
В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 617-089.844

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ВНУТРЕННИМИ АБДОМИНАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

А.В. Быков^{1,2}, А.Ю. Орешкин^{1,2}, О.Г. Лищук², В.А. Пилипчак²

¹ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
кафедра хирургических болезней и нейрохирургии ФУВ;
²ГУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи № 15»

Представлен опыт диагностики и хирургического лечения 9 пациентов с осложненными внутренними абдоминальными грыжами: 3 парадуоденальными (Трейтца), 3 парацекальными, 1 внутренней надпузырной, 2 ущемления тонкого кишечника в дефектах большого и малого сальников.

Ключевые слова: внутренняя абдоминальная грыжа, парадуоденальная грыжа, парацекальная грыжа, внутренняя надпузырная грыжа.

DOI 10.19163/1994-9480-2019-3(71)-128-135

EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH COMPLICATED INTERNAL ABDOMINAL HERNIA

A.V. Bykov^{1,2}, A.Yu. Oreshkin^{1,2}, O.G. Lischuk², V.A. Pilipchak²

¹FSBEI HE «Volgograd State Medical University» of Public Health Ministry of the Russian Federation,
Department of surgical diseases and neurosurgery of the faculty of physicians' improvement;
²SHI «Clinical Emergency Hospital № 15»

The experience of diagnostics and surgical treatment of 9 patients with complicated internal abdominal hernias is presented: 3 paraduodenal (Treitz), 3 paracaecal, 1 internal supramesocolic, 2 small intestine infringes in defects of the greater and lesser omentum.

Key words: internal abdominal hernia, paraduodenal hernia, paracaecal hernia, internal supramesocolic hernia.

Внутренние грыжи живота являются достаточно редкой патологией и среди причин острой кишечной непроходимости составляют менее 2 % [6, 7]. Опыт работы нашей клиники, общения с хирургами-курсантами кафедры хирургических болезней ФУВ показывает, что практические хирурги нередко мало или вообще не знакомы с этой патологией, либо вообще никогда не встречались с ней в своей работе, либо, выполнив операции, ошибочно описывают обнаруженную внутреннюю грыжу как «заворот кишечника», «спаечная непроходимость» или иначе.

В большинстве отечественных руководств по хирургии если и упоминается о внутренних грыжах как причине кишечной непроходимости,

то, как правило, кратко упоминается только парадуоденальная грыжа Трейтца.

Подробное описание всех видов внутренних грыж дал Крамаренко Ю.Ю., 1956, и, отчасти, А.Е. Норенберг-Чарквиани, 1969, в книгах, которые, в силу своего возраста и редкости, вряд ли попадут в руки, особенно начинающего хирурга. В отечественной периодической литературе, согласно выборке из Elibrary, данная тема практически не освещена, а запрос, в частности по парадуоденальным, надпузырным и парацекальным грыжам, в библиотеке PubMed показал соответственно 271, 57 и 12 публикаций.

Это послужило поводом, не претендуя на полный охват проблематики, поделиться своим

опытом хирургического лечения внутренних грыж, остановившись на отдельных их видах, наблюдаемых нами, а также обратить внимание хирургов на эту патологию в целом.

Следует отметить, что нет единой классификации внутренних грыж. Наиболее подробная, но при этом несколько громоздкая, классификация внутренних грыж была предложена Крамаренко Ю.Ю. Нам кажется более удобной классификация А.Е. Норенберг-Чарквиани, 1969, которая включает:

А. Предбрюшинные:

1. Надпузырная – наружная и внутренняя.
2. Пристеночные грыжи (Рихтера).

Б. Позадібрюшинные:

1. Парадуоденальная, Трейтца – левая и правая.
2. Околослепокишечные (верхняя и нижняя).
3. Межсигмовидная позадибрюшинная.
4. Подвздошно-подфасциальная.

В. Внутрībрюшинные:

1. Брыжеечно-пристеночная.
2. Винслова отверстия.
3. Срединная через брыжейку ободочной кишки или чрезбрыжеечно-ободочная грыжа сальниковой сумки.
4. Ущемления в отверстиях брыжейки и других перепончатых образованиях.
5. Грыжа позади приводящей петли желудочно-кишечного анастомоза.
6. Диафрагмальные.

Парадуоденальные грыжи. Наиболее частым, от 30 до 50 %, видом внутренних грыж являются парадуоденальные грыжи, впервые описанные W. Treitz как «*hernia retroperitonealis*» в 1857 г. Основной причиной их возникновения являются дефекты формирования дуоденоеюнального перехода в процессе эмбриогенеза кишечника (как, впрочем, отчасти и формирования иных внутренних грыж), в результате чего в этой зоне образуются брюшинные ямки (карманы), являющиеся воротами грыж. Согласно Moynihan, 1906 [3], это: 1) верхняя двенадцатиперстная, 2) нижняя двенадцатиперстно-тощая, 3) задняя двенадцатиперстно-тощая, 4) тощедвенадцатиперстникокишечная, 5) межбрыжеечная поперечной кишки, 6) около двенадцатиперстно-, 7) брыжеечно-пристеночная, 8) брыжейки поперечно-ободочной кишки и 9) поддвенадцатиперстникокишечная ямки. Подобное множество карманов, в свою очередь, определяет большое количество вариантов топографии парадуоденальных грыж, направления их развития вплоть до ретропанкреатического пространства до задней поверхности селезенки. Из большого числа вариантов выделяют два основных типа грыж – правостороннюю грыжу Трейтца – Неймана и левостороннюю Трейтца – Брезике (рис. 1), которые в современной западной литературе чаще обозначаются соответственно как грыжа Вадейера (Waldayer's hernia) и Ланцерта (*hernia of Lanzert*). Левосторонние грыжи Трейтца встречаются в 3 раза чаще правосторонних [6, 7].

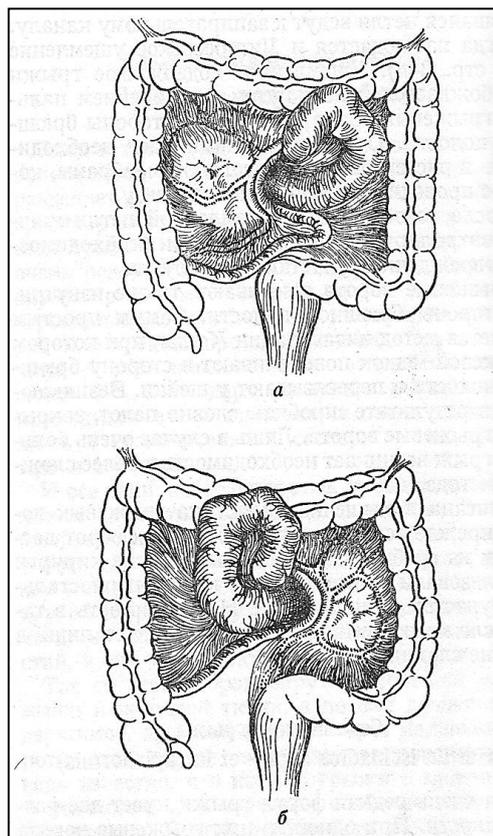


Рис. 1. Правосторонняя (а) и левосторонняя (б) грыжи Трейтца (по И. Литтманн, 1982)

Важным обстоятельством, влияющим на ход оперативного вмешательства, является участие в образовании грыжевых ворот и ущемляющего кольца верхних брыжеечных артерии и вены при правосторонней и нижних брыжеечных сосудов при левосторонней грыже Трейтца.

Надпузырные грыжи образуются в пространстве, ограниченном пузырно-пупочными складками и разделенном срединной пузырно-пупочной складкой (рис. 2).

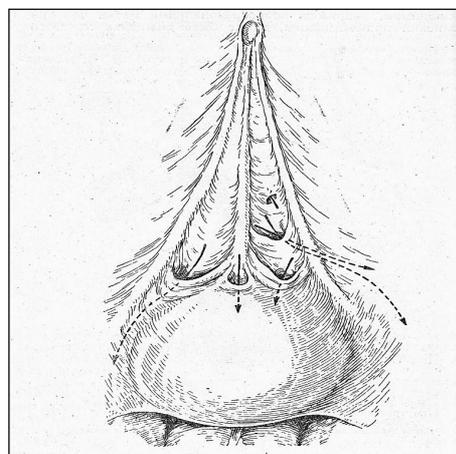


Рис. 2. Схема направления грыжевых мешков в надпузырных грыжах (по Варви и Орру, цит. по Ю.Ю. Крамаренко, 1956)

Крамаренко Ю.Ю. в зависимости от направления расположения грыжевого мешка выделял срединные и межсвязочные грыжи, располагающиеся над лоном, над мочевым пузырем по средней линии или в стороне от нее (наружные, передние надпузырные грыжи), а также нисходящие (рис. 3), уходящие вглубь малого таза ретровезикально (внутренние, ретровезикальные надпузырные грыжи).

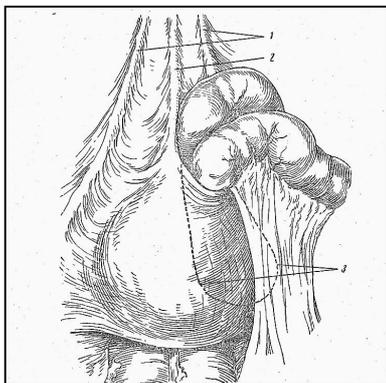


Рис. 3. Ущемление правосторонней внутренней надпузырной грыжи (по Варви и Орру, цит. по Ю.Ю. Крамаренко, 1956)

Наружные надпузырные грыжи в последние годы привлекли особое внимание герниологов, в связи с тем, что, по данным, в частности Землянова В.П. и соавт, 2017, до 25 % рецидивов грыж паховой области обусловлено возникновением порой ранее не существовавших грыж надпузырных, что нередко ошибочно принимается как рецидив грыжи паховой. Для коррекции таких грыж и их профилактики авторами предложены методы тотальной лапароскопической герниопластики.

Парацекальные грыжи, по данным Крамаренко Ю.Ю., встречаются в 7,5 % всех внутренних грыж. При исследовании Вальдейром трупов более или менее выраженные карманы брюшины в области слепой кишки наблюдались в 30 % [3]. Самообразование парацекальных карманов может быть объяснено недостаточной фиксацией средней кишечной трубки в эмбриональном периоде (рис. 4).

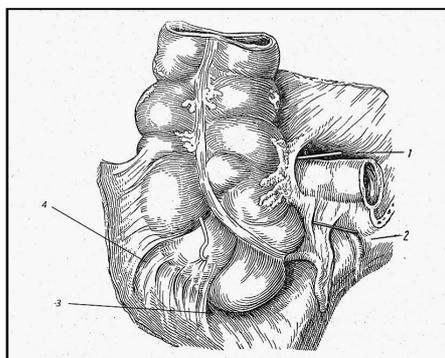


Рис. 4. Схема вероятного расположения позадислепокишечных грыж: 1) *recessus ileocaecalis superior*; 2) *rec. ileocaecalis inferior*; 3) *fossa caecalis*; 4) *rec. retrocaecalis*

В числе обнаруженных нами в базе данных PubMed по запросу #hernia para-caeca# 12 публикаций Birchley D., 2009, упоминает об обнаружении ущемленной парацекальной грыжи у пациента, оперированного по поводу предполагаемого острого аппендицита, что, кстати, забегая вперед, было в двух из трех наших наблюдений грыж парацекальной зоны.

Внутренние грыжи в отверстиях брыжейки тонкой, сигмовидной кишки, червеобразного отростка, сальника встречаются крайне редко, являются самым разнородным по своей анатомии видом внутренних грыж, и по своей природе их можно объединить в две группы: врожденные и посттравматические. Врожденные дефекты обычно имеют округлую форму и тонкие ровные края, в отличие от приобретенных, которые имеют различные размеры и форму (овальные, звездчатые, щелевидные) и могут располагаться как продольно, так и поперечно. Как правило, в таких дефектах ущемляются петли тонкой кишки и значительно реже подвижные отделы толстой.

Наши наблюдения и обсуждение результатов. За 25 лет в клинике оперировано 9 пациентов с ущемленными внутренними грыжами: 3 пациента с парадуоденальными грыжами Трейтца, 3 – с парацекальными грыжами (2 «истинные» и 1 ущемление в дефекте брыжейки слепой кишки, которое мы отнесли в эту группу), 2 больных с ущемлением в дефектах большого и малого сальника и 1 ущемленная внутренняя, ретровезикальная надпузырная грыжа.

Среди всех пациентов, оперированных по поводу кишечной непроходимости, частота внутренних грыж, по нашим данным, составила 1,2 %, а среди пациентов с тонкокишечной неопухолевой непроходимостью – 1,9 %. Среди пациентов было практически равное количество мужчин и женщин, преимущественно это были пациенты среднего (3) и старческого возраста (5) возраста (табл.).

Характеристика больных с внутренними грыжами

Вид грыжи	Муж./возраст	Жен./возраст	Всего	Средний возраст
Грыжа Трейтца	2 (28;76)	1 (76)	3	62,7 ± 19,1
Парацекальная	1 (78)	2 (50; 80)	3	
Надпузырная	1 (79)	–	1	
Дефекты сальника	1 (50)	1 (47)	2	
Всего	5	4	9	

Все пациенты, кроме одной, были оперированы в первые сутки заболевания. В одном наблюдении парацекальной грыжи больная оперирована на 6-е сутки на фоне рецидивирующей тонкокишечной

непроходимости (наблюдение № 5). В 2 наблюдениях парацекальных грыж показанием к операции явился предполагаемый острый аппендицит. Резекция кишечника потребовалась в 3 наблюдениях. Повторные вмешательства, релапаротомия выполнены 2 пациентам, одна программированная и одна по требованию. Умерла одна пациентка с ущемлением и некрозом тонкой кишки в дефекте малого сальника, причиной смерти явилась тяжелая сопутствующая конкурентная патология (лимфома Беркетта).

Клиническое наблюдение № 1. Больной 28 лет был госпитализирован в клинику дважды. В первом случае у больного имелись жалобы на рецидивирующие боли в верхних отделах живота, кратковременное вздутие, тошноту, рвоту, которые, как правило, провоцировались приемами пищи. Приступы купировались введением спазмолитиков. Больному проводилось обследование: УЗИ, ЭГДС, рентгеноскопия желудка. От предложенной лапароскопии пациент отказался. После 2 недель пребывания в стационаре был выписан в удовлетворительном состоянии с диагнозом острый панкреатит. В тот же день был вновь доставлен скорой помощью с яркой клиникой странгуляционной тонкокишечной непроходимости. Оперирован в экстренном порядке. Во время лапаротомии выявлено огромное опухолевидное образование брыжейки тонкой кишки, которое, при дальнейшей ревизии, оказалось внутренней ущемленной правосторонней грыжей Трейтца. Через окно в брыжейке в бессосудистой зоне были обнажены ущемленные петли тонкой кишки, тотально спаянные между собой и брыжейкой мощными спайками. После висцеролизиса петли кишечника были выведены из ущемляющего кольца, образованного в том числе верхней брыжеечной артерией. В данном наблюдении предельная внимательность хирурга, не рискнувшего рассекать ущемляющее кольцо, позволила избежать непоправимой ошибки. Дефект париетальной брюшины в зоне связки Трейтца был ушит. Послеоперационный период без осложнений.

Клиническое наблюдение № 2. Пациент П. 76 лет госпитализирован с клиникой кишечной непроходимости через сутки от начала заболевания. Подобный эпизод первый. В анамнезе 10 лет назад аппендэктомия. При поступлении отмечал умеренные боли, нарастающее вздутие живота, неотхождение стула и газов. На обзорной рентгенограмме брюшной полости чаши Клойбера в левом мезогастрii (рис. 5).

Проводимая консервативная терапия – стимуляция кишечника, клизмы – дала временный положительный эффект в виде отхождения стула и газов. Однако через 12 часов констатировано нарастание клинических и рентгенологических признаков непроходимости (рис. 6).



Рис. 5. Обзорная рентгенограмма брюшной полости больного П. с ущемленной левосторонней парадуоденальной грыжей



Рис. 6. Рентгенограмма брюшной полости больного П. с ущемленной левосторонней парадуоденальной грыжей. Пассаж бария через 12 часов

На лапаротомии обнаружено, что практически вся тонкая кишка, кроме начальных отделов тощей и небольшого (12–15 см) отрезка подвздошной кишки, расположена забрюшинно, грыжевые ворота располагаются за *a.mesenterica inf.*, являющейся основным ущемляющим элементом (рис. 7, 8, 9).



Рис. 7. Общий вид левосторонней парадуоденальной грыжи у пациента П.

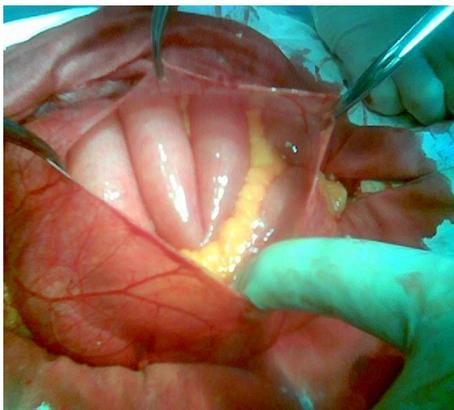


Рис. 8. Вид грыжи после вскрытия париетальной брюшины у пациента П.

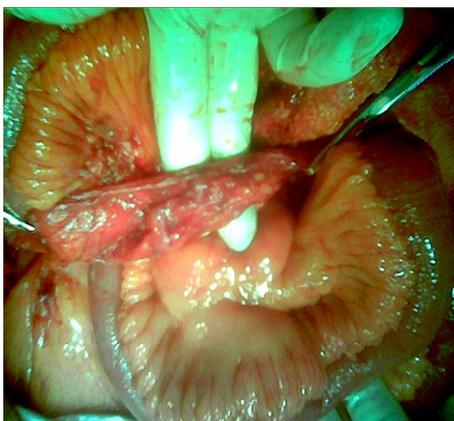


Рис. 9. Ущемляющее кольцо с проходящей в нем *a.mesenterica inferior*

После рассечения париетальной брюшины, формирующей грыжевой мешок, петли тонкой кишки выведены из-под ущемляющей их артерии, дефект брюшины ушит. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписан на 12-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Клиническое наблюдение № 3. Пациентка Б. 84 лет госпитализирована в первые сутки заболевания с приступами умеренных по интенсивности схваткообразных болей, умеренным локальным вздутием живота, рвотой. На обзорной рентгенограмме тонкокишечные чаши Клойбера. Консервативная терапия без эффекта. С учетом пальпируемого в левом мезогастрии локального тестовато-эластичного объемного образования перед операцией высказано предположение о внутренней грыже. Во время лапаротомии при ревизии тонкой кишки из брюшной полости после некоторого сопротивления была выведена петля тощей кишки протяженностью до 20 см багрово-синюшного цвета (рис. 10).

Наличие четкой границы ишемии с едва выраженной странгуляционной бороздой заставило провести целенаправленную ревизию зоны Трейтца, что позволило выявить брюшинный карман, идущий влево латерально вверх от дуодено-

еюнального перехода под корень мезоколон размером около 6 × 4 см (рис. 11).

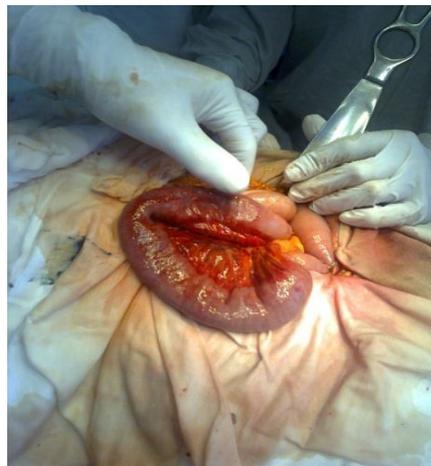


Рис. 10. Вид ущемленной петли тощей кишки у больной Б. 84 лет



Рис. 11. Брюшинный парадуоденальный карман у больной Б. 84 лет

Дефект брюшины ушит. Петли кишечника после согревания, введения 0,25%-го новокаина в брыжейку приобрели нормальный цвет, перистальтируют, признаны жизнеспособными. Послеоперационный период без осложнений. Выписана в удовлетворительном состоянии на 12-е сутки.

Клиническое наблюдение № 4. Пациент Е. 79 лет 27.10.2008 г. доставлен каретой скорой помощи в ГУЗ КБСМП № 15 с диагнозом острая задержка мочи, жалобами на боли в нижних отделах живота, затрудненное мочеиспускание, задержку стула в течение 3 дней, тошноту, рвоту. Из анамнеза выяснено, что за две недели до этого лечился в другом хирургическом стационаре с похожими жалобами; медицинская документация отсутствует. Также со слов родственников выяснено, что в течение года еще как минимум трижды госпитализировался скорой помощью в другие хирургические стационары с острыми болями в животе,

нарушениями пассажа кишечника, лечился консервативно с диагнозами острый панкреатит, спаечная болезнь. Объемы и результаты ранее проводимых исследований не известны. В анамнезе аппендэктомия, грыжесечение по поводу паховой грыжи справа. Состояние средней тяжести. Живот умеренно вздут, симметричный, участвует в акте дыхания, мягкий, при пальпации безболезненный. Перистальтика выслушивается. Симптом Щеткина отрицательный. В левой паховой области свободно вправимое грыжевое выпячивание с грыжевыми воротами 1,5 см. Обзорная рентгенография брюшной полости – снимок малоинформативен. Лейкоциты крови $12,2 \times 10^9$. Диагноз: Острая кишечная непроходимость? Опухоль ободочной кишки? Консервативная терапия и наблюдение с выполнением контрольных рентгеновских снимков брюшной полости проводились в течение 9 часов.

Во время лапаротомии в брюшной полости скудный серозный выпот. Дилатация проксимальных отделов тонкой кишки, подвздошная кишка при впадении в слепую спавшаяся. При ревизии установлено, что причиной непроходимости явилось ущемление подвздошной кишки во внутренней надпузырной грыже с ретровезикальным расположением грыжевого мешка (рис. 12).

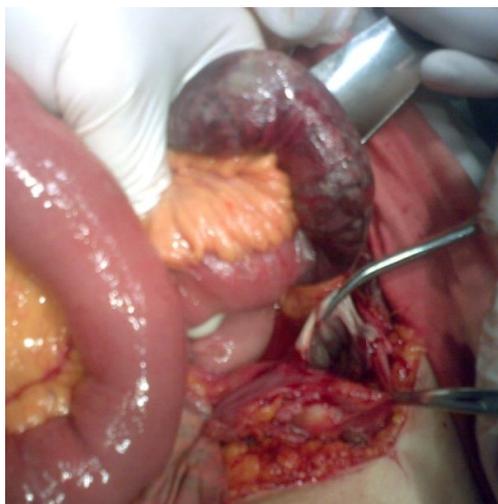


Рис. 12. Ущемление петли подвздошной кишки во внутренней, ретровезикальной надпузырной грыже

После рассечения ущемляющего кольца выведена петля 6–7 см кишки с некрозом, в 80 см от илеоцекального угла. Обращает внимание, что ниже участка ущемления на протяжении 50 см кишка грубо деформирована в виде конгломерата двустволок, что, очевидно, явилось результатом предыдущих ущемлений и воспалительных изменений стенки кишки. Наличие трудноразделимого конгломерата вынудило расширить объем резекции на 50–60 см ниже участка некротизированной кишки. Наложен 2-рядный анастомоз бок-в-бок в 20–25 см от илеоцекального угла. Под контролем катетера Фоля

выделен и иссечен флегмонозно измененный грыжевой мешок с восстановлением ретровезикальной брюшины, произведено дренирование ретровезикального пространства. Диагноз после операции: ущемленная внутренняя надпузырная грыжа с некрозом тонкой кишки. В послеоперационном периоде у больного пассаж кишечника восстановлен на 3-и сутки, рана зажила первично, однако отмечался длительный субфебрилетет, связанный с воспалительным инфильтратом в перивезикальном пространстве (УЗИ) и выявленным кандидозом слизистой прямой кишки, фолликулярным проктитом. Выписан на 32-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Клиническое наблюдение № 5. Пациентка П. 50 лет госпитализирована в клинику через 4 дня с момента возникновения периодических рецидивирующих приступов болей и метеоризма в правой половине живота. Спазмолитическая терапия производила временный эффект. Характер и локализация болей, проходящие признаки кишечной непроходимости заставили заподозрить внутреннюю грыжу, назначить контрастную КТ брюшной полости, которую, однако, выполнить (и подтвердить диагноз) не удалось. На фоне очередной атаки непроходимости больная оперирована в срочном порядке. Во время операции выявлено ущемление 10 см подвздошной кишки в верхнем илеоцекальном кармане (*rec. ileocaecalis sup.*). В связи с неопределенной жизнеспособностью ущемленной петли подвздошной кишки на запланированной через сутки релапаротомии выполнена вынужденная ее резекция с анастомозом бок-в-бок. Выздоровление.

Еще в 2 наблюдениях парацекальных грыж поводом к операции послужил предполагаемый острый аппендицит. В одном из этих наблюдений (мужчина 78 лет) после удаления малоизмененного червеобразного отростка внимательная ревизия подвздошной кишки позволила обнаружить Рихтеровское ущемление подвздошной кишки в слепокишечном кармане (*fossa caecalis*). Операция закончена из расширенного аппендикулярного доступа, послеоперационный период без осложнений. В другом наблюдении у женщины 80 лет через аппендикулярный доступ выявлено ущемление петли подвздошной кишки в парацекальной зоне. После выполнения срединной лапаротомии выявлена *caecum mobile* с образованием врожденного окна в сформировавшейся «брыжейке» слепой кишки и ущемлением в ней 8-сантиметровой петли подвздошной кишки. Жизнеспособная кишка освобождена, дефект брюшины ушит, выздоровление.

Отверстия в брыжейке. Мы наблюдали 2 пациентов с такой патологией. Мужчина 47 лет поступил более чем через 24 часа с момента заболевания. Диагноз кишечной непроходимости подтвержден динамическим контролем пассажа бария.

Во время лапаротомии через 12 часов выявлено эластическое ущемление 30 см подвздошной кишки в округлом врожденном дефекте большого сальника, диаметром около 6 см, выздоровление.

В другом наблюдении у женщины 47 лет ущемление с некрозом 6 см тонкой кишки возникло в дефекте малого сальника, куда кишка проникла со стороны задней стенки желудка, что стало возможным вследствие атрезии, практически полном отсутствии желудочно-ободочной связки и большого сальника (рис. 13).

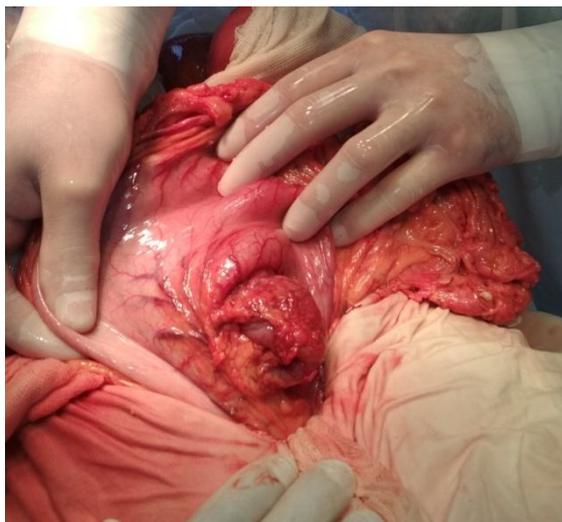


Рис. 13. Ущемление тонкой кишки в дефекте малого сальника

Эта пациентка, к сожалению, умерла на 3-и сутки после операции. Причиной смерти явилась впервые клинически манифестированная и диагностированная лимфома Беркитта с геморрагическим синдромом, субарахноидальным кровоизлиянием.

Обсуждение. В силу редкости и топографических особенностей дооперационная диагностика внутренних грыж крайне трудна, и в большинстве наблюдений диагноз устанавливается у больных, оперируемых по поводу кишечной непроходимости. У ряда пациентов в анамнезе могут отмечаться неоднократные повторные приступы болей в животе, сопровождающиеся метеоризмом, симптомами кишечной непроходимости, что отмечалось почти у половины (4) наших пациентов, что, в свою очередь, служило показанием к предыдущим госпитализациям (от 2 до 6) в различные стационары. При этом порядка 2/3 пациентов не имеют в анамнезе абдоминальных оперативных вмешательств (Schizas D. et al, 2019). Среди наших пациентов только 2 ранее выполнялась аппендэктомия. Характерны периодическое чувство полноты, распирающая боль в животе, самопроизвольное купирование после согревания (грелка), перемены положения тела. При внимательном осмотре помимо локальной болезненности могут

быть выявлены локальный метеоризм, малоподвижное эластичное образование в брюшной полости, локальный шум плеска при аускультации. Подобный анамнез и физикальные данные позволили нам до операции предположить ущемлением внутренней (парацекальной) грыжи у двух больных. К особенностям клинического течения ущемленных внутренних грыж следует отнести также позднее развитие перитонита даже при возникновении гангрены ущемленного участка кишки.

Обычное рентгенологическое обследование с контрастом мало помогает в диагностике внутренних, прежде всего ретроперитонеальных грыж. Тем не менее может быть выявлен ряд признаков: смещение кишечных петель – тощей кишки вправо от средней линии (в норме слева), подвздошной кишки справа (в норме слева); образование конгломерата кишечных петель в «невидимом мешке», неотделимость друг их от друга (что, правда ретроспективно, определялось у одного пациента с грыжей Трейтца); в боковой проекции расширенная петля тонкой кишки видна кзади от передней поверхности позвоночника при ретроперитонеальных грыжах.

В настоящее время основным рекомендуемым методом визуализации внутренних грыж, как в плановом, так и в срочном порядке, всеми авторами признается КТ с двойным контрастированием. Так, в частности, Shadhu K. et al., сообщают о 5 наблюдениях парадуроденальной грыжи, диагностированной с помощью КТ. Ковган Ю.М. и соавт., 2018, сообщают об успешной КТ-диагностике ущемленной наружной надпузырной грыжи с последующим лапароскопическим вмешательством.

Основным методом хирургического вмешательства при осложненных внутренних грыжах пока остается лапаротомия, хотя за последние 10–15 лет появляется все больше сообщений об успешности и преимуществах малоинвазивных лапароскопических вмешательств разного вида, чаще парадуроденальных, внутренних грыж. Schizas D. et al, 2019, в своем систематическом обзоре, включающем 115 публикаций о 159 наблюдениях грыж Трейтца, отмечает, что частота лапароскопических вмешательств составила 32,1 % с частотой конверсии 27,3 %. По данным этих же авторов, доля срочных операций при грыже Трейтца составила 72,2 %, резекция кишечника потребовалась 22 %, послеоперационная летальность составила 1,4 %.

В наших наблюдениях всем пациентам была выполнена лапаротомия, резекция тонкой кишки потребовалась троим пациентам; различные послеоперационные абдоминальные осложнения у трех больных: у двух – инфильтраты брюшной полости, у одного – наружный тонкокишечный свищ. Умерла одна больная.

Заключение

Внутренние грыжи являются относительно редкой, до 2 %, причиной кишечной непроходимости, что требует отдельного внимания хирургов, занимающихся неотложной абдоминальной хирургией. Знание видов, топографии, клинических особенностей внутренних грыж позволяют хирургу заподозрить эту патологию, выработать адекватный план обследования и хирургической коррекции. Оптимальным рекомендуемым методом диагностики внутренних грыж является контрастная компьютерная томография брюшной полости. Видеолaparоскопические вмешательства при внутренних, в том числе осложненных кишечной непроходимостью, грыжах являются рекомендуемыми и возможными, хотя и с достаточно высоким уровнем конверсии, с хорошими результатами. Неожиданное обнаружение ущемления внутренней грыжи, особенно ретроперитонеальной, требует особого внимания в плане возможного «участия» в грыжевых воротах крупных брыжеечных сосудов, в первую очередь верхних и нижних брыжеечных артерий и вен, и профилактики их повреждения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Земляной В.П., Сигуа Б.В., Семин Д.С., Сопия Э.Р. Эндовидеохирургические аспекты лечения двусторонних паховых грыж // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2017. – Т. 176, № 3. – С. 81–83.
2. Ковган Ю.М., Урванова Е.Ю., Налбандян А.Г., Ким Д.А., Платонов П.А. Наружная надпузырная грыжа. Случай из практики // Acta Biomedica Scientifica. – 2018. – Т. 3, № 2. – С. 125–129.
3. Крамаренко Ю.Ю. Внутренние брюшные грыжи и кишечная непроходимость. – М., Медгиз., 1956. – 254 с.
4. Норенберг-Чарквиани А.Е. Острая непроходимость кишечника. – М.: Медицина, 1969. – 374 с.

5. Birchley D. Ileal entrapment within a paracaecal hernia mimicking acute appendicitis // Ann. R. Coll. Surg. Engl. – 2009. – Mar., № 91 (2). – P. 1–3. doi: 10.1308/147870809X400903.

6. Schizas D., Apostolou K., Krivan S., et al. Hernia (2019). <https://doi.org/10.1007/s10029-019-01947-3>

7. Shadhu K., Ramlagun D., Ping X. Para-duodenal hernia: a report of five cases and review of literature // BMC Surg. – 2018. – May 30, № 18 (1). – P. 32. doi: 10.1186/s12893-018-0365-8.

REFERENCES

1. Zemljanoj V.P., Sigua B.V., Semin D.S., Sopiya Je.R. Jendovideohirurgicheskie aspekty lechenija dvustoronnih pahovyh gryzh [Endovideo surgical aspects of the treatment of bilateral inguinal hernias]. *Vestnik hirurgii im. I.I. Grekova* [Herald of Surgery named after I.I. Grekov], 2017, Vol. 176, no. 3, pp. 81–83. (In Russ.; abstr. in Engl.).

2. Kovgan Ju.M., Urvanova E.Ju., Nalbandjan A.G., Kim D.A., Platonov P.A. Naruzhnaja nadpuzyrnaja gryzha. Sluchaj iz praktiki [External over-bubble hernia. Case Study]. *Acta Bio-medica Scientifica*, 2018, Vol. 3, no. 2, pp. 125–129. (In Russ.; abstr. in Engl.).

3. Kramarenko Ju.Ju. Vnutrennie brjushnye gryzhi i kishechnaja nepro-hodimost' [Internal abdominal hernias and intestinal obstruction]. Moscow, Medgiz, 1956. 254 p.

4. Norenberg-Charkviani A.E. Ostraja neprohodimost' kishechnika [Acute bowel obstruction]. Moscow: Medicina, 1969. 374 p.

5. Birchley D. Ileal entrapment within a paracaecal hernia mimicking acute appendicitis. *Ann. R. Coll. Surg. Engl.*, 2009, Mar., no. 91 (2), pp. 1–3. doi: 10.1308/147870809X400903.

6. Schizas D., Apostolou K., Krivan S., et al. Hernia (2019). <https://doi.org/10.1007/s10029-019-01947-3>

7. Shadhu K., Ramlagun D., Ping X. Para-duodenal hernia: a report of five cases and review of literature. *BMC Surg.*, 2018, May 30, no. 18 (1), pp. 32. doi: 10.1186/s12893-018-0365-8.

Контактная информация

Быков Александр Викторович – д. м. н., профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней и нейрохирургии ФУВ, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: profbykov@rambler.ru