

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		38/11
Балалар хирургиясы пәнінен дәріс кешені		1 беттің 32 беті

ДӘРІС КЕШЕНІ

Пәні: «Балалар хирургиясы»

Пән коды: ВН 4312

ББ шифры мен атауы: 6В10115 «Медицина»

Оқу сағаттарының көлемі (кредиттер): 150 сағат (5 кредит)

Оқу курсы мен семестрі: 4 курс, VIII семестр

Дәріс көлемі: 15

Шымкент 2025ж

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		38/11
Балалар хирургиясы пәнінен дәріс кешені		2 беттің 32 беті

Дәріс кешені «атауы» пәнінің жұмыс оқу бағдарламасына (силлабус) сәйкес әзірленген және кафедра мәжілісінде талқыланды

Кафедра менгерушісі:  PhD, қауымд.проф.Кемельбеков К.С.

Хаттама № 2 Күні 25. 09. 23

ONTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA -1979- MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		38/11
Балалар хирургиясы пәнінен дәріс кешені		3 беттің 32 беті

№1 Дәріс

1.Тақырыбы: ҚР балалар хирургиясының тарихы. Балалардағы жіті аппендициттің ерекшеліктері. Перитонит.

2.Мақсаты:

Отандық балалар хирургиясының тарихы. ҚР балалар хирургтарының балалар хирургиясын дамытуға қосқан үлесі. Балалар хирургиясындағы Этика және деонтология. Жедел аппендицит кезіндегі диагностика, емдеу және тактика алгоритмдерін меңгеру.

3.Дәрістер тезистері:

ҚР балалар хирургиясының тарихы.

Балалар хирургиясы-бала жасындағы туа біткен және жүре пайда болған даму кемістіктері мен ауруларының этиологиясын, патогенезін, клиникасын, нәтижелерін, диагностикасын және емдеу тәсілдерін зерттейтін ғылым.

Балалар хирургиясының дамуына көрнекті кеңес ғалымы, дарынды хирург, Қазақ КСР-нің еңбек сіңірген ғылым қайраткері, академик Александр Николаевич Сызғанов үлкен үлес қосты, ол 1945 жылы хирургия ғылыми орталығының негізін қалаушы болды. Ол орталықтың директоры болып 30 жыл, 1945 жылдан 1975 жылға дейін жұмыс істеді. Академик А. Н.Сызғановтың басшылығымен институт қызметкерлері эндемиялық зобпен күресу бойынша бірқатар іс-шаралар әзірледі. Оның талабы бойынша облыс орталықтарындағы филиалдарымен республикадағы бірінші обырға қарсы диспансер ашылды. Академик А.Н. тікелей қатысуымен Сызғанова институттың ғалымдары мен дәрігерлері Жарақат кезінде іріңді асқынулардың алдын алудың бірегей әдістерін ойлап тауып, новокаин блокадасымен бірге антибиотик ерітіндісін тканішілік енгізу арқылы жараларды емдеу тәжірибесіне енгізді. 1956 жылы кеуде хирургиясы бөлімі жұмысқа кірісті, онда ғылыми зерттеулер жүргізілді, өкпенің ерекше емес аурулары бар науқастарға хирургиялық көмек көрсетілді. Бір жылдан кейін хирургия институтының базасында Қазақстандағы алғашқы онкологиялық сектор ұйымдастырылды. Оның мамандары кейбір қатерлі ісіктерді хирургиялық емдеудің әртүрлі әдістерін зерттеді. 1958 жылы Институтта жүрек-қантамыр хирургиясы бөлімі ашылды, онда академик А. Н.Сызғанов Қазақстандағы алғашқы жүрек операциясын орындайды. 1975 жылы институт директоры қызметіне белгілі ғалым, хирург, профессор Гавриил Кириллович Ткаченко тағайындалды. Ол бұл мекемені 1980 жылға дейін басқарды. 1980 жылдан бастап орталықты ҚР ҰҒА академигі, ҚР Мемлекеттік сыйлықтарының лауреаты, "Халық Қаһарманы" Мұхтар Әлиұлы Әлиев басқарады. Сол жылы институтқа оның негізін қалаушы - академик А. Н.Сызғановтың есімі берілді.

Қазақстан хирургтар мектебі орталық директоры, медицина ғылымдарының докторы Болат Бимендеевич Баймаханов: - Академик М.А. Әлиев іс жүзінде кез келген органдарда операцияларды орындауға қабілетті аса көрнекті хирург бола отырып, қазіргі уақытта Қазақстанның жетекші хирургтар мектебін басқарады. Оның оқушыларымен 67 докторлық және 81 кандидаттық диссертация қорғалды. Хирургия орталығының он тоғыз қызметкері Мемлекеттік сыйлықтардың лауреаты атағына ие болды, екеуі Қазақстан Республикасының Еңбек сіңірген ғылым қайраткерлері болып табылады. Қазіргі уақытта академик М. А. Әлиевтің көптеген оқушылары жауапты қызметтер атқарады. Мұхтар Әлиевичтің табандылығының арқасында Орталық Ислам Даму Банкінің кредиті және Сауд Арабиясы королінің өтеусіз гранты есебінен сатып алынған "Тошиба" фирмасының заманауи жабдықтарын алды. Хирургия орталығының құрылымы а. н.Сызғанов атындағы

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		38/11
Балалар хирургиясы пәнінен дәріс кешені		4 беттің 32 беті

институттың 9 клиникалық бөлімі және 18 қосалқы бөлімшесі бар. Кардиохирургия бөлімінде жүрекке ота жасалады. Өңеш, асқазан және медиастинальды хирургия бөлімінің мамандары осы органдардың аурулары бар науқастарды емдейді. Бөлімде хирургия, бауыр, өт жолдары және ұйқы безі айналысады жойып, түрлі кист және зақымданған учаскелерін бауыр. Кейбір ауруларды жедел емдеуде плазмалық скальпель қолданылады. Сондай-ақ, эхинококкозды, бауырдың түрлі қатерсіз және қатерлі ісіктерін, бауыр циррозын хирургиялық емдеу, өт жолдарында реконструктивті-қалпына келтіру операциялары және жатыр қосалқыларының аурулары кезінде операциялық араласулар жүргізіледі. Тамырлы хирургия және микрохирургия бөлімінде тамырларға барлық операциялар жасалады. Микрохирургтер, сондай-ақ, пациенттерге аяқ-қол сегменттерінің: саусақ пен қол бөліктерінің травматикалық ампутациясы кезінде көмек көрсетеді. Торако-абдоминальді хирургия бөлімінің мамандары кеуде, құрсақ қуысы және несеп-жыныс жүйесі органдарының аурулары бар пациенттерге операция жасайды. Трансплантация бөлімінде тек Қазақстан азаматтары ғана емес, Қырғызстан, Өзбекстан және Түркия елдерінің емделушілері де ем алууда. Жалпы шұғыл хирургия бөлімшесінің дәрігерлері травматологиялық, ірінді хирургия мен нейрохирургияны қоспағанда, шұғыл хирургиялық араласудың барлық түрлерін орындайды. Осы бөлімдерден басқа орталықта бірнеше диагностикалық зертханалар бар"

Жедел аппендицит

Жедел аппендицит-ішектің құрт тәрізді процесінің қабынуы

ЖІКТЕЛУІ:

Жедел аппендициттің клиникалық және морфологиялық жіктелуі

- * бұзылмайтын аппендицит (қарапайым, катаральды)
- * деструктивті аппендицит (флегмонозды, гангренозды, перфоративті).
- * асқынған аппендицит (периаппендикулярлық инфильтрат және абсцесс, перитонит).

Шағымдар мен анамнез:

Жедел аппендициттің клиникасы жасына, іш қуысында қосымшаның орналасуына, ағзаның реактивтілігіне, қосымшаның қабыну формасына және асқынулардың болуына байланысты;

- * ауырсыну кенеттен пайда болады, аурудың басында эпигастрий аймағында ауырсыну пайда болады, содан кейін оң жақ мықын аймағында локализация жиі тұрақты, ауырады;
- * аурудың алғашқы сағаттарында жүрек айнуы;
- * құсу-аурудың алғашқы сағаттарында жиі бір немесе екі рет;
- * ауыздың құрғауы, тілдің жамылғысы;
- * температура реакциясы әдетте 37,5-38°C;
- * тахикардия;
- * дененің мәжбүрлі жағдайы, көбінесе оң жағында асқазанға әкелетін аяқтары бар.

Физикалық тексеру:

- * оң жақ мықын аймағында пальпация кезінде жергілікті ауырсыну (Филатов симптомы) және оң мықын аймағында алдыңғы іш қабырғасының бұлшық еттерінің пассивті кернеуі байқалады (defanse musculaire);
- * Кохер симптомы-кейіннен оң жақ мықын аймағына өтетін эпимезогастриядағы ауырсыну;
- * Ситковский симптомы-науқастың сол жағында тұрған кезде оң жақ мықын аймағында ауырсынудың жоғарылауы;
- * Ровзинг симптомы-газдардың қалың бойымен қозғалуымен сол жақ мықын аймағында пальпация кезінде оң жақ мықын аймағында ауырсынудың күшеюі.

ONTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		38/11
Балалар хирургиясы пәнінен дәріс кешені		5 беттің 32 беті

- * Воскресенский симптомы-оң жақ мықын аймағында ауырсынудың пайда болуы, алақанның алдыңғы іш қабырғасынан қабырға шетінен төмен қарай жылдам өтуі;
- * Щеткин-Блумберг симптомы-оң жақ мықын аймағында қолды күрт алу кезінде ауырсынудың пайда болуы;
- * температура мен импульстің сәйкес келмеу симптомы (әдетте температура 1 градусқа көтерілгенде, импульстің жиілігі 10 соққыға артады, аппендицитпен-импульстің жиілігі температураның көтерілуінен едәуір жоғары);
- * кіші жамбас патологиялық түзілімдерінің қабыну белгілерін анықтау үшін аппендицитке күдікті барлық балаларға саусақпен тік ішекті зерттеу жүргізу керек, оң жақта тік ішек қабырғасының ауыруы байқалады.
- * қосымшаның ретроцекальды орналасуымен-оң жақ мықын аймағында ауырсыну байқалады, бұлшықет кернеуі және перитонийдің тітіркену белгілері болмауы мүмкін.
- * Оң бел аймағында, бел үшбұрышының аймағында ауырсыну байқалады (Яуре-Розанов симптомы).
- * Қабынудың несепағарға немесе бүйрек жамбасына ауысуымен несепте аз мөлшерде ақуыз мен бір эритроциттердің пайда болуы мүмкін;
- * жамбас орналасуы алдыңғы іш қабырғасының бұлшық еттерінің кернеуінің болмауымен сипатталады, пальпация кезінде ауырсыну лонның үстінде анықталады;
- * ретроперитонеальды орналасумен ауырсыну оң бел аймағында пайда болады, жыныс мүшелеріне сәуле түсіруі мүмкін немесе несепағардың бойымен дизуриялық құбылыстар пайда болады.

Перитонит

Перитонит-бұл перитонийдің париетальды және висцеральды жапырақтарының жедел немесе созылмалы қабынуы, ол дамыған сайын ауыр патофизиологиялық реакциялар кешенінің дамуымен және дененің маңызды мүшелері мен жүйелерінің функциясының бұзылуымен жүйелік сипатқа ие болады.

Диагностикалық критерийлер:

Шағымдар мен анамнез:

- * Перитониттің клиникалық белгілері оның көзінің локализациясымен, іш қуысында қабыну немесе травматикалық жоюдың жергілікті және жалпы белгілерімен анықталады.
- * Шағымдар: іштің ауыруы, жүрек айну және құсу (кеңейтілген кезеңде – тоқырау), нәжіс пен газдың кешігуі, тенезма, еңтігу, құрғақ ауыз, дене температурасының жоғарылауы.
- * Анамнезді жинау перитониттің көзін анықтауға мүмкіндік береді: жедел хирургиялық ауру, жарақат, туберкулез, гинекологиялық ауру, асциттің дренажы, ұзақ перитонеальді диализ, іштің хирургиясы.

Физикалық зерттеу:

Науқастың жағдайы ток фазасына және перитониттің таралуына байланысты. Науқас мәжбүрлі жағдайда-аяқтарымен асқазанға әкеледі, дененің жағдайы өзгерген кезде іштің ауыруы байқалады.

Тілі құрғақ, терең гиповолемиямен - "щетка сияқты", қоңыр жабындымен жабылған. Жетілдірілген жағдайларда - "Гиппократтың беті", сана бұзылған. Жүйелі қабыну реакциясының белгілері байқалады: қызба, тахипноэ, тахикардия. Дәрігердің өтініші бойынша пациент ауырсынудың күрт жоғарылауын атап өтеді, пальпация кезінде кернеу мен ауырсыну анықталады, перкуссиямен - сұйықтықтың жиналуына байланысты иілген

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		38/11
Балалар хирургиясы пәнінен дәріс кешені		6 беттің 32 беті

жерлерде ісіну, аускультация кезінде-перистальтика әлсіреді немесе жоқ. Перитонийдің тітіркенуінің оң белгілері: Щеткин-Блумберг, Раздольский, Кулленкампф.

Кулленкампф симптомы (жамбас перитонийінің тітіркену симптомы) – ректалды және вагинальды зерттеу кезінде Дуглас кеңістігінің проекциясындағы өткір ауырсыну анықталады.

Сепсис құбылыстарынсыз перитонит кезінде клиника көздің локализациясымен және перитонеумдегі жергілікті қабыну немесе травматикалық процестің басым болуымен анықталады.

Іштің сепсисінің дамуы кезінде жергілікті көріністерге (іштің ауыруы, бұлшықет кернеуі, перитонийдің тітіркенуінің оң белгілері) 2 және одан да көп ССВО критерийі қосылады

* дене температурасы $\geq 38^{\circ}\text{C}$ немесе $\leq 36^{\circ}\text{C}$ жоғары анықталады,

* тахикардия ≥ 90 / мин, тахип > 20 / мин,

* лейкоциттер $> 12 \times 10^9$ / л немесе $< 4 \times 10^9$ /л, немесе $>10\%$ жетілмеген формалардың болуы).

Іштің ауыр сепсисінде органдардың дисфункциясы дамиды:

* гипотензия (бақша < 90 мм рт.ст.) ст. немесе $\text{dad} < 40$ мм рт.ст. - құжат),

* гипоперфузия (психикалық жағдайының күрт өзгеруі, олигоурия, гиперлактатацидемия).

* Септикалық шок кезінде өтеуге төзімді гипотония дамиды

ЦКБ, сондай-ақ тіндік және ағзалық гипоперфузия.

4. Иллюстрациялық материал: 41 слайдтық презентация

5. Әдебиеттер:

Қазақ тілінде:

Негізгі:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс] : оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Жалпы хирургия [Электронный ресурс] : оқулық / В. К. Гостищев ; қазақ тіл. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон. текстовые дан. (141Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық ірінді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011
4. Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Орыс тілінде:

Негізгі:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон. текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон. текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Қосымша:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		38/11
Балалар хирургиясы пәнінен дәріс кешені		7 беттің 32 беті

2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.

3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018

4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001

5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронды ресурстар:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

№2 Дәріс

Тақырыбы: Өңеш атрезиясы. Көкет жарығы. Гастрошизис. Омфалоцеле.

Максаты: Өңеш атрезиясы, диафрагматикалық грыжа, гастрошизис, омфалоцеле диагностикасы, клиникалық ағымы, дифференциалды диагностикасы және емдеу алгоритмдерін игеру.

1. Дәрістер тезистері:

Өңеш атрезиясы.

Өңештің атрезиясы-бұл өңештің проксимальды және дистальды ұштары бір-бірімен байланыспайтын ақау.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Өңеш атрезиясы бар нәрестелердің шамамен 30% - ы шала туылған нәрестелер.

ЖІКТЕЛУІ

Атрезияның жыртқыш емес формасын (екі сегмент те трахеямен байланыссыз соқыр түрде аяқталады), фистула формасын (сегменттердің біреуі немесе екеуінде де трахеямен байланыс бар) және оқшауланған трахеописальды фистулань бөліп алу әдеттегідей.

ПАТОГЕНЕЗ

Ақаулардың дамуы қатты сатыдағы бастапқы ішектің дифференциациясы мен вакуолизациясы процестерінің бұзылуымен, сондай-ақ трахея мен өңештің бағыты мен өсу қарқынының сәйкес келмеуімен байланысты.

КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІС

Атрезияның антенатальды белгілері ұрықта немесе микрогастрияда асқазанды бейнелеудің болмауы болуы мүмкін, әсіресе полихидрамен бірге.

Өңеш атрезиясының белгілері туылғаннан кейін бірден пайда болады. Өңеш пен назофарингстің жоғарғы сегменті шырышпен толтырылған, нәтижесінде баланың аузынан көбік ағып кетеді. Мазмұнды іздегеннен кейін бұл сурет біраз уақыттан кейін қайталаңады. Егер диагноз қойылмаса, онда ауыз арқылы тамақтандыруға тырысқанда, балада цианозбен дисфагия пайда болады. Тыныс алу бұзылыстары динамикада жоғарылайды, бұл дистальды трахеописальды фистула болған кезде айқын көрінеді.

Атрезияның кейбір формаларында клиникалық көріністің өзіндік ерекшеліктері бар. Сонымен, ішек ілмектерін газ толтырудың болмауына байланысты оқшауланған күйде іш пальпация кезінде жұмсақ, ауыртпалықсыз болады. Бүкіл іш қуысының күрт ісінуімен кең трахеописальды фистулань болуын болжауға болады.

ДИАГНОСТИКА

ONTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		38/11
Балалар хирургиясы пәнінен дәріс кешені		8 беттің 32 беті

Аспаптық зерттеулер

Өңештің атрезиясына аздап күдік туындаған кезде асқазанды тексеру керек. Егер 8-13 см қашықтықта ақау болса, зондтың өтуіне кедергі болады. Сіз Элефант сынамасын жасай аласыз: назогастральды зонд арқылы шприцпен ауаны енгізген кезде оның тән "мақтамен" бөлінуі байқалады. Бұл әдіс субъективті сезімдерге негізделген, сондықтан қазіргі уақытта ол қолданылмайды.

Рентгенография тік проекцияда кеуде қуысы мен іш қуысын ұстап, тік күйде жүргізіледі. Көрнекі бақылау арқылы суда еритін контрастты затты (1 мл-ден аспайтын) назогастральды зонд арқылы өңештің жоғарғы сегментіне енгізу ұсынылады.

Дұрыс жүргізілген рентгенография толық ақпарат береді. Сонымен, асқазан мен ішек ілмектерінің газ толтырылуы дистальды трахеописальды фистулань болуын көрсетеді; ішектің пневматизациясының болмауы атрезияның оқшауланған формасына тән.

Сұйықтық деңгейінің болуы асқазан-ішек жолдарының аралас патологиясын көрсетеді, трахеяға контрастты заттың енуі проксимальды трахеописальды фистулань белгісі болуы мүмкін.

Емдеу

Өңеш атрезиясын емдеу тек хирургиялық болып табылады.

Туа біткен диафрагматикалық грыжа.

Диафрагматикалық грыжа-диафрагманың әртүрлі ақаулары.

Жіктелуі

Бұл аномалияның үш негізгі түрі бар:

- * диафрагманың грыжалары;
- * диафрагманың өңеш саңылауының грыжалары;
- * алдыңғы (френоперикардальды) грыжалар.
- * Аномалияның ең көп таралған нұсқасы-диафрагманың грыжасы (жалған және шынайы).

Этиологиясы.

Диафрагманың жалған грыжаларымен органның артқы-артқы бөлігінде ақау пайда болады, ол арқылы іш қуысы мүшелері кеудеге антенатальды түрде енеді (Богдалек жарығының грыжасы) және өкпенің қысылуын тудырады, соңғысының әртүрлі дәрежеде дамымауын тудырады. Әдетте асқазан-ішек жолдары, көкбауыр, бауырдың сол жақ бөлігі қозғалады (диафрагманың грыжалары көбінесе сол жақта болады).

Омфалоцеле (кіндік сымының жарығы)

Омфалоцеле-құрсақ қабырғасының ауыр ақауы, онда құрсақ қуысы мүшелері кіндік сақинасы аймағындағы құрсақ қабырғасының ақауы арқылы шығып, кіндік арқанның қабықшаларының астында орналасады. Ауру көбінесе өмірлік маңызды органдар мен жүйелердің ақауларымен бірге жүреді. Біріктірілген ауытқулардың ішінде жүрек, асқазан-ішек жолдары, генитурарлы сфера, бет және бас сүйегінің ақаулары жиі кездеседі.

Ауру Беквит-Видеманна синдромының бөлігі болып табылады, ол кіндік сымының грыжасының үйлесімімен сипатталады (грыжа қабында тек ішек ілмектері бар, бірақ бауыр емес), макроглоссия және ішкі ағзалардың гигантизмі. Беквит-Видеманн синдромында ұйқы безінің гиперплазиясымен байланысты және шұғыл емдеуді (глюкозаның концентрацияланған ерітінділерін енгізу) талап ететін гипогликемия болуы мүмкін екенін есте ұстаған жөн.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASI «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		38/11
Балалар хирургиясы пәнінен дәріс кешені		9 беттің 32 беті

Ауруды диагностикалау қиын емес, бірақ кішкентай мөлшерде грыжа доғасы кең кіндік үшін қабылдануы мүмкін. Мұндай диагностикалық қателік ауыр зардаптарға әкеледі-кіндікті өңдеу кезінде іш қуысының грыжа қабығындағы мүшелеріне (ішек, без) зақым келеді.

Егер жаңа туған нәрестеде кіндік негізі кең болса, омфалоцелді болдырмау үшін мұқият тексеру қажет. Ақауды жоюға рентгенограммада іш қабырғасының контурының үздіксіздігін және іш қабырғасынан тыс газбен толтырылған ішек ілмектерінің болмауын анықтайтын рентгендік зерттеу мүмкіндік береді.

Гастрошизис

Гастрошизис - іштің алдыңғы қабырғасының ақаулығы, онда іш қуысы мүшелері кіндік түбіне жақын орналасқан іш қабырғасының ақауы арқылы сыртқа шығады (эвентрация). Көптеген жағдайларда ақау кіндік негізінің оң жағында орналасқан және эвентрленген органдардың көлемі қаншалықты үлкен болса да, кішкентай (диаметрі 3 см-ге дейін).

4.Иллюстрациялық материал:

37 Слайдтық презентация

5. Әдебиеттер:

Қазақ тілінде:

Негізгі:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс] : оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Жалпы хирургия [Электронный ресурс] : оқулық / В. К. Гостищев ; қазақ тіл. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон. текстовые дан. (141Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық іріңді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011
4. Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Орыс тілінде:

Негізгі:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон. текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон. текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Қосымша:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		38/11
Балалар хирургиясы пәнінен дәріс кешені		10 беттің 32 беті

Электронды ресурстар:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

№ 3 Дәріс

1. **Тақырыбы:** Туа біткен және жүре пайда болған ішек өтімсіздігі. Ішек инвагинациясы.
2. **Мақсаты:** Асқазан-ішек жолының даму ақауы бар жаңа туған нәрестелерді диагностикалау және емдеу әдістерін меңгеру (пилоростеноз, ішек инверсиясы және т.б.). Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.

3. Дәрістер тезистері:

Жоғары ішек өтімсіздігі.

Жоғары ішек өтімсіздігі-Трейтц байламынан жоғары ішек өтімсіздігі, әдетте, он екі елі ішектің өтімсіздігі.

Кедергі себебіне қарамастан, клиникалық белгілер бірдей.

Антенатальды түрде ұрықта "Қос көпіршік" симптомы бар, полисидия да байқалады. Балалар, әдетте, ішілік гипотрофияның белгілерімен туылады.

Тұрақты мазмұндағы құсу түріндегі алғашқы клиникалық көріністер өмірдің бірінші немесе екінші күндерінің соңында пайда болады. Асқазаннан зондтау кезінде 20 мл-ден астам қара-жасыл өт эвакуацияланады. Меконий жеңіл, аз мөлшерде кетеді.

Физикалық зерттеу

Тексеру кезінде баланың жалпы жағдайы тұрақты болып қалады, тыныс алудың бұзылуы байқалмайды, ішті тексеру кезінде эпигастрий аймағының ісінуі, іштің төменгі бөлігінің түсуі байқалады.

Асқазанды тексергеннен кейін эпигастрий аймағының ісінуі жоғалады.

Пальпация кезінде асқазан жұмсақ, барлық бөлімдерде ауыртпалықсыз. Тамақтандыру кезінде жасыл қоспамен құсу пайда болады, тамақтандыру көлемі ұлғайған сайын оның көлемі артады. Аускультативті перистальтикалық Шу естілмейді.

Зертханалық зерттеулер

Құсу массаларында тұз қышқылының үнемі жоғалуына байланысты сілтілік қан резервтерінің жоғарылауы байқалады.

Аспаптық зерттеулер

Жоғары ішек өтімсіздігін диагностикалаудың негізгі әдісі рентгенологиялық (тік) болып саналады.

- Сұйықтықтың екі деңгейі анықталады (асқазан және он екі елі ішек);
- ішектің астындағы бөлімдерін пневматизациялау жоқ немесе айтарлықтай азаяды.

Дифференциалды диагнозды ішек өтімсіздігінің басқа түрлерімен, асқазан-ішек жолдарының функционалды бұзылыстарымен жүргізеді.

Емдеу

ONTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		38/11
Балалар хирургиясы пәнінен дәріс кешені		11 беттің 32 беті

Хирургиялық емдеу.

Төмен ішек өтімсіздігі.

Төмен ішек өтімсіздігі-Трейтц байламынан төмен ішек өтімсіздігі.

- * Төмен ішек өтімсіздігінің жиі кездесетін себептері:
- * туа біткен аш ішек атрезиясы;
- * туа біткен тоқ ішек атрезиясы (және анустың атрезиясымен бірге);
- * ішек түтігін екі есе көбейту;
- * меконий илеус;
- * Хирургиялық ауруы.

4.Иллюстрациялық материал: 53 слайдтық презентация

5. Әдебиеттер:

Қазақ тілінде:

Негізгі:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс] : оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Жалпы хирургия [Электронный ресурс] : оқулық / В. К. Гостищев ; қазақ тіл. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон. текстовые дан. (141Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық іріңді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011
4. Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Орыс тілінде:

Негізгі:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон. текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон. текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Қосымша:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронды ресурстар:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		38/11
Балалар хирургиясы пәнінен дәріс кешені		12 беттің 32 беті

№4 Дәріс

1.Тақырыбы: Тоқ ішектің даму ақаулары. Гиршпругн ауруы. Аноректальды ауытқулар. Анус пен тік ішектің атрезиясы.

2.Мақсаты. Гиршпругн ауруын, анус пен тік ішек атрезиясын диагностикалау, клиникалық ағым, дифференциалды диагностика және емдеу алгоритмдерін ассимиляциялау.

Дәрістер тезистері:

Тоқ ішектің ауытқулары.

Ауытқулар деп ағзаның дамуының бұзылуынан туындаған осы биологиялық түрге тән құрылымнан және/ немесе функциядан ауытқулар түсініледі.

Аномалиялардың дамуына әкелетін себептер-бұл жүктілікке және эмбриогенезге қолайсыз экологиялық факторлардың, инфекциялардың, химиялық заттардың, дәрі-дәрмектердің ұрыққа әсері. Мұндай факторлар Радиоактивті сәулелену деңгейінің жоғарылауы, гиперинсоляция, гипертермия, Химиялық өндіріс өнімдері, қызамық, цитостатиктер болып табылады.

Эмбриогенез кезіндегі тоқ ішектің дамуының бұзылуы оның қалыптасуының барлық процестеріне әсер етуі мүмкін.

Осыған байланысты, жіктеу бойынша г. И. Воробьев және басқалар (1989):

- * интрамуральды жүйке жүйесінің ауытқулары:
 - * туа біткен тоқ ішек ангиодисплазиясы:
 - * тоқ ішектің туа біткен ұзаруы:
 - * тоқ ішектің туа біткен жағдайы мен бекітілуінің бұзылуы:
 - * тоқ ішектің екі еселенуі;
 - * әр түрлі ауытқулардың үйлесімі;
- 80% - дан астам жағдайда әртүрлі ауытқулардың комбинациясы байқалады.

Шығу тегі бойынша дамудың ауытқулары мен тоқ ішектің орналасуы ажыратылады:

I. Тоқ ішектің өсуінің туа біткен бұзылуы.

Егер эмбрионның даму кезеңінде ішек қабырғасының өсуі қандай да бір себептермен тоқтатылса, онда туа біткен қысқару немесе тоқ ішектің кез-келген бөлігінің болмауы пайда болады. Әдетте, мұндай аномалия басқалармен, ең алдымен ротациямен біріктіріледі.

Шамадан тыс өсуге байланысты өте үлкен ұзындықтағы тоқ ішектің қалыптасуы долихоколон деп аталады. Көбінесе ұзарту сигма тәрізді ішекте байқалады. Мұндай жағдайларда олар Долихосигма туралы айтады.

II. Тоқ ішектің орналасуы мен қозғалғыштығы оның перитонеумге қатынасы, мезентерияның ұзындығы мен формасы, іш қуысында бекітетін байламдар мен адгезиялардың болуы сияқты факторлармен анықталады. Ең жиі кездесетін және клиникалық маңызы бар, тоқ ішектің бекітілуінің бұзылуы оң және сол жақ колоптоз, жалпы колоптоз, тоқ ішектің оң жақ бөлімдерінің патологиялық қозғалғыштығы болып табылады. Оң жақ ішектің патологиялық қозғалғыштығы ең үлкен клиникалық маңызға ие. Бұл жағдай ішектің инвагинациясына, илеоцекальды инвагинацияға, ауырсыну синдромының дамуына әкеледі. Жалпы мезентерияның болуына байланысты тоқ ішектің оң жартысының қалыптан тыс қозғалғыштығы. Бірқатар адамдардағы тоқ ішектің

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		38/11
Балалар хирургиясы пәнінен дәріс кешені		13 беттің 32 беті

қозғалмалы оң жартысы өмір бойы көрінбеуі мүмкін. Сондықтан, анатомиялық тұрғыдан алғанда, тоқ ішектің оң жартысының бекітілуінің бұзылуының бұл түрі клиникалық көрініс береді және ауыр асқынулардың көзі болады, оны тәуелсіз ауру ретінде қарастырған жөн. Негізгі белгілері-іштің ауыруы, локализацияланған, әдетте оң жақ мықын аймағында. Ауырсыну көбінесе тұрақты, түтіккен, кейде пароксизмальды, көбінесе сакрумға, артқа және төменгі аяққа түседі. Тұрақты созылмалы іш қату сонымен қатар бұл азаптың жиі кездесетін симптомы болып табылады, бұл тоқ ішектің оң жартысының моторикасының қайталама өзгерістерімен байланысты. Аурудың тән мысалы-түзу, кейде оң жақ мықын аймағында шашырау шуымен бірге жүреді.

III. Айналмалы ауытқулар.

Егер эмбриогенез процесінде ішек түтігінің өсуі қалыпты болса, бірақ оның айналуы және кезеңдердің бірінде іштің артқы қабырғасына бекітілуі бұзылса, онда бұл патологиялық жағдай айналмалы ауытқулардың пайда болуына әкеледі. Ротацияның болмауы сирек кездеседі, басқа мүшелердің ауыр ауытқуларымен үйлеседі, сондықтан ұрықтың өміріне сәйкес келмейді. Сондықтан ересектер клиникалық тәжірибесінде ішек ротациясы жоқ науқастар пайда болмайды. Аяқталмаған бұрылыста немесе толық емес айналу деп аталатын кезде, аномалияның мәні ішек түтігінің айналуын оның кезеңдерінің бірінде тоқтату болып табылады.

Толық емес ротация (ішектің толық емес айналуы)- ересек пациенттерде кездесетін ротациялық ауытқулардың негізгі түрі.

IV. Егер ішек түтігінің реканализациясы бұзылса, тоқ ішек атрезиясы дамуы мүмкін, бұл жаңа туған нәрестеде өткір ішек өтімсіздігіне әкеледі, сондықтан ересектерде мұндай ауытқулар болмайды. Қалған ауытқулар, мысалы, ішкі секрециялар немесе қатандықтар адамның өмір бойы анықталуы мүмкін. Колопроктологиялық тәжірибеде сирек кездесетін жағдай-бұл тік ішекте жиі кездесетін тоқ ішектің екі еселенуі.

V. Эмбриональды сымдар мен адгезиялар әртүрлі нұсқалармен ұсынылуы мүмкін, ал олардың клиникалық көріністері локализацияға және ішек өтімділігінің бұзылу белгілерінің ауырлығына байланысты болады.

Диагностика.

Тоқ ішектің дамуы мен жағдайының ауытқуларын диагностикалаудың ең Ақпараттық әдісі рентгенологиялық болып табылады. Контрасты барий клизмасын зерттеу науқастың тұрған және жатқан жерінде зерттеу жүргізу кезінде іш қуысында тоқ ішектің орнын, оның пішінін, қозғалғыштығын бірден анықтауға мүмкіндік береді.

Емі.

Егер аномалия курстың асқынбаған сипатына ие болса және аурудың тарихында ішек өтімсіздігінің шабуылдары туралы айтылмаса, онда іш қату және ауырсыну синдромының дамуы сияқты клиникалық көріністер консервативті шараларды қажет етеді. Тұрақты түрде жүргізілген кешенді консервативті шаралардың тиімсіздігімен хирургиялық араласу жасалуы мүмкін.

Гиршпрунг Ауруы.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	
 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
«Педиатрия-1» кафедрасы	38/11
Балалар хирургиясы пәнінен дәріс кешені	14 беттің 32 беті

ЭТИОЛОГИЯСЫ ЖӘНЕ ПАТОГЕНЕЗИ

Ауру төменгі ішектің иннервациясының бұзылуына негізделген, бұл аганглион сегментінің перистальтикасының төмендеуіне (болмауына дейін) әкеледі.

Нәтижесінде ішек құрамы жоғарғы бөлімдерде жиналады; үлкен балалардағы Хиршпрунг ауруының ең айқын көрінісі — созылмалы іш қату.

4.Иллюстрациялық материал: 12 слайдтық презентация

5. Әдебиеттер:

Қазақ тілінде:

Негізгі:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс] : оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Жалпы хирургия [Электронный ресурс] : оқулық / В. К. Гостищев ; қазақ тіл. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон. текстовые дан. (141Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық іріңді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011
4. Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Орыс тілінде:

Негізгі:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон. текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон. текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Қосымша:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронды ресурстар:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

№ 5 Дәріс

1. **Тақырыбы:** Өкпенің даму ақаулары. Өкпе бактериялды деструкциясы
2. **Мақсаты.** Диагностика алгоритмдерін, клиникалық ағымдарды, дифференциалды диагностиканы және өкпенің бактериялық жойылуын және өкпенің басқа да ақауларын емдеуді игеру.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		38/11
Балалар хирургиясы пәнінен дәріс кешені		15 беттің 32 беті

3. Дәрістер тезистері:

Өкпе және бронхиалды ауытқулар

Туа біткен бронхо өкпе аномалиялары мен алынған аурулардың арасындағы айырмашылықтар көбінесе шамалы. Мысалы, пневмоторакстың пайда болуы немесе өкпедегі кисталық түзілімдер аясында инфекцияның қосылуы ақаулардың пайда болуын көрсететін белгілерді жояды.

Әр түрлі бұзылулардың ішінде өкпенің цистикалық ауытқулары, медиастиnum және өкпенің секвестрациясы өте маңызды.

Цистикалық ауытқулар

Өкпенің және медиастинаның кисталық ауытқуларының арасында өкпенің кистоаденоматозды ауытқулары, бронхогендік немесе гастроэнтерогенді өкпе кисталары мен медиастиnum ерекшеленеді.

Жіктелуі.

Морфологиялық ерекшеліктеріне, кисталардың мөлшеріне және зақымданудың кендігіне байланысты патологияның үш түрі мүмкін.

I Тип-диаметрі 2 см-ден асатын, жыпылықтайтын псевдо-көп қабатты цилиндрлік эпителиймен қапталған бір немесе бірнеше кисталар. Кисталардың арасында кейде қалыпты альвеолаларға ұқсайтын тіндік элементтер болады.

II Тип-бірнеше кішкентай (диаметрі 1 см-ден аз) кисталар жыпылықтайтын (кубоидты немесе цилиндрлік) эпителиймен қапталған. Кисталардың арасында тыныс алу бронхиолалары мен созылған альвеолдар бар, ал шырышты жасушалар мен шеміршектер жоқ. Бұл ақаумен бірге туа біткен ауытқулардың жиілігі жоғары екенін ескеріңіз.

III Тип-бұл ең ауыр, кең жеңіліс, әдетте кисталық емес, медиастинаның ығысуын тудырады. Аномалияның бұл нұсқасында цилиндр тәрізді кубоидты эпителиймен бронхиолға ұқсас түзілімдер альвеолаларға ұқсайтын, бірақ фибулярлы емес кубоидты эпителиймен қапталған тіндік құрылымдармен бөлінеді.

Клиникалық көрініс.

Кисталық ауытқулардың клиникалық көріністері кисталардың мөлшеріне, санына, сондай-ақ асқынулардың болуына байланысты. I типті кистоаденоматозды ауытқулар әдетте ауру тудырмайды. Әдетте, олар ұрықтың УЛЬТРАДЫБЫСЫ кезінде антенатальды түрде кездеседі. Бірнеше кисталар немесе үлкен мөлшердегі жалғыз түзілімдер әдетте тыныс алу дистресс синдромымен көрінеді. Асқынулар пайда болған кезде (инфекцияның қосылуы, кисталардың жарылуы, пневмоторакс) бұл асқынулардың белгілері пайда болады.

Антенатальды анықталған кистоаденоматозды ауытқулар ішілік даму процесінде жоғалып кетуі мүмкін, сондықтан бұл патологияның пренатальды диагнозы жүктілікті тоқтатуға негіз болмайды. Толық диагноз қою үшін ұрықтың дамуын динамикада ультрадыбыстық бақылау қажет.

Өкпенің секвестрациясы

Өкпенің секвестрациясы деп трахеобронхиальды ағашпен байланысы жоқ және қан тамырларынан қан алатын жұмыс істемейтін өкпе тінінің бір бөлігінің болуын білдіреді.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ			SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
«Педиатрия-1» кафедрасы			38/11	16 беттің 32 беті
Балалар хирургиясы пәнінен дәріс кешені				

Жіктелуі.

Секвестрация интралобарлы болуы мүмкін (калыпты өкпе ішінде қалыптан тыс тін) және экстралобарлы (секвестрленген аймақ өкпеден бөлініп, висцеральды плеврадан тыс жерде орналасқан). Туа біткен диафрагматикалық грыжа операциясы кезінде экстралобиялық Секвестр жиі кездейсоқ анықталады.

Клиникалық көрініс.

Секвестрлеудің екі түрінің де клиникалық ағымы симптомсыз болуы мүмкін.

Диагностика.

Диагноз рентгенография кезінде анықталған кезде жасалады (әдетте өкпенің төменгі бөліктерінде), динамикада өзгермейді. Ангиографиялық зерттеу үлкен маңызға ие, бұл қалыпты емес тамырларды анықтауға және диагнозды нақтылауға мүмкіндік береді.

Емі.

Интралобарлық секвестрацияны, әдетте, хирургиялық жолмен емдейді.

4.Иллюстрациялық материал: 18 слайдтық презентация

5. Әдебиеттер:

Қазақ тілінде:

Негізгі:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс] : оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Жалпы хирургия [Электронный ресурс] : оқулық / В. К. Гостищев ; қазақ тіл. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон. текстовые дан. (141Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық іріңді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011
4. Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Орыс тілінде:

Негізгі:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон. текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон. текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Қосымша:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
 2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
 3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
 4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
 5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002
- Электронды ресурстар:**

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA —1979—	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		38/11	
Балалар хирургиясы пәнінен дәріс кешені		17 беттің 32 беті	

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

№ 6 Дәріс

1. Тақырыбы: Туа біткен фистулалар кіндік. Дивертикул Меккеля. Ішек грыжасы. Крипторхидизм. Варикоцеле. Гидроцеле.

2. Мақсаты: Туа біткен кіндік жыланкөзін, меккель дивертикулын, шап жарығын, крипторхизмді, варикоцелді, гидроцелді диагностикалау, клиникалық ағым, дифференциалды диагностикалау және емдеу алгоритмдерін меңгеру.

Дәрістер тезистері:

Толық фистула кіндік.

Сарысы каналының жетілмеуінің жиі кездесетін көрінісі-бұл кіндіктің толық ішек фистуласы.

Кіндіктің қалған бөлігі құлағаннан кейін (әдетте кеш) ішек ішіндегісі кіндік жарасынан шығады. Кіндіктің ішек фистуласы ауыр ақау болып саналмаса да, оның асқынуы жаңа туған нәрестенің өміріне өте қауіпті болуы мүмкін. Сонымен, ішектің түтіктің айналасындағы инверсиясы қан айналымының ауыр бұзылуына, ішектің канал арқылы эвакуациясына әкелуі мүмкін — ішектің бұзылуы мен некрозы. Бұл күрделі асқынулардың даму мүмкіндігі дәрігердің тактикасын анықтайды-баланың диагнозы анықталғаннан кейін оны хирургиялық емдеу үшін хирургиялық ауруханаға ауыстыру керек.

Өспеген урахус.

Бөлінбеген урахус сонымен қатар кіндіктің фистуласы (зәр шығару) болып табылады, алайда сарысы каналының жетілмеуіне тән асқынулар бұл ауруға тән емес. Бұл құрсақ қуысында емес, құрсақ қабырғасында өтетін урахустың анатомиялық ерекшеліктеріне байланысты. Кең таралмаған урахуста, тұрақты катетердің көмегімен несептің бөлінуіне қарамастан, өздігінен жабылу үрдісі жоқ), зәр шығару жолдарының инфекциясының алдын алу үшін хирургиялық араласу қажет. Өспеген урахусы бар баланы хирургиялық стационарға ауыстыру керек.

Балалардағы Меккел дивертикулы

Меккел дивертикуласы-бұл толығымен азайтылмаған сарысы сабағының қалдығы болып табылатын илиум дивертикуласы.

Жіктелуі

* Асқынбаған (симптомсыз) меккел дивертикуласы-басқа ауруларды диагностикалау және емдеу кезінде кездейсоқ анықталады

* Асқынған (симптоматикалық) меккел дивертикуласы-оның келесі асқынулары кезінде анықталады:

* Қан кету

* Ішек өтімсіздігі: инвагинация, аш ішектің инвагинациясы, Литтре грыжасы, аш ішектің мезентериялық-дивертикулярлық адгезиясы, Меккель дивертикуласы мен кіндік арасындағы адгезия айналасындағы кесек инвагинациясы.

* Дивертикулит

* Перфорация

* Ісіктер

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
«Педиатрия-1» кафедрасы	38/11
Балалар хирургиясы пәнінен дәріс кешені	18 беттің 32 беті

Этиологиясы және патогенезі.

Меккел дивертикуласы-эмбрионның ортаңғы ішек қуысын сарысы қабығының қуысымен байланыстыратын толық азайтылмаған сарысы каналының қалдығы. Сарысы қабығы эмбриональды дамудың алғашқы апталарында пайда болады және трофикалық және гемопоэтикалық функцияларды орындайды. Даму шамасына қарай құрғақ жүгері ұрығы ажыратылады желточного қап туловищной бүкпелі қамтиды құрғақ жүгері ұрығы және бірте-бірте отшнуровывает оның желточного қапты. Магистральды қыртыстың пайда болуымен эмбриональды эндодерма ішек түтігіне айналады, ол сарысы қабымен эндодермальды каналмен байланысты болып қалады. Жүктіліктің 6-8-ші аптасында омфаломезентериальды канал басталады, ал 3-ші айда сарысы сабағының қалдықтарының толық атрофиясы пайда болады. Сарысы каналының толық емес облитерациясы және азаюы ішек дивертикуласында жүзеге асырылады.

Меккел дивертикуласы-бұл ішек қабырғасының қабаттарынан пайда болған нағыз дивертикул. Дивертикуланы қанмен қамтамасыз ету жұптасқан сарысы тамырларының арқасында жүзеге асырылады, олардың сол жақ артериясы кері дамуға ұшырайды, ал оң жақ жоғарғы мезентеральды артерия ретінде сақталады.

4.Иллюстрациялық материал: 25 слайдтық презентация

5. Әдебиеттер:

Қазақ тілінде:

Негізгі:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс] : оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Жалпы хирургия [Электронный ресурс] : оқулық / В. К. Гостищев ; қазақ тіл. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон. текстовые дан. (141Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық іріңді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011
4. Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Орыс тілінде:

Негізгі:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон. текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон. текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Қосымша:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		38/11
Балалар хирургиясы пәнінен дәріс кешені		19 беттің 32 беті

3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
 4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
 5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002
- Электронды ресурстар:**
1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

№ 7 Дәріс

1. **Тақырыбы:** Туа біткен ақаулар және зәр шығару жүйесінің аурулары.
2. **Мақсаты:** Балалардағы туа біткен даму ақаулары мен зәр шығару жүйесінің аурулары кезіндегі диагностикалық алгоритмдерді, клиникалық ағымдарды, емдеудің дифференциалды диагностикасын игеру.

3. Дәрістер тезистері:

Бүйрек санының ауытқулары

Санның ауытқуларына агенезия және үшінші, қосымша, бүйрек жатады. Агенезия. Органның бетбелгісінің болмауы 1000 нәрестеге 1 жиілікпен кездеседі. Екі жақты бүйрек агенезиясы бір жақты және көбінесе еркек ұрықта 4 есе аз байқалады (3:1 қатынасында). Екі бүйректің (аренаның) агенезиясы бар балалар өміршең емес және әдетте өлі болып туылады. Алайда, ұзақ өмір сүрудің касуистік бақылаулары сипатталған. Мұны баланың денесінің керемет ерекшелігімен түсіндіруге болады, егер басқа органдар зардап шеккен немесе толығымен істен шыққан органның қызметін атқарса. Бүйрек агенезиясы әдетте қуықтың болмауымен, жыныс дисплазиясымен, көбінесе өкпе гипоплазиясымен, менингоцелемен және басқа туа біткен ақаулармен біріктіріледі. Солитарлық бүйрекке күдік үлкейген ауырсынусыз бүйректі пальпациялау кезінде пайда болады, алайда диагнозды тереңдетілген рентгеноурологиялық зерттеу (экскреторлық урография, хромоцистоскопия, бүйрек ангиографиясы) негізінде анықтауға болады. Урография кезінде агенезия жағында контрастының пайда болуы сутиттен болады. Хромоцистоскопия несепардың тиісті сағасының жоқтығын және үшбұрыштың лиетодиев гемаatroфиясын анықтайды. Ангиография бүйрек артериясының жоқтығын көрсетеді.

Қосымша бүйрек.

Бұл өте сирек кездесетін аномалия. Қазіргі уақытта оның тек 90-ға жуық бақылауы сипатталған. Қосымша бүйректің пайда болуы метанефрогендік бластеманың пайда болуымен байланысты және ол көбінесе оның үстінде немесе астында орналасқан негізгі бөліктің жанында пайда болады. Қосымша (үшінші) бүйрек әдеттегіден әлдеқайда аз, бірақ қалыпты анатомиялық құрылымға ие. Қан айналымын арттырады, оның жеке есебінен артерияларының қақпақылдауының қолқаның. Несепар әдетте қуыққа тәуелсіз аузымен түседі, бірақ оны эктопиялауға немесе негізгі бүйректің несепарымен байланыстыруға болады. Несепардың соқыр аяқталу жағдайлары сипатталған. Қосымша бүйректі екі еселенген бүйректің жоғарғы сегментінен ажырату керек. Айырмашылық мынада: екі есе көбейген кезде бүйректің төменгі сегментінің ұжымдық жүйесі екі үлкен каликпен, ал жоғарғы бөлігі — бір. Екі еселенген бүйрек сегменттері бір-біріне жақын орналасқан және паренхиманың ажырамас контурын құрайды. Қосымша

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		38/11
Балалар хирургиясы пәнінен дәріс кешені		20 беттің 32 беті

бүйрек жағдайында оның паренхимасы негізгі бүйректен алыс, ал коллекторлық жүйеде негізгі сияқты үш кесе бар, тек миниатюрада.

Қосымша бүйрек тек несеп сағасының эктопиясымен (тұрақты зәр ұстамау) немесе қабыну, ісік немесе басқа патологиялық процестің салдарынан зақымдалуымен клиникалық маңызға ие болады.

Диагноз.

Экскреторлық урография, ретроградтық пиелография, аортография деректері негізінде диагноз қоюға болады.

Емі.

Қосымша бүйрек ауруында емдеу әдетте оның функционалды құндылығына байланысты нефрэктомиядан тұрады.

Бүйрек жағдайының ауытқулары

Позициялық ауытқуларға бүйрек дистопиясының әртүрлі түрлері жатады.

Бүйрек дистопиясы (эктопия). Бұл атаулар эмбриогенезде олардың көтерілу процесінің бұзылуына байланысты бүйректің ерекше орналасуын білдіреді. Аномалия жиілігі орташа есеппен 1: 800. Бүйрек дистопиясы ер адамдарда жиі кездесетіні атап өтілді.

Көтерілу және айналу процестері бір-бірімен байланысты болғандықтан, дистопия бүйрегі сыртқа қарай бұрылады, ал дистопия неғұрлым төмен болса, бүйрек жамбасы соғұрлым вентральды болады. Дистопиялық бүйрек көбінесе қанмен қамтамасыз етудің борпылдақ түріне ие, оның тамырлары қысқа және бүйректің жылжуын шектейді. Дистопиялық бүйректің функционалды жағдайы әдетте төмендейді. Бүйрек, әдетте, лобулярлы құрылымға ие. Нысаны оның мүмкін ең әр түрлі: сопақша, грушевидной, уплощенной дұрыс.

Жоғары дистопия, төмен және Кросс бар.

Жоғары дистопияға ішілік бүйрек жатады. Бұл өте сирек кездесетін аномалия. Қазіргі уақытта әлем әдебиетінде оның сипаттамаларының саны 80-ден аспайды.

Торакальды дистопияда бүйрек әдетте рагмальды грыжа диаграммаларының бөлігі болып табылады. Кеудеішілік бүйректің несепағары ұзартылған, қуыққа түседі, артерия кеуде аортасынан кетеді.

Төмен дистопияның түрлері-бел, мықын және жамбас.

4.Иллюстрациялық материал: 30 слайдтық презентация

5. Әдебиеттер:

Қазақ тілінде:

Негізгі:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс] : оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Жалпы хирургия [Электронный ресурс] : оқулық / В. К. Гостищев ; казак тіл. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон. текстовые дан. (141Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық ірінді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011
4. Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Орыс тілінде:

Негізгі:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон. текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		38/11
Балалар хирургиясы пәнінен дәріс кешені		21 беттің 32 беті

2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон. текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Қосымша:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронды ресурстар:

Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

№ 8 Дәріс

1. Тақырыбы: Балалардағы асқазан ішек жолдарынан қан кету.

2. Мақсаты. Балалардағы асқазан-ішек қан кетулерінде және порталдық гипертензияда диагностика, клиникалық ағым, дифференциалды диагностика және емдеу алгоритмдерін игеру.

3. Дәріс тезистері

Балалардағы асқазан-ішектен қан кету.

Балалардағы асқазан-ішек қан кетуінің басты ерекшелігі-балалық шақтағы асқазан-ішек жолдарының қан кету синдромының этиологиясы.

Мұндай қан кетудің негізгі себебі ойық жаралы процестер болып табылатын ересек пациенттерден айырмашылығы, бала кезіндегі пациенттерде бұл синдром, әдетте, баланың ағзалары мен жүйелерінің дамуындағы патологияға байланысты.

Балалардағы асқазан-ішек жолдарының негізгі себептері:

- * Нәрестенің геморрагиялық ауруы
- * Жаңа туған нәрестелер мен нәрестелердегі Эзофагит және рефлюкс-эзофагит
- * Гастрит және асқазан мен он екі елі ішектің ойық жарасы
- * Асқазанның екі еселенуі
- * Ішек өтімсіздігімен аяқталмаған бұрылыс.
- * Жаңа туған нәрестелердің ойық жаралы некротикалық энтероколиті.
- * Аш ішектің екі еселенуі.
- * Маллори-Вайсс Синдромы
- * Диафрагманың өңеш саңылауының грыжалары
- * Ішек полиптері, атап айтқанда кәмелетке толмаған (гамартомдық) полиптер

ONTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		38/11
Балалар хирургиясы пәнінен дәріс кешені		22 беттің 32 беті

• Дивертикул Меккеля

* Диелафуа Ауруы

3 жастан асқан балаларда асқазан-ішек жолдарының Жоғарғы бөліктерінен асқазан-ішек қан кетуінің ең ықтимал себебі-өңештің варикозды тамырлары. Балалардың 85% - ында өңеш тамырларынан қан кету 5-10 жаста пайда болады, порталдық гипертензия синдромының жиі клиникалық көріністерінің бірі болып табылады.

Асқазан-ішек жолдарының асқынулары мен салдары

* Асқазан-ішектен қан кету ауыр асқынуларға әкелуі мүмкін:

* геморрагиялық шок (жаппай қан жоғалтумен байланысты ауыр жағдай);

* анемия

* жедел бүйрек жеткіліксіздігі (бүйрек функциясының ауыр бұзылуы);

* көп ағзалық жеткіліксіздік (ауыр спецификалық емес стресс-ағзаның көптеген жедел аурулар мен жарақаттардың соңғы сатысы ретінде дамидын реакциясы).

Медициналық көмекке уақтылы жүгінбегенде, асқазан-ішек жолынан қан кету ауыр асқынуларға ғана емес, науқастың өліміне де әкелуі мүмкін.

Емдеу

Асқазан-ішектен қан кету фактісі расталғаннан және оның көзі анықталғаннан кейін емдеу басталады, ол табиғатта консервативті болуы мүмкін және хирургиялық араласуды қажет етеді. Қан кетудің көп бөлігі эндоскопиялық жолмен жойылады. Хирургиялық емдеу, әдетте, консервативті терапия курсынан өткеннен кейін жоспарлы болып табылады, бірақ өмірге қауіпті жағдайларда жедел хирургиялық араласу көрсеткіштері пайда болуы мүмкін. Жалпы, асқазан-ішек жолдарының қан кетуімен науқасты басқару тактикасы негізгі ауруға байланысты, оның асқынуы қан кету болды.

Асқазан-ішектен қан кететін науқастарды емдеудің жалпы принциптері оның жағдайының ауырлығымен анықталады.

* Төмен ауырлық дәрежесінде: науқасқа шырышты қабыққа зақым келтірмейтін ұсақталған тағамды ғана қабылдау ұсынылады; викасол инъекциясы тағайындалады; құрамында кальций бар препараттар мен дәрумендер тағайындалады.

* Орташа ауырлық жағдайында: емдік эндоскопия жасалады, онда қан кететін аймаққа химиялық немесе механикалық әсер етеді; кейбір жағдайларда қан құю жүзеге асырылады.

* Жағдайы ауыр болған жағдайда: шұғыл реанимациялық шаралар және хирургиялық араласу жүргізіледі; стационарда оңалту ұсынылады.

АІЖ қан кетуінің алдын алу

Асқазан-ішек жолдарының қан кетуі әртүрлі аурулар аясында синдром екенін ескере отырып, асқазан-ішек қан кетулерінің алдын-алудың негізі маман дәрігерлердің үнемі тексеріп отыруы, сондай-ақ анықталған патологияны уақтылы және тиісті емдеу болып табылады. Егде жастағы адамдарға жыл сайын жасырын қанға талдау жасауды ұсынуға болады.

Асқазан-ішек жолдарының қан кетуіне арналған Диета

Асқазан-ішек жолдарының қан кетуіне арналған Диета негізгі аурумен анықталуы керек. Мысалы, асқазан-ішек жолдарының ауруларында № 1 диета тағайындалуы мүмкін (асқазанның немесе он екі елі ішектің ойық жарасы кезінде, сондай-ақ ремиссия кезеңінде), № 1А диета (қан кету кезінде емдеудің алғашқы 8-10 күнінде ойық жараның өршуі кезінде), № 1Б диета (№1 А диетасынан кейін), № 2, 3, 4, 5, 5р диета. диеталық тамақтанудың өзіндік

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		38/11
Балалар хирургиясы пәнінен дәріс кешені		23 беттің 32 беті

ерекшелігі асқазан-ішек жолдарының қан кетуі болып табылатын басқа аурулармен де байқалады. Сондықтан нақты диетаны таңдауды науқастың негізгі және қатар жүретін ауруларын ескере отырып, емдеуші дәрігер жүргізуі керек.

4.Иллюстрациялық материал: 18 слайдтық презентация

5. Әдебиеттер:

Қазақ тілінде:

Негізгі:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс] : оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Жалпы хирургия [Электронный ресурс] : оқулық / В. К. Гостищев ; қазақ тіл. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон. текстовые дан. (141Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық іріңді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011
4. Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Орыс тілінде:

Негізгі:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон. текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон. текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Қосымша:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронды ресурстар:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

№ 9 Дәріс

1. Тақырыбы: Жұмсақ тіндердің іріңді-қабыну аурулары.Остеомиелиттер

2. Мақсаты. Балалардағы жұмсақ тіндердің іріңді-қабыну ауруларында және жедел гематогенді остеомиелит пен артритте диагностика, клиникалық ағым, дифференциалды диагностика алгоритмдерін игеру.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		38/11
Балалар хирургиясы пәнінен дәріс кешені		24 беттің 32 беті

Дәрістер тезистері:

ЖЕДЕЛ ГЕМАТОГЕНДІ ОСТЕОМИЕЛИТ ЖӘНЕ АРТРИТ

Жіті қабынуы зақымдайтын сүйек тіні мен (немесе) синовиальны қабығының буын.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ-зерттелмеген, шала туылған нәрестелер жиі ауырады.

ЖІКТЕЛУІ

Қабыну процесі бастапқы, көрінетін әл — ауқат аясында дамыған және қайталама болуы мүмкін-патокальды, өкпе, ішек сепсисінің қазіргі инфекциялық процесі аясында), жүргізілген Бактерияға қарсы терапияға қарамастан немесе оны тоқтатқаннан кейін. Жергілікті, уытты бөліңіз : септикопиемиялық формалар.

Этиологиясы

Бастапқы процесте 90% жағдайда алтын стафилококк, қайталама — кокк немесе грам-теріс флора анықталады. Бактериемияның себептері пустулярлы инфекция, омфалит, сондай-ақ әртүрлі медициналық араласулар болуы мүмкін (катетерлерді кіндікке енгізу, трахея интубациясы).

Патогенез.

* Инфекциялық агенттің таралуы гематогенді жолмен жүреді. Остеомиелиттің дамуы үшін сүйекте бактериялардың болуы жеткіліксіз. Қажетті факторлар:

* веноздық лактардағы тамырлы стаз;

* сүйек кемігінің синусоидаларында қан ұйығыштарының немесе тіндердің некрозының болуы;

* анадан берілетін пассивті иммунитеттің сарқылуы;

* меншікті ат синтезінің жеткіліксіздігі және иммуноглобулиндердің жеткіліксіз титрі.

Көп көңіл дамуына жіті гематогенного остеомиелита ерекшеліктері бар васкуляризациясы метафизарных және эпифизарных облыстардың, ұзын түтік тәрізді сүйектер және олардың росткового шеміршегінің. Жаңа туылған нәрестелерде эпифиздің жанындағы сүйек ішілік диафиз артериясы тығыз тамырлы желіге бөлінеді. Сонымен қатар, әсіресе тығыз торлар үлкен веноздық лакундар пайда болатын өсіп келе жатқан шеміршек пластинасының жанында орналасқан (лакундардағы қан ағымы күрт баяулайды). Бұл қоздырғыштардың көбеюіне қолайлы жағдай жасайды.

Жаңа туылған нәрестелердегі ұзын құбырлы сүйектердің эпифиздері бірлескен сөмкеде орналасқан. Әр буынның айналасында тамырлы сақина бар, олардан анастомозды метафизарлы, эпифизарлы және синовиальды бұтақтар кетеді. Осылайша, жаңа туған нәрестенің сүйек эпифизи метафизикалық тамырлардан және сүйекті перпендикуляр тесіп, артикулярлы шеміршек астында аяқталатын тамырлы сақинаның бұтақтарынан қанмен қамтамасыз етіледі.

Өмірдің бірінші жылының аяғында ғана қанмен қамтамасыз ету схемасы өзгереді, ал өсімдік плитасы инфекцияға тосқауыл болады. Кез-келген қабыну процесі сияқты, жаңа туған нәрестелердің остеомиелиті бірнеше кезеңнен өтеді. Ошақтардың бірінде патогенді микроорганизмдердің шамадан тыс көбеюі және олардың буын тамырларына немесе метэпифизарлы аймаққа транслокациясы патологиялық контаминацияны және зақымдану ошағының колонизациясын тудыруы мүмкін. Патогендік микроорганизмдер шығаратын протеолитикалық ферменттердің әсерінен өсімдік аймағының шеміршек тініне және буынның синовиальды мембранасына зақым келеді.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
«Педиатрия-1» кафедрасы	38/11
Балалар хирургиясы пәнінен дәріс кешені	25 беттің 32 беті

Қабыну ошағында альтерация процестері басым болады, биологиялық белсенді заттар — қабыну медиаторлары шығарылады, содан кейін қанның реологиялық қасиеттері бұзылады және зардап шеккен тіндердің көлемі артады. Лимфа тамырлары мен капиллярлардың диаметрінің ұлғаюына байланысты жұмсақ тіндердің ісінуі дамиды. Егер осы кезеңде диагноз анықталмаса, онда экссудация фазасы ең ауыр кезеңге — іріңді экссудацияға енеді. Процесс мета-эпифиз аймағына таралады және іріңді артрит немесе жұмсақ тіндердің флегмонасының дамуымен қиындайды. Сепсистің дамуымен қабыну процесінің жалпылануы мүмкін.

4.Иллюстрациялық материал: 46 слайдтық презентация

5. Әдебиеттер:

Қазақ тілінде:

Негізгі:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс] : оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Жалпы хирургия [Электронный ресурс] : оқулық / В. К. Гостищев ; қазақ тіл. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон. текстовые дан. (141Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық іріңді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011
4. Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Орыс тілінде:

Негізгі:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон. текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон. текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Қосымша:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронды ресурстар:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		38/11
Балалар хирургиясы пәнінен дәріс кешені		26 беттің 32 беті

№10 Дәріс

- Тақырыбы:** Жұмсақ тіндердің ірінді-қабыну аурулары. Остеомиелит.
- Мақсаты:** Жаңа туылған нәрестелердегі ірінді-қабыну ауруларының ағымының ерекшеліктері. Локализация. Клиникалық көрініс. Асқынулар. Клиникалық хаттамалар бойынша диагностика, дифференциалды диагностика және емдеу..

1. Дәріс тезистері:

Ірінді инфекция проблемасының дамуында үш кезең ажыратылады:

1. антибиотикке дейінгі кезең;
2. антибиотиктердің пайда болу дәуірі;
3. стафилококктік апат дәуірі.

Антибиотикке төзімді стафилококк штамдарының географиясы қызығушылық тудырады. Бұл тақырыптағы алғашқы зерттеулер бұрыннан пенициллин мен басқа антибиотиктер кең қолданылған елдерде (Англия, АҚШ, Польша) жарияланған. Кейіннен, 1960-жылдары бұл мәселе Кеңес Одағы үшін де өзекті бола бастады.

«Стафилококктік апаттың» пайда болуына, бір жағынан, антибиотиктердің кең әрі көбіне ұтымсыз қолданылуы, екінші жағынан, стафилококк метаболизмінің ерекшеліктері әсер етті. Айқаспалы төзімділіктің де рөлі зор болды. Аталған факторлардан басқа, жаңа туған нәрестелердегі ірінді-септикалық аурулардың ағымын олардың анатомо-физиологиялық ерекшеліктерімен, сондай-ақ С.Я. Долецкий сипаттаған патологиялық симбиоз процестерімен байланыстыру қажет.

РЭС-тің функционалдық жетілмегендігіне байланысты балаларда антиген түзілуі төмендейді, бұл инфекцияның генерализациясына әкеледі. ОЖЖ-нің жетілмегендігі нейротоксикоздың және гиперергиялық реакциялардың тез дамуын шарттайды.

Ірінді инфекция кезіндегі жергілікті процестер мынадай белгілермен сипатталады:

1. некроз бен ісінудің жылдам жиналуы;
2. жергілікті фагоцитарлық қорғаныстың тежелуі.

Жаңа туған және емшек жасындағы балалардағы жедел ірінді инфекция патогенезінің барлық аталған ерекшеліктері клиникалық тұрғыда жергілікті белгілерге қарағанда жалпы симптомдардың басым болуымен, гиперергиялық реакциялармен, аурудың генерализациясымен және жергілікті процестің жылдам дамуымен көрінеді.

Сонымен қатар, стафилококк экзо- және эндогендік факторлардың әсеріне жоғары бейімделгіштік қасиетке ие, бұған оның зат алмасу ерекшеліктері ықпал етеді. Ең маңыздысы:

1. қорғаныш ферменттерін түзуі;
2. антибиотиктермен бәсекелесетін метаболиттер өндірілуінің күшеюі;
3. антибиотик әсер ететін ферментті зат алмасудан шығару арқылы микроорганизм тіршілік әрекетінің қайта құрылуы;
4. стафилококк жасуша мембранасының антибиотикке өткізгіштігінің таңдамалы өзгеруі;
5. тіндер мен тамырларға әсер етіп, олардың ыдырауын күшейтетін, тамыр қабырғасының өткізгіштігін арттыратын бірқатар ферменттердің бөлінуі.

ОЖЖ мен РЭС-тің тітіркенуі және шамадан тыс тітіркенуі, сондай-ақ макроорганизм тіндерінің айқын бұзылуы стафилококктік инфекцияның маңызды ерекшеліктерінің бірі – антигеннің антиденеден айқын басым болатын аллергиялық компоненттің қалыптасуына

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		38/11
Балалар хирургиясы пәнінен дәріс кешені		27 беттің 32 беті

әкеледі. Осылайша, стафилококктың ерекше бейімделгіштігі, қорғаныс және агрессия факторларының болуы оны басқа микрофлораға қарағанда алдыңғы орынға шығарды. Балалардағы іріңді инфекцияны емдеу принциптері Т.В. Краснобаев бойынша жүргізіледі:

1. макроорганизмге әсер ету;
2. микроорганизмге әсер ету;
3. жергілікті процесті емдеу.

Бірінші принцип – дезинтоксикациялық терапия, иммунитеттің жасушалық және гуморальдық буындарын күшейту: плазма мен қан құю, десенсибилизациялаушы және патогенетикалық құралдарды, симптоматикалық препараттарды енгізу.

Микроорганизмге әсер ету негізінен антибиотиктерді ұтымды қолдану арқылы жүзеге асады: кең спектрлі антибиотиктерді сезімталдығын анықтай отырып пайдалану, ал ауыр ағымда алғашқы күндері көктамыр ішіне енгізу. Жергілікті ошақты кешенді емдеудің де маңызы зор.

Іріңді хирургиялық инфекцияны емдеу – күрделі міндет. Табыс емдеудің уақытылы және дұрыс басталуына байланысты.

1853 жылы Chassaignas жедел остеомиелиттің клиникалық көрінісін алғаш сипаттағаннан бері остеомиелиттің әртүрлі аспектілерін сипаттайтын көптеген еңбектер жиналып, соған байланысты өзгерістер мен толықтырулар енгізілді.

Т.П. Краснобаев (1925) аурудың үш негізгі түрін ажыратады:

- токсикалық;
- септикопиемиялық;
- жергілікті-ошақты.

И.С. Венгеровский (1964) остеомиелиттің келесі түрлерін бөледі:

1. септикотоксикалық;
2. басқа сүйектерге немесе ағзаларға метастаз беретін септикопиемиялық;
3. бір сүйек зақымданатын жергілікті-ошақты;
4. атипиялық (немесе біріншілік-созылмалы) түрі, оған жергілікті диффузды остеомиелит, Гарре склероздаушы остеомиелиті, Олье альбуминозды остеомиелиті, Броди абсцесі жатады.

С. Попкиров (1977) бұл жіктеуді «антибиотикалық остеомиелит» деген жаңа түрмен толықтырды, ол периосттың іріңді-некроздық еруімен, сүйек түзілуі мен оссификацияның болмауымен, репарацияның әлсіздігімен сипатталады.

Жіктеудің диагноз қою мен ем әдісін таңдауда негізгі рөл атқаратынын ескере отырып, қолданыстағы жіктеу Сұлтанбаев тарапынан аурудың интрамедуллярлық және экстремедуллярлық сатыларын бөлу арқылы толықтырылды.

Интрамедуллярлық саты – ірің сүйек кемігі өзегінде болғанда, сүйек ішілік гипертензияға байланысты жалпы интоксикация белгілері басым, ал жергілікті белгілер аз болады.

Экстремедуллярлық саты – ірің Фолькман және Гаверс каналдары арқылы параоссальды кеңістікке шыққанда, сүйек ішілік қысым төмендеп, остеомиелиттің айқын жергілікті симптомдары байқалады.

Септикотоксикалық түрі клиникалық тұрғыда аурудың найзағайдай тез дамуы және ағымының аса ауырлығымен сипатталады, бұл айқын интоксикация құбылыстарына байланысты.

Ауру кенеттен басталады: қалтыраумен жүретін жоғары температура, сананың бұлыңғырлануы немесе толық жоғалуы. Тыныс алу жиі әрі үстірт, жүрек-қантамыр жеткіліксіздігі тез дамып, өлімге себеп болады. Ауру соншалықты тез өтеді, жергілікті

ONTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		38/11
Балалар хирургиясы пәнінен дәріс кешені		28 беттің 32 беті

белгілер дамып үлгермейді немесе интоксикация көріністерімен бүркемеленеді. Сондықтан остеомиелиттің бұл түрін диагностикалау, тіпті аутопсия кезінде де, өте қиын. Септикопиемиялық түрінде де ауыр ағым байқалады, клиникада басқа ағзаларда метастатикалық іріңді ошақтардың түзілуімен жүретін септикалық құбылыстар басым. Ауру жедел басталады: қызба, қалтырау, сана сақталады, бірақ кейде тежелу байқалады. Бұл формада науқастар зақымданған аяқ-қолдағы қатты ауырсынуға, денеде бөртпенін пайда болуына, іш өтуге, құсуға шағымданады. Басқа ағзаларда іріңді метастаздар пайда болғанда жағдай одан әрі ауырлайды, себебі қосылған пневмония, іріңді плеврит, перикардит, менингит жүрек-қантамыр және тыныс алу жеткіліксіздігіне әкеледі. Жергілікті-ошақты түрінде бірінші орында жергілікті симптомдар тұрады: зақымданған сүйек проекциясындағы ауырсыну, сол аймақтағы жұмсақ тіндердің ісінуі. Жергілікті өзгерістердің үдеуі субпериостальды абсцестің тез түзілуіне және оның бұлшықетаралық тіндерге, ал емшек жасындағы балаларда – буын қуысына жарылуына әкеледі, ал жалпы интоксикация белгілері әлсіздеу болады.

Остеомиелиттің аталған түрлерінен басқа клиникалық тәжірибеде бастапқы-созылмалы остеомиелит түрлері жиі кездеседі, олар аурудың басынан бастап баяу ағыммен сипатталады. Дамуының себебі – микроорганизмдердің вируленттілігінің төмендігі және ағзаның реактивтілігінің жоғары болуы (Франкони, Вальгрен, 1958). Оларға Олье альбуминозды остеомиелиті, Броди сүйекшілік абсцесі, Гарре склероздаушы остеомиелиті, антибиотикалық остеомиелит жатады. Ауру жеделдеу емес басталады, бірақ клиникалық көріністің айқын болмауы мен диагностиканың қиындығына байланысты бастапқыда жиі назардан тыс қалады. Кейде ауру көптеген жылдар өткен соң ғана, аяқ-қолдағы ұзаққа созылған ауыспалы ауырсынуларға байланысты рентгенография жасалғанда анықталады.

Диагностика

Жедел гематогенді остеомиелиттің ерте кезеңде диагнозын қою айтарлықтай қиындық туғызады. В.С. Кононов (1974), М.В. Гринев (1977), С. Попкиров (1977), Г.Н. Акжигитов және т.б. (1986) деректері бойынша диагностикалық қателіктердің жиілігі 44,6%-ға жетеді. Қателіктердің негізгі себептері: аяқ-қол жарақаттары (38%), жұмсақ тіндердің іріңді аурулары (32%) және ревматизм (15%).

Жедел гематогенді остеомиелитті емдеуді мүмкіндігінше ерте бастау қажет, себебі сүйек ішілік гипертензияның ұзақ әрі тұрақты болуы сүйек деструкциясының дамуына жойқын әсер етеді. Сағаттарды, тіпті күндерді де жоғалтуға болмайды. Doran W., Brown L. 1925 жылы: «Егер ауру басталғаннан операцияға дейінгі уақыт сағаттармен өлшенсе, сауығу апталармен өлшенеді; ал егер уақыт күндермен өлшенсе, сауығу айлар мен жылдарға созылады», – деп бейнелі түрде жазған.

Созылмалы остеомиелит диагнозы қиын емес және типтік анамнезге, іріңді жыланкөздердің түзілуімен жүретін клиникалық ағымға негізделеді. Рентгенологиялық зерттеу үлкен маңызға ие, ол секвестрмен бірге секвестралды қуыстың барын анықтайды. Жыланкөз болған жағдайда фистулография секвестрдің орналасуын нақтылауға мүмкіндік береді.

Созылмалы остеомиелитті емдеу іріңді инфекцияның созылмалы сатысын емдеу принциптері бойынша жүргізіледі: секвестрэктомия, қуысты санациялау, грануляцияларды алып тастау және жыланкөзді кесіп алу.

Псевдофурункулез

Терінің анатомо-физиологиялық ерекшеліктері: бір қабатты эпидермис, жасушааралық сұйықтықтың көп болуы, мембрананың болмауы, шығару өзектері кең апокринді бездер,

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		38/11
Балалар хирургиясы пәнінен дәріс кешені		29 беттің 32 беті

қанның рН өзгеруі инфекцияның тез енуіне, теріастының жиі инфицирленуіне, инфекцияның тамыр арнасына өтіп сепсиске әкелуіне жағдай жасайды. Апокринді бездердің инфицирленуі алдымен шүйде аймағында, кейін мойында және т.б. микроабсцестердің пайда болуына әкеледі.

Емдеу иммунитетті жақсартуға, санитарлық-гигиеналық ережелерді сақтауға, тамақтануды түзетуге, жергілікті – абсцестерді ашуға негізделеді.

Жаңа туған нәрестелердің маститі

Ана сүтімен бірге лактогормондардың түсуіне байланысты жаңа туған нәрестелерде сүт бездерінің физиологиялық ісінуі болады, бұл олардың оңай жарақаттануына және инфицирленуіне әкеледі. Инфекцияның белгісі – гиперемия, ісіну және жалпы жағдайдың нашарлауы. Абсцедирленген жағдайда ареоланы зақымдамай ашу көрсетілген. Маститтер өте жиі ірінді-некроздық флегмоналарға ауысады.

Жаңа туған нәрестелердің флегмоны

Флегмона ағымында қабынуға қарағанда некроздық процестердің басым болуын атап өту қажет. Процестің сатылары:

1. интоксикация мен эксикоздың күшеюімен жүретін жедел саты;
2. шелмайдың ажырауы;
3. сепсис сатысы;
4. резидуалдық саты.

Флегмонаны емдеу жалпы принциптер бойынша жүргізіледі. Жергілікті емдеуде бірінші сатыда тіліктерді дұрыс салу мен таңғыштарды жиі ауыстыру маңызды. Емдеу сатысына және түсу мерзіміне байланысты.

Омфалиттер

Омфалиттің түрлеріне тоқталу қажет (қарапайым, флегмонозды және некрозды). Әр түрдің клиникасын сипаттау керек. Қарапайым түрінде жиі грануляциялар (фунгус) түзіледі. Соңғы екі түр кіндік тамырларына таралып, сепсиске әкелуі мүмкін.

Дифференциалды диагностика кальцинозбен, кіндік жыланкөздерімен және жаңа туған нәрестелердің флегмонымен жүргізіледі. Әр түрін емдеу жалпы принциптерге негізделеді.

2. Көрнекі материал:

Слайдтар

3. Әдебиеттер:

Негізгі:

1. Педиатрия профилі бойынша 2014 жылы әзірленген клиникалық хаттамалар жинағы. 1-том – Астана, 2015 ж. – 616 бет.
2. Педиатрия профилі бойынша 2014 жылы әзірленген клиникалық хаттамалар жинағы. 2-том – Астана, 2015 ж. – 667 бет.
3. Исаков Ю.Ф. Балалар хирургиялық аурулары. 2 томда. Т.1 – 632 б.; Т.2 – 584 б. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
4. Дюсембаев А.А., Ормантаев К.С. Балалар хирургиясы. Алматы, 2008.
5. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық ірінді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы, 2011.

Қосымша:

1. Детская оперативная хирургия: практикалық нұсқаулық / В.Д. Тихомирова ред. – СПб., 2001.
2. Немилова Т.К. Жаңа туған нәрестелердің ас қорыту жолының даму ақаулары. СПб., 2002.
3. Детская анестезиология и реаниматология: оқулық. – М.: Медицина, 2001.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		38/11
Балалар хирургиясы пәнінен дәріс кешені		30 беттің 32 беті

Электрондық ресурстар:

1. Балалар хирургиясы [Электрондық ресурс]: оқулық / бас ред. А.А. Дюсембаев. – М.: Литтерра, 2016.
2. Дәрігер кеңесшісі. Балалар хирургиясы. Версия 1.1 – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

6. Бакылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Ірінді-қабыну ауруларының этиопатогенезі
2. Клиникалық көрінісі
3. Диагностика және дифференциалды диагностика
4. Емдеу принциптері

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		38/11
Балалар хирургиясы пәнінен дәріс кешені		31 беттің 32 беті

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
«Педиатрия-1» кафедрасы	38/11
Балалар хирургиясы пәнінен дәріс кешені	32 беттің 32 беті