



Патология вагинального отростка брюшины

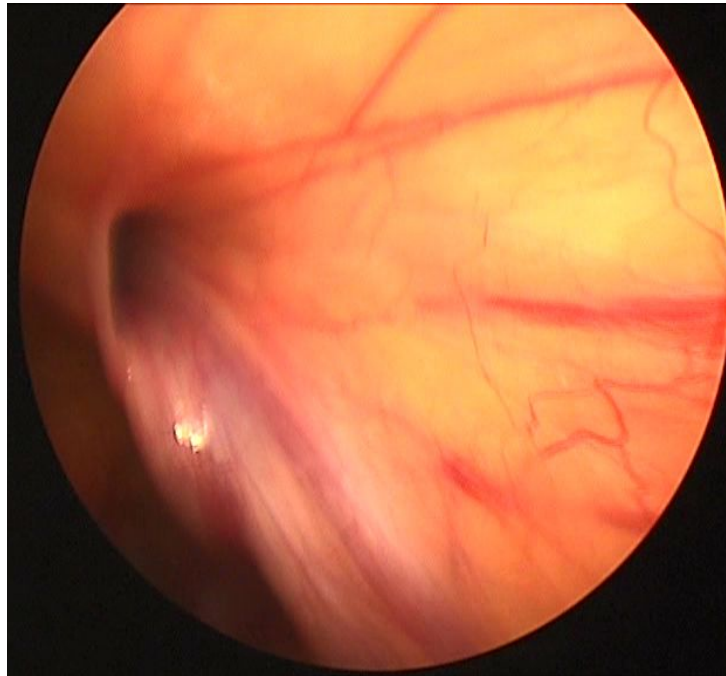
**НУО «КАЗАХСТАНСКО-РОССИЙСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

Выполнила: Мұқаш Б.

Группа: 618 ВОП

Проверил: Курманбеков А.Е.

Паховая (пахово-мошоночная) грыжа характеризуется наличием грыжевого выпячивания в паховой области, обусловленного перемещением содержимого брюшной полости в паховый канал и мошонку.



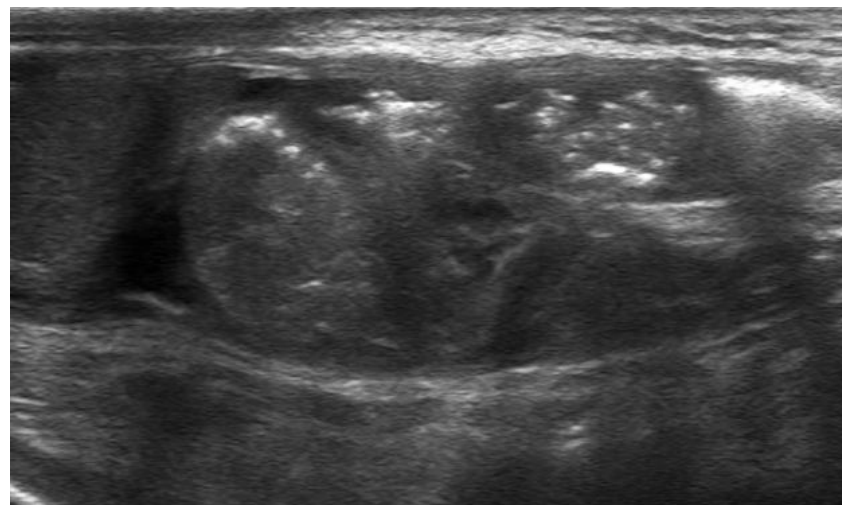
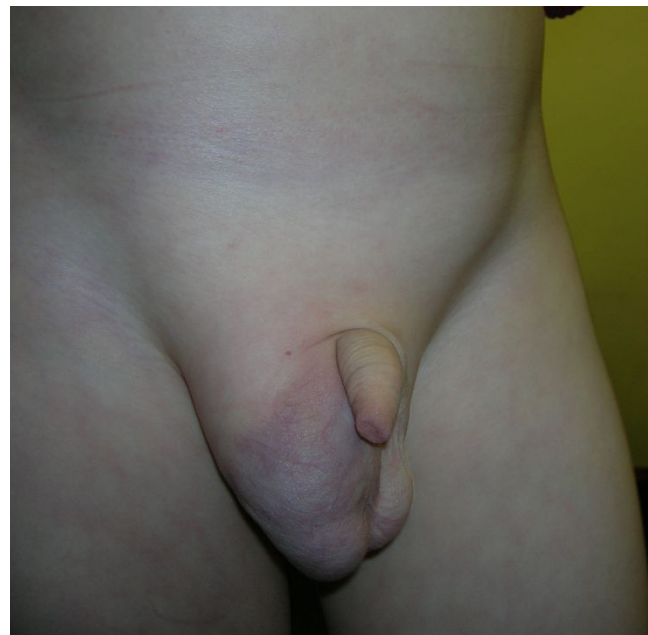
Частота паховых грыж в популяции, по данным различных авторов, варьируется от 1 до 5 %. Мальчики страдают в 8-10 раз чаще чем девочки. Паховые грыжи составляют 95% всех грыж передней брюшной стенки.



Этиология и патогенез

- субстратом типичной косой паховой грыжи у детей является незаращённый вагинальный отросток брюшины.
- Диагноз паховой грыжи правомочен только при проявлении стойкого характерного симптомокомплекса. Суть патогенетического процесса - перемещение содержимого брюшной полости (кишка, внутренние гениталии у девочек), вследствие повышения внутрибрюшного давления, через необлитерированный вагинальный отросток брюшины в область пахового канала и мошонку.

Паховая грыжа



Анатомия пахового канала

- Передняя стенка пахового канала- апоневроз наружной косой мышцы живота;
- Верхняя стенка – край внутренней косой и поперечной мышцы живота;
- Нижняя стенка- пупартова связка;
- Задняя стенка – поперечная фасция живота.
- Наружное отверстие пахового канала- ножки апоневроза наружной косой мышцы живота, прикрепляемые к лонным костям;
- Внутренне (глубокое) паховое кольцо – формируется с медиальной стороны поперечной мышцей живота и поперечной фасцией, латерально – поперечной мышце живота.
- Семенной канатик включает в себя: семявыносящий проток, кровеносные и лимфатические сосуды и мышцу поднимающую яичко (круглая связка матки у девочек).

Классификация паховых грыж.

- Косые паховые грыжи классифицируются в зависимости от уровня облитерации вагинального отростка на: паховые и пахово-мошоночные (яичковая, канатиковая).
- В зависимости от строения грыжевого мешка можно выделить скользящие грыжи.
- По характеру возможных осложнений: вправимые, невправимые, ущемленные.
- По стороне поражения: односторонние (право-, левосторонние), двухсторонние.

Клиническая картина.

- **Неосложненные грыжи** проявляются- наличием опухолевидного образования в паховой области, мягко-эластической консистенции, безболезненного при пальпации, свободно вправляющегося в брюшную полость. Если содержимым грыжевого мешка является петля кишки, то образование вправляется с характерным «урчащим» звуком.
- **Ущемление паховой грыжи** проявляется- острым симптомокомплексом болевого синдрома (жалобы на боли в паховой области или яичке у детей старшего возраста, беспокойство, плач у детей младшего возраста). Грыжевое выпячивание становится плотным, резко болезненным при пальпации, в брюшную полость не вправляется. Характерным симптомом для ущемления грыжи является рвота, носящая рефлексорный характер, частота проявления этого симптома составляет около 24%. Через 8-12 часов после ущемления присоединяются признаки нарушения микроциркуляции: отёк тканей в области грыжевого выпячивания, гиперемия кожи, нарастают явления интоксикации и кишечной непроходимости (при ущемлении петли кишки), рвота приобретает стойкий характер
- **Невправимые паховые грыжи характеризуются** невозможностью вправить содержимое в брюшную полость, но пальпация образования безболезненная, отёка периингвинальных тканей и гиперемии кожи нет. У девочек содержимым неврвправимой паховой грыжи, как правило, является яичник, поэтому при пальпации консистенция грыжевого выпячивания плотностенчатая

Диагностика паховых грыж.

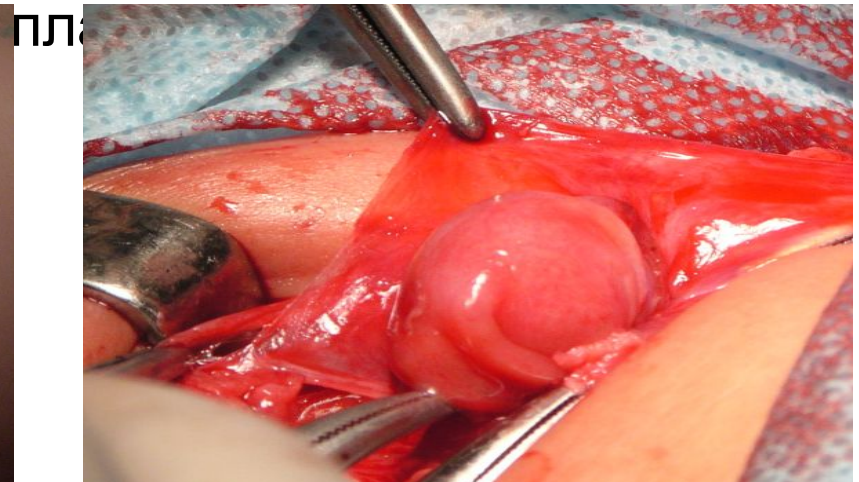
- Диагностика паховой грыжи, как правило, производится на основании клинического осмотра больного. Поводом к осмотру служит диспансерное обследование детей или жалобы родителей на периодическое появление опухолевидного образования в паховой области или увеличение в размерах мошонки. Осмотр больного старшего возраста производится стоя, с напряжением мышц живота, покашливанием. У детей младшего возраста в качестве способа повышения давления в брюшной полости можно использовать неинтенсивное надавливание на переднюю брюшную стенку.
- В сомнительных случаях, когда при осмотре грыжевое выпячивание определить не удаётся, но есть указания на него в анамнезе, целесообразно применение ультразвукового исследования пахового канала.

Дифференциальная диагностика

- проводится с паховым лимфаденитом, кистой семенного канатика. Диагностическими критериями служат особенности клинической картины и данные ультразвукового исследования.

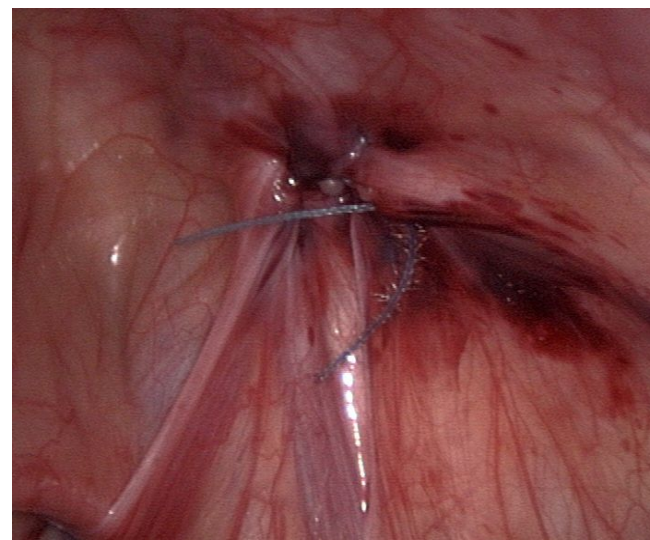
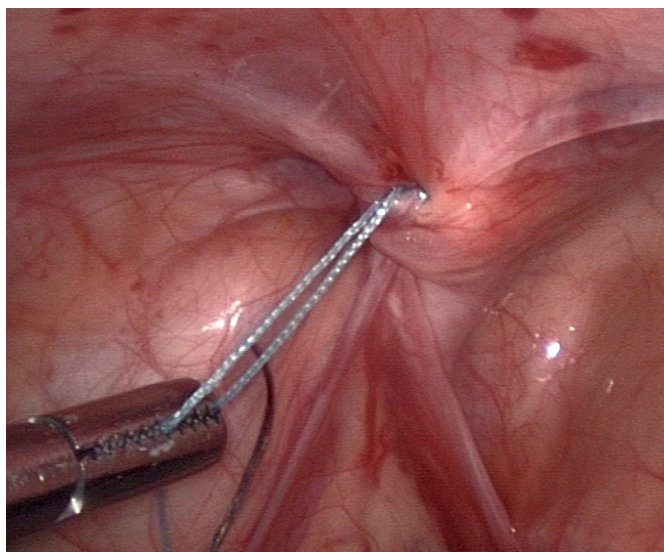
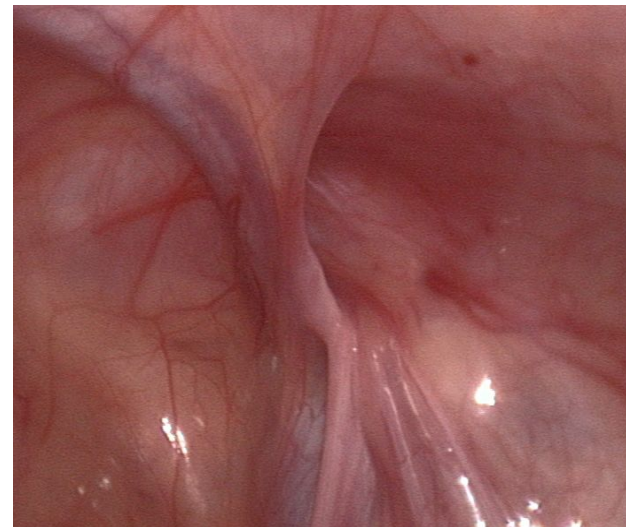
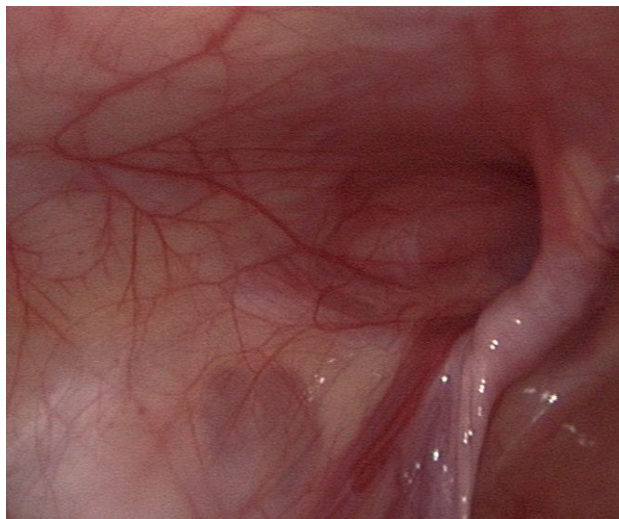
Лечебная тактика при паховых грыжах.

- В случае неосложнённой паховой грыжи операция выполняется в возрасте после 1 года. При наличии невправимой паховой грыжи или ущемлений в анамнезе возрастные границы не определяют. Ущемлённая паховая грыжа – показание к экстренному оперативному вмешательству.
- Оперативное лечение может быть выполнено 2 способами:
- 1. Традиционное паховое грыжесечение



ПАХОВАЯ ГРЫЖА

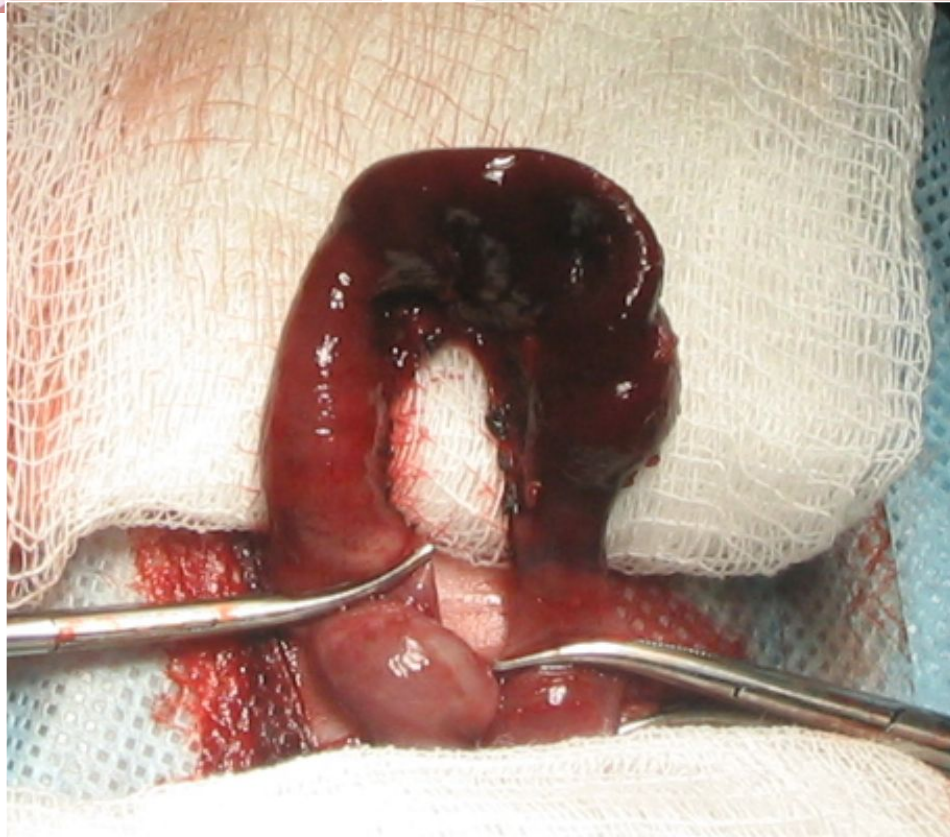
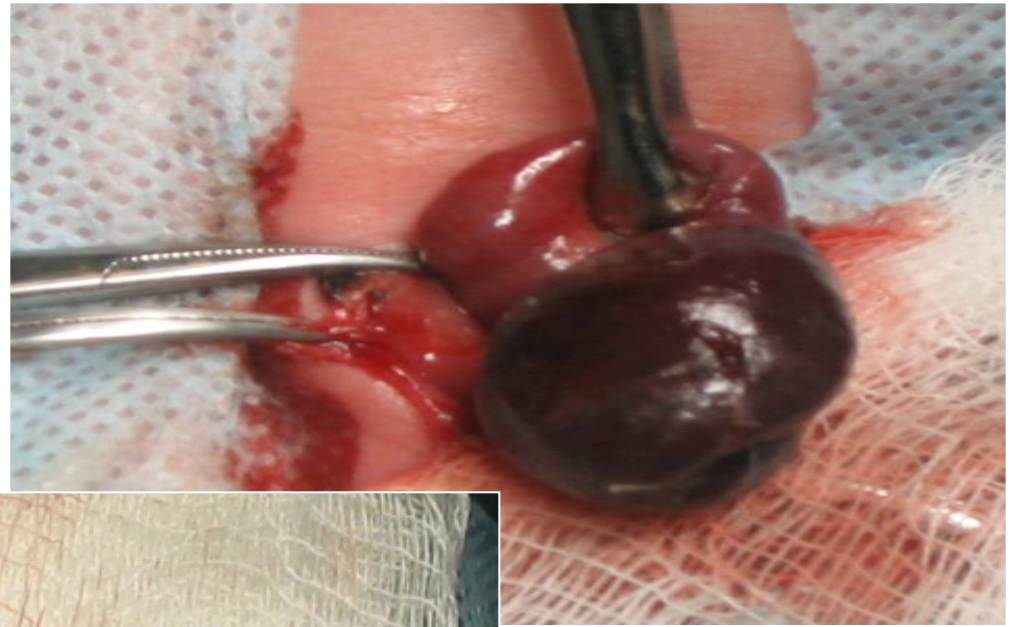
Лапароскопическая перевязка вагинального отростка брюшины



Тактика ведения пациентов с ущемленной паховой грыжей

- экстренная операция. При поступлении ребёнка с ущемлённой паховой грыжей с целью предоперационной подготовки следует выполнить комплекс консервативных мероприятий: введение анальгетиков и 0,1% р-ра отропина.
- Если грыжевое выпячивание, на фоне проведённых мероприятий вправилось самостоятельно, а срок ущемления составил **менее 3 часов**, экстренная операция не выполняется, показано наблюдение ребёнка в стационаре и проведение операции в плановом порядке.
- **Мануальное насильственное вправление паховой грыжи недопустимо, и чревато повреждением ущемлённого органа (кишки или яичника) и развитием тяжёлых осложнений.**
- *Оперативное вмешательство* при ущемлённой паховой грыже имеет некоторые особенности. После выполнения разреза и обнажения места ущемления вскрывается грыжевой мешок, содержимое грыжевого мешка мануально фиксируется, препятствуя самопроизвольному вправлению грыжевого содержимого. Затем кольцо ущемления рассекается и производится оценка жизнеспособности грыжевого содержимого. Определяется цвет органа, пульсация сосудов, перистальтические сокращения кишки. При сомнении в жизнеспособности органа производится введение 0,5% раствора новокаина в брыжейку кишки и повторная оценка жизнеспособности через 30 мин. Если орган жизнеспособен – производится его вправление в брюшную полость. При некрозе кишки выполняется резекция петли. При некрозе ущемлённого яичника выполняется его удаление. После чего грыжевой мешок мобилизуется по окружности, пересекается и ушивается. Выполняется пластика пахового канала и ушивание ран.

Ущемленная паховая грыжа

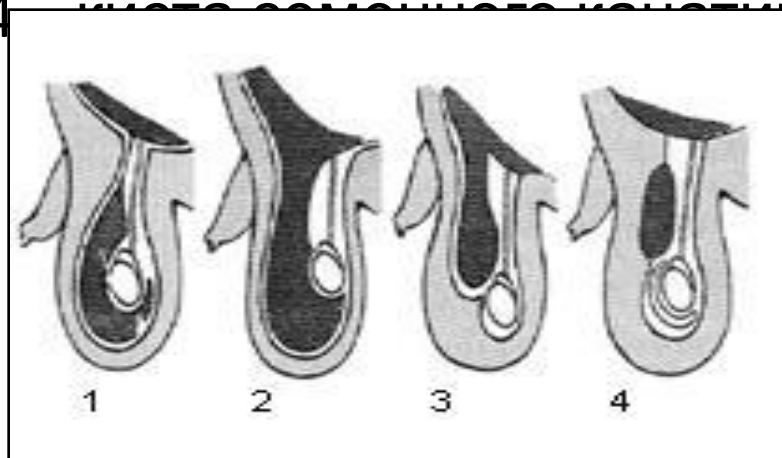


Осложнения грыжесечения (частота 1%)

- Рецидив
- Повреждение элементов семенного канатика

Водянка оболочек яичка и семенного канатика

- Развитие патологии связано с нарушением инволюции вагинального отростка брюшины и семенного канатика и скоплением в его полости серозной жидкости.
- Рис.1 – изолированная водянка оболочек яичка; 2- сообщающаяся водянка оболочек яичка и семенного канатика; 3 – сообщающаяся водянка семенного канатика; 4 – киста семенного канатика.



Этиопатогенез водянки оболочек яичка.

- наличие сообщения с брюшной полостью, нарушение абсорбционной способности стенки вагинального отростка и несовершенство лимфатического аппарата паховой области. С возрастом ребенка, в силу облитерации вагинального отростка и созреванием систем лимфообращения и микроциркуляции возможно постепенное уменьшение и исчезновение водянки.
- У детей старшего возраста и взрослых причинами возникновения гидроцеле и фуникулоцеле являются травма, воспаление, либо ятрогенные нарушения лимфатического аппарата яичка и его оболочек вследствие перенесенных оперативных вмешательств (операции по поводу варикоцеле, новообразований).

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ(продолжение)

У детей младшего возраста

- Нарушение инволюции вагинального отростка брюшины

У детей старшего возраста

- Травма
- Воспаление
- Ятрогенные нарушения лимфатического аппарата



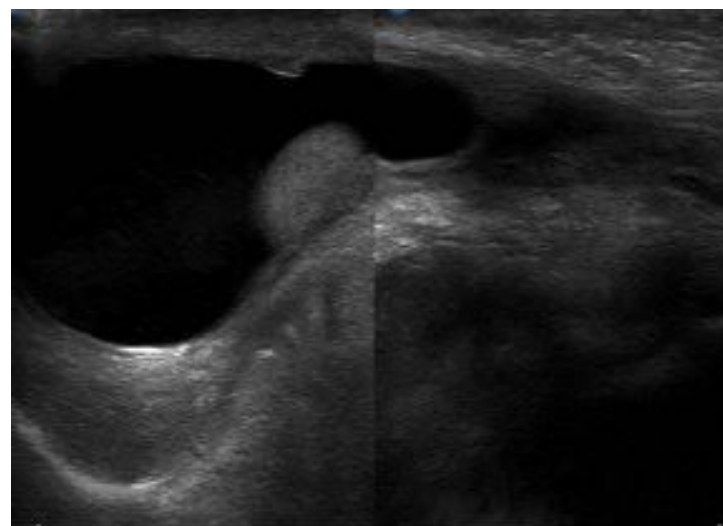
Клиническая картина и диагностика (сообщающаяся водянка оболочек яичка).

- **Сообщающаяся водянка** проявляется мягкоэластическим образованием продолговатой формы, верхний край которого пальпируется у наружного пахового кольца. При натуживании это образование увеличивается и становится более плотным. Пальпация припухлости безболезненна. Диафаноскопия выявляет характерный симптом просвечивания. При клапанном характере сообщения с брюшной полостью водяночная опухоль имеет плотно-эластическую консистенцию, может достигать значительных размеров и вызывать беспокойство ребенка. Такую водянку называют напряжённой.
- Дополнительным методом исследования, позволяющим провести дифференциальный диагноз, является УЗИ. Метод позволяет определить характер содержимого и, иногда, проследить наличие сообщения с брюшной полостью.

Сообщающаяся водянка оболочек яичек



Диафаноскопи
я



УЗИ мошонки и паховых
областей

Клиническая картина и диагностика (изолированная водянка).

- При изолированной водянке припухлость имеет округлую форму, у ее нижнего полюса определяется яичко.



Клиническая картина и диагностика (киста семенного канатика).

- Киста семенного канатика имеет округлую или овальную форму, четкие гладкие контуры, подвижна, пальпация её безболезненная. Хорошо определяются ее верхний и нижний полюсы.

Дифференциальная диагностика.

- Водянку чаще всего приходится дифференцировать от паховой грыжи, а при остром течении заболевания – от ущемлённой паховой грыжи. При вправлении грыжевого содержимого слышно характерное урчание, сразу после вправления припухлость в паховой области исчезает. При несообщающейся водянке попытка вправления не приносит успеха. В случае сообщения с брюшной полостью, размеры образования в горизонтальном положении уменьшаются, но более постепенно, чем при вправлении грыжи, и без характерного звука. Большие трудности возникают при дифференциальной диагностике остро возникшей кисты с ущемленной паховой грыжей. В таких случаях часто прибегают к оперативному вмешательству с предварительным диагнозом "ущемленная паховая грыжа". Дополнительным методом исследования, позволяющим провести дифференциальный диагноз, является УЗИ. Метод позволяет определить характер содержимого и, иногда, проследить наличие сообщения с брюшной полостью.

Лечебная тактика

- Наблюдение в динамике до 2-х летнего возраста.
- При напряженной и островозникшей водянке – возможно пункционное лечение.
- При **сообщающейся** водянке применяют операцию Росса, цель которой - прекращение сообщения с брюшной полостью и создание оттока для водяночной жидкости (через паховый доступ вагинальный отросток мобилизуют и перевязывают у внутреннего пахового кольца и частично удаляют с оставлением в собственных оболочках яичка отверстия, через которое водяночная жидкость выходит и рассасывается в окружающих тканях).
- При изолированной водянке оболочек яичка лечение также может быть начато с пункции водянки. При неэффективности – показано хирургическое вмешательство. В качестве оперативного пособия наиболее популярным являются операция Бергамана.

Виды лечения:

- Пункция водяночной опухоли
- Операция Росса (у детей от 2-ух до 10 лет)
- Операция Винкельмана (у детей старше 10 лет, предшествовало воспаление, травма)
- Операция Бергмана

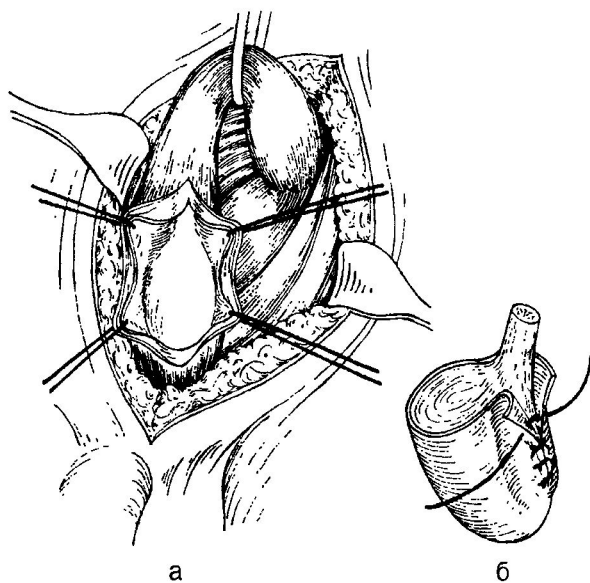


Рис. 14-35. Операция при водянке оболочек яичка по Винкельманну: а — собственная влагалищная оболочка яичка рассечена, б — оболочки яичка соединяются узловыми швами позади придатка яичка. (Из: Оперативная хирургия / Под ред. И. Литтманна. — Будапешт, 1981.)

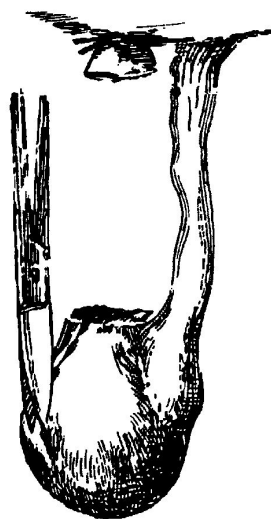


Рис. 14-37. Операция при водянке оболочек яичка по Россу. (Из: Чухриенко Д.П., Люлько А.В. Атлас операций на органах мочеполовой системы. — М., 1972.)

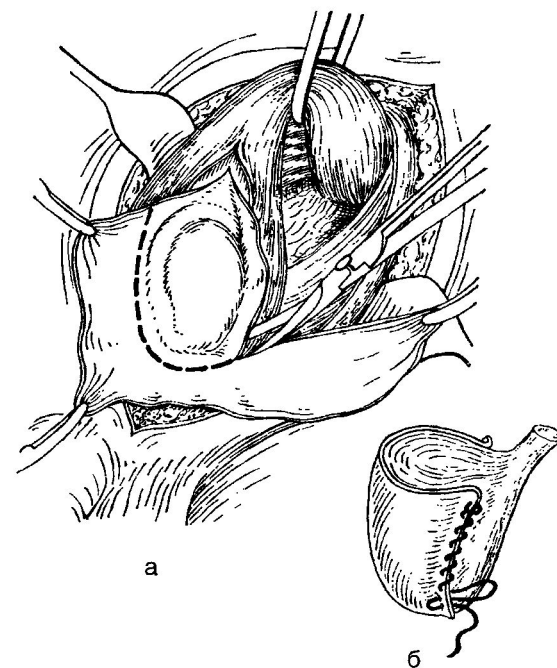
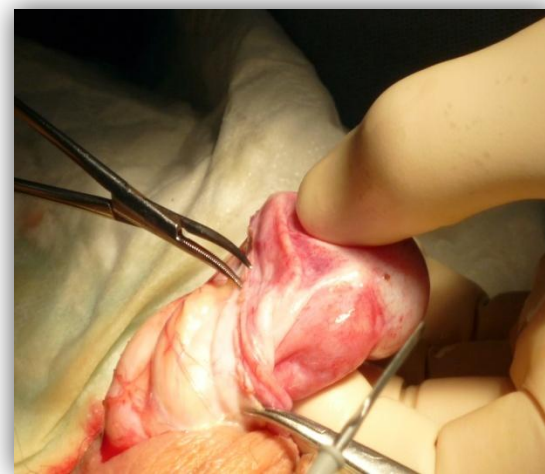
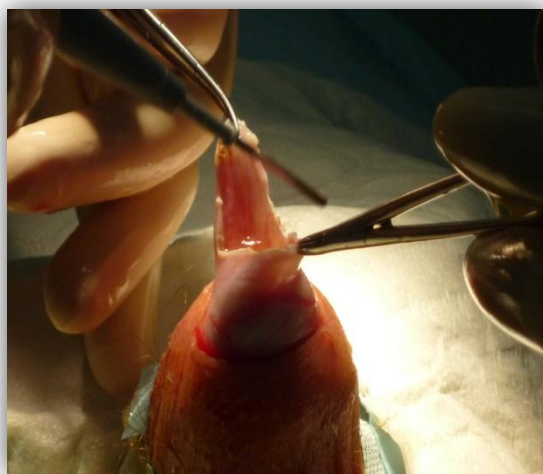
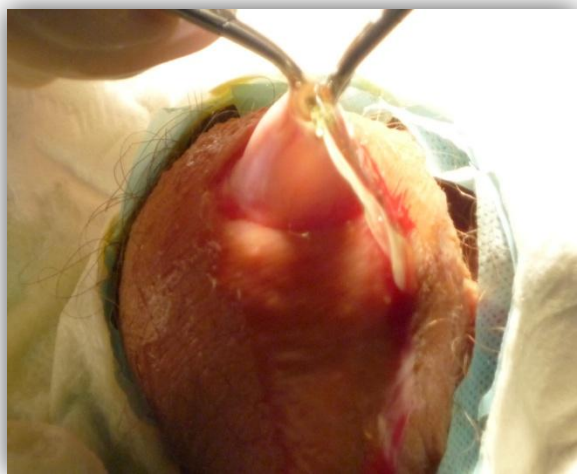
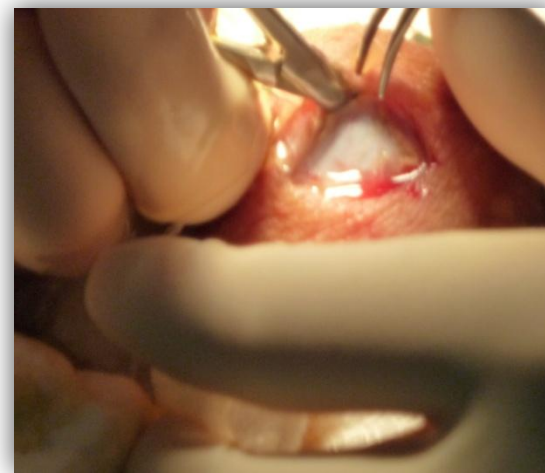
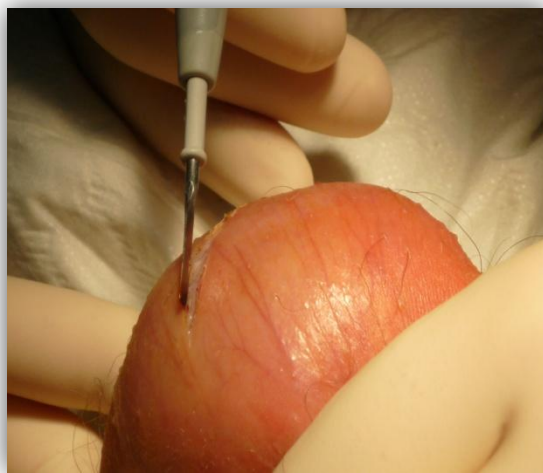
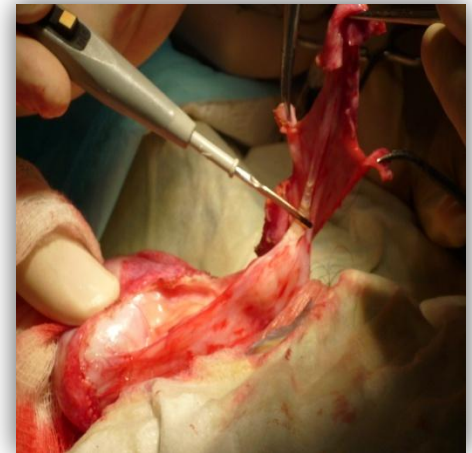
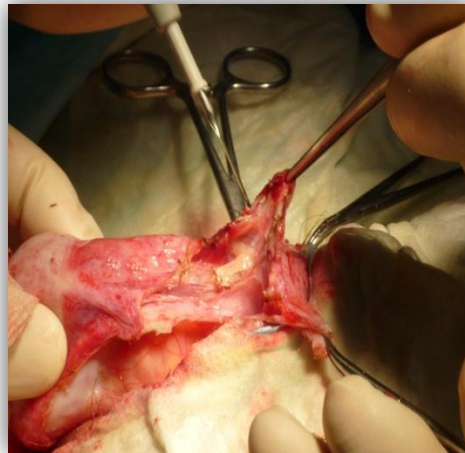
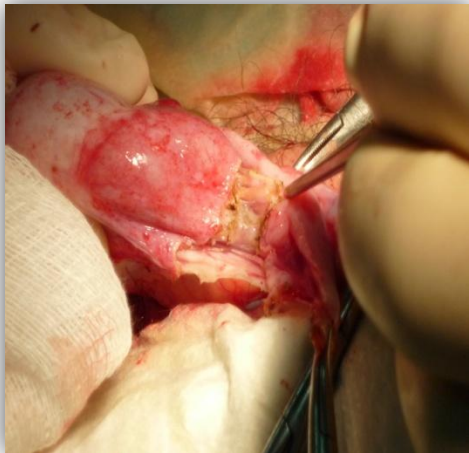
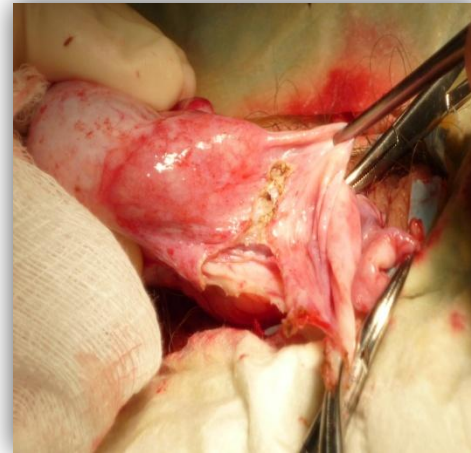
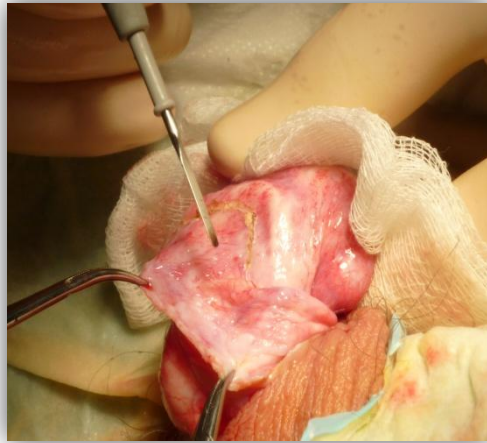


Рис. 14-36. Операция при водянке оболочек яичка по Бергманну. а — резекция оболочек яичка, б — ушивание оболочек яичка. (Из: Оперативная хирургия / Под ред. И. Литтманна. — Будапешт, 1981.)

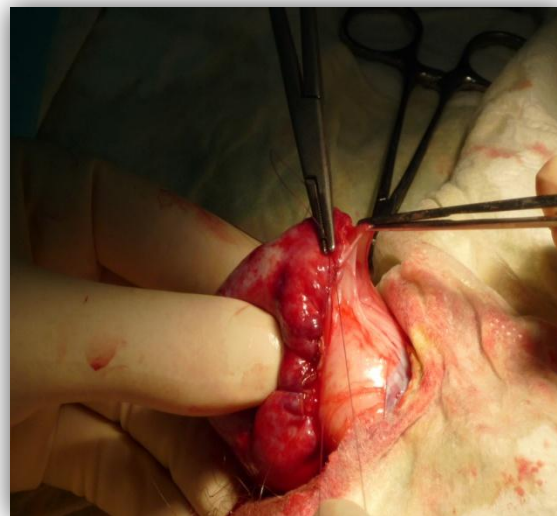
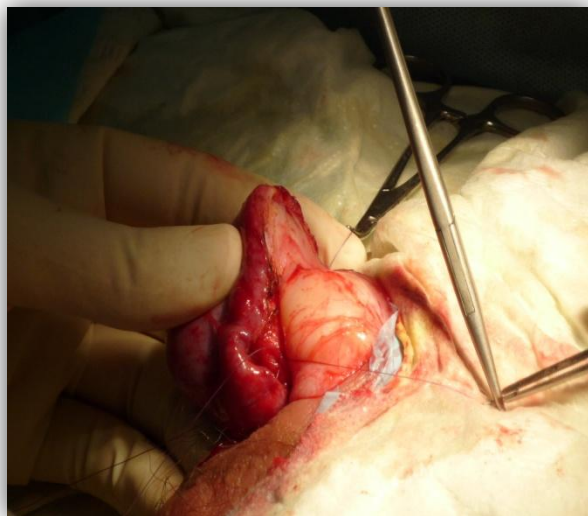
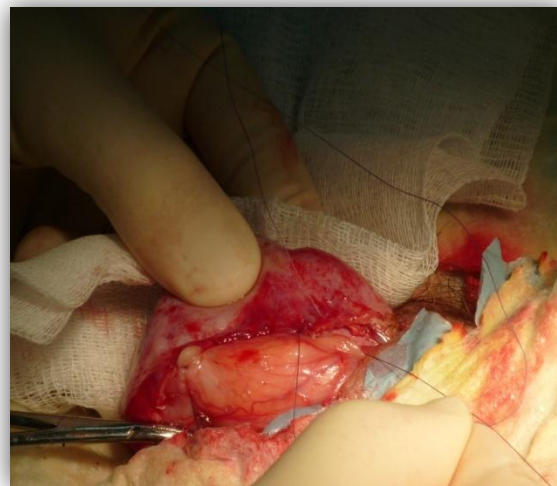
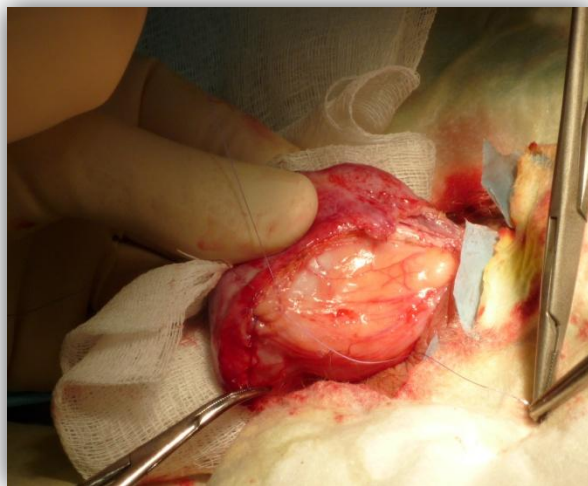
Операция Бергмана:



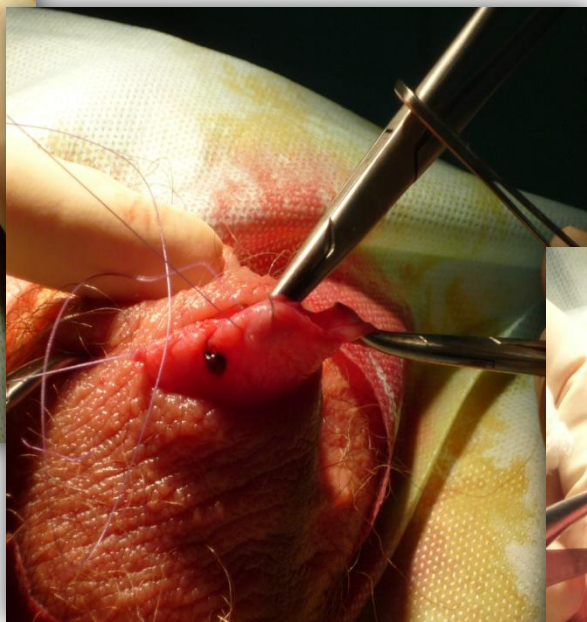
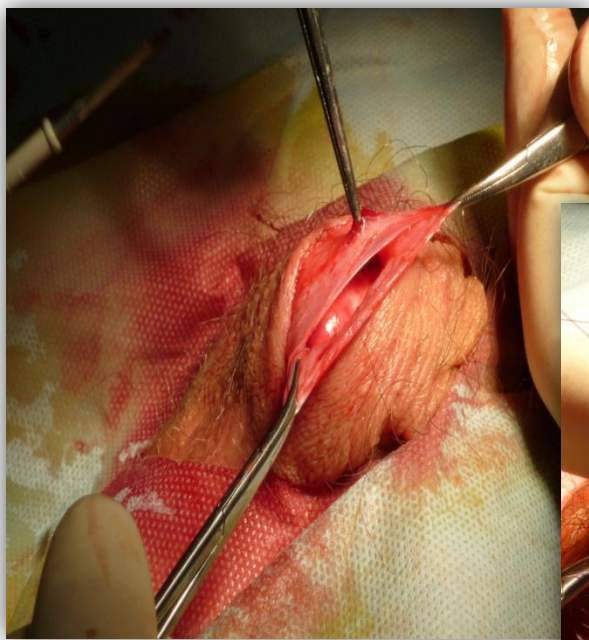
Операция Бергмана:



Операция Бергмана:



Операция Бергмана:



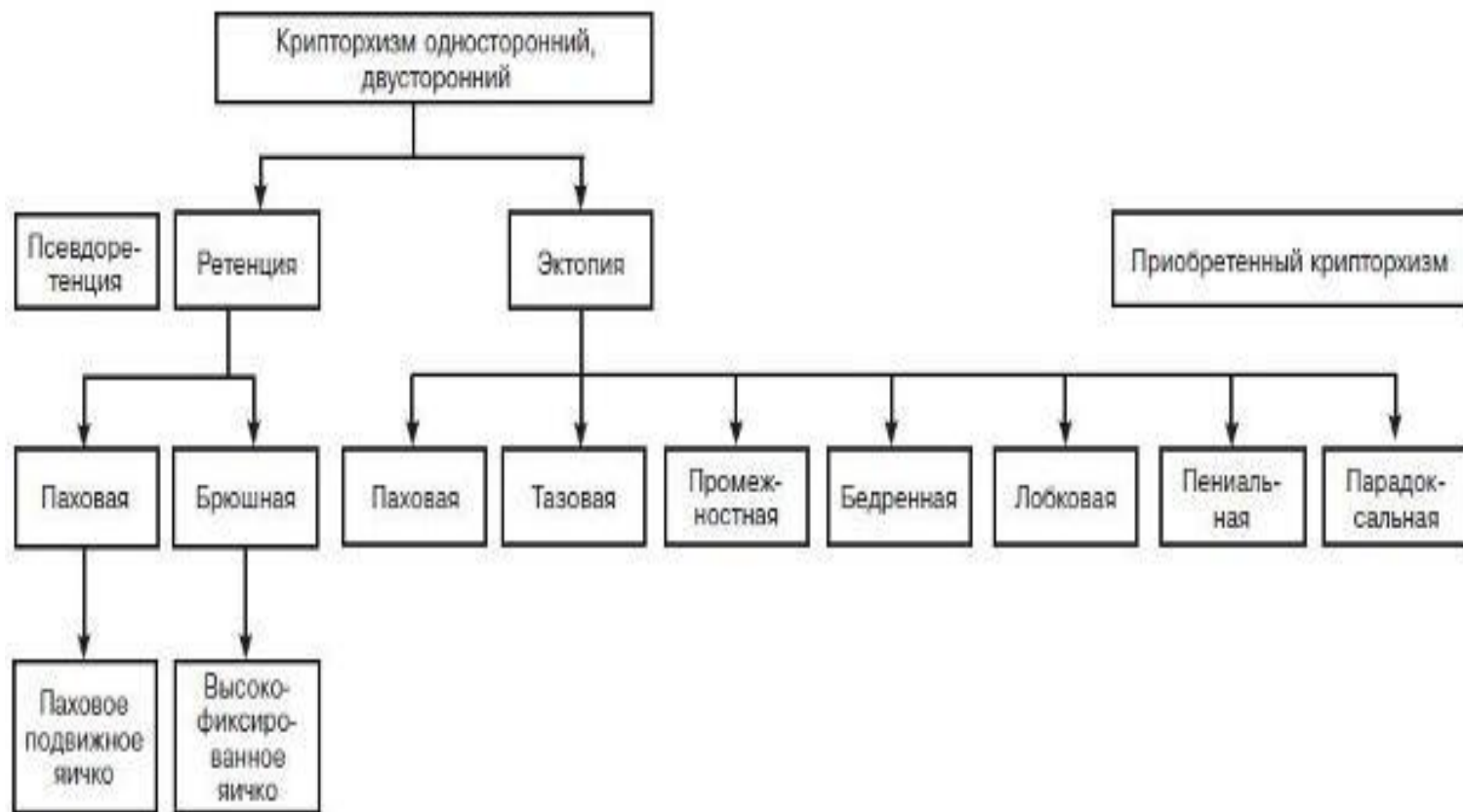
Крипторхизм у детей



Крипторхизм (от др.-греч. «криптос» - скрытый, «орхис» - яичко) – это врождённая патология, при которой одно или оба яичка располагаются вне мошонки (в паховом канале, брюшной полости, под кожей), что обусловлено их неправильным опусканием или задержкой опускания из забрюшинного пространства. Чаще наблюдается правосторонний крипторхизм. Частота встречаемости – 4% у доношенных мальчиков и 10-20% у недоношенных.

Причины возникновения

- **Достоверная причина не известна.** Предполагаемых этиологических факторов несколько:
 - механические препятствия (непроходимость или узость пахового канала, недоразвитие связочного аппарата яичек, укорочение семенного канатика или сосудов, внутрибрюшные спайки или сращения и т.п.);
 - хромосомная патология, задержка внутриутробного развития, что может быть связано с химическими или биологическими воздействиями в период беременности (токсоплазмоз, грипп, краснуха, венерические заболевания и др.), а также гормональными нарушениями (дисфункция гипофиза, сахарный диабет, нарушения функций щитовидной железы и т. п.);
 - приём некоторых сочетаний нестероидных противовоспалительных препаратов (ибупрофен, аспирин, парацетамол);
 - внутриутробные дефекты развития брюшной стенки, мутация гена GTD, синдром Дауна (крипторхизм нередко ассоциирован с данными патологиями);
 - недоношенность плода (у 17% недоношенных мальчиков с весом более 2 кг обнаруживается крипторхизм и у всех недоношенных с массой менее килограмма).



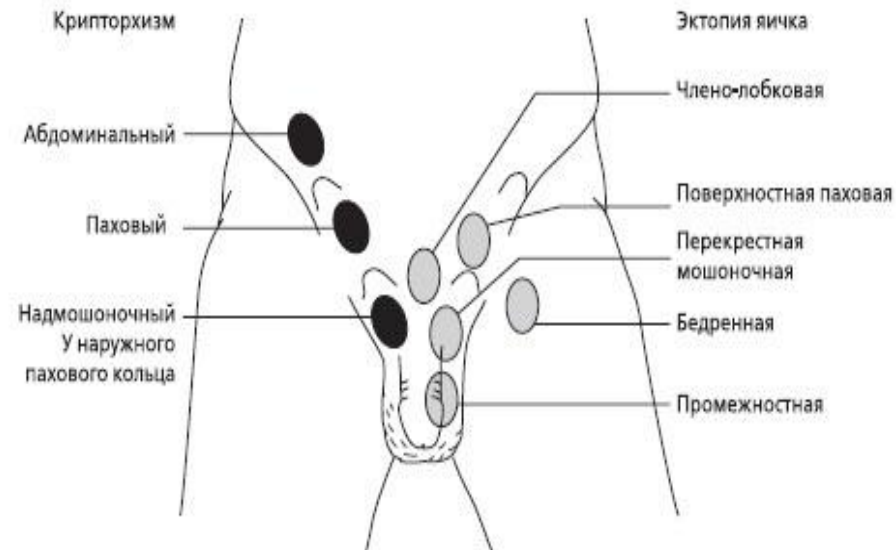
Примечание: псевдоретенцию относят к паховым ретенциям.

СИМПТОМЫ

- Основным клиническим проявлением крипторхизма является отсутствие одного или обоих яичек в мошонке, что определяется как пальпаторно, так и визуально. Мошонка при этом может быть уплотнённой, недоразвитой, асимметричной. В животе или области паха может возникать боль тянущего или ноющего характера, усиливающаяся при натуживании (в том числе при запорах), мышечном напряжении, половом возбуждении.



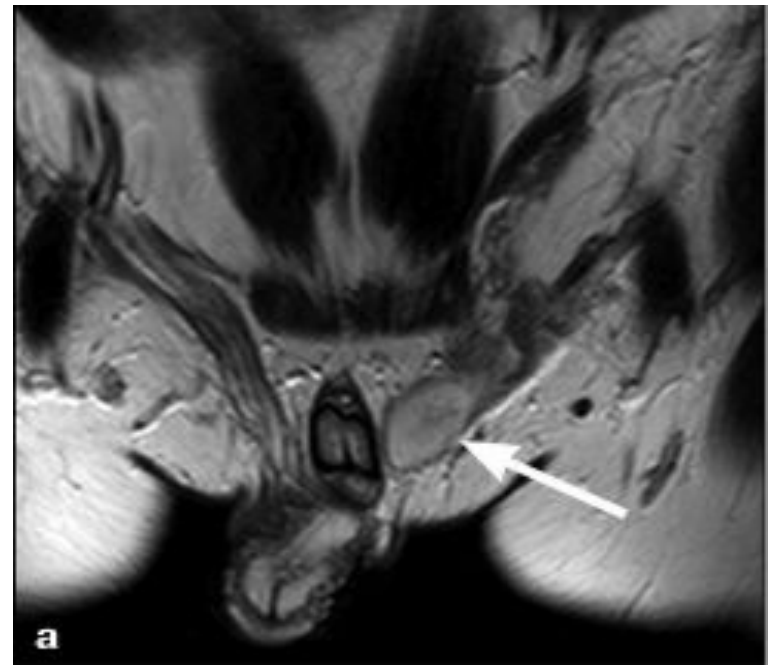
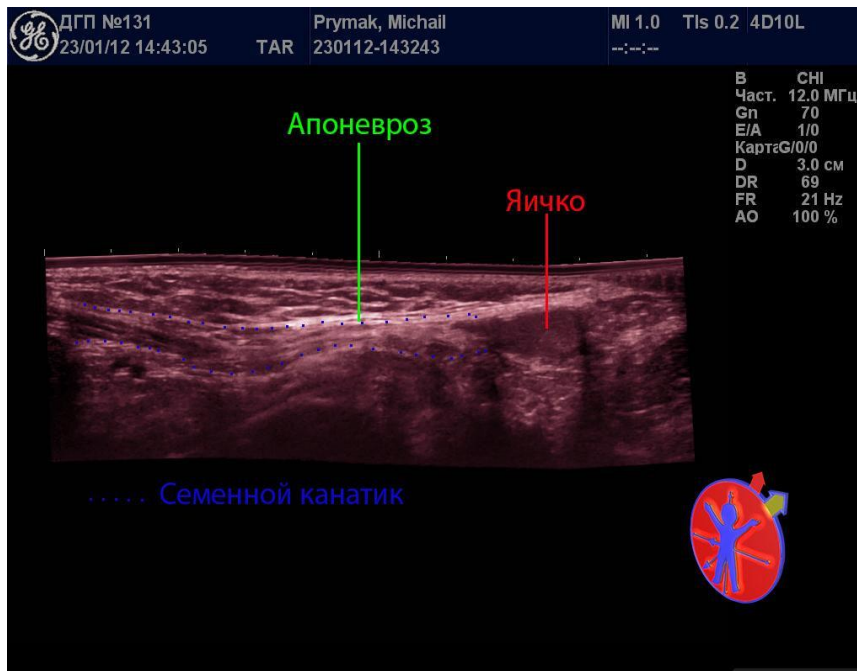
Расположение яичка при различных вариантах эктопии и крипторхизма
(Дж. Маканинч, 2005)



Локализация яичек при эктопии и крипторхизме

Диагностика

- В диагностике крипторхизма кроме физикального осмотра применяют ультразвуковое исследование мошонки, обзорную рентгенографию и УЗИ брюшной полости, контрастную вазографию, а в сложных для диагностики случаях – диагностическую лапароскопию. В редких случаях невозможности выявления обоих яичек вышеперечисленными методами диагностики необходимо назначение генетических анализов, определение уровня гонадотропных гормонов, тестостерона с целью исключения псевдогермафродитизма.



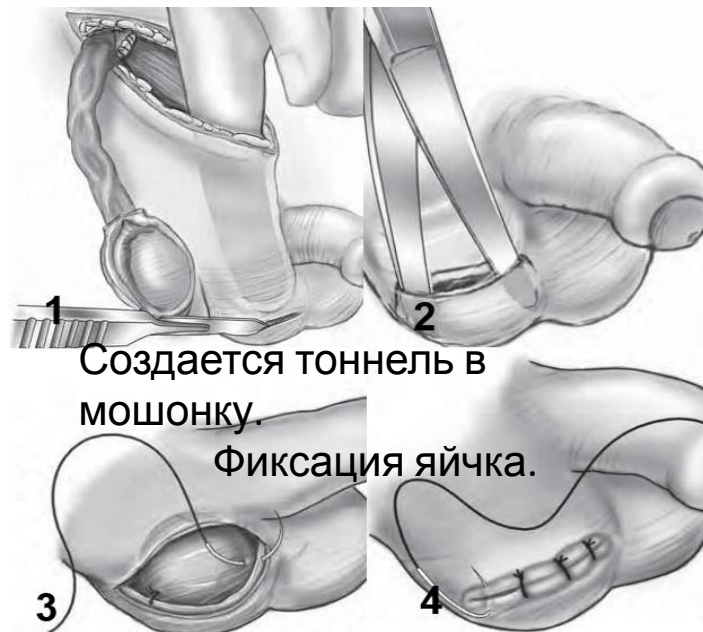
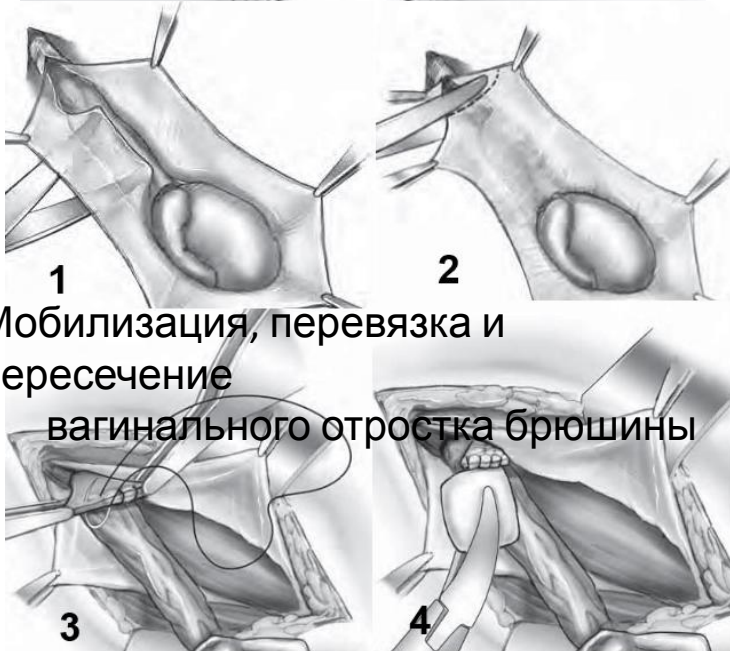
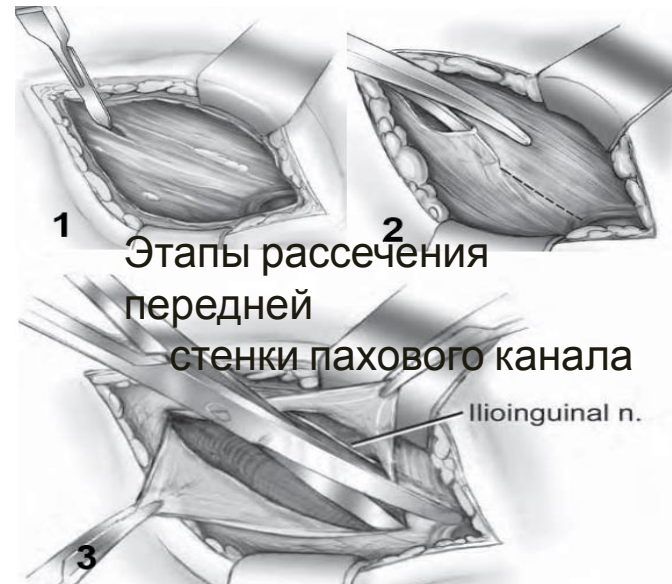
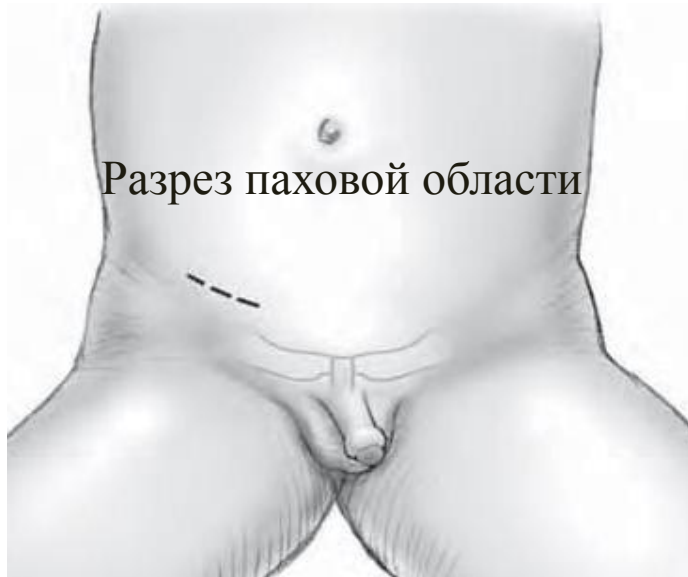
Виды заболевания

- Существует крипторхизм истинный и ложный. При ложном (блуждающем, мигрирующем яичке) имеет место повышенный кремастерный рефлекс – гипертонус мышцы, поднимающей яичко. При этом яичко во время мышечного напряжения или сильного холода может подниматься в паховый канал и самостоятельно или без усилия помещаться обратно в мошонку. Мошонка в таком случае развивается симметрично, нормально. На ложный крипторхизм приходится до половины всех случаев данной патологии.
- При истинном крипторхизме яички чаще всего обнаруживаются в области пахового кольца (около 40%), в паховом канале (около 20%), брюшной полости (примерно 10%) и др.
- В редких случаях крипторхизм может быть приобретенным, а не врождённым (при травмах мошонки и пахового кольца).

Лечение

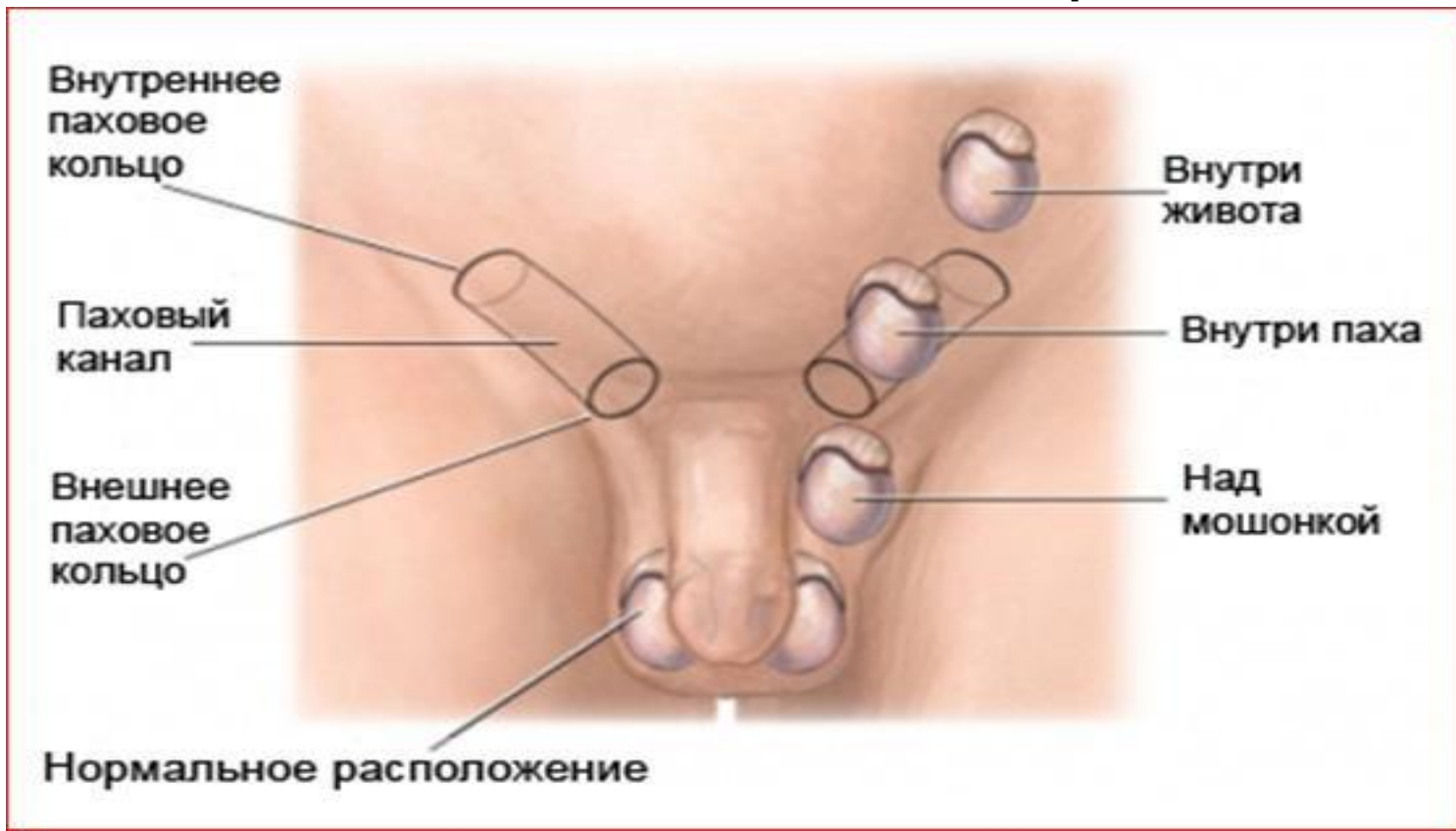
- Лечение следует начинать как можно раньше, так как в случае неопущения яичка в мошонку до двух лет ребёнка, происходит необратимое нарушение сперматогенеза. Ложный крипторхизм лечения, как правило, не требует. Медикаментозная терапия проводится детскими эндокринологами и заключается во внутримышечном введении человеческого хорионического гонадотропина или интраназальном введении гонадорелина. В 30-60% случаев консервативной терапии оказывается достаточно. При неэффективности консервативных методов терапии или развитии осложнений применяют хирургические методы, а именно орхипексию (низведение яичка в мошонку). При обнаружении некроза или гипотрофии яичка выполняют резекцию яичка или орхиэктомию (его удаление).

Лечение



Осложнения

- Осложнениями крипторхизма могут стать бесплодие, перекрут семенного канатика, ущемление яичка, гормональный дисбаланс, импотенция, озлокачествление дистопного яичка (семинома), травма яичка.



Профилактика

- **Специфических методов профилактики не существует. Однако, рекомендуется тщательное планирование будущей беременности (отказ от вредных привычек, лечение хронических заболеваний, ограничение физических нагрузок и стрессов), избегать воздействия токсических веществ во время беременности, отказаться от приёма ненаркотических анальгетиков, указанных ранее.**