

ЭВОЛЮЦИЯ МЕТОДИК ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ, СВЯЗАННОЙ С НАРУШЕНИЕМ ОБЛИТЕРАЦИИ ВЛАГАЛИЩНОГО ОТРОСТКА БРЮШИНЫ У ДЕТЕЙ

Никуленков А.В.

*УЗ «Минская областная детская клиническая больница», п. Лесной,
Минская область, Республика Беларусь
nikulenkov@gmail.com*

Аннотация. Проведен сравнительный анализ результатов лечения паховых грыж разными методами лечения. Основным принципом выполнения вмешательств при данной патологии, является «высокое» лигирование устья влагалищного отростка брюшины. Методики операций доступны в освоении большинством детских хирургов и урологов, в том числе не владеющим навыками интракорпорального шва.

Ключевые слова: влагалищный отросток брюшины; паховая грыжа; гидроцеле; оперативное лечение; лапароскопия.

EVOLUTION OF METHODS OF SURGICAL TREATMENT OF PATHOLOGY ASSOCIATED WITH DISORDER OF VAGINAL PROCESSING PROCESS OBLITERATION IN CHILDREN

Nikulenkov A.V.

Annotation. A comparative analysis of the results of treatment of inguinal hernias by different methods of treatment was carried out. The main principle of performing interventions in this pathology is "high" ligation of the mouth of the vaginal process of the peritoneum. Operation techniques are available for mastering by most pediatric surgeons and urologists, including those who do not possess the skills of an intracorporeal suture.

Key words: vaginal process of the peritoneum; inguinal hernia; hydrocele; surgical treatment; laparoscopy.

Цель исследования: провести сравнительный анализ результатов лечения паховых грыж разными методами лечения, выбрать персонализированную тактику их хирургического лечения.

Патология, связанная с нарушением облитерации влагалищного отростка брюшины (паховая грыжа, гидроцеле и фуникулоцеле), является показанием для планового оперативного лечения. Доля таких операций в детских хирургических стационарах достигает 60%. Согласно литературным данным, к моменту рождения у 15-20% доношенных детей облитерация влагалищного отростка брюшины не завершена, при этом паховые грыжи встречаются у 3,5–5% доношенных новорожденных и 9–30% недоношенных.

В историческом аспекте, тактика хирургического лечения этой патологии претерпевает значительные изменения. Так, с середины прошлого столетия, при оперативном лечении использовались методы хирургических вмешательств, разработанные для взрослых пациентов, с некоторыми модификациями. Для них характерны отделение грыжевого мешка (оболочек водянки) от элементов семенного канатика на всем его протяжении и выполнение натяжной пластики

передней стенки пахового канала. Среди таких методик – грыжесечение по Ру-Оппелю-Краснобаеву и Мартынову.

В результате накопления информации об отдаленных результатах таких операций, обращали на себя внимание следующие аспекты: довольно высокий уровень рецидивов (от 0,5% до 5%), часто встречающийся отек мошонки и семенного канатика в раннем послеоперационном периоде, как проявление лимфостаза и ишемической орхопатии. В дальнейшем появилась информация о регистрации случаев мужской инфертильности у пациентов, перенесших в детском возрасте хирургические вмешательства на паховом канале. Ретроспективно, основным патогенетическим механизмом развития этих осложнений считают непосредственный контакт с элементами семенного канатика ребенка во время операции, что может приводить к нарушению кровоснабжения, лимфооттока и иннервации гонады, а также к повреждению гематотестикулярного барьера, с развитием аутоиммунного механизма повреждения герминогенного эпителия.

На основании изучения этого опыта, к 80м годам прошлого столетия в хирургическую практику были широко внедрены операции «высокой перевязки» («high ligation») шейки грыжевого мешка, без отделения дистальной его части от элементов семенного канатика и без выполнения пластики стенок пахового канала. Примером таких вмешательств может служить грыжесечение по Дюамелю [1].

При всех положительных эффектах тактики «высокого лигирования» грыжевого мешка, неразрешенной проблемой оставалась невозможность распознать у детей с моностеральной паховой грыжей или гидроцеле двусторонний характер нарушения облитерации влагалищного отростка брюшины. При этом, появление контрлатеральной паховой грыжи или гидроцеле может произойти через некоторое, иногда весьма непродолжительное время после традиционной («открытой») операции, в результате чего становится необходимой еще одна госпитализация и операция. Период с середины девяностых до настоящего времени ознаменовался применением в детской герниологии лапароскопических технологий.

Вначале лапароскопия использовалась только для диагностики персистенции влагалищного отростка брюшины с контрлатеральной стороны при односторонней паховой грыже, при этом сами вмешательства выполнялись из традиционного «открытого» доступа. Затем были предложены полностью лапароскопические вмешательства, предполагающие ушивание устья влагалищного отростка брюшины интракорпоральным эндоскопическим швом, с установкой нескольких троакаров в брюшную полость.

В 2000 – 2003 гг. были разработаны несколько разновидностей лапароскопически-ассистированных вмешательств, подразумевающих транскутанное ушивание устьев влагалищного отростка брюшины под лапароскопическим контролем (PIRS, SEAL) [2].

В настоящее время лапароскопические вмешательства при патологии нарушения облитерации влагалищного отростка у детей, применяются параллельно с «открытыми» вмешательствами. Это позволяет провести сравнительный анализ их результатов, оптимизировать оказание помощи детям