

Қарағанды мемлекеттік медицина университеті

кафедра: Балалар хирургиясы

Кафедра меңгерушісі: профессор Марденов А.Б.

СӨЖ

Тақырыбы: Тік ішектің және анустың атрезиясы..

Орындаған: Кусаинова Т
509 топ, Емдеу ісі

Тексерген: Аманов С.Ж.

Қарағанды-2010

Жоспар

I.Кіріспе

II.Негізгі бөлім

1. Классификациясы
2. Этиопатогенезі
3. Клиникасы
4. Диагностикасы
5. Емі

III.Қорытынды

IV.Пайдаланылған әдебиеттер

Анрезия – ең жиі кездесетін аноректальдық кемістіктердің бірі. Барлық аноректальдық кемістіктердің 75 – 80 % -ін анрезиялар құрайды. (И.К.Мурашова-1957, А.М.Аминев-1965, А.И.Ленюшин-1970, И.В.Ситковский-1972 және т.б.)

Анустың анрезиясы (перфорацияланбаған анус) ежелден бері белгілі. Ең алғаш Атиссат 1835ж. тік ішектің қабырғасын теріге тігіп, ең алғаш анопластика жасады. Стеффенс 1953ж. пуборектальды түйінді (петля) сақтап қалу үшін операцияны сакральды жетумен жасауды ұсынды. Артқы сагитальды жету 1982 жылы жазылып, Ян операциясы деген атпен белгілі. Анустың анрезиясы 1:4000 - 5000 нәрестелерде кездеседі. Стеффенс, Смит и басқалар 1984 жылы Мельбурндегі балалар хирургтерінің конгрессінде аноректальды кемістіктерді пуборектальды түйінге байланысты жоғарғы, аралық, төменгі және сирек (клоака) деп ажырату енгізілді.

Этиопатогенезі:

Стефанстың көзқарасы бойынша аноректальдық кемістіктер клоакалық мембрананың жетілмеуінен немесе ұрықта оның дұрыс бөлінбеуінен болады. Бұл кемістіктердің себептері әлі күнге дейін белгісіз.

Ұрықтық даму кезінде көптеген зиянды агенттердің әсерінен мүшенің зақымдалуы пайда болады. Егер іште жатқан нәрестеде қалыпты процесстер бұзылса, әртүрлі кемістіктер дамиды. Анальды мембрана жетілмесе, тік ішек тесігінің атрезиясы, кейде соқыр ішектің энтодермальдық қалдығы жетілмей, артқы тесіктің қақпақшасына жақындамай, клоакалық мембрана қалып қалса, тік ішек атрезиясы дамиды.

Г.А.Баиров классификациясы (1977 жылы)

- қарапайым төменгі (транслеваторлық) және жоғарғы (супралеваторлық)
- жыланкөзбен атрезия төменгі (транслеваторлық) және жоғарғы (супралеваторлық)
- артқы тесіктің, тік ішектің немесе екеуінің тарылуы
- қуықтық және вагинальдық клоака

Жалпы аноректальдық кемістіктердің классификациясы:

А.И.Ленюшкин бойынша (1973 жыл)

1. Атрезиялар:

А) Жыланкөзсіз

- а. анальдық тесіктің және тік ішектің атрезиясы
- б. анальдық тесіктің атрезиясы
- в. анальдық тесіктің бүркеніп тұруы
- г. тік ішек атрезиясы қалыпты анальдық тесікпен

Б) Жыланкөзбен

- а. қыздардың жыныс мүшелеріне (жатыр, қынапқа, қынап аузына)
- б. ұлдардың зәр шығару жолдарына (қуық, үрпі)
- в. шапқа (ұмаға және ұрық мүшесіне)

В) Казустика (туа біткен клоака, тік ішектің қосарлануы)

2. Тік ішектің туа біткен тарылуы

- а. артқы тесік пен тік ішектің
- б. артқы тесіктің
- в. тік ішектің

3. Қалыпты артқы тесіктің жыланкөзбен қатарласуы

- а. қыздардың жыныс жолдарына (жатыр, қынап, қынап аузына)
- б. ұлдардың зәр жолдарына (қуық, үрпі)
- в. шапқа

4. Артқы тесіктің эктопиясы

- а. шаптық (қыздарда, ұлдарда)
- б. вестибулярлық

5. Радикальды операциядан кейінгі, қайтадан операцияны қажет ететін жағдай.

Клиникасы: баланың жалпы жағдайы алғашқы сағаттарда қанағаттанарлық. 10-12 сағаттан кейін бала мазасызданады (ұйықтамайды, күшенеді). Тоңғақ шықпайды. Егер оған медицина қызметкерлері көңіл аудармаса, бала 2-нші тәулікте құса бастайды. Іші қампияды, құсық өтпен немесе ішек сұйықтығымен болады. Яғни, ішек өтімсіздігі белгілері дамиды (эксикоз, токсикоз).

Анальды тесіктің және тік ішектің төменгі (подлеваторный, транслеваторлық) атрезиясында артқы тесік орналасқан жерде кішкентай шұңқыр (углубление), кейде терілік валик болады, оның айналасында радиальды орналасқан қатпарлар анықталады (бұл сыртқы сфинктердің жақсы дамығандығын көрсетеді). Кейде анальды тесік орналасқан жердің терісі жұқа перде сияқты жұқарады. Ал перденің ар жағында тоңғақ (меконий) көрініп тұрады. Жиі жағдайда атрезияланған ішек шап терісінен 0,5 – 1 см аралықта орналасады. Ол кезде бала жылағанда «түрткі» немесе артқы тесік аймағында томпаю байқалады.

Анальды тесіктің және тік ішектің жоғарғы (надлеваторный, супралевакторлық) атрезиясында «түрткі симптомы» теріс болады. Шапты саусақпен басқанда баллотирлену сезімі болмайды. Бұл төменгі атрезиясы бар нәрестелерде анықталады.

Атрезияның деңгейін анықтауда Вангенстин мен Рик (1930ж) ұсынған арнайы рентгенологиялық зерттеуді қолданады. Зерттеуге дейін, анальды тесіктің орналасатын жеріне рентген контрастты затты (қорғасын) пластырьмен бекітіп қояды. Сосын, баланың басын төмен қаратып, құрсақ қуысы мен жамбастың рентгенограммасын (артқыалдыңғы және бүйір проекцияда) жасайды. Одан кейін тұйық газ деңгейі мен контрастты зат арасындағы ара қашықтықты өлшейміз. Бірақ, бұл әдіс тек нәресте туылған соң (18-20 сағ. өткен соң) нәтиже беретіндігі есте болуы керек.

Жыланкөзді атрезияларда жиі жыланкөз қыздардың жыныс мүшелеріне, ұлдарда зәр жолдарына, сирек шап аймағына ашылады. Жыныс мүшелерінің жыланкөзі тек қыздарда байқалады. Клиникалық белгісі жыланкөздің орналасуына, диаметріне, ұзындығына байланысты болады. Атрезияның ректовагинальдық жыланкөзінде оның аузы қынапта ашылады. Тік ішек атрезиясының ректовестибулярлық жыланкөзінде қынаптың алдыңғы ауызына ашылады. Атрезияның бұл түрі жиі іш қатуға әкелуімен және созылмалы нәжіс интоксикациясымен сипатталады. Диагноз қою үшін жыланкөзге зонд жіберіліп, оның тереңдігі мен бағыты анықталады. Сонымен қатар, фистулографияда да жасалады.

Ұлдарда атрезия жыланкөздері тек зәр шығару мүшелерінде кездеседі. Әдетте, жыланкөз үрпіге ашылады, сирек қуыққа. Бұл кезде баланың зәрі бұзылып, нәжіс араласады. Диагноз қоюда уретроцистография және зәр талдамасы көп көмек көрсетеді. Сыртқы шап жыланкөзі қыз және ұл балаларда бірдей кездеседі.

Артқы тесіктің қалыпты орналасып жыланкөзбен қатарласуы анальдық мембрананың толық жабылмауынан болады. Клиникалық белгілері жыланкөздің орналасуына байланысты. Ректовагинальдық және ректовестибулярлы жыланкөздерде нәжістің тік ішек арқылы қалыпты шығуымен қатар, қынап тесігі арқылы да нәжіс пен газдың шығуы байқалады. Сонымен қатар, қынаптың шырышты қабатының қабынуы (қызаруы) байқалады. Жыланкөз ауызы қынаптың алдыңғы жағына немесе қынаптың ішіне ашылады.

Ректовезикальдық (тік ішек-қуық) және ректоуретральдық (тік ішек-үрпі) жыланкөздері анальдық тесіктің қалыпты орналасуымен қосарлануы сирек кездеседі. Ол кезде зәрде нәжіс байқалады. Жиірек параректальдық жыланкөздер кездеседі. Диагноз қоюда фистулография және зонд жіберудің маңызы зор.

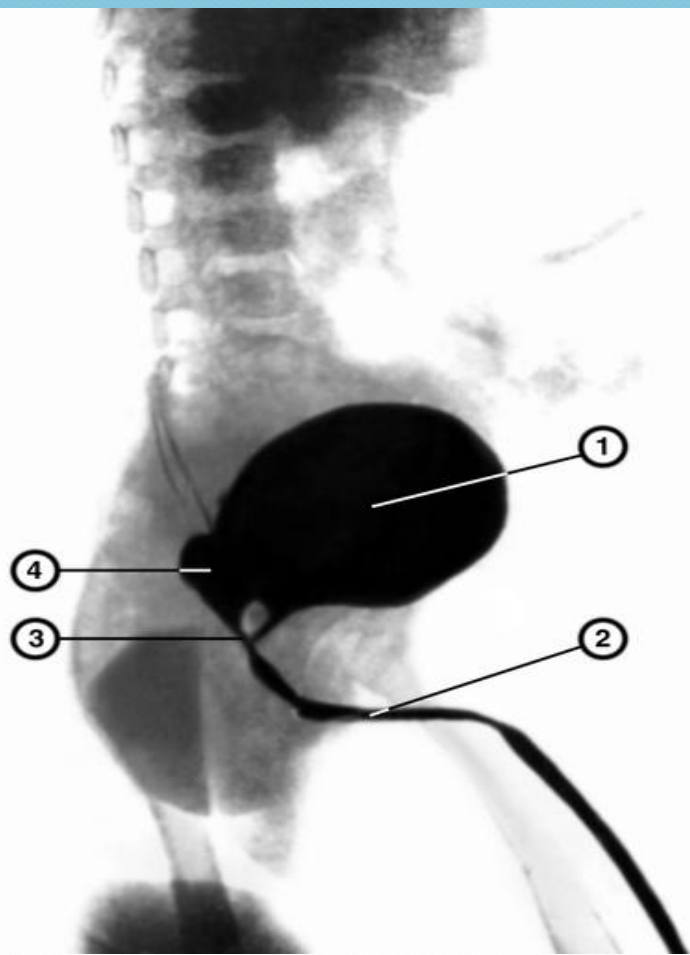
атрезиясы



Атрезия ануса (Imperforate anal canal)
с вестибулярно-прямокишечным
(каловым) свищем



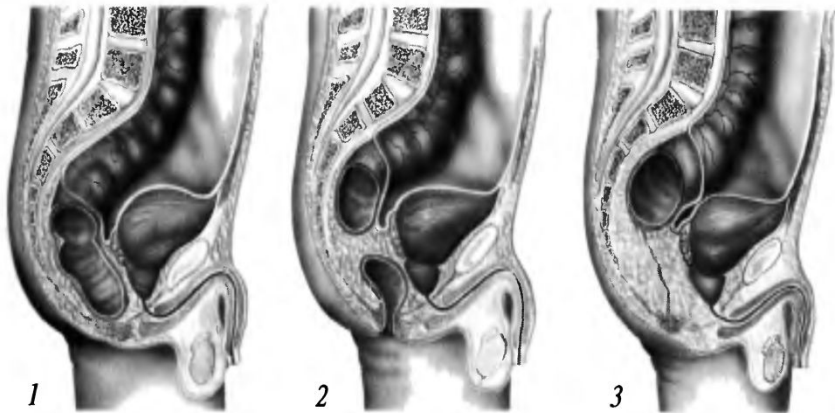




Ректоуретральды
жыланкөздегі
уретроцистограмма
1 — қуық; 2 — үрпі
(уретра); 3 — жыланкөз;
4 — тік ішек.



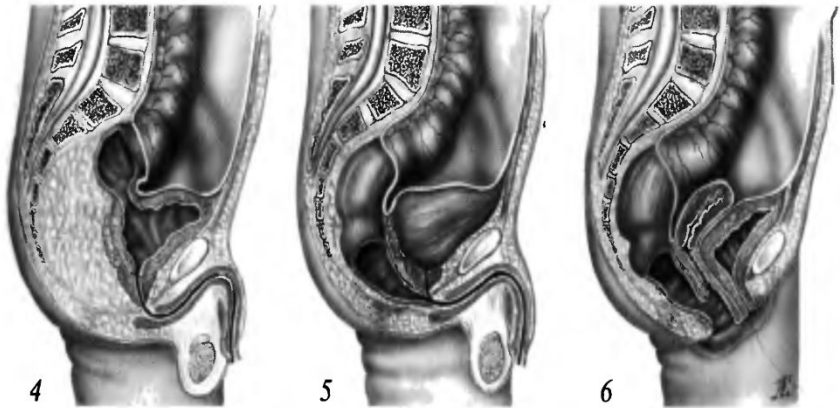
Ректовагинальный свищ: зонд,
введенный через нормально
сформированное анальное
отверстие, выходит наружу через
свищ в преддверии влагалища.



1

2

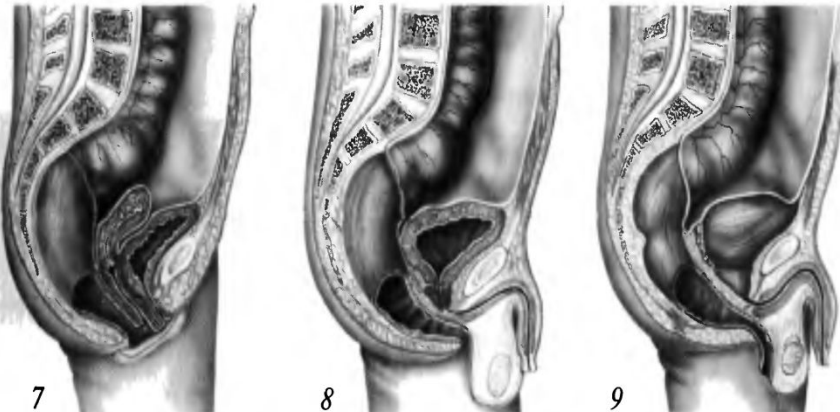
3



4

5

6



7

8

9

Жи кездесетін аноректальдық кемшіліктер

- 1– артқы тесіктің атрезиясы
- 2– тік ішектің атрезиясы
- 3– артқы тесіктің және тік ішектің атрезиясы
- 4– тік ішектің атрезиясы (қуық жыланкөзі)
- 5– тік ішектің атрезиясы (үрпі жыланкөзі)
- 6– тік ішектің атрезиясы (қынап жыланкөзі)
- 7– тік ішектің атрезиясы (қынаптың кіреберісіне жыланкөз)
- 8– тік ішектің атрезиясы (шап терісіне жыланкөз)
- 9– тік ішектің атрезиясы (еннің терісіне жыланкөз)



Артқы тесіктің төменгі атрезиясы. Вангенстин б/ша R-гр.



Артқы тесіктің жоғарғы атрезиясы. Вангенстин б/ша R-гр.



Рис. 5-47. Свищ в половую систему у девочки.



Рис. 5-48. Атрезия ануса со свищом в области ануса.



Рис. 5-49. Атрезия ануса со свищом в области передней части сфинктера.



Рис. 5-50. Атрезия ануса, расщепление мошонки, гипоспадия, ректопромежностный свищ.

Емдеу әдістері: артқы тесіктің және тік ішектің атрезиясында тек операциялық ем қолданылады. Операцияны туғаннан кейін алғашқы сағаттарда немесе кейінірек жасауға болады. Перзентхана педиатры тік ішек атрезиясымен туған нәрестені тезірек хирургиялық бөлімге жіберу керек. Негізгі тактикалық іс – операция мерзімін анықтау.

Жаңа туған нәрестелерге алғашқы сағаттарда операция жедел түрде тек тік ішек және анальдық атрезияның қарапайым түрлеріне жасалады.

Егер нәрестенің жалпы жағдайы өте ауыр болса, басқа ауыр кемшіліктермен қатарласа келсе, науқас хирургиялық бөлімге кешігіп түссе, хирург проктологиялық операциялар жасай алмағанда, алдымен колостома салынады.

Дети же с полными атрезиями после перевода их в хирургический стационар дообследуются и срочно оперируются. При низких атрезиях им может быть произведена промежностная проктопластика, а всем остальным накладывается колостома. Превентивная колостома перед промежностной или сакро-промежностной проктопластикой накладывается и детям со свищевыми формами атрезии прямой кишки. Она должна быть наложена на сигмовидной кишке в связи с хорошей ее подвижностью и рядом других преимуществ. Недостатки использования восходящей и поперечной ободочной кишки - исключение из пищеварения почти всей толстой кишки, затруднение опорожнения выключенной кишки с образованием в ней каловых камней, опасность инфицирования мочевых путей при наличии свища, а также интоксикация вследствие всасывания поступающей в кишечник мочи.

Наложение пристеночной стомы не обеспечивает полной эвакуации кишечного содержимого и чревато рубцовым сужением самой стомы. Совершенно неприемлема при аноректальных атрезиях одноствольная колостома на любом уровне кишки.

Лучший вариант - создание двухствольной отдельной сигмостомы на высоте 8-10 см от уровня переходной складки брюшины. Это дает возможность . сохранить дистальный отрезок толстой кишки для демукозаци и образования серозно-мышечного футляра и произвести экономную резекцию кишки, несущей стому, при брюшно-промежностной проктопластике. При операции Пена этой длины кишки достаточно для низведения ее на промежность без натяжения. Оба конца кишки выводим в левой подвздошной области: дистальный - в нижний угол операционной раны, проксимальный — на 1,5-2 см выше верхнего ее края. Это позволяет пользоваться калоприемниками, а закрытие колостомой производить одним разрезом с хорошим косметическим результатом.

Оптимальным сроком для радикальной операции следует считать возраст 1 год. Аргументы в пользу выполнения операции в более раннем возрасте, по нашему мнению, мало убедительны. Дети такого возраста хуже переносят операционную травму, а технически выполнить вмешательство сложнее, что сказывается на функциональных результатах. В то же время откладывать оперативное вмешательство позже 1 года также нецелесообразно, так как изменяется топография тазового дна, атрофируется длительно бездействующий наружный сфинктер и труднее вырабатывается ректоанальный рефлекс.

Что касается способа радикальной операции, то при низких и промежуточных формах атрезии в последние годы отдается предпочтение сакропро-межностной проктопластике по Пену. Эта операция имеет несомненные преимущества перед другими вмешательствами своей физиологичностью и меньшей травматичностью. При высоких атрезиях показана брюшно-сакро-промежностная проктопластика.

Одна из главных проблем в хирургии аноректальных пороков - реабилитация оперированных больных. Нормальный акт дефекации обусловлен сложным нервно-рефлекторным взаимодействием различных групп мышц, главным образом, сфинктеров прямой кишки. Между тем, высокая аноректальная атрезия, как правило, сочетается с гипоплазией копчика, врожденной неполноценностью сфинктерного аппарата: отсутствуют лонно-копчиковые мышцы, лонно-прямокишечная мышца недоразвита и смещена кпереди, наружный сфинктер гипоплазирован, а внутренний вообще отсутствует. Это все предопределяет расстройства дефекации.

Функция вновь сформированной прямой кишки зависит во многом и от того, насколько правильно с точки зрения топографии лонно-прямокишечной мышцы и наружного сфинктера низведена на промежность толстая кишка. Добиться хорошей функции сфинктеров удастся не всегда, особенно при сочетанных аномалиях дистального отдела позвоночника. Особая сложность возникает при повторных реконструктивно-восстановительных операциях, когда в результате предыдущих оперативных вмешательств и гнойных осложнений развивается тяжелый рубцовый процесс, значительно изменяющий топографию промежности и таза. При этом наиболее страдает наружный сфинктер, восстановить функцию которого часто не удается. Что касается возмещения функции отсутствующего или разрушенного внутреннего сфинктера прямой кишки, то ни один из широко известных способов проктопластики не предусматривает этой цели. Между тем этот сфинктер играет ведущую роль в дефекации и произвольном удержании кала.

Послеоперационное ведение

- Ребёнка помещают в обогреваемый кювез в положении на спине. Ноги разводят, сгибают в коленных суставах и подтягивают к животу, фиксируя повязкой в положении разведения. Такое положение сохраняют в течение 5–10 дней
- Туалет промежности проводят несколько раз в день, после каждого физиологического отправления
 - Катетер из мочевого пузыря удаляют на 2 день, а если у ребёнка была уретральная фистула, катетер оставляют на 3–5 дней
 - Швы в области созданного заднего прохода снимают на 10–12 дни
- Кормление ребёнка после промежностной проктопластики назначают с первого дня по обычной возрастной схеме, а после брюшно-промежностной проктопластики назначают парентеральное питание; к 8 сут больной начинает получать обычное для его возраста питание
- Назначение антибиотиков, физиотерапии
- Для профилактики сужения заднего прохода или его устранения проводят бужирование (начинают с 15–20 дня, продолжают в течение 3–4 мес, а при необходимости и дольше).

Прогноз. Без оперативного вмешательства больной погибает спустя 4–6 дней после рождения.