

**С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ**



**КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА**

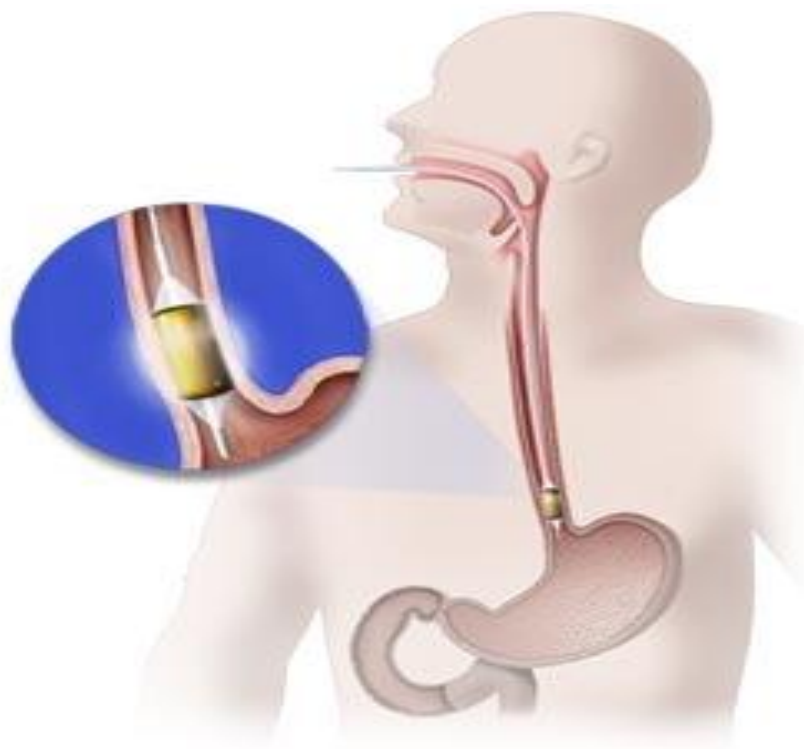


Орындағандар:Хамзе Ақмарал
Тобы:12-003-02
Тексерген:Қоңырбаев Т.Е..

Жоспары:

- Анықтамасы
- Жіктелуі
- Этиология және патогенезі
- Диагностикасы
- Емі

- Жұтқыншақтың тыртықталған тарылуы – бұл жұтқыншақ қабырғасында әртүрлі себептермен дәнекер тінінің өсіп кетуінен деформациялануы.



- Классификация
- Стриктуралардың қарапайым орналасуына байланысты – жұтқыншақтың физиологиялық тарылуы зонасы, өңештің жұтқыншаққа өтетін жерің аорта доғасы мен диафрагманың жұтқыншақтық тесігі мөлшерінде. Сондықтан да орналасуына байланысты стриктураларды айырады:
 - 1.Өңеш-жұтқыншақтық
 - 2.Аортальды
 - 3.Жұтқыншақтың диафрагмальды бөлігі
- Тыртықталған стриктуралар біреулік, көптік, толық және толық емес, таспалы, түтікті болуы мүмкін.

- Этиология және патогенез.
- Көбіне жұтқыншақтың тыртықталған тарылуы химиялық күйіктердің ісерінен болады. Және де жарақаттан кейінгі стриктуралар (ятрогенді жарақаттану мен бөгде зат), пептикалық эзофагит кезіндегі стриктуралар, инфекциядан кейінгі стриктуралар (дифтерия, оспа, актиномикоз, сифилис) да кездесуі мүмкін.
- Жұтқыншақтың тыртықталған тарылуы оның қабырғасындағы терең жаралардың жазылуынан кейін болады. Тыртық түзілу процесі 1-2 ай уақыт алады, тыртықтың дамуы 2 аптадан бірнеше жылға созылуы мүмкін. Тыртықты өзгерісі бар жұтқыншақ қабырғасында жұтқыншақтың өтімділігі тарылған, эксцентрлі орналасқан, ал тарылудың жоғары зонасынан супрастеникалық кеңею байқалады, онда тамақ, сілекей, біршама уақыт жиналуы мүмкін.

Клиникалық көрінісі және диагностикасы.

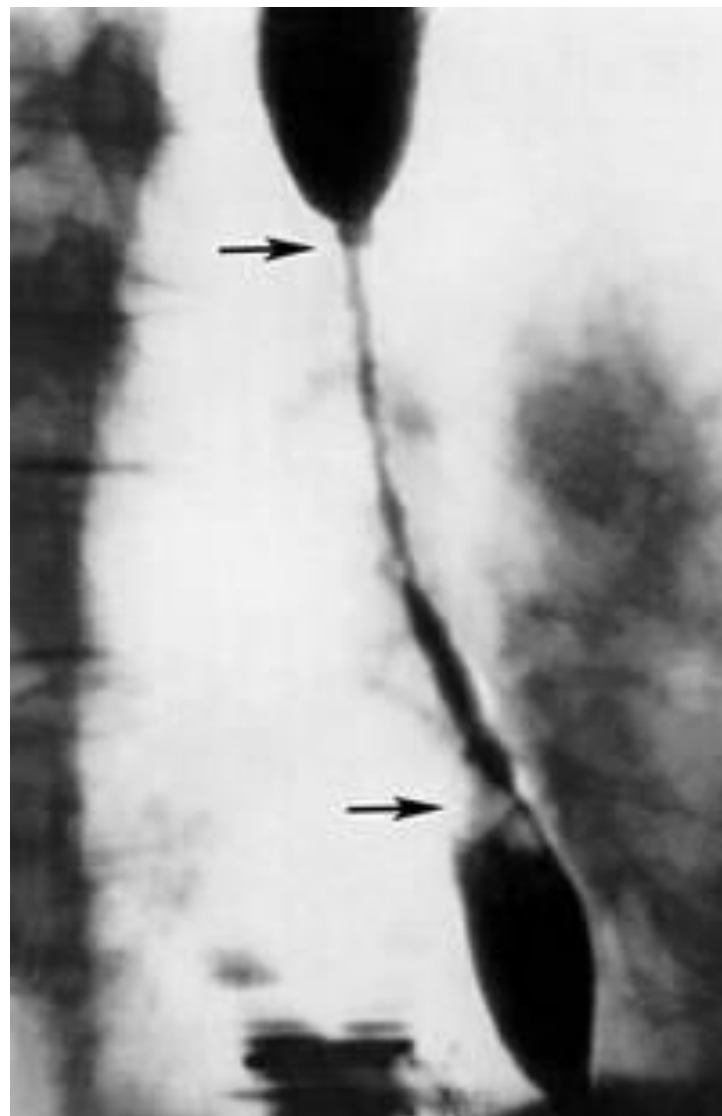
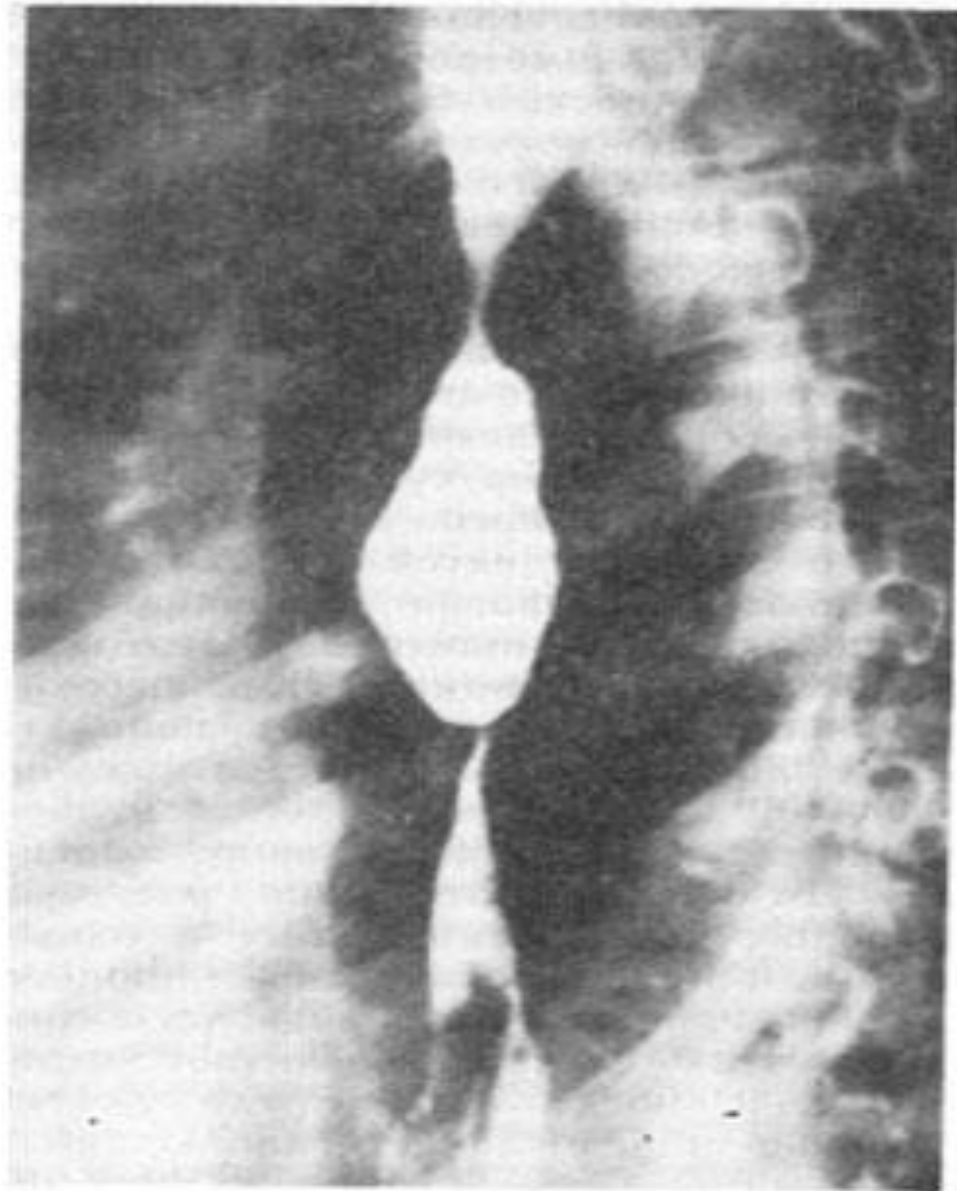
- Жұтқыншақ стриктурасында негізгі симптом- дисфагия, ауру басталмастан бұрын 3-4 апта бұрын пайда болады. басында айқын байқалады. Уақыт ағымымен тарылу үдей түседі, дисфагия белгісі айқын бола түседі, жұтқыншақтың толық өтімсіздігі дамуы мүмкін. Жоғары стеноз болса тамақ жұтыну кезінде тыныс алу жолдарына түсуі мүмкін, ларингоспазм, азапты жөтелу және тұншығу шақырады.

- Көп кездесетін асқынуларының бірі – тағаммен обтурация. Оны жою үшін тамақ қалдығымен жою мақсатында шұғыл эзофагоскопия керек. Стенозы бар науқастарда көбінесе тағам регургитациясы және тыныс алу жолдарына оның аспирациясы әсерінен бронх және өкпенің созылмалы қабыну аурулары дамуы мүмкін.

- Жұтқыншықтың дистальды бөлігінің ұзаққа созылған тарылуында жұтқыншақ құрамындағы заттар химиялық және бактериялық қзгеріске ұшырауы бұл жұтқыншақтың одан әрі стеноздалуына әкеліп, периэзофагит дамуына жол ашады. Геругитация бұл жағдайда тамақтан кейінгі айқын уақыт аралығында дамиды. Симптомдардың ішінде ең жиі тамақтан кейінгі төс аймағының ауыру сезімі, жоғары саливация, кекірік, қыжыл мазалайды.

- Жұтқыншақтың тыртықталған тарылуы диагнозын анамнез мәліметтері, рентген және эзофагоскопиялық мәліметтер дәлелдейді.
- Ауру анамнезінен жұтқыншақтың күйі, толық емес емделген не мүлдем емделмегені жайлы мәлімет болады. Кейбірлерінде күйік емес эзофагит не жұтқыншақта бөгде заттың болуы мүмкін.
- Объективті қарағанда бірінші ретте арықтауының сатысын, салмағы мен бойының пропорциясына мән береді. Жұтынуды, жасы мен жынысына да мән беріледі.

- Жұтқыншақтың рентгенографиясында суда еритін препаратпен контрастты затпен (урографин, гастрографин) не барий сульфатымен жасалғанда оның түтікті немесе сақина тәрізді тарылғанын, және де жұтқыншақтың супрастениялық кеңеюін байқаймыз. Тарылған аймақтың өзегі бүгілген, тегіс емес контурлы, деформацияланған. Тубулярлы формасында кілегей қабықтың және перистальтикасының болмауы (карандаш симптомы) .



- Күйіктен кейінгі тарылу рентгенограммасы

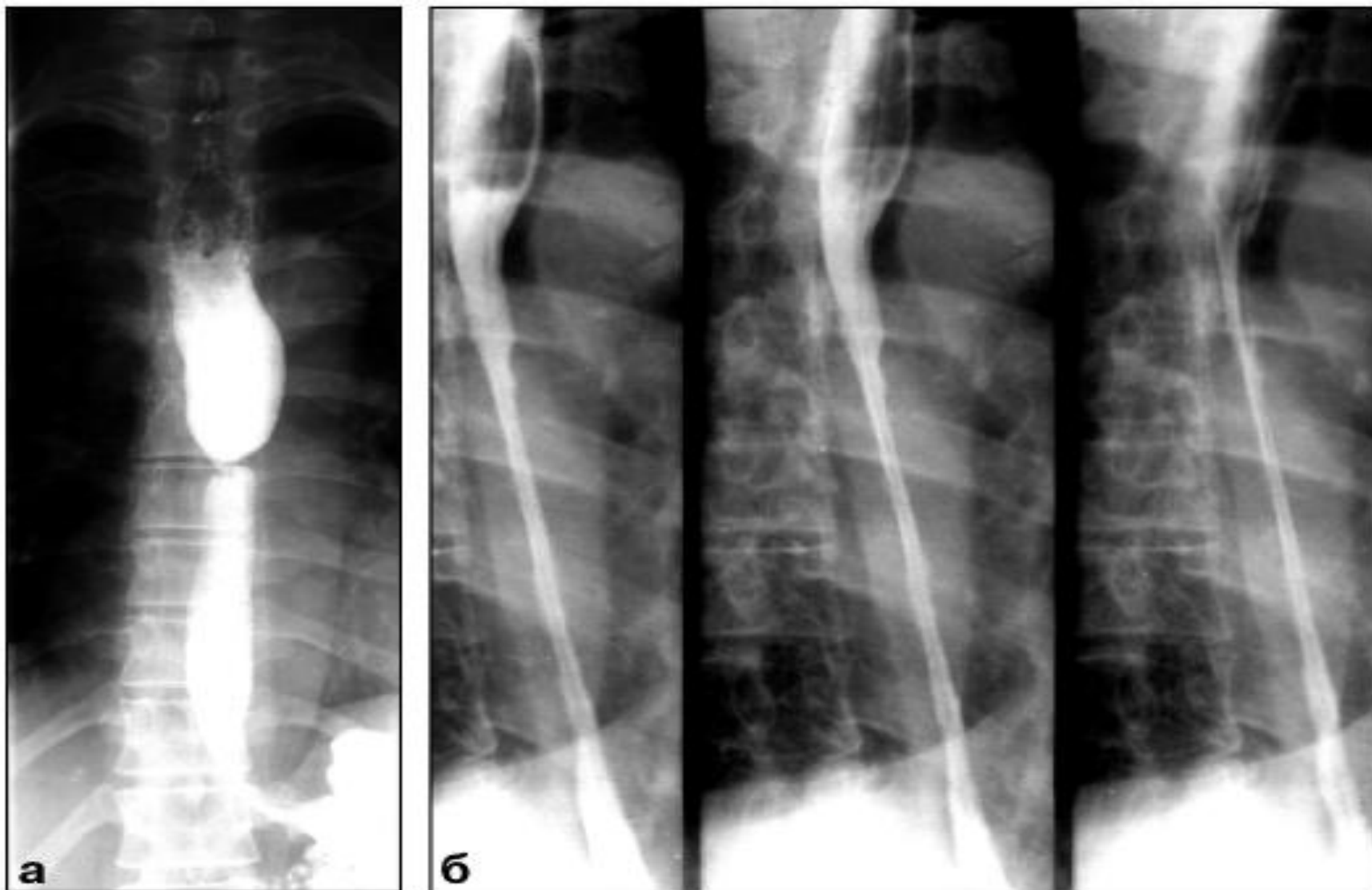


Рис. 10.23. Рентгенограммы пищевода. Рубцовые сужения после ожога пищевода: а - в виде «песочных часов», б - в виде узкой трубки



Жұтқыншақ стриктурасы тұрақты циркулярлы тарылу, фиброзды сақина түзілуі.



*Эндоскопическая картина рубцовой
стриктуры пищевода.*

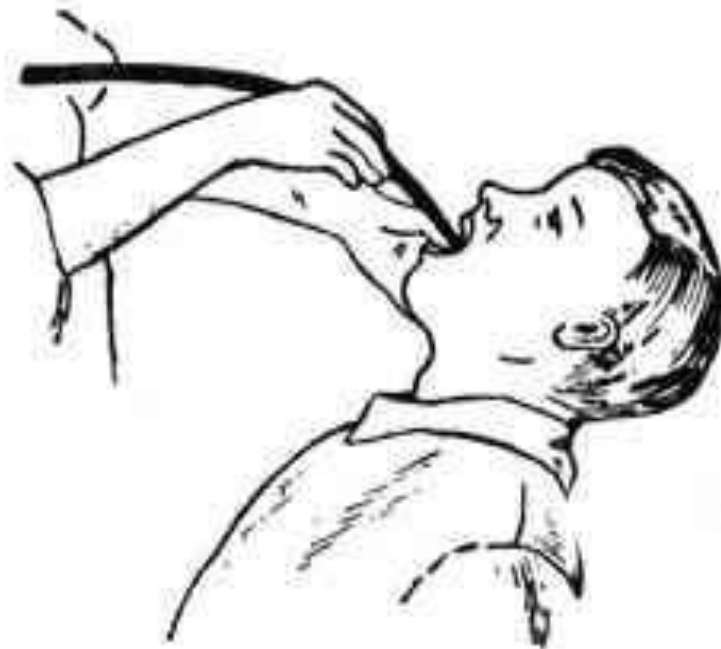
- Тарылу дәрежесін барийлі ақырын ағысымен анықтайды, және де контрасттың тез өтуіне байланысты және тарылған жерде тұрақталып тұрып қалуын анықтайды. Тарылудың ұзақтығын анықтау қиын. Жоғары шекарада тарылу диаметрі кіші болса, төменгі аймақта контрастты затпен мүлдем толмайды.
- Фиброэзофагоскопия жұтқыншақтың ішін, орналасуын әне тарылу сатысын, қабыну дәрежесін анықтауға мүмкіндік береді.
- Эзофагоскопия кезінде кілегей қабатында тыртықтар көрінеді.

Емі:

- Химиялық күүден кейінгі негізгі емі сүмбілеу (бужирование), бұл 90-95 % науқасты тұрақты жазылуға әкеледі.
- Ертеден сүмбілеу (күйіктен кейін 9-11 тәулікте) проффилактика ретінде.Кеш сүмбілеу тарылған ағзаны кеңейту мақсатында, 7-ші аптадан басталады.



А

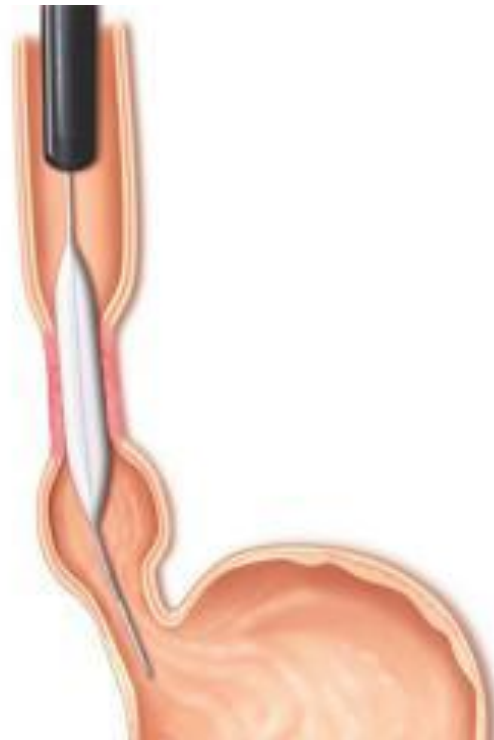


Б

- *Рис. 289. Бужирование пищевода:*
А - правильное положение головы; Б - неправильное положение головы.

- Бұл күйден кейінгі барлық науқастарға көрсетілген. Алдын жіңішке металл түтік енгізіледі, осы арқылы сүмбі енгізіледі, бұл жұтқыншақ перфорациясының алдын алады. Қарсы көрсетілімі: жалғасқан медиастенит, бронх-жұтқыншақтық жыланкөз.
- Түрлері:
- 1. соқыр-рентгенконтрастты емес сүлбімен, рентген және эзофагоскопиялық бақылаусыз

- 2.Металл түтікпен толық рентгенконтрастты сұлбімен
- 3.Эзофагоскоп бақылауымен
- 4.Шегі жоқ сұлбілеу
- 5.ретроградт

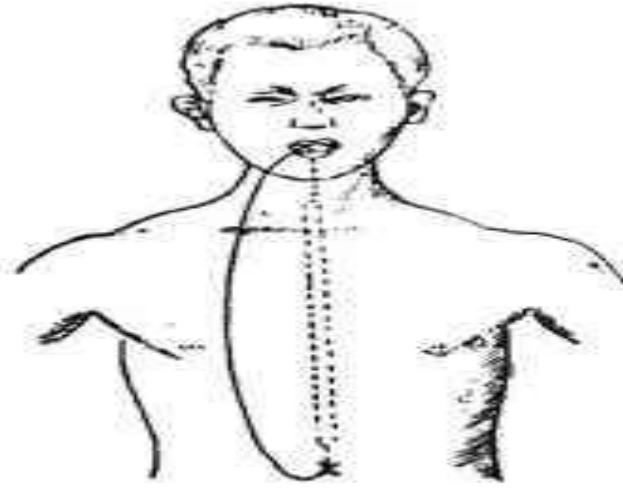
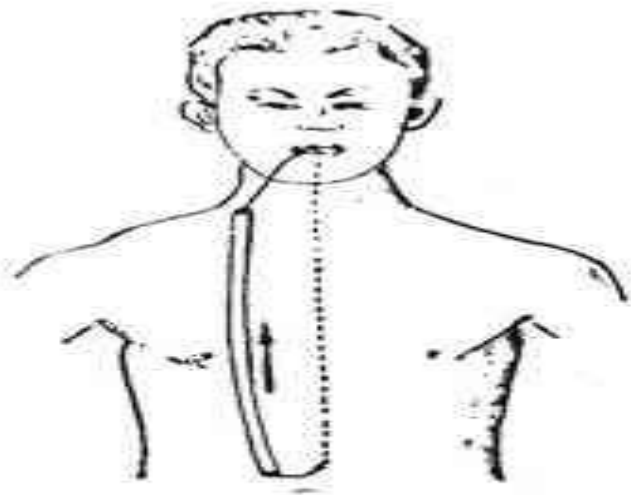


- **Профилактикалық сүмбілеудің** негізгі мақсаты –тарылудың алдын алу.

Көбінесе процедураны жеделдеу кезінде (жарақаттан кейін 7ші күні). Жасайды.Жиілігі 2-3 рет апта сайын 1,5-2 ай мерзімінде

- **Емдік сүмбілеу** негізгі мақсаты- стриктураны жою.Жиілігі-1-2 рет апта сайын 1 ай және одан көп.
- Әдісті таңдарда келесі факторлар әсер етеді:
- Жұтқыншақтың тарылу түрі
- Қосымша патология
- Емдік этаптары

- Сүмбі еркін өтсе соқыр әдісті пайдаланады. Процедура кезінде науқас тұрып тұрады. Зонд ашық ауыздан енгізіледі және жұтқыншақтың бар ұзындығына сәйкес түсіріледі. Балаларға жалпы анестезия.



- Эзофагоскоппен бақыланатын сүмбілеу көз бақылауымен эластикалық сүмбіні енгізумен түсіндіріледі. Бұл әдісті қолдану тыртықты стеноздардың эксцентрлі орналасуында. Наркоз қажет емес.
- Жұтқыншағында тыртықты және ригидты тарылуы бар науқастарға жіппен сүмбілеу әдісін қолданады. (Геккер әдісі) Жіп гастростома арқылы енгізіліп, танау арқылы шығарылады. манипуляция кезінде науқас жатады. Анестезия міндетті түрде.

- Жұтқыншақтың ауыр тарылуларында өткізгіш арқылы сүмбілеу жасалады.
- Қарсы көрсетілімі:
- дивертикул
- перфорация;
- Толық тыртықты өсінді;
- Жыланкөз;
- Асқыну кезінднгі эзофагит.

Возраст

*Номер бужа
по шкале Шарьера*

До 6 мес
6 мес — 1 год
1—2 года
2—5 лет
5—8 лет
Старше 8 лет

28—30
30—32
32—36
36—38
38—40
40—42

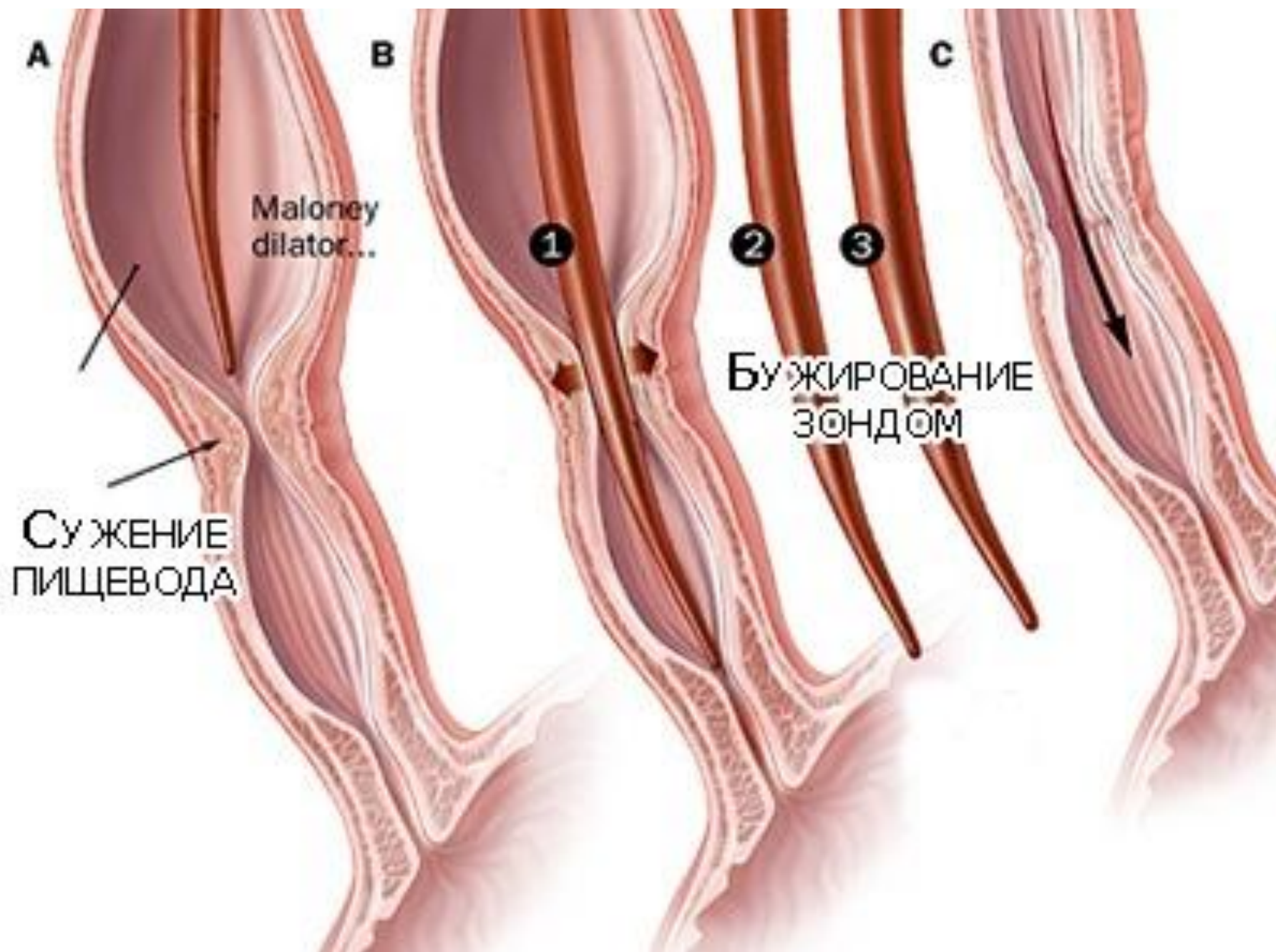
- **Бужирование пищевода**
- Эффективное лечение отдельных видов гастропатологий возможно только путем применения хирургических методик. Так, пациентам с доброкачественными сужениями пищевода обычно рекомендуется бужирование – расширение проблемных участков органа с помощью специального зонда (бужа).
- Рассмотрим подробнее особенности данной процедуры.
- Профилактическое бужирование пищевода
- Основная цель – предотвращение образования сужений, которые могут быть вызваны механическими и химическими ожогами органа.
- Чаще всего комплекс процедур начинают проводить во время подострого периода (≈ на 7-ой день после травматического воздействия). В случаях, когда имела место операция, бужирование проводят ≈ спустя 10 дней. Частота – 2-3 раза еженедельно в течение 1,5 — 2-х месяцев.

Предварительно пациент должен пройти рентген и эндоскопическое исследование.

- Методики лечебного бужирования пищевода
- Основная цель – устранение стриктуры.
- Частота – 1-2 раза еженедельно в течение месяца и дольше.
- На выбор конкретной методики влияют следующие факторы:
- вид сужения пищевода;
- наличие сопутствующих патологий и/или осложнений;
- этап лечения.
- При возможности свободного прохождения бужа используют «слепой» способ. Во время процедуры пациент стоит. Зонд вводится через открытый рот и опускается через всю длину пищевода. Детям рекомендована общая анестезия.

Техника бужирования, контролируемого эзофагоскопом предполагает введение эластичного бужа под контролем зрения. Показаниями к использованию данного метода являются эксцентрично размещенные отверстия рубцовых стенозов. Наркоз не предполагается.

- Пациентам с рубцовыми и ригидными сужениями пищевода проводят бужирование по нити (способ Гаккера). Нить вводится через гастростому, а выводится через ноздрю. Во время манипуляции пациент лежит. Обязательна анестезия.
- При наличии сложных сужений пищевода бужирование проводится с помощью проводника.





- **Рисунок 1. Схематическое изображение некоторых способов создания искусственного пищевода.** **а** - с помощью тонкой кишки (по Ру-Герцену-Юдину); **б** - с помощью лоскута, выкроенного из стенки большой кривизны желудка (по Гаврилиу); **в** - с помощью желудка, пересеченного в области кардии (по Киршнеру); **г** - с помощью правой половины поперечно-ободочной кишки (по Ройту); **д** - с помощью левой половины поперечно-ободочной кишки (по Орсони и Тупе). **1** - проксимальный отдел пищевода, **2** - пищеводно-кишечный анастомоз, **3** - тонкая кишка, **4** - желудок, **5** - поперечно-ободочная кишка, **6** - межкишечный анастомоз, **7** - стриктура пищевода, **8** - пищеводно-желудочный анастомоз, **9** - трансплантат, выкроенный из стенки большой кривизны желудка, **10** - кардиальный отдел желудка, **11** - анастомоз между пищеводом и толстой кишкой, **12** - анастомоз между поперечно-ободочной кишкой и желудком, **13** - илеотрансверзоанастомоз, **14** - анастомоз между желудком и нисходящей частью поперечно-ободочной кишки, **15** - толстокишечный анастомоз.

Әдебиет:

- Кузина-Хирургические болезни