

ЛЕЧЕБНО-ТАКТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ У ДЕТЕЙ

Великанов А.В., Комарова С.Ю.

*ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет
МАУ Детская городская клиническая больница №9, Екатеринбург*

Одной из актуальных проблем неотложной детской хирургии остаются ущемленные паховые грыжи (УГ) у детей. Частота встречаемости УГ среди малышей от 1 до 3%, эффективность диагностики такова, что у 35% больных выявлена УГ в возрасте до 6 месяцев. Правосторонняя локализация составляет 60% случаев, левосторонняя — в пределах 30%, в 10—15% случаев грыжа бывает двусторонней.

Паховые грыжи в абсолютном большинстве врожденные и косые по форме: органы брюшной полости выпадают в необлитерированный влагалищный отросток брюшины. Как правило, это происходит на фоне относительной незрелости анатомических структур, составляющих паховый канал, диспропорции их роста в процессе развития ребенка. У недоношенных малышей заболеваемость в 1,5—2 раза выше. У мальчиков регистрируют в 6 раз чаще, что связано с опущением яичка в мошонку. Левое яичко спускается в мошонку раньше правого. Вследствие более поздней миграции правого яичка правый влагалищный отросток закрывается позднее левого, поэтому врожденные косые паховые грыжи встречаются в 3 раза чаще справа. У девочек дивертикул Нукка в большинстве наблюдений к моменту рождения облитерируется, поэтому паховые грыжи у них встречаются в 6-12 раз реже. Основное и грозное осложнение паховых грыж – ущемление, предугадать сроки которого не представляется возможным, поэтому выжидательная тактика при паховой грыже у детей является ошибочной.

Цель исследования – оптимизировать лечебную тактику и методы оперативного лечения ущемленных паховых грыж у детей.

Материалы и методы. В приемно-диагностическое отделение ДГКБ №9 за 3-хлетний период с диагнозом ущемленная паховая грыжа обратились 954

ребенка. Большинство составили мальчики 877 (92%), девочек 77 (8%). Средний возраст обратившихся 18 месяцев.

Первичная диагностика паховой или пахово-мошоночной грыжи на амбулаторном этапе происходила в среднем за 6 месяцев до момента ущемления. Длительность ущемления до момента обращения в приемный покой составила от 1 часа до 52 часов (в среднем 7ч 45 мин). Частота ущемления от 1 до 16 раз (более 3 раз – около 18 % пациентов). Клиническая картина была типична: во всех случаях - это появление опухолевидного образования в паховой области, иногда спускающегося в мошонку у мальчиков. Реже в клинике в ранние сроки после ущемления возникает рвота, беспокойство (98%), отказ от еды или снижение аппетита, что более характерно для детей младшего возраста, старшие дети жалуются на боли в паховой области, в поздние сроки (позже 12 часов) может появиться вздутие живота, отсутствие отхождения стула и газов, рвота застойным содержимым с развитием кишечной непроходимости. Стоит отметить, что развитие кишечной непроходимости у девочек в клинической симптоматике отсутствует, так как чаще всего ущемленным органом является придаток матки.

Результаты и обсуждение. Анализ случаев обращения в ДГКБ №9 за последние 14 лет показал, что количество обратившихся с ущемленной грыжей детей имеет тенденцию к росту, начиная с 45 обращений в 1999 году, и достигая максимума 163 обращения в 2011 году (почти в 4 раза!), общее количество обращений – 1260. Основная масса детей с ущемлением паховой грыжи – это мальчики (92%).

При сроках ущемления содержимого грыжи до 12 часов, отсутствии воспалительных изменений в проекции грыжевого выпячивания и самое основное – при наличии сопутствующей соматической патологии (ОРВИ, кишечная инфекция), мы придерживаемся консервативной тактики: после внутримышечной инъекции спазмолитиков, обезболивания и седации на этапе приемного покоя ожидаем вправления содержимого грыжевого мешка

в брюшную полость. В большинстве случаев, а это 97,1%, данная манипуляция эффективна, грыжа «разушляется». Этим пациентам рекомендовалось плановое лечение, большинство из них были отпущены под наблюдение хирурга по месту жительства по причине наличия соматической патологии (ОРВИ, КИНЭ).

При многократных и длительных ущемлениях в анамнезе и отсутствии острого инфекционного процесса после разушления грыжи пациенты госпитализировались в отделение для проведения оперативного вмешательства в отсроченном порядке. После принятия данной тактики по сравнению с 2000 годом количество госпитализированных пациентов увеличилось в 3 раза, количество отсроченных оперативных вмешательств – в 4 раза.

Экстренное оперативное вмешательство выполнено у 36 детей: у 15 больных - в связи с неэффективностью консервативных мероприятий, 21 ребенку выставлены показания к экстренной операции без ожидания вправления содержимого грыжевого мешка исходя из длительности ущемления более 14 часов (средний срок ущемления 18 часов). При оперативном вмешательстве тактика определяется длительностью ущемления, установлением жизнеспособности кишки, необходимостью выполнения расширенной ревизии. При некрозе ущемленной кишки выполнялась резекция кишечника с формированием межкишечного анастомоза. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дети выписаны на 5-7 день послеоперационного периода с выздоровлением, мальчики - под наблюдение уроandroлога ДГКБ № 9 с целью динамического наблюдения и оценки отдаленных результатов грыжесечения в плане репродуктивной функции.

Выводы.

- Оперативное лечение паховых и пахово-мошоночных грыж у детей следует проводить в наиболее ранние сроки, сразу после первичного выявления. Именно ранняя санация грыжи позволит снизить

вероятность ущемления.

- При невозможности проведения оперативного лечения при первичном выявлении грыжи по различным причинам (крайняя степень недоношенности, тяжелые рецидивирующие бронхо-легочные процессы и др.) – создание диспансерной группы на базе ДГКБ № 9 (для городских) и в ОДКБ № 1 (для областных пациентов) с целью сокращения длительности ожидания в очереди на плановое лечение.
- При возникновении хотя бы однократного ущемления грыжи данный контингент пациентов должен быть записан на срочное оперативное лечение в ближайший срок с момента возникновения ущемления.
- При повторных обращениях с ущемлением грыжи в стационар и отсутствии соматической патологии пациенты должны быть госпитализированы в неотложное хирургическое отделение для проведения оперативного вмешательства в отсроченном порядке.
- Исходя из длительности ущемления и соматического статуса пациента отдаем предпочтение разумному консервативному разущемлению грыжи. Эффективность данной манипуляции достигает 97 %.

ТЕЧЕНИЕ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ. РЕАКЦИЯ ИЛИ ОСЛОЖНЕНИЯ?

Краснова Е.И.

ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет»

г. Екатеринбург

Вакцинопрофилактика является самым эффективным и безопасным способом профилактики инфекционных заболеваний. В последние годы в России практически не регистрируется дифтерия, полиомиелит, значительно снизилась заболеваемость гепатитами, краснухой, коклюшем и пр. [1]. Однако, на фоне спокойной эпидемиологической ситуации в отношении управляемых инфекций, растет и число отказов от вакцинации. Так, в 2011