

УДК 616—007.43—007.46



С. М. Антонюк, В. Б. Ахрамєєв, П. Ф. Головня,
В. Д. Тимофєєв, О. А. Дерев'янку, Є. Є. Мартюшев

Рідкісні види защемленої грижі живота

Наведено результати лікування 47 хворих із защемленою грижею живота рідкісних видів у клініці хірургічних хвороб Донецького національного медичного університету ім. М. Горького. Приділено увагу складним питанням діагностування таких гриж, тактиці оперативного втручання.

Ключові слова: защемлена грижа живота, рідкісні види.

Увага до проблеми лікування защемлених гриж не зменшується з огляду на дві обставини.

По-перше, післяопераційна летальність, попри застосування нових технічних прийомів герніопластики й удосконалення анестезіологічно-реанімаційного забезпечення, дотепер лишається високою й не має помітної тенденції до зниження. Летальність становить від 3 до 11 % [1, 2, 3, 4]. Особливо високий показник летальності серед людей віком понад 60 років — 16 % [1, 5, 6].

По-друге, зростає кількість хворих із защемленими грижами. Це пов'язане зі збільшенням частки людей літнього віку, що страждають від різноманітної тяжкої супровідної патології, для защемленої грижі — 55 % [3, 4].

Матеріал і методи

У клініці хірургічних хвороб Донецького національного медичного університету ім. М. Горького за 14 років прооперовано з приводу защемлених гриж 1415 хворих. Померли 54 з них, післяопераційна летальність 3,8 %.

Надскладно діагностувати рідкісні види защемленої грижі та внутрішні грижі. У клініці на лікуванні перебували 47 хворих з рідкісними видами защемленої грижі, серед яких:

- грижа спігелієвої лінії — 4 (0,28 %),
- грижа замикального отвору — 1 (0,07 %),
- грижа Трейтца — 4 (0,28 %),
- грижа Ріхтера — 16 (1,13 %),
- защемлення червоподібного відростка — 15 (1,06 %),
- рідкісні форми пахвинної грижі — 4 (0,28 %),
- защемлення в дефекті великого чіпця — 3 (0,21 %).

Результати дослідження

Грижі спігелієвої лінії живота виникають унаслідок слабкості черевної стінки через недос-

татній розвиток м'язів та апоневрозу живота. Серед чинників утворення гриж спігелієвої лінії зазначають повторні вагітності й пологи, ожиріння, асцит, хронічний кашель, м'язові паралічі тощо.

Грижі замикального каналу спостерігають рідко, вони становлять близько 0,15 % усіх гриж. Зазвичай вони утворюються у виснажених хворих літнього віку, переважно в жінок, частіше — у жінок, які багато народжували, у хворих з патологією органів дихання. Діагностувати ці грижі складно. Незащемлену грижу виявляють лише за наявності великого грижового мішка, що виходить на стегно нижче від горизонтальної гілки лобкової кістки. Допмагають діагностувати прямокишкове й піхвове дослідження, що супроводжуються болісними відчуттями, а також симптом Хаушіпа — Ромберга (біль у ділянці передньо-медіальної поверхні стегна, який посилюється під час напруження черевної стінки, але не пов'язаний з рухами в тазостегновому суглобі). У разі обмеження грижі внаслідок тиску защемленої петлі на замикальний канал з'являється сильний невпинний біль з іррадіацією в колінний суглоб. Звичайно на перший план виходять симптоми кишкової непрохідності, і защемлену грижу замикального каналу виявляють під час хірургічного втручання, летальність становить 12—38 %. До останнього часу обговорюють питання вибору операційного доступу в разі грижі замикального каналу. Застосовують оперативний доступ крізь лапаротомну рану над пахвинною зв'язкою. При цьому грижові ворота закривають з боку черевної порожнини. Деякі автори рекомендують використати поздовжній розріз на стегні над довгим привідним гребенястим м'язом. Найчастіше застосовують операцію Каби-Пая, коли виконують і лапаротомію, і розріз на стегні над стегновим кільцем. Замикальний канал закривають з боку стегна шматком довгого привідного м'яза стегна, а кінець шматка

підшивають до гребенястої фасції лобкової кістки. Літман [4] рекомендує робити операцію через лапаротомію, навіть тоді, коли правильний діагноз встановлено до операції.

У клініці на лікуванні перебувала одна хвора 86 років. Її прийняли через 26 годин від початку захворювання. Під час госпіталізації встановили діагноз — часткова кишкова непрохідність. Проводили спостереження в динаміці. Однак стан хворої погіршувався, наростали ознаки кишкової непрохідності, і за 36 годин з діагнозом кишкова непрохідність хвору прооперували. Під час операції (лапаротомія) виявили защемлену грижу замикального отвору з рихтерівським защемленням, обмежений перитоніт. Усунення кишкової непрохідності, ентеростомія за Вітцелем і дренивання черевної порожнини. Клінічний перебіг післяопераційного періоду був тяжким. Прогресувала динамічна кишкова непрохідність, ендогенна інтоксикація і легенево-серцева недостатність. На 9-ту добу після операції констатували смерть хворої.

Грижа Ріхтера не є рідкісним захворюванням. Симптоматика її тепер описана досить докладно, однак практичні лікарі розпізнають її рідко і здебільшого запізно. Як наслідок — діагностичні помилки, запізні операції й висока летальність. У клініці спостерігали 16 хворих (1,13%) віком від 64 до 83 років із грижами Ріхтера. Чоловіків — 3, жінок — 13. Локалізація защемленої грижі: пупкова — 3, пахвинна — 2, стегнова — 11. Після защемлення грижі хворих прийнято до стаціонару в строк від 5 годин до 4 діб. Пізнє прибуття до стаціонару пов'язане з несвоєчасним зверненням по медичну допомогу. Діагностувати грижу Ріхтера — складне завдання: немає класичних симптомів странгуляційної кишкової непрохідності, зовнішні зміни в ділянці грижового випинання невиразні. Самопочуття хворих на початку захворювання погіршувалося незначно. Скаржилися найчастіше на наявність тупого, зрідка переймистого болю в низу живота, блювання. Із часом інтенсивність болю посилювалася. Часто відзначали затримку випорожнення, однак у багатьох хворих гази відходили вільно. Велике значення у розпізнанні грижі має ретельно зібраний анамнез, вказівка хворого на наявність вправної або невправної грижі. Оскільки хворих, як правило, доправляли до стаціонару запізно, то на першому плані були ознаки кишкової непрохідності. Хворим літнього й старечого віку з наявністю супровідних захворювань проводили короткочасне передопераційне підготування, спрямоване на корекцію водно-електролітного балансу, зняття інтоксикації, введення кардіотонічних та антигістамінних засобів, спорожнювання шлунка. Трьом хворим зробили клиноподібну резекцію тонкої кишки, дев'ятьом —

резекцію кишки, у 4 пацієнтів кишку визнали життєздатною. Ускладнення в післяопераційний період спостерігали в 3 осіб. В одного хворого на місці грижового випинання в пахвинній ділянці утворився щільний болючий інфільтрат, спричинений некрозом грижового мішка, у двох — інфільтрат післяопераційного рубця, який після проведеної терапії розсмоктався. Усі хворі, прооперовані з приводу грижі Ріхтера, — видужали.

Червоподібний відросток у защемленій грижі спостерігається відносно рідко — в 1—4% випадків, здебільшого в пахвинній грижі, іноді — у стегновій, пупковій, післяопераційних грижах. Ми спостерігали 15 випадків локалізації червоподібного відростка в грижі (1,06%): у пахвинній грижі — 12, у стегновій — 2, у пупковій — 1. Варто зауважити, що в грижовому мішку може локалізуватися або тільки червоподібний відросток, або сліпа кишка з відростком. У наших спостереженнях з-поміж 12 випадків локалізації червоподібного відростка в пахвинній грижі в 6 в грижовому мішку містилася сліпа кишка з відростком, у 5 — тільки червоподібний відросток, в одного хворого червоподібний відросток локалізувався в пахвинному каналі.

Діагностувати гострий апендицит у грижі дуже складно. Як правило, діагноз встановлюють тільки під час операції з приводу защемленої грижі. У наших спостереженнях жодному хворому діагноз до операції не був встановлений. Усіх хворих оперували з приводу защемлених гриж. Однак слід пам'ятати, що незалежно від діагнозу в кожному разі варто робити апендектомію. Інша річ, якщо під час операції доводиться змінювати оперативну тактику: або видалити відросток крізь герніотомний доступ, або робити додатковий доступ. Особливо це стосується тих випадків, коли червоподібний відросток локалізується в стегновій грижі. Ми вважаємо, щоразу треба підходити індивідуально. Коли запальні зміни в червоподібному відростку були не виразні, не було грижового випоту в грижовому мішку, до рани вільно підходив купол сліпої кишки, ми виконували апендектомію крізь герніотомний доступ. Тоді, коли був гнійний випіт у грижовому мішку, виразні запальні зміни у відростку, ми робили апендектомію крізь додатковий доступ.

Внутрішню грижу надзвичайно складно розпізнати, навіть під час найретельнішого фізикального дослідження хворого, ця патологія виникає вкрай рідко. У літературі їй приділяють недостатньо уваги.

У патогенезі внутрішніх гриж живота великого значення надають порушенню ротації кишечника у внутрішньоутробний період, що спричиняє утворення вивороту очеревини. Іноді брижові

отвори й отвір у чіпці мають травматичне походження. Розрив брижі може статися внаслідок закритої або відкритої травм живота. Ці дефекти міг лишити хірург після оперативного втручання на органах черевної порожнини. Ми спостерігали 7 хворих із внутрішнім обмеженням. У двох до операції запідозрили заворот тонкої кишки. П'ятьох хворих оперували з діагнозом гостра кишкова непрохідність. Під час операції в 4 осіб виявили защемлення тонкої кишки в грижі Трейтца, у 3 — защемлення в дефекті великого чіпця. Дотепер не описано якихось клінічних ознак внутрішніх защемлених гриж, усі вони клінічно проявляються симптомами кишкової непрохідності, немає жодної ознаки защемлення кишечника за наявності внутрішніх гриж, патогноматично відмінної від інших видів странгуляційної непрохідності. До того ж нерідко на ґрунті защемлення петель тонкої кишки в кишнях або щілинах очеревини у хворих можуть розвинутися комбіновані форми кишкової непрохідності з приєднанням завороту, вузлуотворення або спайкової непрохідності. У певних випадках прослизання петель кишки крізь дефекти очеревини може тривалий час ніяк не виявляти себе. Іноді хворого турбують безпричинний біль у животі, нерідко переймистого характеру, який зменшується або цілком зникає у певному положенні тіла, найчастіше колінно-ліктьовому, — уточненню цієї деталі під час з'ясуван-

ня анамнезу потрібно приділяти пильну увагу — і лише часткове защемлення, а потім приєднується тяжкої форма повної кишкової непрохідності, що змушує хворого звернутися до лікаря й погодитися на операцію.

Прогноз у разі защемлення внутрішньої черевної грижі, як і в разі високої гострої кишкової непрохідності, серйозний. Вирішальною умовою для поліпшення наслідків захворювання є рання кваліфікована хірургічна допомога й бездоганний догляд за хворим у післяопераційний період.

Висновки

1. Рідкісні види защемленої грижі живота становлять від 0,07 до 4,0% защемлених гриж. Усім хворим, яких госпіталізують з гострою хірургічною патологією, особливо з приводу гострої кишкової непрохідності, потрібно ретельно оглядати місця виходження гриж.

2. У разі локалізації червоподібного відростка в грижовому мішку потрібно виконувати апендектомію незалежно від змін у відростку. Оперативний доступ при цьому вибирати індивідуально.

3. Прогноз у разі защемлення грижі живота рідкісного виду — серйозний. Вирішальною умовою для поліпшення наслідків захворювання є надання кваліфікованої хірургічної допомоги в ранній період і бездоганний догляд за хворим у післяопераційний період.

Стаття надійшла до редакції 25.12.2007

Цитована література

1. *Оценка факторов риска возникновения сердечно-сосудистых осложнений в абдоминальной хирургии* / З. Ш. Везирова, Ф. Є. Аббасов, Ф. Д. Гасанов // Клініч. хірургія. — 2001. — № 12. — С. 43—46.
2. *Негативные последствия хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж. Возможности прогноза и пути профилактики* / Н. А. Майстренко, А. Н. Ткаченко // Вестн. хир. — 1998. — № 1. — С. 130—135.
3. *Невідкладна хірургія : керівництво для лікарів* / за ред. Л. Я. Ковальчука. — Т. : Укрмедкнига, 2000. — 288 с.
4. *Оперативная хирургия* / под общей ред. И. Литтманна. — Будапешт : Изд-во АН Венгрии, 1982. — 1175 с.
5. *Невідкладні стани : навч. посіб.* / за ред. проф. П. Г. Кондратенка. — Донецьк : Новий світ, 2001. — 490 с.
6. *Морфофункциональные аспекты патогенеза и хирургическое лечение грыжи брюшной стенки у пациентов пожилого и старческого возраста* / Я. П. Фелештинский, А. Н. Грабовой // Клініч. хірургія. — 1998. — № 7. — С. 35—36.
7. *Поздние гнойные послеоперационные осложнения* / В. Д. Кузнецов, Н. В. Бобовникова, В. Ф. Михайлов, В. В. Антонов // Хирургия. — 1998. — № 7. — С. 48—50.

*С. М. Антонюк, В. Б. Ахrameев, П. Ф. Головня, В. Д. Тимофеев,
А. А. Деревянюк, Е. Е. Мартюшев*

Редкие виды ущемленной грыжи живота

В работе представлены результаты лечения 47 больных с редкими видами ущемленной грыжи живота в клинике хирургических болезней Донецкого национального медицинского университета. Обращено внимание на трудности диагностики ущемленной грыжи редких видов, на тактику оперативного вмешательства и прогноз исхода заболевания. Решающим условием улучшения исхода заболевания являются ранняя квалифицированная хирургическая помощь и безупречный уход за больным в послеоперационный период.

*S. M. Antoniuk, V. B. Akhramieiev, P. F. Holovnia, V. D. Tymofeiev,
O. A. Derev'ianko, Ye. Ye. Martiushev*

Rare forms of strangulated hernia

The article presents results of the treatment of 47 patients with rare forms of abdominal strangulated hernia managed in the Clinical Hospital of Surgical Diseases of Donetsk National Medical University. The special attention is paid to the difficulties of diagnostics of rare forms of strangulated hernia, tactics of surgical intervention and prognosis of the disease outcome. The early qualified surgical care and scrupulous postoperative care are crucial for the improvement of the disease outcome.