

© CC BY В. В. Ивлев, 2023
 УДК 617.54-007.2-053.1
 DOI: 10.24884/0042-4625-2023-182-4-67-70

ГРЫЖА МЕЧЕВИДНОГО ОТРОСТКА ГРУДИНЫ

В. В. Ивлев^{1, 2*}

¹ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Гатчинская клиническая межрайонная больница», Ленинградская область, Россия

² Частное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский медико-социальный институт», Санкт-Петербург, Россия

Поступила в редакцию 29.07.2023 г.; принята к печати 27.12.2023 г.

Грыжа мечевидного отростка грудины относится к редко встречающимся вариантам грыжевого выпячивания. За период с 1914 г. по настоящее время в официальной русскоязычной литературе описано всего 11 подобных случаев. Грыжевыми воротами являются либо дефект округлой формы непосредственно в мечевидном отростке, либо расщепление мечевидного отростка по типу «рогов». Грыжевым содержимым чаще всего выступает предбрюшинная липома, а также описано 2 случая, когда содержимым были прядь большого сальника и жировой придаток поперечной ободочной кишки. Риск ущемления при таких грыжах минимален. Оперативная тактика, несмотря на развитие современных малоинвазивных методик, по-прежнему остается дискуссионной из-за особенностей прилегания к мечевидному отростку брюшины и собственной фасции грудной клетки к надкостнице отростка грудины. В данной работе представлен случай обращения пациента за медицинской помощью по поводу увеличивающегося в течение 4 месяцев образования в области мечевидного отростка.

Ключевые слова: грыжа мечевидного отростка грудины, ксифоидальная грыжа, расщепление мечевидного отростка, расщепление грудины, врожденная деформация мечевидного отростка грудины, ксифодиния

Для цитирования: Ивлев В. В. Грыжа мечевидного отростка грудины (случай из практики). *Вестник хирургии имени И. И. Грекова*. 2023;182(4):67–70. DOI: 10.24884/0042-4625-2023-182-4-67-70.

* **Автор для связи:** Виталий Викторович Ивлев, ГБУЗ ЛО Гатчинская клиническая межрайонная больница, 188300, Ленинградская область, Рощинская ул., д. 15А. E-mail: iwlew-80@mail.ru.

HERNIA OF THE XIPHOID PROCESS

Vitaly V. Ivlev^{1, 2*}

¹ Gatchina Clinical Interdistrict Hospital, Leningrad Region, Russia

² St. Petersburg Medical and Social Institute, Saint Petersburg, Russia

Received 29.07.2023; accepted 27.12.2023

Hernia of the xiphoid process refers to rare variants of hernial protrusion. For the period from 1914 to the present, only 11 cases have been described in the official Russian-language literature. Hernial gates are either a defect of a rounded shape directly in the xiphoid process, or splitting of the xiphoid process by the type of «horns». The contents are most often preperitoneal lipoma, and 2 cases have also been described when the contents were a strand of the large omentum and a fatty appendage of the transverse colon. The risk of infringement with such hernias is minimal. Operational tactics, despite the development of modern minimally invasive techniques, still remains controversial due to the peculiarities of the fit to the xiphoid process of the peritoneum and the thoracic own fascia to the periosteum of the sternum process. This paper presents a clinical case of a patient sought medical help for an increase in education in the xiphoid process within 4 months.

Keywords: hernia of the xiphoid process, xiphoid hernia, splitting of the xiphoid process, splitting of the sternum, congenital deformity of the xiphoid process, xiphodynia

For citation: Ivlev V. V. Hernia of the xiphoid process. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2023;182(4):67–70. (In Russ.). DOI: 10.24884/0042-4625-2023-182-4-67-70.

* **Corresponding author:** Vitaly V. Ivlev, Gatchina Clinical Interdistrict Hospital, 15A, Roshchinskaya str., Leningrad region, 188300, Russia. E-mail: iwlew-80@mail.ru.

Введение. С развитием диагностических технологий мы пришли к пониманию, что количество ранее не распознанных аномалий значительно боль-

ше. Часть аномалий соматически компенсированы, но есть и осложненные варианты течения. К такой аномалии можно отнести врожденную перфорацию

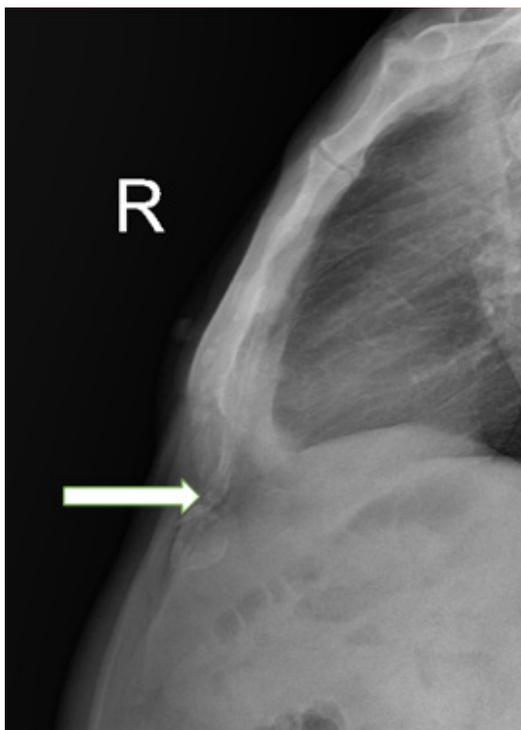


Рис. 1. Рентгенограмма грудной клетки (боковая проекция)
Fig. 1. Chest X-ray (lateral projection)



Рис. 2. Компьютерная томография органов грудной клетки (сагиттальный срез)
Fig. 2. Computed tomography of the chest organs (sagittal section)

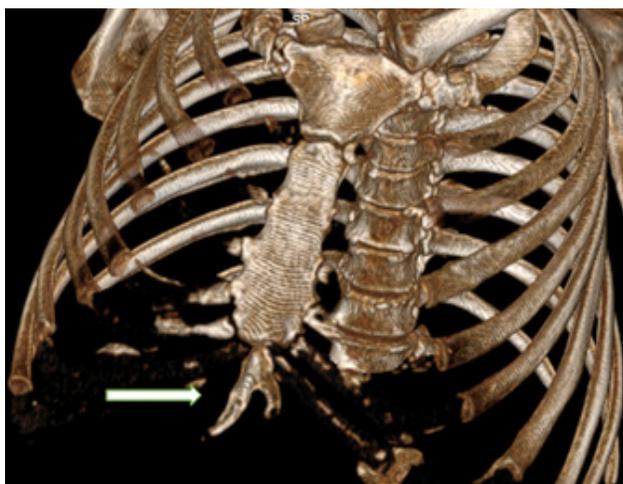


Рис. 3. Компьютерная томография органов грудной клетки (3D-реконструкция)
Fig. 3. Computed tomography of the chest organs (3D reconstruction)

и раздвоение мечевидного отростка грудины, в редких случаях осложняющуюся формированием грыжи. В настоящий момент с 1914 г. в русскоязычной литературе описано всего 11 случаев ксифоидальной грыжи [1, 2]. Содержимым грыжевого выпячивания в основном является предбрюшинная липома, но в 2 случаях описано, что в грыжевом мешке содержались прядь большого сальника и жировой подвесок поперечной ободочной кишки [2]. Пожалуй, эти 2 случая сомнительны, так как по задней поверхности мечевидного отростка находится расщепленная на 2 листка серповидная связка, которая является дополнительным препятствием для форми-

рования «истинной» грыжи. Именно поэтому следует говорить только о так называемой «ложной» ксифоидальной грыже с предбрюшинным жиром, выпячивающимся через дефект в мечевидном отростке грудины. Ущемления грыжи и летальных исходов среди описанных случаев не было.

Согласно топографо-анатомическим литературным обзорам отмечается, что различные аномалии грудины наблюдаются в 5–58 % случаев. Такой разброс носит популяционный характер. При этом на долю таких аномалий, как раздвоение, расщепление и перфорация грудины, приходится до 39 % случаев, из них максимальное количество наблюдений (86 % случаев) составляют аномалии развития непосредственно мечевидного отростка [3, 4]. В противовес деформации мечевидного отростка как источника боли и дискомфорта имеет место такое состояние, как ксифодиния, при которой на первое место выступает перихондрит при изолированном росте мечевидного отростка кпереди [5], расщепления отростка при этом не описывают, но и не исключают.

Актуальными остаются 2 вопроса: 1. В поле деятельности какого хирурга (абдоминального или торакального) находится решение вопроса лечения грыжи мечевидного отростка? 2. Какой доступ необходимо применить для оперативного лечения с учетом развивающегося эндовидеохирургического направления?

В связи с изложенным нами представлено клиническое наблюдение с характерными проблемами диагностики и оперативного лечения грыжи мечевидного отростка грудины.

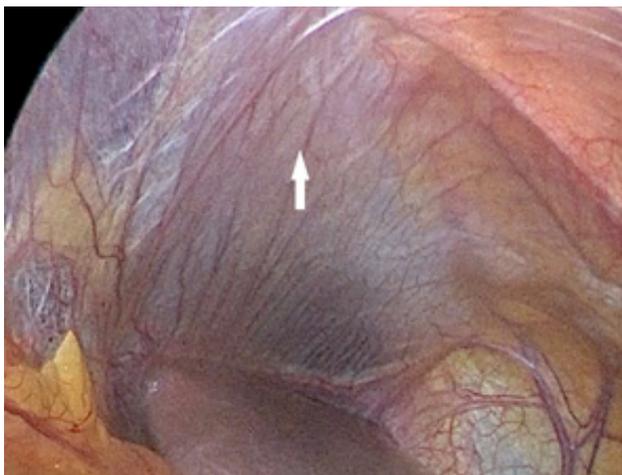


Рис. 4. Вид на область мечевидного отростка со стороны брюшной полости без давления на выпячивание

Fig. 4. View of the xiphoid process area from the side of the abdominal cavity without pressure on protrusion

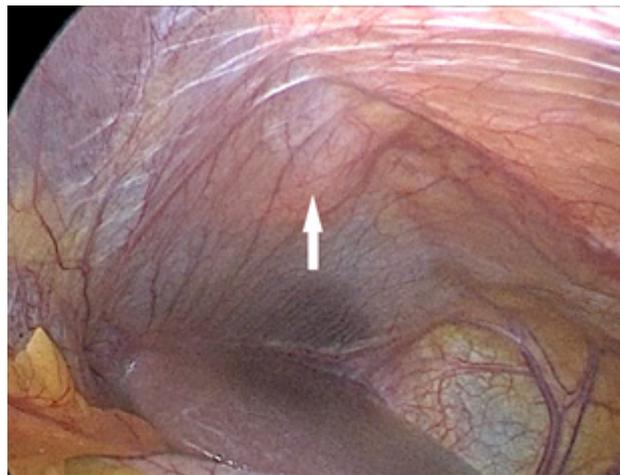


Рис. 5. Вид на область мечевидного отростка со стороны брюшной полости в момент давления на выпячивание

Fig. 5. View of the xiphoid process area from the side of the abdominal cavity at the time of pressure on protrusion

Клиническое наблюдение. Больной П., 57 лет, обратился к районному хирургу г. Гатчины в городскую поликлинику с жалобами на наличие увеличивающегося в размерах образования в области мечевидного отростка грудины. Со слов больного, он впервые заметил образование около 4 месяцев назад, за помощью не обращался. При осмотре больного в поликлинике визуализировалось образование до 3 см в диаметре в области дистальной части мечевидного отростка. При пальпации образование плотноэластичное, неподвижное, кожа над ним смещается и внешне не изменена. Само образование было безболезненным, однако, со слов больного, вызывало дискомфорт во время активной физической нагрузки. С учетом отсутствия на момент обращения к районному хирургу результатов какого-либо обследования пациент был направлен на дообследование и консультацию онколога по месту жительства с подозрением на новообразование мечевидного отростка. Спустя месяц поступил в плановом порядке в стационар для оперативного вмешательства.

На момент поступления в хирургическое отделение дополнительных жалоб не предъявлял, образование в области мечевидного отростка грудины за прошедший месяц не увеличилось. По результатам лабораторных исследований в крови каких-либо изменений не выявлено. На рентгенограмме грудной клетки: в прямой проекции деформация мечевидного отростка не визуализирована, а в его боковой проекции имеются изменения с характерным ростом дистальной части отростка кпереди (рис. 1).

По результатам КТ органов грудной клетки на сагитальном срезе выявлена деформация с прилежащими мягкими тканями по задней поверхности отростка (рис. 2). При выполнении 3D-реконструкции визуализировано расщепление отростка (рис. 3). Также в результате дообследования по УЗИ ОБП у больного выявлены признаки хронического калькулезного холецистита в виде утолщения стенки желчного пузыря до 5 мм и наличия 3 крупных конкрементов в просвете желчного пузыря. Больному предложено плановое оперативное вмешательство в объеме лапароскопической холецистэктомии и устранения грыжи мечевидного отростка.

Пациенту первым этапом выполнена лапароскопическая холецистэктомия с дренированием подпеченочного пространства. Вследствие отсутствия клинических, ультразвуковых и КТ-признаков холедохолитиаза, общий желчный проток не дренировался. Вторым этапом эндовидеохирургически визу-



Рис. 6. Вид на расщепление мечевидного отростка интраоперационно

Fig. 6. View of cleavage of the xiphoid process intraoperatively

ализировано место расщепления мечевидного отростка. При слабом надавливании в области пальпируемого «выпячивания» со стороны брюшной полости четко определялась мягкотканая структура, пролабирующая кнутри (рис. 4, 5). Решено воздержаться от проведения герниопластики по типу TAPP из-за возможной необходимости проведения резекции мечевидного отростка и устранения выпячивания с его содержимым. Выполнен открытый доступ путем линейного вертикального разреза кожи над мечевидным отростком. Выделено расщепление последнего и обнаружена липома между расщелиной, которая в ходе выделения легко отошла от костно-хрящевой структуры отростка (рис. 6). Поэтапно произведена резекция мечевидного отростка под основание вместе с «ложной грыжей» (липомой), обнажено слабое место в апоневрозе, через которое проник кнаружи предбрюшинный жир. Осуществлена открытая ненатяжная герниопластика сетчатым аллотрансплантатом Ethicon Ultrapro 12x10 см по типу Sublay. Швы на рану.

Послеоперационный диагноз: 1. Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит. 2. Врожденная деформация мечевидного отростка. Расщепление мечевидного отростка с формированием «ложной» грыжи.

Ранний послеоперационный период протекал гладко. Больной выписан на 4-е сутки после операции на амбулаторный этап лечения.

Обсуждение. Представленный клинический случай является редким в практике абдоминальных хирургов. Оперативные вмешательства на костях грудной клетки осуществляют в первую очередь травматологи и торакальные хирурги. Однако в данном случае наличие выпячивания элементов брюшной стенки или органов брюшной полости требовало участия абдоминального хирурга в оперативном пособии. В нашем случае имелись показания к симультанной операции. Единственным дискуссионным моментом может быть наш отказ от проведения ТАРР герниопластики в области мечевидного отростка. Однако при открытом доступе к расщепленному отростку стало видно, что последний в своей дистальной части развернут практически на 90 градусов кнаружи и создает выраженную деформацию в данной области. В связи с этим возникла необходимость в удалении мечевидного отростка грудины, что выполнить эндовидеохирургически не представлялось возможным.

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Соответствие нормам этики

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного

согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

Compliance with ethical principles

The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воскресенский Н. В., Горелик С. Л. Хирургия грыж брюшной стенки. М.: Медицина. 1965. 200 с.
2. Жебровский В. В., Эльбашир М. Т. Хирургия грыж живота и эвентраций. Симферополь: Бизнес-Информ, 2002. 440 с.
3. Огнерубов Н. А., Житенев Д. В., Огнерубова М. А. Отверстия грудины // Вестник Тамбовского университета. Серия Естественные и технические науки. 2016. Т. 21. Вып. 6. С. 2216–2222.
4. Комолкин И. А., Агранович О. Е. Клинические варианты деформаций грудной клетки (обзор литературы) // Гений ортопедии. 2017. Т. 23. № 2. С. 241–247.
5. Garssen F. P., Aalders M. B., van der Poel M. J., Zuidema W. P. Operative results after xiphoidectomy in patients with xiphodynia // Asian Cardiovascular & Thoracic Annals. 2021. Vol. 29, № 8. P. 779–783.

REFERENCES

1. Voskresensky N. V., Gorelik S. L. Surgery of abdominal wall hernias. Moscow, Medicine, 1965:200.
2. Zhebrovsky V. V., Elbashir M. T. Surgery of abdominal hernias and events. Simferopol: Business-Inform, 2002:440.
3. Ognereubov N. A., Zhitenev D. V., Ognereubova M. A. Sternal openings // Bulletin of the Tambov University. Natural and Technical Sciences series. 2016;21(6):2216–2222.
4. Komolkin I. A., Agranovich O. E. Clinical variants of chest deformities (literature review) // Genius of Orthopedics. 2017;23(2):241–247.
5. Garssen F. P., Aalders M. B., van der Poel M. J., Zuidema W. P. Operative results after xiphoidectomy in patients with xiphodynia // Asian Cardiovascular & Thoracic Annals. 2021;29(8):779–783.

Информация об авторах:

Ивлев Виталий Викторович, кандидат медицинских наук, заведующий хирургическим отделением № 2, Гатчинская клиническая межрайонная больница (г. Гатчина, Россия), доцент кафедры хирургических болезней № 1 Санкт-Петербургский медико-социальный институт (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0001-8525-869X.

Information about authors:

Ivlev Vitaly V., Cand. of Sci. (Med.), Head of the Surgical Department № 2, Gatchina Clinical Interdistrict Hospital (Gatchina, Russia), Associate Professor of the Department of Surgical Diseases № 1, St. Petersburg Medical and Social Institute (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0001-8525-869X.