

СЛУЧАЙ ОСТРОГО ГАНГРЕНОЗНОГО ПЕРФОРАТИВНОГО АПЕНДИЦИТА В НЕПРАВИМОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ



**В. Н. Колоцей¹, В. П. Страпко², Г. Г. Мармыш¹, И. Г. Амбрушкевич²,
Д. Ф. Якимович², О. М. Чарыева¹**

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

²Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно, Гродно, Беларусь

Острый аппендицит – одно из самых распространенных заболеваний брюшной полости, требующих хирургического лечения. Вариабельность его расположения характеризуется вариативностью клинических проявлений, что затрудняет диагностику заболевания. Представлен крайне редкий клинический случай острого гангренозного перфоративного аппендицита в мешке кривой паховой грыжи. Хирургическое лечение было успешным, выполнена герниолапаротомия, аппендэктомия, герниопластика по Постемпски.

Ключевые слова: острый аппендицит, паховая грыжа, грыжа Амианда, хирургическое лечение.

Для цитирования: Случай острого гангренозного перфоративного аппендицита в неправильной паховой грыже / В. Н. Колоцей, В. П. Страпко, Г. Г. Мармыш, И. Г. Амбрушкевич, Д. Ф. Якимович, О. М. Чарыева // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2022. Т. 20, № 2. С. 222-225. <https://doi.org/10.25298/2221-8785-2022-20-2-222-225>.

Острый аппендицит занимает ведущее положение в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, требующих неотложного оперативного лечения. В большинстве случаев диагностика заболевания основана на клинических признаках заболевания. Однако течение острого аппендицита по разным причинам (прежде всего это большая вариабельность расположения червеобразного отростка) характеризуется значительной вариативностью симптоматики, вследствие чего И. И. Греков назвал его коварным «хамелеоноподобным» заболеванием [1]. В 1735 г. английский хирург Claudius Amyand оперировал ребенка, у которого правосторонняя пахово-мошоночная грыжа осложнилась образованием калового свища вследствие деструктивного перфоративного аппендицита [2, 3]. До сих пор нет единого определения, что следует называть «грыжей Амианда», однако большинство авторов трактуют этот термин как паховая грыжа, содержащая червеобразный отросток, который может быть как неизменным, так и со всеми формами воспаления. В русскоязычной литературе при описании клинических случаев локализации острого аппендицита в грыжевом мешке термин «грыжа Амианда» практически не встречается [2]. Однако в монографиях, посвященных как острому аппендициту, так и грыжам живота, описаны варианты расположения отростка в грыжевом мешке с указанием особенностей клинической картины и тактики лечения [4, 5]. В 2008 г. J. Losanoff, M. Basson [6] предложили классификацию «грыж Амианда», сочетающую клинко-морфологическую характеристику патологии и вытекающие из этого рекомендации по хирургическому лечению (таблица).

Такая патология встречается редко, в литературе описаны единичные случаи, составляет, по разным данным, от 0,07-0,13% до 2-4%. Существуют определенные анатомические предпосылки, такие как длинный червеобразный отросток с локализацией вблизи паховых ямок. Наиболее частый контингент заболевших – это

Таблица – Классификация грыж Амианда, (Losanoff J., Basson M., 2008)

Table – Amyand's hernia classification, (Losanoff J., Basson M., 2008)

Тип грыжи	Характеристика	Хирургическое лечение
1	Неизменный червеобразный отросток в паховой грыже	Устранение грыжи сетчатым аллотрансплантатом, аппендэктомия в зависимости от возраста
2	Острый аппендицит в паховой грыже, перитонит отсутствует	Аппендэктомия через герниотомию, пластика собственными тканями грыжевых ворот
3	Острый аппендицит в паховой грыже, перитонит	Аппендэктомия через лапаротомию, пластика собственными тканями грыжевых ворот
4	Острый аппендицит в паховой грыже, наличие других заболеваний брюшной полости	Лечебная тактика как при 1-3 типах, соответствующее обследование и лечение других заболеваний брюшной полости

дети, у которых может быть повышена мобильность кишечника, а также мужчины пожилого возраста с инволюционными изменениями в соединительной ткани задней стенки пахового канала [2, 5, 7]. Предрасполагающие факторы также – ожирение, патология ободочной кишки, сопровождающаяся стойкими запорами, наличие аденомы простаты.

Выставить клинический диагноз «грыжа Амианда» крайне сложно. Лабораторные, инструментальные и даже компьютерные методы диагностики не обладают достаточной информативностью. Дооперационный диагноз острого аппендицита при его локализации в грыжевом мешке не был установлен ни в одном из описанных в литературе случаев [8].

Представляем наш *клинический случай остро́го гангренозного аппендицита в невправимой паховой грыже у пациента 72 лет.* Пациент Б., 1949 г. р., машиной скорой помощи доставлен в приемное отделение больницы скорой медицинской помощи г. Гродно в 09 часов 10 минут 01.10.2021 г. При поступлении предъявлял жалобы на наличие опухолевидного выпячивания в паховой области справа, невправляющегося в брюшную полость, болезненного при пальпации.

Из анамнеза установлено, что пациент 8 лет назад был оперирован по поводу левосторонней паховой грыжи. Паховая грыжа справа наблюдается около 3 лет. В день обращения около 5 часов утра возникли боли в области грыжевого выпячивания, грыжа перестала вправляться в брюшную полость. При объективном осмотре отмечено, что состояние пациента средней степени тяжести, обусловлено болевым синдромом. Кожные покровы бледно-розовые. Температура тела 36,6°C. Пульс 86 уд/минуту, АД 90/60 мм рт. ст. ЧД 16 в 1 минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот правильной формы, участвует в дыхании, при пальпации мягкий, незначительно болезненный в правой подвздошной области. Кишечные шумы выслушиваются. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. В правой пахово-мошоночной области определяется грыжевое выпячивание размерами 8×6×5 см, плотное, напряженное, умеренно болезненное при пальпации, с явлениями флюктуации. Симптом «кашлевого толчка» отрицательный. При ректальном исследовании: тонус сфинктера сохранен, ампула свободная, кал на перчатке коричневого цвета. Стул в день обращения был.

На основании жалоб, анамнеза, объективных данных выставлен диагноз: невправимая паховая грыжа справа. Пациент госпитализирован в хирургическое отделение.

По данным лабораторного обследования определяется лейкоцитоз $14,63 \times 10^9/\text{л}$ со сдвигом формулы влево (палочкоядерные – 7%, нейтрофилы – 78%). Значительные отклонения в биохимическом анализе крови: мочевины 8,5 ммоль/л, креатинин 180 мкмоль/л, билирубин общий 39,6 мкмоль/л, глюкоза 8,4 ммоль/л, аспаратаминотрансфераза 80 Ед/л, аланинаминотрансфераза 124 Ед/л, лактатдегидрогеназа 997 Ед/л. Выявлены также отклонения и в коагулограмме: протромбин по Квику 61,7%, МНО 1,45, фибриноген 4,99 г/л. В общем анализе мочи патологических изменений не выявлено.

Учитывая, что клинические проявления заболевания не вполне укладываются в выставленный диагноз невправимой паховой грыжи, а лабораторные показатели свидетельствуют о воспалительных изменениях с признаками эндогенной интоксикации, решено было выполнить компьютерную томографию брюшной полости. Установлено, что определяется правосторонняя паховая грыжа сечением около 114×80 мм, выходит за границы исследования, с пролабированием петель тонкой кишки (подвздошной

кишки) и слепой кишки, жировой клетчатки, которая представляется неоднородно уплотненной (рис. 1). Петли тонкой кишки в грыжевом мешке не расширены. Петли тонкой кишки (подвздошной кишки) до входа в грыжевой мешок расширены и выполнены жидкостным содержимым, в том числе с наличием горизонтальных уровней и газом над ними. Установлено также наличие спленомегалии и гипоплазии левой почки. Заключение: КТ-картина правосторонней паховой грыжи (с признаками ущемления?), КТ-признаки тонкокишечной непроходимости.

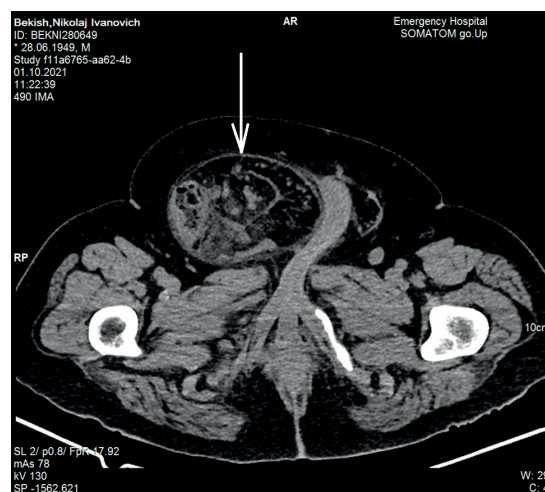


Рисунок 1. – Правосторонняя паховая грыжа с пролабированием слепой кишки, петель подвздошной кишки и жировой клетчатки

Figure 1. – Right-sided inguinal hernia with prolapse of the caecum, ileal loops and fatty tissue

Таким образом, с учетом клинико-лабораторного обследования, данных компьютерной томографии органов брюшной полости была диагностирована ущемленная паховая грыжа, выставлены показания к оперативному лечению. После кратковременной предоперационной подготовки (гепаринопрофилактика, антибактериальная терапия, подготовка операции, катетеризация мочевого пузыря) под эндотрахеальным наркозом после обработки операционного поля разрезом параллельно и выше паховой складки справа рассечена кожа, подкожная клетчатка. Гемостаз. Выделен и вскрыт грыжевой мешок, содержимым которого является слепая кишка и петля подвздошной кишки. Выделилось до 15 мл серозно-гноевой грыжевой воды (взята на бакпосев). Выполнена герниолапаротомия. Выведен илеоцекальный угол из грыжевого мешка, червеобразный отросток грязно-серого цвета, с перфоративным отверстием у его основания, из которого вытекает кишечное содержимое (рис. 2). Червеобразный отросток перевязан кетгуттом, отсечен. Культя его погружена в кетгутный и Z-образные швы, дополнительно перитонизирована культей брыжейки. Через прокол в брюшной стенке установлен дренаж в брюшную полость к куполу слепой кишки. Выделен грыжевой мешок, прошит, перевязан, отсечен.

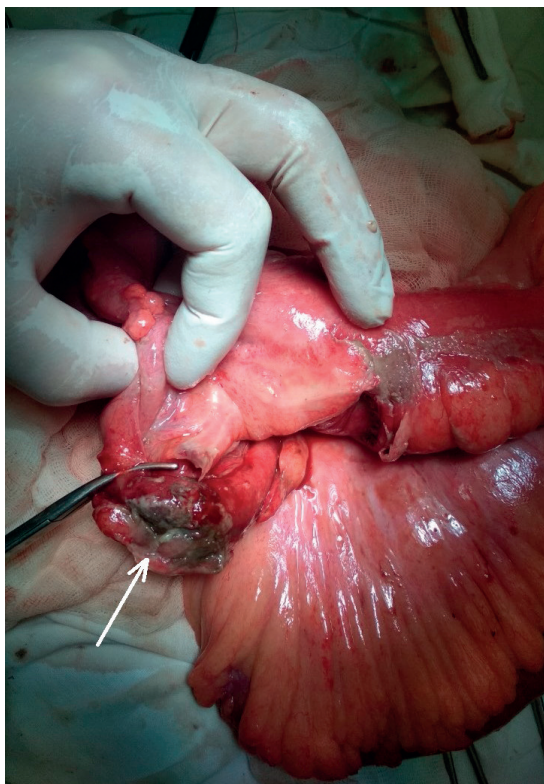


Рисунок 2. – Гангренозно измененный червеобразный отросток с перфоративным отверстием у его основания

Figure 2. – Gangrenous appendix with a perforated hole at its base

Оболочки семенного канатика соединены капроновыми швами. Произведена пластика пахового канала по Постемпски. Мошонка дренирована дренажом через отдельный прокол. Послойный шов раны, йод, асептическая повязка.

Послеоперационный диагноз: острый гангренозный перфоративный аппендицит; невправимая

мая паховая грыжа справа.

Гистологическое заключение после исследования удаленного червеобразного отростка и грыжевого мешка: острый гангренозный аппендицит, гнойный мезентериолит; иссеченный грыжевой мешок – с кровоизлияниями и диффузной лейкоцитарной инфильтрацией.

По результатам микробиологического исследования раневого отделяемого были высеяны *Pseudomonas aeruginosa* и *Escherichia coli*, чувствительные к цефепиму и меропенему.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент получал дезинтоксикационную и антибактериальную терапию, обезболивающие препараты. Рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 10 суток. Пациент выписан домой на 11 сутки в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, наше наблюдение еще раз подтвердило, что выставить дооперационный диагноз «грыжа Амианда» практически не представляется возможным. Применение клинических, лабораторных методов диагностики и даже выполнение компьютерной томографии не позволило установить правильный диагноз. Это обусловлено прежде всего крайне редкой встречаемостью такой патологии. В этой ситуации наиболее вероятным как в нашем случае, так и в большинстве описанных в литературе случаев будет диагноз ущемленной паховой грыжи. А так как такой диагноз предполагает выполнение неотложного хирургического вмешательства, именно благодаря правильной вышестандартной активной тактике удается избежать потери времени и развития осложнений, но истинный диагноз устанавливается только во время оперативного вмешательства.

Литература

1. Флегмонозный аппендицит в грыжевом мешке при рецидивной невправимой паховой грыже / Е. О. Иноземцев [и др.] // Сибирский медицинский журнал. – 2018. – Т. 154, № 3. – С. 57-58.
2. Редкие случаи деструктивного аппендицита в паховой грыже / Н. А. Майстренко [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2016. – Т. 175, № 1. – С. 97-100.
3. Черномаз, И. В. Случай грыжи Амианда / И. В. Черномаз // Медицина и экология. – 2012. – № 1. – С. 134-136.
4. Абушайбех, Л. Г. Деструктивный аппендицит в ущемленной паховой грыже / Л. Г. Абушайбех, Ю. В. Францев, С. Р. Добровольский // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2003. – № 11. – С. 27.
5. Кукуджанов, Н. И. Ущемление червеобразного отростка / Н. И. Кукуджанов // Паховые грыжи / Н. И. Кукуджанов. – Москва, 1969. – С. 362-365.
6. Losanoff, J. E. Amyand's hernia: a classification to improve management / J. E. Losanoff, M. D. Basson // Hernia. – 2008. – Vol. 12, iss. 3. – P. 325-326. – doi: 10.1007/s10029-008-0331-y.
7. Solecki, R. Amyand's hernia: a report of two cases / R. Solecki, A. Matyja, W. Milanowski // Hernia. – 2003. – Vol. 7, iss. 1. – P. 50-51. – doi: 10.1007/s10029-002-0093-x.
8. Македонская, Т. П. Острый аппендицит в правосторонней паховой грыже / Т. П. Македонская, А. С. Ермолов, П. А. Ярцев // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2016. – № 3. – С. 70-71. – doi: 10.17116/hirurgia2016370-71.

References

1. Inozemtsev EO, Apartsin KA, Panasyuk AI, Sandakov PI. Flegmonoznyj appendicit v gryzhevom meshke pri recidivnoj nepravimoy pahovoj gryzhe [Phlegmonous appendicitis in the hernial sac in recurrent irreducible inguinal hernia]. *Sibirskij medicinskij zhurnal* [Siberian medical journal]. 2018;154(3):57-58. (Russian).
2. Majstrenko NA, Romashhenko PN, Jagin MV, Lysanjuk MV, Bessonov DE. Redkie sluchai destruktivnogo appendicita v pahovoj gryzhe. *Vestnik hirurgii im. I.I. Grekova* [Grekov's bulletin of surgery]. 2016;175(1):C. 97-100. (Russian).
3. Chernomaz IV. Sluchaj gryzhi Amiand [Case of Amyand's hernia]. *Medicina i jekologija* [Medicine and Ecology]. 2012(1):134-136. (Russian).
4. Abushajbeh LG, Francev JuV, Dobrovolskij SR. Destruktivnyj appendicit v ushhemlennoj pahovoj gryzhe.

- Hirurgija. Zhurnal im. N.I. Pirogova* [Pirogov russian journal of surgery]. 2003(11):27. (Russian).
5. Kukudzhyanov NI. Ushhemlenie cherveobraznogo otrostka In: Kukudzhyanov NI. *Pahovye gryzhi*. Moskva: Medicina; 1969. p. 362-365. (Russian).
 6. Losanoff JE, Basson MD. Amyand hernia: a classification to improve management. *Hernia*. 2008;12(3):325-326. doi: 10.1007/s10029-008-0331-y.
 7. Solecki R, Matyja A, Milanowski W. Amyand's hernia: a report of two cases. *Hernia*. 2003;7(1):50-51. doi: 10.1007/s10029-002-0093-x.
 8. Makedonskaya TP, Ermolov AS, Yartsev PA. Ostryj appendicit v pravostoronnej pahovoj gryzhe [Acute appendicitis in right-sided inguinal hernia]. *Hirurgija. Zhurnal im. N.I. Pirogova* [Pirogov russian journal of surgery]. 2016(3):70-71. doi: 10.17116/hirurgia2016370-71. (Russian).

CASE OF ACUTE GANGRENOUS PERFORATIVE APPENDICITIS IN IRREDUCIBLE INGUINAL HERNIA

**V. N. Kolotsei¹, V. P. Strapko², G. G. Marmysh¹, I. G. Ambrushkevich²,
D. F. Yakimovich², O. M. Charyeva¹**

¹Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

²Grodno City Emergency Hospital, Grodno, Belarus

Acute appendicitis is one of the most frequent abdominal diseases requiring surgical treatment. The variability of its location is characterized by the variability of clinical manifestations, which complicates the diagnosis of the disease. An extremely rare clinical case of acute gangrenous perforated appendicitis in the sac of an oblique inguinal hernia is presented. Surgical treatment was successful: herniolaparotomy, appendectomy, Postempsky hernoplasty were performed.

Keywords: acute appendicitis, inguinal hernia, Amyand's hernia, surgical treatment.

For citation: Kolotsei VN, Strapko VP, Marmysh GG, Ambrushkevich IG, Yakimovich DF, Charyeva OM. Case of acute gangrenous perforative appendicitis in irreducible inguinal hernia. *Journal of the Grodno State Medical University*. 2022;20(2): 222-225. <https://doi.org/10.25298/2221-8785-2022-20-2-222-225>.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Financing. The study was performed without external funding.

Соответствие принципам этики. Пациент подписал информированное согласие на публикацию своих данных.

Conformity with the principles of ethics. The patient gave written informed consent to the publication of his data.

Об авторах / About the authors

*Колоцей Владимир Николаевич / Kolotsei Vladimir, e-mail: vkolotsei@rambler.ru, ORCID: 0000-0003-4064-1534

Страпко Виктор Павлович / Strapko Viktor, e-mail: strapkosvetlana@mail.ru

Мармыш Геннадий Григорьевич / Marmysh Gennady, dr.marmysh@gmail.com

Амбрушкевич Иосиф Георгиевич / Ambrushkevich Iosif, e-mail: hir2@mail.ru

Якимович Дмитрий Францевич / Yakimovich Dmitry, e-mail: yakimdim@yandex.ru

Чарыева Огулдженнет Максадовна / Charyeva Oguljennet, e-mail: cmjennet@gmail.com

* – автор, ответственный за переписку / corresponding author

Поступила / Received: 08.02.2022

Принята к публикации / Accepted for publication: 22.03.2022