

Семей қаласының Мемлекеттік Медицина  
Университеті  
Балалар хирургия және шұғыл көмек кафедрасы

# СӨЖ

тақырыбы:Туа біткен қысқа өңеш

Орындаған:

Ахметжанова

А.Е.418

Тексерген:

Аликенов Қ.К.

## *Жоспар:*

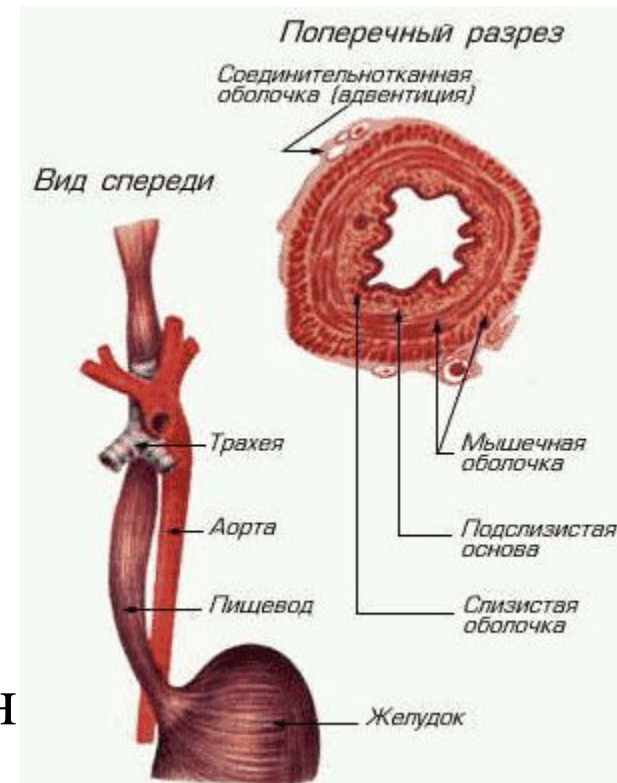
---


- Кіріспе*
- Негізгі бөлім*
- Туа біткен қысқа өңеш этиологиясы*
- Клиникасы*
- Диагностикасы*
- Емі*
- Қорытынды*
- Қолданылған әдебиеттер тізімі*



## Өңеш (лат. *esophagus* — өңеш)

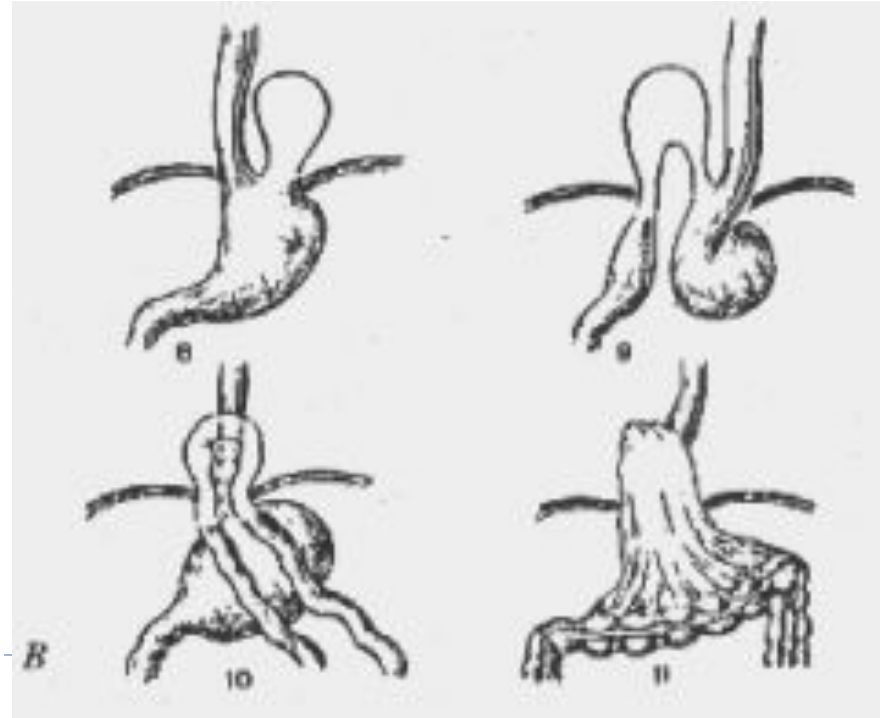
- (esophagus) – адамның ас қорыту жүйесінің ауыз қуысы мен жұтқыншақты асқазанмен жалғастыратын бөлімі. Өңеш адамда түтік тәрізді, ұзындығы 25 см-дей, диаметрі 16 – 22 мм (созылғанда), қалыңдығы 3,5 – 5,6 мм. Ол VI мойын омыртқасы деңгейінде басталып, кеуде қуысы арқылы диафрагмаға өтіп, X-XI кеуде омыртқасы деңгейінде сол жақтан асқазанға өтеді



- 
- . Өңеш мойын, көкірек, құрсақ бөлімдерінен тұрады. Оның қабырғасын ішкі – кілегейлі, ортаңғы – етті, сыртқы – көкірек және құрсақ бөліктерін сірлі қабық, мойын бөлігін адвентиция құрайды. Нәрестенің өңешінің кардиалды бөлігі кеңіген воронка тәрізді келеді.
  - Г. А. Кайсарьянц (1960) пен А. Ф. Тур (1967) бойынша ұзындығы жаңа туғандарда 10—11 см, 1-жаста— 12, 5 жаста— 16, 10—18 жаста 15—19 см, үлкейгенде— 25—32 см.
- 
- 

## *Туа біткен қысқа өңеш*

- (брахиэзофагус, кеуделік асқазан, асқазанның түспеуі) Бұл аномалия өңештің ұзындығының кеуде клеткасының биіктігіне сай келмеуі салдарынан асқазанның бір бөлігі диафрагмадан жоғары орналасып, өңештің төменгі сфинктері болмайды, ол ГЭР дамуына әкеледі.



## Ішкі қысқарған өңеш (эндобрахиэзофагус)

---

- Туа пайда болған қысқа өңештің сирек кездесетін түрі. Бұнда асқазан қалыпты жерде орналасады. Өңештің шырышты қабаты асқазанның шырышты қабатымен алмастырылған. Асқазан мен өңештің шырышты қабаттарының шекарасында жиі пептикалық жаралар пайда болады. Ол өңештің тыртықтануына әкеледі.



## Этиология


---

- Туа біткен қысқа өңеш эмбриогенезде ас қорыту жолдарының дамуының бұзылуынан болады. Өңеш цилиндрлі эпителимен қапталады, оның алмасуы өңештің ортаңғы үштен бір бөлігінен басталады, төменгі бөлігі асқазанның эпителиімен қапталады. Асқазанның шырышты қабатының дистопиясы дамиды.
- Марфан синдромы кезінде.




---

## КЛИНИКАСЫ

- Туа біткен қысқа өңеш ГЭРпен бірге жүреді, ол өз кезегінде эзофагитпен және өңештің пептикалық стенозымен асқынады.
  - Туа біткен қысқа өңеш балаларда тұрақты рефлюксті синдром болуына байланысты алғашқы үш жылында анықталады. Анамнезінде жиі құсу. Жиі респираторлы аурулармен ауырады: бронхиттер, пневмониялар ( 30% жағдайда). Клиникасы екіншілік стеноз дамуына байланысты.
- 
- 



- 
- Стеноз дамымаса асқазандағы аспен құсу. Құсу дене горизонтальды тұрғанда, жылағанда, шамалы физикалық жүктеме кезінде құрсақ ішілік қысым көтерілуінен пайда болады. Құсық құрамында қан, сирек кофе ұйындысы тәрізді. Пептикалық жаралы эзофагит салдарынан өңештің екіншілік тарылуы болады, өңештің өткізгіштігінің бұзылуы синдромымен көрінеді: дисфагия, өзгермеген аспен құсу.
  - 3 жастан асқан балалар төс артындағы ауырсынуға шағымданады.
  - Шырышты қабаттан қан кетуге байланысты анемия дамиды. Физикалық дамуы артта қалады.
- 
- 

# ДИАГНОСТИКА

---

- Рентгенмен гастро-эзофагальды рефлюксті анықтаймыз. Тренделенбург жағдайында стеноздалмаған өңеште контрасты заттың өңештен асқазанға лақтырылуы анықталады. Өңештің дистальды бөлігі воронка немесе қоңырау тәрізді төменге кеңіген. Өңештің дистальды бөлігінде асқазанның шырышты қабатына тән қатпарлану көрінеді. Тұрғызып зерттегенде өткізгіштігі бұзылмаған. Екіншілік стенозда контрасты заттың өтімділігі қиындаған. Шамадан тыс қатпарлануды көреміз.
  - эзофагофиброскопия. Асқазанның шырышты қабатының Өңешке ығысуы.
  - ГЭРАмен бірге жүруіне байланысты өңеш ішілік рН-метрияны өлшейміз.
- 



## дифференциальды диагностика

---

- Жаңа туған сәбилерде және емшектегі балаларда пилоростенозбен, пилороспазммен, диафрагманың өңештік тесігінің жарығымен, халазиямен, өңештің дистальды бөлімінің туа біткен және жүре пайда болған стенозымен дифференциальды диагностикуны жүргіземіз.



# ЕМІ

---

□ **Консервативті ем:** асқынулары жоқ болатын болса консервативті ем жүргіземіз. Рефлюкстың алдын алу үшін баланы вертикальды жағдайда тамақтандырады, тамақтан кейін және ұйқы кезінде де кеудесі көтеріліп тұру керек.

Ауыр рефлюкс эзофагитте пилоропластика немесе асқазанды кеуде қуысында қалдырып

трансплевральды фун-допликация жасайды.

Бужирование немесе баллонды дилатация жасайды.

---



---

□ **Хирургиялық ем:**

Оперативті емнің әдісін туа біткен қысқа өңештің формасына және науқастың жағдайына қарап таңдайды. Кардияның қақпақшалы қызметін және пептикалық стриктура дамыған жағдайда өңештің өткізгізтігін қалпына келтіруге бағытталған.



## Болжам

---

- Туа біткен қысқа өңешті хирургиялық жолмен емдегенде жақсы нәтиже береді. Операцияның зардабы өңештің қозғалтқыш белсенділігінің төмендеуі, ГЭРА болуы мүмкін.



## Қолданылған әдебиеттер тізімі

---

- Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В.  
Абдоминальная хирургия у детей, руководство,  
Медицина, 1988
- Детская гастроэнтерология: руководство для врачей  
/под ред. проф. Шабалова Н.П., 2011
- Интернет желісі

