

УДК 617.55-089.844-06:617.55-007.43

Фозилжонов Нуриддинбек Нозимбек угли.,

Юлчиев Каримжон Салимжонович,

Кафедра детской хирургии

Андижанский государственный медицинский институт

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВО-МОШОНОЧНЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ

Резюме: Паховая грыжа – это патологическое выпячивание грыжевого мешка (вагинального отростка брюшины) вместе с грыжевым содержимым (петлей кишки, прядью сальника или яичником) в паховой области.

Врожденные паховые грыжи у детей являются локальным проявлением синдрома мезенхимальной недостаточности. Паховые грыжи в детском возрасте как правило, косые, т. е. проходят по паховому каналу через его внутреннее и наружное отверстие.

Структурная анатомия грыжи включает: грыжевые ворота - дефекты брюшной стенки врожденного или посттравматического генеза; грыжевой мешок - растянутый листок париетальной брюшины; грыжевое содержимое - органы брюшной полости, перемещенные в грыжевой мешок. Грыжевой мешок представляет собой частично или полностью необлитерированный влагалищный отросток брюшины.

Ключевая слова: паховая грыжа, пахово-мошоночная грыжа, детской возраст.

Fozilzhonov Nuriddinbek Nozimbek ugli.,

Yulchiev Karimjon Salimzhonovich,

Department of Pediatric Surgery

Andijan State Medical Institute

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF INGUINAL AND SCROTAL HERNIAS IN CHILDREN

Resume: Inguinal hernia is a pathological protrusion of the hernial sac (vaginal process of the peritoneum) together with the hernial contents (a loop of the intestine, a strand of the omentum or ovary) in the inguinal region.

Congenital inguinal hernias in children are a local manifestation of mesenchymal insufficiency syndrome. Inguinal hernias in childhood are usually oblique, i.e. they pass through the inguinal canal through its inner and outer openings.

The structural anatomy of a hernia includes: hernial gates - defects of the abdominal wall of congenital or post-traumatic genesis; hernial sac - a stretched leaf of the parietal peritoneum; hernial contents - abdominal organs moved into the hernial sac. The hernial sac is a partially or completely ungliterated vaginal process of the peritoneum.

Keywords: inguinal hernia, inguinal-scrotal hernia, children's age.

Актуальность.

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

Материалы и методы исследования. В отделении детской хирургии на базе кафедры АГМИ в период с 2020 по 2022 г. на лечении находилось 55 детей с пахово-мошоночными грыжами. 13,09 % ребенка, от 9 до 18 месяцев — 12 (21,8 %), от 18 месяцев до 4 лет и от 4 до 10 лет — 36 (65,0 %).

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

У 40,8 % детей паховая грыжа сочеталась с пупочной грыжей, с водянкой оболочек яичек — у 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 эхогенности.

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 мет

одике 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 эндохирургических инструментов и эндохирургической фирмы Karl Storz GmbH (Германия).

Результаты исследования. 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 15 % пациентов грыжи были диагностированы во время лапароскопической герни-орафии, выполняемой по поводу односторонней грыжи. Критерием этого было наличие необлитерированного внутреннего кольца пахового канала.

В возрасте от 1 месяца до 4 лет пахово-мошо-ночные грыжи преимущественно сочетались с пупочными грыжами (в 40 % случаев). А в

возрастной группе от 9 до 18 месяцев — в 10,7 % случаев и с сообщающейся водянкой оболочек яичка с противоположной стороны.

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

Оперативное лечение 42 % детям произведено открытым доступом. Среди них 70 детей прооперированы в плановом порядке. 4,3 % же пациентам, поступившим с клиникой ущемленной пахово-мошоночной грыжи с длительностью ущемления более 5 часов, произведена ургентная операция. У 58 % детей произведена лапароскопическая коррекция в период с 2021 по 2022 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, 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.

86,2 % детей обследованы в течение года после операции. У 18 детей выявлена метахромная грыжа (контралатеральной области). Эти дети были прооперированы открытым доступом в период с 2020 по 2022 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 метахромной грыжи.

Вывод. 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. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота и эвентрации. – Симферополь : Бизнес-Информ, 2002. – С. 438.
2. Тоскин К.Д. Грыжи брюшной стенки / К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский. – М. : Медицина, 1990. – 269 с.
3. Янов В.Н. Способ аутодермальной пластики при «трудных формах» паховых грыж // Вестник хирургии. – 2001. – № 3. – С. 49-51.
4. Lichtenstein I.L. The cause, prevention, and treatment of recurrent groin hernia / I.L. Lichtenstein, A.G. Shulman, P.K. Amid // Surg. Clin. North Am. – 1993. – Vol. 73, № 3. – P. 529-544.
5. Repair of giant incisional abdominal wall hernias using open intraperitoneal mesh / C. Bernard, C. Polliand, L. Mutelica et al. // Hernia. – 2007. – Vol. 11, № 4. – P. 315–320.