

В. П. Притула¹, І. Г. Рибальченко²

Діагностика та лікування паховинно-каліткових гриж у новонароджених дітей

¹Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України, м. Київ,²НДСЛ «ОХМАТДИТ» МОЗ України, м. Київ**Ключові слова:** хлопчики, грижа пахова, діагностика, лікування хірургічне.

Операції з приводу пахових гриж становлять майже 50% усіх оперативних втручань у дітей. З метою покращення лікування обстежили 290 хворих віком до 3 місяців, яких поділили на дві групи: основна – 196 осіб, контрольна – 94. Локалізація гриж: односторонні – 194, двобічні – 36, защемлені – 60. Ультразвукове та доплерографічне дослідження виконали 182 пацієнтам основної групи; виявили порушення кровотоку яєчка різних ступенів. Хірургічне лікування у 230 хворих здійснили у плановому порядку, а в 11 – лапароскопічно. При защемлених грижах резекцію некротичної ділянки кишки виконали у 8 пацієнтів. Усі діти одужали, рецидиву грижі не було. Проаналізувавши результати оперативного лікування, вважаємо, що прошивати основу грижового мішка раціонально як із накладенням внутрішнього касетного шва, так і шляхом наскрізного прошивання та відсічення останнього. Така методика виконання операції унеможливує виникнення в ранньому та віддаленому періодах болювого синдрому, а також є способом профілактики ятрогенного крипторхізму.

Диагностика и лечение пахово-мошоночных грыж у новорожденных детей

В. П. Притула, И. Г. Рыбальченко

Операции по поводу паховых грыж составляют почти 50% всех оперативных вмешательств у детей. С целью улучшения лечения обследовано 290 больных в возрасте до 3 месяцев, которые составили две группы: основная – 196 детей, контрольная – 94. Локализация грыж: односторонние – 194, двухсторонние – 36, ущемленные – 60. Ультразвуковое и доплерографическое исследования выполнили 182 больным основной группы; обнаружили нарушения кровотока яичка разных степеней. Хирургическое лечение у 230 больных проведено в плановом порядке, а у 11 – лапароскопически. При ущемленных грыжах резекция некротической участка кишки проведена у 8 пациентов. Все дети выздоровели, рецидива грыжи не было. Проанализировав результаты оперативного лечения, считаем, что прошивать основу грыжевого мешка рационально как с наложением внутреннего касетного шва, так и сквозным прошиванием и отсечением последнего. Такая методика выполнения операции исключает возникновение в раннем и отдаленном периодах болевого синдрома, а также способом профилактики ятрогенного крипторхизма.

Ключевые слова: мальчики, грыжа паховая, диагностика, лечение хирургическое.**Патология.** – 2015. – №2 (34). – С. 48–51

Diagnosis and treatment of inguinal-scrotal hernias in infants

V. P. Prytula, I. G. Rybalchenko

Surgery for inguinal hernias takes first place and make up to 50% of all surgical procedures, and emergency surgery is in the second place after acute appendicitis.

Aim. The purpose of the work is to improve the treatment of infants with congenital hernias.

Methods and results. In the department of neonatal surgery of NCSH «ОХМАТДЕТ» 290 patients with hernias were treated, they were divided into two subgroups: the main, born from 2004 to 2014 – (I) group – 196 (67.59%), and the control, born from 1992 to 2003 – (II) group – 94 (32.41%). The study included the following pathology: unilateral hernia – 194 (66.89%), bilateral hernia 36 (12.42%), strangulated hernia – 60 (20.69%). The age of patients ranged from one to three months.

Results and discussion. In the (I) group 182 patients underwent ultrasound and Doppler examination, and the data were different in patients with free hernias and strangulated ones. In case of strangulated hernia there were acute circulatory disorders in the testis in 21 patients by 40-50% of normal, and blood flow was absent in 8 ones. Surgical treatment was individualized, and in 230 newborns it was carried out in a planned manner. 11 (3.79%) patients were treated laparoscopically. In strangulated hernia correction was performed without bowel resection in 52 cases, and resection of strangulated portion was carried out in 8 cases. All the children recovered, there was no hernia recurrence.

Key words: Children, Hernia Inguinal, Diagnosis, Surgery.**Pathologia.** 2015; №2 (34): 48–51

Згідно з даними фахової літератури, операції з приводу пахових гриж у дитячих хірургічних стаціонарах посідають перше місце та становлять майже 50% усіх оперативних втручань, в ургентній хірургії – друге місце після гострого апендициту. У дітей чоловічої статі ця патологія трапляється значно частіше, ніж у дівчаток, у співвідношенні від 8:1 до 10:1 [1–3]. За даними деяких авторів, з усіх хворих дітей із хірургічною патологією

55% випадків – це діти з паховими грижами. Найчастіше цю патологію діагностують у перші 3 місяці життя. Частота вроджених пахових гриж серед новонароджених дітей становить від 1 до 15%, а в недоношених дітей цю патологію виявляють удвічі частіше, ніж у доношених новонароджених [4–7,11].

Основним методом лікування гриж є хірургічний, і чим раніше здійснене оперативне лікування, тим кращі

результати. Операцію виконують при встановленні діагнозу, а пахові грижі та наявність у грижового мішка будь-якого органа, визначені протягом інших досліджень, є абсолютним показанням до операції [4,5,8]. За даними деяких дослідників, пахвинна грижа зумовлює значне порушення (зменшення) кровообігу яєчка в 4,6 раза у 85,7% хворих.

Після оперативного лікування пахвинних і пахвино-каліткових гриж у частини хворих виникають ускладнення: атрофія яєчка – від 3–5% до 30% випадків, гідроцеле – у 17–20%, високе розташування яєчка – у 0,6–4,5% дітей, а післяопераційні орхоепідидиміти – до 90%, що надалі потребує лікування [3–5,9,10]. Найбільш несприятливим результатом є післяопераційна летальність (0,8–2,5%) [2,5].

Мета роботи

Поліпшити лікування новонароджених із вродженими защемленими та вільними грижами шляхом удосконалення діагностики та лікувальної тактики.

Матеріали і методи дослідження

У відділенні хірургії новонароджених в НДСЛ «ОХМАТДИТ» МОЗ України з 1992 до 2014 р. перебували на лікуванні 290 хворих із вродженими защемленими та вільними грижами.

Хворих поділили на дві групи: основна (I група, з 2004 до 2014 р.) – 196 (67,59%), контрольна (II група, з 1992 до 2003 р.) – 94 (32,41%) пацієнти. За нозологією у дослідження включили такі патології: вроджені однібічні грижі – 194 (66,89%), вроджені двобічні грижі – 36 (12,42%), защемлені грижі – 60 (20,69%). Вік хворих становив від одного до трьох місяців.

З метою верифікації діагнозу використовували такі методи дослідження: клініко-лабораторне обстеження – n=290, (100%); ультразвукове дослідження пахової ділянки та калітки – n=182 (62,76%); доплерографічне сканування пахово-каліткової ділянки – n=182 (62,76%); променеві (рентгенологічні) – n=18 (6,21%); морфологічні та гістологічні методи дослідження матеріалу – n=8 (2,76%).

Результати та їх обговорення

Діагностика пахвинно-каліткових кил ґрунтувалась на даних аналізу скарг батьків та огляду новонародженої дитини. За даними клініко-лабораторного дослідження, відхилень від вікової норми у 230 хворих (79,31%) не було, а у 60 (20,69%) пацієнтів відзначили зміни, що вказували як на запальний процес, так і на ознаки непрохідності кишечника з причини защемленої киля.

Термін від початку захворювання мав значення під час госпіталізації защемлених (n=60) гриж:

- до 12 годин госпіталізовано 43 (14,83%) хворих (основна (I) – n=20, контрольна (II) група – n=23);
- від 12 до 24 години – 13 (4,48%) пацієнтів (основна (I) – n=7, контрольна (II) група – n=6);
- від 24 до 72 годин – 4 (1,38%) хворих (основна (I) – n=2, контрольна (II) – n=2).

В основній групі в 82 хворих для з'ясування стану

пахвинного каналу та органів калітки здійснили ультразвукове та доплерографічне дослідження. Результати різнилися у хворих із вільними та защемленими. При вільних грижах виявили набряк яєчка та придатка з застоєм відтоку, що вказувало на хронічне порушення кровотоку в яєчку. Наявність пахвинно-каліткової грижі з підвищеним внутрішньокишковим тиском призводила до незначного здавлювання яєчка, що характеризувалось ущільненням яєчка і придатка. При защемлених грижах визначили підгострі порушення кровотоку як у яєчку, так і в ділянці кишки у 21 хворого (на 40–50% від норми). У 8 хворих із защемленими грижами кровотік майже відсутній, і надалі цим хворим виконали резекції ділянки кишки. Наявність защемлення з підвищеним внутрішньокишковим тиском призвела до здавлювання яєчка, згодом до некрозу ділянки кишки, як наслідок – вільна рідина в калітковій камері.

Хірургічне лікування було індивідуалізованим, залежало від типу грижі – вільна чи защемлена. У 230 новонароджених оперативне лікування здійснили у плановому порядку. Однібічну локалізацію гриж виявили у 194 хворих (основна (I) група – n=144, контрольна (II) – n=50); двобічну локалізацію визначили 36 пацієнтів (основна (I) група – n=23, контрольна (II) – n=13). Під час хірургічної корекції вроджених однібічних кил у 88 пацієнтів із 194 зовнішній пахвинний канал не відкривався (n=52 основної (I) проти n=26 контрольної (II) групи). Пластику пахвинного каналу виконували усім хворим. При хірургічному лікуванні двобічних гриж пахвинний канал відкривався. Одночасно операції з двох боків виконали 10 хворим: основна (I) група – n=8, контрольна (II) група – n=2. Під час хірургічного лікування грижовий мішок відкривали на передній поверхні, надалі виконували ревізію та накладали внутрішній кисетний шов. Грижовий мішок не видаляли, що зумовило відсутність післяопераційного набряку калітки і пахвинної ділянки у 167 хворих основної (I) групи. У 16 пацієнтів контрольної (II) групи виконували часткове видалення грижового мішка, що зумовлювало набряк калітки. На завершальному етапі оперативного лікування пластику пахвинного каналу виконали за такими методиками:

основна (I) група – Дюамеля (96), Мартинова (48), Кимбаровського (5);

контрольна (II) група – Дюамеля (37), Мартинова (26), Кимбаровського (5).

Лапароскопічну корекцію пахвинних гриж здійснили в 11 (3,79%) хворих за 2011–2012 рр.: двобічних пахово-каліткових гриж – n=3, правобічних – n=5, лівобічних – n=3.

Хворим із защемленими грижами операції виконали в ургентному порядку. Термін передопераційної підготовки був індивідуалізованим як за обсягом, так і тривалістю. У всіх пацієнтів доступ був пахвинний. Під час операції виділяли та відкривали грижовий мішок, оцінювали стан кишечника як у просвіті грижі, так і в черевній порожнині. Згодом виконали ревізію калітки

та пластику пахвинного каналу. Оперативне лікування без резекції кишки здійснили 52 хворим, резекцію защемленої ділянки кишечника – 8 пацієнтам. В основній групі резекцію виконали 5 хворим, а в контрольній групі – 3 пацієнтам.

Усі операції виконали з пахвинного доступу, але у 3 випадках здійснили конверсію – лапаротомію, із них в 1 дитини накладена кінцева ілеостома – термін защемлення становив 17 годин. У 26 немовлят защемлені пахвинно-каліткові грижі ускладнилися патологією яєчка та придатка (тромбоз судин, орхіт, епідидиміт): праве яєчко уражене у 23, ліве – у 3 хворих. Термін защемлення – від 1,5 до 6 годин. Надалі для поліпшення кровопостачання яєчка виконали новокаїнові блокади, зігрівання яєчка, насічки на білковій оболонці. У всіх хворих визначили покращення кровопостачання яєчка, що проявлялось зміною кольору з темно-червоного до червоного, а також покращення пульсації судин яєчка. На завершальному етапі виконували пластику пахового каналу за Мартиновим (у 48 хворих) і Дюамелем (у 12 дітей).

Результати оперативного лікування. Дітей обстежували комплексно перед виписуванням із відділення. При защемлених грижах у 29 хворих дренивали калиткову камеру на 2–3 добу для покращення відтоку інфільтратив-

ного процесу. Ускладнення встановили у 9 пацієнтів із вільними грижами (післяопераційний набряк, гематома, інфільтрат). У післяопераційному періоді здійснювали ультразвуковий і доплерографічний контроль стану кровопостачання яєчка.

Усіх дітей після оперативного лікування виписали з клініки, рецидиву грижі не було.

Отже, прошивати основу грижового мішка раціонально як із накладенням внутрішнього касетного шва, так і шляхом наскрізного прошивання та відсічення останнього, уникаючи при цьому ймовірної неспроможності швів культу в ранньому та віддаленому післяопераційному періодах. Ці засади унеможливають виникнення в ранньому та віддаленому періодах болювого синдрому та є способом профілактики ятрогенного крипторхізму.

Висновки

Встановлена в новонародженій дитини пахово-каліткова грижа є показанням до ультразвукового обстеження для визначення стану кровотоку ендокринної залози – яєчка.

Оптимальним терміном операції є час встановлення діагнозу з метою внеможливити вирішальне ускладнення – ішемію яєчка. У результаті це дає змогу запобігти порушенням функції у віддаленому періоді.

Список літератури

1. Атлас детской оперативной хирургии : пер. с англ. / под ред. П. Пури, М. Гольварта. – М. : МЕДпресс-информ, 2009. – 648 с.
2. Ашкрафт К.У. Детская хирургия : пер. с англ. / К.У. Ашкрафт, Т.М. Холдер. – СПб. : Хардфорд, 1997. – Т. 2. – С. 251–260.
3. Горбатюк О.М. Сучасне лікування дітей з хірургічними захворюваннями яєчка і сім'яного канатика, які супроводжуються ішемічним синдромом : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д.мед.н. : спец. 14.01.09 «Дитяча хірургія» / О.М. Горбатюк. – К., 2002. – 35 с.
4. Детская хирургия: национальное руководство / под. ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 687–690.
5. Хірургія дитячого віку : підручник / В.І. Сушко, Д.Ю. Кривченя, О.А. Данилов та ін. ; під ред. В.І. Сушка, Д.Ю. Кривченя. – К. : Медицина, 2009. – С. 102–108.
6. Хадиров В.А. Особенности хирургического лечения паховых грыж у новорожденных и детей первых месяцев жизни : автореф. дис. на соискание ученой степени к.мед.н. : спец. 14.00.35 «Детская хирургия» / В.А. Хадиров. – М., 2009. – 25 с.
7. Юсуфов А.А. Ультразвуковые критерии диагностики и оценки лечения хирургических заболеваний пахово-мошоночной области у детей : автореф. диссертации на соискание ученой степени д.мед.н. : спец. 14.00.35 «Детская хирургия» / А.А. Юсуфов. – М., 2011. – 35 с.
8. Testicular trauma resulting in shock and systemic inflammatory response syndrome: a case report / K.C. Okonkwo K.G. Wong, Ch.T. Cho, L. Gilmer // *Cases J.* – 2008. – №1. – P. 709–720.
9. Pulse-Inversion US Imaging of Testicular Ischemia: Quantitative and Qualitative Analyses in a Rabbit Model / J.P. Harriet, A.K. Leslie, A.R. Susaeta et al. // *Paltiel et al. Radiology.* – 2006. – Vol. 239. – Issue 3. – P. 718–728.
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>.

References

1. Puri, P., & Golvart, M. (Eds) (2009) *Atlas detskoj operativnoj khirurgii [Atlas of Children's operative surgery]* Moscow: MEDpress. [in Russian].
2. Ashcraft, K. U., & Holder, T. M. (1997) *Detskaya khirurgiya [Pediatric Surgery]*, (Vol. 2), (P. 251–260). Saint Petersburg. [in Russian].
3. Horbatiuk, O. M. (2002) *Suchasne likuvannia ditei z khirurhichnymy zakhvoriuvanniamy yaiechka i sim'ianoho kanatyki, yaki suprovodzhuiutsia ishemichnym syndromom (Avtoref. dis... dokt. med. nauk) [Modern treatment of children with surgical diseases testes and spermatic cord, accompanied by ischemic syndrome. Dr. med. sci. diss.]*. Kyiv [in Ukrainian].
4. Isakov, Yu. F. & Dronova A. F. (Eds.) (2009) *Detskaya khirurgiya: nacional'noe rukovodstvo [Pediatric Surgery: national leadership]*. Moscow: GEOTAR Media. [in Russian].
5. Sushko, V. I., Kryvchenia, D. Yu, Danylov, O. A., Dikhtiar, V. A., et al. (2009) *Khirurgiia dytyachoho viku [Surgery childhood: a textbook]* V.I. Sushko, D.Yu. Kryvchenia (Eds.). Kyiv: Medytsyna [in Ukrainian].
6. Khadirov, V. A. (2009) *Osobenosti khirurgicheskogo lecheniya pakhovykh gryzh u novorozhdennykh i detej pervykh mesyacev zhizni (Avtoref. dis... kand. med. nauk). [Features of surgical treatment of inguinal hernias in infants and children during the first months of life] (Extended abstract of candidate's thesis)*. Moscow. [in Russian].
7. Yusufov, A. A. (2011) *Ul'trazvukovye kriterii diagnostiki i ocheni lecheniya khirurgicheskikh zabojevanij pakhovomoshonochnoj oblasti u detej (Avtoref. dis... dokt. med. nauk) [Ultrasonic diagnostic criteria and assessment of treatment of surgical diseases inguinal-scrotal in children. Dr. med. sci. diss.]* Moscow. [in Russian].

-
8. Okonkwo, K. C., Wong, K. G., Cho, Ch. T., & Gilmer, L. (2008) Testicular trauma resulting in shock and systemic inflammatory response syndrome: a case report. *Cases J.*, 12(1), 709–720. doi: 10.1186/1757-1626-1-4.
9. Harriet, J. P., Leslie, A. K., Susaeta A. R., Frauscher, F., O’Kane, P. L., & Freitas-Filho, L. G. (2006) Pulse-Inversion US Imaging of Testicular Ischemia: Quantitative and Qualitative Analyses in a Rabbit Model. *Paltiel et al. Radiology*, 239(3), 718–728. doi: 10.1148/radiol.2393050210.
10. Myers, J. B., Lovell, M. A., Lee, R. S., Furness, P. D., & Koyle, M. (2004) Torsion of an indirect hernia sac causing acute scrotum. *J Pediatr Surg*, 39(1), 122–123. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14694389?dopt=Abstract>.
-

Відомості про авторів:

Пригула В.П., професор каф. дитячої хірургії, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України.
Рибальченко І.Г., лікар-хірург дитячого відділення хірургії новонароджених, НДСЛ «ОХМАТДИТ» МОЗ України,
E-mail: pedsurgery_ua@ukr.net.

Сведения об авторах:

Пригула В.П., профессор каф. детской хирургии, Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца МЗ Украины.
Рыбальченко И.Г., врач-хирург детского отделения хирургии новорожденных, НДСБ «ОХМАТДЕТ» МЗ Украины,
E-mail: pedsurgery_ua@ukr.net.

Information about authors:

Prytula V.P., MD., PhD., DSci., Professor, Department of Pediatric Surgery, Bogomolets National Medical University of Health Ministry of Ukraine.
Rybalchenko I.G., Surgeon of the Pediatric Department of Neonatal Surgery, NCSH «OHMATDET» of Health Ministry of Ukraine,
E-mail: pedsurgery_ua@ukr.net.

Надійшла в редакцію 01.04.2015 р.