

# УЩЕМЛЕННАЯ ГРЫЖА

Шифр МКБ 10 К 43.0

**Ущемленная грыжа** — врожденный или приобретенный дефект передней брюшной стенки, сопровождающийся выпячиванием париетальной брюшины и выходением внутренних органов из брюшной полости с их ущемлением при сохраненной целостности кожи.

## Оказание помощи на догоспитальном этапе

Все больные ущемленной грыжей и подозрением на наличие этого заболевания подлежат немедленному направлению в лечебное учреждение, имеющее лицензию на оказание первичной, специализированной медицинской помощи по хирургии в условиях стационара, при наличии условий оказания помощи в круглосуточном режиме.

Направление таких больных в иные стационары может быть оправдано лишь констатацией врачом СМП нетранспортабельности пациента. В данной ситуации информацию о пациенте следует передать для дальнейшего ведения в ближайший хирургический стационар или специализированный центр по оказанию неотложной хирургической помощи (Региональный центр санитарной авиации, Территориальный центр медицины катастроф, областная больница и т.п.), специалисты которого должны определить объем необходимой интенсивной терапии для стабилизации состояния больного.

При положительной динамике больной будет транспортирован в ближайшее хирургическое отделение (санитарный транспорт класса «С»). При отсутствии эффекта пациента следует оперировать силами выездной хирургической бригады.

О случаях отказа от госпитализации и самовольного ухода из приемного отделения следует информировать поликлинику по месту жительства пациента с назначением активного вызова хирурга на дом.

Все перемещения больного при транспортировке в стационар осуществляются на каталке и в положении «лежа». При тяжелом состоянии пациента во время транспортировки проводится инфузионная терапия.

О случаях отказа от госпитализации и самовольного ухода из приемного отделения следует информировать поликлинику по месту жительства

пациента с назначением активного вызова хирурга на дом.

Попытки насильственного вправления ущемленных грыж опасны и недопустимы.

Противопоказано применение обезболивающих препаратов, ванн, местного тепла или холода.

О случаях отказа от госпитализации и самовольного ухода из приемного отделения следует информировать поликлинику по месту жительства пациента с назначением активного вызова хирурга на дом.

## Основные задачи экстренной диагностики и экстренной помощи в хирургическом стационаре:

*Минимум диагностических исследований для исключения ущемленной грыжи*

**Лабораторная диагностика:** содержание лейкоцитов, эритроцитов, гемоглобина и определение гематокрита в периферической крови (общий анализ крови), анализ мочи (физико-химические свойства, микроскопия осадка).

**Специальные исследования:** определение ЧСС (частоты пульса), АД и температуры тела.

*Минимум диагностических исследований при госпитализации больного*

**Лабораторная диагностика:** содержание лейкоцитов, эритроцитов, гемоглобина и определение гематокрита в периферической крови (общий анализ крови), биохимический анализ крови (глюкоза, билирубин, креатинин), определение группы крови и Rh-фактора, кардиолипидная реакция (RW), длительность кровотечения и свертываемость крови (по показаниям), анализ мочи (физикохимические свойства, микроскопия осадка).

### Специальные исследования:

- Определение ЧСС (частоты пульса), АД и температуры тела, ЭКГ (лицам старше 40 лет и по клиническим показаниям), рентгенография легких (по клиническим показаниям), УЗИ грыжевого мешка и брюшной полости, обзорная рентгенография брюшной полости (при подозрении на ОЖН), КТ и МРТ — по показаниям

Предельный срок нахождения больного в приемном покое при ясной клинической картине — не более 1 часа, при неясной симптоматике и

необходимости дообследования — не более 2 часов.

Если наличие ущемленной грыжи не удается исключить, пациент должен быть госпитализирован в хирургический стационар и немедленно оперирован.

При самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи больной подлежит госпитализации в хирургический стационар.

На момент госпитализации должен быть формулирован развернутый диагноз с указанием основной нозологической единицы, всех выявленных на этот момент осложнений и сопутствующих заболеваний

#### **Формулировка развернутого диагноза примеры:**

Разущемившаяся пупочная грыжа. (Предполагается наличие разущемившейся пупочной грыжи без признаков ишемии ранее ущемленного органа, перитонита, непроходимости и т. п.)

Ущемленная бедренная грыжа. (Предполагается наличие ущемленной бедренной грыжи. Признаков гангрены ущемленного органа, острой кишечной непроходимости, перитонита, других осложнений и сопутствующих заболеваний нет.)

Ущемленная паховая грыжа. Некроз ущемленной петли тонкой кишки. Острая кишечная непроходимость. Флегмона грыжевого мешка. Разлитой перитонит. Абдоминальный сепсис.

### **ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА**

Перед операцией производится опорожнение мочевого пузыря, гигиеническая обработка зоны предстоящей операции, выведение желудочного содержимого толстым зондом (по показаниям).

Медикаментозная предоперационная подготовка проводится по общим правилам. Основаниями для нее являются: острая кишечная непроходимость, распространенный перитонит, сопутствующие заболевания в стадиях суб— и декомпенсации, прочие органные и системные дисфункции.

Предпочтительно проведение предоперационной подготовки на операционном столе. Ее продолжительность, как правило, не должна превышать 1,5 — 2 часов.

Антибиотикопрофилактика, профилактика ВТЭО и инфекционных послеоперационных осложнений производится по общим правилам.

### **АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОПЕРАЦИИ**

При ущемленной грыже операция может быть выполнена под местным обезболиванием, однако предпочтение отдается общей анестезии.

Наличие некроза ущемленного органа, острой кишечной непроходимости, перитонита или флегмоны грыжевого мешка, как правило, требует общего обезболивания.

### **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА**

1. Ущемленная грыжа, а также обоснованное подозрение на ее возникновение при наличии не вправимой или многокамерной послеоперационной грыже являются абсолютными показаниями к хирургическому лечению\*.

*\*В исключительных случаях допускается попытка осторожного вправления: например, у больных, находящихся в крайне тяжелом состоянии изза наличия сопутствующих заболеваний или у детей, особенно раннего возраста, у которых с момента ущемления, произошедшего на глазах врача, прошло не более 1 часа.*

2. Операцию необходимо выполнять не позднее 2х часов с момента поступления пациента.

3. При самопроизвольном разущемлении грыжи до операции:

— Без признаков ишемии ущемленного органа или нарушений кишечной проходимости больные подлежат динамическому наблюдению и плановой операции не ранее чем через 2 — 3 суток.

4. При наличии признаков ишемии разущемившейся кишечной петли при лапароскопии, имеющих обратимый характер, целесообразно повторить лапароскопию через 6 — 8 часов.

5. Сомнения в обратимости выявленных при лапароскопии признаков ишемических изменений, тем более явные признаки гангрены разущемившейся петли — показание к неотложной лапаротомии.

6. Первым этапом операции при ущемленной грыже должна быть герниотомия, оценка грыжевых вод и жизнеспособности ущемленного органа. Для этого грыжевой мешок должен быть вскрыт и ревизован до рассечения грыжевых ворот.

7. Если в грыжевом мешке находятся 2 или более петли кишки, то необходимо извлечь и осмотреть промежуточную петлю, которая располагается между ними и находится в

брюшной полости (риск ретроградного ущемления).

8. В случае преждевременного разущемления и самопроизвольного вправления содержимого грыжи в процессе выполнения операции необходимо продолжить вмешательство, извлечь и оценить жизнеспособность ранее ущемленного органа (органов). При отсутствии возможности полноценной ревизии из локального доступа необходима лапароскопия или срединная лапаротомия.

9. Оценка жизнеспособности должна выполняться после фиксации и полного освобождения ущемленного органа и его брыжейки от сдавлений (рассечение ущемляющего кольца, сдавливающих штрангов, ликвидация натяжения и перегибов брыжейки).

10. Жизнеспособная кишка быстро принимает нормальный вид и розовую окраску, серозная оболочка остается блестящей, перистальтика и пульсация сосудов брыжейки сохранены.

11. При сомнении в жизнеспособности кишки в ее брыжейку можно ввести раствор местного анестетика.

12. Бесспорные признаки некроза кишки (темная окраска, тусклая серозная оболочка, дряблая стенка, отсутствие перистальтики и пульсации сосудов брыжейки), равно как и сомнения в ее жизнеспособности (в том числе глубокие изменения в области странгуляционной борозды) являются показанием к резекции.

13. Удалению подлежат: участок явного некроза, зоны сомнительной жизнеспособности, 40 см неизмененного отдела приводящей кишки и 15 — 20 см неизмененного отрезка отводящей.

15. Предпочтительный способ анастомозирования петель тонкой кишки — «бок в бок».

16. Предпочтительным способом завершения ущемленной грыжи без резекции кишки является ненатяжная пластика с использованием синтетических сеток (паховая грыжа по Лихтенштейну).

При отсутствии условий для ненатяжной пластики пахового канала с имплантацией сетки (резекция кишки, инфицированность тканей, отсутствие соответствующих расходных материалов и т.п.) следует отдавать предпочтение ненатяжной пластике пахового канала по Шолдайсу.

При больших и гигантских послеоперационных грыжах у тучных и пожилых пациентов, герниопластика у которых представляет значительный риск (компармент-синдром в послеоперационном периоде),

допустимо рассечение всех перемычек с ушиванием брюшины, подкожной клетчатки и кожи без восстановления мышечно-апоневротического каркаса брюшной стенки.

При интраоперационном обсеменении герниотомной раны целесообразно восстановление мышечноапоневротического каркаса и дренирование подкожной клетчатки, использование редких наводящих или отсроченных швов для закрытия кожной раны.

Видеолапароскопическое лечение больных ущемленной грыжей допустимо в условиях специализированных хирургических стационаров, располагающих соответствующим оборудованием и квалифицированными хирургами, обладающими достаточным опытом неотложных и эндовидеохирургических операций.

### **Особенности операции в условиях распространенного гнойного перитонита или ее выполнения через зону гнойного воспаления (флегмона грыжевого мешка).**

1. При наличии предоперационных признаков явного некроза ущемленного органа, флегмоны грыжевых ворот и перитонита последовательность хирургического вмешательства должна быть другой: срединная лапаротомия, резекция ущемленных органов в брюшной полости, ушивание дефекта брюшины изнутри.

2. После ушивания лапаротомной раны вторым этапом производится герниотомия через инфицированные ткани с удалением кишки.

3. В любой ситуации следует стремиться изолировать герниотомную рану от свободной брюшной полости (ушивание дефекта брюшины, отграничивающие пленки и повязки в условиях открытой раны и т. п.).

4. При наличии гнойного перитонита одномоментное завершение грыжесечения пластическими операциями на мышечно-апоневротических слоях нецелесообразно.

5. Герниотомию ушивают без полного восстановления мышечноапоневротического каркаса или его восстановлением, но без ушивания кожи и подкожной клетчатки.

6. Для наложения швов лучше использовать рассасывающийся шовный материал с длительным сроком резорбции (36 месяцев), лучше с антибактериальным покрытием. Или вообще оставить рану открытой (см. открытое ведение ран при перитоните).

#### **Послеоперационный период**

• Назначение наркотических анальгетиков в день операции.

- Инфузионно-трансфузионная и медикаментозная терапия по показаниям.

- Профилактика тромбоэмболических осложнений.

- Бандаж

- Дыхательная гимнастика

Сроки пребывания больных в стационаре, амбулаторное лечение, ВТЭК, реабилитация

Средние сроки пребывания больных в стационаре при ущемленной пупочной грыже 5 — 7 суток, паховой (бедренной) — 7 — 10 суток, вентральной грыже — 10 — 12 суток.

Средние сроки нетрудоспособности 3 — 6 недель в зависимости от патологии, перенесенной операции и вида трудовой деятельности.

Через 3 — 6 месяцев после неотложных операций без пластики грыжевых ворот в плановом порядке показана ликвидация грыжевых ворот и восстановление каркасной функции брюшной стенки.

#### **Рекомендации по материальному и аппаратноинструментальному обеспечению:**

- Рабочее место анестезиолога: наркозный аппарат, разводка кислорода; приспособления для

интубации трахеи, катетеризации вен, мочевого пузыря, желудка; кардиомонитор или пульсоксиметр, дефибриллятор, вакуумаспиратор; дозаторы лекарственных препаратов; приспособление для подогрева растворов

- электрохирургический блок

- операционный стол с возможностью изменения положения больного (правый бок, левый бок, положения Фовлера и Тренделенбурга)

- вакуумаспиратор

- комплект оборудования и инструментов для диагностической лапароскопии

- аппарат для УЗИ

- общехирургический набор инструментов

- «комплект белья хирургического универсальный одноразовый стерильный»

- атравматический шовный материал для формирования кишечных анастомозов

- сетки для протезирования брюшной стенки

#### **Дополнительное оборудование**

- эндовидеохирургический комплекс оборудования и инструментов (комплектация для диагностической и манипуляционной лапароскопии), степлеры.