جامعة دمشق

كلية الطب البشري

مستشفى الأطفال

تشوهات الجهاز الهضمي الخلقية المشخصة خلال فترة الوليد

Congenital Anomalies in the Digestive System Diagnosed in the Neonatal Period

بحث علمي لنيل شهادة الدراسات العليا

في طب الأطفال

أعد في قسم الأطفال

برئاسة الأستاذ الدكتور **إشراف الأستاذ الدكتور**

سمير سرور ***مطيع الكرم***

إعداد الدكتور

محمد سميح العلان

2017

الإهداء

إلى الرجل الذي علمني أن الدنيا كفاح واجتهاد، إلى من وهبني قطاف تجربته في الحياة، ووضع العالم في يدي.

إلى قدوتي، ومثلي الأعلى.

أبي

إلى نبع الحنان الدائم، إلى من حملت همي صغيراً وكبيراً، إلى من سهرت علي مريضاً

إلى رمز العطاء، و يا عشقي الأبدي.

أمي

إلى سندي إن ضنَ علي الدهر يوماً، إلى من بوجودهم أكبر وأستمد قوتي.

إخوتي

إلى رفيقة دربي وشريكتي في هذه الحياة إلى نصفي الآخر.

زوجتي

إلى أجمل هدية وهبني إياها الله .

ابني

إلى إخوة لي ما ولدتهم أمي كانوا نعم الأخ ونعم الصديق.

أصدقائي

كلمة شكر وتقدير **للأستاذ الدكتور مطيع الكرم**، أستاذ أمراض الخديج والوليد لتفضله بالإشراف على بحثي هذا، ولإعطائه لي الكثير من وقته ونصائحه.

كما أتوجه بالشكر لكل من **المدرس الدكتور محمد سعيد فليون**، أستاذ جراحة الأطفال، **والمدرس الدكتور محمد نادر عيد**، أستاذ الوليد والخديج لتفضلهما بمناقشة البحث وإغنائه بالملاحظات القيمة.

المحتويات

المقدمة 4
القسم النظري 5
مخطط الدراسة النظرية 6
أولاً- رتق المري والناسور المريئي الرغامي 7
Esophageal Atresia and Tracheoesophageal Fistula 7
ثانيا"- تضيق عضلةالبواب الضخامي. 15
Hypertrophic Pyloric Stenosis 15
ثالثاً – انسداد الأمعاء عند الوليد 18
Intestinal Obstruction 18
انسداد وتضيق العفج 19
Doudenal Obstruction and Stenosis 19
الرتق والتضيق الصائمي والدقاقي 22
Jejunal and Ileal Atresia and Stenosis 22
رابعاً - الكولون العرطل اللاعقدي (داء هيرشبرنغ) 26
Aganglionic Megacolon 26
Hirschprung Disease 26
خامسا – التشوهات الشرجية المستقيمية 30
Anorectal Malformation 30
سادساً – الفتق الحجابي الخلقي 37
Congenital Diaphragmatic Hernia 37
القسم العملي 40
مخطط الدراسة العملية 41
أولاً- الهدف من الدراسة. 41
ثانياً- عينات الدراسة. 41
ثالثاً- مكان وزمان الدراسة. 41
رابعا- طريقة الدراسة ووسائلها. 41
خامسا- نتائج الدراسة: 41
الخلاصة: 84
التوصيات 85
المراجع : 86

المقدمة

الإنسان هو محور الوجود وكل ما في الكون مسخر له، لذلك يجب الاهتمام به منذ لحظة تكونه ونشأته الأولى كبيضة ملقحة. ونموه كجنين في رحم الأم، مع ما يترتب على ذلك من متابعة حالته الصحية واستخدام تقنيات الطب الحديث من خبرات وتجهيزات مساعدة لكي يصل المولود المرتقب سليماً معافىً.

فالأم تنتظر بفارغ الصبر لحظة مجيء وليده إلى الحياة، إذ أنها تعيش طيلة مراحل حملها بترقب وشوق، لكن هناك بعض الأمور التي من شأنها أن تعكر هذه المرحلة وأهمها اكتشاف أن الجنين مصاب بتشوهات.

من هنا تبدأ أهمية دراستنا وبحثنا في هذا الموضوع، والذي يهدف إلى إعطاء فكرة عن أهم التشوهات الخلقية في الجهاز الهضمي والمشخصة خلال مرحلة الوليد.

القسم النظري

مخطط الدراسة النظرية

أولا- رتق المري والناسور المريئي الرغامي.

ثانيا- تضيق عضلة البواب الضخامي.

ثالثا- انسداد الأمعاء عند الوليد:

- **رتق وتضيق العفج**
- **المعثكلة الحلقية**
- **الرتق والتضيق الصائمي والدقاقي**
- **سوء دوران الأمعاء**

رابعا- الكولون العرطل اللاعقدي (داء هيرشبرنغ).

خامسا- التشوهات الشرجية المستقيمية

سادسا- الفتق الحجابي الخلقي.

أولاً- رتق المري والناسور المريئي الرغامي

Esophageal Atresia and Tracheoesophageal Fistula

1. الوبائيات[1] :

يقدر معدل الحدوث عالميا" ب 2,5 لكل عشرة آلاف ولادة . ويصيب الذكور أكثر من الإناث (نسبة إصابة الذكور/ الإناث =1,25)... كما وتزداد خطورة الحدوث في حالة الحمل الأول ، وكذلك مع زيادة عمر الأم.

تزداد نسبة الشذوذات الصبغية عند مرضى رتق المري حيث نجدها في 6,5 %من الحالات خاصة تثلث الصبغي 13 والصبغي 18، كما تزداد نسبة تصادف رتق المري عند المرضى المصابين بتناذر Pierre Robin و DiGeorge Syndrome

ويذكر دور للعوامل البيئية في حدوث رتق المري حيث تزداد نسبة الحدوث عند أطفال الأمهات اللاتي تناولن مانعات حمل فموية لفترة طويلة أو اللاتي تعرضن لإستروجين أو بروجسترون خلال الحمل،كما وذكر زيادة بالحدوث عند ولدان الأمهات السكريات.

إن نسبة تكرار الإصابة بعد مولود مصاب برتق المري هي 0,5-2% عالميا" وبحال إصابة أكثر من أخ في العائلة فإن النسبة ترتفع إلى 20% .

يتضح انا مما سبق أن هنالك عاملان في الإمراض هما :

أ . العامل الوراثي Genetic Factor

ب . الشذوذ التطوري غير الوراثي Non genetic Maldevelopment

2 . التشوهات المرافقة[2]:

تتراوح نسبة التشوهات المرافقة لرتق المري بحسب الدراسات العالمية بين 50-70 % وأكثر ماتحدث هذه التشوهات في حالات رتق المري الغير مترافق مع ناسور مريئي رغامي.

إن أشيع التشوهات المرافقة لرتق المري هي التشوهات القلبية الوعائية بنسبة (45%).وتليها التشوهات البولية التناسلية بنسبة (24%) ثم تشوهات السبيل الهضمي الأخرى (20%)ومن ثم التشوهات الهيكلية بنسبة (12%) .

تقسم التشوهات القلبية المرافقة لرتق المري إلى تشوهات معقدة وأخرى بسيطة :

تتضمن الحالات البسيطة من تلك التشوهات : الفتحة بين البطينين ، الفتحة بين الأذينتين ، القناة الشريانية السالكة ، وهي تشكل تقريبا" 60% من التشوهات القلبية.

أما الحالات المعقدة فتتضمن: رباعي فاللو ، تضيق برزخ الأبهر، البطين الأيمن ثنائي المخرج.

وهي تشكل 40% من التشوهات القلبية ووجودها يعطي الطفل إنذارا" سيئا" للغاية.

أما التشوهات البولية التناسلية فتتضمن : تضيق الوصل الحويضي الحالبي ، الجذر المثاني الحالبي ، الإحليل التحتي ، الخصية الهاجرة ، انقلاب المثانة الخارجي ، تضاعف الحالب

والتشوهات الهضمية المرافقة لرتق المري تتضمن : رتق العفج ، رتق الدقاق ، عدم انثقاب الشرج ، البنكرياس الحلقية ، تضيق البواب ، سوء دوران الامعاء..

يوجد عدد من التناذرات يكون رتق المري أحد عناصرها :

1 . VATER Association

وهو يضم : – تشوهات فقرية Vertebral defects

– عدم انثقاب الشرج Anal Atresia

– الناسور المريئي الرغامي Tracheoesophageal Fistula

– رتق المري Esophageal Atresia

– تشوهات كلوية Renal defects

وعادة لا يوجد عند هؤلاء المرضى أي اضطراب صبغي مرافق وكما أنه لايوجد لديهم قصة عائلية للتشوهات أو قصة تعرض للماسخات .

2 . VACTERL Association

ويضاف فيه للتناذر السابق :

- تشوهات قلبية Cardiac defects

- تشوهات الكعبرة أو الأطراف Limb or radial abnormalities

وهؤلاء المرضى لديهم نسبة وقوع مرتفعة للتشوهات القلبية المرافقة وهي السبب الأساسي للوفاة عندهم كما أن نسبة التشوهات البولية التناسلية مرتفعة عندهم أيضاً.

3 . التصنيف :

يصنف رتق المري بحسب الشكل التشريحي في خمس مجموعات رئيسية هي :

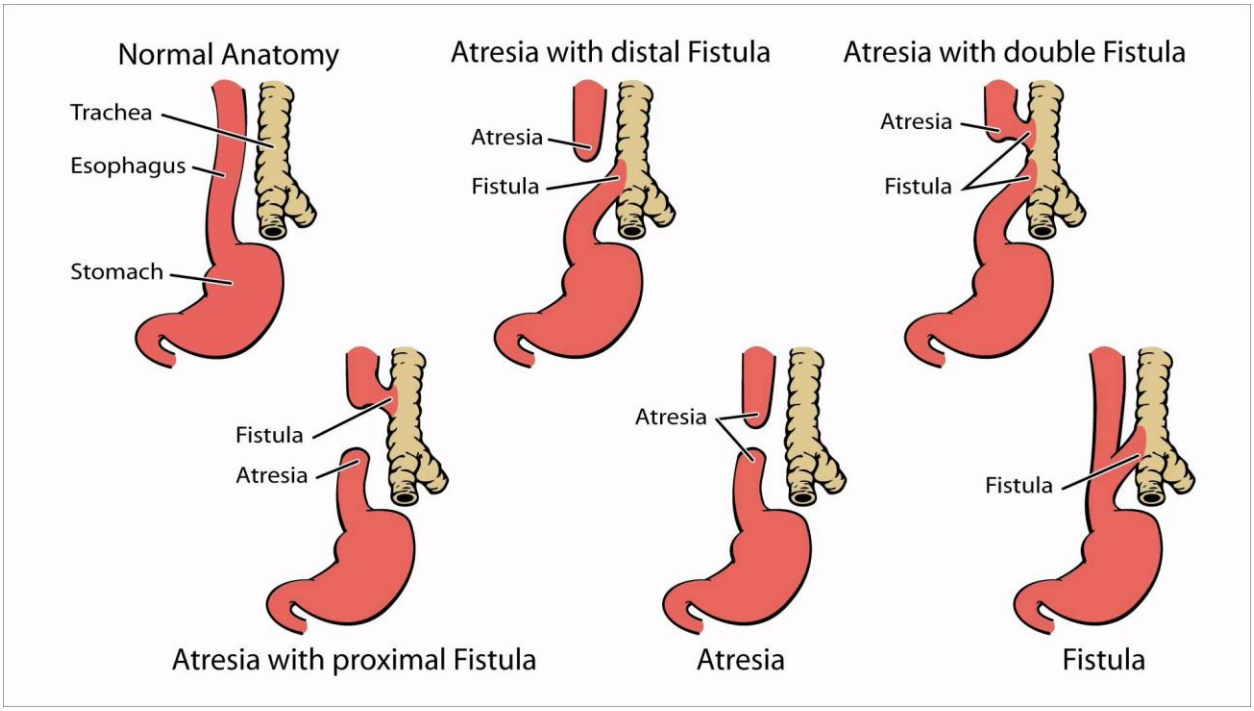
أ – رتق المري مع ناسور سفلي ويشكل 86 % من الحالات

ب – رتق المري مع ناسور علوي وسفلي ويشكل 1,5 % من الحالات

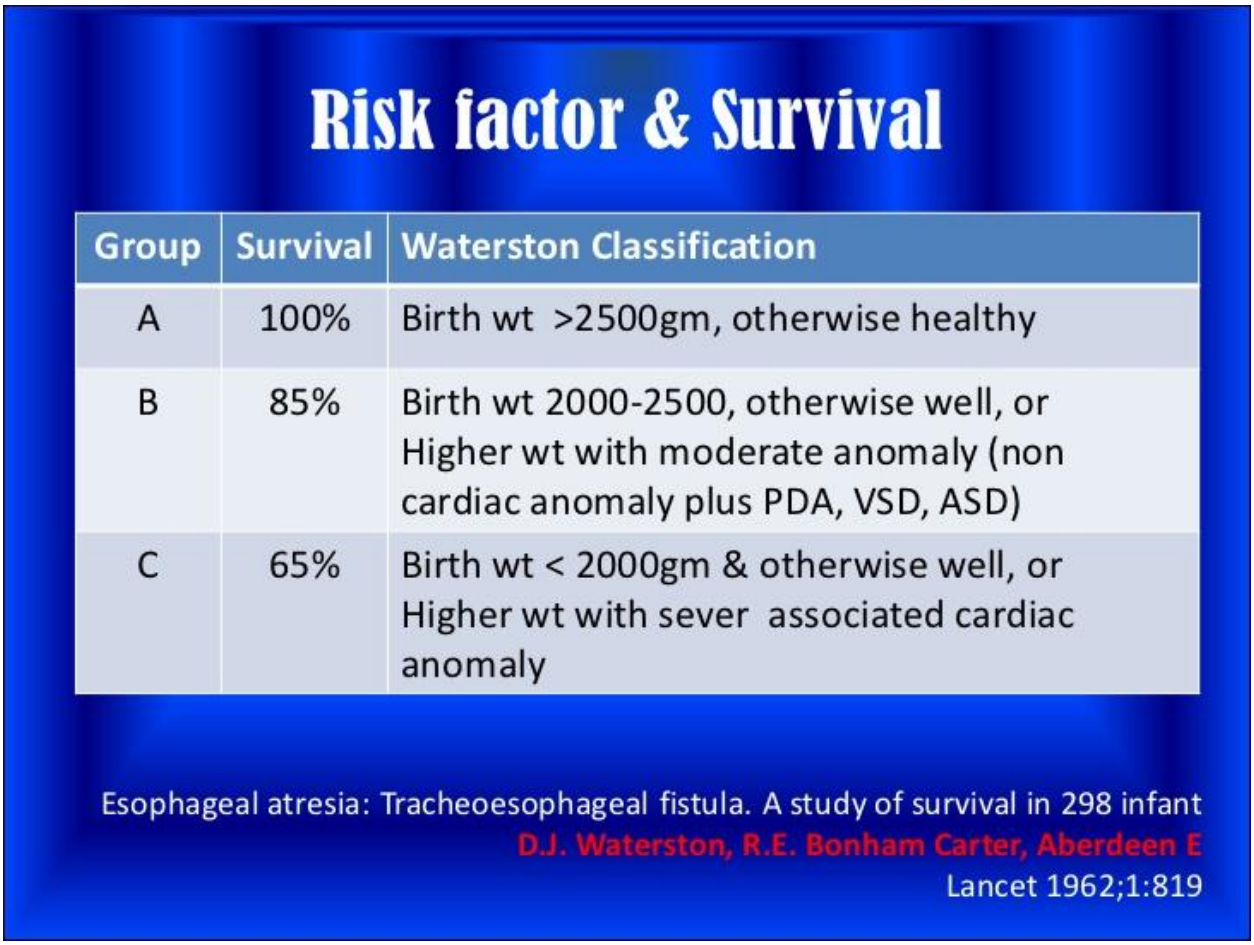
ج – رتق المري مع ناسور علوي ويشكل 0,5 % من الحالات

د – رتق المري بدون ناسور ويشكل 8% من الحالات

ه – ناسور مريئي رغامي دون رتق يأخذ شكل حرف (H) ويشكل 4% من الحالات



ولقد ***وضع Waterson تصنيفاً لحالات رتق المري بحسب درجة الخطورة معتمداً على وزن المريض والتشوهات المرافقة وهو كمايلي :***



وهناك تصنيف آخر يصنف حالات رتق المري في ثلاث مجموعات يدعى تصنيف SPITZ

Group .A	***وزن الولادة>1500 g بدون آفة قلبية معقدة .***
Group .B	***وزن الولادة<1500 g أو يوجد آفة قلبية معقدة .***
Group .C	***وزن الولادة < 1500g مع وجود آفة قلبية معقدة .***

4 . الموجودات السريرية والتشخيص :

يعتمد التشخيص خلال الحياة الرحمية على موجودات التصوير بالأمواج فوق الصوتية حيث يلاحظ وجود استسقاء أمنيوسي مع فقاعة معدية صغيرة أو غائبة ،إلا أن حساسية الإيكو في كشف الحالات هي 42% فقط ،ويوجد الاستسقاء الأمنيوسي في 60% من الحالات.

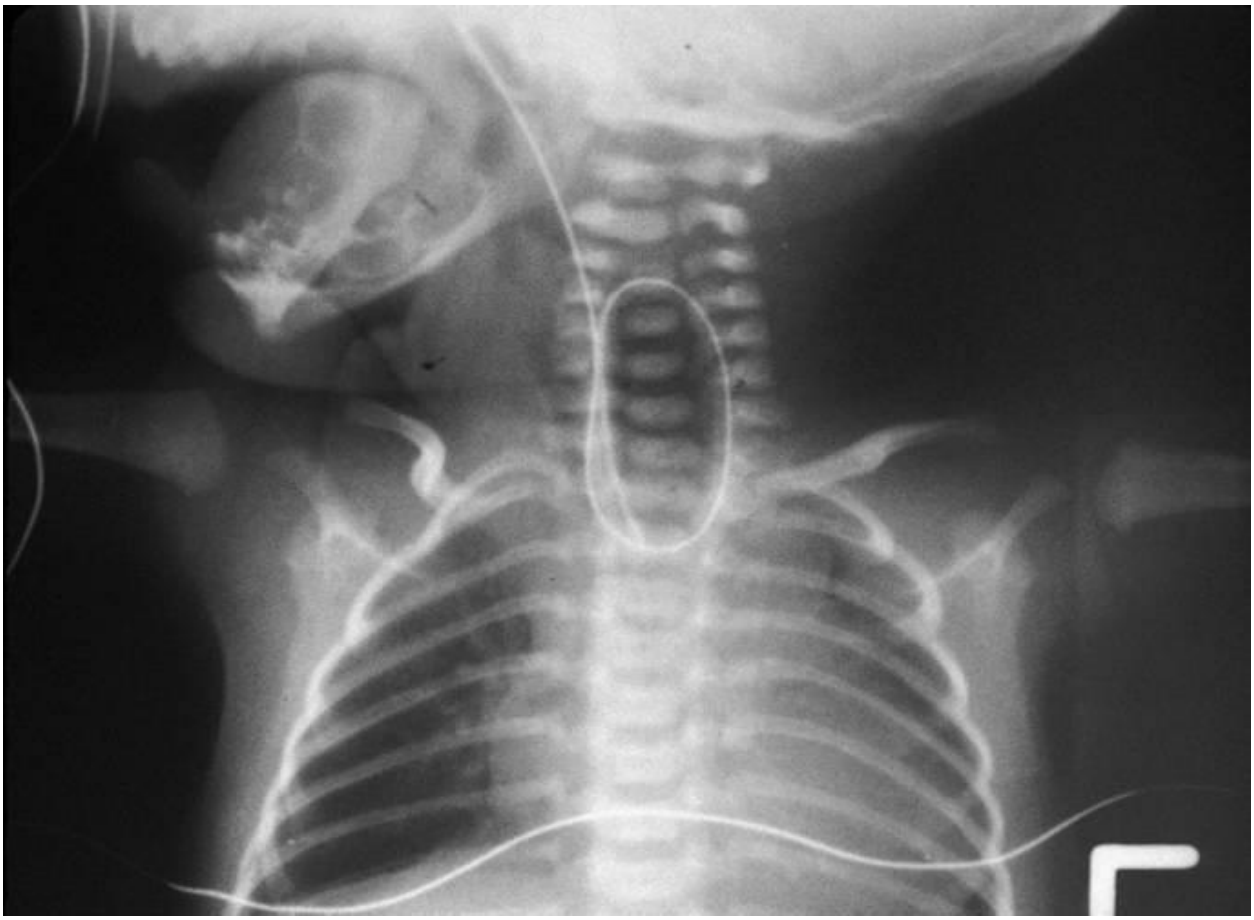
إن معظم الولدان المصابين برتق المري يصبحون عرضيين خلال الساعات الأولى بعد الولادة والعلامة الأشيع هي الإلعاب الغزير الناجم عن تراكم المفرزات في البلعوم الأنفي وتحدث الشردقة والسعال مع الإطعام الأول عادة،ومن المظاهر الأخرى الزرقة (سواء أدخلت تغذية للطفل أم لم تدخل) والعسرة التنفسية

وعدم القدرة على البلع وعدم القدرة على إدخال الأنبوب الأنفي المعدي إلى المعدة ،ويحدث تمدد البطن في حالة الناسور السفلي ويمكن حدوث قلس عصارة المعدة إلى الرئتين عبر الناسور السفلي مما يؤدي لحدوث ذات رئة كيماوية ،كما وتحدث ذات الرئة الاستنشاقية من جراء استنشاق المفرزات اللعابية من الجيب المريئي العلوي ،وإن ارتفاع قبتي الحجاب الحاجز نتيجة تمدد البطن يفاقم من العسرة التنفسية.

يتم إثبات تشخيص رتق المري شعاعياً بواسطة الصورة البسيطة مع إمرار قثطرة إلى الجيب المريئي وحقن كمية بسيطة من الهواء ،وعند الضرورة يمكن حقن كمية بسيطة من اليورو غرافين.

إن وجود الغاز في صورة البطن يقترح وجود ناسور سفلي مع رتق المري وغيابه يقترح رتق مريئي بدون ناسور.

إن تشخيص الناسور المريئي الرغامي بدون رتق المري صعب ويتطلب إجراء صورة ظليلة للمري بالباريوم بوضعية الاضجاع البطني وعادة نحتاج لإجراء التنظير القصبي أو تنظير هضمي علوي.



يجب الاشتباه برتق المري في الحالات الآتية :

- ✓ وجود استسقاء أمنيوسي خلال الحمل.
- ✓ وجود إلعاب غزير بعد الولادة.
- ✓ في كل ذات رئة استنشاقية عند حديث الولادة.

5 . التدبير : ويتضمن مايلي :

I. التحضير للعمل الجراحي :

- ❖ تحديد النمط التشريحي للإصابة .
- ❖ إعطاء السوائل الوريدية والمضادات الحيوية لتجنب الإنتان الرئوي.
- ❖ وضع الطفل بوضعية نصف الجلوس مع وضع قثطرة في الجيب المريئي العلوي .
- ❖ إجراء مص مفرزات متكرر (كل 5 – 15 دقيقة) لمنعها من التراكم.
- ❖ تقييم الحالة الرئوية بشكل دقيق وذلك لأثرها الكبير في الإنذار.
- ❖ دراسة التشوهات المرافقة لاسيما القلبية منها.

II. المعالجة الجراحية :

- ▪ ***رتق المري مع ناسور مريئي رغامي :***

إن المعالجة المختارة في مثل هذه الحالات هي قطع الناسور المريئي الرغامي وإجراء مفاغرة نهائية ويمكن تحقيق ذلك في حوالي 90% من الحالات دون الحاجة لإجراء تفميم معدة،وبعض المدارس تجري تفميم معدة مرافق لتلك العملية لكل الأطفال بغية إدخال التغذية بصورة مبكرة.

إن الأطفال المرشحين لإجراء المفاغرة النهائية النهائية بمرحلة واحدة هم الذين يحققون مايلي:

- ➢ الفحص السريري للصدر ضمن السوي.
- ➢ صورة الصدر الشعاعية ضمن السوي.
- ➢ غياب آفة القلب الولادية (عادة المعقدة منها)
- ➢ $Pa\ O_2 > 60$ ملم زئبقي في هواء الغرفة.

وفي الحالات التي يتعذر فيها إجراء العمل الجراحي بزمن واحد تجرى الجراحة على مراحل حيث أنه في المرحلة الأولى يتم إغلاق الناسور المريئي وزرع النهاية المريئية العلوية في العنق مع إجراء تفميم المعدة بهدف التغذية وفي المرحلة الثانية (وهي تجرى عادة بعمر 2 – 3 أشهر حيث يكون الردب العلوي قد حقق نمواً مقبولاً) تفتغر نهايتا المري إن أمكن ذلك وإلا استعيض عنه ببديل من الأنبوب الهضمي وخاصة الكولون الأيمن.

والحالات التي تستدعي إجراء الجراحة على مرحلتين هي التي يوجد فيها بعد بين نهايتي المري أو أن تكون الحالة العامة للطفل غير حسنة (إصابة قلبية أو إصابة صدرية هامة)

- ***رتق المري بدون ناسور :***

ويشك بهذه الحالة عند وجود رتق مري مع خلو البطن من الغازات على الصورة الشعاعية،ولابد من التنويه إلى نقطة هامة ألا وهي أنه في حالات قليلة قد اعتبرت على أنها رتق مري بدون ناسور وجد خلال الجراحة ناسور مريئي رغامي مسدود بسدادة مخاطية ،والعمل الجراحي المجرى لهؤلاء المرضى هو تفميم المعدة مع نزح للجيب المريئي العلوي ولاحقاً تجرى المفاغرة المريئية النهائية النهائية .

III. العناية مابعد العمل الجراحي :

يمكن أن يحتاج الطفل بعد العمل الجراحي لدعم تنفسي وذلك بوضعه على المنفسة لعدة أيام كما أن إرخاء الطفل بمرخيات عضلية ووضعه على المنفسة قد يفيد الطفل الذي أجريت له المفاغرة مع شد على نهايتي المري حيث أن ذلك ينقص من احتمال حدوث انفكاك المفاغرة بعد العمل الجراحي.
ومن الضروري الوقاية من تشكل السدادات المخاطية في الشجرة القصبية ويمكن تحقيق ذلك بترطيب الطرق الهوائية ،ويجب الانتباه لعدم التحريك العنيف لرأس الطفل وعدم إجراء فرط بسط حيث أن هذه الحركات قد تعرض لانفكاك المفاغرة ،وعادةً ينصح بالاستمرار بالمضادات الحيوية حتى يتم التأكد من سلامة المفاغرة ونزع مفجر الصدر في حال وجوده،ويوضع الطفل على تغذية خلالية ريثما يتم التأكد من سلامة المفاغرة.
وينصح بإجراء صورة ظليلية للمري بعد (3 – 5) أيام من العمل الجراحي والبعض الآخر يؤخر هذه الصورة حتى اليوم العاشر بعد الجراحة .
وفي حال إجراء تفميم المعدة فإنه ينصح بإدخال التغذية عبر التفميم بشكل باكر ،وعندما يتحمل الطفل التغذية الفموية بشكل جيد ويحقق كسباً جيداً للوزن فإنه يخرج من المشفى على أن يراجع بشكل دوري لمراقبته .

6 . الاختلاطات : وهي تتضمن :

- عسرة البلع
- القلس المعدي المريئي
- تضيق مكان المفاغرة
- تسرب من مكان المفاغرة
- عودة تقني الناسور المريئي الرغامي.

7. الإنذار : ويعتمد الإنذار بشكل رئيسي على :

- ✓ وجود تشوه قلبي مرافق
- ✓ وجود شذوذ صبغي
- ✓ وجود عسرة تنفسية (إصابة صدرية)

في حين أن الوزن والخداج لم يعدا عوامل في سوء الإنذار بسبب تطور العناية بالخدج وناقصي وزن الولادة فالوليد المصاب برتق المري ووزنه أكثر من 1500 غرام وليس لديه تشوه قلبي أو شذوذ صبغي أو إصابة صدرية هامة لديه فرصة لنجاح الجراحة والشفاء بنسبة 100%.

ثانيا"- تضيق عضلة البواب الضخامي

Hypertrophic Pyloric Stenosis

1. الوبائيات :

يحدث تضيق عضلة البواب الضخامي بنسبة 1000/3 ولادة حية ، ويصيب الذكور أكثر من الإناث ، ويصيب المولود الأول بنسبة أكبر، وتزداد نسبة الإصابة بحال وجود قصة عائلية ويمكن أن يترافق مع عيوب خلقية أخرى منها الناسور المريئي الرغامي.

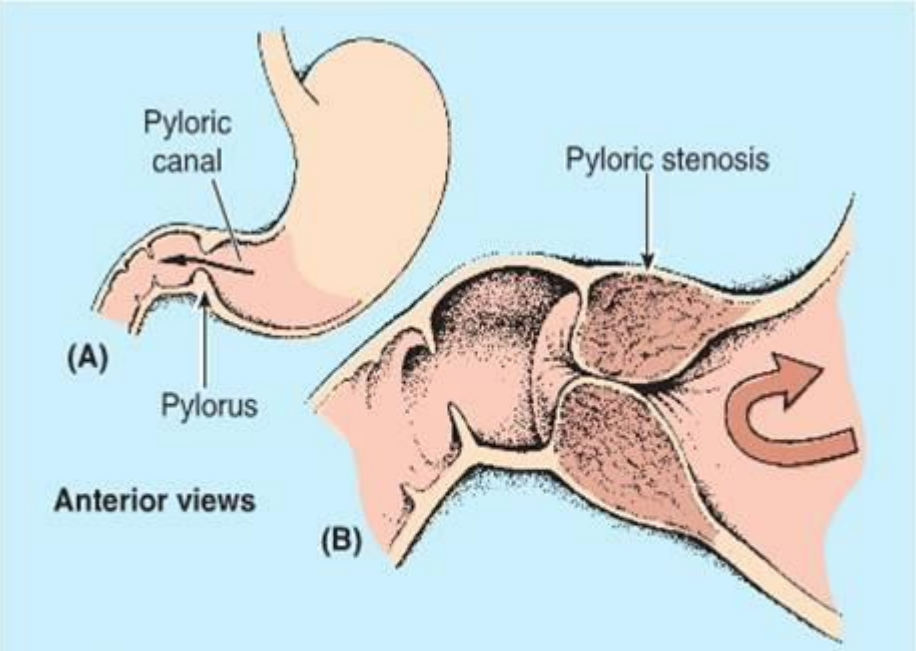


FIGURE B2.9. Congenital hypertrophic pyloric stenosis. A. Normal passage through the pyloric sphincter is shown. **B.** Stoppage of flow owing to stenosis is demonstrated.

2.الأسباب :

إن سبب حدوث التضيق البوابي لايزال مجهولا" ولقد اتهمت عوامل عديدة في حدوثه منها :

- ✓ التعصيب الشاذ .
- ✓ وقوع الأم تحت تأثير الكرب في الثلث الأخير من الحمل .
- ✓ زيادة نسبة البروستاغلاندين E والغاسترين في المصل

أحياناً يترافق تضيق عضلة البواب الضخامي مع :

- انحلال البشرة الفقاعي
- وتثلث الصبغي 18
- قصور الدرق الخلقي
- أمراض القلب الولادية
- الفتق الحجابي

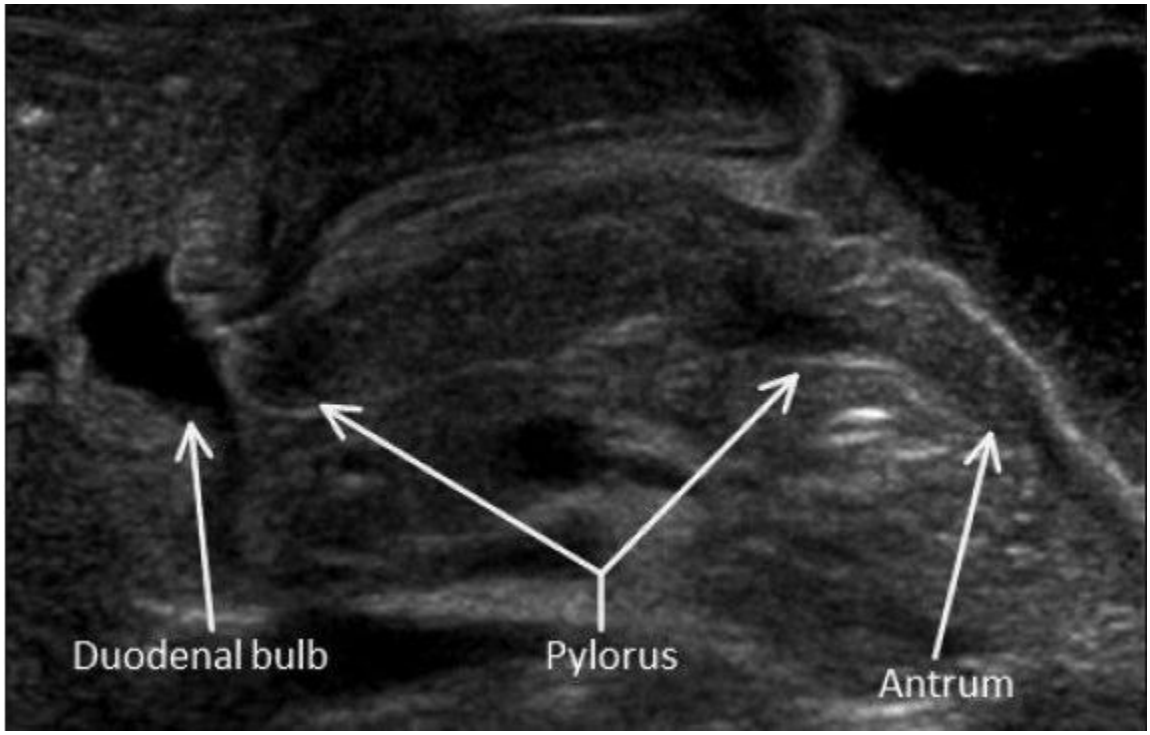
3. التظاهرات *السريرية :*

تشكل الإقياءات غير الصفراوية العرض الأساسي وتبدأ عادة بعمر (3) أسابيع وقد تتأخر حتى عمر (5) أشهر وتكون شديدة عادة وتؤدي إلى تجفاف واضطراب الشوارد والتوازن الحامضي القلوي .

تتراجع حالة الطفل العامة ويتوقف نموه ويصاب بالإمساك ويبقى الطفل بحالة تلهف مستمر للرضاعة وبالفحص السريري يمكن جس الزيتونة البوابية خاصة بعد الإقياء وجسها يؤكد التشخيص .

4. التشخيص *:*

يمكن إثبات التشخيص بواسطة التصوير بالأمواج فوق الصوتية وتتضمن معايير التشخيص سماكة العضلة البوابية لأكثر من (4) ملم أو كون طول البواب الكلي أكثر من (14) ملم وتبلغ حساسية الفحص بالأمواج فوق الصوتية 90%. وعندما يجرى التصوير بالباريوم فإنها تظهر قناة بوابية متطاولة وانتباجاً في العضلة البوابية ضمن غار المعدة مع أشرطة متوازية من الباريوم في القناة المتضيقة مما يعطي علامة السكة.



5. المعالجة :

المعالجة جراحية بخزع عضلة البواب مع المحافظة على المخاطية (RAMSTED) ولكن قبل الجراحة لابد من تصحيح التجفاف والاضطرابات الشاردية والقلاء الاستقلابي .

ويمكن البدء بالتغذية الفموية خلال (12 – 24) ساعة من الجراحة ويتم التقدم في التغذية في غضون (36 – 48)ساعة .

وتحدث الإقياءات بعد الجراحة في 50% من الحالات ويعتقد بأنها ناجمة عن الوذمة الحادثة في البواب عند موقع الشق،وتشير الإقياءات المستمرة لخزع غير كامل لعضلة البواب أو لالتهاب المعدة أو لقلس معدي مريئي أو لسبب آخر محدث للانسداد.

إن المعالجة الجراحية شافية ونسبة وفياتها (0-0.5)%

ثالثاً – انسداد الأمعاء عند الوليد

Intestinal Obstruction

إن أهم أسباب انسداد الأمعاء عند الوليد هي التالية :

أ – انسداد أو تضيق على مستوى العفج :

1 – رتق العفج الخلقي.

2 – حجاب عفجي.

3 – سوء الدوران.

4- البنكرياس الحلقية.

ب – انسداد على مستوى الصائم أو الدقاق :

1 – رتق الصائم أو الدقاق.

2 – تضاعف الأمعاء.

3 – انسداد الأمعاء بالعقي.

4 – بقاء القناة السرية المساريقية.

ج – انسداد على مستوى الكولونات :

1 – رتق الكولونات (نادر الحدوث).

2 – عدم انثقاب الشرج.

3 – داء هيرشبرنغ.

4 – انسداد الكولون بالعقي.

انسداد وتضيق العفج

Doudenal Obstruction and Stenosis

ويصنف إلى انسداد بأسباب من خارج اللمعة (المعثكلة الحلقية وشريط لاد) وأسباب من داخل اللمعة

(رتق العفج أو الحجاب العفجي).

1 . الوقوع :

يصيب رتق العفج 10000/1 من الولادات وحوالي (25 – 50)% من هؤلاء المرضى هم خدج ويشكل رتق العفج (25 – 40)%من كل رتوق الأمعاء وإن 20% منهم مصابون بتناذر داون.

2 . التشريح المرضي :

بالرغم من أن رتق العفج يصنف إلى رتق العفج ما قبل المجل ورتق العفج ما بعد المجل إلا أن أغلب الحالات تتوضع بعد المجل وغالباً ما تتوضع الإصابة في القطعة الثانية من العفج.

قد يأخذ رتق العفج أشكالاً متعددة :

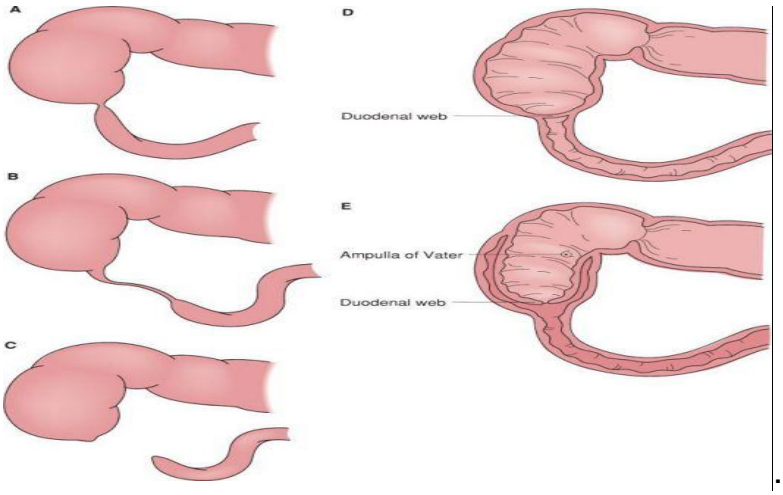
أ – الشكل الغشائي وفيه يوجد غشاء يسد كامل لمعة العفج وهو الشكل الأشيع (أحياناً يكون فيه ثقب يمرر السوائل ويضلل الصورة السريرية).

ب – حبل ليفي قصير يتصل مع جيبين عفجيين أعورين.

ج – فجوة بين النهايتين العفجيتين غير المتصلتين.

د – يوجد شكل غير مألوف من الانسداد يطلق عليه Wind Sock Web وفيه توجد طية نسيجية منتفخة مترافقة مع شذوذلت بالطرق الصفراوية.

ويعتقد بأن الآلية الإمراضية لرتق العفج تكمن في الفشل في إعادة تقني المعة الذي يحدث في الأسبوع (8 – 10) من الحمل .ويبين الشكل التالي الأشكال التشريحية لانسدادات العفج.



3 . التشوهات المرافقة :

وتوجد بنسبة 50% وتتضمن :

سوء دوران الامعاء (20%)

آفة قلب ولادية (10 – 15)%

التشوهات الشرجية المستقيمية (5%)

التشوهات الكلوية (5%)

رتق الطرق الصفراوية (حالات نادرة)

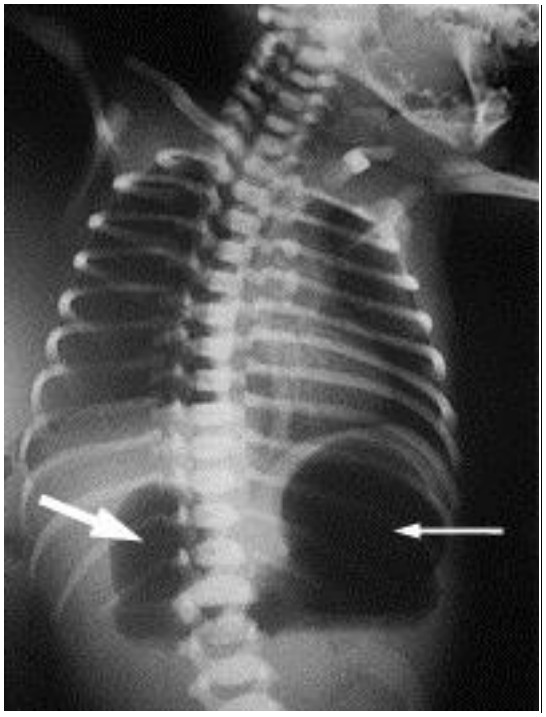
رتق المري

4 . التظاهرات السريرية :

إن العرض الواسم لانسداد العفج هو الإقياءات الصفراوية بدون تطبل البطن (بطن زورقي) والتي تلاحظ عادة في اليوم الأول من الحياة وقد تشاهد الحركات الحوية بشكل باكر خلال سير المرض،ويتواجد اليرقان في ثلث الحالات ،ولا بد من الإشارة إلى أن سحب اكثر من (20)مل من عصارة المعدة يوحي بانسداد معوي (الطبيعي أقل من 5 مل)،وخلال الحمل يشاهد الاستسقاء الأمنيوسي في 50% من الحالات.

5 . التشخيص :

ويتم بواسطة الصورة الشعاعية البسيطة للبطن حيث تظهر علامة الفقاعة المزدوجة Dobble Bubble ، وهي تنجم عن وجود فقاعة المعدة الطبيعية مع فقاعة أخرى ناجمة عن تمدد الجزء القريب من العفج.



وخلال الحياة الرحمية يمكن تحديد الإصابة بواسطة الأمواج فوق الصوتية بالأسبوع السابع إلى الثامن ، وتتضمن الموجودات استسقاء امنيوسي وتوسع المعدة والجزء القريب من العفج.

إن الصورة الظليلة غير ضرورية عادةً ولكن تستطب عند الشك بانسداد تحت تام لنفي سوء الدوران أو انفتال المعي المتوسط.

6 . **المعالجة** : وهي معالجة محافظة ومعالجة جراحية

A. المعالجة المحافظة: وتتضمن

- وضع أنبوب أنفي معدي لإفراغ المفرزات المتراكمة.
- إصلاح التجفاف والاضطرابات الشاردية
- دراسة التشوهات المرافقة.

B. المعالجة الجراحية:

وتختلف حسب نمط الانسداد، ففي حالة رتق العفج تجري مفاغرة عفجية صائمية إو مفاغرة عفجية عفجية، وفي حالة الغشاء العفجي يفتح العفج بشق طولاني فوق منطقة الغشاء ويستأصل الغشاء ثم يغلق العفج بشكل عرضاني، وفي حالة المعثكلة الحلقية تجري مفاغرة عفجية عفجية دون المساس بالنسيج المعثكلي، أما في حالة شريط لاد فيقطع الشريط وتجرى الجراحة اللازمة لسوء الدوران(عملية لاد).

الاختلاطات بعد الجراحة: وهي إما مبكرة أو متأخرة

الاختلاطات المبكرة:

- ❖ تسريب من مكان المفاغرة .
- ❖ إنتان في موضع العملية
- ❖ أذية الطرق الصفراوية(رتق صفراوي مكتسب)

الاختلاطات المتأخرة:

- ❖ ركودة عفجية مع تناذر العروة العمياء.
- ❖ قلس صفراوي يمكن أن يسبب قرحة هضمية.
- ❖ ألم بطني معاود.
- ❖ إسهال.
- ❖ حصيات مرارية.

i. المعثكلة الحلقية Anular Pancreas :

تنجم المعثكلة الحلقية عن الدوران الجزئي للبداءة المعثكلية البطنية ، وكثيراً ما تترافق مع حجاب عفجي أو تضيق عفجي، وقد تترافق مع متلازمة داون ورتق الأمعاء وعدم انثقاب الشرج وسوء دوران الأمعاء ، وكثيراً ما يكون هناك قصة استسقاء أمنيوسي خلال الحمل.

وتتجلى أعراضها بالإقياءات أو التهاب المعثكلة أو القولنج المراري ، وتعالج الحالة جراحياً بإجراء مفاغرة عفجية صائمية دون محاولة قطع الحلقة المعثكلية.

الرتق والتضيق الصائمي والدقاقي

Jejunal and Ileal Atresia and Stenosis

1- الإمراض:

إن النظرية الأكثر قبولاً لتفسير انسدادات الأمعاء الدقيقة هي الآلية الوعائية حيث يفترض حدوث إقفار وعائي لقطعة او أكثر من المعي خلال الحياة الرحمية الأمر الذي يؤدي إلى نخر هذه القطعة ومن ثم ارتشافها فيما بعد وقد يصيب ذلك أكثر من قطعة معوية.

ويعتقد بأن الأذية الوعائية المذكورة تحدث في مرحلة متلأخرة من الحياة الحمية الأمر الذي قد يفسر الوقوع المنخفض للتشوهات خارج الهضمية المرافقة لانسداد المعي الدقيق(أقل من10% من الحالات)،حيث ذكر في حالات نادرة ترافق رتق الصائم مع رتق المري،داء هيرشبرنغ رتق العفج.

إن انسدادات الأمعاء الدقيقة لاتكون عادةً محددة وراثياً رغم أنه ذكر زيادة في الحدوث في التوائم وحيدة البيضة وعند الأخوة ولايوجد علاقة لحدوثها مع عمر الوالدين أو الأمراض عند الأم الحامل.

وعلى الرغم من أن الاضطرابات الصبغية كثيرة التوارد عند مرضى رتق العفج فإنها نادرة في انسدادات الأمعاء الدقيقة الأخرى (أقل من1%) وفي ثلث الحالات يكون المرضى خدجاً وغالباً لديهم نقص نمو داخل الرحم.

2- التصنيف والتشريح المرضي:

في أغلب الحالات يكون الرتق مقتصراً على قطعة واحدة من المعي الدقيق لكن الرتوق المتعددة قد تحدث في (6 – 21)% من الحالات.

أ - التضيق: ويعرف بوجود تضيق في اللمعة دون وجود انقطاع فيها ودون وجود خلل أو نقص في المساريقا، والقطعة المصابة بالتضيق غالباً ما تكون قصيرة وقاسية مع وجود انتظام في بنيتها العضلية مع تسمك في الطبقة تحت المخاطية، ويكون طول المعي الدقيق طبيعياً.

ب – الرتق: ويوجد له أربعة أنماط:

Type I : يشكل 20% من الحالات وفيه يوجد حجاب ساد للمعة وهذا الحجاب (الغشاء) مؤلف من المخاطية والطبقة تحت المخاطية، يحدث توسع في القسم الداني وانخماص في القسم القاصي بعد الانسداد مع وجود منطقة انتقالية قمعية بين المنطقتين المنطقتين المذكورتين، ويكون طول الأمعاء الدقيقة طبيعياً عادةً.

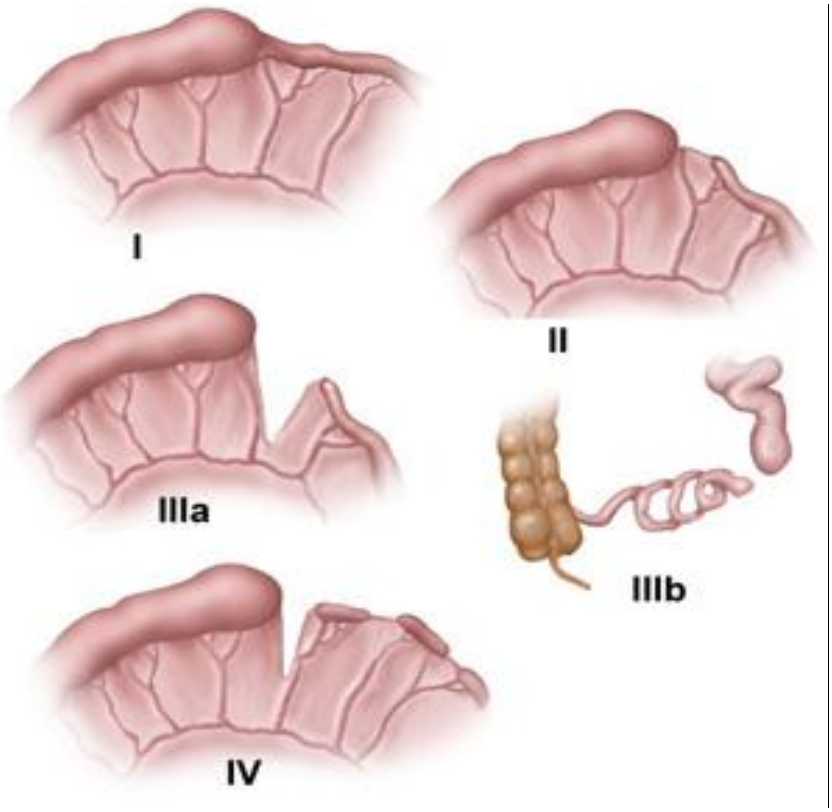
Type II : يشكل حوالي 75%من الحالات وفيه يوجد رباط ليفي قصير يصل الجزء الداني مع القاصي من الأمعاء ، ويصاب القسم الداني بالتوسع وفرط التصنع أما القسم القاصي فيكون منخمصاً ويكون طول الأمعاء الدقيقة طبيعياً عادةً.

Type III : وهنا يوجد نمطان: IIIa ، IIIb

Type IIIa : وهو يماثل النمط II لكن الرباط الليفي القصير المذكور لا يكون موجوداً هنا إضافة إلى نقص مساريقي صغير عادةً، ويكون هذا النقص المساريقي بشكل حرف V ويصاب القسم الداني بالتوسع وقد يتعرض للإقفار والانثقاب ويكون طول الأمعاء الدقيقة ناقصاً عادةً ومن الشائع ترافق الداء الكيسي الليفي مع هذا النمط من رتق الأمعاء.

Type IIIb : ويطلق عليه اسم تشوه شجرة الميلاد أو قشرة التفاح، ويتصفبوجود رتق في القسم الداني من الصائم بالقرب من رباط Treitz مع غياب في الشريان المساريقي العلوي بعد منشأ الفرع الكولوني المتوسط مع غياب واسع في المساريقا مع قصر ملحوظ في طول الأمعاء مع التفاف المعي القاصي حول الشريان الدقاقي الكولوني مما يعطي منظر شجرة عيد الميلاد أو قشرة التفاح، وهذا النمط وجد في بعض العائلات ويعتقد بأنه ينتقل بصفة جسمية مقهورة ويكون المرضى المصابين بهذا النمط من رتق المعي خدجاً في 70% من الحالات ويوجد سوء دوران مرافق للحالة في 54% من الحالات مع زيادة في المراضة والوفيات عندهم.

Type IV : وفيه يوجد رتوق متعددة في الأمعاء الدقيقة مع قصر ملحوظ في طولها.



3- التظاهرات السريرية:

الإقياء: ويحدث عادة في اليوم الأول من الحياة لكن في 20 – 30 % من المرضى يمكن أن يتأخر ظهورها حتى اليوم الثاني أو الثالث وتكون الإقياءات صفراوية وكلما كان الانسداد علوياً أكثر في المعي الدقيق كلما كانت الإقياءات أبكر حدوثاً وبحال تأخر التشخيص يمكن أن يحدث التجفاف والحمى وفرط بيلروبين الدم وذات الرئة الاستنشاقية.

تمدد البطن: ويكون أكثر وضوحاً في انسدادات الأمعاء القاصية.

عدم إفراغ العقي: حيث يفشل 60-70% من المصلبين بإمرار العقي في اليوم الأول.

بفحص البطن: يمكن أن نجد إيلاماً وصلابة ووذمة في جداره وحمامى في جلده وكل ذلك يشير إلى حدوث التهاب بريتوان أو أذية بنقص التروية ، وبحال إصابة القسم القاصي بالإقفار قد يحدث مرور الدم إلى المستقيم ويحدث ذلك عادة في النمط IIIb.

إن تضيق الأمعاء الدقيقة يشكل تحدياً تشخيصياً حيث يمكن أن تكون الصورة السريرية هي تناذر تحت انسداد متكرر أو أن يراجع الطفل لاحقاً بتناذر سوء امتصاص ناجم عن فرط التكاثر الجرثومي(تناذر العروة العمياء).

4- التشخيص:

تبدي الصورة البسيطة وجود سويات سائلة غازية متعددة فوق مكان الانسداد مع خلو البطن من الغازات تحت مكان الانسداد ولا ننسى أن الهواء يصل إلى القسم العلوي من الامعاء الدقيقة بعد ساعة من الولادة وغلى القسم القصي منها بعد ثلاث ساعات ، وعندما يترافق الرتق مع الداء الكيسي الليفي فإنه يوجد منظر نموذجي هو منظر الزجاج المبرغل(Ground Glass) في الربع السفلي الأيمن من البطن، وفي حال كان هناك شك بتضيق في المعي الدقيق يستطب إجراء التصوير الظليل بكمية ضئيلة من المادة الظليلة ، إن10% من المرضى المصابين برتق المعي الدقيق لديهم التهاب بريتوان بالعقي ويحدث الانثقاب عادة بالقرب من مكان الرتق، والتشخيص عادة سهل بالصورة البسيطة حيث نجد تكلسات بقعية في الخاصرتين.

5- التدبير :

لابد من اهتمام كبير بضبط السوائل والشوارد عند هؤلاء المرضى كما يجب وضع أنبوب أنفي معدي وذلك لتخفيف الضغط على الحجاب الحاجز ولتجنب الإقياء والاستنشاق الرئوي، والمعالجة جراحية حيث يقوم مبدأ الجراحة على إجراء مفاغرة نهائية نهائية مع استئصال القطعة الدانية من المعي الدقيق والتي تكون متوسعة ومفرطة التصنع وغير وظيفية ، ولقد ساعد في تحسن الإنذار التطورات في التغذية الوريدية.

رابعاً - الكولون العرطل اللاعقدي (داء هيرشبرنغ)

Aganglionic Megacolon

Hirschprung Disease

1- **الوبائيات** :

يحدث داء هيرشبرنغ في 5000/1 ولادة ، ويصيب الذكور في (70 – 80%) من الحالات ، ويصيب كل العروق لكنه أقل شيوعاً عند الزنوج .

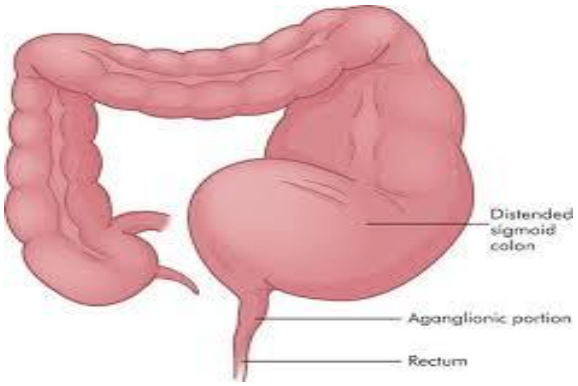
الفيزيولوجيا المرضية والتشريح المرضي :

ينجم داء هيرشبرنغ عن غياب الخلايا العصبية العقدية في جدار الأمعاء بسبب توقف في هجرة الأرومات العصبية ، والقطعة غير العقدية تكون محدودة في السين والمستقيم في 70 % من الحالات وفي 20 % من الحالات في المنطقة العجانية ، وفي 10% من الحالات يكون كامل الكولون فاقدا" تعصيبه (وفي بعض الحالات تمتد إلى القسم الأخير من الدقاق).

ومن الناحية النسيجية يوجد غياب لضفائر مايسنر و أورباخ وفرط تصنع في الحزم العصبية مع تراكيز عالية لخميرة أستيل كولين أستيراز بين الطبقات العضلية وفي المنطقة تحت المخاطية حيثأنها تفرز من تلك النهايات العصبية نظيرة الودية.

إن انعدام الحركات الحوية في القطعة اللاعقدية يؤدي إلى حالة تشنج فيها وبالتالي ركودة برازية فوقها تقود إلى توسع وفرط تصنع في الأقسام القريبة من الكولون.

وعيانياً تكون المنطقة المصابة متضيقة والمنطقة السليمة فوقها متوسعة وبينهما يوجد منطقة انتقالية بشكل المخروط.



2- **التشوهات المرافقة** :

وهي توجد بنسبة (11 – 30)% من الأطفال المصابين بداء هيرشبرنغ وتصبح هذه النسبة قرابة 48% عندما نجري المسح الروتيني لهؤلاء الأطفال،وأشيع هذه التشوهات:

- التشوهات البولية التناسلية 10%

- التشوهات القلبية الوعائية 6%

- تشوهات السبيل الهضمي 6%

- كما سجل حدوث الساد وانشقاق الحنك وتشوهات عصبية وتشوهات بالأطراف في 8% من المرضى.

و ذكر ترافق داء هيرشبرنغ مع تناذر داون في 3% من المرضى ،وذكر ترافقه مع تناذر فالدينبورغ (اضطرابات في التصبغ وفي الأذن الداخلية وشذوذات وجهية).

3- **التظاهرات السريرية** :

إن أغلب الأطفال المصابين بداء هيرشبرنغ يتظاهرون في مرحلة الوليد بتأخر في إفراغ العقي أو بإمساك شديد أو بانسداد معوي سفلي، ويمكن أن يظهر لديهم لاحقاً إمساك مستمر ومعند خاصةً عند أي تغيير في غذاء الرضيع.

وفي الحالات التي يتأخر فيها تشخيص حالات داء هيرشبرنغ نجد في القصة المرضية إمساكاً شديداً مع تطبل بطن شديد، وعدة كتل برازية بفحص البطن وهجمات من التهاب الأمعاء والكولون، وأحياناً يحدث فشل في النمو ونقص في الشهية وفقر دم.

والمس الشرجي يبدي معصرة مفرطة المقوية والمستقيم فارغ وبعد إخراج الأصبع الماسة غالباً ما تطرح كمية كبيرة من البراز والغاز كريه الرائحة مما يقود إلى تفريج مؤقت للأعراض التي تعاود فيما بعد، ويمكن أن يحدث الإسهال وخاصة عند الرضع الأصغر من ثلاثة أشهر في ثلث الحالات ويمكن أن يشير إلى التهاب أمعاء وكولون والذي يعتبر اختلاط خطير لداء هيرشبرنغ، ويحدث التهاب الكولون والأمعاء بنسبة(12-58 %) من المرضى، ويعتقد بأنه ناجم عن الركودة البرازية التي تؤذي التروية الدموية للمخاطية وتسبب غزواً جرثومياً ثانوياً ويعتقد بأن المطثيات الصعبة أو فيروسات الروتا هي المسبب لالتهاب الأمعاء والكولون عند مرضى داء هيرشبرنغ، ويمكن أن تؤدي الحالات الشديدة من التهاب الأمعاء والكولون لحدوث الكولون العرطل السمي وهو حالة مهددة للحياة تتظاهر بحمى وإقياءات صفراوية وإسهال وتطبل بطن وتجفاف وصدمة وحالة سمية وهو مميت ما لم يعالج بتفميم الكولون.

وقد يحدث الانثقاب العفوي في 3% من مرضى داء هيرشبرنغ وحدوث الانثقاب يتعلق بشكل وثيق بطول القطعة غير المعصبة.

4- التشخيص:

يعتمد تشخيص داء هيرشبرنغ على موجودات القصة المرضية والفحص السريري والفحص الشعاعي وقياس الضغوط الشرجية المستقيمية وإجراء الخزعة.

5- **الموجودات الشعاعية** : وهي تتضمن :

- وجود المنطقة الانتقالية بين الكولون الداني المتوسع والكولون البعيد المسدود وعادةً لاتتواجد المنطقة الانتقالية قبل 1-2 أسبوع من العمر.
- يوجد عادةً منطقة معوية بشكل القمع بين الكولون المتوسع القريب والكولون المتضيق البعيد.
- وجود كمية ملحوظة من الباريوم على الصورة المتأخرة بعد 24 ساعة وهذا يزيد الاشتباه بداء هيرشبرنغ حتى بحال غياب المنطقة الانتقالية.

وتجدر الإشارة إلى ضرورة إجراء الصورة الظليلة بدون تحضير لتجنب التوسع العابر في القطعة فاقدة العقد، وتفيد الصورة الظليلة في تحديد امتداد الإصابة وكشف أمراض أخرى مرافقة.

قياس الضغوط الشرجية المستقيمية:

عند رفع الضغط في المستقيم(من خلال نفخ بالون فيه) يحدث عند الأشخاص الطبيعيين هبوط انعكاسي في ضغط المعصرة الشرجية أما عند المرضى المصابين بداء هيرشبرنغ فلا يحدث هذا الهبوط في الضغط، وقد يحدث ارتفاع تناقضي في الضغط حيث ينعدم منعكس ارتخاء المعصرة الشرجية الباطنة عند تمديد المستقيم ولكن يبقى منعكس تشنج المعصرة موجوداً، تبلغ دقة هذا الفحص 90% وكونه سوياً يستبعد تشخيص داء هيرشبرنغ، أما إذا كان مشكوكاً فيه أو تناقضياً فهذا يتطلب إجراء الخزعة.

خزعة المستقيم :

إن تشخيص داء هيرشبرنغ يعتمد على الخزعة من المستقيم وتجرى الخزعة عادة بطريقة الرشف، ويجب ألا تقل المسافة عن 2 سم من الخط المشطي (لأن المنطقة البعيدة من المستقيم والقناة الشرجية ناقصة الخلايا العقدية بشكل طبيعي) ويفضل أن تكون سماكة الخزعة 3,5 ملم بحيث تشمل المنطقة تحت المخاطية، وقد سجل حدوث النزف والانثقاب بعد إجراء الخزعة عند الولدان، والطريقة الثانية هي أخذ 0,5سم من كامل سماكة جدار المستقيم وإن غياب خلايا الضفائر العصبية في التشريح المرضي يؤكد التشخيص.

6- المعالجة :

العلاج جراحي دوماً ومن الخطأ اعتماد العلاج المحافظ لعدم فائدته من جهة ولمخاطره من جهة ثانية ، ويتألف العلاج الجراحي من مرحلتين:

إجراء كولوستومي في المنطقة السليمة من الكولون حيث تحل مشكلة التبرز وتسمح للكولون المتوسع بأن يتقلص لوضعه الأول.

في المرحلة الثانية عندما يستقر وضع الطفل ويصبح وزنه حوالي 9 كغ وعمره حوالي 10-12 شهر نقوم ببتر المنطقة غير المعصبة من الكولون وإنزال القطعة المعصبة لتحل مكانها ويمكن أن نصلها إلى الشرج.

إذا شخصت الحالة باكراً وقبل حدوث توسع شديد يمكن إجراء العملية مباشرةً دون الاضطرار لتفميم الكولون على جدار البطن، وتجرى الجراحة بالطريق البطني العجاني المشترك.

7- **الاختلاطات** :

الاختلاطات المبكرة: وهي تحدث في غضون الاسابيع الأربعة الأولى بعد إجراء الجراحة وغالباً سببها أخطاء تقنية جراحية أو الإنتان وأهمها:

تسرب من مكان المفاغرة 17%

تضيق في مكان المفاغرة 15%

إنتان الجرح 11%

أذية التعصيب المثاني وبالتالي اضطرابات التبول 12%

الاختلاطات المتأخرة: وأهمها الإمساك المزمن والتهاب الأمعاء والكولون والسلس البرازي، وهي تكون شديدة في الأشهر الأولى بعد الجراحة ثم تتناقص شدتها بعد ذلك، فمثلاً نسبة الإمساك بعد العملية 33% ولكن تتناقص بعد ذلك إلى 9% ويندر حدوث اضطرابات التبول بشكل متأخر وتحدث عادة في الحالات التي يتأخر فيها التشخيص حيث تنضغط المثانة بالمستقيم المتوسع فتصبح مثانة كبيرة ناقصة التوتر.

وسنتحدث بشكل مختصر عن داء هيرشبرنغ ذو الشدفة فائقة القصر واللاعقدية الشاملة للكولون:

❖ **داء هيرشبرنغ ذو الشدفة فائقة القصر:**

وتكون الإصابة فيه مقتصرة على المعصرة الشرجية الداخلية وبذلك قد توجد الخلايا العقدية بالخزعة المأخوذة من المستقيم، ويعتبر قطع شريحة من المخاطية المستقيمية بما فيها المعصرة الداخلية إجراءً تشخيصياً وعلاجياً.

❖ **اللاعقدية الشاملة للكولون :**

وتكون الإصابة شاملة للكولون وعلى الأغلب تصيب قسم من نهاية الدقاق ، تشخص الحالة بالخزعة والدراسات الحركية وتعالج عادة بإجراء مفاغرة لفائفية شرجية مع الاحتفاظ بجز من الكولون اللاعقدي لتسهيل امتصاص الماء الامر الذي يساعد على الحفاظ على تماسك البراز.

خامسا – التشوهات الشرجية المستقيمية

Anorectal Malformation

1- **الوبائيات** :

تحدث بنسبة 4000/1 – 5000/1 ولادة، وعند وجود طفل مصاب في العائلة فإن احتمال إصابة أخرى هو 1% ، ويصاب الذكور بشكل أشيع من الإناث.

2- **لمحة جنينية** :

ينشأ الشرج والمستقيم من بنية جنينية تدعى المقذرة ، وفي الأسبوع السابع من الحمل يفصل الحجاب البولي المستقيمي المنطقة إلى قسم أمامي يشمل الجزء البولي التناسلي ، وقسم ظهري هو الجزء المستقيمي الذي يكون مغلقا" بغشاء يفتح في الأسبوع الثامن من الحمل .

إن شذوذات هذه العملية يحرض تشكل طيفا" من التشوهات معظمها يصيب السبيل المعوي السفلي والبنى البولية التناسلية .

3- **التصنيف** :

أنماط عدم انثقاب الشرج عند الذكور:

عدم انثقاب الشرج مع ناسور مستقيمي إحليلي.

عدم انثقاب الشرج مع ناسور مستقيمي مثاني.

عدم انثقاب الشرج مع ناسور جلدي.

عدم انثقاب الشرج بدون نواسير.

رتق المستقيم.

1) **عدم انثقاب الشرج مع ناسور مستقيمي إحليلي** :

وهو أشيع نمط لعدم انثقاب الشرج عند الذكور، وتقع فوهة الناسور إما علوياً على الإحليل الموثي أو سفلياً على الإحليل البصلي، وعادة في حالة انفتاح الناسور على الإحليل الموثي تكون عضلات العجان ضعيفة ويأخذ العجان مظهراً مسطحاً وتترافق الحالة بتشوه بعظم العجز عادة .

في حين أنه عند انفتاح الناسور على الإحليل البصلي تكون المعصرة الشرجية سليمة والثلم العجاني موجود على الخط المتوسط والفمع الشرجي جيد التشكل،ويمرر هؤلاء الولدان العقي عبر فوهة الإحليل.

2) عدم انثقاب الشرج مع ناسور مستقيمي مثاني :

يشكل10% من حالات عدم انثقاب الشرج عند الذكور، وهنا تنفتح فوهة الناسور على عنق المثانة وتكون المعصرة غالباً ناقصة التطور والعجز مشوهاً وغالباً غائب ويبدو العجان مسطحاً ،وإنذارها عادة غير جيد.

3) **عدم انثقاب الشرج مع ناسور جلدي (عجاني)** :

تتوضع فوهة الناسور في منطقة العجان بالقرب من الصفن وقد تكون منفتحة على الصفن أوعلى جذر القضيب ، ويكون العجز جيد التطور ، وأخدود الخط المتوسط بارزاً.

4) **عدم انثقاب الشرج بدون نواسير** :

يشكل 5% من الحالات ويقع المستقيم عادة على مسافة 2سم من جلد العجان ،نادر الحدوث، يكون العجز طبيعياً عادة والمعصرة الشرجية جيدة التطور وبالتالي الإنذار الوظيفي جيد(يماثل حالة الناسور المستقيمي الإحليلي البصلي).

يوجد هذا التشوه عند مرضى تناذر داون عادةً، حيث أن 50% من هؤلاء المرضى عندهم تناذر داون كما أن أغلب حالات عدم انثقاب الشرج عند مرضى تناذر داون هي من هذا النموذج.

5) **رتق المستقيم** :

يشكل 1% من التشوهات الشرجية المستقيمية وتكون فيه القناة الشرجية طبيعية ويكشف هذا الخلل عادة خلال قياس الحرارة الشرجية والإنذار الوظيفي ممتاز لأن المعصرة الشرجية طبيعية عادةً.

أنماط عدم انثقاب الشرج عند الإناث :

1 – عدم انثقاب الشرج مع ناسور دهليزي.

2 – عدم انثقاب الشرج مع ناسور جلدي.

3 – عدم انثقاب الشرج بدون نواسير.

4 – رتق المستقيم.

5 – بقاء المقذرة .

1) **عدم انثقاب الشرج مع ناسور دهليزي** :

وهو أشيع نمط عند الإناث ، حيث ينفتح المستقيم مباشرة في الدهليز خلف غشاء البكارة، ومن الخطأ تسميته بالناسور المستقيمي المهبلي. يكون العجز طبيعياً مع ثلم متوسط عجاني وقمع شرجي جيد التطور مما يجعل الإنذار ممتازاً.

2) **عدم انثقاب الشرج مع ناسور جلدي (عجاني)**: يشابه ما ذكر عند الذكور
3) **عدم انثقاب الشرج بدون نواسير:** يشابه ما ذكر عند الذكور.
4) **رتق المستقيم** :يشابه ما ذكر عند الذكور
5) **بقاء المقذرة** :

وهو تشوه معقد يلتقي فيه المستقيم والمهبل والمجرى البولي في قناة واحدة ويبدي العجان فتحة واحدة تتوضع خلف البظر، ويوضع التشخيص بشكل سريري، ويجب الشك بهذه الحالة عند الأنثى المصابة بعدم انثقاب شرج وليها أعضاء تناسلية صغيرة الحجم ، ويتراوح طول هذه القناة من (1-7)سم ولهذا الطول أهمية تقنية وإنذارية، فعندما تكون القناة قصيرة (أقل من3,5سم) يكون العجز جيد التطور وكذلك المقذرة وبالتالي الإنذار جيد، في حين عندما تكون القناة طويلة(أطول من3,5سم) فالحالة معقدة وإصلاحها صعب، وتكون المعصرة ضعيفة التطور وكذلك الأمر بالنسبة لعظم العجز، وأحياناً يترافق هذا التشوه مع درجة من التضاعف الرحمي المهبليو وفي 90% من حالات بقاء المقذرة يوجد تشوهات بولية مرافقة.

4- التشوهات المرافقة :

- **تشوهات العجز والعمود الفقري**:
يوجد علاقة وثيقة بين درجة تطور العجز والإنذار الوظيفي (من ناحية ضبط المعصرة الشرجية والبولية) فغياب أكثر من فقرتين عجزيتين يؤثر عادة في ضبط المعصرة الشرجية وأحياناً البولية، وغياب العجز الكامل يؤدي إلى سلس بولي برازي دائم، في حين أن غياب فقرة عجزية واحدة يبدو أنه لا يؤثر كثيراً في الإنذار. وأما أنصاف الفقار فهي تتوضع عادةً في العمود الفقري القطني والظهري.
- **النخاع المشدود** :
وهو تشوه يرافق أحياناً التشوهات الشرجية المستقيمية ، وهو يحمل إنذاراً سيئاً على الوظيفة المعوية، ولكن لا يعرف بدقة عن مدى دوره في الإنذار السيء، وذلك بسبب تشوهات اخرى مرافقة.

التشوهات البولية التناسلية:

تحدث بنسبة (20-54%) من الحالات وكلما كان عدم الانثقاب عالياً كلما زاد وقوع هذه التشوهات،وترتفع هذه النسبة إلى 90% عند مرضى بقاء المقذرة والناسور المستقيمي المثاني ،ولابد من الانتباه لهذه التشوهات لأنها تعتبر أهم أسباب الوفيات عند مرضى عدم انثقاب الشرج، حيث أن الاستسقاء الكلوي والإنتان البولي والحماض الاستقلابي التالي لتدني الوظيفة الكلوية هي من الأسباب الرئيسية لوفيات مرضى

عدم انثقاب الشرج، لذلك يجب إجراء إيكو بطن في كل حالة عدم انثقاب شرج وبحالة وجود نتائج شاذة نتابع ببقية الاستقصاءات.

مقاربة حديث الولادة المصاب بتشوه في المنطقة الشرجية المستقيمية :

إن القرار الأكثر أهمية عند وليد مصاب بتشوه شرجي مستقيمي هو فيما إذا كان المريض يحتاج فغر كولون أم لا.

1) الذكور:

إن الفحص السريري الدقيق للمنطقة العجانية كافٍ في 80% من الحالات لاتخاذ القرار بإجراء فغر الكولون.

استطبابات فغر الكولون :

- ❖ وجود عقي في البول هو استطباب لإجراء فغر الكولون(علماً أن العقي لا يمر عبر الناسور العجاني أو الإحليلي قبل 16-24 ساعة)
- ❖ عدم انثقاب الشرج من النمط العالي(المسافة بين الجيب المعوي والجلد أكثر من 1سم)هو استطباب لفغر الكولون.

استطبابات تصنيع الشرج عبر العجان :

- ❖ عدم انثقاب الشرج من النمط المنخفض(المسافة بين الجيب المعوي والجلد أقل من 1سم)مع أو بدون ناسور عجاني.
- ❖ الشرج الغشائي.
- ❖ تضيق الشرج.

في 20% من المرضى لايكون الفحص السريري كافياً لوضع استطباب فغر الكولون، وهنا نجري صورة جانبية والطفل بوضعية الاضطجاع البطني وحوضه في الاعلى ويجب أن نجري هذه الصورة بعمر 16-24 ساعة (حتى نضمن وصول الهواء إلى نهاية الأمعاء)،وخلال هذه الفترة نقيم الجهاز البولي بإجراء إيكو بطن لكل المرضى.

2) الإناث :

إن الفحص السريري لمنطقة العجان يقدم معلومات عند الإناث أكثر مما هو عند الذكور:

- إن الناسور الدهليزي يكشف عادة بالتامل الجيد بعد إبعاد الشفرين.
- وجود فوهة عجانية وحيدة يشير إلى بقاء المقذرة المشتركة.
- وعند وجود ناسور دهليزي فإنه يمرر العقي عادة دون أن يسبب انسداداً معوياً، لذلك لا يعتبر إجراء الكولوستومي إسعافياً ويمكن تخريج الطفل من المشفى حيث يتم التأكد من كسب جيد للوزن

ويعاد القبول، وفي أقل من 10% من الحالات يفشل العقي بالمرور عبر الفرج أو العجان بعد 24 ساعة من المراقبة وهنا نجري التصوير الشعاعي.

5- التدبير ما بعد الجراحة وإغلاق الكولوستومي:

- تعطى الصادات الوريدية لمدة 48 ساعة بعد الجراحة ولابد من تطبيق الصادات موضعياً لمدة(8-10 أيام) ويخرج الطفل من المشفى بعد (3-4 أيام)مالم يجرى له فتح بطن.
- يبدأ توسيع الشرج بعد أسبوعين من تخريج الطفل من المشفى ونزيد حجم الموسع كل أسبوع حتى نصل إلى حجم شرج طبيعي .
- ويتم عادة التصنيع الشرجي المستقيمي وإغلاق الكولوستومي بعمر 10 أشهر.

6- الإنذار :

يعتبر الإنذار جيداً من أجل الاستمساك البرازي عند المرضى الذين لديهم:

- ناسور عجاني مع رتق مستقيم.
- عدم انثقاب الشرج بدون ناسور.
- عدم انثقاب شرج مع ناسور مستقيمي إحليلي بصلي عند الذكور.
- عدم انثقاب الشرج مع ناسور دهليزي عند الإناث.

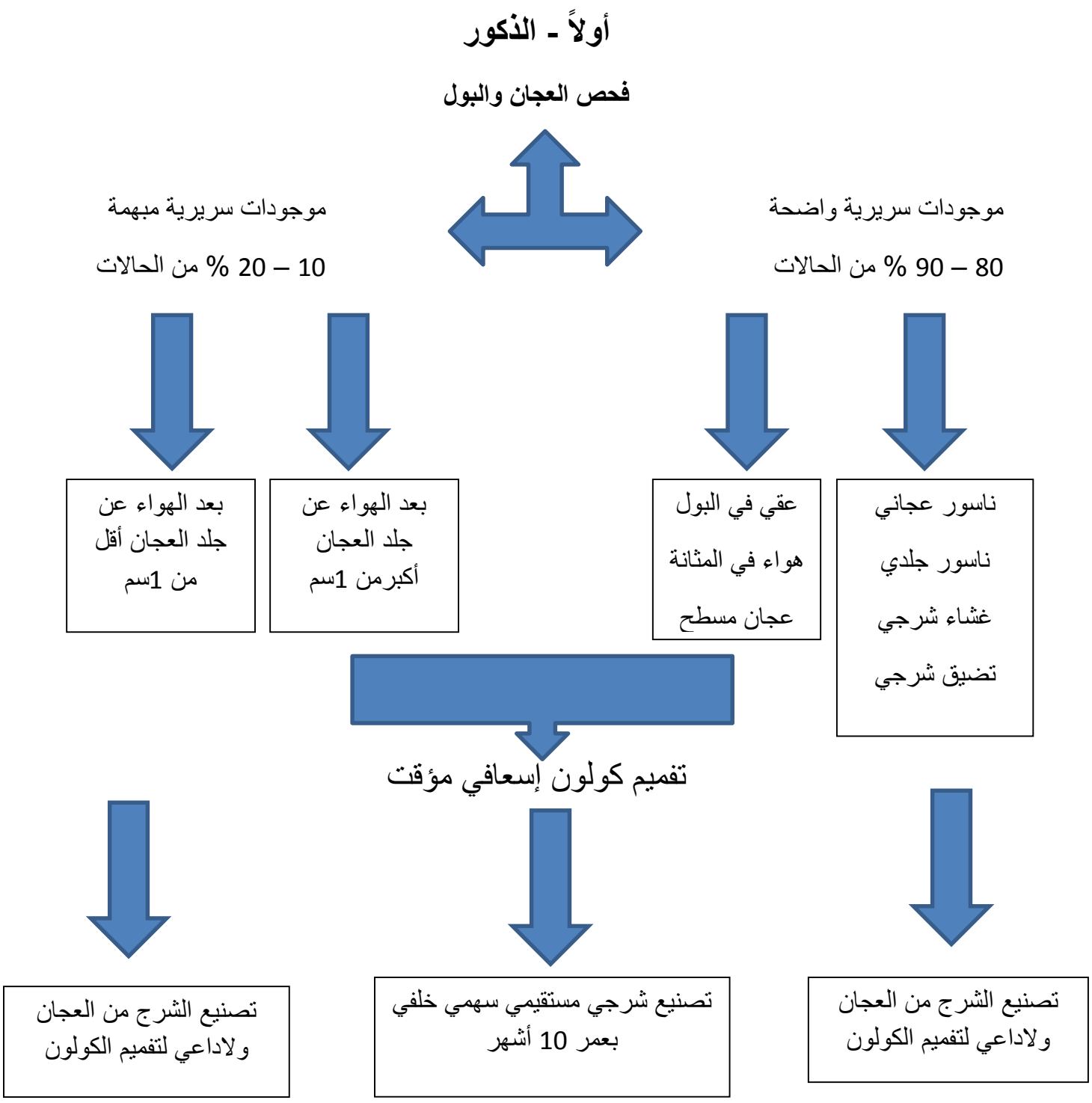
ويسوء الإنذار في الحالات التالية:

- وجود نقص في تطور العجز (غياب أكثر من فقرتين عجزيتين)
- العجان المسطح (يشير لغياب عضلي)
- مرضى الناسور المستقيمي المثاني.
- بقاء المقذرة المشتركة خاصة بحال كان طول القناة المشتركة أكثر من 3,5سم.

7- **الاختلاطات** :

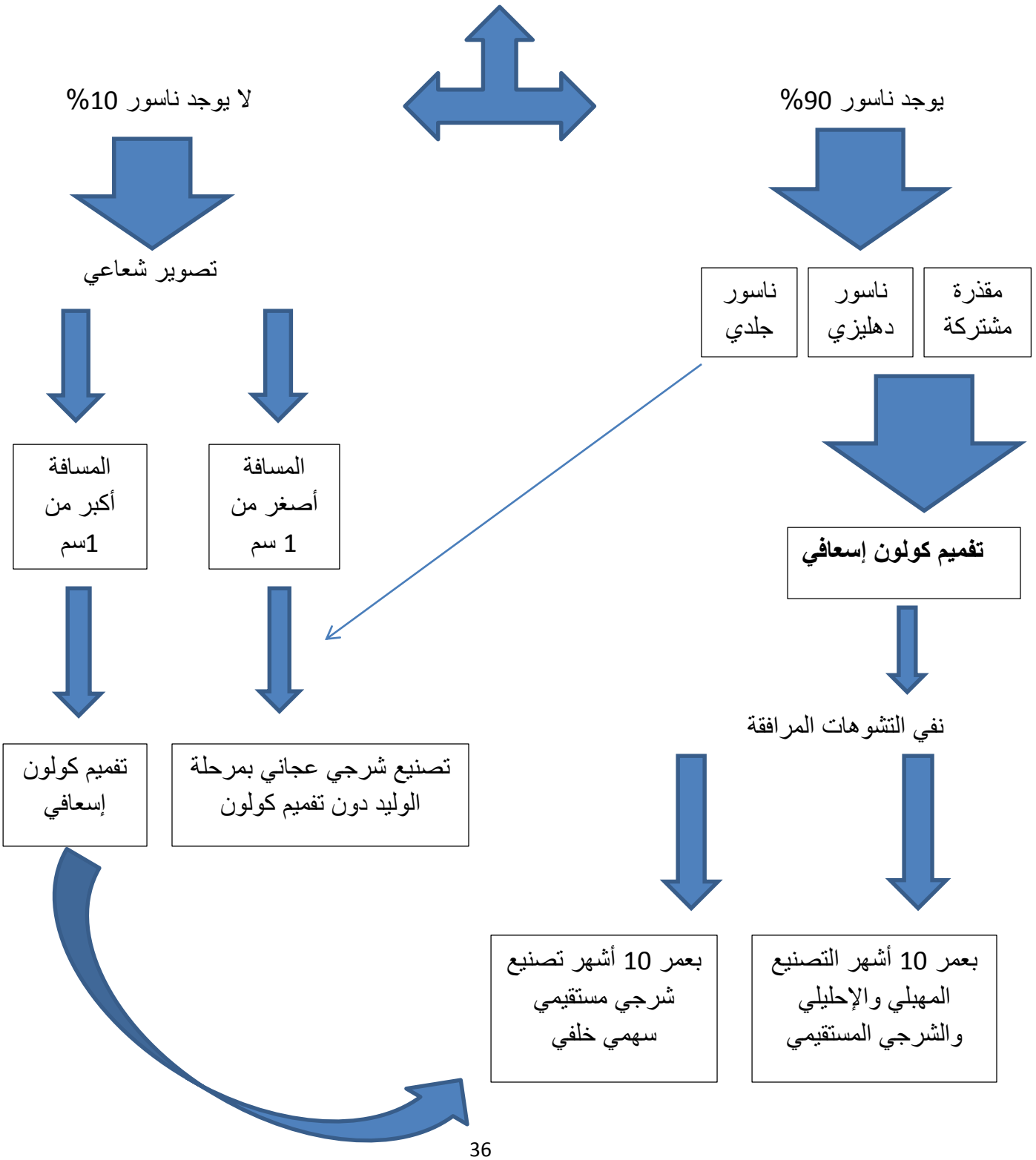
- الإمساك: وهو الاضطراب الاكثر حدوثاً ، وهو يشكل مشكلة كبيرة ونستعمل من أجله الحقن الشرجية والتحاميل والأغذية الملينة والمسهلات.
- تضيقات الشرج: ويمكن أن تحدث بسبب عدم تطبيق بروتوكولات التوسيع بشكل جيد.
- الإنتان: وغالباً ما يكون في الجلد والنسيج تحت الجلد فقط.
- سلس برازي مع إسهال وعادةً هؤلاء يعندون على المعالجة ويحتاجون لفغر كولون دائم

مخطط يبين مقاربة وتدبير حديث ولادة لديه تشوه شرجى مستقيمى



ثانياً – الإناث

فحص العجان والبول

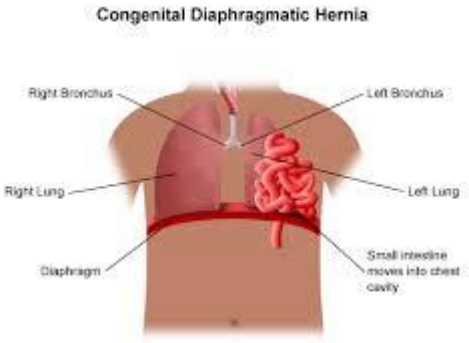


سادساً – الفتق الحجابي الخلقي

Congenital Diaphragmatic Hernia

تقسم الفتوق الحجابية الخلقية إلى نوعين أساسيين الأول وهو الأشيع وهو فتق بوشدالك حيث تتوضع فوهة الفتق في الناحية الخلفية و الوحشية من قبة الحجاب أما الثاني فهو فتق مورغاني حيث تتوضع فوهة الفتق خلف القص .

حالياً أصبح تعبير الفتق الحجابي الخلقي مرادفاً للانفتاق عبر الفوهة الخلفية الوحشية لبوشدالك، وفي (80-85) من الحالات تتوضع البفة في الأيسر وفي 5% من الحالات تكون ثنائية الجانب.



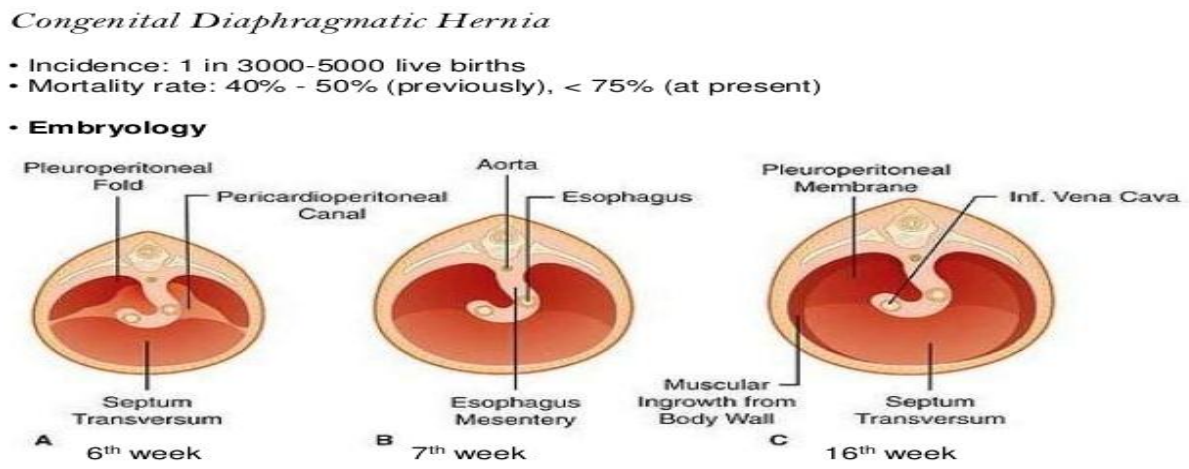
تختلف نسبة حدوث الفتق الحجابي الخلقي في الدراسات العالمية حيث تتراوح بين 3000/1 إلى 5000/1 ولادة حية .

وفي معظم الحالات يوجد سوء دوران أمعاء مرافق للحالة مع نقص تنسج رئوي وتعتبر من مكونات الآفة وليست تشوهات مرافقة.

في (20 – 30%) من حالات الفتق الحجابي الخلقي يوجد تشوهات مرافقة أهمها تشوهات الجهاز العصبي المركزي ، ورتق المري ، والفتق السري الولادي ، وآفات القلب الولادية والتشوهات الكلوية وتثلث الصبغي (13، 18، 21) .

1- **الإمراض** :

إن النظرية المقترحة لحدوث الفتق الحجابي الخلقي هي حدوث فشل الانفصال بين تجويفي البطن والصدر خلال الحياة الجنينية حيث أنه يتم إنجاز هذا الانفصال في الأسبوع الثامن من الحمل من خلال انغلاق القناتين الجنبيتين الصفاقيتين الخلفيتين والجانبيتين .



2- **التظاهرات السريرية** :

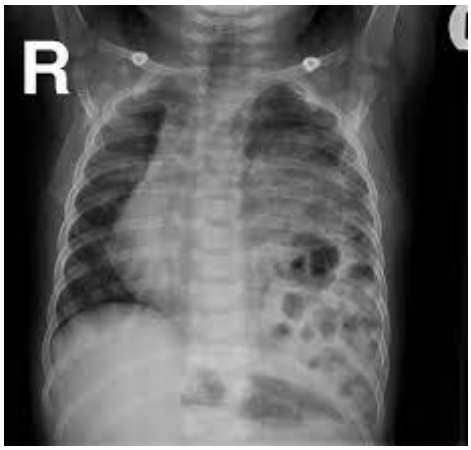
إن أغلب حالات الفتق الحجابي الخلقي تشخص في غضون الساعات الأولى من الولادة بسبب تطور عسرة تنفسية شديدة عادة" (ويوجد مجموعة قليلة يتأخر التشخيص فيها لمل بعد مرحلة الوليد حيث تتظاهر الحالة بأعراض انسداد معوي مع ضائقة تنفسية بسيطة)،حيث يبدي الفحص السريري عسرة تنفسية شديدة وبإصغاء الصدر نجد خفوت أو غياب بالأصوات التنفسية في جهة الإصابة وانزياح مكان سماع اصوات القلب ، ويكون البطن زورقي الشكل.

3- **التشخيص** :

من الشائع وضع التشخيص خلال الحياة الجنينية بالأمواج فوق الصوتية ، حيث يشاهد على الإيكو كتلة صدوية، وعرى معوية ضمن الصدر، وزيادة السائل الأمنيوسي والذي يبدو أنه ناجم عن خلل في وظيفة البلع بسبب توضع المعدة في جوف الصدر.

وبعد الولادة تكفي صورة الصدر البسيطة عادةً لوضع التشخيص حيث ترى الأمعاء وهي تعبر الجزء الخلفي من الحجاب على الصورة الجانبية، وعند الاطفال الأكبر سناً ذوي الأعراض غير النموذجية يحتاج

التشخيص لإجراء الصورة الظليلة، ولاتفيد الصورة البسيطة في تقدير درجة نقص التنسج الرئوي، وتستكمل الدراسة الشعاعية بإجراء إيكو القلب وإيكو الدماغ وإيكو البطن.



4- **المعالجة** :

المعالجة جراحية وتجرى عادةً عن طريق البطن برد الاحشاء المنفتقة وإغلاق الفتحة ولابد من استقصاء سوء الدوران الذي قد يكون موجوداً لدى المريض.

تجرى الجراحة عادةً بعمر (24-72 ساعة) ولقد ساعد تطور الاكسجة الغشائية خارج الجسم ECMO في تحسين الإنذار وتدبير فرط التوتر الرئوي الذي يرافق الحالة.

القسم العملي

مخطط الدراسة العملية

أولاً- الهدف من الدراسة.

ثانياً- عينات الدراسة.

ثالثاً- مكان وزمان الدراسة.

رابعا- طريقة الدراسة ووسائلها.

خامسا- نتائج الدراسة:

1- نسبة هذه التشوهات من قبولات شعبة الخديج والوليد ومن قبولات مشفى الأطفال.
2- حدوث هذه التشوهات نسبة إلى بعضها البعض بحسب المستوى التشريحي.
3- دراسة العلاقة بين هذه التشوهات وظروف الحمل.

سادساً- الخلاصة.

سابعاً- التوصيات.

أولا- الهدف من الدراسة:

إلقاء الضوء على واقع التشوهات الخلقية في الجهاز الهضمي المشخصة في مرحلة الوليد في مشفى الأطفال بجامعة دمشق، لأخذ فكرة عن نسبة حدوثها ووبائياتها وأهم تظاهراتها التي توحي بها ودراسة التشوهات المرافقة لها ، ونتائج تدبير هذه التشوهات لدينا والاختلاطات الحادثة خلال إقامة هؤلاء الأطفال في المشفى ، وأثر ذلك في الإنذار ومقارنة النتائج مع الدراسات السابقة المجراة في مشفى الأطفال ومع نتائج الدراسات العالمية.

ثانياُ- عينات الدراسة:

شملت الدراسة جميع حالات التشوهات الخلقية في الجهاز الهضمي المشخصة في مرحلة الوليد ، وقد تضمت هذه الحالات رتق المري وتضيق عضلة البواب الضخامي وانسداد الأمعاء والكولون وتضيقاتها والكولون العرطل اللاعقدي (داء هيرشبرنغ) والتشوهات الشرجية المستقيمية والفتوق الحجابية.

ثالثا- مكان وزمان الدراسة:

أجريت الدراسة في شعبة الخديج والوليد في مشفى الأطفال الجامعي بدمشق خلال الفترة الواقعة بين 2015/1/1 و2015/12/31

رابعاً- طريقة الدراسة ووسائلها:

أجريت دراسة تراجعية على الحالات المذكورة والتي قبلت في شعبة الوليد والخديج خلال فترة الدراسة.

وقد تم تنظيم استمارة لجمع المعلومات المتعلقة بهوية الطفل وظروف حمله وسوابقه العائلية وقصته المرضية وفحصه السريري والاستقصاءات المجراة له وتقرير العمل الجراحي المجرى له وملخصاً عن سير مرضه ونتائج معالجته خلال فترة بقائه في الشعبة .

خامساً- النتائج:

كان عدد الحالات المدروسة 296 حالة عند 266 مريضاً (وذلك لوجود أكثر من تشوه عند نفس المريض أحياناً) ولقد تضمنت هذه الحالات:

1- رتق المري والناسور المريئي الرغامي.
2- التشوهات الشرجية المستقيمية.
3- انسدادات وتضيقات الأمعاء الدقيقة والكولون .
4- داء هيرشبرنغ .
5- سوء دوران الأمعاء.
6- تضيق البواب الضخامي
7- المعثكلة الحلقية.
8- الفتوق الحجابية الخلقية .
9- تشوهات جدار البطن.

ولقد قبل في الشعبة خلال فترة الدراسة (1836) مريضاً، وبذلك فقد شكلت التشوهات الخلقية في جهاز الهضم المشخصة في مرحلة الوليد (14,48)% من نسبة القبول في شعبة الوليد والخديج،في حين شكلت هذه التشوهات 11,68% من إجمالي قبولات شعبة الوليد والخديج في دراسة د.سفيان عام 2003.
ويوضح الجدول رقم(1) هذه النتائج:

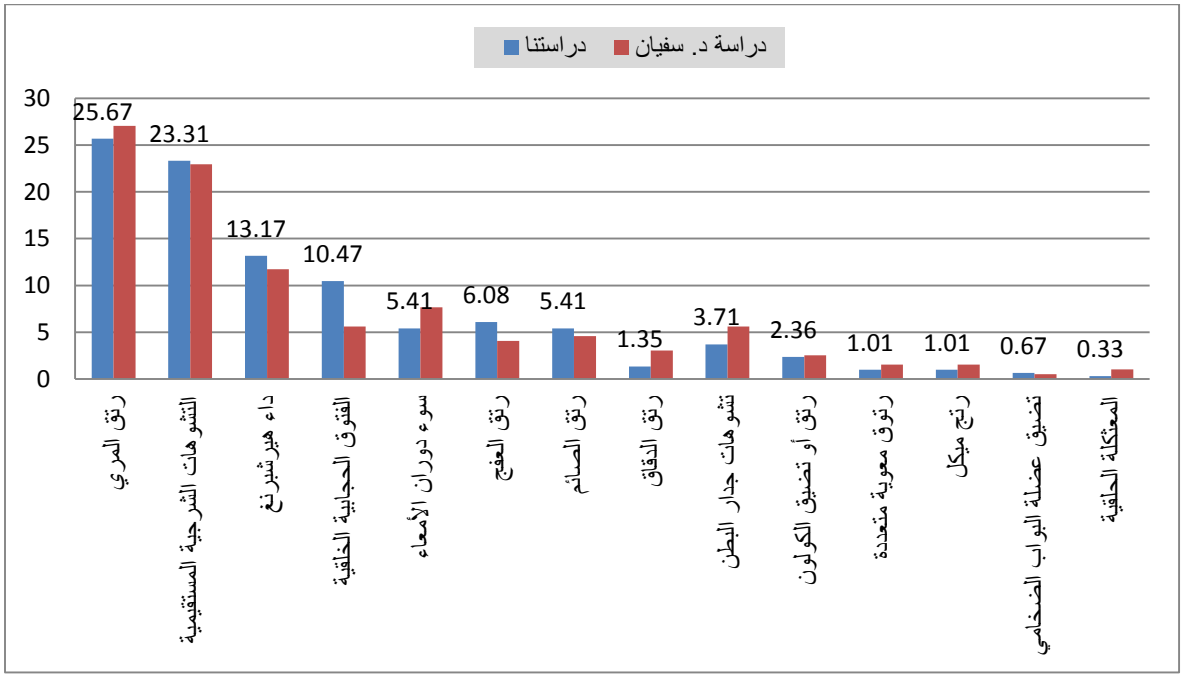
عدد قبولات تشوهات جهاز الهضم الخلقية المشخصة عند الوليد	عدد قبولات شعبة الوليد والخديج خلال فترة الدراسة
266	1836
النسبة المئوية	%14,48

ويظهر الجدول التالي توزيع الحالات المدروسة:

نوع التشوه	دراستنا				دراسة د.سفيان 2003
	عدد الحالات	النسبة المئوية	عدد الحالات المعزولة	عدد الحالات المشتركة مع تشوه هضمي آخر	النسبة المئوية
1. رتق المري والناسور المريئي الرغامي	76	%25,67	64	12	%27,04
2. التشوهات الشرجية المستقيمية	69	%23,31	55	14	%22,95
3. داء هيرشبرنغ	39	%13,17	38	1	%11,73
4. الفتوق الحجابية الخلقية	31	%10,47	29	2	%5,61

5. سوء دوران الأمعاء	16	%5,40	4	12	%7,65
6. رتق العفج	18	%6,08	15	3	%4,08
7. رتق الصائم	16	%5,40	15	1	%4,59
8. رتق الدقاق	4	%1,35	4	0	%3,06
9. تشوهات جدار البطن	11	%3,71	8	3	%5,61
10. رتق أو تضيق الكولون	7	%2,36	4	3	%2,55
11. رتوق معوية متعددة	3	%1,01	2	1	%1,53
12. رتج ميكل	3	%1,01	0	3	%1,53
13. تضيق عضلة البواب الضخامي	2	%0,67	2	0	%0,51
14. المعثكلة الحلقية	1	%0,33	0	1	%1,02
المجموع	296	%100	240	56	-

ويبين المخطط التالي ذلك:



سنقوم بدراسة علاقة هذه التشوهات مع:

1- عمر الأم.
2- الخداج.
3- العلاقة مع الجنس.
4- القرابة بين الزوجين.
5- وجود قصة عائلية لتشوهات خلقية في الجهاز الهضمي.

1 – علاقة التشوهات الخلقية في الجهاز الهضمي مع عمر الأم الحامل :

تم توزيع أعمار الأمهات في خمس فئات عمرية (دون العشرين سنة ، 20-25 سنة ،26-30 سنة ، 31-35 سنة ، 36 سنة فما فوق). وتم أخذ مجموعة شاهد مكونة من 175 حالة (أمهات ولدان أسوياء أخذت من دار توليد خاصة).

وحصلنا على النتائج التالية :

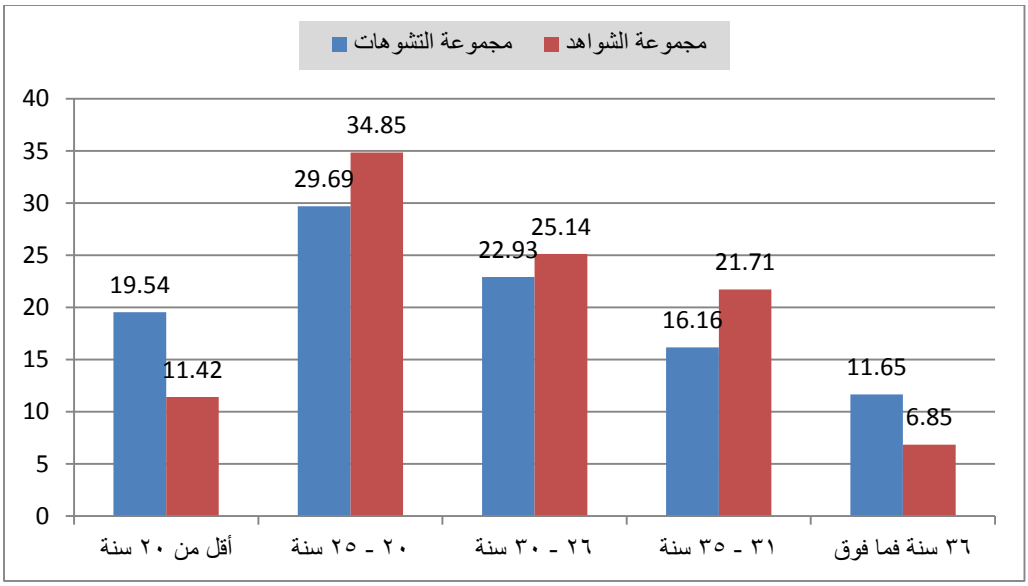
مجموعة التشوهات		عمر الأم	مجموعة الشواهد	
النسبة المئوية	عدد الحالات		عدد الحالات	النسبة المئوية
%19,54	52	أقل من 20 سنة	20	%11,42
%29,69	79	20 – 25 سنة	61	%34,85
%22,93	61	26 – 30 سنة	44	%25,14
%16,16	43	31 – 35 سنة	38	%21,71
%11,65	31	36 سنة فما فوق	12	%6,85
%100	266	-	175	%100

نلاحظ من الجدول السابق :

زيادة في عدد الحالات التي كان فيها عمر الأم دون العشرين سنة (19,54% مقابل 11,42% في عينة الشواهد).

وزيادة في عدد الحالات التي تجاوز فيها عمر الأم ال 36 سنة من العمر (11,65% مقابل 6,85% في مجموعة الشواهد)

ويبين المخطط التالي ذلك :



2 – علاقة التشوهات الخلقية في الجهاز الهضمي مع الخداج :

لقد بلغ عدد الحالات التي وجد فيها الخداج 64 حالة ، أي بنسبة 24,06% من الحالات الأمر الذي قد يشير لدور هذه التشوهات في إحداث الخداج.

3 – علاقة التشوهات الخلقية في الجهاز الهضمي مع الجنس :

بلغ عدد الذكور في دراستنا 156 مريضاً أي بنسبة 58,64% من الحالات في حين كان عدد الإناث 110 حالات اي بنسبة 41,35% من الحالات ويبين الجدول ذلك :

الجنس	العدد	النسبة المئوية
الذكور	156	%58,64
الإناث	110	%41,35
المجموع	266	%100

4 – علاقة التشوهات الخلقية في الجهاز الهضمي مع القرابة بين الزوجين :

بلغ عدد الحالات التي وجد فيها قرابة بين الزوجين من الدرجة الثالثة 88 حالة أي بنسبة 33,08% من الحالات ، في حين لم نجد قرابة بين الزوجين في 178 حالة أي بنسبة 66,91% من الحالات.

5 – علاقة التشوهات الخلقية في الجهاز الهضمي مع القصة العائلية :

وجدت قصة تشوهات خلقية في الجهاز الهضمي في العائلة عند 27 مريضاً أي بنسبة 10,15% من الحالات وكانت القصة عند الأخ أو الأخت في 18 حالة أي بنسبة 66,6% ، ووجدت عند باقي الأقارب في 9 حالات أي بنسبة 33,3% من الحالات.

أولاً- رتق المري والناسور المريئي الرغامي

Esophageal Atresia and Tracheoesophageal Fistula

بلغ عدد مرضى رتق المري والناسور المريئي الرغامي في دراستنا 76 مريضاً وشكلوا نسبة 25,76% من هذه التشوهات المدروسة وبذلك كان التشوه الأشيع في دراستنا ، ولقد كانت 84,21% من حالات رتق المري معزولة دون تشوهات هضمية أخرى ، في حين أن 15,78% منها كانت متشاركة مع تشوه هضمي آخر، وسنقارن النتائج مع نتائج دراسة الدكتورسفيان غديفان في مشفى الأطفال (2003) ونتائج دراسة د.قاسم قاسم في مشفى الأطفال (2011) ونتائج عدة دراسات عالمية أخرى منها دراسة أجريت في مشفى (BERN) للأطفال في سويسرا شملت 100 حالة تقريباً (على مدى 7 سنوات) ودراسة بريطانية أجريت في مشفى Great Ormond Hospital في لندن شملت 357 حالة (على مدى 10 سنوات) ودراسة باكستانية (مشفى الأطفال في إسلام آباد) نشرت عام 2009 استمرت على مدى عامين مع حجم عينة بلغ 100 حالة إضافة إلى دراسة هندية نشرت عام 2003 شملت 50 حالة (على مدى 3 سنوات) .

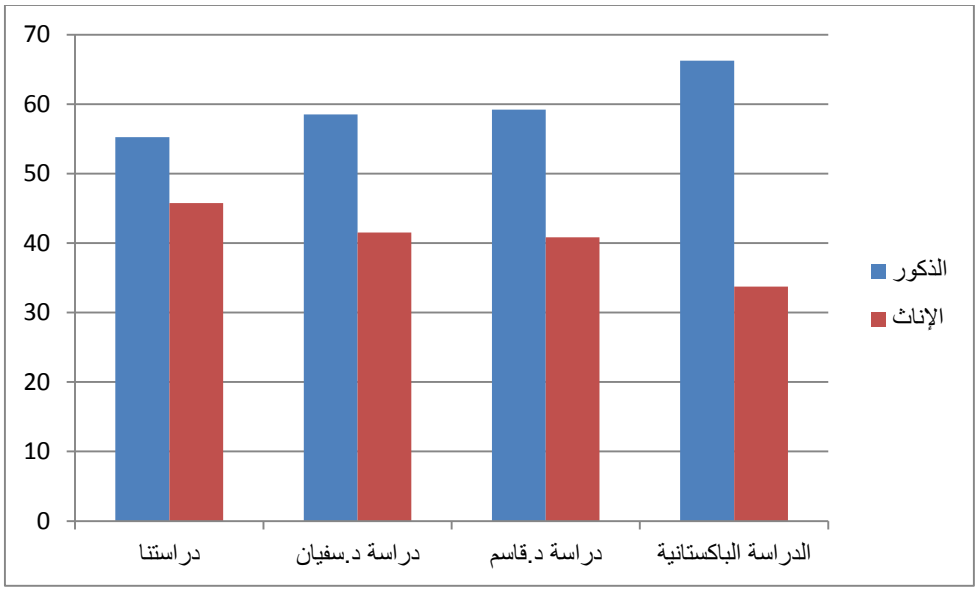
1- توزع الحالات حسب جنس المريض:

بلغ عدد الذكور المصابين برتق المري 42 حالة أي بنسبة 55,25% في حين كان عدد الإناث المصابات برتق المري 34 حالة أي بنسبة 44,75% وبذلك فإن نسبة الذكور إلى الإناث هي 1,23 وهي قريبة من النسبة العالمية المذكورة (1,26) ويبين الجدول التالي ذلك :

الجنس	دراستنا	دراسة د.سفيان	دراسة د.قاسم	دراسة باكستانية
الذكور	%55,25	%58,49	%59,18	%66,25
الإناث	%45,75	%41,51	%40,81	%33,75
الذكور/ الإناث	1,23	1,40	1,45	1,96

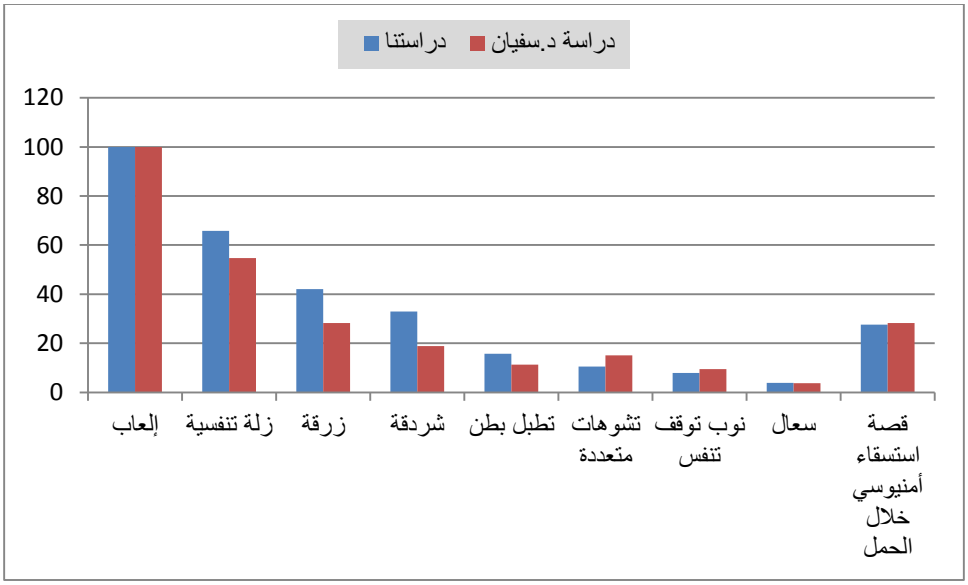
نلاحظ من الجدول أن نسبة إصابة الذكور في دراستنا أخفض من النسب المسجلة في الدراسات المذكورة إلا أنها الأقرب إلى النسبة العالمية .

ويبين المخطط التالي ذلك:



2- **التظاهرات السريرية**: درست الأعراض والعلامات عند القبول في حالات رتق المري المشمولة بالدراسة وقد حصلنا على النتائج التالية: الجدول والمخطط

التظاهرات السريرية	دراستنا		دراسة د.سفيان (53 حالة)
	العدد	النسبة المئوية	النسبة المئوية
إلعاب	76	%100	%100
زلة تنفسية	50	%65,78	%54,71
زرقة	32	%42,10	%28,31
شردقة	25	%32,89	%18,86
تطبل بطن	12	%15,78	%11,32
تشوهات متعددة	8	%10,52	%15,09
نوب توقف تنفس	6	%7,89	%9,43
سعال	3	%3,94	%3,77
استسقاء أمنيوسي خلال الحمل	21	%27,63	%28,3



نلاحظ من الجدول السابق بأن العرض الأشيع والذي يراجع به المرضى هو الإلعاب (100%)

3- توزع الحالات حسب الشكل التشريحي للتشوه :

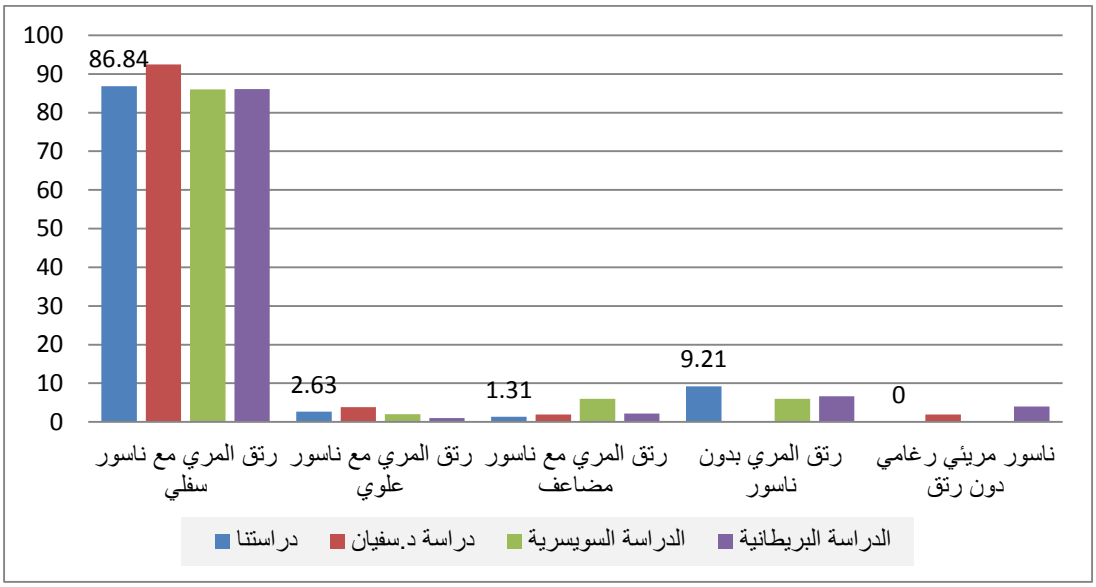
تم توزيع الحالات حسب الأشكال التشريحية الخمسة الرئيسية لرتق المري ، وغالبا ما كان يتم التوجه للشكل التشريحي قبل الجراحة اعتماداً على موجودات صورة الصدر والبطن ، وبعد مراجعة تقرير العمل الجراحي وتحديد النمط التشريحي حصلنا على النتائج التالية :

الشكل التشريحي	دراستنا		دراسة د.سفيان	الدراسة السويسرية	الدراسة البريطانية
	العدد	النسبة المئوية	مشفى الأطفال الجامعي	BERN Hospital	ORMOND Hospital
رتق مري مع ناسور سفلي	66	%86,84	%92,44	%86	%86,1
رتق مري مع ناسور علوي	2	%2,63	%3,78	%2	%1
رتق مع ناسور مضاعف	1	%1,31	%1,89	%6	%2,2
رتق مري بدون ناسور	7	%9,21	%0	%6	%6,6
الناسور المريئي بدون رتق	0	%0	1,89	%0	%4
المجموع	76	%100	%100	%100	%100

نلاحظ من الجدول السابق أن رتق المري مع ناسور سفلي هو أشيع شكل تشريحي لرتق المري في دراستنا ، حيث شكل 86,84% من الحالات وهو يتوافق مع نتائج الدراسات الأخرى.

في حين أن انعدام حالات الناسور المريئي الرغامي بدون رتق المري في دراستنا قد يفسر بأن هذه الحالات صعبة التشخيص ،أو أن تشخيصها قد يتأخر لعدة أشهر.

ويبين المخطط التالي توزع حالات رتق المري حسب الشكل التشريحي للتشوه :



4- **توزيع حالات رتق المري حسب تصنيف** waterson :

صنف Waterson رتق المري في ثلاث مجموعات:

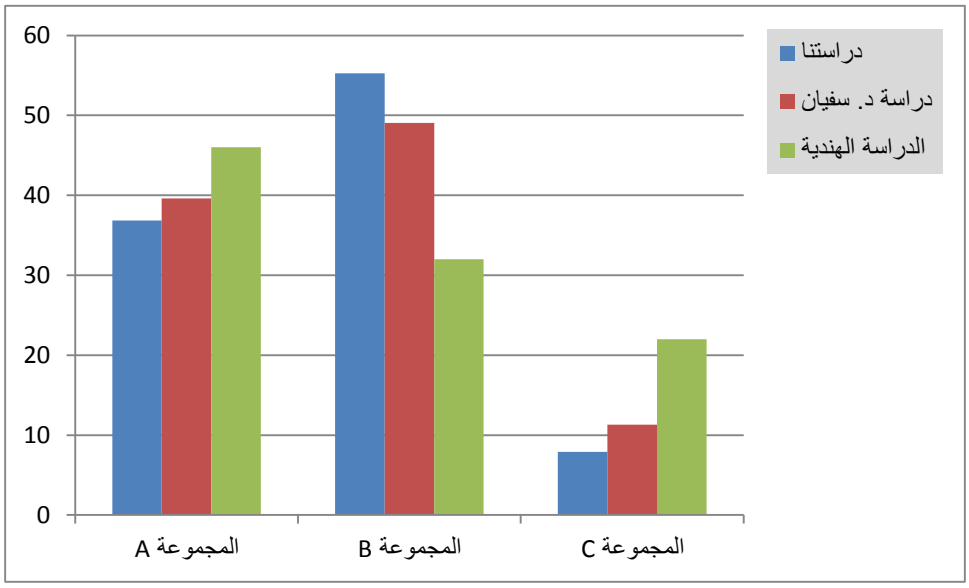
- المجموعة A : وزن الولادة > 2,5 كغ والحالة العامة حسنة.
- المجموعة B : وزن الولادة 2 – 2,5 كغ والحالة العامة حسنة أو أن الوزن أكثر من ذلك لكن يوجد تشوهات متوسطة الشدة (آفة قلبية غير معقدة ..PDA، ASD، VSD).
- المجموعة C : الوزن < 2 كغ أو أن الوزن أكثر من ذلك لكن يوجد تشوه قلبي معقد مرافق.

تم توزيع مرضانا حسب هذا التصنيف وحصلنا على النتائج التالية :

التصنيف	دراستنا		دراسة د.سفيان	الدراسة الهندية
	العدد	النسبة المئوية	النسبة المئوية	النسبة المئوية
المجموعة A	28	%36,84	%39,62	%46
المجموعة B	42	%55,25	%49,06	%32
المجموعة C	6	%7,90	%11,32	%22
المجموع	76	%100	%100	%100

نلاحظ من الجدول السابق بأن أغلب حالات رتق المري في دراستنا كانت في المجموعة B حيث شكلت 55,25% من الحالات.

ويبين المخطط التالي ذلك :



5- التشوهات المرافقة لرتق المري:

تم استقصاء التشوهات المرافقة لرتق المري وتحديدها من خلال الفحص السريري والصور الشعاعية البسيطة (للعمود الفقري والمسح العظمي) مع إجراء التصوير بالأمواج فوق الصوتية (القلب، البطن، الدماغ) والتصوير الظليل لأنبوب الهضم وحصلنا على النتائج التالية:

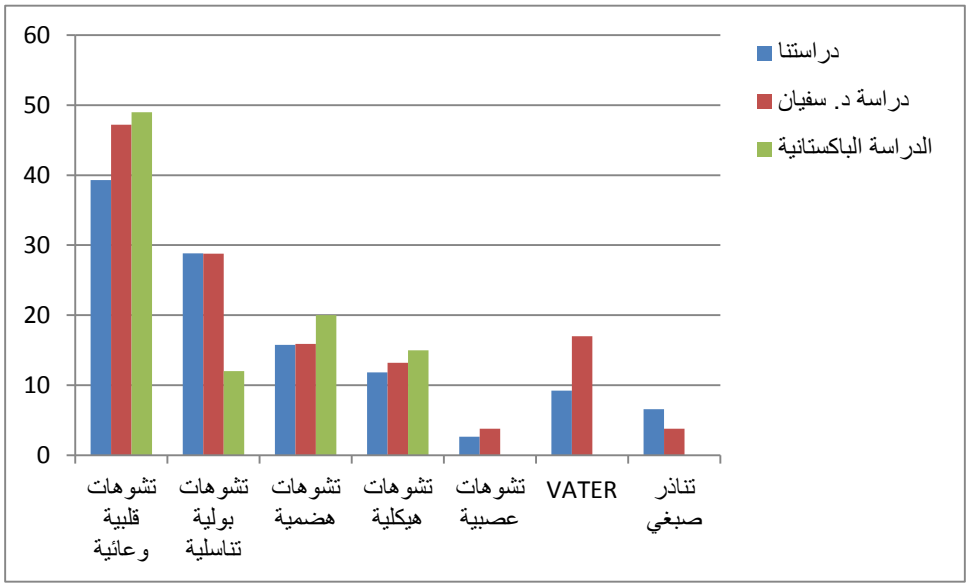
نوع التشوه	دراستنا		دراسة د. سفيان (2003)	الدراسة الباكستانية (2009)
	العدد	النسبة المئوية	مشفى الأطفال الجامعي	مشفى إسلام آباد
تشوهات قلبية وعائية	22*	%39,28	%47,22	%49
تشوهات بولية تناسلية	15**	%28,84	%25,8	%12
تشوهات هضمية	12	%15,78	%15,9	%20
تشوهات هيكلية	9	%11,84	%13,2	%15
تشوهات عصبية	2	%2,63	%3,77	-
VATER***	7	%9,21	%16,98	-
تناذر صبغي	5	%6,57	%3,77	-

*إن عدد الحالات التي أجري فيها إيكو القلب هي 56 حالة،وبذلك فإن النسبة هي من أصل 56 وليس 76.

**إن عدد الحالات التي أجري فيها إيكو البطن هي 52 حالة،وبذلك فإن النسبة هي من أصل 52 وليس 76.

***يوجد حالتين منها كانت عبارة عن تناذر VACTERL.

ويبين المخطط التالي ذلك:



نلاحظ من الجدول السابق بأن أشيع التشوهات المرافقة لرتق المري في دراستنا هي التشوهات القلبية الوعائية ،حيث وجدت في 39,28% من الحالات التي أجري فيها إيكو القلب ،وهذه النسبة أقل مما ورد في دراسة د.سفيان والدراسات العالمية وقد يعود ذلك إلى تعذر إجراء الإيكو لكل الحالات .

وجاءت التشوهات البولية التناسلية في المرتبة الثانية حيث وجدت عند 28,84% من الحالات وهذه النسبة قريبة من دراسة د.سفيان وأعلى مما ورد في الدراسات العالمية .

أما بالنسبة للتشوهات الهضمية فوجدت عند 15,78% من الحالات ، و قد شكل عدم انثقاب الشرج (75%)من الحالات.

وقد وجد رتق المري في سياق تناذر VATER في 9,21% من الحالات .

وبالنسبة للاضطرابات الصبغية فقد كان لدينا 5 حالات تم التوجه إليها سريريا وهي عبارة عن متلازمة داون (تثلث الصبغي 18).

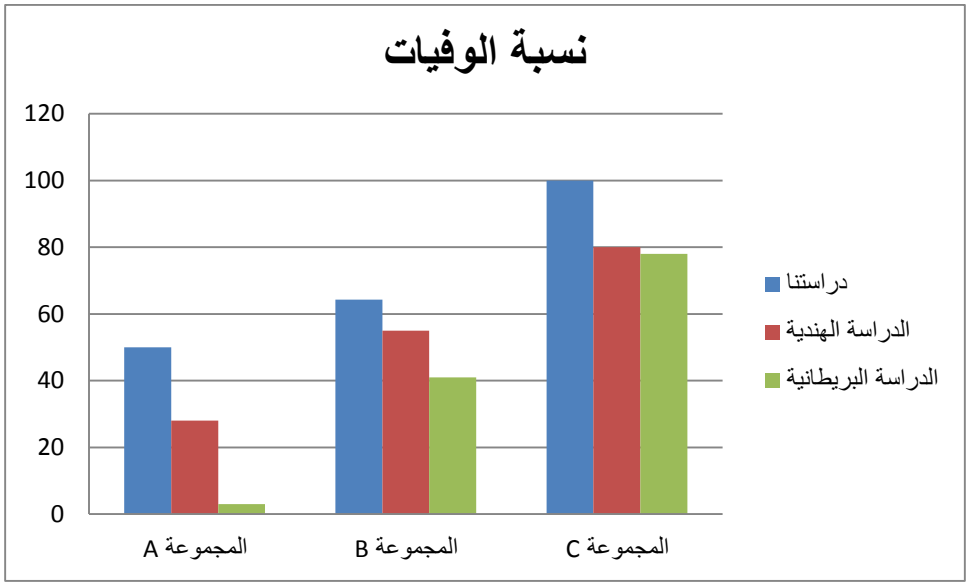
6- دراسة الوفيات عند مرضى رتق المري:

بلغ عدد الوفيات 47 حالة من أصل 76 مريضاً مصاباً برتق المري أي بنسبة 61,84% وهي نسبة مرتفعة مقارنةً مع ما هو مذكور في الدراسات العالمية.

وسنستعرض فيما يلي توزيع هذه الوفيات حسب تصنيف WATERSON:

التصنيف	دراستنا			الدراسة الهندية	الدراسة البريطانية
	عدد الحالات	عدد الوفيات	النسبة المئوية	النسبة المئوية	النسبة المئوية
مجموعة A	28	14	%50	%28	%3
مجموعةB	42	27	%64,28	%55	%41
مجموعةC	6	6	%100	%80	%78
المجموع	76	47	%61,84	-	-

ويبين المخطط التالي ذلك :



ومن الجدير بالذكر أن عدد حالات رتق المري التي توفيت قبل إجراء العمل الجراحي هي 6 حالات بينما توفيت حالتين أثناء إجراء العمل الجراحي و39 حالة توفيت بعد إجراء العمل الجراحي ويبين الجدول التالي مقارنة دراستنا بدراسة أجريت في مشفى إسلام آباد على 100 حالة رتق مري.

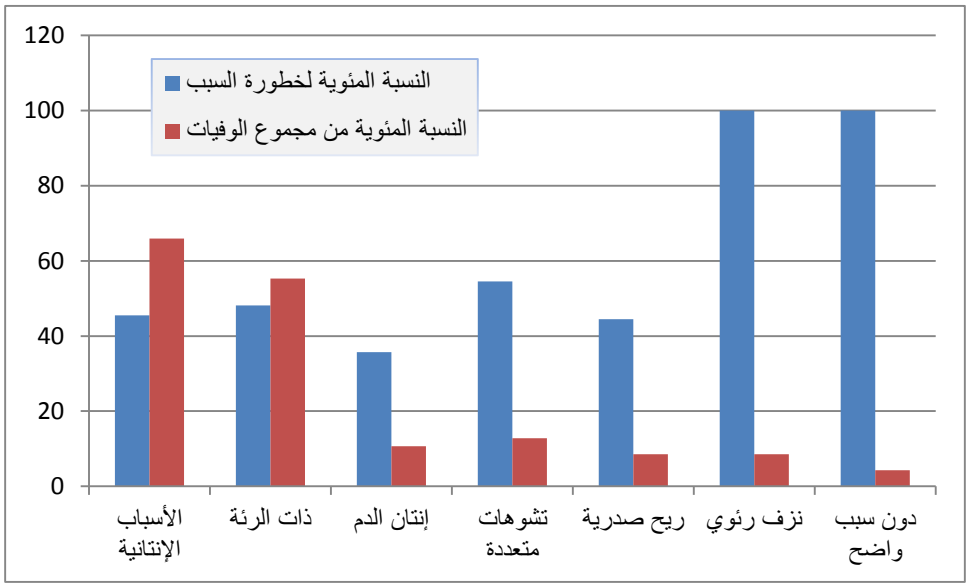
الوفيات	دراستنا		الدراسة الباكستانية	
	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية
قبل العمل الجراحي	6	%12,76	20	%29,8
أثناء العمل الجراحي	2	%4,25	5	%7,5
بعد العمل الجراحي	39	%82,97	42	%62,7
المجموع	47	%100	67	%100

نلاحظ أن نسبة الوفيات قبل الجراحة مرتفعة في الدراسة الباكستانية ،في حين أن نسبة الوفيات بعد العمل الجراحي مرتفعة في دراستنا أكثر.

وسنوضح في الجدول التالي أسباب الوفيات في محاولة لمعرفة السبب في نسب الوفيات المرتفعة لدينا:

سبب الوفاة	عدد الحالات	عدد الوفيات	النسبة المئوية لخطورة السبب	النسبة المئوية من مجموع الوفيات
الأسباب الإنتانية:	68	31	%45,48	%65,95
- ذات الرئة	54	26	%48,14	%55,31
- إنتان الدم	14	5	%35,71	%10,63
تشوهات متعددة	11	6	%54,54	%12,76
ريح صدرية	9	4	%44,44	%8,51
نزف رئوي	4	4	%100	%8,51
دون سبب واضح	2	2	%100	%4,25

ويبين المخطط التالي ذلك :



وبمراجعة الجدول السابق نجد أن قرابة ثلثي أسباب الوفيات لدينا نجمت عن الإنتانات (65,95%) وهي صدرية بشكل خاص (55,31%)وبذلك كانت ذات الرئة السبب الأول للوفيات في دراستنا ،فقد حدثت ذات الرئة عند 54 مريضاً أي بنسبة 71,05% من مرضى رتق المري ،وهي نسبة مرتفعة ربما تعكس سوء العناية الطبية والتمريضية لهؤلاء المرضى ،فذات الرئة استنشاقية غالباً، وإن الأسباب التي تكمن وراء هذه النسبة المرتفعة لذات الرئة هي عدم إجراء مص المفرزات المتكرر وعدم الانتباه لوضعية الطفل قبل الجراحة ،مما ينبهنا للضرورة الحتمية للتدبير الطبي المناسب السابق للعمل الجراحي ،ولضرورة الشك بتشخيص رتق المري عند حديث الولادة المصاب بذات رئة استنشاقية.
وجاءت التشوهات المرافقة في المرتبة الثانية كسبب للوفاة عند مرضى رتق المري حيث شكلت (12,76%)ثم الريح الصدرية والنزف الرئوي حيث شكل كل منهما (8,51%)من الأسباب.

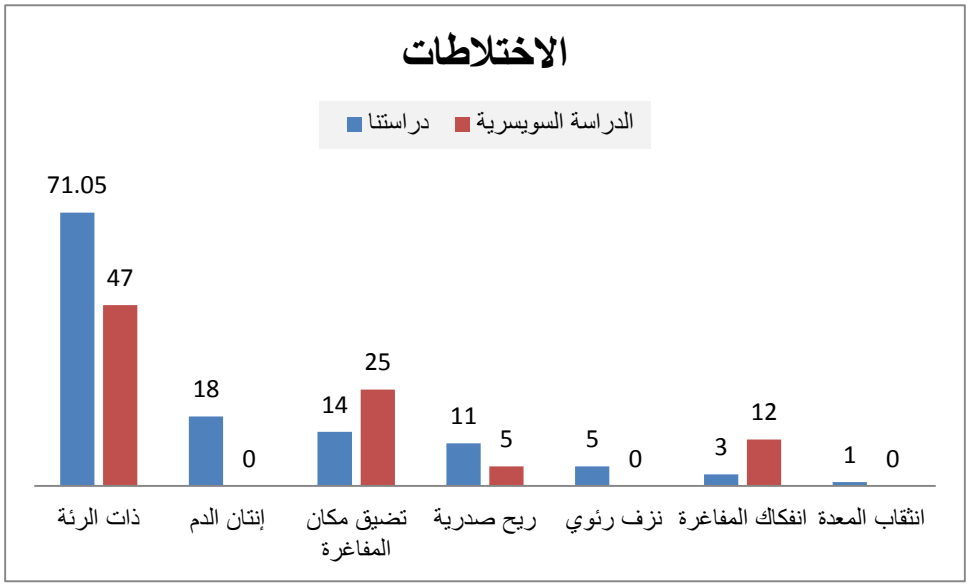
أما بالنسبة لدرجة تأثير تلك الأسباب في الإنذار (خطورة السبب) فكان النزف الرئوي هو الأكثر إساءة للإنذار (حيث كان مميتاً في 100% من الحالات) ثم التشوهات المتعددة (مميتة في54,54%من حالاتها) ثم الإنتانات (مميتة في 45,48%من حالاتها رغم أنها السبب الأول للوفيات ،ويعود ذلك لكثرة تواردها.) ثم الريح الصدرية (مميتة في 44,44%من حالاتها).

7- **دراسة الاختلاطات** :

يبين الجدول التالي الاختلاطات الحادثة عند مرضى رتق المري خلال فترة استشفائهم:

الاختلاطات	دراستنا			الدراسة السويسرية
	عدد الحالات	النسبة المئوية من مجموع الاختلاطات	النسبة المئوية من مجموع المرضى	النسبة المئوية
اختلاطات إنتانية:	68	%71,57	%89,47	%47
• ذات رئة	54	%56,84	%71,05	%47
• إنتان الدم	14	%14,73	%18,42	-
تضيق مكان المفاغرة	11	%11,57	%14,47	%25
ريح صدرية	9	%9,47	%11,84	%5
نزف رئوي	4	%4,21	%5,26	-
انفكاك المفاغرة	2	%2,10	%2,63	%12
انثقاب معدة	1	%1,05	%1,31	-
المجموع	95	%100	-	-

ويبين المخطط التالي ذلك:



نلاحظ من الجدول السابق بأن ذات الرئة أشيع الاختلاطات حدوثاً حيث شكلت 56,84% من مجموع الاختلاطات ، وحدثت عند 71,05% من المرضى ، وتضمنت بقية الاختلاطات إنتان الدم وتضيق في مكان المفاغرة والريح الصدرية والنزف الرئوي وانفكاك المفاغرة وكما وجد انثقاب في المعدة خلال الفتح الجراحي في إحدى الحالات.

وأخيراً سوف نعلق على الاختلاطات الإنتانية، فالنسبة لذات الرئة فقد اكتسبت من خارج الشعبة في حالة (أي بنسبة من حالاتها)، ولقد اكتسبت خلال أول 48 ساعة بعد الجراحة في حالة (أي بنسبة من حالاتها)

نوع الإنتان	عدد الحالات	النسبة المئوية
ذات الرئة : • مكتسبة خارج الشعبة • مكتسبة داخل الشعبة (خلال أول 48 ساعة بعد الجراحة) • مكتسبة داخل الشعبة (بعد 48 ساعة من الجراحة)	54 36 14 4	 %66,66 %25,92 %7,40
إنتان الدم : • مكتسب خارج الشعبة • مكتسب داخل الشعبة وخلال أول 48 ساعة بعد الجراحة • مكتسب داخل الشعبة بعد 48 ساعة من الجراحة	14 0 10 4	 %0 %71,42 %28,57

ثانياً – التشوهات الشرجية المستقيمية

Aonrectal Malformation

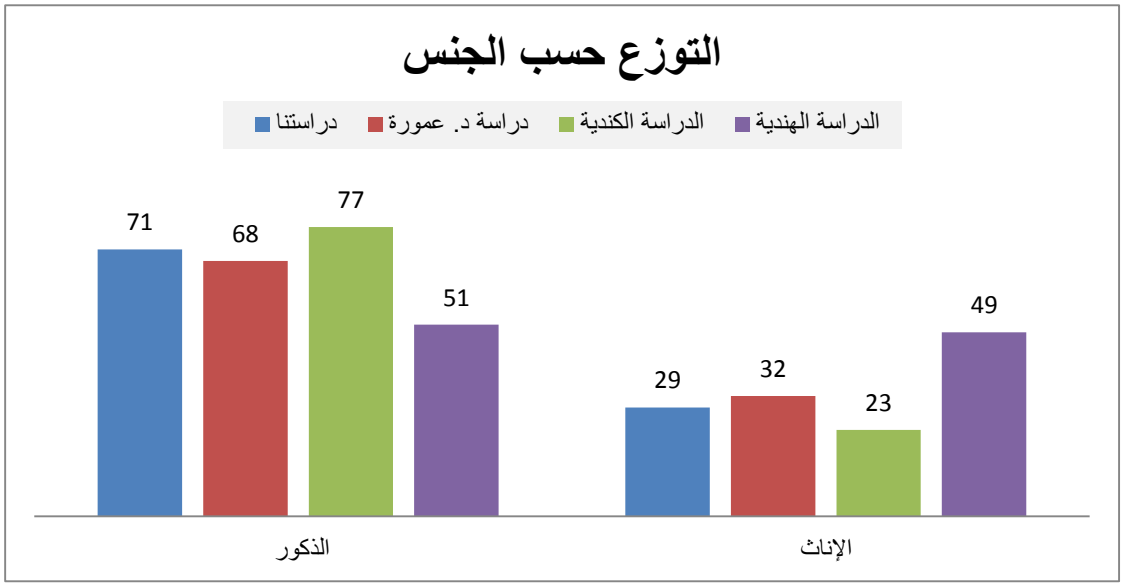
بلغ عدد حالات التشوهات الشرجية المستقيمية المقبولة في شعبة الخديج والوليد خلال فترة الدراسة 69 حالة ، وشكلت (23,31%) من حالات التشوهات الخلقية في جهاز الهضم المشخصة في مرحلة الوليد ، وهي بذلك تأتي في المرتبة الثانية (بعد رتق المري) من حيث الشيوع وسنقارن نتائجنا من نتائج دراسة كندية نشرت عام 2001 واستمرت على مدى 10 سنوات قام بها
.(Jyj.BASS,S.Z.Rubin.M.Walton,and M.Cada 1989 – 1999) ، ودراسة هندية أجريت في مشفى KalwatiSaron للأطفال على مدى 8 سنوات وتضمنت 100 حالة ودراسة بريطانية امتدت على مدى 10 سنوات وتضمنت 151 حالة ،وكذلك سنقارن النتائج مع دراسة د.محمود عمورة في مشفى الأطفال الجامعي (2012) استمرت عى مدى 3 سنوات وشملت 250 حالة.

1 – توزع الحالات حسب جنس المريض :

بلغ عدد المرضى الذكور في الدراسة 49 مريضاً اي بنسبة 71% من المرضى في حين كان عدد الإناث 20 حالة أي بنسبة 29% من المرضى ، وكانت نسبة إصابة الذكور إلى الإناث 2.45 ويوضح الجدول التالي تلك النتائج :

جنس المريض	دراستنا		دراسة د.عمورة	الدراسة الكندية	الدراسة الهندية
	عدد الحالات	النسبة المئوية	النسبة المئوية	النسبة المئوية	النسبة المئوية
الذكور	49	%71	%68	%77	%51
الإناث	20	%29	%32	%23	%49
المجموع	69	%100	%100	%100	%100

ويبين المخطط التالي ذلك :



نلاحظ من الجدول أن إصابة الذكور هي أعلى من الإناث في جميع الدراسات المذكورة لذلك نستطيع القول أن الإصابة أشيع عند الذكور مما يستوجب البحث عن أسباب شيوع الإصابة عند الذكور.

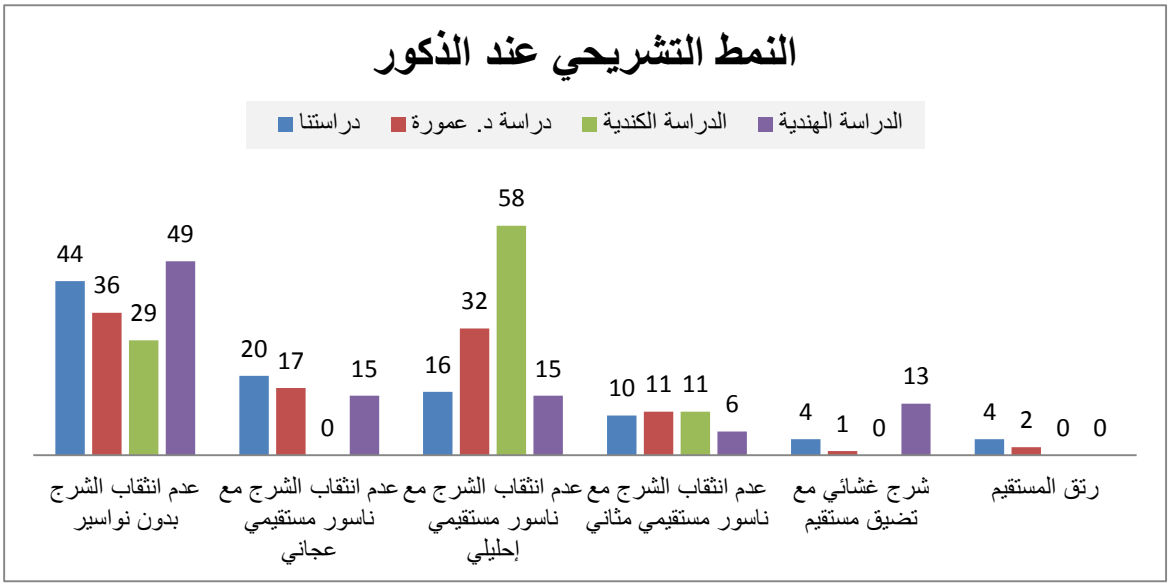
ونلاحظ في الدراسة الهندية أن النسبة كانت متساوية تقريباً وقد يعود ذلك إلى طريقة اختيار العينة أو إلى اختلافات في المنطقة الجغرافية.

2 – توزع الحالات حسب النمط التشريحي للإصابة :

A - عند الذكور : يبين الجدول التالي توزع حالات التشوهات الشرجية المستقيمية عند الذكور.

النمط التشريحي للتشوه	دراستنا		دراسة د.عمورة	الدراسة الكندية	الدراسة الهندية
	عدد الحالات	النسبة المئوية	النسبة المئوية	النسبة المئوية	النسبة المئوية
عدم انثقاب الشرج بدون نواسير.	22	%44,89	%36	%29,41	%49
عدم انثقاب الشرج مع ناسور مستقيمي عجاني	10	%20,40	%17	0	%15,7
عدم انثقاب الشرج مع ناسور مستقيمي إحليلي	8	%16,32	%32	%58,82	%15,7
عدم انثقاب الشرج مع ناسور مستقيمي مثاني	5	%10,20	%11,5	%11,76	%5,9
شرج غشائي مع تضيق شرج	2	%4,08	%1,6	0	%13,7
رتق مستقيم	2	%4,08	%2	0	0
المجموع	49	%100	%100	%100	%100

ويبين المخطط التالي ذلك:

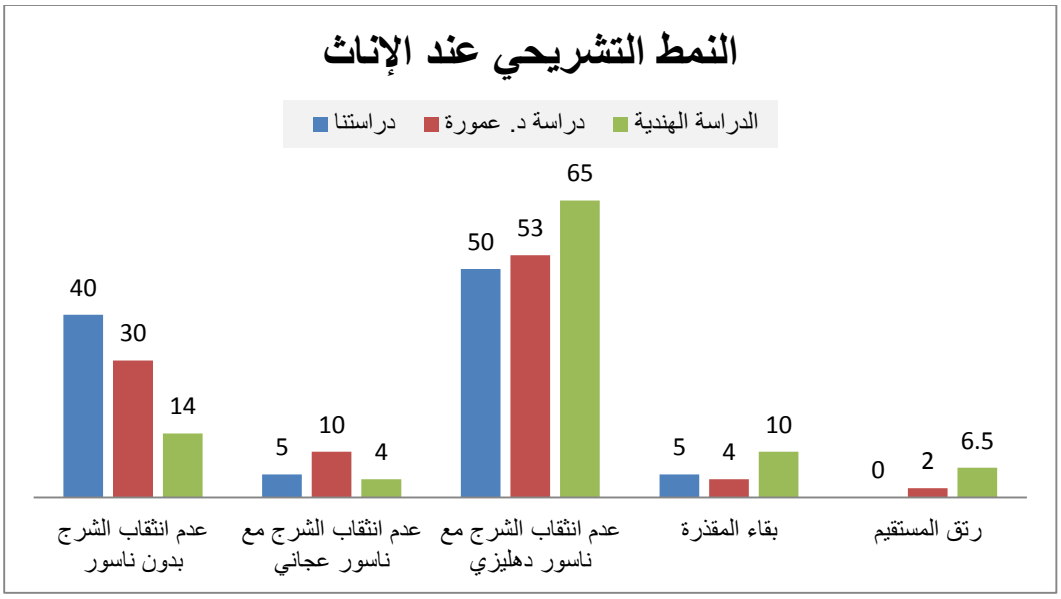


نلاحظ من الجدول السابق بأن عدم انثقاب الشرج بدون نواسير هو أشيع نمط تشريحي في دراستنا حيث شكل 44,89% من الحالات ، وربما يعود ارتفاع نسبة عدم انثقاب الشرج بدون نواسير إلى نقص بتشخيص هذه النواسير أو عدم استقصائها بشكل جيد.

B – عند الإناث : يبين الجدول التالي توزع حالات التشوهات الشرجية المستقيمية عند الإناث.

النمط التشريحي للتشوه	دراستنا		دراسة د.عمورة	الدراسة الهندية
	عدد الحالات	النسبة المئوية	النسبة المئوية	النسبة المئوية
عدم انثقاب الشرج بدون ناسور	8	%40	%30	%14,3
عدم انثقاب الشرج مع ناسورعجاني	1	%5	%10	%4
عدم انثقاب الشرج مع ناسور دهليزي	10	%50	%53,7	%65,2
بقاء المقذرة	1	%5	%3,8	%10
رتق مستقيم	0	%0	%2,5	%6,5
المجموع	20	%100	%100	%100

ويبين المخطط التالي ذلك :



نلاحظ من الجدول السابق ان عدم انثقاب الشرج مع ناسور دهليزي هو الأشيع (50%)من الحالات ومن الملفت ارتفاع نسبة عدم الانثقاب بدون ناسور في دراستنا(40%) وهناك حالة لبقاء المقذرة(5%).

3 – التشوهات المرافقة :

تم استقصاء التشوهات المرافقة لعدم انثقاب الشرج وحصلنا على النتائج التالية:

نوع التشوه	دراستنا		الدراسة البريطانية	الدراسة الهندية
	عدد الحالات	النسبة المئوية	النسبة المئوية	النسبة المئوية
بولية تناسلية	*31	%49,20	%33,8	%31,8
هيكلية	**26	%46,42	%23,1	%26,4
قلبية	***17	%32,07	%11,3	%32,7
هضمية	14	%20,28	%17,2	%23,6
عصبية	4	%5,79	%4	%0
****VATER	7	%10,14	%0	%26,4
تناذر صبغي	5	%7,24	%2,6	%0

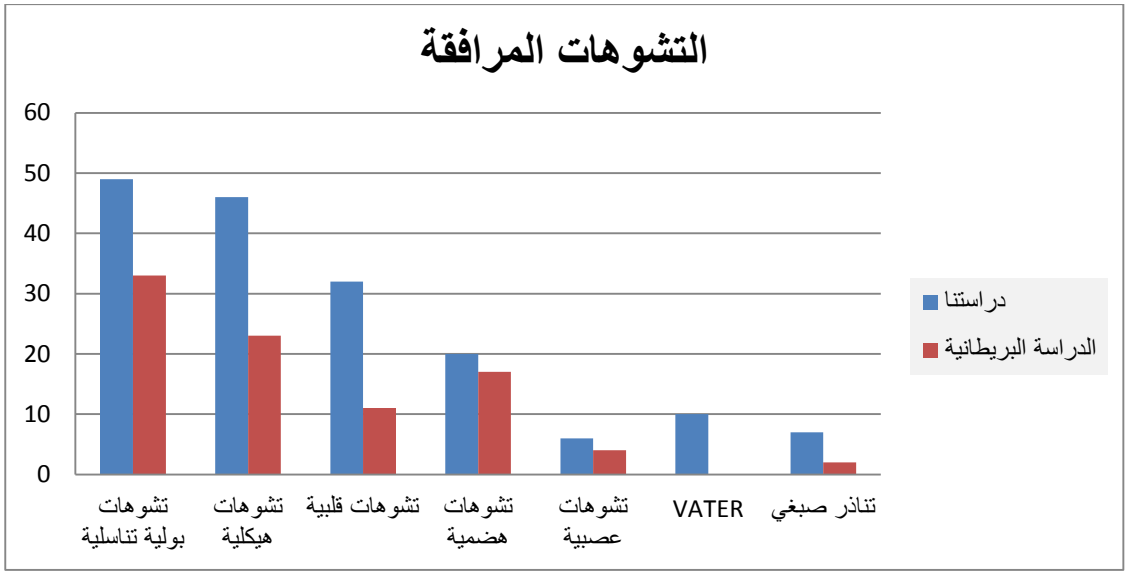
*أجري إيكو البطن في 63 حالة وبذلك فالنسبة محسوبة من 63 وليس 69

**أجري المسح العظمي في 56 حالة وبذلك فالنسبة محسوبة من 56 وليس69

***أجري إيكو القلب في 53 حالة وبذلك فالنسبة محسوبة من 53 وليس 69

****يوجد حالتين منها كانت عبارة عن تناذر VACTERL .

ويبين المخطط التالي ذلك:



نلاحظ من الجدول السابق أن أشيع التشوهات المرافقة للتشوهات الشرجية المستقيمية في دراستنا كانت التشوهات البولية التناسلية حيث وجدت عند 49,20% من الحالات مقابل 33,8% في الدراسة البريطانية وقد تضمنت هذه التشوهات : الاستسقاء الكلوي،الجذر المثاني الحالبي ،ضمور أوغياب إحدى الكليتين،انقلاب المثانة الخارجي،وتشوهات الإحليل.

فيما جاءت التشوهات الهيكلية في المرتبة الثانية بنسبة 46,42%مقابل 23,1% في الدراسة البريطانية وقد تضمنت هذه التشوهات : تشوهات العجز والفقرات وعظام الأطراف والأصابع وتشوهات القدم الولادية.

في حين كانت أشيع التشوهات القلبية هي: PDA،ASD،VSD، ثم رباعي فاللو.

وأشيع التشوهات الهضمية هي: رتق المري وسوء الدوران ورتج ميكل.

أما الاضطرابات الصبغية المسجلة تضمنت حالة واحدة من تثلث الصبغي 18 وأربع حالات من تثلث الصبغي 21 (تناذر داون).

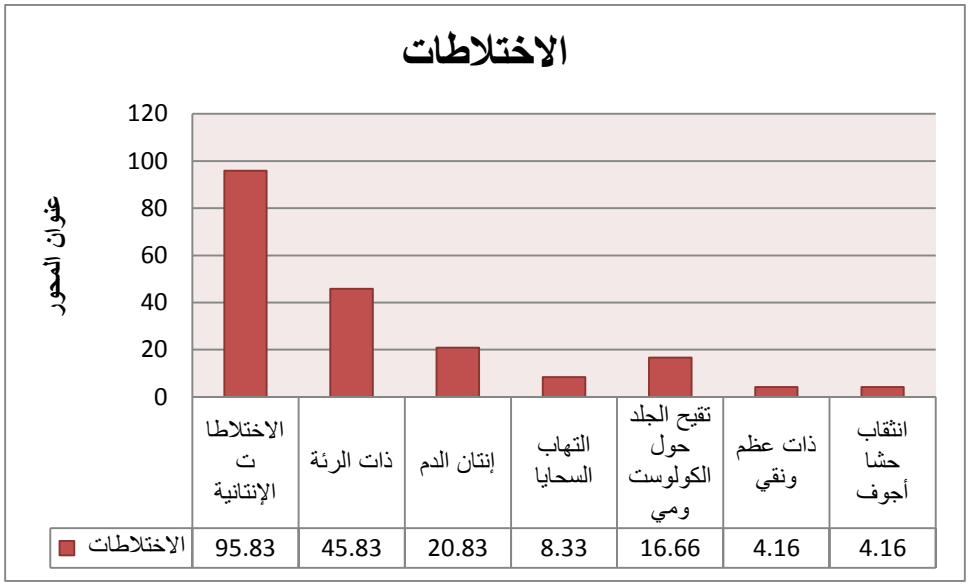
4 – دراسة الاختلاطات المرافقة :

نذكر فيما يلي الاختلاطات الحادثة عند مرضى التشوهات الشرجية المستقيمية خلا فترة استشفائهم:

الاختلاط	عدد الحالات	النسبة المئوية
الاختلاطات الإنتانية:	23	%95,83
• ذات الرئة	11	%45,83
• إنتان الدم	5	%20,83
• التهاب السحايا	2	%8,33

• تقيح الجلد حول الكولوستومي • ذات عظم ونقي	4 1	%16,66 %4,16
انثقاب حشا أجوف	1	%4,16
المجموع	24	%100

ويبين المخطط التالي ذلك:



نلاحظ من الجدول السابق أنه قد حدثت الاختلاطات في 24 حالة أي بنسبة 34,78% من الحالات وأن 95,83% من هذه الاختلاطات هي اختلاطات إنتانية (وكانت ذات الرئة أشيعها)

وبالنسبة لهذه الإنتانات فقد كانت مكتسبة بأول 48 ساعة بعد العمل الجراحي في 60% من الحالات

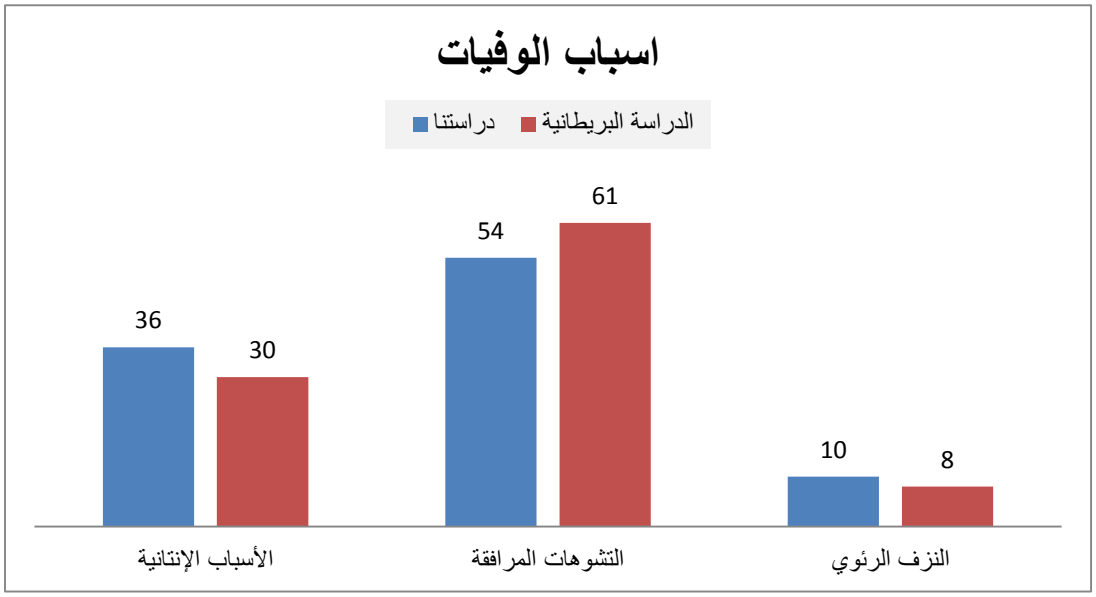
واكتسبت ضمن الشعبة بعد أكثر من 48 ساعة من العمل الجراحي في 35% من الحالات

في حين اكتسبت خارج الشعبة في 5% من الحالات.

5 – دراسة الوفيات عند مرضى التشوهات الشرجية المستقيمية:

سبب الوفاة	دراستنا		الدراسة البريطانية
	عدد الوفيات	النسبة المئوية	النسبة المئوية
الأسباب الإنتانية: ذات الرئة إنتان الدم	8 5 3	%36,36	%30,76
التشوهات المرافقة	12	%54,54	%61,53
النزف الرئوي	2	%9,09	%7,61
المجموع	22	%100	%100

ويبين المخطط البياني ذلك:



نلاحظ من الجدول السابق أن التشوهات المرافقة كانت السبب الأول للوفاة حيث شكلت 54,54% من الأسباب ثم جاءت الأسباب الإنتانية حيث شكلت 36,36% من الأسباب وكان النزف الرئوي مسؤولاً عن النسبة المتبقية من الحالات(9,09%).وبمقارنة نتائج دراستنا مع الدراسة البريطانية نجد بأنها متقاربة بحيث كانت التشوهات المرافقة هي السبب الاول بنسبة(61,53%).

ثالثاً – الكولون العرطل اللاعقدي(داء هيرشبرنغ)

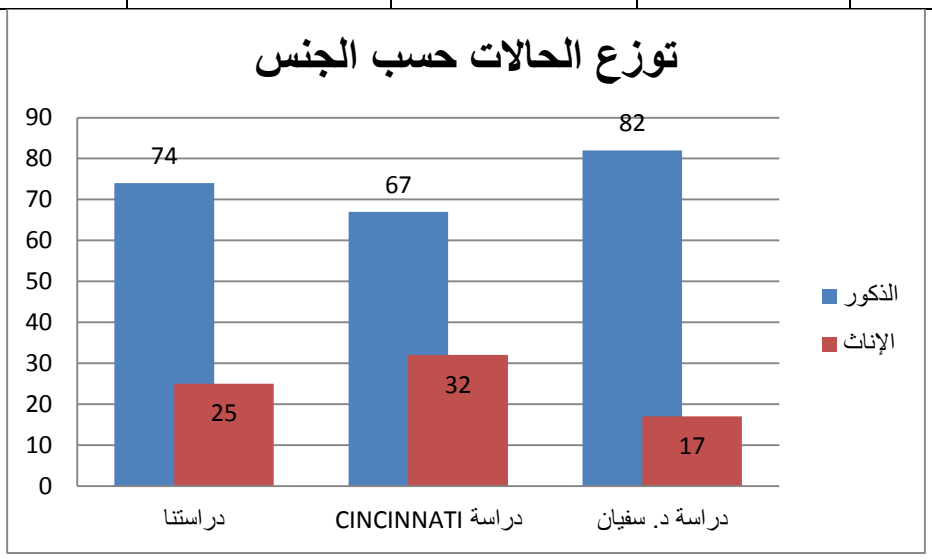
Aganglionic Megacolon (Hirschprung Disease)

بلغ عدد حالات داء هيرشبرنغ المشمولة بالدراسة 39 حالة ،وشكلوا 13,17% من مجمل التشوهات المدروسة ، وبذلك فهو الثالث من حيث الشيوع بعد رتق المري والتشوهات الشرجية المستقيمية.

ولقد قبل في المشفى خلال فترة الدراسة 185 حالة داء هيرشبرنغ وبذلك فإن 21,08% منها قد تظاهرت في مرحلة الوليد، وسنقارن نتائج دراستنا مع نتائج دراسة مشفى الأطفال في Cincinnati والتي شملت 219 حالة ونشرت عام 1998. ومع نتائج دراسة د.سفيان غديفان 2003 والتي شملت 23 حالة.

1 – توزع الحالات حسب الجنس:تم دراسة جنس المرضى المصابين بداء هيرشبرنغ وقد شكل الذكور 74,35% من الحالات ،في حين كانت نسبة إصابة الإناث 25,64% ،وكانت نسبة إصابة الذكور إلى الإناث 1/2,9 وهي أقل من النسب العالمية المذكورة 1/4 ،يوضح الجدول التالي تلك النتائج:

جنس المريض	عدد الحالات	النسبة المئوية	دراسة Cincinnati (219 حالة)	دراسة د.سفيان (23حالة)
الذكور	29	%74,35	%67,27	%82,6
الإناث	10	%25,64	%32,73	%17,4
المجموع	39	%100	%100	%100

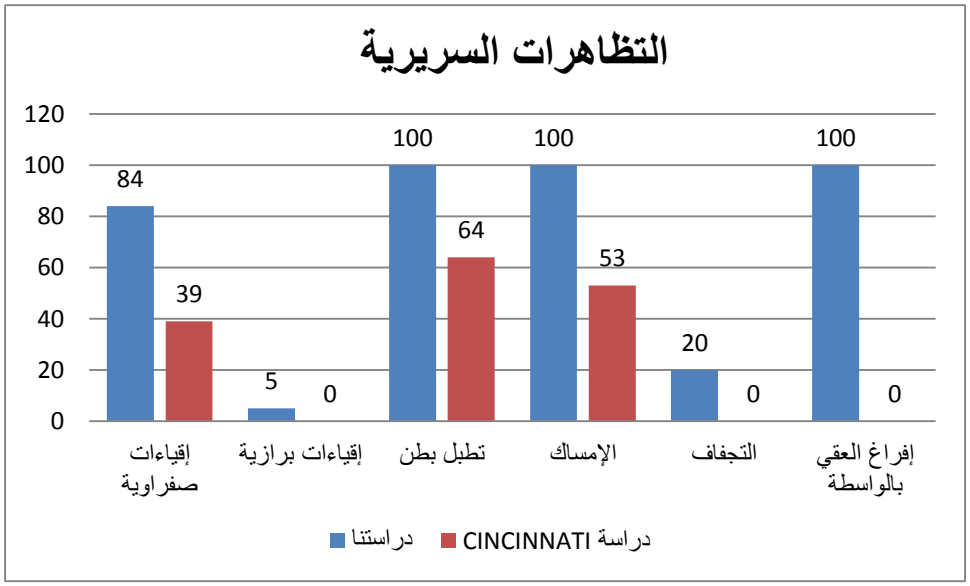


2 – التظاهرات السريرية :

درست القصة المرضية وموجودات الفحص السريري لمرضى داء هيرشبرنغ المشمولين بالدراسة ولقد حصلنا على النتائج التالية:

التظاهرات السريرية	عدد الحالات	النسبة المئوية	دراسة Cincinnati
الإقياءات: • صفراوية • برازية	35 33 2	%89,74 %84,61 %5,12	%39
تطبل البطن	39	%100	%64
الإمساك	39	%100	%53
تجفاف	8	%20,51	-
إفراغ العقي بالواسطة (ميزان الحرارة أو تحاميل الغليسرين).	39	%100	-

ويبين المخطط البياني ذلك:



نلاحظ من الجدول السابق أن التظاهرات السريرية التي يراجع بها مرضى داء هيرشبرنغ هي تطبل البطن (100%)والإمساك وتأخر إفراغ العقي والإفراغ بالواسطة (100%)لذلك يجب وضع داء هيرشبرنغ بالحسبان عند حديث الولادة الذي يراجع بتظاهرات انسداد أمعاء سفلي ولديه قصة إفراغ العقي بالواسطة .

3 – توزع الحالات حسب النمط التشريحي:

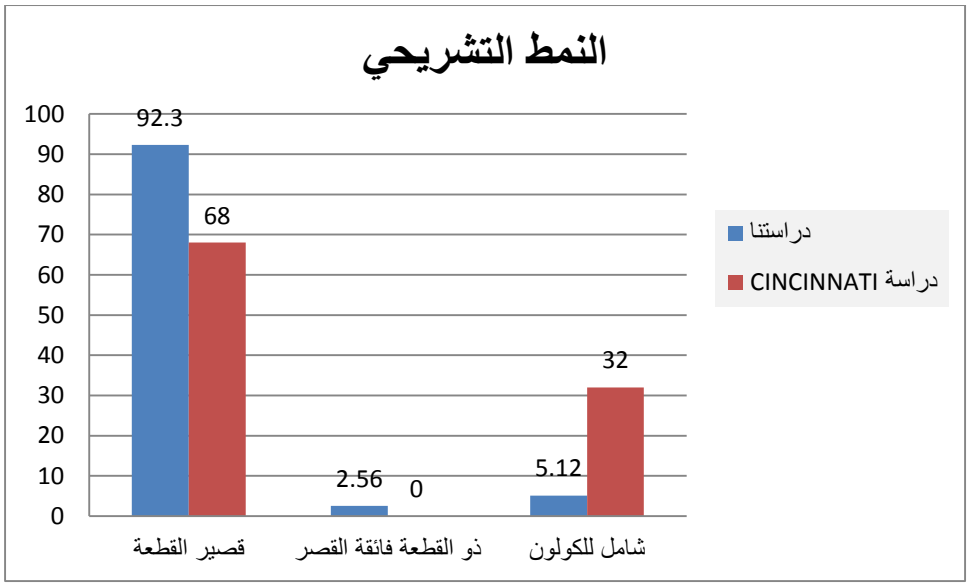
يقسم داء هيرشبرنغ بحسب امتداد الإصابة (طول القطعة غير المعصبة) إلى ثلاث مجموعات:

I. داء هيرشبرنغ قصيرالقطعة: والإصابة تكون محدودة بالسين أو المستقيم عادةً.
II. داء هيرشبرنغ ذو القطعة فائقة القصر: والإصابة تكون مقتصرة على المعصرة الداخلية.
III. داء هيرشبرنغ طويل القطعة: وفيه تشمل الإصابة كامل الكولون.

تم توزيع حالاتنا حسب هذا التصنيف وحصلنا على النتائج التالية:

نمط الإصابة	عدد الحالات	النسبة المئوية	دراسة Cincinnati
قصير القطعة	36	%92,30	%68
ذو القطعة فائقة القصر	1	%2,56	%0
طويل القطعة(شامل للكولون)	2	%5,12	%32
المجموع	39	%100	%100

ويبين المخطط التالي ذلك:



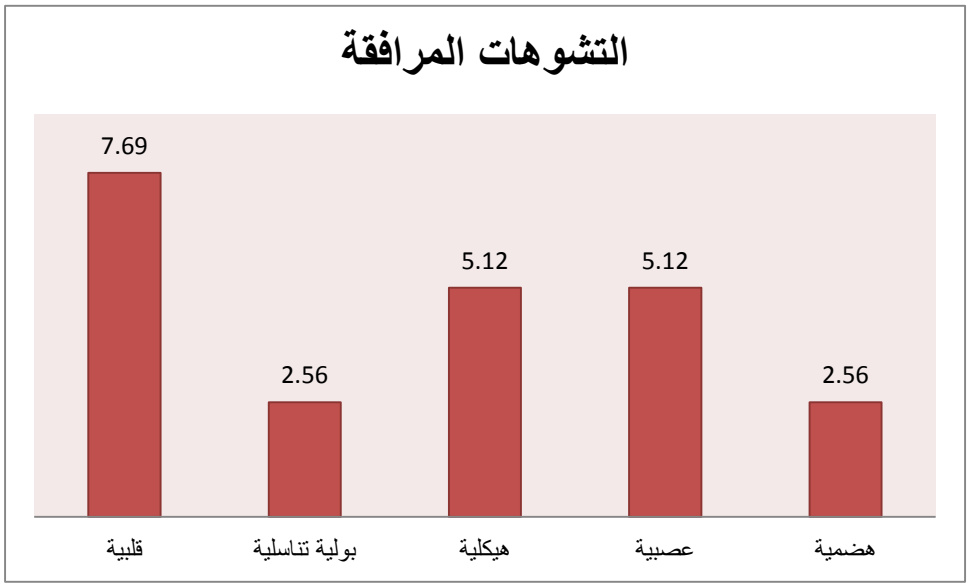
نلاحظ من الجدول السابق أن 92,30% من الحالات كانت الإصابة في منطقة السين أو المستقيم،وفي 5,12% من الحالات كانت الإصابة شاملة للكولون،في حين أنه في 2,56% كانت من نمط داء هيرشبرنغ ذو القطعة فائقة القصر.

4 – التشوهات المرافقة:

درست التشوهات المرافقة لداء هيرشبرنغ النتائج موضحة بالجدول التالي :

التشوهات المرافقة	عدد الحالات	النسبة المئوية
قلبية(PDA,VSD،بقاء الجذع الشرياني)	3	%7,69
بولية تناسلية (عدم هبوط خصية)	1	%2,56
هيكلية(خلع الورك)	2	%5,12
عصبية (غياب الجسم الثفني)	2	%5,12
هضمية(عدم انثقاب الشرج)	1	%2,56

ويبين المخطط التالي ذلك:



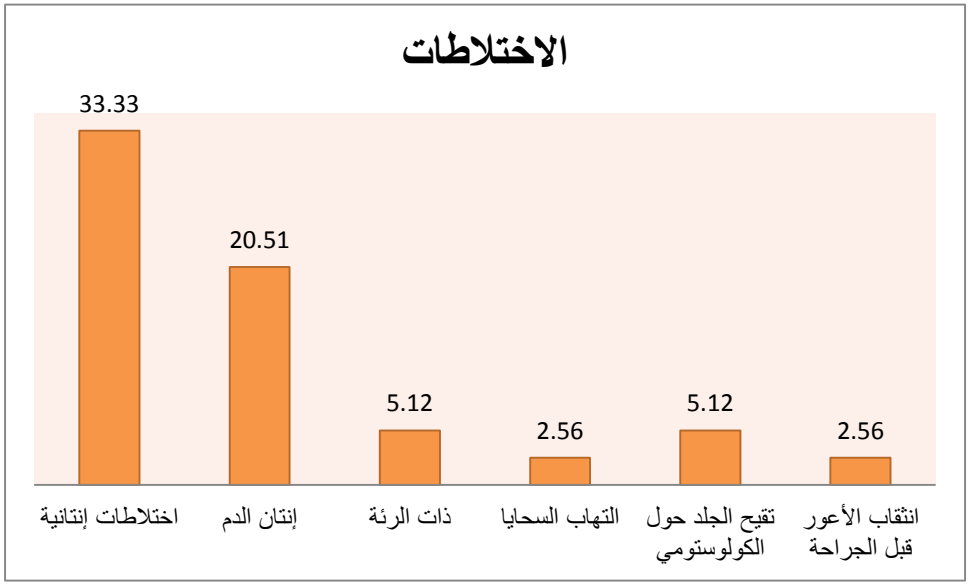
5 – الاختلاطات:

درست الاختلاطات التي تطورت عند المرضى خلال فترة بقائهم في الشعبة والنتائج موضحة في الجدول التالي:

الاختلاطات	عدد الحالات	النسبة المئوية
إنتانية:	13	%33,33
• إنتان الدم	8	%20,51
• ذات الرئة	2	%5,12
• التهاب السحايا	1	%2,56
• تقيح الجلد حول الكولوستومي	2	%5,12
انثقاب الأعور (قبل الجراحة)	1	%2,56
المجموع	14	-

نلاحظ من الجدول السابق أن 92,85% من هذه الاختلاطات هي إنتانية وقد شكل إنتان الدم 61,5% من هذه الاختلاطات.

ويبين المخطط التالي ذلك:



نلاحظ من الجدول السابق أن 92,85% من هذه الاختلاطات هي إنتانية وقد شكل إنتان الدم 61,5% من هذه الاختلاطات

6 – الوفيات:

حدثت الوفاة في حالتين من حالات داء هيرشبرنغ المشمولة بالدراسة (وسبب الوفاة هو إنتان دم مكتسب بأول 48 ساعة بعد الجراحة في الحالتين)،وبذلك فإن نسبة الوفيات هي 5,12% من الحالات .

رابعا – انسداد الأمعاء

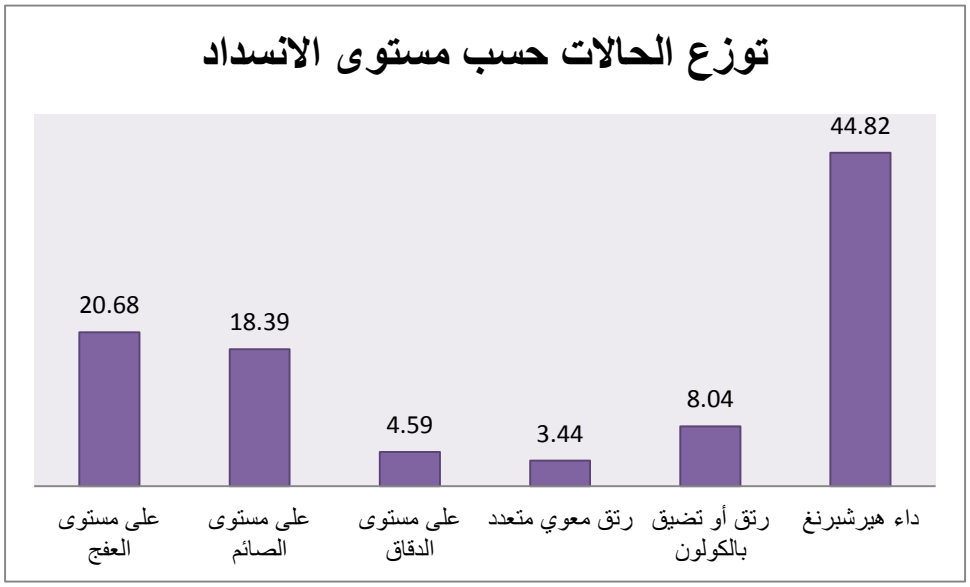
INTESTINAL OBSTRUCTION

بلغ عدد المرضى المشمولين بالدراسة والذين راجعوا بانسداد أمعاء 87 مريضاً أي بنسبة 32,1%من إجمالي المرضى المشمولين بالدراسة (وعددهم 266 مريضاً).

ويبين الجدول التالي توزيع الحالات بحسب مكان الانسداد:

مكان الانسداد	عدد الحالات	النسبة المئوية
على مستوى العفج	18	%20,68
على مستوى الصائم	16	%18,39
على مستوى الدقاق	4	%4,59
رتق معوي متعدد	3	%3,44
رتق أو تضيق بالكولون	7	%8,04
داء هيرشبرنغ	39	%44,82
المجموع	87	%100

ويبين المخطط التالي ذلك:



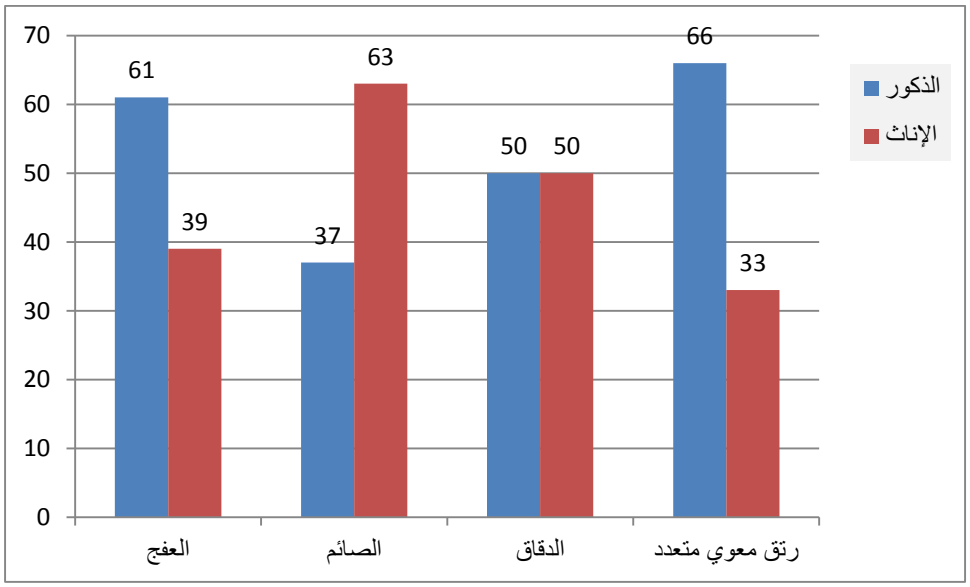
نلاحظ من الجدول السابق أن 20,68% من الحالات كانت على مستوى العفج،وأن 18,39% من الحالات كانت على مستوى الصائم،و4,59% من الحالات كانت على مستوى الدقاق،وفي 3,44% من الحالات كان الرتق المعوي متعدداً،ووجد الرتق أو التضيق بالكولون في 8,04% من الحالات،في حين شكل داء هيرشبرنغ 44,82% من أسباب انسداد الأمعاء الناجم عن التشوهات الخلقية في جهاز الهضم.

1 – توزع حالات انسداد الأمعاء الدقيقة حسب جنس المريض:

تم دراسة جنس الأطفال المصابين بانسداد أمعاء فكانت أغلب حالات رتق العفج عند الذكور،في حين كانت إصابة الإناث أكثر من إصابة الذكور في رتق الصائم،وكانت الإصابة متماثلة عند الجنسين في إصابة الدقاق ،أما في الرتوق المتعددة فكانت الأرجحية للذكور،وبشكل عام نجد أن إصابة الذكور إلى الإناث هي (1,05) ،ويبين الجدول التالي ذلك:

مكان التشوه	الذكور		الإناث	
	عدد الحالات	النسبة المئوية	عدد الحالات	النسبة المئوية
العفج	11	%61,11	7	%38,88
الصائم	6	%37,5	10	%62,5
الدقاق	2	%50	2	%50
رتق معوي متعدد	2	%66,66	1	%33,33
المجموع(41)حالة	21	%51,21	20	%48,78

ويبين المخطط التالي ذلك:

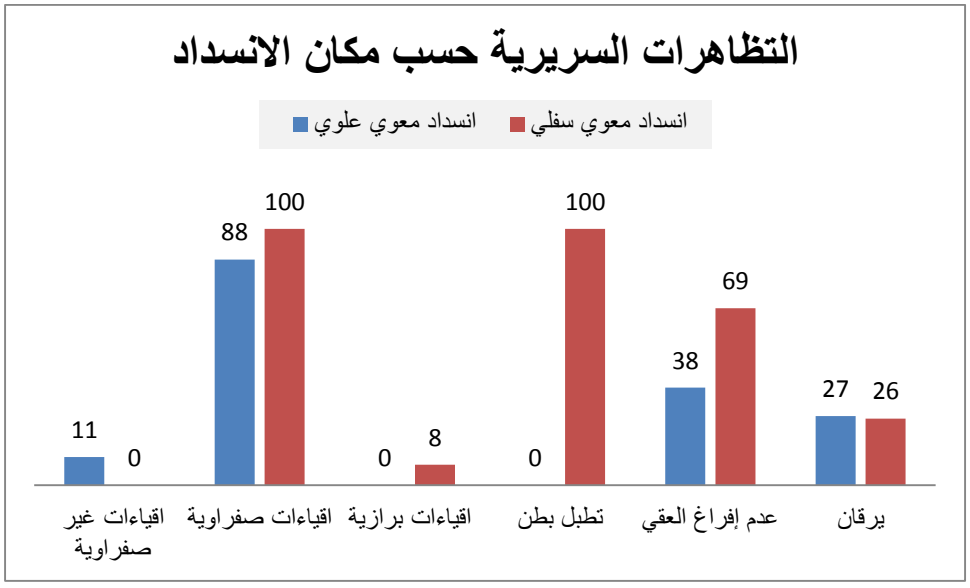


2 – التظاهرات السريرية لانسداد الأمعاء الدقيقة:

درست القصة المرضية وموجودات الفحص السريري عند المرضى الذين راجعوا بأعراض انسداد الأمعاء ويبين الجدول التالي ذلك:

التظاهرات السريرية	انسداد معوي علوي (18 حالة)		انسداد معوي سفلي(23 حالة)	
	عدد الحالات	النسبة المئوية	عدد الحالات	النسبة المئوية
الإقياءات:				
• غير صفراوية	2	%11,11	0	%0
• صفراوية	16	%88,88	23	%100
• برازية	0	%0	2	%8,69
تطبل البطن	0	%0	23	%100
عدم إفراغ العقي	7	%38,88	16	%69,56
يرقان	5	%27,77	6	%26,08

ويبين المخطط التالي ذلك:



نلاحظ من الجدول السابق أن الإقياءات الصفراوية قد وجدت عند 88,88% من مرضى الانسداد المعوي العلوي ،ولم يفرغ هؤلاء الولدان العقي في 38,88% من الحالات، وغاب تطبل البطن من موجودات الفحص السريري .

في حين أنه في الانسداد المعوي السفلي حدثت الإقياءات الصفراوية في 100% من الحالات وفي 8,69% منها كانت برازية، ووجد تطبل البطن في 100% من الحالات ،ولم يفرغ هؤلاء الولدان العقي في 69,56% من الحالات.

3 – دراسة التشوهات المرافقة:

درست التشوهات المرافقة لانسداد المعي الدقيق، والنتائج موضحة في الجدول التالي:

التشوه	العفج		الصائم		الدقاق		رتق معوي متعدد	
	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية
هضمية	3	%16,66	1	%6,25	0	0	1	%33,33
قلبية	2	%11,11	2	%12,5	0	0	0	0
هيكلية	1	%5,55	0	0	0	0	0	0
بولية تناسلية	1	%5,55	0	0	0	0	0	0
عصبية	1	%5,55	0	0	0	0	0	0
صبغية	1	%55,5	0	0	0	0	0	0
المجموع	9	-	3	-	0	-	1	-

نلاحظ من الجدول السابق أن التشوهات المرافقة أكثر ما وجدت في دراستنا في رتق العفج، ومن ثم في رتوق الصائم والتوق المتعددة، ولم نجد أية حالة في رتوق الدقاق، ويعود ذلك غالباً لكون رتق الدقاق يحدث متأخراً في الحياة الرحمية، مما يفسر ندرة وجود تشوهات مرافقة.

4 – الاختلاطات:

درست الاختلاطات عند مرضى انسداد المعي الدقيق خلال فترة إقامتهم في المشفى وحصلنا على النتائج التالية:

نوع الاختلاط	العفج 18 حالة	الصائم 16 حالة	الدقاق 4 حالات	رتق متعدد 3 حالات
اختلاطات إنتانية:	12	5	4	3
• ذات الرئة	7	2	2	2
• إنتان الدم	4	1	1	0
• إنتان بولي	1	0	0	0
• تقيح جرح العمل الجراحي	0	1	1	1
• التهاب السحايا	0	1	0	0
انفكاك المفاغرة والتهاب بريتوان تالي لذلك	0	2	0	1
التصاقات باكرة بعد الجراحة	0	1	0	0
ناسور برازي إلى مكان الشق الجراحي	0	0	1	0
المجموع	12	8	5	4

نلاحظ من الجدول السابق أنه قد حصلت 29 حالة اختلاط عند مرضى انسداد المعي الدقيق المشمولين بالدراسة، وأحياناً يكون عند نفس المريض أكثر من اختلاط، ومن الملفت للنظر أن أغلب هذه الاختلاطات هي إنتانية فقد سجلت 24 حالة إنتان من أصل 29 حالة اختلاط أي بنسبة 82,75%من الاختلاطات، وهي نسبة مرتفعة الأمر الذي ينبه لتقصيرنا بضبط إنتانات المشافي.

5 – الوفيات وأسبابها:

حدثت الوفاة في 9 حالات من مرضى انسداد المعي الدقيق المشمولين بالدراسة أي بنسبة 21,95% من الحالات، وسنوضح في الجدول التالي أسباب الوفيات:

سبب الوفاة	العفج		الصائم		الدقاق		رتق معوي متعدد	
	عدد حالات السبب	عدد وفياته	عدد حالات السبب	عدد وفياته	عدد حالات السبب	عدد وفياته	عدد حالات السبب	عدد وفياته
إنتانية:	11	2	0	0	1	1	3	1
• ذات الرئة	7	1			0	0	2	1
• إنتان الدم	4	1			1	1	0	0
التهاب البريتوان التالي لانفكاك المفاغرة	0	0	2	2	0	0	1	1
قصور تنفسي	0	0	1	1	0	0	0	0
دون سبب واضح	0	0	0	0	1	1	0	0
المجموع = 9	11	2	3	3	2	2	4	2

بمراجعة الجدول السابق نجد بأن أسباب الوفاة عند هؤلاء المرضى كانت في مجموعتين رئيسيتين:

الأولى بسبب الاختلاطات الإنتانية والتي تسببت في (4) وفيات أي بنسبة 44,44%

والثانية بسبب الاختلاطات الجراحية والتي تسببت في(3) وفيات أي بنسبة 33,33% من الحالات.

خامساً – سوء دوران الأمعاء

MALROTATION

بلغ عدد حالات سوء الدوران في دراستنا 16 حالة، وشكلت 5,40% من إجمالي حالات التشوهات الخلقية في جهاز الهضم المشخصة في مرحلة الوليد.

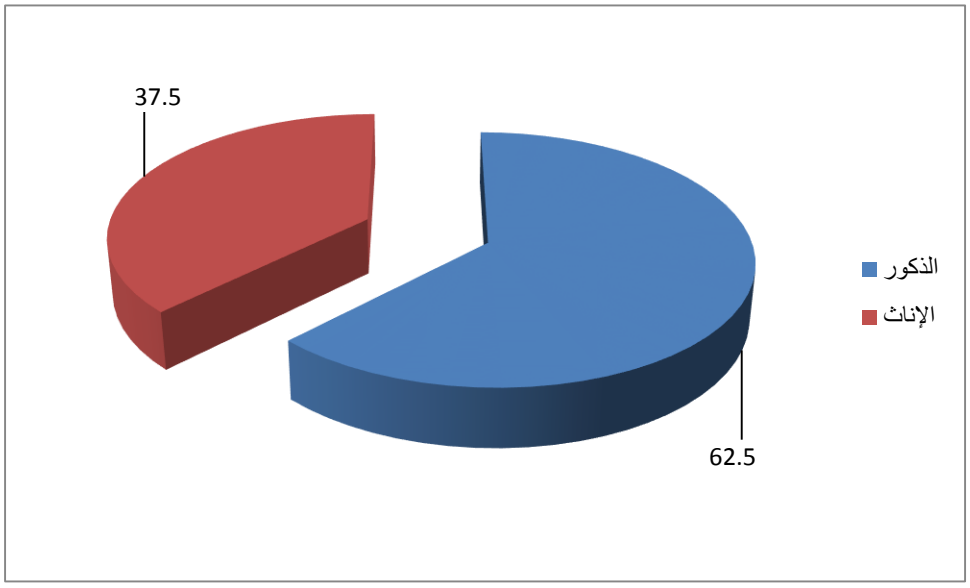
بلغ عدد الحالات المعزولة (بدون تشوهات هضمية أخرى) أربع حالات أي بنسبة 25% من الحالات في حين أنهل كانت متشاركة مع تشوهات هضمية أخرى في 12 حالة اي بنسبة 75% من الحالات.

1 – توزع الحالات حسب الجنس:

تم دراسة جنس الأطفال المصابين بسوء دوران الأمعاء، والنتائج مبينة في الجدول التالي:

جنس المريض	عدد الحالات	النسبة المئوية
الذكور	10	%62,5
الإناث	6	%37,5
المجموع	16	%100

ويبين المخطط التالي ذلك:



نلاحظ من الجدول السابق أن نسبة إصابة الذكور إلى الإناث هي(1/1,6) وهي تتوافق مع النسب العالمية التي تشير لأرجحية الإصابة عند الذكور.

2 – **ظروف التشخيص**:

في الحالات الأربعة المعزولة كشفت الحالة بأعراض انسداد معوي علوي، في حين أن ال 12 حالة الأخرى قد كشفت خلال الفتح الجراحي من أجل التشوهات الهضمية الاخرى.

3 – **التشوهات المرافقة**:

درست التشوهات المرافقة ووجدت النتائج التالية:

نوع التشوه	عدد الحالات	النسبة المئوية
تشوهات هضمية:	12	75%
• رتق مري	1	
• رتق عفج	2	
• رتق صائم	1	
• عدم انثقاب شرج	3	
• فتق حجابي	2	
• معثكلة حلقية	1	
• رتق معي متعدد	1	
• VACTERL	1	
تشوهات قلبية	2	12,5%
تشوهات بولية تناسلية	2	12,5%
المجموع	16	-

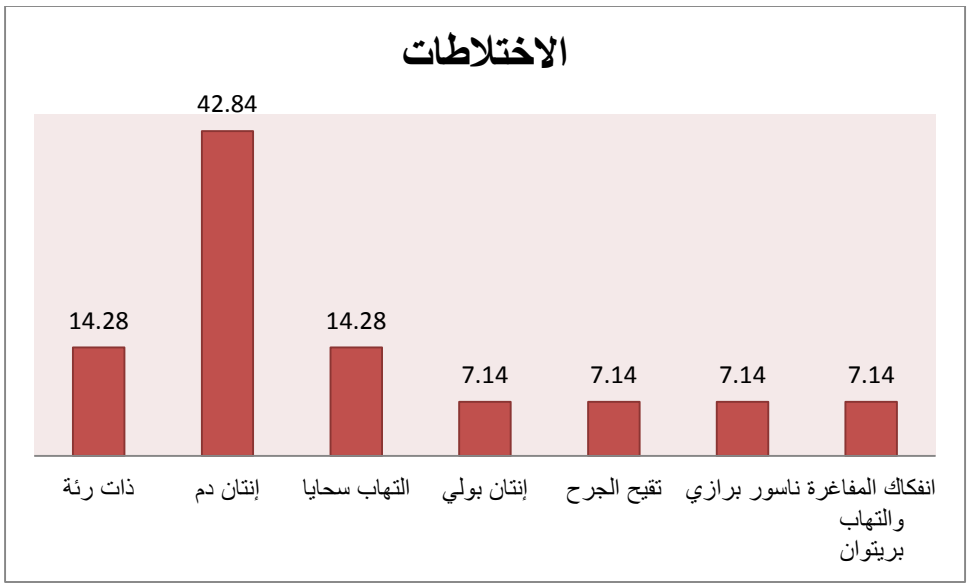
نلاحظ من الجدول السابق تشارك سوء الدوران مع التشوهات الهضمية الأخرى في 75% من الحالات، وخاصة رتق المعي الدقيق حيث شكل 42% من التشوهات الهضمية المرافقة لسوء دوران الامعاء.

4 – **دراسة الاختلاطات:**

درست الاختلاطات عند هؤلاء المرضى والنتائج موضحة في الجدول التالي :

الاختلاط	الحالات المعزولة	الحالات المشتركة مع تشوهات هضمية أخرى	المجموع	النسبة المئوية
ذات رئة	1	1	2	%14,28
إنتان دم	1	5	6	%42,84
التهاب سحايا	1	1	2	%14,28
إنتان بولي	0	1	1	%7,14
تقيح الجرح	0	1	1	%7,14
ناسور برازي	0	1	1	%7,14
انفكاك المفاغرة والتهاب بريتوان تالي لذلك	0	1	1	%7,14
المجموع	3	11	14	%100

ويبين المخطط التالي ذلك:



نلاحظ من الجدول السابق أن 78,5% من الاختلاطات حدثت عند مرضى سوء الدوران المشارك لتشوهات هضمية أخرى، ويعود ذلك غلى تأثير هذه التشوهات في الحالة المرضية.

وشكلت الاختلاطات الإنتانية 85,71% من هذه الاختلاطات، في حين شكلت الاختلاطات الجراحية 14,29% منها.

5 – دراسة الوفيات:

حدثت الوفيات في 6 حالات أي بنسبة 37,5% من الحالات، خمس حالات مرافقة لتشوهات هضمية وحالة واحدة من حالات سوء الدوران المعزولة.

سادساً – الفتوق الحجابية

Diaphramatic Hernias

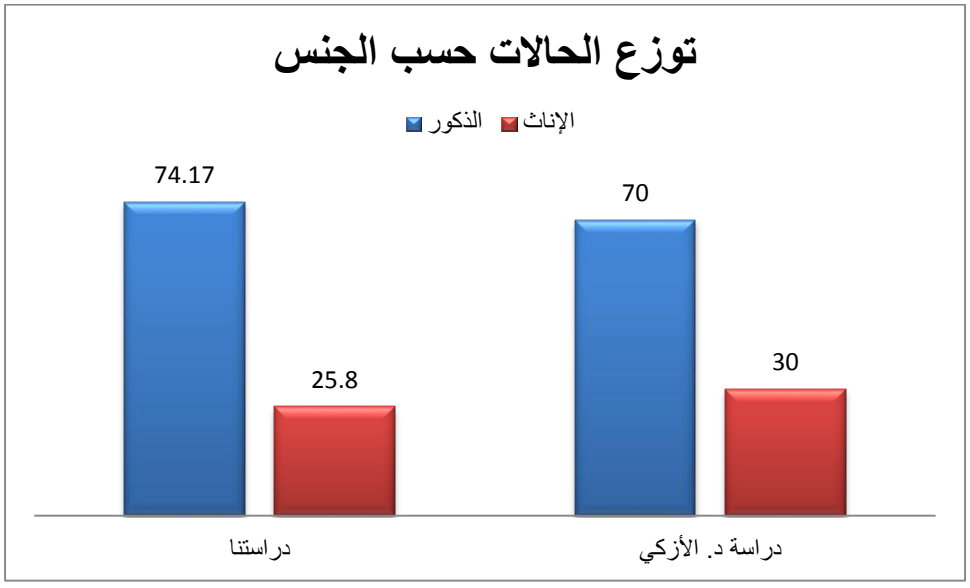
بلغ عدد الفتوق الحجابية المشمولة بالدراسة 31 حالة، حيث شكلت 10,47% من إجمالي التشوهات المدروسة، ولقد بلغ عدد حالات الفتوق الحجابية المقبولة في مشفى الأطفال خلال فترة الدراسة 65 حالة، وبذلك فإن 47,6% منها تظاهرت في مرحلة الوليد.وسنقارن نتائج دراستنا مع نتائج دراسة د.عمار الأزكي في مشفى الأطفال عام (2010)على مدى 4 سنوات وشملت 88 حالة،

1 – توزع الحالات حسب الجنس :

تم دراسة جنس المرضى ووجدت النتائج التالية:

جنس المريض	عدد الحالات	النسبة المئوية	دراسة د.الأزكي
الذكور	23	%74,19	%70
الإناث	8	%25,80	%30
المجموع	31	%100	%100

ويبين المخطط التالي ذلك:



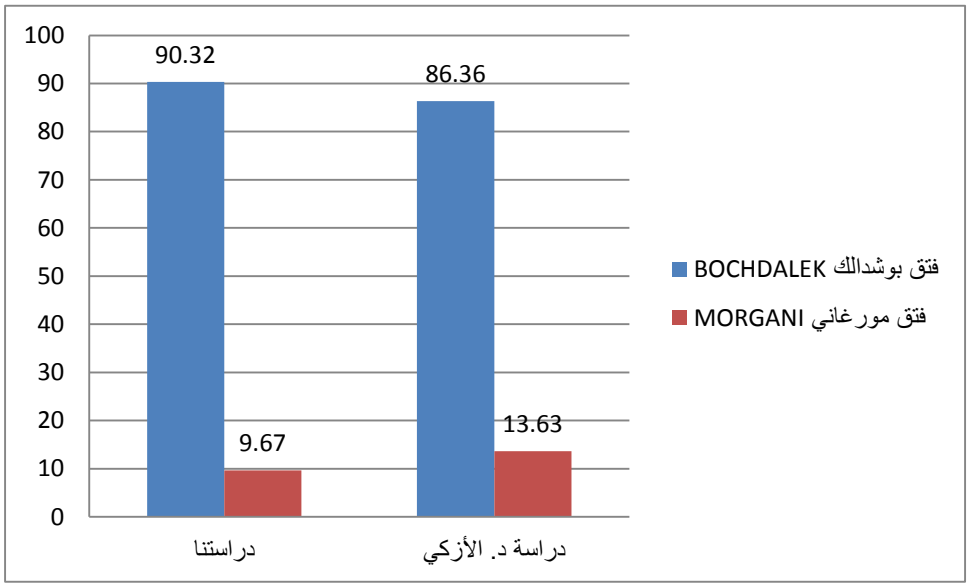
نلاحظ من الجدول السابق أن هناك أرجحية لإصابة الذكور، وتبلغ نسبة إصابة الذكور إلى الإناث (1/2,8)

2 – توزع الحالات حسب التوضع التشريحي:

بلغ عدد الفتوق الحجابية المشمولة بالدراسة 31 حالة، (28)حالة منها كانت على حساب القسم الخلفي للحجاب الحاجز(فتق بوشداليك Bochdalek)،في حين (3) حالات فقط كانت على حساب القسم الأمامي للحجاب الحاجز خلف الناتئ الرهابي للقص (فتق مورغاني Morgani)،ويبين الجدول التالي ذلك:

نوع الفتق الحجابي	عدد الحالات	النسبة المئوية	دراسة د. الأزكي
فتق بوشدالك Bochdalek	28	%90,32	%86,36
فتق مورغاني Morgani	3	%9,67	%13,63
المجموع	31	%100	%100

ويبين المخطط البياني ذلك:



نلاحظ من الجدول السابق ان فتق بوشدالك يشكل 90,32% من الحالات.وهي نسبة قريبة جداً من النسبة العالمية، وبالنسبة لحالات فتق بوشدالك(28)حالة فقد توضع (25) حالة منها في الأيسر مقابل (3) حالات توضعت في الأيمن ويبين الجدول التالي ذلك :

ناحية توضع الفتق	عدد الحالات	النسبة المئوية	دراسة د. الأزكي
الناحية اليمنى	3	%10,71	%13
الناحية اليسرى	25	%89,28	%87
المجموع	28	%100	%100

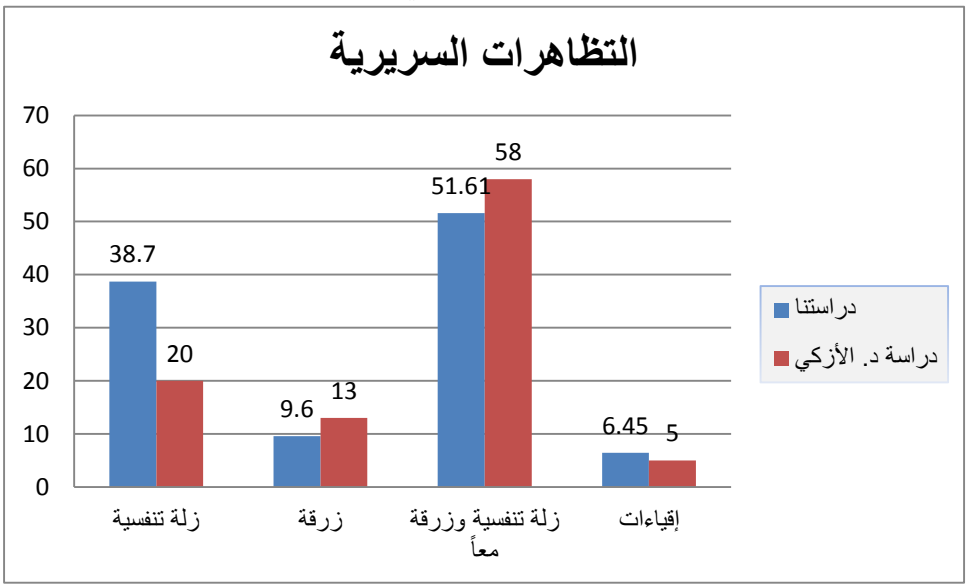
من الجدول السابق نلاحظ أن فتق بوشدالك (والذي يشكل 90% من حالات الفتق الحجابي)يتوضع في 90% من الحالات في الناحية اليسرى.

3 – التظاهرات السريرية:

درست القصة المرضية وموجودات الفحص السريري لمرضى الفتق الحجابي المشمولين بالدراسة ولقد حصلنا على النتائج التالية:

التظاهرات السريرية	عدد الحالات	النسبة المئوية	دراسة د. الأزكي
زلة تنفسية	12	%38,70	%20
زرقة	3	%9,67	%13
زلة تنفسية وزرقة معاً	16	%51,61	%58
إقياءات	2	%6,45	%5

ويبين المخطط التالي ذلك:



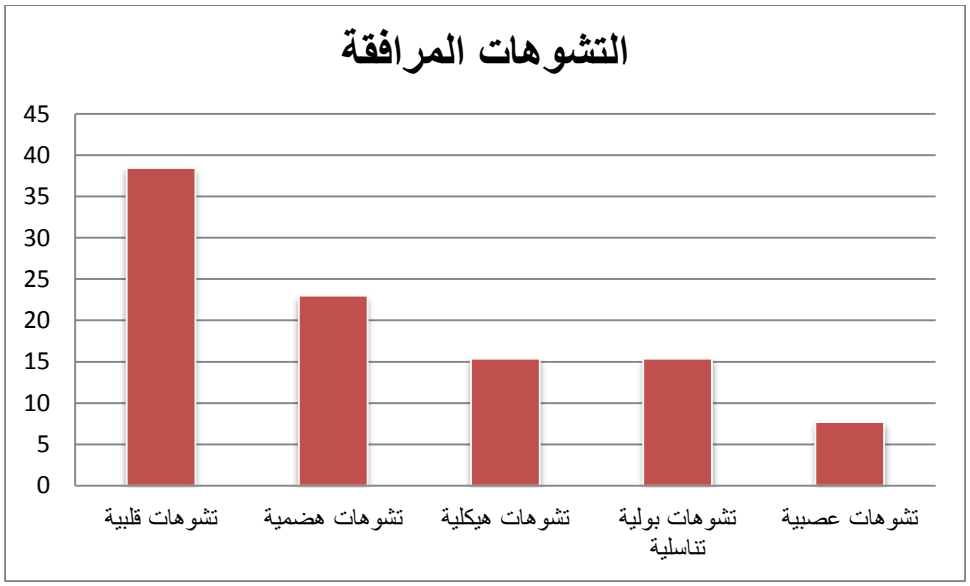
نلاحظ من الجدول السابق أن التظاهرات السريرية معظمها صدرية حوالي(94%) من التظاهرات وتشمل الزلة التنفسية والزرقة وفي أغلب الحالات (51%) تجتمعان سوياً.

4 – التشوهات المرافقة:

درست التشوهات المرافقة لحالات الفتق الحجابي ويوضح الجدول التالي النتائج التي حصلنا عليها:

التشوه	عدد الحالات	النسبة المئوية
تشوهات قلبية	5	%38,46
تشوهات هضمية	3	%23,07
تشوهات هيكلية	2	%15,38
تشوهات بولية تناسلية	2	%15,38
تشوهات عصبية	1	%7,69
المجموع	13	%100

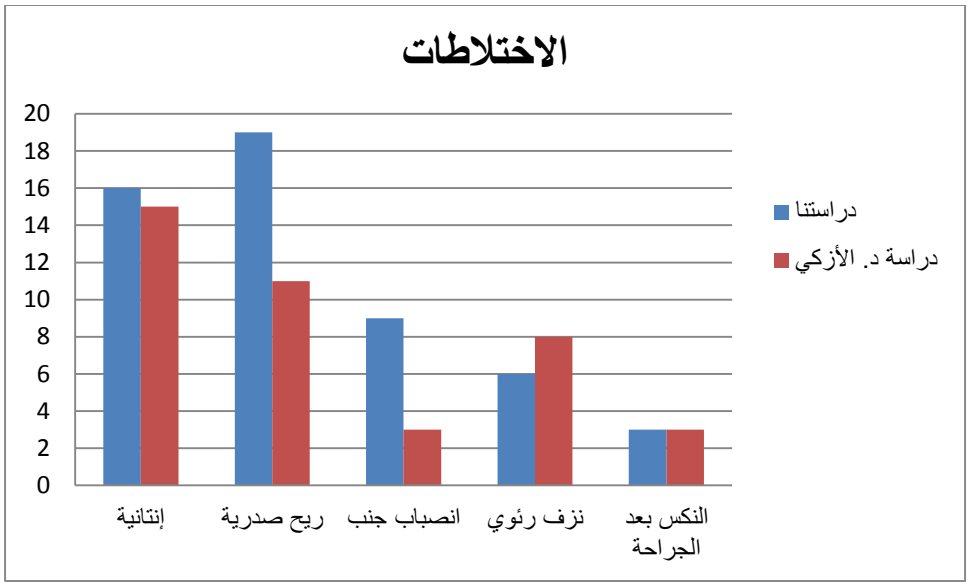
ويبين المخطط التالي ذلك:



5 – الاختلاطات :درست الاختلاطات عند هؤلاء المرضى ووجدت النتائج التالية:

الاختلاطات	عدد الحالات	النسبة المئوية	دراسة د.الأزكي
إنتانية: • ذات رئة • إنتان دم	5 3 2	%16,12	%15
ريح صدرية	6	%19,35	%11
انصباب جنب	3	%9,67	%3
نزف رئوي	2	%6,45	%8
النكس بعد الجراحة	1	%3,22	%3
المجموع	17	%100	%100

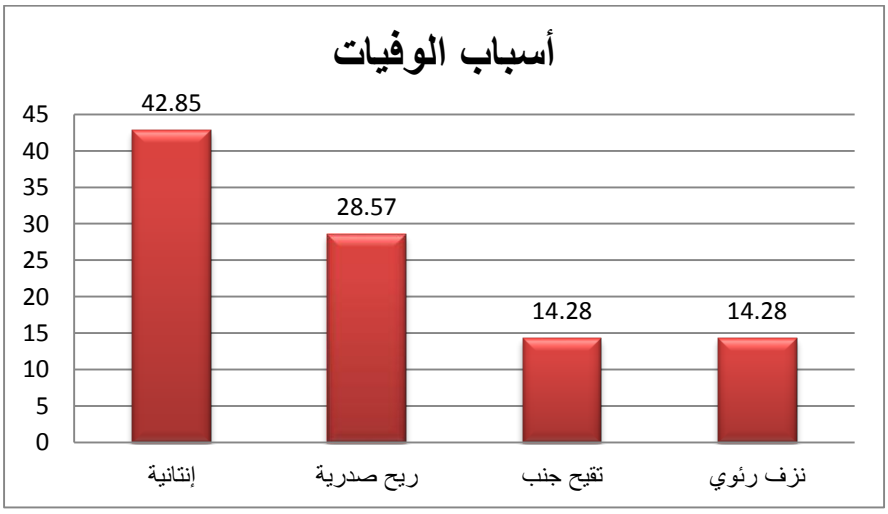
ويبين المخطط التالي ذلك:



6 – الوفيات وأسبابها: حدثت الوفاة في 7 حالات أي بنسبة 22.5% من إجمالي الحالات.

سبب الوفاة	عدد الحالات	النسبة المئوية
إنتانية: • ذات رئة • إنتان دم	3 2 1	%42,85
ريح صدرية	2	%28,57
تقيح جنب	1	%14,28
نزف رئوي	1	%14,28
المجموع	7	%100

ويبين المخطط التالي ذلك:



سابعاً – تشوهات جدار البطن المشخصة بعمر الوليد

بلغ عدد هذه الحالات 11 حالة حيث شكلت 3,71% من إجمالي التشوهات المدروسة .

ضمت هذه الحالات 9 حالات فتق أمنيوسي وحالة واحدة لغياب جدار البطن الجزئي الخلقي وحالة واحدة لفتق سري مختنق راجعت بشكوى إقياءات.

بالنسبة لحالات الفتق الأمنيوسي التسعة راجع الأهل المشفى بسبب رؤية كتلة الفتق بعد الولادة مباشرة .

كان لدينا سبع حالات فتق أمنيوسي معزولة بدون تشوهات هضمية أخرى وحالتان ترافقتا مع سوء دوران أمعاء وعدم انثقاب شرج.

تضمنت التشوهات المرافقة آفة قلب ولادية في حالتين واستسقاء كلوي وانقلاب مثانة خارجي في حالتين.

حدثت الوفاة في 3 حالات (حالتان بسبب التشوهات المتعددة المذكورة وحالة بذات رئة).

ثامنا – رتج ميكل

بلغ عدد الحالات في دراستنا 3 حالات كشفت خلال فتح البطن لسبب آخر،

الحالة الأولى عند مريض لديه عدم انثقاب شرج، والحالة الثانية عند مريض تناذر داون لديه(عدم انثقاب شرج وآفة قلب ولادية)، والحالة الثالثة عند مريض لديه فتق سري غاصص.

الخلاصة

1) أجريت الدراسة على كافة حالات التشوهات الخلقية في الجهاز الهضمي المشخصة في مرحلة الوليد والمقبولة في شعبة الخديج والوليد في الفترة الممتدة بين 2015/1/1 و 2015/12/31 م.
2) بلغ عدد الحالات 296 حالة عند 266 مريضاً وذلك لوجود أكثر من تشوه عند نفس المريض في بعض الحالات.
3) احتل رتق المري المركز الأول من حيث الشيوع حيث شكل (25,67%) من الحالات،ثم التشوهات الشرجية المستقيمية بنسبة (23,31%) ثم داء هيرشبرنغ بنسبة (13،17%) من الحالات.
4) درست العلاقة مع عمر الأم ولاحظنا زيادة في الفئة العمرية دون سن العشرين (19,54%مقابل11,42 في مجموعة الشاهد).
5) كانت القصة العائلية إيجابية في 10,15% من الحالات، وفي 66,66% من الحالات إيجابية القصة كان التشوه عند الأخ أوالأخت.
6) بلغ عدد حالات الخداج 64 حالة أي بنسبة 24,06 % مما قد يشير لدور هذه التشوهات في حدوث الخداج.
7) تم دراسة كل من هذه التشوهات على حدة بشكل موجز نوعاً ما، فدرست العلاقة مع الجنس وكانت إصابة الذكور أكثر من إصابة الإناث في أغلب حالات هذه التشوهات.
8) تم دراسة التظاهرات السريرية والاشكال التشريحية لهذه التشوهات.
9) درست التشوهات المرافقة وأكثر ما وجدناها في رتق المري والتشوهات الشرجية المستقيمية، وخاصة التشوهات القلبية والكلوية والهيكلية، وأحياناً يجتمع أكثر من تشوه عند نفس المريض.
10) درست الاختلاطات التي تعرض لها هؤلاء الولدان خلال إقامتهم في المشفى وكانت هذه الاختلاطات إنتانية في غالبيتها وجراحية في جزئها المتبقي.
11) درست أسباب الوفيات ودورها في الإنذار وفي أغلب الحالات كان الإنتان هو السبب الاكثر شيوعاً للوفاة، وكذلك كان الإنتان هو الاختلاط الأكثر حدوثاً وغالباً ما كان يكتسب بعد الجراحة.
12) أما الأسباب الأكثر إساءة للإنذارفكانت التشوهات المتعددة وآفات القلب الخلقية المعقدة والنزف الرئوي والريح الصدرية.

التوصيات

1- ضرورة التشخيص المبكر لهذه التشوهات ، والشك بها عندما يوجد لدى حديث الولادة أعراضها وعلاماتها، والتأكيد على تعاون الطبيب المولد مع طبيب الأطفال، ولاسيما فيما يخص ظروف الحمل (كوجود استسقاء أمنيوسي مثلاً).
2- ضرورة القبول المبكر لهذه الحالات
3- عدم التأخير بالعلاج الجراحي بعد قبول الولدان المصابين بتشوه خلقي في جهاز الهضم
4- ضرورة استقصاء التشوهات المرافقة خاصة القلبية والبولية والهضمية نظراً لتأثيرها في الإنذار.
5- إجراء دراسات أخرى تكمل هذه الرسالة كدراسة كل من هذه التشوهات على حدة.
6- أخيراً نؤكد أن هذه الحالات هي حالات إسعافية ويتطلب تدبيرها متابعة حثيثة وتعاوناً وثيقاً بين كل من طبيب الأطفال وطبيب جراحة الأطفال.

المراجع

1.Nelson Textbook of pediatrics Edition 19.

2.Neonatal Surgery: James Lister,Irene M.Irving Edition 10.

3.Neonatalogy: Lange sixth Eidtion 2009.

4.Pediatric Surgery: Murphy,Aschraft,Sharp sixth Edition

5. Clark DC. Esophageal atresia and tracheoesophageal fistula. Am Fam Physician 2004.
6. Katsura S, Shono T, Yamanouchi T, et al. Esophageal atresia with double tracheoesophageal fistula--a case report and review of the literature. Eur J Pediatr Surg 2005
7. Goyal A, Jones MO, Couriel JM, Losty PD. Oesophageal atresia and tracheo-oesophageal fistula. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2006
8. Orford J, Cass DT, Glasson MJ. Advances in the treatment of oesophageal atresia over three decades: the 1970s and the 1990s. Pediatr Surg Int 2004.

9. • Antoniou D, Soutis M, Christopoulos-Geroulanos G. Anastomotic strictures following esophageal atresia repair: a 20-year experience with endoscopic balloon dilatation. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2010

10. • Livingston, J, Elicevik, et al. US findings in neonates with anorectal malformations: a review of 95 cases. Am J Obstet Gynecol 2006

11.• Wax JR, Hamilton T, Cartin A, et al. Congenital jejunal and ileal atresia: natural prenatal sonographic history and association with neonatal outcome. J Ultrasound Med 2006;

12. • Fisher JC, Jefferson RA, Arkovitz MS, Stolar CJ. Redefining outcomes in right congenital diaphragmatic hernia. J Pediatr Surg 2008;

13. • Hartman EE, Oort FJ, Aronson DC, et al. Explaining change in quality of life of children and adolescents with anorectal malformations or Hirschsprung disease. Pediatrics 2007;

14. • American Academy of Pediatrics Section on Surgery, American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn, Lally KP, Engle W. Postdischarge follow-up of infants with congenital diaphragmatic hernia. Pediatrics 2008;

15. Waterson Classification for Short-Term Outcomes after Repair of EA/TEF.

16. Spitz Classification system. Great Ormond street Hospital.

17. Study in ISLAM ABAD HOSPITAL in Pakistan E.A 100 neonate 2009.

18. Retrospective study of EA three years in Indian journal 2003.

19. Retrospective study in pediatric hospital BERN.

20. Jyj.BASS,Z.Rubin.J.M.Walton,and M.Cada _ Journal of pediatric surgery,May 2001.

21. نسبة البقيا بعد الإصلاح الجراحي لرتق المري (رسالة ماجستير للدكتور قاسم قاسم في مشفى الأطفال بجامعة دمشق عام 2011 بإشراف الأستاذ الدكتور نعيم ميدع).

22. دراسة واقع رتق الشرج من حيث التدبير والتشوهات المرافقة(رسالة ماجستير للدكتور محمود عمورة في مشفى الأطفال الجامعي بدمشق عام 2012 بإشراف الأستاذ الدكتور مطيع كرم).

23. التشوهات الخلقية عند الوليد (رسالة ماجستير للدكتور سفيان غديفان في مشفى الأطفال الجامعي بدمشق عام 2002-2003 بإشراف الأستاذ الدكتور منذر شيخ الحدادين).

24. دراسة تدبير الفتوق الحجابية الولادية(رسالة ماجستير للدكتور عمار الأزكي في مشفى الأطفال الجامعي بدمشق عام 2009-2010 بإشراف الأستاذ الدكتور محمد سعيد فليون).

الجمهورية العربية السورية

جامعة دمشق

الهيئة العامة لمشفى الأطفال

اسم الطفل: *اسم الأب:* *اسم الأم :* *رقم الإضبارة:*

العمر: *الوزن:* *الطول:* *محيط الجمجمة:*

ظروف الحمل:

ظروف الولادة :

السوابق العائلية :

الأعراض السريرية :

الفحص السريري :

الإستقصاءات المخبرية :

الإستقصاءات الشعاعية :

التشخيص :

تقرير العمل الجراحي المجرى :

نتائج المعالجة خلال فترة بقائه في الشعبة:

ملخص عن سير المرض :