

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ:
УЩЕМЛЕННАЯ ПАХОВАЯ ГРЫЖА С СОПУТСТВУЮЩИМ
ЗАБОЛЕВАНИЕМ – РАК МАТКИ**

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

¹*Стяжкина Светлана Николаевна – доктор медицинских наук, профессор,
Ижевская государственная медицинская академия*

²*Зиннатуллина Рузиля Флеровна - студент, Ижевская государственная
медицинская академия*

³*Хаертдинова Адилья Ирековна – студент, Ижевская государственная
медицинская академия
Ижевск, Российская Федерация*

Аннотация: статья посвящена изучению ущемленной паховой грыжи, рака матки и их осложнениям. В статье представлены современные данные по этим вопросам. Описан клинический случай ущемленной паховой грыжи с сопутствующим заболеванием - рак матки.

Ключевые слова: Рак матки, ущемлённая грыжа, перитонит, пиометра.

**CLINICAL CASE IN SURGICAL PRACTICE: PINCHED INGUINAL
HERNIA WITH CONCOMITANT THE DISEASE IS UTERINE CANCER**

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

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

²*Zinnatullina Ruzilya Flerovna - student, Izhevsk State Medical Academy*

³*Haertdinova Adilya Irekovna - student, Izhevsk State Medical Academy
Izhevsk, Russian Federation*

Abstract: the article is devoted to the study of pinched inguinal hernia, uterine cancer and their complications. The article presents current data on these issues. A clinical case of a pinched inguinal hernia with a concomitant disease - uterine cancer is described.

Keywords: uterine cancer, strangulated hernia, peritonitis, pyometra.

УДК 616-06



Рак матки — занимает первое место в структуре женских онкологических заболеваний половой системы, на 2 месте стоит рак шейки матки. Среди всех женских злокачественных опухолей рак эндометрия уступает лишь раку молочной железы. Рак тела матки чаще поражает женщин после менопаузы (старше 50 лет), пик заболеваемости наблюдается у женщин в возрасте 65-69 лет. Примерно 5-6% случаев рака у женщин — это рак матки. При запущенной стадии у больных появляются не менее опасные осложнения:

Пиометра – локальное скопление гноевидного содержимого в матке. Условиями для возникновения пиометры служат присутствие гноеродной микрофлоры в полости матки и нарушение эвакуации гнойного экссудата вследствие обструкции цервикального канала. Патология чаще диагностируется у женщин детородного и менопаузального возраста, что тесно связано с этиологией пиометры: у первой группы пациенток она обычно развивается как осложнение послеродового или послеабортного периода, у второй – как осложнение рака эндометрия в фазе распада.

Одним из серьёзных недугов, который относится к тяжёлым гнойно-септическим заболеваниям, является панметрит, поражающий все слои матки. Обычно болезнь возникает, как осложнение на фоне других воспалений женских половых органов, и при несвоевременном обращении за медицинской помощью может привести к тяжёлым последствиям [5, с. 638].

Разросшаяся опухоль может сдавливать мочеточники, нарушая отток мочи из почек. В результате почки отекают и их лоханки растягиваются, что называется гидронефроз. В тяжелых случаях гидронефроз может вызывать образование рубцовой ткани в почках, из-за чего снижается их функция. Это называется почечной недостаточностью [4, с. 92].

Ущемленная грыжа - внезапное или постепенное сдавление содержимого грыжи в ее воротах. Ущемление является самым частым и опасным осложнением грыжевой болезни. Летальность больных возрастает с возрастом, варьируя между 3,8 и 11%. Некроз ущемившихся органов наблюдается не менее чем в 10% случаев [1, с. 104].



При наличии ущемленной грыжи с непроходимостью к местным симптомам ущемления присоединяются симптомы острой кишечной непроходимости: схваткообразные боли в области грыжевого выпячивания; жажда, сухость во рту; тахикардия > 90 уд/мин; периодически повторяющаяся рвота; вздутие живота, локальная или диффузная болезненность и напряжение передней брюшной стенки, усиление перистальтики, «шум плеска»; положительные симптомы кишечной непроходимости, задержка газов, стула; возможно наличие признаков раздражения брюшины (положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Кулленкампа).

При наличии ущемленной грыжи с перитонитом к местным симптомам ущемления присоединяются: признаки системной воспалительной реакции, признаки эндотоксикоза, слабость, возможны гипотония, нарушение сознания; вздутие живота, локальная или диффузная болезненность и выраженное напряжение передней брюшной стенки, ослабление или отсутствие перистальтики, задержка газов, стула; наличие признаков раздражения брюшины (положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Кулленкампа) [2, с. 10; 3, с. 74]. На основании этого рассмотрим клинический случай:

Больная О.Н., 61 год. Поступила в хирургическое отделение 1 РКБ МЗ УР в экстренном порядке 25.12.2020., с жалобами на боли, невраивимость грыжевого выпячивания в правой паховой области, тошноту, рвоту, сухость во рту. Находилась на лечении и обследовании в условиях терапевтического отделения Кезкой РБ с 18.12.2020 по 23.12.2020 с диагнозом: Рак шейки матки? Объемное образование правого яичника. При выписке дали направление на консультацию в РКОД на 25.12.2020. Пациентка самостоятельно поехала в г.Ижевск 24.12.2020. Грыжевое выпячивание перестало вправляться вечером, тогда же появились диспептические расстройства. Температура тела вчера не повышалось, сегодня выше 38 гр. С. Грыжевое выпячивание в правой паховой области более 20 лет.

Общий анамнез: перенесенные заболевания – ОРВИ, ангина. Болезнь Боткина, туберкулез, сахарный диабет, инсульт, инфаркты отрицает. Операций и



гемотрансфузий не было. Аллергических реакций на лекарственные средства раньше не было.

Общий осмотр: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное; астенична. Положение активное (ходит с трудом). Кожные покровы бледноватые, теплые. Склеры физиологической окраски. Дыхание в легких везикулярное, проводится по всем полям, ослабленное в задне-базальных отделах, хрипов нет. Перкуторный звук легочной. ЧДД – 18-20 в минуту. Тоны сердца приглушены, АД – 90/60 мм.рт.ст., пульс – 100 уд/мин. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот умеренно вздут, напряжен в мезо- и гипогастрии, умеренно болезненный в правой подвздошно-паховой области. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Печеночная тупость сохранена. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Ортнера, Мерфи, Лепене отрицательные. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. Перистальтика кишечника сомнительная. «Шума плеска» нет. Симптом сотрясения поясничной области отрицательный с обеих сторон.

В правой паховой области и чуть выше неё – грыжевое выпячивание около 10*5 см, плотно-эластической консистенции (напряженная), резко болезненное, невправимое в брюшную полость. «Кашлевой толчок» не определяется. Кожа над грыжей не изменена.

В левой подвздошной области пальпируется объемное образование 10*4 см, болезненное, дефектов апоневрозов не пальпируется (объемное образование брюшной полости? Грыжа спигелиевой линии?). Молочные железы: б/о. Лимфатические узлы: в левой паховой области несколько подвижных плотных лимфоузлов 2*1,5; 1*1, 1,5*1,5 см, слабо болезненные. Щитовидная железа: б/о, узловых образований не пальпируется.

Ректальные исследование: объемные образования не пальпируются, кал коричневого цвета. Прием НС и ПВ отрицает.

Данные лабораторно-инструментальных исследований:

УЗИ органов брюшной полости от 25.12.2020: печень не увеличена. Эхогенность повышенная. Желчные протоки не расширены. Желчный пузырь не



увеличен. Стенки не утолщены. Общий желчный проток не расширен. Поджелудочная железа не увеличена. Эхогенность повышенная. Есть свободная жидкость в брюшной полости. Правая почка признаки уростаза. Лоханка – 10 см, чашки – 3 см, паренхима истощена. В/з мочеточника – 2,5 см, виден до перекреста, без гиперэхооструктур. Паренхима истощена до 0,5 см. Левая почка без особенностей. Мочевой пузырь объём 150 мл, гипотоничен. В правой подвздошной области «следы» свободной жидкости до 0,7 см. В паховой области справа неправимое грыжевое выпячивание 7,5*3,5 см. Содержит петли кишечника с газом, в грыжевом мешке выпот 2,5мм.

Заключение: признаки неправимой/ущемленной паховой грыжи справа, гидронефротической трансформации правой почки, «следы» свободной жидкости в брюшной полости.

Обзорная рентгенография органов брюшной полости от 25.12.2020: в петлях кишечника визуализируется умеренное количество газов, без убедительных признаков формирования чаш Клойбера и кишечных арок. Свободного газа, свободной жидкости не выявлено. Контуры поясничных мышц ровные, четкие. Костный остов – дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника на уровне исследования.

Заключение: данных за острую патологию ОБП убедительно не получено.

На основании собранных данных был выставлен клинический диагноз: ущемленная паховая грыжа справа.

Рекомендовано: 25.12.2020: экстренная радикальная операция: иссечение или разрушение поражения тонкой кишки. Грыжесечение, разущемление, герниолапоратомия, ревизия, ниже-срединная лапоратомия, вскрытие межкишечного абсцесса, резекция участка сегмовидной и тонкой кишки, энтеро-энтеро анастомоз, назоинтестинальная интубация тонкого кишечника, экстирпация матки.

Под СМА выполнен разрез в правой паховой области над грыжевым выпячиванием. Ткани послойно рассечены, рассечен апоневроз наружной косой мышцы живота, выделен грыжевой мешок размерами 8 см в диаметре, мешок



(толщиной 2-3 мм) вскрыт, содержимое - гнойный экссудат (взят на посев) и петля тонкой кишки, покрытая толстым слоем фибрина. Произведено разущемление кишки. Определена жизнеспособность кишки - кишка жизнеспособна. Выполнена герниолапаротомия, ревизия брюшной полости. В малом тазу, в обеих подвздошных ямках гнойный экссудат, матка больших размеров, красно-бурого цвета флюктуирует, в связи с этим выполнена нижнесрединная лапаротомия. При ревизии в левой подвздошной ямке - конгломерат из петель кишечника и левых придатков, при его разъединении - вскрылся гнойник с серо-зеленым гноем 100 мл в объеме (гной взят на посев). При разделении инфильтрата вскрылся просвет тонкого кишечника. Петли тонкого и толстого кишечника интимно спаяны между собой (не исключается опухолевый процесс), разъединение их без повреждения кишечной стенки невозможно. Конгломерат петель кишечника на расстоянии 1,1 метра от связки Трейца. Выше кишечного инфильтрата и абсцесса петли кишечника умеренно расширены до 3,5 см. Выполнена резекция тонкого кишечника - 40 см в пределах здоровых тканей и начального отдела сигмовидной кишки 20 см единым блоком с помощью аппарата НЖК. Наложен энтеро-энтероанастомоз бок в бок. Далее на расстоянии 130 см и 150 см от связки Трейца 2 участка десерозированной подвздошной кишки 3 см и 2 см и длину, ушиты непрерывным швом сафилом 3/0 на атравматичной игле. Энтеро-энтероанастомоз 3,5 см. Выполнена назоинтестинальная интубация тонкого кишечника. Назоинтестинальный зонд установлен за энтеро-энтероанастомоз. Ущемленная петля подвздошной кишки на расстоянии 2,2 м от связки Трейца, жизнеспособна, покрыта толстым фибрином на протяжении 20 см, расширена до 4 см. Концы резецированной толстой кишки перитонезированы непрерывным швом сафилом 3/0. Брюшная полость санирована физ. раствором. В операционную приглашен гинеколог в связи с гнойным воспалением матки – пиометра. Решено выполнить экстирпацию матки с придатками.

Далее операцию продолжает гинеколог: перевязаны воронко-тазовые связки матки с обеих сторон, пересечены. Стенки матки пропитаны гноем,



рыхлые, легко рвутся. После наложения зажимов на шейку матки, тело матки отсечено. В просвете матки зловонный гной серо-зеленого цвета 150-200 мл и Т-образная спираль (гной на посев). Полное удаление шейки матки невозможно, так как ткани рвутся от контакта с хирургическими инструментами. Культи шейки матки коагулирована. Придатки матки со сторон воспалены, рыхлые, пропитаны гноем. С обеих сторон выполнено удаление придатков матки. Малый таз и брюшная полость санированы физ раствором до чистых вод и раствором диоксидина. Дренаж ПВХ 8 мм в малый таз через контрапертуру слева. Дренаж по фланку справа через контрапертуру справа. Непрерывный шов на апоневроз и кожу. Лапаростома. В правой паховой области грыжевой мешок иссечен. Брюшина ушита сафиллом. Выполнена пластика пахового канала по Бассини. Дренаж ПВХ в рану паховой области после грыжесечения. Швы на кожу.

Заключение: в ходе лечения пациента по поводу ущемленной паховой грыжи было проведено оперативное лечение.

Диагноз (после операции): Абсцесс брюшной полости. Диффузный фибринозно-гнойный перитонит. Гнойный панметрит. Пиометра. Динамическая кишечная непроходимость. Ущемленная паховая грыжа справа.

Учитывая распространенность гнойного процесса, заглушенные культи толстой кишки, запланирована плановая санация брюшной полости на 27.12.2020 г. В объеме: релапаротомия, ревизия, санация брюшной полости, наложение сигмо-сигмоанастомоза. Пациентка находилась в отделении реанимации с 25.12.2020 г. по 28.12.2020 г., переведена в хирургическое отделение в связи с отсутствием мест в реанимации. В хирургическом отделении проводилась медикаментозная терапия. На этапе лечения пришел результат гистологического исследования операционного материала – заключение: плоскоклеточный неороговевающий рак матки, хронический метроэндометрит с микроабсцедированием, субтотальными некрозами эндометрия. Хронический сальпингит с абсцедированием, фибринозно-гнойным перисальпингитом.

Таким образом, запущенный рак матки имеет множество не менее опасных осложнений, которые могут не только усложнить жизнь пациента, но привести и



к летальному исходу. Поэтому необходимы своевременное выявление и лечение предраковых состояний, систематическом прохождении профилактических осмотров с проведением Пап-теста, предупреждении ЗППП. Важно следить за весом, артериальным давлением, уровнем гликемии, заниматься лечением экстрагенитальной патологии, избавиться от вредных привычек. А вот летальность при ущемлении грыжи среди пациентов пожилого возраста достигает 10%. Позднее обращение за медицинской помощью и попытки самолечения ущемления грыжи приводят к диагностическим и тактическим ошибкам, значительно ухудшают результаты лечения. Осложнениями операций по поводу ущемления грыжи могут являться некроз измененной кишечной петли при неверной оценке ее жизнеспособности, перитонит.

Список литературы

1. Ермолов, А.С. "Общие принципы хирургического лечения ущемлённых грыж брюшной стенки». / А.С. Ермолаев, Д.А. Благовестнов, А.В. Упырев, В.А. Ильичев. – Нижний Новгород: Медицинский альманах. - 2009г. – С. 104.
2. Иванов, Ю.В. Медико-экономические подходы к выбору способа хирургического лечения паховых грыж в современных условиях страховой медицины. / Ю.А. Иванов, Д.Н. Панченков, Н.С. Афоина, В.С. Чугунов, М.В. Зиновский. – Воронеж: Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2016. - Т.9. - № 1 - С. 10.
3. Стрижелецкий, В.В., Макаров, С.А., Ломя, А.Б. Опыт эндовидеохирургических технологий в лечении больных с паховыми грыжами. / В.В. Стрижелецкий, С.А. Макаров, А.Б. Ломя. – СПб: Вестник хирургии имени И. И. Грекова - 2017. - Т.176. - № 3. - С.74.
4. Черенков, В.Г. "Клиническая онкология». / В.Г. Черенков. - М.: "ВУНМЦ МЗ РФ", 1999г. – С. 92.
5. Чиссов, А.В. Онкология. Клинические рекомендации. / А.В. Чиссов. – 2006г. – 638с.

