

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ УЩЕМЛЕНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ В ПАРАСТОМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ

Стяжкина С.Н.¹, Климентов М.Н.², Меняшева А.В.³, Санникова Е.Г.⁴

¹Стяжкина Светлана Николаевна – доктор медицинских наук, профессор;

²Климентов Михаил Николаевич – кандидат медицинских наук, доцент,
кафедра факультетской хирургии;

³Меняшева Александра Валерьевна – студент;

⁴Санникова Екатерина Георгиевна – студент,
факультет лечебный,

Государственное федеральное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
Ижевская государственная медицинская академия,
г. Ижевск

Аннотация: в статье дается определение таким понятиям, как: илеостома, парастомальная грыжа, приводится клиническое наблюдение ущемления петли тонкой кишки в парастомальной грыже у беременной женщины с развитием кишечной непроходимости, описываются этапы оперативного лечения, а также рассматриваются возможные причины, повлекшие за собой данное осложнение, и меры по предотвращению подобных состояний. Приведен рисунок, воспроизведенный на основе изображения, полученного методом ультразвуковой диагностики.

Ключевые слова: грыжа, медицинская помощь, ущемление грыжи, беременность.

Неспецифический язвенный колит (НЯК) - хроническое рецидивирующее заболевание кишечника неизвестной этиологии, характеризующееся диффузным воспалением слизистой оболочки прямой и ободочной кишки. При неэффективности консервативных мероприятий выполняют тотальную колэктомию с наложением илеостомы (одномоментно) [1]. Формирование илеостомы является важным этапом колпроктэктомии при язвенном колите. Осложнения со стороны стомы встречаются в раннем и позднем послеоперационном периоде довольно часто. Основными причинами возникновения парастомальных осложнений являются технические погрешности при формировании стомы:

- выведение кишки, формирующей стому, на переднюю брюшную стенку без учета кровоснабжения или с натяжением последней, что ведет к ишемии кишки и ретракции стомы;
- избыток кишки, оставленный без фиксации проксимальнее стомы, является предпосылкой для выпадения стомы;
- фиксация кишки, формирующей стому, к коже и апоневрозу толстыми капроновыми или шелковыми лигатурами, что ведет к формированию в области швов микроабсцессов и рубцов, а в последующем — к рубцовой стриктуре стомы;
- не соответствие канала в брюшной стенке и диаметра выводимой кишки ведет к формированию парастомальной грыжи;

Грыжи живота (hernia abdominalis) – это дефект поддерживающих структур, через который могут выходить внутренности из брюшной полости вместе с париетальным листком брюшины^[2]. Парастомальная грыжа - это частая клиническая проблема, трудно поддающаяся лечению. Плановое хирургическое лечение обычно показано пациентам, у которых парастомальная грыжа может осложнить крепление калоприемника на стому и препятствует нормальному уходу за стомой. Так же для большинства вентральных грыж рекомендуется хирургическое лечение с целью профилактики таких осложнений как обтурация или ущемление.

В статье приводится клиническое наблюдение ущемления петли тонкой кишки в парастомальной грыже с развитием непроходимости.

Больная К., 33 лет, страдает язвенным колитом с 2004 года, тотальное поражение, тяжелое течение. В 2006 году был выполнен первый этап операции - колэктомия с концевой илеостомой. Предполагался второй этап - проктэктомия с формированием резервуара. Но пациентка в дальнейшем за медицинской помощью не обращалась, чувствовала себя хорошо, получила высшее образование, работала по специальности инженером, вышла замуж. О существовании парастомальной грыжи не знала, жалоб не предъявляла. В 2017 году, на фоне полного благополучия, внезапно появились боли в эпигастральной области, тошнота, многократная рвота. Пациентка была доставлена в одну из центральных районных больниц бригадой скорой помощи с диагнозом «Кишечная непроходимость. Беременность 16-17 недель, первая, после ЭКО». После осмотра дежурным хирургом пациентку направили на консультацию к гинекологу с диагнозом «Угроза прерывания беременности», однако врач-гинеколог угрозы прерывания беременности не обнаружил. Больная была эвакуирована в областную больницу и госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение с предварительным диагнозом «ГЭРБ, хронический гастродуоденит в

фазе обострения».

На момент осмотра состояние ближе к удовлетворительному, сознание ясное, кожные покровы физиологической окраски. Пульс 82 уд. в мин, АД - 130/80 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот увеличен за счет беременной матки, равномерно вздутый, мягкий, умеренно болезненный во всех отделах. В правом фланке живота, вокруг илеостомы, имеется выпячивание диаметром до 10 см, тугоэластической консистенции, при перкуссии отмечается тимпанит. Слизистая илеостомы синеватого цвета, по стоме кишечного отделяемого нет, при пальцевом исследовании препятствия на глубину пальца не обнаружено.

При выполнении УЗИ брюшной полости имеются признаки острой непроходимости тонкой кишки: вокруг илеостомы в подкожно-жировой клетчатке лоцируется конгломерат из петель тонкой кишки, раздутых до 3 см в диаметре, перистальтика маятникообразная, вялая, стенки кишок утолщены до 2,5 мм, вокруг конгломерата реактивный выпот. В брюшной полости тонкая кишка расширена жидким кишечным содержимым и большим количеством газа. В связи с беременностью, обзорной рентгенографии брюшной полости не проводилось. Учитывая клиническую картину и данные объективного и инструментального исследований у больной имеется острая кишечная непроходимость.

Пациентке предложена экстренная операция. Согласие получено. Под эндотрахеальным наркозом срединным разрезом вскрыта брюшная полость. При ревизии обнаружены раздутые до 3-4 см петли тонкой кишки. Наиболее расширена терминальная часть кишки, по ее ходу обнаружен грыжевой мешок в котором находится петля тонкой кишки. (Рис.1) После рассечения ущемляющего кольца из грыжевого мешка выведена петля подвздошной кишки, отечная, гиперемированная. Решено выполнить реконструкцию илеостомы с резекцией ущемленной части кишки. Тонкая кишка несущая стому выделена из брюшной полости, иссечен грыжевой мешок. Дефект в апоневрозе ушит до 1,5 см, подкожно-жировая клетчатка ушита до диаметра кишки, сформирована плоская илеостома на уровне кожи. Брюшная полость ушита. Послеоперационный период протекал без осложнений. Операционные раны зажали первичным натяжением. После осмотра гинекологом, выписана в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение и наблюдение гинеколога по месту жительства.

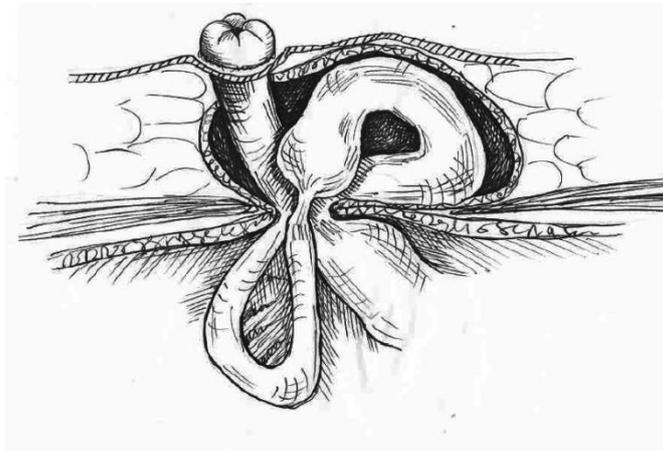


Рис. 1. Схема ущемления парастомальной грыжи

Выводы:

1. При выведении концевой илеостомы необходимо тщательно соблюдать этапы формирования стомы с целью профилактики образования парастомальных грыж.
2. Регулярный осмотр врача в стома-кабинете позволит выявить парастомальную грыжу и предложить ее реконструкцию в плановом порядке.
3. При ущемлении тонкой кишки в парастомальной грыже выявляются симптомы Валя: асимметрия живота (деформация илеостомы), синюшный цвет слизистой илеостомы за счет нарушения кровоснабжения, при перкуссии вокруг илеостомы определяется высокий тимпанит [3].

Список литературы

1. *Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А.* Внутренние болезни: учебник. 6-е изд., перераб. и доп. // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. С. 443.
2. *Стяжкина С.Н., Ситников В.А., Климентов М.Н.* Грыжи живота: учебное пособие // Ижевск, 2012. С. 4.
3. *Макарошкин А.Г., Айрапетов Д.В.* Острая кишечная непроходимость // Екатеринбург: УГМА, 2011. С. 8.

