Паховая и бедренная грыжа

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K40.0, K40.1, K40.2, K40.3, K40.4, K40.9, K41.0, K41.1 · Общероссийская общественная организация "Российское общество хирургов", Всероссийская общественная организация "Общество герниологов"

Паховая грыжа — выход покрытых брюшиной органов через паховый канал, бедренная — через бедренный канал. Рекомендация посвящена клинической диагностике, выбору хирургической тактики, ведению ущемленных грыж и послеоперационному наблюдению.

Главное

- При типичной клинической картине диагноз устанавливают по жалобам и осмотру: мягкоэластичное выпячивание появляется или увеличивается в вертикальном положении, при кашле и натуживании, обычно вправляется в брюшную полость. Дополнительная визуализация в такой ситуации не нужна (УУР С, УДД 5).
- Внезапная постоянная боль, увеличение и напряжение выпячивания, его болезненность, невозможность вправления ранее вправлявшейся грыжи и отсутствие кашлевого толчка указывают на ущемление. Грыжу при подозрении на ущемление вправлять нельзя; нужна немедленная госпитализация, даже если она вправилась самостоятельно (УУР С, УДД 5).
- Основная тактика при паховой и бедренной грыже — хирургическая герниопластика для лечения имеющихся или будущих симптомов, а не только для профилактики ущемления.
- Бандаж и наблюдение допустимы только при абсолютных противопоказаниях к операции. Выжидательная тактика может применяться у мужчин с бессимптомной или минимально симптомной паховой грыжей, особенно при пожилом возрасте или тяжелых сопутствующих заболеваниях; более чем у 70% со временем нарастают симптомы и возникает необходимость операции (УУР С, УДД 4).
- При выборе доступа учитывают возраст, тип грыжи и опыт хирурга: пожилым пациентам в первую очередь подходит открытая пластика с сетчатым имплантом (УУР А, УДД 1), молодым — видеоэндоскопическая герниопластика (УУР С, УДД 5). При больших пахово-мошоночных грыжах предпочтителен открытый доступ.
- Для снижения риска рецидива сетчатый имплант должен перекрывать внутреннее паховое кольцо на 4 см, треугольник Гессельбаха на 3 см, лонный бугорок на 2 см; при TAPP размер импланта должен быть не менее 10×15 см (УУР С, УДД 5 и УУР С, УДД 4 соответственно).
- После операции профилактику тромбоэмболических осложнений выбирают по индивидуальному риску: ранняя активизация, компрессионный трикотаж и низкомолекулярные гепарины в профилактических дозах производителя для соответствующей категории риска (УУР В, УДД 3).

Диагностика

1. При подозрении на ущемленную паховую или бедренную грыжу обращают внимание на постоянную интенсивную боль в области грыжевого выпячивания и его невправимость (УУР С, УДД 5). Если произошло самостоятельное вправление, уточняют факт ущемления, длительность невправления и момент вправления.
2. Осмотреть и пропальпировать паховую область, наружное паховое кольцо и бедренный треугольник; попросить пациента покашлять или натужиться. Оценить консистенцию, болезненность, напряжение, вправимость и симптом кашлевого толчка (УУР С, УДД 5).
3. При неосложненной грыже в горизонтальном положении осторожно попытаться вправить выпячивание и определить грыжевые ворота. При подозрении на ущемление вправление не выполнять; при типичной картине предоперационная дифференциация прямой и косой паховой грыжи не обязательна (УУР С, УДД 5).
4. Если клинические признаки неоднозначны, первым визуализирующим методом выбрать УЗИ мягких тканей паховой области (УУР А, УДД 2). Оно помогает уточнить размеры ворот и содержимое грыжи, выявить скрытую или контралатеральную грыжу.
5. При неясной картине и сомнительных результатах УЗИ выполнить КТ органов брюшной полости для выявления скрытой грыжи (УУР А, УДД 2); МРТ использовать, если УЗИ и КТ недостаточно информативны (УУР В, УДД 2). При ясном клиническом диагнозе визуализация не требуется (УУР С, УДД 5).

6. Лабораторные исследования при неосложненной грыже не имеют значения в диагностике и назначаются при подготовке к операции; при ущемлении их выполняют по стандартам обследования пациентов с острой хирургической патологией (УУР С, УДД 5).

Лечение

- Плановое лечение — герниопластика. Возможны аутопластика, открытая пластика с сетчатым имплантом или видеоэндоскопическая операция; метод выбирают с учетом характеристик пациента и грыжи, опыта хирурга и ресурсов учреждения (УУР С, УДД 5).
- При абсолютных противопоказаниях к операции допустимы бандаж и динамическое наблюдение; ограничения нагрузки, диеты и слабительные снижают вероятность осложнений, но не лечат грыжу (УУР С, УДД 4). При ущемлении консервативная тактика не применяется (УУР С, УДД 5).
- Для пожилых пациентов с паховой грыжей в первую очередь выбирают открытую пластику с сетчатым имплантом (УУР А, УДД 1). При больших пахово-мошоночных грыжах и невозможности общей анестезии также предпочтителен открытый доступ (УУР С, УДД 4).
- Молодым пациентам при наличии ресурсов и опыта подходит видеоэндоскопическая герниопластика; ее также рекомендуют при двусторонних грыжах (УУР С, УДД 5). При скрытой контралатеральной грыже, обнаруженной во время ТАПП, допустима двусторонняя пластика при предварительном информированном согласии; при ТЭП этого делать не рекомендуется.
- При установленном ущемлении выполняют экстренную операцию в максимально короткий срок. Предоперационная подготовка включает опорожнение мочевого пузыря, подготовку операционного поля, желудочный зонд с эвакуацией содержимого и антибиотикопрофилактику за 30 минут до операции; операцию проводят под комбинированным эндотрахеальным наркозом (УУР С, УДД 5).
- При самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи менее чем за 2 часа пациента направляют в хирургическое отделение для динамического наблюдения; при длительности более 2 часов выполняют диагностическую лапароскопию (УУР С, УДД 5). При ухудшении состояния или появлении перитонеальных симптомов лапароскопию выполняют независимо от первоначальной тактики (УУР С, УДД 5).
- При флегмоне грыжевого мешка операцию начинают со срединной лапаротомии; после удаления нежизнеспособной кишки первичную герниопластику не выполняют, гнойную рану дренируют. От сетки отказываются при кишечном содержимом в брюшной полости, перитоните, раневой инфекции и дефекте менее 1 см (УУР В, УДД 1).
- При открытой плановой герниопластике антибиотикопрофилактика не нужна у пациентов с низким инфекционным риском в отделениях с низкой частотой раневых инфекций (УУР А, УДД 1). При частоте инфекций более 5% или наличии факторов риска, включая рецидив, пожилой возраст, иммунодепрессию и сахарный диабет, ее применяют; при плановой эндоскопической операции рутинная профилактика не рекомендуется (УУР А, УДД 1).

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении на ущемление, включая случай самостоятельного вправления, немедленно госпитализировать пациента в стационар неотложной хирургической помощи (УУР С, УДД 5).
- Неосложненная паховая или бедренная грыжа является показанием к плановой госпитализации для хирургического лечения; ущемление или кишечная непроходимость — к экстренной госпитализации.
- Многократно рецидивирующие грыжи, инфицирование сетчатого импланта, тяжелая сопутствующая сердечно-сосудистая или дыхательная патология, сахарный диабет и необходимость симультанных операций целесообразно лечить в хирургическом отделении медицинской организации третьего уровня.
- Большинство пациентов с неосложненной грыжей можно оперировать в дневном хирургическом стационаре. Противопоказаниями к амбулаторной тактике являются выраженная сопутствующая патология и психоэмоциональные или социальные причины, требующие наблюдения более суток.
- После операции по поводу ущемленной грыжи в ближайшие дни может потребоваться продолжение лечения в ОРИТ; перевод в хирургическую палату определяют реаниматолог совместно с хирургом (УУР С, УДД 5).

Частые вопросы

Как заподозрить ущемление паховой или бедренной грыжи?

Ориентируются на внезапную постоянную боль, увеличение, напряжение и болезненность выпячивания, невозможность вправления ранее вправлявшейся грыжи и отсутствие кашлевого толчка. При кишечной непроходимости присоединяются схваткообразные боли в животе, повторная рвота и задержка стула и газов.

Нужно ли делать УЗИ или КТ при очевидной грыже?

Нет, при ясном клиническом диагнозе достаточно осмотра и пальпации (УУР С, УДД 5). При неоднозначных признаках первым выполняют УЗИ, при сомнительных результатах — КТ, а МРТ оставляют для случаев недостаточной информативности УЗИ и КТ.

Можно ли наблюдать бессимптомную паховую грыжу без операции?

У мужчин с бессимптомной или минимально симптомной паховой грыжей выжидательная тактика допустима, особенно в пожилом возрасте или при тяжелой сопутствующей патологии. При этом более чем у 70% со временем появляются симптомы, требующие операции (УУР С, УДД 4).

Какой доступ выбрать при рецидиве паховой грыжи?

После передней открытой пластики рекомендуют заднюю эндоскопическую герниопластику TAPP или ТЭП. После эндоскопической операции выбирают открытый паховый доступ с сетчатым имплантом; предпочтителен ранее не использовавшийся доступ (УУР С, УДД 5).

Что разрешают после операции и как наблюдать пациента?

Рекомендуются раннее вставание и ходьба, а подъем тяжестей ограничивают на 2–3 недели. После операции по поводу ущемления необходимы наблюдение хирурга, бандаж 2–4 месяца и ограничение нагрузки на брюшную стенку в течение 6 месяцев; после операции хирург осматривает пациента не реже одного раза в год в течение 3 лет (УУР С, УДД 5).

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/684-pahovaya-i-bedrennaya-gryzha. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/684_2