

РИХТЕРОВСКОЕ УЩЕМЛЕНИЕ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ

УДК 617.557-007.43-007.47-089

Авторами приведен случай из практики. У больной старческого возраста, 84 лет, выявлено Рихтеровское (пристеночное) ущемление паховой грыжи при позднем поступлении более 6 суток от момента заболевания. Грыжа выявлена первично, ранее в анамнезе грыжи не было. Отсутствие признаков острой кишечной непроходимости и перитонита ввело в заблуждение врачей скорой помощи, что привело к поздней госпитализации, соответственно поздней операции и летальному исходу.

Ключевые слова: паховая грыжа, Рихтеровское ущемление, тонкая кишка, перитонит.

Ущемление грыжи является самым частым и опасным осложнением, требующим немедленного хирургического лечения. Ущемленные грыжи составляют 8-20% больных с грыжами, преобладают лица пожилого и старческого возраста [1]. Летальность достигает 3-11% [2,5]. Наиболее низкие показатели летальности 1%, отмечаются у больных оперированных в первые 6 часов после ущемления. Наихудший прогноз у больных оперированных более суток, особенно у лиц пожилого и старческого возраста [2]. Ущемление появляется не только при долго существующей грыже. Грыжа при возникновении может сразу проявить себя ущемлением любого органа, чаще ущемляется тонкая кишка и саленник. Клинические проявления ущемления грыжи зависят от форм ущемления, ущемленного органа, времени прошедшего с момента ущемления. Основными симптомами ущемленной грыжи являются боль в области грыжи и неспособность свободно вправляющейся ранее грыжи [4].

Одним из редких форм ущемления грыжи является Рихтеровское (пристеночное) ущемление. Ущемляется чаще всего тонкая кишка, это происходит в узком ущемляющем кольце, когда ущемляется только часть кишечной стенки, противоположная линии прикрепления брыжейки. Наблюдается чаще в паховых и бедренных грыжах, реже в пупочных. Расстройство кровообращения в ущемленном участке кишки приводит к развитию деструктивных изменений, некрозу и перфорации кишки [1,2,3,5]. Диагноз представляет большие трудности. По клинике пристеночное ущемление кишки отличается от ущемления кишки с её брыжейкой: нет явлений шока, симптомы кишечной непроходимости могут отсутствовать, так как прохождение кишечного содержимого свободно в дистальном направлении. В области грыжевых ворот пальпируется, но не всегда, небольшое резко болезненное плотное образование. Особенно трудно распознать у больных с алиментарным ожирением пристеночное ущемление, когда оно бывает первым клиническим проявлением возникшей грыжи. В дальнейшем в связи с некрозом кишечника развивается распространенный перитонит, который часто приводит к летальному исходу [1,3,5].

Приводим случай пристеночного (Рихтеровского) ущемления тонкого кишечника при ущемленной паховой грыже.

Больная Х., ИБ № 8342, 1932 г (84г) поступила в х/о 7 ГКБ г. Алматы 09.06.2015 в 22 ч50м в экстренном порядке. Жалобы при поступлении на боли по всему

животу, задержку отхождения газов и стула, тошноту, рвоту, сухость во рту, слабость, отсутствие аппетита. Больна в течении 6 суток, когда появились боли в животе, вздутие живота, тошнота, рвота после еды. В динамике состояние больной ухудшилось, несколько раз вызывала скорую помощь, после осмотра оставлена дома. В связи с усилением боли, отсутствием стула и газов, слабостью доставлена в ППХ ГКБ №7. Из анамнеза ранее оперирована в 1997 г. по поводу перелома шейки правого бедра, затем в 2002 г. перелом шейки бедра слева, лечилась консервативно. Страдает ИБС ряд лет. Общее состояние больной крайне тяжелое. Сознание-оглушение, астенического телосложения, пониженного питания. Кожные покровы бледноватые, сухие. В легких жесткое дыхание, хрипов нет, частота дыхания 17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 110 уд. в мин. А/Д 60/40 мм. рт. ст. Печень у края реберной дуги, с. Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание свободное. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот ассиметричен, вздут, не участвует в акте дыхания, пальпаторно напряжен, болезненный, симптом Щеткина - Блюмберга положительный во всех отделах. Перистальтика прослушивается, вялая, стула не было, газы не отходят. Ректально - без патологии. В условиях реанимационного зала обследована, проведена протившоковая терапия. На рентгенографии легких: двусторонняя н/д пневмония, кардиомегалия. В синусах незначительное количество жидкости. На обзорной рентгенографии брюшной полости: острая тонко, - толстокишечная непроходимость. Перфорация полого органа брюшной полости, наличие свободного газа под куполом диафрагмы. УЗИ брюшной полости: расширенные петли кишечника с жидким содержимым, вялой перистальтикой - признаки ОКН. В анализах: ОАК : Эр-4,3*10¹²/л, лейко-3,6*10⁹/л, тромбо-214*10³/л. ОАМ: уд.вес-1020, б-0.25 г/л, лейко-25 в п/з. Биохимический анализ крови: без патологии. Электролиты: К-3,7 ммоль/л, Na-116 ммоль/л, Са-0,96 ммоль/л. ЭКГ: без острой коронарной патологии. Осмотр терапевта: ИБС, нарушение ритма по типу фибрилляции предсердий, тахисистолическая форма. Поставлен диагноз: ОКН. Перфорация полого органа. Перитонит. Гиповолемический шок, интоксикация. После проведения интенсивной предоперационной подготовки, в/в введения антибиотиков, дезинтоксикационной, протившоковой терапии произведена экстренная операция: 10.06.2015 г. 02ч05м. -04ч55м. Лапаротомия, ревизия органов

брюшной полости. Резекция тонкой кишки с анастомозом «бок в бок», ушивание внутреннего отверстия пахового канала. Санация, дренирование брюшной полости. На операции выявлен выпот в брюшной полости по всем отделам с каловым запахом 500,0. На расстоянии 70см от илеоцекального угла имеется пристеночное ущемление тонкой кишки во внутреннем кольце правого пахового канала. Ущемленная часть тонкого кишечника размером 1,5*0,7 см черного цвета, в странгуляционной борозде перфорация 0,3*0,3 см, откуда поступают газ и кал. Участок тонкого кишечника на протяжении 30 см признан нежизнеспособным. Отступя проксимальнее на 40 см и дистальнее на 20 см от измененного участка кишки произведена резекция тонкой кишки с анастомозом «бок в бок». Внутреннее кольцо пахового канала размером 1*0,5 см ушито изнутри. Диагноз после операции: Ущемленная паховая грыжа справа. Внутреннее Рихтеровское ущемление тонкого кишечника, осложненное некрозом тонкой кишки и перфорацией. ОКН. Распространенный гнойно-каловый перитонит. Абдоминальный сепсис. Септический шок.

На фоне проводимой терапии 10.06.2015 г. у больной произошла остановка сердечной деятельности, в 8 ч30м констатирована биологическая смерть.

Данный случай подтверждает данные литературы о трудности диагностики пристеночного (Рихтеровского) ущемления кишечника при первичной клинике грыжи. Отсутствие вначале признаков ОКН и перитонита ввело в заблуждение врачей скорой помощи, привело к позднему поступлению больной в стационар с клиникой уже распространенного перитонита, ОКН и соответственно к летальному исходу. Диагностике помогает рентгенография брюшной полости, УЗИ и в трудных случаях КТ брюшной полости.

Таким образом: Учитывая неутешительные результаты неотложных операций при пристеночном ущемлении, необходимо профилактическое активное выявление, диспансеризация и плановое оздоровление больных с вентральными грыжами. В целях профилактики ущемления грыж следует производить операцию в ранние сроки после установления диагноза. В улучшении исходов лечения ущемленных грыж необходима своевременная операция до возникновения некроза кишки.

Послеоперационная летальность при ущемленных грыжах остаётся высокой, особенно у лиц пожилого и старческого возраста из-за наличия сопутствующих заболеваний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости под ред. академика В.С. Савельева. - М.: Триада-Х, 2004. - 240 с.
- 2 Л.И. Бисенков, П.Н. Зубарев, В.М. Трофимов, С.А. Шалаев, Б.И. Ищенко. «Неотложная хирургия груди и живота». - СПб.: 2002. - 450 с.
- 3 К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский «Грыжи брюшной стенки». - М.: «Медицина», 1990. - 239 с.
- 4 А.С. Ибадильдин, С.М. Муканова «Грыжи живота». - Алматы: 2004. - 162 с.
- 5 А.С. Ибадильдин «Хирургические болезни». - Алматы: 2012. - №2. - 223 с.

А.С. ИБАДИЛЬДИН, Г.И. ШАРУНОВ

А.С.Ибадильдин, Г.И.Шарунов, Алматы қаласы, ҚазҰМУ, №2 хирургиялық аурулар кафедрасы

ШАП ЖАРЫҒЫННЫҢ РИХТЕР БОЙЫНША ҚЫСЫЛУЫ

Түйін: Бұл жағдай авторлардың клиникалық тәжірибесінен алынды. 84 жастағы егде науқас ауру басталғанынан 6 тәуліктен кейін шап жарығының Рихтерлік (қабырғалық) қысылуы мен кеш түскен. Ауру басталғанда ішек өтімсіздігі мен перитонит белгілерінің болмауы жедел жәрдем дәрігерлерінің қателесуіне, науқастың кеш госпитализациясына, сәйкесінше операцияға кеш алынуына және леталді жағдайға алып келді.

Түйінді сөздер: шап жарығы, Рихтерлік қысылу, жіңішке ішек, перитонит.

A.S. IBADILDIN, G.I. SCHAROUNOV

Asfendiyarov KazNMU, Department of surgical diseases №2, city Almaty

RICHTER INFRINGEMENT OF INGUINAL HERNIA

Resume: The authors of the given case study. In elderly patients, 84 years old, found Richter infringement of inguinal hernia when the late arrival of more than 6 days from the onset of the disease. Hernia identified initially, before a history of hernia was not. Lack of first signs of acute intestinal obstruction and peritonitis misled the ambulance, which led to late admissions, respectively, late surgery and death.

Keywords: inguinal hernia, Richter infringement, small intestine, peritonitis annotation.