

КОМБИНИРОВАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ГРЫЖЕЙ АМИАНДА

Завражнов А.А.¹, Соловьёв И.А.^{1,2},
Федотов Л.Е.^{1,2}, Аванесян Р.Г.^{1,2},
Мамедов Ш.Д.*^{1,2}, Оглоблин А.Л.^{1,2}

¹ ГБУЗ «Городская Мариинская больница»,
Санкт-Петербург

² ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский
государственный педиатрический
медицинский университет», Санкт-Петербург

DOI: 10.25881/20728255_2022_17_3_137

Резюме. Острый аппендицит, ущемлённая паховая грыжа являются одним из самых наиболее часто встречаемых заболеваний в неотложной абдоминальной хирургии. Однако в практике хирурга при оказании экстренной хирургической помощи встречаются редкие наблюдения, например, нахождение червеобразного отростка в мешке кривой паховой грыжи, так называемая грыжа Амианда, именно этот случай и тактику хирургического лечения демонстрирует наше клиническое наблюдение.

Ключевые слова: острый аппендицит; паховая грыжа; грыжа Амианда.

Актуальность

Английский хирург французского происхождения Клавдий Амианд в декабре 1735 г., будучи главой Британского хирургического общества, прооперировал в госпитале Святого Георгия 11-летнего мальчика по поводу невримы пахово-мошоночной грыжи, осложненной каловым, свищем. В ходе операции в грыжевом мешке обнаружен гангренозно-измененный червеобразный отросток слепой кишки с перфорацией. В просвете отростка выявлена стальная булавка, покрытая слоем солей. Выполнены аппендэктомия и устранение пахово-мошоночной грыжи с иссечением свища, пациент благополучно выздоровел [1; 2]. Термин «грыжа Амианда» предложил в 1953 г. английский хирург А. Крис. Грыжа Амианда представляет собой сочетание паховой грыжи с острым аппендицитом при условии, что червеобразный отросток расположен в грыжевом мешке, т.е. наличие двух заболеваний разной этиологии. Стоит отметить, что выявление неизмененного червеобразного отростка в невримой паховой грыже не является грыжей Амианда, иначе теряется смысл этого термина. Данное патологическое состояние встречается крайне редко и составляет около 0,1% от всех случаев хирургического лечения паховых грыж. При грыжах Амианда выполняют как открытые операции, включающие аппендэк-

THE CASE OF COMBINED SURGICAL REPAIR OF THE AMYAND,S HERNIA

Zavrazhnov A.A.¹, Solovyov I.A.^{1,2}, Fedotov L.E.^{1,2}, Avanesyan R.G.^{1,2},
Mamedov S.H.D.*^{1,2}, Ogloblin A.L.^{1,2}

¹ Mariinsky Hospital, St. Petersburg

² St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg

Abstract. Acute appendicitis and strangulated inguinal hernia are very common condition in Emergency abdominal surgery. However, the position of a vermiform appendix in an inguinal hernia sac is an atypical and rare event in practice of care surgeon and is defined as Amyand,s hernia. We present a case report of such a condition.

Keywords: acute appendicitis; inguinal hernia; Amyand,s hernia.

томию и устранение грыжи с пластикой задней стенки пахового канала местными тканями и сетчатым эксплантантом, так и лапароскопические операции с использованием методики TAPP (transabdominal preperitoneal plastic). По понятным причинам диагноз острого аппендицита при расположении червеобразного отростка в грыжевом мешке устанавливаются в большинстве случаев во время операции, а жалобы больного и клиническая картина без затруднения позволяет установить диагноз ущемленной паховой грыжи. Но тем не менее, при очевидном диагнозе практически невозможно до операции распознать червеобразный отросток в составе грыжевого содержимого. Таким образом, выбор варианта хирургического вмешательства при грыжах Амианда, в первую очередь, определяется характером паховой грыжи и ее осложнений (паховая или пахово-мошоночная, первичная или рецидивная, невримой или ущемленная, с признаками флегмоны грыжевого мешка или без симптомов гнойного воспаления) [3].

Больная Б. 84 лет поступила в СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» 15.12. 2021 по скорой медицинской помощи в экстренном порядке с диагнозом направления «ущемленная правосторонняя паховая грыжа», наличие паховой грыжи в анамнезе около 2-х лет. При сборе анамнеза предъявляла жалобы на болезненное

выпячивание в правой паховой области. Интенсивность болей усиливались при любых движениях тела, при кашле. Вышеперечисленные жалобы появились около 5 часов назад, в связи с сохраняющимися жалобами обратилась за медицинской помощью. При поступлении состояние ближе к средней степени тяжести. Температура тела 36,7 °С. Пульс 85 уд. в минуту. АД 140/80 мм рт. ст. ЧДД 18 в мин. Живот не вздут, мягкий, доступен глубокой пальпации, болезненный в гипогастрии справа. Перитонеальные симптомы отрицательные. Местно: в правой паховой области справа имеется болезненное грыжевое выпячивание размерами 5×3 см, не вправимое в брюшную полость. В условиях ОСМП выполнено обследование, в клиническом и биохимическом анализах крови все показатели в пределах нормальных величин. При ультразвуковом исследовании в правой паховой области локализуется округлое жидкостное образование с гиперэхогенным компонентом в центре размером 50 мм (вероятно, грыжевой мешок с прядью сальника). Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Петли тонкой кишки не расширены. Также больной выполнен весь стандарт обследований, клинически значимых изменений не выявлено. На этапе транспортировки произошло самопроизвольное вправление грыжевого содержимого. Учитывая длительность ущемления бо-

* e-mail: Shohrat.mamedov1987@gmail.com



Рис. 1. Внутреннее паховое кольцо с червеобразным отростком.



Рис. 3. Выделение грыжевого мешка.

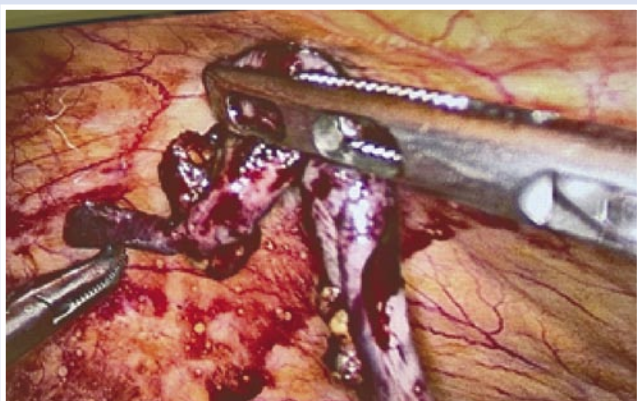


Рис. 2. Червеобразный отросток, низведённый в брюшную полость.



Рис. 4. Некротизированная верхушка червеобразного отростка.

лее 5 часов, выполнена диагностическая лапароскопия. При ревизии в правой подвздошной области визуализировано внутреннее паховое кольцо с грыжей, содержимым грыжи является верхушка червеобразного отростка с брыжейкой (Рис. 1). Тело и основание червеобразного отростка инъецированы сосудами, скудное количество серозного выпота в правой подвздошной ямке и в малом тазу, другой патологии в брюшной полости не выявлено. Установлен диагноз: грыжа Амианда. Принято решение выполнить первым этапом — лапароскопическую аппендэктомию, вторым этапом — герниопластику открытым способом, так как имеются признаки местного воспалительного процесса в правой паховой области. С некоторыми техническими сложностями аппендикс выделен из пахового канала, низведён в брюшную полость. Выявлено гангренозное изменение его верхушки (Рис. 2).

Выполнена лапароскопическая аппендэктомия, червеобразный отросток фрагментирован, санация малого таза, правой подвздошной ямки.

В малый таз установлен силиконовый дренаж. Далее выполнено грыжесечение, выделен грыжевой мешок (Рис. 3), который вскрыт, содержимым грыжевого мешка являлась ампутированная гангренозно изменённая верхушка аппендикса (Рис. 4).

Грыжевой мешок с признаками флегмоны иссечен. Выполнена пластика задней стенки пахового канала по Бассини. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка получала антибактериальную терапию, на 6-е сутки выписана на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии.

Заключение

Обращаем внимание на то, что герниопластика и аппендэктомию составляют не симультанное, а комбинированное вмешательство, так как вторичный гангренозный аппендицит явился следствием ущемления грыжи, а не вторым заболеванием иной этиологии [4].

Согласие пациента. Пациент добровольно подписал информированное согласие на публикацию персональной

медицинской информации в обезличенной форме.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Майстренко Н.А., Ромашенко П.Н., Ягин М.В., Лысанюк М.В., Бессонов Д.Е. Редкие случаи деструктивного аппендицита в паховой грыже // Вестник хирургии. — 2016. — №1. — С.97-100 [Maistrenko NA, Romashchenko PN, Yagin MV, Lysanyuk MV, Bessonov DE. Redkie sluchai destruktivnogo appenditsita v pakhovoi gryzhe. Vestnik khirurgii. 2016; 1: 97-100. (In Russ).]
2. Sharma H, Gupta A, Shekhawat NS, et al. Amyand's hernia: a report of 18 consecutive patients over a 15-year period. Hernia. 2007; 11: 31-35.
3. Losanoff JE, Basson MD. Amyand's hernia: a classification to improve management. Hernia. 2008; 12: 325-326.
4. Семенов В.В., Курьгин А.А. Симультанные операции на органах живота: спорные и очевидные аспекты проблемы (обзор литературы) // Вестник хирургии. — 2014. — №6. — С.96-99. [Semenov VV, Kurygin AA. Simultannye operatsii na organakh zhivota: spornye i ochevidnye aspekty problemy (obzor literatury). Vestnik khirurgii. 2014; 6: 96-99. (In Russ).]