

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ЛЕВОСТОРОННЯЯ ВПРАВИМАЯ ПРЯМАЯ ПАХОВАЯ ГРЫЖА

Стяжкина С.Н.¹, Зиннатуллина Р.Ф.², Хаертдинова А.И.³

¹Стяжкина Светлана Николаевна – доктор медицинских наук, профессор,

Ижевская государственная медицинская академия

²Зиннатуллина Рузиля Флеровна - студент, Ижевская государственная

медицинская академия

³Хаертдинова Адиля Ирековна – студент, Ижевская государственная

медицинская академия

Ижевск, Российская Федерация

Аннотация: статья посвящена изучению паховых грыж и факторам, влияющим на их возникновение. В статье представлены современные данные по этиологии и патогенетическим механизмам развития грыж. Описан клинический случай левосторонней вправимой прямой паховой грыжи.

Ключевые слова: грыжи, паховые грыжи, вправимые грыжи.

CLINICAL CASE IN SURGICAL PRACTICE: LEFT-SIDED REVERSIBLE STRAIGHT INGUINAL HERNIA

Styazhkina S.N.¹, Zinnatullina R.F.², Khaertdinova A.I.³

¹Styazhkina Svetlana Nikolaevna - Doctor of Medical Sciences, Professor, Izhevsk

State Medical Academy

²Zinnatullina Ruzilya Flerovna - student, Izhevsk State Medical Academy

³Haertdinova Adilya Irekovna - student, Izhevsk State Medical Academy

Izhevsk, Russian Federation

Abstract: the article is devoted to the study of inguinal hernias and the factors influencing their occurrence. The article presents current data on the etiology and pathogenetic mechanisms of hernia development. A clinical case of a left-sided rectified direct inguinal hernia is described.

Keywords: hernias, inguinal hernias, reducible hernias.

УДК 616.34-007.432



Грыжа (от лат. hernia) - это выпячивание внутренних органов, которые покрыты брюшиной, через естественные или патологические дефекты в мышечно-апоневротическом слое брюшной стенки, сохранением кожных покровов [1, с. 86].

Известно, что на паховые грыжи приходится до 75% из всех грыж, чаще всего в 90-95% случаях паховые грыжи встречаются у мужчин. У 54% больных бывает правосторонняя паховая грыжа, а левосторонняя встречается в 46%. Процент косых паховых грыж соответствует 70%, а прямых - 30% [2, с. 28].

Прямая паховая грыжа – это заболевание, для которого характерно обратимое выпячивание внутренних органов брюшной полости. Причинами данной патологии чаще всего являются чрезмерные физические нагрузки, ожирение, кахексия, длительные запоры, хронический кашель.

Чаще заболевание встречается у мужчин пожилого возраста, дети и женщины страдают данной патологией редко. Грыжевое выпячивание локализуется в медиальной части паховой связки в виде округлой формы. Грыжа может быть двусторонней, опускаться в мошонку или располагаться возле семенного канатика у мужчин.

Причиной прямой паховой грыжи является слабость задней стенки пахового канала. Поперечная фасция, образующая заднюю стенку пахового канала, постепенно растягивается и атрофируется. В результате этого ткани разрываются, что приводит к снижению прочности пахового промежутка [3, с. 280].

Если болезнь имеет вправимую форму, то опухолевое образование прощупывается в атипичном месте. При напряжении выпячивание появляется, а при надавливании на него и в положении лежа пропадает.

Прямая паховая грыжа практически не отличается от других видов грыж своей симптоматикой, но только имеет вялотекущую картину. Все симптомы в зависимости от степени развития патологии делятся на две группы: 1) При кашле, чихании и натуживании выпячивание не возникает, а также оно не выходит за границы грыжевого кольца и вправляется при горизонтальном



положении тела. У пациентов с данным заболеванием отсутствует болевой синдром. 2) Грыжа имеет сферическую или овальную форму, просматривается над паховой связкой на поверхности тела. Больные жалуются на чувство дискомфорта и жжения в паху, а также на боли тянущего, ноющего характер, которые возникают при ходьбе и физических нагрузках [4, с. 15; 5, с. 144].

На основании этого рассмотрим клинический случай:

Больной А.А., 32 лет. Поступил в хирургическое отделение 1 РКБ МЗ УР в плановом порядке 21.12.2020., с жалобами на наличие грыжевого выпячивания в левой паховой области, в мошонку не опускающегося, вправимого, болезненного при физической нагрузке. Стул, мочеиспускание в норме.

Анамнез болезни: Выпячивания заметил летом 2020г. Ущемлений, явлений кишечной непроходимости не отмечал. Госпитализирован в плановом порядке для оперативного лечения.

Общий анамнез: Перенесенные заболевания – простудные. Сахарный диабет, вирусные гепатиты, туберкулез отрицает. Непереносимости лекарств не отмечает.

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. активное. Нормального питания.

Общий осмотр: Кожные покровы, склеры физиологической окраски. Дыхание везикулярное, проводится по все отделы, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Пульс 70 в мин. АД 120/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Объемные образования в животе не пальпируются. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен. Перистальтика выслушивается. Симптом сотрясения отрицателен с обеих сторон. В левой паховой области - грыжевое выпячивание 4х4х3 см, а мошонку не опускающееся эластической консистенции, безболезненное, вправимое. Наружное паховое кольцо диаметром 2 см, Симптом "кашлевого толчка" положителен. Кожа над выпячиванием - без особенностей.

Данные лабораторно-инструментальных исследований:

Общий анализ крови:

Эритроциты $4.3 \cdot 10^{12}$ /л.



Гемоглобин 126 г\л.

Лейкоциты $5,25 \cdot 10^9$ \л.

палочкоядерные 1 %

сегментоядерные 69 %

лимфоциты 26 %

моноциты 2 %

эозинофилы 2 %

Тромбоциты $225 \cdot 10^9$ \л.

СОЭ 7 мм\час

Заключение: общий анализ крови без отклонений.

Биохимический анализ крови:

Белок 77,7 г\л

Мочевина 5,3 ммоль\л

Билирубин общий 11,7 ммоль\л

АЛТ 45,1 ммоль\л

АСТ 31,9 ммоль\л

Na⁺ 146 ммоль\л

Ca⁺ 1.04 ммоль\л

K⁺ 4.9 ммоль\л

Cl⁺ 108 ммоль\л

Заключение: биохимический анализ крови без отклонений.

Общий анализ мочи:

Цвет – светло-жёлтый

Удельный вес – 1030

Прозрачность – прозрачная

Реакция – 5.0

Эпителий – единичный

Лейкоциты – единичные



Сахар – нет

Белок – нет

Заключение: общий анализ мочи без отклонений.

На основании собранных данных был выставлен клинический диагноз: левосторонняя вправимая прямая паховая грыжа.

Рекомендовано: 22.12.2021: грыжесечение, аллогерниопластика по Лихтенштейну.

Под СМА разрезом, параллельным левой паховой складке, вскрыт паховый канал. Выделен семенной канатик. Выделен грыжевой мешок, расположенный медиальнее элементов канатика, размерами 6х4х3 см. Грыжевое выпячивание выделено, погружено без вскрытия мешка. Ушита поперечная фасция. Выполнена пластика стенки пахового канала сетчатым эксплантатом, который фиксирован к лобковому бугорку, паховой связке и сухожильному растяжению внутренней косой мышцы живота П-образными и непрерывным швами. Сформировано внутреннее паховое кольцо. Контроль гемостаза - сухо. Листки рассеченного апоневроза наружной косой мышцы живота сшиты непрерывным швом над семенным канатиком.

Таким образом, прямая паховая грыжа – это приобретенное заболевание, эффективность устранения которого зависит от ранней диагностики, а также правильно составленного лечения. На исход лечения влияют индивидуальные особенности организма и возраст пациента, а также наличие сопутствующих заболеваний и их осложнения. Прежде всего, это своевременное обращение за медицинской помощью и правильная диагностика патологии. Обычно прогноз благоприятный. Также надо учитывать, что при использовании натяжной герниопластики имеется риск развития рецидивов.

Список литературы

1. Гвенетадзе, Т.К. Новый способ лечения паховых грыж/ Т.К. Гвенетадзе, Н.Г.
2. Григолия, Г.Т. Гиоргобиани// Аллопластика паховых грыж или традиционная герниопластика: преимущества и недостатки: материалы научно-практического семинара, Москва, 23 октября 2003/ Рос. акад. мед. наук; редкол.: А.Д. Тимошин [и др.]. – С.15.



3. Методическая разработка к практическому занятию «ГРЫЖИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ» / сост. к.м.н. Айрапетов Д.В. Изд. УГМА. Екатеринбург. - 2011. -С.28.
4. Стяжкина, С.Н. Грыжи живота: учебное пособие / сост. С.Н. Стяжкина, В.А. Ситников, М.Н. Климентов и др. - Ижевск. - 2011. - С.86.
5. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки. - М.: Триада-Х. – 2003. – С.144.
6. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки. - М.: Медицина. - 1990. – С. 270.

