

К вопросу о грыжевом аппендиците.

Проф. В. Л. Боголюбова.

Присутствие червеобразного отростка в грыжах не представляет большой редкости. По статистикам различных авторов грыжи червеобразного отростка составляют 1,8—4, 8% всех оперируемых грыж. Наичаще приходится встречаться с паховыми грыжами отростка, хотя в бедренных грыжах последний попадает относительно чаще, чем в паховых грыжах (в отдельных случаях червеобразный отросток встречался и в пупочных грыжах, а также в *hernia obturatoria*). Червеобразный отросток может, при этом, находиться в грыжах или только один, или же вместе с другими отделами кишечника, а также с салником (один отросток встречается относительно чаще в бедренных грыжах). По данным, собранным Брайцевым, на 41 сл. грыжевого аппендицита один отросток встречен был в грыже 22 раза, вместе же со слепой и тонкой кишками,—11 раз. Наиболее часто червеобразный отросток был найден в правосторонних грыжах, но попадает иногда и в левосторонних (я лично наблюдал 2 таких случая). По данным Васильева на 63 сл. аппендицита в паховых грыжах червеобразный отросток был найден только 5 раз (8%) в грыжах левой стороны. Что касается вопроса о том, каким образом червеобразный отросток попадает в грыжевой мешок, то механизм развития подобных грыж не предоставляется еще достаточно выясненным; несомненно лишь, что здесь играет большую роль подвижность слепой кишки.

Вполне понятно, что червеобразный отросток, находящийся в грыже, может, как и всякий червеобразный отросток в нормальном своем расположении, подвергнуться воспалению, вследствие чего развивается своеобразная картина „грыжевого аппендицита“. Васильев (Р. Хир. Арх., 1904, кн. 3 и 4) собрал из литературы, наряду со своим собственным наблюдением, 63 сл. аппендицита в паховых грыжах. Брайцев (Р. Вр., 1914, № 22) за период времени с 1904 по 1914 г. мог собрать из литературы еще 41 сл. подобного заболевания. За последнее время Мануйлов (В. Хир. и Погр. Обл., 1922, т. I, кн. 1) сообщил о нескольких случаях грыжевого аппендицита, наблюдавшихся в хир. отделении Обуховской Больницы в Петрограде. Во всяком случае известные в лите-

ратуре случаи грыжевого аппендицита немногочисленны, и как патология, так и клиника данного заболевания еще неполне изучены.

Грыжевой аппендицит наблюдается чаще у мужчин, чем у женщин, и встречается главным образом в пожилом возрасте, в противоположность обычному аппендициту (при нормальном положении отростка), наблюдающемуся, наоборот, преимущественно в молодом возрасте.

Кроме обычных условий, являющихся причинами возникновения аппендицита вообще, развитию воспаления червеобразного отростка в грыжах благоприятствуют различные моменты: доступность червеобразного отростка для воздействия внешних инсультов (травмы); затруднение опорожнения отростка при положении его в грыже, в особенности при имеющихся сращениях; нарушение правильности кровоснабжения *processus vermicularis* при его грыжевом положении; припадки ущемления грыжи, даже в легкой степени, ведущие к хроническим изменениям червеобразного отростка; сильные напряжения при работе и сильные натуживания при стуле. Как показали микроскопические исследования червеобразных отростков, лежащих в грыжах (Напалков и др.), в таких отростках всегда имеются известные изменения, обусловленные патологическим положением их. Высказывалось мнение, что в случаях грыжевого аппендицита дело идет о настоящем ущемлении червеобразного отростка, но несомненно, что при грыжевом положении червеобразного отростка и без всякого ущемления могут развиваться разнообразные патологические изменения в нем, как и при положении *processus vermicularis* в брюшной полости (*appendicitis catarrhalis, purulenta, perforativa, gangraenosa*). Отличительной особенностью грыжевого аппендицита является относительно благоприятное его течение, так как, благодаря узости шейки грыжевого мешка, быстро развиваются сращения, и процесс локализуется в полости грыжевого мешка, совершенно отграниченной от брюшной полости. В виду этого и предсказание при грыжевом аппендиците представляется более благоприятным, чем при обычном аппендиците с расположением червеобразного отростка в брюшной полости.

Клиническая картина грыжевого аппендицита не представляет резких характерных признаков. При хроническом течении этого заболевания могут наблюдаться приступы аппендикулярных колик. Что касается острого приступа грыжевого аппендицита, то картина его большею частью проявляется следующими признаками: вправимая прежде грыжа становится невправимой и увеличивается в объеме, появляются сильные боли в области грыжи, иногда наблюдаются рвота, задержка газов и стула (в большинстве случаев, впрочем,

проходимость кишечника здесь бывает не нарушена, а также отсутствует рвота); в случае распространения воспалительного процесса на мошонку, последняя становится красной и отечной; наконец, вследствие вскрытия гнойника наружу могут образоваться свищи.

Все вышесказанное делает понятным, почему распознавание грыжевого аппендицита, вследствие неясности симптомов, в большинстве случаев оказывается невозможным (среди литературных данных имеется только несколько немногих диагностированных до операции случаев разбираемой болезни).

Лечение грыжевого аппендицита, конечно, может быть только оперативным (удаление червеобразного отростка, радикальная операция грыжи). При наличии гнойного аппендицита или тех или других осложнений приходится оперативное вмешательство видоизменять, в зависимости от случая. Оперативное лечение грыжевого аппендицита дает в общем благоприятные результаты. Так, напр., по данным Брайцева из 41 случ. грыжевого аппендицита смерть после операции наступила только в 3 случаях (от коллапса, пневмонии и перитонита).

Нам лично пришлось наблюдать и оперировать следующий случай грыжевого аппендицита:

16 декабря 1916 г. в заведомое мной Хирургическое отделение городской Шамовской Больницы обратился молодой татарин, 22 лет, с жалобами на сильные боли в правосторонней паховой грыже. Из распроса больного удалось выяснить, что грыжа существует у него давно, лет 8—10; сначала имелось только небольшое грыжевое выпячивание в правой паховой области, но затем грыжа стала постепенно увеличиваться, достигши в настоящее время довольно значительной величины; в первое время грыжа свободно вправлялась в брюшную полость, но в дальнейшем она перестала уже вправляться; никаких особенных болезненных расстройств грыжа не вызывала, не чувствовалось и болей в ней, грыжа мешала только больному при работе и ходьбе. Три дня тому назад в грыже появились сильные боли, была несколько раз рвота, но проходимость кишечника была не нарушена (газы и испражнения все время отходили). Объективное исследование больного дало следующие результаты: при осмотре правая половина мошонки имеет вид продолговатой опухоли, непосредственно, в виде широкого тяжа, продолжающейся в область правого пахового канала; покровы над опухолью не изменены; перкуссия ее дает тимпатический звук. При ощупывании опухоли консистенция ее — эластически мягкая, слегка напряженная; при сжатии опухоли, под рукой слышно урчание; кроме того в опухоли ясно прощупывается какое-то продолговатое плотное тело в виде тяжа, ощупывание которого весьма болезненно. Общее состояние больного вполне удовлетворительно, тоны сердца чисты, пульс около 80, в легких ничего особенного нет, температура 37.8°, со сторо-

ны брюшной полости ничего ненормального не замечается, ощупывание живота безболезненно.

В тот же день мною была произведена операция (*hernio-laparotomia*), причем *sub operatione* было установлено, что признаков ущемления в грыже не имеется, и что в грыжевом мешке находится слепая кишка с прилежащими участками тонкой кишки и *colonis ascendentis*, а также резко измененный, воспаленный червеобразный отросток (темно-красного цвета, напряженный, покрытый местами фибриновыми пленками). Произведено иссечение отростка (удаленный отросток—11 см. длины, микроскопическое исследование обнаружало в нем сильную инфильтрацию всех слоев стенки многоядерными лейкоцитами, слизистая оболочка местами оказалась разрушенною, в просвете было найдено обильное скопление многоядерных лейкоцитов). Далее, было выяснено, что в данном случае грыжа носила своеобразный характер, а именно, здесь имелась грыжа слепой кишки, относившаяся к типу т. наз. *hernies par glissement* французских авторов,—она представляла смещенный *en masse* участок брюшинного мешка вместе со слепой кишкой и прилежащим к ней участком *colonis ascendentis*, покрытыми спереди и с боков висцеральным листком брюшины, непосредственно переходившим в стенку брюшинного (resp. грыжего) мешка. В виду таких отношений, весь брюшинный мешок с находившимися в нем участками кишечника был вправлен *en masse* в брюшную полость. К месту отсеченного отростка был вставлен выводник, на остальном протяжении рана зашита (паховый канал сужен несколькими швами, апоневроз *m. obliqui abdominis externi* частично спит).

Послеоперационное течение было гладкое (выводник на 4-й день после операции был вынут). Пациент являлся в больницу через 5½ мес. после операции; он чувствовал себя здоровым и работоспособным, в области вставленного выводника замечалось небольшое грыжевидное выпячивание.

Таким образом, наблюдавшийся нами случай, кроме своеобразного характера встреченной нами грыжи, представляет тот интерес, что здесь имелся типичный случай аппендицита в грыже в остром периоде своего развития. При этом в клинической картине данного случая следует отметить отсутствие нарушения проходимости кишечника, что обычно наблюдается в большинстве случаев грыжевого аппендицита. Наличие этого признака может указывать до некоторой степени на возможность существования грыжевого аппендицита. Вполне понятно, что при подозрении на грыжевой аппендицит какие-либо попытки к вправлению грыжи совершенно недопустимы, и единственным способом лечения является оперативное вмешательство (с обязательным удалением заболевшего червеобразного отростка).
