

хода. В этой ситуации низведение на промежность левого фланга толстой кишки было невозможным. Поэтому ей была удалена левая половина толстой кишки и низведена на промежность восходящая кишка. Длительное время у нее наблюдался частый стул (до 10 раз в сутки).

На основании анализа результатов лечения детей, которым были произведены субтотальная и тотальная колэктомия, установлено, что лучшие результаты получены у тех из них, у которых сохранен илеоцекальный угол. При низведении на промежность подвздошной кишки любым из методов в раннем послеоперационном периоде имеют место частый жидкий стул и мацерация промежности. С возрастом детей и регулируемым питанием частота стула уменьшилась до 3–4 раз в сутки.

МЕТОД ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕДИАЛЬНОЙ ПУПОЧНОЙ СКЛАДКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ У ДЕТЕЙ

Никуленков А.В.

Учреждение здравоохранения «Минская областная детская клиническая больница», п. Лесной, Минский р-н, Минская область

Введение. В хирургическом отделении для детей Минской областной детской клинической больницы был разработан и активно применялся на протяжении 2,5 лет метод лапароскопически-ассистированной герниопластики при косой паховой грыже у детей. В 2014 году получен патент на изобретение № 18739 С2 «Способ лапароскопического лечения косой паховой грыжи у детей». Принцип методики заключался в наложении кисетного шва предбрюшинно, вокруг внутреннего пахового кольца, с помощью поочередного использования лигатурной иглы Дешана (либо иглы Сайма) и иглы Вереша, через прокол кожи в паховой области. Обязательным условием было погружение сформированного на лигатуре узла под апоневроз наружной косой мышцы живота, во избежание его прорезывания на брюшине. Операция проводится под непосредственным визуальным лапароскопическим контролем с постановкой единственного троакара для оптики через умбиликальный доступ. Использования других лапароскопических инструментов не требовалось. За период с 2012 г. по 2014 г. по вышеописанной методике нами оперировано 212 детей с паховой грыжей, из них мальчиков – 136, девочек – 76. Возраст детей – от 1 года до 11 лет. Двусторонняя паховая грыжа отмечалась у 88 детей, причем у 65 из них двусторонний характер поражения выявлен на диагностическом этапе операции. У 47 детей симультанно выполнялись вмешательства по поводу пупочной либо параумбиликальной грыжи. Средняя продолжительность операции 12 мин (монолатеральная грыжа) или 18 мин (билатеральная грыжа). Ана-

логичная методика закрытия влагалищного отростка брюшины использовалась нами при лапароскопических операциях по поводу абдоминальной ретенции яичка при крипторхизме и сообщающейся водянке яичка.

В 2-х случаях на этапе освоения методики, через 2 и 3 месяца после операции, наблюдались рецидивы паховой грыжи, эти дети повторно оперированы лапароскопически. Кроме того, лапароскопические вмешательства проводились в 2-х случаях рецидива паховых грыж после традиционных «открытых» вмешательств и одного случая рецидива паховой грыжи после лапароскопической операции с наложением интракорпорального шва, выполненной в другой клинике. Во всех случаях механизмом рецидива была «реканализация» грыжевого мешка медиально от наложенного на предшествующей операции на шейку грыжевого мешка шва. Рецидива с «реканализацией» грыжевого мешка латерально от ранее наложенного шва, описанного ранее некоторыми авторами [2, 3], в наших наблюдениях не отмечалось ни разу.

Целью работы являлась разработка способа лапароскопической герниопластики без использования аллопластических материалов, с надежным и герметичным закрытием внутреннего пахового кольца, при различных видах паховой грыжи у детей (как косой, так и прямой), в том числе и с целью профилактики рецидивов.

Материал и методы исследования. При выполнении лапароскопических вмешательств по поводу паховой грыжи у детей, наблюдался заинтересовавший нас феномен – относительное увеличение в размерах медиальной пупочной складки (*plica umbilicalis medialis*) на стороне поражения, причем при односторонней паховой грыже обычно отмечалась четкая асимметрия этих складок. Поскольку данное анатомическое образование имеет рудиментарный характер и не несет определенной функции, возникла мысль использования его с целью герниопластики. Первоначально герниопластика со смещением медиальной пупочной складки выполнена нами при прямой паховой грыже. Суть методики заключалась в захвате в накладываемый предбрюшинно кисетный шов (по вышеописанной методике) мембранозной части медиальной пупочной складки. При затягивании шва происходило смещение медиальной пупочной складки латерально в виде «захлопнутой двери» с надежным укрытием ею области грыжевых ворот. В дальнейшем мы начали применять эту методику и при косых паховых грыжах, в том числе рецидивных. При этом использовать для герниопластики медиальную пупочную складку удавалось в 88% случаев, без существенного ее натяжения. При этом брюшная стенка в проекции задней стенки пахового канала надежно укрывалась данной анатомической структурой.

Результаты и их обсуждение. На протяжении полутора лет данная методика применялась нами при 113 операциях по поводу паховой грыжи у детей, из них при прямой паховой грыже – у 3-х детей, при «пantalонной» грыже – у одного ребенка, при рецидивной косой паховой грыже – у пяти

детей. Возраст оперированных детей – от 11 месяцев до 10 лет, из них девочек – 36, мальчиков – 77. Средняя продолжительность операции при односторонней грыже – 15, при двусторонней – 23 минуты. При выполнении оперативных вмешательств по данному способу до настоящего времени интраоперационных осложнений и рецидивов паховой грыжи нами не отмечалось, наблюдение за оперированными детьми продолжается.

Выводы. Таким образом, во всех наблюдаемых нами случаях, механизмом рецидива паховой грыжи у детей была «реканализация» грыжевого мешка медиально от ранее наложенного на шейку грыжевого мешка шва. Предпосылками для возникновения рецидива в этих случаях, на наш взгляд, являются слабость и повышенная эластичность задней стенки пахового канала у детей с синдромом дисплазии соединительной ткани, а также «выпрямление» хода пахового канала при повышении внутрибрюшного давления. Применение «латерального шва», накладываемого между краем внутренней косой и поперечной мышц и подвздошно-лонным трактом [2, 3], не может служить профилактикой рецидива по вышеописанному механизму. Использование медиальной пупочной складки при выполнении лапароскопической герниопластики при различных видах паховой грыжи у детей, делает возможным укрепление задней стенки пахового канала и области грыжевых ворот, тем самым служит профилактикой развития рецидива паховой грыжи. Данный метод лапароскопической герниопластики может быть применен как с наложением экстракорпорального, так и интракорпорального шва.

Литература:

1. Yeung C. K., Lee K. H. // *Endoscopic Surgery in Infants and Children* / Eds M. Klaas, A. Вах. – Berlin, 2008. – P. 591–596
2. Щебенков М. В. и др. // *Материалы 14-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии.* – М., 2010. – С. 442–444.
3. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Котлобовский В.И. *Эндоскопическая хирургия у детей* / Под ред. Ю.Ф. Исакова, АФ. Дронова. – М: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – С. 208–213.