

Тексерген: Ш.Қ. Марданов

Кафедра: Балалар хирургиясы

**Тақырыбы: Пилоростеноз.
Клиника. Диагностика. Ажырату
диагностиксы.**

*Орындаған: Жанысова Н.С.
606 топ
Тексерген; Дюсембаев А.А.*

АНАТОМИЯСЫ

- Асқазан – асқазан-ішек жолының ең кең бөлігі. Оның 2 сфинктері болады *ostium cardiacum*; прилежащая бөлігі асқазан — *pars cardiaca*; шыққан — *pylorus*, привратник, прилежащая бөлігі асқазан — *pars pylorica*; Асқазан жүктіліктің 3-аптасында дамиды. Ал пилорикалық бөлігі жүктіліктің 12 аптасында, кардиалды бөлігі 16 аптасында қалыптасады.

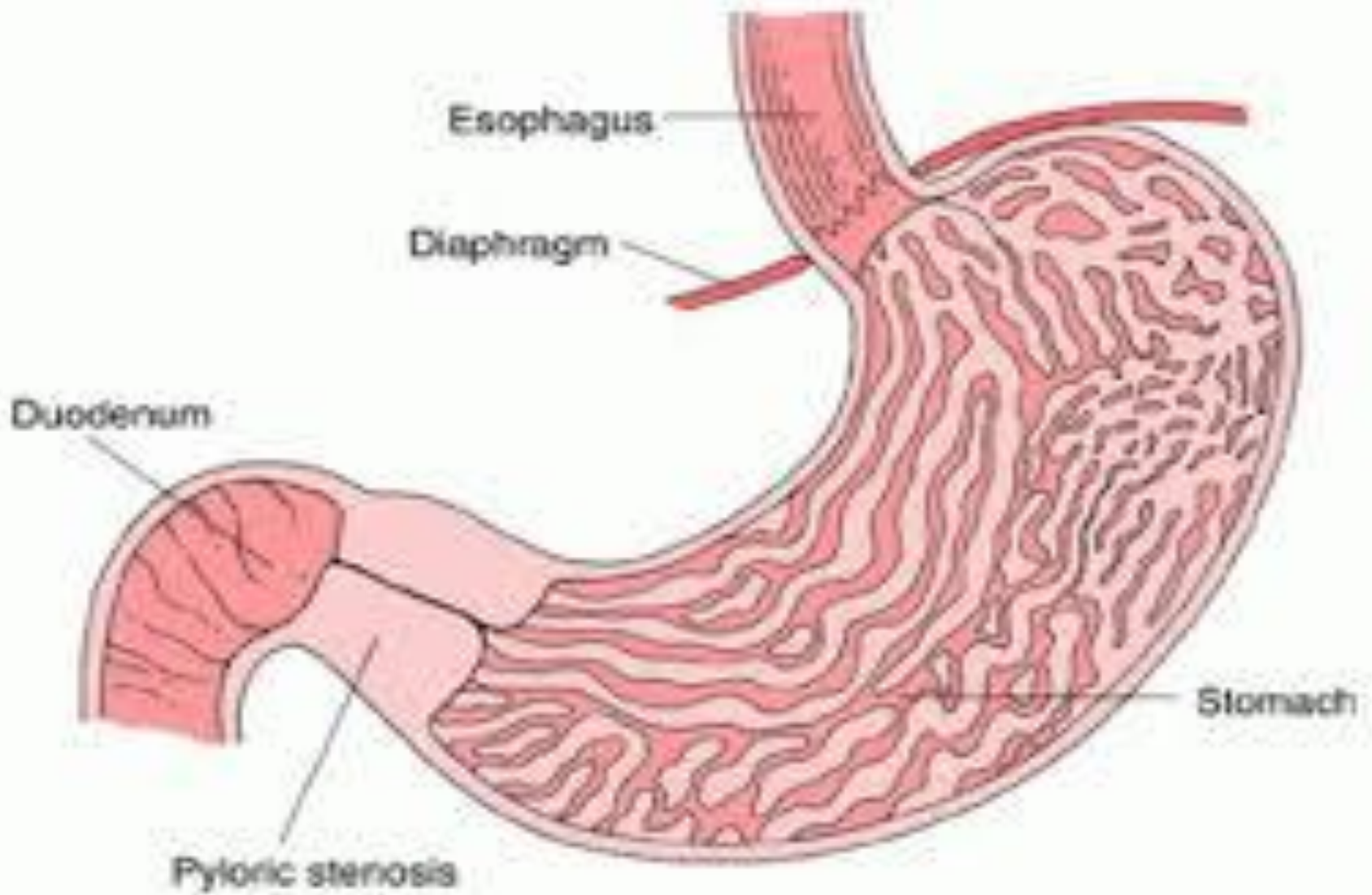
- Кардиалды сфинктердің –өңешпен асқазан арасындағы тарылған бөлігі. Негізгі қызметі өңештен өткен тамақты асқазанға кері жібермеу.
- Пилорикалық бөлігі асқазан мен 12 елі ішек арасындағы тарылған бөлігі. Негізгі қызметі 12 елі ішіндегі тамақтарды, өт қышқылдарын кері асқазанға қарай жібермеу.

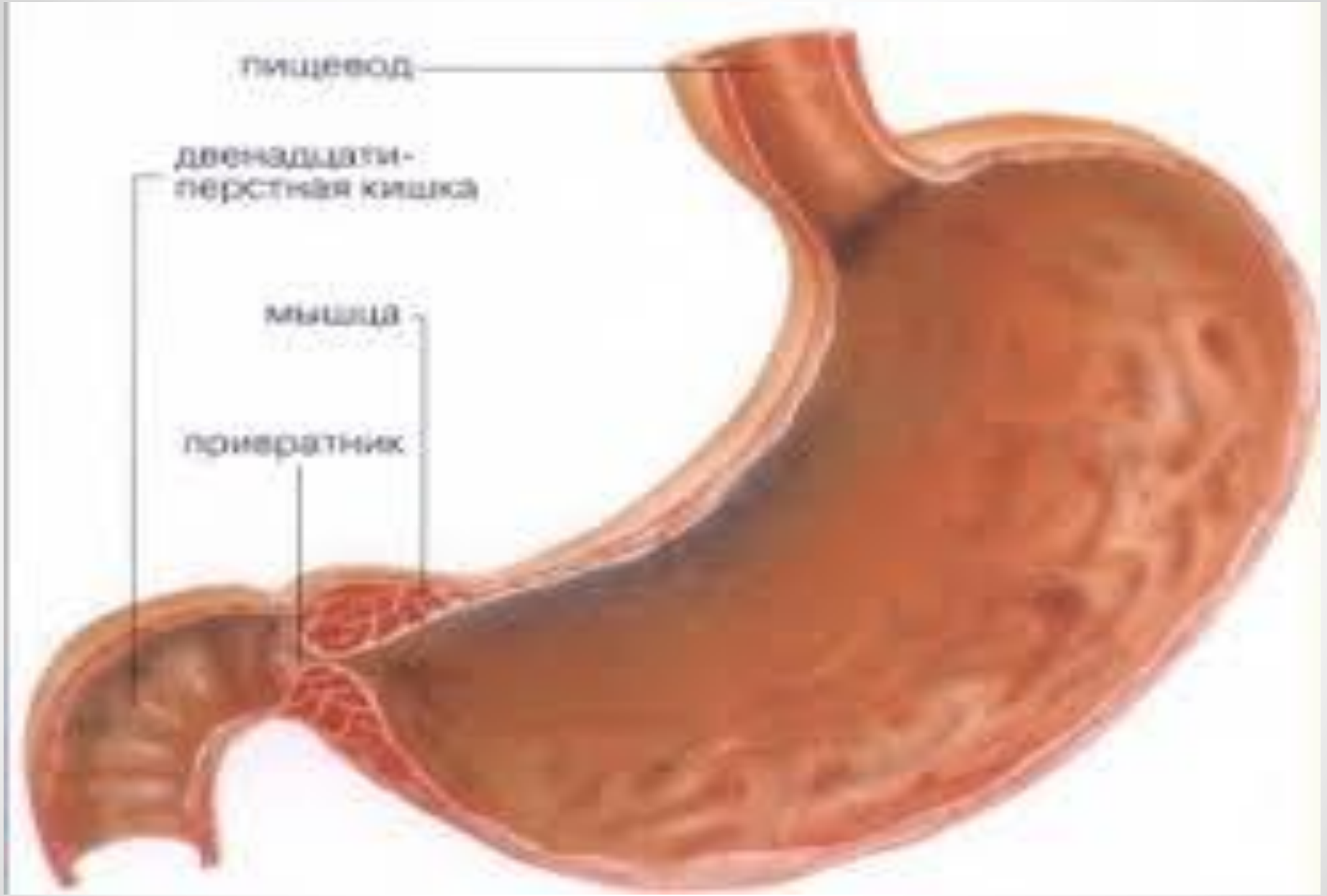


Балалардағы ерекшелігі.

- Дені сау балаларда пилорикалық бөлім дөңгелектелген формалы луковица тәрізді түсі қызғылт болады. Диаметрі 1-2мм. Шырышты бұлшықетті әсіресе циркуляторлы жақсы дамыған және сірлі қабаттардан тұрады.

• Пилоростеноз немесе (асқазанның пилорикалық бөлімінің гипертрофиялану)- туа пайда болған немесе жүре пайда (өте сирек көбінесе күйіктер болған кезді)болған пилорикалық каналдың тарылуы, пилорикалық бөлімінің барлық қабырғаларының қалыңдауы әсіресе циркуляторлы бұлшық еттерінің ,және ол жердегі иннервацияның бұзылуы, нәтижесінде дәнекер тінмен ауысуы.





пищевод

двенадцатиперстная
кишка

мышца

привратник

Себептері

- Мультифакториалды ауру болып табылады:

Жынысына байланысты: пилоростенозбен туылған балалар 0,5:1000 до 3:1000. Ұлдарда кездесу жиілігі (1:150) қыздарда (1:750). Яғни ұл балаларда жиі кездеседі.

Пилорикалық бөлімнің инервациясының бұзылысы. Тұқымқуалаушылыққа биімділік егер анасы ауырған болса кездесу жиілігі жоғары.

Анасының жүктілік кезіндегі вирусты инфекциялармен ауруы герпес, цитомегаловирус т.б.

Анасының жүктілік кезінде антибиотиктер қабылдауы.

Және жүре пайда болған: күйіктер, жасөспірім шақта рефлюкс-гастритпен ауруы, ойық жара, гастрин, асқазан қышқылдығының жоғарлауы пилороспазмға содан соң стенозға әкеледі

Клиникасы

- Жедел және жеделдеу

- Симптомдары:

1.2 аптасында балаларда емізгеннен кейін кекірулер пайда болады. 3 аптасында көлемді құсулар. Құсық массалары бастапқысында өт араласқан болады кейін пилорикалық қуыс тарылғаннан кейін өт қоспаларынсыз болады. Кейін 3 апта сонында балада тамақтанғаннан кейін фантан тәрізді құсу болады. Яғни құсық массалары емген сүт көлемінен көп болуы. Құсық массалары қышқыл иісті болады.



- *3. Экси́коз* - көп ретті құсу салдарынан ағзаның сусыздануы.
- 1-ші дәрежесі- дене салмағының кемуі 5%-тен кем. Бала шөлдегіш, тері түсі боз, тургоры аздап түскен: тері қатпарлары тез орнына келеді. Терісі және шырышты қабатының ылғалдылығы төмендеген. Үлкен еңбегі аздап түскен. Мазасызданғанда тахикардия пайда болады.
- 2-ші дәрежесі- дене салмағының кемуі 6-9%. Науқастың жалпы жағдайы ауыр. Бала қозғыш, тырысуға бейім. Үлкен еңбегі түскен. Терісі және шырышты қабаты құрғақ., ақшыл. Тері қатпары орнына жай келеді. Дауысы қарлыққан. Жүрек тондары нашар естіледі, тахикардия. Қан қысымы жоғары. Ентігу пайда болады.
- 3-ші дәрежесі-дене салмағының кемуі 10%-тен жоғары. Науқастың жалпы жағдайы кенет нашар. Қоршаған ортаға немқұрайлы. Тері түсі боз, мрамор суретті, суық. Тері қатпары орнына келмейді. Шырышты қабаттары құрғақ, науқас жассыз жылайды, ашық көзбен ұйықтайды.

- 4.Зәр шығарудың күрт төмендеуі және зәр мөлшерінің азаюы зәр түсі қою жасыл түстес болады.
- 5.Балада іш қату,нәжістің шықпауы.
- 6.Тері қабаттарының бозаруы.
- 7.Бала әлсіз,ұйқышыл,баланың жағдайы тез нашарлай түзеді.
- 8.Көп ретті құсу салдарынан асфиксия, асперационды пневмония дамуы мүмкін.

Объективті қарағанда

- 2. Дене массасының тез төмендеуі гипотрофия.

Гипотрофияның 3 дәрежесі бойынша:

I-гипотрофия 11-20 процент дефицит массы тері асты май қабатының іште азаюы

II-гипотрофия 21-30 процент дефицит массы ішінде, денесінде, аяқ қолдарында тері асты май қабатының азаюы

III-гипотрофия 30 проценттен жоғары дефицит массы ішінде, денесінде, аяқ қолдарында, бетінде

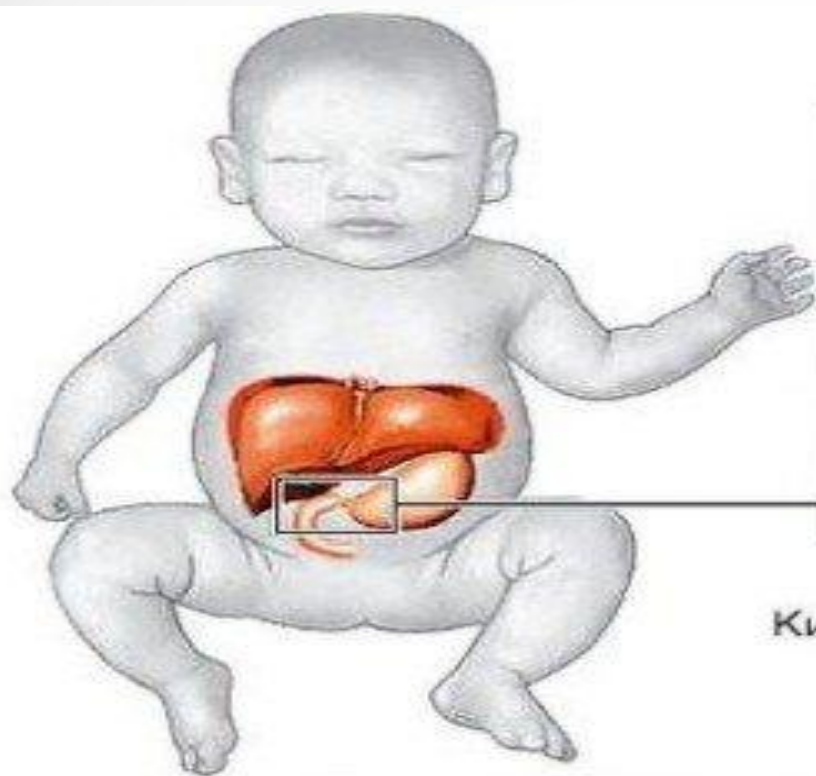
- Н. А. Розанова, жоғалған дене массасына байланысты осы аурудың 3 формасын көрсетті. 1) жеңіл форма с ежедневной потерей веса 0—0,1%; 2) орташа до 0,3%; 3) тауыр с потерей веса 0,4% и выше.

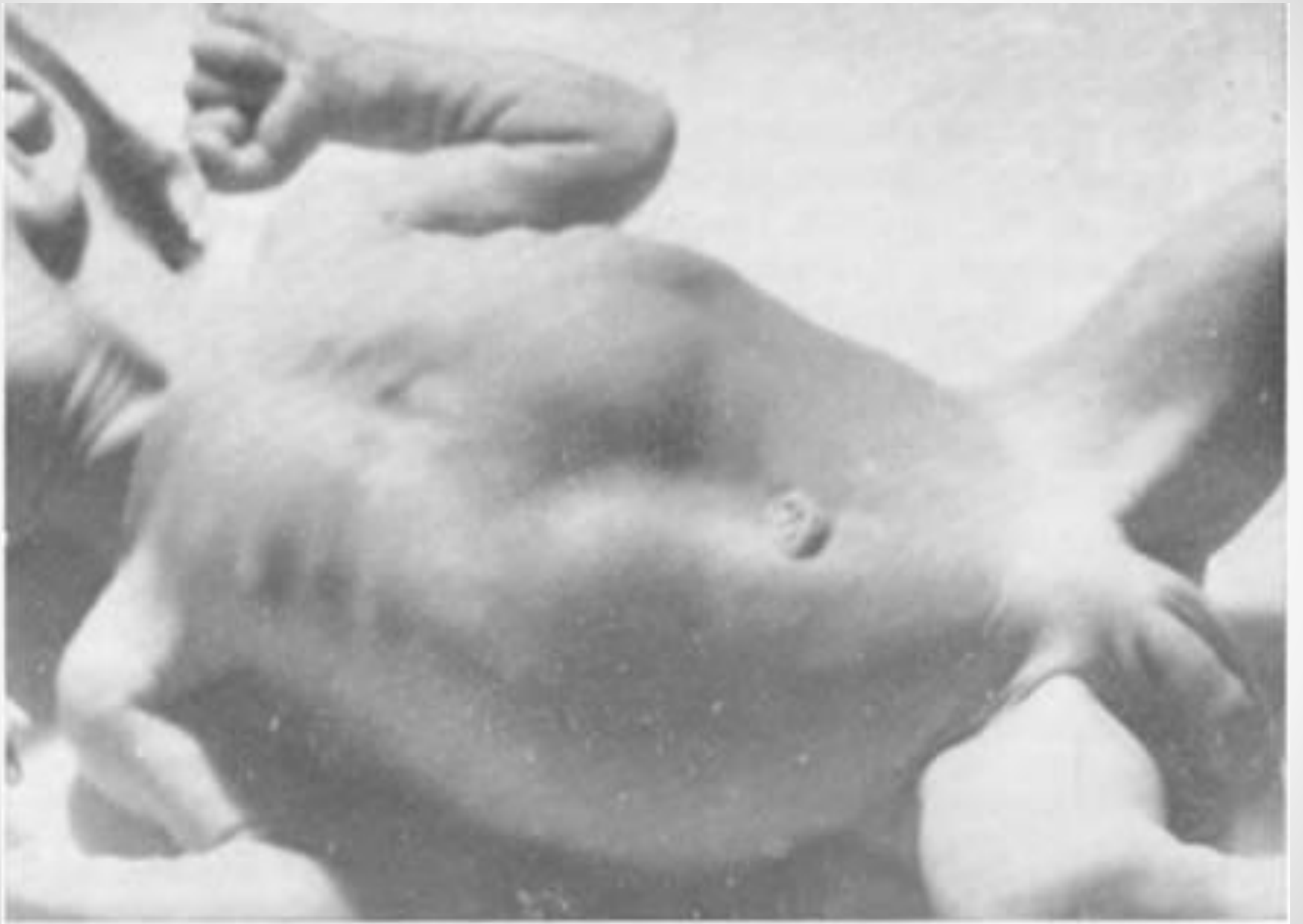
- Эпигастрии аймағының ұлғаюы, төменді аймақтарының кішіреюі.



- Емізу кезінде эпигастрии аймағында айқын перисталтиканы байқауға болады. Қатты арық балаларды айқын көруге болады сол жақ қабырға доғасынан толқын тәрізді перисталтиканы байқауға болады Оны құм сағат симптомы диді. Кейбір жағдайларды перситалтика өздігінен пайда болмаса эпигатри аймағын саусақтармен сипап көргенде байқауға болады. Пилоростеноздың ең негізгі симптомы болғандықтан оны мұқият бақылау керек. Кейде анасына сұрағанда емізіу кезінде асқазанда толқын тәрізді қозғалысты байқайтынын айтады.

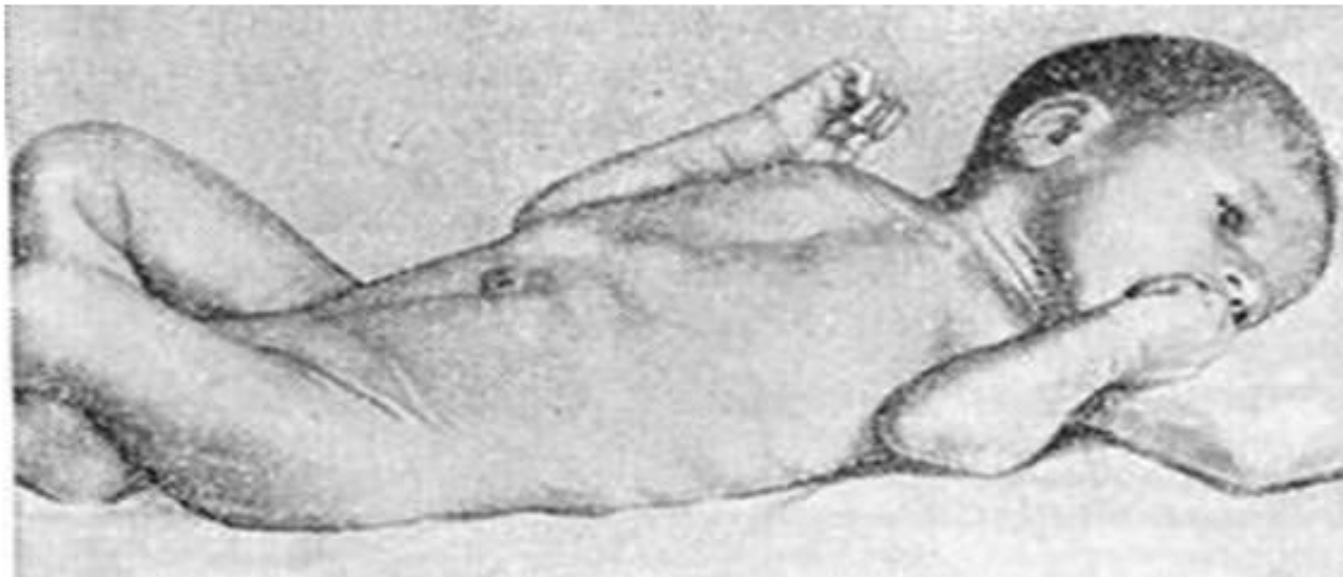






Пилоростеноз у детей — врожденное сужение привратника; в редких случаях бывает приобретенным (рубцовые сужения вследствие химического ожога или язвы желудка).

Синдром песочных часов.



Диагностикасы

- Жоғарыда аталғалған анасының шағымдары мен объективті көріністері.
- Аспаптық зерттеу:

Міндетті түрде УДЗ, және гастродуаденоскопия.

Қосымша рентгеновское исследование желудка с барием және шолу ренген.

- **УЗИ** позволяет увидеть пилорическую оливку в продольном и поперечном срезах, определить характер перистальтики желудка и наблюдать продвижение желудочного содержимого через пилорический канал.

В норме у детей первых месяцев жизни в желудке натошак отсутствует содержимое, длина привратника не превышает 18 мм, просвет пилорического канала хорошо визуализируется, толщина мышечного слоя стенки - не более 3-4 мм, диаметр привратника - не более 10 мм.

- При гипертрофическом пилоростенозе во время проведения УЗИ натошак, в желудке обнаруживают большое количество жидкого содержимого, перистальтика глубокая, "перетягивающая". При прохождении перистальтической волны пилорический канал ригиден и не раскрывается, его длина составляет в среднем 21 мм (от 18 до 25 мм), наружный диаметр привратника - 14 мм (от 11 до 16 мм).

На продольном срезе циркулярная мышца представлена двумя параллельными гипоэхогенными полосками, между которыми располагается эхогенная полоска слизистой оболочки. На поперечном срезе циркулярная мышца визуализируется в виде гипоэхогенного кольца вокруг эхогенного кружка слизистой оболочки. Толщина мышцы составляет в среднем 5 мм (от 3 до 6 мм)





Bowel
L12-3
MI 1.0
TIS 0.7

< F3 Gn 70
232dB/C5
K / 3 / 2

4cm

41Hz 6cm

G
P ▲ R
3.0 12.0

+ Length 0.617 cm
x Length 2.25 cm

- ЭГДС в случае пилоростеноза позволяет выявить расширение желудка, резкое сужение и ригидность пилорического канала, нередко - недостаточность кардии. В желудке натошак часто находят жидкое содержимое, стенки желудка гипертрофированы, перистальтика усилена, либо желудок атоничен, на слизистой оболочке желудка могут быть обнаружены эрозии.

- **Рентгеновское исследование желудка с барием**

-

Прямые рентгенологические признаки: изменение формы, величины и функции антропилорического отдела желудка.

Если сужение привратника выражено резко, в результате перистальтики желудка контрастное вещество заполняет только начальную часть пилорического канала, не проникая в двенадцатиперстную кишку (симптом "антропилорического клюва"). Стенка желудка нависает над суженным пилорическим каналом в основании "клюва", в результате происходит своего рода инвагинация (внедрение) утолщенного привратника в просвет антрального отдела - симптом "плечиков" или "фигурной скобки".

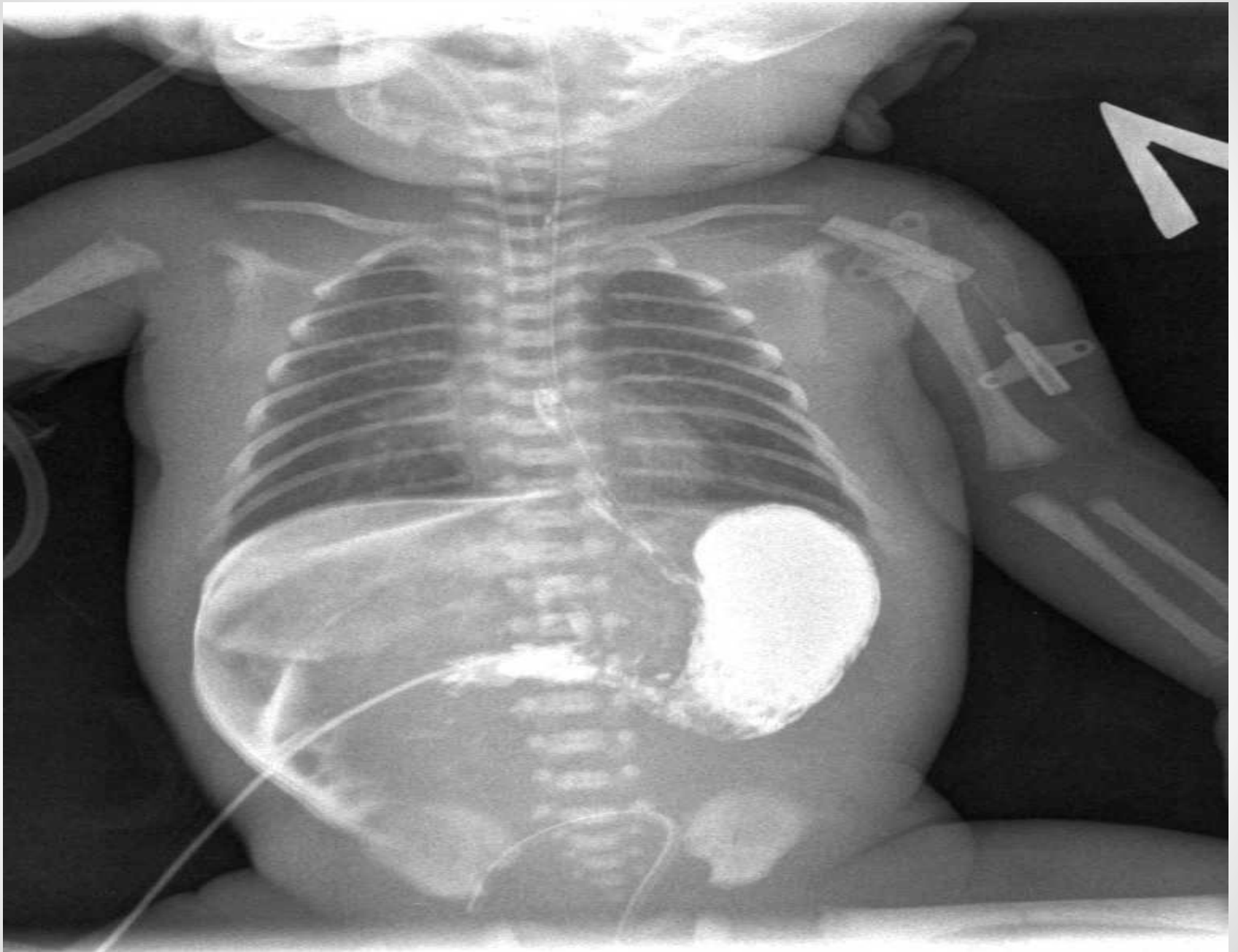
- При менее выраженном стенозе на рентгенологическом изображении виден весь пилорический канал. Он значительно удлинен (симптом "усика", или "жгутика").

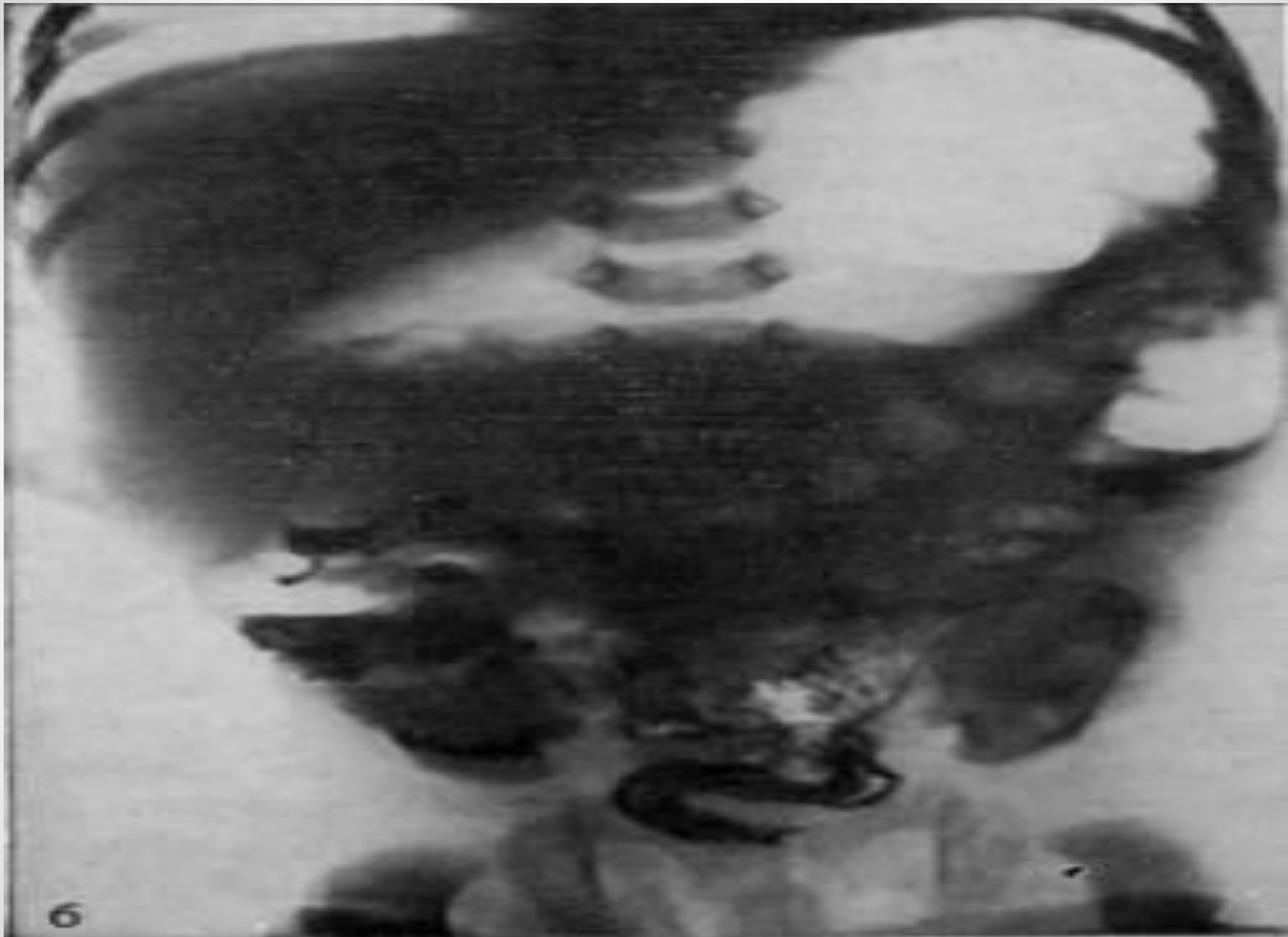
Симптом "параллельных линий", которые образованы расширенными складками слизистой оболочки, является признаком, свидетельствующим о сужении пилорического канала из-за гипертрофии мышц и утолщения слизистой оболочки.

- Выявление хотя бы одного из перечисленных прямых признаков позволяет считать диагноз врожденного гипертрофического пилоростеноза верифицированным.

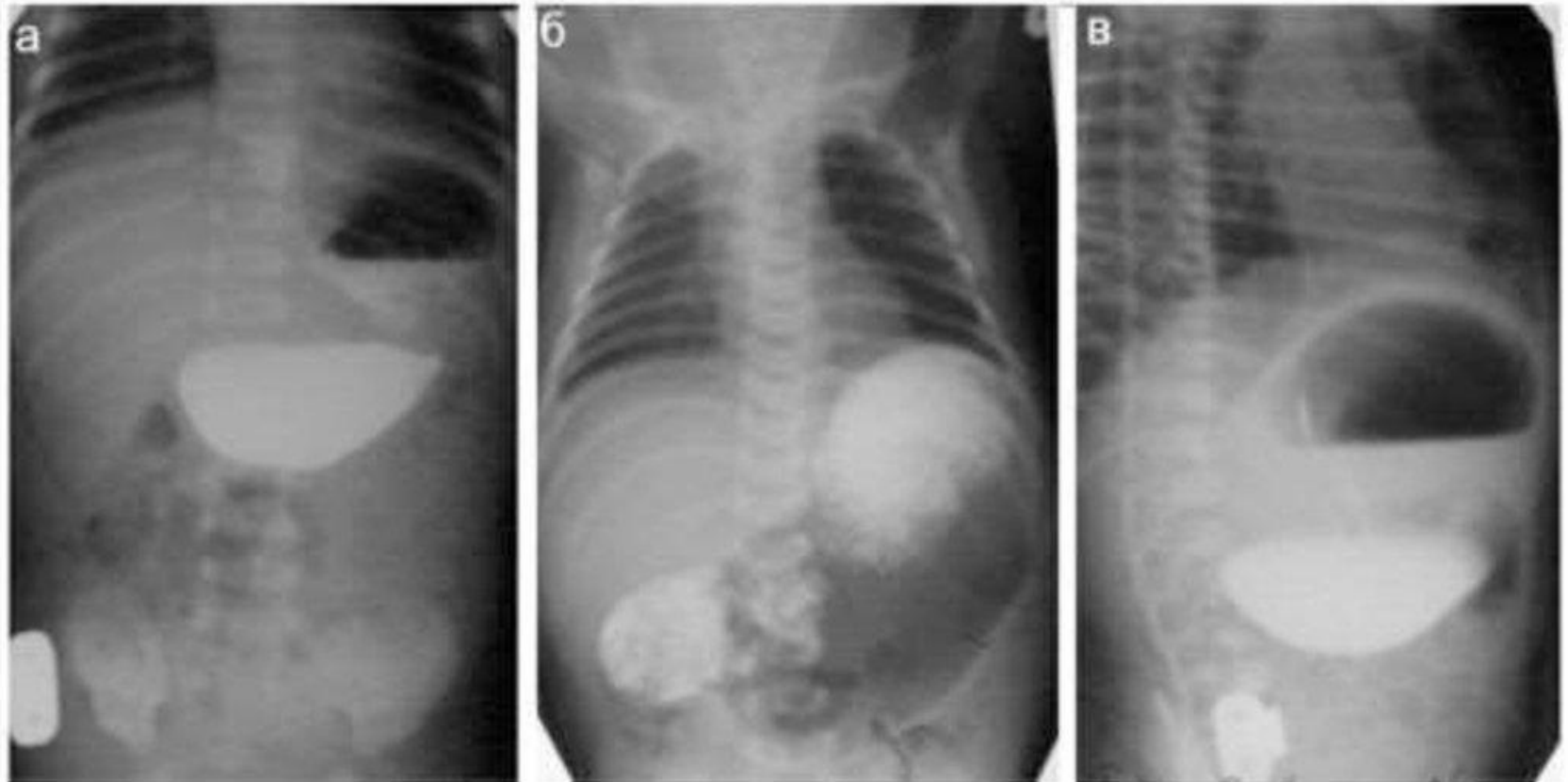
-

-





Диагностика пилоростеноза



- Гипертрофический пилоростеноз: а - прямой снимок в вертикальном положении ребенка; б - прямой снимок в горизонтальном положении ребенка; в - боковой снимок в вертикальном положении ребенка



- **Косвенные признаки** указывают на изменения эвакуаторной функции, а также изменение картины распределения газа по петлям кишечника.
- Наиболее значимые из них:
 1. Уменьшение количества газа в петлях кишечника при растянутом желудке;
 2. Сегментирующая учащенная перистальтика желудка, иногда по типу "песочных часов": удлинённый и сужённый привратник не сокращается. Даже при усиленных перистальтических сокращениях желудка, его содержимое не перемещается в двенадцатиперстную кишку в течение длительного времени - симптом задержки эвакуации. Спустя 24-72 ч после приема бария его часть все еще наблюдается в желудке.

Дифференциальный диагноз

- -пилороспазм;
 - халазия и ахалазия пищевода;
 - редкие пороки развития: сужение пищевода, атрезия пищевода, атрезия двенадцатиперстной кишки;
 - гипоксически-ишемическое поражение ЦНС;
 - адреногенитальный синдром;
 - гипоальдостеронизм;
 - менингит и другие инфекционно-воспалительные заболевания.

- Н. И. Ланговой составил подробную таблицу признаков, которыми можно руководствоваться при дифференциальной диагностике этих двух заболеваний
- **Пилороспазм**
 - а) Рвота с рождения
 - б) Рвота частая
 - в) Частота рвоты резко колеблется по дням
 - г) Рвота небольшими количествами
 - д) Количество молока, удаленного при рвоте, меньше высосанного
 - е) Запоры, но иногда слабит самостоятельно
 - ж) Число мочеиспусканий уменьшено (около 10)
 - з) Кожа не очень бледная
 - и) Перистальтика желудка наблюдается редко
 - к) Ребенок криклив
 - л) Вес не изменяется или падает умеренно
 - м) Вес при поступлении больше, чем при рождении

- Пилоростеноз
 - а) Рвота чаще всего с двухнедельного возраста
 - б) Рвота более редкая
 - в) Частота рвоты более постоянная
 - г) Рвота большими количествами, фонтаном
 - д) Количество молока, удаленного при рвоте, больше высосанного
 - е) Почти всегда резкие запоры
 - ж) Число мочеиспусканий резко уменьшено (около 6)
 - з) Резкая бледность кожи; кожа в складках; морщины на лбу
 - и) Перистальтика желудка наблюдается часто, в виде песочных часов
 - к) Ребенок более спокоен
 - л) Резкое падение в весе
 - м) Вес при поступлении меньше, чем при рождении

Халазия и ахалазия

пищевода

Ахалазия

- Төс арты ауырсыну; Дисфагия; Регургитация;
- Төс арты ауырсыну жиі түнде ауырсыну криздері түрінде болады; кейде ауырсыну бос немесе толған өңеште туындайды
- Баланың дене салмағының тез азаюы болмайды
- Жағдайы пилоростнозбен салыстырғанда жақсырақ өтеді
- Эпигастрии аймағында асқазан перисталтикасы байқалмайды.
- Құсу фантан тәрізді емес
- Халазия фантан тәрізді емес, құсу бала горизанталды қалыпта болған кезде байқалады.
- Эзофогит жиі дамиды.

- Өңеш атрезиясы

- Күсу фантан тәрізді емес
- Күсу өмірінің алғашқы сағаттарында дамиды
- Аспирационды пневмония дамиды
- Катетер мен тексерген кезде катетер тұйықталған жерден ары өарай отпейді
- Балада өмірінің алғашқы сағаттарында азуызыан көпіршіктердің шығуы байөалады
- Күсық массалары өзгерісіз

- 12 елі ішек атрезиясы емізікшеден жоғары.
 - құсу өмірінің алғашқы 1 тәулігінде болады.
 - құсу фантан тәрізді емес
 - эпигастрии аймағында асқазан перисталтикасының құм сағат тәрізді перисталтикасы байқалмады
 - рентген көрінісінде екі көпіршік симптомы дамиды
 - ФГС қарағанда пилорикалық бөлігі өтімділігі сақталған.

Адреногенитальный синдром-врождённая дисфункция коры надпочечников включает группу наследственных ферментопатий.

- Примесь желчи к рвотным массам
- Гиперкалемия
- Гипонатремия
- Эвакуация желудка сохранен
- гипертензией.
- Вирилизация

Лечение

- Дети с пилоростенозом, как правило, нуждаются в предоперационной подготовке.

При своевременной диагностике пилоростеноза состояние детей редко бывает тяжелым, и предоперационная подготовка, проводимая в течение 12-24 часов может быть достаточно эффективной.

При поздней диагностике тяжесть состояния больных обычно обусловлена обезвоживанием, электролитными нарушениями, нарушением кислотно-основного состояния.

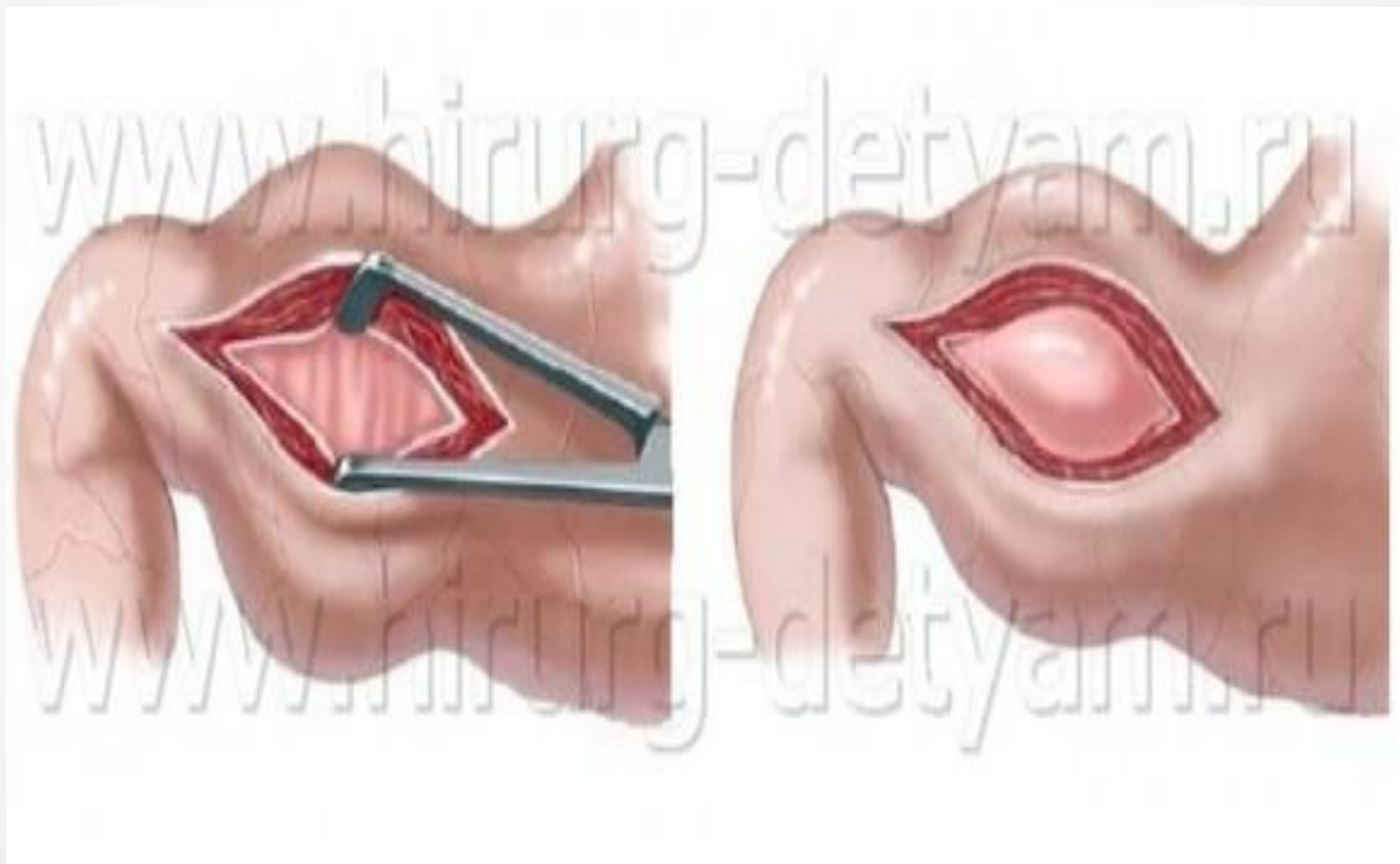
Предоперационная подготовка должна проводиться так долго, как этого требует состояние больного. Основа предоперационной подготовки - инфузионная терапия. Объем жидкости рассчитывают по физиологической потребности ребенка и среднесуточной потере массы тела.

- Оперативное лечение заключается в пилоромиотомии по Фреде – Рамштедту. Брюшную полость вскрывают поперечным разрезом в мезогастрии справа, в рану выводят пилорический отдел желудка и, выбрав бессосудистую зону, рассекают в продольном направлении серозный и мышечный слой от препилорического отдела желудка до двенадцатиперстной кишки до пролабирования слизистой.









- В послеоперационном периоде продолжают инфузионную терапию. Энтеральное питание начинают через 6-10 часов после операции, на фоне спазмолитических препаратов (атропин, церукал, реглан). Объем питания с начального минимального (5-10 мл на кормление) постепенно увеличивают, доводя его до физиологического (обычно к 3м суткам после операции). При этом соответственно сокращают объем инфузионной терапии. Выписку из стационара осуществляют на 7-10е сутки, после того, как ребенок начинает хорошо усваивать питание и прибавлять в весе. Летальности при этом заболевании нет.

-

Прогноз

-

При своевременной диагностике и адекватном лечении дети растут и развиваются соответственно возрасту

-

-