

© Коллектив авторов, 2016

УДК [616.34-007.43-031::611.957+616.346.2-002.364]-07-089

Н. А. Майстренко, П. Н. Ромащенко, М. В. Ягин, М. В. Лысанюк, Д. Е. Бессонов

РЕДКИЕ СЛУЧАИ ДЕСТРУКТИВНОГО АППЕНДИЦИТА В ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ

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, острый аппендицит, паховая грыжа, хирургическое лечение

Острый аппендицит (ОА) занимает I место в структуре острых хирургических заболеваний живота как в России, так и в мире [1, 3, 8]. Клиническое течение заболевания характеризуется большой вариативностью симптоматики вследствие топографоанатомических особенностей червеобразного отростка (ЧО) и возникающих патоморфологических изменений в нем, что определяет сложность дифференциальной диагностики с другой острой хирургической патологией живота. Возможности лабораторно-инструментальной диагностики ОА ограничены. Поэтому очень важным является правильная оценка выявленных данных, полученных при субъективном и физикальном обследовании пациентов с подозрением на ОА. Но даже соблюдение всех методических рекомендаций не всегда позволяет избежать сложностей в диагностике ОА, особенно когда идет речь о его редком сочетании грыжи с каловым свищем.

Первая в мире документально засвидетельствованная аппендэктомия (АЭ) при подобном сочетании была выполнена в Англии 6 декабря 1735 г. военным хирургом С. Амиандом. Успешно был оперирован 11-летний мальчик, у которого правосторонняя пахово-мошоночная грыжа осложнилась образованием калового свища вследствие воспаленного ЧО с перфорацией [4, 9]. В честь этого хирурга в 1953 г. по инициативе А. Крейса был введен термин «грыжа Амианда» (Amyand's hernia) [цит. по 14]. В последующие годы возникли споры, что же считать «грыжей Амианда»? R. Singal и соавт. используют его при ущемлении червеобразного отростка в

грыжевом мешке паховой или послеоперационной грыже с развитием гангренозного аппендицита [14]. J. Fernando и соавт. [6] определяют термин как паховая грыжа, содержащая: а) невоспаленный ЧО; б) воспалительно-измененный ЧО и в) перфорированный ЧО. В отечественной литературе отсутствует этот термин при описании клинических случаев развития ОА в грыжевом мешке. Однако в монографиях, посвященных как ОА, так и грыжам живота, присутствуют упоминания о возможном их сочетании [2]. При этом отросток может быть как неизмененным, так и со всеми формами воспаления. В 2008 г. J. Losanoff, M. Basson [10] опубликовали клинкоморфологическую и лечебную классификацию «грыжи Амианда», которая включает 4 типа возможных вариантов сочетания паховой грыжи с ЧО (таблица). В 2010 г. R. Singal и соавт. [14] дополнили ее, включив 5-й тип — послеоперационную грыжу, содержащую ЧО.

Отечественные авторы также уделяли внимание вариантам расположения ЧО в паховой грыже, причем значительно раньше вышеупомянутой классификации. В 1955 г. Н. И. Краковский выделил 3 варианта расположения отростка в грыжевом мешке: 1) весь ЧО лежит в грыжевом мешке; 2) слепой конец отростка расположен в грыжевом мешке, а остальная часть — в брюшной полости; 3) слепой конец — в брюшной полости, а основание — в грыжевом мешке с характерными особенностями клинической картины и хирургической тактики [2].

Частота встречаемости «грыжи Амианда» составляет, по данным разных авторов, от 0,07–0,13 до 2–4%. Чаще всего наблюдается у мужчин (паховые грыжи у женщин редкость), а по возра-

Сведения об авторах:

Майстренко Николай Анатольевич (e-mail: nik.m.47@mail.ru), Ромащенко Павел Николаевич (e-mail: romashchenko@rambler.ru), Ягин Михаил Васильевич (e-mail: yagin-1984@yandex.ru), Лысанюк Максим Викторович (e-mail: lysanjuk-maksim@rambler.ru), Бессонов Дмитрий Евгеньевич (e-mail: bizon235@yandex.ru), кафедра факультетской хирургии им. С. П. Фёдорова, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, 6

Классификация грыж Амианда [10]

Тип	Характеристика (особенности)	Хирургическое лечение
1-й	Неизмененный ЧО в паховой грыже	Устранение грыжи сетчатым аллотрансплантатом, АЭ в зависимости от возраста
2-й	ОА в паховой грыже, перитонит отсутствует	Аппендэктомия через герниотомию, пластика собственными тканями грыжевых ворот
3-й	ОА в паховой грыже, перитонит	Аппендэктомия через лапаротомию, пластика собственными тканями грыжевых ворот
4-й	ОА в паховой грыже, наличие других заболеваний брюшной полости	Лечебная тактика как при 1–3-м типах, соответствующее обследование и лечение других заболеваний брюшной полости

сту — у детей и пожилых людей, что объясняется повышенной мобильностью кишечника и атрофическими изменениями в соединительной ткани задней стенки пахового канала [2, 14, 15]. Кроме этого, существуют приобретенные (заболевания дыхательной системы, ожирение, дизурия, запоры) и врожденные (длинная брыжейка отростка, длинный ЧО, анатомическая близость с местом выхода паховых грыж) предрасполагающие факторы. Большое значение имеет длительность существования паховой грыжи, влияющая на состояние разрушения анатомических структур паховой области и вероятность ущемления [7].

Исследователи, рассматривая механизмы этиопатогенеза и отвечая на важный вопрос: что же первично — ущемление грыжи со сдавлением ЧО, приводящее к его воспалению в грыжевом мешке, или же самостоятельное воспаление отростка приводит к ущемлению? — разделились во мнении на две стороны. Однако в последние годы сторонников развития воспалительно-деструктивных изменений в отростке вследствие его ишемии в результате ущемления становится больше [14].

Спорными вопросами хирургического лечения являются целесообразность выполнения АЭ при неизменном ЧО в грыжевом мешке (1-й тип «грыжи Амианда» по J.Losanoff и M.Basson) [10] и выбор способа грыжепластики (натяжная или ненатяжная), который зависит от решения первого вопроса [5, 11, 12]. Авторы разработанной классификации подходят к выполнению АЭ взвешенно, в зависимости от возраста пациента, объясняя свое решение тем, что нет научно обоснованных данных развития ОА. Так, у молодых пациентов с «грыжей Амианда» 1-го типа риск развития ОА при оставленном ЧО в дальнейшем значительно больше, чем у взрослых, поэтому им рекомендовано выполнение АЭ с герниопластикой собственными тканями [10]. У взрослых в этом случае АЭ может не выполняться, что позволяет использовать сетчатый эксплантат для выполнения герниопластики. R.Singal рекомендует пациентам всех возрастов выполнять АЭ

при отсутствии ОА в грыже с пластикой пахового канала собственными тканями [14]. Однако существует альтернативное мнение, при котором авторы выполняли АЭ с использованием сетки для пластики задней стенки пахового канала и при этом не имели каких-либо неблагоприятных исходов в послеоперационном периоде [11, 13].

Приводим 2 клинических наблюдения грыжи Амианда, представляющих интерес для практических хирургов.

1. Пациент Д., 76 лет, госпитализирован 15.04.2013 г. в клинику факультетской хирургии им. С.П.Фёдорова ВМедА им. С.М.Кирова с жалобами на постоянные выраженные боли в невправимом грыжевом выпячивании в правой подвздошной области, сопровождаемые тошнотой, многократной рвотой и субфебрильной температурой тела — 37,2 °С.

Из анамнеза известно, что считает себя больным в течение последних 3 сут, когда 12.04.2013 г. на фоне физической нагрузки отметил внезапное увеличение размеров длительно существовавшей паховой грыжи с развитием ее невправимости, что заставило пациента обратиться в клинику.

При поступлении состояние средней степени тяжести. Объективно: сознание ясное, положение активное, но пациент стремится занять вынужденное, с приведенными к туловищу ногами на правом боку, положение. Кожный покров обычного цвета, тургор его снижен. Температура тела 37,6 °С. Пульс 90 уд/мин, АД 140/90 мм рт. ст. ЧД 16 в 1 мин. Язык обложен белым налетом. Живот обычной формы, перистальтика равномерно ослаблена. При пальпации в правой подвздошной области мышечная защита без симптомов раздражения брюшины. Там же определяется грыжевое выпячивание, опускающееся в мошонку, размером 8×5 см, эластической консистенции, невправимое в брюшную полость, болезненное при пальпации. Кожа над ним не изменена.

По данным лабораторно-инструментального обследования определяются лейкоцитоз $14,3 \times 10^9/\text{л}$ с относительным нейтрофилезом 89% и повышение мочевины до 22,9 ммоль/л. При УЗИ живота в правой половине мошонки определяется жидкость с петлей тонкой кишки и сальником. В брюшной полости расширенные (более 3 см в диаметре) петли тонкой кишки. На обзорной рентгенограмме живота толстокишечные уровни жидкости в правой половине брюшной полости.

Все это позволило диагностировать ущемленную правостороннюю пахово-мошоночную грыжу.

После часовой предоперационной подготовки (антибактериальная и инфузионная терапия, постановка назогастрального зонда, катетеризация мочевого пузыря) с

определением анестезиологического риска по ASA — III класс больному под местной анестезией через паховый доступ вскрыт грыжевой мешок. Выделилось 70 мл соломенно-желтого экссудата (взят на бакпосев) без запаха. Грыжевым содержимым являлись петля подвздошной кишки длиной 80 см и купол слепой кишки с гангренозно-измененным ЧО. Оперативное вмешательство продолжено под эндотрахеальным наркозом. При лапаротомии установлено, что тонкая кишка — с отеком стенки и фибринозными напластованиями, перистальтика ее ослаблена, пульсация брыжеечных сосудов сохранена. После рассечения апоневроза наружной косой мышцы и задней стенки пахового канала в рану свободно выведены терминальный отдел подвздошной кишки с куполом слепой кишки и ЧО. Купол слепой кишки — без воспалительно-деструктивных изменений. Выполнена АЭ с погружением культи червеобразного отростка в кистетный и Z-образный швы. Учитывая дилатацию тонкой кишки до 3 см, принято решение о назогастроинтестинальной интубации (НГИИ) с целью декомпрессии и каркасной функции с последующим дренированием малого таза двухпросветным дренажем с выведением его в правой подвздошной области. Затем выполнена обработка грыжевого мешка с выделением его до шейки и ушиванием кистетным швом, отсечением и пластикой пахового канала по Бассини. Наложены провизорные швы на кожу. Мошонка дренирована двумя дренажами, которые выведены через отдельные проколы.

Послеоперационный диагноз: гангренозный аппендицит, ущемленная правосторонняя пахово-мошоночная грыжа.

По данным гистологического исследования диагноз гангренозного аппендицита подтвержден. Иссеченный грыжевой мешок — с признаками хронического воспаления.

По результатам микробиологического исследования экссудата высеяна *Escherichia spp.*, чувствительная к карбапенемам (имипенем, меропенем) и цефалоспорином III–IV поколения.

В послеоперационном периоде возникли осложнения: в 1-е сутки — в виде острой задержки мочи вследствие доброкачественной гиперплазии предстательной железы, потребовавшей наложения троакарной цистостомии (удалена на 10-е сутки); на 12-е сутки — в виде кровотечения из острой язвы тела желудка, остановленного эндоскопически. Выписан на 23-и сутки в удовлетворительном состоянии.

2. Пациент П., 92 года, поступил в клинику факультетской хирургии им. С.П.Фёдорова 24.04.2013 г. машиной скорой помощи с диагнозом направления «Ущемленная паховая грыжа». При расспросе предъявлял жалобы на постоянные интенсивные боли в грыжевом выпячивании в правой подвздошной области, его невправимость. Из анамнеза известно, что вышеуказанные жалобы возникли 6 ч назад: сначала возникла невправимость длительно существующей паховой грыжи, а затем развился болевой синдром. Последующие часы характеризовались постоянной болью, не купируемой приемом спазмолитических средств, с нарастанием общей слабости.

Общее состояние при поступлении средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение пассивное (в кресле) в связи с возрастными дегенеративно-дистрофическими изменениями опорно-двигательной системы. Кожный покров обычного цвета. Температура тела 37,1 °С. Пульс 86 уд/мин, АД 150/90 мм рт. ст. ЧД 14 в 1 мин. Язык у корня обложен белым налетом. Живот обычной формы, не напряжен, перистальтика равномерно ослаблена. В правой паховой области

определяется грыжевое выпячивание размером 5×6×6 см, плотноэластической консистенции, невправимое в брюшную полость, болезненное при пальпации. Кожа над ним не изменена.

В клиническом и биохимическом анализах крови показатели в пределах референсных значений. По данным УЗИ живота, петли кишечника не расширены, в грыжевом мешке гипоэхогенное содержимое и следы грыжевой воды. На рентгенограмме брюшной полости имеется единичный толстокишечный уровень жидкости в правой половине брюшной полости.

Поставлен диагноз: ущемленная правосторонняя паховая грыжа.

После часовой предоперационной подготовки в условиях местной инфильтрационной анестезии паховым доступом вскрыт паховый канал, выделен грыжевой мешок размером 5,0×4,5 см. При его вскрытии выделилось 40 мл соломенно-желтого экссудата без запаха (взят на бакпосев). Содержимым являлся ущемленный червеобразный отросток, утолщенный до 1,5 см с некротическими изменениями стенки и налетом фибрина. Дальнейшие этапы операции осуществлялись под эндотрахеальным наркозом. Рассечен апоневроз наружной косой мышцы живота с устранением ущемления. В рану выведен купол слепой кишки. ЧО на протяжении дистальных $\frac{2}{3}$ некротически изменен, проксимальная $\frac{1}{3}$ не изменена. Выполнена аппендэктомия с погружением культи отростка в кистетный и Z-образный швы. Грыжевой мешок выделен до шейки, удален. Произведена пластика пахового канала по Бассини. Дренирование подкожной клетчатки по Редону.

Послеоперационный диагноз: ущемленная правосторонняя косая паховая грыжа, гангренозный аппендицит.

Гистологическое заключение: гангренозный аппендицит, грыжевой мешок с фиброзной тканью и признаками хронического воспаления.

По результатам микробиологического исследования «грыжевой воды» высеяна *Klebsiella pneumoniae*, чувствительная к карбапенемам (имипенем, меропенем) и ко-тримоксазолу.

Послеоперационный период протекал без осложнений.

Таким образом, оба клинических случая можно отнести ко 2-му типу ГА по классификации J.Losanoff, M.Basson. Очевиден ключевой вопрос дооперационной диагностики — это выявление осложнений как местных, так и общих. Решение этого вопроса определяет выбор доступа. При принятии адекватных решений можно добиться положительных результатов лечения таких больных. Учитывая редкость подобных клинических ситуаций, считаем целесообразным вынести эти наблюдения на страницу нашего журнала.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Кригер А.Г., Фёдоров А.В., Воскресенский П.К., Дронов А.Ф. Острый аппендицит. М.: Медпрактика-М, 2002. 244 с.
2. Кукуджанов Н.И. Паховые грыжи. М.: Медицина, 1969. С. 362–365.
3. Курыгин А.А., Багненко С.Ф., Курыгин Ал.А., Синенченко Г.И. Заболевания червеобразного отростка слепой кишки. СПб.: Изд. А.Н. Индиенко, 2005. 260 с.
4. Седов В.М. Аппендицит. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2002. 232 с.

5. Cankorkmaz L., Ozer H., Guney C. et al. Amyand's hernia in the children: a single center experience // *Surgery*. 2010. Vol. 147. P. 140–143.
6. Fernando J., Leelaratra S. Amyand's hernia // *Ceylon Med. J.* 2002. Vol. 47, № 2. P. 71.
7. Gallegos N.C., Dawson J., Jarvis M. Risk of strangulation in groin hernias // *Br. J. Surg.* 1991. Vol. 78. P. 1171–1173.
8. Komorowski A.L., Rodriguez J.M. Amyand's hernia. Historical perspective and current considerations // *Acta. Chir. Belg.* 2009. Vol. 109. P. 563–564.
9. Lancashire J.F., Steele M., Parker D., Puhalla H. Introduction of an acute surgical unit: comparison of performance indicators and outcomes for operative management of acute appendicitis // *World J. Surgery*. 2014. Vol. 38, № 8. P. 1947–1953.
10. Losanoff J.E., Basson M.D. Amyand's hernia: a classification to improve management // *Hernia*. 2008. Vol. 12. P. 325–326.
11. Priego P., Lobo E., Moreno I. et al. Acute appendicitis in an incarcerated crural hernia: analysis of our experience // *Rev. Esp. Enferm. Dig.* 2005. Vol. 95. P. 707–715.
12. Saggar V.R., Singh K., Sarangi R. et al. Endoscopic total extraperitoneal management of Amyand's hernia // *Hernia*. 2004. Vol. 8. P. 164–165.
13. 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.
14. Singal R., Gupta S. «Amyand's hernia» — pathophysiology, role of investigations and treatment // *J. Clin. Med.* 2011. Vol. 6, № 4. P. 321–327.
15. Solecki R., Matyja A., Milanowski W. Amyand's hernia: a report of two cases // *Hernia*. 2003. Vol. 7. P. 50–51.

Поступила в редакцию 30.09.2015 г.