

И. А. ПЕТУХОВ, В. И. ПЕТУХОВ, П. И. ШТУРИЧ

АППЕНДИЦИТ В ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ, СИМУЛИРОВАВШИЙ УЩЕМЛЕНИЕ

Витебский медицинский институт, Витебская областная клиническая больница (главный врач П. В. Ляровский)

Классическими клиническими симптомами ущемления грыж являются: внезапная резкая боль на месте грыжевого выпячивания или по всему животу; невозможность вправления грыжи, бывшей до того вправимой; напряжение грыжевого выпячивания и отсутствие передачи грыжевого толчка.

Ошибки в диагностике ущемления грыж, по данным разных авторов, колеблются от 3,5 до 18 % [2].

Воспаление брюшных грыж встречается реже ущемления, но оно также может послужить причиной диагностической ошибки в тех случаях, когда очаг воспаления находится в грыжевом мешке. Как отмечают В. Г. Астапенко и Н. Н. Малиновский [1], «при воспалении грыжи, причиной которого являются находящиеся в грыжевом мешке внутренние органы, процесс возникает остро, сопровождается резкими болями, рвотой, повышением температуры, напряжением и резкой болезненностью в области грыжевого мешка. Поставить диагноз воспаления грыжи трудно. Его следует дифференцировать с ущемлением грыжи».

В качестве примера воспаления червеобразного отростка, расположенного в грыжевом мешке, приведшего к воспалению грыжи, послужившего причиной ошибочного дооперационного диагноза, приводим наше наблюдение.

Больной Д., 74 лет, доставлен в хирургическое отделение областной больницы 1 августа 1985 г. машиной скорой помощи через 32 часа от начала заболевания с жалобами на боли в правой половине живота внизу, тошноту, слабость, болезненность и неврастимность грыжевого выпячивания. Накануне утром появились боли в животе справа, ранее вправлявшаяся грыжа стала болезненной, напряженной. В течение суток боли нарастали, появилась тошнота. Из анамнеза: правосторонняя паховая грыжа обнаружена у него более 45 лет назад, по поводу чего в 1939 был оперирован, в 1942 наступил рецидив; в 1975 г. перенес инфаркт миокарда.

При поступлении: состояние больного средней тяжести, сознание ясное, пульс аритмичный, 90 в минуту, удовлетворительного наполнения; тоны сердца приглушены, артериальное давление 145/80 мм. В легких везикулярное дыхание, в нижних отделах сухие хрипы, частота дыхания 20—22. Язык влажный. Живот не вздут. Справа в пахово-мошоночной области имеется грыжевое выпячивание 20×15×15 см, опускающееся в мошонку, болезненное, напряженное, поверхность его гладкая. Попытка вправления грыжи в брюшную полость не удалась из-за резкой болезненности. При перкуссии: над грыжей участки тимпанита и приглушения звука. Перистальтические шумы кишечника прослушиваются. Симптомы раздражения брюшины не выявляются. Мочепускание не нарушено. Газы отходят свободно. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено.

Анализ крови: эр. $4,7 \cdot 10^{12}/л$, Hb 145 г/л, сахар 5,55 ммоль/л, мочевины 6,41 ммоль/л, хлориды 102 ммоль/л, билирубин 17,3 мкмоль/л, общий белок 62 г/л, К 3,75 ммоль/л, Na 133 ммоль/л, α -амилаза крови 64 г/час/л.

ЭКГ: ритм синусовый, 80 в 1 минуту, отклонение электрической оси сердца влево, умеренная гипертрофия миокарда левого желудочка.

Предположительный диагноз: ущемленная пахово-мошоночная грыжа справа (рецидив), ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз, атеросклероз аорты и коронарных артерий.

1 августа 1985 г. в 18 час. 15 мин. оперирован. Под эндотрахеальным наркозом произведен линейный косой разрез в правой паховой области, который продлен на мошонку. Гемостаз. Вскрыт грыжевой мешок. Выделилась «грыжевая вода» темно-желтого цвета. Содержимое грыжевого мешка — илеоцекальный угол кишечника с отчетливыми гиперемизированными стенками, покрытыми фибрином. Слепая кишка, терминальный отдел подвздошной

вместе с брыжейкой представляли рыхлый инфильтрат, при разделении которого выявлен червеобразный отросток темно-вишневого цвета с перфорацией его стенки. При этом вскрылся периаппендикулярный абсцесс, выделилось около 2 мл гноя темно-зеленого цвета с неприятным запахом. Наружное паховое кольцо рассечено, вскрыта передняя стенка пахового канала. Произведена типичная аппендэктомия с погружением культи отростка в кисетный и Z-образный шов. Ложе отростка в области инфильтрированной брыжейки терминального отдела подвздошной кишки обработано спиртом. Петля тонкой кишки, слепая кишка и начальный отдел восходящей находившиеся в грыжевом мешке, гиперемированны, отечны, перистальтика их сохранена, сосуды брыжейки пульсируют, серозный покров блестящий. Учитывая давность грыжи (более 45 лет), рубцовые сращения грыжевого мешка с окружающими тканями, большую травматизацию тканей при его выделении, было решено грыжевой мешок не удалять. У его шейки наложен внутренний кисетный шов, который затянут и завязан. Брюшная полость дренирована перчаточной резиной и полихлорвиниловой трубкой, которые выведены через дополнительный разрез в правой подвздошной области. Двумя резиновыми полосками дренирована также правая половина мошонки. Пластика пахового канала по Мартынову. В брюшную полость введено 2 млн. ЕД пенициллина. Послойное ушивание раны. Асептическая повязка.

Макропрепарат: червеобразный отросток длиной около 7 см, в области верхушки утолщен, темно-вишневого цвета. В средней его трети имеется перфорационное отверстие (0,2×0,3 см), края которого грязно-черного цвета, в просвете — гной. При гистологическом исследовании: флегмонозный аппендицит, пе-

риаппендицит. В зоне перфорации гнойное расплавление стенки червеобразного отростка.

В послеоперационном периоде проводилось лечение: метациллин внутримышечно по 1 млн. ЕД 4 раза в сутки и в брюшную полость по 1 млн. ЕД 2 раза в сутки; назначались 2 % -ный раствор промедола и димедрола по 2 мл 3 раза в сутки; 10 % -ный раствор сульфокам-фокина по 2 мл 3 раза внутримышечно; инфузионная терапия — внутривенное введение полиглюкин-новокаиновой смеси, глюкозо-солевых растворов, нативной плазмы, витаминов; сердечные препараты (коргликон, строфантин); УВЧ на область операционного шва, ЛФК, дыхательная гимнастика, круговые банки и горчичники.

Рана частично нагноилась (в области мошонки), участок нагноения (2×1,5 см) зажил вторичным натяжением. К седьмым суткам температура тела стала нормальной. Выписан домой 30 августа 1985 г. (через месяц после поступления) в удовлетворительном состоянии.

Приведенное наблюдение показало, что при воспалении червеобразного отростка, находящегося в грыжевом мешке, возможно развитие воспаления грыжи, которое может симулировать ущемление, что приводит к диагностическим ошибкам. Во избежание этого следует помнить о возможности воспаления грыжи при грыжевом аппендиците.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астапенко В. Г., Малиновский Н. Н. Практическое руководство по хирургическим болезням. — Минск: Выш. школа, 1983. — Ч. 1. — С. 49—52.
2. Воскресенский Н. В., Горелик С. Л. Хирургия грыж брюшной стенки. — М.: Медицина, 1965.

Поступила 20.10.86.