

С.В. ИВАНОВ, О.С. ГОРБАЧЕВА, И.С. ИВАНОВ, Г.Н. ГОРЯИНОВА,
Е.Г. ОБЪЕДКОВ, Д.В. ТАРАБРИН, Г.Н. ГАФАРОВ, И.А. ИВАНОВА

ГИГАНТСКАЯ ПАХОВО-МОШОНОЧНАЯ ГРЫЖА

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет»,
Российская Федерация

Представлен клинический случай лечения пациента 57 лет с невримой пахово-мошоночной грыжей гигантских размеров. На момент поступления пациент предъявлял жалобы на выраженный дефект брюшной стенки, резкое увеличение мошонки, неспособность к самообслуживанию. Впервые грыжевое выпячивание в паховой области появилось 11 лет назад, со временем оно постепенно увеличивалось в размерах. Наибольший интенсивный рост грыжи пациент отметил в последние 1,5 года.

Пациенту было выполнено оперативное вмешательство в объеме: левосторонне пахово-мошоночное грыжесечение, пластика по Лихтенштейну, эндопротезирование передней брюшной стенки полипропиленовой хирургической сеткой по методике inlay, совместно с элементами операции Рамиреса. Послеоперационный период протекал без осложнений. Иссечение и пластику мошонки планируется выполнить вторым этапом через шесть месяцев. Учитывая нестандартность случая, а именно гигантские размеры грыжевого выпячивания и сложность хирургического вмешательства, было принято решение о сочетании оперативных приемов при лечении данной патологии, что позволило избежать развития компартмент синдрома, послеоперационных осложнений и как следствие улучшения эффективности проведенного лечения. Случай представляет интерес как демонстрация варианта оперативного лечения гигантской невримой пахово-мошоночной грыжи.

Ключевые слова: паховая грыжа, оперативное лечение, inlay пластика, операция Рамиреса, компартмент синдром

A clinical case of treatment of 57-year-old patient suffering from the irreducible giant inguinal-scrotal hernia is presented. On admission the patient complained on the marked abdominal wall defects, abnormal enlargement of the scrotum and inability to care for self. For the first time hernia protrusion appeared 11 years ago and has been gradually increased. The patient noticed the most intensive growth of the hernia within last 1,5 years.

The left-side inguinal-scrotal herniotomy, Liechtenstein's plastics, endoprosthesis of the anterior abdominal wall with the polypropylene surgical net (in-lay method combined with the elements of Ramirez operation) have been performed. There were no complications in the post-operation period. The excision and plastics of the scrotum are planned to perform as the second step in six months. Taking into consideration the peculiarity of the case (giant size of the hernia protrusion and difficulties in surgical treatment) it was decided to use a complex of surgical methods while treating this pathology. Thus the development of compartment syndrome and post-operative complications has been avoided. As a result the efficacy improvement of the performed treatment was achieved. The presented case is interesting as the demonstration option of an operative repair of the giant irreducible inguinal-scrotal hernia.

Keywords: inguinal hernia, surgical treatment, inguinal-scrotal herniotomy, Liechtenstein's plastics, inlay plastics, Ramirez operation, compartment syndrome

Novosti Khirurgii. 2015 Mar-Apr; Vol 23 (2): 226-230

Giant Inguinalscrotal Hernia

**S.V. Ivanov, O.S. Gorbachova, I.S. Ivanov, G.N. Goryainova,
E.G. Obiedkov, D.V. Tarabrin, G.N. Gafarov, I.A. Ivanova**

Введение

Паховые грыжи составляют 80% от всех грыж живота и встречаются у 1-2,5% мужчин и у 0,3%-1,5% женщин [1, 2]. Ежегодно в мире производится около 20 миллионов герниопластик, в России производится до 200 тысяч операций в год, в США около 700 тысяч, в Европе около 1 миллиона [3]. Ежегодное количество грыжесечений выполняемых по поводу паховых грыж остается практически неизменным, в связи с отсутствием увеличения данной патологии. В зависимости от возрастной группы, частота возникновения грыж значительно варьируется. Так в возрастной группе от 25 до 34 лет заболеваемость паховыми грыжами состав-

ляет 15 человек на 1000 населения, в то время как в возрастной группе от 55 до 64 лет она уже составляет 54 человека на 1000 населения [4]. Данная статистика указывает на большую социально-экономическую значимость, поскольку при этой патологии страдает наиболее работоспособное население.

К настоящему моменту накоплен огромный материал по этиологии и патогенезу паховых грыж, предложено более 600 методик оперативного лечения. Несмотря на большой выбор хирургического лечения данной патологии, частота осложнений остается достаточно высокой и составляет 15-20% при простых формах и до 40% при сложных. Помимо этого, велик процент осложнений, который при

больших и гигантских паховых грыжах достигает 60% и более [5].

В хирургических отделениях от 4 до 6% операций производят по поводу паховых грыж [6]. Несмотря на кажущуюся простоту, паховая грыжа является серьезным хирургическим заболеванием, с возможными тяжелыми осложнениями. По данным клинических наблюдений, около 30% всех герниопластик [7] выполняются в связи с ущемлением грыжевого содержимого. Летальность при ущемленных грыжах достаточна велика и составляет в возрасте 50-59 лет 5-6%, в возрасте 60-69 лет 16-18%, 70-79 лет до 30% [8]. По этой причине чрезвычайно важным является выявление, а в дальнейшем оперативное лечение пациентов с грыжевой болезнью.

Способы хирургического лечения паховых грыж делятся на две группы: традиционная натяжная герниопластика собственными тканями и пластики «без натяжения». Применение во второй группе синтетических материалов позволило добиться значительного снижения числа рецидивов. Каждая из этих методик имеет свои плюсы и минусы, сторонников и противников. Несмотря на успехи, достигнутые современной герниологией в лечении грыжевой болезни, остается множество нерешенных задач. Остаются актуальными вопросы раннего выявления данной патологии, разработки и внедрения в хирургическую практику более эффективных методов лечения. До настоящего времени не разработана универсальная методика герниопластики при гигантских пахово-мошоночных грыжах. Это, в первую очередь, связано с высокой травматичностью оперативного вмешательства, а также развитием в послеоперационном периоде компартмент синдрома. В связи с чем, перед хирургическим сообществом стоит задача выбора адекватного объема оперативного лечения с целью уменьшения послеоперационных осложнений и снижения частоты рецидивов у пациентов с данной патологией.

Цель. Продемонстрировать эффективность сочетанных методов оперативного лечения у пациента с невправимой пахово-мошоночной грыжей гигантских размеров.

Клинический случай

В отделение общей хирургии из центральной районной больницы 12.05.2014 г. был направлен пациент, в возрасте 57 лет, с клиническим диагнозом «Левосторонняя гигантская невправимая пахово-мошоночная грыжа». На момент поступления пациент

предъявлял жалобы на выраженный дефект в пахово-мошоночной области, резкое увеличение мошонки и неспособность к самообслуживанию. Впервые грыжевое выпячивание в паховой области появилось 11 лет назад, со временем оно постепенно увеличивалось в размерах. Наибольший интенсивный рост грыжи отмечался в течение последних 1,5 лет. Основной причиной обращения в медицинское учреждение стало наличие выраженного грыжевого дефекта в пахово-мошоночной области и невозможность выполнения физиологических функций. Интересен был тот факт, что с момента образования грыжи и до самой госпитализации пациент никогда не испытывал болевого синдрома.

Пациенту было проведено комплексное предоперационное обследование и получены следующие результаты:

1. Сопутствующий терапевтический диагноз: Артериальная гипертензия II степени, II стадии, риск 2. ГМЛЖ;

2. Заключение ФВД: снижение функции внешнего дыхания обструктивного типа со снижением жизненной емкости легких;

3. УЗИ сердца: Уплотнения стенок аорты. Уплотнения створок митрального клапана с кальцинозом фиброзного кольца. Митральная регургитация 1 степени. Диастолическая дисфункция левого желудочка по ригидному типу. Трикуспидальная регургитация 1 степени. Полости сердца не расширены. Сократимость миокарда левого желудочка удовлетворительная;

4. Данные УЗИ грыжевого мешка: в грыжевом мешке определяются петли тонкого кишечника, сигмовидная и слепая кишка.

В связи с нестандартностью клинического случая (рис. 1, 2) у операционной бригады возник вопрос выбора метода грыжесечения и вида пластики. После проведения консилиума, было принято решение о выполнении операционного вмешательства в объеме: левостороннее грыжесечение, пластика по Лихтенштейну, эндопротезирование передней брюшной стенки полипропиленовой хирургической сеткой по методике inlay с элементами операции Рамиреса.

После разреза в левой паховой области на 2 см выше паховой связки послойно иссечены мягкие ткани, выделен и вскрыт двухкамерный грыжевой мешок размеры 20×30 см. Содержимое мешка: 2/3 тонкой кишки, слепая кишка, сигмовидная кишка и большой сальник. В связи с невозможностью перемещения содержимого в брюшную полость принято решение о проведении тотальной срединной лапарото-



Рис. 1. Левосторонняя невриальная гигантская пахово-мошоночная грыжа (вид стоя)

мии, после чего содержимое инвертировано в брюшную полость. Проведение пластики пахового канала было затруднено, размерами пахового промежутка, который составлял 9 см, а также наличием большого грыжевого мешка, размеры которого составляли 20×30 см. После иссечения грыжевого мешка и ушивания его кисетным швом, произведена пластика пахового канала по методике Лихтенштейна. Большие размеры семенного канатика, обусловили оставление его в подкожной клетчатке.

Учитывая резкое несоответствие объема брюшной полости и объема грыжевого содержимого, произведены послабляющие разрезы апоневрозов наружных косых мышц живота в проекции спигелевых линий с обеих сторон длиной 20-25 см. Проведение пластики пахового канала было затруднено размерами пахового промежутка, который составлял 9 см. А также наличием большого грыжевого мешка, размеры которого составляли 20×30 см. Несмотря на выполнение элементов операции Рамиреса, при попытке сведения краев апоневроза отмечалось резкое повышение внутрибрюшного давления, что впоследствии могло привести к развитию компартмент-синдрома. Показатели внутрибрюшного давления оценивали сопротивлением передней брюшной стенки на аппарате ИВЛ. По этой причине пластику передней брюшной стенки было решено выполнять по методике inlay эндопротезами (один протез 10×20 см и два протеза 8×12 см). Один из протезов 8×12 см был использован для закрытия пахового промежутка, два других протеза 8×12 см и 10×20 см были использованы для закрытия обширного лапаротомного дефекта. Контакт сетки с петлями кишечника был предотвращен путем предварительного их укрытия большим салынником, для профилактики развития спаечной болезни



Рис. 2. Левосторонняя невриальная гигантская пахово-мошоночная грыжа (вид лежа)

в послеоперационном периоде (рис. 3). При помощи силиконовых дренажей произведено дренирование мошонки и парапротезного пространства для предотвращения скопления экссудативного выпота.

В связи с большой травматичностью оперативного лечения, риском развития послеоперационных осложнений, нами было принято принципиальное решение отказаться от иссечения и пластики мошонки и выполнить ее вторым этапом через шестимесячный срок. При измерении давления в мочевом пузыре по методике S. Johna и M. Fusco, компартмент-синдром в послеоперационном периоде отсутствовал, показатели внутрибрюшного давления оставались в пределах физиологической нормы. Данные результаты, прежде всего, были достигнуты выполнением элементов операции Рамиреса и пластики по методике inlay.

В послеоперационном периоде пациент получал комплексное консервативное лечение (антибиотики, анальгетики) и физиолечение

Рис. 3. Пластика передней брюшной стенки по методике inlay





Рис. 4. Вид пациента после проведенного оперативного лечения

(лазеротерапия, УВЧ и электрофорез на область послеоперационной раны). Послеоперационный период протекал без особенностей, дренажи удалены на 8 сутки, швы сняты на 11 сутки (рис. 4). Заживление ран первичным натяжением.

Обсуждение

Грыжи гигантских размеров в хирургической практике встречаются крайне редко. Это обусловлено тем, что при появлении грыжевого дефекта пациенты обращаются за медицинской помощью, в связи с невозможностью выполнять повседневные бытовые задачи. Грыжевой дефект таких размеров в силу невозможности выполнения классических методик грыжесечения, большой травматичности оперативного пособия, подтолкнул нас к сочетанию хирургических методов лечения, направленных на повышение эффективности оперативного лечения. Выполнение элементов операции Рамиреса, пластики передней брюшной стенки по методике inlay позволило избежать развитие компартмент синдрома и экссудативных образований в послеоперационном периоде. В силу большой травматичности оперативного лечения, было принято принципиальное решение отказаться от иссечения и пластики мошонки и выполнить ее вторым этапом через шестимесячный срок.

Случай, на наш взгляд, представляет интерес как демонстрация варианта оперативного лечения гигантской невправимой пахово-мошоночной грыжи.

Заключение

Выполнения грыжесечения и пластики передней брюшной стенки по методике inlay в сочетании с элементами операции Рамиреса у пациента с гигантской пахово-мошоночной грыжей позволило нам избежать послеоперационных осложнений, а именно компартмент синдрома, развитие экссудативных осложнений и как следствие улучшения качества проведенного лечения. На наш взгляд, выполнение данной методики у пациентов с гигантскими грыжами является необходимым условием для успешного исхода оперативного лечения.

Согласие пациента на публикацию данного клинического случая с научной и образовательной целью, а также размещения материалов статьи в сети «Интернет» получено и представлено редакции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тимошин А. Д. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки / А. Д. Тимошин, А. В. Юрасов, А. Л. Шестаков. — М. : Триада-Х, 2003. — 144 с.
2. Agrawal A. Mesh migration following repair of inguinal hernia: a case report and review of literature / A. Agrawal // *Hernia*. — 2005. — Vol. 29. — P. 1–4 .
3. Способы аллопластики больших и гигантских послеоперационных грыж / Ю. В. Кучкин [и др.] // *Герниология*. — 2005. — № 1. — С. 30–32.
4. Jenkins J. T. Inguinal hernias / J. T. Jenkins, P. J. O'Dwyer // *BMJ*. — 2008 Feb 2. — Vol. 336, N 7638. — P. 269–72. doi: 10.1136/bmj.39450.428275.AD.
5. Протасов А. В. Практические аспекты современных герниопластик / А. В. Протасов, Д. Ю. Богданов, Р. Х. Магомадов. — М. : Русаки, 2011. — 207 с.
6. Дарвин В. В. Аллопластика в лечении обширных и гигантских послеоперационных грыж / В. В. Дарвин // *Герниология*. — 2008. — № 1. — С. 17–10.
7. Федоров В. Д. Эволюция лечения паховых грыж / В. Д. Федоров, А. А. Адамян, В. Ш. Гогия // *Хирургия*. Журн. им. Н. И. Пирогова. — 2000. — № 3. — С. 51–53.
8. Борисов А. Е. Применение полипропиленовой сетки при больших и гигантских грыжах передней брюшной стенки / А. Е. Борисов, С. К. Малкова, В. В. Тоидзе // *Вестн. хирургии*. — 2002. — Т. 161, № 6. — С. 76–78.

Адрес для корреспонденции

305004, Российская Федерация,
г. Курск, ул. К. Маркса, д. 3,
ГБОУ ВПО «Курский государственный
медицинский университет»,
кафедра хирургических болезней № 1,
тел.: +7 904 528-14-28,
e-mail: ivanov.is@mail.ru,
Иванов Илья Сергеевич

Сведения об авторах

Иванов С.В., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней №1 ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет».

Горбачева О.С., к.м.н., заведующая отделением общей хирургии Курской областной клинической больницы.

Иванов И.С., д.м.н., доцент кафедры хирургических болезней №1 ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет».

Горяинова Г.Н., к.м.н., доцент кафедры гистологии ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет».

Объедков Е.Г., аспирант кафедры хирургических болезней №1 ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет».

Тарабрин Д.В., аспирант кафедры хирургических болезней №1 ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет».

Гафаров Г.Н., аспирант кафедры хирургических болезней №1 ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет».

Иванова И.А., к.м.н., доцент кафедры клинической иммунологии и аллергологии ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет».

Поступила 2.10.2014 г.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

9-12 сентября 2015 г. в одном из красивейших городов Республики Польша – Люблине планируется проведение 67 КОНГРЕССА АССОЦИАЦИИ ХИРУРГОВ ПОЛЬШИ

В тематике конгресса обсуждение самых актуальных вопросов современной хирургии, ее проблем и достижений.

Время, проведенное в Люблине, позволит участникам конгресса расширить свои знания в различных разделах хирургии, обменяться опытом и расширить профессиональные и дружеские контакты.

Дополнительная информация на сайте: <http://www.tchp.pl/>