

## ГИГАНТСКАЯ ПАХОВАЯ ГРЫЖА У ЖЕНЩИНЫ

Курский государственный медицинский университет <sup>1</sup>,

Курская областная клиническая больница <sup>2</sup>, г. Курск,

Российская Федерация

В статье представлен клинический случай лечения пациентки, 55 лет, с невправимой паховой грыжей «гигантских» размеров. При госпитализации пациентка предъявляла жалобы на наличие выпячивания передней брюшной стенки в области пахового канала «гигантских» размеров (25×30 см), боли при натуживании, проблемы с самообслуживанием и косметические сложности. Анамнез заболевания составляет более 40 лет, когда впервые появилось грыжевое выпячивание в правой паховой области, свободно вправляемое в брюшную полость. В лечебные учреждения за помощью пациентка не обращалась. Грыжевое выпячивание постепенно увеличивалось в размерах. В дальнейшем к вышеперечисленной симптоматике присоединился болевой синдром, который возник при физической нагрузке, кашле, чихании, быстрое увеличение размеров грыжи. Однако причиной обращения в клинику стал не косметический дефект, а факт невправимости грыжи. После комплексного обследования пациентки выполнено грыжесечение, пластика передней брюшной стенки полипропиленовой хирургической сеткой по методике «onlay». Послеоперационный период протекал без экссудативных осложнений и проявлений компартмент-синдрома. Данный клинический случай представляет интерес в качестве возможного варианта лечения достаточно редкого, «гигантского» размера паховой грыжи у женщин.

*Ключевые слова:* паховая грыжа у женщин, оперативное лечение, onlay пластика, эндопротезирование, герниопластика, болевой синдром, невправимая грыжа, клинический случай.

The article presents a clinical case of treatment of a 55-year-old patient with an incarcerated inguinal hernia of "giant" size. At hospitalization, the patient complained of having a bulging anterior abdominal wall in the inguinal area of "giant" sizes (25×30 cm), the pain with straining, self-service problems and cosmetic difficulties. The history of the disease is more than 40 years, when the first hernial protrusion in the right inguinal region appeared, freely inserted into the abdominal cavity. The patient has never turned for help to any medical establishment. Hernial protrusion gradually increased in size. Recently, the pain syndrome, which occurred with physical activity, coughing, sneezing and rapid growth of hernia size have joined to the symptoms mentioned above. However, the cause of the treatment in the clinic was not a cosmetic defect, but the fact of the hernia irreducibility. After a comprehensive examination, the patient underwent hernia repair, the plastic of the anterior abdominal wall with a polypropylene surgical mesh according to the "onlay" technique. The postoperative period occurred without any exudative complications and manifestations of the compartment syndrome. The given clinical case is interesting as a possible treatment option for a fairly rare, "giant" size inguinal hernia in women.

*Keywords:* female inguinal hernia, surgical treatment, onlay plastic, endoprosthesis, herniorrhaphy, pain syndrome, incarcerated hernia, clinical case

**Novosti Khirurgii. 2018 Mar-Apr; Vol 26 (2): 238-242**

**Giant Inguinal Hernia in a Woman**

**S.V. Ivanov, A.V. Golikov, O.S. Gorbacheva, I.S. Ivanov**

### Введение

У женщин паховые грыжи встречаются в 25 раз реже, чем у мужчин. По данным ряда авторов, частота встречаемости паховых грыж у пациентов женского пола колеблется от 4 до 13% [1, 2, 3, 4, 5].

Чаще всего незаращение брюшинно-пахового отростка вызывает развитие паховых грыж у женщин. В подавляющем числе случаев у женщин наблюдаются косые паховые грыжи, количество прямых паховых грыж менее 1% [1, 2, 5].

Большой процент возникновения паховых грыж у мужчин объясняется особенностями

строения пахового канала, прочностью некоторых мышечных и соединительнотканых структур передней брюшной стенки. У женщин существенно меньше размер поверхностного пахового кольца, прочность волокон апоневроза наружной косой мышцы живота также выше. Паховый промежуток у женщин значительно меньше по сравнению с анатомией этого образования у мужчин из-за более тесного прилегания к паховой связке поперечной и внутренней косой мышц. Кроме того, размер круглой связки матки существенно меньше, чем размеры семенного канатика, что предопределяет поперечные размеры пахового канала (поперечный размер больше у мужчин, длина

пахового канала больше у женщин) и вероятность развития паховой грыжи [1, 3].

Развитие и диагностика паховой грыжи у женщин сопряжена с рядом трудностей. Из-за указанных выше особенностей на начальных этапах развития определение грыжевого выпячивания удается выявить только при сильном натуживании. Кроме того, характерный для женщин тип распределения подкожной жировой клетчатки затрудняет проведение пальпации.

Содержимым грыжевого мешка у пациентов женского пола преимущественно бывает большой сальник и петли тонкого кишечника. В литературе встречаются единичные сообщения об обнаружении матки или яичника в грыжевом мешке [1, 4, 6].

Принципы хирургического лечения паховых грыж у женщин такие же, как и у мужчин, которые еще со времен Бассини заключаются в пластике задней стенки пахового канала. Предпочтительным методом хирургического лечения является операция по методике Лихтенштейна. При этом число рецидивов после хирургического лечения паховых грыж у женщин существенно меньше, чем у мужчин. Главным фактором, влияющим на более низкий процент рецидивов у женщин, является возможность полного закрытия поверхностного пахового кольца (это невозможно у мужчин), что приводит к более прочному закрытию пахового промежутка [1, 4, 5, 7].

**Цель.** Демонстрация редкого клинического случая гигантской паховой грыжи у пациентки женского пола.

### Клинический случай

10.10.16 пациентка, 55 лет, в плановом порядке поступила на лечение в отделение общей хирургии БМУ «Курская областная клиническая больница» комитета здравоохранения Курской области с диагнозом: правосторонняя невправимая паховая грыжа «гигантских» размеров

Предъявляла жалобы на наличие большого грыжевого выпячивания (размерами 25×30 см) в правой паховой области, боли в области грыжевого выпячивания, возникающие после физической нагрузки (рис. 1).

История заболевания: считает себя больной в течение 40 лет, когда впервые появилось грыжевое выпячивание в правой паховой области, свободно вправляемое в брюшную полость. Грыжевое выпячивание постепенно увеличивалось в размерах. В последнее время присоединился болевой синдром, который возникал при физической нагрузке, кашле, чихании.

Особенностей из истории жизни не выявлено. Отмечает операцию по поводу гинекологического заболевания около 23 лет назад, область пахового промежутка справа при этом не затрагивалась. Сопутствующие заболевания: Хронический панкреатит, ст. ремиссии.

Объективный статус: без особенностей.

Локальный статус: Живот не вздут, в акте дыхания участвует равномерно всеми отделами; безболезненный. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтика выслушивается, газы отходят. Печень не увеличена, безболезненна. Селезенка не увеличена, безболезненна.

В правой паховой области имелось грыжевое выпячивание размерами 28,0×20,0 см, эластичной консистенции, безболезненное. В брюшную полость оно не вправлялось, края дефекта выражены хорошо. Грыжевые ворота определялись, их размеры 8,0×7,0 см. Симптом «кашлевого толчка» положительный. При перкуссии – тупой звук.

Общий анализ крови, общий анализ мочи, уровень глюкозы в крови, электрокардиограмма – без особенностей. Ультразвуковое исследование: в полости грыжевого мешка петли тонкого и толстого кишечника, пряди большого сальника. Отделение функциональной диагностики: умеренное (I-II ст.) нарушение функции внешнего дыхания смешанного типа.

Принято решение о необходимости планового оперативного лечения – грыжесечения с эндопротезированием.

Операция. Грыжесечение с «onlay» эндопротезированием.

Под эндотрахеальным наркозом иссечен

Рис. 1. Внешний вид грыжи до операции.





**Рис. 2. Содержимое грыжевого мешка.**

кожный лоскут над грыжевым выпячиванием. Рассечен апоневроз наружной косой мышцы живота, грыжевой мешок размерами 25×30 см, стенка в области шейки рубцово изменена. Содержимое грыжевого мешка: слепая кишка, петли тонкой кишки, участок большого сальника, спаянный с брюшиной мешка (рис. 2).

Сальник был резецирован в связи с необходимостью профилактики компартмент-синдрома. Грыжевое содержимое вправлено в брюшную полость после углубления наркоза и изменения конфигурации операционного стола (опустив головной конец). Мешок частично был иссечен, ушит узловыми швами. Произведено рассечение поперечной фасции до лонного бугорка параллельно паховой связке, на 1–2 см медиальнее ее. Медиальный листок был мобилизован, освобожден от предбрюшинного жира до задней стенки влагалища прямой мышцы живота. Далее произведено восстановление задней стенки пахового канала путем подшивания непрерывным швом медиального края поперечной фасции к паховой связке до лонного бугорка, затем сшивание апоневроза наружной косой мышцы живота и подвздошно-лонной связки.

Выполнено «onlay» эндопротезирование грыжевых ворот полипропиленовым эндопротезом размерами 15×8 см с фиксацией последнего сверху к мышечно-апоневротическому слою брюшной стенки, снизу к подвздошно-лонной связке и фасции бедра. Контроль гемостаза. Послойные швы с оставлением резинового выпускника.

Асептическая повязка. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. На 4 сутки послеоперационного периода был выполнен ультразвукографический контроль области пластики: в проекции послеоперационной раны скудная экссудация, не требующая пункций. Швы сняты на 8 сутки послеоперационного периода, и больная выписана на амбулаторное

лечение. Каких-либо особенностей послеоперационного периода выявлено не было, поэтому в дальнейшем пациентка нами не наблюдалась.

### Обсуждение

Паховые грыжи «гигантских» размеров в хирургической практике встречаются достаточно редко, а подобные грыжи у пациентов женского пола – еще реже [1, 2, 6]. Это находит отражение в специализированной литературе и проявляется крайне скудным количеством статей соответствующей тематики. Количество сообщений, описывающих тактику лечения «гигантских» паховых у женщин, исчисляется единицами, что затрудняет обоснование особенностей тактики хирургического лечения подобной патологии [1, 3, 6]. Данные исследованной нами литературы указывают на отсутствие специфической тактики у пациенток с паховыми грыжами обширных и «гигантских» размеров. Хирургическое лечение этой патологии у женщин заключается в укреплении задней стенки пахового канала при помощи имплантации синтетического протеза (сетки) [1, 4].

В руководстве Европейского общества герниологов по лечению паховых грыж у взрослых пациентов выделяются 2 рекомендации, касающиеся пациентов женского пола [1], причем обе рекомендации имеют крайне невысокий уровень доказательности:

1. После открытой операции по поводу паховой грыжи у женщин риск рецидивирования (паховых или бедренных грыж) выше, чем у мужчин в связи с более высокой частотой возникновения бедренных грыж. Уровень доказательности 2С.

2. У пациенток женского пола во всех случаях грыж паховой области должно быть исключено наличие бедренной грыжи. При герниопластике у женщин необходимо рассмотреть возможность использования предбрюшинного (эндоскопического) доступа. Уровень доказательности D.

Таким образом, данные рекомендации предполагают у женщин следовать стандартной тактике лечения подобной патологии у мужчин (естественно, с учетом различия анатомии). Следует также понимать, что и подавляющее большинство статей, касающихся проблем лечения паховых грыж «гигантских» размеров, будут иметь уровень доказательности D ввиду очень малого числа клинических случаев.

Причиной обращения таких пациентов в хирургическую клинику является появление признаков осложнения заболевания – неврастимости грыжи или ее ущемления.

Во всех остальных случаях, что очень печально, пациенты терпят огромные неудобства и не обращаются за медицинской помощью даже при существенных трудностях в выполнении повседневных бытовых задач. Причем развитие грыжи протекает десятки лет, иногда почти всю жизнь [3, 4, 6]. В связи с этим у хирурга возникают серьезные технические трудности. Большой объем операции из-за размера грыжи приводит к риску развития экссудативных осложнений в послеоперационном периоде. Большой объем органов вне брюшной полости при их вправлении приводит к повышению внутрибрюшного давления, что грозит риском развития компартмент-синдрома и необходимости повторной операции.

### Заключение

Данный очень редкий клинический случай «гигантской» паховой грыжи у женщины представляет, на наш взгляд, интерес для практикующих хирургов как демонстрация возможности оперативного лечения и получения хороших послеоперационных результатов. Кроме того, только повышение общего уровня образования и культуры населения поможет предотвратить появление пациентов с таким диагнозом.

### Конфликт интересов

Авторы заявляют, что конфликт интересов отсутствует.

### Согласие

В редакцию представлено согласие пациентки на публикацию, а также размещение в интернете материалов о ее заболевании и особенностях лечения с научной и образовательной целью.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, Bouillot JL, Campanelli G, Conze J, de Lange D, Fortelny R, Heikkinen T, Kingsnorth A, Kukleta J, Morales-Conde S, Nordin P, Schumpelick V, Smedberg S, Smetanski M, Weber G, Miserez M. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia*. 2009 Aug;13(4):343-403. doi: 10.1007/s10029-009-0529-7.
2. Liem MS, van der Graaf Y, Zwart RC, Geurts I, van Vroonhoven TJ. Risk factors for inguinal hernia

### Адрес для корреспонденции

305041, Российская Федерация,  
г. Курск, ул. Карла Маркса, д. 3,  
Курский государственный

in women: a case-control study. *Am J Epidemiol*. 1997 Nov 1;146(9):721-26.

3. Винник ЮС, Петрушко СИ, Назарьянц ЮА, Чайкин АА, Климов НЮ, Пахомова РА. Анатомическая и клиническая характеристика у больных с паховыми грыжами. *Кубан Науч Мед Вестн*. 2013;(3):33-36.
4. Рутенбург ГМ, Беженарь ВФ, Стрижелецкий ВВ, Жемчужина ТЮ, Гордеева ТВ. Симультаные лапароскопические операции у женщин с сочетанными гинекологическими заболеваниями и паховыми грыжами. *Журн Акушерства и Жен Болезней*. 2006;LV(1):63-69.
5. Мусаев АИ, Жаманкулова МК, Самарбеков НС. Современные подходы к лечению паховых грыж. *Вестн КГМА им ИК Ахунбаева*. 2016;(4):63-65.
6. Desai AY, Shirsat D, Pai VD. Giant inguinal hernia repair leading to the diagnosis of complete androgen insensitivity syndrome in an elderly lady. *J Health Med Informat*. 2015;6:211. doi: 10.4172/2157-7420.1000211.
7. Vagholkar K, Iyengar M, Vagholkar S. Inguinal hernia in females: do we know enough? *Int Surg J*. 2016 Feb;3(1):354-56. doi: <http://dx.doi.org/10.18203/2349-2902.isj20160074>.

### REFERENCES

1. Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, Bouillot JL, Campanelli G, Conze J, de Lange D, Fortelny R, Heikkinen T, Kingsnorth A, Kukleta J, Morales-Conde S, Nordin P, Schumpelick V, Smedberg S, Smetanski M, Weber G, Miserez M. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia*. 2009 Aug;13(4):343-403. doi: 10.1007/s10029-009-0529-7.
2. Liem MS, van der Graaf Y, Zwart RC, Geurts I, van Vroonhoven TJ. Risk factors for inguinal hernia in women: a case-control study. *Am J Epidemiol*. 1997 Nov 1;146(9):721-26.
3. Vinnik IuS, Petrushko SI, Nazar'iants IuA, Chaikin AA, Klimov NIu, Pakhomova RA. Anatomicheskaja i klinicheskaja kharakteristika u bol'nykh s pakhovymi gryzhami. *Kuban Nauch Med Vestn*. 2013;(3):33-36. (in Russ.)
4. Rutenburg GM, Bezhenar' VF, Strizheletskii VV, Zhemchuzhina TIu, Gordeeva TV. Simul'tannye laparoskopicheskie operatsii u zhenshchin s sochetannymi ginekologicheskimi zabolovaniiami i pakhovymi gryzhami. *Zhurn Akusherstva i Zhen Boleznej*. 2006;LV(1):63-69. (in Russ.)
5. Musaev AI, Zhamankulova MK, Samarbekov NS. Sovremennye podkhody k lecheniiu pakhovykh gryzh. *Vestn KGMA im IK Akhunbaeva*. 2016;(4):63-65.
6. Desai AY, Shirsat D, Pai VD. Giant inguinal hernia repair leading to the diagnosis of complete androgen insensitivity syndrome in an elderly lady. *J Health Med Informat*. 2015;6:211. doi: 10.4172/2157-7420.1000211.
7. Vagholkar K, Iyengar M, Vagholkar S. Inguinal hernia in females: do we know enough? *Int Surg J*. 2016 Feb;3(1):354-56. doi: <http://dx.doi.org/10.18203/2349-2902.isj20160074>.

### Address for correspondence

305041, The Russian Federation,  
Kursk, Karl Marx Str., 3,  
Kursk State Medical University,

медицинский университет,  
кафедра хирургических болезней № 1,  
тел. раб.: +7 4712 35-36-90,  
e-mail: ivanov.is@mail.ru,  
Иванов Илья Сергеевич

Department of Surgical Diseases № 1.  
Tel. office: +7 4712 35-36-90  
e-mail: ivanov.is@mail.ru,  
Ivanov Ilya S.

#### Сведения об авторах

Иванов Сергей Викторович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней № 1, Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Российская Федерация.  
<https://orcid.org/0000-0001-7540-5748>  
Голиков Альберт Витальевич, к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней № 1, Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Российская Федерация.  
<https://orcid.org/0000-0002-3978-8910>  
Горбачева Ольга Сергеевна, к.м.н., заведующая отделением общей хирургии, Курская областная клиническая больница, г. Курск, Российская Федерация.  
<https://orcid.org/0000-0002-6642-1743>  
Иванов Илья Сергеевич, д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней № 1, Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Российская Федерация.  
<https://orcid.org/0000-0003-4408-961X>

#### Информация о статье

*Поступила 27 марта 2017 г.  
Принята в печать 7 августа 2017 г.  
Доступна на сайте 2 апреля 2018 г.*

#### Information about the authors

Ivanov Sergej V., MD, Professor, Head of the Department of Surgical Diseases № 1, Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation.  
<https://orcid.org/0000-0001-7540-5748>  
Golikov Al'bert V., PhD, Associate Professor of the Department of Surgical Diseases № 1, Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation.  
<https://orcid.org/0000-0002-3978-8910>  
Gorbacheva Ol'ga S., PhD, Head of the General Surgery Unit, Kursk Regional Clinical Hospital, Kursk, Russian Federation.  
<https://orcid.org/0000-0002-6642-1743>  
Ivanov Ilya S., MD, Professor of the Department of Surgical Diseases № 1, Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation.  
<https://orcid.org/0000-0003-4408-961X>

#### Article history

*Arrived 27 March 2017  
Accepted for publication 7 August 2017  
Available online 2 April 2018*