



РЕЦИДИВНАЯ ГРЫЖА ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ У БОЛЬНОЙ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ (НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ)

Васнев О.С., Терехин А.А.

Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Москва

Терехин Алексей Алексеевич
Москва, шоссе Энтузиастов, д. 86
Тел.: 8 (926) 707 3387
E-mail: alekseiterekhin@list.ru

РЕЗЮМЕ

Приводится клиническое наблюдение больной с рецидивной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и послеоперационной вентральной грыжей. Описаны некоторые особенности хирургической тактики, необходимость выполнения симультанной операции.

Ключевые слова: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы; послеоперационная вентральная грыжа; симультанная операция; пластика по Белоконеву.

SUMMARY

A clinical observation of patients with recurrent hernia of the esophageal diaphragm hiatus and postoperative ventral hernia. We described some features of surgical treatment, the need to perform simultaneous operations.

Keywords: hiatal hernia, postoperative ventral hernia, simultaneous operations, plastic on Belokonev.

В последние годы наблюдается увеличение числа больных с послеоперационными вентральными грыжами (ПВГ). Становится очевидным, что хирургическое лечение больных с ПВГ должно быть направлено не только на пластику грыжевого дефекта передней брюшной стенки, но и на коррекцию сопутствующей патологии органов брюшной полости [1 – 4]. Приводим клиническое наблюдение больной с рецидивной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и послеоперационной вентральной грыжей.

Больная М., 70 лет, обратилась за помощью в октябре 2008 года с жалобами на наличие грыжевого выпячивания в эпи- и мезогастральной области, периодически возникающие боли в области грыжевого выпячивания, отрыжку, заброс принятой пищи в ротовую полость. В мае 2007 года в одной из частных клиник Москвы больная была оперирована по поводу аксиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (лапаротомия, фундопликация по Ниссену). В январе 2008 года операция по поводу спаечной кишечной непроходимости, выполнено разделение спаек. После

выписки из стационара практически сразу заметила наличие грыжевого выпячивания в эпигастральной области, которое со временем увеличивалось.

Общее состояние больной при поступлении удовлетворительное. Масса тела 98 кг, рост 165 см, индекс массы тела 36 по Quetelet. В эпимезогастральной области в вертикальном положении больной определялось грыжевое выпячивание неправильной формы 30 × 25 см, на поверхности кожи послеоперационный рубец. Грыжевое выпячивание полностью не вправлялось, пальпировались грыжевые ворота 20 × 20 см.

При рентгенологическом исследовании выявлено, что не менее половины желудка через пищеводное отверстие диафрагмы выходит в грудную полость, желудок деформирован и фиксирован (рис. 1). При эндоскопическом исследовании слизистая оболочка нижней трети пищевода гиперемирована, с наличием эрозий, покрытых фибринозными наложениями. По данным манометрии укорочения пищевода не выявлено. При суточной рН-метрии выявлена гиперацидность.



Рис. 1. Рентгенологическое исследование желудка. Определяется фиксированная аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

20.10.2008 г. больная оперирована под эндотрахеальным наркозом. Окаймляющим разрезом исечен послеоперационный рубец. Выделен грыжевой мешок 25 × 20 см, вскрыт, к грыжевому мешку были фиксированы петли тонкой кишки, большой сальник. В брюшной полости, особенно в верхнем ее отделе, выраженный спаечный процесс; имевшие место сращения между петлями тонкой и толстой кишки разделены, рубцово-измененные пряди большого сальника резецированы. Отмечено, что пищеводное отверстие диафрагмы расширено до 8 см (рис. 2 см. на цветной вклейке), через него в заднее средостение пролабировало не менее половины желудка (дно и кардиоэзофагеальный переход находились в грудной полости). Из-за имевших место сращений с техническими трудностями желудок низведен в брюшную полость, при этом повреждена медиастинальная плевра слева. Повреждение плевры ушито. Выполнены селективная проксимальная vagotomy, задняя куруоррафия, рефундопликация по Ниссену. Брюшная полость дренирована силиконовым дренажом. На этом внутрибрюшной этап операции завершен.

Учитывая наличие грыжевого дефекта передней брюшной стенки 20 × 20 см, выполнена ненатяжная комбинированная пластика методом В. И. Белоконева и соавт. [5]. Брюшная полость

закрыта за счет ушивания элементов грыжевого мешка между собой. Вокруг грыжевого дефекта рассечены передние листки влагалищ прямых мышц живота (рис. 3 см. на цветной вклейке), медиальные края апоневроза развернуты на 180 градусов и шиты между собой (рис. 4 см. на цветной вклейке), а в латеральные края вшит полипропиленовый имплантат. Установлены дренажи в подкожной клетчатке, наложены матрацные швы, швы на кожу.

После операции больная переведена в реанимационное отделение. На третий сутки выполнено рентгенологическое исследование, контрастное вещество свободно проходило в желудок. На четвертые сутки начали отходить газы, после клизмы был стул, больная переведена в хирургическое отделение. На шестые сутки отмечено повышение температуры тела до 37,8 °C. При рентгенологическом исследовании грудной клетки выявлена сегментарная пневмония в нижней доле правого легкого, продолжена антибактериальная терапия. При ультразвуковом исследовании скоплений жидкости в области постоперационной раны не выявлено. На шестые сутки удалены дренажи из подкожной клетчатки, на десятые сутки сняты швы. На одиннадцатые сутки отмечено расхождение краев послеоперационной раны в средней ее части на протяжении 5 см. Ведение раны было открытым, после появления грануляций наложены вторичные швы. При рентгенологическом контроле признаков пневмонии не выявлено. Больная выписана из стационара в удовлетворительном состоянии на семнадцатые сутки, осмотрена через год после операции, вернулась к привычному образу жизни, грыжи не определяется. При рентгенологическом и эндоскопическом исследовании признаков рефлюкс-эзофагита не выявлено.

Ретроспективно становится ясно, что во время первого вмешательства фундопликация была выполнена с техническими погрешностями, что привело к рецидиву грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Выполнение повторного оперативного вмешательства на кардиоэзофагеальном переходе у больной было продиктовано яркой клинической картиной рефлюкс-эзофагита, а ограничение вмешательства лишь пластикой передней брюшной стенки по поводу вентральной грыжи не улучшило бы результат лечения. Данным наблюдением мы еще раз хотели подчеркнуть необходимость выполнения симультанных вмешательств у больных с ПВГ.

ЛИТЕРАТУРА

- Белоконев В.И., Ковалева З.В., Вавилов А.В. и др. Комплексное лечение больных с послеоперационной вентральной грыжей // Хирургия. –2008. – Т. 2. – С. 42–47.
- Bernard C., Polliand C., Mutelica L. et al. Repair of giant incisional abdominal wall hernias using open intraperitoneal mesh // Hernia. –2007. – Vol. 11, № 4. – P. 315–320.
- Gleysteen J.J. Mesh-reinforced ventral hernia repair: preference for 2 techniques // Arch. Surg. –2009. – Vol. 144, № 8. – P. 740–745.
- Muysoms F.E., Miserez M., Berrevoet F. et al. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias // Hernia. –2009. – Vol. 13, № 4. – P. 407–414.
- Белоконев В.И., Федорина Т.А., Ковалева З.В. и др. Патогенез и хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж. – Самара: Перспектива, 2005.