

ОСЛОЖНЕНИЕ ГИГАНТСКОЙ УЩЕМЛЕННОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ФЛЕГМОНОЙ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА, НЕСФОРМИРОВАННЫМ ТОНКОКИШЕЧНЫМ СВИЩОМ И ПЕРИТОНИТОМ

УДК 616.55–007.43–06–007.253:616.381–002

Поступила 25.10.2011 г.



В.П. Глабай, д.м.н., профессор, исполняющий обязанности зав. кафедрой хирургии ФППОВ¹;
Р.Я. Темирсултанов, к.м.н., зав. 2-м хирургическим отделением²;
А.В. Архаров, к.м.н., ассистент кафедры хирургии ФППОВ¹;
А.В. Исаев, аспирант кафедры хирургии ФППОВ¹;
В.Н. Абрамов, зав. отделением реанимации²;
Ю.Н. Гербей, ординатор 3-го хирургического отделения²

¹Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, 119991, ул. Трубецкая, 8, стр. 2;

²Городская клиническая больница №53, Москва, 115432, ул. Трофимова, 26

Наблюдение демонстрирует особенности успешного хирургического лечения больного с гигантской ущемленной рецидивной послеоперационной вентральной грыжей, осложнившейся несформированными свищами, флегмоной грыжевого мешка и распространенным перитонитом. Успех проведенного лечения подтверждает возможность применения радикальных операций в условиях перитонита у больных с субкомпенсированной органной недостаточностью благодаря своевременному радикальному устранению источника инфекции и разработанным мероприятиям послеоперационного ведения.

Ключевые слова: ущемленная гигантская послеоперационная вентральная грыжа, несформированный тонкокишечный свищ, флегмона грыжевого мешка, распространенный перитонит.

English

Incarcerated giant incisional ventral hernia complicated by hernial sac phlegmon, unformed enteric fistula and peritonitis

V.P. Glabai, D.Med.Sc., Professor, Acting Head of the Department of Surgery, the Faculty of Doctors' Postgraduate Professional Education¹;

R.Ya. Temirsultanov, PhD, Head of the 2nd Surgical Department²;

A.V. Arkharov, PhD, Tutor, the Department of Surgery, the Faculty of Doctors' Postgraduate Professional Education¹;

A.V. Isaev, Postgraduate, the Department of Surgery, the Faculty of Doctors' Postgraduate Professional Education¹;

V.N. Abramov, Head of Resuscitation Unit²;

Yu.N. Gerbei, Resident, the 3rd Surgical Department²

¹First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov, Trubetskaya St., 8, bld. 2, Moscow, Russian Federation, 119991;

²City Clinical Hospital No.53, Trofimova St., 26, Moscow, Russian Federation, 115432

Для контактов: Исаев Андрей Владимирович, тел. моб. +7 916-747-98-21; surg.isaev@yandex.ru

Current case-report demonstrates the features of successful surgical treatment of patient with incarcerated giant recurrent incisional ventral hernia complicated by unformed enteric fistulae, hernial sac phlegmon and diffuse peritonitis. Success of treatment proves the possibility of definitive surgery application in peritonitis in patient with latent organ dysfunction due to timely radical source control and developed post-operative measures.

Key words: incarcerated giant incisional ventral hernia, unformed enteric fistulae, definitive surgery, diffuse peritonitis.

В последние годы накоплен положительный опыт хирургического лечения гигантских послеоперационных грыж, в том числе ущемленных, прежде всего с использованием аллопластических материалов. Вместе с тем по различным причинам подобные больные не всегда оперируются своевременно, что приводит к трансформации грыж в гигантские, развитию ущемления, которое, в свою очередь, может явиться источником возникновения новых осложнений.

За период 2008–2010 гг. мы наблюдали двух больных с гигантскими ущемленными послеоперационными вентральными рецидивными грыжами, осложнившимися множественными несформированными тонкокишечными свищами и распространенным перитонитом, в одном случае — с флегмоной грыжевого мешка. Хирургическое их лечение в обоих случаях было успешным.

Приводим наблюдение.

Больной Д. 62 лет, житель Москвы, 26.03.2008 г. переведен в Городскую клиническую больницу №33 из другого лечебного учреждения, где находился в течение 18 дней по поводу желудочно-кишечного кровотечения. По его словам, 19 лет назад оперирован по поводу ущемленной пупочной грыжи. Рецидив грыжи произошел спустя год, неоднократно наблюдался врачами, от повторной операции больной воздерживался. Последние 6 лет диагностировалась гигантская невправимая послеоперационная вентральная грыжа. Продолжал работать слесарем, для чего использовал высокую подставку, на которую укладывал грыжевое выпячивание. Страдает ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения, хроническим бронхитом, хронической обструктивной болезнью легких, хроническим пиелонефритом, хронической почечной недостаточностью, аденомой простаты. В различных клиниках операция не рекомендовалась ввиду ее опасности и высокого риска общей анестезии. 7 сут назад отмечено ухудшение состояния, лихорадка до 39°C. На 5-е сутки после возникновения указанных симптомов выявлены гиперемия, участки темного, почти черного цвета в области полюса грыжевого выпячивания. Высказано предположение о флегмоне грыжевого мешка, выполнены пункция и дренирование зоны наибольшего размягчения тканей, получено до 1000 мл мутного геморрагического отделяемого с ихорозным запахом — больной переведен в клинику больницы №53.

При поступлении состояние оценивалось как тяжелое. Наблюдались цианоз, акроцианоз, тахикардия — до 116 ударов в минуту, АД — 110/70 мм рт. ст., дыхание проводится во все отделы легких, ослаблено. Лихорадка — до 38,5°C. Имеется гигантская послеоперационная рецидивная вентральная грыжа, занимающая все отделы брюшной стенки, размерами 40х50х50 см, свисающая до

коленных суставов. На вершине резко гиперемированного грыжевого выпячивания наблюдается участок некроза кожи 10х15 см с гнойным и тонкокишечным отделяемым (рис. 1 и 2).

Обзорная рентгенография брюшной полости признаков кишечной непроходимости не показала. При УЗИ в грыжевом выпячивании обнаружены множественные разнокалиберные скопления жидкости. Также отмечена жидкость в свободной брюшной полости. Больной госпитализирован в реанимационное отделение для предоперационной подготовки и после устранения явлений гиповолемии, проведения антибиотикотерапии, превентивной профилактики тромбозомболических осложнений был оперирован.

Бригада хирургов ввиду размеров и массы грыжевого выпячивания состояла из 4 человек. Под эндотрахеаль-



Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3

ным наркозом окаймляющим разрезом в области пояса грыжевого выпячивания была иссечена некротизированная «крыша» диаметром до 25 см и вскрыт грыжевой мешок (рис. 3). В нем обнаружено до 1 л грязнобурой с желтым окрашиванием и кишечным содержимым жидкости, которую удалили. Установлено, что видимая часть грыжевого мешка некротизирована, в нем фиксирована тонкая кишка темного бордового цвета, местами серого, с множественными тонкокишечными свищами различного калибра. Далее обнаружен конгломерат тонкой кишки и большого сальника, фиксированный на протяжении всего грыжевого мешка, отделен и эвентрирован. В ходе этой манипуляции вскрыты несколько абсцессов различного диаметра, из брюшной полости выделилось до 1 л мутной жидкости. Полученное отделяемое взято на посев. Разделены сращенные с конгломератом слепая, восходящая и поперечная ободочная кишка, удален большой сальник, «нафаршированный» мелкими абсцессами. Далее выделена связка Трейтца и от нее выделен 1 м тощей кишки до конгломерата, разделение которого невозможно. Таким же образом от илеоцекального угла мобилизовано 30 см подвздошной кишки до дистального несформированного свища тонкой кишки. Затем конгломерат нежизнеспособной тонкой кишки со свищами и абсцессами резецирован. С учетом значительной разницы диаметров при- и отводящей петлей тонкой кишки наложен энтероэнтероанастомоз «бок в бок», окно брыжейки тонкой кишки ушито. Таким образом сохранено 130 см тонкой кишки. Брюшная полость отмыта раствором хлоргексидина. Установлен двупросветный назогастроюнальный зонд, дистальный тонкий конец которого заведен в тонкую кишку на протяжении до 70 см. Введен дренаж в брюшную полость справа, в малый таз и слева по ходу левого бокового канала. Иссечена кожа грыжевого выпячивания вместе с воспалительно измененной и фиксированной в нем брюшиной. Ушита отдельно брюшина, пластика грыжевых ворот не

производилась из-за выраженных воспалительных изменений и опасности нагноения раны, а также с целью профилактики развития интраабдоминальной гипертензии. В связи с наличием дыхательной недостаточности и предполагаемой длительной поддержкой дыхания аппаратом искусственной вентиляции легких больному выполнена трахеостомия.

Послеоперационный период протекал тяжело. Проведен комплекс восстановительных мероприятий, включающий дезинтоксикационную, антибактериальную терапию, профилактику тромбоэмболических осложнений. С первых суток применяли парентеральное питание, декомпрессию, лаваж и деконтаминацию кишечника с целью разрешения энтеральной недостаточности и предотвращения тем самым внутрибрюшной гипертензии. На 5-е сутки после операции был стул, начато энтеральное питание. На 7-е сутки удален двухпросветный назогастроюнальный зонд, он заменен на назогастральный и продолжено энтеральное питание. Швы с раны сняты на 12-е сутки. На 22-е сутки пациент переведен на самостоятельное дыхание и на 23-й день удалена трахеостомическая трубка.

На 42-й день после операции больной выписан с рекомендацией явиться через 1 мес для повторной операции — пластики грыжевых ворот, что было успешно осуществлено без использования аллопластических материалов.

Приведенное наблюдение ставит ряд организационных и клинических вопросов, требующих индивидуального разрешения. Прежде всего, обращает на себя внимание рост числа больных с длительным грыженосительством, которое приводит не только к ущемлению, но и к комбинации осложнений. Другая проблема — это хирургическое лечение несформированных тонкокишечных свищей. Полагаем, что при их возникновении больных целесообразно оперировать в ближайшие дни, поскольку консервативное лечение, направленное на компенсацию свищевых потерь, как правило, оказывается безуспешным. Более того, длительное существование свищей становится причиной возникновения выраженных сращений в брюшной полости, сильно затрудняющих или делающих невозможным выполнение радикальной операции.

Считаем, что высокая летальность подобных больных обусловлена не объемом выполненного оперативного пособия, а тяжестью заболевания и вызванной им органной недостаточностью, избежать возникновения и прогрессирования которой возможно лишь при своевременном удалении источника инфекции и проведении адекватных мероприятий восстановления после операции. Среди этих мероприятий важнейшее значение имеют назоинтестинальная интубация, программированная санационная релапаротомия, адекватная инфузионная, антибактериальная терапия, коррекция гипопротемии, профилактика тромбоэмболии и обеспечение полноценной нутритивной поддержки.