

Клинический протокол

ГБУ РД «Городская клиническая больница»		
Вид документа	Клинический протокол	
ГБУ РД «ГКБ»	Версия	№ 1
	Запись в Едином реестре документации	№ __
	Экземпляр	№ __
	Введен в действие	<i>дата</i>
Конфиденциально	Срок действия	3 года
Название документа	<i>Клинический протокол «Наименование клинического протокола » Коды МКБ (перечислить) Возрастная группа Год утверждения</i>	

	Должность	Ф. И. О.	Подпись	Дата
Разработано:	<i>Должность</i>			
Согласовано	Главный врач	Малаев Х.М.		
	Заместитель главного врача по лечебной работе	Гаджиева Л.Х.		
	Заместитель главного врача по амбулаторно- поликлинической работе	Адильханов Б.Г.		
	Заместитель главного врача по хирургической работе	Абдулмажидов Х.М.		
	Заведующий экспертным отделом	Махмудов Ф. Б.		
2021 г.				

I. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1 Определение

Ущемлённая грыжа живота (УГЖ) – острое хирургическое заболевание, возникающее в результате внезапного сдавления грыжевого содержимого брюшной полости в грыжевых воротах или рубцово-измененной шейке грыжевого мешка с нарушением кровообращения ущемленного органа.

1.2 Этиология и патогенез

Наиболее признанными причинами ущемления при наличии грыжи являются факторы, внезапно повышающие внутрибрюшное давление – физическое напряжение, кашель, обильный прием пищи и т.п [3].

Причины же образования самой грыжи – многообразны. При формировании истинной грыжи предрасполагающими условиями являются потенциально ослабленные анатомические места – пупочное кольцо, паховый и бедренный каналы и т.п. Появлению грыжи в этих местах способствуют постоянная и тяжелая физическая работа, ожирение или, наоборот, выраженное истощение. Имеются указания и на генетическую предрасположенность к формированию грыжи. Выявляемые дефекты формирования соединительной ткани, как основного элемента прочности и эластичности мышечно-апоневротических образований, позволяют в таких случаях говорить о «грыжевой болезни» [4].

Среди причин образования послеоперационной и посттравматической грыжи на первый план выдвигаются технические особенности обработки и ушивания раны, а так же осложнённое течение её (эвентрация, нагноение и др.) [5].

Уровень достоверности доказательств 2a [5].

Патогенез ущемления грыжи достаточно хорошо изучен [6]. Общим для всех видов ущемления являются характерные динамические изменения [7,8,9,10,11]. Вследствие сдавления (странгуляции) в кольце особенно узких грыжевых ворот возникает ишемия ущемленных органов. Сдавление нервных элементов ущемленного органа и, в частности, брыжейки кишки ведет к возникновению тяжелого болевого синдрома. Боль вызывает стойкий спазм мышц передней брюшной стенки, который усугубляет ущемление грыжевого содержимого, вплоть до его некроза. В момент ущемления в грыжевом мешке образуется замкнутая полость, содержащая орган или органы, кровоснабжение которых нарушено. На месте сдавления кишечной петли, сальника и других органов образуется странгуляционная борозда, которая хорошо заметна даже после ликвидации ущемления. Если ущемилась кишка, то первоначально в ней возникает венозный стаз, который вскоре вызывает отек всех слоев кишечной стенки. Ущемленная петля кишки довольно быстро, в течение нескольких часов (при эластическом ущемлении), некротизируется, начиная со слизистой оболочки.

Комментарии: *Об этом факте необходимо помнить, когда жизнеспособность кишки оценивается лишь по внешнему виду серозной оболочки её.*

При ущемлении страдают не только часть кишки, находящаяся в грыжевом мешке, но и ее приводящий отдел, расположенный в брюшной полости. В результате развития кишечной непроходимости в приводящей кишке скапливается содержимое, которое растягивает кишку, и ее стенка резко истончается. Нарушается кровообращение в артериолах и капиллярах. Повышается внутрибрюшное давление, которое при уровне свыше 20 мм.рт.ст может привести к развитию т.н. компартмент синдрома - полиорганной недостаточности [12,13]. Чем длительней сроки ущемления, тем более выражены патологические изменения в приводящей петле. Отводящая кишка представляется спавшейся. Ишемические изменения в ней минимальны и распространяются на незначительном протяжении от зоны ущемления [9].

Комментарий: *На установленном факте степени выраженности патоморфологических изменений в ущемленной нежизнеспособной тонкой кишке [построены рекомендации по уровню резекции приводящего и отводящего отделов ущемленной петли. Пределы резекции приводящего колена кишки должны быть всегда больше пределов резекции отводящей петли.*

Резвившаяся в результате ущемления высокая странгуляционная непроходимость сопровождается рвотой в ранние сроки. Ранняя многократная рвота быстро приводит к обезвоживанию организма, потере жизненно важных электролитов и белков. В замкнутом просвете ишемизированной кишки начинается разложение кишечного содержимого, характеризующееся образованием токсинов. Одновременно происходят пропотевание плазмы и

диапедез форменных элементов крови как внутрь просвета ущемленной кишки, так и в полость грыжевого мешка. Жидкость (грыжевая вода), которая скапливается в замкнутой полости грыжевого мешка (за счет трансудации и экссудации) сначала прозрачна и бесцветна (серозный трансудат). По мере попадания форменных элементов крови и их разрушения грыжевая вода приобретает розовую, а затем и красно-бурую окраску. Некротизированная стенка кишки перестает служить барьером для выхода микробной флоры за ее пределы. Экссудат приобретает гнойный характер с неприятным запахом. Воспаление распространяется на окружающие грыжу ткани. Формируется «флегмона грыжевого мешка». Эти изменения вместе с поражением приводящего отдела кишки чреваты опасностью развития гнойных осложнений – флегмоны грыжевого мешка, перитонита.

При эластическом ущемлении на первый план выступают механизмы болевого синдрома, быстрый некроз ущемленного органа (в течение нескольких часов) и быстро нарастающая интоксикация. Непременное условие развития эластического ущемления – наличие узких грыжевых ворот, чаще всего ущемленной оказывается тонкая кишка или участок большого сальника, реже – толстая кишка. Очень редко ущемляются органы, расположенные мезоперитонеально: например, слепая кишка, мочевой пузырь, матка и ее придатки. Наиболее опасно ущемление кишки из-за возможности ее омертвления и развития тяжелой странгуляционной кишечной непроходимости, что обуславливает прогрессирующую интоксикацию.

Для калового ущемления характерно наличие широких грыжевых ворот. При этом физическое усилие имеет меньшее значение, чем при эластической странгуляции; гораздо важнее нарушение кишечной моторики, замедление перистальтики, что часто бывает у пациентов старшей возрастной группы. Каловое ущемление обычно возникает как осложнение длительно существующей невправимой грыжи. Отводящая петля кишки вместе с брыжейкой сдавливается не эластически, увеличивающейся в объёме приводящей петлей. Эти патогенетические условия замедляют наступление ишемических изменений в кишке. Поэтому для развития некроза кишки при каловом ущемлении необходим более длительный срок.

При ретроградном ущемлении наибольшие изменения претерпевает третья, промежуточная, петля, находящаяся в брюшной полости. Она находится в худших условиях кровоснабжения, поскольку ее брыжейка несколько раз перегибается, входя в грыжевой мешок и выходя из него. Подобный вид ущемления наблюдается редко: в 2,6%

случаев ущемленных грыж []. Ретроградное ущемление протекает значительно тяжелее, чем обычное. При нем чаще развивается перитонит, так как основной патологический процесс развивается не в замкнутом грыжевом мешке, а в свободной брюшной полости.

При пристеночном ущемлении (грыже Рихтера) не возникает механической кишечной непроходимости, но есть реальная опасность некроза кишечной стенки со всеми вытекающими отсюда последствиями. 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, грыжа белой линии живота).

При грыже Литтре ущемление дивертикула Меккеля (описаны случаи ущемления и червеобразного отростка) в паховой или бедренной грыже сопровождается быстрым некрозом органа. Это связано с худшими условиями кровоснабжения ущемленного дивертикула или червеобразного отростка.

1.3 Эпидемиология

Грыжа живота остаётся одной из самых распространенных хирургических заболеваний человека. От 4%- до 7% населения страдает этой болезнью. Из общего числа операций в хирургических отделениях 10%-12% приходятся на операции по поводу грыжи. Послеоперационные вентральные грыжи составляют до 20—26% от всех наружных грыж живота, занимая по частоте второе место после паховых. Ущемленная грыжа осложняет течение заболевания у 10-17% «грыженосителей» и в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости

занимает второе место после острого аппендицита [1,15]. Среди всех госпитализированных с острой хирургической патологией органов брюшной полости ущемлённая грыжа находится на 4-5-ом месте, а по частоте неотложных вмешательств она занимает 3 место после острого аппендицита и острого холецистита, Ущемление грыжи встречается у женщин в 1,5 раза чаще, чем у мужчин [2].

Соотношение плановых и экстренных вмешательств, выполняемых при ущемлении грыжи в экономически развитых странах Европы и Америки, составляет 15:1 [16]. В России оно колеблется от 4:1 до 5:1 [17,18].

Комментарии: *Это обстоятельство следует расценивать, как отсутствие должной санитарно-просветительной деятельности учреждений здравоохранения и медицинской грамотности населения.*

В последние десятилетия изменилась структура ущемленной грыжи. Так, в середине 20 века более половины больных оперировались с ущемленной паховой грыжей - 57,3%, а с пупочной и послеоперационной грыжей - 8,8% [19]. С конца 20-го и начала 21-го веков пациентов, оперированных по неотложным показаниям с ущемлением пупочной и послеоперационной грыжами возросло до 35%-38,1% [20,22] и по отдельным публикациям достигало 46,2% [21]. А по данным Департамента здравоохранения г. Москвы в 2008 году половину умерших больных после оперативного лечения составили пациенты с ущемленной пупочной и послеоперационной грыжей[23].

1.4 Кодирование по МКБ 10

Паховая грыжа (K40):

K40.0 Двусторонняя паховая грыжа с непроходимостью без гангрены

K40.1 Двусторонняя паховая грыжа с гангреной

K40.2 Двусторонняя паховая грыжа без непроходимости или гангрены

K40.3 Односторонняя или неуточненная паховая грыжа с непроходимостью без гангрены

K40.4 Односторонняя или неуточненная паховая грыжа с гангреной

K40.9 Односторонняя или неуточненная паховая грыжа без непроходимости или гангрены

Бедренная грыжа (K41):

K41.0 Двусторонняя бедренная грыжа с непроходимостью без гангрены

K41.1 Двусторонняя бедренная грыжа с гангреной

K41.2 Двусторонняя бедренная грыжа без непроходимости или гангрены

K41.3 Односторонняя или неуточненная бедренная грыжа с непроходимостью без гангрены

K41.4 Односторонняя или неуточненная бедренная грыжа с гангреной

K41.9 Односторонняя или неуточненная бедренная грыжа без непроходимости или гангрены

Пупочная грыжа (K42):

K42.0 Пупочная грыжа с непроходимостью без гангрены

К42.1 Пупочная грыжа с гангреной

К42.9 Пупочная грыжа без непроходимости или гангрены

Грыжа передней брюшной стенки (К43):

К43.0 Грыжа передней брюшной стенки с непроходимостью без гангрены

К43.1 Грыжа передней брюшной стенки с гангреной

К43.9 Грыжа передней брюшной стенки без непроходимости или гангрены

Другие грыжи брюшной полости (К45):

К45.0 Другая уточненная грыжа брюшной полости с непроходимостью без гангрены

К45.1 Другая уточненная грыжа брюшной полости с гангреной

1.5 Классификация

По происхождению следует различать грыжи живота через потенциально ослабленные анатомические слои брюшной стенки (паховые, бедренные, пупочные, пищеводного отверстия диафрагмы и т.п.), в зоне хирургического доступа. (послеоперационные) и в местах травматического повреждения мышечно-апоневротического слоя живота (посттравматические). Каждая из перечисленных групп имеет свою классификацию

Клинико-анатомическая классификация грыж живота. (Блинов Н.И.) [24].

1. Наружные грыжи:

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

2. Внутренние грыжи:

- а) предбрюшинные (надчревные, надпузырные);
- б) позадибрюшинные (околодвенадцатиперстные, ситовидные, ободочные и др.);
- в) внутрибрюшинные (брыжеечнопристеночные, отверстия Винслова, Дугласова кармана и др.);
- г) области тазовой брюшины (широкой маточной связки);
- д) области диафрагмы (над - и поддиафрагмальные, смешанные);

3. По виду ущемленного органа:

- а) ущемление сальника;
- б) кишечника;
- в) желудка;
- г) паренхиматозных органов.

4. По степени перекрытия просвета ущемленного органа:

- а) полное,
- б) неполное (пристеночное ущемление - грыжа Рихтера - Литтре);
- в) без перекрытия просвета (дивертикул Меккеля, червеобразный отросток).

5. По разновидности ущемления грыжи:

- а) антеградное;
- б) ретроградное;
- в) мнимое (ложное);
- г) внезапное (при отсутствии грыжи в анамнезе).

6. По механизму ущемления грыжи:

- а) эластическое;

- б) каловое;
- в) смешанное.

.Классификация внутренних грыж (Крамаренко Ю.Ю.) [25].

Предбрюшинные внутренние грыжи:

- надчревная предбрюшинная грыжа;
- надпузырная предбрюшинная грыжа;
- околопузырная предбрюшинная атипическая грыжа.

Позадибрюшинные внутренние грыжи:

- околодвенадцатиперстная грыжа Трейтца (левосторонняя, правосторонняя);
- околосолепокишечная грыжа,
- околоободочная грыжа (правосторонняя, левосторонняя);
- межсигмовидная грыжа;
- подвздошно-фасциальная грыжа.

Внутрибрюшинные внутренние грыжи:

- брыжеечно-пристеночная внутренняя грыжа (правосторонняя, левосторонняя);
- грыжа Винслова отверстия;
- чрезбрыжеечно-ободочная грыжа сальниковой сумки;
- внутрибрюшинные грыжи в отверстиях сальника, брыжейки тонкой кишки, желудочно-ободочной связки и брыжейки червеобразного отростка (смешанные, комплексные);
- грыжа в кармане серповидной связки печени;
- позадимочепузырная грыжа (Дугласова кармана);
- перепончато-сальниковая грыжа.

Внутренние грыжи в области тазовой брюшины:

- грыжа в отверстии или кармане широкой маточной связки.

Внутренние грыжи диафрагмы:

- поддиафрагмальная грыжа;
- наддиафрагмальная грыжа.

Смешанная диафрагмальная грыжа.

1.6 Клиническая картина

Заболевание возникает остро. Клиническая картина и *общее состояние* пациента при УГЖ зависит от анатомо-физиологических особенностей ущемленного органа (кишка, сальник, мочевого пузыря), от вида ущемления кишечных петель (эластическое, каловое), от времени, прошедшего с момента ущемления, скорости развития ишемии и некроза ущемленных тканей, возраста больного, от наличия сопутствующей патологии.

При ущемлении тонкой кишки состояние прогрессивно ухудшается. Быстро развивается гиповолемия, что проявляется учащением пульса, падением артериального давления.

Боль – главный симптом ущемления. Она возникает в момент ущемления, чаще всего во время какого-либо физического напряжения и не стихает по прекращении физического усилия. Больной беспокоен, его кожные покровы бледнеют, иногда развивается болевой шок с тахикардией и снижением артериального давления. Боль чаще иррадирует по ходу грыжевого выпячивания и остается очень сильной в течение нескольких часов вплоть до некроза ущемленного органа.

При ущемлении скользящей паховой грыжи, когда стенкой грыжевого мешка является стенка мочевого пузыря, наряду с болью развивается дизурический синдром в виде частого болезненного мочеиспускания или, наоборот, острой задержки мочеиспускания.

Ущемление пряди большого сальника вначале не сопровождается бурной клинической картиной. Боль тупая. Интенсивность ее нарастает спустя 2–3 ч с момента ущемления.

При ущемлении кишечной петли боль вначале схваткообразная, интенсивность ее нарастает стремительно. Иногда, особенно у больных старших возрастных групп пожилого и старческого возраста, боль незначительна и сравнительно легко переносится пациентами. В других случаях, особенно у молодых, боль достигает большой силы. При ущемлении петли кишки с ее брыжейкой она может быть настолько выраженной, что у ряда больных развивается шок. Боль может быть постоянной, нарастающей или схваткообразной – при развивающейся острой непроходимости кишечника. При ущемлении петель кишечника боль не всегда локализуется в области грыжевого выпячивания или в зоне грыжевых ворот (пристеночное ущемление кишки во внутреннем паховом кольце или в бедренной грыже, когда грыжевой мешок

пальпаторно и визуально не определяется). Боль может ощущаться и в отдаленных участках от места ущемления, что обусловлено особенностями иннервации ущемленного органа. Отдаленная иррадиация боли характерна для ущемления кишки с сегментом ее брыжейки. Описанная картина более характерна для ущемления тонкой кишки. Ущемление петли толстой кишки протекает менее бурно, интенсивность боли значительно слабее. Иногда боль стихает в связи с омертвением кишки. Это связано с гибелью интрамуральных нервных окончаний. В некоторых случаях некроз, перфорация ущемленной кишки, флегмона грыжевого мешка и перитонит развиваются в течение нескольких часов и в сочетании с прогрессирующей гиповолемией, острой непроходимостью кишечника быстро приводят к гиповодемическому и токсическому шоку.

Невправимость грыжи. Этот симптом имеет значение только в тех случаях, когда при ранее свободно вправимой грыже с момента появления боли вправление ее оказывается невозможным. Грыжевое выпячивание становится напряженным и болезненным.

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 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. 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.

При перкуссии над ущемленной грыжей обычно определяется притупление за счет грыжевой воды (если в грыжевом мешке содержится кишка, то в первые часы ущемления перкуторно определяется тимпанит).

Рвота в начале заболевания может быть однократной и носит рефлекторный характер. В дальнейшем, по мере развития кишечной непроходимости и гангрены кишки, она становится многократной. Многократная рвота – чаще всего проявление острой непроходимости кишечника. Она свидетельствует о том, что ущемленным органом в грыжевом мешке могут быть петли кишечника. Рвотные массы приобретают зеленовато-бурый цвет с явным каловым запахом. Этот признак характеризует запущенные формы острой кишечной непроходимости и, возможно, наступившую гангрену ущемленной

кишки, являясь плохим прогностическим признаком. Чем проксимальнее расположена ущемленная кишечная петля, тем раньше возникает рвота. Ущемление тощей кишки сопровождается ранней неукротимой рвотой. При ущемлении толстой кишки рвота обычно возникает поздно и является признаком далеко зашедшей непроходимости. 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).

Жидкий стул возможен в начале ущемления, а затем наступает задержка стула и газов.

Задержка стула и газов. Жалуясь на задержку стула и газов, в первые часы ущемления больные испытывают кратковременные приступы схваткообразной боли. В последующем присоединяются признаки острой кишечной непроходимости. Вздутие живота может быть и асимметричным в зависимости от уровня препятствия кишечному пассажу и расположения вздутой кишки. Вздутие живота указывает на **кишечную непроходимость**, вызванную ущемлением кишечника.

Флегмона грыжевого мешка - признак запущенности заболевания, является следствием поздней обращаемости больных за медицинской помощью. Она проявляется себя локальными наружными изменениями в виде гиперемии и отека кожи над грыжевым

выпячиванием, с формированием симптома «лимонной корочки». Местная пальпация вызывает резкую болезненность. Иногда это сопровождается гнойным расплавлением тканей. На этом фоне прогрессируют клинические проявления эндогенной интоксикации.

Перитонит – так же признак запущенности заболевания, связан с переходом воспалительного процесса в брюшную полость, перфорацией растянутого и истонченного приводящего отдела ущемленной кишки. Клиническая картина характеризуется ухудшением состояния. Черты лица заостряются. Тахикардия – частота сердечных сокращений до 100–120 в 1 мин. Язык сухой, обложен грязно-серым налетом. Живот вздут, напряжен и болезнен во всех отделах. Положительный симптом Щеткина–Блюмберга. Перистальтика кишечника ослаблена или отсутствует.

В далеко запущенных случаях с развитием грыжевой флегмоны может произойти самостоятельное вскрытие гнойника с образованием **кишечных свищей** как следствие некроза ущемленной петли кишки и ее перфорации.

Перечисленная выше симптоматика УГЖ достаточно убедительно описана в классических руководствах по хирургии и монографиях [3,26].

II. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

2.1 Жалобы и анамнез

Рекомендуется обратить внимание на наличие у больного в анамнезе грыжи, которая до момента появления боли была вправимой и безболезненной [2,3,26].

•

Следует так же учесть и предшествующие моменты физического напряжения: подъем тяжести, бег, прыжок, кашель, акт дефекации и др. Выяснить, были ли рвота, задержке газов и стула, вздутие живота.

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности доказательств 5) [3].

При самостоятельно вправившейся УГЖ необходимо указать промежуток времени ущемления грыжи [2,3].

] Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности доказательств 5) [2,3].

2.2 Физикальное обследование

См. раздел «1.6 Клиническая картина, стр.19».

Дополнительные рекомендации.

- Начальная картина ущемления имеет сходные черты с некоторыми другими острыми заболеваниями органов брюшной полости. В связи с этим, **рекомендуется** осмотреть все те «слабые» места брюшной стенки, которые могут служить грыжевыми воротами. Это важно для диагностики первично ущемленной грыжи. Особенно часто первичному ущемлению подвергаются грыжи редких локализаций: спигелиевой (полулунной) линии, поясничных областей, запирающего канала и др. Пальпация живота при ущемлении кишечника болезненна, особенно выше и над местом ущемления. Всегда следует помнить о возможности пристеночного ущемления, при котором объем грыжевого выпячивания иногда не определяется.
- При ущемлении грыжи или подозрении на ущемление, даже в случае ее самопроизвольного вправления, **рекомендуется** немедленная госпитализация в стационар неотложной хирургической помощи [2,6].

Не допустимо при подозрении на ущемление грыжи пытаться вправить её. Эффект вправления может быть ложным. При этом возможны разрыв грыжевого мешка, вправление некротизированных ущемленных органов или их участков в брюшную полость, повреждение содержимого грыжевого мешка [2].

- **Не рекомендуется** при неясном диагнозе введение анальгетиков. Лишь в исключительных случаях, при сильной боли, когда диагноз не вызывает сомнений, перед транспортировкой в стационар для борьбы с болевым синдромом можно ввести внутримышечно раствор

анестетика. В ожидании транспорта при ущемлении грыжи пациента следует уложить на спину, а на область грыжи положить пузырь со льдом [2,6]. .

Уровень убедительности рекомендации D [6].

2.3 Лабораторная диагностика

Лабораторные исследования **рекомендуется** выполнять по стандартам для больных с острой хирургической патологией органов брюшной полости, утверждённым в лечебно-профилактическом учреждении [2].

Уровень убедительности рекомендации D [2].

Комментарии: Обязательными лабораторными исследованиями должны быть:

- | | | |
|----|---|---|
| 1) | пределение общего анализа крови и гематокрита; | о |
| 2) | биохимический анализ крови, включая глюкозу, билирубин, креатинин, амилазу; | б |
| 3) | пределение группы крови и Rh-фактора; | о |
| 4) | исследование крови на ВИЧ-инфекцию; | и |
| 5) | ардиолипидная реакция (кровь на RW); | к |
| 6) | оагулограмма (протромбин, МНО и др.); | К |
| 7) | общий анализ мочи (физико-химические свойства, микроскопия осадка). | О |

Комментарии: При наличии воспаления отмечается увеличение количества лейкоцитов, наблюдается сдвиг лейкоцитарной формулы в сторону увеличения удельного веса палочкоядерных нейтрофилов, а также юных форм лейкоцитов.

В случае скользящей грыжи с заинтересованностью стенки мочевого пузыря в анализе мочи может отразиться повреждение мочевого пузыря в результате ишемии участка его стенки (наличие лейкоцитов, эритроцитов)

2.4 Инструментальная диагностика

Инструментальная диагностика УГЖ предполагает проведение комплекса диагностических мероприятий, преследующих цель установления не только самого диагноза ущемлённой грыжи, но и по возможности выявления осложнений или особенностей её клинического течения. Все исследования проводятся в экстренном порядке.

В приемном отделении выполняется ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки и обзорная рентгенография органов брюшной полости.

Лучевая диагностика.

Обзорная рентгенография брюшной полости **рекомендуется** всем больным с подозрением на УГЖ для обнаружения – раздутых петель кишечника с горизонтальными уровнями жидкости, симптома, подтверждающего серьезное осложнение ущемленной грыжи – кишечную непроходимость [2,3,27,28].

Уровень убедительности рекомендации B (уровень достоверности доказательств 2a) [27,28].

Комментарии: Таких данных бывает вполне достаточно для того, чтобы не проводить дополнительные комплексные исследования и, в частности, исследования с контрастированием кишечника.

Рекомендуется УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Задачи УЗИ сводятся к общей оценке названных органов, наличия свободной жидкости в брюшной полости и очагов ее преимущественного скопления, состояния кровообращения кишечника, его перистальтики и т.д. УЗИ зоны ущемления констатирует наличие ущемления, жизнеспособность

ущемленного органа (наличие или отсутствие кровотока с помощью цветовой доплерографии), степень воспалительных изменений и т.п. При неясном диагнозе следует провести УЗИ всех возможных мест выхода грыж, что позволяет определить даже рихтеровское пристеночное ущемление кишечной стенки [32,33,34, 35].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств - 2а) [32,33,34, 35].

Рентгеновская КТ с герниоабдоминометрией выполняется по показаниям. Необходимость ее применения может быть вызвана случаями неясной диагностики, а также при возникновении вопросов о планировании объема пластики брюшной стенки при больших и гигантских послеоперационных грыжах [35].

Диагностическая лапароскопия.

- Показания к лапароскопии схожи с таковыми к выполнению лапаротомии. Она **рекомендуется** в случаях неясной острой абдоминальной патологии, сопровождающейся ухудшением общего состояния и появлением перитонеальной симптоматики [36,37].
- Лапароскопия **рекомендуется** при самостоятельном вправлении ущемленной грыжи, если факт ущемления не вызывает сомнения, а длительность ущемления составила 2 ч и более. Она также показана как альтернатива диагностической лапаротомии для выявления объема повреждения и состояния самопроизвольно вправившейся петли кишечника [36,38].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств - 2а) [36,38].

На проведение указанных выше обследований при установленном диагнозе «ущемленная грыжа» отводится 1 ч с момента поступления в больницу [2,3].

2.5 Дифференциальная диагностика УГЖ

Дифференциальный диагноз при ущемлении грыжи приходится проводить с рядом патологических состояний, связанных как с самим грыжевым выпячиванием, так и не имеющих непосредственного отношения к нему.

Дифференциальная диагностика заболеваний, дающих клиническую картину, схожую с картиной ущемленной грыжи [2].

Дифференцировать ущемление паховой или бедренной грыжи необходимо от:

- пахового лимфаденита;
- острого орхоэпидидимита;
- водянки яичка;
- водянки яичка и кисты семенного канатика;
- перекрута семенного канатика;
- натечного абсцесса в паховой области;
- метастатического поражения лимфатических узлов;
- варикозно расширенного узла;

Характерными отличиями этих заболеваний от ущемленной грыжи будут следующие признаки.

Паховый лимфаденит. Раннее повышение температуры тела, неизменное наружное паховое кольцо, наличие ссадин, царапин, гнойников нижней конечности, простатита.

Орхоэпидидимит. Раннее повышение температуры тела, неизменное наружное паховое кольцо, резко увеличенное болезненное яичко и придаток.

Водянка яичка и киста канатика. Не сопровождаются болью, напряжением образования, положительные результаты приносит диафаноскопия.

Перекрут семенного канатика и яичка. Острая боль внизу живота, яичко подтянуто к наружному паховому отверстию, быстро увеличивается в объеме, пальпация яичка резко болезненна.

Натечные абсцессы в паховой области. Располагаются ниже пупартовой связки, распространяются по передней и медиальной стороне бедра, не имеют четких контуров, малоболезненны, определяется флюктуация. Характерны анамнез, наличие признаков заболевания позвоночника, отсутствие острых клинических симптомов со стороны брюшной полости.

Метастатические поражения лимфатических узлов. Для метастатического поражения характерна «каменистая» плотность и практически безболезненность образований. Необходим тщательный сбор анамнеза и дообследование для обнаружения первичной опухоли.

Варикозно расширенный узел. Расширение подкожных вен бедра, узел легко сжимаем, безболезнен.

Дифференциальная диагностика клинических вариантов течения ущемленной грыжи.

Прежде всего необходимо дифференцировать *ущемленную грыжу от невправимой*. Последняя, как правило, не напряжена, малоболезненна, хорошо передает кашлевой толчок. Особые трудности в дифференциальном диагнозе могут возникнуть в случае многокамерной грыжи, когда ущемление происходит в одной из камер. Тем не менее, и в этом случае наблюдаются обязательные признаки ущемления: боль, напряжение и отсутствие передачи кашлевого толчка.

В практической хирургии иногда возникает необходимость дифференцировать ущемление грыжи от *копростаз*. Последнее состояние встречается главным образом при невправимых грыжах у лиц преклонного возраста, у которых имеются физиологическое замедление перистальтики и склонность к запорам, иногда спровоцированная приемом спазмолитиков. Это приводит к застою содержимого в петле кишки, находящейся в грыжевом мешке. В отличие от калового ущемления при копростазе никогда не бывает сдавления брыжейки кишки. Клинически копростаз нарастает постепенно без предшествовавшего физического напряжения с медленным развитием болевого синдрома. Боль никогда не бывает интенсивной. На первое место выступает задержка стула и газов.

Напряжение грыжевого выпячивания не выражено, симптом кашлевого толчка положителен. Копростаз не требует оперативного лечения. Для его ликвидации применяют обычную сифонную клизму. Неликвидированный копростаз может привести к каловому ущемлению грыжи.

При *ущемлении скользящей паховой (бедренной) грыжи* дизурический синдром будет отличать участие в ущемлении мочевого пузыря от ущемления другого органа (например, кишки).

Ущемление истинных и посттравматических диафрагмальных грыж клинически протекает крайне тяжело. Ущемление в таких грыжах сопровождается перераздражением огромного числа нервных окончаний и проявляет себя болевым шоком с нарушением сердечного ритма и дыхания. У таких больных в первую очередь подозревают острый инфаркт миокарда или спонтанный пневмоторакс. Правильно установить диагноз позволяют специальные методы исследования. Диагноз при ущемленных паразофагеальных диафрагмальных грыжах устанавливается, как правило, при обзорной рентгенографии брюшной и грудной полостей, рентгеноконтрастном исследовании пищевода и желудка.

Клиническая картина внутренних грыж неспецифична, но достаточно узнаваема, если помнить о возможности данной патологии. Наиболее характерными являются повторяющиеся приступы боли в эпигастральной области с чувством полноты и распираания. Патогномично изменение, облегчение или устранение приступа боли после перемены положения тела, например, в положении на спине. Боль может внезапно возникать после физического напряжения и так же внезапно исчезать. При внутренних ущемленных грыжах брюшной полости диагноз соответствует острой кишечной непроходимости. Дифференциальная диагностика внутренних грыж проводится с заворотом петель кишечника, новообразованием, сращениями между петлями кишок. Помогает исследование как в положении лежа, так и стоя. Топический диагноз устанавливается, как правило, интраоперационно.

«Ложное ущемление». Указанный симптомокомплекс служит причиной ошибочного диагноза ущемления грыжи, в то время как истинный характер заболевания остается скрытым. Наиболее часто диагностические ошибки возникают при странгуляционной кишечной непроходимости, геморрагическом панкреонекрозе, перитоните различной природы, печеночной и почечной коликах. Гарантированно избежать подобной ошибки можно только при внимательном осмотре больного без каких-либо упущений. Следует обращать особое внимание на боль вне грыжи.

Ущемление тонкой кишки сопровождается клиническими проявлениями кишечной непроходимости. Появляются вздутие живота, его асимметрия, нарастает застойная рвота. Ущемление петли толстой кишки протекает менее бурно, чем при ущемлении тонкой. Боль менее интенсивная, рвота обычно отсутствует или бывает однократной, рефлекторного, но не застойного

характера. Более характерны метеоризм и тенезмы (при ущемлении сигмовидной кишки, скользящих паховых грыжах).

Пристеночное ущемление кишки не сопровождается кишечной непроходимостью. Однако не только пристеночное ущемление толстой или тонкой кишки, но и ущемление дивертикула кишки, червеобразного отростка, жирового подвеса или пряди большого сальника в первые часы от ущемления не вызывают острой задержки газов и стула. В случае обнаружения в типичном месте для бедренной или любой другой грыжи болезненного образования любых малых размеров (особенно, если боль возникла внезапно или после физической нагрузки) хирург обязан расширить диагностическую программу (провести УЗИ патологической области с целью исключения или подтверждения пристеночного ущемления) вплоть до диагностической лапароскопии или лапаротомии.

Ущемление пряди большого сальника вначале также не сопровождается бурной клинической картиной. Боль тупая. Интенсивность ее нарастает спустя 2–3 ч с момента

ущемления. Это связано с развитием воспалительных изменений в сальнике и брюшине, с экссудативной реакцией и повышением давления в грыжевом мешке.

III. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.

3.1 Консервативное лечение

- **Не рекомендуется** консервативное лечение УГЖ.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 5) [2,3].

Комментарии: В ряде случаев сами больные, обладающие некоторым опытом вправления своей грыжи, производят неоднократные и нередко довольно грубые попытки вправления ущемленной грыжи в домашних условиях. Значительно реже такую ошибку допускает врач. В результате может возникнуть состояние так называемого **мнимого вправления**, являющееся одним из крайне тяжелых осложнений этого заболевания.

Возможные варианты «мнимого вправления»:

1. В многокамерном грыжевом мешке возможно перемещение ущемленного содержимого из одной камеры в другую, лежащую глубже, чаще всего в предбрюшинной клетчатке.
2. Можно отделить весь грыжевой мешок от окружающих тканей и вправить его вместе с ущемленными органами в брюшную полость или предбрюшинную клетчатку.
3. Известны случаи отрыва шейки грыжевого мешка как от тела последнего, так и от париетальной брюшины. При этом ущемленные органы «вправляют» в брюшную полость или предбрюшинную клетчатку.
4. Последствием грубого вправления может быть разрыв ущемленной кишки [2].

3.2 Хирургическое лечение

- Диагноз «ущемленная грыжа» однозначно указывает на необходимость незамедлительного оперативного лечения ущемленной грыжи вне зависимости от вида грыжи и срока ущемления.
- Уровень убедительности рекомендаций B (уровень достоверности доказательств – 2a)**[2,3,40].

Комментарии: Единственное противопоказание к операции – агональное состояние больного.

- **Рекомендуется** проведение предоперационной подготовки

Комментарии: Интенсивной медикаментозной предоперационной подготовки. требуют больные с осложненной грыжей и с сопутствующими тяжелыми заболеваниями. Они подлежат госпитализации из приемного отделения в блок интенсивной терапии. Назначаются кристаллоиды, антибиотики широкого спектра действия (за 30 мин до операции), антигипоксанты. Проводится коррекция органических функциональных нарушений. Такое лечение не должно занимать более 1,5–2 ч. После чего производится операция. При неосложненной ущемленной грыже достаточно ограничиться лишь коррекцией сопутствующей патологии по показаниям. Вопрос о подготовке больного к хирургическому вмешательству решается совместно ответственным хирургом и анестезиологом.

Перед самой операцией бреется операционное поле. По показаниям вводятся сердечные средства. Зондируется желудок, опорожняется мочевого пузырь. Наркотики и

спазмолитики до операции вводить не следует ввиду опасности спонтанного вправления содержимого грыжи в брюшную полость.

Анестезия. Рекомендуется современный многокомпонентный эндотрахеальный наркоз –метод выбора. Перидуральная анестезия может быть использована при нижней локализации грыжи [2,3].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 5) [2,3].

В исключительных случаях у пациентов молодого и среднего возраста возможно выполнение местной инфильтрационной анестезии.

• **Основные задачи хирургического вмешательства:**

- устранение ущемления и его осложнений,
- выполнение пластики брюшной стенки (выбор объема и способа пластики брюшной стенки).

Алгоритм хирургического вмешательства строится на указанном выше подходе и является дифференцированным с учётом вариантов клинического течения УГЖ.

3.2.1 Хирургическая тактика при вправившейся УГЖ.

• Независимо от того, где и когда произошло спонтанное вправление ущемленной грыжи (до госпитализации: на дому, в машине скорой помощи по пути в больницу или в приемном покое), **рекомендуется** обязательная госпитализация в хирургическое отделение стационара[2].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 5)[2]

• При ущемлении грыжи более 2 час до вправления **рекомендуется** диагностическая лапароскопия для исключения некроза бывших в ущемлении органов[2,3,36].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 5) [3].

- Диагностическая видеолапароскопия **рекомендуется** и при меньшей длительности ущемления, но при сохранившемся болевом синдроме после вправления грыжи для исключения «ложного» вправления. Интенсивный болевой синдром в проекции места ущемления (паховый, бедренный каналы и др.) требует исключения пристеночного ущемления кишки, для чего после выполнения УЗИ также целесообразна диагностическая видеолапароскопия.

Комментарии: При невозможности выполнения видеолапароскопии (противопоказания, отсутствие необходимого оборудования и др.) следует произвести срединную лапаротомию для выявления состояния вправившихся органов.

• Во всех остальных случаях спонтанного вправления при: 1) сроке ущемления менее 2 час; 2) сомнении в достоверности имевшего место ущемления – **рекомендуется** динамическое наблюдение за состоянием больного[2,3].

• **Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 5) [3].**

Комментарии: Если состояние органов брюшной полости в ближайшие сутки после ущемления не вызывает тревоги (нет боли и признаков интоксикации), пациент может быть оставлен в стационаре и после необходимого обследования подвергнут грыжесечению в плановом порядке.

- При спонтанном вправлении ущемленной грыжи во время вводного наркоза или начала местной анестезии **рекомендуется** приступить к операции. После вскрытия грыжевого мешка (при необходимости выполняется герниолапаротомия) осматривают близлежащие органы. Обнаружив орган, подвергшийся ущемлению, извлекают его в рану и оценивают жизнеспособность. При затруднении в поисках ущемленного органа прибегают к помощи лапароскопии через грыжевой мешок. Операцию продолжают и заканчивают по общепринятым для ущемленной грыжи правилам[2].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 5)[2,3].

3.2.2 Хирургическая тактика при неосложненной УГЖ

Тактические задачи решаются по ходу операции: осмотр ущемленного органа и подтверждение диагноза неосложненной ущемленной грыжи; ликвидация ущемления; пластика брюшной стенки. Первоочередная задача хирурга - 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.

- Последовательность действий хирурга строго определена.

1. Оперативный доступ. Разрез кожи, подкожной жировой клетчатки выполняется в соответствии с локализацией грыжи. Грыжевой мешок не выделяется полностью.

2. Вскрытие грыжевого мешка и фиксация ущемленного органа. Грыжевой мешок вскрывают, рассекая его в области дна. Обычно при этом изливается желтоватого или темно-бурого цвета грыжевая вода. Перед вскрытием грыжевого мешка необходимо изолировать рану марлевыми салфетками. Сразу же по вскрытии грыжевого мешка ассистент фиксирует ущемленный орган (наиболее часто петлю тонкой кишки) и удерживает его в ране. Производится посев экссудата. Рассечение ущемляющего кольца до вскрытия грыжевого мешка недопустимо.

3. Рассечение ущемляющего кольца. Удерживая ущемленный орган, выполняют рассечение ущемляющего кольца (грыжевых ворот) с учетом вида грыжи. При паховой косой – кнаружи и вверх, при паховой прямой – вверх и внутрь, при бедренной – медиально и вверх, при пупочной и белой линии живота – горизонтально или вверх. 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.

4. Оценка состояния ущемленного органа. Ускользнувший в брюшную полость ущемленный орган необходимо осмотреть, для чего следует произвести герниолапаротомию или лапароскопию. При обнаружении ретроградного ущемления необходимо извлечь и осмотреть промежуточную петлю, которая располагается в брюшной полости.

- Ущемленные отделы сальника следует резецировать во всех случаях.

- **Рекомендуется** жизнеспособность кишечной стенки оценить по следующим основным критериям [2,3]:

- восстановление нормальной окраски и тонуса;

- блеск и гладкость серозной оболочки;

- отсутствие странгуляционной борозды и темных пятен, просвечивающих сквозь серозную оболочку;

- сохранение или восстановление кровотока в сосудах брыжейки;

- наличие перистальтики.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 5) [2,3].

Комментарии: *Имеется ряд других дополнительных предложений оценки жизнеспособности ущемленной кишки (введение в брыжейку кишки 0,25% раствора новокаина, трансиллюминация и др.[4]. Однако они не просты в исполнении, удлиняют операцию и применяются редко в связи с их низкой достоверностью.*

Если все указанные признаки налицо, то кишка может быть признана жизнеспособной. И, если при этом с момента ущемления прошло мало времени и ущемление не осложнилось кишечной непроходимостью, такую кишку погружают в брюшную полость. Переходят к следующему этапу.

5. Пластика брюшной стенки выполняется с учетом разновидности грыжи и принципиально не отличается от планового грыжесечения.

1. **Рекомендуется** использовать наиболее простые, малотравматичные способы пластики, которые существенно не осложняют и не утяжеляют оперативное вмешательство. В первую очередь к ним следует отнести современные ненатяжные методы с использованием синтетических сетчатых имплантатов (операция Лихтенштейна, лапароскопические методы пластики) [26,42].

2. **Уровень убедительности рекомендаций B (уровень достоверности доказательств – 1a) [26,42].**

3.2.3 Хирургическая тактика при осложненной УГЖ

3.2.3.1 Тактика при УГЖ, осложненной некрозом ущемленного органа (без явлений кишечной непроходимости, перитонита и флегмоны грыжевого мешка).

При названном варианте клинического течения осложненной УГЖ по данным анамнеза, клинической картины и результатов дооперационного обследования не устанавливается признаков кишечной непроходимости, перитонита, флегмоны грыжевого мешка.

Могут быть выполнены этапы хирургического доступа и ликвидации ущемления по алгоритму, аналогичному при неосложненной УГЖ.

- При ущемлении кишки исключают кишечную непроходимость и перитонит. Определяют жизнеспособность ущемленного отдела кишки.
- Если отсутствует хотя бы один из признаков жизнеспособности кишки или остаются сомнения в этом, ставятся показания к резекции органа в пределах здоровых тканей.

Резекцию в большинстве случаев производят через герниолапаротомный доступ [2].

- Необходимо при ущемлении тонкой кишки кроме удаления ущемленной петли резецировать 40 см приводящего отдела кишки (выше странгуляции) и 15–20 см отводящего (ниже ее). (Обоснование: см. раздел « 1.2 Этиология и патогенез» стр.12)

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1b) [9].

Комментарии: *Те же правило следует соблюдать и при некрозе толстой кишки. Но в этих случаях, любые сомнения в необходимости наложения межкишечного анастомоза или его надежности – требуют наложение колостомы. Не соблюдение этих рекомендаций может быть причиной несостоятельности межкишечного анастомоза и развития перитонита в послеоперационном периоде. Анастомоз между приводящим и отводящим отделами предпочтительнее накладывать «конец в конец». Если дистальная граница при резекции подвздошной кишки располагается менее чем в 10–15 см от слепой кишки, следует прибегнуть к наложению илеоасцендо- или илеотрансверзоанастомоза.*

- **Рекомендуется** в случаях жизнеспособной ущемленной кишки, но резко выраженной странгуляционной борозды из-за опасности развития локального некроза прибегнуть к циркулярному погружению странгуляционной борозды узловыми серозно-мышечными швами при обязательном контроле проходимости кишки. При выраженных некротических изменениях в области странгуляционной борозды следует резецировать кишку [2].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 5) [2]

Комментарии: *Необходимо помнить, что в ущемленной петле кишки прежде всего страдают слизистая оболочка и подслизистый слой, которые не видны со стороны серозной оболочки и о поражении которых можно судить лишь по косвенным признакам.*

- При некрозе ущемленного сальника его некротизированную часть удаляют, а проксимальную часть вправляют в брюшную полость. При ущемлении жирового подвеса может нарушаться питание соответствующего участка кишки. Поэтому, резецируя его, необходимо тщательно осмотреть прилежащую кишечную стенку и оценить ее жизнеспособность.

- Тактика хирурга в случаях ущемления других органов (фаллопиева труба, червеобразный отросток и др.) определяется выраженностью морфологических изменений со стороны этих анатомических образований.

- Погрузив в брюшную полость жизнеспособный орган, подвергшийся ущемлению, полностью выделяют из окружающей клетчатки грыжевой мешок, перевязывают его у шейки и иссекают. К иссечению грыжевого мешка не прибегают при обширных

грыжах, у лиц преклонного возраста, отягощенных сопутствующими заболеваниями, и у детей. В этих случаях его лишь перевязывают или ушивают изнутри кисетным швом и пересекают грыжевой мешок у шейки. При скользящей ущемленной грыже тщательно оценивается жизнеспособность ущемленного органа в той его части, которая не имеет серозного покрова. Чаще всего «соскальзывают» и ущемляются слепая кишка и мочевого пузырь. При некрозе кишечной стенки производят срединную лапаротомию и резекцию правой половины толстой кишки с наложением илеотрансверзоанастомоза[2,3]. В случае некроза стенки мочевого пузыря операция представляет не меньшую сложность, поскольку приходится предпринимать его резекцию с наложением эпицистостомы[2,3].

- При ущемленной **грыже Литтре** дивертикул Меккеля или червеобразный отросток следует удалить в любом случае вне зависимости от того, восстановлена его жизнеспособность или нет.

Комментарии: *Необходимость удаления дивертикула вызвана тем, что он, как правило, лишен собственной брыжейки, исходит из свободного края тонкой кишки и в условиях ущемления плохо кровоснабжается. В связи с этим даже кратковременное его ущемление связано с опасностью*

некроза. Для удаления дивертикула выполняют клиновидную резекцию кишки, включая основание дивертикула. Швы на кишку накладывают в поперечном направлении.

После окончания названных этапов операции приступают к пластическому закрытию грыжевых ворот. Учитывая герниолапаротомию, выбор пластики брюшной стенки проводится дифференцировано и непосредственно связан как с ушиванием герниолапаротомной раны, так и применением одного из способов пластики брюшной стенки при конкретной грыже. Брюшная полость дренируется.

3.2.3.2 Тактика при УГЖ, осложненной кишечной непроходимостью Начальные этапы операции соответствуют положениям, изложенным в «3.2.2 Хирургическая тактика при неосложненной ущемленной грыже».стр. 31 Основными задачами операции являются:

- устранение ущемления;
- определение жизнеспособности ущемленного органа и показаний к резекции;
- установление границ резекции измененной кишки и ее выполнение;
- определение показаний и способа дренирования кишки;
- санация и дренирование брюшной полости;
- пластика брюшной стенки.

Доступ к ущемленной кишке и резекция ее могут быть выполнены путем герниолапаротомии или из отдельного лапаротомного разреза.

Комментарии: При ущемленной грыже, осложненной кишечной непроходимостью, могут быть два варианта основного этапа оперативного вмешательства: погружение ущемленного участка кишки в брюшную полость при ее жизнеспособности и резекция ущемленного участка кишки в случае нежизнеспособности последней.

- **Т**
актика хирурга при первом варианте ущемления – с сохраненной жизнеспособностью кишки. Если в результате дооперационного обследования установлено наличие кишечной непроходимости, которое предполагает выполнение назоюнональной декомпрессии и дренирования кишки во время операции, оперативное вмешательство целесообразно начать с выполнения срединной лапаротомии..

- **П**
осле ревизии брюшной полости и осмотра приводящего и отводящего колен ущемленного кишечника подтверждается диагноз кишечной непроходимости. Характерным является разница в диаметрах приводящего и отводящего колен ущемленной кишки. Приводящее колено выглядит заметно расширенным, а отводящее – спавшимся.

Рекомендуется назоюнональная декомпрессия приводящего отдела кишки, которую следует выполнить до рассечения ущемляющего кольца [2,3,28].

[Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1b) [28].

Комментарии: Если этого не сделать, то после устранения ущемления может произойти миграция застойного, токсического, содержимого в спавшиеся отделы отводящей петли кишки. Быстрое всасывание содержимого может привести к токсико-бактериальному шоку и другим осложнениям (эндотоксикозу).Предпочтительным способом дренирования тонкой кишки является назогастроинтестинальная интубация.

После декомпрессии кишечника выделяют грыжевой мешок и рассекают ущемляющееся кольцо. Для этого в ряде случаев можно использовать уже имеющийся лапаротомный доступ (ущемленные пупочная грыжа, грыжа белой линии, послеоперационная вентральная грыжа) или дополнить лапаротомию разрезом над местом грыжевого выпячивания (при ущемленной паховой или бедренной грыже). Оценивается жизнеспособность ущемленной петли. Жизнеспособная кишка погружается в брюшную полость. Оперативное вмешательство заканчивается дренированием брюшной полости. Выбор метода пластики брюшной стенки зависит от общего состояния больного и

локализации грыжи по методике при конкретной грыже (при локализации её вне срединного лапаротомного доступа) и ушиванием лапаротомного разреза. При локализации грыжевых ворот в пределах срединной лапаротомии выполняется ушивание лапаротомной раны с одновременной пластикой брюшной стенки.

- **П**
ри втором варианте ущемления с нежизнеспособной кишечной петлей выбор оперативного доступа так же решается, исходя из данных дооперационного обследования. Если при этом не

выявлены признаки выраженной кишечной непроходимости (ранние сроки ущемления), а потому не предполагается декомпрессия кишки, доступ к ущемленному органу может быть осуществлен через зону грыжевого выпячивания.

- Начальные этапы операции аналогичны предыдущему варианту.

- После осмотра ущемленной кишечной петли и выявления кишечной непроходимости ставятся показания к резекции кишки. Они определяются признаками нежизнеспособности ущемленного органа. П

- Резекция кишки выполняется из герниолапаротомного доступа после предварительной декомпрессии кишечника. Однако при появлении каких-либо технических трудностей надо быть готовым к переходу на срединную лапаротомию. Р

Комментарии: Эти трудности могут возникнуть при проведении анастомозированной кишки через расширенное грыжевое кольцо, особенно при опасности его рассечения (бедренная грыжа, редкие формы грыж). При любом доступе уровни резекции ущемленной петли должны быть стандартными (изложены в предыдущих разделах). Если после декомпрессии кишки диаметр приводящего и отводящего отделов равны, то можно формировать анастомоз «конец в конец». Если диаметр приводящего отдела остается расширенным и превышает диаметр отводящего в 2 раза и более, то показан анастомоз «бок в бок».

- Операция заканчивается назогастральным или назоинтестинальным дренированием (в случае декомпрессии кишечника), дренированием брюшной полости. О

- Пластика брюшной стенки выполняется при отсутствии противопоказаний к её выполнению. П

3.2.3.3 Тактика при УГЖ, осложненной флегмоной грыжевого мешка

- **Рекомендуется** операцию выполнять в 2 этапа [2]. Р

[Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 5)][2,3].
Если ущемлена кишка.

- Первый этап (внутрибрюшной): П

- срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости;
- декомпрессия кишечника по показаниям;
- отсечение в пределах здоровых тканей ущемленной части кишки, подлежащей удалению, концы которой ушиваются наглухо;
- наложение анастомоза между приводящим и отводящим отделами жизнеспособной кишки;
- резекция кишечных культей, уходящих в грыжевой мешок с погружением их под брюшину кисетным швом вокруг внутреннего кольца грыжевых ворот;
- дренирование брюшной полости, ушивание лапаротомной раны.

Комментарии: Все оперативные действия первого этапа преследуют цель отграничения гнойника (флегмоны грыжевого мешка) от брюшной полости.

- Второй этап (внебрюшной): В

- разрез кожи над грыжевым выпячиванием, герниотомия, рассечение ущемляющего кольца;
- извлечение некротизированной петли кишечника;
- некрэктомия в герниотомической ране, рыхлое тампонирование её с гидрофильными мазями (левомиколь и т.п.) и дренирование.

Комментарии: Пластика брюшной стенки не выполняется. После наложения швов на рану брюшины сближаются края кожи до дренажной трубки.

3.2.3.4 Тактика при УГЖ, осложненной перитонитом

- **Рекомендуется** лапаротомный доступ [2,3]. Р

[Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 5)[2,3].

Последовательность действий хирурга:

- лапаротомия;
- удаление гнойного экссудата (предварительно берется посев на флору и чувствительность к антибиотикам);
- ревизия органов брюшной полости, диагностика характера ущемления и источника перитонита;
- декомпрессия кишечника;
- устранение источника перитонита путем резекции ущемленного органа и ликвидации ущемления;
- санация и дренирование брюшной полости;
- ушивание лапаротомной раны по общехирургическим принципам

Комментарии: При необходимости, при расположении грыжи вне срединного разреза живота в случае ущемления кишки выполняется герниотомия и удаление ущемлённого некротизированного участка кишки. Герниотомная рана дренируется. Пластика брюшной стенки по поводу грыжи не проводится. При запущенной стадии перитонита, и когда планируется повторная санация брюшной полости на лапаротомную рану накладываются только кожные швы, апоневроз не ушивается [2,3]

3.2.3.5 Тактика при УГЖ, осложненной кишечными свищами

•

рекомендуется лапаротомный доступ [2,3].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 5) [2].

Тактика схожа с тактикой при ущемленной грыже, осложненной флегмоной грыжевого мешка (в случае отсутствия перитонита) или осложненной перитонитом (при его наличии). Герниотомическая рана ведется открыто, пластика брюшной стенки не выполняется. Вопрос о ликвидации кишечных свищей и наложении первичного анастомоза решается по общим правилам хирургии с оценкой отдела кишки, несущей свищ.

3.3 Видеолапароскопическая технология

Частота выполнения лапароскопических операций при УГЖ колеблется в пределах 4%-7%. [2], но следует применять значительно шире [43].

Показания:

- 1) дифференциальная диагностика вариантов УГЖ, определение хирургической тактики;
- 2) неосложненная УГЖ;
- 3) осложнённая УГЖ
- 4) ревизия органов брюшной полости после самопроизвольно вправившегося ущемлённого органа

Противопоказания:

- 1) УПОВГ с выраженным спаечным процессом брюшной полости;
- 2) высокий анестезиологический риск напряженного пневмоперитонеума при флегмоне грыжевого мешка, клинических признаков перитонита и острой кишечной непроходимости.

Преимущества: уменьшение болевого синдрома, уменьшение послеоперационных осложнений, скорейшая реабилитация больного [43].

Недостатки: напряжённый карбоксиперитонеум.

Условия для лапароскопической операции:

- 1) наличие оборудования и инструментария;
- 2) владение хирургом техникой выполнения лапароскопических операций, включая пластику брюшной стенки.

В момент проведения видеолапароскопии под комбинированным эндотрахеальным наркозом за счет релаксации и растяжения мышц передней брюшной стенки при создании пневмоперитонеума в 70% наблюдений происходит самопроизвольное вправление ущемленных органов без рассечения ущемляющего кольца. Повышение пневмоперитонеума до 16–20 мм рт.ст. на промежутки времени от 10 до 60 сек позволяет еще в 13% достигнуть самопроизвольного вправления [36].

- **Рекомендуется** для уменьшения риска травматизации ущемленного органа при его извлечении из ущемляющего кольца незначительное мануальное давление на грыжевое выпячивание через брюшную стенку.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1b) [36,43].

Комментарии: Указанные выше особенности при проведении видеолапароскопии позволяют в 85% наблюдений добиться вправления ущемленных органов без рассечения ущемляющего кольца. [36]. Резекция ущемленного органа при показаниях возможна как лапароскопически, так и в видеоассистированном варианте.

- **Рекомендуется:** если не произошло самопроизвольного вправления грыжевого содержимого, произвести рассечение ущемляющего кольца [2,36].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1b) [36].

Комментарии: При ущемлении петли кишечника необходимо использование инструмента с внутренним расположением ножа, что позволяет избежать травмирования стенки кишки.

- **Рекомендуется** при отсутствии воспалительных изменений со стороны брюшной полости и грыжевого канала выполнить закрытие грыжевых ворот предбрюшинно, в случае использования композитной сетки – внутрибрюшинно [36,43].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1b) [36,43].

3.4 Объем и способ пластики брюшной стенки

- **Не рекомендуется** пластика брюшной стенки при: флегмоне грыжевого мешка; перитоните; а также синдроме внутрибрюшной гипертензии с полиорганной недостаточностью. В таких ситуациях целесообразно ограничиться наложением швов только на кожу лапаротомной раны без ушивания апоневроза.
- **Не рекомендуется** выполнять пластику и больным с длительно существующей грыжей больших размеров (особенно послеоперационных). Выбор вмешательства у такого рода пациентов даже в плановой хирургии представляет непростую задачу. Исключение можно сделать лишь для специализированных учреждений, специально разрабатывающих эту проблему. Объем пластики при ущемленной послеоперационной грыже зависит от величины грыжи, уровня повышения внутрибрюшного давления и степени компенсации сопутствующей патологии.

Пластика брюшной стенки при ущемленных грыжах производится наиболее простым способом. Необходимо максимально сохранить элементы грыжевого мешка и окружающих местных тканей. Грыжевой мешок может быть использован при ненатяжной пластике с применением сетчатых синтетических имплантатов. В этих случаях брюшина грыжевого мешка служит надежной антиадгезивной средой, препятствующей развитию таких осложнений, как спаечная кишечная непроходимость, сеточные свищи и т.п.

Выбор метода пластики грыжевых ворот при ущемленных грыжах индивидуален. При гигантской неосложненной УПОВГ и пупочной грыже показана корригирующая пластика, что особенно актуально у больных пожилого возраста с выраженной сопутствующей патологией. При дефектах апоневроза (до 6 см - 8 см), отсутствии гнойно-септических осложнений ущемления возможно выполнение реконструктивной пластики брюшной стенки или коррекции объема брюшной полости с использованием сетчатых имплантатов.

Показания к выполнению пластики брюшной стенки с использованием синтетических сеток [44, 45, 46, 47, 48]:

- 1) рецидивные, особенно, многократно рецидивирующие грыжи;
- 2) первичные грыжи больших размеров при дряблой брюшной стенке в связи с атрофией мышц, фасций и апоневроза;
- 3) послеоперационные грыжи с множественными грыжевыми воротами, когда ушивание грыжевых ворот местными тканями не дает полной уверенности в их состоятельности;
- 4) «сложные» паховые грыжи – большие прямые, косые с прямым каналом, скользящие и комбинированные с выраженной атрофией мышц, разволокнением апоневроза, гипоплазией связок.

При паховых грыжах среди пластик с использованием местных тканей предпочтение следует отдать операциям по Бассини, Постемскому, Шолдайсу. При бедренной грыже - по Локвуду–Бассини, Руджи, Парлавечи. При пупочной и белой линии живота – пластика по Мейо, Сапежко.

Среди вмешательств с применением синтетических имплантатов наибольшее распространение получила ненатяжная пластика пахового канала по Лихтенштейну. Синтетические имплантаты применяются и при лечении бедренных, пупочных грыж – при этом возможна и видеолапароскопическая технология.

3.5 Послеоперационное лечение

Послеоперационное ведение больного проводится с учетом клинического варианта течения УГЖ и особенностей выполненного оперативного вмешательства, возраста больного и сопутствующей патологии.

• **Рекомендуется** в ближайшие дни послеоперационного периода продолжить лечение больных в отделении реанимации и интенсивной терапии. Показания к переводу в палату хирургического отделения устанавливаются врачом–реаниматологом совместно с хирургом.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2а) [49].

Общими объединяющими моментами лечения этой категории больных являются:

- адекватное обезболивание;
- профилактика и лечение дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности;
- дезинтоксикационная терапия, борьба с нарушениями водно-электролитного и кислотно-основного баланса;
- профилактика и лечение инфекционных осложнений;
- профилактика и лечение эрозивно-язвенных поражений желудка, двенадцатиперстной кишки;
- восстановление моторики желудочно-кишечного тракта;
- лечебная физкультура и как можно ранняя активизация больного при обязательном бандажировании живота.

Комментарии: Объем и интенсивность проводимой терапии назначаются врачом-реаниматологом в соответствии с протоколами, рекомендуемыми ассоциацией анестезиологов и реаниматологов.

• **Рекомендуется** с целью профилактики осложнений со стороны сердечно-сосудистой и легочной системы ранняя активизация больного. И если позволяет состояние, активный двигательный режим назначается уже в день операции [2,3].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 5) [2,3].

Комментарии: У больных, перенесших операцию по поводу неосложненного течения основного заболевания разработана программа FTS (Fast track surgery) или ERAS (Enhanced recovery after surgery). Программа предусматривает быстрое улучшение общего состояния с коротким сроком пребывания в стационаре за счет ранней реабилитации пациента, раннего начала перорального приема пищи, отказа от применения назогастрального зонда и др [49].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1b) [49].

• **Рекомендуется** извлечение назогастроинтестинального дренирующего зонда после восстановления перистальтики и самостоятельного стула на 3–4-е сутки [2,3,49].

• **Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1b) [49].**

Сроки снятия кожных швов и сроки пребывания в стационаре после операции колеблются в пределах 8 – 12 суток при гладком течении послеоперационного периода. Продление послеоперационного койко-дня связано с возрастом больного, характером основного заболевания и объема проведенного вмешательства.

Лабораторные исследования выполняются по показаниям и перед выпиской.

3.6 Послеоперационные осложнения и летальность

По некоторым данным процент послеоперационных осложнений сохраняется высоким и может достигать 50% [16]. Преобладают раневые осложнения, несостоятельность межкишечных анастомозов.

Летальность после операции колеблется в пределах 2,6%-11,0% [50]. В сравнении с плановыми грыжесечениями она возрастает в 16,2 раза [18]. По данным Департамента здравоохранения г. Москвы в 2008 году половину умерших больных после оперативного лечения составили

пациенты с ущемленной пупочной и послеоперационной грыжей [2]. Общая летальность при этом за последние 10 лет сохраняется в пределах 0,9% - 1,4% [2].

.Среди причин летальности: продолжающаяся интоксикация – 25,1%, острая сердечно-сосудистая недостаточность – 22,3%, перитонит – 16,3%, ТЕЛА – 14,1%, полиорганная недостаточность – 6,8%, инфаркт миокарда – 4,7% и другие – 10,9%.[50].

Одной из главных организационных причин неудовлетворительных исходов лечения УГЖ является поздняя госпитализация. Так, более трети больных с ущемленной грыжей госпитализируются позже 24 часов от начала заболевания [17].

Проведение соответствующих организационных мероприятий и выработка протоколов ведения больных УГЖ позволили в лечебных учреждениях г. Москвы значительно улучшить показатели лечения. По данным Департамента здравоохранения Москвы в 2014 г. общая летальность при ущемленной грыже живота составила 0,7%, послеоперационная – 0,7%. Причем, в первые сутки после поступления она была равной 0,29%, а в более поздние сроки – 2,17%[2].

IV. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации.

- Больным, перенесшим операцию по поводу УГЖ **рекомендуется:**
 - 1) наблюдение у хирурга поликлиники;
 - 2) ношение бандажа в течение 2-4 мес.;
 - 3) ограничение физических нагрузок на брюшную стенку в течение 6 мес.;
 - 4) в случае отсроченной пластики брюшной стенки - госпитализация в плановом порядке для ликвидации грыжи не раньше 3-6 мес. после операции и купирования инфекционных осложнений в ране.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 5) [2,3].

V. Дополнительные методы диагностики, лечения:

Методы	Наименование, кратность	Нормативный документ
Физиотерапевтические методы	Не показаны	
Клиническая лабораторная диагностика	не требуется	
Цитологические, гистологические методы диагностики	Гистологическое исследование грыжевого мешка.	Клинические рекомендации по ущемленным грыжам живота.
Иглорефлексотерапия	Не показано	
Гирудотерапия	Не показано	
Экстракорпоральные методы	Не показано	
Методы традиционной китайской медицины	Не показано	
Методы остеопатии	Не показано	

VI. Порядок информирования и передачи информации в Роспотребнадзор в случае инфекционной патологии: не требуется.

VII. Показания для госпитализации.

Наличие признаков ущемления грыжи

VIII. Критерии оценки качества медицинской помощи:

К (частота предоставления)	Критерии качества	Выполнение	Уровень достоверности и доказательств (при наличии)	Уровень убедительности рекомендаций (при наличии)
К 1	<p>Диагностика: Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический Визуальный осмотр общетерапевтический Пальпация общетерапевтическая Перкуссия общетерапевтическая Аускультация общетерапевтическая Исследование пульса Измерение частоты сердцебиения Измерение артериального давления на периферических артериях</p> <p>Лечение из расчета 30 мин: Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический Исследование пульса Измерение частоты сердцебиения Измерение артериального давления на периферических артериях Транспортировка пациента службой скорой медицинской помощи вне медицинского учреждения (организации)</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>		
К 0.9				
К 0.8				
К 0.7				
К 0.6				
К 0.5				

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендации
1	Выполнен осмотр врачом-хирургом не позднее 1 час от	2а	В

	момента поступления в стационар		
2	Выполнена обзорная рентгенография, УЗИ органов брюшной полости и области грыжевого выпячивания не позднее 1 час после поступления в стационар	2а	В
3	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами широкого спектра действия за 30 мин до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний)	2а	В
4	Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 2 часов от момента поступления в стационар	1а	А
5	Отсутствие повторных хирургических вмешательств		
6	Отсутствие гнойно-септических осложнений		

IX. Регламентирующие документы:

Нозологическая форма (наименование)			
Мероприятия	Стандарт (номер, наименование, дата)	Клинические протоколы (наименование, кем разработан, номер, дата)	Другое (национальные клинические руководства)
Диагностика	ПРИКАЗ от 4 сентября 2006 года N 638 Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с грыжей брюшной полости неуточненной		
1.			
2.			
3.			
Лечение	ПРИКАЗ от 4 сентября 2006 года N 638 Об утверждении стандарта медицинской		

	помощи больным с грыжей брюшной полости неуточненной		
1.			
2.			
3.			
4.			

Х. Информация для пациента (кратко о заболевании).

Ущемленная грыжа живота – тяжелое осложнение грыжевой болезни. Чаще всего это осложнение развивается у пациентов с ранее диагностированной грыжей. Но ущемление возможно и у людей, у которых ущемление и само наличие грыжи выявляется впервые – в момент ущемления. Это так называемая «первично ущемлённая грыжа живота».

Болезнь, как правило, начинается остро, внезапно с сильной боли в области грыжевого выпячивания. Ранее вправляемое грыжевое выпячивание перестаёт вправляться, напряжено и сильно болит при дотрагивании. Если до этого приступа в типичных местах наружных грыж живота (паховой, пупочной, бедренной) не было выпячивания, а оно появилось и налицо описанные выше признаки, то так же следует думать об ущемленной грыже.

Не следует пытаться вправить грыжу самостоятельно, это опасно тяжелыми последствиями. Необходимо немедленно вызвать скорую помощь. Пациенту следует прилечь в удобном положении и дождаться приезда врача.

Ущемленная грыжа живота – заболевание хирургическое и требует неотложной операции. Как правило, исход лечения благоприятный. Но его успех во многом зависит от времени, прошедшего после ущемления. Чем раньше этот срок, тем радикальней операция, тем лучше результат. В запущенных случаях болезни ради спасения жизни больного приходится отказываться от операции по ликвидации самой грыжи (пластики брюшной стенки) и переносить её на следующий этап. Пластику брюшной стенки необходимо выполнить уже в плановом порядке и обязательно, что бы избежать повторного ущемления грыжи. Такую операцию можно выполнить через 3-6 месяцев.

Пациенту, перенесшему пластику брюшной стенки, в течение 2-4 месяцев после операции рекомендуется ношение бандажа, избегать большой физической нагрузки. Для оценки результатов пластики рекомендуется диспансерное наблюдение – контрольная явка к хирургу поликлиники 1 раз в год в течение первых 3-х лет.

ХІ. Алгоритмы действий врача (схема):

