Внутреннее ущемление тонкой кишки

К.м.н. А.Х. ГУСЕЙНОВ, Д.С. МАМЕДОВ

The internal incarceration of the small intestine

A.KH. GUSEINOV, D.S. MAMEDOV

Бакинский военный гарнизонный госпиталь, Республика Азербайджан

Ключевые слова: тонкая кишка, внутреннее ущемление.

Key words: small intestine, internal incarceration.

Острая кишечная непроходимость, вызванная внутренним ущемлением тонкой кишки, в практике ургентной хирургии встречается редко, как правило, она является операционной находкой.

Согласно данным литературы, внутреннее ущемление кишечника отмечается в 1—2% всех форм острой кишечной непроходимости. Ущемление тонкой кишки наблюдается во внутреннем кольце пахового канала, в отверстии диафрагмы и большого сальника, связке Трейтца и т.д. [1].

Приводим наши наблюдения.

Больной Б., 54 лет, поступил в терапевтическое отделение 06.06.85 с диагнозом: острый гастродуоденит. При рентгеноскопии желудка 07.06 с сернокислым барием выявлены множественные чаши Клойбера с уровнями жидкости.

Больной консультирован хирургом 07.06 и переведен в хирургическое отделение с диагнозом: острая кишечная непроходимость. Пациент предъявлял жалобы на боли схваткообразного характера в нижних отделах живота, задержку стула и газов в течение 3 сут.

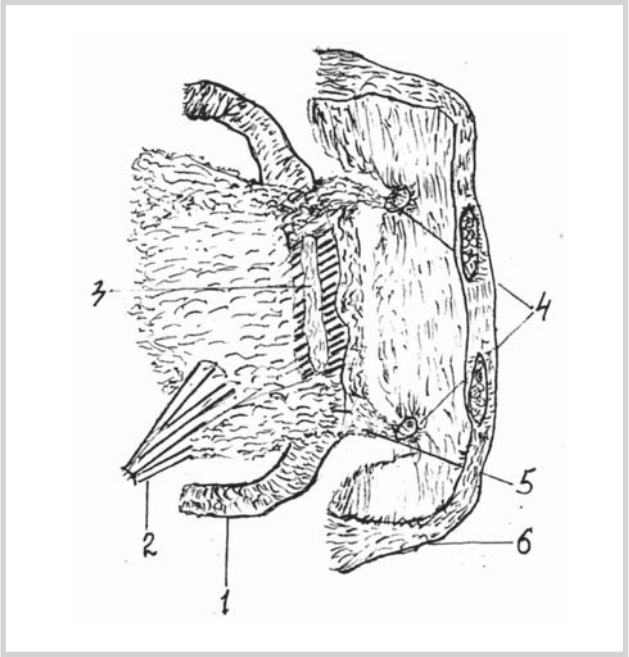
Общее состояние средней тяжести, язык сухой, обложен густым налетом. АД 100/60 мм рт.ст., пульс 96 в минуту. Живот равномерно вздут, при пальпации болезненный в нижних отделах. Симптом Щеткина—Блюмберга слабоположительный. При аускультации брюшной полости перистальтика кишки вялая.

В проекции внутреннего пахового кольца определяется опухолевидное образование диаметром до 2 см, неподвижное, плотной консистенции.

Из анамнеза выяснено, что в 1983 г. после поднятия тяжести в правой паховой области появилось опухолевидное образование, за медицинской помощью больной не обращался.

Установлен диагноз: острая кишечная непроходимость, внутреннее ущемление тонкой кишки (?), перитонит.

07.06 — операция. После предоперационной подготовки в течение 1 ч под комбинированной общей анестезией выполнена срединная лапаротомия. В брюшной полости небольшое количество выпота геморрагического характера, петли тонкой кишки заполнены жидкостью и газом. В ходе интраоперационной ревизии выявлено ущемление противобрыжеечного края подвздошной кишки под ранее ущемленным и фиксированным во внутреннем кольце правого пахового канала большим сальником, последний рассечен. Непроходимость тонкой кишки устранена. На участке странгуляции тонкой кишки имеется некроз стенки кишки до слизистой размером 1,5×0,5 см. Дефект тонкой кишки ушит поперечным двухрядным швом атравматической иглой.



Внутреннее ущемление тонкой кишки (схема).
1 — тонкая кишка; 2 — брюшинный тяж; 3 — участок некроза брюшинного тяжа; 4 — правое и левое внутренние паховые кольца; 5 — ущемленный большой сальник; 6 — передняя брюшная стенка.

Содержимое тонкой кишки эвакуировано через назоинтестинальный зонд. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент выписан 16.08.

Больной Б., 19 лет, поступил в хирургическое отделение 14.07.09 в 14 ч с жалобами на боли в нижних отделах живота и в левой пахово-мошоночной области на 3-и сутки с момента заболевания.

Из анамнеза известно, что больной 13.05 оперирован в нашем отделении по поводу врожденной пахово-мошоночной грыжи справа, сообщающейся водянки правого яичка. Произведены грыжесечение, пластика оболочек правого яичка по Винкельману.

Состояние пациента средней тяжести, язык влажный, обложен. Живот при осмотре умеренно вздут, при пальпации напряжен, резко болезненный в левой подвздошной области. Симптом Щеткина—Блюмберга положительный.

© А.Х. Гусейнов, Д.С. Мамедов, 2011
© Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2011
Khirurgiia (Mosk) 2011; 2: 65

AZ 1000 Баку, пр. Нефтяников, 4

При ректальном осмотре патологических изменений не выявлено. Стул был накануне, газы отходят.

В левом паховом канале пальпируется опухолевидное образование размером 2×1 см, неподвижное, плотной консистенции.

При обзорной рентгеноскопии брюшной полости определяется метеоризм тонкой кишки.

УЗИ органов брюшной полости и левого яичка: жидкость между петлями тонкой кишки, в малом тазу и в оболочках левого яичка.

Анализ крови: Hb 116 г/л, эр. $3{,}9 \cdot 10^{12}$/л, л. $9{,}5 \cdot 10^{9}$/л; СОЭ 33 мм/ч.

Поставлен диагноз: острая кишечная непроходимость (?), внутреннее ущемление кишечника (?), перитонит, невправимая паховая грыжа слева, водянка левого яичка.

14.07 в 15 ч — экстренная операция. Под комбинированной общей анестезией произведена нижнесрединная лапаротомия. В брюшной полости и в малом тазу выявлен гнойный выпот до 150 мл.

В ходе операции установлено, что ранее ущемленный большой сальник фиксирован в обоих внутренних паховых кольцах (см. рисунок). Под сальником продольно на протяжении ущемлена петля тонкой кишки, что вызвало частичную кишечную непроходимость. Сальник рассечен, проходимость кишки восстановлена. При дальнейшем осмотре выявлена аномалия развития — брюшинный тяж, идущий от корня брыжейки тонкой кишки к подвздошной кишке и к основанию червеобразного отростка. Брюшинный тяж на участке ущемления некротизирован на протяжении 10 см, при этом серозная оболочка тонкой кишки осталась интактной. Инфильтрированные с налетом фибрина участки большого сальника резецированы в пределах здоровых тканей. Червеобразный отросток деформирован, стенки утолщены, верхушка изогнута дугой. В связи с вторичными изменениями выполнена типичная аппендэктомия. Через прокол в правой подвздошной области в малый таз подведена дренажная трубка. Рана зажила первичным натяжением.

Пациент выписан 10.08 с рекомендацией явиться на плановую операцию по поводу невправимой паховой грыжи слева и водянки оболочек левого яичка.

Больной госпитализирован 16.11.09. После клинического обследования 17.11 выполнена операция — грыжесечение, пластика пахового канала по Жирару—Спосокукоцкому и оболочек левого яичка по Винкельману. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент выписан 27.11.

Таким образом, данные наблюдения подтверждают, что внутреннее ущемление тонкой кишки может протекать без яркой клинической картины острой кишечной непроходимости, что может привести к поздней диагностике, перфорации кишки и перитониту.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Шалимов А.А., Саенко В.Ф.* Хирургия кишечника. Киев: Здоровья 1977; 245.

Поступила 09.08.10