

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Волгоградский государственный медицинский университет  
Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов

Научно-исследовательская работа на тему:

**Ущемленные грыжи.**

**Выполнила:** студентка 4 курса  
педиатрического  
факультета, гр. №7  
Железкина Мария

Проверил:  
Кудаченко Ю.В.  
"кер" 

Волгоград, 2018

## Оглавление

Введение.....	3,
Классификация .....	3,
Этиология и патогенез .....	4,
Клинические проявления.....	5,
Клинические виды ущемлений.....	6,
Диагностика ущемления грыжи.....	7,
Дифференциальная диагностика ущемления грыжи.....	8,
Лечение ущемленных грыж.....	8,
Список литературы.....	13.

## **Введение**

Грыжа (по латыни «hernia») — это выпячивание органа или его части через отверстия в анатомических образованиях под кожу, в межмышечное пространство или во внутренние карманы и полости.

Ущемление (incarceratio) грыжи - внезапное или постепенное сдавление какого-либо органа брюшной полости вгрыжевых воротах, приводящее к нарушению его кровоснабжения и некрозу. Могут ущемляться как наружные, так и внутренние грыжи. Ущемление - одно из наиболее частых и опасных осложнений грыж живота и основная причина летальности при этой распространённой патологии.

## **Классификация**

По типу осложнения (механизму ущемления):

- эластическое ущемление;
- каловое ущемление.

По локализации поражения:

- наружные брюшные грыжи: паховая, бедренная, пупочная, белой линии живота, послеоперационная, редкие (полулунной линии, мечевидного отростка, промежностные, запираемые, седалищные, поясничные и др.);
- внутренние брюшные грыжи: диафрагмальная, дефект сальника или брыжейки, брюшинные карманы.

По ущемлённому органу (содержимому грыжевого мешка):

- большой сальник;
- органы желудочно-кишечного тракта (желудок, тонкая кишка, ободочная кишка, червеобразный отросток);
- паренхиматозные органы (печень, селезёнка);
- матка и её придатки;
- мочевого пузыря.

Особые виды ущемления:

- ретроградное (W-образное);
- пристеночное (рихтеровское);
- грыжа Литтре (ущемлённый дивертикул Меккеля).

Последствия (осложнения) неликвидированного ущемления:

- острая кишечная непроходимость;
- гнойный перитонит;
- каловая флегмона грыжевого мешка.



## Этиология и патогенез

С точки зрения механизма возникновения этого осложнения грыж, существует два принципиально различных типа ущемления: эластическое и каловое.

Эластическое ущемление возникает после внезапного выхода большого объёма брюшных органов через узкие грыжевые ворота в момент резкого повышения внутрибрюшного давления под воздействием сильного физического напряжения. Вышедшие органы самостоятельно не вправляются обратно в брюшную полость. Вследствие сдавления (странгуляции) в узком кольце грыжевых ворот возникает ишемия ущемлённых органов, что приводит к выраженному болевому синдрому. Боль вызывает стойкий спазм мышц передней брюшной стенки, который усугубляет ущемление.

Неликвидированное эластическое ущемление приводит к быстрому (в течение нескольких часов, минимум 2 ч) некрозу грыжевого содержимого.

При каловом ущемлении сдавление грыжевого содержимого возникает в результате резкого переполнения приводящего отдела кишечной петли, находящейся в грыжевом мешке. Отводящий отдел этой петли резко уплощается и сдавливается в грыжевых воротах вместе с прилежащей брыжейкой. В результате развивается странгуляция, подобная наблюдаемой при эластическом ущемлении. Однако для развития некроза кишки при каловом ущемлении необходим более длительный срок (несколько суток).

При каловом ущемлении имеют значение перегибы, скручивание кишки, находящейся в грыжевом мешке, и её сращение со стенками грыжевого мешка. Каловое ущемление обычно возникает как осложнение длительно существующей невправимой грыжи.

Ущемляться могут различные органы. Чаще всего ущемлённой оказывается тонкая кишка или участок большого сальника, реже - толстая кишка. Очень редко ущемляются органы, расположенные мезоперитонеально: например, слепая кишка, мочевой пузырь, матка и её придатки. Наиболее опасно ущемление кишки из-за возможности её омертвления и развития тяжёлой странгуляционной кишечной непроходимости, что обуславливает прогрессирующую интоксикацию.

В момент ущемления в грыжевом мешке образуется замкнутая полость, содержащая орган или органы, кровоснабжение которых нарушено. На месте сжатия кишечной петли, сальника и других органов образуется странгуляционная борозда, которая хорошо заметна даже после ликвидации ущемления. Её обычно хорошо видно как в области приводящего и отводящего отделов кишки, так и в соответствующих участках брыжейки. Первоначально в результате нарушения кровоснабжения в кишке возникает венозный стаз, который вскоре

вызывает отёк всех слоев кишечной стенки. Одновременно происходит пропотевание плазмы и диapedез форменных элементов крови как внутрь просвета ущемлённой кишки, так и в полость грыжевого мешка. В замкнутом просвете ишемизированной кишки начинается разложение кишечного содержимого, характеризующееся образованием токсинов.

Ущемлённая петля кишки довольно быстро, в течение нескольких часов (при эластическом ущемлении), некротизируется, начиная со слизистой оболочки. Об этом необходимо помнить, оценивая её жизнеспособность.

Жидкость, которая скапливается при ущемлении в замкнутой полости грыжевого мешка (за счёт трансудации и экссудации), получила название грыжевой воды. Сначала она прозрачна и бесцветна (серозный трансудат), но по мере попадания форменных элементов крови и их разрушения грыжевая вода приобретает розовую, а затем и красно-бурую окраску. Некротизированная стенка кишки перестаёт служить барьером для выхода микробной флоры за её пределы, вследствие этого экссудат приобретает гнойный характер с колибациллярным запахом.

#### **Клинические проявления:**

- внезапно возникшая сильная боль в участке грыжевого выпячивания или в брюшной полости;
- невправимость ранее вправимой грыжи;
- быстрое увеличение и напряжение грыжевого выпячивания;
- невозможность определения грыжевых ворот;
- отрицательный симптом «кашлевого толчка»;
- появление и нарастание диспепсических расстройств (тошнота, рвота, изжога) и клиники острой странгуляционной механической непроходимости кишечника (при ущемлении петли кишки).

Клиническая картина ущемления в значительной мере зависит от промежутка времени, прошедшего с момента ущемления до осмотра больного. При ущемлении петли кишки развивается клиника острой странгуляционной кишечной непроходимости. Если содержимым грыжевого мешка является ущемленная тонкая кишка, клиника острой кишечной непроходимости развивается быстро; при ущемлении толстой кишки симптомы кишечной непроходимости обычно развиваются постепенно, носят нарастающий характер.

Состояние больного уже в первые минуты становится тяжелым. Поведение больного беспокойное, язык сухой, кожные покровы бледные, пульс мягкий, тахикардия. В дальнейшем состояние больного прогрессивно ухудшается. При промедлении с операцией



может наступить некроз кишки, ее перфорация, каловая флегмона грыжи, распространенный перитонит, которые и определяют клинические проявления заболевания. Описанная клиническая картина присуща эластическому ущемлению.

Каловое ущемление имеет те же закономерности развития, однако протекает менее бурно, не так остро выражен болевой синдром, медленнее развивается интоксикация, позже наступает некроз ущемленной кишки. Тем не менее, каловое ущемление так же опасно, как и эластическое, поскольку, в конечном итоге, степень морфологических изменений в стенке кишки при этих видах ущемлений одинакова, ввиду чего и лечебная тактика при них идентична.

### **Клинические виды ущемлений**

*Ретроградное ущемление (W-образное, Майдля)* возникает при попадании в грыжевой мешок двух или больше петель кишки. При этом наиболее выраженным морфологическим изменениям подвергается петля, находящаяся в брюшной полости, что обуславливает необходимость проведения во время операции тщательной оценки ее состояния. Диагноз ретроградного ущемления можно поставить только во время операции, хотя заподозрить данный вид ущемления можно на основании клинических проявлений. Состояние больного обычно тяжелее, чем при антеградном ущемлении, так как деструктивный процесс в ущемленной кишке развивается в свободной брюшной полости, а не в ограниченном пространстве (в грыжевом мешке) (рис. 2.9).

Рис. 2.9. Ретроградное (W-образное) ущемление Майдля

*Пристеночное ущемление* возникает при начальных грыжах. При этом ущемляется не вся кишка, а только ее стенка, противоположная от брыжеечного края (рис. 2.10). Из-за сохранения просвета кишки отсутствует четкая, классическая клиническая картина ущемленной грыжи, что нередко приводит к диагностическим ошибкам. Частичное ущемление стенки толстой кишки при скользящей паховой грыже, при отсутствии клиники непроходимости кишечника проявляется болью и тенезмами. Пристеночное ущемление

мочевого пузыря в скользящей грыже сопровождается учащенным болезненным мочеиспусканием, гематурией; иногда, наоборот, может быть задержка мочи. Главной особенностью пристеночного ущемления является полное отсутствие симптомов острой кишечной непроходимости.

Рис. 2.10. Пристеночное ущемление (рихтеровское)

### **Диагностика ущемления грыжи**

В зависимости от степени выраженности деструктивных изменений в ущемленном органе и наличия осложнений в общем анализе крови может отмечаться лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. В то же время, отсутствие этих признаков у ряда больных в течение нескольких часов сразу после ущемления не исключает наличие данного осложнения, особенно при каловом ущемлении.

Из дополнительных методов обследования наиболее информативными являются УЗИ, рентгенологическое обследование органов брюшной полости (обзорная рентгеноскопия и -графия) и другие. При УЗИ определяется фиксированная петля кишки или прядь сальника в грыжевом мешке на фоне грыжевой воды; становится видимой стенка кишки и ее просвет с наличием жидкости и газа. Прядь сальника определяется в виде дополнительного образования повышенной эхогенности с неровными контурами и отсутствием газа. Состояние кровоснабжения ущемленного органа можно определить с помощью доплерографии. Проведение УЗИ позволяет отличить ущемленную грыжу от воспалительных или злокачественных опухолей брюшной стенки, тромбоза венозного узла в устье большой подкожной вены, нередко имитирующего ущемленную бедренную грыжу. Основным рентгенологическим признаком ущемления тонкой кишки является скопление газа и жидкости в петле кишки, находящейся в грыже и в приводящих петлях; чаши Клойбера появляются через 2-4 часа и в более поздние сроки.

### **Дифференциальная диагностика ущемления грыжи**



Ущемленную паховую грыжу следует дифференцировать с орхитом, эпидидимитом, лимфаденитом, бедренную — с лимфаденитами бедренных лимфатических узлов, туберкулезными натечниками, тромбофлебитом большой подкожной вены бедра в месте ее соединения с глубокой веной; пупочную — с омфалитом, метастазами опухоли в пупок. При всех перечисленных заболеваниях отсутствует анамнез наличия грыжи и классические признаки ущемления.

Ущемление грыжи необходимо также дифференцировать с воспалением грыжи и копро-стазом, при которых боли умеренные; грыжу частично можно вправить и пропальпировать грыжевые ворота, положительным является симптом «кашлевого толчка».

### **Лечение ущемленных грыж**

При операции по поводу ущемленных наружных брюшных грыж должны соблюдаться следующие условия:

- 1) независимо от места выхода грыжи нельзя рассекать ущемляющее кольцо до вскрытия грыжевого мешка, так как ущемленные внутренности без ревизии могут легко ускользнуть в брюшную полость;
- 2) при подозрении на возможность омертвления ущемленных участков кишечника необходимо проводить ревизию данных участков путем обратного их выведения из брюшной полости;
- 3) при невозможности выведения кишечника из брюшной полости показана лапаротомия, при которой одновременно выясняется и наличие ретроградного ущемления;
- 4) особое внимание необходимо уделять рассечению ущемляющего кольца и точно представлять себе расположение прилегающих кровеносных сосудов, проходящих в брюшной стенке.

Если при ревизии установлено, что ущемленный кишечник нежизнеспособный, то его удаляют, затем проводят пластику грыжевых ворот и накладывают швы на кожу.

Минимальные

границы резецируемой нежизнеспособной тонкой кишки: 40 см — приводящей петли и 20 см — отводящей.

После операции больного доставляют в палату на каталке, вопрос о ведении послеоперационного периода и возможности вставания решается лечащим врачом. При этом



учитывается возраст больного, состояние сердечно-сосудистой системы и характер оперативного вмешательства.

Ущемленную грыжу необходимо дифференцировать с невправимой. Последняя безболезненна и не имеет странгуляционной кишечной непроходимости. Пациент с самопроизвольно вправившейся ущемленной (в домашних условиях или при транспортировке в лечебное учреждение) грыжей должен быть госпитализирован в хирургическое отделение, так как вправившийся ранее ущемленный орган и грыжевая вода могут быть источником перитонита или внутрикишечного кровотечения.

При самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи у больного, находящегося в хирургическом стационаре, при отсутствии абсолютных противопоказаний к выполнению операции (крайне высокая степень операционного риска) также показано хирургическое вмешательство, особенно больным старших возрастных групп, у которых некроз стенки ущемленной кишки может наступить уже через 2-3 часа с момента ущемления (наиболее выраженные изменения возникают в зоне странгуляционной борозды). В таких случаях существует реальная угроза развития перитонита, что значительно ухудшает непосредственные результаты выполненных в более поздние сроки хирургических вмешательств (высокие показатели послеоперационных осложнений, летальности).

При подозрении на перитонит показана диагностическая лапароскопия (там, где это возможно) или лапароцентез с введением «шарящего катетера». При насильственном вправлении грыжи самим больным тактика врача должна быть такой же. Насильственное вправление грыжи врачами недопустимо и запрещено, так как при этом может произойти повреждение грыжевого мешка и содержимого грыжи вплоть до разрыва ущемленной петли кишки с развитием перитонита и внутрибрюшного кровотечения. При насильственном вправлении грыжевой мешок с его содержимым может быть смещен в предбрюшинное пространство («мнимое», или «ложное» вправление), что быстро ведет к развитию кишечной непроходимости и ретроперитонита.

Операция при ущемленной грыже имеет свои особенности, которые состоят в строгой последовательности выполнения ее этапов. После рассечения кожи сразу же вскрывают грыжевой мешок и проводят санацию его содержимого, что позволяет предотвратить попадание в брюшную полость, как правило, инфицированной грыжевой воды и избежать самостоятельного вправления ущемленного органа, который должен быть обязательно тщательно исследован с целью определения его жизнеспособности. Лишь после этого рассекается ущемляющее кольцо (после предварительного захвата и удержания ущемленного

органа).

При ущемленных паховых грыжах (обычно ущемление происходит в наружном кольце пахового канала, крайне редко — во внутреннем) ущемляющее кольцо рассекают в латеральную сторону от семенного канатика. Если ущемление произошло во внутреннем (глубоком) отверстии пахового канала, то, вводя и продвигая вглубь зонд Кохера между ущемляющим кольцом и шейкой грыжевого мешка в области верхнелатерального участка (бессосудистая зона), осторожно скальпелем или ножницами ущемляющее кольцо рассекают сверху, извлекают ущемленную петлю кишки и осматривают ее.

При ущемлении бедренной грыжи (при бедренном доступе) ущемляющее кольцо рассекают кнутри — через лакунарную связку. Однако при этом следует быть предельно внимательным, так как в 15 % случаев лакунарную связку прободает запирающая артерия, аномально отходящая от нижней надчревной артерии. Указанный анатомический вариант получил название «корона смерти», так как при случайном ранении артерии возникает сильное кровотечение, с которым трудно справиться. Осторожное и внимательное рассечение связки строго под визуальным контролем позволяет избежать этого крайне неприятного и опасного для жизни больного осложнения. Если ранение артерии все же произошло, то необходимо прижать кровоточащее место тампоном, захватить кровоточащий сосуд зажимами и перевязать оба его конца. Если кровотечение остановить таким путем невозможно, необходимо пересечь паховую связку, выделить нижнюю надчревную артерию и перевязать либо основной ее ствол, либо запирающую артерию сразу же у места ее отхождения. К рассечению паховой связки прибегают также в тех случаях, когда ликвидировать ущемление за счет рассечения лишь лакунарной связки не удастся. При обнаружении аномального сосуда («корона смерти») его следует прошить, перевязать и пересечь между двумя лигатурами.

При паховом доступе при ущемленной бедренной грыже обнаружить и перевязать аномально расположенный сосуд значительно легче. При этом способе существует еще один метод рассечения ущемляющего кольца — в верхне-наружном направлении над сосудами без рассечения паховой связки.

При ущемленных пупочных грыжах рассечение ущемляющего кольца можно выполнять как продольно, так и в поперечном направлении, после чего необходимо оценить состояние ущемленного органа, удерживаемого пальцами кисти перед рассечением.

Отрезок ущемленной петли кишки ограничен странгуляционной бороздой, которая может быть едва заметной или некротически измененной. Жизнеспособная кишка имеет синюшно-красный цвет, который после ликвидации ущемления постепенно меняется на



розовый; серозная оболочка ее гладкая, блестящая, без повреждений; сохранена перистальтика кишки и пульсация прямых сосудов брыжейки. Нежизнеспособная кишка темно-синюшного цвета с грязно-зелеными вкраплениями, серозная оболочка тусклая, местами десквамирована, отсутствует перистальтика и пульсация сосудов брыжейки. При определении жизнеспособности петель кишки важно знать и помнить, что некроз кишки начинается со стороны слизистой оболочки. Со стороны серозной оболочки эти явления появляются значительно позже. Жизнеспособная кишка вправляется в брюшную полость, а нежизнеспособный ее сегмент резецируется с учетом правила Кохера. Дальнейшие этапы операции выполняются стандартно, как и при неосложненной грыже. Сомнения в жизнеспособности кишки служат показанием к резекции ее ущемленного сегмента как нежизнеспособного. Такая же тактика должна применяться в случаях пристеночного (рихтеровского) ущемления кишки и при сомнениях в жизнеспособности этого участка. При этом виде ущемления не следует погружать измененный участок в просвет кишки, так как это создает механическое препятствие и способствует возникновению недостаточности погружающих швов.

При ущемлении скользящей грыжи следует тщательно определить жизнеспособность части скользящего органа. При обнаружении некроза стенки кишки выполняют резекцию илеоцекального угла или правой половины ободочной кишки с наложением илеотрансверзоанастомоза. При некрозе стенки мочевого пузыря некротизированную его часть резецируют с наложением эпицистостомы. Ущемленные участки сальника резецируются во всех случаях. Находящийся в грыжевом мешке червеобразный отросток также удаляется. При ущемлении дивертикула Меккеля (грыжа Литтре) его удаляют независимо от того, жизнеспособен он или нет.

При ущемленной грыже, осложненной перитонитом, операция выполняется следующими этапами: лапаротомия, резекция сегмента нежизнеспособной кишки до участков с нормальной васкуляризацией и неизменной слизистой, восстановление целостности кишечной трубки, назогастральная интубация тонкой кишки, санация брюшной полости. При распространенном фибринозном, фибринозно-гнойном перитоните показана лапаростома с последующими плановыми (этапными) санациями. Первичную пластику брюшной стенки при перитоните, так же как и при флегмоне грыжевого мешка, выполнять не следует из-за тяжести состояния больных и опасности развития гнойных осложнений. В этих случаях после наложения швов на брюшину следует только частичношить операционную рану с наложением редких швов на кожу, что позволяет проводить этапную плановую санацию брюшной полости.

*Лапароскопическая герниопластика*, как метод хирургического лечения ущемленных грыж, все шире внедряется в повседневную практику и дает хорошие непосредственные и отдаленные результаты. Положительным моментом лапароскопии при ущемленной грыже является возможность ревизии всех органов брюшной полости, что исключает риск не замеченного ретроградного либо ложного ущемления.



## Список литературы

1. Бельков А. В. Руководство по факультетской хирургии [Электронный ресурс]. - М.: ОАО "Издательство "Медицина", 2009. - 496 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>
2. Коханенко Н. Ю. Неотложная хирургия органов брюшной полости : учеб. пособие / Коханенко Н. Ю., Ананьев Н. В., Латария Э. Л. и др.; под ред. В. В. Левановича.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.- 285 с.
3. Кузин М. И. Хирургические болезни: учебник для студентов медвузов / под ред. М. И. Кузина.- Изд. 3-е, перераб. и доп.- М.: Медицина, 2005.- 780 с. : ил.
4. Мерзликин Н. В. Хирургические болезни: учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело" дисциплины "Хирургические болезни" В 2-х тт. Том 2 [Электронный ресурс] / Мерзликин Н. В., Бражникова Н. А., Альперович Б. И. и др.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.- 600 с. : ил., цв. ил.- Библиогр.: С.398-399.- Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>
5. Савельев В. С. Хирургические болезни: учебник. - В 2 т. [Электронный ресурс] / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.- Т.2.- 400 с: ил. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

## Рецензия

**на научно-исследовательскую работу, предусмотренную программой  
производственной практики "Производственная клиническая практика  
(помощник врача стационара, научно-исследовательская работа)»  
обучающегося по специальности 31.05.02 Педиатрия 4 курса 7 группы  
Железкиной М.И.**

Представленная для отчета научно-исследовательская работа по производственной клинической практике (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) соответствует направлению практической подготовки специалиста квалификации Врач-педиатр. Научно-исследовательская работа представлена в сроки, предусмотренные учебным планом. При защите научно-исследовательской работы обучающийся показал высокий уровень владения знаний по теме работы, дал четкие, исчерпывающие ответы при зачете.

Работа частично оформлена в соответствии с требованиями к научно-исследовательской работе. В научно-исследовательской работе содержатся современные сведения по актуальным вопросам хирургии, имеется список литературы, оформленный с недочетами, некорректно оформлен план работы, имеются недочеты при оформлении печатной работы.

В целом студент освоил предусмотренные рабочей программой производственной клинической практики (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) компетенции, научно-исследовательская работа зачтена с оценкой «хорошо».

Ответственный по производственной  
клинической практике  
(помощник врача стационара,  
научно-исследовательская работа),  
доцент



Кухтенко Ю.В.