

Тақырып: Іштің жабық жарақаты

Орындаған: Жекебай А.М.

Жоспар

- Кіріспе
- Этиология
- Классификация
- Клиника
- Диагностика
- Емі

Іштің жабық жарақаты

- Іштің жабық жарақаты – механикалық энергияның әсерінен тері жарақатынсыз ішкі мүшелер мен тіндердің жаралануы. Мұнда паренхиматозды, қуысты мүшелер, және ірі қан тамырлардың зақымдануларын ажыратады.
- Іштің немесе құрсақтың жарақаттық зақымдануларын ашық және жабық деп бөледі. Жабық зақымданулар тікелей жарақат (алдыңғы құрсақ жақтауына қатты затпен соққы), сондай-ақ жанама жарақат (биіктен құлау) нәтижесінде болады. Енулі жарақаттардың клиникалық біліністері құрсақішілік ағзалардың зақымдану сипатына тікелей тәуелді келеді. Паренхиматозды ағзалар жарақаттанғанда күшті құрсақішілік қан кету болады, қуыс ағзаның зақымдануы перитониттің дамуына жетелейді.

Құрсақ жабық жарақатының себептері:

- Жоғарыдан төмен құлағанда, қатты ұрғанда, автокөлік, әуе, су апаттары кезінде пайда болады. жарақат тек іштің алдыңғы қабырғасында ғана емес, бел аймағында, кеуде қуысында, жамбастың зақымдалуы мүмкін.

Жіктелуі:

- *1. Жарақат локализациясы:*
- * Құрсақ қабырғасы
- * Іш қуысы ағзалары
- * Құрсақ артылық қуыс және оның мүшелері.
- *2. Зақымдалған мүшенің түрі:*
- * Паренхиматозды
- * Қуысты
- * Қантамыр
- * Құрсақ артылық қан күйылу.

- *Паренхиматозды мүшелердің зақымданулары:*
- * Беткей жыртылулар
- * Орталық жартылулар
- * Капсула астылық гематома
- * *Мүшенің бір бөлігінің жыртылуы немесе көбеюі*
- *Қуысты мүшелердің зақымдалуы:*
- * Кесілу
- * Жыртылу
- * Бөлшектену

Абдоминальді жарақаттың асқынуы:

- 1. Гематоманың пайда болуы
- 2. Қан кету
- 3. Перитонит
- 4. Қарынішілік абцесстер
- 5. Қарынартылық флегмона
- 6. Свицтар: ішектік, өттік, панкреатикалы, зәрлі.

- **Паренхиматозды мүшелер зақымдалуы:**
Қуысты мүшелерге қарағанда жаралануы көбірек кездеседі. Себебі олар құрсақ қуысында жақсы фиксацияланған, жұмсақ құрылымды және сырттан әсер еткен қысымға компрессиямен аз дәрежелі сезінеді. Көкбауыр стромасы мықты емес және болбыр пульпа салдарынан жиі зақымданады.
- Бауыр мен көкбауырда тығыз капсула болады, жарақаттан кейін оның астына қан жиналып, гематома пайда болады. кейін капсула жыртылған соң гематома ішке құйылып, паренхиматозды мүшенің құрсақ ішілік қан кетумен бірге жүретін типтік клиникалық көрініс береді.

● **Бауыр жарақаты.** Соққы, негізінен, оң жақ қабырға астына бағытталуы тиіс. Зақымдалу көлемі мен сипаты әртүрлі. Науқастың ауырлық жағдайы 3 патологиялық процеске байланысты:

● * Қан жоғалту (ішкі қан кету)

● * Жарақаттық шок;

● * Дамып келе жатқан перитонит.

● * Бауырдың көлемінің және орналасуының өзгеруі

● * Жалпы жағдайы өте ауыр

● * Ес болмауы

● * АҚ төмендеуі

● * Тахикардия

● * Терісі бозғылт, суық тер

● * Тахипноэ

● * Шөлдеу сезімі

● * Оң жақ иыққа берілетін оң жақ қабырға доғасы астындағы ауырсыну

- Сондықтан жарақаттан соң болған белгілер ішкі қан кетудің жалпы және жергілікті белгілерімен диагнозды қоюға болады. 70 % жағдайда құрсақ қабырғасы қан, өтпен тітіркенуін көрсететін Щеткин-Блюмберг симптомы анықталады. Лабораториялық зерттегенде қанда эритроциттердің, гематокриттің, гемаглобиннің төмендеуі мен лейкоциттер саны жарақаттан 2-3 сағ кейін жоғарылауы байқалады.

Диагностикасы

Іштің зақымдануларының диагностикалық критерийлері:

- Құрсақ қуысы зақымданған жарақаттанушы қимылдамай бір орында жатуға тырысады, көбінесе арқасымен немесе бүйіріне аяқтарын бүгіп жатады, қалыпын өзгертетін болса, бастапқы қалыпқа оралады (Ванька-встанька симптомы);
- Беті шүңірейген үнемі сұйықтықты талап етеді;
- Ес дәрежесі әр-түрлі болуы мүмкін; есінің анық болуынан, ступор, комаға дейін болуы;
- Жарақаттың және қан кетудің ауырлығына байланысты, артериялды қан қысымының төмендеуі және де тахикардия көлемінің өзгеруі айқындала түседі;
- Тыныс алу жиілігі мен тереңдігі жарақаттың ауырлығымен параллель жүреді;
- Тіл әдетте құрғақ, ақ немесе қоңыр жабындымен қапталған;

- Алдыңғы құрсақ қабырғасы – тыныс алу актісіне қатыспайды немесе қимылы шектелген;
- Пальпация кезінде іш бұлшық еттерінің әр түрлі дәрежедегі тартылуы байқалады. (бұлшықеттік дефанс);
- Іш пердесінің тітіркенуін абайлап агрессиясыз байқауға болады (Блумберг симптомы);
- Перкуссия кезінде – ауырған аймақты, сол аймақта сұйықтың (гемоперитонеум, гидрперитонеум) немесе құрсақ қуысындағы бос газдардың болуын анықтайды (пневмоперитонеум);
- Аускультация кезінде – ішек перистальтикасының төмендеуі немесе мүлдем болмауын анықтайды.

- Паренхиматозды мүшелердің клиникалық көрінісі, жараланудың жалпы белгілерімен құрсақ ішілік қан кетумен негізделеді. Зақымдалған ағзаның ауру сезімінің күмәнді орнығуы іш пердесінің тітіркену белгілерімен байқалады.

Жарақаттанушының жалпы жағдайы ауыр, есі бұзылған. Тері жамылғылары бозарған, ауыр түрдегі қан жоғалтқаннан аяқ-қолдың «мрамор» тәрізді болуы. Тахикардияның айқындалуы және АҚҚ-ң төмендеп тіпті коллапс жағдайына жетуі. Іштің жабық жарақатымен қосарласқан қабырға және жамбас сүйектерінің сынығы кезінде, диагностика жүргізу біршама қиындайды. Науқаста краниоабдоминальды зақымдану кезінде диагноз қою *мүмкін емес, өйткені науқас ес-түссіз жағдайда жатады.

Инструменталды диагностика

- **Рентгенография.** Егер науқастың жағдайы келсе басында тұрғызып, кейін жатқызып, арқасында, бүйірімен жатқызып зерттейді. Вертикальді күйінде диафрагма күмбезі астындағы бос газға көңіл аударады. Бос газ науқас сол жақ бүйірімен жатқанда рентген сәулелері горизонтальді түскенде жақты зерттеледі (латерография). Рентгенологиялық жағынан құрсақ қуысындағы бос сұйықтықтың болуы түйінаралықтардың кеңеюі және латеральді каналдардағы қабырғалық лента тәрізді көлеңкелердің пайда болуымен сипатталады.

Кеткен қанды толықтыру:

1. Артериалды қан қысым анықталмаған жағдайда инфузия жылдамдығы 300-500 мл/мин – пентакрахмалды 500,0 мл енгізу.
2. I-II –ші дәрежедегі шок жағдайында көк тамырға тамшылатып полиионды ерітіндіні (ацесоль, трисоль, лактасоль) 800-1000 мл енгізу.
3. Қан айналымның айқын бұзылыстарында 400,0 мл полиглюкин және пентакрахмалдың 400,0 мл–н қан қысымы (90-100 мм.с.б.б.) тұрақталғанша көк тамырға тамшылатып енгізу.
4. Гемодинамиканың төмен көрсеткішінде регидратацияға қарамастан – 200 мг дофаминді 400 мл 0,9% натрий хлоридін көк тамырға тамшылатады, 300 мг преднизалонды көк тамырға енгізу.

Өкпенін жасанды вентиляциясына көрсеткіштер:

- апноэ;
- жедел дамиды тыныс алу ритмінің бұзылыстары;
- декампенсирленген жедел тыныс жетіспеушілігі (тыныс алу қимылының жиілігі 12ден аз 30 дан көп);
- травматикалық шок III дәрежесі.

Шұғыл госпитализациялау үшін көрсеткіштер: іштің тұйық және ашық жарақаттары міндетті түрде госпитализацияланады.

Негізгі дәрі - дәрмектер тізімі:

- 1.*Пентакрахмал 500,0 мл,фл.
- 2.*Декстроза 5%-400,0 мл,фл.
- 3.*Лорноксикам 8 мл,фл.
- 4.*Фентанил 0,005%-2,0 мл,амп.
- 5.*Атропин сульфаты 0,1%-1,0 мл, амп.
- 6.*Натрий оксибаты 20%-10,0 мл, амп.
- 7.*Ацесоль 400,0 мл,фл.
- 8.*Допамин 0,5%-5 мл,амп.
- 9.*Преднизалон 30мг,амп.
- 10.*Натрий хлориды 0,9%-5,0мл, амп.

Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі:

1. Полиглюкин 400,0 мл, фл.
- 2.*Натрий хлориды, калий хлориды, натрий гидрохлориді 400,0 мл, фл.
3. Лактасоль 400,0 мл,фл.

III. Қорытынды

Іштің зақымдануын жабық (тері бүтіндігінің бұзылуынсыз) және ашық жаралар болып ажыратылады. Сонымен қатар алдыңғы құрсақ қабырғасының және құрсақ қуысы ағзаларының зақымдалуын ажыратады.

Құрсақ қуысы ағзаларының зақымдалу ерекшелігіне байланысты оқшауланған (бір ағзаның зақымдалуы) немесе көптеген зақымдануы (бірнеше ағзаның зақымдалуы) болып бөлінеді.

Іштің жарақаты кезінде жарақат механизмі жарақаттаушы агенттің күші және сол мезеттегі құрсақ қабырғасының жағдайы серпімділігі, шел қабаты, бұлшық еттер тонусы және де қуысты ағзалардың толуы үлкен рол атқарды. Жарақат механизмін біле отырып тексеру кезінде ішкі ағзалардың зақымдалу белгілері аз немесе жоқ болса да олардың зақымдалу сипатын болжауға болады. Бұл дәрігерге аз уақыт ішінде дұрыс диагноз қойып және соған сәйкес емдеу жүргізуге мүмкіндік береді.

IV. Пайдаланған әдебиеттің тізбесі

Аурулардың диагностикасы және емдеу хаттамалары (Приказы №764 - 2007, №165 - 2012)

Хаттаманы дайындау барысында пайдаланылған әдебиеттер: 1. Хирургия катастроф. Х.А. Мусалатов. Москва, «Медицина», 1998 год 2. Руководство по скорой медицинской помощи. Багненко С.Ф., Верткин А. Л, Мирошниченко А.Г., Хабутия М.Ш. ГЭОТАР-Медиа, 2006 г. 3. Доврачебная помощь при неотложных критических состояниях. И.Ф. Богоявленский. Санкт-Петербург, «Гиппократ», 2003 г. 4. Диагностика и лечение ранений. Под ред. Ю.Г. Шапошников. Москва, «Медицина», 1984 год 5. Повреждения живота. Ю.Г. Шапошников и др. Москва, «Медицина», 1986 год 6. Доврачебная помощь при неотложных критических состояниях. И.Ф. Богоявленский. Санкт-Петербург, «Гиппократ», 2003 г. 7. Feliciano, Mattox, Moore. Trauma. McGraw-Hill Company, 2004 8. Greaves, Porter, Ryan. Trauma Care Manual. London, 2001 9. Henderson. Emergency medicine. Texas, 2006 10. Приказ Министра Здравоохранения Республики Казахстан от 22 декабря 2004 года № 883 «Об утверждении Списка основных (жизненно важных) лекарственных средств». 11. Приказ Министра Здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2005 года №542 «О внесении изменений и дополнений в приказ МЗ РК от 7 декабря 2004 года № 854 «Об утверждении Инструкции по формированию Списка основных (жизненно важных) лекарственных средств».