



УДК 616.346.2–002.4–089:617.557–007.43

## СПОСТЕРЕЖЕННЯ ГОСТРОГО ГАНГРЕНОЗНОГО АПЕНДИЦИТУ В НЕВПРАВНІЙ ЛІВОБІЧНІЙ ПАХВИННІЙ ГРИЖІ

**В. В. Арсенюк, В. О. Мерлюк, Д. С. Васильнов, І. І. Войтенко, О. В. Гринів,  
Д. О. Місевич, Т. Л. Арсенюк**

Кам'янець—Подільська міська лікарня № 1, Хмельницька обл.

## OBSERVATION OF AN ACUTE GANGRENOUS APPENDICITIS IN UNREDUCIBLE LEFT—SIDED INGUINAL HERNIA

**V. V. Arsenyuk, V. O. Merlyuk, D. S. Vasylnov, I. I. Voytenko, O. V. Gryniv,  
D. O. Misevych, T. L. Arsenyuk**

Хворий К., 67 років, госпіталізований до хірургічного відділення № 1 у плановому порядку з приводу білатеральних пахвинних гриж (лівобічна — невправна). Тривалість існування грижі майже 10 років. Лівобічна грижа не вправляється у черевну порожнину майже 7 міс.

Стан хворого задовільний, правильної статури, шкіра блідо—рожевого забарвлення. Пульс 88 за 1 хв, ритмічний, АТ 17,3 кПа (130/90 мм рт. ст.). Тони серця ясні, ритмічні. В легенях везикулярне дихання. Язик вологий, чистий. Живіт м'який, під час пальпації безболісний. Перистальтика кишечника активна, симптоми подразнення очеревини відсутні. Притуплення перкуторного звуку у відлогих місцях немає. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Фізіологічні відправлення без особливостей.

В обох пахвинних ділянках виявлені пухлиноподібні утворення діаметром 8 — 10 см. Справа утворення вільно вправляється в черевну порожнину з характерним бурчанням, зліва — ледь виражена гіперемія шкіри, грижове вип'ячування в черевну порожнину повністю не вправляється, помірно болісне.

Лабораторні показники в межах вікових змін. ЕКГ: гіпертрофія лівого шлуночка, порушення процесів реполяризації. Рентгенографія органів грудної клітки: емфізема легень.

На 2—гу добу після госпіталізації під спинномозговою анестезією розпочате грижосічення зліва, поширено розсічені тканини, виявлений грижовий мішок. Після розкриття грижового мішка в ньому виявлений мутний випіт з фібрином та колибацилярним запахом об'ємом

до 100 мл, а також червоподібний відросток довжиною до 9 см, діаметром 2 см, темно—вишневого забарвлення, напружений, вкритий фібрином. Вирішено провести нижню середню лапаротомію для подальшої ревізії. Здійснено лапаротомію, виявлено до 200 мл мутного випоту в порожнині малого таза, в інших відділах черевної порожнини випоту не було. Розташування червоподібного відростка в лівій пахвинній грижі зумовлене наявністю у хворого мобільної брижі сліпої кишки.

Черевна порожнина промита розчином антисептика, осушена. Поетапно виконані типова апендектомія, герніопластика за Постемпським зліва (операційна рана дренована гумовою смужкою), герніопластика за Постемпським справа.

Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень, відповідно тяжкості виконаної операції та основного захворювання. Після операції хворому проводили антибактеріальну терапію (клексан по 0,2 г підшкірно), знеболювальні засоби, церукал 2 мл, перев'язки. Операційна рана загоїлася первинним натягом, на 8—му добу зняті шви. На 10—ту добу у задовільному стані пацієнт виписаний для амбулаторного лікування.

Оглянутий через 1 міс, скарг немає, працює за спеціальністю, веде активний спосіб життя.

Спостереження інтересно тим, що червоподібний відросток перебував у лівій пахвинній грижі внаслідок мобільності брижі сліпої кишки. Тому за наявності клінічних ознак гострого апендициту в будь—якій ділянці черевної порожнини слід пам'ятати про можливість таких казуїстичних ситуацій.

