

© КОЛЫГАЕВ В. Ф., БЕХТЕВ Г. В., ДЫХНО Ю. А., ЗУКОВ Р. А., ХАЛИУЛЛИН И. И.

УДК – 616.718.19 – 007.43 – 031:611.738.17 – 089:615.46.461

СЛУЧАЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО КАНАЛА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТАТА

В. Ф. Колыгаев, Г. В. Бехтев, Ю. А. Дыхно, Р. А. Зуков, И. И. Халиуллин

ФГУЗ «Клиническая больница № 42 ФМБА России», г. Зеленогорск, Красноярский край, гл. врач – В.А. Петров;

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения РФ, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов.

Резюме. Представлен случай эндоскопического хирургического лечения грыжи запирающего канала с использованием сетчатого имплантата. Подобных сообщений в доступной литературе и интернете нет.

Ключевые слова: грыжа запирающего канала, хирургическая эндоскопия.

Грыжи запирающего канала в практике хирурга встречаются крайне редко. Об этом свидетельствуют данные S.R. Harper и J.H. Holt (1956), которые в мировой литературе нашли описание 463 случаев [7], а Т.Ю. Юсупов (1962) на 9000 операций по поводу грыж живота имел только одно наблюдение [6].

Запирающая грыжа (*hernia obturatoria*) из полости малого таза через небольшое отверстие для запирающих сосудов и нерва, расположенное у верхнего края запирающей мембраны, внедряется во внутреннее отверстие запирающего канала – *canalis obturatorius* (рис. 1). Ширина канала 1 см, длина – 2,5-3 см. Грыжевой мешок, содержимое которого – петля тонкой кишки, саленник, через наружное отверстие канала выходит на медиальную поверхность бедра под приводящими мышцами.

Н. В. Вознесенский (1959) выделил три последовательных стадии развития *hernia obturatoria*:

- 1) *hernia obturatoria interna* – грыжевое выпячивание поступает в запирающий канал;
- 2) *hernia obturatoria externa* – грыжевое выпячивание, пройдя запирающий канал, располагается под гребешковой мышцей;
- 3) *hernia prepectinea* – грыжевое выпячивание вышло из под края гребешковой мышцы [2].

Рассматриваемые грыжи встречаются преимущественно у женщин пожилого возраста [1], что объясняется особенностями анатомического строения женского таза: более выраженным его наклоном, большей величиной запирающего отверстия, более вертикальным положением запирающего канала. С возрастом у женщин уменьшается масса жировой клетчатки в запирающем канале, подвергаются атрофии запирающие мышцы. Вследствие этого промежутки около сосудисто-нервного пучка увеличивается, создавая предпосылки для возникновения грыжи. Этим, в частности, объясняется тот факт, что запирающие грыжи нередко бывают двусторонними.

Распознавание запирающей грыжи в период ее прохождения по каналу (скрытая форма) затруднено. И только,

когда она выходит из-под края гребешковой мышцы (третья стадия), ее можно определить пальпаторно на передне-медиальной стороне верхней трети бедра в виде округлого опухолевидного образования. Скрытые каналикулярные формы распознаются по косвенным признакам: невралгические боли в верхней трети внутренней поверхности бедра, вследствие давления грыжевого выпячивания на запирающий нерв внутри канала. По данным J.R. Harper и J.H. Holt (1956), в 50% случаев боль охватывает всю область иннервации запирающего нерва [7]. Для уменьшения болезненности больной придает ноге слегка согнутое в тазобедренном суставе положение с ротацией бедра кнутри [6].

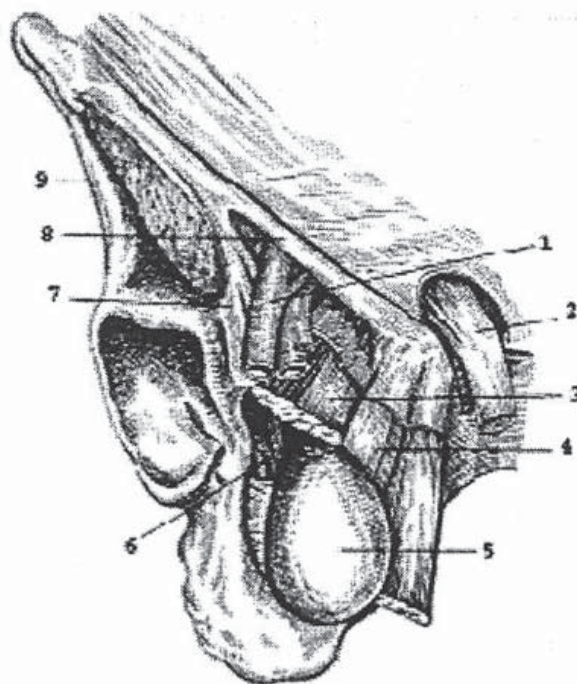


Рис. 1. Запирающая грыжа (по А. П. Крымову). 1 – *a. epigastrica*; 2 – *funiculus spermaticus*; 3 – *m. pectineus*; 4 – *m. adductor longus*; 5 – грыжевой мешок; 6 – *a. et n. obturatorii*; 7 – *lig. pectineale (lig. iliopectineum)*; 8 – *lig. inguinale (Poupartii)*; 9 – *m. iliopsoas*.

Влагалищное и ректальное исследования, позволяют пропальпировать изнутри область запирающего отверстия. При наличии грыжи определяется тяжистое болезненное образование.

Ущемление запирающей грыжи сопровождается быстро развивающимися симптомами кишечной непроходимости, однако, диагноз ущемления запирающей грыжи чаще устанавливают после лапаротомии. При рихтеровском ущемлении запирающей грыжи явления кишечной непроходимости развиваются поздно. Поэтому своевременная диагностика внутреннего ущемления имеет чрезвычайно важное значение и во многом определяют исход заболевания.

Лечение. Существуют различные способы операций при запирающих грыжах, которые отличаются друг от друга доступом к грыжевому мешку и внутреннему отверстию запирающего канала [3]. В случае, когда диагноз до операции не установлен и операция предпринимается в связи с кишечной непроходимостью, наиболее часто применяют нижне-срединную лапаротомию. Этот доступ создает хорошие условия для осмотра и, при необходимости – резекции кишки. Однако, лапаротомный разрез и даже положение Тренделенбурга не обеспечивают хирургу удобство закрытия грыжевого дефекта в глубине таза, что увеличивает опасность ранения запирающих сосудов.

При возникновении трудностей разужения кишки в запирающем отверстии ущемляющее кольцо – запирающую мембрану, необходимо рассечь книзу (каудально), остерегаясь ранить запирающую артерию. После иссечения грыжевого мешка внутреннее отверстие закрывают, сшивая ножки внутренней запирающей мышцы и брюшину.

Бедренный доступ к запирающему каналу используют в случаях, когда грыжа не ущемлена, и диагноз не вызывает сомнений. Разрез вертикальный от паховой связки между лонным бугорком и бедренной веной, длиной 10-12 см. После удаления грыжевого мешка ножки наружной запирающей мышцы сшивают, и «закрывают» запирающий канал. Для пластики используют мышечный лоскут из гребешковой мышцы. Если грыжа ущемлена, необходимо дополнительно произвести лапаротомный разрез.

Позадилонный предбрюшинный доступ по Четлу-Генри, предполагает рассечь поперечно над лоном кожу и подлежащие ткани, включая передний листок апоневроза влагалищ прямых мышц живота. Позадилонно, предбрюшинно в области внутреннего запирающего отверстия выделяют грыжевой мешок, после обработки которого 2-3-я узловыми швами сшивают края ножек внутренней запирающей мышцы.

Доступ позволяет хорошо осмотреть заднюю поверхность передней стенки таза, легко выделить грыжевой мешок и под контролем зрения ушить внутреннее отверстие

запирающего канала. В случае необходимости можно легко вскрыть брюшину и получить хорошую экспозицию для ревизии органов живота и выполнения резекции кишки и сальника.

С позиции современного внедрения эндоскопической хирургии вместо традиционных вмешательств широко используют в диагностическом и лечебном плане лапароскопические операции как менее травматичные и в то же время позволяющие произвести тщательную ревизию любого отдела брюшной полости и малого таза, выполнить различные хирургические манипуляции [5].

Мы использовали лапароскопическую технику в диагностике и лечении грыжи запирающего канала. Подобных сообщений в доступной нам литературе, в том числе и в интернете, мы не нашли.

Больная З., 70 лет, история болезни № 16960, доставлена бригадой скорой помощи в клинику больницы № 42 в 07 часов 20 мин 15.12.2011 г. При поступлении жаловалась на боли в животе без четкой локализации, чувство тошноты, однократную рвоту пищей.

Заболела накануне вечером: возникли боли в животе и тошнота, была однократная рвота. Одновременно с болью в животе появилась боль в правом бедре. Принимала пенталгин, боль не прошла.

Со слов больной: в течение последних трех лет беспокоят периодически возникающие при физической нагрузке, а также при ходьбе боли в области внутренней поверхности правого бедра. Боли проходят в положении лежа на левом боку. Тогда же было проведено МРТ. Выявлена грыжа межпозвонкового диска. Рекомендовано повторить МРТ через несколько месяцев. Однако, в связи с материальными трудностями, больная отказалась от исследования.

В приемном отделении рвота съеденной пищей повторилась.

Status praesens: общее состояние больной средней тяжести, сознание ясное, вес 50 кг, рост 156 см (ИМТ – 20 кг/м²), кожные покровы и слизистые бледно-розовые. Пульс 80 уд., АД – 150/80 мм рт. ст. ЧДД – 18 в 1 мин, дыхание везикулярное. Язык сухой, чистый. Живот подвздут, мягкий, умеренно болезненный во всех отделах, больше в околопупочной области. Печень, селезенка не увеличены, симптомов раздражения брюшины нет, перистальтика кишечника выслушивается. Симптом XII ребра отрицательный с обеих сторон. Больная страдает запорами, стул 1 раз в 3 дня. Последний раз стул был 14.12.2011 г. утром. Пальцевое исследование прямой кишки: тонус сфинктера сохранен, в ампуле прямой кишки каловые массы, опухолевидных образований нет. Дежурный хирург диагностировал острую обтурационную кишечную непроходимость.

Проведено обследование. УЗИ органов брюшной полости: петли кишечника перерастянуты жидким содержимым, перистальтика вялая, «мятниковобразная».

На обзорных рентгенограммах брюшной полости имеются горизонтальные уровни. Через 3 $\frac{1}{2}$ часа после дачи бария – основная масса контраста в желудке и проксимальном отделе тонкой кишки. Имеются чаши Клойбера. Анализ крови от 15.12.2011 г.: Нб 138 г/л Н/т 40,5, эритроциты – $4,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $7,7 \times 10^9$ /л, нейтрофилы – 8,3 %, лимфоциты – 14,2 %, моноциты – 2,8%, тромбоциты – 164×10^9 /л.; анализ мочи: лейкоциты 20-40 в п/зрения, диастаза 787 мг/сек/литр. Диагноз острой кишечной непроходимости подтвержден проведенным обследованием.

В экстренном порядке под эндотрахеальным наркозом с использованием миорелаксантов, с помощью иглы Вереща наложен карбоксиперитонеум с давлением 12 мм рт. ст. На расстоянии 3 см выше пупка по средней линии живота через прокол введен телескоп Хопкинса. Выполнена ревизия: в брюшной полости имеется небольшое количество прозрачного выпота. Тонкая кишка вздута на большом протяжении. Виден также и спавшийся участок тонкой кишки. Установлено, что на расстоянии 1 метра от илеоцекального угла тонкая кишка ущемлена во внутреннем отверстии правого запирающего канала. Выше и ниже пупка отступая от него на 7-8 см по средней линии введено 2 порта (5 и 10 мм) для инструментов. Для лучшего обзора малого таза операционный стол переведен в положение Тренделенбурга и повернут на 15° влево (в сторону, противоположную ущемлению). При аккуратной тракции приводящей и отводящей петель ущемленной кишки и одновременном пальпаторном надавливании на грыжевое выпячивание со стороны внутренней поверхности верхней трети правого бедра кишка освобождена из ущемляющего кольца и низведена в брюшную полость. Констатирована ее жизнеспособность. Из запирающего канала выведен грыжевой мешок.

Выполнена лапароскопическая герниопластика.

Методика операции: отступая на 3 см от верхнего края запирающего отверстия овальным разрезом длиной 7 см рассечена брюшина. Вместе с грыжевым мешком она отделена от запирающей фасции. В освобожденное пространство помещена композитная сетка «ULTRAPRO» размерами 6,0x11,0 см, которая перекрыла запирающее отверстие с запасом 3-5 см. Сетка фиксирована скобками к запирающей фасции по периметру с помощью эндогерниостеплера. Сетка сверху укрыта брюшиной, которая также фиксирована скобками по периметру.

Через контраптертуру передней брюшной стенки полость малого таза дренирована по Ridon'у. Портальные отверстия закрыты скобами Мишеля, наложена асептическая повязка.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На следующий день после операции больная ходила. Нарушения функции желудочно-кишечного тракта не было. С большим удовлетворением больная отметила, что боль в правом бедре прошла.

Пациентка выписана из отделения 22.12.2011 г. в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, нами впервые в практике был применен метод эндоскопического хирургического лечения редко встречающейся грыжи запирающего канала, позволивший в кратчайший срок активизировать больную, избежать возможных послеоперационных осложнений, сократить сроки пребывания больной в стационаре до 7 дней, что в свою очередь, имеет существенный экономический эффект.

ENDOSCOPIC SURGICAL TREATMENT CASE OF STRANGULATED HERNIA OF OBTURATOR CHANNEL USING MESH IMPLANTS «ULTRAPRO»

V. F. Kolygaev, G. V. Bekhtev, Yu. A. Dykhno, R. A. Zukov, I. I. Khaliullin
Clinical Hospital № 42 of FMBA Zelenogorsk, Krasnoyarsk region of Russia;
Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V. F. Voino-Yasenetsky

Abstract. Is presented a case of endoscopic surgical treatment of obturator channel hernia using mesh implant. There is no similar reports in the available literature and in the Internet.

Key words: obturator canal hernia, surgical endoscopy.

Литература

1. Бульнин И.И. Наружные грыжи живота. – Ставропольское книжное издательство, 1968. – С. 105-107.
2. Воскресенский Н.В. Наружные брюшные грыжи. – М.: Медгиз, 1959. – 162 с.
3. Жебровский В.В., Ильченко Ф.Н. Атлас операций при грыжах живота. – Симферополь, 2004. – С. 265-271.
4. Крымов А.П. Брюшные грыжи. – Киев: Гос. мед. изд-во УССР, 1950. – 279 с.
5. Кубышкин В.А., Ионкин Д.А. Лапароскопическая герниопластика // Эндоскопическая хирургия. – 1995. – № 2-3. – С. 42-43.
6. Юсупов Т.Ю. Редкие формы наружных брюшных грыж: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1962. – С. 10-11.
7. Harper J.R., Holt J.R. Obturator hernia // Am. J. Surg. – 1956. – Vol. 92, №4. – P. 562-565.

Сведения об авторах

Кольгаев Валерий Федорович – зав. хирургическим отделением клинической больницы № 42 ФМБА РФ, г. Зеленогорск; e-mail: kolygaev_vf@skc-fmba.ru.

Бехтев Геннадий Валентинович – зам. гл. врача по хирургии клинической больницы № 42 ФМБА РФ, г. Зеленогорск; e-mail: behtev.gena@mail.ru.

Дыхно Юрий Александрович – г.м.н., проф., зав. каф. клинической онкологии и лучевой терапии с курсом ПО КрасГМУ; e-mail: dykhno_yury@mail.ru.

Зуков Руслан Александрович – к.м.н., доц. каф. клинической онкологии и лучевой терапии с курсом ПО КрасГМУ; e-mail: zukov_rus@mail.ru.

Халиуллин Ильдар Исмаилович – хирург-ординатор хирургического отделения клинической больницы № 42 ФМБА, г. Зеленогорск; e-mail: halik2301@mail.ru.