

УДК 616.34-007.43-031-89:616-053.2/.5

СПАХИ О.В.¹, КОПЫЛОВ Е.П.², ПАХОЛЬЧУК А.П.¹

¹Запорожский государственный медицинский университет

²Запорожская областная детская клиническая больница

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВО-МОШОНОЧНЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ

Резюме. Введение. Паховая грыжа — наиболее частое заболевание в практике детского хирурга и составляет 70–85 % от всех грыж у детей.

Целью нашей работы является улучшение результатов диагностики и лечения пахово-мошоночных грыж у детей. **Материалы и методы.** Проанализировано 186 детей с пахово-мошоночными грыжами в период с 2010 по 2015 г. Односторонняя паховая грыжа — 68,4 % случаев, двусторонняя — 31,6 % случаев. У 76 детей паховая грыжа сочеталась с пупочной грыжей, с водянкой оболочек яичек — у 20 детей. **Результаты и обсуждение.** Анализируя полученные результаты, мы обнаружили, что у 84,9 % детей диагностика грыж основывалась на жалобах родителей и физикальном осмотре детей. Оперативное лечение 78 (42 %) детям произведено открытым доступом. 108 (58 %) пациентам произведена лапароскопическая коррекция. Из них у 28 детей грыжа с другой стороны была диагностирована во время оперативного вмешательства. В течение года после операции у 18 детей выявлена метакромная грыжа (контралатеральной области). У 12 детей с пахово-мошоночными грыжами огромных размеров выявлена водянка оболочек яичек.

Выводы. 1. Оптимальным сроком операции является время установления диагноза с целью предупреждения осложнений и повреждений органов мошонки. 2. Лапароскопический доступ позволяет без труда произвести операцию с двух сторон, что, в свою очередь, предупреждает возникновение контралатеральных грыж в катамнезе.

Введение

Паховая грыжа — наиболее частое заболевание в практике детского хирурга и составляет 70–85 % от всех грыж у детей [1, 4, 6, 10]. Паховая грыжа у детей является результатом необлитерированного отростка брюшины. По данным литературы, доля операций, выполняемых в плановом порядке в клинике детской хирургии по поводу паховых грыж, составляет до 30 % [9, 11]. Встречаемость данной патологии в детской популяции, по оценке как отечественных, так и зарубежных авторов, составляет от 1 до 5 % [1, 6, 8, 10, 11].

Критериями диагностики пахово-мошоночных грыж являются физикальное обследование, ультразвуковая диагностика паховых областей.

Но, несмотря на разработанные диагностические критерии, частота ущемленных грыж, которые могут сопровождаться осложнениями, приводящими к нарушениям функции и иногда к гибели яичка и части кишечника, по данным разных авторов, достигает 10 %. Также у 15–30 % детей, перенесших

герниографию, производят операции по поводу паховой грыжи с противоположной стороны [2, 3].

Поэтому своевременная диагностика и лечение паховых грыж имеют первоочередное значение в практике детского хирурга.

В настоящее время существует два метода оперативной коррекции паховой грыжи: открытый и лапароскопический [10]. Несмотря на распространенность заболевания в детской популяции, число сравнительных исследований открытого и лапароскопического подхода к лечению паховой грыжи у детей ограничено [4, 7, 10, 12].

Адрес для переписки с авторами:

Спахи Олег Владимирович

E-mail: spakhi@mail.ru

© Спахи О.В., Копылов Е.П., Пахольчук А.П., 2016

© «Здоровье ребенка», 2016

© Заславский А.Ю., 2016

Целью нашей работы является улучшение результатов диагностики и лечения пахово-мошоночных грыж у детей.

Материалы и методы

В отделении детской хирургии на базе кафедры детской хирургии и анестезиологии Запорожского государственного университета в период с 2010 по 2015 г. на лечении находилось 186 детей с пахово-мошоночными грыжами.

По возрасту дети были разделены на группы: от 1 до 9 месяцев — 24 (12,9 %) ребенка, от 9 до 18 месяцев — 68 (36,5 %), от 18 месяцев до 4 лет и от 4 до 10 лет — 94 (50,6 %).

Односторонняя паховая грыжа выявлена в 68,4 % (n = 127) случаев, двусторонняя — в 31,6 % (n = 59) случаев. Правосторонняя грыжа выявлена у 68 (36,6 %) детей, левосторонняя — у 59 (31,8 %).

У 76 (40,8 %) детей паховая грыжа сочеталась с пупочной грыжей, с водянкой оболочек яичек — у 20 (10,7 %).

С целью диагностики использовали физикальные методы исследования (внезапное появление выпячивания в пахово-мошоночной области во время беспокойства, физической нагрузки), ультразвуковое исследование пахово-мошоночной области. Критерием ультразвуковой диагностики являлось расширение внутреннего пахового кольца, просвета пахового канала со снижением его экзогенности [5].

У пациентов с односторонним процессом и с грыжами огромных размеров, которые самостоятельно полностью не вправлялись в брюшную полость, но без клинических проявлений ущемления выполняли стандартный паховый доступ, который проводили в проекции внутреннего пахового кольца, вскрывали паховый канал, выполняли выделение грыжевого мешка и мобилизацию элементов семенного канатика, грыжевой мешок ушивали у шейки.

Лапароскопический доступ выполняли при двусторонних грыжах, при сочетании с пупочными грыжами. Лапароскопическую герниорафию выполняли по стандартной методике PIRS. До 2014 года для наложения кисетного шва использовался шовный материал пролен 2-0, а после 2014 года — плетеная нить Ethibond или тикрон 2-0. Хирургическое вмешательство производили в условиях общей комбинированной анестезии с использованием стандартных эндохирurgicalических инструментов и эндохирurgicalической фирмы Karl Storz GmbH (Германия).

Результаты и обсуждение

Анализируя полученные результаты, мы обнаружили, что у большинства детей (158; 84,9 %) диагностика пахово-мошоночных грыж основывалась на жалобах родителей и физикальном осмотре детей. При этом у 28 (15 %) пациентов грыжи были диагностированы во время лапароскопической герниорафии, выполняемой по поводу односторонней

грыжи. Критерием этого было наличие необлитерированного внутреннего кольца пахового канала.

В возрасте от 1 месяца до 4 лет пахово-мошоночные грыжи преимущественно сочетались с пупочными грыжами (в 40 % случаев). А в возрастной группе от 9 до 18 месяцев — в 10,7 % случаев и с со-общающейся водянкой оболочек яичка с противоположной стороны.

172 (92,4 %) ребенка были прооперированы в плановом порядке. 14 (7,6 %) детям, поступившим с ущемленной пахово-мошоночной грыжей, произведена операция в ургентном порядке.

Оперативное лечение 78 (42 %) детям произведено открытым доступом. Среди них 70 детей прооперированы в плановом порядке. 8 (4,3 %) же пациентам, поступившим с клиникой ущемленной пахово-мошоночной грыжи с длительностью ущемления более 5 часов, произведена ургентная операция.

У 108 (58 %) детей произведена лапароскопическая коррекция в период с 2012 по 2015 г. Показаниями к лапароскопической герниорафии являлись двусторонний процесс, сочетание с пупочной грыжей. У 28 детей грыжа в другой стороны была диагностирована во время оперативного вмешательства. У 15 детей с большими пахово-мошоночными грыжами дополнительно выявлена плотная фиксация пряди большого сальника в паховом канале, что потребовало применения дополнительного рабочего 5-мм инструмента для манипуляции, чтобы завершить операцию без конверсии.

Среди детей, которым выполнен лапароскопический доступ, 6 (3,2 %) госпитализированы с ущемленной пахово-мошоночной грыжей с длительностью заболевания до 4 часов. При поступлении этим пациентам произведено консервативное вправление, после чего они были прооперированы в плановом порядке.

Транзиторный отек мошонки наблюдался у всех детей, оперированных открытым способом. У пациентов, оперированных с лапароскопическим доступом, такого осложнения не было. В послеоперационном периоде обезболивание потребовалось 67 % пациентов, прооперированных стандартным открытым способом, и только 14,6 % детей с лапароскопией.

160 (86,2 %) детей обследованы в течение года после операции. У 18 детей выявлена метакромная грыжа (контралатеральной области). Эти дети были прооперированы открытым доступом в период с 2010 по 2012 г. У 12 детей с пахово-мошоночными грыжами огромных размеров выявлена водянка оболочек яичек. При этом у 3 детей резидуальная водянка яичка самостоятельно исчезла через 6 месяцев.

Таким образом, критерием диагностики наряду с физикальным исследованием является ультразвуковая диагностика пахово-мошоночной области. Лапароскопический доступ имеет преимущество для диагностирования метакромной грыжи.

Выводы

Оптимальным сроком операции является время установления диагноза с целью предупреждения осложнений и повреждений органов мошонки. Лапароскопический доступ позволяет без труда произвести операцию с двух сторон, что, в свою очередь, предупреждает возникновение контралатеральных грыж в катамнезе.

Список литературы

1. Детская хирургия: национальное руководство / Под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 687-690.
2. Долецкий С.Я. Паховые грыжи у детей / С.Я. Долецкий, А.Б. Окулов // Хирургия. — 1978. — № 10. — 55-63.
3. Дронов А.Ф. Эндоскопическая хирургия у детей / А.Ф. Дронов, И.В. Поддубный, В.И. Котловский. — М.: ГЭОТАР Медицина, 2002. — 208-213.
4. Козлов Ю.А., Новожилов В.А., Подкаменев А.В. и др. Лапароскопическая паховая герниорафия — современный метод лечения паховых грыж у детей раннего возраста // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. — 2011. — 4. — 20-7.
5. Конопотцева А.Н., Стальмахович В.Н., Ильин В.П. Ультразвуковая диагностика субклинических форм паховой

грыжи на противоположной от односторонней грыжи стороне у детей // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. — 2005. — № 5. — 191-197.

6. Хирургия дитячого віку: підручник / В.І. Сушко, Д.Ю. Кривченя, О.А. Данилов та ін. / За ред. В.І. Сушка, Д.Ю. Кривченя. — К.: Медицина, 2009. — 102-108.
7. Antao B. Comparative evaluation of laparoscopic vs. open inguinal herniotomy in infants / Antao B., Samuel M., Curry J. et al. // Ped. Endosurg. & Inn. Tech. — 2004. — 8. — 302-9.
8. Campanelli G. Inguinal hernia recurrence: classification and approach / G. Campanelli, D. Pettinari, F. M. Nicolosi [et al.] // Hernia. — 2006. — 10 (2). — 159-161.
9. Chan K.L. Prospective, randomized, single-centre, single-blind comparison of laparoscopic versus open repair of pediatric inguinal hernia / K.L. Chan, W.C. Hui, P.K.H. Tam // Surg. Endosc. — 2005. — Vol. 9. — 927-932.
10. Clarke S. Pediatric inguinal hernia and hydrocele: An evidencebased review in the era of minimal access surgery // J. Laparosc. Adv. Surg. Tech. — 2010. — 20. — 305-9.
11. Desarda M.P. Physiological repair of inguinal hernia: a new technique (study of 860 patients) / M.P. Desarda // Hernia. — 2006. — V. 10 (2). — 143-146.
12. Dutta S., Albanese C. Transcutaneous laparoscopic hernia repair in children: A prospective review of 275 hernia repairs with minimum 2-year follow-up // Surg. Endoscopy. — 2009. — 23. — 103-7.

Получено 10.01.16 ■

Spakhi O.V.¹, Kopylov Ye.P.², Paholchuk O.P.¹

¹Запорізький державний медичний університет

²Запорізька обласна дитяча клінічна лікарня

ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ ПАХОВО-МОШОНКОВИХ ГРИЖ У ДІТЕЙ

Резюме. Вступ. Пахова грижа — найбільш часте захворювання в практиці дитячого хірурга і становить 70–85 % від усіх гриж у дітей. **Метою** нашої роботи є поліпшення результатів діагностики і лікування пахово-мошонкових гриж у дітей. **Матеріали та методи.** Проаналізовано 186 дітей із пахово-мошонковими грижами в період з 2010 по 2015 р. Одностороння пахова грижа — 68,4 % випадків, двостороння — 31,6 % випадків. У 76 дітей пахова грижа поєднувалася з пупковою грижею, з водянкою оболонки яєчок — у 20 дітей. **Результати та обговорення.** Аналізуючи отримані результати, ми виявили, що у 84,9 % дітей діагностика гриж ґрунтувалася на скаргах батьків і фізикальному огляді дітей. Оперативне лікування 78 (42 %) дітям зроблено відкритим доступом. 108 (58 %) пацієнтам зроблена лапароскопічна корекція. Із них у 28 дітей грижа з іншого боку була діагностована під час оперативного втручання. Протягом року після операції у 18 дітей виявлено метакромну грижу (контралатеральної області). У 12 дітей із пахово-мошонковими грижами величезних розмірів виявлена водянка оболонки яєчок. **Висновки.** 1. Оптимальним терміном операції є час встановлення діагнозу з метою попередження ускладнень та пошкоджень органів мошонки. 2. Лапароскопічний доступ дозволяє без труднощів провести операцію з двох сторін, що, у свою чергу, запобігає виникненню контралатеральних гриж у катамнезі.

Spakhi O.V.¹, Kopylov Ye.P.², Paholchuk O.P.¹

¹Zaporizhzhia State Medical University, Zaporizhzhia

²Zaporizhzhia Regional Children's Clinical Hospital, Zaporizhzhia, Ukraine

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF INGUINOSCROTAL HERNIAS IN CHILDREN

Summary. Introduction. Inguinal hernia — the most common disease in the practice of pediatric surgeon and ranged from 70 to 85 % of all hernias in children.

The aim of our work is to improve the results of diagnosis and treatment for inguinoscrotal hernias in children. **Materials and methods.** We have analyzed 186 children with inguinoscrotal hernias in the period from 2010 to 2015. Unilateral inguinal hernia — 68.4 % of cases, bilateral one — 31.6 % of cases. In 76 children, inguinal hernia was combined with umbilical hernia, with hydrocele testis — in 20 children. **Results and discussion.** Analyzing the results, we have found that in 84.9 % of children hernia diagnosis was based on the complaints of parents and physical examination of children. Surgical treatment of 78 (42 %) children was performed using open access. 108 (58 %) patients underwent laparoscopic correction. Of them, in 28 children hernia on the other side was diagnosed during surgical intervention. Within a year after surgery, in 18 children we have identified metachronous hernia (contralateral). In 12 children with giant inguinoscrotal hernias, we have detected hydrocele testis.

Conclusions. 1. The optimal duration of the surgery is the time of diagnosis with a view to preventing complications and damage of the scrotal organs. 2. Laparoscopic access allows you to easily perform the operation on both sides, which, in turn, prevents the occurrence of contralateral hernia in catamnesis.