

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УЩЕМЛЕНИЯ СЛЕПОЙ КИШКИ С ЧЕРВЕОБРАЗНЫМ ОТРОСТКОМ В ЛЕВОСТОРОННЕЙ КОСОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ

*С.В. ТАРАСЕНКО<sup>1,2</sup>, А.А. НАТАЛЬСКИЙ<sup>1</sup>, О.Д. ПЕСКОВ<sup>2</sup>, В.П. КОЧУКОВ<sup>3</sup>, О.В. ЗАЙЦЕВ<sup>1,2</sup>,  
Е.О. АВИЛУШКИНА<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Рязань

<sup>2</sup>Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Рязань

<sup>23</sup>Объединенная больница с поликлиникой Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

### Сведения об авторах:

**Тарасенко Сергей Васильевич** – д.м.н., профессор, зав. каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

**Натальский Александр Анатольевич** – д.м.н., доцент каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, e-mail: lorey1983@mail.ru

**Песков Олег Дмитриевич** – д.м.н., доцент каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань

**Кочуков В.П.** – д.м.н., заведующий хирургическим отделением ФГБУ Объединенная больница с поликлиникой управления делами президента РФ

**Зайцев Олег Владимирович** – д.м.н., доцент каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

**Авилушкина Елена Олеговна** – ординатор каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, e-mail: elena.avilushkina@gmail.com

Грыжи являются одной из самых распространенных хирургических патологий, заболеваемость населения наружными грыжами живота составляет 4–7%. Ущемление при паховой грыже является наиболее частым осложнением и составляет по данным отечественных авторов 10–17% от всех случаев заболевания. Чаще всего ущемляется тонкая кишка (63–68%), затем сальник (16–20%), толстая кишка (6–8%), одновременно тонкая и толстая кишка (3–4%), сальник и кишки (4–5%). Ущемление слепой кишки в левосторонней паховой грыже – явление крайне редкое, встречается в ряде случаев при аномалиях расположения и прикрепления слепой кишки. В статье приводится описание клинического случая ущемления слепой кишки и червеобразного отростка при левосторонней косой паховой грыже.

**Ключевые слова:** слепая кишка, косая паховая грыжа, ущемление.

Грыжи являются одной из самых распространенных хирургических патологий, заболеваемость населения наружными грыжами живота составляет 4–7%. Ущемленная грыжа осложняет течение заболевания у 10–17% грыженосителей и находится на 4–5-м месте среди всех госпитализированных больных с острой хирургической патологией. Среди неотложных вмешательств грыжесечение занимает 3-е место после аппендэктомии и холецистэктомии [1]. Послеоперационная летальность колеблется в пределах 2,6–11,0%. В сравнении с плановыми грыжесечениями летальность при ущемленной грыже возрастает в 16,2 раза [2]. Если у больных молодого и среднего возраста летальность составляет 2,8–3% [3, 4], то в возрасте от 60–70 лет она достигает 5,6–7,4%, а в возрасте старше 70 лет 15–18% [5, 6]. Чаще всего ущемляются петли тонкого кишечника и большой сальник, значительно реже – мочевой пузырь, яичник, дивертикул Меккеля. Тонкая кишка ущемляется в 63–68% случаев, сальник в 16–20%, толстая кишка 6–8%, одновременно тонкая и толстая кишка в 3–4%, сальник и кишки в 4–5% [7].

Ущемление слепой кишки при левосторонней паховой грыже – явление крайне редкое, встречается в ряде случаев при аномалиях расположения и прикрепления слепой кишки.

Для понимания ряда условий образования паховых грыж и топографии толстой кишки надо учитывать некоторые дан-

ные эмбриологии. В период эмбриональной жизни однородная первичная кишечная трубка, располагаясь почти вертикально, продвигается внутрибрюшинно на общей брыжейке свой сложный путь развития. На 4–6-й неделе появляется первый зачаток начальной части толстой кишки – слепая кишка в виде небольшого дивертикула, располагающегося почти под печенью, а потом постепенно опускающегося вниз. У 12-недельного зародыша, когда заканчивается поворот кишечника, слепая кишка располагается на уровне передней верхней ости подвздошной кости. Брыжейка толстой кишки остается только у подвижной поперечно-ободочной кишки и нижнего отдела сигмовидной. В других отделах – восходящей, нисходящей кишки и верхнего отдела сигмовидной кишки брюшина в той или иной степени на различном протяжении спаивается и срастается с заднебоковой брюшной стенкой. В редких случаях при неправильном развитии этого первичного срастания не происходит, и общая брыжейка толстой кишки по всей длине сохраняет подвижность [8]. Приблизительно в 5% наблюдается мезоперитонеальное положение слепой кишки, в 7% слепая кишка имеет общую брыжейку с конечным отделом подвздошной кишки [8, 9].

Следует заметить, что, ущемление слепой кишки с отростком не обязательно ведет к воспалительным изменениям в червеобразном отростке [10].

Выбор и объём оперативного вмешательства зависят от размеров грыжевого мешка, наличия осложнений, сопутствующей патологии. При небольших грыжах можно ограничиться восстановлением целостности рассеченного брюшинного листка (грыжевого мешка), вправлением грыжевого выпячивания и надежным закрытием пахового канала (укреплением задней стенки его).

При больших трудновправимых грыжах целесообразно расширить доступ (герниолапаротомия), освободить кишку от сращений и закончить операцию одним из способов восстановления нормальных анатомических соотношений (соединение листков брюшины, вентрофиксация) [11]. Пластику пахового канала производят с учетом состояния тканей и высоты пахового промежутка [12]. Наиболее универсальным ненапряжным методом лечения паховых грыж является способ укрепления задней стенки пахового канала [13, 14].

Приводим описание клинического случая: больной Б., 57 лет поступил в ГБУ РО «ГК БСМП» г. Рязани с клиникой ущемленной левосторонней паховой грыжи. Больной предъявлял жалобы на умеренные боли в левой паховой области, усиливающиеся при ходьбе, наличие невправимого грыжевого выпячивания. Грыженосительство около 3 лет. В последние две недели заметил увеличение и уплотнение грыжевого выпячивания. Накануне вечером появились сильные боли в левом паху, в связи с чем обратился в приемный покой БСМП.

При осмотре в левой паховой области с распространением в мошонку определяется грыжевое выпячивание размером 10×6×5 см, мягко-эластической консистенции, невправимое, умеренно болезненное, симптом кашлевого толчка отрицательный. Лейкоциты –  $11,1 \times 10^9/\text{л}$ ,  $t$  тела –  $37,4^\circ\text{C}$ . При обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости данных за острую кишечную непроходимость нет. После проведения предоперационной подготовки болевой синдром купирован, больной в срочном порядке взят в операционную.

Под СМА косым разрезом паховой области слева вскрыт паховый канал, элементы семенного канатика не дифференцируются, представлены стенкой грыжевого мешка, который следует в мошонку. Грыжевой мешок выделен из мошонки, вскрыт, выделилось около 20 мл светлой грыжевой воды (рис. 1).

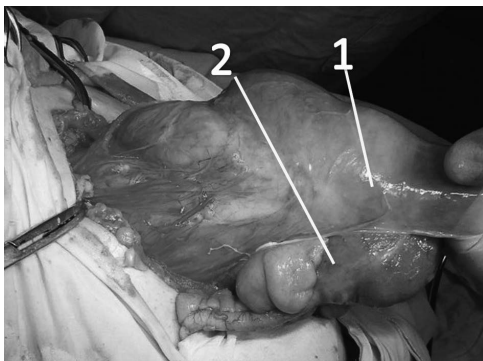


Рис. 1. Выделен и вскрыт грыжевой мешок:  
1 – грыжевой мешок, 2 – слепая кишка

Содержимым грыжевого мешка является слепая кишка с червеобразным отростком (рис. 2). Червеобразный отросток без признаков воспаления, слепая кишка жизнеспособна, мобильна.

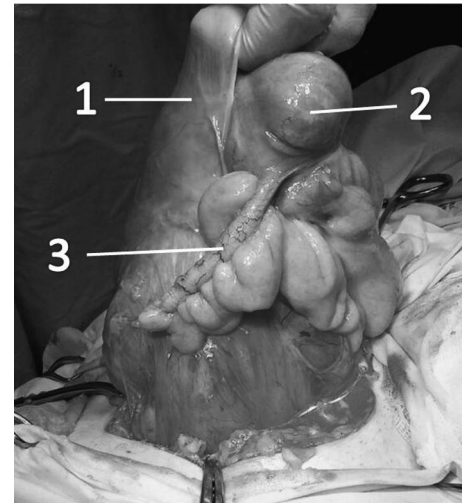


Рис. 2. Вскрыт грыжевой мешок:

1 – грыжевой мешок, 2 – слепая кишка, 3 – червеобразный отросток

Кишка с отростком погружены в брюшную полость. Грыжевой мешок прошит, отсечен. Выполнена герниопластика по Лихтенштейну сетчатым эндопротезом «Линтекс» 6х11 см. Послеоперационный период протекал без осложнений. Самостоятельный стул на 3-и сутки. Больному проводилась обезболивающая терапия, профилактика тромбоэмболических осложнений.

Таким образом, рассмотренный клинический случай подчеркивает важность своевременной диагностики и лечения ущемленных паховых грыж.

#### Список литературы

1. Ветшев П.С., Крылов Н.Н. Анализ причин смерти больных с острой болью в животе. //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2005. № 4. Т. 15. С. 50-56.
2. Белоконев В.И., Замятин В.В., Пушкин С.Ю., Ковалева З.В., Супильников А.А., Пономарева Ю.В., Заводчиков Д.А. Тенденции в оказании помощи больным с грыжами за период 1995-2005 годы в Самарской области. // Вестник герниологии (сборник научных статей). Вып. 2. (Под ред. А.Д. Тимошина, А.Л. Шестакова). Москва. 2006. С. 37-42.
3. Андросова Т.П. Хирургическое лечение больных старше 60 лет при ущемленных грыжах живота. //Вести хир. 1974. № 5. С. 51-54.
4. Козлов И.З., Андросова Т.П. Анализ летальных исходов у больных, оперированных по поводу ущемленных грыж. //Хирургия. 1972. № 10. С. 75-79.
5. Постолов М.П., Антипина В.П., Ташбеков Ф.Б. Пути снижения летальности при ущемленной грыже. //Хирургия. 1984. № 3. С. 68-73.
6. Самойлов М.А., Карпов М.М., Мажара Т.П. Об исходах ущемления грыж. //Вести хир. 1975. № 1. С. 135-138.

7. Григорян Р.А. Абдоминальная хирургия: В 2 т. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. Том 1. 608 с.

8. Lee YJ, Lee YA, Liu TJ et al. Mobile cecum syndrome: a report of two cases. // Chung Hua I Hsueh Tsa Chin (Taipei). 1996. Vol.57. N5. P.380-383.

9. Ris H.B., Stirnemann H., Doran J.E. The mobile cecum syndrome: appendectomy and cecopexy or only appendectomy. // Chirurg. 1989. Vol. 60. N 4. P.277

10. Кукуджанов Н.И. Паховые грыжи. Издательство «Медицина» Москва 1969. С. 440-448.

11. Айвазян В.П. Показания к хирургическому лечению подвижной слепой кишки. // Клин. мед. -1975. -N7. -С.57-60.

12. Воскресенский, Л.В. Хирургия грыж брюшной стенки. // Л.В. Воскресенский, С.Л. Горелик. – М., 1965. – 365 с..

13. Егиев В.Н. Варианты фиксации сетчатого протеза при лапароскопической преперитонеальной пластике паховых грыж.// В.Н. Егиев, И.В. Шрайнер // Материалы междунар. конф. Трудные грыжи. – М., 2012. – С. 32–33. -281.

14. Харитонов С.В., Родоман Г.В., Харитонов С.С., Зинякова М.В. Особенности и отдаленные результаты применения самофиксирующихся имплантов в лечении больных с паховыми грыжами // Московский хирургический журнал. 2017. № 1 (53). С. 10–15.

Samarskoj oblasti.// Vestnik gerniologii (sbornik nauchnyh statej). Vyp. 2. (Pod red. A.D. Timoshina, A.L. S.Hestakova). Moskva. 2006. S. 37–42.

3. Androsova T.P. Hirurgicheskoe lechenie bol'nyh starshe 60 let pri ushchemlennyh gryzhah zhivota. //Vesti hir. 1974. № 5. S. 51–54.

4. Kozlov I.З., Androsova T.P. Analiz letal'nyh iskhodov u bol'nyh, operirovannyh po povodu ushchemlennyh gryzh. //Hirurgiya. 1972. № 10. S. 75–79.

5. Postolov M.P., Antipina V.P., Tashbekov F.B. Puti snizheniya letal'nosti pri ushchemlennoj gryzhe. //Hirurgiya. 1984. № 3. S. 68–73.

6. Samojlov M.A., Karpov M.M., Mazhara T.P. Ob iskhodah ushchemleniya gryzh. //Vesti hir. 1975. № 1. S. 135–138.

7. Grigoryan R.A. Abdominal'naya hirurgiya: V 2 t. M.: ООО «Medicinskoe informacionnoe agentstvo», 2006. Том 1. 608 с.

8. Lee YJ, Lee YA, Liu TJ et al. Mobile cecum syndrome: a report of two cases. // Chung Hua I Hsueh Tsa Chin (Taipei). 1996. Vol.57. N5. P.380-383.

9. Ris H.B., Stirnemann H., Doran J.E. The mobile cecum syndrome: appendectomy and cecopexy or only appendectomy. // Chirurg. 1989. Vol. 60. N 4. P.277

10. Kukudzhanov N.I. Pahovye gryzhi. Izdatel'stvo «Medicina» Moskva 1969. S. 440-448.

11. Ajvazyan V.P. Pokazaniya k hirurgicheskomu lecheniyu podvizhnoj slepoj kishki. // Klin. med. -1975. -N7. -S.57-60.

12. Voskresenskij, L.V. Hirurgiya gryzh bryushnoj stenki. // L.V. Voskresenskij, S.L. Gorelik. – М., 1965. – 365 с..

13. Egiev V.N. Varianty fiksacii setchatogo proteza prilaparoskopicheskoj preperitoneal'noj plastike pahovyh gryzh.// V.N. Egiev, I.V. SHrajner // Materialy mezhdunar. konf. Trudnye gryzhi. – М., 2012. – С. 32–33. -281.

14. Haritonov S.V., Rodoman G.V., Haritonov S.S., Zinyakova M.V. Osobennosti i otдалennye rezul'taty primeneniya samofiksiruyushchihsyia implantov v lechenii bol'nyh s pahovymi gryzhami // Moskovskij hirurgicheskij zhurnal. 2017. № 1 (53). Pp. 10–15.

## References

1. Vetshev P.S., Krylov N.N. Analiz prichin smerti bol'nyh s ostrojo bol'yu v zhivote. //Rossijskij zhurnal gastroehnterologii, gepatologii, koloproktologii. 2005. № 4. Т. 15. S. 50-56.

2. Belokonev V.I., Zamyatin V.V., Pushkin S.YU., Kovaleva Z.V., Supil'nikov A.A., Ponomareva YU.V., Zavodchikov D.A. Tendencii v okazanii pomoshchi bol'nym s gryzhami za period 1995-2005 gody v

## A CLINICAL CASE OF INFRINGEMENT OF THE CECUM WITH THE VERMIFORM APPENDIX IN A LEFT OBLIQUE INGUINAL HERNIA

S.V. TARASENKO<sup>1,2</sup>, A.A. NATALSKIY<sup>1</sup>, O.D. PESKOV<sup>2</sup>, V.P. KOCHUKOV<sup>3</sup>, O.V. ZAITSEV<sup>1,2</sup>,  
E.O. AVILUSHKINA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ryazan State Medical University n.a. I.P. Pavlov, Ryazan

<sup>2</sup>City Clinical Emergency Hospital, Ryazan

<sup>3</sup>United Hospital and Polyclinic of the office of the President of the Russian Federation, Moscow

### Information about the authors:

Tarasenko S.V. – MD, Professor, Head of the Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov,  
Natal'skiy A.A. – MD, Associate Professor of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov, e-mail: lorey1983@mail.ru  
Peskov O.D. – MD, Associate Professor of Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov  
Kochukov V.P. – MD, Professor, Head of the Department of Surgery  
Zaitsev O.V. – MD, Associate Professor of Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov  
Avilushkina E.O. – Assistant of Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov

Hernias are one of the most common surgical pathologies, the incidence of external hernias of the abdominal wall is 4-7%. Infringement in inguinal hernia is the most frequent complication and according to the data of domestic authors 10–17% of all cases of the disease. Most often, the small intestine (63-68%), then the omentum (16-20%), the large intestine (6-8%), at the same time the small and large intestine (3-4%), the omentum and gut (4-5%). Impaired function of the cecum in the left inguinal hernia – a rare phenomenon that occurs in some cases, abnormalities of location and attachment to the caecum. The article describes a clinical case of infringement of the cecum and appendix in the left oblique inguinal hernia.

**Key words:** cecum intestine, oblique inguinal hernia, infringement.