

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 дәрістер жинағы		51 беттің 1 беті

ДӘРІСТЕР ЖИНАҒЫ

Пәні: «Балалар хирургиясы»

Пән коды: ВН 4312

ББ шифры мен атауы: 6В10116 «Педиатрия»

Оқу сағаттарының көлемі (кредиттер): 240 сағат (8 кредит)

Оқу курсы мен семестрі: 4 курс, VIII семестр

Дәріс көлемі: 16

Шымкент 2025 ж

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 дәрістер жинағы		51 беттің 2 беті

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

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

Хаттама № 2 Күні 25.09.26

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 дәрістер жинағы		51 беттің 3 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 асқинулардың 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 институттың 9 клиникалық бөлімі және 18 қосалқы бөлімшесі бар. Кардиохирургия бөлімінде жүрекке ота жасалады. Өңеш, асқазан және

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 дәрістер жинағы		51 беттің 4 беті

медициналық 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 алуда. Жалпы шұғыл хирургия бөлімшесінің дәрігерлері травматологиялық, іріңді хирургия мен нейрохирургияны қоспағанда, шұғыл хирургиялық араласудың барлық түрлерін орындайды. Осы бөлімдерден басқа орталықта бірнеше диагностикалық зертханалар бар"

Жедел аппендицит

Жедел аппендицит-ішектің күрт 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 ауырсынуудың жоғарылауы;
- * Ровзинг симптомы-газдардың қалың бойымен қозғалуымен сол жақ мықын аймағында пальпация кезінде оң жақ мықын аймағында ауырсынуудың күшеюі.
- * Воскресенский симптомы-оң жақ мықын аймағында ауырсынуудың пайда болуы, алақанның алдыңғы іш қабырғасынан қабырға шетінен төмен қарай жылдам өтуі;
- * Щеткин-Блумберг симптомы-оң жақ мықын аймағында қолды күрт алу кезінде ауырсынуудың пайда болуы;

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 дәрістер жинағы		51 беттің 5 беті

- * 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 несепарға 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 несепардың 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, жаракат, туберкулез, гинекологиялық ауру, асциттің дренажы, ұзақ перитонеальді диализ, іштің хирургиясы.

Физикалық зерттеу:

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

Тілі құрғақ, терең гиповолемиямен - "щетка сияқты", қоңыр жабындымен жабылған. Жетілдірілген жағдайларда - "Гипократтың беті", сана бұзылған. Жүйелі қабыну реакциясының белгілері байқалады: қызба, тахипноз, тахикардия. Дәрігердің өтініші бойынша пациент ауырсынудың күрт жоғарылауын атап өтеді, пальпация кезінде кернеу мен ауырсыну анықталады, перкуссиямен - сұйықтықтың жиналуына байланысты иілген жерлерде ісіну, аускультация кезінде-перистальтика әлсіреді немесе жоқ. Перитонийдің тітіркенуінің он белгілері: Щеткин-Блумберг, Раздольский, Кулленкампф.

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

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 дәрістер жинағы		51 беттің 6 беті

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 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		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		51 беттің 7 беті

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.

Мақсаты: 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 окшауланған трахеописальды фистуланы 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 қайталаанады. 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 окшауланған күйде іш пальпация кезінде жұмсақ, ауыртпалықсыз болады. Бүкіл іш қуысының күрт ісінуімен кең трахеописальды фистуланың болуын болжауға болады.

ДИАГНОСТИКА

Аспаптық зерттеулер

Өңештің атрезиясына аздап күдік туындаған кезде асқазанды тексеру керек. Егер 8-13 см кашықтықта 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.

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 дәрістер жинағы		51 беттің 8 беті

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 фистуланың болуын көрсетеді; ішектің пневматизациясының болмауы атрезияның оқшауланған формасына тән.

Сұйықтық деңгейінің болуы асқазан-ішек жолдарының аралас патологиясын көрсетеді, трахеяға контрастты заттың енуі проксимальды трахеописальды фистуланың 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-Видеманн 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.

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

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 дәрістер жинағы		51 беттің 9 беті

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

Электронды ресурстар:

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

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 дәрістер жинағы		51 беттің 10 беті

№ 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 коспамен 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

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;

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 дәрістер жинағы		51 беттің 11 беті

* Хиршпруг 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.

№4 Дәріс

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

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

Дәрістер тезистері:

Тоқ ішектің ауытқулары.

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 дәрістер жинағы		51 беттің 12 беті

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, қызадық, 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 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.

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 дәрістер жинағы		51 беттің 13 беті

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.

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.

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 дәрістер жинағы		51 беттің 14 беті

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 бактериалды деструкциясы
2. **Максаты.** Диагностика алгоритмдерін, клиникалық ағымдарды, дифференциалды диагностиканы және өкпенің бактериялық жойылуын және өкпенің басқа да ақауларын емдеуді игеру.
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.

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 дәрістер жинағы		51 беттің 15 беті

Жіктелуі.

Морфологиялық ерекшеліктеріне, кисталардың мөлшеріне және зақымданудың кеңдігіне 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, медиастинаың 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 дисстресс 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.

Жіктелуі.

Секвестрация интралобарлы болуы мүмкін (қалыпты 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.

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 дәрістер жинағы		51 беттің 16 беті

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:

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.

QNTÜSTİK-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 дәрістер жинағы		51 беттің 17 беті

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

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 гемопозтикалық функцияларды орындайды. Даму шамасына қарай құрғақ жүгері ұрығы ажыратылады желточного қап туловищной бүкпелі камтиды 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

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 дәрістер жинағы		51 беттің 18 беті

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.
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. **Максаты:** Балалардағы туа біткен даму ақаулары мен зәр шығару жүйесінің аурулары кезіндегі диагностикалық алгоритмдерді, клиникалық ағымдарды, емдеудің дифференциалды диагностикасын игеру.
3. **Дәрістер тезистері:**

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 дәрістер жинағы		51 беттің 19 беті

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 қасуистік 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 гемитрофиясын 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 каликспен, ал жоғарғы бөлігі — бір. Екі еселенген бүйрек сегменттері бір-біріне жақын орналасқан және паренхиманың ажырамас контурын құрайды. Қосымша 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.

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 дәрістер жинағы		51 беттің 20 беті

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 несепары 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 ; 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:

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 дәрістер жинағы		51 беттің 21 беті

№ 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
- 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

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН 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 дәрістер жинағы		51 беттің 22 беті

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 уактылы 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 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.

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 дәрістер жинағы		51 беттің 23 беті

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.

Дәрістер тезистері:

ЖЕДЕЛ ГЕМАТОГЕНДІ ОСТЕОМИЕЛИТ ЖӘНЕ АРТРИТ

Жіті қабынуы зақымдайтын сүйек тіні мен (немесе) синовиальные 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.

QNTÜSTİK-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 дәрістер жинағы		51 беттің 24 беті

Көп көңіл дамуына жігі 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.

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.

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 дәрістер жинағы		51 беттің 25 беті

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.

№10 Дәріс

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

1. Дәріс тезистері:

Іріңді 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 іріңді-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.

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 дәрістер жинағы		51 беттің 26 беті

Іріңді 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 іріңді 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 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.

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 дәрістер жинағы		51 беттің 27 беті

С. Попкиров (1977) бұл жіктеуді «антибиотикалық остеомиелит» деген жаңа түрмен толықтырды, ол периосттың іріңді-некротиздық 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.

Септикококкалық 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 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 бөртпенің 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 сүйекішілік 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%).

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 дәрістер жинағы		51 беттің 28 беті

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, 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 іріңді-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

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 дәрістер жинағы		51 беттің 29 беті

3. Әдебиеттер:

Негізгі:

1. Педиатрия профілі бойынша 2014 жылы әзірленген клиникалық хаттамалар жинағы. 1-том – Астана, 2015 ж. – 616 бет.
2. Педиатрия профілі 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 іріңді 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.

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. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

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

№14 Дәріс

1. Тақырыбы:

- 1) Туа біткен жамбас дислокациясы.
- 2) Туа біткен бұлшықет тортиколласы.
- 3) Клубтық аяқ.

2. Мақсаты.

Туа біткен жамбас дислокациясы, туа біткен бұлшықет қисығы және клубфут кезінде атрезияны емдеудің диагностикалық алгоритмдерін, клиникалық ағымын, дифференциалды диагнозын игеру.

3. Дәрістер тезистері:

ТУА БІТКЕН ФЕМОРАЛЬДЫ ДИСЛОКАЦИЯ

Туа біткен феморальды дислокация тірек - қимыл аппаратының ауыр диспластикалық ауруларының бірі болып табылады.

Жамбас буынының барлық элементтерінің дамымағандығы байқалады: ацетабулум, феморальды бастар қоршаған бұлшықеттермен, байламдармен, капсуламен.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

1000 балаға 2-6 жағдай. Қыздарда бұл патология ұлдарға қарағанда 4-7 есе жиі анықталады.

ЖІКТЕЛУІ

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 дәрістер жинағы		51 беттің 30 беті

Жамбас буындарының жетілмегендігі-шекаралық жағдай. Пациенттер контингенті-шала туған балалар; мұндай жағдай мерзімінде туылған нәрестелерде сирек кездеседі. Бұл асимптоматикалық болуы мүмкін, бірақ ультрадыбыстық зерттеу кезінде ацетабулумның төбесінде шамалы өзгерістер байқалады (тегістеу, сыртқы сүйек жиегінің қисаюы).

- Предвывих — ең төменгі белгілердің көрініс беру дәрежесі диспластического процесінің (қозғайды ғана "шатырын" вертлужной қатпары).

- Подвывих — патологиялық өзгерту вертлужной қатпары және проксимальді бөлімінің ортан. Фемордың басы жартылай қуыста орналасқан.

- * Дислокация-дисплазияның экстремалды дәрежесі. Феморальды бастың толық орналасуы (ацетабулумнан тыс жерде орналасқан).

Этиологиясы

Белгісіз, бірақ көптеген гипотезалар бар. Жүкті әйелдің әртүрлі аурулары (эндокриндік бұзылулар, жұқпалы аурулар, гиповитаминоз), қоршаған орта факторлары (иондаушы сәулелену) ірі молекулалы хромосомалардың зақымдалуына әкелуі мүмкін және туа біткен ақаулардың пайда болуына ықпал етеді. Әйелдер желісі арқылы берілетін тұқым қуалайтын фактордың рөлі дәлелденді.

КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІС

Өмірдің бірінші жылындағы балалардағы клиникалық көрініс

Аналық сүйектің туа біткен шығуы (олардың маңыздылығының кему ретімен):

- * жамбас өсіруді шектеу;
- * "шерту" симптомы (Маркс-Ортолани симптомы, төмендеу симптомы-дислокация, жамбас буынындағы тұрақсыздық);
- * аяқтың мәжбүрлі сыртқы айналуы;
- * аяқтың салыстырмалы қысқаруы;
- * Шемакердің белгісі;
- * гипойдты және поплитальды қатпарлардың асимметриясы;
- Эрлахер мен Эттори симптомы;
- * Пельтесон симптомы;
- * жамбас буындарындағы шамадан тыс симптом.

Артқы жағында жатқан баланы қарау кезінде төменгі аяқтың мәжбүрлі сыртқы ротациясының болуына назар аударылады. Симптом өмірдің алғашқы 7 күнінде анықталады.

Жамбас буындарындағы асылдандыруды шектеу симптомы (98%) өмірдің алғашқы 5-7 күнінде де сенімді. Әдетте, жаңа туған нәрестеде физиологиялық гипертонияға байланысты өмірдің бірінші аптасының соңына қарай ұрлау бұрышы 80° дейін төмендейді, 50-60° немесе одан аз өсіру жамбас дислокациясына күдік тудырады (жамбас сүйегінің басы сұйылтуға кедергі келтіреді). Егер бір жағынан асылдандыруды шектеу байқалса, ортопедиялық патологияның болуы ықтималдығы жоғары. Егер қозғалыс бұзылыстары екі жағынан анықталса, онда неврологиялық патологияны диагностикалау үшін невропатологтың кеңесі тағайындалады (объективті әдістерді қолдана отырып туа біткен ақауларды жойғаннан кейін). Бұл белгі төменгі аяқтардың спастикалық парезіне, жамбас мойнының туа біткен варустық деформациясына, жамбастың патологиялық орналасуына да тән.

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 дәрістер жинағы		51 беттің 31 беті

"Басу" симптомы. Перзентханада баланы тексеру кезінде "басу"симптомының болуына немесе болмауына назар аударылады. Өмірдің жетінші күнінен кейін бұл белгі біртіндеп жоғалады (физиологиялық гипертензияның пайда болуына байланысты), бірақ кейде баланың өмірінің 3-4 айында диагноз қойылады. Феморальды дислокация кезінде бас ацетабулумға оның артқы шеті арқылы орнатылады, ал дәрігер қолымен "шертуді" сезінеді, кейде құлақпен анықталады. Төменгі аяқ-қолдарды әкелгенде, аналық бас қуыстан да шертуден шығады. Симптом дислокация кезінде ғана байқалады, оны анықтау жиілігі 9% құрайды, жамбас дислокациясы бар көптеген науқастарда симптом анықталмайды.

Тері қатпарларының асимметриясы кейде феморальды біржақты дислокациямен байқалады. Ішек (артқы жағында аяқтары бар), гипохондриалық және поплитальды қатпарларға (іште) назар аудару керек. Дислокация жағында жоғарыда аталған тері қатпарларының асимметриясы мен депрессиясы пайда болады (аналық сүйектің жоғары қарай жылжуына байланысты). Дені сау балаларда ішкі жамбаста қатпарлардың саны бірдей емес, бірақ бұл дәрігерді адастырмауы керек. Екі жақты дислокация кезінде симптом екі аналық сүйектің жоғары қарай жылжуына байланысты маңыздылығын жоғалтады.

Зардап шеккен аяқтың салыстырмалы қысқаруы. Артқы жағында жатқан баланың аяқтары жамбас және тізе буындарында бүгіліп, аяқтар өзгертін үстелдің жазықтығына орнатылады. Тізе буындарының орналасу деңгейіне сәйкес қысқарудың болуы анықталады.

Шемакердің Белгісі. Феморальды дислокация кезінде Шемакер сызығы кіндік пен жамбас симфизі арасында өтеді. Жамбас патологиясы болмаған кезде, жоғарғы алдыңғы мықын омыртқасын үлкен вертелдің жоғарғы жағымен байланыстыратын түзу сызықтың жалғасы дененің ортаңғы сызығын кіндіктен жоғары кесіп өтеді. Симптом сонымен қатар аналық мойынның туа біткен варустық деформациясымен және жамбастың патологиялық орналасуымен байқалады.

Эттори Симптомы. Артқы жағында жатқан балаға зардап шеккен аяқтың тізе буыны жамбас буынында дұрыс бұрышта бүгіліп, қарама-қарсы жамбасқа әкеледі. Жамбас буынында патология болмаған кезде тізе буыны тек жамбастың ортасына жетеді, ал өзгерістер болған кезде оны қарама-қарсы жақтың аналық сүйегінің сыртқы жиегіне жеткізуге болады.

Эрлахер Симптомы. Артқы жағында жатқан балада тізе мен жамбас буындарында түзетілген зардап шеккен аяқ-қол қарама-қарсы төменгі аяққа әкеледі. Жамбас элементтерінің қалыпты қарым-қатынасында "қиылысу" қарама-қарсы аяқтың төменгі үштен бір бөлігі немесе ортаңғы үштен бір бөлігі деңгейінде тіркеледі. Туа біткен дислокация кезінде "қиылысу" қарама-қарсы жамбастың ортаңғы үштен бір бөлігі немесе жоғарғы үштен бір бөлігі деңгейінде белгіленеді.

Пельтесон Симптомы. Глютеальды бұлшықеттердегі анатомиялық және функционалдық өзгерістер олардың функциясының бұзылуына және гипотрофияға әкеледі. Төменгі аяқтарды жамбас және тізе буындарында иілу кезінде зақымдану жағында трапеция емес, үлкен глютеальды бұлшықеттің үшбұрышты конфигурациясы байқалады. Симптом бір жақты процесте айқын көрінеді; ол сирек байқалады.

Жамбас буындарындағы шамадан тыс Симптом сирек кездесетін симптом болып табылады. Жамбас буындарында сұйылту кезінде баланың аяқтарын өзгертін үстелдің жазықтығына апаруға болады.

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 дәрістер жинағы		51 беттің 32 беті

1 жастан асқан балалардағы клиникалық көрініс

Кейінгі кезеңдерде (бір жылдан кейін) туа біткен жамбас дислокациясын диагностикалау дәрігерлер үшін де, ата-аналар үшін де қиын емес. Бала жүре бастайды және науқас аяғына тамсана бастайды; екі жақты дислокациямен олар "үйрек" жүрісін белгілейді. Дучен-Тренделенбург симптомын үнемі анықтаңыз (жамбас буынындағы тұрақсыздықты көрсетеді). Егер бала 90° бұрышта жамбас пен тізе буындарында сау аяқты бүгіп, бөлінген Аяқта тұрса, жамбас сау жағына қарай еңкейіп, сол жақта глутеальды қатпардың түсуі анықталады (он симптом). Егер сау Аяқта тұрғанда жамбас түсіп кетпесе және глутеальды қатпарлар бір деңгейде орналасса, симптом теріс болады. Дупуйтрен симптомы жиі кездеседі: артқы жағында пятки сүйегіне қысым жасағанда, аяқ-қол осі бойымен қозғалғыштық байқалады.

ДИАГНОСТИКА

Жаңа туылған нәрестелер мен өмірдің алғашқы 3 айындағы балалардағы жамбас буындарының патологиясын диагностикалау қиын. Бұл аурудың клиникалық көрінісінің баланың жасына және диспластикалық процестің ауырлығына тәуелділігіне байланысты. Дәрігердің біліктілік деңгейі маңызды. Диагноз анамнез деректері (жүктілік, босану, ұрықтың презентациясы, баланың туыстарында жамбас буындарының туа біткен патологиясының болуы туралы ақпарат), диспластикалық патологияның клиникалық белгілері негізінде жасалады. Басқа ортопедиялық патологиясы бар жаңа туған нәрестелерге ерекше назар аударылады (туа біткен бұлшықет қисығы, клубфут), өйткені бұл балаларда жамбас буындарының бірлескен патологиясының жиілігі жоғары.

Диагнозды нақтылау үшін сәулелік әдістер қолданылады-жамбас буындарының ультрадыбыстық және рентгенографиясы. Бұл диагнозды тексеруге және патологияның ауырлығын анықтауға мүмкіндік береді.

Жоғарыда аталған симптомдардың кем дегенде біреуінің болуы — жамбас буындарының жедел ультрадыбыстық зерттеуі (жасына қарамастан).

Аспаптық зерттеулер

Жамбас буындарын ультрадыбыстық зерттеу скринингтік зерттеу әдісі болып табылады, ол өмірдің 2-ші айында барлық балаларға жасалады.

Зерттеудің екі әдісі бар: статикалық және динамикалық. Динамикалық әдісті қолдана отырып, олар Барлоу мен Ортоланидің арандатушылық сынақтарын жүргізу кезінде аналық бастың жағдайын және оның тұрақтылығын зерттейді. Статикалық әдіс диспластикалық өзгертілген ацетабулумның бейнесін алуға мүмкіндік береді.

Жамбас буындарының ультрадыбысын қолдану жаңа жіктеу тұжырымдамасын — буындардың жетілмегендігін енгізуге мүмкіндік берді.

Жамбас буындарының алдауының тән белгілері-ацетабулумның төбесінің едәуір тегістелуі, сыртқы сүйек доғасының қисаюы, а бұрышы 57° - тан аз, р 60° - тан жоғары, ацетабулярлық бұрыш 31-35° - қа тең, ацетабулумдағы аналық бастың орталықтануы бұзылмаған.

Сублюксация және дислокация кезінде аналық бастың орталықсыздандырылуы, УДЗ кезінде оң арандатушылық сынақтар анықталады.

Рентгенография. Патологияны анықтаған кезде жамбас буындарының рентгенографиясы міндетті түрде жасалады, өйткені ультрадыбыстық қателіктердің 7% құрайды. Рентгенологиялық диагностикалық әдіс жамбас буынында ерте емшек жасында рентгеннегативті құрылымдардың басым болуына қарамастан өте сенімді. Жамбас

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 дәрістер жинағы		51 беттің 33 беті

буындарының рентгенографиясын оқу кезінде ацетабулумның бұрыштары өлшенеді және ацетабулумдағы аналық бастың жағдайын бағалауға мүмкіндік беретін бірқатар көмекші сызықтар салынады.

Балалардағы рентгенограммаларды талдау кезінде аналық бастардың оссификация ядролары пайда болғанға дейін Хильгенрейнер-Эрлахер схемасы, ал оссификация ядролары пайда болғаннан кейін Рейнберг схемасы қолданылады. Хильгенрейнер-Эрлахер схемасында Келлер сызығы немесе Y сызығы салынады (Y-тәрізді шеміршектердің екеуін де байланыстырады), h мәні есептеледі (аналық мойынның бүйір доғасынан Y сызығына дейінгі қашықтық), d мәні (ацетабулумның ең терең нүктесінен перпендикуляр қиылысу нүктесіне дейінгі қашықтық).көлденең сызықпен).

Рейнберг схемасы Келлер сызығын және ацетабулумның сыртқы жиегінен осы сызыққа түсірілген перпендикулярды қамтиды, жамбас буынын төрт бөлікке бөледі (сурет. 22-2). Әдетте, аналық бастың оссификациясының ядросы төменгі ішкі квадрантта, сублюксация жағдайында-Сыртқы квадрантта Y сызығының астында, ал дислокация кезінде — Y сызығының үстінде орналасқан.

Менард-Шентон доғасы: әдетте жамбас мойнының төменгі шеті және құлыптау санылауының жоғарғы шеті доға тәрізді сызық құрайды. Сублюксация немесе дислокация болған кезде бұл сызық үзіледі. Кальве доғасы-илиумның сыртқы шеті және жамбас мойнының жоғарғы шеті тұрақты, үздіксіз доға тәрізді сызықты құрайды

4-5 айға дейінгі балаларда жамбас буынының қалыпты дамуы кезінде h мәні 8-10 мм, d қашықтық 14 мм-ден аспайды, а бұрышы 30° - тан аз. Бұл көрсеткіштердің өзгеруі диспластикалық процестің ауырлық дәрежесін анықтайды.

Дифференциалды диагностика

Ерте жастағы балалардағы жамбастардың патологиялық орналасуы - аналық проксимальды жедел гематогенді остеомиелиттің салдары.

Артрогриппоз ("қисық буын") — сирек кездесетін ауру, ортопедиялық патология құрылымында 1-3%. Аурудың негізгі көріністері-буындардың бірнеше деформациясы. Ерекшелігі-бұлшықеттердің дамымауымен біріктірілген үлкен буындардың бірнеше қатаң контрактуралары мен деформацияларының болуы. Аяқтың білек буындары мен буындары жиі зардап шегеді, сәл сирек-білек буындары мен қол буындары, тізе, шынтақ, жамбас, иық буындары.

Бірнеше эпифизді дисплазия (Файербанк ауруы). Аурудың алғашқы белгілері 5 жастан асқан балаларда пайда болады, ерте жаста бұл балалар аз қозғалады. Рентгенологиялық сурет тән: эпифиздер тегіс емес, бірақ мөлшері азаяды, әсіресе көлденең. Олардың негізі эпифизді шеміршек аймағынан қысқа; бұл әсіресе жамбас және тізе буындарында айқын көрінеді. Өмірдің алғашқы айларындағы балада эпифиздердің көпшілігі рентгеннегативті болғандықтан, эпифиз дисплазиясына күдік келтіру өте қиын.

Емдеу

Жамбас буындарының жетілмегендігі. Егер жетілмегендік ультрадыбыстық диагноз қойылса, бірақ ол клиникалық түрде көрінбесе, консервативті емдеу жүргізіледі — бір ай ішінде кең орау. Бір айдан кейін рентгендік зерттеу және ультрадыбыстық зерттеу қажет. Егер жетілмегендік жамбас буындарында сұйылтуды шектесе, шпагат шиналары қолданылады. Емдеу ұзақтығы-ай, кейіннен рентгенологиялық және ультрадыбыстық бақылаумен.

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 дәрістер жинағы		51 беттің 34 беті

Предвывих. Жамбас буындарын бекітудің әртүрлі әдістері бар-Фрейк жастығы, Павликтін үзеңгілері. 1959 жылдан бастап жамбас буындарының патологиясы бар өмірдің алғашқы алты айындағы балаларда атравматикалық әдіс қолданылады (үнемі бекітетін абдукциялық Шина-кергіш). Шина жамбас әкелетін бұлшықеттердің босансуына және төменгі аяқтардың функционалды тиімді жағдайын сақтауға, дислокацияны азайтуға және ацетабулумның жетілуіне ықпал етеді.

Бұлшық еттік қисық мойын.

Кривошея-бас пен мойынның мәжбүрлі бекітілген жағдайы; этиологиясы, патогенезі және клиникалық көрінісі бойынша әртүрлі аурулар тобы.

ЖІКТЕЛУІ

Туа біткен иінді: миогендік (бұлшықеттің ақаулығы); остеогендік (мойын омыртқаларының синтезі, мойын омыртқалары, жатыр мойны қабырғалары); дермодесмогендік (туа біткен тері қатпарлары).

Сатып алынған иінді: миогендік (миозит); остеогендік (I мойын омыртқасының травматикалық айналмалы сублюксациясы); нейрогендік (мойын бұлшықеттерінің сал ауруы); дермодесмогендік (күйіктен кейінгі, жарақаттан кейінгі тыртықтар); отогендік (ортаңғы құлақтың аурулары); көз аурулары (астигматизм).

Бастың әдеттегі жағдайы (стерноклеидомастоидты бұлшықеттер өзгермейді).

Этиологиясы

Туа біткен тортиколияның негізгі себептері:

- * ұрықтың басының дұрыс емес мәжбүрлі орналасуы, бұл стерноклеидомастоидты бұлшықеттің бекіту нүктелерінің ұзақ уақытқа жақындауына, оның талшықты қайта туылуымен қысқаруына әкеледі;
- * стерноклеидомастоидты бұлшықеттің төменгі бөлігінде (бұлшықет-сіңір ауысу аймағында) босану кезіндегі жыртылу (жыртылу), содан кейін тыртық пайда болады және бұлшықет өсуінің баяулауы;
- даму кемістігі грудино-ключично-сосцевидной бұлшық.

КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІС

Аурудың алғашқы белгілері өмірдің екінші аптасының соңында пайда болады. Алғашқы көріністердің бірі-қан кету және ісіну бар стерноклеидомастоидты бұлшықеттің үшінші немесе төменгі үштен бірінде фузиформальды форманың қалыңдауы-интранатальды зақымданудың салдары. Айқын контурланған қоюлану максималды мөлшеріне 5-6 аптаға жетеді, содан кейін біртіндеп азаяды және жоғалады t 4-8 ай баланың өмірі. Жоғалған қалыңдату аймағында бұлшықеттің тығыздалуы (тыртық) қалады, оның икемділігі төмендейді, өсу баяулайды (сол атаудағы қарама-қарсы бұлшықетпен салыстырғанда).

Стерноклеидомастоидты бұлшықеттің бекітілген нүктелерінің бекітілген жақындауы-бастың зардап шеккен жаққа қарай қисаюының себебі (бұлшықеттің клавикулярлық аяғының зақымдалуы) және қарама-қарсы бағытта бұрылу (бұлшықеттің стернум аяғының зақымдалуы). Жұлынның қозғалысы шектеулі. Баланың өсуімен бет қаңқасының асимметриясы мен гемигипоплазиясы пайда болады. Беттің зардап шеккен жағының тік мөлшері азаяды, көлденең

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 дәрістер жинағы		51 беттің 35 беті

мөлшері артады: көздің саңылауы тужена, щек пен назолабиальды қыртыстың контуры тегістеледі, ауыздың бұрышы көтеріледі.

Екі жақты туа біткен бұлшықет тортиколласына сирек диагноз қойылады. Ол бастың айқын мойын лордозымен алға жылжуымен, қозғалыс көлемінің шектелуімен, әсіресе сагиттальды жазықтықта, клавикулалардың жоғары тұрақтылығымен сипатталады.

Емдеу

Егер диагноз баланың өмірінің бірінші айында белгіленсе, онда шамамен 100% жағдайда олар тек консервативті ем жүргізеді: шпаргалкадағы баланың дұрыс орналасуын қадағалаңыз (жарық көзі, ойыншықтар және басқа тітіркендіргіштер: зардап шеккен жағында болуы керек), өмірдің алғашқы 2 жылында қарқынды массаж курстары, физиотерапия курстары (калий йодиді бар электрофорез, гиалуронидаза және басқа препараттар зардап шеккен бұлшықет аймағына). Ауруды кеш анықтаған кезде хирургиялық емдеу қажет.

Туа біткен маймақтық

Туа біткен маймақтық- бұл құрсақта дамитын нәресте аяқтарының сүйектері мен жұмсақ тіндерінің туа біткен патологиясы. Бұл патологияны жүктіліктің 8-12 аптасында болашақ ананың ультрадыбыстық зерттеуі арқылы анықтауға болады. Туа біткен клубфут туғаннан кейін бірден сәтті емделеді, әйтпесе мүгедектікке әкелуі мүмкін. Сондай-ақ, бұл патология басқа аурулардың көрінісі болуы мүмкін, мысалы: бел омыртқасындағы омыртқалы доғалардың бөлінуі және жамбас дисплазиясымен біріктірілуі мүмкін.

Жаңа туылған нәрестедегі аяқтың белгілері: аяғы кішірек, өкшесі сау аяққа қарағанда едәуір аз; аяқтың алдыңғы бөлігі төменге бағытталған; деформацияланған аяқтың плантациялық беті екінші аяққа қарай бұрылған; аяқ сыртқа қарай бұрылған (супинацияланған), табан төмен бағытталған.

Жаңа туылған нәрестелердегі клубфутты емдеу

Туа біткен аяғы бар жаңа туған нәрестені ортопед дәрігеріне көрсету керек. Балалардағы клубфутты емдеу үшін консервативті және хирургиялық әдістер қолданылады.

Консервативті емдеу кезінде ортопедиялық дәрігер тағайындайды: сатылы гипс таңғыштары, физиотерапиялық емдеу курстары, жаттығу терапиясы, массаж, ортопедиялық аяқ киім.

Өмірдің бірінші жылында туа біткен клубфутты емдеудің негізгі әдісі консервативті (сатылы гипс таңғыштарын қолдану арқылы). Бұл жағдайда ең үлкен проблемалар өкше сүйегінің эвинус жағдайын түзету кезінде пайда болады. Аяқтың консервативті емінің тиімсіздігінде хирургиялық араласу көрсетілген-аяқтың лигаментокапсулотенотомиясы. Аяқтың қаңқасына хирургиялық араласу сүйек өсуі аяқталғаннан кейін, бұрын емдеуден кейін аяқтың қалдық элементтерін түзету үшін (қайталану) көрсетіледі.

4.Иллюстрациялық материал:

38 Слайдтық презентация

5. Әдебиеттер: негізгі және қосымша

Қазақ тілінде:

Негізгі:

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

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 дәрістер жинағы		51 беттің 36 беті

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.

№15 Дәріс

1. Тақырыбы:

- 1) Балалардағы сынықтардың ерекшеліктері. Патологиялық сынықтар.
- 2) Босану жарақаттары.

2. Мақсаты:

Балалардағы патологиялық сынықтар, босану жарақаттары кезіндегі диагностика, клиникалық ағым, дифференциалды диагностика және емдеу алгоритмдерін игеру.

3. Дәрістер тезистері:

Балалардағы патологиялық сынықтар.

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 дәрістер жинағы		51 беттің 37 беті

Патологиялық сынықтар қаңқа сүйектерінің ауруларымен ауыратын балаларда аздап травматикалық күшке ұшыраған кезде пайда болады.

Мұндай сынықтардың себебі болуы мүмкін: жетілмеген сүйек, талшықты және шеміршек остеодисплазия, витамин тапшылығы (рахит, қышыма), қабыну аурулары (остеомиелит, туберкулез).

Сүйектің жетілмегендігі (osteogenesis imperfecta) — анықталмаған этиологиядағы сүйектердің туа біткен сынғыштығы. Бұл аурумен сынықтар шамалы күш әсерінен пайда болуы мүмкін: жас балаларда, оларды ауыстыру, ауыстыру кезінде, отыруға, аяққа тұруға тырысқан кезде үлкендерде.

Сынықтар ауырсынумен, патологиялық қозғалғыштықпен және деформациямен, ісінумен және крепитациямен бірге жүреді, периостеум және фрагменттердің толық жылжуымен кездеседі. Төменгі аяқтардың, содан кейін жоғарғы және қабырғалардың сүйектері жиі бұзылады.

Жетілмеген сүйек түзілуінің екі түрі сипатталған: туа біткен немесе ішілік және кеш. Бұл формалардың айырмашылығы патологиялық процестің мәні емес, сынықтар санының қарқындылығы және олардың пайда болу уақыты.

Клиникалық көрініс.

Сүйектің жетілмегендігі клиникалық түрде бірнеше рет қайталанатын сүйектердің сынуы немесе сынуы, бұлшықет гипотрофиясы, көк склераның болуы, кейде "кәріптас тістері" және есту қабілетінің төмендеуіне байланысты аяқ-қолдардың қисаюымен көрінеді.

Туа біткен түрінде жаңа туған нәрестеде дұрыс емес пішінді иілген аяқтар назар аударады, оларды тексеру кезінде бұрынғы ішілік сынықтардың орнында қалыңдау аймақтары (жүгері) анықталады.

Емі.

Сүйектің жетілмегендігі кезінде сынықтарды емдеу негізінен Мұқият репозицияға және толық консолидацияға дейін сенімді бекітуге (гипос лангетімен немесе қаңқалық экстракциямен) дейін азаяды.

Аяқ-қолдардың айқын және Елеулі деформациясы бар жиі қайталанатын сынықтарда хирургиялық емдеу ұсынылады.

Д және С дәрумендерінің жетіспеушілігімен сүйектердің патологиялық сынғыштығы пайда болады. Рахит пен қышумен жас балаларда сынықтар байқалады. Рахитпен ауыратын баланың сынуы үшін шамалы жарақат немесе ыңғайсыз қозғалыс жеткілікті. Мұндай сынықтар, әдетте, аналық сүйектің төменгі үштен бірінде және білек сүйектерінде байқалады. Көбінесе олар периостеум болып табылады. Ауырсыну туралы шағымдар шамалы және сыну жиі байқалады; тек каллустың дамуы мен аяқтың қисаюы кезінде бұрынғы сынық анықталады, оны рентгенография растайды. Толық рахиттік сынықтар баяу өседі және күшті жалпы антихитикалық емді сенімді иммобилизациямен қатар қажет етеді.

Остеомиелит кезіндегі патологиялық сынықтар кейде қабыну процесінің өршуіне ықпал етеді, жұмылдыру жеткіліксіз болған кезде деформациялар мен аяқ-қолдардың қысқаруы пайда болады, сирек жағдайларда жалған буындар пайда болады.

Кезінде уақтылы распознанном сынғы керек абайлап жүргізуге репозицию отломков салынсын гипсовую лонгету жеке мерзімі иммобилизациялау. Феморальды сүйектің сынуы кезінде қаңқа сығындысын қолданған жөн. Дұрыс емдеу арқылы аяқтың деформациясын болдырмауға және жақсы функцияға қол жеткізуге болады.

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 дәрістер жинағы		51 беттің 38 беті

Туберкулезді зақымдану кезінде патологиялық сынулар сүйектің сынуы негізінде ғана емес, сонымен қатар бүкіл зақымдалған аяқтың сүйектерінде дистрофиялық процестердің дамуына байланысты — остеопороз, атрофия.

Патологиялық Сынықтар сүйек тініндегі нейро-трофикалық өзгерістер нәтижесінде де байқалуы мүмкін, мысалы, полиомиелит, гормоналды ауысулардан кейін. Соңғы жағынан, аналық бастың жас эпифизеолизі қызығушылық тудырады, оның себебі эндокриндік бұзылыстарда, басқалары жыныстық жетілу кезеңінде сүйекке шамадан тыс жүктеме кезінде, ал басқалары травматикалық әсер туралы айтады. Ауру кішігірім жарақаттан кейін, ыңғайсыз қозғалыстан кейін немесе ешқандай себепсіз жамбас буынындағы белгісіз ауырсынудан басталады. Ауырсыну ортаңғы жамбас, тізе буыны және ішек аймағына таралуы мүмкін. Қанағаттанарлық, бірақ көбінесе пациенттер осы бөлімдердің бірінде ауырсынудың болуын көрсетеді. Ауырсыну жүктемеден және жұмсақ режимнен кейін 2-3 күннен кейін өтеді. Науқасты жату жағдайында тексеру кезінде зақымдалған аяқтың сыртқы ротациясы, сыртқы амплитудасының жоғарылауы және ішкі ротацияның төмендеуі байқалады. Жамбас және тізе буындарында бүгілгенде, соңғысы сагиттальды жазықтықтан сыртқа қарай жылжиды (Гофмейстер симптомы). Жамбас буынында иілу 150-100° дейін шектелген. Аяқтың салыстырмалы түрде қысқаруы 1,5-2 см.

БОСАНУ ЖАРАҚАТТАРЫ

Жатырдың жиырылуын және босануды ынталандыру кейде балаға физикалық жарақат әкеледі. Ауыр немесе травматикалық босану нәтижесінде неонатальды жарақат алу қаупі күрделі манипуляциялардың орнына кесерев арқылы босануды пайдалануды арттыру арқылы азаяды: вакуумды экстракция немесе орташа немесе жоғары қысқышты қолдану арқылы босану.

Бала гестациялық жасқа үлкен болған кезде (кейде қант диабеті бар аналарда болады) немесе жамбас немесе басқа қалыпты емес презентациялар жағдайында, әсіресе бастапқы аналарда жарақат алу қаупі артады.

Мидың жарақаты-бұл ең көп таралған жарақат және әдетте шамалы, бірақ кейде ауыр жарақаттар пайда болады.

Басын қысу

Өзгерту нысандары шашты тараған кезде қынаптық босану үшін қысым көрсетіліп отырған қызметтің сокращающейся маткой арналған податливый бассүйек сәби өтетін босану жолдары арқылы. Мұндай өзгеріс қалыпты процесс және жарақаттың белгісі емес. Бұл емдеуді қажет етпейді.

Бас терісінің абразиясы

Әдетте Үстірт және минималды болып табылатын абразиялар мен бас терісінің зақымдануы құралдарды қолдануды қажет ететін босану кезінде пайда болуы мүмкін (вакуум-экстракция қолданылған балалардың 10% - на дейін).

Бастың туа біткен ісігі

Бастың туу ісігі-бұл босану кезіндегі қысым нәтижесінде бастың алдыңғы бөлігінде сукровицаның экстрапериостальды тері астындағы жинақталуы

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 дәрістер жинағы		51 беттің 39 беті

Апоневротикалық қан кету

Субапоневротикалық қан кету перикарп апоневрозы мен периостеум арасында байқалады. Бұл ауыр жарақаттың нәтижесі және бастың бүкіл шаш бөлігінің, оның ішінде уақытша аймақтардың дірілдейтін ісігімен сипатталады және туылғаннан кейінгі алғашқы бірнеше сағатта байқалады. Бас терісінің астындағы бұл мүмкін кеңістік үлкен, қанның айтарлықтай жоғалуы және геморрагиялық шок болуы мүмкін, бұл гемотрансфузияны қажет етуі мүмкін. Субапоневротикалық қан кету қысқышты немесе вакуумдық экстракторды қолдану нәтижесінде пайда болуы мүмкін немесе коагуляцияның бұзылуымен байланысты.

Кейбір жағдайларда ауыр гиповолемия және шок подапоневротикалық қан кетудің толық дәрежесі клиникалық көрінгенге дейін дамиды. Подапоневротикалық қан кетуді емдеу көбінесе қажет болған жағдайда тұзды және қызыл қан клеткаларын құю арқылы қолданылады.

Кефалогематома

Кефалогематома-бұл периостеальды қан кету. Мұны субапоневротикалық қан кетуден бөлуге болады, өйткені ол бір сүйек сүйектерімен шектелген, периостеум тігістер аймағына бекітілген. Кефалогематомалар, әдетте, бір жақты және париетальды. Жаңа туылған нәрестелердегі жағдайлардың аз пайызында сүйектің сызықтық сынуы пайда болады. Гематома әдетте өмірдің алғашқы күндерінде байқалады және бірнеше апта ішінде кетеді.

Кефалогематоманы емдеу қажет емес, бірақ анемия немесе гипербилирубинемия дамуы мүмкін. Кейде сүйек ісігіндегі гематома кальцинозға ұшырайды.

Бас сүйегінің сынуы

Бас сүйегінің сынуы сирек кездеседі. Көптеген жағдайлар баланың басы құрсақтағы сүйек доғасына немесе босану процесінде форсункаларды қолдану нәтижесінде пайда болады. Бас сүйегінің сынуы немесе басқа бас жарақаты бар балаларда субдуральды қан кету, субарахноидты қан кету және мидың өзі көгеруі немесе жыртылуы (миға қан кету) болуы мүмкін. Бас сүйегінің депрессиясы пальпацияланған (және кейде көрінетін) сатылы деформацияны тудырады, оны кефалогематома кезінде пайда болатын пальпацияланатын периостальды шеңберден ажырату керек.

ЖҮЙКЕ ЖҮЙЕСІНІҢ ЖАРАҚАТТЫҚ ЗАҚЫМДАНУЫ

Жүйке жүйесінің туу жарақаты-бас сүйек сүйектерінің, қабықтардың, тамырлардың, ми немесе жұлын паренхимасының және перифериялық нервтердің босану процесіндегі механикалық зақымдану.

Ұрықтың жүйке жүйесінің зақымдану механизмінің негізі-анормальды презентация және/немесе интранатальды кезеңнің патологиялық ағымы кезінде акушерлік көмектің жеткіліксіз тактикасының салдарынан болатын травматикалық әсерлер.

Интракраниальды туа біткен жарақатқа интракраниальды қан кетулер жатады: эпидуральды, субдуральды, бастапқы субарахноидты, қарыншаішілік, паренхималық (миішілік, жүрек ішілік).

ЭПИДУРАЛЬДЫ ҚАН КЕТУ

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 дәрістер жинағы		51 беттің 40 беті

Эпидуральды қан кету (гематома) — периостеум мен бас сүйегінің ішкі беті арасында орналасқан веноздық тамырлардан пайда болатын қан кету (көбінесе париетальды).

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Ол негізінен толық және ұзақ туылған нәрестелерде кездеседі, әрдайым дерлік бас сүйегінің сызықтық сынықтарымен біріктіріледі. Бұл барлық интракраниальды қан кетулер арасында шамамен 2% жиілікпен кездеседі.

Этиологиясы

- * Алдын-ала болжайтын факторлар:
- * босану жолдарының ұрық басының көлеміне сәйкес келмеуі;
- * презентацияның патологиялық түрлері;
- * алғашқы босану;
- * акушерлік жәрдемақы;
- * аспаптық жеткізу.

КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІС

Негізгі клиникалық көрініс асимптоматикалық кезеңнен кейін (жеңіл интервал) бірнеше сағаттан бірнеше тәулікке дейін өмір сүреді (қан кету қарқындылығына байланысты).

Негізгі клиникалық белгілері:

- * гипер қозғыштық;
- * Бассүйекшілік гипертензия;
- * фокустық компоненті бар жалпыланған құрысулар, сирек оқшауланған ішінара неонатальды құрысулар;
- * қарашықтың кеңеюі, птоз және көз алмасының ауытқуы гематома жағында (дивергентті страбизм). Кейде эпидуральды қан кету жағында кефалогематомамен біріктіріледі.

ДИАГНОСТИКА

- * СТ-таспа тәрізді форма-бұл Дура мен бас сүйегінің сүйектері арасындағы жоғары тығыздықтағы форма. Кейбір жағдайларда гематома аймағы бас сүйегінің сүйектеріне жақын орналасқан "биконвекс линзасы" түрінде болады.

СУБДУРАЛЬДЫ ҚАН КЕТУ

Қатты және жұмсақ менингездер (жұмсақ және Паук) арасында пайда болатын қан кету.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Шынайы таралуы белгісіз, көбінесе 4000 г-нан асатын және шала туылған нәрестелерде.

Жіктелуі.

- * Қан кету көзіне байланысты субдуральды қан кету ми жарты шарларының үстінде, жоғарғы бойлық жарықта, жарты шарлардың негізінде, сондай-ақ артқы бас сүйек фоссасында кездеседі.
- * Қан кетудің локализациясына байланысты: супратенториальды (церебелланың үстінде орналасқан) немесе жарты шарлы локализацияның гематомалары: және артқы краниальды фоссадағы субтенториальды/инфратенториальды (церебелланың үстінде орналасқан).

Этиологиясы.

- * Алдын-ала болжайтын факторлар:

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 дәрістер жинағы		51 беттің 41 беті

- * жемістің үлкен мөлшері;
- * алғашқы жылдам немесе жылдам босану;
- * акушерлік қысқышты қолдану арқылы қиын босану;
- * аяқ немесе глутеальды презентация.

ПАТОГЕНЕЗ

Босану процесінде ұрыққа көп бағытты күштер әсер етеді: бір жағынан — жатырдың түбінің және қабырғаларының (денесінің) қысымы, ұрықты босану каналы бойымен жылжытады, екінші жағынан — ұрықтың қозғалуына кедергі келтіретін босану каналының жұмсақ және сүйек бөліктері. Ұрықтың белсенді қозғалысы немесе акушерлік көмек кезінде олардың имитациясы белгілі бір мәнге ие.

Бас сүйегі жамбас қуысында қозғалса, басы бұралып ("жамбасқа бұралып"), конфигурацияға ұшырайды. Бұл жағдайда бас сүйек сүйектерінің бір-біріне қатысты жылжуы орын алады, ал бас оның туу каналы арқылы өтуін жеңілдететін пішінді алады.

Бұл жағдайда бас сүйегінің деформация жылдамдығы және оның ауырлығы өте маңызды. Егер конфигурация белгілі бір шектерде жасалса және тез болмаса, зақым пайда болмайды. Әйтпесе, тігістердің жарылуы, бас сүйегінің сынуы, тамырлардың жарылуы пайда болады. Жиі кездесетін интракраниальды жарақаттың патогенезінде-церебральды саңылаудың жарылуы-басты рөлді бастың жамбас қуысына "бұралуы" атқарады. Бұл жағдайда бастың оң және сол жақ жартысы, атап айтқанда, Уақытша сүйектердің пирамидалары шамадан тыс араласады, бұл олардың арасында созылған церебелланың шамадан тыс артуымен және оның жыртылуымен немесе жыртылуымен бірге жүреді.

Бастың асинклиттік кірістері ерекше қауіп тудырады. Зақымданудың пайда болуында бастың краниокаудальды және фронтальды-сілтілі өлшемдерінің тез немесе айтарлықтай өзгеруі маңызды рөл атқарады. Бұл жағдайда мидың орақ кернеуі церебральды бастың жоғары қарай тартылуына, орақтың жыртылуына және церебральды бастың екі жақты зақымдалуына әкеледі. Жамбас презентациясы кезінде, ұрықты тез алып тастау қажет болған кезде, бастың туа біткен жарақатының ықтималдығы бас презентацияларына қарағанда үш есе жоғары.

КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІС

Үлкен жарты шарда орналасқан және интранатальды түрде пайда болатын субдуральды қан кетулер клиникалық түрде бірден пайда болмайды, мұндай жағдайларда олар ұзақтығы 24 сағаттан бірнеше күнге дейін және тіпті туылғаннан кейінгі апталарға дейін өзгертін "Жарық саңылауының" болуы туралы айтады.

Көп жағдайда субдуральды қан кетудің алғашқы белгілері туылғаннан бірнеше сағат өткен соң пайда болады.

Субдуральды қан кетудің ерте көріністеріне мыналар жатады:

- * интракраниальды гипертензияның белгілері;
- * айқын конъюгациялық гипербилирубинемия;
- * ерте постгеморрагиялық анемия.

Бастапқы кезеңдерде субдуральды қан кетудің клиникалық көрінісі басым болады:

- * тахипноз;
- * тахикардия;
- * аяқ-қолдардың дүмпуі;
- * козу;

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 дәрістер жинағы		51 беттің 42 беті

- * регургитация немесе құсу;
- * үлкен фонтанельдің ісінуі;
- алшақтық черепных тігістердің;
- * біртіндеп немесе күрт пайда болатын ояту деңгейінің бұзылуы (сана).

Өмірдің алғашқы 72 сағатында дамитын ошақтық неврологиялық бұзылулар:

- * гемипарез (гематомаға қарама-қарсы жақта);
- * көздің гемипарезге қарама-қарсы жаққа ауытқуы (гематомаға "көз қарайды");
- * зақымдану жағында оқушының кеңеюі;
- * фокальды (фокальды) құрысулар.

ДИАГНОСТИКА

Бас сүйегінің трансиллюминациясы-диагностиканың қол жетімді және ақпараттық әдісі, гематомадан төмен жарқылдың шектеулі фокусы анықталады.

НСГ — кезінде шағын және жазық субдуральных гематомах конвекситальной окшаулау, малоинформативна. Көлемі айтарлықтай қан кетулер кезінде гомолатеральды жарты шардың қысылу белгілері және орталық құрылымдардың ошаққа қарама-қарсы жаққа ығысуы байқалады.

КТ, МРТ-жарты шарлы локализациядағы субдуральды қан кетуді диагностикалаудың ең Ақпараттық әдістері. Қан құйылу визуализируется түрінде "серпообразной" аймағының жоғары тығыздығы, оған жататын қосымша жинақтау, бас сүйек.

ДГ-гематома жағындағы ортаңғы ми артериясындағы қан ағымының төмендеуі.

ДИАГНОСТИКА

Бас сүйегінің трансиллюминациясы-диагностиканың қол жетімді және ақпараттық әдісі, гематомадан төмен жарқылдың шектеулі фокусы анықталады.

НСГ — кезінде шағын және жазық субдуральных гематомах конвекситальной окшаулау, малоинформативна. Көлемі айтарлықтай қан кетулер кезінде гомолатеральды жарты шардың қысылу белгілері және орталық құрылымдардың ошаққа қарама-қарсы жаққа ығысуы байқалады.

КТ, МРТ-жарты шарлы локализациядағы субдуральды қан кетуді диагностикалаудың ең Ақпараттық әдістері. Қан құйылу визуализируется түрінде "серпообразной" аймағының жоғары тығыздығы, оған жататын қосымша жинақтау, бас сүйек.

ДГ-гематома жағындағы ортаңғы ми артериясындағы қан ағымының төмендеуі.

ЦЕРЕБРАЛЬДЫ САҢЫЛАУДЫҢ ЖАРЫЛУЫ

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Бұл сирек кездеседі, көбінесе салмағы 4000 г-нан асатын және шала туылған нәрестелерде.

Этиологиясы

- * Алдын-ала болжайтын факторлар:
- * босану жолдарының ұрық басының көлеміне сәйкес келмеуі;
- * қатаң туу жолдары және т. б.;
- * ұрықтың патологиялық нұсқалары (жамбас);
- * табиғи босану жолдары арқылы жедел жеткізу.

КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІС

Апатты ағым-өмірдің алғашқы минуттары мен сағаттарынан бастап ми жүйесінің қысылу белгілері дамиды: церебральды белсенділіктің прогрессивті жоғалуы-кома — опистотонус

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 дәрістер жинағы		51 беттің 43 беті

позасы, дивергентті страбизм, оқушы реакцияларының бұзылуы, көз алмаларының өзгермелі қозғалысы, тұрақты көз;

* тыныс алу және жүрек-қан тамырлары бұзылыстарының дамуы.

Кешіктірілген немесе субакутты прогрессивті курс салыстырмалы әл-ауқат кезеңінен кейін пайда болады (бірнеше сағаттан аз уақытқа созылады, сирек күндер), белгілер артады:

* Бассүйекшілік гипертензия (көктамырлардың кернеуі, желке тігісінің ажырауы, қозу, тоникалық құрысулар);

* ми бағанының қысылуы (тыныс алу және жүрек-қан тамырлары бұзылыстары, окуломоторлы, булбарлы бұзылулар).

Ең жиі нәтиже-өлім.

ДИАГНОСТИКА

Физикалық зерттеу

* Қан қысымының үдемелі төмендеуі, тахикардияның "орталық түрі" бойынша тыныс алудың бұзылуы, содан кейін брадиаритмия, постгеморрагиялық анемия, КОС екінші рет туындайтын бұзылулар.

Аспаптық зерттеулер

* НСГ - IV қарыншаның деформациясы, жекелеген жағдайларда артқы бас сүйек Фосса құрылымдары, мидың үлкен цистернасындағы тромбтар аймағында жоғары экзогенділік аймақтары анықталады.

* КТ-тығыздығы жоғары аймақтар ретінде көрінетін артқы бас сүйегінің кең гематомаларын анықтауға мүмкіндік береді.

* МРТ-субакуталық курс кезінде аз мөлшерде гематомаларды анықтау үшін ең ақпараттылығы.

* СМЖ-церебелланың бадамшабезі мен ми діңінің үлкен желке саңылауына құйылу қаупінің жоғары болуына байланысты жұлын пункциясы көрсетілмеген.

МИДЫҢ ҚАРЫНШАСЫНА ҚАН ҚҰЙЫЛУ

Қан құйылу-да қарынша ми кезінде рулық травме.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Бұл сирек кездеседі, негізінен толық туылған нәрестелерде.

Этиологиясы

* Алдын-ала болжайтын факторлар:

* ұзақ немесе тез босану, әсіресе перинаталды гипоксиямен бірге:

* босану процесінде бастың айқын деформациясы;

* аспаптық құралдарды қолдана отырып, ұрықты мәжбүрлеп алу;

* коагулопатия.

Патогенез

Ми тінінің зақымдануы босану кезінде бас сүйегінің механикалық қысылуына байланысты. Патоморфологиялық зерттеу кезінде ақ зат пен кортекстегі "микро-сыну" аймақтары бүйір қарыншалардың қабырғаларына таралады және жарақат алған кезде мидың тез және айтарлықтай деформациясымен пайда болады. Жоғарыда аталған өзгерістердің пайда болуының болжамды факторларына ақ заттағы миеліннің салыстырмалы жетіспеушілігі жатады. дифференциация және даму процесінде.

КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІС

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 дәрістер жинағы		51 беттің 44 беті

- * Мидың контузиясы көрінеді;
- * мидың ауыр бұзылулары;
- * қозғалыс тапшылығының, гемипарездердің, монопарездердің әртүрлі нысандары түріндегі жергілікті неврологиялық симптоматикамен, зақымдану ошағына қарай көзді күштеп девиациялаумен;
- * гипертониямен, кейін бәсеңдеуі, құрысулар(фокальды немесе мультифокальды), тыныс алу ырғағының бұзылуы (қайталама апноэ);
- * прогрессивті интракраниальды гипертензия (құсу, фонтанелдің ісінуі, краниальды тігістердің сәйкес келмеуі).

ДИАГНОСТИКА

Зертханалық зерттеулер

Комадағы балаларда тыныс алу және жүрек-қан тамырлары бұзылыстарына байланысты КОС және су-электролит балансының қайталама бұзылыстарының дамуы мүмкін.

Аспаптық зерттеулер

- * НСГ-вентрикуломегалия, тамырлы плексустың экзогенділігінің біркелкі емес жоғарылауы, олардың контурларының деформациясы және мөлшерінің ұлғаюы. Қарыншалардың саңылауларындағы эхопозитивті қан ұйығыштарын анықтау.
- * КТ, МРТ-айқын диагностикалық артықшылықтары жоқ. DG Ақпараттық емес.
- * СМЖ-қысым жоғарылайды, қан қоспасы қанның қарыншалар мен субарахноидты кеңістіктерге енуі, ақуыз деңгейі, аралас плеоцитоз жағдайларында анықталады.

МИҒА ҚАН КЕТУ

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Бұл сирек кездеседі, көбінесе салмағы 4000 г-нан асатын және шала туылған нәрестелерде.

Этиологиясы

Патоморфологиялық зерттеу кезінде микрожарылыстар учаскелері және ми тінінің кейінгі геморрагиялық сіңуі мидың паренхимасымен шектеледі және бүйір қарыншалардың қабырғаларына таралмайды.

КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІС

Қан кетудің локализациясы мен көлеміне байланысты. Ми жарты шарындағы қан кетулер көрінеді:

- * асимптоматикалық курс (гематоманың мөлшері өте аз);
- * церебральды белсенділіктің біртіндеп жоғалуымен, комаға ауысуымен, көбінесе фокальды симптомдармен (гемипарез, фокальды клоникалық конвульсиялар) едәуір зақымдану ошақтары бар депрессияның жоғарылауы;
- * интракраниальды гипертензия (мидың перифокальды ісінуіне байланысты). Қан құйылу внутримозжечковые білінеді:
 - бессимптомным ағыммен (кезінде кровоизлиянии да краевые бөлімдері полушарий мишықтың);
- * өсіп келе жатқан Бассүйекшілік гипертензиямен (көктамырлардың кернеуі, желке тігісінің ажырауы, козу, жиі тоникалық құрысулар);

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 дәрістер жинағы		51 беттің 45 беті

* тыныс алу және жүрек-қан тамырлары бұзылуларымен, окуломоторлы және бульбарлы бұзылулармен көрінетін ми жүйесінің қысылуы (церебральды жарты шарда жаппай қан кету кезінде).

ДИАГНОСТИКА

* Аспаптық зерттеулер

• НСГ — әр түрлі көлемі бойынша және окшаулау асимметриялық гиперэхогенные учаскелері полушариях ми. Жаппай гематомамен-гомолатеральды қарыншаның қысылу белгілері және құлақаралық саңылаудың орын ауыстыруы. Церебральды жарты шарларда гиперэхогендік ошақтар көрінеді (айтарлықтай внутримоз-ішек қан кетулерімен).

* КТ, МРТ-паренхималық гематомалардың орналасуы мен мөлшері бойынша әр түрлі (әсіресе субкортикалық және кішкентай) анықтау үшін анағұрлым ақпараттандырады.

СУБАРАХНОИДТЫ ҚАН КЕТУ

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Бұл сирек кездеседі, негізінен толық мерзімді.

ЭТИОЛОГИЯ жоғарыда сипатталған.

ПАТОГЕНЕЗ

Сипатталған жоғарыда. Патоморфологиялық зерттеу кезінде "микрожарылыстар" учаскелері және ми тіндерінің кейінгі геморрагиялық сіңуі мидың паренхимасымен шектелмейді, бірақ үлкен фокальды мембраналық асимметриялық қан кетулерді құрайтын кортекс пен жұмсақ менингтерге таралады.

КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІС

Көлемі аз гематомаларда менингездердің тітіркену белгілері және құрысулар басым болады. Мидың контузиясымен немесе субдуральды қан кетумен біріктірілген ірі ошақты субарахноидты қан кетулерде жағдайдың нашарлауы апатты сипатта болады:

* Бассүйекшілік гипертензияның жылдам үдемелі симптомдары;

* ОЖЖ терең бәсеңдеуі аясында менингалардың тітіркену белгілері;

* гиперестезия;

* гипер козғыштық;

* тез өсіп келе жатқан сыртқы гидроцефалия (краниальды тігістердің бөлінуі, фонтанеллалардың ісінуі);

* негізінен клоникалық сипаттағы жалпыланған құрысулар (өмірдің алғашқы сағаттарында пайда болады).

ДИАГНОСТИКА

Физикалық зерттеу

Алғашқы сағаттарда ақ төмендеуі (тамырлық шок), кейіннен жүйелік артериялық гипертензия байқалады. Лабораторные зерттеу

Метаболикалық бұзылулар нақты емес. Постгеморрагиялық анемия анықталады. Аспаптық зерттеулер

NSH-қан кету жағында субкортикалық ақ заттың эхогенділігінің жоғарылауы, интеркостальды жарықшақтың немесе базальды субарахноидты кеңістіктердің сильвиялық борозының кеңеюі мүмкін. Болашақта конвексительды субарахноидты кеңістіктердің прогрессивті кеңеюі байқалады.

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 дәрістер жинағы		51 беттің 46 беті

КТ-субарахноидты кеңістіктердің тығыздығын арттыру, содан кейін олардың кеңеюі.

МРТ-өткір кезеңде аз аппарат.

СМЖ-қысым жоғары, сұйықтық геморрагиялық, көбінесе реактивті плеоцитоз, ақуыз деңгейі жоғарылайды, 3-6 күнде макрофаг реакциясы байқалады.

ОМЫРТҚА МЕН ЖҰЛЫННЫҢ ЗАҚЫМДАНУЫ

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Бұл сирек кездеседі, шамамен 1% және негізінен толық туылған нәрестелерде.

Этиологиясы

* Ұрықтың ауытқулары (жамбас) және акушерлік жәрдемақылардың дұрыс орындалмауы кезінде пайда болады (мысалы, шамадан тыс бүйірлік тракциялар немесе ұрықтың басы бекітілген дененің айналуы және керісінше).

* Алдын-ала болжайтын факторлар:

* гипоксия;

* коагулопатия;

* жұлынның тамырлы ақаулары.

* Маңызды қауіп факторы-жұлын бағанасының, оның байламды және бұлшықет аппаратының, Дура матасының салыстырмалы түрде жоғары икемділігі.

ПАТОГЕНЕЗ

Босану кезінде ұрықта табиғи аутогибернацияға байланысты бұлшықет тонусы төмен (сондықтан босану кезінде анестезияны қолдану одан да айқын гипотонияны тудырады), толығымен дерлік шеміршек омыртқасының бағанасы мен серпімді байламды аппараттың болуы баланың басы немесе денесі туылғаннан кейін жатыр мойнының тірек-қимыл жүйесін толығымен жояды.

Жұлын каналында жұлынның қатаң бекітілуі (жоғарғы жағында - медулла облонгатаcы және иық плексусын құрайтын тамырлар, төменгі жағында - "жылқы құйрығының" тамырлары) оның белгілі бір қозғалғыштығы мен Бекітілу аймақтарының шекарасында орналасқан жерлерде жұлынның зақымдалуына әкеледі, яғни.төменгі кеуде аймағында және жоғарғы кеуде аймағында.

Жатыр мойнының жоғарғы және ортаңғы бөліктерінің зақымдануы бас презентациясында босануға көбірек тән, төменгі мойын немесе жоғарғы кеуде аймағындағы жарақат көбінесе глутальды презентацияда босанумен байланысты, жедел Жарақат кезінде эпидуральды және интраспинальды қан кетулер басым болады.

Интраспинальды қан кету жұлынның дорсальды немесе орталық затында орналасқан және оны созылу мен жыртудың әртүрлі деңгейлерімен біріктіруге болады (толық жыртылғанға дейін). Сонымен қатар, Дура көбінесе процеске қатысады, бірақ кейбір жағдайларда жұлынның толық жыртылуымен де ол бұзылмай қалуы мүмкін.

КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІС

Клиникалық курстың үш нұсқасы бар.

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 дәрістер жинағы		51 беттің 47 беті

Апатты-тыныс алу және жүрек-қан тамырлары бұзылыстарының фонында туылғаннан кейінгі алғашқы сағаттарда өлі туылу немесе өлім. Краниоспинальды зақымдану кезінде байқалады (жоғарғы жатыр мойны бөлімі).

Ауыр-бірнеше күннен бірнеше аптаға дейін созылатын жұлын соққысымен бірге жүреді (адинамия, арефлексия, атония), асқазан ісінген, ішек парезі, "парадоксальды" диафрагматикалық тыныс, анальды сфинктердің атониясы және қуық бұлшықеттері, зақымдану деңгейінен төмен ауырсыну сезімталдығының болмауы. Кейде Клод Бернар-Горнер синдромы (Клод Бернар-Горнер триадасы) байқалады. Бет пен бас аймағындағы рефлекторлық реакциялар мен сезімталдық сақталған. Тыныс алу жеткіліксіздігінің дамуы көбінесе неонатальды кезеңде өлімге әкеледі, жұлынның ортаңғы және төменгі және жоғарғы кеуде бөліктері зақымданған кезде байқалады.

Орташа ауыр-жұлын соққысы қысқа, мотор және рефлекторлық бұзылулар аз байқалады.

ДИАГНОСТИКА

Физикалық зерттеу

Жүйелік АҚ төмендеуі, брадикардия, гипотермия.

Зертханалық зерттеулер

Ауыр тыныс алу жеткіліксіздігіне тән метаболикалық бұзылулар.

Аспаптық зерттеулер

НСГ — малоинформативна.

MPT-зақымдану аймағы мен сипатын елестетуге мүмкіндік береді. Электрнейромиография-Қаңқа бұлшықеттерінің зақымдану деңгейіндегі денервациясының белгілері.

SMH-қан кету, жыртылу, жыртылу — геморрагиялық сұйықтық, ишемиямен ақуыз деңгейі жоғарылауы мүмкін.

ЭРБА-ДЮШЕННІҢ САЛ АУРУЫ

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Кездесу жиілігі 1000 тірі туғандарға 0,5-2,6 аралығында өзгереді. Толық туылған нәрестелерде кездеседі.

Этиологиясы

Бұл патологияның негізі жүйке тамырларының зақымдануы болып табылады, көбінесе олар плексусты құрайтын жүйке сандықтарына біріктіріледі.

Қосымша қолайсыз факторлар: ұрықтың үлкен мөлшері; ұрықтың депрессиясы.

ПАТОГЕНЕЗ

Патогенезде жетекші-бұл иық плексусының созылуы және оны құрайтын тамырлар, шамадан тыс бүйірлік тракцияларға байланысты жұлынның жатыр мойнына бекітілген.

Глутеальды презентация кезінде бастың жарылуы кезінде және Бас арқылы, иықтың бас презентациясы кезінде иықтың пайда болуы кезінде тартылу және иыққа айналу.

Плексустың жоғарғы тамырлары ең осал болып табылады және шамадан тыс тракциялардың нәтижесінде олар жиі зақымдалады.

Зақымданудың ең ауыр жағдайларында жұлыннан тамырлардың бөлінуі байқалады, бұл жұлынның зақымдалуымен бірге жүруі мүмкін.

Жарақаттың аз ауыр түрлерімен қан кету және ісіну байқалады, бұл тамырлардың мембраналарының жыртылуымен үйлеседі.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН 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 дәрістер жинағы		51 беттің 48 беті	

КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІС

- * Қолдың проксимальды бөлігінің жалқау парезі;
- * қол денеге, барлық буындарда бүгілген;
- * білек прониrowано;
- * алақанның бүгілу күйінде щетка;
- * басы ауру иығына қарай қисайған;
- * иық пен шынтақ буындарындағы қозғалыстар шектеулі;
- * бицепс иық рефлексі жоқ;
- * ауырсыну және сезімталдық төмендейді.

ДИАГНОСТИКА

Аспаптық зерттеулер

НСГ, КТ, МРТ, ДГ, СМЖ - Ақпараттық емес.

ЭНМГ-демалу режимінде өздігінен биоэлектрлік белсенділік жоқ, Белсенді бұлшықет күшімен үшінші бұлшықеттерде тербелістердің амплитудасы төмендеген қисық кедергі түрі тіркеледі.

ДИАФРАГМАТИКАЛЫҚ НЕРВТІҢ САЛ АУРУЫ

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

80-90% жағдайда иық плексусының жарақаттарымен біріктіріледі (жалпы және проксимальды тип), оқшауланған парез өте сирек кездеседі.

Сал диафрагмального жүйкесінің болып табылып, қатысты травматикалыққа зақымдануына мойын түптен, иннервирующих диафрагмальный нерв. Бұл оқшауланған және 5% жағдайда иық плексусының жарақатымен бірге кездеседі.

Этиологиясы

Бұл иықтар мен бастарды шығару, ұрықтың қолын лақтыру қиын болған кезде көрсетілетін акушерлік жәрдемақылардың дұрыс орындалмауы кезінде пайда болады.

ПАТОГЕНЕЗ

Жарақаттың патогенезі көп жағдайда жоғарыда сипатталғанға ұқсас, бұл босану кезінде шамадан тыс бүйірлік тракциялар нәтижесінде пайда болатын қолдың акушерлік параличінде диафрагматикалық жүйке зақымдануының жоғары жиілігімен расталады. Зардап шеккен мойын тамырлары, әсіресе CIV.

КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІС

Өмірдің алғашқы сағаттарынан бастап тыныс алу жеткіліксіздігі басым болады, көбінесе айқын тахипноэ. Қарау кезінде-зақымдану жағындағы эпигастрий аймағындағы алдыңғы іш қабырғасының парадоксальды қозғалысы.

Келесі бірнеше күн ішінде жағдай оттегі терапиясын және желдетудің әртүрлі әдістерін қолдану аясында жақсаруы немесе тұрақтануы мүмкін.

Кеуде қуысының рентгенографиясына қарамастан, осы кезеңде диафрагманың параличін өткізіп жіберуге болады, өйткені диафрагманың көтерілген оң немесе сол жақ күмбезі рентгенологтардың назарын сирек аударады.

Неғұрлым ауыр жағдайларда, тыныс алуды қолдауға қарамастан, келесі күндері немесе апталарда тыныс алу жеткіліксіздігінің біртіндеп өсуі байқалады.

Сақталған гиповентиляция аясында пневмония немесе трахеобронхиттің қосылуымен қиындайтын өкпенің қайталама ателектаздары жиі дамиды.

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 дәрістер жинағы		51 беттің 49 беті

Бір жақты парез клиникалық түрде асимптоматикалық немесе тыныс алу жеткіліксіздігінің минималды көріністерімен жүреді.

Диафрагманың екі жақты парезі өмірдің алғашқы сағаттарынан бастап тыныс алудың айқын бұзылуына әкеледі, бұл кейбір жағдайларда ұзақ тыныс алуды қажет етеді.

Диафрагматикалық нервтің сал ауруының шамамен 80% - ында оң жағы әсер етеді, ал 10% - дан аз жағдайда зақымдану екі жақты болады.

ДИАГНОСТИКА

Зертханалық зерттеулер

Тыныс алу жеткіліксіздігіне тән метаболикалық бұзылулар.

Аспаптық зерттеу

Кеуде қуысының рентгеноскопиясы-диафрагма күмбезінің зардап шеккен жағында/жағында жоғары тұруы және төмен қозғалғыштығы (релаксация). Алайда, егер жаңа туған нәресте РЕЕР-пен ВЕНТИЛЯТОРДА болса, рентгенологиялық белгілер болмауы мүмкін екенін есте ұстаған жөн.

Емдеу

Емдеу мақсаты

Тыныс алу жағдайын тұрақты бақылау және клиникалық жағдайдың нашарлауы кезінде тиісті дәрі-дәрмекпен араласу.

Жаңа туылған нәресте үлкен балаларға немесе ересектерге карағанда диафрагманың сал ауруына шалдығады, бұл оның анатомиялық және физиологиялық ерекшеліктеріне байланысты.

Дәрілік емес емдеу

Емдеудің "күту" әдістері

Мақсаты-жаңа туған нәрестенің жағдайын тұрақтандыру және зақымдалған жүйке функциясының табиғи жақсаруына дейін өкпе желдетуін қамтамасыз ету.

Бұл әдістерге ауыспалы оң және теріс қысымдағы СРАР, ӨЖЖ кіреді.

Болжам

Жаңа туылған нәрестелердің көпшілігі әдетте өмірдің алғашқы 6-12 айында қалпына келеді. Екі жақты диафрагматикалық сал ауруы бар нәрестелерде өлім 50% - ға жетеді, ал терапия ұзақ мерзімді вентилятормен байланысты.

БЕТ НЕРВІСІНІҢ ЗАҚЫМДАНУЫ

Этиологиясы

Бұл ұрықтың қалыптан тыс презентациясы, хирургиялық босану, қуыс (сирек шығатын) акушерлік форсункаларды дұрыс қолданбаған кезде пайда болады.

ПАТОГЕНЕЗ

Зақымдану көп жағдайда бет нервінің шилосацевтикалық тесіктен шыққан жерінде қысылуына байланысты. Жаракат нервтің дұрыс қолданылмаған акушерлік форсункалардың қасықтарымен қысылуы немесе ұрықтың қасиетті Кейп нервіне ұзақ қысыммен қалыптан тыс презентациясы нәтижесінде дамиды.

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 дәрістер жинағы		51 беттің 50 беті

Патоморфологиялық өзгерістер-жүйке талшықтарының шамалы ишемиялық зақымдануымен периневрияның ісінуі.

КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІС

Зақымдану жағында: лагофталм; назолабиальды қатпарлардың тегістігі; айқайлаған кезде ауыз сау жаққа тартылады; іздеу рефлексі әлсіреді; сору бұзылады (сүт парездің жағына құйылады).

ДИАГНОСТИКА

Аспаптық зерттеулер

НСГ, КТ, МРТ - неинформативны.

ЭНМГ-бет нерві бойынша өткізгіштіктің төмендегенін анықтайды.

Емдеу

Дәрі-дәрмекпен емдеу

Терапия көздің қабығына зақым келтірмеу үшін жасанды көз жасын қолданумен шектеледі.

Дәрілік емес емдеу

2-ші аптадан бастап контрактуралардың дамуын болдырмау үшін емдік-профилактикалық массаж жүргізіледі. болжам

Нерв функцияларын толық қалпына келтіру 3-4 апта ішінде жүреді.

4.Иллюстрациялық материал:

59 Слайдтық презентация

5. Әдебиеттер: негізгі және қосымша

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 дәрістер жинағы		51 беттің 51 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.