

DOI: <https://doi.org/10.17816/onco111797>

Комбинированное, сочетанное хирургическое лечение невправимой, ущемлённой, вентральной грыжи передней брюшной стенки и неорганической забрюшинной опухоли (случай из практики)

С.Д. Фокеев, С.Ю. Капитулин, А.Ф. Лазарев

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Представлен результат комбинированного, сочетанного хирургического лечения ущемлённой, невправимой вентральной грыжи передней брюшной полости, с резекцией нежизнеспособной ущемлённой петли тонкой кишки, с анастомозом бок в бок, и удаления неорганической забрюшинной опухоли больших размеров, для чего потребовалось расширить лапаротомный разрез передней брюшной стенки по белой линии живота, от мечевидного отростка грудины до верхней границы лобка, с последующей пластикой грыжевых ворот местными тканями.

Ключевые слова: ущемлённая, невправимая вентральная грыжа; нежизнеспособная петля тонкой кишки; неорганическая забрюшинная опухоль; мобилизация; пластика грыжевых ворот.

Как цитировать:

Фокеев С.Д., Капитулин С.Ю., Лазарев А.Ф. Комбинированное, сочетанное хирургическое лечение невправимой, ущемлённой, вентральной грыжи передней брюшной стенки и неорганической забрюшинной опухоли (случай из практики) // Российский онкологический журнал. 2021. Т. 26, № 6. С. 207–212. DOI: <https://doi.org/10.17816/onco111797>

DOI: <https://doi.org/10.17816/onco111797>

Combined surgical treatment of a pinched, unrecoverable, ventral hernia of the anterior abdominal wall and retroperitoneal tumor: a case from the practice of a district surgeon

Sergey D. Fokeev, Stanislav Yu. Kapitulin, Alexander F. Lazarev

Altai State Medical University, Barnaul, Russian Federation

ABSTRACT

The study presents the results of the combined surgical treatment of a pinched, unrecoverable ventral hernia of the anterior abdominal cavity, resection of a non-viable pinched loop of the small intestine, and side-to-side anastomosis and removal of a large retroperitoneal tumor. The latter required an incision of the anterior abdominal wall along the white line of the abdomen, from the xiphoid process of the sternum, to the upper border of the pubis, with subsequent plastic surgery of the hernial gate with local tissues.

Keywords: pinched, unrecoverable ventral hernia; non-viable loop of the small intestine; non-organ retroperitoneal tumor; mobilization; hernial gate plastic surgery.

To cite this article:

Fokeev SD, Kapitulin SYu, Lazarev AF. Combined surgical treatment of a pinched, unrecoverable, ventral hernia of the anterior abdominal wall and retroperitoneal tumor: a case from the practice of a district surgeon. *Russian Journal of Oncology*. 2021;26(6):207–212. (In Russ).

DOI: <https://doi.org/10.17816/onco111797>

Received: 08.10.2022

Accepted: 12.10.2022

Published online: 13.10.2022

АКТУАЛЬНОСТЬ

Забрюшинное пространство расположено в глубине поясничной области между fascia endoabdominalis и брюшиной, является частью полости живота. По протяжённости оно значительно превосходит поясничную область, так как удлиняется за счёт клетчаточных пространств, находящихся за брюшиной в подреберьях и подвздошных ямках. С учётом строения задней брюшной стенки очевидно, что в процессе эмбриогенеза забрюшинное пространство оказалось областью, где представлены все виды тканей человека, любая из которых может стать источником новообразования. Опухоли, локализующиеся в собственно забрюшинном пространстве, между брюшинными листками брыжеек кишечника, подбрюшинно в полости таза и не имеющие органной принадлежности, объединяются в понятие неорганных забрюшинных опухолей [1].

По мнению различных авторов, неорганные забрюшинные опухоли составляют от 0,01 до 0,3% всех новообразований человека [2]. Они чрезвычайно разнообразны по своему морфологическому строению. С целью систематизации этих опухолей (без чего невозможно понимание их истинной природы, врачебной тактики и прогноза заболевания) было предложено несколько морфологических классификаций [3]. В настоящее время широко используется классификация опухолей мягких тканей ВОЗ, согласно которой новообразования подразделяются на доброкачественные, промежуточные (местно агрессивные) и злокачественные [4].

Наиболее удобной в применении является гистологическая классификация опухолей мягких тканей, предложенная L.V. Askergman в 1954 году, согласно которой опухоли подразделяются на мезенхимальные, нейрогенные и эмбриональные [5]. Большинство неорганных забрюшинных опухолей имеют мезодермальное происхождение (70%), реже встречаются нейроэктодермальные опухоли (20%) и новообразования, возникающие из эмбриональных элементов [6, 7].

Описание случая

В приёмный покой центральной районной больницы машиной скорой помощи была доставлена пациентка 54 лет с жалобами на образование больших размеров на передней брюшной стенке, на схваткообразные боли в брюшной полости.

Из анамнеза заболевания известно, что в течение 3 лет больная наблюдается у хирурга в поликлинике по поводу вентральной грыжи передней брюшной стенки. Периодически после физической работы (со слов пациентки) происходило выпячивание в месте послеоперационного рубца и возникали схваткообразные боли в брюшной полости. Больная вызвала скорую медицинскую помощь, фельдшер после осмотра пациентки и определения выхода в грыжевые ворота содержимого брюшной полости ставил диагноз: «невправимая вентральная грыжа».

Проводилось лечение, включающее назначение внутримышечно спазмолитиков и обезболивающих препаратов, что приводило к вправлению содержимого из грыжевого мешка в брюшную полость, а также способствовало прекращению схваткообразных болей.

За несколько часов до обращения в центральную районную больницу пациентка работала на огороде. У неё возникло неприятное ощущение в области грыжи, появилось плотное образование, которое невозможно было вправить в брюшную полость, стали беспокоить схваткообразные боли интенсивного характера в брюшной полости. Женщина вызвала скорую помощь, фельдшер, как обычно, сделала инъекции спазмолитиков и обезболивающих препаратов. Это привело к уменьшению интенсивности болей в брюшной полости, однако образование на передней брюшной стенке сохранилось, в связи с чем больная была доставлена в приёмный покой центральной районной больницы.

При первичном осмотре: живот асимметричен за счёт правой половины живота, где видно образование размерами 18×21×11 см. При пальпации – образование плотное, болезненное, несмещаемое (рис. 1). При глубокой пальпации брюшной полости – симптомы раздражения брюшины отрицательные. При аускультации выслушивается активная перистальтика кишечника. Диагноз: «невправимая, ущемлённая вентральная грыжа передней брюшной стенки».

После подготовки в течение одного часа больная была взята в операционную, где под эндотрахеальным наркозом выполнена релапаротомия по белой линии живота, с иссечением послеоперационного рубца. В брюшной полости и в подкожной жировой клетчатке обнаружен выраженный спаечный процесс. С техническими трудностями из спаечного процесса был выделен грыжевой мешок и вскрыт. В грыжевом мешке располагалась ущемлённая петля тонкой кишки тёмно-вишнёвого цвета. После рассечения грыжевых ворот и выведения в рану петли тонкой кишки обнаружен нежизнеспособный участок тонкой кишки длиной 22–24 см (рис. 2).

С учётом вышеописанного проведена резекция тонкой кишки в пределах жизнеспособных тканей, с выполнением анастомоза бок в бок. При ревизии брюшной полости выяснилось, что петли тонкой кишки располагаются в верхней её половине, а не в малом тазу. При пальпации брюшной полости определена слабо подвижная, мягко-эластической консистенции опухоль большого размера (30×20×23 см), располагающаяся забрюшинно. Образование занимает малый таз, идёт вверх к поджелудочной железе. Поставлен интраоперационный диагноз: «неорганный забрюшинный опухоль». Принято решение выполнить обратимую мобилизацию опухоли.

В ходе мобилизации рассекли брюшину над опухолью, провели визуальную и мануальную ревизию. Установлено, что опухоль располагается в забрюшинном пространстве, покрыта капсулой, нижний полюс её находится в малом



Рис. 1. Невправимая, ущемлённая вентральная грыжа.

Fig. 1. Unrecoverable, pinched ventral hernia.

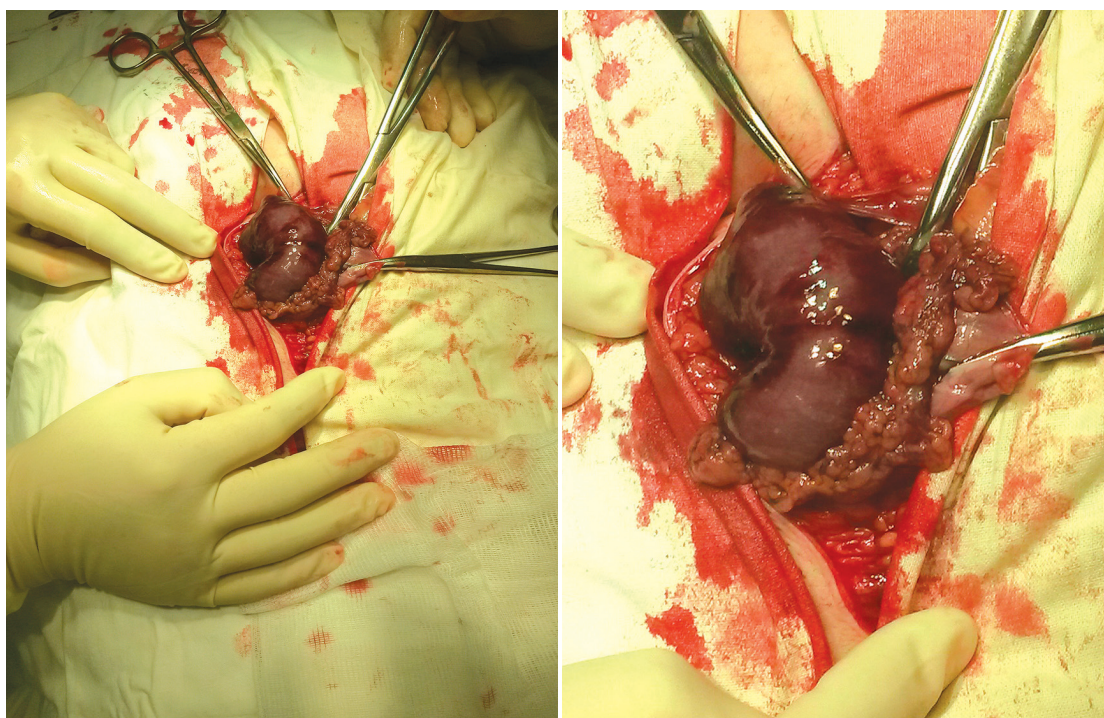


Рис. 2. Некроз тонкой кишки в зоне ущемления.

Fig. 2. Necrosis of the small intestine in the area of infringement.

тазу, интактен с сосудами и прямой кишкой. В верхней части опухоль свободно лежит, не связана ни с каким органом брюшной полости. Новообразование было расценено как доброкачественная мезенхимальная неорганическая забрюшинная опухоль – миксома.

В результате оценки ситуации были сделаны следующие выводы:

Сохранение забрюшинной опухоли потребует повторного хирургического вмешательства в условиях онкологического диспансера минимум через 2 мес, после купирования острого процесса в брюшной полости.

Операция будет проводиться на фоне выраженного спаечного процесса в брюшной полости из-за трёх перенесённых ранее хирургических вмешательств.

Завершение хирургического лечения потребует восстановления целостности передней брюшной стенки местными тканями, что представляется сложным из-за уже проводимой пластики грыжевых ворот местными тканями.

Решено выполнить удаление опухоли. С учётом больших размеров и для улучшения доступа проведено расширение операционной раны по белой линии живота вверх, до мечевидного отростка грудины, и вниз,

до верхнего края лобка. Остро и тупо опухоль в капсуле выделена из окружающей ткани (рис. 3), с техническими трудностями из-за её размеров выведена на переднюю брюшную стенку, отсечена и удалена.

Проведены гемостаз послеоперационной раны, установлены 2 активных дренажа в послеоперационную рану (в малый таз и забрюшинное пространство), брюшина ушита одиночными швами. Выполнена пластика брюшной стенки и грыжевых ворот местными тканями. Установлена асептическая наклейка.

Послеоперационный диагноз: «невправимая, ущемлённая вентральная грыжа белой линии живота, некроз участка тонкой кишки, неорганный забрюшинная опухоль».

Послеоперационный период протекал без осложнений. Заживление раны per grama. Пациентка выписана

с выздоровлением на 10-е сутки с момента операции. Рекомендовано наблюдение у онколога в поликлинике для выяснения дальнейшей тактики лечения по результатам гистологического исследования.

На настоящий момент с момента операции прошло 6 лет, данных за рецидив при очередном обследовании нет.

ОБСУЖДЕНИЕ

Проведение комбинированного, сочетанного хирургического лечения невправимой, ущемлённой вентральной грыжи передней брюшной стенки и неорганный забрюшинной опухоли с благоприятным исходом возможно в условиях центральной районной больницы при наличии высококвалифицированного хирурга.

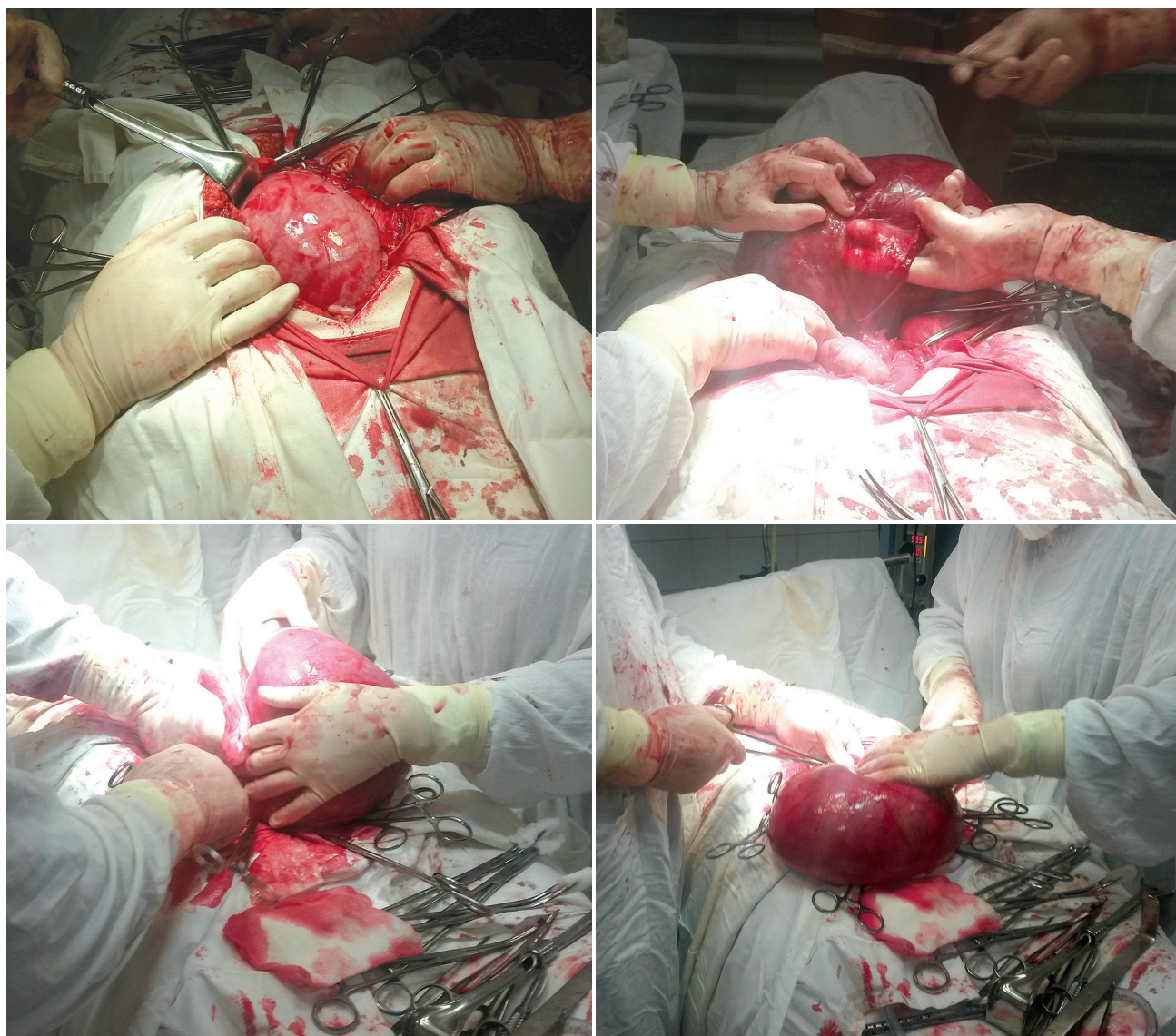


Рис. 3. Мобилизация забрюшинной опухоли.
Fig. 3. Mobilization of retroperitoneal tumor.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Радикальное хирургическое лечение невправимой, ущемлённой вентральной грыжи передней брюшной стенки с одномоментным удалением неорганной забрюшинной опухоли исключило в дальнейшем повторную операцию на забрюшинном пространстве.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ / ADDITIONAL INFORMATION

Конфликт интересов. Авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Источник финансирования. Исследование выполнено и опубликовано за счёт финансирования по месту работы авторов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клименков А.А., Губина Г.И. Неорганные забрюшинные опухоли: основные принципы диагностики и хирургической тактики // Практическая онкология. 2004. Т. 5, № 4. С. 285–290.
2. Харченко В.П., Чхиквадзе В.Д., Сдвижков А.М., и др. Хирургическое и комбинированное лечение мезенхимальных неорганных забрюшинных опухолей // Вестник Российского научного центра рентгенорадиологии. 2011. № 11. Режим доступа: http://vestnik.rncrr.ru/vestnik/v11/papers/abdu_v11.htm
3. Расулов Р.И., Дворниченко В.В., Муратов А.А., Мозгунов Д.И. Неорганные забрюшинные опухоли: прошлое и настоящее // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2015. Т. 138, № 7. С. 5–14.

REFERENCES

1. Klimenkov AA, Gubina GI. Neorgannyye zabrjushinnyye opuholi: osnovnyye principy diagnostiki i hirurghicheskoy taktiki. *Prakticheskaja onkologija*. 2004;5(4):285–290. (In Russ).
2. Kharchenko VP, Chkhikvadze VD, Sdvizhkov AM, et al. Surgical and combined treatment of mesenchymal retroperitoneal tumours. *Vestnik of the Russian Scientific Center of Roentgenoradiology*. 2011;(7). Available from: http://vestnik.rncrr.ru/vestnik/v11/papers/abdu_v11.htm (In Russ).
3. Rasulov RI, Dvornichenko VV, Muratov AA, Mozgunov DI. Primary retroperitoneal tumors: past and present (the literature review). *Siberian Medical Journal (Irkutsk)*. 2015;138(7):5–14. (In Russ).

ОБ АВТОРАХ

* **Фокеев Сергей Дмитриевич**, д.м.н., доцент;
адрес: Россия, 656038, Барнаул, проспект Ленина, д. 40;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1157-6692>;
eLibrary SPIN: 9609-0896; e-mail: fokeev.sergey@yandex.ru

Капитулин Станислав Юрьевич, к.м.н., доцент;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8131-3161>;
eLibrary SPIN: 1217-0508; e-mail: stass0331429@mail.ru

Лазарев Александр Федорович, д.м.н., профессор;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1080-5294>;
eLibrary SPIN: 1161-8387; e-mail: lazarev@akzs.ru

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author

Вклад авторов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

Conflict of interests. All authors confirmed absence conflict of interest.

Financing source. The study was carried out and published at the expense of funding at the place of work of the authors.

Author contribution. All authors confirm the compliance of their authorship, according to international ICMJE criteria (all authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published).

4. Fletcher C.D.M., Unni K.K., Mertens F., editors. *World Health Organization Classification of tumors. Pathology and genetics of tumors of soft tissue and bone*. Lyon: IARC Press, 2002.
5. Бабаян Л.А. Неорганные забрюшинные опухоли. В кн.: Избранные лекции по клинической онкологии. Москва, 2000. С. 420–436.
6. Вашакмадзе Л.А., Бутенко А.В., Сидоров Д.В., Черемисов В.В. Повторные операции при первичных и рецидивных неорганных опухолях забрюшинного пространства // Онкохирургия. 2008. № 1. С. 38.
7. Афанасьев С.Г., Августинович А.В., Усынин Е.А., и др. Случай успешного лечения гигантской забрюшинной липомикомы // Сибирский онкологический журнал. 2009. № 3. С. 79–82.

4. Fletcher CDM, Unni KK, Mertens F, editors. *World Health Organization Classification of tumors. Pathology and genetics of tumors of soft tissue and bone*. Lyon: IARC Press; 2002.
5. Babajan LA. Neorgannyye zabrjushinnyye opuholi. In: *Izbrannyye lekicii po klinicheskoy onkologii*. Moscow; 2000. P. 420–436. (In Russ).
6. Vashakmadze LA, Butenko AV, Sidorov DV, Cheremisov VV. Repeated operations in primary and recurrent non-organ tumors of the retroperitoneal space. *Oncosurgery*. 2008;(1):38. (In Russ).
7. Afanasyev SG, Augustinovich AV, Usynin EA, et al. A case of successful treatment of giant retroperitoneal mixolipoma. *Siberian Journal of Oncology*. 2009;(3):79–82. (In Russ).

AUTHORS INFO

* **Sergey D. Fokeev**, Dr. Sci. (Med.), associate professor;
address: 40 Lenina avenue, 656038, Barnaul, Russia;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1157-6692>;
eLibrary SPIN: 9609-0896; e-mail: fokeev.sergey@yandex.ru

Stanislav Yu. Kapitulin, Cand. Sci. (Med.), associate professor;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8131-3161>;
eLibrary SPIN: 1217-0508; e-mail: stass0331429@mail.ru

Alexander F. Lazarev, Dr. Sci. (Med.), professor;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1080-5294>;
eLibrary SPIN: 1161-8387; e-mail: lazarev@akzs.ru