

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра детских хирургических болезней с реанимацией и анестезиологией.

И. С. Буров, Б. Г. Сафронов, А. П. Дементьев, А. В. Можяев

**ГРЫЖИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ДЕТЕЙ:
клиника, диагностика, хирургическая тактика и лечение.**

Учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности
«Педиатрия» и «Лечебное дело».

Иваново 2016 г.

Составители: И. С. Буров
Б. Г. Сафронов
А. П. Дементьев
А. В. Можаяев

Рецензенты:

Заведующей кафедрой факультетской хирургии и урологии, д.м.н., профессор
А. И. Стрельников;

Заведующий кафедрой общей хирургии, анестезиологии, реаниматологии и
интенсивной терапии ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России к.м.н., доцент
С. П. Черенков.

Заведующий кафедрой детской хирургии ГБОУ ВПО ЯГМУ Минздрава
России, д.м.н., профессор В. Ф. Бландинский

Учебное пособие составлено в соответствии с ФГОС и примерной программой по детской хирургии по специальностям «Педиатрия» и «Лечебное дело». Содержит информацию по эмбриопатогенезу, клиническому проявлению, диагностике, хирургической тактике и лечению грыж передней брюшной стенки у детей различных возрастных групп. В пособие включены вопросы и ситуационные задачи для текущего и итогового контроля знаний и практических умений студентов.

Пособие предназначено для самостоятельной подготовки студентов 5 и 6 курсов педиатрического факультета и 5 курса лечебного факультета.

Печатается по решению методической комиссии педиатрического факультета от 2016 года.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	
Цель и задачи, стоящие перед студентом на занятии	
Практические умения и навыки, подлежащие усвоению	
Вопросы для повторения	
Методические указания для студентов по самоподготовке	
Основные разделы темы:	
1. Анатомо-хирургические предпосылки патологии передней брюшной стенки. Эмбриопатогенез	
2. Врождённые вентральные грыжи новорождённого	
3. Приобретённые вентральные грыжи	
4. Омфалоцеле (эмбриональная грыжа пуповины) и гастрошизис	
5. Грыжи белой линии живота	
6. Пупочные грыжи	
7. Паховые грыжи:	
а) эмбриопатогенез;	
а) клиническая картина и диагностика;	
б) особенности паховых грыж у девочек;	
в) дифференциальная диагностика;	
г) осложнения;	
д) лечение неосложнённых паховых грыж;	
е) лечение ущемлённых паховых грыж.	
Смежные дисциплины	
Тактика врача консультанта	
Алгоритм действий врачей в период диагностики грыж передней брюшной стенки, подготовки к лечению и в послеоперационном периоде	
Карта курации больного с патологией влагалищного отростка брюшины (грыжи паховые, пахово-мошоночные, водянки семенного канатика и яичка, кисты семенного канатика)	
План истории болезни	
Учебные ситуационные задачи	
Тесты для самоконтроля знаний	
Контрольные ситуационные задачи	
Рекомендуемая литература	

ВВЕДЕНИЕ

К грыжам передней брюшной стенки относятся: эмбриональные грыжи и гастрошизис (тяжёлые, редкие врождённые пороки развития); грыжи белой линии живота; пупочные и паховые; вентральные грыжи (при врождённой аплазии мышц передней брюшной стенки, после консервативного или оперативного лечения эмбриональных грыж, гастрошизиса и приобретённые, возникшие после лапаротомий). Пупочные грыжи проявляются в период новорождённости, грыжи белой линии живота у детей 2-3 лет, паховые - с рождения и до юношеского возраста и могут длительное время не беспокоить ребёнка, до внезапного возникновения осложнений требующих экстренного оперативного вмешательства;

С данной патологией могут встретиться врачи различных специальностей: акушеры, неонатологи, участковые педиатры, детские хирурги, хирурги медицинских комиссий военных комиссариатов. В экстренных случаях, при отсутствии детского хирурга, диагностировать возникшее ущемление и оказать необходимую помощь обязаны взрослые хирурги ЦРБ.

Грыжи передней брюшной стенки у детей, в отличие от таковых у взрослых больных, имеют возрастные анатомо-физиологические предпосылки возникновения, иные варианты клинического проявления и возможных осложнений. Приёмы диагностики, сроки и методы консервативного и оперативного методов лечения так же существенно отличаются от принятых в практике взрослых хирургов.

Возрастные анатомо-физиологические особенности строения и развития брюшной стенки, влияние неблагоприятных факторов в период внутриутробного развития досконально изучены и представлены в ряде монографий и диссертационных работ в объёмах, не реальных для использования студентами при подготовке к занятиям. Учитывая это, считаем целесообразным, изложить в одном учебном пособии в доступной для усвоения студентами форме эмбриопатогенез, анатомо-хирургические предпосылки возникновения грыж передней брюшной стенки, классификацию вариантов клинического проявления, возможные методы лечения, сроки и виды оперативного вмешательства.

Цель, стоящая перед студентом, - получить необходимые знания по этиологии, патогенезу, клиническим проявлениям различных вариантов грыж передней брюшной стенки; ознакомиться с методами диагностики и принципами их лечения.

Задачи – изучить:

- причины, способствующие нарушению развития эмбриона и плода;
- этиологию и эмбриопатогенез отдельных видов грыж передней брюшной стенки;
- анатомо-хирургические предпосылки возникновения изучаемой патологии;
- клинические проявления и классификацию различных вариантов грыж брюшной стенки;

- методы их диагностики и дифференциальной диагностики;
- сроки и принципы хирургического лечения.

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ, ПОДЛЕЖАЩИЕ УСВОЕНИЮ.

Студент должен **знать**:

1. Определение и классификацию грыж передней брюшной стенки.
2. Эмбриопатогенез различных вариантов грыж.
3. Методики клинического обследования детей с изучаемой патологией.
4. Возможные осложнения грыж передней брюшной стенки.
5. Сроки и принципы хирургического лечения данной патологии.

Студент должен **уметь**:

1. Собрать анамнез у матери с учётом наследственности, острых и хронических заболеваний матери до и в период беременности.
2. Оценить результаты УЗИ плода, течение беременности и родов.
3. Выявить клинические проявления неосложнённых и осложнённых грыж.
4. Сформировать клинический диагноз.
5. Оценить данные дополнительных методов исследования.
6. Объяснить родителям суть выявленной патологии, возможные осложнения и их проявления, оптимальные сроки и принципы хирургического лечения.

Студент должен **владеть**:

1. Методами общеклинического обследования ребёнка перед направлением его на лечение в хирургическое отделение.
2. Оформлением медицинской документации.
3. Интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных исследований.
4. Алгоритмом постановки основного и окончательного диагноза с учётом фоновых и сопутствующих заболеваний.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОВТОРЕНИЯ.

Для достижения поставленной цели следует вспомнить:

1. Из курса эмбриологии – физиологический процесс формирования брюшной стенки и органов брюшной полости и возможные anomalies.
2. Из курса анатомии человека – возрастные особенности строения передней брюшной стенки.
3. Из курса топографической анатомии и оперативной хирургии – топографию органов брюшной полости и таза, технику оперативного лечения патологии брюшной стенки.
4. Из курса общей хирургии – определение понятия грыжи передней брюшной стенки, варианты, клинические проявления и принципы лечения у взрослых больных.

Вопросы по исходным знаниям по теме:

1. Определение понятия грыжи передней брюшной стенки, возможные варианты, распространённость.
2. Основные причины возникновения, клинические проявления и возможные осложнения.
3. Последовательность организационных действий врача педиатра при обнаружении грыжи передней брюшной стенки у ребёнка.
4. Принципы хирургического лечения данной патологии и возможные осложнения.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ СТУДЕНТОВ ПО САМОПОДГОТОВКЕ.

При изучении темы уясните цели и задачи. Затем попробуйте ответить на вопросы по исходным знаниям. Убедитесь в угасании ваших знаний по теме грыжи передней брюшной стенки, полученных в период предшествующего обучения. Ознакомьтесь с тем, что вы должны знать, уметь и какими навыками овладеть. Надеемся, что текстовая часть нашего пособия поможет вам в этом.

АНАТОМО–ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ПАТОЛОГИИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ. ЭМБРИОПАТОГЕНЕЗ.

Зачатки передней брюшной стенки появляются на 3-4 неделе эмбрионального развития. Первоначально они состоят из 2 слоёв: наружного – недифференцированная эндоабдоминальная фасция (эктобласт) и внутреннего – пристеночная брюшина (мезобласт).

В начале 5 недели в верхней половине живота появляются зачатки боковых и прямых мышц, которые образуются из медиальной пластинки мезодермы. Формируется третий слой брюшной стенки – мышечный. Указанные зачатки растут книзу, где встречаются с дистальными частями проводниковых связок, идущих вниз по одной с каждой стороны к месту будущих внутренних отверстий паховых каналов. К 7–10 неделям эти мышцы замыкают брюшную полость спереди, оставляя открытым только пупочное кольцо.

На 3 месяце начинается процесс дифференциации мышц на 3 слоя.

Параллельно, на 8–9 неделе внутриутробного развития, в мускулатуре передней стенки образуются сухожильные дуги, из которых возникает общая система укрепления передней брюшной стенки. Эти сухожильные дуги имеют очень большое значение в укреплении всей паховой области. Недостаточное их развитие может привести в дальнейшем к ослаблению паховой области и образованию грыж.

Внутриутробное развитие эмбриона и плода очень тонкий, легкоранимый процесс, на который оказывает влияние биологические (инфекционные), физические, химические, тератогенные факторы, дефицит гормонов матери и плода. Воздействие неблагоприятных факторов ведёт к задержке внутриутробного развития плода, особенно соединительной ткани органов мезенхимального происхождения: мышц, апоневрозов – структур формирующих переднюю брюшную стенку в целом и в частности паховые каналы.

«Слабые места» брюшной стенки у детей с дефицитом развития соединительной ткани является одной из причин возникновения грыж.

Другими предрасполагающими факторами являются возрастные особенности формирования брюшной стенки ребёнка.

Из-за недостаточного развития мышц и апоневрозов передняя брюшная стенка у новорождённых и детей первых лет жизни не обладает выраженным рельефом и резко выпячивается вперёд. По мере усиления мышечного тонуса исчезает отвислость живота, уменьшается выпуклость. У детей школьного возраста он становится плоским, подтянутым. Наиболее интенсивно рост мышц и апоневрозов происходит в период от 4 до 7 лет и завершается лишь к 16–18 годам.

Слабое развитие мышечных волокон и соединительных структур, наличие участков лишённых мышечных структур, податливых к растяжению способствуют образованию грыжевых выпячиваний.

Белая линия живота у грудных детей отличается большой шириной и малой толщиной. В верхней части данной линии живота и вблизи пупка нередко истончённые участки с узкими щелями, которые служат воротами для внедрения предбрюшинной жировой клетчатки и брюшины.

Над пупком у ряда детей апоневротические пучки расходятся, образуя истончённый слабый участок треугольной формы – типичное место образования параумбиликальных грыж.

Пупочная область является частью передней брюшной стенки ограниченной с боков полуовальными линиями соответствующими наружным краям прямых мышц живота. В этой области расположен пупок, прикрывающий пупочное кольцо.

Пупочное кольцо образуют сухожильные волокна белой линии живота. Оно может быть круглым или овальным и у большинства детей закрывается к 10 дню после отпадения пуповины, а затем в течение 3–4 недель превращается в рубец в результате сращения кожи с краями кольца и париетальным листком брюшины. Наиболее часто пупок имеет форму круглой ямки с высокими краями. Это самый тонкий участок брюшной стенки. Его нижняя полуокружность, содержащая остатки двух артерий и мочевого протока, рубцуется прочнее верхней, в которой располагается лишь пупочная вена и тонкий слой соединительной ткани. Кроме того пупочная фасция – часть внутрибрюшинной фасции часто не доходит до верхнего края пупочного кольца, создавая предпосылки для выхождения грыжевого выпячивания именно в верхней полуокружности пупка.

Паховая область ограничена снизу паховой связкой, сверху линией соединяющей верхние ости подвздошных костей, изнутри наружным краем прямой мышцы живота. В паховой области особый интерес представляет паховый треугольник, в нижнем углу которого располагается паховый канал, содержащий у мальчиков семенной канатик, а у девочек круглую связку матки. Паховый треугольник ограничен: снизу – паховой связкой; медиально – наружным краем прямой мышцы; сверху горизонталью, проводимой через точку, лежащую на границе наружной и средней трети паховой связки к прямой мышце живота. В паховом треугольнике между нижними краями внутренней косой и поперечной мышц живота и желобом паховой связки имеется мышечный дефект, называемый паховым промежутком. Его высотой определяется степень прочности паховой области и брюшной стенки: чем он выше, тем слабее брюшная стенка. При овальной и особенно треугольной форме пахового промежутка сокращение внутренней косой и поперечной мышц не сопровождается закрытием его, что и является благоприятным условием для формирования грыж.

Передней стенкой пахового канала является апоневроз наружной косой мышцы живота, заднюю стенку образует поперечная фасция, нижнюю паховая связка, верхнюю – сращённые нижние края внутренней косой и поперечной мышц живота. У новорождённых паховый канал короткий и имеет почти прямой ход, к году приобретает косое направление и удлиняется

в процессе роста ребёнка. Глубокое паховое кольцо представляет собой воронкообразное углубление в поперечной фасции, прикрытое складкой париетальной брюшины. У новорождённых и детей первого года жизни паховый канал изнутри выстлан необлитерированным влагалищным отростком брюшины, который у мальчиков входит в состав семенного канатика, а у девочек располагается по передней поверхности круглой связки матки и является уготовленным грыжевым мешком и основной причиной возникновения врождённых косых фуникулярных и тестикулярных грыж. Наружное или поверхностное паховое кольцо образуется двумя ножками апоневроза наружной косой мышцы живота и имеет форму треугольника или овала ограниченного снизу дугообразной связкой соединяющей ножки и формирующей наружное паховое кольцо. Анатомо-физиологические особенности этой зоны у грудных детей способствуют частому проявлению паховых грыж на первом году жизни ребёнка.

В трудах некоторых авторов, уделивших особое внимание изучению паховых грыж, описан рефлекторный защитный механизм противодействующий возникновению грыжевого выпячивания при внезапном резком повышении внутрибрюшного давления. Сопротивление повышенному давлению оказывают внутренние косые и поперечные мышцы живота, их сокращение и приближение к паховой связке сжимает паховый канал. Косое расположение пахового канала «гасит» повышенное внутрибрюшное давление. Давление внутренних органов, смещающихся внезапно вперёд и книзу, сближает заднюю стенку пахового канала с передней, сужая его просвет. Этот механизм может предотвращать возникновение косых паховых грыж даже при незарощённом влагалищном отростке и противостоять возникновению прямых приобретённых грыж. У детей этот защитный механизм выражен слабо, но его развитие зависит от физического закаливания ребёнка, а также от бережного отношения к мышечным и апоневротическим тканям во время оперативных вмешательств на брюшной стенке, особенно в паховой области.

На основании анамнестических данных можно также убедиться в наследственной предрасположенности к возникновению грыж передней брюшной стенки примерно у 25 % больных за счёт конституциональных особенностей строения брюшной стенки родителей и их детей.

Заключение: возникновение грыж передней брюшной стенки является сложным патологическим процессом. Открытие новых причин влияющих на развитие эмбриона и плода, переоценка роли дефицита соединительной ткани в формировании мышечных и апоневротических структур позволяют по-новому оценить этиологию и патогенез грыж с учётом анатомо-хирургических предпосылок, наследственных факторов и наличия «слабых» мест брюшной стенки. Изложенные в этой главе сведения будут использованы в обосновании принципов диагностики и методов лечения различных видов грыж передней брюшной стенки у детей.

ВРОЖДЁННЫЕ ВЕНТРАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ НОВОРОЖДЁННОГО.

Врождённая вентральная грыжа новорождённого редкий порок развития брюшной стенки (1 на 40000 новорождённых), возникающий вследствие задержки развития миотомов на самых ранних стадиях эмбрионального периода. Брюшная стенка состоит лишь из кожи, поперечной фасции и пристеночной брюшины – «синдром дряблого живота». Данный порок сочетается с двусторонним крипторхизмом и двусторонним рефлюксирующим или стенозирующим уретерогидронефрозом. С рождения живот увеличен в размерах, распластан. Через дряблую сморщенную кожу видна перистальтика кишок. Консервативное лечение, в виде бандажа для улучшения функции внутренних органов, сочетается с оперативной коррекцией урологической патологии и последующей пластикой брюшной стенки (см. в книге: Детская оперативная хирургия под редакцией проф. В. Д. Тихомировой).



Рис. 1. Врождённая вентральная грыжа новорождённого.

Диастаз прямых мышц живота новорождённого имеет все признаки врождённой вентральной грыжи: ворота – медиальные края нормально развитых, но широко разошедшихся, прямых мышц живота; содержимое – органы брюшной полости; мешок – кожа, клетчатка, поверхностная фасция, истончённый апоневроз белой линии живота, поперечная фасция и брюшина.



Рис. 2. Диастаз прямых мышц живота новорождённого.

Суть оперативного вмешательства сводится к укреплению передней брюшной стенки в зоне диастаза прямых мышц живота.

ПРИБРЕТЁННЫЕ ВЕНТРАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ

Приобретённая вентральная грыжа может быть следствием оперативного или консервативного лечения эмбриональных грыж и гастрошизиса или осложнением лапаротомии. Органы, находящиеся в эмбриональной грыже размером более 10 см в диаметре, не могут быть погружены в недоразвитую брюшную полость. В этих случаях используются два варианта лечения: эпителизация грыжевого выпячивания под повязками или закрытие его мобилизованными кожными лоскутами в сочетании с индифферентным пластическим материалом.

В центре живота образуется грыжевое выпячивание, воротами которого являются края мышц и апоневроза брюшной стенки; содержимым - петли кишок, в редких случаях желудок, печень и даже эктопированное сердце; грыжевым мешком - кожа.

Лечение делится на подготовительное – консервативное: ношение бандажа в сочетании с ежедневным массажем и гимнастикой и радикальное – оперативное в возрасте 2–5 лет (принципы оперативного вмешательства будут изложены в разделе лечения грыж пупочного канатика).

Послеоперационные вентральные грыжи являются осложнением лапаротомий из-за воспаления послеоперационной раны в сочетании с резким вздутием живота, нецелесообразного использования кетгута для соединения медленно срастающихся тканей, длительного использования тампонов, глубокого и широкого разведение раны при её нагноении.

В области послеоперационной раны на всём её протяжении или на отдельных участках при напряжении живота появляется выбухание. Пальпаторно определяется дефект в мышечном и апоневротическом слоях, ощущаются петли кишок. В узких дефектах могут ущемляться петли кишок и сальник. Ношение бандажа, массаж и лечебная гимнастика в какой-то мере предупреждают ущемление. Оперативное лечение заключается в послойном ушивании дефекта брюшной стенки.

ОМФАЛОЦЕЛЕ И ГАСТРОШИЗИС (ЭМБРИОНАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ ПУПОЧНОГО КАНАТИКА, ПУПОВИННАЯ ГРЫЖА).

Причиной этих пороков, как и других врождённых аномалий, является воздействие на организм беременной женщины, эмбрион и плод различных неблагоприятных факторов: биологических (внутриутробное инфицирование, вирусные заболевания, контакты с больными коревой краснухой),

неблагоприятные токсические воздействия внешней среды, наследственные факторы риска. Особое значение имеет нарушение процесса вращения кишечника, задержка развития брюшной полости, включая закрытие дефекта брюшной стенки.

Общая частота омфалоцеле и гастрошизиса составляет 1:4000 новорождённых.

Эмбриональная грыжа пупочного канатика проявляется в виде выпячивания в центре живота. Воротами её является дефект брюшной стенки, мешком пуповинные оболочки, содержимым - петли кишечника, печень реже другие органы брюшной полости.



Рис. 3. Омфалоцеле.

Если задержка развития и образование грыжи возникает до 3-го месяца внутриутробной жизни (собственно эмбриональная грыжа), то имеются плотные сращения примитивной оболочки грыжевого мешка с печенью. Грыжа плода образуется в более поздние сроки, грыжевой мешок выстлан изнутри брюшиной и не спаян с печенью, которая к этому времени покрыта капсулой, фиксирована на своём месте и не входит в состав грыжевого содержимого (фетальная грыжа плода).

Классификация Тихомировой В. Д. предусматривает разделение грыж на 3 группы в зависимости от размеров грыжевого выпячивания и сопутствующих осложнений:

1. Небольшие грыжи (до 5 см. в диаметре);
2. Средние грыжи (до 8 см. в диаметре);
3. Большие грыжи (свыше 8 см. в диаметре):
 - а) Не осложнённые грыжи:
 - не изменённые оболочки.
 - б) Осложнённые грыжи:
 - внутриутробный разрыв оболочек (врождённая эвентрация);
 - не зарощение желточного протока (кишечный свищ);
 - некроз оболочек.

В нашей практике мы наблюдали ущемление содержимого грыжи плода в узком дефекте брюшной стенки.

Клиническая картина.

При осмотре новорождённого видно, что часть органов брюшной полости находится в расширенном основании пупочного канатика под блестящими пуповинными оболочками, переходящими в пупочный канатик.

Если пупочный канатик у основания утолщен даже на небольшом протяжении следует заподозрить наличие эмбриональной грыжи небольших размеров, тщательно прощупать и попытаться вправить внедрившуюся петлю кишки в брюшную полость. При неудавшемся вправлении перевязать пуповину или наложить скобку выше подозрительного участка.

Тяжесть состояния ребёнка с омфалоцеле зависит от величины грыжи, степени недоношенности и сопутствующих пороков развития (сердца, пищеварительного тракта, патологии желточного протока и урахуса).

Диагностика.

При современных подходах к диагностике пороков развития большое значение придаётся распознаванию их в антенатальном периоде. С 13 недели внутриутробного развития, когда кишечник должен возвратиться в брюшную полость из физиологической пуповинной грыжи, возможна диагностика омфалоцеле и гастрошизиса по данным УЗИ. Информативным является тест на содержание у матери венопротена (АФП) уровень которого повышается при данной патологии. Сочетание эмбриональной грыжи с множественными тяжёлыми пороками развития, своевременно диагностированными, может служить показанием для прерывания беременности. Если же принято решение её сохранить, то необходимо информировать родителей о размерах грыжи, тактике ведения родов и предполагаемом в дальнейшем лечении.

Лечение.

Лечение должно быть начато с первых суток после рождения ребёнка и постановки диагноза. После беседы с мамой и оформления письменного согласия на его проведение. Транспортировка из родильного дома в отделение интенсивной терапии осуществляется реаниматологом. Новорождённый, после предварительного опорожнения желудка, перевозится в палату интенсивной терапии отделения реанимации для новорожденных в обогреваемом, обеспеченном подачей кислорода кювезе.

Применяются два метода лечения: оперативный и консервативный с учетом доношенности, зрелости ребёнка, величины грыжи и наличия сопутствующих пороков развития.

Грыжи малых и средних размеров у детей с хорошо сформированной брюшной полостью и отсутствием изложенных выше отягощающих обстоятельств подлежат одномоментному радикальному оперативному лечению. Суть операции заключается в выделении грыжевого мешка, иссечении пуповинных оболочек, погружение органов в брюшную полость с послойным её ушиванием.

Детям, с грыжами средних размеров, содержащими печень и большими грыжами, при отсутствии отягощающих обстоятельств, может быть выполнена двухмоментная операция. Кожа живота мобилизуется от мечевидного отростка грудины до лобка и до боковых отделов живота,

лоскуты перфорируются, сводятся и ушиваются над грыжевым выпячиванием. Операцию можно дополнить укреплением брюшной стенки сеткой из синтетических материалов. Создание таким образом внутреннего пелота в последующем способствует удержанию органов в брюшной полости и увеличению её объёма. По сути, эмбриональная грыжа переводится в вентральную, профилактуются возможные осложнения и сокращаются сроки лечения.

Второй этап двухмоментной операции – ликвидацию вентральной грыжи - выполняют у детей в возрасте 1 года. Операция состоит из вскрытия брюшной полости, разделения спаек, мобилизации печени, коррекции положения органов с элементами их фиксации. Заключительным этапом является пластика передней брюшной стенки (с техникой оперативного вмешательства, предложенного В. Д. Тихомировой можно ознакомиться в первоисточнике, приведённом в списке использованной литературы).

Консервативное лечение показано детям с большими размерами грыжи, недоразвитой брюшной полостью и отягощённым преморбидным фоном. Лечение заключается в коагуляции пуповинных оболочек 2% раствором йода, спиртом и 5% перманганатом калия. Ежедневная смена стерильных, слегка давящих повязок и повторная коагуляция приводит к образованию струпа непроницаемого для инфекции. В дальнейшем развивающиеся грануляции отторгают струп, начинается краевая эпителизация. Стимулировать регенерацию тканей в этот период лечения можно повязками с солкосерилом или ируксолом. Постепенно грыжевой мешок эпителизируется, размеры грыжи уменьшаются за счет погружения органов в брюшную полость. Полная эпителизация завершается через 1,5–2 месяца. Такой старый, традиционный метод консервативного лечения можно назвать «тихим подвигом». Всё это время необходимо рационально кормить ребёнка, следить за моторно–эвакуаторной функцией пищеварительного тракта и общим развитием, профилактить возможные осложнения. В последние годы для сокращения сроков консервативного лечения предложен ряд оригинальных методик, суть которых сводится к помещению содержимого грыжи в мешок из различных индифферентных материалов (Гортекс, Мартекс, дакроновый мешок силастик) с фиксацией его к краям кожного дефекта брюшной стенки. Поэтапная перевязка или пережатие мешка от дна способствует погружению органов в брюшную полость, увеличению её объёма и уменьшению размеров вентральной грыжи.

Оперативное лечение вентральных грыж, образовавшихся после консервативного лечения омфалоцеле проводят в возрасте 2–5 лет в зависимости от размера грыжи, фоновых заболеваний и результатов функциональных проб. Операция показана детям, у которых пробное погружение грыжевого содержимого в брюшную полость не вызывает учащения пульса и дыхания и не меняется газовый состав крови. В противных случаях от операции следует временно воздержаться.

Наиболее серьёзным осложнением эмбриональной грыжи является разрыв пуповинных оболочек в родах и эквентрация содержащихся в грыжевом

мешке органов. В этих случаях проводятся противошоковые мероприятия: введение в корень брыжейки 10 мл 0,25% новокаина, интубация трахеи и перевод ребенка на ИВЛ, введение обезболивающих и сердечных средств, антибактериальных препаратов. Выпавшие органы сразу после рождения погружаются в пластиковый пакет. После выведения ребёнка из шока оценивается его состояние, наличие сопутствующих пороков развития, объём брюшной полости. Дальнейшее лечение может быть оперативным - закрытие брюшной полости мобилизованными кожными лоскутами или консервативным – стерильный пакет с эвентрированными органами фиксируется к брюшной стенке, методом поэтапного перевязывания пакета от дна проводят постепенное вправление внутренних органов в брюшную полость с последующей отсроченной пластикой брюшной стенки. При грыжах пупочного канатика, осложнённых незаращением желточного протока, операцию начинают с выделения и перевязки свища с последующим вскрытием грыжевого мешка и клиновидной резекции протока в месте его впадения в подвздошную кишку, после чего продолжают выбранный для данного больного способ оперативного лечения.

Гастрошизис – внутриутробная эвентрация внутренних органов, в отличие от эмбриональной грыжи, не имеет грыжевого мешка. Из брюшной полости через небольшой дефект до 3- 4 см. выходит часть тонкого отдела кишечника и иногда желудок. Стенки выпавших органов отёчные, петли кишок расширены, серозный покров воспалён, имеются признаки внутриутробного перитонита. При гастрошизисе у новорождённого ещё чаще, чем при эмбриональных грыжах отмечается неблагоприятный преморбидный фон, недоношенность и незрелость, незавершенный поворот кишечника.



Рис. 4. Гастрошизис.

Аntenатальная диагностика аналогична таковой при эмбриональной грыже. На УЗИ гастрошизис имеет неровные контуры и расположен на некотором расстоянии от пупочного канатика. Если родителями принято решение о сохранении беременности то родоразрешение должно осуществляться только методом Кесарева сечения, так как прохождение плода

с гастрошизисом по родовым путям травмирует выпавшие органы, ухудшает кровообращение в них и усиливает болевой шок.

Лечебные и тактические мероприятия после рождения ребёнка с гастрошизисом аналогичны таковым при разрыве оболочек эмбриональной грыжи. Больше внимание следует уделять лечению вялотекущего перитонита и стойкого нарушения перистальтики, возникающего из-за трофических расстройств в эвентрированных петлях кишечника.

ГРЫЖИ БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА.

Белая линия живота является сплетением сухожильных волокон апоневрозов мышц живота по средней линии с аналогичными волокнами противоположной стороны. Анатомические её особенности у детей раннего возраста отмечены в предыдущих разделах. По ходу белой линии от мечевидного отростка до пупка, несмотря на развитие и укрепление структур передней брюшной стенки с ростом ребёнка, могут сохраниться щелевидные дефекты расположенные по ходу белой линии живота от мечевидного отростка до пупка. Они и служат грыжевыми воротами для выхождения содержимого грыжи белой линии живота. Итак, грыжевые ворота возникают с рождения, а клиническое проявление грыж белой линии живота в возрасте 3 лет и старше. Это несоответствие связано с тем, что в дефекты апоневроза первоначально внедряется предбрюшинная жировая клетчатка, которая развивается у детей после 2 – 3 лет.

Диагностика грыжи белой линии живота не сложна. Родители при уходе за ребёнком и врачи во время осмотров обнаруживают по ходу белой линии живота выпячивание не более 1,5 см. в диаметре, безболезненное и часто исчезающее при пальпации. Длительное время грыжи белой линии живота содержат только предбрюшинный жир, находясь в стадии «предбрюшинной липомы» и являются ложными, так как грыжевой мешок – париетальная брюшина и органы брюшной полости не выпадают в дефекты брюшной стенки. В большинстве наблюдений дети не жалуются на боль в области грыжи, за редким исключением, когда при резком повышении внутрибрюшного давления, в щелевидный дефект всё-таки внедряется париетальная брюшина и часть органов брюшной полости.

Несколько иначе проявляется грыжа белой линии живота, расположенная над пупком. Она похожа на пупочную грыжу, от которой отличается тем, что расположена выше облитерированного пупочного кольца, а грыжевой мешок отклонён вниз к лону.

Грыжи белой линии живота не склонны к самоизлечению и подлежат оперативному лечению после постановки диагноза. Суть оперативного лечения грыжи в стадии предбрюшинной липомы заключается в отделении предбрюшинной жировой клетчатки от подкожной, перевязки и отсечении её с погружением культи в дефект апоневроза с последующим его ушиванием отдельными швами. На небольшой кожный разрез желательно положить

косметический шов. В тех случаях, когда грыжа белой линии живота является истиной и через дефект в апоневрозе выходит грыжевой мешок (париетальная брюшина) с органами брюшной полости, техника оперативного вмешательства усложняется. Необходимо тщательно выделить от клетчатки грыжевой мешок, вскрыть его на верхушке, осмотреть и оценить состояние выпавших органов, вправить их в брюшную полость, а мешок у устья прошить, перевязать и отсечь. Ушить дефект апоневроза и кожную рану.

Методика оперативного лечения параумбиликальной грыжи аналогично операции при пупочной грыже и будет изложена с соответствующем разделе.

ПУПОЧНЫЕ ГРЫЖИ.

Пупочные грыжи являются наиболее частым пороком развития и занимают одно из первых мест среди всех видов хирургической патологии у детей. Они появляются в период новорождённости вскоре после формирования кожного пупка. Чаще встречаются у девочек и недоношенных детей. Эмбриопатогенетические и анатомические особенности развития пупочной области, способствующие образованию пупочных грыж, изложены в разделе: анатомо–хирургические предпосылки возникновения патологии передней брюшной стенки.

Родители замечают у ребёнка в области пупка выбухание округлой формы размерами до 2-3 см. Образование мягкое, наощупь безболезненное, появляется при крике ребёнка и исчезает в покое или во сне. Под грыжевым выпячиванием определяется дефект в апоневрозе с четкими краями. Это – грыжевые ворота. Мешком является выбухающая париетальная брюшина и поперечная фасция, спаянная с кожей рубцовой тканью. Содержимым может быть сальник и петля кишки. Часто родители связывают появление грыжевого выпячивания с беспокойством ребёнка (накричал грыжу) или наоборот наличие грыжи считают причиной беспокойства. Истиной причиной беспокойства чаще всего является метеоризм и кишечные колики у детей, получающих грудного молока значительно больше возрастной нормы или рано переведённых на искусственное вскармливание. Через 1,5–2 месяца кишечник адаптируется к объёму питания, ребёнок успокаивается, а имеющаяся у него пупочная грыжа остается прежних размеров, но больше его не беспокоит.

По наблюдению детских хирургов пупочные грыжи небольших размеров склонны к самоизлечению к 2–3 годам. Действительно, в процессе роста и развития всех структур передней брюшной стенки ткани в области пупка укрепляются, а пупочное кольцо уменьшается в размерах и препятствует выходу грыжи. Этому способствуют: регулярный массаж брюшной стенки, выкладывание ребёнка на живот и лечебная физкультура, включающая упражнения направленные на укрепление брюшного пресса.



Рис. 5. Пупочная грыжа у ребёнка 2 месяцев.

В последних, современных руководствах по детской хирургии не предлагается использовать консервативный метод лечения пупочных грыж лейкопластырными наклейками, нет и критических замечаний по поводу применения этого метода. Среди старшего поколения детских хирургов этот метод был широко распространён и являлся достаточно эффективным при правильном его использовании. Суть метода заключается в сведении краёв пупочного кольца за счёт сближения тканей брюшной стенки в виде складок с фиксацией их широкой полоской липкого пластыря длиной 10-15 см. сроком на 6–7 дней. С этой повязкой ребёнка можно купать и осуществлять за ним обычный уход, проводить массаж и лечебную гимнастику. Снимать пластырь должен детский хирург в поликлинике, осторожно с боков к пупку. После обработки пупка перекисью водорода и фурацилином, а кожи находящейся под пластырем нейтральной мазью или детским кремом повязка накладывается вновь. Так же фиксируются сведённые ткани в области пупочного кольца, но пластырь приклеивается к коже в косом направлении, оставляя свободными участки кожи, находившиеся под пластырем в предыдущие дни. За 6–7 дней раздражение кожи от липкого пластыря проходит и процедуру лечения можно повторить. Количество лечебных процедур зависит от величины пупочного кольца, грыжи и взаимопонимания врача и родителей, склонных иногда связывать беспокойство ребёнка с наклеенным пластырем. В среднем достаточно 6–7 процедур, после которых пупочное кольцо сокращается и грыжевое выпячивание исчезает. Обращаем ваше внимание на типичные ошибки, дискредитирующие данный метод лечения: края дефекта апоневроза в области пупка сводятся недостаточно; используется короткая полоска пластыря, позволяющая сведённым складкам ткани разойтись; самостоятельно удаляется наклейка родителями дома с целью лечения раздражения кожи и последующей явкой к врачу по своему усмотрению; подкладывается монета на область пупка под повязку, которая препятствует не только выходу грыжевого выпячивания, но и сокращению пупочного кольца. В редких случаях, когда у детей отмечается выраженная реакция кожи на любые виды пластыря от использования этого метода лечения приходится отказаться.

Детские хирурги ЦРДКБ (центральной республиканской детской клинической больницы) рекомендуют оперативное лечение пупочных грыж в возрасте после 5 лет в тех случаях, когда консервативное лечение оказалось неэффективным или оно не проводилось. Другие авторы склонны определять сроки оперативного вмешательства в зависимости от размеров пупочного кольца и сохранения грыжевого выпячивания:

- при дефекте менее 1 см и наличии выхождения грыжи в 6 лет;
- при дефекте более 1 см в 3–4 года;
- при дефекте более 1 см и хоботковом выпячивании пупка – в возрасте 1–2 лет.

У некоторых детей в области пупка имеется щелевидный дефект, а грыжевого выпячивания нет. По сути, сохраняется предрасполагающий момент к возникновению грыжи при больших физических нагрузках или у лиц женского пола во время беременности. В этих вариантах вопрос о небольшом оперативном вмешательстве по укреплению пупочной области может быть решён в индивидуальном порядке.

Классическая операция из полукруглого разреза отступя 1–2 см от основания грыжевого мешка в настоящее время редко выполняется детскими хирургами при пупочных грыжах малых размеров (техника этой операции детально описана в руководстве «Детская оперативная хирургия»).

Существует и широко используется косметический способ оперативного лечения небольших по размеру пупочных грыж у детей рис. 6.

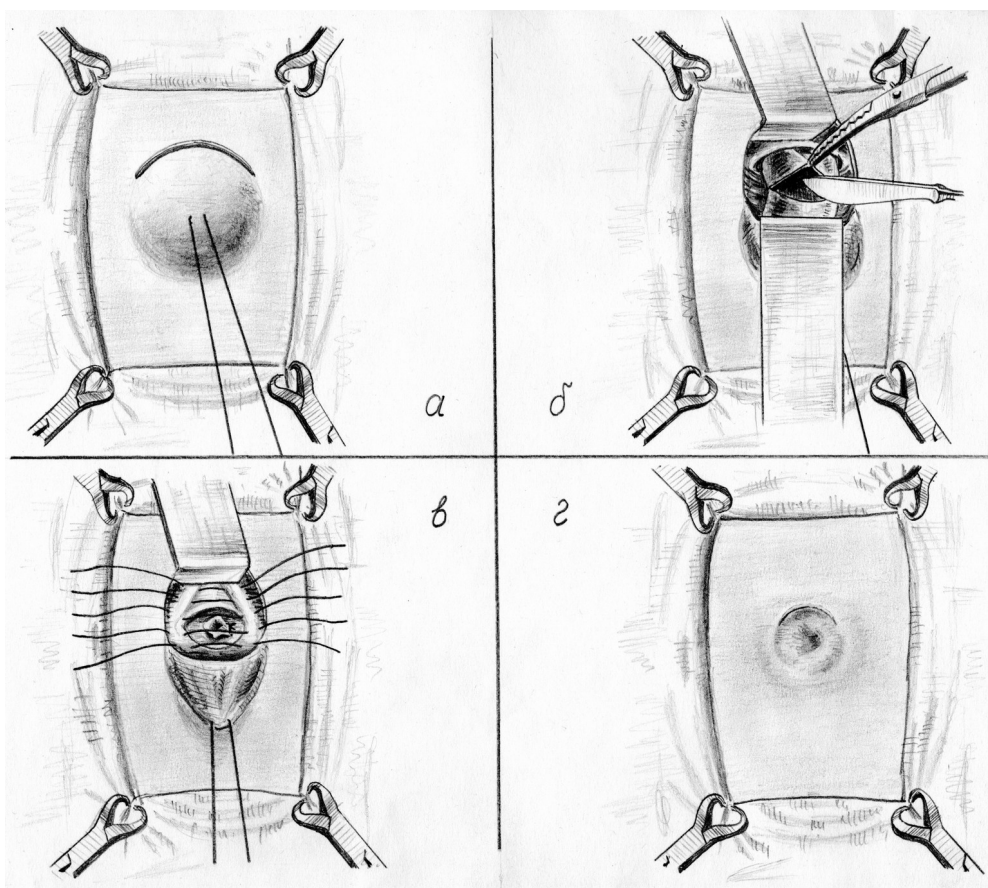


Рис. 6. Косметический способ оперативного лечения пупочной грыжи.

Под общим обезболиванием мягкие ткани, окаймляющие пупок, инфильтрируются 0,25 % новокаином и выполняется разрез кожи длиной 1,5 см по кожной складке над или под пупком. Изогнутым зажимом «москит» выделяется кожный пупок от клетчатки вокруг места спаяния верхушки грыжевого мешка с рубцовыми тканями пупка. Грыжевой мешок отсекается от пупка, при этом, он, как правило, вскрывается. Грыжевой мешок при пупочной грыже очень тонкий часто рвется при попытке его выделения. Если выделение удалось, то мешок следует перевязать и погрузить культю в брюшную полость, а если мешок разорвался, то его остатки отсекают у краёв дефекта апоневроза, края которого сшивают отдельными прочными швами. Кожный пупок в центре с изнанки захватывают тонкой нитью и фиксируют к центру ушитого пупочного кольца. Образуется вполне естественное втяжение кожного пупка, при этом края кожного разреза можно идеально сопоставить, не накладывая швов. Предложенный метод оперативного лечения пупочных грыж малых размеров у детей позволяет сочетать хорошие клинические результаты лечения с отличными эстетическими.

В тех, нередко встречающихся вариантах, когда пупочная грыжа сочетается с наличием у ребёнка слабого, треугольного по форме, участка белой линии живота над пупком, целесообразнее оперировать из разреза по верхнему краю пупка и дополнить ушивание пупочного кольца наложением нескольких швов на края апоневроза ослабленного участка белой линии живота.

ПАХОВЫЕ ГРЫЖИ.

Паховые грыжи составляют до 90% всех грыж передней брюшной стенки, являются пороком развития и проявляются, у большинства детей на первом году жизни. Паховые грыжи у мальчиков встречаются в 8 раз чаще, чем у девочек. Преобладают односторонние грыжи (95%). Частота правосторонних, левосторонних и двусторонних составляет соответственно 80, 15, и 5%, последние преимущественно диагностируются у девочек и недоношенных детей.

Существуют два вида грыж – паховые и пахово–мошоночные. Среди последних различают фуникулярные (канатиковые) и тестикулярные (яичковые). Наиболее часто (90%) встречаются канатиковые грыжи, при которых влагалищный отросток брюшины над яичком облитерирован на небольшом протяжении, а яичко при пальпации определяется вне содержимого грыжевого мешка. При яичковой грыже (10%) влагалищный отросток брюшины не облитерирован на всём протяжении, яичко не пальпируется отдельно от грыжевого мешка и создаётся впечатление о том, что оно находится в грыжевом мешке. Это представление ложное – яичко отделено от мешка серозными оболочками и лишь тесно соприкасается с грыжевым содержимым.

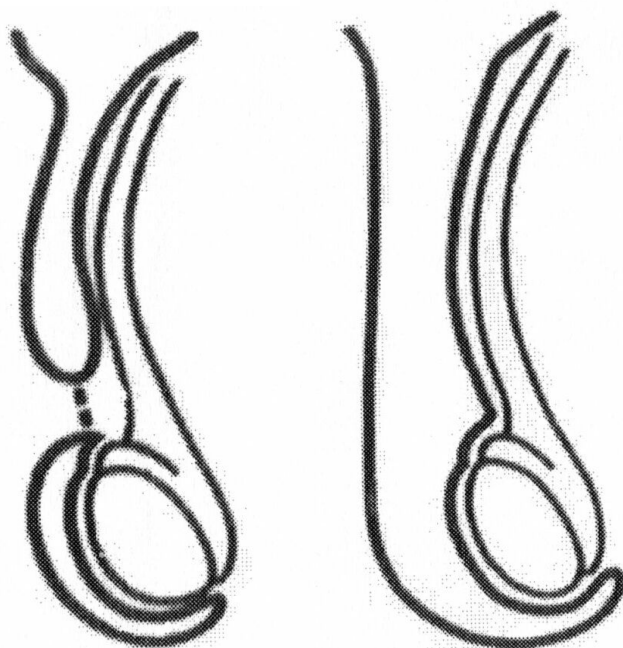


Рис. 7. Канатиковая и яичковая грыжи.

Эмбриопатогенез грыжи.

Современное представление о возникновении паховых грыж представлено в схеме (рис. 8).

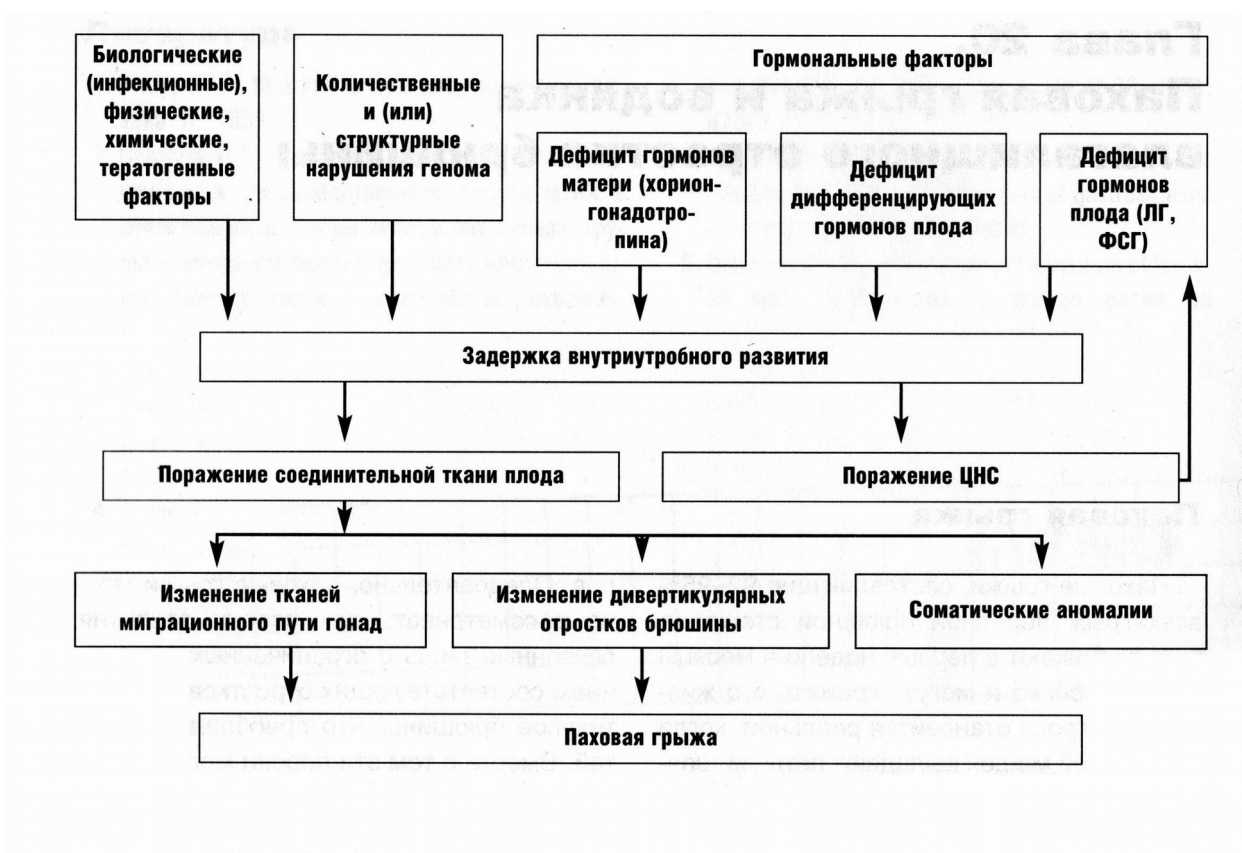


Рис. 8. Патогенез паховых грыж.

Механизм опускания яичка в мошонку изучен давно. В нем принимает участие проводник яичка и влагалищный отросток брюшины, прокладывая путь яичку в формирующуюся мошонку (детали этого процесса изложены в руководстве: «Детская оперативная хирургия»). Брюшинный дивертикул у большинства здоровых детей облитерируется в первые месяцы жизни. Лишь дистальная часть его сохраняется в виде серозной оболочки яичка. У девочек дивертикул Нукке (аналог влагалищного отростка) в большинстве наблюдений к моменту рождения уже облитерирован, поэтому паховые грыжи у них возникают значительно реже. Необлитерированный дивертикул брюшины является уготовленным грыжевым мешком, в который перемещаются органы брюшной полости. Как правило, это происходит у детей с относительной незрелостью соединительнотканых структур влияющих на формирование и развитие пахового канала в процессе роста ребёнка.

Выхождению содержимого в грыжевой мешок способствует резкое, внезапно возникающее повышение внутрибрюшного давления в сочетании с чрезмерной подвижностью органов брюшной полости, из – за недостаточной фиксации илеоцекального угла и петель тонкого отдела кишечника расположенных в области таза.

Клиническая картина и диагностика.

Родители во время ухода за ребёнком обнаруживают в паховой области выпячивание округлой формы, которое может появиться или увеличиться во время беспокойства, а в спокойном состоянии уменьшиться или исчезнуть. У грудных детей, с коротким паховым каналом и широким наружным паховым кольцом, грыжевое выпячивание часто опускается в мошонку, вызывая её асимметрию. Пальпация свободной – неущемлённой паховой грыжи не вызывает беспокойства ребёнка. Выпячивание гладкое, эластической консистенции, содержимое при легком надавливании с характерным звуком – урчанием вправляется в брюшную полость. Обследование пациента следует проводить в тёплом помещении, тёплыми руками в положении лёжа и стоя. Грыжевое выпячивание не всегда видно при осмотре, оно может появиться после повышения внутрибрюшного давления. Для этого ребёнка, если он понимает команды и может их выполнить, просят несколько раз присесть или попрыгать, а затем выпятить живот, отклонив туловище назад. В тех случаях, когда родители видели грыжевое выпячивание, а врач при осмотре его не обнаружил, необходимо продолжить обследование с целью выявления её косвенных признаков: наличие на стороне патологии расширенного наружного пахового кольца и симптома кашлевого толчка, утолщение семенного канатика. Наружное паховое кольцо пальпируют мизинцем, вворачивая мошонку. Оценивают его ширину, сравнивая таким же приёмом с шириной кольца на «здоровой» стороне. Пальцем, введённым в расширенное кольцо можно ощутить толчок при кашле. Пальпируя семенной канатик в мошонке над яичком, захватив его большим и указательными пальцами с каждой стороны одновременно двумя руками, можно ощутить и оценить

утолщение семенного канатика с одной из сторон. У детей с пахово-мошоночной грыжей при осмотре мошонки определяется её асимметрия, а при пальпации наличие яичек, их размеры и расположение по отношению к грыжевому выпячиванию: отдельно при канатиковой и в тесном соприкосновении при яичковой грыже. Кроме описанных, основных клинических признаков у 40 % детей имеются иные признаки (стигмы) дисплазии соединительной ткани.

В грыжевой мешок чаще всего выходят петли кишок, содержимое их при вправлении грыжи и обуславливает звук урчания. После вправления грыжевое выпячивание некоторое время, иногда довольно длительное, не возникает вновь. В редких наблюдениях грыжевое содержимое больших пахово-мошоночных грыж легко вправляется в брюшную полость, но тотчас выходит вновь. Это обусловлено спаянием выпавших органов брюшной полости с дном грыжевого мешка, причиной спаяния может быть воспаление или травма выпавших органов. Такие грыжи в отличие от ущемлённых принято называть невправимыми.

Скользящие косые паховые грыжи являются вариантом грыж, при которых частью грыжевого содержимого и грыжевого мешка является слепая кишка, мочевого пузыря или внутренние женские половые органы. Эти варианты могут создать технические трудности в ходе оперативного вмешательства.

Особенности паховых грыж у девочек.

У девочек паховый канал более узкий. Нуккиев дивертикул останавливается в своём развитии в самом начале пахового канала. Этим и объясняется более редкое возникновение паховых грыж у девочек. В случаях сохранения Нуккиева дивертикула грыжевое выпячивание может появиться ниже наружного пахового кольца в паховой области или опуститься в большую половую губу. Предрасполагающими моментами образования паховых грыж у девочек являются: близкое расположение яичника и маточной трубы к глубокому отверстию пахового канала; избыточная длина связки яичника и маточной трубы; рыхлость предбрюшинной клетчатки, способствующая смещению органов таза. Содержимым грыжевого мешка у девочек, как правило, являются придатки матки, которые склонны к ротации и быстрому некрозу.

Диагностика паховых грыж у большинства девочек сложнее, чем у мальчиков. Грыжевое выпячивание небольших размеров может появляться на какое-то время в паховой области и быстро исчезнуть. Иногда, при обследовании, удаётся создать момент повышения внутрибрюшного давления, увидеть грыжевое выпячивание и подтвердить диагноз, но не всегда. В организационном плане уместным является в направлении ребёнка на оперативное лечение хирургом поликлиники диагноз дополнить фразой – грыжевое выпячивание видел. Кроме того, у девочек паховые грыжи чаще всего бывают двусторонними. В стационаре перед операцией целесообразно попытаться выявить патологию с другой стороны и предложить выполнение операции с обеих сторон. В случае выполнения операции только на стороне

явной патологии следует предупредить родителей о возможности в дальнейшем возникновения грыжи с другой стороны.

Дифференциальную диагностику паховой и пахово-мошоночной грыжи следует проводить с:

- физиологической водянкой яичек у новорождённых;
- различными вариантами водянки семенного канатика и яичка;
- крипторхизмом;
- лимфаденитом;
- опухолью.

Физиологическая водянка яичек видна с рождения. Мошонка увеличена значительно за счет поступления серозной жидкости из брюшной полости по незаращённому, но довольно узкому, влагалищному отростку брюшины, попытка осторожного надавливания на мошонку не приводит к её уменьшению за счет перетекания жидкости в брюшную полость. Несомненную роль в развитии водянки играет временная диспропорция развития сосудов лимфатической сети паховой области. Это приводит к временному отставанию адсорбции в серозной полости брюшинного дивертикула и яичка от транссудации. Выравнивание этих процессов приводит к постепенному рассасыванию физиологической водянки.

Сходным с неущемлённой пахово-мошоночной грыжей является увеличение мошонки, отсутствие беспокойства при пальпации и признаков кишечной непроходимости, отличием – ощущение флюктуации, отсутствия органов брюшной полости и сохранение размеров при попытке вправления содержимого в брюшную полость.

У детей, более старшего возраста паховую грыжу чаще всего приходится дифференцировать с сообщающейся водянкой оболочек яичка, которая возникает в период дневной активности ребёнка с длительным пребыванием в вертикальном положении и моментами повышения внутрибрюшного давления. Серозная жидкость из брюшной полости по узкому необлитерированному влагалищному отростку брюшины с участками рубцового сужения, играющими роль клапанов, заполняют расширенные участки брюшинного дивертикула и достигает серозной полости яичка. Родители и дети старшего возраста к вечеру обнаруживают выбухание в паховой области опускающееся в мошонку принимая его за грыжу. Образование эластичной консистенции, безболезненное и в отличие от грыжи невправляемое в брюшную полость при пальпации, но значительно уменьшающееся или исчезающее к утру после ночного сна, во время которого серозная жидкость возвращается в брюшную полость. Это легко проверить, пригласив ребёнка на осмотр в вечерние и утренние часы.

Реже встречается киста семенного канатика. Она располагается ниже наружного пахового кольца, имеют округлую форму, эластичную консистенцию, безболезненная при пальпации, не уменьшается и не

вправляются в брюшную полость при надавливании. Можно провести пальцевое исследование наружного пахового кольца и обнаружить, что оно свободно от содержимого в отличие от паховой грыжи.

Изолированная водянка оболочек яичка только асимметрией мошонки и её увеличением может напоминать грыжу. Она отличается чёткой округлой формой, напряжением, симптомом флюктуации. При пальпации может смещаться к корню мошонки, но не вправляется в брюшную полость.

Многолетний опыт изучения патологии влагалищного отростка брюшины позволил нам выявить сочетание паховой грыжи с кистой семенного канатика, сообщающейся и изолированной водянкой семенного канатика и яичка. Различные варианты представлены в рисунках.

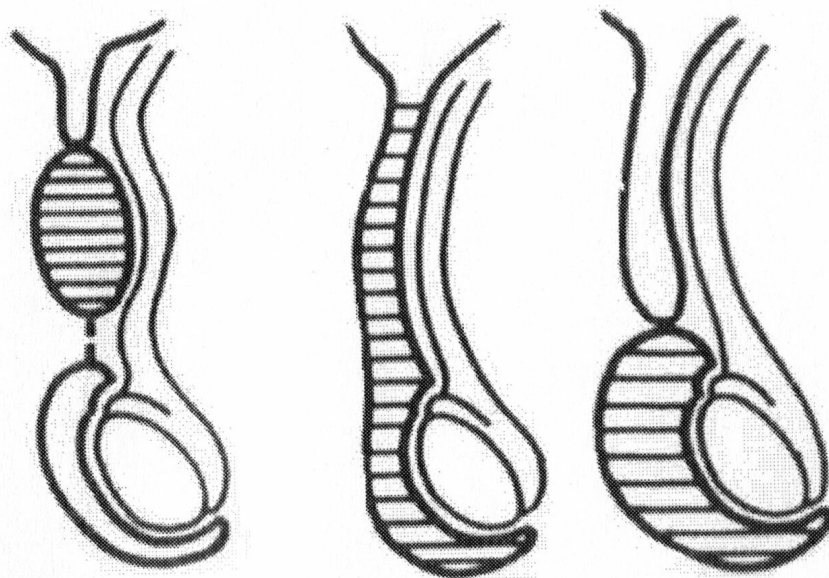


Рис. 9. Сочетание паховой грыжи: с кистой семенного канатика(а), с сообщающейся водянкой семенного канатика и яичка(б), с изолированной водянкой яичка(в).

За паховую грыжу небольших размеров может быть принято эктопированное яичко. Оно может находиться в паховом канале и за пределами наружного пахового кольца. Консистенция яичка очень специфична – мягко-эластичная, идентичная другой железе расположенной в мошонке. Пальпация вызывает у ребёнка неприятное ощущение, двигательную реакцию и сопротивление осмотру. Сложность диагностики возникает при редко появляющемся грыжевом выпячивании на фоне паховой эктопии яичка. В таком варианте показано оперативное вмешательство – ревизия пахового канала, выделение и удаление грыжевого мешка с последующим низведением яичка в мошонку.

Воспаление пахового лимфатического узла по внешнему виду и локализации может быть принято за грыжевое выпячивание. Отличительными признаками являются: плотная консистенция, боль при пальпации, невправляемость содержимого в брюшную полость, клинические симптомы воспалительного процесса, наличие первичного очага инфекции на нижней

конечности или в паховой области, отсутствие содержимого в наружном паховом кольце.

Опухоли у детей редко локализуются в паховой области. Они отличаются от грыжевого выпячивания плотной консистенцией, бугристостью, медленным ростом, малой подвижностью, невраивимостью и отсутствием каких либо симптомов кишечной непроходимости.

Осложнения паховых и пахово–мошоночных грыж.

Наиболее частым осложнением является ущемление грыжевого содержимого, которое возникает преимущественно у детей в возрасте от 3 месяцев до года.

По механизму возникновения ущемление принято подразделять на эластическое и каловое.

Эластическое ущемление чаще происходит в наружном паховом кольце и значительно реже во внутреннем. Внезапное, значительное повышение внутрибрюшного давления приводит к внедрению органов брюшной полости в грыжевой мешок, продвижению их по паховому каналу, расширению эластичных стенок наружного пахового кольца и выходу грыжевого мешка с содержимым за его пределы, после чего наружное паховое кольцо принимает прежние размеры и сжимает содержимое. Чем уже и ригиднее наружное паховое кольцо и длительнее время ущемления, тем выраженнее нарушение кровообращения в ущемлённых органах и вероятнее опасность возникновения в них необратимых изменений. Вариантом эластического ущемления может быть ретроградное ущемление, когда две петли тонкой кишки выходят за пределы наружного пахового кольца и ущемляются, а участок кишки между этими петлями тоже в виде петли остается в паховом канале и брюшной полости. Общая брыжейка этих петель ущемлена и возможно, что кровоснабжение петли, оставшейся в паховом канале и брюшной полости, будет нарушено более значительно, чем вышедших за пределы кольца. Учитывая возможность такого редкого варианта ущемления необходимо во время оперативного вмешательства после рассечения ущемляющего кольца вывести из пахового канала и брюшной полости этот участок кишки и оценить его жизнеспособность.



Рис. 10. Ретроградное ущемление.

Каловое ущемление встречается значительно реже эластического. Оно возникает, как правило, у детей с большими левосторонними пахово-мошоночными грыжами, которые их не беспокоят и родители не соглашаются на операцию. Суть калового ущемления состоит в том, что сигмовидная кишка, находящаяся в грыжевом мешке переполняется каловыми массами и перестает вправляться в брюшную полость, появляются клинические признаки ущемления. Эффективным способом экстренного консервативного лечения может стать очистительная клизма с последующим оперативным лечением в плановом порядке.

Другим, не менее «коварным», является третий вариант эластического ущемления – пристеночное ущемление стенки кишки. Происходит втяжение и ущемление лишь стенки кишки, с сохранением её просвета. Размеры грыжи при таком варианте не велики, клинические признаки ущемления не выражены, симптомов кишечной непроходимости нет, однако нарушение кровообращения в ущемленном участке стенки кишки может быть значительным, и привести к деструктивным изменениям вплоть до гангрены. Во время пальпации, даже при большой давности пристеночного ущемления, грыжевое выпячивание может быть вправлено в брюшную полость. В последующем возможна перфорация в зоне изменённого участка кишечной стенки и развитие перитонита.

Особое внимание следует обратить на ущемление грыжи при первом её проявлении. Такое ущемление чаще происходит в узком паховом кольце, сопровождается выраженными клиническими симптомами и редко ликвидируется консервативными методами лечения даже при небольшой давности ущемления.

В типичных случаях диагностика ущемлённой грыжи не вызывает затруднений. Характерными признаками ущемления являются: беспокойство, плач, отказ от приёма пищи, рефлекторная рвота. Грыжевое выпячивание становится плотным, болезненным при пальпации и не вправляется в брюшную полость, позднее появляется отёк мошонки и гиперемия кожи, жидкий стул иногда с примесью крови, а затем и отсутствие каловых масс даже после постановки очистительной клизмы. Сложнее диагностировать паховую грыжу, ущемившуюся при первом её появлении, так как перечисленные признаки могут возникать и при других экстренных хирургических заболеваниях. Во избежание ошибки и с целью ранней диагностики рекомендуем родителям и врачам осматривать ребёнка целиком, включая паховые области и мошонку.

Ущемлённую грыжу следует дифференцировать с:

- остро возникшей кистой семенного канатика или водянкой семенного канатика и яичка;
- заболеваниями органов мошонки, проявляющимися синдромом отёчной мошонки (травма, перекрут яичка, придатка или гидатиды, остро возникшая изолированная водянка яичка).

Острое возникновение кисты, водянки семенного канатика и яичка сопровождается беспокойством ребёнка из-за боли и появлением плотного образования округлой формы при кисте или продолговатой при водянке семенного канатика. Признаки кишечной непроходимости отсутствуют. Эти образования верхним полюсом могут достигать наружного пахового кольца, которое, в отличие от ущемлённой грыжи, остаётся свободным. Осторожное потягивание за яичко приводит к смещению кисты и водянки книзу, а грыжевое выпячивание при ущемлённой грыже при этой манипуляции своего положения не меняет.

Синдром отёчной мошонки вызывается совокупностью заболеваний и патологических состояний яичка и мошонки. Основными проявлениями этой патологии являются: боль, очень часто иррадиирующая в паховую область, отёк мошонки, беспокойство ребёнка, отказ от еды, нарушение сна, реже тошнота и рвота. Младшие дети не могут четко объяснить локализацию и характер боли, а подростки стесняются и указывают на боли в области живота. Только тщательный сбор анамнеза и детальный осмотр мошонки и паховой области позволяет точно, а главное своевременно, поставить диагноз и приступить к лечению.

Ущемление яичка в сочетании с ущемлённой грыжей может быть в двух вариантах: при ущемлённой паховой грыже наряду с выпячиванием в паховой или пахово-мошоночной области определяется болезненное и увеличенное яичко в мошонке, её отёк и увеличение. Ущемление семенного канатика сопровождается не только его отёком и нарушением кровоснабжения яичка, но и подтягиванием железы к грыжевому мешку за счет сокращения кремаstorной мышцы и отёка тканей мошонки. Ущемление неопущенного яичка выглядит иначе. Яичко отсутствует в мошонке, а в паховой области, в зависимости от его расположения, пальпируется плотное, неподвижное и резко болезненное образование – ущемлённое за счёт перекрута семенного канатика яичко. Отёк и гиперемия в паху появляется к концу первых суток с момента ущемления и может быть запоздалым симптомом. Отличительными признаками от ущемлённой грыжи являются: свободное от грыжевого выпячивания паховое кольцо и отсутствие симптомов кишечной непроходимости. Сочетание ущемлённой грыжи с крипторхизмом не предусматривает необходимость проведения дифференциальной диагностики, и является экстренным показанием к оперативному вмешательству.

Изолированная, остро возникшая водянка яичка, может проявиться симптомом боли и беспокойства, а значительное по размерам плотное образование в мошонке, иногда достигающее наружного пахового кольца, может быть принято за грыжевое выпячивание. В отличие от грыжи водянка яичка иная по консистенции, не содержит внутри органов брюшной полости, не вправляется в брюшную полость, хотя и смещается при пальпации, содержит по данным диафаноскопии жидкость, не сопровождается признаками кишечной непроходимости, наружное паховое кольцо при пальцевом исследовании свободно от содержимого.

Лечение неосложнённых паховых грыж у детей.

Единственным эффективным методом лечения паховых и пахово-мошоночных грыж является оперативное лечение, суть которого заключается в иссечении грыжевого мешка с целью предотвращения выхождения органов брюшной полости за пределы брюшной стенки. Современные достижения анестезиологии и техники оперативного вмешательства позволяют оперировать детей в любом возрасте, поэтому большинство ведущих детских хирургов считают показанным оперативное вмешательство по установлению диагноза. Временными противопоказаниями могут служить иные пороки развития или соматические заболевания, увеличивающие риск анестезиологического пособия и операции. Плановые хирургические вмешательства детям должны выполняться в специализированных детских отделениях, а новорождённым детям - при наличии в клинике отделения интенсивной терапии для новорождённых.

Вторым, не менее важным, моментом грыжесечения является сохранение структур обеспечивающих в дальнейшем нормальное развитие и функционирование половых желёз.

Мы предлагаем дифференцированный подход к выбору сроков и методов оперативного вмешательства при различных вариантах паховых грыж у детей. На грыжи, возникшие у детей с рождения и в первые месяцы жизни, приходится 50% ущемлений, и, если нет серьёзных противопоказаний, то не следует откладывать надолго оперативное вмешательство. Однако технически оперировать грудных детей гораздо сложнее, чем детей в возрасте 2–3 лет. Если грыжевое выпячивание у ребёнка появляется после года, его не беспокоит, не склонно к ущемлению, а родители информированы о признаках возможного осложнения, то многие хирурги именно в этом возрасте предпочитают выполнять грыжесечение.

Самым распространённым методом оперативного вмешательства по поводу неосложнённой паховой грыжи является полное иссечение грыжевого мешка. Обезболивание: наркоз. Техника операции: из косо-поперечного разреза в паховой области параллельно и чуть выше паховой складки, или из поперечного разреза вдоль паховой складки послойно рассекается кожа, подкожная клетчатка и поверхностная фасция. Влажным тупфером отводят ткани от апоневроза косой мышцы живота, ножек пахового кольца и паховой связки. Отступя 1 см. от верхнего края пахового кольца рассекают апоневроз наружной косой мышцы, безопаснее по желобоватому зонду, введённому в наружное паховое кольцо, на протяжении 3-4 см. Во вскрытом паховом канале, лучше с помощью гидравлической препаровки 0,25% новокаином, от элементов семенного канатика выделяется грыжевой мешок до устья. После вскрытия мешка, ревизии и вправления его содержимого, в брюшную полость, грыжевой мешок прошивают у устья, перевязывается и отсекается, при этом культи должны сместиться под край наружной косой и поперечной мышц, в брюшную полость. Таким образом, ликвидируется брюшинная воронка в зоне внутреннего кольца и предотвращается рецидив грыжевого выпячивания. Проводится тщательный гемостаз. На края апоневроза наружной косой

мышцы накладываются 3–4 шва край в край без сужения наружного пахового кольца, затем послойно ушивают рану брюшной стенки.

У мальчиков элементы семенного канатика располагаются на грыжевом мешке: семявыносящий проток по задне-внутренней его поверхности, а сосуды по передне-наружной, часто с ним сращены и могут травмироваться при выделении грыжевого мешка, особенно при больших пахово-мошоночных канатиковых и яичковых грыжах. В этих случаях грыжевой мешок целесообразно выделить, перевязать и пересечь у устья, а дистальную его часть вскрыть и оставить либо иссечь частично.

Различные способы пластики передней стенки пахового канала применяются лишь у детей с выраженной дисплазией соединительной ткани и слабостью всех структур паховой области, обнаруженной хирургом во время оперативного вмешательства (см. источник: «Детская оперативная хирургия»).

Особенности оперативного лечения паховых грыж у девочек. Паховые грыжи у девочек могут содержать яичник, маточную трубу, матку и петли кишок по отдельности и в сочетании. Наиболее часто встречается сочетание яичника с маточной трубой. Принято различать два варианта паховой грыжи у девочки: нескользящие и скользящие. При нескользящих грыжах, когда имеется врожденная, более удлиненная брыжейка яичника, а в некоторых случаях, когда имеется и брыжейка маточной трубы, они могут войти в Нуккиев дивертикул отдельно или вместе и свободно свисать в грыжевой мешок. Они не входят в состав стенки грыжевого мешка, легко вправляются, но очень подвижны и могут легко перекручиваться.

Операция выполняется из доступа, аналогично изложенному при грыжесечении у мальчиков, но с рассечением наружного пахового кольца и заключается в выделении грыжевого мешка, вскрытии его, погружении содержимого в брюшную полость, прошивании и перевязке шейки мешка и его отсечении. Разрез апоневроза наружной косой мышцы и наружное паховое кольцо ушивается отдельными швами наглухо.

Особенности оперативного лечения скользящей грыжи у девочек:

1) при выделении грыжевого мешка должна быть проявлена особая осторожность в задне-медиальном отделе, где проходят питающие сосуды – ветвь яичника и трубная ветвь маточной артерии;

2) при скользящих грыжах яичник и труба находятся в составе стенки грыжевого мешка. Необходимо выкроить до устья полоску из стенки мешка, на котором распластаны яичник, труба и питающие их сосуды, вправить органы в брюшную полость, а затем ушить и перевязать шейку мешка отдельными швами или кيسетным швом. Дистальную часть мешка отсечь, операцию закончить по методике изложенной выше (рис. 11).

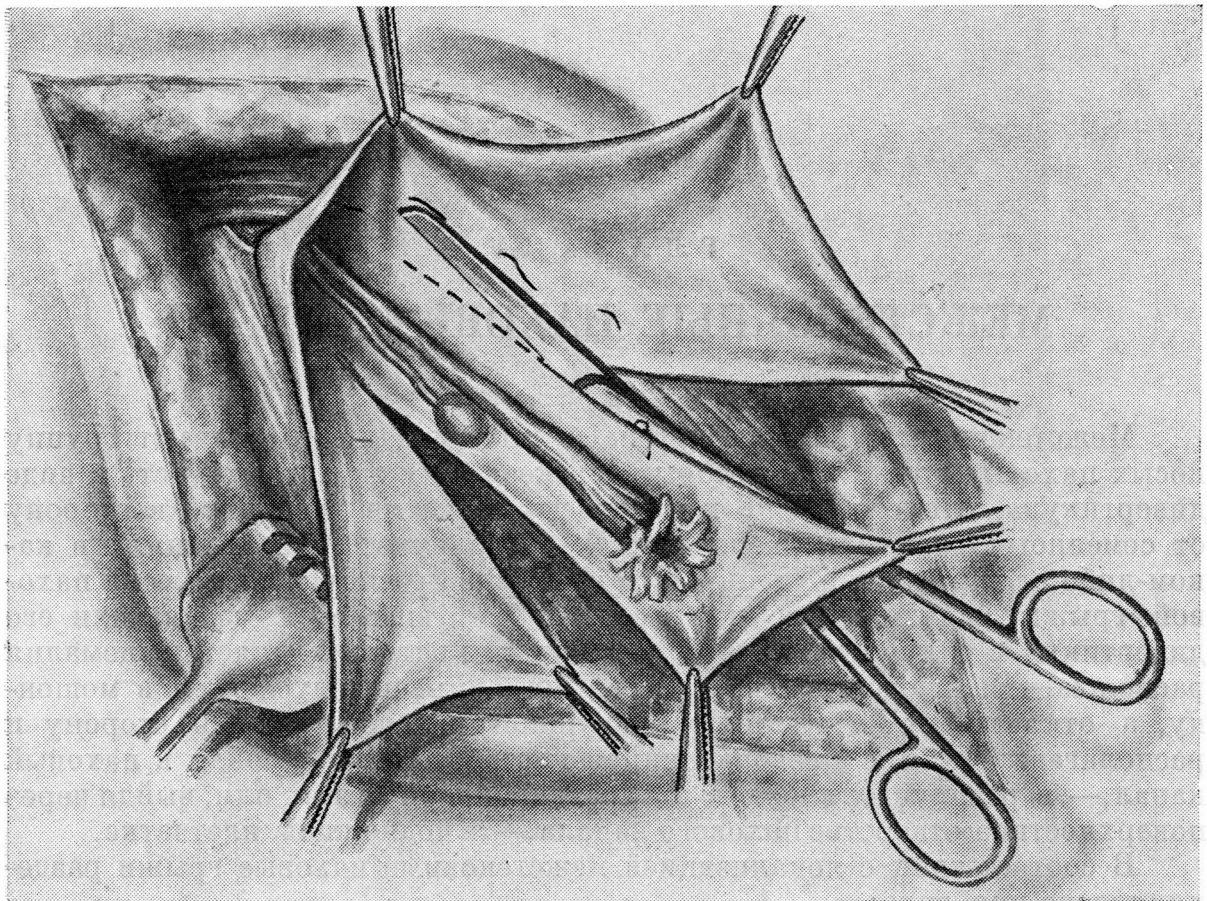


Рисунок 11. Способ оперативного лечения скользящей грыжи у девочек.

У мальчиков при скользящей паховой грыже частью грыжевого мешка может быть слепая кишка или стенка мочевого пузыря. При соскальзывании слепой кишки используется самый простой метод оперативного вмешательства. Поскольку выделить грыжевой мешок до устья в этом варианте не представляется возможным, его выделяют до кишки и на этом уровне перевязывают, а затем отделяют кишку от ретроперитонеальной клетчатки и вправляют в брюшную полость. На все фасциальные слои и клетчатку в зоне внутреннего пахового кольца накладывают швы, укрепляя и сужая зону грыжевых ворот. Далее целесообразно выполнить пластику пахового канала способом Боброва: шелковыми узловыми швами захватить верхний край рассеченного апоневроза наружной косой мышцы вместе с подлежащими внутренней косой и поперечной мышцами, подшивая их к паховой связке вместе с оставшимся на ней лоскутом апоневроза. Завершив пластику послойным ушиванием раны брюшной стенки.

Скользящая грыжа мочевого пузыря у детей является редкой врожденной патологией. Возникновению этого вида грыжи способствует избыток жировой клетчатки в предпузырном пространстве. Она отслаивает брюшину и даёт возможность приблизиться стенке мочевого пузыря к грыжевым воротам. Поэтому не следует рано оперировать детей паратрофиков по поводу паховых грыж, не имеющих признаков осложнения. Родители таких детей должны быть ознакомлены с признаками возможного

ущемления грыжи, а оперативное вмешательство отложено до 4-5 лет. Попытка хирурга разобраться в тканях из малого разреза нередко уводит его в медиальном направлении в предпузырную клетчатку к стенке мочевого пузыря даже в тех случаях когда скользящей грыжи мочевого пузыря нет. Существует опасность принять стенку пузыря за утолщенный грыжевой мешок и вскрыть его. У полных детей оперировать грыжу лучше из косоого разреза не менее 5 см длиной, хорошо тупфером очистить от окружающих тканей апоневроз наружной косой мышцы и наружное паховое кольцо. Рассекать апоневроз только по зонду Кохера, введённому в кольцо. При обнаружении в паховом канале большого количества клетчатки и жировой ткани и отсутствие грыжевого мешка прекратить его поиск методом разведения тканей в глубину и в стороны, подтянуть или вывихнуть яичко в паховый канал и ориентируясь по семенному канатику обнаружить грыжевой мешок, выделить его и выполнить грыжесечение. Если стенка мочевого пузыря всё же является частью мешка и не отделяется, то выделить мешок у самого устья, где семенной канатик отходит медиально, прошить мешок и перевязать. Сместить мочевой пузырь медиально и профилактировать его соскальзывание пластикой пахового канала способом Мартынова: отдельными узловатыми швами верхний край рассечённого апоневроза наружной косой мышцы подшить к внутренней поверхности паховой связки, а нижний лоскут наложить на подшитый как полы пальто и фиксировать к нему шёлковыми швами.

Наряду с традиционными методами грыжесечения в последние годы успешно выполняется лапароскопическая герниопластика – ушивание шейки грыжевого мешка в области внутреннего кольца эндоскопическим обвивным кисетным швом. Достоинством этого метода является малая травматичность особенно в отношении семенного канатика, возможность обнаружить незаращение влагалищного отростка брюшины с другой стороны и аналогичным образом закрыть внутреннее паховое кольцо. Двигательная активность у детей восстанавливается через 10-12 часов после вмешательства, пребывание в стационаре сокращается до 1 дня, продолжительность вмешательства с освоением техники сокращается с 40 до 15–20 минут.

Лечение ущемлённых косых паховых грыж у детей.

Абсолютными показаниями для оперативного лечения ущемлённых грыж являются: давность ущемления более 12 часов или она неизвестна; ущемлённые грыжи у девочек с любым сроком ущемления; сочетание ущемлённой грыжи с крипторхизмом; ущемление грыжи у новорождённых и недоношенных детей. Допустима попытка консервативного лечения ущемлённой паховой грыжи у мальчиков с небольшой (менее 12 часов) давностью ущемления. После введения 0,1% раствора атропина и 1% раствора тримеперидина (из расчёта 0,1 мл на год жизни), ребёнка погружают на 15 минут в тёплую ванну, затем укладывают с приподнятым тазом и пальпируют грыжевое выпячивание с лёгким надавливанием, если оно легко вправилось, то после подготовки и обследования ребёнка оперируют в

плановом порядке. При отсутствии эффекта от консервативного лечения показана срочная операция.

Особенности оперативного лечения ущемлённой грыжи. Доступ тот же, что и при вправимой грыже. Обнажают апоневроз наружной косой мышцы, ущемляющее кольцо и грыжевой мешок. Для предупреждения инфицирования мягких тканей флорой трассудата операционное поле отграничивают салфеткой, вскрывают мешок и оценивают характер трассудата (цвет, прозрачность, примесь крови, наличие фибрина, запах). Содержимое грыжи захватывают влажной салфеткой и удерживают, во избежание самопроизвольного его вправления в брюшную полость. Затем по зонду Кохера рассекают ущемляющее кольцо и апоневроз наружной косой мышцы живота. Подтягивают на себя содержимое грыжевого мешка с целью исключения ретроградного ущемления. Влажной тёплой салфеткой согревают петли кишки, в брыжейку вводят 5 мл 0,25% новокаина и оценивают их жизнеспособность по нормализации окраски, пульсации сосудов брыжейки и стенки кишки, наличию перистальтики и вправляют их в брюшную полость. При нежизнеспособности петли кишки (кишка тёмная, дряблая, сосуды брыжейки тромбированы, перистальтика отсутствует) её подтягивают в рану и резецируют в пределах здоровых тканей по общим правилам, осторожно погружают в брюшную полость, при необходимости расширяя доступ к ней.

СМЕЖНЫЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Знания, полученные студентами при изучении темы «Грыжи передней брюшной стенки», необходимы не только хирургам, но и врачам других специальностей: акушерам-гинекологам, неонатологам, урологам, анестезиологам.

Акушерство и гинекология.

Врачи акушеры и гинекологи, нередко несущие дежурства в родильных домах, должны чётко представлять алгоритм действий при рождении ребёнка с эмбриональной грыжей или гастрошизисом: ребёнка не кормить и не поить, пуповину пережать и перевязать выше патологического образования, наложить повязку с фурацилином, поместить ребёнка в кювез. До приезда консультанта – детского хирурга необходимо начать обследование ребёнка – исключить атрезию пищевода, убрать содержимое желудка. Проверить проходимость прямой кишки и её содержимого. При подозрении на врождённую кишечную непроходимость выполнить рентгенологическое исследование. Провести беседу с родителями ребёнка, предупредив их о необходимости лечения в условиях детского хирургического отделения, получить на перевод и лечение ребёнка письменное согласие. Совместно с детским хирургом и реаниматологом подготовить ребёнка к транспортировке и организовать её на современном уровне.

В родильном доме у новорождённого возможно возникновение физиологической водянки яичек, требующей лишь наблюдения и паховой грыжи склонной к ущемлению. Поэтому акушер должен быть осведомлен о клинических признаках патологии влагалищного отростка брюшины и возможных осложнениях.

Неонатология.

Современные методы обследования плода позволяют выявить многие пороки развития, спланировать способ родоразрешения в специализированных роддомах и с момента рождения обеспечить наблюдение неонатолога в отделении реанимации новорождённых. Целесообразным является организация круглосуточного дежурства неонатологов, включая отделения санитарной авиации. К сожалению соматическая патология новорождённых (недоношенность, внутриутробное инфицирование, поражение ЦНС и др.) часто сочетается с пороками развития, включая патологию передней брюшной стенки, отдельные виды которой требуют экстренной терапии и в ряде случаев реанимационных мероприятий. Неонатолог не только должен принять активное участие в диагностике пороков развития передней брюшной стенки, но совместно с анестезиологом-реаниматологом обеспечить комплекс лечебных мероприятий по поддержанию функции жизненно важных органов и систем в специализированных отделениях для новорождённых.

Урология.

Патология влагалищного отростка брюшины довольно условно разделена между детскими хирургами и детскими урологами, особенно в плане дифференциальной диагностики. Естественно, что и те и другие должны в совершенстве знать клинику, диагностику и лечение данной патологии. Существуют варианты сочетания крипторхизма и ущемлённой грыжи, водянки яичка и кисты семенного канатика, фуникулярной грыжи и варикоцеле, паховой грыжи и синдрома отёчной мошонки. К сожалению, во время грыжесечения может быть вскрыт мочевой пузырь, принятый за грыжевой мешок. Синдром отёчной мошонки может быть вызван ущемлённой фуникулярной пахово-мошоночной грыжей с гангреной ущемлённой петли подвздошной кишки. Поэтому в ряде случаев показана дооперационная совместная консультация, помощь в момент оперативного вмешательства или плановая совместная эндоскопическая операция, например при сочетании у подростка паховой грыжи справа и варикоцеле слева.

Анестезиология и реанимация.

Адекватный выбор анестезиологического пособия у детей довольно сложная проблема, особенно у новорождённых с тяжёлыми пороками развития и неблагоприятным преморбидным фоном (недоношенность, маловесность, внутриутробное инфицирование, поражение ЦНС и др.). Дети с эмбриональной грыжей, осложнённой разрывом оболочек, новорождённые с

гастрошизисом в сочетании с другими тяжёлыми пороками, сопровождающимися выраженной дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточностью нуждаются в искусственной вентилиации лёгких, противошоковой терапии. Особенно в сложном положении оказываются анестезиологи и акушеры родильных домов, не имеющих отделений реанимации и интенсивной терапии новорождённых. В этих случаях алгоритм тактических и лечебных мероприятий может быть согласован с центром выхаживания новорождённых и предоперационная подготовка начата до приезда детского реаниматолога и детского хирурга. Совместно решается вопрос о возможности транспортировки новорождённого в ДХО. После уточнения диагноза, выбора метода обезболивания и выполнения оперативного вмешательства ведение послеоперационного периода осуществляется в ПИТ отделения реанимации новорождённых совместно реаниматологом, хирургом с участием узких, профильных специалистов.

Тактика врача – консультанта.

Оказание ургентной помощи новорождённым с грыжами передней брюшной стенки осуществляется хирургами и реаниматологами отделения экстренной и плановой консультативной медицинской помощи.

Основные причины вызова консультантов:

1. Установление клинического диагноза.
2. Наличие тяжёлых сопутствующих пороков развития.
3. Тяжесть состояния.
4. Отсутствие специалиста способного обеспечить функцию жизненно важных систем новорождённого.
5. Необходимость организации транспортировки больного в центр хирургии новорождённых.

Этапы лечебно-диагностических и эвакуационных мероприятий:

Первый этап – родильное отделение ЦРБ, городские родильные отделения предполагает: дообследование, уточнение диагноза, проведение жизненно-важных лечебных иногда реанимационных мероприятий, подготовка больного к транспортировке или выполнения операции на месте;

Второй этап – транспортировка больного в специализированное отделение, где он должен получить полный и окончательный объём хирургической помощи.

Алгоритм действий врачей в период диагностики грыж передней брюшной стенки, подготовки к лечению и в послеоперационном периоде.

1. Этап пребывания в родильном доме:

а) у детей с эмбриональной грыжей или гастрошизисом пережать и перевязать пуповину вне патологического образования, исключить или подтвердить наличие осложнений, наложить асептическую повязку и поместить ребёнка в кювез. Оценить тяжесть общего состояния, диагностировать сопутствующие пороки развития, проверив проходимость пищеварительного тракта (ввести катетер в желудок, исключить атрезию

пищевода, оценить содержимое желудка, наличие примеси желчи и мекония; проверить проходимость анального канала и прямой кишки, с помощью клизмы получить содержимое кишечника – наличие мекония, его цвет, количество и консистенцию, возможно его отсутствие); при наличии признаков дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности уточнить причину, проведя соответствующее обследование. Вызвать на консультацию детского хирурга, совместно с ним уточнить диагноз, провести беседу с родителями ребёнка и организовать транспортировку новорождённого по принятой методике в ДХО.

б) наличие у новорождённого врождённой водянки яичек, как правило, не требует экстренного вмешательства, лишь в случае резкого напряжения показана консультация уролога и пункция.

в) иногда паховая или пахово-мошоночная грыжа может быть выявлена вскоре после рождения, особенно у недоношенных детей, при этом не исключено ущемление грыжевого выпячивания не только в наружном, но и во внутреннем кольце. Ребёнок должен быть осмотрен всеми специалистами: акушером, неонатологом и детским хирургом. Акушер и неонатолог могут сопоставить беспокойство ребёнка с наличием грыжевого выпячивания и при пальпации отметить возможность или невозможность его вправления при лёгком надавливании, а вызванный на консультацию хирург окончательно диагностировать ущемление грыжи в наружном паховом кольце. Кроме того, достигая мизинцем, введённым в прямую кишку, внутреннее паховое кольцо, может исключить редкий вариант ущемления петли кишки во внутреннем паховом кольце, особенно возможным и опасным из-за быстрого некроза у недоношенных детей. У новорождённых детей вопрос об оперативном вмешательстве решается всегда индивидуально в зависимости от склонности грыжи к ущемлению и общего состояния новорождённого.

2. Этап пребывания ребёнка дома:

а) практически до первых посещений к специалистам поликлиники. Патронажная медицинская сестра и особенно врач-педиатр при первом посещении новорождённого на дому должны осматривать ребёнка целиком, включая паховые области мошонку у мальчиков, наружные половые органы у девочек и промежность. Выслушав жалобы матери и проводя беседу по уходу необходимо коротко рассказать о признаках паховых грыж и возможных осложнениях – ущемлении. При любом беспокойстве ребёнка, признаках простудного заболевания, повышении температуры тела обязательно осмотреть ребёнка целиком и обнаружив грыжевое выпячивание вызвать на консультацию врача СМП;

б) паховые и пахово-мошоночные грыжи чаще всего диагностируются на первом году жизни родителями во время ухода за ребёнком или врачом-педиатром во время профилактических осмотров. В любом случае показана консультация детского хирурга для уточнения диагноза, оценки общего состояния ребёнка, склонности грыжи к ущемлению. Вопрос о сроках оперативного лечения решается после осмотра ребёнка на городском или

областном консультативном приёме. Учитывается заключение педиатра и данные дополнительных методов обследования. Ребёнок должен быть оперирован только в условиях ДХО;

в) у ряда детей грыжевые выпячивания могут появиться в любом, даже подростковом возрасте, по причинам, изложенным в этом учебном пособии. Необлитерированный влагалищный отросток брюшины небольших размеров может проявиться грыжевым выпячиванием лишь при резком, внезапном повышении внутрибрюшного давления в сочетании с избыточной подвижностью сальника, петель кишок или маточной трубы и яичника у девочки. Этому может способствовать нерациональное использование спортивных снарядов для быстрого наращивания мышечной силы, упорные занятия видами спорта, включающими резкие движения с внезапным значительным повышением внутрибрюшного давления, недостаточное развитие мышечно-апоневротических структур брюшной стенки на фоне дисплазии соединительной ткани. Этим объясняется необходимость осмотра хирургом подростков в школе, спортсменов в физкультурных диспансерах, юношей на призывных комиссиях военных комиссариатов. Подростков с патологией влагалищного отростка брюшины следует оперировать в ДХО по принятым в них щадящим методикам, лучше с использованием эндовидеохирургии;

г) в лечение детей с пупочными грыжами, после осмотра детского хирурга и по его рекомендациям принимают участие специалисты отделения массажа и лечебной физкультуры, обучая соответствующим приёмам родителей. Только детские хирурги могут с успехом применять консервативное лечение пупочной грыжи с использованием лейкопластырных повязок. В случаях, когда самоизлечение пупочной грыжи не произошло, а консервативное лечение оказалось неэффективным показано оперативное вмешательство в возрасте 3-5 лет.

д) обнаружение у ребёнка грыжи белой линии живота родителями или врачом-педиатром не требует проведения экстренных мероприятий. Алгоритм лечебных мероприятий включает: наблюдение, за ребёнком и в возрасте 3-5 лет в период соматического здоровья после осмотра педиатра, сбор необходимых анализов, консультация детского хирурга на городском или областном консультативном приеме с целью уточнения диагноза и направления в ДХО.

3. Этап наблюдения за детьми, оперированными по поводу грыж белой линии живота, пупочных и паховых грыж после выписки из ДХО.

Дети выписываются под наблюдение детского хирурга поликлиники. В выписке указывается суть оперативного вмешательства, его особенности, если они имелись и рекомендации, которые должны соблюдать дети под наблюдением родителей и контролем хирурга. Первичный осмотр заключается в осмотре послеоперационной раны (первичное заживление, отсутствие отёка и воспаления). У мальчиков возможен небольшой отёк мошонки и снижение кремастерного рефлекса на стороне оперативного

вмешательства. Как правило, эти последствия оперативного вмешательства проходят в ближайшие 5-6 дней, поэтому повторный осмотр ребёнка хирургом необходим. В первые 3-4 дня после выписки из стационара ребёнка можно мыть под душем с использованием детского мыла, а затем принимать тёплые ванны. Длительное сохранение в области послеоперационной раны локального воспаления с гнойным отделяемым является признаком формирования лигатурного свища; очень редко у ребёнка может возникнуть рецидив грыжи. И в том и в другом случае ребёнок должен быть направлен в ДХО, где выполнялось оперативное вмешательство.

Детям оперированным по поводу грыж передней брюшной стенки рекомендуется ограничение физических нагрузок в течение 2 недель, школьники освобождаются от занятий физкультурой на месяц с момента выписки из стационара, спортсмены допускаются к занятиям в секциях и соревнованиях после осмотра врачей физкультурного диспансера.

Учебные ситуационные задачи.

Задача № 1.

Во время профилактического осмотра детей в дошкольном учреждении врач педиатр обнаружил у мальчика 5 лет выпухание в правой паховой области около 3 см. в диаметре. При пальпации образование исчезло и вновь не появлялось. Во время беседы с родителями врач выяснил, что они это образование у ребёнка ранее не видели. Мальчик вел себя обычно на боли в животе или в паховой области не жаловался. В возрасте 4 лет перед оформлением документов в детский сад осмотрен детским хирургом, хирургическая патология не обнаружена.

Вопросы:

1. О какой патологии можно думать у этого ребёнка?
2. Специалистом какого медицинского учреждения должен быть обследован ребёнок для уточнения диагноза?
3. Какие дополнительные приёмы могут быть использованы в процессе диагностики?
4. Назовите косвенные признаки патологии которые могут подтвердить ваш диагноз.
5. Какое лечение следует провести ребёнку, если предполагаемый вами диагноз подтвердится?

Эталоны ответа:

1. О правосторонней паховой грыже.
2. Детским хирургом специализированного отделения.
3. Попросить ребёнка выпятить живот отклонив туловище назад, повысить внутрибрюшное давление надавив рукой на живот ребёнка по направлению сверху вниз.
4. Расширение наружного пахового кольца, положительный симптом кашлевого толчка и утолщение семенного канатика справа.
5. Оперативное вмешательство в плановом порядке – грыжесечение.

Задача № 2.

Детский хирург поликлиники обнаружил у ребёнка 1 месяца выпухание в области пупка диаметром 1,5 см. и высотой 2,5 см. Со слов мамы, выпячивание появилось на 3 неделе жизни ребёнка во время беспокойства из-за вздутия живота и задержки стула. Вне беспокойства и во время сна выпячивание исчезает. Хирург обнаружил при пальпации дефект апоневроза в верхней полуокружности пупочного кольца овальной формы до 1,5 см. диаметром. Во время обследования выпячивание легко вправлялось в брюшную полость и появлялось вновь. Ребёнок во время обследования не беспокоился.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Согласны ли вы с мнением мамы о причине возникновения образования в области пупка или придаёте большее значение иному этиологическому фактору?
3. Почему подобные образования чаще появляются в верхней полуокружности пупочного кольца?
4. Нуждается ли ребёнок в госпитализации и оперативном лечении?
5. Возможно ли самоизлечение при данной патологии?
6. Если вы сторонники консервативного лечения, то в чём оно заключается?
7. Назовите сроки выполнения операции в случае неэффективности консервативного лечения.

Эталон ответа:

1. Пупочная грыжа неуцёмлённая.
2. Основная причина возникновения пупочной грыжи – дефект апоневроза в области пупочного кольца, а повышение внутрибрюшного давления является предрасполагающим моментом.
3. Верхняя полуокружность пупочного кольца более свободна так как содержит лишь пупочную вену. Нижняя полуокружность занята двумя облитерированными артериями и срединной связкой образовавшейся из урахуса.
4. Не нуждается.
5. Возможно у 60% детей в первые 2 -3 года.
6. Массаж и лечебная гимнастика укрепляющие все структуры передней брюшной стенки. Частое выкладывание ребёнка на живот. Сведение краёв дефекта апоневроза в зоне пупочного кольца методом лейкопластырных повязок (лечение должно проводиться только детским хирургом).
7. После 3 -5 лет.

Задача № 3.

Родился ребёнок массой 3000, доношенный. Роды физиологические, беременность протекала с тяжёлым токсикозом 1-й половины. При рождении отмечено, что на передней брюшной стенке имеется дефект кожи. Диаметр дефекта у основания 5 см. Через дефект в виде полушария выбухают органы брюшной полости. Видны петли кишок и нижний край печени. Эти органы покрыты полупрозрачной оболочкой, переходящей по краю дефекта в кожу.

Вопросы:

1. Какая патология описана в задаче?
2. В какие сроки внутриутробного развития формируется данная патология и с чем связано её формирование?
3. Как часто данная патология сочетается с другими пороками развития и какими?
4. Тактика акушера и педиатра родильного дома в данной ситуации?

5.Какой способ лечения возможен в данном случае?

Эталон ответа:

- 1.Грыжа пупочного канатика, эмбриональная грыжа небольших размеров.
- 2.До 3 месяцев внутриутробной жизни из – за задержки развития брюшной полости и нарушения возвращения органов брюшной полости из физиологической грыжи пуповины в брюшную полость.
- 3.Примерно в 65% случаев (пороки сердца, желтлчного протока , урахуса,пороки почек, атрезия ануса).
- 4.Перевязать пуповину выше эмбриональной грыжи. Прикрыть грыжевое выпячивание влажной слегка давящей повязкой с фурацилином. Вызвать на консультацию детского хирурга. Провести беседу с мамой ребёнка и получить письменное согласие на лечение. Транспортировать ребёнка в кювезе на реанимобиле в сопровождении реаниматолога или детского хирурга в ДХО , палату интенсивной терапии.
- 5.Радикальное оперативное вмешательство с погружением органов в брюшную полость и послойной пластикой всех слоёв брюшной стенки.

Задача №4.

Родители, во время ухода за ребёнком 3 лет , обнаружили у него небольшое образование по средней линии живота размерами с горошину. Ребёнок осмотрен детским хирургом. Небольшое выпячивание располагалось между мечевидным отростком грудины и пупком в виде безболезненного уплотнения, не исчезающего при надавливании. Создалось впечатление о том, что это образование выходит под кожу через щелевидный дефект в апоневрозе белой линии живота.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Каковы причины возникновения и этапы развития данной патологии?
3. Имеются ли показания к срочному оперативному вмешательству?
4. Какой метод лечения и в каком возрасте следует рекомендовать родителям ребёнка?
5. В случае отказа родителей от лечения, о каком возможном осложнении их следует предупредить.
6. Из каких моментов состоит лечение данного порока развития?

Эталон ответа:

1. Грыжа белой линии живота.
2. Грыжевыми воротами является щелевидный дефект в апоневрозе белой линии живота. Первым этапом образования грыжи белой линии живота является выходение предбрюшинной клетчатки (стадия предбрюшинной липомы) В последующем может внедряться париетальная брюшина (грыжевой мешок) и содержимое – петли кишок и сальник.

3. По условиям задачи у данного ребёнка срочных показаний к оперативному вмешательству нет.
4. Плановое оперативное вмешательство в возрасте 3 -5 лет.
5. В последующем с ростом ребёнка при резком повышении внутрибрюшного давления или перерастяжения брюшной стенки возможно выхождение в грыжевой мешок и ущемление сальника или петель кишок.
6. Из небольшого разреза кожи над грыжевым выпячиванием выделяют прядь предбрюшинного жира, прошивают у основания и отсекают. Культю погружают в щелевидный дефект апоневроза, который затем ушивают отдельными швами. Операцию можно закончить наложением косметического шва на кожу.

**Тесты для самоконтроля знаний
(без эталонов ответов).**

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Назовите слои грыжевого мешка эмбриональной грыжи и последовательность их расположения:

- а) аллантоис;
- б) вартонов студень;
- в) первичная брюшина;
- г) амниотическая оболочка;

1) а, б, в. 2) б, в, г. 3) г, б, в. 4) б, в, г. 5) а, б, г.

2. Какие осложнения могут возникнуть при эмбриональной грыже больших размеров?

- а) разрыв оболочек;
- б) ущемление содержимого с гангреной кишечника;
- в) контактный перитонит;
- г) эвентрация кишечника;
- д) неполный свищ пупка;

1) б, в, г. 2) а, б, г, д. 3) в, г. 4) а, в, г. 5) а, б, г.

3. Какие методы лечения применяются при грыжах пупочного канатика?

- а) радикальное оперативное лечение новорождённых с малыми и средними грыжами;
- б) консервативное лечение грыж больших размеров;
- в) двухэтапное оперативное лечение грыж больших размеров;
- г) консервативное лечение грыж осложнённых разрывом оболочек в родах;
- д) оперативное лечение больших грыж осложнённых разрывом оболочек в родах;

1) а, в, д. 2) а, б, г. 3) а, б, в. 4) а, б, в, д.

4. Какие врождённые аномалии могут сочетаться с эмбриональной грыжей?

- а) пороки сердца;
- б) пупочная грыжа;
- в) дивертикул Меккеля;
- г) гастрошизис;
- д) атрезии пищевода, прямой кишки и ануса.

1) а, б, в. 2) в, г, д. 3) а, б, г. 4) а, в, д.

5. Причинами возникновения паховых грыж являются:

- а) незаращение влагалищного отростка брюшины (дивертикула Нуккия у девочек);
- б) расхождение прямых мышц живота;

- в) повышение внутрибрюшного давления;
 - г) дисплазия соединительной ткани;
 - д) избыточный вес ребёнка.
- 1) а, б, в. 2) б, в, г. 3) в, г, д. 4) а, в, г.
6. Полное незаращение влагалищного отростка брюшины может проявиться:
- а) кистой семенного канатика;
 - б) грыжей фуникулярной;
 - в) грыжей тестикулярной;
 - г) водянкой яичка;
 - д) сообщающейся водянкой яичка и семенного канатика.
- 1) а, б, в. 2) в, г, д. 3) в, д. 4) а, г, д.
7. Назовите основные симптомы неущемлённой фуникулярной грыжи:
- а) увеличение размеров мошонки у ребёнка с рождения;
 - б) выпячивание в паховой области, иногда опускающееся в мошонку;
 - в) положительный симптом кашлевого толчка;
 - г) лёгкое, с урчанием, исчезновение выпячивания при пальпации;
 - д) частое беспокойство ребёнка, нарушение сна.
- 1) а, б, в. 2) в, г, д. 3) б, г. 4) а, в, д.
8. Какие косвенные признаки указывают на патологию влагалищного отростка брюшины:
- а) частое беспокойство ребёнка;
 - б) расширение наружного пахового кольца на одной стороне;
 - в) запоры;
 - г) изменение размера мошонки в течение суток;
 - д) положительный симптом кашлевого толчка;
 - е) утолщение семенного канатика с одной стороны.
- 1) а, б, в. 2) в, д, е. 3) а, г, д. 4) б, г, д, е. 5) а, б, г, д.
9. Об ущемлении паховой грыжи можно узнать по следующим клиническим признакам:
- а) беспокойство ребёнка;
 - б) повышение температуры тела;
 - в) появление в паховой области болезненного образования, которое при пальпации не вправляется в брюшную полость;
 - г) возникновение рвоты;
 - д) угнетение перистальтики.
- 1) а, в, г. 2) а, б, г. 3) в, г, д. 4) а, г, д.
10. Попытка консервативного лечения ущемлённой грыжи показана:
- а) у детей любого возраста и пола;
 - б) у девочек с давностью ущемления до 12 часов;
 - в) при давности ущемления не более 12 часов;

г) у детей с любой давностью заболевания в сочетании с тяжёлыми соматическими заболеваниями;

д) у мальчиков любого возраста.

1) а, в. 2) г, д. 3) д, в. 4) а, г.

11. Основными признаками пупочной грыжи являются:

а) частое беспокойство ребёнка;

б) нарушение сна;

в) наличие выпячивания в области пупка при беспокойстве и его исчезновение в покое и во сне;

г) дефект апоневроза в области пупочного кольца;

д) частые рвоты.

1) а, б, в. 2) в, г, д. 3) в, г. 4) б, д, г.

12. Грыжи белой линии живота проявляются следующими клиническими признаками:

а) беспокойством ребёнка от боли;

б) периодически появляющимся выпячиванием в области белой линии живота;

в) постоянным небольшим, направляющимся в брюшную полость образованием по ходу белой линии живота;

г) наличием щелевидного дефекта апоневроза по ходу белой линии живота или над пупком.

1) а, б, г. 2) в, г. 3) б, г. 4) а, в.

КОНТРОЛЬНЫЕ СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.

1. У ребёнка 2 –х лет на фоне ОРВИ с явлениями ларинготрахеита, сопровождающегося частыми приступами кашля, возникло беспокойство, боли в животе, рвота выпитой жидкостью. Мальчик осмотрен участковым педиатром, данных за острый аппендицит не обнаружено, назначено лечение ОРЗ.

Ребёнок продолжал беспокоиться, держался при кашле за низ живота, отказывался от еды, не спал. Через 6 часов от начала беспокойства осмотрен врачом СМП, диагноз ОРВИ подтверждён, но в правой паховой области обнаружено опухолевидное выбухание, болезненное и исчезающее при пальпации. Кожа над ним не изменена, мошонка обычной формы, оба яичка в мошонке. Со слов мамы, мошонка была значительно увеличена после выписки из родильного дома, но « опухоль » постепенно исчезла и больше не появлялась. Врач СМП доставил ребёнка в ДХО, где он был помещён в изолятор. При поступлении состояние ребёнка средней степени тяжести, температура тела 38,1 градуса по С. В правой паховой области сохраняется плотноэластическое образование болезненное при пальпации.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать?
2. Что могло способствовать возникновению данной патологии?
3. Оцените проведённые диагностические и лечебные мероприятия участкового врача.
4. Оцените тактику врача СМП.
5. Составте план лечения.
6. Какие варианты лечения возможны у данного больного?
7. Изложите принципы оперативного лечения данной патологии у ребёнка 2-х лет.

2. Девочка 10 лет начала заниматься в секции художественной гимнастики. Во время выполнения упражнения, сопровождающегося резким напряжением мышц живота, почувствовала боль в правой паховой области. Боль прошла самостоятельно, но иногда во время занятий возникала вновь. Врач – педиатр, к которому девочка обратилась с жалобами, осмотрел живот и не обнаружил признаков патологии, объяснив возникновение боли растяжением мышц живота при выполнении сложных упражнений. Она посоветовала девочке осмотреть и потрогать живот, если боли возникнут вновь. В один из таких моментов девочка увидела небольшое выбухание в правой паховой области, которое при надавливании исчезло. При повторном осмотре педиатр выбухания в паховой области не обнаружил, но направил ребёнка на консультацию к детскому хирургу, который обнаружил патологическое образование в правой и левой паховых областях.

Вопросы:

1. Какой диагноз поставил девочке хирург?
2. Почему врач заподозрил возможность данной патологии у девочки с обеих сторон?
3. Какие дополнительные приёмы обследования позволили выявить данную патологию?
4. Какие осложнения могут возникнуть у девочки во время занятий гимнастикой?
5. Предложите план обследования и лечения.

3. Мальчик 14 лет решил самостоятельно увеличить массу и силу мышц, используя гантели и штангу. Он считал, что быстрое увеличение веса спортивных снарядов ускорит его физическое развитие. Через несколько месяцев занятий подросток почувствовал, что объём и сила его мышц действительно нарастают, но не возникает рельеф мышц живота. При попытке «качать» пресс с большим весом гантелей в правой паховой области появлялось выпячивание, которое исчезало самостоятельно или при надавливании рукой. Во время профилактического осмотра в школе подросток рассказал хирургу о появляющемся во время тренировок образовании. Хирург попросил мальчика напрячь живот и обнаружил выпячивание в правой паховой области, кроме того отметил значительное расширение вен семенного канатика - синдром «мешка с червями» над левым яичком. Врач провёл с подростком беседу о необходимости лечения и дал направление в ДХО.

Вопросы:

1. Какая основная патология выявлена у подростка?
2. Назовите основную причину её возникновения.
3. Что способствовало её проявлению в 14 лет?
4. Какое лечение сопутствующей патологии, выявленной хирургом, показано подростку и почему?
5. Какой метод хирургического вмешательства целесообразно выбрать для одновременной коррекции выявленных патологических образований.

4. Родители ребёнка 6 месяцев во время купания обнаружили выбухание в правой паховой области, которое появлялось периодически и самостоятельно исчезало. Во время обращения к детскому хирургу поставлен диагноз правосторонняя паховая грыжа и предложено оперативное вмешательство в плановом порядке. Грыжевое выпячивание ребёнка не беспокоило и родители от оперативного вмешательства отказались. В возрасте 2 - х лет ребёнок в летнее время находился в деревне у бабушки с дедушкой, вел себя обычно, был активным, но однажды начал беспокоиться, отмечалась однократная рвота. Это состояние было расценено как результат переедания ягод клубники. Ребёнка уложили в постель, дали таблетку но - шпы и активированный уголь.

На следующий день после завтрака у ребёнка отмечалась рвота принятой пищей, жидкий стул чёрного цвета. Ребёнок осмотрен фельшером, рекомендована водно – чайная диета в течении суток. За это время повторилась дважды рвотва, последний раз с примесью желчи, мальчик пожаловался на боли в животе. Вызванный врач СМП обнаружил у ребёнка выбухание в правой паховой области и транспортировал больного в ДХО.

Состояние при поступлении средней тяжести, обусловленное болью, беспокойством, интоксикацией и обезвоживанием.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать у больного?
2. Какие дополнительные обследования считаете показанными ?
3. Какой метод лечения показан в данном случае?
4. Если больному показано оперативное лечение, то какие его этапы и в какой последовательности следует выполнять.
5. Какие изменения в ущемлённых органах следует предполагать при такой давности осложнения.
6. Какие варианты оперативного вмешательства показаны в зависимости от обнаруженных изменений в ущемлённых органах.

**КАРТА КУРАЦИИ БОЛЬНОГО
С ПАТОЛОГИЕЙ ВЛАГАЛИЩНОГО ОТРОСТКА БРЮШИНЫ:
ГРЫЖИ ПАХОВЫЕ, ПАХОВО-МОШОНОЧНЫЕ, ВОДЯНКИ
СЕМЕННОГО КАНАТИКА И ЯИЧКА, КИСТЫ СЕМЕННОГО
КАНАТИКА.**

Общие правила:

1. В стационар направляются дети с патологией влагалищного отростка брюшины после предварительного осмотра детским хирургом на городском или областном консультативном приёме. Хирург уточняет диагноз, назначает необходимое обследование и консультацию педиатра для исключения соматической патологии, контакта с инфекционными больными (заключение в письменном виде).
2. Дети, имеющие грыжи, склонные к ущемлению, направляются в стационар вне зависимости от возраста и наличия анализов.
3. В экстренном порядке госпитализируются больные с ущемлёнными грыжами, остро возникшей кистой семенного канатика и водянкой яичка.
4. Противопоказанием для направления детей на операцию в плановом порядке являются выявленные у них: ОРВИ, ОРЗ, пневмония, анемия, эксудативные диатезы, пиодермия.

ПЛАН ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ.

Анамнез:

1. Жалобы больного и родителей (время и форма проявления патологии, выпячивание видно постоянно или возникает при крике, беспокойстве, повышенной физической нагрузке, сопровождается ли признаками ущемления: болью, рвотой, беспокойством, изменением поведения).
2. Анамнез жизни: от какой беременности, каких родов, масса при рождении, наличие или отсутствие физиологической водянки яичек, дальнейшее развитие, имеющиеся отклонения, перенесённые ранее заболевания и оперативные вмешательства, контакт с больными туберкулёзом, гепатитом и ВИЧ инфицированными, сведения о прививках и аллергических реакциях, сопутствующие заболевания.
3. Наследственный фактор: наличие любой патологии влагалищного отростка брюшины у родителей, братьев и сестёр, других родственников по линии отца и матери.
4. Настоящий статус по общепринятой схеме: состояние, кожные покровы, слизистые, лимфатические узлы по группам, органы дыхания, сердечно-сосудистая система, органы пищеварения. Обратить внимание на развитие брюшной стенки (дряблость, избыточное развитие жировой клетчатки, расхождение прямых мышц живота, наличие грыжи белой линии живота или пупочной грыжи, следы от ранее проведённого оперативного лечения данной патологии). Где, в каком возрасте и в каком отделении выполнялось оперативное вмешательство. Отметить иные признаки дисплазии соединительной ткани у ребёнка).
5. Местный статус: в момент осмотра выпячивания нет; выпячивание определяется в паховой области или спускается в мошонку; его величина форма и консистенция; исчезает ли оно при пальпации; размеры наружных паховых колец с «больной» и здоровой сторон; наличие яичек в мошонке и их размеры; рефлекс Кремастера с обеих сторон – живой, слабый

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА.

Основная

1. Хирургические болезни детского возраста / под. Ред. Акад. РАМН Ю.Ф.Исакова. Учебник для медицинских вузов. – М. Издательский дом «Гэотар-мед» 2004 – (т. 1).

Дополнительная

1. Детская оперативная хирургия. (практическое руководство) под. ред. В.Д. Тихомировой. – М. : Медицинское информационное агенство. 2011.
2. Руководство по педиатрии / под ред. акад. РАМН А.А. Баранова, чл.-корр. РАМН Б.С. Каганова, проф. Р.Р.Шиляева.
3. Хирургические болезни детского возраста / под ред. проф. А.И. Лёнюшкина. – М.: Династия, 2006.