

“Колледж Даналық.

Тақырыбы:

Буынның шығуы. Сүйектің сынуы.
Сүйек қажалуының түзілу сатылары.

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.

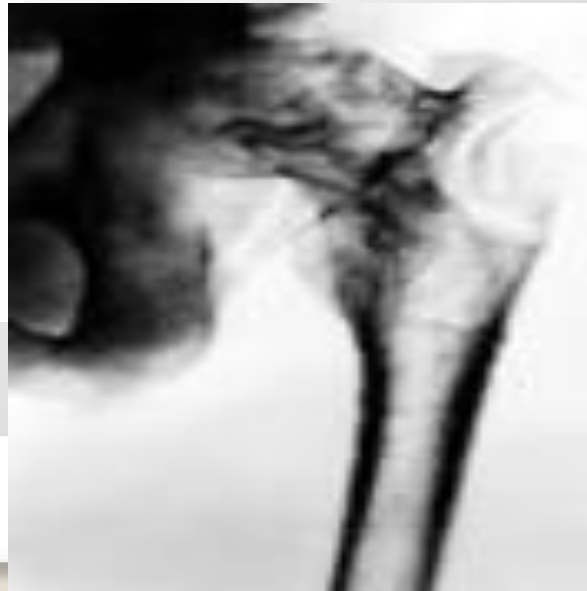
III. Сүйек қажалуының түзілу сатылары.

Жоспар.

Буынның шығуы-



буынның байланыстырушы – капсулалы зақымдануымен және аяқ-қолдын қызметінің бұзылысымен жүретін буын басынын сынып ,туракты 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.*
- *Толық және толық емес шығып кету.*

II.Туа біткен шығып кетулер.

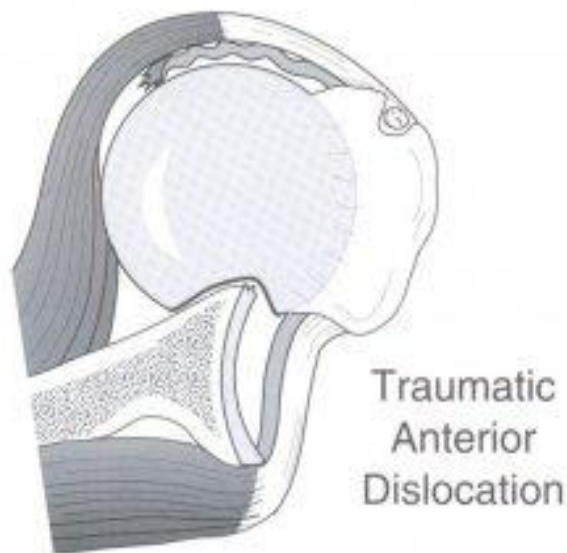
III.Толық емес шығып кету.

IV.Толық шығып кету.

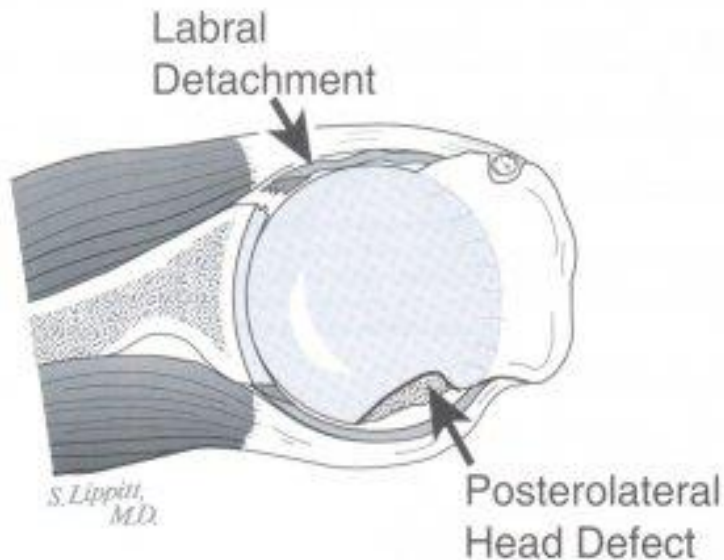
- Паралитикалық;
- Патологиялық;
- Әдеттегідей;
- Травматикалық;
- Түзелмейтін;
- Асқынған.

Туа біткен шығып кету-

буынның элементтерінің жатырышілік 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.



Traumatic
Anterior
Dislocation



S. Lippitt,
M.D.

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 емес түрі. Практикалық тұрғыда тазобедренный буынның дисплазиясы кезінде байқалады, арнайы ортопедиялық тесттерде (Барденс және Ортолани) айқындалады, сонымен қатар тазобедренный буынның рентгенографиясында көрінеді. Бірнеше айлар ақсаңдайды.

Толық шығып кету-

буын беткейінің толығымен болініп кетуі,оның түрлері:

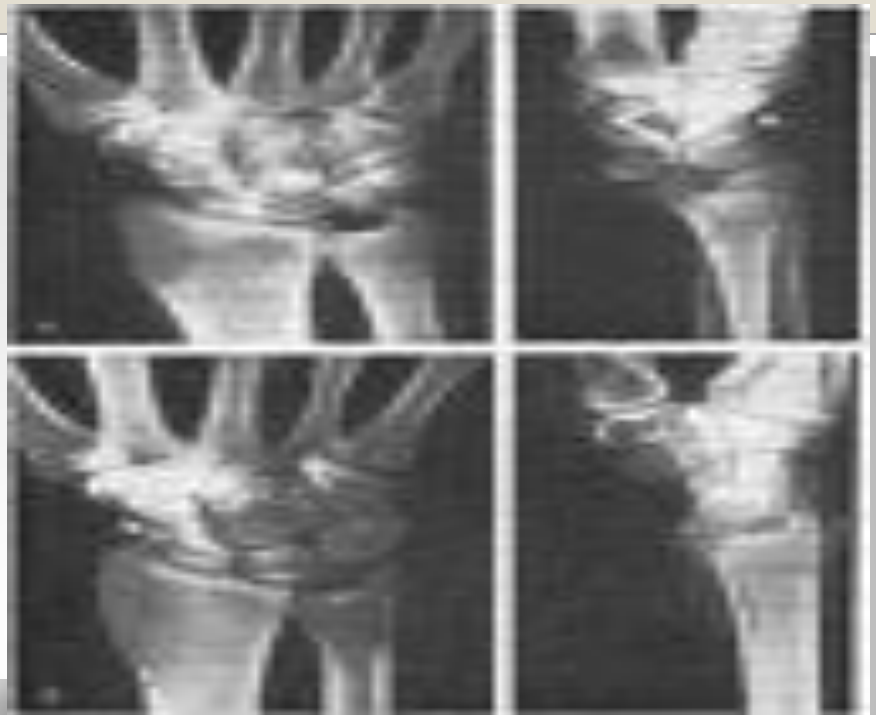
- Паралитикалық шығып кету- патологиялық шығып кету,аяқ-қолдын бұлшықеттерінің салдануынан пайда болады.
- Патологиялық шығып кету- буын аурулары салдарынан шығып кету,ол сүйектің буын беттерінің бұзылысына әкеледі.
- Әдеттегідей шығып кету-сүйектің буынды бастарының анатомиялық өзгерістеріне және буынның 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.

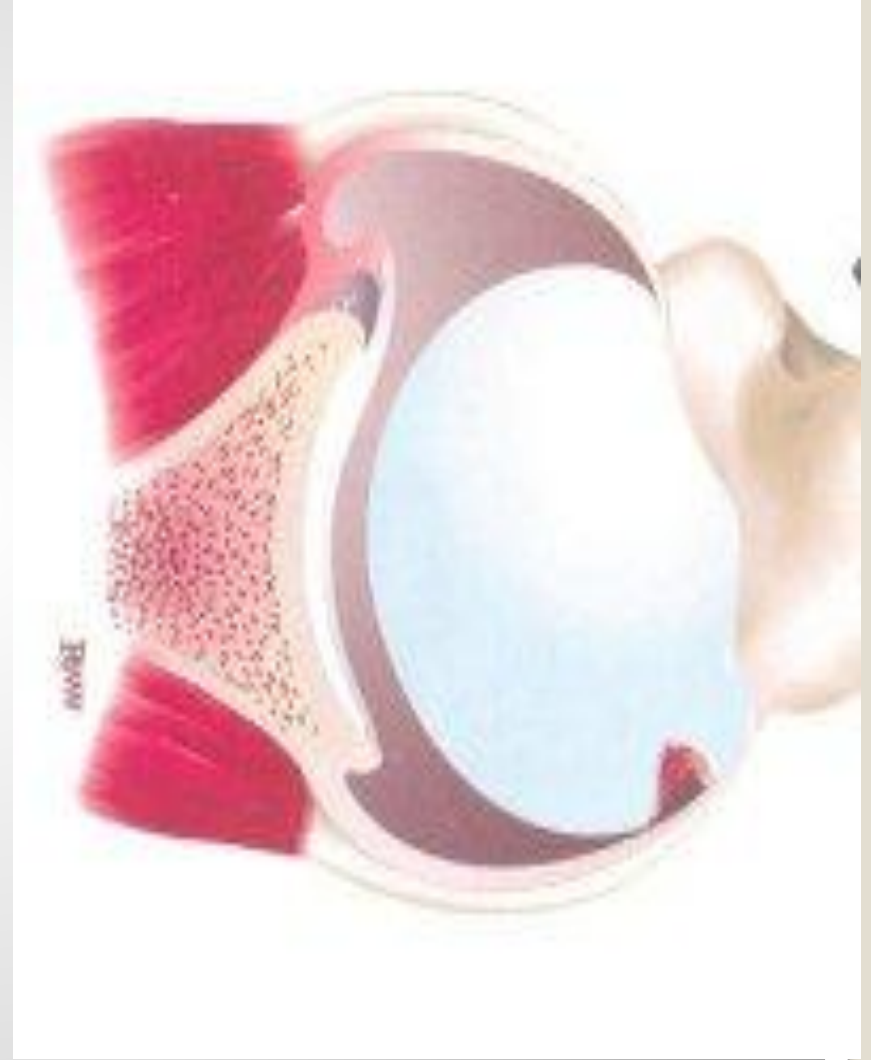
Клиникалық көрінісі.

Әдетте, аяқ-қолдың сүйектерінің шығуының симптомы болып ақсандау 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;

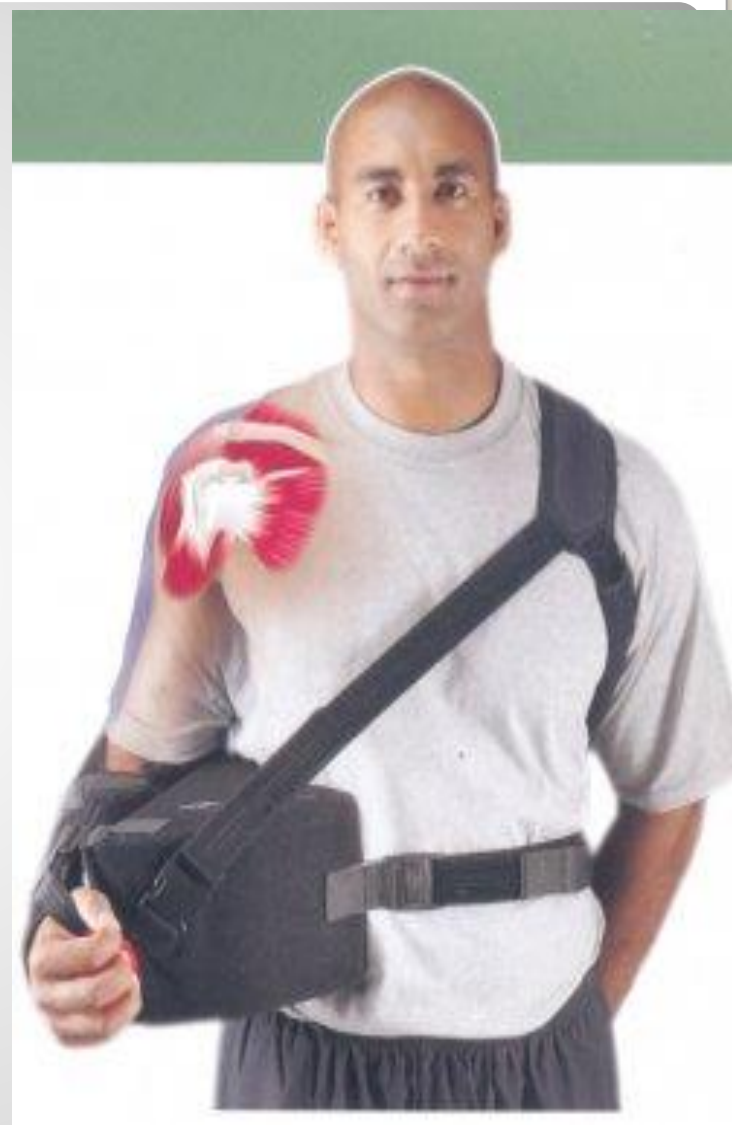
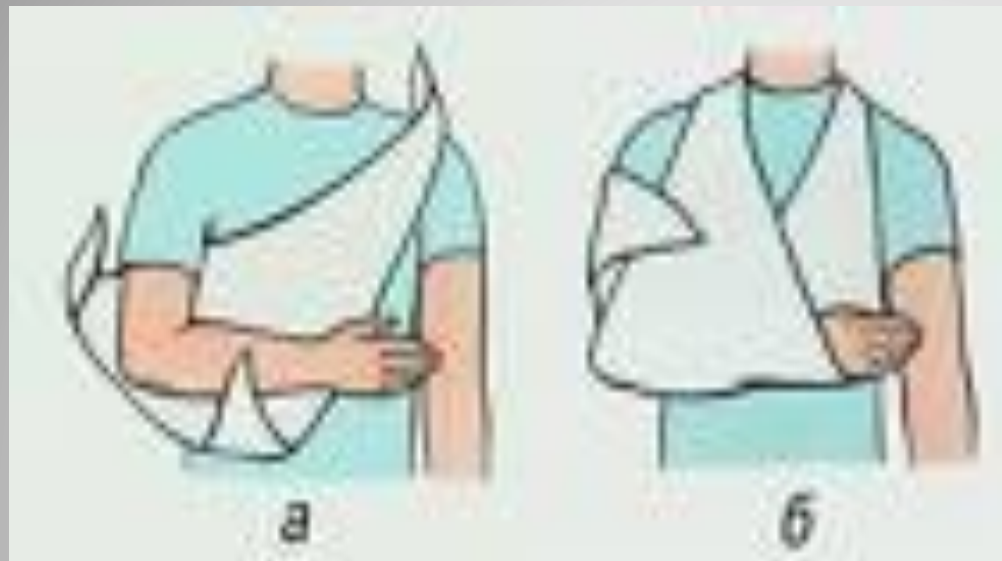
Омыртқа шықса (омыртқалардың бітісу дәрежесіне тәуелді) – ақсандау, кесілу және салдану, зақымдалған аймақты пальпациялағанда ауру сезімі туады.





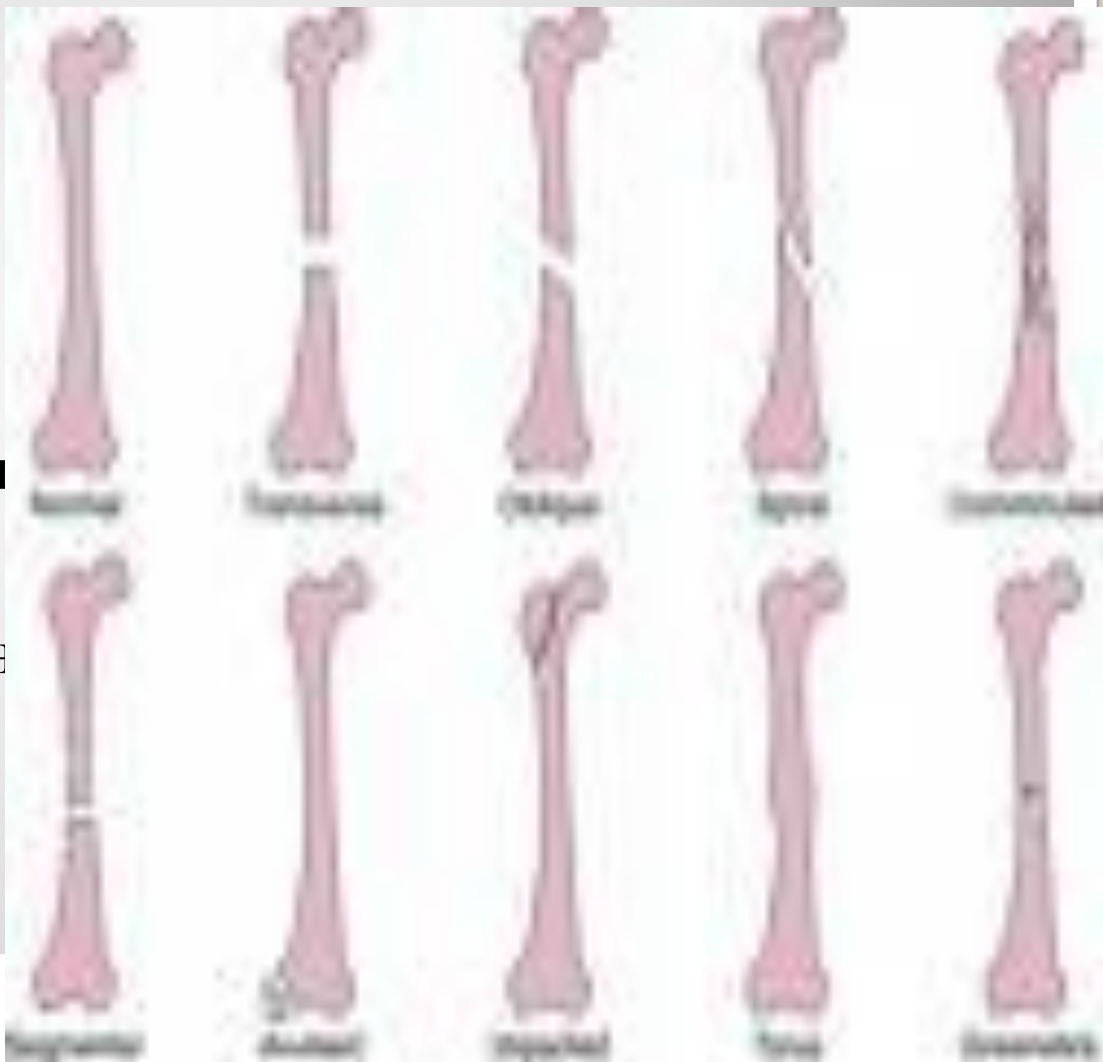
Емі. Егер шығып кетуге күмәндансаңыз келесі шараларды қолданыңыз:

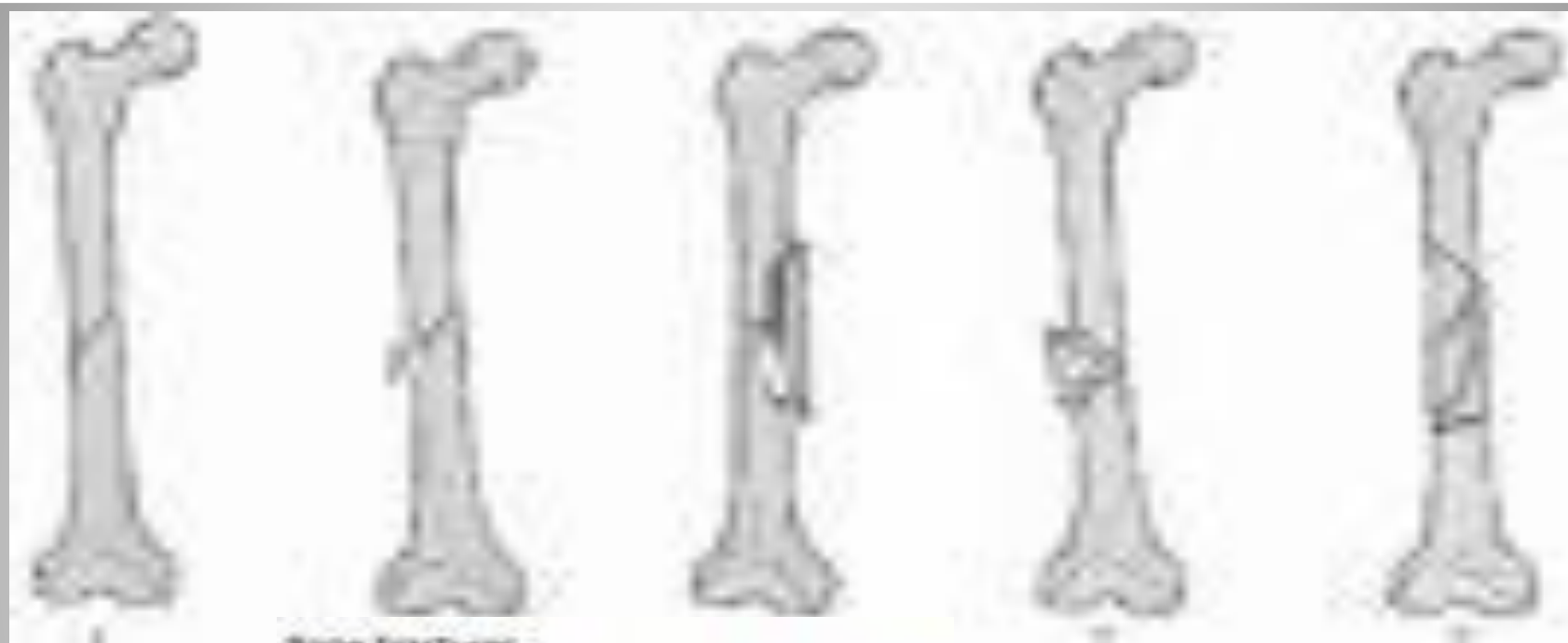
1. Көмек үшін тез медициналық мекемеге хабарласу керек.
2. Буынды қозғалтпау керек.
3. Медициналық көмек көрсетілгенше зақымдалған буынды шинамен фиксациялаңыз. Өздігіңізден оны қозғап немесе түзетуге тырыспаңыз. Бұл буынның және оны қоршаған бұлшықеттердің, байламдардың, жүйкелер мен қан тамырлардың зақымдалуына әкеледі.
4. 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- күш тускенде сүйектің тұтастығынын толықтай немесе болшектеп бұзылуы. Сыныктар жаракаттан кейін, әртүрлі аурулардың нәтижесінде, сонымен қатар сүйек тіні қасиетінін өзгеруі салдарынан да дамиды.





Bone Fractures



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.

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.

Алғашқы дәрігерге дейінгі көмек.

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

Алғашқы дәрігерлік көмек.

Алғашқы дәрігерлік көмек сол жерде, сонымен қатар травмпункта немесе стационарда жасалуы мүмкін. Бұл кезде науқастың жағдайының ауырлық дәрежесін бағалау, алдын-алу немесе жарақат асқынуын жеңілдетуғсодан 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 рентгенбақылау, яғни –репозиция мен регенерация әсерін бағалау қажет.

Сынықтарды емдеу өзіне келесі шараларды қамтиды:

Анестезия және жансыздандыру.

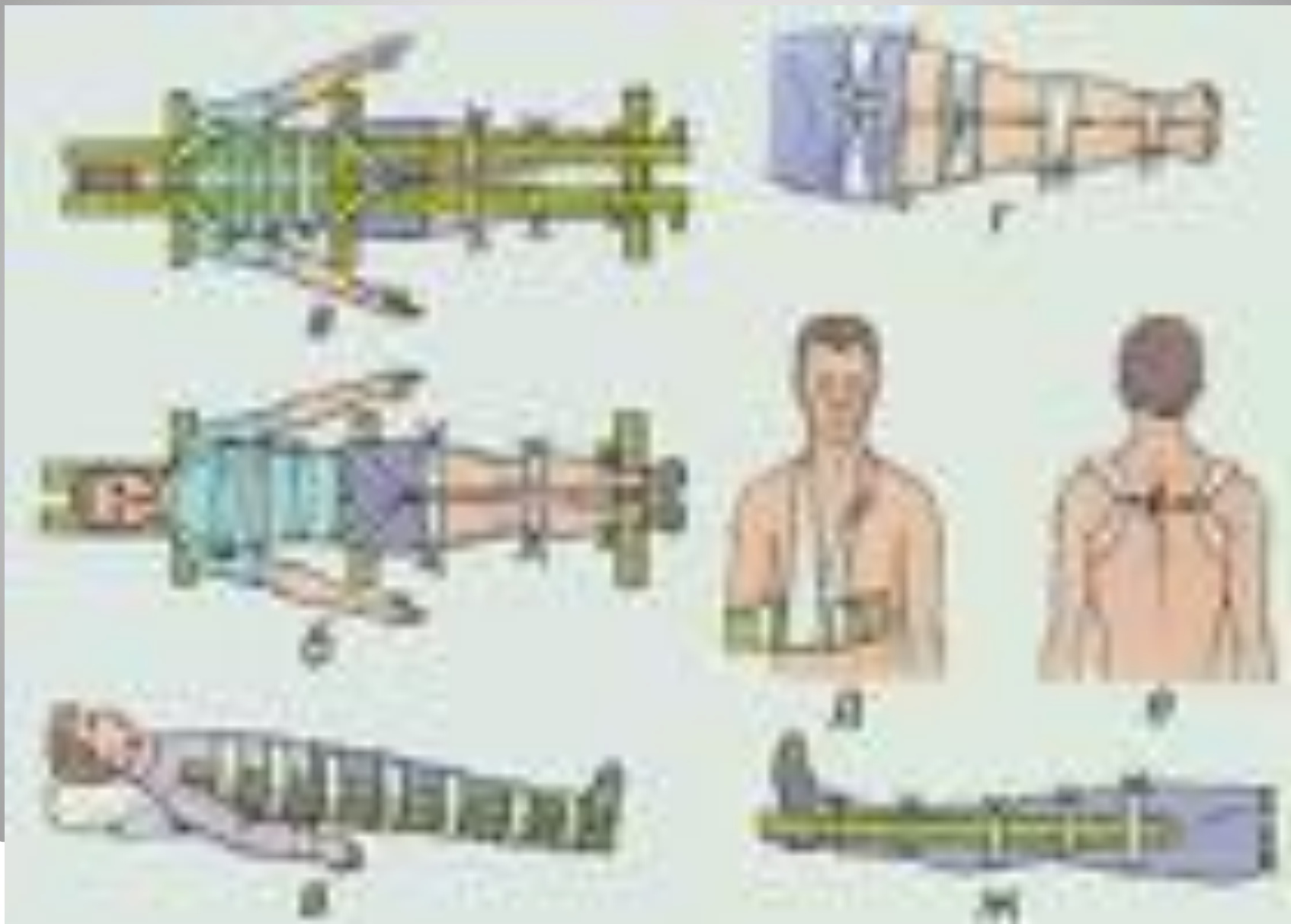
Ауру сезімі – зақымданудың белгісі, бірақ білгілі ақаудың дамығаны байқалса ол қауіпті болады. Сол себептен кез-келген жарақатта, сонымен қатар сынықтар да да ауру сезімінің интенсивтілігін бақылап отыру қажет.



Имобилизациялау ережелері.

Адамның аяқ-қолына транспортты (уақытша) иммобилизация жасағанда төмендегі ережелерді сақтау керек:

1. Аяқ-қолды травмадан кейінгі жағдайында қалдырған жөн, сүйекті өз орнына дұрыстаудың қажеті жоқ.
2. Кем дегенде 2 буынды (сынықтан төмен не жоғары) фиксациялау керек. Мықын және иық сынықтарында 3 буынды фиксациялайды.
3. 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.

Тракционды әдістер.

Негізгі статья: Тракция

Жүктеме арқылы созудың бірнеше түрлерін қолдану-скелетті, сирек-манжетті, 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.

Оперативті ем.

- Жабық репозиция және тері арқылы металлостеосинтез. Тері арқылы өткізілетін спиц 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 деін 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 –шөміршекті 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 жеткілікті емес, өйткені сүйектің кристаллдық құрылымы жоқ, минерализациясы да жетілмеген.

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

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



**Назарларыңызға
рахмет!**