

УДК 616/341:618.131]-007.43-001.35-053
DOI: 10.24061/1727-0847.18.1.2019.12

В.В. Власов, О.Т. Кузнецова, В.В. Калиновський, А.Е. Гурницький

Кафедра хірургії з курсом стоматології факультету післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, Славутська центральна районна лікарня, Хмельницька область

ВИПАДОК ВНУТРІШНЬОЇ ГРИЖІ З ЗАЩЕМЛЕННЯМ ЧАСТИНИ ТОНКОЇ КИШКИ В ШИРОКІЙ ЗВ'ЯЗЦІ МАТКИ

Резюме. Наведено клінічний випадок внутрішньої грижі із защемленням частини тонкої кишки в широкій зв'язці матки у хворой 43 років. Хвору прооперовано, виконано лапаротомію, ліквідовано защемлення тонкої кишки з резекцією її ділянки, ентеро-ентероанастомоз бік у бік; здійснено зашивання отвору в широкій зв'язці матки, а також дренування черевної порожнини.

Ключові слова: широка зв'язка матки, внутрішня грижа, защемлення.

Грижа широкої зв'язки матки трапляється досить рідко. Починаючи з першого опису Quain 1861 року, зареєстровано близько 90 випадків. Однак вони можуть становити від 5 до 7 % внутрішніх гриж. Найчастіше у грижовий дефект потрапляють петлі тонкої кишки, хоча описані випадки потрапляння товстої кишки, яєчника і сечовода. Зазвичай грижовий мішок позбавлений очеревинного мішка і є лише дислокацією органа через дефект в широкій зв'язці матки [1, 2].

Щодо етіології, то набуті грижі широкої зв'язки матки виникають в результаті операції, травми, пологів або запалення. Вроджені – виникають з дефектів розвитку широкої зв'язки матки (перелом кісти – залишки протоки Мюллера – периферійний шнур, ductus paramesone – phricus). Анатомічно широка зв'язка складається з трьох частин: тобто мезосальпінкс, мезоваріум та мезометрій [1].

Хант розрізняв два типи порожнин у цій структурі: відносно однієї перитонеальної пластинки (заглиблення всередині зв'язки) і всієї товщини зв'язки. Інший поділ (за Cileye) заснований на розташуванні порожнини [1]:

- тип I – проникає через всю широку зв'язку;
- тип II – проникає через мезосальпінкс та

мезоварій;

- тип III – розміщується поблизу матки;
- Fafet також пропонує IV тип – охоплює тільки мезосальпінкс.

Клінічні симптоми залежать від вмісту грижі і зазвичай виникають у вигляді гострої кишкової непрохідності. «Типовий» пацієнт є середнього віку без попередньої операції в животі. КТ обстеження корисно в діагностиці, хоча точна передопераційна діагностика не є поширеною. Впровадження багаторядних томографічних приладів і тривимірних реконструкцій зображень після обстеження дають можливість простежити хід кишок і точне розташування грижі [3-6].

Хірургічне лікування передбачає лапаротомію, вивільнення вмісту (можливу резекцію ділянки кишок). Рекомендується розсікати зв'язки для запобігання рецидиву. Реконструкція зв'язки може бути проведена у жінок, що передують менопаузі. В останні роки повідомлено про кілька операцій за допомогою лапароскопії. Троакари розміщуються як для лапароскопічної апендектомії. Декомпресія кишок через зонд полегшує проникнення в таз. Досвід у цих видах операцій все ще дуже малий, але вони, ймовірно, будуть вибором. Після зменшення грижі оцінюють життєздатність кишок і зшивають або розсікають зв'язки [7-11].

Ми спостерігали за хворою віком 43 років, яка поступила 06.03.2018 р. о 16.00 на приймальне відділення ЦРЛ. Лікарями швидкої медичної допомоги встановлено попередній діагноз: гострий живіт. Оглянута терапевтом в приймальному відділенні. Скарги на різкий біль в животі, блювання. Зі слів хворої, стан погіршився в обід через вживання вареного гороху. Випила активоване вугілля, стан не покращився. Викликала ШМД, доставлена у приймальне відділення ЦРЛ. Об-но: хвора корчиться від болю, сидить навпочіпки. Температура тіла 36,8°C, ЧСС – 80 за хв., АТ 130/80 мм.рт.ст. Живіт м'який, дещо болючий при пальпації в усіх відділах, більше в гіпогастрії. Симптом подразнення очеревини негативний. Стілець був 05.03.2018 р. Встановлено попередній діагноз: ниркова коліка, хронічний гастрит у стадії загострення. Рекомендовано: очисна клізма, атропін 0,4 п/ш, реналган 5 мл в/м, консультація хірурга.

ЗАК: гемоглобін – 112 г/л; ер. – 3,7 Т/л; КП – 0,96; л. – 8,7 Г/л; паличкоядерні нейтрофіли – 10 %; сегментоядерні нейтрофіли – 55 %; еозинофіли – 1 %; лімфоцити – 39 %; моноцити – 4 %.

Після маніпуляцій загальний стан хворої покращився. Оглянута хірургом: гострої хірургічної патології не виявлено. Додатково призначено нольпаза 40 мг в/в на фізрозчині 200 мл, но-шпа 2,0 в/м, анальгін 2,0 в/м, церукал 2,0 в/м, панзинорм 10 тис. ОД 2т 3р/д.

Обстеження о 17.00: УЗД ОЧП – змін з боку печінки, нирок, підшлункової залози, матки та додатків не виявлено. Жовчний міхур 55x36 мм, товщина стінки 3,0 мм, вміст з ехопозитивною зависсю, вільної рідини в черевній порожнині не виявлено, простежуються роздуті та спазмовані петлі товстої кишки.

Огляд хірурга о 18.00: скарги на переймоподібний біль внизу живота, живіт м'який симетричний. Перистальтика задовільна. При пальпації живіт помірно болючий в гіпогастрії. Симптомів подразнення очеревини немає. С-м Пастернацького негативний з обох боків. Діагноз: СКД. Ниркова коліка. Рекомендовано: УЗД ОЧП, ЗАК, ЗАС, консультація гінеколога.

ЗАК: гемоглобін – 112 г/л; ер. – 3,7 Т/л; л. – 8,7 Г/л; КП – 0,96; паличкоядерні нейтрофіли – 14 %; сегментоядерні нейтрофіли – 60 %; еозинофіли – 2 %; лімфоцити – 18 %; моноцити – 6 %.

ЗАС: об'єм 42 мл, жовта, слабкомутна, реакція кисла, щільність 1018, білок 0.072 г/л, цукор -, еп 4-5 в п/з, л 15-20 в п/з, ер 6-12 в п/з, циліндри 1-2 в п/з, бактерії в значній кількості.

Рентгенографія ОЧП о 19.40: на час обсте-

ження пневматизація кишок не порушена, даних за непрохідність немає.

Огляд гінеколога о 21.00: скарги відсутні. Патологічних утворень шийки матки не виявлено. Матка зменшена, рухома, не болюча при пальпації, придатки не збільшені. Виділення слизові. Висновок: гострої гінекологічної патології не виявлено.

Черговий лікар о 21.00: від огляду хвора відмовилась. Скарг немає. Біль не турбує. Самовільно покинула відділення. Рекомендовано консультацію уролога в плановому порядку.

Повторно хвора поступила в приймальне відділення ЦРЛ 08.03.2018 р. о 18.00 зі скаргами на сильний біль в животі, переймоподібного характеру, неодноразове блювання, затримку газів. Об'єктивно: стан хворої тяжкий. Шкіра та видимі слизові сірого кольору. Пульс 108 за хв., ритмічний, задовільних властивостей. АТ – 110/70 мм.рт.ст. Температура тіла – 37,6°C. Серцеві тони чисті, гучні. Над легеньми везикулярне дихання. Язик обкладений сірими нашаруваннями. Живіт дещо під дутий, напружений, болючий при пальпації, більше в гіпогастрії. Симптоми подразнення очеревини позитивні. На оглядовій рентгенограмі ОЧП значна кількість «чаш Клойберга».

ЗАК: гемоглобін – 144 г/л; ер. – 4,5 Т/л; л. – 13,8 Г/л; КП – 0,98; юні нейтрофіли – 3 %; паличкоядерні нейтрофіли – 46 %; сегментоядерні нейтрофіли – 28 %; еозинофіли – 1 %; лімфоцити – 20 %; моноцити – 2 %; ШОЕ – 10 мм/год.

Встановлено передопераційний діагноз: гостра тонкокишкова непрохідність. Перитоніт?

Після короткочасної нетривалої передопераційної підготовки, хвора взята на операцію.

Під ендотрахеальним наркозом 08.03.2018р о 20.10 виконана ургентна операція (Кузнецова О.Т.): лапаротомія, ліквідація защемлення тонкої кишки з резекцією її ділянки, ентеро-ентероанастомоз бік у бік, зашивання отвору в широкий зв'язці матки, дренажування черевної порожнини.

Виконана середньо-серединна лапаротомія. При ревізії черевної порожнини виявлено до 1,0 л геморагічного випоту з неприємним запахом, роздуті, гіперемовані петлі тонкої кишки, які вміщують газ і хімус. Виявлено дефект (2) у широкий зв'язці матки (1), який заповнений роздутою гіперемованою петлею тонкої кишки (3) довжиною близько 20,0 см з ознаками некрозу (ділянка чорного кольору з неприємним запахом) (рисунок). Після тупого розширення дефекту широкої зв'язки матки звільнена защемлена кишка. Враховуючи нежиттєздатний стан кишки, прийнято рішення про її резекцію. Проведена резекція тонкої

кишки в межах 25,0 см проксимальніше та 20,0 см дистальніше від ураженої ділянки в межах здорових тканин. Накладено ентеро-ентероанастомоз дворядним швом бік у бік. Прохідність достатня.

Дефект широкої зв'язки матки ушито безперервним вікриловим швом. Черевну порожнину

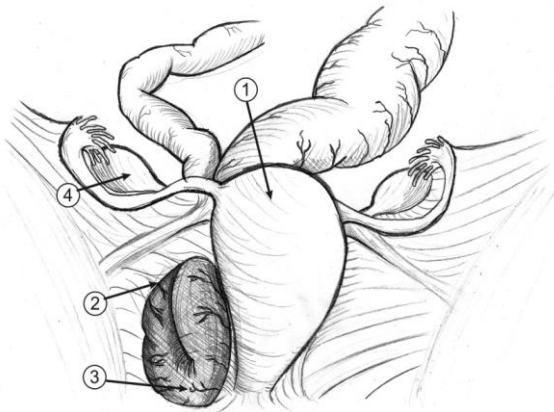


Рисунок. Защемлення петлі тонкої кишки у широкій зв'язці матки

сановано декілька разів. Встановлено дренажні трубки через окремі контрапертури. Лапаротомну рану пошарово зашито.

Після оперативного втручання хвора переведена у ВАІТ, 10.03.2018 р. переведена у звичайну палату хірургічного відділення, де перебувала 10 діб. У задовільному стані хвору виписано. Пацієнтку оглянуто через рік, стан задовільний, скарги відсутні.

Заключний клінічний діагноз: защемлена внутрішня (отвір широкої зв'язки матки) черевна грижа з некрозом ділянки тонкої кишки. Гостра тонкокишкова непрохідність. Розлитий фіброзно-геморагічний перитоніт.

Висновок. Дана хірургічна патологія є досить рідкісною у практиці хірурга, тому потребує особливої уваги в її діагностиці: використання усіх можливих інструментальних методів дослідження. Заключний клінічний діагноз можна встановити тільки на операційному столі після лапаротомії.

References

1. Slupski M, Kulinski W, Stankiewicz W. Rzadkie przepukliny brzuszne u doroslych – epidemiologia, etiologia, dagnostyka i wspolczesne metody leczenia. Fundacja pilski przeglad chirurgiczny. 2015;18:1-5.
2. Vinnik YuS, Prusov IA, Serova EV. The rare option for the destruction of the internal hernia of the abdominal cavity in a woman. Clinical Medicine. Moscow, Medicine, 2015. p. 76-7. (in Ukrainian).
3. Fernandes MG, Loureiro AR, Obrist MJ. Small Bowel Obstruction by Broad Ligament Hernia: Three Case Reports, Management and Outcomes. Acta Med Port. Viseu. Portugal., 2019:240-3.
4. Toolabi K, Zamanian A, Parsaei R. Bowel obstruction caused by broad ligament hernia sucessfully repaired by laparoscopy. Ann R Coll Surg Engl. Tehran, Iron. 2018:94-6.
5. Takeyama H, Kogita Y, Nishigaki T. Broad ligament hernia successfully repaired by single-incision laparoscopy: A case report. Asian J Endosc Surg. Minoh, Japan. 2018.
6. Otani-Takei N, Akimoto T, Sadatomo A. Bowel Obstruction and Peritoneal Dialysis: A Case Report of a Patient with Complications from a Broad Ligament Hernia. Clin Med Insights Case Rep. Baltimore, MD. 2016:57-60.
7. Bailey CR, Leeper WR, Johnson PT. Richter's hernia through the broad ligament: Role of computed tomography and ultrasonography in facilitating diagnosis and rapid operative repair. Surgery. Baltimore, MD. 2016:975-7.
8. Rodrigues F, Sarmento I, Tiago P. Asymptomatic internal hernia through a defect of broad ligament: a surprising finding in a laparoscopic surgery to recover a lost levonorgestrel-releasing intrauterine system. BMJ Case Rep. Braga. Portugal. 2015:1-2.
9. Reyna-Villasmil E, Prieto Montañó J, Suárez-Torres I. Internal hernia through a broad ligament defect. Gastroenterol Hepatol. Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela. 2015.
10. Vyrdal CD, El-Hussuna A. Laparoscopically treated small bowel obstruction due to internal herniation through the broad ligament. Pol Przegl Chir. 2014:377-9.
11. Post IC, Vollebregt A, Bokani N. The complicated Allen-Masters syndrome: small bowel herniation through a broad ligament defect. Am J Obstet Gynecol. Hoofddorp, The Netherlands. 2014:3-4.

СЛУЧАЙ ВНУТРЕННЕЙ ГРЫЖИ С УЩЕМЛЕНИЕМ ЧАСТИ ТОНКОЙ КИШКИ В ШИРОКОЙ СВЯЗКИ МАТКИ

Резюме. Приведен клинический случай внутренней грыжи с ущемлением части тонкой кишки в широкой связке матки у больной 43 лет. Больную прооперировали, выполнена лапаротомия, ликвидация ущемления тонкой кишки с резекцией ее участка, энтеро-энтероанастомоз бок в бок, ушивания отвер-

стия в широкій зв'язці матки, дренирование брюшной полости.

Ключевые слова: широкая связка матки, внутренняя грыжа, ущемление.

A CASE OF INTERNAL HERNIAS WITH PINCHING OF THE PART OF THE SMALL INTESTINE IN A WIDE UTERINE LIGAMENT

Abstract. The clinical case of an internal hernia with a pinching of a part of a small intestine in a wide ligament of a uterus at the patient 43 years old is presented. The patient was operated, performed laparotomy, elimination of strangulation of the small intestine with resection of its area, entero-enteroanastomosis side to side, suturing of the aperture in a wide ligament of the uterus, drainage of the abdominal cavity.

Key words: wide uterine ligament, internal hernia, pinching.

Відомості про авторів:

Власов Василь Володимирович – доктор медичних наук, професор кафедри хірургії факультету післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, заслужений лікар України, Хмельницька обласна лікарня.

Кузнецова Олена Трифонівна – лікар-хірург Славутської ЦРЛ, Хмельницької області;

Калиновський В'ячеслав Валерійович – торакальний хірург Хмельницької обласної лікарні, ургентний хірург Славутської ЦРЛ, Хмельницької області;

Гурніцький Артем Едуардович – лікар-хірург Хмельницької обласної лікарні.

Information about the authors:

Vlasov Vasyi V. – Doctor of Medical Sciences, Professor of the department of surgery of the faculty of postgraduate education of National M.I. Pirogov Memorial Medical University, Honored Doctor of Ukraine, Khmelnytsky Regional Hospital.

Kuznetsova Elena T. – Surgeon, Slavutska CDH, Region Khmelnytsky;

Kalinovskyi Vyacheslav V. – Thoracic surgeon of Khmelnytsky regional hospital, urgent surgeon of Slavutska CDH, Region Khmelnytsky;

Hurnitskyi Artem E. – Surgeon, Khmelnytsky Regional Hospital.

Надійшла 11.01.2019 р.