

Лапароскопічна корекція двосторонніх пахвинних гриж у дітей

Двостороння пахвинна грижа у дітей становить близько 30 % серед всієї патології необлітерованого пахвинного відростка очеревини і призводить до порушення всіх ланок дренажних систем яєчка у хлопчиків і порушення васкуляризації яєчника в дівчаток. Наслідком двостороннього патологічного процесу є порушення регіонарного кровотоку пахвинної ділянки з високим ризиком розвитку в подальшому безпліддя.

Операційне втручання при двосторонній пахвинній грижі у дітей, якщо воно виконується з двох сторін традиційним методом, включає повний перетин пахвинного відростка очеревини і призводить у хлопчиків до пошкодження тестикулярних судин, кремастерного м'яза, анастомозів між тестикулярними судинами і пахвинним відростком очеревини, що зумовлює високу ймовірність розвитку порушень кровообігу яєчка. У дівчаток під час двостороннього традиційного операційного втручання в пахвинній ділянці можлива травматизація круглої зв'язки матки, яєчника, маткової труби, судин пахвинної ділянки.

Ключові слова: пахвинні грижі; лапароскопія; діти.

Двостороння пахвинна грижа у дітей займає близько 30 % серед всієї патології необлітерованого піхвового відростка очеревини та призводить до порушення усіх ланок дренажних систем яєчка в хлопчиків та порушення васкуляризації яєчника у дівчат [1, 3, 4]. Наслідком двостороннього патологічного процесу є порушення регіонального кровообігу пахвинної ділянки з високим ризиком розвитку, у подальшому безпліддя [11].

Під час аналізу вітчизняної та іноземної літератури привертає увагу відсутність єдиних патогенетично обґрунтованих поглядів не тільки на окремі часткові питання, але і на такі кардинальні проблеми, як:

- визначення оптимальних термінів радикальної операції при двосторонній пахвинній грижі у дітей;
- вибір найбільш малоінвазивних і оптимальних методів хірургічної корекції двосторонніх пахвинних гриж у дітей;
- розробка принципів післяопераційного ведення хворих;
- застосування реабілітаційних заходів з метою профілактики можливого безпліддя в репродуктивному періоді [2, 5, 8, 11].

Все це свідчить про необхідність і велике практичне значення подальшої розробки проблеми хірургічного лікування двосторонніх пахвинних гриж у дітей [13].

Операційне втручання при двосторонній пахвинній грижі у дітей, якщо воно виконується з обох сторін традиційним методом, включає повний перетин піхвового відростка очеревини та призводить у хлопчиків до пошкодження тестикулярних судин, кремастерного м'яза, анастомозів між тестикулярними судинами та піхвовим від-

ростком очеревини, що зумовлює високу ймовірність розвитку порушень кровообігу яєчка [6, 9, 10]. У дівчат під час двостороннього традиційного операційного втручання в пахвинній ділянці можливе травмування круглої зв'язки матки, яєчника, маткової труби, судин пахвинної ділянки [14].

Наведені чинники, у подальшому, можуть призвести до атрофії яєчка у хлопчиків та яєчника у дівчат, розвитку порушень гормональної функції та фертильності у репродуктивному періоді [7].

На сучасному етапі існує багато способів хірургічного лікування двосторонніх пахвинних гриж у дітей, але й сьогодні продовжується розробка ефективних методів хірургічної корекції цієї патології [7, 12].

Основними недоліками багатьох існуючих методів операційного втручання при двосторонніх пахвинних грижах у дітей є високий ризик травматизації елементів сім'яного канатика у хлопчиків та судин пахвинної ділянки у дівчат, виникнення рецидивів захворювання [3, 9, 14].

Мета дослідження: підвищити ефективність хірургічного лікування дітей з двосторонніми пахвинними грижами.

За період з 2015 по 2017 р. у хірургічному відділенні КЗ “ДСКМЦМД ім. проф. М.Ф. Руднева” ДОР м. Дніпра було виконано 89 лапароскопічних втручань запропонованим способом з приводу двосторонніх пахвинних грижах у дітей (хлопчиків – 38, дівчат – 51). Всі діти були в віці до 5 років.

Результати досліджень фіксувалися в медичних картах стаціонарних хворих і містили: скарги, анамнез, клінічні дані, УЗД пахвинної ділянки, метод операційного втручання.

В основу запропонованої моделі була поставлена задача вдосконалити відомий спосіб лапароскопічної корекції двосторонніх пахвинних гриж у дітей (PIRS), застосування котрого сприяло б зменшенню травматичності сім'яного канатика та поліпшенню ефективності, шляхом удосконалення техніки ушивання внутрішнього пахвинного кільця.

Причинно-наслідковий зв'язок сукупності ознак запропонованої моделі з вищезазначеним технічним результатом полягає в наступному.

Гідропрепарування тканин у ділянці внутрішнього пахвинного кільця з боку черевної порожнини 0,9 % розчином NaCl залучають як додатковий метод профілактики кровотечі внаслідок травмування судин.

Гідропрепарування тканин внутрішнього пахвинного кільця, з використанням 0,9 % розчину NaCl, істотно знижує ризик травмування судин сім'яного канатика у хлопчиків та судин яєчника у дівчат, а від того попереджує антогенез гідроцеле у хлопчиків або атрофії яєчника у дівчат.

Проведення нитки під очеревиною, по латеральній стінці пахвинного каналу, формування петлі, виймання голки, залишення петлі у черевній порожнині, всіяння іншого кінця нитки у голку, її проведення через попередній прокол, під очеревиною, по протилежній стінці пахвинного каналу, а кінця нитки через петлю, виймання голки, виведення обох кінців нитки на передню черевну стінку, формування вузла, затягування кінців нитки у вузол і розміщення їх під шкірою характеризують техніку ушивання внутрішнього пахвинного кільця за методом PIRS. У заданій траєкторії нитка огинає внутрішнє пахвинне кільце, за допомогою петлі досягається герметичне затягування грижових воріт, що виключає сполучення грижового мішка з черевною порожниною, а також необхідність виконання зайвих проколів. На відміну від прототипу, гідропрепарування тканин у ділянці внутрішнього пахвинного кільця з боку черевної порожнини та введення тканинного клею в просвіт грижового мішка зменшують травматизацію судин пахвинної ділянки та поліпшують ефективність лікування.

N-бутилціаноакрилат (енбукрилат) – медичний клей рідкої форми, що полегшує його нанесення через просвіт грижового мішка, біосумісний, гемостатичний, антибактеріальний, негістотоксичний препарат, що запобігає утворення вторинних запальних реакцій, а синій колір добре індикує в полі зору операційного простору. Його введення у просвіт грижового мішка посилює надійність кісетного шва, зменшує період хірургічного лікуван-

ня. Властивості клею є достатніми для перевершення ефективності, зменшення травматичності та забезпечення прийняттого косметичного ефекту.

Сукупність запропонованих ознак забезпечує зменшення травматизації сім'яного канатика та поліпшення ефективності втручання при усуненні пахвинної грижі, завдяки досягненню позитивних результатів внаслідок гідропрепарування тканин 0,9 % розчином NaCl з додатковим підведенням тканинного клею в просвіт грижового мішка та виключенню прийомів травматичного проведення голки навколо внутрішнього пахвинного кільця з високим ризиком травмування судин, притаманних прототипу. Тобто усунення грижі запропонованим методом досягається накладанням кісетного шва з боку черевної порожнини після проведеного гідропрепарування тканин 0,9 % розчином NaCl з додатковим підведенням тканинного клею в просвіт грижового мішка, а не простим накладанням кісетного шва в ділянці високого ризику травмування судин пахвинного каналу.

Для лапароскопічної корекції двосторонніх пахвинних гриж у дітей використовувались: лапароскоп D-5 Karl Storz (Німеччина), тупокінцева голка G-19 (Німеччина), нитка пролен 3-0 (Україна), 0,9% розчин NaCl (Україна), тканинний клей N-бутилціаноакрилат (Україна), а для контролювання тиску CO₂ у черевній порожнині – електронний ендофлятор Karl Storz (Німеччина).

Запропоновано спосіб лапароскопічної корекції двосторонніх пахвинних гриж у дітей.

Під ендотрахеальним наркозом трансумбілікально встановлюється порт D-5 мм, через який у черевну порожнину вводять лапароскоп D-5 мм. Тиск CO₂ у черевній порожнині підтримують на рівні 9–10 мм рт. ст. Оглядають внутрішні пахвинні кільця і встановлюють наявність пахвинних гриж з обох сторін. Під відеоконтролем, у точці проекції внутрішнього пахвинного кільця, визначеній шляхом натискання на передню черевну стінку, у пахвинний канал вводять тупокінцеву голку G-19 з ниткою пролен 3-0, яку шляхом гідропрепарування, з використанням 0,9 % розчину NaCl, проводять з можливістю проходження під очеревиною, по латеральній стінці пахвинного каналу. При введенні нитки формують петлю. Виймають голку, залишаючи петлю у черевній порожнині, інший кінець нитки всіяють у голку, проводять через попередній прокол, під очеревиною, по протилежній стінці пахвинного каналу, пропускаючи кінець нитки через петлю, виймають голку, виводять обидва кінці нитки на передню черевну стінку, формують вузол. У просвіт грижового мішка вводять однокомпонентний тканинний клей,

виготовлений на основі N-бутилціаноакрилату. Клей наносять тонким шаром, він швидко змочує поверхню, на яку наноситься, і протягом 10 с відбувається його полімеризація. Кінці нитки затягують у вузол і розміщують під шкірою. Втручання виконують із двох сторін. Пупкову рану ушивають розсмоктувальними нитками.

Завдяки опрацюванню техніки ушивання внутрішнього пахвинного кільця, гідропрепарування внутрішнього пахвинного кільця, підклеюванню кисетного шва N-бутилціаноакрилатом через просвіт грижового мішка, у запропонованому вирішенні задачі знижуються ймовірність розвитку порушень кровообігу яєчка у хлопчиків та яєчника у дівчат, рівень ушкоджень тестикулярних судин яєчка, сім'яного канатика як причини анагенезу гормональної функції, фертильності у репродуктивному періоді, атрофії яєчка та виникнення гідроцеле, що інформує про перевершення ефективності та зниження травматичності.

Клінічний випадок. Хворий М. Н., 3 роки, госпіталізований до КЗ “Дніпровський медичний спеціалізований клінічний центр матері і дитини ім. проф. М. Ф. Руднева” ДОР” зі скаргами батьків на грижові випинання в пахвинних ділянках із двох сторін. При огляді виявили наявність грижового випинання розміром 20 на 40 мм праворуч та грижового випинання 30 на 45 мм ліворуч, які вільно вправлялися у черевну порожнину під час пальпації. Діагноз: двостороння пахвинна грижа. Рекомендоване операційне втручання.

Після загальноклінічного обстеження та підготовки під ендотрахеальним наркозом трансумбілікально встановлювали порт D-5 мм, через котрий у черевну порожнину вводили лапароскоп D-5 мм. Тиск CO₂ у черевній порожнині доводили до 9–10 мм рт. ст. При огляді внутрішніх пахвинних кілець спостерігали наявність пахвинних гриж з обох сторін. Під відеоконтролем у точці проекції внутрішнього пахвинного кільця, визначеної шляхом натискання на передню черевну стінку праворуч, у пахвинний канал вводили тупокінцеву голку G-19 з ниткою пролен 3-0, яку шляхом гідропрепарування з використанням 0,9 % розчину NaCl проводили з можливістю ходу під очеревиною по латеральній стінці пахвинного каналу. При введенні з нитки формували петлю. Потім голку вилучали, а петлю залишали у черевній порожнині. В голку вселяли інший кінець нитки, через попередній прокол голки нитку пропускали під очеревиною по протилежній стінці пахвинного каналу так, щоб кінець нитки проходив через сформовану петлю. Потім голку вилучали, обидва кінці нитки виводили на передню черевну

стінку. Перед затягуванням сформованого вузла у просвіт пахвинного каналу вводили однокомпонентний тканинний клей, виготовлений на основі N-бутилціаноакрилату. Вузол затягували. Ліворуч проводили аналогічне втручання.

За даними УЗД доплерографії тестикулярних судин правого яєчка, розташованого в калитці 12,0 x 8,5 x 5,5 мм, здійснюваної через 3 місяці після операції, індекс резистентності тестикулярної артерії (R_r) відповідав значенню 0,85, пікова систолічна швидкість кровотоку (V_{max}) – 3,96 см/с. За даними УЗД доплерографії тестикулярних судин лівого яєчка, розташованого в калитці 12,5 x 8,0 x 6,0 мм, здійснюваної через 3 місяці після операції, індекс резистентності тестикулярної артерії (R_r) відповідав значенню 0,86, пікова систолічна швидкість кровотоку (V_{max}) – 3,94 см/с. Порушень кровообігу та атрофії яєчок не спостерігали.

Приклад клінічного використання запропонованої корисної моделі підтверджує її високу корисність, що пов'язано з реалізацією високої патогенетичної дії, підтвердженою стабільністю R_r та V_{max} у тестикулярній артерії за даними УЗД і доплерографії судин яєчка.

Наведені результати підтверджують відтворення процесу з можливістю перевершення вищезазначеного технічного результату: зменшення травматизації сім'яного канатика, поліпшення ефективності за рахунок виключення ризиків анагенезу гідроцеле, атрофії яєчка, збереження судинних колатералей, дислокованих між тестикулярними судинами, судинами піхвового відростка очеревини. Запровадження об'єкта сприятиме подальшому розвитку засобів лікування двосторонніх пахвинних гриж у дітей, нормалізації фізіо- і психологічного розвитку дітей. Натомість характеристика способу, наведена у статті, визначає відмінність його від об'єктів аналогічного призначення і допускає можливість набуття ним правового статусу як корисної моделі процесу.

Поглиблена діагностика та вибір оптимального методу хірургічного лікування двосторонніх пахвинних гриж у дітей залишаються актуальними питаннями. Наукові напрацювання останніх років засвідчують доцільність проведення малоінвазивних та патогенетичне обґрунтованих хірургічних втручань.

Висновки 1. На фоні двосторонньої пахвинної грижі розлади тестикулярного кровообігу у хлопчиків та порушення васкуляризації яєчника у дівчат є факторами ризику розвитку безпліддя в репродуктивному періоді.

2. Серед заходів, що направлені на відновлення порушень дренажних систем яєчка при вадах об-

літерації піхвового відростка очеревини у хлопчиків та збереження васкуляризації яєчника у дівчат при операційному втручанні з двох сторін головне місце займає використання патогенетично обґрунтованого та малоінвазивного способу хірургічної корекції патології на рівні глибокого пахвинного кільця з використанням сучасної лапароскопічної техніки.

3. Ультразвуковий метод дослідження з використанням доплерівських технологій є високоефективним способом оцінки як анатомічних показників, що стосуються розмірів яєчка у хлопчиків та яєчника у дівчат, судин, стану паренхіми репродуктивних органів, так і функціональних показників.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Акбашев Р. Н. Лапароскопическое лечение ущемлённых паховых грыж у детей : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец.14.00.35 “Детская хирургия” / Р. Н. Акбашев. – Уфа, 2006. – 23 с.
2. Ахтемійчук Ю. Т. Топографо-анатомічне обґрунтування хірургічних операцій / Ю. Т. Ахтемійчук, П. М. Скорейко // Український морфологічний альманах. – 2005. – Т. 3, № 3. – С. 3–8.
3. Горбатюк О. М. Діагностика судинних розладів яєчка у дітей при його хірургічній патології / О. М. Горбатюк : матеріали конф. присвяченої 30-річчю клініки судинної хірургії у Львові [“Актуальні питання ангіології”], (м. Львів, 5-7 жовтня 2000 р.). – Львів, 2000. – С. 74.
4. Горбатюк О. М. Загальні закономірності патогенезу чоловічої неплідності, обумовленої патологією вагінального відростка очеревини / О. М. Горбатюк // Урологія. – 2000. – № 2. – С. 47–49.
5. Грицуляк Б. В. Стан макро- та мікроциркуляторного русла і паренхіми яєчка в умовах прямої пахвинної грижі у чоловіків репродуктивного віку / Б. В. Грицуляк, В. Б. Грицуляк, О. Є. Халло // Галицький лікарський вісник. – 2010. – № 1. – С. 26–27.
6. Грицуляк Б. В. Структурно-функціональні особливості кровоносного русла і паренхіми яєчка та над’яєчка у чоловіків віком 75–90 років / Б. В. Грицуляк, В. Б. Грицуляк, О. І. Готтюр // Науковий вісник Ужгородського національного університету. – 2013. – Вип. 1(46). – С. 12–15. – Серія “Медицина”.
7. Дронов А. Ф. Эндоскопическая хирургия у детей /

Перспективи подальших досліджень. Основними напрямками для подальших досліджень є розробка сучасних та малоінвазивних методів хірургічної корекції двосторонніх пахвинних гриж у дітей. В основі цих способів повинні бути такі принципи: рання діагностика патології та ранній початок і атравматичність хірургічного лікування, яка повинна досягатись удосконаленою операційною технікою з використанням лапароскопічних способів у ділянці глибокого пахвинного кільця, відмовою від широкої мобілізації і видалення грижового мішка традиційним методом з двох сторін, використання новітніх технологій електрокоагуляції при маніпуляціях під час операційного втручання.

- А. Ф. Дронов, И. В. Поддубный, В. И. Котлобовский. – М. : ГЭОТАР-Мед., 2002. – 437 с.
8. Патогенез снижения фертильности при аутоиммунных реакциях против сперматозоидов / В. А. Божедомов, М. А. Николаева, И. В. Ушакова [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2012. – Т. 8, № 2. – С. 64–69.
9. Стальмахович В. Н. Эндоскопическое или открытое паховое грыжесечение / В. Н. Стальмахович // Материалы Российского симпозиума детских хирургов [“Хирургия патологии полового развития у детей”], (г. Саратов 24–26 апреля, 2007 г.). – Саратов, 2007. – С. 48.
10. Яцків О. Г. Причини і форми чоловічого непліддя та методи діагностики еякуляту як основного показника чоловічого здоров’я / О. Г. Яцків, А. Т. Тарновська // Вісник Львівського університету. – 2012. – Вип. 60. – С. 4–20. – Серія “Біологічна”.
11. Carneiro P. M. Occurrence of contralateral inguinal hernia in children following unilateral inguinal herniotomy / P. M. Carneiro, L. Rwanyuma // East. Afr. Med. J. – 2004. – Vol. 81, No. 11. – P. 574–576.
12. Owings E. P. A new technique for laparoscopic exploration to find contralateral patent processus vaginalis / E. P. Owings, K. E. Georgeson // Surg. Endosc. – 2000. – Vol. 14, No. 2. – P. 114–116.
13. Schier F. Direct inguinal hernias in children: laparoscopic aspects / F. Schier // Pediatr. Surg. Int. – 2010. – Vol. 16, No. 8. – P. 562–564.
14. Tan H. L. Laparoscopic repair of inguinal hernias in children / H. L. Tan // J. Pediatr. Surg. – 2001. – Vol. 36, No. 5. – P. 880–833.

REFERENCES

1. Akbashev, R.N. (2006). Laparoskopicheskoe lechenie ushchemlennikh pakhovykh grizh u detey [Laparoscopic treatment of restrained inguinal hernias in children]. *Candidate’s Extended abstract*. Ufa: UfMU [in Russian].
2. Aktemiichuk, Yu.T. & Skoreiko, P.M. (2005). Topografo-anatomichne obhruntuvannia khirurhichnykh operatsii [Topographic and anatomical substantiation of surgical operations]. *Ukrainskyi morphologichnyi almanakh – Ukrainian Morphological Almanac*, 3, 3-8 [in Ukrainian].
3. Horbatiuk, O.M. (2000). Diahnostyka sudynnykh rozladiv yaiechka u ditei pry yoho khirurhichnii patolohii [Diagnosis of vascular disorders of the testicle in children with its surgical pathology]. *Materials of the conference devoted to the 30th*

anniversary of the clinic of vascular surgery in Lviv (p. 74-76). Lviv: LviNMU [in Ukrainian].

4. Horbatiuk, O.M. (2000). Zahalni zakonomirnosti patohenezu cholovichoї neplidnosti, obumovlenoi patolohieiu vahinalnoho vidrostka ocherevyiny [General patterns of pathogenesis of male infertility caused by the pathology of the vaginal processor of the intestine]. *Urologia – Urology*, 2, 47-49 [in Ukrainian].
5. Hrytsuliak, B.V., & Hrytsuliak, V.B., & Khallo, O.Ye. (2010). Stan makro- mikrocyrkulatornoho rusla i parenkhimy yaiechka v umovakh priamoї pakhvynnoї hryzhi u cholovikiv reprodutyvnoho viku [Condition of macro- and microcirculatory channels and testicular parenchyma in conditions of direct inguinal hernia in men of reproductive age]. *Halytskyi likarskyi*

ПОВІДОМЛЕННЯ

visnyk – Galician Medicinal Journal, 1, 26-27 [in Ukrainian].

6. Hrytsuliak, B.V., & Hrytsuliak, V.B., & Hotiur, O.I. (2013). Strukturno-funktsionalni osoblyvosti krovonosnoho rusla i parenkhimy iaiechka ta nadiaiechka u cholovikiv vikom 75-90 rokiv [Structural and functional features of the bloodstream and parenchyma of the testicle and appendage of the testicle in men aged 75-90 years]. *Naukovyi visnyk Uzhhorodskoho natsionalnoho universytetu – Scientific Journal of Uzhhorod National University*, 1 (46), 12-15 [in Ukrainian].

7. Dronov, A.F., & Poddubnyy, I.V., & Kotlobovskiy, V.I. (2002). *Endoskopicheskaya khirurgiya u detey [Endoscopic surgery in children]*. Moscow: GEOTAR-Med [in Russian].

8. Bozhedomov, V.A., & Nikolaeva, M.A., & Ushakova, I.V. (2012). Patogenez snizheniya fertylnosti pri autoimmunnikh reaktsiyakh protiv spermatozoidov [Pathogenesis of fertility decline with autoimmune reactions against sperm]. *Akusherstvo i ginekologiya – Obstetrics and Gynecology*, 8, 2, 64-69 [in Russian].

9. Stalmakhovich, V.N. (2007). Endoskopicheskoe ili otkritoe pakhovoe grizhesechenie [Endoscopic or open inguinal hernia].

Materialy Rossiyskogo simpoziuma detskikh khirurgov: "Khirurgiya patologii polovogo razvitiya u detey". Materials of the Russian symposium of children's surgeons: "Surgery of the pathology of sexual development in children". Saratov [in Russian].

10. Yatskiv, O.H., & Tarnovska, A.T. (2012). Prychyny i formy cholovichoho nepliddia ta metody diahnozyky eiakuliatu yak osnovnoho pokaznyka cholovichoho zdorovia [Causes and forms of male infertility and methods of diagnosis of ejaculate as the main indicator of male health]. *Visnyk Lvivskoho universitetu – Visnyk of Lviv University*, 60, 4-20 [in Ukrainian].

11. Carneiro, P.M. & Rwanyuma, L. (2004). Occurrence of contralateral inguinal hernia in children following unilateral inguinal herniotomy. *East. Afr. Med. J.*, 81, 11, 574-576.

12. Owings, E.P. & Georgeson, K.E. (2000). A new technique for laparoscopic exploration to find contralateral patent processus vaginalis. *Surg. Endosc.*, 14, 2, 114-116.

13. Schier, F. (2010). Direct inguinal hernias in children: laparoscopic aspects. *Pediatr. Surg. Int.*, 16, 8, 562-564.

14. Tan, H.L. (2001). Laparoscopic repair of inguinal hernias in children. *J. Pediatr. Surg.*, 36, 5, 880-833.

Отримано 23.08.2017

V. M. БАЙБАКОВ

Dnipro Medical Institute of Traditional and Alternative Medicine

LAPAROSCOPIC METHOD OF CORRECTION OF BILATERAL INGUINAL HERNIA IN CHILDREN

Two-sided inguinal hernia in children is about 30 % among the whole pathology of the untermated inguinal process of the peritoneum and leads to disruption of all links of the drainage systems of the testicle in boys and the disorder of ovarian vascularization in girls. The consequence of a bilateral pathological process is a disorder of the regional blood flow of the inguinal region with a high risk of developing infertility in the future.

Surgical intervention with bilateral inguinal fungus in children, if it is performed from two sides by the traditional method, includes a complete intersection of the inguinal process of the peritoneum and causes damage of testicular vessels, cremasteric muscle, anastomoses between the testicular vessels and the inguinal process of the peritoneum in boys, which determines the high the probability of developing circulatory disorders of the testicle [6, 9, 10]. In girls, during bilateral traditional surgical intervention in the inguinal area traumatization of the round ligament of the uterus, ovary, uterine tube, vessels of the inguinal region is possible.

Key words: inguinal hernia; laparoscopy; children.

В. М. БАЙБАКОВ

Днепропетровский медицинский институт традиционной и нетрадиционной медицины

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДВУСТОРОННИХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ

Двусторонняя паховая грыжа у детей составляет около 30 % среди всей патологии необлитерированного пахового отростка брюшины и приводит к нарушению всех звеньев дренажных систем яичка у мальчиков и нарушению васкуляризации яичника у девочек. Следствием двустороннего патологического процесса является нарушение регионарного кровотока паховой области с высоким риском развития в дальнейшем бесплодия.

Оперативное вмешательство при двусторонней паховой гриже у детей, если оно выполняется с двух сторон традиционным методом, включает в себя полное пересечение пахового отростка брюшины и приводит у мальчиков к повреждению тестикулярных сосудов, кремастерной мышцы, анастомозов между тестикулярными сосудами и паховым отростком брюшины, что обуславливает высокую вероятность развития нарушений кровообращения яичка. У девочек во время двустороннего традиционного оперативного вмешательства в паховой области возможна травматизация круглой связки матки, яичника, маточной трубы, сосудов паховой области.

Ключевые слова: паховые грыжи; лапароскопия; дети.