

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

## ДӘРІС КЕШЕНІ

Пән:	«Жалпы хирургия»
Пәннің коды:	ZhH 3305
ББ атауы:	6B10115 «Медицина», 6B10116 «Педиатрия»
Оқу сағаттары/ кредиттерінің көлемі:	90 сағат/(3 кредит)
Оқытылған курс және семестр:	3 курс, V семестр
Дәріс көлемі:	6

**Шымкент, 2024 ж.**

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН

MEDISINA  
AKADEMIASY

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ



SOUTH KAZAKHSTAN

MEDICAL  
ACADEMY

АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»

«Хирургия» кафедрасы

44 / 11 ( )

«Жалпы хирургия» пәні бойынша дәріс кешені

44 беттің 2 беті

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

Хаттама № 10<sup>5</sup> 30.05.24

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

Жумагулов К.Н.

## №1 дәріс

### 1. Тақырыбы: Антисептиктер.

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

### 3. Дәріс тезистері :

#### Антисептика

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



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

#### Антибиотиктердің медицинаға енгізілуі .

Қабыну процесінде және іріндегенде антибиотиктерді қолдану медицинада жана кезең.« Антисептика » -бұл ірінді процесте іріндеуді қоздырушыларды азайтуға , жоғалтуға бағытталған комплекс шаралар: Антисептиканын теменде көрсетілген турлері ажыратылады :

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



Хлорлы су ( Aqua chlorata ) теріге дәкеге сіңдірілген күйінде қойылып істетіледі - 0,2 % ерітіндісі күйдіргі жарасының таяқшасын - 15 секундта бос хлордың әсерінен өлтіреді ( сирек қолданылатын әдіс ). Хлорамин - қурамында 12,0 - 13,0 % актив хлор бар. 0,5-1 % ерітіндісі жарақаттарды жууға , теріні шырышты қабықпен қапталған қуыстарды шайқауға істетіледі.

Дихлорамин - құрамында 3 % актив хлор бар , 2-10 % - ті майлы ерітіндісі конъютива, жұтқыншақты өңдеуге қолданылады .Хлораид - құрамы -50 %  $\text{NaHSO}_4$ , 35 %  $\text{NaCl}$  , 15 % -бертолет тұзынан тұрады . 1-2 % сулы ерітіндісі қолданылады.Ота жасауға қатысушыларыдың қолын , операцион майданын, жарақат айналасындағы теріні өңдеу үшін - йод және құрамында йод бар препараттар кеңінен қолданылады . Кристалды таза йод Ситковский әдісімен кетгутты стерилизациялауға істетіледі . Йодты препараттардан жиі істетілетіндері: Йодтын спиртті тұнбасы ( Trae Jodi 5-10 % ) ота жасаушылардың қолын операцион майданын , жараның айналасын өңдеуге .

Люголь ерітіндісқурамы 1 г йод, 2 - ші бөлігі йодты калий және 17 бөлігі судан . Қоздыру әсері әлсіздеу. Ауызды, көмекейді, жыланкөздерді, кетгутті өңдеуге қолданылады.

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

Иодофрам (  $\text{CH}_3\text{-Jodoformium}$  ) ( сары реңді порошок , өткір иісті. Іріңді – шіріген процестерде присыпка түрінде істетіледі. Шіріген процестерді жағымсыз иісті жоғалту үшін дезодорант есебінде істетіледі . Майлы және эмульсиялы препараттар даярланады ( Окислетели ) Тотықтандырушылар . Бор қышқылы (  $\text{H}_3\text{BO}_3$  - Acidum borium ) Әлсіз антисептик . 2 - 3 % ерітіндісі ылғалдандыру үшін және құрғақ присыпка күйінде қолданылады . Көк реңді таяқшалармен зақымданған жараларды емдеуде кең қолданылады . Марганцево қышқыл калий (  $\text{K}_2\text{MnO}_4$  - Kalium hypermanganicum ) - кристалл, суда жақсы ериді, күшті тотықтырғыш, жағымсыз иісті жоғалтады - дезодорант . ) Жараларды, тері ойықтарын емдеу үшін сулы ерітінділері істетіледі . Қою - күшті ерітінділері ұлпаларды күйдіреді . ( Сутегі перекисі (  $\text{H}_2\text{O}_2$  Hydrogenium peroxidatum ) . Пергидроль 30 %  $\text{H}_2\text{O}_2$  тұрады . Қуыстарды іріңді жараларды жуу үшін істетіледі . 6 % - ті ерітіндісі аспабтарды суық өңдеу үшін қолданылады . Анаэроб инфекцияларды емдеуде сутегі перекисінің 3 % ерітіндісі жиі қолданылады. Ұлпалар , ірің сілекше бар жерде  $\text{H}_2\text{O}_2$  суға және атомар оттегіге ажырайды . Атомар оттегі бактерицидті әсер көрсетеді . Рекиядан пайда болатын көбірек механикалық әсер көрсетіп жарадағы бөгде заттардан, өлік ұлпалардан, іріңнен тазалайды.

### Ауыр металдар .

Сынап : сынаптан даярланған препараттар күшті ұлпаға әсері бар ұлпалар .

Сулема (  $\text{Hg CL}_2$  Hydrargyrum bichloratum ) күшті антисептик 1 : 1000- 1 : 5000 концентрациялы ерітіндісі бактерицид әсері бар . Жараға қолданғанда ұлпаларды некроздайды , ұзақ қолданғанда организмді улап бүйректің қызметін бұзады . Нефротосик сулема ерітіндісі жарықтықта ыдырайды .

Цианид сынаптың негізі ( Hydrargyrum oxucianatum ) 1:1000 және 1: 5000 ерітінділері урологияда істетіледі . Күміс антисептик күйдіретін , әсері бар күмістің азотқышқыл тұзы (  $\text{AgNO}_3$  Azgentum nitricum ) күшті әсерлі антисептик 2-5-10 % сулы ерітіндісі және майлы дәрі күйінде күйдіргіш , қоздырғыш мәнісінде қолданылады . Ұлпаларға тигенде сүтқышқылды күміс пайда болады .

Сіркеқышқыл алюминий тұзы ( Jig . Alumini acetici ) Буров сұйықтығы ( Jig Burowi ) және басқа да ерітінділері әлсіз тітіркендіргіш мәнісінде қолданылады .

Осмотик препараттар ас тұзының ( 3-5-10 % ) ерітіндісі жайлы және тамыр ішіне егіп қолданылады. Глюкозаның Гипертоник ерітіндісі.

### Органикалық заттар.

Фенолдар тобы : карбол қышқылы ( Acidum carbolicum ) кристалды зат. Дезинфекция үшін 2-3 % ерітіндісі қолданылады .

Креозол - майлы сары реңді сұйықтық дезинфекция үшін 2-5 % ерітіндісі қолданылады .

Үшкреозол - стоматологияда қолданылады.

Креолин күшті антисептик 1:15000 сұйылтырылғаны - бактериостатик, 3 % ерітіндісі бактерицидті әсер көрсетеді .

Лизол - санитария түйіндерін дезинфекциялайды. 5 % пикрин қышқылы және 3 нитрофенол ( picros - ащы ) күшті антисептик .Ихтиол альбихтнолдың 5-10 % майлы дәрісі іріңді қабыну процесін емдеуде қолданылады. Нафталан- мұнайдан алынады , майлы дәрілер дайындағанда негізі болып алынады .



Ірінді қабынған процестерде , күйіктерде созылмалы ойықтарды, созылмалы бітпейтін жараларды емдеуде қолданылады. Салицил қышқылы- присыпка, май мазь күйінде шіру процесін емдеуде жасалады. Жараның беткейін жақсы тазартады.

Формалин -формальдегидтің 40 % ерітіндісі ұлпаларды сусыздандырады , құртады , ақуыздарды жиырылдырады . Күшті қоздыратын иісі бар .

### **Бояулар .**

Риванол - сары майда порошок акрин қатарынан 1000 және 1 : 5000 жаңа ерітінді күйінде жасалады . Метилен көгі ( Methylenblau ) кристаллы порошок суда еріп тойынған кек реңге боялады . 0,2-0,5 % сулы және 2-5 % спиртті ерітінділері антисептик тәсілі . Көміртегі окисі және синиль қышқылымен уланғанда антидот есебінде қолданылады .

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

Бальзамдық : жағар майлар

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

Балық майы немесе мақта майы - 100,0

Сульфаниламидтар - азобензол тобынан шыққан .

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

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

Микроцид - өндеуге қолайсыз , қиын жерлерді тозаңдату әдісімен өңдейді .

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

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

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

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

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

қызметкерлерінің қолын грибоктан ( қозықарын ) алдын алу емдеу үшін қолданылады .

Октенелерм - операциядан ілгері және басқа да инвазии процедуралардан ілгері теріні дезинфекциялайды . Октенисепт қолдың шырышты қабаты бар қуыстарды дезинфекциялауға, қолды манипуляциядан ілгері кейін өндеуге қолданылады. Бактерия, грибок, вирустардың хломидия , микробактерия , қарапайымдардың өсуін тоқтатады.

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

### **Антибиотиктер**

«Антибиотик»- термині 1942 жылы С.А.Вакоман таманынан микроорганизмдерден шығарылған микроорганизмге қарсы әсер етуші заттарды белгілеу үшін кіргізіледі .

«Антибиотик» - деп химиотерпевтік заттарды микробтардан немесе басқа да табиғи кездерден және де синтетикалық жолмен дайындалған - науқас организмінде науқас қоздырушыларға талдап әсер етуші препараттарға айналады . Антибиотиктер кең әсер спектрлі және тар әсер спектрлі болып ажыратылады Антибиотиктер жіктелуі - миробка қарсы әсеріне және химик құрылысына сәкес негізделген .

I Пеницилин тобына кіретін антибиотиктер ( табиғи және жарым синтетикалық )

II Жарымсинтетик цефалоспориндер

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

IV Аминогликозидты антибиотиктер т.б.

V Тетрациклиндер ( табиғи , жарымсинтетикалық )

VI Левомецетин ( хлорамфеникол )

VII Полимиксиндер

VIII Туберкулезге қарсы антибиотиктер :

-стрептомицин және одан тарағандар

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

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

Антибиотиктермен емдеуге көрсетпе лаборатория әдісімен микрофлораны және оның антибиотиктерге сезгіштігін анықтағаннан кейін қолданылады. Бактерия әсерінен келіп, шыққан ауруды инфекцияға қарсы бағытталған нәтижелі ем өткізу үшін ауруды шақырушы микроорганизмді ажыратып бактериологиялық диагноз қойып, бактерияның антибиотикке сезгіштігін анықтайды.

Антибиотиктермен емдеуден ілгері аурудың диагнозы бактериологиялық, серологиялық зерттеулермен негізделген және ауруды шақырушы микроорганизмнің антибиотикограммасы болуы қажет.

Осы талаптарға кіретіндер:

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

2. Ауруханада жатқан науқастарда келіп шыққан ауруда

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

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

Үлкен маңызды мәселе бұл - микроорганизмдердің антибиотикке шыдамдылығы . Іріңдетуші микроорганизмнің ішінде антибиотикке шыдамды түрлері жиі кездеседі .

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



**5. Әдебиет:**

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

**6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)**

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

## №2 дәріс

### 1. Тақырыбы: Қан кету және гемостаз. Жіті қанжоғалту.

**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 күңгірттенеді 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.

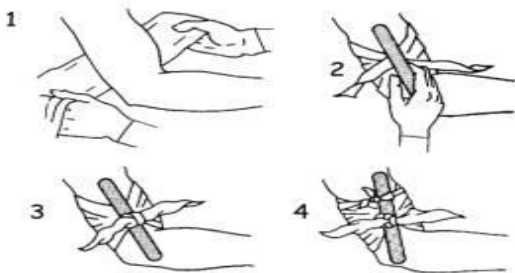
Қанның түсі ашық қызыл.

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.

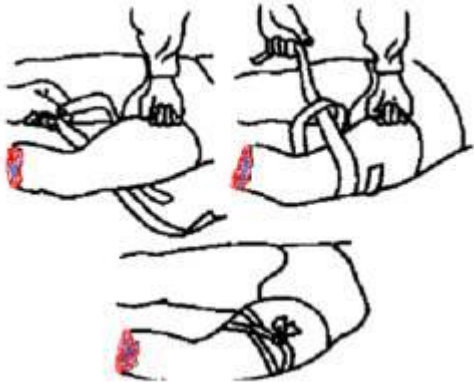
### Артериальное кровотечение.



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



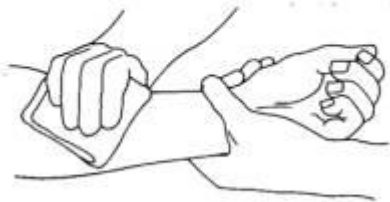
### Артериальное кровотечение.



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.

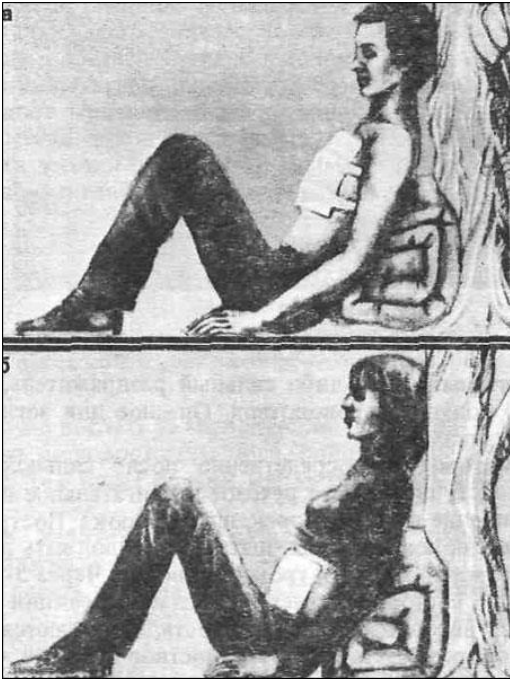
Егер аяқ-қолдан қан кетсе, оған жоғары позиция беру керек. Мұрыннан қан кету кезінде мұрынның қанаты оның қалқасына басылады, алдымен мұрын жолына 3% сутегі асқын тотығымен суланған мақта шарын енгізу жақсы. Мұрын көпірінің аймағына немесе бастың артына 3-4 минут бойы қан тоқтағанша 3-4 минут үзіліспен 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)

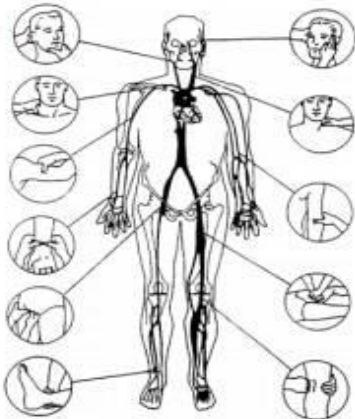
Өкпеден қан кетудің себебі өкпенің жарақаты немесе ауруы (туберкулез, абсцесс, ісік және т.б.) және жүрек (митральды жүрек ауруы) болуы мүмкін. Көбік қанды жөтелмен, қанға боялған қақырықпен, еңтігумен, еңтігумен сипатталады. Ауыр қан кету кезінде қан ұйыған кезде жөтелді, жедел қан жоғалту белгілері 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 қалпында жүзеге асырылады. **Құрсақішілік қан кету** ішкі ағзалардың зақымдануымен іштің жарақаты нәтижесінде пайда болады - бұл іштің ішіндегі қан кетудің ең көп тараған себебі. Әйелдерде абдоминальды 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.

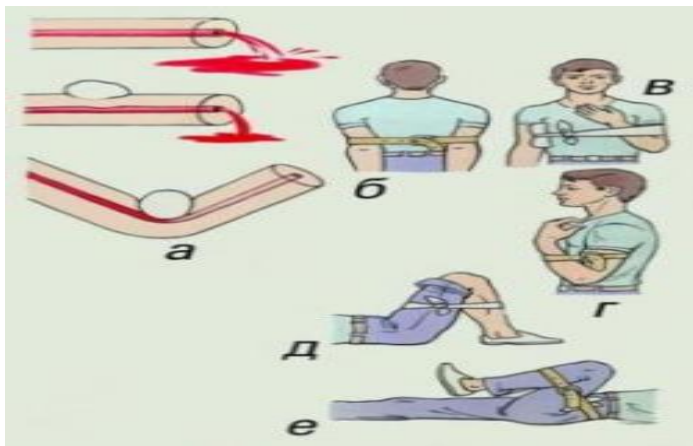
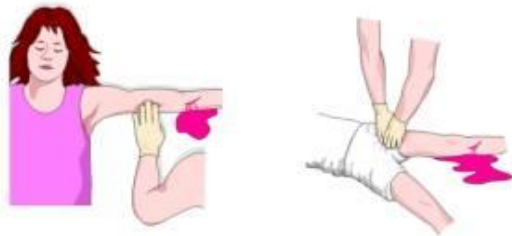
Места прижатия артерий для временной остановки артериального кровотечения.



##### Артериальное кровотечение.

Прижимайте артерию выше раны (ближе к сердцу)

Прижимайте поверхностную артерию пальцем крупную (бедренную) ладонью 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

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA          АКАДЕМИАСЫ</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургия» кафедрасы	44 / 11 ( )	
«Жалпы хирургия» пәні бойынша дәріс кешені	44 беттің 13 беті	

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

### №3 дәріс

#### 1. Тақырып: Анестезиологияның жалпы мәселелері.

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

#### 3. Дәріс тезистері:

##### Жансыздандыру

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

##### Наркоздың теориялары :

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

Н.Е. Введенский ( 1903 ) өте күшті тітіркендіргіш ұзақ уақыт әсер ету салдарынан , тежелу дамидынын 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 ету механизмін бас ми бағанасының ретикулярлы формациясымен байланыстырды . Оның ұсынған гипотезасы ми қыртысының бөліктерінің наркотикалық затқа сезімталдығының әртүрлі екендігіне негізделген . Ең сезімталы , ретикулярлы формация болып табылады , ал ол көптеген ми қыртысының орталықтарымен және қыртысасты құрылымдарымен байланысқан . Наркотикалық заттың әсерінен , онын ми қыртысына және қыртыс асты құрылымдарына беретін белсендіруші әсері төмендейді , сөйтіп наркотикалық ұйқы дамиды .

Науқасты наркозға дайындау дәрігер анестезиологтың науқаспен жеке қарым қатынасынан басталады . Операцияның қандай көрсеткіштермен жасалатындығын , жансыздандырудың қандай түрін тағайындау керектігін анықтау үшін , науқастың сырқатнамасымен танысуы қажет . Анестезиолог науқастың жүрек - 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 , ректальді , бұлшықеттік және т.б.

##### Қолданылатын заттардың саны бойынша

мононаркоз - бір зат қолданылады ;

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

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

**Наркоздың мынадай түрлерін ажыратады :**

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

демеуші ( негізгі ) наркоз - операция жасау барысында қолданылады ;

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

**Ингаляциялық наркоздың түрлері**

Наркотикалық қоспаларды енгізу тәсіліне қарай - маскалық , эндотрахеальді және эндобронхиальді 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 , наукасты ӨЖД аспабына қосу керек . Ингаляциялық наркозды жүзеге асыру үшін , оңай буланатын ( ұшқыш ) сұйықтықтарды - эфир , фторотан , метоксифлюран ( пентран ) , үшхлорэтилен , хлороформ немесе газ тәрізді наркотикалық заттарды - азот тотығын , циклопропанды қолданады . ӨЖД ( Өкпені жасанды демалдыру ) аспаптары - наркотикалық қоспаларды , оттегіні немесе белгілі бір көлемде және жиілікпен үрлеп жіберу үшін қолданылады . Ингаляциялық наркозды жүргізу әдістері

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

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

**3. Жартылай жабық әдіс .** Науқас аспап арқылы наркотикалық қоспаны тыныс алады және оны жартылай аспапқа , жартылай қоршаған ортаға тынысымен шығарады. Аспапқа қайтадан түскен қоспа адсорбер арқылы өтіп , ондағы көмірқышқыл газынан босап , наркотикалық қоспамен араласып , аспаптың тыныс алу жүйесіне түседі де , қайтадан наукастың 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 оксibuтираты ( 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 наукастың 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 ( Грифитте , 1942 ) . Кураретарізді заттар нерв - бұлшықеттік тонусты тежеп , бұлшықеттердің босаңсуын шақырады . Бұл қуыстық жаракаттық операцияларды жасауда , негізгі компонент болып табылады . Миорелаксанттарды енгізгеннен кейін , тыныс

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA          АКАДЕМИАСЫ</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургия» кафедрасы	44 / 11 ( )	
«Жалпы хирургия» пәні бойынша дәріс кешені	44 беттің 15 беті	

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 нервнің 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 Тыныс алу жүйесі жағынан негізгі асқынулар тыныс жолдарының бітеліп қалуынан ( тілдің артқа ығысуы , ларингоспазм , бронхоспазм , тыныс алу жолдарының құсық бөліністерімен бітелуі ) және тыныс регуляциясының бұзылуынан болады . Тілдің артқа ығысуының алдын алу үшін, төменгі жақты дұрыс ұстап тұру керек және ауа өткізетін түтікшені пайдалану қажет . Құсық бөлістерімен болатын аспирацияның алдын - алу үшін , науқас операцияға « бос асқазанмен » бару керек , ал шұғыл жағдайларда , асқазан бөліністерін сүңгі арқылы шығарып , тазалау қажет . Ларингоспазмды жою үшін , венаға промедол және атропин ерітінділерін енгізеді , сонымен қатар тітіркендіруді шақырған ингаляциялық анестетикті жіберуді доғарады . Егер бұл шаралар нәтиже бермесе , онда кеңірдектің интубациясы жасалып, науқасты ӨЖД - га көшіреді .

Бронхоспазмды жою үшін , бронхолитикалық заттарды ( эуфиллин , эфедрин ) енгізеді немесе изодрин және фторотанмен ингаляция жасалады . Бронхиальді демікпесі бар науқастарға , алдын - алу шарасы ретінде премедикацияға антигистаминді 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 кезіне, дефибрилляция жүргізіледі.

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

Ем - патогенетикалық .

Артериялық қысымның төмендеуінің себептері : гиповолемия ( шок , қан жоғалту , науқасты операцияға дұрыс дайындамау ) , бүйрек үсті безінің жетіспеушілігі , ганглионарлы бөгет , жүрек жетіспеушілігі , постуральді рефлексдер ( 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 корнарлы 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 , козу сатысының болмауы ;
- альгезия немесе III 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 - альгезия** . 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 альгезия 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 күсуы 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 терендетсе , 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,



ларингоскоптын басын ауыз қуысына енгізіп, тілді солға ығыстырады. Ауыз қуысын қарағанда, бірінші тілшік көрінеді. Ларингоскоптың басын көмекей какпашығы 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 жактык бөгеттің сипаты өзгеріп, антидеполяризациялаушыға ерекшеленеді; екі электролитті және қышқыл-сілтілі тепе-теңдіктің бұзылыстары. Ұзаққа созылған апноэ кезінде, құрамында псевдохолинэстеразасы бар жаңа мұздатылған плазманы күйеу керек, сонымен қатар электролитті және қышқыл-сілтілі тепе-теңдіктің бұзылыстарын түзеу қажет. Құсу - алдын-алу үшін, операция кезінде асқазанға сүңгі енгізіледі. Орталық генезді құсу болуы мүмкін. Ол бас миының гипоксиясының салдарынан немесе наркотикалық заттын улы әсерінен дамиды. Құсу тоқтамаған жағдайда атропин, дроперидол тағайындалады. Діріл (калтырау)- көбіне жалпы жансыздандыру кезінде терморегуляцияның бұзылыстарымен және наркоздан кейінгі кезеңде, оның калпына келуімен байланысты болады. Қатты калтырау тыныс жетіспеушілігіне әкелуі мүмкін. Ол өкпені жасанды немесе 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 гипополикемиялық 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?

## №4дәріс

### 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 абсцесті 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% MgSO<sub>4</sub>, 24% кардиомин ерітіндісі, 50% анальгин ерітіндісі). Абсцесс пиогенді мембрананың және көп камералы болуымен сипатталады. Флегмона – жасушалық тіннің делимитацияға бейім емес жедел диффузды қабынуы. Тері асты, бұлшықет аралық, ретроперитонеальді флегмоналар бар; кейбір локализациялардың ерекше атаулары бар: медиастинит, парапроктит, паранефрит және т.б. Флегмонаның нақты шекаралары жоқ. Инфильтрация кезеңі қысқа. Емдеу тек хирургиялық. Қызылиек (эрисипелалар) – терінің өзінің, сирек шырышты қабықтың жедел қабынуы. Қоздырғышы - стрептококк. Бұл аурудың жұқпалылығын түсіндіреді. Ауру кенеттен пайда болады, температура тез көтеріледі (40 - 410 дейін), ауыр интоксикация байқалады. Көбінесе бет, бас, төменгі аяқтарда локализацияланған. Жергілікті белгілер: жану ауруы, қызу сезімі, айқын жиектері бар ашық қызарудың пайда болуы (эритематозды түрі). Буллезді түрінде көпіршіктер пайда болады. Флегмонозды формада тері астындағы тіндердің іріңдеуі пайда болады. Әлсіреген және қарт адамдарда некротикалық қызылиек пайда болады. Қызылиек қайталануы мүмкін.

Емдеу:

1. УВИ. 2. А/б және сульфалы препараттар.
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 390 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), емізic жарықтарының алдын алу. 3) Тамақтандыру ережелерін сақтау (анасының қалпы, гигиеналық өңдеу), бездерді кезектестіру. 4) Әр тамақтандырудан кейін сору 5) Міндетті түрде кеудеше кию. Артрит - буынның қабынуы. Артрит бар: травматикалық, инфекциялық, дистрофиялық. Симптомдары: ауырсыну, қызару, ісіну, деформация, буын функциясының бұзылуы, дене температурасының жоғарылауы (жергілікті және жалпы). Емдеу: себебіне байланысты. Ірінді артритпен – буынды ашу, антибиотиктер. Артрит толық қалпына келтіруге әкелуі мүмкін, бірақ ол буынның пішінін бұзуы және иммобилизацияға әкелуі мүмкін. Бурсит - бұл шырышты қабықтың қабынуы. Жедел және созылмалы (гигромалар) болады. Себептер. Жарақаттар, қайталанатын физикалық стресс, артрит, подагра. Көбінесе шынтақ, иық, тізе бурситі (кәсіби жарақат). Симптомдары. Шырышты қабықшаның орналасуына сәйкес ауырсынулы дөңгелек ісіктің пайда болуы, пателланың бюллетень симптомы, әлсіздік, қызба. Артриттен айырмашылығы, буындағы қозғалыс сақталады. Емдеу. Ерте фазаларда – буын пункциясы, а/б, гормондар, физиотерапия. Тиімсіз жағдайда – қапты ашу. Емдеу баяу. Шырышты қаптар — синовиальды сұйықтықты бөлетін тегіс эндотелий беті бар шектелген дәнекер тіндік қапшықтар. Бұл сөмкелердің саны тұрақты емес: жаңа туған нәрестелерде олар болмауы мүмкін, ересектерде олардың көпшілігі бар және әртүрлі жерлерде; сүйектегі терінің, бұлшықеттердің, сіңірлердің үздіксіз қысымы мен үйкелісі орындарында пайда болуы мүмкін. Остеомиелит - сүйек тінінің жұқпалы қабынуы. Жедел және созылмалы, гематогенді және гематогенді емес. Симптомдары. Мазасыздық, аяқ-қолдардың ауыруы, бұлшықет ауыруы, безгегі, бас ауруы. Зақымдалған аяқ-қолда ауырсыну, жарылғыш сипаттағы қатты ауырсыну бар, сондықтан пациенттер ең аз қозғалыста айғайлайды. Аяқ бүгілген күйге ие болады. Өкшеге (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 ірінді-қабыну аурулары Ең жиі себебі - қолдың тіндерінің механикалық зақымдануы. Панаритиум - саусақтардың ірінді ауруы. Фелондардың келесі түрлері бар: тері, тері асты, сіңір, сүйек, артикулярлы, субангалды, паронихия, пандактилит. Симптомдары: бірте-бірте күшейеді, ауырсыну, тіндердің кернеуі, гиперемия, ісіну, «бірінші ұйқысыз түннің» симптомы. Дене температурасы қалыпты және жоғары болуы мүмкін (формаға байланысты). Саусақ функциялары бұзылған. Емі операциялық. Қолдың флегмонасы - қолдың жасушалық кеңістіктерінің диффузды ірінді зақымдануы. Симптомдары: тіндердің ісінуі және гиперемиясы, қолдың дисфункциясы, жергілікті қызба, пальпация кезінде ауырсыну, қолдың сыртқы түрінің өзгеруі (мысалы, «тырнақ лап» симптомы), дене температурасының көтерілуі, интоксикация белгілері. Емдеу тек операциялық. Жалпы хирургиялық инфекция (сепсис) Жалпылама (жалпы) инфекция ағзаның қанға енген қоздырғыштарды бейтараптандыруға қабілетсіздігі кезінде дамиды. Бұл байқалады: 1) жоғары вирулентті қоздырғыштардың көп мөлшерін алған кезде; 2) Ағзаның қорғаныс күштерінің күрт әлсіреуімен. Инфекцияның ағзаға енетін жері кіру қақпасы деп аталады. Кіреберіс қақпасының аймағында пайда болған қабынуды бастапқы ошақ деп атайды (жаралар, жедел ірінді 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 (ірінді 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, акушерлік, одонтогендік, отогендік және т.б.). Жедел сепсис септицемия және септикопиемия түрінде болуы мүмкін. Септицемия (жалпыланған қан инфекциясы) - жарадан мезгіл-мезгіл пайда болатын қоздырғыштар мен олардың токсиндерінің қан ағымын ұзаққа созуы. Көбінесе бұл стрептококк, сирек - стафилококк және E. coli. Клиникалық ағым күндізгі уақытта жүрек соғу жиілігі мен тыныс алудың бір мезгілде ұлғаюымен үнемі 40-41о шегінде ұсталатын қатты қалтыраумен және температураның тез көтерілуімен сипатталады. Өлім алдында ғана температура қалыпты жағдайға күрт төмендейді, импульс



тездейді (есепке жатпайды). Температура мен импульс қисықтарынан пайда болған крест өлім кресі деп аталады. Науқастар летаргиялық немесе мазасыз болады, терісі құрғақ, ыстық, кейде тері астына қан кетулер пайда болады. Жаралар құрғақ, түтіккен, баяу. Көкбауыр ұлғайған пальпация кезінде ауырсынады. Гемолитикалық сарғаю дамиды. Септикопиемия (жалпы метастаздық инфекция). Бұл жағдайда іріңді жара аймағындағы ұсақ қан ұйығыштары микробтармен жұқтырылып, жалпы қанға енеді. Қан тамырлары тасымалдау жолдары ретінде қызмет етеді, ол арқылы инфекция жұқтырған эмболиялар кез келген органға енеді - жаңа қайталама фокус қалыптасады. Клиникалық түрде 41 градусқа дейін күшті қызба бар, бірақ таңертең ол 3-4 градусқа төмендейді. Пульсі жиі, елтігу. Жалпы жағдайы ауыр, науқастар буындардағы ауру сезіміне шағымданады, терісі ыстық, құрғақ. Анемия, сарғаю, көкбауырдың ұлғаюы жиі кездеседі, токсикалық диарея болуы мүмкін. Мидағы іріңді метастаздардың дамуымен өлім болуы мүмкін. Септикопиемия мен септицемияны жиі ажырату қиын және бір-біріне сәйкес келуі мүмкін.

Сепсис диагнозы мыналарды бағалауға негізделген:

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

Сепсистегі қызба түрлері: Үздіксіз жоғары, 39. -40о, жедел, ауыр ағымды көрсетеді. Ремиссиялық – 15-20 күн бойы 1-2о 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). с1. целлюлит, ең алдымен, тері өзгереді, ол шиеленіс, жылтыр, қансыз болады (ақ кружка немесе ақ ісік). Басқа формаларда теріде күлгін-көкшіл дақтар, көпіршіктер пайда болады. Газ тіндерге тез таралады, бірнеше сағаттан кейін жарадан алыс крепит байқалады. Диагноз үшін, клиникалық деректерден басқа, сізге резервуар қажет. зерттеу.

Емдеу.

Үш компоненттен тұрады.

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

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

3. Мүшелер мен жүйелер қызметінің өзгерістерін түзету. Алдын алу. 1. Травматикалық және геморрагиялық шокпен күресу. 2. Көліктік иммобилизация, ең ерте ПСТ. 3. Науқастарды оқшаулау. 4. Үй-жайларды дезинфекциялау, санитарлық тазарту, тазалау үшін 0,5% жуғыш зат ерітіндісімен 6% сутегі асқын тотығын, медициналық аспаптар үшін – 1 сағат экспозиция.– спора түзетін G(+) Clostridium tetani. Оның споралары жоғары төзімді, қайнауға 10 минуттан 90 минутқа дейін, ал кейбір штаммдарға 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, тершеңдікпен, 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. Пинея 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 ірінді аурулардың жеке түрлері .
- 4.Алдын алу мәселелері.
- 5.Жалпы және жергілікті емдеудің негізгі принциптері.
- 6 Антибиотиктерді қолданудың маңызы.

## №5 дәріс

### 1.Тақырыбы: Жабық және ашық механикалық зақымданулар.

**2. Мақсаты:** Жалпы травматология бойынша білімдерін дамыту және нығайту. Өртүрлі жарақаттарды клиникалық көріністері бойынша ажырата білуді үйрету.Өртүрлі 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) эилепшия, 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 ортаның 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 зақымды. Ұйқы безі зақымдалғанда клетчаткасы некроздануының қауіпі бар. Мұнда құрсақ қуысына тампонды және ісікке дренаж қояды. Бүйрек зақымды 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 жыртылуында 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 жыртылу болады. Құрсақ ішілік жыртылуда клиникалық белгілерге перитонит дамуы, ауыр инфоксикация және несеп тоқтауы жатады. Емдеу: операция жасап қуықты тігеді. Құрсақ ішілік жыртылуда 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 зақымдануы ерекшеленбейді. Ми зақымды ғана ерекшелік болады. Ми жарақаттары, ми зақымды, 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 зақымды 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 зақымды 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 пневмотораста 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 қанан 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 яғна 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 моментін 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). Жаншылуының 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 мұз 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 механизміне 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 ткандары 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 соғурлым 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 кансыз 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 ткандар, бұлшықет сіңір, сүйек күйікке шалынып, зақымдалады деген қорытындыға келіп еді.

Күйік көлемін өлшеу анықтауға қолданылатын көптеген әдістері бар.

1.Біздің еліміз бойынша хирургттер 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 ткүйікке 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 тен, 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,күртка күйік Күйік ауруы бүкіл ағзаға әсер ететіндіктен, ал 4 кезенге бөлді. 1-ші кезен естен тану жағдайы, 2-ші кезен



ағзанын 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 процессі қалыптан шығады, оның үстіне қанға күйіп қалған клеткалар тканьдар сініп, ағзасыдан сайын ұландыра түседі. Адамның дене қызуы 39-40 градусқа дейін көтеріліп, үйқы безені, кейде сандырақтан қалады. Мұндай кезде адам шөлдегіш, қарны қамитып, басы айналып, лаксу пайда болады. Тамыр соғуы жиілен, қан қысымы төмендей, жүректе миакарт, өкпеде және ісіну жағдайлары пайда болады. Микробтар , синтетикалық жағдайын тууы.

-Күйген теріне пайда болған микробтар жараны іріндетіп жібергендіктен денеге сінген іріңнін 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 сыртының 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 тоқталғанжерде 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 кезеңде 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 жерда 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 әртүрлі 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 (некрэктомия) 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: Жабық және ашық механикалық зақымданулар. Десмургия. Тасмалдау.

**2. Мақсаты:** Жалпы травматология бойынша білімдерін дамыту және нығайту. Өртүрлі жарақаттарды клиникалық көріністері бойынша ажырата білуді үйрету. Өртүрлі 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:

Травма кезінде біз жедел жәрдем көмегіне кейде травмпунктке жүгінеміз. Травматологиялық пунктте: кіші операция залы, гипс кабинеті, емшара кабинеті, науқастарды қабылдау кабинеті, сақтау бөлімі, ординатор бөлмесі бар.

АМККК сәйкес травматологиялық пунктте келесі медициналық қызмет көрсетеді:

- \* - Науқастарды қарау және жарақаттың диагностикасы;
- \* - Сынықты репозициялау;
- \* - Буын шығуын орнына қою;
- \* - Гипспен иммобилизациялау;
- \* - Қанқаны Клап бойынша тартып түзету;
- \* - Жараны тазалау, аспетикалық таңғыштарды бастыру;
- \* - Алғашқы жарақаттарды хирургиялық тазалау (жарақатты тігу);
- \* - Саусақтардың жазғыш сіңірін жарақатты алғашқы хирургиялық жолмен тазалау;
- \* - Саусақтың тырнақ пластинасын толмаған травматикалық экстракция кезінде, саусақ тұқылын қалыптастыруымен жарақатын алғашқы хирургиялық тазарту;
- \* - Сіреспенің жедел алдын-алу; (ПСС, АДС-М);
- \* - Құтыру ауруының жедел алдын алу; (КАВ, ЭКВИРАБ).

Егер сізді кене шағып алса, тіке жолы-травмпункт. Ол жерде кене энцефалитіне қарсы вакцина бар, көмек сұраудың алдында, қоңырау соғу қажет және де бірнеше ақыл-кеңестер алу керек.

Сынық белгілері;

- \* — сынған жердің қатты ауруы (шұғыл, сол жердің ауруы);
- \* — аяқ-қол функцияларының бұзылуы
- \* — толық сыну кезінде анық, ал толық емес сыну кезінде және шаншылған немесе аяқ-қол сүйегінің бірі сынуы кезінде онша білінбейді;
- \* — аяқ-қол сүйектерінің қысқаруы (тексеру немесе өлшеу кезінде);
- \* — аяқ-қол сүйектері формасының өзгеруі (деформация-майысу);
- \* — зақымданған жердегі қалыпсыз қозғалыстың болуы (силалап көру кезінде);
- \* — кейде сықырлау немесе сүйек сықырлауы (сынықтардың қажалуы — қолмен сезуге немесе естуге болады);
- \* — кейде дене қызуының көтерілуі (алғашқы күндері — 38°C-қа дейін);





\* — бас сүйегі, қабырға, омыртқа мен жамбас сүйектері сынған кезде бас пен омыртқа кемігі, өкпе, қуық, тік ішек және басқаларының зақымдану белгілері айқындалады.

Ашық және жабық сынықтар кезінде алғашқы медициналық жардем көрсетудің (АМЖК) жалпы ережелері

\* 1. АМЖК кезінде сынықтардың асқынып кетпеуіне (жарақатты шок, қансырау және т.б.) көп көңіл бөлінеді. Ең алдымен, шок немесе артериядан қан кету кезінде (аз уақытқа жгут салынады) жәрдем көрсетіледі. Үлкен түтікті сүйектердің (жамбас және т.б.) сынуы кезінде зардап шегушіге шоктың алдын алу және ауыру сезімін азайту үшін ауыруды басатын дәрілер (промедол, морфин және т.б.) енгізіледі. Морфинді қабырға, жамбас және т.б. сынуы кезінде қолдануға болады.

\* 2. Зақымданған қол-аяқты иммобилизациялау керек (уақытша бекіткіш таңғыш немесе қол-аяқтың, дене бөліктерінің қозғалысы мен тыныштығын қамтамасыз ететін тасымалдағыш жақтаулар салынады).

Олар:

\* - ауыру сезімін (шоктың алдын алу) азайтуға ;

\* - жарақаттық бүлінудің (жұмсақ тіндер мен ішкі органдар) пайда болуына жол бермеуге;

\* - ашық сынық кезінде жара жүщіасы пайда болуы мен дамуының қаупін азайтуға;

\* - сынық сүйектерінің бітіп кетуі үшін қолайлы жағдайлар жасауға көмектеседі.

1. Тері бүтіндігінің бұзылуы бойынша жарақаттар бөлінеді: ашық және жабық жарақаттар. Ашық жарақатқа ұлпа мен ағзалардың анатомиялық тұтастығының бұзылуы жатады: жара, сынық, күйік, буынның таюы. Жабық жарақатқа - терінің сыдырылуы, сіңірдің созылуы, бұлшық еттің жаншылуы, аяқ - қолдың буыннан шығуы, сүйектің жабық сынуы.

2. Жедел және созылмалы жарақаттар. Жедел дегеніміз ағза ұлпасында бір сәтте қатты әсер ету нәтижесінде пайда болған зақымдану. Созылмалы дегеніміз аз күштің көп мәрте және тұрақты әсерінен пайда болған зақымдану.

3. Тікелей және тікелей емес жарақаттар. Тікелей жарақаттар соққы тиген жерде пайда болады. Тікелей емес жарақаттар, ағзаның басқа жерінде пайда болған жарақаттар.

4. Қайтымды және қайтымсыз жарақаттар.

Жарақаттың себебі - механикалық факторлар (соғылу, ауыр салмақты плитаның астында қалу, биіктен құлау).- химикалық факторлар (қышқылдардың, улағыш заттардың әсері).- физикалық факторлар (ыстық, суық, қысым, электр тогының, рентген, иондаушы сәулелердің әсері).- биологиялық факторлар (бактериялардың, вирустардың, басқа макро және микроағзалардың әсері)- психикалық факторлар (қорқу, ренжу, абыржу салдарынан).

Жарақаттанушылықтың түрлері:

1) транспорттық (автокөліктік, темір, әуе, су жол көліктік),

2) өндірістік (өнеркәсіптік, ауылшаруашылық),

3) балалық,

4) тұрмыстық,

5) спорттық,

6) көшелік,

7) әскерлік,

8) жасандық (суицидтік) жарақаттанушылық.

Жергілікті белгілері: дененің зақымданған бөлігінің ауырсынуы, бозаруы, ісінуі, қан кетуі, қызметінің бұзылуы.

Жалпы белгілер: ес-түсінен айырылуы, ыстығы көтерілуі, тамырдың нашар соғуы, артериалық қысымның төмендеуі, тыныс алудың, зат алмасудың бұзылуы және т.б.

Жарақаттардың асқынуы: жарақаттық шок, талықсу; қансырау, қан кету; жара инфекциясы; өмірге маңызды мүшелердің қызметінің (жүрек, бүйрек, өкпе) бұзылуы. Әсіресе ауыр зақым алғанда, оқ тигенде есінен танады. Зақымданған кезде миға келетін қан күрт азаятын болса да адам ес-түсін білмей қалады. Мұндай жағдайда естен тануды шок деп атайды.

Шоктың төрт дәрежесі бар.



I дәрежелі шок – орташа жарақат алған кезде болады. Мұндайда тері бозарады, кейде көгереді, бұлшық еттері дірілдейді. Тыныс алу минутына 90-100-ге қан қысымы сынап бағанасынан 100/60 мм-ге дейін төмендейді.

II дәрежелі шок — ауыр жарақат алғанда пайда болады. Мұндай жағдайда шырышты қабаты мен тері бұзылады. Адам сүлесок жатады, айналасына көңіл аудармайды, жай баяу сөйлейді. Тыныс алу минутына 30-ға, тамырының соғуы 120-ға дейін жиілейді, қан қысымы, дене қызуы едәуір төмендейді.

III дәрежелі шок. Көп зақым немесе көп жарақат алған кезде пайда болады. Мұндайда аурудың жалпы жағдайы ауырлайды, терісі бозарады, көгереді, есінен танады, қойған сұраққа естілер естілмес жауап береді. Тамыр соғуы минутына 120-140-қа жетеді, дене қызуы төмендейді. Қан қысымы 60-30 мм-ге дейін төмендейді.

IV дәрежелі шок кезінде ауру есінен танады, тамыр соғуы білінбейді, қан қысымы өте төмен болады, тыныс алуы сирек әрі үстүрт болады. Денеден қан көп кетсе немесе ағза салқындаса, шаршап қалса, тасымалдағанда қосымша зақым келтіріп алса, тасымалдағанда көлікпен селкілдесе, ауруын басатын дәрі берілмесе, адам естен танады. Мұны жарақаттық шок деп атайды. Мұндай жағдайда әуелі алғашқы көмек көрсетіп алу керек. Қан ақса, тез уақытта тоқтату керек. Егер кеуде жотасы үңірейіп тұрса, ондай жағдайда герметикалық таңғыш салады. Ал сүйек сынса, сүйек қозғалып кетпейтіндей етіп таңады, зақымданған болса, онда ыстық кофе мен шай беру керек. Жарақат қай жерде болса да, ол түрі мен ауырлығына қарай жанға батады. Ауру қатты болған сайын зақым алған адамның хал-жағдайы нашарлайды, ауруы асқынады.

Зардап шегушінің ауруын азайту үшін мына тәсілдер қолданылады:

1. Зардап шегушінің үстін жауып, салқындап қалмауын қадағалау.
2. Сынғанда иммобилизация жасау (жақтау қою).
3. Зембілге жатқызу.
4. Құрғақ, сұйық заттарды қолдану (полиэтилен қалтасына салынған мұз, қар, мұздай су) жүйке жүйелерін механикалық тітіркенуден қорғайды, ісігін және жарақаттың қабынуын азайтады.
5. Дәрі-дәрмектен амидопиринді 0,5 г., анальгинді 0,5-1,0 г., ацетилсалицил қышқылын 0,5-1,0 г мөлшерінде қолданған дұрыс.
6. Тасымалдағанда ауруханаға көп селкілдетпей, ұқыпты түрде жеткізген жөн.

Көмек көрсетуші адам жарақаттың түрін оның ауырлығын анықтап, тыныс жолдары мен жүрек қызметінің бұзылғанын ескеріп жедел шара қолдана білу қажет. Зақымданған адам қаны тоқтамай ағып жатса, оны тоқтатып, жарасын таңа білу, сынған жеріне жақтауды дұрыс қойып байлау, ауруды орнынан қозғаған кезде оны дұрыс көтеріп, тасымалдай білу, зардап шегушіні қауіпті аймақтан уақытында алып кету, үстіндегі киімін дұрыс шешіп, көлікке отырғыза, жатқыза білу, жүрекке массаж жасау және қолдан дем алдыру сияқты шараларды жүзеге асыра білу әр адамның міндеті, әрі парызы. Алғашқы көмекті көрсеткен кезде жараға тиетін нәрселер – инфекция жұқтырмас үшін асептикалық таңғыш салады. Өйткені, бұл таңғыш жараны микробтардан қорғайды. Жараларды сумен жууға болмайды. Оны таңар алдында айналасын иодпен немесе спиртпен тазартып сүрту керек. Содан соң жараға зарарсыздандырылған таңғыш салады. Қолда бар болса дербес пакет салған дұрыс. Таңғыш үшін мақта мен дәке қолданылады. Бинт пен мақтадан таңғыш жасалады. Оның ылғал жұтқыш қасиеті жоғары. Қан тоқтатуға арналған дәкелер антисептикалық заттармен байытылған, мұндай дәкелер қанды 2-7 минут аралығында тоқтатады

Жабық механикалық жарақаттың түрлері мен белгілері

Жабық жарақат- тері мен шырышты қабаттардың бүтіндігінің бұзылысынсыз болатын, ағза мен тіндердің зақымдануы. Механикалық әсерден пайда болатын, анатомиясы өзгермеген, тіндер мен ағзалардың жабық зақымын соғылу деп атайды. Ол соққының не құлаудың әсерінен болады. Соғлудың патоморфологиясы алуан түрлі: реактивті қабынду, эксудация мен лейкоциттердің шоғырлануын тудыратын қан құйылу байқалады. Уақыт өткен сайын қанның сұйық бөлімі, кейін фибрин ұйымалары сорылады. Эритроциттердің жартысы лимфа түйінінде сіңірілсе, жартысы сол жерде ыдырайды. Гемоглобин жұмсақ тіндерге еніп, оларды әр түрлі түске бояйды. Гематома сіңірілгеннен кейін, дәнекер тін дамиды, сөйтіп тыртық пайда болады.



Клиникалық белгілері: ауыру сезімі, домбығу, қан құйылу, қызметінің бұзылуы. Қан құйылу жарақаттан кейін 2-3 күні күшейеді және орнында көк дақ (көгеру) пайда болады. Уақыт өте қан бөлшектеніп сорылады, гемоглобин айналысындағы тіндермен әсерлесіп, қан құйылу орнының түсі өзгереді. Ол көкшіл- қызғылт, жасыл, сары түсті болуы мүмкін. Көбінде аяқ- қолдың қызметі бұзылады буын қозғалысы шектеледі. Морфологиялық өзгерістері айқын емес, қызметінің бұзылуымен сипатталатын тіндер мен ағзалардың жабық механикалық зақымын шайқалу деп атайды. Ол жырттылу толқынының әсерінен, биіктен құлағанда пайда болады. Патоморфологиясы: шайқалу кезінде ұсақ тамырлардың тарылуы, содан кейін салдану байқалады, тамырларды қанның тоқырауы, ұсақ ошақты қан құйылулар мен өліеттенген тіндердің ошақтары анықталады. Шайқалуда болатын бұзылыстар ұзаққа созылмайды және өзінен кейін айқын, тұрақты өзгерістер қалдырмайды.

Клиникалық көрінісі шокқа ұқсайды. Бұл кезде науқаста АҚ төмендеуі, басының ауыруы, бас айналу, жалпы әлсіздік, адинамия, салдану, неврит белгілері, сүйек және буындардың ауруы, көру мен есту сезімдерінің төмендеуі, ұйқысының бұзылуы, асқорыту жолдарының дисфункциясы, ЭКГ өзгерістері байқалады. Егер зақымдаушы фактор ұзақ және баяу әсер етсе, қысылуға алып келеді. Терінің сыртқы анатомиялық бүтіндігі көзге көрінерліктей бұзылмағанымен, жұмсақ тіндер, нервтер, мен қан тамырлары қатты зақымдалады, әсіресе бұлшықеттер. Қысылған бұлшықеттер әртүрлі дистрофиялық үрдістерге, тіпті өліеттенуге ұшырайды. Тамырлар қысылса онда тромбтар тұзылуі мүмкін. Қысылудың салдарынан терең ишемия, үдемелі интоксикация тіндердің ісінуі дамиды.

Дененің үлкен аумақты қысылулары спецификалық белгілердің кешенімен ерекшеленеді - " ұзақ қысылу синдромы". Соғылу мен қысылудың емі: анальгетиктер тағайындау, тіндерге қан құйылуды шектеу, науқасты тыныштандыру, зақымдалған қолдарды иммобилизациялау, жергілікті мұзды мұйық қою немесе хлорэтильмен салқындату. Жарақаттан кейін 2-3 күннен соң, ауыру сезімі мен ісіну тоқтаса, сіндіретін дәрілер тағайындалады, жергілікті ыстық басу, ультражоғары жиілік (УВЧ) , массаж қолданылады. Егер гематома үлкен болса, оған пункция жасалады не тіліп ашып дренаж қойылады. Шокқа қарсы ем жүргізіледі. Созылу- тарту күшінің әсерінен болатын, тіндердің анатомиялық бүтіндігінің бұзылыстарын шақырмайтын механикалық зақымдалу. Созылулар сирақ-асық, тізе жәе иық буын байламдарында жиі кездеседі. Ол буындарға тез және бірден қозғалудың салдарынан дамиды. Буын байламдарының созылуында кездесетін ауру сезімі тез қайтады. Зақымдалған жерде домбығу, қан құйылу, ісіну, ауыру сезімі пайда болады. Буынның қызметі онша бұзылмайды. Диагнозды клиникалық рентгенологиялық зерттеу кезінде буынның басқа патологиясы байқалмаған жағдайда қояды. Тері асты шелмайының жырттылуы қан құйылумен бірге жүреді. Шандырдың жырттылуын пальпация арқылы бұлшықеттер босаңсығанда анықтауға болады. Ол қиғаш немесе көлденең жарық болып білінеді. Бұлшықетті тырыстырса, ол шандыр жарығы арқылы домбығып шығып тұрады, жұмсақ және серпімді ісік ретінде анықталады, басқаша оны "бұлшықет жарығы" деп атайды. Жырттылулар толық және толық емес болуы мүмкін. Көбінесе қатаю және күшті жиырылу жағдайындағы бұлшықеттер жыртылады: санның төртбасты бұлшықет, іштің тік бұлшықеті(артқа қарай құлағанда), балтыр бұлшық еті (жүгіріп келіп секіргенде), екібасты иық бұлшықетінің ұзын басы (ауыр зат көтергенде). Бұлшықет жыртылғанда қатты локальды ауыру сезімі райда болады, пальпация кезінде жарықты анықтауға болады, ол бұлшық ет жиырылғанда үлкейеді.

Сіңірдің жырттылуы сіңірдің бұлшықетке ауысқан жерінде не сүйекке жабысқан аймағында байқалады. Олар тырысқан бұлшықеттердің қатты созылып кетуінің салдарынан болады. Көбінесе Ахилл сіңірінің өкшеден, санның төрт басты бұлшықеті сіңірінің тізе тобығы байламының асықты жіліктің бұдырынан жұлынуы байқалады. Сіңір жырттылуы зақымдалған аймақтағы бұлшықет бірден бұзылуына әкеледі.

Менискілердің жырттылуының ішінде тізе буынының ішкі менискінің үзілуі жиі кездеседі. Ол ішкі байламның жырттылуымен бірге жүреді. Мұндай жарақат бірден анықталмайды. Біраз уақыт өткеннен кейін, буын бөгетінің белгілері пайда болады. Буын қуысында сұйықтық жиналады. Иілу контрактурасы байқалады. Баспалдақтан түскенде, қозғалудың қиындауына шағымданады. Буынды ұстап көргенде, ауыру сезімі пайда болады. Балтырды бұрағанда ауыру сезімі күшейеді. Сан бұлшықеттері семіп кетеді. Диагнозды нақтылау үшін артропневмография, контрастты рентгенография, артроскопия жасалады. Созылу мен жырттылудың емі: ауыру сезімін басу, қысып тұратын таңғыш салу, зақымдалған

аяқ-қолды иммобилизациялау, жергілікті суық басу. Буын байламдары созылғанда 8-12 күнге дейін гипс таңғыш салынады. Ұзақ уақытқа салынса, физиотерапия тағайындалады. Шандырдың жыртылуын тигу, тек бұлшықеттің қызметі бұзылғанда ғана орындалады. Бұлшықет толық жыртылғанда, сіңір жыртылуында хирургиялық жолмен тігіп, 3-6 аптаға иммобилизация жасайды, кейін массаж, емдік дене шынықтыру тағайындалады

I. Буынның шығуы. буынның шығуы туралы түсінік.жіктелуі.клиникалық белгілері.емі.алғашқы көмек.

II. Сүйектің сынуы. сүйектің сынуы туралы түсінік. жіктелуі.алғашқы көмек.иммобилизациялау ерекшеліктері.көрсетілетін емнің түрлері.

III. Сүйек қажалуының түзілу сатылары.

Жоспар.

Буынның шығуы- Буынның шығуыбуынның байланыстырушы –капсулалы зақымдануымен және аяққолдын қызметінің бұзылысымен жүретін буын басынын сынып ,турақты турде бітісуі.

Буынның шығуының жіктелуі:

I. Мерзіміне байланысты:

жаңа шығып кету ( жарақат ұзақтығы 3 тәуліктен аз ),

жаңадан емес (жарақат ұзақтығы 14 күнге дейін),

Қартайған шығып кеткен –жарақат ұзақтығы 2-3 аптадан жоғары.

Ашық және жабық шығып кету.

Туа біткен шығып кетубуынның элементтерінің жатыршілік дамуының бұзылысы салдарынан болады.

Алғашқы күндерден-ақ белсенді қозғалыста тұрақты ақсаңдау немесе зақымдалған аяқ-қолдың тірекқабілеттілігінің болмауы байқалады. Бірнеше бөліктерді қатарынан зақымдауы мүмкін,ол кезде зақымдалу симметриялы болады. Бұл өте сирек патология. Толық болуы да мүмкін, болмауы да мүмкін.Шығып кету физиологиялық қалыпқа қатысты аномальды орналасқан ағзаның немесе оның бөлігінің патологиялық жағдайы

Толық емес шығып кету жиі буын беттерінің айқасуы сақталатын шығып кету.Көбіне кездесетін шығып кету түрі жарақаттық ем түрі. Практикалық тұрғыда тазобедренний буынның диспмпзиясы кезінде байқалады, арнайы ортопедиялық тесттерде (Барденс және Ортолани) айқындалады, сонымен қатар тазобедренний буынның рентгенографиясында көрінеді.

Толық шығып кетубуын беткейінің толығымен болініп кетуі,оның түрлері:

-Паралитикалық шығып кету- патологиялық шығып кету,аяқ-қолдын бұлшықеттерінің салдануынан пайда болады.

-Патологиялық шығып кету- буын аурулары салдарынан шығып кету,ол сүйектің буын беттерінің бұзылысына әкеледі.

-Әдеттегідей шығып кету-сүйектің буынды бастарының анатомиялық өзгерістеріне және буынның байланыстырушы аппаратының және оны қоршаған бұлшықеттердің әлсіздігіне негізделген бір буынның жүйелі түрде қайталанып шығып кетуі.

-Травматикалық шығып кету-сыртқы механикалық әсерлерге байланысты шығып кету.

-Түзетілмейтін шығып кету-бітісіетін сүйектердің арасындағы жұмсақ тіндердің асқынған интерпозициясы,сонымен қатар қартайған шығып кетулер.

-Асқынған шығып кетулер- ішкі – және буын маңылық сынықтармен,магистральды тамырлар мен жүйке өрімдерінің зақымдануымен жалғасатын асқынулар салдарынан болатын шығып кетулер.

Клиникалық көрінісі.

Әдетте, аяқ-қолдың сүйектерінің шығуының симптомы болып ақсаңдау және тіреу қабілеті толықтай жойылады,ауру сезімі,зақымдалған буында қозғалыстың шектелуі;

Төменгі жақтың шығуы- тамақты қабылдауда қиыншылық және тамақтың өтуінің шектелуі,тістердің сәйкес еместігі көрінеді;

Омыртқа шықса (омыртқалардың бітісу дәрежесіне тәуелді) –ақсаңдау,кесілу және салдану,зақымдалған аймақты пальпациялағанда ауру сезімі туады.

Егер шығып кетуге күмәндансаңыз келесі шараларды қолданыңыз:



Көмек үшін тез медициналық мекемеге хабарласу керек. Буынды қозғалтпау керек. Медициналық көмек көрсетілгенше зақымдалған буынды шинамен фиксациялаңыз. Өздігіңізден оны қозғап немесе түзетуге тырыспаңыз. Бұл буынның және оны қоршаған бұлшықеттердің, байламдардың, жүйкелер мен қан тамырлардың зақымдалуына әкеледі. Зақымдалған буынға мұз салады. Бұл ішкі қан кету мен буын ішінде және оны қоршаған тіндердегі сұйықтықтың жиналуының төмендеуі есебінен ісіктің болмауына көмектеседі.

Сүйектің сынуы-

Сүйектің сынуы Сүйектің сынуы күш тускенде сүйектің тұтастығының толықтай немесе болшектеп бұзылуы. Сынықтар жаракаттан кейін, әртүрлі аурулардың нәтижесінде, сонымен қатар сүйек тіні қасиетінің өзгеруі салдарынан да дамиды.

Жіктелуі.

I. Себебіне байланысты:

Травматикалық-сыртқы әсермен шақырылған. Патологиялық-сүйектердегі қандай да бір патологиялық процесстер (мысалы, туберкулез, ісік т.б.) барысында

II. Зақымдалудың ауырлығына байланысты:

Толық: - араласпаған (Без смещения) мысалы, сүйек үстінің асты; - сынықтардың тұтасып өсуі

Толық емес - трещины и надломы

IV. Асқынуына байланысты:

Асқынған: - травматикалық шокпен; - ішкі ағзалардың зақымдалуымен; - қан кетумен; - майлы эмболиямен; жаралы инфекциямен, остеомиелитпен, сепсиспен.

Асқынған емес.

Клиникасы.

Жалпы белгілер: шок, қан кету, майлы эмболия, ұзақ қысылу синдромы;

Жергілікті белгілер:

ауру сезімі, деформация, аяқ-қолдың қызметінің бұзылуы және қысқаруы, патологиялық қозғалғыштық, сынған сүйек ұштарының крепитациясы.

Клиникасы.

Науқас жағдайының ауырлығын және зақымдалу орнын. Егер қан кету болса-тоқтату. Маманданған медициналық қызметкерлер келгенше науқасты ауыстыру мүмкіндігін анықтау. Омыртқажарақаты болған жағдайда науқасты орнынан қозғауға болмайды. Оқшауланған жарақатта зақымдалған аймақты иммобилизациялау, шина тағу. Шина- зақымдалған аймақтағы қозғалысты тоқтата алатын ке-келген зат бола алады. Орын ауыстыруға ешқандай қарсы көрсеткіштер болмаса науқасты медициналық мекемеге тасымалдау. Егер медициналық қызметкерлердің мүмкіншілігі шектеулі болса және науқастың орынын ауыстыруға қарсы көрсеткіштер болса зақымдалған аймақты толығымен иммобилизациялайды, одан кейін қатты тасығыштарды қолданады.

Алғашқы дәрігерлік көмек.

Алғашқы дәрігерлік көмек сол жерде, сонымен қатар травм пункта немесе стационарда жасалуы мүмкін. Бұл кезде науқастың жағдайының ауырлық дәрежесін бағалау, алдын-алу немесе жарақат асқынуын жеңілдету сөзден кейінгі емнің көлемін анықтауы керек.

Дәрігердің тактикасы.

Егер дәрігер зақымдалушыда сынық бар екеніне күдіктенсе, ол төмендегідей әрекет жасайды:

Зақымдалушының жағдайының ауырлығын бағалау. Егер асқынулар туса алдымен өмірге ең қауіптісімен күреседі. Жиі кездесетін асқынулар – шок және қан кету. Дифференциальды диагноз жүргізеді, жарақаттың сынық екеніне көз жеткізеді. Диагноз клиникалық түрде дәлелденсе, зақымдалған аймаққа жоғарғы деңгейде иммобилизация жүргізеді. Иммобилизация жасағаннан кейін зақымдалушыны стационарға госпитализациялау немесе амбулаторлы ем жасау қажеттігі туралы шешім қабылдайды. Жоғарғы дәрежелі дәрігерлік көмек. Жоғары маманданған медициналық көмек әсіресе қиын бөлшекті сынықтарда керек, сүйек сынықтарын дұрыс жағдайда ұстау қиындағанда немесе емнің арнайы әдістерінсіз болмаған жағдайда. Сынықтарға консервативті, сонымен қатар оперативті ем әдістерін қолданған жағдайда әр 5-7 күн сайын рентген бақылау, яғни – репозиция мен регенерация әсерін бағалау қажет.

Сынықтарды емдеу өзіне келесі шараларды қамтиды:

Анестезия және жансыздандыру.

Ауру сезімі – зақымданудың белгісі, бірақ білгілі ақаудың дамығаны байқалса ол қауіпті болады. Сол себептен кез-келген жарақатта, сонымен қатар сынықтар да да ауру сезімінің интенсивтілігін бақылап отыру қажет. Адамның аяқ-қолына транспортты (уақытша) иммобилизация жасағанда төмендегі ережелерді сақтау керек: Аяқ-қолды травмадан кейінгі жағдайында қалдырған жөн, сүйекті өз орнына дұрыстаудың қажеті жоқ. Кем дегенде 2 буынды (сынықтан төмен не жоғары) фиксациялау керек. Мықын және иық сынықтарында 3 буынды фиксациялайды. Шина салғанда және жара болса алдымен жараны өңдеу керек және қанкетуді тоқтату керек.

. Емі.

Консервативті ем.

Консервативті емнің әдістерін 3 топқа жіктейміз:

Иммобилизациялық әдістер:

Иммобилизациялық (фиксацияланған)- жабық репозициядан кейінгі гипсті таңғыштар (немесе полимерлі аналогтары) немесе ығысуы жоқ сынықтарда.

Таңғышты салу-иммобилизациялық таңғыштың астына салынатын сүйек шығыңқыларындағы жырықтарды антисептика ерітіндісімен өңдеп болған соң ойылу тумау үшін мақта немесе матаның бөлшегін салады. Сосын аяқ пен қолға гипсті лонгета немесе оның полимерлі аналогы өойылады және циркуляторлы бинттеу орындалады. Бұл кезде төмендегідей ережелер сақталады:

- Аяқ пен қол мүмкіндігінше физиологиялық қолайлы қалыпта болады.
- Таңғыш міндетті түрде 2 буынды қамтуы тиіс-бірі сынықтың дистальды, екіншісі проксимальды.
- Бинтті қайтадан айналдырмайды, қияды.
- Аяқ пен қолдың дистальды аймақтары (саусақтың ұштары) ашық қалдырылуы тиіс. Соңғы пункт өте маңызды. Таңғышты салғаннан кейін жұмсақ тіндердің ісігі тууы мүмкін, сондықтан аяқ пен қолдың дистальды бөлімдерінде ісікке тән белгілер байқалса, трофикалық өзгерістердің дамуын тоқтату үшін таңғышты ұзыннан кесу керек.

Емі.

Тракционды әдістер.

Негізгі статья: Тракция

Жүктеме арқылы созудың бірнеше түрлерін қолдану скелет ,сирекманжетті, лейкопластырлы, клеевого. Тракцияның мақсаты сүйек сынықтарына тұтасқан бұлшықеттік пластардың әрекетін бейтараптайтын және олардың бірінен –біріне ығысуын болдырмайтын, сонымен бірге сүйек тінінің адекватты регенерациясына жағдай жасайтын созылмаларды құрастыру.

Скелетті созылмалар-оптимальды регенерацияға қолайлы жағдайда сүйек сынықтарын ұстауды қамтамасыз ететін жүк сүйек арқылы өтетін спицаға бекітілетін тракция әдісі. Мысалы, тізе сынғанда спица табан сүйегі арқылы өткізіледі. Мықын сынса –асық жіліктің төмпешігі арқылы өткізіледі.

Жүктеме арқылы созудың қалған әдістері скелетті созылмамен салыстырғанда әсері төмен. Сондықтан олар сүйектің кішкене сынықтарында қолданады. Барлық тракциялық әдістердің принциптері бірдей: адекватты созылуды қамтамасыз ету үшін жүк зақымдалған жердің дистальды бөлігіне бекітіледі. Жүктің массасы тракция жасалатын сүйекке байланысты. Жүктеме арқылы созудың түрлері өзара жүктің бекітілу қасиетімен ерекшеленеді.

Функциональды әдістер.

Функциональды деп- зақымдалған сегменттің иммобилизациясыз немесе минимальды иммобилизациямен емдеуде айтады. Сирек қолданады-кішкене сүйектердің сынықтарында немесе түтікшелі сүйектің жарылуы кезінде.

Емі.

Оперативті ем.

Жабық репозиция және тері арқылы металлостеосинтез. Тері арқылы өткізілетін спица немесе пластин арқылы сүйек сынықтарын фиксациялау. Азинвазивті металлостеосинтез. Тері астында орналасатын, сүйекте бұрандамен бекітілетін пластинамен сүйек сынықтарын фиксациялау.

Ашық репозиция. Операция кезінде сүйек сынықтарын . Ручное репонирование костных отломков с последующей фиксацией штифтами, скобами или пластинами (в зависимости от ситуации) во время операции. Ошақты емес компрессионды-дистракционды остеосинтезге аппарат орнату.

Реабилитация.

Қосымша емдеу әдістері, емдік гимнастика, массаж, физиотерапиялық ем қолданылады. Сынықтың қалпына келу мерзімі оның ауырлығы мен сынықтың орналасуына байланысты. Олар бірнеше аптадан бірнеше айға дейін созылады. Кейбір жағдайларда сынықтан кейін қалпына келу жүрмейді, жалған буын құралады. Бұл жағдайларда эндопротезирлеудің әртүрлі әдістерін қолданады.

Сүйек қажалуының түзілу сатылары:

Көптеген адамдарда сүйектің травмалық сынықтарының тұтасып бірігуі шеміршекті сүйек қажалуының түзілуі арқылы, яғни хондробластикалық типте өтеді. Осы процесс төрт сатыдан тұрады. I - катаболизм сатысы (7-10 күн). Қоршаған жұмсақ тіндердің асептикалық қабынуы дамиды. Массивті қан кету. Сынықтың аймағында қанайналым бұзылады. II-дифференциация сатысы (7-14 күн). Біріншілікті фиброзды – шеміршекті мозольдің клеткаларының түзілуі мен пролиферациясы басталады: фибробласттардың, хондробласттардың, хондроциттердің, остеобласттардың. III-біріншілікті сүйек қажалуының түзілуі (2-6 апта). Шеміршекті қажалу қоршаған тіндерден капиллярлар өседі, қажалудың тамырлар өрімі түзіледі. Механикалық беріктігі жеткілікт емес, өйткені сүйектің кристаллдық құрылымы жоқ, минерализациясы да жетілмеген.

IV- соңғы, сүйек қажалу минерализациялану сатысы (2-4 ай).

Сүйектің алғашқы минерализациясы жүреді. Соңынан кристаллаларлық байланыстар түзіледі, ол сүйектің екіншілікті минерализациялануы болып саналады

Сүйек тұтастығының бұзылуы — сыну деп аталады. Бұл механикалық күш өсерінен болып, жұмсақ тіндердің зақымдануымен сипатталады. Сынықтың жабық және аттық түрлері бар. Ашық сынықтарда сынған жерде жара болады. Бұл өте қауіпті, өйткені жараға инфекция түсу қатері жоғары. Егер сынық екі жарықшақты болса, онда ол:

1) Жабық (бейбіт уақытта — терінің зақымдануынсыз);

2) толық (сүйектің бүкіл тұтастығының бөлігі бұзылуы), толық емес (сүйек шыбығының белгілі бір бөлігі бұзылуы) болып бөлінеді.

Зақымданған сүйектің өзінде едәуір өзгерістер болуымен бірге, оның айналасындағы жұмсақ тіндер де (тері, бұлшық ет, буын жүйке) өзгеріске ұшырауы мүмкін.

Сынық белгілері:

—сынған жердің катты ауруы (шұғыл, сол жердің ауруы);

— аяқ-қол функцияларының бұзылуы — толық сыну кезінде анық, ал толық емес сыну кезінде жөне шаншылған немесе аяқ-қол сүйегінің бірі сынуы кезінде онша білінбейді;

— аяқ-қол сүйектерінің қысқаруы (тексеру немесе өлшеу кезінде);

аяқ-қол сүйектері формасының өзгеруі (деформация-майысу);

зақымданған жердегі қалыпсыз козғалыстың болуы (силалап көру кезінде);

кейде сықырлау немесе сүйек сықырлауы (сынықтардың қажалуы — қолмен сезуге немесе естуге болады); кейде дене қызуының көтерілуі (алғашқы күндері — 38°C-қа дейін);

бас сүйегі, қабырға, омыртқа мен жамбас сүйектері сынған кезде бас пен омыртқа кемігі, өкпе, қуық, тік ішек және басқаларының зақымдану белгілері айқындалады.

Сынық түрлері мен олардың асқынулары

Толық сынық түрлері:

келденең сыну сызығы — сүйек ұзындығына келденең келеді (түтікті сүйектерде, қысқа сүйектерде — біяек, балтыр, табан сүйектері, тізе тобығы, өкше сүйегі және т.б.);

қиғаш сыну сызығы — сүйек ұзындығына көлденең (аяқ-қолдың ұзын сүйектерінде жиі кездеседі);

бойлық сыну сызығы — сүйек ұзындығына параллель (көбіне саусақ сүйектерінде немесе аяқ-қол ұзын сүйектерінің буын ұштарында); бұранда төрізді сыну сызығы — бұранда төрізді сызық түрінде (ұзын сүйектердің бұралған кезінде - көбінесе аяқ, иық сүйектерінде);



5) аралас сыну (сызықтарының бірнешеуі Т—төрізді, III—төрізді, сына төрізді және т. б.) сызығы.

Көбінесе ішкі және буын айналасы сүйектерінің сынуы;

б) шаншылған сүйек сынығы — басқа сүйекке еніп ("шаншылып") кетеді. Сүйек тұтастығының бұзылуы саныбойынша жекеленген және көптеген, жарықшақты болады (сүйектің үш және одан да көп сынуы, көбінесе оқ тиген жараларда). Сыну кезінде сүйек сынықтарының орны ауысуы мүмкін (бұлшық еттің жиырылуы сүйек сынығына жабысып тұрған) инфекцияның дамуы (жұмсақ тіндердің іріндеуі, зақымданған сүйекте іріңді некротикалық процестің дамуы — оқ тиген жара остеомиелиті).

Балаларда ерекше сынықтар жиі байқалады — мертігу-лер сүйек дөңесі бетіндегі сынық сүйек асты-үсті аз жылжуы, эпифизиолиздер, сүйек ұштарындағы сүйектенбеген эпифизарлы шеміршек аумағындағы сынық.

Сынық кезінде зардап шегушіні толық тыныш қалыпқа келтіру керек. Бұл шоктың пайда болу себептерін азайтады, жұмсақ тіндер мен тамырлардың сүйек сынықтарымен зақымдануының алдын алу қажет. Егер сынықтар ашық болса, онда алдымен қан кетуді тоқтатып, жараға таңғыш салады. Киім мен аяқкиім шешіледі немесе тігісінен сөгіледі

Буындардың шығып кету механизмі

Буын шығуы — буын сүйектерінің өз орнынан қозғалуы. Буын толық және жартылай шығуы мүмкін. Әдетте екі сүйек буын қалтасында бір-бірімен түйісіп, беттесіп тұрады. Кейде баланың буыны іштен шығып тууы, күнделікті өмірде жарақаттанудан және түрлі ауру салдарынан шығуы мүмкін. Буынның іштен шығып тууы, көбінесе, жамбас, иық, шынтақ буынында жиі кездеседі. Ол жамбас, ұршық буынының толық өсіп-жетілмеуіне байланысты және Буын шығуының өте жиі кездесетін түрі оқыс жағдайда жарақаттанудан болады. Буын шығуында оны қоршаған сіңірлер, қалталар, сүйектің түйіскен жеріндегі тері зақымданып, тіпті сүйегінің сынуы да мүмкін. Мұндайда сүйек қана тайып қоймайды, сонымен қатар буынға жақын орналасқан қан тамыры және жүйке талшықтары да зақымдануы мүмкін. Буынның патологиялық шығуы түрлі буын ауруының салдарынан (артрит, полиартрит, жүйке аурулары) болады. Шыққан буынды тек маман дәрігерге көрсетіп емдеу қажет. Шыққан буынды орнына салып, таңғышпен байлау керек. Мезгілінде емделмеген, орнына түспеген буын ескірген шығу деп аталады. Мұндай буын тек операция арқылы қалпына келтіріледі. Жіктемесі: толық және толық емес, жаңадан болған және ескірген, жабық және ашық, туа біткен және жүре пайда болған (жарақат немесе ауру салдарынан), сүйектің шыққан басының қалпына байланысты: алдыңғы, төменгі, артқы. Егер тоқпан жіліктің шығуы ең болмаса 2 рет қайталанса, онда оны үйреншікті деп атайды.

Диагностика критерилері:

1. Дельта тәрізді бұлшықет рельефінің жалпақтануы.
2. Иықтық өсіндінің айқын шығыңқы болуы, одан төмен жатқан тіндердің ішке қарай тартылуы.
3. Белсенді қимылдардың шектелуі.
4. Серпімділігі.
5. Иықтық буынды қысқан кезде неврологиялық симптоматика анықталады.

Лабораторлық зерттеулер: тән емес.

Инструменталдық зерттеулер: диагноз рентгенография кезінде, тура, бүйірінен және аксиалдық проекцияларда дәлелденеді. Шығуды сынықтан ажырату қажет.

Мамандар консультациясы үшін көрсетімдер: қосарланған патологияларға байланысты.

Дифференциалды диагноз: жоқ. Негізгі диагностикалық шаралар тізімі: жоқ. Қосымша диагностикалық шаралар тізімі: жоқ. Емдеу тактикасы. Ем мақсаты: тайған сүйекті орнына салу, ауыру сезімін жою. Егер науқас зақымдалған қолдың қолбасын қарама - қарсы иығына сала алса, онда тоқпан жілік дұрыс салынды деген сөз.

Дәрі-дәрмектік ем: жоқ. Дәрі-дәрмектік ем:

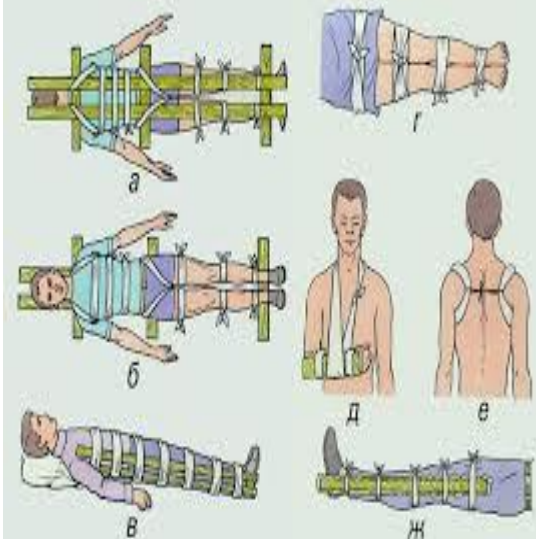
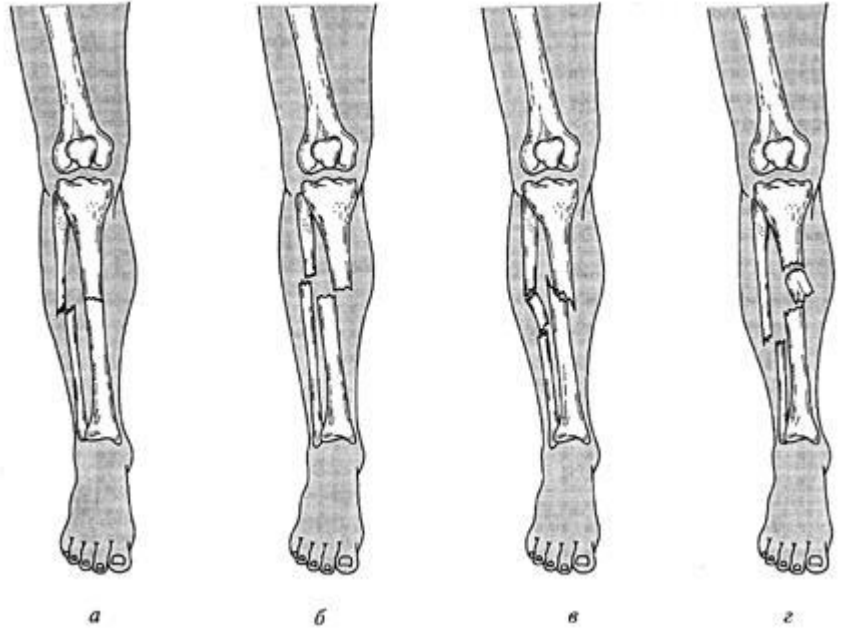
Тоқпан жіліктің алдыңғы шығуын жалпы анестезия немесе петидинді тамыр ішіне енгізгеннен кейін келесі әдістердің бірін қолдана отырып, орнына салады. Кохер әдісімен тоқпан жілікті орнына салу Кохер әдісімен таюды салу

- зақымдалған қолдың білегін тік бұрыш жасап бүгіп, тоқпан жілікті денеге қысып, тоқпан жіліктің білігі бойынша созып-тартады.



- тоқпан жілікті денеден ажыратпай, білегі бойынша созып тұрып, тоқпан жілікті баяу сыртқа қарай ротациялайды.
  - созуды босаңсытпай, шынтақты алдыға және медиалды жаққа қарай тартады.
  - иықты күрт ішке қарай ротациялайды. Бұл кезде науқастың қолбасы қарама-қарсы тоқпан жілікке орналасады. Шығуды Гиппократ әдісімен салу
- Дәрігер арқасында жатқан науқасқа арқасымен зақымдалған иық жағынан отырып, науқастың қолбасын қолына алады. Одан кейін дәрігер өз аяғының өкшесін (зақымдалған қолмен аттас) науқастың қолтық аймағына орналастырып, қол білігі бойынша соза отырып, өкшесімен тоқпан жіліктің басына қысым түсіреді. Шығуды Милч әдісімен салу
- науқас артқа қарау 30 градусқа шалқаяды;
  - дәрігер науқастың білегін 90 градусқа дейін баяу бүгеді;
  - одан кейін науқас дәрігердің көмегімен қолын шүйдесіне жеткізгенше көтереді;
  - бұл кезде дәрігер тоқпан жілік білігімен созады, ал оның көмекшісі иықүстің нық ұстап тұрады.

**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. Травматология негізі. Жіктелуі. Өндірістік, ауыл шаруашылық, тұрмыстық көшелік, спорттық әскери травматизмнің түсінігі.
2. Алғашқы көмекті ұйымдастыру.
3. Жабық жарақаттар.
4. Жұмсақ тіндердің зақымдануы
5. Буындардың шығып кетуі.
6. Сүйектің сыныуы. Жіктелуі.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН

**MEDISINA  
AKADEMIASY**

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ



SOUTH KAZAKHSTAN

**MEDICAL  
ACADEMY**

АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»

«Хирургия» кафедрасы

44 / 11 ( )

«Жалпы хирургия» пәні бойынша дәріс кешені

44 беттің 43 беті

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН

**MEDISINA  
AKADEMIASY**

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ



SOUTH KAZAKHSTAN

**MEDICAL  
ACADEMY**

АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»

«Хирургия» кафедрасы

44 / 11 ( )

«Жалпы хирургия» пәні бойынша дәріс кешені

44 беттің 44 беті