

УДК 617.55-007.43

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ РЕЦИДИВНОЙ ГИГАНТСКОЙ НЕВПРАВИМОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ

Стяжкина С.Н.

д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии,

ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия,

Ижевск, Россия

Шакирова Д.Р.

студентка 5 курса, лечебного факультета,

ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия,

Ижевск, Россия

Мерзлякова К.А.

студентка 4 курса лечебного факультета,

ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия,

Ижевск, Россия

Годяева О.С.

студентка 4 курса педиатрического факультета,

ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия,

Ижевск, Россия

Аннотация. В современном мире большинство оперативных вмешательств на органах брюшной полости усугубляется образованием гигантских

послеоперационных вентральных грыж. Послеоперационная грыжа образуется в результате выпадения частей внутренних органов вследствие расхождения краев сшитого апоневроза или оставление дефекта в нем, большая физическая нагрузка в послеоперационном периоде. В данной статье рассматривается клинический случай рецидивной гигантской невправимой послеоперационной вентральной грыжи.

Ключевые слова: вентральная грыжа, грыжевое выпячивание, клинический случай, оперативное лечение.

***ANALYSIS OF A CLINICAL CASE OF RECURRENT GIANT IRREDUCIBLE
INCISIONAL VENTRAL HERNIA***

Styazhkina S.N.

Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Faculty Surgery,

Izhevsk State Medical Academy,

Izhevsk, Russia

Shakirova D.R.

5th year student of the Faculty of Therapeutic

Izhevsk State Medical Academy,

Izhevsk, Russia

Merzlyakova K.A.

4th year student of the Faculty of Therapeutic,

Izhevsk State Medical Academy,

Izhevsk, Russia

Godyaeva O.S.

4th year student of the Faculty of Pediatrics,

Izhevsk State Medical Academy,

Izhevsk, Russia

Abstract. In the modern world, most surgical interventions on the abdominal organs are aggravated by the formation of giant postoperative ventral hernias. Postoperative hernia is formed as a result of loss of parts of the internal organs due to the divergence of the edges of the stitched aponeurosis or leaving a defect in it, a large physical load in the postoperative period. This article discusses a clinical case of recurrent giant irreducible postoperative ventral hernia.

Key words: ventral hernia, hernial protrusion, clinical case, surgical treatment.

Введение.

Послеоперационные гигантские вентральные грыжи являются очень важной проблемой современной хирургии. Известно, что до 50% оперативных вмешательств на органах брюшной полости осложняются послеоперационными брюшными грыжами [1-2]. Размеры грыжевых ворот при грыжах, резвившихся, после операции изменчивы и могут составлять от 1-2 сантиметров до 10-20 сантиметров. Содержимым грыжевого мешка являются подвижные органы брюшной полости: сальник, петли тонкой кишки, сигмовидная, поперечно – ободочная и слепая кишки, червеобразный отросток, придатки матки и др. Грыжи, занимающие, сразу несколько областей брюшной стенки являются гигантскими. Само по себе наличие послеоперационной грыжи следует рассматривать, как показание для планового хирургического вмешательства, поскольку размеры дефекта со временем увеличиваются и возникают осложнения. Одним из самых опасных является ущемление грыжи, поэтому,

чем раньше пациента прооперируют, тем он легче перенесет анестезию и быстрее пройдет восстановительный период.

Причины, приводящие к образованию грыж: наследственность (слабая соединительная ткань), возраст (чем старше пациент, тем хуже заживет послеоперационная рана), мужской пол, ожирение, онкологические заболевания[3, 4, 5].

Также к факторам риска в раннем послеоперационном периоде относят: гнойно-воспалительные инфекции, возникающие после проведения операций; длительная задержка акта дефекации, продолжительный кашель, тяжелый физический труд приводят к повышенному внутрибрюшному давлению, нарушение метаболизма коллагена и многократные лапаротомии[6,7].

Несвоевременное удаление послеоперационных брюшных грыж приводит к развитию дегенеративных изменений опорно-двигательного аппарата, хронической сердечно-сосудистой и легочной недостаточности, в ряде случаев может привести к инвалидности.

Лечение большой брюшной грыжи только хирургическое. Суть операции заключается в трех основных моментах: первое – это выделить грыжевой мешок из окружающих тканей, второе это вправить содержимое грыжевого мешка обратно в брюшную полость и третье это закрыть грыжевые ворота.

Существуют два способа закрытия дефекта брюшной стенки. Первый способ — это закрытие собственными тканями. Второй способ — это закрытие отверстия синтетическим аллотрансплантатом. Обычно используют композитные сетки с покрытием, которое препятствует адгезии сетки к органам брюшной полости[8,9].

Использование синтетических материалов с применением ненатяжных способов пластики позволило сократить количество рецидивов до 3–10%. Способы применения трансплантатов различны:

«inlay» синтетический протез фиксируется непосредственно к внутреннему краю тканей;

«onlay» – синтетический протез фиксируется по краю наружной поверхности тканей;

«sublay» – синтетический протез фиксируется по краю внутренней поверхности тканей, образующих грыжевые ворота [9,10,11].

Цель: проанализировать клинический случай рецидивной гигантской невраправимой послеоперационной вентральной грыжи.

Задачи: изучить анамнез, лабораторно-инструментальные данные и лечение пациентки с послеоперационной вентральной грыжей.

Материалы и методы: Анализ клинического случая по данному заболеванию на базе хирургического отделения БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР.

Результаты и их обсуждение.

Больная С. 59 лет поступила в хирургическое отделение 1 РКБ 22.06.2022 г.. предъявляет жалобы на наличие опухолевидного образования на передней брюшной стенке слева, периодические ноющие боли в данной области после физической нагрузки. Считает себя больной 1993г., когда появилось выпячивание в мезо- и гипогастрии в левой половине живота. В 1990г. была операция по поводу посттравматической грыжи. В послеоперационном периоде осложнений не было, через 3 года в зоне послеоперационного рубца появилось

выпячивание. Данное выпячивание со временем увеличилось. Наблюдалась у хирурга по месту жительства, после чего была направлена в 1 РКБ.

Объективно: при поступлении состояние удовлетворительное, сознание ясное положение, активное. Пациентка повышенного питания. Рост - 155 см. вес - 78 кг. Кожные покровы и склеры физиологической окраски, чистые. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Перкуторно звук легочной. ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные. АД = 120/70 мм.рт.ст. Пульс 71 ударов в минуту. Язык влажный. Живот увеличен в объёме за счет ПЖК и грыжевого выпячивания, при пальпации мягкий, болезненный в области грыжи, не вздут. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. В мезо- и гипогастрии левой половины - грыжевое выпячивание 25*20*15 см., мягко-эластичной консистенции, слабо болезненное, невправимое в брюшную полость. Кожа над ним истончена, обычной окраски. Аускультируется перистальтика кишечника. Симптом «кашлевого толчка» положительный. Дефект апоневроза пропальпировать невозможно из-за невправимой грыжи. Над всей брюшной полостью определяется тимпанический звук при перкуссии: при аускультации - перистальтика. Область печени при осмотре без изменений. Печень не пальпируется.

Status localis: Больная предъявляет жалобы на наличие опухолевидного образования (грыжевого выпячивания) на передней брюшной стенке слева, увеличивающееся со временем, периодические ноющие боли в области грыжи после физической нагрузки. В мезо- и гипогастрии левой половины живота - грыжевое выпячивание 25*20*15 см., мягко - эластичной консистенции, слабо болезненное, невправимое в брюшную полость. Кожа над ним истончена, обычной окраски. Аускультируется перистальтика кишечника.

Данные лабораторно-инструментальных исследований

Общий анализ крови (22.06 2022г.):

Лейкоциты – $9,23 \cdot 10^9/\text{л}$

Эритроциты - $3,71 \cdot 10^{12}/\text{л}$

Гемоглобин - 115,00 г/л

Тромбоциты - $360,00 \cdot 10^9/\text{л}$

Биохимический анализ крови (22.06.2022г.):

Глюкоза -5,87 ммоль/л

Креатинин - 61,09 мкмоль/л

Мочевина - 3,54 ммоль/л

Общий билирубин - 9,63 ммоль/л

Общий белок - 65 г/л

Натрий-141,00 ммоль/л

Калий - 3,40 ммоль/л

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (13.06 2022г.);

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости обнаружены следующие изменения:

- диффузные изменения в поджелудочной железе.

Клинический диагноз: рецидивная гигантская невправимая послеоперационная вентральная грыжа (L2 – 4W4R1)

Рекомендовано: Лечение послеоперационных грыж только оперативное.

Заключение

Лечение рецидивных гигантских невправимых послеоперационных вентральных грыж только оперативное. Варианты лечения открытым способом и лапароскопическим. Лапароскопическая операция является менее травматичной и позволяет вернуться к повседневной жизни уже на 2-3 день. Каждый отдельный клинический случай требует индивидуального подхода к лечению. Это зависит от размера грыжи, возраста пациента, наличия сопутствующих заболеваний, состояния тканей, опыта оперирующего хирурга и экстренности принятия мер.

Профилактика рецидивов грыж, возникающих после операций на брюшной стенке:

Ограничение поднятия тяжестей;

Воздержаться в течение месяца от тяжелого физического труда;

Ношение послеоперационного бандажа, который препятствует нарастанию напряжения брюшной стенки;

Отказ от курения;

Диета №3 для предотвращения запоров.

Библиографический список.

1. Bittner R, Bingener-Casey J, et al. Guidelines for laparoscopic treatment of ventral and incisional abdominal wall hernias (International Endohernia Society) // Surg Endosc. 2014;23:2-29. <https://doi.org/10.1007/s00464-013-3172-4>

2. Ermolov A.S., Blagovestnov D.A., Alekseev A.K., Upyrev A.V., Yartsev P.A., Shlyakhovskiy I.A., Koroshvili V.T., Burbu A.V. Optimized approach to the surgical treatment of patients with large and giant postoperative ventral hernia // Pirogov Russian Journal of Surgery = Khirurgiya. Zurnal im. N.I. Pirogova. 2019;9:38-43. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/hirurgia201909138>

3. Popov A.Yu., Petrovsky A.N., Gubish A.V., Vagin I.V., Shevchenko M.S., Lishchishin V.Ya., Zubareva O.V., Lishchenko A.N., Grigorov S.P., Baryshev A.G., Porkhanov V.A. Results of anterior abdominal wall repair with mesh implants in patients with postoperative ventral hernia // Pirogov Russian Journal of Surgery = Khirurgiya. Zurnal im. N.I. Pirogova. 2020;3:35-42. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/hirurgia202003135>
4. Luijendijk R.W., Hop W.C., van den Tol M.P., et al. A comparison of suture repair with mesh repair for incisional hernia. N Engl J Med. 2000;343:392-398.
5. Burger R.W., et al. Long-term Follow-up of a Randomized Controlled Trial of Suture Versus Mesh Repair of Incisional Hernia. Ann Surg. 2004 Oct;240(4):578-585. <https://doi.org/10.1097/01.sla.0000141193.08524.e7>
6. Затевахин И.И., Пасечник И.Н. Программа ускоренного выздоровления в хирургии (fast trak) внедрена. Что дальше? // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2018;177(3):70-75.
7. Kroese L.F., Gillion J.F., Jeekel J., Lange J.F., Kleinrensink G.J.; HerniaClub Members. Identification of risk factors for 30-day postoperative complications in patients undergoing primary ventral hernia repair: a prospective cohort study of 2,374 patients. Surgery. 2018;163(5):1160-1164. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2017.12.019>
8. Moore M., Bax T., MacFarlane M. Outcomes of the fascial component separation technique with synthetic mesh reinforcement for repair of complex ventral incisional hernias in the morbidly obese // Am. j. surg. – 2008. – Vol. 207. № 5. – P. 663–669.
9. Naveen B., Rikesh P., Eren B. Laparoscopic versus open ventral herniarepairs: 5 year recurrence rates // Surg endosc. – 2008. – Vol. 22. – P. 1935–1940.

10. Ильченко Ф. Н., Сербул М. М. Лапароскопическая герниопластика при послеоперационных грыжах брюшной стенки // Герниология. – 2004. – № 3. – С. 24–25

11. Сажин В. П., Климов Д. Е., Сажин А. В., Наумов И. А. Особенности лечения больных с большими послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами // Герниология. – 2004. – № 1. – С. 11–14.

Оригинальность 82%