

УДК 616-071+616-08+616-007
DOI: 10.24061/1727-0847.20.1.2021.07

М.М. Гресько, М.Д. Гресько*

*Кафедри хірургії № 1 (зав. – проф. І.Ю. Полянський), *акушерства та гінекології (зав. – проф. О.М. Юзько) Буковинського державного медичного університету МОЗ України, м. Чернівці*

ХИБНЕ ВПРАВЛЕННЯ ЗАЩЕМЛЕНОЇ ПАХВИННОЇ ГРИЖІ

Резюме. Наведено випадок защемленої пахвинної грижі та хибне її вправлення із защемленням тонкої кишки. Мета. Запобігання таких випадків в хірургії та дотримання чітких правил класичних канонів в хірургічному середовищі, які залишаються актуальними і сьогодні. Пацієнт М., 45 років, госпіталізований в ургентному порядку зі скаргами на наявність напруженого, невправимого, болючого випинання у грижовому утворенні у правій пахвинній ділянці. Із анамнезу – хворіє на правобічну пахвинну грижу впродовж 3 років. Напередодні, під час фізичного навантаження у місці грижі виникло невправиме, болюче випинання, яке почало наростати. Під час огляду живота в проекції зовнішнього кільця правого пахвинного каналу наявне грижове випинання, яке не зникає і не змінюється в розмірах при зміні положення тіла. Випинання напружене, щільне, болюче, симптом «кашлевого поштовху» в ділянці випинання не передається, а покашлювання посилює біль. У черевній порожнині вільного повітря та чаш Клойбера не виявлено. За даними лабораторного й інструментального обстеження та об'єктивні ознаки, виставлено діагноз: защемлена правобічна пахвинна грижа. Під час проведення обстеження хворого грижове випинання вправилось, тому за хворим встановлено динамічне спостереження. Наступного дня хворий покинув хірургічне відділення за сімейними обставинами. Через три доби хворий знову самостійно звернувся у хірургічне відділення зі скаргами на спрагу і болі в животі, блювання тонкокишковим вмістом та не відходження газів і відсутність випорожнень упродовж 5-ти діб. Під час огляду стан хворого середньої тяжкості. Враховуючи анамнез, еволюцію клініки захворювання, даних лабораторного й інструментального обстеження та об'єктивні ознаки, зроблено висновок, що в хворого наявна гостра хірургічна патологія. Виставлено діагноз: Гостра тонкокишкова непрохідність. Клінічний випадок демонструє хибне вправлення защемленої пахвинної грижі. Після самостійного вправлення грижі, хворих слід госпіталізувати у хірургічне відділення і оперувати у плановому порядку.

Ключові слова: защемлена пахвинна грижа, хибне вправлення.

Прогрес медичної науки постійно приносить та впроваджує у медицину засоби, які формують вимоги виконання високотехнологічних операцій, якісно змінює рівень надання хірургічної допомоги хворим. Проте, слід зауважити що, поряд з цим, спостерігаються клінічні випадки, які потребують клопіткої рутинної роботи та дотримання чітких правил класичних канонів хірургії. Це, насамперед, стосується хворих із защемленими грижами, які підлягають негайному оперативному втручання [1].

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% [2]. Особливо високий показник летальності серед людей віком понад 60 років –

16% [3]. По-друге, збільшується 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% [4].

Навіть після самостійного вправлення грижі, хворих слід госпіталізувати у хірургічне відділення і оперувати у плановому порядку. Насильне вправлення грижі недопустимо бо при його виконанні можуть виникнути такі тяжкі ускладнення, як розрив кишки, вправлення омертвілої петлі у черевну порожнину, хибне вправлення защемленої грижі під шкіру або в передочеревинну клітковину [5, 6].

З метою запобігання таких випадків в хірургії виникла потреба нагадати хірургічній спільноті про дотримання чітких правил класичних канонів в хірургічному середовищі, які хоча б і були створені в минулому сторіччі, залишаються актуальними і сьогодні.

Клінічний випадок. Пацієнт М., 45 років, госпіталізований в ургентному порядку. Хворий скаржився на наявність напруженого, невправимого, болючого випинання у грижовому утворенні у правій пахвинній ділянці. Із анамнезу відомо, що хворіє на правобічну пахвинну грижу впродовж трьох років, але від оперативного втручання категорично утримувався. Напередодні під час фізичного навантаження у місці грижі виникло невправиме, болюче випинання, яке почало нестерпно переймоподібно боліти і невпинно наростати. Хворий звернувся до сімейного лікаря, який його направив в ургентну лікарню.

Пацієнт нормального харчування, хронічні та алергологічні захворювання заперечує. Стан хворого задовільний. Шкіра та видимі слизові оболонки звичайного забарвлення. Язик чистий, вологий.

Під час аускультатії дихання везикулярне, хрипів немає, частота дихання 16 за 1 хв. Тони серця чисті, ясні, частота серцевих скорочень 76 за 1 хв., АТ 120/80 мм рт. ст. Живіт звичайної форми, не збільшений, бере участь у диханні, при пальпації м'який, безболісний в усіх відділах.

Під час огляду живота в проекції зовнішнього кільця правого пахвинного каналу наявне грижове випинання, яке не зникає і не змінюється в розмірах при зміні положення тіла. Випинання напружене, щільне, болюче, не вправляється в черевну порожнину. симптом «кашлевого поштовху», в ділянці випинання не передається, а покашлювання посилює біль.

Рентгеноскопія органів грудної клітки: серце та легені без патологічних змін.

Оглядовий знімок черевної порожнини: У черевній порожнині вільного повітря та чаш Клойбера не виявлено.

Лабораторні дослідження:

Загальний аналіз крові: ер. $4,25 \times 10^{12}$ в 1 л, Нб 140 г/л, лейкоц. $6,4 \times 10^9$ в 1 л, п. 15%, сегм. 33%, еоз. 1%, мон. 6% лімф. 26%, ШОЕ 15 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: глюкоза 5,8 ммоль/л, білок 73,1 г/л, заг. білірубін 9,0 мкмоль/л, АлТ 1,81 мкмоль/(мл г), тимолова проба 0,5 Од, сечовина 8,3 ммоль/л, креатинін 121 мкмоль/л.

Аналіз сечі: відносна густина – 1020, рН – 4,9, білок – немає, цукор, білірубін не виявлені; епітелій плоский – 20 у полі зору; лейкоцити 3-5 у полі зору, еритроцити не виявлені.

Виставлено діагноз: защемлена правобічна пахвинна грижа.

Під час проведення обстеження хворого грижове випинання вправилось, тому за хворим встановлено динамічне спостереження. Наступного дня хворий покинув хірургічне відділення за сімейними обставинами.

Через три доби хворий знову самостійно звернувся у хірургічне відділення зі скаргами на спрагу і болі в животі, блювання тонкокишковим вмістом та не відходження газів і відсутність випорожнень упродовж 5-ти діб.

Під час огляду стан хворого середньої тяжкості. Шкіра та видимі слизові оболонки сухі, звичайного забарвлення. Язик обкладений білими нашаруваннями, сухий. Під час аускультатії дихання везикулярне, хрипів немає, частота дихання 18 за 1 хв. Тони серця чисті, частота скорочень серця 88 за 1 хв. АТ 120/80 мм рт. ст. Живіт овальної форми, збільшений в розмірах, бере участь у диханні, під час пальпації болісний в усіх відділах. Симптоми подразнення очеревини позитивні. Під час перкусії тимпанічний звук на всьому протязі. Під час аускультатії перистальтика не прослуховується. Під час ректального обстеження: замикач спазмований, ампула пуста.

За даними ультразвукового дослідження печінка 159,0 мм, печінкові вени та жовчні протоки не розширені. У черевній порожнині незначна кількість вільної рідини по бокових каналах. Петлі тонкої кишки різко роздуті, гіпоехогенні. У черевній порожнині множинні чаші Клойбера.

Лабораторна діагностика: Група крові В (III), Rh позитивний.

Загальний аналіз крові: ер. $4,05 \times 10^{12}$ в 1 л, Нб 140 г/л, лейкоц. $11,5 \times 10^9$ в 1 л, п. 34%, сегм. 53%, еоз. 0%, мон. 1% лімф. 31%, ШОЕ 35 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: глюкоза 7,7 ммоль/л, білок 76,0 г/л, білірубін 16,0 мкмоль/л, АлТ 1,81 мкмоль/(мл г), тимолова проба 0,5 Од, сечовина 16,3 ммоль/л, креатинін 107 мкмоль/л.

Коагулограма: протромбіновий індекс 107%, активований час рекальцифікації 60 с, фібриноген 3 г/л., гематокрит 33,3%.

Загальний аналіз сечі: відносна густина – 1020, рН – 4,9, білок – 0,99, цукор, білірубін не виявлені; епітелій плоский 1 – у полі зору; лейкоцити 3-5 у полі зору, еритроцити не виявлені.

Враховуючи анамнез, еволюцію клініки захворювання, даних лабораторного й інструментального обстеження та об'єктивні ознаки, зроблено висновок, що в хворого наявна гостра хірургічна патологія. Виставлено діагноз: Гостра тонко кишкова непрохідність. Після короткочасної потужної передопераційної підготовки, хворому під ендотрахеальним наркозом виконано нижньо-серединну лапаротомію, в черевній порожнині велика кількість серозної рідини. Тонка кишка перерозтягнута, балоноподібна. У внутрішньому кільці правого пахвинного каналу фіксована тонка кишка. Проксимальніше – тонка кишка значно роздута, дистально опала до 1,5 см. Проведено звільнення

защемленої ділянки тонкої кишки. Визначаються збільшені лімфатичні вузли з крововиливами в брижі тонкої кишки та двома странгуляційними борознами. Чітко визначається демаркаційна лінія, яка знаходиться дистальніше на відстані 35,0 см від ілеоцекального кута. Проксимальніше странгуляційна борозна не виражена, життєздатна. Дистальніше демаркаційна лінія ділянки тонкої кишки закрита серо-серозними швами на всьому протязі (рисунок).

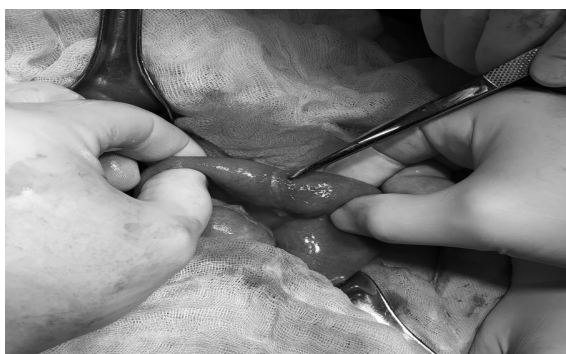


Рисунок. Демаркаційна лінія ділянки тонкої кишки

Виконано інтубацію тонкої кишки зондом Ебота. Черевина із внутрішнього кільця правобічної пахвинної грижі витягнута та прошита у устя окремими швами. Лінія швів занурена окремими швами на пристінковій черевині. Туалет очеревинної порожнини. Порожнина малого таза дренована трубкою. Пошарові шви на рану. Йод. Асептична пов'язка.

Хворий одержував лікування: інтенсивна інфузійна терапія, антибіотики, серцеві препарати, дезагреганти, аналгетики, гепаринотерапія, перев'язування.

Післяопераційний період проходив без ускладнень. Дренаж видалили, шви зняли – загоєння післяопераційної рани первинне. Хворого виписали в задовільному стані. Оглянутий через один місяць, після виконання оперативного втручання. Скарг немає.

Висновок. Після самостійного вправлення грижі, хворих слід госпіталізувати у хірургічне відділення і оперувати у плановому порядку.

References

1. Alam NN, Narang SK, Pathak S. Methods of abdominal wall expansion for repair of incisional hernia: a systematic review. *Hernia*. 2016;20(2):191-9.
2. Polianskyi IYu, Moskaliuk VI, Moskaliuk II, Andriyets' VV, vynakhidnyky; Vyshchyy derzhavnyy navchal' – nnyy zaklad ukrayiny «Bukovyns'kyy Derzhavnyy Medychnyy universytet» MOZ Ukrayiny, patentovlasnyk. Sposib kompleksnoho vidnovlennya motorno-evakuatornoyi funktsiyi kyshechnyku v umovakh pislyaoperatsiyanoi dynamichnoyi kyshkovoy neprokhidnosti. Patent Ukrayiny 126856. 2018 lyp. 10. (in Ukrainian).
3. Benedykt VV. Hostra neprokhidnist kyshky i hostryi poshyrenyi perytonit. Funktsiia tonkoi kyshky ta yii korektsiia [Acute obstruction of the gut and the host of common peritonitis. The function of the small intestine and the correction]. In: Proceedings of the XXIII Congress of Surgeons of Ukraine; 2010; Vinnytsia. Vinnytsia:2010;1:26. (in Ukrainian).
4. Shamsiev, AM, Davlatov SS. Khirurgicheskoye lecheniye bolnykh ventralnymi gryzhami s soputstvuyushchim ozhireniyem [Method of surgical treatment of ventral hernia in patients with obesity]. *Shpitalna khirurgiya. Zhurnal imeni L. Ya. Kovalchuka – Hospital Surgery. Journal named after L. Ya. Kovalchuk*. 2016;1:78-83. (in Russian).
5. Andriyets VV, Moskaliuk VI, Polians'kyi IYu, Moroz PV, vynakhidnyky; Vyshchyy derzhavnyy zaklad Ukrayiny «Bukovyns'kyy derzhavnyy medychnyy universytet», patentovlasnyk. Sposib likuvannya hostroho perytonitu. Patent Ukrayiny 117630. 2017cher.26. (in Ukrainian).
6. Jannasch O, Meyer F, Fuellert A, König B, Eder F, Tautenhahn J. Vacuum-assisted closure (VAC) for post-operative secondary peritonitis: Effect on bacterial load as well as local and systemic cytokine response (initial results). *Pol Przegł Chir*. 2018Aug6;90(5):27-35.

ЛОЖНОЕ ВПРАВЛЕНИЕ УЩЕМЛЕННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ

Резюме. Приведен случай ущемленной паховой грыжи и ложное ее вправление с ущемлением тонкой кишки. Цель работы. Предотвращение таких случаев в хирургии и соблюдение строгих правил классических канонов в хирургическом обществе, которые остаются актуальными и сегодня. Пациент М., 45 лет, госпитализированный в ургентном порядке с жалобами на наличие напряженного, невправляемого, болезненного выпячивания в грыжевом образовании в правой паховой области. Из анамнеза – правосторонняя паховая грыжа в течении 3 лет. Накануне, после физической нагрузки, на месте грыжи появилось невправляемое, болезненное выпячивание, которое увеличивалось. При осмотре живота

в проекції наружного кольца правого пахового канала есть грыжевое выпячивание, которое не исчезает и не изменяется в размерах при смене положения тела. Выпячивание напряженное, плотное, болезненное, симптом «кашлевого толчка» в месте выпячивания не передается, а покашливание усиливает боль. В брюшной полости воздуха и чаш Клойбера не выявлено. По данным лабораторного, инструментальных обследований и объективным признакам, выставлен диагноз: ущемленная правосторонняя паховая грыжа. При проведении обследования больного грыжевое выпячивание вправилось, поэтому за больным установлено динамическое наблюдение. На следующий день больной покинул хирургическое отделение по семейным обстоятельствам. Через 3 суток больной опять обратился в хирургическое отделение с жалобами на сухость во рту и боли в животе, рвоту тонкокишечным содержимым и неотхождение газов, отсутствие стула в течение 5 суток. При осмотре состояние больного средней тяжести. Учитывая анамнез, эволюцию клиники заболевания, данных лабораторного и инструментального обследований, объективные признаки, сделан вывод, что у больного имеется острая хирургическая патология. Выставлен диагноз: Острая тонкокишечная непроходимость. Клинический случай демонстрирует ложное вправление ущемленной паховой грыжи. После самостоятельного вправления грыжи, больных следует госпитализировать в хирургическое отделение и оперировать в плановом порядке.

Ключевые слова: ущемленная грыжа, ложное вправление

INCORRECT REPOSITIONING OF ENTRAPPED INGUINAL HERNIA

Abstract. The case presents entrapped inguinal hernia and its incorrect repositioning with resulted strangulation of small intestine. The purpose of the work. Prevention of such cases in surgery and observance of strict rules of classical canons in the surgical environment, which remain relevant today. Patient M., 45 years old, was urgently hospitalized with complaints of intense, intractable, painful protrusion in the hernia in the right groin. From the anamnesis – suffers from right inguinal hernia for 3 years. The day before, during exercise, an intractable, painful protrusion appeared at the site of the hernia, which began to increase. When examining the abdomen in the projection of the outer ring of the right inguinal canal there is a hernial protrusion, which does not disappear and does not change in size when changing body position. The protrusion is tense, dense, painful, the symptom of «coughing» in the area of protrusion is not transmitted, and coughing increases the pain. No free air and Kloiber's bowls were found in the abdomen. According to laboratory and instrumental examination and objective signs, the diapatient was diagnosed with strangulated right inguinal hernia. During the examination of the patient, the hernial protrusion was exercised, so the patient was dynamically monitored. The next day the patient left the surgical department due to family circumstances. After 3 days, the patient again went to the surgical department with complaints of thirst and abdominal pain, vomiting with small intestine content and no discharge of gases and no bowel movements for 5 days. On examination, the patient's condition is moderate. Taking into account the anamnesis, clinical evolution of the disease, laboratory and instrumental examination data and objective signs, it was concluded that the patient has acute surgical pathology. Diagnosed with: Acute small intestinal obstruction. The clinical case shows a misalignment of a strangulated inguinal hernia. After self-repositioning of the hernia, patients should be hospitalized to the surgical department for an elective surgery.

Key words: strangulated inguinal hernia, incorrect repositioning.

Відомості про авторів:

Гресько Михайло Михайлович – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри хірургії № 1 Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці;

Гресько Марина Дмитрівна – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри акушерства та гінекології Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці.

Information about authors:

Hresko Mykhailo M. – Ph.D., Department of Surgery № 1, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi;
Hresko Maryna D. – Ph.D., Department of Obstetrics and Gynecology, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi.

Надійшла 07.07.2021 р.