

© Коллектив авторов, 2017

УДК [616.34-007.43-031-036.65:611.957+616.346.2-002]:616-072.1-089

В. В. Семенов, Ал. А. Курьгин, П. Н. Ромащенко, М. Ю. Татьянкин, М. В. Ягин

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО С УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖЕЙ АМИАНДА

Кафедра факультетской хирургии им. С. П. Фёдорова (зав. — академик РАН Н. А. Майстренко), Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург

Ключевые слова: грыжа Амианда, ущемленная паховая грыжа, вторичный катаральный аппендицит, лапароскопическая герниопластика, лапароскопическая аппендэктомия

V. V. Semenov, Al. A. Kurygin, P. N. Romashchenko, M. Yu. Tat'yankin, M. V. Yagin

Endovascular treatment of patient with strangulated Amyand's hernia

S. M. Kirov Military Medical Academy, Saint-Petersburg

Key words: *Amyand's hernia, strangulated inguinal hernia, secondary catarrhal appendicitis, laparoscopic hernioplasty, laparoscopic appendectomy*

Термин «грыжа Амианда» (Amyand's hernia) предложил в 1953 г. А. Creese в честь английского врача французского происхождения Claudius Amyand. В декабре 1735 г. глава Британского хирургического общества С. Amyand прооперировал в госпитале Святого Георгия 11-летнего мальчика по поводу невримы пахово-мошоночной грыжи, осложненной каловым свищом. В ходе операции в грыжевом мешке был обнаружен гангренозно-измененный червеобразный отросток слепой кишки с перфорацией. В его просвете оказалась стальная булавка, покрытая слоем солей. После аппендэктомии и устранения пахово-мошоночной грыжи с иссечением свища пациент выздоровел [2, 7].

Итак, грыжа Амианда, в буквальном смысле, представляет собой сочетание паховой грыжи с острым аппендицитом при расположении червеобразного отростка в грыжевом мешке, т. е. наличие двух заболеваний разной этиологии. В таком варианте сочетанное патологическое состояние встречается крайне редко и составляет около 0,1 % от всех случаев хирургического лечения паховых грыж. С течением времени в литературе произошло расширение смысла термина «грыжа Амианда», под которым стали понимать как первичные, так и вторичные воспалительно-деструктивные изменения червеобразного отростка, входящего в состав

грыжевого содержимого. Вполне логично, что наблюдения ущемления червеобразного отростка слепой кишки в паховой грыже заметно увеличили частоту грыж Амианда примерно до 1 % от всех операций по поводу паховых грыж. Необходимо подчеркнуть, что случаи обнаружения неизмененного червеобразного отростка в невримой паховой грыже нельзя относить к грыжам Амианда, иначе теряется смысл этого термина.

В настоящее время при грыжах Амианда выполняют как открытые вмешательства, включающие аппендэктомию и устранение грыжи с пластикой задней стенки пахового канала местными тканями или сетчатым эксплантатом, так и лапароскопические операции аналогичного объема с использованием методики TAPP (transabdominal preperitoneal plastic). По понятным причинам диагноз острого аппендицита при расположении червеобразного отростка в грыжевом мешке устанавливают в большинстве случаев во время операции, а жалобы больного и клиническая симптоматика заставляют предположить развитие осложнений паховой грыжи, самым частым из которых является ущемление. Вместе с тем при очевидном диагнозе ущемленной грыжи 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, невправимая или ущемленная, с признаками флегмоны грыжевого мешка или без симптомов гнойного воспаления) [6]. Кроме того, оцениваются факторы, которые являются абсолютными или относительными противопоказаниями к срочному эндоскопическому вмешательству.

Нам не удалось встретить в литературе описание лапароскопического устранения грыжи Амианда у больного с ущемленной рецидивной паховой грыжей и поэтому сочли целесообразным опубликовать это редкое клиническое наблюдение.

Пациент К., 51 год, поступил в нашу клинику 28.11.2016 г. по скорой помощи с диагнозом направления «ущемленная правосторонняя паховая грыжа». При расспросе предъявлял жалобы на постоянные интенсивные боли в правой паховой области, где имелись грыжевое выпячивание и послеоперационный рубец. Боли значительно усиливались при любых движениях тела и кашле. Из анамнеза известно, что около года назад в одном из стационаров Санкт-Петербурга пациент в плановом порядке перенес традиционную герниопластику с использованием сетчатого эксплантата по поводу правосторонней неосложненной кривой паховой грыжи. Три дня назад после тяжелой физической нагрузки вновь появилось грыжевое выпячивание в правой паховой области, которое не исчезало в положении лежа. Сутки назад после акта дефекации возникли и стали постепенно усиливаться ноющие тянущие боли в области плотного невправимого грыжевого выпячивания. Прием обычных обезболивающих средств не давал значимого эффекта. В связи с усилением болевого синдрома пациент вызвал врача скорой помощи и был доставлен в клинику.

При поступлении общее состояние больного ближе к средней степени тяжести. Физическая активность резко ограничена из-за сильных болей и выраженных проявлений сопутствующего артрозоартрита правого тазобедренного сустава. Кожный покров обычного цвета. Температура тела 37,4 °С. Пульс 35 уд/мин, АД 140/90 мм рт. ст. Частота дыхания 17 в 1 мин. Живот обычной формы, при пальпации мягкий и безболезненный, симптомы раздражения брюшины отрицательные, выслушиваются равномерные перистальтические шумы. В правой паховой области в зоне послеоперационного рубца определяется плотное эластичное и резко болезненное при пальпации грыжевое выпячивание размером 5×4 см, невправимое в брюшную полость. Кожа над ним не изменена, локальное повышение кожной температуры не отмечено. В клиническом и биохимическом анализах крови все показате-

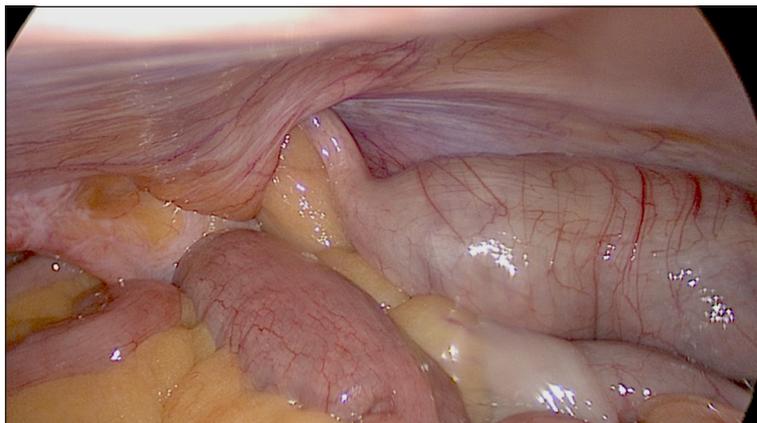


Рис. 1. Интраоперационная картина ущемленной грыжи Амианда

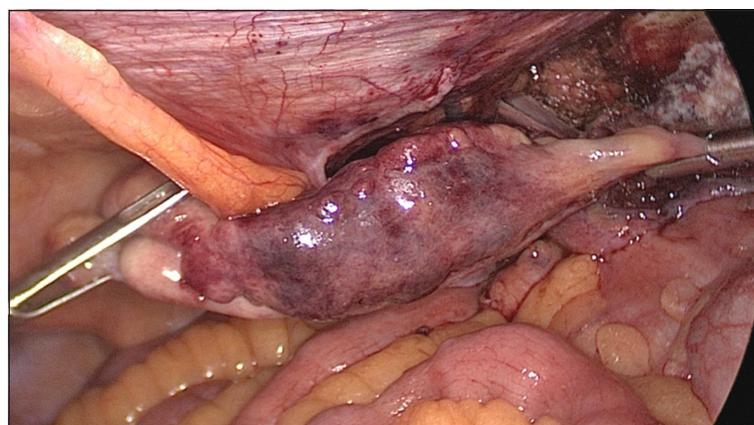


Рис. 2. Ущемленный червеобразный отросток слепой кишки

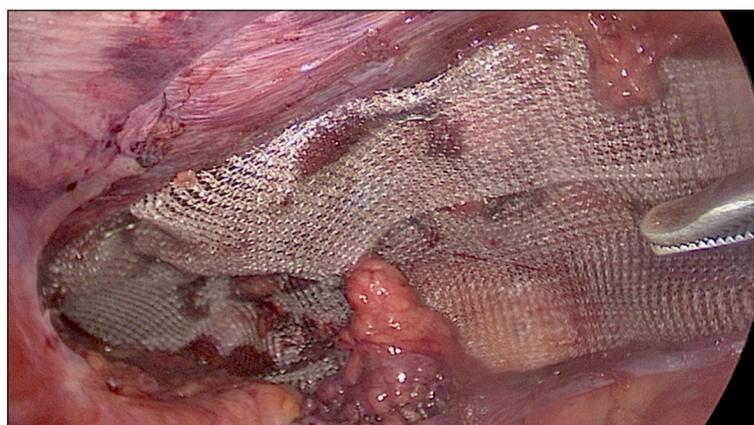


Рис. 3. В зоне паховых ямок фиксирован сетчатый эксплантат

тели в пределах нормальных величин. При ультразвуковом исследовании живота в грыжевом мешке определяются гипэхогенное содержимое и следы грыжевой воды. Петли тонкой кишки не расширены. На обзорной прямой рентгенограмме живота имеется одиночный толстокишечный уровень жидкости в правой половине брюшной полости. Установлен диагноз: ущемленная рецидивная правосторонняя паховая грыжа. Учитывая рецидив грыжи после герниопла-

стики с использованием сетчатого эксплантата, отсутствие рентгенологических и ультразвуковых признаков кишечной непроходимости, симптомов гнойного воспаления в грыжевом мешке и противопоказаний к карбоксипневмоперитонеуму, принято решение о выполнении неотложного лапароскопического вмешательства.

При ревизии установлено, что ущемленным органом явился червеобразный отросток слепой кишки (*рис. 1*).

С техническими трудностями, обусловленными рецидивным и осложненным характером грыжи, а также локальным спаечным процессом в зоне обеих паховых ямок справа, после рассечения ущемляющего внутреннего пахового кольца извлечен из грыжевого мешка вторично измененный червеобразный отросток с выраженной гиперемией в средней его трети и обширным кровоизлиянием в отечной брыжеечке (*рис. 2*). Согласно рекомендациям Европейского герниологического общества (GREPA), в такой ситуации показана лапароскопическая герниопластика по методике TAPP, что и было выполнено с использованием расщепленного крупнопористого облегченного сетчатого эксплантата (*рис. 3*). В связи с выявленными вторичными изменениями в червеобразном отростке и его брыжеечке вторым этапом вмешательства явилась лапароскопическая аппендэктомия. Операция завершена дренированием малого таза силиконовой трубкой по Редону [1, 4, 5].

Заключение гистологического исследования червеобразного отростка: катаральный аппендицит. Окончательный диагноз: ущемленная рецидивная правосторонняя косая паховая грыжа, вторичный катаральный аппендицит.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Учитывая вторичные катаральные изменения в червеобразном отростке и отсутствие признаков местного перитонита, антибактериальную терапию не проводили [6, 7]. На 7-е сутки после операции сняты швы и больной выписан в удовлетворительном состоянии. При контрольном осмотре в клинике через 1 мес пациент жалоб не предъявляет. При ультразвуковом исследовании живота патологических изменений не выявлено, позиция эксплантата адекватная.

Следует подчеркнуть, что в данном наблюдении герниопластика и аппендэктомия составляют не симультанное, а комбинированное вмешательство, так как вторичный катаральный аппендицит явился следствием ущемления грыжи, а не вторым заболеванием другой этиологии [3].

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCE]

1. Егиев В. Н., Воскресенский П. К. Грыжи. М.: Медпрактика-М, 2015. 480 с. [Egiev V.N., Voskresenskii P.K. Gryzhi. Moscow: Medpraktika-M, 2015. 480 p.]
2. Майстренко Н. А., Ромашенко П. Н., Ягин М. В., Лысанюк М. В., Бессонов Д. Е. Редкие случаи деструктивного аппендицита в паховой грыже // Вестн. хир. 2016. № 1. С. 97–100 [Maistrenko N.A., Romashchenko P.N., Yagin M.V., Lysanyuk M.V., Bessonov D.E. Redkie sluchai destruktivnogo appenditsita v pakhovoi gryzhe // Vestnik khirurgii. 2016. № 1. P. 97–100].
3. Семенов В. В., Курыгин Ал. А. Симультанные операции на органах живота: спорные и очевидные аспекты проблемы (обзор литературы) // Вестн. хир. 2014. № 6. С. 96–99 [Semenov V.V., Kurygin Al.A. Simul'tannyye operatsii na organakh zhivota: spornyie i ochevidnyie aspekty problemy (obzor literatury) // Vestnik khirurgii. 2014. № 6. P. 96–99].
4. Bittner R., Arregui M.E., Bisgaard T. et al. Guidelines for laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of hernia [International Endohernia Society (IEHS)] // Surg. Endosc. 2011. Vol. 25, № 9. P. 2773–2843.
5. Bittner R., Montgomery M.A., Arregui E. et al. Update of guidelines on laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal hernia (International Endohernia Society) // Surg. Endosc. 2015. Vol. 29, № 2. P. 289–321.
6. Losanoff J.E., Basson M.D. Amyand's hernia: a classification to improve management // Hernia. 2008. Vol. 12. P. 325–326.
7. Sharma H., Gupta A., Shekhawat N.S. et al. Amyand's hernia: a report of 18 consecutive patients over a 15-year period // Hernia. 2007. Vol. 11. P. 31–35.

Поступила в редакцию 26.01.2017 г.

Сведения об авторах:

Семенов Валерий Владимирович (e-mail: semvel-85@mail.ru), нач. хир. (эндокринолог.) отделения каф.; Курыгин Александр Анатольевич (e-mail: kurygin60@mail.ru), доцент каф., д-р мед. наук, проф.; Ромашенко Павел Николаевич (e-mail: romashchenko@rambler.ru), д-р мед. наук, проф., чл.-кор. РАН, зам. нач. каф.; Татьянкин Михаил Юрьевич (e-mail: medic51706@mail.ru), слушатель ординатуры; Ягин Михаил Васильевич (e-mail: yagin-1984@yandex.ru), адъюнкт при каф.; кафедра факультетской хирургии им. С. П. Фёдорова, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, 6