

УДК 616.37-007.43-616.34-007.64

Б.А. Галиев

КГП на ПХВ «Центральная районная больница», г. Зыряновск

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИБРЮШИННОЙ ВНУТРЕННЕЙ ГРЫЖИ С УЩЕМЛЕНИЕМ В ОТВЕРСТИИ БРЫЖЕЙКИ МЕККЕЛЕВА ДИВЕРТИКУЛА

Аннотация

Статья посвящена клиническому случаю из практического опыта лечения внутрибрюшной внутренней грыжи с ущемлением в отверстии брыжейки Меккелева дивертикула.

Ключевые слова: Грыжа, внутренняя грыжа, Меккелев дивертикул.

Актуальность. Проблема лечения грыж живота на сегодняшний день остается нерешенной, требует дополнительного изучения и разработки стандартов оказания квалифицированной помощи. Наружные грыжи живота встречаются у 7% населения, а у лиц пожилого и старческого возрастов достигают 15-17% [1,5,7].

Среди пациентов, поступающих в лечебные учреждения с ургентной патологией, лица с ущемленными грыжами занимают значительное место [2,3,4,6].

Цель: поделиться практическим опытом успешного лечения внутрибрюшной ущемленной грыжи с ущемлением в отверстии брыжейки Меккелева дивертикула.

Материалы и методы

Проанализированы 122 случая у пациентов с различными грыжами, поступавшими в хирургическое отделение центральной районной больницы г. Зыряновск в течение 6 лет, с 2007 по 2012 гг.

На клиническом примере продемонстрирован опыт успешного лечения внутрибрюшной ущемленной грыжи с ущемлением в отверстии брыжейки Меккелева дивертикула.

Результаты и обсуждение

Мужчина, 28 лет. Жалобы при поступлении: спастические боли в животе без четкой локализации, сухость во рту, тошнота, многократная, рвота. Из анамнеза: начало заболевания связывает с употреблением большого количества жирной пищи, возможно - не первой свежести. В связи с рвотой - госпитализирован в инфекционное отделение с диагнозом: Пищевая токсикоинфекция. Обращает на себя внимание наличие лейкоцитоза с $11,3 \times 10^9$, с палочкоядерным сдвигом. Проводилась инфузионная и антибактериальная терапия. Состояние больного с переменной динамикой. Тошнота, рвота сохраняются - усилились боли в животе. Спустя сутки вызван дежурный хирург, назначена обзорная рентгенография брюшной полости в прямой проекции, на которой выявлены признаки тонкокишечной непроходимости - несколько уровней жидкости и чаш Клойбера. В ОАК - сохраняется лейкоцитоз. Больной переведен для дальнейшего лечения в хирургическое отделение.

Локальный статус. Язык суховат, обложен белесым налетом. Живот умеренно вздут, ограниченно участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный без четкой локализации. Симптом раздражения брюшины отрицательны. Перистальтика кишечника выслушивается. Печень, селезенка не увеличены. Стула не было. Газы не отходят. Общий статус. Состояние: средней тяжести. Сознание: ясное. Кожные покровы и видимые слизистые: бледно-розовой окраски. Пульс: 100 уд. в мин. АД: 140/80 мм. рт. ст. Тоны сердца: ясные. ЧД: 18 в мин. Аускультативно - дыхание проводится во все отделы, везикулярное. Хрипов нет. Мочеиспускание: свободно. Симптом Пастернацкого: отрицательный с обеих сторон.

Исследования. Обзорная рентгенография брюшной полости в прямой проекции: выявлены признаки тонкокишечной непроходимости - уровни жидкости и газовых арок. Дана бариевая взвесь. Обзорная рентгенография брюшной полости в прямой проекции - пассаж бариевой взвеси через 6 часов. Признаки тонкокишечной непроходимости нарастают - увеличилось количество уровней жидкости и чаш Клойбера. Предварительный диагноз: Острая тонкокишечная непроходимость, неуточненная. Лечебно-диагностические мероприятия. С момента поступления в отделение хирургии - инфузионная терапия кристаллоидами, спазмолитиками, очистительные клизмы, постановка назогастрального зонда.

На 2-ые сутки - состояние больного ближе к средней степени тяжести. Жалобы на вздутие, спастические боли в животе без четкой локализации, сухость во рту, тошноту, многократную, рвоту. Повышение температуры не отмечалось. В сознании, контактен. Сон, аппетит, двигательная активность на удовлетворительном уровне. Эмоционально и вегетативно лабилен. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски, без геморрагий. Отеков нет. Аускультативно - дыхание в легких проводится во все отделы, везикулярное. Хрипов нет. ЧДД - 18 в'. Тоны ясные, ритм правильный. ЧСС - 100 в', АД - 140/80 мм рт. ст. Пульс хорошего наполнения, напряжения - определяется на всех периферических артериях конечностей. Равен ЧСС. Мочеиспускание свободное, безболезненное, не учащенное. Status localis: Язык сухой, обложен белесым налетом. Живот вздут, ограничено участвует в акте дыхания. При пальпации напряженный, повсеместно болезненный. Симптом раздражения брюшины сомнительны. Перистальтика кишечника выслушивается. Печень, селезенка не пальпируются. Стула не было в течение 2 дней. На обзорной R-графии с бариевой взвесью определяются множественные уровни жидкости и чаши Клойбера. DS: Острая кишечная непроходимость. В связи с обозначенной отрицательной динамикой и сохранения у пациента клиники кишечной непроходимости с перитонеальными явлениями является показанием для оперативного экстренного вмешательства под общим обезболиванием в объеме лапаротомии с ревизией брюшной полости и последующей оценкой объема оперативного вмешательства. Противопоказаний к операции нет. Операция - Лапаротомия. Резекция дивертикула Меккелея. Дренирование брюшной полости. Под эндотрахеальным наркозом выполнена средне срединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости серозного выпота до 500 мл. Раздутые петли тонкого кишечника занимают всю полость, гиперимированны, отечны. В области малого таза имеется конгломерат из петель тонкой кишки ущемленной в окне образованном брыжейкой меккелева дивертикула (около 40 см от баугиновой заслонки). Петли тонкой кишки аккуратно разведены - после чего цвет кишечника стал розоветь, появилась

пульсация сосудов, отмечаются единичные перистальтические волны. В брыжейке ущемленного участка тонкой кишки определяются несколько увеличенных лимфоузлов до 2,0-2,5 см. С учетом операционной находки, меккелев дивертикул резецирован – дефект стенки тонкого кишечника ушит двурядным узловым швом. Прходимость кишки сохранена. Назоинтестинальная интубация. Контроль на гемостаз и салфетки. Малый таз дренирован поливиниловой трубкой. Лапаротомный разрез ушит послойно, наглухо. Асептическая наклейка на шов.

Послеоперационный диагноз: Острая странгуляционная тонкокишечная непроходимость. Заключительный диагноз: Внутривнутрибрюшинная внутренняя грыжа с ущемлением в отверстии брыжейки Меккелева дивертикула. Острая тонкокишечная непроходимость. Исход: Состояние больного с положительной динамикой. Дренаж удален на 2 сутки. Рана зажила первичным натяжением. Швы сняты. Выписан в удовлетворительном состоянии домой.

Выводы

Своевременная диагностика редкой формы внутрибрюшной грыжи с ущемлением в отверстии брыжейки Меккелева дивертикула позволила провести успешное хирургическое вмешательство.

Литература:

1. Егиев В.Н. Ненатяжная герниопластика. М.: Медпрактика - М, 2002. - 147 с.
2. Жебровский В.В. Двадцатилетний опыт лечения послеоперационных вентральных грыж, и др. // Вестник хирургии им И. И. Грекова. – 1996, - 2. -С. 105-108.
3. Иванов А.В. Хирургическое лечение ущемленных грыж передней брюшной стенки с использованием сетчатого эксплантата. // Дис... канд. мед. наук. – Санкт-Петербург. - 2012. – 93 с.
4. Ковалева З.В. Выбор эксплантата для герниопластики // Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.27. Самара, 1999. – 26 с.
5. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.И. Концепция хирургического лечения послеоперационных грыж передней брюшной стенки // Герниология. 2004. - №1. - С. 5-10.
6. Хавина Е.М., Белослудцев Д.Н., Потапов Н. В. Симультанные операции при грыжах брюшной стенки // Хирургия: наука и труд Н.Новгород, - 1999. – С. 42-43.
7. Bauer K.N., Kemen M., Senkal M., Zumbobel V. Zehn-Jahres-Ergebnisse nach Reparatoren der Problem rezidivleistenhernie mit Prolenenetz.// Zentralbl Chir.-1998.- 123. - P. 163.

ТҰЖЫРЫМ

ІШ ҚҰЫСЫНЫҢ ІШІНДЕГІ ЖАРЫҚТЫ МЕККЕЛЬ БҮЙІРҚАЛТАНЫҢ ТЕСІК ҚЫСЫЛУ ЕМДЕУ ПРАКТИКАЛЫҚ ЗЕРТЕУІ

Б.А. Галиев

Зырянск аудандық ауруханасы

Бұл мақалада тәжірибелік зертеудің клиникалық жағдайы көрсетілген -ішкі құрлысының Меккель бүйірқалтаның тесігі қысылғаның емдеу тұралы айтылған. Уақытында жасалған анықтау сирек кездесетін хирургиялық патологияны ата жасалды.

Негізгі сөздер: ота, жарық, ішіндегі жарық, Меккель бүйірқалта.

Summary

PRACTICAL EXPERIENCE OF TREATMENT INTRAPERITONEAL ENTOCELE THE INFRINGEMENT IN THE HOLE THE MESENTERY MECKEL'S DIVERTICULUM

B.A. Galiyev

Central Regional Hospital, Zyryanovsk

The article is devoted to the clinical case of practical experience by intraperitoneal treatment with an internal hernia infringement in the opening of the mesentery Meckel's diverticulum.

Key words: Hernia, internal hernia, Meckel's diverticulum.

УДК 616.65-002-008.6

Б.К. Токенов

Учреждение «Почечный центр», г. Семей

ОПЫТ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ПРОСТАМОЛ® УНО ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИМПТОМОВ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Аннотация

В статье приведён опыт длительного применения препарата Простамол® Уно при лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы у 23 пациентов. Выявлено положительное влияние на динамику лечения инфекции мочеполовых путей.

Ключевые слова: Простамол® Уно, гиперплазия предстательной железы

Введение. На сегодняшний день доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является самым распространенным урологическим заболеванием мужчин пожилого возраста, установлено также, что до 30% мужчин сорокалетнего возраста, доживаю-

щих до 80 лет, переносят оперативное лечение по поводу ДГПЖ[1-3]. Диагностика и лечение данного заболевания представляет собой не только серьезную медицинскую, но и большую социальную проблему. Данный факт определяет важность ранней его диагностики