



ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России
КАФЕДРА ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ



Трансумбиликальные минилапаротомии в хирургии новорожденных

Выполнила студентка 4 курса
педиатрического факультета 5
группы
Курелёнок Александра Валерьевна

Научный руководитель:
Анфиногенов А.Л.

г. Москва, 2017

ВРОЖДЁННЫЕ ПОРОКИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

1) Омфалоцеле



2) Гастрошизис



000



ВРОЖДЁННЫЕ ПОРОКИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

3) Кишечный свищ пупка



Рис.1

4) Урахус



Рис.2



ВРОЖДЁННЫЕ ПОРОКИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

5) Пилоростеноз



ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ ЛЕЧЕНИЯ

- 1) Лапароскопическая пилоромиотомия
- 2) Лапароскопическая дуоденопластика
- 3) Лапароскопия при синдроме Ледда
- 4) Лапароскопическая операция при резекции дивертикула Меккеля
- 5) Лапароскопическая операция при свищах урахуса
- 6) Лапароскопическая операция при кистах яичников у девочек



ПРЕИМУЩЕСТВО ЛАПАРОСКОПИИ

- 1) Хороший косметический эффект после операции.
- 2) Относительная бескровность метода.
- 3) Малая травматичность .
- 4) Увеличение, которая даёт видеокамера.



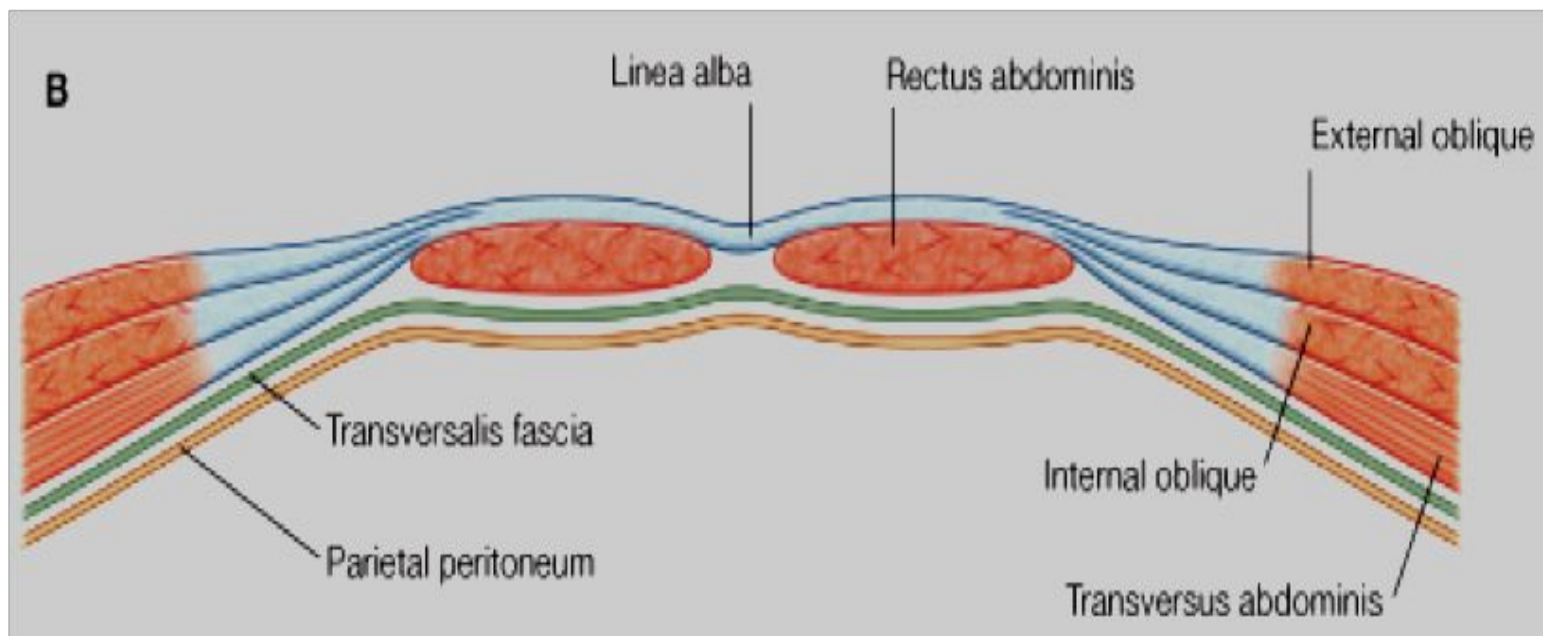
НЕДОСТАТКИ ЛАПАРОСКОПИИ

- 1) Сложность технологического исполнения операции;
- 2) Необходимость определённых навыков у хирурга;
- 3) Небольшой объём брюшной полости у новорожденных, а следовательно, использование адаптированных инструментов;
- 4) Создания длительного пневмоперитонеума , что сказывается на экскурсию лёгких у новорожденных во время операции;
- 5) Низкая рентабельность и дороговизна выполняемых операций, т.к. они выполняются достаточно редко у новорожденного.



АФО ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

- 1) Толщина передней брюшной стенки относительно тонкая.
- 2) Собственная фасция живота тонкая, рыхлая, с возрастом уплотняется.
- 3) Мышцы живота развиты слабо, трудно отделяется одна от другой.
- 4) Белая линия у детей относительно широкая и тонкая.



АФО ПУПКА У НОВОРОЖДЕННЫХ

- 1) Положение пупка у новорожденных смещено книзу.
- 2) Скелетотопически - между III и IV поясничными позвонками.
- 3) Кожа пупка плотно фиксирована к подлежащей рубцовой ткани.
- 4) Вблизи пупка не имеется никаких важных иннервационных путей.



Рис.3



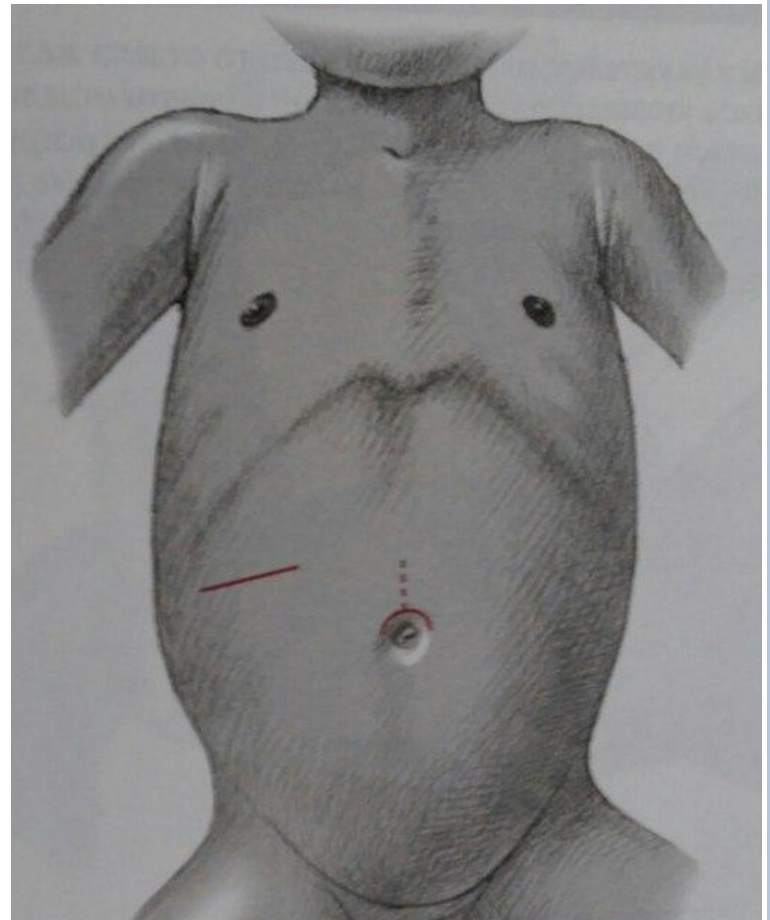
ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО АФО

В связи с АФО строения передней брюшной стенки и пупка, возможны супра-, инфра- и трансумбиликальные доступы в минилапаротомии новорожденных.



ДОСТОИНСТВА МИНИЛАПАРОТОМИИ

- 1) Отличный косметический результат;
- 2) Простота технологического исполнения операции;
- 3) Нет необходимости создания длительного пневмоперитонеума.



СУПРАУМБИКАЛЬНЫЙ ДОСТУП ПРИ ПИЛОРОСТЕНОЗЕ

Рис.4



**Разрез серозно-
мышечного слоя
привратника**

Рис.5



**Разводят маскитом
гипертрофированные
мышцы**

Рис.6



**Послойное ушивание
раны**

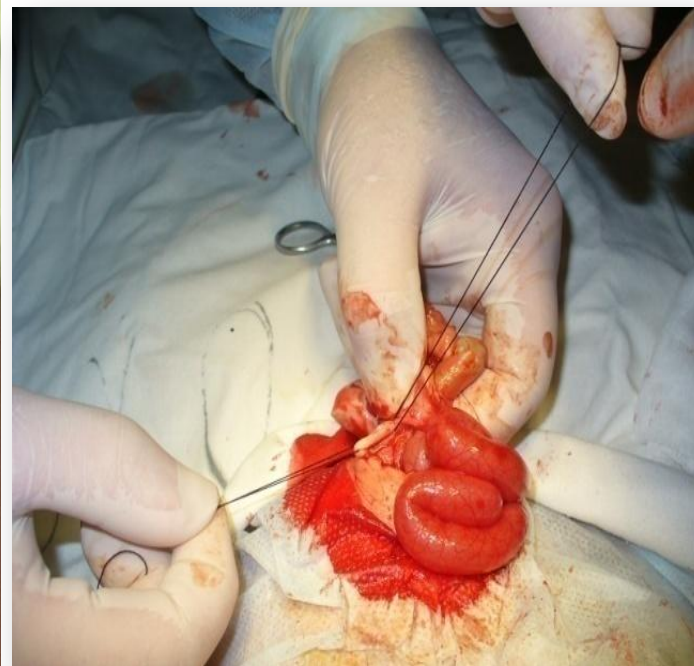


ТРАНСУМБИЛИКАЛЬНЫЙ ДОСТУП ПРИ ОМФАЛОЦЕЛЕ

Рис.7



Рис.8



Погружение содержимого грыжевого мешка в брюшную полость, иногда, при необходимости, выполняется резекция кишечника с формированием анастомоза.



ТРАНСУМБИКАЛЬНЫЙ ДОСТУП ПРИ ГАСТРОШИЗИСЕ

**Погружение кишечных петель
в брюшную полость.**

Рис.9



ТРАНСУМБИЛИКАЛЬНЫЙ ДОСТУП ПРИ ПОРОКЕ ЖЕЛТОЧНОГО ПРОТОКА

1. Используем трансумбиликальный доступ окаймляющий кишечный свищ.
2. После выделения свища и перевязки пупочных сосудов, вскрывается брюшная полость и эвентрируется петля подвздошной кишки с основанием свищевого хода .



Рис.10

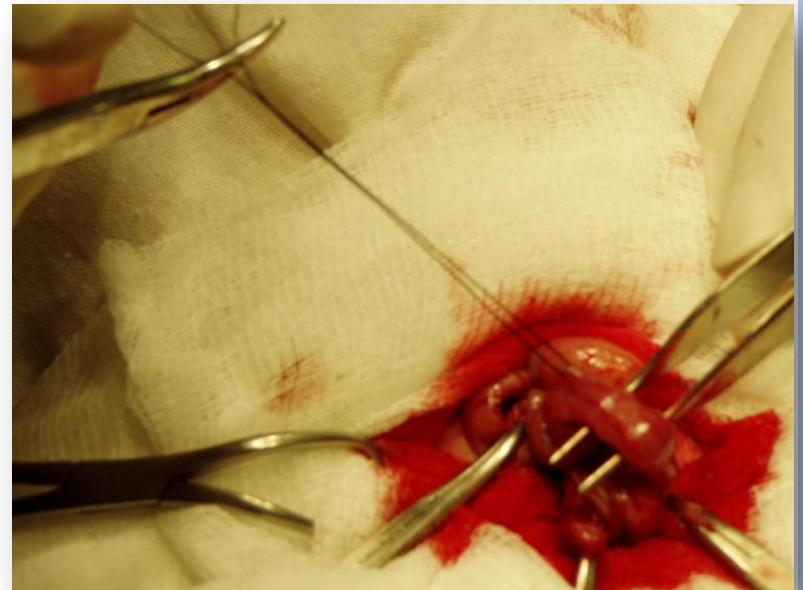


Рис.11

ТРАНСУМБИЛИКАЛЬНЫЙ ДОСТУП ПРИ ПОРОКЕ РАЗВИТИЯ УРАХУСА

- 1) Окаймляющим разрезом урахус выделяли из окружающих тканей.
- 2) Подтягивали мочевой пузырь, на стенку которого накладывали кисетный шов вокруг основания мочевого протока.



Рис.12



Рис.13

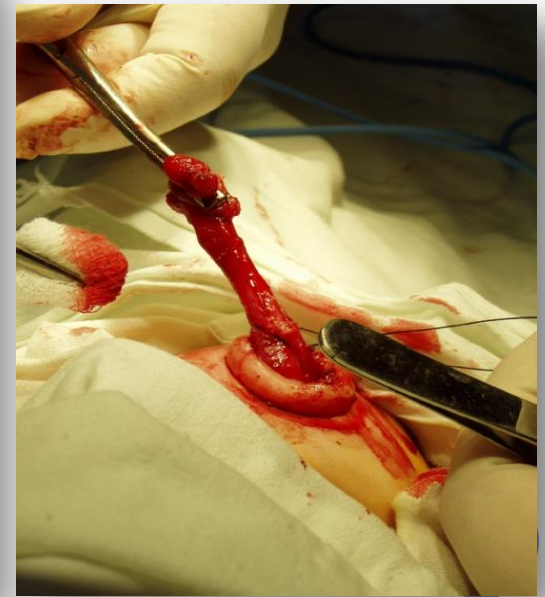


Рис.14

ТРАНСУМБИЛИКАЛЬНЫЙ ДОСТУП ПРИ ПОРОКЕ РАЗВИТИЯ УРАХУСА

**Мочевой проток перевязывали и отсекали у основания, после чего культю
урахуса погружали в кисетный шов.**

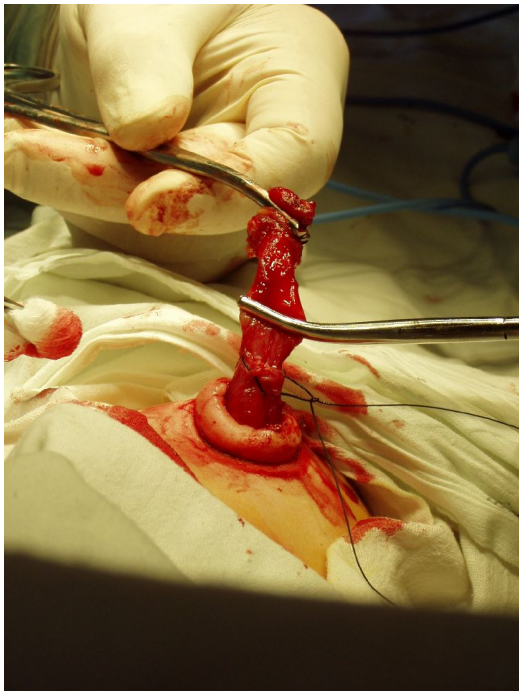


Рис.15



Рис.16



Рис.17

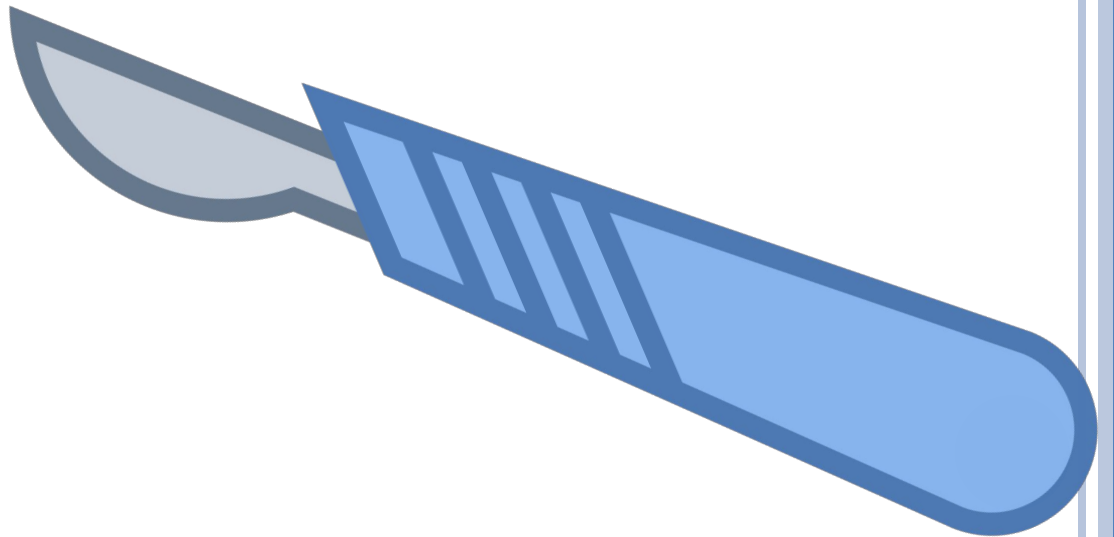
ОМФАЛОПЛАСТИКА



Рис.18

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Трансумбиликальная минилапаротомия является методом выбора при омфалоцеле, гастрошизисе, кишечном свище пупка, необлитерированном урахусе.



БЛАГОДАРИЮ ЗА ВНИМАНИЕ!

