Министерство здравоохранения Республики Беларусь

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Кафедра анатомии человека с курсом оперативной хирургии и топографической анатомии

Реферат на тему:

«Врожденные грыжи. Особенности их хирургического лечения»

Подготовила:

студентка группы Л-334

Якимович М.И.

Гомель 2016

Содержание

Введение

. Врожденная пупочная грыжа

. Врожденная грыжа белой линии живота

. Лечение грыжи белой линии живота

. Врожденная паховая грыжа

. Операции при врожденных паховых грыжах

. Врожденная диафрагмальная грыжа

. Внутриутробное лечение врожденных диафрагмальных грыж: баллонная окклюзия трахеи

Введение

Врожденные грыжи

Врожденные грыжи живота чаще обнаруживаются у детей уже в раннем возрасте, в отличие от приобретенных, наблюдающихся чаще у взрослых и проявляющихся из-за слабости мышечного слоя и повышенного внутрибрюшного давления. Развиваются они вследствие неправильного формирования передней брюшной стенки. Врожденные грыжи, как правило, имеют достаточно большие ворота, поэтому редко ущемляются.

Симптомы врожденных грыж

Симптомы врожденной грыжи живота (паховой, пупочной) обнаруживаются сразу после появления малыша на свет. Неонатолог замечает припухлость в месте локализации грыжи, которая при плаче, натуживании малыша увеличивается в размерах, исчезает или уменьшается в размерах в спокойном состоянии ребенка, в лежачем положении.

Выпячивание мягкое, эластической консистенции, при надавливании на него, свободно вправляется обратно в брюшную полость.

Доктор может пальпировать грыжевые ворота, определить их размер.

1. Врожденная пупочная грыжа

Причинами возникновения врожденной пупочной грыжи у новорожденных считают наследственную предрасположенность и нарушение развития соединительной ткани. Происходит торможение образования коллагеновых волокон, вследствие чего происходит неправильное формирование структур пупочного кольца.

Врожденная пупочная грыжа выявляется сразу же после появления малыша на свет: в области пупка обнаруживают шаровидное образование с широким основанием, которое переходит в пупочный канатик. При плаче и крике у ребенка оно увеличивается в размерах. Чаще всего, в течение 1-го года жизни, такая грыжа проходит самостоятельно, либо ее оперируют в плановом порядке после 5-6 лет.

Рис. 1 Врожденная пупочная грыжа

2. Врожденная грыжа белой линии живота

Причиной формирования данной патологии считают врожденную слабость соединительной ткани белой линии живота, которая приводит к ее истончению, появлению отверстий в апоневрозе и диастазу (расхождению) прямых мышц брюшной стенки. Существенную роль играют врожденные анатомические особенности белой линии, заключающиеся в широких промежутках между ее волокнами.

Рис. 2 Врожденная грыжа белой линии живота

. Лечение грыжи белой линии живота

Избавиться от грыжи можно только хирургически в условиях стационара. Виды операций (герниопластика):

) Пластика местными тканями - ушивание дефекта белой линии живота с ликвидацией возможного диастаза прямых мышц. Однако из-за слабости соединительной ткани и значительной нагрузки на швы после операции в 20-40% случаев возникают рецидивы (повторное образования грыжи).

) Пластика с применением синтетических протезов - установка сетки для закрытия дефекта апоневроза после устранения диастаза прямых мышц при грыже белой линии живота. Вероятность рецидива очень мала. Операция выполняется под наркозом.

Особенностью хирургического лечения грыж белой линии живота является то, что устранения только одной грыжи недостаточно. Необходимо устранение диастаза прямых мышц живота.

грыжа паховый патология диафрагмальный

4. Врожденная паховая грыжа

Врожденные паховые грыжи составляют примерно 90% от всех грыж, встречающихся у детей. У взрослых они также обнаруживаются в 10-12% случаев. Чаще встречаются у ослабленных и недоношенных детей, у девочек в 7 раз реже, чем у мальчиков.

У малышей мужского пола нередко ее сочетание с крипторхизмом (неопущением яичка).

При врожденной паховой грыже полость влагалищного отростка свободно сообщается с полостью брюшины из-за неполного его заращения. Через это отверстие внутренние органы выходят вслед за яичком у мальчиков или яичником у девочки (в процессе их опущения во внутриутробный период развития).

Рис.3

Врожденная паховая грыжа у детей, в отличие от пупочной, не проходит самостоятельно, операция (цена которой зависит от вида устанавливаемого импланта) проводится в возрасте 5-12 месяцев.

Рис. 4 Врожденная и приобретенная косые паховые грыжи

. Операции при врожденных паховых грыжах

При врожденных паховых грыжах в основном применяют два способа оперативных вмешательств - без вскрытия пахового канала (по Ру - Оппелю) и со вскрытием пахового канала.

По способу Ру - Оппеля после рассечения кожи и подкожной клетчатки выделяют и вскрывают грыжевой мешок, грыжевое содержимое вправляют в брюшную полость. Выведенный в рану грыжевой мешок перевязывают у шейки, отсекают, культю погружают в предбрюшинную клетчатку. Двумя-тремя шелковыми лигатурами ушивают наружное отверстие пахового канала. Узловые швы накладывают на переднюю стенку пахового канала, захватывая в шов с одной стороны апоневроз наружной косой мышцы живота и подлежащие мышцы несколько выше пахового канала, а с другой - паховую связку. Этот способ применяется при небольших начальных грыжах, как врожденных, так и приобретенных.

При способе со вскрытием пахового канала доступ к грыжевому мешку тот же, что и при приобретенных косых паховых грыжах. По ходу семенного канатика рассекают fascia cremasterica вместе с волокнами m. cremaster и fascia spermatica interna выделяют переднюю стенку грыжевого мешка и вскрывают ее у шейки. Грыжевое содержимое вправляют в брюшную полость, заднюю стенку грыжевого мешка у шейки отделяют от элементов семенного канатика, а затем рассекают в поперечном направлении. Шейку выделенной части грыжевого мешка прошивают шелковой лигатурой, перевязывают и отсекают, в рану выводят яичко вместе с остатком грыжевого мешка. Последний иссекают и вывертывают вокруг яичка и семенного канатика, сшив его редкими узловыми швами. Если грыжевой мешок больше; то его иссекают на большом протяжении, оставляя брюшину только на семенном канатике и яичке. Пластика пахового канала по одному из способов.

. Врожденная диафрагмальная грыжа

Врожденная диафрагмальная грыжа - это патология, при которой через дефект (отверстие) в диафрагме в грудную полость происходит перемещение из брюшной полости желудка, петель кишечника, даже печени и селезенки, и сдавливание ими легких и сердца. Большая грыжа приводит к недоразвитию легкого.

После рождения состояние ребенка быстро ухудшается из-за развития дыхательной недостаточности 2-3 степени.

При небольшом дефекте диафрагмы самочувствие новорожденных детей удовлетворительное, а симптомы нарастают в течение нескольких лет постепенно. Наблюдаются отставание физического развития, боли в груди, в животе, изжога, отрыжка.

При больших дефектах диафрагмы грыжа проявляет себя непосредственно после рождения ребенка яркой симптоматикой:

· рвота;

· одышка;

· цианоз кожи и слизистых;

· грудная клетка выбухает, особенно на стороне поражения;

· живот, наоборот, запавший.

Врожденные грыжи диафрагмы делятся на:

) грыжи реберно-позвоночного отдела диафрагмы:

· ложные,

· истинные (грыжи Богдалека);.

) грыжи грудинно-реберного отдела диафрагмы:

· ложные (френоперикардиальные),

· истинные (грыжи Ларрея - Морганьи);

) грыжи купола диафрагмы:

· ложные,

· истинные;

Рис. 5

) аплазия диафрагмы:

· односторонняя,

· тотальная.

Врожденные диафрагмальные грыжи у детей стараются оперировать как можно раньше. Проводится хирургическая коррекция дефекта диафрагмы после вправления органов обратно в брюшную полость. В настоящее время имеются способы внутриутробного лечения таких грыж.

. Внутриутробное лечение врожденных диафрагмальных грыж: баллонная окклюзия трахеи

В Клинике акушерства, гинекологии и перинатальной медицины университетского медцентра Майнца, которую сейчас возглавляет доктор мед. наук, профессор Геральд Хофманн (Prof. Dr. med. Gerald Hoffmann), опытными специалистами проводятся уникальные внутриматочные операции на плодах. В частности здесь на высочайшем уровне выполняются хирургические вмешательства при врожденных диафрагмальных грыжах (сокр. ВДГ).

ВДГ выявляется, согласно статистике, у одного малыша на каждые две-четыре тысячи живорождений, составляя около 8% всех врожденных аномалий. По сути это порок развития диафрагмы, описанный впервые еще в начале восемнадцатого столетия. Однако при этом причины и механизмы развития ВДГ до сих пор еще до конца не изучены. Тем не менее, принято считать, что определенную роль играет тяжело протекающая беременность, наличие у матери хронических заболеваний органов дыхания и запоров, чрезмерные физические нагрузки во время вынашивания беременности, а также вредные привычки у матери.

Смещение внутренних органов (петель кишечника, печени, желудка) в грудную полость, имеющее место при ВДГ, крайне негативно отражается на процессе созревания легких плода. В результате слаборазвитые легкие при рождении не могут адекватно наполниться воздухом и развернуться, поэтому ребенок не способен самостоятельно дышать.

В 2008-м году профессором Микаэлем Чириковым и его командой впервые был успешно использован ультратонкий фетоскоп с оптикой минимального диаметра (один миллиметр) во время проведения операции баллонной окклюзии трахеи при врожденной диафрагмальной грыже. Вмешательство выполнялось при помощи 4D- ультразвуковой визуализации.

На сегодняшний день баллонная окклюзия трахеи плода уже прочно вошла в практику Университетской клиники Майнца. Это перспективный, эффективный метод антенатальной терапии ВДГ, суть которого состоит в том, что зародышу с данным диагнозом на 22-26-й неделе беременности через плаценту матери по специальным тончайшим трубкам в трахею вводят баллончик, препятствующий выходу из легких секретируемой ими жидкости. Такая манипуляция приводит к постепенному увеличению легких эмбриона, и они, расширяясь, выталкивают печень и желудок из грудной полости в брюшную. Впоследствии, уже при родах этот баллончик из трахеи извлекают, а отверстие в диафрагме ушивают.

Следует отметить, что применение методики баллонной окклюзии трахеи помогает бороться с гипоплазией (недоразвитием) легких и легочными сосудистыми аномалиями. В отличие от других антенатальных операций, миниинвазивная баллонная окклюзия трахеи плода может осуществляться утероскопически, не требуя разреза матки, и значительно снижает риск вызвать преждевременные роды.

Вопрос о необходимости проведения подобного хирургического вмешательства особо остро стоит при наличии у плода правосторонней диафрагмальной грыжи и/или при смещении печени в грудную полость из брюшной.

В целом же, использование микроинвазивного инструментария в сочетании с 4D ультразвуковым исследованием открывает перед докторами новые горизонты, давая больше возможностей эффективно проводить хирургическое лечение детей еще в утробе матери.

Специалистами клиники акушерства и гинекологии университетского медцентра Майнца ведутся активные исследования описанной методики с целью решения вопроса об оптимальной длительности баллонной окклюзии трахеи при ВДГ и выбора наиболее предпочтительного гестационного возраста для проведения данной операции.