

# Өңештің даму ақаулары: ахалазия, кардия халазиясы, туа біткен қысқа өңеш, дивертикул, өңештің екі еселенуі



Орындаған: Басығара К.Қ  
Қабылдаған: Мусаева А.А  
Факультет: ЖМ  
Тобы: 14-026-1к

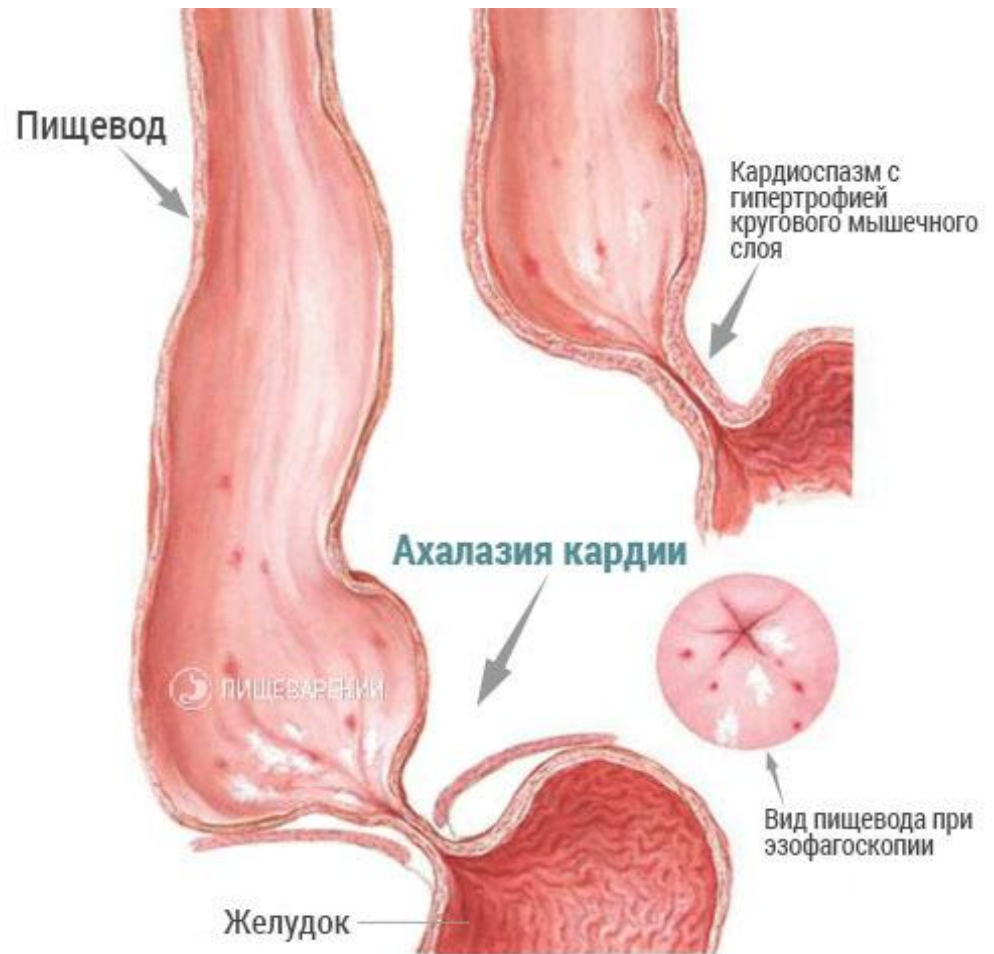
# Жоспары:

- 1.Кіріспе
- 2.Негізгі бөлім
- Ахалазия
- Кардия халазиясы
- Туа біткен қысқа өңеш
- Дивертикул
- Өңештің екі еселенуі
- 3.Қорытынды
- 4.Қолданылған әдебиеттер



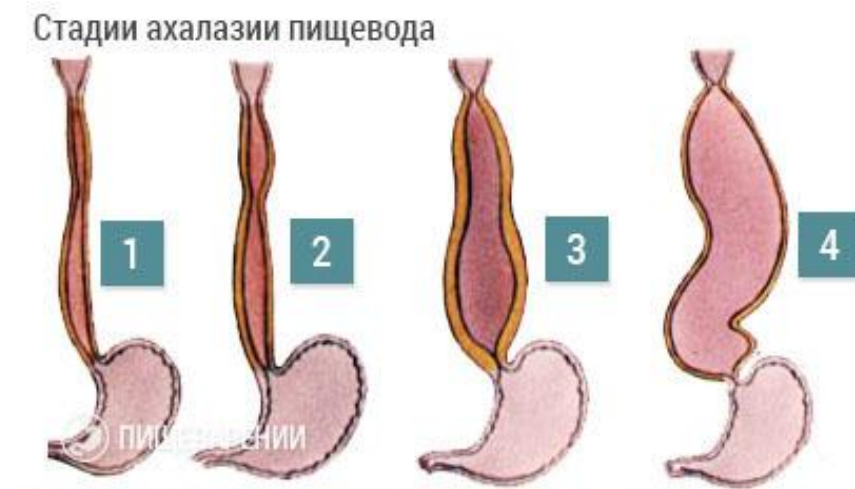
# Өңеш ахалазиясы

- Өңеш ахалазиясы— өңештің кардиалды бөлігінің өткізгіштігінің қызметтік бұзылуымен ерекшеленетін патологиялық жағдай. Ересектерге қарағанда балалар арасында сирек кездеседі.



# Этиологиясы мен патогенезі

- Ауру нейрогенді табиғатты болып саналады. Ауру себебі – өңештің кардиалды бөлігіндегі ауэрбах өріміндегі ганглийлердің нейрондарының жеткіліксіздігі және кезбе жүйкесінің қозғалтқыш ядроларындағы дегенеративті өзгерістер. Толық емес жүйкелену кардияның ашылуы мен өңештің жоғары орналасқан бөліктерінің қозғалтқыш қызметінің бұзылыстарына әкеледі.



# Клиникалық көрінісі

- Дисфагия (тамақтың өтуінің қиындауы)
- Регургитация (өзгермеген тамақпен құсу)
- Дене салмағының азаюы
- Физикалық дамуы тоқтауы н/е баяулауы
- Балалардың жартысында анемия кездеседі
- Тамақтың регургитациясы аспирацияға және өкпелік асқыныстарға әкеледі (пневмония, бронхит, бронхоэктаз)

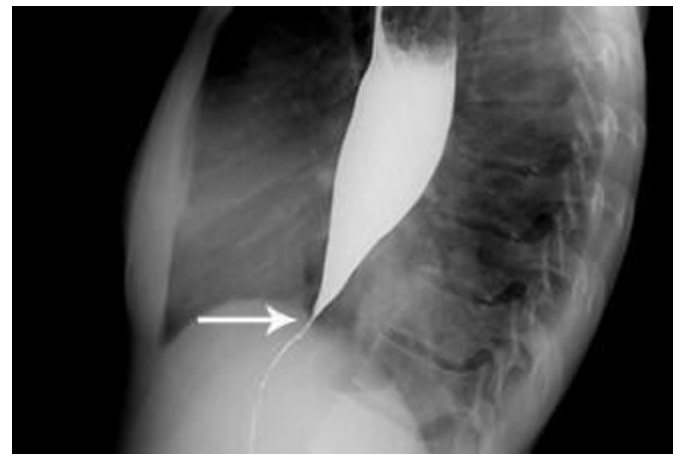
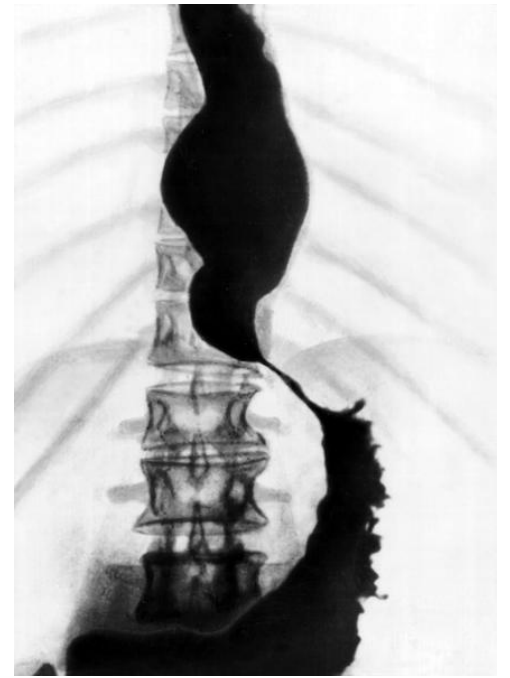
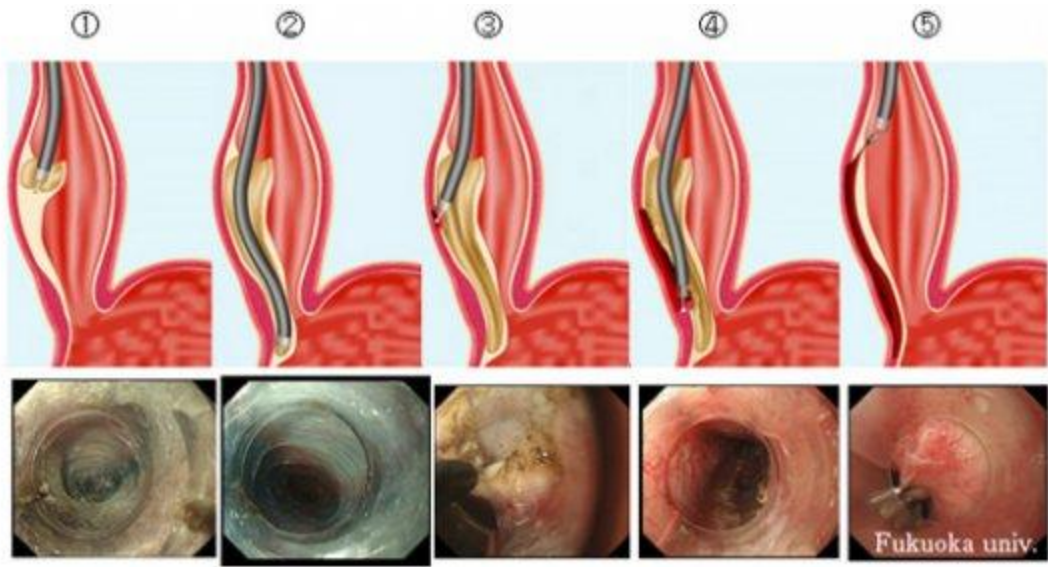
# Диагностика

## Рентгенология

- Вертикальды бағытта жасалатын кең ауқымды рентгеноскопия да асқазандағы газ көпіршігінің болмауы және кеңейген өңештегі сұйықтық деңгейі анықталады, бұл оның өткізгіштігінің бұзылысын көрсетеді. Барий сульфатын ішеді осы кезде оның өңеште кардии аймағында кідіруі мен асқазанға жіңішке ағыспен өтуі байқалады. Біраз уақыттан соң кардидің босаңсуы болып, контрасты заттың көп көлемінің асқазанға өтуі байқалады – **ішке ену симптомы**, ол кардии қызметі бұзылысының негізгі симптомы.

## Эзофагоскопия

- міндетті зерттеу әдісі, себебі ол эзофагит белгілерін және оның айқындылығын анықтауға көмектеседі, ал фиброэзофагоскоптың асқазанға еркін өтуі өңеш стенозының жоқ екендігін дәлелдейді.



# Емі

## Консервативті

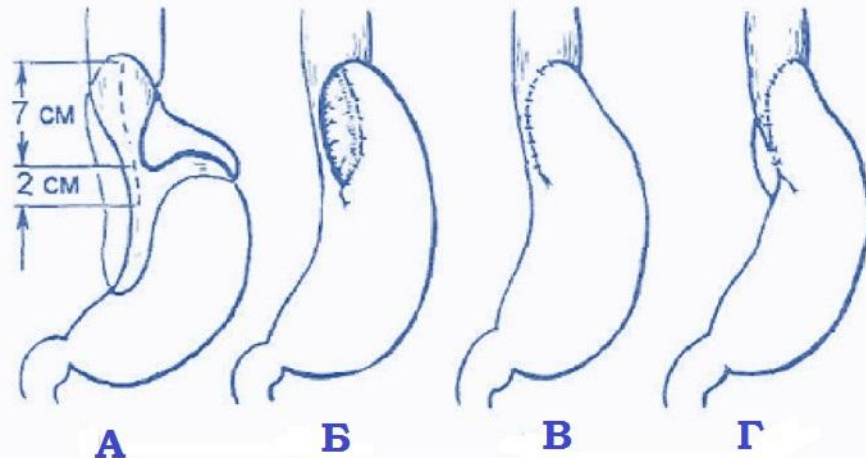
- дәрілік ем, буждау және кардиодилатация жатады (баллонодилатация)

## Оперативті

- Эзофагокардиофундопликациямен бірге қолданылатын шырышты қабықшадан тыс кардиомиотомия кеңінен қолданылады (Геллер отасы).



- Кардиомиотомияның негізі, бұл – өңештің шырышты қабықшасына дейін тік және циркулярлы бұлшықеттер қабатын 5-7 см дейін тілу .Кейін асқазан түбін бұлшықеттік тілік дөңесіне іліп, осылайша жарақаттық беті жабылып, антирефлюксті механизм - эзофагокардиофундопликация пайда болады.



# Кардия халазиясы

- Эзофагокардиальды сфинктердің жүйке-бұлшықетті аппаратының дамымауына немесе эзофагофундаментальді бұрыштың түзуленуіне байланысты өңештің кардиальді бөлігінің кеңеюі. Кардия халазиясы өңештің кедергісі болмаған кезде қою тамақ жеген кезде жұтудың қиындауымен сипатталады.

# Клиникалық көрінісі

перистальтикалық  
белсенділігі  
төмендеуі

тамақ массасының  
тоқырауына

көп кекіру және  
құсу

аш болып қалады  
және қайтадан  
қуана-қуана еме  
бастайды

# Диагностика

- Диагноз Тренделенбург позициясында өңештің рентгенографиялық зерттеу нәтижелері бойынша анықталады. Фибро-эзофагоскопия көмегімен кардионның халалиясын диагностикалауға болады, эзофагитты, өңеш ойық жараларды анықтауға болады.

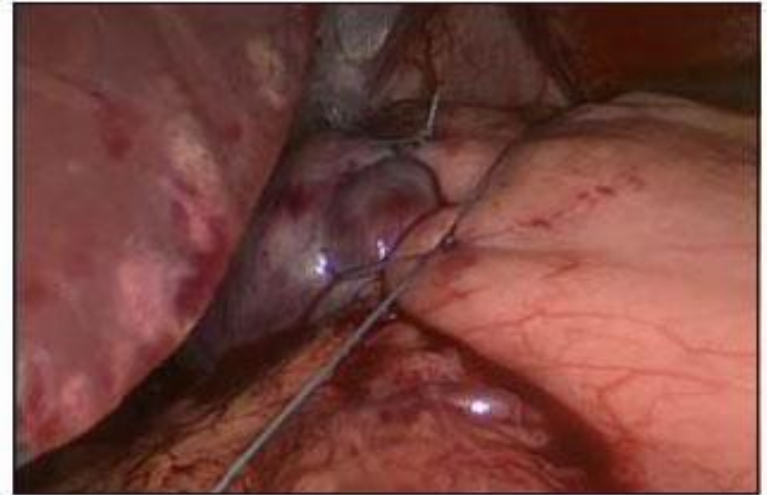
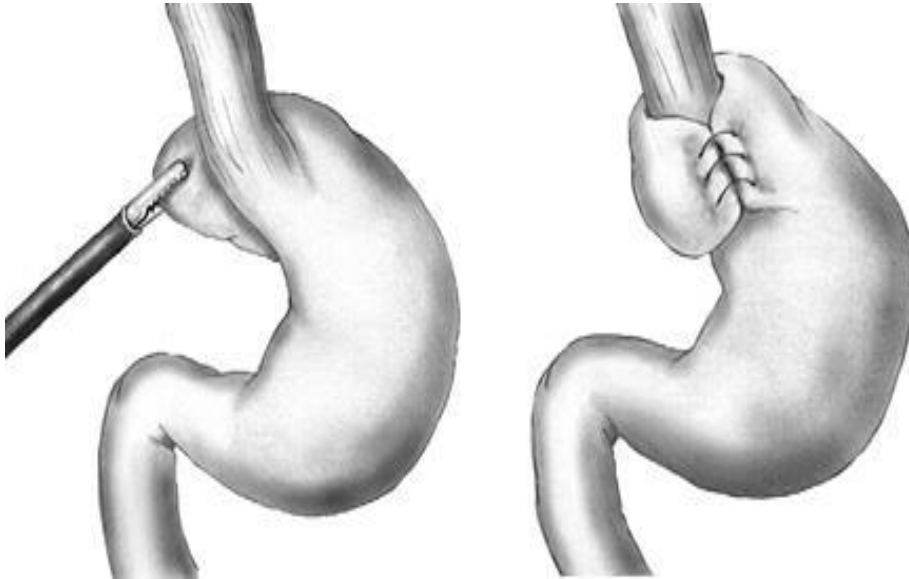
# Емі

Тәртіптік емес емдеу

Калық асер көрсететін дәрі-дәрмектер (ломперидон ішке, метопролол) /-14 күн. Антациттер 2 апта

Хирургиялық ем

# Ниссон б/ша фундопликация



# Туа біткен қысқа өңеш

- Туа біткен қысқа өңеш (брахиоэзофагус, кеуде асқазасы) – бұл өңештің ұзындығы кеуде қуысының биіктігіне сәйкес келмейтін кезде болатын аномалия, асқазаның ұзындығы диафрагманың үстінен орналасқан, төменгі өңештік сфинктер болмауымен сипатталады.

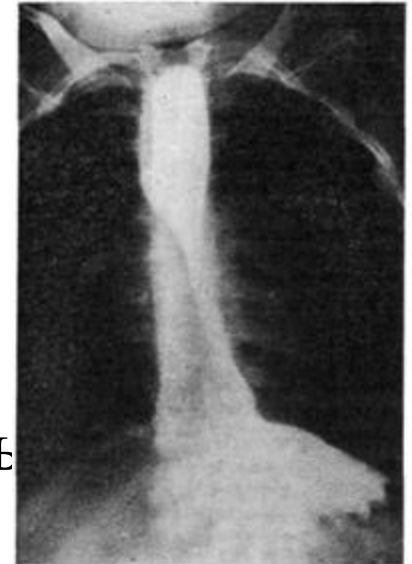
# Клиникалық көрінісі

- Туылған сәттен бастап пациенттерде құсу
- дисфагия
- сүттің регургиясы
- ауыр гипотрофия.
- Туа біткен қысқа өңеші көбінесе аспирациялық пневмония, гипохромдық анемия, эрозивтік-жарақат эзофагит сияқты аурулармен асқына түседі.



# Диагностика

- Диагнозды растау үшін **рентгендік зерттеу** жүргізіледі. Диафрагма үстінде асқазан шырышты қабатының сұлбасы байқалады. Туа біткен қысқа өңеші бар пациенттің тік күйінде кардион диафрагманың үстінде қалады.
- **Фиброзофагоскопия** қысқа өңештің диагностикасы үшін қолданылады. Диагноздың өңештің өзгертін шырышты биопсияларын зерттеу арқылы морфологиялық түрде расталуы керек.



# Емі

- Хирургиялық араласу әдісі туа біткен қысқа өңештің нысанын және науқастың жағдайын ескере отырып таңдалады. Емдеу кардиянің клапан функциясын қалпына келтіруге және пепсин қышқылдың дамуы жағдайында өңештің ашықтығына бағытталған. Эндоскопиялық хирургиялық әдістердің дамуы арқасында олар жиі хирургиялық емдеу әдісін таңдауда (әсіресе, диафрагманың асқазанның диафрагмасы бар асқазан бездерінің қатысуымен) артықшылық беріледі.

# Дивертикул

- Өңеш дивертикулы — ағза қабырғасының көкірек қуысына қапшық тәрізді кеңейіп, шығып тұруы.



# Клиникалық көрінісі

- Дисфагия
- Ауыздан жағымсыз иістің шығуы
- Мойын аумағында кездесетін үлкен көлемді дивертикулдарда эластикалық томпаю
- Қыжыл, кекіру
- Сирек жағдайда ентігу, жүрек соғысының жылдамдауы, мойын веналарының кеңеюі, дауыстың өзгеруі, Хорнер синдромы көрініс береді

# Емі

## Консервативті

Науқасқа тағамды асықпай ішуге, өңеш қабырғасына механикалық, химиялық, термиялық әсер көрсететін тағамдарды азайтуға кеңес беріледі. Дивертикул ішін әрдайым антисептиктер ертіндісімен (калий перманганат, нитрофураол және т.б.) жуу көрсетілген.

## Оперативті

3 см дейінгі көлемді дивертикулды инвагинациялап, өңеш қуысына кіргізеді. Кейін кистетті немесе жалғыздық тігіспен көлденеңінен тігеді. Егер дивертикулда асқыну немесе көлемі 3 см жоғары болса, дивертикулэктомия жасалады. Ол үшін дивертикулды бөліп алып, кесіп алып тастайды. Пайда болған дефектіні түйіндік н/е бірінғай тігіспен тігеді.

# Өңештің екі еселенуі

- Өңештің екі еселенуі бұл өңештің дамуындағы барлық кемістіктердің кемінде 1% құрайды. Шындықтың екі еселеуі бірдей бұлшық ет мембранасымен, бірдей шырышты қабатпен жабылған өңештің жанында орналасқан анатомиялық түзілім.
- Пішіні дәрекі емес, диаметрі 5-тен 10 см-ге дейін өзгереді, негізінен өңештің жоғарғы және орта бөлігін локализацияланады.

# Клиникалық көрінісі

- Клиникалық көріністерге тыныс жеткіліксіздігі немесе созылмалы стредор сияқты трахеяның қысылуына байланысты симптомдар жатады. Өңештің қысылуы және орын ауыстыруы дисфагиямен бірге жүреді.

# Диагностика

- кеуде рентгенографиясы
- іш қуысының ультрадыбыстық зерттеуін
- компьютерлік томографияны
- магнитті резонансты бейнелеуден алынған деректерге негізделген.
- Тікелей және бүйірлік проекциялардағы кеуде рентгені артқы медиастинаумда жұмсақ тіннің дөңгелек формациясын анықтауға мүмкіндік береді. Артқы медиастинаумда көлемді түзілу анықталғанда, контрастты КТ сканері көрсетіледі, ол кистозды құрылымның контурын нығайтады және оны нейробластомадан ажыратуға мүмкіндік береді.



# Емі

- Өңештің қайталанатын кисталарының емдеуі оларды оң жақ торакотомияға қол жеткізуден тұрады. Байланыс жағдайында омыртқаның өңештің кистасы омыртқадан шығаруды бастауға ұсынылады, ол кистаның өңештен оқшауланғаннан кейін пайда болуы мүмкін неврологиялық бұзылулардан сақтайды.

# Қолданылған әдебиеттер

- <http://surgeryzone.net/detskaya-xirurgiya/udvoenie-pishhevoda.html>
- <http://www.allwomens.ru/19396-udvoenie-pishevoda-kisty-u-detey.html>
- Балалар хирургиясы А.А. Дюсебаев  
Алматы 2008 ж
- <http://pavlodar.tst.bestdoctor.kz/kz/spisok-zabolevaniy/-esh-divertikuly.html>
- <https://kazmedic.org/archives/5449>