

РЕДКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ В ГЕРНИОЛОГИИ: СОДЕРЖИМОЕ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА – ПЕЧЕНЬ, МЕТАСТАТИЧЕСКАЯ КАРЦИНОМА, ИНОРОДНОЕ ТЕЛО

**Толкачёв К.С.,
Щербатых А.В.,
Калягин А.Н.,
Семендяев А.А.,
Дульский В.А.,
Ступин Д.А.,
Виноградов В.Г.**

ФГБОУ ВО «Иркутский государственный
медицинский университет» Минздрава
России (664003, г. Иркутск, ул. Красного
Восстания 1, Россия)

Автор, ответственный за переписку:
Толкачёв Константин Сергеевич,
e-mail: dekanat-ped@yandex.ru

РЕЗЮМЕ

Хирургическое лечение пациентов с послеоперационными вентральными грыжами является одной из актуальных проблем в герниологии. Верификация диагноза послеоперационной вентральной грыжи, как правило, не вызывает затруднений. Вместе с тем могут встречаться сложности в диагностике, связанные с определением истинных размеров грыжевых ворот, содержимым грыжевого мешка. Эти моменты определяются разными факторами: расположением грыжи на передней брюшной стенке; возрастом и полом пациента; анамнезом грыженосительства; объёмом ранее выполненного оперативного вмешательства. Одной из очень редких ситуаций при наружных грыжах живота является ситуация, при которой содержимым грыжевого мешка является часть паренхиматозного органа, опухолевый процесс, а также свободные инородные тела. В исследовании представлены материалы наблюдения трёх пациентов, поступивших для диагностики и лечения в хирургический стационар клиник ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России. При обследовании и лечении обнаружено, что в одном наблюдении содержимым грыжевого мешка была часть левой доли печени, в другом наблюдении у пациента с паховой грыжей содержимым грыжевого мешка явилась метастатическая карцинома, и у одной пациентки в грыжевом мешке было обнаружено инородное тело. Всем пациентам выполнено оперативное вмешательство (грыжесечение, герниопластика). Диагноз грыжи передней брюшной стенки подтверждён. Произведён литературный поиск на предмет редких клинических примеров в герниологии. В мировой литературе имеются всего восемь наблюдений, когда содержимым грыжевого мешка являлась часть доли печени, а наличие метастатической карциномы и свободного инородного тела были найдены нами в литературных источниках в качестве единичных наблюдений, описанных известными корифеями в герниологии.

Ключевые слова: *грыжи живота, грыжи передней брюшной стенки, герниопластика, передняя брюшная стенка, послеоперационная грыжа, диагностика вентральных грыж, грыжевой мешок*

Для цитирования: Толкачёв К.С., Щербатых А.В., Калягин А.Н., Семендяев А.А., Дульский В.А., Ступин Д.А., Виноградов В.Г. Редкие наблюдения в герниологии: содержимое грыжевого мешка – печень, метастатическая карцинома, инородное тело. *Acta biomedica scientifica*. 2021; 6(4): 243-251. doi: 10.29413/ABS.2021-6.4.22

Статья поступила: 20.04.2021

Статья принята: 30.07.2021

Статья опубликована: 12.10.2021

RARE CASES IN HERNIOLOGY: THE CONTENTS OF THE HERNIA – PART OF THE LIVER, METASTATIC CARCINOMA, A FOREIGN BODY

Tolkachev K.S.,
Shcherbatykh A.V.,
Kalyagin A.N.,
Semendyaev A.A.,
Dulsky V.A.,
Stupin D.A.,
Vinogradov V.G.

Irkutsk State Medical University
(Krasnogo Vosstaniya str. 1, Irkutsk
664003, Russian Federation)

Corresponding author:
Konstantin S. Tolkachev,
e-mail: dekanat-ped@yandex.ru

ABSTRACT

Surgical treatment of patients with postoperative ventral hernias is one of the most pressing problems in herniology. Verification of the diagnosis of postoperative ventral hernia is usually not difficult. At the same time, there may be difficulties in diagnosis associated with determining the true size of the hernia orifices, the contents of the hernial sac. These moments are determined by various factors: the location of the hernia on the anterior abdominal wall, the age, sex of the patient, as well as anamnesis of hernia and the volume of surgery previously performed. One of the very rare situations in external abdominal hernias is the situation when the content of the hernial sac is the part of the parenchymal organ, the tumor process, as well as foreign bodies. The study presents the observation materials of three patients admitted for diagnosis and treatment to the surgical hospital clinics of Irkutsk State Medical University. When examined and treated, it was found that in one case the content of the hernia sac included a part of the left lobe of the liver, in another observation, the inguinal hernia sac contained metastatic carcinoma, in the third case – a foreign body was found. All patients underwent surgery (hernioplasty, hernioplasty). Diagnosis of hernia of the anterior abdominal wall was confirmed. A literary search was made for rare clinical examples in herniology. In the world literature, there are only eight observations when the content of the hernia sac was a part of the lobe of the liver; the presence of metastatic carcinoma and a free foreign body we found as single observations described by known specialists in herniology.

Key words: abdominal hernia, hernia of the anterior abdominal wall, hernioplasty, anterior abdominal wall, postoperative hernia, diagnosis of ventral hernia, hernial sac

For citation: Tolkachev K.S., Shcherbatykh A.V., Kalyagin A.N., Semendyaev A.A., Dulsky V.A., Stupin D.A., Vinogradov V.G. Rare cases in herniology: The contents of the hernia – part of the liver, metastatic carcinoma, a foreign body. *Acta biomedica scientifica*. 2021; 6(4): 243-251. doi: 10.29413/ABS.2021-6.4.22

Received: 20.04.2021

Accepted: 30.07.2021

Published: 12.10.2021

ВВЕДЕНИЕ

Содержимое грыжевого мешка – это внутренние органы, вышедшие в грыжевой мешок. Чаще грыжевой мешок содержит наиболее подвижные органы брюшной полости – большой сальник, петли тонкой и толстой кишки [1]. В 1929 г. А.П. Крымов в своём известном научном труде описал случаи присутствия желчного пузыря в грыжевом мешке у пациента с грыжей белой линии живота, а также *lig. suspensor. hepatis* у одного из обследуемых лиц [2]. Наличие паренхиматозного органа (доля печени или её часть), по данным литературы, у лиц взрослого возраста – довольно редкая патология. Первый такой случай был описан в 2000 г., когда у пациентки 56 лет был обнаружен периодический болевой синдром в животе в проекции прямых мышц живота, причиной которого являлась грыжа передней брюшной стенки [1]. В своём сообщении зарубежные авторы указывают на то, что подобная клиническая картина (появление болевого синдрома и опухолевидного образования) возникла у 40-летнего мужчины и была связана с тупой травмой живота [3]. В обоих случаях содержимым грыжевого мешка являлась доля печени. В исследовании Н. Neelamraju Lakshmi et al. (2015) сообщается о шести случаях, когда содержимым грыжевого мешка являлась часть левой доли печени [4]. В 2004 г. представлено сообщение о клиническом случае у 45-летней пациентки, в анамнезе у которой была выполнена трансплантация печени [5]. В послеоперационном периоде в зоне операции возникло опухолевидное образование. Содержимым грыжевого мешка в данном наблюдении также являлась доля печени. Исследователи из Турции представили случаи обнаружения в грыжевом мешке левой доли печени у пациентов с разными оперативными вмешательствами в анамнезе по данным мировой литературы с 2000 по 2015 г. (табл. 1) [4, 6, 7, 8].

В источниках имеется описание «доли Риделя», представляющей собой удлинённый участок печёночной ткани, исходящий из края правой или квадратной

доли печени [9], а также имеются указания на наличие так называемых добавочных долей печени, которые могут располагаться в грыжевом мешке или под диафрагмой, и при этом они соединены с органом фиброзным тяжем [10].

В современной доступной литературе мы столкнулись с описанием наличия в грыжевом мешке не органа, а опухолевого процесса [11]. В дореволюционных публикациях указывалась такая возможность формирования новообразований при длительно существующих грыжах. Так, в монографии Н. Кукуджанова (1969) делается указание на то, что содержимым грыжевого мешка в очень редких наблюдениях могут являться злокачественные и доброкачественные опухоли различного генеза. Им представлена классификация, согласно которой различают: 1) внутримешковые опухоли; 2) опухоли грыжевого мешка; 3) внешние опухоли. К злокачественным и доброкачественным опухолям относятся саркомы, карциномы, фибросаркомы, а также фибромы, липомы и кисты. В грыжевом мешке может находиться брыжейка тонкой кишки с фибросаркомой лимфатических узлов, в сальнике могут быть идентифицированы липопластические саркомы и доброкачественные липомы [12].

В исторической литературе нам встретились описания обнаружения 4 случаев внутримешковых опухолей: липомы червеобразного отростка, карциномы аппендикса, фибросаркомы брыжейки и фибромы брыжейки [2]. В 1955 г. исследователи S.S. Fieber и J.T. Wolstenholme сообщили о 6 случаях внутримешковых новообразований, включая рак дивертикула мочевого пузыря, рак мочевого пузыря, липопластической саркомы сальника и фибросаркомы тонкой кишки [12]. Карциномы и другие неопластические процессы в грыжевом мешке описали в 1933 г. G. Carroll и R.G. Jacobs [12].

В стенке грыжевого мешка могут встречаться липомы, фибромиомы и т. д. Так, в одной из цитируемых монографий встречается упоминание о микросаркоме Горбатовского (1882), мезотелиоме [2]. Н.В. Воскресенский и С.Л. Горелик (1965) описывают клинический пример фи-

ТАБЛИЦА 1
СЛУЧАИ ОБНАРУЖЕНИЯ В ГРЫЖЕВОМ МЕШКЕ ЛЕВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ (2000–2015 ГГ.)

TABLE 1
CASES OF DETECTION THE LEFT LOBE OF THE LIVER IN THE HERNIAL SAC (2000–2015)

Год наблюдения	Возраст, пол	Операция в анамнезе	Доля печени в грыжевом мешке
2000	56 лет, мужской	Не известна	Левая доля печени
2004	45 лет, мужской	Трансплантация печени	Левая доля печени
2005	73 года, женский	Холецистэктомия	Левая доля печени
2009	48 лет, женский	Аорто-коронарное шунтирование	Левая доля печени
2012	81 год, женский	Аорто-коронарное шунтирование	Левая доля печени
2012	70 лет, женский	Холецистэктомия	Левая доля печени
2014	75 лет, женский	Холецистэктомия	Левая доля печени
2015	66 лет, женский	Аорто-коронарное шунтирование	Левая доля печени

бросаркомы стенки грыжевого мешка у пациента с паховой грыжей [13].

В тканях, окружающих грыжевой мешок, могут также встречаться опухоли, которые могут быть приняты за грыжу. Встречаются кисты, ангиомы и жировики, увеличение лимфатических узлов, а также семенные кисты [12].

В литературных источниках встречается немногочисленная информация о возможности обнаружения свободно перемещающихся инородных тел или образований в грыжевом мешке. При макроскопическом осмотре данные образования могут резко отличаться по форме и величине, иметь разную поверхность и в своей структуре быть представленными фибринозными отложениями, плотными при пальпации и по своей структуре напоминающими костную ткань. М.И. Павловский сделал заключение о том, что частота обнаружения свободных образований в грыжевом мешке небольшая и составляет около 0,5 % [12]. Он выделил три группы свободных тел: тела, попавшие в грыжевой мешок из свободной брюшной полости; инородные тела, попавшие в грыжевой мешок извне при травмах, конкременты и паразиты; тела, возникшие в результате патологического процесса в самом грыжевом мешке.

У пациентов с клинической картиной ущемления отечественные хирурги при вскрытии грыжевого мешка в крайне редких случаях определяли наличие инородных тел: игл, булавок, костей, желчных и каловых камней. Исходя из личного опыта, по мнению ряда авторов, свободные тела, также обнаруживаемые в грыжевом мешке, могут являться участком большого сальника или жировым привеском толстой кишки [13].

Инородные тела сравнительно больших размеров могут пальпироваться до операции, если же они небольшие – могут быть случайной находкой на операции.

Хирургическая клиника ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России (ИГМУ) является одной из ведущих клиник г. Иркутска, где выполняется наибольшее количество оперативных вмешательств с использованием как традиционных (пластика местными тканями), так и преимущественно современных (безнатяжных) способов пластики по поводу грыж передней брюшной стенки с различными локализациями. В настоящее время клиника обладает современным диагностическим и лечебным оборудованием для лечения пациентов разной степени сложности с данной патологией. Нами произведен ретроспективный анализ 2256 историй болезни за период с 2006 по 2020 г. Нас интересовали нестандартные ситуации, когда содержимое грыжевого мешка верифицировалось как редкая ситуация. Мы представляем 3 (0,13 %) интересных и редких клинических наблюдения из нашей практики за этот период: пациента с невосправимой косой паховой грыжей слева, пациентки с послеоперационной невосправимой грыжей передней брюшной стенки (MW4R0 по классификации SWR) и пациентки с невосправимой пупочной грыжей.

Клиническое наблюдение № 1

Пациент Б., 66 лет поступил 9.03.2006 на плановое хирургическое лечение с направительным диагнозом: невосправимая косая паховая грыжа слева. Поступил в клинику ИГМУ с жалобами на наличие плотного не вправляемого в брюшную полость, болезненного новообразования в паховой области слева. Болен в течение 3 месяцев, когда после физической нагрузки отметил появление в левой паховой области опухолевидного вправляемого в брюшную полость образования. Примерно за 1 месяц до госпитализации образование стало невосправимым, плотным, появился болезненный дискомфорт в левой паховой области. Обследован амбулаторно по месту жительства: 05.02.2006 выполнена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) органов брюшной полости. Заключение: признаки паховой грыжи слева. Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, проведённое 10.02.2006, показало умеренную водянку левого яичка, объёмное образование паховой области слева(?). Консультирован онкологом в Иркутском областном онкологическом диспансере 09.02.2006: паховая грыжа слева, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, клиническая группа 1б (данных, свидетельствующих об онкологическом процессе, не найдено). На электрокардиограмме (ЭКГ): умеренная синусовая тахикардия (86 уд./мин); преобладание потенциалов левого желудочка; синдром ранней или реполяризации желудочков, боковой вариант; умеренные нарушения процессов реполяризации левого желудочка. Рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях (26.01.2006) патологии не выявила. В клинике ИГМУ проведена повторная ЭКГ: выявлена неполная блокада правой ножки пучка Гиса. На момент поступления пациента в хирургическое отделение в клиниках ИГМУ отсутствовала техническая возможность проведения МСКТ.

При объективном осмотре: общее состояние пациента при поступлении удовлетворительное, тип телосложения астенический, пониженного питания. Кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски, чистые. Периферические группы лимфатических узлов не увеличены и не пальпируются. Костно-мышечная система развита правильно. Живот слегка увеличен в объёме, мягкий, безболезненный. Печень умеренно выступает из-под рёберной дуги, край несколько закруглён. Отделы толстой кишки без особенностей. Локально в левой паховой области, по ходу семенного канатика, определяется плотноэластическое, гладкое, слегка болезненное, ограниченно смещаемое опухолевидное образование продолговатой формы, размером 10 × 6 × 4 см. Образование перекрывает наружное паховое кольцо, не вправимо в брюшную полость (рис. 1).

Общеклинические и биохимические анализы – в пределах физиологической нормы: лейкоциты (WBC, white blood cells) – $7,2 \times 10^9/\text{л}$; гемоглобин (HGB, hemoglobin) – 159 г/л; эритроциты (RBC, red blood cells) – $4,8 \times 10^{12}/\text{л}$; скорость оседания эритроцитов – 19 мм/ч; УМСС отрицательный; глюкоза – 4,3 ммоль/л.



РИС. 1.
 Пациент Б. Объективный осмотр левой паховой области
FIG. 1.
 Patient B. Objective examination of the left inguinal region

10.03.2006 выполнено оперативное вмешательство: грыжесечение, пластика пахового канала по Постемпскому. Из протокола операции: под внутривенной анестезией косым разрезом в левой паховой области обнажён и вскрыт апоневроз по ходу пахового канала. При ревизии определяется плотное, фиксированное в элементах семенного канатика новообразование размером 10 × 6 × 4 см, яичко расположено ниже, интактно (рис. 2).



РИС. 2.
 Пациент Б. Ревизия элементов семенного канатика
FIG. 2.
 Patient B. Revision of elements of the testicular cord

В месте опухоли элементы канатика и сосуды не дифференцируются. Брюшина вскрыта по передней полуокружности наружного пахового кольца (рис. 3).

Выявляется прядь сальника, заполненная метастатическими узлами размерами до 1,5 см. При освобождении ворот выделилось до 0,5 л асцитической жидкости. Сальник с метастатическими узлами резецирован и удалён единым комплексом с опухолью, семенным канатиком и яичком. При пальцевой ревизии брюшной полости определяются множественные метастазы по всему сальнику, брюшине, кишечнику, верифицирован канце-

роматоз брюшной полости. Паховый канал восстановлен путём дубликатурной пластики по типу Постемпского с оставлением выпускника в подкожно-жировую клетчатку. Макропрепарат представлен грыжевым мешком, содержащим прядь сальника с фиксированной опухолью размером 10 × 6 × 4 см, которая интимно связана с элементами семенного канатика, на разрезе имеет вид «варёного рыбьего мяса» (рис. 4).

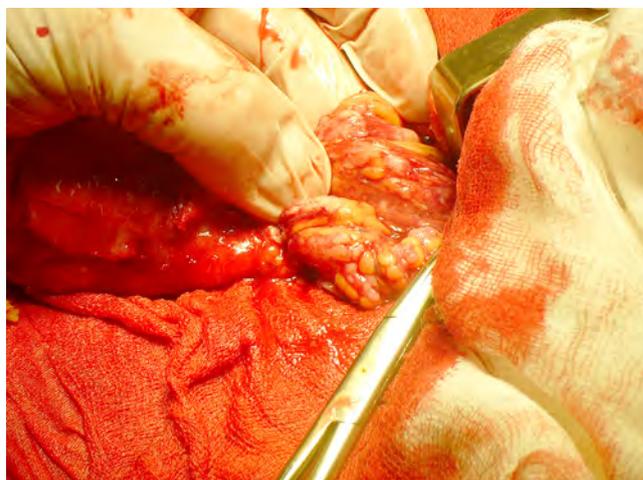


РИС. 3.
 Пациент Б. Метастатическая прядь большого сальника
FIG. 3.
 Patient B. Metastatic strand of the greater omentum

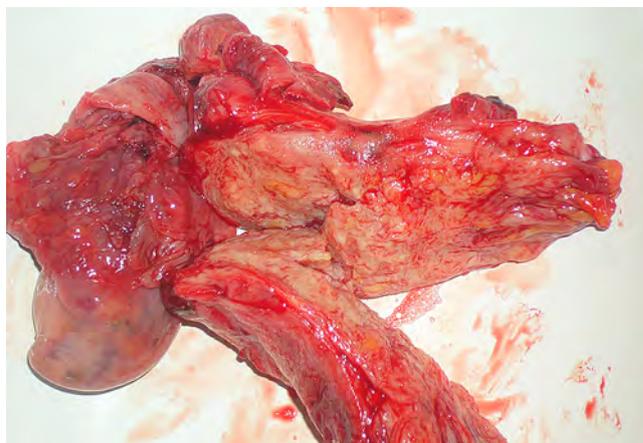


РИС. 4.
 Макропрепарат: конгломерат лимфоузлов с метастазами низкодифференцированной аденокарциномы
FIG. 4.
 Macropreparation: a conglomerate of lymph nodes with metastases of low-differentiated adenocarcinoma

Гистологическое заключение: конгломерат лимфоузлов с метастазами низкодифференцированной аденокарциномы с прорастанием окружающей клетчатки, эмболы сосудов. Послеоперационный период протекал относительно гладко, в течение 4 дней отмечалось выделение асцитической жидкости. Рана зажила первичным натяжением, но отмечалась специфическая инфильтрация мягких тканей. Пациент выписан под наблюдение врача-онколога по месту жи-

тельства. Дальнейшая связь с пациентом, к сожалению, потеряна.

Клиническое наблюдение № 2

Пациентка Г., 40 лет, поступила в хирургическое отделение 16.01.2010 с жалобами на наличие частично вправимой пупочной грыжи. Болея в течение 10 лет, когда впервые после физической нагрузки появилось небольшое выпячивание в области пупка. За последнее время опухолевидное образование перестало быть вправимым в брюшную полость. Пациентка отмечает наличие плотного образования до 1,5 см в диаметре, при попытке вправления грыжи появилась сильная боль в области пупка. При осмотре состояние удовлетворительное. Пациентка правильного телосложения, обычного питания. Кожный покров и видимые слизистые телесной окраски, подкожно-жировой слой выражен удовлетворительно. Периферические лимфоузлы не увеличены, пальпация зон их локализации безболезненна. При аускультации дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс – 72 уд./мин, артериальное давление – 130/90 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Локально в пупочной области: при пальпации – опухолевидное образование округлой формы, болезненное при пальпации, диаметром около 3 см, мягко-эластической консистенции, содержащее плотное включение до 1 см в диаметре.

В плановом порядке 17.01.2017 выполнено пупочное грыжесечение. Выделен и вскрыт грыжевой мешок размером 4 × 3 × 2 см, в его стенке – мешковидное углубление, содержащее плотный конкремент оранжево-красного цвета с прозрачными отливами до 1 см в диаметре. Разделить конкремент на части не представляется возможным из-за его плотности. Конкремент свободно выделился из дивертикула (рис. 5).

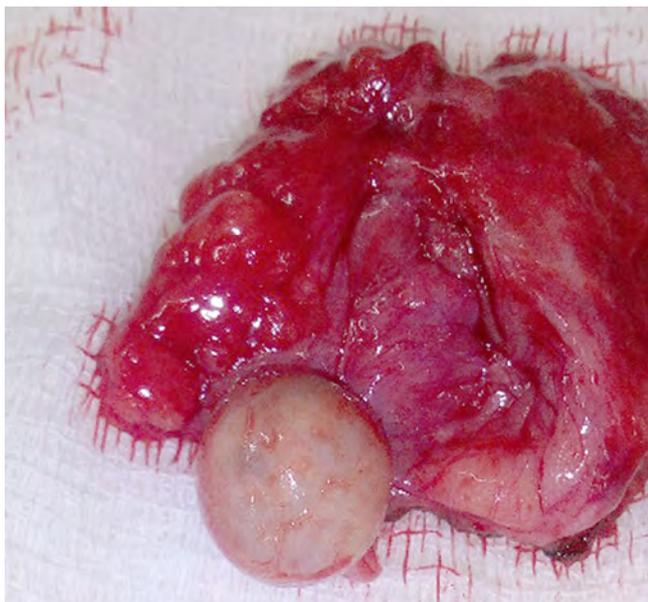


РИС. 5.
Содержимое грыжевого мешка – плотный конкремент

FIG. 5.
The hernia sac contents – a dense concretment

Мешок иссечён. Выполнена пластика дефекта местными тканями по Мейо. Послойно наложены швы на рану. Заживление раны происходило первичным натяжением. На гистологическом заключении: грыжевой мешок с элементами хронического воспаления, структура конкремента не идентифицирована из-за его плотности.

Клиническое наблюдение № 3

Пациентка М., 60 лет, поступила в хирургическую клинику ИГМУ в плановом порядке в 2017 г. При поступлении жалобы на наличие опухолевидного образования в проекции послеоперационного рубца, периодический болевой синдром, дискомфорт в этой зоне при физической нагрузке и в покое, косметический дефект, снижение качества жизни. В анамнезе у пациентки лапаротомия, холецистэктомия. Выписана из стационара без особенностей. Через 2,5 месяца с момента выписки после физической нагрузки в проекции послеоперационного рубца сформировалось опухолевидное образование, которое увеличилось в размерах, стали беспокоить вышеперечисленные жалобы. Пациентка осмотрена в плановом порядке, госпитализирована для оперативного лечения. При осмотре: пациентка повышенного питания, ожирение 2-й степени. Локально: по средней линии живота – старый послеоперационный рубец протяжённостью около 20 см (после верхнесрединной лапаротомии). В проекции рубца опухолевидное образование размером 20 × 15 см, овальной формы, при пальпации – плотноэластической консистенции, гладкое, незначительно болезненное, не вправимое в брюшную полость; симптом кашлевого толчка положительный. Кожный покров над опухолевидным образованием не изменён (рис. 6).



РИС. 6.
Пациентка М. Живот при объективном осмотре

FIG. 6.
Patient M. Abdomen during physical examination

Пациентка обследована согласно стандартному протоколу. Анализы крови и мочи в норме: WBC – $5,2 \times 10^9$ /л, HGB – 155 г/л, RBC – $5,3 \times 10^{12}$ /л, гематокрит – 47,4 %, билирубин общий – 11,3 ммоль/л, альфа-амилаза крови – 149 Ед/л, аспартатаминотрансфераза – 14,0 Ед/л, аланинаминотрансфераза – 24,7 Ед/л, фибриноген – 2,0 г/л. По заключению ультразвукового исследования органов брюшной полости определены сонографические признаки диффузных изменений печёночной ткани и поджелудочной железы, признаки нефроптоза первой степени. На ЭКГ – синусовый ритм, умеренные нарушения процессов реполяризации. Фиброгастродуоденоскопия выявила смешанный гастродуоденит. Результат спирографии – в пределах нормы. Выполнена МСКТ органов брюшной полости (рис. 7, 8). Из протокола: по срединной линии определяется грыжевое выпячивание с шириной грыжевых ворот до 17 см, расположенное от мечевидного отростка на протяжении 25 см. Содержимым грыжевого мешка являются часть левой доли печени, часть желудка, жировая клетчатка, поперечная ободочная кишка, петли тонкой кишки. Печень с ровными контурами, увеличена в размерах (кранио-каудальный размер – 18,7 см), однородной структуры, сниженной плотности (43 ед. Н). Диаметр *ductus hepaticus dexter et sinister* – в пределах нормы, диаметр *ductus choledohus* – 7 мм, *vesicae biliaris* удалён. Томографически поджелудочная железа без патологических изменений. Парапанкреальные прослойки сохранены. Контуров селезёнки ровные, плотность ткани не изменена. Надпочечники, почки расположены обычно, форма и размеры не изменены. Жировая клетчатка брюшной полости не инфильтрирована. Забрюшинные лимфоузлы не увеличены. Свободная жидкость не определяется.

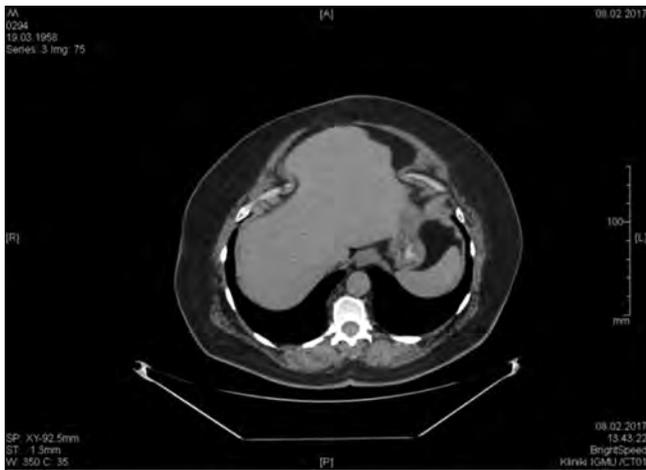


РИС. 7.
Пациентка М. МСКТ. DS: послеоперационная невправимая грыжа передней брюшной стенки, тип MW4R0 по классификации SWR. Содержимое грыжевого мешка – часть левой доли печени

FIG. 7.
Patient M. MSCT. DS: postoperative irreducible hernia of the anterior abdominal wall, type MW4R0 according to the SWR classification. The contents of the hernial sac – a part of the left lobe of the liver



РИС. 8.
Пациентка М. МСКТ. DS: послеоперационная невправимая грыжа передней брюшной стенки, тип MW4R0 по классификации SWR. Содержимое грыжевого мешка. Размер грыжевых ворот – 17,4 см

FIG. 8.
Patient M. MSCT. DS: postoperative irreducible hernia of the anterior abdominal wall, type MW4R0 according to the SWR classification. The contents of the hernial sac. The size of the hernia gate – 17.4 cm

В результате обследования пациентке выставлен диагноз: послеоперационная невправимая грыжа передней брюшной стенки типа MW4R0 по классификации SWR. Сопутствующий диагноз: гипертоническая болезнь 2-й степени, риск 3. Хроническая сердечная недостаточность 1-й стадии, функциональный класс 1. Ожирение 2-й степени. Индекс массы тела – 32 кг/м². Пациентке выполнено оперативное вмешательство: грыжесечение, ретромускулярная аллопластика сетчатым протезом «Линтекс» (Россия). На операции определено, что большую часть грыжевого мешка занимает левая доля печени, в небольшом объёме – ткань желудка, жировая клетчатка, поперечная ободочная кишка, петли тонкой кишки. В грыжевом мешке, а также в брюшной полости выявлен умеренный спаечный процесс, висцеролиз выполнен с техническими трудностями. Содержимое грыжевого мешка – без признаков ущемления. Часть левой доли печени – без особенностей. Добавочных долей печени не обнаружено. Подготовлена площадка в ретромускулярном пространстве для фиксации сетчатого протеза, выкроен протез фирмы «Линтекс». Произведена фиксация протеза трансфасциальными швами в 6 точках. Установлены 2 дренажа по Редону ретромускулярно, 2 дренажа – в подкожно-жировую клетчатку. На рану наложен косметический шов. Течение послеоперационного периода протекало без осложнений. Дренажи удалены на 10-е сутки. На УЗИ-контроле мягких тканей передней брюшной стенки: без особенностей. УЗИ-контроль органов брюшной полости: без патологии, паренхима печени без особенностей, свободной жидкости в брюшной полости нет. Контрольные клинические анализы – без патологии. С рекомендациями пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 12-е сутки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нами представлены редкие случаи в герниологии. Обращает внимание на себя тот момент, что в одном из представленных наблюдений содержимым грыжевого мешка являлась часть левой доли печени. По данным зарубежной литературы с 2000 г. по настоящее время, имеются всего восемь подобных наблюдений наличия части печени в грыжевом мешке, а в отечественной литературе подобных наблюдений мы не встретили. Также очень редким клиническим примером является метастатическая карцинома и свободное тело грыжевого мешка, что, по данным литературы, нашло своё отражение только в классических монографиях прошлого века – А.П. Крымова, И.П. Кукуджанова, Н.В. Воскресенского и С.Л. Горелика [2, 12, 13]. Уникальность подобного наблюдения заслуживает внимания врачей, сталкивающихся с диагностикой и лечением данной категории больных.

Конфликт интересов

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Финансирование

Работа проведена без привлечения дополнительного финансирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. *Грыжи передней брюшной стенки*. М.: Медицина; 1990: 270.
2. Крымов А.П. *Учение о грыжах*. М.; Ленинград: Практическая медицина; 1929: 552.
3. Eken H, Isik A, Buyukakincak S, Yilmaz I, Firat D, Cimen O. Incarceration of the left hepatic lobe in incisional hernia: A case report. *Ann Med Surg*. 2015; 4(3): 208-210. doi: 10.1016/j.amsu.2015.05.009
4. Neelamraju Lakshmi H, Saini D, Om P, Bagree R. A ventral incisional hernia with herniation of the left hepatic lobe and review of the literature. *BMJ Case Rep*. 2015; 2015: bcr2014207162. doi: 10.1136/bcr-2014-207162
5. Sheer TA, Runyon BA. Recurrent massive steatosis with liver herniation following transplantation. *Liver Transpl*. 2004; 10(10): 1324-1325. doi: 10.1002/lt.20201
6. Adeonigbagbe O, Ali K, Bradnock H. Herniation of the liver through the rectus muscle presenting as persistent abdominal pain. *Am J Gastroenterol*. 2000; 95(7): 1841-1842. doi: 10.1111/j.1572-0241.2000.02151.x
7. Al Ani AH, Al Badra MYR, Al Kaisy S, Abdulmoneim H, Abdulhakim H, Al Jowher Z, et al. Left hepatic lobe herniating through sternotomy incision. *Clin Surg*. 2017; 2: 1686.
8. Sabbah-Briffaut E, Houfflin-Debarge V, Sfeir R, Devisme L, Dubos JP, Puech F, et al. Les hépatocèles exclusives. Evaluation du pronostic. A propos de 11 observations [Liver hernia. Prognosis and report of 11 cases]. *J Gynecol. Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2008; 37(4): 379-384. doi: 10.1016/j.jgyn.2007.10.003

9. Reitemeier RJ, Butt HR, Bagenstoss AH. Riedel's lobe of the liver. *Gastroenterology*. 1958; 34: 1090-1095.

10. Laaksonen E, Silvasti S, Hakala T. Right-sided Bochdalek hernia in an adult: a case report. *J Med Case Reports*. 2009; 3: 9291. doi: 10.1186/1752-1947-3-9291

11. Ганжий В.В., Новак С.А., Акиншин В.П., Колесник И.П., Баранов Е.И. Случай диагностики рака сигмовидной кишки, осложнённого острой толстокишечной непроходимостью, симулирующего ущемлённую паховую грыжу. *Украинский журнал хирургии*. 2013; 4(23): 116-117.

12. Кукуджанов Н.И. *Паховые грыжи*. М.: Медицина; 1969: 440.

13. Воскресенский Н.В., Горелик С.Л. *Хирургия грыж брюшной стенки*. М.: Медицина; 1965: 328.

REFERENCES

1. Toskin KD, Zhebrovsky VV. *Hernia of the anterior abdominal wall*. Moscow: Meditsina; 1990: 270. (In Russ.).
2. Krymov A.P. *Herniology*. Moscow; Leningrad: Prakticheskaya meditsina; 1929: 552. (In Russ.).
3. Eken H, Isik A, Buyukakincak S, Yilmaz I, Firat D, Cimen O. Incarceration of the left hepatic lobe in incisional hernia: A case report. *Ann Med Surg*. 2015; 4(3): 208-210. doi: 10.1016/j.amsu.2015.05.009
4. Neelamraju Lakshmi H, Saini D, Om P, Bagree R. A ventral incisional hernia with herniation of the left hepatic lobe and review of the literature. *BMJ Case Rep*. 2015; 2015: bcr2014207162. doi: 10.1136/bcr-2014-207162
5. Sheer TA, Runyon BA. Recurrent massive steatosis with liver herniation following transplantation. *Liver Transpl*. 2004; 10(10): 1324-1325. doi: 10.1002/lt.20201
6. Adeonigbagbe O, Ali K, Bradnock H. Herniation of the liver through the rectus muscle presenting as persistent abdominal pain. *Am J Gastroenterol*. 2000; 95(7): 1841-1842. doi: 10.1111/j.1572-0241.2000.02151.x
7. Al Ani AH, Al Badra MYR, Al Kaisy S, Abdulmoneim H, Abdulhakim H, Al Jowher Z, et al. Left hepatic lobe herniating through sternotomy incision. *Clin Surg*. 2017; 2: 1686.
8. Sabbah-Briffaut E, Houfflin-Debarge V, Sfeir R, Devisme L, Dubos JP, Puech F, et al. Les hépatocèles exclusives. Evaluation du pronostic. A propos de 11 observations [Liver hernia. Prognosis and report of 11 cases]. *J Gynecol. Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2008; 37(4): 379-384. doi: 10.1016/j.jgyn.2007.10.003
9. Reitemeier RJ, Butt HR, Bagenstoss AH. Riedel's lobe of the liver. *Gastroenterology*. 1958; 34: 1090-1095.
10. Laaksonen E, Silvasti S, Hakala T. Right-sided Bochdalek hernia in an adult: a case report. *J Med Case Reports*. 2009; 3: 9291. doi: 10.1186/1752-1947-3-9291
11. Ganzhiy VV, Novak SA, Akinshin VP, Kolesnik IP, Baranov EI. A case of diagnosing sigmoid colon cancer complicated by acute colonic obstruction simulating a strangulated inguinal hernia. *Ukrainian Journal of Surgery*. 2013; 4(23): 116-117. (In Russ.).
12. Kukudzhanov NI. *Inguinal hernia*. Moscow: Meditsina; 1969: 440. (In Russ.).
13. Voskresensky NV, Gorelik SL. *Abdominal wall hernia surgery*. Moscow: Meditsina; 1965: 328. (In Russ.).

Сведения об авторах

Толкачёв Константин Сергеевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской хирургии, ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: dekanat-ped@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-5709-5851>

Щербатых Андрей Викторович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии, ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: irkutskii@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1990-1207>

Калягин Алексей Николаевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней, ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: prorector-med@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2708-3972>

Семендяев Андрей Александрович – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом гинекологии детей и подростков, ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: stupindimitri@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4107-6285>

Дульский Вадим Алексеевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики, ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: vdulski@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8483-8692>

Ступин Дмитрий Андреевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом гинекологии детей и подростков, ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: stupindima@stupindima.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0687-4804>

Виноградов Валентин Георгиевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры травматологии и ортопедии, ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: vinogradov.travma@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-6470-3800>

Information about the authors

Konstantin S. Tolkahev – Cand. Sc. (Med.), Associate Professor at the Department of Intermediate Level Surgery, Irkutsk State Medical University, e-mail: dekanat-ped@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-5709-5851>

Andrey V. Shcherbatiykh – Dr. Sc. (Med.), Professor, Head of the Department of Intermediate Level Surgery, Irkutsk State Medical University, e-mail: irkutskii@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1990-1207>

Alexsey N. Kalyagin – Dr. Sc. (Med.), Head of the Department of Propaedeutics of Internal Diseases, Irkutsk State Medical University, e-mail: prorector-med@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2708-3972>

Andrey A. Semendyaev – Dr. Sc. (Med.), Professor at the Department of Obstetrics and Gynecology with the Course of Pediatric and Adolescent Gynecology, Irkutsk State Medical University, e-mail: stupindimitri@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4107-6285>

Vadim A. Dulsky – Cand. Sc. (Med.), Associate Professor at the Department of Outpatient Therapy and General Practice, Irkutsk State Medical University, e-mail: vdulski@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8483-8692>

Dmitry A. Stupin – Cand. Sc. (Med.), Associate Professor at the Department of Obstetrics and Gynecology with the Course of Pediatric and Adolescent Gynecology, Irkutsk State Medical University, e-mail: stupindima@stupindima.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0687-4804>

Valentin G. Vinogradov – Dr. Sc. (Med.), Professor at the Department of Traumatology and Orthopedics, Irkutsk State Medical University, e-mail: vinogradov.travma@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-6470-3800>

Вклад авторов

Толкачёв К.С. – концепция и дизайн статьи, поиск материала, обработка исходного материала, написание текста.

Щербатых А.В. – дизайн статьи, редактирование текста, финальное утверждение рукописи.

Калягин А.Н. – редактирование текста, диагностика и обследование пациентов на догоспитальном этапе.

Семендяев А.А. – редактирование текста, диагностика и обследование пациентов на догоспитальном этапе.

Дульский В.А. – редактирование текста, диагностика и обследование пациентов на догоспитальном этапе.

Ступин Д.А. – поиск литературы, работа с графическими редакторами.

Виноградов В.Г. – редактирование текста, анализ источников литературы.