**Хирургические болезни**

**Анальная трещина** возникает в результате повреждения слизистой оболочки заднепроходного канала. Почти у 70 % больных анальная трещина сочетается с хроническими заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта и геморроем. При длительном лечении заболевания происходит разрастание соединительной ткани по краям трещины, они уплотняются, возникает незаживающая язва.

Ведущим симптомом является боль, появляющаяся при акте дефекации, которая заставляет больного обратиться к врачу. Боли нестерпимые, жгучие (как будто прижгли «каленым железом»). Характерным симптомом является «стулобоязнь» — больные стремятся к более редкой дефекации. Болевые ощущения бывают настолько интенсивными, что больные теряют работоспособность, сон, становятся раздражительными и конфликтными. Нередко при анальной трещине наблюдается выделение капель крови после дефекации. Из-за выраженного спазма анального сфинктера наступают упорные запоры.

Лечение направлено на снятие болей и спазма сфинктера, нормализацию стула. Ежедневно утром до естественной дефекации ставят клизму с водой комнатной температуры (600—800 мл). После дефекации делают сидячую ванночку со слабым раствором перманганата калия (35—36°С) в течение 10 мин. Затем область промежности осушают и в анальный канал (не проталкивая в прямую кишку) вводят свечу с красавкой и ксероформом. Перед сном процедуру вновь повторяют. Назначают жировые микроклизмы, обезболивающие средства. Хороший противовоспалительный икровоостанавливающий эффект оказывает мазь, приготовленная из цветков льнянки (1 часть), коры дуба (1 часть) и травы водяного перца (1 часть). В течение 12 ч эту смесь выдерживают в растопленном свином сале, размешивая время от времени. Затем мазь подогревают, процеживают. Наносят на область заднего прохода или вводят в задний проход тампоны, пропитанные мазью. При необходимости проктолог может выполнить новокаиновые блокады в область трещины.

Диета при наличии анальной трещины должна быть преимущественно кисломолочно-растительной, следует исключать острые, соленые, горькие блюда, раздражающие приправы и алкогольные напитки. Хороший эффект в отношении регулирования стула дает тертая сахарная свекла, заправленная растительным маслом или сметаной. Рекомендуется прием чернослива, урюка, кураги или инжира. Полезно принимать вазелиновое масло по 1—2 столовых ложки 2—3 раза в день. В случае хронической формы заболевания показано оперативное лечение. После операции больные должны в течение года наблюдаться у проктолога.

**Антисептические средства** — лекарственные препараты, обладающие противомикробным действием. Они чрезвычайно разнообразны по своему составу, химическим свойствам, противомикробной активности. Эффективность их воздействия на бактерии зависит от чувствительности к этим препаратам микроорганизмов, концентрации вещества, температуры, длительности воздействия и других факторов. В больших концентрациях антисептические средства токсически воздействуют на организм человека. Обычно их применяют для обработки кожного покрова при его дезинфекции, в лечении гнойных ран и гнойных хирургических заболеваний (фурункул, карбункул и др.), для обеззараживания воды ипищи, консервирования лекарственных препаратов ипищевых продуктов, дезинфекции инструментов.

Наиболее распространены следующие антисептические средства: спиртовые растворы бриллиантового зеленого и йода для обработки кожи при поверхностных ранах, царапинах, ссадинах; перманганат калия для промывания ран (0,1—0,5 % раствор), полоскания рта и горла (0,01—0,1 % раствор), промываний и спринцеваний в гинекологической и урологической практике (0,02—0,1 % раствор); 3 % раствор перекиси водорода для промывания гнойных ран; раствор фурацилина 1:5000 и риванола (этакридина лактата) для лечения язв, пролежней, гнойных ран, ожогов II—III степени. Для промывания миндалин при хроническом тонзиллите, для закапывания в ушную раковину при гнойном отите применяют йодинол. Современными мощными антисептическими средствами являются йодопирон и хлоргексидин. Применение 0,5—1,0 % раствора йодопирона высокоэффективно при различных гнойных заболеваниях. Для обработки кожного покрова используют 0,5 % водно-спиртовой раствор хлоргексидина, при обработке ран, язв, пролежней; для промывания уретры применяют 0,05—0,2 % растворы.

**Аппендицит — воспаление червеобразного отростка** (аппендикс) слепой кишки. Заболевание начинается остро, на фоне полного здоровья: появляются боли по всему животу или в подложечной области. Могут быть тошнота, 1—2-кратная рвота. У детей часто возникает кишечное расстройство, значительно повышается температура тела. Через несколько часов боли перемещаются в правую подвздошную область (ниже пупка).

У больных пожилого и старческого возраста заболевание нередко протекает без выраженных болей, с нормальной или субфебрильной температурой тела, однако воспалительный процесс в червеобразном отростке быстро приводит к его некрозу с развитием перитонита.

При малейшем подозрении на острый аппендицит больного необходимо срочно госпитализировать в стационар. Нельзя применять слабительные средства, теплые грелки, клизмы, обезболивающие препараты. До прихода врача можно положить пузырь со льдом на живот. Любая задержка с госпитализацией чревата самыми серьезными осложнениями вплоть до смертельного исхода. Лечение заключается в хирургическом удалении червеобразного отростка.

При хроническом аппендиците характерны жалобы на периодически возникающие боли в правой подвздошной области. Диагноз устанавливают на основании анамнеза (указание на перенесенный ранее острый аппендицит), после всестороннего обследования и исключения заболеваний других органов брюшной полости, почек, половых органов. При подтверждении диагноза хронического аппендицита показано оперативное лечение в плановом порядке.

**Атерома — киста сальной железы,** которая развивается вследствие закупорки наружного отверстия выводного протока этой железы и встречается на участках кожи, богатых сальными железами (волосистая часть головы, лицо, шея, область копчика). Атеромы бывают одиночные и множественные, размерами от горошины до куриного яйца.

Атерома представляет собой безболезненное округлое опухолевидное образование, медленно растущее в течение ряда лет. При нагноении появляются боли, отек, гиперемия кожи, иногда возможно самопроизвольное вскрытие с образованием свища.

При обнаружении атеромы показано ее оперативное удаление с капсулой. При нагноении атеромы производят ее вскрытие, после чего возможен рецидив заболевания в связи с оставшимися участками капсулы. Заживление в данном случае будет происходить с образованием грубого рубца. При появлении опухолевидного образования на коже необходимо обратиться к хирургу и при подтверждении диагноза атерому следует удалить.

**Боль в животе** отмечается при множестве заболеваний, часть из которых лечат консервативно, другие же требуют неотложной операции, так как дальнейшее течение заболевания представляет угрозу для жизни больного.

По характеру болевых ощущений выделяют три типа боли. **Висцеральная боль** возникает при раздражении солнечного сплетения. Это тупая, давящая, спастическая боль без четкой локализации. **Перитональная боль** возникает при раздражении брюшины. Она упорная, сверлящая, колющая, обычно хорошо локализованная, усиливающаяся при кашле, глубоком вдохе, сотрясении брюшной стенки. **Диафрагмальная боль** связана с раздражением чувствительных волокон диафрагмального нерва. Боль отдает в область обеих лопаток, загрудинное пространство, надплечье, шею — по ходу диафрагмального нерва. Возможно сочетание этих видов боли. Для хирургических заболеваний более характерны перитонеальная и диафрагмальная боль.

Боль в верхних отделах живота чаще возникает при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки, желчного пузыря, печени и поджелудочной железы. Боль в эпигастрии различной интенсивности, возникающая сразу после еды, иногда тошнота и рвота характерны для гастрита. Боль, появляющаяся натощак или через 2—3 ч после еды, изжога, периодически рвота более характерны для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Возникновение резкой, «кинжальной» боли в эпигастрии требует немедленного обращения к врачу, так как может свидетельствовать о прободной язве желудка или двенадцатиперстной кишки. Для острого холецистита более характерны боль в правом подреберье, часто с иррадиацией в правую лопатку, повышение температуры тела, озноб, тошнота, рвота, иногда желтушность кожного покрова. Для панкреатита типична «опоясывающая» боль в верхней половине живота с иррадиацией в поясничную область. Боли часто возникают после нарушений в диете. Подозрение на острый холецистит или панкреатит требует госпитализации в лечебное учреждение. Перемещение боли из эпигастрия или околопупочной области в правую подвздошную должно насторожить в отношении острого аппендицита. Появление расстройства стула и спастические боли в животе часто свидетельствуют о заболевании кишечника либо об инфекционной болезни (токсикоинфекция, дизентерия). Эти симптомы требуют срочного обращения к врачу. Боль в нижних отделах живота характерна для заболеваний органов малого таза (прямая кишка, мочевой пузырь, предстательная железа, женские половые органы). Заболевания женских половых органов обычно сопровождаются выделениями из влагалища, связаны с менструальным циклом и требуют обращения к гинекологу.

Часто больные неоднократно испытывали подобные приступы болей, знают о наличии у себя определенного заболевания и вследствие этого не спешат обратиться за медицинской помощью. Это иногда может иметь печальные последствия. Любая боль в животе не должна оставаться без внимания, пациенту нужна медицинская помощь. Применение тепла (в виде грелок, ванн) до осмотра врачом недопустимо. Нельзя применять обезболивающие средства, так как это может затушевать картину заболевания и привести к неправильной тактике лечения. Применение клизм и промывание желудка также нежелательны без назначения врача.

**Варикозная болезнь** — частое заболевание сосудов нижних конечностей, проявляющееся извилистым или узловым расширением подкожных вен. Один из основных факторов развития варикозной болезни — наследственная слабость соединительной ткани стенок и клапанов вен, а также гормонально-эндокринные нарушения и сдвиги. Расширению вен у таких людей способствуют тяжелая физическая работа стоя, хронические запоры, беременность и другие факторы.

В начальном периоде заболевания пациенты чаще предъявляют жалобы на косметические дефекты. Однако с течением времени появляются отечность голени и тыла стопы, повышенная утомляемость, тяжесть, тупые ноющие боли в ногах, судороги в икроножных мышцах по ночам. Указанные жалобы сильнее выражены при стоянии, уменьшаются при ходьбе и исчезают в горизонтальном положении. Боли в ногах никогда не бывают интенсивными, мучительными. После отдыха все неприятные ощущения исчезают. У многих женщин отеки ног усиливаются во время беременности, перед менструацией и во время нее, а варикозные узлы увеличиваются, вызывая боль и чувство усталости. Появившиеся во время беременности варикозные вены после родов не исчезают, а прогрессивно расширяются с каждой последующей беременностью.

Извилистые, просвечивающие через кожу и выступающие над ней стволы и конгломераты варикозных вен при поднятии нижней конечности выше горизонтального уровня спадают и исчезают.

При декомпенсации варикозной болезни боли и отеки нарастают, появляются зуд кожи, сухая или влажная экзема. Кожа нижних отделов голени становится темно-коричневой, блестящей, легкоранимой, перестает собираться в складку. В дальнейшем в нижней трети голени открываются трофические язвы, которые часто не заживают месяцами, достигая больших размеров. Частым осложнением варикозной болезни нижних конечностей является тромбофлебит, который может поражать как подкожные варикозные вены, так и глубокие вены голени.

Основным методом лечения варикозной болезни является хирургическое вмешательство, при котором удаляют измененные подкожные вены, что восстанавливает венозный кровоток. К сожалению, больные до появления отеков, язв и других осложнений варикозной болезни часто отказываются от операции. Однако необходимо помнить, что консервативное лечение дает только временное улучшение и не приводит к выздоровлению. Во время беременности показано консервативное лечение (бинтование конечностей эластичным бинтом, рациональный режим, местное применение желе троксевазина) и наблюдение у хирурга. В пожилом и старческом возрасте, при тяжелых сопутствующих заболеваниях лечение также консервативное.

При варикозной болезни следует избегать продолжительного стояния на ногах, тяжелой физической работы, поднятия тяжестей, работы в горячих и влажных помещениях, длительных спортивных тренировок. Полезны частые 5—10-минутные перерывы в работе, во время которых лучше прилечь, а ноги поднять в горизонтальное или возвышенное положение и слегка массировать их по направлению от стоп к бедрам. Категорически запрещается носить перетягивающие бедра чулки, резинки на бедрах, высокие каблуки. Необходимо лечить сопутствующие заболевания суставов, костей и мышц, нарушающие нормальную функцию конечности. Питание должно быть умеренным, полноценным, богатым витаминами и микроэлементами, ограничивают прием жидкости и соли. Следует бороться с ожирением, так как оно ухудшает условия кровообращения, в том числе и в нижних конечностях. Положительное влияние оказывают классический и подводный массаж, магнитотерапия. По назначению врача принимают лекарственные средства, улучшающие кровообращение и тонизирующие венозную стенку (троксевазин, эскузан, анавенол, витамин В, трентал и др.). На кожу нижних конечностей наносят гепариновую мазь, гепароид, желе троксевазина. При наличии экземы и дерматита запрещается мыть ноги мочалкой с мылом, носить синтетические чулки и носки, употреблять раздражающую пищу (горчица, уксус, шоколад и др.) и алкогольные напитки. Лечение дерматита осуществляет хирург совместно с дерматологом.

Тонизирующе действуют на вены ванны в прохладной (лучше морской) воде. Благотворное влияние оказывают ножные ванны из сушеницы. Для этого 100 г травы заливают 5 л кипятка, настаивают 8—10 ч. Продолжительность ванны 20—30 мин, температура воды — 32—35°С. Настой сушеницы также применяют внутрь по половине стакана 2—3 раза в день. Для этого 20 г измельченной травы заливают 2 стаканами кипятка, кипятят5 мин, настаивают 2 ч и отцеживают. Полезно санаторно-курортное лечение.

При варикозной болезни очень важно носить эластичные чулки и бинты. При бинтовании конечности варикозные вены сдавливаются, что предотвращает застой венозной крови в них. Конечность бинтуют утром, не вставая с кровати, от стопы до верхней трети бедра, с одинаковым натяжением, избегая морщин и ненужных перегибов. Эластичные чулки носить удобнее, но нелегко подобрать нужный размер. Кроме того, они быстро растягиваются и становятся непригодными. На ночь эластичные чулки и бинты снимают. Стирать их можно только детским мылом, чтобы избежать раздражения кожи. Постоянное ношение бинтов (чулок) препятствует прогрессированию заболевания. Лечение трофических расстройств (язв) осуществляется хирургом в специализированном стационаре. Сохраняет свою популярность у больных склерозирующая терапия расширенных подкожных вен. Этот метод основан на введении в просвет вен препаратов, вызывающих асептическое воспаление, рубцевание и облитерацию вены. Метод эффективен в начальной стадии заболевания при небольших, отдельных варикозных узлах и мелких стволах или после оперативного лечения, когда склерозируются небольшие оставшиеся венозные ветви. Во всех других случаях метод малоэффективен. Более того, в процессе склеротерапии возможны осложнения. В послеоперационном периоде обязательно эластичное бинтование конечности в течение минимум полугода, диспансерное наблюдение у хирурга-флеболога.

**Варикоцеле** (варикозное расширение вен семенного канатика) — частое заболевание мужчин молодого возраста (от 16 до 35 лет). Варикоцеле чаще наблюдается слева, что связано с особенностями строения вен, по которым осуществляется отток крови от яичек. При длительном течении заболевания в связи с венозным застоем крови нарушается нормальная сперматогенная функция яичек, что приводит в конечном итоге к бесплодию.

Заболевание проявляется неприятными ощущениями в области мошонки, тянущими болями в яичках, паховых областях, которые усиливаются после длительной ходьбы или физической нагрузки. Соответствующая половина мошонки увеличена, при ее ощупывании определяются гроздьеподобные узловато-расширенные вены семенного канатика. Лечение оперативное, причем функциональные результаты тем лучше, чем раньше предпринята операция. До операции и в послеоперационном периоде обязательным является ношение суспензория. Для установления степени нарушения функции яичка необходимы анализ сперматограммы и консультация уролога (андролога).

**Вросший ноготь** — заболевание, при котором один край (оба края) ногтевой пластинки «врастает» в мягкие ткани пальца. В результате постоянного давления и травмирования возникают воспаление и изъязвление околоногтевого валика. Заболеванию способствуют ношение тесной обуви, плоскостопие, слишком короткое подрезание боковых краев ногтевой пластинки.

Больных беспокоят боли при ходьбе, отмечаются отек и гиперемия околоногтевого валика, появление грануляций и скудное гнойное отделяемое.

В начальном периоде заболевания рекомендуют ванночки с раствором перманганата калия, спирто-фурацилиновые повязки, ношение свободной обуви, прокладывание между краем ногтя и мягкими тканями марлевой полоски, пропитанной антисептиком. При неэффективности этих мер показано оперативное лечение. Профилактикой рецидива заболевания служат ношение свободной обуви, правильный уход за ногтями.

**Выпадение прямой кишки** — прогрессирующее заболевание, сопровождающееся выпадением сначала слизистой оболочки, а затем и всех слоев прямой кишки. Причиной этого являются повышение внутрибрюшного давления (тяжелый физический труд, затяжные роды, упорные запоры и профузные поносы); истощение; травмы с повреждением связок и мышц промежности. К предрасполагающим факторам относят анатомо-конституциональные особенности (уплощение крестцово-копчиковой кривизны, удлинение сигмовидной кишки и ее брыжейки, врожденная или приобретенная слабость мышц тазового дна и др.).

Прямая кишка выпадает при дефекации, физической нагрузке, ходьбе. Вначале выпадает небольшой участок прямой кишки, который самопроизвольно вправляется. С течением времени увеличивающийся участок прямой кишки начинает выпадать при любом натуживании или напряжении. Кишка сама не вправляется, требуется ее ручное вправление, а в далеко зашедшей стадии больные носят повязки, препятствуюшие выпадению. По мере увеличения возраста больного процесс развивается быстрее, часто появляется слабость анального сфинктера, что приводит к недержанию газов и кала. Из-за постоянной травматизации слизистой оболочки выпадающей части кишки развивается ее воспаление. Недержание кишечного содержимого, выделение эксудата воспаленной слизистой оболочки вызывают зуд и мацерацию кожи в области заднего прохода. Иногда возможно ущемление выпавшей прямой кишки, сопровождающееся сильными болями, отеком кишки, нарушениями кровоснабжения вплоть до омертвения ее стенки.

Эффективным является только оперативное лечение. Вправление ущемленной выпавшей кишки (без некроза) должно осуществляться только врачом. Плановая операция после этого возможна через 2—3 нед. После операции по поводу выпадения прямой кишки необходимо добиться регулярного стула, ограничивать физическую нагрузку. При сохраняющейся слабости анального сфинктера 1—2 раза в год проводят курсы консервативного лечения (анаболические гормоны, метионин, глутаминовая кислота, прозерин, витамины группы В и витамин Е, электростимуляция мышц запирательного аппарата прямой кишки). Диспансерное наблюдение проводится в течение 2 лет.

**Геморрой** — одно из самых распространенных заболеваний, которое отмечается у более чем 10 % взрослого населения. Возникновение геморроя связано с увеличением пещеристых (кавернозных) телец в дистальном отделе прямой кишки, закладывающихся в процессе эмбрионального развития плода в виде отдельных скоплений.

Под воздействием неблагоприятных факторов (повышение внутрибрюшного давления, хронические запоры, заболевания органов малого таза) нарушается отток крови по мелким венам из кавернозных тел, что способствует развитию геморроя. Повышение внутрибрюшного давления наблюдается при тяжелой физической работе, поднятии тяжестей, при длительном пребывании на ногах. Хронические заболевания женской половой сферы, аденома предстательной железы, хронический бронхит (кашель), беременность, гипертоническая болезнь также приводят к повышению давления в сосудах малого таза и прямой кишки. Злоупотребление алкоголем, прием острой и соленой пищи, пряностей, маринадов может привести к обострению заболевания, как и подъем тяжестей, дефекация после длительной задержки стула и др. При повышении внутрибрюшного давления увеличенные, отечные геморроидальные узлы выпадают в просвет кишки, нарушается отток крови из них, узлы еще больше увеличиваются в объеме, воспаляются и нередко тромбируются.

В начальной стадии заболевания появляются неприятные ощущения в области заднего прохода, легкий зуд, некоторое затруднение при дефекации. Эти симптомы сохраняются от нескольких месяцев до нескольких лет. Затем возникают кровотечения алой кровью при дефекации (от следов крови, на каловых массах до массивных кровотечений, приводящих к малокровию). Через несколько лет у больных во время дефекации, а затем и при физической нагрузке, кашле, ходьбе начинают выпадать внутренние геморроидальные узлы, увеличиваются в размерах наружные узлы.

Если больные не получают лечение, то со временем геморроидальные узлы перестают вправляться с помощью рук, постоянно травмируются (при сидении, ходьбе, дефекации), уплотняются, кровоточат. Вследствие неполного смыкания заднепроходного отверстия и выделения вследствие этого слизи возникают постоянный зуд и жжение в промежности.

При воспалении узлов появляются сильные боли, ощущение инородного тела в прямой кишке, нарушается общее самочувствие, повышается температура тела, возникает озноб. Больные стараются принять вынужденное положение — лежа на боку, животе, сидя на одной ягодице. При осмотре анальной области видны геморроидальные отечные узлы синюшно-красного цвета, заслоняющие вход в анальное отверстие. При выпадении узлов боли становятся очень интенсивными, возможно возникновение участков некроза тромбированных узлов.

В случае появления болей, дискомфорта в области прямой кишки, затруднений при дефекации, кровотечений при стуле необходимо обратиться к хирургу. В начальных стадиях заболевания показано консервативное лечение, которое включает регуляцию стула и консистенции кала путем назначения соответствующей диеты, содержащей продукты с послабляющим действием, в том числе овощи и фрукты. При обострении геморроя назначают слабительные, свечи с красавкой, анестезином, новокаином и ксероформом, слегка теплые сидячие ванночки со слабым раствором перманганата калия. При сильных болях показаны холод на промежность, прием внутрь анальгина, бутадиона, реопирина. Эффективны микроклизмы с рыбьим жиром, маслом шиповника, вазелиновым, облепиховым маслом, а также клизмы из сборов трав. Например, цветки ромашки аптечной 20 г, корни одуванчика лекарственного 15 г, корни мыльнянки лекарственной 15 г. Две столовые ложки сбора заливают 0,5 л воды комнатной температуры, настаивают 6 ч, затем доводят до кипения, охлаждают и процеживают. Для клизм используют стакан настоя. Пример другого сбора: семена льна обыкновенного 20 г, цветки ромашки аптечной 20 г. Заливают 20 г сбора водой, нагревают на кипящей водяной бане 15 мин, охлаждают 45 мин, процеживают, добавляют кипяченую воду до первоначального объема, используют 30—50 мл на одну клизму. Осложнения геморроя лечат в условиях стационара. Частые обострения заболевания, выпадения геморроидальных узлов, обильные кровотечения требуют оперативного вмешательства. В послеоперационном периоде особое внимание уделяют лечению сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта, в первую очередь прямой кишки.

**Гидраденит** — острое воспаление потовых желез и окружающих тканей, чаще в подмышечной области. Обычно встречается в молодом возрасте. К заболеванию предрасположены тучные, сильно потеющие люди, особенно при недостаточном гигиеническом уходе.

Заболевание начинается с жжения и небольшой болезненности в подмышечной области, которые, постепенно усиливаясь в течение нескольких дней, приводят к появлению одного или нескольких воспалительных инфильтратов (уплотнений). Движения рукой становятся болезненными, отмечается общее недомогание. Нередко при нерациональном лечении заболевание упорно рецидивирует на протяжении многих месяцев.

Лечение в стадии инфильтрации консервативное (покой, УВЧ-терапия, УФ-облучение, антибиотики). Кожу подмышечной области протирают 70 % спиртом, I % раствором формалина, 5 % раствором танина в спирте. Полезны смазывания растворами бриллиантового зеленого и метиленового синего. Обработка йодом не рекомендуется из-за раздражающегося действия последнего. При нагноении показано оперативное лечение: иссечение гнойного очага. Профилактика состоит в соблюдении правил личной гигиены. При повышенной потливости подмышечных областей их протирают 10 % раствором камфорного спирта, 1 % раствором формалина, формидроном. Не рекомендуется частое бритье подмышечных областей.

**Грыжа — заболевание, при котором происходит выпячивание внутренних органов** (чаще органов брюшной полости) через различные естественные или искусственные отверстия брюшной стенки или таза. Грыжи брюшной стенки бывают наружными и очень редко внутренними. Различают наружные паховые, бедренные, пупочные грыжи, грыжи белой линии живота и др. После перенесенной операции на передней брюшной стенке в области послеоперационного рубца иногда появляются так называемые вентральные грыжи.

Длительное время больные не предъявляют каких-либо жалоб или отмечают неприятные ощущения, чувство тяжести, тянущие боли в области грыжевого выпячивания, усиливающиеся при физической нагрузке или после принятия пищи. Могут появиться вздутие живота, запоры. В зависимости от локализации (в паховой, бедренной, пупочной или другой области) при ощупывании, а чаще и при осмотре определяется округлой формы образование мягкоэластичной консистенции, вправимое в брюшную полость. Паховые грыжи у мужчин часто опускаются в мошонку, которая иногда достигает значительных размеров (кила). При длительном существовании грыжи из-за постоянной травматизации ее содержимого, появления сращений внутри грыжевого мешка грыжа перестает вправляться в брюшную полость.

Ущемление грыжи возникает при внезапном сдавлении содержимого грыжевого мешка в грыжевых воротах. Чаще всего ущемленными оказываются тонкая кишка, сальник, реже толстая кишка.