

© К.П.Пашкин, Е.В.Мотырова, 2007
УДК [616.346.2-007.43-031:616.758.1]-089

К.П.Пашкин, Е.В.Мотырова

УЩЕМЛЕНИЕ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА В ПРАВОМ БЕДРЕННОМ КАНАЛЕ

Спасская ЦРБ (главврач — Л.А.Клочкова) Рязанской области

Ключевые слова: бедренная грыжа, аппендицит.

Острый аппендицит в ущемленной бедренной грыже встречается относительно редко — в 0,4% наблюдений [1, 2]. В ряде случаев данная патология имеет атипичное течение, что может приводить к ошибкам в диагностике. Определенный интерес представляет наше наблюдение больной, у которой имела место клиническая картина не типичная ни для острого аппендицита, ни для ущемленной грыжи.

Больная Х., 81 года, поступила в хирургическое отделение 08.08.2006 г. на 3-и сутки от начала заболевания с жалобами на боли и покраснение в правой паховой области. Бедренных и паховых грыж в анамнезе не отмечено. Начало заболевания не острое, с появлением умеренных болей в правой паховой области, через сутки после которых присоединились гиперемия и отёчность кожи в паховой области справа.

При поступлении общее состояние больной удовлетворительное, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожный покров обычной окраски. Пульс 82 уд/мин, АД 140/80 мм рт. ст. Температура тела 37,6 °С. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий во всех отделах, безболезненный, симптомов раздражения брюшины нет. Стул и диурез в норме. Справа под паховой связкой определяется умеренно болезненное образование размерами 5×3×2 см, кожа над ним и по периферии от него на расстоянии 6–7 см значительно гиперемирована и отёчна. В анализе крови: л. $10,7 \times 10^9/\text{л}$, п. 1%, с. 86%, лимф. 13%. В анализе мочи: лейкоциты — до 15 в поле зрения, эпителий плоский 4–6 в поле зрения, почечный эпителий 8–10 в поле зрения, цилиндры — 1–2 в поле зрения, бактерии +. Установлен предварительный диагноз: абсцедирующий паховый лимфоаденит справа, начинающаяся флегмона паховой области.

В перевязочной под внутривенным наркозом рассечена кожа в области гиперемии — гноя не получено, из раны — каловый запах. Больная взята в операционную с подозрением на пристеночное ущемление кишечной стенки в правом бедренном канале. Под наркозом произведена среднесрединная лапаротомия. В брюшной полости выпота нет. Купол слепой кишки подтянут к правому бедренному каналу, из него при незначительном усилии удалось извлечь червеобразный отросток длиной до 9 см, дистальная половина которого имеет серый цвет — гангренозно изменена. В средней части отростка четко прослеживалась странгуляционная борозда. Выполнена типичная аппендэктомия с погружением культи отростка кистетным и Z-образным серозно-мышечными швами. Остатки грыжевого мешка в ране в правой паховой области темно-вишневого цвета, значительно инфильтрированы — удалены. Бедренное кольцо изнутри ушито кистетным швом. Лапаротомная рана послойно ушита. В рану введён тампон с левомеколем. Послеоперационный диагноз: ущемлённая бедренная грыжа справа с ущемлением червеобразного отростка в правом бедренном канале, флегмона грыжевого мешка, гангренозно-перфоративный аппендицит.

Послеоперационное течение гладкое, заживление лапаротомной раны первичным натяжением. После купирования воспалительных явлений и очищения раны в правой паховой области последняя была ушита вторичными швами. Больная выписана на 12-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Шейко Н.С. Острый аппендицит в ущемленной бедренной грыже // Вестн. хир.—1988.—№ 11.—С. 55–56.
2. Яремчук А.Я., Пойдя А.И. Острый аппендицит в ущемленной грыже // Клин. хир.—1982.—№ 4.—С. 47–48.

Поступила в редакцию 18.09.2006 г.