

© Коллектив авторов, 2018  
УДК 616.629-003.4-002-039:616.34-007.43-031-039:611.955:616-07-089  
DOI: 10.24884/0042-4625-2018-177-3-57-58

П. П. Курлаев, О. М. Абрамзон, А. С. Жирнова, М. И. Макаев

## ВОСПАЛЕНИЕ КИСТЫ УРАХУСА, СИМУЛИРУЮЩЕЕ НЕВПРАВИМУЮ ПУПОЧНУЮ ГРЫЖУ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Оренбург, Россия

Представленное клиническое наблюдение демонстрирует выявление редкой патологии – воспаления кисты урахуса с осложненным течением – и является ценным для врачебной практики.

**Ключевые слова:** незаращение урахуса

*P. P. Kurlaev, O. M. Abramzon, A. S. Zhirnova, M. I. Makaev*

**Inflammation of the urachus cyst simulated non-reversible umbilical hernia**

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Orenburg State Medical University», Orenburg, Russia

The presented clinical case demonstrates the identification of rare pathology – inflammation of the urachus cyst with complicated course, and is a valuable for medical practice.

**Keywords:** non-growth of urachus

Мочевой проток (*urachus*) к моменту рождения ребенка обычно облитерируется. Урахус появляется у эмбриона на 2-м месяце, отходит от верхушки мочевого пузыря и идет по средней линии к пупку. Он служит для отведения мочи в околоплодные воды. С 5-го месяца, когда моча начинает отходить естественным путем, урахус начинает запускаться и к рождению ребенка представляет собой соединительнотканый тяж, входящий в *plica umbilicalis mediana*. Иногда мочевой проток к моменту рождения ребенка полностью или частично сохраняет свой просвет. В первом случае говорят о полном незаращении урахуса, а во втором – о частичном. Выделяют три варианта частичного его незаращения: 1) неполный пупочный свищ (незаращение пупочного отдела); 2) киста урахуса (срединный отдел); 3) пузырно-урахусовый дивертикул (околопузырная часть). Кисты урахуса протекают бессимптомно до тех пор, пока не достигнут больших размеров или не произойдет их нагноение. И в том, и в другом случае распознавание затруднительно, и чаще диагноз устанавливается интраоперационно. В литературе имеются единичные сообщения об осложненном течении кист урахуса [1, 2], в связи с этим мы сочли целесообразным поделиться своим наблюдением.

Пациент Ж., 34 лет, считает себя больным с 24.10.2015 г., когда появилось болезненное выпячивание в области пупка. С течением времени боль усилилась, и 26.10.2015 г. бригадой скорой помощи он доставлен в ургентную больницу, где установлен диагноз самопроизвольно вправившейся ущемленной пупочной грыжи. От предложенного наблюдения пациент отказался. Болевые ощущения сохранялись, и 28.10.2015 г. боль-

ной был вынужден обратиться в клинику общей хирургии на базе «Отделенческой клинической больницы» на ст. Оренбург. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Температура тела – 36,2 °С, пульс – 80 уд./мин. Живот мягкий, умеренно болезненный в области пупка, где определяется выпячивание до 2 см в диаметре. Образование в брюшную полость не вправляется, грыжевые ворота не определяются. В общем анализе крови: эр. –  $4,54 \cdot 10^{12}/л$ , Нб – 155 г/л, л. –  $6,2 \cdot 10^9/л$ , п. – 1 %, с. – 72 %, э. – 1 %, мон. – 6 %, лимф. – 20 %, СОЭ – 3 мм/ч. Диагноз при поступлении: «Неправильная пупочная грыжа». Предложено оперативное лечение. От пациента получено добровольное информированное согласие на операцию. 29.10.2015 г. выполнена операция. Произведен срединный разрез с обходом пупка слева. Грыжевого мешка нет. В проекции пупочного кольца под апоневрозом пальпируется уплотнение с четкими границами около 1,5 см в диаметре. Рассечены апоневроз и пупочное кольцо. В предбрюшинной клетчатке определяется опухолевидное образование, 1,5×1,0 см, с перифокальным отеком, переходящее в тяж, идущий по направлению к мочевому пузырю. Случай расценен как киста урахуса с воспалением. Мочевой проток ниже кисты облитерирован. Он выделен до мочевого пузыря, пересечен и удален вместе с кистой, культя погружена в кисетный шов. Рана ушита наглухо и дренирована тремя полосками перчаточной резины. Назначен Цефтриаксон по 1 мл внутримышечно 2 раза в сутки. Послеоперационный период протекал гладко. Швы сняты на 10-й день, заживление раны первичным натяжением. Диагноз кисты урахуса с воспалением подтвержден при патогистологическом исследовании препарата. Осмотрен через 2 года. Жалоб не предъявляет. Ультразвуковое исследование мочевого пузыря – без патологии.

Незаращение урахуса является редкой патологией, которая может симулировать пупочную грыжу и чаще проявляется при развитии воспаления в нем с возможным переходом в нагноение, прорывом в брюшную полость и развитием перитонита. При

нечетких проявлениях симптомов грыжи и наличии болезненного уплотнения в проекции пупка необходимо иметь в виду возможность развития воспаления в незарощенном мочевом протоке. Своевременное оперативное вмешательство, заключающееся в полном иссечении урахуса, предупреждает формирование такого осложнения, как перитонит.

Конфликт интересов/Conflicts of interest

Авторы заявили об отсутствии потенциального конфликта интересов./Authors declare no conflict of interest.

## ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

1. Евсеев М. А., Фомин В. С., Никитин В. Е. и др. Лапароскопическое удаление нагноившейся кисты урахуса : клиническое наблюдение и обзор литературы // Хирург. практика. 2015. № 2. С. 37–41. [Evseev M. A., Fomin V. S., Nikitin V. E. i dr. Laparoskopicheskoe udalenie nagnoivsheysya kisty urakhusa: klinicheskoe nablyudenie i obzor literatury // Khirurgicheskaya praktika. 2015. № 2. P. 37–41].
2. Корейба К. А. Осложненное течение кисты урахуса // Казан. мед. журн. 2007. Т. 88, № 3. С. 277–278. [Koreiba K. A. Oslozhnennoe techenie kisty urakhusa // Kazanskii meditsinskii zhurnal. 2007. Vol. 88, № 3. P. 277–278].

Поступила в редакцию 22.01.2018 г.

## Сведения об авторах:

*Курлаев Пётр Петрович\** (e-mail: rk287778@mail.ru), д-р мед. наук, профессор кафедры общей хирургии; *Абрамзон Олег Моисеевич\** (e-mail: aom56@mail.ru), д-р мед. наук, профессор кафедры общей хирургии; *Жирнова Арина Сергеевна\*\** (e-mail: oringirl@mail.ru), канд. мед. наук, врач-хирург; *Макаев Марат Ильгизович\*\**, канд. мед. наук, врач-хирург; \*Оренбургский государственный медицинский университет МЗ РФ, 460000, Россия, г. Оренбург, ул. Советская, д. 6; \*\*Негосударственное учреждение здравоохранения «Отделенческая клиническая больница на станции Оренбург ОАО "РЖД"», 460000, Россия, г. Оренбург, ул. Народная, д. 8/1.