

Қарағанды мемлекеттік медицина университеті
Балалар хирургиясы кафедрасы

СӨЖ

Тақырыбы: Пилоростеноз

Тексерген: Аманов С.Ж.

Орындаған: Дилдабекова П.Т.
509 топ, Емдеу ісі

Қарағанды 2010

Жоспар

I. Кіріспе

II. Негізгі бөлім

1. Этиология, патогенез

2. Клиника

3. Диагностика

4. Дифференциалды диагностика

5. Емі

6. Асқынулары

III. Қорытынды

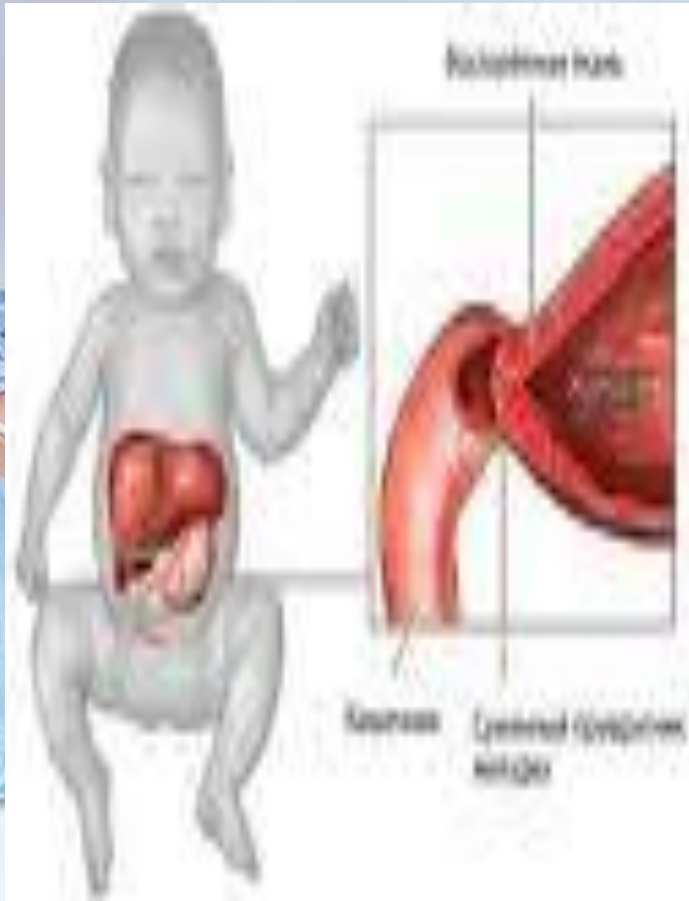
IV. Қолданылған әдебиеттер




Пилоростеноз дегеніміз – спастикалық компоненті бар, туа пайда болған ауру болып табылады.

Негізінен, асқазанның пилорикалық бөлімінің гиперплазиясы мен гипертрофиясы салдарынан қысылуы.

Зерттеулерге сүйенсек, пилоростенозбен туылған балалардың саны 1000 балаға шаққанда 1,3 – 4,2 ге дейін кездеседі.





Пилоростеноздың себебі мен дамуы бойынша бірнеше көзқарастар бар. Гипертрофиялық пилоростеноз генезінде, негізгі роль күшейген гипербилиритмия мен гастрин мөлшерінің жоғарылауында болады. 7 % тұқым қуалаушылық факторы да әсер етеді дейді.

Ғалымдардың пікірінше, оның себебі – патологиялық рефлюкс, яғни пилорикалық бөлімде жиі қайталанатын спазм бұлшық ет қабатының гипертрофиясына әкеледі, соның себебінен пилороспазм пайда болады дейді.

Гистологиялық зерттеулер көрсеткендей, асқазан мен оның пилорус бөлімінде көптеген морфологиялық өзгерістер байқалады.

Пилоруста патологиялық өзгерістер, көлденең жолақты бұлшық еттің айналдырмалы қабатында гипертрофия мен гиперплазия пайда болады. Олар айналмалы және көлденең жолақты қабатта шеті тегіс емес, дәнекер тінді талшық құрылысы көп мөлшерде болып кездеседі.

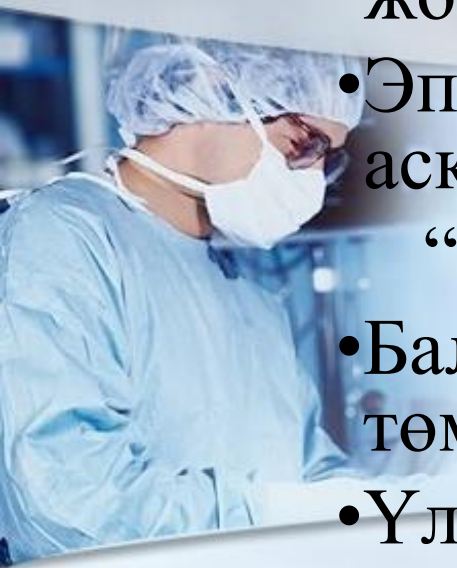
Бұлшық ет қабатының өзгерістері біркелкі емес, кей науқастарда ол ошақты гипертрофия түйін түрінде болса, кейбірінде бұлшық ет талшықтарының дистрофиясы кездеседі.

Бағана тамыры қанға толған және жан – жағы қанталаған. Тамыр қабырғасы босаңсыған, эластикалық мембрана жылжыған. Тамыр қуысынан қанға толған эндотелий шығып тұрады.



Негізгі клиникалық белгілері:

- Фонтан тәрізді құсық
(құрамында өт қосындысы
жоқ)
- Эпигастрий аймағындағы
асқазан перистальтикасы
“ құм сағат ” тәрізді
- Баланың салмағы
төмендейді
- Үлкен дәретке шығуы
қиындайды, іш қату
- Зәр шығару төмендейді



Құсу – негізгі жиі кездесетін синдром. Азғана емгеннен кейін немесе қандай да бір сұйықтық ішкеннен соң фонтан тәрізді құсады, құсық өт қосындысынсыз. Асқазан сөлінің секрециясынан құсық массасы көбірек, яғни ішкен сұйықтықтың мөлшерінен де көп. Құсқаннан соң бала тынышталады.

Асқазан перистальтикасын анықтау үшін нәрестені жарық бөлмеде арқасымен жатқызып 10- 15 минут бақылау қажет. Перистальтикалық толқын тезірек пайда болу үшін, еміздігі бар бөтелкемен 5-7 мл глюкоза ерітіндісін немесе сүт беріп, іштің жоғарғы бөлігін алақанмен сипалайды.



Ішті қараған кезде көзге бірінші болып түсетін нәрсе төменгі бөліктің түсіңкі, ал жоғарғы бөліктің шығыңқы болуы.

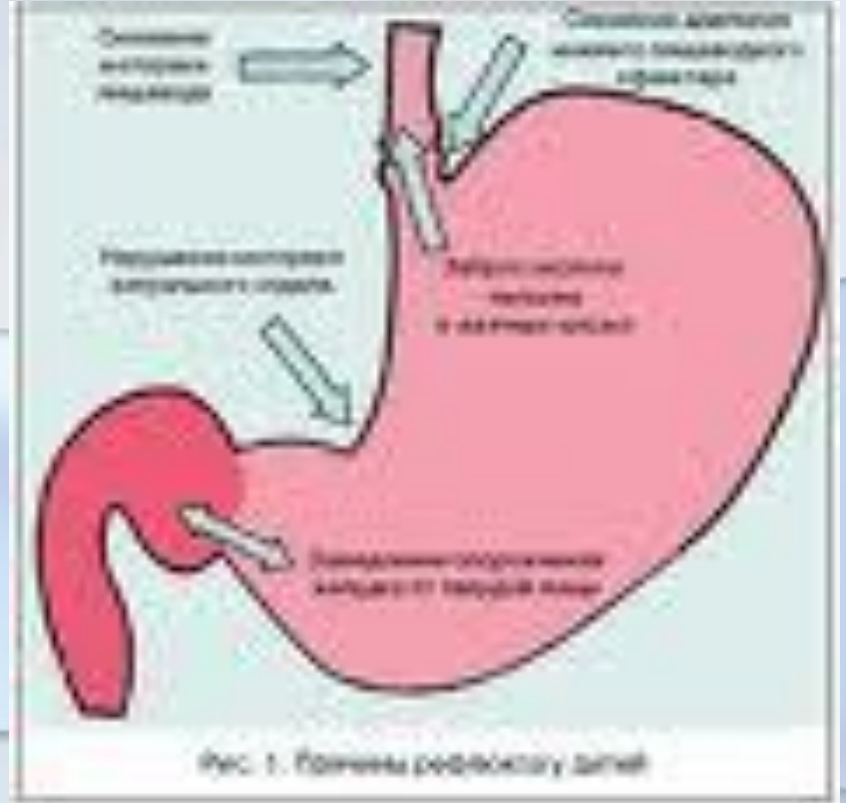
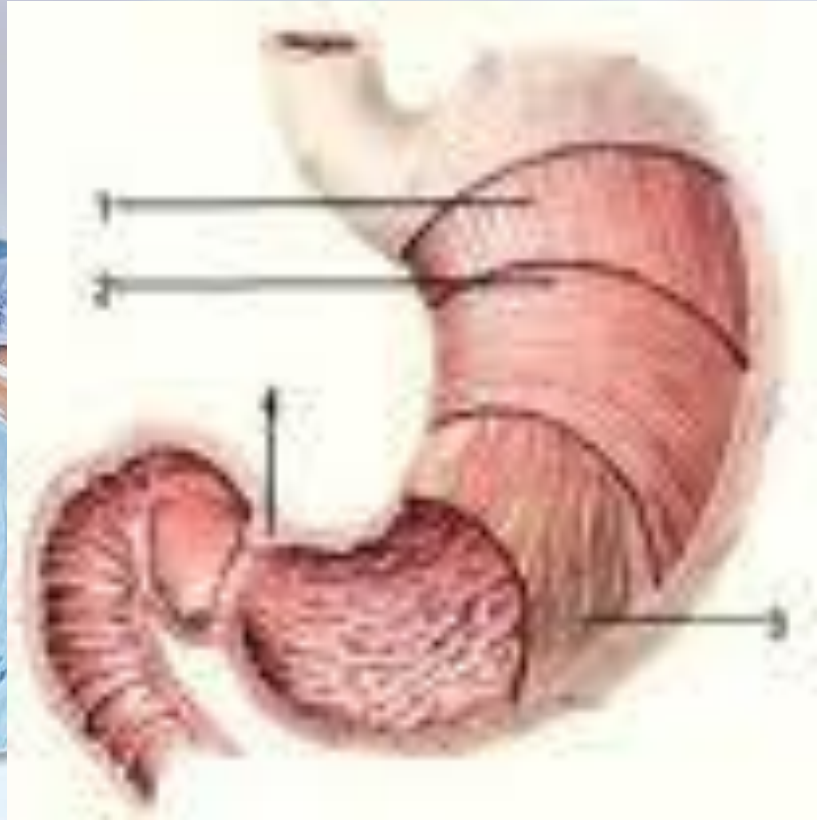
Пайда болған асқазан перистальтикасының түрі “құм сағатқа” ұқсайды.

Нәрестелерде 41 пайыз гипертрофиялық пилоростеноз кездеседі.

Келесі синдром нәжістің азаюы, оның себебі ішектерге тамақтың аз түсуы. Көбінесе, тоқтап қалады.

Қалған белгілер тұрақсыз және кеш кезеңінде кездеседі. Пальпациялағанда гипертрофияланған иірімді анықтауға болады.






Құрсақ қабырғасындағы бұлшық еттер толық босаңсығанда ғана асқазан иірімінің пішіні цилиндр тәріздес немесе сопақша келгені анықталады.

Пилорикалық бөлім бауыр шетінен анықталады, сирек жағдайда.

Сонымен қатар гипертрофикалық пилоростеноз диагнозын қоюда асқазанды рентгендік контраст затпен тексеру де маңызды болып табылады. Баланың асқазаның рентгендік зерттеу үшін 50-60 мл 5 % барийді ана сүтімен араластырып беріп, контрастты заттың жылжу жылдамдығын қадағалау арқылы диагноз қояды.





Зерттеу үш бағытта: тура бүйірден және сол жақ артқа қарай қиғаш қаратылып жүргізіледі. Осыдан кейін 4 сағаттан соң қайталанады. Науқасты тексеру кезінде оның асқазанының перистальтикасының сипаты мен өлшеміне мән беру керек, ал асқазан босаған кезде пилорикалық каналының өлшемін, ұзындығын, диаметрін анықтайды.

Дифференциалды диагностика

Пилоростеноздың негізгі клиникалық белгісі – құсу. Бұл синдром нәремте мен жаңа туылған балаларда пилороспазмда, псевдопилоростенозда, туған кезде алынған жарақаттарда кездеседі.



Пилороспазм	Пилоростеноз
Туғаннан бастап құсу	Құсу нәрестенің 2 апталық жасынан басталады
Құсық мөлшері аз	Құсу “фонтан тәрізді”, көп мөлшерде
Құсу кезінде шыққан сүт көлемі емізілген сүттен аз болады.	Құсу кезінде шыққан сүт мөлшері емізілген сүттен көп болады.
Нәжіс қатайған	Нәжіс аз, кейде шықпайды
Зәр шығару азайған	Зәр шығару өте аз
Асқазан перистальтикасы сирек	Асқазан перистальтикасы жиі, “құм сағат” тәріздес
Салмағы өзгеріссіз	Дене салмағының төмендеуі



Псевдопилоростеноз	Пилоростеноз
Құсу “фонтан тәрізді”, көп мөлшерде	Құсу “фонтан тәрізді”, көп мөлшерде
Құсық өт қоспасымен	Құсықта өт қоспасы жоқ
Дене салмағының сәл төмендеуі	Дене салмағының төмендеуі
Іш өту	Нәжісі қатайған
Гиперкалиемия	Гипокалиемия

Емі

Жеңіл түрінде консервативті ем тағайындалады.

Орташа ауыр, ауыр түрлерінде оперативті ем.
Пилоромиотомия.

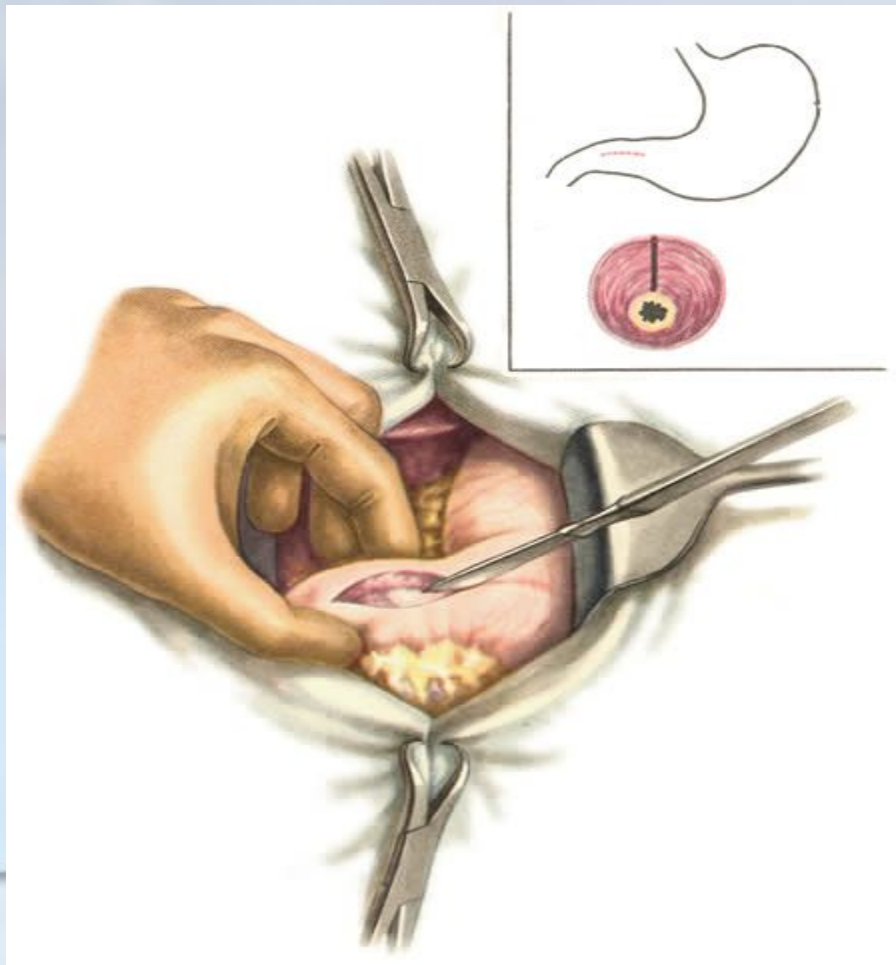
Ауру жағдайына қарамастан, пилоростеноз болса, пилоромиотомия жасау қажет.

Пилоромиотомия Фрэде — Вебер —
Рамштедта бойынша жасалынады.

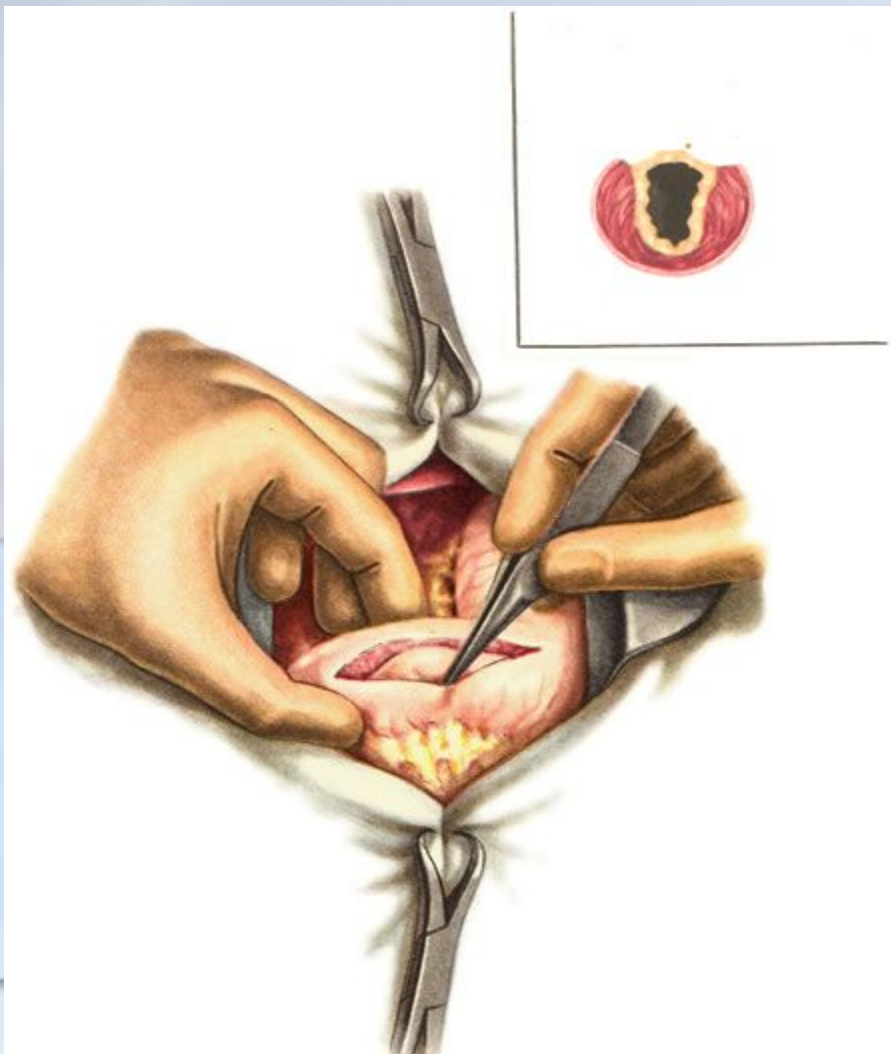
Операция техникасы: Жалпы наркоз.

Құрсақ қуысын ашқанда Robertson – Карпка ұсынған оң жақты трансректальды тілім қолданылады. Бауырды зақымдап алмау үшін жоғары қарай итереді.





Пилоротомия. Способ Фрэде — Вебера —
Рамштедта. Рассечение серозной и мышечной
оболочек привратника.



Пилоротомия. Способ Фрэде — Вебера —
Рамштедта. Отслаивание слизистой оболочки.

Асқазанды бері шығарып, ассистент пилорикалық бөлімді бекітеді. Хирург пилорустың тамыры жоқ жерін таңдап, серозды қабат пен бұлшық ет қабатын ұзына бойымен кеседі, ол кіші иірімге жақын алдыңғы қабырғасында орналасады.

Кесу тереңдігі 1,5 – 2 мм. Кесу кезінде пилорустың 12 елі ішекке ауысатын жерін қатаң бақылайды, бұл жерде бұлшық еттің гипертрофиялық қабаты көрінбейді, сондықтан абайлау керек.

Пилорикалық бөлімді кескен соң, ассистент қолмен ұстап тұрады. Пинцетпен қалтқы жарақатын кеңейтіп, шырышты қабатты толық босатады.



Пилоромиотомияда асқынудың екі түрі болады: шырышты ішек перфорацияс және жарадан қан кету. Сондықтан пилоромиотомиядан соң пилорикалық бөлім мықтылығы тексеріледі: хирург қолын асқазан түбіне қойып, газ көпіршіктерінің бөлінуін немесе асқазан сұйықтығының арқасында перфорация аймағын анықтап, тесікке тігіс салады. Пилорикалық бөлімдегі жарақатқа бекіту үшін шажырқай тігіледі.





Операциядан кейінгі кезең.

Операция соңында 30-50 мл қан немесе плазма құю керек. Асқазаннан катетерді алады, 3 сағаттан соң тамақтандыра бастайды: 20 мл 5 % глюкозамен, 4 сағаттан соң ана сүтіен тамақтандырады. (әрбір 2 сағат арасында). Операциядан кейінгі бірінші тәулікте балаға 200 мл сұйықтық құйылуы керек.

Операциядан кейін кездесетін асқынулар: құсу, пневмония, гипертермия.

Құсу бастапқы 2-3 тәулікте науқастарда 26 % да кездеседі, ол кезде ауыз арқылы тамақтандыру тоқтатылып, парентеральды тамақтандыру керек.



Пневмония соңғы кездері өте сирек кездеседі, себебі дер кезінде антибактериальды терапия жүргізу нәтижесінде.

Гипертермия – жиі кездесетін асқыну. Ол кезде антипиретик (1% амидопирин және 50 % анальгин ерітіндісі) жасына байланысты өлшеп беріледі.

Дене қызуын әрбір 30 минут сайын өлшейді, нәтиже болмаған жағдайда көктамырға 5 % глюкоза ерітіндісін, тері астына 2,5 % дипразин ерітіндісін жібереді.



Қолданылған әдебиеттер

1. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни у детей. М.Мед.1998
2. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия в 2-х томах. М.Мед.2002/2004
3. Баиров Г.А. Повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства. М.Мед.1998
4. Ормантаев Қ.С. Балалар хирургиясы. Семей.2008

