

Дифференциальный диагноз ущемленной грыжи живота

ВЫПОЛНИЛА: УШАНОВА МАРГАРИТА,
СТУДЕНТКА ГРУППЫ 4607, МБФ

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.

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.

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

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.

Иногда возникает вопрос о необходимости проводить дифференциальный диагноз между ущемлённой грыжей и копростазом (каловым завалом).

Последний встречается в основном при невправимых грыжах у пациентов преклонного возраста и развивается на фоне физиологического замедления перистальтики и склонности к запорам, что приводит к застою химуса в петле кишки, вышедшей в грыжевой мешок. В отличие от калового ущемления копростаз никогда не сопровождается сдавлением брыжейки кишки, клинически нарастает постепенно, ему не предшествует чрезмерная физическая активность, а болевой синдром развивается медленно и не бывает интенсивным. Копростаз не требует хирургического лечения. Ликвидируют его обязательно (иначе ситуация может обернуться каловым ущемлением грыжи), но консервативными методами (при помощи клизм).

Дифференциальная диагностика клинических вариантов течения ущемленной грыжи

Также 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

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 параэзофагеальных 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 распирания. Патогномонично 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.

«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, рефлексорного, 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.

Список литературы

1. Диагностика и дифференциальная диагностика ущемленной грыжи живота // esus URL:
<https://esus.ru/diagnostika-i-differencialnaya-diagnostika-ushchemlennoy-gryzhi-zhivota> (дата обращения: 12.10.2020).
2. Клинические рекомендации: Ущемлённая грыжа живота, Министерство здравоохранения; 2017.
3. Дифференциальный диагноз при ущемлении грыжи // Хирургия грыж живота URL:
<http://www.rusmedserv.com/herniasurgery/differential-diagnosis-strangulation-hernia/> (дата обращения: 12.10.2020).