

УДК 617.55-053.9-0.89.12

ЗАПОРОЖЧЕНКО Б.С.¹, ХОЛОДОВ І.Г.², БОРОДАЄВ І.Є.¹, ДЕХТЯР А.Л.¹¹Одеський національний медичний університет²Шпиталь Державної прикордонної служби України м. Одеси, Одеса, Україна

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПАХВИННОЇ ГРИЖІ З АТИПОВИМ РОЗТАШУВАННЯМ ГРИЖОВОГО МІШКА

Резюме. Наведено клінічний випадок гігантської пахової грижі з атиповим розміщенням грижового мішка у хворой 62 років. Після хірургічного лікування настало одужання.

Ключові слова: грижа черевної стінки, алопластика, грижовий вміст.

Частота гриж попереково-бічної ділянки черевної стінки в структурі гриж становить 8–12 % [1, 2]. Причинами їх утворення є дефекти передньої черевної стінки, релаксація м'язів та ожиріння. Більшість авторів відзначають, що під час надання допомоги хворим похилого віку виникає проблема якості та кількісної неповноцінності передньої черевної стінки з вираженими патологічними та атрофічно-дегенеративними змінами апоневротичних та м'язових утворень у ділянці грижового дефекту з порушенням мікроциркуляції, що приводить до порушення кровообігу по лінії швів та їх неспроможності. Отже, виконувати автопластику за цих умов безперспективно, частота рецидивів досягає 65 % [3]. Застосування алопластичних матеріалів під час грижопластики різко зменшує частоту рецидивів на 5–54 % [3–4].

Таким чином, незважаючи на застосування розроблених методів хірургічного лікування дефектів черевної стінки, їх результати незадовільні, що потребує розробки й удосконалення існуючих способів шляхом застосування нових передових хірургічних технологій.

Мета дослідження — покращення результатів хірургічного лікування гриж черевної стінки за рахунок застосування нових хірургічних технологій.

Хвора Б., 1952 р.н., звернулась у хірургічну клініку зі скаргами на наявність малоболісного випинання й розпирання в лівій здухвинній ділянці, що повністю не вправлялось у черевну порожнину, перешкоджало ходьбі, супроводжувалось хронічними запорами по 3–4 дні. Вважала себе хворою протягом 4 років, коли виявила безболісне випинання у здухвинній ділянці, яке вправлялось в черевну порожнину. З часом випинання повільно збільшувалось, протягом останнього року перестало вправлятися, посилились запори. У зв'язку з наявністю і збільшенням грижі звернулась за медичною допомогою. При огляді хворой: живіт асиметричний, рівномірно бере участь в акті дихання, м'який,

безболісний. У лівій боковій і здухвинній ділянці пальпується велике випинання овальної форми розміром до 20 × 10 см, верхній полюс якого пальпується на рівні кінця X ребра, утримує кишковий вміст, частково вправляється в черевну порожнину (рис. 1).

Проведене лабораторне обстеження довело, що загальний аналіз, біохімічний аналіз крові, загальний аналіз сечі в межах норми. ЕКГ-дослідження: синусовий ритм, ЧСС 77 за 1 хв, вертикальне положення електричної осі серця. Дифузні зміни міокарда.

При клініко-рентгенологічному обстеженні виявлено, що вмістом грижі є фіксована в грижових воротах петля сигмоподібної кишки. Іригоскопічне дослідження виявило ознаки хронічного сигмоїдиту, наявність доліхосигми, солітарний дивертикул висхідної ободової кишки, дискінезію товстої кишки за гіпомоторним типом (рис. 2).

ЕхоКГ: гемодинаміка за нормокінетичним типом. Порушення діастолічної функції міокарда лівого шлуночка. Помірна гіпертрофія міокарда лівого шлуночка. Дифузні склеротичні зміни. На підставі об'єктивного обстеження й додаткових досліджень хворой встановлений діагноз: неpravима вентральна грижа. Гіпертонічна хвороба II ст., медикаментозна компенсація, ризик високий. ІХС. Атеросклеротичний кардіосклероз. СН I-го ст. Порушення толерантності до глюкози.

29.05.2013 р. виконана операція: грижорозтин ліворуч, алопластика грижових воріт каркасним протезом HRD RB-SLD-M-PP. Витяг із протоколу операції: косим розрізом у лівій здухвинній ділянці довжиною до 10 см розсічена шкіра, підшкірна клітковина, наявність

© Запорожченко Б.С., Холодов І.Г.,

Бородаєв І.Є., Дехтяр А.Л., 2014

© «Український журнал хірургії», 2014

© Заславський О.Ю., 2014

витонченого апоневрозу зовнішнього косого м'язу, під яким виявлене грижове випинання шароподібної форми діаметром до 12–13 см, розташоване у здухвинній і лівій боковій ділянці, шийка його виходить із латеральної пахвинної ямки, грижове випинання виділене від оточуючих тканин, розкрито, вміст його — фіксована щільними злуками в ділянці грижових воріт сигмо-

подібна кишка, остання візуально та пальпаторно не змінена, не вправляється. Виконано розділення злук гострим шляхом, розсічено на 1 см назвні грижове кільце, грижовий вміст вправлений у черевну порожнину, грижовий мішок відсічений, ушитий. Прилегла очеревина відшарована від м'язів за периметром отвору на 5–6 см для формування ложа для сітчастого про-



Рисунок 1. Вигляд хворої до операції

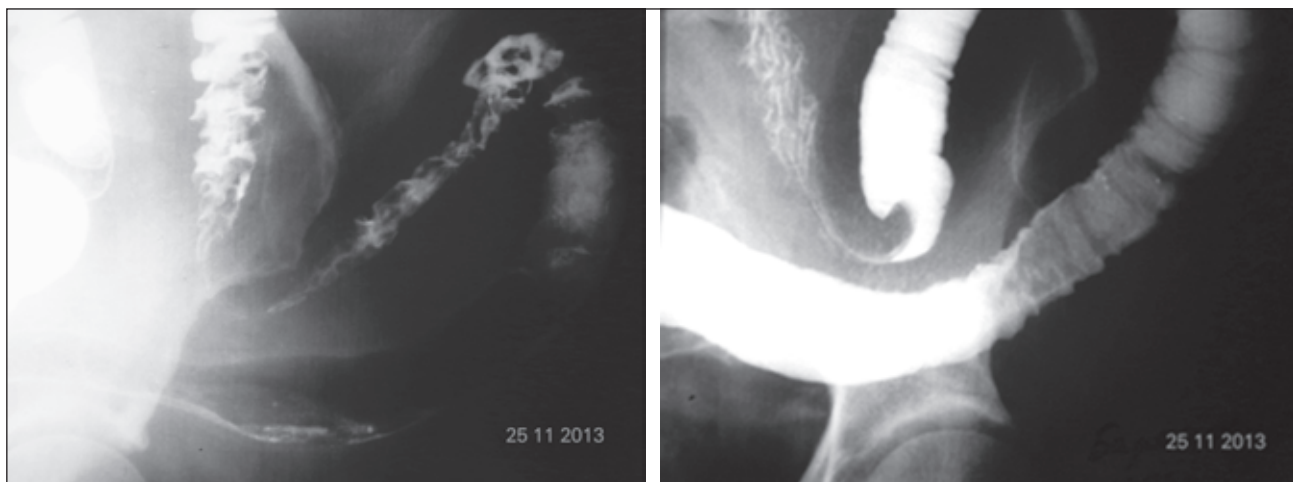


Рисунок 2. Іригоскопія. Петля сигмоподібної кишки в грижовому мішку



Рисунок 3. Вигляд хворої після оперативного втручання

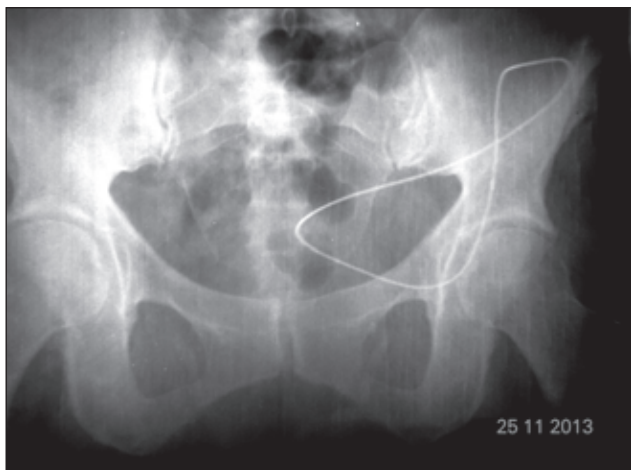


Рисунок 4. Рентгенограма кісток таза з візуалізацією каркаса сітчастого протеза

теза. Біопсія апоневрозу. Виконана передочеревинна пластика сітчастим протезом Rebound HRD RB-SLD-M-PP, що розташований і розправлений sublay, фіксований додатковим швом. Гемостаз під час операції. Пошарові шви на рану з активним дренажуванням під апоневротичного та підшкірного шару. Шви на рану.

Післяопераційний період мав неускладнений перебіг. Рана загоїлась первинним натягом (рис. 3, 4).

Запорожченко Б.С.¹, Холодов І.Г.²,

Бородаєв І.Е.¹, Дехтяр А.А.¹

¹Одеський національний медичинський університет

²Госпиталь Государственной пограничной службы Украины
г. Одессы, Одесса, Украина

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ С АТИПИЧНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА

Резюме. Приведен клинический случай гигантской паховой грыжи с атипичным расположением грыжевого мешка у больной 62 лет. После хирургического лечения наступило выздоровление.

Ключевые слова: грыжа брюшной стенки, аллопластика, грыжевое содержимое.

У відділеному післяопераційному періоді хвора обстежена, відмічалась нормалізація виправлення, болі при ходьбі не турбують.

Таким чином, найкращий результат хірургічного лікування хворої спостерігали при імплантації поліпропіленового протеза за методом sublay в запропонованому способі алопластики грижових воріт каркасним протезом HRD RB-SLD-M-PP.

Список літератури

1. *Современные аспекты лечения больных с боковыми и передне-боковыми грыжами живота / С.Ю. Пушкин, В.И. Белоконов, Ю.В. Пономарева, Л.Т. Волова // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 2010. — Т. 109, № 2. — С. 26-30.*
2. *Мишалов В.Г. Десятирічний досвід оперативних втручань у пацієнтів з післяопераційними передньо-боковими грижами / В.Г. Мишалов, А.О. Бурка, Л.Ю. Маркулан // AML XV. — 2009. — № 3. — С. 84-88.*
3. *Шевченко Ю.Л. Выбор метода пластики передней брюшной стенки / Ю.Л. Шевченко, С.С. Харнас, А.В. Егоров // Анналы хирургии. — 2003. — № 1. — С. 20-23.*
4. *Mesh-reinforced hiatal hernia repair: areview on the effect on postoperative dysphagia and re-currence / Antoniou S.A., Koch O.O., Antoniou G.A. [et al.] // Langenbecks Arch. Surg. — 2012. — Vol. 397. — P. 19-27.*

Отримано 15.05.14 ■

Zaporozhchenko B.S.¹, Kholodov I.G.², Borodayev I.Ye.¹,

Dekhtyar A.L.¹

¹Odesa National Medical University

²Hospital of State Border Guard Service of Ukraine,
Odesa, Ukraine

CLINICAL CASE OF INGUINAL HERNIA WITH ATYPICAL LOCATION OF THE HERNIAL SAC

Summary. There is given a clinical case of a giant inguinal hernia with atypical location of the hernial sac in a female patient aged 62 years. Surgical treatment led to the recovery.

Key words: abdominal wall hernia, alloplasty, hernial content.