

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургия» кафедрасы	44 / 11 ()	
«Жалпы хирургия» пәні бойынша дәріс кешені	64 беттің 1 беті	

ДӘРІС КЕШЕНІ

Пән:	«Жалпы хирургия»
Пәннің коды:	ZhH 4307
ББ атауы:	6B10103 «Стоматология»
Оқу сағаттары/ кредиттерінің көлемі:	120 сағат/(4 кредит)
Оқытылған курс және семестр:	4 курс, VII семестр
Дәріс көлемі:	10

Шымкент, 2024 ж.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургия» кафедрасы	44 / 11 ()	
«Жалпы хирургия» пәні бойынша дәріс кешені	64 беттің 2 беті	

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

Хаттама № 10⁵ 30.05.24ж

Кафедра меңгерушісі
 М.Ғ.К., доцент м.а.



Жумагулов К.Н.



№1 дәріс

1. Тақырып: Хирургия тарихы. Асептика.

2. Мақсаты: Студенттерді хирургияның ҚР дамуымен таныстыру. Хирургиялық, онкологиялық, реаниматологиялық және травматологиялық көмек көрсетудің жалпы сұрақтары бойынша студенттердің білімдерін дамыту және нығайту. Амбулаториялардағы, емханалардағы жарақат бекеттеріндегі, стационардағы медициналық құжаттардың түрлерімен және оларды жүргізуді үйрету. ОДА-дың, емханалардың жарақат бекеттерінің, ауруханалардың құрылымымен, олардың жұмыс тәртіптерімен таныстыру. Тұрғындарға медициналық көмек көрсету барысында Қ.Р. денсаулық сақтау ұйымының бұйрықтарын тура және бұлтартпай орындауды үйрету. Студенттердің асептика туралы жалпы сұрақтары бойынша білімдерін дамыту және нығайту. Әртүрлі инфекция түрлері тануды және олардың таралу жолдарын анықтауды үйрету. Ағзаға инфекциялардың түсуінің алдын алатын түрлі профилактикалық іс-шараларды және олармен күресу жолдарын үйрету. Студенттердің асептика туралы жалпы сұрақтары зарарсыздандыру әдістері бойынша білімдерін дамыту және нығайту. Студенттерге автоклав түрлерімен зарарсыздандыру жұмысының принциптермен таныстыру.

3. Дәріс тезистері:

Хирургия тарихы. Қазақ жеріне Ресейден бірінші болып 1832 жылы Александр Андреевич Сергачев дейтін дәрігер келіпті. Оның орнына келген Василий Евланов деген дәрігер 15 кісіге шақталған орны бар кішігірім аурухана ашыпты. Қылшаға қарсы күрес жүргізе алатын мамандардың бірі болып Абдул-Халық Юсупов молданың есімі аталса, Хайрулла Бараев деген қазақ жігіті үш жыл ішінде 109 балаға екпе жасапты. 1867-1868 жылдары қазақ жеріндегі әрбір уездің уездік дәрігерлерін, фельдшерлері мен акушерлерді патша өкіметі тағайындап отырған. 1880 жылы Омбы қаласындағы фельдшерлік мектепті 5 қазақ жігіті бітіріп, фельдшер деген атақ алып шыққан еді. Әміре Айтбакин деген қазақ жігіті 1894 жылы Томск қаласындағы медициналық оқу орнын бітіріп, тұңғыш қазақ дәрігері деген атақпен еліне оралады. Ұлы Қазан төңкерісіне дейін Қазақстан жерінде дәрігерлік жоғары білімі бар 23 қазақ болды. Осылардың көбі кейін советтік медицинаның алға басуына белсене қатысты. Мысалы, дәрігер С.Д. Асфендияров партия кеңес қызметіне жан аямай еңбек етіп, Алматыда Қазақстанның тұңғыш медицина институтының қабырғасын Кусепқалиев, Х.Х. Досмухамедов, А.Ю. Ниязов, Т.Қасаболатов, М.М. Шомбалов сияқты азаматтар еңбек етіп қоймай, төңкеріс ісіне де белсене қатынасқаны белгілі. Төңкерістен кейінгі жылдары бүкіл Қазақстан жерінде медициналық көмек көрсету ісі төмендегі цифрлардан көрінеді. 1903 жылы Қазақстан бойынша 528 орынды 48 аурухана болса, 1914 жылы 1800 орынды 96 ауруханаға жетті. Бұлардың көбі ірі қалаларда орналасқан. Жалпы дәрігерлердің саны -196 болса, орта дәрежелі медициналық қызметкерлер саны -300-ге жеткен.

1917 жылы Қазақстан жерін мекендеген халықтың саны 5 миллион 600 мың адам болса, оларды емдеуге 244 дәрігер, 393 фельдшер мен акушерлер, 98 аурухана қызмет еткен. 1919 жылғы шілде айының 10-шы жұлдызында В.И. Ленин Қырғыз (Қазақ) өлкесін басқару үшін Революциялық комитет құру туралы тарихи декретке қол қойды. Осы ревкомның қаулысы бойынша Қырғызстанның (Қазақстанның) денсаулық сақтау бөлімі құрылып, оның бастығы ретінде Ольга Николаевна Шишкина деген дәрігер тағайындалды.

Қырғыз (Қазақ) Автономиялық Кеңес Социалистік Республикасы құрылысын деген тарихи декретке 1920 жылғы тамыз айының 26-шы жұлдызында В.И. Ленин мен М.И. Калинин қол қойды. Осы декрет бойынша Денсаулық сақтау ісінің халық Сергеевич Шамов тағайындалды. 1921 жылғы мамырдың 15-ші жұлдызы күні денсаулық сақтау қызметкерлерінің Бүкіл қазақстандық тұңғыш съезі ашылды. Денсаулық сақтау ісінің жаңаша дамуымен байланысты республикамызда өлгендердің саны азайып, өмірге келушілердің мөлшері арта бастады. Әрбір 1000 адамға шаққанда қосылып отырған адам мөлшері 1938 жылы -16,5% болса, 1940 жылы бұл көрсеткіш -19,5%-ке жетті. Қазақстан жерінің түкпір-түкпірінде тұратын халықтың денсаулығын жақсарту үшін дәрігерлер, ауруханалар көптеп керек болды. Сол себептен 1931 жылы Алматы қаласында медицина институты ашылды, 1940 жылы оны 535 дәрігер бітіріп шықты, оның 118-і қазақ. Осы институттың қабырғасында 1935-1940 жылдары 10 адам медицина ғылымының докторы, 19 адам медицина ғылымының кандидаты деген ғылыми атаққа ие болу үшін диссертациялар қорғады. Көптеген майданнан оралған хирургтер, атап айтқанда, Михаил Иванович Брякин, Татьяна Павловна Денягина, Әкрам Сәлімұлы Ыдырысов, Алмағамбет Бекішұлы Дайыров, Г.Е.



Вознесенский, доцент К.И. Ыбраев, Х.д. Гайсин, Н.С. Сулейменов, М.Т. Мәткәрімов, тағы басқалары кейінірек республика және одақ бойынша атағы шыққан профессорлар болды. Соғыс жылдары көптеген госпитальдар көшірілгені мәлім. Сондай мекемелерде терең білімімен, дәрігерлік шеберлігімен, адамгершілігімен көзге түскендер: А.Н.Сызғанов, В.И. Зюзин, Х.А. Барлыбаев, Б.А. Алалыкин, М.К. Тілеуғабылов, С.И.Телятников, Р.А: Сәтпаева, Х.Е. Мырзалиева, Г.Н. Удинцев, И.С. Баккал, А.П. Полосухин, В.В. Зикеев және басқалары. Соғыс жылдары республикамызда медицина саласында ғылыми-зерттеу жұмыстары тоқтаған жоқ. Зерттеу жұмыстары жаралы жауынгерлердің, соғыс мүгедектерінің денсаулығын қалпына келтіру қамына қарай бағытталып отырды: 1944-1945 жылдары Қазақ ССР Ғылыми академиясының жанынан өлкелік патология Ғылыми-зерттеу институты, физиология институты, эксперименттік хирургия ғылыми-зерттеу институты ашылды. соғые үйленіп аяқталып, тың көшуден кейінгі жылдары Қазақстанда ірі каналдарында: семейде (1950), Қарағандыда (1964), Ақмолада (1967), Ақтөбеде (1953) медицина институты ашылды, хирургтарды саны - 1950 жылмен салғанда 1966 жылы 44-тен 1578-ге дейін, акушер-гинеколог гинекологтар 391-ден 1317-ге, травматолог пен ортопедтер саны 11-ден 158-ге, урологтар саны 7-ден 131-ге, онкологтар саны 15 - тен 22-ге, кулак, Мурын, комей ауруларын емдейтінгерлер саны 76-дан 406-ға, ешкі дарирлерін саны 117-ден 465-ге ке дейін ОСІН еді. 1963 жылы алматы қаласында дарирлерді мамандықтарын жетілдіру институттары ашылды, 1934 жылы Алматы медицина институтында Жалпы хирургия кафедралары курылды, кафедралар куруга және сонадан эрі эзірлеу кушин салган александр николаевич Сызғанов еді. 1961 жылға дейін кафедра менгерушісі болып келген александр николаевич хирургия саласындағы ашқанжандары үшін келе-келе академик атын алды, сонан сон кафедраны 1981 жылға дейін А. н.сызғановтын шәкіргі профессор Қожахмет шуақұлы Шуақов басқарып келді. бұл кіші зейнеткерлікке шық Каннан сон орнына келген В.Л. головачев алты жылдай снбек етті. алматы медицина институтының Жалпы хирургия кафедрасын менгерушісі болып табылады, онда медицина ғылымдарының докторы, профессор Қалыбек дурманұлы дурманов белсене қызмет аткарып жур. Александр Николаевич Сызғанов (1896-1988) Қазан университетінің медицина факультетінің 1922 жылы Үздік гiгiрiн, 1934 жылы профессор деген ғылым атағымен Алматы медицина институтына келген еді, келс сала-ак ол республикалық кан кюю станциясын құру белсене катысады, 1935 жылы Қазақстан бойынша здемиялық жемсау ауруынын тарауын зерттеу үшін экспедиция құрып, осы жұмысты нәтижелі ретінде "казактанды эндемиялық жемсау" атты ғылыми еңбек жазбасы, а.н. сызғановтыкі усынысымен тағамдық тұзды иодтау керектігі дәлелденген еди, бул женінде казак үкімі каулы қабылдан болатын. профессор Сызғанов алматыда тұңғыш ашқан Республикалық онкология диспансерін ұйымдастырушы болды, окпе, онеш, асқазаннан ауыр іскеге (рак) шалынуын зерттеген ғалым. Республикалық эксперименттік клиникалық хирургия ғылыми-зерттеу институтын ұлымдастырушы болған да александр николаевич Сызғанов, ол осы ғылыми мекемесін басқара өткізіп, ехі жүзден астам ғылыми еңбек жазды. ғалымды тылдағы еңбегін лайықты бағалаған Ғылым академиясы александр николаевич сызғановты академияның Құрметті академигі стіп сайлады. академик сызғановтын басқарумен 18 хирург медицина ғылымының докторлары, ал 80-і медицина ғылымдарының кандидаттары деген ғылыми шабуыл болған жоқ. Қазақстан хирургтар клубының торагасы, бөкіодақтық" хирургия " журналының редколлегия мүшесі болған А.н. Сызғанов бірнеше рет Казак сср Жоғары Кеңесінің депутаттары болып сайланған. А. Н.сызғановпен бірге Қазақстанды хирургия ғылымын алға қарай дамытуға белсене катынасқандарды айтты кетер болсак, олар Алматы медицина институтын госпитальдік хирургия кафедрасын менгерушісі, профессор михаил иванович брякин және факультеттік хирургия кафедрасын менгерушісі, профессор аркадий борисович райз. Қазақстан хирургиясына еңбек сітіріп келе жатқан ғалымдарымызды біріміз - академик Мұхтар элиұлы элиев. Мұхтар элиұлы элиев 1933 жылы өмірге келген. педагогикалық училищесі битипин, ауылды жерде мұғалімдік қызмет атқарған. алматы қаласындағы медициналық институтты үздік битипин, учаскелік дәрігері, бас дәрігері қызметін атқарды да, аспирантура оқуына түсті. медицина ғылымының кандидаттары атагын алғаннан сон доцент, ал 1976 жылы докторлық диссертациясы қорғалғаннан кейін профессор атағына ие болып, Алматыдағы медициналық институтын хирургия кафедрасын менгерушісі және Казак сср Денсаулық сақтау министрлігін бас хирург қызметін қос атқарады. 1982-1987 жылдары

Қазақ КСР Денсаулық сақтау министрі, ал 1989 жылы Қазақ ССР Ғылым академиясының академигі болып сайланды.

Хирургиялық жұмыстарды ұйымдастыру.

Біздің елімізде халыққа хирургиялық көмек көрсету қызметі алты саламен жүріп жатады.

1. Ауруханалардағы хирургиялық бөлімшелердің жұмысы.
2. Хирург маманын даярлай және оның білімін тереңдету.
3. Аяқ астынан ауырып немесе жарақаттанып қалған адамдарға жедел әрі кедергісіз көмек көрсету.
4. Арнайы мамандандырылған хирургиялық көмек.
5. Қан құю жұмысын ұйымдастыру.
6. Ғылыми-зерттеулерді дұрыс жоспарлап, хирургияны ғылыми жолға қою.

Хирургиялық бөлімшелердің түрлері. Хирургиялық бөлімшелер басқа медициналық бөлімшелерге қарағанда өзінің ерекшелігімен бірнеше саты жоғары тұруы керек. Хирургияның негізінде ауру адамдарға операция н жасалатын болғандықтан, асептика мен антисептика мәселесіне өте қатты көңіл бөліну керек. Аз ғана асептика және антисептика ереже сәл ғана бұзылса, операциядан кейін жасалған жараның іріңдеуіне және оданда басқа жағдайға әкеліп соқтыруы мүмкін.

Хирургиялық бөлімшелерде аурулар «таза және ірінді» сырат түрлеріне бөлінеді, сондықтан хирургияда таза және ірінді хирургия болып есептеледі. Таза хирургия іріндеген және кабынған аурулары жок адамдарды емдейді, кебінесе операция жоспарлы түрде жасалады.

Ірінді хирургия кабынған аурулардың ірінді түрде асқынған түрлерін емдеп, көмек көрсетеді (шикан, карбункул, остеомиелит, ірінді аппендицит және тағы басқа). Инфекция ірінді аурудан, жарасы таза ауруға жұкпас үшін және аурухана аралық инфекцияны болдырмау үшін ірінді ауруларды жеке бөлмеге жатқызады. Бұндай ауруларға арнайы көмек көрсету үшін үлкен ауруханаларда жеке түрде ірінді хирургия бөлімшелері ұйымдастырылады.

Асептика-инфекциялардың жарақатқа түсуінің алдын алу шаралары. Инфекцияның таралуының екі жолы ажыратылады: эндогенді және экзогенді.

1. Инфекцияның экзоген тарқалу жолы:

А) ауа арқылы (ауа инфекциясы)

Б) сұйықтық тамшы жарақатқа микроскопик бөлекшелер күйінде (сөйлегенде, жетелгенде, шүкіргенде)

В) контакты инфекция жарақатқа-тігу материалдарымен, дренаждармен, жарақатта естен шығып қалдырылған бөгде заттармен, аспаптармен.

II Эндоген жолмен ілгеріден организмде бар инфекцияның ота жасалғаннан кейін қан немесе лимфа жүйесімен тарқалуы.



Осының бәрі инфекцияға қарсы күрес әдістерін жүйеге салуды талап етеді.

Ауа-тамшы инфекциясының алдын алу операция зал; байлау бөлмелерінде әдейі киімдер киіп, маска тағып, бахиллада жүру.

Операционный және байлау бөлмелерінің ауасын кварц - бактерицид шырақтарымен сәулелендіріп стерилизациялайды.

Контакты және имплантацион инфекцияны стерилизациялау - бұл операцияға қатысушылардың қолын, аспаптарды және (простыня, салфеткаларды) операцияда қолданылатын материалдарды стерилизациялау.

Операцион-байлау блоктарды күнделікті генеральный өңдеу, тазалау. Операционный блокқа тазаланған -фильтрленген ауа беру, операцияға қатынасы бар медицина қызметкерлердің мұрын, тамағынан леазон алып бактериалогик егіп тексеру, дистансеризацияға алып сауландыру.

Қолды өңдеп-стерилизациялау әдістері. Негізгі мақсаттарының бірі қол терісіндегі микроорганизмдерді мүмкін болғанынша максимал азайттыру және терінің терең қабатынан түсуін баяулату. Қол терісінде екі түрлі микрофлораны ажыратамыз:

а) Сырттан қолмен ұстаған заттардан түсетін. Қолды жақсылап леогалкамен, губкамен, щеткамен сабынды суда жуып химиялық препараттармен өндеседі, тазарады.

б) Терінің қатпарларында, тесіктерінде ұяласқан микрофлоралар, оларды дезинфекциялау қиындау.

Спакуоцкий-Кочергин әдісі: 10 минут сабындап 2 щеткамен ағар суда жуады, кейін 0.5 %-нашатырлы спирт ерітіндісі құйылған 2 - табақта 3-минуттан өңделеді. Табақтар қолданудан ілгері күйдіріліп стерилизацияланады. Қол нашатырлы спирт ерітіндісінде жуылғаннан соң стерил сүлгімен құрғатылады, кейін 96°-спиртпен ылғалданған марлялы салфеткамен өңдейді.

Кейін тырнақтарды саусақтың бүгілетін жерлерін теріні қатайтыру үшін йод тұнбасын жағады. Содан соң қолға глицерин жағып стерил қолқап киеді.

Альфельд әдісі-бұл ең ескі әдістердің бірі. Қолды ағын суда сабынмен щеткалап 10 минут жуады. Кейін стирил сүлгімен құрғатады. Құрғақ қолды 96°-спирт сіндірілген солфеткамен 5-минут өңдейді, тырнақтарға йод тұнбасы жағылады.



Фюрбрингер әдісі-ілгері әдістен ерекшелігі 96 -спирт орнына 70° спиртпен 3 минут өңдейді.

Фюрбрингер алғаш сулеманың 5:1000 ерітіндісімен өңдеуді кіргізген.

Кейінгі кездерде қолданылып жатқан дәрілерге:

а) С-4 ерітіндісі немесе Первомур. Қолды 1-2минут өңдейді.

б) Гибинат-хлоргексидин биглюконат ерітпесі (20% хлоргексидин биглюконаты 70 спиртпен 1:40 қатынасында араластырады). Қолды тазартып жуғаннан кейін осы антисептикпен 2-3минут өңдейді.



в) Йод препараттары - йодиол, йодонат, йодопирон;

г) Роккал

д) дегмин, деоцид, дегмацид-құрамында сынап бар препараттар(улы заттар).

Қолды жуудың ерекшеліктері бар. Қолды щеткамен жуғанда ағын су қолданылады:

Ілгері білекті, алақанды ылғалдайды, кейін стерилденген щеткаға сабын жағып көпіртіп алақан, қолдың сырты, бармақтардың ұшы, тырнақтар бармақ аралығы кейін жоғарғы үштігіне дейін жуылады. Жуу аяқталғаннан кейін білек жарым бүгілген жағдайда, бармақтарды жоғары ұстау қажет.

Операцион майданын даярлау.

Операцион майданы Филончиков әдісімен өңделеді, 10% -йод тұнбасымен 5-10 минут ішінде 2 рет өңделеді, кейін теріні тірілтуден ілгері, жараға тігіс қоюдан ілгері және тігіс қойылғаннан соң жас балаларда 1-бриллиант жасылы қолданылады.

Баккал әдісі бойынша.

Тігу материалдарын стиризациялау. Жібектен даярланған сабақты Кохер әдісімен стиризациялайды-ол 5 - кезеңнен тұрады:

1-кезең механикалық тазалау. Жіп түйіндерін сабындап ыстық суда жуып ,су таза болғанша жуған.

Стерил сүлгімен құрғатады да, шиши катушкаларға орайды.

2 кезең - 24 сағат Эфирге салып майсыздандырады.

3 кезең-қатайтыру және стиризация. Бұл үшін маска, стерил қолқап киіп, пинцетпен катушкаларды қайнап тұрған сулама ерітіндісінде 2 минут қайнатылады. Кейін аузы бекітілетін банкаларда 96° спиртте сақтайды. 2 күннен кейін бактерияға тексереді, егерде жауабы сол болса жіпті қолдану мүмкін. Қайта сынап тексеру әр 10 күнде қайталанады. Банкаға жіптің номері, тексерілген күні жауабы жазылады.

Персин әдісі. Антисептик есебінде қояды. Диоцидтің 1:1000 ерітіндісінде 24 сағатқа қояды. Кейін 1:5000 ерітіндісінде сақтайды.

Ат кылын стиризациялау. Ат кылы негізінен мойында, бетте пластика ота жасағанда қолданылады. Ат кылын тазалауға стиризациялауға коп коніл бөлінеді, себебі ат кылы беткейінде ірін шақырушы микроорганизмдермен бірге анаэроб инфекцияда болады. Ат кылын даярлау әдісі 5 - кезеңнен тұрады:

1-кезең механикалық өңдеу-жуатын заттармен жақсылап қайтара жуылған судағы көбіктің рені таза болғанша жуу.

2-кезең майсыздандыру - кылдарды бөліп, өріп бензинде сақтау 7-таулік

3 - кезең стиризациялау дистилляцияланған суда 40 минут қайнату, бояу жоғалғанша суды өзгертіп тұру

4-кезең кылды стерил сүлгімен құрғатады да 7 - таулікке 96 спиртте сақтайды 5-кезең кейін 96 спиртті басқа банкаға салып сақтайды

Стерилдігіне әр 10 күнде тексеріліп спирт ауыстырылады.

Кетгутты стиризациялау.

Кетгут - сорылатын жіп, қойдың ішегінің сероз булшық ет кабаттарынан даярланады. Кетгут Ситковский әдісі бойынша йод буында стиризацияланады. 4 - кезеңнен тұрады:

1-кезең - майсыздандыру кетгутты эфирде 24 сағат сақтайды

2 - кезең - кейінгі кезеңдерді операционныйда стерил жағдайда өткізіледі. Белшектеген сабақтарды боялмаған сулеманың 1:10000 ерітіндісімен сүртеді. 3-кезең йод буы жеңіл сінуі үшін 2% калий йод ерітіндісін сіндіреді. Кетгут жібінің қалыңдығына сәйкес көрсетілген ерітінділе 30С - 1,2,4 минут сақтайды.

4 кезең йод буымен стиризациялайды. Кетгут жібін денгелетіп орап жуан сабақтарға байлай ауызды тығындалатын банкіге 60-70 мм тубіне йод кристалы салынады 3 литрлікке 30 г есебінде алынады. Банкі тығындалып стерил салфеткамен оралады. Кетгутті бактериал сынақ сол нәтиже бергенде қолдануға рұқсат беріледі.

Губарев әдісі - кен таралған стиризация. Люгольдің спиртті ерітіндісінде өткізіледі. 3-кезеңнен тұрады:

1 кезең - майсыздандыру, оралған кетгутті 12-24 сағат эфирде сақтайды.



2 кезен - эфирді төгіп Люгольдің спиртті ерітіндісі куйылады. Кетгут сабагынын калындыгына сәйкес 8-10 таулік сактайды. Суйыктын кетгут жіптерінен >-3 см жоғары болуы кажет.

3 кезен істетілген Люголь ерітіндісін төгіп жанартады. 8-10 сактап, бактериологик сынак сол нәтиже берсе ісету мүмкін. Таяр кетгут Люголь ерітіндісінде сакталады, әр 8-10 таулікте өзгеріп тұрады.

Гейнац - Клаудиус әдісі - кетгут Люгольдің сулы ерітіндісінде (таза йод 10 г.

калий йодид 20 г дистилляцияланган су - 1000 мл) 8- 10 таулік сакталады. Кейінгі ерітінді тегіліп 96 спиртте 4-6 таулік сакталады. Кейін бактериологик сынактан кейін 96 спиртте сактайды, әр 10 кунде спиртті жанартып тұрады.

Капрон, Лавсан және баска да синтетик жіптер суда кайнатып стерилизалайды да спиртте сактайды.

Металл асбаптар барабанга салынып автоклавта стерилизацияланады немесе подностарга жайғастырылып автоклавтын стерилизацион камерасында стерилизацияланады. Стерилизация 15-20 минутта болады, автоклавтан алынған асбаптарды колдану мумкін. Сирек колданылатын әдіс 2% натрий гидрокарбонат ерітіндісінде 110С температурада кайнату.

Өткір кесетін асбаптарды скальпельдерді, кайшыларды суык стерилизациялайды немесе кайнап турган суда 5-10 минут кайнатып кейін дезинфекциялаушы суйыктыкта уштік ерітіндіде сактайды.

Шишадан істелінген заттарды кургак ыстыкпен кайнатып стерилизациялайды және суык жолмен стерилизациялынады уштік ерітіндіде, диоцидте 6% сутегі аскын тотығы ерітіндісінде.

Шприцтер тек автоклавта стерилизацияланады. Стерилизациялау мерзімі 160С 60 минут, 180С - 45 минут жуып тазаланган шприцтер 15-20 минут жуушы ерітінділерде 15-20 минут сакталады, кейін суда шайкалады, автоклавта немесе кургак ыстык шкафтарда әдейі пакеттерге немесе калташаларга салынып стерилизацияланады. Резинадан таярланган заттарды кайнатып, бу кысымымен немесе суык әдістермен стерилизациялайды. Резинадан таярланган заттарды 2% натрий гидрокарбонат ерітіндісінде баска асбаптардан бөлек стерилизациялайды. Автоклавта 1,5 атмосфералык бу басымы астында 45 минут стерилизациялайды. Катетер және зондтарды формалин буы немесе ОБ газымен стерилизациялаган макул.

Қолғаптарды автоклавта теменгі басым астында 110С температурада 45 минут стерилизациялайды.

Қолкап ішкі және сыртқы беткейлерін талык унтагы себіліп даке салфеткаларга оралып бикске жайғастырылады.

Суык әдістермен стерилизацияланганда кайнаткан, автоклавтанганнан ерекшелігі резенке заттардын эластикалык сипаты өзгермейді.

Денсаулык сактау министрлігінің бұрығы бойынша 6% сутегі аскын ерітіндісімен 50С жылытып 3 сагат экспозицияда стерилизациялайды. Газдармен, формалин буымен немесе ОБ (этилен тотығымен бромды метилен газдар араласпасы) Оптик жабдықтары бар асбаптар (цистикоп, лапороскоп, эндоскоптар) осындай әдістермен стерилизацияланады.

Стерильдеудін чынагын бактериологик, техникалык және термик әдістермен өткізіледі. Бактериологик сынак әдісі ең анык әдіс, бірақ жауабы кешігіп аныкталады. Бактериологик зерттеу үшін колдан, асбаптардан, операцион бельелардан мазок алынады.

Техникалык әдісі - манометр және термометр көрсеткіштері.

Термик әдісі - алтын күкірттің (111-120С), антипириннің (113С), антифебриннің(115С), резорциннің (110-119С) еру температурасына негізделген. Ең ескі сирек колданылатын әдіс - Микулич тексеруі - бул йод пен крахмалдын өзара әсеріне негізделген. Ак кагазга жай каламмен «стерильно» - деген сөз жазылады және үстінен 10 % крахмал ерітіндісін сүртеді, кургатып үстінен Люголь ерітпесін жағады. 100С ыстыкта агарып көрінбей калган «стерильно» сөзі айқындалады.

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



5.Әдебиет:

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

6. Қорытынды сұрақтары (кері байланысы)

1. ҚР хирургияның даму тарихы қандай?
2. 19-20 ғасырдағы хирургияның іргесін қалаушыларды атаңыз.
3. Хир-к көмекті ұйымдастырудың қандай ерекшеліктерін білесіз?
4. «Асептика» сөзі нені білдіреді?
5. Инфекциялардың қандай таралу жолдарын білесіз?
6. Зарарсыздандырудың қандай түрлерін білесіз?
7. Операция алдында хирург қолын өндеудің қандай түрлері бар?
8. Операциялық аймақты зарарсыздандыру қалай жүзеге асырылады?

№2 дәріс

1. Тақырып: Ауырсынуды басу. Анықтама. Ауырсынуды басудың түрлері. Анестезияның анықтамасы және жіктелуі. Есірткі заттарының әсер ету механизмі (анестезия теориялары). Ингаляциялық анестезия; эфир - оттегі, хлорэтил, газ. Анестезияның клиникалық фазалары, науқастың жағдайын бақылау.

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

3. Дәріс тезистері:

Жансыздандыру

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

Наркоздың теориялары :

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



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

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

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

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

Жансыздандырудың түрін таңдап , операцияның қауіп дәрежесін анықтайды . Бұлар наркоз ағымының және наркоздан кейінгі алғашқы кезеңнің болжамын көрсетеді . Қауіп - қатер дәрежесі Н.Н.

Малиновский әдісі бойынша , балдық қағиданы пайдаланып бағаланады . Олар аз дәрежелі қауіп (I , II) , орташа дәрежелі қауіп (III) және үлкен дәрежелі қауіп (IV , V) болып бөлінеді .

Наркоздың түрлері

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

Қолданылатын заттардың саны бойынша

мононаркоз - бір зат қолданылады ;

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

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

Наркоздың мынадай түрлерін ажыратады :

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

демеуші (негізгі) наркоз - операция жасау барысында қолданылады ;

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

Ингаляциялық наркоздың түрлері

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

Ингаляциялық наркоздың негізгі түріне эндотрахеальді (игтубациялық) наркоз жатады . Бұл кезде наркотикалық қоспа тікелей кеңірдекке жіберіледі . Ол үшін кеңірдектің интубациясы жасалады .

Интубация дегеніміз - кеңірдекке ауа өткізетін түтікшені енгізу . Интубация жасалғаннан кейін , науқасты ӨЖД аспабына қосу керек .

Ингаляциялық наркозды жүзеге асыру үшін , оңай буланатын (ұшқыш) сұйықтықтарды - эфир , фторотан , метоксифлюран (пентран) , үшхлорэтилен , хлороформ немесе газ тәрізді наркотикалық заттарды - азот тотығын , циклопропанды қолданады .

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

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

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

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

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

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

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

Нейролептанальгезия (НЛА) - веналық анестезия әдісі . Ол күшті нейролептикті (дроперидоллы) және наркотикалық анальгетикті (фентанилды) қосып қолдануға негізделген . Бұл кезде науқастың қозғалу тынымсыздығы жоғалады , хирургиялық агрессияға реакциясы төмендейді қоршаған ортаға деген немқұрайлылық пайда болады .

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

Премедикация

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

Операция болатын күні науқасты тамақтандырмайды . Операцияға дейін асқазанды , ішекті , қуықты тазалап , босату керек . Шұғыл жағдайларда асқазанға сүңгі енгізіледі .

Нерв жүйесі тұрақсыз науқастарға күні бұрын седуксен немесе реланиум тағайындалады. Түнде ұйықтататын дәрі береді . Операциядан 40 мин бұрын тері астына немесе бұлшықетке 1 мл 1-2 % промедол ерітіндісін немесе 1 мл пентоз (лексир) , 2 мл фентанил ерітінділерін енгізеді . Кезбе нервтің қызметін тежеу және саливацияны азайту үшін , 0,1 % атропин ерітіндісін салады .

Аллергиялық анамнезі науқастарға премедикацияға антигистаминді заттарды қосып жасайды .

Операция алдында ауыз қуысын тексеріп , шешілетін тістер мен протездерді алып тастайды .

Шұғыл операция кезінде асқазанды жуып , премедикацияны операциялық үстелде жасайды және дәрілік заттарды венаға енгізеді .

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

Асқынулар көбінесе енгізу наркозында немесе ояну уақытысында байқалады

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургия» кафедрасы	44 / 11 ()	
«Жалпы хирургия» пәні бойынша дәріс кешені	64 беттің 12 беті	

Тыныс алу жүйесі жағынан негізгі асқынулар тыныс жолдарының бітеліп қалуынан (тілдің артқа ығысуы , ларингоспазм , бронхоспазм , тыныс алу жолдарының құсық бөліністерімен бітелуі) және тыныс регуляциясының бұзылуынан болады .

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

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

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

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

Тыныстың тежелуі ӨЖД - ды талап етеді .

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

Брадикардия - өте қауіпті асқынуға жатады , ол жүректің тоқтауының жаршысы болып табылады .

Жедел көмек ретінде гипоксияны жою және қан жоғалтуды тоқтату шараларын жүргізу керек .

Брадикардия кезінде атропинді енгізіп , наркоздың тереңдігін бағалау қажет . Кардиоаритмия кезінде , антиаритмиялық заттарды пайдаланады , ал жүрек қарыншаларының фибрилляциясы кезінде , дефибрилляция жүргізіледі .

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

Ем - патогенетикалық .

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

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

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

Қазіргі кезде жүргізілетін наркоз

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

Қосарланған эндотрахеальдінаркоздың артықшылығы :

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

Наркоздың сатылары

Наркоздың клиникалық ағымы 4 сатыдан өтеді :

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

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

III сатысы - хирургиялық ұйқы -жансыздандырудың міндеті болып табылады . Бұл сатыда хирургиялық операция жасалады . Хирургиялық ұйқы сатысы 4 деңгейге бөлінеді . Олар бір - бірінен тыныс алу жағдайына , жүрек - қан - тамыр жүйесінің рефлекстердің жойылуына қарап ажыратылады . Хирургиялық ұйқы сатысының деңгейін көздің рефлекстері арқылы анықтау ыңғайлы, өйткені олар сопақша мидың көзді қозғаушы орталығымен тығыз байланыста болады және тыныс алу мен қан айналым орталықтарына жақын орналасады . Сондықтан , қарашықтардың реакциясына қарап , тыныс алу мен жүрек қызметінің жағдайын анықтауға болады .

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

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

3 деңгей - қарашықтардың кеңею деңгейі .

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

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

Кеңірдекке интубация жасау тәсілі

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

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

Анестезиолог науқастың бас жағында тұрады, сол қолымен ларингоскопты ұстап, науқастың басын артқа қарай шалқайтады. Одан кейін, ларингоскоптың басын ауыз қуысына енгізіп, тілді солға ығыстырады. Ауыз қуысын қарағанда, бірінші тілшік көрінеді. Ларингоскоптың басын көмекей қақпашығы көрінгенде жылжытады. Оны жоғары қарай көтергенде, астында үшбұрыш тәрізді дауыс байламдары көрінеді, ол кеңірдектің кіре берісі болып табылады. Спонтанды демалу кезінде интубация жасағанда, дауыс байламдары дем алу фазасына сай қозғалады: тыныс алғанда - байламдар сыртқа қарай ығысады. Миорелаксанттарды енгізгеннен кейін, дауыс байламдары толық босаңсиды. Интубациялық түтікшені оң қолда ұстап, ларингоскоп басының жиегімен жылжытып, дауыс байламдары арқылы кеңірдекке енгізеді. Интубациялық түтікшенің кеңірдекте дұрыс тұрғандығын, оң және сол өкпенің аускультациясы арқылы тексеруге болады.

Түтікшенің дистальді бөлігінде манжета болады. Ол дауыс байламдарынан өтіп, орналасуы керек.

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

Ояну сатысының асқынулары

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

Апноэ - миорелаксанттарды қолданудың нәтижесінде туатын, ауыр асқынудың қатарына жатады. Оның себептері мынадай: дитилин типті күрделі эфирлерді ыдырататын псевдохолинэстеразаның мөлшерінің темен болуы, ол өте ауыр, жүдеген науқастарда кездеседі; миорелаксанттардың кумуляциясы-қанда миорелаксанттардың гидролиз өнімдерінің жиналуы; екі

жақтык бөгеттің сипаты өзгеріп, антидеполяризациялаушыға ерекшеленеді; екі электролитті және қышқыл-сілтілі тепе-теңдіктің бұзылыстары. Ұзаққа созылған апноэ кезінде, құрамында псевдохолинэстеразасы бар жаңа мұздатылған плазманы құю керек, сонымен қатар электролитті және қышқыл-сілтілі тепе-теңдіктің бұзылыстарын түзеу кажет.

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

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

магний сульфатын және

Емі: науқасты жылыту; АҚ қадағалап отырып, магний сульфатын және ганглиоблокаторларды (пентамин, бензогексоний) венаға енгізу керек. Кейде калтыраудың себебі гипогликемиялық жағдай немесе жана цитратты қанды көп мөлшерде құйғанда дамиды гипокальциемия болып табылады.

4. Иллюстрациялық материал:





5. Әдебиет:

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

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

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

№3 дәріс

1. Тақырыбы: Қан кету және гемостаз.

2. Мақсаты: Студенттердің қан кету және гемостаз мәселелері бойынша білімдерін бекіту және кеңейту. Әртүрлі қан кету және гемостаз түрлеріне көрсеткіштер мен қарсы көрсеткіштерді анықтауға үйрету. Қан кету дәрежесін тануға және әртүрлі асқынулар кезінде науқасқа дер кезінде көмек көрсетуге үйрету.

3. Дәріс тезистері:

Қан кету - қанның қан айналымынан сыртқы ортаға немесе ішкі ағзаларға төгілуі. Қалыпты жағдайда адамда шамамен 4 - 5 литр қан болады, оның 60% тамырлар арқылы айналады, ал 40% қан қоймасында (бауыр, көкбауыр және т.б.) болады. Қанның 1/3 бөлігінің жоғалуы өмірге қауіп төндіреді, бірақ ол тез бітетін болса, пациенттер аз қан жоғалтумен өлуі мүмкін. Ерлер қан жоғалтуға нашар төзеді, ал әйелдер қан жоғалтуға көбірек бейімделеді.

Ішкі және сыртқы қан кетуді ажыратыңыз. Зақымдалған қан тамырларының түріне байланысты қан кетуі мүмкін

- артериялық,
- веноздық,
- капиллярлық,
- паренхималық,
- аралас

Артериялық қан кету жарадан қанның пульсирленген ағынмен ағуымен сипатталады. Веноздық қан кету кезінде қан күнгірттенеді және өздігінен тоқтау үрдісінсіз үздіксіз ағынмен жарадан көп мөлшерде шығарылады. Жарада кесілген тамыр көрінеді. Бұлшықет-тері жараларында капиллярлық қан кетулер байқалады. Қан үлкен вена зақымданғанға қарағанда аз қарқынды түрде бөлінеді, ол өздігінен тоқтауға бейім, сыртқа ағып жатқан қан мөлшері жараның мөлшеріне байланысты.

Себебі:

1. Посттравматикалық – жарақат немесе жаралар, соның ішінде операциялық жарақаттар нәтижесінде;
2. Аррозиялық – патологиялық процеспен тамыр қабырғасының тоттануынан: асқазан жарасы, ыдырайтын ісік, ұлпалар мен тамыр қабырғаларының іріңді бірігуі;
3. Диapedиялық - қан тамырлары қабырғаларының тұтастығын бұзбай қан кету - қан ауруларымен (гемофилия), авитаминозмен (цинга) және т.б.

Сыртқы ортамен байланыс сипаты бойынша: Сыртқы, ішкі және жасырын қан кетулерді ажырату.

1. Сыртқы – қан тікелей сыртқы ортаға түседі, сондықтан оны диагностикалау оңай.
2. Ішкі – қан ағып жатқан қанның сыртқы ортамен байланысы жоқ. Сорттары: дене қуысында және тіндерде қан кету.

Дене қуысында:

- а) құрсақ қуысында – гемоперитонеум, көбінесе паренхималық мүшелердің зақымдалуымен;
- б) плевра қуысында – гемоторакс, жиі қабырғалардың сынуы немесе пышақ жарақаттары;
- в) буын қуысында – гемартроз;
- г) жүрек қалтасының қуысына – гемоперикард, перикард қуысына қанның едәуір мөлшерде жиналуы жүректің қысылуын – жүрек тампонадасын тудырады.

Дене тінде:

- а) қан кету – тіндердің қанмен диффузды сіңуі;
- б) гематома – қуыс пайда болған тіндерде қанның жиналуы;

Жедел қан жоғалтудың клиникалық көрінісі қандай?

Жедел қан жоғалтумен зардап шегуші бозарған, суық тер басқан, әдетте енжар, қоршаған ортаға немқұрайлы қарайды, баяу сөйлейді, бас айналу және «шыбындардың» жыпылықтауына шағымданады немесе басын көтергенде көз алдында қарайып кетеді, су сұрайды. , ауыздың құрғауы байқалады. Пульс жиі, аз толтырылады, қан қысымы төмендейді және көп мөлшерде қанның тез ағуымен тұрақты гипотензиямен геморрагиялық шок суреті дамиды.

Артериялық қан кету

Сыртқы артериялық қан кетуді тоқтатудың негізгі принциптері қандай?

Көбінесе жәбірленушінің өмірін сақтайтын негізгі шұғыл шара сыртқы қан кетуді уақытша тоқтату болып табылады. Травматикалық ампутациялар кезінде жоғарғы және төменгі аяқ-қолдың тамырларынан, сондай-ақ аяқ-қолдың діңгегінен қан кету екі кезеңде тоқтатылады: біріншіден, қан ағымын тоқтату үшін артерияны жарақаттанған жердің үстінен сүйектің шығыңқы жеріне дейін басады. жарақат орнына, содан кейін стандартты немесе импровизацияланған турникет қолданылады. Жгуттың астына жгут салынған уақытты көрсететін белгі қойылады. Турникетті қолдану уақыты ілеспе парақта көрсетілуі керек. Сыртқы қан кетуді тоқтату алғашқы медициналық көмек көрсетудің басты мақсаты болып табылады. Артериялық қан кету ерекше қауіпті. Артериялар - қанды жүректен мүшелерге апаратын қан тамырлары. Ең қауіпті жарақаттар - үлкен артериялар - феморальды, иық, ұйқы; бұл жағдайларда өлім бірнеше минут ішінде болуы мүмкін.

Мысалы, феморальды артериядан қан кету 1-2 минут ішінде жәбірленушінің өліміне әкелуі мүмкін. Сондықтан артериялардың сандық қысымының әдістерін және артериялық жгут салу техникасын білу және қолдана білу қажет.

Суретте қан кетуді уақытша тоқтату үшін негізгі артерияларды басу диаграммасы көрсетілген. Артерияны саусақпен немесе алақанмен басу артериялық жгутты қолданбас бұрын жүзеге асырылады. Турникет тек иыққа немесе жамбасқа қолданылуы өте маңызды

Артериялық қан кетудің белгілері:

Қан жарадан пульсті ағынмен шығады.

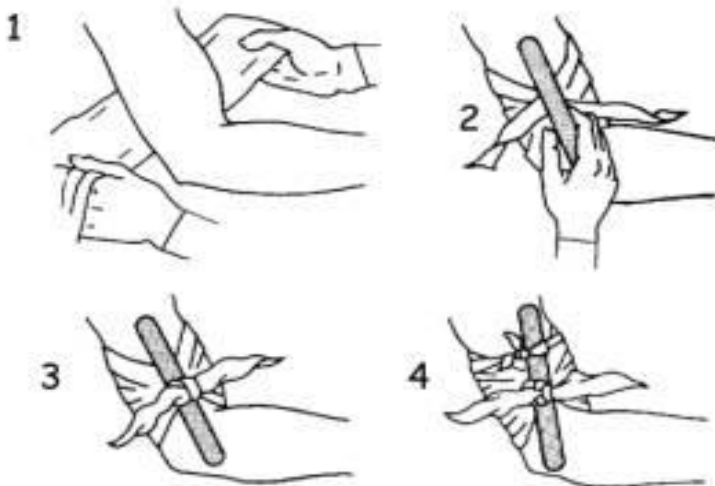
Қанның түсі ашық қызыл.

Қанның пульсациясы пульс жиілігімен сәйкес келеді.

Қан кету кезінде артерияны басу ережелері келесідей: Артерияны жараның үстінде басыңыз (жүрекке жақынырақ) Қан кетуді тоқтату үшін артерияны жеткілікті күшпен басыңыз. Турникетті қолданар алдында қысымды түсірмеңіз Беткей артериялар үшін оны саусақпен басу жеткілікті, үлкен артериялар үшін (феморальды) алақанды немесе жұдырықты пайдаланыңыз.

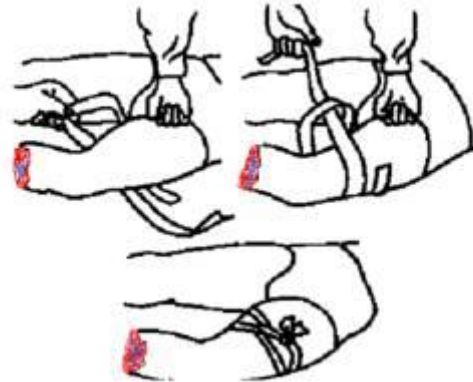
Ірі артериялардың зақымдануы кезінде жгутты қолдану: Аяқ-қол аймағын орамалмен (дәке) қан кету орнына (орталық) ораңыз. Зақымдалған аяқ-қолды көтеріңіз. Турникетті аздап созып, аяқтың айналасында 2-3 айналым жасаңыз. Жіптің ұштарын ілмекпен және шынжырмен бекітіңіз. Үйде жасалған жгуттың ұштарын байлаңыз (қалың арқан, мата, белдік). Турникет қашан қолданылғанын көрсететін жазба қалдырыңыз. Турникет аяқ-қолда 2 сағаттан аспауы мүмкін! Жараға стерильді таңғышты жағыңыз.

Артериальное кровотечение.



Мысалы, суретте көмекші материал бумасының қолданылуы көрсетілген. 1. аяқ-қолдың үстіңгі бөлігін дәке қабатымен ораңыз. 2. Қалың матаны (орамалды) және таяқшаны пайдаланып, экспромттық

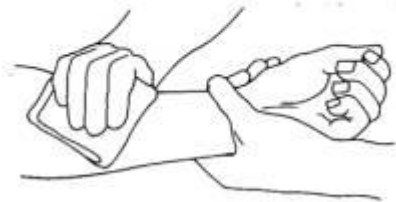
Артериальное кровотечение.



бұралуды қолданыңыз. 3. Таяқшаны айналдыру . Сіз кәдімгі резеңке жолақты пайдалана аласыз. Оны қолдану техникасы күрделі емес. Мысалы, төменгі аяқты ампутациялағанда, сан венасын жұдырықпен қысуды тоқтатпай, сан астынан резеңке жгутты өткізіп, ілмек жасап, қан тоқтағанша қатайтамыз және түйін байлаймыз. Жгут дұрыс қойылса, жарадан қан кету тоқтайды, аяқтың радиалды артериясында немесе дорсальды артериясында пульс жоғалады, дистальды аяқ-қолдар бозарады. Жгуттың астына жгут салынған уақытты көрсететін белгі қойылады.

Артериальное кровотечение.

Давящая повязка для остановки кровотечения



Білектегі, қолдағы, табандағы ұсақ артериялардан қан кетуді жгут салмай, жарадағы тамырларды қысу арқылы тоқтатуға болады. Біз жараға таза майлық жағып, оны толығымен басып, 4-5 минут ұстаймыз. Содан кейін қысымды таңғышты қолданыңыз. Турникет тек көп мөлшердегі көп жаралар мен қолдың немесе аяқтың жаншылған жарақаттары үшін қолданылады. Сандық артериялардың жаралары тығыз қысым таңғышымен тоқтатылады. Бас терісі, бас, мойын және дене аймағындағы сыртқы артериялық қан кету қалай тоқтатылады? Бас терісіндегі (уақытша артериясы), мойындағы (каротид артериясы) және кеудедегі (жақ асты және мықын артериялары) артериялық қан кету жараны тығыз тампонадалау арқылы тоқтатылады. Пинцетпен немесе қысқышпен жара майлықтармен тығыз жабылады, оның үстіне стерильді қаптамадан ашылған таңғышты салып, оны мүмкіндігінше тығыз таңуға болады. Егер артерия жарада көрінсе, онда гемостатикалық қысқыштарды қолдануға болады.

Веноздық қан кету

Веноздық қан кетудің белгілері

Егер қан қою қызыл түсті болса және жарадан тыныс алу кезінде баяу немесе аздап пульсирленген ағынмен шықса, науқаста веноздық қан кету бар. Ірі веналардан қан кету (фemorальды, субклавияндық, мойындық) қанның тез жоғалуына да, ауа эмболиясының ықтималдығына байланысты науқастың өміріне қауіп төндіреді. Веналардың травматикалық зақымдануынан басқа, веноздық қан кету мұрынның шырышты қабығындағы қан тамырларының жарылуы немесе төменгі аяғындағы варикозды веналар болуы мүмкін. Аспирин қабылдаудан туындаған мұрыннан қан кету, қан қысымының жоғарылауы ұзақ уақыт бойы тоқтамауы мүмкін және науқасты ауруханаға жатқызуды талап етеді. Кез

келген веноздық қан кету үшін алғашқы көмек қысымды таңғышты, суықты және жоғары позицияны қолдануды қамтиды.

Веноздық қан кетуге көмектесіңіз

Қысым таңғышын салу және суыққа ұшырау. Перифериялық тамырлардан жүрекке веноздық қан көтерілген кезде жараның астына қысым таңғышы қолданылады. Мұндай қысым таңғышы бірнеше зарарсыздандырылған дәке жастықшаларынан немесе жараланбаған бинттен тұрады, оған турникет немесе серпімді таңғыш қолданылады. Веноздық жгутты қолданудың дұрыстығы қанның тоқтауымен, бірақ басылған жерден төмен пульсацияның сақталуымен дәлелденеді. Қан кету көзіне проекциядағы таңғыштың үстіне мұзды немесе суық сумен толтырылған жылытқышты қолданған дұрыс. 30-40 минуттан кейін осы аймақтағы жалпы қан ағымын қалпына келтіру үшін суықты 10 минутқа алып тастау керек екенін ұмытпаңыз.

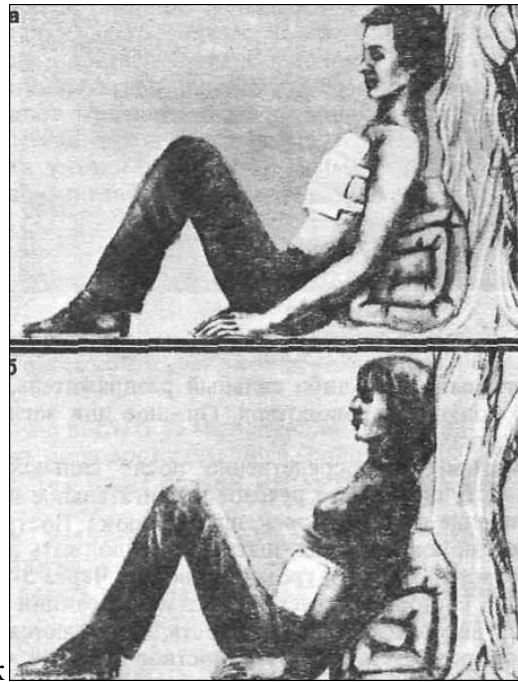
Егер аяқ-қолдан қан кетсе, оған жоғары позиция беру керек. Мұрыннан қан кету кезінде мұрынның қанаты оның қалқасына басылады, алдымен мұрын жолына 3% сутегі асқын тотығымен суланған мақта шарын енгізу жақсы. Мұрын көпірінің аймағына немесе бастың артына 3-4 минут бойы қан тоқтағанша 3-4 минут үзіліспен суық жағылады. Басты артқа лақтырудың қажеті жоқ, өйткені қан тамақтың артқы жағынан ағып кетеді. Капиллярлық қан кетудің белгілері Жараның бүкіл бетінен қанның баяу ағуы капиллярлық қан кетудің көрсеткіші болып табылады. Мұндай жараның зиянсыз болып көрінгенімен, егер пациент қанның ұюы нашар болса (гемофилия) болса, мұндай қан кетуді тоқтату үлкен қиындықтар тудырады.



Капиллярлық қан кетуге көмектесіңіз. Қысым таңғышын қолдану. Егер сіздің алғашқы көмек жинағыңызда гемостатикалық губка болса, оны жараға жағу керек, содан кейін қысымды таңғышты қолдану керек. Егер мұндай губка болмаса, жараға бірнеше қабат дәке майлықтары жағылады, олар қысымды таңғышпен бекітіледі. Кез келген жағдайда, егер жара аяқ-қолда болса, оған жоғары позиция беріліп, демалумен және суықпен қамтамасыз етілуі керек (мұз пакеті).

Паренхималық қан кету (ішкі) жедел ауруханаға жатқызудың себебі ішкі қан кету болып табылады. Ішкі қан кетуге күдік болса, ол келгенге дейін тез арада жедел жәрдем шақырып, алғашқы көмек көрсету керек. Мүмкін болатын ішкі қан кетуді келесі белгілермен анықтауға болады

- терінің бозаруы
- шаршау, ұйқышылдық, әлсіздік
- қан ұйыған жөтел немесе өкпеден қан кетумен қызыл көпіршікті қақырық
- «кофе ұнтағы» құсу немесе асқазаннан қан кетумен бірге қара түсті нәжіс
- суық тер
- қан қысымының төмендеуі және жүрек соғу жиілігінің жоғарылауы



Алғашқы көмек көрсету алгоритмі осындай болуы керек

- науқас толық тыныштықта болуы керек.
- Мүмкіндігінше таза ауамен қамтамасыз етіңіз
- егер ауырсынуды немесе басқа белгілерді локализациялау арқылы қан кету орнын ұсыну мүмкін болса, онда зардап шеккен аймаққа мұзды жағу керек. Үйде мұз, мұздатылған ет және басқа мұздатылған тағамдарды полиэтилен пакетке салып, сүлгімен орап алады.
- мүмкін болса гемостатикалық препараттарды енгізу (кальций хлориді, викасол, эпсилон-аминокапрой қышқылы, гемофобин)

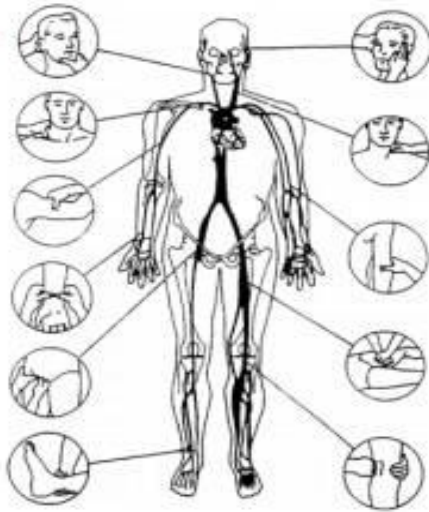
Өкпеден қан кетудің себебі өкпенің жарақаты немесе ауруы (туберкулез, абсцесс, ісік және т.б.) және жүрек (митральды жүрек ауруы) болуы мүмкін. Көбік қанды жөтелмен, қанға боялған қақырықпен, еңтігумен, еңтігумен сипатталады. Ауыр қан кету кезінде қан ұйыған кезде жөтелді, жедел қан жоғалту белгілері бар: қатты бозару, бас айналу, қан қысымының төмендеуі. Зардап шегушіге жартылай отыратын жағдай беріледі, тіреу үшін арқаның астына ролик қойылады, кеуде қуысы босатылады (жағасы, шалбар белдігі шешіледі, кеудеге суық компресс қолданылады, таза ауа беріледі). Науқасқа сөйлеуге, қозғалуға, жөтелуге тыйым салынады. Шұғыл түрде медициналық мекемеге жіберуді ұйымдастырыңыз. **Кеуде ішілік қан кету** кеуде жарақатының және ішкі органдардың зақымдануының салдары болып табылады: жүрек, үлкен тамырлар, өкпе. Плевра қуысына қан кету массивті, әдетте, өздігінен тоқтамайды. Плевра қуысында қанның көбеюі өкпенің кеңеюін шектейді, бұл тыныс алу жеткіліксіздігінің дамуына ықпал етеді. Өкпенің жарылуы өкпеден қан кету симптомдарымен бірге жүреді, тыныс алу жолдарына көп мөлшерде қан түсуі тыныс алудың жоғарылауымен, терінің және шырышты қабаттардың көкшіл түсімен көрінетін асфиксияға әкеледі. Қауіпті белгілердің жоғарылауының жылдамдығы зардап шегушіні хирургиялық көмек көрсету үшін медициналық мекемеге жедел жеткізуді талап етеді. Науқасқа төменгі аяқ-қолдары бүгілген жартылай отыратын жағдай беріледі, кеудеге мұз қаптамасы қолданылады, Асқазанның жарасы, асқазанның қатерлі ісігі, басқа аурулар немесе жарақаттар асқазан-ішек жолдарының люменіне қан кету арқылы қиындайды. Мұндай қан кетудің белгілері кофе ұнтағының түсінің құсуы, шайырлы нәжіс, жедел анемияның жалпы белгілері: бозару, тахикардия, қан қысымының төмендеуі, әлсіздік, сананың жоғалуы. Науқас толық демалумен және көлденең күймен қамтамасыз етіледі. Эпигастрий аймағына мұз пакеті қойылады, мұздың кішкене бөліктерін жұтуға болады. Ауруханаға тасымалдау зембілде жатқан калпында жүзеге асырылады. **Құрсақішілік қан кету** ішкі ағзалардың зақымдануымен іштің жарақаты нәтижесінде пайда болады - бұл іштің ішіндегі қан кетудің ең көп тараған себебі. Әйелдерде абдоминалды қан кету жиі тубальды жүктіліктің бұзылуымен бірге жүреді. Құрсақішілік қан кету үлкен қан жоғалтумен (2-3 литрге дейін), өздігінен тоқтаудың мүмкін еместігімен, перитонит қаупімен сипатталады. Олар ауыр, жедел анемия белгілері бар, коллапс. Жәбірленушіні құтқарудың жалғыз жолы - қан кетуді түпкілікті

тоқтатуға бағытталған шұғыл операция. Науқасты ішуге және тамақтандыруға тыйым салынады, асқазанға салқын компресс немесе мұз пакетімен және көмек көрсететін адамның сүйемелдеуімен бейім күйде тасымалданады. Қансыраған зардап шегушіні емдеу мекемесіне жеткізу кезінде ілесіп жүретін адам науқастың жағдайын, санасын, сыртқы келбетін бақылап, мезгіл-мезгіл тамыр соғысын, мүмкіндігінше қан қысымын тіркейді. Жәбірленушінің өмірі, сайып келгенде, қан кетудің кез келген түріне алғашқы көмектің уақтылы және дұрыстығына байланысты. Қан кетудің нәтижесі көбінесе қан жоғалтудан туындаған патофизиологиялық ауытқуларды қалыпқа келтіруге бағытталған аурухана сатысында жүргізілетін терапиялық шараларға байланысты.

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

Кровотечение.

Места прижатия
артерий для
временной
остановки
артериального
кровотечения.

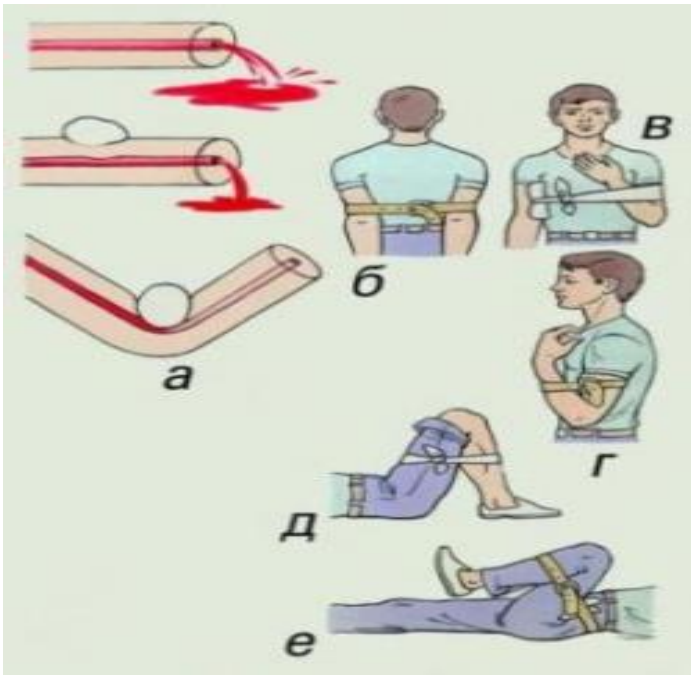


Артериальное кровотечение.

Прижимайте артерию выше раны (ближе к сердцу)

Прижимайте поверхностную артерию пальцем
крульную (бедренную) ладанью или кулаком





5.Әдебиет:

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

6. Қорытынды сұрақтары (кері байланысы)

1. Қан кету туралы түсінік
2. Гематома және қан құю дегеніміз не
3. Қан кетудің жіктелуі
4. Қан кету кезіндегі жалпы симптомдар
5. Гемоторакс; түсінігі, клиникасы, емі
6. Гемоперитонеум: түсінік, клиника, емдеу
7. Гемоперикард; Гемокраниум: түсінік, клиника, емдеу
8. Қан кету қаупі мен нәтижесі. Қан кетуді уақытша тоқтату
9. Қысқыш таңғышты салу. Саусақты қысу. Жгут салу.
10. Жгут арқылы қан кетуді тоқтату тәсілінің кемшіліктері
11. Қан кетуді соңғы тоқтату. Қан кетуді тоқтатудың механикалық, термиялық, химиялық, биологиялық әдістері.
12. Жедел және созылмалы анемия
13. Қан кету кезіндегі ағзаның компенсаторлық реакциялары
14. Қанның жалпы талдауының қалыпты көрсеткіштері

№5 дәріс

1. Тақырыбы: Қан топтары. Резус-факторы. Қан құю.

2. Мақсаты: Трансфузиологияның жалпы сұрақтары бойынша студенттердің білімдерін дамыту. Және нығайту. Қан топтарын және резус-факторларды анықтауды үйрету. Қан және қаналмастырғыштарды құюдың көрсеткіштері мен қарсы көрсеткіштер анықтауды үйрету. Қан құю әдістерімен таныстыру. Қан құю барысында кездесетін түрлі асқынулар кезінде реанимациялық көмек көрсету дағдыларын жете меңгеруді үйрету.

3. Дәріс тезистері:

Трансфузиология (латынша. Transfusio-құю, грекше. Logos-ілім)-қанның физиологиялық құрылысы мен қызметы және жасушадан тыс сұйықтықтардың өзгеруі салдарынан трансфузиологиялық заттарды және қосымша немесе қанның басқада компоненттерінің орнына парентералды енгізуді айтамыз.



Қан құю-ол күрделі,алуан түрлі қызметі бар тірі тінді трансплантациялау болып табылады.Гемотрансфузия айналымдағы қан көлемін толтырады,зат алмасуын,қанның оттегіні,қоректік заттарды,метаболизм өнімдерін тасмалдауын жақсартады.

Құйылған қанмен бірге дененің көптеген қызметіне қатысатын гормондар мен ферменттер енгізіледі.

Құйылған қан ұзақ уақытқа дейін қан түйіршіктері, ферменттер, гормондар және т.б. арқасында қызметін атқарады.

Дәрігер трансфузиологтың міндеттері:

- Өз ісін адал және шебер атқара білу қажет
- Қан дайындағанда донорлықты ұйымдастыру
- Емдік-профилактикалық мекемелерде трансфузиологиялық көмекті ұйымдастыру және оны қадағалауларға қатысу
- Түрлі топтағы донорларды медициналық тексерулерден өткізу.
- Қан жасушаларын, плазманы, донорлық қанды түрлі әдістермен дайындау.
- Донорлардан алған қанды бактериологиялық тексеруден өткізу
- Трансфузиологиялық заттарды сақтауды ұйымдастыруға қатысу.
- Трансфузиялық терапия алдында науқастарды тексеріп және әр түрлі аурулар мен травмада индивидуальды трансфузиологиялық ақпаратты (программа) құрастыру
- Емдеу орталықтарында аутогемотрансфузияны және реинфузияны ұйымдастыру
- Қан құйып болған сон асқынуларды анықтау, асқынулар бола қалған жағдайда алғашқы көмек көрсету және емдеу.

• Қан орталығында санитарлық жағдайды сақтау және жұмыс барысында аппараттармен жұмыс істегенде қауіпсіздік ережесін сақтауды қадағалау.

• Травма және өлім қаупі бар жағдайда шұғыл медициналық көмек көрсету.

• Орта және кіші буынды медицина қызметкерлерінің дұрыс жұмыс істеуін бақылау.

• ҚР денсаулық сақтау министрлігінің талабына сай медициналық құжаттарды толтыру.

• Барлық кезде өзінің теориялық және тәжірибелік білімін жетілдіру

• Соңғы трансфузиология іліміндегі жетістіктер мен іс-тәжірибелерді өз жұмысында қолдану

Құйылған қанның әсер ету механизмі

• Гемостатикалық(қан тоқтатушы) қызметі-бұл қанның ұю жүйесінде ауытқулар болған кезде,мысалы:гемофилия,холемия,геморрагиялық диатез,қаңсырау кезінде өте маңызды Құйылған қанның гемостатикалық әсері қанның ұюшы факторларының енуімен түсіндіріледі. Жаңа алынған немесе сақталу мерзімі аз қанның гемостатикалық әсері күшті болады.

• Дезинтоксикациялық әсері- құйылған қан реципиент қанында жүрген токсиндерді абсорбция жасайды. Оттегі тасмалдау мен улы заттардың ағзаға тасмалдануының ұлғаюы маңызды роль атқарады. Бұл ағзаларда улы заттар байланыстырылып,шығарылып отырады.

• Иммунокоррекциялық әсері-денеге фагоцитозды іске асыратын нейтрофилдардың,жасушалық иммунитетке жауап беретін лимфоциттердің енгізілумен түсіндіріледі.Гумморальді иммунитет те иммуноглобулиндер, интерферон және т.б. аққасында үдейді.

• Қан құйылғаннан соң, организмде стресске ұқсас өзгерістер дамиды. Реципиенттің негізгі зат алмасуы, газ алмасуы жақсарады. Қан құю табиғи иммунитет факторларына белсендіруші әсер көрсетеді.

Гипоталамо- гипофизарлы-адреналды жүйенің белсенділігі жоғарылайды

Тромбоцитті масса-донор қанынан тромбоцитті бөлу арқылы алынады.Оны 4 градус температурада 6-8 сағат, 22 градус температурада 72 сағат сақтайды. Құйылған тромбоциттің өмір сүру уақыты 7-9 кун.

Тромбоцитті массаның трансфузиялық көрсеткіші-тромбоцитопенияның әртүрлі салдары (қан жүйесінің аурулары, саулелік терапия, химиотерапия). Тромбоцитті массаның трансфузиясында топтық үйлесімділік, биологиялық сынама өткізеді, себебі донордың эритроциттерінің қоспасы болуы мүмкүн.

Лейкоцитті масса-24 сағатқа дейін 4-6С температурада пластикалық қапшықтардатнемесе флакондарда сақталады. Бұны лейкоцит жеткіліксіздігі бар науқастарда қолданады.(лейкопенияда, агранулоцитозда, қанның түзілуі төмендегенде),химиотерапиядан кейін,сепсисте ұсынылады. Асқынулар: демікпе, тітіркену, дене қызуының жоғарылауы, тахикардия, АҚ төмендеу түрінде көрінеді.

•Нативті плазманы донор қанынан залалсыз жағдайда центрифуганы қолданып,тұндыру немесе автоматты сепараторлар(плазмаферез) көмегімен алады.Дайындалғаннан кейін, тез арада қолданылады, 2-3 сағаттан аспау керек. Құрамында белоктар,көптеген биологиялық белсенді заттар болады.Жаңа мұздатылған плазма-алынғаннан кейін, 4-6 сағаттың ішінде -30 С-40 С температурада мұздату арқылы дайындайды. Қолдану алдында 37-38С температурада ерітеді.Қолданылуы: күйіктің кез-келген дәрежелерінде, ірінді-септикалық ауруларда және қанның ұю факторлары бұзылғанда қолданылады. Жарамсыздығы: қою массалардың пайда болуы, күңгірт-сүр түске ауысуы, жағымсызидістің пайда болуы.

Ерітілген плазманы сақтауға болмайды, мүмкіндігінше 2-3сағаттың ішінде пайдалану керек.

•Құрғақ плазма-вакуум жағдайында мұздатылған плазмадан алынады. 5 жылға дейін сақтай беруге болады. Қолданар алдында дистилденген су немесе натрий хлоридінің изотониялық ерітіндісімен араластыру керек. Нативті және мұздатылған плазма сияқты қолданылады, бірақ гемостатикалық мақсатта құрғақ плазма қолданылмайды.

Альбуминді-плазманы бөлшектеу арқылы алынады. Препарат онкотикалық қысымды жоғарылатады, тамырдағы суды ұстап тұруға көмектеседі, ЦҚК ұлғайтады және шокқа қарсы әсер көрсетеді. Протеин-гипопротеинемиясы бар науқастарға күнделікті 250-500 мл ерітінді құю керек. Ал шок кезінде, көп қан жоғалтқанда мөлшерін 1500-2000мл-ге дейін көбейту қажет.

Қан құю әдістері.

1. Стандартты трансфузия (жанама құю)-консервіленген қанды немесе оның бөлшектерін контейнер немесе флаконнан құю.

2. Қанды тікелей құю-донордан реципиентке қанды тікелей құю өте сирек қолданылады. Қанды тікелей құюдың көрсеткіштері мынадай:

•а) гемофилиямен ауыратын науқастарда ұзақ уақыт қанының ағуы кезінде гемостатикалық емнің қонбауы.

•б) массивті гемотрансфузиядан кейін және қан ауруларында қанның ұю жүйесінің бұзылуы.

•в) ЦҚК 25-50 пайыз қаны жоғалған ІІІ дәрежелі жарақаттық шок және консервіленген қанды құюдан әсер болмаса.

Тікелей қанды құюға арналған донорды, қанды құятын станцияларда зерттеп тексереді. Қанды құю алдында донор мен реципиенттің топтық және резус-факторлық сәйкес келуін анықтайды. Қан құюды шприцпен немесе аппарат көмегімен іске асырады. 20 мл көлемді 20-40 шприцті, венепункцияға арналған резеңке түтікшелі инелерді, залалсыз дәкелік шариктер мен Бильрот қысқыштарын пайдаланады.Операцияны дәрігер мен мейірбике жасайды. Мейірбике шприцпен донордың қан тамырынан қанды алады, резеңке түтікшені қысқышпен қысады да, шприцті дәрігерге береді. Ол науқастың қан тамырына қанды құяды. Осы уақытта мейірбике жаңа шприцке қанды қайтадан алады. Жұмыс синхронды жасалады. Қан құюдың алдында,қан ұйып қалмас үшін, алғашқы үш шприцке натрий цитратының 4 пайыздық ерітіндісін 2 мл-ден алып, бұл шприцтерден қанды ақырын енгізеді. Осылайша биологиялық сынама іске асырылады.Қан құю үшін, роликті үрлегіші бар ПКП-210 аспабын да қолдануға болады.Ондағы трансфузияның жылдамдығы-50-75 мл/мин.

•Қанды алмастырып құю. Реципиенттің қан ағу жүйесінен қанды түгелдей жартылай мөлшерде алып тастап, орнына басқа қанды құйып толтырады. Алмастыру трансфузиясын мынадай ауруларда қолданады: жаңа туған нәрестелердегі гемолитикалық ауру, гемотрансфузиялық шок, бүйректің жедел жетіспеушілігі.

Алмастырып құйғанда, алынған қанмен бірге, бұзылған эритроциттер де кетеді. Қанды құю алмастыру мақсатымен іске асырылады.

•Алмастырып құю үшін, жаңа консервіленген немесе сақтау мерзімі аз консервіленген қанды пайдаланады. Қанды жоғарыда айтылғандай кез-келген тамырға құяды, эксфузия ұзақ жасалатын шара болғандықтан, қанның ұйып қалмауы үшін, ірі тамырлардан немесе артериядан алады. Қанды алу донор қанын құюды бір мезгілде жасайды, оның орташа жылдамдығы 15-20 минутта 1000 мл болады. Қанды толық алмастыру үшін, 10-15 л донорлық қан қажет.

• 4. Аутогемотрансфузия деп-науқасқа операцияның алдында немесе операция кезінде алынған өзінің қанын қайтадан құюды айтады. Аутогемотрансфузияның мақсаты-операция кезінде жоғалған қанды

науқастың өзінің қанымен толтыру. Аутогемотрансфузия донорлық қанды құйғанда мүмкін болатын асқынулардың алдын алады: реципиенттің иммунизациясы, гомологиялық қан синдромының дамуы. Аутогемотрансфузияның көрсеткіштері: науқаста сирке кездесетін қан тобының болуы; донорды табу қиындықтары, пострансфузиялық асқынулардың даму қаупі, көп мөлшерде қан жоғалтатын операциялар.

Аутогемотрансфузияға қарсы көрсеткіштер:

II дәрежелі жүрек жетіспеушілігінде

IV дәрежелі жергілікті қанайналым жеткіліксіздігінде, Бүйрек жеткіліксіздігінде, Бауыр жеткіліксіздігінде, Гипотония, Бактеримия және вирусемияда, Геморрагиялық синдромда. Қанда ақуыздың мөлшері 60 г/л төмен болғанда. Психикалық аурудың салдарынан естің бұзылуы кезінде Баланың салмағы 10 кг төмен болған жағдайда Ми қан айналымының бұзылыстары кезінде.

° Аутоплазмотрансфузия. Гомологиялық қан синдромы болмауы және операция кезінде жоғалған қанның мөлшерін толтыру үшін, науқастың өзінің плазмасын енгізуге болады. Аутоқанды дайындаған кезде жоғалған қанның орнын толтыру үшін, аутоплазмотрансфузияны қолдануға болады. Аутоплазманы плазмоферез әдісімен дайындап, оны консервілейді. Бір сәтте плазманың 500 мл мөлшерін алуға болады. Эксфузияны 5-7 тәуліктен кейін қайталауға болады. Косервант ретінде глюкоза-цитратты ерітіндіні қолданады. Операциялық қан кетудің мөлшерін толтыру үшін, аутоплазманы қан алмастырушы немесе қан құрамының бөлігі секілді құяды. Аутоплазма мен жуылып жібітілген эритроциттерді қосып құю, гомологиялық қан синдромының дамуын болдыртпайды.

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





5.Әдебиет:

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

6. Қортынды сұрақтары (кері байланысы)

1. Қан топтарын және резус-факторды анықтау қалай жүзеге асырылады?
2. Қан құюдың қандай түрлерін білесіз? Қан алмастырғыштардың қандай түрін білесіз?
3. Қан құюдың қандай көрсеткіштері мен қарсы көрсеткіштерін білесіз?
4. Қан құю барысында кездесетін қандай асқынуларды білесіз?

№5 дәріс

1.Тақырыбы: Жабық және ашық механикалық зақымданулар.

2. Мақсаты: Жалпы травматология бойынша білімдерін дамыту және нығайту. Әртүрлі жарақаттарды клиникалық көріністері бойынша ажырата білуді үйрету.Әртүрлі жарақатты дұрыс диагностика және сынамалы диагностика жасауға үйрету.Түрлі ашық және жабық жарақаттар кезінде және олардың асқынуы кезінде алғашқы медициналық көмек көрсетуді, емдеудің заманауи кешеді әдістерін қолдануды үйрету.Түрлі жарақаттар кезінде алғашқы көмекті, транспорттық құрсауды салуды, таңыпбайлауды, тасмалдауды үйрету. Түрлі жарақаттары бар науқастарды күту ерекшеліктерімен таныстыру.

3. Дәріс тезистері:

Жарақат травмалар. Жарақат немесе травма деп ағзаға сыртқы агент әсерінен органның анатомиялық және физиологиялық бүтіндігінің бұзылуын жалпы және жергілікті реакция бақылауын айтамыз. Травманың жіктелуі. Өндірістік емес жарақат а) транспорттық (теміржол, автомобиль, трамвайлық т.б; б) жаяу жүріп келе жатқанда; в) тұрмыстық; г) спорттық т.б. Өндірістік жарақат (өнеркәсіптік және ауылшаруашылық). Әскери жарақат. Тудырушы әрекетке байланысты жарақат мынадай түрге бөлінеді: механикалық, термиялық, химиялық, электрлік, психикалық, операциялық, туғаннан кейінгі. Жарақат зақымдалуына байланысты ашық және жабық болып бөлінеді. Ашық жарақатты терінің және кілегей қабаттың бүтіндігі бұзылады. Бұл кезде зақымдалған тканьге инфекция түсуі мүмкін. Жабық жарақат кезінде тері және кілегей қабатын тұтастығы бұзылмайды. Жарақат қуысқа енген және қуысқа енбеген болып бөлінеді (қарын, көкірек, бас буын қуысы). Қуысқа инфекция түсуі жарақаттың ағымын қиындатады. Жарақат тағы да жекеленген және қосарланған жәй және қыстырылған болып бөлінеді. Егер зақымдалу тек бір жерге күш түсірсе ол тікелей жарақат , ал басқа аймақта дамиды болса тікелей



емес жарақат деп аталады. Жарақаттануды аяқ - асты болған және созылмалы жарақаттану деп белгіленеді. Аяқ астынан болған жарақат бір ұзақ әсер етуден болғанда пайда болады. Созылмалы травмаға ұзақ уақыт тар етік киюдің әсерінен пайда болған мүйізгекті жатқызуға болады. Созылмалы мамандық жарақатта тізерлей жұмыс істегендерде тақым алды бурсит пайда болады. Жарақаттанудағы қауіптер мен асқынулар. Жарақаттан кейінгі қауіпті жайлар келесі топтарға бөлінеді. Тікелей қауіпті жағдай. Бұл жарақаттанудан кейінгі алғашқы сағаттарда пайда болады. Оған коллапс, қансырау, өмірге маңызды органдардың зақымдануы. Жарақаттану салдарынан адам өміріне қауіп бірнеше сағаттан соң туады. Оның нәтижесінде хирургиялық инфекция пайда болады. Онда жергілікті ірінді инфекция (жараның іріндеуі, перитонит, плеврит т.б.) және жалпы ірінді инфекция (сепсис, сис, газды гангрена, сіреспе т.б.). Ұлпалардың ұзақ уақыт қысылуынан травмалық токсикоз пайда болуы мүмкін. Асқынулар мен қауіпті жайлар жарақаттан кейін байқалады. Оған созылмалы ірінді инфекцияны жатқызуға болады. Созылмалы остеомиелит, жыланкөз(свиш), тканьдердің трофикасының бұзылуының трофикалық жара, тканьдарда тыртықтың пайда болуы, контрактура травматикалық (токсикоз) эилепция, әртүрлі анатомиялық және функционалдық дефектілер. Зақымданудың күші және оны кейінгі әсері көптеген шарттарға байланысты мынадай топтарға бөлінеді.

- 1.Трамва механизмі және зақымдануға әкелетін ішкі фактор.
2. Ұлпа және органдардың анатомо -физиологиялық қасиеті.
3. Зақымдалған органдарда өзгерістің болу немесе болмауы.
4. Зақымдалу болған органың ерекшелігі.

Жарақаттың ауырлығы мен асқынуы сыртқы фактордың физикалық қасиетіне тікелей байланыста. Маңыздылары көлемі, ауырлығы, формасы, химиялық киім. Жарақат механизмін көбіне зақымдалу түрі мен ауырлығы арқылы анықтайды. Жарақат механизмінде өзіне сәйкес типтік зақымдану байқалады. Мысалы: созып тұрған қолдың алақанына зақым тисе, қол, басы, сүйектері зақымдалады. Ал биіктен, аяқпен немесе отырықшы бұдыры арқылы түскенде омыртқаның сынуы. Жарақаттанып түскендердің травма механизмін білу диагноз қоюда көп көмек көрсетеді. Маңызды роль жарақат күшінің бағыты, әсер ету бұрышы қозғалыс жылдамдығы, әсер ету ұзақтығы. Зақымдалған мүшенің анатомиялық және физиологиялық құрылымы да травмалық бұзылыстың ауырлығына әсер етеді. Ұйқы безі зақымы. Ұйқы безі зақымдалғнда клетчаткасы некротизацияның қауіпі бар. Мұнда құрсақ қуысына тампонды және ісікке дренаж қояды. Бүйрек зақымы кезінде қан және несеп құрсақ қуысына жайылуына байланысты жедел операция жасайды. Зақымдалуына қарай бүйректі бөліп алып тастау немесе зақымдалған жерді тігіп қояды, кейде дренаж салынады. Бүйректің құрсақ үстілік жырттылуында гематома болып, белдің ісінуі, несептің қанмен араласуы болады. Жедел анемия дамығанда науқасты консервативті емдейді. Тыныштық, белге мұз басу, қан тоқтатушы сұйықтар құяды, антибиотик береді. Қуықтың зақымдалуы: Жарақат түрі құрсақ ішілік, құрсақ үстілік жырттылу болады. Құрсақ ішілік жырттылуда клиникалық белгілерге перитонит дамуы, ауыр интоксикация және несеп тоқтауы жатады. Емдеу: операция жасап қуықты тігеді. Құрсақ ішілік жырттылуда несеп тоқтап, ауыр интоксикация болады. Операция арқылы қуықты ашады. Кейде үнемі катетор құяды, уретра арқылы.

Бас және мидың жабық зақымдалуы.

Бастың жұмсақ тканьдерінің жарақатында және емдеуінде, басқа құбылыстарының зақымынан ерекшеленбейді. Ми зақымында ғана ерекшелік болады. Ми жарақаттары, ми зақымы, мидың отыруы, көпірсінуі және бас негізі сынуы болып табылады. Мидың зақымдалуы. Мидың зақымдалуы басқа мағыналы күштің құрылуынан т.б. болады. Бұл кезде мидың жұмсақ ткані және клеткалары өзгеріске ұшырайды. Ми зақымын патологиялық өзгерісі мидың анемиясы, нүктелік қан ұюға, яғни ақ және сұр заттың манындағы қан ұюға, мидың ісінуіне әкеледі. Екінші бір маңызды симптомы болып ретроградты амнезия саналады. Мұнда адам есін жиғаннан соң травмаға дейін не болғанын ұмытады. Мидың зақымдалуына клиникасының пайда болуында үш сатыны бөліп қараймыз.

1- сатысында, ес жоғалту бірнеше минут қана болады. Мұнда бас айналу, лоқсу, бас ауруы, құлақ шуылы байқалады. Мұндай белгілер бірнеше күнге созылуы мүмкін, бірақ науқас өзіне не болғанын есіне түсіре алмайды.

2- сатысында ес жоғалту біраз уақытқа созылады яғни бірнеше сағаттай. Симптомдық белгілер жоғарыдағыға қоса құсу, рефлексстің төмендеуі, пульс жиілеуі, қарашықтың тарылуы.



3 - сатысында естің жоғалуы бірнеше күнге созылады. Тез бозарып, әлсіз пульсі соғып, жылдам әлсіреу, қарашық тарылып, пырылды тыныс алу болады.

Емдеуі. Бұл науқастарға постельді режим ұстау керек. Жеңіл жағдайда 14 күннен 20 күнге, ауыр сатысында 1 - 2 айға дейін. Ми ісінуін азайту үшін денурационды терапия қолданады (глюкоза 30 - 40 мл 40%, натрий хлорид 10 мл 10%), плазма құйылады, 1 - күні глюкоза, 2 - күні натрий хлоридін ауыстыра күре тамырғ ақұяды. Бас қысымы өте тез жоғарылауында яғни оның симптомдарын байқасақ жұлыннан сұйықтық аламыз, 3 - 5мл. Пневмоторакс. Қабырға сынуы және өкпесін жыртылуы салдарынан пневмоторакс туындайды. Плевра қуысына толған ауа өкпені сығып көкірек аралық араластырып жіберуі. Құрсақ және тыныс алу функциясын бұзып, ол терлік клетчаткаға шығып нәтижеде эмфиземе тудырады. Қабырғалары және басқа тамырлар зақымы салдарынан плевра қан жиналады, яғни гемоторакс туындайды. Пневмоторакстық ашық, жабық, клепнды түрлері бар. Ашық пневмоторакс дегеніміз - көкірек қабырғасының жарақаты арқылы кірген ауаның плевраға жиналуы. Жабық плевра дегеніміз - көбіне өкпенің лоскутты жыртылуында кездеседі. Жұтылған ауа плевраға түсіп, бронх арқылы демді шығарғанда ауа сыртқа шықпайды, өкпе лоскуты бронхты зақымдап, ауаны өткізбейді. Клиникалық көрінісі. Пневмоторакстық клиникасының көрінісіне- дем жетіспеу, цианоз, пульстің қалыпсыздығы, көкіректің бөшке тәрізденуі, тері астылық эмфизиме, перкуссия кезінде қорап тәрізді дыбыс шығуы және тыныс алуында шу болуы. Рентгенологиялық тексеруде ауаның плевраны сыққанын және өкпе ателектазын көреміз.

Емдеуі. Ашық пневмотораксты операция жолымен емделуі. Көкірек қабырғаның жарасын хирургтың өңдеу жасап өкпені және тігуі. Алғашқы хирургтік көмек ретінде антибиотикті пневмоторакста көкірек қабырғасына пункция жасау арқылы ауаны шығарады Тербастылық эмфизема. Көкірек клеткасының жарақатында бұл өкпенің сыртқы орта салдарының жабық түрде зақымдалуы болады. Бұл өте ауыр жағдайда арнайы емдеуді талап етпейді. Гемоторакс. Плевраға қанның жиналуы бір және екі жақты болады. Екі жақты болғанда асфексиядан өлімге әкеледі. Асқынусыз бір жақты пневмоторакс ауыр асқынуды болдырмайды, өткір анемия мен қан жоғалтуға соқтыруға мүмкін. Қанның көп жиналуына пункцияны қайтарара жасап антибиотик еңгізу арқылы қанды сорып алып тастайды.

Құрсақ қуысының органдарының жабық зақымдалуы.

Құрсақ қуысы органдарының зақымдалуы да жиірек кездестірудегі қуысты және паренхиматозды органдар зақымы. Мұндағы жарақат ішке соққы тигенде немесе қатты зақым тигенде болады. Зақымдалған жердің саттылары зақымдалушы агентке байланысты болады. Мысалы: аттың тепкеніне алған зақым, машина теміріне соғылу, тас тию т.б. болады. Егер қуысты органдар соққы тигенде тола болса қарын, ішек ілмектері сирек жыртылады. Паренхиматозды органдардың жыртылуы түрлі патологиялық әсерден де жиі кездеседі. Мысалы: көкбауыр маляриясы, бауыр гепатиттен т.б. Қуысты органдар зақымы кезінде оның ішіндегі құрамы салдарынан түрлі инфекциялы және ірінді процестер туындауы мүмкін. Ал паренхиматозды органдарда қансырау, жедел анемия туындайды.

Клиникалық көрінісі: жабық жарақатта клиникалық белгісі болып іштей қатты ауырсыну әсіресе зақым алған орган ауыруы болады. Палпация арқылы біз зақымдалған органның тақта тәрізді екенін байқаймыз. Науқастың жалпы жағдайы нашарлап, бозарады, суық тер, жиі жүрек соғуы, шок, анемия болады. Паренхиматозды органдардың зақымдалуы. Ішкілік қан кетумен қатар жедел анемия, бозару, жиі жүрек соғуы, лоқсу, артериальді қысымның төмендеуі кездеседі. Құрсаққа симптомдар яғни Жеткин-Блюберг симптомы байқалады. Диагностикасын лапороскопия жеңілдетуі. Қуысты органдар жыртылуы. Мұнда ерте симптомдары байланысымен емді жүргізу керек. Егер сенімдірек білгіңіз келсе рентгендік тексеруден анықтаймыз.

Емдеуі: құрсақ жарақатын жедел операция жасау арқылы емдеп, тез арада қан құяды. Жыртылған жерді тігіп қанын тоқтатады. Қуысты органдарда екі органның анатомиялық құрылымы мен физиологиялық құрамы. Жұмсақ тканьдердің зақымдалуы төмендегінше бөлінеді: жаншылу, созылу, жыртылуы, қозғалу және қисылу. Жаншылу дегеніміз - тканьдер мен органдардың тері бүтіндігін бұзбай зақымдалуы. Жарақат механизмі әртүрлі бір заттың түсуі немесе соққыдан болған. Жаншылуының екі моменті анықтаймыз:

1. Зақымдаушы агентін ауырлығы, консиотендігі, жылдам әсер етуі т.б.



2.травма әсер етуші ткань, (тері, бұлшықет, май, сүйек т.б.) және физикалық жағдайына байланысты (кернеу, толуы). Жаншылуудың патологоанатомиялық өзгерісі әр түрде болады. Жай клетчаткасы, бұлшықет, майда тамырдың бұзылысы ісікке әкеледі. Тканьнен қан кетуге байланысты: патехи, экхимоза және гематома болады.

Клиникалық картинасы: Ауырсыну, ісіну, функцияның бұзылысы. Ірі қан тамырларда шок, жансыздану т.б. болады.

Емдеуі. Емдеу кезінде бірінші кезекте тканьдегі қан ұюды құрту керек. Тыныштық жағдайға келтіріп, зақымдалған органға мүз т.б. заттар қояды. Жаншылу болғаннан соң 2 - 3 күннен соң қан ұюдың сорылуын тездету шараларын қарастырады. Бұл үшін жергілікті физмотерапия қолданады, антибиотик береді.

Созылу және жыртылу. Созылу бұл тканьдердің анатомиялық қасиетін сақтай отырып жергілікті жыртылуы. Бұған мысал ретінде буын байламдарының жыртылуы жатады. Клиникалық көрінісі мен патологоанатомиялық көрінісі және емдеуі жаншылуға ұқсаған. Жарақат механизмне келсек екі қарама - қарсы күш қатар әсер еткенде немесе бір бағытта өте ауыр күш зақымдалуынан болады. Бұл көбіне жүгіргенде, бір затты көтергенде кездеседі. Жаарақат әсерінен байлам, фасция, бұлшықет, нерв жыртылуы мүмкін. Байламдар жыртылуы. Бұл байламдарға өте тез әсер етуші күш салдарынан, бүгілуден, жазылудың т.б. салаларынан зақымдалады.

Клиникалық көрінісінде ауырсыну, қозғалыс бұзылысы, қанталау, ісіну т.б. пайда болады.

Емдеу. Тыныштық күйді сақтай отырып, таңғыш салады. Ұйыған қанды сорғызып болған соң, жарақат алғаннан соң 3 аптасында емдік денешынықтыру, қозғалыс, физиотерапия жүргізеді, антибиотик береді.

Фасция жыртылуы. Аз кездеседі. Бұл фасцияға тура бағытталған береді. салдарынан болады. *Емдеу:* операция.

Бұлшықеттің жыртылуы. Бұл ауыр зат көтерген кездегі бұлшықет қатты жиырылуынан болады. Ал кездесетін жағдай бұлшықеттің патологиялық өзгерісінен жиі кездеседі.

Клиникалық көрінісі: қатты ауырсыну, қан ұю, ісіну. *Емдеуі:* Тыныштық кейін терапия алғашқы санн кейінгі 3 -аптадан соң емдік денешынықтыр қолданады.Сіңірдің жыртылуы . Ауыр көтергенде немесе соғылғанда бұлшықеттің қатты жиырылуынапн болады.

Емдеуі. Бұл жағдайда операция жасалады. Жыртылған сіңірлерді тігеді. Нервтердің жыртылуы. Аз кездесетін жағдай. Бұл ірі байламдарды табу кезінде болуы мүмкін.

Күйік ауруы туралы.

Ыстықтанан, қызудан, сәуле энергиясымен химиялық энергия әсерінен дене тканьдары жарақаттанады. Оны дене белгілініп күйік қалуы деп аталады. Кейде ондай жерді күйік деп атайды. Көлемсіз кішкене ғана жер күйетін болса, (мысалы бір бармақ) ол күйік деп аталады., ал күйік көлемі 12%-тан асса, оны күйік ауруы деп атайды. Күйік неғұрлым терең, көлемді болса, науқастың жалпы жағдайы соғұрлым нашарлап кетеді. Күйіктің латынша аты-Күйік денгейде қарай неміс ғалымы Крейбих 1971 жылы күйіктерді бес дәрежеге бөлген еді.

1.дәрежелі. Күйік кезінде терінің бөлігі ғана жарақаттанып, тері қызарып, ісінің кетеді де, күйіктің бара жатқан ауру сезімі пайда болады.

2-ші дәрежелі күйік кезінде күйік тереңдей түседі де, терінің бүртікті қабатына дейін жетеді, қызарған, ісінген тері арасында сары суға танған күлбірек пайда болады. Сары су эпидермистік астына орналасып, эпидермисті көтеріп жібереді. Сары суға толған күлбірек, бөртпе ыстықтың әсерінен дәл сол мезетте, кейбір тәулік арасында пайда болады.

3-ші дәрежелі күйік кезінде бүртікті қабатының үші, бас жағы қансыз жағдайға ұшырайды.

4-ші дәріжелі күйік кезінде бүртікті қабатының клеткаларының бәрі жансыз жағдайға ұшырайды.

5-ші дәрежелі күйік кезінде күйік тереңде жатқан мүшелерге дейін жетіп, тері тұғалдай жанып кетеді. Кенсе елінде 1961 жылы өткен хирургтердің27-ші съезінде күйікті 4 дәрежеге бөлу шешімі қабылданды. Осы шешімге қарай күйіктің 1-ші дәрежесі кезінде тері қызарады, 2-ші дәрежесінде терінің жоғарғы қабаты жансыз жағдайға ұшырайды. 3-ші дәрежелі кезінде терінің барлық қабаты күйікке шалынған 4-ші дәреже кезінде терінің астындағы тканьдар, бұлшықет сіңір, сүйек күйікке шалынып, зақымдалады деген қорытындыға келіп еді.

Күйік көлемін өлшеу анықтауға қолданылатын көптеген әдістері бар.



1. Біздің еліміз бойынша хирургтер арасында кең тараған әдісі. Осы әдіс бойынша дененің күйген жеріне таза калькақағазы салынады. Күйген жер сол қағазда сиямен сызылып өтіледі. Сызылған сызық енді миллиметрлік қағазға көшіріледі. Калька қағазын алып тастағаннан кейін миллиметрлік қағаздағы сызықтар арасындағы көлемді аумақ шығарылмақ. Сол қарағанда күйген аумақты 500 см² болды дедік. Ал бүкіл дене терісінің көлемі 16000 см². Сонда күйік көлемі $(500 \times 100) / 16000 = 3.175\%$ болып табылады. Яғни адамның түйікке ұшыраған денесінің көлемі 3.175 деп анықталған.

2. Вилявин әдісі бойынша адам денесі контурлық сурет ретінде түсіріледі. Бұл суретте адамның 1-ші дәрежелі күйген жері сары бояу мен, 3-ші дәрежелі күйген жері көк бояумен, ал 4-ші дәрежелі күйген жері кара бояумен белгілінеді.

3. "Алақан" әдісі. Науқас адамның алақан көлемі бүкіл денесінің шамамен 1%-не тең. Күйікке ұшыраған адамның күйген бөлігінде дәрігер өзінің алақаның салып, күйік көлемі сондай процентіктен болады деп мөлшерлейді.

4. Тоғыздық ережесі. Бұл ережені ұсынған Уәле болғандықтан кейде оны Уәле ережесі деп атайды. Аталмыш ереже бойынша бас пен мойын көлемі 9%, әрбір қол көлемі-9, әрбір аяқ-18, кеуде мен қарын алдыңғы жағынан- 18, арқа жағынан-18%-ке тең, ал шат, бұт терісінің көлемі 1%-ке келеді. Осы ережені есінде ұстаған дәрігер күйіп қалған науқасқа келгенде, дененің күйген көлемін мөлшерден айта алады. Күйік ауруының түрлері : егерде ересек адамның терісі 12%, ал балалар терікөреткүее, куртқа күйік Күйік ауруы бүкіл ағзаға әсер ететіндіктен, ал 4 кезенге бөлді. 1-ші кезен естен тану жағдайы, 2-ші кезен ағзаның улануы, 3-ші кезен микробтар өсіп, септикалық жағдайын тууы, 4-ші кезен (аурудың қайтуы денсаулықтың калпына келуі, сау кезені).

Жағдайы. Күйдіретін зат терідегі нерв жүйелерін қоздырғандықтан теріде пайда болған ауру сезімі орталық миға қарай шабады. Орталық мидың қызметі нашарлағандықтан айналымы бұзылып, тамырдағы қан көлемі азайып кетеді. Себебі қан бауыр, көк бауыр, бұлшық еттер арасына жиналып, қан айналымына қатыспай тоқтап қалады. Күйіктен естен танудың бір еркшелігі бар. Естен танудың арктикль кезені созылып кетеді де, қанның сүйік бөлігі тамыр өзегінен шығуына байланысты естен тану төр кезенге көшеді. Көп уақытқа дейін артериялық қан қысымы төмендейді. Ал қысым төмендей кетсе, науқастың өмірі өліммен аяқталуы мүмкін. Егерде күйік дененің 50%-нен жоғары мөлшерде болса, адам талықсу салдарынан өліп кететіні ақиқат.

Ағзаның ұлануы. Ағзаның ұлануы күйік түскен сағаттан басталады. Жағдайы ұлғая түседі. Терісі күйген адамның қан құрамында хлор жолдары азаяды, белоктар көлемі де төмендейді, зат алмасу процесі қалыптан шығады, оның үстіне қанға күйіп қалған клеткалар тканьдар сініп, ағзасыдан сайын ұландыра түседі. Адамның дене қызуы 39-40 градусқа дейін көтеріліп, ұйқы безені, кейде сандырақтан қалады. Мұндай кезде адам шөлдегіш, қарны қамитып, басы айналып, лақсу пайда болады. Тамыр соғуы жиілен, қан қысымы төмендей, жүректе миокарт, өкпеде және ісіну жағдайлары пайда болады. Микробтар , синтетикалық жағдайын тууы.

-Күйген теріне пайда болған микробтар жараны іріндетіп жібергендіктен денеге сіңген іріңнің ұлы заттары науқас адамның жағдайын мүшкіл қалады. Ыстығы көтеріліп, денесін қара тер басады. Ол лоқсып күсады. Бұлшық еттері сіресін қалады. Тамыр соғуы әлсіз, баяу, қан қысымы төмен. Бауыр мен бүйрек қызметтері нашарлап, асқазан мен ішек қызметтері қалыптан шығарылады. Науқастың ауыз ішінде, ішек қабырғаларында ойықтар пайда болады. Кейде микробтар жарадан қан айналымына шауып, ұшыратады. Қан құрамы өзгеріп, қанның қоюланғанынан эритроцит, көрсеткіштері жоғарылап кетеді. Іріндеген күйік жаранан алдағы уақытта әлі тканьдер жйылып, оның орнын жас грануляциялық тканьдер жабады.

Сауығу кезені. Осындай өзгерістерді басынан кешкен адам бірте-бірте айығып, аурудың төртінші -сауығу кезеніне жетіп, аурудан жазыла бастайды. Бұл кезде күйген жердің тыртық болып қалғанын көруге болады. Күйікті емдеудің бірнеше әдісі бар. Олар: 1) ашық әдіс, 2) жабық әдіс, 3) қосарлы әдіс, 4) операция жолымен емдеу әдісі.

Ашық түрде емдеудің өзі екіге бөлінеді. Бірі күйік жарасын электр шамымен құрғату күйдіретін дәрілерді қолдану. Сонда күйік жарасы үстінен қабыршық пайда болмақ.

Күйік жарасын ашық түрде емдеу үшін науқас адамды мөлшері 70-75 градус жылылық бәрін тұратын электр шамдарының астына жатқызады. Электр шамдары сыртынын ақ жамылғымен адам күрке астында жазыла бастамақ. Қабыққа микроб түсіп, іріндесе, қабықты ашып тастап, күйік жарасын жабық түрде



емдеу жөн. Күйік жарасын жабық түрде емдеу дегеніміз сол жараға әртүрлі таңғыш салу. , фурацилин, күміс нитраты немесе Вишневский майы, 5-10% эмульсия қолданылады. Осындай сұйыққа не майға малынған дәкемен жараны жауып, үстінен бинтпен орап, танып тастайды. Таңғышты әрбір 2-3 күн сайын ауыстырып отырады. Күйік жарасын қосарлы әдіс бойынша емдеу кезінде ашық жөн жабық түрлері өзара қосылып, кезектесіп отырма

Күйік ауруының жалпы емі.

Денесі күйіп қалған адамды естен тану немесе әлсіреу жағдайынан сақтау үшін оған тыныштық, ерекше күтім керек. Сонымен бірге , аминококк, дәрілерін тағайындап, новакаин дәрісін құйып, жедел қан құю керек. Жүрек қызметін жақсаратын дәрілер мен ауыр сыну сезімін төмендететін дәрілерді құр қан тамыры арқылы жібереді.

Үсік

Дене ұзақ уақыт бойы суықта болып, температурасы төмен ауа әсер етсе, адам үсу жағдайына ұшырайды. Зақымданған ткань үсиді. Қатты суық, сақылдаған аяз, ызғарлы жел, ылғалдылық үсуі жағдайына душар етеді. Әлсіреген, жүдеген ағзада витаминдер көлемі азайған, шарашаған, қансыраған, денесі қысылған қан айналымы бұзылған адам үсікке жиі ұшырайды. Үсікке тез шалынатын көбінесе адамның аяқтары, аяқ саусақтары, адамның бет-аузымен құлақ ұштары.

Үсік төрт дәрежелі болады.

Үсіктің 1-ші дәрежесінде қан айналымы бұзылып, содан соң барып терінің түрі өзгеріп, көгеріп кетеді, не қызарып қалады. Терінің қыртыс қабаты қабыршақтанады, ақыр соңында осы жер суықты сезгіш келеді. Үсіктің 2-ші дәрежелі кезінде терінің қыртыс қабатының астына сары су жиналады. Терінің қыртыс қабатының астына сары су жиналады. Терінің қыртыс қабаты жансызданады. Сары су сарқылып, қан бөлшектеріне араласуына мүмкін. Үсік айыға бастағанда грануляциясыз және тыртықсыз жазылады.

Үсіктің 3-ші дәрежесі кезінде бүкіл тері және оның астындағы жұмсақ тканьдар жансыз жағдайда ұшырайды. Ақыр алғанда өлі тканьдардың орнын грануляциялық ткань басады да, тыртық пайда болады.

Үсіктің 4-ші дәрежесінде жұмсақ тканьдар мен сүйектер өмір сүруін доғарады. Жансыз ткань өз бетімен түсіп қалады, жаралы жерде бір жыл бойы грануляциялық ткань пайда болады. Диагнозды анықтау үшін уақыт керек. Ауруханада емделіп жатқан адамның үсіген жеріндегі өзгерістерін бірден ешбір дәрігер айта алмайды. Адам денесі бірден үсікке шалынбайды. Ұзақ уақыт суықта қалған адам ғана үсікке шалынады.

Яғни үсік дегеніміз-үскірік аяз я боран салдарынан денедегі қан айналымның бұзылуы, суықтан тітіркенген терінің қан тамырларына бірден жиырылып қалуы. Біраз уақыт өткен соң жиырылған қан тамырының өзегі ашылып, кеңіп қалады. Ақырған аяз денені одан әрі қыспаққа ала берсе, қан тамырлары қысылып, екінші рет жиылып қаладыда, қан жүрмейді. Қан айналымы әлсірейді де, қан біржола жоқ болады. Іріқан тамырлары қаннан босап қалады. Суық салдарынан дененің сол бөлігінде қан айналымы, зат алмасу процесі ағзаға оттегінің келуі тоқталған жерде тканьдар өмір сүруін біржола доғарады. Әлсіз жүдеу, шаршаған, қартайған адамдардың қан тамырлары суық салдарынан жиырылып, қысылып, өзегі тарылып қалады да, қан айналымы бұзылып, қанның жүруі тоқтағандықтан, тканьдар жансызданып, үсікке ұшырайды. Сөйтіп үсік тканьдарды жансыздандырып, өзінің III-IV -ші дәрежесіне жетеді.

Үсудің клиникалық белгілері.

Тканьдардағы өзгерістер мен асқынуға байланысты уеу процесі екі кезеңге бөлінеді. Біріншісі-реактивтік кезеңнің алды. Екіншісі-реактивтік кезеңнің өзі. Суыққа ұшырайтын, үсіп кеткен науқасты жылыта бастағанша өтетін мезгілді реактивтік кезеңнің алды деп атайды. Бұл кезең тым ұзақ болуы да мүмкін. Оның клиникалық белгілері шамалы, аз деуге де болады. Денесі үсіп кеткен науқас оны сезбейді

де. Тек кейбір кезде үсіген мүшеде шаншу байқалуы мүмкін. Сырттан қараған адам, адам терісінің бозарғанын бірден байқайды. Денені ұстап көріп, оның мұздай боп, жансыз екенін біледі. Реактивті кезең науқас адамның үсіп қалған мүшесін жылыта бастаған мезеттен басталады. Үсіктің 1-ші дәрежесінде үсіген жер жанып бара жатқандай сезіледі. Жылына бастаған дененің терісі ашылып, ашып, қышып тұрады. Тарестезил жағдайы туады. Терінің түрі көгеріңкіреп, ісініп тұрады да, 5-6 күн өткенде бұл құбылыс мүлде жоғалып кетеді. Үсіктің 2-ші дәрежесінде жоғарыдағы белгілерге қосымша эпидермис астында сары су жиналып, тканьдар одан әрі ісінеді. Бұл өзгерістердің беті қайтып, ретінің қалпына келуі үшін 2-3 ай мерзім керек. Егерде осы кезеңде пайда болған сары суға микробтар түссе, ол іріңдеп кетеді де, бүкіл ағзаны уландырып, дене қызуын күрт көтереді, қан құрамы өзгеріп, лейкоциттер саны көбееді.



Табанның өлі тканьдары өзінен-өзі бөлініп шығуы үшін аяқ киімнің кең, құрғақ болуы шарт. Уақытында ыстық тамақ ішіп трырудың да маңызы зор. Дененің қан айналымы қалыпты болсын, дымқыл, суық аязда көп болмауға тырысу керек. Суық жерге сапарға аттанар алдында денсаулықты шынықтырып, жаттығулар жасап, спортпен шұғылданып, кендеу, жылы кию керек.

Үсікті емдеу. Реактивтік кезеңінің алдындағы мезгілде ауруды емдеу алғашқыда көмек көрсетуден басталады. Адамның мұздаған аяқтарын 1 сағаттай 20" пен 40 -тан аспайтын жылы сулы ваннаға салып қою керек. Сонымен қатар аяқты сабындап, жуып, жылытып, терісі қызарғанша массаж жасау керек. Үсіген жерді және оның төңірегіндегі 5% иод ерітіндісімен сүртіп, үстіп спирт, ерітіндісіне малынған таңғышпен орап тастайды. Сонан соң адамды төсекке жатқызып, аяқтарын жоғары көтеріп қояды. Науқастың қан айналымын қалыпқа келтіріп, жалпы жағдайын жақсарту үшін, оны көрпемен орап, қымтап, шай беріп, ыстық тамақ береді.

Үсіктің III-IV дәрежеде болуы. Үсіктің III-ші және IV-ші дәрежесі кезінде дене құрғақ жансыздану жағдайына ұшыраса тканьдар құрған, қарайып, кішірейіп, мумия сияқты болып қалады. Өлі ткань мен тірі ткань аралығында демократиялық шекара болады. Осы шекарада күндердің күнінде өлі ткань, үсіген мүше өзінен өзі түсіп қалады. Шекарадан жоғары жерде қызарған тірі ет, мүше көрініп тұрады. Бара-бара бұл түс грануляциялық тканьдармен жабылады. Өлі текнь құрғақ болса, адамның жалпы жағдайы өзгермейді. Үсіктің III-IV-ші дәрежесінде сары су көбееді, мүше ісініп, домбығады, дене қызуы көтеріледі, ағзаның уланғанын әлтүрлі белгілер көрсетеді. Науқас адамның ұйқысы қашады, басы ауырады, қан құрамы өзгеріп, лейкоциттер көбейіп кетеді. Егерде осындай тканьдарға микробтар енсе, сепсис жағдайына тән клиникалық белгілер пайда болады. Үсіктің III-IV дәрежесінде өлі тканьдер жайылған шекарасы бірден білінбейді. Ол үшін кем дегенде 3-4 жеті уақыт керек. Демократиялық жол, із пайда болғанда өлі және тірі тканьдардың бірінен-бірі айрылу алшақтауы анықталады.

Ауруханаға әкелінген науқас сіреспе ауруына ұрынбау үшін оған сыворотка және оматокаин еккен жөн. Реактивті кезеңдегі үсуді емдеу көбінесе аяқтан басталмақ 1-ші дәрежедегі үсік кезінде аяқты спиртпен жуып, таза шүберекпен орап қояды. Аяқтың қызаруы және ісігі тез арада қайтпаса, физикалық ем жүргізіледі,

УВЧ емі тағайындалады. 2-ші дәрежедегі үсік кезіндегі теріні спиртпен жуып, эпидермисті алып тастап, сарысуды жояды. Енді үсіген жерді спиртке малынған таңғышпен б. 10 күнге дейін таңып қояды. Ол жерде микробтардың көбеймеуі үшін антибиотиктер тағайындалмақ. Аяқтаға қан айналымын жақсарту және буындардың қатайып қалмауы үшін УВЧ емі, ультра күлгін сәулемен емдеп буындардың қозғалысқа келуін қадағалайды. III және IV дәрежедегі үсік кезінде дәрігердің алдында тұрған жаралы жерге микроб түсіп кетпеуінен қадағалау өлі тканьдардың дымқылданып, суланып кетпеуін қарастыру. Ол үшін операциялық жолмен өлі тканьдарды кесіп (некроэктомия) жараны қиып тастайды немесе ол жерді тігіп (некротомия) жараның сулануы, дамқылданудан арылуы үшін ем жүргізеді. Бұл ем ұлы заттардың ағзаға ісінуіне жол бермейді. Өлі тканьдар өз бетімен түсіп қалғаннан соң грануляциялық ткань өсіп жетіледі. Ендігі ем белгілері. Егерде аяқтық үсікке шелынбаған жеріндегі сүйек көрініп тұрса, науқасқа операция жасап, аяқты жоғарғы жағынан кесіп алып тастайды да, жараны терімен жабады. Үсікке ұшыраған адамның жалпы жағдайын жақсарту үшін күшті витаминді тағамдар тағайындалып, оттегі беріледі. Ағзаның уланбауы үшін гемодез, сывороткалар, суық дәрілер тағайындалып оттегі беріледі. Жүрек және басқа да мүшелердің қызметін жақсарту үшін 40% глюкоза ерітіндісін құяды, жүрек жұмысын жақсартатын дәрілер беріп, ем шынықтырмасы қолданылады, науқастың жалпы күтімі жақсартылады.

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



5.Әдебиет:

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

6. Қортынды сұрақтары (кері байланысы)

1. Жарақаттардың қандай түрін білесіз?
2. Түрлі жарақаттардың қандай ерекше белгілерін білесіз?
3. Тасмалдау иммобилизациясының қандай түрлерін білесіз?
4. Қосарланған жарақаттар кезінде қандай кешенді іс-шараларды орындаған жөн?
5. Түрлі жарақаттар кезінде медициналық көмекті уақтылы көрсету несімен қауіпті?

№6 дәріс

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

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

3.Дәріс тезистері:

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



науқасты операцияға дайындау.

Операция алдындағы кезең шартты түрде 2 кезеңге бөлінеді: диагностикалық және операция алдындағы дереу дайындық кезеңі. Операция алдындағы дайындықтың барлық шаралары негізінен хирургиялық араласу қаупін азайтуға және операциядан кейінгі ықтимал асқынулардың алдын алуға немесе оның ауырлығын азайтуға бағытталған. Сондай-ақ хирург, анестезиолог және басқа операцияға қатысушыларды оқытуды қарастырады, астында! операциялық блокты және хирургиялық аспаптарды жасау.

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

Қазіргі хирургия тәжірибесінде төмендеу үрдісі байқалады

Р.р.. ауруханаішілік инфекция қаупіне байланысты, әдетте онымен

кеңінен қолданылатын антибиотиктер және онымен инфекция қаупі операция алдындағы науқастар.

Кейбір жағдайларда операцияға жалпы дайындық, эндокринологияның мамандандырылған

бөлімшелерінде жүргізіледі, кардиологиялық, емдік негіздеделер операция, дәрігер қысқаша эпикреция жасайды операцияның қажеттілігі оның сипаты мен анестезия түрін анықтайды. Және операция

алдындағы қажетті кездесулерді жасайды. Науқас операцияға келісімі туралы қолхат, операцияға

келісімі туралы қолхат алады Науқасты операцияға дайындаудың жалпы шаралары. Жүйке жүйесін

дайындау. Операция алдында дерлік әрбір науқас жүйке кернеуі жағдайында болады. Әсіресе егде

жастағы адамдарда аурудың сипатына байланысты ауырсынудан қорқу жүйке жүйесінің шамадан тыс

кернеуіне әкелуі мүмкін, осыған байланысты оларда суық тер пайда болады. ауыздың құрғауы,

гиперадреналинемия және т.б. бір мезгілде профилактикалық хирургиялық шок және хирургиялық

араласу кезінде мүмкін болатын бірқатар басқа да асқынулардың қызметін атқаратын осы

құбылыстардың алдын алуды мұқият жүргізіңіз. Хирургиялық бөлімшедегі жұмысты ойластырылған

ұйымдастыру маңызды рөл атқарады, бұл операцияны күтіп тұрған пациенттердің оны жаңадан өткен

үлкен адамдармен байланысын болдырмайды, оларды көру ыңқылдау, құсу, қанға малынған таңғыштар

тудыруы мүмкін. қиын әсер. Анестезиолог тағайындаған анестезияға дейінгі дәрі-дәрмектің жүйке

жүйесі үшін қорғаныстық мәні бар. Нәтижесінде жүйке кернеуі операция алдында бірден төмендейді,

науқас түнде ұйықтайды, тыныштық күйі. Жүрек-тамыр жүйесін дайындау және қан құрамын қалыпқа

келтіру. Жүрек-тамыр жүйесінің қалыпты белсенділігімен шағын және орташа операциялар науқастың

арнайы дайындығынсыз орындалады. Жүрек-тамыр жүйесі функциясының органикалық өзгерістерсіз

аздап әлсіреуі кезінде әдетте кордиаминді немесе жүрек гликозидтерінің бірін бірнеше күн бойы ішке

және көктамыр ішіне тағайындау жеткілікті, бірақ 20-40 мл 40% глюкоза ерітіндісі бар. аскорбин

қышқылының 3 мл 5% ерітіндісін қосу, үлкен операцияларға дайындық аталған әрекеттерді ұзағырақ

орындауда көрінеді. Жүректің және қан тамырларының органикалық зақымдалуымен тиісті арнайы

агенттер қосылады - гипотензивті, вазодияциялық, спазмолитикалық. Үлкен операциялар әдетте

айтарлықтай қан жоғалтумен байланысты екенін ескере отырып, олардың алдында 200-250 мл бір реттік

немесе қайталанатын қан құйылады.

Жоспарланған операциялар етеккір кезінде тағайындалмайды, өйткені оларда; қан кетудің жоғарылауы

және организмнің биологиялық реактивтілігінің төмендеуі байқалады. Тромбоздың және эмболияның

алдын алу үшін, әсіресе варикозды тамырлар, флебит немесе тромбофлебит және

тазалаумен ауыратын науқастарда, сондай-ақ әдетте бейім адамдарда.

Операция алдындағы кезеңдегі қарқынды терапияның негізгі міндеті болып табылады өмірлік

маңызының бұзылуын барынша толық өтеуге қол жеткізу ағзаның функциялары мен жүйелері.

Операция алдындағы дайындық мыналарды қамтиды:

- психологиялық дайындық;
- өмірлік маңызды органдарды дайындау (CVS, DS, MVS және т.б.), гомеостаз жүйелерінің бұзылуын түзету;
- операцияға арнайы дайындық (ішек тазалау және т.б.);
- тікелей дайындық:

- хирургиялық алаңды алдын ала дайындау;

- бос асқазан



- қуық бос

- премедикация.

Науқасты тыныштандыруға, операцияның қолайлы нәтижесіне сенімін оятуға бағытталған психологиялық дайындық қажет. Науқас операцияның бұлтартпастығын және оны орындау қажеттілігін түсіндіруі керек (жоспарланған операциялар үшін седативтер бір күн бұрын тағайындалады). Операциядан 30 минут бұрын науқасқа есірткі заттары кіретін премедикация беріледі. Өмірлік маңызды органдар мен жүйелерді дайындау маңызды. Өмірлік бұзылыстарды өтеуге қол жеткізу қажет

ағзаның функциялары мен жүйелері. Бұзушылықтарды ғана емес өтеу керек

негізгі хирургиялық аурумен байланысты органдар мен жүйелердің функционалдық жағдайы, сонымен қатар әртүрлі қатар жүретін аурулар

(тыныс алу, қан айналымы, бауыр, бүйрек). Функцияның мүмкін болатын толық өтеміне қол жеткізу мәселесі әлі де бар тіпті шұғыл (шұғыл) хирургиялық араласуға байланысты уақыт қысымы жағдайында. Бұл ретте барлық бұзушылықтар бір мезгілде түзетілуі керек. Операция алдындағы дайындық адекватты, қарқынды және болуы керек

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

Элективті хирургияда мұқият тексеруге болады науқас және науқасты операцияға арнайы дайындауға уақыт бар. Олар тыныс алу, қан айналымы, асқазан-ішек жолдары, бауыр және бүйрек функцияларының бұзылуын түзетеді. О.С.К., ақуыз және су-электролит балансын қалыпқа келтіру үшін инфузиялық терапияны жүргізу, қышқыл-негіз балансы. Қажет болса, парентеральды тамақтануды жүргізіңіз.

Операция қарсаңында науқасқа тазарту клизмасы беріледі. Науқас гигиеналық ванна немесе душ қабылдайды, содан кейін іш киімін және төсек-орын жабдығын ауыстырады. Науқас кешкі ас ішпейді, операция алдында таңертең тамақ ішпейді. Науқаста асқазаннан эвакуация бұзылса (ойық жаралы стенозда, өту немесе ісік) кешке және таңертең асқазан арқылы жуылады зонд. Таңертең науқастың шашы хирургиялық аймақта қырылады. Науқасты жоспарлы операцияға дайындау процесінде эндогендік инфекцияның алдын алады - созылмалы инфекция ошақтары анықталып, санитарлық тазартылады. инфекциялар (созылмалы тонзиллит, кариес, фарингит, терінің және жұмсақ тіндердің пустулярлық аурулары және басқа созылмалы қабыну аурулары). Менструация кезінде жоспарланған операцияларды тағайындауға болмайды, өйткені бұл күндері қан кетудің жоғарылауы және дененің реактивтілігінің төмендеуі байқалады. Бір күн бұрын седативтер тағайындалады. Операциядан 30 минут бұрын премедикация жүргізіледі, оның құрамына промедол (есірткі анальгетиктер); атропин (М-холинolitikтин) сілекей бөлуді азайту үшін, ол анестезияға кедергі келтіреді; антигистаминдер (димедрол, пипольфен). Осыдан кейін науқасты гурнеде операция бөлмесіне апарды және операцияны орындау үшін қажетті позицияға сәйкес келеді.

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



5.Әдебиет:

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

6. Қортынды сұрақтары (кері байланысы)

1. Операция түсінігі: радикалды және паллиативті.
2. Операция түрлері (бір және көпмүн, бірімүн). диагностикалық, типтік және атипті, жабық және ашық, микрохирургиялық, эндоскопиялық).
3. Операция алдындағы кезең (негізгі міндеттер, науқасты операцияға дайындау).



4. Операцияның жеделдігін анықтау
5. Операциялық-анестезиологиялық тәуекелді бағалау
6. Қосымша зерттеулер
7. Науқастарды психологиялық және операция алдындағы дайындау
8. Арнайы операция алдындағы дайындық

№7 дәріс

1. Тақырыбы: Жіті жергілікті хирургиялық инфекция.

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

3. Дәріс тезистері:

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

Жіктелуі

1. Клиникалық ағымы бойынша:

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

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

2. Көрсетілген нысандардың әрқайсысының мынадай нысандары болуы мүмкін:

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

2.2. Жалпы хирургиялық инфекция (септикалық ағымы бар жалпы құбылыстардың басым болуымен). Этиологиясы Іріңді-қабыну аурулары инфекциялық сипатқа ие (моноинфекция немесе аралас, организмге экзогендік немесе эндогендік жолмен енетін). Ең көп таралған қоздырғышы стафилококк болып табылады, бұл олардың а/б және антисептиктерге жоғары төзімділігімен, сонымен қатар экзотоксиндерді шығару қабілетімен түсіндіріледі. Стрептококктар (ауыр интоксикация береді), пневмококктар, протей, коли бактериялары, Pseudomonas aeruginosa, клостридиялар сирек кездеседі. Экзогенді – ауа – ауа – шаң – контакт – имплантация) Инфекцияның ену жолдары: Патогенезі Қабыну процесінің одан әрі дамуы енген микробтардың саны мен вируленттілігінің ағзаның иммунологиялық күштерімен қатынасымен анықталады. Тіндердің жағдайы және жергілікті иммундық факторлар да маңызды. ! Жараға түскен микробтар 5-6 сағаттан кейін белсенді бола бастайды! Клиникалық көріністері Жергілікті симптомдар – қабынудың классикалық белгілері:

- Гиперемия
- Ісіну

- Ауырсыну
 - Жергілікті температураның жоғарылауы
 - Органның дисфункциясы Қабыну процесінің екі фазасы бар: алғашқыда қабыну ошағы тығыз, ауырсыну тұрақты (инфильтративті фаза).); инфильтраттың жұмсаруы, жиырылған ауырсынулар, флюктуация абсцесс фазасының дамуын көрсетеді.
- Жалпы симптомдар:
- дене температурасының жоғарылауы, қалтырау
 - Аймақтық лимфа түйіндерінің ұлғаюы
 - Науқастың қозуы немесе летаргиясы
 - Бас ауруы, әлсіздік сезімі, тахикардия
 - Қан құрамының өзгеруі (лейкоцитоз, ЭТЖ жоғарылауы, гемоглобин мен эритроциттердің төмендеуі)
 - Зәрдегі өзгерістер (цилиндрлік және протеинурия). Емдеу принциптері Емдеу қабыну процесінің ерекшеліктері мен локализациясына байланысты. Инфильтрация сатысы – консервативті ем (фокусты шектеу үшін): - А/б, антисептиктер, қабынуға қарсы препараттар - Физиотерапия (жылу, УВИ, УВЧ, электрофорез, УДЗ және т.б.) - Новокаинді блокада - Демалу (иммобилизация, төсек демалысы))
- Абсцесс кезеңі – хирургиялық емдеу: а) Іріңді және некрозды массаларды жою үшін абсцессті ашу. б) Антисептиктермен мұқият санитарлық тазалау (сутегі асқын тотығы, фурацилин) в) Адекватты дренаж г) Гипертониялық ерітінділерді қолдану (10% NaCl, 25% MgSO₄). Жергілікті хирургиялық инфекцияның түрлері Абсцесс (абсцесс) – мүшелер мен тіндерде іріңнің шектелген жиналуы. Себептері: инфекция, тіндерге концентрацияланған дәрілік ерітінділерді енгізу (25% MgSO₄, 24% кардиомин ерітіндісі, 50% анальгин ерітіндісі). Абсцесс пиогенді мембрананың және көп камералы болуымен сипатталады. Флегмона – жасушалық тіннің делимитацияға бейім емес жедел диффузды қабынуы. Тері асты, бұлшықет аралық, ретроперитонеальді флегмоналар бар; кейбір локализациялардың ерекше атаулары бар: медиастинит, парапроктит, паранефрит және т.б. Флегмонаның нақты шекаралары жоқ. Инфильтрация кезеңі қысқа. Емдеу тек хирургиялық. Қызылиек (эрисипелалар) – терінің өзінің, сирек шырышты қабықтың жедел қабынуы. Қоздырғышы - стрептококк. Бұл аурудың жұқпалылығын түсіндіреді. Ауру кенеттен пайда болады, температура тез көтеріледі (40 - 410 дейін), ауыр интоксикация байқалады. Көбінесе бет, бас, төменгі аяқтарда локализацияланған. Жергілікті белгілер: жану ауруы, қызу сезімі, айқын жиектері бар ашық қызарудың пайда болуы (эритематозды түрі). Буллезді түрінде көпіршіктер пайда болады. Флегмонозды формада тері астындағы тіндердің іріндеуі пайда болады. Әлсіреген және қарт адамдарда некротикалық қызылиек пайда болады. Қызылиек қайталануы мүмкін.
- Емдеу:
1. УВИ. 2. А/б және сульфалы препараттар.
 3. Ылғал таңғыштар мен ванналар қарсы, синтомицин эмульсиясы, тетрациклин жақпа жергілікті қолданылады.
 4. Флегмонозды түрімен – аутопсия.
 5. Пациенттерді оқшаулау керек.
 6. Процесс бетте локализацияланған кезде ауруханаға жатқызу міндетті болып табылады. Фурункул - шаш фолликуласының, май безінің және оның айналасындағы тері астындағы майдың іріңді-некротикалық қабынуы. Ең жиі локализация - мойынның артқы жағы, бет, қолдың артқы жағы, жамбас. Екі немесе одан да көп фурункулездің пайда болуы «фурункулез» деп аталады, ол иммунитеттің төмендеуімен, қант диабетімен, витаминдердің жетіспеушілігімен және т.б. Карбункул – жалпы инфильтрат пен некроздың түзілуімен бірнеше шаш фолликулалары мен май бездерінің жедел диффузды іріңді-некротикалық қабынуы. Емі хирургиялық, кесу крест тәрізді. Өлім үшбұрышы «Өлім үшбұрышы» адамның бетіндегі ауыз, мұрын және мұрын-ерін қатпарларымен шектелген, қанмен қамтамасыз ету өте жақсы дамыған жер деп аталады. Беттің бұл бөлігінде веноздық және артериялық тордың көптеген тамырлары бар, оның үстіне бұл веналардың клапандары жоқ (дененің басқа бөліктерінің тамырларына қарағанда). Осылайша, «өлім үшбұрышы» арқылы денеге енуі мүмкін кез келген инфекция жай ғана мидың кавернозды синустарына еніп, өте ауыр асқынуларды тудырады және жиі өлімге әкеледі. Адамның қолында көптеген микробтар бар екенін бәрі біледі, сондықтан бұл



«үшбұрышты» қолыңызбен ұстау қажет емес, сонымен қатар **ТҮЙІМ САЛЫНАДЫ!** Гидраденит - апокринді тер бездерінің іріңді қабынуы. Ол аксиларлы аймақта, сирек жыныстық және перианальды аймақтарда локализацияланған. Алдын ала факторлар: шамадан тыс терлеу, дерматит, жеке гигиена ережелерін сақтамау, шашты қыру, депиляторларды қолдану. Лимфаденит - лимфа түйіндерінің қабынуы, әр түрлі пио-қабыну ауруларының және спецификалық инфекциялардың асқынуы ретінде туындайды. Лимфангит - лимфа тамырларының қайталама қабынуы, әртүрлі қабыну ауруларының ағымын нашарлатады. Мастит - бұл сүт безінің қабынуы. Бұл негізінен лактацияның алғашқы апталарында (лактациялық мастит, немесе «сүт безі») пайда болады. Көбінесе примипарада кездеседі (70% дейін) Жедел және созылмалы (сирек) бар. Кіру қақпасы - көбінесе - емізік жарықтары. Аурудың басталуына ықпал ететін фактор лактостаз болып табылады. Маститтің серозды, инфильтративті және деструктивті (абсцесстік, флегмонозды, гангренозды) түрлері бар. Клиника. Сүт безінде ауырсынудың пайда болуы, дене қызуының 39о дейін көтерілуі, сүт безінің қызаруы және ұлғаюы (серозды түрі). Процесс инфильтративті фазаға өткенде қалтырау пайда болады, безде – инфильтрат, ауырсыну күшейеді, қолтық асты лимфа түйіндері ұлғаяды. Флюктуация пайда болған кезде терінің күрт қызаруы және тері асты веноздық торының кеңеюі, инфильтрат демаркацияланады және пальпацияланады. Емдеу. Форманы ескере отырып орындалады. Бастапқы формаларымен - консервативті, іріңді - операциялық. Сүттің тоқырау белгілері пайда болған кезде жоғары позиция (бинт, безді қыспайтын бюстгалтер). Безді босату үшін кеуде сорғысы қолданылады, сұйықтықты қабылдау шектеледі, окситоцин және но-шпу тағайындалады, тамақтандыру тоқтатылмайды. Серозды және инфильтративті – а/б, сульфаниламидтер, физиотерапия, новокаинді блокада. Барлық процедуралар безді босатқаннан кейін жүзеге асырылады. Алдын алу. 1) Жүкті әйел денесінің төзімділігін арттыру, ошақтарды санитарлық тазарту. 2) Безді тамақтандыруға дайындау (ауа ванналары, сүлгімен сүрту), емізік жарықтарының алдын алу. 3) Тамақтандыру ережелерін сақтау (анасының қалпы, гигиеналық өңдеу), бездерді кезектестіру. 4) Әр тамақтандырудан кейін сору 5) Міндетті түрде кеудеше кию. Артрит - буынның қабынуы. Артрит бар: травматикалық, инфекциялық, дистрофиялық. Симптомдары: ауырсыну, қызару, ісіну, деформация, буын функциясының бұзылуы, дене температурасының жоғарылауы (жергілікті және жалпы). Емдеу: себебіне байланысты. Іріңді артритпен – буынды ашу, антибиотиктер. Артрит толық қалпына келтіруге әкелуі мүмкін, бірақ ол буынның пішінін бұзуы және иммобилизацияға әкелуі мүмкін. Бурсит - бұл шырышты қабықтың қабынуы. Жедел және созылмалы (гигромалар) болады. Себептер. Жарақаттар, қайталанатын физикалық стресс, артрит, подагра. Көбінесе шынтақ, иық, тізе бурситі (қәсіби жарақат). Симптомдары. Шырышты қабықшаның орналасуына сәйкес ауырсынулы дөңгелек ісіктің пайда болуы, пателланың бюллетень симптомы, әлсіздік, қызба. Артриттен айырмашылығы, буындағы қозғалыс сақталады. Емдеу. Ерте фазаларда – буын пункциясы, а/б, гормондар, физиотерапия. Тиімсіз жағдайда – қапты ашу. Емдеу баяу. Шырышты қаптар — синовиальды сұйықтықты бөлетін тегіс эндотелий беті бар шектелген дәнекер тіндік қапшықтар. Бұл сөмкелердің саны тұрақты емес: жаңа туған нәрестелерде олар болмауы мүмкін, ересектерде олардың көпшілігі бар және әртүрлі жерлерде; сүйектегі терінің, бұлшықеттердің, сіңірлердің үздіксіз қысымы мен үйкелісі орындарында пайда болуы мүмкін. Остеомиелит - сүйек тінінің жұқпалы қабынуы. Жедел және созылмалы, гематогенді және гематогенді емес. Симптомдары. Мазасыздық, аяқ-қолдардың ауыруы, бұлшықет ауыруы, безгегі, бас ауруы. Зақымдалған аяқ-қолда ауырсыну, жарылғыш сипаттағы қатты ауырсыну бар, сондықтан пациенттер ең аз қозғалыста айғайлайды. Аяқ бүгілген күйге ие болады. Өкшеге (шынтақ) қағу қатты ауырсынуды тудырады, зақымдалған аяқ-қолды пальпациялағанда ауырады. Содан кейін жұмсақ тіндердің ісінуі және терінің қызаруы, аймақтық L.s. Рентгенограммадағы белгілер 10-14-ші күні пайда болады. Емдеу консервативті және хирургиялық. Қолдың іріңді-қабыну аурулары Ең жиі себебі - қолдың тіндерінің механикалық зақымдануы. Панаритиум - саусақтардың іріңді ауруы. Фелондардың келесі түрлері бар: тері, тері асты, сіңір, сүйек, артикулярлы, субангальды, паронихия, пандактилит. Симптомдары: бірте-бірте күшейеді, ауырсыну, тіндердің кернеуі, гиперемия, ісіну, «бірінші ұйқысыз түннің» симптомы. Дене температурасы қалыпты және жоғары болуы мүмкін (формаға байланысты). Саусақ функциялары бұзылған. Емі операциялық. Қолдың флегмонасы - қолдың жасушалық кеңістіктерінің диффузды іріңді зақымдануы. Симптомдары: тіндердің ісінуі және гиперемиясы, қолдың дисфункциясы, жергілікті қызба, пальпация кезінде ауырсыну, қолдың сыртқы

түрінің өзгеруі (мысалы, «тырнақ лап» симптомы), дене температурасының көтерілуі, интоксикация белгілері. Емдеу тек операциялық. Жалпы хирургиялық инфекция (сепсис) Жалпылама (жалпы) инфекция ағзаның қанға енген қоздырғыштарды бейтараптандыруға қабілетсіздігі кезінде дамиды. Бұл байқалады: 1) жоғары вирулентті қоздырғыштардың көп мөлшерін алған кезде; 2) Ағзаның қорғаныс күштерінің күрт әлсіреуімен. Инфекцияның ағзаға енетін жері кіру қақпасы деп аталады. Кіреберіс қақпасының аймағында пайда болған қабынуды бастапқы ошақ деп атайды (жаралар, жедел іріңді ошақтар, эндогендік инфекция). Мыналар бар: - көзге көрінетін фокус болмаған кезде дамиды біріншілік (криптогенді) сепсис; - біріншілік ошақтың фонында дамиды екіншілік сепсис. Сонымен қатар, сепсис ажыратылады: - фульминантты (клиникасы тез дамиды, 1-3 күннен кейін өлімге әкелуі мүмкін); - септикалық шок (іріңді ошақ болған кезде интоксикация нәтижесінде дамиды сепсис ағымының ауыр кезеңі); - жедел (клиниканың жылдам өсуі, бірақ оншалықты апатты емес дамуы); - субакуталық (ауру басталғаннан кейін 2-3 айдан кейін белгіленеді); - созылмалы қайталанатын түрі. Сепсис сонымен қатар кіреберіс қақпасының орналасуына байланысты жіктеледі (кіндік, ақушерлік, одонтогендік, отогендік және т.б.). Жедел сепсис септицемия және септикопиемия түрінде болуы мүмкін. Септицемия (жалпыланған қан инфекциясы) - жарадан мезгіл-мезгіл пайда болатын қоздырғыштар мен олардың токсиндерінің қан ағымын ұзаққа созуы. Көбінесе бұл стрептококк, сирек - стафилококк және E. coli. Клиникалық ағым күндізгі уақытта жүрек соғу жиілігі мен тыныс алудың бір мезгілде ұлғаюымен үнемі 40-41^o шегінде ұсталатын қатты қалтыраумен және температураның тез көтерілуімен сипатталады. Өлім алдында ғана температура қалыпты жағдайға күрт төмендейді, импульс тездейді (есепке жатпайды). Температура мен импульс қисықтарынан пайда болған крест өлім кресі деп аталады. Науқастар летаргиялық немесе мазасыз болады, терісі құрғақ, ыстық, кейде тері астына қан кетулер пайда болады. Жаралар құрғақ, түгіккен, баяу. Көкбауыр ұлғайған пальпация кезінде ауырсынады. Гемолитикалық сарғаю дамиды. Септикопиемия (жалпы метастаздық инфекция). Бұл жағдайда іріңді жара аймағындағы ұсақ қан ұйығыштары микробтармен жұқтырылып, жалпы қанға енеді. Қан тамырлары тасымалдау жолдары ретінде қызмет етеді, ол арқылы инфекция жұқтырған эмболиялар кез келген органға енеді - жаңа қайталама фокус қалыптасады. Клиникалық түрде 41 градусқа дейін күшті қызба бар, бірақ таңертең ол 3-4 градусқа төмендейді. Пульсі жиі, елтігу. Жалпы жағдайы ауыр, науқастар буындардағы ауру сезіміне шағымданады, терісі ыстық, құрғақ. Анемия, сарғаю, көкбауырдың ұлғаюы жиі кездеседі, токсикалық диарея болуы мүмкін. Мидағы іріңді метастаздардың дамуымен өлім болуы мүмкін. Септикопиемия мен септицемияны жиі ажырату қиын және бір-біріне сәйкес келуі мүмкін.

Сепсис диагнозы мыналарды бағалауға негізделген:

1. Бастапқы фокус (95% жағдайда сепсис ауыр іріңді хирургиялық немесе некрозбен, нашар дренажды және т.б. кең жаралар фонында дамиды).
2. Қан дақылдарының нәтижелері (қаннан қоздырғыштарды себу сепсистің айқын белгісі болып табылады; материалды тәуліктің әртүрлі уақытында, жақсырақ температураның жоғарылауында алады).
3. Клиникалық белгілері (сепсиске тән көкбауырдың ұлғаюы, бауырдың гемолитикалық сарғаюы, лейкоцитоз немесе лейкопения, ЭТЖ күрт жоғарылауы, қан ұю жүйесінің ауыр бұзылыстары, тахикардия, жоғары температура)

Сепсистегі қызба түрлері: Үздіксіз жоғары, 39. -40^o, жедел, ауыр ағымды көрсетеді. Ремиссиялық – 15-20 күн бойы 1-2^o тәуліктік ауытқулар. Толқынды – субфебрильді жағдай кезеңдері қызбаның жоғары шыңдарымен алмасады; Субакуталық ағымда Сепсисті емдеу мыналардан тұрады: • инфекция ошағына белсенді хирургиялық әсер ету • патогенге қарқынды әсер ету (бактерияға қарсы және иммунотерапия, детоксикацияның экстракопиральды әдістері) • бұзылған дене функцияларын сақтау (инфузиялық терапия) Сепсиспен ауыратын науқастарды ауыр түрі бар науқастар үшін арнайы реанимация бөлімшелерінде емдеу керек. іріңді инфекция. Ұзақ мерзімді инфузия үшін субклавиялық венаны катетеризациялау жүргізіледі. Анаэробты инфекция Анаэробтар және олардың аэробтармен байланыстары адамның инфекциялық патологиясында жетекші орындардың бірін алады. Олар адам ағзасының қалыпты микрофлорасының басым көпшілігін құрайды. Олардың негізгі мекендейтін орны – ас қорыту жолдары. Аузындағы флора 99% анаэробты, бұл олардың негізгі тіршілік ету ортасы тоқ ішекке жақын. Осы микроорганизмдердің әртүрлі түрлерінің ішінде сіреспе мен газды гангренының



қоздырғыштары ерекше маңызға ие - клостридиальды инфекцияның өкілдері, ағымның өте ауырлығын және жоғары өлімді тудырады. Бірақ клостридиялар адамдарда кездесетін анаэробтардың өте аз бөлігін (шамамен 5%) құрайды. Сондай-ақ адам үшін патогенді анаэробтардың спора түзбейтін әлдеқайда үлкен тобы бар. Олар күнделікті хирургиялық инфекциялардың көпшілігін білдіреді және негізінен жергілікті көріністермен және жақсы ағыммен сипатталуы мүмкін немесе қолайсыз болжамы бар ауыр процестердің клиникасы болуы мүмкін. Газды гангрена Кез келген шыққан жаралардың өмірге ең қауіпті асқынуы. Ол әскери операциялар кезінде кеңінен таралған. Оның даму ықтималдығы қан тамырлары мен сүйектердің зақымдануымен, топырақтың ластануымен кең ұсақталған жараларда жоғары. Қоздырғыштары экзотоксиндер бөлетін клостридиялардың төрт түрі. Барлық клостридиялар газдың пайда болуымен және ісінудің пайда болуымен сипатталады.

Клиника.

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

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

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

Емдеу.

Үш компоненттен тұрады.

1. Бактериялық факторды жою арқылы жара ошағын санитарлық тазалау. Операциялардың үш түрі қолданылады - «шам кесу» (жараны азрациялау және ісіну сұйықтығында жиналған токсиндерді кетіру үшін тіндерді сүйекке кеңінен бөлу); зақымдалған тіндердің (бұлшықеттердің) кесілуі; жгутсыз орындалатын ампутация, тіндердің өміршеңдігінің көрнекі деңгейінен жоғары, тігістер 1-2 күн бойы салынбайды.

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

3. Мүшелер мен жүйелер қызметінің өзгерістерін түзету. Алдын алу. 1. Травматикалық және гемorragиялық шокпен күресу. 2. Көліктік иммобилизация, ең ерте ПСТ. 3. Науқастарды оқшаулау. 4. Үй-жайларды дезинфекциялау, санитарлық тазарту, тазалау үшін 0,5% жуғыш зат ерітіндісімен 6% сутегі асқын тотығын, медициналық аспаптар үшін – 1 сағат экспозиция.– спора түзетін G(+) Clostridium tetani. Оның споралары жоғары төзімді, қайнауға 10 минуттан 90 минутқа дейін, ал кейбір штамдарға 3 сағатқа дейін шыдайды. Фенолдың 5% ерітіндісі 8-10 сағаттан кейін, ал 1% формалин ерітіндісі 6 сағаттан кейін олардың өліміне әкеледі. қорлар. Қоздырғыш жүйке жүйесі мен эритроциттерге әсер ететін экзотоксинді бөледі. Аурудан кейін иммунитет жоқ. Clostridium tetani жануарлар мен адамның ішегінде тіршілік етеді. Топыраққа нәжіспен түседі, онда ұзақ жылдар бойы сақталатын споралар түзеді. Инфекция тек споралар жаралар арқылы енген кезде пайда болады, әсіресе оларда анаэробты жағдайлар жасалғанда (пышақ жарақаттары, тамыр патологиясы)

Клиника.

Жетекші симптом - бұл қаңқа бұлшықеттерінің клоникалық және тоникалық спазмаларының дамуы. Әдетте 4-14 күнге созылатын инкубациялық кезең бас ауруымен, ұйқысыздықпен, ашушандықпен, әлсіздікпен, тершендікпен, жара аймағындағы бұлшықеттердің ауыруы және тітіркенуі. Бұлшықет спазмы жақ бұлшықеттерінде (төмендеу түрі) немесе жарақаттанған аймақтан (көтерілу түрі) басталады. Бет бұрмаланған және маңдай мен бет жағында әжімдердің пайда болуымен менсінбейтін

күлкі (сардоникалық күлкі) көрінісімен сипатталады. Тризмус (шайнау бұлшықеттерінің қысылуы) ауызды ашуды қиындатады. Құрысу ұстамалары бірінен соң бірі жалғасады, ауырады, кез келген тітіркену кезінде пайда болады (жансу, есік сықырлау, жеңіл, қатты сөйлесу). Арқа, мойын, аяқ-қол бұлшық еттерінің спазмолитикалық жиырылуы дің және аяқ-қолдардың күрт гиперэкстензиясымен (опистотонус) жүреді. Конвульсиялар бірнеше минутқа дейін созылады. Арасында бұлшықеттер кернеулі болып қалады. Ұстама бұлшықеттердің жарылуына, сүйектердің сынуына, тыныс алу және қан айналымының бұзылуына әкелуі мүмкін. Дене қызуы жоғары, қатты терлеу биіктікке сәйкес келмейтін температуралар. Пиней бұлшық еттерінің тоникалық жиырылуы дефекация мен зәр шығаруды қиындатады. Қалпына келтіру кезінде симптомдардың көрінісі бірте-бірте азаяды және 14-70 күннен кейін жоғалады. Сіреспені үштік невриттен, менингиттен, құтырудан, тетаниядан және т.б. ажырату керек Емдеу. Қарқынды терапия және хирургиялық араласуларды жүргізу. Жалпы емге мыналар кіреді: 1. Спецификалық серотерапия (ПСС және АС енгізу). 2. Құрысуға қарсы терапия (бұлшық ет босаңсытқыштары, есірткі, алкоголь, нейроплегиялар); сананы өшіру үшін анестезия қолданылады. 3. Жүректің жұмысын жақсарту, тыныс алу, инфекциялық асқынулардың алдын алу үшін көмекші терапия. Хирургиялық араласулар келесідей: ревизия, кең ашу, анестезиямен жараны дренаждау. Науқасты шудан оқшауланған, қараңғыланған бөлек бөлмеге жатқызады.

Алдын алу.

Арнайы қосымша:

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

қажетті позицияға сәйкес келеді.

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





5.Әдебиет:

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

6. Қортынды сұрақтары (кері байланысы)

- 1.Жіті және созылмалы хирургиялық инфекция.
- 2.Жіктемесі. Этиологиясы мен патогенезі.
- 3.Тіндердің жергілікті және жалпы реакциясы. Жіті іріңді аурулардың жеке түрлері .
- 4.Алдын алу мәселелері.
- 5.Жалпы және жергілікті емдеудің негізгі принциптері.
- 6 Антибиотиктерді қолданудың маңызы.

№8 дәріс

1. Тақырыбы: Созылмалы спецификалық хирургиялық инфекция.

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

3. Дәріс тезистері:

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

Жіктелуі

1. Клиникалық ағымы бойынша:

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

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

2. Көрсетілген нысандардың әрқайсысының мынадай нысандары болуы мүмкін:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Патологиялық анатомия және патологиялық физиология

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



Туберкулез кезінде омыртқа бастапқы сүйек қабынуы туындайды жуан еріндік мата тел омыртқа, едәуір сирек байқалады жеңіліс доғаларының және өсінділерінің омыртқа. Туберкулез спондилитінің дамуы бастапқы туберкулез ошағы омыртқалы денеден тыс көрші жұмсақ тіндерге шыққан сәттен басталады. Белгілі бір процестің сау омыртқаларға таралуы екі жолмен жүреді: дискішілік және внедрисковой. Ішілік жолмен қабыну процесінің дамуы омыртқааралық дискідегі дистрофиялық өзгерістерге әкеледі, содан кейін оның ішінара немесе толық жойылуы орын алады және омыртқалар белгілі бір процеске қатысады. Зардап шеккен омыртқалардың арасында байланыс бұзылуы пайда болады.

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

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

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

Туберкулез артритих тарату спецификалық қабыну келген бастапқы ошағын арналған буыны жиі жүреді жолымен бірте-бірте өсіп-грануляциянн мата синовиальную қабығы буын.

Көбінесе, негізінен субхондральды оститпен туберкулез артриті артикулярлы шеміршектің белгілі бір процесінің бұзылуына және туберкулезді түйіршіктеу тінінің буын қуысына енуіне байланысты пайда болуы мүмкін.

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

Омыртқа туберкулезіндегі рентгенологиялық өзгерістердің динамикасы артритке дейінгі фазада омыртқаның денесінде секвестр бар анық емес контурлары бар деструкция ошағы анықталады. Алайда, аурудың осы кезеңіндегі бұл өзгерістер барлық науқастарда анықталмайды. Спондилиттік фазаның бастапқы кезеңінде деструкция ошағы айқын көрінеді, омыртқааралық диск биіктігінің төмендеуі және көрші омыртқаларда контакттілі деструкция байқалады. Кейбір науқастарда зардап шеккен омыртқалар деңгейінде өткір абсцесс көлеңкелері анықталады.

Балаларда жоюдың жоғарылауы остеопороздың жоғарылауымен бірге жүреді, ал ересектерде сүйек тінінің тығыздығы мен құрылымы аз өзгеруі мүмкін.

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

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

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

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

Буын туберкулезіндегі рентгенологиялық өзгерістердің динамикасы буынның жанындағы артритке дейінгі фазада, көбінесе сүйектің метафизикалық бөлімінде, өзгерген сирек сүйек құрылымының бөлімі, содан кейін әртүрлі тығыздықтың (секвестрдің) қосындылары бар бұзылу ошағы анықталады. Бұл өзгерістер өзгермеген сүйек тінінің немесе остеопороздың фонында байқалады.



Артритикалық фазаның басталу кезеңінде сүйек фокусы мөлшері ұлғаяды, тән белгілері остеопороз және буын саңылауының өзгеруі болып табылады: алдымен оның кеңеюі, содан кейін тарылуы. Буын капсуласының көлеңкесінің кеңеюі анықталды. Балаларда эпифиздің жоғарылауы байқалуы мүмкін. Ыстық кезеңде остеопороз жоғарылайды, артикулярлық саңылаудың тарылуы артады, сүйектердің артикулярлық ұштарының бұзылуы анықталады. Жою фокустық сипатқа ие, оның буынның әртүрлі бөліктеріндегі ауырлық дәрежесі бірдей емес. Деструктивті қуыстардың контурлары анық емес. Буын капсуласының көлеңкесінің тығыздалуы мен кеңеюі ұлғаяды, аяқтың жұмсақ тіндерінің қалыңдығында (абсцесс) шектеулі тығыз көлеңкелер анықталады. Буындағы анатомиялық қатынастар бұзылады: сублюксация және сүйектердің бірлескен ұштарының орналасуы.

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

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

Ең тән рентгендік белгілер:

- * сүйек қалыңдығында, оның жіңішке затында Секвестр бар және қалыпты Сүйек тіні немесе остеопороз аясында анықталатын деструкция ошағының болуы;
- * омыртқааралық дискінің биіктігінің төмендеуі, аурудың басында буын саңылауының қысқа кеңеюі, содан кейін оның тұрақты тарылуы;
- * параартикулярлы жұмсақ тіндердің қалыңдауы;
- * бірлескен капсуланың көлеңкесін кеңейту;
- * аяқтың жұмсақ тіндерінің қалыңдығында шектеулі тығыз көлеңкелердің болуы;
- * омыртқааралық диск бұзылған 2-3 омыртқалы денелердегі контактілі деструкция;
- * буын шеміршегінің бұзылуымен сүйектердің буын ұштарындағы ошақты деструкция;
- * омыртқа мен буындардың деформациясы; сүйек тінінің атрофиясы.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

Сүйек-буын туберкулезінің клиникалық және рентгенологиялық көріністері аурудың қоздырғышының түріне де байланысты. Бұқа түріндегі микобактериялармен, сондай-ақ сүйектер мен буындардағы микобактериялардың L-түрімен ауырған кезде бірнеше туберкулез ошақтары жиі пайда болады. Клиникалық көрініс туберкулезді интоксикацияның айқын белгілері бар торпидті процестің белгілерімен және көптеген асқынулармен сипатталады: өткір абсцесс, деформация, фистула және т.б. бұл науқастарда адам жұқтырған микобактериялармен салыстырғанда басқа органдарда ерекше өзгерістер байқалады.

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

Сүйек-буын туберкулезінің атиптік нысандары кезінде диагностиканы туберкулезге қарсы мекемелердің мамандары жүргізеді. Ең алдымен, туберкулезді растауға немесе жоюға мүмкіндік беретін жалпы фтизиатриялық зерттеу әдістері қолданылады, туберкулез ошақтарын анықтау үшін науқастың ішкі мүшелерін зерттейді, туберкулиннің әртүрлі дозалары бар туберкулин Манту сынамасын, сондай-ақ туберкулинге сезімталдықты анықтаудың басқа әдістерін қолданады.

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

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

* қабыну-остеомиелит, инфекциялық артрит, анкилозды спондилоартрит (Бехтерев ауруы), мерез, актиномикоз және т. б.,

* қабынбайтын-туа біткен даму кемістіктері, қатерсіз ісіктер (остеоидостеома, эозинофильді гранулема, гемангиома, остеобластокластома, хондрома және т. б.);

* талшықты дистрофиялар (киста және т. б.);

* остеохондропатия (Кальве, Кениг, Шлаттер, Легг—Кальве—Пертес аурулары, сан басының ішінара асептикалық некрозы және т. б.);

* дистрофиялық (Деформацияланатын артроз, гемофилиялық артроз, хондроматоз және т. б.);

* жарақаттан кейінгі;



* қатерлі ісіктер (остеогенді саркома, симпатогониома және т.б.).

Сүйектер мен буындардың туберкулезі-жиі мүгедектікке айналатын патологияның өкпеден тыс түрі. Ол сүйектердің прогрессивті бұзылуымен сипатталады және қаңқаның зардап шеккен бөліктерінің анатомиялық және функционалдық бұзылуына әкеледі.

Сүйектер мен буындардың туберкулезі - жалпы сипаттамасы

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

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

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

Жартысында дерлік пациенттердің диагностикаланады омыртқа туберкулезі, әрі:

* 50% жағдайда кеуде қуысының зақымдануы диагноз қойылады;

* жатыр мойны және бел омыртқаларының аурулары 25% құрайды.

30% - жамбас және тізе буындары зардап шеккен науқастардың саны.

Қалған сүйектер мен буындар сирек жұқтырылады.

Туберкулездің белгілері және алғашқы белгілері

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

* бастапқы остит (препутилдік);

* прогрессивті остит (спондиликалық);

* постартикалық.

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

Аурудың бастапқы көріністері:

* әлсіздік;

* апатетикалық күй;

* ұйқышылықтың жоғарылауы;

* субфебрильді температура;

* тәбеттің ішінара болмауы.

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

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

Сүйек пен буын туберкулезінің белгілері және алғашқы белгілері:

* өзгертілген жүріс;

* ақсақтық;

* клубтық аяқ;

* иықтар көтерілді.

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

Үшін соңғы фазасына тән угасание қабыну процесі мен көңіл-күйі қалыпқа келтіру. Алайда сүйек тіндері одан әрі деформациялануы мүмкін, ал бұлшықеттер спазмодикалық және атрофиялық болады.

Сүйек бөлімдерінің жұмысы уақтылы емделумен ғана қалпына келтіріледі.

Сүйек-буын туберкулезі-қалай жұғады, пайда болу себептері, жұқпалы немесе жоқ

Сүйек туберкулезі қалай беріледі? Жақсы алдын алуға мүмкін болатын жұқтыру қарағанда, жылдар бойы емделу желтоқсандағы жағымсыз және ауырсыну көріністері.

Инфекция бірнеше жолмен берілуі мүмкін:

1. Ауа тамшылары. Түшкіру және жөтелу арқылы науқас басқаларға жұқтырады, өйткені шығарылған қақырықта микобактериялар бар. Сұйықтық тамшылары жақын жерде орналасқан барлық нәрсеге түседі. Сау ағзаны жұқтыру тіпті жұқтырған адаммен қалыпты сөйлесу кезінде де мүмкін.
2. Алиментарлы. Қоздырғыш ас қорыту жолында науқастың қақырық бөлшектері бар тағаммен, сондай-ақ Кох таяқшасын жұқтырған жануарлардың сүтімен және етімен бірге болады.
3. Байланыс. Сирек жағдайларда микобактериялар конъюнктива арқылы өтеді.
4. Құрсақшілік. Бала плацентаның тұтастығын жоғалту нәтижесінде инфекцияға ұшырайды.

Рас, күшті иммунитет қауіпті жоя алады, сондықтан ағзаға еніп кетсе де, бактериялар оған зиян тигізбейді. Иммундық қорғанысы әлсіреген адамдар қауіпті.

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

Абай болған жөн қарым-қатынас жұқтырған, өйткені қоздырғыш тез ауа-тамшылы жолмен беріледі.

Науқастың жеке гигиенасы мен заттары үлкен қауіп төндіреді.

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

Ауру үш фазада жүреді.

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

o сүйекте остеопороз белгілері бар аймақтар пайда болады.

o сүйек ауруы болмауы мүмкін.

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

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

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

o науқас алдымен түсініксіз, бірақ содан кейін айқын локализацияның ауырсынуын сезіне бастайды.

o Остеопоротикалық сүйек көріністері өседі.

o эффузия (сұйықтықтың жиналуы), буынның ісінуі, мотор функциясының төмендеуі байқалады.

Сонымен, TBS, аналық және тибия туберкулезінде ақсақтық, бұлшықет әлсіздігі және атрофия дамиды.

o буын саңылауының немесе омыртқааралық каналдың тарылуы орын алады.

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

o осы кезеңде жалпы және жергілікті температураның көтерілуі мүмкін.

* Үшінші (қабынудан кейінгі) фазада дегенеративті және деформацияланатын сүйек процестері жүреді.

Бұл кезеңде ауру қалпына келеді және сонымен бірге ең жойқын кезең басталады.

o Эффузиялар мен ісінулер тоқтайды, абсцесс айтарлықтай төмендейді.

o буын контурлары тегістеледі, температура болмайды.

o буындарда контрактулар басталады, анкилоз (негізінен талшықты), аяқтар дұрыс емес, катал күйде бекітіледі.

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



Бұл ауру ересектерге қарағанда балаларда айқын клиникалық көрініс береді. Ең сорақысы, бала оны мүгедекке айналдыратын аурумен туылады. ТБС-да анкилоз және бұлшықет атрофиясы пайда болғандықтан, аяғы қысқарады, оның өсуі тоқтайды, нәтижесінде ол өсіп келе жатқан нәрестеде қалады, яғни дамымаған. Бұл аяқ-қол сияқты көрінеді.

Сондықтан туылған кішкентай адамда буын мен сүйек туберкулезінің алғашқы белгілерін анықтау өте маңызды.

Омыртқа туберкулезінің кейбір ерекшеліктері бар:

* Омыртқалардың қозғалғыштығы сақталады.

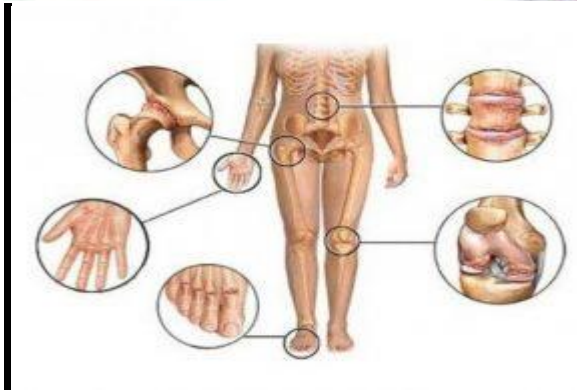
* Айқын айырым белгілері-ең күшті кифоз (еңкейу), омыртқа мен кеуде қуысының деформациясы, бұл балалық шақта да айқын көрінеді.

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



Ауру өмірге тікелей қауіп төндірмейді, сондықтан болжам тұтастай алғанда қолайлы. Бірақ уақтылы диагнозсыз және ерте емделусіз науқаста, әсіресе балалық шақта, мүгедектік пайда болуы мүмкін. Сүйек туберкулезі СПИД-тен гөрі жұқпалы емес. Туберкулездің өкпе формасы үлкен қауіп төндіреді, өйткені ол қарапайым ЖРВИ немесе тұмау сияқты — ауа тамшыларымен беріледі (сондықтан біз бәріміз дерлік туберкулездің пассивті тасымалдаушылары болып табыламыз). Адамнан адамға артикулярлы-сүйек туберкулезін тек қан құю арқылы немесе науқастың іріңді ошағынан инфекция сау адамның денесіндегі жараға, сол жерден қанға, яғни байланыс арқылы жұқтыруға болады. Жасырын бастапқы кезеңде байланыс инфекциясы мүмкін емес. Алдымен туберкулездің өкпе түрін жұқтыру оңай, ал өкпеден микробтар қанға сүйектерге ене алады. Белгілі бір қауіп өршу кезінде пайда болады, ашық іріңді абсцесс пен фистула болған кезде — мұндай науқас, сондай-ақ оның туыстары қатаң гигиенаны сақтау керек: төсек-орын, киім, таңғышты жиі өзгертіңіз. Бірақ мұндай кезеңдерде науқастар әдетте ауруханаларда емделеді, кез-келген жағдайда олар сол жерде болуы керек.

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



5.Әдебиет:

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

6. Қортынды сұрақтары (кері байланысы)

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



№9 дәріс

1. Тақырыбы: Ісіктер. Қатерсіз және қатерлі ісіктер.

2.Мақсаты: Онкологиялық аурулар жалпы сұрақтары, білімдерін бекіту және кеңейту. Негізгі ауру мен қатар жүретін аурулардың клиникалық көрінісін тани білуге үйрету. Ісік ауруларына абсолютті салыстырмалы көрсеткіштер мен қарсы көрсеткіштерді анықтауға үйрету. Онкологияның негізгі мәселелері кезіндегі алғашқы медициналық көмек көрсетудің негізгі дағдыларын, сонымен қатар заманауи кешенді емдеу принциптерін меңгеруге үйрету.

3.Дәріс тезистері:Ісік туралы доктринада ерекше атап өтілген онкология деп аталатын бөлек бөлімде. Онкос грек тілінен аударғанда ісік дегенді білдіреді. Онкологияның негізгі міндеті - ісіктердің онкогенезі, диагностикасы, емдеуі және алдын алу саласындағы зерттеулер.

Ісік полиморфизммен, дифференциацияланбаған және органоидты құрылымымен ерекшеленетін, үдемелі өсудің анатомиялық және қызметтік дербестігімен сипатталатын организмнің өзінің жасушалық элементтерінің көбеюіне байланысты, айқын көрінетін себептерсіз, өздігінен пайда болатын патологиялық түзіліс деп аталады.

Олардың бөліну принципін байланысты ісіктердің әртүрлі жіктелуі бар: [морфологиялық және гистологиялық](#) немесе клиникалық. Солардың кейбіріне тоқталайық.

Морфологиялық және гистологиялық белгілері бойынша Ісік дамиды тіннің табиғатына байланысты барлық ісіктердің жіктелуі эпителий, эндотелий, дәнекер, бұлшықет, тамырлық және жүйке болып бөлінеді.

Байланысты [гистологиялық](#) Ісік құрылысының күрделілігі қарапайым, аралас және күрделі болып бөлінеді. Қарапайымдары бір ұлпадан тұрады, мысалы, бұлшықет, талшықты; аралас - екі немесе одан да көп тіндерден, мысалы, миомалардан; күрделі ісіктер органның құрылымын қайталайды, мысалы, гипернефрома (бүйрек үсті безінің ісігі), хорионепителиома (ұрықтың вильді бөлігінен ісік) т.б. Жасушалардың үлкен немесе аз жетілуіне байланысты ісіктер жетілген ([сараланған](#)) және жетілмеген (дифференциацияланбаған). Жетілген ісіктерде жасушалардың құрылымы бойынша бастапқы тіннен айырмашылығы аз, бұл ісіктер, әдетте, кеңейеді. Пісіп жетілмеген ісіктер олар өсетін ұлпа жасушаларынан айтарлықтай ерекшеленеді және олардың өсуі көбінесе инфильтративті болады. Клиникалық ағымына сәйкес ісіктер қатерсіз және қатерлі болып бөлінеді.

Қатерсіз ісіктердің ерекше белгілері аналық тіннен гистологиялық жағынан аздап ерекшеленеді (яғни, олар жетілген формалар). Қатерсіз ісіктер баяу өседі, кейде үлкен мөлшерге жетеді, капсулаға жабылған немесе қоршаған құрылымдардан күрт бөлінетін масса түрінде. Олар айналадағы ұлпаларды өнбейді, бірақ оларды итеріп, артқа итереді (кең өсу). Қатерсіз ісіктер әдетте өзін көрсетпейді, метастаз бермейді, қайталанбайды, науқастардың жалпы жағдайын бұзбайды. Кейде ол өзін-өзі емдеуі мүмкін. Бұл ісіктер органдарға механикалық қысым жасап, анатомиялық немесе функционалдық бұзылыстарды тудырған кезде ғана қауіпті: [атрофиясы](#), қан тамырларын, нервтерді қысу, тітіркену және ауырсыну, кейде тіпті өмірге қауіп төндіреді.

Қатерлі ісіктерге күрт морфологиялық атипизм (жетілмеген формалар) тән. олар тұтастай өспейді, бірақ инфильтрацияланған ұрпақтар, тамырлар, рак кенелері түрінде, бұл атау қайдан шыққан. Қатерлі ісіктердің өсуі тез жүреді. Тұрақты прогрессивті, макроорганизмнен салыстырмалы түрде тәуелсіз (автономды). Қатерлі ісіктер күрт демаркацияланбайды, әдетте, айналадағы тіндерді өніп, бұзады. Олар үлкен өлшемдерге жетуі мүмкін. Бірақ бұл сирек кездеседі. Олар жиі өздерін көрсетеді, емдеуден кейін қайталанатын, метастаздар береді (бір немесе бірнеше). Метастаз жасайтын ісік жасушалары лимфа және қан тамырлары арқылы (лимфа және қан немесе ретроград ағыны арқылы), сондай-ақ байланыс және имплантация арқылы тасымалданады. Қатерлі ісіктер күшті күрт төмендеуін тудырады, кахексия (шаршау).

Қатерлі ісіктердің жұмыс (клиникалық) жіктелуі олардың кезеңдерге бөлінуі болып табылады. Бұл жіктеу ісіктің таралу көлемі мен дәрежесін, лимфа түйіндерінің әртүрлі топтарында метастаздардың болуын ескереді. Ісіктердің I, II, III және IV сатыларын ажыратыңыз. Кез келген локализацияның IV сатысы қатерлі ісік радикалды хирургиялық емдеуге жатпайды.

Қазіргі уақытта TNM жүйесі бойынша (ісік, түйін, метастаз) Халықаралық жіктеу одағы әзірлеген ісіктердің жіктелуі кең таралған. TNM жүйесі ісік дәрежесін (Т), аймақтық лимфа түйіндерінің (N) тартылу дәрежесін және ықтимал алыс метастаздарды (М) бағалайды.

T символы (ісік, ісік) - көптеген локализациялар үшін бастапқы ісіктің 7 нұсқасы бар:

T0 – ісік метастаздары болғанымен біріншілік ісік анықталмаған (зерттеу арқылы анықталмаған);

Tis - преинвазивті карцинома (carcinoma in situ) - ісік шығу қабатының ішінде орналасқан («интраэпителиальды қатерлі ісік», сүт безінің инфильтрацияланбайтын интрадуктальды карциномасы).

T1 - бастапқы тінмен шектелген кішкентай ісік (органға байланысты 1 см-ге дейін, бірақ диаметрі 2 см-ден аспайды);

T2 - зақымдалған органның шегінен шықпайтын шағын ісік (диаметрі 2-ден 5 см-ге дейін органға байланысты);

T3 - 5 см-ден асатын ісік, зақымдалған органның шегінен шығып, серозды қабықшалар мен капсулаларды өсіретін;

T4 - көрші органдар мен тіндерге өсетін кез келген көлемдегі ісік.

Tx - мөлшері мен шекарасын дәл анықтау мүмкін емес ісік.

N символы (түйін, түйін) - лимфа түйіндерінің зақымдалуын көрсетеді, 5 нұсқасы бар.

Nx – лимфа түйіндерінің зақымдану көлемін (дәрежесін) анықтау үшін деректер жеткіліксіз;

N0 – лимфа түйіндерінің зақымдану белгілерінің болмауы;

N1 - ең үлкен өлшемдегі диаметрі 3 см-ден аз, бастапқы ісіктен 3 см-ге дейінгі қашықтықта бір аймақтық лимфа түйінінің зақымдануы;

N2 - диаметрі 3 см-ден аз, бірақ бастапқы ісіктен немесе диаметрі 3-6 см бір түйіннен 3 см-ден астам қашықтықта орналасқан бір немесе бірнеше лимфа түйіндерінің зақымдануы;

N3 - диаметрі 6 см-ден асатын бір аймақтық лимфа түйінінің немесе диаметрі 3-6 см болатын бірнеше түйіннің зақымдалуы, бастапқы ісіктен 3 см-ден астам қашықтықта орналасқан.

M символы (метастаздар) – гематогенді немесе лимфогенді диссеминацияға байланысты алыстағы метастаздардың болуын көрсетеді. Аймақтық емес (juxta-аймақтық) лимфа түйіндеріне метастаз алыстағы метастаз ретінде қарастырылады.

Жоғарғы және төменгі қуыс веналар жүйесінен метастаздың гематогенді (веноздық) жолы көбінесе өкпенің, порталдық жүйеде - бауырдың зақымдалуына әкеледі.

M символының үш мағынасы бар:

- Mx - алыстағы метастаздардың ықтималдығын анықтау үшін деректер жеткіліксіз;

- M0 – алыстағы метастаздардың белгілері жоқ;

- M1 - бір немесе бірнеше алыс метастаздар бар.

T1-4 N0-3 M0-1 барлық комбинациялары 32 санатты береді, бұл тәжірибе үшін мүлдем қолайсыз, сондықтан науқастарды кезеңдері бойынша топтастыру қолданылады. Қатерлі ісік ауруының сатысын анықтау принципін тек жалпы формада тұжырымдауға болады.

I кезең- аймақтық метастаздар болмаған кезде зақымдалған органның шегінен шықпайтын шағын немесе үлкен ісік. TNM жүйесі бойынша бірінші кезеңге T1-2 N0 M0 (T1 N0 M0; T2 N0 M0) кіреді.

II кезең- бір аймақтық лимфалық метастаз болған кезде зақымдалған органның шегінен шықпайтын шағын немесе кішкентай ісік. TNM жүйесі бойынша екінші кезеңге мыналар кіреді: T1-2 N1 M0 (T1 N1 M0; T2 N1 M0).

III сатысы – зақымданған мүшеден тыс таралатын ісік, серозды қабықшалар мен капсулалардың өніп шығуы немесе бірнеше аймақтық метастаздары бар шағын ісік. TNM жүйесі бойынша үшінші кезеңге I және II кезеңдерге кірмейтін T1-3 N0-3 M0 кіретін барлық комбинациялар кіреді (T1 N2 M0; T1 N3 M0; T2 N2 M0; T2 N3 M0; T3 N0 M0; T3 N1 M0 ; T3 N2 M0; T3 N3M0).

IV кезең- көрші мүшелер мен тіндерге өсетін үлкен ісік немесе алыстағы метастаздар болған кезде кез келген көлемдегі ісік.

TNM жүйесіне сәйкес төртінші кезең алдыңғы кезеңдерге кірмеген N1-4 T0-3 M0-1 қоса алғанда барлық комбинацияларды қамтиды (T1 N0 M1; T1 N1 M1; T1 N2 M1; T1 N3 M1; T2 N0 M1 ;T2 N1 M1 ;T2 N2 M1;T2 N3 M1;T3 N0 M1;T3 N1 M1;T3 N2 M1;T3 N3 M1;T4 N0 M0;T4 N1 M0;T4 N2 M0;T4 N3 M0;T4 N0 M1; T4 N1 M1;T4 N2 M1;T4 N3 M1).



Қуыс мүшенің қабырғасының ену тереңдігі «Р» белгісімен анықталады, оның 4 мағынасы бар: P1 – ісік тек шырышты қабатқа әсер етеді; P2 - ісік субмукозды және бұлшықет қабаттарына таралады; P3 – ісік көрші құрылымдарға таралады.

Жоғарыда келтірілген жіктеу өңештің, асқазанның және өкпенің қатерлі ісігінің диагнозына айтарлықтай сәйкес келеді. Басқа локализациялар үшін TNM кезеңдері бойынша топтастыру аздап өзгеше болуы мүмкін.

Белгілі бір дәрежеде аурудың сатысын анықтайтын ісік мөлшері салыстырмалы шама екенін есте ұстаған жөн. Сонымен, асқазан мен көз үшін ісік мөлшері диаметрі 2 см-ге тең, бірінші жағдайда кішкентай ісік, екіншісінде - өте үлкен.

Диагноз қою кезінде аурудың сатысы туралы жиі күмән бар. Жалғыз ісіктер үшін төменгі TNM мәні таңдалады, өйткені бұл көбінесе радикалды емдеуге бағытталған.

Көптеген синхронды ісіктер болған кезде кезең барлық бар ісіктер арасында ең жоғары T және N санаттарымен анықталады.

TNM жүйесі ісік жағдайларын кезеңдері бойынша топтастыруда хирургтардың, сәулелік терапевтердің әрекеттерін үйлестіруге мүмкіндік береді және салыстырмалылық принципін сақтауға мүмкіндік береді.

Клиника ісіктер, бір жағынан, ісік табиғаты бойынша анықталады - қатерсіз немесе қатерлі, оның мөлшері және т.б.; екінші жағынан, ісіктің локализациясы, яғни ол дамиды орган мен тіндерден белгілердің пайда болуы. Сондықтан белгілі бір клиникалық белгілерді көрсету жеке хирургия (онкология) барысында ғана мүмкін болады, яғни ағзалар бойынша ауруларды сипаттағанда, мысалы, қалқанша безінің, өкпенің, асқазанның, тоқ ішектің қатерлі ісігінің клиникалық көрінісін сипаттау кезінде, т.б.

Тану ісіктер, әсіресе қатерлі ісіктер, кез келген дәрігер үшін жауапты міндет болып табылады, өйткені ерте дұрыс диагнозбен ғана емдеудің қолайлы нәтижелерін күтуге болады.

Ісіктері бар науқастардың негізгі шағымдары: ауырсыну, функцияның бұзылуы немесе органның пішінінің өзгеруі, жалпы жағдайдың «себепсіз» нашарлауы: әлсіздік, апатия, тәбеттің болмауы, салмақ жоғалту және т.б.

Ауырсыну әдетте ісік жүйке өрімдерінің, тамырлардың қысылуын және тітіркенуін тудырған кезде ғана пайда болады, егер ол нервті өсірсе немесе оның экспрессиясы пайда болса.

Көбінесе пациенттер функцияның бұзылуына немесе органның пішінінің өзгеруіне шағымданады.

Мысалы, сүт безі қатерлі ісігінде олар емшек ұшының тартылуы, терінің мыжылуы, ондағы пальпацияланған ісікке байланысты бездің ұлғаюы туралы алаңдатады. Асқазанның қатерлі ісігінде - әлсіздік, апатия, ет тағамдарынан бас тарту, жүрек айнуы, құсу. Ректальды ісікпен - іш қату, нәжісте қан. Жатыр ісігінде – қынаптан қанды бөлініс, сүт безінің қатерлі ісігінде – емізік ұшынан қанды бөлініс, бүйрек пен қуық ісігінде – гематурия және т.б.

Науқастың жалпы жағдайын бұзу, салмақ жоғалту, тәбеттің төмендеуі, жалпы әлсіздік дәрігерге бұл жағдайдың денеде өсіп келе жатқан ісіктен туындағаны туралы ойлауға әкелуі керек.

Анамнез неоплазманың себебін (жарақат, қабыну, жаман әдеттер және т.б.), оның пайда болу ұзақтығын және болашақта өсу сипатын анықтауға мүмкіндік береді. Егер көп жылдар бойы болған ісік тез өсе бастаса, бұл көбінесе қатерсіз ісіктің қатерлі ісікке айналуының симптомы болып табылады.

Объективті зерттеу: Олар жергілікті процесті зерттеуді де, бүкіл ағзаны міндетті түрде тексеруді де қамтиды. Жергілікті зерттеу арқылы ісіктің мөлшері, оның пішіні, бетінің сипаты, консистенциясы, қозғалғыштығы, лимфа түйіндерінің күйі және ол орналасқан органға қатынасы анықталады. Бүкіл ағзаны тексеру, біріншіден, метастаздардың жоқтығына көз жеткізуге, екіншіден, емдеудің адекватты әдісін таңдау үшін қатар жүретін ауруларды анықтауға және науқастың жалпы жағдайын, оның төзімділігін бағалауға мүмкіндік береді.

Зертханалық зерттеулер: Қатерлі ісіктері бар науқастарда жалпы қан анализі жиі эритроциттер санының төмендеуін, гемоглобинді, ESR жоғарылауын анықтайды; зәрдің жалпы талдауымен микрогематурия фактісі анықталады. Егер меланомаға күдік болса, зәрдегі меланинді анықтау маңызды. Құнды ақпарат қандағы ақуыздарды, ферменттерді (лактатдегидрогеназа), спецификалық бауыр ферменттерін (сілтілі және қышқыл фосфатаза), креатиннің, мочевианың, қандағы қанттың,



гормондардың (ұйқы безінің ісіктері кезінде жоғарылауы мүмкін) мөлшерін анықтау арқылы қамтамасыз етіледі. , жыныс бездері).

Рентгендік диагностика ісіктерді танудың негізгі әдістерінің бірі болып табылады: өкпені, қаңқаны (бастапқы ісік, метастаздар), сонымен қатар қуыс мүшелерді, қан тамырларын (ангиография) және лимфа тамырларын рентгендік зерттеу.

Эндоскопия Манипуляцияға қол жетімді органдарда ісіктердің ерте формаларын анықтауға болады. Мұрынның, ауыз-жұтқыншақтың, бронхтардың, кеуде қуысының және құрсақ қуысының, ортастинаның, өңештің, асқазанның, ішектің және қуықтың эндоскопиясы жасалады. Бұл зерттеулерді толықтыруға болады [биопсия](#) сору, тістеу немесе кейінгі цитологиялық және гистологиялық зерттеу үшін материалды жұқа инемен алу арқылы.

Биопсия ісіктің гистологиялық, ал кейбір жағдайларда ферменттік-химиялық немесе иммундық-гистологиялық сипатын кесу немесе материалды арнайы инемен алу түрінде анықтау үшін жүргізіледі. Жиі биопсия материалын жедел (операция кезінде) гистологиялық зерттеуді қолданыңыз. Ісік тінін химиялық зерттеу онсыз жүргізілуі мүмкін [адреналин](#) (бүйрек үсті безінің ісіктері) және стероидты рецепторлар (сүт безінің қатерлі ісігі). Ине биопсиясының дәлдігі, егер ол ультрадыбыстық немесе компьютерлік томографияның бақылауымен орындалса, артады.

электронды микроскопия дифференцирленбеген және нашар дифференцирленген ісіктерді диагностикалауда қолданылады, мысалы, аденокарциномаларда, ұсақ жасушалық карциномаларда, аллантоис меланомаларында. Мұнда органеллалар мен секреция түйіршіктерінің өзгеруі қорытынды жасауға негіз бола алады.

Цитологиялық диагностика Тікелей немесе эндоскопиялық зерттеу үшін (ауыздан, жатыр мойнының қынаптық бөлігінен, бронх шырышты қабатынан, асқазаннан, тік ішектен) ісік бетінен алынған материалдан дайындалған жағындыларды зерттеу негізінде (эксфолиативті, аспирациялық, щеткалы биопсиялық) немесе құрамындағы сұйықтық жасушаларынан (плевра немесе құрсақ қуыстарынан, несептен, жұлын сұйықтығынан, қақырықтан, асқазан сөлінен және сүт бездерінің секрецияларынан).

Радиоизотопты диагностика Тиісті дозада зиянды емес және жартылай ыдырау кезеңі қысқа радионуклидті қолдану арқылы дайындалған. Ісіктерді диагностикалау үшін қалқанша бездің, бүйректің, бауырдың, ұйқы безінің, өкпенің, мидың, сүйектердің т.б сцинтиграфиясы қолданылады. Осы мақсатта құрамында ^{131}I , ^{99}Tc , ^{67}Ga , ^{75}Se -метионин, ^{111}In бар препараттар қолданылады. ^{125}I , ^{87}Sr пайдаланылады. ^{32}P , ^{18}F , т.б. изотоппен таңбаланған [альбумин](#).

Әдіс ретінде ісіктердің иммунологиялық диагностикасы әлі де әзірленуде, бірақ үлкен мәнге ие болуы ықтимал. Ағзаларды сканерлеудің ультрадыбыстық әдісі бауырдың, ұйқы безінің, бүйректің, сүт бездерінің және қалқанша безінің ісіктерін анықтау үшін қолданылады. КТ сканерлеу. Оның көмегімен сіз дененің барлық анатомиялық аймақтарын және барлық мүшелерді зерттей аласыз. Көлденең томографтарда (дене кесінділері) рентген сәулелерін сіңіру қарқындылығындағы шамалы болса да өзгерістерді анықтауға және осының арқасында бас сүйегінің және мидың, дене мүшелерінің ісіктерінің орналасуы мен мөлшерін анықтауға болады. мойын, өкпе, бауыр, ұйқы безі, бүйрек, кіші жамбас мүшелері. Компьютерлік томографияның бақылауымен ісіктің пункциялық биопсиясын үлкен дәлдікпен жасауға болады.

Ядролық магниттік резонансты бейнелеу.

Зерттелетін дене аймағына сырттан берілетін күшті электромагниттік сәулелену (радиотолқындар) ядролардың бағытын өзгертеді. [сутегі](#) (протондар) және олардың айналу осінен ауытқуы. Зерттелетін объекіден алынған резонанстық магниттік сәулелену компьютерде тіркеледі және өңделеді, содан кейін протондардың (сутегі ядроларының) таралуын және олардың осы аймақтағы белсенділігінің өзгеруін көрсететін дененің көлденең немесе сагитальді қимасының бейнесін жасайды. Сыртқы көріністе МРТ сканерлеу компьютерлік томографияға ұқсайды. Соңғысынан айырмашылығы, ЯМР томограммасы ісіктің пішіні, локализациясы және белгілі бір дәрежеде химиялық құрылымы туралы түсінік береді. Бұл әдіс арқылы ми, өкпе, бауыр, ұйқы безі, бүйрек және басқа да мүшелер зерттеледі. Бұл зерттеу әдістерінің барлығы ісіктерді, әсіресе қатерлі ісіктерді ерте немесе, дәлірек айтқанда, уақтылы диагностикалауды қамтиды. Бұл ісіктерді емдеудің сәттілігі мен оның нәтижелері ісіктің даму

кезеңіне байланысты екеніне байланысты. Бұл ішінара неге хирургтар ғана емес, барлық дәрігерлер ісік алды деп аталатын жағдайлардың белгілерін жақсы білуі керек.

Қатерлі ісік алды ауру терінің және шырышты қабаттардың эпителий жасушаларының қалыпты құрылымы мен өсуінен ауытқуымен сипатталады. Бұл жасушалардың жеткілікті ұзақ (жылдар) өмір сүру кезеңімен олар табиғи түрде ісікке айналады.

Қатерлі ісік алды аурулардың келесі түрлері бар:

а) облигатты предраторлар

- қатерсіз ісіктер (полиптер, миксомалар, хондромалар);
- тұқым қуалайтын ішек полипозы;
- аш ішектің пигментті дақты полиптері;
- пигментті ксеродерма;
- пролиферативті мастопатия;
- сүт түтіктерінің папилломасы;
- эндометрияның аденоматозды гиперплазиясы;
- лейко- және эритроплакия;

б) дегенерацияға орташа бейімділігі бар қосымша ісік алды:

- асқазан ойық жарасы;
- созылмалы холецистит;
- созылмалы остеомиелит кезіндегі фистулалар;
- күйік тыртықтары;
- рентгендік дерматоздар;
- ойық жаралы колит;
- атрофиялық гастрит;
- еріннің қабынуы (хейлит).

Күйіктен кейінгі шрамдар, сондай-ақ жасанды материалдарды имплантациялау кезіндегі дәнекер тінінің реакциялары пресаркоматоз деп санауға болады. Пренеоплазияны медициналық бақылау міндетті болып табылады! Олардың дамуымен сау тіндердің ішінде жойылу көрсетіледі. Ісіктері бар науқастарды емдеуге әртүрлі мамандар қатысуы керек: терапевтер, хирургтар, сәулелік терапевтер, морфологтар, [гинекологтар](#) және т.б. Аурудың әрбір нақты жағдайында жеке емдеу жоспары таңдалады. Хирургиялық емдеу негізгі, ең маңызды әдістер болып табылады. Олар ісіктерді скальпельмен, электр пышақпен, лазерлік сәулемен кесу арқылы жоюға немесе оны суықтың көмегімен жоюға бағытталған. Операцияларды радикалды, шартты радикалды және паллиативтік деп ажыратыңыз. Радикалды операция деп барлық аймақтық лимфа түйіндерімен бірге негізгі ісік толығымен жойылатын операция түсініледі (көбінесе ол шыққан бүкіл орган). Денеді ісіктің микроскопиялық көрінетін қалдықтары жоқ. Паллиативті түрде аурудың негізгі, ең ауыр белгілерін, көбінесе қуыс мүшелердің бітелуін жоятын операцияларды түсінеміз.

Шартты радикалды операцияларға ісіктің негізгі фокусы лимфа түйіндерін немесе алыстағы метастаздарды кепілдендірілген жоюсыз, қайталанудың жоғары ықтималдығын сақтай отырып, толығымен жойылатын операцияларды қамтиды.

Ісіктерге арналған хирургиялық араласу міндетті түрде абластикалық және антибластикалық принципті сақтауды білдіреді.

Абластика астында ағзадағы қатерлі жасушалардың таралуын болдырмайтын хирургиялық араласу әдісін түсінеміз. Операцияның абластикасына ісікке кең жол ашу, оны сау тіндер ішінде алып тастау, тіндерге мұқият қарау, операция кезінде қолды жиі жуу, қолғап ауыстыру, веноздық тамырлар мен қуыс мүшелерді байлау, қан кетуді тоқтату үшін электрокоагуляцияны қолдану арқылы қол жеткізіледі. шағын ыдыстардан, электр пышағын пайдаланып, хирургиялық араласуды аймақтарға бөлу және анатомиялық қаптама принципін сақтау.

Жарылысқа қарсы денеді қалған ісік жасушаларымен күресу әдістері түсініледі. Химиялық және радиациялық антибласттар бар. Химиялық жарылысқа қарсы, мысалы, қатерлі ісік жасушаларын бұзатын алкоголь немесе йод тұнбалары арқылы жүзеге асырылуы мүмкін. Радиациялық антибластикалық иондаушы сәулеленудің әсеріне дейін төмендейді, мысалы, радиоактивті заттарды



құрсақ ішіне енгізу арқылы қол жеткізіледі [КОЛЛОИДТЫ](#) алтын Au 198, сондай-ақ сыртқы және интерстициалды сәулелену.

Ісікті хирургиялық алып тастау жоққа шығармайды және белгілі бір көрсеткіштер бойынша химиотерапияны, сәулелік терапияны және гормондық терапияны қолдануды қамтиды.

Ісікке қарсы(химиотерапевтік) препараттар – жасушаның бөлінуін тежейтін қосылыстар. Олар ісіктерге де, сау жасушаларға да әсер етеді. Химиотерапиялық препараттарға эмбихин, ТиоТЭФ, циклофосфамид, сарколизин, фторбензотэф, метотрексат, 6-меркаптопурин, фторацил, сонымен қатар ісікке қарсы препараттар жатады. [антибиотиктер](#): винбластин, винкристин, оливомин, рубомицин, митомицин, брунеомицин және т.б.

Кең мағынада химиотерапияға гормондық терапия, иммунотерапия және ауырсынуды басатын дәрілер де кіреді.

Ісікті хирургиялық алып тастау көбінесе операцияға дейін де, одан кейін де сәулелік терапияны қолдануды қамтиды. Сәулелік терапияның негізгі мақсаты - негізгі фокусқа да, аймақтық лимфа түйіндеріне де әсер ету арқылы жасушаларды толық жою. Сәулелік емдеудің сәтті болуы қатерлі ісік жасушаларының сау жасушаларға қарағанда иондаушы сәулеленуге сезімталдығына және сәулеленуден кейін қатерлі жасушалардың репаративті процестерге қабілетін жоғалтуына негізделген.

Гормоналды терапиялық агенттер хирургиялық емдеуден кейін сүт безі мен қалқанша безінің қатерлі ісігінің қайталануының алдын алу үшін, простата обырын, лейкозды, лимфогранулематозды емдеуде және басқа жағдайларда тағайындалады.

Гормоналды препараттардың 4 тобы бар: андрогендер, эстрогендер, кортикостероидтар және қалқанша безінің гормондары.

Ісіктердің антигенділігі физикалық, химиялық немесе [вирустық антигендер](#) жасушалық және цитотоксикалық иммундық қорғаныс реакцияларын қолдану арқылы олардың иммунотерапиясын қолдануға мүмкіндік береді. Осы мақсатта келесі шаралар ұсынылады:

1. Белсенді иммундау, мысалы, сәулеленген өлген ісік жасушалары;
2. Пассивті иммундау, мысалы, антилимфоциттік сарысу, иммуноглобулиндер, оқшауланған [антиденелер](#), толықтауыш;
3. Адаптивті иммунотерапия, мысалы, иммундық жасушаларды немесе иммуноактивті фракцияларды ынталандыру;
4. Арнайы емес [белсендіру](#) BCG, Corynebacterium parvum, ашытқы сығындылары және динитрохлорбензол сияқты иммундық жүйе
5. Интерферонды қолдану

Онкологиялық аурулардың иммунотерапиясы әлі де аз дамыған.

Қазіргі уақытта ісік тіндерінің бұзылуын тудыратын вирустарды қолдану бойынша жұмыстар жүргізілуде.

Пациенттерді, әсіресе қатерлі ісіктердің асқынған түрлерімен ауыратындарды емдеуде симптоматикалық терапия деп аталатын ерекше орын алады. Ол ауырсынуды жоюға немесе азайтуға, жөтелді басуға, қайталама қан кетудің алдын алуға немесе емдеуге, анорексияны жоюға және т.б.

Біріктірілген емдеу кезінде терапияның екі әдісін қолдану түсініледі, кешенді түрде - үш немесе одан да көп.

Ісіктердің кейбір түрлерінің клиникалық сипаттамасы

I. Дәнекер тіннің ісіктері.

Дәнекер тіннің қатерсіз ісіктеріне фиброма, липома, хондрома, остеома жатады.

Фиброма- аз мөлшердегі талшықты дәнекер тіннен тұратын ісік [фузиформа](#) дәнекер тіннің жасушалары, тамырлар және серпімді талшықтар. Тығыз және жұмсақ фибромалар бар, жалғыз және көп. Миоманың басқа түрдегі ісіктермен тіркесіміне қарай фибромиомалар, фиброаденомалар, фибролипомалар және фибросаркомалар түзіледі. Дәнекер тін бар жерде фибромалар байқалады.

Клиникалық тұрғыдан фиброма - бұл шектелген, жиі тығыз, серпімді, бұдырлы немесе баяу өсетін тегіс ісік. Миомалар үлкен болса да жылжымалы болып қалады, олар жиі қысылу мен тіндердің атрофиясын тудырады, сирек ауырсынуды және дисфункцияны тудырады.

Көбінесе олар теріде кішкентай түйіндер түрінде пайда болады. Оларға жұмсақ және қатты сүйелдер, моллюскалар, біріншілік келоидтар және нейрофиброматоздағы тері өзгерістері жатады.

Нейрофиброматоз немесе Реклингхаузен ауруы - көптеген фибромалардың, тері пигментациясының және жүйке ісіктерінің болуымен сипатталатын нервтердің талшықты элементтерінің жүйелі ауруы. Бұл **триада** симптомдары толық дамыған форманы құрайды. Көбінесе толық емес формалар кездеседі, мысалы, сенсорлық нервтерде орналасқан окшауланған тығыз түйіндер.

Шырышты қабаттарда мұрын, мұрын-жұтқыншақ, кеңірдек және қызыл иектің аймағында (эпулидтерде) сабақ үстінде орналасқан полиптер жиі кездеседі.

Емдеу хирургиялық.

Липома (майлы ісік) - жұқа капсуламен қоршалған қалыпты май тініне ұқсас ісік. Липомалар көбінесе мойынның, арқаның, іштің алдыңғы қабырғасының, жамбастың, білектің тері астындағы тіндерінде жалғыз түйіндер түрінде локализацияланған; сирек олар фассияның астында, шырышты қабаттардың астында, бұлшықет ішіне, ішектің мезентериясында, ретроперитональды, сперматикалық сымда локализациялануы мүмкін. Пальпацияда олардың лобулярлы сипаты, жұмсақ-эластикалық консистенциясы, айқын шекарасы анықталады.

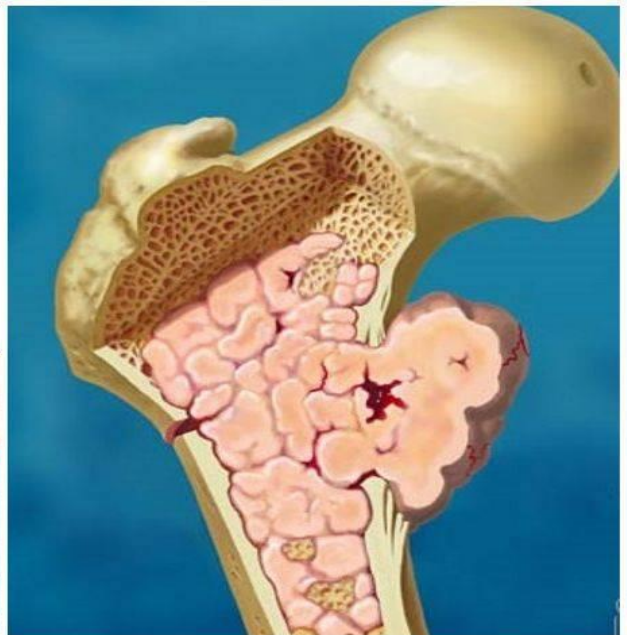
Емдеу хирургиялық.

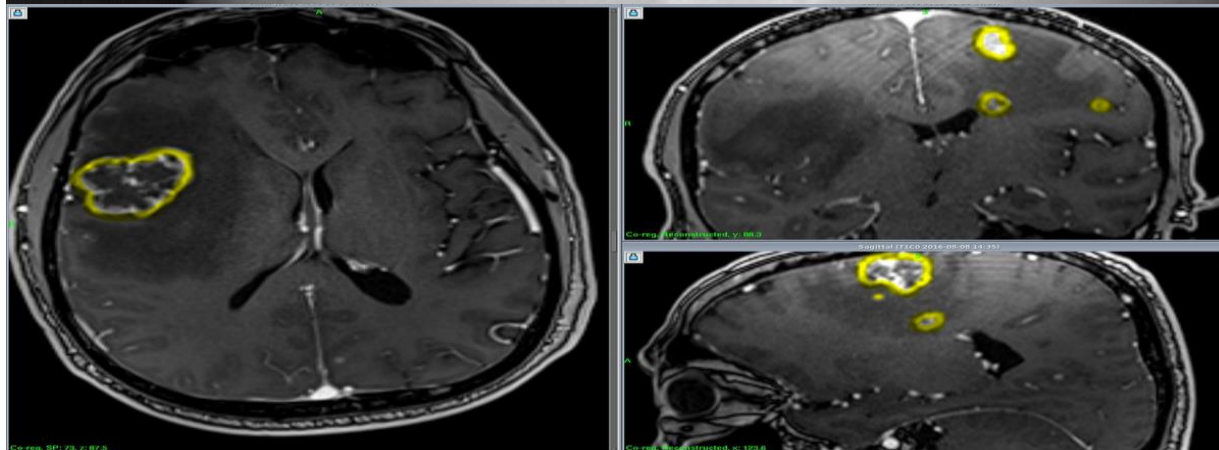
Хондрома – шеміршектен тұратын ісік. Хондромалар консистенциясы тығыз немесе қатты бір немесе бірнеше туберкулез түрінде болады. Сүйектегі локализация бойынша хондромалар орталық (сүйектің қалыңдығы бойынша) және перифериялық (сүйектің сыртқы бетінен, соңғысына әсер етпестен) бөлінеді. Хондромалар жиі көптеп кездеседі, көбінесе саусақтардың фалангтарында, астарлы және метатарсальды сүйектерде, сондай-ақ түтік тәрізді сүйектерде, жамбас, иық сүйегінде, сирек басқа сүйектерде дамиды. Хондромалар хондросаркомаға дегенерация қаупін тудырады, сондықтан оларды алып тастау ұсынылады.

Остеома - сүйектен шыққан және сүйек тінінен тұратын шектелген сүйек ісігі. Ол сирек көрінеді. Остеоманың екі түрі бар: ықшам және губка тәрізді. Көбінесе ісік бас сүйек, жамбас сүйектерінде, кейде ұзын түтік тәрізді сүйектерде орналасады. Ісік өте баяу өседі. Ол кездейсоқ немесе үлкен мөлшерге жеткенде жақын маңдағы тамырлар мен нервтердің қысылу белгілерімен кездеседі. Тығыз консистенциялы ісік, беті тегіс, сфералық немесе пирамида тәрізді, ауырсынусыз, қозғалмайды. Рентген – ісіктің қыртыстық қабаты сүйектің қыртыстық қабатының жалғасы, периосте мен эндостейден реакция жоқ, ісік контурлары анық.

Емдеу хирургиялық.

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





5.Әдебиет:

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

6. Қортынды сұрақтары (кері байланысы)

1. Ісік ұғымы, этиологиясы
2. Қатерсіз және қатерлі ісіктер (даму ерекшелігі)
3. Ісіктердің клиникасы мен диагностикасы.
4. Ісіктерді емдеудің жалпы принциптері
5. Дәнекер тін қатерсіз ісіктері
6. Қатерлі ісіктер (саркома, остеосаркома, лимфосаркома).
7. Бұлшықет, тамыр және жүйке тіндерінің ісіктері (миома, ангиома, лимфангиома, глиома, невринома, ганглионеврома)
8. Эпителиалды пайда болған ісіктер (қатерсіз – папиллома, аденома, дермоид)
9. Онкологиялық көмекті ұйымдастыру



№10 дәріс

1. Тақырыбы: Пластикалық хирургия және трансплантология негіздері

2. Мақсаты: Пластикалық хирургия және трансплантология жалпы сұрақтары, білімдерін бекіту және кеңейту. Негізгі ауру мен қатар жүретін аурулардың клиникалық көрінісін тани білуге үйрету. Трансплантологиялық ауруларына абсолютті салыстырмалы көрсеткіштер мен қарсы көрсеткіштерді анықтауға үйрету. Ауру негізгі мәселелері кезіндегі алғашқы медициналық көмек көрсетудің негізгі дағдыларын, сонымен қатар заманауи кешенді емдеу принциптерін меңгеруге үйрету.

3. Дәріс тезистері:

Трансплантология-бұл трансплантация мәселелерін зерттейтін, мүшелер мен тіндерді сақтау, жасанды мүшелерді құру және қолдану әдістерін дамытатын биология мен медицинаның бір саласы. Трансплантация (лат. transplantare-трансплантациялау) - бір түрдегі сау организмдерден алынған бірдей мүшелерді трансплантациялау арқылы зақымдалған немесе жоғалған мүшелерді ауыстыру процесі, сондай-ақ тіндерді немесе жасуша мәдениетін, мысалы, сүйек кемігін, бағаналы гемопоэтикалық жасушаларды, шашты трансплантациялау.

1. ксенотрансплантация-басқа биологиялық түрдегі жануардан мүшелерді және/немесе тіндерді трансплантациялау;
2. аллотрансплантация-трансплантация доноры генетикалық және иммунологиялық тұрғыдан басқа адам ағзасы болатын трансплантация;
3. жасанды органдар;
4. дің жасушаларынан немесе IPSC-тен органдарды өсіру;
5. автотрансплантация-трансплантация алушысы-оның өзі үшін доноры.

Өмірлік маңызды мүшелерді, атап айтқанда жүректі эксперименттік трансплантациялаудың негізін қалаушы-1912 жылы Нобель сыйлығымен марапатталған Алексис Каррель. Ол экспериментте органдарды трансплантациялау, оларды сақтау және тамырлы анастомозды қолдану техникасы бойынша зерттеулер жүргізді. Ол донорлық органды, оның перфузиясын сақтаудың негізгі принциптерін жасады. Адамнан адамға ағзаны трансплантациялаудың алғашқы әрекеті 1933 жылы Херсон Ю. Ю. Воронада жасалды. Әлемдік трансплантологияның негізін қалаушылардың бірі-ресейлік ғалым В. П. 1951 жылы итке донорлық жүрек трансплантациясын егжей-тегжейлі жасаған Демихов. 1967 жылы 3 желтоқсанда Оңтүстік Африка хирургі Кристиан Барнард Демиховпен, сондай-ақ бірқатар әлемдік хирургиялық клиникалармен алдын-ала тағылымдамадан өтіп, әлемде алғаш рет Кейптаундағы адамға сәтті жүрек трансплантациясын жасады. Барнард Демиховты өзінің мұғалімі деп санады, оның зертханасына екі рет барды. Алайда, әлемдік даңққа ие болған Барнардтан айырмашылығы, Владимир Петрович кедейлікте, коммуналдық пәтерде қайтыс болды. Содан бері 40 мыңнан астам осындай операциялар жасалды. КСРО-да алғаш рет 1968 жылы 4 қарашада Кеңес армиясының бас хирургі Александр Александрович Вишневский жүрек трансплантациясын жасады, ал алғашқы сәтті трансплантацияны көрнекті хирург, Ресей Ғылым академиясының академигі Валерий Иванович Шумаков 1987 жылы 12 наурызда жасады. Қазіргі уақытта оның есімі Мәскеудегі трансплантология және жасанды органдар институты болып табылады, ол Ресей Федерациясының клиникалық және эксперименттік трансплантология саласындағы Бас мекемесі болып саналады. Алғашқы сәтті бүйрек трансплантациясы 1954 жылы желтоқсанда Джозеф Мюррей (Murray) бастаған екі бірдей егіз ағайынды дәрігерлер тобы арасында жүзеге асырылды. Джозеф Мюррей зерттеуді жалғастырды және байланысты емес донордан бүйрек трансплантациясы мүмкіндігіне қол жеткізді, сонымен қатар иммуносупрессанттардың қасиеттері мен қабылдау механизмін зерттеді. Бауырдың алғашқы трансплантациясын 1956 жылы Томас Старзл жасады. Өкпе трансплантациясын алғаш рет 1963 жылы доктор Джеймс Харди Миссисипи университетінің клиникасында жасады, бірақ науқас операциядан бірнеше күн өткен соң қайтыс болды. Бір өкпені сәтті трансплантациялау 1983 жылы Джоэль Купермен сәтті болды, ол 1986 жылы екі өкпені сәтті трансплантациялады. Тіндік инженерлік трахея трансплантациясы қазіргі уақытта ауыр тыртық стеноикалық зақымданулары бар көптеген науқастар үшін жалғыз үміт болып табылады. 2008 жылдың маусымында Барселона клиникасында профессор Паоло Макиарини дің жасушаларынан өсірілген адам ағзасының алғашқы трансплантациясы жасалды. Науқас ересек әйел болды, оның трахеясы туберкулезден зардап шекті. Операциядан кейін бір айдан кейін трансплантацияланған органның қанмен қамтамасыз етілуі толығымен қалпына келді.



Алайда, пациенттердің өлімінен кейін тергеу басталды, ол ғылыми мәліметтердің бұзылуын және нақты адам операцияларына дейін қажетті алдын-ала зерттеулер мен тәжірибелердің жоқтығын анықтады.

Донорлық органдардың тапшылығы қазіргі клиникалық трансплантологияның негізгі проблемаларының бірі болып табылады. Донорлық органдарды алудың стандартты тәжірибесі мидың өлімі диагнозын қоюды талап етеді, бұл көптеген мамандарды тартуды талап ететін ұзақ процедура, бұл кейбір жағдайларда донорлық органның жүрегінің кенеттен тоқтап қалуы нәтижесінде де, қайтыс болған адамның денесіндегі өмір бойғы жүйелік өзгерістер есебінен де сапасының жоғалуына әкеледі. Донордың денесінде жүйелі қабыну реакциясы дамиды, ол тромбоз процестерімен, сондай-ақ комплемент жүйесінің белсендірілуімен бірге жүреді. Пайда болған патологиялық құбылыстар кешені трансплантациядан кейін реципиенттің оттегімен қаныққан қанымен анаэробты метаболизм өнімдерінің өзара әрекеттесуі кезінде сөзсіз пайда болатын "тотығу стрессінің" негізін құрайтын ишемиялық-реперфузиялық жарақат деп аталды.

Пластикалық хирургия-эстетикалық медицинаның сыртқы түрін жақсартуға, косметикалық кемшіліктерді жоюға, фигураны хирургиялық жолмен жасартуға және қалпына келтіруге арналған саласы. Пластикалық хирургия жеке анатомиялық аймақтардың көлемін модельдеу (ұлғайту, азайту), тері пластикасы, бұлшықет, дәнекер тін және сүйек-шеміршек құрылымдарын түзету, сондай-ақ жабын тіндерінің кешенін жылжыту арқылы бет пен дененің үйлесімді пропорцияларын құруға бағытталған.

Беттің пластикалық хирургиясы және дененің пластикалық хирургиясы бар. Пластикалық хирургия эстетикалық және реконструктивті болуы мүмкін. Эстетикалық операциялар сыртқы келбетті жақсартуға және пропорцияларды үйлестіруге, сыртқы келбеттің ақауларын жоюға және жасқа байланысты өзгерістерді түзетуге бағытталған. Реконструктивті операциялар жарақат немесе ауыр ауру салдарынан зардап шеккен дене бөлігінің табиғи анатомиясын қалпына келтіру мақсатында жасалады.

ПЛАСТИКАЛЫҚ ХИРУРГИЯНЫҢ МАҚСАТТАРЫ МЕН МІНДЕТТЕРІ

Пластикалық хирургия кезінде эстетикалық кемшіліктер жойылып, бет немесе дене контурлары өзгереді. Науқастың бастапқы деректеріне байланысты хирургиялық түзетудің басым мақсаты анатомиялық аймақты жасарту, туа біткен немесе жүре пайда болған ақауларды түзету, бет пен дененің белгілі бір бөлігінің көлемін, рельефін және пішінін модельдеу болуы мүмкін. Тиісінше, пластикалық хирургияның үш негізгі міндетін ажыратуға болады:

- * Сыртқы келбеттің кемшіліктерін жою.
- * Жасқа байланысты өзгерістерді түзету, анатомиялық аймақты жасарту.
- * Тіндердің көлемін өзгерту (азайту немесе ұлғайту), түзету аймағының пішінін, рельефін және контурын модельдеу.

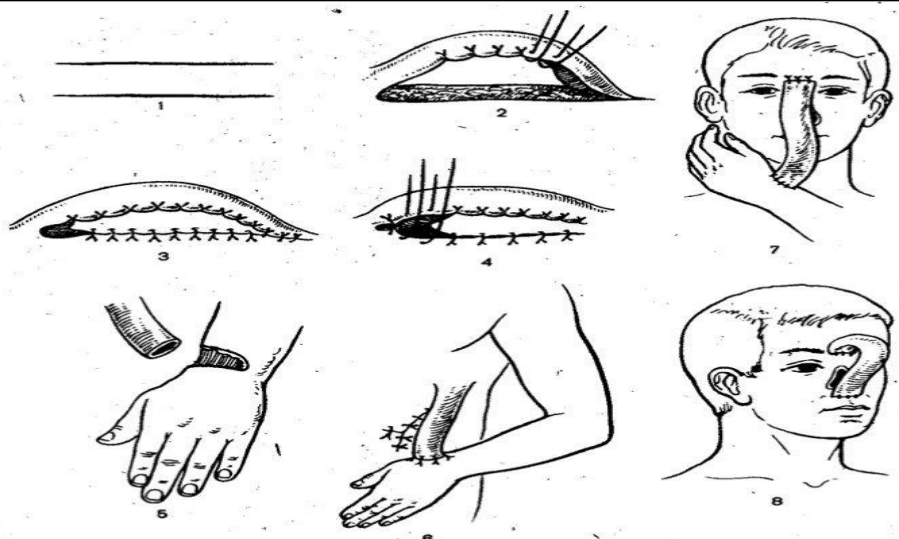
Көбінесе пластикалық хирург жоғарыда аталған тапсырмалардың біреуін емес, екеуін немесе үшеуін шешуі керек. Мысалы, бетті жасарту кезінде қартаю белгілерін түзету тек жабық тіндерді көтеруді ғана емес, сонымен қатар зигоматикалық биіктіктің биіктігі мен орналасуын өзгертуді қажет етуі мүмкін. Абдоминопластика кезінде хирург тері астындағы майдың артық мөлшерін жояды (көлемнің азаюы), инволюциялық процестерге байланысты созылған терінің фрагментін алып тастайды, қажет болған жағдайда кіндіктің пластикасы мен орнын толтырады.

Пластикалық хирургияның мақсаты эстетиканы ғана емес, сонымен қатар органның немесе жалпы ағзаның қызметін жақсарту болуы мүмкін. Риносептопластика науқасқа мұрынмен тыныс алу қиындықтарын ұмытуға көмектеседі. Интимдік пластика кезінде әйелдерде зәрді ұстамау проблемалары жойылады. Абдоминопластика іш қуысындағы қысымның қалыпқа келуіне ықпал етеді, бұл ішкі ағзалардың жұмысын жақсартады және созылмалы веноздық жеткіліксіздіктің дамуына жол бермейді.

4. Иллюстративті материал:



Трансплантация кожи на отдаленные участки
методом
мигрирующего
лоскута на
круглой ножке
по В.П.Филатову



ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургия» кафедрасы	44 / 11 ()
«Жалпы хирургия» пәні бойынша дәріс кешені	64 беттің 63 беті

5. Әдебиеттер:

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

6. Қортынды сұрақтары (кері байланысы)

1. История, понятие, характеристика.
2. Пересадка кожи на питающей ножке – местная
3. Пересадка кожи на питающей ножке от отдаленных областей
4. Трансплантация. Свободная пересадка.
5. Пластика мышц, сухожилий, апоневроз.
6. Пластика сосудов и нервов
7. Пластика полых органов, биологические условия пересадки тканей.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН

**MEDISINA
AKADEMIASY**

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ



SOUTH KAZAKHSTAN

**MEDICAL
ACADEMY**

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»

«Хирургия» кафедрасы

«Жалпы хирургия» пәні бойынша дәріс кешені

44 / 11 ()

64 беттің 64 беті