

Х.А.Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік университеті

Тақырыбы: Омфалоцеле емі

Қабылдаған: Тұрметов И.Ж

Орындаған: Кудиярова А.А

Тобы: ЖМ-417

Жоспар

I.Кіріспе

II.Негізгі бөлім

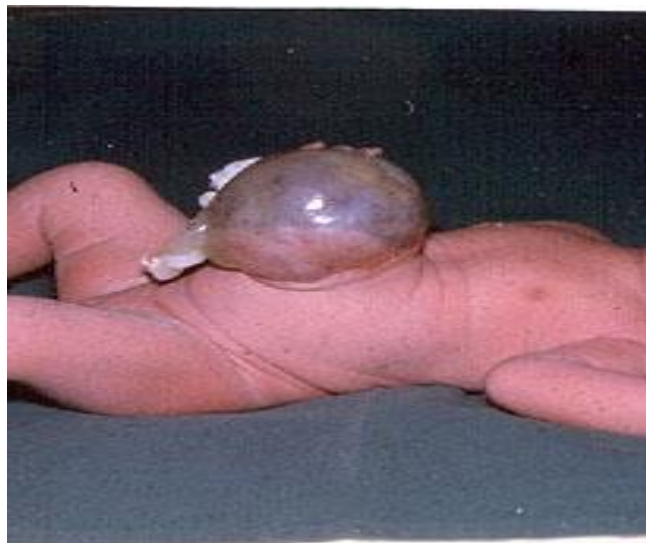
- Этиологиясы
- Клиникасы
- Диагностика
- Емі

III.Қорытынды

IV.Пайдаланылған әдебиеттер

- Кіріспе

Омфалоцеле-кіндік тамырының жарығы, тума ақаулардың бірі, нәресте туылар алдында іш құрсақтағы амнион, Вартонов дәнекер тіні, біріншілік іш құрсақ мүшелердің кіндікпен сыртқа шығуы. Кіндік жарықтары барлық жарықтардың 5% құрайды.





- **Этиология**

- Омфалоцеленің туындау себебі толық анықталмаған,бірақ оны жиі құрсақ ішілік дамудың алғашқы апталарында эмбриогенездің бұзылысымен байланыстырады.Бұл кезде іш құрсақ мөлшері тез өсіп кеткен ішектерді сыйдыра алмай, кіндік қапшығына өтіп кетеді.Олар іш құрсақта орналаспай кіндік қапшығында орналасып, уақытша физиологиялық эмбриональды жарық кезеңінен өтеді де,содан соң айналу процесін жасаған соң,үлкейген іш құрсаққа оралады.Егерде ішектің айналу процессі бұзылса,іш құрсақтың толық жетілмеуі болса бала омфалоцелемен туылады.



Клиникалық көрінісіне байланысты классификациясы:

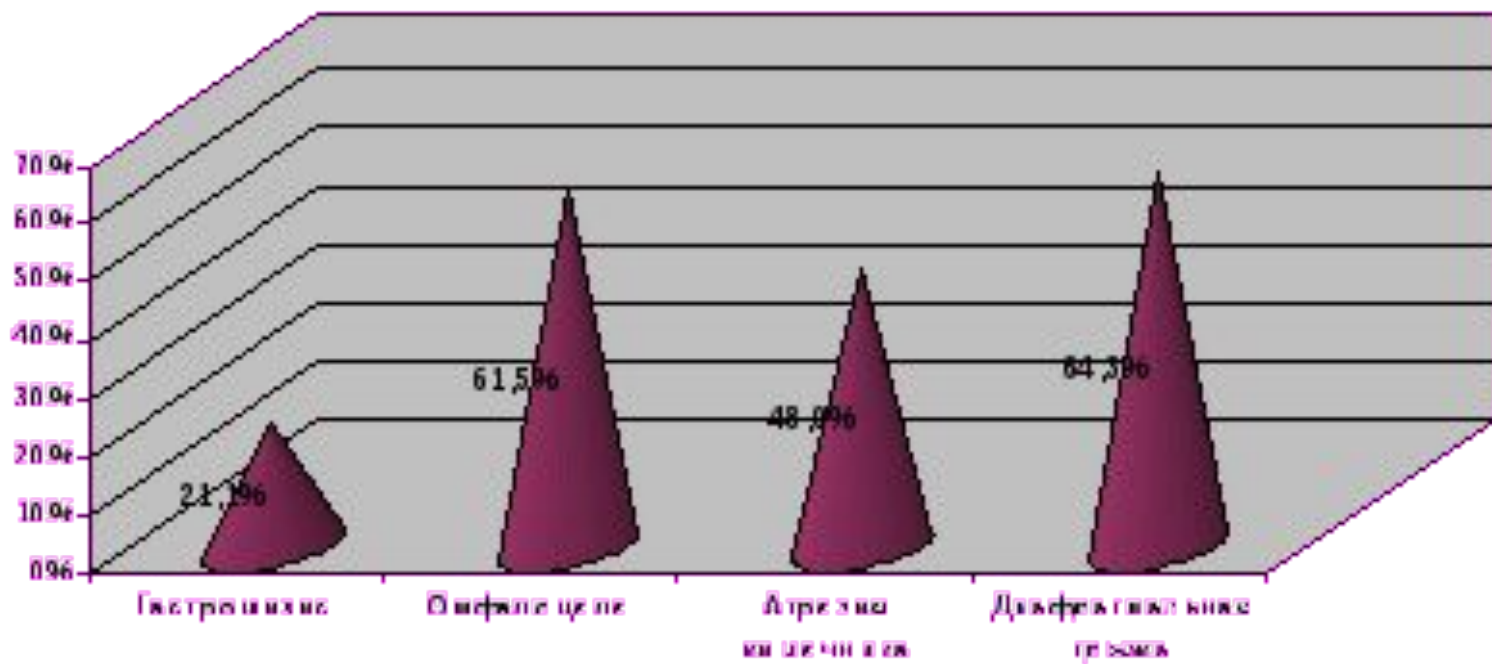
- Жарық мөлшеріне байланысты: кіші -5см, орташа-10см, үлкен-10см жоғары
- Жарық қабықшасының жағдайына байланысты: асқынбаған, асқынған



● Клиникасы

Нәрестені қараған кезде іш құрсақтағы мүшелердің жартысы кіндік қапшығында орналасады. Жарық алдыңғы іш құрсақ алдында кіндік деңгейінде орналасады. Жарықтың жоғары полюсінен кіндік шығып тұрады. Егер баланың дамуы ерте тоқтаса, онда кіндік қапшығында бауырдың жарты бөлігі мен ішектердің көп бөлігі орналасады. Эмбриональды жарықтың құрамында тік ішектен басқа мүшелердің барлығы кездеседі. Туылғаннан кейінгі алғашқы сағатта кіндік қапшығы жарық қапшығын түзеді, ол жылтыр-мөлдір ақшыл түстес болады. Кейіннен ол кебеді, бұлдырланады да инфицирленип фибринозды жабынмен қапталады. Егерде дер кезінде емдік іс шара жүргізілмесе сепсис пен перитонит дамиды.





Диагностика

- 1.Пренатальды диагностика-сериялық УДЗ
- 2.Анасының қанының құрамында альфа-фетопротеин жоғарлауы.(эмбрионның бауыры мен АІЖ бөлінетін белок).Жүктілік кезінде даму ақауларын анықтауда диагностика жүргізеді.
- 3.Амниоцентез



Емі

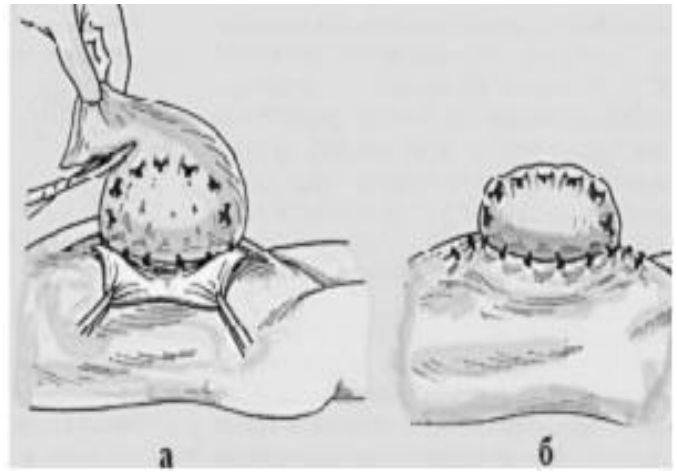
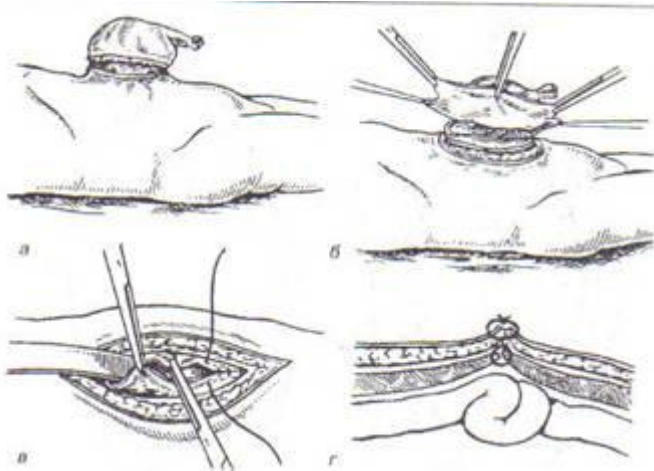
- Консервативті
- Оперативті



Консервативті емі

- Спирт, 2% йод тұнбасымен кіндік қапшығын өңдеу. Коагуляциялық қабықтар алынып, грануляциялық тін пайда болған соң мазь таңғыштарына өтеді. Вишневский мазь, Шестаковский бальзамы. Антибиотиктер, физиотерапиялық ем (ультракүлгін сәулелендіру, антибиотиктермен электрофарез), нығайту-стимуляциялаушы терапия жүргізу.

- **Оперативті ем:** Гроссе әдісімен жасау, ақауды аллопластикалық материалмен жабу.
- Гроссе әдісінде- кіндіктің артық бөлігін кесіп алады. Қапшықты 5 % йод тұнбасымен өңдеп, теріні кеңірек ашады. Бұлшық етті- апоневротикалық бөлініп алынған бұрышты жоғары полюсіне жақын дарық қапшығына тігеді. Теріні жарық қапшығы үстінен түйінді жіптермен тігіс салады.
- Аллопластикалық материал ретінде- дакрон, тефлон қолданады.



Қорытынды

- Операциядан кейнгі баланы жүргізу тактикасы-күсу мен аспирацияны алдын алу үшін- орогастрльды зонд қю
- Тыныс жеткіліксіздігі болса- ээндотрахеальды интубация, ӨЖЖ
- Регидратация
Шығарған зэр мөлшерін бақылау үшін- катетер орналастыру.
- Гипотермия алдын алу үшін- богреватель, жылынғын инкубаторға жатқызу
Басқа да аномалия бар жоқтығын тексеру.
- Транспортировка қажет жағдайда- нәресте жылынған инкубаторда тасымалданады.

Пайдаланган әдебиеттер

- 1 . Ашкрафт К.У, Холдер Т.М Детская хирургия том-2
- Исаков Ю.Ф, Далецкий С.Я. Детская хирургия
- Атлас детской оперативной хирургии
Пури П., Гольварт М.2009
- Национальное руководство Детская хирургия
Под ред. Ю.Ф.Исакова. А.Ф.Дронова
2009
- Исаков Ю.Ф., Степанов З.А., Красовская Т.В.
Абдоминальная хирургия у детей
- Дроздов А.А., Дроздова М.В. Детская хирургия:
конспект лекций