

**ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
ИНСТИТУТ**

**Кафедра госпитальная детская хирургия**

***Тема:* Синдром пальпируемой  
опухоли брюшной  
полости у детей.**

***Докладчик:* доктор медицинских наук, профессор  
ХАМРАЕВ А.Ж.**

**Ташкент -2006**

## **План лекции:**

### **1. Введение**

2. Диагностика, дифференциальной диагностики и тактики лечения при хирургических заболеваниях органов брюшной полости, сопровождающихся «синдромом пальпируемой опухоли»

3. Диагностика, дифференциальной диагностики и тактики лечения при хирургических заболеваниях забрюшинного пространства и органов внутреннего гениталия сопровождающихся «синдромом пальпируемой опухоли»

4. Проведения диспансеризации и реабилитации и профилактики осложнения у больных «синдромом пальпируемой опухоли»

**Цель лекции:** Обучать студентам при заболеваниях органов брюшной полости сопровождающихся «синдромом пальпируемой опухоли» проведения диагностики, дифференциальной диагностики, определить тактики лечения догоспитальном этапе и их реабилитационные лечения постгоспитальном этапе

**Задачи:** Студент должен знать догоспитальном этапе диагностики, методов исследования, дифференциальной диагностики и тактики лечения при хирургических заболеваниях органов брюшной полости сопровождающихся «синдромом пальпируемой опухоли» и их постгоспитальном этапе реабилитации и диспансеризации

### **1. Введение.**

Все врожденные и приобретенные (паразитарные и травматические) кисты брюшной полости больше у детей клинически сопровождаются синдромом пальпируемой опухоли (СПО). У этих категории больных главным доминирующим симптомом является наличие пальпируемые опухоли в брюшной полости, симметричные и асимметричные увеличения конфигурация живота. Болевые симптомы в начальном этапе заболевания не сопровождается. Она могут сопровождаться в тех случаях когда возникает осложнения первичного заболевания. Клиническая картина различных по своей первичной локализации кист брюшной полости иногда оказывается сходной, но имеются и существенные различия. Диагностическая и лечебная (хирургическая) тактика в значительной мере определяются локализацией и происхождением кисты, а также характером возникающих осложнений.

Для диагностики хирургических заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства у детей проявляющихся «синдром пальпирующий опухол» необходимо:

- анамнез,
  - осмотр,
  - пальпация,
  - перкуссия,
  - аускультация,
  - обзорная рентгенография брюшной полости,
  - ирригография,
  - пассаж ж.к.т.,
  - УЗИ органов брюшной полости,
  - компьютерная томография,
  - экскреторная урография,
  - пневморетероперитониум
- ЯМРТ

Все кист брюшной полости у детей проявляющихся синдромом пальпируемой опухоли классифицируются главным образом по анатомическим и этиологическим принципам.

Различаются группы кисты, исходящие из одного органа: мезентериальные, кисты сальника, селезенки, поджелудочной железы и урогенитальные. Каждая из этих групп еще включает в себя различные по строению кистозные образования: лимфангиомы, тератодермоидные и др.), которые могут быть врожденными – «истинными» или приобретенными – «ложными».

## **1.. Мезентериальные кисты брюшной полости**

Мезентериальные кисты брюшной полости придерживаются следующая классификация.

1.Кисты брыжейки лимфатического происхождения:

а) поликистозная б) простые кисты (одиночные и множественные, однокамерные и многокамерные).

2.Терато-дермоидные кисты брыжейки.

3.Кисты урогенитального происхождения.

### **Клиническая картина. Неосложненные кисты**

б р ы ж е й к и любого происхождения отличаются скудостью симптоматики. У наблюдаемых нами детей они чаще всего сопровождались только несильными болями неопределенного характера и увеличением живота.

Изредка кисты брыжейки оказываются случайной находкой во время операции В большинство случаев неосложненных кист удается обнаружить в мезогастральной области и возможность смещения «вокруг» пупка. Свободная подвижность в брюшной полости иногда настолько значительная во всех направлениях, что кисту можно «потерять» на неопределенное время. Но эти признаки непостоянны, зависят от размеров кисты, окружающих ее сращений, длины брыжейки в зоне ее локализации и встречаются только у 20% детей (Gollins, Holcomb, 1958, и др.).

Следует весьма критически относиться к методу перкуторного определения полосы тимпанита вокруг зоны ограниченной тупости, когда кишка окаймляет кисту брыжейки в виде «кольца Сатурна». У детей проследить этот симптом с достаточной убедительностью почти никогда не удается. В отдельных случаях, при наличии крупных, тонкостенных и с низким давлением содержимого кист, удается отметить зыбление, что должно наводить на мысль о кисте. Важнейшим диагностическим признаком у детей следует признать обнаружение в брюшной полости опухолевидной кистозной массы, а главным приемом исследования – пальпацию, позволяющую выявить характерные признаки

У беспокойных детей младшего возраста пальпаторному выявлению кисты способствует дача неглубокого эфирно-кислородного наркоза или применение мышечных релаксантов короткого типа действия

Важным средством диагностики является *рентгенологическое исследование*, которое начинают с обзорных снимков брюшной полости. Рентгенологические характерные симптомы являются гомогенное затенение с четкими овальными контурами, сдавление и перемещение кишечника с оттеснением его кпереди, высокое стояние куполов диафрагмы. При высокой рентгенопроницаемости кисты (хилосодержащие лимфангиомы), косвенным признаком может служить своеобразное положение наполненных газом кишечных петель вокруг смещающего их образования. Иногда отмечаются кальцификация кисты или характерные для тератоидных образований участки костной ткани.

Пневмоперитонеум, ретропневмоперитонеум и их сочетания повышают диагностические возможности, но практически большее значение имеет контрастирование ирригография кишечника взвесью сернокислого бария. Серийное обследование с пальпацией и перемещением подозреваемого образования и контрастированием кишечных петель уточняет их взаимоотношения. Кроме того проведение УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства и компьютерной томография (КТ) и ЯМРТ позволяет выявить генез и локализации кист в брюшной полости.



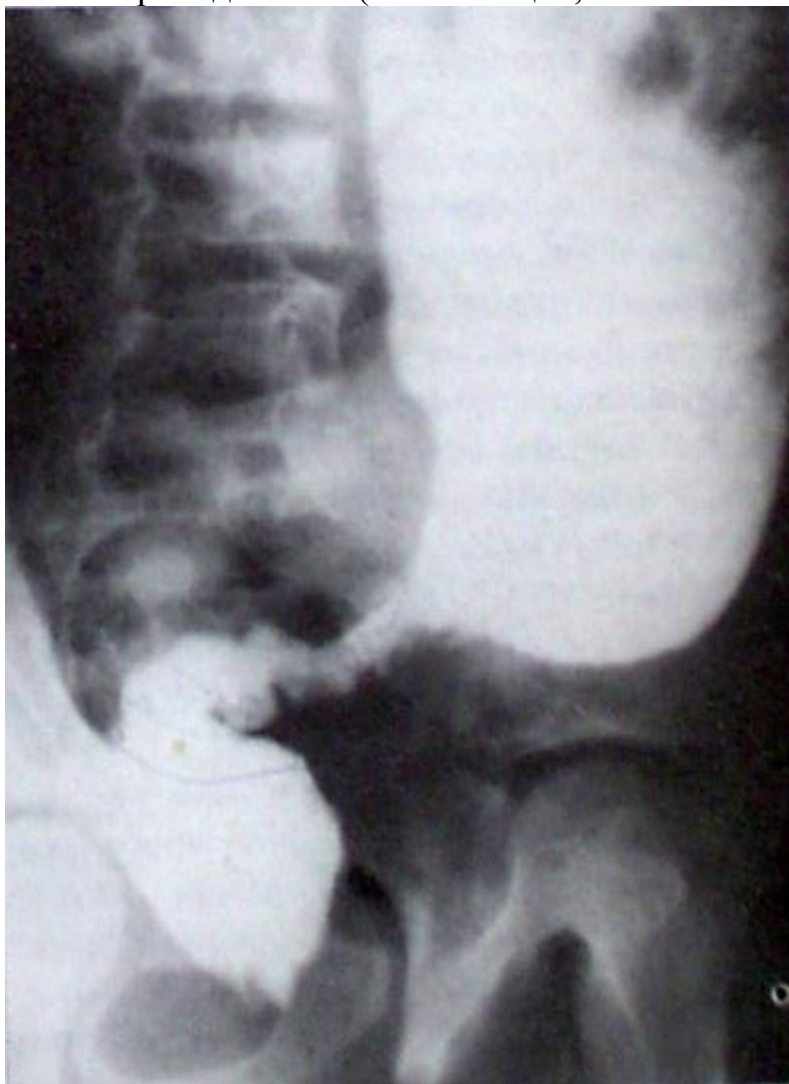
Рис. 1. Ирригограмма 9-месячного мальчика с полной непроходимостью, вызванной сдавленным сигмовидной кишки снаружи опухолью.

*Осложненные кисты брыжейки*, могут быть в виде **сдавления, нагноения, прорыв.** При наличие осложнения кисты брыжейки наблюдаются повышения температуры тела, боли в животе, часть детей поступает с явлениями перитонита или наличием симптомами хронической и острой кишечной непроходимости.

В случаях **сдавления кистой просвета кишки** периодически возникают приступообразные боли в животе, локализацию которых выявить у детей младшего возраста невозможно. Более старшие дети жалуются на боль ниже пупка. Приступы сопровождаются рвотой (иногда задержкой стула). Однако часто боль самостоятельно проходит, и ребенок вновь себя чувствует совершенно здоровым. При осмотре во время приступа может отмечаться асимметрия живота за счет выступающего опухолевидного образования и видимой перистальтики кишечника. Поверхностной осторожной пальпацией удастся определить в брюшной полости умеренно подвижную и болезненную кистозную массу. Ее наличие ещё могут подтвердить пальцевым ректальным исследованием. Однако, определение кисты брыжейки небольших размеров крайне сложно из-за легкой ее смещаемости и затруднений связанных беспокойством ребенка.

В период стихания болей, настойчивое и правильно проводимое пальпаторное исследование помогает уточнить диагноз.

Киста брыжейки, осложненная **заворотом** прилегающей петли кишки, проявляется картиной острой кишечной непроходимости. У ребенка среди полного здоровья внезапно начинаются очень сильные приступы болей в животе, многократная рвота, задержка отхождения газов, стула, умеренное вздутие живота в верхних отделах. Клинические признаки и рентгенологическое исследование в таких случаях редко помогают распознать истинную причину заболевания. Обычно ребенка оперируют с диагнозом более часто встречающихся видов острой механической кишечной непроходимости (инвагинация, глистная обтурация).



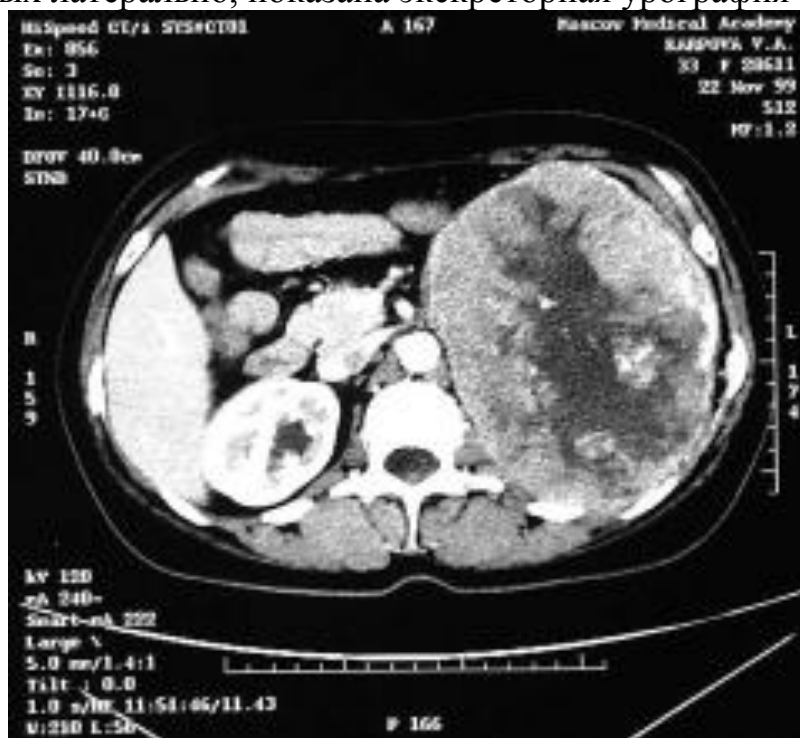
УЗИ и КТ диагностика дает большие диагностические информации

**Воспаление и перфорация** кисты брыжейки сопровождаются повышением температуры тела, постоянными болями в животе, ухудшением общего состояния. Рвота может быть однократной или изнурительно частой. При обследовании выявляется картина острого перитонита. Локализация болей непостоянна. Из-за напряжения мышц брюшной стенки прощупать кисту обычно невозможно. Детей с подобной клинической картиной, как правило, оперируют по срочным показаниям с диагнозом «острый аппендицит» или «гематогенный перитонит». Даже в тех случаях, когда удастся пальпаторно определить кисту, хирург склонен трактовать ее как

аппендикулярный инфильтрат. Рентгендиагностика, УЗИ и КТ диагностика дает большие диагностические информации

**Дифференциальный диагноз** не осложненной кисты брыжейки с другими кистозными образованиями брюшной полости возможен при внимательном анализе клинических, рентгенологических, лабораторных, УЗИ, КТ и ЯМРТ данных. Вероятные ошибки диагностики не влекут серьезных последствий, так как лечебные мероприятия при этих заболеваниях идентичны.

*Опухоль почки, гидронефроз или дистопия* могут быть ошибочно приняты за кисту брыжейки. В связи с этим при органической подвижности прощупываемого в брюшной полости образования или при больших кистах, расположенных латерально, показана экскреторная урография или КТ.



*Опухоль Вильмса. Опухоль левой почки.*

При дифференциальной диагностике следует считаться с возможностью обнаружения *опухоли кишечника, яичника, лимфатических узлов брыжейки*. В литературе приведены случаи, когда за кисту принимали натечный абсцесс и даже аневризму аорты.

Осложненные кисты приходится дифференцировать с механической (хронической и острой) кишечной непроходимостью, вызванной другими причинами, а также аппендицитом или гематогенным перитонитом. Распознавание истинной причины заболевания сложно из-за сходной симптоматики и определенной настроенности хирурга, который не думает о возможном наличии встречающейся у детей кисты.

Однако подробный разбор анамнестических данных (периодические приступы болей, запоры, рвоты, увеличение живота), клинической симптоматики (наличие кистозной массы в брюшной полости и не типичность проявлений предполагаемого заболевания) и некоторых

рентгенологических находок должен настораживать в отношении осложненной кисты брыжейки.

В догоспитальном этапе после установления предварительного диагноза или в сомнение и затруднения диагноза врач общей практики должен отправить больного для консультации специалиста магистратского хирурга работающих в специализированных лечебных учреждениях или в консультативную и центральную детскую поликлинику. Надо стремиться всегда больного госпитализировать в плановом порядке без осложненной стадии кист брюшной полости.

## **2. Кисты сальника.**

**Клиническая картина.** Наиболее частым клиническим проявлением кисты небольшого размера является систематическое возникновение болей в животе, иррадиирующих в подложечную область и усиливающихся при физической нагрузке. Перкуторно и при ощупывании в брюшной полости обнаруживают округлое китовидное гладко стенное, иногда дольчатое образование, имеющее триаду симптомов: а) поверхностное расположение; б) свободную подвижность; в) незначительные функциональные нарушения со стороны внутренних органов.

При крупных кистах сальника, занимающих большую часть брюшной полости, эти признаки теряют значение. В таких случаях обращает на себя внимание увеличение живота и несколько реже расширения вен передней брюшной стенки. Расстройств гемодинамики может не возникать вследствие поверхностного расположения сальника и преимущественного роста кисты кпереди .

Кисты значительно подвижны , особенно в краниальном направлении. Книзу они смещаются заметно хуже и сопровождаются выраженными болевыми ощущениями в подложечной области и заметным уражением пульса (раздражение солнечного сплетения).

При перкуссии живота над кишечными петлями отсутствует тимпанит, и на всем протяжении выявляется характерное притупление звука. Однако этот симптом, как и степень подвижности, зависит от размеров образования. Кисты сальника, как правило, тонкостенны и имеют низкое давление содержимого. Это объясняет часто обнаруживаемый феномен зыбления. При крупных сальниковых кистах выявляется важный и патогномоничный “симптом дрожания. Однако, по нашим данным, этот признак при самом тщательном подходе к его выявлению недостаточно убедителен.

*При рентгенологическом исследовании, особенно пассажа желудочно-кишечного тракта с дачей контраста через рот и ирригографией, отмечается наличие округлой, нередко имеющей сегментарный контур, малоконтрастной опухоли, расположенной кпереди от кишечных петель и желудка. Тонкая кишка при этом часто смещается вниз и кзади, а желудок, поперечная ободочная и двенадцатиперстная кишка – вверх. УЗИ, КТ и ЯМРТ дает диагностические больше возможности при постановки диагноза.*

Нередко сальниковые кисты осложняются воспалением, нагноением, кровоизлиянием, ее заворотом или разрывом. Осложнения протекают при картине «острого живота»

**Дифференциальный диагноз** с кистами брюшной полости, исходящими из других органов и забрюшинного пространства, достаточно сложен. Некоторую помощь оказывают рентгенологическое, УЗИ, КТ и ЯМРТ исследований и клинические данные, указывающие на поверхностное расположение кисты.

При осложненных кистах тяжесть общего состояния больного, напряжение брюшной стенки и вздутие живота препятствует точной диагностике.

После установления предварительного диагноза или в затруднениях диагноза врач общей практики должен отправить больного для консультации специалиста-магистра детского хирурга, работающих в специализированных лечебных учреждениях или в консультативную и центральную детскую поликлинику. Всегда больного госпитализировать в плановом порядке без осложненной стадии кист брюшной полости.

### **3. Кисты поджелудочной железы.**

По данным литературы, кисты поджелудочной железы принято разделять на врожденные, опухолевые, паразитарные и травматические. Врожденные кисты (истинные), имеющие эпителиальную выстилку, могут локализоваться в любом участке ткани железы и чаще бывают многокамерными..

**Клиническая картина.** Врожденная киста поджелудочной железы длительное время может оставаться незамеченной. Основным клиническим симптомом является наличие опухолевидного образования с гладкими контурами, расположенного в верхних отделах брюшной полости. Пальпация кисты безболезненна, подвижность резко ограничена. При врожденных кистах ребенок обычно не жалуется на болевые ощущения, однако периодически могут возникать и сопровождаться рвотой. При наличии кисты больших размеров живот равномерно увеличен, на передней брюшной стенке видна сеть расширенных венозных сосудов.

В зависимости от локализации могут наблюдаться симптомы сдавления общего желчного протока, а также признаки непроходимости желудочно-кишечного тракта. Периодически киста может увеличиваться или уменьшаться в своих размерах. Дети часто страдают понижением аппетита, тошнотами, задержкой стула или поносами.

При воспалении кисты появляются боли, повышается температура тела, увеличивается число лейкоцитов крови. Некоторую помощь в установлении диагноза оказывают лабораторные данные, которые в ряде случаев выявляют нарушения функции поджелудочной железы.

*Рентгенологическое исследование* часто позволяет уточнить диагноз кисты. Располагаясь в полости малого сальника, она смещает желудок

кверху и кпереди, а поперечную ободочную кишку – книзу. Это особенно четко прослеживается на рентгенограммах при пассаже контрастного исследования желудочно-кишечного тракта.

Кроме того, при заполнении желудка взвесью сернистого бария удается заметить овальную линию вдавления его контура, чаще по большой кривизне; рисунок слизистой оболочки при этом остается неизменным. Бариевая клизма позволяет отметить сужение просвета поперечной ободочной кишки; если киста расположена в области хвоста железы, то селезеночная кривизна ее оттеснена кпереди, вправо и деформирована. Следует подчеркнуть, что исследование в боковой проекции нередко имеет определяющее значение. Проведения ретропневмоперитонеума, УЗИ, КТ и МРТ позволяют точно поставить диагноз



*Эхографическая картина псевдокисты поджелудочной железы.*

*1-печень; 2-желудок; 3-киста.*

**Дифференциальный диагноз** проводят с кистами брюшной полости, исходящими из других органов, гидронефрозом, аномалиям форм и опухолями почек, асцитом, туберкулезным перитонитом. В ряде случаев приходится прибегать к дополнительным исследованиям мочевыделительной системы, определению содержания ферментов поджелудочной железы при дуоденальном зондировании, спленопортографии и др. однако распознавание кисты бывает в ряде случаев невозможно без последнего этапа диагностики – пробной лапаротомии.

После установления предварительного диагноза, врач общей практики должен отправить больного для консультации специалиста магистрата

детского хирурга работающих в специализированных лечебных учреждениях или в консультативную и центральную детскую поликлинику. Всегда больного госпитализировать в плановом порядке без осложненной стадии кист брюшной полости.

#### **4. Кисты селезенки.**

Врожденные кисты селезенки у детей встречаются крайне редко. Положение непаразитарных кист в селезенке может быть самым различным: нижний полюс селезенки - 26%, выпуклая поверхность – 18%, вогнутая – 18%, ворота – 14%, передний край – 12%, верхний полюс – 9% и задняя поверхность – 3%. Гистологическая дифференцировка затруднительна из-за часто плохо выраженной, измененной кровоизлияниями или воспалительным процессом внутренней выстилки.

**Клиническая картина.** Кисты селезенки могут длительное время не беспокоить ребенка, протекать бессимптомно. В таких случаях они бывают обнаружены при случайном ощупывании живота родителями или врачом, во время рентгенологического исследования, пробной лапаротомии или операции, предпринятой по другому поводу. Однако чаще кисты селезенки вызывают многообразные симптомы, которые связаны прежде всего с наличием в брюшной полости кистозной массы, расположенной в верхнем квадранте живота и левом гипохондри.

Болевые ощущения у ребенка появляются обычно задолго до обнаружения кисты. Боль носит самый разнообразный характер (чаще приступообразная, ноющая), локализуется в животе, груди, в левом подреберье, эпигастрии, пояснице или около пупка. Характерно усиление болей при физической нагрузке или в связи с переменой положения тела. Давление кисты на диафрагму и органы грудной клетки вызывает одышку, кашель и боли в груди слева. Эти проявления чаще отмечаются при расположении кист в области верхнего полюса селезенки. Из-за высокого состояния купола диафрагмы и плохой вентиляции левого легкого дети часто болеют пневмонией.

С давлением кистой пищеварительного тракта вызывает запоры и чувство тяжести, а после приёма пищи – тошноту, рвоту, метеоризм. Изредка у детей отмечают боли типа почечной колики (слева) и альбуминурию. Повышение температуры при не осложненном течении не характерно.

*Рентгенологическое исследование* обнаруживает мягко тканное образование в левом наружном верхнем квадранте живота, умеренно подвижное при дыхательных движениях диафрагмы, купол которой слева плохо различим и, как правило, расположен очень высоко. При внутривенной пиелографии в типичных случаях левая почка смещена вниз, но не ротирована.

Контрастное исследование желудка показывает его смещение вправо, иногда – книзу; большая кривизна носит следы в давления кисты.

Заполнение барием толстой кишки выявляет смещение книзу селезеночного угла (при кистах средних размеров) или низкое расположение поперечной ободочной кишки (при крупных кистах). Многие авторы придают значение специальным методом исследования УЗИ, КТ, ЯМРТ, ретропневмоперитонеуму, пневмопериатонеуму, аортографии, спленопортографии.



*Эхографическая картина кисты селезенки.*

*С-селезенка; К-киста; С.В.-селезеночная вена*

В случае травматических разрывов кисты селезенки клиническая картина определяется симптомами внутрибрюшного кровотечения и перитонеальными явлениями. Таких детей обычно оперируют по срочным показаниям с диагнозом «повреждение селезенки», и только во время лапаротомии становится ясной причина заболевания.

**Дифференциальный диагноз** следует проводить с кистами других органов брюшной полости, гидронефрозом и опухолями левой почки, спленомегалиями другого происхождения, за брюшинными опухолями.

Клинически и рентгенологически прежде всего следует исключить *спленомегалию*. Увеличение селезенки обычно бывает результатом портальной гипертензии, острой инфекции или обнаруживается на фоне заболевания системы крови. Течение болезни, характер увеличения и размер селезенки в сочетании с лабораторными данными (общие и биохимические анализы крови, функциональные пробы печени, пунктат костного мозга и др.) проясняют картину. Рентгенологически спленомегалии не вызывают с давлением большой кривизны желудочка и его деформацию, типичную для крупных селезеночных кист.

*Паразитарные кисты селезенки (эхинококк)* чаще наблюдается в районах их эндемической распространенности. Диагностике помогают специфические пробы. Рентгенологическое исследование показывает характерную для эхинококка кальцификацию стенок кисты

*Кистозные опухоли и образования брюшной полости и забрюшинного пространства* дают сходные проявления и дифференцируется с трудом. Они

обычно меньшего размера, чем селезеночные кисты, расположены медиальные, их давление смещает желудок вверх и влево. Сальниковые и мезентериальные кисты обладают характерной подвижностью и обнаруживаются, в отличие от селезеночных кист, в области пупка.

*Опухоли левой доли печени* могут симулировать селезеночную кисту, но они обычно не так велики и смещают селезенку, что может быть обнаружено рентгенологически и физикально.

*Злокачественные опухоли почки и невробластомы* увеличивается в размерах; при наличии как почечных, так и внепочечных опухолей можно обнаружить нормальную селезенку. Внутривенная урография уточняет диагноз. Проводя рентгенологическую дифференциальную диагностику, надо учитывать, что все за брюшинные опухоли чаще рокируют почку, чем перемещают ее.

Приведенные данные свидетельствует о большой трудности диагностики. Среди наблюдаемых нами двоих детей с кистой селезенки диагноз в одном случае был заподозрен, а в другом имела место травма с разрывом кисты, и только операция помогла распознаванию заболевания

После установления предварительного диагноза, врач общей практики должен отправить больного для консультации специалиста магистратского детского хирурга работающих в специализированных лечебных учреждениях или в консультативную и центральную детскую поликлинику

## **6.Удвоения пищеварительного тракта в брюшной полости.**

*Удвоения пищеварительного тракта в брюшной полости* широко варьирует по своей форме, локализации и симптоматологии. Наиболее часто встречающиеся кистозные формы могут локализоваться в любых отделах желудка и кишечника.

Желудочные кисты бывают значительных размеров, остаются длительное время бессимптомными и могут быть диагностированы иногда лишь у взрослых людей. Однако в некоторых случаях наблюдаются удвоения желудка значительных размеров, которые проявляются в младенческом возрасте опухолевидным образованием в эпигастральной области. У ребенка отмечают плохой аппетит, он жалуется на неприятные ощущения, связанные с постоянным кажущимся «переполнением» желудка. Бывает рвота.

Рентгенологическая исследование с контрастной массой показывает изменения нормальных контуров желудка – в просвет выступает округлое образование. Гомогенная тень кисты позволяет определить ее размеры и положение относительно других органов. При исследовании с бариевой клизмой видно смещение поперечной ободочной кишки книзу.

Локализация кистозного удвоения в области двенадцатиперстной кишки обычно сопровождается симптомами хронической непроходимости.

Кистозные формы удвоения наиболее часто встречаются в терминальном отделе подвздошной кишки. сдавливая просвет кишечной трубки, они вызывают явления рецидивирующей непроходимости. Ребенок

жалуется на периодические приступообразные боли, чувство переполнения кишечника. Повышается температура тела. Во время приступа болей появляется рвота. Приступы продолжаются от нескольких минут до часа, могут быть однократными и длительное время не беспокоить ребенка.

При осмотре живота можно отметить видимую перистальтику кишечника. Пальпаторно кистозное образование прощупывается не всегда. В остром периоде может быть выявлено умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки, но чаще живот остается мягким и безболезненным.

Небольшие кисты терминального отдела подвздошной кишки в виде исключения могут служить причиной возникновения острой или хронической инвагинации, протекающей с типичной клинической картиной.

Относительно редко находят кистозные удвоения вдоль толстой кишки. Они частично сдавливают просвет кишечной трубки, могут пальпироваться через брюшную стенку, но обычно не вызывают симптомов непроходимости. При расположении кисты позади прямой кишки основным клиническим симптомом являются постоянные запоры, которые беспокоят ребенка с раннего возраста. При пальцевом исследовании *per rectum* киста легко определяется между кишкой и передней поверхностью крестца.

Кистозные удвоения, расположенные на отдельной брыжейке, обычно протекают бессимптомно. Только при значительных размерах образование изменяет форму живота и может быть выявлено при пальпаторном обследовании.

Дивертикулярные формы удвоения редко протекают бессимптомно. Обычно проявляются острой непроходимостью, возникающей в связи заворотом или узлообразованием кишечной петли, имеющей дивертикул. Дооперационный диагноз, как правило, бывает ошибочным, и только при ревизии брюшной полости устанавливают истинную причину заболевания.

Рецидивирующая непроходимость может быть связана со с давлением просвета кишки большим дивертикулом, расположенным параллельно с основной кишкой. Симптомы развиваются относительно медленно. В начале ребенок ощущает чувство дискомфорта, неопределенные боли. Затем появляются резкие приступы схваткообразных болей, рвота. Развивается интоксикация. Могут быть более жестокие и длительные приступы.

При осмотре видно некоторая асимметрия живота, волны перистальтики. При пальпации прощупывается опухолевидное, жестковатой консистенции образование, умеренно подвижное, безболезненное.

Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с барием (пассаж) помогает диагностике: контрастное вещество длительное время задерживается в дивертикуле. Кроме того проведения ирригографии, УЗИ, КТ и ЯМРТ помогает подтвердить диагноза.

Кишечное кровотечение может возникнуть при любой форме дивертикулярного удвоения пищеварительного тракта в связи с наличием в

выстилающем их эпителии слизистой желудочного типа. Выделяемый ею секрет, действуя на кишечную слизистую, вызывает образование пептической язвы и эрозию кровеносных сосудов.

Кишечное кровотечение может быть необильным и длительное время оставаться незамеченным. Однако нарушение целостности крупного сосуда сопровождается значительным выделением крови. В таких случаях кровотечение начинается внезапно, среди полного здоровья. У ребенка в стуле обнаруживают большое количество темной крови, иногда видны более яркие сгустки, но слизи, как правило, нет. Довольно быстро у ребенка развивается картина анемии. Жалоб ребенок не предъявляет, рвот нет. При пальпации живота опухолевидных образований обычно не находят.

Дифференцировать кровотечение из пептической язвы дивертикулярного удвоения кишки приходится с другими видами кишечных кровотечений.

При инвагинации, в отличие от кровотечений из пептической язвы, в стуле вместе с кровью находят слизь. Кроме того, для внедрения кишки характерны резкие болевые приступы, рвота, которые предшествуют кровотечению. И, наконец, при инвагинации в брюшной полости, как правило, пальпируется колбасовидное образование (инвагинат).

Кишечное кровотечение, вызванное изъятием гемангиомы слизистой кишки или пептической язвой меккелева дивертикула, клинически настолько сходно с кровотечением при удвоении кишечника, что до операции дифференцировать их не представляется возможным. В таких случаях пробная лапаротомия будет последним этапом диагностики.

Перфорация дивертикула возникает на месте пептической язвы или в связи с нарушением кровоснабжения его стенки при изолированном завороте. Заболевание начинается остро, появляются сильные боли в животе, беспокойство, рвота. Развивается клиническая картина острого перитонита.

Трубчатые формы удвоения, занимающие малую протяженность кишечной трубки, обычно являются случайной находкой во время операции или на секции.

Удвоение дистальных отделов толстой кишки при сочетании со свищами в мочеполовую систему имеют два основных варианта: а) атрезия анального отверстия и широкий свищ преддверия влагалища, мочевого пузыря, промежности и т.п.; б) нормально сформированное заднепроходное отверстие и свищевой ход в мочеполовые органы или промежность. Через свищ отходит значительное количество фекальных масс. Подобные удвоения часто сочетаются с множественными пороками развития.

Трубчатые формы удвоения не сопровождаются кровотечением или перфорацией, так как строение их слизистых обычно идентично основной кишечной трубке.

Рентгенологическое исследование редко помогает диагностике. В некоторых случаях данный рег ос барий показывает очертание параллельных прилежащих отделов кишки. При одновременном тугом заполнении прямой

кишки взвесью бария через задний проход и введением металлического катетера через имеющийся свищ промежности также можно выявить удвоение: тень катетера видна отдельно от контрастной массы. В ряде случаев удвоение прямой кишки диагностируют при ректороманоскопии.

В догоспитальном этапе после установления предварительного диагноза или в сомнениях в диагнозе врач общей практики должен отправить больного для консультации специалиста магистрата детского хирурга работающих в специализированных лечебных учреждениях или в консультативную и центральную детскую поликлинику. Надо стремиться всегда детей госпитализировать в плановом порядке при появлении ранние признаки заболевания, до наступления осложнения кист брюшной полости.

## **6.Паразитарные кисты органов брюшной полости и забрюшинного пространство у детей.**

*Паразитарные(эхинококк) кисты селезенки ,брыжейки и стенки кишечника, желчного пузыря, печени, поджелудочной железы и почки чаще наблюдается в районах их эндемической распространенности.*

У детей эхинококк чаще локализуется в печени, в основном в правой половине. Эхинококкоз бывает по характеру поражения первичными и вторичными.

### **Клиническое течение заболевания делится на 3 стадии:**

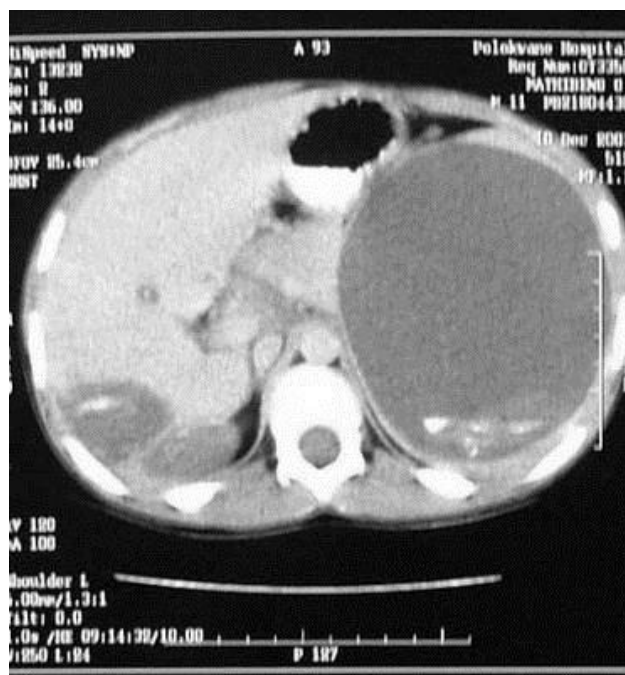
Бессимптомная стадия - от момента заражения до появления первых симптомов

Стадия развития симптомов, вызванных ростом кисты, ее сдавления

Стадия осложнения кисты - нагноение, перфорация, обызвествление.

**Клиника. 1.При эхинококкозе печени** определяются следующие симптомы и признаки: тупые боли и чувство тяжести, давления, стеснения в правом подреберье, эпигастриальной области или нижнем отделе грудной клетки. Это сопровождается слабостью, общим недомоганием, ухудшением аппетита, быстрой утомляемостью, одышкой.

Периодически наблюдаются аллергические реакции в виде крапивницы, поноса, тошноты и рвоты. Обнаруживается округлое выпячивание брюшной стенки, пальпируется опухоль по передней поверхности увеличенной печени. Иногда при поколачивании над областью расположения кисты выявляется симптом «дрожания гидатид», характерный для эхинококкоза. В запущенных и осложненных случаях бывает желтуха, асцит, увеличение селезенки. При нагноении кисты повышается температура тела до 40-<sup>4</sup>1оС, нарастают явления интоксикации, сопровождающиеся ознобом и обильным потом. Возможен прорыв гноя в плевральную или брюшную полость, забрюшинную или околопочечную клетчатку, желчный пузырь или внутрипеченочные желчные протоки, желудок или кишку.



*КТ картина эхинококк печени.*

2. При **эхинококкозе селезенки** определяются боли и чувство тяжести в левом подреберье с распространением ее в левое плечо и лямбальную область. В этом месте пальпируется опухолевидное образование округлой формы. При разрыве кисты боль резко усиливается, нарастают перитонеальные симптомы, определяется явление анафилактического шока, внутреннее кровотечение. Если эхинококковая киста вскрывается в желудок, толстую кишку или через диафрагму в легкие, то наблюдается рвота, понос или кашель с наличием в мокроте элементов паразита.

3. При эхинококкозе желчных путей и желчного пузыря отмечается ухудшение аппетита, тошнота, зуд кожи, боли в правом подреберье. Перфорация эхинококковых кист в желчных ходах может привести к закупорке желчных путей и развивается обтурационная желтуха, септический холангит. При прорыве в желчный пузырь инфицированной кисты наблюдается бурная клиническая картина с острыми болями в правом подреберье, ознобом, повышением температуры, тошнотой, рвотой.

4. При **эхинококкозе почек** появляется отек люмбальной области, боли в области поясницы, нарушение мочеиспускания, макрогематурия, повышение температуры тела, симптом Пастернацкого часто положительный.

## Обследование:

### А. Лабораторные данные:

\*общий анализ крови (отмечается анемия, снижение гемоглобина, лейкоцитоз 9000-12000, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, эозинофилия до 70%, ускорение СОЭ до 35-45 мм/ч

\*биохимические анализы крови (ферменты, белковые фракции, мочевина, общий белок)

\*общий анализ кала и мочи.

В настоящее время применяются следующие серологические реакции: РЛА - латекс - агглютинация, РНГА - непрямая гемагглютинация, РДДГ - двойная диффузия в геле и иммуноферментная реакция..

#### **Б. Инструментальные методы:**

\*рентгенография брюшной полости

\*УЗИ печени и внутренних органов

\*КТ

\*ЯМРТ

\*радиоизотопное исследование печени

\*экскреторная урография

\*диагностическая пункция при эхинококкозе поверхностных мышц.

#### **Дифференциальная диагностика.**

Эхинококк печени дифференцируют с опухолью, желчно-каменной болезнью, кистами желчных путей, циррозом печени.

Эхинококк почек дифференцирует от гидронефроза почек, мочекаменной болезнью, опухоли почек и т.д.

#### **Тактика до госпитализации.**

При подозрении и выявлении эхинококковой болезни, ребенка направляют в стационар. Диагностические пункции не рекомендуются, так как возможно обсеменение эхинококком брюшной и плевральной полости. При выявлении осложненных форм эхинококкоза, немедленно госпитализировать больного в стационар.

#### **Тактика после операции при неосложненном и осложненном течении:**

При неосложненном течении реабилитация больных проводится в условиях поликлиники. По показателям антигельминтная терапия, физиотерапия, лечебная гимнастика. Повторить со временем лабораторные анализы, рентгенологическое и УЗД-исследование.

При осложненном течении возможны следующие **осложнения:**

##### **А. После операции на печени:**

Нагноение остаточной полости после ее неполноценной ликвидации. Это проявляется увеличением печени, повышением температуры тела, симптомами гнойной интоксикации. Диагноз подтверждается лабораторно(общий анализ крови, лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ) и УЗД, КТ - исследованием. Тактика лечения - госпитализация в хирургический стационар

Нарушение функций печени. Это подтверждается по клиническим и лабораторным данным. Тактика - гепатотропное лечение.

##### **Рецидив эхинококкоза.**

Постепенно прогрессируются клинические симптомы. В анализах крови определяется эозинофилия. Диагноз подтверждается при помощи УЗИ. В таких случаях больного отправляют в стационар для обследования и уточнения **тактики лечения.**

## Профилактика

Устранить контакт с животными, особенно с собаками и кошками.

Соблюдать личную гигиену

Избегать травм кожи и слизистых оболочек

Снизить восприимчивость организма к инфекциям (закаливание, занятие спортом и т.д.)

## Профилактика на уровне семьи

Родители должны своевременно обратиться к врачу при наличии у ребенка общего недомогания, ухудшения аппетита, тупых болей и стеснения в правом, левом подреберьях, эпигастральной области, желтухе, кожном зуде, боли в грудной клетке, в костях, дыхательной недостаточности, кашле, одышке, выбуханий в мышцах и т.д.

В диагностике паразитарных кист органов брюшной полости и забрюшинного пространства помогают УЗИ, КТ и специфические пробы. Рентгенологическое исследование показывает характерную для эхинококка кальцификацию стенок кисты

*Кистозные опухоли и образования брюшной полости и забрюшинного пространства* дают сходные проявления и дифференцируется с трудом. Они обычно меньшего размера, чем селезеночные кисты, расположены медиальные, их давление смещает желудок вверх и влево. Сальниковые и мезентериальные кисты обладают характерной подвижностью и обнаруживаются, в отличие от селезеночных кист, в области пупка.



*Эхографическая картина множественного метастатического поражения печени.*

*М-метастазы*

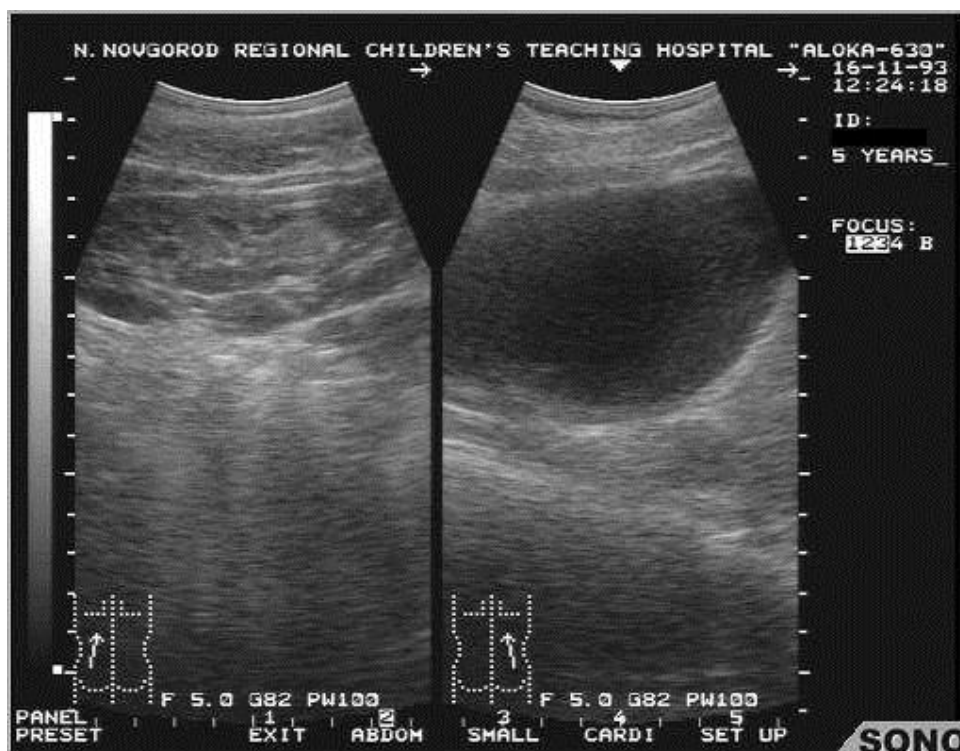
*Опухоли левой доли печени* могут симулировать селезеночную кисту, но они обычно не так велики и смещают селезенку, что может быть обнаружено рентгенологически и физикально.

После установления предварительного диагноза или в сомнениях в диагнозе врач общей практики должен отправить больного для консультации специалиста магистратского детского хирурга работающих в специализированных лечебных учреждениях или в консультативную и центральную детскую поликлинику. Всегда детей госпитализировать в плановом порядке при появлении ранних признаков заболевания, до наступления осложнения кист брюшной полости

## **7. Гидронефроз**

Гидронефрозом называется стойкое и прогрессирующее расширение почечной лоханки и чашечек, сопровождающихся застоем мочи. Размеры гидронефроза могут быть различными, от немного большего размера почки, иногда до огромных размеров, занимая все пространство от подреберья до подвздошной кости со смещением кишечных петель. В такой мешке могут скапливаться жидкости до 1-2 литра. Согласно классификации Я. Кучера различаются в зависимости от локализации гидронефроз и уретерогидронефроз. При полной обструкции мочеточника гидронефроз называется закрытым, при частичном - открытым

**Клиническая картина** врожденного гидронефроза является весьма пестрой, а у детей раннего возраста заболевания часто протекает бессимптомно. Однако с 1-2 лет гидронефроз вызывает ухудшение общего состояния, потеря аппетита, слабость, исхудание, отставание в росте, особенно характерно для двухстороннего гидронефроза. Старшие дети жалуются на боли в животе и поясничной области, чаще схваткообразного характера, реже тупые и тянущие, без отчетливой локализации. У большинства детей наблюдаются пиурии, что говорит о открытом гидронефрозе.



*Эхографическая картина гидронефротической трансформации правой почки. На левой половине снимка визуализируется неизменная левая почка. На правой половине снимка представлена правая почка в виде эхонегативного образования с четкими контурами и эхонегативным содержимым. Паренхима не определяется.*

При закрытом гидронефрозе клинические проявления обычно отсутствуют, но при тщательном ощупывании живота можно определить округлое, плотно-эластическое образование различных размеров.. как диагностическая находка. Решающим моментом в распознавании гидронефроза является обзорная рентгенография мочевых путей, экскреторная урография, УЗИ брюшной полости, ирригографии и компьютерная томография.



*Экскреторная урограмма, гидронефроз левой почки*



*Экскреторная урограмма: гидронефротическая трансформация справа, деформация чашечно-лоханочной системы слева;*

После установления предварительного диагноза или в сомнениях в диагнозе врач общей практики должен отправить больного для консультации специалиста магистру детского хирурга работающих в специализированных лечебных учреждениях или в консультативную и центральную детскую поликлинику.

### **Проведения диспансеризации и реабилитации и профилактики осложнения у больных «синдромом пальпируемой опухоли»**

В постгоспитальном этапе у больных детей с хирургической патологией сопровождающихся синдромом пальпирующей опухоли подлежат в диспансерном учете.

Цель проведения диспансерного учета, раннем и позднем послеоперационном периоде во время выявления рецидива болезни, малигнизации процесса и за возникшие спаечной болезни

.Срок диспансерного наблюдения 1-1,5 года в зависимости от вида болезни и имеющегося послеоперационного осложнения объема повторного оперативного лечения в случаях рецидива болезни и др.

Во время диспансерного наблюдения через 6 мес проводятся глубокие клинические исследования: Общ. анализ крови, мочи, кала, УЗИ, КТ и ЯМРТ

брюшной полости, Экскреторная урография, проба Земничкого, Аддиса Каковского, Амбурже.

В период реабилитации проводятся противовоспалительное и общеукрепляющие (ЛФК) лечения направленные улучшающие функции (других ) соседних органов и систем.

Снятия от диспансерного учета и время наблюдения не имеет стандартный характер. Он иногда могут быть до полного выздоровления больного. После полного выздоровления спустя 3 мес полноты снимается с учета

Профилактики образования кист предохранения детей от всякого рода тупых травм органов брюшной полости, а также матерей от травм вредных, токсических веществ в раннем антенатальном периоде беременности.

Профилактика прорыва крупных размеров кист брюшной полости у детей является избегания от излишки и грубых палпации живота и манипуляции, предохранения ребенка от уличного, бытового, спортивного травматизма.

#### **4. Литература**

1. Детская хирургия. Под ред. Исакова Ю.Ф. 1998
2. Хирургия пороков развития у детей. Под ред. Баирова Г.А., 1968.
3. Детская хирургия 1.2 том. Долецкий С.Я., Исаков Ю.Ф. 1971

**Тошкент Педиатрия Медицина Институти**

**Госпитал болалар хирургия кафедраси**

**Маруза: Болаларда корин бушлигида «пайпасланувчи  
хосила синдроми»**

***Марузачи:* тиббиёт фанлар доктори  
ХАМРАЕВ А.Ж.**

**Тошкент –2006**

**Маруза: Болаларда корин бушлигида «пайпасланувчи хосила  
синдроми»**

**Марузанинг мақсади:** Талабаларга стационаргача булган  
боскичда болаларда корин бушлигида «пайпасланувчи хосила  
синдроми» ни келтириб чиқарувчи касалликларни ташхислаш,

таккослама ташхислашни утказиш ва даво услубини аниклаш ва стационардан кейинги боскичда уларда реабилитация даволарини аниклаш ургатилади.

**Вазифалвр:** Талабалар болаларда стационаргача булган боскичда корин бушлигида «пайпасланувчи хосила синдроми» ни келтириб чиқарувчи касалликларни ташхислаш, таккослама ташхислашни утказиш ва даво услубини аниклаш ва стационардан кейинги боскичда уларда диспансеризация утказиш ва реабилитация даволарини билиши лозим.

**Маруза режаси:**

1.Кириш

2..Болаларда корин бушлигида «пайпасланувчи хосила синдроми» ни келтириб чиқарувчи касалликларни ташхислаш, таккослама ташхислашни утказиш ва даво услубини аниклаш

3.Болаларда корин парда орт ива ички генитал аъзоларда «пайпасланувчи хосила синдроми» ни келтириб чиқарувчи касалликларни ташхислаш, таккослама ташхислашни утказиш ва даво услубини аниклаш

4.Стационардан кейинги боскичда диспансеризация ва реабилитация даволарини утказиш.

**1.Кириш.**

Умумий амалиёт педиатрининг амалий фаолиятида купинча бемор болаларда кориннинг катталашиши ва усмасимон хосила борлиги учрайди. Бу ҳолат «пайпасланувчи хосила синдроми» (ПХС) деб баҳоланилади ва болаларда ҳар қандай ешда ва ҳар хил ҳолатда ва кориннинг ҳар хил жойида

учрайди. Шунингга олиб уларни келиб чиқиш ҳолатларини қуйидагича баҳоланади.

1. Болаларда қўпичча ПХС га қорин бўшлиғи ва қорин парда орти паренхиматоз аъзолари ва уларни йўлларидаги экскреция суякликлари билан тўсиқ билан қўшилиши ҳисобига уш аъзо ва йўлининг қатталанишига сабаб бўлади. Жигар- биллиар тракт, бўйрак-сўйдиқ жойи ва найи, меда, қовуқ, қин унинг йўлида қўсан қўмалар еки тўш , ет жисмларни қикилиб қилиши натижасида қатталашади. Бундан ташқари бундай ҳолатларни қелиб чиқишига аномал ҳолатлар сабаб бўлади. Буларга инфравезикал обструкция, гидронефроз, гематоклопос, тухумдон қистаси ва ичакларни қистоз ққилинишлари мисол бўла олади.

2. Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти аъзоларидаги ҳавфи ва ҳавфсиз қўмалари.

3. Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти аъзоларидаги нопаразитар ва паразитар қисталари

4. Қорин бўшлиғидаги қллиғлиниш инфилтратлар ва қллиғлиниш еки травма оқибатида қелиб қиккан инқапсуллашган гематомалар.

Болаларда ПХС ўзининг қлиник қўринишига ва жойига қараб:

- қорин бўшлиғи (жигар, талоқ, меда , ичаклар ва б.),
- қорин парда орти ( меда ости беи, бўйрак, бўйрак ўсти беи, қовуқ ва б.) ва
- иқки жинсий (тухумдон бўчадон найи ва бачадон) аъзоларидан қелиб чиқишига бўлинади.

Болаларда ПХС нинг қлиник қўриниши унинг ўлчамига, жойига, қелиб чиқишига, қонсистенциясига, ўсиш ва ривожданишига боғлиқ бўлади. Болаларда ПХСни тасхишлаш ва даво ўслўбларини танлашда уларни жойи, қелиб чиқиши ва қелиб қиккан асоратлари қатта аҳамият қасб этади.

Баъзан механик таъсир натижасида ҳосила қорин бўшлиғида бирдан қисман еки тўлиқ ичак тўтилиши билан қелиб чиқиши мўмкин.

Болаларда ПХС ни аник ташхислаш ва таккослама ташхислаш учун куйидаги текширувлар утказилади: куриг, пальпация, перкуссия, аускультация, корин бушлигини умумий рентген тасвири, ирригография, меда ичак тизимини пассаж килиш, экскретор урография, пневморетероперитониум, холецистография, спленопортография, пневмоперитониум, корин бушлиги ва корин парда орти аъзоларини УТТ ва КТ билан текшириш .

## **2.ПХС куринишида кечувчи корин бушлиги касалликлари**

### **1.Корин бушлиги мезентериал кисталари.**

Корин бушлиги мезентериал кисталари куйидагича таснифланади:

*1.Ичак туткични лимфатик кисталари:*

*а )поликистоз,*

*б )оддий кисталар (биркамералик ва купкамералик)*

*2. Ичак туткични терато-дермоид кисталари*

### **А. Ичак туткичнинг асоратсиз кисталари**

### **Катамнестик маълумотлар, клиника ва ташхислаш**

Бу кисталар келиб чикиши ва туридан каътий назар симптомларининг ухшашлиги билан куп вақтгача аникланмайди, кейинчалик эса бемор кучсиз аник булмаган огрик ва кориннинг катталашишига шикоят килади.Пайпаслаганда мезогастрал корин сохасида хосила аникланади ва у купинча киндик атрофида у ек бу екка силжиб туради.Перкутор корин бушлигининг марказида чегараланган тумток «Сатурн халкаси» товуш эшитилади баъзан эса кистанинг девори

юпкалашганда ва унинг ичидаги суюклик босими камайганда флюктуация симптоми аникланади.

Кориннинг умумий рентген тасвирида марказда гомоген соянинг аник чегараси, ичакларнинг сурилганлиги ва диафрагма гумбазининг кутарилганлиги аникланади. Кистанинг рентгеннегативлиги унинг ичидаги хосиланинг таркибига (лимфа суюклиги, калцификат) боглик булади.

Ирригографияда пальпация билан биргаликда серия текширилганда йугон ичакнинг ковузлоклари (кундаланг чамбар ва сигмасимон)ни деформацияланиши хисобига физиологик бурчакларнинг тумтокланиши кузатилади. Ундан ташкари пневмаперитонеум, ретропневмоперитонеум, УТТ билан текшириш ва КТ оркали корин бушлиги ва корин парда орти аъзоларидан чиккан усмасимон хосиланинг жойлашган урни аникланилади.



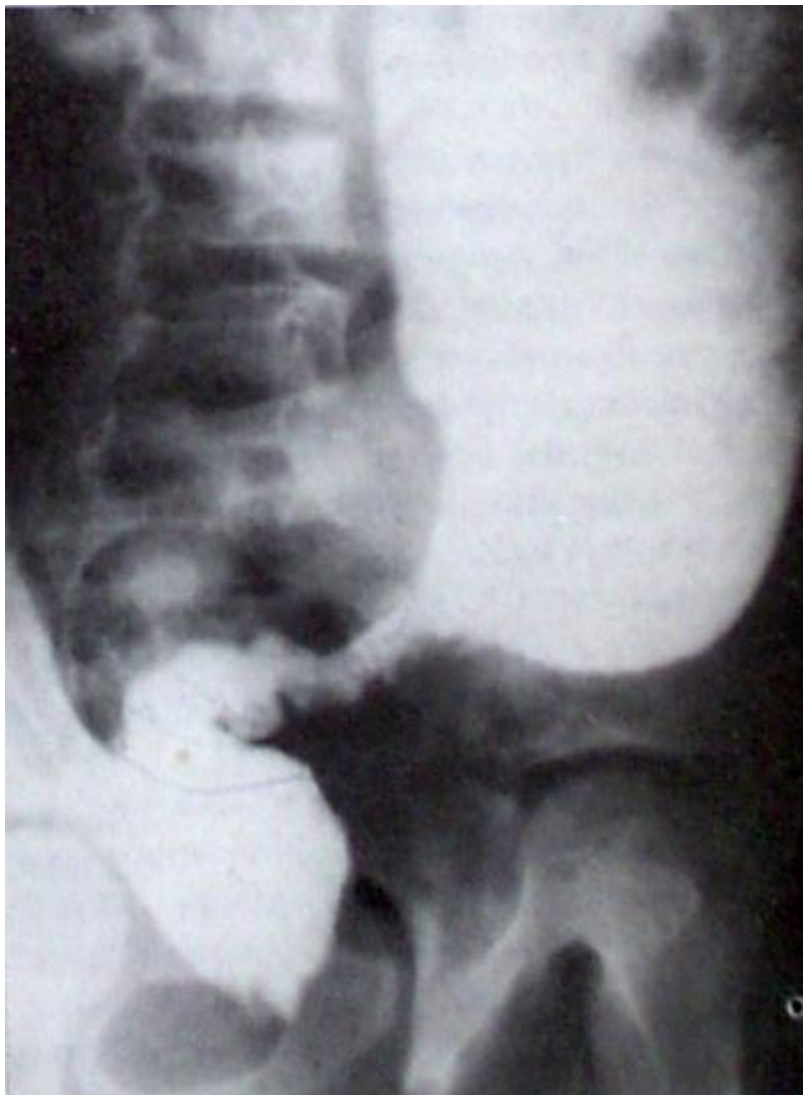
Рис. 1. 9- ойлик болада сигмасимон ичакни ташки томондан усма оркали сикб куйиши туфайли келиб чиккан тулик ичак тутилиши курсатувчи ирригограмма

## **Б. Ичак туткичнинг асоратли кисталари**

Ичак туткич кисталарнинг асоратланиши сурункали ёки уткир ичак тутилиши ва перитонит куринишида кечади. Агар киста ичакни кисиб куйса ичак тутилиши таърикасида кечиб, касалда хуружсимон корин огриги булиб корни шишади, пайпаслаганда ва бимануал (тутри ичак оркали ) курганда усмасимон хосила ва унинг пайпаслаганда силжиши кузатилади. Киста ичак туткичга осилиб буралса хам юкоридаги клиник куринишда кечади. Кистанинг йиринглашиши ва перфорацияси перитонит клиникаси билан кечади.

Асоратланмаган кисталарни таккослама ташхислашни; буйрак усмаси , гидронефроз, буйрак дистопияси ва ичак , тухумдон, ичак туткич лимфатик

тугунларнинг усмалари билан олиб борилади.



Гиршпурнг касаллигида «ахлат тоши» ирригограммаси

**Стационаргача булган боскичда даволаш услуби.** Стационаргача булган боскичда тахминий ташхис куйилгандан кейин касал режалик равишда текширилиб, режали жаррохлик стационарга юборилади ва режалик равишда киста олиб ташланади. Бунинг учун умумий амлиёт шифокори поликлиникадаги болалар хирург магистр билан хамкорликда тулик текшириш олиб бориб хал килинади. Кистанинг асоратланган турларида касал дархол шошилинч равишда хирургик стационарга ёткизилади ва асорат бартаъраф килиниб киста олиб ташланади.

**Стационардан кейинги боскичда даволаш услуби.** Бу даврда бемор умумий амалий шифокори томонидан диспансер ҳисобига олинади ва касалликнинг хуружланиши, корин бушлиги аъзоларининг чандикланиш жараёнлари, малигнизация, корин девори асоратланиши ва касалнинг соматик ҳолати уз вақтида аникланиб керакли чора тадбирлар курилади. Бунинг учун ҳар 6 ойда беморни тиббий куриқдан утказилиб, умумий кон, сийдик, ахлат тахлили, корин бушлик аъзоларини УТТ, КТ, ЯМРТ текшириш усуллари кулланилади. Агар касаллик топилмаса 6 ойдан кейин диспансер ҳисобидан чиқарилади. Агар касаллик асоратланмаган тақдирда ҳам, чандикланиш касаллик олдини олишга қаратилган тадбирлар ( электрофарез калий йод, лидаза билан), умумий қувватлантирувчи ( вит В1, В6, шишасимон тана эратмаси ва ДЖТ), даво олиб борилади. Операциядан кейинги чурраларни олдини олиш мақсадида корин деворини ва операция соҳасини массаж қилиш, ДЖТ буюрилади. Умумий диспансер кузатув 1-1.5 йил бўлиб унинг давомийлиги операциядан кейинги асоратларга, тақрорий операция ҳажмига ва касалликнинг хуружланишига боғлиқдир. Шунинг учун қўпинча диспансер кузатув даври аниқ стандарт мудатига эга эмас. Касал тулик яхши бўлгандан кейин 3 ой муддатда диспансер куригидан учурилади.

## **2. Чарви кистаси.**

### **Катамнестик маълумотлар, клиника ва ташхислаш**

Кичик чарви кистасининг энг яққол клиник қурилиши оғриқни аввалом бор жисмоний зуриққанда қориннинг қиндик усти ва қобурга ости соҳасида бўлиши билан қарактерланади. Пайпаслаганда ва перкуссияда , баъзан қорин бушлигида силлиқ деворли, айлана , баъзан эса булақланган киста аниқланади ва унга триада симптом ҳос бўлади: а) юзақи жойлашиш, б) эркин қаракатланиш, в) ички аъзолар фаолиятининг қисман функционал бўзилиши.

Чарвининг катта кисталарида эса, корин катталашиб ва кориннинг олдинги деворида кенгайган кон томирлари яккол куринади. Пайпаслаганда- киста асосан краниал йуналишда ҳаракатчан, пастга ҳаракатланиши чегараланган бўлиб, кучли огрик кузатилади, баъзан эса қуеш чигалини таъсирланиши оқибатида пулс секинлашади. Перкуссияда тимпанит йуколади, шишнинг барча соҳасида бугик перкутор товуш эшитилади. Агар киста жуда катта улчамда бўлса «титраш» белгиси кузатилади.

Меда – ичак тизмини пассаж қилганда ва ирригографияда кистанинг ичак қовузлигидан олдинда туриши ва йугон ичакнинг физиологик бурчакларини силликланиши ва меда ва қундаланг чамбар ичакнинг юқори туриши кузатилади.

Корин бушлиги аъзоларини УТТ ва КТ билан текширганда- гомоген киста ҳосиласи борлигига тула ишонч ҳосил қилинади.

Чарви кистаси баъзан яллигланиши, йиринглашиши, унинг буралиб ерилиши еки кон кетишига асоратланиши мумкин. Бундай ҳолатларнинг барчаси бемор корин бушлигининг катастрофаси еки «утқир корин» симптомларининг пайдо бўлиши билан кечади ва зудлик билан кечиктириб бўлмайдиган хирургик ердамга мухтож бўлади.

Такқослама ташхисда асосан корин бушлиги ва корин парда орти бошқа аъзоларидан келиб чиққан кисталардан фарқлаш асосий урин тутди. Буни амалга ошириш учун меда – ичак тизмини пассаж, ирригография, корин бушлиги ва корин парда орти аъзоларини УТТ ва КТ, ЯМРТ билан текшириш, экскретор урография, ретропневмоперитониум ва бошқа текшириш усулларини ишлатиб кистанинг жойини яккол аниқлаш имконияти яратилади.

**Стационаргача бўлган босқичда даволаш услуби.** Стационаргача бўлган босқичда тахминий ташхис қўйилгандан кейин касал режалик равишда текширилиб, режали жаррохлик стационарга юборилади ва режалик равишда киста олиб ташланади. Бунинг учун умумий амлиёт шифокори

поликлиникадаги болалар хирург магистр билан ҳамкорликда тулик текшириш олиб бориб хал килинади.

**Стационардан кейинги боскичда даволаш услуги..** Бу даврда бемор умумий амалий шифокори томонидан диспансер ҳисобига олинади ва касалликнинг хуружланиши, корин бушлиги аъзоларининг чандикланиш жараёнлари, малигнизация, корин девори асоратланиши ва касалнинг соматик ҳолати уз вақтида аникланиб керакли чора тадбирлар курилади. Реабилитация тадбир ва даво чоралари корин бушлигининг мезентериал кистасиники билан бир хилдир.

#### **4. Талок кисталари**

Талокнинг тугма кисталари болаларда жуда кам учрайди.Паразитар характерга эга булмаган кисталар талокнинг:пастки кутбида - 26 %, кабарик юзасида – 18%, ботик юзасида – 18%, дарбозасида – 14%, олдинги киргогида – 12%, юкори кутбида – 9% , орка юзасида –3% ташкил килади.

#### **Катамнестик маълумотлар, клиника ва ташхислаш**

Талок кисталари куп вақтгача симптомсиз кечиши мумкин.Киста катталашиши билан хуружсимон ва симилловчи огрик симптоми пайдо булади. Огрик дастлаб, беморнинг танасининг ҳолати узгарганда еки у кучанганда, зурикишда коринда, кукракда, чап кобурга остида, эпигастрияда,бел ва киндик сохаларида булиши мумкин.

Талокнинг юкори кутбидан чиккан гигант киста диафрагма ва кукрак кафаси аъзоларини кисиши натижасида нафас кисиш, йутал, кукракнинг чап томонида огрик булиши мумкин. Бундай беморлар купинча пневмония билан куп огрийди.

Кистанинг меда-ичак тизмини кисиши натижасида кабзият, овкатлангандан кейин эса кунгил айниш, кусиш ва метиоризм кузатилади.

Корин бушлигининг умумий рентген тасвирида чап юкори ташки сохада юмшок тукимали хосила борлиги, унинг нафас олишда харакатчанлиги аникланади.

Экскретор урографияда чап буйрак пастга силжиганлиги куринади.

Гастрографияда-меданинг унга, баъзан пастга силжиганлиги ва меданинг катта букилмасининг деформацияси кузатилади.

Ирригографияда- йугон ичакнинг талок букилмасининг пастга силжиганлиги еки кундаланг чамбар ичакни пастда жойлашганлиги аникланади. УТТ,КТ ва ЯМРТ текширишида талок ва унинг кистаси яккол аникланади.



Талок кистасининг эхографик куруниши.

С-талок; К-киста; С.В.-талок венаси

Агар талок жарохатланса киста ва талокни ерилиши хисобига гемиперитонит кузатилади.

Таккослама ташхисда асосан корин бушлиги ва корин парда орти бошка аъзоларидан келиб чиккан кисталар, чап томонлама гидронефроз, спленомегалия, талокни эхинококкозидан ва хавфли усмаларданн фарклаш асосий урин тутади. Бунини амалга ошириш учун меда – ичак тизмини пассаж, ирригография, корин бушлиги ва корин парда орти аъзоларини УТТ, КТ ва ЯМРТ билан текшириш, экскретор урография, ретропневмоперитониум ва бошка текшириш усулларини ишлатиб кистанинг жойини яккол аниклаш имконияти яратилади

**Стационаргача булган боскичда даволаш услуги.** Стационаргача булган боскичда тахминий ташхис куйилгандан кейин касал режалик равишда текширилиб, режали жаррохлик стационарга юборилади ва режалик равишда киста олиб ташланади. Бунинг учун умумий амлиёт шифокори поликлиникадаги болалар хирург магистр билан ҳамкорликда тулик текшириш олиб бориб хал килинади.

**Стационардан кейинги боскичда даволаш услуги..** Бу даврда бемор умумий амалий шифокори томонидан диспансер хисобига олинади ва касалликнинг хуружланиши, корин бушлиги аъзоларининг чандикланиш жараёнлари, малигнизация, корин девори асоратланиши ва касалнинг соматик ҳолати уз вақтида аникланиб керакли чора тадбирлар курилади. Реабилитация тадбир ва даво чоралари корин бушлигининг мезентериал кистасиники билан бир хилдир.

## **5.Ичак тизимининг иккиланишлари**

### **Катамнестик маълумотлар, клиника ва ташхислаш**

Корин бушлиги ичак тизими аъзоларини иккиланишларидан кистоз тури купинча меда ва ичакнинг барча қисмида учраши мумкин. Шунинг учун унинг клиникаси иккиланишнинг жойига ва турига қараб узгариб туради.

Меда кистаси баъзан болалик даврида умуман симптомсиз кечиши мумкин. Меданинг иккиланиши эса болаликнинг эрта даврида эпигастрал соҳада усмасимон ҳосила сифатида намаен булади. Гастроскопия- меда контурининг узгарганлиги ва унинг ичига айлана ҳосиланинг буртиб турганлигини ва унинг гомоген соясини куриш мумкин. Ирригографияда эса кундаланг чамбар ичакнинг пастга деформацияси аникланади.

Кистоз иккиланишнинг 12 бармокли ичакда локализацияси купинча сурункали ичак тутилиши, чанок ичакнинг терминал қисмида жойлашиши эса купинча хуружланувчи еки уткир ичак тутилиши клиник

симптомларини беради. Хуруж пайтида ичак перисталтикасини куриш мумкин. Пайпаслаганда каттарок улчамдаги кисталарда аник пайпасланувчи усмани аниклаш мумкин мумкин, аксинча кичик кисталарда буни доим хам аниклаш имкони булавермайди.

Йугон ичакни иккиланишларида эса купинча усмасимон хосилани булиши кабзият билан биргаликда кечади. Ирригографияда бу хосиланинг йугон ичакка алокадорлиги яккол куринади.

Ичак тизимидаги дивертикуляр иккиланишлар симптомсиз кечсада, купинча уткир ичак тутилишига сабаб булувчи омиллар унинг буралиши еки ичак ковузлоги билан тугунланиши хисобланади. Баъзи холларда катта улчамдаги дивертикуличак хосиласи билан тулиши окибатида ичак ковузлогини сикиб куйиб хуружланувчи ичак тутилишини келтириб чикариши мумкин.

Меда-ичак тизиминидаги иккиланишларни ташхислашда пассаж килиш, ирригография, корин бушлиги аъзоларини УТТ, КТ ва ЯМРТ килиш лозим булади.

**Стационаргача булган боскичда даволаш услуги.** Стационаргача булган боскичда тахминий ташхис куйилгандан кейин касал режалик равишда текширилиб, ихтисослашган жаррохлик булимига юборилади ва режалик равишда киста еки дивертикул олиб ташланади. Бунинг учун умумий амлиёт шифокори поликлиникадаги болалар хирург магистр билан хамкорликда коринда сурункали еки хуружланувчи огрик билан шикоят килувчи беморларда (баъзан уткир хирургик касалликлари шошилишч хирургия булимларида инкор килинсада) тулик чукур текшириш усуллари куллаб уларни хирургик ихтисослашган стационарларга еткизиб даволашни ташкиллаштириш лозим булади.

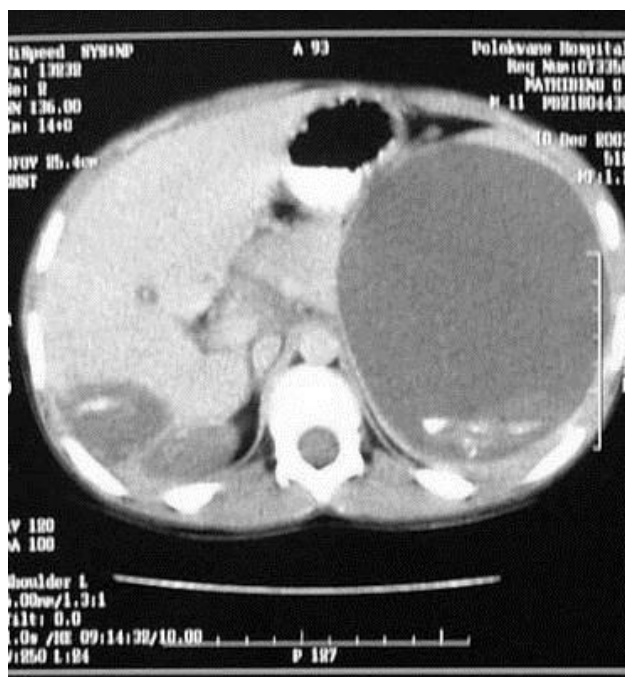
**Стационардан кейинги боскичда даволаш услуги..** Бу даврда бемор умумий амалий шифокори томонидан диспансер хисобига олинади ва касалликнинг хуружланиши, корин бушлиги аъзоларининг чандикланиш

жараёнлари, кон кетиш ва корин девори асоратланиши ҳолатларини уз вақтида аникланиб керакли чора тадбирлар курилади. Реабилитация тадбир ва даво чоралари корин бушлигининг мезентериал кистасиники билан бир хилдир.

## **6.Корин бушлиги паразитар кисталари.**

### **Катамнестик маълумотлар, клиника ва ташхислаш**

Корин бушлигининг паразитар кисталарига талок, жигар,ут копи, ичак туткич, чарви, ошкозон ости беzi, ва буйрак эхинококкозлари киради.Паразитар кистанинг клиник белгиларини тугма ва орттирилган кисталардан фарклаш анча кийинчилик тугдиради. Аммо уларни ташхислашда юкорида келтирилган текшириш усуллари билан биргаликда, купинча эпиданамнез ва махсус синамаларни ишлатиш лозим булади. Айникса умумий рентген тасвири КТда бундай кисталар учун киста деворининг калцификатланиши характерлидир.



*Жигар эхинококкининг КТ куриниши.*

**Стационаргача булган боскичда даволаш услуби.** Стационаргача булган боскичда тахминий ташхис куйилгандан кейин касал режалик

равишда текширилиб, ихтисослашган жаррохлик булимига юборилади ва режалик равишда эхинококэктомия операцияси бажарилади. Бунинг учун умумий амлиёт шифокори поликлиникадаги болалар хирург магистр билан ҳамкорликда коринда сурункали еки хуружланувчи огрик билан шикоят килувчи, нимжон ва камкон беморларда (баъзан уткир хирургик касалликлари шошилишч хирургия булимларида инкор килинсада) тулик чукур текшириш усуллари куллаб, ташхис куйиб болалар хирургик ихтисослашган стационарларга етказилади.

**Стационардан кейинги боскичда даволаш услуги..** Бу даврда бемор умумий амалий шифокори томонидан диспансер хисобига олинади ва реабилитация боскичида касалликнинг хуружланиши, корин бушлиги аъзоларининг чандикланиш жараёнлари, корин девори асоратланиши ва камконлик ҳолатларини уз вақтида аниклаб стационарга беморни қайта етказиш лозим булади ва касалликни олдини олиш профилактик чора тадбирлар курилади.

## **7.Меъда ва ичак безоарлари**

Болаларда ет жисмларни беҳосдан ютиб юбориш оқибатида меъда еки ичакда-безоар келиб чиқади. Унинг яна бошқа соч- трихобезоар, усимлик- фитобезоар, смола-пихсобезоар турлари фаркланади.

### **Катамнестик маълумотлар, клиника ва ташхислаш**

Безоарлар купинча меъдада еки ингичка ичакнинг дистал қисмида учрайди ва секин аста катталашиб ПХС ни беради. Безоарларни ташхислашда анамнез, корин бушлигининг умумий рентген тасвири, гастроскопия, гастрография, пассаж, ФЭГДС, ирригография текшириш усуллари олиб борилиб аникланади. Давоси режали усмани олиб ташлаш ва анастомоз куйиш билан чегараланилади. Агар безоарлар йиринглашса, қонаса , ётоқланса ёки уткир ичак тутилишига сабаб бўлса, дарҳол

шошилиш равишда операция килиниб асорат бартараф килинади ва безоар олиб ташланади.



*Жигарнинг куллаб метастатик эхография куруниши.*

*М-метастазлар*

**Стационаргача булган боскичда даволаш услуги.** Стационаргача булган боскичда умумий амлиёт шифокори поликлиникадаги болалар хирург магистр билан ҳамкорликда беморга ташхис куйилгандан кейин ихтисослашган жаррохлик булимига етказилиб безоар кистаси ичакни резекциясиз еки резекция килиш йули билан бартараф килинади. Бунинг учун зарарли одатга эга булган соглом болаларни иложи борица профилактик текшириш ва шунингдек, коринда сурункали еки хуружланувчи огрик билан шикоят килувчи, нимжон ва камкон беморларда, тулик чукур клиник текшириш усулларини куллаб, ташхис куйилгач болалар хирургик ихтисослашган стационарларга режалик даволаш учун етказилади.

**Стационардан кейинги боскичда даволаш услуги..** Бу даврда бемор умумий амалий шифокори томонидан диспансер хисобига олинади ва реабилитация боскичида касалликнинг хуружланиши, корин бушлиги

аъзоларининг чандикланиш жараёнлари, корин девори асоратланиши ва камконлик ҳолатларини уз вақтида аниклаб стационарга беморни қайта етказиш лозим бўлади ва касалликни олдини олиш профилактик чора тадбирлар қурилади, боладаги зарарли одатий ҳаракатларини чеклашни ота-онаси назорат қилишни ва боланинг узига уқтиришдан иборат бўлади.

### ***Корин парда орти аъзолар касалликлари***

#### **1.Меъда ости беи кисталари**

Меъда ости беи кисталари: тугма, усмали, паразитар ва травматик бўлиб улар беининг турли жойларида учраши мумкин ва купинча куп камералик бўлади.

#### **Катамнестик маълумотлар, клиника ва ташихислаш**

Меъда ости беининг тугма кисталари куп пайтгача аникланмайди. Киста катта улчамга эга бўлганда эпигастрал сохада силлик контурли усмасимон ҳосила аникланади.Пайпаслаганда киста огриксиз, ҳаракати чегараланган бўлади. Баъзан огрикни пайдо бўлиши қусиш билан кечади. Кистанинг жуда катта улчамдагиси, коринни катталашишига ва корин олд девори веноз кон томирларининг кенгайиши билан кечади.Шу билан биргаликда умумий ут йулини ва ичакларни сиқиши ҳисобига жигарни катталашиб ва димланиши ҳисобига гепатитни ва уткир юкори ичак тутилишини келтириб чиқаради.

Кистани яллигланиши беморда эпигастрал сохада огрик(тасмасимон), хароратни кутарилишига ва гиперлейкоцитозга сабаб бўлади.

Ренгенологик текширишлардан гастрографияда- меъда контурини овалсимон юкорига ва олдинга силжиши , меъда-ичак тизимини пассаж қилишда- меъда ва ичаклар проекцияларини деформацияланишини ва

ирригографияда- меъдани, кундаланг чамбар ичакни пастга сурилганлигини унинг торайганлиги куринади.



*Меъда ости без псевдокисталарининг эхографик куруниши.*

*1-жигар; 2-меъда; 3-киста*

УТТ, КТ, ЯМРТ да усмани меъда ости безидан чикканлиги аникланади.

Таккослама ташхис корин бушлиги аъзоларининг кистаси, гидронефроз, буйрак анамалиялари ва усмалари, асцит ва сил перитонитлари биланолиб борилади.

**Стационаргача булган боскичда даволаш услуги.** Умумий амлиёт шифокори поликлиникадаги болалар хирург магистр билан хамкорликда беморга ташхис куйиб ихтисослашган болалар хирургия булимига етказадилар кистани бартараф килиш операцияси бажарилади. Соғлом болаларни иложи борица профилактик текширишдан утказилади.

**Стационардан кейинги боскичда даволаш услуги..** Бу даврда бемор умумий амалий шифокори томонидан диспансер хисобига олинади ва реабилитация боскичида касалликнинг хуружланиши, корин бушлиги аъзоларининг чандикланиш жараёнлари, корин девори асоратланиши уз вактида аниклаб стационарга беморни кайта етказиш лозим булади ва касалликни олдини олиш профилактик чора тадбирлар курилади, боладаги зарарли одатий харакатларини чеклашни ота-онаси назорат килишни ва боланинг узига уктиришдан иборат булади.

Бунинг учун хар 6 ойда беморни тиббий куриктан утказилиб, умумий кон, сийдик, ахлат тахлили, корин бушлик аъзоларини УТТ, КТ ва ЯМРТ текшириш усуллари кулланилади. Агар касаллик топилмаса 6 ойдан кейин диспансер ҳисобидан чиқарилади. Агар касаллик асоратланмаган тақдирда ҳам, чандикланиш касаллик олдини олишга қаратилган тадбирлар (электрофарез калий йод, лидаза билан), умумий қувватлантирувчи (вит В1, В6, шишасимон тана эратмаси ва ДЖТ), даво олиб борилади. Операциядан кейинги чурраларни олдини олиш мақсадида корин деворини ва операция соҳасини массаж қилиш, ДЖТ буюрилади. Умумий диспансер кузатув 1.5 - 2 йил бўлиб унинг давомийлиги операциядан кейинги асоратларга, такрорий операция хажмига ва касалликнинг хуружланишига боғлиқдир. Шунинг учун қўпданча диспансер кузатув даври аниқ стандарт мудатига эга эмас. Касал тулик яхши бўлгандан кейин 6 ой муддатда диспансер қуригидан учиради.

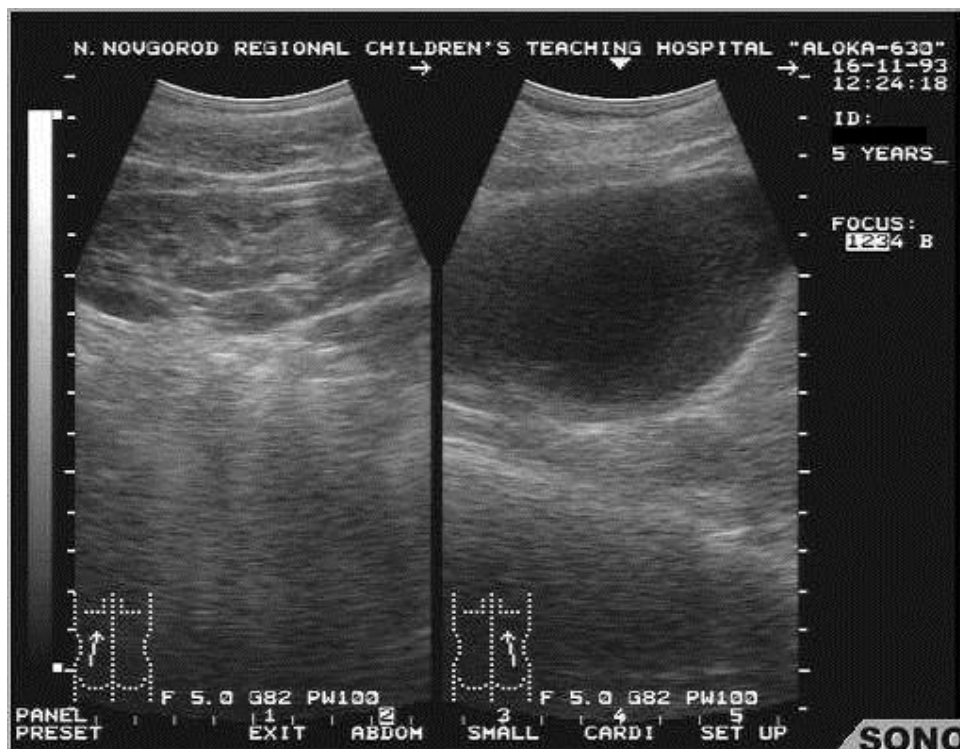
## **2. Гидронефроз**

Гидронефроз бу сийдикни димланиши оқибатида бўйракнинг жомини прогрессив кенгайишидир. Гидронефрозда бўйрак улчамлари хар хил, яъни сал каттарок улчамдан жуда катта улчамгача кенгайиши натижасида қобурга остидан қанқок ва таз соҳасигача тушиши мумкин. Бунда қопдаги сийдик миқдори 1-2 литрни ташқил қилади. Шунинг учун жойига қараб гидронефроз ва уретерогидронефроз фарқланади. Агар сийдик найи тулик беқилса – эпик, қисман беқилса – очик гидронефроз дейилади.

### **Қатамнестиқ маълумотлар, клиника ва ташхислаш**

Тугма гидронефроз болаларда сезиларсиз кечади, айниқса бу эрта ешдаги болалар учун ҳосдир. Секин – аста 1-2 ешда гидронефроз бемор боланинг умумий ҳолатининг емонлашиши, иштаҳасининг бузилиши, озиши, ва усишдан қолиши билан характерланади. Қатта ешдаги болаларда эса бу жараенлар қорин ва бел соҳасидаги хуружланувчи ва тумтоқ оғриқни пайдо

булиши билан характерланади. Агар беморда пиурия пайдобулса бу очик гидронефроздан дарак беради.



*Унз буйрак гидронефротик трансформациясининг эхографик куруниши. Унз буйрак сохасида аник контурли эхонегатив хосила аникланади Буйрак .паренхимаси аникланмайди..*

Епик гидронефроз беморда огриксиз кечсада, кориннинг катталашиши ва пайпаслаганда коринда айлана, каттик, таранг ва хар хил улчамдаги пайпасланувчи хосила аникланади. Тулик ва аник ташхис куйишда сийдик йуллари умумий ренген тасвири, экскретор урография, ирригография, корин бушлигини УТТ, КТ, ЯМРТ килиш лозим булади.



*Чап буйрак гидронефрозининг экскретор урограммаси.*



*Унг томонлама буйрак гидронефротик трансформацияси, Чап буйрак косача ва жомчаси деформациясининг экскретор урограммадаги куриниши.*

**Стационаргача булган боскичда даволаш услуги.** Умумий амлиёт шифокори поликлиникадаги болалар хирург магистр билан ҳамкорликда беморга ташхис қуйиб ихтисослашган болалар урологияси еки хирургияси булимига етказдилар. У ерда гидронефрозни бартараф қилувчи пластик операция еки нефроэктомия операцияси бажарилади. Соғлом болаларни иложи борица олдиндан профилактик текширишдан утказиб гидронефроз эрта боскичида аникланиб даволанса даволанишни прогнози яхши натижа беради..

**Стационардан кейинги боскичда даволаш услуги..** Бу даврда бемор умумий амалий шифокори томонидан диспансер ҳисобига олинади ва реабилитация боскичида касалликнинг хуружланиши, корин бушлиги

аъзоларининг чандикланиш жараёнлари, корин девори асоратланиши уз вақтида аниклаб стационарга беморни қайта етказиш лозим бўлади.

Бунинг учун дастлаб 3 ойда кейин ҳар 6 ойда беморни тиббий куриқдан утказиб, умумий кон, сийдик, ахлат тахлили, экскретор урография, корин бушлик аъзоларини УТТ, КТ, ЯМРТ текшириш усуллари қулланилади. Агар касаллик топилмаса 6 ойдан кейин диспансер ҳисобидан чиқарилади. Агар касаллик асоратланмаган тақдирда ҳам, чандикланиш касаллик олдини олишга қаратилган тадбирлар билан даво олиб борилади. Операциядан кейинги чурраларни олдини олиш мақсадида корин деворини ва операция соҳасини массаж қилиш, ДЖТ буюрилади. Умумий диспансер кузатув 1.5 - 2 йил бўлиб унинг давомийлиги операциядан кейинги асоратларга, такрорий операция ҳажмига ва касалликнинг хуружланишига боғлиқдир. Шунинг учун қўпинча диспансер кузатув даври аниқ стандарт мудатига эга эмас. Касал тулик яхши бўлгандан кейин 6 ой муддатда диспансер куригидан учиради.

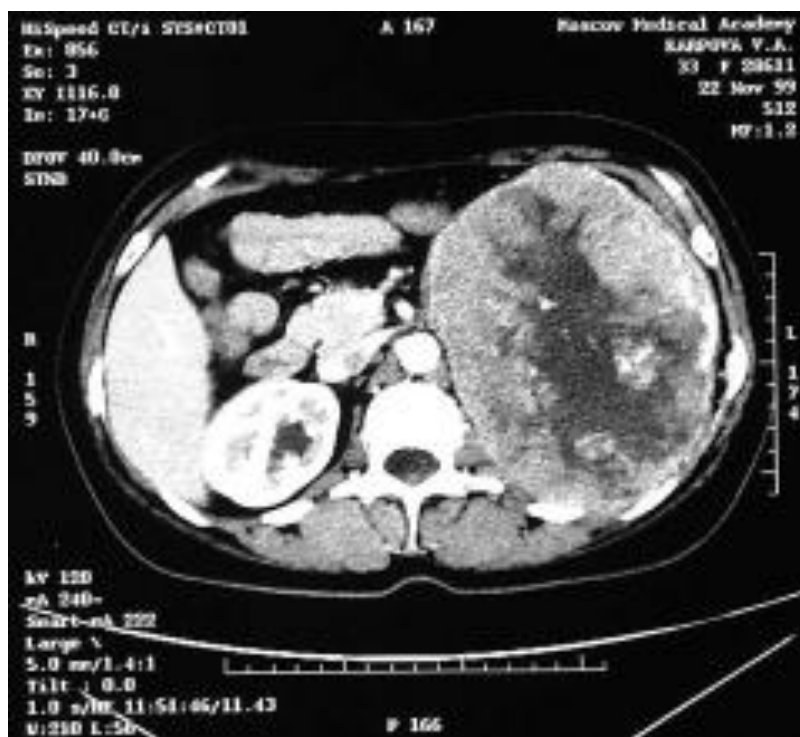
### **3.Вилмс усмаси**

Вилмс усмаси – аралай усмалар каторига қиради ва у болаларда 7-8 ешгача айниқса 3 ешгача жуда қўп учрайди. Касалликнинг эрта даврида у огриксиз кечади ва корин бушлиги ва ен каналларни эгаллаган кам ҳаракатчан, каттик ,эластик еки юмшоқ консистенциялик усмасимон ҳосила ҳолида аникланади. Баъзан унинг интенсив усиши оқибатида усма улчами жуда катталашиб таз бушлигигача ҳам етишиши мумкин. Қўшни аъзоларни эзиши ва қисиши оқибатида қўнгил айниш, қусиш, қабзият ва баъзан диаррея ҳам қўзатилиши мумкин

Энг яққол симптомлари-гематурия, странгурия, тез-тез ва баъзан қўрук сийишга мойилликни пайдо бўлиши, пиурия, альбуминурия, ЭЧТ ошиши ва анемиядир.

Умумий урографияда- касал томонда гомоген соя, экскретор урографияда-бўйракни жомча ва чашкаларини структурасини узғариши ва

буйракни экскретор фаолиятини бузилиши, УТТда – буйракни жом ва чашкаларини структурасини бузилиши ва паренхимасининг йуклиги ва КТ, ЯМРТ да усманинг кушни аъзоларга метастатик усиши аникланади.



*Чап буйранинг Вильмс усмаси.*

**Стационаргача булган боскичда даволаш услуги.** Умумий амлиёт шифокори поликлиникадаги болалар хирург еки онколог магистр билан хамкорликда беморга ташхис куйиб болалар урологияси еки онкологияси булимига еткизадилар.У ерда нефрэктомия операцияси бажарилади ва кейинчалик онколог назорати остида нур билан даволанади.

**Стационардан кейинги боскичда даволаш услуги..** Бу даврда бемор умумий амалий шифокори ва онколог томонидан диспансер хисобига олинади ва реабилитация боскичида касалликнинг хуружланиши ва метастаз булишини олдини олиш максатида бемор тулик магистр онколог назоратида булиб боскичли давони олиб туради.

Бунинг учун дастлаб 1-2 ойда кейин хар 3 ойда беморни тиббий куриқдан утказиб, умумий кон, сийдик, ахлат тахлили, экскретор урография,

корин бушлик аъзоларини УТТ, КТ ва ЯМРТ текшириш усуллари кулланилади. Диспансер кузатув даври аник беморни умрини охирига кадар давом этади.

#### **4 Буйрак дистопияси**

Буйрак дистопия турларидан бел, чанок ва таз дистопиялар болаларда ПХС беради. Буйрак пайпаслаганда камогрикли, камхаракатчан хосила сифатида аникланади. Буйракда яллигланиш еки тош асоратлари булмаса дизуретик узгаришлар кузатилмайди. Агар юкоридаги асоратлар булса касалликни аниклаш анча енгиллашади. Ташхис куйишда УТТ, КТ, ЯМРТ, экскретор урография ва пневмоперитониум жуда кул келади. Эркак болаларда буйрак дистопиясининг асоратсиз тури норма хисобланса, киз болаларда хомилани асоратларини хисобга олган холда анча мушкулликни келтириб чикаради. Шунинг учун генеколог назорати лозим булади.

**Стационаргача булган боскичда даволаш услуоби.** Умумий амлиёт шифокори поликлиникадаги болалар хирургии еки онколог магистр билан хамкорликда беморга ташхис куйиб болалар урологияси еки онкологияси булимига еткизадилар. У ерда нефроэктомия операцияси бажарилади ва кейинчалик онколог назорати остида нур билан даволанади.

**Стационардан кейинги боскичда даволаш услуоби.** Угил болаларда буйрак дистопиясининг асоратсиз тури булса хисобга олинмайди. Киз беморлар умумий амалий шифокори, уролог ва генеколог томонидан диспансер хисобига олинади. Реабилитация боскичида касалликнинг пиелонефритга асоратланишни олдини олиш максатида бемор тулик магистр уролог еки болалар хирургии назоратида булади. Балогат ешида киз болалар турмушга чиккунгача ва турмуш кургандан кейин хомилани саклаш ва она соглигини мухофаза килиш максатида улар генекологда хисобда турадилар.

Бунинг учун хар 6 ойда беморни тиббий куриқдан утказиб, умумий кон, сийдик, ахлат тахлили, экскретор урография, корин бушлик аъзоларини УТТ ва КТ текшириш усуллари кулланилади.

### **5.Инфравезикал обструкция**

Инфравезикал обструкция тушунчаси- умумлаштирувчи термин булиб бунда ковуқдан сийдикни чиқишини бузилишига сабаб булувчи касалликлар жумласи кузда тутилади.Буларга:болаларда уретра клапани, ковуқ буйини чандикланиши (Мориан касаллиги),кизларда меатал стеноз ва детрузор сфинктер диссенергияси киради.Бу касалликларда ковуқни сийдикдан тулиши пайпасланувчи хосила симптомини беради. Бу касалликларни аниқлашда ковуқни катетерлаш, уретрография, цистография ва микцион цистография УТТ ва КТ жуда кул келади.

**Стационаргача булган боскичда даволаш услуги.** Умумий амлиёт шифокори поликлиникадаги болалар хирург магистр билан ҳамкорликда беморга ташхис қуйиб ихтисослашган болалар урологияси еки хирургияси булимига етказадилар.У ерда инфравезикал обструкцияни бартараф қилувчи пластик операция бажарилади

**Стационардан кейинги боскичда даволаш услуги..** Бу даврда бемор умумий амалий шифокори томонидан диспансер ҳисобига олинади ва реабилитация боскичида касалликнинг хуружланиши, корин бушлиги аъзоларининг чандикланиш жараёнлари ва сийдик тутолмаслик ҳолатларни уз вақтида аниқлаб стационарга беморни қайта етқизиш лозим булади.

Бунинг учун дастлаб 3 ойда кейин хар 6 ойда беморни тиббий куриқдан утказиб, умумий кон, сийдик, ахлат тахлили, уретроцистография, микцион цистография, агар лозим булса ковуқни УТТ ва ковуқ ва уретрани КТ текшириш усуллари кулланилади. Агар касаллик топилмаса 6 ойдан кейин диспансер ҳисобидан чиқарилади..Умумий диспансер кузатув 1.5 - 2 йил булиб унинг давомийлиги операциядан кейинги асоратларга, такрорий

операция хажмига ва касалликнинг хуружланишига боғлиқдир. Шунинг учун купинча диспансер кузатув даври аниқ стандарт мудатига эга эмас. Касал тулик яхши бўлгандан кейин 6 ой муддатда диспансер куригидан учирилади

### ***3.ПХС куринишида кечувчи ички гениталия аъзолари касалликлари***

#### **1. Тухумдон кистаси**

Киз болаларда тухумдон кистаси бир ва бир неча, биркамералик ва куп камералик булиши мумкин.

Тухумдон кистасининг клиникаси кистанинг улчамига боғлиқ булиб хар хил куринишда булиши мумкин. Катта кисталар корин огриги билан кечади. Кисталарнинг буралиши уткир аппендицит клиникасини бероди. Пайпаслаганда айлана, эластик, кам харакатли тазга кириб турган хосилани айникса бимуниал (тугри ичак оркали) пайпаслаганда аниклаш мумкин. Кичик кисталар умуман симптомсиз кечади ва холашки уларни аниклаш имконияти пайпаслаш йули билан жуда кийин булади.. Улар бошка операция пайтида куккидан, УТТ ва КТ оркали текширганда аникланади.

Тухумдон кистасини таккослама ташхислашда буйракнинг биртомонлама еки иккитомонлама бел, чанок ва таз дистопия турларидан Фарклаш лозим булади.

Бунинг учун УТТ, КТ, экскретор урография, ва цистография усуллари олиб бориш лозим булади.

**Стационаргача булган боскичда даволаш услуги.** Умумий амлиёт шифокори поликлиникадаги болалар хирург магистр билан хамкорликда беморга ташхис куйиб ихтисослашган болалар хирургияси булимига етказадилар. У ерда тухумдон кистасини бартараф килиш операцияси бажарилади

**Стационардан кейинги боскичда даволаш услуги..** Бу даврда бемор умумий амалий шифокори томонидан диспансер хисобига олинади ва

реабилитация боскичида касалликнинг хуружланиши, корин бушлиги аъзоларининг чандикланиш жараёнларни уз вактида аниклаб стационарга беморни кайта еткизиш лозим булади.Бундан ташкари салфингит, салфингоофарит касалликлар профилактикасини генекологлар билан биргаликда шугулланилади.Диспансер кузатувнинг муддати 1 йил.

## 2.Гемотоколпос

Кизлик пардасининг атрезияси хисобига 2-3 менустрация конини кинда тулланиши гемотоколпос дейилади.Кейинчалик конни бачадонга тулланиш гематометра ва бачадон найига тулланиши- гематосальпингс деб юритилади.

Гематоколпосда айлана каттик эластикли, огрикли усмани киз болаларда кориннинг пастки сохасида аниклаш мумкин .Бу айникса бимунал ( тугри ичак оркали) пайпаслаганда яккол сезилади.

Гематоколпосда тулланган кон йиринглашиши окибатида пиоколпос ва кейинчалик пиометра ва пиосальпингс клиникаси кузатилади. Якуний ташхис анамнез, куриш тугри ичакни бармок билан куриш УТТ ва КТ текшириш усулларидадан кейин куйилади.

Таккослама ташхис тухумдон кистаси, бачадонни иккиланиши, салфингоофарит, эндометриоз, дуглас абсцесси буйракни таз ва чанок дистопиялари, пресакрал дермоид кисталар ва хомила билан килинади.

**Стационаргача булган боскичда даволаш услуги.** Умумий амлиёт шифокори поликлиникадаги болалар хирургив ва генеколог магистри билан хамкорликда беморга ташхис куйиб ихтисослашган болалар хирургияси еки генекологияси булимига еткизадилар.У ерда кизлик парда пункция

килиниб кейин крестсимон еки чизикли кесилиб тупланган кон чикарилади ва маҳаллий яллигланишга қарши даво утказилади

**Стационардан кейинги боскичда даволаш услуги..** Бу даврда бемор умумий амалий шифокори томонидан диспансер ҳисобига олинади ва реабилитация боскичида касалликнинг хуружланишини уз вақтида аниқлаб стационарга беморни қайта етказиш лозим бўлади. Бундан ташқари салфингит, салфингофарит касалликлар профилактикасини генекологлар билан биргаликда шугулланилади. Диспансер кузатувнинг муддати 1 йил.

#### **4.Стационардан кейинги боскичда диспансеризация ва реабилитация даволарини утказиш.**

.Стационардан кейинги боскичда ПУС билан даволанган беморларда диспансеризация ва реабилитация даволарини утказиш лозимдир.

ПУС дан кейинги даврда беморларда диспансер назоратини олиб боришдан асосий мақсад операциядан кейинги эрта ва кеч асоратларидан касалликни хуружланиши, малигнизация ва чандикланиш жараёнларини уз вақтида аниқлаш ва даволашдан иборат

.Диспансер назоратини муддати 1-1,5 йил бўлиб, у касалликнинг турига, кечишига, операцияга, операциядан кейинги асоратлар ва унинг ҳажмига қўй жихатдан боғлиқдир.

Диспансер назорати даврида ҳар ярим йилда чуқур клиник текшириш усуллари: клиник ва лаборатор текширишлар, қорин бўшлиғи аъзоларини УЗИ, КТ ва ЯМРТ қилиш, Экскретор урография,Земничий, Аддиса Каковский,Амбурже синамаларини утказиш лозим бўлади.

Реабилитация даво джаврида қорин бўшлиғи яъзоларининг чандикланишига қарши маҳаллий физиотерапевтик муолажалар(электрофорез), сурдирувчи дорилар, ЛФК буюрилади. Бошқа қушни яъзоларнинг фаолияти тикланади.

Диспансер назоратига олиш ва унинг хисобидан чиқариш ҳеч бир стандарт тарикасида олиб бориш эмас, балки даво хажми ва унинг натижаларига асосланган бўлиши лозим бўлади. Энг асосийси беморнинг тулик соғайиши илан улчанади. Бемор тулик соғайганидан кейин 3 ой муддатдан кейин диспансер хисобидан тулик чиқарилади.

Болаларда корин бушлигида «пайпасланувчи хосила синдроми» ни келтириб чиқарувчи касалликларни олдини олиш ва у билан оғришдан сақланиш учун корин бушлиги аъзоларининг жароҳатланишидан, онанинг эрда антинатал хомиладорлик пайтида зарарли ва захарли моддалар билан зарарланишидан сақланиш лозим бўлади.

Болаларда корин бушлиги ва корин парда орт ива ички генитал аъзо кистоз касалликларида ёки «пайпасланувчи хосила синдроми» ни келтириб чиқарувчи касалликларини асоратланмаслиги учун беморнинг корнида клиник текширишларини жуда авайлаш йули илан утказиш, беморнинг куча ва спорт жароҳатланишларидан сақланиш лозимдир.

#### **4. Адабиётлар**

1. Детская хирургия. Под ред. Исакова Ю.Ф. 1998
2. Хирургия пороков развития у детей. Под ред. Баирова Г.А., 1968.
3. Детская хирургия 1.2 том. Долецкий С.Я., Исаков Ю.Ф. 1971

**Аннотация на лекцию Хамраев А.Ж. для студентов 6 курса ТашПМИ на тему «Синдром пальпируемой опухоли брюшной полости у детей».**

Обучить студентов на догоспитальном этапе диагностике, дифференциальной диагностике и определить тактику лечения при заболеваниях органов брюшной полости сопровождающихся «синдромом пальпируемой опухоли».

Наблюдение за детьми в послеоперационный период в условиях первичного звена здравоохранения. Ознакомить с вопросами реабилитации и диспансеризации, принципами лечения.

Лекция предназначена для детских хирургов, неонатал хирургов, неонотологов, субординаторов педиатрического факультета.