

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

**Научно-исследовательская работа на  
тему:  
«Ущемленные грыжи»**

Выполнил: студентка 4 курса 8 группы  
педиатрического факультета

Подшибякина А. И.

*Проверил:  
Кудаченко Ю. В.  
и Лорс КИ*

## **Оглавление**

Введение .....	3
Этиопатогенез .....	4
Классификация.....	7
Особые виды ущемления .....	8
Диагностика.....	9
Скрининг и профилактика .....	10
Хирургическое лечение.....	11
Послеоперационные осложнения .....	16
Послеоперационный период и реабилитация.....	17
Список используемой литературы.....	18

## **Введение**

Ущемление является самым тяжелым осложнением грыж, наблюдается у 3 - 15% больных с грыжами. Ущемление – это внезапное сдавление грыжевого содержимого в грыжевых воротах, или рубцово измененной шейке грыжевого мешка с последующим нарушением питания ущемленного органа.

## Этиопатогенез

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). Непременное условие возникновения эластического ущемления - наличие узких грыжевых ворот, в то время как каловое ущемление часто возникает при широких грыжевых воротах. При каловом ущемлении физическое усилие имеет меньшее значение, чем при эластической странгуляции; гораздо важнее нарушение кишечной моторики, замедление перистальтики, что часто бывает у пациентов пожилого и старческого возраста. 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: слепая кишка, мочевого пузыря, 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 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. Подобное гнойное воспаление, развившееся на поздних стадиях ущемления, распространяющееся на окружающие грыжу ткани, получило укоренившееся, но не совсем точное название «флегмона грыжевого мешка». При ущемлении страдает не только часть кишки, находящаяся в грыжевом мешке, но и её приводящий отдел, расположенный в брюшной полости. В результате развития кишечной непроходимости в этом отделе скапливается кишечное содержимое, которое растягивает кишку, и её стенка резко истончается. Далее возникают все расстройства, характерные для этого патологического состояния. Возникшая в результате ущемления странгуляционная непроходимость, как известно, - одна из наиболее тяжёлых видов непроходимости кишечника, особенно при ущемлении тонкой кишки. В этом случае ранняя многократная рвота быстро приводит к обезвоживанию организма, потере жизненно важных электролитов и белков. Кроме того, сдавление нервных элементов брыжейки ведёт к возникновению тяжёлого болевого шока, продолжающегося вплоть до некроза кишки и ущемлённого отдела брыжейки. Эти изменения вместе с поражением приводящего отдела кишки чреваты опасностью развития не только флегмоны грыжевого мешка, но и гнойного перитонита. Перечисленные факторы определяют высокий уровень летальности, который сохраняется при ущемлённых грыжах, что свидетельствует о необходимости не только раннего оперативного вмешательства, но и проведения корригирующего послеоперационного лечения.

## Классификация

1. Наружные.

2. Внутренние.

**Наружные:** а) паховые (прямые, косые), б) бедренные, в) пупочные, г) белой линии, д) послеоперационные, е) редкие формы (спигелевой линии, поясничного треугольника).

**Внутренние:** а) предбрюшинные (надчревные, надпузырного), б) позадибрюшинные (околодвенадцатиперстные, ситовидные, ободочные и др.), в) внутрибрюшинные (брызжеечнопристеночные отверстия Винлова, Дугласова кармана и др.), г) области тазовой брюшины (широкой маточной связки), д) области диафрагмы (над и поддиафрагмальные, смешанные).

**По виду ущемленного органа:** а) ущемление сальника, б) кишечника, в) желудка, г) паренхиматозных органов.

**По степени перекрытия просвета ущемленного органа:** а) полное, б) неполное (пристеночное ущемление - грыжа Рихтера - Литтре), в) без перекрытия просвета (дивертикул Меккеля, червеобразный отросток).

**По разновидности ущемления:** а) антеградное, б) ретроградное, в) мнимое (ложное), г) внезапное (при отсутствии грыжи в анамнезе).

**По механизму ущемления:** а) эластическое, б) каловое, в) смешанное.

## Особые виды ущемления

Ретроградное (W-образное) ущемление характеризуется тем, что в грыжевом мешке находятся две кишечные петли в относительно благополучном состоянии, а наибольшие изменения претерпевает третья, соединяющая их петля, расположенная в брюшной полости. Она находится в худших условиях кровоснабжения, поскольку её брыжейка несколько раз перегибается, входя в грыжевой мешок и выходя из него. Подобный вид ущемления наблюдают редко, но он протекает значительно тяжелее, чем обычное, так как основной патологический процесс развивается не в замкнутом грыжевом мешке, а в свободной брюшной полости. В этом случае существует опасность возникновения перитонита. Вот почему при ретроградном ущемлении хирург во время операции обязательно должен осмотреть петлю кишки, находящуюся в брюшной полости.

Пристеночное ущемление известно в литературе под названием «грыжа Рихтера». При этом виде ущемления кишка сдавливается не на всю величину своего просвета, а лишь частично, обычно в участке напротив её брыжеечного края. В этом случае не возникает механической кишечной непроходимости, но есть реальная опасность некроза кишечной стенки со всеми вытекающими отсюда последствиями. Вместе с тем диагностировать подобное ущемление достаточно сложно из-за отсутствия выраженных болей (не ущемляется брыжейка кишки). Пристеночному ущемлению чаще подвергается тонкая кишка, но описаны случаи подобного ущемления желудка и толстой кишки. Этот вид ущемления никогда не встречается при грыжах большого размера, он характерен для небольших грыж с узкими грыжевыми воротами (бедренная, пупочная грыжа и др.). Грыжа Литтре - ущемление дивертикула Меккеля в паховой грыже. Такую патологию можно приравнять к обычному пристеночному ущемлению с той только разницей, что из-за худших условий кровоснабжения дивертикул быстрее подвергается некрозу, чем обычная стенка кишки.



## Диагностика

### Клиническое обследование

Диагностировать ущемлённую грыжу в типичных случаях несложно. Необходимо, прежде всего, учитывать анамнез, из которого удаётся выяснить, что грыжа до появления болей была вправимой и безболезненной. Следует учитывать, что моменту ущемления предшествует, как правило, сильное физическое напряжение: подъём тяжести, бег, прыжок или акт дефекации. Для ущемлённой грыжи характерны 4 клинических признака: резкая боль в области грыжи или по всему животу; невраивимость грыжи; напряжение и болезненность грыжевого выпячивания; отсутствие передачи кашлевого толчка.

### Лабораторная диагностика

В зависимости от выраженности деструктивных изменений ущемлённого органа общий анализ крови демонстрирует ту или иную степень лейкоцитоза, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. В то же время отсутствие этих признаков в течение нескольких часов сразу после ущемления не исключает это патологическое состояние. Инструментальные методы

Инструментальное обследование в диагностике ущемлённой грыжи имеет второстепенное значение. Рентгенологическое исследование позволяет выявить признаки кишечной непроходимости, если в грыжевом мешке находится петля кишки. С помощью УЗИ отличают ущемлённую грыжу от воспалительных или злокачественных опухолей брюшной стенки, выявляют тромбоз венозного узла в устье большой подкожной вены (иногда он имитирует ущемлённую бедренную грыжу)

## Скрининг и профилактика

Ущемлённая грыжа должна быть выявлена или исключена у каждого пациента с подозрением на «острый живот». Для этого в обязательном порядке следует тщательно обследовать все места возможного выхождения брюшных грыж. Это особенно необходимо у больных с признаками кишечной непроходимости.

Надёжно предотвратить ущемление брюшной грыжи можно только при своевременном выявлении «грыженосителей» и их хирургическом лечении. Наличие грыжи, если нет тяжёлых сопутствующих заболеваний, - показание к плановому хирургическому вмешательству. Только таким путём можно сократить число выполняемых экстренных вмешательств у больных с брюшными грыжами и снизить летальность.

## Хирургическое лечение

Тактика хирурга:

1. Недопустимо насильственное вправление ущемленной грыжи, так как это может вызвать кровоизлияние в мягкие ткани, стенку кишки и ее брыжейку, тромбоз сосудов, отрыв брыжейки, перфорацию кишки. Кроме того, подобная попытка может привести к мнимому вправлению грыжи.

Возможны различные варианты мнимого вправления. например, при грубых манипуляциях можно:

- отделить весь грыжевой мешок от окружающих тканей и вправить его вместе с ущемленным органом в брюшную полость или предбрюшинную клетчатку.
- оторвать шейку от остальных отделов грыжевого мешка и вправить ее вместе с ущемленным органом в брюшную полость;
- переместить в многокамерном грыжевом мешке ущемленные внутренности из одной камеры в другую, лежащую глубже, чаще всего в предбрюшинной клетчатке.

2. Все больные с ущемленными грыжами или с подозрением на нее подлежат операции по жизненным показаниям. Единственным противопоказанием к операции является агональное состояние больного. Лишь в исключительных случаях, когда больной категорически отказывается от операции или имеются такие заболевания как свежий инфаркт миокарда, нарушению мозгового кровообращения, а с момента ущемления прошло не более 1- 1, 5 часов, допустимо применение некоторых консервативных мер:

- введение подкожно 1,0 мл-0,1% раствора атропина;
- опорожнение мочевого пузыря;
- теплая очистительная клизма;
- обкалывание тканей вблизи грыжевых ворот 0, 25 % раствором новокаина;
- приподнимание таза.

### Цели операции:

1. Ликвидировать ущемление и освободить орган путем рассечения грыжевого кольца.
2. Обследовать ущемленный орган и решить вопрос о его жизнеспособности.
3. Резецировать некротизированный участок органа.
4. Удалить грыжевой мешок, если нет противопоказаний (флегмона грыжевого мешка), произвести пластику грыжевых ворот. Операционный доступ обуславливается видом грыжи. При паховых - косой, выше и параллельно пупартовой связке. При бедренной - вертикальный, через грыжевое выпячивание для предупреждение повреждения сосудов: косой, параллельно и ниже пупартовой связки, дугообразный, паховый.

При грыже пупочной и белой линии живота - вертикальный или поперечный.

### Техника операции:

#### Подготовка к операции

Подготовка к операции должна быть исключительно быстрой, поскольку каждая минута имеет значение в предупреждении некроза кишечника. Она должна состоять из бритья операционного поля и введения сердечных средств, опорожнения мочевого пузыря. Наркотики и спазмолитики до операции вводить не следует ввиду опасности спонтанного вправления содержимого грыжи в брюшную полость.

При ущемленной грыже, осложненной перитонитом и острой кишечной непроходимостью, подготовка к операции проводится также, как и при этих заболеваниях (см. соответствующие разделы).

#### Тактика во время операции

На ранних сроках ущемления без осложнений показана местная инфильтрационная анестезия по А.В.Вишневскому. При осложненных наружных и внутренних грыжах рекомендуется эндотрахеальный наркоз с миорелаксантами.

Выделяется и вскрывается грыжевой мешок, ущемленный орган удерживается в ране. Необходимо помнить о возможном инфицировании "грыжевой воды" – обкладывание салфетками, аспирация, посев грыжевых вод. Ущемляющее кольцо рассекается с учетом вида грыжи (при паховой косой - снаружи и вверх, при паховой прямой - вверх и внутри, при бедренной - медиально и вверх, при пупочной и белой линии живота горизонтально или вверх). Ускользнувший в брюшную полость ущемленный орган необходимо осмотреть, для чего следует произвести герниолапаротомию. После рассечения ущемляющего кольца, осмотр и оценка жизнеспособности органов. Ущемленные отделы сальника следует резецировать во всех случаях. Что же касается определения жизнеспособности кишечной стенки, то правильность решения этого вопроса во многом от опыта квалификации хирурга. Основными критериями при определении степени жизнеспособности тонкой кишки являются:

- восстановление нормальной окраски и тонуса;
- блеск и гладкость серозной оболочки;
- отсутствие странгуляционной борозды и темных пятен, просвечивающих сквозь серозную оболочку;
- сохранение пульсации сосудов брыжейки;
- наличие перистальтики.

Если все указанные признаки налицо, то кишка может быть признана жизнеспособной и погружена в брюшную полость.

Кроме того, для оценки жизнеспособности ущемленной грыжи применяют следующие методы: а) введение 0,25 % раствора новокаина в брыжейку кишки, б) введение в брыжейку кишки 0,2-0,3 мл раствора ацетилхолина 1:10000, в) согревание петли кишки салфеткой, смоченной теплым физраствором в течение 10-15 минут, г) окклюзионная термометрия, д) трансиллюминация, е) доплеро- и миография, ж) лазерная аутофлюоресцентная спектроскопия. Если после проведенный пeанимационных мер не изменяется цвет, не восстанавливается

## 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 8 группы  
Подшибякиной А.И.**

Научно-исследовательская работа представлена для отчета по производственной клинической практике (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) соответствует направлению практической подготовки специалиста квалификации Врач-педиатр. Данная научно-исследовательская работа была представлена студентом в предусмотренные учебным планом сроки.

Цель и задачи работы соответствуют теме исследования, но полностью ее не раскрывают. Теоретические положения и выводы автора обоснованы, логичны и соответствуют ходу теоретических размышлений в рамках изучаемой проблемы. Учащимся изучены основные источники литературы по проблеме, дан краткий их анализ, однако, отсутствует сравнительный анализ литературных источников по данной проблеме. Качество оформления научного исследования частично соответствуют требованиям.

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

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

Кухтенко Ю.В.