



*Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік  
университеті*

*Медицина Факультеті  
«Хирургиялық аурулар» кафедрасы*



# СӨЖ

Тақырыбы: **Кеуде қуысының зақымдануы**

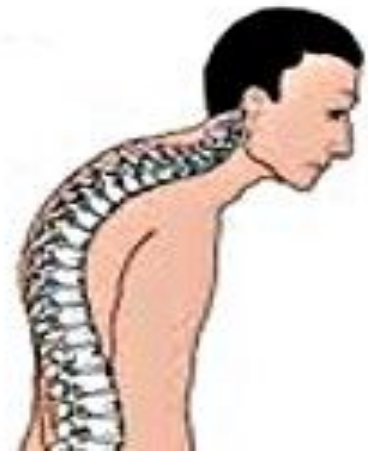
Қабылдаған: Ахаев Қ.  
Орындаған: Бугибаев А.  
Тобы: ЖМ-601F

# Жоспары:

- Кіріспе:
- Қабырға сынықтары.
- Жіктелуі
- Асқынулары
- Жарақат механизмі
- Диагностика
- Радиологиялық диагностика
- Емдеу
- Төс сынықтары

# Кірісп

**Е:** Кеуде қуысының зақымдануы кезіндегі емде дәрігердің негізгі шешетін мақсаты ол қабырға мен төс сынықтары кезіндегі асқынулары анықтау (гемо-, пневмоторакс, өкпе, жүрек соққылары, пневмония) және олардың алдын алуын жүргізу.



## Қабырға сынықтары.

Қабырға сынықтары барлық сынықтардың 15%-құрайды, ал кеуденің жабық жарақаттардың 67% -н.

Анатом-физ. ерекшеліктері. Қабырға жіңішке иілген пластинка, артқы бөлігі сүйектен, ал алдыңғы бөлігі шеміршектен құралған. Қабырғаның артқы ұштарымен – басы және буындық бетімен омыртқалармен байланысады, ал қабырға денесіндегі төмпешікпен – омыртқалардың көлденең буындық тесіктерімен. Қабырға иілімі төмпешіктен латкһеральды орналасып, қабырғаның бұрышын түзеді. Жоғарғы жеті қабырға алдыңғы ұштарымен -төспен симфиздар немесе жалпақ буындар арқылы қосылады. 7-9-10 қабырғалар төске емес, шеміршек бөлігімен алдыңғы қабырғаның шеміршегіне қосылады. 11-12 бос жатады.

## Жіктелуі:

- 1. Жекелеген (1-2 қабырға), көптеген (3 оданда көп)**
- 2. Біржақты немесе екі жақты**
- 3. Ығысумен және ығысусыз**
- 4. Асқынумен және асқынусыз**



## Асқынулары:

- Пневмоторакс – ашық, жабық, клапанды
- Гемоторакс – кіші, орташа, тотальді, инфицирленген, ұйыған
- Өкпе соққысы (контузия)
- Жарақаттан кейінгі пневмония
- Еселенген сынық (“флотирленген”)



## Жарақат механизмі:

Тікелей ұрғанда сынық күш түскен жерде болады және сынған қабырғалар саны соққының күшіне байланысты, және де жарақаттаушы заттың мөлшеріне байланысты. Тікелей емес әсер еткенде қабырғалардың сынуы күш салынған жерден алыс болады. Жарақаттаушы заттың тікелей емес әсері көпдеген сынықтады шақырады. Кеуде қуысының қысылуы алдыңғы – артқы бағытта болғанда сынықтар әдетте көпдеген, қолтық асты сызықтар астында орналасқан болады.

Қырынан қысылуда қабырғалар сынығы жаурын линиясы бойымен немесе алдынан төс маңы бойымен қабырға – төс қосылыстары аймағында орналасады. Сынық кезінде қабырғаның қайта жиырылуынан алдымен ішкі капсула зақымданады, ол сүйек қабы және париетальді плеврамен тығыз жанасқандықтан жиі олады зақымдайды. Бір уақытта висцеральды плевраның бүтіндігі өкпе жарақатымен қатар болуы мүмкін.

## Диагностика

Ең алдымен жарақаттың механизмен болу жағдайын анықтау керек. Дем алу, жөтел, қатты қозғалыстар кезінде күштілігі кенеттен ұлғаятын кеуде қуысындағы ауырсынуды анықтайды. Жиі науқас мәжбүр жағдайды қаһбылдайды, зақымдану жағына еңкейеді, кеуде қуысын қолымен көтермелейді. Тыныс алу беткей, жиі. Терең дем алуға тырысу кезінде ауырсынудың күшеюінен терең демм алу үзіледі.

Тері түсінің, сырылулар түсінің өзгерісі қанталаулар жарақаттаушы күштің түсу орнын көрсетеді. Сынықтың клиникалық дәл орналасуын төстен омыртқаға дейінгі қабырғаларды сипап сезу арқылы анықтаймыз. Ең ауырсыну нүктесі, ісіну, сықырлау тура сынықты көрсетеді. Тыныс алу бұзылыстарының ауырлығы қабырғалардың сыну санына, орналасуына байланысты екі жақты бірненше қабырғалардың сынуы әдетте тыныс алудың ауыр бұзылыстарымен қатар жүреді.

жоғарғы қабырғалардың (1-2қабырға) зақымдануы кезінде бұғана және бұғана асты тамырлардың зақымдануы мүмкін, ортаңғы қабырғалар негізінен жүрек және өкпе жағынан асқынулар гемо-, пневмо-, гемопневмоторакс, өкпе соққысы, гемоперикардиум түрінде дамиды. Төменгі қабырғалардың зақымдану кезінде іш қуысы мүшелері – зақымдану мүмкін.

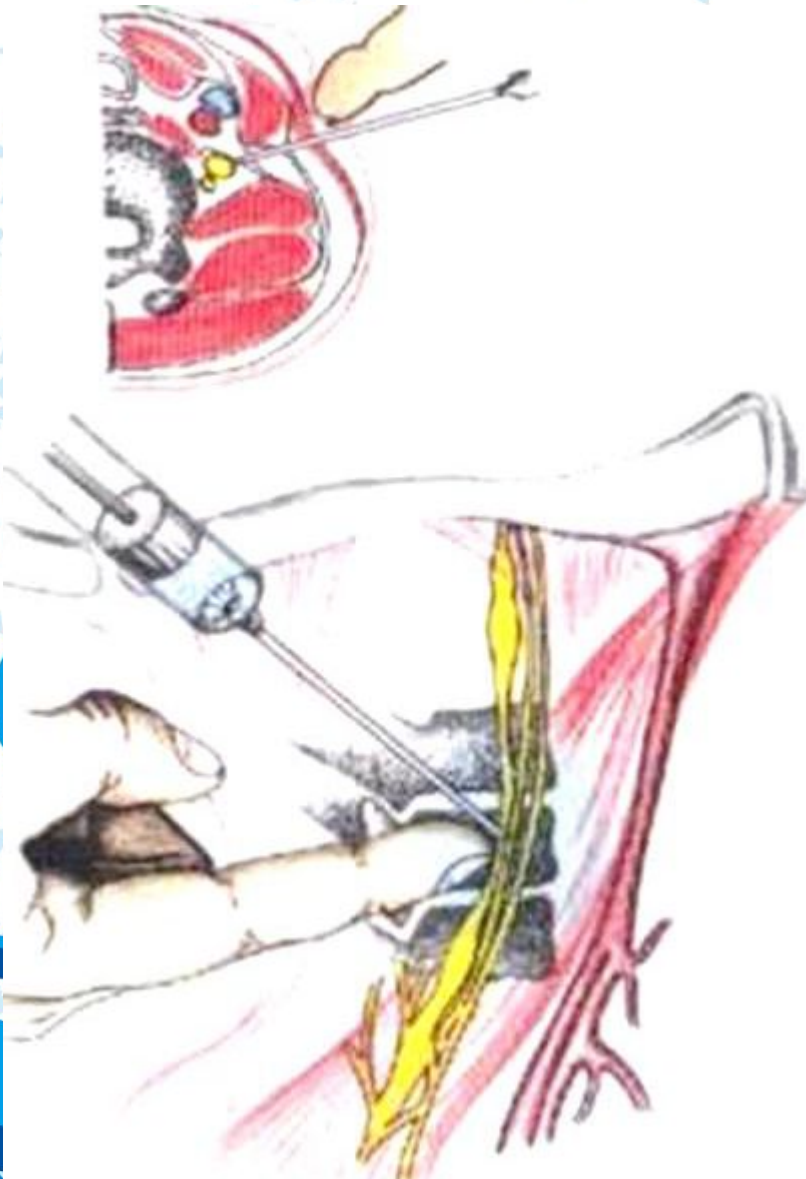


## Радиологиялық диагностика

Кеуде қуысының қорытынды рентгенограммасын алдыңғы артқы бағытта орындайды. Рентген суретіне тек қана оның жарақаттанған жағы ғана емес, бүйел кеуде қуысын түсіру қажет. Қорытынды рентгенограммада қабырғалардың артқы бөлігі көлденең орналасқан немесе ішінен сыртына, жоғарыдан төмен жүреді; алдыңғы бөлігі – сыртынан ішке жоғарыдан төмен жүреді. Қабырғалардың сынуын анықтау үшін әр бір қабырғаны омыртқамен байланысқан жерінен бастап, төспен байланысқан жеріне дейінгі бөлік бойынша мұқият қарау керек. Тек қана сүйектік зақымдануларға емес сонымен қатар плевра қуысындағы мүмкін болатын бос газдармен сұйықтарға назар аударады. Қорытынды рентгенограммада қабырғалардың сынуы рентген көлеңкелердің түсуіне байланысты әрқашан көріне қоймайды. Қабырғалардың сынуы кезінде зақымданған қабырғалар саны қорытынды рентгенограммада анықталғандардан көбірек деп саналады. Және диагноз қоюда клиникалық мәліметтер басты болады. Рентгендік диагнозды дәлелдеу үшін бүйір проекцияда 30 және 45 градус иілімінде рентгенограммаларды жүргізу қажет.

## Емдеу

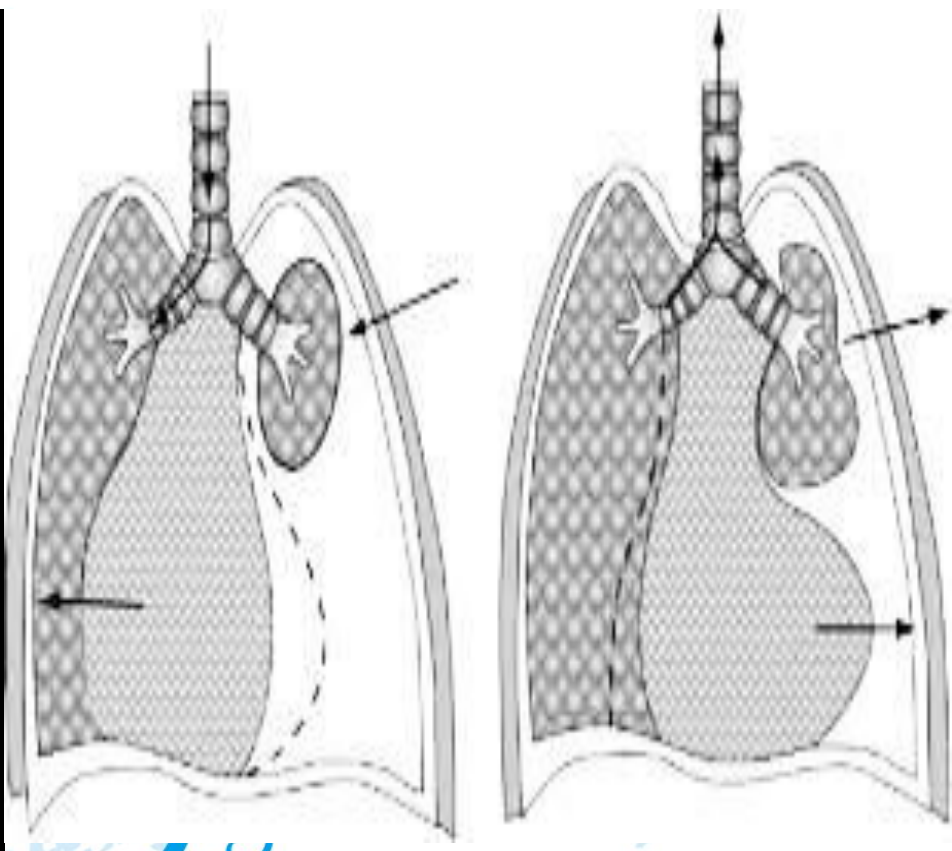
Алғашқы дәрігерлік көмек жансыздандыруды бұлшықетке жүргіземіз (анальгин+димедрол, кетонал, наркотикалық анальгетиктер). Стационар жағдайында асқынбаған қабырға сынықтары кезінде емдеуді сынық орнын блокададан бастайды (10 мл 1% новокаин немесе лидокаин ерітіндісін сынық аймағына). Екіншіден, вагосимпатикалық блокада жасау керек. Ол үшін ауруды шалқалай жатқызып, мойынының астынан жастықша қойып, басын артқа қарай шалқалатып, бетін сау жағына қарай бұрып жатқызып, күре тамырдың үстіндегі төс-бұғана-емізікше бұлшықетінің орта тұсынан, сұқ саусақпен айтылған етті күре тамыр мен негізгі жүйке талшығын алға қарай итере басып, саусақтың ұшынан инені кіргізіп сол жерге 0,25% новокаин ерітіндісін аздап жіберіп, біртіндеп инені тереңге кіргізе береді, ауық-ауық поршынды өзіне қарай тартып, ине кан тамырына кірген-кірмегенін байқап тұру керек. Сөйтіп инені мойын омыртқаның көлденең қанатына тигенше кіргізе береді. Ол үшін ауруды шалқалай жатқызып, мойынының астынан жастықша қойып, басын артқа қарай шалқалатып, бетін сау жағына қарай бұрып жатқызып, күре тамырдың үстіндегі төс-бұғана-емізікше бұлшықетінің орта тұсынан, сұқ саусақпен айтылған етті күре тамыр мен негізгі жүйке талшығын алға қарай итере басып, саусақтың ұшынан инені кіргізіп сол жерге 0,25% новокаин ерітіндісін аздап жіберіп, біртіндеп инені тереңге кіргізе береді, ауық-ауық поршынды өзіне қарай тартып, ине кан тамырына кірген-кірмегенін байқап тұру керек. Сөйтіп инені мойын омыртқаның көлденең қанатына тигенше кіргізе береді.



**Л. В. Вишневскийдің әдісі бойынша  
вагосимпатикалық блокада жасау**

## Асқынулары

Өкпе жараланғанда бірнеше сағаттан кейін аурудың қан түкіруі мүмкін. Ең қатерлісі қанның тыныс жолдарына жиналып қалуы, оны бітеп тастауы. Осындай қан жиналып қалу әсіресе есінен танып қалған адамдарда жиі кездеседі. Олар дем алғанда тынысының қырылдап шығуын естуге болады. Түсі көгілдірленеді, тамыр соғысы әлсіреп жиілейді, хал-жағдайы нашарлайды. Ауруды тексеру: әуелі сырттай қарау қажет, денесінің қай жері көгергенін, ісінгенін тапқан жөн. Қабырғаларды алақанмен жайлап басып көріп сынған жерін табу керек. Осы кезде кейде сынықтың үстінде алақанға нәзік сықыр білінуі мүмкін. Бұл ауаның тері астына жиналғанының белгісі, кейде ол өте тез бүкіл жарақаттанған жақтың терісінің астын кеулеп әкетуі мүмкін. Онда осы жағы дөңгелектеніп, тұтастанып, үлкейіп ісік тәрізді болыптұрады, бірақ та түсі өзгермейді. Осы жерлерді саусақпен басқанда ол жерде басқан із шұқыршақтанып калады, сәлден кейін қайтадан бұрынғы қалпына келеді. Саусақпен қағып көргенде осы жерде бос дыбыс естіледі, ал тыңдағанда жаңадан жауған құрғақ қарды басқандағыдай сықырлаған ашық дыбыс естіледі. Егерде ауа тері астында аз болса онда аурудың хал-жағдайы онша нашарламайды. Ал тері астындағы ауа кеудеден басқа жаққа қарай тараған болса, онда адамның денесі домаланып, тұтастанып іседі және кейде мүшкіл халге әкеліп соғады. Ауруға ауа жетпейтін тәрізді болады, оның түсі көгереді, демалысы нашарлайды, әлсізденеді, тамыр соғысы жиіленеді.



Keуде жабықтай жарақаттанғанда өкпе қоса жараланса, онда осы жарадан өкпедегі ауа өкпе мен оның қабының арасына жиналады, мұны ішкі ауа жиналуы дейді. Бұл жарақаттың мынадай белгілері болады: аурудың дем алысы терең және біркелкі болмайды, ішке дем тартуы сатыланып тұрады, осы кезде ауырғаны күшейе түседі. Мойынның қан тамырлары білеуленеді, өйткені көк тамырдағы қан айналысы нашарлайды. Тыныс алғанда сол жарақаттанған жақтағы кеуде қозғалысы төмендеп, сол жақ кеудесі үлкейіп кетеді, қабырғаларының арасы сау жақпен салыстырғанда әжептеуір кеңейеді. Саусақпен қағып көргенде бос дыбыс естіледі, жүрек сау жаққа қарай жылжиды. Ауруды рентген жасап көргенде өкпенің қабысканын (жабысқанын), оның толық жазылмағанын төс шандыры қозғалысының төмендегенін және кеуде аралық қуысының сау жаққа қарай ығысқанын байқауға болады.

Бірінші көмек бергенде, әсіресе жедел көмек беру үшін аурудың 2-3 қабырғаларының арасынан, бұғананың орта тұсынан қысқа жуан ине шаншып, кіргізіп кою керек, сонда іштегі ауа сыртқа өзі шығып тұрады. Мұны сыртқы ашық пневмотораксқа айналдыру деп атайды.

Рентген жасап қарағанда өкпеқабының арасына қан құйылған болса, онда біз оның көлденең деңгейін көреміз. Саусақпен қағып көргенде тұйық дыбыс естиміз.

# Төс сынықтары

**Жаракат механизмі** – төс сүйегі алдынан артқа бағытта тура күш түсу немесе қысылуы. Шектелген төс сынығы салыстырмалы түрде сирек, жиі олар қабырғаның шеміршекті бөлігінің сынуымен бірігеді.

## Жіктелуі:

- 1.Сабы, денесі немесе семсер тәрізді өсіндінің
- 2.Ығысумен немесе ығысусыз
- 3.Асқынған немесе асқынусыз

**Диагностика.** Аса қиындық туғызбайды. Соққы алған жерде сырылулар, қан құйылулар болуы мүмкін, үлкен ығысулармен болса – саты тәрізді деформация.

Жүрек соғылу диагнозын жоққа шығару үшін динамикада ЭхоКГ, ЭКГ жасау керек

**Гемоперикард** – перикардқа қан жиналу – төс сынығының өте қауіпті асқынуы. Клиникалық көріністері: қорқу, көгеру, ендікпе, суық тер, гауқас қозған, мойын венасында пульсация көрінеді, АҚ төмен пульс жіп тәрізді.

**Радиологиялық диагностика.** Көпдеген мәліметті бүйір проекцияда ренгенограмма береді. Мұнда жарықтардың алдыдан артқа бағытты ығысуы көрінеді. Гемоперикардқа күдік болған жағдайда кеуде қуысын тура прекцияда рентгенограммасын жасау керек, мұнда жүрек шекараларының ұлғвюын көруге болады.

**Емі – консервативті.** Сынық аймағына ауысынуды басатын дәрілеренгізеді сонымен қоса төс арты блокадасы жасалады. Ығысумен болған сынықтарда репозиция жасайды. Көпдеген жағдайларды консервативті түрде репозтция жасау нәтижесіз болады, бұл оперативті араласуға көрсеткіш. Сынықтардың бітуі 4 аптадан кеін басталады





**Назарларыңызға  
рақмет!**