

сти и нормальная походка. Осложнений в виде асептического некроза головки бедренной кости не отмечалось.

Выводы:

1. Интрооперационная закрытая репозиция головки бедра позволяет устранить любую степень смещения.
2. Наиболее оптимальным способом фиксации эпифиза является фиксация канюлированным винтом.
3. Методика позволяет осуществить раннюю вертикализацию пациентов, сократить время пребывания в стационаре и вернуть детей к активной жизни.

Литература:

1. Гафарова Х.З. Лечение детей и подростков с ортопедическими заболеваниями нижних конечностей / Гафарова Х.З. – Казань: татарское книжное общество, 1995. – С. 245–269.
2. Миронова С.П. Ортопедия: национальное руководство / С.П. Миронова, Г.П. Котельникова // М.: ГЭОТАР–Медиа, 2008. – 832 с.
3. Соколовский А.М. Юношеский эпифизеолиз головки бедренной кости / А.М. Соколовский, О.А. Соколовский, Р.К. Гольдман // Медицинские новости – 2006 – №2. – С. 45–51.

ПАХОВО-МОШОНОЧНЫЕ ГРЫЖИ КАК ПРИЧИНА СИНДРОМА УВЕЛИЧЕННОЙ МОШОНКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

**Притула В.П., Поворознюк В.С., Максакова И.С.,
Рыбальченко И.Г., Полулях Е.К., Ханес Г.С.**

*НМУ имени А. А. Богомольца МЗ Украины
Национальная детская специализированная больница
«ОХМАТДЕТ» МЗ Украины, Киев.*

Введение. Хирургическое лечение врожденных грыж у новорожденных детей является актуальной задачей так как при неадекватном проведении операции возникает нарушение кровотока яичка. Из всех больных детей с хирургической патологией, по данным С.Я.Долецкого (1952), это были дети с паховыми грыжами в 55%, которые диагностируются в первые три месяца жизни. После оперативного лечения грыж развиваются у части больных осложнения: атрофия яичка от 3 – 5% до 30%, гидроцеле в 17-20%, высокое расположение яичка в 0,6–4,5%.

Цель работы – улучшить результаты лечения за счет совершенствования диагностики и лечебной тактики.

Материал и методы исследования. В отделении хирургии новорожденных с 1992 по 2014 годы находились на лечении 290 пациентов с врожденными грыжами. Пациенты разделены на две подгруппы: основная с 2004 по 2014 год – (I) группа – 196 (67.59%) и контрольная с 1992 по 2003 год (II) группа – 94 (32.41%). В исследование вошла следующая патология: односторонние грыжи – 194 (66.89%), двусторонние грыжи 36 (12.42%), ущемлены грыжи – 60 (20.69%). Методы исследования больных: клиничко-лабораторные у 290, (100%); ультразвуковое и доплерографическое исследования паховой области и мошонки у 182 (62.76%); лучевые (рентгенологические) у 18 (6.21%); морфорогичне исследования материала у 8 (2.76%).

Результаты и их обсуждение. Диагноз пахово-мошоночной грыжи основывался исходя из данных жалоб родителей и осмотра ребенка. Клиничко-лабораторные исследования отклонений от возрастной нормы не имели у 230 пациентов (79.31%), а у 60 (20.69%) из них были изменения, указывающие на воспалительный процесс. Время от начала заболевания имело значение при госпитализации ущемленных грыж, из которых в до 12 часов госпитализировано – 43 (14.83%), от 12 до 24 часов – 13 (4.48%), от 24 до 72 часа – 4 (1.38%). С целью выяснения состояния пахового канала и органов мошонки в главной (I) группе у 182 пациентов проводили ультразвуковое и доплерографическое исследования. Данные исследования отличались у пациентов со свободными грыжами и ущемленными. При наличии свободных грыж результаты исследования указывали на отек яичка и придатка с застоем оттока, что указывало на длительное от рождения нарушения кровотока в яичке. Между тем наличие пахово-мошоночной грыжи с повышенным внутрикишечным давлением приводило к незначительному сдавлению яичка и характеризовалось уплотнением как яички так и придатка. При ущемленных грыжах результаты исследования указывали на подострые нарушения кровотока как в яичке и кишки у 21 пациента на 40–50% от нормы, а у 8 пациентов с ущемленными грыжами кровотоков отсутствовал. Между тем наличие ущемления с повышенным внутрикишечным давлением привело к сдавливанию яички, а в дальнейшем и к некрозу участка кишки, а как следствие свободная жидкость в мошонке. Исследованиями доказано, что при пахово-мошоночных грыжах расположения кишки в мошонке приводит со временем как к нарушению пассажа так и к локальному повышению температуры мошонки. Хирургический метод зависел от вида грыжи: свободная или ущемленная. У 230 новорожденных оперативное лечение проведено в плановом порядке, из которых односторонняя локализация грыж у 194, и двусторонняя локализация у 36. Во время хирургической коррекции врожденных односторонних грыж у 88 из 194 наружный паховый канал не открывался, а пластика пахового канала проводилась у всех пациентов. Двусторонние операции одновременно проведено у 10. В главной группе грыжевой мешок пересекался и не удалялся, что позволяло не иметь послеоперационного отека мошонки и паховой области. Лапароскопическая коррекция паховых грыж проведена у 11 (3.79%) пациен-

тов, из которых двусторонняя локализация у 3, правосторонняя у 5, левосторонняя у 3. При наличии ущемления – операции проводились в ургентной порядке. Оперативное лечение ущемленной грыжи проведено без резекции кишки у 52, а резекция ущемленной участка кишечника проведена у 8 пациентов. Все операции начинались с пахового доступа, однако в трех проведена конверсия – лапаротомия, из которых у одного ребенка наложена концевая илеостома – срок ущемления был 17 часов. У 26 младенцев ущемленная грыжа осложнилась нарушением кровотока яичка и придатка (тромбоз сосудов, орхит, эпидидимит), из них правое у 23, а левое – 3. Срок ущемления был от 1,5 часа до 6 часов. Все пациенты после операции имели улучшение кровоснабжения яичка: что характеризовалось изменением цвета с темно-красного до красного с улучшением пульсации сосудов яичка. В послеоперационном периоде проводился ультразвуковой и доплерографический контроль состояния кровоснабжения яичка, а также мониторинг операционной раны и мошонки с целью своевременной диагностики осложнений. После оперативного лечения все пациенты выписаны из клиники, рецидивов грыжи не было.

Выводы. Наличие у новорожденного ребенка пахово-мошоночной грыжи является показанием к проведению ультразвукового обследования с целью определения кровотока яичка. Основным методом лечения является оперативный, а сроком проведения операции является время установления диагноза и до появления нарушений кровотока с целью предупредить осложнения – ишемию и некроз яичка.

Литература:

1. Атлас детской оперативной хирургии /под ред. П.Пури, М.Гольварта; пер. с англ.; под общ. ред. проф. Т.К.Немиловой. – М.: МЕДпресс-информ, 2009.–648с.: ил
2. Хірургія дитячого віку: підручник [Сушко В.І., Кривченя Д.Ю., Данилов О.А., Дігтяр В.А. та інш.]; під ред. В.І. Сушка, Д.Ю. Кривчені – К.: Медицина, 2009. – С.102–108.
3. Torsion of an indirect hernia sac causing acute scrotum [Electronic resource] J.B. Myers, M.A. Lovell, R.S. Lee // J Pediatr Surg. – 2004. –№ 39(1). – P. 122–123. – Access mode.: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14694389?dopt=Abstract>.