

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О **ЗА ТРЕТМАН НА ХЕРНИИ ВО ДЕТСКА ВОЗРАСТ**

Член 1

Со ова упатство се пропишува третманот на хернии во детска возраст.

Член 2

Начинот на третман на хернии во детска возраст е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на третман на хернии во детска возраст по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на третманот, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6464/2
26 ноември 2012 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ХЕРНИИ ВО ДЕТСКА ВОЗРАСТ

МЗД Упатства
12.05.2011

- Основни податоци
- Абдоминални хернии
- Ингвинални хернии
- Хернии на дијафрагмата

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Херниите се чест наод во детската возраст и речиси сите се конгенитални.
- Некои хернии во детската возраст не побаруваат хируршки третман. Од друга страна, постојат хернии коишто мораат да се оперираат, иако некои од нив се асимптоматски или не постои ризик за странгулација.
- Квалитетно писмо од матичниот лекар до специјалистот, треба да има податоци за симптомите, резултатите од физикалниот преглед, како и податоци за општата состојба на детето. На овој начин ќе се намалат хоспиталните ивентигации, а закажувањето за неопходните процедури ќе се базира на овој писмен наод.
- Операцијата за третман на хернија е еднодневна процедура. Ретко се јавува рецидив на оперираните хернии во детската возраст.

АБДОМИНАЛНИ ХЕРНИИ

Епигастрична хернија

- Лоцирана е на linea alba, а проминира низ отворите на мускулната фасција меѓу правите абдоминални мускули.
- Во средната линија на стомакот, од папокот до стернумот, се гледа или се палпира мало испупчување.
- Хернијата се состои од преперитонеално масно ткиво коешто протрудира низ мали отвори на фасцијата. Нема килна ќеса, а кај овој тип на хернии не се јавува цревна содржина.
- Иако епигастричните хернии најчесто се асимптоматски, понекогаш субјективно се јавува болка.
- Козметскиот дефект е занемарлив, но болката и дисфигурацијата се индикација за операција.
- Операцијата се состои во затворање на отворот на linea alba со шевови. Инцизијата се прави на местото на хернијата.

Diastasis recti

- Не се работи за хернија, иако, често, така погрешно се интерпретира.
- Оваа состојба е предизвикана од млитавост на мускулната фасција меѓу правите абдоминални мускули. Не постои отвор на абдоминалниот ѕид.
- Кај доенчето или поголемото дете, кога абдоминалните мускули ќе се контрахираат се јавува гребен во средната линија на телото, меѓу стернумот и папокот.

- Испитувањето се изведува на дете кое лежи на грб. Со подигнување на главата (се контрахираат стомачните мускули) се јавува широко испупчување во проекција на linea alba. Поголемите деца овој ефект го постигнуваат и со волева контракција на абдоминалната мускулатура.
- Оваа состојба е асимптоматска и не побарува хируршки третман.

Параумбиликална хернија

- Многу е слична со умбиликалната хернија, но хернијата не протрудира низ папокот, туку ведаш над него низ linea alba.
- Клиничкиот наод е маса на горниот раб на папокот со различна величина.
- Со палпација, понекогаш може да се идентификува килниот прстен и/или да се репонира хернијата. Во најголем број од случаите килната содржина е мрсно ткиво коешто не може да се репонира.
- Параумбиликалната хернија вообичаено е асимптоматска. Не постои ризик за инкарцерација.
- Хернијата спонтано не се разрешува. Секогаш е потребна операција. Интервенцијата е еднодневна процедура. Со операцијата се отстранува килната ќеса, а отворот се затвора со шевови. Инцизијата „се крие” во горната ивица на папокот.

Умбиликална хернија

- Инциденцата на умбиликалните хернии е над 10% кај новородените деца, а кај прематурусите овој процент е повисок.
- Огромен број од овие хернии спонтано се излекуваат. По неколку години, само една десетина од умбиликалните хернии клинички се манифестни.
- Колку хернијата е помала, а периодот на опсервација е подолг, толку процентот на спонтано излекување е поголем.
- Карактеристичен наод е: испапчување од папокот, коешто потоа лесно се репонира, за да се идентификува лесно отворот на килата.
- Големината типично се зголемува при напрегање или плачење, но самата кила не предизвикува плачење или други симптоми. Ризикот од вкleshтување е мал.
- Дури и големи хернии можат спонтано да се повлечат. Клучно значење има големината на килниот прстен. Доколку низ него не може да мине показалецот на лекарот, тогаш, речиси сигурно, хернијата спонтано ќе се разреши.
- Притискање на килата со помагала, ниту го забрзува, ниту помага во инволуцијата на хернијата, но затоа често предизвикува кожна иритација, па затоа е контраиндицирано.
- Операција е индицирана ако постојат знаци за вкleshтување на килата. Кај деца постари од 4 години, кога хернијата како козметски дефект ги прави анксиозни, може да се размислува за хируршки третман.
- Еднодневната хирургија се состои во: отстранување на килната ќеса; затворање на килниот прстен со шевови; фиксирање на умбиликусот на фасцијата. Инцизијата „се крие” во долниот раб на папокот.

ХЕРНИИ НА ДИЈАФРАГМАТА

- Херниите на Morgagni и Bochdaleck се конгенитални аномалии на дијафрагмата. Morgagni-евата хернија предизвикува симптоми (абдоминална болка, во некои случаи хематемеза како резултат на инкарцерација) во која било возраст. Bochdalek-овата хернија е асоцирана со респираторен дистрес кај новороденчињата.
- Херниите на Morgagni и Bochdaleck секогаш се третираат хируршки.

ИНГВИНАЛНИ ХЕРНИИ

Основни податоци

- Processus vaginalis peritonei е перитонеална кеса којашто минува низ ингвиналниот канал до скротумот (кај момчињата) или до лабиите (кај девојчињата). Нормално, оваа формација се затвора спонтано околу терминот на раѓање на детето.
- Кај многу деца ова затворање не се случува. На тој начин се остава пат од абдоминалната празнина кон препоните, што овозможува формирање на кила.
- Ова не значи дека сите деца со перзистентен processus vaginalis peritonei ќе развијат ингвинална хернија или хидроцела.

Диференцијална дијагноза на ингвинални маси

- Сите подуености во препоните не се хернии. На следната табела прикажани се некои од причините за појава на подуености во ингвиналната и тестикуларната регија и имаат важно диференцијално-дијагностичко значење.

Табела бр. 1. Диференцијална дијагноза на подуености во ингвиналната и тестикуларната регија кај деца

Регија	Причина	Забелешка
Ингвинална регија	Неспуштен тестис	Нема тестис во соодветниот хемискротум. Подуеноста е мобилна и безболна.
	Ретрактилен тестис	Нема тестис во соодветниот хемискротум, но тестисот е палпабилен во препоните и може да се спушти во скротум.
	Лимфаденит	Мобилна и често болна формација предизвикана од општа или локална инфекција.
Тестикуларна регија	Henoch-Schönlein пурпура	Обостран оток и болка, со интензивно црвенило. Други знаци на пурпурата.
	Акутна идиопатска скротална едема	Како горе, без системски симптоми.
	Епидидимит	Еднострана болка и оток, со интензивно црвенило. Тестисот е на свое место, безболен на палпација.
	Торзија на апендиксите на тестис и епидидим	Едностран болен оток. Тестисот е на свое место, безболен на палпација. Може да се палпира неколку милиметри долг некротичен апендикс.
	Тестикуларна торзија	Едностран болен оток. Тестис силно осетлив на палпација и ретрахиран спрема горе. Црвенило на скротум кај подолготрајни состојби.

Хидроцела на тестис

- Состојба која се јавува само кај машките. Незатворањето на перитонеалниот процесус ќе доведе до собирање на перитонеална течност во ингвиналниот канал или околу тестисот.

- Хидроцелата се јавува речиси кај секое десето момче, но во огромен број на случаи, во текот на првата година оваа состојба спонтанно се разрешува со затворање на процесусот и ресорпција на течноста.
- Најчесто оваа состојба е асимптоматска. Нема опасност од инкарцерација, бидејќи нема протрузија на црево.
- Карактеристична е испакнатина во препоните или скротумот, со различна големина, која наликува на хернија.
- На преглед, хидроцелата секогаш е палпабилна. Не е репонибилна и позитивна е на тест со трансилуминација (светлината се гледа од другата страна на тумефактот).
- Хидроцелата се оперира ако е многу голема, симптоматска и ако за првпат се јавува по возраста на новороденче, особено ако повторно се јави во поголема возраст (> 4 години).
- Операцијата е еднодневна процедура. Пристапот е преку ингвиналната регија, се затвора перзистентниот перитонеален процесус, со последователна евакуација на течноста. Процедурите за третман на хидроцели кај возрасните не се индицирани кај деца.

Ингвинална хернија

- Ингвиналната хернија е најчеста кила кај децата од двата пола. Црево, оментум, овариум (кај девојчињата) хернираат во перзистентниот перитонеален процесус, така што предизвикуваат видлива подуеност во препоните.
- Инциденцата на ингвиналната хернија е неколку проценти. Шест пати е почеста кај машките, секоја десетта е обострана, а десната страна почесто е афектирана.
- Директните (медијални) ингвинални хернии кај децата се раритет.
- Ингвиналната хернија може да биде болна. Ризикот од инкарцерација е највисок до 12-месечна возраст. Знаци за вкештување има кај секое четврто новороденче, но помалку од 10% од децата над една година имаат знаци за инкарцерација.
- Ингвиналната хернија е видлива и палпабилна при преглед на детето. Во овие случаи секогаш може да се репонира. Во случаите кога хернијата не е ниту видлива, ниту е палпабилна, анамнезата за интермитентна подуеност во проекција на препоната е доволна за дијагноза.
- Лекувањето на ингвиналната хернија секогаш е хируршко. Перзистентниот перитонеален процесус се затвора преку ингвинален пристап. Не се индицирани дополнителни херниопластики.

Третман на инкарцерирана ингвинална хернија

- Анамнеза за ингвинална хернија
- Болна маса во препоната, којашто не се репонира спонтано.
- На палпација се презентира тврда подуеност, којашто не е многу мобилна. Палпацијата најчесто е болна за детето.
- Во раната фаза на инкарцерација, во хернираните ткива се јавува едем од венскиот застој. Ова е од голема важност при репозиција на хернијата.
- Пред мануелната репозиција на детето му се дава премедикација и цуцла-лажливка. На детето не му се дава да пие, заради можност за операција при неуспешна репозиција. Процедурата се изведува со дете во Тренделенбургова позиција.
- Бимануелна репозиција се изведува на следниот начин: со едната рака цврсто се притиска од латерално, за да се намали венскиот застој; со другата рака се фаќа хернијата и со постепено зголемување на притисокот содржината се турка назад во абдоминалната празнина. Стисокот за редукција може да трае неколку минути.
- После успешната репозиција детето се опсервира и доколку не повраќа се враќа дома. Треба да се закаже оперативен третман. Доколку постои ризик за повторување на инкарцерацијата, хируршкото лекување не треба да се одложува.
- Доколку репозицијата е неуспешна, детето се испраќа на детска хирургија за итен третман. Ризикот за цревна некроза или перфорација заради странгулацијата, кај децата не е толку голем како кај возрасните.

Феморална хернија

- Многу ретка во детска возраст. Инциденцијата е околу 0,2% од сите препонски хернии.
- Локализацијата на феморалната хернија е пониско и полатерално од ингвиналната хернија.
- Феморалните хернии се третираат хируршки.

Автор: Mika Venhola, Article ID: ebm01060(031.058) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

- 1. EBM Guidelines 12.5.2011 www.ebm-guidelines.com**
- 2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години**
- 3. Предвидено е следно ажурирање во 2017 година**