

УДК 616.34-007.43-031:[611.981+611.957]-053.2

СОЧЕТАНИЕ ПАХОВОЙ И БЕДРЕННОЙ ГРЫЖИ У РЕБЕНКА*В.К. Литовка², И.Н. Иноземцев², К.В. Латышов¹*¹*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*²*Областная детская клиническая больница, г. Донецк*

Бедренные грыжи у детей встречаются чрезвычайно редко и составляют небольшой процент среди всех грыж [1]. По данным отдельных авторов, на их долю приходится 0,24-0,49% всех грыж живота [2, 3]. У взрослых пациентов бедренные грыжи чаще всего являются приобретенными, что же касается этиологии у детей, то она остается неясной и является предметом дискуссии. Риск развития бедренных грыж более высок при наличии повышенного внутрибрюшного давления и дефектов развития соединительной ткани. У трети пациентов в анамнезе отмечено оперативное вмешательство по поводу косой паховой грыжи [1]. Из-за редкости данной патологии у детей до операции диагноз бедренной грыжи достоверно ставится редко.

За последние 10 лет в клинике детской хирургии Донецкого национального медицинского университета прооперировано 3727 детей с различными грыжами живота. Среди 6 (0,16%) пациентов с выявленной бедренной грыжей лиц мужского пола было 4, женского – 2. Одинаково часто наблюдались правосторонняя и левосторонняя грыжи (по 3 детей). Следует подчеркнуть, что среди наблюдаемых больных с бедренной грыжей, операций по поводу паховой грыжи в анамнезе не отмечалось. Отметим, что правильный диагноз при направлении в клинику был поставлен только у 2 детей, у остальных предполагалось наличие паховой грыжи или продуктивного бедренного лимфаденита. После операции все больные выздоровели. Осложнений и рецидивов не было. Необходимо указать, что у одного пациента имелось сочетание паховой и бедренной грыжи. Подобного сообщения в доступной литературе нам обнаружить не удалось. Приводим это наблюдение.

Больной К., 5 лет (история болезни № 6213), поступил в клинику детской хирургии 12.06.2007 г. по поводу правосторонней косой паховой грыжи. Болеет около двух лет. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, несколько повышенного питания. Со стороны легких и сердца без особенностей. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во

всех отделах. Место болезни: в правой паховой области грыжевое выпячивание размерами 4×3,5 см, медленно вправимое в брюшную полость. Симптом «кашлевого толчка» положительный. На уровне паховой складки и чуть книзу определяется плотноэластическое образование до 2,5 см в диаметре, напоминающее лимфоузел, безболезненное, ограничено подвижное. Установлен клинический диагноз: правосторонняя косая паховая грыжа, продуктивный пахово-бедренный лимфаденит?, бедренная грыжа?.

13.06.2007 г. произведено оперативное вмешательство. Разрезом в правой паховой области длиной 4 см обнажен апоневроз наружной косой мышцы живота. Гемостаз. Найден, выделен из окружающих тканей и вскрыт грыжевой мешок, оказавшийся пустым. Элементы семенного канатика шли единым блоком медиально. Грыжевой мешок прошит у основания, перевязан и отсечен. При дальнейшей ревизии установлено, что пальпируемое ранее опухолевидное образование размерами 3×2 см связи с грыжевым мешком не имеет, интимно прилежит к наружному краю пупартовой связки на уровне наружного кольца пахового канала. Частично острым, частично тупым способом оно мобилизовано, его основание диаметром до 0,6 см. Выявленное образование, напоминавшее бедренный грыжевой мешок, было вскрыто, содержимое – прядь неизмененного сальника, которая рыхло фиксирована к грыжевому мешку. После отделения сальник вправлен в брюшную полость. Рассечена передняя стенка пахового канала, грыжевое выпячивание перемещено в паховый канал (бедренная грыжа переведена в паховую). Грыжевой мешок прошит у основания, перевязан и отсечен. Закрытие бедренного кольца со стороны пахового канала проведено по Руджи-Парлавецchio с пластикой передней стенки пахового канала по Мартынову. Контроль на гемостаз – кровотечения нет. Операционная рана послойно ушита наглухо. Швы на кожу. Туалет. Асептическая наклейка.

Установлен следующий диагноз после операции: правосторонняя косая паховая (врожденная, фуникулярная) грыжа; правосторон-

няя бедренная невправимая грыжа. Послеоперационный период протекал гладко. Швы сняты, рана зажила первичным натяжением. 20.06.2007 г. ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии. Осмотрен через 1 и 4 месяца. Жалоб нет. Здоров.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашкрафт К.У. Детская хирургия / К.У. Ашкрафт, Т.М. Холдер. – СПб: Пит-Тал., 1997. – 392 с.
2. Диагностическая и лечебная тактика при бедренных грыжах у детей / В.Н. Грона, В.К. Литовка, В.П. Кононченко и др. // Актуальные проблемы детской хирургии. – Запорожье, 1995. – С. 44-45.
3. Погорілий В.В. Лікування гриж у дітей / В.В. Погорілий, В.Г. Гончарук, О.Г. Якименко // Матеріали XXI з'їзду хірургів України. – Запоріжжя, 2005. – Т. 2. – С. 157-158.