© Коллектив авторов, 2018 УДК [616-007.43-06:612.339]-089 DOI: 10.24884/0042-4625-2018-177-5-83-85

А. Ю. Корольков, М. А. Китаева, В. М. Саврасов, А. А. Афанасьев, А. Х. Байсиев

• ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИГАНТСКОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ, ОСЛОЖНЕННОЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ АБДОМИНАЛЬНЫМ КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМОМ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

Наблюдение из практики посвящено хирургическому лечению гигантской вентральной грыжи, осложненной в послеоперационном периоде абдоминальным компартмент-синдромом, острой кишечной непроходимостью и субтотальным мезентериальным тромбозом.

Ключевые слова: компартмент-синдром, гигантские грыжи

A. Yu. Korolkov, M. A. Kitaeva , V. M. Savrasov, A. A. Afanasev, A. Kh. Baisiev

The case of surgical treatment of a giant ventral hernia complicated by postoperative abdominal compartment syndrome

Pavlov University, Russia, St. Petersburg

The observation from practice is devoted to the surgical treatment of a giant ventral hernia complicated by postoperative abdominal compartment syndrome, acute intestinal obstruction and subtotal mesenterial thrombosis. **Keywords**: *compartment syndrome, giant herniae*

Под абдоминальным компартмент-синдромом (АКС) понимают повышение внутрибрюшного давления (ВБД), приводящее к патологии кровообращения, ишемии органов и тканей с нарушением их функций и развитием полиорганной недостаточности [1].

По данным многих авторов, абдоминальный компартмент-синдром возникает при величине ВБД, превышающей 20–25 мм рт. ст., а при ВБД более 35 мм рт. ст. АКС развивается в 100 % случаев и без декомпрессии приводит к летальному исходу [2].

Представляет интерес случай успешного лечения пациентки с гигантской послеоперационной вентральной грыжей, у которой в послеоперационном периоде развился абдоминальный компартментсиндром, приведший к некрозу 1,5 м тонкой кишки.

Пациентка И., 63 лет, поступила на хирургическое отделение в плановом порядке с жалобами на наличие гигантского грыжевого выпячивания на передней брюшной стенке, кровотечениями из расширенных вен передней брюшной стенки в связи с постоянной ее травматизацией. В анамнезе неоднократные оперативные вмешательства на органах брюшной полости, в том числе по поводу рецидивных послеоперационных вентральных грыж. В 2016 г. через 6 месяцев после последней операции сформировалась очередная послеоперационная рецидивная вентральная грыжа, которая прогрессивно увеличивалась в размерах, стали беспокоить боли в этой области. В октябре 2016 г. случайно травмировала кожу в области грыжи, и из расширенных вен передней брюшной стенки развилось профузное кровотечение, которое было остановлено прошиванием. Данные жалобы послужили причиной обращения в стационар.

Объективно в положении стоя у пациентки определялось грыжевое выпячивание в области послеоперационного рубца, со смещением передней брюшной стенки вправо. Размеры грыжевого выпячивания — $57\times40\times21\,$ см (рис. 1). В положении

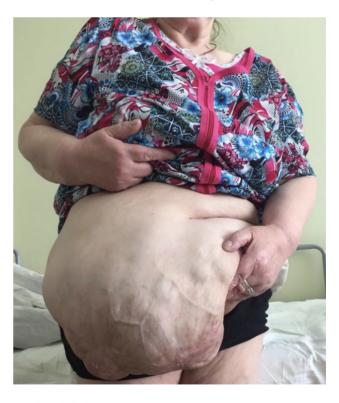


Рис. 1. Вид послеоперационной вентральной грыжи до операции у больной И.

А. Ю. Корольков и др.
«Вестник хирургии» • 2018



Рис. 2. In-lay-пластика сетчатым эндопротезом «Линтекс»

лежа грыжевое выпячивание в брюшную полость не вправлялось. Кожа над грыжевым выпячиванием имела трофические изменения

Из сопутствующих заболеваний у пациентки гипертоническая болезнь II стадии, риск сердечно-сосудистых осложнений (ССО) 3, сердечная недостаточность II ф. кл.; хронический бронхит, вне обострения; ожирение II степени.

В предоперационном периоде пациентка была обследована, получено письменное согласие на операцию. Лабораторные показатели, данные электрокардиограммы и спирометрии – без патологических изменений. При эзофагогастродуоденоскопии отмечалась деформация желудка, за счет выпадения его части в грыжевой мешок. Пациентка перед операцией также осмотрена терапевтом: абсолютных противопоказаний к оперативному вмешательству не выявлено. Анестезиологами определена степень риска по ASA II/3; риск тромбоэмболических осложнений высокий. Выбран вид анестезии – общая комбинированная анестезия с инвазивной искусственной вентиляцией легких + эпидуральная анестезия. Выбран поперечный доступ над грыжевым выпячиванием [3]. Окаймляющими разрезами 55 см каждый иссечен кожный лоскут с подкожно-жировой клетчаткой. Выделен грыжевой мешок, содержимое которого – петли тонкой и толстой кишки, дно желудка, большой сальник. Все органы находятся в плоскостных спайках между собой и со стенками грыжевого мешка. Стенка тонкой кишки утолщена до 1 см. В одном месте петли тонкой кишки спаяны в виде двустволки, диаметр кишки в этом месте сужен. Выполнен тотальный адгезиолизис, выделенные стенки грыжевого мешка взяты на держалки. Выделен апоневроз – дефект в апоневрозе 15×20 см. Содержимое грыжевого мешка вправлено в брюшную полость. Выполнена пластика дефекта апоневроза брюшиной. In-lay-пластика сетчатым эндопротезом «Линтекс» (рис. 2). Послойный шов раны. В подкожно-жировую клетчатку установлены дренажи по Редону. Во время оперативного вмешательства отклонений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем зафиксировано не было. На продленной вентиляции легких пациентка была доставлена в отделение реанимации, где через 4 ч от момента окончания операции



Рис. 3. Участок нежизнеспособной тонкой кишки вследствие субтотального мезентериального тромбоза

была экстубирована. Однако через 3 ч, в связи с развитием острой дыхательной недостаточности, потребовалась повторная интубация. Дифференциальная диагностика дыхательной недостаточности проводилась между следующими патологиями: тромбоэмболия легочной артерии, острый инфаркт миокарда (ОИМ), пневмония, абдоминальный компартментсиндром. После дообследования данных за тромбоэмболию, ОИМ не получено. Внутрибрюшное давление 11 мм рт. ст. не позволяло достоверно судить о развитии АКС. Состояние пациентки на протяжении четырех дней расценивалось как стабильно тяжелое, связанное с развившейся в послеоперационном периоде пневмонией. На 5-е сутки отмечено ухудшение состояния в виде обильного сброса желудочного содержимого по назогастральному зонду, отсутствия перистальтики, стула, вздутия живота, повышения внутрибрюшного давления до 20 мм рт. ст., в лабораторных показателях отмечен рост лейкоцитов. Под наркозом выполнена верхнесрединная лапаротомия. При ревизии выявлено, что петли тонкой кишки расширены на всем протяжении от связки Трейца до купола слепой кишки до 4 см в диаметре, тонкая кишка не перистальтирует, сероза блестящая, очагов некроза нет. Данная интраоперационная находка расценена как паретическая кишечная непроходимость. Пульсация верхней брыжеечной артерии сохранена. Толстая кишка не изменена. С целью декомпрессии тонкой кишки выполнена назогастроинтестинальная интубация, в брыжейку тонкой кишки введен Новокаин, ушита только кожа. Через 12 ч выполнена программированная лапаротомия, при которой выявлено, что тонкая кишка нежизнеспособна – субтотальный мезентериальный тромбоз, что было подтверждено в последующем данными гистологического исследования (рис. 3). Выполнена резекция тонкой кишки проксимально в 10 см от связки Трейтца и дистально в 80 см от илеоцекального угла, без наложения анастомоза. Проксимальный и дистальный концы тонкой кишки заглушены, оставлены свободно в брюшной полости без формирования анастомоза. Швы на кожу. Через 12 ч - программированная релапаротомия, при которой выявлены жизнеспособные проксимальный и дистальный участки тонкой кишки. Учитывая данный факт, был сформирован энтеро-энтероанастомоз и восстановлена непрерывность тонкой кишки. Передняя брюшная стенка ушита послойно. После данных операций внутрибрюшное давление снизилось до 10 мм рт. ст. На 7-е сутки пациентка переведена на самостоятельное дыхание. На 10-е сутки в стабильном состоянии переведена на хирургическое отделение. На 17-е сутки пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение (рис. 4).

Данный клинический случай показывает, что развитие АКС на ранних этапах бывает установить довольно сложно. После вправления в брюшную полость органов из грыжевого мешка уменьшается объем брюшной полости, повышается внутрибрюшное давление, что приводит к возникновению синдрома длительного сдавления органов брюшной полости и, как следствие, развитию абдоминального компартмент-синдрома. Развитие АКС, сопровождавшееся в нашем случае паретической кишечной непроходимостью, привело к сегментарному мезентериальному тромбозу по венозному типу и некрозу 1,5 м тонкой кишки.

Выбор такой хирургической тактики, как «second look», позволяет максимально достоверно определить границы некроза тонкой кишки, в последующем сформировать энтеро-энтероанастомоз и предотвратить его несостоятельность.

Верхнесрединная лапаротомия и интубация тонкой кишки способствуют нивелированию АКС. В случае развития у пациентов АКС, сопровождающегося парезом тонкой кишки, целесообразно выполнять лапаротомию с интубацией кишки в наиболее ранние сроки, что позволит избежать такого грозного осложнения, как некроз кишки. Лапаротомная рана до момента купирования АКС закрывается только кожными швами. У пациентов с риском развития абдоминального компартмент-синдрома необходимо проводить регулярный мониторинг ВБД.



Рис. 4. Вид передней брюшной стенки после операции

Конфликт интересов / Conflict of interest

Авторы заявили об отсутствии потенциального конфликта интересов. / Authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

- Patell A., Lall C. G., Jennings S. G. et al. Abdominal Compartment Syndrome // AJR. 2007. Vol. 184, № 1. P. 1037–1043.
- 2. Байчоров Э. X. Синдром внутрибрюшной гипертензии в хирургической практике // Вестн. хир. 2010. № 5. C. 114–118. [Bajchorov E. H. Sindrom vnutribryushnoj gipertenzii v khirurgicheskoj praktike // Vestnik khirurgii. 2010. № 5. P. 114–118].
- 3. Байсиев А. Х., Захохов Р. М., Давыденко В. В. и др. Влияние изоляции протеза на результаты хирургического лечения пациентов с послеоперационными вентральными грыжами после различных способов ненатяжной герниопластики // Известия Кабардино-Балкар. ун-та. 2015. № 4. С. 20–23. [Bajsiev A. Kh., Zahohov R. M., Davydenko V. V., Lapshin A. S., Hairov A. M. Vliyanie izolyacii proteza na rezul'taty hirurgicheskogo lecheniya pacientov s posleoperacionnymi ventral'nymi gryzhami posle razlichnyh sposobov nenatyazhnoj gernioplastiki // Izvestiya Kabardino-Balkarskogo universiteta. 2015. № 4. P. 20–23].

Посупила в редакцию 08.07.2018 г.

Сведения об авторах:

Корольков Андрей Юрьевич (e-mail: korolkov.a@mail.ru), д-р мед. наук, доцент кафедры госпитальной хирургии № 1; Китаева Мария Андреевна (e-mail: m-kitaeva@yandex.ru), врач-хирург хирургического отделения № 4 (неотложной хирургии); Саврасов Вячеслав Михайлович (e-mail: m-kitaeva@yandex.ru), канд. мед. наук, зав. хирургическим отделением № 4 (неотложной хирургии) НИИ хирургии и неотложной медицины; Афанасьев Алексей Андреевич (e-mail: alex-txf@mail.ru), ассистент кафедры анестезиологии и реаниматологии, зав. отделением реанимации № 1; Байсиев Азамат Хаджимуратович (e-mail: mdtaulu@gmail.com), канд. мед. наук, врач-хирург хирургического отделения № 4 (неотложной хирургии); Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8.