

<https://doi.org/10.23888/HMJ2025132307-314>

EDN: ZKSMND

Клинический случай хирургического лечения ложного ущемления косой паховой грыжи Амианда

А.А. Натальский^{1, 2}, Ф.Д. Кочетков¹, В.А. Ушакова¹ ✉

¹ Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова, Рязань, Российская Федерация;

² Областная клиническая больница, Рязань Российская Федерация

Автор, ответственный за переписку: Ушакова Вероника Андреевна, veronika291202@mail.ru

АННОТАЦИЯ

Введение. Грыжа Амианда относится к крайне редкой форме хирургической патологии, при которой червеобразный отросток располагается в грыжевом мешке и зачастую вызывает ложное ущемление в косой скользящей паховой грыже. Частота встречаемости данной патологии составляет от 0,07–0,13% до 2–4%. Клиническая картина рассматриваемого заболевания характеризуется выраженным полиморфизмом вследствие, с одной стороны, топографо-анатомических особенностей червеобразного отростка в каждом конкретном случае, а с другой — вариативности патоморфологических изменений в динамике патологии.

В статье описан клинический случай хирургического лечения правосторонней грыжи Амианда.

Заключение. Осведомлённость врачей–хирургов об этом достаточно редком заболевании повышает вероятность правильной постановки диагноза, что, в свою очередь, позволяет снизить количество интраоперационных ошибок, улучшить эффективность лечения и снизить риски возможных послеоперационных осложнений, а также предотвратить проведение повторных хирургических вмешательств.

Ключевые слова: ущемлённая косая паховая грыжа; грыжа Амианда; герниопластика по Лихтенштейну; аппендэктомия.

Для цитирования:

Натальский А.А., Кочетков Ф.Д., Ушакова В.А. Клинический случай хирургического лечения ложного ущемления косой паховой грыжи Амианда // Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2025. Т. 13, № 2. С. 307–314. doi: 10.23888/HMJ2025132307-314 EDN: ZKSMND

<https://doi.org/10.23888/HMJ2025132307-314>

EDN: ZKSMND

Clinical Case of Surgical Treatment of False Strangulation in Indirect Inguinal Amyand's Hernia

Aleksandr A. Natalskiy^{1, 2}, Fedor D. Kochetkov¹, Veronika A. Ushakova¹ ✉

¹ Ryazan State Medical University, Ryazan, Russian Federation;

² Regional Clinical Hospital, Ryazan, Russian Federation

Corresponding author: Veronika A. Ushakova, veronika291202@mail.ru

ABSTRACT

INTRODUCTION: Amyand's hernia is an extremely rare form of surgical pathology, which occurs when the appendix is included in the hernial sac and often causes false strangulation in the indirect sliding inguinal hernia. The incidence of this pathology ranges from 0.07–0.13% to 2–4%. The clinical presentation of the considered disease is characterized by evident polymorphism due to, on the one hand, topographic-anatomic features of the vermiform appendix in each clinical case, and on the other the variability of pathomorphological alterations in the dynamics of the pathology.

The article describes a clinical case of surgical treatment of the right-sided Amyand's hernia.

CONCLUSION: The awareness of surgeons about this rather rare device increases the probability of a correct diagnosis, which, in turn, reduces the number of intraoperative mistakes, improves the effectiveness of treatment and reduces the risks of probable postoperative complications, and also prevents repeated surgical interventions.

Keywords: strangulated indirect inguinal hernia; Amyand's hernia; Lichtenstein hernioplasty; appendectomy.

To cite this article:

Natalskiy AA, Kochetkov FD, Ushakova VA. Clinical Case of Surgical Treatment of False Strangulation in Indirect Inguinal Amyand's Hernia. *Science of the Young (Eruditio Juvenium)*. 2025;13(2):307–314. doi: 10.23888/HMJ2025132307-314
EDN: ZKSMND

Список сокращений

СОЭ — скорость оседания эритроцитов

УЗИ — ультразвуковое исследование

ЧО — червеобразный отросток

Введение

Частота встречаемости паховых грыж варьирует по имеющимся данным статистики в пределах 3–7%, причём у взрослого населения этот показатель выше и составляет около 8–20%. По обобщённым сведениям мировой литературы, грыженосителями являются 1,0–5,0% мужчин и 0,2–2,0% женщин [1]. К достаточно редкой форме хирургической патологии относится грыжа Амианда, при которой червеобразный отросток (ЧО), располагаясь в грыжевом мешке косой паховой грыжи может вызвать картину ложного ущемления. Частота встречаемости данной патологии составляет от 0,07 до 2,00% от общего числа пациентов, оперированных по поводу ложного ущемления [2].

Впервые грыжа Амианда была описана 6 декабря 1735 года английским военным хирургом Клавдием Амиандом, сообщившем о наличии у 11-летнего мальчика в качестве содержимого грыжевого мешка при правосторонней паховой грыже перфорированного ЧО. В аппендиксе находилась английская булавка, которая, вероятнее всего, была проглочена пациентом. На фоне воспаления и перфорации ЧО пахово-мошоночная грыжа у мальчика осложнилась каловым свищем [3]. Несмотря на то, что первое документальное упоминание встречается ещё в XVIII веке, сам термин «грыжа Амианда» был введён значительно позже, в 1953 году, английским хирургом А. Крисом [4].

Клиническая картина рассматриваемого заболевания характеризуется выраженным полиморфизмом вследствие, с одной стороны, топографо-анатомических особенностей ЧО в каждом конкретном случае, а с другой — вариативности патоморфологических изменений в динамике патологии. В 2008 году была опубликована классификация грыжи Амианда с уче-

том клинических симптомов (J. Losanoff, M. Basson), в которой выделено 4 возможных сценария развития событий:

1 тип — неизменный червеобразный отросток в грыжевом мешке;

2 тип — острый аппендицит в грыжевом мешке, перитонит отсутствует, возможно развитие ложного ущемления;

3 тип — острый аппендицит в грыжевом мешке, генерализованный перитонит;

4 тип — острый аппендицит в грыжевом мешке, наличие иных заболеваний в брюшной полости, которые вызвали вторичные изменения в аппендиксе [5].

В 2010 году классификация была дополнена R. Singal и соавт. пятым типом — рецидивная (послеоперационная) паховая грыжа, содержащая ЧО [6].

В ходе исследования ущемлённых паховых грыж Н.И. Краковский систематизировал 3 анатомических варианта локализации ЧО (аппендикса) и слепой кишки относительно грыжевых ворот и мешка:

1. Интрагерниальный тип — аппендикс располагается в полости грыжевого мешка, подвергаясь ишемии вследствие компрессии в ущемляющем кольце.

2. Трансгерниальный (частично интраабдоминальный) тип — слепой конец аппендикса находится в грыжевом мешке ниже уровня ущемления, тогда как проксимальная часть остаётся в брюшной полости. Данная анатомическая конфигурация создаёт условия для сегментарного некроза.

3. Ретроградный тип — аппендикс, перегнутый или сложенный вдвое, локализуется проксимальнее ущемляющего кольца, что может приводить к ретроградному ущемлению (ишемии отростка при сохранной viability слепой кишки) [7].

Актуальность представленного наблюдения обусловлена следующими факторами:

- диагностическая сложность: грыжа Амианда (аппендикулярная грыжа) ввиду

редкости (менее 1% всех ущемлённых грыж) и полиморфной клинической картины часто верифицируется лишь интраоперационно.

- риск тактических ошибок: отсутствие патогномичных симптомов может привести к неверному выбору хирургической тактики или задержке хирургического вмешательства, увеличивая вероятность перфорации аппендикса и развития разлитого перитонита.

- прогностические последствия: поздняя диагностика ассоциирована с высокой летальностью (до 15–30% при развитии гангрены отростка).

Клинический случай

Пациент Р., 65 лет, доставлен бригадой скорой медицинской помощи в экстренном порядке в приёмно-диагностическое отделение Областной клинической больницы г. Рязань с предварительным диагнозом «Ущемлённая правосторонняя колая паховая грыжа». Жалобы при поступлении: острая, интенсивная боль (8–9 баллов) в проекции грыжевого выпячивания (правый паховый канал), возникшая остро за 3 часа до госпитализации. Усиление болевого синдрома при пальпации, иррадиация в мошонку. Тошнота, однократная рвота желудочным содержимым.

Объективный статус: В правой паховой области — непальпируемое болезненное образование плотнотканной консистенции размером 4×3 см, гиперемия кожи над ним. Положительный симптом кашлевого толчка отсутствует. Симптомы раздражения брюшины слабоположительные (сомнительный Щёткина–Блюмберга).

Из анамнеза: грыженосительство предположительно 3 года (со слов пациента). Последние полгода стали беспокоить умеренные боли тянущего характера в правой паховой области. Готовился к плановой операции по поводу правосторонней паховой грыжи.

При объективном обследовании: общее состояние — среднетяжелое (вследствие болевого синдрома и признаков ущемления). Сознание — ясное, продук-

тивный контакт сохранён. Температура — субфебрильная (37,2°C). Физикальное обследование — кожные покровы физиологической окраски, без экзантемы, гиперемии или цианоза. Периферические лимфоузлы не увеличены (паховые, подчелюстные, шейные — без особенностей). Дыхательная система: аускультативно — везикулярное дыхание, хрипы отсутствуют, частота дыхательных движений — 18 в минуту. Сердечно-сосудистая система: тоны сердца ритмичные, шумы не выслушиваются, частота сердечных сокращений — 79 ударов в минуту, артериальное давление — 150/90 мм рт. ст. (умеренная артериальная гипертензия, требующая контроля). Желудочно-кишечный тракт: язык — влажный, без налёта; живот — мягкий, умеренно вздут; перитонеальные симптомы (Щёткина–Блюмберга, Воскресенского) — отрицательные; печень — пальпируется на 2 см ниже рёберной дуги (гепатомегалия не выражена); селезёнка — не пальпируется.

Локальный статус (паховая область): грыжевое выпячивание — 7×6×5 см, консистенция — плотнотканная (характерно для ущемлённой грыжи с отёком содержимого).

Пальпация: болезненное, непальпируемое (абсолютный признак ущемления). Кожные покровы над грыжей без гиперемии и локальной гипертермии (нет признаков флегмоны). Симптом Пастернацкого — отрицательный с обеих сторон.

Дополнительные наблюдения: физиологические отправления — диурез не нарушен (по данным пациента), стул регулярный, но на момент осмотра отсутствовал.

При лабораторных методах исследования: выявлен лейкоцитоз ($14,5 \times 10^9/\text{л}$) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (юные нейтрофилы — 4%, палочкоядерные нейтрофилы — 13%, сегментоядерные нейтрофилы — 61%), ускорение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) — 14 мм/ч.

При рентгенографии грудной клетки: отмечались умеренные фиброзные изменения в правом лёгком после перенесённой коронавирусной инфекции COVID-19 (2021 г.).

При ультразвуковом исследовании (УЗИ) брюшной полости: в правой паховой области в проекции пахового канала определялось неоднородное образование 6×4×3 см, умеренно выраженный пневматоз кишечника. Свободная жидкость в брюшной полости отсутствовала. При обзорной рентгенографии был обнаружен пневматоз подвздошной и ободочной кишок.

Пациенту с диагнозом ущемлённой правосторонней паховой грыжи выполнено экстренное оперативное вмешательство. После проведения спинномозговой анестезии и стандартной обработки операционного поля произведён косой разрез длиной 6–7 см параллельно паховой связке с послойным рассечением кожных покровов, подкожно-жировой клетчатки, апоневроза наружной косой мышцы живота. Ревизия грыжевого содержимого при выделении утолщённого семенного канатика обнаружен грыжевой мешок косой паховой грыжи с признаками ущемления. При вскрытии мешка выделено около 5 мл прозрачной серозной жидкости. В ходе ревизии

выявлено, что содержимым грыжевого мешка является купол слепой кишки, ЧО длиной 5–7 см, плотно фиксированный к стенкам мешка (что подтверждено интраоперационными фото, рис. 1–3).

Хирургический этап: в связи с воспалительными изменениями ЧО, делающими невозможным выделение аппендикса без его повреждения, выполнена аппендэктомия, наложение кисетного шва, дополнительная фиксация Z-образным швом, погружение культи червеобразного отростка. Герниопластика: пластика грыжевых ворот по методу Лихтенштейна, установка полипропиленового эндопротеза «Линтекс» размером 6×11 см. Завершение операции.

После тщательного гемостаза и антисептической обработки операционной раны выполнено послойное ушивание тканей с наложением асептической повязки.

Примечание: Интраоперационные находки свидетельствуют о редком варианте грыжи Амианда (аппендикулярной грыжи), что потребовало модификации стандартной хирургической тактики.

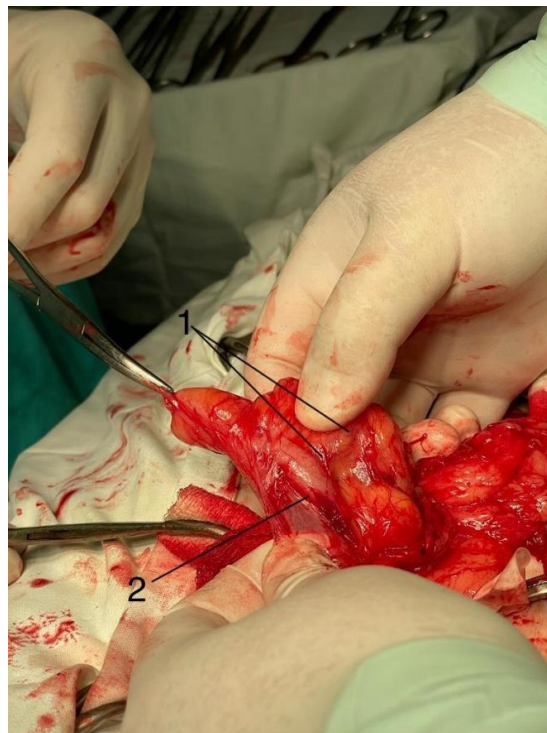


Рис. 1. Пациент Р., 65 лет, интраоперационная фотография: 1 — вскрытый грыжевой мешок; 2 — червеобразный отросток.

Fig. 1. Patient R., 65 years old, intraoperative photograph: 1 — the opened hernial sac; 2 — the vermiform appendix.

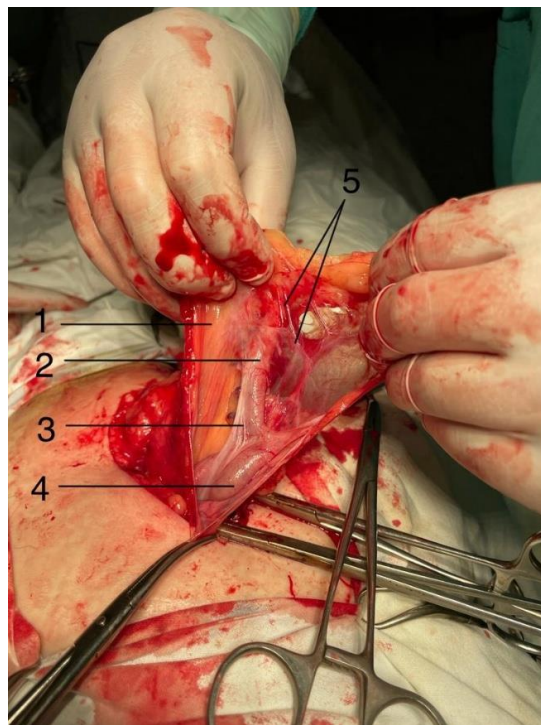


Рис. 2. Пациент Р., 65 лет, интраоперационная фотография: 1 — вскрытый грыжевой мешок; 2 — верхушка червеобразного отростка; 3 — основание червеобразного отростка; 4 — ущемлённый купол слепой кишки; 5 — спайки между верхушкой аппендикса и стенкой грыжевого мешка.

Fig. 2. Patient R., 65 years old, intraoperative photograph: 1 — the opened hernial sac; 2 — the tip of the vermiform appendix; 3 — the base of the vermiform appendix; 4 — the pinched dome of the cecum; 5 — adhesions between the tip of the appendix and the wall of the hernial sac.

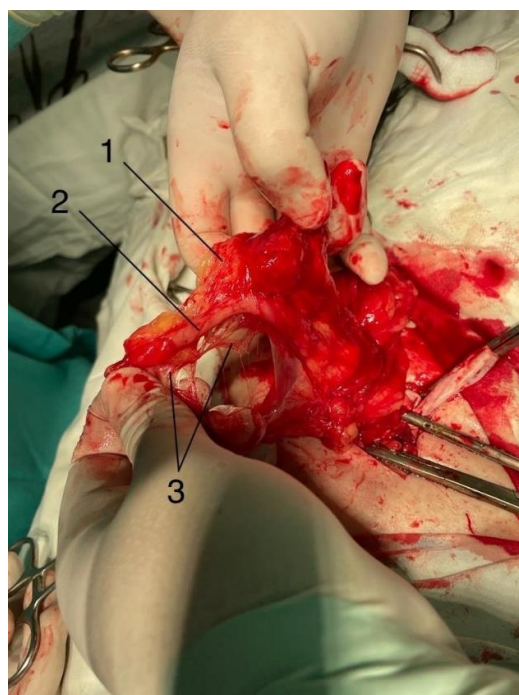


Рис. 3. Пациент Р., 65 лет, интраоперационная фотография: 1 — фрагменты грыжевого мешка; 2 — верхушка червеобразного отростка; 3 — спаечный процесс.

Fig. 3. Patient R., 65 years old, intraoperative photograph: 1 — fragments of the hernial sac; 2 — the tip of the vermiform appendix; 3 — the adhesive process.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Показатели крови и температура тела нормализовались, отмечалось быстрое уменьшение болей. Пациент получал антибактериальную (интраоперационно 2 г), обезболивающую и антикоагулянтную (эноксапарин натрия в дозе 0,3 г подкожно 1 раз в день) терапию.

Обсуждение

Грыжа Амианда — редкая форма паховой грыжи, встречающаяся в хирургической практике. Затруднительная диагностика обуславливает тот факт, что данная патология, как правило, является случайной операционной находкой, о чём свидетельствует приведённый выше клинический случай.

На сегодняшний день остаётся несколько спорных вопросов относительно грыжи Амианда. Ряд авторов считают, что наличие неизменного ЧО в грыжевом мешке не даёт основания рассматривать такую паховую грыжу как грыжу Амианда [4, 8]. Однако большинство исследователей признаёт, что если ЧО независимо от наличия его изменений является содержимым грыжевого мешка, то диагноз «грыжа Амианда» является обоснованным [5, 9, 10].

Кроме того, дискуссионный характер носит хирургическая тактика в случае отсутствия признаков воспаления аппендикса. Так, некоторые авторы не одобряют проведение аппендэктомии при неизменном ЧО, объясняя это увеличением риска инфицирования при проведении операции [11]. В рассматриваемом клиническом случае проведение аппендэктомии было продиктовано невозможностью удаления ЧО без нарушения его целостности из-за наличия спаек между стенкой по-

следнего и грыжевого мешка. На взгляд авторов, отсутствие стандартизированного лечения определяется низкой встречаемостью данной патологии, поэтому выбор тактики ведения конкретного пациента подбирается врачом-хирургом индивидуально с учётом состояния больного, а также возможности использования инновационных методов диагностики и лечения.

Представленный случай грыжи Амианда обладает высокой научно-практической ценностью в силу следующих аспектов:

- демонстрирует необходимость включения грыжи Амианда в дифференциально-диагностический ряд при ущемлённых паховых грыжах;
- подчёркивает значение интраоперационной ревизии для верификации редких форм грыжевого содержимого;
- иллюстрирует необходимость модификации стандартного хирургического подхода при неожиданных интраоперационных находках;
- актуализирует вопрос о своевременном плановом лечении паховых грыж для предотвращения подобных осложнений.

Заключение

Данное наблюдение вносит вклад в совершенствование хирургической практики, демонстрируя необходимость повышенной настороженности в отношении атипичных форм ущемления паховых грыж, гибкости в интраоперационном принятии решений.

Систематическое описание подобных случаев необходимо для обогащения клинического опыта врачей-хирургов для своевременной диагностики и лечения подобных пациентов.

Список литературы | References

1. Chernykh VG, Krainukov PE, Efremov KN, Bondareva NV. Inguinal hernias: etiology and treatment. *Bulletin of Pirogov National Medical & Surgical Center*. 2021;16(4):116–123. doi: 10.25881/20728255_2021_16_4_116 EDN: YYTARZ
2. Tarasenko SV, Natalskiy AA, Artaev VB, et al. A clinical case of infringement of the appendix in recurrent oblique inguinal hernia (hernia of Amyand).
3. Amyand C. Of an Inguinal Rupture, with a Pin in the Appendix Coeci, Incrusted with Stone; And Some Observations on Wounds in the Guts. *Phil Trans R Soc Lond*. 1735;39:329–342.
4. Zavrazhnov AA, Solovyov IA, Fedotov LE, et al. The case of combined surgical repair of the Amyand's
5. and). *Surgical Practice (Russia)*. 2017;(1):19–21. EDN: ZDPICV

- Hernia. *Bulletin of Pirogov National Medical & Surgical Center*. 2022;17(3):137–138. doi: 10.25881/20728255_2022_17_3_137 EDN: FNKETI
5. Losanoff JE, Basson MD. Amyand's hernia: a classification to improve management. *Hernia*. 2008;12(3):325–326. doi: 10.1007/s10029-008-0331-y EDN: KQAWJY
6. Singal R, Gupta S. "Amyand's Hernia" — Pathophysiology, Role of Investigations and Treatment. *Maedica (Bucur)*. 2011;6(4):321–327.
7. Kukudzhano V NI. *Pakhovyie gryzhi*. Moscow: Medicine; 1969. P. 362–365.
8. Semenov VV, Kurygin AA, Romashchenko PN, et al. Endovascular treatment of patient with strangulated Amyand's hernia. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2017;176(2):112–114. doi: 10.24884/0042-4625-2017-176-2-112-114 EDN: YPDPOD
9. Fernando J, Leelaratra S. Amyand's hernia. *Ceylon Med J*. 2002;47(2):71. doi: 10.4038/cmj.v47i2.3461
10. Gao Y, Zhang T, Zhang M, et al. Amyand's hernia: a 10-year experience with 6 cases. *BMC Surg*. 2021;21(1):315. doi: 10.1186/s12893-021-01306-z EDN: JSHFAC
11. 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(1):31–35. doi: 10.1007/s10029-006-0153-8 EDN: EAHZYU

Дополнительная информация

Этическая экспертиза. Использованы данные пациентов в соответствии с письменным информированным согласием.

Источники финансирования. Отсутствуют.

Раскрытие интересов. Авторы заявляют об отсутствии отношений, деятельности и интересов, связанных с третьими лицами (коммерческими и некоммерческими), интересы которых могут быть затронуты содержанием статьи.

Оригинальность. При создании статьи авторы не использовали ранее опубликованные сведения (текст, иллюстрации, данные).

Генеративный искусственный интеллект. При создании статьи технологии генеративного искусственного интеллекта не использовали.

Рецензирование. В рецензировании участвовали два рецензента и член редакционной коллегии издания.

Об авторах:

Натальский Александр Анатольевич, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии с курсом детской хирургии, врач-хирург;
eLibrary SPIN: 6503-4327;
ORCID: 0000-0003-1590-9818;
e-mail: lorey1983@mail.ru

Кочетков Фёдор Дмитриевич, ассистент кафедры факультетской хирургии с курсом детской хирургии;
eLibrary SPIN: 9806-5369;
ORCID: 0000-0001-6646-8595;
e-mail: kochetkovf@bk.ru

✉ **Ушакова Вероника Андреевна**, студент 5 курса лечебного факультета;
ORCID: 0009-0002-7245-3976;
e-mail: veronika291202@mail.ru

Вклад авторов:

Все авторы одобрили рукопись (версию для публикации), согласились нести ответственность за все аспекты работы, гарантируя надлежащее рассмотрение и решение вопросов, связанных с точностью и добросовестностью любой ее части.

Ethics approval. The data is used in accordance with the informed consent of patients.

Funding sources. No funding.

Disclosure of interests. The authors have no relationships, activities or interests related with for-profit or not-for-profit third parties whose interests may be affected by the content of the article.

Statement of originality. The authors did not use previously published information (text, illustrations, data) when creating this work.

Generative AI. Generative AI technologies were not used for this article creation.

Peer-review. Two reviewers and a member of the editorial board participated in the review.

Authors' Info:

Aleksandr A. Natal'skiy, MD, Dr. Sci. (Medicine), Professor, Head of the Department of Faculty Surgery with a Course of Pediatric Surgery, Surgeon;
eLibrary SPIN: 6503-4327;
ORCID: 0000-0003-1590-9818;
e-mail: lorey1983@mail.ru

Fedor D. Kochetkov, Assistant of the Department of Faculty Surgery with a Course of Pediatric Surgery;
eLibrary SPIN: 9806-5369;
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6646-8595;
e-mail: kochetkovf@bk.ru

✉ **Veronika A. Ushakova**, 5-Year Student of the Faculty of Medicine;
ORCID: 0009-0002-7245-3976;
e-mail: veronika291202@mail.ru

Author contributions:

All authors approved the manuscript (the publication version), and also agreed to be responsible for all aspects of the work, ensuring proper consideration and resolution of issues related to the accuracy and integrity of any part of it.