

Katedra i I Klinika Chirurgiczna. Wydział Lekarski. Akademia Medyczna w Lublinie  
Kierownik: prof. dr med. Ta deusz Jacyna-Onyszkiewicz

Lucjan KURYLCIO i Anna PANECKA

### Przepuklina zasłonowa — przyczyną ostrej niedrożności przewodu pokarmowego

Грыжа запирающего канала — причина острой непроходимости желудочнокишечного тракта

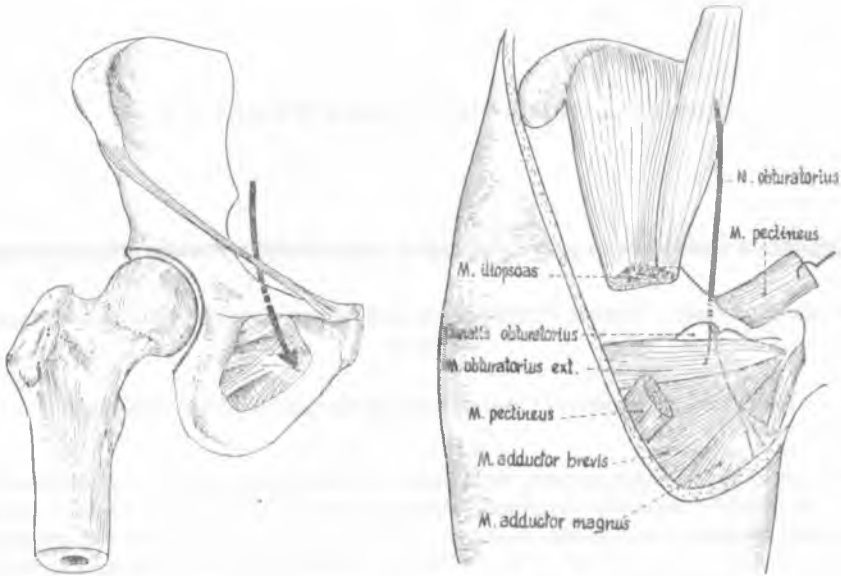
The Obturator Hernia as a Cause of Acute Mechanical Intestinal Obstruction

Jedną z przyczyn powstawania ostrej niedrożności przewodu pokarmowego — rzadko branej pod uwagę — są uwięzłe przepukliny zasłonowe. Wymagają one szczególnego omówienia ze względu na niezwykłą rzadkość występowania, trudności i omyłki rozpoznawcze oraz wysoką śmiertelność chorych (1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 20). W piśmiennictwie polskim i zagranicznym spotyka się opisy pojedynczych przypadków dotyczących przepukliny zasłonowej — z reguły uwięzłej.

Przepukliny kanału zasłonowego należą do przepuklin zewnętrznych, mimo iż powstają głęboko w miednicy małej i w większości przypadków nie są dostępne badaniu zewnętrznemu. Uwięźnięcie ich rozpoznaje się najczęściej w czasie laparotomii wykonanej z powodu niedrożności jelit, lub zapalenia otrzewnej (2, 5, 6, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20). Kanał zasłonowy znajduje się w górnobocznym kącie otworu zasłonowego, biegnie skośnie od góry, tyłu i boku ku dołowi, przodowi i stronie przyśrodkowej (ryc. 1). Jest on ograniczony od góry przez rowek zasłonowy górnej gałęzi kości łonowej, a od dołu przez błonę zasłonową, której górne pasma rozpięte są pomiędzy guzkami zasłonowymi: przednim i tylnym. Błona zasłonowa wzmocniona jest obustronnie przez mięśnie zasłonowe — wewnętrzny i zewnętrzny (3, 4, 6, 9, 14, 15, 16). Długość kanału zasłonowego wynosi od 1,5 do 3,0 cm. (6, 9, 14), a średnica 1,0 do 1,5 cm. (2, 3). Przez kanał ten przechodzą: nerw zasłonowy oraz jednoimienna tętnica i żyła — podążające w kierunku przyśrodkowej strony uda. Cały kanał wysłany jest powięzią wewnątrzmiędniczną.

Przepuklina zasłonowa, przechodząc przez mały, o ostrych brzegach otwór, pojawia się w trójkącie ograniczonym od góry przez gałąź poziomą kości łonowej, przyśrodkowo przez przywodzi-ciele uda, bocznie przez naczynia udowe. Od przodu przykrywa ją mięsień łonowy (3, 16). Może ona przemieszczać się przez kanał i dotrzeć do przestrzeni położonej z tyłu mięśnia łonowego, może przejść pomiędzy częściami — górną i środkową mięśnia zasłonowego zewnętrznego i wreszcie — worek przepuklinowy, może odwarstwić mięsień zasłonowy zewnętrzny i znaleźć się w przestrzeni zawartej między nim a błoną zasłonową (9). Ta trzykierunkowa droga przepukliny zasłonowej posiada raczej znaczenie teoretyczne, gdyż praktycznie nie jesteśmy w stanie tego odróżnić. Zawartość worka przepuklinowego stanowi najczęściej jelito cienkie, rzadko sieć większa, czasami esica,

a może znaleźć się w nim każdy sąsiedni narząd : pęcherz moczowy, jajowód, jajnik, wyrostek robaczkowy, kątnica, uchyłek Meckela (5, 6, 8, 11, 14, 18). Przepuklina zasłonowa występuje najczęściej u ludzi powyżej 60 roku życia, szczupłych, głównie u kobiet (około 6 razy częściej), szczególnie wieloródek, częściej po stronie prawej, rzadko obustronnie, niekiedy we współistnieniu z przepukliną udową (1, 3, 6, 8, 9, 12, 14, 16, 17, 18, 19).



Ryc. 1. *Canalis obturatorius*

Przyczyny powstawania przepukliny zasłonowej nie odbiegają od typowych przyczyn powstawania innych przepuklin (6). Każdy wysiłek fizyczny związany z wykonywaniem zawodu, bądź zwyżki ciśnienia śródbrzusznego wynikające z chorób w układzie oddechowym (uporczywy kaszel, napady duszności) czy w układzie trawiennym doprowadzają do rozluźnienia ściany jamy brzusznej w miejscach słabych, poszerzają naturalne otwory, które stają się wrotami niekiedy dla kilku przepuklin jednocześnie (8, 18). Wielokrotne porody przebiegające ze wzrostem ciśnienia śródbrzusznego powodują zwiotczenie dna miednicy (mięśni, powięzi, więzadeł).

Inna budowa miednicy i większy wymiar poprzeczny otworu zasłonowego u kobiet sprawiają, że przepuklina zasłonowa występuje u nich częściej niż u mężczyzn (9, 18). Pewną rolę usposabiającą do powstawania przepuklin odgrywa przewlekła utrata wagi i zanik przedotrzewnowego tłuszczu, który stanowi zabezpieczenie otworów i zachyłków. Stąd starczy wiek usposabia do przepuklin (3, 5, 8, 9, 18).

Objawy uwięznięcia przepukliny zasłonowej są bardzo niejednolite i z reguły poprzedzone jednym z wyżej wymienionych czynników. Nagły, silny ból brzucha często umiejscowiony w miednicy małej, poprzedza dolegliwości pełnego obrazu ostrej niedrożności przewodu pokarmowego (15). Najbardziej wyróżniającym — choć niestałym — objawem uwięzłej przepukliny zasłonowej jest palący ból i uczucie mrowienia w okolicy przednio-przyśrodkowej uda, zwłaszcza przy kaszlu i ruchach

w stawie biodrowym (1, 3, 5, 7, 8, 9, 14, 16). Przywodzenie i skręcenie wewnętrzne uda napinają mięsień zasłonowy zewnętrzny, który wraz z workiem przepuklinowym zwiększa ucisk na nerw zasłonowy i nasila objawy neuralgiczne. Jest to tzw. objaw Howshipa-Romberga (8, 9, 12, 16). Czasami ból i czucie opaczne są tak dokuczliwe dla chorego, że zmuszają go do utrzymywania uda w lekkim zgięciu, przywiedzeniu i skręceniu do wewnątrz (3, 5, 8, 14, 19).

Badaniem przedmiotowym stwierdza się u chorego typowy obraz ostrej, mechanicznej niedrożności jelit (14). W około 1/3 przypadków — szczególnie u szczupłych — można wymacać bolesny guz przepuklinowy umiejscowiony poniżej więzadła pachwinowego. Rozluźnienie mięśnia łonowego, które można uzyskać przez zgięcie, odwiedzenie i skręcenie zewnętrzne uda — ułatwia lekarzowi wybadanie guza (16). Zdaniem niektórych autorów (6, 7, 12, 14, 15, 18) pomocne w ustaleniu rozpoznania może okazać się skojarzone badanie przez pochwę lub odbytnicę, w czasie którego można wymacać na bocznej ścianie miednicy małej bolesny worek przepuklinowy. Stwierdzono to tylko w około 20% przypadków.

Badanie radiologiczne jamy brzusznej ustala obecność licznych poziomów płynu w rozdętych pętlach jelitowych, położonych w dole brzucha i niejednokrotnie po stronie uwięzienia. Niektórzy klinicyści (1, 8, 9, 12, 20) podkreślają następujący zespół objawów charakterystycznych dla przepukliny zasłonowej: 1) ostra niedrożność jelit z dodatnim objawem Howshipa-Romberga, 2) macalny, bolesny twór wzdłuż bocznej ściany miednicy małej, 3) macalny guzek, lub tkliwość ponad trójkątem udowym — Scarpy i 4) częściowe zgięcie uda z zaostrzeniem bólu przy ruchach w stawie biodrowym. Zespół tych czterech objawów, jeśli występuje u starszej, szczupłej kobiety daje pewne przedoperacyjne rozpoznanie uwięzłej przepukliny zasłonowej.

W zestawieniu objawów zebranych z dostępnego piśmiennictwa — na 33 przypadki uwięzłej przepukliny zasłonowej — dodatni objaw Howshipa-Romberga stwierdzony był 14 razy, a wyczuwalność guza przepuklinowego tylko w 5 przypadkach (tab. 1).

W rozpoznaniu różnicowym należy brać pod uwagę wszystkie czynniki prowadzące do niedrożności jelit i zapalenia otrzewnej. Uwięzłą przepuklinę zasłonową należy różnicować z uwięzłymi przepuklinami: udową i kroczową, z zimnym ropniem schodzącym na udo oraz bólami neuralgicznymi pochodzenia gośćcowego w stawie biodrowym (6). Macalny, bolesny opór w trójkącie udowym może być wzięty za częściej występującą przepuklinę udową, a żywa bolesność w rzucie kątnicy sugeruje wystąpienie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. W zestawieniu, obejmującym (tab. 2) 33 przypadki uwięzłej przepukliny zasłonowej zebrane z piśmiennictwa rozpoznano przedoperacyjnie w 20 przypadkach ostrą niedrożność przewodu pokarmowego (2, 5, 8, 9, 10, 15, 18, 19, 20), w 3 — ostre zapalenie wyrostka robaczkowego (9, 18), w 3 przypadkach uwięzłą przepuklinę udową (9, 10), w 2 — ostre zapalenie otrzewnej (5, 18). W pojedynczych przypadkach, niektórzy autorzy roz-

Tab. 1. Przepukliny zastłonowe zebrane z piśmiennictwa (1959—1970 r.)  
Cases of the obturator hernia collected from the specialized literature (1959—1970)

Autor i rok	Liczba przypadków	Płeć		Wiek w latach	Przepuklina zastłonowa		Czas trwania dolegliwości		Objaw Howshipa-Romberga	Wyczuwalność guza przepuklinowego
		K	M		prawa	lewa	godz.	dni		
Havel i wsp. 1959	5	5		60—83	5		24—7		2	1
Zwierzchowska i wsp. 1964	2	2		58—76	1	1	4—13		1 (+—)	
Banaszkiewicz 1965	1	1		60	1		12		1	1
Rudnicka i wsp. 1966	1	1		62	1		2		1	
Drobniewiczowa i wsp. 1967	5	4	1	50—73	3	2	3—7		1	
Potocki 1967	1	1		63	1		10 mies.			
Senderak 1967	5	4	1	20—78	5		2—7		4	1
Joseph i wsp. 1968	6	5	1	42—84	6					
Kopacz i wsp. 1968	2	2		65—84	2		4			1
Starosławski 1970	2	2		68—76	1	1	20—3		2 (+—)	
Kurylcio i Panecka 1971	3	2	1	60—74	2	1	5—7		2 (+—)	1
Razem	33	28	5		25	8			14	5

Tab. 2. Przepukliny zasłonowe — rozpoznanie przedoperacyjne  
Cases of the obturator hernia — pre-operation diagnosis

Autor	<i>Ileus mecha- nicus</i>	<i>Appendi- citis acuta</i>	<i>Hernia femorals incarc.</i>	<i>Perito- nitis acuta</i>	<i>Hernia inguinalis incarc.</i>	<i>Chole- lithiasis</i>	<i>Gastri- tis acuta</i>	<i>Hernia interna- incarc.</i>	<i>Ileus chron.</i>	Liczba przypad- ków
Havel i wsp.	3				1		1			5
Zwierzchowska i wsp.	2									2
Banaszkiewicz	1									1
Rudnicka i wsp.	1									1
Drobniewiczowa i wsp.	3			1		1				5
Potocki									1	1
Senderak	3	1		1						5
Joseph i wsp.	3	2	1							6
Kopacz i wsp.	1		1							2
Starosławski	1							1		2
Kurylcio i Panecka	2		1							3
Razem	20	3	3	2	1	1	1	1	1	33

poznawali uwięzłą przepuklinę pachwinową (8), kamicę żółciową (5), niezbyt żołądka (8), uwięzłą przepuklinę wewnętrzną (19) i przewlekłą niedrożność jelit (13).

Uwięzła przepuklina zasłonowa jest trudna do rozpoznania w początkowym okresie również z tego powodu, że ona to właśnie stanowi często tzw. typ przepukliny Richtera — uwięźnięcia ściennego, w którym objawy niedrożności z zadzierzgnięcia nie wybijają się na czoło obrazu klinicznego, a dopiero zgorzel i przebicie jelita daje objawy ostrego zapalenia otrzewnej (8, 18).

Rokowanie zawsze jest poważne. Są to bowiem przypadki w większości zaniedbane (chorzy pozostają w domu przez kilka dni od momentu uwięźnięcia), z dużymi zaburzeniami w gospodarce wodnej i elektrolitowej. Zaawansowany wiek chorych, częstokroć z dodatkowymi obciążeniami w układzie krążeniowo-oddechowym pogarszają to rokowanie jeszcze bardziej. Stąd śmiertelność w przypadkach operowanych przepuklin zasłonowych jest nadal bardzo wysoka i wynosi wg niektórych autorów 30—80% (3, 8, 9, 10, 17, 18).

Leczenie przepukliny zasłonowej jest tylko operacyjne (8). Historycznie polecano wiele metod dotarcia do worka przepuklinowego jak: 1) dostęp udowy Andersona, 2) dostęp pachwinowy, zewnątrzotrzewnowy Milligana, 3) nadłonowy, zewnątrzotrzewnowy dostęp Henry'go (cyt. wg 9) oraz wiele sposobów zaopatrzenia wrót przepukliny w postaci: plastyki mięśniowej, kostno-okostnowej, naszyca wolnej sieci, więzadła obłego macicy, użycia powięzi szerokiej uda, chrząstki żebra, siatki tantalowej (3, 9, 14, 20). Magendie (cyt. wg 14) u kobiety po wielokrotnych uwięźnięciach przepukliny zasłonowej zamknął wrota przyszyciem trzonu macicy. Metody te mogą być wykorzystane w operacjach programowych i w przypadkach przepuklin zasłonowych wolnych rozpoznanych przedoperacyjnie. Tymczasem większość chorych, ludzi starych, operowano wskutek objawów ostrej niedrożności jelit. W tych przypadkach każde przedłużanie zabiegu, jako zbyt ryzykowne dla takiego chorego, jest przeciwwskazane (9).

Zabieg operacyjny powinien być prosty, musi trwać możliwie krótko i musi uwzględniać: 1) odprowadzenie zawartości worka przepuklinowego i ewentualne wycięcie uwięzłej pętli jelita, 2) likwidację worka przepuklinowego, 3) zamknięcie wrót przepukliny. W worku uwięzłej przepukliny znajduje się najczęściej zgorzelinowa pętla jelita cienkiego z przedziurawieniem. Najkorzystniejsze jest otwarcie jamy brzusznej z cięcia dolnego pośrodkowego i ułożenie chorego na stole operacyjnym w pozycji Trendelenburga (2, 8, 9, 14, 16, 17). W związku z małym, niepodatnym otworem kanału zasłonowego odprowadzenie uwięzłej pętli może okazać się bardzo trudne. Niekiedy chirurg zmuszony jest naciąć zaciskający pierścień (2), ale powinien to czynić bardzo ostrożnie ze względu na sąsiedztwo naczyń krwionośnych, których uszkodzenie powoduje trudny do zatrzymania krwotok. Niektórzy chirurdzy (6, 14, 16) polecają drogę kombinowaną (otwarcie jamy brzusznej i cięcie podłużne na udzie) dla łatwego uwolnienia pętli jelitowej. Przy tej metodzie delikatne wy-masowanie od strony uda z równoczesnym pociąganiem za pętlę od strony jamy brzusznej ułatwia jej wydobycie. Dzieje się tak również i wtedy, kiedy mylnie rozpoznano

przepuklinę udową uwięźlą i najpierw dokonano cięcia na udzie (10). Przez dotarcie do kanału zasłonowego z cięcia na udzie może być on zamknięty przesuniętym płatem z mięśnia łonowego lub przywodziciela długiego uda, przszytym do okostnej otaczającej kanał. Zamykając wrota przepukliny od strony jamy brzusznej najprostszym sposobem będzie założenie pojedynczych szwów na otrzewną ścienną w otoczeniu kanału zasłonowego (5, 10, 13, 18). W każdym przypadku należy dążyć do wycisnienia worka przepuklinowego, jego podwiązania i odcięcia oraz dobrego zamknięcia wrót (5, 18). Niedostateczne zeszytanie wrót przepukliny prowadzi do nawrotów (19), które zdarzają się dość często, bo w około 25% przypadków (3).

### Omówienie przypadków własnych

W I Klinice Chirurgicznej AM w Lublinie w latach 1961-1970 leczono operacyjnie w ramach ostrych dyżurów 414 chorych z powodu ostrej niedrożności przewodu pokarmowego. U 401 chorych stwierdzono niedrożność mechaniczną, u 13 zaś — czynnościową. Uderzająco wysoka jest liczba niedrożności spowodowana uwięzieniem przepuklin. W wymienionym okresie było ich 289 przypadków. Rodzaje przepuklin uwięzionych oraz ich liczbowy stosunek przedstawia tab. 3. Z tabeli tej wynika, że z powodu przepuklin zewnętrznych leczono operacyjnie 286 chorych, natomiast z powodu przepuklin wewnętrznych — 3 chorych. Pośród przepuklin zewnętrznych

Tab. 3. Przepukliny uwięzione w materiale I Kl. Chir. AM w Lublinie w latach 1961—1970  
Cases of the incarcerated hernia in the material of the 1st Surgical Clinic, Medical Academy, Lublin, in the years 1961—1970

Lp.	Rodzaje przepuklin	Kobiety	Mężczyźni	Razem	
1	Udowa	110	35	145	
2	z e w n ę t r z n e	Pachwinowa	18	46	64
3		Mosznowa		41	41
4		Pępkowa	21		21
5		Brzuszna	4	1	5
6		W kresie białej	4		4
7		W bliźnie pooperacyjnej	2	1	3
8		Zasłonowa	2	1	3
		Razem	161	125	286
9	w e w n ę t r z n e	W zachyłku dwunastniczo-			
		jelitowym	1		1
10		W zachyłku krętniczokątniczym		1	1
11	W otworze krezki esicy	1		1	
	Razem	2	1	3	
	Razem	163	126	289	

Tab. 4. Przepukliny zastłosowe w materiale I Kliniki Chirurgicznej A.M. w Lublinie  
Cases of the obturator hernia in the material of the 1st Surgical Clinics Medical Academy, Lublin

Lp.	Płeć	Wiek	Objawy	Czas trwania choroby	Objawy Hows-hipa-Romberg	Wy-czuwalność guza	Rozpoz-nanie przed-ope-racyjne	Zabieg operacyjny				Rozpoz-nanie poope-racyjne	Wynik
								Dostęp, Cięcie	Stan miejscowy	Zawar-tość worka	Wykonano		
<p><i>Ileus mechanicus</i></p>													
1	K	74	kuczrowe bóle brzucha nudności i wymioty kałowe zatrzymanie wiatrów i stolca	5 dni	+	—	<i>Ileus mechanicus</i>	Laparo-tomia (cię-kowe dolne)	wydzielina kałowa, zgorzel i przebiecie uwięźniętej pętli	petła jelita cienkiego	wycięcie zgorzelino-wej pętli zespolenie bok do boku zeszy-cie wrót drenaż stercoralis.	<i>Hernia obturatoria incarcerata dextra. Peritonitis diffusa stercoralis.</i>	zgon (w 3 dobie)
<p><i>Ileus mechanicus s.s. peritonitide diff.</i></p>													
1	K	74	rozlane bóle brzucha wymioty kałowe zatrzymanie wiatrów i stolca obrona mięśniowa	7 dni	+	—	<i>Ileus mechanicus s.s. peritonitide diff.</i>	Laparo-tomie przy-środkowe prawe dolne	wydzielina kałowa, zgorzel i przebiecie uwięźniętej pętli	petła jelita cienkiego	wycięcie zgorzelino-wej pętli zespolenie bok do boku zeszy-cie wrót drenaż stercoralis	<i>Hernia obturatoria incarcerata dextra. Peritonitis diffusa stercoralis</i>	zgon (w 2 dobie)
<p><i>Hernia femoralis</i></p>													
3	M	60	rozlane bóle brzucha zatrzymanie wiatrów i stolca duszność spoczynkowa sinica obw.	kilka godzin	—	+	<i>Hernia femoralis</i>	Cięcie na udzie	Ucisk pętli (zmiany odwracalne)	petła jelita cienkiego wrót zeszy-cie kanału udowego	uwolnienie pętli blokada krezki zeszy-cie wrót zeszy-cie kanału udowego	<i>Hernia obturatoria incarcerata sinistra. Cor pulmonale chronicum.</i>	zgon (w 4 dobie)



operowano 3 przypadki uwięzłej przepukliny zasłonowej, co stanowi 1,03%. Przypadki te przedstawiono na tab. 4.

Przypadek 1 (chora P. K. lat 74, Nr hist. chor. 4105/779/64) ze względu na podobieństwo objawów oraz przebiegu klinicznego do przyp. 2, został pominięty w opisie.

Przypadek 2. Chora B. M lat 72, rolniczka (Nr hist. chor. 1380/951) przywieziona do kliniki 24.IX. 1967 r. z objawami ostrej niedrożności przewodu pokarmowego. Choroba rozpoczęła się przed tygodniem rozlanymi bólami w jamie brzusznej, okresowo o charakterze zarzynającym. Chodzenie sprawiało chorej ból w prawym stawie biodrowym. Po trzech dniach trwania dolegliwości wystąpiło wzdęcie brzucha, zatrzymanie wiatrów i stolca, a następnie wymioty kałowe. Leżyła się w domu. Z przebytych chorób podaje: gościec pierwotnie przewlekły, przed 30 laty operację obustronnej przepukliny pachwinowej, przed 20 — operację ginekologiczną z powodu wypadania macicy, a 10 lat temu — usunięcie macicy. Rodziła 7 razy, w tym 1 poród bliźniaczy. Badaniem stwierdzono: chora wychudzona, w ułożeniu na wznak z prawą kończyną dolną zgiętą w stawie biodrowym i kolanowym. Język suchy, obłożony szarym nalotem, tętno ok. 100/min. słabo napięte. W dolnych partiach płuc słyszalne rżenia drobno i średnio bańkowe. Powłoki brzucha wzdęte, z napięciem mięśniowym i rozlaną bolesnością. Przy próbie wyprostowania kończyny dolnej prawej w stawie biodrowym bolesność nasila się, szczególnie w prawym podbrzuszu. Na zdjęciu przeglądowym jamy brzusznej, wykonanym w pozycji stojącej, widoczne rozdęte pętle jelitowe z licznymi poziomami płynu, zlokalizowane głównie w podbrzuszu. Z rozpoznaniem ostrej niedrożności jelit chorą poddano zabiegowi operacyjnemu.

Cięciem przyśrodkowym prawym dolnym otwarto jamę brzuszną i stwierdzono: w wolnej jamie otrzewnowej spora ilość wydzieliny kałowej; znaczna część jelita cienkiego rozdęta, wypełniona treścią płynną. Niewielki odcinek końcowego jelita cienkiego opadnięty i nie pozwalający się wyłonić poza obręb jamy brzusznej. Okazało się, że w prawym kanale zasłonowym tkwi uwięzła pętla jelita cienkiego w odległości 60 cm od zastawki krętniczko-kątniczej, z częściową martwicą i dziurą w okolicy uciśnięcia jej przez pierścień zasłonowy. Rozszerzono delikatnie palcem wrota przepukliny i uwolniono siałą pętlę długości około 10 cm. Następnie dokonano wycięcia tej pętli, a ciągłość przewodu pokarmowego przywrócono przez zespolenie kikutów jelita sposobem bok do boku. Worek przepuklinowy wynicowano, podwiązano i odcięto, a na wrota założono 3 pojedyncze szwy jedwabne. Jamę otrzewnową sączkowano. Następnego dnia — stan chorej ciężki. Jest przymroczona, z zaznaczoną sinicą obwodową. Tętno słabo napięte i wyczuwalne. Ciśnienie tętnicze krwi 70/50 mm słupa rtęci. Mimo intensywnego leczenia wystąpił zgon w drugiej dobie pooperacyjnej wśród objawów niewydolności krążenia.

Przypadek 3 dotyczy mężczyzny P. S. lat 60, z zawodu rolnika (Nr hist. chor. 1373/958) przyjętego do kliniki 28 IX 1970 r. z powodu rozlanych bólów brzucha, zatrzymywania wiatrów i stolca oraz duszności. Dolegliwości powyższe wystąpiły przed kilkoma godzinami po wysiłku fizycznym. Chory podaje, że od kilku lat ma ataki duszności, kaszle i leczy się z powodu zespołu płucno-sercowego. Badaniem stwierdzono: chory wyniszczony z zaznaczoną sinicą obwodową i duszność a spoczynkową. W zakresie głowy i szyi odchyłań od normy brak. Klatka piersiowa szeroka, ustawiona wdechowo; wypuk nad płucami bębnowy, osłuchowo — rozlane furczenia i świsty. Tony serca głuche, akcja miarowa. Powłoki brzuszne wysklepione na poziomie mostka, lekko napięte, bolesne szczególnie w podbrzuszu po stronie lewej. Wątroba powiększona, wystaje na 3 palce spod prawego łuku żeberowego. Poniżej lewego więzadła pachwinowego macalny opór podejrzany o uwięzłą przepuklinę udową. W rentgenografii przeglądowej stwierdzono: w obrębie lewej połowy jamy brzusznej rozdęte pętle jelitowe z poziomami płynu. W Ekg — Dextrogyria oraz cechy rozlanych zmian mięśniowych.

Chorego operowano w trybie nagłym z podejrzeniem uwięzłej przepukliny udowej lewej i niedrożności z zadzierzgnięcia. Z cięcia na udzie lewym dotarto do kanału udowego, w którym nie stwierdzono worka przepuklinowego. Opór wyczuwało się głębiej. Wobec powyższego — cięciem

środkowym dolnym otwarto jamę brzuszną i stwierdzono uwięzienie jelita cienkiego w lewym otworze zasłonowym. Poszerzono palcem wrota przepukliny i jelito uwolniono. Ściana jelita w miejscu uwięzienia początkowo ślisa, zaróżowiła się, perystaltyka powróciła. Krezkę jelita cienkiego ostrzyknięto nowokainą. Pierścień zasłonowy zaszyto pojedynczymi szwami jedwabnymi. Dokonano również plastyki kanału udowego. Stan chorego po operacji ciężki. Brzuch wzdęty, lekko bolesny, perystaltyka bardzo leniwa. W 4 dobie pooperacyjnej chory zmarł wśród narastających objawów niewydolności oddechowo-krażeniowej, nie reagujących na stosowane leczenie.

Spostrzeżenia nasze choć skromne, bo dotyczące zaledwie trzech przypadków uwięzienia przepukliny zasłonowej, potwierdzają w zupełności dane z piśmiennictwa. We wszystkich przypadkach znaleziono wyraźną przyczynę powstania przepukliny zasłonowej. Wielokrotne porody w dwu pierwszych, zaś zespół płucno-sercowy z uporczywym, długotrwałym kaszlem w przypadku trzecim. Zwrócono uwagę na objaw Howshipa-Romberga, a w trzecim przypadku badano guz przepuklinowy. W przypadkach przepukliny u kobiet dominowały objawy ostrej niedrożności mechanicznej jelit i zapalenia otrzewnej. W przypadku 3, u mężczyzny macalny guz przepuklinowy w lewym trójkącie udowym i objawy niedrożności bez objawu Howshipa-Romberga sugerowały uwięźlą przepuklinę udową. Zabieg operacyjny z cięć kombinowanych ułatwił odprowadzenie uwięzłej pętli z kanału zasłonowego. Mimo intensywnego leczenia pooperacyjnego wszystkie podane przez nas przypadki zakończyły się niepomyślnie. Przyczyną zgonu w dwu przypadkach było rozlane zapalenie otrzewnej spowodowane przedziurawieniem zmienionego jelita. W trzecim przypadku, dotyczącym mężczyzny, przyczyną zgonu była niewydolność krążenia (*cor pulmonale chronicum*).

### Wnioski

1. W czasie otwarcia jamy brzusznej, wykonywanego z powodu ostrej niedrożności mechanicznej jelit, należy brać pod uwagę uwięźlą przepuklinę zasłonową i w przypadku niezalezienia konkretnej przyczyny niedrożności bezwzględnie kontrolować okolice kanałów zasłonowych.

2. W przypadkach ostrej niedrożności mechanicznej jelit należy zawsze badać wnikliwie w kierunku objawów charakterystycznych dla uwięzłej przepukliny zasłonowej.

3. Leczenie uwięzłej przepukliny zasłonowej jest zawsze operacyjne i polega na otwarciu jamy brzusznej, wycięciu uwięzłej pętli jelita — w przypadkach wątpliwych — oraz zamknięciu wrót przepuklinowych w jak najbardziej prosty sposób.

4. Uwięzienie przepukliny zasłonowej jest obarczone bardzo dużym odsetkiem śmiertelności. Wynika ona ze starszego z reguły wieku chorych, trudności rozpoznawczych i długotrwałości objawów.

## PIŚMIENICTWO

1. Archampong E.: Brit. Med.J., **1**, 230—231, 1969.
2. Banaszkiwicz Z.: Pol. Przeg. Chir., **37**, 523—524, 1965.
3. Beyer V.: Zschr. ärztl. Fortbild., **62**, 260—263, 1968.
4. Bochenek A., Reicher M.: Anatomia człowieka. T. I. PZWL, Warszawa 1968.
5. Drobniewiczowa G., Bonczek A.: Pol. Przeg. Chir., **39**, 610—613, 1967.
6. Grabowski S.: Przepukliny brzuszne. Chirurgia kliniczna pod redakcją J. Nielubowiczowa i W. Rudkowskiego. PZWL, Warszawa 1967.
7. Happen J., Hold J.: Am.J. Surg., **4**, 92—94, 1956.
8. Havel J., Jiroušek F., Šebor J.: Rozhl. Chir., **38**, 490—494, 1959.
9. Joseph W., Kipen Ch., Longmire W.: Am J. Surg., **115**, 301—304, 1968.
10. Kopacz A., Krejczy K.: Pol. Przeg. Chir., **40**, 901—902, 1968.
11. Muratow D. I.: Wiest. Chir., **82**, 122—123, 1959.
12. Nielubowicz J.: Ostre schorzenia jamy brzusznej. PZWL, Warszawa 1958.
13. Potocki J. L.: Pol. Przeg. Chir., **39**, 267—268, 1967.
14. Rolli F.: Min. Chir., **21**, 24—26, 1966.
15. Rudnicka J., Skóra K., Szydlowski Z.: Wiad. Lek., **19**, 1563—1565, 1966.
16. Rutkowski J.: Chirurgia. T. II. PZWL, Warszawa 1955.
17. Schilder C.: Zbl. Chir., **76**, 1782—1784, 1951.
18. Senderak K.: Pol. Tyg. Lek., **22**, 1457—1460, 1967.
19. Starosławski R.: Pol. Przeg. Chir., **42**, 299—301, 1970.
20. Zwierzchowska A., Musierowicz A.: Pol. Tyg. Lek., **19**, 1696—1697, 1964.

Otrzymano 17.IV.1971

## РЕЗЮМЕ

В работе рассматривается проблема грыжи запирающего канала. Ущемленная запирающая грыжа очень редко является причиной механической непроходимости кишечника. В 1-й хирургической клинике Медицинской академии в Люблине в течение 10 лет (1961—1970 гг.) наблюдали 3 случая ущемленной запирающей грыжи. Несмотря на такие симптомы как характерное положение соответствующей нижней конечности и симптом Ховсхипа-Ромберга ни в одном из этих случаев не было установлено правильного диагноза. Лечение этих случаев только операционное: лапаротомия и операция с реконструкцией запирающего отверстия. Авторы считают, что в сомнительных случаях следует провести экцизию ущемленной петли кишки. Значительную смертность больных можно объяснить преклонным возрастом, диагностическими трудностями и продолжительностью симптомов болезни.

## SUMMARY

In the present paper, the authors deal with the problem of obturator hernia. The incarcerated obturator hernia is a rare cause of the mechanical intestinal obstruction. During 10 years (1961-1970) in the First Surgical Clinic of the Medical Academy

at Lublin, the authors met with only 3 cases of incarcerated obturator hernia. None of those cases was primarily diagnosed as incarceration; however, the characteristic position of the leg on the hernia side and Howship-Romberg sign were of the most important diagnostic value.

Operation is the only proper treatment in this case: at first laparotomy and then the operation of the hernia and reconstruction of the obturator foramen. In the authors' opinion, the partial resection of the incarcerated intestine should be performed in doubt cases. The great mortality among these patients is to be explained by their old age, long duration of symptoms and difficulties in diagnosis.