doi: 10.17116/hirurgia2016370-71

# Острый аппендицит в правосторонней паховой грыже

К.м.н. Т.П. МАКЕДОНСКАЯ*, член-корр. РАМН, проф. А.С. ЕРМОЛОВ, д.м.н. П.А. ЯРЦЕВ

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва

## Acute appendicitis in right-sided inguinal hernia

T.P. MAKEDONSKAYA, A.S. ERMOLOV, P.A. YARTSEV

N.V. Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care, Moscow

*Ключевые слова: острый аппендицит в правосторонней паховой грыже, диагностика, хирургическое лечение.*

*Keywords: acute appendicitis in right-sided inguinal hernia, diagnosis, surgical treatment.*

Острое воспаление червеобразного отростка в грыжевом мешке паховой грыжи впервые описано Клавдием Амиандом в 1735 г. [7]. Подобные наблюдения встречаются редко и описываются в литературе как единичные случаи [2, 8—10, 12—14]. При этом интраоперационно локализация червеобразного отростка в грыжевом мешке встречается у 2—4% больных паховой грыжей [1, 3, 4—6, 11]. По данным литературы, дооперационный диагноз острого аппендицита в грыжевом мешке не был установлен ни разу. Во всех опубликованных наблюдениях диагноз был поставлен интраоперационно [8, 9]. Мы представляем клиническое наблюдение деструктивного аппендицита в невправимой паховой грыже у пациента 85 лет.

Больной *П.*, 85 лет, поступил в экстренном порядке с жалобами на колющую боль в области грыжевого выпячивания справа, повышение температуры тела до 38,5 °С.

Со слов пациента, за 17 сут до поступления отметил повышение температуры тела до 39 °С. Амбулаторно терапевтом поликлиники назначена антибиотикотерапия, противовоспалительная терапия. За 7 сут до поступления появилась боль в области грыжевого выпячивания справа, с течением времени интенсивность боли нарастала, сохранялась субфебрильная температура, в связи с этим пациент обратился за медицинской помощью в стационар и был госпитализирован. Грыжа наблюдается в течение 3 лет. В течение последнего года грыжевое выпячивание увеличилось в размерах, стало плотным, перестало вправляться в брюшную полость. Состояние при поступлении средней тяжести, температура тела 38,5 °С. Дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Пульс 80 в 1 мин, АД 130/80 мм рт.ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий во всех отделах, несколько болезненный в подвздошно-паховой области справа, перитонеальной симптоматики нет, перистальтика сохранена, стул регулярный. Дизурии нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. В правой пахово-мошоночной области определяется грыжевое выпячивание размером 12×8×8 см, плотноэластической консистенции, болезненное при пальпации, не вправимое в брюшную полость, кожные покровы над выпячиванием не изменены, симптом кашлевого толчка положительный. Наружное паховое кольцо не определяется. В левой паховой области также имеется грыжевое выпячивание размером 5×3 см, мягкоэластической консистенции, свободно вправимое в брюшную полость. Диаметр наружного пахового кольца расширен до 2 см. При поступлении лейкоциты 18,4·10$^9$/л, палочкоядерные нейтрофилы 26%, лимфоциты 4%; СОЭ 72 мм/ч.

При УЗИ эхо-признаков свободной жидкости в брюшной полости не выявлено, в полости малого таза отмечено наличие объемного жидкостного образования размером 5,1×3,1 см. При исследовании области грыжевого выпячивания справа отмечены наличие жидкости со взвесью до 2,0 см, фрагменты жировой ткани **(рис. 1)**. При рентгенографии брюшной полости выявлены единичные пневматизированные тонкокишечные петли в мезогастральной области слева на уровне LII-IV с нечеткими уровнями в просвете, газ и плотное содержимое по ходу толстой кишки в умеренном количестве на всем протяжении. Установлен диагноз: невправимая правосторонняя пахово-мошоночная грыжа, инфильтрат брюшной полости. Показаний к экстренному оперативному вмешательству нет. Больной госпитализирован в хирургическое отделение для динамического наблюдения и дообследования. Через 12 ч после поступления у пациента сохранялись боль в правой подвздошно-паховой области, температура 38 °С, грыжевое выпячивание не вправлялось. В анализе крови сохранялся лейкоцитоз и умеренный палочкоядерный сдвиг. При контрольном УЗИ свободной жидкости в брюшной полости не выявлено, в правой подвздошной области по-прежнему определяется отграниченное жидкостное скопление размером 5,5×3,7 см, исходящее из слепой кишки и переходящее в паховый канал справа. В полости малого таза лоцируется мочевой пузырь, оттесненный и деформированный влево описанным инфильтратом. Установлен диагноз: абсцедирующий инфильтрат брюшной полости. В связи с наличием невправимой паховой грыжи выполнение пункции абсцесса под ультразвуковым контролем невозможно. Пациенту показана лапаротомия.

28.03.15, через 13 ч после поступления, произведена нижнесрединная лапаротомия. В брюшной полости патологического выпота нет. Петли кишечника активно перистальтируют, их серозная оболочка блестящая. В правой пахово-подвздошной области определяется рыхлый инфильтрат размером 15×10×7 см, включающий купол слепой кишки, петлю подвздошной кишки, брюшную стенку. Тупым путем произведено разделение сращений, при этом вскрылся абсцесс, содержащий 30 мл гноя. При

© Коллектив авторов, 2016

*e-mail: makeda3@yandex.ru

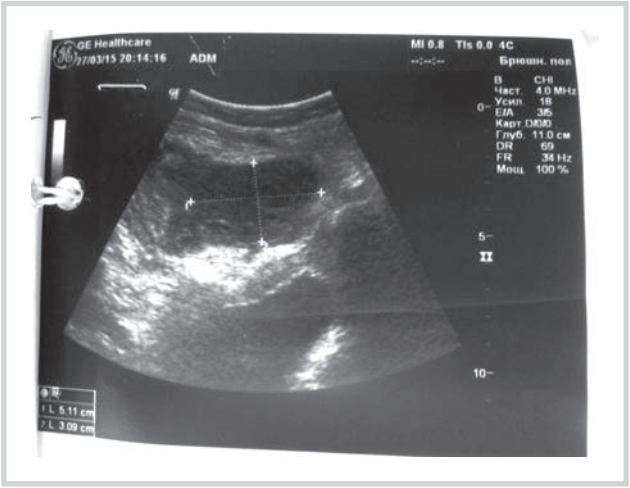



***Рис. 1.*** **Объемное жидкостное образование в полости малого таза размером 5,1×3,1 см.**

ревизии выявлено, что в куполе слепой кишки, на месте основания червеобразного отростка, имеется перфоративное отверстие диаметром 2—3 мм с инфильтрированными краями. Инфильтрация распространяется на купол слепой кишки. Выделить червеобразный отросток из инфильтрата, уходящего в полость пахового канала, из абдоминального доступа не представляется возможным **(рис. 2 и далее на цв. вклейке)**. Перфоративное отверстие в слепой кишке ушито отдельными узловыми швами и погружено в стенку слепой кишки вторым рядом серо-серозных швов. Инфильтрированая брюшина в области внутреннего пахового канала ушита отдельными узловыми швами **(рис. 3, на цв. вклейке)**. К области вскрывшегося абсцесса и зоне ушитого отверстия в стенке слепой кишки установлен двухпросветный дренаж, выведенный через контрапертуру в правой подвздошной области. Второй двухпросветный дренаж установлен через контрапертуру в полость малого таза. Лапаротомная рана послойно ушита наглухо.

Произведен разрез кожи над грыжевым выпячиванием параллельно правой паховой складке. Рассечен апоневроз наружной косой мышцы живота. В паховом канале обнаружен инфильтрат размером 8×6×7 см, состоящий из грыжевого мешка, элементов семенного канатика и деструктивно измененного червеобразного отростка **(рис. 4, на цв. вклейке)**. Выделен семенной канатик, а инфильтрат, состоящий из грыжевого мешка и червеобразного отростка, удален. Зона инфильтрата дренирована двухпросветным дренажем, выведенным через контрапертуру в правой паховой области. Произведена пластика передней стенки пахового канала дубликатурой апоневроза наружной косой мышцы живота. Наложены редкие швы на кожу.

Послеоперационный период протекал без осложнений. В послеоперационном периоде в течение 10 дней проводилась антибактериальная терапия (метрогил 1,5 г/сут, ципрофлоксацин 1,5 г/сут). Дренажи удалены поэтапно на 5—7-е сутки. Раны зажили первичным натяжением. Гистологическое исследование: стенка грыжевого мешка с признаками расстройства кровообращения, флегмонозный аппендицит, периаппендикулярный инфильтрат.

Через полгода после оперативного вмешательства рецидива правосторонней паховой грыжи у пациента не выявлено.

Таким образом, развитие аппендикулярного инфильтрата в паховой грыже, ампутацию червеобразного отростка с формированием парацекального периаппендикулярного абсцесса брюшной полости следует отнести к редким наблюдениям.

Комбинированное оперативное вмешательство с абдоминальным и герниатомическим доступом позволило выполнить радикальную операцию и избежать тяжелых послеоперационных осложнений. Диагноз был установлен на основании клинического наблюдения и динамического ультразвукового мониторинга.

## ЛИТЕРАТУРА


1. Абушайбех Л.Г., Францев Ю.В., Добровольский С.Р. Деструктивный аппендицит в ущемленной паховой грыже. *Хирургия*. 2003;11:51.
2. Андросова Т.П., Назаркина А.Н. Острый аппендицит в ущемленной грыже. *Хирургия*. 1973;1:79-80.
3. Свешников А.П., Котомина Е.М. Случай расположения деструктивного аппендицита в грыжевом мешке. *Хирургия*. 1985;2:130-131.
4. Цирихов Е.И., Терентьев Г.В., Богатырь М.Н. Острый аппендицит в скользящей паховой грыже. *Хирургия*. 1984;8:138-139.
5. Эспозито С., Петер Ш.Д., Эсколино М. и др. Сравнение лапароскопической и открытой пластики грыжи у детей. Сист. обзор. *Журнал лапароскопических и передовых хирургических методов*. 2014;24(11):811-818.
6. Яремчук А.Я., Пейда А.И. Ущемление червеобразного отростка в паховой грыже. *Клин хирургия*. 1982;4:47-48.
7. Comman A, Gaetzschmann P, Hanner T, Behrend M. De Garengeot Hernia: Transabdominal Preperitoneal Hernia Repair and Appendectomy. *J Soc Laparoendoscopic Surg*. 2007;11(4):496-501.
8. Kajmakci A, Akilliogllu I, Akkoyum I et al. Amyand's hernia: a series of 30 cases in children. *Hernia*. 2009;13(6):609-612.
9. Llullaku SS, Hyseni NSh, Kelmendi BZ et al. A pin in appendix within Amyand's hernia in a six-years-old boy: case report and review of literature. *World J Emerg Surg*. 2010;5:14.
10. Martula M, Switalski W, Gruk M. Simultaneous operation of right-sided inguinal hernia and appendicitis. *Wiad Lek*. 1968;21(16):1401-1403.
11. Rodhaim F. Infringements of the vermiform appendix in inguinal hernia. *Tempo Medical Afrique*. 1982;29:15-16.
12. Talamini MA. Laparoscopic appendectomy and herniorrhaphy. *Adv Surg*. 1993;26:387-396.
13. Tycast JF, Kumpf AL, Schwartz TL, Coln CE. Amyand's hernia: a case report describing laparoscopic repair in a pediatric patient. *J Pediatr Surg*. 2008;43(11):2112-2114.
14. Vlazakis S, Vlahakis I, Kakavelakis KN, Charissis G. Right acute hemiscrotum caused by insertion of an inflamed appendix. *BJU Int*. 2002;89(9):967-968.