тек 2 сағат ішінде жасау керек екенін есте

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 16беті

ұстаған жөн, әйтпесе тіндердің некрозы пайда болады. Киімнің астына уақыт көрсетілген жазба қойылады. Егер қағаз жоқ болса, жәбірленушінің терісіне жазыңыз. Киімге ақпарат қалдырмаған дұрыс, ауруханада олар шешіп тастай алады.

Сынған аяқты иммобилизациялау керек, бұл фрагменттердің ығысуына, қан кетудің жоғарылауына жол бермейді. Төменгі аяқтың сыртынан және ішінен белге аяққа бүкіл аяғыңызға сынық немесе түзу тақтайша қолданылады. Сонымен қатар, аяғы ілулі болмауы керек. Зардап шегушіні зембілге жатқызып, ауруханаға жеткізеді. Ауырсынуды жеңілдету үшін анестезияға қарсы дәрі беріледі (Ибупрофен, Нурофен, Аналгин, Парацетамол).

Троантериялық және феморальды мойынның сынуы

Сан сүйегі түтік тәрізді. Оның жоғарғы бөлігінде жамбас сүйектерінің қуысына енетін бас, жамбас буынын құрайды. Бастың астында жіңішке перде - мойын бар. Ол денеге бұрышпен қосылады. Бұл жерлерде шығыңқы жерлер бар - кішкентай және үлкен түкірік. Сокқының зақымдануы көбінесе осы жерлерде болады.

Фемордың сынуы әрдайым ауырсынумен бірге жүреді, оны тек дәрі-дәрмектермен ғана жеңілдетуге болады. Жатыр мойнының жарақаттары және троантериялық өсінділер әртүрлі жолдармен көрінеді.

Феморальды мойынның зақымдануы жамбас және шап аймағында орташа ауырсынумен қатар жүреді. Қозғалыс кезінде ыңғайсыздықтың қарқындылығы күрт артады. Сыну аймағын сезіну онша қолайсыздықты тудырмайды, мылжыңды ауырсыну сезіледі. Тіндердің ісінуі бар, бірақ көгерулер жоқ.

Трохантериялық сыну аяқ-қолдың аз қозғалғыштығымен сипатталады. Ауырсынулар өткір, пальпация көтере алмайтын болған кезде, жарақат алған жерде қан кетулер көрінеді, ісіну айқынырақ болады.

Фемордың жоғарғы бөлігі зақымданған жағдайда, зақымдалған аяқтың сыртқа бұрылуы, оның қысқаруы және «пятки синдромының жабысуы» - жатқан күйінде көтере алмау.

Емдеу тактикасы

Феморальды мойын периостеумен жабылмаған, сондықтан ол нашар өседі. Қанмен қамтамасыз етілуіне кедергі келтіреді, фрагменттер уақыт өте келе тығыз дәнекер тінмен жабылған. Зақым неғұрлым жоғары болса, біріктіру болжамы соғұрлым нашар болады. Мүгедектік көбінесе хирургиясыз емдеудің нәтижесі болып табылады.

Трохантериялық өсінділер қанмен жақсы қамтамасыз етілген, жарақат кезінде каллус тез пайда болады. Осы бөліктің зақымдануы хирургиялық араласусыз емделеді. Асқынулар бірнеше ығыстырылған фрагменттермен жүруі мүмкін.

Терапия тактикасын зақымдану дәрежесіне және науқастың жасына байланысты травматолог таңдайды. Артикулярлық сынықтар үшін хирургиялық араласу қажет. Бұл әдіске қарсы көрсеткіштер созылмалы аурулар және қарттық болып табылады. Ұзақ уақытқа созылған төсек демалысы төсек тәрізді асқынуларға, пневмонияға және тромбоэмболияға әкелуі мүмкін. Осы себепті науқасқа зақымдалған аяқ-қолдың иммобилизациясымен бірге қозғалғыштығын қамтамасыз ету қажет. Трилобат тырнағымен сүйекті бекіту немесе сүйек аутопластикасы жасалады.

Трохантериялық сынықтар үшін қаңқаны екі айға тарту ұсынылады. Әрі қарай, гипс күймасы қолданылады. 4 айдан кейін жараланған аяқ-қолды басуға болады. Мұндай жарақаттарға арналған операция емдеу мерзімін қысқартуы мүмкін. Операция кезінде бекіту үш жүзді тырнақпен, бұрандалармен және табақшалармен жүзеге асырылады. 6 аптадан кейін аяқтың толық жүктемесіне жол беріледі.

Диафиздік сынықтар

Фемордың денесінің зақымдануы үлкен қан жоғалту және ауыр шокпен бірге жүреді.

Емдеудің негізгі бағыттары

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 17беті

Травматикалық шоктың дамуын болдырмау үшін жәбірленушіге ауырсынуды басатын және тыныштандыратын дәрілер тағайындалады. Қан жоғалтуды қалпына келтіру үшін қан құю операциясы жасалады. Жарақатқа байланысты сүйектің бөліктерін біріктіріп, бар сынықтарды алып тастау қажет. Ол үшін сыртқы бекіту, аппараттық тарту және хирургиялық әдістер қолданылады.

Егер ауыр созылмалы аурулар, ашық жараның инфекциясы, науқастың денсаулығы нашар болса, онда операцияның орнына қаңқаны тарту 6-12 аптаға тағайындалады. Содан кейін гипс 4 айға созылады. Бұл жағдайда жамбас пен тізе буындары ұзақ уақыт қозғалыссыз қалады, бұл олардың күйіне кері әсер етеді. Операция пациенттің қозғалғыштығын тезірек арттыруға және ұзақ уақыт қозғалмайтындықтан асқынулардың алдын алуға мүмкіндік береді. Хирургиялық араласу қарсы көрсетілімдер болмаған кезде, науқастың денсаулығының қалыпты жағдайында жүзеге асырылады. Бұл үшін шыбықтар, табақтар, түйреуіштер қолданылады.

Төменгі жағындағы жамбастың кеңеюі бар және екі кондицияны құрайды - ішкі, сыртқы. Олардың беттері жіліншікпен, тізе буынымен жанасады, тізе буынын құрайды.

Кондилярлық сынықтар тізе буынына құлау немесе әсер ету салдарынан пайда болады, кейде үзінділердің ығысуымен жүреді. Егде жастағы адамдар көбірек зардап шегеді.

Қондырғылардың біреуіне немесе екеуіне де зақым келуі мүмкін. Фрагменттердің жоғары және бүйірге ығысуы тән. Әдетте, жарақат кезінде қан буын қапшығына құйылады.

Дистальды жарақаттарды емдеудің ерекшеліктері

Наркоздан кейін зақымдалған буынға пункция жасалады. Ұсталған қан айдалады, дәрі енгізіледі. Егер ығысу болмаса, онда жарақаттың ауырлығына байланысты 1-2 ай бойы тобықтан шап аймағына дейін гипс құйылады. Егер сынықтар болса, олар салыстырылады, содан кейін ғана олар гипспен бекітіледі. Сүйектің бөліктерін дұрыс бүктеу мүмкін болмаған кезде операция жасалады, бөлшектер бұрандалармен бекітіледі. Қажет болса, қаңқалық тарту қолданылады.

Емдеуден кейін қалпына келтіру курсы жүргізіледі. Физиотерапия, терапиялық массаж, дұрыс тамақтану, арнайы жаттығулар ауру аяқтың қозғалғыштығын тез қалпына келтіруге көмектеседі.

4.Иллюстрациялық материал:

18 Слайдтық презентация

5. Әдебиеттер: негізгі және қосымша

Қазақ тілінде:

Негізгі:

- 1.Балалархирургиясы [Электронный ресурс] : оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Жалпы хирургия [Электронный ресурс] : оқулық / В. К. Гостищев ; қазақ тіл. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон.текстовые дан. (141Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық іріңді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011
4. Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Орыс тілінде:

Негізгі:

- 1.Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон.текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 18беті

2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон.текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Қосымша:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронды ресурстар:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Сан сүйегінің сынуы. Диагностика.
2. Сан және балтыр сүйектерінің сынуы дифференциалды диагностикасы және клиникалық хаттамалармен емдеу.
- 3..Балтыр сүйектерінің сынуы Диагностиканың ерекшеліктері. Емдеу тактикасы. Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.

№6 Дәріс

1.Тақырыбы: Иық сүйегі және білек сүйектерінің сынықтары.

2.Мақсаты. Иық сүйегі және білек сүйектерінің сынықтары.Диагностикалау, клиникалық ағым, дифференциалды диагностика және емдеу алгоритмдерін ассимиляциялау.

Дәрістер тезистері:

Қол сүйектерінің сынуы:

Бұғана сынығы - барлық балалардың білек, иық сүйегі сынықтарынан кейін 13% құрайды.

Толық және жартылай (қабық асты) сынықтар болып бөлінеді. Қолын созып немесе иығын тірей құлағанда сыртқы 1/3 немесе 1/3 орталығынан сынады. Қабық асты сынықтар жаңа туған нәрестелерде жиі кезігеді. 2-4 жас аралықта 30,8% бұғана сынығы орын алады.

Клиникасы. Сынған бұғананың сынық ұштары азғана ығысады, қолы иығынан жоғары көтерілмейді, сыртқы қозғалысы шектеледі. Субъективтік шағымында ауырсынуы аз болғандықтан, бұғана көп жағдайда анықталмайды. 10-15 күн өткен соң, сынық сүйелінің томпаюы көзге білінеді де, баланың ата-анасының көнілін аудартырады. Толық бұғана сынуында сынық ұшы ішке жоғарғы, ал сыртқысы – төмен ығысады. Бұл жағдайды клиникасы аса тексерісті қажет етпейді.

Емі. Бірнеше жолғы емдеу барысында бұғана сынығы аса асқынбай, дұрысталып сынығы

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 19беті

бітіп кетеді. Шектен тыс пайда болған сүйек сүйелі де уақыт өткен соң білінбей кетеді. Балаға “Дезо” типті байламды 7-10 күнге салған жөн.

Қолтығының астына клеолға дәке мен мақтадан түйін салып, бала терлегенде тері қабатын сақтайтындай етеді, 5-тен асқан балаларға Кузьминский, Карпенко гипсті-балдақ байламын салады. Семей мед.институтында қолдануға бейімделген тақтаймен гипстеу байламы тиімді болады.

Кожукеев-Ивановтың пневмопелот байламын қолдануға да болады. Жауырынның бұғана-акромиялды буын шығуында Беннел тәсілімен операция жасалады. Тек қана ересек (14 жастан жоғары).

Операциялық емдеу балаларда өте сирек қолданылады, тек қан тамыры мен нерв жүйесінің жарақатталуы, тері қабаты тесілу қауіпсіздігінде, сүйек сүйелі 3 жастан аса 14-21 күнде [пайда болып](#), сынық қалпына келеді. Қозғалыс қабілетін балалар өздігінен игеріп алады.

Иық - тоқпан жілік сынығы. Жиілігі жағынан 2-ші орында (15,9%).

Тоқпан жіліктің мойын тұсындағы сынықтар:

- а) сұғынған,
- б) қабық асты,
- в) абдукциялық - (төменгі сынық ұшы ішке қарай ығысқан),
- г) аддукциондық - (төменгі сынық ұшы сыртқа қарай ығысқан).

Клиникасы.

Қолы дене бойына салбырап, ауырсынып, иық буыны ісініп, қозғалысы шектелген, дельта тәрізді бұлшық ет тығыздалып (абдукциялық сынық) қолтыққа төменгі сынық ұшы тіреледі. Тамыр нерв жүйесін зақымдамау үшін, сынық ұшын қозғамау керек, 2-жақты рентген суретімен анықталады.

Емдеу: Гипспен таңу келесі иықпен қоса иықты және білекті бекітеді.

Остеоэпифизеализдерде бірден қайта қалпына келтіріп, физиологиялық қалыпты гипстеп таңады.

Тоқпан жіліктің хирургиялық мойын тұсындағы метаэпифиздың - абдукциондық сынығы. 2 жұма ішінде, куде – іш - қол (торакоабдоминальды) гипспен таңуын орталық физиологиялық жағдайға келтіреді де, қайтадан гипстеп 2 жұмаға (жалпы 28 күнге) 2-3 жұмадан кейін гипс алынып тасталған соң, бала қолын өздігімен қозғай алады.

Остеоэпифизеализ немесе эпифизеализдерден соң өсу [аумағына едәуір зақым келсе](#), қол ұзындығы өзгеруі мүмкін. Диспансерлік тексеру 6 ай сайын өткізіліп, денешынықтыру әдістерін қолданады. Иық буынының қозғалысы толық болмағанда баланың тұлғасы өзгеруі мүмкін.

Диафиз тұсындағы сынықтар сирек кездескенмен емдеуге күрделі, асқынуы жиі болады.

- а) көлденең
- б) қиғаш
- в) винт тәріздес
- г) жарықшалы.

Клиникасы. Иық тұсы деформацияға ұшырап, салыстырмалы ұзындығы және абсолюттік ұзындығы қысқарады. Сынық тұсында патологиялық қозғалыс, сықырлақ пайда болады. Өте аз қозғалыстың өзі аса ауырсындырады. Ортаңғы үш бөлігінде тоқпан жіліншектегі сынықтар n radialis орналасқан тұстан өтіп, қауіп келтіреді (парез типті кесіліп кету мүмкін).

Сондықтан саусақ бастарының сезімталдығын тексеру қажет. (Фолькман контрактурасында). Емдеу: 3-5 жұма аралығында сүйек сүйелі толық өседі де, сынық қайта қалпына келеді. Сүйек сынық ұштары 4-5 жасқа шекті балаларда ұзындығы бойында 2 см-ге шекті, көлденеңінде 1/3 бөлігінде өзіндігінен кейін қалыптасып кетеді.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 20беті

Тоқпан жіліктің төменгі бөлігінің сынуы 64% өте жиі кезігеді де Г.А. Баировтың классификациясымен (1959) Париждегі анатомиялық номенклатураға сәйкестеліп жасалынып, буын іші, буын сырты болып бөлінеді. Жиі кезігетін айдаршық үсті және айдаршық арқылы өтетін сынықтар жәйлі тоқталсақ, айдарының үсті сынықтар буын арқылы өтпейді (5%), (95%) айдаршық арқылы өтетін сынықтар буын ішінде және буын қабымен, буын байламдары үзіліп, буынға қан құйылып, ісінуі мен ауырсынуы жоғары болғандықтан күрделі сынықтарға жатады. (А.Е.Ерекешов, 1986 ж).

Клиникасы.

Қолдың ұзындығы, тұлғасы өзгеріп, аурысынып, өздігінен қозғау қиынға түседі. Иықтың төменгі жағы ісініп, буынды да қамтиды. Маркс белгісі бұзылады да, тік бұрыш жасап өзгереді. 3 жазықтықта жатады: алдағы артқы және айшық сүйегіне немесе шынтақ сүйегіне қарай, кейде өз өсінен айнала ығысады. Өте қаты ығысуы салдарынан *n medianus g radialis* терді зақымдауы мүмкін.

Емдеу. Новокаин немесе наркоз беру арқылы ауырсыздандырып, бұлшық етті босатып, рентген сәулесінің көмегімен орнына салу қажет.

Орнына сынық ұштарын салғаннан соң артерия соғысы шеткі нервтің сезімталдығын тексерген жөн және рентген суретін қайта жасап анықтау қажет. Терең артқы гипспен тану тиісті, 14-21 күнде сүйек сүйелі пайда болады, ісігі түскен сайын рентгенмен байқаулар жасаймыз, 5-6 күн сайын.

Өте ауыр жағдайда: ісінуі жоғары, бірден сынық ұштарын қалпына келтіру қиынға түссе, қаңқа арқылы Киршнер сымымен шынтақтың проксимальдық метафизінен тарту арқылы, 2-4 кг жүкпен қатарға келтіру болады.

Егер 3 рет орнына сынықты сала алмасаңыз, ишемиялық Фолькман контрактурасы немесе қан-нерв жүйелерінің жарақаттануларына қауіп төнсе, Лангенбек кесу тәсілімен (шынтақ буынының артынан қол бойы) буын тұсындағы қан тамырларын, нерв, т.б. тексеріп, сынық ұштарын, орнына салып, Киршнер сымымен бекітеді де (бөлек) терең гипс лонгетін салып, 12-14 күнде гипсті алып тастап, буынды қозғауға ұрықсат береді. Н.Г. Дамье болжамы бойынша оссификациялы бұлшық ет асқынуы коллоидтік тыртықтыққа тіндері бейім балаларда жиі кезігеді.

Бұл жайға қарсы физио емдерін қолданып, қозғауды тоқтатуға болады. Витаминдер, микромакроэлементтер, тіндемалысына кокарбоксилаза, АТФ, актовегин, солкосерилдер жіберу арқылы көмектеседі. Массаж жасауға болмайды. Тағы бір асқынуы Cubitus varus, 20Ә - тан жоғары болса, операция жасау арқылы қолын түзетеді (шынтақтың - ішке қарай майысуы). (К.С. Ормантаев, Р.Ф. Марков).

Апоэпифизеолиз – томпақ жіліктің айдаршық үсті төмпешіктердің сынуы. Бұлар ішкі және сыртқы, буын сынықтары болып бөлінеді, 8-14 жастағы балаларда жиі кезігеді. Ішкі төмпештің, кенеттен және білектің сыртқа қарай тартылуында пайда болады, шынтақ буын жабуы, буынның ішкі бүйір жағындағы сіңір созылып, ішкі төмпешікті жұлып алады, ол төмен жылжып, орнынан қозғалады да шынтақ буынының арасына қысылып калады. Кейде осы сынықта нерв жүйесі де зақымдалады. (А. Молдаханов).

Клиникасы. Шынтақ буының ішкі жағы қанталап, ісініп кетеді. Қолмен де анықтауға болады, бірақ буында қозғалыс болмайды. Білек сыртқа қарай жеңіл бұрылады. Нерв жүйесінің жұмысын анықтаған жөн. Рентген суреті анық көрініс береді.

Емдеу: егер сынық жаңқасы орнынан таймаса немесе буынның жоғарғы сызық шетіне дейін тайса, қолды бүгіп, білекті және алақанды қырынан қойып, гипспен таңуға болады. Егер төмпешік буын арасында болса, оған қоса нерв жүйесі зақымдалса, міндетті түрде операция жасалады.

Иық (тоқпан) жілігінің бас тәрізді төмпешігінің сынуы балаларда 4-10 жас арасында жиі

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 21беті

кезігіп, буын іші сынығына жатады. Егер сынық сызығы өскіш аумақтан өтсе, эпифизеолиз делінеді бірақ “таза” эпифизеолиз өте сирек кездеседі. Сынық жазықтығы қисық бағытпен тоқпан жіліктің төменгі метаэпифизін де (артқа, жоғары, ішке) бағытпен өтеді. Буынға қан құйылуы секілді асқынулармен қалыптасады. Кейде 90Ә тіпті 180Ә бұрылып кетуі де мүмкін. (Р.Ф. Марков, К.С. Ормантаев).

Гютер ұшбұрышы бұзылған соң шынтақ буынын тіке бүгеді де, алақанды (пронация) төмен айналдырып, саусақтың ұшынан иық буынына дейін гипсті лонгет салады. 14-15 күнене соң гипсті алып, буынды қозғап, емдеу барысын жалғастырады. Бұл іші сынықтарды емдеу барысында витаминдермен, макро-микроэлементтер қолданумен қатар энзимдер: Вобэнзим, флогэнзим, вобэмугостер қолданғанды (Мукосфарма фирмасы) тиімді көреді.

Тоқпақ жіліктің сыртқы төмпешігінің жарақаты 13-15 жастағы балаларда жиі кезігеді. Бұл сынық қол созылып немесе білек ішке қарай бұрылып құлағанда байқалады. [Сыртқы шынтақ сіңірі созылып](#), тартылуынан төмпешік орнынан жұлынып қозғалғанда өзімен бірге томпақ жіліктің табақшасын ала кетеді. Сыртқы айдаршық пен кәрі жіліктің басының арасында қысылып қалады (өте сирек кезігеді).

Кәріжіліктің (сәуле сүйегінің) басы мен мойының сынықтары. Қолын соза салмақ түсіре құлпағанда проксимальді метафизінде көлденең деңгейде сынуы болады. Кейде кәріжіліктің эпифизеолизі өскіш аумағында болады, ал төмен болса остеоэпифизеолиз кезігеді.

Клиникасы. Супинация мен пронация қиындайды да аздап ісінеді, білектің жоғарғы тұсында. Буындағы білекте, жазылыс қиындықсыз. Сәуле нервінің талшығы жарақаттануы мүмкін, сондықтан сезімталдығымен саусақ жұмысын тексерген жөн. Сынықтар рентген суретінде көрінеді.

Емдеу тәсілі Баировтың (тері сыртынан инемен) коррекциялап орнына тігу арқылы жүргізіледі.

Осы тәсілдердің бірімен салынғаннан соң, гипстен лонгет салып, 21-28 күн ұстайды гипс алынған соң кәдуәлгі емдеу тәсілдерімен жалғастырылады.

Үлкендерде қолнанылатын операциямен кәріжілік басын алып тастау тәсілі балаларға жарамайды, себебі өскіш аумаққа зақым келеді, білектің сәуле сүйегі өспегеннен қысқаруы не қисайып, сәбидің *yalqus* – шынтақ буыны сыртқа ауытқып, буын тұрақсыздығына әкеледі. Шынтақ сүйегінің тәж өскінің сынуы (венечный). Ересек балаларда тікелей осы тұсын соққанда пайда болады, шеткі буын байламдары созылып, сүйек қабығы босап, сүйектің сынық ұшы жоғары ығысады.

Клиникасы: рентген пленкасын анықтауда. [Буын тұсы ісініп](#), буында ауырсыну болады. 10-12 жаста өскін аумақ осы шынтақ сүйектің тұсында болғандықтан, рентгенді оқу қиындау болуы мүмкін.

Емдеуі бірден сынық ұштарын орнына келтіріп, артқы терең гипсті лонгетке буынды 170-180Ә бүгіп, 21 күнге бектеді. Ісіп тұсуіне байланысты гипсті босатып немесе тығыздап таңыуды ұмытпаңыз. Егер консервативті емдеу жеткіліксіз болса “П” тәрізді жібек жіппен тігіп салу арқылы бекітеді. (С.И. Ярославцев, А.Ж. Абдрахманов, К.С. Садырбаев).

Сәуле сүйегі (кәріжілік) мен шынтақ сүйегінің диафизі тұсындағы сынықтары балаларда жиі және алақанына тіреле құлағанда пайда болады. Кейде “шыбық” тәрізді немесе “терек талшығына” ұқсап сынуы мүмкін. Ал ересек балаларда толық немесе сүйек қабығы асты сынуы мүмкін. Міндетті түрде төменгі сынық ұштары жоғары сыртқа қарай ығысып, жазылғыш жағынан ашылған ұшбұрыш жасайды, жалғыз ғана шынтақ сүйегі сынуы өте сирек кезігеді. Әдетте сәуле сүйегінің басы шығуы қосарласып Монтедж сынығын құрайды. Осы жағдайда сәуле сүйегінің басының шығуын байқамай, асқынулардың себебін тудырып, алуға болады. Олар шынтақ буынының қозғалысын тежеп, буынды бекітіп тастауы мүмкін.

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 22беті

Сондықтан ортаңғы бөліктерінен сынған сынық түрлерінде екі буынды (шынтақ және білезік) қатар рентген суретін түсіріп, Смит сызығының дұрыстығын байқау қажет. Білек сүйектерінің эпифизиолиздері балаларда өте жиі кезігеді, басқа сүйек эпифизиолиздерімен салыстырғанда және бұл жарақат өскін аумақтан өткендіктен дұрыс орнына келмесе, Маделунг типті өзгеріске немесе білектің қысқарып қалуына әкеліп соғады. Қол мылтық ұшына ұқсап, қисайып, ісік, білезік буында қозғалысты тежейді. Емдеу кезінде терең гипстік лонгет қолдың ортаңғы ұшына шекті салынады. Саусақтармен физиологиялық жағдайда жасына байланысты 2-3 жұмаға салу қажет (С.С. Бернштейн).

Білек сүйектерінің сынығын түзету аса қиын болмайды (1% новокаин 1,0 – 1 жасқа есепте) жергілікті ауырсыздандыруды [қолдана отырып](#), орнына салса, тек көлденең, қиғаш түрдегі сынықтар орнықсыз болғандықтан Киришнер сымын қолданып бекітуге болады, себебі екінші қайтара ығысу болуы мүмкін.

Жасына байланысты 3-6 жұмаға гипсті лонгет салу және ісігі басылған сайын босатып, немесе қатайтып тану және нерв талшығының, қан тамырларының жұмысын үнемі тексеру қажет..

4.Иллюстрациялық материал:

37 Слайдтық презентация

5. Әдебиеттер: негізгі және қосымша

Қазақ тілінде:

Негізгі:

- 1.Балалархирургиясы [Электронный ресурс] : оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Жалпы хирургия [Электронный ресурс] : оқулық / В. К. Гостищев ; қазақ тіл. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон.текстовые дан. (141Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық ірінді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011
4. Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Орыс тілінде:

Негізгі:

- 1.Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон.текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон.текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Қосымша:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

OÑTÚSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 23беті

Электронды ресурстар:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

5. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Иық сүйегінің сынуы. Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.
2. Білек сүйектерінің сынуы. Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу
3. Иық білек сүйектерінің шығуы. Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.
4. Қол басы сүйектерінің сынықтары. Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.

№7 Дәріс

1. Тақырыбы: Термиялық жарақаттар. Электрожарақат..

2. Мақсаты. Термиялық жарақаттар. Электрожарақат. Диагностикалау, клиникалық ағым, дифференциалды диагностика және емдеу алгоритмдерін ассимиляциялау.

Күйік деп ұлпалардың жоғары температураның, химиялық заттардың, электр тоғының және сәуле энергиясының әсерінен пайда болатын жарақатты айтады.

Күйік түрлері: термиялық – ыстық су, бу, от, қызған темір әсерінен; химиялық-қышқылдар мен сілтілер әсерінен; радиациялық –иондаушы радиация әсерінен. Күйік клиникасы 4 дәрежеге бөлінеді.

I дәреже –ауырсыну, қызару, ісіну. Күюдің бұл дәрежесінде эпидермис қабатының сыртқы бөлігі ғана зақымданады. Жазылу уақыты 2-3 күн. Орнында тыртық қалмайды.

II дәреже – ауырсыну, қызару, ісіну, күлдреуіштердің пайда болуы. Күюдің бұл дәрежесінде эпидермис қабаты толық зақымданады, ұсақ тамырлар жыирлып, қанның сүйік бөлігі тамырдан шығып, эпидермистің астына жиналады, соның нәтижесінде күлдреуіштер пайда болады. Асқыну болмаса 4-6 күнде күлдреуіштердің ішіндегі сары су қайтадан тамыр арнасына сіңеді.

III дәреже – күю дермаға дейін жетеді, дерманың үстінгі қабаты III А және толықтай дерма зақымдануымен III В сипатталады. Күлдреуіштердің арасында қара түсті некроз аймағы (струп) пайда болады. Бұл дәрежедегі күюлердің жазылуы бірнеше айға созылады. Орнында келоид тыртығы пайда болады. Дұрыс емдемеген жағдайда келоид тыртықтар буындағы қимылға кедергі жасап, контрактураға әкеліп соғуы мүмкін.

IV дәреже –теріден терең жатқан тіндер , сүйекке дейін күйеді. IV дәрежеде күйген аяқ-қол өз-өзінен айырылып, түсуі мүмкін.

Күю көлемі қаншама үлкен болса, науқастың жағдайы соншама ауыр болады.

Күйктің көлемін өлшеу – Алақан әдісі: адамның алақаны тері бетінің шамамен 1-1,2% сәйкес келеді. Тоғыздық әдісі: Тенисон-Руслаки әдісі – бас пен мойын 9%, қол 9%, дененің алдыңғы жағы 18%, артқы жағы 18%, аяқ 18%, аралық 1%.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 24беті

Күйік БМК-сы: 1. Зақымдаушы фактордың әсерін тоқтату (отты өшіру, ыстық су ағып жатқан қранды жабу т. б.)

2. Киімді кесіп алу, күйіктің көлемін, дәрежесін анықтау.

3. Ауырсыну сезімін басу (жағдайына қарап –жәй анальгетиктер, опиоидтер немесе есіркілер)

4. Күйік айналасын антисептикпен өңдеу.

5. Асептикалық таңғыш орап, жақтау салу.

6. Жәбірленушыны тоңдырып алмай, стационарға тасымалдау.

Күйік емі: 1. Ауырсыну сезімін басу Анальгетиктер немесе жалпы жансыздандыру көмегімен.

2. Таңғышты жібітіп абайлап тарқатып алу.

3. Көп көлемде күйдірмейтін антисептикпен (фурациллин, калий перманганаты, физиологиялық ер-ді) күйіктің бетін жуу. Үлкен жарылып қалған және жарылмаған күлдреуіштердің бетін кесіп алып тастау. Күйік бетін құрғату.

4. Ары қарай күйік емі ашық, жабық немесе аралас тәсілдерінің көмегімен өткізіледі.

Ашық әдісте науқас электр лампасы бар қаңқаның астында жатады. Бұл әдісте күйіктің беті бір қалыпты кеуіп және күйік бетін іріндеуден сақтайтын қабық пайда болады. Қабықтың пайда болуын тездету мақсатында күйік беттеріне кептіруші заттар қолданылады (10% калий перманганаты, танин, антибиотиктер). Ашық әдістің кемшілігі- күйіктің бетіне инфекцияның түсуі, плазманы жорғалту болып есептеледі.

Жабық әдісте әртүрлі майлы таңғыштар қолданылады. Осы мақсатта Вишневский линименті, **синтомицин эмульсиясы**, левамеколь, витаминделген балық майы, қызыл май пайданалынады. Таңғышты ауыстыру уақыты 8-12 күн. Қайта тануда ұлпалардың өліеттенген жерлері абайлап кесіліп алынып тасталады. Жараның беті тазаланғаннан кейін тері пластикасы орындалады.

Күйіктің жалпы емі. Басқа ашық жарақаттардағыдай, күйіктерде науқастарға сіреспеге қарсы сары су және сіреспе анатоксині егіледі. Күйік шоғының алдын алуын үшін анальгетиктер, нейролептиктер, новокаинды тосқауылдар мен бөгеулер қолданылады. Гиповолемиямен күресу үшін адекватты инфузиялық терапия қолданылады, тәулігіне 3000мл ге дейін. Жүрек-тамыр жүйесінің жұмысын қалыптастыратын жүрек гликозидтері, дәрумендер мен минералдар қолданылады. Инфекциямен күресу үшін антибиотиктер қолданылады. Күйген науқастың тамақтануына үлкен көңіл аударылады. Тағам жоғары калориялы, ақуызға, дәруменге бай болуы тиіс.

Күйік асқынулары: күйік шогі, күйік ауруы, жара бетінің іріндеуі, контрактура.

Күйік ауруы. Күюдың көлемі үлкен болса, адамдарда жалпы қауіптібұзылулар байқалады, бұл жағдайды күйік ауруы деп атайды.

Күйік ауруы 4 кезеңге бөлінеді: 1) күйік шогі, 2) жедел күю токсемия,

3) септикотоксемия, 4) реконвалесценция.

Күйік шогі жарақат шогінің бір түрі, 2 фазада өтеді – эректильді және торпидты;

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 25беті

және қатты ауырсыну мен плазманы жоғалту мен сипатталады. Шогтің эректильды кезеңінде адам қозып кетеді, қан қысымы жоғарлап, тамыр соғысы жиілейді.

Торпидтік кезең қатты әлсіреу жағдайына әкеледі: науқас көңілсіз, сылбыр, қан қысымы төмендейді, терісі бозарып, бет әлпеті қусырылады. Зәр бөлінуі азайып, кейін анурияға әкеліп соғу мүмкін.

Токсемия кезеңі күйгеннен кейін бірнеше сағаттан соң басталады. Күйік бетінен ұлы заттар қан арнасына еніп, денеге жәйілуі басталады. Бұл кезеңде науқастың жағдайы өте ауыр болады, дене температурасы жоғарлап, қалтырау байқалады, тамаққа тәбеті тартпай, ұйқысыздыққа шалдығады, адам жиі құсады, дәреті жүрмейді. Қаны қоюланып, лейкоформула солға қарай ығысады. Зәрде эритроциттер, ақ уыз, цилиндрлер байқалады.

Септикотоксемия кезеңі инфекцияның өсіп-өнуіне байланысты. Күйік беті іріндеп, дене температурасы 39-40° С дейін көтеріледі, инфекция қан арқылы ағзаға тарап сепсис жағдайына әкеледі. Полимүшелік жетіспеушіліктің қаубы өте зор болады.

Реконвалесценция – қалпына келу кезеңі. Дене температурасы, зәр шығу қалыптасып, науқастың тамаққа тәбеті пайда болып, өліеттенген тіндер өзбетімен бөліне бастайды, күйік бетіне жаңа грануляциялар пайда болады.

Үсік – төменгі температура әсерінен пайда болатын терінің және терең жатқан тіндердің зақымдануы. Үсік клиникасы 4 дәрежеге бөлінеді:

1дәрежелі үсікте тері ағарады, тері сезімталдығы жоғалады. Жылтқаннан кейін осы жер қатты қызарып, ісінеді және ауыра бастайды.

2дәрежелі үсікте жоғарыдағы белгілерге күлбіректер пайда болуы қосылады.

3дәрежелі үсіктердетері өліеттенуі байқалып, бозару, сезімталдықтың жоғалуы және қанды сары суға толған күлбіректерге некроз аймағы қосылады. 7-10 күннен кейін тірі және өлі тіндердің арасында демаркациялық сызық пайда болады.

Жазылуы 2-3 айға созылады.

4дәрежелі үсікте некроз сүйекке дейін жетіп, үсікке шалған дене бөлігі қарақоңыр болып, өлі және тірі ұлпалардың арасында демаркациялық сызық белгіленеді.

Үсік алған жердің жаны кетіп ауыру сезімі жоғала бастайды. Соңында үсіген дене бөлігі солып, қарайып (мумификацияға шалған) өз бетімен айырылып түседі.

Асқынуы: жараның қабынып, іріндеуі, өзіндік ампутация, мүгедектік.

Бірінші медициналық көмек. Жәбірленушінің үсікке шалдыққан дене бөлігін, жылы жерге апармастан, көп қабатты жылытқыш таңғышпен орау керек (қармен ысқылауға болмайды!). Содан кейін жәбірленушіні жылы жерге кіргізіп, есі анық болса ыстық шай немесе кофе ішкізу керек. Ауырсыну сезімін басатын жай анальгетиктерді б/е енгізіп, к/т глюкоза-новокаинды қоспаны тамшылатып енгізеді.

Емі. Емдеу әдісіне қан айналымының бұзылысын болдырмау және инфекцияның алдын алу шаралары жатады.

I дәрежедегі үсікте бірінші медициналық көмек шаралары жеткілікті болады.

II дәрежедегі үсікте жарның алғашқы өңдеуі кезінде күлбіректің беті алынады

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 26беті

және майлы асептикалық таңғыш қойылады. 5-7 күннен кейін физиоом (УВЧ, УКС) қолданылады.

III-IV дәрежедегі үсікте оған қоса **некроэктомия жасалынады**, кейін көбінесе ашық әдіспен емделеді. Грануляциялар пайда болғаннан кейін майлы таңғыштар қолданылады. Демаркациялық сызық пайда болған жағдайда –некроэктомия, экзартикуляция немесе ампутация жасалынады. Үсікке шалынған адамға ақ уыз бен дәрумендерге бай, жоғары калориялы тағамдарды беру керек, онымен қоса антибиотикотерапия, инфузиялық терапия тағайындалады.

Үсіген науқастың күтімінде ең бастысы жарақаттанған жердің іріңдемеуінің алдын алу болып есептеледі. Бұл қатаң асептиканы сақтап, амеханикалық, химиялық антисептика әдістерін қолдану. Үсудің барлық дәрежелерінде сіреспе және газ ганренасының алдын алуы қажет.

Электр тогынан жарақаттану. Электр тогынан не болмаса найзағайдан дененің жарақаттануын электрожарақат дейміз. Денеден өткен электр тогы не болмаса найзағайдың ажырасқан /разряд/ тогы ағзада жергілікті және жалпы өзгерістер береді. Электротравма тұрмыста да және өндіріс саласында да, техникалық қауіпсіздік ережесін дұрыс пайдаланбаудан жиі кездесіп тұрады.

Жергілікті белгілері электр тогының денеге кірген және шыққан жерлері күйікке айналады, көбінесе 3-4 дәрежедегі күйіктің белгілерін көрсетеді. Пайда болған күйіктің жаралары терең, ұлпаларының қыртыстанған шеттері сары - көкшіл түсті елі ет сияқты көрінеді. Кейбір жағдайда жарақаттанған ұлпалар сүйекке дейін жетеді. Жоғарғы дәрежедегі токтың күші әсер еткенде ағзаның ұлпалары ыдырап, кейбір жағдайда дененің шеткі мүшелері /аяқ, қол, құлақ, мұрын/ түсіп қалуы мүмкін.

Найзағайдан болған жергілікті белгілер электр тогынан болған белгілермен ұқсас болып келеді.

Электр тогының жалпы белгілері өте қауіпті, себебі бұл жарақаттанудың әсерінен орталық жүйке жүйесіне әсер етуінен пайда болады. Бұның клиникалық белгілері ауыр соққыдан алған мидың қозғалу белгілерімен бірдей, жарақаттанған адам жедел түрде есінен айырылады. Кейбір жағдайда аяқ - қолдың жұмыс жасауы /параллич/, көз көру, жұтыну қызметтері нашарлайды. Зақымданудың қатал түрінде мидың тыныс алу және жүрек жұмысын реттейтін орталығы нашарлауының салдарынан өкпе мен жүректің соғуы тоқтап қалып жалғансыз өлімге әкеліп соқтырады.

Бұндай жағдайда, жедел түрде реанимациялық көмек көрсетілуге тиісті.

Алғашқы көмек және емдеу жолдары аурудың жатқан жерінен басталады.

Алғашқы көмектің қандай түрде көрсетілуіне қарай адамның өмірі соған байланысты болады. Алғашқы мақсат ток ұрған адамды сол электрдің әсерінен құтқару керек /электр сымдарын кесу, айыру/. Бұл үшін электр тогы өтпейтін құралдарды пайдалану керек /резеңке қолғап, калош, құрғақ ағаш, киіз, алаша т.б./.

Керектігі болса реанимациялық шаралардың жеңіл түрлерін қолданады: жүрекке

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 27беті

сырттан массаж беріп, тыныс жолдарына ауызбен ауызға, ауызбен мұрынға жел үрлейді. Есінен танып қалған жағдайда, қан тамыры арқылы жүрек жұмысын жақсартатын, тыныс жолдарын кеңітетін дәрілер беріледі, аяқ-қолдарын уқалап, мұрнына оттегін беріп, күретамырға сұйықтар, қан құю керек.

Найзағайдан жарақаттанған адамға алғашқы көмекпен емдеу жолдары электр тогынан жарақаттанған адаммен бірдей. Найзағайдан жарақаттанған адам электр тогы қуатының көптігінен бірден өліп кетуі мүмкін, аман қалған уақытта шеткі мүшелері /аяқ, қол/ күйіп үзіліп түсуі мүмкін, шаштары жанып кетеді.

4.Иллюстрациялық материал:

25 Слайдтық презентация

5. Әдебиеттер: негізгі және қосымша

Қазақ тілінде:

Негізгі:

- 1.Балалархирургиясы [Электронный ресурс] : оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Жалпы хирургия [Электронный ресурс] : оқулық / В. К. Гостищев ; қазақ тіл. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон.текстовые дан. (141Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық іріңді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011
4. Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Орыс тілінде:

Негізгі:

- 1.Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон.текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон.текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Қосымша:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронды ресурстар:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

6.Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 28беті

1. Күйік жарақаттары. Этиопатогенез. Жіктелуі Клиникалық көрініс. Диагностиканың ерекшеліктері. Емдеу тактикасы. Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.

4. Электрожарақаттар. Этиопатогенез. Клиникалық көрініс. Диагностиканың ерекшеліктері. Емдеу тактикасы. Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу

№8 Дәріс

1. Тақырыбы: Туылу кезіндегі жарақат. Патологиялық сынықтар.

2. Мақсаты. Туылу кезіндегі жарақат. Патологиялық сынықтар. диагностика, клиникалық ағым, дифференциалды диагностика және емдеу алгоритмдерін игеру.

3. Дәріс тезистері

Туу кезеңінің жарақаты деп – тіндер мен мүшелерде туу кезеңінде механикалық күштің әсерінен туындаған әр түрлі зақымдар аталады. Қазіргі акушерлік (кіндік шешелік) көмек жақсы болғандықтан, туу кезеңінің жарақаттары едәуір азайды.

Этиологиясы мен патогенезі. Туу кезеңінің жарақаттары нәрестенің жағдайымен, жүкті ананың жыныс жолының қалпымен және туу әрекетінің барысымен тығыз байланысты. *Нәрестенің жағдайымен* байланысты себептер мыналар:

- 1) шарананың тіндеріндегі веналарға қан іркілтетін тума кемістіктер – эмбриопатиялар;
- 2) геморрагиялы синдром байқалатын фетопатиялар;
- 3) плацентаның жеткіліксіздігінен шарананың гипоксияға ұшырауы;
- 4) шала туғандық пен кешеуіл туғандық.

Шала туған нәрестенің тіндері де шала жетіледі, сондықтан құрамында эластикалық талшықтар өте аз болады да, жыртылуға бейім келеді. Сол себепті, қан тамырларының өткізгіштігі де өте жоғары. Жаңа туған, әсіресе шала туған нәрестелердің бауыры толық жетілмейді, бұның салдарынан бауырда түзілетін протромбин мен қанды ұйытатын VII, IX және X факторлар кемиді. Бұл заттар витамин К және Р тапшылығынан да азаюы мүмкін. Шала туған нәрестенің бассүйектері жұмсақтау, сондықтан туу әрекетінің әсерінен олар ішке қарай иіліп, мидың тіндеріне қысым туғызады. Нәресте кешеуіл туса, плацента кері дамып, тіндер гипоксияға ұшырап, бұл да тіндердің оңай жарақаттануына себеп болады.

Кефалогематома (грекше: *kefale* – бас) – бассүйегі қабықшасының астына қан құйылуы. Ол көбіне шүйде немесе төбе сүйектерінің сыртқы бетінде қалыптасады; баяу тарап, әдетте беріштеніп, сүйекке айналады (*оссификация*). Инфекция түсіп, іріңдеген кефалогематомадан кейде *іріңді менингит* өрістейді.

Ми қабықшаларына қан әр түрлі сипатта құйылады.

Эпидуралық қан кету деп – бассүйектерінің ішкі беті мен мидың қатты қабықшасының арасына қанның жиналуы аталады. Ол бассүйектерінің зақымды жерінде қалыптасып, ауқымды болады, төбе сүйектерінің тұсында сирек байқалады. Оны *ішкі кефалогематома* деп те атайды.

Субдуралық кеңістікке құйылған қан ми тінінің үстінде жайғасып, көлемді болады; көбіне мишықтың жамылғысы, орақ тәрізді өскін, көлденең және тік синустар, мидың үлкен венасы (*Гален венасы*) жылтылғанда байқалады.

Бастың сүйектері майысып, жарылып, кейде сынып зақымдалады; акушерлік қысқыш қолданылса, көбіне нәрестенің төбе сүйектері сынады.

Акушерлік көмектің зардабынан **омыртқа сүйектері сынса**, жұлын жарақаттанады. VI мойын омыртқа бұлшықетпен толық қоршалмаған, сондықтан көбіне жұлынның осы

OÑTÚSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 29беті

тұсы, кейде басқа да бөлімдері зақымдалады. Қан мидың қатты қабығының астына құйылып, кейін төмен қарай жайылады. Сонымен, бассүйектері мен жұлын жарақаттарының көбі – *негізінен акушерлік жарақаттар*.

Қаңқа сүйектерінің ішінде жиі сынатыны – *бұғана*. Әдетте, ол ортаңғы және шеткі үштен бір бөлігінің аралығынан сынады.

Мойын мен нықтағы ж%йкелік түбірлер жарақаттанған нәрестелердің қолы мен диафрагмасын сал соғады.

Тері шел майының жарақаттары көбіне ірі нәрестелерде байқалады, некрозды ошақтарда *липогранулема* қалыптасады.

Кеуде-бұғана-үрпі бұлшықеттері үзілсе, нәрестенің мойны қисайып қалады.

Микроскоппен зерттегенде бұлшықет шала жетіліп, дәнекер тінді тыртық жайлаған жерлерді көреміз. Бұл зақым пренатустық кезеңде пайда болатын сияқты. Зақымды бұлшықет туу кезеңінде оңай үзіледі.

4.Иллюстрациялық материал:

18 Слайдтық презентация

5. Әдебиеттер: негізгі және қосымша

Қазақ тілінде:

Негізгі:

- 1.Балалархирургиясы [Электронный ресурс] : оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Жалпы хирургия [Электронный ресурс] : оқулық / В. К. Гостищев ; қазақ тіл. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон.текстовые дан. (141Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық іріңді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011
4. Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Орыс тілінде:

Негізгі:

- 1.Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон.текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон.текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Қосымша:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
 2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
 3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
 4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
 5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002
- Электронды ресурстар:**

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 30беті

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

6.Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Жаңа туылған сәбилерде жарақат. Клиникалық көрініс.
2. Кефалогематолма. Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.
3. Жабық сүйек сынықтары этиопатогенезі. Клиникалық көрініс. Диагностиканың ерекшеліктері. Емдеу тактикасы

№9Дәріс

1. Тақырыбы: Ұршықтың туа біткен шықпасы

2. Мақсаты: Ұршықтың туа біткен шықпасы кезіндегі диагностикалық алгоритмдерді, клиникалық ағымдарды, емдеудің дифференциалды диагностикасын игеру.

3. Дәрістер тезистері:

Ұршықтың туа біткен шықпасы

Туадан біткен ұршық шығу

Туадан біткен ұршық шығу немесе Ұршық буынының дисплазиясы (developmental dysplasia of the hip) — тірек-қимыл жүйесінде болатын кемістіктердің бірі. Мұнда баланың ортан жілігінің шығып кетуі іштен туа болады немесе соған бейім боп туады. Туадан ұршық шығу ауруы, әуелі мүше мүгедектігінің ішіндегі ішіндегі ең жиі кезітетіні болып табылады. Туадан ұршық шығу ақауы неғұрлым ерте анықталса, солғұрлым жақсы болады. Нәрестеден анасы мына белгілерді байқаса сол сәтінде маман дәргерлерге барып қаралуы шарт. Сырқаттың пайда болу себептері күні бүгінге дейін толық анықталған жоқ. Бірақ ол жөнінде бірнеше теориялар бар:

Алғашқы ұрықтану кезіндегі кемістік, яғни ұрықтанған аналық жасуша дұрыс дамып жетілмейді. Тіпті бұл тұқым қуалауы да мүмкін деген пікірлер айтылады;

Жамбас-сан буынының қабынуы теориясы – іштегі нәресте жатырдың тарлығына және ондағы судың аздығына байланысты механикалық қысым көреді, ал ол қабынуға әкеледі;

Ағзаның толық жіктелмеген дәнекер тіндерінің дисплазиясы. Бұл теория бойынша жамбас-сан буынын құратын құрылымдар (бұлшық ет, сіңір, буын қабы, сүйектердің буын жақ беттері) үйлесімділігі толық жетілмеген.

Ер балаларда да, қыз балаларда да көбінесе бір жақ ұршықтың шығуы кездеседі. Босанарда бөксе жағымен келіп туған нәрестелерде, шала туған балаларда мұндай шығу жиі байқалады. Ауру кезінде жамбас-сан буынында мынадай өзгерістер болады

Ұршық ұясының үстіңгі жиегі көтеріңкі (тайқы) болып қалыптасады. Ұршық ұясы дұрыс тереңдеп жетілмейді;

Буын айналасындағы тіндер өзгеріске ұшырайды:

жамбас-сан буындарының сіңірлері, мысалы, шеңберлі аймақ, жамбас-ортан жілік, шонданай-ортан жілік сіңірлері созылады;

буын қабының созылмалы шығуға бейімделуі барысында "құм сағат" пішінге өзгереді;

жамбас-сан буыны аумағындағы бұлшық еттер (бөксе, тақым еттері) қысқарады, олардың жоғарғы (омыртқа) және төменгі (жамбас астаушасы мен ортан жілік) бірігу нүктелерінің жақын орналасуына байланысты қысқаруынан және көлбеу тартуынан өздерінің физиологиялық тонустарын жоғалтады.

Осы айтылған себептер ортан жілік басының, яғни ұршығының жамбас шұңқыры ортасынан тайып, жоғары және артқа қарай қозғалуына алып келеді.

Төменгі әйгіленімдер ұршық буынының дисплазиясы кезінде ең жиі кездесетіні:

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 31беті

Аяғын талтайтқанда, толық талтаймайды.

Ұршық буынының орнынан тайюы немесе оның сыртылдау әйгіленімі дейді (Марк-Ортолан әйгіленімі).

Шап аймағындағы қатпарлардың симметриялы болмауы және қосымша қатпарлар пайда болуы.

Аяқтарының бір-бірінен қысқа болады.

Аяқ ұштарының сыртқа қарай айналуы.

Осы белгілерді анықтай салысымен маман адамдарға апарып көрсету керек. Толық анықтау үшін рентгенодиагностика жасалу керек. Рентген суретте ұршық басының сүйектенуі қалыс болып, кейде сыртқа қарай орналасыды, буын шұңқырының үстіңгі қырының жайдақталуы және т.б. белгілері болады.

Егер, 1,5 жасқа дейін операциясыз емдесе 95% дейін жақсы нәтиже береді, ал 4 жасқа дейін анықталса 80% жақсы нәтижемен операциясыз емдеуге болады.

Жаңа туған нәрестелер мен алғашқы айдағы сәбилерде физиологиялық жоғары тонус болатындығына байланысты жамбас-сан буыны дисплазиясын анықтау күрделірек.

Дегенмен, сандағы қатпарлар санына, ауру аяқтың сыртқа қарай теуіп жатуына, екінші аяқпен салыстырғанда қысқалығына, бала жүрісінің өзгеруіне, яғни ақсауына немесе аяғын сылтып басуына және т.б. белгілерге көңіл бөлген жөн.

Ауру аяқты рентгенге салып та тексереді. Сонда мынадай белгілер байқалуы мүмкін:

жамбас сүйек айналма ойдымының шатыршасының көлбей бітуі;

ортан жілікбасы ядросының сүйектену мерзімінің кешеуілдеуі;

ортан жіліктің шетке қарай ығысып орналасуы. Бұл үш белгі "Путти үштігі" (триадасы) деп аталады.

Үш айға толмаған нәрестені рентгенге түсіруге рұқсат етілмейді. Өйткені осыған дейін ортан жіліктің басы сүйектене қоймайды және ойдымдарының физиологиялық тұрғыдан үлкендігі қате шешім жасауға себепші болады.

Емдеудің екі жолы бар. Олар:

отасыз және дәрі-дәрмекпен емдеу;

ота жасау. Ем баланың жасына, сырқатының түріне қарай іріктеледі. Нәтижесі бала сырқатының ерте, дер кезінде анықталуына байланысты. Отасыз емнің негізгі шарты:

баланың жамбас-сан буындарына қысым жасамау, еркін болуын қадағалау;

құндақтау, мұндағы мақсат – ортан жіліктің басын жамбас ойдымының орта тұсына бейім ұстап, ойдымның жұмсақ шеміршек жиегін және т.б. буын айналасындағы жұмсақ тіндерге зақым келтірмеу және қозғалысты арнаулы бағытта сақтау. Осы мезгілде, егер балада дисплазия немесе жамбас-сан шығуы болмаса, ет-сіңір шетіндегі физиологиялық тонус қалыпты жағдайға келеді;

күніне бірнеше рет, мысалы, емізер алдында құндағын ашып, жауырын, жамбас айналасын сылап-сипап, буындарын еркін бүгіп-жазып, созып тұру керек.

Оң қолмен бүгілген сол аяқты сағат тілі бағытымен, сол қолмен оң аяқты сағат тіліне қарсы, екі аяқты бір деңгейге келтіріп, сонан соң жамбас-сан буынын да айналдыру керек.

Айналдыру саны баланың жағдайына байланысты, оны күштеп жасауға болмайды

4.Иллюстрациялық материал:

30 Слайдтық презентация

5. Әдебиеттер: негізгі және қосымша

Қазақ тілінде:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 32беті

Негізгі:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс] : оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Жалпы хирургия [Электронный ресурс] : оқулық / В. К. Гостищев ; қазақ тіл. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон. текстовые дан. (141Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық іріңді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011
4. Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Орыс тілінде:

Негізгі:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон. текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон. текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Қосымша:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство). 2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронды ресурстар:

Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Ұршықтың туа біткен шықпасы. Клиникасы. Зерттеу жоспары. Емдеу принциптері. Диспансеризация. Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.

№10 Дәріс

1. Тақырыбы: Бұлшық еттік қисық мойын. Маймақтық. Майтабан. Саусақтар мен қолдардың даму ақаулары

2. Мақсаты Бұлшық еттік қисық мойын. Маймақтық. Майтабан. Саусақтар мен қолдардың даму ақаулары ауруларында диагностика, клиникалық ағым, дифференциалды диагностика алгоритмдерін игеру.

3. Дәрістер тезистері:

Қисық табан. Біткен қисық табан жиі кездесетін даму ақауы. Негізгі клиникалық белгісі - эквинус, супинация и аддукция, бала жүре бастаған уақыттан қосымша белгі-жіліншік торсия сы анықталады.

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 33беті

Қисық табанның патогенезі флексатор-супинатор мен экстензор-пронатор арасындағы туа біткен бұлшықеттік дисбаланспен түсіндіріледі.

Емдеу шаралары нәрестелік кезеңнен басталып, қисық табанның барлық компоненттерінің бір мезгілде жойылуына бағытталуы керек. Нәрестелік кезеңде деформацияны жою үшін емдік мақсатта Финк-Эттингер әдісі бойынша таңғыш салу қолданылады. Соңынан сатылы этапты гипстік таңғыштар салынады. Консервативтік ем 1 жасқа дейін қолданылады. Егер қисық табан консервативтік әдіспен емделмесе, операциялық әдіс пен ортопедиялық емге көшеді.

Қисық мойын. Қисық мойынның негізгі белгісі – мойынның деформациясы және бастың дұрыс орналаспауы.

Басты изететін бұлшық еттің фиброзды өзгерісі бұлшық еттің қысқаруына және бастың зақымдалған жаққа қисаюына және бұрылуына әкеледі.

Консервативтік ем – жергілікті: регрессиялаушы жаттығулар, мойын бұлшық еттерінің массажи, физиотерапевттік процедуралар, коррекциялаушы функциялық иммобилизация т.б. Баланың 2 жасынан бастап емдеу 74-85% науқастарда зақымдалған бұлшық еттің формасы мен функциясын қалпына келтіруге мүмкіндік береді.

Уақытында адекватты емдеу жүргізілмеген кезде бала 3 жастан асқанда бастың патологиялық қисаюы және бұрылуының ұлғаюына байланысты екіншілік өзгерістер пайда болады: бет сүйектерінің асимметриясы және гемигипоплазиясы, омыртқа бағанының кеуде бөлімдерінде функциялық сколиоз.

Майтабан

Табан тірек пен қимыл органы және тірек-қимыл жүйесінің ең көп күш түсетін бөлігіне жатады. Құрылымының ерекшеліктеріне байланысты сау табан 70%-ке дейін түрлі ауыртпалықты көтере алады. Табан жүру мен жүгіру кезінде аяқ буындарына және бүкіл денеге күшті бірдей түсіретін тірек функциясын атқарады.

Майтабан уақыт өте дене мүсінін бұзады, табан сүйектерінің деформациялануына және омыртқа ауруларына әкеліп соғады (остеохондроз, сколиоз, аяқтың артрозы).

Майтабанның негізгі себептері:

- дене белсенділігінің аздығы;
- артық салмақ, семіздік;
- кальций мен Д дәрумендерінің жетіспеушілігі;
- рахит, полиомиелит, БЦСА (ДЦП) секілді аурулар және жарақат алу кезінде, мысалы табан мен тобықтың сынуы;
- дұрыс тандалынбаған аяқ киім, биік өкше;
- жүктілік.

Егер де бала тез шаршап, жүргенде ақсандаса, аяғын табанның ішкі, не сыртқы жағына, ал аяқ киімді бір жағына қарай басса, аяқ пен бел ауруларына шағымданса, бүкірейсе - ортопед дәрігерге бірден қаралу қажет, себебі майтабандылықтың бастамасы болуы мүмкін.

4.Иллюстрациялық материал:

46 Слайдтық презентация

5. Әдебиеттер: негізгі және қосымша

Қазақ тілінде:

Негізгі:

- 1.Балалархирургиясы [Электронный ресурс] : оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Жалпы хирургия [Электронный ресурс] : оқулық / В. К. Гостищев ; қазақ тіл. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон.текстовые дан. (141Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық іріңді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 34беті

4. Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Орыс тілінде:

Негізгі:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон.текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.

2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон.текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.

3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.

4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.

5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Қосымша:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.

2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.

3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018

4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д., Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001

5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронды ресурстар:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

6.Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Бұлшық еттік қисық мойын. ерекшеліктері. жаңа туылған нәрестелердегі аурулар.

3. Маймақтық. Майтабан. Асқынулар. Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.

4. Саусақтар мен қолдардың даму ақаулары. Клиникалық көрініс. Асқынулар. Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу

№11 Дәріс

1.Тақырыбы: Кеуде тума деформациялары.Тұлғаның патологиялық түрлері. Сколиоз.

2. Мақсаты. Кеуде тума деформациялары.Тұлғаның патологиялық түрлері.

Сколиоз.диагностика, клиникалық ағым, дифференциалды диагностика алгоритмдерін игеру.

3.Дәрістер тезистері:

Кеуде тума деформациялары.Тұлғаның патологиялық түрлері. Сколиоз.

Кеуде қуысының деформациясы кеуде түрінің өзгеруі деп аталады - ішкі ағзаларды қорғайтын жоғарғы облыстың тірек-қимыл аппараты. Егер баланың деформациясы бар болса, онда жүрек, өкпе және басқа органдардың функциялары бұзылады.

Кеуде деформациясының себебі неде?

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 35беті

Бұл аномалияның 2 түрі бар: туа біткен және сатып алынған. Кеуде қуысының туа біткен деформациясы ұрықтың ішкі мүшелерінің дамуы бұзылған кезде пайда болады. Деформация килендік, жалпақ және шұңқырға ұқсас типке жатады.

Біріншісі қабырғалардың оң жақ бұрыштарына бекітілген баланың қабынуымен сипатталады. Бұл жағдайда кеудеге килектің түрі бар.

Шұңқыр тәрізді деформация кезінде касальдық шеміршектің бүршіктері және алдыңғы қабырғалары қаңылтыр. Тереңдік дәрежесіне қарай 4 дәреже бөлінеді: I дәрежесі - 2 см дейін, II - 4 см, III - 4 см, IV - 6 см-ге дейін.

Тегіс деформация кезінде кеуде қуысының мөлшерін азайтады. Мұндай өзгерістермен жүректің және өкпе жұмысының нашарлауы орын алмайды.

Туа біткен деформацияның себептерін зерттеу нағыз патологиялық патологияны қалай құрғаны туралы нақты түсінік бермейді. Дәрігерлер, әртүрлі тератогенді факторларда маңызды рөл атқарады деген пікір бар. Егер бұл ауру туыстарда болса, генетикалық тұқым қуалау туралы айтуға болады.

Кеудеге балалардың сатып алынған деформациясына келетін болсақ, ең көп кездесетін себептер - бұл аурулар (рахит, сүйектердің туберкулезі, сколиоз, өкпе аурулары), асқазан мен жарақаттардың күйіктері. Бұл деформация 4 түрге бөлінеді: эмфиземалы, параличикалық, навикулы және күйфосколиоз.

Кеудеге деформациядан қалай құтылуға болады?

Кеуде безінің деформациясын анықтау, бұл ақаулықты қалай емдеу - бұл ортопедтің құзыретіне жатады. Кеуде қуысының килективті деформациясы ішкі органдар қызметінің бұзылуына әкелмейді, әдетте ешқандай емдеу қажет емес. Жалғыз нәрсе, осындай патологиясы бар балалар жедел шаршау, диспнияға ұшырайды. Бірақ бұл тілек - плазма хирургиясы - торакопластика.

Шұңқыр тәрізді деформацияны емдеу кеуде қуысының үзілуі дәрежесіне байланысты. I және 2 деңгейде өзгерістер косметикалық ақаулық болып саналады, сондықтан консервативті емдеу көрсетіледі. Бұл жағдайда кеуде деформациясына аурудың прогрессивті жолын тежеу үшін арнайы терапиялық жаттығулар тағайындалады. Мұндай патологиясы бар балаға спортпен айналысуға пайдалы - мысалы баскетбол, волейбол, есу, теннис және жүзу. Кеудедің деформациясы бойынша жаттығулар ақауларды түзетпейді, бірақ оның дамуын бәсеңдетеді. Кеудеге арналған жаттығуларға ерекше көңіл бөлінеді (пуштеу, разводка гантели, пауза), себебі бұлшық еттер бұл деформацияны жасыруға көмектеседі. Терапиялық массаждың мерзімді курстары да пайдалы.

Егер спортпен айналысуға және жаттығу терапиясына қарамастан, балалардағы кеуде деформациясының прогрессивті сипаты бар болса, ауруды емдеу хирургиялық араласуына дейін төмендейді. Әдетте, операция 6-7 жастағы кіші пациент болғанда жүргізіледі. Бұл жастағы кемшіліктің қалыптасуы тоқтатылған. Әдіс танымал болып табылады, онда қоқысты қылқаламда жасайды және магниттік пластина салынған. Сыртта магнит пластинасы бар белдік кеудеге қойылады. Магниттерді тартуға байланысты, шұңқырлы деформация 2 жыл бойы түзетіледі.

Сколиоз (көне грекше: σκολιός, лат. scoliosis — қисық, қисайған) — омыртқаның бір бүйірге қарай қисаюы. Сколиоздың туылғаннан болатын және жүре пайда болатын түрлері бар. Туылғаннан болатын сколиоз омыртқа, қабырға мен жауырынның және төс сүйегінің әр түрлі себептерден дұрыс дамымауынан болады. Сколиоздың бұл түрі нәресте туғаннан кейін немесе алғашқы қадамын жасағанда, кейбір балаларда аурудың белгілері 5 — 6 немесе 12 — 14 жаста байқалады. Жүре пайда болатын сколиоздың себебіне қарай рахиттік, статик., неврогендік және үйреншікті (идиопатик.) түрлері болады. Рахиттік сколиоз негізінен рахит ауруына шалдыққан балаларда кездеседі. Мұндай

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 36беті

балалардың [сүйектерінің](#) жұмсару себебі олардың ерте отырып, жұмсақ төсекте жатуына байланысты болады. Статикалық сколиоз омыртқаға түсетін күштің бірқалыпты болмауынан дамиды. (мысалы, скрипкашылар, тігіншілер, т.б.). Неврогендік сколиоз [полиомиелитпен](#) ауырған балаларда кездеседі. Үйреншікті сколиоз арқа, жауырын, бұлшық еттерінің қалыпты дамымауынан болады. [Омыртқа](#) бойында орналасқан бұлшық еттердің әлсіз болуы омыртқаға түскен әр түрлі күштердің әсерінен омыртқаның біртіндеп бір бүйірге қарай қисаюына әкеледі. Бұл мектеп жасындағы балаларда жиі кездеседі. Сондай-ақ сколиоздың бөлшектенген (омыртқаның тек бір бөлегінің қисаюы); тұтас (омыртқаның толықтай қисаюы); сыртқы пішініне қарай: біржақты және S тәрізді түрлері ажыратылады. Сколиозды емдемес бұрын сколиоздың түрі мен омыртқаның қисаю дәрежесі; ауру адамның жасы мен оның қосымша сырқаттары; диагноздың қойылу мерзімі, т.б. жағдайлар мұқият ескеріледі. Емі: консервативті әдіс бойынша — [арқа](#), [жауырын](#) тұсындағы [бұлшық еттерді](#) арнайы [гимнастика](#), [массаж](#), [дәрі-дәрмек](#), әр түрлі [корсеттерді](#) пайдаланып нығайту; [хирургиялық](#) әдіс бойынша — консервативті ем нәтиже бермеген жағдайда, ауто-гомоторанспланттарды қолданып, омыртқаны бір қалыпта бекіту үшін операция жасау

4.Иллюстрациялық материал:

40 Слайдтық презентация

5. Әдебиеттер: негізгі және қосымша

Қазақ тілінде:

Негізгі:

- 1.Балалархирургиясы [Электронный ресурс] : оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Жалпы хирургия [Электронный ресурс] : оқулық / В. К. Гостищев ; қазақ тіл. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон.текстовые дан. (141Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық ірінді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011
4. Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Орыс тілінде:

Негізгі:

- 1.Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон.текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон.текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Қосымша:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 37беті

5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002
Электронды ресурстар:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

6.Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Сколиоз дегеніміз не? Жедел гематогенді остеомиелиттің клиникалық көрінісі.

2. Кеуде тума деформациялары.Тұлғаның патологиялық түрлері клиникалық көрінісі.
Диагностикасы.

№12 Дәріс

1. **Тақырыбы:** Балалардағы остеохондропатиялар.Лег-Кальве-Пертес, Осгудт-Шлятер ауруы. Келлер 1,2 ауруы

2. **Мақсаты:** Балалардағы остеохондропатиялар.Лег-Кальве-Пертес, Осгудт-Шлятер ауруы. Келлер 1,2 ауруы этиопатогенезі, жіктелуі, клиникасы, әртүрлі жастағы балалардың ерекшеліктері, тексеру бағдарламасы, емдеу принциптері, диспансерлік бақылау. Клиникалық хаттамаларға сәйкес диагностика, диф диагностика және емдеу жолдары.

3. Дәрістер тезистері:

Легга-Кальве-Пертес ауруы балалық жаста пайда болады және ұршықбуынның аумағында (жамбастағы буын) және ортан жіліктің (жамбас сүйегінің буыны) басының зақымдануымен сипатталады. Легга-Кальве-Пертес ауруы ортан жіліктің басындағы қан айналымының уақытша бұзылысында пайда болады. Қан ағымы бұзылған кезде тіндердің тіршілігі жойылады, бұл ортан жіліктің басының сынуына және нашар жазылуына апаруы мүмкін. Ортан жіліктің басын буынның аумағында ұстап тұру үшін дәрігерлер емдеудің әр түрлі әдістерін қолданады. Симптомдары Ақсау Санның, шаптың немесе тізенің аумағындағы ауырсыну немесе қозғалмауы Ұршықбуынның қимылының ауқымының шектелуі Легга-Кальве-Пертес ауруы әдетте тек бір жамбасты зақымдайды. Кейбір балаларда екі жамбасы да зақымдануы мүмкін, бірақ, бұл әр түрлі уақытта болады. Дәрігерге қашан көріну қажет Егер бала ақсайтын болса немесе жамбасындағы, шаптың аумағындағы немесе тізесіндегі ауырсынуға шағым айтса, дәрігерге көрсету қажет. Егер балада қалтырау болса немесе аяғына тұра алмаса, шұғыл түрде медициналық көмекке жүгініңіз. Легга-Кальве-Пертес ауруы ортан жіліктің басындағы қан айналымының шектелуінде пайда болады. Қанмен қамтамасыз ету сәйкес болмаса, сүйек морт сынғыш болып, жеңіл сынады. Мұндай сынықтар нашар жазылады. Ортан жіліктің басындағы қан айналымының уақытша төмендеуінің себебі белгісіз. Аурудың пайда болуының қауіпті факторлары: Жас. Легга-Кальве-Пертес ауруы кез келген жаста пайда болуы мүмкін, бірақ, 4-8 жастағы балалардың арасында жиі кездеседі. Баланың жынысы. Легга-Кальве-Пертес ауруы қыздарға қарағанда ұлдарда бес есе жиі кездеседі. Нәсіл. Басқа нәсілдерге қарағанда ақ нәсілді балалар осы аурудың дамуына бейім. Отбасылық анамнез. Аздаған жағдайда ауру бір отбасының мүшелерінде кездесуі мүмкін. Легга-Кальве-Пертес ауруына шалдыққан балалар ересек шақта артриттің дамуының жоғары қаупіне ұшырайды, әсіресе, егер ұршықбуын қалыпты түрде жазылмаған болса. Егер жазылғаннан кейін жамбас сүйектері бір-бірімен дұрыс буындаспаса, бұл ұршықбуынның ерте тозуына апаруы мүмкін. Түбінде мұндай науқастардың ұршықбуынына эндопротез жасау қажет болуы мүмкін. Легга-Кальве-Пертес ауруы 6 жастан кейін анықталған балалар ұршықбуынның мәселелерінің дамуына бейім. Баланың жасы кіші болған сайын ұршықбуынның қызметін қалпына келтіру мүмкіндігі

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 38беті

жоғары келеді. Ауру жөнінде алдымен педиатрға шағымдануыңыз мүмкін. Ауруды алғаш байқап, қарағаннан кейін баланы балалардың сүйегінің мәселелеріне маманданған дәрігерге (педиатр - ортопед) бағыттайды. Науқас не істей алады Дәрігерге көрінудің алдында келесі сұрақтарға жауап беру қажет: Аурудың симптомдары қашан пайда болған? Орналасуын өзгерткенде немесе аяқты қозғағанда ауырсыну күшейеді ме? Баланың туыстарының балалық жасында осындай симптомдар болған ба? Баланың басқа аурулары бар ма? Бала қандай дәрілерді немесе тағамдық қоспаларды ұдайы қабылдайды? Дәрігерге барудан нені күтуге болады Дәрігер келесі бірнеше сұрақты қояды: Бала не нәрсеге шағымданады? Бұл симптомдар соңғы кезде күшейген бе? Аурудың симптомдарының уақытша жақсарғанын байқайсыз ба? Баланың белсенділігі қандай? Бала жамбастағы ауырсынуды жарақатпен байланыстыра алады ма? Ауырсыну бар болса, қай тұста көбірек сезіледі? Қозғалғанда ауырсыну күшейеді ме? Қозғалмаса, жайсыздық жеңілдейді ме? Медициналық тексеру кезінде дәрігер баланың аяқтарын түрлі бағытта қозғайды, бұл қимылдың ауқымын тексеру және аяқтың қандай орналасуында ауырсыну пайда болатындығын білу үшін қажет. Тексерудің көрнекілік әдістері Легга-Кальве-Пертес ауруын тексерудің аса маңызды әдістеріне жататындар: Рентген. Бастапқыда рентгенде ешқандай өзгеріс байқалмайды, себебі, Легга-Кальве-Пертес ауруы кезінде рентгенде сүйекті зақымдануы байқалуы үшін аурудың симптомдары пайда болғаннан кейін, кемінде, 1-2 ай өтуі тиіс. Дәрігер белгілі бір уақыт аралығында рентген суреттерінің топтамасын жасауды ұсынуы мүмкін. Осы арқылы дәрігер аурудың дамуын қадағалай алады. Магниттік-резонанстық томография (МРТ). Бұл тексерістің барысында организмнің сүйектерінің және жұмсақ тіндерінің толық бейнеленуін алу үшін радиотолқындар және күшті магниттік өріс қолданылады. МРТ рентгенмен салыстырғанда Легга-Кальве-Пертес ауруының салдарынан болған сүйектердің зақымдануын айқынырақ көрсетеді. Остеосцинтиграфия. Бұл тексеріс үшін радиоактивтік заттектің шағын көлемін көктамырға (венаға) енгізеді. Бұл заттек сүйектің бұзылған және өздігінше қалпына келе бастаған тұстарында жинақталады. Легга-Кальве-Пертес ауруының ушығуына қарай ортан жіліктің басы морт сынғыш болады және өзінің домалақ пішінін жоғалтуы мүмкін. Емдеудің мақсаты, мүмкіндігінше, оның домалақ пішінін сақтау. Хирургиялық емдеу 6 жасқа дейінгі балаларға ұсынылмайды. Олардың қарқынды өсуіне байланысты Легга-Кальве-Пертес ауруының салдарынан пайда болған ортан жіліктің басының зақымдануының өздігінше қалпына келуі мүмкіндігі ескеріледі. Бұл жастағы топтағы науқастардың көпшілігі консервативтік жолмен емделеді. Емдеу Егер бала 6-7 жастан кіші болса, дәрігер қадағалауды және созу арқылы симптоматикалық емдеуді, жүгіру мен секіруді шектеуді, қажет болса, дәрілік препараттарды қабылдауды ұсынады. Консервативтік емдеудің басқа әдістеріне жататындар: Физио-емдеу. Ұршықбуынның зақымдануында оның маңайындағы бұлшық еттер мен байламдар қысқаруы мүмкін. Созуға арналған жаттығулар икемділікті, сондай-ақ, ортан жіліктің басының буынның қуысында орналасуын сақтауға көмектеседі. Балдақтар. Кейбір жағдайда балаға зақымданған аяғына күш түсірмеу қажет болады. Балдақты қолдану буынды қорғауға көмектеседі. Тартып, созу. Егер балада күшті ауырсыну болса, оған төсек режимі және арнайы құралдың көмегімен зақымданған аяқты тартып, созу көмектеседі. Функционалдық шина. Ортан жіліктің басы буынның ішінде орналасуы үшін дәрігер 4-6 апта бойы арнайы функционалдық шинаны киіп жүруді ұсынуы мүмкін, оның ішінде екі аяқ алшақтату жағдайында бекітіледі. Осыдан кейін жамбастың икемділігін қолдау үшін бұл шинаны тек түнгі уақытта қолдануға болады. Оперативтік емдеу Легга-Кальве-Пертес ауруын емдеудің ортопедиялық әдістерінің көпшілігі ұршық буынның пішінін жақсартуға және артриттің дамуының алдын алуға бағытталған. Сіресуді жою. Легга-Кальве-Пертес ауруына шалдыққан балалар жиі аяқтарын айқастырады. Бұл жақын орналасқан бұлшық еттердің, сіңірлердің қысқаруына және

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		44 беттің 39беті

сіресудің пайда болуына апаруы мүмкін. Бұл тіндерді ұзартудағы хирургиялық емдеу аурудың симптомдарын жеңілдетуге көмектеседі. Буынның реконструкциясы. 6-8 жастан асқан балалардың ұршық буынының қалыпты пішінін қалпына келтіру үшін буынға реконструктивтік операция жасалады. Бұл үшін жамбастың аумағында хирургиялық тілік жасалады. Сүйектер пластинаның көмегімен сүйектердің бітіп кетуіне дейін ұсталып тұрады. Сүйектің сынықтарын алып тастау. Үлкен жастағы балаларда ауырсыну және қимылдың шектелуі буынның шеміршегінің зақымдануымен және буынның маңайында сүйектердің сынықтарының жинақталуымен байланысты болуы мүмкін. Аурудың симптомдарын жеңілдету үшін оперативтік емдеудің барысында сүйектердің сынықтары және шеміршек тіндерінің бөліктері алып тасталынады. Буынды алмастыру. Ересек шақта Легга-Кальве-Пертес ауруына шалдыққан науқастарға ұршықбуынды алмастыру қажет болуы мүмкін. Бұл операция аса ауыр, және сүйектердің сыну және нервтердің зақымдану қауіптерімен қосарлануы мүмкін. Ауырсынуды азайту және буынның зақымдануының алдын алу үшін үйдегі күтім бойынша ұсыныстар: Белсенділікті өзгерту. Бала жүгіру немесе секіру секілді үлкен дене жүктемесінен алшақ болуы тиіс, себебі, бұл әлсіреген сүйектің зақымдануына және аурудың симптомдарының нашарлауына ықпал етуі мүмкін. Ауырсынуды басатын құралдар. Ацетаминофен секілді дәрілік препараттар ауырсынуды жеңілдетуге көмектесуі мүмкін. Балаға аспирин беруге болмайды, себебі, бұл Рейе аталынатын, сирек, ауыр аурудың пайда болуына апрауы мүмкін. Жылу немесе суық басу. Жылу немесе мұз басу Легга-Кальве-Пертес ауруына байланысты жамбастағы ауырсынуды жеңілдетуге көмектеседі. Созуға арналған жаттығулардың алдында жылу басу бұлшық еттерді босаңсытуға көмектеседі.

4.Иллюстрациялық материал:

40 Слайдтық презентация

5. Әдебиеттер: негізгі және қосымша

Қазақ тілінде:

Негізгі:

- 1.Балалархирургиясы [Электронный ресурс] : оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Жалпы хирургия [Электронный ресурс] : оқулық / В. К. Гостищев ; қазақ тіл. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон.текстовые дан. (141Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық ірінді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011
4. Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Орыс тілінде:

Негізгі:

- 1.Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон.текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон.текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Қосымша:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы	044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы	44 беттің 40беті

2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.

3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018

4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001

5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронды ресурстар:

2. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

6.Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Балалардағы остеохондропатиялар. дегеніміз не?

2. . Лег-Кальве-Пертес, Осгудт-Шлятер ауруы. Келлер 1,2 ауруы диф диагностикасы, клиниксы емдеу тактикасы.