

Заметки и наблюдения из практики

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 616.381-007.43-007.271-03.1

РЕДКИЙ ВАРИАНТ УЩЕМЛЕНИЯ ВНУТРЕННЕЙ ГРЫЖИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ЖЕНЩИНЫ

Винник Ю.С.¹, Прусов И.А.², Серова Е.В.^{1,2}, Ширококов А.О.², Бердников С.И.², Струзик А.С.^{1,2}, Логиновский А.С.³

¹ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России; ²КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4»

Для корреспонденции: Винник Юрий Семенович — д-р мед. наук, проф. зав. каф.; e-mail: yuvinnik@yandex.ru

Внутренние грыжи брюшной полости образуются в результате попадания органов брюшной полости в брюшные карманы и складки, в отверстия в брыжейках и связках, а также при проникновении внутренностей в соседние полости через разделяющие их дефекты в перегородках. Внутренние грыжи локализуются в местах перехода одного отдела желудочно-кишечного тракта в другой, в кармане позади слепой и сигмовидной кишки, между пластинками брыжейки тонкой и толстой кишки, в отверстиях брыжейки червеобразного отростка, желудочно-ободочной связки, серповидной связки печени, в карманах и отверстиях широкой маточной связки, сальниковом отверстии и прямокишечно-маточном углублении, дефектах диафрагмы. Под нашим наблюдением находилась больная 26 лет с ущемленной внутренней грыжей, осложненной некрозом участка тонкой кишки.

Ключевые слова: ущемление внутренней грыжи с некрозом тонкой кишки.

Для цитирования: Клини. мед. 2015; 93 (1): 76—77.

A RARE VARIANT OF ENTEROCELE ENTRAPMENT IN THE ABDOMINAL CAVITY OF A WOMAN
Vinnik Yu.S.¹, Prusov I.A.², Serova E.V.^{1,2}, Shirokobokov A.O.², Berdnikov S.I.², Struzik A.S.^{1,2}, Loginovsky A.S.²

¹V.F. Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk;

²Krasnoyarsk Inter-District Clinical Hospital No 4, Russia

Correspondence to: Yu. S. Vinnik — MD, PhS, DSc, prof., e-mail: yuvinnik@yandex.ru

Abdominal enterocele is a result of entering abdominal organs into peritoneal pockets and folds through the holes in mesentrium or into the adjoining cavities through defects in their walls. Enteroceles are localized at the sites where one segment of the gastrointestinal tract passes into another, in a pocket behind the cecum and sigmoid, between mesenteric layers of small intestine and colon, in the holes of mesentrium of vermiform appendage, gastrocolic and falciform ligaments, pockets and holes of broad ligament of the uterine, omental foramen, rectouterine excavation, and diaphragmal defects. We observed a 26 year old woman with enterocele entrapment in the abdominal cavity complicated by necrosis of part of the small intestine.

Key words: enterocele engrapment with small intestine necrosis.

Citation: Klin. med. 2015; 93 (1): 76—77. (In Russian)

Согласно эпидемиологическим данным, грыжи возникают почти у 3-4% населения Земли. Заболевают в среднем 5—6 человек на 1000 населения. Подавляющее большинство грыж имеет наружную локализацию. К редким формам относятся грыжи с внутренней локализацией [2]. Внутренние грыжи брюшной полости — грыжи, образующиеся в результате попадания органов в брюшные карманы и складки, отверстия в брыжейках и связках, а также при проникновении внутренностей в соседние полости через дефекты в разделяющих их перегородках. Внутренние грыжи локализуются в местах перехода одного отдела желудочно-кишечного тракта в другой, в кармане позади слепой и сигмовидной кишки, между пластинками брыжейки тонкой и толстой кишки, в отверстиях брыжейки червеобразного отростка, желудочно-ободочной связки, серповидной связки печени, в карманах и отверстиях широкой маточной связки, сальниковом отверстии и прямокишечно-маточном углублении, в дефектах диафрагмы. Среди всех форм внутренних грыж живота чаще всего встречаются грыжа Трейтца, срединная грыжа и межсигмовидная грыжа [1].

Под нашим наблюдением находилась больная 26 лет с ущемленной внутренней грыжей, осложненной некрозом участка тонкой кишки.

Больная В., 26 лет, 04.09.13 была доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемно-диагностическое отделение Красноярской межрайонной клинической больницы № 4 с болью в животе, тошнотой, однократной рвотой, сухостью во рту через 7 ч после начала заболевания.

Сопутствующие заболевания: тяжелая анемия неясного генеза (с 12 лет).

При осмотре состояние средней тяжести; больная в сознании, адекватна. Положение вынужденное лежа на боку. Телосложение астеническое, питание понижено. Кожные покровы бледно-розовые, слизистые оболочки обычной окраски, чистые. Дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям, хрипов нет, частота 20 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений 92 в минуту. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот симметричный, в нижних отделах от-

стает в акте дыхания, не вздут, при пальпации болезненный, напряженный в мезо- и гипогастральной областях. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный в гипогастральной области. Симптом XII ребра отрицательный с обеих сторон. Перкуторно печеночная тупость сохранена, печень на уровне реберной дуги. В отлогих местах брюшной полости определяется притупление перкуторного звука. Перистальтика сохранена. Стул сутки назад, оформлен. Газы отходят. Дизурии нет.

Гинекологический статус: день менструального цикла – 13-й. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище нерожавшей женщины. Слизистая оболочка влагалища бледно-розовая, нормальной складчатости. Влагалищные своды выбухают, болезненные при пальпации. Шейка матки коническая. Тракция за шейку матки умеренно болезненна. Матка в положении антефлексии, нормального размера, подвижна, безболезненна. Придатки справа и слева не пальпируются из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки. Состояние мышц тазового дна удовлетворительное. Крестцово-маточные связки не изменены, безболезненны. Признаков ретроцервикального эндометриоза нет. Выделения слизистые, умеренные.

Ультрасонография малого таза: в проекции правого яичника визуализируется гетероэхогенная структура размером 54×27×40 мм (стенки спавшейся кисты). Свободная жидкость в позадиматочном пространстве в большом количестве. Петли кишечника раздуты, содержат жидкость.

Анализ крови при поступлении: гипохромная анемия, лейкоцитоза нет, умеренное повышение СОЭ.

Выполнена пункция брюшной полости через задний свод влагалища. Получено 100 мл серозно-геморрагической жидкости.

Предварительный диагноз: апоплексия яичника, сопутствующая тяжелая анемия неясного генеза.

В экстренном порядке под тотальной внутривенной анестезией с автоматической искусственной вентиляцией легких выполнена диагностическая лапароскопия. При ревизии в полости малого таза серозно-геморрагический выпот (до 150 мл). Parietalная и висцеральная брюшина не изменена. В области малого таза петли тонкой кишки синюшно-бордового цвета, расширены до 3—4 см. Выполнена нижнесрединная лапаротомия. При ревизии в 220 см от связки Трейтца обнаружено ущемление петли тонкой кишки в отверстии между широкой связкой матки и собственной связкой правого яичника. Дистальнее места ущемления кишка спавшаяся (рис. 1, см. 3-ю полосу обложки).

Собственная связка правого яичника рассечена, участок ущемленной кишки длиной 40 см багрово-синюшного цвета, перистальтика и пульсация сосудов брыжейки не определяются. Ситуация расценена как некроз тонкой кишки (рис. 2, см. 3-ю полосу обложки).

После иммобилизации некротизированного участка тонкой кишки, 40 см приводящего отдела и 20 см отводящего отдела тонкой кишки выполнена резекция мобилизованного участка с наложением тонко-тонкокишечного анастомоза конец в конец.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жебровский В. В., Ильченко Ф. Н. *Атлас операций при грыжах живота*. Симферополь; 2004.
2. Иоскевич Н. Н. *Практическое руководство по клинической хирургии. Болезни пищеварительного тракта, брюшной стенки, брюшины*. Минск: Выш. шк.; 2001.

При дальнейшей ревизии обнаружен разрыв кисты правого яичника в верхнем полюсе диаметром до 0,7 см с подтеканием крови. Выполнена энуклеация кисты с ушиванием дефекта непрерывным кетгуттовым швом. При дальнейшей ревизии патологии органов брюшной полости и малого таза не обнаружено. Выполнена назоинтестинальная интубация тонкой кишки. Брюшная полость дренирована через контрапертурные разрезы в правой и левой подвздошных областях [1] и по боковым каналам перчаточными дренажами, осуществлен контроль на гемостаз и инородные тела. Операционная рана послойно ушита наглухо. Наложена асептическая повязка.

Получены макропрепараты: резецированный участок тонкой кишки и капсула кисты правого яичника. Клинический диагноз: ущемленная внутренняя грыжа с некрозом участка тонкой кишки; разрыв кисты правого яичника; хроническая тяжелая анемия неясного генеза.

В послеоперационном периоде выполнены инфузионная, спазмолитическая, антибактериальная, противоязвенная, симптоматическая терапия, профилактика тромбоэмболических осложнений, инфузии свежемороженой плазмы и эритроцитной взвеси, назначен сорбифер.

Консультация гематолога: хроническая тяжелая железodefицитная анемия на фоне меноррагии с преобладанием в клинической картине анемического и сидеропенического синдромов.

Проведено гистологическое исследование: морфологическая картина соответствует сегментарному некрозу тонкой кишки; строение кисты желтого тела яичника с кровоизлиянием в стенку и просвет кисты.

Течение послеоперационного периода гладкое. На 5-е сутки отделяемого по дренажам нет, дренажи удалены. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Швы все сняты на 7-е сутки. Температура тела в первые 2 сут после операции вечером повышалась до 37,3°C, затем утром и вечером колебалась от 36,2 до 36,8°C. Функция желудочно-кишечного тракта восстановлена. Больная выписана 17.09.13 (на 13-е сутки) в удовлетворительном состоянии под амбулаторное наблюдение хирурга и гинеколога.

Анализ крови при выписке: Нб 96 г/л, эр. $2,65 \cdot 10^{12}/л$, тр. $180 \cdot 10^9/л$, л. $6 \cdot 10^9/л$, п. 2%, с. 72%, э. 1%, лимф. 22%, мон. 15%; СОЭ 17 мм/ч.

Таким образом, приведенное клиническое наблюдение и данные литературы позволили сделать следующие выводы.

1. Внутренние грыжи брюшной полости, в том числе ущемление тонкой кишки в отверстии между широкой связкой матки и собственной связкой яичника встречаются достаточно редко.

2. При обследовании и лечении хирургических больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости необходимо помнить о возможных редких состояниях и применять полный комплекс доступных инвазивных диагностических вмешательств с целью ранней диагностики, выполнения адекватных и своевременных операций для улучшения результатов лечения, профилактики и снижения частоты послеоперационных осложнений.

REFERENCES

1. Zhebrovskiy V.V., Ilchenko F. N. *Atlas operations for hernias of the abdomen*. Simferopol; 2004.
2. Ioskevich N.N. *A practical guide to clinical surgery. Diseases of the digestive tract, abdominal wall, peritoneum*. Mn.: Enter. HQ; 2001.

Поступила (received) 11.03.14