

Балалардағы төменгі жақ сүйек сынықтары . Клиникасы. Диагностикасы. Емдеу әдістері.

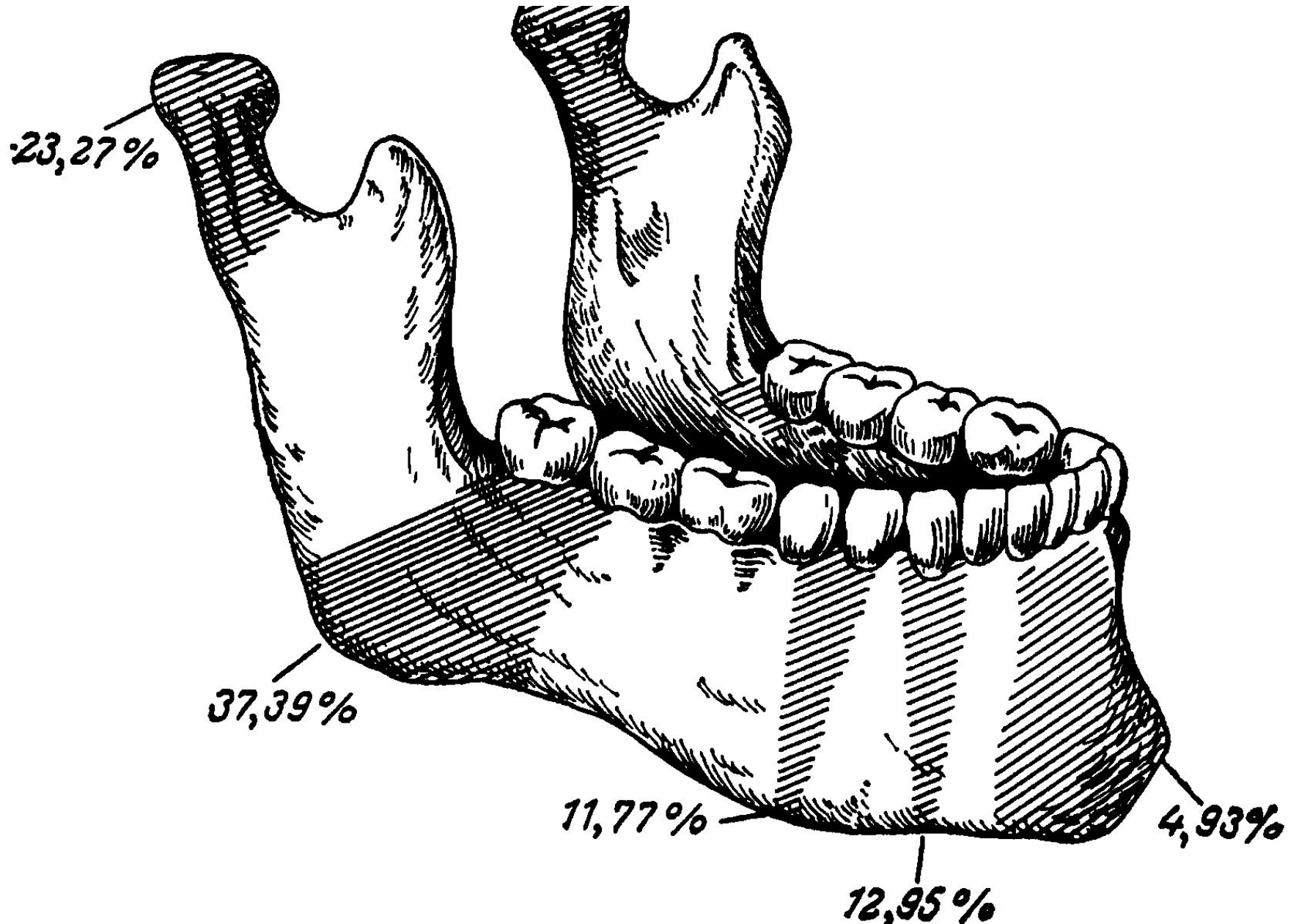
Қабалдаған: Қожамбекова Э.А
Орындаған: Зейкін Ә
Тобы: СТК-528

ЖОСПАР

- Кіріспе
- Негізгі бөлім
 - Төменгі жақ сүйегі анатомиясы
- Қорытынды
- Пайдаланылған әдебиеттер

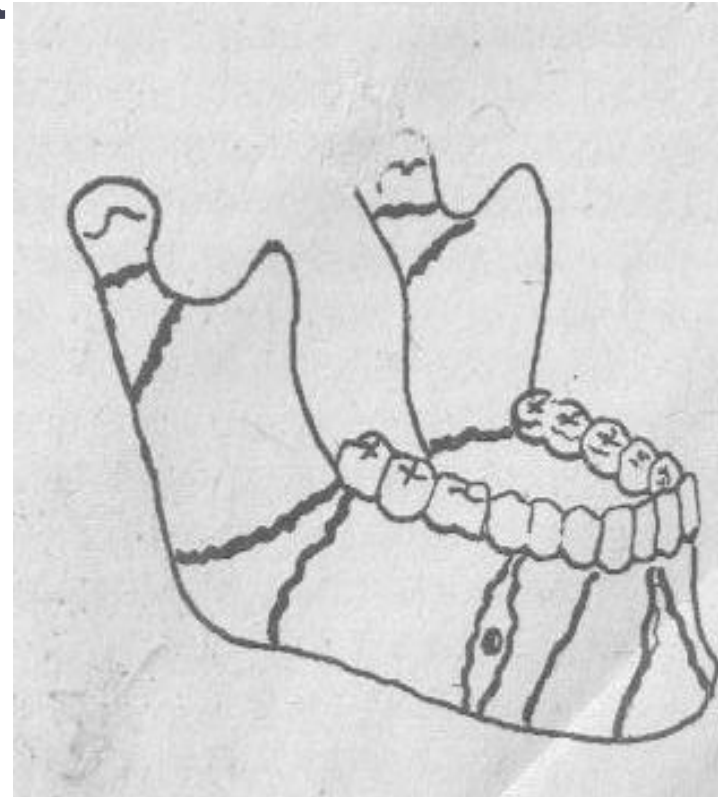
Төменгі жақ сүйегі

- Төменгі жақ сүйегі доға тәріздес қозғалмалы тығыз сүйек. Екі симметриялы бөліктен тұрады. Сүйек тығыз тінінен құралып, аралығында аздаған кемік тіндері болады. Денесі жоғары қарай альвеолды өсіндіге ұласып, тіс ұясының қабырғаларын құрайды. Альвеолды өсіндінің қабығы сүйек қабығымен тығыз байланысып, қозғалмайды. Төменгі жақ сүйегінің ішінде қан тамыры және төменгі альвеолды нерв жүретін өзегі бар. Ми сауытымен бұл сүйек самай-төменгі жақ буыны арқылы байланысады.



Төменгі жақ сүйек

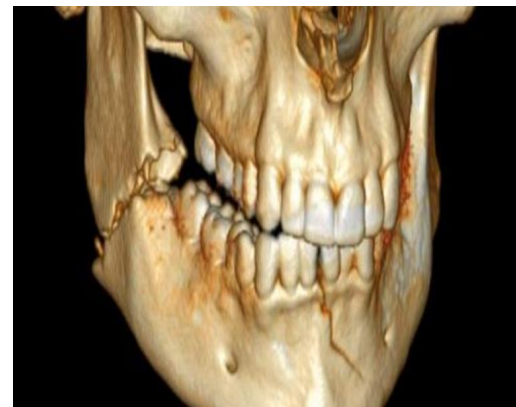
- Төменгі жақ тұйық доға тәріздес болғандықтан, сырттан тиген күш сол тұйық шеңбер арқылы тарап оның белгілі бір жерлері сынады. Осындай кері әсерден сынатын немесе сүйектің осал жері не болмаса доғаның ең көп иілген бұрышы болып табылады. Олар орталық жік, 3/3 тіс ұялары, төменгі жақ бұрышы және төменгі жақ буын өсіндісі.



Төменгі жақ сынықтары

- Орталық сызықта жақтың екі бөлігі қосылады. Ол жік өте қатты болғандықтан сынық оның оң немесе сол жағынан 1—2 мм ауытқиды. 3[3 тіс түбірі жуан және ұзын, маңындағы жақ сүйегі жұқа, сондықтан көбіне осы жер сынады. Сынықтың төменгі жақ бұрышында болу себебін екі түрлі теориялармен дәлелдейді: 1) Төменгі жақ доғасының ең үлкен иіні осы жерде орналасады. 2) Осы жерде өсу аймағы орналасқандықтан сүйекте кальций, фосфор қышқылдарының тұздары аз.

Жақ сүйегінің буын өсіндісі төменгі жақ доғасының ең жіңішке жері болғандықтан, көбінесе осы жердің сынығы кездеседі.



Төменгі жақсүйек сынуының механизмі.

Төменгі жақ сүйегінің сынуы шектен тыс майысудан, қысымнан, ығысудан, жұлынудан болады. Сынықтар келесі варианттарда кездеседі:

- 1) Күш төменгі жақ сүйегі бүйірінің бір нүктесіне түссе тура сынық пайда болады. Кей жағдайларда осы сынық қарама-қарсы жағында тура емес, буын өсіндісі қосымша сынуы мүмкін.
- 2) Күш төменгі жақ бүйірінің көлемді жеріне түссе, буын өсіндісінен немесе бұрышынан тура емес сынады.
- 3) Күш төменгі жақтың екі бүйірінен үлкен көлемде тисе, тура емес сынық орталық жікте де пайда болады.
- 4) Күш төменгі жақтың екі бүйірінен симметриясыз тисе тура емес сынық иек маңында және қарама-қарсы жағынан буынды өсінді сынады.
- 5) Күш төменнен жоғары қарай шектен тыс тисе буынды өсінді екі жағынан сынады.

Осымен, егер сынық шектен тыс майысудан пайда болса, онда сипамалы аумаққа түскен күш әсерінен тура, үлкен аумаққа түскен күш әсерінен тура емес сынық пайда болады.

- *Қысым механизмі.* Егер екі күш бір-біріне қарсы бағытталса, сүйек тіндері қысымға түседі (компрессия). Күш төменгі жақ бұрышынан көлемді аумақта төменнен жоғары бағытта соғылса, сүйек шықшыт буыны мен төменгі жақ бұрышының арасында қысылады. Осындай жағдайда жақ өсіндісінің ортасы көлденең сынады.
- *Ығысу механизмі.* Күш түскенде сүйек тірегі бар жерімен салыстырғанда, тірегі жоқ жері ығысып сынады. Егер күш көлемі аз жерден төменгі жақ бұрышынан жоғары қарай тәж тәріздес өсіндіге бағытталса тірегі бар буын өсіндісі орнында қалып, тірегі жоқ жақ өсіндісінің алдыңғы жағы (тәж өсіндісімен қосылса) ұзына бойы ығысып сынады.
- *Жұлыну механизмі.* Ауыз жабық кезінде жоғарыдан төменге қарай иекке соққанда төменгі жақ өсіндісінің тәж өсіндісі жұлынып сынады. Бұл сынық түрі өте сирек кездеседі. Тәж өсіндісіне тіркелген самай бұлшықетінің жиырылуынан деп есептелінеді.

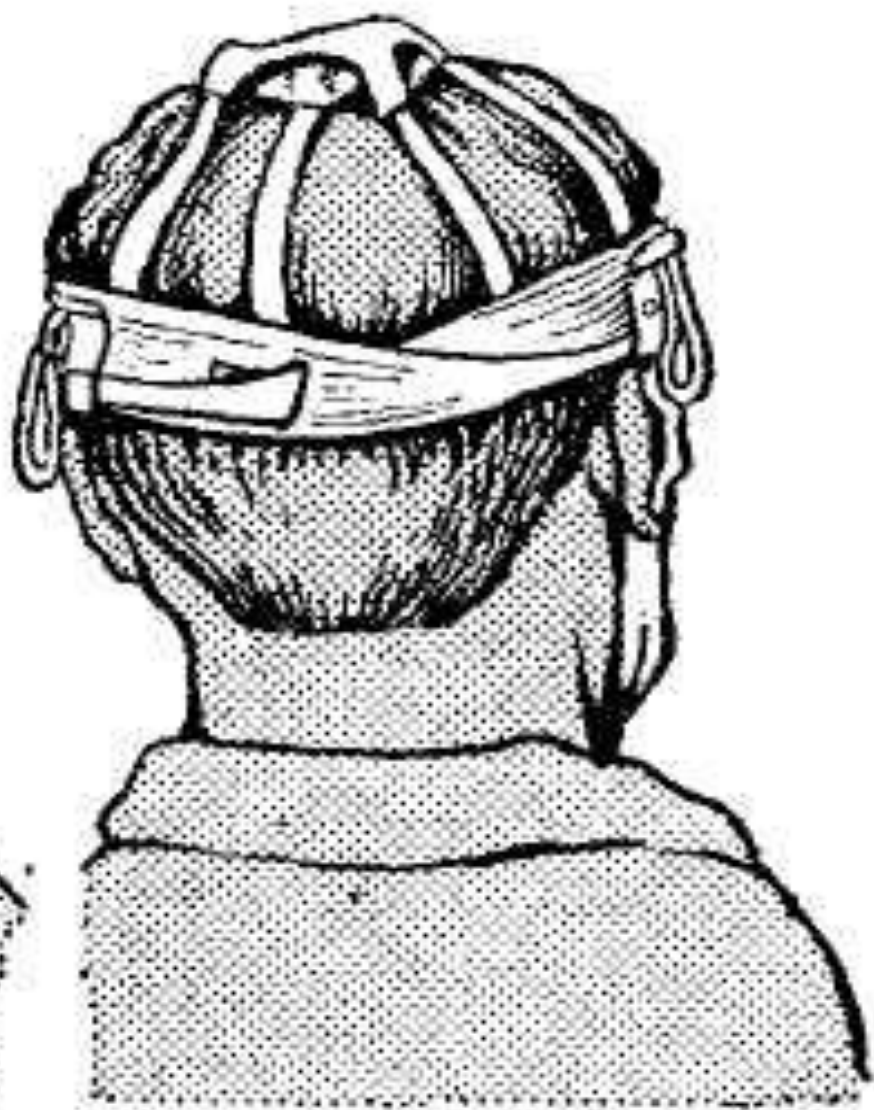
Травматологияда барлық адам сүйектері сынығының жалпы клиникалық белгілерін келесі бес топқа бөледі;

- 1). Локальды ауыру сезімі.
- 2) Патологиялық қозғалыс.
- 3) Сынықтың ауытқуы.
- 4) Сықырлау.
- 5) Сүйек жұмысының бұзылуы.



Төменгі жақ сүйегі сынығының клиникасы және диагнозы.

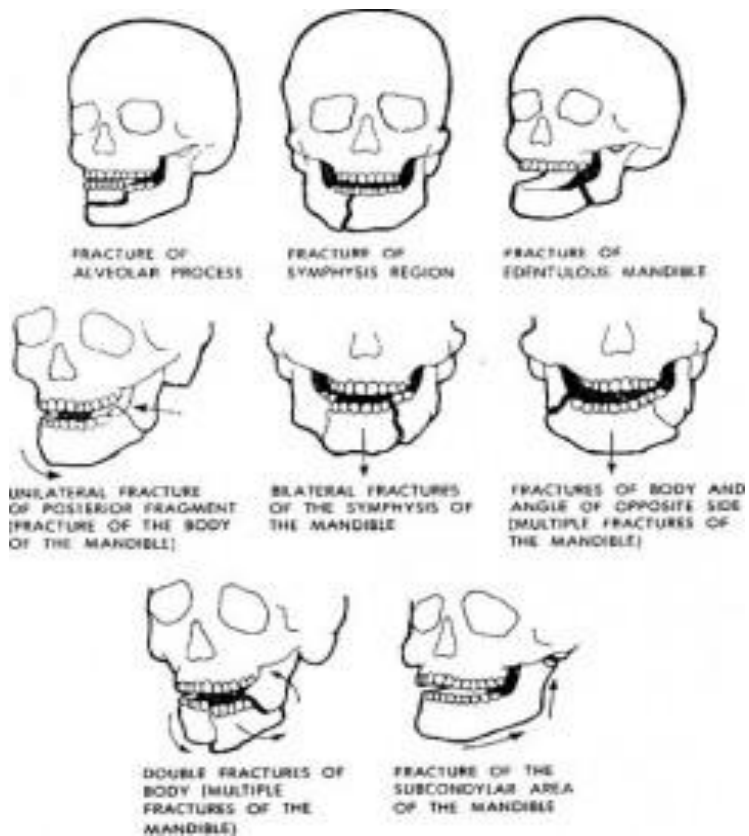
- Сынықтың қай жерде болуына және оның түріне байланысты аурулардың шағымдары әртүрлі болады. Барлық жағдайда да олар төменгі жақтың анық бір жерінде пайда болатын ауыру сезіміне шағым жасайды. Бұл жақ қозғалысында, тамақты тістегенде және шайнағанда ұлғая түседі. Кейде төменгі еріннің сезімталдығы жойылады (бұл нерв қан тамырларының қысылуына немесе үзілуіне байланысты). Тістеу бұзылып және ауыздан қан ағуы ықтимал. Осылармен қатар бас айналып, ауырып, құсқысы келеді, кейде құсуы мүмкін.



Анамнез жинаған кезде зақым қандай жағдайда, қашан, қайда, қай уақытта болғанын анықтау қажет. Осылармен қатар, ми мен бас қаңқасы негізінің бұзылуын (естен айырылу, құсу, жүрегі көтерілу, құлақтан қан кету, ретроградтық амнезия т. б.) есте сақтаған жөн.

Бұл мәліметтер диагноз қоюға, емдеуге керектігімен қатар, еңбектен босату құжаттарын бергенде, заң қорғау және мемлекеттік сақтандыру орындарына қажет болуы мүмкін. Сондықтан Олар сырқатнамаға толық жазылуы қажет.

Объективті тексергенде науқастың жалпы жағдайын ағзалар мен жүйелерді тексеру (есін, тынысын, тамыр соғысын, қан қысымын, ішін пальпация арқылы тексеру, басқа ішкі мүшелерін ісксеру) арқылы оның жалпы жағдайын білу қажет. Басқа аймақтардың зақымдануын тексеру қажет. Аурудың жақ-бет аймақтарын сырттан қарағанда оның формасы, жұмсақ тіндердің зақымнан пайда болатын домбығудан, гематомадан, иектің ауытқуынан, өзгеруі мүмкін. Бет терісінде қанталау, сыдырылу және жара болулары мүмкін.



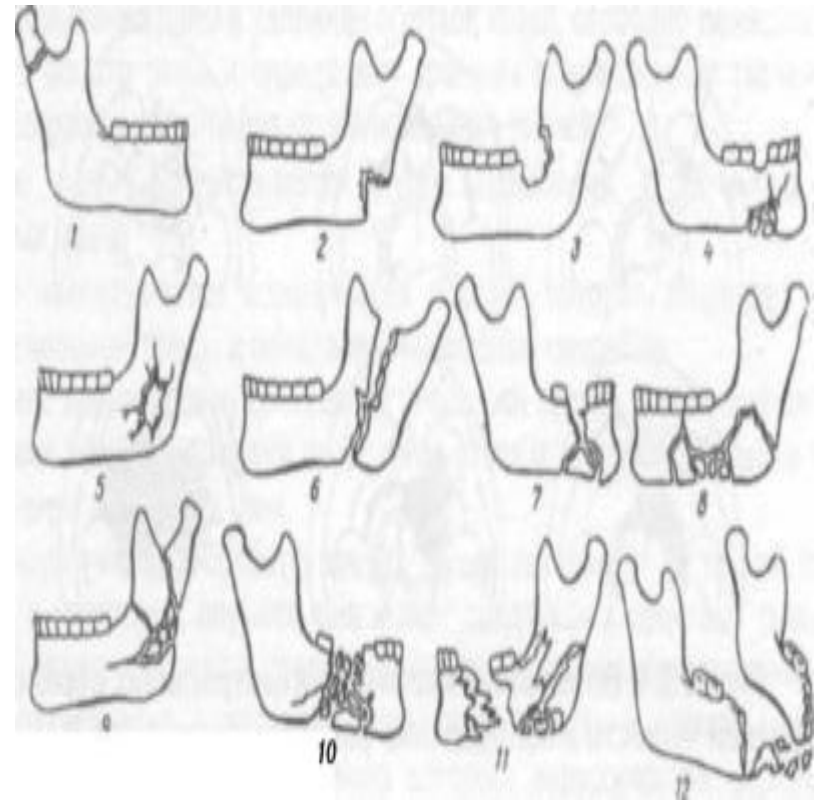
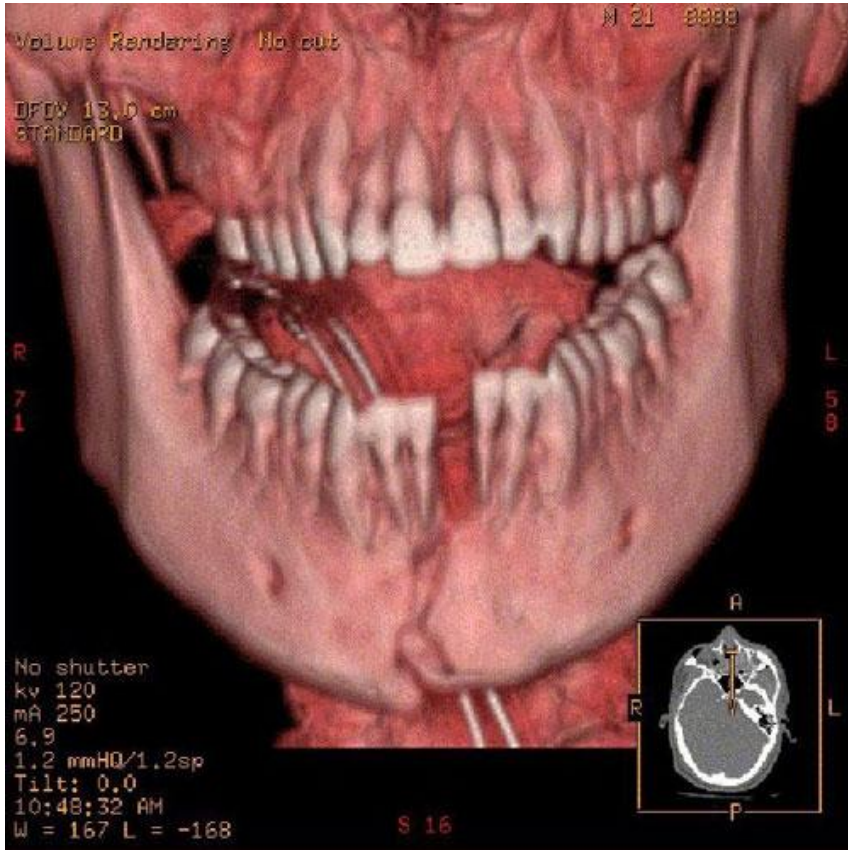
Клиникалық болжау.

- Клиникалық болжауды рентгенограмма арқылы дәлелдеу қажет, Рентгенограмма сынықтың ығысу дәрежесін, тіс түбірінің сыныққа қатынасын сипаттайды . Әдетте, екі рентгенограмма жасалады: бірі — тік, екіншісі — бүйірден. Егер мүмкіншілік болса ортопантограмма жасаған жөн. Төменгі жақтың буын өсіндісі сынса, томограмма көп мәлімет береді. Дәрігер клиника-рентгенологиялық көрсеткіштердің негізінде дұрыс топикалық диагноз қойып, емдеу жоспарын жасайды.



- Дәрігер саусақ ұшын құлақ қуысына енгізіп төменгі жақты төмен және оңға, солға бұру арқылы буын басының қозғалуын байқауы керек. Немесе буын басының қозғалуын құлақ алдынан сипап байқауға болады.

Осыдан кейін ауыратын нүктені анықтау үшін ауыру белгісін тексеру керек. Ол үшін: 1) Оң алақанды иекке қойып алдынан артқа қарай төменгі жақты итереді. 2) Екі алақанды жақ сүйегінің екі жағына тіреп бір-біріне қарай қысады. 3) Бас бармақтарды төменгі жақ бұрышының екі жағына қойып, төменнен жоғары қарай («буын өсіндісіне" қарай) ептеп басады.

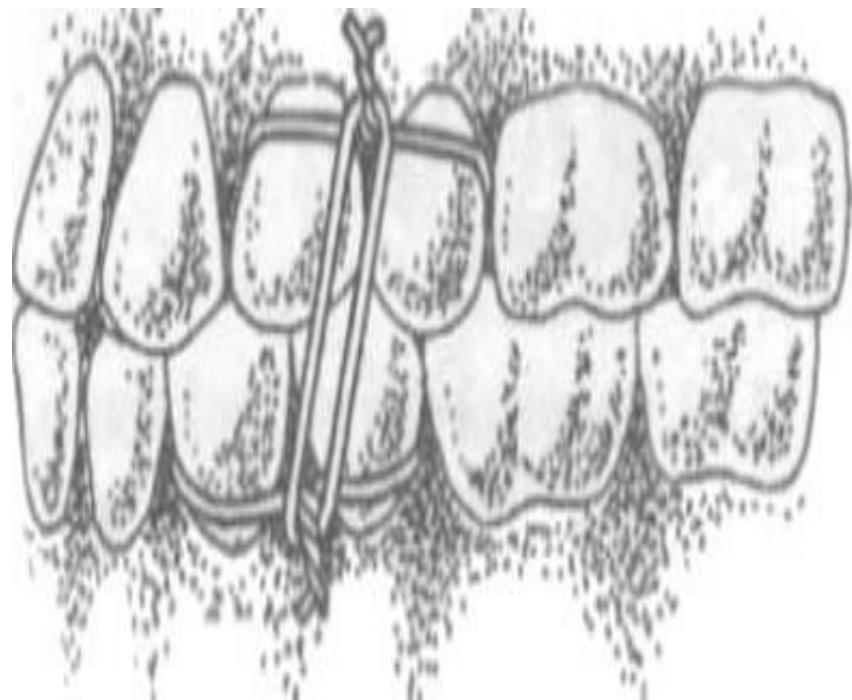
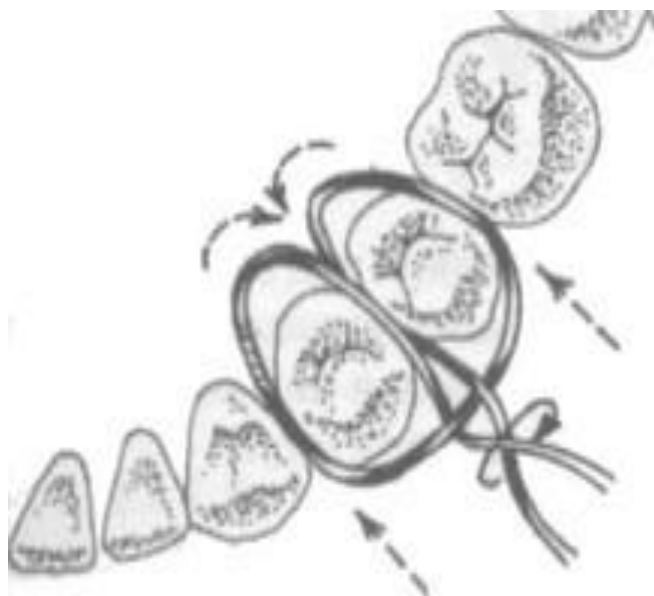


- Егер төменгі жақ сынған болса дәрігердің салған күшінен сынған жер ауырады, оны науқас бір саусағымен дәл көрсетеді. Әдетте, бұл жердің нүктесі бұрынғы пальпация жасаған кезде анықталған сүйек жарқыншағының жылжыған жері мен жұмсақ тіннің гематомасына сәйкес келеді.

Төменгі жақ сынғанда иек сынған жаққа қарай ауытқиды. Ине арқылы ерін, иек терісінің сезімталдығын екі жағынан анықтау қажет. Егер төменгі альвеол нервiсі үзілсе, сынған жақта сезімталдық жойылады.

Осыдан кейін ауыз қуысын тексереді. Науқас аузын ашқанда оның амплитудасы азайып, иек сынған жаққа ауытқиды, жапқанда орталық сызық сынық жаққа ауысады, бұлар сынық белгілері болып есептеледі. Жақ сүйегі сынған жағдайда ауыз қуысының, әсіресе альвеолды өсіндінің кілегей қабығы қанталап жыртылуы мүмкін. Тісті перкуссия жасағанда сынық ара-лығындағы тістер ауырып, тістестіру өзгереді. Тістестірудің өзгеруі сынық ауытқуынан болса, ал оның мөлшері негізінде ондағы бұлшықеттерге байланысты.

Емдеу

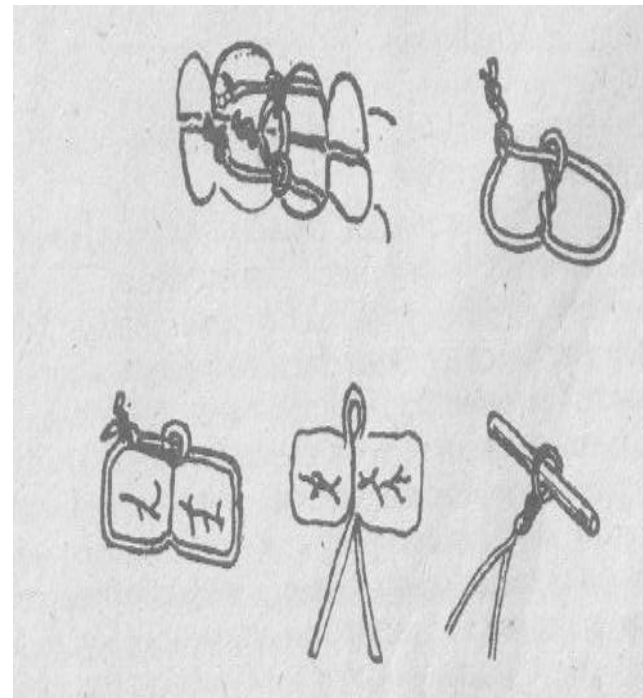


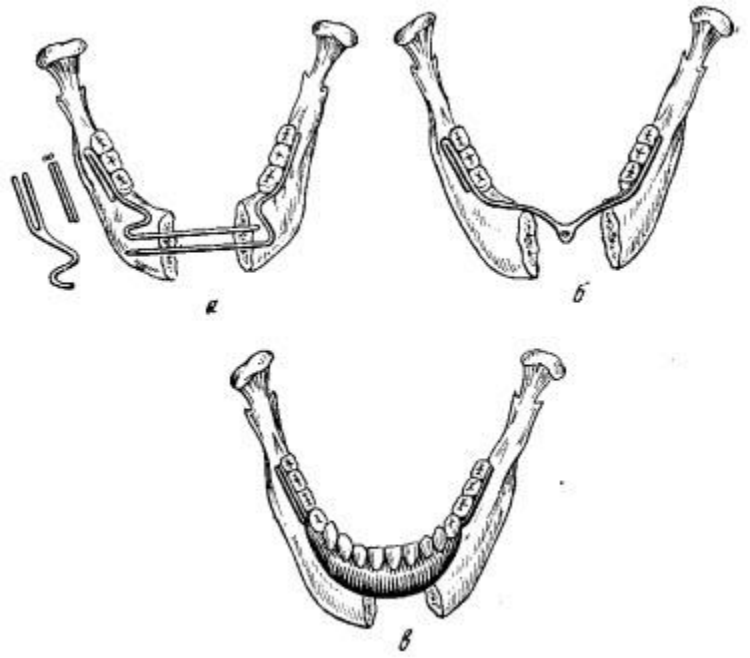
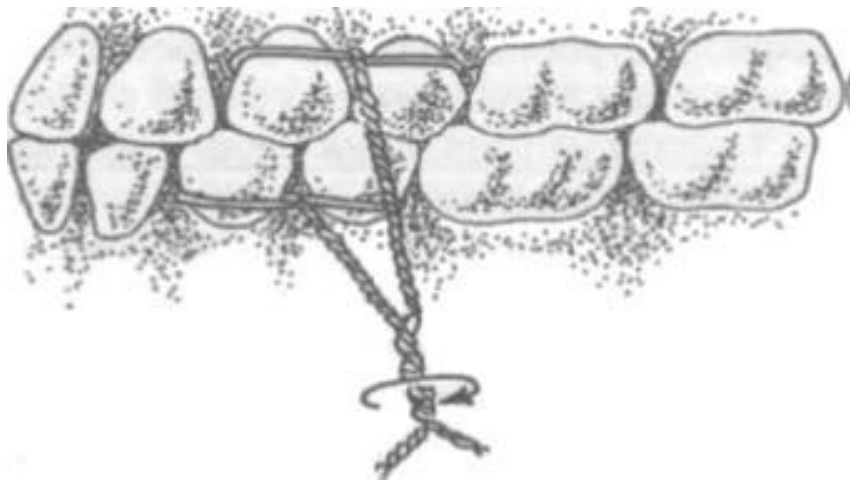
Жақ сынақтарын уақытша бекіту тәсілдері.

- **Төбе-иектік таңғыш салу.** Науқасты тасымалдаған кезде сынықтардың жылжуына мүмкіндік бермейді. Бұл мақсатта торлы эластикалық дәкені пайдалануға болады. Стандартты транспорттық таңғыш сынықтардың мықты бекуін қамтамасыз етеді. Ол иек сақпаны ме тірек қалпақтан тұрады. Оның 3 жұп ілмегі болады, ол резина сақинаны бекітеді. Ілмек астында дәке салатын қалта болады. Сондықтан резина сақина ісінген жұмсақ тіндерге күш түсірмейді және жарақаттамайды. Қалпақ шүйде бұдырын жауып тұруы қажет. Сақпан жиегін жабу үшін қосымша мақталы дәке салады. Бұл ісінген жұмсақ тіндердің таңғышпен тікелей жанасуынан, иек маңындағы тері жабындыларының зақымдануынан қорғайды. Резина сақинаның санына байланысты, сақпан сыныққа күш түсіруі немесе түсірмеуі мүмкін. Төменгі жақ тіс қатарларынан тыс сынғанда және жоғарғы жақ сынғанда стандартты таңғышты 3 жұп резина сақина қолдану арқылы салады. Төменгі жақ тіс қатары деңгейінде сынса тек сынықты ұстату үшін салады. Біріккен сынықтарға шектен тыс күш түсірілсе одан әрі бітісіп асфиксияның даму қаупін туғызады. Сондықтан маман еместерге ұстатушы ретінде стандартты транспорттық таңба салу нұсқасы беріледі.

- *Померанцев-Урбанскаяның жумсақ иек сақпаны.* Мұның иек-тіл бөлігі бірнеше қабат дәкеден немесе бязден дайындалған. Аралық бөлігі екі кең резинадан тұрады, ол таңғыштың шеткі бөлігіне өтеді. Мұның бауы, сақпанның резиналы жолақтарының тартылу дәрежесін реттейді. Бұл таңғыш науқастар үшін тиімді, қолдануға қарапайым және сынықтардың жақсы бекітілуін қамтамасыз етеді.
- *Ауыздан тыс желісі бар (стержень) металл шина-қасық.* Төменгі жақта тіс болмаса немесе жеткіліксіз болса жоғарғы жақ сынығы кезінде қолданылады. Дәкеден жасалған қасықты ауызға енгізіп жоғары жақ тістеріне қысып, оның желісін науқастың басына дәке немесе стандартты қалпақтың көмегімен бекітеді. Ауыздан тыс желі науқастарға көптеген ыңғайсыздық тудырады, қасық тістерде керегінше тығыз жатпайды. Қазіргі кезде бұл әдіс өте сирек қолданылады.
- *Жақаралық лигатуралық бекіту*—төменгі жақ сынықтарының орнынан жылжып кетуінен сақтайды. Оны жүзеге асыру үшін әр сынықта екіден мықты және антогонист тістер болуы қажет. Таңып байлағанда сынық тұсында тұрған жарақатты пульпит немесе периодонтит белгісі бар тістерді қоспайды.
- *Жақаралық лигатуралық бекітуге келмейтін жағдайлар:* мидың шайқалуы, ауыз қуысы тіндерінен қан кетуі, құсықтың пайда болу қаупі. Бұл таңғышты науқасты тасымалдау кезінде (әсіресе су мен әуе транспорты) салуға болмайды.
- *Таңғыш салу үшін қола-алюминий сымы (0,5—0,6 мм) қолданылады. Қажетті аспаптар:* қан тоқтатқыш қысқаш, анатомиялық пинцет, крампонды қысқаш, металл қайшы. Сым ұштары сағат бағытымен қайырылады.

- *Айви бойынша бекіткенде* ұзындығы 10 см сымды алдын ала түйреуіш тәрізді етіп тиеді де бір ұшын екіншісінен 1 — 1,5 см артық қылып қалдырады. Түйреуіштің ұшына — 0,2 мм шамасында ілмек қалдырады. Бұл үшін алюминий сымның кішкене бөлшегі, крампонды қысқыш, пинцет қолданылады. Сымның екі ұшы кіреберіс жағынан ауыз қуысы жағына тіс аралығы арқылы өткізіледі. Сымның ұзын ұшын, кіреберіс жағына, тістің арасы арқылы қайтадан өткізеді. Қысқа ұшы — кіреберіс жағына ілмектің алдына қарай орналасқан тіс арасы арқылы өткізіледі де ұзын ұшымен оралады. Сымның артығы қиылады, қалған бөлігі шырышты қабатты жа-рақаттамайтындай етіп қайырылып иіледі. Осындай таңғышты екінші сынықтағы тіске тіс — антогониске салады. Сынықтар орнына салынып, сыммен жоғарғы жақ тістеріне бекітіледі. (37 сурет). Жақаралық лигатуралық бекітуде, жоғарғы жақ асқынғанда иек сақпаны немесе шеңберлі төбе-иек дәкелі таңғыш салғанда тістердің периондонтитіне, сыныққа бекітілген булшықетке күш түседі. Уақыт өте келе бұл тістер қозғалмалы келеді.







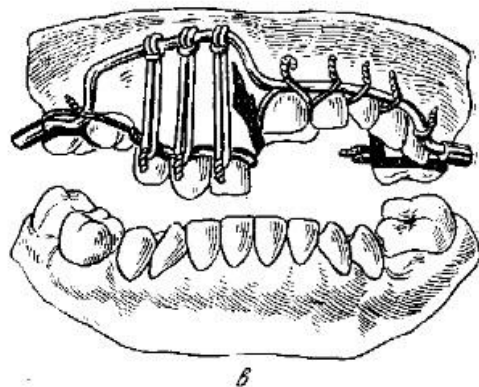
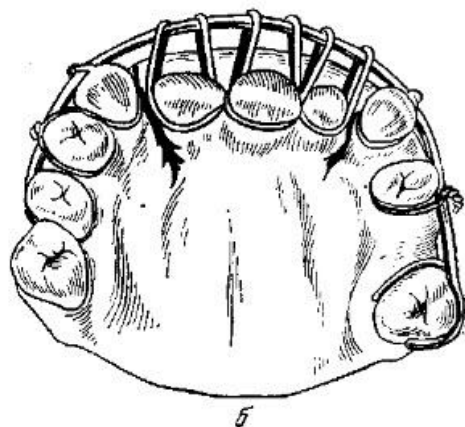
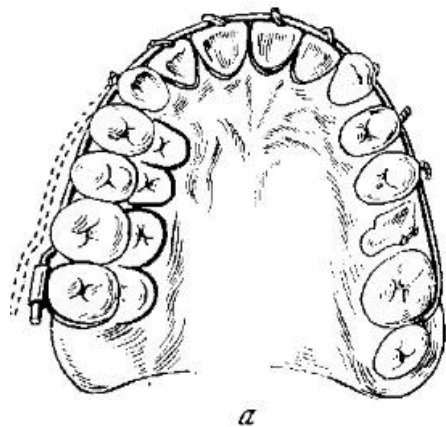
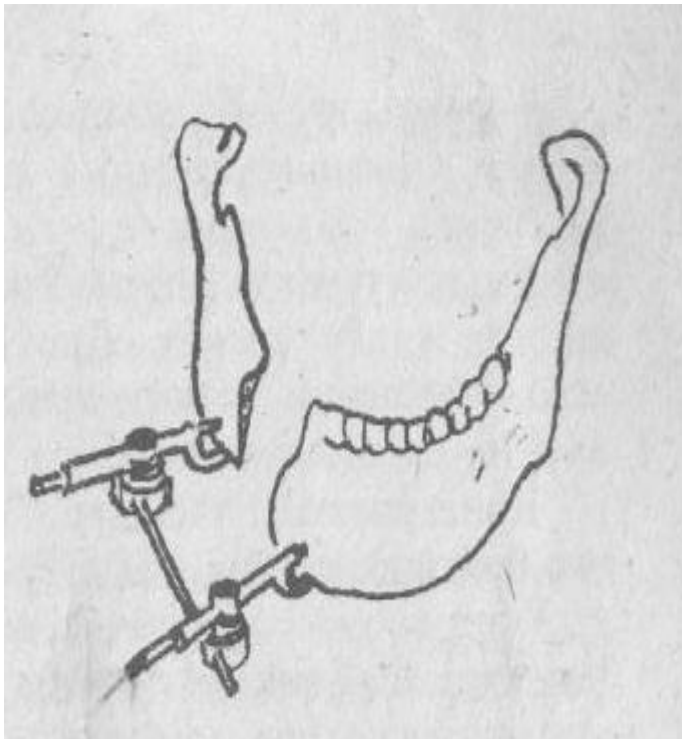


Рис. 231. Лечение переломов альвеолярного отростка.
 а — со смещением внутрь; б — со смещением назад; в — с вертикальным смещением.

- *Екіжақтық ілмектері бар шеңдеуіш* үстіңгі және төменгі жақтарға бірдей дайындалады.
- Бұл шеңдеуішті төменгі жақ сынығы тіс қатарының аумағында жылжып сынғанда немесе сынық бөліктері қиын жылжыса, төменгі жақ екі, үш жерден сынса, сынық сызығы тіс қатарының артынан өтсе, жоғарғы жақ сүйегі сынса (қосымша төбе-иекті таңғышпен байлау немесе стандартты иектік сақпан) және сүйекке пластикалық операция жасалған жағдайларда қолданады. Егер сынық бөліктерін қолмен орнына салуға мүмкіндік болмаса, оларға ілмектері бар шеңдеуіш бөлек дайындалады да, оларды жоғарғы жақ, сүйегіндегі шеңдеуішке резинка дөңгелектермен тартып дұрыс жағдайға келтіреді, сонан соң қосымша жіңішке ортодонтиялық сымнан иген доға тәріздес шеңдеуішпен бекітіп бір-бірін тез қатаын пластмассамен бекітеді. Сынық бөлігінің біреуі жоғары қарай көбірек ығысқан жағдайда антогонист тістердің арасына резинкадан төсеніш қойып лигатурамен шеңдеуішке бекітіп қояды. Резиналы дөңгелекті резиналы түтіктен кесіп дайындайды, олардың диаметрі әртүрлі болады. Резиналы дөңгелектің тарту күші оның диаметріне қарама-қарсы пропорцияда. Алғашқы екі күн диаметрі кішірек дөңгелектерге ауыстырылады. Сынық бөліктерінің бағытын дұрыс бағыттау үшін дөңгелек тартылысының бағытын өзгерту керек.
- *Шеңдеуішті дайындау тәсілі.* Әр шеңдеуіште 5-6 ілмек иіледі: сынықтың үлкен бөлігіне 3-4, ал кіші бөлігіне 2-3 ілмектен. Ілмектердің ұзындығы 3-5 мм болып жоғарғы жақта олар жоғары, ал төменгі жақта төмен қарай орналасып, тіс өсімен 35-45° бұрыш құрайды. Ілмектің ұшы қызыл иектің шырышты қабатынан 2 мм қашықтықта тұрады, бұл резиналы дөңгелектермен қызыл иекті жарақаттамауға мүмкіндік жасайды. Мүмкіндігінше ілмектерді 2 күрек, 1 кіші және үлкен азу тістердің аумағында иген жөн. Ілмектер тістердің аралығында емес қатты тіндерінде орналасуы керек. Иілген ілмектер бір деңгейде орналасып, барлық тістермен тығыз жанасуын қадағалау керек.
- Шеңдеуіштерді иіп болған соң, оларды мүмкіндігінше әрбір тіске бекіткен дұрыс, өйткені оларға ілінген резина дөңгелектер қосымша күш түсіреді.
- Ем біткен соң дөңгелектерді алып, науқасты 2-3 күндей бақылайды, егер бұл мерзім ішінде тіс түйісуі өзгермесе, сынық бөліктерінің патологиялық қозғалысы байқалмаса шеңдеуіштер алынады.
- Сынықтың түріне байланысты шеңдеуіштерді 4-6 аптаға салады.

- **Рудько аппараты.** Бұл аппаратты бекіту үшін сынық аумағында жақ сүйегінің төменгі қырын жалаңаштап, сынық бөліктерін тіс түйісуіне бағыттай отырып қалпына келтіріп, сүйек қысқаштарымен бекітіп, оларды бір-біріне ауыз қуысының сыртынан штангамен жалғап жараны қабаттап тігеді. Жұмсақ тіндерден шығып тұрған қысқашты йодоформды дәкемен таңып қояды. 10-12 күн өткен соң қысқаштар босап кетуі мүмкін, сондықтан олардың мықтылығын қадағалап тұру керек. Аппарат операциялан соң 30-35 күннен кейін алынады. Кей кезде аппаратты алғаннан кейін қысқаштар тұрған жердегі сүйекті кюретажды қасықпен қырып тазалау керек. Ревизиядан соң тері 1-2 жерінен тігіледі, оларды 6-7 тәуліктен соң алып тастайды.

Рудько аппараты.



- Рудько аппараты.

Сынықтарды хирургиялық әдістермен емдеу

- Сынықтарды хирургиялық әдістермен емдеудің көрсеткіштері:
- 1. Тістері жоқ жақтардың сынықтары немесе тістер санының аздығы.
- 2. Дұрыс бітпеген сынықтар немесе жалған буын.
- 3. Жұмсақ тіндер сынықтардың ортасында тістеліп қалса.
- 4. Қан тамыр-нерв шоғырының зақымдана сынуы.
- 5. Тіс қатарынан тыс сынықтың жылжуы.
- 6. Көптеген сынықтар.
- 7. Көп жарқыншақты сынықтар.
- 8. Жұмсақ тіндер қоса зақымданған сынықтар.
- 9. Тіс сауыттары конус тәрізді болса.
- 10. Психикалық науқастар.
- 11. Жоғарғы, төменгі жақтардың бірлескен сынықтары.
- 12. Сынық сызығы кисталық қуыспен өткен кезде.

Сүйектік тігіс.

- Төменгі жақ денесінің, бұрышының, бұтағының, буын өсіндісі негізінің сызықты және алшақ орналасқан сынықтары кезінде сүйектік тігіс салынады. Тігіс материалы ретінде болаттың арнайы магнитті, тотықпайтын түрінен жасалған, IX 1 8M9T, ЭП—400, ЭК-1 нихром, виталиум, тантол, титан 0,6—0,8 мм және полиамидті жіптер мен диаметрі 0,7—1,0 мм литиланловсан, хромдалған кетгут кең қолданылады. Сүйектік тігіс салу вдістерін ауызішілік және ауыздан тыс деп бөлуге болады.
- Ауыз іші арқылы тігу альвеолдық өсінді аймағына салынады, ол үшін диаметрі кішкене (0,1—0,3 мм) материал қолданылады. Оперативті әдіс жергілікті жансыздандыру арқылы жүргізіледі. Жеткілікті мөлшерде альвеолды қырдың ұшы арқылы трапеция тәрізді тілік жүргізіледі. Шырышты-сүйек қабығы қиындысын сындырады да сынықтарды орнына қойып сүйекті тігеді. Тәжірибеде бұл операция жиі жасалынады. Бұл зақымданған аймақтың бойына ревизия жүргізуге мүмкіндік береді және репозицияны жсцілдетеді. Үлкен диаметрлі тігіс материалын (0,6—1,0 мм) салу сынықтардың мықты бекуін қамтамасыз етеді. Сүйекті тіккенде сынықтардың орнына қарамастан мына жағдайларды сақтауға ұмтылу керек.
- а) Тігіс материалын жүргізетін тесік сынық сызығынан 1 см-дей алшақ болуы керек, ол арқылы жүргізілген тігіс сынық сызып перпендикуляр, ал өзара параллель болуы тиіс.
- ә) Тігіс мүмкіндігінше төменгі жақ жиегі мен альвеолды өсінді негізінің аралық ортасымен, сынныңтың саңылауын қиып өткені жақсы.
- в) сүйек тігісінің тесігін төменгі жақ өзегі мен тістер түбірін қамтитындай етіп жасау керек.
- Ауыз сыртынан жасалатын операция жалпы наркозбен жүргізіледі. Сынық сызығын жалаңаштап алған соң оларды біріктіріп, дұрыс жағдайға келтіріп бормен 4 тесік (сынықта 2—2-ден) жасайды. Ол сынық сызығынан 1 —1,5 см алшақ болды. Осы тесіктер арқылы сымдар жүргізіліп ұштарын сыртқы бетінде оран тастайды

- **Сүйек остеонсинтезі.** Бұл әдісті төменгі жақ ортасынан сынғанда қолданады. Мұнда бекітілген бұлшықеттердің тартуынан сүйекті тіккен кезде, остеопороз пайда болып, сымдар шығып кетеді. Сондықтан сынықты дәл қойып бекіту қажет. Ол үшін темір сым қолданылады. Оның көмегімен төменгі жақтың бұрышы және бұтақтың төменгі бөлігі сынған кезде жақ денесі аздап ақауланып және тіссіз сынғанда қолданады.
- Ал сүйек ақауы 2 см көп болса және бұтағы мен буын өсіндісі жоғарыдан сынған бұл әдісті қолдануға болмайды.
- **В. И. Лукьяненко бойынша операция техникасы.** Жақтың төменгі қырының бойымен сынық аймағының ұзындығы 7—8 см тері тілінеді, сынық сызығы жалаңаштап ашады. Әр сынықтағы сүйектің сыртқы қабығын жұмсақ тіндермен қоса распатордың көмегімен ажыратады. Алдыңғы сынық — сүйектің сыртқы қабығынан 2,5—3,5 см, ал артқысы 1—1,5 см жаңалаштанады. Сынық сызығынан 2,5—3 см-дей алшақтап, жарықшақтың сыртқы төменгі қырының бойымен кортикалды қабатта бормен сүйектің кемігіне дейін тесіледі. Осыдан соң жарықшақтарды біріктіріп жасалған тесікке металл стержень енгізеді. Балғаның көмегімен сәл ғана соққы беріп алдыңғы жарықшақты сыныққа қарай бағыттайды. Ұшы сүйектен тыс жатқан стерженнің бос ұшы 0,5—0,7 см болуы тиіс. Стерженнің артығын тістеуікпен кесіп, өткір жиектерін тегістейді. Жарақатты антибиотиктермен өндеп, қабат-қабатымен тігеді. Тігіс арасына 48 сағатқа резина салады. Стерженді операциядан 2 айдан соң алған жөн, жалпы стержень маңындағы тіндерге еш зақым келтірмейді, сондықтан сүйек бітіскен соң 6—12 айдан кейін де алуға болады.
- Металл стерженмен бірге сынықтарды Киршнер сыммен бекітуге болады. Оны арнайы бұрғының (И. А. Макиенко) көмегімен енгізеді. Сым жіңішке және дөңгелек, сынық жылжымалы үшін 2 сым енгізіледі.

Тамақтандыру

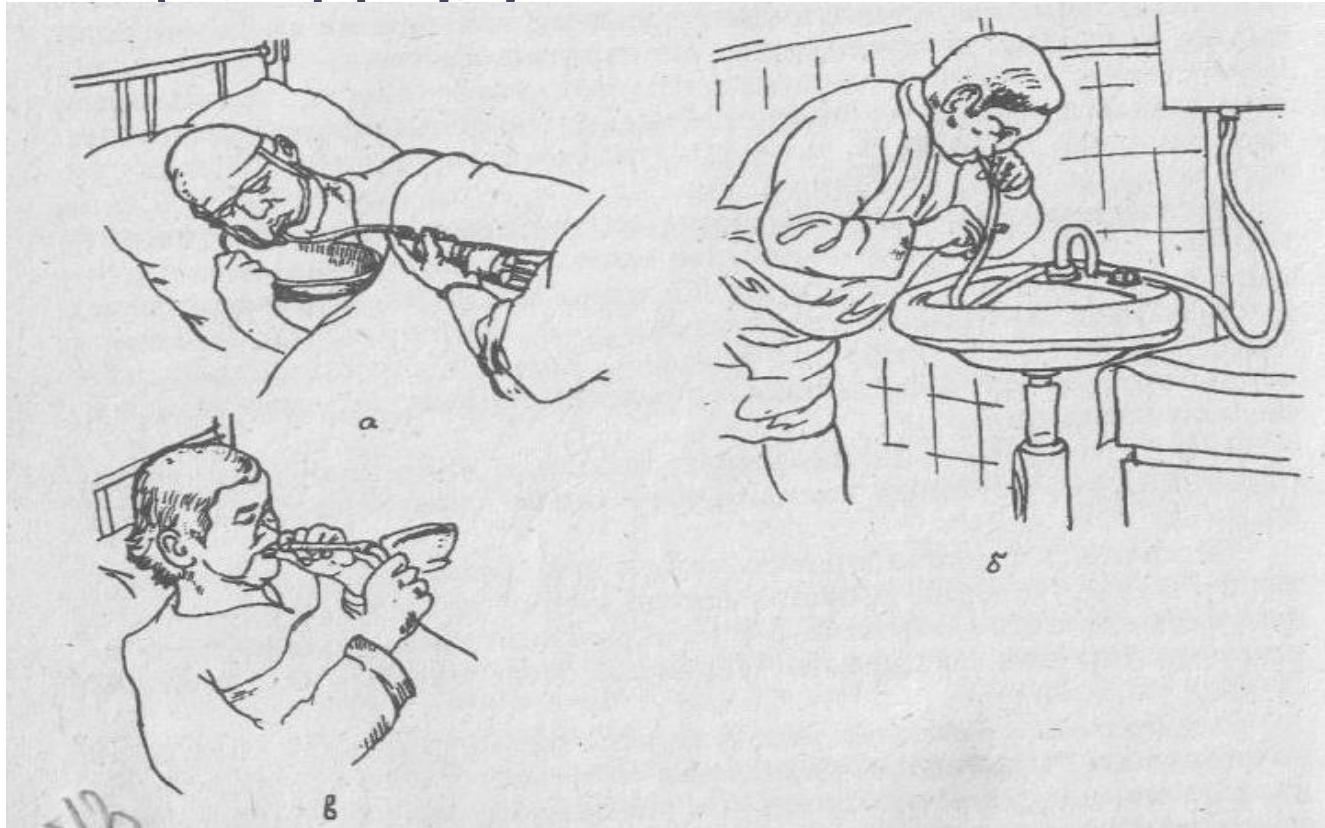
- Жақ-бет аймағы жарақаттанған науқастарды тамақтандыру өте ауыр мәселе, өйткені шайнау, кей кезде жұтыну қызметтері толық бұзуылуына байланысты олар кәдімгі тамақты қабылдай алмайды.
- Адам тамағына қойылатын негізгі мақсат оның физиологиялық құндығы. Сондықтан жақ-бет аймағы жарақаттанған науқастарға кәдімгі физиологиялық тағамдар тағайындалады, тек механикалық және химиялық тұрғыдан қарағанда науқасқа ауыртпалық түсірмеу керек.
- Жарақаттанған науқастардың ауыз қуысының рецепциясы күрт бұзылатындықтан тамақтың температурасы 45 C° жоғары болмау керек. 50 C° жоғары болса, ауыз қуысы және өңештің шырышты қабатын күйдіруі мүмкін.
- Жоғарыда айтылғанды ескере отырып жақ-бет аймағы жарақаттанған науқастарға үш түрлі физиологиялық диета тағайындалады. Жақтық немесе зонд арқылы (1) жақтық (2) және жалпы диета (15). 1-ші және 2-ші жақтық тағамдардың химиялық құрамы бірдей болады, тек қана консистенцияларында айырмашылығы бар: 1-ші жақтық тағамның консистенциясы кілегей, ал 2-ші жақтық тағамдікі сұйық қаймақтай болады.
- 1-ші жақтық тағам зонд арқылы — шайнау және жұтыну функциялары бұзылған науқастарға тағайындалады (тілі, маңдайы, ауыз қуысының түбі қатты ісініп жарақаттанған, екіжақты сынықтарын тістік шендеуішпен бекіткен науқастар т. б.). Тағамның кілегейлі консистенциясы мұрын немесе ауыз арқылы асқазандық немесе дуоденалды зонд арқылы оңай, еркін өтуіне мүмкіндік береді. 2-жақтық тағам шайнау функциясы бұзылған, бірақ жұтыну функциясы сақталған науқастарға тағайындалады. Бұл тағамға сор-па, сүт т. б. сұйықтықтар қосып консистенциясын сұйық қаймактікіне жеткізеді. 2-ші жақтық тағам аққұман мұрнына кигізілген түтік арқылы кедергіленбей өтеді.
- 15-ші жалпы диета — ауыз қуысындағы жаралар жазылған және сынықтары біте бастаған науқастарға тағайындалады. Бұл әртүрлі кулинарлық өңдеуден өткізілген күнделікті қолданатын азық-түліктерден дайындалған физиологиялық құндылығы толық тағамдар.
- Жақ-бет аймағынан жарақаттанған науқастарды күніне кемінде 4 рет тамақтандыруға тиіс. Азанда сағат 9-ға, түсте 13— 14-ке кешке сағат 18-ге және ұйқыға жатудан 1—1,5 сағат бұрын жеңіл тамақ (шәй, кисель, айран, т. б.). 4 рет тамақтандыру бойынша тамақтың күндік колориялығы былайша бөлінеді: азанғы — 30, түскі — 40, кешкі — 20—25, ұйқы алдындағы — 5-8.

- Барлық қоректік заттарды организмге жіберу жолдарын энтералды және парэнтералды деп бөледі. Энтералды әдіске — пероралды, асқазандық немесе дуоденалды зонд арқылы; ректалды, парэнтералды әдіске — вена теріасты, бұлшықет және сүйек арқылы жіберу жатады.
- Жалпы парэнтералдық тамақтандыруды ес-түссіз жатқан немесе жарақаттану салдарынан энтералды тамақтанудың бұзылуынан зат алмасуды керекті дәрежеге келтіре алмағанда тағайындайды. Былайша парэнтералды тамақтандыру бет-жақ аймағы жарақаттанған науқастарға өте сирек тағайындалады. Осыған байланысты парэнтералды тамақтандыруды негізгі энтералды тамақтандыруға қосымша деп білу керек.
- Парэнтералды тамақтандыру организмге белоктың, энергетикалық заттарды, витаминдер және гармондарды ендіруді көздейді. Белоктарды организмге полипептидтер және аминқышқылдарының дайын қосынды түрінде ендіреді, Оларға аминопептид, казеин гидролизаты, ЦОЛИПК, Л— 103 гидролизин, аминокробин және т. б. жатады.
- Парэнтералды тамақтандырудың энергетикалық компоненттеріне (2,5; 5; 10) глюкозаның гипертоникалық ерітінділері, фруктоза т. б. жатады. Суда еритін (С және В тобының) витаминдерді глюкозамен, ал майда еритіндерін (А, Д, К) майлы эмульсиямен бірге жібереді. Натрий тұзы, кальций, калий т. б. минералдық заттарды әртүрлі трансфузиялық сұйықтықтардың құрамында немесе бөлек ендіреді.
- Парэнтералды тамақтандырудың ішінде вена әдісі кеңінен тараған. Тамақты жіберу жылдамдығы оның құрамына тікелей байланысты.
- Белокты гидролизатор мен майлы эмульсияларды әдетте минутына 30—40 тамшы, глюкоза ерітінділерін, тұздардың изотоникалық ерітінділерін минутына 60 тамшыға дейін немесе мин 4—5 мл ендіреді. Бір рет ендірілетін ерітіндінің мөлшері 200 мл, тәулігіне 2—4 л-ге дейін.
- Пероралды тамақтандыруды шайнау функциясы бұзылған науқастарға мұрнына, ұзындығы 15—20 см резиналы түтік кигізілген аққұманмен береді. Ол үшін науқастың кеудесіне кленкалы алжапқыш жауып, жалпы жағдайына қарай орындыққа отырғызып болмаса төсекке жатқызады. 50 С° дейін жылытқан тамақты аққұманға құйып, тамақтандырушы аққұманды тамақ ағып кетпес үшін орта белінен жоғарырақ саусағымен қысып ұстап, түтіктің ұшын тіл түбіріне дейін ендіреді де құманды ауыз қуысынан жоғары ұстап, түтікті қысып тұрған саусақтарын босатады. Үш секунд өткен соң түтікті тағы да саусағымен қысып қалып, науқасқа тамақты жұтып және дем алуына мүмкіндік береді. Осы 3 секунд ішінде ауыз қуысына 8—10 мл-дей тамақ құйылады.
- Осы әдіспен асықпай науқасты тамақтандырады.

Күтім

- Жақ-бет аймағы жарақаттанған науқастардың күтімін жарақаттың түріне және орналасуына қарай жалпы және арнайы деп ажыратады.
- **Жалпы күтім.** Ең әуелі науқастың жүрек-қан тамыр жүйелерінің, тыныс және физиологиялық дәрет алуына назар аударып бақылау керек. Бронхопульмоналды асқынулардың алдын алу үшін науқасқа кеудеше арналған жаттығулармен қатар, оларды белсенді түрде қимылдатқан жөн.
- Жақ-бет аймағы мидың зақымдануымен бірге жарақаттанған науқастардың амалсыз гиподинамиясын мақұлдағанмен, оларда ауыр жауыр пайда болуының алдын алу үшін төсегінде күнде кеш-ке 3—4 рет тыныс алу гимнастикасын жасату керек.
- **Арнайы күтім.** Жақ-беті жарақаттанған науқастардың жалпы жағдайына қарамастан, әсіресе сүйек сынықтарын шеңдеуішпен бекіткен соң, ең бірінші ауыз қуысының тазалығына мұқият күтім керек, өйткені бұл науқастардың ауыз қуысы өздігінен жазылуы мүмкін емес. Әдеттегі ауыз шаюдың орнына, сүйек сынықтарын шеңдеуішпен бекіткеннен соң, әсіресе, тамақтанып болғаннан кейін ауыз қуысын дезинфекциялағыш ерітіндімен қатты қысыммен ирригациялайды
- Ауыз қуысында тістік шеңдеуіштерді ұзақ мерзімге қалдыру салдарынан қызыл иектің шырышты қабаты зақымданып жаралануы мүмкін, сондықтан ауытқыған шеңдеуіштерді дұрыстап, босаған лигатураны бұрап бекітіп тұру керек.

Ауыз қуысының гигиенасы мен тамақтандыру



Пайдаланылған әдебиеттер

- **Рахышев А.** Адам анатомиясы
- **Оразалин Ж.Б. Төлеуов Қ.Т.** Хирургиялық стоматология