

«Оңтүстік
Қазақстан
медицина
академиясы"АҚ



АО «Южно-
Казахстанская
Медицинская
академия»

Терапиялық пәндер кафедрасы

Презентация

Тақырыбы: *Балалардағы өңештің
сәулелік диагностикасы*

Дайындаған: Есен Данира
Тобы: ЖМҚА 01-19
Қабылдаған : Шапамбаев Н.

Шымкент 2021

Жоспар:

I Кіріспе

- Өңештің сәулелік диагностикасы

II Негізгі бөлім

- Зерттеу әдістері
- Балалардағы ерекшеліктері

III Қорытынды

IV Пайдаланылған әдебиеттер.

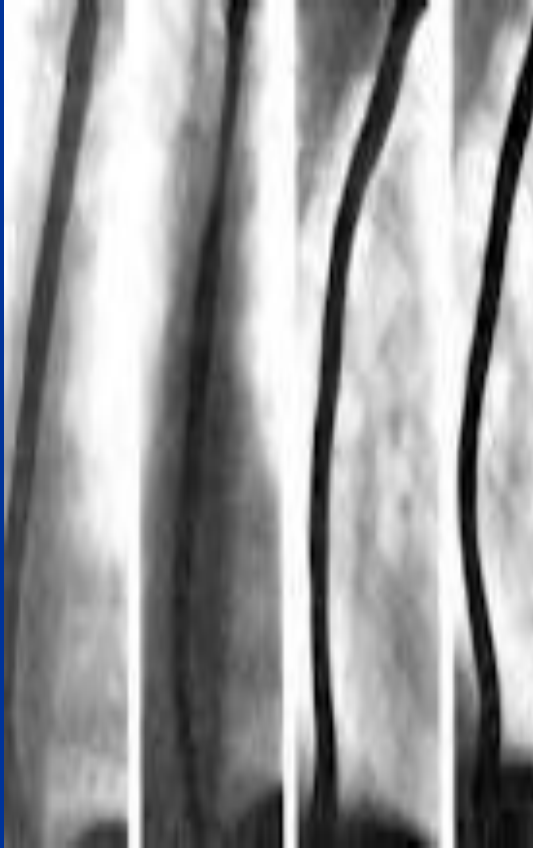


Өңеш

Нәрестеде диаметрі 4 см, ұзындығы 10 – 12 см. Өңеш 3 – 5 жаста жақсы дамиды. 11 – 12 жаста өңеш ұзындығы екі еселенеді, ол 20 – 22 смге жетеді. Тістен асқазанның кардиальды бөлігіне дейін қашықтық 16,3 см, 2 жаста ол 22,5 – 24,0 смге, 5 жаста 26,0 – 27,9 смге, 12 жаста 28,0 – 34,2 смге ұзарады. Өңеш көлденеңіне ұзындығы 2 – 6 айлығында 0,85 – 1,2 смге, 6 жасында 1,3 – 1,8 смге жетеді. Нәрестеде өңеш III – IV мойын омыртқа аралығы деңгейінде орналасады, 2 жаста IV – V мойын омыртқа деңгейінде, 10 – 12 жасында V – VI мойын омыртқа деңгейінде, 15 жасында VI – VII мойын омыртқа деңгейінде, ал қарттарда I кеуде омыртқа деңгейіне сәйкес келеді.

Өңеш.

- Қарама-қарсы бағытта түсірілген рентгенограммада өңеш жұтқыншақтан 6-шы 7-ші мойын омыртқалар деңгейінде басталады, омыртқа көлеңкесінің ортасында орналасқан, сәл төмен түскенде солға қарай ығысқан (қалқанша безді айналып өтеді). Кеуде қуысына кірер жерде 6-шы – 7-ші мойын омыртқалармен 1-ші кеуде омыртқасының деңгейінде өңештің мойын бөлімі көрінеді. Кеуде қуысына кірер жерде қайтып ортаға келеді, қолқа доғасының деңгейінде сәл ортаға ығысқан, төмендеген сайын сол жаққа қарай ығысқан, өңештің кеуде бөлімі 2ші – 10шы кеуде омыртқасының деңгейінде байқалады. Құрсақ қуысына кірер жерде қайтып ортаға келеді, диафрагмадан өткеннен кейін бірден солға қарай ығысқан.



Өңешті сәулелі тексеру жолдары

Сәулелі зерттеу асқорыту жүйесі мүшелерінің ауруы және зақымдалуының диагностикасында маңызды орын алады. КТ, МРТ, ПЭТ сияқты зерттеудің жаңа, жоғары ақпаратты әдістерінің шығуы асқазан – ішек жолы мүшелерінің ауруы және зақымдалуының сәулелі диагностикасының маңыздылығын айтарлықтай жоғарылатты, алайда, зерттеудің рентгенологиялық әдісінің маңызын төмендеткен жоқ.



Рентгенологиялық әдіс

Асқорыту жүйесі мүшелерінің рентгенологиялық зерттеуінің құрамына міндетті түрде жарықтандыру мен рентгенография (шолу және аймақтық) кіреді, себебі, асқорыту жүйесінің анатомо – физиологиялық ерекшеліктеріне байланысты, ауруларды стандартты кескіндерде орындалған суреттер бойынша ғана талдау мүмкін емес.



Өңештің компьютерлі және спиралды томографиясы

Компьютерлі және спиральды томография өңештегі ісіктерді, қабырғаларының қалыңдығын, ісіктің көрші ағзаларға өтуін және өсуін, лимфа түйіндерінде метастаздарды анықтауға және т.б. көмегін береді.

Эзофагофиброскопия. Өңештің бүкіл бойындағы шырышты қабаттарын тексеруге болады. Сонымен қоса күмәнде аймақтарда прицелді биопсия (гистологиялық тексерумен), цитологиялық мазок жасауға болады.



ӨҢЕШТІ РЕНТГЕНОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУ

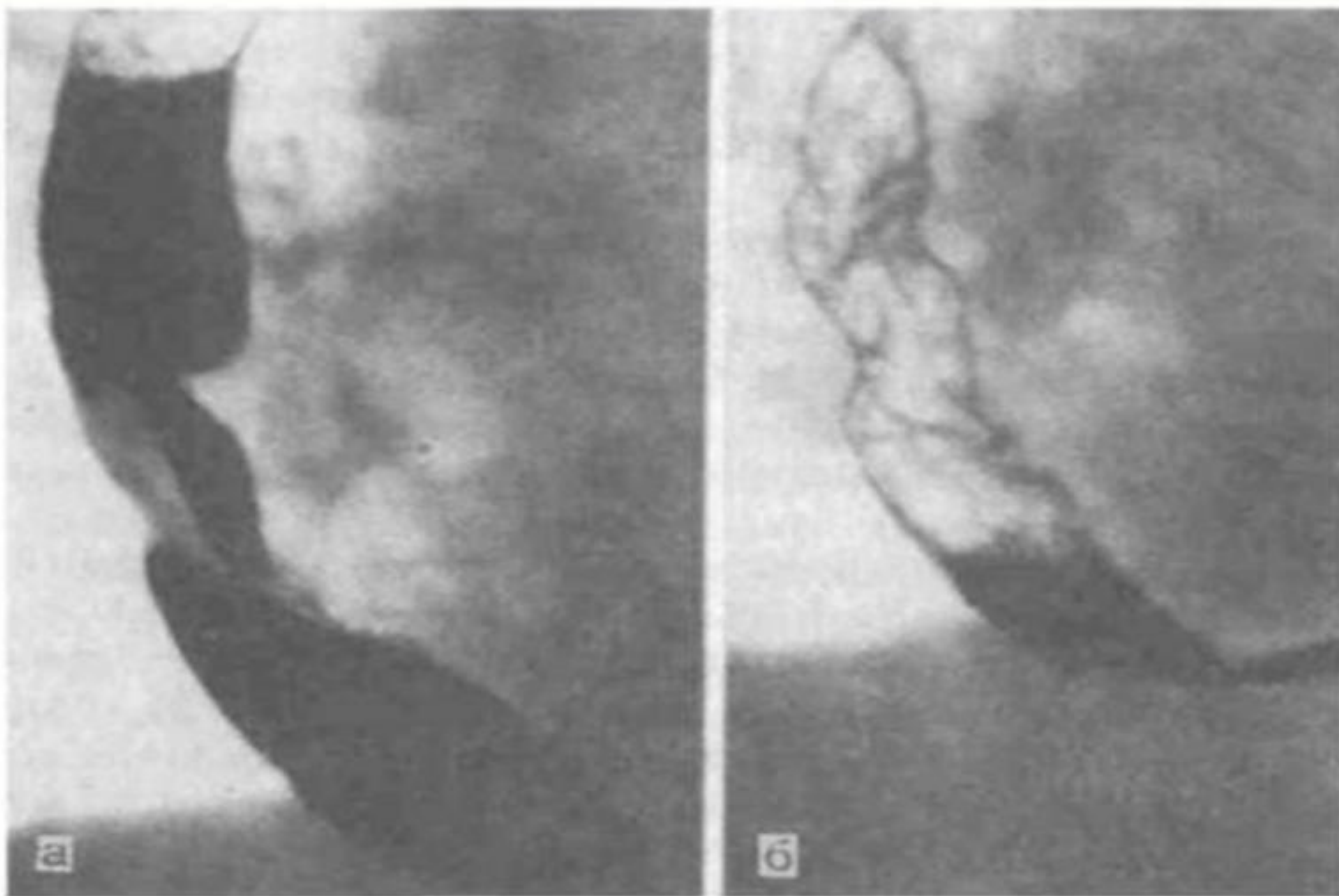


Рис. 28 Экзофитный рак пищевода при тугом наполнении контрастным веществом (а) и в фазе пневморельефа (б) Складки слизистой оболочки в области опухоли разрушены. Контуры пищевода неровные.

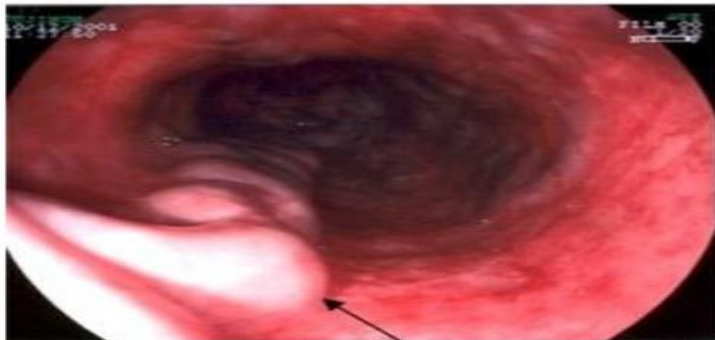
ӨҢЕШТИҢ ЭНДОФИТТИ ІСІГІ



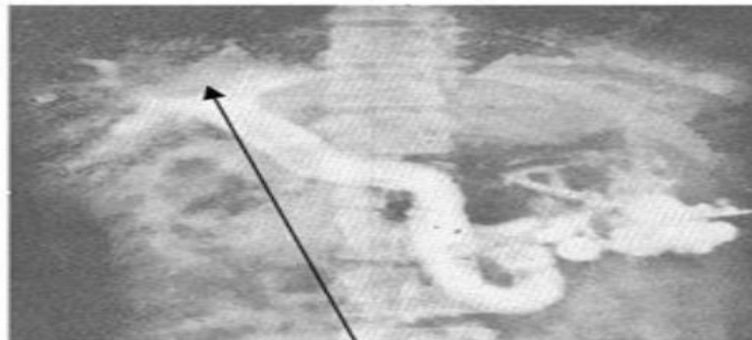
Өңештің эндоскопиялық ультрадыбыстық зерттеуі. Эндоскопиялық ультрадыбыстық зерттеу өңештің тарылған өзегі арқылы инструментті өткізу арқылы, өңештің қабырғаларының зақымдалған аймағының тереңдігін және медиастинальды лимфа түйіндерді анықтауға болады.

Қатты эзофагоскоппен эзофагоскопия бөгде заттарды алып шығуға және варикозды тамырларды склероздауға және т.б. қолданылады.

эзофагоскопия



спленопортография



Өңештің эзофаготонокимографиясы

Эзофаготонокимография – өңештің қабырғаларының және сфинктерінің жиырылуын және тонусын графикалық жазу, өңештің нервті – бұлшықетті функционалды зақымдалуын және кейбір органикалық ауруларын (кардияның ахалазиясы, эзофагоспазм, диафрагманың өңештік өзеінің жарығы және т.б.) диагностикалауда қолданылады.

Өңеш рН-метриясы – кардиядан 5 см жоғары орнатылып, арнайы зондтың көмегімен асқазан – өңештік рефлюкстың интенсивтілігін анықтау. Асқазан – өңештік рефлюкс кезінде рН-тың тез арада төмендеуі және ауырсыну синдромының күшеюі көрініс береді.



1.Өңеш атрезиясы – өңештің жоғарғы бөлігі бітеу болып, ал төменгі бөлігі көп жағдайда трахеямен қатынасатын күрделі даму ақауы. Өңеш атрезиясы жиі басқа даму ақауларымен бірге болады: туа біткен жүрек, АІЖ несеп жыныс жүйесінің ақулары және т.б. 5% жағдайда өңеш атрезиясын хромосомдық ауруларда кездестіреді. Өңеш атрезиясының жиілігі балалар популяциясының ішінде 1000-0.3 құрайды. Ер және әйел жыныстарының қатынасы – 1:1. Ақаудың дамуы эмбриогенездің ерте кезіндегі бұзылыстарымен байланысты. Трахея мен өңеш – алдыңғы ішектің басқы соңынан, яғни бір туындыдан пайда болатыны белгілі. Ерте кезде трахея өңешпен кең байланысады. Олардың ажырауы құрсақ ішілік дамудың 4-5 аптасында болады. Трахея мен өңештің бағыты мен өсу жылдамдығының біртекті болмауында және күні өңешпен бірге ішек түтігінің басқа да құрылымдары өтетін вакуолизация үдерістерінің бұзылысында, өңеш атрезиясының дамуы мүмкін.

Аntenatalды диагностика

Аntenatalды диагностикаға микрогастрия және көп судың болуы тән, I триместрдің басында өңештің жоғарғы бітеу бөлігі көрінеді. Жүктілік анамнезіне I триместрде түсік тастау қауіпі тән.

Өңеш атрезиясының белгілері бала туылғаннан кейін алғашқы сағаттарда анық байқалады. Өңештің жоғарғы бітеу бөлігі шырышқа толы, баланың аузы мен мұрын жолдарынан көп көлемде көпіршікті бөліністер шығады. Шырыштың бір бөлігін жаңа туған нәресте аспирациялап, цианоз пайда болады. Мұрынжұтқыншақ құрамы сорылғаннан кейін цианоз қайта пайда болады. Аз уақыт ішінде өкпеде сырылдар пайда болып, ендігу күшейеді.

Диагнозды нақтылау үшін басы дөңестеніп келген жұқа уретралды катетер мен өңештің катетеризациясы жасалады. Катетерді мұрын арқылы енгізеді. 6-8 см тереңдікке өткен соң, катетер өңештің бітеу бөлігіне тіреледі немесе баланың аузынан шығады. Катетер арқылы шырышты сорады. Өңештің бітеу бөлігіне енгізілген ауа, мұрынжұтқыншақтан шумен шығады [элефанттың оң симптомы(піл)]. Атрезияның ерте диагностикасының маңыздылығын ескере отыра [аспирациялық пневмония пайда болғанға дейін (бірінші емізуге дейін)], туылғаннан кейінгі тынысалу бұзылыс синдромдары бар барлық нәрестелерге өңешті зондтау жасалуы тиіс.



- Өңеште 3 физиологиялық тарылған жер байқалады: жұтқыншақтың өңешке өтетін жерде, қолқа жоғасының тұсында, диафрагманың өңеш өтетін тесігінде.
- Рентгенологиялық қысылу: бронхтық бөлінген жерінде.







Зерттеу әдістері.

- Қазіргі заманда ас қорыту мүшелеріне қолданылып жүрген сәулелік зерттеу әдістерін бірнеше топқа бөлуге болады: негізгілері, рентгеноконтрастық тәсілдері, қосымша және арнайылары, функционалдық тәсілдер.
- Ас қорыту жолын (жұтқыншақ, өңеш, асқазан, ішектер) зерттеуде негізгі әдіске жататыны – рентгенологиялық тәсілдер (рентгеноскопия мен рентгенографияны қатар қолдану).



- Тексеретін бір түтік болғандықтан өңеш, асқазан және ішектерді рентген сәулесімен зерттеудің ортақ қағидасы (негізгі) бар – ол контрастық зат беріп тексеру. Себебі медиастиnum мен құрсақ қуысындағы мүшелердің барлығы қалыпты жағдайда рентген сәулесін теңге жақын өткізеді, сондықтан өңеш, асқазан, ішектердің қасында орналасқан мүшелердің көлеңкесінен зерттелуші мүшенің көлеңкесін көбіне ажыратуға мүмкін болмайды. Тек сәуле тоқтатпайтын газ жиналғанда, немесе тас, тағы басқа рентген сәулесін тоқтататын бөгде заттарды жұтқанда (темір т.б.) олардың көлеңкесі мен орнын байқауға болады.





- Негізгі контрастық зат – барийдің күкірттегі сульфаты. Барийдің күкірттегі сульфаты – ақ түсті ұнтақ, дәріханада 100 гр мөлшерде қапталған түрінде сатылады. Дайындағанға дейін түйіршіктері болады. Науқасқа бере алдында күрделі дайындықтан өту керек. Суға салып қайнатады. Қайнатылған қойыртпақ науқасқа берер алдында миксер арқылы (ішетіні 100 гр қойыртпақ+100 мл қайнаған су; контрасты клизма – 600 гр қойыртпақ+100 мл қайнаған су) біртекті, түйіршіксіз – “қаймақ” түріне жеткізілуі керек. Барий күкірттегі сульфаты суға және ас қорыту сөлдеріне ерімейді, денеге сіңбейді, тітіркендірмейді, зақым келтірмейді, ішкен немесе клизма түрінде бұзылмастан ағзадан шығады.



- Барийдің күкірттегі сульфатын беру мөлшеріне байланысты түтікті түрліше толтыруға болады, негізгі екі түрі бар: ол әбден толтыру және аздап ішкі қабатына жағу. Ас қорыту түтігін зерттегенде рентгенограммада үш кезеңін көру керек: шырышты қабатының суретін; барий күкірттегі сульфаты мен газдың түтікті қатарлас толтырған кезеңін; соңында антеградты зерттеуде немесе алдыңғы кезеңінде ретроградтық зерттеу контрастық затпен әбден толтырылған түтіктің көрінісін.



- Өңеш пен асқазанды қараған кезде контрасты затты мөлшерлеп (шай қасықпен) беріп, бірінші кезеңін көреміз, содан кейін газ беретін дәрі-дәрмекпен асқазанды толтырады, аяқтаған кезде дайындалған барийдің күкірттегі сульфатын түгел беру керек.
- Түтікті барий күкіртті сульфатына әбден толтырғанда көретініміз: орналасқан орны, көлемі, пішіні, шекарасы, ығыстырылуы, перистальтикасының деңгейі, эвакуацияның жылдамдығы.



Пайдаланылған әдебиеттер

- Сәулелі диагностика: оқулық / РФ білім және ғыл. министрлігі ; Г. Е. Труфановтың редакциясымен; қазақ тіліне ауд. А. Б. Ахметбаева; жауапты ред. А. Қ. Ахметбаева. - ; И. М. Сеченов атындағы ГОУ ВПО "Бірінші Москва мемл. мед. ун-ті" ұсынған. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 576 бет. с.
- Хамзин, Ә. Сәулелік диагностика. Бірінші кітап. Кеуде қуысы мүшелерінің қалыпты көрінісі және ауруларының рентгенологиялық негіздері/ Ә. Хамзин. - Алматы : Эверо, 2010. - 148 бет. с.
- Хамзин, Ә. Сәулелік диагностика. Екінші кітап. Ас қорыту мүшелерінің қалыпты көрінісі және ауруларының сәулелік белгілері/ Ә. Хамзин. - Алматы