

ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Дисциплина: Детская травматология и ортопедия

Код дисциплины: DTO 4313

Шифр и наименование ОП: 6В10116 «Педиатрия»

Объем учебных часов/кредитов: 150 часов/5кредита

Курс и семестр изучения: 4 курс VIII семестр

Лекция: 10 часов

Шымкент 2025 г

Лекционный комплекс разработан в соответствии с рабочей учебной программой дисциплины (силабусом) «Детская хирургия» и обсужден на заседании кафедры.

Заведующий кафедрой: К.С.Кемельбеков PhD, acc.проф

Протокол: № 2 от « 25 » 02 2025 г.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ АҚ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	П -38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская травматология и ортопедия».	Стр. 3 из 51

Лекция № 1

- 1. Тема:** Виды травм. Особенности переломов у детей
- 2. Цель:** виды травм, механизмы травмирования. Особенности возрастных переломов у детей. Виды переломов. Учет особенностей иммобилизации на переломах.

3. тезисы лекций:

История детской хирургии РК.

Под детской травмой понимается острое повреждение, возникающее в результате внезапного воздействия на детский организм любого фактора внешней среды, нарушающего анатомическую целостность тканей и физиологические процессы в них.

В аналогичных случаях повторяющиеся детские травмы между разными возрастными группами входят в понятие детской травмы, которая делится на разные категории в зависимости от причин и условий повреждения.

Родовая травма-интранатальное повреждение скелета и мягких тканей у новорожденного (ключица, тазобедренные и плечевые кости, черепно-мозговая травма, редко переломы большеберцовой, лучезапястной и позвоночной костей), как правило, возникает при патологических родах, оказании акушерской помощи и в процессе реанимационных мероприятий в случае асфиксии.

Бытовые травмы-травмы, полученные детьми при их наличии в квартире, на лестничной площадке, во дворе дома и др. Следует отметить, что бытовые травмы являются основной причиной смерти детей.

Ожоги (35%) и переломы (14-20%) чаще встречаются у младенцев (10 дней-1 год). У детей этого возраста начинают развиваться первые условно-рефлекторные связи, ребенок вступает в контакт с окружающей средой, что создает условия для возникновения поражения.

Профилактика несчастных случаев в повседневной жизни зависит от взрослых. Неправильный уход и неудовлетворительный надзор со стороны взрослых являются основными факторами, приводящими к травмам у младенцев. Причиной ожога могут быть горячие предметы и емкости с горячей жидкостью, оставленные рядом с ребенком, плохое состояние электропроводки. Переломы часто возникают при падении с колыбели.

* храните опасные кислоты, щелочи и другие токсичные вещества, чтобы они не попали в руки детей;

* не держать детей близко к горящей печи, горящему камину, нагретым предметам (электрическая плитка, утюг и т. д.);

* осуществление строгого надзора за детьми со стороны родителей.

Под детской травмой понимается острое повреждение, возникающее в результате внезапного воздействия на детский организм любого фактора внешней среды, нарушающего анатомическую целостность тканей и физиологические процессы в них.

В аналогичных случаях повторяющиеся детские травмы между разными возрастными группами входят в понятие детской травмы, которая делится на разные категории в зависимости от причин и условий повреждения.

Родовая травма-интранатальное повреждение скелета и мягких тканей у новорожденного (ключица, тазобедренные и плечевые кости, черепно-мозговая травма, редко переломы большеберцовой, лучезапястной и позвоночной костей), как правило, возникает при патологических родах, оказании акушерской помощи и в процессе реанимационных мероприятий в случае асфиксии.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	П -38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская травматология и ортопедия».	Стр. 4 из 51

Бытовые травмы-травмы, полученные детьми при их наличии в квартире, на лестничной площадке, во дворе дома и др. Следует отметить, что бытовые травмы являются основной причиной смерти детей.

Ожоги (35%) и переломы (14-20%) чаще встречаются у младенцев (10 дней-1 год). У детей этого возраста начинают развиваться первые условно-рефлекторные связи, ребенок вступает в контакт с окружающей средой, что создает условия для возникновения поражения.

Профилактика несчастных случаев в повседневной жизни зависит от взрослых. Неправильный уход и неудовлетворительный надзор со стороны взрослых являются основными факторами, приводящими к травмам у младенцев. Причиной ожога могут быть горячие предметы и емкости с горячей жидкостью, оставленные рядом с ребенком, плохое состояние электропроводки. Переломы часто возникают при падении с колыбели.

- * храните опасные кислоты, щелочи и другие токсичные вещества, чтобы они не попали в руки детей;
- * не держать детей близко к горящей печи, горящему камину, нагретым предметам (электрическая плитка, утюг и т. д.);
- * осуществление строгого надзора за детьми со стороны родителей.

4. иллюстративный материал:

41 слайд-презентация

5. литература: основная и дополнительная

На казахском языке:

Основные:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : Учебник / Под ред. А. А. прп. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138 Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Общая хирургия [Электронный ресурс]: Учебник / В. К. Гостищев ; казахский язык. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон.текстовые дан. (141 Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Турсунов К. хирургические гнойные воспалительные заболевания у детей: учебник. - Алматы 2011
4. Турсунов к. детская хирургия: учебник. - Алматы 2011

На русском языке:

Основные:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон.текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон.текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. -Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Приложение:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018

ОНТҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	П -38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская травматология и ортопедия».	Стр. 5 из 51

4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001

5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронные ресурсы:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс]: учебник / ред. прп. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138 Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

6. контрольные вопросы (обратная связь):

1. виды травм у детей.

2. Особенности травм у детей.

3. при переломах у детей. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение клиническими протоколами.

4. Что такое транспортная иммобилизация?

Лекция №2

1. Тема: множественные и двойные травмы. Травматический шок у детей.

2. Цель: множественные и двойные травмы. Оказание помощи при травматическом шоке у детей. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение клиническими протоколами.

3. Тезисы лекций: множественные и двойные травмы. Травматический шок у детей.

Травматический шок-остро развивающееся и опасное для жизни состояние. Развивается вследствие воздействия на организм тяжелой механической травмы.

Травматический шок-это первая стадия острой стадии травматического заболевания тяжелой формы. Его специфические нервно-рефлекторные и сосудистые реакции приводят к нарушению функции (функции) кровообращения, дыхания, обмена веществ и эндокринных желез в организме.

Провоцирующие механизмы травматического шока: болевые и афферентные импульсы, острая массивная кровопотеря, травмы жизненно необходимых органов, психические стрессы.

Код протокола:Е-024"травматический шок"
скорая медицинская помощь

Цель этапа:восстановление функций систем и органов, необходимых для жизни.

Классификация

по течению травматического шока:

- Первичный-развивается при травме или после травмы;
- Вторичный-часто развивается через несколько часов после травмы.

Стадии травматического шока:

1.компенсированный – будут все признаки шока, при достаточном уровне ХБП организм способен бороться.

2.декомпенсированный – будут все признаки шока и выраженная гипотензия.

3.рефративный шок – все проводимые методы лечения неэффективны.

Степени тяжести шока травмы:

1. градусник-ФСК 100-90 мм рт.ст., пульс 90-100 удовлетворительное наполнение.

2. МСП – ФСК 90-70 мм рт. ст., PS-110130, слабая заполняемость.

3. шок степени-ССС 70-60 мм рт. ст., пульс 120-160, очень слабое наполнение (нитевидное).

ОНДҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	П -38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская травматология и ортопедия».	Стр. 6 из 51

4. шок степени-СРБ не выявляется, пульс не выявляется.

Риск-злокачественные факторы:

- Быстрая кровопотеря;
- Утомляемость;
- Холодный или горячий;
- Голодание;
- Повторная травма (транспортировка);
- Проникновение радиации и ожог, то есть двойное повреждение.

Диагностическими критериями

являются наличие механической травмы, клинические проявления кровопотери, снижение артериального давления, тахикардия.

Типичные симптомы шока:

- Холодная, влажная, бледно-цианозная или мраморная кожа;
- Немедленное снижение кровообращения в ногтях (легкое головокружение);
- Нечеткая память (темнота);
- Диспноэ;
- Олигурия;
- Тахикардия;
- Снижение АД и пульса.

Признаки клинического объективного обследования

В развитии травматического шока выделяют 2 фазы:

Эректильная стадия чаще всего начинается после травмы и характеризуется выраженным психомоторным возбуждением (раздражением) больного на фоне централизации кровообращения. Действия пациента могут быть неясными, в его глазах видны и кричат призраки, он эйфоричен, ведет себя хаотично, не может сдерживаться, сопротивляется осмотру и оказанию помощи. Общение с ними создает проблемы. Когда это происходит, артериальное давление может быть нормальным или близким к нормальному. В зависимости от типа травмы могут возникать различные нарушения дыхания. Эта фаза кратковременна и во время оказания помощи переходит в торpidную форму или прекращается.

Торпидті Из-за помутнения сознания, ступора и нарушения Центрального кровообращения, характерных для торpidной фазы, развивается коматозное (коматозное) состояние конечной степени гипоксии головного мозга, снижается ХБП, мягкий частый пульс, бледность кожных покровов. На этом этапе перед госпитализацией врач скорой помощи должен полагаться на уровень ХБП и пытаться определить объем потерянной крови.

Определение объема потерянной крови основано на соотношении частоты пульса и систолического артериального давления. (П / ФСК).

- На 1 – й стадии шока (кровопотеря 15-25% ЦБК-1-1,2 л) ШИ=1,5 (100/100);
- Шок 2-й ст (потеря крови 25-45% ЦГБ-1,5-2 л) ШИ=1,5 (120/80);
- Шок 3 ст. (50% потерянной крови выше -2,5 л) ШИ=2 (140/70);

Судя по характеру травмы, в зависимости от потерянной крови, можно определить объемное количество крови. У взрослых кровь, потерянная при переломе лодыжки, не превышает 250 мл, кровь, потерянная при переломе плеча, составляет 300-500 мл, лодыжка-300-350 мл, бедро-500-1000 мл, бедро - 250-3000 мл, объем крови, потерянный при множественных переломах или травмах, составляет 3000-4000 мл. хватит.

На догоспитальном этапе, учитывая возможности, можно выявить различные степени и клинические признаки шока.

ОҢТҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	П -38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская травматология и ортопедия».	Стр. 7 из 51

Шок 1 степени(легкий шок)ад 90-100 / 60 мм рт. ст. и пульс 90-100 раз мин. (ШИ=1), может быть удовлетворительное наполнение. В основном у больного слабая память, но он легко (легко) вовлечен в отношения, испытывает боль, кожа и видимые слизистые оболочки бледны, но иногда имеют нормальный цвет. Дыхание частое, но без рвоты и аспирации рвотными массами дыхательная недостаточность не развивается. Развивается при закрытой травме бедра, комбинированных травмах бедра и голени, легких переломах бедра и других подобных травмах..

Шок 2-й степени(шок средней степени тяжести) составляет 80-75 мм артериального давления.С. Б. проходит с понижением до Б. При этом частота сердечных сокращений увеличивается до 100-120 раз/мин. ШИ = 1,57 наблюдается выраженная бледность кожи, цианоз, адинамия, угнетение. Развивается при множественных травмах длинных трубчатых костей, при переломах многих ребер, при тяжелых травмах бедренной кости.

Шок 3 степени(тяжелый шок) СКВ 60 мм.С. Б. характеризуется уменьшением до Б. Б. (может быть даже ниже), частота сердечных сокращений увеличивается до 130-140 раз/мин. Тоны сердца становятся очень слабыми, память больного глубоко заторможена, не обращает внимания на происходящее вокруг, кожа бледная, цианозная и землистого цвета. Эта степень шока развивается при множественных двойных или комбинированных травмах, повреждениях скелета, травмах крупных мышц и внутренних органов, травмах грудной клетки, черепа и ожогах.

В дальнейшем, если состояние больного ухудшится, может развиться терминальное состояние 4 степени опоясывающего лишая.

Алгоритм лечения травматического шока

общие меры:

- 1.учитывать степень тяжести состояния больного (жалобы больного, уровень сознания, влажность кожного покрова, цвет, характер дыхания и пульса, уровень ХБП).
- 2.разработка мер по остановке крови.
- 3.прерывание импульса, вызванного шоком (правильное обезболивание).
- 4.нормализация СКК (объема циркулирующей крови).
- 5.коррекция нарушений обмена веществ.
6. в других случаях:
 - положение Тренделенбурга, при котором пациент лежит с поднятыми вверх ногами до 10-45%;
 - улучшение или сохранение венозного (венозного) введения катетеризация периферических вен. (для реанимационных бригад-проводится катетеризация магистральных сосудов);
 - наблюдение за прохождением верхних дыхательных путей и поступлением кислорода.

Специальные мероприятия:

- 1.прекращение внешнего кровотока в догоспитальном периоде осуществляется временными методами. (тугая тампонада, тугая компрессионная повязка, надавливание на рану или пальцем, наложение жгута и т. д.). На догоспитальном этапе невозможно остановить внутренний кровоток, поэтому врач скорой помощи должен срочно и аккуратно доставить пациента в больницу.
2. подавление болевых ощущений:
 - 1-й вариант-0,5 мл 0,1% раствора атропина к/т, 2 мл 1% раствора дифенгидрамина (дифедрола) 2 мл 0,5% раствора диазепама (релания, Седуксена), затем медленно вводят 0,8-1 мл 5% раствора кетамина (калипсала). При тяжелой черепно-мозговой травме кетамин не вводят!

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ АҚ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	П -38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская травматология и ортопедия».	Стр. 8 из 51

2-й вариант-вводят 0,5 мл 0,1% раствора атропина к/т, 2-3 мл 0,5% раствора диазепама (реланий седуксен) и 2 мл 0,005% раствора фентанила к/т.

При шоке с развитием острой дыхательной недостаточности оксибутират па 80-100 мг / кг-2 мл 0,005% раствора фентанила или 1 мл 5% раствора кетамина в 10-20 мл изотонического раствораения, 0,9% раствора Na хлорида или 5% раствора глюкозы

3.транспортная иммобилизация.

4.восполнение потеряянной крови.

При неопределяемом уровне АД скорость инфузии должна составлять 250-500 мл в минуту. 6% раствор полиглюкина-10% или 6% раствор гидроксиэтилкрахмала (стабизол, рефертан, НAES-steril), если есть возможность выбора к/т. Одновременно можно вводить до 1 л других растворов. Появляются признаки правильной инфузионной терапии, через 5-7мин появляются первые признаки выявления СПС, далее поднимаются до критического уровня в течение 15 мин (СКС 90мм С. Д.)

При легкой и средней степени шока - растворение кристаллоида/р его объем не должен быть выше объема потеряянной крови, их быстро вводят сосудистые русло 09% хлорида Na, 5% раствора глюкозы, полуионогенные растворы-дисоль, трисоль, ацесоль.

В случае, когда инфузионное лечение не проводится, вводят 200 мг дофамина+400 мл 5% раствора глюкозы в К/т со скоростью 8-10 капель в минуту.

Для увеличения притока венозной крови к сердцу и стабилизации клеточных мембран одновременно внутривенно вводят до 300 мг преднизона или других препаратов этой группы в адекватных количествах. Для коррекции метаболического доза вводят 4% гидрокарбонат Na в соответствии с массой тела пациента 3 мл/кг.

4. иллюстративный материал:

53 слайд-презентация

5. литература: основная и дополнительная

На казахском языке:

Основные:

- 1.Детская хирургия [Электронный ресурс] : Учебник / Под ред. А. А. прп. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138 Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Общая хирургия [Электронный ресурс]: Учебник / В. К. Гостищев ; казахский язык. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон.текстовые дан. (141 Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Турсунов К. хирургические гнойные воспалительные заболевания у детей: учебник. - Алматы 2011
4. Турсунов к. детская хирургия: учебник. - Алматы 2011

На русском языке:

Основные:

- 1.Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон.текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон.текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. -Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Приложение:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	П -38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская травматология и ортопедия».	Стр. 9 из 51

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.

2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.

3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018

4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001

5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронные ресурсы:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс]: учебник / ред. прп. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138 Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

6. контрольные вопросы (обратная связь):

1 . Определение травматического шока классификация

2.. Методы диагностики и лечения травматического шока (пилоростеноз, инверсия кишечника и др.).

3.множественные и двойные травмы диагностика, дифференциальная диагностика и лечение клиническими протоколами.

4. травматический шок у детей

5. клиническая картина травматического шока у детей.

Лекция №3

1. Тема: особенности черепно-мозговой травмы у детей

2. цель: овладение алгоритмами диагностики, клинического течения, дифференциальной диагностики и лечения черепно-мозговой травмы у детей.

3. тезисы лекций:

Черепно-мозговая травма у детей. Классификация. Сотрясение мозга, сотрясение мозга.

Клиника. Диагностика. Лечение.

Травма головы-это механическое повреждение мягких тканей головы и черепа.

Балалардағы Причины травмы головы у детей

А. бытовые травмы (60,5-81%)

* Новорожденные и младенцы (плавающие падение со стола, кровати и рук)

* Травмы детей старшего возраста (рост падение с высоты) в возрасте от 3 до 6 лет-падение с большой высоты (с лестниц, деревьев, окон и т.д.)

* Школьный возраст-повреждения во время игр (катание на коньках, качелях, велосипеде, различных играх.)

Б. транспортные травмы (4-27%) В. синдром" жестокого обращения с детьми""

Классификация СМР

- Распределяется по риску заражения

1. закрытая ИМП (без повреждения апоневроза)

2. открытые ИМП (С поражением апоневрозом)

– непроходимые-проникающие без повреждения БМЖ- сотрясение головного мозга по степени тяжести С нарушением целостности ТМТ относится к легким БМЖ (15-13 баллов)

3. выделены по типу и характеру воздействия травматического фактора на организм

- (без черепных повреждений)

* Комбинированный (с черепно-мозговым повреждением)

Результаты ИМП- сотрясение мозга

полное выздоровление

Градация нарушения сознания

* Ясный (15 баллов) - пробуждение, полная ориентация пространства и времени, адекватные реакции

* I (13-14) - частичная дезориентация, умеренная сонливость, все командалардың медленное выполнение команд

* Глухота II (10-12) - дезориентация, выраженная сонливость, только выполнение простых команд

* Сопор (7-9) - открывает боль, но отвечает на вопросы не дает

* Кома I (5-6) - невмешательство, глаза не открываются, защита есть жесты

* Кома II (4) - неподвижность, защита от боли без движений, мышечная гипотензия, опистотонус, гормехотония, декортикация, децеребрация

* Кома III (3) - атония, арефлексия, двусторонний зарегистрированный мидриаз, выраженное нарушение витальных функций

Диагностика СМР-

1. рентгенография черепа в 2 проекциях

2. УЗИ головного мозга у детей в открытом Родничке

Проверить

Науқастан Сбор анамнеза у больного, если он находится в сознании, или от родителей, врача скорой помощи; обязательно получение информации о механизме травмы и потере сознания Бас мидын шайкалуды

Сотрясение мозга-это тип легкой и распространенной черепно – мозговой травмы , на түрі ,которую приходится от 70 до 80 процентов черепно – мозговых травм.

Клиникасы

При сотрясении головного мозга в течение от нескольких секунд до нескольких минут с момента травмы у ребенка наблюдается потеря сознания, онемение ,бледность, холодный пот и рвота. Опомнившись, травмированный жалуется на то, что у него болит голова , слабость , сон , шум в ушах, покалывание в глазах, тошнота. При опросе у ребенка выявляется ретроградная или антеградная амнезия. Частота дыхания меняется. Пульс может быть более частым или более редким.

Сотрясение мозга

*отсутствуют макроструктурные изменения;

* от нескольких секунд до нескольких минут отключить;

* после потери сознания-ясное сознание;

* кратковременная ретроградная амнезия;

* тошнота, однократная рвота, головная боль и головная боль головокружение;

* вегетативные явления: тепло на поверхности, шум в ушах,

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ АҚ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1» Лекционный комплекс по дисциплине «Детская травматология и ортопедия».	П -38/11 Стр. 11 из 51

потливость, нарушения сна;

* жизненные функции не страдают

Лечение

При сотрясении мозга проводится консервативное лечение: в течение 3 - 7 дней назначают анальгетики, седативные средства и снотворные. рекомендуется постельный режим

Тактика оказания медицинской помощи

выбор тактики лечения травмирующего человека-в зависимости от характера черепно-мозговой травмы, характера соединительных костей и основания черепа-определяет и рассматривает осложнения при рождении.

На основании первой помощи пострадавшим с БМЖ-недопущение артериальной гипотензии, гиповентиляции, гипоксии, гиперкапнии так как эти осложнения приводят к тяжелому Ишимскому поражению головного мозга и имеют высокий риск смерти.

В связи с этим в первую минуту и час после травмы необходимо проводить лечебные мероприятия в соответствии с правилами « АВС».

А-улучшение проходимости дыхательных путей.

В - формирование нормального дыхания удаление абстракции в дыхательных путях, дренирование плевральной полости при пневмогемотораксе ИВЛ (по показаниям).

С-посмотреть на работу сердечно-сосудистой системы: при недостаточности миокарда при быстром формировании СПК (переливание раствора кристаллоида и каллоида) опасно введение чужеродных препаратов (дофамин, добутамин) или введение вазопрессоров (адреналин, норадреналин, мезатон) без восстановления массы циркулирующей крови..

4. иллюстративный материал:

53 слайд-презентация

5. литература: основная и дополнительная

На казахском языке:

Основные:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : Учебник / Под ред. А. А. прп. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138 Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.

2. Общая хирургия [Электронный ресурс]: Учебник / В. К. Гостищев ; казахский язык. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон.текстовые дан. (141 Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.

3. Турсунов К. хирургические гнойные воспалительные заболевания у детей: учебник. - Алматы 2011

4. Турсунов к. детская хирургия: учебник. - Алматы 2011

На русском языке:

Основные:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон.текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.

2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон.текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.

3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. -Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.

4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.

5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Приложение:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»		П -38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская травматология и ортопедия».		Стр. 12 из 51

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.

2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.

3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018

4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001

5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронные ресурсы:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс]: учебник / ред. прп. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138 Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

6. контрольные вопросы (обратная связь):

1. Черепно-мозговая травма у детей. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение клиническими протоколами.

2. Искусственная легочная реанимация клиникалық хаттамалармен у детей оказание помощи с клиническими протоколами.

Лекция № 4

1. Тема:

Переломы костей таза.

2. Цель.

Переломы костей таза.усвоение алгоритмов диагностики, клинического течения, дифференциальной диагностики и лечения.

Тезисы лекций:

Перелом бедра-причины, клинические признаки и лечение

Спортивные травмы

Перелом бедра-опасная травма скелета, которая может повредить целостность костей таза.

Согласно МКБ-10, переломы бедренной кости относятся к категории S32. Этот код также включает пояснично-крестцовые травмы позвоночника.

ad

Причины

Переломы костей таза возникают из-за воздействия травматического агента. Обстоятельства, послужившие его получению:

- падение с холма;
- сжатие при ударе мотоцикла или автомобильного колеса;
- обрушение сооружений и сооружений при чрезвычайной ситуации;
- побочные эффекты при дорожно-транспортных происшествиях;
- промышленные аварии.

Классификация

Существует несколько основных групп тазовых костей:

- Стабильный. Непрерывность тазобедренного кольца не нарушена. К ним относятся пороговые и изолированные переломы;

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	П -38/11 Стр. 13 из 51
Кафедра «Педиатрия-1» Лекционный комплекс по дисциплине «Детская травматология и ортопедия».		

- Существует нестабильное нарушение целостности. Травмы классифицируются по механизму возникновения:
 - вращательно неустойчивый;
 - вертикально неустойчивый.
 - Вывих перелома костей таза.
 - Перелом дна или краев вертлужной впадины.

ad

Симптомы

Клинические признаки перелома можно условно разделить на местные и общие. Местные симптомы зависят от места повреждения тазобедренного кольца.

Местные симптомы:

- острая боль в пораженной области;
- отек;
- укорочение голени;
- гематома;
- деформация костей таза;
- ограниченное движение ног;
- нарушение функциональности тазобедренного сустава;
- хруст и крепитация, которые слышны при пальпации места травмы.

Общие симптомы

ad

Большинство пациентов подвержены травматическому шоку из-за острой боли и обильного кровотечения. Под его воздействием у пациента проявляются следующие симптомы:

- бледность кожи;
- потливость;
- тахикардия;
- резкое падение артериального давления;
- потеря сознания.

При травме мочевого пузыря возникают гематурия и затрудненное мочеиспускание. Если поражена уретра, может быть синяк в промежности, задержка мочи, кровотечение из уретры.

Первая помощь

Если вы подозреваете травму бедра, пострадавшего следует немедленно доставить в отделение неотложной помощи. Транспортировка должна осуществляться бригадой скорой помощи. До приезда врачей человеку должна быть оказана соответствующая первая помощь:

- обезболивание для предотвращения травматического шока, облегчающего боль;
- при открытом переломе необходимо остановить кровотечение путем наложения жгута ниже травмы и провести лечение антибактериальными средствами.

При самостоятельной транспортировке больного в медицинское учреждение его укладывают на твердое место. Жесткий валик или подушка помещаются под колено пациента, придавая ему положение «лягушки». Человека нужно закрепить веревкой.

Своевременность и качество оказанной медицинской помощи определяет период восстановления пострадавшего после травмы и риск осложнений.

Диагностика

Распознавание патологии осуществляется на основании:

- изучение истории болезни пациента и его жалоб;
- физикальное обследование;

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	П -38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская травматология и ортопедия».	Стр. 14 из 51

- инструментальные результаты (рентген, лапароскопия, лапароцентез, лапаротомия, УЗИ, уретрография) и лабораторные методы диагностики (СВС, бактериостатические и бактериологические исследования).

Лечение

Лечение переломов бедра состоит из нескольких этапов. Размер медицинских процедур зависит от тяжести травмы. В первую очередь проводится противошоковая терапия.

Состояние стабилизируется при адекватной анестезии. С этой целью используется методика внутривенной анестезии органов малого таза.

На втором этапе лечения проводится инфузионная терапия. С его помощью восполняется потеря объема крови. Лечение оценивается для нормализации артериального давления, частоты сердечных сокращений, анализа крови и мочи.

Третий этап-иммобилизация пороков развития костей таза. При незначительных травмах пострадавшему разрешается ходить через неделю. Дальнейшая тактика терапии зависит от решения врача-реабилитолога.

Пациенты с тяжелыми переломами проходят ортопедическое лечение.

Реабилитация

Прохождение курса реабилитации-обязательный шаг к возвращению пациента к нормальному образу жизни и профилактике инвалидности. Оздоровление больного осуществляется под наблюдением опытного специалиста. Каждый пациент проходит курс реабилитации в соответствии с индивидуальной программой, основными элементами которой являются:

- ЛФК;
- медикаментозное лечение, направленное на укрепление костей;
- использование внешней продукции;
- массаж;
- физиотерапевтические процедуры;
- криомассаж;
- скелетная тяга.

4. иллюстративный материал:

12 слайд-презентация

5. литература: основная и дополнительная

На казахском языке:

Основные:

- 1.Детская хирургия [Электронный ресурс] : Учебник / Под ред. А. А. прп. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138 Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Общая хирургия [Электронный ресурс]: Учебник / В. К. Гостищев ; казахский язык. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон.текстовые дан. (141 Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Турсунов К. хирургические гнойные воспалительные заболевания у детей: учебник. - Алматы 2011
4. Турсунов к. детская хирургия: учебник. - Алматы 2011

На русском языке:

Основные:

- 1.Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон.текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон.текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. -Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ АК	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	П -38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская травматология и ортопедия».	Стр. 15 из 51

4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Приложение:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронные ресурсы:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс]: учебник / ред. прп. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138 Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

6. контрольные вопросы (обратная связь):

- 1.переломы бедра у детей. Определение.
- 2.диагностика переломов головки бедренной кости, дифференциальная диагностика и лечение клиническими протоколами.
3. Перелом тазобедренного кольца. Классификация.
- 4.лечение осьминогом, слепой кишкой , дифференциальной диагностикой и клиническими протоколами.
4. Восстановительные мероприятия при переломе бедра.

Лекция № 5

1. Тема: Санпереломы бедренной и икроножной костей.

2. Цель.

Переломы бедренной и икроножной костей лечение алгоритмов диагностики, клинических течений, дифференциальной диагностики по хатаме

3. Тезисы лекций:

Перелом бедренной кости: виды, симптомы, тактика лечения

Перелом бедренной кости считается серьезной травмой опорно-двигательного аппарата и требует сложного лечения. В зависимости от места нарушения целостности различают несколько видов травм. Будет сильная боль, снижение подвижности, деформация и укорочение стопы, большая кровопотеря (при открытом переломе). Диагноз уточняется с помощью рентгенографии. При необходимости назначают МРТ внутрисуставные исследования. Лечение включает фиксацию фрагментов для дальнейшего правильного соединения.

Перелом такой большой кости может привести к летальному исходу, поэтому немедленное лечение следует проводить немедленно. Если сосуды повреждены открытым переломом, необходимо наложить жгут на рану, чтобы остановить кровотечение. Важно помнить, что делать это нужно всего за 2 часа, иначе произойдет некроз тканей. Под одеждой ставится

записка с указанием времени. Если бумаги нет, напишите на коже жертвы. Лучше не оставлять информацию на одежде, в больнице могут снять.

Сломанную ногу необходимо обездвижить, что предотвратит смещение фрагментов, усиление кровотечения. Перелом или прямая планка прикладывается к всей ноге на пояснице снаружи и изнутри голени. Кроме того, ноги не должны свисать. Пострадавшего госпитализируют на носилках и доставляют в больницу. Для облегчения боли назначают обезболивающие (Ибупрофен, Нурофен, анальгин, Парацетамол).

Перелом вертлужной впадины и шейки бедренной кости

Бедренная кость трубчатая. В его верхней части находится головка, которая входит в полость костей таза, образуя тазобедренный сустав. Под головой тонкая вуаль-шея. Он соединяется с телом под углом. В этих местах есть выступы-маленькие и большие плевки. В этих местах чаще всего возникают ударные повреждения.

Перелом бедренной кости всегда сопровождается болью, которую можно облегчить только с помощью лекарств. Травмы шейки матки и троантерные новообразования проявляются по-разному.

Повреждение шейки бедра сопровождается умеренной болью в области таза и паха.

Интенсивность дискомфорта при движении резко возрастает. Ощущение зоны перелома не вызывает особого дискомфорта, ощущается тупая боль. Есть отек тканей, но нет синяков.

Вертельный перелом характеризуется меньшей подвижностью конечностей. Когда боли резкие, пальпация невозможна, на месте травмы видны кровотечения, отек более выражен.

В случае повреждения верхней части бедренной кости выворот пораженной конечности наружу, ее укорочение и «Пяточный синдром» - неспособность поднимать в положении лежа.

Тактика лечения

Шейка бедренной кости не покрыта надкостницей, поэтому растет плохо. Препятствует кровоснабжению, фрагменты со временем покрываются плотной соединительной тканью. Чем выше ущерб, тем хуже прогноз слияния. Инвалидность часто является результатом лечения без хирургического вмешательства.

Наросты вертлужной впадины хорошо снабжаются кровью, при травме быстро образуются мозоли. Повреждение этой части лечится без хирургического вмешательства. Осложнения могут сопровождаться несколькими смещенными фрагментами.

Тактика терапии подбирается травматологом в зависимости от степени поражения и возраста больного. При суставных переломах требуется хирургическое вмешательство.

Противопоказаниями к данному методу являются хронические заболевания и старость.

Длительный постельный режим может привести к постельным осложнениям, пневмонии и тромбоэмболии. По этой причине пациенту необходимо обеспечить подвижность пораженной конечности вместе с иммобилизацией. Трилобатным ногтем проводится костная фиксация или костная аутопластика.

При вертельных переломах рекомендуется тянуть скелет на два месяца. Далее наносится гипсовый слепок. Через 4 месяца можно давить на травмированную конечность. Операция при таких травмах может сократить срок лечения. Во время операции крепление осуществляется трехлопастными гвоздями, винтами и пластинами. Через 6 недель допускается полная нагрузка на ноги.

Диафизарные переломы

Повреждение тела бедренной кости сопровождается большой кровопотерей и тяжелым шоком.

Основные направления лечения

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	П -38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская травматология и ортопедия».	Стр. 17 из 51

Чтобы предотвратить развитие травматического шока, пострадавшему назначают обезболивающие и седативные средства. Операция по переливанию крови проводится для восстановления кровопотери. В зависимости от травмы необходимо соединить части кости вместе и удалить существующие переломы. Для этого используются внешняя фиксация, аппаратная вытяжка и хирургические методы.

Если есть серьезные хронические заболевания, инфекция открытой раны, плохое самочувствие больного, то вместо операции назначается вытяживание скелета на 6-12 недель. Затем гипс держится 4 месяца. В этом случае тазобедренный и коленный суставы остаются неподвижными в течение длительного времени, что отрицательно сказывается на их состоянии. Операция позволяет быстрее увеличить подвижность пациента и избежать осложнений из-за длительной неподвижности. Хирургическое вмешательство проводится при отсутствии противопоказаний, при нормальном состоянии здоровья больного. Для этого используются стержни, пластины, булавки.

Бедро внизу имеет разгибание и образует две кондиции - внутреннюю, внешнюю. Их поверхности соприкасаются с большеберцовой костью, коленным суставом, образуя коленный сустав.

Переломы мыщелка возникают из-за падения или воздействия на коленный сустав, иногда сопровождающиеся смещением переломов. Больше страдают пожилые люди. Одно или оба устройства могут быть повреждены. Характерно смещение фрагментов вверх и в стороны. Обычно во время травмы кровь переливается в суставной мешок.

Особенности лечения дистальных травм

После наркоза делается пункция пораженного сустава. Захваченная кровь перекачивается, вводится лекарство. Если смещения нет, то гипсовую повязку накладывают от лодыжки до паха на 1-2 месяца, в зависимости от тяжести травмы. Если есть переломы, их сравнивают и только потом фиксируют гипсом. Операция проводится, когда невозможно правильно сложить части кости, детали фиксируются винтами. При необходимости применяется скелетная вытяжка.

После лечения проводится восстановительный курс. Физиотерапия, лечебный массаж, правильное питание, специальные упражнения помогут быстро восстановить подвижность больной ноги.

4. иллюстративный материал:

18 слайд-презентация

5. литература: основная и дополнительная

На казахском языке:

Основные:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : Учебник / Под ред. А. А. прп. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138 Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Общая хирургия [Электронный ресурс]: Учебник / В. К. Гостищев ; казахский язык. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон.текстовые дан. (141 Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Турсунов К. хирургические гнойные воспалительные заболевания у детей: учебник. - Алматы 2011
4. Турсунов к. детская хирургия: учебник. - Алматы 2011

На русском языке:

Основные:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон.текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ АК «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	П -38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская травматология и ортопедия».	Стр. 18 из 51

2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон.текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. -Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Приложение:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронные ресурсы:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс]: учебник / ред. прп. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138 Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

6. контрольные вопросы (обратная связь):

- 1 . перелом бедренной кости. Диагностика.
- 2.дифференциальная диагностика переломов бедренной и икроножной костей и лечение клиническими протоколами.
- 3..Особенности диагностики переломов костей голени. Тактика лечения. Диагностика, диф-диагностика и лечение клиническими протоколами.

Лекция № 6

1. Тема: переломы костей плеча и предплечья.

2. Цель. Переломы плечевой кости и костей предплечья. Усвоение алгоритмов диагностики, клинического течения, дифференциальной диагностики и лечения.

Тезисы лекций:

Рука айтердрочит су ломается:

Перелом ключицы- барлық балалардың білек-13% всех детей после перелома запястья и плечевой кости.

Подразделяются на полные и частичные (подкожные) переломы. При падении с вытянутой рукой или плечом он сломался от внешнего центра $\frac{1}{3}$ или $\frac{1}{2}$. Подкожные переломы часто возникают у новорожденных. В возрасте 2-4 лет происходит перелом ключицы у 30,8%. Клиника. Переломные концы сломанной ключицы слегка смещены, рука не поднимается выше плеча, внешнее движение ограничено. Поскольку субъективная жалоба менее болезненна, ключица в большинстве случаев не обнаруживается. Через 10-15 дней выпячивание остроконечных кондилом становится заметным для глаз и переворачивает родительскую уступку ребенка. При полном переломе ключицы кончик перелома смещается внутрь сверху, а наружный – вниз. Это состояние не требует особого обследования в клинике.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ АҚ  «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	П -38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская травматология и ортопедия».	Стр. 19 из 51

Лечение. При многократном лечении перелом ключицы не сильно осложняется, и перелом заканчивается. Остроконечные кондиломы также незаметно исчезают со временем. Ребенку желательно положить связку типа "Дезо" на 7-10 дней.

Под подмышки в kleol кладут узелок из марли и ваты, чтобы ребенок сохранял слой кожи, когда потеет, детям старше 5 лет Кузьминский, Карпенко накладывают гипсово-костыльную повязку. Семипалатинский мед.наиболее эффективным будет гипсовая повязка с пластиной, адаптированная для использования в институте.

Также можно использовать пневмопелотовую повязку кожукеева-Иванова. При вывихе ключично-акромиального сустава лопатки проводится операция Беннеловым способом. Только взрослый (старше 14 лет).

Оперативное лечение у детей применяется крайне редко, только при травмах сосудов и нервной системы, в безопасности прокола кожного покрова, бородавки появляются более 3 лет на 14-21 день, перелом восстанавливается. Двигательные способности дети усваивают самостоятельно.

Перелом плечевой кости. Занимает 2-е место по частоте (15,9%).

Переломы в области шейки бедренной кости:

- а) посягательство,
- б) под оболочкой,
- в) отводящий - (нижний конец перелома смещен внутрь),
- г) аддукционный - (нижний конец перелома смещен наружу).

Клиника.

Рука обвисает по всему телу, становится болезненной, плечевой сустав опухает, а ограниченная подвижность, дельтовидная мышца уплотняется (отводящий перелом), нижний конец перелома опирается на подмышку. Чтобы не повредить сосудистую нервную систему, кончик перелома не следует двигать, как показано на 2-стороннем рентгеновском снимке.

Лечение: гипсовая повязка фиксирует плечо и запястье, включая следующее плечо.

При остеоэпифизеолизах немедленно восстанавливают и перевязывают физиологически нормальный гипстеп.

Метаэпифиз - абдукционный перелом в области хирургической шейки бедренной кости.

В течение 2 пятницы Куд-живот-рука (торакоабдоминальный) помещает гипсовую повязку в центральное физиологическое положение, и снова гипстеп на 2 пятницы (всего 28 дней) после снятия гипса через 2-3 пятницы ребенок может самостоятельно двигать рукой.

При значительном повреждении области роста после остеоэпифизеолиза или эпифизеолизадлина руки может измениться. Диспансерное обследование проводится каждые 6 месяцев с применением физкультурных методов. При неполном движении плечевого сустава личность ребенка может измениться.

Переломы под диафизом редко поддаются лечению, часто имеют осложнения.

- а) горизонтальный
- б) косой
- в) винтовой
- г) трещиноватые.

Клиника. Плечевая область деформируется, сокращается относительная длина и абсолютная длина. При переломе появляется патологическое движение, скрип. Очень небольшое движение само по себе очень болезненно. В средней части три переломы большеберцовой кости пересекают место расположения N radialis и представляют опасность (парез может быть даже перерезан). Поэтому необходимо проверить чувствительность головок пальцев. (В

ОҢТҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ АҚ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	П -38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская травматология и ортопедия».	Стр. 20 из 51

контрактуре Фолькмана).

Лечение: с 3 по 5 пятницу бородавка полностью отрастет, и перелом восстановится. Костные переломные концы формируются у детей с порогом 4-5 лет с порогом на 2 см по длине, на 1/3 по горизонтали.

Перелом нижней части бедренной кости встречается очень часто в 64% случаев, согласно классификации Г. А. Баирова (1959) и подразделяется на внутрисуставные, внеуставные. Наиболее часто встречающиеся переломы надколенника и надколенника просто говоря, переломы надколенника не проходят через сустав (5%), (95%) буын ішінде және буын қабымен переломы надколенника относятся к сложным переломам из-за разрыва суставных связок, кровоизлияния в сустав и высокой отечности и боли. (А. Е. Ерекешов, 1986).

Клиника.

Длина руки, личность меняются, а боль становится все труднее двигаться самостоятельно. Нижняя часть плеча опухает и также покрывает сустав. Знак Маркса ломается и меняется под прямым углом. Лежит в 3-х плоскостях: вперед назад и к седалищной кости или локтевой кости, иногда смещаясь вокруг собственного отростка. Из-за очень сильного смещения *N medianus g radialis* может повредить пот.

Лечение. Необходимо обезболить с помощью новокаина или наркоза, расслабить мышцу и поставить ее на место с помощью рентгена.

После того, как на месте вставлены переломные концы, рекомендуется проверить

чувствительность периферического нерва и повторно сделать рентгеновский снимок.

Перевязка глубокой задней пластырем соответствующая, через 14-21 день образуется костная бородавка, по мере поступления опухоли делаем рентген, каждые 5-6 дней.

В очень тяжелом состоянии: при высокой припухлости, затрудняющей восстановление сразу переломных концов, возможно выравнивание с грузом 2-4 кг путем вытягивания из проксимального метафиза локтя проволокой Киршнера через скелет.

Если 3 раза не удалось вставить перелом на место, угрожают ишемическая контрактура Фолькмана или травмы кроветворной системы, Лангенбек методом разреза (за локтевым суставом вдоль руки) осматривает кровеносные сосуды в суставе, нерв и т.д., вставляет на место концы перелома, фиксирует проволокой Киршнера и (отдельно) накладывает глубокий гипсовый лонгет, Через 12-14 дней гипсовую повязку снимают и дают плод для движения сустава. По прогнозу Н. Г. Дамье, окостеневшее мышечное осложнение чаще встречается у детей, склонных к коллоидному рубцеванию.

Можно прекратить возбуждение, применяя против этого физио-лечение. Витамины, микро-макроэлементы, помогают тканям, посыпая кокарбоксилазу, АТФ, актовегин, Солкосерил. Нельзя делать Массаж. Другое осложнение Cubitus varus, выше 20а, исправляет руку с помощью операции (сгибание локтя внутрь). (К.С. Ормантаев, Р.Ф. Марков).

Апоэпифизеолиз-перелом поверхностных бугорков выпуклой грыжи. Они делятся на внутренние и внешние, суставные переломы, чаще встречаются у детей 8-14 лет. Возникает, когда внутренняя шишка, внезапно и предплечье выталкивается наружу, локоть закрывается суставом, сухожилие на внутренней стороне сустава растягивается и отрывается внутреннюю шишку, которая движется вниз и смещается и зажимается между локтевым суставом. Иногда при этом переломе повреждается и нервная система. (А. Молдаханов).

Клиника. Внутренняя часть локтевого сустава кровоточит и опухает. Также можно определить вручную, но в суставе нет движения. Запястье слегка поворачивается наружу. Желательно определить работу нервной системы. Рентгеновское изображение дает четкое представление.

Лечение: если трещина не соскальзывает с места или соскальзывает до края верхней линии

сустава, вы можете согнуть руку, положить запястье и ладонь под углом и перевязать пластирем. Если шишка находится между суставами, а также повреждена нервная система, обязательно проводится операция.

Перелом головки бугорка плечевого (плечевого) сустава часто встречается у детей в возрасте от 4 до 10 лет и относится к переломам внутрисуставного сустава. Если линия перелома проходит через область роста, говорят, что эпифизеолиз но "чистый" эпифизеолиз встречается очень редко. Плоскость перелома изгибаются в направлении как нижнего метаэпифиза (назад, вверх, внутрь) тугоплавкого шва. Образуется при таких осложнениях, как кровоизлияние в сустав. Иногда 90А может даже повернуться на 180а. (Р.Ф. Марков, К.С. Ормантаев).

После того, как плоскостопие Гутера нарушено, он сгибает локтевой сустав прямо и, повернув ладонь (пронацию) вниз, накладывает гипсовый лонгет от кончика пальца до плечевого сустава. Через 14-15 дней снимают гипс, двигают сустав и продолжают процесс заживления. При лечении этих переломов живота, наряду с применением витаминов, макро-микроэлементов, эффективно применяют энзимы: Вобэнзим, флогэнзим, Вобэмугостер (Мукосфарма).

Травма наружной выпуклости большеберцовой кости чаще встречается у детей в возрасте 13-15 лет. Этот перелом наблюдается, когда рука растягивается или запястье падает, поворачиваясь внутрь. Наружное локтевое сухожилие вытянуто и при отрыве отмesta выпуклости от растяжения берет с собой пластиину выпуклости. Между наружным рубцом и головкой старого рубца зажат (встречается очень редко).

Переломы головы и шеи старости (лучевой кости). В проксимальном метафизе, когда рука не выдерживает нагрузки, происходит перелом на горизонтальном уровне. Иногда эпифизеолиз старости происходит в зоне роста, а при низком-остеоэпифизеолиз.

Клиника. Супинация и пронация усложняются и слегка опухают в верхней части предплечья. На запястье в суставе, зажим без проблем. Волокно лучевого нерва может быть повреждено, поэтому рекомендуется проверить работу пальца с чувствительностью. Переломы видны на рентгеновском снимке.

Лечение проводится путем сшивания Баирова (снаружи кожи иглой) на месте коррекции.

После наложения одним из этих способов накладывают лонгет из гипса и выдерживают 21-28 дней.

Способ удаления старческой головы с помощью операции на руках у взрослых не подходит для детей, так как повреждается область роста, укорочение или искривление лучевой кости предплечья из-за недостаточного роста, и уалькус-локтевой сустав ребенка отклоняется наружу, что приводит к нестабильности сустава.

Перелом коронки локтевой кости (венечный). Это происходит у детей старшего возраста, когда они бьют прямо в эту область, связки периферического сустава растягиваются, костная оболочка расшатывается, а кончик перелома кости смещается вверх.

Клиника: при обнаружении рентгеновской пленки. Сустав опухает, и в суставе возникает боль. В возрасте 10-12 лет, поскольку область проростка находится в области этой локтевой кости, чтение рентгеновского снимка может быть затруднено.

Лечение немедленно вернули концы перелома на место, загнули сустав в задний глубокий гипсовый лонгет на 170-1800 градусов и уложили на 21 день. Не забудьте ослабить или запечатать штукатурку из-за отека. Если консервативного лечения недостаточно, "П" - образный фиксируется пришиванием шелковой нитью. (С.И. Ярославцев, А.Ж. Абдрахманов, К.С. Садырбаев).

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ АҚ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	П -38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская травматология и ортопедия».	Стр. 22 из 51

Переломы лучевой кости (старость) и диафиза локтевой кости часто возникают у детей и при падении на ладонь. Иногда он может сломаться, как" стержень "или как" волокно тополя". А у детей старшего возраста может быть полный перелом или перелом слизистой оболочки кости. Обязательно нижние концы перелома смещены вверх наружу, образуя плоскость, обнаженную с пластической стороны, единственный перелом локтевой кости встречается очень редко. Обычно выпячивание головки лучевой кости образует двойной перелом Монтеджа. В этом случае лучевая кость может быть получена, не замечая выпячивания головки, вызывая причину осложнений. Они могут блокировать движение локтевого сустава и блокировать сустав. Поэтому при переломах, переломах из средних частей, необходимо сделать рентгеновский снимок двух суставов (локтя и запястья) рядом друг с другом и наблюдать правильность линии Смита.

Эпифизиолизы костей предплечья очень часто встречаются у детей, по сравнению с другими эпифизеолизами костей, и эта травма приводит к изменению типа Маделунга или укорочению запястья, если оно не происходит должным образом из-за того, что росток прошел через область.

Рука изгибается, как кончик пистолета, и опухает, блокируя движение в лучезапястном суставе. Во время лечения на средний конец руки накладывается глубокий гипсовый лонгет. При физиологических условиях пальчиками необходимо проводить 2-3 недели в зависимости от возраста (С. С. Бернштейн).

Исправить перелом костей предплечья не составит особого труда (1% новокаин в возрасте 1,0 – 1 года) при наложении на место с применением местного обезболивания можно только при помощи Киршнеровского шнура, так как переломы горизонтального, косого типа не являются устойчивыми, так как возможны вторичные сдвиги.

В зависимости от возраста необходимо наложить на 3-6 недель гипс лонгет и по мере прижатия опухоли ослаблять или затягивать повязку и регулярно проверять работу нервных волокон, кровеносных сосудов..

4. иллюстративный материал:

37 слайд-презентация

5. литература: основная и дополнительная

На казахском языке:

Основные:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : Учебник / Под ред. А. А. прп. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138 Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Общая хирургия [Электронный ресурс]: Учебник / В. К. Гостищев ; казахский язык. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон.текстовые дан. (141 Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Турсунов К. хирургические гнойные воспалительные заболевания у детей: учебник. - Алматы 2011
4. Турсунов к. детская хирургия: учебник. - Алматы 2011

На русском языке:

Основные:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон.текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон.текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. -Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ АК «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	П -38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская травматология и ортопедия».	Стр. 23 из 51

4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Приложение:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронные ресурсы:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс]: учебник / ред. прп. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138 Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

5. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Перелом плечевой кости. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение клиническими протоколами.
2. Переломы костей предплечья. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение клиническими протоколами
3. Вывих костей плечевого запястья. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение клиническими протоколами.
4. Переломы костей головы руки. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение клиническими протоколами.

Лекция № 7

1. Тема: термические травмы. Электровоз..

2. Цель. Термические травмы. Электровоз. Усвоение алгоритмов диагностики, клинического течения, дифференциальной диагностики и лечения.

Ожоги-это травмы тканей, вызванные высокой температурой, химическими веществами, электротоком и лучистой энергией.

Виды ожогов: термические - под воздействием горячей воды, пара, огня, нагретого железа; химические –под воздействием кислот и щелочей; радиационно-под воздействием ионизирующего излучения.

Ожоговая клиника делится на 4 степени.

I степень-боль, покраснение, припухлость. При такой степени ожога повреждается только внешняя часть эпидермального слоя. Время записи 2-3 дня. Шрам на месте не остается.

II степень-болезненность, покраснение, припухлость, появление волдырей. При такой степени ожога полностью повреждается слой эпидермиса, мелкие сосуды разрушаются, а из вены выходит любимая часть крови, которая скапливается под эпидермисом, в результате чего образуются культи. Через 4-6 дней, если нет осложнений, желтая вода внутри Зольников снова всасывается в корневой канал.

III степень-ожог доходит до дермы, верхний слой дермы характеризуется III А и полным поражением дермы III в. Между зольниками образуется зона некроза (струп) черного цвета. Заживление ожогов этой степени занимает несколько месяцев. На месте образуется келоидный рубец. При неправильном лечении келоид рубцы могут мешать движению в суставе, что приводит к контрактуре.

IV степень-глубоко лежащие ткани от кожи до костей. Обожженная конечность IV степени может потерять себя и упасть.

Чем больше объем ожогов, тем тяжелее состояние пациента.

Измерение объема ожога-ладонный метод: ладонь человека соответствует примерно 1-1,2% поверхности кожи. Метод девятки: метод Тенисона-Руслаки-голова и шея 9%, руки 9%, передняя часть тела 18%, спина 18%, ноги 18%, средний 1%.

Ожог: 1. прекращение действия поражающего фактора (отключение огня, закрытие крана, через который течет горячая вода и т.д.)

2. разрезание одежды, определение объема, степени ожога.

3.снятие болевых ощущений (в зависимости от состояния –просто анальгетики, опиоиды или обезболивающие)

4.обработка области ожога антисептиком.

5.оберните асептическую повязку и постройте каркас.

6.транспортировка потерпевшего в стационар без замерзания.

Лечение ожогов: 1прессия боли с помощью анальгетиков или общего обезболивания.

2.осторожно промокните повязку.

3.промывание лица от ожогов большим количеством несгорающего антисептика (фурациллина, перманганата калия, физиологического седла). Срезать и удалить поверхность крупнозернистых и неразорвавшихся Зольников.Сушка ожоговой поверхности.

4. дальнейшее лечение ожогов проводится открытым, закрытым или комбинированным способом.

В открытом методе пациент лежит под каркасом с электрической лампой. В этом методе поверхность ожога образует оболочку, которая равномерно высыхает и защищает поверхность ожога от нагноения.С целью ускорения образования корки на ожоговые поверхности наносят сушильные вещества (10% перманганат калия, танин, антибиотики). Недостатком открытого метода считается попадание инфекции на поверхность ожога, ползание плазмы.

В закрытом методе используются различные масляные повязки. С этой целью используют линимент Вишневского,эмulsionю синтомицина, левамеколь, витаминизированный рыбий жир, красный жир. Время смены повязки 8-12 дней. При повторном распознавании отмирающие участки тканей аккуратно срезаются и удаляются. После очистки раневой поверхности выполняется кожная пластика.

Общее лечение ожогов. Как и при других открытых травмах, при ожогах пациентов вакцинируют противостолбнячной желтой водой и столбнячным анатоксином. Для профилактики ожогов применяют анальгетики, нейролептики, новокаиновые барьеры и заграждения. Адекватная инфузационная терапия используется для борьбы с гиповолемией, до 3000 мл в день. Для формирования работы сердечно-сосудистой системы используются сердечные гликозиды, витамины и минералы. Антибиотики используются для борьбы с инфекцией. Большое внимание уделяется питанию обожженного пациента. Пища должна быть высококалорийной, богатой белком, витаминами.

Осложнения ожогов: ожоговый шок, ожоговая боль, нагноение раневой поверхности, контрактура.

Ожоговая болезнь. При больших объемах ожогов у людей наблюдаются общие опасные вспышки, состояние, называемое ожоговой болезнью.

Ожоговая болезнь делится на 4 стадии: 1)ожоговый шок, 2)острая ожоговая токсемия, 3)септикотоксемия, 4)реконвалесценция.

Ожоговый шок-это тип травматического шока, который проходит в 2 фазы - эректильную и торпидную; и характеризуется сильной болью и потерей плазмы. В эректильной фазе шока человек возбуждается, повышается артериальное давление, учащается пульс. Торпидная стадия приводит к состоянию сильного ослабления: больной капризничает, капризничает, падает артериальное давление, кожа бледнеет, черты лица раздражаются. Выделение мочи может уменьшиться, а затем привести к анурии.

Стадия токсемии начинается через несколько часов после ожога. С ожоговой поверхности в кровеносный канал попадают великие вещества, и начинается оседание на теле. В этот период состояние больного становится очень тяжелым, повышается температура тела, наблюдается озноб, отсутствует аппетит к пище, появляется бессонница, человек часто рвет, не испражняется. Кровь сгущается, и лейкоформула смещается влево. В моче наблюдаются эритроциты, белый молозиво, цилинды.

Период септикотоксемии зависит от роста инфекции. Поверхность ожога гнойная, температура тела⁰повышается до 39-40 о С. инфекция через кровь попадает в организм, что приводит к состоянию сепсиса. Полиномиальная недостача будет огромной.

Выздоровление-это период выздоровления. Температура тела, выработка мочи, у больного появляется аппетит к пище, отмирающие ткани начинают самостоятельно отделяться, появляются новые грануляции на поверхности ожога.

Обморожение-это повреждение кожи и глубоко лежащих тканей, вызванное низкой температурой. Клиника обморожения делится на 4 степени:

1.при кратковременном обморожении кожа становится белее, теряется чувствительность кожи. После мерцания это место начинает сильно краснеть, опухать и болеть.
2 при кратковременном обморожении к вышеперечисленным признакам добавляется образование шишек.

З примечается умеренность при поздних обморожениях, к пятнам, наполненным бледностью, потерей чувствительности и кроваво-желтой водой, присоединяется зона некроза. Через 7-10 дней между живой и мертвкой тканью образуется демаркационная линия. Заживление длится 2-3 месяца.

4. при обморожении некроз доходит до кости, часть тела, пораженная обморожением, становится черной, и между мертвкой и живой тканями устанавливается демаркационная линия. Душа места обморожения уходит и начинает исчезать. В конце концов, обмороженная часть тела увядает и темнеет (мумифицируется) самостоятельно.

Осложнения: воспаление и нагноение раны, самостоятельная ампутация, инвалидность.

Первая медицинская помощь. Пораженную обморожением часть тела пострадавшего следует обернуть многослойной согревающей повязкой (не тереть снегом!). Затем пострадавшего следует уколоть в теплое место и выпить горячий чай или кофе, если он в сознании. Простые анальгетики для снятия болевых ощущений вводят б/у, А К/т глюкозно-новокаиновую смесь вводят капельно.

Лечение. Метод лечения включает меры по предотвращению нарушений кровообращения и предотвращению инфекции.

При обморожении I степени меры первой медицинской помощи будут достаточными.

При обморожении II степени при первой обработке раны снимают поверхность золы и

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ АҚ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	П -38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская травматология и ортопедия».	Стр. 26 из 51

накладывают жирную асептическую повязку. Через 5-7 дней применяют физиономию (УВЧ, УКС).

При обморожении III-IV степени дополнительны выполняется некроэктомия, после которой чаще всего проводится лечение открытым способом. После появления гранул наносятся масляные повязки. При появлении демаркационной линии-выполняется некроэктомия, экзоартикуляция или ампутация. Человеку, страдающему обморожением, следует давать белокочанную морковь и высококалорийную пищу, богатую витаминами, а также назначать антибиотикотерапию, инфузционную терапию.

В уходе за обмороженным пациентом главным считается профилактика нагноения места травмы. Это соблюдение строгой асептики и применение амеханических, химических антисептических методов. При всех степенях обморожения необходимо предотвратить столбняк и газовую гангрену.

Травмы электрическим током. Мы говорим, что повреждение тела электрическим током или молнией является электроотравой. Электрический ток, прошедший через тело, или разрыв /разряд/ ток молнии, дают локальные и общие изменения в организме. Электротравма часто встречается как в быту, так и в производственной сфере, при неправильном применении правил техники безопасности.

Местные симптомы места попадания и выхода электрического тока в тело становятся ожогами, часто проявляя признаки ожога 3-4 степени. Раны от образовавшегося ожога глубокие, корковатые края тканей выглядят как перистая мякоть желто - голубоватого цвета. В некоторых случаях поврежденная ткань достигает кости. Под воздействием силы тока верхней степени ткани организма могут разрушаться, и в некоторых случаях периферические органы тела /ноги, руки, уши, нос/ могут выпадать.

Местные симптомы, вызванные молнией, сходны с симптомами, вызванными электрическим током.

Общие симптомы поражения электрическим током очень опасны, потому что они вызваны воздействием травмы на центральную нервную систему. Клинические признаки этого такие же, как и симптомы движения мозга, вызванные тяжелым ударом, при котором травмированный человек немедленно теряет сознание. В некоторых случаях нарушается работа конечностей /паралич/, зрение, глотание. При тяжелой форме поражения из-за ухудшения работы центра мозга, регулирующего дыхание и работу сердца, происходит остановка легких и сердца, что приводит к ложной смерти.

В таком случае должна быть оказана реанимационная помощь в экстренном порядке.

Первая помощь и пути лечения начинаются с того места, где находится болезнь. В зависимости от того, в какой форме будет оказана первая помощь, от этого будет зависеть жизнь человека. Первая цель состоит в том, чтобы спасти человека, ударили током, от воздействия этого электричества /перерезать, отсоединить электрические провода/. Для этого необходимо использовать средства, не пропускающие электрический ток / резиновые перчатки, калош, сухое дерево, войлок, алаша и т.д./.

При необходимости применяют легкие виды реанимационных мероприятий: наружный массаж сердца, дует ветер в дыхательные пути ртом в рот, ртом в нос. В случае обморока через кровеносные сосуды вводят препараты, улучшающие работу сердца, расширяющие дыхательные пути, массируют конечности, дают кислород в нос, переливают жидкости, кровь в горло.

Способы лечения с первой помощью человека, пострадавшего от удара молнией, такие же, как и у человека, пострадавшего от поражения электрическим током. Человек, раненный молнией,

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	П -38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская травматология и ортопедия».	Стр. 27 из 51

может мгновенно погибнуть из-за слишком большого количества электричества, в выжившее время могут сломаться периферические органы /ноги, руки/ руки, сгореть волосы.

4. иллюстративный материал:

25 слайд-презентация

5. литература: основная и дополнительная

На казахском языке:

Основные:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : Учебник / Под ред. А. А. прп. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138 Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Общая хирургия [Электронный ресурс]: Учебник / В. К. Гостищев ; казахский язык. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон.текстовые дан. (141 Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Турсунов К. хирургические гнойные воспалительные заболевания у детей: учебник. - Алматы 2011
4. Турсунов к. детская хирургия: учебник. - Алматы 2011

На русском языке:

Основные:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон.текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон.текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. -Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Приложение:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронные ресурсы:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс]: учебник / ред. прп. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138 Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

6. контрольные вопросы (обратная связь):

1.ожоговые травмы. Этиопатогенез. Классификация клиническая картина. Особенности диагностики. Тактика лечения. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение клиническими протоколами.

4. электрошокеры.Этиопатогенез. Клиническая картина. Особенности диагностики.Тактика лечения. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение клиническими протоколами

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	П -38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская травматология и ортопедия».	Стр. 28 из 51

Лекция №8

1. Тема: травма при рождении. Патологические переломы.

2. Цель. Травма при рождении. Патологические переломы. освоение алгоритмов диагностики, клинического течения, дифференциальной диагностики и лечения.

3.тезисы лекций

Травмой периода рождения называют различные повреждения тканей и органов, вызванные действием механической силы в период родов. Поскольку современная акушерская (пуповинная) помощь была лучше, травмы периода родов значительно уменьшились.

Этиология и патогенез. Травмы периода родов тесно связаны с состоянием ребенка, положением половых путей беременной матери и ходом родовой деятельности. *Нәрестенің жағдайы мен* Причины, связанные с состоянием ребенка, следующие:

- 1) врожденные пороки развития, при которых кровь застаивается в венах тканей плода-эмбриопатии;
- 2) фетопатии, при которых наблюдается геморрагический синдром;
- 3) гипоксия плода из-за плацентарной недостаточности;
- 4) недоношенность и задержка рождения.

Ткани недоношенного ребенка также становятся недоношенными, поэтому они содержат очень мало эластичных волокон и имеют тенденцию к разрыву. По этой причине проницаемость сосудов также очень высока. Печень новорожденных, особенно недоношенных, не созревает полностью, вследствие чего происходит уменьшение протромбина, вырабатываемого в печени, и факторов VII, IX и X, свертывающих кровь. Эти вещества также могут уменьшаться из-за дефицита витамина K и P. Череп недоношенного ребенка размягчается, поэтому под действием родовой деятельности они изгибаются внутрь, создавая давление на ткани мозга. Когда ребенок рождается с задержкой, плацента развивается обратно, и ткани гипоксируются, что также приводит к легкому повреждению тканей.

Кефалогематома(греч. *kefale* – голова) – кровоизлияние под черепную оболочку. Чаще всего он образуется на внешней поверхности ключицы или ключицы; медленно расходится, обычно раздвигается и превращается в кость (*окостенение*). Иногда гнойный менингит распространяется из-за инфекции *іріңді менингити* гноящейся кефалогематомы.

Кровь перекачивается в мозговые оболочкипо-разному. **құйылады**.

Эпидуральное кровотечение-это скопление крови между внутренней поверхностью черепа и твердой мозговой оболочкой. Он формируется в месте повреждения черепных костей и становится обширным, редко наблюдается в области черепных костей. Его *ішки* **кефалогематома** также называют внутренней кефалогематомой.

Кровь, налитая в субдуральное пространство, оседает над мозговой тканью и становится объемной; чаще всего наблюдается при переломах покровов мозжечка, серповидного отростка, горизонтальных и вертикальных пазух, большой мозговой вены (*Галеновой вены*).

Кости головыгибаются, трескаются, а иногда и повреждается класс; при использовании акушерских щипцов часто ломаются кости голени ребенка.

Акушерлік көмектің зардабынан **При переломе костей позвоночника вследствие акушерской помощи повреждается спинной мозг.** VI шейный позвонок не полностью окружен мышцами, поэтому чаще всего действует эта область спинного мозга, а иногда и другие отделы. Кровь переливается под твердую мозговую оболочку, а затем

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ АҚ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	П -38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская травматология и ортопедия».	Стр. 29 из 51

распространяется вниз. Итак, большинство травм черепа и спинного мозга – это в основном *акушерские травмы*.

Қанқа сүйектерінің Внутри костей скелета чаще всего ломается **ключица**. Обычно он ломается между средней и периферической третями.

Вены на шее и плечах ж%**ойкелік түбірлер** парализуют руки и диафрагму травмированных младенцев.

Повреждения кожного шелушителя чаще всего наблюдаются у крупных младенцев, в некротических очагах **липогранулема** образуется **липогранулема**.

Когда грудно-ключично-сосцевидные мышцы ломаются, шея ребенка наклоняется. При исследовании под микроскопом мы видим участки, где мышца недоношена и соединительная ткань покрыта рубцами. Это повреждение, по-видимому, происходит в **пренатальной стадии**. Поврежденная мышца легко ломается в период родов.

4. иллюстративный материал:

18 слайд-презентация

5. литература: основная и дополнительная

На казахском языке:

Основные:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : Учебник / Под ред. А. А. прп. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138 Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Общая хирургия [Электронный ресурс]: Учебник / В. К. Гостищев ; казахский язык. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон.текстовые дан. (141 Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Турсунов К. хирургические гнойные воспалительные заболевания у детей: учебник. - Алматы 2011
4. Турсунов к. детская хирургия: учебник. - Алматы 2011

На русском языке:

Основные:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон.текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон.текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. -Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Приложение:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронные ресурсы:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	П -38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская травматология и ортопедия».	Стр. 30 из 51

1. Детская хирургия [Электронный ресурс]: учебник / ред. прп. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138 Мб). - М.: "Литтера", 2016. - 592 б. с.

6. контрольные вопросы (обратная связь):

1. Травмы у новорожденных. Клиническая картина.
2. Кефалогематолма. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение клиническими протоколами.
3. Этиопатогенез закрытых костных переломов. Клиническая картина. Особенности диагностики. Тактика лечения

Лекция №9

1. Тема: врожденное вывих яичка

2. Цель: овладение диагностическими алгоритмами при врожденном вывихе яичка, клиническими течениями, дифференциальной диагностикой лечения.

3. Тезисы лекций:

Врожденное вывих яичка

Выход из Родины

Врожденный вывих яичка или дисплазия тазобедренного сустава (developmental dysplasia of the hip) — один из дефектов опорно-двигательного аппарата. Здесь ребенок рождается изнутри или имеет тенденцию к вывиху средней части тела. Заболевание тазобедренного сустава является наиболее частым из всех случаев инвалидности органа. Чем раньше будет обнаружен дефект оттока яичка, тем лучше. При обнаружении у ребенка следующих симптомов мать должна обратиться к врачу-специалисту.

Причины возникновения заболевания до настоящего времени полностью не установлены. Но есть несколько теорий по этому поводу:

Дефект при первом оплодотворении, то есть оплодотворенная яйцеклетка, не развивается должным образом и не созревает. Высказываются мнения, что это может даже передаваться по наследству;

Теория воспаления тазобедренного сустава - ребенок в утробе матери испытывает механическое давление из-за узкости матки и низкого содержания в ней воды, что приводит к воспалению;

Дисплазия соединительной ткани, не полностью классифицированная организмом. Согласно этой теории, структуры, образующие тазобедренный сустав (мышца, сухожилие, суставная оболочка, суставные поверхности костей), не полностью развиты.

Как у мальчиков, так и у девочек чаще всего возникают вывихи одной челюсти. У детей, родившихся со стороны ягодиц при родах, у недоношенных часто наблюдается такой выход. При заболевании в тазобедренном суставе происходят следующие изменения

Верхний край клювовидного гнезда формируется приподнятым (скользким). Гнездо яичка не созревает должным образом;

Ткани вокруг сустава претерпевают изменения:

сухожилия тазобедренно-бедренных суставов, например, круговая область, Срединно-бедренная, пояснично-срединная;

в процессе адаптации суставного мешка к хроническому выходу "песочные часы" меняют форму;

мышцы в области тазобедренного сустава (ягодицы, подколенные сухожилия) укорачиваются, теряют свой физиологический тонус из-за их близости к верхнему (позвоночнику) и нижнему (тазобедренному и срединному суставу) точкам слияния.

Упомянутые причины приводят к тому, что головка бедренной кости, т. е. бедренная ямка, скользит по центру и движется вверх и назад.

Наиболее частыми при дисплазии тазобедренного сустава из нижнечелюстного сустава являются:

Когда вы талируете ногу, она не талирует полностью.

Говорят, что тазобедренный сустав смещен или его вывих известен (Марк-Ортолан известен).

Несимметричность складок в паховой области и образование дополнительных складок.

Ноги будут короче друг друга.

Вращение кончиков ног наружу.

Как только эти симптомы будут обнаружены, специалист должен показать их людям. Для полного обнаружения необходимо провести рентгенодиагностику. На рентгеновском снимке окостенение головки бедренной кости височно-нижнечелюстное, иногда смещенное наружу, с признаками смещения верхнего края суставной ямки и др.

Если до 1,5 лет лечить без операции, до 95% дает хорошие результаты, а до 4 лет-80% можно лечить без операции с хорошими результатами.

Выявление дисплазии тазобедренного сустава сложнее из-за физиологически высокого тонуса у новорожденных и младенцев первого месяца жизни. Однако стоит обратить внимание на количество складок в бедре, на то, что больная нога выпячивается наружу, на краткость по сравнению с другой ногой, на изменение походки ребенка, то есть хромоту или подергивание стопы и т.д.

Больную ногу также осматривают на рентгеновском снимке. Тогда могут наблюдаться следующие признаки:

наклон кровли тазобедренного сустава;

задержка срока окостенения ядра средней большеберцовой кости;

смещенное от середины к краю расположение ребер. Эти три признака называются "триадой Пугти" (триадой).

Рентген младенца младше трех месяцев не допускается. До этого Орган не окостенел, и физиологически большие рассуждения приводят к ошибочным решениям.

Есть два способа лечения. Это:

безоперационное и медикаментозное лечение;

операция. Лечение подбирается в зависимости от возраста ребенка, типа заболевания.

Результат зависит от раннего, своевременного выявления заболеваний у ребенка. Основное условие безоперационного лечения:

следить за тем, чтобы ребенок не давил на тазобедренные суставы, был свободен;

при этом цель состоит в том, чтобы не повредить мягкие хрящевые края сустава и мягкие ткани вокруг сустава и сохранить движение в специальном направлении, удерживая головку бедра наклоненной к средней части тазобедренного сустава. В это время физиологический тонус края мясорастительного сухожилия возвращается в норму, если у ребенка нет дисплазии или тазобедренного сустава;

несколько раз в день, например, перед кормлением грудью, необходимо открывать стопу, поглаживать лопатку, область вокруг бедер, свободно сгибать и разгибать суставы.

Левая нога, согнутая правой рукой, должна быть повернута по часовой стрелке, правая нога левой рукой против часовой стрелки, обе ноги на одном уровне, а затем также вращаться в тазобедренном суставе. Количество вращений зависит от состояния ребенка, которое нельзя сделать принудительно.

ОНДҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	П -38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская травматология и ортопедия».	Стр. 32 из 51

4. иллюстративный материал:

30 слайдовых презентаций

5. литература: основная и дополнительная

На казахском языке:

Основные:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : Учебник / Под ред. А. А. прп. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138 Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Общая хирургия [Электронный ресурс]: Учебник / В. К. Гостищев ; казахский язык. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон.текстовые дан. (141 Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Турсунов К. хирургические гнойные воспалительные заболевания у детей: учебник. - Алматы 2011
4. Турсунов к. детская хирургия: учебник. - Алматы 2011

На русском языке:

Основные:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон.текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон.текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. -Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Приложение:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронные ресурсы:

Детская хирургия [Электронный ресурс]: учебник / ред. прп. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138 Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

6. контрольные вопросы (обратная связь)

1.врожденное вывихяичка. Клиника. План исследования. Принципы лечения.

Диспансеризация. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение клиническими протоколами.

Лекция №10

1. Тема: мускулистая кривая шея. Обезьяна. Майтабан. Пороки развития пальцев и рук

2. Цель мускулистая изогнутая шея. Обезьяна. Майтабан. Освоение алгоритмов диагностики, клинического течения, дифференциальной диагностики при заболеваниях пороков развития пальцев и рук.

3. тезисы лекций:

Изогнутая подошва. Искривленная подошва является распространенным пороком развития. Основной клинический признак-эквинус, супинация и аддукция, со временем, когда ребенок начинает ходить, определяется дополнительный признак-большеберцовая торсия.

Патогенез искривленной стопы объясняется врожденным мышечным дисбалансом между сгибателем-супинатором и разгибателем-пронатором.

Лечебные мероприятия должны начинаться в младенчестве и быть направлены на одновременное удаление всех компонентов искривленной стопы. Для устранения деформации в младенческом периоде в лечебных целях применяется наложение повязки по методу финка-Эттингера. С конца накладываются ступенчатые гипсовые повязки. Консервативное лечение применяется до 1 года. Если искривленная стопа не лечится консервативным методом, она переходит к операционному методу и ортопедическому лечению.

Изогнутая шея. Основным признаком изогнутой шеи является деформация шеи и неправильное положение головы.

Фиброзное изменение мышцы, изнашивающей голову, приводит к укорочению мышцы и наклону и повороту головы в пораженную сторону.

Консервативное лечение-местное: регрессирующие упражнения, массаж мышц шеи, физиотерапевтические процедуры, коррекционная функциональная иммобилизация и т. д. Лечение с 2 лет ребенка позволяет восстановить форму и функцию пораженной мышцы у 74-85% больных.

При несвоевременном адекватном лечении у ребенка в возрасте 3 лет появляются вторичные изменения, связанные с патологическим наклоном и увеличением поворота головы: асимметрия и гемигипоплазия лицевых костей, функциональный сколиоз в грудных отделах позвоночного столба.

Майтабан

Подошва относится к опорно-двигательному органу и наиболее сильно нагруженной части опорно-двигательного аппарата. В зависимости от особенностей строения здоровая стопа может нести до 70% различных нагрузок. Подошва выполняет поддерживающую функцию, которая в равной степени передает силу суставам ног и всему телу при ходьбе и беге. Майтабан со временем нарушает осанку, приводит к деформации костей стопы и заболеваниям позвоночника (остеохондрозу, сколиозу, артрозу стопы).

Основные причины майтабана:

- низкая физическая активность;
- избыточный вес, ожирение;
- дефицит кальция и витаминов D;
- при таких заболеваниях, как рахит, полиомиелит, БЦСА (ДЦП) и при травмах, например, при переломах стопы и голеностопного сустава;
- неправильно подобранная обувь, высокий каблук;
- беременность.

Если ребенок быстро устает и хромает при ходьбе, прижимает ногу к внутренней или внешней стороне стопы, а обувь прижимается к одной стороне, жалуется на боли в ногах и

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	П -38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская травматология и ортопедия».	Стр. 34 из 51

пояснице, сгибается - необходимо немедленно обратиться к врачу-ортопеду, так как это может стать началом болезни.

4. иллюстративный материал:

46 слайд-презентация

5. литература: основная и дополнительная

На казахском языке:

Основные:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : Учебник / Под ред. А. А. прп. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138 Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Общая хирургия [Электронный ресурс]: Учебник / В. К. Гостищев ; казахский язык. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон.текстовые дан. (141 Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Турсунов К. хирургические гнойные воспалительные заболевания у детей: учебник. - Алматы 2011
4. Турсунов к. детская хирургия: учебник. - Алматы 2011

На русском языке:

Основные:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон.текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон.текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. -Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Приложение:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронные ресурсы:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс]: учебник / ред. прп. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138 Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

6. контрольные вопросы (обратная связь)

1. мускулистая изогнутая шея. особенности. заболевания у новорожденных.
3. обезьяна. Майтабан. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение клиническими протоколами.
4. пороки развития пальцев и рук.Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение клиническими протоколами

ОНДҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ АҚ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	П -38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская травматология и ортопедия».	Стр. 35 из 51

Лекция № 11

1. Тема: деформации грудной клетки. Патологические типы личности. Сколиоз.

2. Цель. Деформации грудной клетки. Патологические типы личности. Сколиоз. освоение алгоритмов диагностики, клинического течения, дифференциальной диагностики.

3. тезисы лекций:

Деформации грудной клетки. Патологические типы личности. Сколиоз.

Деформацией грудной клетки называют изменение типа грудной клетки-опорно-двигательного аппарата верхней области, защищающего внутренние органы. Если у ребенка деформация, то нарушаются функции сердца, легких и других органов.

Что вызывает деформацию груди?

Существует 2 типа этой аномалии: врожденная и приобретенная. Врожденная деформация грудной клетки возникает при нарушении развития внутренних органов плода. Деформация относится к киленскому, плоскому и воронкообразному типу.

Первый характеризуется воспалением ребенка, прикрепленным к правым углам ребер. В этом случае грудь имеет тип киля.

При воронкообразной деформации почки казального хряща и передние стенки жестяные. В зависимости от степени глубины различают 4 степени: I степень - до 2 см, II степень - 4 см, III степень - 4 см, IV степень - до 6 см.

Уменьшает размер груди при плоской деформации. При таких изменениях не происходит ухудшения работы сердца и легких.

Изучение причин врожденной деформации не дает четкого представления о том, как была создана настоящая патологическая патология. Врачи утверждают, что он играет важную роль в различных тератогенных факторах. Если это заболевание встречается у родственников, можно говорить о генетической наследственности.

Что касается приобретенной деформации груди у детей, то наиболее частыми причинами являются заболевания (рахит, туберкулез костей, сколиоз, заболевания легких), ожоги желудка и травмы. Эта деформация делится на 4 типа: эмфизема, паралич, навикулы и косоглазие.

Как избавиться от деформации груди?

Выявление деформации грудной железы, как лечить этот дефект-это прерогатива ортопеда. Килективная деформация грудной клетки не приводит к нарушению функции внутренних органов, лечение обычно не требуется. Единственное, дети с такой патологией подвержены острой усталости, диспнии. Но это желание-плазменная хирургия-торакопластика.

Лечение воронкообразной деформации зависит от степени разрыва грудной клетки. На уровне 1 и 2 изменения считаются косметическим дефектом, поэтому показано консервативное лечение. При этом при деформации грудной клетки назначают специальные лечебные упражнения для подавления прогрессирующего течения заболевания. Ребенку с такой патологией полезно заниматься спортом - например, баскетболом, волейболом, греблей, теннисом и плаванием. Упражнения при деформации груди не исправляют дефекты, а замедляют их развитие. Особое внимание уделяется упражнениям на грудь (отжимания, разводка гантелей, пауза), так как мышцы помогают скрыть эту деформацию. Также полезны периодические курсы лечебного массажа.

Если, несмотря на занятия спортом и ЛФК, деформация груди у детей имеет прогрессирующий характер, лечение заболевания сводится к хирургическому вмешательству.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ АҚ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	П -38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская травматология и ортопедия».	Стр. 36 из 51

Как правило, операция проводится при младшем пациенте 6-7 лет. Формирование дефекта в этом возрасте приостановлено. Популярен метод, при котором мусор создается в кисти и вставляется магнитная пластина. Снаружи на грудь надевается пояс с магнитной пластиной. Из-за притяжения магнитов ямочная деформация исправляется в течение 2 лет.

Сколиоз (древнегреческий: сколиός, лат. scoliosis-изогнутый, наклонный) - искривление позвоночника в одну сторону. Существуют как врожденные, так и приобретенные формы сколиоза. Сколиоз, вызванный рождением омыртқа, вызван неправильным развитием позвоночника, ребер и лопаток тәс сүйегінің, а также грудины по разным причинам. Этот тип сколиоза наблюдается у некоторых детей после рождения ребенка или при первом шаге, когда симптомы заболевания проявляются в возрасте 5-6 или 12-14 лет. Рахитический, статический, в зависимости от причины приобретенного сколиоза статик, неврогенный привычный (идиопатический.) будут типы. Рахитический сколиоз встречается в основном у детей, страдающих рахитом. Причина, по которой кости таких детей размягчаются, заключается в том, что они рано садятся и лежат в мягкой постели. Статический сколиоз развивается из-за неравномерности силы, действующей на позвоночник. (например, скрипачи, портные и т. д.). Неврогенный сколиоз встречается у детей с полиэмиелитом. Привычный сколиоз вызван аномальным развитием спины, лопаток, мышц. Омыртқа Слабые мышцы, расположенные вдоль позвоночника, приводят к постепенному наклону позвоночника в одну сторону из-за различных сил, приложенных к груди. Это чаще встречается у детей школьного возраста. Также различают фрагментарный (искривление только одного отдела позвоночника) сколиоз; цельный (полное искривление позвоночника); по внешнему виду: односторонний и S-образный. Перед лечением сколиоза тщательно учитываются тип сколиоза и степень искривления позвоночника; возраст больного человека и его сопутствующие заболевания; срок постановки диагноза и др. Лечение: по консервативному методу- арка, жауырын тұсындағы укрепление мышц спины, лопатки с помощью специальной гимнастики, массажа, медикаментов, различных корсеттердің корсетов; хирургиялық по хирургическому методу-проведение операции по фиксации позвоночника в одном положении с применением ауто-гомотрансплантатов в случае, если консервативное лечение не помогло

4. иллюстративный материал:

40 слайдовых презентаций

5. литература: основная и дополнительная

На казахском языке:

Основные:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : Учебник / Под ред. А. А. прп. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138 Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Общая хирургия [Электронный ресурс]: Учебник / В. К. Гостищев ; казахский язык. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон.текстовые дан. (141 Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Турсунов К. хирургические гнойные воспалительные заболевания у детей: учебник. - Алматы 2011
4. Турсунов к. детская хирургия: учебник. - Алматы 2011

На русском языке:

Основные:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон.текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ АК «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	П -38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская травматология и ортопедия».	Стр. 37 из 51

2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон.текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. -Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Приложение:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронные ресурсы:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс]: учебник / ред. прп. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138 Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

6. контрольные вопросы (обратная связь)

1. **Что такое Сколиоз? Клиническая картина острого гематогенного остеомиелита.**
2. деформации грудной клетки.Патологические типы личности **клиническая молочница.**

Диагностика.

Лекция № 12

1. **Тема:** остеохондропатии у детей.Лег-Кальве-Пертес, Осгудт-Шлятер ауруы. Болезнь Келлера 1,2
2. **Цель:** остеохондропатии у детей.Лег-Кальве-Пертес, Осгудт-Шлятер ауруы. Болезнь Келлера 1,2 этиопатогенез, классификация, клиника, особенности детей разного возраста, программа обследования, принципы лечения, диспансерное наблюдение. Диагностика, диф диагностика и лечение в соответствии с клиническими протоколами.

3. Тезисы лекций:

Болезнь Легга-Кальве-Пертеса возникает в детском возрасте и характеризуется поражением головки бедренной кости (тазобедренного сустава) и средней части голени (тазобедренного сустава). Болезнь Легга-Кальве-Пертеса возникает при временном нарушении кровообращения в начале ортана. При нарушении кровотока происходит разрушение тканей, что может привести к перелому и плохому заживлению головки бедренной кости. Для того чтобы голова медиана оставалась в области сустава, врачи применяют различные методы лечения. Симптомы хромота боль или неподвижность в области бедра, паха или колена ограничение диапазона движений тазобедренного сустава болезнь Легга-Кальве-Пертеса обычно поражает только одно бедро. У некоторых детей оба бедра могут быть повреждены, но это происходит в разное время. Когда обратиться к врачу если ребенок хромает или жалуется на боль в бедре, паху или колене, необходимо обратиться к врачу. Если у ребенка озноб или он не может встать на ноги, немедленно обратитесь за медицинской помощью.

Болезнь Легга-Кальве-Пертеса возникает при ограничении кровообращения в начале ортана. При несоответствии кровоснабжения кость хрупкая и легко ломается. Такие переломы плохо заживают. Причина временного снижения кровообращения в начале срединной грыжи неизвестна. Факторы риска возникновения заболевания: возраст. Болезнь Легга-Кальве-Пертеса может возникнуть в любом возрасте, но чаще встречается у детей в возрасте от 4 до 8 лет. Пол ребенка. Болезнь Легга-Кальве-Пертеса в пять раз чаще встречается у мальчиков, чем у девочек. Раса. Белые дети более подвержены развитию этого заболевания, чем другие расы. Семейный анамнез. В небольшом количестве случаев заболевание может встречаться у членов одной семьи. Дети с болезнью Легга-Кальве-Пертеса подвергаются повышенному риску развития артрита во взрослом возрасте, особенно если их яички не заживают нормально. Если тазовые кости не соединяются должным образом после заживления, это может привести к преждевременному износу тазобедренного сустава. На дне может потребоваться эндопротезирование яичка таких пациентов. Дети, у которых болезнь Легга-Кальве-Пертеса диагностируется после 6 лет, более склонны к развитию проблем с тазовым предложанием. Чем моложе ребенок, тем выше вероятность восстановления функции яичка. Вы можете сначала пожаловаться на педиатра по поводу болезни. Впервые заметив и осмотрев заболевание, ребенка направят к врачу (педиатру - ортопеду), специализирующемуся на проблемах с костями детей. Что может сделать пациент перед обращением к врачу необходимо ответить на следующие вопросы: когда появились симптомы заболевания? Боль усиливается, когда вы меняете положение или двигаете ногой? Были ли у родственников ребенка такие симптомы в детстве? Есть ли у ребенка другие заболевания? Какие лекарства или пищевые добавки ребенок принимает регулярно? Чего ожидать от посещения врача врач задаст следующие несколько вопросов: на что жалуется ребенок? Усилились ли эти симптомы в последнее время? Замечаете ли вы временное улучшение симптомов болезни? Какова активность ребенка? Может ли ребенок ассоциировать боль в бедре с травмой? Если есть боль, где она ощущается больше всего? Усиливается ли боль при движении? Дискомфорт облегчается, если не двигаться? Во время медицинского осмотра врач двигает ногами ребенка в разных направлениях, что необходимо для того, чтобы проверить диапазон движений и узнать, в каком положении стопы возникает боль. Наглядные методы обследования к наиболее важным методам обследования болезни Легга-Кальве-Пертеса относятся: Рентген. Первоначально никаких изменений на рентгеновском снимке не наблюдается, так как при болезни Легга-Кальве-Пертеса должно пройти не менее 1-2 месяцев после появления симптомов заболевания, чтобы на рентгеновском снимке было видно повреждение кости. Ваш врач может порекомендовать делать серию рентгеновских снимков в течение определенного периода времени. Благодаря этому врач может следить за прогрессированием заболевания. Магнитно-резонансная томография (МРТ). Во время этого обследования используются радиоволны и сильное магнитное поле для получения полной визуализации костей и мягких тканей организма. МРТ более четко показывает повреждение костей, вызванное болезнью Легга-Кальве-Пертеса, по сравнению с рентгеновскими снимками. Остеосцинтиграфия. Для этого обследования небольшой объем радиоактивного вещества вводят в Вену (Вену). Это вещество накапливается в тех моментах, когда кость разрушается и начинает восстанавливаться самостоятельно. По мере обострения болезни Легга-Кальве-Пертеса головка средней челюсти становится хрупкой и может потерять свою округлую форму. Цель лечения-по возможности сохранить округлую форму. Хирургическое лечение не рекомендуется детям до 6 лет. В связи с их интенсивным ростом учитывается возможность самовосстановления повреждений головки медиальной грыжи, возникших

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ АҚ 	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	П -38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская травматология и ортопедия».	Стр. 39 из 51

вследствие болезни Легга-Кальве-Пертеса. Большинство пациентов в этой возрастной группе лечатся консервативно. Лечение если ребенок младше 6-7 лет, врач рекомендует наблюдение и симптоматическое лечение с помощью растяжки, ограничение бега и прыжков и, при необходимости, прием лекарств. К другим методам консервативного лечения относятся: Физио-лечение. При повреждении плечевой кости мышцы и связки вокруг нее могут укорочиться. Упражнения на растяжку помогают сохранить гибкость, а также положение головки средней мышцы в полости сустава. Костили. В некоторых случаях ребенку нужно будет не прикладывать усилий к пораженной ноге. Использование костилий помогает защитить сустав. Тяни и растягивай. Если у ребенка сильная боль, ему поможет постельный режим и растяжка пораженной ноги с помощью специального инструмента. Функциональная шина. Чтобы головка средней конечности находилась внутри сустава, врач может порекомендовать носить специальную функциональную шину в течение 4-6 недель, включая фиксацию в случае расхождения двух ног. После этого эту шину можно использовать только в ночное время, чтобы поддерживать гибкость бедер. Оперативное лечение большинство ортопедических методов лечения болезни Легга-Кальве-Пертеса направлено на улучшение формы тазобедренного сустава и предотвращение развития артрита. Устранение столбняка. Дети с болезнью Легга-Кальве-Пертеса часто скрещивают ноги. Это может привести к укорочению близлежащих мышц, сухожилий и появлению столбняка. Хирургическое лечение удлинения этих тканей может помочь облегчить симптомы заболевания. Реконструкция сустава. Для восстановления нормальной формы тазобедренного сустава у детей старше 6-8 лет проводится реконструктивная операция на суставе. Для этого в области таза делается хирургический разрез. Кости удерживаются пластиной до тех пор, пока кости не закончатся. Удаление переломов кости. У детей старшего возраста боль и ограничение движений могут быть связаны с повреждением хряща сустава и накоплением переломов костей вокруг сустава. Для облегчения симптомов заболевания в ходе оперативного лечения удаляются переломы костей и части хрящевой ткани. Замена сустава. Пациентам с болезнью Легга-Кальве-Пертеса В зрелом возрасте может потребоваться замена тазобедренного сустава. Эта операция более серьезна и может сопровождаться риском переломов костей и повреждения нервов. Рекомендации по уходу на дому, чтобы уменьшить боль и предотвратить повреждение сустава: изменение активности. Ребенок должен находиться вдали от больших физических нагрузок, таких как бег или прыжки, так как это может способствовать повреждению ослабленной кости и ухудшению симптомов заболевания. Обезболивающие. Лекарственные препараты, такие как Ацетаминофен, могут помочь облегчить боль. Нельзя давать ребенку аспирин, так как это может спровоцировать появление редкого, серьезного заболевания, которое называется Рейе. Тепло или холодное прессование. Тепло или лед могут помочь облегчить боль в бедре, связанную с болезнью Легга-Кальве-Пертеса. Жаропонижающее перед упражнениями на растяжку помогает расслабить мышцы.

4.Иллюстрациялық материал:

40 Слайды

4. литература: основная и дополнительная

На казахском языке:

Основная:

- 1.Балалархирургиясы [Электронный ресурс] : окулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Жалпы хирургия [Электронный ресурс] : окулық / В. К. Гостищев ; қазақ тіл. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон.текстовые дан. (141Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	П -38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская травматология и ортопедия».	Стр. 40 из 51

3. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық ірінді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011
4. Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

На русском языке:

Основная:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон.текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Герасыкина. - Электрон.текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. -Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Дополнительная

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронные ресурсы:

2. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

6.вопросы.

1. Балалардағы остеохондропатиялар. дегеніміз не?
2. . Лег-Кальве-Пертес, Осгудт-Шлятер ауруы. Келлер 1,2 ауруы диф диагностикасы, клиники емдеу тактикасы.