



А. В. Капшитарь

Запорожский  
государственный медицинский  
университет

© Капшитарь А. В.

## ФЛЕГМОНА ГРЫЖЕВОГО МЕШКА (ДИАГНОСТИКА, ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ)

**Резюме.** Цель исследования: изучить частоту, результаты диагностики и хирургического лечения флегмоны грыжевого мешка у больных с ущемлённой грыжей. Из 632 пациентов с ущемлённой грыжей у 18 (2,9%) больных диагностировали флегмону грыжевого мешка, не имевшую классических клинических признаков. В клинике до операции она диагностирована у 5,5% пациентов и в процессе операции – у 94,5%. Оперативный доступ избирали с учётом предоперационного диагноза, видоизменяемого в дальнейшем, дифференцированно применяли объём операции, а при высоком риске летального исхода у 22,2% больных выполняли двухмоментное оперативное вмешательство. Умерли 2 (11,1%) пациентов (сепсис-1, инсульт-1).

Внедрение УЗИ позволит улучшить диагностику флегмоны грыжевого мешка, а совершенствование способов дренирования раны – результаты лечения.

**Ключевые слова:** ущемлённая грыжа, флегмона грыжевого мешка, диагностика, хирургическое лечение.

### Введение

Различные виды грыж встречаются у 3-4 % населения [6, 10]. Согласно статистике, ущемлением осложняется 3-20% грыж брюшной стенки различной локализации [7, 10]. Чаще всего в грыжевом мешке оказывается петля тонкого кишечника – 63-68% случаев, сальник ущемляется у 16-20%, толстая кишка – 6-8%, а самое частое сочетание ущемлённых органов – это тонкая кишка и сальник – 4-5% [10].

Флегмона грыжевого мешка одно из наиболее грозных и опасных осложнений ущемлённой грыжи, диагностируемая у 2,5% из них [4, 8]. Она возникает в результате некроза кишки в ущемлённой грыже и последующего перехода воспалительного процесса с грыжевого мешка на брюшную стенку [5, 6]. Диагноз при значительных сроках ущемления (более 3-5 дней), типичных воспалительных изменениях окружающих грыжевой мешок тканей не вызывает затруднения [5, 7].

Экстренная операция незыблемый постулат лечения [4, 9]. Противопоказаний к операции при ущемлённой грыже не существует [4].

С целью уменьшения опасности инфицирования брюшной полости содержимым грыжевого мешка при его флегмоне разработаны методики оперативных вмешательств [3, 5]. При ущемлённой паховой грыже применяют операцию Samter (1985), бедренной грыже – оперативный доступ со стороны бедра, пупочной и околопупочной грыжах – способ Грекова [3, 4, 5, 9]. У больных с высоким риском летального исхода после резекции кишки при формировании анастомоза (перитонит, кишечная непроходимость) используют двухмоментное

хирургическое вмешательство [7]. На I этапе операции создают двухствольную концевую стому кишечника и на II этапе, после стихания воспалительных явлений в брюшной полости и когда состояние больного перестает внушать опасение, восстанавливают целостность кишечного тракта [7]. Образование кишечного свища показано при «операции отчаяния» у тяжелобольных, когда резекция кишки невозможна [5]. Прогноз часто неблагоприятный.

В настоящее время опубликованы результаты экспериментальной работы, подтверждающие выводы отдельных авторов о возможности применения полипропиленовой сетки для пластики грыжевого дефекта передней брюшной стенки в фазе воспаления и возможность её применения при флегмоне грыжевого мешка [2].

### Цель исследования

Изучить частоту, результаты диагностики и хирургического лечения флегмоны грыжевого мешка у больных с ущемлённой грыжей различной локализации.

### Материал и методы исследований

В хирургическом отделении КУ «Городской клинической больницы № 2», базы кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, за период с 1995 по 2017 год нами оперированы 632 пациента при наличии ущемлённой грыжи различной локализации с летальностью 2,1% (13 больных).

Среди всех оперированных пациентов у 18 (2,9%) больных имела место флегмона грыжевого мешка. Мужчин было 3 (16,7%), женщин – 15 (83,3%). Возраст варьировал от 60 до 88 лет.



Превалировали лица от 71 до 88 лет. Все пациенты транспортированы в клинику СМП. Диагноз флегмоны грыжевого мешка не установлен. Обращает на себя внимание довольно позднее обращение за медицинской помощью. Так, по истечению 3 суток от начала заболевания доставлены 3 (16,7%) больных, в течение 5-7 суток – 7 (38,9%), 8 суток – 6 (33,3%) и 10-12 суток – 2 (11,1%). Все пациенты страдали сопутствующими заболеваниями. В анамнез 13 (72,2%) больных ранее были оперированы. Из них 5 (38,5%) пациентов перенесли гинекологические операции (экстирпация матки с придатками – 3, пангистерэктомия – 1, кесарево сечение – 1), 4 (30,8%) – аппендэктомию (холецистэктомия – 2), 1 (7,7%) – операцию Гартмана и реконструктивно-восстановительную операцию, 1 (7,7%) – резекцию мочевого пузыря, 1 (7,7%) – ушивание травматического разрыва печени и 1 (7,7%) – тонкой кишки.

#### Результаты исследований и их обсуждение

При поступлении в клинику все больные обследованы (клиническое обследование, лабораторно-биохимическое, обзорная рентгенография грудной и брюшной полостей, ЭКГ).

После госпитализации в течение 1 часа оперированы 10 (55,6 %) пациентов, 1-2 часов – 5 (27,8 %), 3 часов – 1 (5,6 %), 6 часов – 1 (5,6 %) и 20 часов – 1 (5,6 %).

В зависимости от установленных предоперационных диагнозов больных разделили на 3 группы.

В группу А включили 1 (5,6 %) пациента с флегмоной грыжевого мешка как осложнения ущемлённой пупочной грыжи. Выполнена операция по способу Грекова с резекцией большого сальника продольным оперативным доступом.

Группа В составила 5 (27,8 %) больных, у которых диагноз ущемлённой грыжи и флегмоны грыжевого мешка установлен лишь во время операции. Из них у 2 (40 %) пациентов показанием к операции была флегмона передней брюшной стенки (рак?, кишечная непроходимость? – 1), у 1 (20 %) – воспалительный инфильтрат брюшной стенки, у 2 (40 %) – острая кишечная непроходимость (перитонит в терминальной фазе, сепсис). После локального оперативного доступа и санации у 1 (20 %) больного определено Рихтеровское ущемление поперечной ободочной кишки с гангреной в послеоперационной вентральной грыже, у 1 (20 %) – ущемление бедренной грыжи с гангреной тонкой кишки и перфорациями. Оперативный доступ изменён, выполнена срединная лапаротомия с клиновидной резекцией поперечной ободочной кишки и формированием двухствольной концевой транверзостомы (1) и резекция тонкой кишки с энтеро-

энтероанастомозом бок-в-бок (1). Ещё 1 (20 %) пациент оперирован с инфильтратом в области послеоперационной вентральной грыжи. После локального доступа, диагностики ущемлённой грыжи с гангреной тонкой кишки, доступ также изменён и выполнена срединная лапаротомия с резекцией тонкого кишечника и анастомозом бок-в-бок. Последним 2 (40%) больным с острой кишечной непроходимостью, разлитым перитонитом и сепсисом осуществлена срединная лапаротомия. Из них выявлена гангрена тонкой кишки в послеоперационной вентральной грыже у 1 (20 %) пациента и паховой грыже – у 1 (20 %). После резекции тонкой кишки выполнен энтеро-энтероанастомоз бок-в-бок у 1 (10 %) больного и концевые илеостомы – у 1 (10 %). Умерла 1 (20 %) пациентка на 6 сутки после операции от абдоминального сепсиса.

Наиболее многочисленной была группа С – 12 (66,7 %) пациентов, у которых до операции диагностирована ущемлённая грыжа различной локализации. Косая паховая грыжа диагностирована у 6 (50 %) больных, послеоперационная вентральная грыжа – у 3 (25 %), бедренная грыжа – у 2 (16,7 %) и пупочная грыжа – у 1 (8,3 %).

При косой паховой грыже у 4 (66,7 %) пациентов осуществлена герниолапаротомия и срединная лапаротомия – у 2 (33,3 %). После аппендэктомии с гангреной червеобразного отростка патологические ткани широко иссечены вместе с грыжевым мешком и осуществлена аутопластика (Спасокукоцкий-Кимбаровский – 3, Постемпский – 1). Из последних 2 больных после срединной лапаротомии у 1 (50%) пациента подтверждена ущемлённая паховая грыжа с Рихтеровским ущемлением и гангреной тонкой кишки и у 1 (50%) – определена ущемлённая бедренная грыжа также с гангреной тонкой кишки. У них после резекции тонкой кишки наложен энтеро-энтероанастомоз бок-в-бок, грыжесечение с аутопластикой по Постемпскому (1) и Бассини (1).

Пациентам с ущемлённой срединной послеоперационной вентральной грыжей произведена герниолапаротомия. У всех 3 (25%) пациентов выявлено ущемление тонкой кишки с гангреной (перфорации кишки – 1) и дополнительно ущемление слепой кишки с восходящим отделом ободочной кишки у одной из них. Наряду с этим у 2 (66,7%) больных заболевание осложнилось разлитым гнойно-фибринозным перитонитом. Выполнена резекция тонкой кишки с двухствольной илеостомой у 2 (66,7%) пациентов и наложен энтеро-энтероанастомоз бок-в-бок с назо-интестинальной интубацией тонкого кишечника – у 1 (33,3%). Брюшная полость ушита по методу край-в-край.



Из 2 (16,7%) больных с ущемлённой бедренной грыжей (разлитой перитонит-1) на операции была ущемлена тонкая кишка (гангрена-1, жизнеспособна-1). Дополнительно у 1 (50%) пациентки имело место ущемление жизнеспособной слепой кишки и червеобразного отростка с гангреной. Срединная лапаротомия, резекция тонкой кишки, энтеро-энтероанастомоз бок-в-бок (1) и герниолапаротомия, аппендэктомия, пластика по Бассини (1). Умерла 1 (50%) больная до суток от острого инсульта.

При ущемлённой пупочной грыже (1 пациентка) во время срединной лапаротомии выявлена гангрена тонкой кишки. После грыжесечения и санации проведена операция по способу Грекова с резекцией тонкого кишечника, энтеро-энтероанастомозом бок-в-бок, пластикой край-в-край.

Всем пациентам групп В и С на дно раны уложены по длине по 2 перфорированные

полихлорвиниловые трубки, выведенные через контрапертуры, для этапных санаций антисептиками и антибиотиками

### Выводы

1. Флегмона грыжевого мешка осложнила течение у 2,9% больных с ущемлённой грыжей различной локализации.

2. Дооперационная диагностика флегмоны грыжевого мешка была крайне затруднительной ввиду отсутствия классических клинических признаков. Диагноз сотрудниками СМП не установлен, до операции он установлен у 5,5% пациентов, а у остальных 94,5% – во время операции.

3. Дифференцированный и приоритетный выбор очередности оперативных доступов, объёма оперативного пособия, одно- или двухмоментных хирургических вмешательств, с учётом риска летального исхода, позволил уменьшить летальность до 11,1 %.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика, тактические и лечебные ошибки при ущемлённых грыжах / В. В. Бойко, В. П. Далавурак, В. П. Воробьёв [и др.] // Харківська хірургічна школа. – 2004. - № 1-2. – С. 76 – 80.
2. Експериментальна модель комплексного лікування флегмони грижового мішка з приміненням алопластики / Ш. В. Мельник, О. В. Пиптюк, М. Ш. Мельник, Д. С. Нагірняк // Український журнал хірургії. – 2011. – № 4. – С. 194 – 197.
3. Жебровский В. В. Атлас операций при грыжах живота / В. В. Жебровский, Ф. Н. Ильченко. – Симферополь: ЧП «Элинью», 2004. – 316 с.
4. Клінічні протоколи надання медичної допомоги (Хірургія): Нормативне виробничо-практичне видання. – К.: МНІАЦ медичної статистики; МВЦ «Медінформ», 2013. – 240 с.
5. Неотложная абдоминальная хирургия / Под ред. А.А. Гринберга. – М.: Триада-Х, 2016. – 496 с.
6. Неотложная хирургия органов брюшной полости (клиническое руководство) / Под ред. П. С. Кондратенко, В. И. Русина. – Донецк : Издатель Заславский А.Ю., 2013. –720 с.
7. Неотложная хирургия груди и живота. 3 изд. / Под ред. Л. Н. Бисенкова, П. Н. Зубарева. – СПб.: СпецЛит, 2015. – 574 с.
8. О хирургической тактике при ущемлённых грыжах / В. В. Рыбачков, Е. Н. Кабанов, А. В. Тевяшов, Н. С. Абакшин // Хирургия. – 2011. – № 12. – С. 55 – 58.
9. Протоколы диагностики и лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. – СПб.: шик, 2007. – 59 с.
10. Хирургия острого живота / Под ред. Г. И. Синенченка, А. А. Курыгина, С. Ф. Багненко. – СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2009. – 572 с.



ФЛЕГМОНА ГРИЖОВОГО  
МІШКА (ДІАГНОСТИКА,  
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ)

*O. B. Kapshytar*

**Резюме.** Мета дослідження: вивчити частоту, результати діагностики та хірургічного лікування флегмони грижового мішка у хворих на защемлену грижу. З 632 пацієнтів на защемлену грижу у 18 (2,9%) хворих діагностували флегмону грижового мішка, що не мала класичних клінічних ознак. У клініці до операції вона діагностовано у 5,5% пацієнтів, в процесі операції – у 94,5%. Оперативний доступ обирали з урахуванням передопераційного діагнозу, змінюючи його у подальшому, диференційовано обирали об'єм операції, а за наявності високого ризику летального наслідку у 22,2% хворих виконували двоментне оперативне втручання. Померли 2 (11,1%) пацієнтів (сепсис – 1, гострий інсульт – 1).

Впровадження УЗД дозволить покращити діагностику флегмони грижового мішка, а вдосконалення способів дренивання рани – результати лікування.

**Ключові слова:** *защемлена грижа, флегмона грижового мішка, діагностика, хірургічне лікування.*

PHLEGMON OF THE  
HERNIAL SAC (DIAGNOSIS,  
SURGICAL TREATMENT)

*A. V. Kapshytar*

**Summary.** The aim of the study was to study the frequency, results of diagnosis and surgical treatment of the phlegmon of the hernial sac in patients with strangulated hernia. Of the 632 patients with impaired hernia, 18 (2,9%) patients were diagnosed with a phlegmon of a hernial sac, which did not have classical clinical signs. In the clinic, before surgery, it was diagnosed in 5,5% of patients and during the operation - in 94,5%. Operative access was chosen taking into account the preoperative diagnosis, changing it in the future, differentiated the scope of the operation, and at a high risk of death in 22,2% of patients performed a two-stage operative intervention. Two (11,1%) patients died (sepsis-1, stroke-1).

The introduction of ultrasound will improve the diagnosis of the phlegmon of the hernial sac, and the improvement of the methods of draining the wound - the results of treatment.

**Key words:** *strangulated hernia, phlegmon of the hernial sac, diagnostics, surgical treatment.*