

**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 пространство 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 преобретенные (паразитарные и травматические) кисты брюшной полости больше у детей клинически сопровождаются синдромом пальпируемой опухоли(СПО). У этих категорий 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 пространство у детей проявляющихся «синдром пальпирующий опухоль» необходимо:

- анамнез,
 - осмотр,
 - пальпация,
 - перкуссия,
 - аускультация,
 - обзорная рентгенография брюшной полости,
 - иригография,
 - пассаж ж.к.т.,
 - УЗИ органов брюшной полости,
 - компьютерная томография,
 - эхокардиография,
 - пневмоторакография
- ЯМРТ**

Все кисты 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

брюжейки любого происхождения отличаются склонностью к симптоматологии. У наблюдавших нами детей они чаще всего сопровождались только несильными болями неопределенного характера и увеличением живота.

Изредка кисты брыжейки оказываются случайной находкой во время операции В большинстве случаев неосложненных кист удается обнаружить в мезогастральной области и возможность смешения «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 кишечник 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 проведения УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства и компьютерного томография (КТ) и ЯМРТ позволяет выявить генез и локализации кист в брюшной полости.



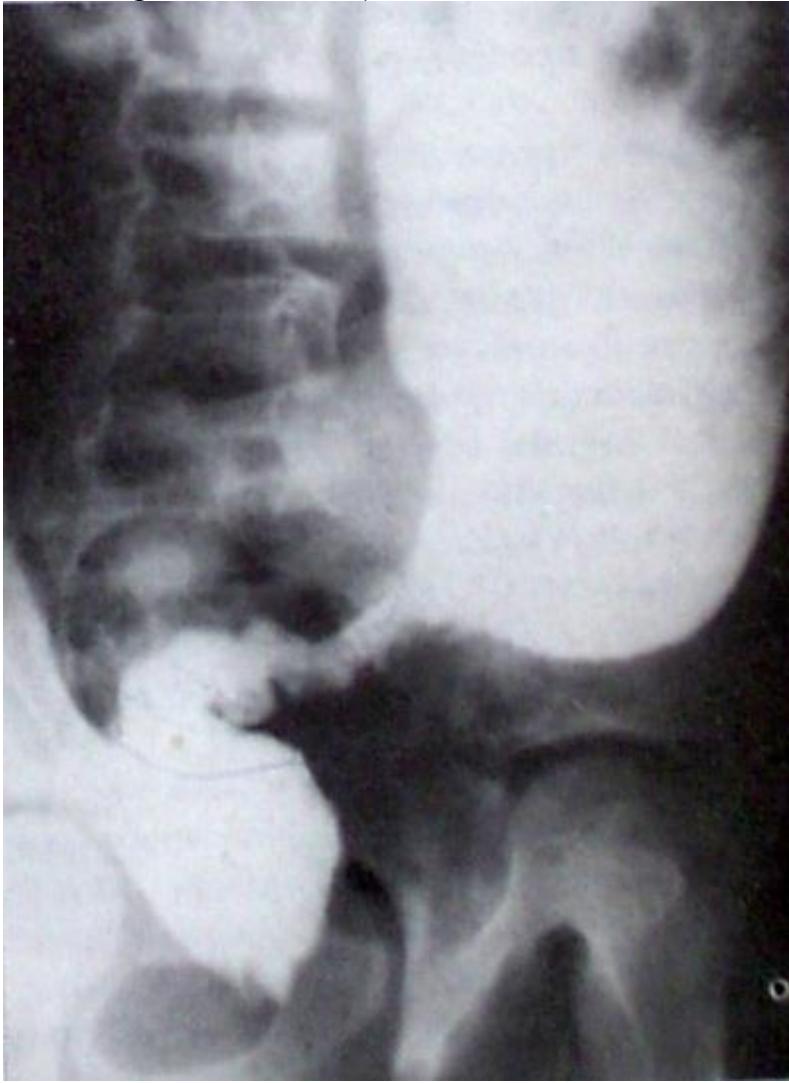
Рис. 1. Ирригограмма 9-месячного мальчика с полной непроходимостью, вызванной сдавленной сигмовидной кишкой снаружи опухолью.

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 визнижают 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 удается определить в брюшной полости умеренно подвижную и болезненную кистозную массу. Ее наличие еще могут подтверждаться 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 большое 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 удается пальпаторно определить кисту, хирург склонен трактовать ее как

аппендикулярный инфильтрат. Рентгендиагностика, УЗИ и КТ диагностика дает большое 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 ограниченной подвижности прощупываемого в брюшной полости обозавания или при больших кистах, расположенных латерально, показана экскреторная урография или КТ.



Опухол Вильмса. Опухол 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 симптоматологии 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 симптоматологии (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 магистра детского хирурга работающих в специализированных лечебных учреждениях или в консультативную и центральную детскую поликлинику. Надо стремится 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 систематического возникновение болей в животе, иррадиирующих в подложечную область и усиливающихся при физической нагрузке. Перкуторно и при ощупывании в брюшной полости обнаруживают округлое китовидное гладко стальное, 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 краиальном направлении. Книзу они смещаются заметно хуже и сопровождаются выраженным 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, тонкостенные 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 рентгенологическому исследовании, особенно пассажа желудочно-кишечного тракта с дачей контраста через рот и иирригографией, отмечается наличие окружной, 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 затруднения 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 при 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 смешает желудок

кверху и кпереди, а поперечную ободочную кишку – книзу. Это особенно четко прослеживается на рентгенограммах при пассаже контрастном исследовании желудочно-кишечноготракта.

Кроме того, при заполнении желудка взвесью сернокислого 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 оттесена кпереди, вправо и деформирована. Следует подчеркнуть, что исследование в боковой проекции нередко имеет определяющее значение. Проведения ретропневмoperитониума, 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 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.

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 гипохондрии.

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 приема 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 смешена 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, ретропневмoperитонеуму, пневмoperиатонеуму, 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 перitoneальными явлениями. Таких детей обычно оперирует по срочным показанием с диагнозом «повреждение селезенки», и только во время лапаротомии становится ясной причина заболевания.

Дифференциальный диагноз следует проводить с кистами других органах 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 давления 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 дифференцируются 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. Внутриенная урография уточняет диагноз. Проводя рентгенологическую дифференциальную диагностику, надо учитывать, что все за брюшинные опухоли чаще рокируют почку, чем перемещают ее.

Приведенные данные свидетельствуют о большой трудности диагностики. Среди наблюдавшихся 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 магистра 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 назначительных 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 барийевой 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 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 сдавлением 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 проходиться 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 предшествует кровотечению. И, наконец, при инвагинации в брюшной полости, как правило, пальпируется колбасовидное образование (инвагинат).

Кишечное кровотечение, вызванное изъявлением 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 удвоение, 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 удвоение 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 магистра детского хирурга работающих в специализированных лечебных учреждениях или в консультативную и центральную детскую поликлинику .Надо стремится всегда детей госпитализировать в плановом порядке при появления ранние признаки заболевания, до наступления осложнения кист брюшной полости.

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

Паразитарные(эхинококк) кисты селезенки ,брыйжейки 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 бывают по характеру поражения первичными и вторичными.

Клиническое течение заболевания делится на 3 стадии:

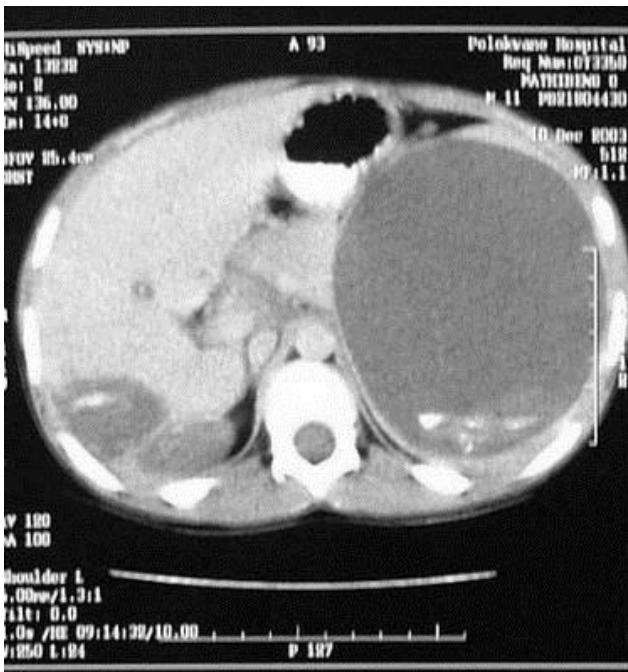
Бессимптомная стадия - от момента заражения до появления первых симптомов

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, эпигастральной 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 $40-41^{\circ}\text{C}$, нарастают явления интоксикации, сопровождающиеся ознобом и проливным потом. Возможен прорыв гнойника в плевральную или брюшную полость, забрюшинную или околопочекную клетчатку, желчный пузырь или внутривеночные 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 лумбальную 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 лумбальной 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 гемаглютинация, 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 антигельминтозная 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 прогрессируют 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

Устраниить 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 клетки, 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.

M-метастазы

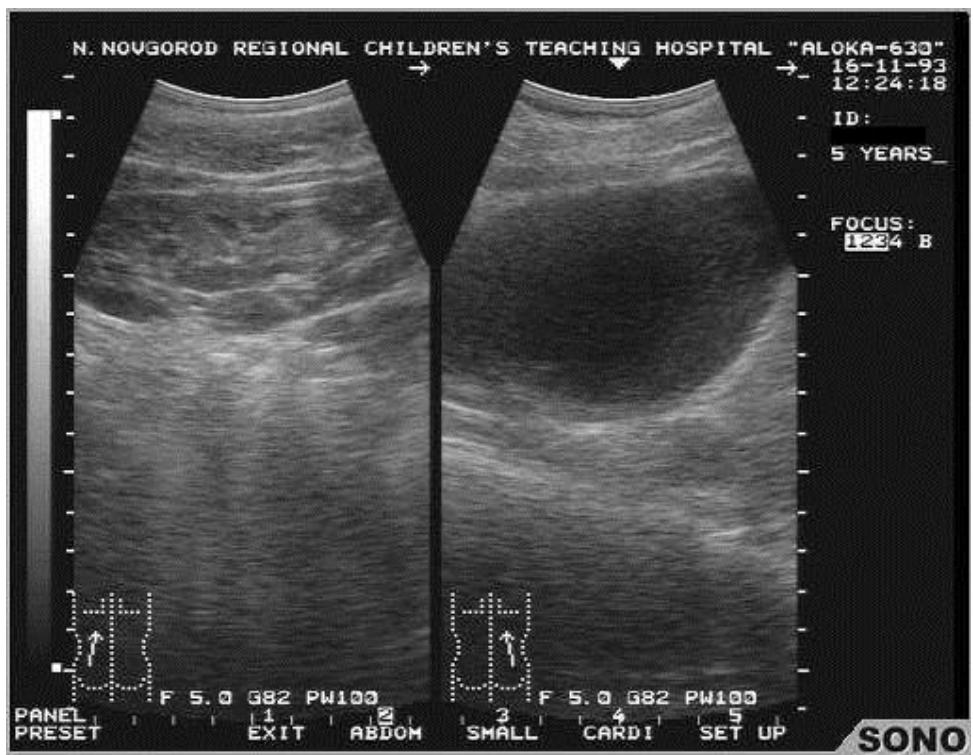
Опухоли левой доли печени могут симулировать селезеночную кисту, но они обычно не так велики и смещают селезенку, что может быть обнаружено рентгенологически и физикально.

После установления предварительного диагноза или в сомнениях в диагнозе врач общей практики должен отправить больного для консультации специалиста магистра детского хирурга работающих в специализированных лечебных учреждениях или в консультативную и центральную детскую поликлинику. Всегда детей госпитализировать в плановом порядке при появления ранние признаки 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 смешением кишечных петель. В таком 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 тянувшие, без отчетливой локализации. У больше половины детей наблюдаются пиурии, что говорит о открытом гидронефрозе.



Эхографическая картина гидронефrotической трансформации правой почки. На левой половине снимка визуализируется неизмененная 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 ощупывания 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 уrogramма, гидронефроз левой почки



Экскреторная уrogramма: гидронефrotическая трансформация справа, деформация чащечно-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 подлежит в диспансерном учете.

Цель проведения диспансерного учета, раннем и позднем послеоперационном периоде во время выявления рецидива болезни, малигнизации процесса и за возникшие спаечного 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 Земничского, Аддиса Каковского, Амбуурже.

В период реабилитации проводятся противоспаечное и общеукрепляющие (ЛФК) лечения направленные улучшающие функции (других) соседных 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 полностью 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 ангинатальном периоде беременности.

Профилактика прорыва крупных размеров кист брюшной полости у детей является избежания от излишки и грубых пальпации 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 бушлигига «пайпасланувчи хосила синдроми»

Марузачи: тиббиёт фанлар доктори
ХАМРАЕВ А.Ж.

Тошкент –2006

Маруза: Болаларда корин бушлигига «пайпасланувчи хосила синдроми»

Марузаниег максади: Талабаларга стационаргача булган боскичда болаларда корин бушлигига «пайпасланувчи хосила синдроми» ни келтириб чикарувчи касалликларни ташхислаш,

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

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

Маруза режаси:

- 1.Кириш
- 2..Болаларда корин бушлигига «пайпасланувчи хосила синдроми» ни келтириб чикарувчи касалликларни ташхислаш, таккослама ташхислашни утказиш ва даво услугини аниклаш
- 3.Болаларда корин парда орта ива ички генитал аъзоларда «пайпасланувчи хосила синдроми» ни келтириб чикарувчи касалликларни ташхислаш, таккослама ташхислашни утказиш ва даво услугини аниклаш
- 4.Стационардан кейинги боскичда диспансеризация ва реабилитация даволарини утказиш.

1.Кириш.

Умумий амалиет педиатрининг амалий фаолиятида купинча бемор болаларда кориннинг катталаниши ва усмасимон хосила борлиги учрайди. Бу холат «пайпасланувчи хосила синдроми» (ПХС) деб баҳоланилади ва болаларда хар кандай ешда ва хар хил холатда ва кориннинг хар хил жойида

учрайди. Шуни хисобга олиб уларни келиб чикиш холатларини куйидагича баҳоланади.

1.Болаларда купинча ПХС га корин бушлиги ва корин парда орти паренхиматоз аъзолари ва уларни йулларининг экскреция суюкликларини бирор тусик билан димланиши хисобига уша аъзо ва йулининг катталashiшига сабаб булади.Жигар- биллиар тракт, буйрак-сийдик жоми ва найи, меда, ковук, кин унинг йулида усган усмалар еки тош , ет жисмларни тикилиб колиши натижасида катталашади.Бундан ташкари бундай холатларни келиб чикишига аномал холатлар сабаб булади.Буларга инфравезикал обструкция, гидронефроз, гематоколпос, тухумдан кистаси ва ичакларни кистоз иккиланишлари мисол була олади.

2.Корин бушлиги ва корин парда орти аъзоларининг хавфли ва хавфсиз усмалари.

3. Корин бушлиги ва корин парда орти аъзоларининг нопаразитар ва паразитар кисталари

4.Корин бушлигидаги яллигланиш инфильтратлар ва яллигланиш еки травма окибатида келиб чиккан инкапсуллашган гематомалар.

Болаларда ПХС узининг клиник куринишига ва жойига караб:

- корин бушлиги (жигар, талок, меда , ичаклар ва б.),
- корин парда орти (меда ости бези,буйрак, буйрак усти бези, ковук ва б.) ва

- ички жинсий (тухумдан бучадон найи ва бачадон) яъзоларидан келиб чикишига булинади.

Болаларда ПХС нинг клиник куриниши унинг улчамига, жойиги, келиб чикишига, консистенциясиға, усиш ва ривожданишига боғлик булади. Болаларда ПХСни тасхишлиш ва даво услубларини танлашда уларни жойи, келиб чикиши ва келиб чиккан асоратлари катта ахамият касб этади.

Баъзан механик таъсир натижасида хосила корин бушлигига бирдан кисман еки тулик ичак тутилиши билан келиб чикиши мумкин.

Болаларда ПХС ни аник ташхислаш ва таккослама ташхислаш учун куйидаги текширувлар утказилади: куриг, пальпация, перкуссия, аускультация, корин бушлигини умумий ренгент 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

A. Ичак туткичининг асоратсиз кисталари

Катамнестик маълумотлар, клиника ва ташхислаш

Бу кисталар келиб чикиши ва туридан каътий назар симптомларининг ухашлиги билан куп вактгача аникланмайди, кейинчалик эса bemор кучсиз аник булмаган огрик ва кориннинг катталashiшига шикоят килади.Пайпаслаганда мезогастрал корин соҳасида 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 рентгентнегативлиги унинг ичидаги хосиланинг таркибига (лимфа суюклиги, калцификат) боғлик булади.

Ирриографияда пальпация билан биргалиқда 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.



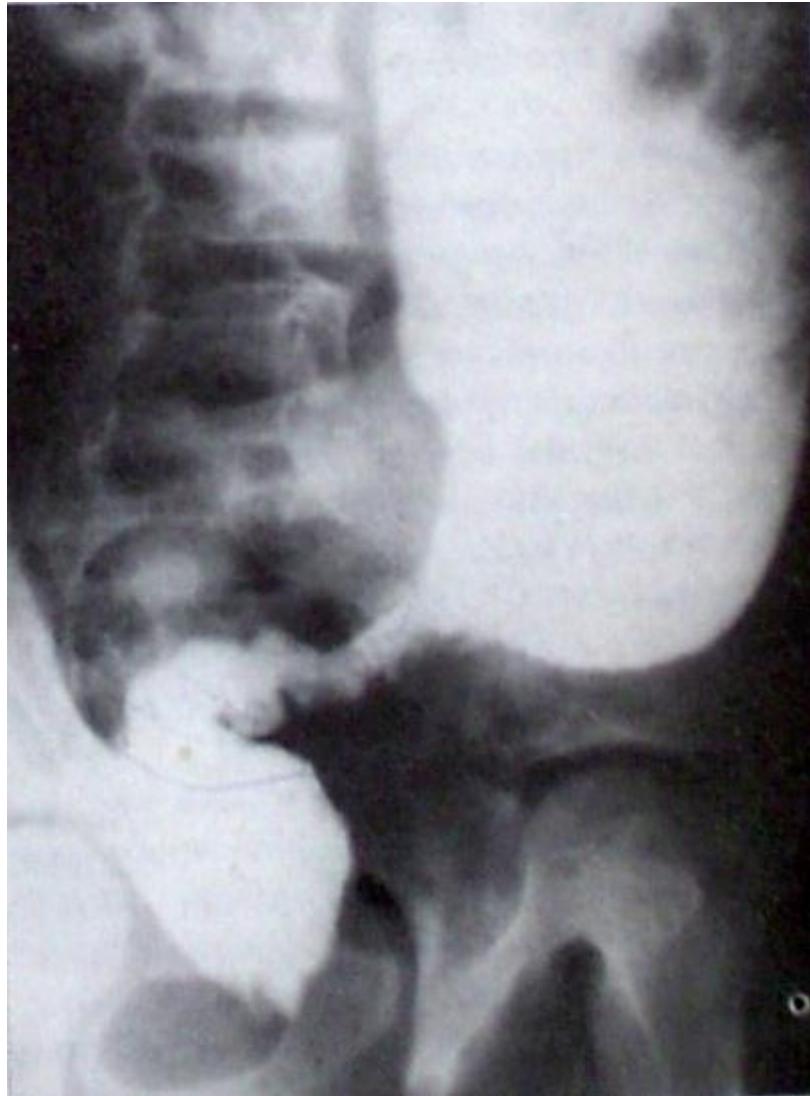
Рис. 1. 9- Ойлик болада сигмасимон ичакни ташки томондан усма оркали сикб куйиши туфайли келиб чиккан тупик ичак тутимиши курсатувчи ирриограмма

Б. Ичак туткичининг асоратли кисталари

Ичак туткич кисталарнинг асоратланиши сурункали ёки уткир ичак тутилиши ва перитонит қуринишида кечади. Агар киста ичакни кисиб куйса ичак тутилиши таърикасида кечиб, касалда хуружсимон корин оғриги булиб корни шишади, пайпаслаганданда ва бимануал (тугри ичак оркали) курганда усмасимон хосила ва унинг пайпаслаганданда силжиши кузатилади. Киста ичак туткичга осилиб буралса хам юкоридаги клиник қуринишда 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 касаллигига «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 хирурги 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 хисобига олинади ва касалликнинг хуружланиши, корин бушлиги аъзоларининг чандикланиш жараёнлари, малигнизация, корин девори асоратланиши ва касалнинг соматик холати уз вактида аникланиб керакли чора тадбирлар курилади. Бунинг учун хар 6 ойда bemorni тиббий куриқдан утказилиб, умумий кон, сийдик, ахлат тахлили, корин бушлик аъзоларини УТТ, КТ, ЯМРТ текшириш усуллари кулланилади. Агар касаллик топилмаса 6 ойдан кейин диспансер хисобидан чикарилади. Агар касаллик асоратланмаган тақдирда хам, чандикланиш касаллик олдини олишга каратилган тадбирлар (электрофарез калий йод, лидаза билан), умумий қувватлантирувчи (вит B1, B6, шишасимон тана эратмаси ва ДЖТ), даво олиб борилади. Операциядан кейинги чурраларни олдини олиш максадида корин деворини ва операция соҳасини массаж килиш, ДЖТ буюрилади. Умумий диспансер кузатув 1-1.5 йил булиб унинг давомийлиги операциядан кейинги асоратларга, такрорий операция хажмига ва касалликнинг хуружланишига boglikdir. Шунинг учун купинча диспансер кузатув даври аник стандарт мудатига эга эмас. Касал тулик яхши булгандан кейин 3 ой муддатда диспансер куригидан учириласди.

2. Чарви кистаси.

Катамнестик маълумотлар, клиника ва ташхислаш

Кичик чарви кистасининг энг яккол клиник куриниши оғрикни аввалом бор жисмоний зурикканда кориннинг киндик усти ва кобурга ости соҳасида булиши билан характерланади. Пайпаслаганда ва перкуссияда , баъзан корин бушлигига силлик деворли, айлана , баъзан эса булакланган киста аникланади ва унга триада симптом хос булади: а) юзаки жойлашиш, б) эркин харакатланиш, в) ички аъзолар фаолиятининг кисман функционал бузилиши.

Чарвининг катта кисталарида эса, корин катталашиб ва кориннинг олдинги деворида кенгайган кон томирлари яккол куриналиди. Пайпаслагандакиста асосан краиал йуналишда харакатчан, пастга харакатланиши чегараланган булиб, кучли огрик кузатилади, баъзан эса қуеш чигалини таъсирланиши окибатида пулс секинлашади. Перкуссияда тимпанит йуколади, шишнинг барча соҳасида бугик перкутор товуш эшишилади. Агар киста жуда катта улчамда булса «титраш» белгиси кузатилади.

Меда – ичак тизмини пассаж килганда ва ирригографияда кистанинг ичак ковузлогларидан олдинда туриши ва йугон ичакнинг физиологик бурчакларини силликланиши ва меда ва қундаланг чамбар ичакнинг юкори туриши кузатилади.

Корин бушлиги аъзоларини УТТ ва КТ билан текширгандагомоген киста хосиласи борлигига тула ишонч хосил килинади.

Чарви кистаси баъзан яллигланиши, йиринглостиши, унинг буралиб ерилиши еки кон кетишига асоратланиши мумкин. Бундай холатларнинг барчаси bemor корин бушлигининг катастрофаси еки «уткир корин» симптомларининг пайдо булиши билан кечади ва зудлик билан кечикириб булмайдиган хирургик ердамга муҳтож булади.

Таккослама ташхисда асосан корин бушлиги ва корин парда орти бошка аъзоларидан келиб чиккан кисталардан фарқлаш асосий урин тутади. 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 бошка текшириш усусларини ишлатиб кистанинг жойини яккол аниглаш имконияти яратилади.

Стационаргача булган боскичда даволаш услуби. Стационаргача булган боскичда тахминий ташхис куйилгандан кейин касал режалик равища текширилиб, режали жаррохлик стационарга юборилади ва режалик равища киста олиб ташланади. Бунинг учун умумий амлиёт шифокори

поликлиникадаги болалар хирурги магистр билан хамкорликда тулик текшириш олиб бориб хал килинади.

Стационардан кейинги боскичда даволаш услуби.. Бу даврда bemor умумий амалий шифокори томонидан диспансер хисобига олинади ва касалликнинг хуружланиши, корин бушлиги аъзоларининг чандикланиш жараёнлари, малигнизация, корин девори асоратланиши ва касалнинг соматик холати уз вактида 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 вактгача симптомсиз кечиши мумкин. Киста катталashiши билан хуружсимон ва симилловчи оғрик симптоми пайдо булади. Оғрик дастлаб, bemornинг танасининг холати узгарганда еки у кучангандан, зурикишда коринда, кукракда, чап кобурга остида, эпигастрияда, бел ва киндик соҳаларида булиши мумкин.

Талокнинг юкори кутбидан чиккан гигант киста диафрагма ва кукрак кафаси аъзоларини кисиши натижасида нафас кисиш, йутал, кукракнинг чап томонида оғрик булиши мумкин. Бундай bemорлар қупинча пневмония билан куп оғрийди.

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

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

Экскретор урографияда чап буйрак пастга силжиганлиги куринаиди.

Гастрографияда-меданинг унгга, 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 куриниши.

С-талок; К-киста; С.В.-талок венаси

Агар талок жароҳатланса 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 усмалардан фарклаш асосий урин тутади. Буни 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 усуулларини ишлатиб кистанинг жойини яккол аниклаш имконияти яратилади

Стационаргача булган боскичда даволаш услуби. Стационаргача булган боскичда тахминий ташхис куйилгандан кейин касал режалик равища текширилиб, режали жаррохлик стационарга юборилади ва режалик равища киста олиб ташланади. Бунинг учун умумий амлиёт шифокори поликлиникадаги болалар хирурги магистр билан хамкорликда тулик текшириш олиб бориб хал килинади.

Стационардан кейинги боскичда даволаш услуби.. 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 холати уз вактида 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 қупинча меда ва ичакнинг барча кисмида учраши мумкин. Шунинг учун унинг клиникаси иккиланишнинг жойига ва турига караб узгариб туради.

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

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

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

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

Ичак тизимидағи дивертикуляр иккиланишлар симптомсиз кечсада, купинча утқир ичак тутилишига сабаб буловчи 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 услуби. 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 хирурги магистр билан хамкорлиқда коринда сурункали еки хуружланувчи оғрик билан шикоят килувчи беморларда (баъзан утқир хирургик касалликлари шошилинч хирургия булимларида инкор килинсада) тулик чукур текшириш усулларини куллаб уларни хирургик ихтисослашган стационарларга етказиб даволашни ташкиллаштириш лозим булади.

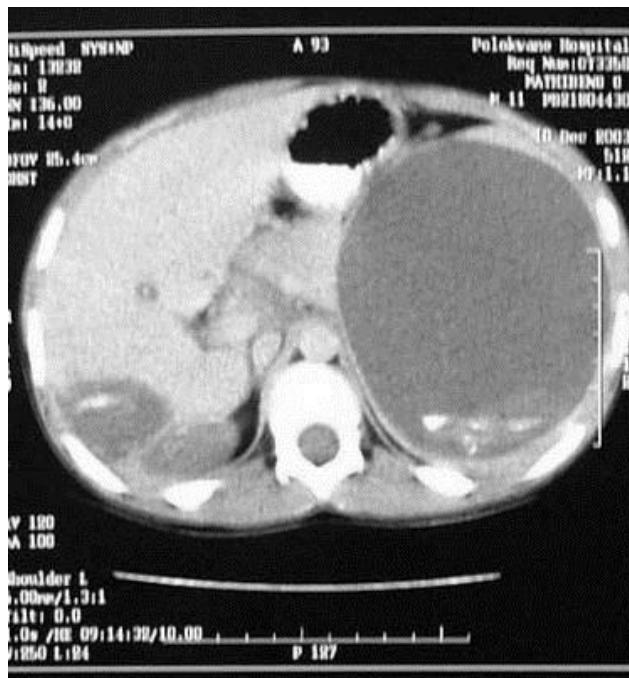
Стационардан кейинги боскичда даволаш услуби.. Бу даврда бемор умумий амалий шифокори томонидан диспансер хисобига олинади ва касалликнинг хуружланиши, корин бушлиги аъзоларининг чандикланиш

жараёнлари, кон кетиши ва корин девори асоратланиши холатларини уз вактида 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 бези, 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 маҳсус синамаларни ишлатиш лозим булади. Айникса умумий рентген тасвири КТда бундай кисталар учун киста деворининг калцификатланиши характерлидир.



Жигар эхинококкининг КТ куриниши.

Стационаргача булган боскичда даволаш услуги. Стационаргача булган боскичда тахминий ташхис куйилгандан кейин касал режалик

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

Стационардан кейинги боскичда даволаш услуби.. Бу даврда бемор умумий амалий шифокори томонидан диспансер хисобига олинади ва реабилитация боскичидаги касалликнинг хуружланиши, корин бушлиги аъзоларининг чандикланиш жараёнлари, корин девори асоратланиши ва камконлик холатларини уз вактида аниклаб стационарга беморни кайта етказиш лозим булади ва касалликни олдини олиш профилактик чора тадбирлар курилади.

7.Меъда ва ичак безоарлари

Болаларда ет жисмларни бехосдан ютиб юбориш окибатида меъда еки ичакда-безоар келиб чикади. Унинг яна бошка соч- трихобезоар, усимлик-фитобезоар, смола-пихсобезоар турлари фаркланади.

Катамнестик маълумотлар, клиника ва ташхислаш

Безоарлар купинча меъдада еки ингичка ичакнинг дистал кисмida учрайди ва секин аста катталашиб ПХС ни беради. Безоарларни ташхислашда анамнез, корин бушлигининг умумий рентген тасвири, гастороскопия, гастрография, пассаж, ФЭГДС, ирригография текшириш усуллари олиб борилиб аникланади. Давоси режали усмани олиб ташлаш ва анастамоз куйиш билан чегараланилади. Агар безоарлар йиринглашса, конаса, ётокланса ёки уткир ичак тутилишига сабаб булса, дархол

шошилинч равища операция килиниб асорат бартараф килинади ва безоар олиб ташланади.



Жигарнинг куплаб метастатик эхография куриниии.

M-метастазлар

Стационаргача булган боскичда даволаш услуби. Стационаргача булган боскичда умумий амлиёт шифокори поликлиникадаги болалар хирурги магистр билан хамкорликда bemorга ташхис куйилгандан кейин ихтисослашган жаррохлик булимига еткизилиб безоар кистаси ичакни резекциясиз еки резекция килиш йули билан бартараф килинади. Бунинг учун заарли одатга эга булган соглом болаларни иложи борича профилактик текшириш ва шунингдек, коринда сурункали еки хуружланувчи оғрик билан шикоят килувчи, нимжон ва камкон bemorларда, тулик чукур клиник текшириш усуулларини куллаб, ташхис қуйилгач болалар хирургик ихтисослашган стационарларга режалик даволаш учун еткизилади.

Стационардан кейинги боскичда даволаш услуби.. Бу даврда bemor умумий амалий шифокори томонидан диспансер хисобига олинади ва реабилитация боскичидан касалликнинг хуружланиши, корин бушлиги

аъзоларининг чандикланиш жараёнлари, корин девори асоратланиши ва камконлик холатларини уз вактида аниклаб стационарга bemорни кайта еткизиш лозим булади ва касалликни олдини олиш профилактик чора тадбирлар курилади, боладаги заарли одатий харакатларини чеклашни отонаси назорат килишни ва боланинг узига уктиришдан иборат булади.

Корин парда орти аъзолар касалликлари

1.Меъда ости бези кисталари

Меъда ости бези кисталари: тугма, усмали, паразитар ва травматик булиб улар безнинг турли жойларида учраши мумкин ва купинча куп камералик булади.

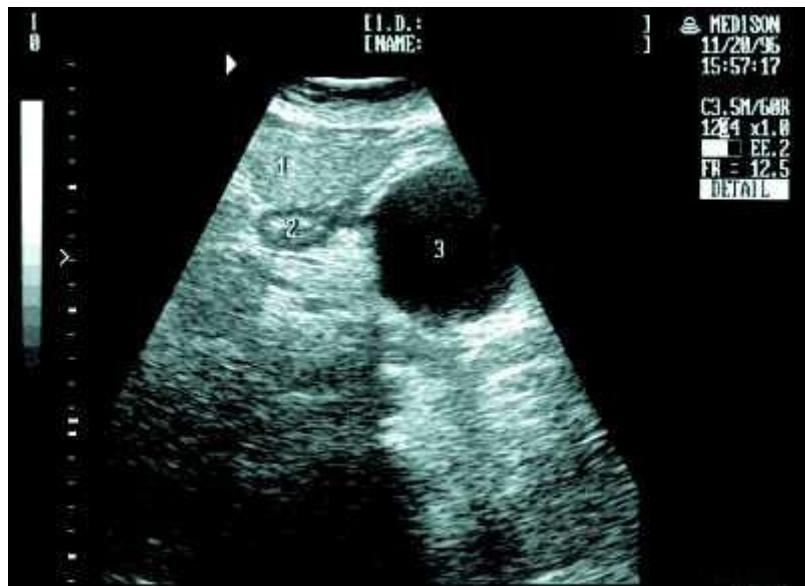
Катамнестик маълумотлар, клиника ва ташхислаш

Меъда ости безининг тугма кисталари куп пайтгача аникланмайди. Киста катта улчамга эга булганда эпиргастрал соҳада силлик контурли усмасимон хосила аникланади.Пайпаслаганда киста оғриксиз, харакати чегараланган булади. Баъзан оғрикни пайдо булиши кусиши билан кечади. Кистанинг жуда катта улчамдагиси, коринни катталashiшига ва корин олд девори веноз кон томирларининг кенгайиши билан кечади.Шу билан биргаликда умумий ут йулини ва ичакларни сикиши хисобига жигарни катталашиб ва димланиши хисобига гепатитни ва уткир юкори ичак тутилишини келтириб чикаради.

Кистани яллигланиши bemорда эпигастрал соҳада оғрик(тасмасимон), хароратни кутарилишига ва гиперлейкоцитозга сабаб булади.

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

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



Меъда ости без псевдокисталарининг эхографик куриниши.

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 услуби. Умумий амлиёт шифокори поликлиникадаги болалар хирурги магистр билан хамкорликда беморга ташхис куйиб ихтисослашган болалар хирургия булимига еткизадилар кистани бартараф килиш операцияси бажарилади. Соглом болаларни иложи борича профилактик текширишдан утказилади.

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

Бунинг учун хар 6 ойда беморни тиббий куриқдан утказилиб, умумий кон, сийдик, ахлат тахлили, корин бушлик аъзоларини УТТ, КТ ва ЯМРТ текшириш усуллари кулланилади. Агар касаллик топилмаса 6 ойдан кейин диспансер хисобидан чикарилади. Агар касаллик асоратланмаган тақдирда хам, чандикланиш касаллик олдини олишга каратилган тадбирлар (электрофарез калий йод, лидаза билан), умумий кувватлантирувчи (вит B1, B6, шишасимон тана эратмаси ва ДЖТ), даво олиб борилади. Операциядан кейинги чурраларни олдини олиш максадида корин деворини ва операция соҳасини массаж килиш, ДЖТ буюрилади. 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 аник стандарт мудатига эга эмас. Касал тулик яхши булгандан кейин 6 ой муддатда диспансер куригидан учириласди.

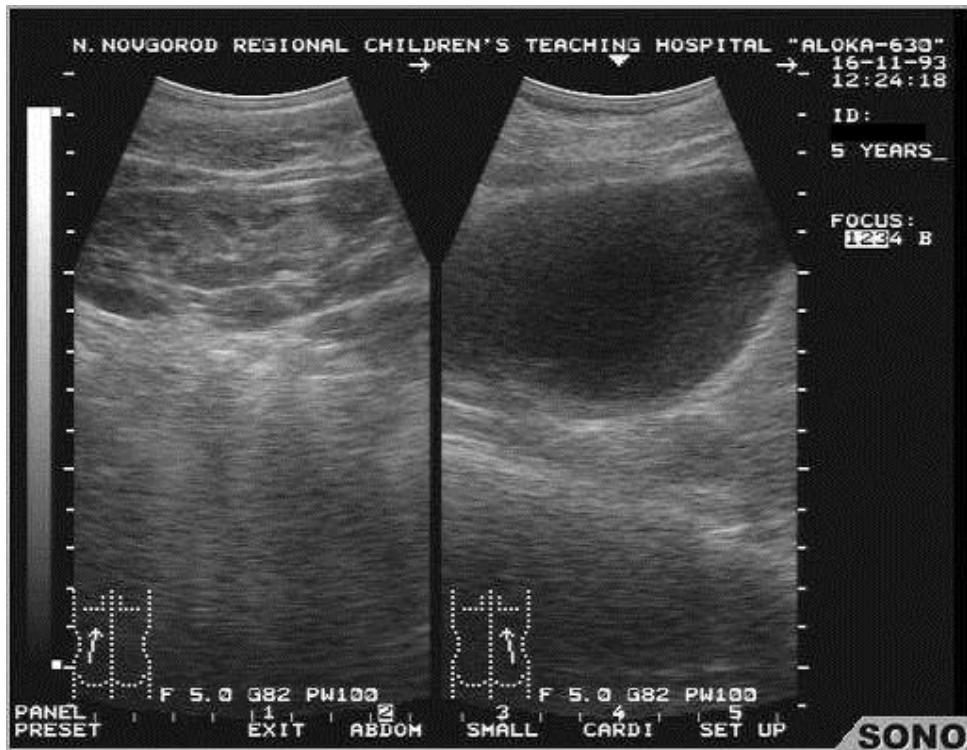
2.Гидронефроз

Гидронефроз бу сийдикни димланиши окибатида буйракниг жомини прогрессив кенгайишидир. Гидронефрозда буйрак улчамлари хар хил, яъни сал каттарок улчамдан жуда катта улчамгача кенгайиши натижасида кобурга остидан чанок ва таз соҳасигача тушиши мумкин. Бунда копдаги сийдик микдори 1-2 литрни ташкил килади. Шунинг учун жойига караб гидронефроз ва уретерогидронефроз фаркланади. Агар сийдик найи тулик бекилса –епик, кисман бекилса –очик гидронефроз дейилади.

Катамнестик маълумотлар, клиника ва ташхислаш

Тугма гидронефроз болаларда сезиларсиз кечади, айникса бу эрта ешдаги болалар учун хосдир. Секин – аста 1-2 ешда гидронефроз бемор боланинг умумий холатининг емонлашиши, иштахасининг бузилиши, озиши, ва усишдан колиши билан характерланади. Катта ешдаги болаларда эса бу жараенлар корин ва бел соҳасидаги хуружланувчи ва тумток оғрикни пайдо

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



Үнг буйрак гидронефроз трансформациясининг эхографик куринии. Үнг буйрак соҳасида аник контурли эхонегатив хосила аникланади. Буйрак паренхимаси аникланмайди..

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



Чап буйрак гидронефрофрозининг экскретор уrogramмаси.



Унг томонлама буйрак гидронефротик трансформацияси, Чап буйрак косача ва жомчаси деформациясининг экскретор уrogramмадаги куриниии.

Стационаргача булган боскичда даволаш услуби. Умумий амлиёт шифокори поликлиникадаги болалар хирурги магистр билан хамкорликда bemорга ташхис куйиб ихтисослашган болалар урологияси еки хирургияси булимига еткизадилар. У ерда гидронефрозни бартараф килувчи пластик операция еки нефроэктомия операцияси бажарилади. Соглом болаларни иложи борича олдиндан профилактик текширишдан утказиб гидронефроз эрта боскичидан аникланиб даволанса даволанишни прогнози яхши натижада беради..

Стационардан кейинги боскичда даволаш услуби.. Бу даврда bemор умумий амалий шифокори томонидан диспансер хисобига олинади ва реабилитация боскичидан касалликнинг хуружланиши, корин бушлиги

аъзоларининг чандикланиш жараёнлари, корин девори асоратланиши уз вактида аниклаб стационарга беморни кайта еткизиш лозим булади.

Бунинг учун дастлаб 3 ойда кейин хар 6 ойда беморни тиббий куриқдан утказиб, умумий кон, сийдик, ахлат тахлили, экскретор урография, корин бушлик аъзоларини УТТ, КТ, ЯМРТ текшириш усуллари кулланилади. Агар касаллик топилмаса 6 ойдан кейин диспансер хисобидан чикарилади. Агар касаллик асоратланмаган тақдирда хам, чандикланиш касаллик олдини олишга каратилган тадбирлар билан даво олиб борилади. Операциядан кейинги чурраларни олдини олиш максадида корин деворини ва операция соҳасини массаж килиш, ДЖТ буюрилади. 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 аник стандарт мудатига эга эмас. Касал тулиқ яхши булгандан кейин 6 ой муддатда диспансер куригидан учириласи.

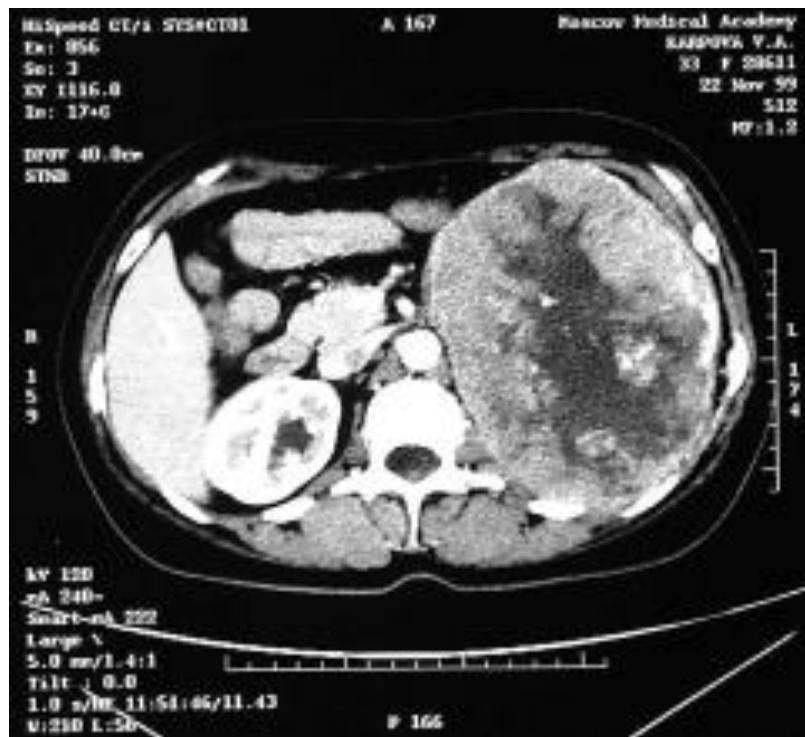
3. Вилмс усмаси

Вилмс усмаси – аралай усмалар каторига киради ва у болаларда 7-8 ешгача айникса 3 ешгача жуда куп учрайди. Касалликнинг эрта даврида у оғриксиз кечади ва корин бушлиги ва ен каналларни эгаллаган кам харакатчан, каттик, эластик еки юмшок консистенциялик усмасимон хосила холида аникланади. Баъзан унинг интенсив усиши окибатида усма улчами жуда катталашиб таз бушлигигача хам етишиши мумкин. Кушни аъзоларни эзиши ва кисиши окибатида кунгил айниш, кусиш, кабзият ва баъзан диаррея хам кузатилиши мумкин

Энг яккол симптомлари-гематурия, странгурия, тез-тез ва баъзан курук сийишга мойилликни пайдо булиши, пиурия, альбуминурия, ЭЧТ ошиши ва анемиядир.

Умумий урографияда- касал томонда гомоген соя, экскретор урографияда-буйракни жомча ва чашкаларини структурасини узгариши ва

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



Чап буйранинг Вильмс усмаси.

Стационаргача булган боскичда даволаш услуби. Умумий амлиёт шифокори поликлиникадаги болалар хирурги 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 услуби.. Бу даврда бемор умумий амалий шифокори ва онколог томонидан диспансер хисобига олинади ва реабилитация боскичидаги касалликнинг хуружланиши ва метастаз булишини олдини олиш максадида бемор тулик магистр онколок назоратида булиб боскичли давони олиб туради.

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

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

4 Буйрак дистопияси

Буйрак дистопия турларидан бел, чанок ва таз дистопиялар болаларда ПХС беради.Буйрак пайпаслаганды 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 қул 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 услуби. Умумий амлиёт шифокори поликлиникадаги болалар хирурги еки онколог магистр билан хамкорликда bemорга 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 услуби..Угил болаларда буйрак дистопиясининг асоратсиз тури булса хисобга олинмайди.Киз bemорлар умумий амалий шифокори, уролог ва генеколог томонидан диспансер хисобига олинади. Реабилитация боскичидан касалликнинг пиелонефритга асоратланишни олдини олиш максадида bemор тулик магистр уролог еки болалар хирурги назоратида булади.Балогат ешида киз болалар турмушга чиккунгача ва турмуш кургандан кейин хомилани саклаш ва она соглигини муҳофаза килиш максадида улар генекологда хисобда турадилар.

Бунинг учун хар 6 ойда беморни тиббий курикдан 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 ковукдан сийдикни чикишини бузилишига сабаб булавчи касалликлар жумласи кузда тутилади. Буларга: болаларда уретра клапани, ковук буйнини чандикланиши (Мориан касаллиги), кизларда меатал стеноз ва детрузор сфинктер диссенергияси киради. Бу касалликларда ковукни сийдикдан тулиши пайпасланувчи хосила симптомини беради. Бу касалликларни аниклашда ковукни катетерлаш, уретрография, цистография ва микцион цистография УТТ ва КТ жуда кул келади.

Стационаргача булган боскичда даволаш услуби. Умумий амлиёт шифокори поликлиникадаги болалар хирурги магистр билан хамкорликда bemorга ташхис куйиб ихтисослашган болалар урологияси еки хирургияси булимига еткизадилар. У ерда инфравезикал обструкцияни бартараф килувчи пластик операция бажарилади

Стационардан кейинги боскичда даволаш услуби.. Бу даврда bemор умумий амалий шифокори томонидан диспансер хисобига олинади ва реабилитация боскичидаги касалликнинг хуружланиши, корин бушлиги аъзоларининг чандикланиш жараёнлари ва сийдик тутолмаслик холатларни уз вактида аниклаб стационарга bemорни кайта еткизиш лозим булади.

Бунинг учун дастлаб 3 ойда кейин хар 6 ойда bemорни тиббий курикдан утказиб, умумий кон, сийдик, ахлат тахлили, уретроцистография, микцион цистография, агар лозим булса ковукни УТТ ва ковук ва уретрани КТ текшириш усуллари кулланилади. Агар касаллик топилмаса 6 ойдан кейин диспансер хисобидан 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 аник стандарт мудатига эга эмас. Касал тулик яхши булгандан кейин 6 ой муддатда диспансер куригидан учирлади

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 куриниша булиши мумкин. Катта кисталар корин оғриги билан кечади. Кисталарнинг буралиши утқир аппендицит клиникасини бероди. Пайпаслаганда айлана, эластик, кам харакатли тазга кириб турган хосилани айникса бимуниал (тугри ичак оркали) пайпаслаганда аниглаш мумкин. Кичик кисталар умуман симптомсиз кечади вахоланки уларни аниглаш имконияти пайпаслаш йули билан жуда кийин булади.. Улар бошка операция пайтида кукисдан, УТТ ва КТ оркали текширганда аникланди.

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 усулларини олиб бориш лозим булади.

Стационарча булган боскичда даволаш услуби. Умумий амлиёт шифокори поликлиникадаги болалар хирурги магистр билан хамкорликда bemorغا ташхис куйиб ихтисослашган болалар хирургияси булимига еткизадилар. У ерда тухумдон кистасини бартараф килиш операцияси бажарилади

Стационардан кейинги боскичда даволаш услуби.. Бу даврда bemор умумий амалий шифокори томонидан диспансер хисобига олинади ва

реабилитация боскичидаги касалликнинг хуружланиши, корин бушлиги аъзоларининг чандикланиш жараёнларни уз вактида аниклаб стационарга bemорни 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 туплениши гемотоколпос дейилади. Кейинчалик конни бачадонга тупланиш гематометра ва бачадон найига тупланиши- гематосальпингс деб юритилади.

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

Гематоколпосда тупланган кон йирингланиши оқибатида пиоколпос ва кейинчалик пиометра ва пиосальпингс клиникаси кузатилади. Якуний ташхис анамнез, куриш тугри ичакни бармок билан куриш УТТ ва КТ текшириш усуllibаридан кейин қуйилади.

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 услуби. Умумий амлиёт шифокори поликлиникадаги болалар хирургив ва генеколог магистри билан хамкорликда bemорга ташхис қуйиб ихтисослашган болалар хирургияси еки генекологияси булимига еткизадилар. У ерда кизлик парда пункция

килиниб кейин крестсимон еки чизикли кесилиб тупланган кон чикарилади ва махаллий яллигланишга карши даво утказилади

Стационардан кейинги боскичда даволаш услуби.. Бу даврда bemор умумий амалий шифокори томонидан диспансер хисобига олинади ва реабилитация боскичидаги касалликнинг хуружланишини уз вактида аниклаб стационарга bemорни кайта еткизиш лозим булади. Бундан ташкари салфингит, салфингоофарит 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 даволангандан bemорларда диспансеризация ва реабилитация даволарини утказиш лозимдир.

ПУС дан кейинги даврда bemорларда диспансер назоратини олиб боришдан асосий максад операциядан кейинги эрта ва кеч асоратларидан касалликни хуружланиши, малигнизация ва чандикланиш жараёнларини уз вактида аниклаш ва даволашдан иборат

.Диспансер назоратини муддати 1-1,5 йил булиб, у касалликнинг турига, кечишига, операцияга, операциядан кейинги асоратлар ва унинг хажмига куп жихатдан боғлиқдир.

Диспансер назорати даврида хар ярим йилда чукур клиник текшириш усуллари: клиник ва лаборатор текширишлар, корин бушлиги аъзоларини УЗИ, КТ ва ЯМРТ килиш, Экскретор урография, Земничий, Аддиса Киковский, Амбурже синамаларини утказиш лозим булади.

Реабилитация даво джаврида корин бушлиги яъзоларининг чандикланишига карши махаллий физиотерапевтик муолажалар(электрофорез), сурдирувчи дорилар, ЛФК буюрилади. Бошка күшни яъзоларнинг фаолияти тикланади.

Диспансер назоратига олиш ва унинг хисобидан чикариш хеч бир стандарт тарикасида олиб бориш эмас, балки даво хажми ва унинг натижаларига асосланган булиши лозим булади. Энг асосийси bemorning тулик согайиши илан улчанади. Бемор тулик согайганидан кейин З ой муддатдан кейин диспансер хисобидан тулик чикарилади.

Болаларда корин бушлигида «пайпасланувчи хосила синдроми» ни келтириб чикарувчи касалликларни олдини олиш ва у Билан огришдан сакланиш учун корин бушлиги аъзоларининг жарохатланишидан, онанинг эрда антинатал хомиладорлик пайтида заарли ва захарли моддалар билан заарланишидан сакланиш лозим булади.

Болаларда корин бушлиги ва корин парда орт ива ички генитал аъзо кистоз касалликларида ёки «пайпасланувчи хосила синдроми» ни келтириб чикарувчи касалликларини асоратланмаслиги учун bemorning корнида клиник текширишларини жуда авайлаш йули илан утказиш, bemornинг куча ва спорт жарохатланишларидан сакланиш 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.