

УДК 616.34-007.43:616.341-002.4:346.2-002.4

В.В.Власов, Д.О.Гноянко, О.О.Підмурняк, С.Р.Микитюк, В.В.Загоруйко

Кафедра хірургії ФПО Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова,
Хмельницька обласна клінічна лікарня

ЗАЩЕМЛЕНА СТЕГНОВА ГРИЖА З НЕКРОЗОМ ТОНКОЇ КИШКИ ТА ЧЕРВОПОДІБНОГО ВІДРОСТКА

Резюме. Наведено випадок защемленої стегнової грижі з некрозом тонкої кишки та червоподібного відростка, гострою тонкокишковою непрохідністю у хворой жінки віком 85 років. Виконано пахвинну герніолапаротомію справа, усунення кишкової непрохідності, резекцію тонкої кишки, ентоероентеростомію «кінець у кінець», антеградну апендектомію та передочеревинну алопластику грижового дефекту сіткою.

Ключові слова: стегнова грижа, защемлення, грижа Гаренгота, некроз червоподібного відростка, некроз тонкої кишки, алопластика.

У практиці загального хірурга червоподібний відросток (ЧВ) у грижовому мішку стегнової грижі виявляється рідко. Частота цього феномену становить 0,8-1,0 % від усіх стегнових гриж [1]. Порізне лікування апендициту та стегнової грижі на ранньому етапі частіше не складне, але при їх поєднанні діагностика і лікування ускладнюються, що іноді призводить до негативних наслідків [2]. Наявність ЧВ у стегновій грижі вперше описав французький хірург Гаренгот 1731 року [3]. З наукової літератури відомо, що ЧВ у грижовому мішку до операції діагностується вкрай рідко. А запущені та ускладнені випадки збільшують обсяг хірургічного втручання, аж до виконання правобічної геміколектомії, відповідно зростає ризик розвитку життєво небезпечних післяопераційних ускладнень та летальності.

Наводимо власний випадок защемленої стегнової грижі, в мішку якої виявлено некротизовану петлю тонкої кишки та некротизований ЧВ.

Хвора В., 85 років, госпіталізована 09.07.12 в ургентному порядку з клінікою защемленої стегнової грижі. З анамнезу відомо, що хворіє близько 10 років. Дві доби тому з'явився виражений біль у ділянці грижі, ущільнення грижового випину. Згодом приєдналися нудота, блювання, здуття живота, затримка газів та відсутність випорожнень. Живіт при пальпації помірно болючий, здутий, наявний шум плюскоту. В правій пахвинній ділянці визначається болючий грижовий випин під пахвинною зв'язкою, розміром 4x5 см, щільний, невправимий. Симптом кашльового поштовху негативний. Оглядова рентгенографія ОЧП: поодинокі тонкокишкові рівні (чаші Клойбера). УЗД: грижовий мішок містить петлю

кишки без перистальтики, навколо ехогенна завісь. Аналіз крові: Нв-99 г/л, еритроцитів – 3,0 Т/л, КП – 0,9, лейкоцитів – 12,0 Г/л, ШОЕ – 39 мм/год; глюкоза крові – 4,4 ммоль/л; загальний білок – 62 г/л, загальний білірубін – 12,3 мкмоль/л за рахунок непрямого. Калій – 4,2 ммоль/л; натрій – 142 ммоль/л, хлор – 93 ммоль/л. Лабораторні показники сечі: питома вага – 1010, рН – 6,0, лейкоцити – 5-6 в п/з; циліндри гіалінові, зернисті; слиз +++++, солі оксалату +++. Діагноз: защемлена правобічна стегнова грижа. Гостра кишкова непрохідність.

Ургентно 09.07.12 о 18:20 під спинномозковою анестезією виконано пахвинну герніолапаротомію справа, усунуто кишкову непрохідність, проведено резекцію тонкої кишки з накладанням ентоероентероанастомозу «кінець у кінець», антеградну апендектомію та передочеревинну алопластику грижового дефекту сіткою Ultrapro (Ethicon). Косий розріз у правій пахвинній ділянці на 2 см вище пахвинної зв'язки. Розітнуто пахвинний канал, круглу зв'язку матки взято на тримач і зміщено. Розсічено поперечну фасцію пахвинного проміжку та очеревину над шийкою грижового мішка. В рані визначається петля тонкої кишки, яка фіксована в грижових воротах стегнової грижі. Мобілізовано шийку грижового мішка, розсічено на 1,0 см жимбернатову зв'язку. Розширені грижові ворота. Вміст грижового мішка: некротизована ділянка тонкої кишки та ЧВ з некрозом верхівки. Останній виведено в рану (рисунок).

На привідну петлю кишки накладено кишковий затискач. Мобілізовано близько 60 см тонкої кишки: 35 см до некрозу, 15 см – дистальніше. Виконано резекцію тонкої кишки. Сформо-

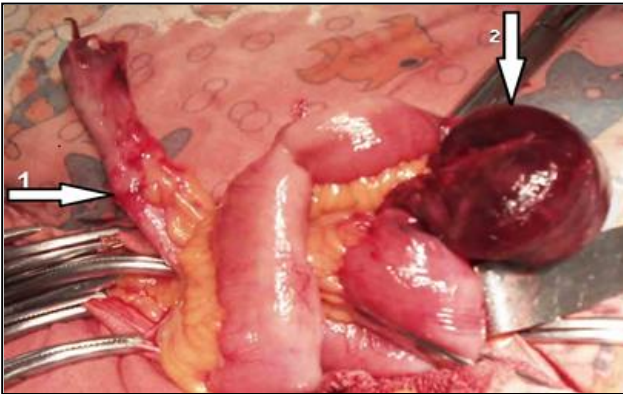


Рис. Вміст грижового мішка зацефленої стегнової грижі (грижі Гаренгота) у хворої В., 85 років: 1 – червоподібний відросток з лінією демаркації; 2 – некроз ділянки тонкої кишки.

вано ентероентероанастомоз «кінець у кінець» дворядним швом. Враховуючи нежиттєздатність ЧВ, виконано типову антеградну апендектомію. Грижовий мішок виділено зі стегового каналу, очеревину зашиито вікрилом. Передочеревинно встановлено сітку Ультрапро розмірами ~ 6x10 см. Проленовим швом сітку фіксовано до окістя нижньої гілки лобкової кістки, другим швом її фіксовано до пахвинної зв'язки над гри

жовими воротами (стеговий канал). Сітка розправлена так, щоб перекрити грижові ворота і зміцнити задню стінку пахвинного проміжку. Задню стінку пахвинного каналу (поперечну фасцію) зашиито проленом із формуванням внутрішнього пахвинного кільця до 0,5 см в діаметрі. Апоневроз зовнішнього косоного м'яза живота зашиито проленом із захопленням сітки.

Результат патогістологічного дослідження: у стінці тонкої кишки некрози, інфільтрація гранулоцитами, крововиливи; ЧВ з некротизованим фрагментом. Перебіг післяопераційного періоду задовільний. Пацієнтка перебувала в стаціонарі 8 днів, у задовільному стані виписана додому.

Заключний діагноз: зацефлена правобічна стегова грижа з некрозом ділянки тонкої кишки і червоподібного відростка. Гостра тонкокишкова непрохідність.

Наведений випадок свідчить про вдале використання пахвинного доступу в лікуванні зацефленої стегової грижі з наступною герніолапаротомією, яка дозволила встановити зацефлені органи і характер їх пошкодження, а також без надмірних зусиль виконати апендектомію, резекцію тонкої кишки та передочеревинну алопластику грижового дефекту стегової грижі.

Список використаної літератури

1. The MRI findings of a de Garengeot hernia / D.Halpenny, R.Barrett, K.O'Callaghan [et al.] // Brit. J. of Radiol. – 2012. – Vol. 85. – P. 59-61.
2. Acute Appendicitis in an Incarcerated Femoral Hernia: A Case of De Garengeot Hernia / Kiyoko Ebisawa, Shintaro Yamazaki [et al.] // Case Rep. Gastroenterol. – 2009. – Vol. 3, № 3. – P. 313-317.
3. Герич І.Д. Герич Дионізії Іванович: сто випадків з практики районного хірурга. – Львів: Галицька видавнича спілка, 2011. – 248 с.

УЩЕМЛЕННАЯ БЕДРЕННАЯ ГРЫЖА С НЕКРОЗОМ ТОНКОЙ КИШКИ И ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

Резюме. Приведен случай ущемленной бедренной грыжи с некрозом тонкой кишки и червеобразного отростка, острой тонкокишечной непроходимостью у больной женщины в возрасте 85 лет. Произведено паховую герниолапаротомию справа, устранение кишечной непроходимости, резекцию тонкой кишки, энтероэнтеростомию «конец в конец», антеградную аппендектомию и предбрюшинную аллопластику грыжевого дефекта сеткой.
Ключевые слова: бедренная грыжа, защемление, грыжа Гаренгота, некроз червеобразного отростка, некроз тонкой кишки, аллопластика.

STRANGULATED FEMORAL HERNIA WITH NECROSIS OF THE SMALL INTESTINE AND THE VERMIFORM APPENDIX

Abstract. The authors cite a case of strangulated femoral hernia with necrosis of the small intestine and the vermiform appendix, acute small bowel obstruction in a female patient aged 85 years. Inguinal herniolaparotomy on the right, an elimination of the bowel obstruction, small bowel resection “end-to-end”, enteroenteroanastomosis antegrade appendectomy and preperitoneum alloplasty of hernial defect grid.

Key words: femoral hernia, strangulation, Garengeot hernia, vermiform appendix necrosis, small bowel necrosis, alloplasty.

M.I.Pyrohov National Medical University (Vinnytsia),
Regional Hospital (Khmelnits'kyi)

Надійшла 26.02.2013 р.