

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКОЙ ПАХОВО-МОШОНОЧНОЙ ГРЫЖИ (клиническое наблюдение)

А.В. Протасов, З.С. Каитова

Кафедра оперативной хирургии и клинической анатомии
Российский университет дружбы народов
ул. Миклухо-Маклая, 8, Москва, Россия, 117198

Клиническое наблюдение хирургического лечения гигантской пахово-мошоночной грыжи. Даны рекомендации оперирующим хирургам по современным методам герниопластики. Даны медицинские советы пациентам.

Ключевые слова: паховая грыжа, герниопластика, имплантат, УЗИ, грыжевое содержимое.

Вопросы хирургического лечения больных с грыжами сохраняют свою актуальность в связи с частотой данной патологии. Заболеваемость грыжами составляет примерно 50 случаев на 10 000 населения. В России по поводу грыж производится до 600 000 операций в год, в Англии — более 80 000, в США — порядка 700 000, а в Европе — около 1 000 000 [1; 2]. Абсолютное большинство составляют грыжи паховой локализации [3; 4]. Паховые герниопластики выполняются практически в любом медицинском учреждении, имеющем отделение общей хирургии. Тем не менее, применяемые хирургические методики иногда соответствуют не столько современным достижениям герниологии, сколько «установкам» конкретной клиники. К сожалению, в настоящее время не существует единой методики герниопластики, а операции, выполняемые по поводу больших и гигантских пахово-мошоночных грыж, все еще остаются технически сложными и высоко травматичными. Кроме того, рецидив при них может достигать до 70—80% [5; 6].

Несмотря на доступность квалифицированной хирургической помощи, все еще встречаются крайне запущенные случаи гигантских пахово-мошоночных грыж, от оперативного лечения которых отказываются даже в достаточно крупных лечебных учреждениях. Для успешного лечения данной категории больных важным является точная диагностика, выбор оптимальной тактики оперативного вмешательства и последующего лечения.

В настоящей работе мы представляем пример клинического наблюдения и хирургического лечения гигантской пахово-мошоночной грыжи.

Пациент Д., 61 год, обратился в КБ № 85 ФМБА России в марте 2011 г. с жалобами на дискомфорт и грыжевое выпячивание в паховой области, а также значительное увеличение мошонки в размерах. Беседа с пациентом установила, что грыжевое выпячивание в паховой области наблюдается в течение 15 лет, а начало патологии связано с физической нагрузкой. Эпизоды ущемления пациент отрицал. Постепенное увеличение размеров грыжи до гигантских, с опущением в мошонку, сопровождалось снижением качества жизни пациента, что было выявлено при сборе истории болезни. Пациент перестал самостоятельно передвигаться и был не в состоянии себя обслуживать. Он неоднократно обращался в районную и областную клиники, однако в хирургическом лечении было отказано. Пациент обратился в нашу клинику за консультацией и был госпитализирован для дальнейшего комплексного обследования и оперативного лечения.

При поступлении в стационар клинические симптомы пациента соответствовали средней степени тяжести: температура тела 37 °С, кожные покровы бледные, дыхание везикулярное, хрипов нет. Ps 72 уд/мин. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный, не вздут. Мочиспускание свободное, безболезненное. Пациент с трудом садится в кровати, самостоятельно не встает и не передвигается.

Из сопутствующей патологии у пациента имело место: эрозивный гастрит, острые язвы луковицы двенадцатиперстной кишки (по данным ЭГДС), желчнокаменная болезнь (по данным УЗИ брюшной полости), дивертикулез ободочной кишки, полип сигмовидной кишки (по данным колоноскопии). Исследование функции внешнего дыхания показал умеренно выраженное снижение вентиляционной функции легких по обструктивному типу. Обращало на себя внимание значительное увеличение мошонки в размерах до 50 см в диаметре за счет грыжевого содержимого и водяночной жидкости, выраженные трофические нарушения кожи мошонки (наличие трофической язвы 4,0×5,0 см) (рис. 1, 2).



Рис. 1. Внешний вид грыжи при горизонтальном положении пациента



Рис. 2. Внешний вид грыжи при сидячем положении пациента

Клинический анализ крови показал анемию с уровнем гемоглобина 68 г/л, умеренный лейкоцитоз $10,3 \times 10^9$ /л; повышение СОЭ до 69 мм/час. Биохимические исследования выявили снижение железа до 3,7 мкмоль/л при ОЖСС 47,9 мкмоль/л, и гипокалиемию — K^+ 3,9 ммоль/л.

Компьютерная томография органов малого таза выявила пахово-мошоночную грыжу с размерами грыжевого мешка 400×330×306 мм. Размер грыжевых ворот 9×8×7 см. В грыжевом мешке определяются петли тонкой кишки, брыжейка и большое количество неоднородной жидкости объемом до 14,7 л (рис. 3, 4).

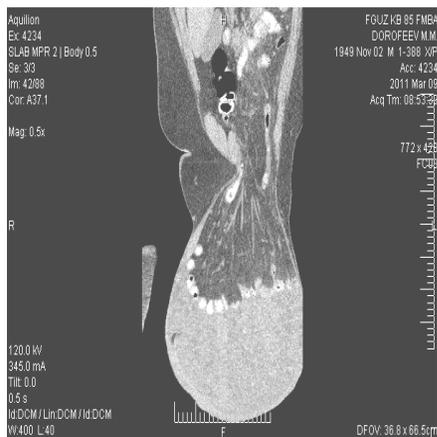


Рис. 3. КТ органов малого таза, фронтальный срез



Рис. 4. КТ органов малого таза, сагиттальный срез, красной линией показаны грыжевые ворота

При поступлении пациенту выполнено дренирование мошонки, эвакуировано 15 литров прозрачной серозной жидкости. В качестве предоперационной подготовки пациенту проведена инфузионная терапия в объеме 2,0 литра в сутки, трансфузии СЗП, эритроцитарной массы, полиглюкина, терапия препаратами железа (сорбифер в/м), комплексная противоязвенная терапия (препаратами париет, де-нол), антибактериальная терапия (цефтриаксон 2,0, гентамицин 0,08 в/м).

На фоне терапии у пациента нормализованы показатели крови (уровень калия 4,0 ммоль/л, железо 7,5 ммоль/л, лейкоциты $8,3 \times 10^9$ /л), однако сохранялась умеренная анемия с уровнем гемоглобина 88 г/л, лихорадка до 38,0—38,5 °С вечером и 37,0 °С утром.

Через 2 недели с момента поступления (25.03.11) пациент оперирован. Первым этапом выполнена герниотомия слева. Рассечен апоневроз наружной косой мышцы (рис. 5). Выделен грыжевой мешок, вскрыт. Размеры грыжевого мешка составляли 40×30 см. В грыжевом мешке до 1 литра прозрачной жидкости. Содержимым его являлись вся тонкая кишка с брыжейкой, поперечная поперечная ободочная кишка с большим сальником, часть нисходящей кишки (рис. 6, 7).



Рис. 5. Доступ. Рассечена кожа, содержимое грыжевого мешка: петли тонкой кишки с брыжейкой, подкожная клетчатка в проекции пахового канала

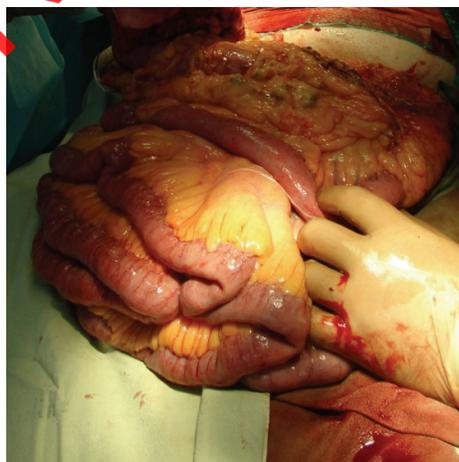


Рис. 6. Содержимое грыжевого мешка: петли тонкой кишки с брыжейкой, поперечная ободочная кишка с большим сальником, часть нисходящей кишки

Выполнена резекция большого сальника, после чего содержимое грыжевого мешка было вправлено в брюшную полость (рис. 8). При ревизии выявлены рубцовые изменения стенки грыжевого мешка и оболочек семенного канатика; для выполнения более надежной пластики решено резецировать левый семенной канатик и удалить левое яичко вместе с грыжевым мешком, что и было выполнено. Следующим этапом непрерывным швом нитью викрил восстановлена целостность внутренней косой мышцы и поперечной фасции (рис. 9).



Рис. 7. Грыжевой мешок выделен дошейки

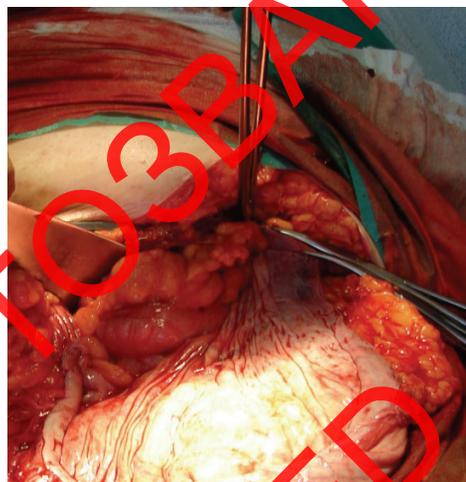


Рис. 8. Содержимое грыжевого мешка вправлено в брюшную полость (грыжевые ворота 9 × 8 см)

Пластика задней стенки пахового канала выполнена по методике Лихтенштейна. В качестве алломатериала мы использовали сетчатый имплантат фирмы Covidien Parietene размерами 20×20 см. Имплантат фиксировали узловыми швами к Куперовой связке в области лонного бугорка, краю внутренней косой мышцы живота, пупартовой связке. Далее над имплантатом край в край восстановлена целостность апоневроза наружной косой мышцы (рис. 10).

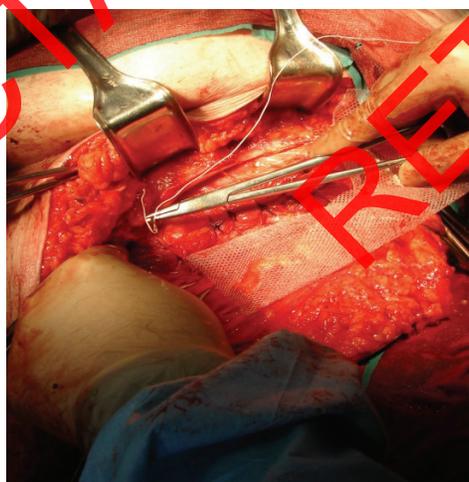


Рис. 9. Восстановлена целостность внутренней косой мышцы и поперечной фасции; имплантат размещен в подапоневротическом пространстве

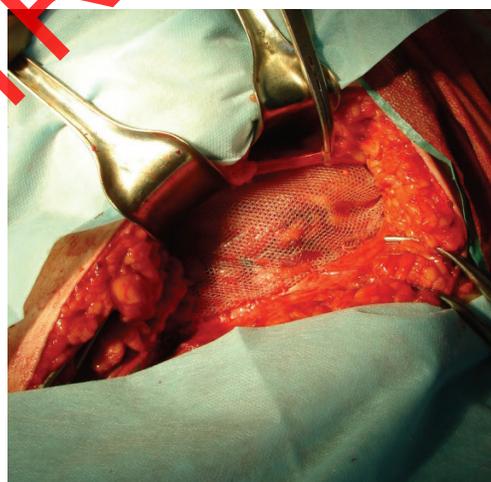


Рис. 10. Имплантат фиксирован к структурам пахового канала

Учитывая трофические изменения и наличие инфильтрации кожи левой половины мошонки, последняя была резецирована. Следующим этапом выполнена пластика мошонки. Операция завершена дренированием полости мошонки и подкожной клетчатки в области операционной раны (рис. 11, 12).



Рис. 11. Резекция кожи левой половины мошонки



Рис. 12. Дренирование полости мошонки, операционной раны; вид пациента после завершения операции

В послеоперационном периоде продолжена инфузионная терапия в течение 3-х суток, антибактериальная терапия, обезболивание с применением нестероидных противовоспалительных препаратов. Проводились занятия по дыхательной гимнастике, лечебной физкультуре. Пациент на 4-е сутки после операции самостоятельно вставал, передвигался по палате и отделению. Операционная рана зажила первичным натяжением, сняты швы на 9-е сутки. Анальгетики отменены на 5-е сутки после операции. Инфекционных и иных осложнений в послеоперационном периоде со стороны раны не наблюдалось. Имелся умеренно выраженный отек кожи мошонки. Пациент в удовлетворительном состоянии выписан из стационара на 10-е сутки после операции.

Для динамического контроля пациент прибыл в клинику через четыре месяца после операции. Состояние удовлетворительное, жалоб на самочувствие нет. Передвигается самостоятельно, похудел на 10 кг. Сохраняется одышка до 20—22 в минуту. В общем анализе крови обращает на себя внимание стабилизировавшийся гемоглобин, изменений формулы нет. При осмотре наружное паховое кольцо с трудом пропускает палец, подвижность задней стенки пахового канала при кашлевом толчке практически отсутствует. Предложено приехать для осмотра через один год после операции.

Таким образом, приведенное наблюдение демонстрирует правильно избранную тактику ведения пациента с гигантской пахово-мошоночной грыжей, с полноценной предоперационной диагностикой и коррекцией сопутствующей патологии, что привело к последующему успешному лечению пациента и восстановлению качества его жизни [7].

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Козлов И.З., Андросова Т.П. Ошибки и опасности в диагностике и лечении больных с ущемленными грыжами живота // Хирургия. 1975. № 6. С. 106—110.
- [2] John T Jenkins, Patrick J O'Dwyer. Inguinal hernias // BMJ. 2008. 336:269—272.

- [3] Фёдоров В.Д., Адамян А.А., Гогия В.Ш. Эволюция лечения паховых грыж // Хирургия. 2000. № 3. С. 51—53.
- [4] Протасов А.В., Богданов Д.Ю., Магоматов Р.Х. Практические аспекты современных герниопластик. М.: Русаки, 2011.
- [5] Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л., Федоров А.Д. Современные методики хирургического лечения паховых грыж. М.: РНЦХ РАМН, 2003. С. 28.
- [6] Kald A., Fridsten S., Nordin P., Nilsson E. Outcome of repair of bilateral groin hernias: a prospective evaluation of 1,487 patients // Eur J Surg. 2002. Vol. 168. N 3. P. 150—153.
- [7] Протасов А.В., Богданов Д.Ю., Шухтин Н.Ю. и др. Технические особенности выполнения герниопластики с различными имплантатами // Эндоскопическая хирургия. 2011. N 1. С. 35—38.

THE CHOICE OF METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF A GIANT INGUINAL SCROTAL HERNIA (clinical case)

A.V. Protasov, Z.S. Kaitova

The Department of Operative Surgery and Clinical Anatomy
Peoples' Friendship University of Russia
Miklukho-Maklaya str., 8, Moscow, Russia, 117198

Paper describe clinical case of surgical treatment of giant inguinal-scrotal hernia. Recommendations are given to the surgeons on modern methods of hernioplasty, as well as medical advice to patients.

Key words: inguinal hernia, hernioplasty, implant, ultrasound, hernial contents.

REFERENCES

- [1] Kozlov I.Z., Androsova T.P. Errors and dangers in the diagnosis and treatment of patients with strangulated abdominal hernias. Surgery. 1975. N 6. P. 106—110.
- [2] John T Jenkins, Patrick J O'Dwyer. Inguinal hernias. BMJ. 2008. 336. P. 269—272.
- [3] Fedorov V.D., Adamyam A.A., Gogia V.Sh. The evolution of the treatment of inguinal hernias. Surgery. 2000. N 3. P. 51—53.
- [4] Protasov A.V., Bogdanov D.Yu., Magomadov A.D. Practical aspects of modern hernioplasty. Moscow, Rusaki, 2011.
- [5] Timoshin A.D., Yurasov A.V., Shestakov A.L., Fedorov A.D. Modern methods of surgical treatment of inguinal hernias. M., PSCS RAMS, 2003. P. 28.
- [6] Kald A., Fridsten S., Nordin P., Nilsson E. Outcome of repair of bilateral groin hernias: a prospective evaluation of 1,487 patients. Eur J Surg. 2002. Vol. 168. N 3. P. 150—153.
- [7] Protasov A.V., Bogdanov D.Yu., Shuhtin N.Yu. et al. Technical features of the hernioplasty with different implants. Endoscopic surgery. 2011. N 1. P. 35—38.