

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы	044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы	48 беттің 1беті

ДӘРІС КЕШЕНІ

Пәні: «Балалар хирургиясы»

Пән коды: ВН 4305

ББ атауы: «6В10102 - Педиатрия»

Оқу сағаттарының/кредиттердің көлемі: 180сағ/6кредит

Оқу курсы мен семестрі: 4 курс, VII семестр

Дәріс көлемі: 15 сағ.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 2беті

Дәріс кешені БББ бойынша МОБ сәйкес әзірленген «Балалар хирургиясы» және кафедра мәжілісінде талқыланды.

Хаттама № 11 « 23 » 06 2023ж

Каф.меңгерушісі, PhD



К.С.Кемельбеков

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 3беті

№1 Дәріс

1.Тақырыбы:ҚР балалар хирургиясының тарихы. Балалардағы жіті аппендициттің ерекшеліктері. Перитонит.

2.Мақсаты:

Отандық балалар хирургиясының тарихы. ҚР балалар хирургтарының балалар хирургиясын дамытуға қосқан үлесі. Балалар хирургиясындағы Этика және деонтология.

Жедел аппендицит кезіндегі диагностика, емдеу және тактика алгоритмдерін меңгеру.

3.Дәрістер тезистері:

ҚР балалар хирургиясының тарихы.

Балалар хирургиясы-бала жасындағы туа біткен және жүре пайда болған даму кемістіктері мен ауруларының этиологиясын, патогенезін, клиникасын, нәтижелерін, диагностикасын және емдеу тәсілдерін зерттейтін ғылым.

Балалар хирургиясының дамуына көрнекті кеңес ғалымы, дарынды хирург, Қазақ КСР-нің еңбек сіңірген ғылым қайраткері, академик Александр Николаевич Сызғанов үлкен үлес қосты, ол 1945 жылы хирургия ғылыми орталығының негізін қалаушы болды. Ол орталықтың директоры болып 30 жыл, 1945 жылдан 1975 жылға дейін жұмыс істеді. Академик А. Н.Сызғановтың басшылығымен институт қызметкерлері эндемиялық зобпен күресу бойынша бірқатар іс-шаралар әзірледі. Оның талабы бойынша облыс орталықтарындағы филиалдарымен республикадағы бірінші обырға қарсы диспансер ашылды. Академик А.Н. тікелей қатысуымен Сызғанова институттың ғалымдары мен дәрігерлері Жарақат кезінде іріңді асқынулардың алдын алудың бірегей әдістерін ойлап тауып, новокаин блокадасымен бірге антибиотик ерітіндісін тканішілік енгізу арқылы жараларды емдеу тәжірибесіне енгізді. 1956 жылы кеуде хирургиясы бөлімі жұмысқа кірісті, онда ғылыми зерттеулер жүргізілді, өкпенің ерекше емес аурулары бар науқастарға хирургиялық көмек көрсетілді. Бір жылдан кейін хирургия институтының базасында Қазақстандағы алғашқы онкологиялық сектор ұйымдастырылды. Оның мамандары кейбір қатерлі ісіктерді хирургиялық емдеудің әртүрлі әдістерін зерттеді. 1958 жылы Институтта жүрек-қантамыр хирургиясы бөлімі ашылды, онда академик А. Н.Сызғанов Қазақстандағы алғашқы жүрек операциясын орындайды. 1975 жылы институт директоры қызметіне белгілі ғалым, хирург, профессор Гавриил Кириллович Ткаченко тағайындалды. Ол бұл мекемені 1980 жылға дейін басқарды. 1980 жылдан бастап орталықты ҚР ҰҒА академигі, ҚР Мемлекеттік сыйлықтарының лауреаты, "Халық Қаһарманы" Мұхтар Әлиұлы Әлиев басқарады. Сол жылы институтқа оның негізін қалаушы - академик А. Н.Сызғановтың есімі берілді.

Қазақстан хирургтар мектебі орталық директоры, медицина ғылымдарының докторы Болат Бимендеевич Баймаханов: - Академик М.А. Әлиев іс жүзінде кез келген органдарда операцияларды орындауға қабілетті аса көрнекті хирург бола отырып, қазіргі уақытта Қазақстанның жетекші хирургтар мектебін басқарады. Оның оқушыларымен 67 докторлық және 81 кандидаттық диссертация қорғалды. Хирургия орталығының он тоғыз қызметкері Мемлекеттік сыйлықтардың лауреаты атағына ие болды, екеуі Қазақстан Республикасының Еңбек сіңірген ғылым қайраткерлері болып табылады. Қазіргі уақытта академик М. А. Әлиевтің көптеген оқушылары жауапты қызметтер атқарады. Мұхтар Әлиевичтің табандылығының арқасында Орталық Ислам Даму Банкінің кредиті және Сауд Арабиясы королінің өтеусіз гранты есебінен сатып алынған "Тошиба" фирмасының заманауи жабдықтарын алды. Хирургия орталығының құрылымы а. н.Сызғанов атындағы

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы	044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы	48 беттің 46-сі

институттың 9 клиникалық бөлімі және 18 қосалқы бөлімшесі бар. Кардиохирургия бөлімінде жүрекке ота жасалады. Өңеш, асқазан және медиастинальды хирургия бөлімінің мамандары осы органдардың аурулары бар науқастарды емдейді. Бөлімде хирургия, бауыр, өт жолдары және ұйқы безі айналысады жойып, түрлі кист және зақымданған учаскелерін бауыр. Кейбір ауруларды жедел емдеуде плазмалық скальпель қолданылады. Сондай-ақ, эхинококкозды, бауырдың түрлі қатерсіз және қатерлі ісіктерін, бауыр циррозын хирургиялық емдеу, өт жолдарында реконструктивті-қалпына келтіру операциялары және жатыр қосалқыларының аурулары кезінде операциялық араласулар жүргізіледі. Тамырлы хирургия және микрохирургия бөлімінде тамырларға барлық операциялар жасалады. Микрохирургтер, сондай-ақ, пациенттерге аяқ-қол сегменттерінің: саусақ пен қол бөліктерінің травматикалық ампутациясы кезінде көмек көрсетеді. Торако-абдоминальді хирургия бөлімінің мамандары кеуде, құрсақ қуысы және несеп-жыныс жүйесі органдарының аурулары бар пациенттерге операция жасайды. Трансплантация бөлімінде тек Қазақстан азаматтары ғана емес, Қырғызстан, Өзбекстан және Түркия елдерінің емделушілері де ем алуда. Жалпы шұғыл хирургия бөлімшесінің дәрігерлері травматологиялық, іріңді хирургия мен нейрохирургияны қоспағанда, шұғыл хирургиялық араласудың барлық түрлерін орындайды. Осы бөлімдерден басқа орталықта бірнеше диагностикалық зертханалар бар"

Жедел аппендицит

Жедел аппендицит-ішектің құрт тәрізді процесінің қабынуы

ЖІКТЕЛУІ:

Жедел аппендициттің клиникалық және морфологиялық жіктелуі

- * бұзылмайтын аппендицит (қарапайым, катаральды)
- * деструктивті аппендицит (флегмонозды, гангренозды, перфоративті).
- * асқынған аппендицит (периаппендикулярлық инфильтрат және абсцесс, перитонит).

Шағымдар мен анамнез:

Жедел аппендициттің клиникасы жасына, іш қуысында қосымшаның орналасуына, ағзаның реактивтілігіне, қосымшаның қабыну формасына және асқынулардың болуына байланысты; ауырсыну кенеттен пайда болады, аурудың басында эпигастрий аймағында ауырсыну пайда болады, содан кейін оң жақ мықын аймағында локализация жиі тұрақты, ауырады; аурудың алғашқы сағаттарында жүрек айнуықұсу-аурудың алғашқы сағаттарында жиі бір немесе екі рет, ауыздың құрғауы, тілдің жамылғысы, температура реакциясы әдетте 37,5-38°C, тахикардия, дененің мәжбүрлі жағдайы, көбінесе оң жағында асқазанға әкелетін аяқтары бар.

Физикалық тексеру:

- * оң жақ мықын аймағында пальпация кезінде жергілікті ауырсыну (Филатов симптомы) және оң мықын аймағында алдыңғы іш қабырғасының бұлшық еттерінің пассивті кернеуі байқалады (defanse musculaire);
- * Кохер симптомы-кейіннен оң жақ мықын аймағына өтетін эпимезогастриядағы ауырсыну;
- * Ситковский симптомы-науқастың сол жағында тұрған кезде оң жақ мықын аймағында ауырсынуудың жоғарылауы;
- * Ровзинг симптомы-газдардың қалың бойымен қозғалуымен сол жақ мықын аймағында пальпация кезінде оң жақ мықын аймағында ауырсынуудың күшеюі.
- * Воскресенский симптомы-оң жақ мықын аймағында ауырсынуудың пайда болуы, алақанның алдыңғы іш қабырғасынан қабырға шетінен төмен қарай жылдам өтуі;
- * Щеткин-Блумберг симптомы-оң жақ мықын аймағында қолды күрт алу кезінде ауырсынуудың пайда болуы;

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы	044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы	48 беттің 5беті

- * температура мен импульстің сәйкес келмеу симптомы (әдетте температура 1 градусқа көтерілгенде, импульстің жиілігі 10 соққыға артады, аппендицитпен-импульстің жиілігі температураның көтерілуінен едәуір жоғары);
- * кіші жамбас патологиялық түзілімдерінің қабыну белгілерін анықтау үшін аппендицитке күдікті барлық балаларға саусақпен тік ішекті зерттеу жүргізу керек, оң жақта тік ішек қабырғасының ауыруы байқалады.
- * қосымшаның ретроцекальды орналасуымен-оң жақ мықын аймағында ауырсыну байқалады, бұлшықет кернеуі және перитонийдің тітіркену белгілері болмауы мүмкін.
- * Оң бел аймағында, бел үшбұрышының аймағында ауырсыну байқалады (Яуре-Розанов симптомы).
- * Қабынудың несепарға немесе бүйрек жамбасына ауысуымен несепте аз мөлшерде ақуыз мен бір эритроциттердің пайда болуы мүмкін;
- * жамбас орналасуы алдыңғы іш қабырғасының бұлшық еттерінің кернеуінің болмауымен сипатталады, пальпация кезінде ауырсыну лонның үстінде анықталады;
- * ретроперитонеальды орналасумен ауырсыну оң бел аймағында пайда болады, жыныс мүшелеріне сәуле түсіруі мүмкін немесе несепардың бойымен дизуриялық құбылыстар пайда болады.

Зертханалық зерттеулер

ОАК: орташа лейкоцитоз (11-15 x 10/9) әлсіреген және жиі ауыратын балаларда лейкоциттік формуланың солға ығысуымен лейкопения, СОЭ үдеуі байқалады, кіші топтағы балаларда 15 x10/9 және одан жоғары гиперлейкоцитоз тән;

ОАМ: құрт тәрізді өсіндінің жамбас және ретроперитонеальді орналасуында эритроциттер мен лейкоциттердің аз саны;

Перитонит

Перитонит-бұл перитонийдің париетальды және висцеральды жапырақтарының жедел немесе созылмалы қабынуы, ол дамыған сайын ауыр патофизиологиялық реакциялар кешенінің дамуымен және дененің маңызды мүшелері мен жүйелерінің функциясының бұзылуымен жүйелік сипатқа ие болады.

Клиникалық жіктелуі: этиологиясы бойынша сипаттамасы:

- * бастапқы (спонтанды перитонит-асцит-перитонит, туберкулез
- * фаллопиялық түтіктер арқылы инфекция нәтижесінде перитонит, перитонит);
- * қайталама (деструкция аясында дамыған перитонит, ағзалардың жарақаты
- * іш қуысы немесе хирургия);
- * үшінші (нозокомиалды, бастапқы фокусты жойғаннан кейін бастапқы немесе қайталама перитониттің өзгеруі).

Диагностикалық критерийлер:

Шағымдар мен анамнез:

- * Перитониттің клиникалық белгілері оның көзінің локализациясымен, іш қуысында қабыну немесе травматикалық жоюдың жергілікті және жалпы белгілерімен анықталады.
- * Шағымдар: іштің ауыруы, жүрек айну және құсу (кеңейтілген кезеңде – тоқырау), нәжіспен газдың кешігуі, тенезма, ентігу, құрғақ ауыз, дене температурасының жоғарылауы.
- * Анамнезді жинау перитониттің көзін анықтауға мүмкіндік береді: жедел хирургиялық ауру, жарақат, туберкулез, гинекологиялық ауру, асциттің дренажды, ұзақ перитонеальді диализ, іштің хирургиясы.

Операциядан кейінгі перитониттің клиникалық белгілері жиі кездеседі.

қарқынды синтрондық терапия және протездік органдардың функциялары аясында жойылған ауырсыну синдромы айқын көрінбейді. Шырышты қабықтардың құрғақтығы,

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 6беті

тахикардия, ЦВД төмен деңгейі, олигоурия, ішектің тұрақты парезі, өт дренажы, асқазан-ішек құрамы, бұлтты немесе ірінді экссудат – УДЗ, КТ жүргізу, зертханалық диагностика және миниреллапаротомия, реллапароскопия немесе реллапаротомия көрсеткіштерін анықтау үшін негіз.

Дифференциалды диагностика

Дифференциалды диагноз асцит, псевдоперитонит, өкпе және плевра аурулары, кеуде жарақатымен жасалады.

Емдеу мақсаттары:

- * перитонит көзін жою;
- * патологиялық экссудатты эвакуациялау, іш қуысын санациялау және дренаждау;
- * көзді бақылау(іштің сепсисімен), зақымдануды бақылау (Жарақат кезінде);
- * өмірлік маңызды органдар мен жүйелер функциясының бұзылуын жою және қалпына келтіру.

Емдеу тактикасы:

Перитонит-шұғыл операцияның абсолютті көрсеткіші

4. Иллюстрациялық материал:

41 слайдтық презентация

5. Әдебиеттер: негізгі және қосымша

Қазақ тілінде:

Негізгі:

1. Балалархирургиясы [Электронный ресурс] : оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Жалпы хирургия [Электронный ресурс] : оқулық / В. К. Гостищев ; қазақ тіл. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон.текстовые дан. (141Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық ірінді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011
4. Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Орыс тілінде:

Негізгі:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон.текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон.текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Қосымша:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

OÑTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 76еті

Электронды ресурстар:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Балалар хирургиясының тарихы.
2. Балалардағы жедел аппендициттің ерекшеліктері.
3. Балалардағы жедел аппендицит тактикасы. Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.
4. Перитонит дегеніміз не?
5. Балалар хирургиясындағы Этика және деонтология.
6. Перитониттің диагностикасы, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамаларға сәйкес емдеу.

№2 Дәріс

1. Тақырыбы: Туа біткен жіті ішек өтімсіздігі.

2. Мақсаты: Асқазан-ішек жолының даму ақауы бар жаңа туған нәрестелерді диагностикалау және емдеу әдістерін меңгеру (пилоростеноз, ішек инверсиясы және т.б.).
Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.

3. Дәрістер тезистері: Жоғары ішек өтімсіздігі.

Жоғары ішек өтімсіздігі-Трейтц байламынан жоғары ішек өтімсіздігі, әдетте, он екі елі ішектің өтімсіздігі. Кедергі себебіне қарамастан, клиникалық белгілер бірдей. Антенатальды түрде ұрықта "Қос көпіршік" симптомы бар, полисидия да байқалады. Балалар, әдетте, ішілік гипотрофияның белгілерімен туылады. Тұрақты мазмұндағы құсу түріндегі алғашқы клиникалық көріністер өмірдің бірінші немесе екінші күндерінің соңында пайда болады. Асқазаннан зондтау кезінде 20 мл-ден астам қара-жасыл өт эвакуацияланады. Меконий жеңіл, аз мөлшерде кетеді. Физикалық зерттеу

Тексеру кезінде баланың жалпы жағдайы тұрақты болып қалады, тыныс алудың бұзылуы байқалмайды, ішті тексеру кезінде эпигастрий аймағының ісінуі, іштің төменгі бөлігінің түсуі байқалады. Асқазанды тексергеннен кейін эпигастрий аймағының ісінуі жоғалады. Пальпация кезінде асқазан жұмсақ, барлық бөлімдерде ауыртпалықсыз. Тамақтандыру кезінде жасыл қоспамен құсу пайда болады, тамақтандыру көлемі ұлғайған сайын оның көлемі артады. Аускультативті перистальтикалық Шу естілмейді. Зертханалық зерттеулер Құсу массаларында тұз қышқылының үнемі жоғалуына байланысты сілтілік қан резервтерінің жоғарылауы байқалады. Аспаптық зерттеулер

Жоғары ішек өтімсіздігін диагностикалаудың негізгі әдісі рентгенологиялық (тік) болып саналады. Сұйықтықтың екі деңгейі анықталады (асқазан және он екі елі ішек); ішектің астындағы бөлімдерін пневматизациялау жоқ немесе айтарлықтай азаяды.

Дифференциалды диагнозды ішек өтімсіздігінің басқа түрлерімен, асқазан-ішек жолдарының функционалды бұзылыстарымен жүргізеді. Емдеу: Хирургиялық емдеу.

Төмен ішек өтімсіздігі.

Төмен ішек өтімсіздігі-Трейтц байламынан төмен ішек өтімсіздігі. Физикалық зерттеу: Тексеру кезінде баланың қозғалыс белсенділігінің төмендеуі жиі байқалады, асқазан біркелкі ісінеді, құсудан кейін оның мөлшері өзгермейді; алдыңғы іш қабырғасы арқылы меконий немесе газбен созылған ішек ілмектері контурланады. Диафрагманың жоғары болуына байланысты жиі тыныс алудың пайда болуы. Перкуторлы іштің барлық бөліктерінде тимпаникалық дыбыс, аускультативті-сирек кездесетін перистальтикалық Шу уақыт өте келе

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 8беті

жоғалады. Іштің пальпациясы күрт ауырады. Зертханалық зерттеулер: ішек түтігінің люменінде сұйықтықтың патологиялық секвестрленуінің болуы базалық резервтердің тапшылығына тез әкеледі. Қанның газ құрамын зерттеу кезінде метаболикалық ацидоз, гемоконцентрация анықталады. Аспаптық зерттеулер: Диагностиканың негізгі әдісі — рентгенологиялық. Шолу рентгенограммасында ішек ілмектерінің біркелкі емес пневматизациясы, сұйықтықтың көп деңгейі анықталады. Антенатальды төмен ішек өтімсіздігі, әдетте, ішілік дамудың 26-28 аптасынан ерте емес диагноз қойылады. Негізгі белгілер-ішек ілмектерінің біркелкі емес кеңеюі, полихидрамниоз. Дифференциалды диагнозды ішек өтімсіздігінің басқа түрлерімен, асқазан-ішек жолдарының функционалды бұзылыстарымен жүргізеді. Емдеу: төмен ішек өтімсіздігіне күдік болған кезде жаңа туған нәрестені дереу хирургиялық бөлімшеге ауыстырады.

Туа біткен пилоростеноз-пилорлық бөлімде шырышты қабықтың қалыңдатылуымен, пилорлық бұлшықеттің иннервациясының бұзылуымен және олардағы дәнекер тінінің шамадан тыс өсуімен асқазанның пилорикалық бөлігінің барлық қабаттарының ақауларына байланысты пилорикалық каналдың туа біткен тарылуы. Жіктеу кезінде пилорлық каналдың өткізгіштігінің бұзылу дәрежесі көрсетіледі, асқинулардың болуы (асқазан пневматозы, дегитратация және оның түрі, асқазан мен өңештің эрозиясы) көрсетіледі. Морфологиялық тұрғыдан пилоростеноз пилорлық канал қабырғасының 3-7 мм-ге дейін қалыңдауымен көрінеді (норма 1-2 мм). Өмірдің алғашқы апталарындағы сау балаларда пилор дөңгелек пішінді, шам мен қызғылт түсті еске түсіреді. Пилоростеноз жағдайында ол созылып, зәйтүн, шеміршек тығыздығы және ақ түсті болады.

Гистологиялық тұрғыдан бұлшықет талшықтарының гипертрофиясы анықталды (негізінен дөңгелек қабат), дәнекер тінінің септумдары қалыңдайды, ісіну пайда болады, кейінірек - дәнекер тінінің құрылымдарының дифференциациясы бұзылған шырышты және субмукозальды қабаттардың склерозы. Белгілері, барысы: ауру бар, бірте-бірте дамыту. 2-3 аптада нәресте регургитация жасайды, ол өмірдің 3-4-ші аптасында қатты құсуға айналады. Ерте кезеңдегі құсу кейде өт қоспасын қамтуы мүмкін, бірақ пилордың тарылу дәрежесі жоғарылаған сайын, құсу кезінде өт жоғалады. Содан кейін құсу "субұрқақ" пайда болады, құсу көлемі соңғы тамақтану көлемінен асып кетеді. Эметикалық массаларда қышқыл, тоқырау иісі бар. Бала салмағын жоғалтады, тері астындағы тін жұқарады, қысқа уақыттан кейін ол туылғанға қарағанда аз салмақ ала бастайды. Әдеттегі клиникалық көрінісі бар Дистрофия үнемі дамып келеді. Организмде микроэлементтер (темір, кальций, фосфор) және дәрумендер жетіспеушілігі дамиды. Баланы қарау кезінде:

- гипотрофия және сусыздану белгілері;
- іштің батқан төменгі бөлімдерімен салыстырғанда эпигастрий аймағының ұлғаюы;
- көзбен көрінетін асқазан перистальтикасы сағат шыны түрінде (әсіресе тамақтану кезінде).

Диагностика. Аспаптық диагностика: міндетті зерттеулер:

УДЗ және гастродуоденоскопия, УДЗ бойлық және көлденең қималарда пилорлық зәйтүнді көруге, асқазан перистальтикасының сипатын анықтауға және пилорлық канал арқылы асқазан құрамының жылжуын байқауға мүмкіндік береді. Гастродуоденоскопия-пилоростеноз жағдайында асқазанның кеңеюін, пилорлық каналдың күрт тарылуы мен қаттылығын, көбінесе кардияның жетіспеушілігін анықтауға болады. Аш қарынға асқазанда сұйық заттар жиі кездеседі, асқазан қабырғалары гипертрофияға ұшырайды, перистальтика күшейеді немесе асқазан атоникалық болады, асқазанның шырышты қабығында эрозия анықталуы мүмкін. Дифференциалды диагноз тұрақты құсумен бірге жүретін аурулармен жүргізіледі. Емдеу: қазіргі уақытта пилоростенозды емдеудің негізгі әдісі хирургиялық болып табылады. Хирургиялық емдеу

OÑTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 9беті

Диагноз қойылған кезде барлық балаларға Фред-Рамстедт бойынша экстраслизді пилоромиятомия жасалады.

4. Иллюстрациялық материал:

53 Слайдтық презентация

5. Әдебиеттер: негізгі және қосымша

Қазақ тілінде:

Негізгі:

1. Балалархирургиясы [Электронный ресурс] : оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Жалпы хирургия [Электронный ресурс] : оқулық / В. К. Гостищев ; қазақ тіл. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон.текстовые дан. (141Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық ірінді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011
4. Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Орыс тілінде:

Негізгі:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон.текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон.текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Қосымша:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронды ресурстар:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Туа біткен ішек өтімсіздігі
2. Асқазан-ішек аурулары бар нәрестелерді диагностикалау және емдеу әдістері (пилоростеноз, ішек инверсиясы және т.б.).
3. Туа біткен ішек өтімсіздігінің диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.
4. Туа біткен пилоростеноз
5. Туа біткен пилоростеноз клиникалық көрінісі.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 10беті

№3 Дәріс

1. Тақырыбы: Жүре пайда болған жіті ішек өтімсіздігі.

2. Мақсаты: Жүре пайда болған жіті ішек өтімсіздігі диагностикасы, клиникалық ағымы, дифференциалды диагностикасы және емдеу алгоритмдерін игеру.

3. Дәрістер тезистері:

Жүре пайда болған ішек өтімсіздігі. Ішек өтімсіздігі механикалық және динамикалық болып бөлінеді. Механикалық кедергі тобында обтурация, странгуляция және инвагинация бөлінеді.

Обтурациялық кедергі. Балалардағы обтурациялық кедергінің себептері көбінесе копростаз, сирек-ісік, дөңгелек құрттар. Копроастаз-ішектің тығыз нәжіспен бітелуі кез-келген жастағы балаларда кездеседі. Оның себебі әлсіреген балалардағы ішектің жалқау қызметі, сондай-ақ іш қуысының атониясымен бірге алдыңғы іш қабырғасының бұлшық еттерінің дамуы болуы мүмкін. Көбінесе копростаздың дамуына тоқ ішектің ауытқулары мен ақаулары ықпал етеді (мегадолихоколон, Хиршпрунг ауруы, тік ішектің туа біткен және тыртықты тарылуы).

Клиникалық көрініс: тарих әрқашан ерте іш қатудың белгілері бар. Орындық, әдетте, мүмкін емес болады кейін ғана тазалау клизма. Дұрыс тамақтанбау және балаға дұрыс күтім жасамау нәжістің бітелуіне, нәжістің пайда болуына әкеледі, олар кейбір жағдайларда іш қуысының ісіктері үшін қателеседі. Ішек люменінің толық обтурациясы кезінде баланың жағдайы нашарлайды, ентигу жоғарылайды, құсу пайда болады, интоксикация құбылыстары дамиды. Емі: бөлме температурасында 1% ас тұзының ерітіндісімен қайталанатын клизмаларды тұрақты қолдану қажет. Егер кәдімгі клизмалар көмектеспесе, сифонды клизмалар нәжістің толық эрозиясына және ішек өтімділігін қалпына келтіруге дейін қайта жасалады. Сифонды клизмалардың дұрыс емес әдісі ауыр асқынуларға әкелуі мүмкін, өйткені нәжісті жылы тұзды ерітіндімен жуған кезде сұйықтықтың сінуі басталып, ауыр нәжістің интоксикациясы дамиды.

Странгуляциялық ішек өтімсіздігі. Странгуляциялық кедергі туа біткен ауытқуларға (сарысы каналының облитерациясының бұзылуы, мезентериядағы ақаулар) немесе іш қуысында адгезия процесіне байланысты болуы мүмкін. Бірінші жағдайда, ішек ілмегінің ауыр (сарысы каналының қалдықтары) странгуляциясы тән, ол меккелев дивертикуласынан басталып, мезентерияға немесе оның алдындағы іш қабырғасына бекітіледі. Кейде жіптің айналасында ішек циклі толып, инверсия көрінісін тудырады. Емі: операция көрсетілген-лапаротомия және странгуляциялық кедергіні тудыратын сым немесе адгезияны кесу.

Динамикалық ішек өтімсіздігі. Динамикалық кедергі-бұл балалық шақта ішек өтімсіздігінің жиі кездесетін түрлерінің бірі. Паралитикалық және спастикалық формалар бар. Жаңа туылған нәрестелер мен нәрестелерде динамикалық кедергі туа біткен ми жарақатының, пневмонияның, ішек аурулары мен сепсистің фондында, сондай-ақ іш және кеуде қуыстарына операция жасағаннан кейін ас қорыту жүйесінің функционалды жетілмегендігі нәтижесінде пайда болады. Клиникалық көрініс. Үшін динамикалық ішек өткізбеушілігінің тән қайталап құсу араласқан жасыл, өспелі іштің кебуі, орындықтың болмауы және газдар және айқын интоксикация. Диафрагманың жоғары тұруы нәтижесінде тыныс алу қиынға соғады. Іші жұмсақ, перистальтика тыңдалмайды. Рентгенологиялық зерттеу кезінде Клейбердің бірнеше тостағандары анықталады, бірақ олардың диаметрі кішкентай және біркелкі кеңейеді, ал механикалық кедергі кезінде кедергіден жоғары ішек ілмектері күрт кеңейеді. Емі. Динамикалық кедергімен, ең алдымен, оның себебін жою қажет. Сонымен қатар, олар ішек спарозымен күреседі.

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 11 беті

Ішек инвагинациясы—ішектің бір бөлігін екіншісінің люменіне енгізу. Инвагинация дегеніміз механикалық кедергінің аралас немесе аралас түріне жатады, өйткені ол странгуляция элементтерін (енгізілген ішектің мезентериясын бұзу) және обтурацияны (ішек люменін инвагинатпен жабу) біріктіреді. Локализацияға байланысты илеоцекальды, жіңішке және жуан-ішек инвагинациясы ажыратылады. Клиникалық көрініс және диагноз. Көптеген жағдайларда Инвагинация кенеттен, толық денсаулық жағдайында басталады және әдетте жақсы тамақтандырылған балаларда пайда болады. Бала қатты мазасызданады, жылайды, тамақтанудан бас тартады. Тұлға азап шегеді. Мазасыздық шабуылы басталғандай кенеттен аяқталады, бірақ қысқа уақыттан кейін ол қайтадан қайталаынады. Әдетте, мұндай айқын клиникалық көріністер iliacious-editation-мен ауыратын балаларда байқалады. Диагностика: іш қуысын тексеру ауырсыну шабуылдары арасындағы аралықта жүргізілуі керек. Интрузия кезіндегі ішек өтімсіздігінің барлық басқа түрлерінен айырмашылығы, әсіресе аурудың алғашқы күнінде енгізу байқалмайды. Бұл ішек газдары инвагинаттың люменіне біраз уақыт енетіндігімен түсіндіріледі. Әдетте іш жұмсақ, барлық бөлімдерде терең пальпацияға қол жетімді. Дифференциалды диагностика: дизентерия, тік ішектің шырышты қабығының пролапсы, тік ішек полипі. Емі. Инвагинатты консервативті түзетудің сәтсіз әрекеті жағдайында және науқас ауруханаға кеш түскен кезде хирургиялық емдеу жүргізіледі. Егер дезинвагинация жасау мүмкін болмаса немесе ішек бөлігінің некрозы анықталса, анастомоз қолдана отырып, сау тіндердің ішінде резекция жасалады.

4. Иллюстрациялық материал:

53 Слайдтық презентация

5. Әдебиеттер: негізгі және қосымша

Қазақ тілінде:

Негізгі:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс] : оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Жалпы хирургия [Электронный ресурс] : оқулық / В. К. Гостищев ; қазақ тіл. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон. текстовые дан. (141Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық ірінді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011
4. Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Орыс тілінде:

Негізгі:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон. текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон. текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Қосымша:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 12беті

3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронды ресурстар:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Жүре пайда болған ішек өтімсіздігі. Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.
2. Ішектің инвагинациясы. Клиника, диагностика және емдеу тактикасы. Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.

№4 Дәріс

1. Тақырыбы:

- 1) Тоқ ішектің даму ақаулары. Гиршпрунг ауруы.
- 2) Аноректальды ауытқулар. Анус пен тік ішектің атрезиясы.

2. Мақсаты.

Гиршпрунг ауруын, анус пен тік ішек атрезиясын диагностикалау, клиникалық ағым, дифференциалды диагностика және емдеу алгоритмдерін ассимиляциялау.

Дәрістер тезистері:

Тоқ ішектің ауытқулары.

Ауытқулар деп ағзаның дамуының бұзылуынан туындаған осы биологиялық түрге тән құрылымнан және/ немесе функциядан ауытқулар түсініледі. Аномалиялардың дамуына әкелетін себептер-бұл жүктілікке және эмбриогенезге қолайсыз экологиялық факторлардың, инфекциялардың, химиялық заттардың, дәрі-дәрмектердің ұрыққа әсері. Мұндай факторлар Радиоактивті сәулелену деңгейінің жоғарылауы, гиперинсоляция, гипертермия, Химиялық өндіріс өнімдері, қызымдық, цитостатиктер болып табылады.

Шығу тегі бойынша дамудың ауытқулары мен тоқ ішектің орналасуы ажыратылады:

I. Тоқ ішектің өсуінің туа біткен бұзылуы. Егер эмбрионның даму кезеңінде ішек қабырғасының өсуі қандай да бір себептермен тоқтатылса, онда туа біткен қысқару немесе тоқ ішектің кез-келген бөлігінің болмауы пайда болады. Әдетте, мұндай аномалия басқалармен, ең алдымен ротациямен біріктіріледі.

Шамадан тыс өсуге байланысты өте үлкен ұзындықтағы тоқ ішектің қалыптасуы долихоколон деп аталады. Көбінесе ұзарту сигма тәрізді ішекте байқалады. Мұндай жағдайларда олар Долихосигма туралы айтады.

II. Тоқ ішектің орналасуы мен қозғалғыштығы оның перитонеумға қатынасы, мезентерияның ұзындығы мен формасы, іш қуысында бекітетін байламдар мен адгезиялардың болуы сияқты факторлармен анықталады. Ең жиі кездесетін және клиникалық маңызы бар, тоқ ішектің бекітілуінің бұзылуы оң және сол жақ колоптоз, жалпы колоптоз, тоқ ішектің оң жақ бөлімдерінің патологиялық қозғалғыштығы болып табылады. Оң жақ ішектің патологиялық қозғалғыштығы ең үлкен клиникалық маңызға ие. Бұл жағдай ішектің инвагинациясына, илеоцекальды инвагинацияға, ауырсыну синдромының дамуына әкеледі. Жалпы мезентерияның болуына байланысты тоқ ішектің оң жартысының қалыптан тыс қозғалғыштығы. Бірқатар адамдардағы тоқ ішектің қозғалмалы оң жартысы өмір бойы көрінбеуі мүмкін. Сондықтан, анатомиялық тұрғыдан алғанда, тоқ ішектің оң жартысының бекітілуінің бұзылуының бұл

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 13беті

түрі клиникалық көрініс береді және ауыр асқынулардың көзі болады, оны тәуелсіз ауру ретінде қарастырған жөн. Негізгі белгілері-іштің ауыруы, локализацияланған, әдетте оң жақ мықын аймағында. **III. Айналмалы ауытқулар.** Егер эмбриогенез процесінде ішек түтігінің өсуі қалыпты болса, бірақ оның айналуы және кезеңдердің бірінде іштің артқы қабырғасына бекітілуі бұзылса, онда бұл патологиялық жағдай айналмалы ауытқулардың пайда болуына әкеледі. Ротацияның болмауы сирек кездеседі, басқа мүшелердің ауыр ауытқуларымен үйлеседі, сондықтан ұрықтың өміріне сәйкес келмейді. Сондықтан ересектер клиникалық тәжірибесінде ішек ротациясы жоқ науқастар пайда болмайды. Аяқталмаған бұрылыста немесе толық емес айналу деп аталатын кезде, аномалияның мәні ішек түтігінің айналуын оның кезеңдерінің бірінде тоқтату болып табылады. **IV. Егер ішек түтігінің реканализациясы бұзылса,** тоқ ішек атрезиясы дамуы мүмкін, бұл жаңа туған нәрестеде өткір ішек өтімсіздігіне әкеледі, сондықтан ересектерде мұндай ауытқулар болмайды. Қалған ауытқулар, мысалы, ішкі секрециялар немесе қатаңдықтар адамның өмір бойы анықталуы мүмкін. Колопроктологиялық тәжірибеде сирек кездесетін жағдай-бұл тік ішекте жиі кездесетін тоқ ішектің екі еселенуі. **V. Эмбриональды сымдар мен адгезиялар** әртүрлі нұсқалармен ұсынылуы мүмкін, ал олардың клиникалық көріністері локализацияға және ішек өтімділігінің бұзылу белгілерінің ауырлығына байланысты болады. **Гиршпрунг Ауруы КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІС-** жаңа туылған нәрестелерде аурудың клиникалық көрінісі ерекше және әртүрлі, бұл аганглиоз аймағының әртүрлі ұзындығы мен биіктігімен байланысты. Аганглиоз аймағы неғұрлым үлкен болса және ол неғұрлым жоғары болса, аурудың белгілері соғұрлым ертерек пайда болады. Көбінесе жаңа туылған нәрестелердегі Хиршпрунг ауруы туа біткен төмен ішек өтімсіздігінің клиникалық көрінісіне ие. **ДИАГНОСТИКА:** Жаңа туылған нәрестелердегі Хиршпрунг ауруын диагностикалаудағы қиындықтар клиникалық көріністің әртүрлілігімен ғана емес, сонымен қатар белгілері пайда болатын энтероколиттің қосылуымен де байланысты. Бұл аурулардың дифференциалды диагнозын жүргізудің қажеті жоқ. **Аноректальды ауытқулар.** Жаңа туылған нәрестелердегі аноректальды ауытқулар өте алуан түрлі, сондықтан бұл ақаулардың көптеген жіктелуі бар. Ауруханаға дейінгі кезеңде аноректальды атрезияның екі түрін оқшаулау практикалық маңызды: фистуласыз анустың және тік ішектің атрезиясы, фистулалары бар анустың және тік ішектің атрезиясы. Екінші топтағы ауытқуларды өз кезегінде бөлуге болады- сыртқы жыланкөздері бар аномалиялар (перинальді фистулалар; қыздарда-вестибулярлық); ішкі фистулалары бар ауытқулар (зәр шығару жүйесі бар барлық фистулалар; қыздарда — жыныстық, вестибулярлық қоспағанда). **ДИАГНОСТИКА:** анустың атрезиясы диагнозы жаңа туған нәрестені алғашқы мұқият тексеру кезінде жасалуы керек. Кейде жақсы анықталған анальды фосстың болуы анустың болуы туралы жалған сенім тудырады (әсіресе егер меконий бөлінетін сыртқы фистула болса), бұл диагностикалық қателікке әкеледі. Жаңа туған нәрестені алғашқы тексеру кезінде бөкселерді сұйылтып, аноректальды аймақты мұқият тексеру керек.

4. Иллюстрациялық материал:

12 Слайдтық презентация

5. Әдебиеттер: негізгі және қосымша

Қазақ тілінде:

Негізгі:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс] : оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Жалпы хирургия [Электронный ресурс] : оқулық / В. К. Гостищев ; қазақ тіл. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон. текстовые дан. (141Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық іріңді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 14беті

4. Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Орыс тілінде:

Негізгі:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон.текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.

2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон.текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.

3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.

4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.

5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Қосымша:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.

2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.

3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018

4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001

5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронды ресурстар:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Тоқ ішектің ақаулары. Анықтамасы.

2. Тоқ ішектің ақаулары диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.

3. Гиршпрунг Ауруы. Жіктелуі.

4. Гиршпрунг Ауруы диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.

4. Анус пен тік ішектің атрезиясы. Этиопатогенез. Клиникалық көрініс.

5. Анус пен тік ішектің атрезиясы диагностиканың ерекшеліктері. Емдеу тактикасы. Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.

№5 Дәріс

1. Тақырыбы: Өкпенің даму ақаулары. Өкпенің бактериалды деструкциясы.

2. Мақсаты.

Диагностика алгоритмдерін, клиникалық ағымдарды, дифференциалды диагностиканы және өкпенің бактериялық жойылуын және өкпенің басқа да ақауларын емдеуді игеру.

3. Дәрістер тезистері:

Өкпе және бронхиалды ауытқулар

Туа біткен бронхо өкпе аномалиялары мен алынған аурулардың арасындағы айырмашылықтар көбінесе шамалы. Мысалы, пневмоторакстың пайда болуы немесе

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 15беті

өкпедегі кисталық түзілімдер аясында инфекцияның қосылуы ақаулардың пайда болуын көрсететін белгілерді жояды. Әр түрлі бұзылулардың ішінде өкпенің цистикалық ауытқулары, медиастином және өкпенің секвестрациясы өте маңызды. **Цистикалық ауытқулар:** өкпенің және медиастинаның кисталық ауытқуларының арасында өкпенің кистоаденоматозды ауытқулары, бронхогендік немесе гастроэнтерогенді өкпе кисталары мен медиастином ерекшеленеді. Клиникалық көрініс: кисталық ауытқулардың клиникалық көріністері кисталардың мөлшеріне, санына, сондай-ақ асқынулардың болуына байланысты. I типті кистоаденоматозды ауытқулар әдетте ауру тудырмайды. Әдетте, олар ұрықтың УЛЬТРАДЫБЫСЫ кезінде антенатальды түрде кездеседі. Бірнеше кисталар немесе үлкен мөлшердегі жалғыз түзілімдер әдетте тыныс алу дисстресс синдромымен көрінеді. Асқынулар пайда болған кезде (инфекцияның қосылуы, кисталардың жарылуы, пневмоторакс) бұл асқынулардың белгілері пайда болады. **Өкпенің секвестрациясы** Өкпенің секвестрациясы деп трахеобронхиальды ағашпен байланысы жоқ және қан тамырларынан қан алатын жұмыс істемейтін өкпе тінінің бір бөлігінің болуын білдіреді. Клиникалық көрініс: секвестрлеудің екі түрінің де клиникалық ағымы симптомсыз болуы мүмкін. Диагностика: диагноз рентгенография кезінде анықталған кезде жасалады (әдетте өкпенің төменгі бөліктерінде), динамикада өзгермейді. Ангиографиялық зерттеу үлкен маңызға ие, бұл қалыпты емес тамырларды анықтауға және диагнозды нақтылауға мүмкіндік береді. Емі: Интралобарлық секвестрацияны, әдетте, хирургиялық жолмен емдейді. **Өкпенің жедел бактериялық жойылуы.** Өкпенің бактериалды жойылуы (іріңді-деструктивті пневмония) — іріңді-некротикалық сипатқа ие және өкпе паренхимасының өрескел морфологиялық өзгеруіне әкелетін өкпе тінінің қабынуы. Клиникасы және диагностикасы: ауру көп жағдайда катаральды құбылыстардан басталады. Арттыру температура, ентігу, катаральные белгілері негіз заподозрить жіті респираторлы аурулар, бронхит немесе пневмония. Абсцесс немесе плевра асқынулары дамыған сайын интоксикация мен тыныс алу бұзылыстарының аралас көрінісі дамиды. Ең құнды әдіс-кеуде қуысының рентгенографиясы (міндетті түрде тік және екі проекцияда). Ерте кезеңдерде іріңді-деструктивті пневмонияның дамуына күдік тудыратын рентгенологиялық белгілер бар. Оларға үлкен инфильтраттар, қызықты сегмент, сегменттер тобы немесе өкпенің бөлігі жатады. Клиникалық көрініс: абсцесс кезінде ол үлкен көлемде жоғары температурамен, іріңді интоксикацияның жоғарылауымен сипатталады. Симптомдар көбінесе бронх арқылы абсцесс ағызу деңгейімен анықталады. Мұндай тәуелсіз дренаж жаңа туған нәрестелер мен нәрестелерде сирек кездеседі. Сондықтан, осы жас тобында абсцесс тез өсіп келе жатқан интоксикациямен және айқын тыныс алу бұзылыстарымен бірге жүреді. Үлкен балаларда абсцесс бронхтан ағып кетеді, толық болмаса да, жиі кездеседі — оларда ылғалды жөтел тұрақты бола бастайды. Бір жастан асқан балалардағы тыныс алудың бұзылуы айтарлықтай аз байқалады.

4. Иллюстрациялық материал:

18 Слайдтық презентация

5. Әдебиеттер: негізгі және қосымша

Қазақ тілінде:

Негізгі:

1. Балалархирургиясы [Электронный ресурс] : оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Жалпы хирургия [Электронный ресурс] : оқулық / В. К. Гостищев ; қазақ тіл. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон.текстовые дан. (141Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық іріңді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011
4. Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 16беті

Орыс тілінде:

Негізгі:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон.текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон.текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Қосымша:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронды ресурстар:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Өкпенің ақаулары. Диагностика.
2. Өкпенің ақауларының дифференциалды диагностикасы және клиникалық хаттамалармен емдеу.
3. Өкпенің бактериялық жойылуы. Этиопатогенез. Клиникалық көрініс
4. Өкпенің бактериялық жойылуының Диагностиканың ерекшеліктері. Емдеу тактикасы. Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.

№6 Дәріс

1.Тақырыбы: Өңеш атрезиясы. Көкет жарығы. Гастрошизис. Омфалоцеле.

2.Мақсаты.Өңеш атрезиясы. Көкет жарығы. Гастрошизис. Омфалоцеле.Диагностикалау, клиникалық ағым, дифференциалды диагностика және емдеу алгоритмдерін ассимиляциялау.

Дәрістер тезистері:

Өңеш атрезиясы.Өңештің атрезиясы-бұл өңештің проксимальды және дистальды ұштары бір-бірімен байланыспайтын ақау.**КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІС:**атрезияның антенатальды белгілері ұрықта немесе микрогастрияда асқазанды бейнелеудің болмауы болуы мүмкін, әсіресе полихидрамен бірге.Өңеш атрезиясының белгілері туылғаннан кейін бірден пайда болады. Өңеш пен назофарингстің жоғарғы сегменті шырышпен толтырылған, нәтижесінде баланың аузынан көбік ағып кетеді. Мазмұнды іздегеннен кейін бұл сурет біраз уақыттан кейін қайталанады. Егер диагноз қойылмаса, онда ауыз арқылы тамақтандыруға тырысқанда,

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 17беті

баллада цианозбен дисфагия пайда болады. Тыныс алу бұзылыстары динамикада жоғарылайды, бұл дистальды трахеописальды фистула болған кезде айқын көрінеді. Атрезияның кейбір формаларында клиникалық көріністің өзіндік ерекшеліктері бар. Сонымен, ішек ілмектерін газ толтырудың болмауына байланысты оқшауланған күйде іш пальпация кезінде жұмсақ, ауыртпалықсыз болады. Бүкіл іш қуысының күрт ісінуімен кең трахеописальды фистуланың болуын болжауға болады. Аспаптық зерттеулер: өңештің атрезиясына аздап күдік туындаған кезде асқазанды тексеру керек. Егер 8-13 см қашықтықта ақау болса, зондтың өтуіне кедергі болады. Сіз Элефант сынамасын жасай аласыз: назогастральды зонд арқылы шприцпен ауаны енгізген кезде оның тән "мақтамен" бөлінуі байқалады. Бұл әдіс субъективті сезімдерге негізделген, сондықтан қазіргі уақытта ол қолданылмайды. Рентгенография тік проекцияда кеуде қуысы мен іш қуысын ұстап, тік күйде жүргізіледі. Көрнекі бақылау арқылы суда еритін контрастты затты (1 мл-ден аспайтын) назогастральды зонд арқылы өңештің жоғарғы сегментіне енгізу ұсынылады.

Туа біткен диафрагматикалық грыжа. Диафрагматикалық грыжа-диафрагманың әртүрлі ақаулары. Клиникалық көрініс: диафрагманың жалған грыжалары. Туылғаннан кейін бірнеше сағат ішінде цианоз, еңгігу, тыныс алу қиындықтары пайда болады.

Баланы тексеру кезінде "батқан" асқазан, зақымдану жағында кеуде қуысының кеңеюі назар аударарды. Аускультация кезінде жүректің қарама-қарсы жаққа жылжуы анықталады. Зақымдану жағында тыныс алу күрт әлсірейді немесе жоқ, перкуссиямен тимпанит анықталады. Кейде зақымдану жағындағы кеудеде перистальтикалық ішек шуын тыңдауға болады, бірақ баланың өте ауыр жағдайына байланысты ішек ілмектерінің перистальтикасы күрт әлсіреуі мүмкін.

Омфалоцеле-күрсақ қабырғасының ауыр ақауы, онда күрсақ қуысы мүшелері кіндік сақинасы аймағындағы күрсақ қабырғасының ақауы арқылы шығып, кіндік арқанның қабықшаларының астында орналасады. Ауру көбінесе өмірлік маңызды органдар мен жүйелердің ақауларымен бірге жүреді. Біріктірілген ауытқулардың ішінде жүрек, асқазан-ішек жолдары, генитурарлы сфера, бет және бас сүйегінің ақаулары жиі кездеседі. Ауруды диагностикалау қиын емес, бірақ кішкентай мөлшерде грыжа доғасы кең кіндік үшін қабылдануы мүмкін. Мұндай диагностикалық қателік ауыр зардаптарға әкеледі-кіндікті өңдеу кезінде іш қуысының грыжа қабығындағы мүшелеріне (ішек, без) зақым келеді. Егер жаңа туған нәрестеде кіндік негізі кең болса, омфалоцелді болдырмау үшін мұқият тексеру қажет. Ақауды жоюға рентгенограммада іш қабырғасының контурының үздіксіздігін және іш қабырғасынан тыс газбен толтырылған ішек ілмектерінің болмауын анықтайтын рентгендік зерттеу мүмкіндік береді.

Гастрошизис- іштің алдыңғы қабырғасының ақаулығы, онда іш қуысы мүшелері кіндік түбіне жақын орналасқан іш қабырғасының ақауы арқылы сыртқа шығады (эвентрация). Көптеген жағдайларда ақау кіндік негізінің оң жағында орналасқан және эвентрленген органдардың көлемі қаншалықты үлкен болса да, кішкентай (диаметрі 3 см-ге дейін). Гастрошизисі бар балаларда айтарлықтай жылу бөлінетін бет (эвентрленген органдар) ашылғандықтан, морфологиялық және функционалды жетілмегендікке байланысты термолабильділік мүмкін болғандықтан, перзентханада мұндай нәрестелерді басқарудың маңызды міндеттерінің бірі гипотермияның алдын алу болып табылады, өйткені жаңа туылған нәрестелердің гипотермиясы метаболизмнің ауыр бұзылыстарын, прогрессивті метаболикалық ацидозды, зат пен мидың қарыншаларына қан кетуді тудырады.

Баланың гипотермиясының алдын алу үшін эвентрленген органдар туылғаннан кейін бірден құрғақ стерильді мақта-дәке таңғышымен жабылады немесе стерильді пластикалық пакетке салынып, мақта-дәке таңғышымен бекітіледі. Эвентрленген мүшелерді фурацилиннің жылы

OÑTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 18беті

ерітіндісіне батырылған стерильді сулықтармен жаппаған жөн, өйткені мұндай таңғыш тез суытады.

4. Иллюстрациялық материал:

37 Слайдтық презентация

5. Әдебиеттер: негізгі және қосымша

Қазақ тілінде:

Негізгі:

1. Балалархирургиясы [Электронный ресурс] : оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Жалпы хирургия [Электронный ресурс] : оқулық / В. К. Гостишев ; қазақ тіл. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон.текстовые дан. (141Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық ірінді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011
4. Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Орыс тілінде:

Негізгі:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон.текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон.текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Қосымша:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронды ресурстар:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Өңеш атрезиясы. Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.
2. Диафрагматикалық грыжа. Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу
3. Гастрошизис. Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.
4. Омфалоцеле. Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 19беті

№7 Дәріс

1. Тақырыбы: Кіндіктің туа біткен жыланкөзі. Меккель дивертикулі. Шап жарықтары. Крипторхизм. Варикоцеле. Гидроцеле.

2. Мақсаты: Туа біткен кіндік жыланкөзін, меккель дивертикулын, шап жарығын, крипторхизмді, варикоцелді, гидроцелді диагностикалау, клиникалық ағым, дифференциалды диагностикалау және емдеу алгоритмдерін меңгеру.

Дәрістер тезистері:

Толық фистула кіндік. Сарысы каналының жетілмеуінің жиі кездесетін көрінісі-бұл кіндіктің толық ішек фистуласы.

Кіндіктің қалған бөлігі құлағаннан кейін (әдетте кеш) ішек ішіндегісі кіндік жарасынан шығады. Кіндіктің ішек фистуласы ауыр ақау болып саналмаса да, оның асқынуы жаңа туған нәрестенің өміріне өте қауіпті болуы мүмкін. Сонымен, ішектің түтіктің айналасындағы инверсиясы қан айналымының ауыр бұзылуына, ішектің канал арқылы эвакуациясына әкелуі мүмкін — ішектің бұзылуы мен некрозы. Бұл күрделі асқынулардың даму мүмкіндігі дәрігердің тактикасын анықтайды-баланың диагнозы анықталғаннан кейін оны хирургиялық емдеу үшін хирургиялық ауруханаға ауыстыру керек. **Өспеген урахус-** бөлінбеген урахус сонымен қатар кіндіктің фистуласы (зәр шығару) болып табылады, алайда сарысы каналының жетілмеуіне тән асқынулар бұл ауруға тән емес. Бұл құрсақ қуысында емес, құрсақ қабырғасында өтетін урахустың анатомиялық ерекшеліктеріне байланысты. Кең таралмаған урахуста, тұрақты катетердің көмегімен несептің бөлінуіне қарамастан, өздігінен жабылу үрдісі жоқ), зәр шығару жолдарының инфекциясының алдын алу үшін хирургиялық араласу қажет. Өспеген урахусы бар баланы хирургиялық стационарға ауыстыру керек. **Балалардағы Меккел дивертикулы-** бұл толығымен азайтылмаған сарысы сабағының қалдығы болып табылатын илиум дивертикуласы.

Ішектің қан кетуінің клиникалық көрінісі

Қан кету мелена немесе тар тәрізді қара нәжіс түрінде қанды секрециялармен көрінеді.

Меккел дивертикулімен байланысты ішек геморрагиясы бар науқастардың ең көп кездесетін жасы - 2 жыл. Қан кету жаппай болуы мүмкін, анемияның клиникалық және зертханалық белгілерімен бірге жүреді. Меккел дивертикуласынан қан кету механизмі асқазанның эктопиялық шырышты қабығының жасушалары тұз қышқылының секрециясына байланысты пептикалық жаралармен байланысты. Ішек, асқазаннан айырмашылығы, тұз қышқылының әсерін бейтараптандыруға қабілетсіз, бұл оның шырышты қабығының зақымдалуына әкеледі. Мұндай жаралардың әдеттегі локализациясы-дивертикуланың негізі, асқазанның эктопиялық шырышты қабығының және ішектің қалыпты шырышты қабығының шекарасында. Бұл қан кету тік ішектен қара қанның көп мөлшерде бөлінуімен сипатталады.

Варикоцеле -сперматикалық сымның варикожды тамырлары-негізінен сол жақта 10 жастан асқан ұлдарда кездеседі. Оның жиілігі 10-17 жас аралығындағы жасөспірімдер мен жасөспірімдерде 12% - ға жетеді. Бастапқы және қайталама варикоцеле бар. Екіншілік жатырдан қан ағымынан жолдарды қысатын ретроперитонеальді ісіктің болуына байланысты. Бастапқы идиопатиялық деп аталады, оның этиологиясының белгісіздігіне байланысты. **Аталық бездің және ұрықтық түтіктің (гидроцеле және фуникулоцеле) қабықтарының шемені.** Гидроцеле және фуникулоцеле-балалық шақтағы өте жиі кездесетін аурулар, олардың пайда болуы перитонийдің вагинальды процесінің пайда болмауымен және оның қуысында серозды сұйықтықтың жиналуымен байланысты. Кезінде необлитерации вагинального отростка да дистальном бөлімінде құрылады шемені қабықтары аталық без. Егер процесс дистальды бөлімде жойылса және проксимальды ашық

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 20беті

қалса және іш қуысымен байланысса, онда біз сперматикалық сымның байланысуы туралы сөйлесеміз.

Жағдайда необлитерации барлығы влагалищного отростка құрылады сообшашая барлық дянқа қабықтарының және аталық безі мен ұрық бауының. Дистальды және проксимальды бөлімдерде процестің облитациясы пайда болған кезде және сұйықтық оның орта бөлігінде жиналғанда, олар сперматикалық сымның мембраналарының араласпайтын тамшылары немесе сперматикалық сымның кистасы туралы айтады. **Крипторхизм** (ұрықтың орналасу аномалиясы), онда тексеру кезінде оның сіңірге түсуі мүмкін емес. Дәрі-дәрмекпен емдеу: косметикалық әсердің қалыптасуына қолайлы жағдай жасау үшін, сондай-ақ операциядан кейінгі жараның супурациясының алдын алу үшін:

1) операциядан кейінгі асқынулардың алдын алу мақсатында және операцияға дейінгі дайындық үшін бактерияға қарсы терапия: I немесе II буын цефалоспорины, III буын көрсеткіштері бойынша 25-75 мг/кг, 1-2 енгізу есебімен, көрсеткіштер бойынша 7 күнге дейін

2) саңырауқұлақ аурулары кезінде:

3) жергілікті анестетикалық, есірткі және есірткі емес заттар:

4) ЦКБ-ны толықтыруға арналған инфузиялық терапия, су – электролиттік бұзылуларды қалпына келтіру-операция жүргізу кезінде:

5) симптоматикалық ем:

4. Иллюстрациялық материал:

25 Слайдтық презентация

5. Әдебиеттер: негізгі және қосымша

Қазақ тілінде:

Негізгі:

1. Балалархирургиясы [Электронный ресурс] : оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Жалпы хирургия [Электронный ресурс] : оқулық / В. К. Гостищев ; қазақ тіл. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон.текстовые дан. (141Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық ірінді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011
4. Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Орыс тілінде:

Негізгі:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон.текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон.текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Қосымша:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 21беті

3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронды ресурстар:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

6.Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

- 1.Туа біткен фистулалар кіндік. Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.
- 2.Дивертикул Меккеля. Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.
- 3.Ішек грыжасы. Этиопатогенез. Клиникалық көрініс. Диагностиканың ерекшеліктері. Емдеу тактикасы. Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.
- 4.Крипторхидизм.Этиопатогенез. Клиникалық көрініс. Диагностиканың ерекшеліктері. Емдеу тактикасы. Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу
5. Варикоцеле. Этиопатогенез. Клиникалық көрініс. Диагностиканың ерекшеліктері. Емдеу тактикасы. Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.
6. Гидроцеле. Этиопатогенез. Клиникалық көрініс. Диагностиканың ерекшеліктері. Емдеу тактикасы. Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.

№8Дәріс

1. Тақырыбы: Асқазан-ішек жолдарынан қан кету. Портальды гипертензия.

2. Мақсаты.Балалардағы асқазан-ішек қан кетулерінде және порталдық гипертензияда диагностика, клиникалық ағым, дифференциалды диагностика және емдеу алгоритмдерін игеру.

3.Дәріс тезистері

Балалардағы асқазан-ішектен қан кету.

Балалардағы асқазан-ішек қан кетуінің басты ерекшелігі-балалық шақтағы асқазан-ішек жолдарының қан кету синдромының этиологиясы.

Мұндай қан кетудің негізгі себебі ойық жаралы процестер болып табылатын ересек пациенттерден айырмашылығы, бала кезіндегі пациенттерде бұл синдром, әдетте, баланың ағзалары мен жүйелерінің дамуындағы патологияға байланысты.Емдеу Асқазан-ішектен қан кету фактісі расталғаннан және оның көзі анықталғаннан кейін емдеу басталады, ол табиғатта консервативті болуы мүмкін және хирургиялық араласуды қажет етеді. Қан кетудің көп бөлігі эндоскопиялық жолмен жойылады. Хирургиялық емдеу, әдетте, консервативті терапия курсынан өткеннен кейін жоспарлы болып табылады, бірақ өмірге қауіпті жағдайларда жедел хирургиялық араласу көрсеткіштері пайда болуы мүмкін. Жалпы, асқазан-ішек жолдарының қан кетуімен науқасты басқару тактикасы негізгі ауруға байланысты, оның асқынуы қан кету болды.Асқазан-ішектен қан кететін науқастарды емдеудің жалпы принциптері оның жағдайының ауырлығымен анықталады.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 22беті

* Төмен ауырлық дәрежесінде: науқасқа шырышты қабыққа зақым келтірмейтін ұсақталған тағамды ғана қабылдау ұсынылады; викасол инъекциясы тағайындалады; құрамында кальций бар препараттар мен дәрумендер тағайындалады.

* Орташа ауырлық жағдайында: емдік эндоскопия жасалады, онда қан кететін аймаққа химиялық немесе механикалық әсер етеді; кейбір жағдайларда қан құю жүзеге асырылады.

* Жағдайы ауыр болған жағдайда: шұғыл реанимациялық шаралар және хирургиялық араласу жүргізіледі; стационарда оңалту ұсынылады. **Балалардағы порталдық гипертензия**-порталдық жүйедегі қан ағымының кедергісінен туындайтын, жоғары порталдық қысымға алып келетін өзгерістер кешені. Диагностикалық критерийлер: Клиникалық көріністер блокада деңгейіне байланысты, бірақ порталдық гипертензияның барлық түрлерінде балаларда жалпы белгілер бар, бірақ блокада деңгейіне байланысты.

4. Иллюстрациялық материал:

18 Слайдтық презентация

5. Әдебиеттер: негізгі және қосымша

Қазақ тілінде:

Негізгі:

1. Балалархирургиясы [Электронный ресурс] : оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Жалпы хирургия [Электронный ресурс] : оқулық / В. К. Гостищев ; қазақ тіл. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон.текстовые дан. (141Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық іріңді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011
4. Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Орыс тілінде:

Негізгі:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон.текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон.текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Қосымша:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронды ресурстар:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 23беті

1. Асқазан-ішек жолдарынан қан кету. Клиникалық көрініс.
2. Асқазан-ішек жолдарынан қан кету кезіндегі асқынулар. Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.
3. Портальды гипертензия.
4. Жоғары және төмен ішек қан кетуінің этиопатогенезі. Клиникалық көрініс. Диагностиканың ерекшеліктері. Емдеу тактикасы

№9 Дәріс

1. **Тақырыбы:** Зәр шығару жолдарының туа біткен ақаулары мен аурулары.
2. **Мақсаты:** Балалардағы туа біткен даму ақаулары мен зәр шығару жүйесінің аурулары кезіндегі диагностикалық алгоритмдерді, клиникалық ағымдарды, емдеудің дифференциалды диагностикасын игеру.

3. Дәрістер тезистері:

Бүйрек санының ауытқулары

Санның ауытқуларына агенезия және үшінші, қосымша, бүйрек жатады.

Агенезия. Органның бетбелгісінің болмауы 1000 нәрестеге 1 жиілікпен кездеседі. Екі жақты бүйрек агенезиясы бір жақты және көбінесе еркек ұрықта 4 есе аз байқалады (3:1 қатынасында). Екі бүйректің (аренаның) агенезиясы бар балалар өміршен емес және әдетте өлі болып туылады. Алайда, ұзақ өмір сүрудің касуистік бақылаулары сипатталған. Мұны баланың денесінің керемет ерекшелігімен түсіндіруге болады, егер басқа органдар зардап шеккен немесе толығымен істен шыққан органның қызметін атқарса.

Бүйрек агенезиясы әдетте қуықтың болмауымен, жыныс дисплазиясымен, көбінесе өкпе гипоплазиясымен, менингоцелемен және басқа туа біткен ақаулармен біріктіріледі.

Солитарлық бүйрекке күдік үлкейген ауырсынусыз бүйректі пальпациялау кезінде пайда болады, алайда диагнозды тереңдетілген рентгеноурологиялық зерттеу (экскреторлық урография, хромоцистоскопия, бүйрек ангиографиясы) негізінде анықтауға болады.

Урография кезінде агенезия жағында контрастының пайда болуы сутиттен болады.

Хромоцистоскопия несепардың тиісті сағасының жоқтығын және үшбұрыштың лиетодиев гемиатрофиясын анықтайды. Ангиография бүйрек артериясының жоқтығын көрсетеді.

Қосымша бүйрек-бұл өте сирек кездесетін аномалия. Қазіргі уақытта оның тек 90-ға жуық бақылауы сипатталған. Қосымша бүйректің пайда болуы метанефрогендік бластеманың пайда болуымен байланысты және ол көбінесе оның үстінде немесе астында орналасқан негізгі бөліктің жанында пайда болады. Қосымша (үшінші) бүйрек әдеттегіден әлдеқайда аз, бірақ қалыпты анатомиялық құрылымға ие. Қан айналымын арттырады, оның жеке есебінен артерияларының қақпақылдауының қолқаның. Несепар әдетте қуыққа тәуелсіз аузымен түседі, бірақ оны эктопиялауға немесе негізгі бүйректің несепарымен байланыстыруға болады. Несепардың соқыр аяқталу жағдайлары сипатталған. Қосымша бүйрек тек несеп сағасының эктопиясымен (тұрақты зәр ұстамау) немесе қабыну, ісік немесе басқа патологиялық процестің салдарынан зақымдалуымен клиникалық маңызға ие болады.

Бүйрек жағдайының ауытқулары: позициялық ауытқуларға бүйрек дистопиясының әртүрлі түрлері жатады. Бүйрек дистопиясы (эктопия). Бұл атаулар эмбриогенезде олардың көтерілу процесінің бұзылуына байланысты бүйректің ерекше орналасуын білдіреді. Аномалия жиілігі орташа есеппен 1: 800. Бүйрек дистопиясы ер адамдарда жиі кездесетіні атап өтілді.

Көтерілу және айналу процестері бір-бірімен байланысты болғандықтан, дистопия бүйрегі сыртқа қарай бұрылады, ал дистопия неғұрлым төмен болса, бүйрек жамбасы соғұрлым

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 24беті

вентральды болады. Дистопиялық бүйрек көбінесе қанмен қамтамасыз етудің борпылдақ түріне ие, оның тамырлары қысқа және бүйректің жылжуын шектейді. Дистопиялық бүйректің функционалды жағдайы әдетте төмендейді. Бүйрек, әдетте, лобулярлы құрылымға ие. Нысаны оның мүмкін ең әр түрлі: сопақша, грушевидной, уплощенной дұрыс.

Бел дистопиясымен жамбас сәл алға қарай бұрылған, бел омыртқасының IV деңгейінде.

Бүйрек артериясы әдетте аорта бифуркациясынан жоғары болады. Бүйрек шектеулі түрде ауысады.

Мықын дистопиясы. Бұл форма алдыңғы жамбастың неғұрлым айқын

айналуымен және оның Lv—Si арасындағы деңгейде орналасуымен сипатталады. Бел-дистопиялық бүйрекпен салыстырғанда оның медиальды ығысуы байқалады. Бүйрек

артериялары, әдетте, көпше, бифуркация орнында жалпы мықын артериясынан немесе аортадан кетеді. Дененің позициясы өзгерген кезде бүйректің қозғалғыштығы іс жүзінде жоқ.

Шап бүйрек. Аортаның бифуркациясының астында, қуықтың артында және одан сәл

жоғары орналасқан. Ең таңқаларлық нысаны болуы мүмкін. Әдетте, белгілі бір дәрежеде гипоплазияланған. Бүйрек тамырлары әдетте борпылдақ, олар жалпы мықын немесе әртүрлі

жамбас артерияларының тармақтары болып табылады.

Жамбас дистопиясының белмен немесе конралатеральды бүйректің күрсіну дистопиясымен

үйлесуі мүмкін. **Айқас дистопия** бүйректің қарама-қарсы ығысуымен сипатталады. Бұл

жағдайда, әдетте, екі бүйрек бірге өсіп, S немесе L тәрізді бүйрек түзеді. Дистопияланған

бүйректі ағызатын несеппағар қалыпты жерде қуыққа түседі. Бүйректі тамақтандыратын

тамырлар әдеттегіден төмен қарама-қарсы жақтан шығады.

Клиникалық көрініс.

Бүйрек дистопиясымен клиникалық көрініс органның қалыпты емес орналасуына

байланысты. Жетекші симптом-бұл дене жағдайының өзгеруі, физикалық стресс,

жазықтылық кезінде пайда болатын ауырсыну. Айқас дистопияда ауырсыну әдетте мықын

аймағында локализацияланған және қарама-қарсы жақтың ішіне таралады. Дистопияланған

бүйрекке әдетте орналасқаннан гөрі, көбінесе бұл аурулардың белгілері жиі кездесетін

тологиялық процесс (гидронефротикалық трансформация, калькулез, пиелонефрит) әсер

етеді. Торакальды дистопия клиникалық көріністермен және шолу рентгенографиясының

деректерімен медиастинальды ісікті модельдеуі мүмкін.

Бел және мықын дистопиясымен бүйрек ауырсынатын белсенді емес форма түрінде

пальпацияланады. **Бүйрек функциясының ауытқулары**

Бүйрек синтезі барлық бүйрек ауытқуларының шамамен 13% құрайды. Симметриялық және

асимметриялық біріктіру формалары бар. Біріншісіне ат тәрізді және галет тәрізді,

екіншісіне S — және L - тәрізді бүйрек жатады. **Ат тәрізді бүйрек.**

Бұл бүйрек төменгі немесе жоғарғы полюстермен бірге өсетін аномалия. Бұл жағдайда

бүйрек паренхимасы жылқының түріне ие. Аномалияның пайда болуы бүйректің көтерілуі

мен айналу процесінің бұзылуымен байланысты. Ат тәрізді бүйрек әдеттегіден төмен

орналасқан, біріктірілген бүршіктердің жамбастары алдыңғы немесе бүйірге бағытталған.

Қан айналымын арттырады, әдетте, жүзеге асырылады көптеген артериясы, бөлінетін жылғы

құрсақ аорта және оның тармақтары. Клиникалық көрініс.

Жылқының бүйрегін негізгі клиникалық белгісі-бұл магистральдың кеңеюінде

ауырсынудың пайда болуынан тұратын Ровзинг симптомы. Ауырсыну шабуылының пайда

болуы қан тамырларының қысылуымен және бүйректің истмусымен аорта плексусымен

байланысты. Жиі ауырсыну белгісіз сипатқа ие және диспепсиялық құбылыстармен бірге

жүреді. Жылқы тәрізді бүйректі іштің терең пальпациясымен тығыз, белсенді емес форма

түрінде анықтауға болады. Рентгенологиялық тұрғыдан алғанда, ішек жақсы дайындалған

кезде, бүйрек ат тәрізді, төмен немесе жоғары қарайды. Бүйректің контурлары

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 25беті

ретроперитонеальді немесе нефрограмма фазасында ангиография кезінде енгізілген ауа аясында анықталады. **Бүйректің мөлшері мен құрылымының ауытқулары.** Оларға аплазия, гипоплазия, бүйректің екі еселенуі және кистоздық ауытқулар жатады. Бүйрек аплазиясы деп оның паренхимасының дамымауының ауыр дәрежесін түсіну керек, көбінесе несеппағардың болмауымен үйлеседі. Ақау ерте эмбриональды кезеңде нефрондар пайда болғанға дейін қалыптасады. Бүйрек аплазиясының екі түрі бар: үлкен және кіші. Бірінші формада бүйрек фибролипوماتозды тіндердің кесектерімен және кішкентай кисталармен көрінеді. Нефрондар анықталмайды, изолатералды несеппағар жоқ. Аплазияның екінші формасы аз жұмыс істейтін нефрондармен фиброкистозды массаның болуымен сипатталады. Несеппағар жұқарады, аузы бар, бірақ көбінесе соқыр болып аяқталатын бүйрек па-ренхимасына жетпейді. Аплазаланған бүйректе жамбас және қалыптасқан бүйрек аяқтары жоқ. Аномалия жиілігі 1 : 700-ден 1 : 500-ге дейін. Ұлдарда бұл қыздарға қарағанда жиі кездеседі. **Бүйрек гипоплазиясы**— негізінен қанмен жеткіліксіз қамтамасыз ету нәтижесінде метанефрогендік бластеманың дамуының бұзылуымен байланысты бүйректің туа біткен азаюы. Бұл аномалия бүйрек аплазиясымен бірдей жиілікте кездеседі. Гипоплазаланған бүйрек макроскопиялық түрде миниатюрада қалыпты қалыптасқан орган болып табылады. Оның бөлімінде кортикальды және ми қабаттары жақсы анықталады. Алайда, гипоплазияның үш түрін бөлуге мүмкіндік беретін өзгерістер гистологиялық тұрғыдан анықталады: 1) Қарапайым гипоплазия; 2) олигонефрониямен гипоплазия; 3) дисплазиямен гипоплазия. **Бүйректің цистикалық ауытқулары**1: 250 жиілігімен байқалады, олардың ағымының торпидтілігіне байланысты диагноз көбінесе ересектерде ғана жасалады. Ең жиі бірі кистозды зақымдануының болып табылады бүйрек поликистозы. Бүйректің поликистикалық ауруы (поликистикалық дегенерация, поликистикалық ауру). Екі бүйрекке де әсер ететін тұқым қуалайтын аномалия. Ересектерде кездесетін ликистоз бойынша аутосомды және мономерлі геноммен басым түрде беріледі, ал балалық шақтағы қатерлі поликистоз рецессивті болып табылады. **Жіңішке бүйрек** (медулярлы спонгиозды бүйрек, жіңішке пирамидасы бар бүйрек, Каччи — Риччи ауруы). Бұл өте сирек кездесетін туа біткен тұқым қуалайтын аномалия. Пирамидалардың жинау түтіктері кистозды түрде кеңейген кезде. Бүйректері үлкейген, олардың тегіс бетінде бірнеше ұсақ, тары дәні, кисталар орналасқан. Егер нефрокальциноз, калькулез немесе пиелонефрит түріндегі асқынулар дамымаса, Аномалия әдетте өзін клиникалық түрде көрсетпейді. Алайда, осы аномалияның тасымалдаушыларының жартысында және асқынбаған жағдайларда тұрақты қалыпты протеинурия, микрогематурия немесе лейкоцитурия байқалады. **БҮЙРЕК ПЕН НЕСЕПАҒАРДЫҢ ЕКІ ЕСЕЛЕНУІ** бүйрек паренхимасының бір массивінде екі жамбастың болуымен сипатталады. Бұл 150 нәрестенің 1-де кездесетін бүйректің ең көп кездесетін аномалиясы, ал қыздарда ұлдарға қарағанда 2 есе жиі кездеседі. Ол бір жақты және екі жақты болуы мүмкін. Аномалияның пайда болуы несеппағардың рудиментінің ең басында немесе жолда нефрогендік бластемаға дейін ыдырауымен байланысты. **Балалардағы туа біткен гидронефроз-** лохан-несеппағар сегменті аймағында несеп ағымының бұзылуынан туындайтын жамбас пен тостағанның үдемелі кеңеюі, нәтижесінде паренхимадағы қайтымсыз өзгерістерге және зардап шеккен бүйрек функциясының біртіндеп төмендеуіне әкеледі.

4. Иллюстрациялық материал:

30 Слайдтық презентация

5. Әдебиеттер: негізгі және қосымша

Қазақ тілінде:

Негізгі:

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 26беті

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс] : оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Жалпы хирургия [Электронный ресурс] : оқулық / В. К. Гостищев ; қазақ тіл. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон. текстовые дан. (141Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық ірінді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011
4. Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Орыс тілінде:

Негізгі:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон. текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон. текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Қосымша:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство). 2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронды ресурстар:

Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Зәр шығару жолдарының туа біткен ақаулары мен аурулары.
2. Гидронефроз. Клиникасы. Зерттеу жоспары. Емдеу принциптері. Диспансеризация. Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.
3. Уретерогидронефроз. Клиникасы. Зерттеу жоспары. Емдеу принциптері.
4. Уретерогидронефроздың диспансеризация. Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.

№10 Дәріс

1. Тақырыбы: Жұмсақ тіндердің ірінді-қабыну аурулары.

2. Мақсаты. Балалардағы жұмсақ тіндердің ірінді-қабыну ауруларында диагностика, клиникалық ағым, дифференциалды диагностика алгоритмдерін игеру.

3. Дәрістер тезистері:

ФИНГЕРДІҢ ПСЕВДОФУРУНКУЛЕЗИ ауру жаңа туған нәрестелер мен жас балаларда инфекцияның эккриндік тер бездерінің экскреторлық каналдары мен гломерулаларына енуі нәтижесінде пайда болады. **ЖАҢА ТУҒАН НӘРЕСТЕҢІҢ НЕКРОТИКАЛЫҚ**

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 27беті

ФЛЕГМОНАСЫ- тері астындағы майдың жедел іріңді-некротикалық қабынуы. Ауру көбінесе жалпы белгілерден басталады: бала летаргиялық, тыныш, нашар ұйықтайды, кеудеден бас тартады. Дене температурасы 38-39 °С. флегмонаның әдеттегі локализациясы — кеуде қуысының артқы және бүйір беттері, бел және сакральды аймақтар, сирек бөкселер, аяқтар. Зақымдану аймағында қызыл дақ пайда болады, ол тез өседі (бірнеше сағат ішінде). Тері алдымен қызғылт түске ие болады, содан кейін цианотикалық реңк алады. Жұмсақ тіндердің тығыздалуы мен ісінуі байқалады. Болашақта қабыну ошағының ортасында ауытқу пайда болады. Жергілікті процесс айтарлықтай аймаққа таралуы мүмкін. Ауыр жағдайларда терінің бөлінуі, некротизациясы және жұмсақ тіндердің кең ақаулары пайда болады. Ашу кезінде флегмондар сұр түсті кесектері бар сұйық ірің алады. Кейде талшықтан бас тарту маңызды жерлерде жүреді. **НӘРЕСТЕЛЕРДІҢ ІРІҢДІ МАСТИТИ** - кеуде қуысының жедел қабынуы, кеуде бездерінің физиологиялық қысылуының асқынуы. Клиникалық тұрғыдан алғанда, ауру бір немесе екі сүт бездерінің мөлшерінің ұлғаюымен көрінеді. Бездің тығыздалуы, гипертермия, ауырсыну, терінің гиперемиясы, кейінірек тербеліс пайда болады. Шығару түтіктерінен іріңді разряд болуы мүмкін. Сонымен қатар, жалпы жағдай зардап шегеді: бала нашар сорады, тыныш, дене температурасы көтеріледі. Зертханалық зерттеулер Қоздырғышты анықтау үшін іріңді ішіндегісін микробиологиялық зерттеу, клиникалық қан талдауы. **КІНДІК ЖАРАСЫНЫҢ, КІНДІК ҚАЛДЫҒЫ МЕН КІНДІК ТАМЫРЛАРЫНЫҢ ИНФЕКЦИЯЛЫҚ АУРУЛАРЫ** - Қабыну процесі терінің және теріасты саласындағы кіндік. Аурудың ең жиі және болжамды қолайлы түрі-катаральды омфалит (кіндік), онда кіндікте ұзақ уақыт емделмейтін түйіршікті жара пайда болады. Баланың жағдайы қанағаттанарлық. Мезгіл-мезгіл ранка жабылады коркой; түйіршіктеу мүмкін разрастаться избыточно (өнімді қабынуы) құра отырып, томпиған ерін алуға грибовидной нысанын (фунгус кіндік). Бірнеше күн өткеннен кейін, кіндік жарасынан іріңді бөліну, кіндік сақинасының ісінуі және гиперемиясы (іріңді омфалит) пайда болады. Флегмонозды омфалит қабыну процесінің перикупия аймағына таралуы нәтижесінде пайда болады. Некротикалық омфалит-шала туылған, күрт әлсіреген нәрестелерде флегмонозды форманың өте сирек кездесетін асқынуы. Процесс терең таралады. Тері күлгін-көгілдір түске ие болады, оның некрозы және тиісті тіндерден бөліну пайда болады. Бұл жағдайда кең жара пайда болады. Құрсақ қабырғасындағы бұлшықеттер мен фасциялар тез ашылады. Кейіннен ішек эвентациясы байқалуы мүмкін. Қабыну процесінің сыртқы көріністері жаңа туған нәрестенің некротикалық флегмонына ұқсайды. Омфалиттің бұл түрі ең ауыр және көбінесе сепсистің дамуына әкеледі.

4. Иллюстрациялық материал:

46 Слайдтық презентация

5. Әдебиеттер: негізгі және қосымша

Қазақ тілінде:

Негізгі:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс] : оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Жалпы хирургия [Электронный ресурс] : оқулық / В. К. Гостищев ; қазақ тіл. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон. текстовые дан. (141Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық іріңді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011
4. Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Орыс тілінде:

Негізгі:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон. текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 28беті

2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон.текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Қосымша:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронды ресурстар:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

6.Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

- 1.Жұмсақ тіндердің ірінді қабына аурулары.
- 2.Жаңа туылған нәрестелердегі ірінді-қабыну ауруларының ерекшеліктері. жаңа туылған нәрестелердегі аурулар.
- 3.Жаңа туылған нәрестелердегі ірінді-қабыну ауруларының клиникалық көрінісі. Асқынулар. Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.
- 4.Мастит. Клиникалық көрініс. Асқынулар. Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу

№11 Дәріс

1.Тақырыбы: Жедел гематогенді остеомиелит

2. Мақсаты.Балалардағы жедел остеомиелиттер диагностика, клиникалық ағым, дифференциалды диагностика алгоритмдерін игеру.

3.Дәрістер тезистері:

ЖЕДЕЛ ГЕМАТОГЕНДІ ОСТЕОМИЕЛИТ ЖӘНЕ АРТРИТ

Жіті қабынуы зақымдайтын сүйек тіні мен (немесе) синовиальные қабығының буын қапшығының қабынуы. Қабыну ошағында альтерация процестері басым болады, биологиялық белсенді заттар — қабыну медиаторлары шығарылады, содан кейін қанның реологиялық қасиеттері бұзылады және зардап шеккен тіндердің көлемі артады. Лимфа тамырлары мен капиллярлардың диаметрінің ұлғаюына байланысты жұмсақ тіндердің ісінуі дамиды. Егер осы кезеңде диагноз анықталмаса, онда экссудация фазасы ең ауыр кезеңге — ірінді экссудацияға енеді. Процесс мета-эпифиз аймағына таралады және ірінді артрит немесе жұмсақ тіндердің флегмонасының дамуымен қиындайды. Сепсистің дамуымен қабыну процесінің жалпылануы мүмкін.**КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІС:** жаңа туылған

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 29беті

нәрестелердегі сүйектің зақымдану ошағы метэпифизарлы аймақта локализацияланған. Клиникалық көрініс аурудың формасына және қабыну процесінің фазасына байланысты. Жергілікті процесте баланың жалпы жағдайы зардап шекпеуі мүмкін. Жергілікті зақымдану белгілері: * зақымдалған аяқтың псевдопарезі; * белсенді және пассивті қозғалыстардағы шектеу және ауырсыну; * зақымдалған буын контурларының тегістігі.

Содан кейін буынның жұмсақ тіндерінің ісінуі пайда болады, гиперемия, жергілікті гипертермия, зардап шеккен метафизді пальпациялауда ауырсыну пайда болады.

Уытты түрі жалпы жағдайдың едәуір нашарлауымен сипатталады, инфекциялық токсикоз белгілері қосылады.

Септикопиемия қабыну ошағында флюктуация белгілерінің пайда болуымен қатар жүреді, асқынулар дамиды (жұмсақ тіндердің флегмондары), патологиялық сынумен крепитацияны анықтауға болады. Іріңді артрит зардап шеккен буын көлемінің едәуір артуына, оның үстіндегі терінің гиперемиясына, ауытқуға әкеледі. Остеомиелиттің ауыр түрлері септикалық шоктың клиникалық көрінісімен көрінеді. **ДИАГНОСТИКА:** Физикалық тексеру

* Зардап шеккен аяқтың жағында тән клиникалық көрініс. Аспаптық зерттеулер

* Әдістері: рентгенологиялық зерттеу, УДЗ және радиоизотопты сцинтигра.

* Жаңа туылған нәрестелердегі остеомиелиттің рентгенологиялық белгілері аурудың 7-10 күнінде пайда болады. Жергілікті формада алғашқы рентгенологиялық белгілер жұмсақ тіндердің және периостеумның қалыңдауы, сүйек тінінің шеті немесе фокустық жойылуы болуы мүмкін. Ауыр формаларда буын саңылауының кеңеюі, буынның патологиялық орналасуы, метафиз енінің жартысынан көбін алып жатқан бұзылу аймағы, патологиялық сыну сызығы анықталады. Емдеу: Қабыну процесін тоқтату. Ауруханаға жатқызу көрсеткіштері. Емдеу әрдайым жаңа туған нәрестелер хирургиясы бөлімінде жүргізіледі. Дәрілік емес емдеу. Иммобилизация өте маңызды, оны жабысқақ сылақпен (төменгі жақта), дезо таңғышымен немесе торлы таңғышпен (жоғарғы жақта) тарту арқылы жүзеге асырады.

Кең спектрлі антибиотиктер, антикоагулянттар, дезинфекциялық, иммунокорригациялық терапия қолданылады. Хирургиялық емдеу: жаңа туған нәрестелерде өскін аймағы аумағында хирургиялық манипуляциялар және гипстік лонгеттер қолданылмайды. Аурудың асқынған түрінде және іріңді артриттің клиникалық көрінісінде емдеу пункциялардың көмегімен, буыннан эффузияны алып тастап, содан кейін Бактерияға қарсы препараттарды енгізу арқылы жүзеге асырылады. Қазіргі уақытта артроскопия үлкен буындарды қалпына келтіру үшін қолданылады. Егер жұмсақ тіндердің флегмоны анықталса, ол ашылады.

4. Иллюстрациялық материал:

40 Слайдтық презентация

5. Әдебиеттер: негізгі және қосымша

Қазақ тілінде:

Негізгі:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс] : оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Жалпы хирургия [Электронный ресурс] : оқулық / В. К. Гостищев ; қазақ тіл. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон. текстовые дан. (141Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық іріңді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011
4. Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Орыс тілінде:

Негізгі:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон. текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 30беті

2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон.текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Қосымша:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронды ресурстар:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

6.Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

- 1. Жедел гематогенді остеомиелит дегеніміз не? Жедел гематогенді остеомиелиттің клиникалық көрінісі.**
- 2. Артрит, артриттің клиникалық көрінісі. Диагностикасы.**
- 3.Жедел гематогенді остеомиелит және артриттің емі.**

№12 Дәріс

1. **Тақырыбы:** Хирургиялық паразитарлы аурулар.

2. **Мақсаты:** Хирургиялық паразитарлы аурулар этиопатогенезі, жіктелуі, клиникасы, әртүрлі жастағы балалардың ерекшеліктері, тексеру бағдарламасы, емдеу принциптері, диспансерлік бақылау. Клиникалық хаттамаларға сәйкес диагностика, диф диагностика және емдеу жолдары.

3. **Дәрістер тезистері:**Эхинококкоз – Echinococcus granulosus дернәсілдік немесе кистоздықтүрінде кездесетін құрттың бауыр мен өкпе тіндерінде дамуы.

КЛИНИКАСЫ:Цистикалық эхинококкоз/гидатидоз. Адамның E. granulosus инфекциясы көбінесе бауыр мен өкпеде, сирек кезде сүйектерде, бүйректе, көкбауырда, бұлшықеттерде және орталық жүйке жүйесінде бір немесе бірнеше гидатидті кисталардың дамуына әкеледі.Аурудың асимптоматикалық инкубациялық кезеңі гидатидті кисталар клиникалық белгілерді тудыратын мөлшерге дейін дамығанға дейін ұзақ жылдарға созылуы мүмкін, инфекцияға қарсы ем алатын барлық пациенттердің жартысына жуығы оны паразитпен алғашқы жұқтырудан бірнеше жыл өткен соң ала бастайды.Гидатидтер бауырда орналасса, іштің ауыруы, жүрек айнуы, құсу жиі кездеседі. Егер өкпе зақымданса, клиникалық белгілерге созылмалы жөтел, кеудедегі ауырсыну және ентігу жатады. Басқа белгілер гидатидтердің орналасуына және көрші тіндерге түсетін қысымға байланысты. Арнайы емес белгілерге анорексия, салмақ жоғалту және әлсіздік жатады.**Альвеолярлы эхинококкоз -5-**

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 31 беті

15 жыл асимптоматикалық инкубациялық кезеңмен және әдетте бауырда локализацияланған бастапқы ісік тәрізді зақымданудың баяу дамуымен сипатталады. Клиникалық белгілерге салмақ жоғалту, іштің ауыруы, жалпы әлсіздік және бауыр жеткіліксіздігінің белгілері жатады. Паразит қан айналымы және лимфа жүйесі арқылы таралғаннан кейін дернәсілдік метастаздар бауырға жақын органдарға (мысалы, көкбауыр) немесе алыс жерлерге (мысалы, өкпе немесе ми) таралуы мүмкін. Егер емделмеген болса, альвеолярлы эхинококкоз асқынып, өлімге әкеледі. **Диагностика:** Ультрадыбыстық бейнелеу - бұл адамдардағы кистозды және альвеолярлы эхинококкозды диагностикалаудың ең жақсы әдісі. Бұл әдіс әдетте компьютерлік томография (КТ) және/немесе магнитті-резонансты бейнелеу (МРТ) арқылы толықтырылады немесе расталады. **Емдеу:** Кистикалық және альвеолярлы эхинококкозды емдеу көбінесе қымбат және күрделі болып табылады және кең хирургиялық араласуды және/немесе ұзақ мерзімді дәрілік терапияны қажет етуі мүмкін. Цистикалық эхинококкозды емдеудің төрт нұсқасы бар:

-РАІР әдісін қолдану арқылы гидатидті кисталарды тері арқылы емдеу (пункция, аспирация, инъекция, қайта тыныс алу);

-хирургиялық араласу;

-инфекцияға қарсы препараттармен терапия;

-бақылау.

Таңдау, ең алдымен, кистаның ультрадыбыстық зерттеуінің нәтижелеріне негізделуі керек. Аурудың нақты кезеңін, сондай-ақ қолда бар медициналық инфрақұрылымды және қол жетімді адам ресурстарын ескеру қажет.

4. Иллюстрациялық материал:

40 Слайдтық презентация

5. Әдебиеттер: негізгі және қосымша

Қазақ тілінде:

Негізгі:

1. Балалархирургиясы [Электронный ресурс] : оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.

2. Жалпы хирургия [Электронный ресурс] : оқулық / В. К. Гостищев ; қазақ тіл. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон.текстовые дан. (141Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.

3. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық іріңді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011

4. Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Орыс тілінде:

Негізгі:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон.текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.

2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон.текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.


3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.

4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.

5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Қосымша:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 32беті

2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.

3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018

4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001

5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002
Электронды ресурстар:

2. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

6.Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Эхинококкоз дегеніміз не?

2. . Эхинококкоз клиникалық көрінісі.

3. Эхинококкоздың диагностикасы.

№13 Дәріс

1. Тақырыбы: Балалардағы бас сүйек-ми жарақатының ерекшеліктері.

2. Мақсаты: Балалардағы бас сүйек-ми жарақаттары кезіндегі диагностиканың, клиникалық ағымның, емдеудің дифференциалды диагностикасының алгоритмдерін меңгеру.

3. Дәрістер тезистері:

МИДЫҢ ЖАРАҚАТЫ -кеуде жасында бас сүйек пен мидың жарақатының ең көп таралған себебі — кішкентай биіктіктен құлау-төсектен, диваннан, үстелден, коляскадан және т.б., балалардың ересектердің қолынан құлау жағдайлары жиі кездеседі.Мектепке дейінгі және бастауыш мектеп жасындағы балалар үшін жарақаттың тән себебі биіктіктен (терезеден, балконнан, ағаштан) құлау болып табылады.), кейде елеулі (3— 5-қабат), орта және жоғары мектеп жасындағы балаларда қимыл-қозғалыс ойындары кезінде, сондай-ақ автожол оқиғалары кезінде болған зақымданулар басым болады.

Балалардағы бас сүйек кемігі жарақатының жалпы жай-күйі мен клиникалық ағымының ауырлығы тек әсер ету механизмі мен күшіне, бас миы мен бас сүйек сүйектерінің зақымдануының локализациясы мен сипатына, қатар жүретін зақымданулар мен преморбидтік мәртебеге ғана емес, сондай-ақ жас ерекшелігі анатомиялық-физиологиялық ерекшеліктеріне де байланысты: ми мен бас сүйек дамуының уақытша диспропорциясы, бас сүйек қуысының резервтік кеңістіктерінің айқындылығы; кеуде жасындағы балаларда фонтанельдердің және бас сүйек күмбезі сүйектерінің тігістермен әлсіз қосылуының болуы;; мидың салыстырмалы морфологиялық және функционалдық жетілмегендігі; көлемді субарахноидальдық про-адасушылықтың болуы, Дура мен Дура мембранасының сүйекпен тығыз байланысы; тамырлы анастомоздардың көптігі; ми тінінің жоғары гидрофильділігі. Неврологиялық белгілер көбінесе бірнеше сағатқа созылады, церебральды құбылыстардың фокальды белгілерден басым болуы, ал бала неғұрлым жас болса, жергілікті неврологиялық белгілер соғұрлым әлсіз болады.

Жабық бас сүйек-ми жарақаты. Жабық жарақаттарға бас миының жарақаттары жатады, оларда бастың жұмсақ қақпақтарының тұтастығы бұзылмайды; егер олар болса, олардың орналасуы сыну проекциясымен сәйкес келмейді.**Мидың шайқалуы.** Бұл жұмсақ және жиі кездесетін жабық жедел бас сүйек-ми жарақатының нысаны, оның қызметі бұзылған және ми тіндерінің молекулалық өзгерістері бар, кейде мидың дінгек бөлігінде ең аз қан кетулер болады және балалардағы барлық бас сүйек-ми жарақаттарының 73,5-тен 80% - на дейін. Клиникалық көрініс.

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 33беті

Клиникалық көрініс жарақат алған кезде естен танудан сопорға дейін бірнеше секундтан бірнеше минутқа дейін созылады.

Сананың бұзылуы терінің бозаруымен, суық термен, құсумен бірге жүреді. Құсу көбінесе жарақаттан кейін пайда болады, 3 жасқа дейінгі балаларда көп есе көп.

Сананың қалпына келуіне бас ауруы, бас айналу, әлсіздік, ұйқышылдық, тиннит және Шу сезімі, көз алмасындағы ауырсыну, жарқын жарық пен көздің қозғалысы, жүрек айну, тәбеттің болмауы туралы шағымдар тән.

Балаларға сауалнама жүргізу кезінде ретроградтық амнезия тек жарақаттанудың алдындағы оқиғаларға ғана анықталады, жарақаттан кейінгі оқиғалардың тар кезеңінде антероградтық амнезия өте сирек кездеседі. Емі: ауруханаға жатқызу динамикалық бақылау және емдеу үшін қажет. Төсек демалысы симптомдардың регрессиясына және гемодинамиканың қалыпқа келуіне байланысты қатаң түрде жеке анықталады, қан қысымының асимметриясы жағдайды бағалаудағы көрсеткіштердің бірі болуы мүмкін.

Мидың контузиясы-ми тінінің макроскопиялық анықталған зақымдану ошақтарымен шартталған ауыр зақымдану түрі. Мидың контузиясы әдетте оның шайқалуымен бірге жүреді, сондықтан клиника контузия мен фокустық неврологиялық құбылыстардың (парез, паралич, сезімталдықтың бұзылуы және т.б.) көрінісінен тұрады. Клиникалық көрініс.

Мидың көгеруін үш дәрежеге бөлуге болады. Шайқалумен салыстырғанда жеңіл дәреже сананың өшуінің ұзақ ұзақтығымен (бір сағаттан астам), жарақаттан кейінгі бірінші апта ішінде жойылмайтын ошақты неврологиялық симптомдардың тыртықсыз болуымен, тіршілік функцияларының бұзылуы болмаған кезде субарахноидты қан кету және бас сүйегінің зақымдануы мүмкіндігімен және жедел кезеңнің салыстырмалы түрде қолайлы өтуімен сипатталады. Фронтальды лобтың контузиясында қарама - қарсы бағытта көздің сал ауруы, бастың және көздің зақымданғанға қарама-қарсы бағытта-жарты шарда (III, IV, VI нервтер жұбы), назолабиальды қатпарлардың зақымдану ошағының қарама-қарсы жағында тегістелуі байқалады (VII жұп нервтер). Ауыр зақымданумен (Брок аймағы) мотор афазиясы пайда болады — пациент сөйлеуді түсіну қабілетімен сөйлеу қабілетін жоғалтады, психикалық бұзылулар, эйфория мен қозғалыс қозу үрдісі байқалады.

Орталық гирус аймағының контузиясы дененің қарама-қарсы жағында мотор мен сезімтал функциялардың жоғалуымен сипатталады. Оң жақ жарты шардың уақытша лобының зақымдануы (оң жақта) айқын белгілер бермейді, сол жақ уақытша лобтың зақымдалуымен сенсорлық афазия байқалады, үлкен балаларда жазудың бұзылуы (аграфия), бас айналумен бірге есту галлюцинациясы (ызылдау, Шу, ызылдау) пайда болады. Parietalды аймақтың көгеруі негізінен сезімталдықтың бұзылуымен көрінеді.

Окситальды аймақтың зақымдануы көру қабілетінің бұзылуын тудырады, қарама-қарсы көру өрістерінің жоғалуымен сипатталады, тану қабілеті жоғалады (визуалды агнозия), визуалды галлюцинация байқалады. Көбінесе бас сүйек сүйектерінің негізінің сынықтарымен үйлесетін ми негізінің көгеруімен мидың бағаналы құрылымдары зардап шегеді (аяқтар, варолий көпірі, медулла), онда өзгеретін синдромдар пайда болады (сторо-зақымданбаған перифериялық парез-тиісті бас сүйек нервтерінің сал ауруы, керісінше-парез — орталық типтегі аяқ-қолдардың сал ауруы).

Кемік ми.

Мидың қысылуының жарақаттан кейінгі себептерінің арасында жетекші рөл интракраниальды гематомаларға, мидың ісінуіне байланысты.

Гематомалардың мембраналар мен ми заттарына қатысты орналасуына байланысты олар мыналарды ажыратады: эпидуральды, субдуральды, миішілік, қарыншалық және субарахноидты қан кетулер.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 34беті

Эпидуральды гематома-бұл мидың жергілікті және жалпы қысылуын тудыратын сүйектің ішкі беті мен Дура матасының арасында орналасқан травматикалық қан кету.

Эпидуральды гематомалардың көзі-ортаңғы қабық артериясының негізгі магистралінің, оның алдыңғы немесе артқы тармағының жарылуы, қабық тамырларының, синустардың және тіпті диплоэ тамырларының оқшауланған зақымдануы. Клиникалық көріністерді тудыратын эпидуральды гематомалардың көлемі 30-дан 80 мл-ге дейін. олар фронтальды-уақытша (алдыңғы), уақытша париетальды (орта) және уақытша-париетальды-оксипитальды (артқы) жерлерде орналасуы мүмкін. Клиникалық көрініс.

Мидың қысылуының дамуымен эпидуральды гематомаларда клиникалық түрде төрт кезең байқалады. Бірінші кезең - "тұру" кезеңі. Эпидуральды төгілген қан бас сүйегінің қуысынан сұйықтықтың белгілі бір мөлшерін шығарады. Баланың жалпы жағдайы есін қалпына келтіргеннен кейін салыстырмалы түрде қанағаттанарлық болып қалады, дегенмен ол әлсіздікке, бас ауруына, ұйқышылдыққа шағымданады, бұл жеңіл алшақтық мидың компенсаторлық мүмкіндіктері таусылғанға дейін жалғасады (көбінесе бірнеше сағат). Екінші кезең-веноздық тоқырау немесе ерте клиникалық белгілер. Қан кетудің жалғасуы және мидың қысылуының жоғарылауы нәтижесінде гематоманың жоғарылауы нәтижесінде мидың веноздық ағуы бұзылады. Веноздық тоқырау негізінде мидың ісінуі артады, бұл өз кезегінде тамырлардың одан әрі қысылуына және қан айналымы бұзылыстарының нашарлауына ықпал етеді. Екінші кезеңде клиникалық көрініс баланың өсіп келе жатқан мазасыздығымен, бас ауруы, айналуы, бірнеше рет құсуымен сипатталады. Үшінші кезең-гематома көлемінің ұлғаюы және мидың қысылуының жоғарылауы. Анемия құбылыстары күшейеді. Бала біртіндеп комаға түсетін сопорозды күйге түседі. Айқын анизокория пайда болады (оқушы қан кету жағында кеңейеді және жарыққа дерлік жауап бермейді), қарсы гемиплегия, брадикардия, рефлексстер жоғалады, тыныс алу бұзылады. Болжам өте ауыр.

Төртінші кезең - процесс булбар орталықтарына жетеді. Қан қысымы төмендейді, импульс жиі, аритмиялық, әлсіз толтырылады. Тыныс алу аритмиялық, кейде Чейн-Стокс сияқты. Кома өте жоғары деңгейге жетеді. Оқушылар кеңейтілген, жарыққа жауап бермейді. Болжам үмітсіз. Емдеу: Эпидуральды гематомалар кезінде емдеу хирургиялық, шұғыл (өмірлік көрсеткіштері бойынша).

Субдуральды гематома Қатты және арахноидты менингездердің арасында орналасқан және мидың жергілікті және жалпы қысылуын тудыратын травматикалық қан кету. Субдуральды гематомалардың пайда болуы көбінесе тамырлардың жоғарғы бойлық синуска, сирек көлденеңге, үстіңгі кортикальды артериялардың зақымдалуымен, веноздық синустардың зақымдалуымен және Дура матасының жыртылуымен байланысты. Клиникалық субдуральды гематома 70-150 мл қан көлемінде көрінеді. Жабық бас сүйек-ми жарақатымен қатар, балалардың субдуральды гематомалары тамыр қабырғасының өткізгіштігінің жоғарылауымен және қан ұюының бұзылуымен, жұлын пункциясынан кейін де интракраниальды қысымның айтарлықтай ауытқуымен пайда болуы мүмкін. Жаңа туылған нәрестелерде босану кезінде бас сүйегінің өрескел деформациясы көбінесе жаппай субдуральды гематомалардың себебі болып табылады. Субдуральды гематомалар балаларда жеңіл бас сүйек-ми жарақатымен дамуы мүмкін, оған ата-аналар назар аудармауы мүмкін. Клиникалық көрініс: эпидуральды гематомадан айырмашылығы, клиникалық көрініс неғұрлым ұзақ "жеңіл интервалмен", церебральды және фокальды неврологиялық көріністердің біршама баяу және жұмсақ өсуімен сипатталады, көбінесе айқын менингиальды белгілері бар. Общемозговые және ошақтық симптомдары бар ұқсастық белгілері бар эпидуральных гематом. Эпи және субдуральды гематомалардың диагнозы

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 35беті

анамнез, жалпы хирургиялық және неврологиялық зерттеулер, краниорентгенография негізінде жасалады.

Субарахноидальды қан кетулер көбінесе мидың көгеруімен, субдуральды және миішілік гематомалармен, бас сүйегінің доғасы мен негізінің сынықтарымен бірге жүреді және бас миының жарақатынан кейінгі алғашқы сағат пен күнде бел пункциясы арқылы расталады. Субарахноидты қан кету мидың сүйекке тікелей соғылу аймағында жұқа қабырғалы ми тамырларының жарылуы кезінде, субарахноидты кеңістікте бойлық синусқа өтетін жұқа қабырғалы тамырлардың жарылуы кезінде, жарақат кезінде мидың қарыншаларында сұйықтықтың тез қозғалуымен бас сүйегінің жабық жарақаты кезінде пайда болады ("ликворлы итеру"), эпендима мен одан кейінгі капиллярлық қан кету. Клиникалық тұрғыдан алғанда, балаларда жарақаттан кейін бірден бас ауруы, психомоторлы қозу, менингеальды симп-томдар, қалпына келтіретін гипертермия, шатасқан сана, жұмсақ фокустық неврологиялық белгілер байқалады (бұл жедел менингиттің көрінісін модельдейді).

Ликворлық гипертензияның жоғарылауы бірнеше рет құсу арқылы бас ауруының жоғарылауымен көрінеді, шатасқаннан сана тыныс алу мен жүрек-тамыр қызметінің бұзылуымен сопорозға өтеді. **Бас сүйек күмбезі сүйектерінің сызықтық сынуы (сызаттары)** емшек жасындағы балаларда жиі кездеседі және негізгі бөлігінде париетальды сүйектер аймағында, содан кейін фронтальды және сирек уақытша және оксипитальды аймақта локализацияланған. Кейде жарықтар бірнеше сүйектен өтеді. Краниограммаларды зерттей отырып, тамырлы ойықтардың жарықтарымен қиылысуына ерекше назар аудару керек, өйткені интракраниальды тамырлар кейіннен қан кетумен және интракраниальды, көбінесе эпидуральды, гематомалардың пайда болуымен зақымдалуы мүмкін. Бас сүйегінің сүйектерінің сынуы субапоневротикалық гематомамен бірге жүреді, бұл нәрестелерде айтарлықтай мөлшерге жетеді. Гематоманың шеті тіндердің қанмен инфильтрациясына байланысты көтеріліп, тығыздалады, бұл пальпация кезінде депрессиялық сынық әсерін береді.

Балалардағы бас сүйегінің сынуы тікелей күш қолданбаудың салдары болып табылады, жалпы церебральды және бағаналы белгілері бар ауыр жағдаймен бірге жүреді. Мидың зақымдануының симптомдық кешенімен қатар, мұрын мен есту жолдарынан қан кету және ликворея, бас сүйегінің сүйектерімен біріктірілген жерде Дура матасының жыртылуына байланысты фарингальды мұрынның артқы қабырғасында байқалады. Жұмсақ тіндерге қан кету алдыңғы бас сүйек Фосса сүйектерінің сынуы кезінде көз ұясының талшығында гематомалардың пайда болуына әкеледі ("көзілдірік"симптомы).

Есту жолдарынан қан кету және сұйықтық сыну жазықтығының уақытша сүйек пирамидасына ауысуымен орта краниальды Фосса сүйектерінің сынғанын көрсетеді. Бас сүйегінің сүйектерінің сынуы кезінде артқы бас сүйек фоссасын құрайды, бульбар бұзылыстары бірінші орынға шығады; бас сүйегін тексеру кезінде емізік тәрізді процестер аймағында тері астындағы гематома анықталады. Жарақаттан кейінгі алғашқы 2 аптада бас сүйегінің негізін рентгендік зерттеу бағаналы бұзылулардың қаупіне байланысты қарсы. Емдеу: бас сүйегінің сынуы кезінде емдеу консервативті және негізінен мидың зақымдануының ауырлығына байланысты. Бас сүйегінің сынуы кезінде инфекцияның кіру қақпасының болуын ескере отырып, сіз дереу Бактерияға қарсы терапияны бастауыңыз керек.

Ашық бас сүйек-ми жарақаты

Ашық жарақаттарға бас сүйегінің жарақаттары бас сүйек сүйектерінің сыну проекциясымен (енбейтін) және ми қабығының зақымдалған бөлігінің проекциясымен (енетін) сәйкес келетін бас сүйек-ми жарақаттары жатады. Инфекцияның бас сүйегінің қуысына еніп кету

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 36беті

қауіпіне байланысты, бет терісін зақымдамай, мұрын, құлақ, ауыздан ликвор мен қанның ағып кетуімен бірге бас сүйегінің сынуы да ашық болуы керек.

Клиникалық көрініс.

Балалардағы ашық мидың зақымдануы көбінесе дененің өмірлік функциялары бұзылған ауыр жарақаттың нәтижесі болып табылады. Барлық белгілердің ауырлығы бас сүйек пен мидың зақымдану дәрежесіне, жарақаттардың ауырлығына және науқастың жасына тікелей байланысты. Өте сирек, бірақ бас сүйегі мен мидың клиникалық айқын жалпы ми және жергілікті неврологиялық белгілері жоқ ашық енетін жарақаттары бар.

Емі: ашық сынықтардың барлық жағдайларында хирургиялық араласу көрсетілген.

4.Иллюстрациялық материал:

31 Слайдтық презентация

5. Әдебиеттер: негізгі және қосымша

Қазақ тілінде:

Негізгі:

- 1.Балалархирургиясы [Электронный ресурс] : оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Жалпы хирургия [Электронный ресурс] : оқулық / В. К. Гостищев ; қазақ тіл. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон.текстовые дан. (141Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық ірінді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011
4. Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Орыс тілінде:

Негізгі:

- 1.Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон.текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон.текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Қосымша:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронды ресурстар:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

6.Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Балалардың бас-ми жарағының ерекшеліктері.Этиопатогенез.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 37беті

2. Балалардың бас-ми жарағының клиникалық көрінісі. Диагностиканың ерекшеліктері. Емдеу тактикасы.

3. Балалардың бас-ми жарағының диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.

Клиникалық көрініс. Диагностиканың ерекшеліктері. Емдеу тактикасы. Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.

№14 Дәріс

1. Тақырыбы: Ұршықтың туа біткен шықпасы. Бұлшықеттік қисық мойын. маймақтық

2. Мақсаты. Туа біткен жамбас дислокациясы, туа біткен бұлшықет қисығы және клубфут кезінде атрезияны емдеудің диагностикалық алгоритмдерін, клиникалық ағымын, дифференциалды диагнозын игеру.

3. Дәрістер тезистері:

ТУА БІТКЕН ФЕМОРАЛЬДЫ ДИСЛОКАЦИЯ- қимыл аппаратының ауыр диспластикалық ауруларының бірі болып табылады.

Жамбас буынының барлық элементтерінің дамымағандығы байқалады: ацетабулум, феморальды бастар қоршаған бұлшықеттермен, байламдармен, капсуламен. **КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІС:** Өмірдің бірінші жылындағы балалардағы клиникалық көрініс Аналық сүйектің туа біткен шығуы (олардың маңыздылығының кему ретімен):

* жамбас өсіруді шектеу;

* "шерту" симптомы (Маркс-Ортолани симптомы, төмендеу симптомы-дислокация, жамбас буынындағы тұрақсыздық);

* аяқтың мәжбүрлі сыртқы айналуы;

* аяқтың салыстырмалы қысқаруы;

* Шемакердің белгісі;

* гипойдты және поплитальды қатпарлардың асимметриясы;

Эрлахер мен Эттори симптомы;

* Пельтесон симптомы;

* жамбас буындарындағы шамадан тыс симптом.

Артқы жағында жатқан баланы қарау кезінде төменгі аяқтың мәжбүрлі сыртқы ротациясының болуына назар аударылады. Симптом өмірдің алғашқы 7 күнінде анықталады. Жамбас буындарындағы асылдандыруды шектеу симптомы (98%) өмірдің алғашқы 5-7 күнінде де сенімді. Әдетте, жаңа туған нәрестеде физиологиялық гипертонияға байланысты өмірдің бірінші аптасының соңына қарай ұрлау бұрышы 80° дейін төмендейді, 50-60° немесе одан аз өсіру жамбас дислокациясына күдік тудырады (жамбас сүйегінің басы сұйылтуға кедергі келтіреді). Егер бір жағынан асылдандыруды шектеу байқалса, ортопедиялық патологияның болуы ықтималдығы жоғары. Егер қозғалыс бұзылыстары екі жағынан анықталса, онда неврологиялық патологияны диагностикалау үшін невропатологтың кеңесі тағайындалады (объективті әдістерді қолдана отырып туа біткен ақауларды жойғаннан кейін). Бұл белгі төменгі аяқтардың спастикалық парезіне, жамбас мойнының туа біткен варустық деформациясына, жамбастың патологиялық орналасуына да тән. "Басу" симптомы. Перзентханада баланы тексеру кезінде "басу" симптомының болуына немесе болмауына назар аударылады. Өмірдің жетінші күнінен кейін бұл белгі біртіндеп жоғалады (физиологиялық гипертонияның пайда болуына байланысты), бірақ кейде баланың өмірінің 3-4 айында диагноз қойылады. Феморальды дислокация кезінде бас

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 38беті

ацетабулумға оның артқы шеті арқылы орнатылады, ал дәрігер қолымен "шертуді" сезінеді, кейде құлақпен анықталады. Төменгі аяқ-қолдарды әкелгенде, аналық бас қуыстан да шертуден шығады. Симптом дислокация кезінде ғана байқалады, оны анықтау жиілігі 9% құрайды, жамбас дислокациясы бар көптеген науқастарда симптом анықталмайды. Тері қатпарларының асимметриясы кейде феморальды біржақты дислокациямен байқалады. Ішек (артқы жағында аяқтары бар), гипохондриалық және поплитальды қатпарларға (іште) назар аудару керек. Дислокация жағында жоғарыда аталған тері қатпарларының асимметриясы мен депрессиясы пайда болады (аналық сүйектің жоғары қарай жылжуына байланысты). Дені сау балаларда ішкі жамбаста қатпарлардың саны бірдей емес, бірақ бұл дәрігерді адастырмауы керек. Екі жақты дислокация кезінде симптом екі аналық сүйектің жоғары қарай жылжуына байланысты маңыздылығын жоғалтады. Зардап шеккен аяқтың салыстырмалы қысқаруы. Артқы жағында жатқан баланың аяқтары жамбас және тізе буындарында бүгіліп, аяқтар өзгеретін үстелдің жазықтығына орнатылады. Тізе буындарының орналасу деңгейіне сәйкес қысқарудың болуы анықталады.

1 жастан асқан балалардағы клиникалық көрініс

Кейінгі кезеңдерде (бір жылдан кейін) туа біткен жамбас дислокациясын диагностикалау дәрігерлер үшін де, ата-аналар үшін де қиын емес. Бала жүре бастайды және науқас аяғына тамсана бастайды; екі жақты дислокациямен олар "үйрек" жүрісін белгілейді. Дучен-Тренделенбург симптомын үнемі анықтаңыз (жамбас буынындағы тұрақсыздықты көрсетеді). Егер бала 90° бұрышта жамбас пен тізе буындарында сау аяқты бүгіп, бөлінген Аяқта тұрса, жамбас сау жағына қарай еңкейіп, сол жақта глутеальды қатпардың түсуі анықталады (оң симптом). Егер сау Аяқта тұрғанда жамбас түсіп кетпесе және глутеальды қатпарлар бір деңгейде орналасса, симптом теріс болады. Дупуйтрен симптомы жиі кездеседі: артқы жағында пятаки сүйегіне қысым жасағанда, аяқ-қол осі бойымен қозғалғыштық байқалады.

Жаңа туылған нәрестелер мен өмірдің алғашқы 3 айындағы балалардағы жамбас буындарының патологиясын диагностикалау қиын. Бұл аурудың клиникалық көрінісінің баланың жасына және диспластикалық процестің ауырлығына тәуелділігіне байланысты. Дәрігердің біліктілік деңгейі маңызды. Диагноз анамнез деректері (жүктілік, босану, ұрықтың презентациясы, баланың туыстарында жамбас буындарының туа біткен патологиясының болуы туралы ақпарат), диспластикалық патологияның клиникалық белгілері негізінде жасалады. Басқа ортопедиялық патологиясы бар жаңа туған нәрестелерге ерекше назар аударылады (туа біткен бұлшықет қисығы, клубфут), өйткені бұл балаларда жамбас буындарының бірлескен патологиясының жиілігі жоғары.

Диагнозды нақтылау үшін сәулелік әдістер қолданылады-жамбас буындарының ультрадыбыстық және рентгенографиясы. Бұл диагнозды тексеруге және патологияның ауырлығын анықтауға мүмкіндік береді.

Жоғарыда аталған симптомдардың кем дегенде біреуінің болуы — жамбас буындарының жедел ультрадыбыстық зерттеуі (жасына қарамастан). Дифференциалды диагностика Ерте жастағы балалардағы жамбастардың патологиялық орналасуы - аналық проксимальды жедел гематогенді остеомиелиттің салдары.

Артрогриппоз ("қисық буын") — сирек кездесетін ауру, ортопедиялық патология құрылымында 1-3%. Аурудың негізгі көріністері-буындардың бірнеше деформациясы. Ерекшелігі-бұлшықеттердің дамымауымен біріктірілген үлкен буындардың бірнеше қатаң контрактуралары мен деформацияларының болуы. Аяқтың білек буындары мен буындары жиі зардап шегеді, сәл сирек-білек буындары мен қол буындары, тізе, шынтақ, жамбас, иық буындары. Бірнеше эпифизді дисплазия (Файербанк ауруы). Аурудың алғашқы белгілері 5 жастан асқан балаларда пайда болады, ерте жаста бұл балалар аз қозғалады.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 39беті

Рентгенологиялық сурет тән: эпифиздер тегіс емес, бірақ мөлшері азаяды, әсіресе көлденең. Олардың негізі эпифизді шеміршек аймағынан қысқа; бұл әсіресе жамбас және тізе буындарында айқын көрінеді. Өмірдің алғашқы айларындағы балада эпифиздердің көпшілігі рентгеннегативті болғандықтан, эпифиз дисплазиясына күдік келтіру өте қиын. Емдеу Жамбас буындарының жетілмегендігі. Егер жетілмегендік ультрадыбыстық диагноз қойылса, бірақ ол клиникалық түрде көрінбесе, консервативті емдеу жүргізіледі — бір ай ішінде кең орау. Бір айдан кейін рентгендік зерттеу және ультрадыбыстық зерттеу қажет. Егер жетілмегендік жамбас буындарында сұйылтуды шектесе, шпагат шиналары қолданылады. Емдеу ұзақтығы-ай, кейіннен рентгенологиялық және ультрадыбыстық бақылаумен.

Бұлшық еттік қисық мойын.

Кривошея-бас пен мойынның мәжбүрлі бекітілген жағдайы; этиологиясы, патогенезі және клиникалық көрінісі бойынша әртүрлі аурулар тобы. **КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІС:** аурудың алғашқы белгілері өмірдің екінші аптасының соңында пайда болады. Алғашқы көріністердің бірі-қан кету және ісіну бар стерноклеидомастоидты бұлшықеттің үшінші немесе төменгі үштен бірінде фузиформальды форманың қалыңдауы-интранатальды зақымданудың салдары. Айқын контурланған қоюлану максималды мөлшеріне 5-6 аптаға жетеді, содан кейін біртіндеп азаяды және жоғалады t 4-8 ай баланың өмірі. Жоғалған қалыңдау аймағында бұлшықеттің тығыздалуы (тыртық) қалады, оның икемділігі төмендейді, өсу баяулайды (сол атаудағы қарама-қарсы бұлшықетпен салыстырғанда). Емдеу: егер диагноз баланың өмірінің бірінші айында белгіленсе, онда шамамен 100% жағдайда олар тек консервативті ем жүргізеді: шпаргалкадағы баланың дұрыс орналасуын қадағалаңыз (жарық көзі, ойыншықтар және басқа тітіркендіргіштер: зардап шеккен жағында болуы керек), өмірдің алғашқы 2 жылында қарқынды массаж курстары, физиотерапия курстары (калий йодиді бар электрофорез, гиалуронидаза және басқа препараттар зардап шеккен бұлшықет аймағына). Ауруды кеш анықтаған кезде хирургиялық емдеу қажет.

Туа біткен маймақтық - бұл құрсақта дамитын нәресте аяқтарының сүйектері мен жұмсақ тіндерінің туа біткен патологиясы. Бұл патологияны жүктіліктің 8-12 аптасында болашақ ананың ультрадыбыстық зерттеуі арқылы анықтауға болады. Туа біткен клубфут туғаннан кейін бірден сәтті емделеді, әйтпесе мүгедектікке әкелуі мүмкін. Сондай-ақ, бұл патология басқа аурулардың көрінісі болуы мүмкін, мысалы: бел омыртқасындағы омыртқалы доғалардың бөлінуі және жамбас дисплазиясымен біріктірілуі мүмкін.

Жаңа туылған нәрестедегі аяқтың белгілері: аяғы кішірек, өкшесі сау аяққа қарағанда едәуір аз; аяқтың алдыңғы бөлігі төменге бағытталған; деформацияланған аяқтың плантациялық беті екінші аяққа қарай бұрылған; аяқ сыртқа қарай бұрылған (супинацияланған), табан төмен бағытталған. Өмірдің бірінші жылында туа біткен клубфутты емдеудің негізгі әдісі консервативті (сатылы гипс таңғыштарын қолдану арқылы). Бұл жағдайда ең үлкен проблемалар өкше сүйегінің эвинус жағдайын түзету кезінде пайда болады. Аяқтың консервативті емінің тиімсіздігінде хирургиялық араласу көрсетілген-аяқтың лигаментокапсулотенотомиясы. Аяқтың қаңқасына хирургиялық араласу сүйек өсуі аяқталғаннан кейін, бұрын емдеуден кейін аяқтың қалдық элементтерін түзету үшін (қайталану) көрсетіледі.

4. Иллюстрациялық материал:

38 Слайдтық презентация

5. Әдебиеттер: негізгі және қосымша

Қазақ тілінде:

Негізгі:

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 40беті

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс] : оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Жалпы хирургия [Электронный ресурс] : оқулық / В. К. Гостищев ; қазақ тіл. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон. текстовые дан. (141Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық ірінді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011
4. Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Орыс тілінде:

Негізгі:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон. текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон. текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Қосымша:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство). 2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронды ресурстар:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

6.Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Тур біткен жамбас дислокациясы.
2. Жамбас патологиясын диагностикалаудағы ультрадыбыстық және рентгенографияның рөлі.
3. Жамбас патологиясын емдеудің консервативті және жедел әдісінің мерзімдері мен принциптері. Асқынулар, оңалту. Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.
4. Бұлшық есептік жазба мойын.
5. Бұлшық есептік жазба мойын Емдеудің консервативті және жедел әдісінің мерзімдері мен принциптері. Асқынулар, оңалту.
6. Бұлшық есептік жазба мойын Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 41беті

№15 Дәріс

1. Тақырыбы: Балалар жасындағы сынықтардың ерекшелігі. Патологиялық сынықтар. Туылу кезіндегі жарақаттар.

2. Мақсаты: Балалардағы патологиялық сынықтар, босану жарақаттары кезіндегі диагностика, клиникалық ағым, дифференциалды диагностика және емдеу алгоритмдерін игеру.

3. Дәрістер тезистері: Балалардағы патологиялық сынықтар.

Патологиялық сынықтар қаңқа сүйектерінің ауруларымен ауыратын балаларда аздап травматикалық күшке ұшыраған кезде пайда болады.

Мұндай сынықтардың себебі болуы мүмкін: жетілмеген сүйек, талшықты және шеміршек остеодисплазия, витамин тапшылығы (рахит, қышыма), қабыну аурулары (остеомиелит, туберкулез). Сүйектің жетілмегендігі (osteogenesis imperfecta) — анықталмаған этиологиядағы сүйектердің туа біткен сынғыштығы. Бұл аурумен сынықтар шамалы күш әсерінен пайда болуы мүмкін: жас балаларда, оларды ауыстыру, ауыстыру кезінде, отыруға, аяққа тұруға тырысқан кезде үлкендерде. Сынықтар ауырсынумен, патологиялық қозғалғыштықпен және деформациямен, ісінумен және крепитациямен бірге жүреді, периостеум және фрагменттердің толық жылжуымен кездеседі. Төменгі аяқтардың, содан кейін жоғарғы және қабырғалардың сүйектері жиі бұзылады. Клиникалық көрініс: сүйектің жетілмегендігі клиникалық түрде бірнеше рет қайталанатын сүйектердің сынуы немесе сынуы, бұлшықет гипотрофиясы, көк склераның болуы, кейде "кәріптас тістері" және есту қабілетінің төмендеуіне байланысты аяқ-қолдардың қисаюымен көрінеді. Емі: сүйектің жетілмегендігі кезінде сынықтарды емдеу негізінен Мұқият репозицияға және толық консолидацияға дейін сенімді бекітуге (гипос лангетімен немесе қаңқалық экстракциямен) дейін азаяды. Аяқ-қолдардың айқын және Елеулі деформациясы бар жиі қайталанатын сынықтарда хирургиялық емдеу ұсынылады. **Д және С дәрумендерінің** жетіспеушілігімен сүйектердің патологиялық сынғыштығы пайда болады. Рахит пен қышумен жас балаларда сынықтар байқалады. Рахитпен ауыратын баланың сынуы үшін шамалы жарақат немесе ыңғайсыз қозғалыс жеткілікті. Мұндай сынықтар, әдетте, аналық сүйектің төменгі үштен бірінде және білек сүйектерінде байқалады. Көбінесе олар периостеум болып табылады. Ауырсыну туралы шағымдар шамалы және сыну жиі байқалады; тек каллустың дамуы мен аяқтың қисаюы кезінде бұрынғы сынық анықталады, оны рентгенография растайды. Толық рахиттік сынықтар баяу өседі және күшті жалпы антихитикалық емді сенімді иммобилизациямен қатар қажет етеді.

Туберкулезді зақымдану кезінде патологиялық сынулар сүйектің сынуы негізінде ғана емес, сонымен қатар бүкіл зақымдалған аяқтың сүйектерінде дистрофиялық процестердің дамуына байланысты — остеопороз, атрофия.

Патологиялық Сынықтар сүйек тініндегі нейро-трофикалық өзгерістер нәтижесінде де байқалуы мүмкін, мысалы, полиомиелит, гормоналды ауысулардан кейін. Соңғы жағынан, аналық бастың жас эпифизеолизі қызығушылық тудырады, оның себебі эндокриндік бұзылыстарда, басқалары жыныстық жетілу кезеңінде сүйекке шамадан тыс жүктеме кезінде, ал басқалары травматикалық әсер туралы айтады. Ауру кішігірім жарақаттан кейін, ыңғайсыз қозғалыстан кейін немесе ешқандай себепсіз жамбас буынындағы белгісіз ауырсынудан басталады. Ауырсыну ортаңғы жамбас, тізе буыны және ішек аймағына таралуы мүмкін. Қанағаттанарлық, бірақ көбінесе пациенттер осы бөлімдердің бірінде ауырсынудың болуын көрсетеді. Ауырсыну жүктемеден және жұмсақ режимнен кейін 2-3 күннен кейін өтеді. Науқасты жату жағдайында тексеру кезінде зақымдалған аяқтың сыртқы ротациясы, сыртқы амплитудасының жоғарылауы және ішкі ротацияның төмендеуі

OÑTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 42беті

байқалады. Жамбас және тізе буындарында бүгілгенде, соңғысы сагиттальды жазықтықтан сыртқа қарай жылжиды (Гофмейстер симптомы). Жамбас буынында иілу 150-100° дейін шектелген. Аяқтың салыстырмалы түрде қысқаруы 1,5-2 см.

БОСАНУ ЖАРАҚАТТАРЫ. Жатырдың жиырылуын және босануды ынталандыру кейде балаға физикалық жарақат әкеледі. Ауыр немесе травматикалық босану нәтижесінде неонатальды жарақат алу қаупі күрделі манипуляциялардың орнына кесерев арқылы босануды пайдалануды арттыру арқылы азаяды: вакуумды экстракция немесе орташа немесе жоғары қысқышты қолдану арқылы босану.

Бала гестациялық жасқа үлкен болған кезде (кейде қант диабеті бар аналарда болады) немесе жамбас немесе басқа қалыпты емес презентациялар жағдайында, әсіресе бастапқы аналарда жарақат алу қаупі артады.

Мидың жарақаты-бұл ең көп таралған жарақат және әдетте шамалы, бірақ кейде ауыр жарақаттар пайда болады.

Басын қысу. Өзгерту нысандары шашты тараған кезде қынаптық босану үшін қысым көрсетіліп отырған қызметтің соқрашающейся маткой арналған податливый бассүйек сәби өтетін босану жолдары арқылы. Мұндай өзгеріс қалыпты процесс және жарақаттың белгісі емес. Бұл емдеуді қажет етпейді.

Бас терісінің абразиясы. Әдетте Үстірт және минималды болып табылатын абразиялар мен бас терісінің зақымдануы құралдарды қолдануды қажет ететін босану кезінде пайда болуы мүмкін (вакуум-экстракция қолданылған балалардың 10% - на дейін).

Бастың туа біткен ісігі. Бастың туу ісігі-бұл босану кезіндегі қысым нәтижесінде бастың алдыңғы бөлігінде сукровицаның экстрапериостальды тері астындағы жинақталуы

Апоневротикалық қан кету. Субапоневротикалық қан кету перикарп апоневрозы мен периостеум арасында байқалады. Бұл ауыр жарақаттың нәтижесі және бастың бүкіл шаш бөлігінің, оның ішінде уақытша аймақтардың дірілдейтін ісігімен сипатталады және туылғаннан кейінгі алғашқы бірнеше сағатта байқалады. Бас терісінің астындағы бұл мүмкін кеңістік үлкен, қанның айтарлықтай жоғалуы және геморрагиялық шок болуы мүмкін, бұл гемотрансфузияны қажет етуі мүмкін. Субапоневротикалық қан кету қысқышты немесе вакуумдық экстракторды қолдану нәтижесінде пайда болуы мүмкін немесе коагуляцияның бұзылуымен байланысты.

Кефалогематома -бұл периостеальды қан кету. Мұны субапоневротикалық қан кетуден бөлуге болады, өйткені ол бір сүйек сүйектерімен шектелген, периостеум тігістер аймағына бекітілген. Кефалогематомалар, әдетте, бір жақты және париетальды. Жаңа туылған нәрестелердегі жағдайлардың аз пайызында сүйектің сызықтық сынуы пайда болады. Гематома әдетте өмірдің алғашқы күндерінде байқалады және бірнеше апта ішінде кетеді. Кефалогематоманы емдеу қажет емес, бірақ анемия немесе гипербилирубинемия дамуы мүмкін. Кейде сүйек ісігіндегі гематома кальцинозға ұшырайды.

Бас сүйегінің сынуы. Бас сүйегінің сынуы сирек кездеседі. Көптеген жағдайлар баланың басы құрсақтағы сүйек доғасына немесе босану процесінде форсункаларды қолдану нәтижесінде пайда болады. Бас сүйегінің сынуы немесе басқа бас жарақаты бар балаларда субдуральды қан кету, субарахноидты қан кету және мидың өзі көгеруі немесе жырттылуы (миға қан кету) болуы мүмкін. Бас сүйегінің депрессиясы пальпацияланған (және кейде көрінетін) сатылы деформацияны тудырады, оны кефалогематома кезінде пайда болатын пальпацияланатын периостальды шеңберден ажырату керек.

ЖҮЙКЕ ЖҮЙЕСІНІҢ ЖАРАҚАТТЫҚ ЗАҚЫМДАНУЫ. Жүйке жүйесінің туу жарақаты-бас сүйек сүйектерінің, қабықтардың, тамырлардың, ми немесе жұлын паренхимасының және перифериялық нервтердің босану процесіндегі механикалық зақымдану. Ұрықтың жүйке жүйесінің зақымдану механизмінің негізі-анормальды

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 43беті

презентация және/немесе интранатальды кезеңнің патологиялық ағымы кезінде акушерлік көмектің жеткіліксіз тактикасының салдарынан болатын травматикалық әсерлер.

Интракраниальды туа біткен жарақатқа интракраниальды қан кетулер жатады: эпидуральды, субдуральды, бастапқы субарахноидты, қарыншаішілік, паренхималық (миішілік, жүрек ішілік).

ЭПИДУРАЛЬДЫ ҚАН КЕТУ. Эпидуральды қан кету (гематома) — периостеум мен бас сүйегінің ішкі беті арасында орналасқан веноздық тамырлардан пайда болатын қан кету (көбінесе париетальды).

СУБДУРАЛЬДЫ ҚАН КЕТУ. Қатты және жұмсақ менингездер (жұмсақ және Паук) арасында пайда болатын қан кету. **КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІС.** Үлкен жарты шарда

орналасқан және интранатальды түрде пайда болатын субдуральды қан кетулер клиникалық түрде бірден пайда болмайды, мұндай жағдайларда олар ұзақтығы 24 сағаттан бірнеше күнге дейін және тіпті туылғаннан кейінгі апталарға дейін өзгертін "Жарық саңылауының" болуы туралы айтады. Көп жағдайда субдуральды қан кетудің алғашқы белгілері туылғаннан бірнеше сағат өткен соң пайда болады. Субдуральды қан кетудің ерте көріністеріне мыналар жатады:

- * интракраниальды гипертензияның белгілері;
- * айқын конъюгациялық гипербилирубинемия;
- * ерте постгеморрагиялық анемия.

ЦЕРЕБРАЛЬДЫ САҢЫЛАУДЫҢ ЖАРЫЛУЫ **КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІС**

Апатты ағым-өмірдің алғашқы минуттары мен сағаттарынан бастап ми жүйесінің қысылу белгілері дамиды: церебральды белсенділіктің прогрессивті жоғалуы-кома — опистотонус позасы, дивергентті страбизм, оқушы реакцияларының бұзылуы, көз алмаларының өзгермелі қозғалысы, тұрақты көз;

- * тыныс алу және жүрек-қан тамырлары бұзылыстарының дамуы.

Кешіктірілген немесе субакутты прогрессивті курс салыстырмалы әл-ауқат кезеңінен кейін пайда болады (бірнеше сағаттан аз уақытқа созылады, сирек күндер), белгілер артады:

- * Бассүйекішілік гипертензия (көктамырлардың кернеуі, желке тігісінің ажырауы, қозу, тоникалық құрысулар);
- * ми бағанының қысылуы (тыныс алу және жүрек-қан тамырлары бұзылыстары, окуломоторлы, булбарлы бұзылулар).

Ең жиі нәтиже-өлім.

МИДЫҢ ҚАРЫНШАСЫНА ҚАН ҚҰЙЫЛУ. Қан құйылу-да қарынша ми кезінде рулық травме. **КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІС:** мидың контузиясы көрінеді, мидың ауыр бұзылулары, қозғалыс тапшылығының, гемипарездердің, монопарездердің әртүрлі нысандары түріндегі жергілікті неврологиялық симптоматикамен, зақымдану ошағына қарай көзді күштеп девиациялаумен, гипервозбудностью, кейін бәсеңдеуі, құрысулар(фокальды немесе мультифокальды), тыныс алу ырғағының бұзылуы (қайталама апноэ), прогрессивті интракраниальды гипертензия (құсу, фонтанелдің ісінуі, краниальды тігістердің сәйкес келмеуі).

МИҒА ҚАН КЕТУ.

КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІС

Қан кетудің локализациясы мен көлеміне байланысты. Ми жарты шарындағы қан кетулер көрінеді:

- * асимптоматикалық курс (гематоманың мөлшері өте аз);

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 44беті

- * церебральды белсенділіктің біртіндеп жоғалуымен, комаға ауысуымен, көбінесе фокальды симптомдармен (гемипарез, фокальды клоникалық конвульсиялар) едәуір зақымдану ошақтары бар депрессияның жоғарылауы;
- * интракраниальды гипертензия (мидың перифокальды ісінуіне байланысты). Қан құйылу внутримозжечковые білінеді:
 - бессимптомным ағыммен (кезінде кровоизлиянии да краевые бөлімдері полушарий мишықтың);
 - * өсіп келе жатқан Бассүйекшілік гипертензиямен (көктамырлардың кернеуі, желке тігісінің ажырауы, қозу, жиі тоникалық құрысулар);
 - * тыныс алу және жүрек-қан тамырлары бұзылуларымен, окуломоторлы және бульбарлы бұзылулармен көрінетін ми жүйесінің қысылуы (церебральды жарты шарда жаппай қан кету кезінде).

СУБАРАХНОИДТЫ ҚАН КЕТУ КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІС

Көлемі аз гематомаларда менингейдтердің тітіркену белгілері және құрысулар басым болады. Мидың контузиясымен немесе субдуральды қан кетумен біріктірілген ірі ошақты субарахноидты қан кетулерде жағдайдың нашарлауы апатты сипатта болады:

- * Бассүйекшілік гипертензияның жылдам үдемелі симптомдары;
- * ОЖЖ терең бәсеңдеуі аясында менингалардың тітіркену белгілері;
- * гиперестезия;
- * гипер қозғыштық;
- * тез өсіп келе жатқан сыртқы гидроцефалия (краниальды тігістердің бөлінуі, фонтанеллалардың ісінуі);
- * негізінен клоникалық сипаттағы жалпыланған құрысулар (өмірдің алғашқы сағаттарында пайда болады).

ОМЫРТҚА МЕН ЖҰЛЫННЫҢ ЗАҚЫМДАНУЫ. КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІС

Клиникалық курстың үш нұсқасы бар. Апатты-тыныс алу және жүрек-қан тамырлары бұзылыстарының фонында туылғаннан кейінгі алғашқы сағаттарда өлі туылу немесе өлім. Краниоспинальды зақымдану кезінде байқалады (жоғарғы жатыр мойны бөлімі). Ауыр-бірнеше күннен бірнеше аптаға дейін созылатын жұлын соққысымен бірге жүреді (адинамия, арефлексия, атония), асқазан ісінген, ішек парезі, "парадоксальды" диафрагматикалық тыныс, анальды сфинктердің атониясы және қуық бұлшықеттері, зақымдану деңгейінен төмен ауырсыну сезімталдығының болмауы. Кейде Клод Бернар-Горнер синдромы (Клод Бернар-Горнер триадасы) байқалады. Бет пен бас аймағындағы рефлекторлық реакциялар мен сезімталдық сақталған. Тыныс алу жеткіліксіздігінің дамуы көбінесе неонатальды кезеңде өлімге әкеледі, жұлынның ортаңғы және төменгі және жоғарғы кеуде бөліктері зақымданған кезде байқалады. Орташа ауыр-жұлын соққысы қысқа, мотор және рефлекторлық бұзылулар аз байқалады.

4. Иллюстрациялық материал:

59 Слайдтық презентация

5. Әдебиеттер: негізгі және қосымша

Қазақ тілінде:

Негізгі:

1. Балалархирургиясы [Электронный ресурс] : оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон.текстовые дан. (138Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 592 б.
2. Жалпы хирургия [Электронный ресурс] : оқулық / В. К. Гостищев ; қазақ тіл. ауд. Д. А. Смаилов. - Электрон.текстовые дан. (141Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 752 б.
3. Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық іріңді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Педиатрия-1» кафедрасы		044 -38/11
«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы		48 беттің 45беті

4. Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Орыс тілінде:

Негізгі:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон.текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон.текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Қосымша:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронды ресурстар:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

6.Бақылау сұрақтары (кері байланыс).

- 1.Патологиялық сынықтар. Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.
- 2.Туылу кезеңіндегі Жарық.Туу жарақаттарының түрлері.
- 3.Туу кезінде жарақаттарының Диагностика, дифференциалды диагностика және клиникалық хаттамалармен емдеу.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН

MEDISINA
AKADEMIASY

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ



SOUTH KAZAKHSTAN

MEDICAL
ACADEMY

АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»

«Педиатрия-1» кафедрасы

«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы

044 -38/11

48 беттің 46беті

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН

MEDISINA
AKADEMIASY

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ



SOUTH KAZAKHSTAN

MEDICAL
ACADEMY

АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»

«Педиатрия-1» кафедрасы

«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы

044 -38/11

48 беттің 47беті

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН

MEDISINA
AKADEMIASY

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ



SOUTH KAZAKHSTAN

MEDICAL
ACADEMY

АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»

«Педиатрия-1» кафедрасы

«Балалар хирургиясы» пәнінен дәрістер жинағы

044 -38/11

48 беттің 48беті