

© КАСПАРОВ Э. В., СУХОРУКОВ А. М., ВДОВЕНКО П. А., ЗЮЗЮКИНА А. В.

УДК:617.55-007.43-089.168.1

СЛУЧАИ УЩЕМЛЕННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Э. В. Каспаров¹, А. М. Сухоруков¹, П. А. Вдовенко¹, А. В. Зюзюкина^{1,2}

¹ФГБНУ Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера, и. о. директора – д. м. н., проф. С. В. Смирнова; ²ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д. м. н., проф. И. П. Артюхов.

Резюме. В статье представлены два редких клинических случая ущемленных вентральных грыж, в грыжевых мешках которых обнаружены дивертикул Меккеля и червеобразный отросток.

Ключевые слова: ущемленная послеоперационная вентральная грыжа, дивертикул Меккеля, червеобразный отросток.

CASES OF INFRINGEMENT POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS

E. V. Kasparov¹, A. M. Suhorukov¹, P. A. Vdovenko¹, A. V. Zyzyukina^{1,2}¹Scientific Research Institute of medical problems of the North;²Krasnoyarsk state medical university named after Prof. V. F. Voyno-Yusenetsky.

Abstract. The paper presents two rare clinical cases of infringed ventral hernias, in the hernia sac of it was detected Meckel diverticulum and appendix.

Key words: incarcerated postoperative ventral hernia, Meckel's diverticulum, appendix.

Ущемленные грыжи занимают третье место по частоте встречаемости в неотложной абдоминальной хирургии, после острого аппендицита и острого холецистита [3]. Доля вентральных грыж составляет 2,2 – 10% общего количества ущемленных грыж, летальность достигает 21% [4]. Дивертикул Меккеля встречается у 2% людей в человеческой популяции [1]. У мужчин встречается в 4 раза чаще, чем у женщин. Располагается дивертикул на 70-100 см от илеоцекального перехода [2].

Редкие варианты послеоперационных вентральных грыж иллюстрируют представленные клинические случаи.

Больная Л., 53 лет поступила в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе, отсутствие стула в течение трех дней, тошноту, рвоту. Из анамнеза известно,

вышеуказанные жалобы появились три дня назад, самостоятельно не лечилась. *Status localis*: в области пупка грыжевой дефект 20 x 25 см, невозможный в брюшную полость, умеренная болезненность при пальпации, симптом «кашлевого толчка» отрицательный. Осмотрена терапевтом, выставлен диагноз: гипертоническая болезнь III риск 4, СН II А (III ф.кл. по NYHA), ожирение IV степени. В анализе крови: лейкоциты – $17 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофильный лейкоцитоз – 14%.

Лечение: оперирована в экстренном порядке под эндотрахеальным наркозом. При ревизии выделен грыжевой мешок 18 x 18 x 14 см темно-вишневого цвета с выраженной инъекцией сосудов (флегмона грыжевого мешка), грыжевые ворота 12 x 6 см, многокамерные в одной

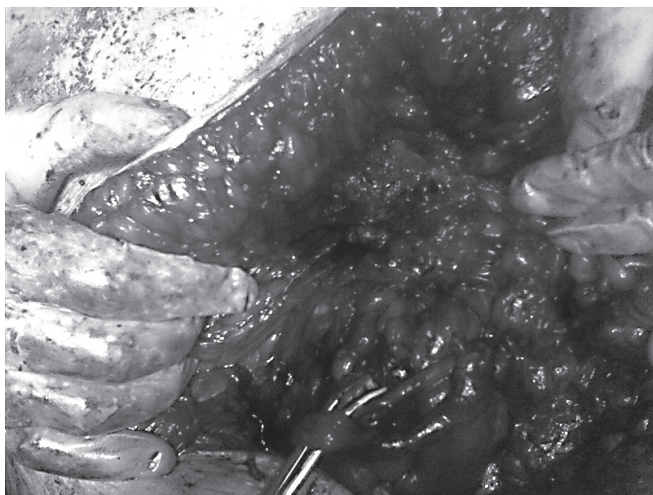


Рис. 1. Червеобразный отросток в грыжевом мешке.



Рис. 2. Грыжевой дефект с пролежнем.



Рис. 3. Некроз стенки дивертикула Меккеля.

из камер явления ущемления. В просвете прядь сальника со странгуляционной бороздой, при ее выделении обнаружен купол слепой кишки с аппендиксом. Червеобразный отросток с выраженной инъекцией сосудов, гиперемирован (рис. 1). Выполнена аппендэктомия, резекция пряди сальника. Пластика грыжевых ворот по Сапежко. Клинический диагноз: ущемленная послеоперационная вентральная грыжа, некроз пряди сальника, флегмона грыжевого мешка, вторичный катаральный аппендицит. Больная выписана на 9-е сутки в удовлетворительном состоянии. Рана зажила первичным натяжением.

Больная К., 55 лет поступила в экстренном порядке в хирургический стационар с диагнозом: ущемленная послеоперационная вентральная грыжа. При осмотре состояние больной средней степени тяжести. Кожные покровы бледно-розовые, температура тела 36,5 °С. Язык влажный, живот асимметричный и увеличен в объеме за счет подкожно-жирового слоя и вентральной грыжи. При пальпации выраженная болезненность в области грыжевого дефекта. Перитонеальные симптомы отрицательные.

Status localis: в мезогастральной области грыжевой дефект 20 x 25 см невривимый в брюшную полость, на коже определяется пролежень 6 x 6 см, в виде гнойной раны с грануляциями, мацерация в области кожной складки (рис. 2). Симптом «кашлевого толчка» отрицательный.

Экстренное оперативное вмешательство. При ревизии грыжевого мешка обнаружен дивертикул Меккеля с широким основанием длиной 5 см (рис. 3), подпаянный верхушкой к стенке грыжевого мешка (в области пролежня на коже), с некрозом на верхушке дивертикула.

Выполнена герниолапаротомия с пластикой грыжевых ворот по Сапежко. Резекция дивертикула Меккеля. Клинический диагноз: гигантская послеоперационная вентральная грыжа осложненная пролежнем IV степени. Флегмона грыжевого мешка. Вторичный гангренозный дивертикулит. Послеоперационный период без осложнений. Больная выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга по месту жительства.

Таким образом, описанные клинические случаи демонстрируют эффективность активной хирургической тактики при подозрении на ущемление многокамерных вентральных грыж.

Литература

1. Ишимов Ш. С., Раянов Н. В., Бикташев М. Л. Случай успешной операции при дивертикуле Меккеля, осложненном кишечной непроходимостью // Медицинский вестник Башкортостана. – 2011. – № 3. – С. 146-147.
2. Климов А. Е. Два случая осложнений дивертикула Меккеля // Вестник Российского университета дружбы народов. – М.: серия медицина. – 2003. – №3. – С. 146-148.
3. Самсонова О. И. Некоторые аспекты осложнений при ущемленных паховых и вентральных грыжах // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2007. – Т. 8, № 4. – С. 601-604.
4. Фатхутдинов И. М. Полипропиленовые эндопротезы в хирургии ущемленных послеоперационных вентральных грыж // Казанский медицинский журнал. – 2012. – № 3. – С. 541-544.

References

1. Ishimov Sh., Ryanov N.V., Biktashev M. L. The case of the successful surgery for Meckel diverticulum complicated with intestinal obstruction // Medical Bulletin of Bashkortostan. – 2011. – № 3. – P. 146-147.
2. Klimov A.E. Two cases of Meckel diverticulum complications // Bulletin of the Russian Peoples' Friendship University. – M.: Medicine series. – 2003. – № 3. – P. 146-148.
3. Samsonova O.I. Some aspects of complications of strangulated inguinal and ventral hernias // Bulletin of Emergency and Rehabilitation Medicine. – 2007. – Vol. 8, № 4. – P. 601-604.
4. Fatkhutdinov I.M. Polypropylene implants in surgery of the strangulated postoperative ventral hernias // Kazan Medical Journal. – 2012. – № 3. – P. 541-544.

Сведения об авторах

Каспаров Эдуард Вильямович – доктор медицинских наук, профессор, главный врач клиники ФГБУ НИИ медицинских проблем Севера.

Адрес: 660022, Красноярск, ул. П. Железняк, г. 3г; тел. 8(391) 2280662; e-mail: rsimprn@snp.ru.

Сухоруков Александр Михайлович – доктор медицинских наук, профессор, ФГБУ НИИ медицинских проблем Севера.

Адрес: 660022, Красноярск, ул. П. Железняк, г. 3г; тел. 8(391)2280662; e-mail: suhorukov-50155@mail.ru.

Вдовенко Петр Александрович – кандидат медицинских наук, заведующий хирургическим отделением клиники, ФГБУ НИИ медицинских проблем Севера.

Адрес: 660022, Красноярск, ул. П. Железняк, г. 3г; тел. 8(391)2201740; e-mail: vdovenko-pa@mail.ru.

Зюзюкина Алена Владимировна – ассистент кафедры общей хирургии, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ, врач-хирург клиники, ФГБУ НИИ медицинских проблем Севера.

Адрес: 660022, Красноярск, ул. П. Железняк, г. 1; тел.: 8(391)2201740; e-mail: alena-vz@mail.ru.