

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

Кафедра хирургических болезней детского возраста

Зав.кафедрой ДМН Джелиев Игорь Шамильевич
Доцент кафедры. КМН Лолаева Бэла Михайловна

Водянка яичка. Пупочная грыжа. Грыжа белой линии живота.



Выполнила студентка 407 гр. пед.фак-а.
Цориева Марина

Владикавказ 2016 г.

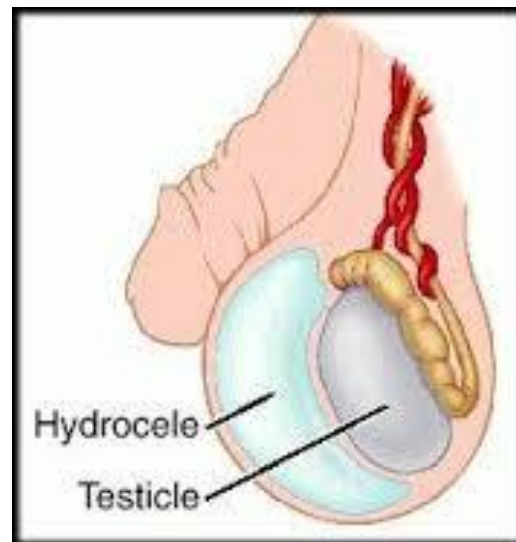
Водянка яичка



Водянка яичка у мальчиков (водянка оболочек яичка, гидроцеле) – врожденная или приобретенная патология, сопровождающаяся накоплением жидкости вокруг яичка в полости мошонки, что приводит к увеличению соответствующей ее половины.

Врожденная водянка яичка встречается у 8-10 % мальчиков первого года жизни; приобретенное гидроцеле диагностируется у 1 % половозрелых мужчин. В 7-10 % случаев выявляется двусторонняя водянка.

Водянке яичка у ребенка нередко сопутствует паховая грыжа. В детской хирургии и детской урологии довольно часто встречаются другие аномалии мошонки: фуникулоцеле (водянка семенного канатика) и лимфоцеле (скопление лимфы в оболочках яичка).



Основные причины водянки яичек у новорожденных и мальчиков постарше

Рассматриваемое отклонение возникает у мальчиков по ряду причин различного характера. Они в основном объединены на две большие группы: врожденная группа и приобретенная.

Причины развития врожденной формы:

- Угроза течения беременности
- Патологическое протекание беременности (внутриутробная инфекция), хронические заболевания женщины
- Перитонеальный диализ
- Недоношенный новорожденный
- Родовая травма
- Генетический наследственный фактор
- Повышенное внутрибрюшное давление

Последняя группа чаще является результатом заболеваний, которые перенес ребенок:

- воспаление яичков
- опухолевое образование яичка и его придатков
- воспаление придатков яичка (эпидидимит)
- сердечно-сосудистая недостаточность и другие

Механические факторы, способствующие появлению водянки:

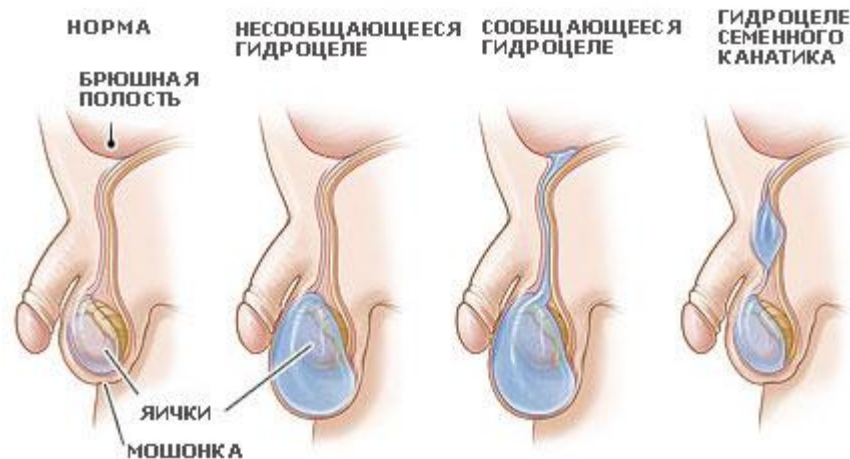
- дефекты брюшной стенки
- травма области мошонки
- перекрут яичка
- результат послеоперационных осложнений (грыжесечение, варикоцелэктомия и другие)
- поражение лимфатической системы и пр

Классификация водянки

Гидроцеле может подразделяться на два типа по состоянию наличия связи водяночного мешка с полостью живота:

- Сообщающаяся или первичная водянка – когда результатом отклонения является закрытие влагалищного отростка, при котором полости влагалищной оболочки и брюшного отдела между собой связаны.
- Изолированная водянка – при данном типе полости влагалищной оболочки яичка и брюшного отдела абсолютно не сообщаются между собой. Таким образом, жидкостное вещество накапливается в оболочке яичка и не может оттуда никуда переместиться.

Первая форма гидроцеле считается более опасной, поскольку осложняется развитием паховой грыжи.



С учетом давления жидкости в полости гидроцеле различают напряженную и ненапряженную водянку яичка у мальчиков. Напряженное гидроцеле – практически всегда несообщающееся; в этом случае жидкость в водяночной полости находится под давлением, так как, накапливаясь, не может покинуть мошонку. При ненапряженной водянке яичка у мальчиков давление в полости не повышено: чаще всего это бывает при сообщающемся варианте гидроцеле.

Врожденная водянка яичка у ребенка до 1-1,5 лет расценивается как физиологическая; чаще она проходит самостоятельно без какого-либо вмешательства. Характер течения водянки яичка у мальчиков может быть острым или рецидивирующим, хроническим. В зависимости от локализации встречается одно- и двусторонняя водянка яичка у мальчиков.



Симптомы водянки яичка у мальчиков

Обычно признаки водянки яичка у мальчиков обнаруживают родители во время проведения гигиенических процедур. Иногда гидроцеле выявляет детский хирург во время профилактического осмотра ребенка.

При водянке яичка у мальчиков отмечается увеличение мошонки в размерах с одной или обеих сторон. В случае сообщающегося гидроцеле увеличение мошонки носит преходящий характер; при изолированном - увеличение мошонки происходит постепенно. Размеры мошонки при водянке яичка у мальчиков могут достигать гусиного яйца, а в запущенных случаях – детской головки.

Сообщающаяся водянка яичка у мальчиков может иметь различную величину и напряжение в течение дня: наибольшей величины опухоль мошонки достигает днем, когда ребенок двигается; ночью, в положении лежа опухоль может исчезать вследствие опорожнения водяночного мешка в брюшную полость.



Водянка яичка у мальчиков, как правило, протекает безболезненно и без признаков воспаления. При вторичном инфицировании гидроцеле может появиться болезненность, покраснение мошонки, озноб, температура, рвота. При большом объеме скопившейся жидкости у детей может затрудняться мочеиспускание и развиваться острая задержка мочи.

Старшие дети отмечают неприятные распирающие ощущения, тяжесть в паховой области и дискомфорт при ходьбе. У мальчиков, имеющих широкий незаращенный влагалищный отросток брюшины, наряду с водянкой яичка могут развиваться косые паховые или пахово-мошоночные грыжи.



Диагностика водянки яичка у мальчиков

Обследование мошонки проводится в положении стоя и лежа. Этот диагностический прием используется для выяснения формы водянки яичка у мальчиков (сообщающейся или несообщающейся с брюшной полостью). В том случае, если размер гидроцеле уменьшается в положении лежа, следует думать о сообщении водяночной полости с брюшной полостью. Также в пользу сообщающейся водянки яичка свидетельствует увеличение размера гидроцеле при покашливании, т. е. при повышении внутрибрюшного давления. Пальпаторно водянка яичка у мальчиков определяется как грушевидное уплотнение, своей верхней частью обращенное по направлению к пахово-



Неинвазивным тестом диагностики водянки яичка у мальчиков служит диафаноскопия мошонки - исследование тканей в проходящем свете (трансиллюминация). В процессе диафаноскопии в мошонке может быть обнаружена не только жидкость, равномерно пропускающая свет, но также сальник или часть кишки при сопутствующей пахово-мошоночной грыже, которые будут задерживать свет.

С помощью УЗИ мошонки и паховых каналов подтверждается диагноз водянки яичка у мальчиков, исключается более серьезная патология (рак яичка, воспаление или перекрут яичка или его придатка). Кроме этого, УЗИ мошонки является высокочувствительным методом в определении вида водянки яичка у мальчиков (сообщающейся или несообщающейся). В дополнение к основному исследованию целесообразно проведение УЗДГ сосудов мошонки.

Дифференциальная диагностика проводится между водянкой яичка и мальчиков и другими заболеваниями органов мошонки: перекрутом яичка, ущемленной грыжей, сперматоцеле, кистой придатка яичка.



Лечение водянки яичка у мальчиков

У детей до 1 года при врожденной ненапряженной водянке яичка в педиатрии принято придерживаться выжидательной тактики и динамического наблюдения. В большинстве случаев такое гидроцеле не требует врачебного вмешательства и проходит самостоятельно по мере облитерации брюшинного отростка.

При реактивной водянке яичка необходимо лечение основного заболевания. Напряженная водянка яичка требует проведения пункции гидроцеле и удаления жидкости из оболочек яичек. Однако в этом случае высока вероятность повторного накопления жидкости в мошонке и необходимости проведения повторных пункций.

Оперативное лечение врожденного гидроцеле рекомендуется проводить в возрасте 1,5 – 2 лет; посттравматического - через 3-6 мес. после травмы. Хирургическое лечение у мальчиков до 2-х летнего возраста показано при сочетании водянки яичка с паховой грыжей; рецидивирующем быстро нарастающем напряженном гидроцеле; инфицировании гидроцеле. При несообщающейся водянке яичка у мальчиков выполняются операции Винкельмана, Лорда или Бергмана (у детей старше 12 лет). В случае сообщения водянки яичка с брюшной полостью проводится операция Росса (перевязка брюшинного отростка и формирование пути оттока водяночной жидкости). Рецидивы водянки яичка у мальчиков встречаются в 0,5-6 % случаев, чаще в подростковом возрасте.

Операция Винкельмана

Операция Винкельмана заключается в том, что хирург после доступа к оболочкам яичка удаляет серозную жидкость, после чего производит выворачивание оболочек – то есть, оболочки сшиваются вокруг яичка наоборот (как бы наизнанку). Такой метод приводит к тому, что образующаяся эпителием оболочек жидкость остается не между листками, а всасывается окружающими тканями.

У детей эта операция проводится под общей анестезией, у взрослых же обычно под местной анестезией (новокаином).

Методика операции

Больной лежит на операционном столе. Хирург проводит разрез длиной 5 – 6 см по передней поверхности мошонки, сразу над припухлостью. После разреза кожи оболочки яичка рассекаются и раздвигаются зажимом. Яичко во влагалищной оболочке выводится в рану. Затем с помощью шприца откачивается жидкость из оболочки яичка. Далее эта оболочка рассекается и выполняется пластика оболочек яичка по Винкельману. При этом хирург выворачивает эти оболочки и сшивает их вокруг яичка.

При сообщающейся водянке яичка, когда существует сообщение между полостью мошонки и паховым каналом, проводится также ушивание и просвета т.н. влагалищного отростка. После этого кожа зашивается кетгутовыми швами, а в рану ставится небольшой резиновый дренаж с целью профилактики гематомы.

В послеоперационном периоде на мошонку накладывается суспензорий – специальная подвешивающая повязка для того, чтобы снять нагрузку на семенной канатик. Швы после этой операции обычно рассасываются сами в течение 10 – 12 дней.

Операция Бергмана

>Такой вид операции по удалению гидроцеле проводится при наличии уплотнений и большого наполнения мошонки жидкостью (в основном применяется для лечения взрослых мужчин).

В начале операции Бергмана при водянке яичка на передней части мошонки делается разрез (около 6 сантиметров). Затем каждая внутренняя оболочка рассекается постепенно и послойно. Достигнув оболочки, которая находится на яичке, врач выводит весь орган в рану. Затем осуществляется выкачка жидкости из полости оболочки. После этого сама оболочка подлежит удалению, а те, которые остались, сшивают кетгутовым швом. Далее, поэтапно, начинается сшивание всех рассеченных оболочек, вплоть до наружного шва. Из зашитой области шва выводится небольшая резиновая дренажная трубка.



Операция Росса при водянке яичка

Такой метод операции при водянке оболочек яичка применяют, в основном, хирурги при врожденной форме гидроцеле. Это наиболее эффективный способ лечения врожденной патологии.

Операция Росса при водянке яичка выполняется через незначительное рассечение в паховой области. Находится и перерезается брюшинный отросток возле пахового внутреннего кольца. Также образовывается небольшое отверстие в оболочках яичек для откачки жидкого вещества. По окончании оперативного вмешательства наружный шов зашивают.

Это очень тонкая процедура, требующая максимальной концентрации и осторожности. Здесь очень важно не повредить некоторые анатомические элементы, которые проходят рядом.



Операция Лорда

Операция Лорда при гидроцеле проводится посредством рассечения водяного мешка, и создания специального канала (гофры) для обеспечения оттока жидкости. Орган, в результате таких действий, не освобождается от тканей. Этот способ не подразумевает извлечения яичка наружу (оно остается в полости мошонки).

Благодаря такому виду оперативного вмешательства сводится к минимуму, травмирование сосудов (осуществляют питание яичек необходимыми веществами), а также тканей мошонки.



Пункция гидроцеле

Это самый простой метод оперативного лечения водянки яичка. Основывается он на выкачке жидкого вещества из отекающих оболочек мошонки. Для этого применяют иглу и шприц. Метод пункции водянки яичка применяется для временного устранения недуга. Данное манипуляционное действие дает лечебный эффект на следующие несколько месяцев, далее процедуру нужно повторять заново.

Пункция гидроцеле может привести к развитию рецидива, если применять ее очень часто. Она нужна только в тех случаях, если оперативное вмешательство пациенту противопоказано.



Метод склеротерапии при гидроцеле

Этот метод широко применяется как вид лечения водянки в странах Европы и Америки. Заключается он в откачке жидкости из оболочки и вводе через иглу в образовавшуюся полость склерозирующего вещества (бетадин, спирт), которое действует на листки влагиалищной оболочки как асептическое средство и способствует зарастанию прохода. После исчезновения прохода, скопление жидкости прекращается. Для достижения положительного результата достаточно использовать метод склеротерапии один-два раза. Рецидивы не превышают 1%, что подчеркивает эффективность склеротерапии.



Пупочная грыжа



Под пупочной грыжей понимают выпячивание внутренних органов через переднюю брюшную стенку вследствие слабости мышц пупочного кольца.

Это выпячивание обычно имеет овальную или округлую форму. Пупок у новорожденного образуется на месте пупочного кольца, в котором проходили сосуды пуповины. На первом месяце жизни кольцо в большинстве случаев зарастает. Если же кольцо смыкается не полностью, то через оставшееся отверстие выпячиваются под кожу внутренние органы: петли кишечника, брюшина, большой сальник. Выпячивание этих органов и образует грыжу. Оставшееся отверстие на месте пупочного кольца называется грыжевыми воротами, а само выпячивание – грыжевым мешком.



Причины возникновения пупочной грыжи

Различают врожденную и приобретенную пупочную грыжу. Она возникает, по данным статистики, у каждого 5-го доношенного и у каждого 3-го недоношенного младенца.

Причины врожденной пупочной грыжи:

- Наиболее часто пупочная грыжа является следствием генетической предрасположенности к мышечной слабости передней брюшной стенки. Если у кого-либо из родителей малыша была в детстве пупочная грыжа, то вероятность появления ее у ребенка возрастает до 70 %.
- Пупочная грыжа возникает в случае слабости мышц пупочного кольца. Ее появление не связано со способом обрезания пуповины и наложением пупочной скобки. Анатомическая слабость мышц может быть следствием воздействия на плод различных факторов (инфекционных, физических, химических), вызывающих задержку развития плода. В результате оказывается недостаточно развитой соединительная ткань (коллагеновые волокна), что приводит к неправильному формированию структуры пупочного кольца. Врожденная грыжа формируется обычно в первый месяц жизни младенца.

Причины приобретенной пупочной грыжи:

- Мышцы пупочного кольца после родов еще слабые. Сопутствующие заболевания у новорожденного (гипотрофия, рахит) вызывают дополнительное понижение тонуса мышц, что способствует возникновению грыжи.
- Запоры, частый продолжительный плач ребенка, кишечные колики, усиленное газообразование способствуют постоянному напряжению мышц брюшной стенки, повышению внутрибрюшного давления и, как следствие, замедленному и неполному зарастанию пупочного кольца, тем самым создаются условия для возникновения грыжи. Приобретенная пупочная грыжа появляется на первом году жизни. Иногда возникновение грыжи не имеет видимой причины.

Симптомы пупочной грыжи

Пупочная грыжа внешне выглядит как выпуклость или выпячивание различной формы и размеров, расположенное вблизи пупка. Сам пупок тоже выпячивается несколько больше обычного. Если размер пупочного кольца небольшой, то пупок возвышается примерно на 5 мм, а в случае большого по диаметру кольца пупок выпячивается на 10 мм и более.

Больше всего выпячивание заметно при плаче ребенка, оно может увеличиваться в размерах при плаче, напряжении животика во время испражнения.

При легком надавливании на грыжу она исчезает (вправляется). На ощупь выпячивание мягкое. При вправлении можно слышать урчание кишечника. Значительные размеры пупочного кольца и самого грыжевого мешка позволяют увидеть сокращение мышц стенки кишечника и продвижение пищи по кишечнику. Болевых ощущений грыжа обычно не вызывает у малышей.



Осложнения

Как правило, пупочная грыжа исчезает самостоятельно, безо всякого вмешательства по мере роста ребенка и укрепления мышечного брюшного пресса. Обычно она не приносит ребенку ухудшения здоровья.

В крайне редких случаях возникают осложнения: ущемление грыжи или разрыв ее.

При ущемлении грыжи петли кишечника или другие ткани брюшной полости (у девочек это может быть яичник) защемляются, сильно пережимаются в грыжевом мешке.

При этом появляются такие симптомы:

- грыжа не вправляется в брюшную полость (нельзя ни в коем случае пытаться насильно ее вправить!);
- при ущемлении появляется сильная боль в животе, из-за которой ребенок громко плачет;
- живот малыша вздут;
- появляется тошнота, возможна рвота;
- выпячивание увеличивается в размерах;
- кожные покровы грыжевого мешка чувствительные, огрубевшие, покрасневшие

Крайне редким является и другое осложнение – разрыв грыжи: кожа над грыжевым мешком разрывается, его содержимое оголяется.

Любое из этих осложнений требует немедленного оперативного лечения.

Лечение

Существуют консервативные и оперативные методы лечения пупочной грыжи у детей. Согласно статистике, в 99 % случаев происходит самоизлечение от пупочной грыжи (без любого вмешательства): грыжи диаметром до 1 см исчезают к 2–3 годам, иногда позже – к 5 годам, когда уже более развит брюшной пресс.

Консервативное лечение

К методам консервативного лечения пупочной грыжи относятся:

- специальная повязка на пупок;
- правильное вскармливание;
- массаж;
- лечебная гимнастика.



а



б

Врач-хирург может предложить лечение специальной повязкой, которую он накладывает на 10 дней. Для этого используется обычно специальный гипоаллергенный пластырь; обычный пластырь вызывает раздражение кожи у малыша и доставляет ему неприятные ощущения. Перед наложением повязки хирург сам вправляет грыжевой мешок и соединяет 2 складки кожи над грыжевым выпячиванием. Складки помогают сблизиться мышечным волокнам. Этим облегчается заращение пупочного кольца, а пластырь не дает возможности для повторного выпячивания. Если же выпячивания будут постоянно повторяться, то заращения не произойдет.

Повязка не снимается даже при купании ребенка. Через 10 дней врач повторно осматривает ребенка и оценивает размеры пупочного кольца. Если оно осталось незакрытым, то пластырь накладывают повторно, также на 10 дней. Как правило, трехкратного наложения повязки бывает достаточно.



В оптимальном варианте ребенок с пупочной грыжей должен получать грудное вскармливание. Чтобы избежать запоров у малыша, матери надо исключить употребление орехов, бобовых, колбас, копчений; коровье молоко заменить кисломолочными продуктами. Питание ребенка при искусственном вскармливании необходимо согласовать с педиатром, чтобы исключить у малыша появление запоров, повышенного газообразования и колик. Не следует допускать также продолжительного плача, крика ребенка.



Ускорить заращение пупочного кольца помогают ежедневные занятия с ребенком гимнастикой и массаж. Они необходимы даже при небольшом размере грыжи. Массаж и гимнастику можно начинать делать с 2–3 недель жизни ребенка, после того как заживет пупочная ранка. Перед началом занятий необходимо вправлять выпячивание.



С 2-месячного возраста следует выкладывать младенца на животик на 15–20 минут (до кормления) 3–4 раза в течение дня на ровную и твердую поверхность (например, пеленальный стол, накрытый пеленкой). Можно выкладывать ребенка на 2–3 минуты, но многократно (10–15 раз за день). Перед ребенком надо положить яркие игрушки, он будет тянуться к ним и развивать, укреплять мышцы брюшного пресса.



Оперативное лечение

В случае неэффективности консервативного лечения решается вопрос об оперативном вмешательстве. Экстренное оперативное лечение проводится в случае осложнений грыжи (ущемление или разрыв) в любом возрасте ребенка. Показания для планового оперативного вмешательства при пупочной грыже:

- размер грыжи превышает 1,5 см и продолжает увеличиваться (вероятность самоизлечения при таком размере низкая);
- появление грыжи в возрасте ребенка старше 6 месяцев;
- увеличение размеров грыжи после достижения малышом возраста 1–2 года;
- самоизлечение не произошло к 5 годам жизни;
- хоботообразная форма грыжи;
- грыжа доставляет неприятные ощущения ребенку.

Плановую операцию проводят по достижению ребенком трехлетнего возраста и старше. Но если грыжа вызывает болезненные ощущения, то операция может быть проведена даже трехмесячному младенцу. Обязательно следует произвести операцию в дошкольном возрасте, т. к. по мере роста ребенка снижается эластичность тканей – это может стать причиной развития грыжи больших размеров и повышает риск возникновения осложнений. При этом может происходить смещение внутренних органов и нарушение их функции.

Лечить грыжу в детском возрасте легче, проще и быстрее, т.к. организм не сформирован окончательно. Операция проводится под общим обезболиванием. Во время операции хирург делает надрез ниже пупка, вправляет на место содержимое грыжевого мешка, иссекает и ушивает грыжевой мешок, укрепляет мышечную и соединительную ткани, накладывает швы. Используется также лапароскопический метод проведения операции. Длительность такой операции – около 15 минут. В этом случае швы снимать не нужно, боль после операции практически не ощущается. В некоторых клиниках операция проводится в амбулаторном режиме (спустя 2–3 часа после проведения операции ребенка отпускают домой).



Грыжа белой линии живота.

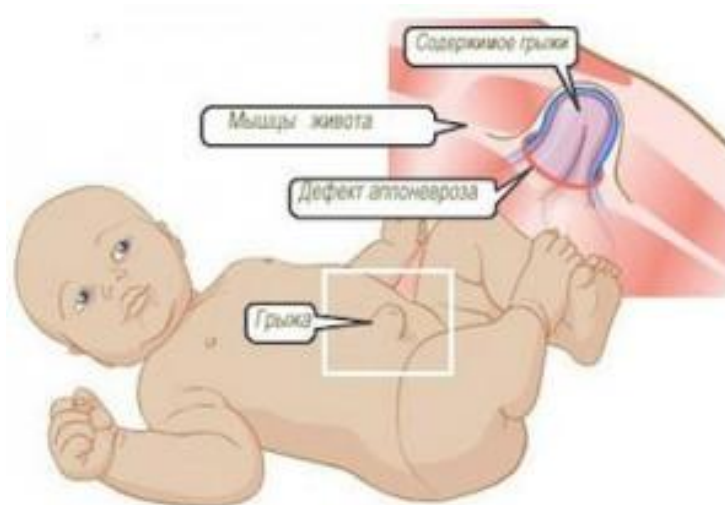


Белая линия живота – это вертикальная мышечная полоса, начинающаяся у мечевидного отростка грудины и заканчивающаяся у лонного сочленения. Середина этого сухожильного пласта проходит через пупок и на его уровне имеет ширину 10–25 мм, а чуть ниже сужается до 2–3 мм.

Грыжа белой линии живота у ребёнка возникает, когда пучки сухожильной пластинки расходятся на уровне пупка, а сквозь них выпячиваются петли кишечника и сальника. Чем шире расхождение волокон (до 10–12 см), тем меньше риск ущемления грыжи. Но в основном грыжевые ворота расходятся до 5–6 см.

Грыжа белой линии живота у ребёнка может возникнуть на фоне генетической или приобретённой *анатомической слабости фиброзных волокон*. Вследствие этого происходит истончение, расширение, образование щелевидных отверстий и расхождение прямых мышц живота. Также возникновение грыжи может быть обусловлено недоразвитостью широкой сухожильной пластинки, состоящей из коллагеновых и эластичных волокон.

Спровоцировать белую грыжу живота может *ожирение, травма живота, послеоперационные шрамы*. А также повышение внутрибрюшного давления, возникающего при запорах, длительном крике, коклюше и т. п.



Стадии развития грыжи белой линии

У грыжи белой линии живота есть три стадии развития.

В **первой фазе** происходит образование предбрюшинной липомы. Иногда заболевание перетекает в так называемую начальную фазу, а порой достигает и окончательной стадии формирования.

Первая фаза характеризуется выпиранием предбрюшинных клеток сквозь щелевидное расхождение сухожильных волокон. Именно такая картина характеризует формирование предбрюшинных липом. Очень часто заболевание останавливается на этой стадии и не развивается дальше.

Но иногда липома может трансформироваться в грыжевой мешочек, (**2 стадия**) наполненный частью сальника и небольшим участком тонкого кишечника. А окончательно сформировавшаяся грыжа обладает грыжевыми воротами и грыжевым мешочком с содержимым. Внутри грыжевого мешочка нередко можно обнаружить поперечно-ободочную кишку, петли тонкого кишечника и даже стенки желудка.

Последняя стадия развития грыжи белой линии живота отлично просматривается невооружённым глазом. Кроме того, её очень легко выявить с помощью пальпации.

В основном, грыжи белой линии формируются локально. Но иногда образовывается несколько грыж, расположенных одна над другой.

Грыжи бывают надпупочными, околопупочными и подпупочными.



Симптомы грыжи у ребенка

Основной признак грыжи – взбухание, при котором наблюдаются боли, обычно в эпигастральной области.

Когда происходит ущемление грыжевого мешочка, наблюдаются следующие симптомы: сильная боль в месте грыжи, в тяжелых случаях – рвота, повышение температуры, общая слабость, вздутие живота и раздражение брюшины.

Грыжу очень трудно вправить внутрь, прикосновение к ней вызывает боль. В некоторых случаях грыжа протекает без симптомов и выявляется лишь при осмотре ребенка врачом.

Усиление болей возможно после еды, резких движений, натуживания, физической нагрузки. Нередко наблюдаются расстройства пищеварения: отрыжка, тошнота, запоры, изжога.



Диагностика грыжи

Полноценная диагностика грыжи белой линии поможет своевременно обнаружить заболевание и эффективно его излечить. Обследование живота осуществляют в горизонтальном и вертикальном положении пациента при напряженных и расслабленных мышцах брюшной стенки.

Для диагностирования заболевания используются следующие методы:

- осмотр пациента;
- опрос и сбор анамнеза;
- аускультация и пальпация;
- рентгенографическое исследование желудка;
- УЗИ содержимого грыжевого мешка;
- гастроскопия;
- исследование анализов мочи и крови;
- МРТ и КТ грыжи (в сложных ситуациях).

Дифференциальную диагностику грыжи белой линии обычно осуществляют при следующих заболеваниях:

- холецистит;
- панкреатит;
- язвенная болезнь желудка;
- метастазы опухоли в сальник.



Лечение грыжи

Наиболее эффективный метод – хирургическое вмешательство. Если вовремя не удалить грыжу, то существует риск осложнения грыжи и ее дальнейшего развития.

Противопоказаниями к операции являются тяжелые заболевания, наличие инфекций в организме и неуправляемость грыжи. При наличии данных противопоказаний требуется предотвратить увеличение грыжи в размерах. Для этого ребенок должен носить специальный бандаж.

Хирургическое удаление грыжи – герниопластика. Операция обычно проводится под общим наркозом. Основные виды операций: пластика местными тканями (натяжная) и пластика грыжи с помощью эндопротеза (ненатяжная).

Герниопластика с применением собственных тканей проводится для удаления небольших грыж. В этом случае грыжа удаляется при помощи непрерывных кисетных кетгутовых швов. Натяжная герниопластика может вызвать рецидив грыжи, так как швы могут не выдержать большой нагрузки и прорезаться.

Герниопластика с использованием эндопротеза обычно проводится для удаления малых и средних грыж. Это самый эффективный хирургический способ лечения грыжи. Современные эндопротезы характеризуются высокой надежностью и эластичностью, не ограничивая подвижность брюшной стенки.

Использование эндопротеза обеспечивает следующие преимущества по сравнению с натяжной пластикой:

- безболезненность. Как правило, пациентам не нужно принимать обезболивающие средства после операции.
- малый срок реабилитации. Продолжительность операции составляет около часа, а уже на следующий день маленького пациента можно выписывать. В некоторых случаях он может остаться в стационаре еще на пару дней.
- незначительный риск рецидива. Вероятность рецидива после использования этого способа составляет не более 1%, тогда как при использовании натяжной пластики – 20-40%.

Диета при грыже

При подготовке ребенка к хирургическому вмешательству следует кормить его блюдами из овощей, круп, риса, фруктов, рыбы, яичного белка, нежирного сыра и др. Необходимо исключить из рациона острые и жирные блюда, включая пряности.

Для ускорения послеоперационной реабилитации врач прописывает специальный рацион, богатый фруктовыми и овощными соками, кашами, а также пюре. Однако не рекомендуется злоупотреблять клетчаткой во избежание колик и метеоризма. Также следует давать ребенку после операции кальций, витамины В и С.

В послеоперационный период крайне нежелательно употребление продуктов, которые способствуют развитию запоров и газообразованию.



Фото: хирургическое удаление грыжи

Осложнения грыжи

Основное осложнение грыжи белой линии живота – ее ущемление, при котором внезапно сдавливается грыжевое содержимое в грыжевых воротах.

Если происходит ущемление грыжи, то ребенку проводится экстренное хирургическое вмешательство, которое может предусматривать большие объемы резекции. Основными симптомами ущемления являются рвота, тошнота, сильная боль в животе, невозможность вправить грыжу, наличие крови в кале.

Другое осложнение грыжи белой линии живота – невправляемость грыжи. В этом случае происходит соединение содержимого грыжи со стенками грыжевого мешка.

Кроме того, возможны травмы и воспаления внутреннего органа, расположенного в грыжевом мешке, а также непроходимость кишечника.

Профилактика грыжи

В качестве профилактики грыжи белой линии живота у грудничков следует проводить регулярные опорожнения кишечника. Также следует следить за тем, чтобы малыш не переел, а его кишечник работал надежно.

Для детей в возрасте 5-10 лет эффективной профилактикой образования грыжи являются умеренные занятия физкультурой.

Необходимо регулярно водить ребенка на плановые осмотры к врачу и приучать малыша к умеренному закаливанию.

В заключение необходимо отметить, что грыжу белой линии живота у детей можно устранить только при помощи хирургической операции. Очень важно провести диагностику и операцию своевременно, иначе возможны осложнения, прежде всего, ущемление грыжи. Но и после операции необходимо тщательное соблюдение всех рекомендаций врача для предотвращения рецидивов.

Берегите себя и своих детей!

