

**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ЖИВОТА С  
УЩЕМЛЕНИЕМ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА****В.А. Беленький, В.А. Бородай, В.В. Негодуйко***Военно-медицинский клинический центр северного региона*

**Резюме:** Проанализированы результаты диагностики и хирургического лечения 3 больных с ущемленными грыжами передней брюшной стенки, содержимым которых был вторично измененный червеобразный отросток. Все больные были мужчины в возрасте 44, 76 и 77 лет. Выявлено наличие предрасполагающих факторов для развития ущемления. Гистологические изменения в стенке червеобразного отростка коррелируют с клиническими проявлениями. Для уточнения содержимого грыжевого мешка до операции необходимо выполнение иригографии или виртуальной колоноскопии, а интраоперационно - экспресс биопсии.

**Ключевые слова:** ущемленная грыжа, хирургия, червеобразный отросток.

Особливості діагностики та лікування гриж живота з защемленням червоподібного відростка.

Грыжи живота – частое заболевание, наблюдаемое у 2-4% всего населения. В общехирургических стационарах больные грыжами составляют 10% от общего числа больных [4]. Ущемленные грыжи встречаются у 3-20% больных с грыжами. В структуре острых заболеваний органов брюшной полости ущемленные грыжи занимают 4 место. В структуре заболеваемости преобладают лица пожилого и старческого возраста. Среди ущемленных грыж преобладают паховые и бедренные, реже пупочные, послеоперационные и белой линии живота. Ущемление паховых грыж чаще наблюдается у мужчин, бедренных и пупочных – у женщин. Наиболее часто подвергаются ущемлению тонкая кишка вместе с сальником. Ущемление других органов встречается редко. Летальность при ущемленной грыже составляет 3-11% [1]. Тонкая кишка подвергается ущемлению в 33,3-57,7% случаев, сальник – в 26,2 – 30,6%, толстая кишка – в 12%, остальные органы брюшной полости – в 4,7% [2]. Положение верхушки червеобразного отростка особенно непредсказуемо. «Нормальная» его локализация в правом нижнем квадранте, на крестцовом мысе – отмечается в 40% случаев, позади слепой кишки (ретроцекально) в 30% случаев, в полости таза в 10% случаев или сзади от терминального отдела подвздошной кишки (ретроилеальный) в 20% случаев [3]. Учитывая редкость ущемления червеобразного отростка в паховых и бедренных грыжах, актуальным являются вопросы диагностики и лечения данной патологии.

Цель исследования – проанализировать случаи ущемления червеобразного отростка в грыжах передней брюшной стенки.

**Материалы и методы исследования:** В работе представлены результаты лечения 3 больных, которые были прооперированы на базе хирургического отделения клиники торакоабдоминальной хирургии Военно-медицинского клинического центра северного региона по поводу ущемленных грыж живота, содержимым которых был вторично измененный червеобразный отросток. Все больные были прооперированы в неотложном порядке. Все больными были мужчинами. По возрасту больные распределились: 1 больной с ущемленной паховой грыжей 44 года и двое больных с ущемленными паховой и бедренной грыжами соответственно 76 и 77 лет. Методы исследования: общеклинические (жалобы, анамнез, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), лабораторные (общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови), инструментальные (электрокардиография, ультразвуковое исследование органов брюшной полости), рентгенографические (флюорография органов грудной клетки, обзорная рентгенография органов брюшной полости), гистологические.

**Результаты исследования:** Нами исследованы 3 больных.

Больной П, 44 лет. Поступил с жалобами на наличие грыжевого выпячивания в правой паховой области и ноющую боль в области выпячивания. Болеет около 2 месяцев. Боль появилась после подъема тяжестей. В течении суток боль усилилась. Объективно: грыжевое выпячивание в правой паховой области 5,0x4,0 см, умеренно болезненное, частично вправляемое в брюшную полость, при перкуссии тупой звук, аускультативно выслушиваются кишечные шумы, симптом «кашлевого толчка» отрицательный. В анализах крови и мочи, ЭКГ, ФОГК без патологии. Предварительный диагноз: Правосторонняя невправимая паховая грыжа с выраженным болевым синдромом. В процессе операции, выполненной под местной анестезией, грыжевой мешок располагался в элементах семенного канатика, содержимым был червеобразный отросток (размер 7,0x0,5 см), который был ущемлен во внутреннем паховом кольце (размер 1,5 см в диаметре). Рассечение внутреннего пахового кольца. Типичная аппендэктомия. Выполнена герниопластика по Постемскому справа. Послеоперационный период протекал гладко. Послеоперационный диагноз: Приобретенная ущемленная косая паховая грыжа справа. Хронический аппендицит. Гистологическое заключение: простой вторичный аппендицит. Общий койко-день 6 дней. Выписан с выздоровлением.

Больной Г., 77 лет. Поступил с жалобами на наличие болезненного образования в правой паховой области. Болеет около 4 дней. Объективно: в правой паховой области под паховой связкой определяется плотное болезненное образование 3,0x2,0 см, подвижное, перкуторно тупой звук, аускультативно кишечные шумы не выслушиваются. В общих анализах крови,

мочи, ФОГК без патологии. При УЗИ определяется гипоэхогенное образование, неоднородной структуры 1,6x1,1 см. Предварительный диагноз: Правосторонний паховый лимфаденит. Учитывая усиление болевого синдрома, новообразование удалено под местной анестезией и направленно на экспресс гистологическое исследование. Гистологическое заключение: среди жировой клетчатки участок стенки червеобразного отростка с признаками флегманоно-язвенного воспаления. Удаленный макропрепарат представлен на рис. 1.

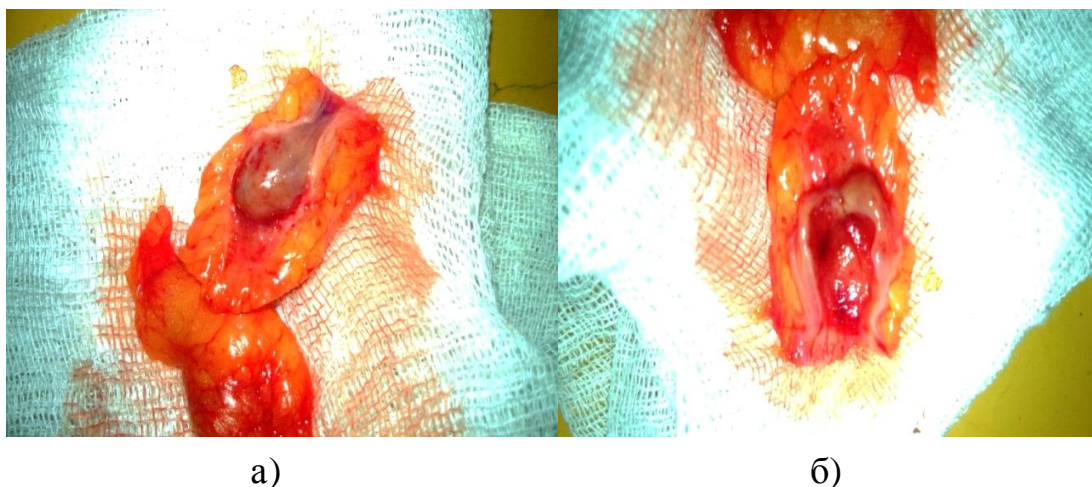
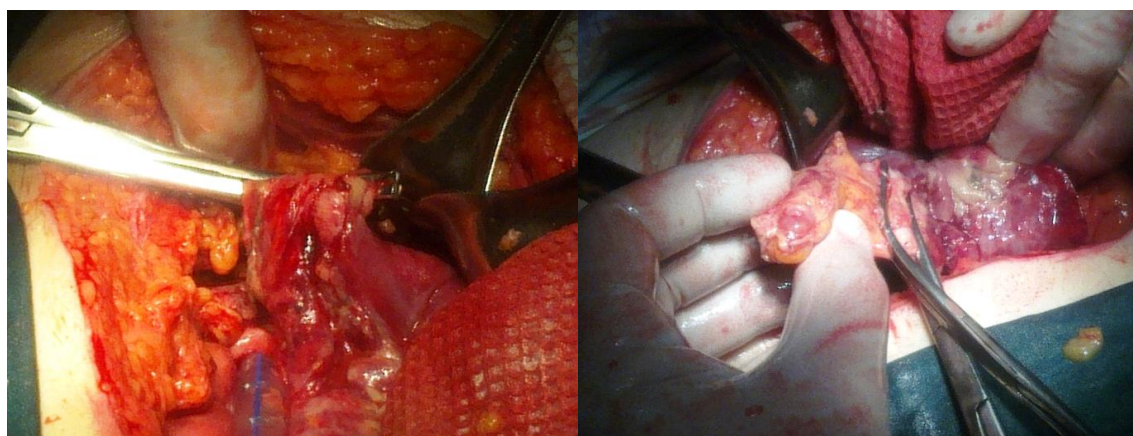


Рис. 1. Удаленный макропрепарат: а) и б) удаленная верхушка червеобразного отростка.

Оперативное вмешательство продолжено, ущемляющее кольцо (размер 1,2 см в диаметре) рассечено. Через заднюю стенку пахового канала выполнена типичная аппендэктомия (червеобразный отросток размером 7,0x0,7 см), герниопластика по G. Ruggi. Послеоперационный период протекал гладко. Послеоперационный диагноз: Приобретенная ущемленная бедренная грыжа справа. Острый флегмонозный аппендицит. Сопутствующая патология: Ишемическая болезнь сердца. Диффузный кардиосклероз. Сердечная недостаточность I степени. Хронический бронхит в фазы нестойкой ремиссии. Общий койко-день – 10 дней. Выписан с выздоровлением.

Больной Л., 76 лет. Поступил в тяжелом состоянии с жалобами на отсутствие стула и отхождения газов в течение 4 дней, постоянную боль в правой паховой области, наличие грыжевого выпячивания в правой паховой области, которое не вправляется в последние 4 суток. Паховая грыжа беспокоит на протяжении 10 лет, запоры на 2-3 суток около 10 лет. Объективно: живот деформирован за счет вздутия в правой половине живота, в правой паховой области кожа отечна и гиперемирована, определяется болезненное грыжевое выпячивание, которое не вправляется в брюшную полость. Симптом «кашлевого толчка» отрицательный. Мышцы живота напряжены. Перитонеальные симптомы положительные. Перкуторно определяется тупой

звук, аускультативно усиленные кишечные шумы. В общем анализе крови: лейкоцитоз ( $L 28,7 \times 10^9/l$ ) с сдвигам лейкоцитарной формулы влево, токсичная зернистость нейтрофилов, анемия ( $Hb 68 \text{ г/л}$ ) III степени, повышение СОЭ, гипопроteinемия, гипербилирубинемия, увеличение концентрации мочевины и креатинина. На обзорной рентгенографии определялись чаши Клойбера и свободная жидкость. По данным УЗИ: наличие свободной жидкости в брюшной полости. Предварительный диагноз: Ущемленная паховая грыжа справа. Острый перитонит. Под общим обезболиванием выполнена нижнесрединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, устранение ущемления, аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости, вскрытие флегмоны и дренирование правого пахового канала, паравезикального пространства справа. Червеобразный отросток (размер  $7,0 \times 0,8 \text{ см}$ ) был ущемлен во внутреннем паховом кольце (диаметр кольца до  $1,5 \text{ см}$ ). Этапы операции представлены на рис. 2.



а)

б)

Рис. 2. Этапы операции по удалению червеобразного отростка: а) извлечение червеобразного отростка из пахового канала, б) наложение зажима на брыжейку червеобразного отростка.

Послеоперационный диагноз: Ущемленная косая паховая грыжа справа. Острый гангренозно-перфоративный аппендицит. Разлитой фибринозно-гнойный перитонит. Флегмона правого паравезикального пространства и правого пахового канала. Гистологическое заключение: вторичный аппендицит, периаппендицит, наличие перфорации с явлениями гангренозного воспаления. Послеоперационный период осложнился на 10 сутки нагноение послеоперационной раны в правой паховой области, что потребовало оперативного вмешательства по поводу вскрытия гнойных затеков. На 12 сутки развилась нагноение послеоперационной раны после нижнесрединной лапаротомии с эвентрацией тонкой кишки, что потребовало релапаротомии, ревизии, санации и дренирования брюшной полости, устранение эвентрации. Спустя 30 суток выполнена операция наложение

вторичных швов на гранулирующую послеоперационную рану. Сопутствующая патология: Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения III ФК. Диффузный кардиосклероз. Постоянная форма фибрилляции предсердий. Сердечная недостаточность II A стадии. Вторичная анемия тяжелой степени. Хронический пиелонефрит в фазе нестойкой ремиссии. Хронический колит в фазе нестойкой ремиссии. Общий койко-день 69 дней. Выписан с выздоровлением.

Из вышеизложенных клинических случаев следует, что эктопия червеобразного отростка возможна при наличии эктопии слепой кишки с расположением червеобразного отростка в грыжевом мешке при правосторонней паховой или бедренной грыжах. Предрасполагающими факторами, приводящими к повышению внутрибрюшного давления, являются подъем тяжестей, хронический бронхит, хронический колит. Анализ гистологических изменений в стенке червеобразного отростка коррелирует с клиническими проявлениями. Ущемление червеобразного отростка возможно при наличии дефекта передней брюшной стенки от 1,2 до 1,5 см в диаметре. Все случаи выявления ущемления червеобразного отростка выявлены интраоперационно. Для уточнения состава содержимого грыжевого мешка до оперативного вмешательства возможно применение иригографии и виртуальной колоноскопии. Экспресс биопсия во время операции позволяет правильно определиться с оперативной тактикой.

### **Выводы**

1. Предрасполагающим фактором развития ущемления червеобразного отростка в паховой и бедренной грыжах справа является наличие узкого дефекта передней брюшной стенки и повышения брюшного давления (подъем тяжестей, хронический бронхит, хронический колит) с наличием эктопии слепой кишки.
2. Степень выраженности клинических проявлений зависит от степени нарушения кровообращения в червеобразном отростке.
3. При неясности в происхождении удаляемого образования в области возможного выхода грыж экспресс биопсия является определяющим методом исследования.
4. Для уточнения диагноза, при подозрении на наличие червеобразного отростка в грыжевом содержимом, необходимо выполнение иригографии или виртуальной колоноскопии при отсутствии показаний к неоложному оперативному лечению.
5. Диагноз ущемления червеобразного отростка устанавливается интраоперационно.
6. Для профилактики ущемления грыж и последующих осложнений необходимо своевременное выявление и плановое оперативное лечение.

## Список литературы

1. Бисенков Л.Н. Неотложная хирургия груди и живота: Руководство для врачей / Л.Н. Бисенков, П.Н. Зубарев, В.М. Трофимов, С.А. Шалаев, Б.И. Ищенко / Под ред Л.Н. Бисенкова, П.Н. Зубарева. – СПб.: Гиппократ, 2006. – С. 466-480.
2. Лисицын К.М., Шапошников Ю.Г. Неотложная хирургия органов брюшной полости для войскового врача. – М.: Воениздат, 1984. – С.83.
3. Паппас Т.Н. Лапароскопическая хирургия. Атлас / Т.Н. Паппас, А.Д. Приор, М.С. Харниш; пер. с англ. под ред. проф. С.С. Харнаса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – С. 130.
4. Черенько М.П. Брюшные грыжи / М.П. Черенько, Я.С. Велигура, М.Н. Яцентюк, П.А. Шпита, Ю.В. Игнатовский, Я.П. Фелештинский / К.: Здоровье. 1995. – С. 5-9.

**Резюме:** Проаналізовано результати діагностики та хірургічного лікування 3 хворих з защемленими грижами передньої черевної стінки, змістом яких був вторинно змінений червоподібний відросток. Всі хворі були чоловіками віком 44, 76 та 77 років. Виявлено наявність сприяючих факторів для розвитку защемлення. Гістологічні зміни в стінці червоподібного відростка корелюють з клінічними проявами. Для уточнення змісту грижового мішка до операції необхідно виконання ірігографії або віртуальної колоноскопії, інтраопераційно - експрес біопсії.

**Ключові слова:** защемлена грижа, хірургія, червоподібний відросток.

**Summary:** The results of diagnostics and surgical treatment are analysed 3 patients with strangulated hernia of front abdominal wall, content of which was the the second-changed vermicular appendix. All of patients were men in age 44, 76 and 77 years. The presence of predisposed factors is exposed to development of restriction. Histological changes in the wall of vermicular appendix are correlated with clinical displays. For clarification of content of hernia sack to the operation implementation of irigography or virtual colonoscopy is needed, and intraoperatively is an express of biopsy.

**Keywords:** strangulated hernia, surgery, appendix.