

## ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНИХ ПАХОВО-КАЛИТКОВИХ КИЛ У ДІТЕЙ В ПЕРШІ МІСЯЦІ ЖИТТЯ

**В.П. Притула, І.Г. Рибальченко**  
НМУ ім. О. О. Богомольця МОЗ України  
НДСЛ «ОХМАТДИТ» МОЗ України

## ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ПАХОВО-МОШОНОЧНЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ

**В.П. Притула, И.Г. Рыбальченко**  
НМУ им. А. А. Богомольца МЗ Украины  
НДСБ «ОХМАТДЕТ» МЗ Украины

## TREATMENT OF CONGENITAL INGUINAL HERNIA IN CHILDREN DURING THE FIRST FEW MONTHS OF LIFE

**V.P. Pritula, I.G. Rybalchenko**

National Medical University named after A.A. Bogomolets Ministry of Health of Ukraine  
National Children's Specialized Hospital "Okhmadyt" of Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

**Резюме. Мета роботи:** підвищити ефективність лікування дітей у перші місяці життя із вродженими килами шляхом удосконалення діагностики та лікувальної тактики.

**Матеріал та методи дослідження.** За 22-х річний період на лікуванні у відділенні хірургії новонароджених в НДСЛ «ОХМАТДИТ» МОЗ України перебувало на лікуванні 230 хворих із пахово-калітковими килами. У 194 (53,0%) з них діагностовані вроджені однобічні грижі, у 36 (9,83%) - вроджені двобічні грижі. Вік хворих склав від одного до трьох місяців.

**Результати дослідження та їх обговорення.** За даними клініко-лабораторного дослідження відхилень від вікової норми не було, бо хворі були госпіталізовані соматично здорові. Всього хворих госпіталізовано на першому місяці життя 64, із яких основної (I) групи 50 (13,66%) проти контрольної групи (II) 14 (3,82%). На другому місяці госпіталізовано 152 хворих, із яких основної (I) групи 102 (27,86%) проти контрольної групи (II) 50 (13,66%). З метою з'ясування стану пахового каналу та органів калитки, та з метою диференційної діагностики у 150 хворих головної групи проводили ультразвукове та доплерографічне дослідження. Дані дослідження вказували на набряк яєчка та придатка із застоєм відтоку, що вказувало на хронічне порушення кровотоку в яєчку. Всім 230 хворим проведено оперативне лікування. Хірургічне лікування вроджених однобічних кил проведено у 194, а двобічних у 36. При проведенні хірургічної корекції вроджених однобічних кил у 88 зі 194 хворих зовнішній пахвинний канал не відкривався. Поміж тим пластика пахвинного каналу проводилася у всіх хворих: за Дюамелем, Мартиновим та Кимбаровським. При хірургічному лікуванні вроджених двобічних кил пахвинний канал відкривався. Поміж тим одночасно проведено операції у 10 хворих, із яких 8 головної (I) групи, проти 2 контрольної (II) групи. Лапароскопічна корекція пахових кил проведена в 11 (4,78%) хворих. В основній групі спостерігалось у 5 ускладнень у 3-х хворих. В контрольній групі ускладнень було 8 у 6 пацієнтів. Всі діти після оперативного лікування виписані з клініки, рецидиву грижі не було.

**Висновки.** Оптимальним варіантом видалення грижі є виділення мішка на обмеженій ділянці, поперечний його перетин і висока перев'язка проксимальної частини і залишення дистальної частини грижового мішка.

**Ключові слова:** хворі діти, хлопчики раннього віку, пахвинні грижі, діагностика, оперативне лікування.

**Резюме. Цель работы:** повысить эффективность лечения новорожденных с врожденными грыжами путем усовершенствования диагностики и лечебной тактики.

**Материал и методы исследования.** За 22-летний период в отделении хирургии новорожденных в НДСБ «ОХМАТДЕТ» МЗ Украины находилось на лечении 230 больных. В исследование включена следующая патология: врожденные односторонние грыжи - 194 (53,00%), врожденные двусторонние грыжи - 36 (9,83%). Возраст больных составил от одного до трех месяцев.

**Результаты исследования и их обсуждение.** По данным клинко-лабораторного исследования отклонений от возрастной нормы не было, так как больные были госпитализированы соматически здоровыми. Всего больных госпитализировано на первом месяце 64, из которых основной (I) группы 50 (13,66%) по сравнению с контрольной группы (II) 14 (3,82%). На втором месяце госпитализированы 152 больных, из которых основной (I) группы 102 (27,86%) по сравнению с контрольной группой (II) n = 50 (13,66%). С целью выяснения состояния пахового канала и органов мошонки, а также с целью дифференциальной диагностики у 150 больных основной группы проводили ультразвуковое и доплерографическое исследования. Всем 230 больным проведено оперативное лечение. Хирургическое лечение врожденных односторонних грыж проведено у 194, а двусторонних у 36 детей. При проведении хирургической коррекции врожденных односторонних грыж у 88 из 194 детей внешний паховый канал не открывался. Между тем пластика пахового канала проводилась у всех больных: по Дюамелю, Мартынову и Кимбаровскому. При хирургическом лечении врожденных двусторонних грыж паховый канал открывался. Между тем одновременно проведены операции у 10 больных, из которых 8 основной группы и 2 контрольной группы. Лапароскопическая коррекция паховых грыж проведена у 11 (4,78%) больных. В основной группе имели место 5 осложнений у 3 больных. В контрольной группе осложнений было 8 у 6 пациентов. Все дети после оперативного лечения выписаны из клиники, рецидива грыжи не было.

**Выводы.** Оптимальным вариантом удаления грыжи является выделение мешка на ограниченном участке, поперечное его пересечение и высокая перевязка проксимальной части с оставлением дистальной части грыжевого мешка.

**Ключевые слова.** Дети первых месяцев жизни, паховые грыжи, диагностика, оперативное лечение.

**Abstract: Objective of the research** was to increase efficiency of treatment of newborns with congenital hernia by improving diagnosis and therapeutic management.

**Material and methods.** Over a 22-year period in the department of pediatric surgery in National Children's Specialized Hospital "Okhmadyt" of Ministry of Health of Ukraine 230 patients with congenital hernia were treated. 194 (53.00 %) patients were diagnosed with congenital unilateral inguinal hernia, 36 (9.83 %) patients were diagnosed with congenital bilateral inguinal hernia. The age of the patients ranged from one to three months.

**Results and discussion.** According to clinical and laboratory studies deviations from age norms were not detected, as patients were hospitalized somatically healthy. 64 patients were hospitalized during the first month of life, 50 (13.66 %) children were included to the main

group and 14 (3.82 %) children belonged to the control group. 152 patients were hospitalized during the second month of life, 102 (27.86%) children were included to the main group and 50 (13.66%) children belonged to the control group. To identify the state of the inguinal canal and scrotum and make an accurate differential diagnosis Doppler ultrasound studies were performed in 150 patients of the main group. The results indicated swelling in both the epididymis and testis with stagnation of urine outflow as a result of chronic impairment in testicular circulation. 230 patients underwent surgical treatment. 194 children had congenital unilateral inguinal hernia and 36 children had congenital bilateral inguinal hernia. When carrying out surgical procedure in children with congenital unilateral inguinal hernia the external inguinal canal was not opened in 88 patients. Plastic of the external inguinal ring was performed in all the patients according to the methods of Duhamel, Martynov and Kimbarovsky. When carrying out surgical procedure in children with congenital bilateral inguinal hernia the external inguinal canal was opened. Surgery was performed in 10 patients (8 children of the main group and 2 children of the control group). Laparoscopic inguinal hernia repair was performed in 11 (4.78%) patients. Postoperative complications were found in 9 patients (3 patients of the main group and 6 patients of the control group). After surgical treatment all children were discharged from the hospital, hernia recurrence was not found.

**Conclusions.** The best option for inguinal hernia repair was removal of the hernia sac, its cross section, high ligation of the proximal part, and leaving the distal part in place.

**Keywords:** sick children, newborn boys, inguinal hernia, diagnostics, surgical treatment.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.** На сьогодні лікування вроджених пахово-каліткових кил у новонароджених та дітей у перші місяці життя не втратило своєї актуальності тому, що в дитячих хірургічних стаціонарах одне з перших місць займають операції з приводу пахових гриж, які складають до 50% всіх оперативних втручань, а в ургентній хірургії займають друге місце після гострого апендициту. Згідно з даними С.Я. Долецького (1952), з усіх дітей раннього віку з хірургічною патологією 55% були діти з паховими грижами. Найчастіше грижі діагностуються в перші три місяці життя [1, 3, 5, 7, 8, 9]. Перші згадки про пахові грижі у дітей раннього віку зустрічається в роботах у 1767 році [8].

Основним методом лікування вроджених гриж є хірургічний, і чим раніше проведено оперативне лікування, тим кращі результати – операція проводиться при встановленні діагнозу. Разом з тим, науковими дослідженнями визначено, що важко вправими пахові грижі у дітей раннього віку за наявності у грижовому мішку будь-якого органу, є абсолютним показанням до проведення операції [1, 5, 8, 10]. За даними Панікова Т.М. (2008) наявність пахової грижі спричиняє значне порушення (зменшення) кровообігу яєчка в 4,6 разів у 85,7% хворих [6].

Як вказують дані літератури, після оперативного лікування пахових та пахово-каліткових гриж у частини хворих розвиваються ускладнення: атрофія яєчка від 3 - 5% до 30%, гідроцеле - у 17-20%, високе розташування яєчка - у 0,6-4,5% дітей, а у 90% дітей розвиваються післяопераційні орхоепідіміти, які потребують подальшого лікування [1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10]. Найбільш несприятливим результатом лікування даної патології є післяопераційна летальність, яка складає від 0,8 - 2,5% [1, 2, 5, 6, 10].

На сьогодні триваюча депопуляція розглядається як серйозна загроза національним інтересам України. Вона завдає шкоди економіці, соціальній стабільності, обороноздатності та геополітичній ролі нашої держави, що також визначає актуальність проблеми дослідження. Усе вищевикладене стало підставою даного дослідження.

**Мета роботи:** підвищити ефективність лікування дітей перших місяців життя із вродженими грижами шляхом удосконалення діагностики та лікувальної тактики.

### Матеріал і методи

За 22- річний період на лікуванні у відділенні хірургії новонароджених в НДСЛ «ОХМАТДИТ» МОЗ України знаходилось 230 хворих із вродженими паховими грижами. Хворі розподілені на дві групи: основну (I) групу склали 167 (45,0%) дітей, які перебували на лікуванні в клініці з 2004 по 2014 рік, та контрольну (II) групу, в яку увійшли 63 (13,6%) пацієнтів, які лікувались з 1992 по 2003 рік. Серед обстежених у 194 дітей (53,0%) діагностовано вроджені односторонні грижі, у 36 (9,83%) - вроджені двобічні грижі. Вік хворих склав від одного до трьох місяців. З метою верифікації недуги використовувались наступні методи дослідження: у всіх дітей

проведено клініко-лабораторне обстеження, у 150 (65,22%) - ультразвукове дослідження пахової ділянки та калитки; доплерографічне сканування пахово-каліткової ділянки проведено також у 150 (65,22%) дітей.

### Результати та їх обговорення

За даними клініко-лабораторного дослідження відхилень від вікової норми не було встановлено тому, що хворі були госпіталізовані в клініку соматично здоровими. Всього госпіталізовано на першому місяці життя 64 дітей, з яких 50 (13,66%) з основної групи та 14 (3,82%) – з контрольної. На другому місяці госпіталізовано 152 хворих, із яких основної (I) групи 102 (27,86%) та 50 (13,66%) контрольної групи (II). Упродовж двох місяців життя оперативну корекцію проведено у 206 із 230 пацієнтів (89,57%).

Встановлена тривалість хвороби у віковому аспекті при госпіталізації в клініку. Вроджені односторонні грижі: всього було діагностовано у 194 хворих, з них в перший місяць життя госпіталізовано 60, на другому місяці - 110, на третьому місяці - 24. Вроджені двобічні грижі діагностовано були у 36 хворих, з них в перший місяць - 4, на другому місяці - 32 пацієнти.

Важливе значення при проведенні дослідження приділяли виду госпіталізації (швидка допомога, поліклініка, самозвернення), що відображає рівень знань лікарів про ранню хірургічну корекцію недуги, так і ймовірно соціальну свідомість батьків. Результати досліджень показали, що із 240 хворих госпіталізовано після огляду лікаря швидкої допомоги 100 (41,66%), поліклініки 103 (42,92%) та самозвернення 37 (15,42%). 50 хворих основної (I) групи з вродженими односторонніми грижами були направлені та госпіталізовані за рекомендацією лікаря швидкої допомоги, 74 - за направленням поліклініки, самозвернення - 20 хворих, відповідно у хворих контрольної (II) групи 40, 2, 8. 6 хворих з вродженими двобічними грижами основної (I) групи було направлено та госпіталізовано відповідно до заключення лікаря швидкої допомоги, лікаря поліклініки - 7, самозвернення - 6 хворих, відповідно у хворих контрольної (II) групи - 0, 10, 3.

З метою з'ясування стану пахового каналу та органів калитки та з метою диференційної діагностики у 150 хворих основної групи проводили ультразвукове та доплерографічне дослідження. Дані дослідження вказували на набряк яєчка та придатка з порушенням відтоку крові, що вказувало на хронічне порушення кровотоку в яєчку. Поміж тим наявність пахово-каліткової грижі з підвищеним внутрішньокишковим тиском призвело до незначного здавлення яєчка, за даними дослідження було ущільнення як яєчка, так і придатка.

Всім 230 хворим проведено оперативне лікування. Хірургічне лікування вроджених односторонніх гриж проведено у 194, із яких 50 контрольної (II) групи та 144 основної (I) групи. Хірургічне лікування вроджених двобічних гриж проведено у 36, із яких - 13 контрольної (II) групи, та 23 - основної (I) групи. При проведенні хірургічної корекції врод-

Таблиця 1. Розподіл хворих за видом оперативного лікування (n=230)

Групи хворих	Всього		Локалізація	За Дюамелем		Мартинову		Кимбаровським		Лапароскопічно	
	n	%		n	%	n	%	n	%	n	%
Основна група (I)	167	72,6	Правобічні	80	34	32	13,04	5	2,2	8	4,35
			Лівобічні	18	8,6	16	7,39	-	-	3	0,87
Контрольна група (II)	63	27,4	Правобічні	30	13	20	9	5	2,2	-	-
			Лівобічні	7	3	6	2,4	-	-	-	-
Всього	230	100		135	58,6	74	31,83	10	4,4	11	5,22

жених однобічних гриж у 88 з 194 паховий канал не відкривався, відповідно у 52 дітей основної (I) групи, та у 26 - контрольної (II) групи. Поміж тим пластика пахового каналу проводилася у всіх хворих: за Дюамелем, Мартиновим та Кимбаровським. При хірургічному лікуванні вроджених двобічних гриж паховий канал відкривався. Поміж тим, одночасно проведено операції у 10 хворих, із яких 8 - основної (I) групи, та 2 - контрольної (II) групи. Особливістю хірургічного лікування було те, що грижевий мішок відкривався по передній поверхні, а в подальшому проводилася ревізія останнього та накладався внутрішній кисетний шов. Грижовий мішок не видалявся, що дозволяло у 167 хворих основної (I) групи не мати післяопераційного набряку калитки та пахової ділянки. Натомість у 16 хворих контрольної (II) групи проводилося часткове видалення грижового мішка, що супроводжувалося набряком калитки. Розподіл хворих за видом оперативного лікування серед хворих основної та контрольної груп представлено в таблиці 1.

Лапароскопічна корекція пахвинних гриж проведена у 11 (4,78%) хворих за 2011-2012 рр., двобічних пахово-каліткових гриж було у 3, правобічних - у 5, лівобічних - у 3. Щодо років проведення, то у 2012 році проведено у 2, за 2011 рік - у 9.

Після оперативного лікування було встановлено 13 ускладнень у 9 пацієнтів. Діти обстежені комплексно перед випискою з відділення. В основній групі спостерігалось 5 ускладнень у 3 хворих: післяопераційний набряк у 2, гематома у 2, інфільтрат в одного пацієнта. В контрольній групі ускладнень було 8 у 6 пацієнтів: післяопераційний набряк - у 2, гематома - у 2, серома - у 2, інфільтрат у 2 пацієнтів. Всі діти після оперативного лікування виписані з клініки, рецидиву грижі не було.

Таким чином, при пахових грижах розріз шкіри доцільно проводити чітко в проекції зовнішнього пахового кільця та встановити хід п. Іlioinguinalis перед розсіченням передньої стінки пахового каналу. Вважаємо, що під час операції не слід травмувати ductus deferens та m. cremaster інструментами, а при необхідності використовувати гідропрепарування при виділенні грижового мішка. Це дозволяє уникнути збільшення площі дотичного травмування елементів сім'яного канатика та яєчка і запуску патологічних механізмів травми (набряк, лімфостаз, порушення мікроциркуляції, гіпоксія тканин, а як наслідок - обструктивної аспермії). Прошивати основу грижового мішка раціонально як з накладанням внутрішнього кисетного шва, так і наскрізного прошивання та відсічення останнього, уникаючи при цьому як ймовірної неспроможності швів культу в ранньому та віддаленому післяопераційному періоді, так і защемлення п. Іlioinguinalis під час пластики пахового каналу. Дотримання методики проведення оперативного лікування з викорис-

танням мікрохірургічного інструментарію унеможливило виникнення в ранньому та віддаленому періоді болювого синдрому, запобігає високому розташуванню яєчка (ятрогенний крипторхізм).

### Висновки

1. Оптимальним методом видалення грижі є виділення мішка на обмеженій ділянці, поперечним його перетином і високою перев'язкою проксимальної частини і залишенням дистальної частини грижового мішка.

2. Основною причиною ускладнень герніопластики є етап операції, пов'язаний з виділенням грижового мішка з навколишніх тканин, при якому пошкоджуються елементи сім'яного канатика, що вимагає більш обережного підходу до даного етапу операції.

3. У дітей з паховими або пахово-калітковими невправимими грижами доведена редукція кровотоку в яєчку, порушення його росту і розвитку, що виявляється за допомогою ультразвукового та доплерографічного дослідження і є прямим показанням до оперативного лікування в ранньому віці.

### Література

1. Атлас детской оперативной хирургии / под ред. П.Пури, М.Гольварта; пер. с англ.; проф. Т.К.Немиловой. - М.: МЕДпресс-информ, 2009.-648 с.
2. Ашкрафт К. У. Детская хирургия / Ашкрафт К. У., Холдер Т.М.; пер. с англ. Т.К. Немилова. - СПб.: ИЧП «Хардфорд», Т.2. - 1997. - С. 251-260.
3. Горбатюк О.М. Сучасне лікування дітей з хірургічними захворюваннями яєчка і сім'яного канатика, які супроводжуються шемічним синдромом: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня док. мед. наук: спец. 14.01.09 «Дитяча хірургія» / О.М. Горбатюк. - К., 2002. - 35 с.
4. Дворяковский И.В. Ультразвуковая диагностика в детской хирургии / И.В. Дворяковский, О.А. Беляева. - М.: Профит, 1997. - 248 с.
5. Детская хирургия: национальное руководство / под. ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - С.687-690.
6. Панікова Т. М. Защемлена пахвинна грижа як одна з причин розвитку безпліддя у чоловіків / Т. М. Панікова // Медицина трансп. України. - 2008. - № 4. - С. 64-66. - Бібліогр.: 10 назв. - укр.
7. Хірургія дитячого віку: підручник [Сушко В.І., Кривченя Д.Ю., Данилов О.А., Дігтяр В.А. та інш.]; під ред. В.І. Сушка, Д.Ю. Кривченя - К.: Медицина, 2009. - С.102-108.
8. Хадиров В.А. Особенности хирургического лечения паховых грыж у новорожденных и детей первых месяцев жизни. Автореф. дисс. на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Спец. 14.00.35 - Детская хирургия / В.А. Хадиров. - Москва, 2009. - 25 с.
9. Torsion of an indirect hernia sac causing acute scrotum [Electronic resource] J.B. Myers, M.A. Lovell, R.S. Lee // J Pediatr Surg. - 2004. - № 39(1). - P. 122-123. - Access mode.: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14694389?dopt=Abstract
10. Torsion of an indirect hernia sac causing acute scrotum [Electronic resource] J.B. Myers, M.A. Lovell, R.S. Lee // J Pediatr Surg. - 2004. - № 39(1). - P. 122-123. - Access mode.: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14694389?dopt=Abstract

Одержано 20.04.2015 року.