

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УЩЕМЛЕНИЯ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА В РЕЦИДИВНОЙ КОСОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ (ГРЫЖА АМИАНДА)

С. В. ТАРАСЕНКО¹, А. А. НАТАЛЬСКИЙ¹, В. Б. АФТАЕВ², В. П. КОЧУКОВ³, О. В. ФЕДОРОВ¹

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Рязань

²Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Рязань

³Федеральное государственное бюджетное учреждение «Объединенная больница с поликлиникой» Управления делами Президента РФ, Москва

Сведения об авторах:

Тарасенко Сергей Васильевич – д.м.н., профессор, зав. каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Натальский Александр Анатольевич – д.м.н., доцент каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, e-mail: lorey1983@mail.ru

Афтаев Виктор Борисович – заведующий 2 хирургическим отделением ГБУ РО «ГКБСМП»

Кочуков Виктор Петрович – д.м.н., заведующий хирургическим отделением ФГБУ Объединенная больница с поликлиникой управления делами президента РФ.

Федоров Олег Владиславович – интерн каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Ущемление при паховой грыже является наиболее частым осложнением и составляет по данным отечественных авторов 12-18% от всех случаев заболевания. Чаще всего ущемляется тонкая кишка (63-68%), затем сальник (16-20%), толстая кишка (6-8%), одновременно тонкая и толстая кишка (3-4%), сальник и кишки (4-5%). Ущемление червеобразного отростка в паховой грыже (грыжа Амианда) наблюдается крайне редко и встречается всего в 0,2-2,0% случаев. В статье приводится описание клинического случая ущемления червеобразного отростка в правосторонней рецидивной косо́й паховой грыже.

Ключевые слова: грыжа Амианда, косая паховая грыжа, ущемление.

По данным мировой литературы около 4% жителей Земли страдают грыжами брюшной стенки, примерно 70% из них составляют паховые. Частота рецидивов паховых грыж колеблется от 3,5% до 45% [1, 2]. Чаще всего рецидивные паховые грыжи встречаются у лиц пожилого возраста, их доля составляет 60,1 – 67,6% [3, 4]. К осложнениям грыж передней брюшной стенки относят ущемление (W-образное, Рихтеровское ущемление, грыжа Литтре), кишечную непроходимость, копростаз, флегмону грыжевого мешка, перфорации тонкого кишечника, ишемию и некроз стенки кишки, гангрену кишечника, кишечные свищи, перитонит [5, 6]. Наиболее частым и опасным осложнением безусловно является ущемление. Ущемление возникает при паховых грыжах в 43,5% случаев, послеоперационных грыжах – 19,2%, пупочных грыжах – 16,9%, бедренных грыжах – 16%, грыжах белой линии живота 4,4%. Ущемленная грыжа осложняет течение заболевания у 10–17% грыженосителей и находится на 4–5-м месте среди всех госпитализированных больных с острой хирургической патологией, а среди неотложных вмешательств, занимает 3-е место после аппендэктомии и холецистэктомии [5,7]. Чаще всего ущемляются петли тонкого кишечника и большой сальник, значительно реже – мочевого пузыря, яичник, дивертикул Меккеля. Тонкая кишка ущемляется в 63-68% случаев, сальник в 16-20%, толстая кишка 6-8%,

одновременно тонкая и толстая кишка в 3-4%, сальник и кишки в 4-5% [8].

Ущемление червеобразного отростка в грыжевом мешке считается редким случаем в хирургической практике. Расположение аппендикса в грыжевом мешке паховой грыжи по данным различных авторов встречается с частотой от 0,07-0,13% до 2-4% [9,10,11]. А.А. Бочаров и И.С. Островская на 472 оперированные ущемленные паховые грыжи обнаружили только в 13 случаях червеобразный отросток [9]. В 1953 году был введен термин “грыжа Амианда” (Amyand’s hernia) в честь военного хирурга Клавдия Амианда [12]. В настоящее время выделяют 5 типов грыжи Амианда:

- 1) неизменный червеобразный отросток в паховой грыже;
- 2) острый аппендицит в паховой грыже, перитонит отсутствует;
- 3) острый аппендицит в паховой грыже, перитонит;
- 4) острый аппендицит в паховой грыже, наличие других заболеваний брюшной полости;
- 5) червеобразный отросток в рецидивной паховой грыже, без перитонита. Ущемления отростка могут наблюдаться как в узкой шейке грыжевого мешка, так и внутри его среди спаек [9]. При ущемлении аппендикса в грыже развивается венозный инфаркт, в ходе которого некроз возникает сначала на слизи-

стой оболочке отростка, а только затем распространяется на его наружные слои [13]. Наличие различных вариантов расположения и форм изменения стенки червеобразного отростка в грыжевом мешке при паховой грыже, скрытое течение обуславливают определенные трудности в диагностике грыжи Амианда. Выбор и объём оперативного вмешательства зависят от характера патологического процесса в стенке аппендикса, наличия осложнений, сопутствующей патологии, размеров грыжевого мешка [14, 15]. Таким образом, учитывая редкость и полиморфизм грыжи Амианда, данная острая хирургическая патология представляет интерес для современных хирургов.

Приводим описание клинического случая: больной Г., 81 года, поступил в ГБУ РО «ГК БСМП» г Рязани с клиникой ущемлённой паховой грыжи справа. Больной предъявлял жалобы на умеренные боли в правом паху, наличие невправимого грыжевого выпячивания, боли при ходьбе, общую слабость. Рецидив паховой грыжи справа заметил 3 года назад. В последний месяц отмечает увеличение и уплотнение грыжевого выпячивания, беспокоят периодические боли в правом паху как в покое, так и при ходьбе. С утра отмечает усиление болей, в связи с чем обратился в приёмный покой БСМП. В 2002 году выполнена операция грыжесечения по Бассини по поводу паховой грыжи справа, в 2008 году - операция на мочеточнике по поводу мочекаменной болезни, в 2014 году - грыжесечение по Лихтенштейну слева.

При осмотре, локально в паховой области справа имеется грыжевое выпячивание размером 6×5×3 см, мягко-эластической консистенции, невправимое, умеренно болезненное, симптом кашлевого толчка отрицательный. Лейкоциты – $10,2 \times 10^9/\text{л}$, t тела – 37,2 °С. При обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости данных за острую кишечную непроходимость нет. После проведения предоперационной подготовки болевой синдром купирован, больной в срочном порядке взят в операционную.

Под СМА окаймляющим разрезом произведено иссечение старого рубца в правой паховой области. В проекции пахового канала - выраженный плотный рубцовый процесс, разделен острым путем. Вскрыт паховый канал. Выделены из рубцового процесса край прямой мышцы и семенной канатик – взят на лигатуры. Рассечены оболочки семенного канатика, выделен и вскрыт грыжевой мешок. В содержимом грыжевого мешка обнаружен червеобразный отросток, основание которого подпаяно к стенкам грыжевого мешка размером 9x1,5 см (Рис. 1).

Верхушка аппендикса напряжена, инъецирована сосудами, отёчна, булавидно утолщена (Рис. 2).

В дистальной части аппендикса прощупывается плотное образование, являющимся каловым камнем (Рис. 3).

Выполнена аппендэктомия с погружением культи отростка в кисетный и Z-образный швы. Герниопластика сеткой Линтекс 6×11 см по Лихтенштейну. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больному проводилась обе-

зболивающая терапия, профилактика тромбоэмболические осложнений.

Таким образом, приведённый клинический случай демонстрирует специфику клинической диагностики и хирургического лечения грыжи Амианда у больных пожилого возраста.



Рис. 1. Вскрыт грыжевой мешок, содержимым которого является аппендикс 1 – червеобразный отросток; 2 – плоскостные спайки между отростком и грыжевым мешком.



Рис. 2. Булавидно утолщенная, отечная и гиперимированная верхушка отростка 1 – верхушка червеобразного отростка; 2 – спайка между грыжевым мешком и аппендиксом



Рис. 3. В верхушке определяется каловый камень 1 - каловый камень в проекции верхушки аппендикса

Список литературы

1. **Жебровский В.В.** Хирургия грыж живота. М.: ООО МИА, 2005. 384 с.
2. **Савченко Ю.П., Лакомский И.Ю., Зезарахова М.Д., Пузанов А.П.** Пластика паховой грыжи по Лихтенштейну // Кубанский научный медицинский вестник. 2013. №7 С.134-135.
3. **Рецидив** паховой грыжи (проблема и пути возможного решения) / В.Д. Бекоев, В.А. Криль, А.А. Троянов Хирургия: Журнал им. Н.И. Пирогова. 2003. № 2. С. 45-47.
4. **Нестеренко Ю.А., Газиев Р.М.** Паховые грыжи, реконструкция задней стенки пахового канала. М.: БИНОМ Лаборатория знаний, 2005. 114 с.
5. **Клиническая** хирургия: национальное руководство : в 3 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа. 2009. С. 260.
6. **Титаренко В.Л., Вардаев В.Л., Ипаткин Р.В., Мильчевская Н.В., Габуния З.Р.** Рихтеровское ущемление послеоперационной вентральной грыжи, осложнённой перфорацией тонкой кишки и флегмоной передней брюшной стенки. Журнал Современные технологии в медицине. № 1. том 5. 2013.
7. **Егоров Ю.В., Ткаченко Ю.Н., Архарова О.Ю.** Атипичное расположение червеобразного отростка в элементах семенного канатика // Вестник РУДН. Серия: Медицина. 2001. №1 С.136.
8. **Григорян Р.А.** Абдоминальная хирургия: В 2 т. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. Том 1. 608 с.
9. **Кукуджанов Н.И.** Паховые грыжи. Издательство «Медицина» Москва 1969. С. 440-448.
10. Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н., Ягин М.В., Лысанюк М.В., Бессонов Д.Е. Редкие случаи деструктивного аппендицита в паховой грыже. Вестник хирургии имени имени И.И. Грекова № 01-2016 01/03/16 Издательство: ООО "Эскулап" С. 97-100.
11. **Singal R., Gupta S.** «Amyand's hernia» - pathophysiology, role of investigations and treatment IJ. Clin. Med. 2011. Vol. 6, № 4. P. 321-327.
12. **Losanoff J.E., Basson M.D.** Amyand's hernia: a classification to improve management// Hernia. 2008. Vol. 12. P. 325-326.
13. **Management of Abdominal Hernias** Fourth Edition. A. N. Kingsnorth K. A. LeBlans 2013. С.176-177.
14. **Руководство** по неотложной хирургии органов брюшной полости под ред. В.С.Савельева М. Издательство МИА (Медицинское информационное агентство) 2014. С. 188 - 199, 206-208.
15. **Хирургические** болезни под ред. М. И. Кузина. 4-е издание М.: ГЭОТАР-Медиа 2015 г. С. 779.

A CLINICAL CASE OF INFRINGEMENT OF THE APPENDIX IN RECURRENT OBLIQUE INGUINAL HERNIA (HERNIA OF AMYAND)

S. V. TARASENKO¹, A. A. NATALSKIY¹, V. B. AFTAEV², V. P. KOCHUKOV³, O. V. FEDOROV¹

¹Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov, Ryazan

²Emergency Hospital, Ryazan

³Federal State Institution «United Hospital and Polyclinic», Moscow

Information about the authors:

Tarasenko SV – MD, Professor, Head of the Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov, Ryazan

Natalskiy AA – MD, Associate Professor of Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov, Ryazan, e-mail: lorey1983@mail.ru

Aftaev VB – doctor-surgeon surgical department emergency hospital

Kochukov VP – MD, Professor, Head of the Department of Surgery

Fedorov OV – Assistant of Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov, Visocovoltynaya str., 9, 390026, Ryazan, Russian Federation.

Infringement in inguinal hernia is the most frequent complication and according to the data of domestic authors 12-18% of all cases of the disease. Most often, the small intestine (63-68%), then the omentum (16-20%), the large intestine (6-8%), at the same time the small and large intestine (3-4%), the omentum and gut (4-5%). Infringement of the appendix in the inguinal hernia (hernia of Amyand) is extremely rare and occurs in only 0,2-2,0% of cases. The article describes the clinical case of infringement of the appendix in the right-sided recurrent oblique inguinal hernia.

Key words: Amyand's hernia, oblique inguinal hernia, infringement.