

## ПОВІДОМЛЕННЯ

УДК 616.34-007.43-031:611.26

DOI 10.11603/2414-4533.2018.2.8852

©Д. Ф. ШУЛЬГА, О. А. ТКАЧУК, І. В. ЧЕПІЛЬ

Волинська обласна клінічна лікарня

**Клінічний випадок защемленої ретростернальної грижі**

У статті висвітлено досвід успішного хірургічного лікування рідкісного випадку защемлення ретростернальної грижі в умовах хірургічного стаціонару Волинської обласної клінічної лікарні.

У відділення абдомінальної та ендокринної хірургії Волинської обласної клінічної лікарні госпіталізована хвора Н., 1968 р.н. зі скаргами на болі в епігастрії вираженого характеру, нудоту, одноразове блювання, затримку випорожнень та газів, здуття живота. Після короткочасної підготовки виконано операційне втручання – верхньосередина лапаротомія. При ревізії виявлено дефект у ретростернальному відділі діафрагми до 7,0 см в діаметрі, в якому защемлений великий сальник та частково (одна стінка) попереково-ободова кишка. Різновидом діафрагмальних гриж являються парастернальні грижі, які зустрічаються порівняно рідко, складають від 2 до 6 % всіх діафрагмальних гриж. Парастернальні грижі, у свою чергу, поділяються на ретроконостернальну та ретростернальну грижі.

**Ключові слова:** діафрагмальна грижа; парастернальна грижа; ретроконостернальна грижа; ретростернальна грижа.

Діафрагмальна грижа – це переміщення органів черевної порожнини в грудну порожнину через дефекти або слабкі місця діафрагми. Згідно з класифікацією Б. В. Петровського (1966), діафрагмальні грижі поділяють на уродженні, набуті та післятравматичні. Також розрізняють справжні та несправжні грижі. Справжня грижа характеризується наявністю грижових воріт, грижового мішка та грижового вмісу. При відсутності грижового мішка грижу називають несправжньою. Різновидом діафрагмальних гриж являються парастернальні грижі, які зустрічаються порівняно рідко, складають від 2 до 6 % всіх діафрагмальних гриж. Парастернальні грижі, у свою чергу, поділяються на ретроконостернальну та ретростернальну.

У відділення абдомінальної та ендокринної хірургії Волинської обласної клінічної лікарні госпіталізована хвора Н., 1968 р. н. зі скаргами на болі в епігастрії вираженого характеру, нудоту, одноразове блювання, затримку випорожнень та газів, здуття живота.

З анамнезу відомо, що жінка захворіла гостро за 4 доби до госпіталізації, коли раптово з'явився біль в епігастрії. Згодом приєдналося одноразове блювання, перестали відходити гази та виникла затримка випорожнень. Лікувалась вдома, приймала знеболювальні препарати (анальгін, но-шпа, кетанов). Причину свого захворювання вказати не може.

При первинному об'єктивному обстеженні встановлено: живіт здутий, без перитонеальних ознак. При глибокій пальпації помірно болючий в епігастрії. Перистальтика активна, шум “кишкового плеску” не визначається. Для проведення диференційної діагностики було розроблено програму для даної пацієнтки, що включала оглядову Ро-графію ОЧП, ЕФГДС, УЗД ОЧП, колоноскопію, загальноклінічні обстеження та огляд гінеколога.

На оглядовій Ро-графії ОЧП виявлено виражену пневматизацію кишечника. При УЗД виявлено два конкременти в жовчному міхурі до 2,0 см в діаметрі, стінки міхура без ознак запалення. На ЕФГДС патології не виявлено. Огляд гінеколога патології не виявив.

*Заключення колоноскопії.* Колоноскоп проведено до попереково-ободової кишки. На всьому протязі слизова рожева, перистальтика задовільна, судинний малюнок не змінений. В ділянці селезінкового кута слизова тьмяна, перистальтика різко ослаблена, виявлено ділянку звуженого просвіту, який не розправляється при інсуфляції повітря, подальше проведення колоноскопа з зусиллям не є можливим. В ділянці звуження ознак інфільтрації не виявлено.

У загальному аналізі крові лейкоцитоз ( $16,1 \times 10^9 / \text{л}$ ), зі зсувом формули вліво (паличкоядерні нейтрофіли –18 %), ШОЕ –31 мм/год.

Хворій після проведення короткочасної підготовки (інфузійної терапії кристалоїдів в об'ємі 1,2 л) виконано операційне втручання – верхньосередина лапаротомія. При ревізії виявлено дефект у ретростернальному відділі діафрагми до 7,0 см в діаметрі (рис. 1), в якому защемлений великий сальник та частково (одна стінка) попереково-ободова кишка.

Проведено звільнення защемлених органів, резекцію повністю некротизованого великого сальника (рис. 2).

Грижовий мішок із середостіння через грижові ворота виведено в черевну порожнину. Останній великих розмірів, стінка синюшного кольору з ознаками крововиливів (рис. 3).

Проведено резекцію грижового мішка з наступною пластикою грижових воріт шляхом підшивання діафрагми вузловими швами до мечоподібного



**Рис. 1.** Защемлений великий сальник та стінка попереково-ободової кишки.



**Рис. 3.** Грижовий мішок із крововиливами.



**Рис. 2.** Резектований некротизований великий сальник.

відростка. Життєздатність товстої кишки в ділянці защемлення збережена. Симультанно проведено холецистектомію. Середостіння, в якому знаходився грижовий мішок, дреновано ПХВ трубкою за Бюлау на дві доби. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Дренажі забрано на 3 добу. Відновлено ентеральне харчування, пасаж їжі ШКТ не порушений. Рана загоїлась первинним натягом. Хвору з одужанням виписано додому на 9 добу.

Отже, причиною вираженого больового синдрому та явищ часткової кишкової непрохідності у хворої була защемлена рідкісна ретростернальна грижа діафрагми. Дана ургентна ситуація трапилась в нашому відділенні вперше, що спонукало нас поділитись досвідом лікування даної патології.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Петровский Б. В. Хирургия диафрагмы / Б. В. Петровский. – М. : Медицина, 1995.
2. Литтманн И. Брюшная хирургия / И. Литтманн. – Буда-

пешт, 1970. – 575 с.

3. Итала Э. Атлас абдоминальной хирургии : в 3 т. / Э. Итала. – М. 2007. – Т. 2. – 26 с.

#### REFERENCES

1. Petrovskiy, B.V. (1995). *Khirurgiya diafragmy [Surgery of the diaphragm]*. Moscow: Meditsina [in Russian].
2. Littmann, I. (1970). *Bryushnaya khirurgiya [Abdominal*

*surgery]*. Budapesht [in Russian].

3. Itala, E. (2007). *Atlas abdominalnoy khirurgii [Atlas of abdominal surgery]*. Moscow [in Russian].

Отримано 23.03.2018

D. F. SHULGA, O. A. TKACHUK, I. V. CHAPIL

Volyn Regional Clinical Hospital

#### CLINICAL CASE OF STRANGLERED RETROSTERNAL HERNIA

A female patient N., 1968 year of birth with complaints of pain in the epigastrium of a pronounced nature, nausea, disposable vomiting, stomach and gas stasis, bloating was admitted to the Department of Abdominal and Endocrine Surgery of the Volyn Oblast Clinical Hospital. After a short-term training, surgical intervention-upper-middle laparotomy was performed. At the audit, a defect was detected in the retrosternal department of the diaphragm up to 7.0 cm in diameter, in which a large omentum was attached and partly (one wall) of the lumbar colon. A variety of diaphragmatic hernias are parasternal hernias that occur relatively rarely, ranging from 2 to 6 % of all diaphragmatic hernias. Parasternal hernias, in turn, are divided into retrocostosternal and retrosternal.

**Key words:** diaphragmatic hernia; parasternal hernia; retroparasternal hernia; retrocostosternal hernia.

Д. Ф. ШУЛЬГА, А. А. ТКАЧУК, И. В. ЧЕПИЛЬ

Волынская областная клиническая больница

### **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УЩЕМЛЕННОЙ РЕТРОСТЕРНАЛЬНОЙ ГРЫЖИ**

В статье показали опыт успешного хирургического лечения редкостного случая ущемленной ретростернальной грыжи в условиях хирургического стационара Волынской областной клинической больницы. В отделение абдоминальной и эндокринной хирургии Волынской областной клинической больницы поступила больная Н., 1968 г. р. с жалобами на боли в эпигастрии выраженного характера, тошноту, однократную рвоту, задержку стула и газов, вздутие живота. После проведения кратковременной подготовки выполнено оперативное вмешательство – верхнесрединная лапаротомия. При ревизии выявлен дефект в ретростернальном отделе диафрагмы до 7,0 см в диаметре, в котором ущемленный большой сальник и частично (одна стенка) пояснично-ободочная кишка. Разновидностью диафрагмальных грыж являются парастернальные грыжи, которые встречаются сравнительно редко, составляют от 2 до 6 % всех диафрагмальных грыж. Парастернальные грыжи, в свою очередь, делятся на ретроконостернальную и ретростернальную грыжи.

**Ключевые слова:** диафрагмальная грыжа; парастернальная грыжа; ретроконостернальная грыжа; ретростернальная грыжа.