

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГРЫЖИ ГАРЕНЖО

¹ Болтрукевич П. Г., ² Синило С. Б., ¹ Журов И. С.

¹ Государственное учреждение «Республиканский госпиталь
Департамента финансов и тыла Министерства внутренних дел
Республики Беларусь»,

² УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Сочетание ущемления грыжи брюшной стенки и острого аппендицита является редкой и трудной патологией как для диагностики, так и для лечения. Наиболее редкими формами такой сочетанной патологии являются грыжи Амианда и Гаренжо.

Цель исследования. На основе анализа литературных данных и собственного клинического случая представить один из возможных вариантов лечебной тактики при грыже Гаренжо.

Материал и методы. Обзор литературы и анализ клинического случая.

Результаты и обсуждение. Ущемление червеобразного отростка в бедренной грыже названо грыжей Гаренжо в честь французского хирурга Rene Jacques Croissant de Garengéot, впервые описавшего данный случай в 1731 г. По данным литературы встречаемость неизмененного червеобразного отростка в бедренной грыже составляет 0,5–5 %, его ущемление и/или воспаление — 0,08–0,13 % случаев. Учитывая, что бедренные грыжи составляют 3 % от всех случаев наружных грыж, встречаемость грыж Гаренжо в клинической практике является большой редкостью. По состоянию на 2021 год в мировой литературе описано 222 случая.

В литературе указывается, что ущемление червеобразного отростка в бедренной грыже было выявлено чаще всего во время операций, реже при выполнении КТ. Также указано, что экстренные оперативные вмешательства по поводу грыжи Гаренжо могут быть традиционными, лапароскопическими и гибридными в зависимости от предоперационного диагноза и интраоперационных особенностей. M. Beysens et al. (2013) представили 3 случая выполнения лапароскопической аппендэктомии и TAPP пластики грыжи, обосновав свой выбор тем, что, несмотря на высокие риски контаминации сетчатого имплантата, TAPP пластика позволяет снизить риски инфекционных осложнений. Большая часть хирургов отказывалась от применения аллопротезирования из-за риска инфицирования сетчатого протеза. Учитывая большую редкость встречаемости грыжи Гаренжо, неоднозначность выбора оперативного пособия при данной патологии, считаем целесообразным представить собственное наблюдение.

Пациент Ш., 70 лет, обратился в приемное отделение и был госпитализирован по экстренным показаниям в Республиканский госпиталь Департамента финансов и тыла Министерства внутренних дел Республики Беларусь с жалобами на наличие болезненного образования в паховой области справа. Из анамнеза установлено, что данное образование появилось после тяжелой физической нагрузки 5 дней назад. После очередной физической нагрузки образование увеличилось и появились боли. За медицинской помо-

щью пациент обратился на второй день после появления болей в образовании. Других жалоб не предъявлял.

При объективном осмотре состояние пациента удовлетворительное. Сознание ясное, телосложение правильное, ИМТ 24,2. Температура тела на момент осмотра 36,6. ЧСС 70 ударов в минуту, пульс ритмичный. Артериальное давление 140/80 мм рт. ст. Частота дыханий 16 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена, желчный пузырь не пальпируется. Стул ежедневный. Мочеиспускание свободное, безболезненное, диурез достаточный.

В паховой области справа определяется болезненное, эластическое образование 3 на 4 см, невраиваемое в брюшную полость, в положении стоя и лежа его размер не изменяется. Симптом кашлевого толчка отрицательный. Ниже паховой связки определяются увеличенные паховые лимфатические узлы. При пальпации правого яичка отмечалась умеренная болезненность. Цвет кожи над образованием не изменен, отека мягких тканей нет.

В приемном отделении выполнены: анализ крови, анализ мочи — анализы в пределах нормы. Выполнено УЗИ лимфоузлов паховой области — справа увеличенные до 8 мм лимфоузлы с сохраненной структурой; слева лимфоузлы не определяются. УЗИ мошонки — без структурной патологии. Рентгенография органов грудной клетки и обзорная рентгенография органов брюшной полости — возрастные изменения, чаш Клойбера и свободного газа в брюшной полости не выявлено. ЭКГ, осмотр терапевтом — диагноз: ИБС: Атеросклеротический кардиосклероз. АВ блокада 1 ст. Атеросклероз аорты, коронарных артерий. Артериальная гипертензия 2 риск 4. Н1. ХСН ФК2, даны рекомендации. С диагнозом ущемленная паховая грыжа справа пациент госпитализирован в хирургическое отделение № 2. Выполнена экстренная операция: Лапароскопическая аппендэктомия. TAPP герниопластика сетчатым имплантом.

Во время лапароскопии было выявлено, что в проекции медиальной ямки паховой области справа определяются основание

червеобразного отростка. Ситуация была расценена как ущемление червеобразного отростка в паховой грыже (грыжа Амианда). Дополнительно введены порты 5 и 10 мм. При тракции было обнаружено, что отросток фиксирован, инструментами невозможно его выделить, брыжейка у свободной части отростка умеренно отечная. Выполнено, «по типу ретроградной аппендэктомии», с использованием биполярного коагулятора и с перевязкой отростка у основания двумя лигатурами отсечение основания отростка от слепой кишки. Контроль гемостаза, стойкий. Далее рассечена брюшина от *spina iliaca anterior superior* до *plica umbilicalis medialis* на 4 см выше внутреннего пахового кольца. Выполнена латеральная и медиальная мобилизации брюшины. Предпузырное пространство выделено до противоположной стороны. Тупым путем произведено низведение брюшины. Часть червеобразного отростка расположена в бедренной ямке, фиксирована. С техническими трудностями червеобразный отросток извлечен из грыжевых ворот без предварительного рассечения вверх и медиально грыжевого кольца из-за опасности повреждения сосудов (корона смерти 63 % встречаемости), выделилась геморрагическая грыжевая вода в незначительном количестве. Верхушка отростка синюшного цвета. Аппендэктомия, отросток извлечен из брюшной полости. Установлен сетчатый аллотрансплантат размером 10 на 15 см в выделенное предбрюшинное пространство. Окно брюшины ушито нитью ПГА с дополнительной фиксацией клипсами дефектов в брюшине. Извлечены инструменты и лапароскоп. Шов ран. Ас. повязка.

Послеоперационное течение без особенностей. Пациент провел в стационаре 7 койко/дней. Рекомендован осмотр в госпитале через один месяц.

Гистологически. Макроскопическое описание: червеобразный отросток 9,0 × 0,5 см, в области верхушки 9,0 × 0,7 см, в нескольких местах с кровоизлияниями. Заключение: хронический аппендицит со слабовыраженным обострением и кровоизлияниями.

Выводы. Считаю более целесообразным при грыже Гаренжо использовать эндовидеохирургическую технику для ревизии брюшной полости, оценки состояния червеобразного отростка

(первичные или вторичные воспалительные изменения, их выраженность) и выполнение аппендэктомии с TAPP пластикой грыжи сетчатым трансплантатом при отсутствии осложнений. Однако выбор варианта герниопластики должен быть индивидуальным и лежит в зоне ответственности оперирующего хирурга.