

## СПОСТЕРЕЖЕННЯ ГІГАНТСЬКОЇ ГРИЖІ БІЛОЇ ЛІНІЇ ЖИВОТА

**В.В.Власов, С.В.Калиновський**

*Кафедра хірургії ФПО Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова, Хмельницька обласна лікарня*

**Резюме.** Наведено спостереження гігантської грижі білої лінії живота. Хворий 46 років виконано алопластику грижового дефекту з ретромускулярним розташуванням сіткового імплантата за методом S.Rivas. Для запобігання виникненню компартмент-синдрому виконана операція за методом O.M.Ramirez. Дефект апоневроза зовнішнього косоного м'язу живота закритий сітковим імплантатом (in lay).

**Ключові слова:** гігантська грижа білої лінії живота, алопластика, компартмент-синдром.

Великі грижі живота спостерігаються у 3-15% грижоносіїв [1]. Труднощі в лікуванні цих хворих зумовлені ураженням всіх шарів передньої черевної стінки (ПЧС): стоншується шкіра, яка покриває грижовий мішок (ГМ), на її поверхні виникають ерозії, мацерації, виразки; прямі м'язи живота (ПМЖ) латералізуються, атрофуються; кишкові петлі, розташовані за межами черевної порожнини (ЧП), після вправлення в неї викликають компартмент-синдром у післяопераційному періоді [2-4]. Поєднання гігантської грижі з цукровим діабетом, ожирінням, захворюваннями серця, легень, нирок виокремлює категорію пацієнтів зі "складними грижами" і змушує навіть досвідчених хірургів відмовлятися від проведення операції.

Наводимо власне спостереження лікування хворої з гігантською грижею білої лінії живота (БЛЖ).



Рис. 1. Гігантська грижа білої лінії живота у хворої К.

Хвора К., 46 років, госпіталізована 02.03.11 зі скаргами на грижовий випин гігантських розмірів (рис. 1), дискомфорт у ділянці грижі. Хворіє близько 5 років. Утворення грижі пов'язує з пологами. Хвора гіперстенічної статури з порушеною поставою (кіфосколиоз) та ожирінням II-б ступеня (ІМТ=36,25 кг/м<sup>2</sup>). Пульс 78 уд./хв., ритмічний, АТ – 130/80 мм. рт. ст. Живіт звисає, асиметричний за рахунок грижового випину гігантських розмірів. Над пупком є трофічна виразка 1,5х3 см. Шкіра в ділянці пупка гіперемована, мацерована (рис. 2). Живіт м'який, неболючий. Спроби вправлення вмісту ГМ в ЧП викликають у хворої неприсмні відчуття.

Висновок УЗД: хронічний холецистит, хронічний панкреатит. Висновок ФЕГДС: рефлюкс-езофагіт, поверхневий гастродуоденіт. Консультація кардіолога: ІХС, стенокардія II



Рис. 2. Трофічна виразка передньої черевної стінки та мацерація пупка (стрілки) в ділянці грижового випину у хворої К.

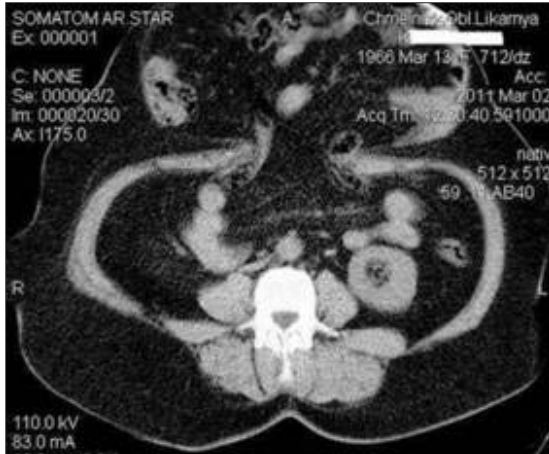


Рис. 3. КТ черевної порожнини та грижового випину у хворой К. (пояснення в тексті).

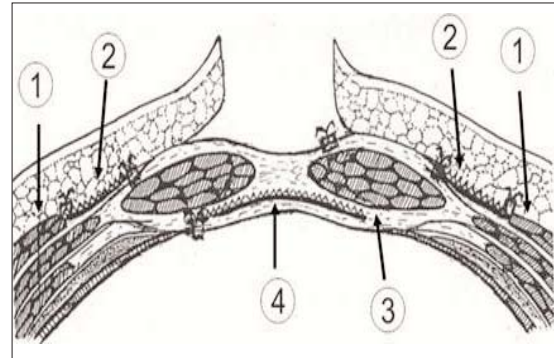


Рис. 4. Схема герніопластики у хворой К.: 1 – зовнішній косий м'яз живота (ЗКМЖ); 2 – сітчастий імплантат (СІ), що закриває дефект апоневроза ЗКМЖ; 3 – ретромускулярний простір; 4 – СІ у ретромускулярному просторі.



Рис. 5. Післяопераційна рана передньої черевної стінки через 2 тижні після герніопластики у хворой К.

ФК, а/с к/з, гіпертонічна хвороба II ст., ризик помірний, СН II-А. КТ черевної порожнини та ПЧС (рис. 3): ГМ гігантських розмірів, вмістом якого є петлі кишечника, розширена БЛЖ вище та нижче грижового дефекту (ГД), виражена атрофія м'язів ПЧС.

05.03.11 під епідуральною анестезією 0,5% розчином наропіну виконано операцію: герніолапаротомія, алопластика ГД грижі БЛЖ *sub lay* (retromuscular), операція по типу О.М. Ramirez, дренажування. Двома овальними розрізами з висіченням пупка та шкірно-підшкірного клаптя виділено ГМ розміром 15x25 см. Стінки ГМ розітнуті в сагітальному напрямку. ГМ багатокамерний, містить петлі всього кишечника, великий сальник. ГД розміром 8x10 см, розташований на 2 см вище пупка. Після вправлення в ЧП грижового вмісту хвору почала турбувати задишка, різко знизилися показники SaO<sub>2</sub>. З метою усунення проявів компартмент-синдрому виконано послаблювальні розрізи апоневроза зовнішнього косого м'яза живота (ЗКМЖ) за методом О.М. Ramirez. Розітнули піхви ПМЖ,

мобілізували ретромускулярний простір за методом S.Rivas. Задні листки піхви ПМЖ захищено з використанням стінок ГМ. В ретромускулярний простір встановлено і фіксовано сітчастий імплантат (СІ), до нього підведено 2 дренажні трубки за Редоном. Захищено передні стінки піхв ПМЖ з використанням іншої половини ГМ. Утворені дефекти (15x6 см) апоневроза ЗКМЖ по фланках заповнені СІ, який фіксований по периметру (рис. 4). Операційна рана захищена з накладанням на шкіру танталових скобок. Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. Хвора (рис. 5) виписана в задовільному стані на 7-му добу. Танталові скобки знято через місяць. Хвора оглянута через рік – рецидив грижі та скарги відсутні.

Отже, при лікуванні черевних гриж великих розмірів обов'язковою є алопластика з переважним розташуванням СІ в ретромускулярному просторі. Вправлення великого за об'ємом вмісту ГМ в ЧП потребує профілактики компартмент-синдрому шляхом виконання операції по типу О.М. Ramirez.

### Література

1. Выбор способа пластики дефектов брюшной стенки при наличии грыжи / Д.Г.Петренко, В.А.Сиплиный, Г.Д.Петренко [та ін.] / *Клін. хірургія*. – 2006. – № 11-12. – С. 33-34.
2. Оценка современных способов герниопластики у пациентов с большими и гигантскими грыжами живота / Д.Г.Петренко, В.А.Сиплиный, Г.Д.Петренко [и др.] / *Клін. хірургія*. – 2008. – № 11-12. – С. 62-63.
3. Abdominal decompression for abdominal compartment syndrome in critically ill patients: a retrospective study / J. De Waele, L.Desender, I. De Laet [et al.] / *Acta Clin. Belg.* – 2010. – Vol. 65, № 6. – P. 399-403.
4. The abdominal compartment syndrome: review, experience report and description of an innovative biological mesh application / D.Parmeggiani, A.Gubitosi, R.Ruggiero [et al.] / *Updates Surg.* – 2011. – Vol. 63, № 4. – P. 271-275.

#### НАБЛЮДЕНИЕ ГИГАНТСКОЙ ГРЫЖИ БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА

**Резюме.** Приведен случай гигантской грыжи белой линии живота. Больной 46 лет выполнена аллопластика грыжевого дефекта с ретромускулярным расположением сетчатого имплантата по методу S.Rivas. Для предупреждения возникновения компартмент-синдрома выполнена операция по О.М.Ramirez. Дефект апоневроза наружной косой мышцы живота закрыт сетчатым имплантатом (in lay).

**Ключевые слова:** гигантская грыжа белой линии живота, аллопластика, компартмент-синдром.

#### AN OBSERVATION OF GIANT HERNIA OF THE LINEA ALBA

**Abstract.** An observation of giant hernia of sergent's line is presented. Alloplasty of a hernia defect with a retromuscular position of a mesh implant employing the method of S.Rivas was performed in a 46 year-old female patient. The operative technique of O.M.Ramirez was performed to prevent compartment syndrome. The defect of aponeurosis of the external oblique muscle of the abdomen was closed with a mesh implant.

**Key words:** giant hernia of linea alba, alloplasty, compartment syndrome.

M.I.Pyrohov National Medical University (Vinnytsia),  
Regional Hospital (Khmel'nyts'kyi)

Надійшла 23.06.2012 р.