

2. Ahn H.S. Efficacy of an injectable thermosensitive gel on postoperative adhesion in rat model / H.S. Ahn, H.J. Lee, M.W. Yoo // J Korean Surg Soc. - 2010. – P. 239-245.

3. Лазаренко В.А. Экспериментальная модель распространенного калового перитонита / В.А. Липатов, Ю.Ю. Блинков, Д.В. Скориков // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2008. – № 4. – С.128-132

4. Dumont R. The microbiology of community-acquired peritonitis in children / R Dumont, R Cinotti, C Lejus // Pediatr Infect Dis J. – 2011. – P. 131–135

УДК 617-089.844

Суенкова Д.Д., Винокурова Н.В.
ТАКТИКА ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ У ДЕТЕЙ
Кафедра детской хирургии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Suenkova D.D., Vinokurova N.V.
TACTICS FOR AUGUA HERNIA IN CHILDREN
Department of Pediatric Surgery
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: suenkova@yandex.ru

Аннотация. В статье рассмотрены проблемы отсутствия единого подхода в лечении паховых грыж, так же проведена сравнительная оценка лечения паховых грыж открытым и лапароскопическим способом у детей в отделении плановой хирургии Областной детской клинической больницы.

Annotation. The article deals with the problems of the lack of a unified approach in the treatment of inguinal hernias, and a comparative assessment of the treatment of inguinal hernias with an open and laparoscopic method in children in the department of elective surgery of the Regional Children's Clinical Hospital.

Ключевые слова: паховая грыжа, лапароскопическая герниорафия, открытое грыжесечение, дети.

Key words: Inguinal hernia, laparoscopic hernia, open hernia repair, children.

Введение

Среди всех видов грыж в педиатрической практике преобладают косые грыжи, прямые и бедренные встречаются гораздо реже. У мальчиков эта патология встречается чаще, чем у девочек в соотношении: от 8:1 до 10:1. Однако на вариабельность этих значений влияет множество факторов, один из

них – недоношенность, у таких детей риск развития грыж и их ущемление (более, чем в 60% случаев) в течение первых 6 месяцев жизни является причиной, по которой многие неонатологи и детские хирурги рекомендуют хирургическое лечение грыжи до выписки ребенка из стационара [5].

Формирование типичной косой паховой грыжи у детей связано с влагалищным отростком брюшины, который появляется на 12-ой неделе внутриутробного развития [5,9,10]. Этот отросток (дивертикул брюшины) интимно прилежит к яичку, и когда начинается процесс его опускания (7-8 месяц внутриутробного развития) из брюшной полости, то влагалищный отросток увлекается вместе с яичком в мошонку. Часть влагалищного отростка, окутывающая яичко, становится оболочкой яичка. Оставшаяся часть, которая находится внутри пахового канала, облитерируется, так прекращается сообщение между мошонкой и брюшной полостью. Точное время облитерации назвать сложно, мнения авторов разделяются на этот счет [5,9]. Около 20% случаев отросток остается не облитерированным в течение всей жизни, не давая никаких клинических проявлений [5].

Распространенность паховой грыжи у детей в возрасте менее 18 лет составляет 0,8%-4,4% [11]. Односторонней формой паховой грыжи страдает 85%. Двусторонняя паховая грыжа встречается чаще у пациентов младшей возрастной группы (у 50% в возрасте менее 1 года, у 45% - менее 2х лет и в 37%- менее 5 лет). В литературе описаны случаи развития грыжи с контрлатеральной стороны после проведения операции по поводу односторонней грыжи [3,5,12], в настоящее время это объясняется изначальным незаращением влагалищного отростка с обеих сторон, что объясняет развитие грыжи с противоположной стороны.

В настоящее время сформирован особенный подход в оперативной тактике лечения паховых грыж. Максимальное щажение элементов семенного канатика, отсутствие пластики пахового канала у детей, в отличие от взрослых. Снижение риска травматизации элементов семенного канатика, путем применения лапароскопических методик, альтернативных стандартной открытой операции [6,8,11,13,15]. При проведении открытой операции предпочтение отдается методам Дюамель I, II. Детям до 5 лет проводится операция Дюамель I (без вскрытия пахового канала; через наружное паховое кольцо) Детям старше 5 лет проводится операцию Дюамель II (со вскрытие пахового канала над внутренним паховым кольцом) [3,13,16]

Лапароскопические виды пластики в основном подразделяют на интракорпоральные и экстракорпоральные [7]. При использовании интракорпоральной техники ушивание шейки грыжевого мешка реализуется внутри брюшной полости, в то время как при применении экстракорпоральных методов наложение швов выполняется вокруг и вне шейки грыжевого мешка, т.е. полностью в предбрюшинном пространстве. Узел после завязывания грыжевой лигатуры остается либо внутри полости брюшины, если используются интракорпоральные методы, либо в подкожной клетчатке, если

применяются экстракорпоральные методы [7]. При использовании двух принципиально разных способов герниорафии большое внимание уделяется проведению грыжевой лигатуры у мальчиков, чтобы исключить повреждение семявыносящего протока и яичковых сосудов, в то время как у девочек круглая связка может быть включена в шов. Модификаций интра- и экстракорпоральных методов – множество, наиболее распространенных по данным литературы около 20 с различными вариациями [2,4,7].

Цель исследования - оценить и изучить методы и результаты обследования и лечения паховых грыж на основании данных литературы за последние годы, а так же провести сравнительную оценку лечения паховых грыж открытым и лапароскопическим способом на примере 286 историй болезни детей от 0 до 18 лет за 2017 год на базе ОДКБ№1 города Екатеринбурга.

Материалы и методы исследования

Был произведен поиск работ за последние 10 лет в базах данных PubMed, Medline и eLibrary. Были рассмотрены исследования, описывающие открытые и лапароскопические операции на паховой грыже современных отечественных авторов (26), а так же систематические обзоры зарубежных авторов (2).

А так же за 2017 год были изучены 286 историй болезни детей в возрасте от 0 до 18 лет, прооперированных в плановом порядке в ОДКБ №1 по поводу односторонней/двухсторонней паховой грыжи. Преобладали мальчики 77,5%. Грыжесечение по методике Дюамель-I и II выполнено у 134 детей; лапароскопическая герниорафия (ЛГ) с использованием иглы Tuohy – у 152 больных. В анамнезе ущемление грыжи отмечалось в 21,7% случаях. Операция выполнялась под общим наркозом, при открытом грыжесечении – аппаратно-масочный, при ЛГ – эндотрахеальный.

Результаты исследования и их обсуждение

Преимущество лапароскопических методов операций в сравнении с открытыми очевидно. Средняя продолжительность открытых операций при односторонней паховой грыже составляет приблизительно 30 минут и 25 минут при лапароскопии по данным литературы. Операция при двусторонней паховой грыже значительно длиннее при открытой операции -45 минут, при лапароскопической -30 минут.

Существенной разницы по частоте рецидивов между открытой (0-6%) и лапароскопической (0-5,5%) операцией не наблюдается. Однако такие осложнения как: раневые инфекции, гидроцеле, крипторхизм, атрофия яичек повреждение семенного канатика встречаются гораздо чаще при выполнении открытой операции.

И несомненное преимущество лапароскопических операций при двустороннем незаращении влагалищного отростка, а так же при ущемлении паховой грыжи (в оценке состояния грыжевого содержимого при возвращении последнего в брюшную полость)

Оценка отдаленных последствий операций по поводу паховых грыж очень затруднена. Это объясняется отсутствием возможности обследования пациентов, перешедших во взрослую клинику и наличием множества факторов, способных повлиять на фертильную функцию мужчин во взрослом возрасте.

При анализе данных полученных на базе ОДКБ №1 интра- и послеоперационных осложнений не выявлено ни при одной из методик. Среднее время операции при односторонней грыже открытым способом составляет $15 \pm 2,5$ минут, при двусторонней – $28 \pm 2,5$ минут, при этом существенных отличий от полу не выявлено. При ЛГ отмечалось значительное уменьшение длительности операции у девочек, что составило $8 \pm 2,5$ минут, у мальчиков $17 \pm 2,5$ минут. При двусторонних паховых грыжах операция занимала в среднем $25 \pm 2,5$ минут у мальчиков, $16 \pm 2,5$ минут у девочек. Интраоперационно диагностировать необлитерированные паховые кольца с контралатеральной стороны и провести одномоментное их ушивание удалось в 10,1% случаев.

Выводы:

1. Определяется стойкая тенденция к переходу от открытых операций при паховых грыжах к лапароскопическим, что обусловлено снижением риска развития осложнений, таких как: повреждение семенного канатика и семявыносящего протока, гематома, раневое инфицирование, ятрогенный крипторхизм, атрофия яичка, рецидив грыжи

2. Лапароскопический доступ позволяет диагностировать грыжу с противоположной стороны, обеспечивает хороший косметический результат, сокращает время операции особенно у девочек

3. Оценка отдалённых последствий операции по поводу паховой грыжи затруднена в силу недостаточного количества человек в исследуемых группах, что значительно влияет на достоверность результатов.

Список литературы:

1. Адамян А.А. К вопросу о классификации паховых грыж/ А.А. Адамян, А.В. Фёдоров, Б.Ш. Гогия// Журнал им. Н.И. Пирогова.-2007.-№11.-С.:44-45.

2.Акрамов Н.Р. Первый опыт использования лапароскопически ассистированной экстраперитонеальной игниопунктурной герниорафии при паховых грыжах у новорожденных/ Н.Р. Акрамов, А.А. Подшивалин, Т.И. Омаров.//Репродуктивное здоровье детей и подростков.- 2014.-№1.-С.:72-76.

3.Акрамов Н.Р Репродуктивный статус мужчин после классической герниопластики, выполненной в детском возрасте при паховой грыже. /Н.Р. Акрамов, Т.И.Омаров, Л.Р. Гимадеева//Теоритическая и клиническая медицина.- 2014.-Т.95.-№1.-С.:7-10.

4.Акрамов Н.Р.Эволюция лапароскопической герниорафии при врожденных паховых грыжах у детей./ Н.Р.Акрамов, Т.И. Омаров, А.И. Галлямова, А.А//Репродуктивное здоровье детей и подростков.-2014.-№2.-С.:82-91.

5. Ашкрафт К.У. Детская хирургия / К.У Ашкрафт, Т.М. Холдер. Том 2-
Спб.: Питер, 1997г. С.: 251.

6.Губов Ю.П. Клинические критерии травматичности пахового
грыжесечения у мальчиков./ Ю.П. Голубов, В.Ф. Бландинский, Н.А.
Зеленская,С.В. Соколов//Детская хирургия.-2015.-№3.-С.:15-18.

7.Козлов Ю.А. Лечение паховых грыж у детей: обзор лапароскопических
методов или история «крючков и игл»./Ю.А. Козлов, В.А. Новожилов, А.А.
Распутин, К.А. Ковальков/Эндоскопическая хирургия.- 2017.-№1.-С.:33-42.

8.Медведев А. А. Диагностика и оперативное лечение заболеваний
влагалищного отростка брюшины у детей с применением современных
технологий. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата
медицинских наук. Тверь, 2007. С.:20.

9.Разин М.П./Детская урология-андрология: учеб.пособие./ М.П.Разин,
В.Н.Галкин, Н.К. Сухих.- М.:Медиа, 2011. С.:128.

10.Розинов В.М. Российская ассоциация детских хирургов. Федеральные
клинические рекомендации. Ущемленные паховые грыжи у детей./ В.М.
Розинов, А.Ф. Дронов, Ю.А. Козлов, О. Г. Мокрушина. Москва, 2013 С.:21.

11.Сиро Эспозито (Ciro Esposito).Сравнение лапароскопической и
открытой пластики грыжи у детей: Систематический обзор./Ciro Esposito,
Shawn D. St. Peter, Maria Escolino.//Журнал лапароскопических и передовых
хирургических методов.-2014.-Т.24.-№11.-С.:811-816.

12.Спахи О.В. Диагностика и лечение пахово-мошоночных грыж у детей./
О.В. Спахи, Е.П. Копылов, А.П. Пахольчук//Здоровье ребенка.-2016.-№1.-
С.:152-154.

13.Столяр А. В. Врожденная паховая грыжа-как оперировать?/ А.В.
Столяр, М.А. Аксельров , С.П. Сахаров//Медицинская наука и образование
Урала. -2016.-№2.-С.:111-114.

14.Столяр А.В. Первый опыт видеоассистированной герниорафии у
детей/ А.В. Столяр, М.А. Аксельров, Т.В. Сергиенко//Вятский медицинский
вестник.-2015.-№2.- С.:72-76.

15.Тен. Ю.В. Современные подходы к оперативному лечению паховых
грыж у детей/ Ю.В. Тен, А.В. Бойко, И.Г. Осецкий, К.Ю. Тен/ Современные
технологии в диагностике и лечении хирургических болезней детского
возраста. Сборник научных трудов, посвященный 100-летию высшего
медицинского образования на Урале. - 2016.-С.:104.

16.Умешов А.У. Некоторые особенности лечения паховых грыж у детей/
А.У. Умешов//Журнал Алматинского государственного института
усовершенствования врачей.-2011.-№2.-С.:67-68.

УДК 617-089.844

Тагильцева Ю.С., Хамидулин Т.Э.