

А.В. Столяр, М.А. Аксельров, Т.В. Сергиенко

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВИДЕОАССИСТИРОВАННОЙ ГЕРНИОГРАФИИ У ДЕТЕЙ

*Тюменский государственный медицинский
университет*

A.V. Stolyar, M.A. Akselrov, T.V. Sergienko

FIRST EXPERIENCE VIDEOASSISTED HERNIORAPHY IN CHILDREN

Tyumen State Medical University

Лапароскопическое грыжесечение у детей является современной альтернативой открытой хирургии. Преимуществом ее является возможность одновременной коррекции паховой грыжи с контрлатеральной стороны. Использование перкутанного метода сокращает время операции, упрощает саму операцию и снижает риск послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: паховая грыжа у детей, видеоассистированная, лапароскопия.

Laparoscopy hernia repair in children is a modern alternative to open surgery. The advantage of it is the possibility of simultaneous correction of inguinal hernia with the contralateral side. The use of percutaneous method reduces operation time, simplifies the operation itself and reduces the risk of postoperative complications.

Key words: inguinal hernia in children, video assisted, laparoscopy.

Введение

В настоящее время одной из актуальных проблем в хирургии детского возраста является паховая грыжа. Заболеваемость этой патологией у детей, по данным разных авторов, достигает от 1 до 5% [1, 2]. Чаще всего грыжей заболевают мальчики, это связано с нарушением процесса облитерации влагалищного отростка брюшины в результате опускания яичек из брюшной полости в мошонку. В лечении этой патологии применяется как открытый способ, так и лапароскопическая хирургия. И те, и другие методы имеют различные модификации. Основная задача – разобщение брюшной полости и необлитерированного влагалищного отростка брюшины [3, 6, 8]. Манипуляции с семенным канатиком (отделение от грыжевого мешка, электрокоагуляция сосудов) в дальнейшем могут приводить к бесплодию и атрофии яичка [5]. Современные детские хирурги все больше отдают предпочтение лапароскопической герниорафии, так как она позволяет уменьшить послеоперационный болевой синдром, снизить число рецидивов, обеспечить лучший косметический эффект, а также позволяет выявить контрлатеральное незаращение влагалищного отростка брюшины [3, 4, 9]. В последние годы как в России, так и за рубежом в лечении врожденной паховой грыжи приобрел популярность инновационный метод – лапароскопическая экстраперитонеальная коррекция грыжи с видеоассистированием [10].

Цель настоящей работы: внедрить и модифицировать в практику хирургического отделения новый метод оперативного лечения паховой грыжи, таким образом сократив длительность операции, число рецидивов, послеоперационных осложнений, послеоперационный болевой синдром, улучшив косметический эффект.

Материалы и методы исследования

Для ретроспективного анализа проанализировано 300 случаев лечения детей с диагнозом «паховая грыжа», которые оперировались на базе детского хирургического отделения № 1 Областной клинической больницы №2 г. Тюмень. Возраст пациентов от 2 месяцев до 17 лет. Из них 100 детей оперированы с нанесением разреза в паховой области (1 группа), 100 детей (2 группа) с наложением кисетного шва на внутреннее паховое кольцо, 100 детей (3 группа) с применением перкутанного метода SEAL (от англ. SEAL – Subcutaneous Endoscopic Assisted Ligation – подкожное эндоскопически ассистированное лигирование), впервые предложенного D. Ozgediz M. Harrison [7]. Для выполнения лапароскопических операций применялось оборудование с камерой высокого разрешения Image 1™ HD («KarlStorzGmbH&Co.KG», Tuttlingen, Germany). Для экстраперитонеального проведения лигатуры применялась игла Туохи диаметром 18 или 16 G в зависимости от возраста ребенка.

Результаты и их обсуждение

При проведении открытого оперативного вмешательства в нашей клинике большинством хирургов используется операция Dhameel-I: доступ через паховый канал с выделением грыжевого мешка, отделением его от элементов семенного канатика или круглой связки, послыным ушиванием раны без пластики апоневроза у детей младшей возрастной группы. На удлинение времени оперативного лечения оказывали влияние следующие факторы: квалификация и опыт хирурга, большой размер грыжевого мешка, повторные операции при рецидиве паховой грыжи. Средняя длительность открытого грыжесечения при односторонней паховой грыже составила 18 минут. Обезболивание после операции потребовалось 15% больных. В послеоперационном периоде отмечались следующие осложнения: гематома паховой области – 4, послеоперационная водянка оболочек яичка – 2, расхождение краев послеоперационной раны после снятия швов – 1, рецидив паховой грыжи – 1.

При применении метода, предложенного М.В. Шебеньковым (наложение кисетного шва на область внутреннего пахового кольца), средняя продолжительность операции составила около 20 минут. После данной методики самым частым осложнением выявлен рецидив паховой грыжи – 3.

Техника SEAL используется в нашей клинике с 2013 года, заключается в экстраперитонеальном проведении нерассасывающейся нити вокруг внутреннего пахового кольца посредством иглы Туохи, узел формируется подкожно. При формировании узла внутреннее паховое кольцо затягивалось. Особое внимание при выполнении манипуляций с иглой уделялось элементам семенного канатика (или круглой связке) – лигатура должна быть проведена между ними и листком париетальной брюшины. Кожу в области пупка и паховой области не ушивали. При односторонней грыже время операции в настоящий момент состав-

ляют 5–7 минут. Обезболивание не потребовалось ни в одном случае. Возникло 1 послеоперационное осложнение – водянка оболочек яичка, купировано консервативно. Косметический результат оценивается родителями и пациентами как превосходный.

Выводы

Использование лапароскопического метода оперативного лечения паховых грыж у детей позволяет сократить число осложнений и рецидивов.

При использовании методики SEAL длительность оперативного вмешательства значительно уменьшается. При использовании SEAL-метода отмечается превосходный косметический результат. Также немаловажным можно отметить тот факт, что в отличие от метода, предложенного М.В. Шебенковым, при выполнении экстраперитонеальной видео-ассистированной герниорафии – лигатура не остается в брюшной полости, т.е. вне брюшины, что может снизить риск возможного образования спаечного процесса как реакции брюшины на инородное тело.

Список литературы

1. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Михельсон В. А. Хирургические болезни у детей. М.: Медицина. 1998. 704 с.
2. Ashcraft's pediatric surgery / [edited by] George Whitfield Holcomb III, J. Patrick Murphy ; associate editor, Daniel J. Ostlie. 5th ed. 2010. P. 669–671.
3. Endo M, Watanabe T, Nakano M, et al. Laparoscopic completely extraperitoneal repair of inguinal hernia in children: a single-institute experience with 1,257 repairs compared with cut-down herniorrhaphy. SurgEndosc 2009;23:1706–12.
4. Chan KL, Hui WC, Tam PK. Prospective randomized single-center, single-blind comparison of laparoscopic vs open repair of pediatric inguinal hernia. SurgEndosc 2005;19:927–32. 84.
5. Genetic Disorders in Infertility / G.R. Dohle [et al.] // Guidelines on male Infertility / EAU. London, 2004. P.18–25.
6. Levitt MA, Ferraraccio D, Arbesman MC, et al. Variability of inguinal hernia surgical technique: A survey of North American pediatric surgeons. J PediatrSurg 2002;37:745–51.
7. Ozgediz D., Roayaie K., Lee H. et al., Subcutaneous endoscopically assisted ligation (SEAL) of the internal ring for repair of inguinal hernias in children: report of a new technique and early results // Surg. Endosc. 2007. Vol. 21, №8.P. 1327–1331.].
8. Potts WJ, Riker WL, Lewis JE. The treatment of inguinal hernia in infants and children. Ann Surg 1950;132:566–76.
9. Saranga Bharathi R, Arora M, Baskaran V. Pediatric inguinal hernia: laparoscopic versus open surgery. JSLS 2008;12:277–81.
10. Tam YH, Lee KH, Sihoe JD, et al. Laparoscopic hernia repair in children by the hook method: a single-center series of 433 consecutive patients. J PediatrSurg 2009;44:1502–5.

Сведения об авторах

Столяр Александр Владимирович – врач детский хирург детского хирургического отделения № 1 ГБУЗ ТО ОКБ № 2 г. Тюмень. E-mail: stolyar.al@yandex.ru.

Аксельров Михаил Александрович – д.м.н., зав. кафедрой детской хирургии травматологии и анестезиологии Тюменской ГМА, зав. детским хирургическим отделением № 1 ГБУЗ ТО ОКБ № 2 г. Тюмень. E-mail: akselrov@mail.ru.

Сергиенко Татьяна Владимировна – врач детский хирург детского хирургического отделения № 1 ГБУЗ ТО ОКБ № 2 г. Тюмень. E-mail: sergienkova@mail.ru.

УДК 616.831.38-008.811.1-053.3-089.48

Э.Ф. Сырчин, М.П. Разин

ВОЗМОЖНОСТИ ВЕНТРИКУЛО-СУБГАЛЕАЛЬНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ

Кировская государственная медицинская академия

E.F. Syrchin, M.P. Razin

VENTRICULAR-SUBGALEAL DRAIN FEATURES IN NEWBORNS WITH HYDROCEPHALUS

Kirov State Medical Academy

«Золотым стандартом» оперативного лечения врожденной окклюзионной гидроцефалии является вентрикуло-перитонеальное шунтирование (ВПШ), но показания к его применению у больных приобретенной гидроцефалией существенно сужены. Недоношенные новорожденные составляют группу высокого риска по возникновению внутрижелудочковых кровоизлияний. Почти у половины глубоко недоношенных новорожденных развивается прогрессирующая постгеморрагическая гидроцефалия. Высокое содержание белка в цереброспинальной жидкости больных данной категории часто не позволяет им выполнить ВПШ. Авторами прооперировано 17 новорожденных с приобретенной прогрессирующей гидроцефалией. Наружное вентрикулярное дренирование выполнено 13,3%, вентрикуло-субгалеальное дренирование 86,7%, причем последняя методика была первым этапом лечения у 8 больных, после достаточной санации ликвора им было выполнено ВПШ. Решунтирование выполнено 2 пациентам. Койко-день в хирургическом отделении при вентрикуло-субгалеальном дренировании был равен 13,7, послеоперационная летальность составила 11,8%. Авторам представляется перспективным использование методики вентрикуло-субгалеального дренирования в лечении новорожденных с приобретенной прогрессирующей гидроцефалией.

Ключевые слова: приобретенная гидроцефалия, оперативное лечение, новорожденные.

«Gold standard» of surgical treatment of congenital hydrocephalus is a ventriculo-peritoneal shunt (VPS), but the indications for its use in patients with acquired hydrocephalus significantly narrowed. Preterm infants constitute a group of high risk for intraventricular hemorrhage. Almost in a half of extremely