

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургия» кафедрасы		044 – 44 / 11 ()
«Хирургиядағы мейіргерлік күтім» пәні бойынша дәріс кешені		40 беттің 1 беті

ДӘРІС КЕШЕНІ

Пән:	«Хирургиядағы мейіргерлік күтімі»
Пәннің коды:	НМК 2205
ББ атауы:	6В10104 – Мейіргер ісі
Оқу сағаттары/ кредиттерінің көлемі:	90 сағат/(3 кредит)
Оқытылған курс және семестр:	2 курс, III семестр
Дәріс көлемі:	5

Шымкент, 2023 ж.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургия» кафедрасы		044 – 44 / 11 ()
«Хирургиядағы мейіргерлік күтім» пәні бойынша дәріс кешені		40 беттің 2 беті

Дәріс кешені «Хирургиядағы мейіргерлік күтім» пәнінің жұмыс оқу бағдарламасына (силлабус) сәйкес әзірленді және кафедра мәжілісінде талқыланды

Хаттама № 2 01 09 2023 ж.

Кафедра меңгерушісі
 м.ғ.к., доцент м.а.



Жумагулов К.Н.

Дәріс кешені «Жалпы хирургия» пәнінің жұмыс оқу бағдарламасына (силлабус) сәйкес әзірленді және кафедра мәжілісінде талқыланды

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургия» кафедрасы	044 – 44 / 11 ()	
«Хирургиядағы мейіргерлік күтім» пәні бойынша дәріс кешені	40 беттің 3 беті	

№1 дәріс

1. Тақырыбы: Антисептиктер.

2. Максаты : Студенттердің антисептика туралы жалпы сұрақтары бойынша білімдерін дамыту және нығайту, әртүрлі инфекция түрлерін тануды және олардың таралу жолдарын анықтауды, түрлі алдын алу іс - шараларды және олармен күресу жолдарын үйрету .

3. Дәріс тезистері :

Антисептика

« Антисептика >> және «асептика » - деген түсінік грек тілінен алынған «анти» - қарсы , « сесис » - шіру , « а » - жоқ деген сөздерінен келіп шыққан. Басқаша айтқанда бұл шірудің алдын алып және шіруді емдеуге немесе шіруге қарсы қолданылатын әдістер. Хирургияның даму тарихынан антисептик кезеңге (XIX ғасырдың ортасына дейін) жарақаттанған (аурулардың) және ота жасалған аурулардың көп өлгендігі анық . Сол себепті әйгілі хирургтар ота жасалған ауруларда келіп шығатын асқынулардан қорыққан . Әйгілі хирург Н.И.Пирогов білімсіздіктің бағасы жарақаттан өлгендердің өмірімен есептеледі және өткізілген ота



Көбінше өлім алып келеді деген. 1867 жыл антисептика кезеңінің басталуы деп есептеледі . 1867 жылы ағылшын хирургі Д. Листер (1827-1912 ж.) көп жылдар өткізген емін бақылауларын талдап өзінің әйгілі жұмысын баспадан шығарды.«Сынықтарды» және « Іріндерді » емдеуді жаңа әдістері . «Іріндеудің себептері» . И. Земмельвейс (1847 ж.) туғаннан кейін келіп шығатын сепсистің алдын алу үшін акушерлердің қолын хлорлы әк ерітіндісімен өңдеуді қолданып - перзентханаларында жақсы жетістіктерге жетті.Н.И. Пироговтың шәкірттері- Э.Бергман және Шиммельбуш аспаптарды стерилизациялау әдісін енгізді. 1890 жыл Берлинде өткен Э.Бергман асептикалық әдіспен ота жасалған науқастарды көрсетті. К.М.Сапешко жарақаттарды емдеудің антисептик әдісін енгізді .

Антибиотиктердің медицинаға енгізілуі .

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургия» кафедрасы		044 – 44 / 11 ()
«Хирургиядағы мейіргерлік күтім» пәні бойынша дәріс кешені		40 беттің 4 беті

Қабыну процесінде және іріңдегенде антибиотиктерді қолдану медицинада жана кезең.« Антисептика » -бұл іріңді процесте іріңдеуді қоздырушыларды азайтуға , жоғалтуға бағытталған комплекс шаралар:

Антисептиканың темінде көрсетілген турлері ажыратылады :

- Механикалық-жарақаттарды ота әдісімен өңдеу (жарақаттың шеттерін, түбін тіліп ашу) . 1898 жылы Фридрих заманынан енгізілген жарақаттардың шетін тіліп алып тастау әдісі. Қазіргі кездерде кеңінен қолданылатын әдіс.
- Физикалық- жарақаттарды, қуыстарды ашық және жабық емдеу әдістері: ауа ағымын қолдану, каркас астында емдеу , ультра фиолет сәулелендіру , мақта, матаның гигроскопиктерін қолдану,әр-түрлі дренаждаушы аспаптарды қолдану, жарақат бетін вакуум әдісімен емдеу, жарақат бетін, қуысты лазер сәулесімен өңдеу, қабыну процесінде электромагнитпен емдеу.
- Химик антисептика және осы әдісте істелінетін аорганикалық қоспалар- Галлоидтар . Барлық галлоидтардың антисептик әсері бар , барлығын жалпы тиісті тәсіл механизмі , олар ұлпалардың молекуляр құрылымын бұзады . Олар дара күйінде жарақаттанбаған теріні күйдіреді, сол себепті олардың бас заттармен қосындысы істетіледі.

Хлорлы су (Aqua clorata) теріге дәкеге сіндірілген күйінде қойылып істетіледі - 0,2 % ерітіндісі күйдіргі жарасының таяқшасын - 15 секундта бос хлордың әсерінен өлтіреді (сирек қолданылатын әдіс) .

Хлорамин - қурамында 12.0 - 13,0 % актив хлор бар. 0,5-1 % ерітіндісі жарақаттарды жууға , теріні шырышты қабықпен қапталған қуыстарды шайқауға істетіледі.

Дихлорамин - құрамында 3 % актив хлор бар , 2-10 % - ті майлы ерітіндісі конъютива, жұтқыншақты өңдеуге қолданылады .

Хлорацид - құрамы -50 % NaHSO_4 , 35 % NaCl , 15 % -бертолет тұзынан тұрады . 1-2 % сулы ерітіндісі қолданылады.

Ота жасауға қатысушыларының қолын , операцион майданын, жарақат айналасындағы теріні өңдеу үшін - йод және құрамында йод бар препараттар кеңінен қолданылады . Кристалды таза йод Ситковский әдісімен кетгутты стерилизациялауға істетіледі .

Йодты препараттардан жиі істетілетіндері:

Йодтын спиртті тұнбасы (Trae Jodi 5-10 %) ота жасаушылардың қолын операцион майданын , жараның айналасын өңдеуге .

Люголь ерітіндісқурамы 1 г йод, 2 - ші бөлігі йодты калий және 17 бөлігі судан .

Қоздыру әсері әлсіздеу. Ауызды, көмекейді, жыланкөздерді, кетгутті өңдеуге қолданылады.

Сапешко ерітіндісі - құрамында 0,25 % йод 30 % спирте ерітіліп 1-2% калий йод қосылған.

Иодофрам ($\text{CH}_3\text{-Jodoformium}$) (сары реңді порошок , өткір иісті. Іріңді – шіріген процестерде присыпка түрінде істетіледі. Шіріген процестерді жағымсыз иісті жоғалту үшін дезодорант есебінде істетіледі . Майлы және эмульсиялы препараттар даярланады (Окислетели) Тотықтандырушылар .

Бор қышқылы (H_3BO_3 - Acidum borium) Әлсіз антисептик . 2 - 3 % ерітіндісі ылғалдандыру үшін және құрғақ присыпка күйінде қолданылады . Көк реңді таяқшалармен зақымданған жараларды емдеуде кең қолданылады .

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургия» кафедрасы	044 – 44 / 11 ()
«Хирургиядағы мейіргерлік күтім» пәні бойынша дәріс кешені	40 беттің 5 беті

Марганцево қышқыл калий (K_2MnO_4 - Kalium hypermanganicum) - кристалл, суда жақсы ериді, күшті тотықтырғыш, жағымсыз иісті жоғалтады - дезодорант .)
 Жараларды, тері ойықтарын емдеу үшін сулы ерітінділері істетіледі . Қою - күшті ерітінділері ұлпаларды күйдіреді .
 (Сутегі перекисі (H_2O_2 Hydrogenium peroxudatum) . Пергидроль 30 % H_2O_2 тұрады .
 Қуыстарды іріңді жараларды жуу үшін істетіледі . 6 % - ті ерітіндісі аспаптарды суық өңдеу үшін қолданылады . Анаэроб инфекцияларды емдеуде сутегі перекисінің 3 % ерітіндісі жиі қолданылады .
 Ұлпалар , ірің сілекше бар жерде H_2O_2 суға және атомар оттегіге ажырайды . Атомар оттегі бактерицидті әсер көрсетеді . Рекиядан пайда болатын көбірек механикалық әсер көрсетіп жарадағы бөгде заттардан, өлік ұлпалардан, іріңнен тазалайды .

Ауыр металдар .

Сынап : сынаптан даярланған препараттар күшті ұлпаға әсері бар ұлпалар .
 Сулема ($HgCl_2$ Hydrargyrum bichloratum) күшті антисептик 1 : 1000- 1 : 5000 концентрациялы ерітіндісі бактерицид әсері бар . Жараға қолданғанда ұлпаларды некроздайды , ұзақ қолданғанда организмді улап бүйректің қызметін бұзады .
 Нефротосик сулема ерітіндісі жарықтықта ыдырайды .
 Цианид сынаптың негізі (Hydrargyrum oxycianatum) 1:1000 және 1: 5000 ерітінділері урологияда істетіледі .
 Күміс антисептик күйдіретін , әсері бар күмістің азотқышқыл тұзы ($AgNO_3$ Azgentum nitricum) күшті әсерлі антисептик 2-5-10 % сулы ерітіндісі және майлы дәрі күйінде күйдіргіш , қоздырғыш мәнісінде қолданылады . Ұлпаларға тигенде сүтқышқылды күміс пайда болады .
 Сіркеқышқыл алюминий тұзы (Jig . Alumini acetici) Буrow сұйықтығы (Jig Burowi) және басқа да ерітінділері әлсіз тітіркендіргіш мәнісінде қолданылады .
 Осмотик препараттар ас тұзының (3-5-10 %) ерітіндісі жайлы және тамыр ішіне егіп қолданылады . Глюкозаның Гипертоник ерітіндісі .

Органикалық заттар.

Фенолдар тобы : карбол қышқылы (Acidum carbolicum) кристалды зат. Дезинфекция үшін 2-3 % ерітіндісі қолданылады .
 Креозол - майлы сары реңді сұйықтық дезинфекция үшін 2-5 % ерітіндісі қолданылады .
 Үшкреозол - стоматологияда қолданылады .
 Креолин күшті антисептик 1:15000 сұйылтырылғаны - бактериостатик, 3 % ерітіндісі бактерицидті әсер көрсетеді .
 Лизол - санитария түйіндерін дезинфекциялайды. 5 % пикрин қышқылы және 3 нитрофенол (picros - ащы) күшті антисептик .
 Ихтиол альбихтнолдың 5-10 % майлы дәрісі іріңді қабыну процесін емдеуде қолданылады .
 Нафталан- мұнайдан алынады , майлы дәрілер дайындағанда негізі болып алынады .
 Іріңді қабынған процестерде , күйіктерде созылмалы ойықтарды, созылмалы бітпейтін жараларды емдеуде қолданылады .
 Салицил қышқылы- присыпка, май мазь күйінде шіру процесін емдеуде жасалады .
 Жараның беткейін жақсы тазартады .

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургия» кафедрасы	044 – 44 / 11 ()
«Хирургиядағы мейіргерлік күтім» пәні бойынша дәріс кешені	40 беттің 6 беті

Формалин -формальдегидтің 40 % ерітіндісі ұлпаларды сусыздандырады , кұртады , ақуыздарды жиырылдырады . Күшті коздыратын иісі бар .

Бояулар .

Риванол - сары майда порошок акрин қатарынан 1000 және 1 : 5000 жаңа ерітінді күйінде жасалады .

Метилен көгі (Methylenblau) кристаллы порошок суда еріп тойынған кек ренге боялады . 0,2-0,5 % сулы және 2-5 % спиртті ерітінділері антисептик тәсілі . Көміртегі окисі және синиль қышқылымен уланганда антидот есебінде қолданылады .

Бриллиант жасылы (Brilliantgrun) жасыл алтын ренді ұнтақ, ерігенде жасыл реңге боялады , күн сәулесі әсерінен ыдырайды . Ірінді жараларды , жарақаттарды , күйіктерді емдеуде қолтанылады .

Бальзамдық : жағар майлар

Вишневский майы - ксероформ -3,0 Дегот - 5,0

Балық майы немесе мақта майы - 100,0

Сульфаниламидтар - азобензол тобынан шыққан .

Стрептоцид (Streptocidum) жақсы антисептик , оған стрептококк ерекше сезгіш , анаэроб инфекциялардың да сезгіштері бар. Тәуліктік дозасы 6,0 .

Сайдекс - 2 % глютеральдегидтің активтелген ерітіндісі . (В - гепатит вирусын 10 минут қырады , туберкулез таяқшасын - 1 сағатта) препараттың әсері 14 күн сақталады.

Микроцид - өндеуге қолайсыз , қиын жерлерді тозаңдату әдісімен өңдейді .

Терралин- (ТРН - 5225) беткейлерді ылғалды өңдеу үшін қолданылатын концентрат , әсіресе әлсіз жағдайы нашарлаған науқастар жатқан бөлмелерді.

Гигасепт «ФФ» эндоскоп , көріп зерттеу асбаптарын , реанимация анестезиология құрал жабдықтарын дезинфекциялап химик стерилизациялау үшін .

Лизетол – «АФ» медицина асбаптарын өңдеу үшін . Жоғары тазалаушы қасиетін добаптарды стерилизациядан ілгері тазалау және дезинфекциялау үшін қолданылады.

Лизетол - қатқан қан қалдығын, сілекей және де адамнан ажырайтын басқа да сұйықтардан асбап - үскенелерді тазалайды .

Актениамин және Сагросепт гепатит В - ның алдын алу үшін медицина қызметкерлерінің қолын дезинфекциялау үшін қолданылады . Бактерицид әсері 0,5-1 минуттан кейін болады . Препараттың ерекшелігі 6 сағат сақталады . Препарат тері қызметіне әсер етпей жұмсатушы қабілеті бар . Мед. қызметкерлерінің қолын грибоктан (қозықарын) алдын алу емдеу үшін қолданылады .

Октенелерм - операциядан ілгері және басқа да инвазии процедуралардан ілгері теріні дезинфекциялайды .

Октенисепт қолдың шырышты қабаты бар қуыстарды дезинфекциялауға, қолды манипуляциядан ілгері кейін өндеуге қолданылады. Бактерия, грибок, вирустардың хломидия , микробактерия , қарапайымдардың өсуін тоқтатады.

Биологиялық антисептикаға - ферменттер, энзимдер, қан құю, сары су. Гамма Глобулин анатоксиндер кіреді .

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургия» кафедрасы	044 – 44 / 11 ()	
«Хирургиядағы мейіргерлік күтім» пәні бойынша дәріс кешені	40 беттің 7 беті	

Антибиотиктер

«Антибиотик»- термині 1942 жылы С.А.Вакоман таманынан микроорганизмдерден шығарылған микроорганизмге қарсы әсер етуші заттарды белгілеу үшін кіргізіледі . «Антибиотик» - деп химиотерпевтік заттарды микробтардан немесе басқа да табиғи кездерден және де синтетикалық жолмен дайындалған - науқас организмінде науқас қоздырушыларға талдап әсер етуші препараттарға айналады . Антибиотиктер кең әсер спектрлі және тар әсер спектрлі болып ажыратылады .

Антибиотиктер жіктелуі - миробка қарсы әсеріне және химик құрылысына сәкес негізделген .

I Пеницилин тобына кіретін антибиотиктер (табиғи және жарым синтетикалық)

II Жарымсинтетик цефалоспориндер

III Антибиотиктер Грамон микроорганизмдерге актив әсері абр : маролидтер (эритромицин , омандрмицин және басқалар) , линкомицин , ристомидин , ванкомицин , фузидин

IV Аминогликозидты антибиотиктер т.б.

V Тетрациклиндер (табиғи , жарымсинтетикалық)

VI Левомецетин (хлорамфеникол)

VII Полимиксиндер

VIII Туберкулезге қарсы антибиотиктер :

-стрептомицин және одан тарағандар

-ривамицин , флоримицин , (виомицин) циклосерин , канамицин , капреомицин ;

IX Грибокқа қарсы (противогрибковые) препараттар : нистатин , гризофульвин , антрациклиндер, стрептонигрин тобы (брунеомицин)

Антибиотиктермен емдеуге көрсетпе лаборатория әдісімен микрофлораны және оның антибиотиктерге сезгіштігін анықтағаннан кейін қолданылады. Бактерия әсерінен келіп, шыққан ауруды инфекцияға қарсы бағытталған нәтижелі ем өткізу үшін ауруды шақырушы микроорганизмді ажыратып бактериологиялық диагноз қойып, бактерияның антибиотикке сезгіштігін анықтайды. Антибиотиктермен емдеуден ілгері аурудың диагнозы бактериологиялық, серологиялық зерттеулермен негізделген және ауруды шақырушы микроорганизмнің антибиотикограммасы болуы қажет.

Осы талаптарға кіретіндер:

1 . Сепсис , септик эндокардит , бактериальды менингит , остеомиелит және басқалар

2. Ауруханада жатқан науқастарда келіп шыққан ауруда

3 . Зәр шығару , өт шығару жолдарының және тыныс жүйесінің созылмалы инфекциясында антибиотикке әр - түрлі сезгірлі микроорганизмдер ассоциациясы шақырғанда

4 . Кортикостериол , иммунодепрасанттар мен ем өткізіліп жатқан науқастарда инфекциялы асқыну болғанда және басқа жағдайларда

Үлкен маңызды мәселе бұл - микроорганизмдердің антибиотикке шыдамдылығы .

Іріндетуші микроорганизмнің ішінде антибиотикке шыдамды түрлері жиі кездеседі .

5. Иллюстрациялық материал:(Шолу – иллюстрациялық, [буклеттер](#) қоса беріледі)



5. Әдебиет:

• Дұрманов, Қ. Д. Жалпы хирургия: оқулық / . - Қарағанды: АҚНҰР, 2017. - 608 бет. С

• Гостищев В.К. Общая хирургия: учебник и CD.– 4-е изд. – М., 2016. – 832 с.;

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. «Антисептикалық» термині нені білдіреді?
2. Асептика және антисептика негізін салушы кім?
3. Антисептиканың қандай түрлерін білесіз ?
4. Антисептикалық дәрі дәрмектердің жіктелуін атаңыз .
5. Антисептикалық дәрілердің қолдану тәсілдері қандай ?
6. Антисептика түрлерін қолдану ережелерін түсіндіріңіз .

№2 дәріс

1. Тақырып: Анестезиологияның жалпы мәселелері.

2. Мақсаты: Студенттердің анестезиологияның жалпы мәселелері бойынша білімдерін бекіту және кеңейту. Әртүрлі жансыздандыру түрлеріне көрсеткіштер мен қарсы көрсеткіштерді анықтауға, жансыздандыру түрін және жансыздандыратын дәріні жеке таңдауға үйрету. Дұрыс премедикация. Жансыздандыру дәрежесін тануға және әртүрлі асқынулар кезінде науқасқа дер кезінде реанимациялық көмек көрсетуге үйрету.

3. Дәріс тезистері:

Жансыздандыру

Анестезияның 2 түрін ажыратады : жалпы және жергілікті .Жалпы жансыздандыру немесе наркоз - есінің , сезімталдықтың , бұлшықет тонусының және кейбір рефлекс түрлерінің жоғалуымен қатар жүретін , жасанды жүргізілген ОНЖ - ің қайтымды тежелуі . Наркоз ағзаға фармакологиялық дәрілерді енгізгенде дамиды . Сонымен қатар , оны электр тоғымен де жүзеге асыруға болады .

Наркоздың теориялары :

Наркоз жағдайында бас миының тежелуі байқалады . Ол төменгі бөлімдерге және жұлынға тарайды (И.М. Сеченов) .

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургия» кафедрасы	044 – 44 / 11 ()
«Хирургиядағы мейіргерлік күтім» пәні бойынша дәріс кешені	40 беттің 9 беті

Н.Е. Введенский (1903) өте күшті тітіркендіргіш ұзақ уақыт әсер ету салдарынан , тежелу дамтындығын көрсеткен . Олар жасушаның функциональді қозғалуын (лабильділігін) тежейді . Наркотикалық заттар нейрондардың лабильділігін өте қатты төмендетіп , наркотикалық тежелуге алып келеді .

В.С. Галкин (1953) - наркотикалық заттардың ОНЖ - не әсер ету теориясын ашқан . Ол алғашқы кезде ми қыртысының тежелуімен , содан кейін қыртыс асты құрылымдарының тежелуімен сипатталады .

П.К. Анохин наркоздың әсер теу механизмін бас ми бағанасының ретикулярлы формациясымен байланыстырды . Оның ұсынған гипотезасы ми қыртысының бөліктерінің наркотикалық затқа сезімталдығының әртүрлі екендігіне негізделген . Ең сезімталы , ретикулярлы формация болып табылады , ал ол көптеген ми қыртысының орталықтарымен және қыртысасты құрылымдарымен байланысқан . Наркотикалық заттың әсерінен , онын ми қыртысына және қыртыс асты құрылымдарына беретін белсендіруші әсері төмендейді , сөйтіп наркотикалық ұйқы дамиды .

Науқасты наркозға дайындау дәрігер анестезиологтың науқаспен жеке қарым қатынасынан басталады . Операцияның қандай көрсеткіштермен жасалатындығын , жансыздандырудың қандай түрін тағайындау керектігін анықтау үшін , науқастың сырқатнамасымен танысуы қажет . Анестезиолог науқастың жүрек - қан тамыр жүйесінің , өкпесі мен бауыр қызметінің жағдайымен таныс болуы керек . Жоспарлы операция болса , операция алдындағы кезеңде гомеостаз бұзылыстарын қалыптандыру керек .

Жансыздандырудың түрін таңдап , операцияның қауіп дәрежесін анықтайды . Бұлар наркоз ағымының және наркоздан кейінгі алғашқы кезеңнің болжамын көрсетеді . Қауіп - қатер дәрежесі Н.Н. Малиновский әдісі бойынша , балдық қағиданы пайдаланып бағаланады . Олар аз дәрежелі қауіп (I , II) , орташа дәрежелі қауіп (III) және үлкен дәрежелі қауіп (IV , V) болып бөлінеді .

Наркоздың түрлері

Наркотикалық заттарды енгізу жолына қарай , наркоздың мынадай түрлерін енгізеді ингаляциялық емес наркоз - наркотикалық затты тыныс жолдары арқылы енгізеді; ингаляциялық емес науқас - наркотикалық затты басқа жолдармен енгізеді: веналық , ректальді , бұлшықеттік және т.б.

Қолданылатын заттардың саны бойынша

мононаркоз - бір зат қолданылады ;

аралас наркоз - бір мезгілде екі немесе одан да көп зат қолданылады :

қосарланған (комбинирленген) - операциялардың әр кезеңінде әртүрлі наркотикалық заттарды қолдану немесе оларды басқа заттармен қосып енгізу (миорелоксанттар , анальгетиктер , ганглиоблокаторлар) .

Наркоздың мынадай түрлерін ажыратады :

енгізу наркозы - аз уақыт әсер етеді , әсері тез басталады , қозу сатысы болмайды ;

демеуші (негізгі) наркоз - операция жасау барысында қолданылады ;

базисті наркоз немесе базис - наркоз - беткейлі наркоз , негізгі наркозбен бірге немесе оның алдында анестетикалық зат енгізіледі , ол негізгі наркотикалық заттың мөлшерін төмендету үшін жасалады .

Ингаляциялық наркоздың түрлері

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургия» кафедрасы	044 – 44 / 11 ()
«Хирургиядағы мейіргерлік күтім» пәні бойынша дәріс кешені	40 беттің 10 беті

Наркотикалық қоспаларды енгізу тәсіліне қарай - маскалық , эндотрахеальді және эндобронхиальді болып бөлінеді .

Ингаляциялық наркоздың негізгі түріне эндотрахеальді (интубациялық) наркоз жатады . Бұл кезде наркотикалық қоспа тікелей кеңірдекке жіберіледі . Ол үшін кеңірдектің интубациясы жасалады . Интубация дегеніміз - кеңірдекке ауа өткізетін түтікшені енгізу . Интубация жасалғаннан кейін , наукасты ӨЖД аспабына қосу керек . Ингаляциялық наркозды жүзеге асыру үшін , оңай буланатын (ұшқыш) сұйықтықтарды - эфир , фторотан , метоксифлюран (пентран) , үшхлорэтилен , хлороформ немесе газ тәрізді наркотикалық заттарды - азот тотығын , циклопропанды қолданады .

ӨЖД (Өкпені жасанды демалдыру) аспаптары - наркотикалық қоспаларды , оттегіні немесе белгілі бір көлемде және жиілікпен үрлеп жіберу үшін қолданылады .

Ингаляциялық наркозды жүргізу әдістері

1. Ашық әдіс . Науқас анестетикті атмосфералық ауамен қосып тыныс алады және оны қоршаған ортаға тынысымен шығарады (маскалық наркоз) . Бұл әдісте наркотикалық зат көп мөлшерде жұмсалады және операция бөлмесінің ауасын ластайды . Ол операцияға қатысатын медицина қызметкерлеріне зиянды әсер көрсетеді .

2. Жартылай ашық әдіс . Науқас оттегімен қосып , аспап тыныс алады және оны қоршаған ортаға тынысымен шығарады . Бұл әдіс науқасқа арқылы наркотикалық затты қолайлы болып табылады .

3. Жартылай жабық әдіс . Науқас аспап арқылы наркотикалық қоспаны тыныс алады және оны жартылай аспапқа , жартылай қоршаған ортаға тынысымен шығарады. Аспапқа қайтадан түскен қоспа адсорбер арқылы өтіп , ондағы көмірқышқыл газынан босап , наркотикалық қоспамен араласып , аспаптың тыныс алу жүйесіне түседі де , қайтадан науқастың тыныс жолдарына енеді . Бұл әдісте анестетиктің мөлшері едәуір аз жұмсалады .

4. Жабық әдіс. Тынысалу және тыныс шығару аспапқа жүзеге асырылады. Бұл әдіске наркотикалық қоспа толығымен қоршаған ортадан шектелген.

Маскалық наркоздың жеткіліксіздігі : басқарып отыру қиын : дозасын анықтау қиын ; наркотикалық зат көп мөлшерде жұмсалады ; аспирациялық асқынулардың даму қаупі бар : операцияға қатысатын медицина қызметкерлеріне әсер етеді ; наркоздың терендеуінің салдарынан науқасқа токсикалық әсер етеді .

Веналық анестезия - вена тамырына ауырсыздандыратын заттарды енгізу арқылы жүргізілетін жансыздандырудың түрі болып табылады . Негізгі артықшылығы техникалық қарапайымдылық және сенімділік болып табылады . Веналық наркозды жүргізу үшін , қолданылатын заттар : қысқа уақыт әсер ететін барбитур қышқылының туындылары -гексенал және тиопентал натрий ; өте қысқа уақыт әсер ететін барбитур қышқылының туындыларына жатпайтын анестетик - пропанидил (сомбревин . эконтол) ; гормональді белсенділігі жоқ стероидты анестетик виадрил : мидың метаболитінің аналогы гаммааминомайқышқылы - натрий оксипутираты (ГОМК) . Сонымен қатар , кетамин (калипсол , кеталар) және диприван анестетиктерін де пайдаланады .

Нейролептанальгезия (НЛА) - веналық анестезия әдісі . Ол күшті нейролептикті (дроперидоллы) және наркотикалық анальгетикті (фентанилды) қосып қолдануға

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургия» кафедрасы	044 – 44 / 11 ()
«Хирургиядағы мейіргерлік күтім» пәні бойынша дәріс кешені	40 беттің 11 беті

негізделген . Бұл кезде науқастың қозғалу тынымсыздығы жоғалады , хирургиялық агрессияға реакциясы төмендейді қоршаған ортаға деген немқұрайлылық пайда болады .

Миорелоксанттар . Анестезиологияның негізгі жетістігі кураре тәрізді заттарды бұлшықеттердің босаңсуы үшін қолдану болып табылады (Гриффитте , 1942) . Кураретарізді заттар нерв - бұлшықеттік тонусты тежеп , бұлшықеттердің босаңсуын шақырады . Бұл қуыстық жаракаттық операцияларды жасауда , негізгі компонент болып табылады . Миорелаксанттарды енгізгеннен кейін , тыныс бұлшықеттерінің тонусы төмендеп , спонтанды тыныс алудың тоқтауы байқалады . Бұл кезде ӨЖД жүргізу қажет .

Премедикация

Операция алдында науқастың аландауы зат алмасудың күшеюімен , бүйрек үсті безінің қыртыс қабатының адреналинді көп бөлумен бірге жүреді. Бұл үрдістер анестезияны жүргізуді қиындатып , операция кезінде жүрек аритмиясын шақыруы мүмкін . Сондықтан , операция жасалмас бұрын науқасқа премедикация орындалады . Ол бірнеше күн бұрын транквилизаторлар мен барбитураттарды тағайындауды талап етеді.

Операция болатын күні науқасты тамақтандырмайды . Операцияға дейін асқазанды, ішекті , қуықты тазалап , босату керек . Шұғыл жағдайларда асқазанға сүңгі енгізіледі . Нерв жүйесі тұрақсыз науқастарға күні бұрын седуксен немесе реланиум тағайындалады. Түнде ұйықтататын дәрі береді . Операциядан 40 мин бұрын тері астына немесе бұлшықетке 1 мл 1-2 % промедол ерітіндісін немесе 1 мл пентоз (лексир) , 2 мл фентанил ерітінділерін енгізеді . Кезбе нервінің қызметін тежеу және саливацияны азайту үшін , 0,1 % атропин ерітіндісін салады . Аллергиялық анемнезі науқастарға премедикацияға антигистаминді заттарды қосып жасайды . Операция алдында ауыз қуысын тексеріп , шешілетін тістер мен протездерді алып тастайды . Шұғыл операция кезінде асқазанды жуып , премедикацияны операциялық үстелде жасайды және дәрілік заттарды венаға енгізеді .

Асқынулардың даму себептері : науқастың жағдайын дұрыс бағаламау ; аурулардың болуы : наркотикалық заттардың теріс әсері : наркоздың тереңдеп наркоздық аспаптардың дұрыс жұмыс істемеуі болып табылады .

Асқынулар көбінесе енгізу наркозында немесе ояну уақытысында байқалады Тыныс алу жүйесі жағынан негізгі асқынулар тыныс жолдарының бітеліп қалуынан (тілдің артқа ығысуы , ларингоспазм , бронхоспазм , тыныс алу жолдарының құсық бөліністерімен бітелуі) және тыныс регуляциясының бұзылуынан болады .

Тілдің артқа ығысуының алдын алу үшін, төменгі жақты дұрыс ұстап тұру керек және ауа өткізетін түтікшені пайдалану қажет .

Құсық бөлістерімен болатын аспирацияның алдын - алу үшін , науқас операцияға « бос асқазанмен » бару керек , ал шұғыл жағдайларда , асқазан бөліністерін сүңгі арқылы шығарып , тазалау қажет .

Ларингоспазмды жою үшін , венаға промедол және атропин ерітінділерін енгізеді , сонымен қатар тітіркендіруді шақырған ингаляциялық анестетикті жіберуді доғарады . Егер бұл шаралар нәтиже бермесе , онда кеңірдектің интубациясы жасалып, науқасты ӨЖД - га көшіреді .

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургия» кафедрасы	044 – 44 / 11 ()	
«Хирургиядағы мейіргерлік күтім» пәні бойынша дәріс кешені	40 беттің 12 беті	

Бронхоспазмды жою үшін , бронхолитикалық заттарды (эуфиллин , эфедрин) енгізеді немесе изодрин және фторотанмен ингаляция жасалады . Бронхиальді демікпесі бар науқастарға , алдын - алу шарасы ретінде премедикацияға антигистаминд заттарды қоса тағайындайды , ал енгізу наркозды кезінде тиопентал - натрий қоспайды . Тыныстың тежелуі ӨЖД - ды талап етеді .

Жүрек - қан тамыр жүйесінің асқынуларына жүректің соғу ырғағының бұзылуы жедел жүрек жетіспеушілігі , тамырлардың серпімділігінің нашарлауы жатады. Жүректің соғу ырғағының бұзылуы мен тахикардия гипоксия мен гиперкапнияның салдарынан және тыныс алудың бұзылуының себебінен дамиды .

Брадикардия - өте қауіпті асқынуға жатады , ол жүректің тоқтауының жаршысы болып табылады . Жедел көмек ретінде гипоксияны жою және қан жоғалтуды тоқтату шараларын жүргізу керек . Брадикардия кезінде атропнді енгізіп , наркоздың тереңдігін бағалау қажет . Кардиоаритмия кезінде , антиаритмиялық заттарды пайдаланады , ал жүрек қарыншаларының фибрилляциясы кезіне, дефибрилляция жүргізіледі.

Артериялық қысым премедикацияны толық жүргізбегенде , қозу сатысында , ауыру сезіміне реакция болғанда , гиперкапния кезінде көтеріледі

Ем - патогенетикалық .

Артериялық қысымның төмендеуінің себептері : гиповолемия (шок , қан жоғалту , науқасты операцияға дұрыс дайындамау) , бүйрек үсті безінің жетіспеушілігі , ганглионарлы бөгет , жүрек жетіспеушілігі , постуральді рефлексстер (дененің орналасу қалпы өзгергенде болатын реакция) .

Емі-жоғалған қанның орнын толтыру , плазма алмастырушы ерітінділерді құю , кортикостероидтар мен кардиотониктерді енгізу .

Ең қауіптісі артериялық гипертензиясы бар науқастардың қан қысымының төмендеуі болып табылады . Ол операциядан кейінгі кезеңде бас миының немесе қорнарлы қан айналымының жедел бұзылыстарына , жедел бүйрек немесе бауыр жетіспеушілігіне әкеліп соғады .

Қазіргі кезде жүргізілетін наркоз

Қазіргі жалпы анестетиктердің , уақытта анестезияның ең сенімдісі қосарланған (комбинирленген) интубациялық наркоз болып табылады . Бұл кезде миорелаксанттардың және нейролептанальгезия заттарының әртүрлі комбинациясы қолданылады . Алдымен премедикация жасалады , содан кейін енгізу наркозы беріледі , кеңірдектің интубациясы , сонан соң негізгі наркоз жүргізіледі .

Қосарланған эндотрахеальдінаркоздың артықшылығы :

- тез ұйықтату , қозу сатысының болмауы ;
- анальгезия немесе ІІІ сатыларында операция жасау мүмкіндігі
- наркотикалық заттардың шығын мөлшерінің азаюы ;
- наркоздың токсикалық әсерінің төмендеуі ;
- наркоздың оңай басқарылуы :
- аспирациялық асфиксияның алдын - алуы ;
- кеңірдек пен бронхтардың санациясын жүргізу мүмкіндігі .

Наркоздың сатылары

Наркоздың клиникалық ағымы 4 сатыдан өтеді :



I сатысы - анальгезия . Наркоздың басталуынан 3-5 минут өткеннен кейін басталады . Есі жоғалады , бірақ терісінің түсі өзгермеген , гемодинамика мен тыныс алуы өзгеріссіз болады . Рефлекстері жоғарылаған . Ауыру сезімі үдемелі түрде тежеліп , толық анальгезия дамиды . Бұл рауш - наркоз (есеңгіреу) деп аталады . Оны қысқа уақыт жасалатын операция кезінде колданады .

II сатысы - козу . Есі толық жоғалғаннан кейін пайда болады . Бұл кезде науқас қозушаң болады , тынысы жиілеген , тахикардия . АҚ жоғарылауы , терісінің қызаруы байқалады , кездің қарашықтары кеңейген , жарыққа жауап бермейді . Науқас құсуы мүмкін .

III сатысы - хирургиялық ұйқы -жансыздандырудың міндеті болып табылады . Бұл сатыда хирургиялық операция жасалады . Хирургиялық ұйқы сатысы 4 деңгейге бөлінеді . Олар бір - бірінен тыныс алу жағдайына , жүрек - кан - тамыр жүйесінің рефлекстердің жойылуына қарап ажыратылады .

Хирургиялық ұйқы сатысының деңгейін көздің рефлекстері арқылы анықтау ыңғайлы, өйткені олар сопақша мидың көзді қозғаушы орталығымен тығыз байланыста болады және тыныс алу мен қан айналым орталықтарына жақын орналасады . Сондықтан , қарашықтардың реакциясына қарап , тыныс алу мен жүрек қызметінің жағдайын анықтауға болады .

1 деңгей - көз алмаларының қозғалу деңгейі . Осы деңгейдің аяғында көз алмаларының еріксіз қозғалысы тоқтап , олар орталық қалыпқа келеді .

2 деңгей - қасаң қабық рефлексі . Бұл деңгейдің аяқталуы қасақ қабық рефлексінің жоғалуымен сипатталады .

3 деңгей - қарашықтардың кеңею деңгейі .

4 деңгей - диафрагмальді тыныс алу деңгейі . Көз рефлекстерінің салдануы, дафрагмальді тыныстың қатты тежелуі байқалады . Наркозды ары - қарай тереңдетсе , тыныс алу және тамыр қозғалтқыш орталықтардың салдануы дамып , өлімге алып келуі мүмкін .

IV сатысы - ояну . Наркоздың сатылары осы тәртіппен кері қарай жүреді , бірақ ояну уақыты ұзағырақ болады .

Кеңірдекке интубация жасау тәсілі

Кеңірдек интубациясын енгізу наркозы кезінде жүргізіледі, тек сирек жағдайда жергілікті анестезияны колданып жасайды - ол үшін жұтқыншақты, көмекей қақпашығын және дауыс байламдарын лидокаин немесе ерітінділерімен шаяды.

Интубацияны жүргізу үшін қажетті заттар: тік және иілген бас бар ларингоскоптар; әртүрлі диаметрлі интубациялық түтікшелер (үрленетін манжетасымен бірге); түтікшені өткізуге арналған өткізгіш қатты сым; анестезиологиялық иілген қысқыштар; ӨЖД аспабы; вакуум - аспирацияға арналған сорғыш және кеңірдектен, ауыз қуысынан бөліністерді соруға арналған залалсыз сүңгі түтіктердің жиынтығы (әрқайсысына бөлек); науқасқа наркоз беру және кездесетін асқынуларды жою үшін арналған, дәрі-дәрмектердің жинағы.

Анестезиолог науқастың бас жағында тұрады, сол қолымен ларингоскопты ұстап, науқастың басын артқа қарай шалқайтады. Одан кейін, ларингоскоптың басын ауыз қуысына енгізіп, тілді солға ығыстырады. Ауыз қуысын қарағанда, бірінші тілшік көрінеді. Ларингоскоптың басын көмекей қақпашығы көрінгенде жылжытады. Оны

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургия» кафедрасы	044 – 44 / 11 ()	
«Хирургиядағы мейіргерлік күтім» пәні бойынша дәріс кешені	40 беттің 14 беті	

жоғары қарай көтергенде, астында үшбұрыш тәрізді дауыс байламдары көрінеді, ол кеңірдектің кіре берісі болып табылады. Спонтанды демалу кезінде интубация жасағанда, дауыс байламдары дем алу фазасына сай қозғалады: тыныс алғанда - байламдар сыртқа қарай ығысады. Миорелаксанттарды енгізгеннен кейін, дауыс байламдары толық босаңсиды. Интубациялық түтікшені оң қолда ұстап, ларингоскоп басының жиегімен жылжытып, дауыс байламдары арқылы кеңірдекке енгізеді. Интубациялық түтікшенің кеңірдекте дұрыс тұрғандығын, оң және сол өкпенің аускультациясы арқылы тексеруге болады.

Түтікшенің дистальді бөлігінде манжета болады. Ол дауыс байламдарынан өтіп, орналасуы керек. Үрленген манжетаның қызметі, тыныс алу жолдары мен ас қорыту жолдарын бір-бірінен жекешелендіру болып табылады. Бұл наркоз кезінде асқазан бөліністерінің кеңірдекке түсуін болдырмайды. Егер интубациялық түтікшеде манжета болмаса, онда жұтқыншақты фурациллинге немесе агрессивті емес антисептикке малынған дәке орағышымен тығындап тастау керек.

Ояну сатысының асқынулары

Созылып кеткен ояну - ол есінің ұзақ уақыт өз калпына келмеуімен ерекшеленеді. Бұл наркотикалық затты көп мөлшерде енгізудің немесе олардың кумуляциясының салдарының немесе гипоксиямен байланысты болады. Созылып кеткен ояну бүйрек үсті безінің жедел жетіспеушілігінің хабаршысы болуы да мүмкін. Сонымен қатар, ол гипогликемия, бас миының сулы ісінуі, эмболия және бас миының кан айналымының жедел бұзылыстары кезінде де байқалады. Соңғысы дамыған кезде, науқаста тырысулар, парез бен салдану белгілері пайда болады.

Апноэ - миорелаксанттарды қолданудың нәтижесінде туатын, ауыр асқынудың қатарына жатады. Оның себептері мынадай: дитилин типті күрделі эфирлерді ыдырататын псевдохоллинэстеразаның мөлшерінің төмен болуы, ол өте ауыр, жүдеген науқастарда кездеседі; миорелаксанттардың кумуляциясы-қанда миорелаксанттардың гидролиз өнімдерінің жиналуы; екі жактык бөгеттің сипаты өзгеріп, антидеполяризациялаушыға ерекшеленеді; екі электролитті және қышқыл-сілтілі тепе-теңдіктің бұзылыстары. Ұзаққа созылған апноэ кезінде, құрамында псевдохоллинэстеразасы бар жаңа мұздатылған плазманы құю керек, сонымен қатар электролитті және қышқыл-сілтілі тепе-теңдіктің бұзылыстарын түзеу қажет.

Құсу - алдын-алу үшін, операция кезінде асқазанға сүңгі енгізіледі. Орталық генезді құсу болуы мүмкін. Ол бас миының гипоксиясының салдарынан немесе наркотикалық заттын улы әсерінен дамиды. Құсу тоқтамаған жағдайда атропин, дроперидол тағайындалады.

Діріл (калтырау)- көбіне жалпы жансыздандыру кезінде терморегуляцияның бұзылыстарымен және наркоздан кейінгі кезеңде, оның калпына келуімен байланысты болады. Қатты калтырау тыныс жетіспеушілігіне әкелуі мүмкін. Ол өкпені жасанды немесе косымша демалдыруды талап етеді.

магний сульфатын және

Емі: науқасты жылыту; АҚ қадағалап отырып, магний сульфатын және ганглиоблокаторларды (пентамин, бензогексоний) венаға енгізу керек. Кейде

калтыраудың себебі гиполикемиялық жағдай немесе жана цитратты қанды көп мөлшерде құйғанда дамидын гипокальциемия болып табылады.

4. Иллюстрациялық материал:





5. Әдебиет:

- Дұрманов, Қ. Д. Жалпы хирургия: оқулық / . - Қарағанды: АҚНҰР, 2017. - 608 бет. С
- Гостищев В.К. Общая хирургия: учебник и CD. – 4-е изд. – М., 2016. – 832 с.;

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Анестезияны алғаш рет кім және қай жылы ашты?
2. Анестезияның қандай түрлерін білесіз?
3. Жергілікті жансыздандырудың қандай артықшылықтары мен кемшіліктерін білесіз?
4. Анестезияға қандай көрсеткіштер мен қарсы көрсеткіштерді білесіз?
5. Премидикация қалай және қашан жасалады?

№3 дәріс

1. Тақырыбы: Операция. Операция алдындағы және кейінгі кезең.

2. Мақсаты: Операцияның жалпы сұрақтары, операцияға дейінгі және операциядан кейінгі кезеңдер бойынша білімдерін бекіту және кеңейту. Негізгі ауру мен қатар жүретін аурулардың клиникалық көрінісін тани білуге үйрету. Операцияларға абсолютті салыстырмалы көрсеткіштер мен қарсы көрсеткіштерді анықтауға үйрету. Жедел хирургиялық аурулар кезіндегі алғашқы медициналық көмек көрсетудің негізгі дағдыларын, сонымен қатар заманауи кешенді емдеу принциптерін меңгеруге үйрету. Біріншілік және қатар жүретін аурулар, сондай-ақ операциядан кейінгі асқынулар. Операциядан кейінгі кезеңде науқастарды күту ерекшеліктерімен танысыңыз.

3. Дәріс тезистері:

Операция алдындағы кезең – науқас аурухананың хирургиялық бөлімшесіне түскен сәттен бастап операция басталғанға дейінгі кезең, оның барысында емдеуге бағытталған шаралар кешені жүргізіледі науқасты операцияға дайындау.

Операция алдындағы кезең шартты түрде 2 кезеңге бөлінеді: диагностикалық және операция алдындағы дереу дайындық кезені. Операция алдындағы дайындықтың барлық шаралары негізінен хирургиялық араласу қаупін азайтуға және операциядан

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургия» кафедрасы	044 – 44 / 11 ()	
«Хирургиядағы мейіргерлік күтім» пәні бойынша дәріс кешені	40 беттің 17 беті	

кейінгі ықтимал асқынулардың алдын алуға немесе оның ауырлығын азайтуға бағытталған. Сондай-ақ хирург, анестезиолог және басқа операцияға қатысушыларды оқытуды қарастырады, астында! операциялық блокты және хирургиялық аспаптарды жасау.

Бүкіл операция алдындағы дайындықтың күрделілігіне, патологиялық процестің ерекшеліктеріне, операцияның жеделдігіне, п.п. ұзақтығына байланысты басқаша болады.

Қазіргі хирургия тәжірибесінде төмендеу үрдісі байқалады

Р.р.. ауруханаішілік инфекция қаупіне байланысты, әдетте онымен кеңінен қолданылатын антибиотиктер және онымен инфекция қаупі операция алдындағы науқастар. Кейбір жағдайларда операцияға жалпы дайындық, эндокринологияның мамандандырылған бөлімшелерінде жүргізіледі, кардиологиялық, емдік негіздемелер операция, дәрігер қысқаша эпикреция жасайды операцияның қажеттілігі оның сипаты мен анестезия түрін анықтайды. Және операция алдындағы қажетті кездесулерді жасайды. Науқас операцияға келісімі туралы қолхат, операцияға келісімі туралы қолхат алады Науқасты операцияға дайындаудың жалпы шаралары. Жүйке жүйесін дайындау. Операция алдында дерлік әрбір науқас жүйке кернеуі жағдайында болады. Әсіресе егде жастағы адамдарда аурудың сипатына байланысты ауырсынудан қорқу жүйке жүйесінің шамадан тыс кернеуіне әкелуі мүмкін, осыған байланысты оларда суық тер пайда болады. ауыздың құрғауы, гипердреналинемия және т.б. бір мезгілде профилактикалық хирургиялық шок және хирургиялық араласу кезінде мүмкін болатын бірқатар басқа да асқынулардың қызметін атқаратын осы құбылыстардың алдын алуды мұқият жүргізіңіз. Хирургиялық бөлімшедегі жұмысты ойластырылған ұйымдастыру маңызды рөл атқарады, бұл операцияны күтіп тұрған пациенттердің оны жаңадан өткен үлкен адамдармен байланысын болдырмайды, оларды көру ыңқылдау, құсу, қанға малынған таңғыштар тудыруы мүмкін. қиын әсер. Анестезиолог тағайындаған анестезияға дейінгі дәрі-дәрмектің жүйке жүйесі үшін қорғаныстық мәні бар. Нәтижесінде жүйке кернеуі операция алдында бірден төмендейді, науқас түнде ұйықтайды, тыныштық күйі. Жүрек-тамыр жүйесін дайындау және қан құрамын қалыпқа келтіру. Жүрек-тамыр жүйесінің қалыпты белсенділігімен шағын және орташа операциялар науқастың арнайы дайындығынсыз орындалады. Жүрек-тамыр жүйесі функциясының органикалық өзгерістерсіз аздап әлсіреуі кезінде әдетте кордиаминді немесе жүрек гликозидтерінің бірін бірнеше күн бойы ішке және көктамыр ішіне тағайындау жеткілікті, бірақ 20-40 мл 40% глюкоза ерітіндісі бар. аскорбин қышқылының 3 мл 5% ерітіндісін қосу, үлкен операцияларға дайындық аталған әрекеттерді ұзағырақ орындауда көрінеді. Жүректің және қан тамырларының органикалық зақымдалуымен тиісті арнайы агенттер қосылады - гипотензивті, вазодилациялық, спазмолитикалық. Үлкен операциялар әдетте айтарлықтай қан жоғалтумен байланысты екенін ескере отырып, олардың алдында 200-250 мл бір реттік немесе қайталанатын қан құйылады.

Жоспарланған операциялар етеккір кезінде тағайындалмайды, өйткені оларда; қан кетудің жоғарылауы және организмнің биологиялық реактивтілігінің төмендеуі байқалады. Тромбоздың және эмболияның алдын алу үшін, әсіресе варикозды тамырлар, флебит немесе тромбофлебит және

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургия» кафедрасы	044 – 44 / 11 ()
«Хирургиядағы мейіргерлік күтім» пәні бойынша дәріс кешені	40 беттің 18 беті

тазалаумен ауыратын науқастарда, сондай-ақ әдетте бейім адамдарда.

Операция алдындағы кезеңдегі қарқынды терапияның негізгі міндеті болып табылады өмірлік маңызының бұзылуын барынша толық өтеуге қол жеткізу ағзаның функциялары мен жүйелері.

Операция алдындағы дайындық мыналарды қамтиды:

- психологиялық дайындық;
- өмірлік маңызды органдарды дайындау (CVS, DS, MVS және т.б.), гомеостаз жүйелерінің бұзылуын түзету;
- операцияға арнайы дайындық (ішек тазалау және т.б.);
- тікелей дайындық:
 - хирургиялық алаңды алдын ала дайындау;
 - бос асқазан
 - қуық бос
 - премедикация.

Науқасты тыныштандыруға, операцияның қолайлы нәтижесіне сенімін оятуға бағытталған психологиялық дайындық қажет. Науқас операцияның бұлтартпастығын және оны орындау қажеттілігін түсіндіруі керек (жоспарланған операциялар үшін седативтер бір күн бұрын тағайындалады). Операциядан 30 минут бұрын науқасқа есірткі заттары кіретін премедикация беріледі. Өмірлік маңызды органдар мен жүйелерді дайындау маңызды. Өмірлік бұзылыстарды өтеуге қол жеткізу қажет ағзаның функциялары мен жүйелері. Бұзушылықтарды ғана емес өтеу керек негізгі хирургиялық аурумен байланысты органдар мен жүйелердің функционалдық жағдайы, сонымен қатар әртүрлі қатар жүретін аурулар (тыныс алу, қан айналымы, бауыр, бүйрек). Функцияның мүмкін болатын толық өтеміне қол жеткізу мәселесі әлі де бар тіпті шұғыл (шұғыл) хирургиялық араласуға байланысты уақыт қысымы жағдайында. Бұл ретте барлық бұзушылықтар бір мезгілде түзетілуі керек. Операция алдындағы дайындық адекватты, қарқынды және болуы керек

мүмкіндігінше қысқа. Гиповолемиямен ауыратын науқастарда, оның белгілері жүрек тондарының кереңдігі, тамырлардың құлауы, төмен қан қысымы және CVP және т.б., су-электролит балансының бұзылуы, қышқыл негіз биохимиялық қан анализі арқылы анықталған жағдайлар дереу жоғары және төмен молекулалық декстраттарды, су-электролит ерітінділерін, ерітінділерді құюды қоса, инфузиялық терапияны бастау глюкозаны инсулинмен, сілтілі ерітінділермен. Өмірге қауіп төнген кезде қан жоғалту, эритроциттердің суспензиясы, плазма, толық қан енгізіледі. Инфузиялық терапиямен бір мезгілде жүрек-тамыр агенттері қолданылады. Тыныс алу жеткіліксіздігімен күресу - оттегі терапиясы, қан айналымын қалыпқа келтіру, бронходилататорларды қолдану, төтенше жағдайларда, өкпенің жасанды желдетуін жүзеге асырады. Операция алдындағы дайындық кезінде бірқатар процедуралар да орындалады: науқастың мүшелерін дайындауға бағытталған. Наркозды эвакуациялау алдында асқазанның мазмұны қажет - асқазанды шаю зондпен жүзеге асырылады. Сондай-ақ қуықты босату қажет. Науқас болмаса өз бетінше зәр шығаруы мүмкін - қуықтың катетеризациясы резеңке немесе металл катетер арқылы жүзеге асырылады. Хирургиялық өріс аймағындағы шаш сызығы қырылған.

Элективті хирургияда мұқият тексеруге болады науқас және науқасты операцияға арнайы дайындауға уақыт бар. Олар тыныс алу, қан айналымы, асқазан-ішек жолдары, бауыр және бүйрек функцияларының бұзылуын түзетеді. О.С.К., ақуыз және су-электролит балансын қалыпқа келтіру үшін инфузиялық терапияны жүргізу, қышқыл-негіз балансы. Қажет болса, парентеральды тамақтануды жүргізіңіз. Операция қарсаңында науқасқа тазарту клизмасы беріледі. Науқас гигиеналық ванна немесе душ қабылдайды, содан кейін іш киімін және төсек-орын жабдығын ауыстырады. Науқас кешкі ас ішпейді, операция алдында таңертең тамақ ішпейді. Науқаста асқазаннан эвакуация бұзылса (ойық жаралы стенозда, өту немесе ісік) кешке және таңертең асқазан арқылы жуылады зонд. Таңертең науқастың шашы хирургиялық аймақта қырылады. Науқасты жоспарлы операцияға дайындау процесінде эндогендік инфекцияның алдын алады - созылмалы инфекция ошақтары анықталып, санитарлық тазартылады. инфекциялар (созылмалы тонзиллит, кариес, фарингит, терінің және жұмсақ тіндердің пустулярлық аурулары және басқа созылмалы қабыну аурулары). Менструация кезінде жоспарланған операцияларды тағайындауға болмайды, өйткені бұл күндері қан кетудің жоғарылауы және дененің реактивтілігінің төмендеуі байқалады. Бір күн бұрын седативтер тағайындалады. Операциядан 30 минут бұрын премедикация жүргізіледі, оның құрамына промедол (есірткі анальгетиктер); атропин (М-холинолитин) сілекей бөлуді азайту үшін, ол анестезияға кедергі келтіреді; антигистаминдер (димедрол, пипольфен). Осыдан кейін науқасты гурнеде операция бөлмесіне апарды және операцияны орындау үшін қажетті позицияға сәйкес келеді.

4. Иллюстрациялы материалдар: (Шолу-иллюстративті, буклет ұсынылады)





5.Әдебиет:

• Дұрманов, Қ. Д. Жалпы хирургия: оқулық / . - Қарағанды: АҚНҰР, 2017. - 608 бет. С

• Гостищев В.К. Общая хирургия: учебник и CD.– 4-е изд. – М., 2016. – 832 с.;

6. Қортынды сұрақтары (кері байланысы)

1. Операция түсінігі: радикалды және паллиативті.
2. Операция түрлері (бір және көпмүн, бірімүн). диагностикалық, типтік және атипті, жабық және ашық, микрохирургиялық, эндоскопиялық).
3. Операция алдындағы кезең (негізгі міндеттер, науқасты операцияға дайындау).
4. Операцияның жеделдігін анықтау
5. Операциялық-анестезиологиялық тәуекелді бағалау
6. Қосымша зерттеулер
7. Науқастарды психологиялық және операция алдындағы дайындау
8. Арнайы операция алдындағы дайындық

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургия» кафедрасы	044 – 44 / 11 ()	
«Хирургиядағы мейіргерлік күтім» пәні бойынша дәріс кешені	40 беттің 21 беті	

№4 дәріс

1. Тақырыбы: Жіті жергілікті хирургиялық инфекция.

2. Мақсаты: Жіті жергілікті хирургиялық инфекция аурулардың клиникалық көрінісін тани білуге үйрету. Жіті жергілікті хирургиялық инфекция аурулардың операцияларға көрсеткіштер мен қарсы көрсеткіштерді анықтауға үйрету. Жіті жергілікті хирургиялық инфекция кезіндегі алғашқы медициналық көмек көрсетудің негізгі дағдыларын, сонымен қатар заманауи кешенді емдеу принциптерін меңгеруге үйрету.

3. Дәріс тезистері:

Хирургиялық инфекция Хирургиялық инфекция - бұл пиогендік флорадан туындаған әртүрлі локализация мен сипаттағы қабыну ауруы. Өмірдің бірінші күнінің соңында бала қазірдің өзінде бактериялардың 12 түрін мекендейді. Үшінші - жетінші күні олар оның ішектеріне енеді. Бала өскен сайын оның микробтық популяциясы тез өседі. Ересек адамның денесінде ол жүздегенмен ұсынылған, олардың саны астрономиялық сандарға жетеді. Адам ағзасында өмір сүретін бактериялардың жалпы салмағы екі келіге жуықтайды. Адамда микроорганизмдердің 200-ге жуық түрі өмір сүрсе, оның 80-і ауыз қуысында болады. Әдетте адамның ішегінде жалпы салмағы 1 кг-ға дейінгі бактериялардың 300-ден 1000-ға дейін түрі өмір сүреді және олардың жасушаларының саны адам ағзасындағы жасушалардың санынан көп мөлшерде болады. Олар көмірсулардың қорытуында маңызды рөл атқарады, витаминдерді синтездейді, патогенді бактерияларды жою. Бірақ олар үнемі өзгеріп отырады, патогенді болады. Олардың қаншасы бізге тамақпен, тыныспен, лас қолмен, мейірбикелік және медициналық манипуляциялар кезінде келеді. Хирургиялық инфекция микробтардың олар үшін әдеттен тыс мекендеу орындарына (жаралар, ішкі органдар мен қуыстар, талшықтар) ену және даму процесі ретінде анықталады. Іріңді-қабыну аурулары бар науқастар барлық хирургиялық науқастардың үштен бірін құрайды.

Жіктелуі

1. Клиникалық ағымы бойынша:

1.1. Жедел хирургиялық инфекция: іріңді; шірік (спора түзбейтін анаэробтар); анаэробты; спецификалық (сіреспе, сібір жарасы және т.б.).

1.2. Созылмалы хирургиялық инфекция: бейспецификалық (пиогенді); спецификалық (туберкулез, мерез, актиномикоз және т.б.).

2. Көрсетілген нысандардың әрқайсысының мынадай нысандары болуы мүмкін:

2.1. Жергілікті хирургиялық инфекция (жергілікті көріністердің басым болуымен);

2.2. Жалпы хирургиялық инфекция (септикалық ағымы бар жалпы құбылыстардың басым болуымен).

Этиологиясы Іріңді-қабыну аурулары инфекциялық сипатқа ие (моноинфекция немесе аралас, организмге экзогендік немесе эндогендік жолмен енетін). Ең көп таралған қоздырғышы стафилококк болып табылады, бұл олардың а/б және антисептиктерге жоғары төзімділігімен, сонымен қатар экзотоксиндерді шығару қабілетімен түсіндіріледі. Стрептококктар (ауыр интоксикация береді), пневмококктар, протей, коли бактериялары, *Pseudomonas aeruginosa*, клостридиялар сирек кездеседі. Экзогенді – ауа – ауа – шаң – контакт – имплантация) Инфекцияның ену жолдары: Патогенезі Қабыну процесінің одан әрі дамуы енген микробтардың саны мен вируленттілігінің ағзаның иммунологиялық күштерімен қатынасымен анықталады. Тіндердің жағдайы

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургия» кафедрасы	044 – 44 / 11 ()	
«Хирургиядағы мейіргерлік күтім» пәні бойынша дәріс кешені	40 беттің 22 беті	

және жергілікті иммундық факторлар да маңызды. ! Жараға түскен микробтар 5-6 сағаттан кейін белсенді бола бастайды! Клиникалық көріністері Жергілікті симптомдар – қабынудың классикалық белгілері:

- Гиперемия
- Ісіну
- Ауырсыну
- Жергілікті температураның жоғарылауы
- Органның дисфункциясы Қабыну процесінің екі фазасы бар: алғашқыда қабыну ошағы тығыз, ауырсыну тұрақты (инфильтративті фаза).); инфильтраттың жұмсаруы, жиырылған ауырсынулар, флюктуация абсцесс фазасының дамуын көрсетеді.

Жалпы симптомдар:

- дене температурасының жоғарылауы, қалтырау
- Аймақтық лимфа түйіндерінің ұлғаюы
- Науқастың қозуы немесе летаргиясы
- Бас ауруы, әлсіздік сезімі, тахикардия
- Қан құрамының өзгеруі (лейкоцитоз, ЭТЖ жоғарылауы, гемоглобин мен эритроциттердің төмендеуі)
- Зәрдегі өзгерістер (цилиндрлік және протеинурия). Емдеу принциптері Емдеу қабыну процесінің ерекшеліктері мен локализациясына байланысты. Инфильтрация сатысы – консервативті ем (фокусты шектеу үшін): - А/б, антисептиктер, қабынуға қарсы препараттар - Физиотерапия (жылу, УВИ, УВЧ, электрофорез, УДЗ және т.б.) - Новокаинді блокада - Демалу (иммобилизация, төсек демалысы)) Абсцесс кезеңі – хирургиялық емдеу: а) Іріңді және некрозды массаларды жою үшін абсцессті ашу. б) Антисептиктермен мұқият санитарлық тазалау (сутегі асқын тотығы, фурацилин) в) Адекватты дренаж г) Гипертониялық ерітінділерді қолдану (10% NaCl, 25% MgSO₄). Жергілікті хирургиялық инфекцияның түрлері Абсцесс (абсцесс) – мүшелер мен тіндерде іріңнің шектелген жиналуы. Себептері: инфекция, тіндерге концентрацияланған дәрілік ерітінділерді енгізу (25% MgSO₄, 24% кардиомин ерітіндісі, 50% анальгин ерітіндісі). Абсцесс пиогенді мембрананың және көп камералы болуымен сипатталады. Флегмона – жасушалық тіннің делимитацияға бейім емес жедел диффузды қабынуы. Тері асты, бұлшықет аралық, ретроперитонеальді флегмоналар бар; кейбір локализациялардың ерекше атаулары бар: медиастинит, парапроктит, паранефрит және т.б. Флегмонаның нақты шекаралары жоқ. Инфильтрация кезеңі қысқа. Емдеу тек хирургиялық. Қызылиек (эрисипелалар) – терінің өзінің, сирек шырышты қабықтың жедел қабынуы. Қоздырғышы - стрептококк. Бұл аурудың жұқпалылығын түсіндіреді. Ауру кенеттен пайда болады, температура тез көтеріледі (40 - 410 дейін), ауыр интоксикация байқалады. Көбінесе бет, бас, төменгі аяқтарда локализацияланған. Жергілікті белгілер: жану ауруы, қызу сезімі, айқын жиектері бар ашық қызарудың пайда болуы (эритематозды түрі). Буллезді түрінде көпіршіктер пайда болады. Флегмонозды формада тері астындағы тіндердің іріңдеуі пайда болады. Әлсіреген және қарт адамдарда некротикалық қызылиек пайда болады. Қызылиек қайталануы мүмкін.

Емдеу:

1. УВИ. 2. А/б және сульфалы препараттар.

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургия» кафедрасы	044 – 44 / 11 ()	
«Хирургиядағы мейіргерлік күтім» пәні бойынша дәріс кешені	40 беттің 23 беті	

3. Ылғал таңғыштар мен ванналар қарсы, синтомицин эмульсиясы, тетрациклин жақпа жергілікті қолданылады.

4. Флегмонозды түрімен – аутопсия.

5. Пациенттерді оқшаулау керек.

6. Процесс бетте локализацияланған кезде ауруханаға жатқызу міндетті болып табылады. Фурункул - шаш фолликуласының, май безінің және оның айналасындағы тері астындағы майдың іріңді-некротикалық қабынуы. Ең жиі локализация - мойынның артқы жағы, бет, қолдың артқы жағы, жамбас. Екі немесе одан да көп фурункулездің пайда болуы «фурункулез» деп аталады, ол иммунитеттің төмендеуімен, қант диабетімен, витаминдердің жетіспеушілігімен және т.б. Карбункул – жалпы инфильтрат пен некроздың түзілуімен бірнеше шаш фолликулалары мен май бездерінің жедел диффузды іріңді-некротикалық қабынуы. Емі хирургиялық, кесу крест тәрізді. Өлім үшбұрышы «Өлім үшбұрышы» адамның бетіндегі ауыз, мұрын және мұрын-ерін қатпарларымен шектелген, қанмен қамтамасыз ету өте жақсы дамыған жер деп аталады. Беттің бұл бөлігінде веноздық және артериялық тордың көптеген тамырлары бар, оның үстіне бұл веналардың клапандары жоқ (дененің басқа бөліктерінің тамырларына қарағанда). Осылайша, «өлім үшбұрышы» арқылы денеге енуі мүмкін кез келген инфекция жай ғана мидың кавернозды синустарына еніп, өте ауыр асқынуларды тудырады және жиі өлімге әкеледі. Адамның қолында көптеген микробтар бар екенін бәрі біледі, сондықтан бұл «үшбұрышты» қолыңызбен ұстау қажет емес, сонымен қатар **ТҮЙІМ САЛЫНАДЫ!** Гидраденит - апокринді тер бездерінің іріңді қабынуы. Ол аксиларлы аймақта, сирек жыныстық және перианальды аймақтарда локализацияланған. Алдын ала факторлар: шамадан тыс терлеу, дерматит, жеке гигиена ережелерін сақтамау, шашты қыру, депиляторларды қолдану.

Лимфаденит - лимфа түйіндерінің қабынуы, әр түрлі пио-қабыну ауруларының және спецификалық инфекциялардың асқынуы ретінде туындайды. Лимфангит - лимфа тамырларының қайталама қабынуы, әртүрлі қабыну ауруларының ағымын нашарлатады. Мастит - бұл сүт безінің қабынуы. Бұл негізінен лактацияның алғашқы апталарында (лактациялық мастит, немесе «сүт безі») пайда болады. Көбінесе примипарада кездеседі (70% дейін) Жедел және созылмалы (сирек) бар. Кіру қақпасы - көбінесе - емізік жарықтары. Аурудың басталуына ықпал ететін фактор лактостаз болып табылады. Маститтің серозды, инфильтративті және деструктивті (абсцесстік, флегмонозды, гангренозды) түрлері бар. Клиника. Сүт безінде ауырсынудың пайда болуы, дене қызуының 39о дейін көтерілуі, сүт безінің қызаруы және ұлғаюы (серозды түрі). Процесс инфильтративті фазаға өткенде қалтырау пайда болады, безде – инфильтрат, ауырсыну күшейеді, қолтық асты лимфа түйіндері ұлғаяды. Флюктуация пайда болған кезде терінің күрт қызаруы және тері асты веноздық торының кеңеюі, инфильтрат демаркацияланады және пальпацияланады. Емдеу. Форманы ескере отырып орындалады. Бастапқы формаларымен - консервативті, іріңді - операциялық. Сүттің тоқырау белгілері пайда болған кезде жоғары позиция (бинт, безді қыспайтын бюстгалтер). Безді босату үшін кеуде сорғысы қолданылады, сұйықтықты қабылдау шектеледі, окситоцин және но-шпу тағайындалады, тамақтандыру тоқтатылмайды. Серозды және инфильтративті – а/б, сульфаниламидтер, физиотерапия, новокаинді блокада. Барлық процедуралар безді босатқаннан кейін жүзеге асырылады. Алдын алу.



1) Жүкті әйел денесінің төзімділігін арттыру, ошақтарды санитарлық тазарту. 2) Безді тамақтандыруға дайындау (ауа ванналары, сүлгімен сүрту), емізік жарықтарының алдын алу. 3) Тамақтандыру ережелерін сақтау (анасының қалпы, гигиеналық өңдеу), бездерді кезектестіру. 4) Әр тамақтандырудан кейін сору 5) Міндетті түрде кеудеше кию. Артрит - буынның қабынуы. Артрит бар: травматикалық, инфекциялық, дистрофиялық. Симптомдары: ауырсыну, қызару, ісіну, деформация, буын функциясының бұзылуы, дене температурасының жоғарылауы (жергілікті және жалпы). Емдеу: себебіне байланысты. Ірінді артритпен – буынды ашу, антибиотиктер. Артрит толық қалпына келтіруге әкелуі мүмкін, бірақ ол буынның пішінін бұзуы және иммобилизацияға әкелуі мүмкін. Бурсит - бұл шырышты қабықтың қабынуы. Жедел және созылмалы (гигромалар) болады. Себептер. Жарақаттар, қайталанатын физикалық стресс, артрит, подагра. Көбінесе шынтак, иық, тізе бурситі (кәсіби жарақат). Симптомдары. Шырышты қабықшаның орналасуына сәйкес ауырсынулы дөңгелек ісіктің пайда болуы, пателланың бюллетень симптомы, әлсіздік, қызба. Артриттен айырмашылығы, буындағы қозғалыс сақталады. Емдеу. Ерте фазаларда – буын пункциясы, а/б, гормондар, физиотерапия. Тиімсіз жағдайда – қапты ашу. Емдеу баяу. Шырышты қаптар — синовиальды сұйықтықты бөлетін тегіс эндотелий беті бар шектелген дәнекер тіндік қапшықтар. Бұл сөмкелердің саны тұрақты емес: жаңа туған нәрестелерде олар болмауы мүмкін, ересектерде олардың көпшілігі бар және әртүрлі жерлерде; сүйектегі терінің, бұлшықеттердің, сіңірлердің үздіксіз қысымы мен үйкелісі орындарында пайда болуы мүмкін. Остеомиелит - сүйек тінінің жұқпалы қабынуы. Жедел және созылмалы, гематогенді және гематогенді емес. Симптомдары. Мазасыздық, аяқ-қолдардың ауыруы, бұлшықет ауыруы, безгегі, бас ауруы. Зақымдалған аяқ-қолда ауырсыну, жарылғыш сипаттағы қатты ауырсыну бар, сондықтан пациенттер ең аз қозғалыста айғайлайды. Аяқ бүгілген күйге ие болады. Өкшеге (шынтак) қағу қатты ауырсынуды тудырады, зақымдалған аяқ-қолды пальпациялағанда ауырады. Содан кейін жұмсақ тіндердің ісінуі және терінің қызаруы, аймақтық L.s. Рентгенограммадағы белгілер 10-14-ші күні пайда болады. Емдеу консервативті және хирургиялық. Қолдың ірінді-қабыну аурулары Ең жиі себебі - қолдың тіндерінің механикалық зақымдануы. Панаритиум - саусақтардың ірінді ауруы. Фелондардың келесі түрлері бар: тері, тері асты, сіңір, сүйек, артикулярлы, субангальды, паронихия, пандактилит. Симптомдары: бірте-бірте күшейеді, ауырсыну, тіндердің кернеуі, гиперемия, ісіну, «бірінші ұйқысыз түннің» симптомы. Дене температурасы қалыпты және жоғары болуы мүмкін (формаға байланысты). Саусақ функциялары бұзылған. Емі операциялық. Қолдың флегмонасы - қолдың жасушалық кеңістіктерінің диффузды ірінді зақымдануы. Симптомдары: тіндердің ісінуі және гиперемиясы, қолдың дисфункциясы, жергілікті қызба, пальпация кезінде ауырсыну, қолдың сыртқы түрінің өзгеруі (мысалы, «тырнақ лап» симптомы), дене температурасының көтерілуі, интоксикация белгілері. Емдеу тек операциялық. Жалпы хирургиялық инфекция (сепсис) Жалпылама (жалпы) инфекция ағзаның қанға енген қоздырғыштарды бейтараптандыруға қабілетсіздігі кезінде дамиды. Бұл байқалады: 1) жоғары вирулентті қоздырғыштардың көп мөлшерін алған кезде; 2) Ағзаның қорғаныс күштерінің күрт әлсіреуімен. Инфекцияның ағзаға енетін жері кіру қақпасы деп аталады. Кіреберіс қақпасының аймағында пайда болған қабынуды бастапқы ошақ деп



атайды (жаралар, жедел іріңді ошақтар, эндогендік инфекция). Мыналар бар: - көзге көрінетін фокус болмаған кезде дамитын біріншілік (криптогенді) сепсис; - біріншілік ошақтың фонында дамитын екіншілік сепсис. Сонымен қатар, сепсис ажыратылады: - фульминантты (клиникасы тез дамиды, 1-3 күннен кейін өлімге әкелуі мүмкін); - септикалық шок (іріңді ошақ болған кезде интоксикация нәтижесінде дамитын сепсис ағымының ауыр кезеңі); - жедел (клиниканың жылдам өсуі, бірақ оншалықты апатты емес дамуы); - субакуталық (ауру басталғаннан кейін 2-3 айдан кейін белгіленеді); - созылмалы қайталанатын түрі. Сепсис сонымен қатар кіреберіс қақпасының орналасуына байланысты жіктеледі (кіндік, акушерлік, одонтогендік, отогендік және т.б.). Жедел сепсис септицемия және септикопиемия түрінде болуы мүмкін.

Септицемия (жалпыланған қан инфекциясы) - жарадан мезгіл-мезгіл пайда болатын қоздырғыштар мен олардың токсиндерінің қан ағымын ұзаққа созуы. Көбінесе бұл стрептококк, сирек - стафилококк және E. coli. Клиникалық ағым күндізгі уақытта жүрек соғу жиілігі мен тыныс алудың бір мезгілде ұлғаюымен үнемі 40-41^о шегінде ұсталатын қатты қалтыраумен және температураның тез көтерілуімен сипатталады. Өлім алдында ғана температура қалыпты жағдайға күрт төмендейді, импульс тездейді (есепке жатпайды). Температура мен импульс қисықтарынан пайда болған крест өлім кресі деп аталады. Науқастар летаргиялық немесе мазасыз болады, терісі құрғақ, ыстық, кейде тері астына қан кетулер пайда болады. Жаралар құрғақ, түтіккен, баяу. Көкбауыр ұлғайған пальпация кезінде ауырсынады. Гемолитикалық сарғаю дамиды. Септикопиемия (жалпы метастаздық инфекция). Бұл жағдайда іріңді жара аймағындағы ұсақ қан ұйығыштары микробтармен жұқтырылып, жалпы қанға енеді. Қан тамырлары тасымалдау жолдары ретінде қызмет етеді, ол арқылы инфекция жұқтырған эмболиялар кез келген органға енеді - жаңа қайталама фокус қалыптасады. Клиникалық түрде 41 градусқа дейін күшті қызба бар, бірақ таңертең ол 3-4 градусқа төмендейді. Пульсі жиі, елтігу. Жалпы жағдайы ауыр, науқастар буындардағы ауру сезіміне шағымданады, терісі ыстық, құрғақ. Анемия, сарғаю, көкбауырдың ұлғаюы жиі кездеседі, токсикалық диарея болуы мүмкін. Мидағы іріңді метастаздардың дамуымен өлім болуы мүмкін. Септикопиемия мен септицемияны жиі ажырату қиын және бір-біріне сәйкес келуі мүмкін.

Сепсис диагнозы мыналарды бағалауға негізделген:

1. Бастапқы фокус (95% жағдайда сепсис ауыр іріңді хирургиялық немесе некрозбен, нашар дренажды және т.б. кең жаралар фонында дамиды).

2. Қан дақылдарының нәтижелері (қаннан қоздырғыштарды себу сепсистің айқын белгісі болып табылады; материалды тәуліктің әртүрлі уақытында, жақсырақ температураның жоғарылауында алады).

3. Клиникалық белгілері (сепсиске тән көкбауырдың ұлғаюы, бауырдың гемолитикалық сарғаюы, лейкоцитоз немесе лейкопения, ЭТЖ күрт жоғарылауы, қан үю жүйесінің ауыр бұзылыстары, тахикардия, жоғары температура)

Сепсистегі қызба түрлері: Үздіксіз жоғары, 39. -40^о, жедел, ауыр ағымды көрсетеді.

Ремиссиялық – 15-20 күн бойы 1-2^о тәуліктік ауытқулар. Толқынды – субфебрильді жағдай кезеңдері қызбаның жоғары шыңдарымен алмасады; Субакуталық ағымда

Сепсисті емдеу мыналардан тұрады: • инфекция ошағына белсенді хирургиялық әсер ету • патогенге қарқынды әсер ету (бактерияға қарсы және иммунотерапия,



детоксикацияның экстракопиральды әдістері) • бұзылған дене функцияларын сақтау (инфузиялық терапия) Сепсиспен ауыратын науқастарды ауыр түрі бар науқастар үшін арнайы реанимация бөлімшелерінде емдеу керек. іріңді инфекция. Ұзақ мерзімді инфузия үшін субклавиялық венаны катетеризациялау жүргізіледі. Анаэробты инфекция Анаэробтар және олардың аэробтармен байланыстары адамның инфекциялық патологиясында жетекші орындардың бірін алады. Олар адам ағзасының қалыпты микрофлорасының басым көпшілігін құрайды. Олардың негізгі мекендейтін орны – ас қорыту жолдары. Аузындағы флора 99% анаэробты, бұл олардың негізгі тіршілік ету ортасы тоқ ішекке жақын. Осы микроорганизмдердің әртүрлі түрлерінің ішінде сіреспе мен газды гангренының қоздырғыштары ерекше маңызға ие - клостридиальды инфекцияның өкілдері, ағымның өте ауырлығын және жоғары өлімді тудырады. Бірақ клостридиялар адамдарда кездесетін анаэробтардың өте аз бөлігін (шамамен 5%) құрайды. Сондай-ақ адам үшін патогенді анаэробтардың спора түзбейтін әлдеқайда үлкен тобы бар. Олар күнделікті хирургиялық инфекциялардың көпшілігін білдіреді және негізінен жергілікті көріністермен және жақсы ағыммен сипатталуы мүмкін немесе қолайсыз болжамы бар ауыр процестердің клиникасы болуы мүмкін. Газды гангрена Кез келген шыққан жаралардың өмірге ең қауіпті асқынуы. Ол әскери операциялар кезінде кеңінен таралған. Оның даму ықтималдығы қан тамырлары мен сүйектердің зақымдануымен, топырақтың ластануымен кең ұсақталған жараларда жоғары. Қоздырғыштары экзотоксиндер бөлетін клостридиялардың төрт түрі. Барлық клостридиялар газдың пайда болуымен және ісінудің пайда болуымен сипатталады.

Клиника.

Инкубациялық кезең 3-4 күн, бірақ 2-3 аптаға дейін созылуы мүмкін. Басталуы дауылды. Жарада ауырсыну, жару және қысу сезімі бар. Ісіну артқан сайын бұл сезімдер күшейеді. Тахикардия, эйфория, субфебрильді температура бар.

Клостридиальды жара инфекциясының үш түрі бар:

1. Клостридиальды миозит
2. Клостридиальды целлюлит
3. Аралас түрі.

Барлық формаларда жараның өзіне тән көрінісі бар: тіндері жансыз, сұр түсті лас, бөліністері аз, есі дұрыс. «Ұстара симптомы» болуы мүмкін, крепит, бұлшықеттер қайнатылған етке ұқсайды (класс миозит). сі. целлюлит, ең алдымен, тері өзгереді, ол шиеленіс, жылтыр, қансыз болады (ақ кружка немесе ақ ісік). Басқа формаларда теріде күлгін-көкшіл дақтар, көпіршіктер пайда болады. Газ тіндерге тез таралады, бірнеше сағаттан кейін жарадан алыс крепит байқалады. Диагноз үшін, клиникалық деректерден басқа, сізге резервуар қажет. зерттеу.

Емдеу.

Үш компоненттен тұрады.

1. Бактериялық факторды жою арқылы жара ошағын санитарлық тазалау.

Операциялардың үш түрі қолданылады - «шам кесу» (жараны аэрациялау және ісіну сұйықтығында жиналған токсиндерді кетіру үшін тіндерді сүйекке кеңінен бөлу); зақымдалған тіндердің (бұлшықеттердің) кесілуі; жгутсыз орындалатын ампутация,

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургия» кафедрасы	044 – 44 / 11 ()	
«Хирургиядағы мейіргерлік күтім» пәні бойынша дәріс кешені	40 беттің 27 беті	

тіндердің өміршеңдігінің көрнекі деңгейінен жоғары, тігістер 1-2 күн бойы салынбайды.

2. Айналымдағы токсиннің әсерін бейтараптандыру: бактерияға қарсы терапия (өте жоғары дозада пенициллиндер); серотерапия (профилактика үшін поливалентті сарысу 10 000 ХБ дозада және емдік мақсатта 150 000 ХБ дозада, бір валентті сарысу көктамыр ішіне тамшылатып, 100 мл сарысуды 400 мл NaCl-де ерітетін – 0,9%); НВО.

3. Мүшелер мен жүйелер қызметінің өзгерістерін түзету. Алдын алу. 1. Травматикалық және геморрагиялық шокпен күресу. 2. Көліктік иммобилизация, ең ерте ПСТ. 3.

Науқастарды оқшаулау. 4. Үй-жайларды дезинфекциялау, санитарлық тазарту, тазалау үшін 0,5% жуғыш зат ерітіндісімен 6% сутегі асқын тотығын, медициналық аспаптар үшін – 1 сағат экспозиция.– спора түзетін G(+) Clostridium tetani. Оның споралары жоғары төзімді, қайнауға 10 минуттан 90 минутқа дейін, ал кейбір штамдарға 3 сағатқа дейін шыдайды. Фенолдың 5% ерітіндісі 8-10 сағаттан кейін, ал 1% формалин ерітіндісі 6 сағаттан кейін олардың өліміне әкеледі. қорлар. Қоздырғыш жүйке жүйесі мен эритроциттерге әсер ететін экзотоксинді бөледі. Аурудан кейін иммунитет жоқ. Clostridium tetani жануарлар мен адамның ішегінде тіршілік етеді. Топыраққа нәжіспен түседі, онда ұзақ жылдар бойы сақталатын споралар түзеді. Инфекция тек споралар жаралар арқылы енген кезде пайда болады, әсіресе оларда анаэробты жағдайлар жасалғанда (пышақ жарақаттары, тамыр патологиясы)

Клиника.

Жетекші симптом - бұл қаңқа бұлшықеттерінің клоникалық және тоникалық спазмаларының дамуы. Әдетте 4-14 күнге созылатын инкубациялық кезең бас ауруымен, ұйқысыздықпен, ашушаңдықпен, әлсіздікпен, тершендікпен, жара аймағындағы бұлшықеттердің ауыруы және тітіркенуі. Бұлшықет спазмы жақ бұлшықеттерінде (төмендеу түрі) немесе жарақаттанған аймақтан (көтерілу түрі) басталады. Бет бұрмаланған және маңдай мен бет жағында әжімдердің пайда болуымен менсінбейтін күлкі (сардоникалық күлкі) көрінісімен сипатталады. Тризмус (шайнау бұлшықеттерінің қысылуы) ауызды ашуды қиындатады. Құрысу ұстамалары бірінен соң бірі жалғасады, ауырады, кез келген тітіркену кезінде пайда болады (жансу, есік сықырлау, жеңіл, қатты сөйлесу). Арқа, мойын, аяқ-қол бұлшық еттерінің спазмолитикалық жиырылуы дің және аяқ-қолдардың күрт гиперэкстензиясымен (опистотонус) жүреді. Конвульсиялар бірнеше минутқа дейін созылады. Арасында бұлшықеттер кернеулі болып қалады. Ұстама бұлшықеттердің жарылуына, сүйектердің сынуына, тыныс алу және қан айналымының бұзылуына әкелуі мүмкін. Дене қызуы жоғары, қатты терлеу биіктікке сәйкес келмейтін температуралар. Пиней бұлшық еттерінің тоникалық жиырылуы дефекация мен зәр шығаруды қиындатады. Қалпына келтіру кезінде симптомдардың көрінісі бірте-бірте азаяды және 14-70 күннен кейін жоғалады. Сіреспені үштік невриттен, менингиттен, құтырудан, тетаниядан және т.б. ажырату керек Емдеу. Қарқынды терапия және хирургиялық араласуларды жүргізу. Жалпы емге мыналар кіреді: 1. Спецификалық серотерапия (ПСС және АС енгізу). 2. Құрысуға қарсы терапия (бұлшық ет босаңсытқыштары, есірткі, алкоголь, нейроплегиялар); сананы өшіру үшін анестезия қолданылады. 3. Жүректің жұмысын жақсарту, тыныс алу, инфекциялық асқынулардың алдын алу үшін көмекші терапия.

Хирургиялық араласулар келесідей: ревизия, кең ашу, анестезиямен жараны дренаждау. Науқасты шудан оқшауланған, қараңғыланған бөлек бөлмеге жатқызады. Алдын алу.

Арнайы қосымша:

1. PSS және AS қолдану. Вакцинацияланғандарға тек АС 0,5 мл енгізіледі, бірақ соңғы вакцинациядан кейін 5 немесе одан да көп жыл өтсе, 1 мл АС енгізіледі. Алты айдан кейін тағы 0,5 мл АС қайта енгізіледі. 2. ПСС 20 жастан бастап тек Безредко әдісі бойынша вакцинацияланбағандарға енгізіледі. Нақты жоспарлы вакцинация кестесіне сәйкес жүзеге асырылады. Арнайы емес – уақытылы және толық PST қажетті позицияға сәйкес келеді.

4. **Иллюстрациялы материалдар:** (Шолу-иллюстративті, буклет ұсынылады)



**5.Әдебиет:**

• Дұрманов, Қ. Д. Жалпы хирургия: оқулық / . - Қарағанды: АҚНҰР, 2017. - 608 бет. С

• Гостищев В.К. Общая хирургия: учебник и CD.– 4-е изд. – М., 2016. – 832 с.;

6. Қортынды сұрақтары (кері байланысы)

1.Жіті және созылмалы хирургиялық инфекция.

2.Жіктемесі. Этиологиясы мен патогенезі.

3.Тіндердің жергілікті және жалпы реакциясы. Жіті іріңді аурулардың жеке түрлері .

4.Алдын алу мәселелері.

5.Жалпы және жергілікті емдеудің негізгі принциптері.

6 Антибиотиктерді қолданудың маңызы.

№5 дәріс

1. **Тақырыбы:** Созылмалы спецификалық хирургиялық инфекция.

2.Мақсаты: Созылмалы спецификалық хирургиялық инфекция классификациясы, хирургиялық инфекцияның жалпы сұрақтары бойынша білімдерін бекіту және кеңейту. Негізгі ауру мен қатар жүретін аурулардың клиникалық көрінісін тани білуге үйрету. Туберкулез, мерез ауруларымен таныстыру. Спецификалық хирургиялық инфекция абсолютті салыстырмалы көрсеткіштер мен қарсы көрсеткіштерді анықтауға үйрету. Созылмалы спецификалық хирургиялық инфекция кезіндегі алғашқы медициналық көмек көрсетудің негізгі дағдыларын, сонымен қатар заманауи кешенді емдеу принциптерін меңгеруге үйрету.

3.Дәріс тезистері:

Хирургиялық - бұл пиогендік флорадан туындаған әртүрлі локализация мен сипаттағы қабыну ауруы. Өмірдің бірінші күнінің соңында бала қазірдің өзінде бактериялардың 12 түрін мекендейді. Үшінші - жетінші күні олар оның ішектеріне енеді. Бала өскен сайын оның микробтық популяциясы тез өседі. Ересек адамның денесінде ол жүздегенмен ұсынылған, олардың саны астрономиялық сандарға жетеді. Адам ағзасында өмір сүретін бактериялардың жалпы салмағы екі келіге жуықтайды. Адамда микроорганизмдердің 200-ге жуық түрі өмір сүрсе, оның 80-і ауыз қуысында болады. Әдетте адамның ішегінде жалпы салмағы 1 кг-ға дейінгі бактериялардың 300-ден 1000-ға дейін түрі өмір сүреді және олардың жасушаларының саны адам ағзасындағы жасушалардың санынан көп мөлшерде болады. Олар көмірсулардың қорытуында маңызды рөл атқарады, витаминдерді синтездейді, патогенді бактерияларды жою.

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургия» кафедрасы	044 – 44 / 11 ()	
«Хирургиядағы мейіргерлік күтім» пәні бойынша дәріс кешені	40 беттің 30 беті	

Бірақ олар үнемі өзгеріп отырады, патогенді болады. Олардың қаншасы бізге тамақпен, тыныспен, лас қолмен, мейірбикелік және медициналық манипуляциялар кезінде келеді. Хирургиялық инфекция микробтардың олар үшін әдеттен тыс мекендеу орындарына (жаралар, ішкі органдар мен қуыстар, талшықтар) ену және даму процесі ретінде анықталады. Ірінді-қабыну аурулары бар науқастар барлық хирургиялық науқастардың үштен бірін құрайды.

Жіктелуі

1. Клиникалық ағымы бойынша:

1.1. Жедел хирургиялық инфекция: ірінді; шірік (спора түзбейтін анаэробтар); анаэробты; спецификалық (сіреспе, сібір жарасы және т.б.).

1.2. Созылмалы хирургиялық инфекция: бейспецификалық (пиогенді); спецификалық (туберкулез, мерез, актиномикоз және т.б.).

2. Көрсетілген нысандардың әрқайсысының мынадай нысандары болуы мүмкін:

2.1. Жергілікті хирургиялық инфекция (жергілікті көріністердің басым болуымен);

2.2. Жалпы хирургиялық инфекция (септикалық ағымы бар жалпы құбылыстардың басым болуымен).

Сүйек-буын туберкулезі өкпеден тыс туберкулездің ең көп таралған локализациясының бірі болып табылады: оның жиілігі экстрапульмоналды туберкулездің басқа көріністеріне қарағанда 20% - дан астамын құрайды [Васильев А. В., Петров И. Н., 1987]

Соңғы жылдары туберкулезге қарсы мекемелерде патологиялық процестің даму заңдылықтарына негізделген П.г. Корневпен ұсынылған сүйек-буын туберкулезінің эволюциялық, патогенетикалық жіктелуі кеңінен қолданылады.

Бірінші кезең — префондилиттік, артритке дейінгі-бастапқы туберкулез оститінің болуымен сипатталады (оның қалыптасуы мен дамуы).

Екінші кезең-спондилиттік, артритикалық-прогрессивті спондилит пен артриттің пайда болуы мен дамуына патогенетикалық сәйкес келеді. Бұл кезеңде екі кезең бөлінеді: басталу және биіктік.

Үшінші фаза-постондилитикалық, постартритикалық-ауру кезінде пайда болған анатомиялық және функционалдық бұзылыстарды сақтай отырып немесе күшейте отырып, туберкулез процесін уақытша немесе тұрақты жоюмен сипатталады.

Аурудың аталған фазаларының әрқайсысында белгілі бір қабынудың белсенділігі әртүрлі болуы мүмкін. Осы тұрғыдан алғанда, туберкулез процесі белсенді, торпидті-ағымдық, белсенділігі жоғалған және емделді деп сипатталады.

Сонымен қатар, сүйек-буын туберкулезінің жіктелуі буындардың синовиальды мембранасының аллергиялық зақымдануының салдары болып табылатын туберкулез-аллергиялық синовиттер мен артриттерді қамтиды.

Патологиялық анатомия және патологиялық физиология

Ерекше процесс қызыл миелоидты сүйек кемігінде пайда болады, онда эпителиоидты туберкулездер пайда болады, олар бір-бірімен біріктіріліп, сүзбе некрозына ұшырайтын өнімді конгломерат туберкулездерін құрайды. Туберкулезді гранулеманың диффузды өсуі сүйек затының резорбциясын тудырады, секвестрлердің, өткір абсцестердің және фистулалардың пайда болуымен бірге жүреді [Грацианский в.п., Хохлов Д. К., 1966, және т. б.].

Туберкулез кезінде омыртқа бастапқы сүйек қабынуы туындайды жуан еріндік мата тел омыртқа, едәуір сирек байқалады жеңіліс доғаларының және өсінділерінің омыртқа.

Туберкулез спондилитінің дамуы бастапқы туберкулез ошағы омыртқалы денеден тыс көрші жұмсақ тіндерге шыққан сәттен басталады.

Белгілі бір процестің сау омыртқаларға таралуы екі жолмен жүреді: дискішілік және внедрисковой. Ішілік жолмен қабыну процесінің дамуы омыртқааралық дискідегі дистрофиялық өзгерістерге әкеледі, содан кейін оның ішінара немесе толық жойылуы орын

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургия» кафедрасы	044 – 44 / 11 ()
«Хирургиядағы мейіргерлік күтім» пәні бойынша дәріс кешені	40 беттің 31 беті

алады және омыртқалар белгілі бір процеске қатысады. Зардап шеккен омыртқалардың арасында байланыс бұзылуы пайда болады.

Бастапқы остит даму жолымен омыртқалы денелердің тік беттерінің кортикальды қабатын бұзады, превертебральды, паравертебральды немесе эпидуральды өткір абсцесс түзеді. Көрсетілген жағдайларда туберкулез процесінің көрші омыртқаларға ауысуы олардың туберкулезді түйіршіктеу тінімен жанасуы салдарынан болады.

Омыртқалы денелер мен омыртқааралық дискілердің бұзылуы омыртқаның деформациясын тудырады, негізінен кифотикалық. Оның ауырлық дәрежесі жойылу мөлшеріне байланысты. Туберкулез процесінің дамуы әдеттегі локализацияға ие өткір абсцестердің пайда болуымен бірге жүреді.

Туберкулез процесінің омыртқалы денелердің артқы бөліктеріне таралуы негізінен кеуде омыртқасының туберкулезінде байқалатын цереброспинальды бұзылулардың дамуына әкеледі. Терінің түйіршіктеу тінімен жойылуына байланысты сыртқы фистулалық тесіктер пайда болады.

Туберкулез артритих тарату спецификалық қабыну келген бастапқы ошағын арналған буыны жиі жүреді жолымен бірте-бірте өсіп-грануляциян мата синовиальную қабығы буын. Көбінесе, негізінен субхондральды оститпен туберкулез артриті артикулярлы шеміршектің белгілі бір процесінің бұзылуына және туберкулезді түйіршіктеу тінінің буын қуысына енуіне байланысты пайда болуы мүмкін.

Кейінгі өзгерістер-бұл синовиальды мембранадан туберкулез процесі сүйектердің бірлескен ұштарына өтіп, олардың жойылуына әкеледі, бұл табиғатта фокустық болып табылады. Жоғарыда сипатталған өзгерістер буындағы анатомиялық қатынастардың бұзылуына және оның функциясының жоғалуына әкеледі.

Омыртқа туберкулезіндегі рентгенологиялық өзгерістердің динамикасы артритке дейінгі фазада омыртқаның денесінде секвестр бар анық емес контурлары бар деструкция ошағы анықталады. Алайда, аурудың осы кезеңіндегі бұл өзгерістер барлық науқастарда анықталмайды.

Спондилиттік фазаның бастапқы кезеңінде деструкция ошағы айқын көрінеді, омыртқааралық диск биіктігінің төмендеуі және көрші омыртқаларда контактілі деструкция байқалады. Кейбір науқастарда зардап шеккен омыртқалар деңгейінде өткір абсцесс көлеңкелері анықталады. Балаларда жоюдың жоғарылауы остеопороздың жоғарылауымен бірге жүреді, ал ересектерде сүйек тінінің тығыздығы мен құрылымы аз өзгеруі мүмкін.

Аурудың ең белсенді кезеңінде омыртқааралық дискінің бұзылуымен 2-3 омыртқалы денелердің жойылуы көрінеді. Омыртқалардың контурлары бұлыңғыр, бұлыңғыр, омыртқаның айқын емес деформациясы, негізінен кифотикалық.

Пациенттердің көпшілігінде кеуде омыртқасында шпиндель тәрізді, үшбұрышты немесе сфералық пішіні бар алдын - ала және жұп омыртқалы жұмсақ тіндердің тығыздалуымен анықталатын өткір абсцесс көлеңкелері кездеседі. Көбінесе бұл өзгерістер симметриялы болады.

Бел омыртқасында илиум-бел бұлшықетінің контурларының өзгеруі, олардың кеңеюі немесе бір жағынан жоғалуы айқын абсцесс болуын көрсетеді.

Постондилитикалық фазада зардап шеккен омыртқалардың контурлары айқын, склерозды; омыртқалардағы ақаулардың жаңадан пайда болған сүйек трабекулаларымен ішінара толтырылуы, омыртқаның деформациясы, сүйек-шөміршек өсуі, сүйек тініндегі дистрофиялық және склеротикалық өзгерістер анықталады.

Буын туберкулезіндегі рентгенологиялық өзгерістердің динамикасы буынның жанындағы артритке дейінгі фазада, көбінесе сүйектің метафизикалық бөлімінде, өзгерген сирек сүйек құрылымының бөлімі, содан кейін әртүрлі тығыздықтың (секвестрдің)

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургия» кафедрасы	044 – 44 / 11 ()
«Хирургиядағы мейіргерлік күтім» пәні бойынша дәріс кешені	40 беттің 32 беті

қосындылары бар бұзылу ошағы анықталады. Бұл өзгерістер өзгермеген сүйек тінінің немесе остеопороздың фонында байқалады.

Артритикалық фазаның басталу кезеңінде сүйек фокусы мөлшері ұлғаяды, тән белгілері остеопороз және буын саңылауының өзгеруі болып табылады: алдымен оның кеңеюі, содан кейін тарылуы. Буын капсуласының көлеңкесінің кеңеюі анықталды. Балаларда эпифиздің жоғарылауы байқалуы мүмкін.

Ыстық кезеңде остеопороз жоғарылайды, артикулярлық саңылаудың тарылуы артады, сүйектердің артикулярлық ұштарының бұзылуы анықталады. Жою фокустық сипатқа ие, оның буынның әртүрлі бөліктеріндегі ауырлық дәрежесі бірдей емес. Деструктивті қуыстардың контурлары анық емес.

Буын капсуласының көлеңкесінің тығыздалуы мен кеңеюі ұлғаяды, аяқтың жұмсақ тіндерінің қалыңдығында (абсцесс) шектеулі тығыз көлеңкелер анықталады. Буындағы анатомиялық қатынастар бұзылады: сублюксация және сүйектердің бірлескен ұштарының орналасуы.

Постартритикалық фазада остеопороздың төмендеуі, күш сызықтарының бойында орналасқан өрескел сәулелік желінің пайда болуы, жаңадан пайда болған сүйек тінімен толтыру нәтижесінде сүйек қуыстарының мөлшерінің азаюы анықталады.

Сүйектердің артикулярлы ұштары орташа склерозды және деформацияланған, олардың атрофиясы байқалады, сүйек-шеміршек өсінділері буынның шеткі бөліктерінде кездеседі.

Сустановка щель қысқарған.

Ең тән рентгендік белгілер:

* сүйек қалыңдығында, оның жіңішке затында Секвестр бар және қалыпты Сүйек тіні немесе остеопороз аясында анықталатын деструкция ошағының болуы;

* омыртқааралық дискінің биіктігінің төмендеуі, аурудың басында буын саңылауының қысқа кеңеюі, содан кейін оның тұрақты тарылуы;

* параартикулярлы жұмсақ тіндердің қалыңдауы;

* бірлескен капсуланың көлеңкесін кеңейту;

* аяқтың жұмсақ тіндерінің қалыңдығында шектеулі тығыз көлеңкелердің болуы;

* омыртқааралық диск бұзылған 2-3 омыртқалы денелердегі контактілі деструкция;

* буын шеміршегінің бұзылуымен сүйектердің буын ұштарындағы ошақты деструкция;

* омыртқа мен буындардың деформациясы; сүйек тінінің атрофиясы.

Сүйек-буын туберкулезінің әдеттегі ағымынан ауытқулар көбінесе балаларда, сондай-ақ егде жастағы және кәрілік жастағы науқастарда байқалады.

Жас балаларда ауру әсіресе қиын. Ол гематогенді остеомиелитке ұқсас немесе оларға ұқсас клиникалық және рентгенологиялық белгілермен көрінеді: жедел басталу, жоғары дене температурасы, септикалық жағдай, перифериялық қандағы елеулі өзгерістер.

Рентгенологиялық зерттеу сүйек тінінің склероз аймағымен қоршалған кең сүйек қуысын анықтайды.

Мұндай науқастарда деструктивті процесс тез дамиды, олардың кейбіреулерінде бірнеше сүйек ошақтары пайда болады. Олар қаңқаның зақымдалған бөліктерінде ерте пайда болатын абсцесс пен Айқын деформацияны анықтайды [Ролье З. Ю., 1975; Коваленко к. Н., 1987, және т. б.]. Сүйек-буын туберкулезінің мұндай ағымы кіші жастағы науқастардың 20-25% - ында байқалады [Коваленко к. н.1987].

Егде жастағы және кәрілік жастағы науқастардың көпшілігінде аурудың клиникалық көрінісі әдеттегіден ерекшеленбейді, бірақ олар аурудың алғашқы 3-6 айында туберкулез процесінің салыстырмалы түрде тез таралуын байқады. Бұл жағдайда ESR 60-65 мм/сағ жетуі мүмкін [Пикулева Ю.в., 1983].

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургия» кафедрасы	044 – 44 / 11 ()	
«Хирургиядағы мейіргерлік күтім» пәні бойынша дәріс кешені	40 беттің 33 беті	

Рентгенологиялық диагностиканың қиындықтары осы науқастарда тірек-қимыл аппаратында жасқа байланысты инволютивті өзгерістердің болуымен байланысты, оған қарсы сүйек-буын туберкулезі оған тән емес жеке белгілермен көрінеді.

Атипті рентгенологиялық көрініс көбінесе туберкулез спондилитінде байқалады. Бұл науқастарда аурудың рентгенологиялық көріністерінің ерекшеліктері омыртқадағы жасқа байланысты өзгерістердің сипатына байланысты: гиперпластикалық немесе остеопоротикалық.

Гиперпластикалық процестерде туберкулез ошақтары Деформацияланатын спондилоз, остеохондроз және спондилоартроз аясында анықталады, туберкулез дамуының барлық кезеңдерінде омыртқа денелерінің айқын жергілікті остеопорозы болмайды.

Науқастардың басқа тобында туберкулез процесі омыртқалы-диск диссоциациясының айқын белгілері бар көк остеопороз аясында дамиды: көптеген омыртқалардың денелері деформацияланған, олардың пішіні гормоналды спондилопатияға тән балық омыртқаларына ұқсайды, омыртқааралық дискілердің биіктігі артады.

Туберкулезден зардап шеккен омыртқалардың денесінің көрсетілген бастапқы фоннда тығыздалған болып көрінеді. Омыртқааралық дискінің биіктігі ұзақ уақыт бойы төмендемейді. Туберкулез процесіне әдеттегідей 2-3 омыртқалар қатысады, бірақ көптеген ірі секвестрлердің пайда болуымен олардың кең жойылуы байқалады. Бұл науқастарда туберкулез спондилитінің асқынулары жиі кездеседі [Советова Н.А., Мальченко О.в., 1985].

Кез-келген локализациядағы сүйек-буын туберкулезі кокк флорасымен сүйек ошақтарының эндогендік және экзогендік инфекциясы кезінде атипті түрде жүреді.

Мұндай жағдайларда клиникалық және рентгенологиялық суреттерде жедел қабыну белгілері басым болады: кенеттен басталу, дене температурасының 39 °C дейін жоғарылауы, спецификалық емес спондилит немесе артрит белгілерінің жедел жоғарылауы.

Қанда ESR және лейкоцитоздың жоғарылауы байқалады. Аурудың бірінші айының соңында абсцесс пайда болады, бұл науқастың жалпы жағдайының нашарлауымен және ауырсынудың жоғарылауымен бірге жүреді.

Рентгенологиялық тұрғыдан сүйек тінінің склерозы аясында жойылу ошағы, сондай-ақ эндостальды және периостальды реакциялар анықталады.

Сүйектер мен буындар туберкулезінің көрсетілген түрлері науқастардың 10-14% - ында кездеседі [Станиславлева е. н. және басқалар, 1973; Шатилова Ю. с., 1973; Ролье з. ю. және басқалар, 1975; Будилина Ю. Д., 1979].

Сүйек-буын туберкулезінің клиникалық және рентгенологиялық көріністері аурудың қоздырғышының түріне де байланысты. Бұқа түріндегі микобактериялармен, сондай-ақ сүйектер мен буындардағы микобактериялардың L-түрімен ауырған кезде бірнеше туберкулез ошақтары жиі пайда болады.

Клиникалық көрініс туберкулезді интоксикацияның айқын белгілері бар торпидті процестің белгілерімен және көптеген асқынулармен сипатталады: өткір абсцесс, деформация, фистула және т.б. бұл науқастарда адам жұқтырған микобактериялармен салыстырғанда басқа органдарда ерекше өзгерістер байқалады.

Туберкулездің көрсетілген формаларындағы рентгенологиялық көрініс тән емес қабыну белгілерінің әдеттегі басымдылығымен ерекшеленеді: остеопороздың болмауы және зақымдану аймағында айқын остеохондроздың болуы, сондай-ақ омыртқа түрінде сүйек өсуі [Ченский Е.П., Маженова С. А., 1987].

Сүйек-буын туберкулезінің атиптік нысандары кезінде диагностиканы туберкулезге қарсы мекемелердің мамандары жүргізеді. Ең алдымен, туберкулезді растауға немесе жоюға мүмкіндік беретін жалпы фтизиатриялық зерттеу әдістері қолданылады, туберкулез ошақтарын анықтау үшін науқастың ішкі мүшелерін зерттейді, туберкулиннің әртүрлі

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургия» кафедрасы	044 – 44 / 11 ()
«Хирургиядағы мейіргерлік күтім» пәні бойынша дәріс кешені	40 беттің 34 беті

дозалары бар туберкулин Манту сынаамасын, сондай-ақ туберкулинге сезімталдықты анықтаудың басқа әдістерін қолданады.

Аурудың этиологиялық тиістілігінің тікелей дәлелі сүйек ошақтары мен жұмсақ тіндердің пунктаттарын бактериологиялық, цитологиялық және гистологиялық зерттеулерде, сондай-ақ операция кезінде алынған патологиялық өзгерген тіндерде алынады. Жоғарыда сипатталған диагностикалық зерттеулердің басқа әдістерін қолданыңыз.

Сүйек-буын туберкулезін тірек-қимыл аппаратының келесі ауруларынан ажырату қажет:

- * қабыну-остеомиелит, инфекциялық артрит, анкилозды спондилоартрит (Бехтерев ауруы), мерез, актиномикоз және т. б.,
- * қабынбайтын-туа біткен даму кемістіктері, қатерсіз ісіктер (остеоидостеома, эозинофильді гранулема, гемангиома, остеобластокластома, хондрома және т. б.);
- * талшықты дистрофиялар (киста және т. б.);
- * остеохондропатия (Кальве, Кениг, Шлаттер, Легг—Кальве—Пертес аурулары, сан басының ішінара асептикалық некрозы және т. б.);
- * дистрофиялық (Деформацияланатын артроз, гемофилиялық артроз, хондроматоз және т. б.);
- * жарақаттан кейінгі;
- * қатерлі ісіктер (остеогенді саркома, симпатогониома және т.б.).

Сүйектер мен буындардың туберкулезі-жиі мүгедектікке айналатын патологияның өкпеден тыс түрі.

Ол сүйектердің прогрессивті бұзылуымен сипатталады және қаңқаның зардап шеккен бөліктерінің анатомиялық және функционалдық бұзылуына әкеледі.

Сүйектер мен буындардың туберкулезі - жалпы сипаттамасы

Жыл сайын туберкулездің әртүрлі түрлерімен ауыратын науқастардың саны артып келеді, ал аурудан қайтыс болғандардың саны миллионнан асады. Тірек-қимыл аппаратының ауыр ауруы ретінде сүйек-буын туберкулезі өкпе туберкулезінен кейін таралуы бойынша 2 орынды алады.

Сүйек туберкулезінің пайда болуы организмге микобактериялардың (Кох таяқшаларының) енуімен байланысты. Көбінесе ауру тыныс алу жүйесінің зақымдануының салдары болып табылады.

Қоздырғышы, элеуметтік қорғауды қажет ететін губчатом заттағы сүйек, оседает онда қалыптастырады және қабыну ошағы. Ауру буындарда фистулалар мен абсцесстердің пайда болуымен бірге жүреді, нәтижесінде сүйек тінінің толық бұзылуы мүмкін.

Жартысында дерлік пациенттердің диагностикаланады омыртқа туберкулезі, әрі:

- * 50% жағдайда кеуде қуысының зақымдануы диагноз қойылады;
 - * жатыр мойны және бел омыртқаларының аурулары 25% құрайды.
- 30% - жамбас және тізе буындары зардап шеккен науқастардың саны.

Қалған сүйектер мен буындар сирек жұқтырылады.

Туберкулездің белгілері және алғашқы белгілері

Ауру оның дамуында үш кезеңнен өтеді, олардың әрқайсысы өзіне тән белгілермен бірге жүреді.

- * бастапқы остит (препутилдік);
- * прогрессивті остит (спондиликалық);
- * постартикалық.

Жұқпалы аурудың белгілерін ескере отырып, алғашқы белгілер пациент үшін көрінбейтін болуы мүмкін екеніне назар аударған жөн. Сондықтан, көп жағдайда пациенттер дәрігерлерге жүгіну қажеттілігін елемей, бұзылудың дамуына мүмкіндік береді.

Аурудың бастапқы көріністері:

- * әлсіздік;

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургия» кафедрасы	044 – 44 / 11 ()
«Хирургиядағы мейіргерлік күтім» пәні бойынша дәріс кешені	40 беттің 35 беті

- * апатетикалық күй;
- * ұйқышылдықтың жоғарылауы;
- * субфебрильді температура;
- * тәбеттің ішінара болмауы.

Кешке немесе физикалық күш салғаннан кейін бұлшықет ауырсынуының және шаршаудың жоғарылауы байқалады. Егер адам тұрса немесе еңкейсе, артқы жағында ауырсыну сезімі пайда болады, ол демалғаннан кейін жоғалады. Корреспонденттік фаза бірнеше аптаға да, бірнеше айға да созылуы мүмкін.

Артқы бұлшықеттердің икемділігі төмендейді, буындар аз қозғалады. Бұл кезеңде ауру интоксикация белгілерімен бірге жүруі мүмкін, оның ауырлығы туберкулез процесінің таралу дәрежесіне байланысты.

Сүйек пен буын туберкулезінің белгілері және алғашқы белгілері:

- * өзгертілген жүріс;
- * ақсақтық;
- * клубтық аяқ;
- * иықтар көтерілді.

Абсцесс дамыған кезде инфекцияға ұшыраған буынның немесе омыртқаның аймағы ісінеді, жергілікті температураның жоғарылауы байқалады. Фистула пайда болғаннан кейін сұр түсті ірің шығады, бұл сүйек туберкулезінің зақымдануының ең айқын көрінісі.

Үшін соңғы фазасына тән угасание қабыну процесі мен көңіл-күйі қалыпқа келтіру. Алайда сүйек тіндері одан әрі деформациялануы мүмкін, ал бұлшықеттер спазмодикалық және атрофиялық болады. Сүйек бөлімдерінің жұмысы уақтылы емделумен ғана қалпына келтіріледі.

Сүйек-буын туберкулезі-қалай жұғады, пайда болу себептері, жұқпалы немесе жоқ Сүйек туберкулезі қалай беріледі? Жақсы алдын алуға мүмкін болатын жұқтыру қарағанда, жылдар бойы емделу желтоқсандағы жағымсыз және ауырсыну көріністері.

Инфекция бірнеше жолмен берілуі мүмкін:

1. Ауа тамшылары. Түшкіру және жөтелу арқылы науқас басқаларға жұқтырады, өйткені шығарылған қақырықта микобактериялар бар. Сұйықтық тамшылары жақын жерде орналасқан барлық нәрсеге түседі. Сау ағзаны жұқтыру тіпті жұқтырған адаммен қалыпты сөйлесу кезінде де мүмкін.
2. Алиментарлы. Қоздырғыш ас қорыту жолында науқастың қақырық бөлшектері бар тағаммен, сондай-ақ Кох таяқшасын жұқтырған жануарлардың сүтімен және етімен бірге болады.
3. Байланыс. Сирек жағдайларда микобактериялар конъюнктива арқылы өтеді.
4. Құрсақшілік. Бала плацентаның тұтастығын жоғалту нәтижесінде инфекцияға ұшырайды. Рас, күшті иммунитет қауіпті жоя алады, сондықтан ағзаға еніп кетсе де, бактериялар оған зиян тигізбейді. Имундық қорғанысы әлсіреген адамдар қауіпті.

- * әлсірететін дене жүктемелерімен;
- * гипотермия;
- * сауатсыз ұйымдастырылған тамақтану;
- * сүйек жарақаттары;
- * жұқпалы сипаттағы басқа аурулардың қайта пайда болуы;
- * қолайсыз жағдайларда тұру және жұмыс істеу;
- * жұқтырғандармен ұзақ байланыста болу.

Абай болған жөн қарым-қатынас жұқтырған, өйткені қоздырғыш тез ауа-тамшылы жолмен беріледі. Науқастың жеке гигиенасы мен заттары үлкен қауіп төндіреді.

Сүйек-буын туберкулезі уақыт өте келе күшті сүйек деформациясына, аяқ-қолдардағы және омыртқадағы функционалдық бұзылуларға, сүйектердің бұзылуына әкеледі, сондай-ақ органдардың амилоидозын тудыруы мүмкін.

Ауру үш фазада жүреді.

* Бастапқы жасырын (жасырын) фазада сүйекте алғашқы белгілер пайда болады — бастапқы туберкулез ошағы немесе остит.

о сүйекте остеопороз белгілері бар аймақтар пайда болады.

о сүйек ауруы болмауы мүмкін.

о наукас летаргияны, апатияны сезінеді, жалпы температура сәл жоғарылауы мүмкін (субрефильді), қанда лейкоцитоз және жоғары РОЭ мүмкін.

о туберкулез ауруы аймағында тері беттерінің жергілікті температурасы қалыпты болуы мүмкін.

* Екінші фазада (жедел) уытты-аллергиялық сипаттағы артрит виллий синовит, васкулит, лимфа түйіндерінің зақымдану белгілерімен басталады.

о наукас алдымен түсініксіз, бірақ содан кейін айқын локализацияның ауырсынуын сезіне бастайды.

о Остеопоротикалық сүйек көріністері өседі.

о эффузия (сұйықтықтың жиналуы), буынның ісінуі, мотор функциясының төмендеуі байқалады. Сонымен, TBS, аналық және тибия туберкулезінде ақсақтық, бұлшықет әлсіздігі және атрофия дамиды.

о буын саңылауының немесе омыртқааралық каналдың тарылуы орын алады.

о тағы бір тән белгі-бұл патологиялық аймақтың үстіндегі тері қатпарының қалыңдауы (Александров симптомы).

о осы кезеңде жалпы және жергілікті температураның көтерілуі мүмкін.

* Үшінші (қабынудан кейінгі) фазада дегенеративті және деформацияланатын сүйек процестері жүреді. Бұл кезеңде ауру қалпына келеді және сонымен бірге ең жойқын кезең басталады.

о Эффузиялар мен ісінулер тоқтайды, абсцесс айтарлықтай төмендейді.

о буын контурлары тегістеледі, температура болмайды.

о буындарда контрактулар басталады, анкилоз (негізінен талшықты), аяқтар дұрыс емес, қатал күйде бекітіледі.

о сүйектер пішінін өзгертеді (үлкен құбырлы сүйектер цилиндрлік пішінді алады, қолдың немесе аяқтың сүйектері шыбық тәрізді), кейбір сүйектер құлап, басқалары қысқарады.



Бұл ауру ересектерге қарағанда балаларда айқын клиникалық көрініс береді. Ең сорақысы, бала оны мүгедекке айналдыратын аурумен туылады. ТБС-да анкилоз және бұлшықет атрофиясы пайда болғандықтан, аяғы қысқарады, оның өсуі тоқтайды, нәтижесінде ол өсіп келе жатқан нәрестеде қалады, яғни дамымаған. Бұл аяқ-қол сияқты көрінеді. Сондықтан туылған кішкентай адамда буын мен сүйек туберкулезінің алғашқы белгілерін анықтау өте маңызды.

Омыртқа туберкулезінің кейбір ерекшеліктері бар:

* Омыртқалардың қозғалғыштығы сақталады.

* Айқын айырым белгілері-ең күшті кифоз (еңкейу), омыртқа мен кеуде қуысының деформациясы, бұл балалық шақта да айқын көрінеді.

* Омыртқалы дененің туберкулездік деформациясы кезінде жұлынның қысылуы және неврологиялық бұзылулар болуы мүмкін.

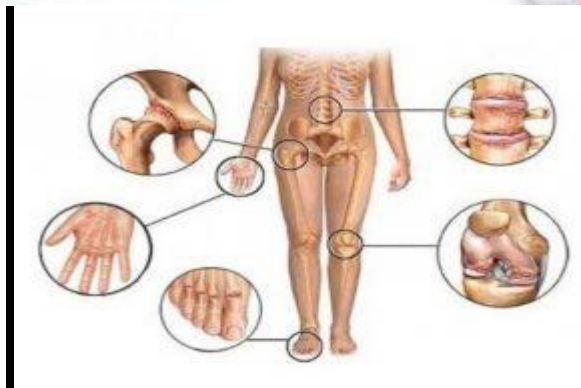


Ауру өмірге тікелей қауіп төндірмейді, сондықтан болжам тұтастай алғанда қолайлы. Бірақ уақтылы диагнозсыз және ерте емделусіз науқаста, әсіресе балалық шақта, мүгедектік пайда болуы мүмкін.

Сүйек туберкулезі СПИД-тен гөрі жұқпалы емес. Туберкулездің өкпе формасы үлкен қауіп төндіреді, өйткені ол қарапайым ЖРВИ немесе тұмау сияқты — ауа тамшыларымен беріледі (сондықтан біз бәріміз дерлік туберкулездің пассивті тасымалдаушылары болып табыламыз). Адамнан адамға артикулярлы-сүйек туберкулезін тек қан құю арқылы немесе науқастың іріңді ошағынан инфекция сау адамның денесіндегі жараға, сол жерден қанға, яғни байланыс арқылы жұқтыруға болады. Жасырын бастапқы кезеңде байланыс инфекциясы мүмкін емес. Алдымен туберкулездің өкпе түрін жұқтыру оңай, ал өкпеден микробтар қанға сүйектерге ене

алады. Белгілі бір қауіп өршу кезінде пайда болады, ашық ірінді абсцесс пен фистула болған кезде — мұндай науқас, сондай-ақ оның туыстары қатаң гигиенаны сақтау керек: төсек-орын, киім, таңғышты жиі өзгертіңіз. Бірақ мұндай кезеңдерде науқастар әдетте ауруханаларда емделеді, кез-келген жағдайда олар сол жерде болуы керек.

4. Иллюстрациялы материалдар: (Шолу-иллюстративті, буклет ұсынылады)



5. Әдебиет:

- Дұрманов, Қ. Д. Жалпы хирургия: оқулық / . - Қарағанды: АҚНҰР, 2017. - 608 бет. С
- Гостищев В.К. Общая хирургия: учебник и CD.– 4-е изд. – М., 2016. – 832 с.;

6. Қортынды сұрақтары (кері байланысы)

1. Түсінік, этиология, патогенез
2. Корнев П.Г. фазасы, клиникасы
3. Диагностикасы
4. Спондилит құрт ауруы
5. Коксит, гонит құрт аурулары
6. Салыстырмалы диагностика созымалы остеомиелиттің
7. Емдеу тәсілдері
8. Лимфа бездерінің құрт ауруы
9. Алдын алу шаралары

O'NTUSTIK QAZAQSTAN

**MEDISINA
AKADEMIASY**

«O'ntustik Qazaqstan medicina akademiasy» AQ



SOUTH KAZAKHSTAN

**MEDICAL
ACADEMY**

AO «Yuzhno-Kazakhstanskaya meditsinskaya akademiya»

«Хирургия» кафедрасы

«Хирургиядағы мейіргерлік күтім» пәні бойынша дәріс кешені

044 – 44 / 11 ()

40 беттің 39 беті

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН

**MEDISINA
AKADEMIASY**

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ



SOUTH KAZAKHSTAN

**MEDICAL
ACADEMY**

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»

«Хирургия» кафедрасы

«Хирургиядағы мейіргерлік күтім» пәні бойынша дәріс кешені

044 – 44 / 11 ()

40 беттің 40 беті