

УДК 616.381—007.43—271



Т. М. Бойко, О. А. Большак, С. О. Лукаш,
Ю. І. Дєєв, І. О. Дроздова

Рідкісний випадок защемленої черевної грижі

Наведено рідкісний випадок защемленої черевної грижі у 67-річного хворого із защемленням тонкої кишки в аномальному закутку очеревини над дном сечового міхура в правій надміхуровій ямці.

Ключові слова: черевна грижа, защемлення, аномальні закутки очеревини, хірургія, герніопластика.

Грижі різної локалізації — поширене захворювання. У хірургічному відділенні Відділкової лікарні на станції Луганськ за 2006 рік виконано 478 операцій, 90 з них — герніопластика. Водночас черевні защемлені грижі — досить рідкісне, складне для діагностування захворювання.

Згідно з класифікацією Ю. Ю. Крамаренка (1956), внутрішні черевні грижі поділяють на: 1) передочеревинні; 2) заочеревинні; 3) очеревинні; 4) внутрішні в ділянці тазової очеревини; 5) внутрішні в ділянці діафрагми. Передочеревинні защемлені грижі трапляються рідко. Дещо частіше спостерігають надміхурові грижі, що виникають унаслідок потрапляння кишки в аномальні закутки очеревини над верхівкою сечового міхура в правій або лівій надміхуровій ямці. Точний діагноз черевної защемленої грижі неможливо встановити до операції, виняток становить діафрагмова грижа [1—7].

Клінічний випадок

Хворого П., вік 67 років, прийняли до хірургічного відділення Відділкової лікарні на ст. Луганськ зі скаргами на гострий біль у нижній частині живота, слабкість. Захворювання почалося з нудоти, повторюваного блювання жовчю. Стан поступово погіршувався, поволи посилювався біль у животі, наростали слабкість та сухість у роті. На 4-ту добу стан хворого значно погіршився, і він звернувся до поліклініки Відділкової лікарні на ст. Луганськ.

Інфекціоніст під час огляду хворого даних на користь інфекційної патології не виявив.

Хворого направили до хірургічного відділення. Лабораторні дослідження.

Аналіз крові: ШОЕ 14 мм/год, лейкоцити — $8,0 \cdot 10^9$, гемогл. — 154 г/л. Білірубін — 10 мкмоль/л, тимол — 1 од., АСТ — 1,39 мкмоль/л, АЛТ — 1,2 мкмоль/л, сечовина — 7,9 ммоль/л, загальний білок — 54 г/л.

Аналіз сечі: відносна густина — 1030, реакція слабо лужна, білок — 0,528‰, цукор — немає, жовч — немає, лейкоцити — 15—20 у полі зору.

Ультразвукове дослідження. Над сечовим міхуром, дещо праворуч від нього, наявний гіпоехогенний утвір з нечіткими контурами, 61×51 мм, з рухливою ехогенною рідиною. Сечовий міхур заповнений слабо, вільної рідини в черевній порожнині немає.

Оглядовий знімок черевної порожнини: тонкокишкова непрохідність?

Проведено терапію: введено сольові розчини, спазмолітики, зроблено очисну клізму — хворий відчув значне полегшення, гази відійшли, діурез достатній. Однак наступного дня пацієнт знову відзначив затримку калу, газів.

Ректороманоскопія. Оглянуто 25 см товстої кишки — патології не виявлено, калу немає.

Колоноскопія. Оглянуто товсту кишку до селезінкового рога — калу немає, патології на оглянутій ділянці не виявлено.

Езофогогастроуденоскопія: синдром Мелорі — Вейса, грижа стравохідного отвору діафрагми, еритематозна гастропатія, хвороба Менетріє.

На підставі результатів обстеження встановлено діагноз хронічної обтураційної кишкової непрохідності.

Хворого прооперовано: лапаротомія, ревізія органів черевної порожнини. Виявлено черевну защемлену грижу із защемленням тонкої кишки в аномальному закутку очеревини над дном сечового міхура в правій надміхуровій ямці (фото 1).

Тонку кишку вивільнили з отвору, зігріли теплим фізрозчином, у корінь брижі ввели 0,5% лідокаїн. Аномальний закуток очеревини над дном сечового міхура в правій надміхуровій ямці зашили. Тонка кишка життєздатна. Операцію закінчили дренажуванням черевної порожнини.

Хворий одержував лікування: інтенсивна інфузійна терапія, антибіотики, серцеві препарати,



Фото 1. Аномальний закуток очеревини над верхівкою сечового міхура в правій надміхуровій ямці

дезагреганти, аналгетики, гепаринотерапія, перев'язування.

Післяопераційний період проходив без ускладнень. Дренаж видалили, шви зняли — загоєння післяопераційної рани первинне. Хворого виписали в задовільному стані.

Висновки

У хворого не було зовнішніх гриж або розширених грижових воріт, однак треба пам'ятати, що за наявності клініки є ймовірність защемлення внутрішньої черевної грижі.

Стаття надійшла до редакції 25.12.2007

Цитована література

1. *Актуальные проблемы современной герниологии* / В. Ф. Саенко, Л. С. Бемянский // *Клінічна хірургія*. — 2003. — № 11. — С. 3—5.
2. *Атлас оперативной хирургии грыж* / В. Н. Егиев, К. В. Лядов, П. К. Воскресенский. — М.: Медпрактика-М, 2003. — 228 с.
3. *Внутренняя брюшная грыжа* / А. А. Лесовой, Р. Р. Сагитов // *Вестник хирургии*. — 1993. — № 7. — С. 77.
4. *Наблюдения ущемленной внутренней грыжи у детей* / Л. И. Сорокина, Ю. А. Шевченко // *Клиническая хирургия*. — 1993. — № 6. — С. 64.
5. *Ущемленная грыжа сальниковой сумки* / С. В. Тарасенко, И. А. Луньков, А. А. Натальский // *Хірургія*. — 2006. — № 8. — С. 65—66.
6. *Ущемленная надпузырная внутренняя срединная грыжа* / К. В. Пучков, Д. В. Селиверстов, Б. Я. Гаусман, Г. Г. Полит // *Клінічна хірургія*. — 1993. — № 4. — С. 68.
7. *Хирургия пищеварительного тракта* / А. А. Шалимов, В. Ф. Саенко. — К.: Здоров'я, 1987. — 532 с.

Т. Н. Бойко, А. А. Большак, С. А. Лукаш, Ю. И. Деев, И. А. Дроздова

Редкий случай ущемленной внутрибрюшной грыжи

В статье приведен редкий случай ущемленной внутрибрюшной грыжи. Больной — 67-летний мужчина. Проанализировано развитие болезни пациента и указано, что даже в отсутствие грыжевых выпячиваний при наличии клиники есть вероятность ущемления внутрибрюшной грыжи.

T. M. Boiko, O. A. Bol'shak, S. O. Lukash, Yu. I. Dieiev, I. O. Drozdova

A rare case of the intra-abdominal strangulated hernia

The article presents a rare case of intra-abdominal strangulated hernia. The patient was 67 years old man. The analysis has been made for the disease development, and it has been outlined that the possibility of presence of intra-abdominal strangulated hernia is possible even in the absence of hernial outpouching but at the evident clinical presentations.