

© КАСПАРОВ Э. В., СУХОРУКОВ А. М., ВДОВЕНКО П. А., ЗЮЗЮКИНА А. В.

УДК:617.55-007.43-089.168.1

## СЛУЧАИ УЩЕМЛЕННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Э. В. Каспаров<sup>1</sup>, А. М. Сухоруков<sup>1</sup>, П. А. Вдовенко<sup>1</sup>, А. В. Зюзюкина<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>ФГБНУ Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера, и. о. директора – д. м. н., проф. С. В. Смирнова; <sup>2</sup>ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д. м. н., проф. И. П. Артюхов.

**Резюме.** В статье представлены два редких клинических случая ущемленных вентральных грыж, в грыжевых мешках которых обнаружены дивертикул Меккеля и червеобразный отросток.

**Ключевые слова:** ущемленная послеоперационная вентральная грыжа, дивертикул Меккеля, червеобразный отросток.

## CASES OF INFRINGEMENT POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS

E. V. Kasparov<sup>1</sup>, A. M. Suhorukov<sup>1</sup>, P. A. Vdovenko<sup>1</sup>, A. V. Zyzyukina<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Scientific Research Institute of medical problems of the North;

<sup>2</sup>Krasnoyarsk state medical university named after Prof. V. F. Voyno-Yusenetsky.

**Abstract.** The paper presents two rare clinical cases of infringed ventral hernias, in the hernia sac of it was detected Meckel diverticulum and appendix.

**Key words:** incarcerated postoperative ventral hernia, Meckel's diverticulum, appendix.

Ущемленные грыжи занимают третье место по частоте встречаемости в неотложной абдоминальной хирургии, после острого аппендицита и острого холецистита [3]. Доля вентральных грыж составляет 2,2 – 10% общего количества ущемленных грыж, летальность достигает 21% [4]. Дивертикул Меккеля встречается у 2% людей в человеческой популяции [1]. У мужчин встречается в 4 раза чаще, чем у женщин. Располагается дивертикул на 70-100 см от илеоцекального перехода [2].

Редкие варианты послеоперационных вентральных грыж иллюстрируют представленные клинические случаи.

Больная Л., 53 лет поступила в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе, отсутствие стула в течение трех дней, тошноту, рвоту. Из анамнеза известно,

вышеуказанные жалобы появились три дня назад, самостоятельно не лечилась. *Status localis*: в области пупка грыжевой дефект 20 x 25 см, невозможный в брюшную полость, умеренная болезненность при пальпации, симптом «кашлевого толчка» отрицательный. Осмотрена терапевтом, выставлен диагноз: гипертоническая болезнь III риск 4, СН II А (III ф.кл. по NYHA), ожирение IV степени. В анализе крови: лейкоциты –  $17 \times 10^9/\text{л}$ , нейтрофильный лейкоцитоз – 14%.

Лечение: оперирована в экстренном порядке под эндотрахеальным наркозом. При ревизии выделен грыжевой мешок 18 x 18 x 14 см темно-вишневого цвета с выраженной инъекцией сосудов (флегмона грыжевого мешка), грыжевые ворота 12 x 6 см, многокамерные в одной

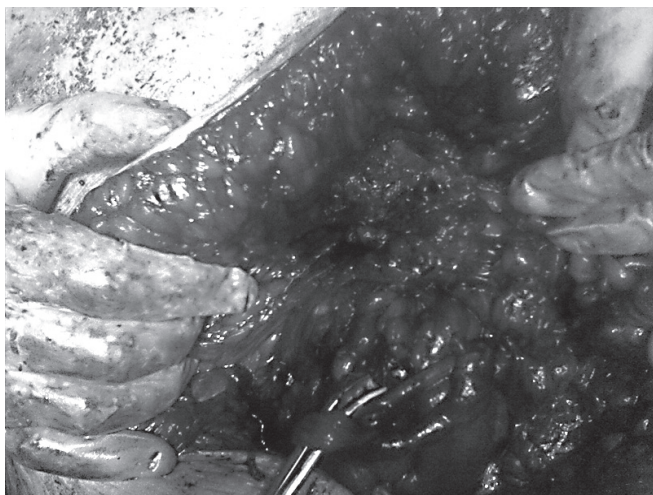


Рис. 1. Червеобразный отросток в грыжевом мешке.



Рис. 2. Грыжевой дефект с пролежнем.



Рис. 3. Некроз стенки дивертикула Меккеля.

из камер явления ущемления. В просвете прядь салника со странгуляционной бороздой, при ее выделении обнаружен купол слепой кишки с аппендиксом. Червеобразный отросток с выраженной инъекцией сосудов, гиперемирован (рис.1). Выполнена аппендэктомия, резекция пряди салника. Пластика грыжевых ворот по Сапежко. Клинический диагноз: ущемленная послеоперационная вентральная грыжа, некроз пряди салника, флегмона грыжевого мешка, вторичный катаральный аппендицит. Больная выписана на 9-е сутки в удовлетворительном состоянии. Рана зажила первичным натяжением.

Больная К., 55 лет поступила в экстренном порядке в хирургический стационар с диагнозом: ущемленная послеоперационная вентральная грыжа. При осмотре состояние больной средней степени тяжести. Кожные покровы бледно-розовые, температура тела 36,5 °С. Язык влажный, живот асимметричный и увеличен в объеме за счет подкожно-жирового слоя и вентральной грыжи. При пальпации выраженная болезненность в области грыжевого дефекта. Перитонеальные симптомы отрицательные.

*Status localis:* в мезогастральной области грыжевой дефект 20 x 25 см невривимый в брюшную полость, на коже определяется пролежень 6 x 6 см, в виде гнойной раны с грануляциями, мацерация в области кожной складки (рис. 2). Симптом «кашлевого толчка» отрицательный.

Экстренное оперативное вмешательство. При ревизии грыжевого мешка обнаружен дивертикул Меккеля с широким основанием длиной 5 см (рис. 3), подпаянный верхушкой к стенке грыжевого мешка (в области пролежня на коже), с некрозом на верхушке дивертикула.

Выполнена герниолапаротомия с пластикой грыжевых ворот по Сапежко. Резекция дивертикула Меккеля. Клинический диагноз: гигантская послеоперационная вентральная грыжа осложненная пролежнем IV степени. Флегмона грыжевого мешка. Вторичный гангренозный дивертикулит. Послеоперационный период без осложнений. Больная выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга по месту жительства.

Таким образом, описанные клинические случаи демонстрируют эффективность активной хирургической тактики при подозрении на ущемление многокамерных вентральных грыж.

### Литература

1. Ишимов Ш. С., Раянов Н. В., Бикташев М. Л. Случай успешной операции при дивертикуле Меккеля, осложненном кишечной непроходимостью // Медицинский вестник Башкортостана. – 2011. – № 3. – С. 146-147.
2. Климов А. Е. Два случая осложнений дивертикула Меккеля // Вестник Российского университета дружбы народов. – М.: серия медицина. – 2003. – №3. – С. 146-148.
3. Самсонова О. И. Некоторые аспекты осложнений при ущемленных паховых и вентральных грыжах // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2007. – Т. 8, № 4. – С. 601-604.
4. Фатхутдинов И. М. Полипропиленовые эндопротезы в хирургии ущемленных послеоперационных вентральных грыж // Казанский медицинский журнал. – 2012. – № 3. – С. 541-544.

### References

1. Ishimov Sh., Ryanov N.V., Biktashev M. L. The case of the successful surgery for Meckel diverticulum complicated with intestinal obstruction // Medical Bulletin of Bashkortostan. – 2011. – № 3. – P. 146-147.
2. Klimov A.E. Two cases of Meckel diverticulum complications // Bulletin of the Russian Peoples' Friendship University. – M.: Medicine series. – 2003. – № 3. – P. 146-148.
3. Samsonova O.I. Some aspects of complications of strangulated inguinal and ventral hernias // Bulletin of Emergency and Rehabilitation Medicine. – 2007. – Vol. 8, № 4. – P. 601-604.
4. Fatkhutdinov I.M. Polypropylene implants in surgery of the strangulated postoperative ventral hernias // Kazan Medical Journal. – 2012. – № 3. – P. 541-544.

### Сведения об авторах

Каспаров Эдуард Вильямович – доктор медицинских наук, профессор, главный врач клиники ФГБУ НИИ медицинских проблем Севера.

Адрес: 660022, Красноярск, ул. П. Железняк, г. 3г; тел. 8(391) 2280662; e-mail: rsimpr@snp.ru.

Сухоруков Александр Михайлович – доктор медицинских наук, профессор, ФГБУ НИИ медицинских проблем Севера.

Адрес: 660022, Красноярск, ул. П. Железняк, г. 3г; тел. 8(391)2280662; e-mail: suhorukov-50155@mail.ru.

Вдовенко Петр Александрович – кандидат медицинских наук, заведующий хирургическим отделением клиники, ФГБУ НИИ медицинских проблем Севера.

Адрес: 660022, Красноярск, ул. П. Железняк, г. 3г; тел. 8(391)2201740; e-mail: vdovenko-pa@mail.ru.

Зюзюкина Алена Владимировна – ассистент кафедры общей хирургии, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ, врач-хирург клиники, ФГБУ НИИ медицинских проблем Севера.

Адрес: 660022, Красноярск, ул. П. Железняк, г. 1; тел.: 8(391)2201740; e-mail: alena-vz@mail.ru.