

ДОСВІД ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СПРАВЖНЬОГО І ХИБНОГО (БРОКА) ЗАЩЕМЛЕННЯ ГРИЖ ЖИВОТА

Шевчук А.Г.¹, Федорченко В.М.², Василик Т.П.⁴, Попович Я.О.³, Гуралюк Т.Т.²

Івано-Франківський національний медичний університет,

¹*Кафедра хірургії навчально-наукового інституту післядипломної освіти,*

²*Кафедра хірургії №1,*

³*Кафедра терапії і сімейної медицини навчально-наукового інституту післядипломної освіти,*

⁴*Міська клінічна лікарня №1,*

м. Івано-Франківськ, Україна,

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5223-1239>,

e-mail: surge@i.ua

Резюме. Проаналізовано результати діагностики та алгоритму лікування пацієнтів із справжнім та 3-х пацієнтів із хибним защемленням (Брока) гриж живота.

Мета роботи. Вивчити результати діагностики та лікувальної тактики при справжньому та хибному защемленні гриж передньої черевної стінки.

Обговорення дослідження та їх результати. Хворі (112) з защемленими грижами були прооперовані пластикою грижових воріт власними тканинами – 68 (60,7%), а 44 (39,3%) – поліпропіленовою сіткою. Хибне защемлення Брока було у 3-х осіб чоловічої статі у віці від 22 до 57 років, з локалізацією гриж: пахвинна – 1, пупкових – 2. У післяопераційному періоді при використанні сітчатого імплантанта спостерігали виникнення сером та нагноєння рани в 3 (6,8%), а при класичній пластичці такі ускладнення виникли у 8 (11,7%), які комплексним лікуванням були ліквідовані. Діагностично-лікувальна тактика при грижах Брока та допущені помилки представлені індивідуальною презентацією кожного окремого випадку. Перший клінічний випадок демонстрував виникнення грижі Брока при гострому апендициті, клінічні ознаки якого передували хибному защемленню пахвинної грижі. При другому випадку причиною був туберкульозний перитоніт, яким хворий під різними діагнозами лікувався амбулаторно і стаціонарно протягом року. Причиною третього випадку слугував хронічний міжпелетельний абсцес на тлі попередньої двохмісячної перфорації тонкої кишки риб'ячою кісткою при вживанні юшки. Клінічна картина у всіх випадках дозволяла діагностувати защемлену грижу, однак при цьому визначався симптом «кашльового поштовху» та були відсутні ознаки гострої кишкової непрохідності. Оперативні знахідки вказували на гостру хірургічну патологію органів черевної порожнини, ознаки якої при ретельному аналізі кожного випадку передували защемленню Брока.

Висновки:

1. У хворих із защемленими грижами передньої черевної стінки при ознаках серозного місцевого перитоніту для закриття великих грижових воріт необхідно використовувати алотрансплантати при адекватній комплексній терапії в післяопераційному періоді.

2. З метою недопущення фатальних помилок при діагностиці і оперативному лікуванні псевдо-защемлення гриж (Брока) необхідно детально провести аналіз еволюції симптомокомплексу защемлення, а при ревізії грижового вмісту, що демонструє іншу гостру патологію черевної порожнини, виконувати алгоритм ретельного інтраопераційного обстеження, ліквідації основного захворювання з дренаванням її та пластикою воріт грижі.

Ключові слова: справжнє і хибне (Брока) защемлення гриж живота, сітчастий імплантат, причини помилок діагностики та лікування гриж Брока.

Вступ. Серед гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини защемлені грижі складають 4 – 4,2% [1, 2]. Продовжує залишатися високою післяопераційна летальність, особливо у осіб похилого і старечого віку [1, 2]. Частіше защемлюються пахові (57,3%) і стегнові (31%), рідше – пупкові (5,4%), грижі білої лінії (3,6%), післяопераційні (2,2%), діафрагмальні (0,2%), грижі іншої локалізації (0,3%) [1, 2]. Причиною защемлення, як правило, є раптове підвищення внутрішньочеревного тиску. Його виникненню сприяють вузькі, малоподатливі грижові ворота, а також запальні процеси та рубцеві зміни в ділянці шийки грижового мішка [2, 3, 4]. Виділяють защемлення справжнє та несправжнє (хибне – грижа Брока) [3]. За справжнього защемлення відбувається здавлення вмісту грижового мішка в грижових воротах або в шийці грижового мішка з порушенням кровообігу в защемленому органі і появою інтенсивного болю ішемічного генезу. Защемлення Брока є симптомокомплексом, який нагадує загальну картину защемлення, однак він викликаний яким-небудь іншим гострим захворюванням органів черевної порожнини. Клінічна картина дозволяє діагностувати защемлену грижу, тоді як основна причина захворювання залишається невстановленою [3]. Разом з тим визначається симптом «кашльового поштовху», відсутні ознаки гострої кишкової непрохідності. На операції у хворих з хибним защемленням (Брока) виявляють гіперемію грижового мішка, запальні зміни органів, що розміщені в ньому. У таких випадках несвоєчасне виявлення гострої хірургічної патології і виконання тільки операції генеріопластики, як правило, закінчується фатально для хворого. Найчастіше у грижовому мішку виникають вторинні запальні зміни, внаслідок поступлення в нього випоту з черевної порожнини при гострому апендициті, перфоративній виразці, скрутці кишечника, запаленні придатків матки, лімфатичних вузлів брижі та ін. Вправима грижа стає напруженою, болючою, невправимою. Для постановки правильного діагнозу слід добре зібрати анамнез. При псевдозащемленні біль у животі з'являється раніше, ніж вторинні патологічні зміни у грижовому мішку, а відсутність прямих ознак справжнього защемлення вимагає ретельної ревізії органів черевної порожнини, ліквідації вогнища запалення, що спричинило хибне защемлення Брока, дренавання черевної порожнини та, по можливості, ліквідацію грижі або за допомогою пластики власними тканинами, або, при великих грижових дефектах, – з використанням пропіленової сітки [2, 3]. Однак у доступній літературі практично відсутні повідомлення діагностики, помилок та лікувальної тактики при грижах Брока. Виходячи з цього, ми поставили завдання на тлі діагностики і відповідної лікувальної тактики справжнього защемлення вентральних гриж привести три оригінальних випадки хибного защемлення Брока, помилки при встановленні діагнозу та тактичного підходу в лікуванні даних хворих.

Мета роботи. Вивчити результати діагностики та лікувальної тактики при справжньому та хибному защемленні гриж передньої черевної стінки.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати лікування 112 пацієнтів з справжнім защемленням гриж живота та 3-х пацієнтів з хибним защемленням Брока. При защемленій грижі чоловіків було 47 (42 %), жінок – 65 (58 %), вік їх коливався від 27 до 92 років; всі вони прооперовані в клініці хірургії № 1, в період 2013 – 2017 рр. Хибне защемлення Брока, в ці ж роки спостереження, було у 3-х осіб чоловічої статі, у віці від 27 до 57 років, з локалізацією їх: пахвинна – 1, пупкових – 2. З метою діагностики справжнього і хибного защемлення гриж живота виконували: ретельний аналіз скарг хворого, анамнез захворювання, езофагогастродуоденоскопію (ЕФГДС), оглядову рентгенографію шлунково-кишкового тракту та грудної клітки, ЕКГ, а також вивчали функцію зовнішнього дихання. Усім хворим проводилось УЗД, яке дало можливість виявити ознаки перитоніту в 12,3 %, та визначити характер вмісту, його стан, а також величину гризових воріт, а при хибному защемленні – відсутність явних ознак защемлення та кишкової непрохідності, при наявності в мішку великої кількості випоту. Дослідження проводили методом ретроспективного аналізу, шляхом опрацювання карт стаціонарного хворого та аналізом макроскопічних і гістологічних досліджень гризового мішка та його вмісту. Хворі з защемленими грижами були прооперовані з пластикою гризових воріт власними тканинами 68 (60,7 %), а в 44 (39,3 %) з них, особливо в останні три роки, пластику виконували поліпропіленовою сіткою. При защемлених пахвинних грижах пластику сітчастим протезом виконували за методикою Ліхтенштейна, а при защемлених вентральних та пупкових грижах – сіткою з розміщенням її «sublay». При пластиці власними тканинами гризові ворота закривали при пахвинних грижах методом Басіні, Постемпських, та у 3-х випадках за Жираром-Спасокуцьким. При стегновій грижі пластику проводили за Локвудом-Басіні, а при пупкових – модифікованим методом Мейо та Сапежко.

Результати дослідження та їх обговорення. За локалізацією грижі розподілялись: пахвинні – у 45 осіб (46,20 %), пупкові – в 30 (26,78 %), білої лінії живота – 1 (0,90 %), стегнові защемлені грижі були у 12 (10,70 %), а вентральні – у 24 (21,45 %). Як правило, при защемлених вентральних та пупкових грижах у 92 % хворих була спайкова хвороба кишечника, яка вимагала перед пластикою ретельного розділення спайок, а в 5 з них з метою запобігання розвитку спайкової хвороби застосували препарат «Денфенсаль». Післяопераційні рани дренивали активним дренажем типу «Редон» протягом 4-7 днів. Майже усім хворим виконували перед- та післяопераційну профілактику гострих венозних тромбозів шляхом призначення адекватних доз низькомолекулярних гепаринів, а при необхідності еластичне бинтування нижніх кінцівок. У хворих з використанням для пластики пропіленових сіток в післяопераційному періоді спостерігали виникнення сером та нагноєння рани в 3 (6,8 %), при класичній пластиці такі ускладнення виникли у 8 (11,7 %). Комплексним загальним та місцевим лікуванням дані ускладнення були ліквідовані. Середній термін перебування хворих при пластиці сітчастими протезами становив 8 днів, а при класичній пластиці – 12,5 днів. Діагностично-лікувальну тактику при грижах Брока та допущені при цьому несуттєві помилки, так як усі хворі в кінцевому результаті виписані з виздоровленням, представляємо індивідуальною презентацією кожного окремого випадку.

Хворий, 38 років, спортивної статури, поступив самостійно зі скаргами на болі в животі більше справа, та болюче збільшення і невправимість пахвинної грижі, якою страждає майже 2 роки. Хворий – аграрій, і виконує досить важку фізичну роботу. На приймальному відділі оглянутий черговим хірургом і встановлено діагноз: защемлена правобічна пахвинна грижа та скеровано на лабораторне,

рентгенологічне і УЗД обстеження. При цьому було виявлено лейкоцитоз $10,6 \cdot 10^9$, зсув формули крові вліво до 11 % паличкоядерних. На оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини виявлено пневматизацію тонкого кишечника, органи грудної клітки без змін. При УЗД органів черевної порожнини і грижі виявлено: наявність випоту по правому фланку живота та в малому тазі, який опускається разом з конгломератом кишечника і чепця в гризовий мішок. Перистальтика кишечника різко ослаблена, а в гризовому мішку відсутня. Хворий госпіталізований у хірургічне відділення, де призначено інтенсивну дезінтоксикаційну та антибіотикотерапію, і оглянуто повторно з уточненням анамнезу та еволюції захворювання. За час перебування у хворого двічі було блювання шлунково-кишковим вмістом. Захворювання почалося з абдомінального дискомфорту, болів в епігастрії. Наявна грижа хворого не турбувала, і тільки через декілька годин появився біль і в пахвинній грижі з частковою затримкою відходження газів та почала наростати температура. Біль, за словами пацієнта, опустився в грижу. Об'єктивно при акті дихання права половина живота відстає в диханні, позитивні симптоми Роздольського, подразнення очеревини та інші ознаки гострого апендициту, болючість та притуплення в проекції грижі. Симптом «кашльового поштовху» сумнівний. Перистальтика кишечника різко ослаблена.

Враховуючи анамнез, еволюцію клініки захворювання, даних лабораторного й інструментального обстеження та об'єктивні ознаки (позитивні симптоми Роздольського, Щоткіна-Блюмберга, Воскресенського, Бартом'є-Міхельсона), можна думати, що в хворого наявна гостра хірургічна патологія, яка симулює защемлення пахвинної грижі. Виходячи з цього, вирішено здійснити доступ до вогнища запалення нижнім середнім лапаротомним розтинком. При ревізії виявлено ковзну грижу сліпої кишки, яка разом з апендиксом мігрувала в псевдогризовий мішок з виникненням гострого гангренозно-перфоративного гризового апендициту, локальним перитонітом та проявами хибного защемлення грижі Брока. Виконано типову антеградну апендектомію та, після ліквідації гризового мішка, ушивання воріт з боку черевної порожнини. Ускладнень у післяопераційний період не спостерігали і хворого виписали на 12 добу. Даний клінічний випадок демонструє виникнення грижі Брока при гострому апендициті, клінічні ознаки якого передували хибному защемленню пахвинної грижі.

Другий випадок хибного защемлення представлений проявом абдомінального туберкульозу. Хв. Н., студент іноземного факультету ІФНТУНГ, 22 роки, поступив в хірургічну клініку МКЛ № 1 зі скаргами на біль, здуття живота, нудоту, наявності випинання в ділянці пупка з діагнозом защемлена пупкова грижа. Хворіє біля семи місяців. Неодноразово звертався і лікувався в студентській поліклініці амбулаторно та стаціонарно в ОКФПЦ в липні 2012 р., з приводу лівобічної бронхопневмонії, гіпохромної анемії. У вересні – стаціонарне лікування в ОКЛ (гастроентерологічне відділення) з приводу хронічного гастродуоденіту, з підвищеною секрецією, панкреатиту, холециститу, гіпохромної анемії. При поступленні в МКЛ №1: понижене живлення (ріст-178 см., вага-58 кг), видимі слизові блілого кольору, підшкірна клітковина практично відсутня. Грудна клітка рівномірно бере участь в акті дихання з частотою 26-28 в 1 хв. Перкуторно: притуплення у верхніх та нижніх відділах зліва, при аускультатії, там же ослаблене дихання з поодинокими вологими хрипами. Тони серця ритмічні, приглушені, АКТ-110/60 мм., рт., ст. Язик обкладений білим налітом, вологий. Живіт здутий, дещо болючий. В ділянці пупка - випинання сферичної форми, в діаметрі до 4 см., легко вправиме, пупкове кільце пропускає 1,5 пальця, симптом «кашльового поштовху» позитивний. Перистальтика кишечника приглушена, ослаблена до 5-6 шумів/хв. Перкуторно: по фланках притуплення. УЗД: виражений метеоризм, у гризовому мішку петля незміненої кишки; по фланках випіт. На рентгенографії органів грудної клітки

ознаки лівобічного плевриту, бронхопневмонії. На оглядовій рентгенограмі черевної порожнини – пневматизація кишечника. Призначено адекватну дезінтоксикаційно-спазмолітичну терапію. Зранку знову посилюється біль в животі, нудота. Живіт піддутий, симптоми подразнення очеревини від'ємні, гризовий вміст вправимий. При УЗД – ознаки кишкової непрохідності, наявний випіт в черевній порожнині і гризовому мішку. На оглядовій рентгенограмі живота пневматизація та 2-3 чаші Клойберга. Діагностична лапароскопія: при огляді кишечника виявлено його інфільтрацію, з утворенням єдиного конгломерату, вкритого поодинокими і зливними горбиками, що розповсюджуються на шлунок, та парієтальну очеревину. Колегіально поставлено діагноз туберкульозний перитоніт. Лапаротомія: стінки шлунка і кишечника інфільтровані, спаяні в єдиний конгломерат, рівномірно потовщені і розширені, без наявних штрангів, масивно вкриті щільними, білуватими горбиками, з серозним (1,8 л.) випотом в черевній порожнині. Взято шматочок парієтальної очеревини з горбиками на гістологічне дослідження. Підтверджено діагноз: туберкульозний перитоніт, ускладнений динамічною кишковою непрохідністю, пупкова вправима грижа. Черевну порожнину дреновано і ушито наглухо, з ліквідацією пупкової грижі. Після консультації фтизіатра діагноз доповнено інфільтративно-вогнищевим туберкульозом лівої легені. Гістологічно підтверджено туберкульозне ураження очеревини. У післяопераційному періоді на тлі відомої терапії перитоніту, хворий отримав специфічні препарати: стрептоміцин, ізоніазид, етамбутол. Стан хворого покращився, з'явилась активна перистальтика, самостійний стілець, відновився апетит, рани загоїлись первинним натягом, знято шви, і пацієнт був переведений на лікування в ОКФПЦ. У хворого наявна пупкова грижа (псевдозащемлення Брока), причиною якої є туберкульозний перитоніт з випотом, що вимагав традиційної лапаротомії, з метою аерації черевної порожнини, так як вона є одним із лікувальних факторів абдомінального туберкульозу, та необхідності ретельної ревізії і ліквідації пупкової грижі.

Третім прикладом пупкової грижі Брока є хворий з наявною невправимою пупковою грижею, на тлі ожиріння 4-го ступення (170 кг, ріст – 185 см), з важкою деформуючою формою подагри, наявними ліктьовими та колінними тофусами, артрозо-артритами всіх крупних і мілких суглобів з порушенням їх функції. При огляді пупкового кільця, останнє розширено до ширини двох пальців. Крізь шкіру просвічується вміст темного кольору, який є не болючий, але невправимий. Зі слів хворого, 2,5 місяці мав в анамнезі отруєння після вживання рибачої юшки, що проявлялось високою температурою, болями в животі, блюванням, проносом, а потім затримкою відходження газів і стільця, що продовжувалось біля 3-х діб. Після цього болі і інші ознаки поступово зменшувались і повністю пройшли. Близько місяця тому оглянутий доцентом: виявлено пупкову невправиму грижу, болючу при пальпації, а при УЗД обстеженні в гризовому мішку знаходиться пасмо чепця, яке припаяне до шкіри, і його можна частково вправити, тобто пасмо рухоме, не защемлене, але впаєне в гризовий мішок. Решту органів через масивну товщину (до 20 см) передньої черевної стінки оглянути не вдалось. Хворий скарг на болі в животі не пред'являв, симптоми подразнення очеревини від'ємні. Від госпіталізації відмовився. Повторно звернувся і був госпіталізований з приводу появи болю в ділянці пупка, загальної слабості. Перед цим пройшов курс стаціонарного лікування з приводу ІХС. Стенокардія напруги ФК ІІІ. Кардіосклероз дифузний. Гіпертонічна хвороба ІІ ст. подагричного поліартриту. 23 лютого 2017 р. хворого взято на оперативне лікування з приводу невправимої защемленої грижі. Під е/т знеболенням овало-подібним розтинним висічено пупок з підшкірною жировою клітковиною, пупочне кільце і гризовий мішок розсічено, припаяне пасмо сальника до 10*6 см, резековано, прошито і перев'язано. Пальпаторним обстеженням виявлено інфіль-

трат черевної порожнини. Традиційна середньо-серединна лапаротомія, виявлено запального характеру еластичний інфільтрат з втягненням у нього петель тонкого кишечника і сальника, з локалізацією зліва, з приляганням до стінки черевної порожнини. При його пальпаторному розділенні розкрився абсцес з густим смердючим гноем до 350,0, в якому виявлено рибачу кістку до 4 см завдовжки і 1,5 см завширшки, стінками абсцесу були петлі кишок і сальник, які тупим шляхом розділено, а велике пасмо запально-зміненого сальника резековано. У стінці тонкої кишки виявлено герметично прикритий перфоративний отвір, який ушито двохранним швом. Пальпаторно, зліва під паретальною очеревиною і м'язовоапоневротичним шаром черевної стінки, протягом до 20 см довжиною та 5-7 см шириною пальпується щільний інфільтрат, без ознак абсцедування, який розцінений, як реактивне скупчення подагричних тофусів. Прохідність тонкого і товстого кишечника повністю збережена. Черевну порожнину дреновано і ушито з виконанням пластики воріт пупкової грижі за Мейо. Таким чином, у хворого було несправжнє защемлення пупкової грижі (Брока), спровокованої абсцесом черевної порожнини, що виник на тлі перфорації стінки тонкої кишки рибачою кісткою (2 міс. тому).

Хворий виписаний додому з діагнозом: лігатурні нориці в/кута та н/кута лапаротомної рани. Інфільтрат лапаротомної рани з абсцедуванням. Абсцес черевної порожнини, стороннє тіло черевної порожнини (рибна кістка), перфорація тонкої кишки, грижа Брока (стан після оперативного лікування). ІХС Стенокардія напруги ФК ІІІ. Кардіосклероз дифузний. Гіпертонічна хвороба ІІ, ст. 2, ризик дуже високий. Гіпертензивне серце (ГЛШ). Стенокардія ІІа. СКХ. Конкременти обох нирок, киста лівої нирки. Цукровий діабет ІІ типу, легка форма, ст. компенсації. Подагричний артрит, поліартрит, а/ф. Перев'язки проводили в домашніх умовах, але кожні 3 дні з серединної рани виділялось до 500.0 смердючої рідини темного кольору. З приводу цього поступив на лікування. При УЗД обстеженні виявлено на глибини до 7-9 см в підшкірному апоневротично-м'язових шарах інфільтрат-абсцес. Під Е/Т знеболенням виконано з окремих розтинів розкриття абсцесів та їх дронування. Виписаний з незначними виділеннями серозно-гнійного ранового ексудату. Однак, уже через два тижні з центральної рани значно збільшилась кількість подібних, як до першої операції, виділень темного кольору, до 600 мл. Виконано контрастovanу комп'ютерну томографію, якою констатовано абсцес під лівим прямим і внутрішнім косим м'язами живота, з вірогідним з'єднанням з прилеглою до стінки живота петлею тонкої кишки. Вирішено оперувати хворого третій раз: з адекватним висіченням гнійно-запальної підшкірної клітковини, лапаротомія з ліквідацією топко-кишкової нориці, дронуванням. На операції виявлено підапоневротично-м'язові, передочеревинні абсцеси передньої черевної стінки, без норичного сполучення з петлями кишечника та черевної порожнини. Абсцеси, вірогідно, інфікованих подагричних тофусів і п/ш клітковини розкрито, адекватно висічено і дреновано. П/О період перебігав без ускладнень, рани загоїлись, виписаний додому, на роботу.

Висновки:

1. У хворих із защемленими грижами передньої черевної стінки при ознаках серозного місцевого перитоніту, необхідно для закриття великих гризових воріт використовувати алотрансплантати при адекватній комплексній терапії в післяопераційному періоді.

2. З метою недопущення фатальних помилок при діагностиці і оперативному лікуванні псевдозащемлення гриж (Брока) необхідно детально провести аналіз еволюції симптомокомплексу защемлення, а при ревізії гризового вмісту, що демонструє іншу гостру патологію черевної порожнини, виконувати алгоритм ретельного інтраопераційного обстеження, ліквідації основного захворювання з дронуванням її та пластикою воріт грижі.

References:

1. Melnyk I.V., Pyptiuk O.V., Honchar M.H., Kuchirka Ya.M., Melnyk R.I. Dosvid likuvannia khvorykh z zashchemlenymy hryzhamy. Materialy IX Naukovo-Praktychnoi konferentsii z mizhnarodnoiu uchastiu «Suchasni sposoby ta tekhnolohii u khirurhichnomu likuvanni hryzh zhyvota»; 2016 ver.29-30; Kobleve; s. 95-7.
2. Vorovskiy O.O., Shaprynskiy V.O., Yatskov D.A. Suchasni sposoby likuvannia zashchemlenykh hryzh u khvorykh pokhyloho ta starechoho viku. Materialy IX Naukovo-Praktychnoi konferentsii z mizhnarodnoiu uchastiu «Suchasni sposoby ta tekhnolohii u khirurhichnomu likuvanni hryzh zhyvota»; 2016 ver.29-30; Kobleve; s. 9-11.
3. Zakharash M.P., Zavernii L.H., Stelmakh A.Y. Khyrurhyia. Vynnytsa: Nova Knyha; 2014. 688 s.
4. Alam N.N., Narang S.K., Pathak S. Methods of abdominal wall expansion for repair of incisional hernia: a systematic review. *Hernia*. 2016; 20(2):191-9.

УДК 616-071+616-08+616-007.43

ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИСТИННОГО И ПОРОЧНОГО (БРОКА) УЩЕМЛЕНИЯ ГРЫЖ ЖИВОТА

Шевчук А.Г.¹, Федорченко В.М.², Василик Т.П.⁴, Попович Я.А.³, Гуралюк Т.Т.²

Ивано-Франковский национальный медицинский университет,

¹*Кафедра хирургии учебно-научного института последипломного образования,*

²*Кафедра хирургии №1,*

³*Кафедра терапии и семейной медицины учебно-научного института последипломного образования,*

⁴*Городская клиническая больница №1,*

г. Ивано-Франковск, Украина,

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5223-1239>,

e-mail: surge@i.ua

Резюме. Проведено анализ результатов диагностики и алгоритма лечения пациентов с истинным, а у 3-х из них порочным ущемлением (Брока) грыж живота.

Цель работы. Изучить результаты диагностики и лечебной тактики при истинном и порочном ущемлении грыж передней брюшной стенки.

Обсуждение и результаты. Больные (112) с ущемлёнными грыжами были прооперированы с пластикой грыжевых ворот собственными тканями 68 (60,7 %), а в 44 (39,3 %) – полипропиленовой сеткой. Порочное ущемление Брока было у 3-х лиц мужского пола в возрасте от 27 до 57 лет, с локализацией грыж: паховая – 1, пупочных – 2. В послеоперационном периоде при истинном ущемлении грыж при использовании сетчатого имплантата наблюдали возникновение сером и нагноения ран у 3 (6,8 %), а при классической пластике такие осложнения возникали у 8 (11,7 %), которые комплексным лечением были ликвидированы. Диагностико-лечебную тактику при грыжах Брока и ошибки при этом представлены индивидуальной презентацией каждого отдельного случая. Первый клинический случай продемонстрировал возникновение грыжи Брока при остром аппендиците, клинические симптомы которого предшествовали порочному ущемлению паховой грыжи. Причиной второго случая был туберкулезный перитонит, который под различными диагнозами лечили амбулаторно и стационарно в течении почти года. Причиной третьего случая служил хронический межкишечный абсцесс, который возник вследствие двухмесячной перфорации тонкой кишки рыбьей костью при употреблении ухи, на фоне ожирения 4-й степени. Клиническая картина позволяла диагно-

стировать ущемлённую грыжу, но при этом определялся симптом «кашлевого толчка» и отсутствовали признаки острой кишечной непроходимости. Операционные находки указывали на острую хирургическую патологию органов брюшной полости, симптомы которой при ретроградном тщательном анализе каждого случая косвенно предшествовали ущемлению Брока.

Выводы:

1. У больных с ущемленными грыжами передней брюшной стенки при адекватной комплексной терапии в послеоперационном периоде, при проявлениях серозного местного перитонита, необходимо для закрытия больших грыжевых ворот, использовать лотрансплантаты.

2. С целью недопущения фатальных ошибок при диагностике и оперативном лечении порочно ущемлённых грыж (Брока) необходимо провести анализ эволюции симптомокомплекса ущемления, а при ревизии грыжевого содержимого, при демонстрации другой острой патологии органов брюшной полости необходимо использовать алгоритм тщательного интероперационного обследования, ликвидации основного заболевания с дренированием её и пластикой грыжевых ворот.

Ключевые слова: истинное и порочное (Брока) ущемление грыж живота, сетчатый имплантат, причины ошибок диагностики, лечения грыж Брока.

UDC 616-071+616-08+616-007.43

EXPERIENCE OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF GENUINE AND FALSE (BROCK'S) STRANGULATION OF THE ABDOMINAL HENIA

A.G. Shevchuk¹, V.M. Fedorchenko², T.P. Vasilik⁴, Y.O. Popovich³, T.T.Guraliuk²

Ivano-Frankivsk National Medical University,

¹*Department of Surgery, Educational and Scientific Institute of Postgraduate Education,*

²*Department of Surgery №1,*

³*Department of Therapy and Family Medicine of the Educational and Scientific Institute of Postgraduate Education,*

⁴*City Clinical Hospital №1,*

Ivano-Frankivsk, Ukraine,

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5223-1239>,

e-mail: surge@i.ua

Abstract. The results of diagnostics and algorithm of treatment of patients with genuine and three patients with a false strangulation (Brock's) of the abdominal hernia.

The purpose of the work. To study the results of diagnosis and therapeutic tactics with true and false strangulation of the anterior abdominal hernia.

Discussion and results. Patients (112) with strangulated hernias were operated by plastic hernia gates of their own tissues 68 (60.7%), and 44 (39.3%) - polypropylene mesh. The Brock's false strangulation was in three patients, male, aged 27 to 57, with localization of hernia: inguinal-1, umbilical-2. In the postoperative period, with the use of a mesh implant the emergence of hypodermic fatty tissue and suppuration of the wound were observed in 3 (6.8%), and in classical plastic, such complications arose in 8 (11.7%), which complex treatment was eliminated. Diagnostic and therapeutic tactics with Brock's hernia and mistakes are presented in individual cases. The first clinical case demonstrated the emergence of Brock's hernia at acute appendicitis, clinical signs of which were preceded by a false strangulation of the inguinal hernia. In the second case, the cause was a tuberculous peritonitis, which the patient under various diagnoses was treated ambulatory and permanently during the year.

The cause of the third case was a chronic abscess between the intestinal loops on the background of the previous two month perforation of the small intestine with the fish bone when eating soup. The clinical picture allowed to diagnose the strangulated hernia, but at the same time it was determined by the symptom of "cough shock", and there were no signs of acute intestinal obstruction. Operational findings indicated an acute surgical pathology of the abdominal organs, the signs of which, with careful analysis of each case, preceded the blocking of Brock.

Conclusions. 1. In patients with strangulate hernias of the anterior abdominal wall with signs of serous local peritonitis; it is necessary to use allotransplants to close large hernial gates with adequate complex therapy in the postoperative period.

2. In order to prevent fatal errors in the diagnosis and surgical treatment of pseudo-strangulation of hernias (Brock's), it is necessary to carry out a detailed analysis of the evolution of the symptoms of strangulation, and in the audit of hernia content demonstrating another acute pathology of the abdominal cavity, perform an algorithm of thorough intraoperative examination, elimination of the disease with its drainage and a plastic hernia gate.

Keywords: True and false (Brock's) strangulation of the abdominal hernia, mesh implant, causes of diagnostic errors and treatment of Brock's hernia.

Стаття надійшла в редакцію 02.07. 2018 р.