

Székrekedés (Obstipatio)

A székrekedést az orvosok és a szülők gyakran eltérően értelmezik. Orvosi szempontból a három napnál ritkábban bekövetkező, megfelelő mennyiségű spontán székletürítést tekintjük székrekedésnek. A szülők tévesen sokszor akkor is székrekedésről beszélnek, ha gyermekük kemény székletet produkál, ha nehezen tud székelni, vagy ha a székelési epizódok nem járnak sikerrel. Sajnos a szülőket az is megtévesztheti, hogy a gyermekük napi rendszerességgel kis mennyiségű hígabb székletet ürít (esetleg szennyezi fehérneműjét), de valójában normál mennyiségű széklet nem távozik, hanem felgyülemlik a vastagbélben. Ez az úgynevezett túlfolyásos széklet (encoporesis), amely már a tünetek súlyos formáját képezi. Ilyenkor akár már a hasfalon keresztül is tapintható a széklettrög.

Ha bármilyen Ön által rendellenesnek gondolt székletürítési szokást észlel gyermekénél, érdemes szakemberhez fordulni. Ha rendellenesség háttérben lehet, hogy nem megfelelő táplálkozási szokás (rostszegény étkezés), vagy elégtelen folyadékbevitel áll. Oki tényező lehet mozgásszegény életmód, bár ez gyermekeknél ritka, de pszichés probléma is (testvér születése, új környezet, iskola-, óvodaváltás, tanulási nehézség, családi problémák).

A gyermekkori székrekedés háttérben ritkábban fordul elő endokrinológia-gastroenterológiai megbetegedés vagy fejlődési rendellenesség, de természetesen a tünet fennállása esetén, ezek kizárására is minden esetben szükség van.

Vakbélgyulladás (Appendicitis acuta)

Vakbélgyulladás meghatározása

A vékony és vastagbél találkozásánál található vakon végződő bélszakasz a vakbél, melynek folytatása a féregnyúlvány. Nyirokszövetet környezeténél nagyobb mennyiségben tartalmaz - úgynevezett „nyirokszerv”. Gyulladás a gyermekkorban leggyakrabban előforduló akut hasi megbetegedés.

Lefolyása

A féregnyúlvány belsejében kezdődik a gyulladás leggyakrabban bélsárkő, limfoid hyperplasia idegentest következtében. A folyamat a nyálkahártya felől terjed az izomzat felé, gyakran már 6-12 órán belül a bélfal elhal és átfúródik. A perforatio annál gyakoribb minél fiatalabb a beteg. A betegség folyamatosan előrehaladó, nem állítható meg, antibiotikummal fékezhető, de nem gyógyítható.

Tünetei

A fő jellemzője a hasi fájdalom, hányás és hőemelkedés, láz. Fokozatosan fejlődik ki a jobb hasfél nyomásérzékenysége és a hasfal izomvédekezése. A hasi lelet lehet megtévesztő, mert a féregnyúlvány lehet a máj alá felcsapott helyzetű, de okozhat vesetáji érzékenységet és kismedencébe lelógó appendix gyulladása a húgyhólyag irritációja miatt gyakori vizeléssel társulhat. Laborvizsgálatok közül a fehérvérsejtszám és egyéb gyulladásos paraméterek emelkedettsége is kórjelző lehet. Jobb alhasi fájdalomnak egyéb oka is lehet, a beteget nem elegendő egyszer megvizsgálni.

Differenciáldiagnózis

Szóba jön a székrekedés, gyomor -bél hurut, petefészektümlő, petefészek, petevezetés csavarodás, praemenstruális fájdalom, jobboldali tüdőgyulladás, vesemedence gyulladás, bél gyulladással betegsége pl: Chron betegség, és Schonlein –Hennoch purpura, kizárt sérv, de leggyakrabban előforduló és legfontosabb elkülönítendő kórkép a bélfodorba levő nyirokcsomók megnagyobbodása, ami általában más betegségekhez társul.

Amennyiben a diagnózis bizonytalan a beteget mindenképpen fel kell venni megfigyelésre a kórházba. Csak többszöri fizikális vizsgálattal, ultrahang és laborvizsgálattal, vénásan adott folyadékpótlás mellett, éhgyomri állapotban dönthető el a betegség mikéntje.

Kezelés

- Amennyiben a vakbélgyulladás nem igazolódik, a beteg panasa fokozatosan csökken, majd megszűnik, a szájon át adott folyadékot és felépített táplálást tűri, akkor néhány nap múltán hazaengedjük. A betegség kóroka sokszor pontosan nem igazolható, többnyire felsőlégtüti fertőzést látunk háttérben, a bélfodorban lévő nyirokcsomók megnagyobbodásával.
- Amennyiben a vakbélgyulladás nem igazolódik, de a beteg hasi panasa fennáll, akkor gyermekgyógyászati kivizsgálásra lehet szükség.

3 A vakbélgyulladás diagnózisának felállítása egyenlő a sürgős műtét indikációjával. **A műtét elvégzése laparascopiával illetve nyílt műtéti úton történhet.**

A gyulladás mértéke, bélfali kiterjedése alapján többféle stádiumú vakbélgyulladást különböztetünk meg, melyek közül a **perforált, kilyukadt féregnyúlvány és a vele együtt járó hashártya gyulladás a legsúlyosabb.** *Perforatio* esetén a hasüreget átöblíthetjük higított fertőtlenítőszeres folyadékkal (Braunol), ritkán a hasüreget draináljuk.

A műtét utáni felépülés mindenképpen függ a beteg tápláltságától, egészségügyi állapotától, előzményeitől, kórházi tartózkodás az egyszerűbb esetekben általában 4-6 nap.

A súlyosabb, perforált, hashártyagyulladással járó esetekben a beteg felépülése lassúbb. A műtét utáni időszakban adott infusio, antibiotikus terápia, lázcsillapítás csak lassan építhető le. A kiegészítő, a beteg folyadék forgalmának pontos ellenőrzésére szolgáló húgyhólyag katéter eltávolítása a megfelelő vizeletürítés, a bélműködés átmeneti leállása miatt behelyezett gyomorszonda eltávolítása csak a bélperisztaltika megindulásakor lehetséges. Az antibiotikumokat a peritonitis megszűnéséig adjuk

Periappendicularis infiltratum esetén nem végzünk azonnali műtétet, hanem kombinált antibiotikus kezeléssel kíséreljük meg a gyulladás szanálását. Periappendicularis tályog kialakulása esetén oncotomiát végzünk. Ha sikeres a gyulladás visszafejlesztése a féregnyúlványt a kezelés után kb fél évvel távolítjuk el.

Szövődmények

A postoperatív v. peritonitises paralysis, tehát a belek mozgásának leállása, beöntésekkel, bélmozgatókkal kezelhető. Kb a műtét után 8-10 nappal alakulhatnak ki a bélelzáródás tünetei- általában egy vékonybélkacs letapadása, megtöretése miatt. Amennyiben a konzervatív kezelés eredménytelen reoperációra kényszerülünk. Későbbi időpontban jelentkező bélelzáródás esetén a

leszorító köteg vaskosabb. Kifejezett hasüregi gyulladás szövődménye lehet hasüregi tályog-
leggyakrabban a hasüreg mélyén a húgyhólyag, végbél közötti területen, a Douglas üreg területén,
másodsorban a rekesz alatt.

Chronicus appendicitis

Tulajdonképpen nem létezik, a féregnyulvány gyulladása vagy kifejlődik vagy visszafejlődik-
tartósan nem okoz panaszokat. Visszafejlődés után az appendicitis recidivájának lehetősége fenáll.

Primer peritonitis vagy elsődleges hashártyagyulladás

A fertőzés nem a tápcsatorna felől hanem a vér úton fejlődik ki. Jellemző a magas láz, kifejezett
leukocytosis / 20-30 ezer/, diffúz hasi érzékenység, esetleg defense. Lányoknál pneumococcus
fertőzés esetén hüvelyi folyás észlelhető. Műtét során általában nyúlós váladék található a
hasüregben. Masszív antibiotikus kezelésre / penicillin/ a fertőzés gyógyul.

**További kérdés esetén keresse a miskolci Gyermeksebészetet személyesen, telefonon, vagy e-
mailben.**

Lágyéksérv (Hernia inguinalis)

Lágyéksérv (hernia inguinalis)

A sérv a hasfal egy rendellenes (szerzett vagy veleszületett) nyílásán keresztül (*sérvkapu*) egy vagy
több hasüregi szerv (*sérvtartalom*) előesése a lágyéktáji régióban. A fiúknál a herezacskók, lányok
esetében a nagyajkak irányába.

Fiú gyermekeknél gyakoribb előfordulás észlelhető. Ugyanis a méhen belüli fejlődés során a herék
a hasüregen belül alakulnak ki, a magzati fejlődés során azonban fokozatosan szállnak le végleges
helyük felé. Születéskor fiziológiás esetben már a herezacskóban tapinthatóak. A hasfalon való
átlépési pontnál a hasüreget bélelő hashártyát elődomborítják, majd a lágyékcsatornán keresztül
jutnak a hasüregen kívülre. A here mögött ily módon kialakult járat (*sérvtömlő*) záródásának
zavarából adódóan a belek, valamint egyéb hasüregi szervek akadálytalanul követhetik a here
leszállási útvonalát, kialakítva a lágyéktáji sérvet. A sérvek legfőbb tünete a lágyéktájon,
herezacskóban, nagyajkak területén kialakuló fájdalomtalan elődomborodás.

A lágyéktáji sérv minden esetben műtéti megoldást igényel!

Az „**egyszerű**” sérv esetében a tapintható minden esetben fájdalomtalan sérvtartalom könnyedén,
szinte ellenállás nélkül a hasüreg irányába visszahelyezhető. Ezekben, az úgynevezett
szövődménymentes esetekben előre tervezetten, bármely életkorban (csecsemőknél - az altatási
szövődmények minimalizálása érdekében - a lehetőség szerinti 3 hónapos kort kivárva) elvégezhető
a műtét.

A lágyéksérv legrettegettebb szövődménye a **kizáródás**. Ekkor a szűk sérvkapu, mintegy
gyűrűszerű leszorítást képez a sérvtartalom körül, az ellátó ereket komprimálva, annak vérrellátási
zavarát okozva. Órákon belül jelentkezhetnek a bélelzáródás, végső esetben bélelhalás tünetei
(haspuffadás, kifejezett hasi fájdalom, hányás, véres széklet, akut has). A mielőbbi szakvizsgálat,
diagnózisalkotás, szükség szerinti műtéti beavatkozás elengedhetetlen.

***Fontos, hogy ne állítson fel öndiagnózist, ne kezelje otthon gyermekét! Minden lágyéktáji
hirtelen kialakuló duzzanatot, fájdalmat, pirosság esetén haladéktalanul jelentkezzen
gyermeksebészeti ambulanciánkon!***

Vízserv (Hydrocele)

Vízserv (hydrocele):

A korábban már részletezett, a here leszállásához társulóan kialakult járat részleges záródási zavara miatt, kialakulhat olyan szűkült járat is, melyen át csak a hasüregi vizenyő képes átjutni, így a sérvtömlőt folyadék tölti ki. Ha a járat teljes hosszában nyitott **kommunikáló formáról** beszélünk, mely esetében szülő arra lesz figyelmes, hogy a nap végére lágyéktájon fájdalomtalan, sokszor herezacskó vékony bőrén át kékesen áttűnő, fájdalomtalan duzzanat jelentkezik gyermekénél, mely reggelre, valamint nyugalomban magától megszűnik. A lágyéksérvvvel ellentétben, a vízservéknél a járat spontán záródása 1-2 éves korig bekövetkezhet, mely a vízserv gyógyulásához is vezethet, avagy **cisztaként lezáródva** állandósulhat. Emiatt biztos szakorvosi vélemény után a műtéti beavatkozás csak 2-2,5 éves kor után indokolt.