

РИХТЕРОВСКОЕ УЩЕМЛЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ ТОНКОЙ КИШКИ И ФЛЕГМОНОЙ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

УДК 616.55–007.43–071:616.341–001

Поступила 11.11.2012 г.



В.Л. Титаренко, клинический интерн кафедры факультетской хирургии №1¹;

Р.В. Ипаткин, к.м.н., врач-хирург 1-го хирургического отделения²;

Л.И. Вардаев, к.м.н., ассистент кафедры факультетской хирургии №1¹;

Н.В. Мильчевская, клинический интерн кафедры пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии¹;

З.Р. Габуня, д.м.н., профессор кафедры онкологии и лучевой терапии¹; зав. 1-м хирургическим отделением²

¹Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, 127473, ул. Делегатская, 20/1;

²Центральная клиническая больница №2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД», Москва, 129128, ул. Будаевская, 2

Приводится необычный случай ущемления послеоперационной вентральной грыжи по рихтеровскому типу, осложненной перфорацией тонкой кишки и флегмоной передней брюшной стенки. Данное наблюдение интересно тем, что рихтеровский тип ущемления является достаточно редким в настоящее время, но крайне опасным в плане последующих осложнений из-за скудной клинической симптоматики в период ущемления кишки. У пациентки с более чем 2-дневным анамнезом ущемления отмечалась классическая клиническая картина ущемленной грыжи по рихтеровскому типу (ущемление, некроз, перфорация тонкой кишки, развитие флегмоны передней брюшной стенки, формирование наружного тонкокишечного свища, отсутствие перитонита и симптомов раздражения брюшины, наличие паралитической кишечной непроходимости). Выполнено хирургическое лечение данной патологии с последующим полным выздоровлением.

Ключевые слова: рихтеровская грыжа; ущемление; послеоперационная грыжа; перфорация кишки; флегмона.

English

Strangulated Incisional Richter's Hernia Complicated by Small Bowel Perforation and Phlegmon of Anterior Abdominal Wall

V.L. Titarenko, Clinical Intern, the Department of Faculty Surgery №1¹;

R.V. Ipatkin, PhD, Surgeon, 1st Surgical Department²;

L.I. Vardaev, PhD, Tutor, the Department of Departmental Surgery №1¹;

N.V. Milchevskaya, Clinical Intern, the Department of Propedeutics of Internal Diseases and Gastroenterology¹;

Z.R. Gabunia, D.Med.Sc., Professor, the Department of Oncology and Radiotherapy¹;

Head of the 1st Surgical Department²

¹Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov, Delegatskaya St., 20/1, Moscow, Russian Federation, 127473;

²Central Clinical Hospital No.2 named after N.A. Semashko, Joint Stock Company "Russian Railways", Budaiskaya St., 2, Moscow, Russian Federation, 129128

Для контактов: Титаренко Валентин Леонидович, тел. раб. 8(499)187-60-74, тел. моб. +7 926-270-61-21; e-mail: titarenkovl1@gmail.com

We reported an abnormal case of strangulated incisional Richter's hernia complicated by small bowel perforation and phlegmon of anterior abdominal wall. The observation is interesting due to the fact that now strangulated Richter's hernia is rather rare but extremely dangerous concerning the following complications due to scant clinical presentation in strangulation. We represented a case of a female patient with two-day past history of strangulation. She had a classical clinical picture of strangulated Richter's hernia (strangulation, necrosis, small bowel perforation, the anterior abdominal wall phlegmon, enterocutaneous fistula, the absence of peritonitis and peritoneal irritation signs, and the presence of paralytic ileus). The surgical management was performed followed by a patient's complete recovery.

Key words: Richter's hernia; strangulation; incisional hernia; bowel perforation; phlegmon.

Примерно 10% всех ущемленных грыж являются рихтеровскими [1]. Рихтеровская грыжа (рихтеровское ущемление, частичное энтероцеле, пристеночное ущемление кишки) — грыжа живота, для которой характерно ущемление только части окружности противобрыжеечного края кишки в грыжевых воротах, что в свою очередь приводит к ишемии, далее к некрозу и перфорации.

Частота образования послеоперационных вентральных грыж (ПВГ) после колоректальных операций с применением срединного лапаротомного доступа составляет от 12,8 до 22% [2]. Данных о частоте ущемления ПВГ в мировой литературе не имеется, есть лишь несколько сообщений, что от 6 до 14,6% операций грыжесечения по поводу послеоперационных грыж, в том числе паховых, пупочных, бедренных, выполняются по поводу ущемления [3, 4].

Возраст пациентов с рихтеровскими грыжами — обычно 60–80 лет. Основными местами выхода этих грыж являются бедренное кольцо (36–88%), паховый канал (12–36%), послеоперационный рубец (4–25%) [1]. С введением в рутинную хирургическую практику мини-инвазивных технологий появились сообщения об образовании таких грыж в местах введения троакарных лапароскопических инструментов (диаметр от 5 до 12 мм) [5–7], а также чрескожных гастростомических трубок [8]. Причем рихтеровские грыжи являются самым частым типом грыж в местах установки троакарных лапароскопических инструментов [9]. В русскоязычной литературе мы нашли похожий случай ущемления гигантской ПВГ с флегмоной грыжевого мешка, несформированным тонкокишечным свищом и перитонитом, но без рихтеровского ущемления [10].

Рихтеровские грыжи опасны тем, что, несмотря на ущемление, их клиническая картина может быть скудной: в начальной стадии — в основном болезненность и отечность в области грыжевых ворот, возможно также наличие эритемы — это обуславливает позднее обращение к врачу. Вначале грыжевое выпячивание может быть слишком маленьким, что не позволяет точно определить патологию, а когда достигает определенных размеров, то развивается клиническая картина обычной ущемленной грыжи. В случае локализации небольшой грыжи в бедренном кольце она может маскироваться за жировой тканью либо быть принята за увеличенный лимфатический узел. Если же развивается гангрена стенки кишки, появляются местные признаки воспаления (резкая болезненность, гиперемия кожных покровов в области грыжевых ворот, повышение местной температуры) и общие признаки интоксикации [1].

J.M. Horbach [11] показал, что рихтеровские грыжи более склонны вызывать некроз стенки кишки, чем другие типы ущемленных грыж (69 против 25%). При развитии гангрены возможна перфорация кишки в свободную брюшную полость (с развитием перитонита), мошонку, вульву, мягкие ткани бедра, переднюю брюшную стенку с образованием флегмоны, абсцесса, кишечного свища. Описан также случай рихтеровской грыжи у недоношенного ребенка (31-я неделя гестации), которая стала причиной гангрены кишечника и инфаркта правого яичка [12]. Нарушения кишечной проходимости может не быть, она возникает лишь у 10% пациентов [1].

Летальность при рихтеровских грыжах составляет 17–21,4% [1, 13].

Приводим собственное наблюдение.

Пациентка Г., 85 лет, поступила 06.10.2011 г. с жалобами на боли в области послеоперационного рубца срединного лапаротомного доступа, где наблюдались грыжевое выпячивание, а также гиперемия кожных покровов. Со слов пациентки, в марте 2007 г. ей была выполнена правосторонняя гемиколэктомия срединным лапаротомным доступом по поводу рака слепой кишки. Медицинская документация отсутствует. В октябре 2007 г. обнаружила наличие в средней трети послеоперационного рубца грыжевого выпячивания, постоянно увеличивающегося в размерах. К врачам не обращалась. 02.10.2011 г. отметила резкое увеличение в объеме грыжевого выпячивания, появление болей в данной области, 04.10.2011 г. — выпячивание грыжевого выпячивания в брюшную полость, наличие гиперемии кожных покровов над данной областью, повышение температуры тела до 38°C. Обратилась в ЦКБ №2 им. Н.А. Семашко. Госпитализирована в 1-е хирургическое отделение.

При поступлении: живот — мягкий. В средней трети послеоперационного рубца по срединной линии тела отмечается грыжевое выпячивание размерами 15×15 см, плотной консистенции, не вправимое в брюшную полость в горизонтальном положении, при пальпации — болезненное. Перкуторно — тупой звук. При аускультации определяются единичные кишечные шумы. Кожные покровы над грыжевым выпячиванием изменены: наблюдается гиперемия кожных покровов, размерами 5×5 см, в центре гиперемии — некротические изменения кожи, отмечается патозность мягких тканей данной области. Перитонеальные симптомы — отрицательные.

Сопутствующие заболевания — сахарный диабет 2-го типа, средней степени течения, компенсация; гипертоническая болезнь II степени, III стадия, риск III; эмфизема

легких; диффузный пневмосклероз. Клиническая картина расценена как ущемление послеоперационной вентральной грыжи, флегмона передней брюшной стенки. В экстренном порядке пациентке выполнено оперативное вмешательство.

Под эндотрахеальным наркозом произведена герниолапаротомия с иссечением кожно-жирового лоскута (рис. 1). В брюшной полости выпота нет. Видимые петли кишечника — без особенностей. Грыжевой мешок — многокамерный. В грыжевых воротах отмечается участок тонкой кишки с плоскостными спайками. Рассечено ущемляющее кольцо — выявлено пристеночное ущемление тонкой кишки на расстоянии 70–75 см от связки Трейтца. При дальнейшей мобилизации в этой зоне вскрыт абсцесс, располагающийся в подкожной жировой клетчатке, интимно соединяющийся с кишкой; выделился гной объемом около 10 мл, без запаха (рис. 2).

Интраоперационная картина расценена как формирующийся наружный неполный тонкокишечный свищ. Осмотр показал: кишка вздута, отечна, багрового цвета, отме-

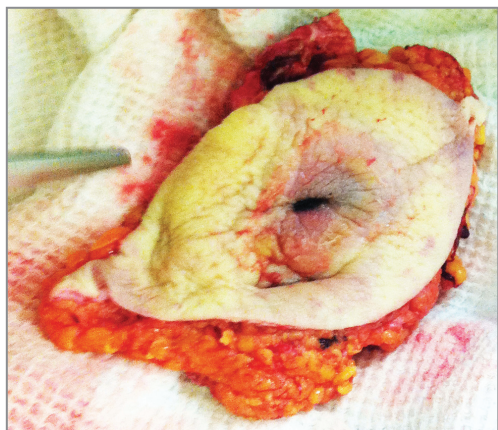


Рис. 1. Иссеченный кожно-жировой лоскут



Рис. 2. Полость абсцесса мягких тканей передней брюшной стенки

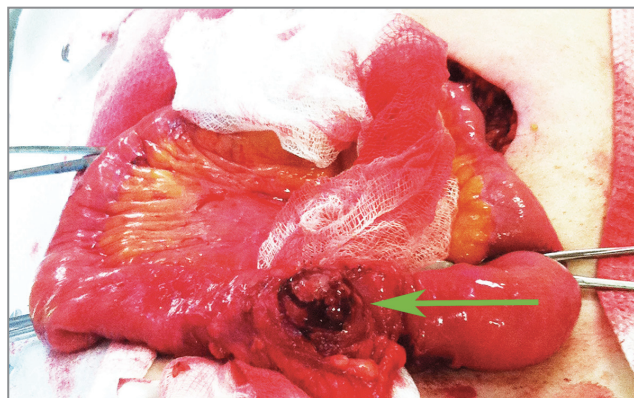


Рис. 3. Интраоперационная картина: классическое рихтеровское ущемление кишки. Зеленая стрелка — противобрыжеечный край тонкой кишки, монетовидная (coin-like) странгуляционная борозда с наличием в центре перфоративного отверстия

чается странгуляционная борозда монетовидной формы (coin-like), размерами 3×3 см, в середине которой имеется перфоративное отверстие до 0,8 см в диаметре (рис. 3). Участок кишки признан нежизнеспособным. Произведена резекция тонкой кишки протяженностью до 15 см с ее пересечением аппаратом УО — 60 мм (Россия). Обе культы погружены в кисетный шов. Наложены санация и дренирование брюшной полости. Ввиду острогo воспалительного процесса, микробной контаминации операционной раны и мягких тканей передней брюшной стенки, формирующегося неполного наружного тонкокишечного свища, а также наличия у пациентки сахарного диабета 2-го типа пластику грыжевых ворот не осуществляли. Проведено послойное ушивание раны.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана из стационара на 7-е сутки. Осмотрена через 3 и 6 мес после операции. Состояние оценивалось как удовлетворительное. Данных о риске рецидива грыжи в области послеоперационного рубца по срединной линии тела не обнаружено.

Заключение. Длительное грыженосительство, скудная симптоматика в начале заболевания, тяжелые осложнения, длительное и высокотратное лечение, а также рост числа рихтеровских грыж после лапароскопических вмешательств обуславливают актуальность проблемы их лечения.

Литература

1. Steinke W., Zellweger R. Richter's hernia and Sir Frederick Treves: an original clinical experience, review, and historical overview. *Ann Surg* 2000 Nov; 232(5): 710–718.
2. Murray B.W., CIPHER D.J., Pham T., Anthony T. The impact of surgical site infection on the development of incisional hernia and small bowel obstruction in colorectal surgery. *Am J Surg* 2011 Nov; 202(5): 558–560.
3. Manninen M.J., Lavonius M., Perhoniemi V.J. Results of incisional hernia repair. A retrospective study of 172 unselected hernioplasties. *Eur J Surg* 1991; 157(1): 29–31.
4. Courtney C.A., Lee A.C., Wilson C., O'Dwyer P.J. Ventral hernia repair: a study of current practice. *Hernia* 2003; 7(1): 44–46.

5. Boughey J.C., Nottingham J.M., Walls A.C. Richter's hernia in the laparoscopic era: four case reports and review of the literature. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2003 Feb; 13(1): 55–58.

6. Matthews B.D., Heniford B.T., Sing R.F. Preperitoneal Richter hernia after a laparoscopic gastric bypass. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2001 Feb; 11(1): 47–49.

7. Arellano-Borja A., Mojarra-Estrada J.M., Ungson-Beltrán G. Hernia de Richter en sitio de puerto de 5 mm posterior a miomectomía laparoscópica, reparada con engrapadora mecánica endoscópica. Reporte de caso y revisión de la literatura. *Perinatol Reprod Hum* 2010; 24(2): 117–121.

8. Kaplan R., Delege M. An unusual case of a ventral Richter's hernia at the site of a previous PEG tube. *Dig Dis Sci* 2006 Dec; 51(12): 2389–2392.

9. Holzinger F., Klaiber C. Trocar site hernias. A rare but potentially dangerous complication of laparoscopic surgery. *Chirurg* 2002; 73(9): 899–904.

10. Глабай В.П., Темирсултанов Р.Я., Архаров А.В., Исаев А.В., Абрамов В.Н., Гербей Ю.Н. Осложнение гигантской ущемленной послеоперационной вентральной грыжи флегмоной грыжевого мешка, несформированным тонкокишечным свищом и перитонитом. *Соврем технол мед* 2012; 2: 143–145.

11. Horbach J.M. Invagination for Richter-type strangulated hernias. *Trop Doct* 1986; 16(4): 163–168.

12. Moleiro Bilbao A., Hernández-Siverio González A. Hernia de Richter en el neonato como causade infarto testicular. *Cir Pediatr* 2009; 22: 226–228.

13. Kadirov S., Sayfan J., Friedman S., Orda R.J. Richter's hernia: a surgical pitfall. *Am Coll Surg* 1996; 182(1): 60–62.

References

1. Steinke W., Zellweger R. Richter's hernia and Sir Frederick Treves: an original clinical experience, review, and historical overview. *Ann Surg* 2000 Nov; 232(5): 710–718.

2. Murray B.W., Cipher D.J., Pham T., Anthony T. The impact of surgical site infection on the development of incisional hernia and small bowel obstruction in colorectal surgery. *Am J Surg* 2011 Nov; 202(5): 558–560.

3. Manninen M.J., Lavonius M., Perhoniemi V.J. Results of incisional hernia repair. A retrospective study of 172 unselected hernioplasties. *Eur J Surg* 1991; 157(1): 29–31.

4. Courtney C.A., Lee A.C., Wilson C., O'Dwyer P.J. Ventral hernia repair: a study of current practice. *Hernia* 2003; 7(1): 44–46.

5. Boughey J.C., Nottingham J.M., Walls A.C. Richter's hernia in the laparoscopic era: four case reports and review of the literature. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2003 Feb; 13(1): 55–58.

6. Matthews B.D., Heniford B.T., Sing R.F. Preperitoneal Richter hernia after a laparoscopic gastric bypass. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2001 Feb; 11(1): 47–49.

7. Arellano-Borja A., Mojarra-Estrada J.M., Ungson-Beltrán G. Hernia de Richter en sitio de puerto de 5 mm posterior a miomectomía laparoscópica, reparada con engrapadora mecánica endoscópica. Reporte de caso y revisión de la literatura [Richter hernia at site 5 mm port after laparoscopic myomectomy, repaired with stapler endoscopic mechanical. Case report and literature review]. *Perinatol Reprod Hum* 2010; 24(2): 117–121.

8. Kaplan R., Delege M. An unusual case of a ventral Richter's hernia at the site of a previous PEG tube. *Dig Dis Sci* 2006 Dec; 51(12): 2389–2392.

9. Holzinger F., Klaiber C. Trocar site hernias. A rare but potentially dangerous complication of laparoscopic surgery. *Chirurg* 2002; 73(9): 899–904.

10. Glabai V.P., Temirsultanov R.Ya., Arkharov A.V., Isaev A.V., Abramov V.N., Gerbei Yu.N. Oslozhenie gigantskoy ushchemlennoy posle operatsionnoy ventral'noy gryzhi flegmonoy gryzhevogo meshka, nesformirovannym tonkokishechnym svishchom i peritonitom [Incarcerated giant incisional ventral hernia complicated by hernial sac phlegmon, unformed enteric fistula and peritonitis]. *Sovrem Tehnol Med — Modern Technologies in Medicine* 2012; 2: 143–145.

11. Horbach J.M. Invagination for Richter-type strangulated hernias. *Trop Doct* 1986; 16(4): 163–168.

12. Moleiro Bilbao A., Hernández-Siverio González A. Hernia de Richter en el neonato como causa de infarto testicular [Richter's hernia in the newborn as cause of testicular infarction]. *Cir Pediatr* 2009; 22: 226–228.

13. Kadirov S., Sayfan J., Friedman S., Orda R.J. Richter's hernia: a surgical pitfall. *Am Coll Surg* 1996; 182(1): 60–62.