

УДК: 616.34-007.43-031: 611.957]-089-053.3

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАХВИННИХ ГРИЖ У ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ

Гербут С.Ф., Чаварга М.І., Хурсін В.М.

Ужгородський міський перинатальний центр, Ужгородський національний університет, кафедра факультетської хірургії, курс дитячої хірургії, м. Ужгород; Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, кафедра дитячої хірургії, м. Київ

РЕЗЮМЕ: проведено аналіз лікування 110 дітей віком до 1 року з пахвинними чи пахвинно-калитковими грижами. У 81 дитини грижі були без ускладнень і у 29 дітей спостерігалось защемлення грижі. Встановлено, що типовим

раннім післяопераційним ускладненням був набряк відповідної половини калитки, що спостерігався у 32,4% оперованих у планових та у 66,7% з оперованих в ургентних умовах. У віддаленому післяопераційному періоді (з 3 місяців до 6 років) серед планоопераційних спостерігалось високе стояння яєчка (5,2%), а серед оперованих за ургентними показаннями спостерігалися такі ускладнення, як атрофія та гіпотрофія яєчка (19,1%). Отже, у дітей першого року життя оперативне лікування пахвинних та пахвинно-каліткових гриж рекомендується у плановому порядку одразу після встановлення діагнозу. Хірургічне лікування полягає в кілосіченні без пластики апоневрозу зовнішнього косо-го м'язу живота в більшості випадків. З метою профілактики та лікування післяопераційного набряку калитки рекомендується використання препаратів траумель С, лімфоміозот та дотримання горизонтального положення тіла (постільний режим).

Ключові слова: пахвинна грижа, діти першого року життя, кілосічення, післяопераційні ускладнення

Вступ. Пахвинні грижі є однією з найчастіших вад розвитку передньої черевної стінки, що потребують хірургічної корекції внаслідок високого ризику защемлення грижового вмісту (петлі кишки, гонади, великий сальник). Частота пахвинних гриж у дітей становить 0,8%-4,4%, у недоношених – 16%-25%. Частота патології за статтю становить від 3:1 до 10:1 на користь хлопчиків. Патологія у осіб обох статей виникає частіше справа (60%), рідше зліва (30%) та з обох боків (10%). При ліво-бічній пахвинній грижі у 4% пацієнтів існує вірогідність виникнення правобічної пахвинної грижі впродовж першого року після кілосічення. В 11,5% пахвинна грижа спостерігається також і у іншого члена сім'ї. Вважається, що найчастіше защемлення пахвинної грижі відбувається в перші місяці після народження: 71% защемлених кіл спостерігається до 11 місяців життя.

Метою нашого дослідження є вивчення оптимальних термінів операційного втручання з метою попередження інтра- та післяопераційних ускладнень.

Матеріали та методи. За період з 1998 по 2005 рік у відділенні Ужгородської ЦМКЛ нами прооперовано 110 дітей віком до 1 року з пахвинними чи пахвинно-калітковими грижами. В плановому порядку оперовано грижі у 81 дитини і 29 дітей оперовано за екстремними показаннями у зв'язку з защемленням грижі. Вік пролікованих нами дітей складав від 14 днів до 12 місяців. Хлопчиків було 98 (89,1%), дівчаток – 12 (10,9%), співвідношення 8:1.

Результати дослідження та їх обговорення. У передопераційному періоді всі діти, які поступили для планового лікування, були обстежені фізикально, лабораторно (загальні аналізи крові, сечі, біохімічне дослідження крові, коагулограма), рентгенографічно (оглядова рентгенографія органів грудної порожнини), виконано ЕКГ, консультовано суміжними спеціалістами. При наявності анемії дітям призначалися препарати заліза згідно з рекомендаціями педіатра, гематолога. За наявності в анамнезі гострих респіраторних чи гнійничкових захворювань та анемії 52 дітям (47,3%) за 1 добу до операції призначалася антибактеріальна терапія (цефалексін перорально) разом із премедикацією та протягом доби після операції – цефазолін внутрішньом'язово з розрахунку 50-100 мг/кг маси тіла.

Хірургічне втручання проводили під ендотрахеальним наркозом 44 дітям (40,0%), решті – під комбінованим внутрішньовенним наркозом. Хірургічний доступ використовували поперечний пахвинний довжиною 3-5 см. Основною метою операційного втручання є виділення та видалення грижового мішка. Звуження зовнішнього пахвинного кільця та гофрування передньої стінки пахового каналу нами проводилося у 31 (28,2%) дитини лише у зв'язку зі значним витонченням апоневрозу зовнішнього косо-го м'язу живота та вираженим розширенням зовнішнього пахвинного кільця. Зашивання шкірної рани виконували косметичним внутрішньошкірним швом. Під час втручання маніпуляції з тканинами були максимально делікатні. У післяопераційному періоді в залежності від загального стану дитини та підвищення температури тіла вище 38,0°C 6 хворим (5,5%) призначалася антибіотикотерапія до 3 днів. Протягом першої доби після операції дотримувалися суворого ліжкового режиму. Шви знімали на 5-7 добу після операції.

В ургентному порядку з приводу защемленої грижі нами прооперовано 29 пацієнтів (21 хлопчик (72,4%) та 8 дівчаток (27,6%)). Давність защемлення складала від 3 до 36 годин. Передопераційна підготовка таких дітей тривала 1,5-2 години і включала в себе лабораторне обстеження (загальні аналізи крові, сечі), оглядову рентгенографію органів грудної та черевної порожнини та за необхідності консультацію суміжних спеціалістів. Усім дітям до складу премедикації включали антибіотик (цефазолін 50-100 мг/кг ваги). Наркоз був ендотрахеальний (17 пацієнтів (58,6%)) чи комбінований внутрішньовенний.

При терміні защемлення до 24 годин некрозу грижового вмісту не спостерігалось. У таких випадках (20 хворих (69,0%)) виконували грижесічення: без (6 пацієнтів (30%)) або з розсіченням апоневрозу зовнішнього косо-го м'язу живота (14 пацієнтів (70%)). Пластику апоневрозу та зовнішнього кільця пахвинного каналу при екстремних втручаннях виконали у 22 пацієнтів (75,9%).

У 9 пацієнтів (31,0%) із терміном защемлення понад 24 години було виявлено наступні ускладнення:

- некроз петлі тонкої кишки (2 випадки – 6,9% защемлених гриж);
- некроз правої маткової труби з яєчником (1 випадок – 3,4%);

- некроз частини великого сальника (1 випадок – 3,4%);
- ішемія яєчка (5 випадків – 17,2%).

Усі ускладнення обумовлені пізнім звертанням за допомогою у хірургічний стаціонар. У випадках некрозу петлі кишки виконувався правобічний трансректальний лапаротомний доступ із резекцією некротизованої ділянки в межах здорової тканини та виконанням анастомозу "кінець в кінець" 2-рядними атравматичними вузловими швами. Ці пацієнти після операції отримували антибіотикотерапію (цефтріаксон, амікацин, метронідазол), інфузійну терапію, ентеральне годування з 3-4 доби. У 2 випадках резекція маткової труби з яєчником і резекція частини великого сальника виконувалася через грижові ворота. При ознаках ішемії яєчка (ціаноз, набряк) виконувалося зігрівання органу теплим фізіологічним розчином та введення в сім'яний канатик 1-3 мл 0,25% розчину новокаїну, гепарину. У післяопераційному періоді

таким хворим додатково призначали вітаміни Е та С.

Висновки. 1. Пахвинні грижі у дітей першого року життя доцільно оперувати в плановому порядку відразу після встановлення діагнозу, після належного обстеження та передопераційної підготовки.

2. Метою хірургічного лікування пахвинних гриж у дітей першого року життя є мобілізація грижового мішка (з обов'язковим його розрізом), лікування та видалення. Дистальний відділ мішка видаляти необов'язково, оскільки це призводить до зайвої травми яєчка та сім'яного канатику. Пластика пахвинного каналу не проводиться.

3. У післяопераційному періоді доцільним є призначення антигомотоксичних препаратів траумель С, лімфоміозот, а також дотримання ліжкового режиму, що сприяє зникненню набряклості калитки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия.- СПб.: Пит-Гал, 1997.- Т.2.- С.251-261.
2. Бурда О.Й., Борова О.Є., Стеник Р.В. та ін. Хірургічні ускладнення при природжених вадах передньої черевної стінки // Львівський медичний часопис. – 2003. – Т.9. – Дод. 1. – С.15-17.
3. Ein S.H., Njere I. Six thousand three hundred sixty-one pediatric inguinal hernias: a 35-year review // Journal of Pediatric Surgery. – 2006. – Vol 41, №5. – P. 980-986.

SUMMARY

SURGENT TREATMENT INQUINAL HERNIA THE CHILDREN OF 1 YEAR OLD

Herbut S.F., Chavarda M.I., Khursin V.M.

The material concerning 110 children till 1 year old with inguinal hernia and scrotal hernia 81 children had hernia without complication and 29 had strangulated hernia. It was determined, that the typical early after operating complication was edema of half of scrotum, which was observed in 32,4 % operated children in planned condition, and 66,7% – in emergency patients. In distant afteroperating period (3 month – 6 year) between planned patients highstandig testis was observed (5,2%, and between emergency patients – atrophied and hypotrophied testis (19,1%). So, for year old children with inguinal and scrotal hernias recommends operative treatment immediately after finding. Surgent treatment consists in heruiotonic without plastic of aponeurosis of obliquus external abdominalis muscle in most cases. We recommend preparation 'Traumel S', 'Limfowiozot', lying in bed for prophylactic of afteroperating edema scrotum.

Key words: hernia, one year old child, herniotal, complications