

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

Научно-исследовательская работа на тему:

**Ущемленные грыжи**

**Выполнил:** студент 4 курса

педиатрического

факультета, гр. №6

Чередниченко Р.С.

Проверил:  
Кузнецко Ю.В.  
и уткин  
ИИИ

Волгоград 2018

## **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, запираательные, 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 пузырь.

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.

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 транссудации и экссудации), получила название грыжевой воды. Сначала она прозрачна и бесцветна (серозный транссудат), 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;
- невосприимчивость 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



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 иммитирующего 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**

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



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 частично ушить операционную рану с наложением редких швов на кожу, что позволяет проводить этапную плановую санацию брюшной полости.

## 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 6 группы  
Чередниченко Р.С.**

Представленная для отчета научно-исследовательская работа по производственной клинической практике (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) соответствует направлению практической подготовки специалиста квалификации Врач-педиатр. При защите научно-исследовательской работы обучающийся показал удовлетворительный уровень владения знаний по теме работы, дал неполные, некорректные ответы при зачете.

В научно-исследовательской работе отсутствуют какие – либо теоретические выводы по изучаемой проблеме, характер размышлений автора поверхностный. Качество оформления научного исследования не в полной мере соответствуют требованиям, в структуре работы допущены ошибки, в работе отсутствует полный список литературы по материалам исследования, литературные источники представленные студентом устаревшие.

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

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



Кухтенко Ю.В.