

УДК 616-089.878-007.43:617.557

ЛОМЕЙ Я.І., ЛОМЕЙ Ю.Я.

КЗ СРР «Сколівська ЦРЛ», Львівська область

СТОРОННЄ ТІЛО ЛІВОБІЧНОЇ ЗАЩЕМЛЕНОЇ РЕЦИДИВНОЇ ПАХОВОЇ ГРИЖІ АБО ЗНАХІДКА В ЗАЩЕМЛЕНІЙ ЛІВОБІЧНІЙ ПАХОВІЙ ГРИЖІ

Вступ

На сьогодні в медичній практиці не рідкістю є коморбідність — це поєднання двох чи більше патологічних станів в одного хворого. Вона може перебігати здебільшого у двох варіантах: мати єдиний етіопатогенетичний ланцюг чи різний. Поєднаність кількох захворювань приводить до синдрому взаємного обтяження. Причому в останній час спостерігається тенденція до збільшення її з віком, і то в прямо пропорційній залежності, що графічно буде відображатись прямою висхідною лінією.

Зовнішні вентральні грижі серед захворювань, що підлягають хірургічному лікуванню, становлять 8–20 %, їх мають 3–4 % всього населення. Виникають вони в будь-якому віці, але найчастіше в дошкільнят та приблизно 40 % — у найбільш працездатному віці (від 20–50 років). Серед розмаїття причин герніогенезу виділяють дві великі групи: місцеві (анатомічні особливості будови черевної стінки в її «слабких» місцях) і загальні. Основною умовою виникнення грижі живота є тривало існуюча диспропорція, невідповідність між силою внутрішньочеревного тиску з опором йому певних ділянок черевної стінки, тобто підвищення першого фактора і зниження резистентності, біомеханічних властивостей останньої. Частота рецидивів після герніопластики коливається від 0,8–16 %.

Причини потрапляння чужорідних тіл в організм людини досить різноманітні, схильні до цього в основному діти, люди похилого віку та психічно хворі. Люди старшого віку нерідко неухважні під час прийому їжі, особливо кваліфіковані, мають поганий стан незначної кількості збережених зубів, унаслідок чого щільна їжа недостатньо пережовується і можливість відчуття в ній твердих тіл перед проковтуванням різко знижується. Всі сторонні тіла органів травлення поділяються на дві групи за Adelman — König: предмети шорсткої чи ріжучої поверхні і відносно великі з гладкою поверхнею. Особливе місце займають колючі й ріжучі сторонні тіла (шпильки, голки, кістки риби, курей, цвяхи, кнопки, леза безпечних бритв та інші). Вони в місці розміщення можуть викликати обтурацію просвіту кишкової трубки, реактивне запалення, пролежні, механічне поранення її стінки з розвитком перфорації, медиастиніту чи перитоніту.

Наводимо приклад із нашої практичної роботи, коли в лівобічній защемленій рецидивній паховій грижі під час операції було виявлено стороннє тіло у вигляді загостреної курячої кістки.

Матеріал та методи дослідження

15.11.2011 р. об 11.50 хірургом поліклініки в ургентному порядку був скерований у хірургічне відділення КЗ СРР «Сколівська ЦРЛ» хворий К., 78 років, житель одного із сіл району з діагнозом: лівобічна рецидивна защемлена пахова грижа, кишкова непрохідність. Скарги при надходженні: біль у животі переймоподібного характеру, одноразова блювота (12.11.2011 р.), сухість у роті, здуття живота, затримка газів, відсутність випорожнення, наявність невірального утворення в лівій паховій ділянці, непостійний ниючий біль у ділянці серця, серцебиття з перебоями, задишка при фізичних навантаженнях.

Три роки тому оперований із приводу лівобічної пахової грижі. З анамнезу стало відомо, що рецидив лівобічної пахової грижі настав недавно (два тижні тому), а її защемлення почалося десь о 21 год. 12.11.2011 р., грижі при натужуванні під час акту дефекації відчув колючий біль у лівій паховій ділянці з подальшим поступовим розвитком вищезгаданої клініки захворювання.

Туберкульоз, венеричні захворювання, інфекційний гепатит заперечує. Алергоанамнез необтяжений. На даний час лікується з приводу ІХС, постійної форми фібриляції передсердь у лікаря загальної практики — сімейної медицини.

Status praesens objectivus

Загальний стан хворого середньої тяжкості. Правильної гіперстенічної будови тіла, середнього зросту, дещо посиленого харчування. Орієнтований, словесному контакту доступний, самокритичний. Блідість шкірних покривів, акроціаноз. Температура тіла 38,2 °С. АТ — 130/80 мм рт.ст., пульс — 93 уд/хв, аритмічний. Тони серця приглушені, systolicus над верхівкою та аортою, де й акцент другого тону. У легенях на тлі жорсткого дихання в задньонижніх відділах з обох сторін дрібнопухирчасті вологі хрипи, більше праворуч. Язик сухий, густо обкладений брудним нальотом. Живіт м'який, здутий, перистальтика кишечника дещо посилена. У лівій паховій ділянці наявний післяопераційний рубець. Тут же відмічається випуклість

© Ломей Я.І., Ломей Ю.Я., 2013

© «Медицина невідкладних станів», 2013

© Заславський О.Ю., 2013

еластичної консистенції величиною з куряче яйце, що не вправляється в черевну порожнину. Печінка і селезінка не збільшені. Симптом Пастернацького не викликається з обох сторін. Пастозність у нижній третині обох гомілок. Сечовипускання збережене.

Діагноз: лівобічна рецидивна защемлена пахова грижа, кишкова непрохідність.

ІХС: атеросклеротичний коронарокардіосклероз, постійна форма фібриляції передсердь; СН_{ІІА} ІІІ ФК.

Загальний аналіз крові (15.11.2011 р.): еритроцити — 4,7 Т/л, Hb — 148 г/л, лейкоцити — 12,8 Г/л, еозинофіли — 3 %, нейтрофіли паличкоядерні — 6 %, а сегментоядерні — 75 %, лімфоцити — 13 %, моноцити — 3 %, ШОЕ — 26 мм/год.

Кров на цукор (15.11.2011 р.) — 3,8 ммоль/л.

Загальний аналіз сечі (15.11.2011 р.): білок — 0,045 г/л, плоский епітелій — 8–10, лейкоцити — 5–6, незмінені еритроцити — 2–3 в п/зору, солі оксалати ++.

ЕКГ (15.11.2011 р.): ритм за типом фібриляції передсердь, 93 уд/хв, поодинокі лівощлуночкові екстрасистоли. Знижений вольтаж зубців. Блокада правої ніжки пучка Гіса. Ознаки гіпертрофії обох шлуночків.

Флюорографія ОГК № 73021 (15.11.2011 р.): корені легень ущільнені, не структурні.

Хворому після короточасної передопераційної підготовки (дезінтоксикаційна та кардіотонічна терапія) в екстреному порядку під загальним знеболенням за життєвими показаннями (наявність лівобічної защемленої рецидивної пахової грижі, кишкової непрохідності, вогнища запалення в черевній порожнині з розвитком ССЗ3 — синдрому системного загального запалення: температура тіла — 38,2 °С, ЧСС — 93 уд/хв, лейкоцитоз — 12,8 Г/л) проведена радикальна операція грижі, яка тривала з 15.50 до 17.00.

Після обробки операційного поля косим розрізом у лівій паховій ділянці виділено мішок грижі. Значна капілярна кровотеча тканин, які його покривали. Гемостаз. Розкрито мішок грижі, виділилося до 60 мл серозної рідини. У ньому виявлено пристінкове защемлення сигмоподібної кишки. Після розсічення защемленого кільця кишки виведено в рану для її ревізії — огляду: наявна перфорація стінки кишки кісткою у вигляді швейної голки розмірами 5 × 0,1 см, навколо якої перифокальне запалення. Стороннє тіло видалено. Отвір зшити дворядним швом. При виділенні мішка грижі виявлено, що нижньою її стінкою була стінка сечового міхура, яку було розкрито. Рану зшити дворядним швом. Оскільки вміст грижі був життєздатним, його вправлено в черевну порожнину. Проведена пластика пахового каналу та передньої черевної стінки живота. Асептична пов'язка.

Р.С. За чотири дні до надходження в лікарню хворий уживав курячий бульйон із макаронами. Стан його зубів бажав бути набагато кращим (збережені окремі зуби).

Післяопераційний період перебігав гладко, без ускладнень. Рана загоїлась первинним натягом. Знято шви. 21.11.2011 р. хворий за вимогою виписаний додому з відповідними рекомендаціями під нагляд сімейного лікаря СДА (сільська дільнична амбулаторія).

Особливості перебігу та обговорення даного клінічного випадку

Відомо, що в мішку защемлених гриж іноді знаходять під час операції глисти (аскариди), апендикулярний відросток тощо. Але виявлення під час хірургічного втручання в ньому загостреної курячої кістки такої довжини, та ще й у лівобічній рецидивній защемленій паховій грижі (довший шлях і час транзиту стороннього тіла, ніж праворуч) — це рідкість, якщо не казуїстика. Дивує те, який «подвиг» здійснила загострена куряча кістка такої довжини, пройшовши весь досить складний шлях органів травлення, минаючи при цьому перешкоди (три фізіологічні звуження стравоходу, звивистість кишкової трубки), поранивши сигмоподібну кишку з її перфорацією. Необхідно відповісти хоча би на два запитання: що сприяло відносно успішному транзиту курячої кістки і чи вплинуло це на розвиток защемлення вищезгаданої грижі?

На наш погляд, сприяли цьому такі чинники: зниження пропульсивної сили шлунково-кишкового тракту, зменшення швидкості просування харчового хімусу і калових мас (похилий вік, гіперстенічна будова тіла, деякий надлишок маси тіла, попередня операція, гіподинамія з детренованістю організму, загальний атеросклероз, хронічна гіпоксія органів, кволість і вікова розслабленість тканин не тільки черевної стінки, але й органів живота, зниження їх еластичності, ще й вплив деяких ліків, періодичне підвищення внутрішньочеревного тиску тощо). Очевидно, що куряча кістка у стінці сигмоподібної кишки з її перфорацією та перифокальним запаленням сприяла більш швидкому розвитку защемлення лівобічної рецидивної пахової грижі, оскільки патологічна змінена стінка кишки ще більше втратила свій і так до того знижений тонус і під впливом підвищеного внутрішньочеревного тиску легше піддалась його впливу та проникла в защемлююче кільце грижі.

Отже, патологічний процес, на нашу думку, перебігав таким чином: необережний прийом їжі — проковтування і транзит гострої курячої кістки шляхами органів травлення на тлі несприятливого преморбідного стану хворого — поранення з перфорацією і перифокальним запаленням стінки сигмоподібної кишки — защемлення згаданої грижі — операція — одужання.

Висновки та рекомендації

Слід проводити відповідну санітарно-просвітницьку роботу серед населення стосовно дотримання здорового способу життя, зменшення чи усунення негативного впливу вищезгаданих чинників на загальний стан організму, своєчасної санації та протезування зубів.

Список літератури

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів. Довідник — посібник для лікарів / За редакцією проф. Ю.М. Мостового. — 14-те вид., доп. і перероб. — Вінниця: ДП «ДКФ», 2012. — С. 128–129, 276–277.
2. Частная хирургия / За ред. члена-кор. РАМН, проф. Ю.Л. Шевченка, 1998. — Т. 1. Підручник для медичних вузів. — С. 285–286, 386–387, 430.

Отримано 15.04.13 □