

Клиническое наблюдение ущемленной грыжи запирающего канала

Е.В. ФЕДОТОВА***, С.Н. БАРАНОВ**

Архангельская городская клиническая больница №7, Архангельск, Российская Федерация*

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Российская Федерация**

Актуальность Запирающие грыжи в хирургической практике встречаются крайне редко. В мировой практике описано всего 600 случаев грыж запирающего отверстия. Грыжи запирающего канала составляют 0,05% грыж брюшной стенки. Диагностировать запирающую грыжу весьма затруднительно. Являясь сложными диагностическими случаями, грыжи запирающего канала выявляются на стадии осложнений и сопровождаются высокой летальностью. Летальность при данной патологии составляет от 12 % до 70 %, с послеоперационными осложнениями в 11, 6 % случаях. Наибольшими наблюдениями данной патологии располагают японские коллеги.

Материалы и методы Представлен обзор литературы и одно авторское наблюдение грыжи запирающего канала. Анализируемый клинический материал подтверждает, что по причине редкой встречаемости и скудности клинических проявлений запирающая грыжа является сложным диагностическим случаем. Окончательный диагноз был установлен во время оперативного вмешательства, выполнена резекция тощей кишки с наложением анастомоза, но в раннем послеоперационном периоде на фоне депрессии гемодинамики наступил летальный исход.

Выводы Запирающие грыжи ввиду редкой встречаемости и скудности клинических проявлений являются сложными диагностическими случаями. Знание симптомов характерных для данной патологии, в том числе HRS симптома и использование компьютерной томографии живота и таза имеет чрезвычайно важное значение, во многом определяя исход заболевания.

Ключевые слова Запирающий канал, грыжа

Clinical Supervision of the Restrained Hernia of the Obturator Channel

E.V. FEDOTOVA***, S.N. BARANOV**

Arkhangelsk City Clinical Hospital № 7, Arkhangelsk, Russian Federation*

Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russian Federation**

Relevance Obturator hernias in a surgical practice meet extremely seldom. In a world practice it is described only 600 cases of hernias obturator apertures. Hernias obturator the channel make 0,05 % of hernias of a belly wall. To diagnose obturatoria a hernia very inconveniently. Being complex diagnostic cases, hernias obturator the channel come to light at a stage of complications and are accompanied high death rate. Death rate at the given pathology makes from 12 % up to 70 %, with postoperative complications in 11, 6 % cases. The greatest supervision of the given pathology the Japanese colleagues have.

Materials and methods The review of the literature and one author's supervision of a hernia obturator the channel is presented. The analyzed clinical material confirms, that owing to rare occurrence and scarcity of clinical displays obturatoria the hernia is a complex diagnostic case. The final diagnosis has been established during operative intervention, executed resectomy of the jejunum with imposing anastomosis, but in the early postoperative period on a background of depression hemodynamic there has come a lethal outcome.

Conclusion Obturator hernias in view of rare occurrence and scarcity of clinical displays are complex diagnostic cases. The knowledge of symptoms characteristic for the given pathology, including HRS a symptom and use of a computer tomography of a stomach and a basin has extremely great value, in many respects defining an outcome of disease.

Key words Obturator channel, hernia

Запирающие грыжи в хирургической практике встречаются крайне редко [1,3,4,5,9,12]. В мировой практике описано всего 600 случаев грыж запирающего отверстия [1]. Наибольший опыт диагностики и лечения данной патологии имеют японские коллеги. В японской медицинской литературе с 1995 по 2000 описано 257 случаев хирургического лечения грыж запирающего отверстия [2,6,7,8].

Грыжи запирающего канала составляют 0,05% грыж брюшной стенки. Данный вид грыж чаще встречается у женщин, ввиду анатомических особенностей женского таза. Средний возраст пациенток 79,5 лет, масса тела 36,5 кг [7,8]. Летальность при данной патоло-

логии составляет от 12 % до 70 %, с послеоперационными осложнениями в 11, 6 % случаях. В литературных источниках так же отмечается наиболее частая встречаемость данной патологии у лиц азиатских национальностей (рас), чем у европейцев [3,7,8,10,11,12,13].

Диагностика. Диагностировать запирающую грыжу весьма затруднительно. Грыжевого выпячивания часто не наблюдается. [1,10,14], в то же время ущемление запирающей грыжи, проявляющееся клиникой кишечной непроходимости, является показанием для экстренной операции. Причиной механической тонкокишечной непроходимости в 0,4% случаев является ущемленная запирающая грыжа.

Лишь в третьей стадии, когда грыжевое выпячивание выходит из-под края гребешковой мышцы, его можно прощупать в виде округлого опухолевидного образования на передне-медиальной стороне верхней трети бедра, в области скарповского треугольника. Скрытые каникулярные формы распознаются по косвенным признакам:

- HRS – симптом (Howship-Romberg). Больные предъявляют жалобы на боли в области внутренней поверхности верхней трети бедра, нередко носящие невралгический характер. Это обусловлено давлением грыжевого выпячивания на запирательный нерв внутри канала. Иногда боль иррадирует вниз, вплоть до коленного сустава, т.е. охватывает всю область иннервации запирательного нерва. Для уменьшения болезненности больной придает ноге слегка согнутое в тазобедренном суставе положение с ротацией бедра кнутри (Т. Юсупов, 1965). По данным S.R. Harper и J.H. Holt (1956), симптом сдавления запирательного нерва при грыже наблюдается в 50% случаев [5,7,9].
- Hannington-Kiff симптом – отсутствующий рефлекс аддуктора в бедре на наличие положительного пателлярного рефлекса [4,14].
- Хорошим подспорьем в диагностике являются влагалитное и ректальное исследования, позволяющие пропальпировать изнутри область запирательного отверстия. При наличии грыжи определяется тяжистое образование, болезненное при пальпации [1,7].
- Методом выбора в диагностике данной патологии является компьютерная томография таза. Информативность метода составляет 87% - 100% [10].

Клинический случай:

Больная 95 лет поступила в х.о. ГБУЗ АО «АГКБ № 7» по срочным показаниям. 11.11.08. (и.б. № 6398). Предъявляла жалобы на боли в эпигастрии, тошноту, однократную рвоту, боли в области внутренней поверхности верхней трети левого бедра, неврологического характера, иррадирующие вниз, до коленного сустава. Боль уменьшалась при сгибании левой нижней конечности в тазобедренном суставе. Считает себя больной в течение 3-х дней. Доставлена бригадой «03» с диагнозом: ОКН. В анамнезе ЖКБ. Хр калькулезный холецистит. СД II тип. ИБС. НСР по типу желудочковой и предсердной экстрасистолии НК0-I ФК I-II. ГБ II. АГ II риск 4. При поступлении состояние удовлетворительное. Кожные покровы сухие, чистые. Пульс 72 удара в минуту, А/Д 150/80 мм рт ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтика отчетливая, газы отходят, стул от 10.11.08.



Рис. 1. Описание в тексте.



Рис. 2. Описание в тексте.

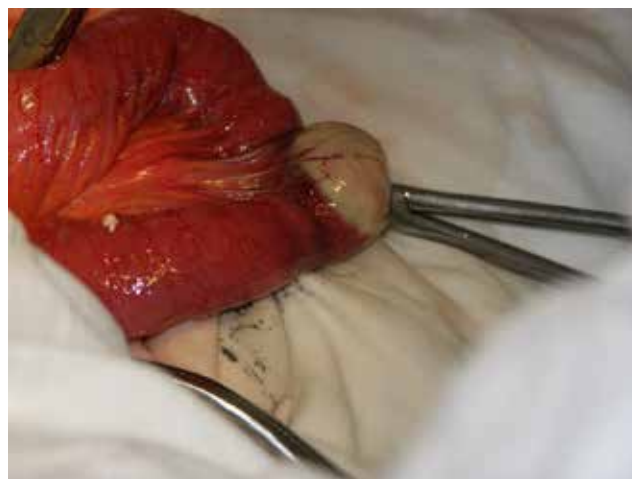


Рис. 3. Описание в тексте.

Данные обследования:

л 9,1-8, 0 x 10⁶, креатинин 189, мочевины 12,35., об белок 52,5; об билирубин 13,4.

на обзорной рентгенограмме живота в мезо и гипогастрии арки с горизонтальными уровнями больше слева.

УЗИ органов бр полости и почек: ЖКБ Хр калькулезный холецистит вне обострения, неравномерное расширение отдельных чашечек в ЧЛС обеих почек.

Мочи до 200 мл за сутки – явления ХПН.

ФГДС – от 12.11.08. Дуоденит, гипотония желудка
ЭКГ ритм синусовый, с ЧСС 80 в минуту, ЭОС не отклонена, частая желудочковая экстрасистолия, одна предсердная экстрасистола.

PR – исследование безболезненно, в ампуле прямой кишки плотные каловые массы, нависания передней стенки прямой кишки нет, тонус сфинктера сохранен, на перчатке каловые массы коричневого цвета.

Диагностирована частичная тонкокишечная непроходимость.

В последующие двое суток на фоне проводимой терапии: инфузии растворов, спазмолитки, регуляторы моторики, состояние оставалось стабильным, без признаков нарастания острой кишечной непроходимости (ОКН). 14.11.08 появилась рвота, метеоризм, задержка стула и газов. При осмотре выявлено вздутие живота и появление перитонеальных симптомов. С диагнозом ОКН – больная срочно прооперирована.

14.11.08. выполнена срочная лапаротомия. При ревизии бр полости выявлено: в бр полости до 100 мл светлого выпота, петли тонкой кишки раздуты умеренно, в 1,2 метра от связки Трейца петля тонкой кишки фиксирована в левом запирательном канале (фото №1). Петля кишки выведена из канала (фото №2), на стенке

кишки выявлен участок некроза на $\frac{3}{4}$ диаметра (фото №3), выполнена резекция тонкой кишки с наложением анастомоза конец-в-конец в два ряда швов, зонд назогастральная интубация кишечника.

Диагноз после операции: ущемленная внутренняя левосторонняя грыжа запирательного отверстия с некрозом петли тощей кишки.

Соп.: ЖКБ. Хр калькулезный холецистит. СД II тип. ИБС. НСР по типу желудочковой и предсердной экстрасистолии НК0-I ФК I-II. ГБ II. АГ II риск 4.

В послеоперационном периоде у больной развилась депрессия гемодинамики и при нарастающих явлениях сердечно-сосудистой недостаточности 15.11.08 наступила смерть больной.

Выводы

Запирательные грыжи ввиду редкой встречаемости и скудности клинических проявлений являются сложными диагностическими случаями, что подтверждает анализируемый клинический вариант поздней диагностики внутреннего ущемления тощей кишки. Незнание HRS симптома и отсутствие возможности выполнения КТ живота и таза не позволили диагностировать редко встречающуюся патологию в более ранние сроки. Своевременная диагностика, использование компьютерной томографии живота и таза имеет чрезвычайно важное значение, во многом определяя исход заболевания.

Список литературы

1. Чахвадзе Б.Ю., Накашидзе Д.Х., Кашибадзе К.Н., Беридзе А.Л. Описание случаев ущемленных грыж запирательного отверстия. Ежемесячный научный журнал Медицинские новости Грузии №2 (179) февраль 2010;. Тбилисси – Нью-Йорк; 7-10
2. Dundamadappa SK, Tsou IY, Goh JS. Clinics in diagnostic imaging (107). Singapore Med J 2006; 47: 88-94.
3. Gray SW, Skandalakis JE, Soria RE, Rowe JS Jr. Strangulated obturator hernia. Surgery 1974; 75: 20-27.
4. Hannington-Kiff JG «Absent thigh adductor reflex in obturator hernia». Lancet 1 (8161): January 1980; 180 .
5. Howship. J. Practical Remarks on the Discrimination and Appearance of Surgical Disease. London, Churchill, 1840.
6. Kono T, Hyuga T, Honda Y. Obturator hernia – A statistical study of 257 domestic cases in the past six years [Japanese]. J Jpn Surg Assoc 2002;63: 1847-1852.
7. Mantoo SK, Mak K, Tan T J Obturator hernia: diagnosis and treatment in the modern era. Original Article Singapore Med J 2009; 50(9) : 866 -870.
8. Masashi Haraguchi,1,2MD, Shigetoshi Matsuo,1MD, Kengo Kanetaka,2MD, at all. Hernia in an Ageing Society. Department of Surgery, Nagasaki Prefectural Shimabara Hospital, Nagasaki, Japan .Department of Surgery, Graduate School of Biochemical Sciences, Nagasaki University, Nagasaki, Japan June 2007; Vol.36: 6
9. M.H. von Romberg: Pathologie und Therapie der Senisibilitäts- und Motilitätsneurosen. 1857;. 3rd edition (unfinished) of Romberg's Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen, 89.
10. Moreno-Egea A, la Calle MC, Torralba-Martinez JA. Obturator hernia as a cause of chronic pain after inguinal hernioplasty: elective management using tomography and ambulatory total extraperitoneal laparoscopy. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2006; 16: 54-57.
11. Pandey R., Maqboo A., Jayacyadran N. . Obturator hernia: a diagnostic. Hernia 2009;13:1: 97-99.
12. Shinji Murai, njvjnfrf Akatru, Nobushise Yabe. Impacted obturator hernia treated successfully with kugel repair: report of two cases. Surg. Today 2009;39:821-824.
13. Skandalakis L. J., Skandalakis P. N., Colborn G. L., Skandalakis J. E. Obturator hernia: embryology, anatomy, surgery. Hernia June 2000; 4 (2): 121-128.
14. William Wesley Campbell, Russell N.DeJong, Armin F. Haerer. DeJong's the neurologic examination. Lippincott Williams & Wilkins, 2005. 480.
15. Wu JM, Lin HF, Chen KH, Tseng LM, Huang SH. Laparoscopic preperitoneal mesh repair of incarcerated obturator hernia and contralateral direct inguinal hernia. J Laparoendosc Adv Surg Tech A 2006; 16: 616-619.

Поступила 27.06.2012 г.

References

1. Chakhvadze B.Iu., Nakashidze D.Kh., Kashibadze K.N., Beridze A.L. Description of the cases of strangulated hernias of the obturator foramen. *Meditsinskie novosti Gruzii*, 2010; 2(179): 7-10. - (In Russian).
2. Dundamadappa S.K., Tsou I.Y., Goh J.S. Clinics in diagnostic imaging (107). *Singapore Med. J.*, 2006; 47: 88-94.
3. Gray S.W., Skandalakis J.E., Soria R.E., Rowe J.S. Jr. Strangulated obturator hernia. *Surgery*, 1974; 75: 20-27.
4. Hannington-Kiff J.G. «Absent thigh adductor reflex in obturator hernia». *Lancet*, 1 (8161), January 1980; 180.
5. Howship. J. *Practical Remarks on the Discrimination and Appearance of Surgical Disease*. London, Churchill, 1840.
6. Kono T, Hyuga T, Honda Y. *Obturator hernia – A statistical study of 257 domestic cases in the past six years* [Japanese]. *J. Jpn. Surg. Assoc.*, 2002; 63: 1847-1852.
7. Mantoo S.K., Mak K., Tan T.J. Obturator hernia: diagnosis and treatment in the modern era. *Singapore Med. J.*, 2009; 50(9) : 866 -870.
8. Masashi Haraguchi, Shigetoshi Matsuo, Kengo Kanetaka, et al. *Hernia in an Ageing Society*. Department of Surgery, Nagasaki Prefectural Shimabara Hospital, Nagasaki, Japan .Department of Surgery, Graduate School of Biochemical Sciences, Nagasaki University, Nagasaki, Japan, June 2007; 36: 6.
9. M.H. von Romberg *Pathologie und Therapie der Sensibilitäts- und Motilitätsneurosen*. 1857;. 3rd edition (unfinished) of Romberg's Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen, 89.
10. Moreno-Egea A., la Calle M.C., Torralba-Martinez J.A. Obturator hernia as a cause of chronic pain after inguinal hernioplasty: elective management using tomography and ambulatory total extraperitoneal laparoscopy. *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.*, 2006; 16: 54-57.
11. Pandey R., Maqboo A., Jayacyadran N. Obturator hernia: a diagnostic. *Hernia*, 2009; 13: 1: 97-99.
12. Shinji Murai, Tomotaka Akatru, Nobushise Yabe. Impacted obturator hernia treated successfully with kugel repair: report of two cases. *Surg. Today*, 2009; 39: 821-824.
13. Skandalakis L. J., Skandalakis P. N., Colborn G. L., Skandalakis J. E. Obturator hernia: embryology, anatomy, surgery. *Hernia*, June 2000; 4 (2): 121-128.
14. William Wesley Campbell, Russell N.DeJong, Armin F. Haerer. DeJong's the neurologic examination. *Lippincott Williams & Wilkins*, 2005; 480.
15. Wu JM, Lin HF, Chen KH, Tseng LM, Huang SH. Laparoscopic preperitoneal mesh repair of incarcerated obturator hernia and contralateral direct inguinal hernia. *J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech.*, 2006; 16: 616-619.

Recieved 27.06.2012

Информация об авторах

1. Федотова Елена Владимировна – к.м.н., доц., заведующий хирургическим отделением Архангельской городской клинической больницы №7, доц. кафедры госпитальной хирургии Северного государственного медицинского университета, г. Архангельск; e-mail: elena.liza2011@yandex.ru
2. Баранов Сергей Николаевич – к.м.н., доц. кафедры госпитальной хирургии Северного государственного медицинского университета, г. Архангельск

Information about the authors

1. Fedotova E. - MD, Assoc., Head of the surgical department of the Arkhangelsk City Clinical Hospital № 7, Associate Professor of Surgery Hospital, Northern State Medical University, Arkhangelsk; e-mail: elena.liza2011@yandex.ru
2. Baranov S. – MD, Assoc. Department of Hospital Surgery, Northern State Medical University, Arkhangelsk