

З ДОСВІДУ РОБОТИ

УДК 616-007.43-007.271

А.В. Капшитарь

УЩЕМЛЕННАЯ ПЕРЕДНЯ НАДПУЗЫРНАЯ ВНУТРЕННЯЯ ГРЫЖА

Запорожский государственный медицинский университет

Внутренние грыжи в хирургической практике встречаются редко [1, 2, 5, 8]. Одним из видов данной патологии являются надпузырные грыжи. Впервые надпузырные грыжи описаны А. Рокитанским (А. Rokitanski) в 1861 году. Входными воротами для них служит надпузырная ямка. Полость грыжевого мешка располагается между брюшиной и передней брюшной стенкой или между задней стенкой мочевого пузыря и брюшиной, его покрывающей. Различают передние и задние надпузырные грыжи. Передние надпузырные грыжи располагаются в *sacrum Retzii*, задние – в *spatium retrovezicalis* [3, 4].

Клиническая картина ущемленной надпузырной внутренней грыжи проявляется симптомами острой кишечной непроходимости, причину которой хирурги устанавливают во время неотложной операции. В периодической печати, как казуистика, описаны единичные наблюдения [2, 4, 7, 8].

В период с 1980 по 2010 годы мы наблюдали 1 пациента с ущемленной передней надпузырной внутренней грыжей. В связи с крайней редкостью данной патологии для ознакомления широкого круга врачей мы решили поделиться собственным наблюдением.

Больной Н., 72 лет поступил в клинику общей хирургии Запорожского государственного медицинского университета, расположенной на базе хирургического отделения КП «Городской клинической больницы № 2» г. Запорожья, 12.10.2009 года с жалобами на тупые постоянные боли по всему животу, его вздутие, задержку стула и газов. Заболел 10 часов назад. Доставлен машиной СМП с диагнозом «Острое нарушение мезентериального кровообращения? Острая кишечная непроходимость?».

Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 98 ударов в 1 мин. Артериальное давление 130/80 mmHg. Температура тела 36,6°C. Язык сухой, обложен белым налетом. В левой паховой области выпячивание 6×4 см, плотное, болезненное на ощупь, не вправимое в брюшную полость. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания. При пальпации живот болезненный в левой половине и над лоном. Симптомы Валя, Склярова положительные. Симптом Щеткина-Блумберга отрицательный. При перкуссии определяется тимпанит. Перистальтика кишечника усилена. Диурез не нарушен. При пальцевом исследовании прямой кишки обнаружена пустая, расширенная ампула, тонус сфинктера ослаблен. Общий анализ крови: эритроциты – 4,1 Т/л, гемоглобин – 132 г/л, лейкоциты – 11,0 Г/л, палочкоядерные – 15%, сегментоядерные – 55%, лимфоциты – 27%, моноциты – 3%, СОЭ – 6 мм/час. Общий анализ мочи без патологии. На обзорной рентгенограмме брюшной полости в тонкой кишке выявлены чаши Клойбера. Диагноз при поступлении «Ущемленная левосторонняя паховая грыжа, осложненная острой тонкокишечной непроходимостью». Спустя 1 час после поступления выполнена неотложная срединная лапаротомия. В брюшной полости серозный выпот. Тонкий кишечник увеличен до 5 см в диаметре, стенка отечная, гиперемированная, в просвете газ и жидкость. Отступя 50 см от илеоцекального угла тонкая кишка ущемлена в правой надпузырной ямке, которая располагалась между брюшиной и передней брюшной стенкой. Отводящая петля тонкой кишки в спавшемся состоянии, приводящая петля патологически изменена, что описано выше. Рассечено ущемляющее кольцо и

из грыжевого мешка излилась грыжевая вода серозного характера, извлечена петля тонкой кишки синюшного цвета с отечной стенкой и странгуляционной бороздой. В брыжейку кишечника введено 60 мл 0,25% раствора новокаина, измененный участок кишки окутан салфеткой, смоченной горячим физиологическим раствором. Спустя 12 минут кишка приобрела нормальное состояние: обычный цвет и блеск серозной оболочки, пульсацию коротких сосудов, перистальтику – признана жизнеспособной. Методом «сдаивания» из тонкого кишечника в желудок перемещен газ и 1,5 л химуса с последующим удалением по назогастральному зонду. Грыжевой мешок иссечен, восстановлена целостность брюшины. Прядь большого сальника плоскостными спайками фиксирована во внутренней отверствии левого пахового канала и пропускает кончик указательного пальца. Рассечено внутреннее кольцо и извлечена рубцовоизмененная прядь большого сальника. Последняя резецирована. Выделен грыжевой мешок, отсечен. Восстановлено внутреннее кольцо пахового канала. Нижние края поперечной мышцы и внутренней косой узловыми капроновыми швами фиксированы к паховой связке. Ушита париетальная брюшина. Послеоперационный диагноз «Ущемленная передняя надпузырная внутренняя грыжа. Острая тонкокишечная непроходимость. Левосторонняя неврправимая косая паховая грыжа». Через контрапертуру в пра-

вой подвздошной области в полость малого таза установлены 2 полихлорвиниловых дренажа. Брюшная полость послойно ушита наглухо.

Послеоперационное течение гладкое. Функция желудочно-кишечного тракта восстановлена на 3 сутки. Дренажи из брюшной полости удалены на 4 сутки, швы сняты на 10 сутки. Рана зажила первичным натяжением. В удовлетворительном состоянии с рекомендациями больная выписана 23.10.2009 года для окончания лечения в поликлинике у хирурга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Большая медицинская энциклопедия. – М.: АСТ Астрель, 2005. – 734 с.
2. Григорян Р.А. Абдоминальная хирургия / Р.А. Григорян: В 2 т. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2006. – Т. I. – 608 с.
3. Жебровский В.В. Атлас операций на органах брюшной полости./ В.В. Жебровский – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2009. – 464 с.
4. Жебровский В.В. Атлас операций при грыжах живота / В.В. Жебровский, Ф.Н. Ильченко. – 2004. – 316 с.
5. Кишечная непроходимость при ущемлении внутренних грыж живота / А.Е. Костин, Н.Д. Латышев, Л.П. Лотова, И.А. Соболев // Вестник хирургии. – 2002. – № 4. – С. 78.
6. Рідкісні види защемленої грижі живота / С.М. Антонюк, В.Б. Ахрамєєв, П.Ф. Головня [та інш.] // Медицина транспорту України. – 2008. – № 1. – С. 47-50.
7. Рідкісний випадок защемленої грижі в аномальному закуску очеревини над дном сечового міхура в правій надміхуровій ямці / Т.М. Бойко, О.А. Большак, С.О. Лукаш [та інш.] // Медицина транспорту України. – 2008. – № 1. – С. 83- 85.
8. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под ред. В.С. Савельева. – М.: Триада-Х, 2005. – 640 с.

Стаття надійшла 10.12.2010