

9 СЛУЧАЕВ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ГРЫЖЕЙ АМИАНДА

М.Х. МАЛИКОВ¹, Ф.Ш. РАШИДОВ^{1,2}, Ф.Б. БОКИЕВ², Ф.М. ХАМИДОВ¹¹ Кафедра хирургических болезней № 2 им. акад. Н.У. Усманова, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан² Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии, Душанбе, Республика Таджикистан

Проведён анализ хирургического лечения 9 детей в возрасте от 4 до 14 лет, у которых при плановом грыжесечении по поводу правосторонней паховой грыжи был выявлен червеобразный отросток в просвете грыжевого мешка. Все пациенты были госпитализированы в плановом порядке с диагнозом «Врождённая косая пахово-мошоночная грыжа справа», двухсторонние грыжи не наблюдались. Объективно имели место все признаки заболевания, грыжи были вправимыми. Наличие червеобразного отростка в просвете грыжевого мешка до операции не было диагностировано ни клинически, ни при УЗИ. У наблюдавшихся пациентов содержимым грыжевого мешка был утолщённый и длинный червеобразный отросток, большой сальник, а в двух случаях – слепая кишка по типу скользящей грыжи. Дети были оперированы под общим обезболиванием: были выполнены аппендэктомия и пластика задней стенки пахового канала. Осложнения в послеоперационном периоде не наблюдались.

Ключевые слова: врождённая паховая грыжа, червеобразный отросток, грыжа Амианда, аппендэктомия.

Для цитирования: Маликов МХ, Рашидов ФШ, Бокиев ФБ, Хамидов ФМ. 9 случаев лечения детей с грыжей Амианда. *Вестник Авиценны*. 2021;23(1):118-23. Available from: <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2021-23-1-118-123>

9 CASES OF AMYAND'S HERNIA IN CHILDREN

M.KH. MALIKOV¹, F.SH. RASHIDOV^{1,2}, F.B. BOKIEV², F.M. KHAMIDOV¹¹ Department of Surgical Diseases № 2 named after Academician N.U. Usmanov, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Republic of Tajikistan² Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery, Dushanbe, Republic of Tajikistan

9 children aged 4 to 14 years underwent a right-sided inguinal hernia repair, at the same time, a vermiform appendix was found in the hernial sac. All patients were hospitalized with a diagnosis of «Congenital right-sided inguinoscrotal hernia», bilateral hernias were not observed. Objectively, there were all signs of the disease, all hernias were reducible. The presence of the appendix in the hernial sac before the operation was not diagnosed either clinically or by ultrasound. The contents of the hernial sac had a thickened and long vermiform appendix, a greater omentum, and in two cases – a cecum of the type of sliding hernia. The children were operated on under general anesthesia: appendectomy and plastic surgery of posterior wall of inguinal canal were performed. No complications were observed in the postoperative period.

Keywords: Congenital inguinal hernia, vermiform appendix, Amyand's hernia, surgical tactics.

For citation: Malikov MKh, Rashidov FSh, Bokiev FB, Khamidov FM. 9 sluchaev lecheniya detey s gryzhey Amianda [9 cases of Amyand's hernia in children]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2021;23(1):118-23. Available from: <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2021-23-1-118-123>

ВВЕДЕНИЕ

Паховые грыжи в детском возрасте отмечаются наиболее часто (65%-95%) среди всех видов грыж передней брюшной стенки [1]. У 60% больных встречаются правосторонние грыжи, и соотношение мальчиков и девочек варьирует от 3:1 до 10:1 [1, 2]. Частым осложнением паховой грыжи является ущемление, которое наблюдается до 24% случаев [1, 3].

Анализ работ, посвящённых хирургическому лечению паховых грыж, показывает, что чаще содержимым грыжевого мешка являются большой сальник и петли кишечника [1, 2, 4]. Реже обнаруживают мочевой пузырь, придатки матки и червеобразный отросток [4-6]. Последний очень редко находят при послеоперационной и пупочной грыжах, правосторонней бедренной грыже, отверстиях, образующихся после лапароскопии [7-9]. В единичных сообщениях указывается о локализации червеобразного отростка в грыжевом мешке паховой области слева [10, 11]. Частота обнаружения червеобразного отростка в просвете грыжевого мешка при правосторонней паховой грыже составляет 0,19-4% [7, 12]. При этом отросток может быть нормаль-

ным, воспалённым и даже давать типичные осложнения острого аппендицита [4, 6-9, 14]. Нахождение воспалённого, а также и неизменённого червеобразного отростка в паховой грыже в литературе именуется, как грыжа Амианда, хотя и встречаются и другие определения такой грыжи [13, 14].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Описание опыта хирургического лечения грыжи Амианда у детей.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты хирургического лечения грыжи Амианда у 9 детей в возрасте от 4 до 14 лет за период с 2008 по 2019 годы. Средний возраст пациентов составил 11 лет. Все оперированные были госпитализированы в плановом порядке с диагнозом «Врождённая косая пахово-мошоночная грыжа справа», двухсторонние грыжи не наблюдались. Объективно имели место все признаки заболевания, грыжи были

вправимыми. Всем больным в предоперационном периоде проведено УЗИ органов брюшной полости, почек, мошонки, при котором акцентировали внимание на грыжевое содержимое, определяли состояние грыжевых ворот, размеры грыж. Наличие червеобразного отростка в грыжевом мешке при УЗИ не было выявлено ни в одном случае.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Дети были оперированы под общим обезболиванием. На этапе выделения элементов грыжи во всех случаях использовали оптическое увеличение. Всем пациентам было осуществлено удаление червеобразного отростка с последующим укреплении задней стенки пахового канала.

Некоторые особенности хирургической техники у наших больных заключались в следующем. При отделении элементов семенного канатика от стенок грыжевого мешка по необходимости проводили гидрорепаковку и после его мобилизации приступали к выделению грыжевого мешка до внутреннего пахового кольца (рис. 1, 2).

Варианты расположения червеобразного отростка были следующими: в 5 наблюдениях отросток целиком находился в грыжевом мешке вместе с частью слепой кишки; в 4 – верхушка отростка находилась в мешке, тело и основание – в брюшной полости. Определённые затруднения при мобилизации грыжевого

мешка отмечались в 2 случаях, когда червеобразный отросток был спаян со стенками мешка. У всех пациентов червеобразный отросток был длинным, утолщённым, что мы связывали с его травматизацией, из-за частого перемещения из брюшной полости и наоборот. Учитывая указанные изменения отростка, во всех случаях была выполнена аппендэктомия (рис. 3, 4). У 6 больных возникла необходимость в расширении внутреннего пахового кольца для её проведения.

В связи с большим дефектом грыжевых ворот и длительным сроком грыженосительства, 2 пациентам пластику пахового канала мы выполнили по методике Lichtenstein. Поверх элементов семенного канатика был ушит апоневроз наружной косой мышцы живота.

Остальным 7 пациентам было выполнено укрепление задней стенки без дополнительной дубликатуры апоневроза наружной косой мышцы живота (рис. 5). Всем больным в послеоперационном периоде были назначены антибиотики в течение 3-5 дней. Осложнения инфекционного характера у оперированных детей мы не наблюдали. Родители пациентов были проинформированы относительно объёма выполненных операций.

Впервые в 1735 году Claudius Amyand обнаружил перфорированный червеобразный отросток в просвете паховой грыжи и выполнил аппендэктомию 11-летнему мальчику с удачным исходом [14]. Позже в литературе появились сообщения, где в основном больные были оперированы по поводу симптомов и



Рис.1 Отросток в просвете грыжевого мешка

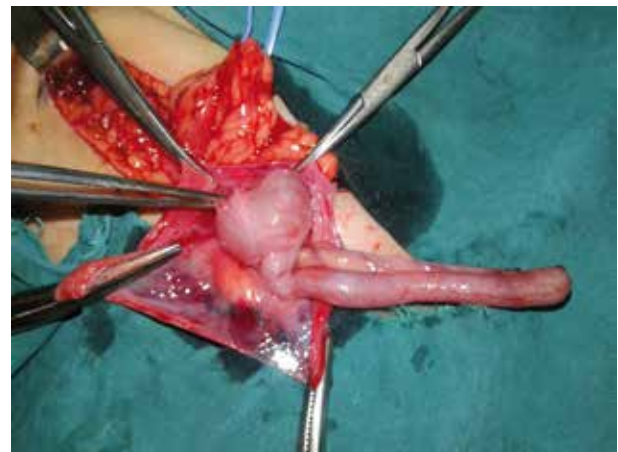


Рис.2 Выведение купола из мешка



Рис.3 Этапы аппендэктомии

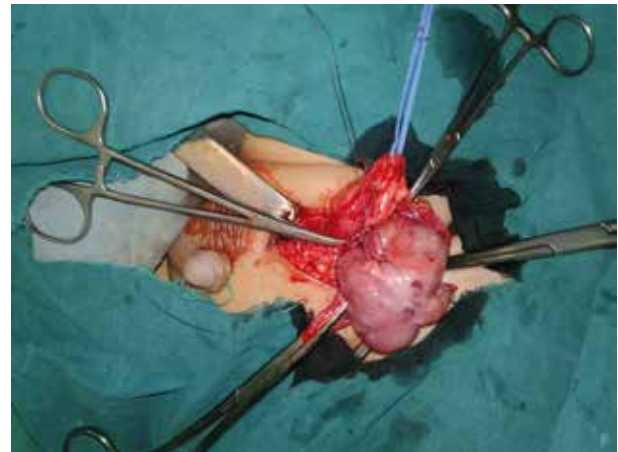


Рис.4 Погружение культы отростка в кисетный шов

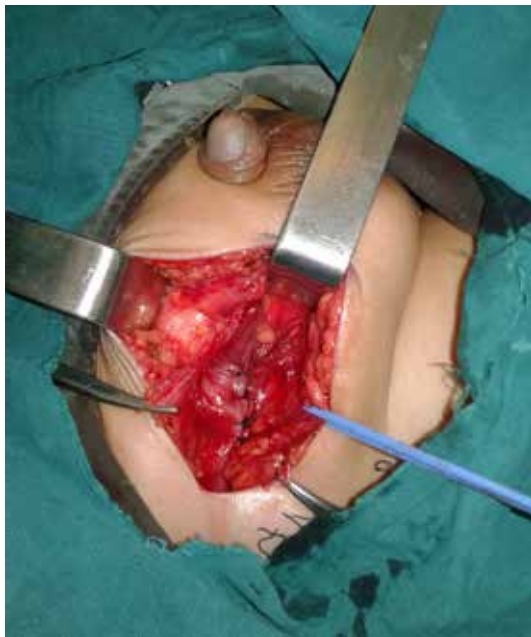


Рис.5 Пластика задней стенки пахового канала

осложнений острого аппендицита, которые проявлялись в грыжевом мешке паховой области справа [15, 16].

Следует отметить, что большинство авторов, которые описывают грыжу Амианда, приводит лишь описание клинических случаев [4, 5, 8-10]. По данным Patrikakos P et al (2010), среди 1748 оперированных пациентов по поводу правосторонней пахово-мошоночной грыжи лишь в 12 наблюдениях отросток был выявлен в просвете грыжевого мешка, причём в двух случаях отмечалось воспаление червеобразного отростка, в том числе у одного с перфорацией [7]. При ретроспективном изучении историй болезни 963 пациентов, оперированных по поводу правосторонней пахово-мошоночной грыжи, Psarras K et al (2011) лишь у 4 (0,4%) пациентов выявили наличие червеобразного отростка в грыжевом мешке [17].

В изученной нами литературе мы не нашли достаточно аргументированных и патогенетически обоснованных теорий перемещения червеобразного отростка в грыжевой мешок. Некоторые авторы предполагают, что одной из причин перемещения отростка в грыжевой мешок является слишком длинная и мобильная слепая кишка [4]. Воспаление же отростка в грыжевом мешке авторы связывают с повышением внутрибрюшного давления, частым контактом с внутренней стенкой грыжевого мешка, компрессией и ишемией отростка, а также с транслокацией бактерий [5].

Установление диагноза грыжи Амианда перед операцией является очень трудной задачей. Анализ работ, посвящённых этой проблеме, показывает, что ни в одном наблюдении диагноз грыжи Амианда не был поставлен перед операцией. Во всех случаях диагноз ставился в ходе оперативного вмешательства по поводу острой патологии живота, либо при выполнении грыжесечения [5, 18, 19]. Редкость патологии, нетипичное расположение отростка и нередко возникающие осложнения способствуют развитию определённых затруднений в ходе диагностики. Использование УЗИ бывает информативным при развитии осложнений, когда отмечаются ущемление, развитие инфильтрата, скопление жидкости в грыжевом мешке. Большинство больных обращается за медицинской помощью в более поздние сроки.

Следовательно, при таких ситуациях появляются определённые затруднения в ходе обследования пациентов и установления правильного диагноза. При этом некоторые авторы информативным считают проведение КТ и лапароскопии [10, 14, 15].

Развитие перфорации червеобразного отростка, периаппендикулярного абсцесса и абсцесса малого таза, флегмоны передней брюшной стенки, орхоэпидидимита считаются грозными осложнениями грыжи Амианда. В основном летальные исходы имеют место при позднем обращении пациентов, когда острый аппендицит завершается развитием тяжёлых его осложнений, а их частота при этом составляет 6-15% [20].

Данные литературы свидетельствуют о том, что до сих пор не решён вопрос о допустимости сочетания отдельных видов операций с условно различной степенью «чистоты» [14, 21]. По мнению ряда авторов, при грыже Амианда осуществление симультанных операций зависит от типа патологии, что чётко отражено в классификации, предложенной Losanoff and Basson. Авторы придерживаются выполнения симультанных операций при I типе согласно указанной классификации [15, 22].

Как отмечено выше, хирургическая тактика при грыже Амианда без ущемления червеобразного отростка в грыжевом мешке и без признаков острого аппендицита носит спорный характер. Большинство авторов считает правильным отказаться от аппендэктомии при неизменённом отростке [17, 22]. Не возражая данному подходу, мы, на основании собственных наблюдений, во всех случаях прибегали к аппендэктомии. Обоснованием этому считаем следующие доводы. Во-первых, во всех описанных нами случаях имели место макроскопические изменения – увеличение диаметра, утолщение стенок, а также длинный отросток по типу хронического аппендицита. В двух случаях были спайки между отростком и стенкой грыжевого мешка. Во-вторых, наличие послеоперационного рубца в правой паховой области, на первый взгляд, может создать впечатление не только о проведённом грыжесечении, но и аппендэктомии при обращении пациента с болями в правой подвздошной области. Кроме того, пациенты, учитывая детский возраст, не в состоянии запомнить детали проведённой операции.

Относительно пластики грыжевых ворот следует указать следующее. Так как ревизия грыжевого мешка при данной форме патологии требует расширения пахового канала до внутреннего пахового кольца, иногда даже и с рассечением последнего, а также с учётом возраста больных, мы проводили укрепление задней стенки с сужением внутреннего кольца до необходимых размеров. При значительных дефектах задней стенки мы прибегали к ненапряжному способу пластики с использованием полурассасывающейся сетки.

Таким образом, грыжа Амианда продолжает считаться редкой формой патологии. Вопрос относительно удаления червеобразного отростка при отсутствии ущемления отростка в грыжевом мешке и симптомов острого аппендицита остаётся дискуссионным. Тактика выполнения аппендэктомии при имеющихся признаках хронического аппендицита, при превышении обычной длины отростка и наличии спаечного процесса отростка с грыжевым мешком, по нашему мнению, считается оправданной. Учёт субъективных моментов наличия послеоперационного рубца, наводящие мысли на уже проведённую аппендэктомию, также предотвращают заблуждения в дифференциальной диагностике острых болей в правой подвздошной области.

ЛИТЕРАТУРА REFERENCES

1. Yeap E, Pacilli M, Nataraja RM. Inguinal hernias in children. *Aust J Gen Pract.* 2020;49(1-2):38-43. Available from: <https://doi.org/10.31128/AJGP-08-19-5037>
2. Корочкин МВ, Кравчук СВ, Поддубный ГС, Сумарокова ЕВ, Тарусин ДИ. Детский хирургический стационар кратковременного пребывания в условиях мегаполиса. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2019;27(S):587-93. Available from: <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-si1-587-593>
3. Козлов ЮА, Новожилов ВА, Барадиева ПЖ, Звонков ДА, Очилов ЧБ. Ущемлённые паховые грыжи у детей. *Российский Вестник.* 2018;8(1):80-94.
4. Singh A, Singh SK. Wandering appendix in inguinal hernia sac: Amyand's hernia, a case report. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences.* 2018;17(12):42-3. Available from: <https://doi.org/10.9790/0853-1712014243>
5. Romero Marcos JM, Baena Bradaschia S, Muñoz Pérez JM, Cifuentes Ródenas JA. Vasisitis mimicking an Amyand's hernia: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2017;30:34-6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2016.11.035>
6. Bamigbola KT, Nasir AA, Abdur-Rahman LO, Adeniran JO. Complicated childhood inguinal hernias in UITH, Ilorin. *Afr J Paediatr Surg.* 2012;9(3):227-30. Available from: <https://doi.org/10.4103/0189-6725.104725>
7. Patrikakos P, Velimezis G, Kapogiannatos G, Georgiou J, Perrakis E, Patrikakos V, et al. Vermiform appendix inside a hernia: Our experience. *The Internet Journal of Surgery.* 2010;26:2-6.
8. García-Cano E, Martínez-Gasperin J, Rosales-Pelaez C, Hernández-Zamora V, Montiel-Jarquín JA, Franco-Cravioto F. Hernia de Amyand y apendicitis complicada; presentación de un caso y elección de tratamiento quirúrgico. *Cir Cir.* 2016;84(1):54-7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.circir.2015.06.012>
9. Мельников ПВ, Ачкасов ЕЕ, Пугаев АВ, Алекперов СФ, Посудневский ВИ, Абдуллаев АГ. Острый аппендицит в послеоперационной грыже. *Хирургия.* 2015;1:85-9. Available from: <https://doi.org/10.17116/hirurgia2015185-89>
10. Vignon KC, Kumba AM, N'tcha NHN, Attolou SGR, Onzo MRE, Mehinto D, et al. Preoperative diagnosis of Amyand's hernia: About 3 cases. *JMR.* 2017;3(5):222-4.
11. Breitenstein S, Eisenbach C, Wille G, Decurtins M. Incarcerated vermiform appendix in a left-sided inguinal hernia. *Hernia.* 2005;9(1):100-2. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10029-004-0263-0>
12. Unver M, Ozturk S, Karaman K, Turgut E. Left sided Amyand's hernia. *World J Gastrointest Surg.* 2013;5(10):285-6. Available from: <https://doi.org/10.4240/wjgs.v5.i10.285>
13. Shen Z, Zheng S. Timely recognition of Amyand's hernia with appendicitis in infants. *World J Pediatr.* 2015;11(4):392-4. Available from: <https://doi.org/10.1007/s12519-014-0474-0>
14. Ikram S, Kaleem A, Ahmad SM. Amyand hernia: A literature review of the diagnosis and management of the rare presentation of the wandering appendix. *J Rare Disord Diagn Ther.* 2018;4:1. Available from: <https://doi.org/10.21767/2380-7245.100171>
15. Jabloun A, Bouthour H, Bustame S, Traneli F, Abdalah RB, Kaabar N. Amyand's hernia with appendicitis in the children: A delayed diagnosis. *Journal of Pediatric Surgery Case Reports.* 2016;13:6-7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.epsc.2016.07.003>
16. Шарипов АМ, Магзумов ДР, Нуриддинов РМ, Бобоев ТХ. Деструктивная форма аппендицита в грыжевом мешке при ущемлённой паховой грыже у грудного ребёнка. *Здравоохранение Таджикистана.* 2014;3:87-8.
17. Psarras K, Lalountas M, Baltatzis M, Pavlidis E, Tsitlakidis A, Symeonidis N, et al. Amyand's hernia – a vermiform appendix presenting in an inguinal hernia: a case series. *J Med Case Rep.* 2011;5:463. Available from: <https://doi.org/10.1186/1752-1947-5-463>
18. Черномаз ИВ. Случай грыжи Амианда. *Медицина и экология.* 2012;1:134-6.
19. Македонская ТП, Ермолов АС, Ярцев ПА. Острый аппендицит в правосторонней паховой грыже. *Хирургия.* 2016;3:70-1. Available from: <https://doi.org/10.17116/hirurgia2016370-1>
1. Yeap E, Pacilli M, Nataraja RM. Inguinal hernias in children. *Aust J Gen Pract.* 2020;49(1-2):38-43. Available from: <https://doi.org/10.31128/AJGP-08-19-5037>
2. Korochkin MV, Kravchuk SV, Poddubny GS, Sumarokova EV, Tarusin DI. Detskiy khirurgicheskiy statsionar kratkovremennogo prebyvaniya v usloviyakh megapolisa [Surgical short stay unit at a metropolitan children's hospital]. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdavoookhraneniya i istorii meditsiny.* 2019;27(S):587-93. Available from: <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-si1-587-593>
3. Kozlov YuA, Novozhilov VA, Baradieva PZh, Zvonkov DA, Ochirov ChB. Ushchemlennye pakhovoye gryzhi u detey [Incarcerated inguinal hernias in children]. *Rossiyskiy Vestnik.* 2018;8(1):80-94.
4. Singh A, Singh SK. Wandering appendix in inguinal hernia sac: Amyand's hernia, a case report. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences.* 2018;17(12):42-3. Available from: <https://doi.org/10.9790/0853-1712014243>
5. Romero Marcos JM, Baena Bradaschia S, Muñoz Pérez JM, Cifuentes Ródenas JA. Vasisitis mimicking an Amyand's hernia: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2017;30:34-6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2016.11.035>
6. Bamigbola KT, Nasir AA, Abdur-Rahman LO, Adeniran JO. Complicated childhood inguinal hernias in UITH, Ilorin. *Afr J Paediatr Surg.* 2012;9(3):227-30. Available from: <https://doi.org/10.4103/0189-6725.104725>
7. Patrikakos P, Velimezis G, Kapogiannatos G, Georgiou J, Perrakis E, Patrikakos V, et al. Vermiform appendix inside a hernia: Our experience. *The Internet Journal of Surgery.* 2010;26:2-6.
8. García-Cano E, Martínez-Gasperin J, Rosales-Pelaez C, Hernández-Zamora V, Montiel-Jarquín JA, Franco-Cravioto F. Hernia de Amyand y apendicitis complicada; presentación de un caso y elección de tratamiento quirúrgico. *Cir Cir.* 2016;84(1):54-7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.circir.2015.06.012>
9. Melnikov PV, Achkasov EE, Pugaev AV, Alekperov SF, Posudnevskiy VI, Abdullaev AG. Ostryy appenditsit v posleoperatsionnoy gryzhe [Acute appendicitis in a postoperative hernia]. *Khirurgiya.* 2015;1:85-9. Available from: <https://doi.org/10.17116/hirurgia2015185-89>
10. Vignon KC, Kumba AM, N'tcha NHN, Attolou SGR, Onzo MRE, Mehinto D, et al. Preoperative diagnosis of Amyand's hernia: About 3 cases. *JMR.* 2017;3(5):222-4.
11. Breitenstein S, Eisenbach C, Wille G, Decurtins M. Incarcerated vermiform appendix in a left-sided inguinal hernia. *Hernia.* 2005;9(1):100-2. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10029-004-0263-0>
12. Unver M, Ozturk S, Karaman K, Turgut E. Left sided Amyand's hernia. *World J Gastrointest Surg.* 2013;5(10):285-6. Available from: <https://doi.org/10.4240/wjgs.v5.i10.285>
13. Shen Z, Zheng S. Timely recognition of Amyand's hernia with appendicitis in infants. *World J Pediatr.* 2015;11(4):392-4. Available from: <https://doi.org/10.1007/s12519-014-0474-0>
14. Ikram S, Kaleem A, Ahmad SM. Amyand hernia: A literature review of the diagnosis and management of the rare presentation of the wandering appendix. *J Rare Disord Diagn Ther.* 2018;4:1. Available from: <https://doi.org/10.21767/2380-7245.100171>
15. Jabloun A, Bouthour H, Bustame S, Traneli F, Abdalah RB, Kaabar N. Amyand's hernia with appendicitis in the children: A delayed diagnosis. *Journal of Pediatric Surgery Case Reports.* 2016;13:6-7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.epsc.2016.07.003>
16. Sharipov AM, Magzumov DR, Nuriddinov RM, Boboev TKh. Destruktivnaya forma appenditsita v gryzhevom meshke pri ushchemlyonnoy pakhovoy gryzhe u grudnogo rebyonka [Destructive forms of appendicitis at strangulated hernia sac of inguinal hernia of infants]. *Zdravoookhraneniye Tadjikistana.* 2014;3:87-8.
17. Psarras K, Lalountas M, Baltatzis M, Pavlidis E, Tsitlakidis A, Symeonidis N, et al. Amyand's hernia – a vermiform appendix presenting in an inguinal hernia: A case series. *J Med Case Rep.* 2011;5:463. Available from: <https://doi.org/10.1186/1752-1947-5-463>
18. Chernomaz IV. Sluchay gryzhi Amianda [Case of Amyand's hernia]. *Meditsina i ekologiya.* 2012;1:134-6.
19. Makedonskaya TP, Ermolov AS, Yartsev PA. Ostryy appenditsit v pravostoronney pakhovoy gryzhe [Acute appendicitis in a right-sided inguinal hernia]. *Khirurgiya.* 2016;3:70-1. Available from: <https://doi.org/10.17116/hirurgia2016370-1>

20. Desai G, Suhani, Pande P, Thomas S. Amyand's hernia: Our experience and review of literature. *Arq Bras Cir Dig.* 2017;30(4):287-88. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-6720201700040014>
21. Мирходжаев ИА, Комилов СО. Оптимизация хирургического лечения паховых грыж. *Биология и интегративная медицина.* 2018;4:83-91.
22. Kuru S, Bulgurcu A, Kismet K, Ertas E. Should an appendectomy be performed for the treatment of Amyand's hernia with non-inflamed vermiform appendix? A case report and review of the literature. *Viszeralmedizin.* 2013;29(1):51-4. Available from: <https://doi.org/10.1159/000348482>
20. Desai G, Suhani, Pande P, Thomas S. Amyand's hernia: Our experience and review of literature. *Arq Bras Cir Dig.* 2017;30(4):287-88. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-6720201700040014>
21. Mirkhodzhaev IA, Komilov SO. Optimizatsiya khirurgicheskogo lecheniya pakhovykh gryzh [Optimization of surgical treatment of inguinal hernias]. *Biologiya i integrativnaya meditsina.* 2018;4:83-91.
22. Kuru S, Bulgurcu A, Kismet K, Ertas E. Should an appendectomy be performed for the treatment of Amyand's hernia with non-inflamed vermiform appendix? A case report and review of the literature. *Viszeralmedizin.* 2013;29(1):51-4. Available from: <https://doi.org/10.1159/000348482>

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Маликов Мирзобадал Халифаевич, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой хирургических болезней № 2 им. акад. Н.У. Усманова, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино
ORCID ID: 0000-0002-7816-5521
Author ID: 375497
E-mail: mmirzobadal@mail.ru

Рашидов Фахриддин Шамсиддинович, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела науки, Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии; доцент кафедры хирургических болезней № 2 им. акад. Н.У. Усманова, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино
ORCID ID: 0000-0001-5316-1607
Author ID: 419707
E-mail: rashidovfsh@mail.ru

Бокиев Фатхулло Бакшуллоевич, кандидат медицинских наук, заведующий отделением эндоскопической хирургии, Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии
Researcher ID: ABD-4776-2020
ORCID ID: 0000-0003-2807-2324
SPIN-код: 5254-1132
Author ID: 1087080
E-mail: fathullo-@mail.ru

Хамидов Фаридун Маруфович, докторант PhD кафедры хирургических болезней № 2 им. акад. Н.У. Усманова, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино
Researcher ID: C-3900-2019
ORCID ID: 0000-0002-0759-5636
SPIN-код: 2266-6447
Author ID: 1094615
E-mail: faridun_74@mail.ru

Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов

Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получили

Конфликт интересов: отсутствует

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Маликов Мирзобадал Халифаевич
доктор медицинских наук, заведующий кафедрой хирургических болезней № 2 им. акад. Н.У. Усманова, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139
Тел.: +992 (907) 305060
E-mail: mmirzobadal@mail.ru

AUTHOR INFORMATION

Malikov Mirzobadal Khalifaevich, Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Surgical Diseases № 2 named after Academician N.U. Usmanov, Avicenna Tajik State Medical University
ORCID ID: 0000-0002-7816-5521
E-mail: mmirzobadal@mail.ru

Rashidov Fakhriddin Shamsiddinovich, Candidate of Medical Sciences, Senior Researcher of the Science Department, Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery; Associate Professor of the Department of Surgical Diseases № 2 named after Academician N.U. Usmanov, Avicenna Tajik State Medical University
ORCID ID: 0000-0001-5316-1607
E-mail: rashidovfsh@mail.ru

Bokiev Fatkhullo Bakhshulloevich, Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of Endoscopic Surgery, Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery
Researcher ID: ABD-4776-2020
ORCID ID: 0000-0003-2807-2324
SPIN: 5254-1132
E-mail: fathullo-@mail.ru

Khamidov Faridun Marufovich, PhD Student, Department of Surgical Diseases № 2 named after Academician N.U. Usmanov, Avicenna Tajik State Medical University
Researcher ID: C-3900-2019
ORCID ID: 0000-0002-0759-5636
SPIN: 2266-6447
Author ID: 1094615
E-mail: faridun_74@mail.ru

Information about the source of support in the form of grants, equipment, and drugs

The authors did not receive financial support from manufacturers of medicines and medical equipment

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest

ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:

Malikov Mirzobadal Khalifaevich
Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Surgical Diseases № 2 named after Academician N.U. Usmanov, Avicenna Tajik State Medical University

734003, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Rudaki Ave., 139
Tel.: +992 (907) 305060
E-mail: mmirzobadal@mail.ru

ВКЛАД АВТОРОВ

Разработка концепции и дизайна исследования: ММХ, РФШ
Сбор материала: БФБ, ХФМ
Анализ полученных данных: ММХ, РФШ
Подготовка текста: ММХ, БФБ, ХФМ
Редактирование: ММХ, РФШ
Общая ответственность: ММХ

Поступила 21.12.2020
Принята в печать 29.03.2021

AUTHOR CONTRIBUTIONS

Conception and design: MMKh, RFSH
Data collection: BFB, KhFM
Analysis and interpretation: MMKh, RFSH
Writing the article: MMKh, BFB, KhFM
Critical revision of the article: MMKh, RFSH
Overall responsibility: MMKh

Submitted 21.12.2020
Accepted 29.03.2021