

УДК 616.34-007.43-0.31:611.955/957-07-089.8-053.2

DOI 10.25587/SVFU.2022.26.1.004

*В.А. Саввина, Е.И. Седалищев, А.Р. Варфоломеев,
В.Н. Николаев, И.Ю. Шейкин*

УЩЕМЛЕННЫЕ ГРЫЖИ У ДЕТЕЙ

Аннотация. Паховая грыжа у детей является одним из самых распространенных хирургических заболеваний. Большинство случаев паховой грыжи диагностируется в период новорожденности, особенно у недоношенных детей [1, 2]. Успехи интенсивной терапии и увеличение выживаемости недоношенных повышают частоту выявления этой патологии у младенцев. Риск ущемления и странгуляции при паховой грыже значительно чаще возникает у детей первых трех месяцев жизни и составляет по данным разных авторов от 28 % до 31 %. К 6 месяцам этот показатель регрессирует до 15-24 %. У недоношенных детей частота встречаемости ущемленной паховой грыжи составляет 13-18 %, что связано с более широким глубоким паховым кольцом [2, 3, 4]. У девочек при ущемлении нередко содержимым грыжевого мешка являются яичник и маточная труба, которые подвергаются перекруту и инфаркту [5, 6, 7].

Как показало наше исследование, в 66 % случаев ущемленные грыжи встречались у младенцев до 1 года, так как именно в этом периоде жизни диагностируется большинство случаев паховых и пахово-мошоночных грыж. 1/3 больных с ущемленными грыжами составили девочки, у которых в 58 % случаев ущемленными органами были придатки, в 28 % случаев с некрозом органа, выполнены овариэктомии. В 72 % случаев ущемлялась петля тонкой кишки, во всех случаях без трофических изменений.

Ключевые слова: дети, ущемленные грыжи, паховая грыжа, перекрут, пахово-мошоночная грыжа, недоношенные дети, грыжесечение.

САВВИНА Валентина Алексеевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры педиатрии и детской хирургии медицинского института ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова», главный внештатный детский хирург МЗ РС(Я). E-mail: SavvinaVA@mail.ru тел.: 89142253094.

SAVVINA Valentina Alekseevna – Doctor of Medical Sciences, Professor, Department of Pediatrics and Pediatric Surgery, Institute of Medicine, M.K. Ammosov North-Eastern Federal University, Chief External Pediatric Surgeon, Ministry of Health of the Sakha Republic (Yakutia). E-mail: SavvinaVA@mail.ru

СЕДАЛИЩЕВ Егор Иванович – врач, детский хирург, Республиканская больница № 1 – Национальный центр медицины. E-mail: egor_sedalischev@mail.ru Тел.: 89841000094.

SEDALISCHEV Egor Ivanovich – doctor, pediatric surgeon, Republic's Hospital No. 1 – National Center of Medicine, E-mail: egor_sedalischev@mail.ru

ВАРФОЛОМЕЕВ Ахмед Романович – доктор медицинских наук, профессор кафедры педиатрии и детской хирургии медицинского института ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова». Тел.: 89241687409.

VARFOLOMEEV Ahmed Romanovich – Doctor of Medical Sciences, Professor, Department of Pediatrics and Pediatric Surgery, Institute of Medicine, M.K. Ammosov North-Eastern Federal University.

НИКОЛАЕВ Валентин Николаевич – доцент кафедры педиатрии и детской хирургии медицинского института ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова». Тел.: 89243605472.

NIKOLAEV Valentin Nikolaevich – Associate Professor, Department of Pediatrics and Pediatric Surgery, Institute of Medicine, M.K. Ammosov North-Eastern Federal University.

ШЕЙКИН Иннокентий Юрьевич – врач, детский хирург, Республиканская больница № 1 – Национальный центр медицины, E-mail: sheykinrf@mail.ru Тел: 89142290935.

SHEYKIN Innokentiy Yurevich – doctor, pediatric surgeon, Republic's Hospital No. 1 – National Center of Medicine, E-mail: sheykinrf@mail.ru

V.A. Savvina, E.I. Sedalichev, A.R. Varfolomeev, V.N. Nikolaev, I.Y. Sheykin

STRANGULATED HERNIA IN CHILDREN

Abstract. Inguinal hernia in children is one of the most common surgical diseases, the peak of detection being in the first 3 months of life. Most cases of inguinal hernia are diagnosed during the neonatal period, especially in premature babies [1, 2]. Advances in intensive care and increased survival of preterm infants are increasing the incidence of this pathology in infants. The risk of strangulation in inguinal hernia occurs much more often in children of the first three months of life and, according to different authors, ranges from 28 % to 31 %. By 6 months, this figure regresses to 15-24 %. In premature infants, the incidence of strangulated inguinal hernia is 13–18 %, which is associated with a wider deep inguinal ring [2, 3, 4]. In girls, when strangulated, the contents of the hernial sac are often the ovary and fallopian tube, which undergo torsion and infarction [5, 6, 7].

As the study showed, most often in 66 % of cases, strangulated hernias were found in infants up to 1 year old, since most cases of inguinal and inguinal-scrotal hernias are diagnosed in this age period. 1/3 of the patients with strangulated hernias were girls, in 58 % of cases the strangulated organs had appendages, in 28 % of cases they had organ necrosis, ovariectomies were performed. In 72 % of cases, the loop of the small intestine was infringed, there were no trophic changes in all cases.

Keywords: children, strangulated hernias, inguinal hernia, torsion, inguinal-scrotal hernia, premature babies, hernia repair.

Введение

Частота развития паховых грыж у детей очень высокая и составляет 70 – 95 % от всех видов грыж у детей, а заболевания влагалищного отростка брюшины являются хирургической патологией, занимающей более 30 % всех плановых хирургических вмешательств у детей [2, 8, 9, 10]. Частота встречаемости ущемленных грыж, которые могут сопровождаться тяжелыми осложнениями, ведущими иногда к гибели яичка, яичника или части кишечника, высока и достигает 10,5 % [1, 4, 7]. Большинство случаев паховых грыж диагностируется в неонатальном возрасте, среди недоношенных детей грыжи встречаются в два раза чаще. Мальчики страдают паховыми грыжами чаще в соотношении 5:1 [1, 4].

Целью нашего исследования является анализ больных, поступивших с ущемленными грыжами в хирургическое отделение Педиатрического центра за последние 5 лет.

Материалы и методы исследования.

За последние 5 лет (2017 – 2021 гг.) в хирургическое отделение Педиатрического центра ГАУ РС(Я) «Республиканская больница № 1 – Национальный центр медицины» поступило 39 детей с ущемленной паховой и пахово-мошоночной грыжей. В среднем в год поступает 7 больных с ущемлением грыж (рис. 1). В течение года проводится около 230 лапароскопических герниопластик, что составляет 1/3 плановых оперативных вмешательств.

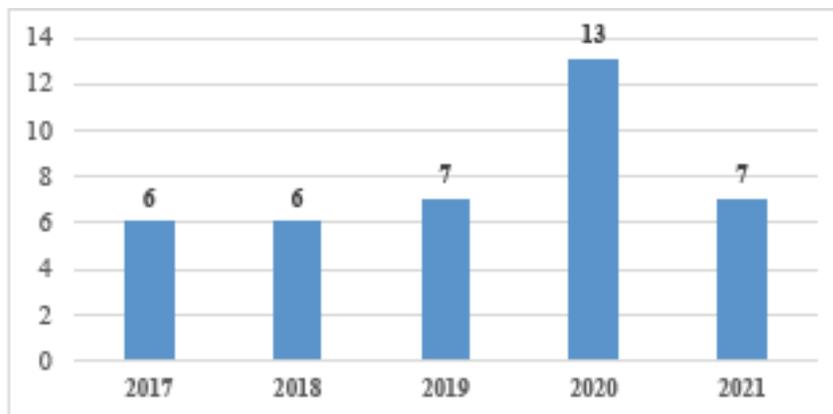


Рисунок 1 – Количество больных по годам

Из ЦРБ Республики Саха (Якутия) доставлено санитарной авиацией 5 больных с ущемленными грыжами (13 %). 69 % составили мальчики, по литературным данным паховые грыжи также чаще выявляются у мальчиков – 75 %. В 66 % случаев ущемлением грыжевого содержимого страдали младенцы до 1 года (рис. 2).

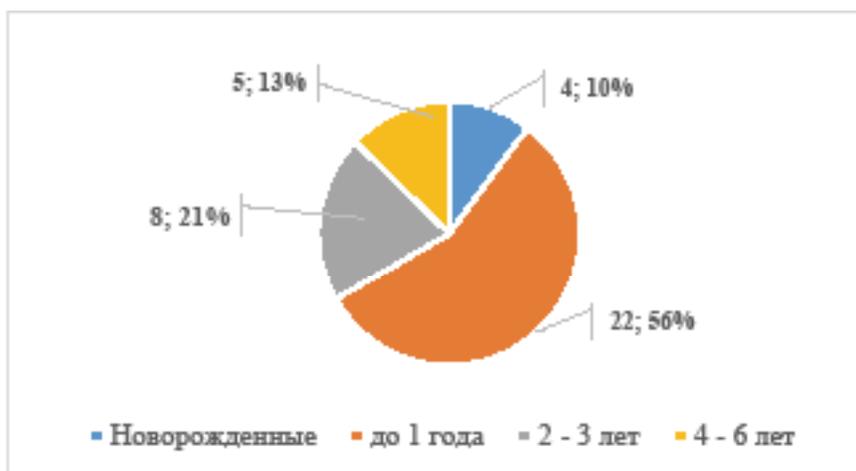


Рисунок 2 – Распределение больных по возрасту

80 % больных поступили с давностью заболевания до 12 часов, позднее поступление связано с транспортировкой больных санитарной авиации из районов республики (12 %) и поздним обращением к врачу (8 %). Основными клиническими симптомами ущемленной паховой грыжи были беспокойство ребенка (100 %), наличие болезненного невправимого грыжевого выпячивания в паховой области (87 %), нарастание клиники кишечной непроходимости в виде вздутия живота и рвоты с примесью желчи (60 %). У 5 девочек неонатального возраста выявлена невправимая паховая грыжа, которая также была оперирована в экстренном порядке. Под невправимой, но не ущемленной грыжей подразумевается выход в грыжевой мешок из малого таза придатков ребенка при сильном натуживании или беспокойстве. Но при этом нет клинических симптомов ущемления – в паховой области определяется круглое плотно-эластичное образование, безболезненное, но не вправимое.

В алгоритме инструментальной диагностики ущемленной грыжи применяются УЗИ паховой области и грыжевого выпячивания и обзорная рентгенограмма брюшной полости для идентификации признаков кишечной непроходимости. В нашем исследовании УЗИ выполнено в 100 % случаев, рентгенодиагностика – в 75 %.

Результаты исследования и обсуждение

Все больные с ущемленной паховой грыжей оперированы после кратковременной предоперационной подготовки: в 15 случаях выполнена лапароскопическая герниопластика – 38 %. Особенностью операции при ущемленной паховой грыже является рассечение передней стенки пахового канала и ущемляющего кольца, позволяющее адекватно оценить состояние ущемленных органов и вправить грыжевое содержимое в брюшную полость. Положительным моментом лапароскопической герниопластики является возможность оценить состояние контрлатерального пахового кольца и при необходимости провести одномоментное ушивание его дефекта, что выполнено у 4 больных (26 % лапароскопических герниопластик). По данным литературы, в 10 – 25 % случаев у детей встречается двухсторонняя паховая грыжа [2, 4].

У 3 (8 %) больных при экстренном грыжесечении отмечено спонтанное вправление грыжевого содержимого в брюшную полость, однако наличие серозного выпота в грыжевом мешке позволило отказаться от дальнейшей ревизии ущемленных органов.

В большинстве случаев – 72 % ущемлялась петля тонкой кишки, в 1 случае – слепая кишка и у 3 больных – прядь сальника. Трофических изменений в ущемленной петле кишечника не выявлено. В 18 % случаев у 7 девочек ущемлялись придатки, в 2 случаях с некрозом. В послед-

них случаях выполнена овариэктомия, гистологически констатирован некроз ткани яичника. Длительность госпитализации составила 7 – 9 койко-дней. Летальных исходов не было.

Клинический случай. Ребенок И. 2 лет поступил в хирургическое отделение Педиатрического центра с клиникой ущемления пахово-мошоночной грыжи. Местно определялось болезненное грыжевое выпячивание с гиперемией кожи. Со стороны брюшной полости патологии не выявлено. В анализах крови имелась воспалительная реакция. Ребенок оперирован с предварительным диагнозом «ущемленная паховая грыжа с некрозом органов». Грыжевым содержимым являлась слепая кишка с червеобразным отростком, последний с гангренозно-перфоративными изменениями. Выполнена аппендэктомия, купол слепой кишки после рассечения внутреннего пахового кольца внедрен в брюшную полость. В брюшной полости выпота не обнаружено, в связи с чем дренирование не было проведено. Постооперационный период без осложнений.

Заключение.

Паховая и пахово-мошоночная грыжа является одной из частых патологий детского возраста, возникновение которой связано с нарушением облитерации вагинального отростка брюшины. Паховая грыжа чаще всего выявляется у новорожденных и в младенческом возрасте. В этом же возрасте чаще всего отмечается ее ущемление. Наиболее опасно ущемление паховой грыжи у девочек в первые месяцы жизни, так как в связи с высоким анатомическим расположением придатков ущемленным органом в 58 % случаев был яичник. Основным методом лечения является экстренное грыжесечение, в 38 % случаев ущемленная грыжа успешно оперирована лапароскопически, что позволило у части больных провести пластику дефекта с контрлатеральной стороны.

Литература

1. Дронов А.Ф. Эндоскопическая хирургия у детей / А.Ф. Дронов, И.В. Поддубный, В.И. Котлобовский. – М.: ГЭОТАР – МЕД, 2002. – с. 208-213.
2. Shun A., Puri P. Inguinal hernia in newborn: a 15 year revive / Aust.N.Z.J.Surg. – 1991. – Vol.61. – p. 78-81.
3. Новожилов В.А. Особенности хирургической тактики при лечении грыж у детей раннего возраста / В.А. Новожилов, В.А. Урусов, А.Н. Махов, Н.Г. Алейникова // Современные принципы лечения патологии пахового канала у детей: сб. науч. работ. – Иркутск. – 2004. – с. 48-57.
4. Puri P., Surana R. Inguinal hernia / Newborn Surgery, ed. Prem Puri – 1998 – Vol.1 – p. 409-412.
5. Купатадзе Д.Д. Клиника, диагностика и лечение паховых грыж у детей / Амбулаторная хирургия. – 2002. – № 1(5). – с. 40-42.
6. Луцевич О.Э., Ордеев С.А., Прохоров Ю.А. и др. Лапароскопическая герниопластика при билатеральных паховых грыжах / Эндоскопическая хирургия. – 2001. – № 3. – с. 53-55.
7. Стальмахович В.Н., Щебенков М.В., Сонголов Г.И. и др. Паховая грыжа у детей. / Иркутск: ГУ НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН. – 2007. – 204 с.
8. Щебенков М.В. Эндовидеохирургическое лечение детей с патологией влагалищного отростка брюшины / Детская хирургия. – 2002. № 4. – с. 24-27.
9. Merriman T.E., Auldrist A.W. Ovarian torsion in inguinal hernias / J. Pediatr. Surg. Int. – 2000 – № 5-6. – p. 383-385.
10. Tan H.L. Laparoscopic repair of inguinal hernias in children / J. Pediatr. Surg. – 2001. – Vol.36, #5. – p. 833.

References

1. Dronov A.F. Endoskopicheskaya hirurgiya u detej / A.F. Dronov, I.V. Poddubnyj, V.I. Kotlobovskij. – М.: GEOTAR – MED, 2002. – s. 208-213.
2. Shun A., Puri P. Inguinal hernia in newborn: a 15 year revive / Aust.N.Z.J.Surg. – 1991. – Vol.61. – p. 78-81.
3. Novozhilov V.A. Osobennosti hirurgicheskoy taktiki pri lechenii gryzh u detej rannego vozrasta / V.A. Novozhilov, V.A. Urusov, A.N. Mahov, N.G. Alejnikova // Sovremennye principy lechenija patologii pahovogo kanala u detej: sb. nauch. rabot. – Irkutsk. – 2004. – s. 48-57.
4. Puri P., Surana R. Inguinal hernia / Newborn Surgery, ed. Prem Puri – 1998 – Vol.1 – p. 409-412.

5. Kupatadze D.D. Klinika, diagnostika i lechenie pahovyh gryzh u detej / Ambulatojnaya hirurgiya. – 2002. – № 1(5). – s. 40-42.
6. Lucevich O.Je., Ordeev S.A., Prohorov Ju.A. i dr. Laparoskopicheskaia gernioplastika pri bilateral'nyh pahovyh gryzhah / Jendoskopicheskaia hirurgija. – 2001. – № 3. – s. 53-55.
7. Stal'mahovich V.N., Shheben'kov M.V., Songolov G.I. i dr. Pahovaja gryzha u detej. / Irkutsk: GU NC RVH VSNC SO RAMN. – 2007. – 204 s.
8. Shheben'kov M.V. Jendovideohirurgicheskoe lechenie detej s patologiej vlagalishhnogo otrostka brjushiny / Detskaja hirurgija. – 2002. № 4. – s. 24-27.
9. Merriman T.E., Auldist A.W. Ovarian torsion in inguinal hernias / J. Pediatr. Surg. Int. – 2000 – № 5-6. – p. 383-385.
10. Tan H.L. Laparoscopic repair of inguinal hernias in children / J. Pediatr. Surg. – 2001. – Vol.36, #5. – p. 833.