

© Коллектив авторов, 2018
УДК 616.34-007.43-031:611.955:616-072.1-089.844
DOI: 10.24884/0042-4625-2018-177-4-73-75

Ал. А. Курьгин, П. Н. Ромащенко, В. В. Семенов, С. Ю. Полушин

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ УСТРАНЕНИЕ УЩЕМЛЕННОЙ БОЛЬШОЙ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖИ И ГРЫЖИ БЕЛОЙ ЛИНИИ ПО МЕТОДИКЕ IPOM

Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: ущемленная пупочная грыжа, грыжа белой линии живота, лапароскопическая герниопластика

Al. A. Kurygin, P. N. Romashchenko, V. V. Semenov, S. Yu. Polushin

Laparoscopic elimination of large strangulated umbilical hernia and hernia of the white line on the IPOM technique

Federal State Budgetary Military Educational Institution of Higher Education «Military Medical Academy named after S. M. Kirov» of the Ministry of Defence of the Russian Federation, Russia, St. Petersburg

Keywords: *strangulated umbilical hernia, hernia of the white line of the abdomen, laparoscopic hernioplasty*

Среди острых хирургических нозологических форм ущемленные наружные грыжи живота устойчиво занимают по частоте 7-е место. Из всех ущемленных грыж паховые, пупочные и послеоперационные грыжи составляют абсолютное большинство. До сих пор лапароскопические вмешательства при данной нозологической форме выполняются очень редко, и даже специализированные хирургические стационары не обладают значительным опытом. Наибольшее число срочных лапароскопических герниопластик приходится на ущемленные паховые грыжи, которые устраняются по методике TAPP (Transabdominal preperitoneal plastic) [1, 2]. Значительно меньше сообщений в литературе о лечении больных с ущемленными пупочными и послеоперационными грыжами по методике IPOM (Intraperitoneal onlay mesh), которую предложил в 1993 г. Karl LeBlanc [1]. Если в плановой хирургии эта методика уже заняла прочное место, то при ущемленных грыжах показания к лапароскопической герниопластике IPOM требуют определения, а ближайшие и отдаленные результаты этих операций подлежат изучению. Приводим клиническое наблюдение.

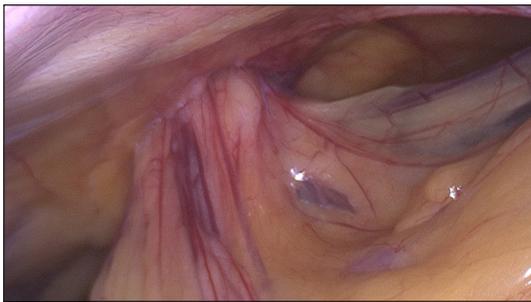
Пациент К., 46 лет, поступил в нашу клинику 11.12.2017 г. по «скорой помощи» с диагнозом направления «Ущемленная пупочная грыжа». Предъявлял жалобы на постоянные интенсивные боли в области пупка, где имелось невправимое грыжевое выпячивание. Боли резко усиливались при любых движениях и кашле. Из анамнеза заболевания известно, что

грыжевое выпячивание появилось около 10 лет назад, в связи с чем пациент обратился в одну из городских больниц Санкт-Петербурга. При рутинном обследовании больного были диагностированы пупочная грыжа, ожирение III степени (ИМТ – 41 кг/м²) и впервые выявленный сахарный диабет 2-го типа. На тот момент хирурги воздержались от операции и рекомендовали больному значительно уменьшить массу тела и нормализовать уровень сахара крови. В течение многих лет пациент неоднократно обращался в другие стационары города и везде ему отказывали в плановом оперативном лечении, ссылаясь на выраженную коморбидность. Все эти годы он не выполнял рекомендации врачей, не наблюдался у эндокринолога, в результате чего масса тела продолжала увеличиваться (при госпитализации ИМТ – 44,3 кг/м²). За 2 дня до поступления в клинику после тяжелой физической нагрузки у пациента появились постоянные ноющие боли в области невправимого грыжевого выпячивания, которые постепенно нарастали по интенсивности. В связи с усилением болевого синдрома пациент вызвал врача «скорой помощи» и был доставлен в клинику.

Общее состояние больного при поступлении оценено ближе к средней степени тяжести. Физическая активность резко ограничена из-за сильных болей в околопупочной области. Температура тела 37,4 °С. Пульс 87 уд./мин, АД 150/90 мм рт. ст. Частота дыхания 18 в мин. Живот увеличен в объеме за счет избыточной подкожной жировой клетчатки. В области пупка определяется округлое грыжевое выпячивание диаметром 10 см, резко болезненное при пальпации и невправимое в брюшную полость. Кожа над ним истончена, мацерирована, имеются очаги дистрофических изменений в виде гиперпигментации (рисунок, а). В других отделах живот при пальпации мягкий и безболезненный. При аускультации выслушиваются равномерные перистальтические шумы. В анализах крови отмечается повышение числа лейкоцитов



а



б



в

*Ущемленная пупочная грыжа и грыжа белой линии живота у больного К., 46 лет:
а – вид больного до операции;
б – фиксированный к передней брюшной стенке антиадгезивный сетчатый протез;
в – вид больного после операции*

до $10,7 \cdot 10^9/\text{л}$ и уровня глюкозы до 8 ммоль/л. При ультразвуковом исследовании живота, которое было затруднено из-за избыточной подкожной жировой клетчатки и пневматоза ободочной кишки, в грыжевом мешке определяются изоэхогенное содержимое (ткань большого сальника) и следы грыжевой воды. Петли тонкой кишки не расширены, активно перистальтируют. На обзорной прямой рентгенограмме живота имеется одиночный тонкокишечный уровень жидкости в мезогастральной области. Поставлен диагноз «Ущемленная большая пупочная грыжа». Учитывая высокий риск местных послеоперационных осложнений у пациента с ожирением III степени и сахарным диабетом 2-го типа, отсутствие рентгенологических и ультразвуковых признаков кишечной непроходимости, симптомов гнойного воспаления в грыжевом мешке и противопоказаний к карбоксипневмоперитонеуму, принято решение о выполнении неотложного лапароскопического вмешательства.

При ревизии установлено, что ущемленное грыжевое содержимое – крупная прядь большого сальника. Также выявлена не диагностированная до операции (в связи с выраженным ожирением пациента) грыжа белой линии живота размерами 4×3 см. С некоторыми техническими трудностями, обусловленными осложненным характером грыжи и локальным спаечным процессом, из грыжевого мешка извлечена и затем резецирована ущемленная прядь большого сальника с обширными кровоизлияниями. Выполнена комбинированная операция: лапароскопическое устранение ущемленной пупочной грыжи и грыжи белой линии живота по методике IPOM+ с ушиванием грыжевых ворот (+) и использованием композитного антиадгезивного протеза в комбинации с открытым иссечением избыточной и патологически измененной кожи в зоне бывшего пупка. Операция завершена дренированием раны подкожной жировой клетчатки двумя силиконовыми трубками по Редону (рисунк, б; в). Окончательный диагноз: «Ущемленная большая пупочная грыжа, неосложненная грыжа белой линии живота».

Послеоперационный период протекал гладко. В связи с ожирением и сахарным диабетом пациенту проводили антибиотикопрофилактику местных инфекционных осложнений Цефтриаксоном. На 4-е сутки после операции дренажи из подкожной жировой клетчатки были удалены, и больной выписан в удовлетворительном состоянии. На 9-й день амбулаторно сняты кожные швы. При осмотре в клинике через месяц после операции пациент жалоб не предъявляет. При контрольном ультразвуковом исследовании живота патологических изменений не выявлено, позиция сетчатого протеза адекватная.

Данное клиническое наблюдение свидетельствует о возможности и целесообразности более широкого применения лапароскопической герниопластики при пупочных грыжах и грыжах белой линии живота, осложненных ущемлением. Преимущества операции по методике IPOM или IPOM+ перед открытым вмешательством особенно очевидны у пациентов с ожирением, сахарным диабетом и, естественно, при больших пупочных грыжах в сочетании с метаболическим синдромом. Несомненно, что лапароскопическая операция значительно снижает риск местных инфекционных осложнений, достоверно уменьшает послеоперационный койко-день и сроки нетрудоспособности, а также обеспечивает лучший косметический результат по сравнению с традиционным вмешательством [1, 3].

Конфликт интересов / Conflicts of interest

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

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

1. Егиев В. Н., Воскресенский П. К. Грыжи. М.: Медпрактика-М, 2015. 479 с. [Yegiyev V. N., Voskresenskiy P. K. Gryzhi. M.: Medpraktika-M, 2015. 479 p.]
2. Семенов В. В., Курыгин Ал. А., Ромашенко П. Н. и др. Эндовидеохирургическое лечение больного с ущемленной гры-

жей Амианда // Вестн. хир. им. И. И. Грекова. 2017. Т. 176, № 2. С. 112–114. [Semenov V. V., Kurygin Al. A., Romashchenko P. N. i dr. Endovideohirurgicheskoe lechenie bol'nogo s ushchemlennoy gryzhey Amianda // Vestnik khirurgii imeni I. I. Grekova. 2017. Vol. 176, № 2. P. 112–114].

3. Awaiz A., Rahman F., Hossain M. B. et al. Meta-analysis and systematic review of laparoscopic versus open mesh repair for elective incisional hernia // Hernia. 2015. Vol. 19, № 3. P. 449–463.

Поступила в редакцию 16.05.2018 г.

Сведения об авторах:

Курыгин Александр Анатольевич (e-mail: kurygin60@gmail.com), д-р мед. наук, профессор, доцент кафедры факультетской хирургии им. С. П. Фёдорова; *Ромашенко Павел Николаевич* (e-mail: romashchenko@rambler.ru), член-корр. РАН, д-р мед. наук, профессор, зам. начальника кафедры факультетской хирургии им. С. П. Фёдорова; *Семенов Валерий Владимирович* (e-mail: semvel-85@mail.ru), начальник абдоминального отделения кафедры (клиники) факультетской хирургии им. С. П. Фёдорова; *Полушин Сергей Юрьевич* (e-mail: spolushin1@gmail.com), преподаватель кафедры факультетской хирургии им. С. П. Фёдорова; Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6.