

© 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. Курыгин, 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 эндовидеохирургическому 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 косой 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 плотнoэластичное 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-

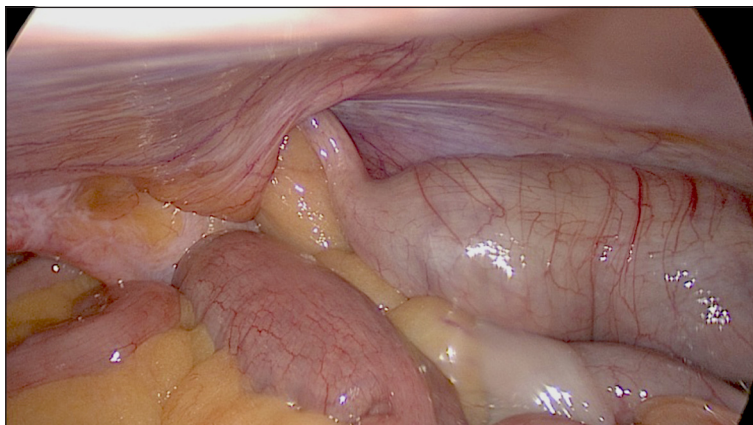


Рис. 1. Интраоперационная картина ущемленной грыжи Амианда

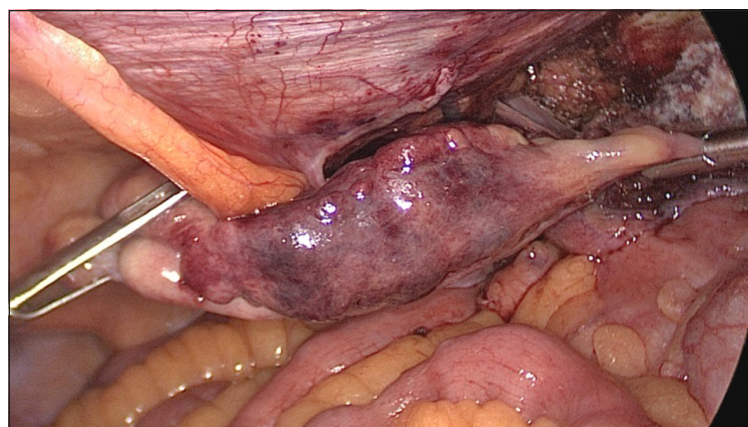


Рис. 2. Ущемленный червеобразный отросток слепой кишки



Рис. 3. В зоне паховых ямок фиксирован сетчатый эксплантат

тели в пределах нормальных величин. При ультразвуковом исследовании живота в грыжевом мешке определяются гипоэхогенное 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 извлекен 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: spornyye i ochevidnyye 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](mailto:semvel-85@mail.ru)), нач. хир. (эндокринолог.) отделения каф.; Курыгин Александр Анатольевич (e-mail: [kurygin60@mail.ru](mailto:kurygin60@mail.ru)), доцент каф., д-р мед. наук, проф.; Ромашенко Павел Николаевич (e-mail: [romashchenko@rambler.ru](mailto:romashchenko@rambler.ru)), д-р мед. наук, проф., чл.-кор. РАН, зам. нач. каф.; Татьянкин Михаил Юрьевич (e-mail: [medic51706@mail.ru](mailto:medic51706@mail.ru)), слушатель ординатуры; Ягин Михаил Васильевич (e-mail: [yagin-1984@yandex.ru](mailto: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