

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического  
факультетов

Научно-исследовательская работа студента на тему:

*Ущемленная грыжа*

Выполнила: студентка 10 группы,  
4 курса, педиатрического  
факультета

Шалтанюк Анастасия Юрьевна

*Проверил:*  
*Кухтенко Ю.В.*  
*«Отлично»*

## Оглавление

Введение .....	3
Определение и классификация .....	4
Этиология .....	5
Патогенез .....	7
Симптомы .....	7
Симптомы .....	10
Диагностика .....	11
Догоспитальный этап: .....	11
Стационарный этап: .....	11
Особенности проведения хирургического вмешательства .....	13
Выводы .....	16
Заключение .....	16
Список использованной литературы .....	17

## **Введение**

Грыжа живота (абдоминальная грыжа) – это выходение внутренних органов, покрытых брюшиной, через естественные или приобретенные отверстия из брюшной полости под кожу или в соседние полости.

Согласно общепринятой классификации, все грыжи живота специалисты разделяют на две большие группы.

Первая - это наружные (лат. *herniae abdominales externae*), вторая - внутренние, (лат. *herniae abdominales internae*), которые выходят в карманы брюшины либо в отверстия внутри брюшной полости.

Внутренние грыжи составляют примерно 25%, а наружные, соответственно – 75%

Под ущемлением грыжи понимают внезапное или постепенное сдавление какого-либо органа брюшной полости в грыжевых воротах, приводящее к нарушению его кровоснабжения и, в конечном итоге, к некрозу. Могут ущемляться как наружные (в различных щелях и дефектах стенок живота и тазового дна), так и внутренние (в карманах брюшной полости и отверстиях диафрагмы) грыжи.

**Актуальность:** ущемление развивается у 8-20 % больных с наружными брюшными грыжами. Если учесть, что «грыженосители» составляют около 2% населения, то общее количество больных с этой патологией достаточно велико в практике экстренной хирургии. Среди пациентов преобладают лица пожилого и преклонного возраста. Летальность у них достигает 10 %.

**Целью** данной работы стоит изучить этиологию, патогенез, жалобы при ущемленной грыже, проанализировать доступные способы ее лечения.

### **Задачи:**

1. Изучить этиологию и патогенез при ущемленной грыже
2. Проанализировать типичные жалобы и анамнез при ущемленной грыже
3. Изучить способы лечения ущемленной грыже.

## Определение и классификация

Ущемленная грыжа - это сдавление грыжевого мешка в грыжевых воротах, вызывающее нарушение кровоснабжения и некроз образующих грыжевое содержимое органов.

Суть ущемления состоит в том, что органы, вышедшие в грыжевой мешок, подвергаются сдавлению в области шейки. При этом развиваются расстройства крово- и лимфообращения и существует реальная угроза омертвления ущемлённых органов. Ущемлённая грыжа - не локальный процесс. Являясь в большинстве случаев одной из форм кишечной непроходимости, она вызывает тяжёлые расстройства гомеостаза, выраженность которых теснейшим образом связана с длительностью ущемления.

Ущемлению могут подвергаться любые абдоминальные грыжи: паховые (60%), бедренные (25%), пупочные (10%), реже – грыжи белой линии, пищеводного отверстия диафрагмы, послеоперационные грыжи.

Ущемление грыжи связано с опасностью развития некроза сдавленных органов, кишечной непроходимости, перитонита.

Ущемление грыжи может быть первичным и вторичным.

Первичное ущемление встречается реже и возникает на фоне одномоментного чрезвычайного усилия, в результате которого происходит одновременное образование ранее не существовавшей грыжи и ее сдавление.

Вторичное ущемление происходит на фоне имевшейся ранее грыжи брюшной стенки.

На практике принято различать эластическое ущемление, возникающее на фоне внезапного сокращения мышц брюшного пресса (при кашле, натуживании, физической нагрузке и т.д.); каловое, сопряжённое с обильным поступлением химуса в петлю кишки, находящуюся в грыжевом мешке; пристеночное (Рихтеровское), когда происходит ущемление той части

кишечной стенки, которая противоположна брыжейке, в небольших по размерам грыжевых воротах, и ретроградное, если в процесс вовлечена промежуточная петля, лежащая в брюшной полости и не видимая в грыжевом мешке, где при этом определяется две и более петли.

Каловое ущемление часто развивается при длительно существующих неврвправимых грыжах.

Ущемлению подвергаются кишечные петли, сальник, стенки грыжевого мешка, грыжевые оболочки, иногда лишь свободный край кишечной петли в виде «пристеночного» или «рихтеровского» ущемления.

Согласно статистике, чаще всего ущемляются именно кишки, на втором месте стоит сальник.

## **Этиология**

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

Эластическое ущемление возникает после внезапного выхождения большого объема брюшных внутренностей 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 ущемленных органов, что приводит к выраженному болевому синдрому. В свою очередь он вызывает стойкий спазм мышц передней брюшной стенки, который усугубляет ущемление. Неликвидированное эластическое ущемление приводит к быстрому (в течение нескольких часов, минимально 2 часа) 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. Таким образом, в конечном счёте развивается картина странгуляции, подобная той, которая наблюдается при эластическом ущемлении. Вместе с тем для развития некроза кишки при каловом ущемлении необходим более длительный срок (несколько суток).

Непременным условием возникновения эластического ущемления является наличие узких грыжевых ворот, в то время как каловое ущемление возникает нередко при широких грыжевых воротах. В случае калового ущемления физическое усилие играет меньшую роль, чем при эластической странгуляции; гораздо большее значение оказывает нарушение кишечной моторики, замедление перистальтики, что часто встречается в пожилом и старческом возрасте. Наряду с этим при каловом ущемлении существенную роль играют перегибы, скручивание кишки, находящейся в грыже и сращения ее со стенками грыжевого мешка. Иными словами, каловое ущемление обычно возникает как осложнение длительно существующей невправимой грыжи.

Ущемлению могут подвергаться различные органы, являющиеся грыжевым содержимым. Чаще всего ущемленной оказывается тонкая кишка или участок большого сальника, реже - толстая кишка. Очень редко ущемляются органы, расположенные мезоперитонеально: слепая кишка, мочевого пузыря, матка и ее придатки и др. Наиболее опасно ущемление кишки, так как при этом возможно её омертвление и развитие тяжёлой странгуляционной кишечной непроходимости, что наряду с болевым шоком обуславливает прогрессирующую интоксикацию.

## **Патогенез**

Часть органа, как правило, это петли кишечника, из-за увеличения давления в брюшной полости, начинает выходить за ее пределы в тех местах, где имеется дефект стенки. А так как, более "слабым" местом является передняя брюшная стенка, то это происходит именно там. За счет того, что поверхность кишечника эластична, он довольно легко может проходить через отверстия, диаметр которых меньше его размера. Но мышцы имеют тенденцию к увеличению силы своего сокращения при возрастании на них давления. Так и происходит их спазм. В результате чего, часть органа (органов) остается вне брюшной полости. Дальнейший спазм, нарушает кровообращение в соответствующих частях органа - те, что "вышли" из полости живота.

## **Симптомы**

При жалобах на внезапно возникшие боли в животе (тем более, если они сопровождаются симптомами кишечной непроходимости), всегда необходимо исключить ущемление грыжи. Вот почему при осмотре любого больного с подозрением на острый живот следует обследовать анатомические зоны возможного выхода грыж.

Для ущемления характерны четыре признака:

- 1) резкая боль в области грыжи или по всему животу;
- 2) неспособность вправить грыжу;
- 3) напряжение и болезненность грыжевого выпячивания;
- 4) отсутствие передачи кашлевого толчка.

Боль является главным симптомом ущемления. Она возникает, как правило, в момент сильного физического напряжения и не стихает, даже если оно прекращается. Боль настолько сильна, что больному становится трудно удержаться от стонов и крика. Поведение его беспокойно, кожные покровы

бледнеют, нередко развиваются явления настоящего болевого шока с тахикардией и снижением артериального давления.

Боль чаще всего иррадирует по ходу грыжевого выпячивания; при ущемлении брыжейки кишечника наблюдается иррадиация в центр живота и эпигастральную область. В подавляющем большинстве случаев боль остается очень сильной в течение нескольких часов вплоть до того момента, когда происходит некроз ущемленного органа с гибелью интрамуральных нервных элементов. Иногда боль может принимать схваткообразный характер, что связано с развитием кишечной непроходимости.

Невправимость грыжи - признак, который может иметь значение только лишь при ущемлении свободной, ранее вправимой грыжи.

Напряжение грыжевого выпячивания и некоторое увеличение его размеров сопутствуют ущемлению как вправимой, так и невправимой грыжи. В связи с этим данный признак имеет большее значение для распознавания ущемления, чем сама по себе невправимость грыжи. Обычно выпячивание становится не только напряженным, но и резко болезненным, что нередко отмечают сами больные при ощупывании грыжи и попытке произвести вправление.

Отсутствие передачи кашлевого толчка в области грыжевого выпячивания - наиболее важный признак ущемления. Он связан с тем, что в момент ущемления грыжевой мешок разобщается со свободной брюшной полостью и становится как бы изолированным образованием. В связи с этим повышение внутрибрюшного давления, которое возникает в момент кашля, не передается в полость грыжевого мешка (отрицательный симптом кашлевого толчка). Этот симптом трудно оценить при больших вентральных грыжах, в которых содержится значительная часть брюшных органов. В таких ситуациях при кашле трудно определить передается ли кашлевой толчок на грыжу, или она сотрясается вместе со всем животом. Для правильной интерпретации данного симптома в подобных случаях нужно не положить



ладонь на грыжевое выпячивание, а охватить его двумя руками. В случае положительного симптома кашлевого толчка хирург ощущает увеличение грыжи.

Перкуторно над ущемлённой грыжей обычно определяется притупление за счёт грыжевой воды (если в грыжевом мешке содержится кишка, то в первые часы ущемления выслушивается тимпанит).

Ущемление нередко сопровождается однократной рвотой, которая вначале носит рефлекторный характер. В дальнейшем, по мере развития кишечной непроходимости и гангрены кишки, она становится постоянной. Рвотные массы приобретают зеленовато-бурый цвет с неприятным запахом. Поскольку ущемление кишки (исключая грыжу Рихтера) осложняется острой кишечной непроходимостью, оно сопровождается всеми характерными симптомами.

Частичное ущемление толстой кишки, например слепой кишки в скользящей паховой грыже, явлений непроходимости не вызывает, но вскоре после ущемления наряду с болью появляются учащенные ложные позывы к дефекации (тенезмы). Пристеночное ущемление мочевого пузыря в скользящей грыже сопровождается дизурическими расстройствами: учащенным болезненным мочеиспусканием, гематурией.

У больных пожилого возраста, страдающих грыжей много лет, в случаях многолетнего использования бандажа вырабатывается известное привыкание к болезненным и другим неприятным ощущениям в области грыжи. У таких пациентов, если возникает подозрение на ущемление, важно выявить изменения характера болевого синдрома, момент появления интенсивной боли и других необычных симптомов.

Длительное ущемление, как уже говорилось, приводит к развитию флегмоны грыжевого мешка. Клинически это проявляется синдромом системной воспалительной реакции и характерными местными признаками:

отеком и гиперемией кожных покровов, резкой болезненностью и флюктуацией над грыжевым выпячиванием.

В конечном счете, длительное ущемление заканчивается, как правило, развитием разлитого перитонита вследствие перехода воспалительного процесса на брюшную полость, либо за счёт перфорации резко растянутого и истонченного приводящего отдела ущемленной кишки.

Выше была изложена картина, присущая главным образом эластическо-му ущемлению. Каловое ущемление имеет те же закономерности развития, но протекает оно менее бурно. В частности, при каловом ущемлении не столь выражен болевой синдром, медленнее развиваются явления интоксикации, позже наступает некроз ущемленной кишки. Тем не менее, каловое ущемление так же опасно, как и эластическое, поскольку конечный исход этих двух видов ущемления одинаков, поэтому лечебная тактика при них одинакова.

### **Симптомы**

Боль в животе в области грыжи является основным признаком ущемления; она возникает, как правило, остро в связи с физическим напряжением, сильным кашлем и т. п.

Для ущемления характерны четыре признака:

1. резкая боль в области грыжи или по всему животу;
2. невосприимчивость грыжи;
3. напряжение и болезненность грыжевого выпячивания;
4. отсутствие передачи кашлевого толчка.

## **Диагностика**

На догоспитальном и стационарном этапах следует выполнять следующие действия.

### ***Догоспитальный этап:***

1. При болях в животе необходим целенаправленный осмотр больного на наличие грыжи.
2. При ущемлении грыжи или подозрении на ущемление, даже в случае ее самопроизвольного вправления, пациент подлежит экстренной госпитализации в хирургический стационар.
3. Опасны и недопустимы попытки насильственного вправления ущемленных грыж.
4. Применение обезболивающих препаратов, ванн, тепла или холода больным с ущемленными грыжами противопоказано.
5. Больного доставляют в стационар на носилках в положении лежа на спине.

### ***Стационарный этап:***

1. Основанием для диагноза ущемленной грыжи являются:
  - а) наличие напряженного, болезненного и не вправляющегося самостоятельно грыжевого выпячивания при отрицательном кашлевом толчке;
  - б) клинические признаки острой кишечной непроходимости или перитонита у больного с грыжей.
2. Определяют: температуру тела и температуру кожи в области грыжевого выпячивания. Если выявляют признаки местного воспаления, проводят дифференциальную диагностику между флегмоной грыжевого мешка и другими заболеваниями (паховой аденофлегмоной, острым

тромбофле-битом аневризматически расширенного устья большой подкожной вены).

3. Лабораторные исследования: общий анализ крови, сахар крови, общий анализ мочи и другие по показаниям.

4. Инструментальные исследования: рентгенография грудной клетки, ЭКГ, обзорная рентгенография брюшной полости, по показаниям – УЗИ брюшной полости и грыжевого выпячивания.

5. Консультации терапевта и анестезиолога, в случае необходимости - эндокринолога.

Предоперационная подготовка перед хирургическим вмешательством, производимым по поводу ущемленной грыжи, чаще всего минимальна: больного просят помочиться или выводят мочу с помощью катетера, бреют область операционного поля и осуществляют гигиеническую её подготовку. При необходимости опорожняют желудок с помощью зонда.

Больные с длительными сроками ущемления, с симптомами выраженной интоксикации и с тяжелыми сопутствующими заболеваниями подлежат госпитализации в блок интенсивной терапии для соответствующей коррекции нарушенных показателей гомеостаза в течение 1,5-2 часов (либо её проводят на операционном столе), после чего производят операцию. Вопрос о необходимости специальной подготовки больного к хирургическому вмешательству решается совместно старшим хирургом и анестезиологом. Особое внимание следует уделять пациентам пожилого и старческого возраста с серьезной патологией со стороны сердечно-сосудистой системы. Вне зависимости от характера подготовки операцию необходимо производить как можно быстрее (не позже первых 2-х часов после госпитализации), так как с каждым последующим часом возрастает опасность омертвления кишки. Задержка операции за счет расширения объема обследования больного недопустима.

Обезболивание. Многие хирурги отдают предпочтение местной анестезии. Считается, что она не приводит к нежелательному вправлению грыжи. Между тем опыт показывает, что эта опасность явно преувеличена. Предпочтение при любой локализации ущемленной грыжи, бесспорно, следует отдавать перидуральной (спинальной) анестезии, либо интубационному эндотрахеальному наркозу.

Последний настоятельно необходим в случаях расширения объема оперативного вмешательства в связи с кишечной непроходимостью или перитонитом.

### ***Особенности проведения хирургического вмешательства***

Экстренная операция при ущемленной грыже имеет ряд принципиальных отличий от планового грыжесечения. Следует помнить, что первоочередной задачей хирурга при этом является возможно более быстрое обнажение и фиксация ущемленного органа во избежание ускользания его в брюшную полость при последующих манипуляциях в области грыжевых ворот и ликвидации ущемления. Разрез проводят непосредственно над грыжевым выпячиванием в соответствии с локализацией грыжи. Рассекают кожу, подкожную жировую клетчатку и, не выделяя полностью грыжевой мешок, рассекают его дно. Обычно при этом изливается желтоватого или темно-бурого цвета грыжевая вода. В связи с этим перед вскрытием грыжевого мешка необходимо изолировать рану марлевыми салфетками. Сразу же по вскрытии грыжевого мешка ассистент берет ущемленный орган (наиболее часто петлю тонкой кишки) и удерживает его в ране. После этого можно продолжить операцию и рассечь ущемляющее кольцо, то есть грыжевые ворота (рис.6.3). Делают это в наиболее безопасном направлении по отношению к окружающим органам и тканям. Освободить ущемленный орган можно двояким способом: рассечение апоневроза начинают либо непосредственно со стороны грыжевых ворот, либо идут в противоположном направлении от неизмененного апоневроза к рубцовыми

тканям ущемляющего кольца. В обоих случаях, во избежание повреждения подлежащего органа рассечение апоневроза необходимо производить, подведя под него желобоватый зонд.

Ещё раз напомним о возможности ретроградного ущемления. В связи с этим, если в грыжевом мешке находятся две или более петли кишки, то необходимо извлечь и осмотреть промежуточную петлю, которая располагается в брюшной полости.

Освободив ущемленную кишку, оценивают её жизнеспособность по следующим признакам:

- 1) нормальный розовый цвет кишечной стенки;
- 2) наличие перистальтики;
- 3) определение пульсации сосудов брыжейки, вовлеченной в странгуляцию.

Если все указанные признаки налицо, то кишка может быть признана жизнеспособной и погружена в брюшную полость. В сомнительных случаях в брыжейку кишки вводят 100-150 мл 0,25 % раствора новокаина и согревают ущемленный участок в течение 10-15 мин салфетками, смоченными теплым изотоническим раствором хлорида натрия. Если же после этого отсутствует хотя бы один из перечисленных выше признаков и остаются сомнения в жизнеспособности кишки, то это служит показанием к резекции её в пределах здоровых тканей, которую в большинстве случаев производят через герниолапаротомный доступ.

Кроме ущемленной петли подлежат удалению 30-40 см приводящего отдела кишки (выше странгуляции) и 15-20 см отводящего (ниже её). Чем длительнее ущемление, тем более обширной должна быть резекция. Это обусловлено тем, что при ущемлении кишки, являющемся по существу одним из видов странгуляционной непроходимости, приводящий отдел, который находится выше препятствия, страдает в гораздо большей степени, чем отводящий. В связи с этим наложение кишечного анастомоза вблизи

странгуляционной борозды связано с опасностью его несостоятельности и развития перитонита.

Резекцию ущемленной тонкой кишки производят согласно общим хирургическим правилам, вначале поэтапно рассекают брыжейку и накладывают лигатуры на ее сосуды, а затем иссекают мобилизованную часть кишки. Анастомоз между приводящим и отводящим отделами предпочтительнее накладывать «конец в конец». При резком несоответствии диаметров приводящего и отводящего отделов кишки прибегают к наложению анастомоза «бок в бок».

Если дистальная граница при резекции подвздошной кишки располагается менее чем в 10-15 см от слепой кишки, следует прибегнуть к наложению илеоасцендо- или илеотрансверзоанастомоза.

В некоторых случаях сама по себе ущемленная кишка представляется вполне жизнеспособной, но имеет резко выраженные странгуляционные борозды, на месте которых может развиваться локальный некроз. В подобной ситуации прибегают к циркулярному погружению странгуляционной борозды узловыми серозно-мышечными шелковыми швами, при обязательном контроле проходимости кишки. При глубоких изменениях в области странгуляционной борозды следует резецировать кишку.

Необходимо помнить, что в ущемленной петле кишки прежде всего страдает слизистая оболочка и подслизистый слой, которые не видны со стороны серозной оболочки, и о поражении которых можно судить лишь по косвенным признакам. В литературе описаны случаи изъязвления слизистой оболочки и перфорации язв тонкой кишки, подвергшейся ущемлению. Описано также рубцовое стенозирование тонкой кишки после ущемления, спаяние ее с окружающими органами, что в последующем приводило к возникновению кишечной непроходимости.

## **Выводы**

Я проанализировала этиологию и патогенез ущемленных грыж. Наиболее часто согласно статистике лечение наружной грыжи живота образуются паховые грыжи (75%), бедренные (8%), пупочные (4%), а также послеоперационные (12%). Все прочие виды грыж составляют около 1%. У мужчин чаще встречаются паховые грыжи, у женщин — бедренные и пупочные. Проанализировала возможные симптомы: боль в животе в области грыжи является основным признаком ущемления; она возникает, как правило, остро в связи с физическим напряжением, сильным кашлем и т. п.

И изучила основные направления лечения. Независимо от разновидности, локализации и сроков ущемления, осложненные грыжи подлежат немедленному хирургическому лечению.

## **Заключение**

Независимо от разновидности, локализации и сроков ущемления, осложненные грыжи подлежат немедленному хирургическому лечению.

Хирургическое вмешательство при ущемлении грыжи преследует цели освобождения сдавленных органов, обследования ущемленного органа на предмет его жизнеспособности, резекции некротизированного участка, проведения пластики грыжевых ворот.



## Список использованной литературы

1. Белоконев В. И. Патогенез и хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж : монография / Белоконев В. И., Федорина Т. А., Ковалева З. В. и др. ; МЗ и СР РФ, ГОУ ВПО "СамарГМУ". - Самара: Перспектива, 2005.- 204 с
2. Бисенков Л. Н. Неотложная хирургия груди и живота : руководство для врачей [Текст] / Л. Н. Бисенков, П. Н. Зубарев, В. М. Трофимов и др.- СПб.: Гиппократ, 2002.- 512с
3. Тоскин К. Д. Грыжи брюшной стенки / Тоскин К. Д., Жебровский В. В.- 2-е изд., перераб. и доп.- М.: Медицина, 1990.- 270 с.: ил.- Библиотека практикующего врача. Важнейшие вопросы хирургии.
4. Чернов В. Н. Неотложная хирургия: диагностика и лечение острой хирургической патологии [Текст] / Чернов В. Н.- Ростов н/Д.: Феникс, 2007.- 352с

## 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 курс 10 группы  
Шалтанюк А.Ю.**

Научно-исследовательская работа по производственной клинической практике (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) полностью 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 знаниями по теме работы, дал четкие, исчерпывающие ответы при зачете.

Работа оформлена в соответствии с требованиями к научно-исследовательской работе. В научно-исследовательской работе содержатся современные сведения по актуальным вопросам хирургии. Качество литературы и надежность информационных источников, логичность, убедительное изложение материала с использованием данных экспериментальных исследований, доказательств материалов, найденных в процессе работы студента позволяют признать аргументированность исследования.

В целом работа соответствует требованиям, предъявляемым к учебным исследованиям, и заслуживает оценки «отлично».

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

Кухтенко Ю.В.