

Спостереження защемлення внутрішньої грижі Петерсена

В. В. Власов, І. В. Бабій, В. В. Загоруйко, Б. О. Левчук

Хмельницька обласна лікарня

Observation of the strangulated internal hernia of Petersen

V. V. Vlasov, I. V. Babii, V. V. Zagoruyko, B. O. Levchuk

Khmelnytskyi Regional Hospital

Внутрішні черевні грижі утворюються в кишнях очеревини, її природних складках або отворах, наприклад: парадоденальна грижа (грижа Вальдейера), перисигмоподібна грижа (розташована в білясигмоподібній ямці біля основи брижі сигмоподібної ободової кишки), а також такі, що виникли після операцій на органах черевної порожнини (грижа простору Петерсена). Вони утворюються відразу після операції або в пізньому післяопераційному періоді, 50% з них – у строки до 1 міс після операції. Найбільш часто вмістом грижі є відвідна петля, рідше – привідна петля, рідко – обидві петлі міжкишкового анастомозу. Грижа простору Петерсена вперше описана у 1900 р. німецьким хірургом W. Petersen [1]. Це – внутрішня грижа, що утворюється після будь-якого типу гастроентеростомії (найчастіше формування Y-подібного анастомозу за Ру), її межами є брижа поперечної ободової кишки, заочеревинний простір і сегмент брижі тонкої кишки гастроентероанастомозу чи езофагоентероанастомозу (за Ру), після шунтування шлунка при лікуванні ожиріння.

Цей тип внутрішньої грижі спостерігають нечасто, до 1974 р. зареєстровані 178 спостережень [2–4]. Його частота збільшилася у 60–ті – 70–ті роки минулого сторіччя внаслідок збільшення частоти резекції шлунка з приводу його виразки. В останні роки грижу Петерсена виявляють більш часто, що пов'язане з збільшенням частоти виконання лапароскопічного шунтування шлунка з приводу ожиріння. Використання лапароскопічного підходу є сприятливим чинником для виникнення цього захворювання, оскільки він запобігає утворенню після операції спайок, що могли б обмежити рухливість кишечника [2–4].

Наводимо власне спостереження внутрішньої грижі простору Петерсена після операції гастректомії.

Хворий К., 77 р., госпіталізований у невідкладному порядку в хірургічне відділення зі скаргами на дифузний біль в животі, нудоту, блювання, здуття живота. Раніше хворий оперований з приводу тотального поліпозу шлунка, з епізодами шлунково–кишкової кровотечі, здійснено гастректомію з формуванням езофагоентероанастомозу за Давидовим.

Переймиподібний біль виник 3 доби тому, згодом приєдналися нудота, здуття живота, затримка газів. При пальпації живіт помірно болючий, здутий, є шум плескоти. Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини (ОЧП): вільного газу та рідини немає. Пневматоз кишечника. Проведене рентгеноконтрастне дослідження ОЧП,

через 1 добу частина контрастної речовини виявлена по ходу товстої кишки. Езофагогастроуденофіброскопія: стан після операції гастректомії. Анастомоз достатньої величини, слизова оболонка в ділянці анастомозу потовщена, інфільтрована, з ерозуванням і наявністю лігатури, вкритої фібрином. Взята біопсія. Аналіз крові: ер. $5,89 \times 10^{12}$ в 1 л, Нв 168 г/л, кольоровий показник 0,86, л. $4,3 \times 10^9$ в 1 л, тр. 126×10^9 в 1 л, глюкоза натщесерце 3,8 ммоль/л, загальний білок 45,2 г/л, альбумін 26 г/л, глобулін 19 г/л, загальний білірубін 9,06 мкмоль/л, калій 4,4 ммоль/л, натрій 126 ммоль/л, хлор 89 ммоль/л, сечовина 4,34 ммоль/л. Діагноз: хронічна спайкова хвороба; часткова непрохідність тонкої кишки, стан після гастректомії.

Хворому проведена інфузійна терапія, призначали спазмолітики, клізми. Відзначене тимчасове поліпшення стану. Через 5 діб під ендотрахеальним наркозом виконано верхню середню лапаротомію. При ревізії черевної порожнини встановлено: петлі тонкої кишки помірно розширені, розташовані переважно праворуч. Виявлений заворот тонкої кишки на 180° проти часової стрілки, спричинений тим, що частина тонкої кишки мігрувала через вікно (отвір), розташований позаду петлі езофагоентероанастомозу (простір Петерсена). Отже, частина тонкої кишки перемістилася з лівого в правий брижовий синус.

Нижче отвору верифікований ентоентероанастомоз за Брауном. Отвір утворений попереду – петлею тонкої кишки, що входить до складу езофагоентероанастомозу; позаду поперечною ободовою кишкою; знизу – брижою тонкої кишки; зверху – спайками між петлею тонкої кишки і поперечною ободовою кишкою, його розміри 4×4 см. Обережно після розвороту тонку кишку переміщено через отвір в лівий брижовий синус. На стінці тонкої кишки недалеко від ентоентероанастомозу і на 10 см проксимальніше ілеоцекального клапану виявлено странгуляційну борозну без некротичних змін стінки. Простір Петерсена перитонізований. Черевна порожнина дренована 2 трубками. Лапаротомна рана пошарово зашита з використанням PDS II, накладений внутрішньошкірний шов пролезовою ниткою. Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень.

Заключний діагноз: внутрішня защемлена грижа Петерсена з заворотом тонкої кишки; часткова непрохідність тонкої кишки; стан після гастректомії.

Спостереження грижі Петерсена наведено з метою звернути увагу на можливість виникнення такого після-

операційного ускладнення. Закриття всіх дефектів брижі сприятиме зменшенню частоти його появи.

Знання про можливість появи цього анатомічного дефекту після певних оперативних втручань (гастректомія, резекція шлунка, шунтувальні операції при лікуванні ожиріння) і низький поріг діагностики мають вирішальне значення для його корекції, з огляду на його неспецифічні клінічні й лабораторні дані. Раннє оперативне втручання виправдане для уникнення тяжких ускладнень (некрозу) кишечника.

References

1. Petersen W. Ueber darmveschlingung nach der gastro-enterostomie. Arch Klin Chir. 1900; (62):94–114.
2. Baba A, Yamazoe S, Dogru M, Okuyama Y, Mogami T, Kobashi Y, et al. Petersen hernia after open gastrectomy with Roux–en–Y reconstruction: a report of two cases and literature review. Springerplus. 2015 Dec 2;(4):753.
3. Miyagaki H, Takiguchi S, Kurokawa Y, Hirao M, Tamura S, Nishida T, et al. Recent trend of internal hernia occurrence after gastrectomy for gastric cancer. World J Surg. 2012;36:851–7.
4. Yoshikawa K, Shimada M, Kurita N, Sato H, Iwata T, Higashijima J, et al. Characteristics of internal hernia after gastrectomy with Roux–en–Y reconstruction for gastric cancer. Surg Endosc. 2014;28:1774–8.