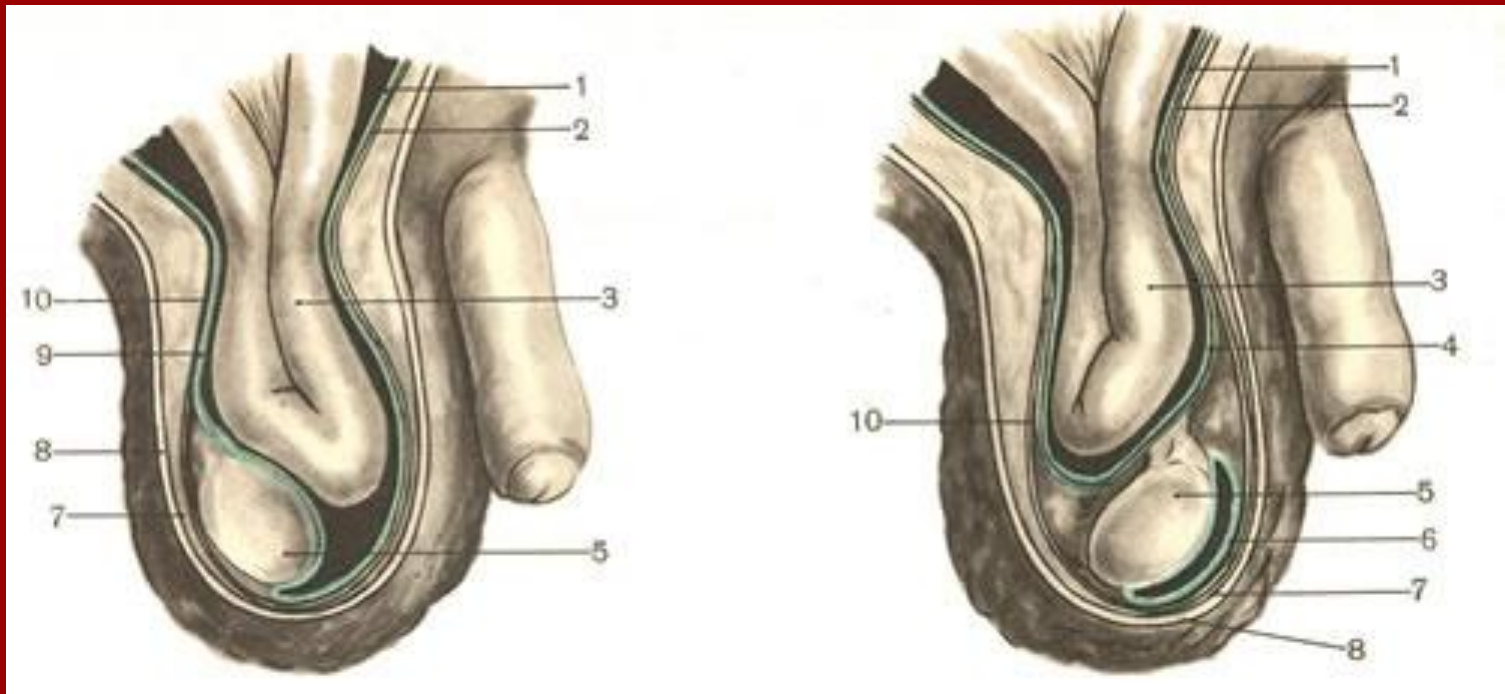


Особенности техники операции при врожденных паховых грыжах

Косые паховые грыжи начинаются с небольшого выпячивания брюшины в глубоком кольце пахового канала, которое постепенно увеличивается вследствие расслоения или расслабления волокон поперечной фасции. Изначально глубокое кольцо расширяется латерально, но с увеличением грыжи может расширяться и медиально, разрушая заднюю стенку пахового канала.

Косые паховые грыжи могут быть врожденные и приобретенные.



Врожденная (слева) и приобретенная (справа) косая паховая грыжа (схема).

- 1 — peritoneum;**
- 2 — fascia transversalis;**
- 3 — тонкая кишка;**
- 4 — грыжевой мешок;**
- 5 — testis;**
- 6 — tunica vaginalis testis;**
- 7 — tunica dartos;**
- 8 — кожа;**
- 9 — грыжевой мешок — tunica vaginalis testis;**
- 10 — fascia spermatica interna.**

Врожденные паховые грыжи тесно связаны с процессом опускания яичка. Известно, что формируется яичко на уровне **2~3** поясничных позвонков, примыкая к первичной почке. Брюшина покрывает его с трех сторон. Затем яичко с ростом эмбриона начинает опускаться вниз, следуя так называемому проводнику (**gubernaculum testis**). К **4-6**-му месяцу внутриутробной жизни оно лежит уже у внутреннего пахового кольца, на протяжении **7**-го месяца проходит паховый канал и на **9**-м месяце опускается в мошонку, достигая ее дна к моменту рождения ребенка. Вместе с яичком и его придатком паховый канал проходит семявыносящий проток, артерии и вены яичка, образующие артериовенозное сплетение, лимфатические сосуды. К моменту рождения ребенка проводник яичка атрофируется.

Влагалищный отросток брюшины может не облитерироваться, в этом случае формируется врожденная паховая грыжа. При этом влагалищный отросток брюшины является грыжевым мешком.

Врожденные паховые грыжи часто сочетаются с водянкой яичка или семенного канатика. При этом возможны различные варианты: а) от влагалищного отростка отшнуровывается его часть, которая непосредственно прилежит к яичку (является полостью водянки), а верхняя часть отростка становится грыжевым мешком; б) влагалищный отросток, оставаясь незаращенным на уровне внутреннего пахового кольца, облитерируется на отдельных участках, что приводит к сочетанию грыжи с кистами семенного канатика и т.д.

Паховые грыжи у детей раннего возраста обычно являются врождёнными. Приобретенные грыжи встречаются редко, главным образом у мальчиков старше 10 лет. Оптимальным сроком оперативного лечения является возраст ребёнка 6–8 месяцев [Г. А. Баиров, 1965; Ю. Ф. Исаков, С. Я. Долецкий, 1978]. Операция в более ранние сроки технически трудна, требует большого опыта хирурга и специальных условий для выхаживания ребёнка. Ткани у детей, особенно младшего возраста, нежные и тонкие, склонны к отёку, разрывам и образованию гематом. В связи с этим, необходимым условием является стремление к минимальной травматизации их во время операции, что достигается применением специальных инструментов и бережным отношением.

Относительными противопоказаниями к плановому грыжесечению у детей являются: экссудативный диатез, несоответствие массы и возраста ребёнка, недавно перенесенные инфекционные заболевания или подозрение на их инкубационный период. Недоучёт этих состояний может привести к возникновению тяжёлых осложнений в послеоперационном периоде.

В большинстве случаев, при операциях по поводу паховых грыж у детей применяют общее обезболивание. Лишь у детей старшего возраста может быть применено местное обезболивание.

Детей младшего возраста, особенно до 1 года, в операционной необходимо предохранять от охлаждения. Для этого применяют столы со специальным электрическим подогревом, грелки, обёртывание ребёнка тонким слоем ваты.

У детей от периода новорождённости до 5 лет целью грыжесечения является ликвидация сообщения между необлитерированным влагалищным отростком брюшины и брюшной полостью. Рассечения и пластики передней стенки пахового канала при этом не производят, так как причиной возникновения грыжи является наличие врождённого грыжевого мешка, а не слабость апоневроза наружной косой мышцы живота.

Техника операции. Производят разрез кожи длиной 2–3 см, параллельно паховой связке. Обнажают переднюю стенку пахового канала. Затем тупым путём, с помощью анатомических пинцетов, расслаивают в продольном направлении покрывающую элементы семенного канатика фасцию и выделяют грыжевой мешок в непосредственной близости к наружному отверстию пахового канала. Осторожно, с помощью гидравлической препаровки, шейку грыжевого мешка отделяют от элементов семенного канатика, максимально подтягивают, перевязывают и пересекают (рис. 92). На этом грыжесечение заканчивается, так как выделение дистального отдела грыжевого мешка сопряжено с опасностью повреждения элементов семенного канатика, лимфатических путей, образования макро- и микрогематом и нарушения трофики яичка. С. Я. Долецкий и А. Б. Окулов (1978), применив такой способ операции у 605 детей в возрасте до 5 лет, при наблюдении за ними до 10-летнего возраста осложнений, связанных с операцией, и рецидивов грыжи не отметили. Подобная операция может быть применена и у детей более старшего возраста (от 5 до 10 лет), однако с целью устранения «воронки» грыжевого мешка со стороны брюшной полости необходимо рассечь переднюю стенку пахового канала на всем её протяжении или путём создания «окна» в апоневрозе наружной косой мышцы живота (рис. 93). При больших паховых грыжах размером 6х8 см и более, а также при операциях по поводу рецидивов и у детей старшего возраста применяют более радикальные способы Мартынова или Ру–Краснобаева.

Способ Мартынова. Производят разрез длиной 6–7 см, параллельно пупартовой связке. По желобоватому зонду, введённому в паховый канал через наружное его отверстие, рассекают переднюю стенку. Края апоневроза разводят в стороны и обнажают семенной канатик. Его фасциальный футляр вместе с волокнами *m. cremaster* рассекают в продольном направлении на небольшом протяжении. Выделяют переднюю стенку грыжевого мешка у шейки и рассекают. Грыжевое содержимое вправляют в брюшную полость, после чего, с помощью гидравлической препаровки, отделяют заднюю стенку мешка от элементов семенного канатика. Заднюю стенку мешка рассекают в поперечном направлении и тупфером отслаивают проксимальную часть грыжевого мешка от семенного канатика. Шейку грыжевого мешка прошивают под контролем зрения как можно проксимальнее, перевязывают и отсекают.

Способ Ру–Краснобаева . После удаления грыжевого мешка производят пластику пахового канала без рассечения передней его стенки. Первый шов на апоневроз накладывают на ножки наружного пахового отверстия и внутренний угол пупартовой связки. При этом следует избегать глубокого вкола иглы, чтобы не повредить крупные кровеносные сосуды. Затем, на образовавшуюся складку апоневроза накладывают узловые швы, завершая создание дубликатуры (рис. 95). Применение сложных пластических операций у детей нефизиологично. Эти способы слишком травматичны: нарушаются топографо-анатомические взаимоотношения тканей и функция пахового канала, происходит девиация семенного канатика и атрофия яичка у 4–9% оперированных детей [Ю. А. Бакшеев, 1967].

Противопоказаниями к консервативному лечению детей с ущемлённой грыжей являются: 1) длительность ущемления более 12 часов или те случаи, когда анамнез неизвестен; 2) воспалительные изменения кожных покровов в области грыжевого выпячивания; 3) ущемлённые грыжи у девочек, когда содержимым грыжи могут быть ротированные придатки матки, склонные к быстрому омертвлению.