

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования "Красноярский государственный
медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-
Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра и клиника хирургических
болезней им. проф. Ю.М. Лубенского

Зав.
кафедрой, д.м.н., доцент
Здзитовецкий Д.Э.

РЕФЕРАТ

Основы герниологии.

Выполнил: ординатор 2 года обучения
Шамшиев А.Н.

Красноярск 2021

Ущемление – наиболее опасное осложнение, угрожающее жизни больного и требующее немедленного хирургического вмешательства. Это внезапное или постепенное сдавление какого-либо органа брюшной полости (грыжевого содержимого), в грыжевых воротах, приводящее к нарушению кровоснабжения и некрозу.

Различают два типа ущемления: эластическое и каловое.

При эластическом ущемлении обязательны узкие грыжевые ворота. Ведущим является спазм мускулатуры в области грыжевых ворот. Провоцирующий фактор – повышение внутрибрюшного давления при физической нагрузке.

При каловом сначала возникают затруднения в опорожнении в кишечной петли, находящейся в грыжевом мешке, она переполняется и ущемляется. Обязательно наличие широких грыжевых ворот. Провоцирующий фактор – нарушение кишечной моторики (замедление перистальтики, особенно у пожилых).

Ущемляться могут различные органы: тонкая кишка, прядь большого сальника, поперечно-ободочная, сигмовидная, реже другие органы (мочевой пузырь, матки и ее придатки, и др.).

Этиопатогенез.

На месте сжатия ущемленного органа ущемляющим кольцом образуется странгуляционная борозда (резкое истончение кишечной стенки), и наступает нарушение кровообращения. Обычно сначала сдавливаются венозные сосуды брыжейки, в результате чего в толщу кишечной стенки и в просвет кишки пропотевает плазма. Объем ущемленной толщи кишки увеличивается, нарушается артериальное кровоснабжение и она подвергается некрозу. Плазма пропотевающая в грыжевой мешок образует грыжевую воду, которая при проникновении в нее микроорганизмов становится мутной. Некроз кишки может сопровождаться прободением ее стенки и развитием перитонита, а также клиникой непроходимости кишечника.

Ущемление – это внезапное сдавление грыжевого содержимого в грыжевых воротах, или рубцово измененной шейке грыжевого мешка с последующим нарушением питания ущемленного органа

Ущемление подразделяется: по этиологии

Каловое

Эластическое

Пристеночное (Рихтеровское)

Смешанное

По характеру ущемления

Обычное

Ретроградное

Интерстициальное

Грыжевая вода вначале стерильна, затем принимает геморрагический характер, затем инфицируется. Нарастающее сдавление сосудов брыжейки и последующий тромбоз их приводит в конечном счете к некрозу.

Наступает расстройство кровообращения в кишке, сдавление нервных стволов брыжейки, повышение давления в кишечнике.

Омертвление кишки значительно выражено со стороны слизистой, так как сосуды проходят в подслизистом слое. Сероза повреждается значительно меньше и внешние изменения стенки кишки не соответствуют внутренним.

В приводящем колоне изменения со стороны слизистой могут простираются на 25-30 см выше, чем по серозе, в отводящей- на 12-15 см ниже. Омертвление кишки в грыжевом мешке влечет за собой грыжевую флегмону, затем каловый перитонит. Ущемление сальника - менее опасно, но может осложняться тромбозом и эмболией сосудов с последующим некрозом.

Клиническая картина ущемленной грыжи

Сильные боли в области грыжевого выпячивания, вплоть до шока; редко боли незначительные.

Неправимость, наступившая внезапно.

Увеличение в размерах грыжевого выпячивания и резкая напряженность его за счет наличия грыжевой воды (отсутствует при Рихтеровском ущемлении).

Исчезновение симптома "кашлевого толчка".

Симптомы непроходимости кишечника – рвота, переходящая в каловую, неотхождение газов и кала, вздутие живота (отсутствуют при Рихтеровском ущемлении, а также при ущемлении сальника).

Общие симптомы – бледность, цианоз, похолодание конечностей сухой язык, малый частый пульс.

Местно – в запущенных случаях воспалительные явления в области грыжевого мешка – грыжевая флегмона.

Диагностика

Хорошо собранный анамнез, объективный осмотр: необходимо осмотреть все слабые места брюшной стенки, способные стать грыжевыми воротами, так как иногда встречаются первично ущемленные грыжи: ущемление происходит в момент их первоначального появления без предшествующего анамнеза.

Особенно частая локализация: спигелиевая линия, поясничная область, запирающий канал и др.

При осмотре: грыжевое выпячивание хорошо заметно, не исчезает, не меняет очертаний при изменении положения тела больного, резко напряженно и болезненно в области грыжевых ворот.

Перкуссия: в ранней стадии – тимпанит, позже, при появлении грыжевой воды – тупо перкуторный звук.

При аускультации: над ущемленной грыжей – перистальтика не выслушивается, над брюшной полостью выявляется усиление перистальтики приводящего отдела ущемленной кишки. Возможно наличие симптомов кишечной непроходимости.

Дифференциальная диагностика

Необходимо дифференцировать с невправимой грыжей, копростазом, при ущемленной паховой и бедренной грыжах: с паховым лимфаденитом и острым орхоэпидидимитом, тромбофлебитом приустьевого отдела варикозно измененной большой подкожной вены.

Встречаются ложные ущемления – Симптомокомплекс, напоминающий картину ущемления, но вызванный каким-либо другим острым заболеванием органов брюшной полости.

Лечение

Ущемленная грыжа – показание к срочной госпитализации в хирургический стационар и экстренному оперативному лечению вне зависимости от вида грыжи и срока ущемления. Противопоказание к операции – агональное состояние больного.

Через 3-е суток после ущемления летальность возрастает в 10 раз. Даже при своевременной операции смертельные исходы наблюдаются в настоящее время в 2,5% и более.

Особенности операции:

Ущемляющее кольцо не рассекается до вскрытия грыжевого мешка, осмотра и фиксации ущемленных органов. Ущемляющее кольцо при бедренных грыжах рассекается кнутри.

Осторожность при рассечении кольца во избежание повреждения ущемленных органов и сосудов брюшной стенки.

Помнить о возможном инфицировании "грыжевой воды" – обкладывание салфетками, отсасывание, посев.

Осторожность при вправлении кишечных петель (производится после введения новокаина в брыжейку).

При наличии видимых изменений кишки - обкладывание салфетками, смоченными теплым физ. раствором на 5-10 минут.

Признаки жизнеспособности кишки:

а/ восстановление нормальной окраски и тонуса.

б/ блеск и гладкость серозы,

в/ наличие перистальтики,

г/ наличие пульсации сосудов брыжейки.

При наличии нескольких петель в мешке – помнить о возможности ретроградного ущемления.

Резекция кишки производится в пределах здоровых тканей, с удалением не менее 40 см неизменной приводящей и 15-20 см отводящей кишки, лучше, "конец в конец", начинающим хирургам можно и "бок в бок".

При крайне тяжелом состоянии больных накладываются кишечные свищи, у особенно тяжелых больных некротизированная петля выводится наружу без резекции ее. Методы пластики применяются самые простые, малотравматичные.

При грыжевой флегмоне производится срединная лапаротомия с резекцией кишки со стороны брюшной полости, затем возвращаются к грыже и производят иссечение ущемленной части кишки одним блоком, с обязательным дренированием брюшной полости. Пластика дефекта в этих случаях не производится.

Осложнения ущемленных грыж: перитонит, легочные осложнения, эмболии и тромбозы, поздние кровотечения

Консервативное лечение ущемленных грыж– (как исключение!!!)

Допустимо только в первые 2 часа после ущемления и только у особо тяжело больных в состоянии сердечной декомпенсации, при инфаркте миокарда, тяжелых легочных заболеваниях, неоперабельных злокачественных опухолях и др., а также у ослабленных недоношенных грудных детей.

Копростаз – каловый застой в грыжевом мешке, наблюдается у лиц с атонией кишечника, чаще при больших невправимых грыжах, в старческом возрасте.

В отличие от ущемлений : нарастание болей и увеличение выпячивания постепенное; болезненность и напряжение выпячивания незначительные; феномен кашлевого толчка сохранен; картина частичной непроходимости кишечника; общее состояние страдает мало.

Лечение: вправление (при вправимых грыжах), высокие клизмы, пузырь со льдом.

Дача слабительных противопоказана!!!

Операция желательна после ликвидации копростаза через несколько дней, но при безуспешности консервативных мер – срочная операция.

Воспаление:

Начинается чаще всего вторично, с грыжевого содержимого – грыжевой аппендицит, воспаление придатков матки и т.д., реже – со стороны грыжевого мешка или кожи (при экземе, при пользовании бандажом).

Воспаление чаще серозное, серозно-фибринозное, иногда гнойное или гнилостное, при туберкулезе – хроническое.

Особенности клиники воспаления: начало острое, боли, повышение температуры, местно – гиперемия, отек, вплоть до флегмоны.

Лечение – оперативное (нередко в основе лежит ущемление, чаще пристеночное)

Невправимая грыжа: хронически протекающее осложнение

– результат образования сращений грыжевого содержимого с грыжевым мешком, особенно в области шейки, при постоянной травме в момент выхождения внутренностей, при пользовании бандажом

Особенности клиники:

В отличие от ущемления неврайимость протекает: при отсутствии или небольших болях, отсутствии напряженности грыжевого выпячивания, явлений непроходимости кишечника. Может осложняться копростазом, частичной непроходимостью кишечника. Неврайимые грыжи часто сопровождаются диспептическими явлениями, чаще ущемляются.

Лечение: грыжесечение производится в плановом порядке, при подозрении на ущемление – срочная операция.

Скользкая грыжа: Если в грыжевой мешок опускается орган, частично покрытый брюшиной, и может составлять одну из стенок грыжевого мешка.

Наиболее часто встречаются скользящие грыжи: мочевого пузыря, слепой кишки, матки и яичников.

Реже: сигмовидной и нисходящей кишки, мочеточников.

Особенности клиники : Клинически могут отличаться лишь явлениями дизурии при вовлечении в процесс мочевого пузыря; могут быть выявлены с помощью рентгенографии толстого кишечника с его контрастированием или мочевого пузыря с контрастом, а также при цистоскопии при вышедшей грыже. Обычно диагностируют лишь во время операции

Особенности оперативного лечения:

Осторожность при выделении грыжевого мешка, внимательный осмотр его – при скользящей грыже стенка толстая, непрозрачная, стенка мочевого пузыря покрыта венами. Вскрытие грыжевого мешка должно производиться в его тонкой части, где стенкой является париетальная брюшина. Ушивание в области шейки мешка производится либо после предварительной

отсепаровки брюшины от органа с последующей перитонизацией дефекта, либо ниже органа, путем наложения кисетного шва изнутри, не захватывая стенки органа. При ущемлении и некрозе слепой кишки – срединная лапаротомия с правосторонней гемиколэктомией при ущемлении мочевого пузыря с некрозом стенки – резекция мочевого пузыря с дренированием околопузырного пространства и длительной катеризацией мочевого пузыря.

Используемая литература:

- нац. рук. : крат. изд. / ред. И. И. Затевахин, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 912 с. : ил.
- Н. В. Мерзликин, Н. А. Бражникова, Б. И. Альперович [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Т. 2. - 600 с.
- учеб. пособие / М. А. Лагун, Б. С. Харитонов ; ред. С. В. Вертянкин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017.
- М. И. Кузин. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.
- нац. рук. : крат. изд. / ред. И. И. Затевахин, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 912 с. : ил.