

Осложненные парацекальные грыжи**Ю.И. Веденин¹, А.В. Быков¹, А.Ю. Орешкин¹✉, А.А. Шаталов¹, А.С. Назарук¹,
А.А. Ногина¹, А.А. Захарова²**¹ Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия² Клиническая больница скорой медицинской помощи № 15, Волгоград, Россия

Аннотация. Внутренние абдоминальные парацекальные грыжи относятся к редкой хирургической патологии. Авторы представляют 4 собственных наблюдения осложненных парацекальных грыж разной локализации и клинической картины, как острой кишечной непроходимости, так и острого аппендицита.

Ключевые слова: внутренняя абдоминальная грыжа, парацекальная грыжа

ORIGINAL RESEARCHES

Original article

doi: <https://doi.org/10.19163/1994-9480-2025-22-1-89-93>**Complicated paracecal hernias****Yu.I. Vedenin¹, A.V. Bykov¹, A.Yu. Oreshkin¹✉, A.A. Shatalov¹, A.S. Nazaruk¹,
A.A. Nogina¹, A.A. Zakharova²**¹ Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia² Clinical Emergency Hospital № 15, Volgograd, Russia

Abstract. Internal abdominal paracecal hernias are a rare surgical pathology. The authors present 4 own observations of complicated paracecal hernias of different localization and clinical picture, both acute intestinal obstruction and acute appendicitis.

Keywords: internal abdominal hernia, paracecal hernia

К одной из редких причин острой кишечной непроходимости (ОКН) относятся внутренние грыжи живота, которые по разным оценкам встречаются с частотой от 1 до 5,8 % [1, 2]. Наиболее частым вариантом, порядка 50 %, являются парадуоденальные грыжи Трейтца. Другие виды внутренних грыж, по данным литературы, встречаются значительно реже, в частности парацекальные в 7–13 % наблюдений [3]. В имеющихся немногочисленных посвященных парацекальным грыжам публикациях авторы, как правило, сообщают о единичных наблюдениях [4].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Представить собственный опыт хирургического лечения осложненных парацекальных грыж и краткий обзор литературы.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

За десятилетний период в клинике хирургических болезней накоплен опыт хирургического лечения 4 пациентов с осложненными парацекальными грыжами. Мы делимся своими клиническими наблюдениями, иллюстрированными авторскими оригинальными рисунками.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ
И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

За весь период наблюдений нами накоплен совокупный опыт лечения 13 пациентов с осложненными внутренними грыжами, среди которых парацекальные оказались наиболее частыми – 30 %.

Наблюдение 1

Пациентка П., 63 лет, госпитализирована в клинику 20.06.2018 г. по направлению из районной больницы, где она находилась на лечении в течение предыдущих четырех суток с диагнозом: Хронический панкреатит, обострение.

При поступлении отмечает боли в верхних отделах живота. Болеет в течение недели – периодические схваткообразные боли в животе, тошнота, субфебрильная температура, жидкий стул. В анамнезе аппендэктомия и лапароскопическая холецистэктомия. Состояние средней тяжести. Температура нормальная. АД 130/80, ЧСС – 88 в мин. Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. Газы отходят, дизурии нет. На УЗИ – признаки жирового

гепатоза, диффузных изменений в поджелудочной железе. Свободной жидкости нет. Рентгеновское исследование брюшной полости не назначалось.

Диагноз: ПХЭС. Острый панкреатит. Гипертоническая болезнь 2-й ст. Сахарный диабет, тип 2, субкомпенсация. Диабетическая нефропатия. ХБП С3. Лабораторно: эрит. – $4,9 \times 10^{12}$, лейкоц. – $15,1 \times 10^9$; глюкоза – $15,7$ ммоль/л; креатинин – $166,4$ мкмоль/л.

Назначено лечение, включающее инфузионную терапию, спазмолитики, коррекцию сопутствующей патологии, на фоне которого наступило клиническое улучшение. В течение 5 дней чувствовала себя вполне удовлетворительно, хотя несколько раз возникали неинтенсивные приступы болей в правой половине живота. На 6-е сутки пребывания в стационаре отметила резкое ухудшение – появились схваткообразные боли в животе, поведение во время приступа болей беспокойное. Живот визуально не вздут, болезненный в правой половине с нечетко пальпируемым «инфильтратом». Симптомы раздражения брюшины отрицательны. На срочной обзорной рентгенографии брюшной полости – признаки кишечной непроходимости. Диагноз: Острая спаечная кишечная непроходимость. Больной назначена консервативная терапия, направленная на купирование непроходимости, контроль пассажа контраста. Однако в течение 6 часов консервативная терапия оказалась неэффективной, признаки кишечной непроходимости прогрессировали и больная в срочном порядке оперирована дежурной бригадой хирургов. Срединная лапаротомия. В брюшной полости около 100,0 мл серозного выпота. На протяжении 1,5 метров от связки Трейтца тонкая кишка дилатирована до 4 см. Обнаружена эластичная фиксация петли кишки в правой подвздошной области. При незначительной тракции кишка извлечена из брюшинного кармана, расположенного между слепой кишкой и боковой стенкой живота (рис. 1).

Ущемленный участок протяженностью 10 см багрово-синюшного цвета находился в 60 см от илеоцекального угла. В связи с неопределенной жизнеспособностью ущемленной петли подвздошной кишки через сутки выполнили динамическую видеолапароскопию, по результатам которой выявили некроз ущемленного участка подвздошной кишки. Произведена релапаротомия, выполнена резекция 60 см подвздошной кишки с анастомозом бок-в-бок. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выздоровление. Выписана на 14-е сутки после операции.

Наблюдение 2

Пациентка Н., 82 лет, поступила в первые 6 часов от начала заболевания с жалобами на боли в правой подвздошной области, многократную рвоту. В анамнезе лапароскопическая холецистэктомия, дважды оперирована по поводу вентральной параумбиликальной грыжи, последний раз с аллопластикой. Состояние средней тя-

жести, живот несколько вздут, болезненный в нижних отделах. Аускультативно перистальтика сохранена, «шума плеска» нет. На обзорной рентгенограмме – единичные чаши Клойбера. Осмотрена гинекологом, терапевтом. Эритроциты – $4,9 \times 10^{12}$, лейкоциты – $12,1 \times 10^9$; глюкоза – $6,2$ ммоль/л; креатинин – $95,4$ мкмоль/л. Диагноз: острая кишечная непроходимость. Сопутствующая патология: ИБС. Кардиосклероз. ХСН 1, ФК 2. Гипертоническая болезнь 2 ст. Риск 3. Полное выпадение матки.

Назначена консервативная терапия: до 1000,0 мл солевых растворов, стимуляция кишечника прозеринумом и метаклопрамидом. Контроль пассажа бария. Терапия в течение 12 часов неэффективна, на контрольной рентгенограмме брюшной полости признаки кишечной непроходимости – чаши Клойбера, барий на уровне подвздошной кишки. Срочная операция 27.01.2020.

Под эндотрахеальным наркозом выполнена срединная лапаротомия. В брюшной полости до 800 мл серозно-геморрагического выпота выраженный спаечный процесс после перенесенных ранее операций, что первоначально давало возможность предположить спаечный характер непроходимости. Однако после адгезиолиза и ревизии выяснилось, что петля тонкой кишки мигрировала во внутреннее отверстие брюшины медиальнее и выше илеоцекального угла, что и явилось причиной непроходимости (рис. 2). Ущемляющая кишку брюшина рассечена, петля протяженностью 25 см темно-вишнего цвета в 150 см от илеоцекального угла. После введения 0,25%-го новокаина в брыжейку петля тонкой кишки приобрела естественный цвет, перистальтирует, жизнеспособна. Дефект брюшины ушит. Послеоперационный период протекал без осложнений, пациентка выписана на 12-е сутки.

Наблюдение 3

Пациент М., 78 лет, госпитализирован в первые сутки заболевания с жалобами на локальные боли в правой подвздошной области. Подобный приступ впервые. Ранее на органах брюшной полости не оперирован. Состояние средней тяжести. Температура – $37,1$ °С, АД – $140/90$ мм рт. ст., ЧСС – 82 уд. в мин. Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, локально болезненный в правой подвздошной области. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. Симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского сомнительные. Эритроциты – $4,6 \times 10^{12}$, лейкоциты – $10,2 \times 10^9$; глюкоза – $6,2$ ммоль/л; креатинин – $78,8$ мкмоль/л. Диагноз: Острый аппендицит? После назначения спазмолитиков и наблюдения течение 6 часов клиническая картина не изменилась, что послужило основанием для срочной операции по поводу предполагаемого острого аппендицита. Операция под эндотрахеальным наркозом. Доступ Волковича – Дьяконова. В брюшной полости выпота нет. Катарально измененный червеобразный отросток предлегал к передней брюшной стенке.



Рис. 1. Парацекальная грыжа, ущемление в латеральном парацекальном кармане

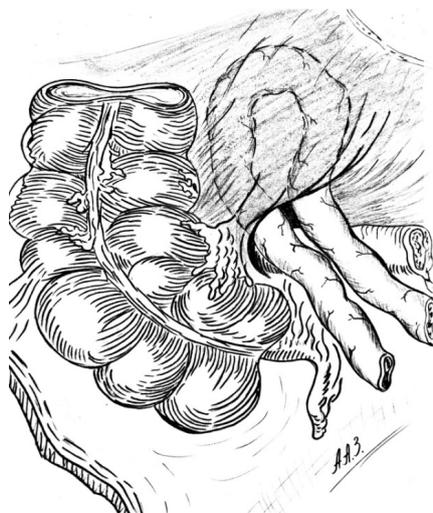


Рис. 2. Парацекальная грыжа, ущемленная в верхнем илеоцекальном кармане



Рис. 3. Рихтеровское ущемление подвздошной кишки в щелевидном позаднеслепкишечном кармане

После выполнения аппендэктомии при ревизии подвздошной кишки обнаружили рихтеровское ущемление подвздошной кишки в слепкишечном кармане (*fossa caecalis*), место ущемления локализовалось в 20 см от илеоцекального угла (рис. 3). После освобождения ущемленная кишка признана жизнеспособной. Брюшинный карман ушит. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписан на 7-е сутки.

Наблюдение 4

Пациентка Г., 80 лет, госпитализирована с жалобами на периодически усиливающиеся боли в правой подвздошной области. Приступ возник за сутки до госпитализации, манифестировался болью в верхних отделах живота, около пупка, сопровождался тошнотой. При динамическом наблюдении боли носили интермиттирующий характер и локализовались в правой половине живота. При осмотре отмечали умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки, выраженную болезненность в правой подвздошной области, наличие инфильтрата без четких границ, что в совокупности с анамнезом, умеренным лейкоцитозом до 11×10^9 послужило показаниями для срочной операции.

Предполагаемый диагноз – острый деструктивный аппендицит. Доступ Волковича – Дьяконова. При ревизии в правой подвздошной области обнаружен конгломерат из петель подвздошной и слепой кишки. Срединная лапаротомия. Выявлено, что у пациентки имеется аномалия фиксации восходящей и слепой кишки – *caecum mobile*. Слепая кишка, расположенная медиально, в малом тазу фиксирована к заднему листку париетальной брюшины связкой

в виде дупликатуры, длиной 12 см и шириной 8 см с овальным окном 6x2 см, в котором была ущемлена петля подвздошной кишки. Стенка кишки умеренно отечна, заметной дилатации ее проксимальных отделов нет (рис. 4).



Рис. 4. Ретроцекальное ущемление подвздошной кишки в брыжейке слепой кишки

Ущемленная петля подвздошной кишки освобождена из брюшинного окна, дефект брюшины ушит. Слепая кишка фиксирована к париетальной брюшине. Послеоперационный период без осложнений. Выписана на 9-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Нами был проведен поиск в базе данных PubMed по запросам *hernia paracaecalis*, *hernia pericaecalis*, *hernia retrocaecalis*. Всего обнаружено 44 публикации за период начиная с 1957 года. По результатам проведенного нами анализа литературы парацекальные грыжи с одинаковой частотой регистрируются как у мужчин, так и у женщин. Преобладают пациенты старше 60 лет. Чаще всего парацекальные грыжи локализовались в латеральных парацекальных карманах (*recessus paracaecalis*). Несколько реже в слепкишечной ямке (*fossa caecalis*) и в верхнем илеоцекальном кармане (*recessus Ileoacaecalis superior*) [1]. В подавляющем большинстве наблюдений парацекальные грыжи клинически проявляют себя как острая обструктивная низкая тонкокишечная непроходимость. В ряде случаев клиника парацекальных грыж проявлялась хроническим и рецидивирующим болевым синдромом в правой подвздошной области, маскируясь под клинику острого аппендицита. Birchley D. и соавт. приводят наблюдение пациента 32 лет, которому была выполнена видеолапароскопия по поводу острого аппендицита, во время которой была выявлена ущемленная парацекальная грыжа как истинная причина болевого синдрома в правой подвздошной области [5]. В 10 % наблюдениях у пациентов наблюдался хронический рецидивирующий болевой синдром.

В качестве ведущего метода дооперационной диагностики внутренних грыж как причины острой кишечной непроходимости практически все авторы указывают компьютерную томографию брюшной полости, которая в анализируемых источниках применялась в 93 % наблюдений. Ведущим методом лечения является хирургическое вмешательство, которое может быть выполнено как открытым, так и лапароскопическим доступом. Лишь Lee J.E. и соавт., установив на КТ органов брюшной полости наличие парацекальной грыжи у 2 пациентов, купировали болевой синдром консервативно и пациенты выписаны без операции [6]. В публикациях последнего десятилетия более половины авторов отдают предпочтение лапароскопическим операциям с уровнем конверсии около 25 %, основная причина которых являлась выявленная ишемия ущемленной петли кишки. В одном наблюдении после конверсии лапароскопического доступа Kumar S. и соавт. в грыжевом мешке вместе с петлей тонкой кишки

обнаружили ущемленный гангренозно измененный червеобразный отросток [7]. Dhillon A. и соавт. описали пациентку с локальным болевым синдромом в правой подвздошной области, у которой потребовалось выполнение сальпингэктомии в связи с ущемлением правых придатков матки в парацекальной грыже [8].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Внутренние абдоминальные грыжи, парацекальные в частности, являются редкой патологией, которая может представлять серьезные трудности в диагностике до и во время операции, интерпретации выявленной патологии. Знания об этой патологии, методах ее диагностики и возможностях хирургического лечения могут помочь хирургу в трудной клинической ситуации.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ / REFERENCES

1. Быков А.В., Орешкин А.Ю., Лишук О.Г., Пилипчук В.А. Опыт хирургического лечения больных с осложненными внутренними абдоминальными грыжами. *Вестник Волгоградского государственного медицинского университета*. 2019;3(71):128–135. doi: 10.19163/1994-9480-2019-3(71)-128-135.
2. Martin L.C., Merkle E.M., Thompson W.M. Review of internal hernias: Radiographic and clinical findings. *AJR. American journal of roentgenology*. 2006;186:703–717. doi: 10.2214/ajr.05.0644.
3. Iriarte F., Buero A., Pirchi D.E. et al. Laparoscopic treatment of a pericaecal internal hernia. *Journal of minimal access surgery* 2020;16(4):435–437. doi: 10.4103/jmas.JMAS_257_19.
4. Plua-Muñiz K., Sanchez-Gonzalez J., Bailon-Cuadrado M., Pacheco-Sanchez D. Small bowel obstruction caused by pericaecal hernia resolved with a laparoscopic approach. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. 2020;102(7):155–157. doi: 10.1308/rcsann.2020.0072.
5. Birchley D. Ileal entrapment within a paracaecal hernia mimicking acute appendicitis. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. 2009;91(2):W1–3. doi: 10.1308/147870809X400903.
6. Lee J.E., Choi S.Y., Lee M.H. et al. Pericecal herniation of sigmoid colon diagnosed by computed tomography: Two case reports. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(27):e11336. doi: 10.1097/MD.00000000000011336.
7. Kumar S., Dikshit P., Bhaduri S., Sattavan S. Gangrenous appendicitis: a rare presentation of pericecal hernia; case report and review of the literature. *Bulletin of emergency and trauma*. 2015;3(4):144–147.
8. Dhillon A., Farid S.G., Dixon S., Evans J. Right salpingo-ovarian and distal ileal entrapment within a paracaecal hernia presenting as acute appendicitis. *International journal of surgery case reports*. 2013;4(12):1127–1129. doi: 10.1016/j.ijscr.2013.10.007.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Информация об авторах

Юрий Игоревич Веденин – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой хирургических болезней № 1, Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия; vedenin82@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9004-7694>

Александр Викторович Быков – доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней № 1, Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия; profbykov@rambler.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1505-6256>

Андрей Юлианович Орешкин – кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней № 1, Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия; andrejoresshkin@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-5637-076X>

Андрей Александрович Шаталов – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургических болезней № 1, Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия; ashatalov-med@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9085-1113>

Александр Сергеевич Назарук – кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней № 1, Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия; nazaruk.alexander@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0004-7019-3167>

Анастасия Алексеевна Ногина – кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней № 1, Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия; Nogina.1978@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8439-7679>

Алена Артуровна Захарова – врач-хирург, Клиническая больница скорой медицинской помощи № 15, Волгоград, Россия; docturaljena@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-0169-6500>

Статья поступила в редакцию 12.01.2024; одобрена после рецензирования 23.11.2024; принята к публикации 21.02.2025.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Information about the authors

Yury I. Vedenin – MD, Head of the Department of Surgical Diseases No. 1, Institute of Continuing Medical and Pharmaceutical Education, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia; vedenin82@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9004-7694>

Alexandr V. Bykov – MD, Professor, Department of Surgical Diseases No. 1, Institute of Continuing Medical and Pharmaceutical Education, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia; profbykov@rambler.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1505-6256>

Andrey Yu. Oreshkin – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Surgical Diseases No. 1, Institute of Continuing Medical and Pharmaceutical Education, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia; andrejoresshkin@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-5637-076X>

Andrey A. Shatalov – Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Surgical Diseases No. 1, Institute of Continuing Medical and Pharmaceutical Education, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia; ashatalov-med@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9085-1113>

Alexander S. Nazaruk – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Surgical Diseases No. 1, Institute of Continuing Medical and Pharmaceutical Education, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia; nazaruk.alexander@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0004-7019-3167>

Anastasia A. Nogina – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Surgical Diseases No. 1, Institute of Continuing Medical and Pharmaceutical Education, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia; Nogina.1978@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8439-7679>

Alyona A. Zakharova – Surgeon, Clinical Emergency Hospital No. 15, Volgograd, Russia; docturaljena@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-0169-6500>

The article was submitted 12.01.2024; approved after reviewing 23.11.2024; accepted for publication 21.02.2025.