

EIN SELTENER FALL AUS DER PRAXIS: STRANGULIERTE PERINEALE HERNIE

U.O. Abidov

Bukhara Staatliches Medizinisches Institut

*Bukhara-Niederlassung des Republikanischen Wissenschaftlichen Zentrums für
Notfallmedizinische Versorgung.*

Der Artikel: *beschreibt einen seltenen Fall einer strangulierten perinealen Hernie bei einer Frau. Kurze Anatomie des Beckenbodens. Das klinische Bild zeigte sich durch Darmverschluss. Die Patientin wurde nach vorbereitender präoperativer Vorbereitung und Untersuchung operiert.*

Schlüsselwörter: *Verletzung, posterior, perineale Hernie*

Ein perinealer Bruch bei Frauen ist eine Vorwölbung, die durch das urogenitale Septum (Diaphragma urogenitale) oder zwischen den Muskelsträngen des Muskels, der den Anus anhebt, oder zwischen diesem und anderen perinealen Muskeln hindurchgeht. Anatomische Merkmale des Aufbaus des Perineums mit Bildung von Vertiefungen im Peritoneum können als prädisponierende Faktoren bei der Bildung dieses Bruchs dienen.

Seltene Hernienformen umfassen Hernien des Xiphoid-Prozesses, seitliche Bauchhernien, lumbale, perineale. Laut einer statistischen Studie russischer Chirurgen machen Leistenhernien 75 - 80%, Oberschenkelhernien - 8%, Nabelhernien - 4%, postoperative Hernien - 12% und seltene Hernienformen - 1% der Gesamtzahl der Patienten in einem chirurgischen Krankenhaus aus [6,7].

Kongenitale perineale Hernien sind selten. Das Fehlen der Regression des abdominalen Sacks des Embryos wird als prädisponierender Faktor für die Bildung einer Hernie angesehen. Erworbene perineale Hernien sind primär und sekundär. Primär erworbene perineale Hernien werden durch Faktoren verursacht, die mit einem erhöhten intraabdominalen Druck verbunden sind. Sie treten bei Frauen häufiger auf aufgrund des breiteren weiblichen Beckens und der Schwächung des Beckenbodens während der Schwangerschaft und Geburt [9].

Perineale Hernie ist eine seltene Krankheit, die hauptsächlich bei Frauen auftritt. Dies ist auf die Besonderheiten des anatomischen Aufbaus des weiblichen Beckens und des Perineums zurückzuführen [5].

Der Inhalt des Herniensacks sind die Blase und die inneren Geschlechtsorgane. Es gibt keine standardisierten Methoden zur chirurgischen Behandlung der perinealen Hernie [5]. Die Hauptansätze sind transperitoneal und perineal. Die Präsenz eines entwickelten Netzwerks von Blutgefäßen, Nervengeflechten und Beckenorganen macht diesen Bereich während chirurgischer Eingriffe zu einem Hochrisikobereich. Der Chirurg bestimmt die Verschließung des Hernientores entsprechend den festgestellten Veränderungen.

Die Pathologie wird am häufigsten bei Frauen gefunden. Das weibliche Perineum zeichnet sich durch eine besondere Struktur des urogenitalen Diaphragmas und der angrenzenden Muskeln aus. Bei Männern hat das urogenitale Septum eine kleine Öffnung, durch die die Harnröhre verläuft, sodass die Pathologie viel seltener vorkommt und im hinteren Bereich des Perineums auftritt. Es gibt 3 Arten von Hernienbildungen: vordere (Hernia perinaealis anterior), die zwischen mm. constrictor cunni, m. ischio-cavernosus herauskommt, mittlere (Hernia perinaealis media), die zwischen mm. constrictor cunni, m. transverse perinei profundus herauskommt, hintere (Hernia perinaealis posterior) - kommt aus dem Uterus-Rektal-Rezess des Peritoneums. Hintere Hernienvorwölbungen sind in der Regel größer als die vorderen. Perineale Hernienbildungen werden auch in vollständige und unvollständige unterteilt, wobei letztere im Gewebe des Perineums verbleiben. Der Inhalt von perinealen Hernien bei Frauen sind Blase, Geschlechtsorgane. Bei hinteren Hernien sind am häufigsten Darm und Omentum lokalisiert [2,4].

Perineale Hernien treten auf, wenn Schäden an den Muskeln oder der Faszie des Beckenbodens dazu führen, dass das Gewebe sich dehnt oder schwächt. Verletzungen, Krankheiten, Schwangerschaft und größere Beckenoperationen können diesen Schaden verursachen. Der Beckenboden ist eine Gruppe von Muskeln, die die Organe im Beckenbereich stützen, einschließlich Blase und Rektum. Er unterstützt auch die Prostata bei Männern oder die Gebärmutter und Vagina bei Frauen.

Perineale Hernien treten in das Perineum durch Defekte im Beckendiaphragma ein. Dies ist eine der seltensten Formen von Bauchhernien, laut K.D. Toskin und V.V. Zhebrovsky (1990). N.S. Epifanov (1961) fand in der Weltliteratur eine Beschreibung von nur 64 klinischen Fällen [1,5,7].

Patienten klagen über dumpfe Schmerzen im Unterbauch, ein Gefühl von Schwere im Perineum, Verstopfung und Schwierigkeiten beim Wasserlassen. Ein Einklemmen von perinealen Hernien wird als Kasuistik beobachtet. Klinisch tritt das Einklemmen akut auf, mit Symptomen von Intoxikation und Darmverschluss. Der Inhalt einer Hernie ist normalerweise der Dünndarm, aber der Herniensack kann auch ein Omentum oder die Blase enthalten. Die Erkennung von perinealen Hernien ist sehr schwierig, insbesondere in Fällen, in denen die Hernienvorwölbung klein ist und das Unterhautgewebe nicht erreicht.

Wir präsentieren unsere eigene Beobachtung eines seltenen Falles von Einklemmung der perinealen Hernie mit Nekrose der Schlinge des Dünndarms.

Patientin D., 34 Jahre alt, wurde dringend in die Notaufnahme der Bukhara-Filiale des Republikanischen Wissenschaftlichen Zentrums für Notfallmedizin eingeliefert. Sie klagte über krampfartige Schmerzen im Unterleib, Übelkeit, Erbrechen und allgemeine Schwäche. Laut der Patientin traten solche Beschwerden vor etwa 3 Tagen auf. Sie wurde in der Aufnahmeabteilung von einem Gynäkologen untersucht: Allgemeinzustand von mäßiger Schwere. Die Haut hat eine normale Farbe, ist trocken und warm.

Körpertemperatur 37,3°C. Aus der Anamnese geht hervor, dass die Patientin seit mehreren Jahren ein Intrauterinpressar verwendet. Es gibt keine Atemstörungen. Atemfrequenz 17 pro Minute. Puls 98 Schläge/min, zufriedenstellende Füllung. Blutdruck 90/60 mm Hg. Art. Die Zunge ist trocken und sauber. Der Bauch ist in allen Abteilungen angespannt und schmerzhaft im Unterleib. Bei der Perkussion wird ein Tympanitis festgestellt, und bei der Auskultation ist eine geschwächte Darmmotilität zu hören. Symptome einer Peritonealreizung sind schwach positiv.

Laut der Ultraschalluntersuchung der Bauchorgane: Die Bauchspeicheldrüse ist nicht klar visualisiert, Pneumatose ist ausgeprägt, Steine mit einem Durchmesser von bis zu 12 mm werden in der Gallenblasenhöhle visualisiert. Im Douglas-Raum befindet sich freie Flüssigkeit in einem Volumen von etwa 150-200 ml, andere pathologische Veränderungen in den Bauchorganen wurden nicht festgestellt.

Eine Culdocentese wurde durchgeführt. Bei der Punktion wurden etwa 200 ml serös-fibrinöser Flüssigkeit gewonnen. Bei der Patientin bestand der Verdacht auf einen Darmverschluss, und es wurde eine Übersichtsradiografie der Bauchhöhle durchgeführt. Das Röntgenbild zeigt mehrere Kloibersche Schüsseln auf der linken Seite der Bauchhöhle.

Unter Berücksichtigung der Daten aus Anamnese, klinischer und radiologischer Untersuchung wurde bei der Patientin die Diagnose "Akute Dünndarmobstruktion. Peritonitis" gestellt. Trotz der fortlaufenden intensiven konservativen Behandlung (Infusionstherapie, antibiotische, antispasmodische Therapie, Anregung der Darmtätigkeit, reinigende Einläufe) verschlechterte sich der Zustand der Patientin progressiv, das Shetkin-Blumberg-Symptom ist in allen Teilen des Abdomens positiv. Der Patientin wurde aus gesundheitlichen Gründen eine chirurgische Behandlung empfohlen, der sie zustimmte.

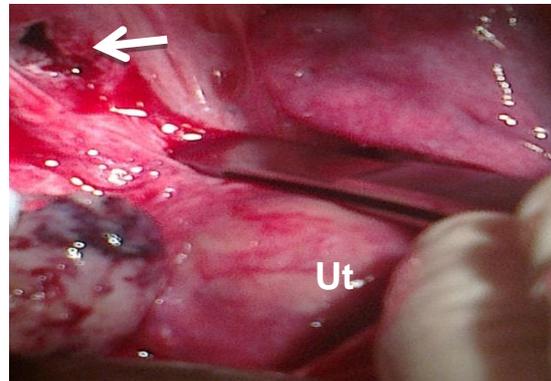
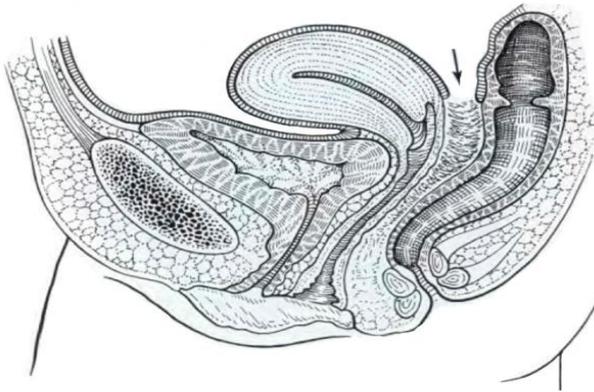
Nach 2 Stunden Vorbereitung wurde die Patientin am 4. Mai 2012 um 20:20 Uhr operiert. Eine mittlere Median-Laparotomie wurde durchgeführt. In der Bauchhöhle wurden etwa 500-600 ml serös-eitriger Ausfluss gefunden, der elektrisch abgesaugt wurde. Bei der Revision der Organe wurden überdehnte Schlingen des Dünndarms mit gas- und flüssigkeitsgefülltem Inhalt und purulent-fibrinösem Belag festgestellt. Es wurde auch festgestellt, dass die Schlinge des terminalen Dünndarms in der Lücke zwischen dem Iliococcygeus-Muskel und dem Levator ani-Muskel eingeklemmt war (was eine eingeklemmte hintere perineale Hernie bildet).

Das Hernientor wurde disseziert und die eingeklemmte Schlinge des Dünndarms wurde aus dem Herniensack in die Bauchhöhle zurückverlegt. Der eingeklemmte Abschnitt des Darms ist schwarz, es gibt keine Peristaltik, die Pulsation der mesenterialen Gefäße wird nicht festgestellt. Ein 40 cm langer nekrotischer Teil des Dünndarms wurde innerhalb intakter Gewebe reseziert, gefolgt von einer Seit-an-Seit-Anastomose.

Der Herniendefekt wurde durch Vernähen der umliegenden Muskeln mit

Einzelknopfnähten verschlossen. Es wurde eine nasointestinale Intubation mit einer doppelumigen Silikonsonde durchgeführt. Sanierung und Drainage (subhepatischer Raum, Seitenkanäle und Beckenhöhle) der Bauchhöhle wurden durchgeführt.

Postoperative Diagnose: Einklemmte hintere perineale Hernie. Komplikation: Akute Dünndarmobstruktion. Gangrän des Dünndarms. Diffuse purulent-fibrinöse Peritonitis, toxische Phase.



Zeichnung. Hernientor der hinteren perinealen Hernie. (Der Pfeil zeigt auf die Lücke zwischen dem Iliococcygeus-Muskel und dem Muskel, der den Anus hebt).

Der Verlauf der postoperativen Phase verlief problemlos. Die orale Ernährung der Patientin begann am 3. Tag nach der Operation. Die Funktion des Gastrointestinaltrakts wurde vollständig wiederhergestellt. Die Heilung der postoperativen Wunden erfolgte durch primäre Intention. Die Patientin wurde am 9. Tag nach der Operation in zufriedenstellendem Zustand entlassen.

Somit bestätigt diese klinische Beobachtung die Möglichkeit eines Einklemmens von perinealen Hernien, was zuvor als Kasuistik betrachtet wurde.

LITERATUR:

1. Власова.П., В.К. Константиновидр. Хирургическое лечение ущемленных грыж. Материалы конференции «Актуальные вопросы герниологии», Москва, 9-10 октября 2002:9.

2. Госпитальная хирургия /Под ред. Л. Н. Бисенкова, В. М.Трофимова. –СПб.: Издательство «Лань», 2005. – 896 с.

3. Госпитальнаяхирургия /Подред. Л. Н. Бисенкова, В. М.Трофимова. –СПб.: Издательство«Лань», 2005. – 896 с.
4. ЕгиевВ.Н., ЛядовК.В. идр. Атласоперативнойхирургиигрыж.
5. ЖебровскийВ. В. Хирургиягрыжживотаиэвентраций /В. В. Жебровский, МохаммедТомЭльБашир //Симферополь: БизнесИнфо, 2002. – 440 с.
6. ТоскинК. Д. Грыжиживота. /К. Д. Тоскин, В. В. Жебровский //М.: Медицина,1983. – 240 с.
7. ТоскинК.Д., ЖебровскийВ.В. Грыжиживота. М.:1. Медицина», 1983: 240
8. с. Franklin M. Laparoscopy operation on the occasion of post operation perineal hernias /M. Franklin, D. Abrego, E. Parra //Hernia. – 2002. – №1. – P. 42 – 44.
9. Stamatiou D, Skandalakis JE, Skandalakis LJ, Mirilas P. Perineal hernia: surgical anatomy, embryology, and technique of repair. Am Surg. 2010 May;76(5):474-9. PMID: 20506875.
10. Uktamovna, M. M. (2023). O'ZBEK VA INGLIZ TILLARIDA EPITETNING CHOG'ISHTIRMA TADQIQI. OBRAZLI EPITETLAR. MODELS AND METHODS FOR INCREASING THE EFFICIENCY OF INNOVATIVE RESEARCH, 2(23), 439-444.
11. Mamadjanova, M. (2023). ESSENTIAL CHARACTERISTICS OF EPITHET. International Bulletin of Applied Science and Technology, 3(10), 89-91.
12. Uktamovna, M. M. (2022). EPITETNING LINGVISTIK TABIATI. IJTIMOYIY FANLARDA INNOVASIYA ONLAYN ILMIY JURNALI, 2(8), 26-30.
13. Uktamovna, M. M. (2023). TRANSFERRED EPITHET IN ENGLISH LANGUAGE. Научный Фокус, 1(1), 921-924.
14. Mamadjanova, M. U. (2022). O 'ZBEK VA INGLIZ TILLARIDA EPITETNING CHOG 'ISHTIRMA TADQIQI. ANTONAMAZIYA EPITETLAR. RESEARCH AND EDUCATION, 1(5), 110-115.