



Медицина факультеті

СӨЖ: Туа пайда болған пилоростеноз

Тобы:ЖМ-220

**Орындаған: Мирзахожеева З.Т
Қабылдаған: Сейдинов Ш.М**

Жоспар

I.Кіріспе

II.Негізгі бөлім

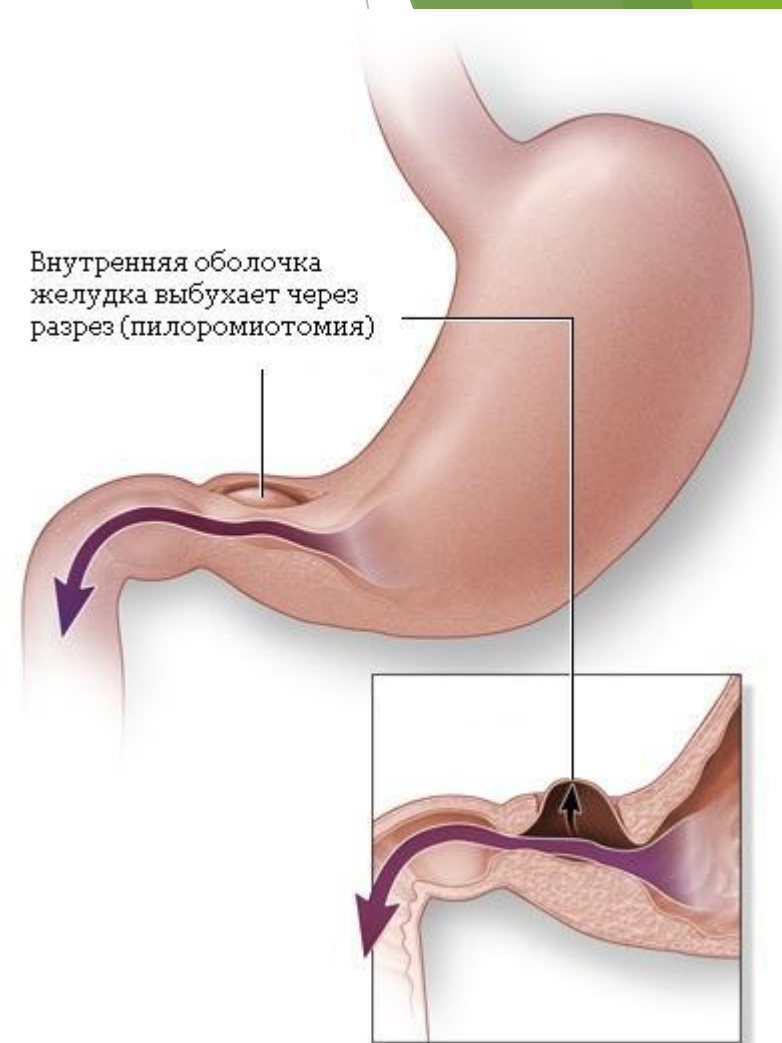
1. Клиникалық көрінісі.
2. Зерттеу тәсілдері.
3. Дифференциальды диагностика.
4. Емі

III.Қорытынды

IV.Пайдаланылған әдебиеттер

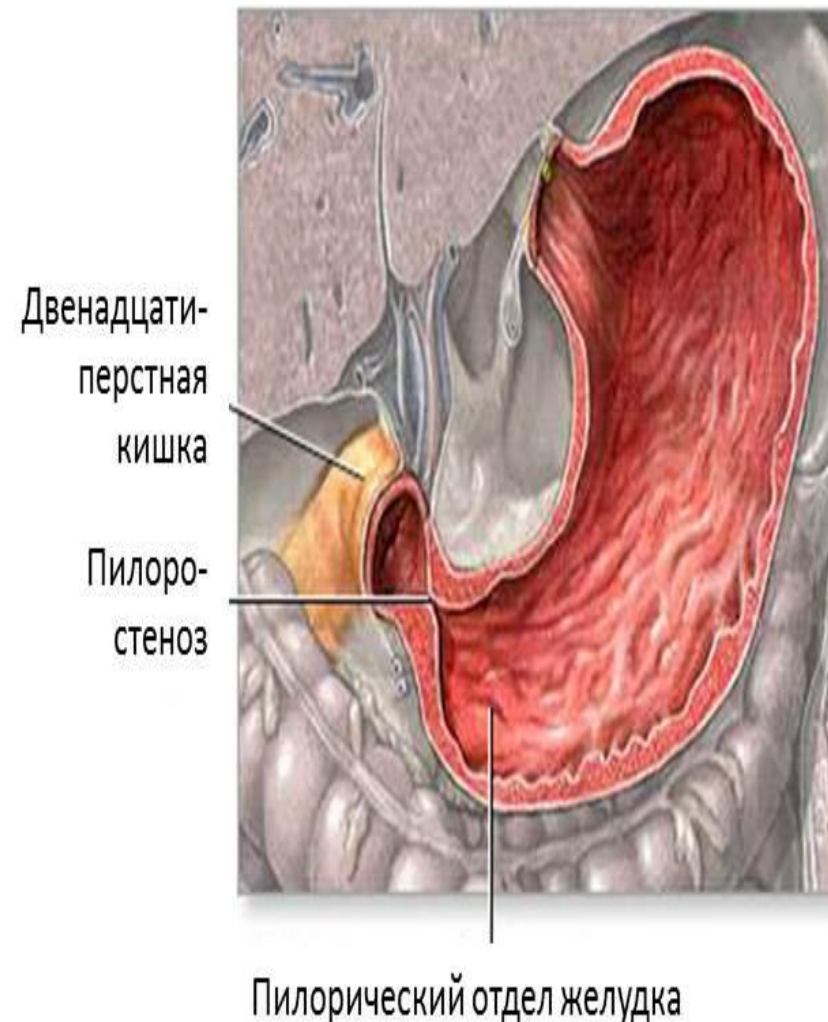
Кіріспе

Пилоростеноз – асқазанның пилорикалық бөлігінің туа біткен тарылу салдарынан өткізгіштігінің бұзылуы. Сондықтан бұл ауру асқазан – ішек ағзаларының туа біткен өткізгіштігінің бұзылуының жоғарғы тобына жатады. Жаңа туған 1000 балалар арасында 0,5 – 3 жиілікте кездеседі. Қыздарда ұлдармен салыстырғанда сирек (1/4) байқалады.



Пилоростеноз себебі

С.Д.Терновский 1990 асқазанның пилорикалық бөлігін морфологиялық зерттеу нәтижесінде, ондағы бұлшықет талшықтары мен дәнекер тіндердің туа біткен гипертрофия мен жүйке жүйелерінің жетіспеушілігін дәлелденген. Сол ұрықтық даму кезінде өрескел өскен бұлшықет талшықтары асқазанның пилорикалық бөлігінің шырышты қабатын ішіне қарай ығыстырып тарылтатынын, сөйтіп пилорикалық бөліктің қалыпты өткізгіштігін бұзатынын дәлелдеген.



Жіктелуі

Ағым дәрежесіне байланысты

1. Жедел
2. Жеделдеу
3. Созылмалы

Құсу басталғаннан кейінгі салмақ жоғалтуына байланысты

- ▶ Жеңіл дәрежесінде 0,01% салмақ жоғалтады
- ▶ Отраша дәрежесінде 0,2 - 0,3% салмақ жоғалтады
- ▶ Ауыр дәрежесінде 0,4% салмақ жоғалтады



Клиникалық белгілері

1. 2 - 4 аптаға толғанда емізгеннен соң «фонтан» тәрізді құсық пайда болады. Күн өткен сайын құсық жиілейді, құсық көлемі емген сүтінен көп, ұйыған сүтті асқазан қоспаларынан қышқыл иіс сезіледі, кейде құсықта қан түйіршіктері байқалады. Құсық жиілеген сайын баланың жағдайы нашарлай бастайды, сусыздану белгілері ұлғайып, электролиттер тұрақтылығы бұзылады. Кейінгі күндері емшекті бірнеше рет сорса, құса беретін халге жетеді, салмағы күннен-күнге азаяды. Кіші дәреті сиреп, мөлшері азаяды, кейде сұйық нәжіс байқалады. Бала әлсіреп, бет әлпеті мен терісі сұрланып, тілі құрғап, бассүйек еңбегі босап басылады.

Асқазан аймағы кеуіп тұрады, бірақ бала құсқаннан соң кернелуі басылып, қалыпты жағдайға келеді. Асқазан аймағын саусақпен бірнеше рет сипағанда пилорикалық бөлік «**құм сағат**» тәрізді болып іштің алдыңғы қабатынан бұртиып көрінуі мүмкін. 75-80% балаларда ішін саусақпен басып тексергенде төс сүйегі мен кіндікті қосатын сызықтың ортасынан оң жағында, пилоростенозға тән қатайған «түзіліс» анықталады.



Науқастардың қанын тексергенде гематокрит көрсеткішінің жоғарылағаны, калий мен хлор мөлшерінің төмендегені, ақуыз құрамының бұзылғаны анықталады, зәрінде аздаған ақуыз, бір - екі эритроцит болуы мүмкін.

Пилоростеноздың жеделдеу және созылмалы түрінде бұл ауру белгілері және зат алмасу өзгерістері баяу дамиды.



Пилоростенозды анықтау әдістері.

- ▶ Пилоростенозды анықтауда R-графиялық зерттеудің маңызы зор. Баланы тік тұрғызып құрсақ қуысына шолу R-графиясын жасағанда, асқазанның созылғаны және онда ауаның көп мөлшерде жиналғаны байқалады.

Тиімді тәсіл асқазанға рентген контрасты ерітінділер жіберіп тексеру.

Левин тәсілі. Ол үшін асқазанға түтікше арқылы жылытылған 10% глюкоза ерітіндісіне жасалған 15 мл 20- 30% барий қоспасын жіберді. Асқазандағы түтікшені өңешке тартқан соң қалған 5 мл барий қоспасын құяды. Содан кейін баланы ішіне жатқызып денесінің сол жағын көтеріп R-графия жасайды. R-суретте контрасты ерітіндінің асқазанның пилорикалық бөлігінен ұзарып, жіңішкеріп, «құс тұмсық», «мұрт», «өрнекті жақша» түрінде өткені байқалады. Екі сағаттан соң баланы тік тұрғызып түсірген R-графияда, жіберілген контрасты ерітіндінің жартысы немесе жартысынан көбі асқазанда қалса, бұл көрініс пилоростенозға тән болып саналады.



ФЭГДС

- ▶ Қалыпты жағдайда асқазанның пилорикалық бөлігінің кеңдігі 0,5 см болса, пилоростенозда кернеуі әлдеқайда тар, ауа жіберіп үрлегенде ашылмайды, асқазанның антральді бөлігінің қатпарланып созылғаны, кейде шырышты қабатының қабынғаны байқалады.



УДЗ

Қалыпты жағдайда асқазанның пилорикалық бөліктің қалыңдығы 0,8 - 1,5 мм, ұзындығы 15 мм дейін болады және ашылып - жабылып тұрады. УДЗ кезінде асқазанға жіберілген сұйықтық ұлтабарға өтпейді және оның ашылып - жабылғаны байқалмайды. Бұл ауруға тән УДЗ дағы 3 белгі:

- ▶ а) пилорикалық бөліктің тарылуы
- ▶ б) оның өзегінің 20 мм артық ұзаруы
- ▶ с) бұлшықеттің 4 мм аса қалыңдауы



Дифференциальды диагностика

Признак	Пилороспазм	Пилоростеноз
Возраст начала заболевания	Рвота с рождения	Рвота чаще всего с конца 2-й недели жизни
Кратность рвоты	Частая	Более редкая
Объем рвоты	Необильный	Обильный, фонтаном
Частота рвоты	Различная	Более постоянная
Количество выделенного с рвотой молока или смеси	Меньше высосанного объема	Больше высосанного объема
Стул	Запор, иногда разжиженный	Почти всегда упорный запор
Количество мочеиспусканий	Около 10	Резко уменьшено
Перистальтика желудка	Редкая	Частая, в виде песочных часов
Беспокойство ребенка	Постоянное	Редкое
Масса тела	Сохранена или умеренно снижена, при поступлении больше, чем при рождении	Резкое снижение, при поступлении меньше, чем при рождении

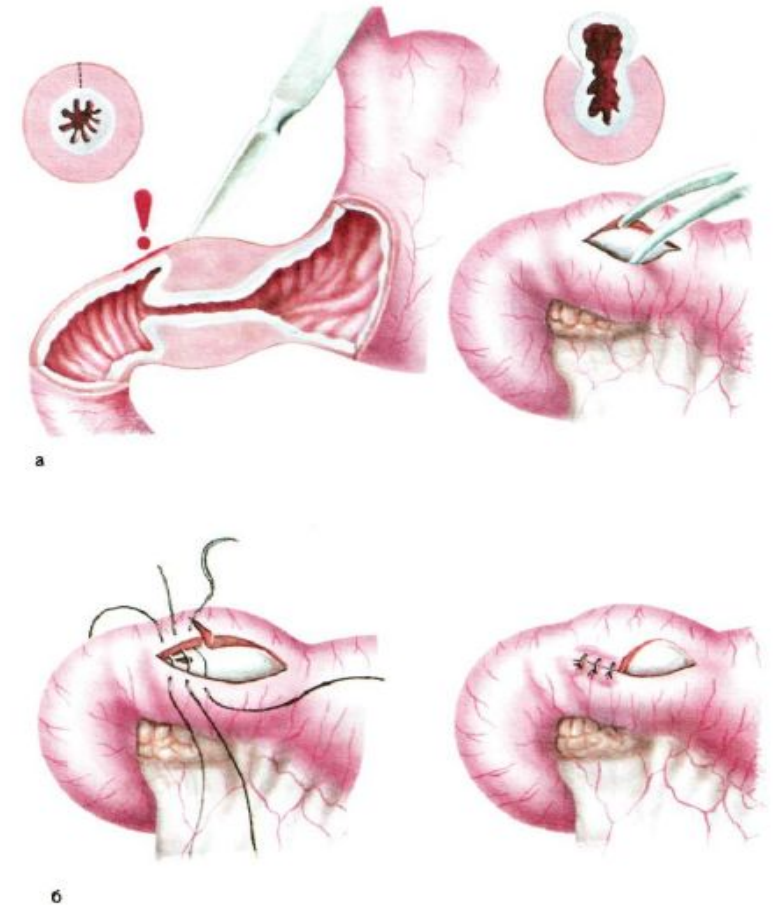
Пилоростенозды емдеу тәсілдері

Пилоростенозды тек ота жасау арқылы емделеді. Отаның алдында электролиттер құрамын, су - тұз алмасу теңдігін қалпына келтіруге бағытталған 1 - 3 күндік дайындық жасалады.

Фреде - Рамштедт тәсілімен пилоромиотомия

Тері тілігі іштің оң жақ тік бұлшықетінің үстінен 5 - 6 см тіке бойлап жасалады. Асқазанның пилорикалық бөлігін кесінді жара үстіне шығарғанда, ақшыл түсті сопақ, саусақпен ұстағанда қатты бұртиған пилорикалық бөлік көрінеді.

Сол пилорикалық бөліктік сірлі қабатын қан тамыры аз жерінен 2 -3 см бойлап кеседі. Содан кейін жұмсақ қысқышпен кесілген сірлі қабаттың астындағы бұлшықеттерді шырышты қабатына дейін абайлап ажыратады. Бұлшықеттер толық ажырағанда, астындағы шырышты қабаты сол жараға көтеріп шығады. Қанаған қан тамырларын күйдіріп, қан ағуды тоқтатады.





Қорытынды

Пилоростеноз – асқазанның пилорикалық бөлігінің туа біткен тарылу салдарынан өткізгіштігінің бұзылуы. Сондықтан бұл ауру асқазан – ішек ағзаларының туа біткен өткізгіштігінің бұзылуының жоғарғы тобына жатады.

Дамусебебі асқазанның пилорикалық бөлігінің бұлшықет талшықтары мен дәнекер тіндердің туа біткен гипертрофия мен жүйке жүйелерінің жетіспеушілігі. Сол ұрықтық даму кезінде өрескел өскен бұлшықет талшықтары асқазанның пилорикалық бөлігінің шырышты қабатын ішіне қарай ығыстырып тарылтатынын, сөйтіп пилорикалық бөліктің қалыпты өткізгіштігін бұзатынын дәлелдеген.

Пилоростеноз операциялық жолмен емделеді.

Пайдаланылған әдебиеттер

1. Қ.Тұрсынов «Нәрестелер хирургиясы»
- 2.Петров, Кукушкин Абмулаторлы хирургия
3. www.google.com