

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 1 беті

ДӘРІС КЕШЕНІ

Пән: Травматология

Пән коды: Trav 4303

ББ атауы: 6В10101 –«Жалпы медицина»

Оқу сағат көлемі: 150 сағат (5 кредит)

Курс және семестр: 4-курс 7 семестр

Дәріс көлемі: 15 сағат (12 дәріс)

Шымкент 2023

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 2 беті

Дәріс кешені «Травматология» пәнінің жұмыс оқу бағдарламасына (силлабус) сәйкес әзірленді және кафедра отырысында талқыланды.

№2 хаттама
«01» 09 2023 ж.

Кафедра меңгерушісі, м.ғ.д., профессор м.а.  Абдурахманов Б.А.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 3 беті

Дәріс 1

1. Тақырып: Травматология және ортопедияға кіріспе. Травматология және ортопедия даму тарихы. Травматизм түрлері. ҚР да Травматологиялық көмекті ұйымдастыру. Травматизм. Реабилитация және протездеу.

2. Мақсаты: студенттерді травматология және ортопедия анықтамасы, міндеттері мен ҚР да травматологиялық көмекті ұйымдастыру, сынықтарды емдеудің қазіргі заманауи жетістіктеріне негізделген әдістерімен, сынық тарды емдеудегі қателіктер мен асқынулар, травмадан кейінгі науқастардың реабилитациясымен таныстыру.

3. Дәрістің тезісі: Ортопедия және травматология тірек қимыл аппаратының функциясының бұзылыстары мен деформациясы жайлы ғылым бөлімі болып табылады.

Ортопедия–грекше «түзу бала» деген мағынаны береді. Бұл терминді француз ғалымы Николя Андре 1741 жылы ұсынып, балалардағы деформациялар жайлы еңбегін солай атаған.

Ортопедия қамтиды:

- Жалпы ортопедия;
- Балалар ортопедиясы;
- Травматология;
- Сүйек буын туберкулезі;
- Протездеу;
- Травматология, ортопедия структурасын;
- Травматология-ортопедия институт орталығы (ЦИТО);
- Травматология-ортопедия институты;
- Протездеу институты;
- Травматология-ортопедия кафедрасы;
- Қайта қалпына келтіру хирургиясының институты;
- Госпиталдер;

Травматологиялық бөлімше.

1. Жарақат ауруы елімізде 3 орын алады ал 40 жасқа дейін екінші орында.

2. Көптеген зақымданулардың ауырлық дәрежесі мен жиілігінің тоқтаусыз өсуі (20% дейін барлық зақымданулардың) ауыр травмалардың негізгі себебі «көлік жарақаты» және транспорттан болатын жарақат. (Жыл сайын бүкіл дүние жүзінде автотранспорттан мыңдаған адам қаза болады және 600 мыңы зақым көреді).

3. Көптеген аралас травмамен 80%-ы емдеу ұйымдарына шок жағдайында келіп түседі. 2/3 ісі аса ауыр халде 1/3-і терминалді кезеңде. (дені сау адам мен жарақат алған адам және емдеуден кейін жағымсыз нәтиже берген науқастар жайлы слайд көрсетілімі). Хирургиялық профилден басқа дәрігерлердің госпиталді этапта көрсеткен көмектің емдеу нәтижесіне тіпті адам өміріне тікелей байланысты екенін атап өту. Проф. Илизаров, Блискунов әдістері, ультрадыбысты кесу және дәнекерлеу, эндопротездеу және т.б. Сонымен қоса сынықтарды емдеудің қанағаттандырыссыз нәтижелеріне назар аударту (слайдтар)

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA -1979- MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 4 беті

I принцип – сынықтарды жедел емдеуді талап етеді.

II – принцип – барлық манипуляциялар сонымен қатар сынық репозициясы ауру сезімін басу арқылы орындалуы

III – принцип – ығысқан сүйек бөліктерін қалпына келтіру.

IV – принцип – толық жазылғанға дейін сынықты фиксациялау.

V – принцип – сынықтарды функционалді емдеу.

VI – принцип – сүйек регенерациясын стимуляциялау.

(1-2 емдеу принциптеріне қысқа түсініктеме беріледі).

Сынық консолидациясы біріншілік сүйек мозолі қалыптасуы басқа аралық этаптарға қарағанда ауырсыну сезімі күштірек болатынын айқындау. Сынық бөліктерін орнына тура және сенімді қалыпқа келтірудің тәсілдері төмендегідей :

1. Консервативті – жабық репозиция және гипс таңғышымен фиксация; қаңқалық тарту.
2. Оперативті – ашық репозиция, остеосинтез. Илизаров, Калнберз, Ткаченко, ЦИТО сияқты сыртқы фиксация аппараттары көмегімен бекіту.

1. Бір мезеттік репозиция және гипстік таңғышқа көрсеткіштер – сүйек диафизінің көлденең сынығы, буыншілік сынықтар және сүйек шығуы.

2. Қаңқалық тартуға көрсеткіштер – қиғаш, спирал тәрізді, көп ұсақталған және полифокалді сынықтар.

3. Сынықтарды оперативті емдеуге көрсеткіштер – ашық сынықтар, нерв қан тамырлық орам зақымдануында, сынық фрагментінің тері беткейін тесіп шығу қаупі болған кезде.

4. Аппаратпен емдеуге көрсеткіштер – барлық сынық түрлері.

1. Госпиталға дейінгі этапта көмек көрсетудегі қателіктер:

- Сүйек сынуы және шығуының уақытылы диагностикаланбауы;
- Жарақат алған дене бөлігінің жеткілікті иммобилизацияланбауы;
- Қантамыр нерв орамы зақымдануын уақытылы анықтамау;
- Шокқа қарсы шараларды жүргізбеу;
- Зақымданушыларды тасымалдауда көп этаппен жүргізу.

2. Сынықтарды Орталық Аудандық Аурухана шарттарында хирургиялық бөлімшелерде емдеу кезінде қателіктер:

- Қантамыр нервтік орам зақымдануын уақытылы диагностикаламау;
 - Дұрыс емес емдеу тактикасын таңдау;
 - Жарақат алған дене бөлігін репозициясыз гипстеу;
 - Рентгенологиялық контролдің екі проекцияда болмауы сонымен қатар иммобилизациядан кейін ж/е Р-логиялық контролдің болмауы;
 - Дене бөлігінің гипс таңғышымен қысылуы;
 - Иммобилизацияның бұзылуы немесе уақытынан бұрын тоқтатылуы;
- Жоғарыда аталған жағдайлар ауыр іріңді асқинуларға, кешеуілдеген консолидацияға, жалған буынға алып келеді (толығырақ тәжірибелік сабақтарда талқылау).

1. Реабилитация анықтамасы.

Медицинада реабилитация ұғымы жарақаттан немесе басқа аурулар нәтижесінде туындаған анатомиялық және функционалдық бұзылыстарды қалпына келтіруге бағытталған іс шаралар жиынтығын білдіреді.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 5 беті

Реабилитацияның негізгі бөлімдері:

Емдік реабилитация;
 Қоғамдық реабилитация;
 Мамандандырылған реабилитация.

3. Реабилитацияның мақсаты мен міндеттері:

Емдік реабилитация – мүгедектіктің профилактикасы, мүгедектіктің дәрежесін азайту, мүгедектікте өзін қамтамасыз ету дағдыларын қалыптастыруды қамтиды.

Қоғамдық реабилитация – зақымдалушыға қоғамның әсерін, оның қоғамның толық мүшесі болып белсенді болуын қамтамасыз ететін іс шараларды қарастырады.

Мамандандырылған реабилитация – мүгедектерді қайтадан еңбекке қабілетті ету яғни жұмыс жасай алатын сфераға квалификациялау.

Емдік реабилитация ұйымдастырылуы:

Емдік реабилитация қамтуы тиіс:

1. Ауруханалық реабилитации бөлімшенің болуы.
 2. Ауруханадан тыс реабилитацияның болуы.
 3. Қайта қалпына келтіру орталығы немесе комплексті реабилитация ұйымының болуы.
- Реабилитация әдістері: оперативті араласулар, массаж, әртүрлі физио-и термотерапия түрлері, протездеу және т.б.

Мотивация: Аяқ қол ұштарының жарақаттан кейін немесе кез келген патологиядан кейін кемістігі науқастар үшін ауыр психологиялық травма болып саналады. Сонымен қатар бұл топтағы науқастарға өзіндік өмір өмір салты болатыны және профессионалдық өзгерістердің болатыны жағдайды ауырлата түседі.

Мұндай жағдайларда протез тағайындалуы ең оптимал шешім болып табылады. Протез дене кемістігін жасырып қана қоймай толық болмаса да жартылай еңбекке жарамдылықты қалыпқа келтіруге көмектеседі.

Қол аяқ протездері функциясына және жоғалған функцияны қалыпқа келтіру дәрежесіне байланысты бөлінеді:

1. Косметикалық, тек қана сыртқы келбет үшін жасалынатын.
2. Белсенді-косметикалық, сыртқы көрініспен қоса жартылай еңбекке қабілетін қалыпқа келтіруші.

4. Көрнекілік құралдар:

5. Әдебиеттер:

Негізгі:

6. Бақылау сұрақтары:

1. Студенттерге елімізде травматология ортопедиялық көмек ұйымдастырылуын түсіндіру.
2. Сынықтарды тек қана хирургиялық профилдегі емес сонымен қатар хирургия профилге жатпайтын дәрігерлердің де көмек көрсете алуының маңызды екенін айқындау.
3. Студенттерге заманауи емдеу мүмкіншіліктерін түсіндіріп жарақатпен науқастарды емдеудегі кемшіліктерге назарын аударту.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 6 беті

1. Тақырып: Сүйек тінінің репаративті регенерациясы. Сүйек тінін консервіленуі. Сынықтарды консервативті емдеудің негізгі принциптері.

2. Мақсаты: Сүйек тінінің репаративті регенерациясы. Сүйектің микроструктурасы қанмен қамтамасыз етілуі, иннервациясы, сүйек мозолі түзілу этаптары.

3. Дәрістің тезисы: Сүйек мозолінің түзілу дәрежесіне қарай төрт түрін ажыратады.

Интермедиарлы – бір бірімен байланысып тұрған сүйек бөліктері арасында болады бұл аралық 0,1 мм., алыс сынық фрагменттері қозғалмай тұрған шартта ғана. Сынық фрагменттері аралығы қантамырлы тормен және ол тор жасушалармен толады. Сүйектің шынайы біріншілік жазылуы басталады.

Периосталды – сүйек қабаты клеткаларының күрт көбеюінен түзіледі.

Эндосталды – сүйек майы каналының ішкі бетінен эндост клеткаларынан түзіледі, екі сынық фрагментінің сүйек майы каналынан.

Параоссалды мозол - сынық беткейіне жақын орналасқан жұмсақ тіндерден түзіледі.

Сүйек сынығы жазылуының клиникалық үш стадиясын ажыратады:

I стадия – фиброзды немесе жұмсақ мозол (3-6 апта);

II стадия – сынған сәттен бастап 4-12 апта аралығында сүйек мозолі қалыптасып, 1 аптадан 6 аптаға дейін созылады;

III стадия – сүйек мозолінің архитектуралық орналасуы 1 жылдай уақыт алады.

Тұрақты емес фиксацияда бітискен сүйек сынығында ығыстырушы күш әсерінен жара беттерінің ығысуы болады, регенерат тіні зақымдалады және параоссалді, периоссалді регенерат тіні бұзылып, мозол фиброзді және фиброзды шеміршек тінімен қалыптаса бастайды, екіншілік сүйек бітісуіне алып келеді.

Сынық ұштарында екіншілік мозол пайда болу ұзақтығы сынық ұштары қаншалықты қате орналасса және фиксация әлсіз болған сайы арта береді қан айналымы қалпына келуі де әлсірейді.

Сынық бітісуі тікелей тұрақты фиксацияға байланысты болады.

Сынық ұштарының тұрақты фиксациясы сынық бітісуіне көмектесіп, жиекті резорбция болуынан сақтайды, репаративті ренерация уақытын қысқартады. Осы шарттарда сүйек бітісуіе дәуір оңай және тез болады.

Сүйек бітісуінің бұзылыстары

Әр сүйек өзінің жазылу мерзіміне ие және осы мерзімге қарай сүйек бітісуі кешеуілдесе немесе болмаса сүйек консолидациясының бұзылысын білдіреді. Сүйек консолидациясы бұзылысының келесі түрлерін ажыратады:

Кешеуілдеген консолидация – сүйек бітісуі мерзімінде болмауы; сүйек мозолі жоқ немесе сынық сызығында әлсіз байқалады.

Бітіспеген сынық – контрол рентгенографиялық суретпен алдыңғы суреттің бірдей болуы; сүйек бітісу мерзімінің екі есе үш есе кешеуілдеуі.

Жалған буын – ерте мерзімдерде (9-12 айларда) – сынық фрагменттері кеңістіктің пайда болуы, сынық ұштары саңырау құлақ тәрізді кеңейген, сүйек миы каналы сүйек тінімен жабылған.

Сүйек бітісуі бұзылысының себептері:

1. Жабық репозиция кезінде сынық ұштарының дұрыс орналаспауы.
2. Жабық репозициядан кейін негізсіз қайталамалы түрде сынық ұштарын қайта орналастыру әрекеттері.
3. Иммобилизацияның жеткіліксіз болуы.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 7 беті

4. Мерзімінен бұрын иммобилизацияны тоқтату.

5. Ашық репозиция кезінде тіндерге керекті манипуляциялар жасау.

Жалпы және жергілікті кешенді емді біркелкі жүргізбеу.

Сынық бітісуінің бұзылысының емі

Консервативті ем жалпы және жергілікті шаралардан тұрады

Жалпы ем: жалпы гигиеналық гимнастика, оксигено-баро-терапия; ішке витаминдер қабылдау, глюконат немесе кальций хлориді, алое экстрактісі 2мл.ден 30-45 күн бойы қабылдау, ретаболил комбинациясы, глюконат кальция альбуминмен.

Жергілікті ем: гипсті таңғышпен иммобилизация, мөлшерленген жүктеме, ЕДШ, кальциймен электрофорез, сынық аймағына фосфор, магнито-терапия, лазерлі сәулелендіру, оксигено-баро-терапия, электростимуляция.

Кешеуілдеген консолидация және бітіспеген сынық кезінде хирургиялық емге асықпаған жөн.

Жалған буында псевдоартрозды қадімгі сыныққа айналдыру мақсатында оперативті ем қолданылады. Тіндік дефект болған жағдайда сүйек тінін стимуляциялайтын пластика жасалынады. Жалған буында оталы емдер Бек, Хахутова, Чаклин авторлары бойынша жасалынады.

Қазіргі кезде бітіспеген сынықта және жалған буындарда жабық емдеу компрессионды-дистракционды тәсілі көмегімен жүргізіледі.

Репаративті регенерацияны белсендіру

Сынық аймағына әсер ету:

Сынық ұштарының тұрақтылығы және тыныштық.

Алғашқы үш апта яғни жұмсақ мозол түзілгенге дейін сынған сүйекке тірек жасамау.

Төменгі бөліктің жоғары ұстау.

Репозициядан 2-3 күн өткеннен кейін ЕДШ бастау.

ФТЛ.

I принцип – сүйегі сынған науқасқа шұғыл көмек көрсету.

II – принцип – репозиция және т.б манипуляцияларды жансыздандырып жасау.

III – принцип – сынық ұштарының ығысуын қалпына келтіру.

IV – принцип – сүйек толық бітіскенге дейін толыққанды иммобилизация.

V – принцип – сынықтарды функционалді емдеу.

VI – принцип – сүйек тіні регенерациясын стимуляциялау.

Сынық консолидациясы біріншілік сүйек мозолі қалыптасуы басқа аралық этаптарға қарағанда ауырсыну сезімі күштірек болатынын айқындау. Сынық бөліктерін орнына тура және сенімді қалыпқа келтірудің тәсілдері төмендегідей:

1. Консервативті – жабық репозиция және гипс таңғышымен фиксация; қаңқалық тарту.

2. Оперативті – ашық репозиция, остеосинтез.

Илизаров, Калнберз, Ткаченко, ЦИТО сияқты сыртқы фиксация аппараттары көмегімен бекіту.

3. Бір мезеттік репозиция және гипстік таңғышқа көрсеткіштер – сүйек диафизінің көлденең сынығы, буынішілік сынықтар және сүйек шығуы.

4. Қаңқалық тартуға көрсеткіштер – қиғаш, спирал тәрізді, көп ұсақталған және полифокалді сынықтар.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 8 беті

5. Сынықтарды оперативті емдеуге көрсеткіштер – ашық сынықтар, нерв қан тамырлық орам зақымдануында, сынық фрагментінің тері беткейінтесіп шығу қаупі болған кезде.

6. Аппаратпен емдеуге көрсеткіштер – барлық сынық түрлері.

1. Госпиталға дейінгі этапта көмек көрсетудегі қателіктер:

- Сүйек сынуы және шығуының уақытылы диагностикаланбауы;
- Жарақат алған дене бөлігінің жеткілікті иммобилизацияланбауы;
- Қантамыр нерв орамы зақымдануын уақытылы анықтамау;
- Шокқа қарсы шараларды жүргізеу;
- Зақымданушыларды тасымалдауда көп заппен жүргізу.

2. Сынықтарды Орталық Аудандық Аурухана шарттарында хирургиялық бөлімшелерде емдеу кезінде қателіктер:

- Қантамыр нервтік орам зақымдануын уақытылы диагностикаламау;
 - Дұрыс емес емдеу тактикасын таңдау;
 - Жарақат алған дене бөлігін репозициясыз гипстеу;
 - Рентгенологиялық контролдің екі проекцияда болмауы сонымен қатар иммобилизациядан кейін Р-логиялық контролдің болмауы;
 - Дене бөлігінің гипс таңғышымен қысылуы;
 - Иммобилизацияның бұзылуы немесе уақытынан бұрын тоқтатылуы;
- Жоғарыда аталған жағдайлар ауыр іріңді асқынуларға, кешеуіл деген консолидацияға, жалған буынға алып келеді (толығырақ тәжірибелік сабақтарда талқылау).

1. Реабилитация анықтамасы.

Медицинада реабилитация ұғымы жарақаттан немесе басқа аурулар нәтижесінде туындаған анатомиялық және функционалдық бұзылыстарды қалпына келтіруге бағытталған іс шаралар жиынтығын білдіреді.

Реабилитацияның негізгі бөлімдері:

- 1) Емдік реабилитация;
- 2) Қоғамдық реабилитация ;
- 3) Мамандандырылған реабилитация .

3. Реабилитацияның мақсаты мен міндеттері:

Емдік **реабилитация** – мүгедектіктің профилактикасы, мүгедектіктің дәрежесін азайту, мүгедектікте өзін қамтамасыз ету дағдыларын қалыптастыруды қамтиды .

Қоғамдық **реабилитация** – зақымдалушыға қоғамның әсерін, оның қоғамның толық мүшесі болып белсенді болуын қамтамасыз ететін іс шараларды қарастырады.

Мамандандырылған **реабилитация** – мүгедектерді қайтадан еңбекке қабілетті ету яғни жұмыс жасай алатын сфераға квалификациялау.

Емдік реабилитация ұйымдастырылуы:

Емдік реабилитация қамтуы тиіс:

1. Ауруханалық реабилитации бөлімшенің болуы.
2. Ауруханадан тыс реабилитацияның болуы.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 9 беті

3. Қайта қалпына келтіру орталығы немесе комплексті реабилитация ұйымының болуы. Реабилитация әдістері: оперативті араласулар, массаж, әртүрлі физио-и термотерапия түрлері, протездеу және т.б.

Мотивация: Аяқ қол ұштарының жарақаттан кейін немесе кез келген патологиядан кейін кемістігі науқастар үшін ауыр психологиялық травма болып саналады. Сонымен қатар бұл топтағы науқастарға өзіндік өмір сүру салты болатыны және профессионалдық өзгерістердің болатыны жағдайды ауырлата түседі.

Мұндай жағдайларда протез тағайындалуы ең оптимал шешім болып табылады. Протез дене кемістігін жасырып қана қоймай толық болмаса да жартылай еңбекке жарамдылықты қалыпқа келтіруге көмектеседі.

Қол аяқ протездері функциясына және жоғалған функцияны қалыпқа келтіру дәрежесіне байланысты бөлінеді:

Косметикалық, тек қана сыртқы келбет үшін жасалынатын.

Белсенді-косметикалық, сыртқы көрініспен қоса жартылай еңбекке қабілетін қалыпқа келтіруші.

4. Көрнекілік құрал:

5. Әдебиеттер:

6. Бақылау сұрақтары:

1. Сынықтар кезінде көмек көрсете алу маңыздылығын айқындау.
2. Сынықтарды заманауи емдеу мүмкіншіліктері.
3. Емдеу принциптерін нақты білу қателіктерге және ерте кеш дамитын асқынуларға алып келмейтінін айқындау.
4. Ерте диагностикалау, тұрақты транспортты иммобилизация, ерте госпитализация сынықтарды тез қиындықсыз емдеуге көмектеседі.
5. Хирург травматологтарға оптималды ем тактикасын таңдау.
6. Реабилитациялық іс шаралармен толыққанды таныстыру.

Дәріс 3

1. **Тақырып:** Сүйектердің ашық және жабық сынықтары. Классификация. Диагностика. Созылмалы жарақаттан кейінгі және гематогенді остеомиелит. Профилактикасы және заманауи емдеу принциптері.
2. **Мақсаты:** студенттердің назарын қарастырылып жатқан мәселенің маңыздылығына аударту, диагностикалау ерекшеліктерін айқындау, емдеу принциптерімен таныстыру.
3. **Дәрістің мазмұны:**

Жабық сынықтар

Сүйек сынуы (fractura ossis) сүйек бүтіндігінің сыртқы орта факторының қысымы әсерінен бұзылуы. Жабық сынықта сынған сүйек аймағындағы жұмсақ тіндердің бүтіндігі бұзылмайды.

Жабық сынықтар толық және толық емес болуы мүмкін. Толық емес жабық сынықта сүйек бүтіндігі толықтай бұзылмайды. Бұл жиекті сынықтар, сүйек төмпешіктерінің жұлынуы.

Орналасуына қарай: диафизарлы, метафизарлы және эпифизарлы.

Эпифизарлы көбінесе буын ішілік сынықтар.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 10 беті

Метафизарлы—буын айналасында. Орналасуына қарай жоғары ,ортаңғы,төменгі үштен бір бөлігі деп ажыратады

Жазықтықта сынық бағытына қарай ажыратады: көлденең,қиғаш,айналмалы,ұзына бойлы.

Сынықтар сынық ұштарының ығысуымен және ығысуынсыз болуы мүмкін. Ығысу біріншілік болады жарақаттаушы күш әсерінен және екіншілік бұлшық еттердің тартылуы әсерінен болады. Рентген сүретінде көбінесе екіншілік ығысу көрінеді

Сүйек ұштары ұзындығына,еніне,бұрыш жасап және ротационды ығысуы мүмкін. Бұрыш жасап ығысатын сынықтар екі сүйектен тұратын аймақтарда аралас деп те аталады. Басқа сүйектерге қарағанда бұл аймақтар жабық репозицияға келмейді.

Сынықтар енген сынық болуы да мүмкін. Бұл кезде сынық ұштары бір бірінің ішіне енеді. Кәрі жастағы адамдарда енген сынықтарды сол қалыпта қалдырған жөн,сүйектің тезірек бітісуіне жағдай жасайды.

Компрессионды сынықтар әсер етуші күштің сүйектің ұзына бойлы осіне жүктеме беруінен туындайды. Жиі бұл омыртқа денелері,табан сүйектері кататравмаларда және карі жілікте білекті жазып немесе бүгіп құлау кезінде кездеседі.

Сонымен қатар сынып шығуы деген яғни бір сегментте әрі сынық әрі шығу болу мүмкін екендігін атап өту

1. Жабық сынықтардың диагностикасы

Сынықтардың клиникалық сипаты мен көріністері жалпы және жергілікті белгілерден құралады.

Жалпы белгілеріне келсек, олар: сынық аймағындағы күшті ауырсынудың әсерінен пайда болатын – шок, зақымданған ұлпалардың ыдырап, езіліп, сіңірілуіне байланысты дене қызуының көтерілуі – 38-39°C және зәр құрамындағы белоктың, қан түйіршіктерінің пайда болуымен сипатталатын бүйрек қызметінің бұзылуы, жүйке, жүрек, тыныс алу, зат алмасу, иммундық, қан қорыту жүйелерінің әлсізденіп, өзгеруі орын алады.

Сынықтың сипат көріністері болып жергілікті белгілері саналады: ауыру сезімі; қозғалу қызметінің бұзылуы; жергілікті пішінінің бұзылуы немесе жарақаттанған аяқ – қолдың қысқаруы немесе ұзаруы; сүйек бойының еріксіз қимылы, сынықтардың ығысып, жылжуы, үйкелесіп, сықырлауы.

I. Ауыру сезімі – сынықпен қатар пайда болады, тыныштықта басылып, сәл қозғалыстан үдее түседі. Ал, кейбір жүйке жүйесінің аурулары бар сырқаттарда ауыру сезімі онша байқалмайды. Сипап сезу арқасында айқын шектелген ауырсынудың арқасында сынықтың сипаты мен көрінісін және орнын анықтауға болады.

II. Қозғалу – қимылдау қызметінің бұзылуы – бұл белгі барлық сынықтарда түрлі дәрежеде кездеседі. Кейбір сынықтарда қозғалу қызметінің бұзылуы аса байқалмайды. Ал, аяқ-қолдың ығысып, жылжыған сынықтарында аяқ –қол қызметінің бұзылуы өте айқын байқалады.

III. Сүйек бойындағы еріксіз қозғалыс. Сүйек бойында анықталған көрнекті еріксіз қозғалыс сынықтың айқын белгісі болады. Ол диафизарлы сынықтарда айқын анықталса, түйіскен сынықтарда, жалпақ сүйек (жауырын, қабырға) сынықтарында өте сирек байқалады.

IV. Сынықтардың үйкелісіп, сықырлауы – сүйек сынықтарының бір-біріне ығысып қозғалуы мен жылжуынан пайда болады. Бұл белгіні тексеру өте қауіпті, сондықтан оны

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 11 беті

өте ұқыпты жасау қажет. Олай болмаған жағдайда сүйек бөлшектерінің жылжуы көбейіп, қан тамырлары, ұлпалар, ағзалар мен жүйке талшықтарының зақымдануы мүмкін.

V. Жергілікті пішінінің өзгерісі. Сынық орны мен қалпының өзгерісі-сүйек сынықтарының жылжуымен тығыз байланысты болады. Сынықтың жылжуы білінер – білінбес, ал кейде өте айқын болуы мүмкін. Сондықтан зақымданған қол – аяқты сау жағымен салыстырып қарауды негізгі ереже ретінде қабылдау керек. Сынықтың жылжуы бірнеше себептерден туындайды:

1. Сынық тудырушы күш әсерінен;
2. Еттің қайта тартылуы (ретракция) мен тітіркендіргіш әсерге (рефлекторно) жиырылуынан;
3. Жарақат кезінде құлап жығылғандағы дене салмағының әсерінен;
4. Сырқатты дұрыс тасымалдамаудан, сақтандыру шараларын дұрыс жүргізбеуден, қалыпты орындамаудан;

Кей жағдайларда жиырылған еттің тартылуы белгілі сүйек сынықтарының ығысып, жылжуына әкеліп соғады. Мысалы: ортан жіліктің жоғарғы үштігінде сынуы кезінде орталық сынық алдыға және артқа қарай жылжып, ал шеткергі сынық артқа және ішке жылжиды, бұл жілікке бекітілген еттердің жиырылумен түсіндіріледі. Жылжып ығысудың бірнеше түрлерін ажыратады:

а) Бұрыш жасай жылжу – бұл жағдайда сынықтардың ұзын бойы сынған жерде бұрыш құрастырады. Бұл жылжу әрекет жасаған күштің ықпалымен және ет жиырылуының әсерімен түсіндіріледі.

б) Ажырай жылжу - сүйек сынықтарының сүйектің ұзын бойымен алшақтауы, көбінесе көлденең сынықтарда жиі кездеседі,

в) Ұзын бойымен жылжуы – сүйектің бір жақ сынығы оның екінші жақ сынығының бойымен ұзын бойына жылжиды (көбінесе ұзын түтікті сүйектер сынығында кездеседі).

г) Шеттеп жылжу – екі жақ сынықтың біреуінің өзінің ұзын бойымен жылжып бұрылуы арқасында қалыптасады.

Сынықты анықтау науқастан сыртартудың (анамнез), тексеріп көрудің, рентгенологиялық зерттеулердің анықтамаларына негізделеді. Сынықты дұрыс емдеу үшін диагнозын дұрыс қою жеткіліксіз. Негізінде сынықтың түрін, орталық және шеткергі сынықтың жылжу сипатын және олардың өзара орналасу қатынасын анықтаған жөн.

Анамнез – сыртарту жарақаттың қалыптасуы мен жарақат тарихы туралы деректерді анықтауға мол қолғабысын тигізеді. Сыртарту арқылы жарақат алғаннан соң науқастың аяқ – қол қызметін пайдалана алған – алмағанын анықтауда дәрігер көп мәліметке ие болады немесе алғашқы көрсетілген көмектің көлемі мен сипатын анықтауға қол жеткізеді. Сырқаттың шағымынан аурудың басталған уақытын, оның орналасуын, күшеюінің себептерін, жарақаттанған аяқ-қолдың қызметінің қалпын анықтауға болады. Жарақаттанған ауданды сырт көзбен қарағанда сау аяқпен, сау қолмен салыстыра қарауы керек. Осылай қараған жағдайда зақымданған жерде ұлпалардың ісінуін, қалпының өзгеруін, қысқаруы мен ұзарғанын, еріксіз қозғалысын, сүйектің сықырлы үйкелесін анықтау диагнозды дұрыс қоюға көмектеседі. Зақымданған қол немесе аяқта шеткергі тамыр соғысын және саусақтардың қозғалысын тексеру керек. Ол тамыр – жүйке тұтамының тұтастығын анықтау үшін керек болады. Сол сәтте ауруда шоктың, ішкі ағзалардың араласқан зақымдануының, көп сынықтардың бар – жоқтығын анықтаған жөн. Зақымданған қолдың немесе аяқтың қысқарған мөлшерін анықтау үшін сау аяқпен немесе қолмен салыстырмалы түрде өлшеген дұрыс саналады. Сынықтың сипатымен, ығысып

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 12 беті

жылжуын анықтау үшін рентгенологиялық зерттеу жүргізіледі. Рентгенологиялық қызмет тәулік бойынша көрсетіліп, сынығы бар сырқаттарды емдеуді бастау да, жүргізу де, аяқтау да рентгендік түсірістің бақылауында болуы қажет. Рентгенограмма екі кеңестікте істелуі жөн – көлденең (фас) және қырынан (профиль).

Балалардың зақымдануы кезінде, оларда сүйектену үрдісінің толықсыздығын ескере отырып рентгенге түсіруді сау жағымен салыстыру үшін сүйектену ядролары мен эпифиз бойын анықтап қарауымыз сынық бағытын дұрыс түсінуге көмектеседі.

Сынақтарды емдеуде алғашқы көмек негізгі көрсетілер емдердің қатарында саналады және сүйек сынықтарына сақтықпен қарауды талап етеді. Өйткені мұндай ықылас сүйектердің одан әрі таюына және жылжуына жол бермейді. Бұл мәселе транспорттық жабдықтармен құрсаулап (шина) таңумен немесе байлап бекініс (иммобилизация) жасаумен шектеледі. Ашық сынықтар кезінде жараны залалданудан сақтау үшін асептикалық байлам салу қолданылады. Ауыру сезімінің күшін азайту үшін транспорттық бекіністі зақымдану алған жерде таңу жөн, ауруды сонан соң тасымалдаған дұрыс. Науқас киімін аса ұқыптылықпен шешу керек, олай болмаған жағдайда тігіс бойымен кесу керек. Тасымалдау жансыздырушы дәрілерді еңгізгеннен соң ғана орындалуы шарт. Сынықты бекіткенімізде бекітуші таңғыш жоғары және төмен орналасқан екі буынды міндетті түрде бекіткен болуы керек, ал сан сүйек сынығында - үш буынды бекітуі қажет (жамбас – сан, тізе, сирақ – аяқ буындары).

Әрбір емдеу мекемесінде және жедел жәрдем машинасында транспораттық, құрсау (шина) жабдықтары болуы керек. Бұл құрсау жабдықтары (шина) жетерліктей мықты, қолдануға қарапайым болулары керек. Сымнан жасалған құрсау жабдығы ең қолайлы да ынғайлы болары сөзсіз.

Крамер жабдығы тоқпақ жілік, білек және сирақ сүйектерінің зақымдануында құрсаулап бекіту үшін жұмсақ мақталы жаялықпен қоса пайдаланылады. Ортан жіліктің сынуында Дитерихстің транспорттық құрсау жабдығын жиі қолданады. Кейбір кемістіктеріне қарамастан жамбас, сан, тізе, сирақ буындарының сынықтарында қолданатын құрсау жабдықтарының барлығынан қолайлысы осы жабдық болып табылып келеді. Дитерхис құрсауын қайың, қарағай ағаштарынан жасайды. Кейінгі кездері тот баспайтын жеңіл металлдан жасалып жүр. Транспорттық құрсаулап бекіту үшін лонгеттік гипсті таңғыштарды қолданады. Жалпы транспорттық құрсаулап бекіту алғашқы дәрігерге дейінгі көмек болып саналады. Оны төтенше жағдай болған жерде салады (цехта, шахтада, құрылыста, көшеде, егін жайда). Көп жағдайларда арнайы құрсау жабдықтарының болмауына байланысты сәтсіздікке ұшыраған жерде қолға түскен нәрселерді (бұйымдарды) қолданады (таяқтар, тақтайшалар, ағаш бұтақтары, мылтық, шаңғы, т.б.). Бұл бұйымдардың ұзындығы 2 буынды қамтуға жетуі қажет болуы шарт. Мұндай үлгілі емес (нестандартные) транспорттық жасанды құрсаулар «ойдан шығарылған» (импровизированные), - деп аталады. Қолға түсер бұйымдар болмаған жағдайда зақымдалған аяқты сау аяққа байлайды. Бұл жағдайда сау аяқ бекітуші, құрсаушы жабдық қызметін атқарады. Жабдықтарды қолданып, құрсаулап, бекініс жасағанда аяққа физиологиялық дұрыс қалып берілуі тиіс.

Сүйек сынықтарын емдеудің негізгі қағидалары

Транспорттық иммобилизация. Иммобилизацияның транспорттық және емдік түрін ажыратады. Емдік иммобилизациядан транспорттықтың ерекшелігі-медициналық көмек көрсететін мекемегі зардап шеккенді жеткізгенге дейін зақымданған жерді иммобилизациялау.Сөйтіп, транспортты иммобилизация шоктың, тіндердің (тері,

QONTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 13 беті

бұлшықет, тамыр, жүйке) сүйек жарықшаларымен екіншілік зақымдануының, инфекциялық асқынудың алдын алады.

Транспорттық иммобилизация көрсеткіштеріне сүйек пен буын, ірі қан тамыр мен жүйке бағаны, жұмсақ тіндердің массивті зақымданулары, күйік, үсу, аяқ-қолдардың ұзақ қысылу синдромы жатады. Кері көрсеткіштер жоқ десек те болады.

Транспорттық иммобилизация құралдарын екіге-стандартты шиналар және қолда бар құралдарға бөледі. Олар келесі талаптарға сай болу керек:

- Сенімді иммобилизация жасап, аяқ-қолды функциональды ыңғайлы жағдайда фиксация жасау;
- Қарапайым және көп уақытты алмау керек;
- Дайындауға ыңғайлы, портативті, жеңіл, арзан :

Транспорттық шина салу ережелері:

1. Транспорттық иммобилизация жарақат алған мезеттен кейін неғұрлым ерте жасалу керек.
2. Транспорттық шиналар жарақат алған сегментпен қатар екі жанындағы буындарға да салыну керек. Сан сүйегі жарақаты кезінде үш буын иммобилизациялану керек (жамбас, тізе, табан) және иық жарақатында да.
3. Аяқ-қолды иммобилизациялау үшін ортафизиологиялық жағдайға келтіру керек.
4. Транспорттық шиналарды киім, аяқ киім үстінен салу керек, оның мақсаты ,біріншіден, шешіндіру кезінде қосымша травматизацияның алдын алу, екіншіден, киімді жұмсақ төсеніш ретінде пайдалану.
5. Тіндер қосымша зақымданбау үшін шина салынбастан бұрын дене контурына сай модельдену керек, аяқ-қол жұмсақ төсенішпен оралу керек, ал сүйектің шығыңқы жерлеріне дәкеден не матадан төсеніш салу керек. Шинаны салғаннан кейін модельдемейді, ол қосымша жарақат етуі мүмкін. Қолда бар материалдардың кемшілігі дене контурына сай модельденбеуі.
6. Шинаны тым тығыз орауға болмайды, себебі ол жұмсақ тіндердің қысылуына, соңынан ауыр ишемиялық бұзылыстарға әкелуі мүмкін.
7. Жабық жарақаттар кезінде ось деформациясын түзеу мақсатында шина салмастан бұрын аяқ-қолдың тракциясын жасау керек. Көп жағдайда бұл жарғақшалардың ығысуын азайтып, оның айналасындағы тіндерге , әсіресе теріге қысымын азайтады. Ашық сынықтар кезінде тракцияны жасауға болмайды, себебі онда сүйек жарғақшалары жұмсақ тіндер тереңдігіне еніп кетіп, жараны қосымша зақымдайды.
8. Қысқы уақытта иммобилизденген аяқ-қолды қосымша жылы орау керек.

Стандартты шиналар жоқ кезде иммобилизацияны қолда бар жабдықтармен жасайды (ағаш бұтақтары, картон, фанера т.б.). Егер тіпті олар болмаса, аутоиммобилизация жасайды, яғни жарақаттанған қолды дәкелі бинт не басқа матамен денеге әкеліп фиксациялайды, ал аяқты сау аяққа әкеліп фиксациялайды.

Сатылы шиналар (Крамер) жақсы модельденетіндіктен қажетті қалыпта фиксациялауға мүмкіндік береді. Олар әмбебапты, сондықтан сатылы шина көмегімен кез келген дерлік жарақаттарды фиксациялауға болады.

Лубковые шины арзан, жеңіл, портативті, бірақ модельденбейді. Ол арқылы аяқ-қолды тек тура қалпында иммобилизациялауға мүмкін.

Торлы шиналар жіңішке сымнан бинт тәрізді қылып жасалған, олар аса берік емес, ұсақ сүйектердің иммобилизациясы үшін жарайды, мысалы, табан және білезік.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 14 беті

Дитерихс шинасы өзгешелігі жарақаттанған аяқты жақсы иммобилизациялап қана қоймай, сонымен қатар оны тартуға мүмкіндік береді. Бұндай шинаны салуға тікелей көрсеткіш сан сүйегінің, жамбас, тізе буындарының жарақаттары болып табылады. Ол шина ағаштан жасалған, оның төрт бөлігі бар: екі әр түрлі ұзындықты қозғалмалы планкалар, сыртқысы 171 см, ішкісі 146 см, ені 8 см және тақтайша табан және бауы бар таяқша тәрізді бұрауыш.

Ауалы (пневматикалық) шиналар сыртқы пішіні бойынша сырғытпасы бар қос қабатты жабуға ұқсайды. Сырғытпаны ашып, шина ішін газы бар арнайы баллоннан ауаға толтырады, ол жоқ болса, насос не ауыз арқылы ауаға толтырады. Шинаның кемшілігі тесіліп қалу қаупінде. Бірақ олар модельдеуге өте ыңғайлы, дегенмен, жұмсақ тіндерді қысып, олардың ишемиясын тудыруы мүмкін. Ашық жарақат кезінде ауалы шина қан кетуді жоғарлатуы мүмкін.

Вакуумды шиналар гранулалармен толтырылған. Оны қолданбас бұрын насос арқылы ішінен ауаны сорып алады. Осы принцип арқылы вакуумды зембілдер мен матрастар жасалған, оларды омыртқа және жамбас жарақаттарында қолданады.

Әр түрлі жарақаттар кезіндегі транспорттық иммобилизацияның негізгі әдістері.

Иық және жауырын жарақаттары кезінде Дезо, Вельпо, косынкалық таңғыштары арқылы фиксациялайды. Бұл кезде қолтық астына кішігірім валик салған жөн.

Иық сүйегі мен шынтақ буыны жарақатында иммобилизацияны сатылы шина арқылы сау білектен бастап білезік буынына дейін жасайды. Қолды функциональды ыңғайлы жағдайға келтіреді: шынтақ буынында 90° бүгу және білекті ортафизиологиялық қалыпта пронация мен супинация аралығында ұстау. Қол басы білезік буынында 45° жазылған. Шинаны қосымша денеге орамалдық таңғышпен фиксациялайды.

Білек жарақаты кезінде де сатылы шинаны қолданады, оны иықтың жоғарғы үштен бір бөлігінен білезік буынына дейін салады. Функциональды ыңғайлы жағдай иық жарақатындағыдай болады. Білезік буыны не қол саусақтары жарақаттары кезінде сатылы шинадан басқа торлы шинаны қолдануға болады. Шинаны алақан беткейімен шынтақ буынынан саусақ ұштарына дейін салады, қол басы шамалы жазылған күйде, ал алақанға тығыз валик салады.

Сан және жамбас буыны жарақатында иммобилизация үшін Дитерихс шинасы қолданылады. Шинаны салмас бұрын аяқ киімді шешпейді. Алдымен табан тақтайшаны бинт арқылы аяққа фиксациялайды. Содан планканың қажет ұзындығын үлгілейді, ішкісі шап аймағынан, сыртқысы қолтық астынан және ол қаңқадан тарту үшін табаннан 12—15 см шығып тұру керек. Алынған ұзындықты ағаш не металл штырь арқылы белгіленеді. Алдымен ішкі планканы салады, дистальды ұшына тарту үшін бау өткізеді. Содан сыртқы планканы салады да, екеуін табан астында қосады. Енді планкаларды арнаулы ременьмен не дәкелі бинтпен денеге бестен кем емес нүктелерден фиксациялайды: кеуде қуысы аймағы, жамбас, санның жоғарғы үштен бір бөлігі, тізе буыны, балтырдың төменгі үштен бір бөлігі және де алдымен проксимальды аймақтарды бекітеді. Санның диафизі жарақатында жоғарғы үш нүктені, содан бұрау арқылы тартады да, дистальді нүктелерді бекіту арқылы аяқтайды. (сур. 6).

Егер Дитерихс шинасы жоқ болса, онда Крамер шиналарынан комбинация қолдануға болады, сол деңгей мен нүктелерді сақтай отырып, бірақ тарту жасалынбайды.

Балтыр сүйектері жарақатында, әсіресе, сатылы шиналардан комбинацияны қолданады. Сүйек жарғақшаларының қозғалғыштығы мен терінің перфорациясы қаупін

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 15 беті

ескере отырып, шинаны үш жақтан салады. Шина салмастан бұрын балтыр осін түзеу мақсатында сүйек тракциясын жасап алады. Содан алдымен артқы шинаны санның жоғарғы үштен бір бөлігінен бармақ ұштарына дейін, табанды балтыр осіне перпендикуляр ете отырып салады. Соңында сыртқы және іш жағынан сатылы шинамен иммобилизациялайды.

Сирақтабан буыны мен табан сүйектері жарақаттарында сатылы шина арқылы тізе буынынан (сирақ сүйегі басы) бастап, бармақ ұштарына дейін, табанды балтыр осіне тік бұрышта ұстай отырып салады.

Транспорттық иммобилизация құралы ретінде гипсті лонгеталы таңғыштарды да қолдануға болады. Гипс астына міндетті түрде мақта не дәкеден жұмсақ төсеніш салу керек. Гипсті транспорттық шиналардың бір жақсысы дене бітіміне сай үлгіленеді (бұл ұзақ уақыт тасымалдауда маңызды), кемшілігі-кебу үшін көп уақыт кетеді

Бір жағынан науқасты тасымалдау, бір зембілден екіншісіне жатқызу т.б., оның жағдайын ауырлатады. Бірақ науқастар неғұрлым жылдам арнайы стационарға эвакуациялану керек, сондықтан тасымалдау барынша абайлап жүргізілу керек. Бұны бірнеше бағытта шешуге болады:

1. Адекватты жансыздандыру жасап, толық иммобилизация жасау.
2. Тасымалдау барысында медицина қызметкері әрдайым науқас жанында болу керек және шокқа қарсы шараларды жалғастыру керек.
3. Көліктің анағұрлым пайдалы, ыңғайлысын таңдау.

Қазіргі кезде ондай көлік – ауалы көлік болып табылады. Санитарлық тікұшақтар қазіргі таңда тек алыс елді мекендерден ғана емес, қала ішінде де (автокөлік тұрыстары (пробки) көп уақыт кетіреді) өзін ақтауда. Қазір шу деңгейі азайтылған арнайы тік ұшақтар шығарылды.

4. Тасымалдау уақытының ұзақтығын азайту үшін эвакуация бағытын анықтап алу.

Екінші принцип - жансыздандыру

Жансыздандыру (анестезия):

1. жергілікті – а) сынық орнының блокадасы (сур.10.а),
 - б) өткізгіш анестезия (жүйкенің блокадасы) (сур.10.г),
 - в) жұлынның блокадасы (эпидуральды, жұлындық анестезия)
2. жалпы (наркоз) – ингаляциялық емес -көктамыр ішілік,
 - ингаляциялық – а) масканық (маска көмегімен),
 - б) интубациялық

Стационар, травматопункт, поликлиникалардың арнайы бөлімшелерінде ТҚА-ның жекеленген жарақаттарында бір мезетті репозиция немесе қаңқадан тарту алдында жергілікті анестезия жасалады.

Кең таралған жергілікті анестетик-новокаин. Сынық орнының блокадасы үшін 2% (20,0 мл) не 1% (40,0-50,0 мл) новокаин ерітіндісі, ал жамбас ішілік, вагосимпатикалық, паранефральдық блокадаларда — 0,25 % новокаин ерітіндісі (300,0 — 400,0 мл).

Сыну аймағының блокадасы тамыр шоғырының проекциясынан тыс, сыну аймағына парафрактурлы гематомаға жасалынады (10.а.сурет). Новокаиннің дұрыс енгізілгенін дәлелдейтін белгісі поршеньді кері тартқан кезде шприцте қанның болуы.

Ашық сынулар кезінде А.В. Вишневский бойынша футлярлы анестезия қолданылады – сүйекке дейін барлық тіндер инфильтрациясымен 0,25% новокаин ерітіндісін жарақат алған жерден жоғары, бұлшықет футлярларына жіберу. Жамбас сүйектің сынуларында

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 16 беті

жамбас ішілік анестезия қолданылады.Школьников-Селиванов бойынша 0,25% новокаинмен 200-300 мл(10.в. сурет).Омыртқа денелерінің сынуында Шнек бойынша 1% 10 мл ерітіндімен анестезия қолданылады.

Қабырғалардың көптеген сынықтарында қабырғааралық нервтердің паравертебральды анестезиясы қолданылады,0,5% 10 мл новокаин ерітіндісін әрбір қабырғааралыққа.Қабырғалардың көптеген сынықтары мен гемоторакс кезінде паравертебральды анестезиямен қоса 0,25 %л новокаин ерітіндісімен Вишневский бойынша вагосимпатикалық блокада жасалынады.Артериялық қысым төмен болғанда (70-75 мм.сын. бағ.), анестезияны аса сақтықпен қолдану керек.Артериялық қысым 100 мм сын.бағ. жоғарлағанға дейін оны кейінгіге қалдырған жөн. Артериялық қысым төмен болғанда новокаин тамыр қозғалтқыш орталыққа тежеуші әсер етеді.

Жергілікті жансыздандыруға уақытша кері көрсеткіштер: гиповолемия, III –IV дәрежелі геморагиялық және травматикалық шок,политравма болып табылады.

Новокаинды блокадаларды жасау асептика және антисептика ережелерін сақтауды талап етеді.Стерильді таңғыштау бөлмесіне сай жағдай болмаса(далада, үйде,жедел жәрдем көлігінде) сыну аймағына инені енгізу ауыр инфекциялық асқынуларға әкелуі мүмкін.Сондықтан да новокаинді блокадаларды жүргізуге көрсеткіштер сақтықпен қойылу керек, тек қана айқын ауырсыну синдромы кезінде және шоктың дамуының профилактикасы үшін абсолютті қажет болу.

Жалпы жансыздандыру мектепке дейінгі жастағы балаларда сынуды немесе буынның шығуын бір сәтті репозицияда қолданады.Ересек адамдарда, әсіресе ”ескі” буынның шығуын орнына салғанда жалпы жансыздандыру(көбінесе қысқа көктамыр ішілік наркоз) тиімді,себебі бұлшықеттердің посттравматикалықгипертонусы жақсышешіледі де, буынды орнына салу жеңіл және атравматикалық болады. Политравмамен науқастарда сынуларды бір сәтті репозициямен емдеген кезінде, себебі жергілікті жансыздандыру анестетиктің көп мөлшерін қажет етеді.Әсіресе бұл гиповолемия жағдайында және тұрқақсыз гемодинамикада(шок, қан жоғалту) қауіпті, резобтивті әсері мен қысымның вазодилатациясына байланысты.

Сонымен, сынықтар мен буынның шығуында жергіліктіжәне жалпы жансыздандыру кең қолданылады.

Репозицияның келесі түрлерін ажыратады:

1.Ашық – визуальды бақылаумен операция кезінде жасалады.

2.Жабық – сынық аймағы жаңалаштанбайды.

А. Бір сәтті –

- Қолмен – дәрігер қолымен жасалады
- Аппаратты – арнайы аппараттар көмегімен жасалады

Б.Біртіндеп (ұзақ) – қаңқадан тарту және біртіндеп жүкті қосу арқылы.

3.Сүйек арқылы репозиция.

Сынықшалардың оперативті репозициясы – батырмалы остеосинтез кезінде, жабық сүйек арқылы остеосинтез операцияның бастапқы сатысы болып табылады.

Бір сәтті жабық репозицияамбулаторлы мекемелерде негізгі емдеу тәсілі болып табылады.Буынның шығуын, білек сүйектерінің, шыбық сүйектерінің типті жерден сынуын, білек сүйектерінің диафизарлы аймақта сынуын, иық сүйектің хирургиялық мойны мен дифиздің дистальды бөлігінің сынуын, табан жарақаттарын, диафизарлы аймақтағы балтыр сүйегінің, тізе буынның жарақаттарын стационардағы емін бір сәтті репозициядан бастайды.Бір сәтті репозицияға кері көрсеткіш болып, ішкі мүшелердің

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 17 беті

ауыр декомпенсациялы аурулары болып табылады. Уақытша кері көрсеткіш болып III – IV дәрежелі шок және тыныс алудың бұзылуы болып табылады.

Бір сәтті репозицияның 2 түрін ажыратады:

А) қолмен

Б) аппаратпен

Ұзын түтікті сүйектердің бір сәтті репозицияны жүзеге асырғанда екі ережені сақтау қажет: біріншісі – түтік сүйектің дистальды бөлігін осі бойынша орталықтап орналастыру қажет. Екіншісі – жүзеге асырғанда көмекшілердің бірі ұзындығы бойынша тракция жасайды.

Бір сәтті аппарат арқылы репозицияда жоғарыдағы ережелер орындалуы тиіс. Аппараттардың әсер ету принципі аяқтың дистальды бөлігі аппаратта бекітіледі, аппараттың тісті берілістердің, винттің, тросстың айналуы көмегімен дистальды бөліктің тракциясы жасалады. Осы уақытта травматолог сынықшалардың ені мен осі бойынша орнынан таяуын қолмен жояды.

Қаңқадан тартудың сынықты репозиция мен фиксациялау мүмкіндіктері бар. Ұзын түтікті сүйектерді қаңқадан тарту әдісімен емдегенде, сынықшалардың репозициясы үшін дистальды бөлікті тарту орталық бөлік бойынша жүргізілуі тиіс. Тек осы жағдайларда ғана сынықшалардың орнына түсуі жүзеге асады.

Сынықты фиксациялау.

Сынықты емдеудің консервативті және оперативті әдістері бар. Практикада жақсы фиксациялау үшін бір уақытта екі және одан да көп әдістерді қолданады.

Сүйек сынығы бар ауруларды емдеу мәселесі - сырқат өмірін сақтау, сүйек анатомиясының тұтастығын қысқа мерзімде қалпына келтіру, сырқаттың еңбекке жарамдылығын, аяқ-қолдың қызметін қалпына келтіру сияқты мақсаттарды алдына қояды. Сүйек сынығы бар жарақаттарды тиімді емдеу мынандай негізгі қағидаларға негізделген: Сынығы бар сырқаттарды емдеу кезек күтпес хирургияның көмегіне негізделуі керек. Емдеу мекемесіне түскен ауруды тәуліктің қай уақыты болмасын клиникалық, рентгенологиялық зерттеуден өткізіп, сыныққа алғашқы жедел өндеу шараларын жасайды. Мұндай кезек күтпес шараларға хирургиялық араласу, ішкі ағзалардың зақымдануында көрсеткілер шаралардан басқа жараны алғашқы хирургиялық өндеу де, сынық бар жерді жансыздандыру, сынықтарды түзету мен гипстік таңғышты қолдану да жатады. Жарақат алғаннан кейінгі ертерек кезеңде сынықты қалпына салып дұрыстау оңай болса, кешіктірілген уақытта жиналған қан (гематома) мен ісіктің ұлғаюынан және еттің қайта тартылуынан кәдімгі тәсілдермен сынықтарды орнына салып, түзету қиынға соғады, ал кейбір кездері тіпті іске аспайды. Көпке созылған ауыру сезімі, зақымданған аяқ-қолының тағдырына деген қорқыныш уақытша құрсаулап бекіту жасалғанына қарамастан сырқаттың психологиялық жағдайын нашарлатады.

Жабық сынықтың асқынулары

Жабық сынықта кездесетін ең жиі асқынулардың бірі қан жоғалту. Сынған сүйектен қан кету 3-5 тәулікке дейін жалғасады. Жабық сынықта міндетті түрде қан кету болады. Зерттеу нәтижелеріне сүйенсек Clarc (1951), В. П. Пожариский (1972). Сан сүйегі сынығы кезінде қан жоғалту 0,5-2,5 л.-ге дейін, балтыр сүйектерінде 0,5-1,0 л.-ге дейін болады. Майлы эмболия – сирек алайда өте ауыр асқынулардың бірі. Жиі шок дұрыс диагностикаланбаған және шокқа қарсы терапия жүргізілбеген науқастарда туындайды. Майлы эмболия тіндік қан айналымның бұзылысынан туындайды деп есептейді.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 18 беті

Жалпы асқынулармен қоса жергілікті асқынулар да болуы мүмкін. Бірінші кезекте ішкі ойылуды атап өту керек. Ішкі ойылуға мысал ретінде асықты жіліктің толық ығысуын айтуға болады. Ішкі ойылу көптеген емдеу тактикаларын қолдануға мүмкіншілікті жояды.

I. Ашық сынықтар

- 1). Ашық сыныққа түсініктеме беру. «Біріншілік» «Екіншілік» ашық сынық.
- 2). Ашық сынық классификациясы.
- 3). Ашық сынық кезінде асқынуларын диагностикалау.
- 4). Ашық сынықтар кезінде БХӨ ерекшеліктері.
- 5). Ашық сынықтар кезінде остеосинтез түрлері.
- 6). Ашық сынық науқасын жүргізу, этапты емдеу ережелері.

II. Жарақаттан кейінгі остеомиелит

1. Жарақаттан кейінгі остеомиелитке анықтама беру

1. Классификациясы.
2. Қоздырғыштары.
3. Диагностикасы.
4. Клиникасы.

Жарақаттан кейінгі остеомиелит жалпы және жергілікті емдеудің принциптері

1. Консервативті ем.
2. Оперативті емге көрсеткіштер және тәсілдері.
3. Жарақаттан кейінгі остеомиелитті емдеуде ошақтан тыс тұрақты остеосинтез орны.
4. Остеомиелит емдеу ерекшеліктері.

Мотивация: Жыл сайын елімізде 100 шақты ірі жол көлік апаты болады. Арменияда жүргізідген статистика бойынша 50% зақымданушыларда ұзақ жаншылу синдромы, ашық сынықтар ауыр шоктармен аралас жүретінін көрсеткен.

Мақсаты: Студенттерге ашық сынықтарда ерекше ауыр жағдайлардың болуы мүмкін екенін және догоспиталды көмектің ауыр асқынулардан сақтауға көмектесетінін түсіндіру. Ашық сынықтар мен жарақаттан кейінгі остеомиелиттерде заманауи емдеу методтарын көрсету.

Ашық сынықтарға анықтама

Ашық сынық деп сынық аймағында тері бүтіндігі бұзылып ол сыныққа дейін еніп енбеуіне байланыссыз жара болған кездегі сыныққа айтамыз. (А.В.Каплан, О.Н.Маркова, 1975ж.).

Ашық сынықтарда жара пайда болу механизмі мен мерзіміне байланысты бөлінеді:

- **біріншілік ашық сынықтар**, Сынық пен тері бүтіндігінің бұзылуы тікелей сыртқы әсер етуші күштің әсерінен болады;
- **екіншілік ашық сынық**, сынық ұштарының тері бүтіндігін ішінен жарақаттап тері бүтіндігін бұзуы;
- **атылған ашық сынықтар**, представляют собой особый вид переломов, которые будут рассматриваться в курсе военно-полевой хирургии.

Ашық сынықтар классификациясы

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 19 беті

Қазіргі уақытта ТОЗО классификациясы қабылданған. Классификацияға сәйкес жара көлемі мен тіннің жарақаттану ауырлығына байланысты ашық сынықтар төрт дәрежеге ажыратылады.

Мысалы:

1. I А, I Б дәрежедегі ашық сынықтар – жара көлемі 1,5 см, алайда жұмсақ тіндердің мыжылып жаншылуы бар.
2. IV дәреже – арнайы, өте ауыр, аяқ қолдардың өмірге қабілеттілігінің жоғалуымен өтеді. (сүйек тіндері мен жұмсақ тіндердің ұзақ уақыт бойы көлемді жаншылулары, үлкен магистралді қан тамырлардың жарақаттануы). Классификациямен толығырақ тәжірибелік сабақта анықтама беріледі.

Ашық сынықтардың асқынулары

Ашық жарақаттардың асқынулары жалпы және жергілікті, ерте және кеш болып бөлінеді. Жалпы асқынуларға – шок және қан жоғалту.

Ерте жергілікті асқынулар – қантамыр мен нерв тамырларының зақымдануы.

Кеш жергілікті асқынулар – іріңді инфекцияның дамуы, эрозивті қан кетулер және остеомиелиттер. Іріңді асқынуларда сонымен қатар токсикорезорбтивті қызба және сепсис те кездеседі.

Ашық сынықтарда этапты емдеу

Ашық сынықтарда барлығы көрсетілген алғашқы көмектің дұрыстығына байланысты болады.

Ашық сынықтарда алғашқы көмек

1. Науқастың жағдайын визуалді бағалау.
2. Үлкен қан тамырларынан қан кеткен жағдайда жгут салу.
3. Асептикалық таңғыш қою. Наркотикалық жансыздандыру жүргізу.
4. Транспортты иммобилизация жүргізу.
5. Керек болған жағдайда инфузионды терапия жүргізу.
6. Шектелінген ашық сынықтар кезінде науқастар тікелей апат ошағынан орталық аудандық ауруханаға жарақат бөліміне немесе хирургия бөліміне тасымалданады.
7. Шектелінген ашық жарақаттарда шок және жедел анемия сонымен қатар политравма кезінде міндетті түрде интенсивті терапия жасалып тасымалданады.

Ашық жарақаттарда іріңді асқынулардың алдын алу.

1. Жара айналасына немесе бұлшық ет ішіне жоғары спектрлі антибиотиктерді енгізу
2. Ең сенімді профилактика тәсілі бұл – ұқыпты жасалынған біріншілік хирургиялық өңдеу. БХӨ анықтама беріледі.

Ашық жарақаттарда іріңді асқынуларды болдырмау және микробтардан тазарту мақсатында келесі шаралар жасалынады

1. Жараны асептикалық ерітінділермен ағынды жуу.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 20 беті

2. Сызганов-Ткаченко тәсілімен сүйекшілік жуу.
3. Ультрадыбысты кавитация.
4. Қабатты ирригационды-аспирационды дренаж.
5. Лазеротерапия.
6. Артериалді катетер арқылы антибиотикті антисептиктермен енгізу.
7. Изоляция в управляемой абактериальной среде.
8. Гипербариялық оксигенация.
9. Антибактериалді терапия.

Ашық сынықтар емдік иммобилизация

- Гипті таңғыш;
- Қаңқалық тарту;
- Илизаров аппаратымен немесе стерженді аппараттермен ошақтан тыс фиксациялау;
- **Металлоостеосинтез ашық сынықтарда қарсы көрсетілім болып табылады!** Ірінді қабыну қаупін арттырады

4. Көрнекілік құралдар:

5. Әдебиеттер:

6. Бақылау сұрақтары:

1. Жабық сынықтарға анықтама
2. Жабық сынық классификациясы
3. Жабық сынықтар диагностикасы.
4. Жабық сынықтарда емдеу тактикасы
5. Тұрақты остеосинтез.
6. Жабық сынықтан кейін репаративті регенерация.
7. Асқынулары.
8. Ашық сынықтарға анықтама.
9. Классификациясы.
10. Диагностикасы.
11. Ашық сынықтарда БХӨ ерекшеліктері.
12. Ашық сынықтарда ем ерекшелігі.

Дәріс 4

1. Тақырып: Сынықтарды емдеудегі заманауи оперативті емдеу принциптері. Компрессионды-дистракционды емдеу әдістері. Сынықтарды емдеуде қателіктер мен асқынулар (екіншілік ығысу, кешеуілдеген консолидация, бітіспеуі, жалған буындар).

2. Мақсаты: Сынықтарды емдеудің заманауи әдістері мен жалпы принциптері түсіндіру маңыздылығын айқындау.

3. Дәрістің тезисі: **Сынықтарды емдеу**

Сынықтарды емдеудің негізгі принциптері

I. Алғашқы дәрігерге дейінгі, алғашқы дәрігерлік көмек көрсету және транспорттық иммобилизация.

II. Жансыздандыру.

III. Орнына келтіру (Репозиция).

IV. Фиксация.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 21 беті

V. Функцияны қалыпқа келтіру.

Бірінші принцип - Алғашқы дәрігерге дейінгі, алғашқы дәрігерлік көмек көрсету және транспорттық иммобилизация.

Кез келген жарақат кезінде медициналық көмек неғұрлым жедел жасалу керек. Ең дұрысы жарақат алған адамды сол мезетте арнайы стационарға жеткізу. Дегенмен, алғашқы көмекті жарақат алған жерде көрсетуге тура келеді, сондай-ақ ол жерде көбінесе медициналық қызметкер де, емдік-диагностикалық манипуляцияға қажет жағдай да болмайды.

Егер жарақат пен апаттың жағдайларын ескермесек, медициналық көмекті ұйымдастыру мен көрсетуді екі кезеңге бөледі— ауруханаға дейінгі және ауруханалық.

Ауруханаға дейінгі кезеңге стационардан тыс емдік-профилактикалық мекемелерде көрсетілетін барлық медициналық көмек түрлері кіреді: тікелей проишес орнында, жарақат алушының үйінде, “жедел медициналық көмек” машинасында, амбулаторлық медицина мекемесінде. Алғашқы көмекті оқиға орнында қолда бар материалдарды қолдану арқылы жасайды. Ол кезде симптоматикалық медициналық көмек көрсетеді.

Алғашқы дәрігерге дейінгі көмекті медбике не фельдшер, арнайы құралдары бар, сонымен қатар дайындықтан өткен адамдар: құтқарушылар, пожарники, ГИБДД қызметкерлері көрсете алады, себебі олар арнайы медициналық көрсету дағдыларын меңгерген. Диагноз қоймайды, өмірге қауіп төндіретін бұзылыстарды айқындап алады. Медициналық көмекті синдромға байланысты жүргізеді.

Алғашқы дәрігерлік көмекті жалпы профиль дәрігерлері көрсетеді— «жедел медициналық көмек» көрсету бригадасы дәрігерлері, жанұялық дәрігерлер, үлескелік дәрігерлер, аудандық поликлиниканың үлескелік дәрігерлері. Бұл көмек түрі кезінде ешқандай операция, сүйек жарғақшаларын орнына келтіру манипуляциялары, қосымша зерттеулер (соның ішінде рентгендік) жасалмайды, бірақ қарау барысында болжам диагноз жасалу керек.

Арнайы медициналық көмекті жалпы профиль хирургі амбулаторлық мекеме жағдайында көрсетеді, мысалы, поликлиниканың хирургиялық кабинетінде. Ол жарақатталған жұмсақ тіндердің БХӨ жасай алады, бірақ үлкен қалаларда травматологиялық пункттер бар, онда дәрігер-травматологтар жұмыс істейді және кез келген жарақатпен науқастар сол жерге барады.

Травматологиялық пункттерде шұғыл арнайыланған медициналық көмек көрсетіледі, сонымен қатар жеңіл жарақаттарда емдік шаралар жүргізіледі. Дәрігер-травматолог қосымша зерттеу жүргізе алады, яғни науқас диагнозын нақтылап, оған арнайыланған стационарға жолдама қажеттігін не амбулаторлы түрде емдеуге болатындығын анықтау үшін. Травматологиялық пунктта операция жасалынбайды, бірақ дәрігер гипсті таңу жасап, ем барысын қадағалап, реабилитациялық шаралар жасайды.

Ауруханалық кезең— стационарлық емдік мекемедегі медициналық көмек, оған квалифицирленген медициналық көмек (оны жалпы профиль хирургы анестезиолог-реаниматологтың қатысуымен көрсетеді), арнайыланған медициналық көмек (дәрігер-маман-травматолог, комбустиолог, нейрохирург қатысуымен).

Арнайыланған көмек өзі екіге бөлінеді: шұғыл арнайыланған көмек (шұғыл, жедел көрсеткіштер бойынша манипуляциялар мен операциялар) және арнайыланған ем (ірі медицина орталықтарында жасалады және оған көрсеткіш болса қосымша тексерулер, кезеңдік арнайыланған емдеу, реабилитациялық шаралар жатады.)

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 22 беті

Ауруханаға дейінгі кезеңнің негізгі мәселелері: науқас өмірін сақтау, ағзаның өмірлік маңызды функцияларын сақтау, өмір мен денсаулыққа қауіпті асқынулардың алдын алу, емдік мекемеге науқасты тасымалдау.

1. Жүрек-өкпелік реанимация

Тыныс алу не жүрек қызметі тоқтап қалған кезде міндетті түрде ABC ережесі бойынша реанимациялық шараларды жүргізу керек (жоғарғы тыныс жолдарының өткізгіштігін қалпына келтіру, өкпенің жасанды вентилиациясы, жүрек массажы).

2. Шокка қарсы шаралар комплексі

Шокка қарсы шаралар неғұрлым тез жасалу керек, тіпті анық қауіпті бұзылыстар байқалмаса да.

Жарақаттық шок терапиясына:

1. Коллоидты ерітінділерді тамыр ішілік енгізу арқылы ЦҚК(ОЦК) қалпына келтіру – полиглюкин 400,0 мл., стабизол 400,0 мл. Олар жоқ болса, онда тұзды ерітінділерді (кристаллоидты) – физ.ерітінді 0,9% - 400,0 мл, глюкоза 5% - 400,0 мл. т.б.,
2. Гормонотерапия – полиглюкин не стабизол ерітіндісі бар флаконға 60-90мг преднизолон қосады.
3. Жансыздандыру – наркотикалық не наркотикалық емес анальгетиктер (б/і не к/і), көрсеткіш пен кері көрсеткішті ескере отырып.
4. Оксигенотерапия – оттегіге қаныққан қоспамен ингаляция (таза оттегі емес, себебі ол өкпе ісінуін тудырады), ингаляциялық маска көмегімен.

3. Жүрек пен тыныс алу қызметін қалыптастыру. Қан қысымын медикаментозды коррекциялау және тыныс алуды стимуляциялау симптоматикалық ем болғанымен, ауыр жарақаттарда науқастың өмірін сақтап, патогенетикалық ем жүргізу мен арнайыланған стационарға тасымалдағанша уақытты ұтуға септігін тигізеді.

4. Шокогенді фактордың әсерін жою. Оған зардап шеккенді соғылған көліктен алып шығу, отты сөндіру, электр тоғы әсерін тоқтату, т.б. шаралар кіреді. Зардап шеккен адамды құтқару кезінде оған қосымша жарақат тигізіп алмау керек. Бұл жағдайда медициналық қызметкерден көрі профессионал құтқарушылардың көмегі керек, себебі олар арнайы дайындықтан өткен және арнайы жабдықтары бар.

5. Қан кетуді тоқтату. Ауруханаға дейінгі кезеңде (операция жасауға мүмкіндік жоқ жағдайда), тек қана сыртқа қан кетуді тоқтатуға болады, яғни қанды уақытша тоқтату, себебі толық тоқтатуға жараның ревизиясы мен оны таңу және қан тамырларының реконструкциясы қажет, ал оны тек стационарда жасайды. Уақытша тоқтатуда артерияны саусақпен қан кету орнынан проксимальды жерден басу; шынтақ, тізе, жамбас буындарында аяқ-қолды максимальды бүгу; қан тоқтатушы жгут салу; басып таңу — венозды не капиллярлы қан кетуді тоқтату үшін, не қан кетіп жатқан тамырға зажим салу

Ауруханаға дейінгі кезеңде .

Сынықтары бар науқастарға жансыздандыру жасау тәсілі көмек түрі мен зақымдану ауырлығына байланысты.

Ауруханаға дейінгі кезеңде қазіргі уақытта жекеленген сынық түрінде наркотикалық анальгетиктер кең қолданылады – промедол, омнопон, морфии, морфилантты димедрол және анальгинмен бірге. Анальгетиктерді тек бұлшықетішілік енгізеді. Бұл препараттар ауырсынуды басу әсерімен қатар жанама әсер көрсетеді. Біріншіден тыныс алуды тежейді, азырақ қан айналысын а әсер етеді. Оларды іш қуысы мүшелерінің зақымдануына күмән барда қолдануға болмайды. Политравма кезінде жалпы жансыздандыру жасайды. Қазіргі кезде кең таралғаны Петровский-Ефуни тәсілімен жансыздандыру және наркоз, азот пен

QONTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 23 беті

оттегіні 2:1, 4:1 қатынасында, ол көктамыр ішілік балансиленген көпкомпонентті жансыздандыруға. Витальды бұзылыстармен (тыныс бұзылысы, қан кету, шок т.б.) политравма кезіндегі жансыздандыру ерекше қиын. Ондай науқастарға жедел көмектің арнайы реанимация-травматологиялық бригадалар көмегі қажет.

Фиксациялаудың консервативті әдістері.

Барлық әдістерді екі топқа бөледі – консервативті және оперативті. Олардың сынықтарды емдеудегі маңыздылығы бірдей. Сынықты емдеудің бір ғана универсалды әдістің болуы мүмкін емес, әрбір әдістің өзінің көрсеткіштері мен кері көрсеткіштері, артықшылықтары мен кемшіліктері бар. Консервативті әдістер мүмкін эффективтілігі бойынша төмен болып келеді, бірақ тәжірибелі қолда, көрсеткіштері бойынша қолданылған болса эффективті.

Емдеудің консервативті әдістеріне жатады: жағдаймен емдеу, гипстік байлаумен және тұрақты тартумен емдеу. Олар негізгі және қосымша әдіс ретінде қолдануы мүмкін. Сонымен қатар, сынықтың бітуді стимуляциялауға, ауырсыну синдромын шешуге, жергілікті қабыну реакцияларын төмендетуге бағытталған әдістері бар.

1. Жағдаймен емдеу.

Жағдаймен емдеуді жиі функционалды әдіс деп атайды, бірақ ол дұрыс емес. Функционалды әдіс емдеудің толық кезеңінде зақымданған сегментінің функциясын толық немесе жартылай сақталуын қамтамасыз етеді. Жағдаймен емдегенде сыртқы немесе батырмалы фиксаторлардың көмегінсіз иммобилизация жүзеге асырылады. Мысал ретінде, жамбас сүйектерінің тұрақты сынуы кезінде “бақа жағдайында” емдеу, омыртқаның бел аймағының тұрақты компрессионды сынуы кезінде валикпен қатаң төсектік тәртіпті сақтаумен емдеу. Осы әдістің артықшылығы – фиксациялаушы байлауды қажет етпейтіндігі, кемшілігі – ұзақ уақытты қозғалыссыз жату, бұл жағдай қарт адамдарға және созылмалы аурулары бар адамдарға жағымсыз әсер көрсетеді. Бұл әдістің қолдану сферасы сынықтың нақты локализациясымен, ұзақ қозғалыссыз жатумен байланысты кері көрсеткіштермен шектелген.

2. Жұмсақ таңу.

Жұмсақ таңу емдеудің жеке және қосымша әдісі ретінде қолданады. Емдік иммобилизация мақсатымен дәкелі бинт немесе дәкелі мата қолданылады. Кейбір кең таралған жұмсақ байлау түрлерін фабрикада жасайды (қолға арналған қосынқалы байлау, тізе, шынтақ, шынтақ-білек буынына арналған эластикалық матадан жасалған).

Жұмсақ таңудың жеке иммобилизация әдісі ретінде негізгі артықшылықтары – науқас үшін ыңғайлығы (таңудың минимальды қосымша массасы, жұмсақ тіндердің қысылуының болмауы) және байлау астындағы тіндерді үнемі бақылау мүмкіншілігі.

Кемшіліктері-қатты иммобилизацияның жеткіліксіздігі, үнемі коррекцияның қажеттілігі, фиксацияның әлсіреуі кезінде немесе бинттің кірлеуі кезінде оны ауыстыру керектігі. Сондықтан да жұмсақ таңуды қолданудың шектелген көрсеткіштері бар.

Дәкелі таңу үнемі қадағалауды қажет етеді және адекватты емес науқастарда емдік иммобилизация мақсатымен қолданыла алмайды.

Кең таралған таңу түрлері Дезо, Вельпо, Дельбе сақиналары, 8-тәрізді, қосынқалы.

3. Гипстік таңу

Гипс-сусызданған кальций сульфаты, егер оған су қосса ботқа тәрізді массаға айналып тез қатады. Альтернативті әдістердің пайда болуына қарамастан, 100 жылдан астам гипс зақымданулардың сыртқы мобилизациясы үшін оптимальды материалы болып табылады. Таңу үшін гипстік бинттер мен лонгеталар қолданылады. Гипстік бинтті немесе лонгетаны жылы суға салып, көпіршіктердің шығуының тоқтауын тосады, судан алып

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 24 беті

шығып, сығады. Гипстің қатуы кезінде экзотермиялық реакция болады да таңу біршама қызыды. Гипстің қатуы мен оның толық кебуінен ажырату керек. Гипстің қатуы үшін бірнеше минут жеткілікті. НЕғұрлым гипс салған су суық болса, соғұрлым оның қатуы ұзақ болады. Судың температурасы жоғарлаған сайы бұл процесс жылдамдайды. Судың температурасы 15 С болғанда гипс 10 минут ішінде ал 40 С- та 4 минут ішінде қатады. Ал гипсті өте ыстық суға салу оның мүлде қатпауына әкелуі мүмкін. Гипстің толық кебу үшін оның қалыңдығына байланысты бірнеше сағаттардан – 1-2 тәулікке дейін уақыт қажет, бірақ бұл процессті таңуды арнайы лампалармен немесе фенмен өңдеу арқылы жылдамдатуға болады. Гипс толық кепкенше буындардығы аздаған қозғалысты да болдырмау керек, кері жағдайда бүккіш бетте қатпарлар мен жарықтардың пайда болуы мүмкін және иммобилизацияның дұрыс болмауы мен жұмсақ тіндердің қысылуын, ойылуды шақырады.

Гипстік таңуды қолмен немесе аппаратпен бір сәтті репозициядан кейін және арнайы гипстік таңу бөлімінде салады.

Гипстік фиксациялаудың артықшылықтарына жатады:

1. Жеңіл моделденеді
2. Тез қатады.
3. Жеңіл шешіледі.
4. Кез келген жағдайларда қолданыла алады.
5. Аяққа немесе қолға жақсы тыныштық береді.
6. Науқастар транстабельді және амбулаторлы емделе алады.

Кемшіліктерге жатады:

1. Сынықтың толық қозғалмауын қамтамасыз ете алмайды.
2. Таңуды салған уақытта және ісіну кеткеннен кейін сынықшалардың екіншілік ығысуы жиі кездеседі, әсіресе бұл жағдай диафизарлы бөліктегі сынықтарда: винт тәрізді, жарықшақты, сегментарлы, көлденең сынықтарда болады.
3. Аяқты немесе қолды ұзақ фиксациялау буындардағы қозғалыстың шектелуіне, бұлшықет аппаратының атрофиясына әкеледі.
4. Науқас үшін ыңғайсыздығы.

Гипстік таңумен емдеуге көрсеткіштер:

1. Аяқ және қол сүйектердің орнынан таймаған сынықтарында.
2. Буын ішілік және буын айналасындағы бір сәтті репозициядан кейінгі сынулар.
3. Бір сәтті репозициядан кейінгі диафизарлы бөліміндегі сынулар.
4. Буын байламдарының зақымдалуы.
5. БХТ кейінгі ашық стабильды сынулар.
6. Буындардың соғылуы.

Гипстік таңудың лонгетті және циркулярлы түрлерін ажыратады.

Лонгетті гипстік таңу алдын-ала дайындалған 6-12 гипстік бинттен тұратын пластан жасайды. Сонымен қатар фабрикалық әдіспен жасалған нақты размерлі лонгеталар қолданылады. Эффе́ктивті иммобилизация үшін лонгетті таңу қол немесе аяқтың көлемінен 2/3 аз болмау керек.

Лонгетті таңудың артықшылықтарына жатады:

- Гипстік таңумен жабылмаған жердегі терінің жағдайын бақылау мүмкіндігі;
- Таңуды кезеңді түрде шешу мүмкіндігі;
- Тіндердің ісінуі ұлғайған кезде жұмсақ тіндер ишемиясы даму қаупінің төмендеуі.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 25 беті

Қажет болған жағдайда лонгетті таңу гипстік бинттердің бірнеше турлар көмегімен циркулярлы таңуға ауысуы мүмкін.

Циркулярлы гипстік таңу толық иммобилизацияны қамтамасыз етеді. Таңудың “классикалық” вариантында бинтті суға салып сықаннан кейін шеттен ортаға қарай таңу салады. Бинттің әрбір келесі туры алдындағысын 2/3 бөлігіне жабу керек. Әрбір 2-3 турдан кейін таңуды модельдейді. Таңудың жоғары шетіне жеткенде, таңуды дистальды бөліктен бастап қайталайды, солай бірнеше рет жасайды.

Ісінудің ұлғаюы кезінде циркулярлы таңу ишемиялық контрактура мен аяқ- қолдың некрозына дейін әкелетін ишемиялық бұзылыстарға әкелуі мүмкін.

Ісінудің ұлғаю қаупі жоғары болған жағдайда (жаңа травмада, операциядан кейін) циркулярлы гипстік таңу салынбау керек.

Егер ісінудің ұлғаю қаупі жоқ болса да циркулярлы гипстік таңуды салғаннан кейін, иммобилизацияланған сегмент 1 тәулік бойы стационарлы бақылауда болу керек.

Гипсті циркулярлы таңудың бірнеше нұсқасы бар, олардың әрқайсысында өзінің ерекшеліктері мен қолдануға көрсеткіштері бар.

Гипстік таңуды салудағы асқыну:

Циркулярлық таңуды салғаннан кейін ісіну кезінде магистральды тамырлардың ишемиысы болуы мүмкін (Фолькман контрактурасы).

1. Қатты таңуда ойылу.
2. Ұзын түікті сүйектердің сегментарлық, жарықшақты, винт тәріздес және қиғаш сынуы кезінде екіншілік орнынан таюы.
3. Буындар контрактурасы.
4. Бұлшықет аппаратының атрофиясы.

4. Ортопедиялық сыртқы фиксаторлар.

Соңғы жылдары өндірістік тәсілмен өндірілген сыртқы фиксаторлар кеңінен қолданылуда (эластикалық бекітуші таңу, ортездер). Олардың гипсті таңуға қарағандағы артықшылықтары ішінде науқастың салыстырмалы қолайлылығы, аз салмағы, беріктігін, сыртқы эстетикалық түрі, қозғалыс амплитудасы. Реттелетін шарнирлерді қолдану мүмкіншілігін атап айту керек.

5. Қаңқалық (тұрақты тарту).

Тері үсті және қаңқалық тартуды ажыратады. Қаңқалық тарту кезінде тартуды тікелей сүйектен металл спицасы, шуруп немесе винтті оймасы бар стержні көмегімен жасайды. Тері үсті тартуы кезінде тартуды теріге медициналық клей, лейкопластырь, сондай-ақ арнайы жұмсақ манжетаны қолдану арқылы жасайды.

Үлкен жүктерді тұрақты қолдану кезінде ересектер травматологиясында кеңінен таралған қаңқалық тарту оптимальды болып табылады. Балаларда жүктер шамасы аса үлкен емес, ал өсетін сүйекті қосымша зақымдамау үшін тері үсті тарту қолданылады (мысалы деформациялатын остеоартроз кезінде).

Қаңқалық тартудың қарсы көрсеткіштері аз. Қаңқадан тартудың негізгі принциптері:

- Зақымданған сегментінің бұлшықеттерін біраз босату
- Сүйек сынықшалардың орнынан таюын біртіндеп жою
- Репозицияны ұстау үшін қажетті бағыттағы тұрақты тарту арқылы

Қаңқалық тартудың артықшылықтары болып, ең алдымен зақымдану аймағына бақылау үшін қол жету кеңдігі, таңуды, емдік шараларды, зерттеулерді жүргізу мүмкіншілігі сүйек сынықшаларын ұзақ ұстауға ғана емес, содай-ақ оны түзетуге мүмкіншілік беретін кез-келген бағыттағы реттелетін тарту.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 26 беті

Қаңқадан тартуды салу қиын емес, алйда асептика және антисептика ережелерін дәл және қатаң сақтауды талап етеді. Сүйек арқылы спицалар мен шуруптарды өткізу орнында ісіну және инфекциялық асқыну, “спицалық остеомиелиттер” дамуына дейін баруы мүмкін.

Бұл манипуляцияны операциялық бөлмеде немесе арнайы жабдықталған стерильді таңу бөлмесінде жүргізу керек.Ірің жаралардың болуы осы аймақ та спицаларды өткізуге кері көрсеткіш болып саналады.

Ең кең таралған болып Кишнер спицасы арқылы тарту (ұзындығы 310 мм, диаметрі 2 мм), оны сүйек арқылы қол немесе электрлік дрельмен өткізіп, бекітеді және арнайы скобада тартады.

Қаңқадан тартумен қамтамыз етілуі керек созудың негізгі түрі болып, зақымданған сегмент осімен тарту болып табылады.Ол үшін зақымданудың локализациясына байланысты спицаларды өткізу нүктелері бар.

- *Ұршық аймағы*- санның орталық шығуы мен ұршық ойығының түбінің сынуында қолданылатын спецификалық нүкте
- Сан сүйегінің айдаршық үсті аймағы :спица ішінен сыртына қарай өткізіледі, енгізу нүктесі тізе үсті жоғары шетінен 1,5-2 см –ге жоғары (18 жасқа дейінгі балаларды өсу аймағын зақымдамас үшін , енгізу нүктесі 2 см- ге проксимальды орналасқан).
- Тобық үсті аймағы . спица балтыр сүйегінің осіне перпендикуляр проксимальды тобық үсті көбірек шығатын бөлігі жағынан 1- 1,5 см.
- өкше сүйегі: спица табан бетіне және тобықтың апикальды ұшынан балтырдың сыртқы жағынан болатын перпендикулярлары бар квадратының диагональдарының қиылысу нүктесіне енгізіледі.(спицаны енгізудің басқа тәсілі. Табанды тік бұрышпен орнатып, сыртқы тобықтың артынан табанына дейін және осы сызықтан тобықтың үстіне дейінгі сызықты жүргізіп екіге бөлеміз).
- Балтыр сүйегінің бұдыры. Спица сыртынан ішіне қарай ,негізу нүктесі бұдырдың үстінен 1 см дистальды және 1,5 см дорсальды енгізеді.
- Шынтақ өсіндісі: шынтақ буыныда бүгілген қолдың шынтақ өсіндісінен спица 2-3 см дистальды өткізіледі.

Спица әрқашан сегменттің осіне перпендикуляр енгізілуі керек.Кері жағдайда белдің миграциясы тесіп өтуіне , тартудың тиімсіздігіне әкеледі.Егер спица кортикальды қабатқа жақын өткізілсе, ол тесіп өте алады.Егер спица скобаға жеткіліксіз тартылса, ол иілуі, теріні тесіп өтуі және іріңдеуге әкелуі мүмкін.Спицаның теріден шығу нүктесі резеңке тығындармен бекітілетін спиртке батырылған дәкелі тампондармен жабылады.

Қол немесе аяқ саусақтары тырнақтарының фалангаларынан тарту кезінде осы фалангалар арқылы инемен жуан жіп немесе жіңішке сымды өткізедің одан кейін тұзақты жасап, қол немесе аяқ ұшында гипспен бекітілетін металды доғаны резеңке созғыштармен тартады.(18 сурет)

Қаңқадан тарту үшін жүк массасын дене массасына қатысты алады.Балтыр сүйегінің сынуы кезінде жүк массасы дененің 1/7 бөлігін, ал санның 1/6, жамбас сынуы кезінде 1/5 бөлігіне тең болады.Жүк салмағының жеткіліктігін бақылау рентгенограммалар немесе клиникалық жомен сегменттің салыстырмалы немесе абсолютті ұзындығын өлшеумен анықталады.Жүк шамасы сондай- ақ сынықшалардың ұзындық бойымен ығысуын сыну уақытына , науқастың бұлшықет массасына байланысты.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 27 беті

Бүкіл жүкті бірден ілуге болмайды, бұлшықеттердің лезде созылуы олардың жиырылуына әкеледі. Алдымен жүктің $1/3 - \frac{1}{2}$ бөлігін, одан кейін ақырындап 1 кг 1-2 сағ сайын ұлғайтады.

Аяқ және қолдарды тарту үшін, орнату жақсы нәтижеге жету үшін маңызы зор. Аяқтан тартқан езде науқасты матрацтың астына қатты шитті салады. Антогонист бұлшықеттердің тартуын теңістіру керек. Бұл Беллер шинасы арқылы жүзеге асады. (19 сурет) Эффе́ктивті тарту үшін тракция сегмен тосі бойымен жүзеге асырылуы тиіс қарсы жағдайда күштердің паралелограмм жіктелуіне сәйкес жоғалту болады. Демпферлік пружина скоба және жүк арасында орналасады және ол спица және сүйекке тікелей шина және төсектен кездейсоқ соққыларды өшіреді. Науқастық жүк әсерінен орын ауыстырмас үшін төсектің аяқ бөлігін біраз көтереді немесе сау аяққа қарсы тіректі орнатады (19 сурет) Сур. 19. Белер шинасымен сан және балтыр сынығында демпферлі қаңқадан тарту, сау аяққа қарсы тірекпен және төсекті көтеру.

Қолды қаңқадан тарту арнайы блок жүйесі арқылы төсекте жатып және арнайы әкеткіш ЦИТО шинасында тартылған серіппе арқылы жасайды.

Қаңқадан тартудың емдеу кезеңдері. Алдымен сүйек сынықшалардың репозициясына қол жеткізу керек. Репозицияның негізі болып сегменттің осі бойынша тарту арқылы орнынан таюды сүйектің ұзындығы бойынша жүргізіледі. Созылуға қарсы тұратын бұлшықеттің қажуы болу үшін жүкті біртіндеп қосу арқылы тракция жүргізіледі. Ені бойынша орнына таю осы кезде жоғалу мүмкін, сынықшалардың бұлшықет футлярында қысылуына байланысты. Ротациялық және ені бойынша орнына таюды спица бекітілген скобаның жағдайын ауыстыру арқылы немесе қосымша жүкті қолдану арқылы гипсті немесе бинтті пелоттар, тіреуі бар қосымша спицалар. Қаңқадан тартудағы репозицияны клиникалық және рентгенологиялық бақылаумен бітіндеп жүзеге асырады. Бұл кезең 7-10 тәулікке созылады. Сәтті репозиция жағдайында фиксация жасалуы керек. Жүктің салмағын біртіндеп бастапқы салмағының $\frac{1}{2}$ дейін төмендетеді. (диастаздың пайда болуымен сынықшалардың шектен тыс созылуына жағдай бермеу керек). Циркулярлы таңу арқылы жүзеге асатын осындай иммобилизацияны қаңқадан тартуда жасай алмаймыз. Бірақ та сыну аймағындағы аздаған қозғалыс микрогематоманың пайда болуына, ал ол остеогенездің үдеуіне ықпал жасайды. Фиброзды сүйел пайда болғаннан кейін, қаңқадан тартуды шешіп сынықтың толық консолидациясына дейін сыртқы фиксатор салуға мүмкіндік туады. Кейбір жағдайларда сыртқы фиксатор салынбайды, онда қаңқадан тарту емдеде иммобилизацияның жалғыз әдісі болып табылады.

Қаңқадан тарту арқылы емдеуге негізгі көрсеткіштері:

1. Емдеудің жеке әдісі ретінде:

- Қол фалангілерінің, жауырын, өкше сүйектің, балтыр сүйегінің, йық, сан сүйегінің буын ішілік және буын сыртында орналасқан сынудың репозициясы және оны бекітіп ұстау үшін.
- Ұршық түбі ойығы сынуында жамбас-сан буынның репозициясы
- Жамбас сақинасының бүтіндігінің бұзылуы және орнына тайған жамбас сүйектерінің сынуы

2. Емдеудің қосымша әдісі ретінде:

- иық және жамбас буындарының ескі шығуын орнына салуға дайындығы ретінде
- сынулардың оперативті емге дайындығы ретінде
- Тері аурулары, айқын ісіну кезіндегі сынудың иммобилизациясы.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 28 беті

- Деформациялаушы остеоартроздың комплекті емі кезінде жамбас-сан және тізе буындарды босату.

Сүйек регенерациясының стимуляциясы және жалпы ем.

Катоболизм процесстерінің күшеюіне байланысты ақуыз,минералды заттардың микроэлементтердің орнын толтыруы организмнің ішкі ресурстарынан ғана емес, сонымен қатар сыртынан да болу керек (медикаментозды және инфузиоды терапия, толық құнды рациональды тамақтану).Тамақ жеңіл қорытылатын, колорий мен құрамы бойынша толық құнды болу керек.Рационға ет, балық, жұмыртқы ,қышқылды сүт өнімдерін, көкөністер мен жемістерді енгізуі керек.

Травмадан кейінгі алғашқы күндері қанда қанттың мөлшері жоғарлауы мүмкін,бұл жағдайға қант диабеті бар науқастарды емдегенде аса назар аудару керек.

Медикаментозды терапияда анальгетиктерді белок препараттарын, В тобындағы витаминдерді қолданады.Сүйек регенерациясының екінші сатысы басталғаннан кейін (10-14 тәулік) кальций препараттарын қолданғаны жөн.Сүйек регенерациясына оң әсер ететін препараттар:алоэ, шыны тәрізді дене, ФиБС.

Сонымен қатар науқастың психологиялық жағдайына ,оның дәрігермен серіктестік санасына көңіл аудару керек.Қарсы жағдайда емдеу эффектісі төмен болады.

Гипербариялық оксигенация арнайы барокамерада организм деңгейіндегі(травмалық шок, қан кету) және жергілікті(аяқ- қолдың ишемиясы, анаэробты инфекция) ишемияны жою үшін қолданады.

Сонымен қатар УВЧ терапияны,электростимуляцияны,лазеротерапияны,магнитотерапияны, инемен емдеу, бальнеотерапияны қолданады.

Массаж микроциркуляцияны, тіндердегі жергілікті зат алмасу процесстерін жақсартады, бұлшықеттердің жиырылуын жоғарлатады, перифириялық жүйке жүйесінің қозғыштығын төмендетеді.

Емдік дене шынықтыру травмадан кейін бірінші күндерден бастап жүргізіледі және бірнеше мақсаттары бар:жалпы күшейтуші әсер, гиподинамия салдарының профилактикасы, бұлшық ет атрофиясымен күрес, контрактуралардың емі мен профилактикасы.

Фиксацияның оперативті әдістері.

Оперативті емдеу туралы көзқарас медицинаның жаму дәрежесіне байланысты өзгеріп отыратын. Адекватты анестезияның пайда болуын байланысты оперативті емдеуге көрсеткіштерің спектрі кеңейтілді.

Сүйек тіннің регенерациясы туралы көзқарас кеңейтілді.Имплантанттардың жаңа түрлері шығарылды.

Дегенмен де, оперативті әдіс емдеудің жалғыз әдісіболып табылмайды , оның артықшылықтары мен кемшіліктері бар және ол қатаң көрсеткіштері бойынша тағайындалу керек.

Оперативті емдеу тәсілінің артықшылықтары:

- Сүйек сынықшаларының максимальды дәл репозицияны орындау мүмкіндігі (ол әсіресе буын ішілік сынуларды маңызды,себебі буын беттерін сәкес болуына байланысты оның функциясының қалпына келуі байланысты болады)
- Сүйек тіннің дефектісі кезінде сүйек реконструкцияның мүмкіншілігі
- Сүйек сынықшалардың тұрақты фиксацияны қамтамасыз ету мүмкіншілігі

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 29 беті

- Бұлшықет, байлам, сіңірлердің берік қалпына келу мүмкіншілігі
- Науқастың ерте активизациясы мен зақымдалған сегментке ерте күш түсіру мүмкіншілігі
- Үнемдеу эффективтілігі. Емдеудің барлық компонентерін (стационарда болуы, амбулаторлы емі, реабилитацияны өткізу, жұмысқа қабілетінің мерзімі) ескере отырып, ерте оперативті ем консервативті емге қарағанда шығынның аз болатыны көрсетті

- Науқас үшін емнің қолайлығы

Оперативті емдеу тәсілінің кемшіліктері:

- Қосымша оперативті жарақат жаса қажеттілігі, әртүрлі анестезия түрлерін жүргізу
- Инфекциялық асқынулардың даму қаупі
- Ке жағдайларда фиксаторларды алу үшін екінші операцияның қажеттілігі
- Инфекциялық асқыну кезінде оперативті ем арзаннан ең қымбат ем түріне айналады.

Сынуды оперативті емдеуге көрсеткіштер:

- Жабық әдіспен қанағаттанарлық репозицияға жету мүмкін еместігі(жарақат локализациясына және жұмсақ тіндер немесе сүйек сынықшалардың интерпозициясына байланысты)
- Зақымдалу зонасының анатомиялық ерекшеліктері, операциясыз сынудың бітуі мүмкін емес(шынтак өсіндісінің сынығы, мықын сүйегінің алдыңғы жоғарғы қырының жұлынуы)
- Орнынан тайған сүйек сынықшаларының тамырлы-нерв шоғырын зақымдану қаупі және теріні тесіп өту қаупі болса
- Ашық сынулар(инфекциялық аурулар профилактикасы үшін сүйек жараның хирургиялық өңдеу мен сынықшалардың максимальды иммобилизация қажеттілігі)
- Тамыр және нервтердің зақымдауымен асқынған сынықтар
- Сынықшалардың орнына таюымен сегментарлы сынықтар
- Жұмсақ тіндердің интерпозициясы

Оперативті араласуға көрсеткіштер спектрі кеңейеді:

- Буын ішілік сыну кезінде
- Қарт және әлсіреген науқастардың ерте мобилизациялау қажеттілігі
- Консервативті ем кезіндегі сынықтың баяу консолидациясы кезінде

Остеосинтездің жалпы принциптері:

Сынықтың бітуіне негіз болып- сүйек сынықшаларының қанмен қамтамасыз етілуінің сақталуы болып табылады. Онсыз идеальды репозиция да абсолютті фиксация сынықтың бітуіне әкелмейді. Бірақ та кез-келген оперативті араласу онсыз да бұзылған сүйектің қанмен қамтамасыз етілуін бұзады. Сонымен қатар сыну кезінде зақымдалатын жұмсақ тіндерді де еске сақтау керек. Операция барысында жұмсақ тіндерге қосымша жарақат жасау, олардың өмірге қабілеттілігін төмендетіп, жарлы инфекцияға және ригидті тыртықтың пайда болуына қолайлы жағдай жасайды.

Сынық фиксациясына 2 негізгі принцип қолданады- шина салу және компрессиялық.

Шина салу сүйек сынығының қозғалысын азайтып, шинаға күш түсіреді. Сынықтың консервативті емінде шина ретінде гипстік таңу пайдаланады, сүйек пен гипс аралығында көп мөлшерде жұмсақ мата тұрақтылықты сақтайды. Оперативті шина салуда имплантант ретінде пластина және штифтер, ошақтан тыс фиксациялық аппараттарға біздер және стержендер қолданады. Бір фиксаторлар (интрамедуллярлы штифтер) имплантатқа дейін сынықтардың жылжуын босатса, басқа (сүйек үсті) фиксаторлар жылжымай барлық күшті өзі көтереді. Фиксаторлар тәртіп бойынша тат баспайтын арнайы маркасы бар болаттан

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 30 беті

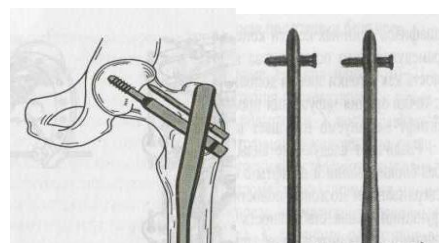
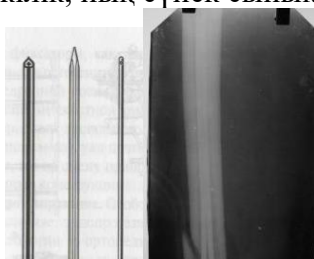
және титаннан дайындалады. Фиксацияға тағы да ауто- және гомосүйек, көміртегі, арнайы сорғыш қасиеті бар полимерлер және материалдар қолданады. Қазір металл имплантаттар кең тараған. Шиналық имплантат сынық біткенше функциональды күшті көтеріп жүруі керек. Компрессия беткей тығыз қатынас жағдайда тұрақты әсер етеді. Бірақ қате түсінікте компрессия көп болған сайын сынық жазылуы жақсара түседі. Сүйек – бұл тірі тін, артық компрессияда аваскулярлы некроз және резорбция процесі дамиды. Компрессия мақсаты сынықты ұстап тұру. Компрессияда сынықтың перпендикулярлы бетінен арнайы шүріптермен біріктіре отырып, жүзеге асырады. Компрессиялық пластинка салар алдында кернеу салып, сонымен қатар «тартпалы ілмек» әдісі қолданады. Компрессия жасауда ошақтан тыс фиксация аппараты көп мүмкіндік береді.

Барлық имплантат бөгде зат ретінде инфекциялық асқынудың көзі болып табылады. Сондықтан остеосинтез орындау барысында асепика және антисептика жағдайын тиянақты сақтау қажет. Имплантат аймағының іріндеуі көп жағдайда жедел алып тасталынады, қолайсыз операция науқас кемтарлығына алып келеді.

Остеосинтез түрлері

1. Сүйекішілік –фиксатор сүйек миы өзегінде орналасқан. Бөлінеді:
 - Интрамедуллярлы (стандартты)- Кюнчера штифті, ЦИТО, ВНИИХАИ және т.б сүйекішілік штифт көмегімен жүзеге асырады. Бірақ бұл остеосинтез сүйек миы өзегін бұрғылауды қажет еткендіктен, майлы эмболия дамуы ықтимал. Фиксация қаттылығы штифтің фиксатормен үлкен алаң қатынасына байланысты.(бұрғылағаннан кейін).
 - Кондилоцефалиялық екі эластикалық штифт көмегімен жүзеге асырылады. Штифт енетін аймақ балтыр бұлшықеттер және сан сүйегі болып табылады. Фиксация қаттылығы штифт енетін нүктелер санының көбеюімен байланысты.
 - Тежеуші-сүйекішілік штифтің арнайы тесігінде тежегіш винттер және болттары бар арнайы Остеомид штифтері, Stryker және т.б көмегімен жүзеге асады. Сүйек миы өзегінің остеосинтезінде бұрғылауды талап етпейді, сондықтан операция кезінде жарақаттануды азайтады. Фиксация қаттылығы винт пен болттарға байланысты.
2. Сүйекүсті-фиксатор сүйек миы өзегінен тыс-сүйекте, тері астында орналасқан. Фиксатор ретінде пластина, винт және сымды қолданады.
 - Сүйек арқылы
 - Біздер
 - Стерждер
 - Комбинирленген бізді-стерждер.

Интрамедуллярлы фиксаторлар. Сүйек миы өзегінде стержді енгізгенде иілімдігі жоғары, ал ротациялық сынықтарды жаман ұстайды. Сондықтан стержен сүйек миы өзегінің қабырғасына тығыз жанасып, өзекті қосымша бұрғылағанда стержен диаметріне сәйкес келуі қажет. Стерженнің көптеген нұсқасын соның ішінде Кюнчера стержені, НИИХАИ, Богданова және т. б ұсынады. Тағы интрамедуллярлы остеосинтезге жуан біздер қолданады, олар сүйек миы өзегін толық толтырып тұрады. Бұл конструкциялар жетіспеушілігінен универсальды интрамедуллярлы штифтер жасалып шығарған, олар проксимальды және дистальды бөлікті тежеуге мүмкіндік береді. Остеосинтездің мұндай әдісі сынық орнын ашпай, қосымша сүйек миы өзегін бұрғылаумен және бұрғылаусыз рентген бақылауымен интраоперация жасалынады. Бүгін мұндай штифтер сан, ортан жілік, иық сүйек сынықтарының остеосинтезінде қолданады.

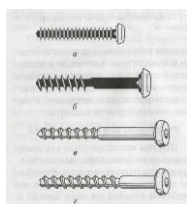


ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 31 беті

Интрамедуллярлы фиксаторлар.

а- Кюнчер; б- ВНИИХАИИ; в- Богданов; г- кондилоцефалиялық остеосинтез эластичалық стерженімен; д- интрамедуллярлы проксимальды және дистальды тежегіш; е- проксимальды сан PFH; ж- санның ретроградты штифі, бұрғылаусыз:

Шүріптер.Өздігінен фиксатор ретінде және сүйекке пластинаны бекіту мақсатына қолданады. Шүріптер кортикальды және спонгиозды(денесі жіңішке,тілгіштері терең) бөлінеді. Компрессия тудыру үшін арнайы дистальды бөлігін тесіп,тартып тұратын шүріптер қолданады.Тартып тұру мақсатында кәдігі кортикальды шүріп қолдануға болады, ол үшін жақын қыртысты қабатынын үлкен тесік бұрғыланады. Компрессиялық фиксацияда метафизарлы шекараға тесігі бар спонгиозды шүріптер қолданады.(сур.22)



Сурет.22 Остеосинтезге арналған шүріптер: а- кортикальды; б- спонгиозды; в- тартушы; г-канюлирленген:

Пластиналар.Есебіне байланысты бірнеше пластинкаларға бөлінеді.Қорғаныш пластинаның домалақ тесіктері сынықтарды бекітетін шүріптердің фрагмент аралық компрессиясынан кейін қосымша шиналық функция атқарады.Мұндай үйлесімдік сүйекүсті остеосинтездің ең қарапайым нұсқасы болып табылады.Тірек пластина буын аймағынның сынықтарын қозғалтпау мақсатында стандартты арнайы конфигурациялы (Т, L- қасықтәрізді) пластинкалар қолданады.



Пластина түрлері:

а-LC-LCP ұзын сүйектердің диафиз сынығының остеосинтезіне арналған; б- иық сүйектердің жоғарғы бөлік сынықтар остеосинтезіне арналған;в- шыбық сүйектердің дистальды метаэпифиз сынығының остеосинтезіне арналған; г- реконструктивті пластиналар; д- үлкен ұршық сүйегінің дисталды метаэпиз сынығының остеосинтезіне арналған;е- өкше сүйегінің сынығының остеосинтезіне арналған;

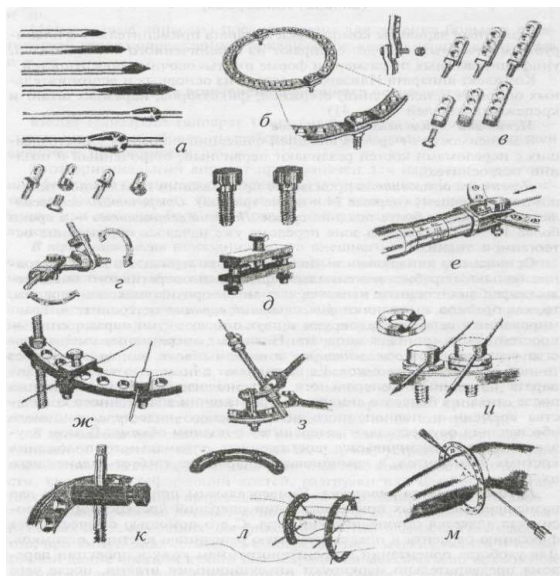
Сүйекүсті остеосинтез- сүйектің қыртысты қабатына жанасқан бетінде аваскулярлы некроз дамуы ықтимал.Мұндай некроз аумағы пластина көлеміне тәуелді.Пластина консолидация процесін бұзып, остеопароз дамуына әкеледі.

Сүйек арқылы остеосинтез (сыртқы фиксатор)

Зақымданған аймақтан алыста тұрса да сынықты қалпына келтіру қабілетімен ерекшеленетін остеосинтездің бұл түріне ошақтан тыс еген анықтама берген. Сүйек арқылы өтетін металл біздер крест тәрізді аяқасқан, өрнекті стержіндер мен олардың комбинациясынан қрылған арнайы конструкторлар кең таралған. Аппараттың компоненті сыртқы қалпын өзгерте отырып, сүйек сынығының репозициясын сатылы корекциямен жүзеге асыруға болады. Сынақ аймағының дистракциясын және компрессиясын тудырады. Сондай-ақ арнайы шарнир көмегімен буындар қозғалысын жүзеге асыруға болады. Ашық жән инфекцирленген жарақат кезінде ошақтан тыс остеосинтез әдісінде ауыр фиксаторды қолданудың қажеті жоқ.

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 32 беті

Илизаров аппаратының элементтері: а- әр- түрлі ұштары бар біздер; б- жартылай сакиналы олардың байламдары; в- кронштейн түрлері, г- шарнирлі байламдары; д- біздер фиксаторлары; е- біз тартқыш; ж- сакинаға орнатылған біздер фиксаторлар нұсқасы; з- сүйек фрагментінің құрылысын өзгерту; и- шайбалар; к- винтті стерженнің



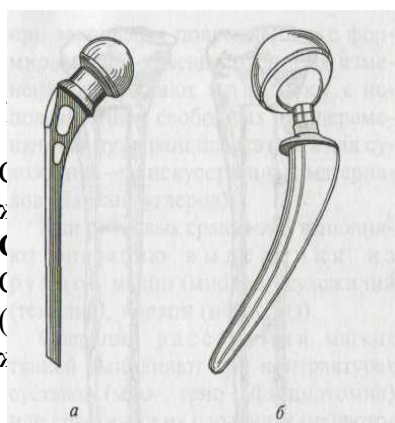
фиксаторлары; л,м- біздің өткен нұсқасы.

Сыртқы фиксацияның қазіргі шетелдік жүйесі

а- АО аппараты (конструкция элементтері 2 жайпақ және бір жазықты нұсқа құрылғы); б- Triax Monotube бізді блогы; в- рентген блок Triax; г- Hoffman Orthofix аппараты, бізді блогымен; д- Orthofix аппараты.

Операцияның жеке түрі

Эндопротез. Травматологияда және ортопедияда эндопротездеу ерекше орын алады, бұл әлі күнге дейін көптеген ауру науқасты өмірге келтіріп қана қоймай, жарақат пен тамырлар зақымдануында жаңғақ көмек көрсететін әдіс болып табылады. Эндопротез балтыр және тізе буындарында кең қолданады, сондай-ақ басқа да буындарға эндопротездің маңызы зор. Эндопротез дайындайтын материалдар металл, арнайы пластмасса, керамика және көміртегі. Бір полюсті эндопротез буынның тек бір дистальды компонентіне үлгіленген, екі буын бетіне арналған эндопротезді ажыратады.



алған эндо

ска да тәсілі
менттерінің ө

кат кезінде
рессивті тера
олидацияда



пайдаланатын

не резекцияда
онымен қатар
данады. Сүйек

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 33 беті

трансплантат науқастың өзінен (аутопластика), басқа адамнан- донордан, өліктен (аллопластика) және жануардан (ксенопластика) алынуы мүмкін.

Сондай-ақ ұзын сүйекті өсіруде сүйек арқылы дистракциялық остеосинтез қолданылады. Ол үшін сүйек остеотомиясын жасап, сыртқы фиксатор (сүйек арқылы остеосинтез) аппаратын жапсырады.

Ары қарай остеотомияланған аймақты біртіндеп 1мм (күніне төмен түсіріп) отырады. Дистракцияның осы жылдамдығы жұмсақ тінді сүйел түзілуіне мүмкіндік береді, кейіннен сүйектеніп қалыпты сүйектің функциясын атқарады.

Остеотомия— сүйек кесу. Арнайы пила немесе өткір долотты орындайды. Көбіне ортопедиялық жағдайда конфигурацияны түзеуде, сынақтың дұрыс өспеуіне, даму ақауында және туа біткен диформацияда қолданады. Операция алдында жоспар негізінде көлденең, қисық, г-тәрізді және т.б остеотомия түрлері жасалынады.

Буынға операция

Буынның жұмсақ тініне (артротомия – буынды ашу арқылы буын қалтасын кесіп, буын капсуласына пластина қою) және сүйекке жасалатын операциялар деп бөлінеді.

Буын резекциясы-потологиялық қабыну процесінен кейін, зақымданған буын ұштарын қию. Осы операцияның жетістігі буын анкилозы.

Артродез- буынның дегенеративті, өзгерістерін (қабынбалы өзгерістер емес) жасанды жолмен қозғалтпау. Функциясын толық жою есебінен ауырсыну синдромын басып, буынды қалпына келтіреді. Артродез орындау үшін буын бетін жұмсақ сүйекке дейін кесіп, мықты фиксацияны қамтамасыз ету. Фиксацияға біз және стержен аппараты, металл штифтер, сүйек трансплантат, гипсты таңу қолданады. Науқас функционалды қалпын қалпына келтіру мақсатында операция барысын тиімді жоспарлайды.

Артропластика. Буын қозғалысының қалпына келтіру мақсатын қадағалайды. Потологиялық зақымдану буын ұштарының бұзылыстарында бәрінен бұрын – шеміршек зақымдануда пластикалық материал – фасция, аллопластика және полимерлі материал жабу буын беткейінің қайтадан қалпына келтіреді.

Артролиз- бұл операция тыртық тіннен буынды босатуға қолданады.

Артрориз- жекеленген бұлшық еттердің парезі және паралигі кезінде буын қозғалысын жасанды жолмен жартылай шектеу.

Артродез көмегімен жақсы қортындыларға жетуге болады, бірақ өған көрсеткіштер шектеулі.

Артротомия- барлық буын компоненттерінің ішінен визуальды бақылауда нақты мәлімет алып, интраоперациялық диагностикада жоғары дәлдік беретін аз жарақаттанумен ерекшеленетін эндоскопиялық операция. Артротомиялық техникада бұл әдістің мүмкіншілігі біртіндеп кеңейе түсуде. Минискінің резекциясын, реконструкциясын, байламдардың пластикасы хандроластика, сүйек қуысын пластикалау материалмен толтыруда, тыртықты тіндерді кесуде, буын ішілік бөгде денелерді алуды орындайды. Артротомия иық және тізе буында кең қолданады.

4. Көрнекілік құралдар:

5. Әдебиеттер:

6. Бақылау сұрақтары:

1. Сынықтарды емдеу

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 34 беті

2. Оперативті емге көрсеткіштер
3. Тұрақты остеосинтез жайлы түсінік.
4. Жалған буынды емдеу
5. Ашық сынықтар кезінде остеосинтез

Дәріс 5

1.Тақырып: Жамбастың зақымдалуы. Консервативті және оперативті емдеудің негізгі принциптері.

2.Мақсаты: Жамбас жарақаты ауыр жағдайлардың бірі болып визуалді көрініс бермейтін асқынулары көп болып саналады сол себепті жағдайдың маңыздылығын студенттерге түсіндіру

3. Дәрістің тезисі:

Жамбас сүйегінің сынығы

Жамбас және жамбас мүшелерінің зақымдалуы өте ауыр жарақаттар категориясына жатады. Жамбас сүйегінің сыну жиілігі жалпы жарақаттар санына қатысты 5-10%. Жамбас аймағының топографиялық- анатомиялық қатынасының күрделілігі, сүйек каркасының көп бөлігінің мықты бұлшық ет массаларының астында терең орналасуы – осы локализациядағы зақымданулардың диагностикасы мен емі үшін объективті қиындықтар тудырады. Жамбас сүйегінің және байламдарының топикалық диагностикасы біршама қиындықтар туғызады, осы негізінде клиникалық және патологоанатомиялық диагноздың әртүрлілігі 43-54% жиілікте кездеседі.

Жамбас сүйектерінің сынығында өлімділік деңгейі жоғары (10% дейін), жамбас зақымдануларымен коса, біріккен және көптеген зақымдануларда летальдық жағдай 60-80%, бұл жағдайда көбінесе зақымданғандардың жартысына көбінің өлім себебі – шок. 93% жағдайда жамбас зақымдануымен клиникаға түскендер коипенсирленген және декомпенсирленген шок жағдайда болады. жамбастың жабық зақымдануларында 25-30 % жағдайда 2,5 л асатын көрші мүшелерге массивті қан кетулер болады. 25-45% жағдайда жамбас сүйегінің сынықтары басқа сүйектер сынығымен және ішкі мүшелердің зақымдануларымен бірге жүреді.

Анатомо- биохимиялық ерекшеліктері. Екі жамбас сүйегі бір – бірімен және сегізкөзбен бірігіп сүйек сақинасы – жамбасты құрап, денені аяқтермен байланыстырып және жамбас мүшелерін қорғайтын қуыс түзеді.

Жамбас сақинасы ұршықтық ойысына қатынасты екі жарты сақинаға – алды және артқа бөлінеді. Артқы жарты сақина ұршықтық ойыстың буындық бетінен артқа орналасқан. Оның құрамына сегізкөз, сегізкөз- мықын буына байламдарымен және мықын сүйектің артқы бөлімі кіреді. Жамбас сақинасының бұл жүктемелік бөлімі, жүктемені қаңқа осінен аяққа берілуін қамтамасыз етеді. Алдыңғы жарты сақина ұршықтық ойыстың буындық бетінен алдыға орналасқан. Құрамы қасаға және шонданай сүйек, симфизден құралған.

Жамбас сақинасының тұрақтылығы, дене массасын көтеретін, сегізкөз- мықын қосылысы және негізгі сегізкөз- мықын, сегізкөз- төмпешікті және сегізкөз- қылқанды байламдар, сонымен қатар жамбас түбі бұлшық еттері және фасциясы құрамына кіретін сегізкөз- мықын комплексінен құралған, артқы жарты сақинаға байланысты. Жамбас сақинасында сегізкөздің қалыпты орналасуын мықты дорсалды сегізкөз- мықын байламы қамтамасыз етеді. Сегізкөз- қылқанды байламы жамбас жарты сақинасының сыртқы ротациясына

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 35 беті

қарсы тұрады, ал сегізкөз- төмпешікті байлам сагиталды жазықтықта ротациялық күшке қарсы тұрады.

Жамбас зақымдалуында тұрақтылық дәрежесін бағалауда, сүйек бүтіндігімен бірге, комплексті қалыптастыратын байламдар жағдайын міндетті түрде ескеру керек.

Жамбас сақинасына әсер ететін негізгі күштер – сыртқы ротация, ішкі ротация және вертикалды қозғалтқыш күштер болып табылады. Бұл күштердің әрқайсысы жамбастың әртүрлі типті сынуына әкеледі.

Жамбас зақымдалуы әртүрлі. Оларға жарақат алу үшін біршама күштің түсуі тән. Жамбас аймағы өте бай нервтенген және қанмен қамтамасыз етілген, сондықтан жарақаттар кезінде жедел қан кету және геморрагиялық шок қаупі жоғары. Алдыңғы және артқы жарты сақинаның үзіліссіз бұзылуымен қатар бір уақытта кемік сүйектің көп бөлігінің бұзылуы шоктың ауыр өтуіне әкеледі, себебі ауырсыну компонентіне басқа 2-2,5 л қанның жамбасішілік клетчаткаға кетуінен рефлексогенді аймақтың тітіркенуімен негізделеді.

Жіктелуі және зақымдалу механизмдері

I. Жамбас сақинасын құруға қатыспайтын бөлігінің шеттік сынығы (1 сурет):

1. Мықын сүйегінің алдыңғы- жоғары қылқанының сынуы
2. Мықын сүйегінің алдыңғы- төменгі қылқанының сынуы
3. Мықын сүйегі қанатының қырлық сынуы
4. Сегізкөздің сегізкөз – мықын қосылысы және құймышақтан төмен сынуы
5. Шонданай сүйегінің сынуы

II. Жамбас сақинасы сүйектерінің қосылысының бұзылмай сынуы (2 сурет):

1. Қасаға сүйек бұтағының бір жақты немесе екі жақты сынуы
2. Шонданай сүйек бұтағының бір жақты немесе екі жақты сынуы
3. Қасаға сүйегінің бір жағынан, шонданай сүйегінің екінші жағынан сынуы

III. Жамбас сақинасы сүйектерінің қосылысының бұзылған сынуы және қосылыстардың жыртылуы

A. Алдыңғы жарты сақина (3 сурет):

1. Қасаға және шонданай сүйегінің бір жақты сынуы
2. Қасаға және шонданай сүйегінің екі жақты сынуы (“көбелек” типі)
3. Симфиз айырылуы

Б. Артқы жарты сақина (4 сурет):

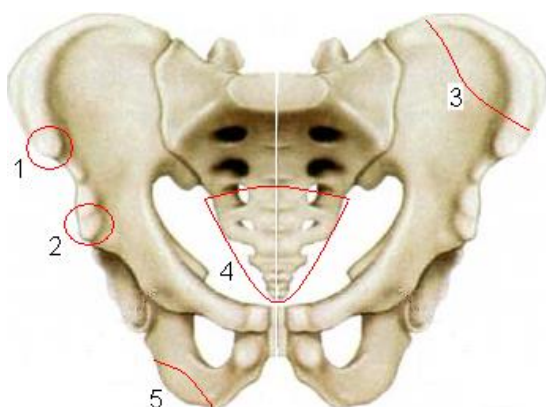
1. Мықын сүйектің вертикалды сынуы
2. Сегізкөз – мықын қосылысының жыртылуы
3. Сегізкөздің вертикалды сынуы

В. Алдыңғы және артқы бөлімінің (5 сурет):

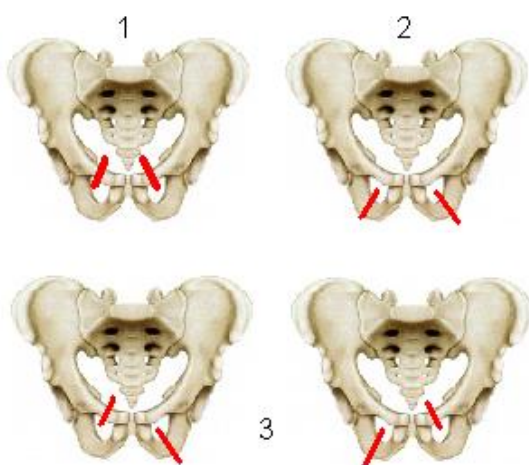
1. Мальгени сынуы – алдыңғы және артқы жарты сақинаның бұзылуына әкелетін сынуы
2. Аты жоқ сүйектің шығуы – қасаға симфизі және сегізкөз – мықын қосылысының бір уақытта айырылуы

IV. Ұршықтық ойыстың сынуы (6 сурет):

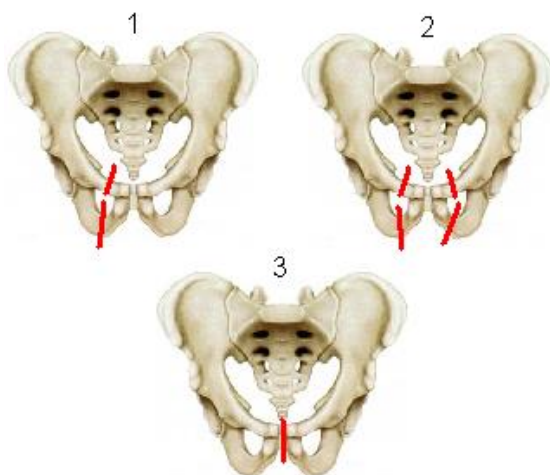
1. Сан сүйегінің шығуы немесе шығуынсыз ұршықтық ойыстың шетінің сынуы
2. Жарықшақтардың ығысуынсыз ұршықтық ойыс түбінің сынуы
3. Сан сүйегінің орталық шығуымен ұршықтық ойыс түбінің сынуы



1 сурет. Жамбас сақинасын құруға қатыспайтын бөлігінің шеттік сынығы

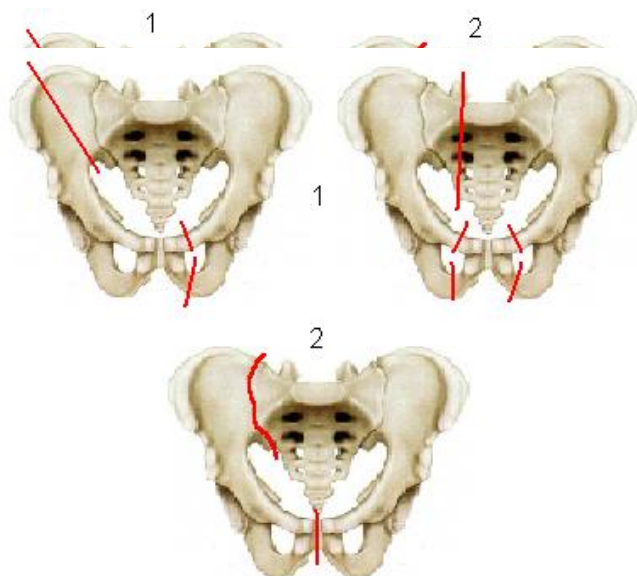


2сурет. Жамбас сақинасы сүйектерінің қосылысының бұзылмай сынуы



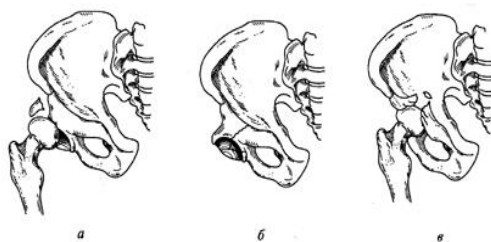
ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 37 беті

3сурет. Алдыңғы жарты сақина сүйектерінің қосылысының бұзылған сынуы



4сурет. Артқы жарты сақина сүйектерінің қосылысының бұзылған сынуы

5сурет. Алдыңғы және артқы бөлімінің сүйектерінің қосылысының бұзылған сынуы



6сурет. Ұршықтық ойыстың сынуы:

А) Сан сүйегінің шығуы немесе шығуынсыз ұршықтық ойыстың шетінің сынуы

Б) Жарықшақтардың ығысуынсыз ұршықтық ойыс түбінің сынуы

В) Сан сүйегінің орталық шығуымен ұршықтық ойыс түбінің сынуы

Сынудың ең ауыры - сан сүйегінің орталық шығуымен ұршықтық ойыс түбінің сынуы. Бұл сыну механизмі – жамбас сүйегін үлкен ұршық аймағынан бүйірлік басу, остік жүктеме сан сүйегіне немесе үлкен ұршыққа түседі. Ұршықтық ойыстың шетінің сынуы механизмі – сан сүйегі осіне түсетін жүктеме.

Сонымен, ұршықтық ойыстың сынуы жарақаттың тікелей емес механизмінде кездеседі.

Диагностикасы. Жарақаттың жедел кезеңінде зардап шеккен адамның жалпы жағдай өте ауыр және реанимациялық және шокқа қарсы шараларды жүргізуді қажет ететіндіктен, толық клиникалық және аспаптық зерттеу жүргізу мүмкін емес. Бұл

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 38 беті

жағдайда жамбастың зақымдалуын клиникалық ақпаратқа (негізінен – қарау және пальпация) сүйеніп шешеді. Жамбас сақиналарының сүйектік шығынқылырының ассиметриялылығына, жұмсақ тіндердегі қан құйылуларға (әсіресе жамбас санның алдыңғы жарты сақинасының сынуы кезіндегі шат аралықтағы гематома тән), мықын сүегінің қанатын алшақтатқанда немесе оларды басуға тырысқан кезде ауырсынулардың байқалуына және қасаға симфизіне басқан кезде, ауырсынудың пайда болуына мән береді.

Сурет №7 Жамбас сүйегінің зақымдалуының диагностикасы



А) мықын сүйектің қанатын басу (қосу жүктемесі симптомы)

Б) мықын сүйек қанаттарын екі жаққа ажырату(ажыратушы жүктеме симптомы)

В) қасаға симфизіне басу

Жамбас сүйегі сынығы кезіндегі бүйрек аймағындағы клетчаткаларға дейін көтерілген жайылмалы ішастар арты гематомасы іш бұлшық етінің қатаюы және ішастардың тітіркену симптомдарын суреттейді(псевдоабдоминальды синдром). Бұндай жағдайларда іштің кейбір жалпақ жерлерінде перкуторлы тұйықталған дыбыс естіледі, ол дене қалпын өзгерткен кезде басқа орынға ауыспайды (Джейс симптомы). Кейбір жағдайларда, ішастарішілік апаттарда көрінетіні соншалық, диагностикалық лапароцентез немесе лапароскопия, кейбір жағдайларда диагностикалық лапаратомия қолданылады.

Жамбас жарақаттары кезінде клиникалық суреті локализацияға байланысты. Жалпы клиникалық суреті және диагнозы белгілердің жиынтығы негізінде анықталады:

- 1.шеткерлік зақымданулар
- 2.жамбастың алдыңғы жарты сақинасының зақымдалуы
- 3.жамбастың артқы жарты сақинасының зақымдалуы
- 4.жамбастың артқы және алдыңғы жарты сақинасының қосарланған зақымдалуы

Алдыңғы жоғарғы өстің бөлінуі. Зақымдалған аймақтағы ауырсыну, жергілікті ісіну байқалады. Жамбастың жалпақ фасциясын тартып тұратын тігінші бұлшық ет әсерінен сынық төмен және сыртқа жылжып, аяқтың қысқаруы сяқты сезімдер туындайды. (өлшем алдығы жоғарғы ось арқыл жүргізіледі). Кейбір жағдайларда Лозинскийдің «артқа жүру» симптомы айқын көрінеді: алдыға қадам басқанда, жарақаттанған аймақта қатты ауырсыну пайда болады, ол бұлшық ет өсіне бекіген күштемеге байланысты. Сонымен қатар дәл сол кезде артқа қадам басқанда ауырсыну шамалы ғана болады, сондықтан науқасқа артымен жүру ыңғайлы.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 39 беті

Алдыңғы төменгі өстің бөлінуі. Шап аймағындағы ауырсынуға шағымданады. Санның тік бұлшық еті көмегімен санды белсенді бүккен кезде, ауырсыну пайда болады (мысалы: жүру кезінде).

Шондаанй сүйектің төмпешігінің сынуы. Ол ауырсынумен сипатталады, ауырсыну отырғанда, шонданай төмпегін тері арқылы ректалды пальпациялағанда күшееді. Сегізкөз – төмпешік байламының аймағын ректалды пальпациялау кезінде ауырсыну күшееді. Тізенің жазылған қалпында санды бұту ауырсынды шақырады, ал әдетте бүгілген тізе қалпында қозғалу ауырсынды тудырмайды.

Ұршықтық ойысқа ауысумен жүретін мықын сүйегінің сынуы кезінде мықын сүйегінің қанатының аймағының ауырсынуын шақырады, ауырсыну іштің қиғаш бұлшық етін қатайтқан кезде күшейеді зақымдалған жақта жамбас – сан буынының қозғалысы шектеледі. Мықын сүйегінің қанатына жүктеме түскен кезде ауырсыну шамалы күшейеді. Кейде сүйектің қозғалыстары мен сықырлаулар анықталады. Бұлшық еттердің тартылуына байланысты мықын сүйегінің қанаты жоғары ығысады, ол өз кезегінде семсер тәрізді өсінді мен алдыңғы жоғарғы ось арасының қысқаруымен және Шумахер сызығының бұзылысымен көрінеді.

Сегізкөз бен құйымшақтың көлденең сынуы.

Сегізкөз аймағындағы ауырсынудан басқа , дефекация кезіндегі ауырсыну мен отырған кездегі ауырсыну байқалады. Қарап тексергенде - зақымдалған жердің ісінуі, пальпаторлы – локальды ауырсыну. Ректалды тексеру кезінде сынған жердің дистальды бөлігін басқан кезде қатты ауырсыну байқалады, кей жағдайларда осы кезде сегізкөз немесе құйымшақтың дистальды бөлігінің патологиялық қозғалысын анықтауға болады. Сегізкөздің дистальды бөлігі алдыға ығысқанда сегізкөз нервін зақымдайды, ал бұл кезде зәрді ұстайалмаушылығы және жамбас бұлшық еті аймағындағы сезімталдық жоғалады.

Қасаға және шонданай сүйектерінің бұтақтарының оқшауланған сынығы. Жалпы жағдайы қанағаттанарлық, шағымдары: қасаға аймағындағы ауырсынуға(қасаға сүйегінің сынуы кезінде), шап аралығындағы ауырсынуға(шонданай сүйегінің сынуы кезінде). Ауырсыну аяқты қозғалтқанда күшейеді. Габая симптомы тән(зардап шегуші адам арқасынан бүйіріне ауысарда зақымдалған жамбасты сау аяқтың балтыры немесе табанымен сүйемелдейді, бүйірінен арқасына ауысарда фиксацияланған екі аяқтың қалпы сақталады). Мықын сүйегінің қанатына күш түскен кезде, сонымен қатар шонданай мен қасаға төмпешігін пальпациялағанда зақымдалған аймақта ауырсыну байқалады. Кейбір жағдайларда түзу жатқан аяғын тіреуден ала алмайды, бірақ сәл көтерген аяғын өз бетімен ұстай алады. Жиі жағдайларда науқас тіреуден аяғын ала алмайды және көтеріңкі қалпында ұстай алмайды.

Жамбастың алдыңғы жарты сақинасының ажырамауының бұзылуымен жүретін зақымдалуы. Жамбас аймағы және шат аралығындағы ауырсынуға шағымданады. Аяғын қозғалтқанда ауырсыну күшейеді, мәжбүрлік жағдайда болады. Қасаға және шонданай сүйегінің бұтақшаларының жоғарғы бөлігінің сынуы кезінде аяғы жамбас сан және тізе буынында сәл бүгілген, саны екі жаққа ажыратылған – «бақа» қалпында (Волкович симптомы). Симфиз аймағының сынуы мен жыртылуында жамбасы бір біріне қосылған және сәл бүгілген, арасын ажырату қатты ауырсыну шақырады. Науқас тіреуден аяғын ала

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 40 беті

алмайды. Қасаға мен шонданай төмпешігін пальпациялағанда ауырсыну байқалады. Мықын сүйегінің қанатына күш түсіру арқылы жақындатып немесе алшақтату симптомы оң (сынған аймақтағы ауырсыну күшейеді - № 8 сурет). Қасаға сүйегінің екі жаққа ажырауымен жүретін симфиз жыртылуында пальпация арқылы екеуінің арасындағы диастазды анықтауға болады.

Артқы жарты сақинаның зақымдалуы науқастың жағдайы бойынша анықталады: науқас сау жағына қарай еңкейіп жатады. Зақымдалған жақтағы аяқты қозғалту шектелген және ауырсынумен. Зақымдалған аймақта локальды пальпаторлы ауырсыну. Сегізкөз – мықын косылыстардың толық жыртылуы кезінде мықын сүйегінің шетінің артқа қарай ығысуын анықтауға болады.

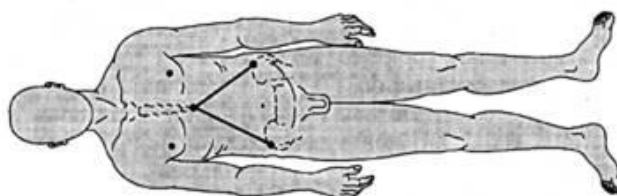
Сегізкөз – мықын буынының травмалық синдромы («функциональды блокада»). Сегізкөз - бел аймағының зақымдалуы кезіндегі координациялық емес қозғалыстар мен бұлшық ет ауырсынуы спазмы қозғалыстың шеткі физиологиялық қалпында буынның фиксациясын шақырады. Айқын клиникалық белгімен жүретін сегізкөз – мықын буының буындық беткейлері арасындағы капсула – байламдық жұмсақ тінді түзілістердің қысылуы осы блокаданың иорфологиялық субстракты болып табылады. «Функциональды блокада» Жамбастың алдыңғы жарты сақинасының моно- және билкальды зақымдалуымен қатар жүреді. Емдеу жүргізілмесе бұл блокада ұзаққа созылған ауырсынудың себебі болады, кейбір жағдайларда псевдоқыртыстық симптоматикамен көрінеді. Клиникалық практикада бұндай зақымданудың диагностикасына қарағанда жиі кездеседі.

Сегізкөз – мықын буыны аймағындағы функционалды блокадаға күмәнданған кезде келесі негізгі белгілерді ажыратады:

1. Қозғалыс не статикалық жүктеме кезіндегі сакроилиальды, шап аралық, мықын, жамбас және шонданай төмпегі аймағындағы үлкен ұршық аймағындағы ауырсыну.
2. Ауырсынудың S иннервация аймағына, қыртысқа иррадиациясы.
3. Мықын сүйегі өркештерінің асимметриялы орналасуы.
4. «бүйірімен жүру» симптомы (кішкене адыммен бүйірімен жүргенде ауырсыну мазалайды)

Жамбастың артқы және алдыңғы жарты сақиналарының бүтіндігінің бұзылуымен жүретін зақымдану. Шокпен қоса жүретін өте ауыр зақымдану. Зақымдалған аймақтың ауырсынуымен қатар, аяқ функциясының күрт бұзылуы байқалады. Зақымданудың алғашқы бірінші сағатынан кейін ұмаға, шат аралыққа және пупортовый байламынан қан ағысы күрт жоғарылайды. Қарап тексеру кезінде жамбастың асимметриялығын, жоғарғы жартысының 2-3 см жоғары ығысу байқалады, ол екі жақтан да семсер тәрізді өсіндіден алдыңғы жоғарғы остьке дейінгі аралықты салыстыру арқылы анықталады (сурет 8)

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 41 беті



Сурет 8. жамбастың асимметриялығын анықтау

Мықын сүйегіне әкелуші және әкетуші жүктеме түсіргенде сынған жердегі ауырсынудан басқа, жамбас жартысының қозғалуы анықталады.

Ұршықты ойыстың зақымдануы. Клиникасында: әртүрлі дәрежедегі жамбас сан буынының аймағындағы басым ауырсынуы және функциясының бұзылуы. Сан сүйегіне осьтік жүктеме түскен кезде және үлкен вертельді ұрғылағанда ауырсыну күшейеді, егер, сан сүйегінің сынуы оның шығуымен бірге жүрсе, онда жамбас сан функциясының бұзылуы шамалы болады және үлкен вертельдің төбесі Розер- Нелатон сызығынан жоғары орналасады. Аяқ шыққан аяқтың қалпында болады. Сан сүйегінің орталық шығуы кезінде үлкен вертельдің шығуы анықталады.

Радиологиялық диагностика. Зақымдану сипатын жамбас рентгенограммасы арқылы анықтауға болады. Рентгенограмма алдыңғы, артқы проекцияда жүргізіледі, науқас аяғын созып арқасымен жатады. Осындай рентгенограмманың түзу проекциясында төменгі бел омыртқалары сегізкөз және құйымшақ және жамбас сүйектері, сегізкөз-мықын байламдары және симфиз, сонымен қатар жамбас сан буыны санының проксимальды бөлігімен бірдей көрінеді. Сегізкөз бен құйымшақ ортасы арқылы жүргізілген сызықты дұрыс зерттеу үшін қалыпты жағдайда жамбасты екіге бөліп симфиздің ортасымен жүргізеді.

Қасаға байламдарының жағдайын бағалаған кезде, оның енінің жасқа байланысты өзгереетінін есеру керек яғни 18 жаста 6 мм тең ал кейін келе 2 мм ге деін қысқарады. Кейбір жағдайларды сынықты анықтау үшін бүйірімен түсірген проекциядағы суреттер қажет (мысалы, сегізкөзбен сегізкөзді-мықын буынының дистальді бөлігінің немесе құйымшақ жарақаты кезіндегі сынық диагностикасы үшін)

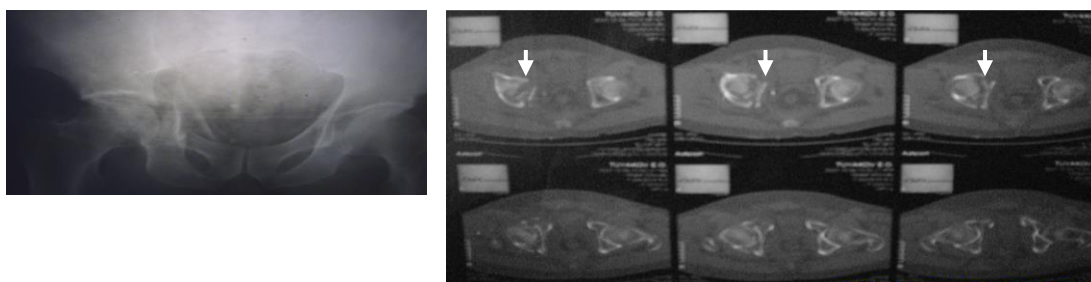
Ұршықты ойыстың сынығына күмәнданған кезде және оны анықтау үшін қиғаш проекциядағы 45° - ты бұрышпен рентгенограммалық зерттеу жүргізеді (мықын және тіреуші).

Сегізкөз – мықын буындарын нақтылап зерттеу үшін , қиғаш проекциядағы суреттерге түсіреді (салыстыру үшін 2 симметриялы сурет), жамбас 15-25° - қа бір жаққа қарай қарама-қарсы еңкейтілген. Бақылау рентгенограммасында мықын сүйегінің және сегізкөздің ығысуы, сегізкөз – мықын байламдарының физиологиялық қозғалысы кезінде көрінеді (егер рентгенограммада алдыңғы, артқы проекцияда сүйектің бағытталуының

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		
Дәрістер кешені		044-71/ 11 () 1 беттің 42 беті

ығысуы 6 см жоғары болса, сегізкөз-мықын буынының байламдарының жыртылуына күмәндануға болады)

Рентгенологиялық суреттерді бағалағаннан соң, жамбастың КТ сынған сызықтың орналасуын нақты анықтауға көмектеседі, әсіресе ұршықты ойыстың зақымдануы кезінде (сурет 9). Сынықтың нақты суретін үш өлшемді көлемді реконструкция береді. Жамбастың және оның байламдарының жұмсақ тіндерін детализациялау мақсатында МРТ не сцинтиграфияны қолдануға болады.



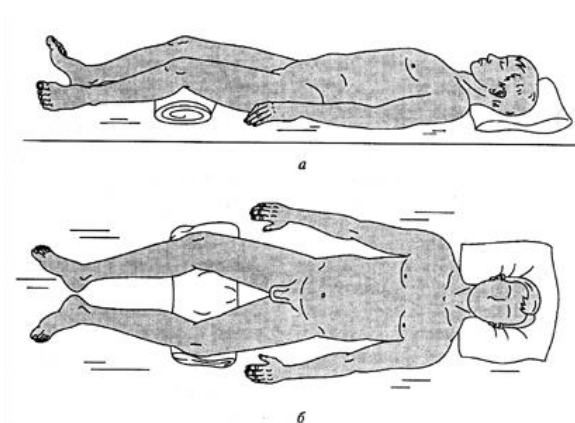
Сурет 9. Сынықтардың ығысуымен жүретін ұршықты ойыс түбінің сынуы

Госпитализацияға дейінгі көмек. Көпшілік жағдайда жамбастың сынуы кезінде травмалық шок, сонымен қатар жамбасішілік қан кетулер анықталады. Соған байланысты науқасты орыннан орынға ауыстырып, қалыпының өзгеруі максимальды түрде шектелуі керек.

Травмалық шок болса, шокқа қарсы терапия міндетті түрде жүргізіледі. Оның құрамына негізгі мынадай компоненттер кіреді:

- Ауырсынуды басу – бұлшық етке не тамыр ішіне наркотикалық не наркотикалық емес анальгетиктерді енгіземіз.
- Ерітінділердің тамырішілік инфузиясы – жоғарымолекулярлы декстрандар(полиглюкин, стабизол), жоқ болса – физиологиялық ерітінділер, глюкоза
- Гормонтерапия – 60-90 мг преднизолон
- Оксигенотерапия – ылғалданған О₂ ингаляциясы

Тасымалдау науқасты Волкович қалпында щитте жүгізіледі.



ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 43 беті

Сурет 10. Жамбас сүйегінің зақымдалуында Валкович қалпында щитте тасмалдау.

Емі. Зақымданудың дәрежесі көбінесе шокқа қарсы шараларды жүргізуге мәжбірлейді; негізгі ауырсыну синдромын басуға, қан жоғалтуын компенсациялау, гиповолемиялық бұзылыстар және гемодинамика жүйесін қалпына келтіруге бағытталған.

Школьников-Селиванов бойынша жамбас ішілік блокада жамбас және жамбас ағзаларының емі мен алдын алуда тиімді. Блокада келесі тәсілмен іске асырылады: дәрігер стерильді жағдайда алдыңғы жоғарғы осьті тауып, 1,0-1,5 см ішке түсіреді, ине салар жерді новокаин ЖИА ертіндісімен өңдейді. Әрі қарай ұзын инені 12-14 см мықын сүйегінің қанатынан мықын сүйегінің шұңқырына дейін кіргізеді. Мықын сүйегінің қырымен сырғый отыра инені енгіземіз, тереңдігі 12-14 см, үздіксіз анестетик ертіндісін жібере отырып. Біржақты енгізуде 300мл 0,25 %новокаин ертіндісі және екі жақты блокадада 200-250мл қолданып. Анес тетик ертіндісі аналгетикалық әсер емес сонымен қатар зақымдалған жамбас сүйектерінен томпондық әсеріне байланысты қан жоғалтуды да азайтады. Ауыр жағдайдағы зақымдалу барысында емдік наркоз қолдануға болады.

Тасмалдау қатты затқа жатқызуға байланысты жүргізілуі мүмкін. Сонымен қатар бекітуші заттар мен өзекті аппарат арқылы. Жамбас сүйегінің сынуы тайқумен арнайы стационарда емінде негізгі көңілді ертерек сынықтарын репозиция жасау. Егер жарақаттан соң бірнеше күн ішінде репозиция жасалынбаса, онда емі консервативті түрмен қиынырақ, ал 1,5-2 аптадан соң оперативті түрі де қиындайды. Бұл сақталып қалған тайқулар болашақта мүгедектікке әкеледі.

Жамбастың шеткі тұрақты сынықтарының емі консервативті - жергілікті новокаинді блокадалар, 3-4 апта функционалді тиімді жағдайдағы төсектік режим. Физиотерапия, емдік дене шынықтыру жаттығулары тағайындалады.

Алдыңғы жоғарғы және артқы төменгі осьтердің сынуы кезінде жансыздандырғаннан кейін науқасты Белер шинасына немесе жамбас-сан, тізе буындары 140-150°-қа бүгіп ортопедиялық жастыққа “Бақа” жағдайында жатқызады. Төсектік режим 3-4 жұма, физиотерапия, емдік денешынықтыру жаттығулары. Еңбекке жарамдылығы 4-5 жұмадан кейін қалпына келеді.

Шоңданай төмпегінің сынуы кезінде сынған жердің анестезиясынан кейін науқасты жамбас-сан буынын жазып тізе буынын 150° бұрышқа бүгіп ішіне жатқызады. (балтыр астына валик салады). Срнымен қатар, науқасты сау бүйіріне жатқызуға болады, сынған мүше жоғарғыдай қалыпта. Төсектік режим 3 – 4 жұма. ФТЛ, ЛФК тағайындалады. Еңбекке жарамдылығы 4-5 жұмадан кейін қалпына келеді.

Мықын сүйегінің қанаты сынған кезде зақымдалған жақта жамбас ішілік анестезия жасап, науқасты Белер шинасына немесе «Бақа» қалпына келтіреді. Төсектік режим 3 жұма. ФТЛ, ЛФК тағайындалады. Еңбекке жарамдылық 5 – 6 жұмадан кейін пайда болады. Сынған сүйек бөліктерінің едәуір ығысуы кезінде ашық репозиция және сүйек үстілік пластинкалы остеосинтез өткізіледі.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 44 беті

Сегізкөз және сегізкөз-мықын байламының сынығының емі, сынған жер жансыздандырылып, 3 – 4 жұма щитта төсектік режим сақталады. Омыртқаның белдік және сегізкөздің проксималды аймағына кең валик немесе сегізкөздің перифириялық бөлімі төсекке тимейтіндей етіп резиналы шеңбер салынады. Бұл сынған жердің жүктемесіне және жылжып кеткен бөлік репозициясына әкеледі. Ауруды басатын свечалар, физиотерапия, ЛФК тағайындалады. 1,5 – 2 айдан кейін ғана отыруға рұқсат етіледі.

Құйымшақтың зақымдалуы кезінде ең тиімді жансыздандыру пресакральді блокада. Ығысуы жоқ сынықтар кезінде төсектік режим тағайындалады, науқас 2 – 3 жұмаға резеңкелі шеңберге жатқызылады. Вольторенмен және индометацинмен свечалар, ФТЛ, ЛФК тағайындалады. Сынып ығысу, сынып шығу және шығу кезінде алдын ала репозиция жасап, тік ішек арқылы құйымшақты орнына салады. Құйымшақ зақымдалуы, әрқашанда, құйымшақта өткізілетін мануалді терапия манипуляциялары кезінде сегізкөз-мықын буынында илиосакральді жылжумен жүреді. 5 – 6 жұмада еңбекке жарамдылық қалпына келеді. Бірақ, 3 – 4 айдай қатты заттарға отыруға болмайды.

Лечение ротационно нестабильных переломов. В типіндегі сынықтар сирек оперативті емді талап етеді. В1 типіндегі сынықтар («ашық кітап» типіндегі сынықтар), егер қасаға сүйектер 2,5 см аса ажыраса, гамака немесе арнайы белдік арқылы репозицияны сүйектік тарту арқылы жасауға болады, ал егер консервативті ем нәтижесіз болса, онда ашық репозиция немесе пластинкалы остеосинтез өткізіледі. Симфиздің айырылу ликвидациясымен қатар жамбас сақинасын басқа да жылжулары болмайды және оның пішінін қалыпқа келтіреді. Ұзақ уақыт аралығынан кейін симфизден айырылуына оперативті ем көрсеткіші болып, оның статикасы мен зәр бөлінуінің бұзылыстары болып табылады («үйрек жүріс», қуықтың алдыңғы қабырғасының түсуі). В2.1 түрі латеральді компрессионды сынықтар ережеге сай консервативті емделеді. Оперативті фиксация тек политравмалары науқастарға және сынық стабилизациясы үшін, науқас күтімін жақсартуда қолданылады. В3 сынық түрі төменгі бөлімдердің ұзындықтарының айырмашылығына әкеледі, бұл кезде ротацияны қалыпқа келтіру үшін ошықтан тыс фиксация аппараты қолданылады.

В1 типіндегі сынық («ашық кітап») жансыздандыру жүргізіп (жамбас ішілік екі жақтылы блокада), осыдан кейін жартылай сақиналарын жақындату үшін жамбасқа гамакты әкеледі, олардың ұштарын айқастыра болконды рамаға бекітеді. (11 сурет).

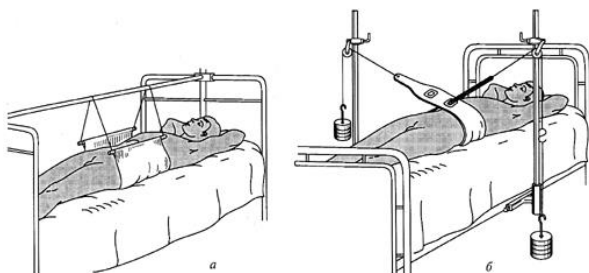


Рис.11. консервативное лечение переломов таза с разрывом симфиза:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 45 беті

А – на гамачке, б – на поясе с перекрестными тягам

Сонымен қатар мықын сұйектің қанатына жүргізген айқастырылған спица арқылы қаңқалық тартуды қолданады. Жамбас жартысын қосу үшін арнайы жүкті таңдайды. Науқас бүгілген қалыпта болады. Жамбас екі жағында ажырағанда симфиз аймағында қатты ауырсыну болғандықтан аяқты жақын бір – біріне орналасырады. Гамакта емдеу 6-7 аптаға созылады. Осыдан кейін науқас 6-8 айға дейін жамбасқа белдік тағады. Егерде 10-14 күнде симфиздің жабық қосылысы нәтижесіз болса, Остеосинтездің ошақты емес немесе сүйекті қосылысына оперативті ем қолданады. Симфиздің босанғандағы жарақатында жыртылыс болмайды, қосылыстардың талшықтануы болады, сүйектердің алшақтануы көрінбейді және көпшілік жағдайда жамбас белдігін салады: 6-8 ай аралығында ЕДШ, ФТЛ тағайындайды. 12-14 аптада жұмысқа жарамдылығы қалпына келеді.

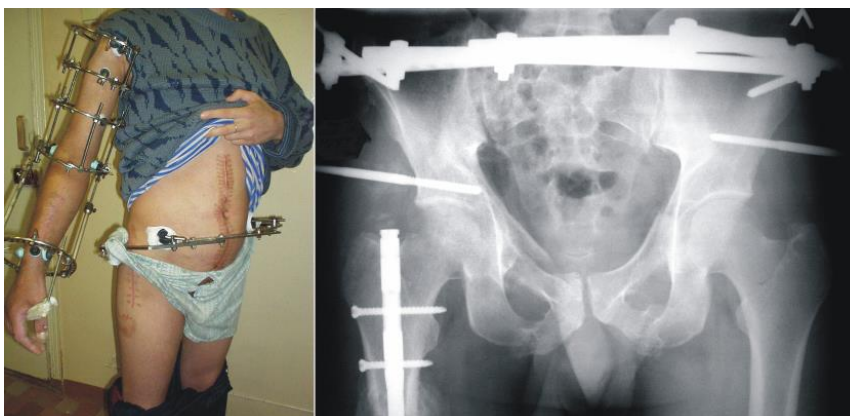
В2.1 типті сынықтарда (жабық кітап, бір жақты тип) жансыздандыруды қолданады. (жамбас ішіне және жергілікті блокадалар) Осыдан кейін қалпымен емсдейді (функционалді әдіс) Волкович- жамбас жіне тізе буындары сәл иілген немесе «бақа» тәрізді қалыптағы қорғанысқа науқасты жатқызады. 1-ші күнен бастап ЕДШ ФТЛ тағайындайды. 2,5-3 апта өткеннен кейін науқас аяғын төсектен алып түсуге және бұлшық ет тонусы қалыптасады, зақымдалған аяғына шектелген жүкпен жүруге болады. 7-8 аптадан кейін жұмысқа жарамдылығы қалыптасады.

В2,1 типті сынықтарда (жабық кітап, контралатералді тип) сыныққа байланымсты бір жағынан немесе екі жағынан да жансыздандырады. (жамбас және жергілікті блокадалар) Репозицияны талап етпейтін аздаған ығысқан сынықтарда емді функционалді әдіс қолданады: аяқтарын 15-20°C дейін бүгіп жіне жамбас-сан буындарын сіл бүгулі тізе асты аймағына валикті қорғаныс салып жатқызады.

В2 типті сынықтарда гамак емде көмектеспейді, ал керсінше үлкен ығысуға әкеледі.

Ротациялық ығысулар мен аяқ-қолдың қысқаруында репозиция жасайды. Аяқ-қолдарды жамбас және тізе буындарына тура бұрышпен бүгіп, максималды әкетеді. Репозициядан кейін науқасты «бақа» тәрізді қорғанысқа жатқызады. ЕДШ, ФТЛ тағайындайды. 3-4 аптадан кейін бұлшық етті тонусы қалпына келеді, жүруді тек қосымша тірекпен ғана рұқсат етеді.

Жамбас сүйектерінде операциясында стержінді аппаратты қалыпқа келтіреді, бұл кезде репозиция орындалады. 10-12 аптада жұмысқа жарамды болады.



ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 46 беті

Рис.12. Чрескостный стержневой остеосинтез в лечении переломов типа В2.

Мальген типі бойынша жамбас сынықтарының емі. Жамбастың алдыңғы жіне артқы жарты сақинасының толық зақымдалуымен сынуы ротациялық ығысулармен қоса айқын вертикалді қозғалысқа әкеледі, бұл репозиция жүргізуге тікелені көрсеткіш болып табылады. Ручная репозиция неосуществима, поэтому после внутритазовой анестезии больного укладывают в гамак и выполняют постоянное скелетное вытяжение за мышелки обеих бедер (в том числе и на неповрежденной стороне при односторонних переломах) на стандартных шинах Белера. Айқын вертикалді қозғалыста жүктің салмағы 12-16 кг, қарама – өарсы жағында 5-6 кг болады. Ауыр жүктің көмегімен төсектің аяқ жағын көлеміне байланысты нәтижені көру үшін, динамикада рентгенологиялық бақылау жасайды. 8-9 апта науқас тіроеумен жүреді, 3,5-4,5 айдан кейін толық жазылады. ЕДШ,ФТЛ бірінші күннен бастап тағайындалады.Бұндай сынықтарда соңғы уақытта консервативті емнің ұзақтығына байланысты, ерте орындалатын ошақтан тыс немесе сүйек үсті остеосинтез операцияларды қамтитын белсендірек тактиканықолдануға тырысады.Бұл операциядан кейін 10-14 күннен кейін ауруларды белсендіруге көмектеседі. Ұршық ойығы сынықтарын емдеу. Ұршық ойығы фрагменттердің тайқуынсыз жиектік сынығы мен түбінің сынықтарын 6-7 кг жүкпен 4-6 апта бойы сан осі бойынша Белер шинасында қаңқалық тартумен емдейді. Ауырсыну басылғаннан кейін ЕДШ- бастайды.Жүрген кездегі мөлшерлі жүктемені 6-7 апта, толық- 9-11 аптадан кейін рұқсат етіле

Ұршық ойығы тайқуымен болатын сынықтарда сан сүйегі басының шығуымен немесе шығуды түзетуден кейін сым арқылы сан мойнының осі арқылы, подвертельную аймақ арқылы жүргізілген, сансүйектің мышелкасы арқылы жүргізілген тұрақты тарту жасайды. Осындай түзету санның орталық шығуында да жүргізіледі, бұл кезде верт впа фрагменттерімен сан сүйегінің басы орнын

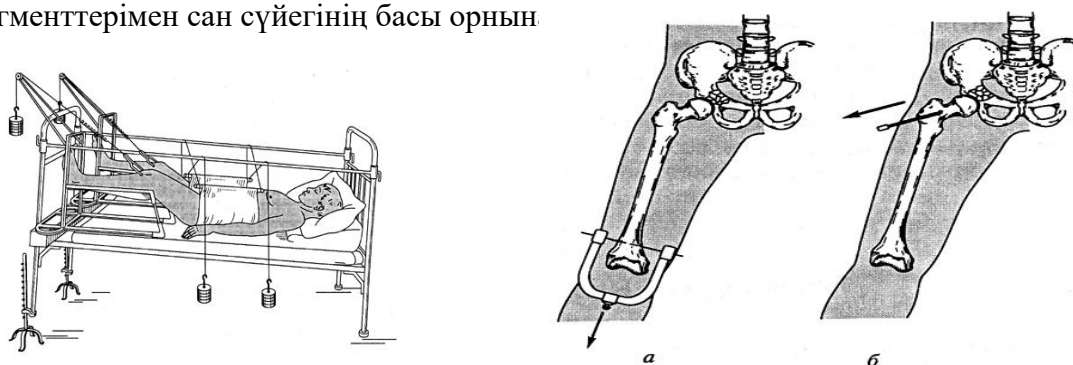


Рис.14. Санның орталық шығуында тарту

А – санныңза надмышелковую область бедра, б – за большой вертел.

Көп жағдайда верт впад-ның тайқуымен сынуында консервативті әдістермен буындық беткейлердің конгруэнтті қалпына келуіне қол жеткізе алмаймыз. Бұндай жағдайда міндетті, тиянақты операция алды жоспарлаудан кейін компьютерлік томография немесе көлемді компьютерлі реконструкция негізінде арнайы реконструкциялы пластинамен немесе погружной остеосинтезбен винтпен ашық

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 47 беті

репозиция жасайды. (рис.15). **Вервп**-ның ауыр бұзылыстары сан сүйегінің басының зақымдалуымен қосарланғанда жамбас-сан буынының тотальды эндопротездеуі жасалады.

Сегізкөз-мықын буындарының «Функциональды блокада» емі мануальды терапияның арнайы әдістерін қолданып, сегізкөз-мықын буындарын қолмен деблокирован-да—мен қорытындыланады.



Сур.15. Оң жақты сегізкөз-мықын байламының жыртылуы, шат сүйегінің жыртылуы, екі жақты вер впад-ның түбінің сынығы негізінде винтпен және реконструктивті пластинамен остеосинтез рентгенографиясы.

Жамбас сүйектерінің сынықтарымен қосарланған зақымдалулар. Жамбастың сүйектік құрылысына анатомиялық жақындығы жамбас мүшелерінің зақымдалуына жағдай туғызады (куық, уретра, тік ішек). Бұл жамбас мүшелерінің зақымдалулары ашық (көбінесе оқпен жарақаттануда) және жабық болады. Соңғы жағдайда олар іштің немесе сынық кезінде жамбас сүйектерінің тайқуымен болатын жабық жарақат нәтижесі болып табылады. Жамбас мүшелерінің зақымдалуларын уақытында анықтау ауырсыну синдромының және шоктың айқын болуынан өзіндік жамбас сүйектерінің зақымдалуларына негізделген қиыншылықтары бар. Жамбас сынықтармен осы жарақаттағы әдеттегі болып табылатын мүмкін зақымдалулар есебінде ауруларды бағытталған зерттеу ерекше маңызды. Мысалы, жамбастың алдыңғы жарты сақинасы сынығында куық және уретра зақымдалулары, екі жақты шат және шонданай сүйектерінде көбіне куық зақымдалуы кездеседі. Төменгі зәр жолдары клиникалық зерттеуден басқа рентгенографиялық: алдымен ретроградты урография әдісімен, содан, егер патология жоқ болса, экскреторлы цистоурографиямен зерттелуі керек:

Асқынулары. Жарақаттың жедел кезеңінде асқынулар шокпен, жедел қан кетумен, ішкі ағзалардың қоса зақымдалуларымен байланысты. Өкпе артериясының эмболиясы немесе майлы эмболия сияқты асқынулар тән..

Алшақ кезеңде симфиздің ажырауында толық репозицияның болмауы, ротационды және вертикальды тайқу кезінде жамбас сақинасының компоненттерін айқын статодинамикалық және неврологиялық тұрақты ауырсыну синдромымен болатын бұзылыстарға, жүріс бұзылуына, жарақаттан кейінгі деформациялаушы артроз дамуына әкеледі. Сегізкөз зақымдалуы нәжісті және зәрді ұстай алмауға, импотенцияға әкеледі.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 48 беті

Әйелдерде жамбас сақинасының конфигурациясының бұзылысы босануларына маңызды кедергі болуы мүмкін.

Қуықтың жыртылуы.

Жіктелуі. Қуықтың құрсақішілік және тыс жыртылулары бар. Зақымдалу себебі: сүйек сынықшаларымен зақымдалу және зақымдалу сәтінде қуық толық болса «гидростатикалық жұдырық» нәтижесінде.

Клиникалық суреті жыртылу орнына байланысты. Құрсақішілік нұсқасында өткір іш клиникасы алдыңғы жоспарда болады. Науқас іштегі разлитой, әсіресе төменгі жағындағы, жамбас аймағында ауырсынуға шағымданады. Щеткин-Блюмберг симптомы, алдыңғы құрсақ қаабырғасының тітіркенуі және басқа шаттағы белгілер құрсақ қуысына төгілген зәрдің нәтижесінде дамиды. Құрсақтан тыс жыртылуда клиника жасырын және диагностикадағы қиындықтарға әкеледі.

Диагностикасы: Қуық зақымдануының алғашқы симптомы зәрдің болмауы және науқастың дәретке отыра алмауымен көрінеді. Бұндай жағдайда катетер арқылы зәр жинау жүргізу керек.

ЖЗА – бұл анализді барлық жамбас сүйектері зақымдалған кезде жүргізеді. Зәрде қанның болуы қуықтың жыртылуы туралы ойландыру керек. Макрогематурия және микрогематурия деп бөлінеді. Макрогематурияда зәр қанмен боялған және ет шайындысы тәрізді болып келеді, ал микроскопияда эритроциттер саны көз алаңында көп. Микрогематурия кезінде зәр түсі өзгермеген, бірақ микроскопияда көз алаңында 5-10-12 бірлік санында жаңа эритроциттер болады.

Зельдович сынаması. Бұл сынама үшін қуықты зәр қалдығынан босатып, қуыққа катетер арқылы 250-300 мл физиологиялық ерітіндіні, фурацилинді немесе тағы басқаны енгіземіз. Катетерге қысқыш саламыз және 5-10 минут өткен соң енгізілген ерітіндіні шығарамыз, шығара отырып енгізілген ерітінді көлемін есептеу керек. Егер қуық бүтін болса қуықтан шығарылған ерітінді көлемі енгізілген ерітінді көлемінен сәл ғана ерекшеленуі керек (30-40 мл). Егер шығарылған ерітінді көлемі енгізілген ерітінді көлемінен көп мөлшерде ерекшеленіп тұрса, онда сынама оң болып табылады, яғни бұл қуықтың зақымданғанын білдіреді.

Ультрадыбыстық диагностика. Қуық зақымдануына күдіктенген кезде құрсақ қуысындағы бос сұйықтық көлем затына УДЗ диагностикасы жүргізілуі мүмкін. Бірақ әдіс сезімталдығы орташа, себебі жамбас сүйек сынықтарында қан жоғалту жоғары болады, әсіресе Мальген (2000-2500 мл-ге дейін) түрі бойынша жамбасішілік гематома түрі болса, бұл қуық бүтіндігі кезінде бос сұйықтық ретінде көрініп, қате диагнозға әкеледі.

Әдіс сезімталдығын жоғарлату үшін Зельдович сынаmasını жүргізу кезінде (қуық толық болған кездегі күту уақытында) қуықты УДЗ жүргізу керек. Бұл кезде қуық сұйықтыққа толық шар тәрізді, шеті тегіс болады.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 49 беті

Ретроградты цистография. Бұл әдіс контрастты затты қуыққы катетер арқылы ретроградты енгізумен жүргізіледі. Ол үшін қуыққа катетерді орнатқаннан кейін, 300 мл физиологиялық ерітіндіні, фурацилинді немесе тағы басқа контрастты заттарды араластырып, қуыққа енгізуді. Қысқыш салады. Жамбас сүйектерін тік және 45 градус бұрыш проекциясында бақылау рентген суретіне түсіреді. Бүтін қуық кезінде цистограммада оның контуры тегіс, деформацияланбаған, шар тәрізді болады. Қуық жыртылуы кезінде – контуры тегіс емес, анық деформация, контрастты заттардың



17-сурет. Қуық жыртылуы кезінде тік проекциядағы ретроградты цистография.

Емі. Қуық жыртылуы анықталған науқасқа жедел көрсеткіштер бойынша операция жасау керек. Бұл кездегі хирургиялық пособиялар: жыртылған жерді тігу, эпицистостоманы салу (зәрдің үздіксіз пассажи үшін және қуықтың созылуын болдырмау үшін), құрсақ қуысын дренирлеу. Медикаментоздардан антибиотиктерді, уросептиктерді тағайындау керек, симптоматикалық терапия жүргізіледі.

Несепағар каналының жыртылуы (уретраның).

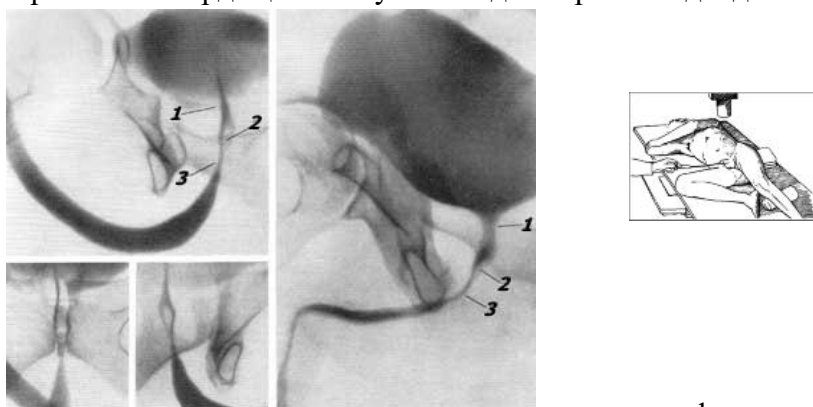
Клиникалық көрінісі. Науқастар шап аралық аймағының ауырсынуына шағымданады, ауырсыну жиі еркектерде ұманың және әйелдерде жыныс еріндерінің зақымдануына әкеледі.

Диагностикасы. Уретраның зақымдануының алғашқы симптомдары зәр бөліну кезіндегі ауырсыну, сонымен қатар катетерді енгізу кезінде техникалық қиындықтардың болуы, несепағар каналының сыртқы саңылауындағы және төсек жаялығындағы тамшы қан болып табылады. Шап аралығы аймағындағы, жасбастың сыртқы беткейіндегі «зәрлік іқұйылулары» болуы мүмкін.

ЖЗА – негізінен уретраның зақымдануы кезінде микрогематурия анықталады. Зәр түсі өзгермеген, бірақ көз алаңында 5-10-12 бірлік санында жаңа эритроциттер анықталады.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 50 беті

Ретроградты уретрография. Бұл әдісті контрастты затты несеп ағар каналына шырышқа жергілікті анестетиктерімен анестезия жүргізгеннен кейін ретроградты енгізу арқылы жасалынады. Ол үшін несеп катетерін уретраға 1-2 см тереңдікте енгізіп, фиксирлеп контрастты затты енгіземіз. Катетерге қысқыш саламыз. Жамбас сүйектерін тік және 45 градус бұрыш проекциясында бақылау рентген суретіне түсіреді (18-сурет). Несеп ағар бүтін болса уретрограммада оның контуры тегіс, деформацияланбаған, толық болады. Несеп ағар зақымданған болса оның контуры тегіс емес, анық деформация, контрастты заттардың жиналуы болады. Бұл сенімді әдіс болып табылады.



18-сурет. қалыпты кездегі ретроградты уретрография және науқасты жатқызу қалпы.



Сурет 19. Тура көріністегі ретроградты уретрография несеп ағар каналының жыртылуымен.

Емі. Несеп ағар каналының жыртылуымен науқасқа жедел түрде операция жасалынады. Хирургиялық әдістеде: тігу жыртылуды, эпизиостоманы салу. Дәрілерден міндетті түрде тағайындау керек: антибиотиктер, уросептиктер, симптомдық терапия жасалынады.

4. Көрнекілік құрал:

5. Әдебиеттер:

1. Бақылау сұрақтары:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA -1979- MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 51 беті

1. Жамбас жарақаты классификациясы;

4. Жамбас жарақатын тудыратын механизмдер;
5. Жамбас жарақатының мүмкіндігін көрсететін нақты және болжамды симптомдар;
6. Жамбас жарақатында шокты емдеу ерекшеліктері;
7. Жамбас жарақатында жедел жәрдем;
8. Жамбас жарақаты кезінде құысқа қан кету және құрсақ арты гематомасы диф.диагностикасы
9. Құық және зәр шығару жүйесі зақымдалу белгілері;
10. Босанудан кейін жамбас жарақаттары
11. Жамбасты қаңқалық тарту арқылы емдеу ;
12. Жамбас жарақатынан кейінгі мүмкін болатын ортопедиялық асқынулар

Дәріс 6

1. **Тақырып:** Политравма. Көптік, бірлескен, құрастырылған жарақаттар. Диагностикасы және хирургиялық тактикасы.
2. **Мақсаты:** Студенттерді политравмамен таныстыру, тез арада диагноз қою, госпиталға дейінгі, госпиталда дұрыс көмек көрсетуді түсіндіру. Талқыланып жатқан тақырыптың маңыздылығын түсіндіріп мотивация беру.

3. Дәрістің тезісі:

ПОЛИТРАВМА – жинақталған ұғым. Көптік, бірлескен, аралас және құрастырылған жарақаттар деп ажыратылады .

II. МОТИВАЦИЯ

Сонғы он жылдықта үздіксіз жиіленіп барлық механикалық жарақаттардың 20%-ын құрайды.

- 80% зақымдалушылар емдеу мекемелеріне шок жағдайында келеді, 25%-ында массивті қан кетумен, 8% ОЖЖның ауыр бұзылыстарымен келеді.

- Ауыр көптік жарақаттары бар науқастардың үштен екісі госпиталға аса ауыр жағдайда үштен бірі терминалді жағдайда әсіресе кездейсоқ транспортталған науқастар болып табылады (10-8%);

- ОЖЖның ауыр бұзылыстарында, сананың естің бұзылыстарында диагностикалау қиындайды;

- Доминант болып тұрған жарақатты айқындау қиындығы;

- Емдеу тактикасын таңдауда қиындығы догоспиталды жағдайда әсіресе;

- летальдылықтың жоғары болуы;

- мүгедектік артуы.

III. Жарақаттану классификациясы

1. **МОНОТРАВМА** – Бір ғана анатомофункционалды аймақта жекелеген травманың болуы.

2. **ПОЛИФОКАЛДЫ ЖАРАҚАТ** – бір сүйекте бір неше жерінің жарақат алуы.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA -1979- MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 52 беті

3. Асқынған жарақат – Магистралды қан тамыр мен нерв тамырларының жарақатымен жүретін тірек қимыл аппаратының жарақатымен жүруі;

4. ПОЛИТРАВМА – Көптеген жарақаттан тұрады:

5. Көптік жарақат – тірек қимыл аппаратының екі немесе одан көп анатомофункционалды бөлігінің жарақаты.

6. Бірлескен жарақат – бір мезетте тірек қимыл аппаратының зақымдануымен қоса басқа жүйелердің де зақымдануы.

7. Аралас жарақат – әр түрлі жарақаттаушы фактор әсерінен алынған жарақаттар жиынтығы.

1V. Диагностикалау қиыншылықтары

1. Өзара ауыртпалық принципі
2. Симптомдардың жасырын өтуі
3. Симптомдардың қабаттасуы
4. Доминантты жарақаттың басым болуы
5. Симптомдардың ерте және кеш мерзімде байқалуы.

Егер жарақат пен апаттың жағдайларын ескермесек, медициналық көмекті ұйымдастыру мен көрсетуді екі кезеңге бөледі— ауруханаға дейінгі және ауруханалық.

Ауруханаға дейінгі кезеңге стационардан тыс емдік-профилактикалық мекемелерде көрсетілетін барлық медициналық көмек түрлері кіреді: тікелей проишес орнында, жарақат алушының үйінде, “жедел медициналық көмек ” машинасында, амбулаторлық медицина мекемесінде. Алғашқы көмекті оқиға орнында қолда бар материалдарды қолдану арқылы жасайды. Ол кезде симптоматикалық медициналық көмек көрсетеді. Алғашқы дәрігерге дейінгі көмекті медбике не фельдшер, арнайы құралдары бар, сонымен қатар дайындықтан өткен адамдар: құтқарушылар, пожарники, ГИБДД қызметкерлері көрсете алады, себебі олар арнайы медициналық көрсету дағдыларын меңгерген. Диагноз қоймайды, өмірге қауіп төндіретін бұзылыстарды айқындап алады. Медициналық көмекті синдромға байланысты жүргізеді.

Алғашқы дәрігерлік көмекті жалпы профиль дәрігерлері көрсетеді — « жедел медициналық көмек» көрсету бригадасы дәрігерлері, жанұялық дәрігерлер, үлескелік дәрігерлер, аудандық поликлиниканың үлескелік дәрігерлері. Бұл көмек түрі кезінде ешқандай операция, сүйек жарғақшаларын орнына келтіру манипуляциялары, қосымша зерттеулер (соның ішінде рентгендік) жасалмайды, бірақ қарау барысында болжам диагноз жасалу керек.

Арнайы медициналық көмекті жалпы профиль хирургі амбулаторлық мекеме жағдайында көрсетеді, мысалы, поликлиниканың хирургиялық кабинетінде. Ол жарақатталған жұмсақ тіндердің БХӨ жасай алады, бірақ үлкен қалаларда травматологиялық пункттер бар, онда дәрігер-травматологтар жұмыс істейді және кез келген жарақатпен науқастар сол жерге барады.

Травматологиялық пунктерде шұғыл арнайыланған медициналық көмек көрсетіледі, сонымен қатар жеңіл жарақаттарда емдік шаралар жүргізіледі. Дәрігер-травматолог қосымша зерттеу жүргізе алады, яғни науқас диагнозын нақтылап, оған арнайыланған стационарға жолдама қажеттігін не амбулаторлы түрде емдеуге болатындығын анықтау үшін. Травматологиялық пунктта операция жасалынбайды, бірақ дәрігер гипсті таңу жасап, ем барысын қадағалап, реабилитациялық шаралар жасайды.

Ауруханалық кезең—стационарлық емдік мекемедегі медициналық көмек, оған квалифицирленген медициналық көмек (оны жалпы профиль хирургы анестезиолог-

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 53 беті

реаниматологтың қатысуымен көрсетеді), арнайыланған медициналық көмек (дәрігер-маман-травматолог, комбустиолог, нейрохирург қатысуымен).

Арнайыланған көмек өзі екіге бөлінеді: шұғыл арнайыланған көмек (шұғыл, жедел көрсеткіштер бойынша манипуляциялар мен операциялар) және арнайыланған ем (ірі медицина орталықтарында жасалады және оған көрсеткіш болса қосымша тексерулер, кезеңдік арнайыланған емдеу, реабилитациялық шаралар жатады.)

Ауруханаға дейінгі кезеңнің негізгі мәселелері: науқас өмірін сақтау, ағзаның өмірлік маңызды функцияларын сақтау, өмір мен денсаулыққа қауіпті асқынулардың алдын алу, емдік мекемеге науқасты тасымалдау.

1. Жүрек-өкпелік реанимация

Тыныс алу не жүрек қызметі тоқтап қалған кезде міндетті түрде ABC ережесі бойынша реанимациялық шараларды жүргізу керек (жоғарғы тыныс жолдарының өткізгіштігін қалпына келтіру, өкпенің жасанды вентилиациясы, жүрек массажы).

2. Шокка қарсы шаралар комплексі

Шокка қарсы шаралар неғұрлым тез жасалу керек, тіпті анық қауіпті бұзылыстар байқалмаса да.

Жарақаттық шок терапиясына:

1. Коллоидты ерітінділерді тамыр ішілік енгізу арқылы ЦҚК(ОЦК) қалпына келтіру – полиглюкин 400,0 мл., стабизол 400,0 мл. Олар жоқ болса, онда тұзды ерітінділерді (кристаллоидты) – физ. ерітінді 0,9% - 400,0 мл, глюкоза 5% - 400,0 мл. т.б.,

2. Гормонотерапия – полиглюкин не стабизол ерітіндісі бар флаконға 60-90 мг преднизолон қосады.

3. Жансыздандыру – наркотикалық не наркотикалық емес анальгетиктер (б/і не к/і), көрсеткіш пен кері көрсеткішті ескере отырып.

4. Оксигенотерапия – оттегіге қаныққан қоспамен ингаляция (таза оттегі емес, себебі ол өкпе ісінуін тудырады), ингаляциялық маска көмегімен.

3. Жүрек пен тыныс алу қызметін қалыптастыру. Қан қысымын медикаментозды коррекциялау және тыныс алуды стимуляциялау симптоматикалық ем болғанымен, ауыр жарақаттарда науқастың өмірін сақтап, патогенетикалық ем жүргізу мен арнайыланған стационарға тасымалдағанша уақытты ұтуға септігін тигізеді.

4. Шокогенді фактордың әсерін жою. Оған зардап шеккенді соғылған көліктен алып шығу, отты сөндіру, электр тоғы әсерін тоқтату, т.б. шаралар кіреді. Зардап шеккен адамды құтқару кезінде оған қосымша жарақат тигізіп алмау керек. Бұл жағдайда медициналық қызметкерден көрі профессионал құтқарушылардың көмегі керек, себебі олар арнайы дайындықтан өткен және арнайы жабдықтары бар.

5. Қан кетуді тоқтату. Ауруханаға дейінгі кезеңде (операция жасауға мүмкіндік жоқ жағдайда), тек қана сыртқа қан кетуді тоқтатуға болады, яғни қанды уақытша тоқтату, себебі толық тоқтатуға жараның ревизиясы мен оны таңу және қан тамырларының реконструкциясы қажет, ал оны тек стационарда жасайды. Уақытша тоқтатуда артерияны саусақпен қан кету орнынан проксимальды жерден басу; шынтақ, тізе, жамбас буындарында аяқ-қолды максимальды бұгу; қан тоқтатушы жгут салу; басып таңу — венозды не капиллярлы қан кетуді тоқтату үшін, не қан кетіп жатқан тамырға зажим салу

Ауруханаға дейінгі кезеңде .

Сынықтары бар науқастарға жансыздандыру жасау тәсілі көмек түрі мен зақымдану ауырлығына байланысты.

QO'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASI «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 54 беті

Ауруханаға дейінгі кезеңде қазіргі уақытта жекеленген сынық түрінде наркотикалық анальгетиктер кең қолданылады – промедол, омнопон, морфии, морфиантты димедрол және анальгинмен бірге. Анальгетиктерді тек бұлшықетішілік енгізеді. Бұл препараттар ауырсынуды басу әсерімен қатар жанама әсер көрсетеді. Біріншіден тыныс алуды тежейді, азырақ қан айналысын а әсер етеді. Оларды іш қуысы мүшелерінің зақымдануына күмән барда қолдануға болмайды. Политравма кезінде жалпы жансыздандыру жасайды. Қазіргі кезде кең таралғаны Петровский-Ефуни тәсілімен жансыздандыру және наркоз, азот пен оттегіні 2:1, 4:1 қатынасында, ол көктамыр ішілік балансиленген көпкомпонентті жансыздандыруға. Витальды бұзылыстармен (тыныс бұзылысы, қан кету, шок т.б.) политравма кезіндегі жансыздандыру ерекше қиын. Ондай науқастарға жедел көмектің арнайы реанимация-травматологиялық бригадалар көмегі қажет.

Транспорттық иммобилизация. Иммобилизацияның транспорттық және емдік түрін ажыратады. Емдік иммобилизациядан транспорттықтың ерекшелігі-медициналық көмек көрсететін мекемегі зардап шеккенді жеткізгенге дейін зақымданған жерді иммобилизациялау. Сөйтіп, транспортты иммобилизация шоктың, тіндердің (тері, бұлшықет, тамыр, жүйке) сүйек жарықшаларымен екіншілік зақымдануының, инфекциялық асқынудың алдын алады.

Транспорттық иммобилизация көрсеткіштеріне сүйек пен буын, ірі қан тамыр мен жүйке бағаны, жұмсақ тіндердің массивті зақымданулары, күйік, үсу, аяқ-қолдардың ұзақ қысылу синдромы жатады. Кері көрсеткіштер жоқ десек те болады.

Транспорттық иммобилизация құралдарын екіге-стандартты шиналар және қолда бар құралдарға бөледі. Олар келесі талаптарға сай болу керек:

- Сенімді иммобилизация жасап, аяқ-қолды функциональды ыңғайлы жағдайда фиксация жасау;

- Қарапайым және көп уақытты алмау керек;
- Дайындауға ыңғайлы, портативті, жеңіл, арзан:

Транспорттық шина салу ережелері:

1. Транспорттық иммобилизация жарақат алған мезеттен кейін неғұрлым ерте жасалу керек.

2. Транспорттық шиналар жарақат алған сегментпен қатар екі жанындағы буындарға да салыну керек. Сан сүйегі жарақаты кезінде үш буын иммобилизациялану керек (жамбас, тізе, табан) және иық жарақатында да.

3. Аяқ-қолды иммобилизациялау үшін ортафизиологиялық жағдайға келтіру керек.

4. Транспорттық шиналарды киім, аяқ киім үстінен салу керек, оның мақсаты, біріншіден, шешіндіру кезінде қосымша травматизацияның алдын алу, екіншіден, киімді жұмсақ төсеніш ретінде пайдалану.

5. Тіндер қосымша зақымданбау үшін шина салынбастан бұрын дене контурына сай модельдену керек, аяқ-қол жұмсақ төсенішпен оралу керек, ал сүйектің шығыңқы жерлеріне дәкеден не матадан төсеніш салу керек. Шинаны салғаннан кейін модельдемейді, ол қосымша жарақат етуі мүмкін. Қолда бар материалдардың кемшілігі дене контурына сай модельденбеуі.

6. Шинаны тым тығыз орауға болмайды, себебі ол жұмсақ тіндердің қысылуына, соңынан ауыр ишемиялық бұзылыстарға әкелуі мүмкін.

7. Жабық жарақаттар кезінде ось деформациясын түзеу мақсатында шина салмастан бұрын аяқ-қолдың тракциясын жасау керек. Көп жағдайда бұл жарғақшалардың ығысуын азайтып, оның айналасындағы тіндерге, әсіресе теріге қысымын азайтады. Ашық сынықтар

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 55 беті

кезінде тракцияны жасауға болмайды, себебі онда сүйек жарғақшалары жұмсақ тіндер тереңдігіне еніп кетіп, жараны қосымша зақымдайды.

8. Қысқы уақытта иммобилизденген аяқ-қолды қосымша жылы орау керек.

Стандартты шиналар жоқ кезде иммобилизацияны қолда бар жабдықтармен жасайды (ағаш бұтақтары, картон, фанера т.б.). Егер тіпті олар болмаса, аутоиммобилизация жасайды, яғни жарақаттанған қолды дәкелі бинт не басқа матамен денеге әкеліп фиксациялайды, ал аяқты сау аяққа әкеліп фиксациялайды.

Сатылы шиналар (Крамер) жақсы модельденетіндіктен қажетті қалыпта фиксациялауға мүмкіндік береді. Олар әмбебапты, сондықтан сатылы шина көмегімен кез келген дерлік жарақаттарды фиксациялауға болады.

Сатылы шинаның бір кемшілігі оны қолдану алдында жұмсақ матамен орау керек, сымның терімен контактісін болдырмау үшін. Сонымен қатар жұмсақ мата үстінен клеенкамен қаптау керек, ол шинаны санитарлық өңдеу үшін ыңғайлы болып табылады.

Лубковые шины арзан, жеңіл, портативті, бірақ модельденбейді. Ол арқылы аяқ-қолды тек тура қалпында иммобилизациялауға мүмкін.

Торлы шиналар жіңішке сымнан бинт тәрізді қылып жасалған, олар аса берік емес, ұсақ сүйектердің иммобилизациясы үшін жарайды, мысалы, табан және білезік.

Дитерихс шиначы өзгешелігі жарақаттанған аяқты жақсы иммобилизациялап қана қоймай, сонымен қатар оны тартуға мүмкіндік береді. Бұндай шинаны салуға тікелей көрсеткіш сан сүйегінің, жамбас, тізе буындарының жарақаттары болып табылады. Ол шина ағаштан жасалған, оның төрт бөлігі бар: екі әр түрлі ұзындықты қозғалмалы планкалар, сыртқысы 171 см, ішкісі 146 см, ені 8 см және тақтайша табан және бауы бар таяқша тәрізді бұрауыш.

Ауалы (пневматикалық) шиналар сыртқы пішіні бойынша сырғытпасы бар қос қабатты жабуға ұқсайды. Сырғытпаны ашып, шина ішін газы бар арнайы баллоннан ауаға толтырады, ол жоқ болса, насос не ауыз арқылы ауаға толтырады. Шинаның кемшілігі тесіліп қалу қаупінде. Бірақ олар модельдеуге өте ыңғайлы, дегенмен, жұмсақ тіндерді қысып, олардың ишемиясын тудыруы мүмкін. Ашық жарақат кезінде ауалы шина қан кетуді жоғарлатуы мүмкін.

Вакуумды шиналар гранулалармен толтырылған. Оны қолданбас бұрын насос арқылы ішінен ауаны сорып алады. Осы принцип арқылы вакуумды зембілдер мен матрастар жасалған, оларды омыртқа және жамбас жарақаттарында қолданады.

Әр түрлі жарақаттар кезіндегі транспорттық иммобилизацияның негізгі әдістері.

Иық және жауырын жарақаттары кезінде Дезо, Вельпо, косынкалық таңғыштары арқылы фиксациялайды. Бұл кезде қолтық астына кішігірім валик салған жөн.

Иық сүйегі мен шынтақ буыны жарақатында иммобилизацияны сатылы шина арқылы сау білектен бастап білезік буынына дейін жасайды. Қолды функциональды ыңғайлы жағдайға келтіреді: шынтақ буынында 90° бүгу және білекті ортафизиологиялық қалыпта пронация мен супинация аралығында ұстау. Қол басы білезік буынында 45° жазылған. Шинаны қосымша денеге орамалдық таңғышпен фиксациялайды.

Білек жарақаты кезінде де сатылы шинаны қолданады, оны иықтың жоғарғы үштен бір бөлігінен білезік (пястно-фаланговых) буынына дейін салады. Функциональды ыңғайлы жағдай иық жарақатындағыдай болады. Білезік буыны не қол саусақтары жарақаттары кезінде сатылы шинадан басқа торлы шинаны қолдануға болады. Шинаны алақан

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 56 беті

беткейімен шынтақ буынынан саусақ ұштарына дейін салады, қол басы шамалы жазылған күйде, ал алақанға тығыз валик салады.

Сан және жамбас буыны жарақатында иммобилизация үшін Дитерихс шинасы қолданылады. Шинаны салмас бұрын аяқ киімді шешпейді. Алдымен табан тақтайшаны бинт арқылы аяққа фиксациялайды. Содан планканың қажет ұзындығын үлгілейді, ішкісі шап аймағынан, сыртқысы қолтық астынан және ол қаңқадан тарту үшін табаннан 12—15 см шығып тұру керек. Алынған ұзындықты ағаш не металл штырь арқылы белгіленеді. Алдымен ішкі планканы салады, дистальды ұшына тарту үшін бау өткізеді. Содан сыртқы планканы салады да, екеуін табан астында қосады. Енді планкаларды арнаулы ременьмен не дәкелі бинтпен денеге бестен кем емес нүктелерден фиксациялайды: кеуде қуысы аймағы, жамбас, санның жоғарғы үштен бір бөлігі, тізе буыны, балтырдың төменгі үштен бір бөлігі және де алдымен проксимальды аймақтарды бекітеді. Санның диафизі жарақатында жоғарғы үш нүктені, содан бұрау арқылы тартады да, дистальді нүктелерді бекіту арқылы аяқтайды. (сур. 6).

Егер Дитерихс шинасы жоқ болса, онда Крамер шиналарынан комбинация қолдануға болады, сол деңгей мен нүктелерді сақтай отырып, бірақ тарту жасалынбайды.

Балтыр сүйектері жарақатында, әсіресе, сатылы шиналардан комбинацияны қолданады. Сүйек жарғақшаларының қозғалғыштығы мен терінің перфорациясы қаупін ескере отырып, шинаны үш жақтан салады. Шина салмастан бұрын балтыр осін түзеу мақсатында сүйек тракциясын жасап алады. Содан алдымен артқы шинаны санның жоғарғы үштен бір бөлігінен бармақ ұштарына дейін, табанды балтыр осіне перпендикуляр ете отырып салады. Соңында сыртқы және іш жағынан сатылы шинамен иммобилизациялайды.

Сирақтабан буыны мен табан сүйектері жарақаттарында сатылы шина арқылы тізе буынынан (сирақ сүйегі басы) бастап, бармақ ұштарына дейін, табанды балтыр осіне тік бұрышта ұстай отырып салады.

Транспорттық иммобилизация құралы ретінде гипсті лонгеталы таңғыштарды да қолдануға болады. Гипс астына міндетті түрде мақта не дәкеден жұмсақ төсеніш салу керек. Гипсті транспорттық шиналардың бір жақсысы дене бітіміне сай үлгіленеді (бұл ұзақ уақыт тасымалдауда маңызды), кемшілігі-кебу үшін көп уақыт кетеді.

Бір жағынан науқасты тасымалдау, бір зембілден екіншісіне жатқызу т.б., оның жағдайын ауырлатады. Бірақ науқастар неғұрлым жылдам арнайы стационарға эвакуациялану керек, сондықтан тасымалдау барынша абайлап жүргізілу керек. Бұны бірнеше бағытта шешуге болады:

1. Адекватты жансыздандыру жасап, толық иммобилизация жасау.
 2. Тасымалдау барысында медицина қызметкері әрдайым науқас жанында болу керек және шокқа қарсы шараларды жалғастыру керек.
 3. Көліктің анағұрлым пайдалы, ыңғайлысын таңдау.
- Қазіргі кезде ондай көлік – ауалы көлік болып табылады. Санитарлық тікұшақтар қазіргі таңда тек алыс елді мекендерден ғана емес, қала ішінде де (автокөлік тұрыстары (пробки) көп уақыт кетіреді) өзін ақтауда. Қазір шу деңгейі азайтылған арнайы тік ұшақтар шығарылды.
4. Тасымалдау уақытының ұзақтығын азайту үшін эвакуация бағытын анықтап алу.

Екінші принцип - жансыздандыру

Жансыздандыру (анестезия) –

1. жергілікті – а) сынық орнының блокадасы (сур. 10.а),

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ			SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра Хирургия, онкология және травматология			044-71/ 11 ()	
Дәрістер кешені			1 беттің 57 беті	

- б) өткізгіш анестезия (жүйкенің блокадасы) (сур.10.г),
 - в) жұлынның блокадасы (эпидуральды, жұлындық анестезия)
2. жалпы (наркоз) – ингаляциялық емес -көктамыр ішілік,
- ингаляциялық – а) маскалық (маска көмегімен),
 - б) интубациялық

Стационар, травмпункт, поликлиникалардың арнайы бөлімшелерінде ТҚА-ның жекеленген жарақаттарында бір мезетті репозиция не қаңқадан тарту алдында жергілікті анестезия жасалады.

Кең таралған жергілікті анестетик — новокаин.Сынық орнының блокадасы үшін 2% (20,0 мл) не 1% (40,0-50,0 мл) новокаин ерітіндісі, ал жамбас ішілік, вагосимпатикалық, паранефральдық блокадаларда — 0,25 % новокаин ерітіндісі (300,0 — 400,0 мл).

Сыну аймағының блокадасы тамыр шоғырының проекциясынан тыс,сыну аймағына парафрактурлы гематомаға жасалынады(10.а.сурет).Новокаиннің дұрыс енгізілгенін дәлелдейтін белгісі поршеньді кері тартқан кезде шприцте қанның болуы.

Ашық сынулар кезінде А.В. Вишневский бойынша футлярлы анестезия қолданылады – сүйекке дейін барлық тіндер инфильтрациясымен 0,25% новокаин ерітіндісін жарақат алған жерден жоғары, бұлшықет футлярларына жіберу.Жамбас сүйектің сынуларында жамбас ішілік анестезия қолданылады.Школьников-Селиванов бойынша 0,25% новокаинмен 200-300 мл(10.в. сурет).Омыртқа денелерінің сынуында Шнек бойынша 1% 10 мл ерітіндімен анестезия қолданылады.

Қабырғалардың көптеген сынықтарында қабырғааралық нервтердің паравертебральды анестезиясы қолданылады,0,5% 10 мл новокаин ерітіндісін әрбір қабырғааралыққа.Қабырғалардың көптеген сынықтары мен гемоторакс кезінде паравертебральды анестезиямен қоса 0,25 %л новокаин ерітіндісімен Вишневский бойынша вагосимпатикалық блокада жасалынады.Артериялық қысым төмен болғанда (70-75 мм.сын. бағ.), анестезияны аса сақтықпен қолдану керек.Артериялық қысым 100 мм сын.бағ. жоғарлағанға дейін оны кейінгіге қалдырған жөн. Артериялық қысым төмен болғанда новокаин тамыр қозғалтқыш орталыққа тежеуші әсер етеді.

Жергілікті жансыздандыруға уақытша кері көрсеткіштер: гиповолемия, III –IV дәрежелі геморрагиялық және травматикалық шок,политравма болып табылады.

Новокаинды блокадаларды жасау асептика және антисептика ережелерін сақтауды талап етеді.Стерильді таңғыштау бөлмесіне сай жағдай болмаса(далада, үйде,жедел жәрдем көлігінде) сыну аймағына инені енгізу ауыр инфекциялық асқынуларға әкелуі мүмкін.Сондықтан да новокаинді блокадаларды жүргізуге көрсеткіштер сақтықпен қойылу керек, тек қана айқын ауырсыну синдромы кезінде және шоктың дамуының профилактикасы үшін абсолютті қажет болу.

Жалпы жансыздандыру мектепке дейінгі жастағы балаларда сынуды немесе буынның шығуын бір сәтті репозицияда қолданады.Ересек адамдарда, әсіресе ”ескі” буынның шығуын орнына салғанда жалпы жансыздандыру(көбінесе қысқа көктамыр ішілік наркоз) тиімді,себебі бұлшықеттердің посттравматикалықгипертонусы жақсышешіледі де, буынды орнына салу жеңіл және атравматикалық болады. Политравмамен науқастарда сынуларды бір сәтті репозициямен емдеген кезінде, себебі жергілікті жансыздандыру анестетиктің көп мөлшерін қажет етеді.Әсіресе бұл гиповолемия жағдайында және тұрқақсыз гемодинамикада(шок, қан жоғалту) қауіпті, резобтивті әсері мен қысымның вазодилатациясына байланысты.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 58 беті

Сонымен, сынықтар мен буынның шығуында жергілікті және жалпы жансыздандыру кең қолданылады.

4. Көрнекілік құрал:

5. Әдебиеттер:

6. Бақылау сұрақтары:

1. Анықтама
2. Мотивация, статистика
3. Классификациясы
4. Диагностикасы
5. Емдеу тактикасы.
6. Реабилитация

Дәріс 7

1. Тақырып: Омыртқаның жарақаты.

2. Мақсаты: Омыртқа жарақатымен таныстыру, мотивация беру, заманауи мүмкіншіліктер жайлы ақпарат беру

3. Дәрістің тезісі:

Омыртқа жотасының зақымдалуы тірек-қимыл аппаратының өте ауыр жарақаттарына жатады және скелеттің жалпы сынықтарының 0,4-0,5% құрайды. Омыртқа жотасы бір мүше тұра, сегментарлы құрылысты болады, сөйтіп 32-34 омыртқа, жеті мойын, 12 кеуде, 5 бел, 4-5 сегізкөз, 4-5 құйымшақ) тұрады. Омыртқа жотасының алдыңғы және артқы тірек комплексін ажыратады. Алдыңғы комплексі омыртқа денесінен, омыртқа аралық дискіден, және артқы ұзынша байламдардан тұрады. Бұлардың зақымдануы омыртқаның тұрақты жарақатына жатады. Артқы тірек комплексі омыртқа доғасынан, көлденең және қылқанды өсіндісі және осыларды байланыстырып тұратын байламдардан тұрады. Бұл комплекстің зақымдануы омыртқаның тұрақсыз жарақатына.

Омыртқа жотасы зақымдалуының механогенезі: Көбінесе ол тікелей емес жарақаттаушы әсерлерден болады, мысалы- жоғарыдан аяққа құлағанда омыртқа жотасының күрт бүгілуі, сүңгігенде түбіне баспен тиіп, мойын омыртқаларының күртілуі. Омыртқа жотасының күрт жазылуы сирек кездеседі. Тікелей механизм - ұру, қатты затпен басылып қалу - бұлар да сирек кездеседі. Осы көрсетілген жарақат механизмдері негізінде омыртқа жотасында мынадай өзгерістер болуы мүмкін - омыртқа денесінің сығылып сынуы, омыртқа денесінің алдыңғы жоғарғы не төменгі бұрышы сынуы, омыртқа денесінің сынып-шығуы. Омыртқа жарақатының жұлынды зақымдаусыз түрі 72%, жұлын зақымданатын түрі аз кездеседі. Омыртқа жарақаты неғұрлым жоғары болса, сол құрлым жұлын көбірек зақымдалады. Мойын бөлімінде бұндай зақымдану 44%, кеудеде - 33%, белде - 23%.

Омыртқа зақымдарының классификациясы:

I. Омыртқаның асқынбаған зақымдары.

1. Омыртқа денесінің сынуы мен шығуы.
омыртқа денесінің бұрышы сыну

QONTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 59 беті

а) Тұрақты сыну: -сына тәрізді сығылып (омыртқа денесінің сыну аз болу)

- шашыранды сыну (взрывной перелом)

б) Тұрақсыз сыну: -омыртқаның шығуы мен сынып шығуы

-Сына тәрізді сығылып сыну (омыртқа денесінің көп бөлігі)

- Флексионды-ротациялы сыну

2. Омыртқаның сенильды сынуы (егде жастағы ж/е қарт кісілерде остеопороз салдарынан кездесетін сыну)

Омыртқаның көлденен өсінділерінің сынуы.

3. Омыртқалардың сүйір өсінділерінің сынуы.

5. Омыртқаның сүйір өсінділері арасындағы байламдардың зақымдары.

II. Омыртқаның асқынған зақымдары.

Петербургтың А.Л. Поленова атындағы зерттеу институтының нейрохирургия бөліміндегі ғылым мамандардың берген классификациясына сүйенсек, жарақат алған жұлынның зақымдалу сатысына қарай, қайтымды ж/е қайтымсыз өзгерістеріне байланысты науқастарды III топқа бөледі.

а) Бірінші топ - жұлынның соққа алғаннан кейінгі қайтымды функциональды өзгерісі (сотрясение спинного мозга)

б) Екінші топ - жұлынның соққа алуымен қатар сығылуы болған қайтымды және қайтымсыз өзгерістері.

в) Үшінші топ - жұлынның анатомиялық үзілуі немесе жұлынның жарақаттық гематоаиялық

Клиникалық симптоматикасы. Науқастың негізгі айтатын шағымдары жарақаттан кейін бірден пайда болған зақымдалған бөлімдегі ауру сезімі. Егер мойын бөлімі болса науқас мойынын бұра алмайды және мойынын бүге, жаза алмайды. Жарақат ауыр жағдайда жұлын да зақымдалса - тетралгия пайда болып кіші және үлкен деретке шығу бұзылады. Кеуде клеткасының дем алысы бұзылады, науқас ИВЛ-да болады. Жарақат түрін дұрыс анықтауда басты рольды мойын омыртқаларын 2 проекцияда рентгенография жасау атқарады. Егер 2 мойын омыртқасы зақымдалды, рентгенографияны науқастың аузын ашып түсіреді. Көбіне C_v - және C_vш омыртқалардың компрессиялы және жарқыншақты сынықтары кездеседі.

Рентгенологиялық тексерісте омыртқа денесінің деформациясын, омыртқааралық қуыс кейде тарылғанын басқа жағдайда ол дұрыс екенің көруге боладыкейде зақымдалған және одан жоғарғы омыртқаның қылқанды өсінділері арасы кеңіген түрін байқаймыз.

Айта кету керек, омыртқалар сынығы көбіне омыртқаның қозғалмалы бөлімі қозғалымсыз бөлімімен жалғасқан жерде көп кездеседі. Бұл жоғарғы бөлімінде 5-ші мойын омыртқадан 1-2-ші кеуде омыртқасына дейін болса, төменде 10-шы кеуде омыртқадан 3-ші бел омыртқаға дейін. Кеуде-бел бөлімінде көбіне бір немесе бірнеше омыртқаның сына тәрізді денесі сығылуы, яғни компрессиялы сынығы кездеседі. Көбіне бір омыртқаның денесінің сығымдалып сынуы болады, ал ол 2-3 омыртқада сирек кездеседі. Биіктен құлаған науқастарды зерттегенде бұнда тіркес зақымдану болатының естен шығармау керек - табан сүйектерінің сынығы + омыртқаның денесі, жамбас сүйектері сынығы + омыртқа денесі, паренхиматозды немесе қуыс мүшелердің жарылуы + омыртқа денесі, бас ми зақымдалуы, кеуде, аяқ -

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA -1979- SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 60 беті

қолдың сүйектерінің сынығы + омыртқа денесі. Бұндай науқастар көбіне өмді клиникасы анық патологияға қабылдап, ал омыртқа сынығы қалып кетеді.

Кеуде және бел бөліміндегі сынықтарды анықтауда дұрыс жиналған анамнездің үлкен маңызы бар. Көбіне науқас зақымдалған омыртқа тұсындағы ауыруға шағымданады, әсіресе бұрылып, алға не артқа бүгілгенде. Көбіне бір қылқанда өсіндінің шығынқы тұрғаны анықталады, бұл зақымдалған орыннан жоғарғы тұрған омыртқаға сәйкес келеді. Төменгі-кеуде және жоғарғы - бел омыртқалары тұсында көзге байқалатын кифоз деформациясы болуы 2 омыртқа сынғанда болуы мүмкін.

Емдеу түрлері:

- а) консервативті
- б) оперативті

I. Омыртқа жүйесінің көптеген зақымдануларын консервативті әдістермен емдейді. Оған негізгі көрсеткіш омыртқа денесінің тұрақты сынықтары. Көп таралған методтары: бір моментті репозиция, кейіннен корсет қою арқылы функциональды метод және біртіндеп репозиция жасау, кейін корсет қою арқылы. Компрессиялы сынықты бір моментті репозиция жасау арқылы емдеуді тәжірибесі көп травматолог жасауы керек, көбіне бұл процедура төменгі кеуде және бел омыртқалары сынықтарында жасалады. Алдың бөлігі сынған омыртқаға 1%-10,0мл,новокаинмен анестезия жасалып содан кейін репозиция әртүрлі биіктіктегі столда (Уотсон-Джон Белер әдісі) немесе универсальды ортопедиялық столда жасалады. Репозициядан кейін жазушы корсет салынады. Корсетпен репозициядан кейін 3 аптадан кейін жүруге рұқсат етіледі. Корсетті 4-6 айдан кейін шешеді.

Функциональды әдіс омыртқа денесінің аз мөлшердегі жарақаттану компрессиясында қолданылады. Бұл методтың негізін қалаушы В.В. Гориневская, Е.Ф. Древинг (1932), В.Д. Чаклин, З.Б. Базилевская (1962, 1968). Бұл әдісті жоғарғы-ортанғы кеуде омыртқалары денесі сынығында қолданған дұрыс. Емдік гимнастикалық жаттығулар 4 периодты комплексінен тұрады.

I период-2 және 10 тәулік аралығы. Жалпы клиникалық түрдегі жаттығуларды тағайындайды.

II-период (10-20 тәуліктер аралығы). Бұл кезде арқа еттеріне арналған жаттығулар қосылады (жамбас пен кеудені, шынтақ пен иықта көтеру). Бұнда науқас бас жағы көтерілген және қолтық астынан жоғары тартылған, бел бөлімін физиологиялық лордоз астына валик қойылған төсекте жатқызу мүмкін.

III-период (20-60 күн аралығы) көбіне арқа және іш еттерінің прессін нығайтып, жотасын жазуға негізделген.

IV периодта (60-80 күн аралығы) науқас жүруге үйреніп бұнда сымбатты дұрыс сақтау керек. Бұл метод науқастарды көрсетсіз емдеуге жағдай жасайды. Еңбекке алты айдан кейін қалыпқа келеді.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA -1979- MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 61 беті

Біртіндеп репозиция жасау методы-бұнда омыртқаны жазуды біртіндеп,этап бойынша көбейтуді 1-2 аптада жасау керек, кейін экстензиялы корсет салынады.Біртіндеп репозиция жасауда жалпақ валиктерді бел бөлімінің астына салады.

Каплан бойынша реклиниациялаушы аппаратының гипстік корсет салынады.

II. Оперативті емдеу түрлері:

а) Юмашев - Силин әдісі бойынша омыртқаны артқы жағынан фиксациялау.

б) Дискэктомия және алдыңғы спондилодез немесе зақымдалған омыртқа денесіндегі шығыңқы тұрған сынық бөлшегін резекциялау және бос орынды транспланатпен толықтыру.

4. Көрнекілік құрал:

5. Әдебиеттер тізімі:

Электронды ресурстар:

6. Бақылау сұрақтары:

1. Омыртқа жарақаттарына жалпы сипаттама беру
- 2.Зерттеу және диагностикалаудың заманауи әдістері.
3. Компрессионды сынықтар кезінде консервативті және оперативті емге көрсетілімдер
- 4.Балаларда емдеу тактикасының ерекшеліктері
- 5.Омыртқаның артқы элементтерін емдеудегі ерекшеліктері мен қауіптілігі

Дәріс 8

1. Тақырып: Жамбас сан буынының туа біткен шығуы. Клиникасы. Диагностика және емі.

2. Мақсаты: Сан сүйегі ұршық басының туа біткен шығуы деп сан сүйегінің буын басының, ұршық ойығының жамбас-сан буынын құрайтын тіндердің жетілмеуінің немесе дұрыс дамымауының салдарынан болатын буын шығуын айтады.Статистика деректері бойынша бұл патология 1000 нәрестеге шаққанда 24-інде кездеседі.

3. Дәрістің тезісі:

Ғылыми деректер бойынша, туа біткен сан сүйегі ұршығының шығуына көптеген факторлар әсер етеді. Оларға: тұқымқуалаушылы, улы заттармен улану, радиацияның әсері, аяғы ауыр аналардың анемиясы, токсикозы, авитаминозы, грипп және басқа да инфекциялық аурулар, сондықтан мұндай туа біткен ақауды полиэтиологиялық деп есептейді.

Аталған зиянды әсерлердің салдарынан жамбас-сан буыны тіндерінің жатыр ішіндегі дамуы бұзылып, ұршық ойығы кішірейіп, таязданып, сан сүйегінің буын басы алдыға қарай бұрылып (антеторсия), оның сүйектенуі кешігіп, буын капсуласы, бұлшықет, байламдар жетілмейді. Аталған тіндердің тіндердің дұрыс дамымауы салдарынан ұршық ойығы мен сан сүйегінің буын басы тиісті түрде бір-біріне сәйкес келмей, одан әрі барлық буын тіндерінің дамуына кері әсерін тигізіп, жамбас-сан буынының шығуына алып келеді. Бала аяғына тұрып, жүргенге дейін туа біткен сан сүйегі буын басының шығуының бар-жоғын анықтау қиынға түседі. Дегенмен кейбір клиникалық көріністері бұл ақаудың бар болу мүмкіндігін көрсетеді.осындай клиникалық көріністерге: Жамбас-сан буынында

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		
Дәрістер кешені		044-71/ 11 () 1 беттің 62 беті

90°С-қа бүгілген санды сыртқа қарай әкеткенде, сан сүйегінің буын басы ұршық ойығына түсіп, ішке қарай алып келгенде, орнынан шығуы салдарынан сықыр естіледі. Бұл көрініс – «сырт ету» симптомы («шерту» симптомы немесе Маркс-Ортолани белгісі) деп аталып, нәрестелерде 7-10 күнге дейін анықталады. Сан-бөксе тері қатпарларының ассиметриясы. Арқасында жатқан баланың аяқтарын жазғанда, екі санындағы тері қатпарларының саны, орналасу деңгейі әр түрлі болады. Шыққан буын жағында тері қатпарларының саны көбірек болады.

Шыққан аяқтың қысқаруы. Арқасында жатқан баланың аяқтарын жамбас-сан және тізе буындарында бүгіп, табандары төсекке тиіп тұрған сәтте салыстырса, сау аяғының тізесінің жоғары тұратындығы анықталады. Шыққан аяқтың сыртқа қарай бұрылуы. Баланың аяқтарын созып салыстырғанда, ақауы бар жақтағы аяғының сыртқа қарай бұрылып жатқандығы көрінеді. «Көтеріліп-төмендеу» – Дюпюитрен белгісі. Арқасымен жатқан баланың ақауы бар аяғын тізе буынынан ұстап төмен тартса немесе жоғары қарай итерсе, сан сүйегінің жоғары немесе төмен жылжуы байқалады.

Ұршық буынын құрайтын негізгі компоненттер: буын шұңқыры, ұршық басы, лимбус, буын қабы, буын байламдары және қантамырлар (1-ші сурет). Осы компоненттердің біреуі немесе бірнешеуі дұрыс дамымай, өзгеріске ұшыраған болса, оны дисплазия дейміз. Дисплазия уақтылы анықталмаған және уақтылы ем қабылдамаған жағдайда баланың ұршығы буынынан тайып кетуіне әкеліп соқтырады. Ал кейбір жағдайларда ұршығы буын шұңқырынан туа алшақ орналасқан болады. Сондықтан уақтылы, дұрыс рентгендік диагностика жасау өте маңызды болып табылады.

Балалардың ұршық буынын рентген әдісімен зерттеу жасау үшін алдын ала дайындық қажет емес. Баланы рентген столына шалқасынан толық жатқызып, жамбас сүйегі мен ұршық буындары симметриялы болуын қадағалап, сонымен қатар сәл де болса баланы мүмкіндігінше қимылдатпай жатқызу керек. Егер бұл шарттар бұзылса, рентген суретке дұрыс сипаттама беруге, нақты диагноз қоюға және қорытынды жасауға кедергі келтіреді. Дұрыс жасалынған рентген суретте жапқыш тесік, шонданай сүйегі және шат сүйегі көлемі мен пішіні екі жақта да симметриялы болып келеді.

Осындай дұрыс түсірілген рентген суретке сипаттама беру үшін алдымен ұршық буынының рентген анатомиясына тоқталған жөн. Жамбас сүйегі үш түрлі сүйектен құралған: мықын, шонданай, шат. Осы үш сүйек бір-бірімен жамбастың буын шұңқырында түйіліседі. Жас балаларда



ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 63 беті

осы түйісетін жер әлі сүйектенбегендіктен рентген суретте ағарып тұрады, бұны «У» тәрізді шеміршек дейміз. Мықын сүйегінде буынның жоғарғы қыры сәл бұлтырып тұрады. Ол баланың жасына байланысты, жасы өскен сайын ол өте анықталып, сүйірленіп өседі (2-ші сурет). Ортан жіліктің басы жаңа туған нәрестеде қалыпты жағдайда мүлдем көрінбейді. Жасы өсе келе сүйектену нүктесі пайда бола бастағаннан бастап, рентген суретте байқалады. Бұл үрдіс ұлдар мен қыздарда екі түрлі жүреді. Қыздарда сүйектену нүктесі 3-4 айлығында көріне бастаса, ұлдарда бір ай кеш көрінеді. Егер қандай да бір ақау болатын болса, ортан жілік басының сүйектену нүктесі пайда болуы кешеуілдейді. Бір жасқа дейінгі балалардың рентген суретін сараптау өте мұқияттылықты қажет етеді. Себебі, ақау неғұрлым ерте анықталса, соғұрлым ем нәтижесі оң болады.

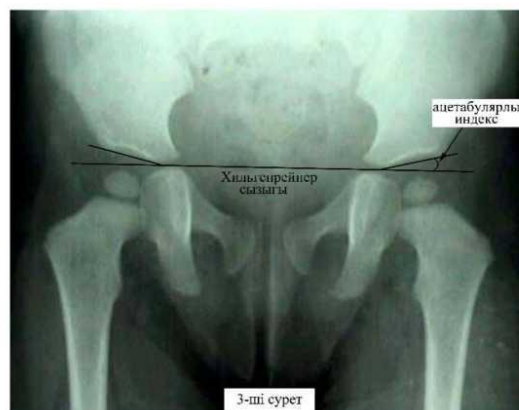
Жамбас буынының рентген суретін дұрыс сараптау үшін ең маңызды деген бірнеше авторлардың сызықтарын ұсыну жөн. Алдымен Хильгенрейнер сызығын сызамыз. Қалыпты жағдайда осы сызықтан ортан жіліктің басы жоғары шықпауы тиіс. Ол жоғарыда айтылған екі «У» тәрізді шеміршектен немесе буын шұңқырының түбінен жүргізіледі. Енді осы сызыққа буынның жоғарғы қырынан «У» тәрізді шеміршекке қарай қиғаш сызық жүріледі. Түзілген бұрышты ацетабулярлы индекс дейміз (3-ші сурет). Ол жаңа туған нәрестеде 26°-30° болады да, бала өскен сайын бұл градус кішірейіп отырады. Бұны мына кесте арқылы бақылауға болады.

Баланың жасы	Градус
1 ай	26,7°
1,5 ай	25°
2 ай	24,7°
2,5 ай	24°
3 ай	23,3°
4 ай	22,6°
5 ай	21,3°
6 ай	21,2°
7 ай	19°
8 ай	18°
9 ай	18°
10 ай	17,5°
1 жыл	17°

Біз бұл арқылы ұршық буынының шыққандығын біле алмаймыз. Тек ұршық буынының жоғарғы қыры тайқылғанғанын ғана білеміз. Ацетабулярлы индекс жасына сай емес қатты тайқылған болса, онда бала өсе келе аяғын тірегенде ортан жіліктің басын тірейтін сүйектің жоқ екендігін көрсетеді. Ортан жілік басының орнынан таяуын келесі бір сызықтармен анықтауға болады. Ол Омбридан Паркенс сызығы. Ол буын шұңқырының жоғарғы қырынан немесе лимбус тұратын мықын сүйегінің төмпешігінен төмен қарай Хильгенрейнер сызығына 90° пен түседі де ортан жіліктің диафизінің ортасынан өтеді. Сол кезде ортан жіліктің басы Омбридан Паркенс сызығынан ішке, Хильгенрейнер сызығынан төмен орналасу қажет. Егер Омбридан Паркенс сызығы ортан жіліктің

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 64 беті

басының тең жартысынан сызылса, онда шығу алды жағдайы, ал жартысынан асып кетсе



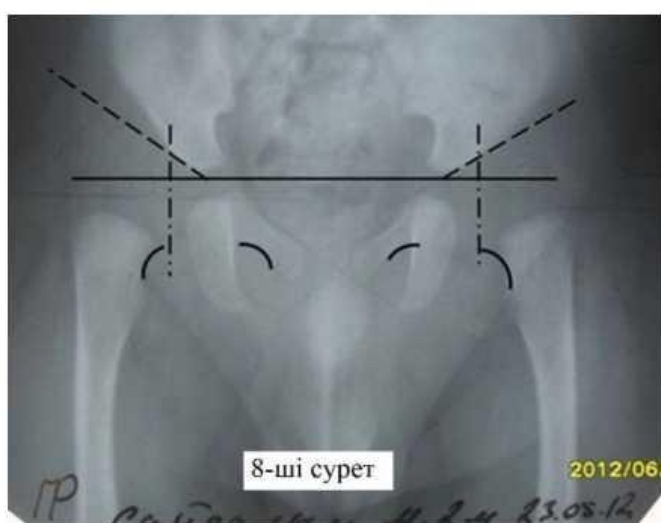
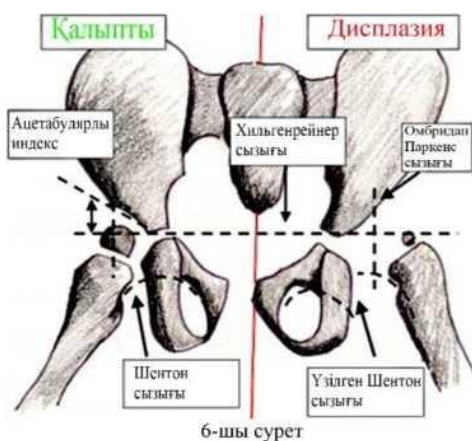
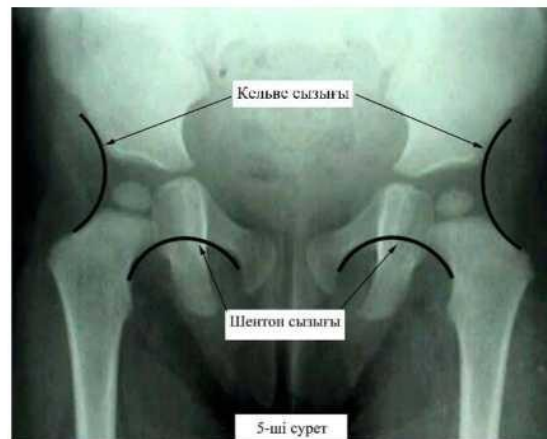
ұршық шыққан деуге болады (4- сурет).

Келесі сызық Шентон сызығы. Ол ортан жілік мойнының төменгі қырындағы доғалмен өтіп, жапқыш тесіктің жоғарғы қырымен бір деңгейде үзілмеген жарты доға жасау керек. Егер сызықта үзік болса және ол үзік қаншалықты бір-бірінен алшақтаса, сол мөлшерде аяғы қысқа болады. Ол - ұршық басының орнында емес екенінің белгісі (5-сурет).

Кельве сызығы: мықын сүйегінің және ортан жілік мойнының сыртқы қырымен жартылай доға жасалынады. Бұл сызық ақау кезінде үзік болады 5-ші сурет. Осы белгілердің жиынтығы қатесіз диагностика жасауға көмектеседі. Жоғарыда айтылған мәліметтердің нақтылығын дәлелдеу үшін бір жас және екі айлықтағы балалардың жамбас-сан буынының рентгендік суреттері мысалға алынды. Бір жасар баланың ұршық буынының рентгендік зерттеу нәтижесі: оң жақ ұршық буыны сау, сол жағында туа біткен ұшық шығуы бар (7 - сурет). 8- суретте екі айлық баланың ұршық буынының рентгендік зерттеу нәтижесі: екі жақты туа біткен ұршық шығуы бар. 6-суретте сызба нұсқасы.

Сонымен, жоғарыда айтылған сызықтар ұршықтың туа сипатталған рентгендік белгілер көмегімен оңай әрі нақты, біткен ақауларын ерте анықтау үшін ең маңыздылары. Осы дер кезінде диагноз қоюға болады. Ұрпағымыз ақсамасын, рентгендік белгілерді толықтаратын басқа да сызықтар бар, дерті уақтылы тоқтатылсын.

да



Консервативті

ем.

Негізі тізе мен жамбас-сан буынын бүгіп, біртіндеп санды алшақтау арқылы ұршық ойығын сан сүйегінің буын басымен тура сәйкестендіріп, олардың кіндіктерінің бір

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 66 беті

нүктеде болуын, буында қимылды сақтап, ұршық ойығымен сан сүйек буын басының толық жетілуіне дейін ұстау болып табылады. Дисплазиясы бар сәбиді 1 айға дейін аяқтарын бос қойып, екі санын мүмкіндігінше жанына қарай талтайтып жатқызу қажет. Емдеу мерзімі 3-6 айға созылады. Әрбір 3 ай сайын рентгенография, УЗИ жасалады. 1 айдан 1 жасқа дейін, туа біткен сан сүйегінің шығуы, немесе жартылай шығуы анықталған балаларға Виленский, ЦИТО, Павлик үзеңгісі; Фрейк жастықшасы, емдік дене шынықтыру массаж қолданылады.

Шина салғаннан кейін 3-4 апта арасында сан сүйегінің буын басы ұршық ойығына түсіп, олар бір-біріне сәйкес орналасқан кезден бастап емдік дене шынықтыру, массаж, физиоэмшаралар тағайындалады. Егерде сан сүйегінің басы екі ай ішінде орнына түспесе, онда қайталап ауыстыратын гипсті таңғыш салынады. Атаған таңғыш 5-6 айдан кейін алынып, баланың аяғын Лоренц 3 жағдайында ұстайтын Виленский шинасы 3 айға салынады.

Көптеген жағдайларда сан сүйегінің буын басын орнына түсіріп Лоренц 1 тәсілі бойынша екі аяғын жамбас-сан буында бүгіп, көлденең жазықтықта 90° дейін жазылған жағдайда гипстен таңғыш салып емдеу ең қарапайым тәсіл болып отыр Лоренц 2 - емдеу барысында 3 айдан кейін аяқты жамбас-сан және тізе буындарында 130-140° бүгіп, көлденең жазықтыққа дейін жазылған жағдайда гипстен таңғыш-салынады. Лоренц 3 жағдайында- тағы 3 ай өткеннен соң аяқ жамбас сан, тізе буындарында толық жазылып, аяқтарының арасы сыртқа талтайа әкетіліп - Виленский шинасы салынады. Әдеби деректер бойынша клиникалық бақылауларға қарақанда Лоренц әдісімен емдеу барысында жамбас-сан буынының контрактурасы, сан сүйегінің басының асептикалық некрозы туындайтындығы анықталады. Аталған асқынуларды болдырмау үшін Лоренц 1 әдісін қолданарда жамбас сан буынының әкелуші бұлшық ет сіңірлеріне тері астылық тенотомия орындап, Шеде бойынша лейкопластырмен баланың аяғын сыртқа қарай жазып, жоғары қарай тартып 7-10 күнге ұстау қажет және 1 айдан кейін баланың гипстік таңғышының алдыңғы бетін алып тастап баланы күніне бірнеше рет отырғызып жамбас-сан буынындағы қозғалысқа мүмкіндік беру қажет.

Негізгі операциялар түрлері:

- КОЛОН;
- СОЛТЕР;
- ХИАРИ (ұршықүстілік остеотомия).

4.Көрнекілік құралдар:

5. Әдебиеттер:

7. Бақылау сұрақтары:

1. Жамбас сан буының туа біткен шығуының этиопатогенезі;
- 2.Классификациясы;
- 3.клиникасы;
4. емі.

Дәріс 9

1. Тақырып: Маймақтық.Туа біткен қисық мойын. Кеуде құысының туа біткен кемістіктері. Клиника жиагностикасы. Консервативті және оперативті емі.

2. Мақсаты: Туа біткен кемістіктермен таныстыру,диагностикасы емімен таныстыру.

3. Дәрістің тезисы:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 67 беті

Маймақтық деп туа біткен аяқ буындарының қисаюы мен қатаюын (контрактурасын) атайды. Басты белгілері: эквинус (аяқтың табанға қарай бүгілуі); супинация (аяқтың ішке қарай бұрылуы), аддукция (табанның алдыңғы жағының ішке қарай қисаюы), жүргеннен кейін балтырдың ішке қарай айналуы болып табылады.

Т.С.Зацепиннің мәліметі бойынша, қотан аяқ туа біткен қозғалыс-тірек аппаратының ауруларының ішінде бірінші орын алып, олардың 35,8% құрайды.

Аталған өзгерістер дәрежесі әр түрлі болуы мүмкін, сондықтан қотан аяқтың негізгі және ерекше деген екі түрін ажыратады.

Негізгі түріне Остен-Саксен және тек жұмсақ тіндер туындататын қотан аяқ, ал ерекше түріне – артрогрипоз, туа біткен балтыр сүйегінің жетімсіздігінен болатындар жатады.

Этиологиясы. Маймақтықты тудыратын себептер жатыр ішінде ұрықтың дұрыс дамымауы, қағанақтың іштей балаға жабысуы, кіндік бауының аяққа оралуы, жатыр етінің және жатыр ішіндегі ісіктің аяққа қысым жасауы болып табылады.

Т.С.Зацепин бойынша, іштен туа болған маймақтықты, әсіресе асық сүйегінің пішінінің өзгеруі, жіліншік – асық және басқа да буындарының, буын қалталарының, сіңірлермен бұлшық еттердің дамуының өзгерістерін туындатады. Кәрі жіліктің бұлшық еті қысқарып, жуандап, бағытын өзгертеді, өкше сіңірі өкше сүйегінің бұдырының сырт жағына бекітіліп, үш қырлы бұлшық ет жуандап қысқарады. Осы айтылған себептер ақырында аяқ пішінін өзгертіп, қотан аяқты туындатады.

Емі. Іштен туа болған қотан аяқты емдеу неғұрлым ерте басталса соғұрлым нәтижелі болады. Себебі нәрестелердің тіндерін созып икемдеу, қисайған аяқты түзетіп ұстау жеңіл болады. Емнің негізі қотан аяқты түзетіп ұстап, оның дұрыс өсіп жетілуіне мүмкіндік жасау. Емдеу тәсілдері консервативтік және хирургиялық болып екіге бөлінеді. Консервативтік ем, кіндік жарасы жазылысымен басталып аяқты аддукция, супинация, эквинустан шығарып қалыпты жағдайға келтіріп ұстауға бағытталған.

Маймақтықты түзетуге бағытталған гимнастика, массаж 3-5 минут бойы жасалып, күніне 3-4 рет қайталанады. Аяқты түзетуге арналған жаттығумен массаждан кейін аяқты жұмсақ бинтпен Финк-Эттингене әдісі бойынша таңып қояды. Бұл әдіс қотан аяқтың ең жеңіл түрлерінде қолданылады.

Маймақтықтың орташа және ауыр дәрежедегі түрлерінде бинтпен таңу әдісі тек дайындық ретінде 2-3 апта қолданылады, одан кейін, біртіндеп маймақты түзету үшін, этапты гипстен «етікше» салынады.

Т.С.Зацепин бойынша этапты гипсті салу үшін шалқасынан жатқан баланың балтырын тізе буынында 90° дейін бүгіп, мүмкіндігінше түзелген қотан аяққа бақайларынан бастап тізе буынына дейін гипстен етікше салынады.

Жеті күннен кейін гипс алынып, массаж бен түзетуге арналған жаттығу жасалғаннан кейін аяқты барынша күштемей түзетіп, қайтадан гипстен етікше салынады.

Қотан аяқты қалпына келтіріп түзету үшін орта есеппен 10-15 рет гипстен етікше салынуы қажет. Аяқ өз қалпына келтірілгеннен кейін де 3-4 ай бойы баланың аяғы гипстен жасалатын етікшеде болуы қажет. Баланың аяғы өсетіндіктен әрбір 3-4 аптадан кейін етікше айырбасталып отырылады. Уақытынан бұрын гипстен жасалған етікше алынса, қотан аяқ бұрынғы қалпына қайта келуі мүмкін.

3-4 айдан кейін гипстен жасалған етікше алынып, балаға ортопедиялық аяқ киім кигізу қажет. Ортопедиялық аяқ киімнен басқа қосымша ЕДШ, электрофорез тағайындалады.

Консервативтік ем нәтиже бермегенде, қотан аяқтың ауыр түрлерінде операция жасалады. Баланың жасына және қотан аяқтың түріне байланысты операция жұмсақ тіндеріне немесе

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 68 беті

сүйекке, кейде екеуіне де жасалады. Баланың 2-2,5 жас кезінде аяқ сүйектеріндегі өзгеріс өте аз болғандықтан, сіңір, байламдарға, буын қапшығына операция Т.С.Зацепин тәсілі бойынша наркозбен жасалады.

Тері және теріасты тіндерін сирақ-асық буынының ішкі жағынан кесіп, асықты жілік бұлшық етінің сіңірімен оның астындағы саусақтарды бүтетін ұзын боршаның сіңірін ұзарту үшін Z тәріздес кесіп ұзартады. Сирақ-асық буынының ішкі, артқы және де тобықтың жан-жағындағы сіңірлері кесіледі де тобық сүйегінің төменгі жақ буыны толық ашылады.

Өкше сіңірі (ахилово сухожилие) тік бағытта Z тәріздес тілініп, табан сүйегіне бекітілген ішкі бөлігін кесіп алады.

Екіге бөлінген өкше тарамысы мен артқы фасцияның астындағы аяқтың үлкен саусағын бүтетін бұлшық еттің боршасын да Z тәріздес қиып ұзартады. Осылай өкше тарамысы да ұзартылады.

Одан кейін асық-өкше буындарының шарбысы және де табанның ішкі жағынан көлденеңінен табан шандыры кесіледі. Жоғарыда аталған тіндер кесіліп коррекция жасалғаннан кейін аяқ түзу қалпына келеді. Тері тігіліп, баланың аяғына гипстен лонгета салынады. Тігіс жібі алынғаннан кейін 4-5 айға жаңадан гипс етікше салынады да 3 айдан кейін тұрып-жүруге рұқсат беріледі. Гипс алынғаннан кейін массаж, ЕДШ, физиемшаралар және ортопедиялық аяқ киім тағайындалады.

Туа біткен қисықмойын (torticollis, caput obstipum congenitum musculare) – тума деформация болып бастың қисық орналасуымен сипатталатын жағдай. Қисықмойынның бұлшық еттік және сүйектік түрлерін ажыратады. Қазіргі кезге дейін қисықмойынның этиологиясы түсініксіз. Туа біткен қисықмойынның визуалді жалғыз симптомы бастың өзгерген төс бұғана емізікше бұлшық еті жағына қарай қисайып тұруы және бетінің қарма қарсы жаққа қарап тұруы. Бала өскен сайыбастың қисаюы мен бастың бұрыюуы арта түседі, бас сүйегінің, мойынның, беттің ассиметриясы, ауру жақтағы желкенің көтеріліп тұруы байқалады, омыртқа жотасының мойын кеуделік бөлігінде сколиоз .

Клиникасы және диагностикасы. Туа біткен қисық мойынның клиникалық көрінісі басты шұлғытушы мойын етінің қысқару мөлшеріне және баланың жасына тікелей байланысты. Нәресте туғанда мойын бұлшық етінің кемістігін анықтау өте қиынға соғады, бірақ 2-3 аптадан соң ақауы бар, жарақаттанған бұлшық еттің орта тұсы қатайып, ені ұлғайып, қысқарғандықтан баланың басы қисайып, сол жағында мойынында ісік байқалады. Өсе келе жарақаттанған мойын бұлшық етінің орнына дәнекер тін пайда болады, ол қысқарып, өзінің созылмалылық, серпімділік қасиеттерін жоғалтады. Сондықтан бала басын бір жаққа қарай қисайтып, бетін қарама қарсы жаққа қарай бұрып ұстайды. Тексергенде бастың ақауы бар жаққа қарай қисайтылуы, беттің қарама-қарсы жаққа қарай бұрылуы шектелгендігін, тері астында тартылып тұрған басты шұлғытатын бұлшық етті байқауға болады. Жүре келе беттің, бас қанқасының асимметриясы, әсіресе 3-5 жастағы балаларда өте жақсы байқалады.

Тексеру кезінде баланың басын ақауы бар жаққа қарай қисайтып, бетін қарама қарсы жаққа бұрып ұстайтындығы, беті мен басының қисаюы анықталады. Ақауы бар жақта көзі мен қасы төмен, көзі кішірейген, ауыз бұрышы төмендеп, жағы, мұрыны қисайып, құлақ қалқаны иығына біраз тиместей болып тұратындығы, басты шұлғытатын бұлшық ет тартылып тері астынан көрінетіндігі байқалады. Артынан қарағанда мойын ассиметриясы, жауырын мен иық көтеріліп, мойын омыртқаларының сколиозы көрінеді.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 69 беті

Кеуде-бұғана емізік (басты шұлғытатын) бұлшық еттің екі жақты қысқаруы өте сирек кездеседі. Бұл жағдайда баланың басы артқа шалқайып, беті алдыға, немесе жоғары қарап орналасады, себебі аталған бұлшық еттердің ұзындығы омыртқа мойын бөлігінің ұзындығынан кем болғандығында.

Бұлшық еттік қисық мойынды, мойын қосымша қабырғасынан, сынап тәріздес қосымша омыртқадан, Гризель ауруынан, неврогендік, десмогендік қисық мойындардан ажырата білу қажет.

Клиппель-Фейль синдромында мойынның қысқалығы мойын шашының төмен өсуі, мойын қимылының көлемінің шектелуі, ал рентгенограммада мойын омыртқаларының аздығы, бір-бірімен бірігіп өсіп кеткендігі анықталады. Сынап тәріздес қосымша мойын омыртқасында мойын қысқалығы, бет-ми қаңқасы мен бет асимметриясы, мойын қозғалысының шектелуі анықталады.

Емдеу. Туа біткен қисық мойынды емдеу, нәресте 7-10 күнге келгеннен бастап жүргізіледі. Емнің негізі — ақауы бар мойын бұлшық етін созып, оның өсуіне жақсы жағдай тудыру. Ол үшін арқасында жатқан баланың басын сау жаққа қарай қисайтып, бетін ақауы бар жаққа қарай бұру қажет. Мұндай қимыл-қозғалыс күніне 10-15 минуттан 3-4 рет жасалып, УВЧ, калий йодиді, ранидазамен электрофорез тағайындалады. Баланы 1,5-2 айға келгенде сау жақ бүйірімен жатқызып, ақауы бар жаққа ойыншықтарды іліп, мойыны мен бетіне массаж жасалуы қажет. Консервативтік ем бала толық сауыққанша, 3 жасқа дейін жүргізіледі. Жүргізілген емге қарамай қисық мойынның клиникалық көрінісі сақталатын болса, 3 жастан бастап операция жасалып, басты шұлғытушы мойын етін 1,5 см шамасында кесіп алынып немесе ұзартылады. Операциядан кейін 3-4 аптаға мойын сау жаққа қисайтып, бетін ақауы бар жаққа қаратып, гипстен таңғыш салынады. Гипс таңғышы алынғаннан кейін ЕДШ, массаж, физиеомшаралар тағайындалады.

4. Көрнекілік құрал:

5. Әдебиеттер тізімі:

1. Бақылау сұрақтары:

1. Қисық мойынның, туа біткен маймақтықтың этиологиясы және патогенезі;
2. Классификациясы;
3. Клиникасы.
4. емі.

Дәріс 10

1. Тақырып: Буындардың жарақаттан кейінгі шығуы. Буындардың дегенеративті-дистрофиялық және қабынулық аурулары. Клиникасы, диагностикасы және емі.

2. Максаты: Иық шығуында маңызды моменттерге студенттердің назарын аударту. Үйреншікті иық сүйегі басының шығуы жайлы түсіндіру. Оперативті ем көрсетілімдері.

3. Дәрістің тезисы:

Иықтың шығуы барлық буындардың шығулардың 50-60 % құрайды. Көп кездесуі буынның анатомиялық ерекшелігімен түсіндіріледі: жауырынның буындық ойысы тоқпан жіліктің шар тәрізді басынан 3-4 есе кішірек, буындық қалтасы аумақты және жіңішке. Иық буынның травматикалық шығуы көбінесе тікелей емес күш әсер еткенде пайда болады. (Мыс: қолды алдыға созып құлағанда немесе артқа құлап бара жатып қолды тіреп қалғанда) Иық буыны шыққан кезде тоқпан жіліктің басы буындық шұңқырдан

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 70 беті

алдыға, төмен және артқа қарай жылжуы мүмкін. Соған байланысты алдыңғы, артқы және төменгі түрлерін ажыратады. Көп кездесетіні иық буынының алдыңғы жаққа қарай шығуы-98%. Иық буыны шығуы әрқашанда буындық капсуланың жыртылуына алып барады. Бұл кезде бұлшықет сіңірі жыртылып немесе толығымен үзіліп кетуі мүмкін. Бұлшықет сіңірінің тоқпан жіліктің үлкен төмпешігінен үзіліп кетуі жиі, ал кіші төмпешігінен үзіліп кетуі сирек кездеседі.

Зақымданған жақта иық төменге түскен, науқас басын зақымданған жаққа қарай бүгіп ұстайды. Қолын екінші сау қолымен ұстап, қимылсыз күйде ұстауға тырысады. Қолы қолы шынтақ буынында бүгілген, кішкене ғана ұзаруы байқалады. Пальпация жасағанда ауру сезімі мен акромияльді өсіндіні еркін тұрғанын көреміз. Иық осі қалыптыда жауырынның акромион өсіндісі арқылы өтетін болса, ал шыққанда бұғана арқылы өтеді. Тоқпан жілік басының төмен орналасуына байланысты акромион өсіндісінен сыртқы бұлшықетке дейінгі қашықтық сау жағына қарағанда алыстау болады.

Иық буыны енген тоқпан жіліктің сынуы және жауырынның бындық бетінің сынуымен кезесуі мүмкін. Осы кезде диагноз қоюға рентгенологиялық әдіске сүйенеміз.

Буынның шыққан кезде түзету наркоздың көмегімен жүзеге асырылады. Бұл үшін 1 мл 1% поптопан немесе морфин ерітіндісін енгізуден бастайды. Жергілікті анестезияда иық буыны қапшығы ішіне 30-40 мл 1% новокаин ерітіндісін енгізуден бастайды. Орнына келтірудің бірнеше әдісі бар: Кохер, Гиппократ-Купер, Джанелидзе, Чаклин, Роквуд.

Алдыңға қарай шыққан кезде қолданады. Науқасты арқасымен столдың шетіне қолды шығатындай етіп жатқызады. Әдіс 4 кезеңнен тұрады:

Хирург науқастың шыққан қолының бір қолымен тоқпан жіліктің төменгі 1/3 бөлігін, екінші қолымен тік бұрыш жасап шынтақ буынында бүгілген білекті ұстап, өзіне қарай тартып денеге жақындатады.

Қозғалтпай ұстап, білекті фронтальді жазықтыққа жеткізеді. Бұл кезде шыққан буын орнына түскендегі сырт деген дыбыс шығады. Тоқпан жіліктің басы буындық ойысқа қарама-қарсы тұрады. Осы кезде дұрыстап жасайтын болса қалпына келегенде дыбыс шығады. Сол қалпында ұстап шынтақ буынын жоғары және алдыңға қарай алдыңғы ортанғы сызыққа жақындатады. Тоқпан жіліктің басы қапшықтың жыртылған жеріне жақындайды.

Иықты бұл кезде рычаг ретінде қолданамыз, шыққан жақтағы білекті қарама-қарсы иыққа алып барады. Дезо әдісі бойынша таңғыш салады

Гиппократ—Купер әдісі: дәрігер иық буыны шыққан жаққа отырып, екі қолымен қолды тартады. Аяғын қолтық астына енгізіп, фиксациялап тұрады, тартып тұрған қолды тоқпан жіліктің басын орнына келгенше ұстап, сосын қойып жібереді. Орнына түссе сырт деген дыбыс шығады

Джанелидзе әдісі: Жансыздандырылғаннан кейін жарақаттанушыны қырынан үстелдің шетінен бұлшықеттік шұңқырға сай келетіндей етіп, қолын бос салбыратып жатқызады. Басына жастықша қояды. Осы қалыпта науқас бұлшықеті босаңсығанша 10-20 минуттай жату керек. Содан кейін хирург екі қолымен білек тұсынан ұстап, қысым келтіре отырып төменге қарай тартады. Осыдан соң буын орнына түседі. Кейін қолын кеудеге бекітіп, 2-3 аптаға гипсті таңғыш салады. Буынды түсіргеннен соң сенімді болу үшін рентгенге түсіру керек. 30-45 күннен соң толықтай қозғала алады.

Чаклин әдісі: Науқас шалқасынан жатады. Дәрігер науқастың бүгілген қолын бір қолымен білек тұсынан ұстап, екінші қолымен бұлшықеттік шұңқырды басып тартады. Бұл тәсіл көбінесе сыну мен буын шығуында қолданылады.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 71 беті

Шығуды Милч әдісімен салу

- науқас артқа қарау 30 градусқа шалқаяды;
- дәрігер науқастың білегін 90 градусқа дейін баяу бүгеді;
- одан кейін науқас дәрігердің көмегімен қолын шүйдесіне жеткізгенше көтереді;
- бұл кезде дәрігер тоқпан жілік білігімен созады, ал оның көмекшісі иықүстің нық ұстап тұрады.

Тоқпан

жіліктік

артқы

шығуы.

Ірі буындардың барлық шығуларының ішінде осы шығуды анықтау қиынға түседі. Жарақаттың механизмі – иыққа алдынан тиген қатты соққы немесе тоқпан жілікке қарай ротацияланып тұрғанда созылған қолға құлау. Артқы шығу кезінде иықтық буынның контуры өзгермеуі де мүмкін. Тоқпан жіліктің артқы шығуының негізгі белгісі тоқпан жілікті сыртқа қарай айналдырудың толық шектелуі. Тоқпан жіліктің артқы шығуы қояншық ұстамасынан кейін дамуы мүмкін. Емі – жансыздандырғаннан кейін білекті тік бұрыш жасап бүгеді, одан кейін тоқпан жілікті 90 градусқа дейін әкетіп, оны білігі бойынша соза отырып, сыртқа қарай айналдырады.

Тоқпан жіліктің үйреншікті шығуы.

Тоқпан жіліктің үйреншікті шығуын орнына салудың қарапайым әдісі бар:

- науқас орындыққа аяғын аяғына салып отырады;
- содан кейін ол үстінде жатқан аяғын көтеріңкіреп, екі қолымен тізесін құшақтайды;
- аяғын біртіндеп түсіре отырып, науқас қолдарын созады;
- осы қалыпта науқас иық белдеуінің бұлшықеттерін толық босаңсытады, осы сәтте сүйек әдетте орнына түседі.

Тоқпан жіліктің үйреншікті шығуын радикалдық жолмен емдеудің жалғыз жолы – операция. Қайталанған шығу кезінде тіндер айтарлықтай зақымдалмайды, әрі оңай қалпына түседі. Нығайтуды жүргізудің қажеті жоқ. Тоқпан жіліктің шығуы үшінші рет қайталанғанда науқасты хирургиялық емге жолдайды.

Тоқпан жілікті орнына салғаннан кейінгі ем:

- міндетті түрде бақылау рентгенографиясын жүргізеді;
- 2 аптаға Вельпо тектес таңғыш салынады;
- физикалық емдік жаттығуларды неғұрлым ерте тағайындайды;
- таңғышты алғаннан кейін кемінде 3 апта бойы науқастың физикалық белсенділігін, әсіресе тоқпан жілікті сыртқа айналдыру және әкетуді шектейді.

Негізгі дәрі-дәрмектер тізімі:

1. Кетонал инъекцияға арналған ерітінді 100 мг/2 мл ампл.
2. Трамадол инъекцияға арналған ерітінді 50 мг/1 мл ампл.
3. Тримепиридин гидрохлориді инъекцияға арналған ерітінді ампл. 1% по 1 мл.
4. Йод 5% спирттік ерітіндісі флаконда 10 мл, 20 мл.
5. Этанол ерітінді 70% (денатурацияланған).

4. Көрнекілік құрал:

5. Әдебиеттер тізімі:

6. Бақылау сұрақтары:

1. Жарақат алу механизмі және классификациясы;
2. Шығулардың клиникалық және рентгенологиялық белгілері;
3. Шығуларды консервативті емдеу методтары мен оперативті емге көрсетілімдері;

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 72 беті

Дәріс 11

- 1. Тақырып:** Дене қалпы кемістіктері, сколиоз, остеохондроз.
- 2. Мақсаты:** Студенттерді тақырыппен таныстыру. Кездесу жиілігі ,ерте диагностикалау маңыздылығы, заманауи,оперативті емі жайлы түсіндіру.

3. Дәрістің тезисы:

Омыртқаның қисаюы – Омыртқаның дұрыс конфигурациясын бұзу. Тікелей немесе жанама болуы мүмкін. Әдетте, омыртқа алдыңғы жаққа қарай аздап бүктелген. Егер осы иілу шамасы қалыпты мәндерден асып кетсе, патологиялық лордоз немесе кифоз туралы әңгімелейді. Омыртқаның бүйірлік қисықтары әдетте жоқ, егер мұндай қисықтық болса, науқаста сколиоз диагнозы қойылған. Туа біткен жұлынның қисаюы ақауларға байланысты болады, сатып алынған полиомиелитпен бірге пайда болуы мүмкін, паралич, мейірімділік, кейбір басқа аурулар және нашар поза. Диагностика емтихан және радиографиялық деректердің нәтижелері негізінде анықталады, қажет болған жағдайда қосымша зерттеулер тағайындалады (МРТ, СТ және т.б). Емдеу жаттығуларын қамтиды, массаж, физиотерапия және корсет кию. Ауыр жағдайларда операция жасалады.

Омыртқаның қисаюы



Омыртқаның қисаюы – кең таралған патология, негізінен балалық және жасөспірімдерде пайда болады. Омыртқаның патологиялық қисаюын алдын-ала анықтаңыз (лордоз), артқа қарай (кифоз) және бүйір қисықтық (сколиоз). Біріккен патологиясы да мүмкін – кифосколиоз. Еңбекке жарамдылықтың қалыпты бұзылуы қалады, маңызды жұлынның қисаюы мүгедектікке әкеледі және ішкі органдар жұмысына теріс әсер етеді. Ортопедтер жұлынның қисаюын емдейді, жарақаттаратологтар және омыртқалылар

Сколиотикалық ауру

Сколиоз деп омыртқа жотасының жанына қарай қисаюы, омыртқа денесінің ротациясымен сипатталатын ауруға айтамыз.

Омыртқа қисаюының себептері

Туа біткен жұлынның қисаюы скелеттік бұзылулармен байланысты, ең жиі кездесетін кедір-пішінді омыртқалар, омыртқалардың дамымауы, туа біткен тотиколлис және қосымша омыртқалар. Рахитке байланысты алынған жұлынның қисаюы дамуы мүмкін, полиомиелит, плеврит, аяқтың ұзындығы 2-4 см-ден артық болған немесе туа біткен айырмашылық, Церебралды шалдығу, туберкулез, кене энцефалиті, спастикалық паралич, сирегемия, травм, ампутация, айырбастаудың бұзылуы, бірлескен гипербилділік синдромы, ісіктер, Scheuermann Mau ауру, кейбір басқа аурулар және нашар поза. 80-ге жуық% сколиоздық қисықтық белгісіз себептермен пайда болады.

Омыртқаның қисаюы: сколиоз

Әдетте адам омыртқаның жанынан қисықтық жоқ. Егер бүйірлік бүгілу тіпті аз болса, сколиоз диагноз қойылады. Ежіі емес бойынша, ауру бала кезінен жүреді және әсіресе

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA -1979- MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 73 беті

қарқынды өсу кезеңінде дамып келеді. Жасөспірім сколиозының көріну уақытын ескере отырып (1-2 жасқа толады), жасөспірім сколиозы (4-6 жасында дамиды), жасөспірім сколиозы (10-14 жас аралығында жүреді). Омыртқаның қисық сызығына байланысты С-тәрізді сколиоз ерекшеленеді (бір қисықтық доғасы), S-тәрізді (екі арка), Z-тәрізді (үш арка).

Омыртқа бүйір қисаюының бұрышын ескере отырып, сколиоздың 4 градусы ерекшеленеді: 1 дәрежелі – 1-10 градус бұрышы, 2 дәрежелі – бұрышы 11-25 градус, 3 дәрежелі – бұрышы 26-50 градус, 4 дәрежелі – бұрышы 50 градустан асады. Омыртқаның қисаюын локализациялау ескере отырып, торак сколиозы бар (кеуде аймағында патологиялық бүктеу), лимбальды сколиоз (белдік қисықтық), тораколумбалық сколиоз (тораколеммар жолдарындағы бір патологиялық бүктеме) және аралас сколиоз (қос S-bend).

Деформациялар дененің кез-келген жағдайында көрінеді, пациент алға қарай жылжығанда омыртқаның кішкентай қисаюы анықталады. Бұл жағдайда омыртқаның және басқа құрылымдардың симметриясын дәрігер бағалайды: жамбас, иық пышақтар мен қабырғалар. Омыртқа рентгенографиясы деформация бұрышын неғұрлым дәл анықтау үшін жүргізіледі. Суреттер арнайы техника арқылы талданады, ол бүйір қисықтық бұрышын ғана ескермейді, сонымен қатар бұралу дәрежесі де бар (бұрылу) және айналу (бұралу) омыртқа.

Белсенді өсу кезеңінде, сколиоздың тез дамуы мүмкін, төмен экспозициялық кескіндер қабылданады, лингвистикалық емес әдістер қолданылады: ультрадыбыстық немесе контактілі зондтар, Буннельге сәйкес жеңіл оптикалық өлшеу және сколиометрия. Бұл тәсіл жалпы радиациялық дозаны азайтады. Елеулі қисықтық кеуденің қайталама деформациясын тудырады, іш қуысының көлемін төмендетеді, орынның бұзылуы және ішкі органдардың функциясының нашарлауы, сондықтан ауыр сколиозы бар науқастар пульмонологтың қажетті емтихандары мен консультацияларынан үнемі өтуі керек, гастроэнтеролог және кардиолог. Барлық пациенттер спирометрияны тағайындады. ЭКГ туралы куәландыруларға сәйкес, Омыртқа МРТ және басқа зерттеулер.

Омыртқаның бүйір қисаюын емдеу консервативті және жедел болуы мүмкін. Консервативті емдеу бағдарламалары арнайы жаттығу терапия кешендерін қамтиды, тыныс алу жаттығулары (тағам немесе ұқсас бағдарламалар бойынша), корсет, резинаторлар, физиотерапия және массаж. 15 градусқа дейінгі деформация бұрышы арнайы гимнастикаға тағайындалғанда. Жаттығулар жеке түрде таңдалады, бастапқы кезеңде оларды нұсқаушының қадағалауымен орындау керек, дұрыс техниканы меңгеру. Гимнастика мақсаты – артқы бұлшықеттерді күшейту, жақсы бұлшық етті корсет жасау.

Омыртқаның қисықтық бұрышы 15-25 градус болған кезде физиотерапия жаттығулары корсет. Бұл жағдайда түнгі уақытта корсет 20 градус бұрышта болуы керек, және 20 градустан жоғары бұрышта – күндіз-түні (күніне кемінде 16 сағат). Милуоки түзету корсеті қолданылады, Ченот және олардың аналогтары. Күту уақыты 6 ай немесе одан да көп. Бала өсіп, штамм азая бастағанда, корсет ауыстырылады. Түзету құрылғылары бүйірлік және алдын-ала емес қисықтықты жоюға мүмкіндік береді, сонымен қатар омыртқаның айналуы. Ересек пациенттерге корсет және кронштейндерді пайдалану ұсынылады.

Сколиоз үшін терапиялық массаж арқа бұлшықеттерін күшейтеді, лимфа мен қан айналымын қалыпқа келтіру. Емдеу курсы, 15-20 сессиядан тұратын, жылына 2-3 рет

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 74 беті

өткізеді. Бұдан басқа, науқастарда гидротерапия тағайындалады, термиялық өңдеу (парафинді балауыз, озокерит) және электростимуляция.

Сколиоз үшін хирургиялық операцияларға арналған көрсеткіштер жеке анықталады және науқастың жасына байланысты, қисықтықтың типі мен локализациясы және басқа да факторлар. Хирургиялық емдеу қажеттілігіне жалпы қабылданған критерийлер Cobb сәйкес өлшенген кезде 45-70 градус қисықтық болып табылады, бірақ консервативті емнің тиімсіздігі, тұрақты ауыру синдромы, сколиоздың тұрақты дамуы, өкпе мен жүректің бұзылуы. Чаклин операциялары қолданылады, Цилке, Dyubusse, Харрингтон және басқалар.

Барлық хирургиялық әдістердің мәні металл конструкцияларының көмегімен омыртқаның дұрыс күйде алынуы мен сақталуы болып табылады. Сонымен қатар, омыртқадың бекітілген бөлігі оның ұтқырлығын жоғалтады. Хирургиялық араласу алдыңғы немесе артқы қол жеткізулерден орындалады. Металл трубалар омыртқаларды түзету үшін қолданылады, олар омыртқаға бұрандалармен немесе ілмектермен бекітіледі. Одан кейін бекітілген омыртқалардың бір бірлігіне қосылуы.

Омыртқаның қисаюы: патологиялық кифоз

Патологиялық кифоз – жұлынның икемділігін арттырды (қисықтық бұрышы 15 градустан асады). Соққы түрінде көрінеді, дөңгелек артқа, ауыр жағдайларда – соққы. Омыртқаның шамадан тыс қисаюына байланысты кеуде қуысы тарылып кетеді, диафрагма төмен, жоғарғы бөлігі алға қарай жылжиды, иық төмен. Кифоздың ұзақ өмір сүруі омыртқааралық дискілердің бұзылуына әкелуі мүмкін, сфеноид омыртқасының деформациясы, артқы және ішек бұлшықеттерінің дисфункциясы. Ауыр патология жағдайында жүрек пен өкпемен жұмыс істемеу мүмкін.

Кифоздың көптеген түрлері бар, соның ішінде туа біткен (Омыртқаның қалыпты дамуына байланысты), генотипті (мұрагерлік), ұялы телефон (артқы бұлшықеттердің әлсіздігіне байланысты), қисынды (Омыртқаның деграациялық-дистрофиялық өзгерістерінен туындаған), барлығы (анкилозды спондилитпен), қысу (омыртқаның қысылуының бұзылуынан туындаған), рахитикалық, туберкулез, Шәуерман Мау ауруы кезінде пайда болды. Деформацияның шамасын ескере отырып, 4 дәрежелі патологиялық кифоз бар: 1 дәрежелі – қисықтық бұрышы 31-40 градус, 2 дәрежелі – 41-50 градус, 3 дәрежелі – 51-70 градус, 4 дәрежелі – 71 градустан асады.

Диагноз сыртқы белгілер мен рентгендік деректерді ескере отырып белгіленеді. Қажет болса, омыртқада қосымша МРТ және КТ іздестіру. Неврологиялық бұзылулар болған кезде невропатологпен консультация беріледі, егер сіз өкпенің және жүректің дисфункциясын сезсеңіз – Пульмонолог және кардиолог кеңес. Терапиялық тактика жұлынның қисаюына байланысты, кифоздың дәрежесі, науқастың жасы, оның жағдайы және басқа да факторлар. Кифоздың 1-2 сыныптарында күрделі консервативті терапия бағдарламасы жасалды, жаттығу терапиясын қамтиды, массаж, тыныс алу жаттығулары, физиотерапия, балшықпен емдеу және рефлексология. 3-4 градуста, ішкі органдардың функциясын бұзу, қатты ауырсыну синдромы, Омыртқаның қисаюын жылдам ілгерілету, елеулі косметикалық ақаулар мен анықталған неврологиялық бұзылулардың болуы хирургиялық операцияларды жүргізеді. Хирургиялық емдеу арнайы металл конструкцияларын пайдаланып иілу түзетуден тұрады, омыртқалы ілгектерге немесе бұрандаларға бекітілген. Кейбір жағдайларда, қажетті нәтижеге қол жеткізу үшін омыртқада бірнеше операция жасау қажет.

Омыртқаның қисаюы: патологиялық лордоз

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		
Дәрістер кешені		044-71/ 11 () 1 беттің 75 беті

Патологиялық лордоз – күшейту (реже – әлсіреуі) омыртқаның қисаюын алдын-ала анықтаңыз. Әдетте бір деңгейде қалыптасады, бұл физиологиялық (бел және мойны аймақтарында), кеуде аймағында аз жиі пайда болады. Дамудың себептеріне байланысты бастапқы және екінші патологиялық лордоздар бөлінеді. Бастапқы омыртқадағы патологиялық процестен туындайды: ісіктері бар, даму мүмкіндіктері шектеулі, спондилолистез, бұлшық еттерінің бұлшық еттерінің және контрацепциясының. Қосымша (өтемақы) төменгі аяқтардың патологиясында қалыптасады: Туа біткен хип дислокациясы, антилоздар, төменгі қолды контрацепция. Ең көп таралған – хип дисплазиясының немесе туа біткен дислокациядан туындаған лордоз.

Қисықтықтың басқа түрлері сияқты, Бұл деформация магистральдық және ішкі органдарға әсер етеді. Іштің кеуде қуысы мен протозының түзілуі байқалады. Басы мен иықтары алдыңғы жаққа созылды. Патологиялық лордозда, омыртқада жүктің қайта бөлінуіне байланысты, бұлшықеттер мен артқы бөліктердің кернеуі күшейе түседі, бұл аурудан көрінеді, шаршау мен бұзылыстардың жоғарылауы. Белгілі омыртқаның қисаюы кезінде омыртқа шырышты қабатының пайда болуы мүмкін, дискінің тұрақсыздығы, жұлын буындарының артрозын деформациялау, Ілияс бұлшықетінің қабынуы, асқазан-ішек жолдарының бұзылыстары, бүйрек, өкпе және жүрек.

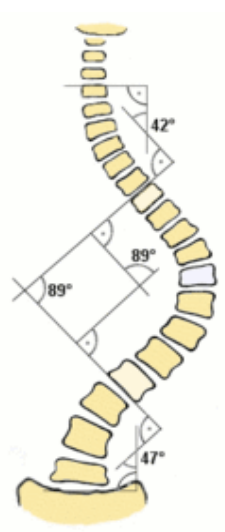
Диагностика тексеру және рентгендік деректерді ескере отырып белгіленеді. Қажет болған жағдайда СТ орындалады, ЕРТ және басқа зерттеулер, гастроэнтерологтың кеңес беруі, кардиолог, пульмонолог, уролог немесе нефролог. Емдеу тактикасы жұлынның қисаюының себебі мен дәрежесіне байланысты, науқастың жасы, оның денсаулығы және басқа да факторлар. Мүмкіндігінше медициналық іс-шаралар өткізіледі, деформацияның себептерін жоюға бағытталған. Кешенді жаттығу терапиясы, массаж және физиотерапия. Кейбір науқастарға таңғышты кию ұсынылады



Хирургиялық жолмен
орнатылған корсет, рентген
суреті



Рентген суретінде хирургиялық жолмен
орнатылған металдық конструкция, 12 -
омыртқадан 2 ге шейін орнатылған



Қисаю
бұрышын Cobb әдісімен
өлшеу

4. Көрнекілік құралдар:

QONTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 76 беті

5. Әдебиеттер тізімі:

6. Бақылау сұрақтары:

1. «Дене бітімі», «лордоз», «кифоз», «сколиоз» анықтама беріңіз;
2. Дене қалпының негізгі түрлері, бұзылыстарының диагностикасы;
3. Сколиотикалық аурулардың формалары, патогенезі және этиологиясы. Клиникалық көріністері зерттеу тәсілдері.
4. Сколиоздардың консервативті және оперативті емдеу және профилактикасы. Сколиозда мануалді терапия орны. Оперативті емге көрсеткіштер.

Сабақ 12

Тақырып: Остеохондропатиялар. Сүйек және буын ісіктері.

2. Максаты: Аталған патологиялармен таныстыру, Клиника, диагностикасымен таныстыру, заманауи емдеу тәсілдері жайлы мәлімет беру.

3. Дәрістің тезисы: Қатерсіз ісіктер қатерлі ісіктерге қарағанда сирек кездеседі. Біріншілік қатерлі ісіктер 100000 халыққа шаққанда 3 адамда кездеседі. (Трапезникова Н.Н., 1989) жиі ер кісілерде 15-40 жас аралығында. Қаңқаның кез келген бөлігінде орналасады. Этиологиясы жеткілікті зерттелмеген (радиация, травма және т.б). 60-қа жуық классификация жасалынған. Ең көп қолданылатын Т. П. Виноградованың классификациясы (1971ж.).

Қатерсіз ісіктерде жалпы клиникалық симптомдар:

Жай өсуі; тегіс; ауырсынусыз; тері беткейі өзгеріссіз, қозғалмалы.

Рентгенология: анық тегіс контурлы, ісік аяқшалары қалың, жұмсақтінді компоненттің болмауы.

Емі – Клиникалық симптомдар айқындалғанда сүйек пластикасымен оперативті ем.

Қатерлі ісіктерде тез өседі, ауырсыну синдромы айқын. Беткейі тегіс емес, ауырсынады. Тері, тері асты тіндерге жабысқан, қозғалмайды, қантамырлы сурет. Қан көрсеткіштерінің өзгеруі (ЭТЖ жоғарылайды, Нв төмендеуі және т.б).

Р-логиялық өзгерістер – сүйек тінінің деструкциясы; пластина тәрізді немесе ине тәрізді периостит, жұмсақтінді компонент. Басқа органдарға метастаздар береді. Болжамы жағымсыз 90%, 5-жылдық өмір сүру мүмкіндігі 20%ға дейін.

Емі: хирургиялық, аралас.

Сүйектің арнайы асептикалық некрозы. Негізінде жарақат және қоректену бұзылыстары жатады.

5 дәрежеге ажыратады:

- Компрессионды сынық;
- некроз;
- фрагментация;
- структурасының қайта қалпына келуі;
- последствия.

Фазалары:

- некроз;
- реконструкция;
- қорытынды.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 77 беті

Топтары:

- ұзын түтікті сүйектердің асептическалық некрозы;
- қысқа түтікті сүйек эпифизінің асс.некрозы;
- апофиздердің асс.некрозы;
- буын беткейінің сына тәрізді некрозы.

Жиі көкіректің төменгі бөлігінің доға тәрізді қисаюы. VII, VIII, IX, X омыртқалар өзгерісі болады.

Апофиз түрі, болпылдақтануы, сегментация, денесінің деформациясы, жарты ай тәрізді немесе табақша тәрізді езілуі, сына тәрізді деформация, кифоз.

Қатты төсе, ЕДШ, массаж, ерте кезеңдерде белді ұстаушы тартпалар.

Көкіректің төменгі бөлігі, бел бөлігі. Ауырсыну, шаршау сезімі. Түйме тәрізді бүкірею, кифоз. Тез дамиды, қиын емделеді (6-8 жыл). Жиі бір омыртқа зақымданады сирек екі үш. Омыртқаның 2/3-3/4-ге кішіреюі. Емі консервативті: қатты төсе, Физиотерапия, ЕДШ, массаж, сан. курорттық ем. Ем ұзақтығы 2-3 жыл.

Остеогенездің ауыр бұзылысымен жүретін жүйелі ауру. Сүйектердің деформациясы, сыныуы, ауыр сынулар. Жамбас аймағында, белінде ерекше пигментация (ашық-қоңыр). Бұлшық ет атрофиясы, ақсаңдау, ауырсыну (см. Олбрайта).

Экскохлеация: сүйек пластикасымен резекция.

Тұқым қуалайтын, доминант типті ауру, 40-60 лет. Басталуы симптоматикасыз болады. Рентген суретінде анықталады. Уақыт өте келе бас сүйегі және аяқ қол сүйектері қалыңдай түседі, ауырсынумен қозғалыс шектелуі болады. Барлық түтікті сүйектер зақымдалады. Сүйек миы жойыла бастайды, склероз орындары, остеопороз.

Емі симптоматикалық, хирургиялық жолмен.

Жүйелі ауру – қалқанша маңы безінің функциясының бұзылуы (минерал алмасуының бұзылуы, кальций мен фосфордың жылдам ағзадан шығарылуы).

Клиникасында: тері құрғақтығы, бұлшық ет әлсіздігі, деформациялар, патологиялық сынықтар.

Остеопорозды

Кистозды

Аралас

Бастапқысы – кистозды өзгерістер, жекелеген сүйектерде остеопороз.

Айқындалған – остеопороз және көптеген кистозды ошақтар.

Клиникалық көрінісі: ауырсынусыз ісік тәрізді тығыз түзіліс. Жиі кездейсоқ анықталады.

Көп жұмыртқалы структураның ачқшасында түзіліс кортикалды қабатпен қапталған.

Емі: Оперативті.

Тума ауру – Эмбрионалды шеміршек тінінің кешеуілдеген ауыр оссификациясы. Метафизарлы бөліктерде патологиялық шеміршекті ошақтардың болуымен сипатталады. Жиі қысқа сүйектер зақымдалады. Патологиялық сынықтар болады.

- Бір сегменттік
- Бір жақты
- Көптік

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 78 беті

Арнайы деформация: сан сүйегінің шабандоз шалбары тәріздес қисаюы, балтыр сүйегінің вальгусты немесе варусты қисаюы.

4.Көрнекілік құрал:

5.Әдебиеттер:

Негізгі:

1. Котельников Г.П., Краснов А.В., Мирошниченко В.Ф. //Травматология и ортопедия.- 2009.-538с.
2. Гуманенко Е.К., Козлова В.К.//Политравма. -2009. - 608 с.
3. Котельников Г.П., Миронов СП. // Травматология. - 2008.
4. Фишкин А.В. // Травматология и ортопедия. -2008. - 352 с.
5. Травматология и ортопедия / в 4 томах. Том 3. Травмы и заболевания нижней конечности. Издательство: Гиппократ, 2008. - 1056 с.
6. Шапошников Ю.Г. //Травматология и ортопедия. -2007. - 3т.
7. Корнилов Н.В., Грязнухин Э.Г.//Травматология и ортопедия, том 4. Травмы и заболевания таза, груди, позвоночника, головы. 2006. - 624 с.
8. Анкин Л.Н., Анкин Н.Л. //Травматология и ортопедия. -2005. - 496 с.
9. Травматология и ортопедия/Руководство для врачей в 4 томах под общей ред. Н.В. Корнилова. - С-Пб., «Гиппократ», 2004. - 768 с.
10. Киричек СИ. //Травматология и ортопедия. - 2002.

Қосымша:

1. Гиршин С.Г. //Травматология и ортопедия. Клинические лекции по неотложной травматологии. -Учебное пособие. - 2009.
2. Иванников СВ., Оганесян О.В., Шестерня Н.А. //Травматология и ортопедия. Наружный чрезкостный остеосинтез при переломах костей предплечья -Практическое пособие. - 2009.
3. Шаповалов В.М., Хоминец В.В., Михайлов С.В.//Основы внутреннего остеосинтеза.-2009.- 240с.
- 4.Новикова С.Л. //Легкость движения. Реабилитация после эндопротезирования коленного и тазобедренного суставов по запатентованной методике.2009.
5. Елифанов В.А., Елифанов А.В.//Восстановительное лечение при повреждениях опорно-двигательного аппарата. - 2009. - 480 с.
6. Кондратьев А.Н. //Неотложная нейротравматология. - 2009. - 192 с.
7. Клюквин И.Ю., Мигулева И.Ю., Охотский В.П.//Травмы кисти. - 2009
8. Трубников В.Ф. //Экстренная помощь при травмах, болевых шоках и воспалениях - Практическое пособие. 2008.
- 9.Дэвид Гранди, Эндрю Суэйн //Травма спинного мозга. - 2008. - 128.
- 10.Петров В.Г., Замилацкий Ю.И., Буров Г.Н. //Технология изготовления протезов верхних конечностей. - 2008. - 128 с.
11. Лоренс Б. Харклесс, Ким Фелдер-Джонсон //Секреты голеностопного сустава и стопы. - 2007. - 320с.
12. Котешева И.А.//Травмы. Первая помощь и восстановительное лечение. - 2008. -352 с.
13. Набоков А.Ю.//Современный остеосинтез. - 2007. - 400 с.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 79 беті

14. Семенова О.П./Реабилитация посттравматических больных. - 2006. -
15. Соколов В.А./Множественные и сочетанные травмы. - 2006. - 518 с.
16. Соколов В.А./Травматология: Множественные и сочетанные травмы, Практическое пособие. - 2006. - 518 с.

Электронды материалдар:

- Gostishchev, V. K. General surgery [Электронный ресурс] : the manual / V. K. Gostishchev. - Электрон. текстовые дан. (65.0Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017. - эл. опт. диск (CD-ROM).
- Жалпы дәрігерлік практика. Ұлттық нұсқаулық. 2 т. Т. 2 [Электронный ресурс] : оқулық / ред. И. Н. Денисов ; қаз тіліне ауд. Қ. Ә. Әлиханова. - Электрон. текстовые дан. (84,0Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2016. - 896 бет. эл. опт. диск (CD-ROM).
- Консультант врача. Ортопедия и травматология. Версия 1. 1 [Электронный ресурс] : руководство. - Электрон. текстовые дан. (229 Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2009. - эл. опт. диск (CD-ROM).

6.Бақылау сұрақтары:

- Сүйек ісіктерінің жиілігі, классификациясы:
- Нозологиялық бірліктер
 - Біріншілік қатерсіз ісіктер (хондрома, хондробластома, остеома, остеоидостеома):
 - Клиникалық көрінісі
 - Рентгенологиялық суреттеме
 - Емдеу тәсілдері
 - Біріншілік қатерлі (хондросаркома, периостальная фибросаркома, остеогенная саркома Юинга): Клиникалық көрінісі
 - Рентгенологиялық суреттеме
 - Емдеу тәсілдері
 - Екіншілік қатерлі ісіктер:
 - Метастазды(простата безі рагі,сүт безі рагі.):
 - остеокластикалық;
 - остеопластикалық;
 - синовиалді қабықшадан
 - екіншілік қатерлі ісіктердің клиникасы
 - диагностика
 - емі
 - Остеохондропатиялар
 - этиология;
 - патогенез;
 - стадиялар;

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 80 беті

- фазалар;

- топтар.

4.Остеохондропатияның нозологиялық формалары:

- сан сүйегі басы (Легг-Кальве-Пертес ауруы);

- асықты жілік төмпешігі, (Осгуд-Шляттер ауруы);

- метатарсалды сүйек басы (Келлер ауруы II);

- Апофиздердің остеохондропатиясы (Шойерман-Мау ауруы);

- дене остеохондропатия (Кальве ауруы)

Дәрежесіне қарай рентген суреттемелері

Емі:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»		
Кафедра Хирургия,онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 81 беті

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра Хирургия, онкология және травматология	044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені	1 беттің 82 беті

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»		
Кафедра Хирургия, онкология және травматология		044-71/ 11 ()
Дәрістер кешені		1 беттің 83 беті