

РІДКІСНИЙ ВИД ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ГРИЖІ ЖИВОТА

Пронін В. О., Матвєєнко М. С.

Резюме. Післяопераційна грижа живота вважається найбільш частим ускладненням в абдомінальній хірургії.

Мета. Ознайомити лікарів-практиків із клінічним випадком діагностики та лікування защемленої післяопераційної контрапертурної справжньої грижі живота на тлі закритої травми живота.

Матеріали і методи дослідження. Наводимо клінічний випадок власного спостереження за перебігом, діагностикою та лікуванням защемленої післяопераційної контрапертурної справжньої грижі живота з некрозом петлі тонкої кишки і некрозом пасма великого сальника, гострою странгуляційною тонкокишковою непрохідністю, загальним серозно-фібринозний перитонітом, спайковою хворобою очеревини 2 ст. у пацієнтки з закритою травмою живота.

Результати. В роботі представлені дані щодо обстеження та лікування пацієнтки із закритою травмою живота. З анамнестичних даних встановлено, що 39 років тому проведена холецистоектомія. Враховуючи скарги хворої, анамнез хвороби, дані фізикального обстеження, наявні на час огляду результати лабораторних та інструментальних методів дослідження, встановлено попередній діагноз: закрыта травма живота, перитоніт. Інтраопераційно встановлено випадок істинної післяопераційної грижі живота рідкісної локалізації – контрапертурної грижі. Клінічний інтерес представляє не тільки рідкість виникнення даної патології, а й анамнез захворювання, діагностичний пошук, клінічна картина і лікувальна тактика.

Висновки. В даному випадку, вірогідно, хвора була носієм грижі довгі роки, а травма лише спровокувала защемлення. Хвора пізно звернулася за медичною допомогою, в результаті чого діагноз перитоніту не викликав сумніву, що дозволило швидко прийняти рішення про необхідність оперативного лікування. В іншому випадку ймовірність тактичної помилки не виключена. Вважаємо, що представлений випадок є цікавим: завжди слід пам'ятати про можливу хірургічну патологію на тлі закритої травми живота.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: контрапертурна грижа живота, перитоніт, гостра кишкова непрохідність, лікування

ІНФОРМАЦІЯ ПРО АВТОРІВ

Пронін Василь Олександрович, к.мед.н., лікар-хірург КНП «Міська клінічна лікарня швидкої та невідкладної медичної допомоги ім. проф. О. І. Мещанінова» ХМР, доцент кафедри хірургічних хвороб, оперативної хірургії та топографічної анатомії медичного факультету, ХНУ імені В. Н. Каразіна, майдан Свободи, 6, Харків, Україна, 61022. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7151-5170> e-mail: vapronin69@gmail.com

Матвєєнко Марія Сергіївна, к.мед.н., асистент кафедри хірургічних хвороб, оперативної хірургії та топографічної анатомії медичного факультету, ХНУ імені В. Н. Каразіна, майдан Свободи, 6, Харків, Україна, 61022. ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-0388-138X>, e-mail: maria.matvieienko@karazin.ua

Для цитування:

Пронін ВО, Матвєєнко МС. РІДКІСНИЙ ВИД ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ГРИЖІ ЖИВОТА. Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Медицина». 2021;43; 107–114. DOI: 10.26565/2313-6693-2021-43-11

ВСТУП

Післяопераційна грижа живота (ПГЖ) вважається найбільш частим ускладненням в абдомінальній хірургії. Показники поширеності ПГЖ згідно з даними низки досліджень суттєво відрізняються й становлять 10–32 % від загальної кількості гриж живота і посідають друге місце після пахвинних гриж [1, 2]. Сьогодні виділяють кілька факторів, що пояснюють

варіабельність частоти ПГЖ: вік, ожиріння, стать, аневризма черевної аорти та попередні операції на черевній порожнині [1, 3]. Серед інших пов'язаних факторів виділяють: первинне закриття фасції кетгутом, стояння дренажної трубки в місці формування грижі, раннє розходження рани, анемію, імуносупресивну терапію, недоїдання, цукровий діабет, жовтяницю та азотемію, на мікроскопічному рівні – порушення метаболізму колагену [3, 4].

Серед неймовірної кількості варіантів локалізації післяопераційних гриж живота особливе місце займають грижі в місцях встановлення післяопераційних дренажів – так звані «контрапертурні грижі» або «троакальні грижі» [5, 6, 7]. Відповідно до даних ряду авторів частота їх виникнення становить до 9 % [8, 9]. Перш за все, це обумовлено як рідкісною локалізацією, так і невеликими розмірами. Діагностика даних різновидів гриж вважається утрудненою у зв'язку з низькою доступністю до пальпації, особливо у хворих із підвищеною масою тіла та ожирінням [10, 11].

Отже, ПГЖ вважається серйозною хірургічною проблемою, оскільки дана патологія має виражену тенденцію до збільшення та часто важко піддається відновленню і, зазвичай, супроводжується серйозними супутніми захворюваннями. Це дуже поширена проблема в сучасній рутинній практиці загального хірурга, яка пов'язана зі значними рівнем захворюваності і навіть смертністю [3]. Питання своєчасної діагностики і лікування залишаються відкритими та актуальними.

МЕТА

Ознайомити лікарів-практиків із клінічним випадком діагностики та лікування защемленої післяопераційної контрапертурної справжньої грижі живота на тлі закритої травми живота.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Наводимо клінічний випадок власного спостереження за клінічним перебігом, діагностикою та лікуванням защемленої післяопераційної контрапертурної справжньої грижі живота з некрозом петлі тонкої кишки і некрозом пасма великого сальника, гострою странгуляційною тонкокишковою непрохідністю, загальним серозно-фібринозний перитонітом, спайковою хворобою очеревини 2 ст. у пацієнтки з закритою травмою живота.

Пацієнтка надала письмову інформовану згоду на опублікування цього матеріалу (в т.ч. фотографій) у медичних журналах (включаючи їх електронні версії).

РЕЗУЛЬТАТИ

Пацієнтка, жінка 74 років (історія хвороби № 11369/21), пенсіонерка,

госпіталізована до КНП «МКЛШНМД ім. проф. О. І. Мещанінова» ХМР в ургентному порядку зі скаргами на постійний біль в животі, блювоту, затримку відходження газів. Дані скарги виникли три дні тому, після падіння з висоти власного зросту й удару животом. При надходженні пацієнтка притомна, вітальні функції компенсовані (АТ – 130/80 ммHg, ЧСС – 92/хв, ЧД – 17/хв, SpO₂ – 97 %). Живіт дещо піддутий, болючий у всіх відділах. По правому фланку пальпується болюче пухлиноподібне утворення без чітких меж розмірами 10×8 см. Симптоми подразнення очеревини позитивні у всіх відділах живота. За даними клінічного аналізу крові – лейкоцитоз ($14 \times 10^9/\text{л}$). На оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини візуалізуються поодинокі горизонтальні рівні рідини в тонкій кишці. УЗД черевної порожнини виявила вільну рідину поміж петлями кишківника і в порожнині малого тазу, «маятникоподібний» рух вмісту розширених петель тонкої кишки.

В анамнезі у хворої холецистектомія 39 років тому (на передній черевній стінці рубець довжиною 25 см по серединній лінії і рубець довжиною 2 см в правому підребер'ї), ішемічна хвороба серця.

Враховуючи скарги хворої, анамнез хвороби, результати фізикального обстеження, наявні на час огляду результати лабораторних та інструментальних методів дослідження, встановлено попередній діагноз: закрыта травма живота, перитоніт.

Показанням до хірургічного лікування визначено перитоніт. В ургентному порядку хворій проведено операцію – серединну лапаротомію з видаленням старого післяопераційного рубця. Вхід в черевну порожнину утруднений обширним спайковим процесом, який локалізований в серединних відділах і в підпечінковому просторі. У черевній порожнині серозно-фібринозний випіт в кількості 600 мл. Проксимальні відділи тонкої кишки розширені до 4 см в діаметрі, стінка набрякла, в просвіті рідина і газ. Дистальні відділи тонкої кишки спалі. При розділі зрощень виявлено, що петля тонкої кишки на відстані 80 см від ілеоцекального кута і пасмо великого сальника щільно стиснуті в контрапертурі в правому підребер'ї. Для звільнення стислих органів пошарово розсічені шари передньої стінки живота і

зрощення цих органів з очервиною. Витягнуто 10 см некротизованої тонкої кишки і пасмо великого сальника. Дана знахідка розцінена як защемлена післяопераційна грижа, грижеві ворота (близько 2 см в діаметрі) якої були утворені

дренажним каналом (L1W1R0 за класифікацією EHS-2014). Грижева порожнина 8×6 см, вислана очервиною, розташована в підшкірній жировій клітковині (рис. 1).

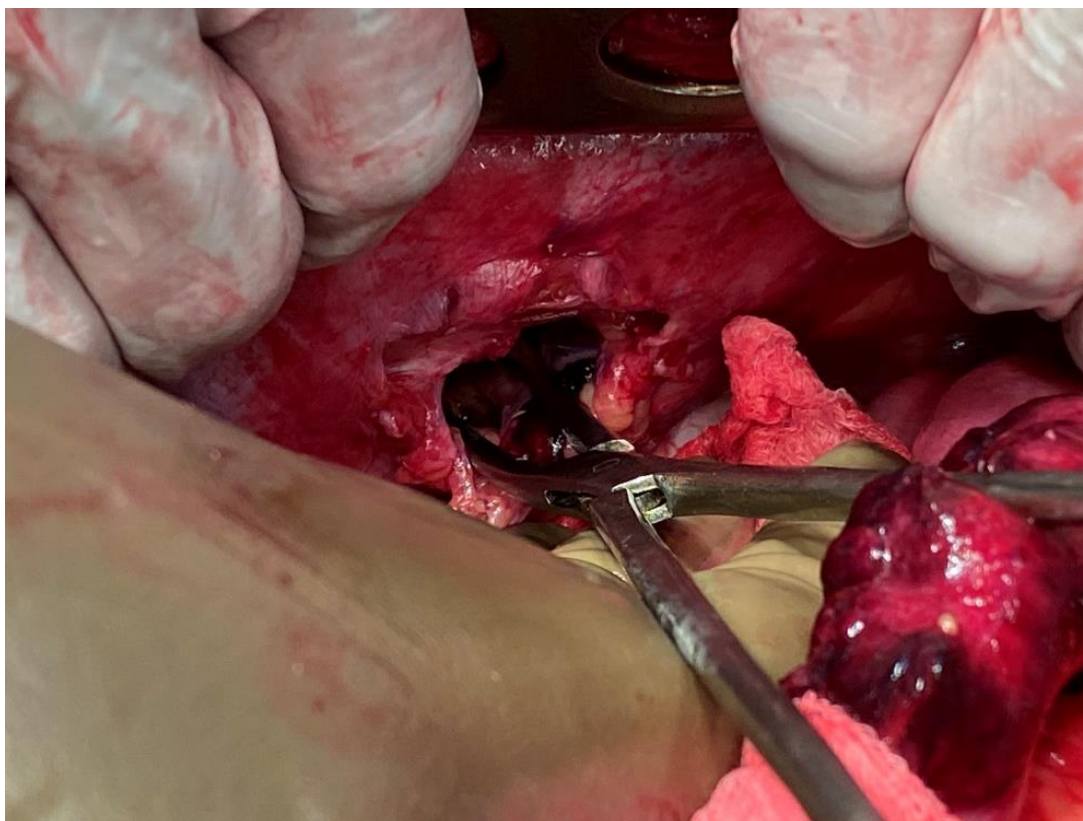


Рис. 1. Грижеві ворота контрапертурної грижі живота (вигляд зсередини, у грижеві ворота вставлений корнцанг), на передньому плані некротизована ділянка тонкої кишки.

Fig. 1. Hernial gates of a contrapertural hernia of the abdomen (view from the inside, a forceps is inserted into the hernial gates), in the foreground is a necrotic area of the small intestine.

Під час операції проведено: резекція некротизованої ділянки великого сальника, резекція некротизованої ділянки тонкої кишки з накладенням тонко-тонкокишкового анастомозу бік-в-бік, ліквідація грижевого мішка й ушивання грижевих воріт, трансназальна інтубація тонкої кишки (зонд заведений за лінію анастомозу), санація і дренивання черевної порожнини (рис. 2).

Діагноз: Защемлена післяопераційна контрапертурна справжня грижа живота з

некрозом петлі тонкої кишки і некрозом пасма великого сальника, гостра странгуляційна тонкокишкова непрохідність, загальний серозно-фібринозний перитоніт, спайкова хвороба очеревини 2 ст.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. Трансназальний зонд і дренажі з черевної порожнини видалені в звичайні терміни. Рана загоїлася первинним натягом. Хвора виписана в задовільному стані на 14 добу.

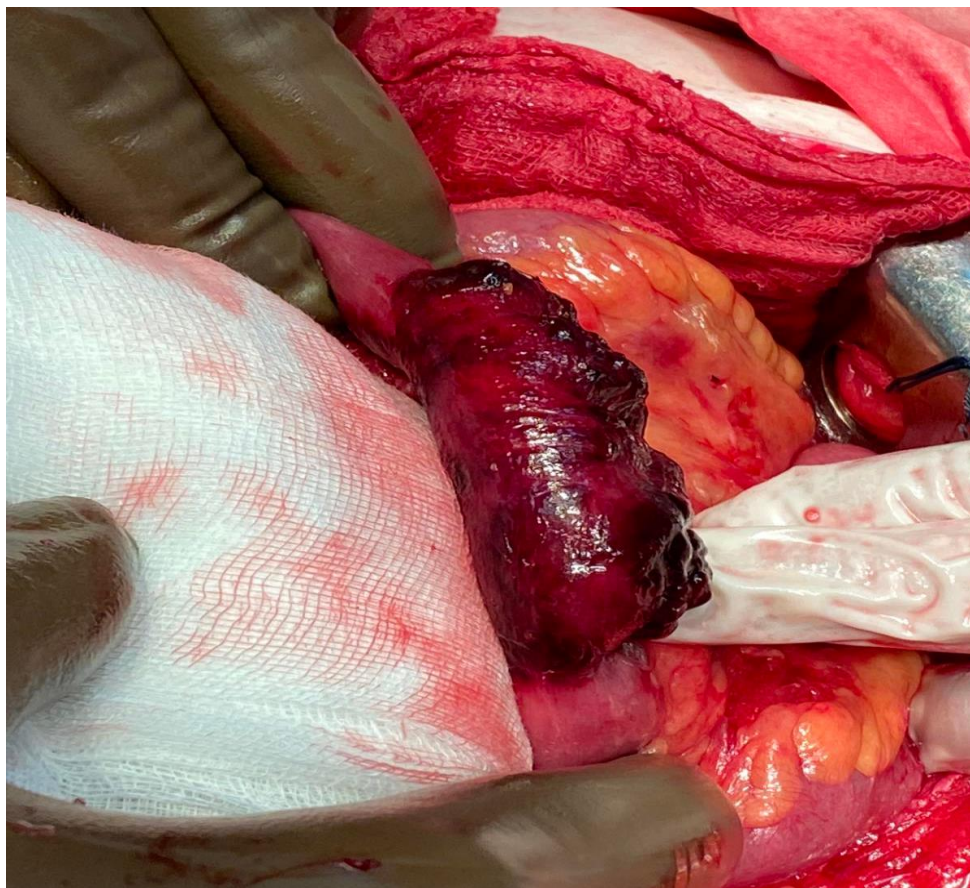


Рис. 2. Некротизована ділянка тонкої кишки.

Fig. 2. The necrotic area of the small intestine.

ОБГОВОРЕННЯ

Наведене спостереження демонструє рідкісний випадок післяопераційної контрапертурної грижі живота яка формувалась впродовж доволі великого проміжку часу у місці розрізу черевної порожнини при встановленні дренажу під час виконання холецистектомії. Серед факторів ризику виникнення ПГЖ можна зазначити жіночу стать, похилий вік, в анамнезі оперативне втручання на черевній порожнині зі стоянням дренажної трубки в місці формування грижі, а фактором защемлення – закрита травма живота.

Сьогодні діагностика ПГЖ залишається складною, оскільки немає об'єктивного золотого стандарту. Провідним діагностичним чинником защемленої ПГЖ вважається клінічна картина, але в пацієнтів з ожирінням III–IV ступеня з багатокамерними грижами, які не можна вправити, клінічна картина защемлення не завжди переконлива, що часто стає

причиною пізньої госпіталізації та затримки хірургічного втручання, а також змушує вживати додаткових діагностичних заходів для уточнення діагнозу й визначення показань до екстреної операції [10]. Екстрене мультidetекторне КТ-сканування може допомогти в ранній діагностиці та визначенні подальшої хірургічної тактики ведення таких хворих, а отже, оптимізувати результати лікування [11]. Вважається доцільним широке застосування УЗД та ендовідеохірургічних методів діагностики особливостей перебігу захворювання, що може оптимізувати хірургічну тактику, призводить до зменшення частоти ускладнень і летальних випадків, особливо у хворих із високим операційним ризиком [10]. Потрібно пам'ятати, що численні дослідження повідомляють про значні розбіжності між результатами КТ-сканування та фізикальним оглядом та між КТ-скануванням та результатами УЗД [1, 9].

Серед причин незадовільних результатів лікування защемлених ПГЖ розрізняють: вік

хворих і наявність супутніх захворювань, що зумовлюють високу післяопераційну летальність при защемлених вентральних грижах: 1,5–8,0 % у пацієнтів віком до 60 років, 10–30 % в осіб похилого та старечого віку; пізня госпіталізація у стаціонар – летальність у разі виконання втручання в перші 6 годин після защемлення становить 1,1–2,8 %, а через 24 години – 8,2–16,0 %; защемлення порожнистого органа (16–21 %), що призводить до гострої кишкової непрохідності, а в низці випадків – до некрозу ділянки кишки (12–18 %) із розвитком перитоніту, що обтяжує стан хворого й обмежує вибір способу герніопластики; внутрішньочеревна гіпертензія, що є однією з причин розвитку синдрому поліорганної недостатності у хворих із защемленими

вентральними грижами; великі та гігантські розміри грижового дефекту в коморбідно складних хворих [10, 12, 13].

ВИСНОВКИ

В даному випадку, вірогідно, хвора була носієм грижі довгі роки, а травма (падіння з висоти росту) лише спровокувала защемлення. Хвора запізно звернулася за медичною допомогою, в результаті чого картина перитоніту була очевидною, що дозволило швидко прийняти рішення про необхідність оперативного лікування. В іншому випадку, ймовірність тактичної помилки не виключена. Вважаємо даний випадок цікавим: завжди слід пам'ятати про можливу хірургічну патологію на тлі закритої травми живота.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Kroese LF, Sneiders D, Kleinrensink GJ. et al. Comparing different modalities for the diagnosis of incisional hernia: a systematic review. *Hernia*. 2018; 22: 229–242. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10029-017-1725-5>
2. Піотрович СМ, Васильчук ОВ, Андрієць ВС. Базові принципи хірургічного лікування рецидиву післяопераційної грижі живота після алопластики. *Шпитальна хірургія. Журнал імені Л. Я. Ковальчука*. 2021; 1: 72–76. Doi: <https://doi.org/10.11603/2414-4533.2021.1.11959>
3. Harikrishnan CP, Vakayil HJ. Prospective and retrospective study of incisional hernias in a tertiary care hospital. *Int Surg J*. 2017; 4: 2670–76. Doi: <http://dx.doi.org/10.18203/2349-2902.isj20173185>
4. Henriksen NA, Jensen KK, Jorgensen LN. The Biology of Hernia Formation. In: Hope W, Cobb W, Adrales G, editor. *Textbook of Hernia*. Springer, Cham. Doi: https://doi.org/10.1007/978-3-319-43045-4_1
5. Егнев ВН, Лядов КВ, Воскресенский ПК. Атлас оперативной хирургии грыж. М: Медпрактика-М; 2003. 230 с.
6. Bender E, Sell H. Small bowel obstruction after laparoscopic cholecystectomy as a result of a Maydl's herniation of the small bowel through a trocar site. *Surgery*. 1996 Apr; 119 (4): 480. Doi: [https://doi.org/10.1016/s0039-6060\(96\)80152-8](https://doi.org/10.1016/s0039-6060(96)80152-8). PMID: 8644017
7. Howard R, Thompson M, Fan Z, Englesbe M, Dimick JB, Telem DA. Costs Associated With Modifiable Risk Factors in Ventral and Incisional Hernia Repair. *JAMA Netw Open*. 2019; 2 (11): e1916330. Doi: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.16330>
8. Köckerling F. Recurrent Incisional Hernia Repair-An Overview. *Front Surg*. 2019 May 14; 6: 26. Doi: <https://doi.org/10.3389/fsurg.2019.00026>. PMID: 31139632; PMCID: PMC6527885.
9. Liang MK, Holihan JL, Itani K, Alawadi ZM, Gonzalez JR, Askenasy EP, Ballecer C. Ventral Hernia Management: Expert Consensus Guided by Systematic Review. *Ann Surg*. 2017 Jan; 265 (1): 80–89. Doi: <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000001701>. PMID: 28009730.
10. Слонецький Б.І., Тутченко М.І., Вербицький І.В., Коцюбенко В.О. Сучасні тенденції діагностико-лікувальної тактики в пацієнтів із защемленими вентральними грижами. *Запорозький медичний журнал*. 2021; 23: 583–589. Doi: <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2021.4.232565>
11. Mnari W, Hmida B, Maatouk M, Zrig A, Golli M. Strangulated obturator hernia: a case report with literature review. *Pan Afr Med J*. 2019 Mar 26; 32: 144. Doi: <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.32.144.14846>. PMID: 31303916; PMCID: PMC6607289.
12. Bakker WJ, Aufenacker TJ, Boschman JS, Burgmans JPJ. Lightweight mesh is recommended in open inguinal (Lichtenstein) hernia repair: A systematic review and meta-analysis. *Surgery*. 2020 Mar; 167 (3): 581–589. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.surg.2019.08.021>. Epub 2019 Oct 28. PMID: 31672519.
13. Saito T, Fukami Y, Uchino T, Kurahashi S, Matsumura T, Osawa T, Arikawa T, et al. Preliminary results of robotic inguinal hernia repair following its introduction in a single-center trial. *Ann Gastroenterol Surg*. 2020 Jun 4; 4 (4): 441–447. Doi: <https://doi.org/10.1002/ags3.12341>. PMID: 32724888; PMCID: PMC7382428.

REFERENCES

1. Kroese LF, Sneiders D, Kleinrensink GJ. et al. Comparing different modalities for the diagnosis of incisional hernia: a systematic review. *Hernia*. 2018; 22: 229–242. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10029-017-1725-5>
2. Piotrovich SM, Vasilchuk OV, Andriiets VS. Basic principles of surgical treatment of recurrence of postoperative abdominal hernia after alloplasty. *Hospital Surgery. Journal named by L.Ya. Kovalchuk* [Internet]. 2021 Apr. 30; (1): 72–6. Doi: <https://doi.org/10.11603/2414-4533.2021.1.11959> [in Ukraine]
3. Harikrishnan CP, Vakayil HJ. Prospective and retrospective study of incisional hernias in a tertiary care hospital. *Int Surg J*. 2017; 4: 2670–76. Doi: <http://dx.doi.org/10.18203/2349-2902.isj20173185>
4. Henriksen NA, Jensen KK, Jorgensen LN. The Biology of Hernia Formation. In: Hope W, Cobb W, Adrales G, editor. *Textbook of Hernia*. Springer, Cham. Doi: https://doi.org/10.1007/978-3-319-43045-4_1
5. Egiev VN, Lyadov KV, Voskresenskii PK. *Atlas operativnoi khirurgii gryzh*. M: Medpraktika-M; 2003. 230 s. [in Russian]
6. Bender E, Sell H. Small bowel obstruction after laparoscopic cholecystectomy as a result of a Maydl's herniation of the small bowel through a trocar site. *Surgery*. 1996 Apr; 119 (4): 480. Doi: [https://doi.org/10.1016/s0039-6060\(96\)80152-8](https://doi.org/10.1016/s0039-6060(96)80152-8). PMID: 8644017
7. Howard R, Thompson M, Fan Z, Englesbe M, Dimick JB, Telem DA. Costs Associated With Modifiable Risk Factors in Ventral and Incisional Hernia Repair. *JAMA Netw Open*. 2019; 2 (11): e1916330. Doi: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.16330>
8. Köckerling F. Recurrent Incisional Hernia Repair-An Overview. *Front Surg*. 2019 May 14; 6: 26. Doi: <https://doi.org/10.3389/fsurg.2019.00026>. PMID: 31139632; PMCID: PMC6527885.
9. Liang MK, Holihan JL, Itani K, Alawadi ZM, Gonzalez JR, Askenasy EP, Ballecer C. Ventral Hernia Management: Expert Consensus Guided by Systematic Review. *Ann Surg*. 2017 Jan; 265 (1): 80–89. Doi: <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000001701>. PMID: 28009730.
10. Slonetskyi BI, Tutchenko MI, Verbytskyi IV, Kotsiubenko VO. Current trends in diagnostic and treatment tactics in patients with strangulated ventral hernias. *Zaporozhye medical journal*. 2021; 23 (4), 583–589. Doi: <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2021.4.232565>. [in Ukraine]
11. Mnari W, Hmida B, Maatouk M, Zrig A, Golli M. Strangulated obturator hernia: a case report with literature review. *Pan Afr Med J*. 2019 Mar 26; 32: 144. Doi: <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.32.144.14846>. PMID: 31303916; PMCID: PMC6607289
12. Bakker WJ, Aufenacker TJ, Boschman JS, Burgmans JPJ. Lightweight mesh is recommended in open inguinal (Lichtenstein) hernia repair: A systematic review and meta-analysis. *Surgery*. 2020 Mar; 167 (3): 581–589. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.surg.2019.08.021>. Epub 2019 Oct 28. PMID: 31672519
13. Saito T, Fukami Y, Uchino T, Kurahashi S, Matsumura T, Osawa T, Arikawa T, et al. Preliminary results of robotic inguinal hernia repair following its introduction in a single-center trial. *Ann Gastroenterol Surg*. 2020 Jun 4; 4 (4): 441–447. Doi: <https://doi.org/10.1002/ags3.12341>. PMID: 32724888; PMCID: PMC7382428

A RARE TYPE OF POSTOPERATIVE ABDOMINAL HERNIATION

Pronin V. A., Matvieienko M. S.

Resume. Postoperative abdominal hernia is considered the most common complication in abdominal surgery.

Aim. To acquaint medical practitioners with the clinical case of diagnosis and treatment of impaired postoperative contraperture true abdominal hernia on the background of a closed abdominal injury.

Materials and methods. We present a clinical case of our own observation of the clinical course, diagnosis and treatment of impaired postoperative contraperture true abdominal hernia with necrosis of the loop of the small intestine and necrosis of the large omentum, acute strangulation small intestinal obstruction, general serous-fibrinous peritonitis, adhesive peritoneal disease of the 2nd degree at patient with closed abdominal trauma.

Results. The patient with a closed abdominal injury, the results of the examination and treatment of which are given in the article, in the anamnesis - cholecystectomy 39 years ago. The preliminary diagnosis: closed abdominal trauma, peritonitis. Intraoperatively, a case of true postoperative abdominal hernia of rare localization - contraperture hernia. It was taking into account the patient's complaints, medical history, results of physical examination, the results of laboratory and instrumental methods of research available at the time

of examination. The clinical interest is not only the rarity of the birth of this pathology, but also the history of the disease, diagnostic search, clinical picture and treatment tactic.

Conclusions. In this case, the patient was probably a hernia carrier for many years, and the injury only provoked the infringement. The patient sought medical help late, as result of which the picture of peritonitis was obvious. This made it possible to quickly decide on the need for surgical treatment. Otherwise, the likelihood of a tactical error is not excluded. We believe this case is interesting because one should always remember about the possible surgical pathology against the background of a closed abdominal trauma.

KEY WORDS: contraperture postoperative abdominal hernia, peritonitis, acute intestinal obstruction, treatment

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Pronin Vasyl, MD, PhD, Associate Professor, Department of Surgical Diseases, Operative Surgery and Topographical Anatomy. V. N. Karazin Kharkiv National University, 6, Svobody sq., Kharkiv, Ukraine, 61022. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7151-5170>, e-mail: vapronin69@gmail.com

Matvieienko Mariia, MD, PhD, assistant of Department of Surgical Diseases, Operative Surgery and Topographical Anatomy. V. N. Karazin Kharkiv National University, 6, Svobody sq., Kharkiv, Ukraine, 61022. ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-0388-138X>, e-mail: mariia.matvieienko@karazin.ua

For citation:

Pronin VA, Matvieienko MS. A RARE TYPE OF POSTOPERATIVE ABDOMINAL HERNIATION. The Journal of V. N. Karazin Kharkiv National University. Series «Medicine». 2021;43; 107–114. DOI: [10.26565/2313-6693-2021-43-11](https://doi.org/10.26565/2313-6693-2021-43-11)

РЕДКИЙ ВИД ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖИ ЖИВОТА

Пронин В. А., Матвеевко М. С.

Резюме. Послеоперационная грыжа живота считается наиболее частым осложнением в абдоминальной хирургии.

Цель. Познакомить практикующих врачей с клиническим случаем диагностики и лечения ущемленной послеоперационной контрапертурной настоящей грыжи живота на фоне закрытой травмы живота.

Материалы и методы исследования. Приводим клинический случай собственного наблюдения за течением, диагностикой и лечением ущемленной послеоперационной контрапертурной настоящей грыжи живота с некрозом петли тонкой кишки и некрозом пряди большого сальника, острой странгуляционной тонкокишечной непроходимостью, общим серозно-фибринозным перитонитом, спаечной болезнью брюшины 2 ст. у пациентки с закрытой травмой живота.

Результаты. Пациентка с закрытой травмой живота результаты обследования и лечения, которой представлены в статье, в анамнезе – холецистэктомия 39 лет назад. Учитывая жалобы больной, анамнез болезни, результаты физикального обследования, осмотра результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, установлен предварительный диагноз: закрытая травма живота, перитонит. Интраоперационно подтвержден случай истинной послеоперационной грыжи живота редкой локализации – контрапертурной грыжи. Клинический интерес представляет не только редкость рождения данной патологии, но и анамнез заболевания, диагностический поиск, клиническая картина и лечебная тактика.

Выводы. В данном случае, вероятно, больная была носителем грыжи долгие годы, а травма только спровоцировала ущемление. Больная поздно обратилась за медицинской помощью, в результате чего диагноз перитонита не вызывал сомнений, что позволило быстро принять решение о необходимости оперативного лечения. В противном случае вероятность тактической ошибки не исключена. Полагаем данный случай интересным: всегда следует помнить о возможной хирургической патологии на фоне закрытой травмы живота.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: контрапертурная послеоперационная грыжа живота, перитонит, острая кишечная непроходимость, лечение

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Пронин Василий Александрович, к.мед.н., доцент кафедры хирургических болезней, оперативной хирургии и топографической анатомии, Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, площадь Свободы, 6, Харьков, Украина, 61022; ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7151-5170>, e-mail: vapronin69@gmail.com

Матвеевко Мария Сергеевна, к.мед.н., ассистент кафедры хирургических болезней, оперативной хирургии и топографической анатомии, Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, площадь Свободы, 6, Харьков, Украина, 61022; ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-0388-138X>, e-mail: mariia.matvieienko@karazin.ua

Conflicts of interest: author has no conflict of interest to declare.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Конфликт интересов: отсутствует.

Отримано: 08.10.2021

Прийнято до друку: 09.11.2021

Received: 08.10.2021

Accepted: 09.11.2021