**МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**КАФЕДРА ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ.**

# РЕФЕРАТ

**на тему:**

**«ПЛАНОВАЯ ХИРУРГИЯ»**

## Создатель: Абалмасов П.К.

Группа 18, V курс, д. л. ф.

Москва – 2000

**Аномалии желточного и мочевого протоков.**

В первые недели внутриутробного развития человека функционируют эмбриональные протоки – желточный (ductus omphaloentericus) и мочевой (urachus), которые входят в состав пупочного канатика. Первый служит для питания плода, соединяя кишечник с желточным мешком, по второму осуществляется отток мочи в околоплодные воды.

На 3-5 месяце внутриутробной жизни наблюдается обратное развитие протоков: желточный полностью атрофируется, превращаясь в среднюю связку, располагаясь с внутренней поверхности передней брюшной стенки.

В зависимости от того, в какой степени и на каком уровне сохранился необлитерированный желточный проток, различают:

1. Свищи пупка полные и неполные;
2. Меккелев дивертикул;
3. Энтерокистому.

Нарушение облитерации мочевого протока проявляется обычно свищами пупка – полными и неполными. Киста мочевого протока представляет собой большую редкость.

**Полные свищи пупка** возникают в тех случаях, когда желточный или мочевой проток остаётся открытым на всём протяжении.

Значительно чаще наблюдаются свищи желточного протока. Если просвет необлитерированного желчного протока широк, через пупочный свищ выделяется кишечное содержимое, при этом в области пупочного кольца видна слизистая оболочка кишечника ярко-красного цвета. При натуживании и крике ребёнка может возникнуть эвагинация кишечника, которая сопровождается частичной кишечной непроходимостью.

При полных свищах мочевого протока после отпадения пуповины из пупочной ранки по каплям вытекает моча. Иногда при натуживании ребёнка или во время мочеиспускания моча выделяется через свищ струёй. Кожа при полных свищах пупка раздражена, мацерирована.

Диагноз ставится на основании характера выделений.

Методы исследования: фистулография; цветная проба при подозрении на свищ мочевого протока.

Лечение оперативное, производят сразу после установления диагноза.

Операция: иссечение свищевого хода на всём протяжении. В случае обнаружения дивертикула его удаляют. Мочевой проток выделяют на всём протяжении внебрюшинно, перевязывают и иссекают.

**Неполные свищи** образуются при нарушении облитерации дистальных отделов протоков.

Для этой аномалии характерны скудные выделения из пупочного кольца. При развитии инфекции отделяемое становится гнойным.

При осмотре пупочной ранки среди необильных грануляций можно обнаружить точечное свищевое отверстие, из которого выделяется небольшое количество жидкого содержимого.

Диагноз неполного свища пупка можно с уверенностью поставить через 4-8 недель правильного лечения пупочной ранки. Для подтверждения диагноза производят зондирование свищевого хода.

Лечение всегда начинают с консервативных мероприятий: ежедневные ванны со слабым раствором перманганата калия, туалет пупочной ранки с последующим прижиганием 5% настойкой йода, 10% раствором нитрата серебра (ляпис).

Повязки не применяют, т.к. они способствуют скапливанию содержимого и инфицированию. В случаях неэффективности консервативного лечения показана операция (начиная с 6 мес).

**Меккелев дивертикул.** Это патология, когда необлитерированной остаётся проксимальная часть желточного протока. Обычно меккелев дивертикул располагается на противоположной брыжейке стороне подвздошной кишки, в 20-70 см от илеоцекального клапана, по форме напоминает короткий червеобразный отросток. Меккелев дивертикул имеет коническую или цилиндрическую форму. Он может припаиваться соединительно-тканным тяжом (остаток желточного протока) к брыжейке, передней брюшной стенке или петлям кишечника. При гистологии обнаруживают дистопированную слизистую желудка или различных отделов кишечника. Реже встречается ткань поджелудочной железы. Дистопия атипичной железистой ткани является причиной одного из осложнений дивертикула – эрозии его стенки и кишечного кровотечения.

Кровотечение возникает остро. Кровь в кале тёмно-коричневого цвета. При массивном кровотечении быстро развивается анемия.

Дивертикулит протекает с симптомами, сходными с острым аппендицитом.

Кишечная инвагинация начинается с дивертикула, протекает с типичными симптомами. Дивертикул обнаруживают на операции после дезинвагинации.

Кишечная непроходимость может вызываться перекрутом кишечных петель вокруг дивертикула, припаявшегося к передней брюшной стенке, или ущемлением их при фиксации дивертикула к брыжейке или кишечным петлям. Клиника типична для кишечной непроходимости.

**Кисты желточного и мочевого протоков.** При облитерации обоих концов протока и сохранившейся и необлитерированной средней части она постепенно растягивается, заполняется секретом слизистой оболочки и образует кисту. Кисты желточного протока обычно бессимптомные. Иногда кисты приводят к серьёзным осложнениям.

Лечение заключается в ликвидации кишечной непроходимости и удалении протока вместе с кистой.

**Грыжа пупочного канатика.**

Это порок развития, при котором к моменту рождения ребёнка часть органов брюшной полости располагается внебрюшинно – в пуповинных оболочках, состоящих из амниона, вартонова студня и первичной примитивной брюшины.

Происхождение грыжи связывают с нарушением эмбриогенеза на первых неделях внутриутробной жизни.

В зависимости от времени остановки развития передней брюшной стенки различают два основных вида пуповинных грыж – эмбриональные и фетальные.

По клинике грыжи классифицируют следующим образом:

по размерам: небольшие, средние, большие (соответственно 5-10-15 см);

по состоянию грыжевых оболочек: неосложнённые, осложнённые.

Клиника: при осмотре часть органов брюшной полости находится в пуповинных оболочках. Грыжевое выпячивание находится в проекции пупка, над дефектом передней брюшной стенки. От верхнего полюса грыжевого выпячивания отходит пуповина. Если остановка в развитии происходит рано, то вне брюшной полости находится значительная часть печени и большая часть кишок. В случаях более поздней остановки развития внебрюшинно остаётся только часть кишечных петель. При дефекте диафрагмы наблюдается эктопия сердца.

Лечение: два метода – консервативный и оперативный.

Абсолютные противопоказания к оперативному лечению:

врождённый порок сердца;

глубокая недоношенность;

тяжёлая родовая черепно-мозговая травма.

Радикальному хирургическому вмешательству подлежат новорожденные с малыми и средними грыжами при хорошо сформированной брюшной полости.

Радикальная операция сводится к иссечению пуповинных оболочек, вправлению внутренностей и пластике передней брюшной стенки.

**Пупочная грыжа.**

Это дефект развития передней брюшной стенки. Условиями, способствующими развитию этой патологии, служат анатомические особенности этой области.

Клиника: пупочная крыжа проявляется выпячиванием округлой или овальной формы разных размеров. В спокойном состоянии и положении ребёнка лёжа грыжевое выпячивание легко вправляется в брюшную полость и тогда хорошо прощупывается пупочное кольцо.

В значительном числе случаев у маленьких детей может наблюдаться самоизлечение, что связано с развитием брюшного пресса. После 5-6 лет пупочное кольцо, как правило, самостоятельно не закрывается и необходимо оперативное вмешательство.

В качестве консервативного лечения назначают гимнастику, массаж, ванны, правильный режим и рациональное питание. При неэффективности проводимого лечения показано хирургическое вмешательство.

**Грыжа белой линии живота.**

Возникает вследствие небольших дефектов апоневроза, располагающихся вблизи средней линии, между пупком и мечевидным отростком. Часто встречаются параумбиликальные грыжи.

В отличие от пупочной грыжа белой линии живота чаще встречается у детей старшего возраста. В ряде случаев могут возникнуть боли, что связано с вовлечением в дефект апоневроза париетальной брюшины, образующей грыжевой мешок.

Лечение только оперативное.

**Пороки развития яичка и семенного канатика.**

Различные врождённые пороки и аномалии яичек подразделяют на аномалии развития и положения.

К первым относятся гипоплазия, монорхизм, анорхизм, ко вторым – крипторхизм и эктопия.

Гипоплазия яичка. Эта аномалия развивается в результате нарушения кровоснабжения и чаще всего встречается при крипторхизме.

Монорхизм. Врождённая аномалия, характеризующаяся наличием только одного яичка.

Анорхизм. Врождённое отсутствие обоих яичек, обусловленное незакладкой эмбриональной половой железы. Часто сочетается с двухсторонней агенезией или аплазией почек.

Полиорхизм. Характеризуется наличием добавочного яичка. Обычно оно уменьшено, гипоплазировано, лишено придатка и располагается в мошонке выше основного семенника.

Возникновение аномалий положения яичек связывают с нарушением процесса их опускания. У плода яички располагаются забрюшинно на задней стенке живота. С 6-го месяца яички начинают опускаться и, пройдя паховый канал, опускаются на дно мошонки и фиксируются там к моменту рождения ребёнка. Однако вследствие различных причин процесс опускания прекращается или извращается.

Крипторхизм – это задержка (ретенция) яичка на пути своего следования в мошонку.

Эктопия – это отклонение яичка на пути следования в мошонку.