

Проф. И. А. ПЕТУХОВ, В. И. ПЕТУХОВ, П. И. ШТУРИЧ

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЛОЖНОМ УЩЕМЛЕНИИ ГРЫЖ

Витебский медицинский институт, областная клиническая больница

Число ошибок в диагностике грыж, по данным одних авторов, колеблется от 5—9 до 12,1 % у других — от 3,5 до 18 %. Ущемления принимают за заболевания половой сферы (орхиты, эпидидиты), воспалительные процессы в паховых и бедренных лимфатических узлах или метастазы опухолей, нагноительные абсцессы в паховой области, переломы бедра и т. п.

При заболеваниях органов брюшной полости: острый аппендицит, прободенные язвы двенадцатиперстной кишки, толстой кишки, острый холецистит и т. д. у больного грыжи брюшной полости в грыжевой мешок, сообщаясь со свободной брюшной полостью, скапливается воспалительный экссудат. В ранее вправимой грыже возникают ощущения, она становится болезненной и напряженной, т. е. появляются симптомы, которые могут симулировать грыжи [2, 8]. Этот синдром в литературе как ложное (мнимое) ущемление Брока [1, 7]. «В это понятие входит симптомокомплекс, напоминающий картину ущемления, но вызванный другим заболеванием органов брюшной полости. Указанный симптомокомплекс служит основанием для ошибочного диагноза ущемления грыжи, в то время как причина заболевания остается неизменной. Неверный диагноз приводит к ошибочной хирургической тактике, в частности к лапаротомии вместо широкой лапаротомии».

Известно, что недостаточное знакомство с заболеваниями органов брюшной полости со стороны врачей с ложным диагнозом, частные ошибки в дифференциальной диагностике и вследствие этого высокая летальность [6], мы хотим поделиться своим опытом.

Из 1126 историй болезни больных, умерших на лечении в Витебской областной больнице по поводу грыж в 1979 по 1985 г. Больные с ложными грыжами составили 1,5 %. Летальность при этом равнялась 100 %. За этот период мы наблюдали 4 мужчин и 3 женщин с различными острыми заболеваниями органов брюшной полости. у которых ошибочно диагностировано

ущемление грыжи при его отсутствии, т. е. было ложное ущемление Брока. Больные были в возрасте 24, 47 лет, 61 года, от 70 до 79 лет (3) и 81 года, т. е. преобладали пациенты пожилого и старческого возраста. Все 7 больных оперированы по поводу предполагаемого ущемления грыжи: правосторонней паховой (4), грыжи белой линии живота (1), пупочной (1), послеоперационной (1). Истинный диагноз был поставлен во время операции у всех больных: острый аппендицит (у 4), прободная язва тонкой кишки (у 1), острый калькулезный холецистит (у 1), разлитой перитонит (у 1). Из 4 больных, оперированных по поводу предполагаемого ущемления паховой грыжи справа, у 3 во время операции диагностирован деструктивный аппендицит с перитонитом, у четвертого — перфорация язвы тонкой кишки, у больной с предполагаемым ущемлением грыжи белой линии живота — острый калькулезный холецистит, у больной с ложным ущемлением пупочной грыжи — разлитой перитонит, у больной с предполагаемым ущемлением послеоперационной грыжи — острый деструктивный аппендицит и перитонит.

Иногда ложное ущемление грыжи может симулировать так называемый «грыжевой» аппендицит [3]. Попадание червеобразного отростка в грыжевой мешок возможно, когда слепая кишка имеет длинную брыжейку и благодаря своей подвижности может перемещаться в грыжевой мешок. Смещение червеобразного отростка в грыжевой мешок может произойти при скользящих грыжах.

Ложное ущемление Брока может наблюдаться не только при «грыжевом», но и при обычном аппендиците, при расположении червеобразного отростка в брюшной полости и при наличии у больного свободной, не ущемленной грыжи (паховой, эпигастральной, пупочной и др.).

Приводим наблюдение ложного ущемления паховой грыжи при остром аппендиците.

Больной Б., 46 лет, заболел остро 1 ноября 1982 г. Появились боли внизу живота справа, которые постепенно нарастали, была однократная рвота (грыжа у больного с 1980 г.). 4 ноября поступил в 1-е хирургическое отделение с жалобами на боли в правой паховой области и внизу живота, болезненное, не вправляющееся в брюшную полость грыжевое выпячивание. Кожа мошонки горячая, при пальпации отмечается крепитация, грыжевое выпячивание не вправляется со 2-го дня заболевания.

Диагноз: ущемленная паховая грыжа справа с начинающейся флегмоной мошонки. Анализ крови: Hb 150 г/л, эр. $4,45 \cdot 10^{12}/л$, л. $10,9 \cdot 10^9/л$, п. 2 %, с. 84 %, лимф. 9 %, мон. 4 %; СОЭ 35 мм в час. Сахар 2,88 ммоль/л, хлориды 91 мэкв/л, К 3,35 мэкв/л, Na 144,1 мэкв/л, мочевина 5,79 ммоль/л, билирубин прямой 0, общий 20,5 мкмоль/л, общий белок 61 г/л.

Анализ мочи без изменений.

На ЭКГ синусовая тахикардия 92 в минуту, промежуточная электрическая позиция сердца.

4 ноября — операция. Под эндотрахеальным наркозом разрезом параллельно и на 2 см выше паховой складки рассечена кожа и подкожная клетчатка. Выделен больших размеров грыжевой мешок, плотный, отечный, со стенками толщиной до 1 см. При вскрытии мешка из него выделилась мутная жидкость с хлопьями фибрина и гнилостным запахом. Ущемления не обнаружено.

Произведена средне-срединная лапаротомия. В брюшной полости большое количество гнойного выпота. Подвздошная кишка резко отечна, инфильтрирована, ее серозная оболочка и брыжейка покрыты рыхлыми фиброзно-гнойными пленками. Выраженный отек пузырно-пупочной связки с участками некроза. Червобразный отросток резко утолщен, напряжен, в средней его части перфоративное отверстие. Выраженная отечность стенок слепой кишки. Вся тонкая и толстая кишки вздуты, отечны, гиперемизированы, не перистальтируют. Произведена аппендэктомия с перевязкой и погружением культи отростка. Брюшная полость трижды промыта раствором фурацилина и тщательно осушена. В корень брыжейки и тонкой кишки введено 200 мл 0,25 % раствора новокaina. Боковые каналы и полость малого таза дренированы перчаточной резиной и полихлорвиниловыми трубками через дополнительные разрезы в обеих подвздошных областях. Через проколы брюшной стенки в подреберных областях введены латексные трубки в подпеченочное пространство и под брыжейку поперечной ободочной кишки для перманентного введения растворов антибиотиков.

Рана послойно зашита наглухо.

Грыжевой мешок паховой грыжи прошит у шейки, перевязан и отсечен. Произведена пластика пахового канала по Мартынову. Правая половинка мошонки дренирована перчаточной резиной. Рана послойно зашита редкими швами.

Гистологическое исследование: флегмонозный аппендицит.

В послеоперационном периоде комплексное лечение перитонита. Вписан 6 декабря в удовлетворительном состоянии с зажившими операционными

Иногда при остром аппендиците наблюдается ложное ущемление операционной грыжи, о чем сообщается в литературе. Мы располагаем аналогичным наблюдением.

Больная А., 61 года, 14 октября 1985 г. по направлению к нам с диагнозом: ущемление грыжи. Жалобы на боли по всему животу, тошноту, рвоту, вздутие, сухость во рту, повышение температуры до 38°C . Грыжа появилась в 1980 г. после операции по поводу внематочной беременности. Около 2 мес назад грыжа вправимой. За сутки до поступления появились боли в животе, в правой паховой области, в которых нарастала, грыжевое выпячивание стало плотным, болезненным, появилась рвота, повысилась температура до $38,5^{\circ}\text{C}$. Общее состояние без особого облегчения.

Общее состояние при поступлении тяжелое. Кожа и видимые слизистые бледные, окраски. Пульс 96 в минуту, ритмичный, мягкий. Тоны сердца ослаблены, шумов нет. АД 140/85 мм рт. ст. В легких легкое легочное дыхание, везикулярное дыхание. Язык сухой, белым налетом. Живот умеренно вздут, при пальпации болезненный, в правой паховой области грыжевое выпячивание в виде плотного, болезненного, вправляющегося в брюшную полость. Здесь же мыщц брюшной стенки, слабый симптом Щеткина — Блюмберга. Перитонеальные шумы кишечника редкие, слышны не было 3 сут. По срединной линии живота, ниже пупка грыжевое выпячивание 8×8 см, мягкое, болезненное, вправляющееся.

Диагноз: ущемление послеоперационной грыжи.

Под эндотрахеальным наркозом произведена средне-срединная лапаротомия. В брюшной полости большое количество гнойного выпота. Поперечная кишка и большой сальник, спаянные с ней, покрыты фиброзно-гнойными пленками. Грыжевой мешок, признаков ущемления нет. Грыжевые мешки, спаянные с ней, вправлены в брюшную полость. При ревизии брюшной полости в полость слепой кишки введен перчаточный фильтр; при разделении его около 10 мл гноя с колибациллярным запахом. Выявлен деструктивный аппендицит. Произведены типичная аппендэктомия, дренирование брюшной полости и дренирование грыжевого мешка дополнительным разрезом в правой паховой области.

В послеоперационном периоде лечение перитонита. Рана зашита наглухо. Пациент здоров.

Ложное ущемление эпигастической грыжи может наблюдаться при остром холецистите. Мы также располагаем подобным наблюдением ущемления грыжи белой линией живота.

в при остром флегмонозном холецистите.

Ряд авторов [5—7] считают, что наряду с такой ошибкой, допускаемой хирургами стационара, как недостаточная резекция кишки в связи с неверной оценкой жизнеспособности кишечной петли, встречаются дифференциально-диагностические ошибки — ставится диагноз ущемления грыжи, когда его нет, а имеется другое чужое хирургическое заболевание органов брюшной полости, симулирующее ущемление грыжи, т. е. возникает так называемое ложное ущемление Брока. Мы считаем, что причин этой ошибки несколько: поверхностный, поспешный осмотр больного, недостаточная оценка собранной анамнез, «шлюз» диагноза направившего врача, также незнание возможности ложного ущемления грыжи.

На основании тщательного анализа всех наблюдений мы полностью согласны с мнением В. С. Савельева и Д. Савчука [7], считающих, что главной от ошибок служит только внимательный осмотр больного без каких-либо упущений.

Следовательно, хотя диагностика ложного ущемления Брока и трудна, вполне возможна без использования инструментальных, рентгенологических и других сложных методов исследования. Для того чтобы разобраться в диагнозе еще до операции, необходимо внимательно осмотреть больного, тщательно собрать анамнез и правильно интерпретировать полученные данные.

При обследовании нужно обращать особое внимание на сроки появления

болей в животе, которые начали беспокоить больного еще до развития патологических изменений в грыжевом мешке, что, к сожалению, не всегда легко выяснить у больных пожилого и старческого возраста. При ложном ущемлении грыжа становится неправильной не потому, что имеется истинное ущемление, а из-за болезненности. Особенно внимательным следует быть в таких случаях во время операции: правильно оценить состояние органов, находящихся в грыжевом мешке, и при малейшем подозрении на острый процесс в брюшной полости, послуживший причиной ложного ущемления грыжи, переходить к лапаротомии.

Во всех наших наблюдениях во время грыжесечения диагностировано ложное ущемление, произведена широкая лапаротомия, в ходе которой установлен истинный диагноз и произведено оперативное вмешательство, адекватное выявленному заболеванию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воскресенский Н. В., Горелик С. А. Хирургия грыж брюшной стенки. — М., 1965.
2. Гольдбург Н. Н. // Хирургия. — 1959. — № 12. — С. 60—64.
3. Желваков Н. М. // Там же. — 1961. — № 8. — С. 117—118.
4. Лобачев С. В., Виноградова О. И. Ущемленные грыжи и их лечение. — М., 1965.
5. Мохнюк Ю. Н., Пугачев А. Д., Яремчук А. Я., Малиновский Ю. Ф. // Хирургия. — 1984. — № 4. — С. 20—23.
6. Петухов И. А. Послеоперационный перитонит. — Минск, 1980.
7. Савельев В. С., Савчук Б. Д. // Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под ред. В. С. Савельева. — М., 1976. — С. 122—143.
8. Юдин Н. Г. // Хирургия. — 1952. — № 2. — С. 73—78.

Поступила 21.10.86