

© В. В. Власов, С. В. Калиновский, 2014  
УДК 616.346.2-002.4-06:616.756.21:616.34-007.43-007.43-007.271]-07-089

В. В. Власов, С. В. Калиновский

## ЛОЖНОЕ УЩЕМЛЕНИЕ ГРЫЖИ БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА С ФЛЕГМОНОЙ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА, ОБУСЛОВЛЕННОЕ ОСТРЫМ ГАНГРЕНОЗНЫМ АППЕНДИЦИТОМ

Хмельницкая областная больница (главврач — засл. врач Украины А. С. Флаксемберг), Украина

**Ключевые слова:** грыжа белой линии живота, ложное ущемление, флегмона грыжевого мешка, острый аппендицит, хирургическое лечение

Развитие острого аппендицита в грыжевом мешке (ГМ) — крайне редкое явление. Червеобразный отросток в грыже передней брюшной стенки, по данным И. Ю. Ибадова [2] и С. А. Байбосынова [1], встречается в 2–4% случаев и приводит к определенным трудностям в дооперационной диагностике. Н. Hamad [6], J. Arnaiz [4], N. Agarval [3] также описали единичные случаи острого аппендицита в пупочной грыже и грыже белой линии живота (БЛЖ), которые симулировали ущемление грыжи [3–5]. Истинный диагноз во всех случаях был установлен лишь во время операции.

Приводим наблюдение ложного ущемления грыжи БЛЖ с флегмоной ГМ, обусловленных острым гангренозным аппендицитом.

Больная С., 52 года, госпитализирована 14.10.2013 г. в хирургическое отделение с жалобами на грыжевое выпячивание в надпупочной области, болезненные ощущения в области грыжи, повышение температуры тела до 37,5 °С. Грыжа существует на протяжении многих лет. За медицинской помощью не обращалась. Боль в области грыжи появилась постепенно. Описанные жалобы беспокоят на протяжении 1 нед. Постепенно состояние пациентки ухудшалось, в связи с чем обратилась в хирургическое отделение.

При поступлении — состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Пульс 92 уд/мин. АД 130/80 мм рт. ст.

Температура тела 37,2 °С. Больная брахиморфного телосложения, с мезоморфным соматотипом [5]. Страдает алиментарным ожирением III степени (ИМТ 46,62 кг/м<sup>2</sup>). Живот свисает, увеличенный за счёт подкожной клетчатки. Околопупочная область гиперемирована, ткани инфильтрированы, здесь же (на 4–5 см выше пупка) пальпируется резко болезненное выпячивание 5×4 см. Грыжевые ворота определить не удалось. Перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтика кишечника ослаблена.

На УЗИ живота выраженный метеоризм. Органической патологии органов брюшной полости не выявлено. Визуализирован ГМ грыжи БЛЖ, содержимое гиперэхогенное (рис. 1).

На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости — справа под XII ребром в паравертебральной зоне имеется наличие полостного органа с уровнем жидкости (рис. 2). Анализ крови: Нб 101 г/л, эр.  $3,5 \times 10^9$ /л, цв. пок. 0,86, л.  $12,6 \times 10^9$ /л, СОЭ 26 мм/ч, глюкоза крови 4,4 ммоль/л, общий белок 62 г/л, общий билирубин 10,0 мкмоль/л, за счёт непрямого, калий 4,3 ммоль/л, натрий 148,0 ммоль/л, хлор 107,0 ммоль/л. Анализ мочи: удельный вес 1020, рН 6,0, лейкоциты 2–4 в п/зр., цилиндры 1–2 в п/зр., соли оксалаты +++, слизь +++++. Диагноз: ущемленная грыжа белой линии живота, флегмона грыжевого мешка, алиментарное ожирение III степени.

После предоперационной подготовки (инфузионная терапия, антибактериальная терапия, постановка назогастрального зонда, катетеризация мочевого пузыря катетером Фолея) больная взята в операционную. Операция выполнена под эндотрахеальным наркозом 15.10.2013 г.

Доступ к ГМ — поперечный над пупком, длиной до 15 см. Рассечены кожа, подкожная клетчатка (толщина до 10–12 см). Выделен воспаленный ГМ грыжи БЛЖ диаметром 3,5 см и длиной до 8 см. Уже при выделении ГМ имелся

### Сведения об авторах:

Власов Василий Владимирович (e-mail: [vvlasov@mail.ru](mailto:vvlasov@mail.ru)), Калиновский Сергей Валериевич (e-mail: [Kalina\\_sv@ukr.net](mailto:Kalina_sv@ukr.net)), Хмельницкая областная больница, 29000, Украина, г. Хмельницкий, ул. Пилотская, 1

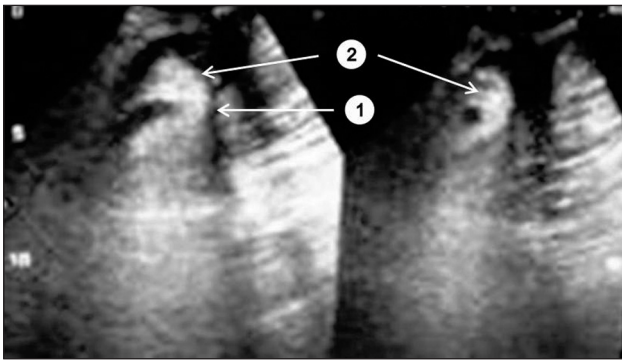


Рис. 1. УЗИ области грыжевого выпячивания у больной С., 52 года.

1 — грыжевой дефект белой линии живота; 2 — гиперэхогенное содержимое грыжевого мешка

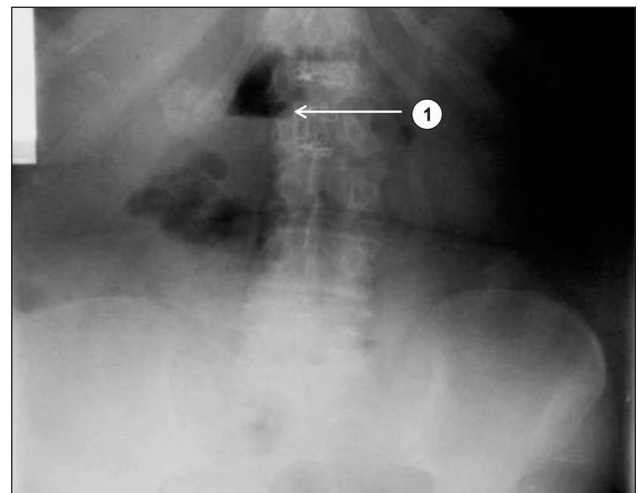


Рис. 2. Рентгенография ОБП у больной С., 52 года.

1 — уровень жидкости в проекции грыжи

неприятный колибациллярный запах. Стенки ГМ уплотнены, воспалены, отечны. Имеет место флегмона ГМ. Ткани вокруг ГМ с признаками воспаления.

При раскрытии ГМ выделилось до 25 мл серозно-геморрагического экссудата со зловонным запахом. Содержимое — конгломерат некротизированных тканей, спаянный со стенками ГМ. На первый взгляд определить характер грыжевого содержимого было трудно. Ткани, которые находились в ГМ, приняты нами за прядь большого сальника. При выполнении резекции участка некроза в центре конгломерата обнаружили трубчатую структуру, подобную гангренозно-измененному червеобразному отростку. Купола слепой кишки в ГМ не обнаружено. Диаметр грыжевого дефекта (ГД) 2 см (согласно классификации ЕНС — грыжа малых размеров) [7]. С целью идентификации трубчатой структуры принято решение о ревизии органов брюшной полости. Для этого выполнили расширение грыжевых ворот грыжи БЛЖ (патент на изобретение № 71375 от 2012 г. UA). От левого края ГД до медиального края левой прямой мышцы живота (ПМЖ) поперечно рассекли апоневроз БЛЖ. Далее разрез в виде дуги с центром на срединной линии и краниальным направлением продолжили на переднюю пластинку влагалища ПМЖ (рис. 3, а).

Края передней пластинки влагалища ПМЖ развели в стороны, медиальный край ПМЖ крючком Фарабефа отвели латерально. Получили доступ к задней пластинке влагалища ПМЖ, которую рассекли дугообразно с центром на срединной линии и каудальным направлением (см. рис. 3, б). Данное расширение выполнили с обеих сторон. Разведя края раны, получили операционный доступ длиной до 15 см, который позволил выполнить адекватную ревизию. Установлено, что трубчатая структура, которая была содержимым ГМ, — это действительно гангренозно-измененный червеобразный отросток длиной 14 см (рис. 4).

Купол слепой кишки не изменён. Выполнена типичная антеградная

аппендэктомия с перевязкой артерии, погружением культи червеобразного отростка в купол слепой кишки кистетным и Z-образным швами.

Операционная рана, которая образовалась в результате расширения ГД БЛЖ, зашита в обратном порядке. Сначала полипропиленовой лигатурой ушиты задние пластинки влагалищ ПМЖ, забраны крючки Фарабефа, ушиты передние пластинки влагалищ ПМЖ. Пластику ГД из-за наличия гнойного воспаления окружающих тканей выполнили путём сшивания его краёв отдельными узловыми (полипропиленовыми) швами в стык. Подкожная клетчатка дренирована 3 микроиригаторами, которые выведены через рану. Наложены единичные узловые швы для сведения краёв кожи.

Результат патогистологического исследования: острый гангренозный аппендицит.

Заключительный диагноз: острый гангренозный аппендицит. Ложное ущемление грыжи БЛЖ малых размеров.

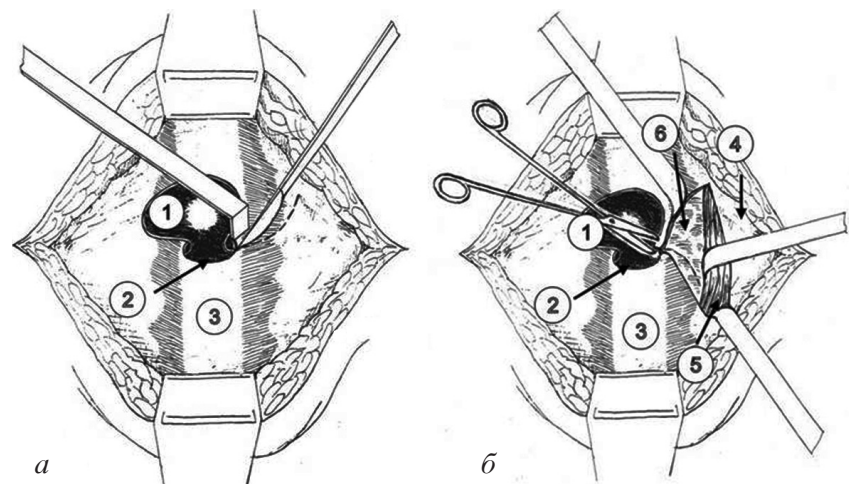
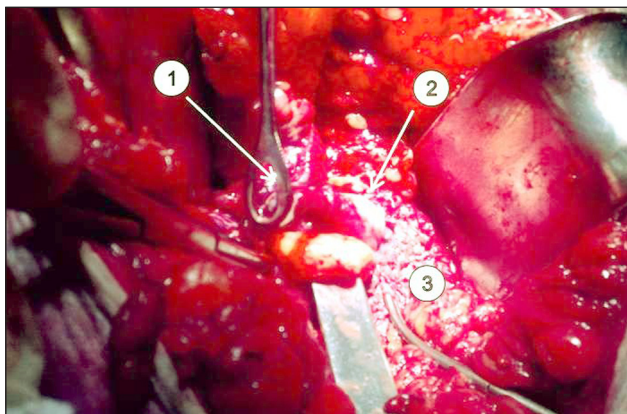


Рис. 3. Схема авторского расширения грыжевого дефекта белой линии живота. Рассечение передней (а) и задней (б) пластинок влагалища прямой мышцы живота.

1 — грыжевой мешок; 2 — грыжевой дефект; 3 — белая линия живота; 4 — передняя пластинка влагалища прямой мышцы живота; 5 — прямая мышца живота; 6 — задняя пластинка влагалища прямой мышцы живота



*Рис. 4. Операционная рана у больной С., 52 года.  
Содержимое грыжевого мешка — гангренозно-измененный  
аппендикс: 1 — аппендикс; 2 — купол слепой кишки;  
3 — передняя пластинка влагалища прямой мышцы живота*

Флегмона грыжевого мешка. Алиментарное ожирение III степени.

Послеоперационный период — без осложнений. Пациентка находилась в стационаре 18 койко-дней. На протяжении этого периода проводились ежедневные перевязки с санацией послеоперационной раны раствором декасана 0,2%, введением в микроирригаторы мази «Инфларакс» («Здоровье», Украина). После выписки пациентка продолжила лечение в амбулаторных условиях. Осмотрена через 3 мес после операции. Рана зажила. Рецидива грыжи не обнаружено.

Описанный случай свидетельствует о наличии ложного ущемления грыжи БЛЖ с флегмоной

ГМ, обусловленных острым гангренозным аппендицитом, а также о возможности использования предложенного авторами способа расширения небольшого по размерам ГД БЛЖ без нарушения её прочности. Данное расширение в поперечном направлении позволило уточнить характер грыжевого содержимого (червеобразный отросток), а также создать необходимое операционное пространство для выполнения аппендэктомии.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Байбосынов С. А. Острый гангренозно-перфоративный аппендицит в ущемлённом пупочном грыжевом мешке // Хабаршысы. Республиканский научн. журн. (Казахстан). 2012. № 4. С. 184–185.
2. Ибадов Г. О. О «грыжевом аппендиците» // Вестн. хир. 1961. № 5. С. 85.
3. Agarwal N., Goyal S., Garg A. et al. Appendicitis in paraumbilical hernia mimicking strangulation: a case report and review of the literature // Hernia. 2013. Vol. 17 (4). P. 531–532.
4. Arnaiz J., Ortiz A., Marco E. de Lucas et al. Unusual perforated appendicitis within umbilical hernia: CT findings // Abdom. Imaging. 2006. Vol. 31 (6). P. 691–693.
5. Carter J. L., Heath B. H. Somatotyping — development and applications. Cambridge University Press, 1990. P. 504.
6. Hamad H., Tariq Z. Perforated appendicitis within paraumbilical hernia // Saudi Medical Journal. 2003. Vol. 10. P. 1133–1134.
7. Muysoms F. E., Miserez M., Berrevoet F. et al. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias // Hernia. 2009. Vol. 13, № 4. P. 409–414.

Поступила в редакцию 28.03.2014 г.