**ГБОУ ВПО Красноярский Государственный медицинский
университет им. Проф. В.Ф. Войно - Ясенецкого Министерства
здравоохранения и социального развития.**

Кафедра общей хирургии проф. Им. М.И Гульмана.

Заведующий кафедрой: д.м.н.проф Винник Юрий Семенович

Преподаватель: Тюхтева Надежда Михайловна

РЕФЕРАТ

Тема: Грыжи живота.

Выполнила: Врач – ординатор

Наприенкова.А.С.

Красноярск, 2020

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

История развития хирургии

Грыжа

Классификация грыж

Грыжи живота

Особенности ухода за послеоперационными больными

Заключение

Литература

ВВЕДЕНИЕ

Хирургия (от греч. cheir - рука, ergon - работа, действие) - это область клинической медицины, изучающая болезни и травмы, для лечения которых применяются оперативные методы, разрабатывающая эти методы и регламентирующая условия их эффективного и безопасного применения. С каждым годом расширяется диапазон оперативных вмешательств, применяются новые инструменты и приборы, облегчающие их выполнение. Внедрение современных технологий позволило выполнять уникальные хирургические операции: пересадку органов и тканей, эндоскопические и эндоваскулярные вмешательства, сложнейшие пластические и микрохирургические операции. В то же время хирургия - довольно консервативная наука. Любое новшество в практической работе внедряется только после тщательной проверки и длительной апробации. Такая консервативность имеет простое объяснение - все знания хирургии были добыты ценой жизнью огромного числа больных и врачей. В настоящее время

появилась возможность преодолеть главный недостаток хирургии - ее агрессивность. Современные эндоскопические хирургические технологии воплотили один из важнейших принципов - бережного обращения с тканями. Именно это обеспечило ей быстрое повсеместное признание и дало прекрасные результаты. Технические новшества вносят коррективы и в хирургическую тактику, организацию хирургической помощи, систему обучения и повышают требования к качеству лечения. Мировые стандарты качества хирургической помощи за последние годы значительно возросли. Достичь этого уровня без использования новых медицинских технологий было бы невозможно. В частности, около 90 % холецистэктомий (операций удаления желчного пузыря) в развитых странах проводится лапароскопически через три-четыре небольших разреза в передней брюшной стенке. Будущее хирургии - за малотравматичными способами лечения. Уже в ближайшие годы хирург не сможет быть квалифицированным, полноценным специалистом, не владея техникой малоинвазивных диагностических и лечебных манипуляций и операций. История развития хирургии.

Хирургия является одной из самых древних специальностей в истории медицины.

В государствах Древнего Востока (Египет, Индия, Китай, Месопотамия) народная медицина долгое время оставалась основой врачевания. Существовали зачатки хирургических знаний, которые применяли в условиях мирной жизни и на поле боя: удаляли стрелы, перевязывали раны, останавливали кровотечения, применяя в ходе операций средства, снижающие боль: опий, белену, коноплю, мандрагору. На территории этих государств при раскопках было обнаружено множество хирургических инструментов. Большое влияние на развитие хирургии оказали врачи Древней Греции и Древнего Рима, такие как Асклепий (Эскулап), Асклепиад (128 - 56 гг. до н.э.). Цельс (I в. до н.э.) написал

капитальный труд по хирургии, где впервые перечислил признаки воспаления: rubor (воспаление), tumor (отек), calor (повышение температуры), dolor (боль), предложил применение лигатур для перевязки сосудов во время операции, описал методы ампутаций и вправления вывихов, разработал учение о грыжах. Гиппократ (460 - 370 гг. до н.э.) написал несколько трудов по хирургии впервые описал особенности заживления ран, признаки флегмоны и сепсиса, симптомы столбняка, разработал операцию резекции ребра при гнойном плеврите. Клавдий Гален (131-201) предложил применять шелк для наложения швов на рану. Значительное развитие хирургия получила в арабских халифатах (VII-XIII вв.). В Бухаре, Хорезме, Мерве, Самарканде, Дамаске, Багдаде, Каире жили и работали выдающиеся врачи Ар-Рази (Разве) (865-920) и Ибн Сина (Авиценна) (980-1037). Во Франции, где упорно не признавали хирургию как область медицины, хирурги раньше всего добились равноправия. Именно здесь открылись первые школы хирургов, а в середине XVIII в. - высшее учебное заведение - хирургическая академия. Ярким представителем французской школы хирургов был основоположник научной хирургии Нового времени А. Паре (1517-1590). В России хирургия начала развиваться значительно позже, чем в странах Западной Европы. До XVIII в. в России хирургическая помощь почти полностью отсутствовала. Такие манипуляции, как кровопускание, прижигание, вскрытие нарывов, выполняли знахари и цирюльники. При Петре I в 1725 г. были открыты Петербургская академия наук, военные сухопутные и адмиралтейские госпитали. На базе госпиталей стали создаваться школы, которые в 1786 г. были преобразованы в медико-хирургические училища. В 1798 г. были организованы медико-хирургические академии в Петербурге и Москве. В 1755 г. по инициативе М.В. Ломоносова был открыт Московский университет, а в 1764 г. при нем - медицинский факультет. Первая половина XIX в. дала миру таких замечательных русских ученых, как П.А. Загорский, И.Ф. Буш, И.В. Буяльский, Е.О. Мухин, Ф.И. Иноземцев, И.Н. Сеченов, И.П. Павлов, Н.Е. Введенский, В.В. Пашугин, И.И.

Мечников, С.Н. Виноградский, Н.Ф. Гамалея, Л.И. Лукашевич, Л.О. Гейденрейх, М.С. Субботин, М.Я. Преображенский, А.А. Бобров, П.И. Дьяконов и др. Основоположником русской хирургии по праву считается великий хирург и анатом Н.И. Пирогов (1810-1881). С помощью методов замораживания трупов и их распилов он подробно изучил все области человеческого тела и написал четырехтомный атлас по топографической анатомии, который долгое время являлся настольной книгой хирургов. Н.И. Пирогов заведовал кафедрой хирургии в Дерптском университете, кафедрой госпитальной хирургии и патологической анатомии в Петербургской медико-хирургической академии. Н.И. Пирогов раньше Л. Пастера предположил наличие в гнойной ране микроорганизмов, выделив с этой целью в своей клинике отделение для "зараженных госпитальными миазмами". Именно Н.И. Пирогов первым в мире использовал эфирный наркоз во время Кавказской войны (1847). Будучи основоположником военно-полевой хирургии, ученый разработал принципы организации помощи раненым - сортировки в зависимости от срочности оказания помощи, эвакуации, госпитализации. Он внедрил качественно новые методы иммобилизации, лечения огнестрельных ран, ввел неподвижную гипсовую повязку. Н.И. Пирогов организовал первые отряды сестер милосердия, которые оказывали помощь раненым на поле боя. В настоящее время российская хирургия продолжает успешно развиваться. Большой вклад в развитие современной отечественной хирургии внесли выдающиеся хирурги академики В.С. Савельев, В.Д. Федоров, М.И. Кузин, А.В. Покровский, М.И. Давыдов, Г.И. Воробьев и др. Перспективными направлениями являются операции в барокамерах, микрохирургия, пластические операции, трансплантация органов и тканей, операции на открытом сердце с применением аппарата искусственного кровообращения и др. Работы в этих направлениях успешно продолжаются. Постоянно совершенствуются уже отработанные методики, активно внедряются новые технологии с применением современных инструментов, приспособлений и приборов.

Грыжа

Грыжа - это патологическое выхождение внутренних органов в подкожно-жировую клетчатку через физиологические (врожденные) или патологические (приобретенные) отверстия или дефекты в мышечно-апоневротическом слое передней брюшной стенки, и визуально проявляющееся появлением нехарактерного для данной области живота опухолевого выпячивания.

Классификация грыж

Грыжи могут быть врожденные и приобретенные, появившиеся в течение жизни, в том числе на фоне постоянных регулярных физических нагрузок или в области повреждения слоев передней брюшной стенки (на пример после ранее проведенных операций или ножевых ранений). По локализации грыжи можно условно разделить на "наружные" и "внутренние". Из грыж наружной локализации наиболее часто встречаются - паховые грыжи, пупочные грыжи, бедренные грыжи, грыжи белой линии живота и грыжи, после перенесенных ранее открытых оперативных вмешательств на органах брюшной полости (послеоперационные грыжи - вентральные). Реже встречается грыжа Спигелевой линии, поясничные грыжи (треугольника Пти и промежутка Гринфельта-Лесгафта) и тазовые грыжи. К внутренним грыжам можно отнести грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, грыжу запирающего канала. Последняя крайне редка.

Грыжи живота

Грыжа живота - это выход из брюшной полости внутренних органов вместе с покрывающей их брюшиной через естественные или приобретенные дефекты брюшной стенки под кожу или в другие полости. Грыжи встречаются у 3 - 5 % населения. Различают наружные и внутренние, врожденные и приобретенные, вправимые и невправимые грыжи живота.

Наружные грыжи живота образуются в анатомически слабых местах брюшной стенки (паховый канал, бедренный канал, пупочное кольцо, белая линия живота, диафрагма), области послеоперационных рубцов, травм или воспалительных процессов (послеоперационные грыжи). Грыжевые ворота - это врожденные или приобретенные отверстия в мышечно-апоневротическом слое брюшной стенки, через которые внутренние органы выходят из брюшной полости. Они образуются в естественных местах, где через брюшную стенку проходят сосуды, нервы, семенной канатик, или возникают в результате травм брюшной стенки, операционных ран и рубцов. Грыжа состоит из грыжевых ворот, грыжевого мешка и его содержимого. Грыжевой мешок образован париетальной брюшиной, вышедшей через грыжевые ворота. Иногда стенку грыжевого мешка может составить орган, частично покрытый брюшиной (мочевой пузырь, почка, слепая кишка и пр.). Такие грыжи называются скользящими. Грыжевым содержимым называют внутренние органы, выходящие в грыжевой мешок из брюшной полости. Чаще всего это большой сальник, петли тонкой кишки. Рассмотрим наиболее часто встречающиеся виды грыж: Пупочные грыжи образуются в области пупка. У новорожденных детей возрасте старше 5 лет необходимо оперативное лечение. Приобретенные пупочные грыжи встречаются довольно часто у взрослых. Грыжи белой линии живота расположены по средней линии живота, чаще между пупком и мечевидным отростком. Такие грыжи сами не закрываются и подлежат оперативному лечению. Паховыми грыжами называются грыжи, которые образуются в паховой области. Они значительно чаще встречаются у мужчин. Они могут быть прямыми, косыми и пахово-мошоночными. Прямые паховые грыжи имеют шарообразную форму и расположены выше паховой складки, косые имеют овальную форму и идут по паховой складке. Пахово-мошоночные грыжи выходят в мошонку. Бедренные грыжи возникают в основном у женщин и встречаются значительно реже паховых. Они располагаются на бедре ниже паховой складки. Диафрагмальные грыжи чаще бывают врожденными и

представляют собой порок развития диафрагмы. Приобретенные диафрагмальные грыжи встречаются после травмы или возникают в области пищеводного отверстия. При этих грыжах возникают расстройства дыхания, сердечной деятельности, одышка, особенно после еды. Для грыж пищеводного отверстия диафрагмы характерны рвота, боли в животе, изжога. При рентгенологическом исследовании с контрастным веществом в области грудной клетки видны петли кишечника. Послеоперационные грыжи составляют около 15 % грыж. Они образуются в области послеоперационного рубца, чему способствуют проведенные через операционную рану тампоны и дренажи, инфицирование и нагноение операционной раны, ухудшение регенерации тканей, повреждение нервов во время операции, большая нагрузка в послеоперационном периоде. Наружные грыжевые оболочки представлены рубцовой тканью, плотно сращенной с грыжевым мешком или кожей с подкожной клетчаткой и операционным рубцом посередине. Грыжевые ворота и окружающие ткани также рубцово изменены. Послеоперационные грыжи часто невосприимчивы. Наиболее опасным осложнением грыжи является ущемление. Ущемление - это сдавление содержимого грыжи в области грыжевых ворот. В результате ущемления в грыжевом содержимом прекращаются кровоснабжение и иннервация, развиваются застой крови и некроз тканей. Важнейшими симптомами ущемленной грыжи являются внезапно возникающие боли в области грыжи, ее увеличение, невосприимчивость, резкое напряжение и болезненность грыжевого выпячивания. Симптом кашлевого толчка отрицательный. Через некоторое время развивается картина острой кишечной непроходимости: схваткообразные боли в животе, рвота, задержка стула и газов. При ущемлениях наибольшие изменения возникают в области странгуляционной борозды на месте сдавления грыжевого содержимого. В результате венозного застоя развиваются отек содержимого грыжи, экссудация в просвет полого органа и в просвет грыжевого мешка или в окружающие ткани (при ложных грыжах). Экссудат бывает сначала

прозрачным, в последующем геморрагическим, гнойным. Экссудат в грыжевом мешке называют грыжевой водой. Распространение воспалительного процесса на окружающие ткани приводит к воспалению грыжи, развитию свищей, перитонита, сепсиса. Насильственное или самостоятельное вправление ущемленной грыжи, ее вправление во время операции может вызвать следующие осложнения: повреждение грыжевого содержимого с развитием перитонита и внутреннего кровотечения; вправление некротически измененного грыжевого содержимого с развитием перитонита. Клиническая картина. Грыжи развиваются постепенно. При тяжелой физической нагрузке больной ощущает покалывающие боли на месте формирующейся грыжи. Боли вначале мало беспокоят, но постепенно нарастают и начинают мешать при движении. Через некоторое время больной обнаруживает у себя выпячивание, которое увеличивается при физической нагрузке и исчезает в покое. Выпячивание постепенно увеличивается и приобретает округлую или овальную форму, появляется при малейшей физической нагрузке. Если выпячивание самостоятельно исчезает в покое, в горизонтальном положении или при легком надавливании руками на него, то такая грыжа называется вправимой. При вправимой грыже отмечается положительный симптом кашлевого толчка - ощущение толчка ладонью, приложенной к грыжевому выпячиванию при кашле. При невправимой грыже грыжевое выпячивание не меняет величины и формы или несколько уменьшается в покое и при надавливании на нее. Как правило, такие больные жалуются на постоянные боли, усиливающиеся при физической нагрузке, иррадиацию болей по всему животу, диспептические расстройства. Тактика. При ущемленной грыже противопоказаны тепловые процедуры, обезболивание, спазмолитики, попытки ручного вправления. Показана экстренная госпитализация в хирургический стационар на носилках в позу, удобной для больного. При самопроизвольном вправлении при транспортировке также показана экстренная госпитализация для динамического наблюдения больного в стационаре. Лечение. Основным

методом лечения грыж живота является оперативный - грыжесечение. Консервативному лечению подлежат грыжи у детей до 4 лет, если они вправимые и не ущемились. При консервативном лечении используются массаж мышц живота, лечебная физкультура, игры без физической нагрузки. Противопоказанием к оперативному лечению неущемленных грыж являются: выраженная дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность, активный туберкулез, злокачественные опухоли. Таким больным рекомендуется бандаж, при ношении которого пилот закрывает грыжевые ворота и не дает выходить наружу грыжевому выпячиванию. Носить бандаж тем, кто будет оперироваться, противопоказано, так как длительное ношение способствует расширению грыжевых ворот. Применяют несколько видов оперативных вмешательств - ауто-герниопластику (закрытие грыжевых ворот осуществляют с помощью собственных тканей больного) и аллогерниопластику (используют различные синтетические трансплантаты, как правило, из полипропилена). Ущемленные грыжи требуют экстренного хирургического вмешательства. Перед плановой операцией пациенту проводится амбулаторное обследование. В стационаре накануне операции вечером и утром делается очистительная клизма. При обширных вентральных грыжах перед операцией в течение 2 недель туго бинтуют живот для профилактики резкого повышения внутрибрюшного давления, проводят лечебную физкультуру и обучают грудному дыханию. При ущемленной грыже пациента срочно госпитализируют в хирургическое отделение для неотложной операции. Введение обезболивающих и спазмолитиков недопустимо, так как может произойти самовправление. После операции (грыжесечение) пациенту назначают постельный режим на 2 суток. Через 2 ч после операции, прошедшей без осложнений, разрешают пить и принимать жидкую пищу. На 2-е сутки пациента переводят на общий стол. После подъема с постели пациенту рекомендуют носить плотный пояс вокруг живота в течение 1 - 2 недель и ограничивать физическую нагрузку на 3-4 недели. После операции по поводу пахово-мошоночной грыжи для

уменьшения отека мошонки применяют суспензории. В последнее 10-летие открыта принципиально новая страница в лечении грыж. Пластика грыжевых ворот заменена ненатяжными методами операции, заключающимися в имплантации синтетических протезов (сеток) в слабых местах брюшной стенки через которые происходит выпячивание внутренних органов (в случае больших или рецидивирующих грыж). Синтетические сетки, могут иметь различную форму и размеры в зависимости от локализации грыжи (см. фото). Синтетический протез при грыже живота формируют мощный рубец, который надежно закрывает дефект (слабое место) передней стенки живота.

Литература

1. Хирургия Ростов-на-Дону 2012г. 2.
2. Таранов Москва 2012г. 3. Уход за хирургическим больным
Н.А. Кузнецов, А.Т. Бронтвейн Москва 2011г. .
3. Н.В. Барыкина, В.Г. Зарянская 15 издание 2014г. .
4. Б.Н. Жуков, С.А. Быстров Хирургия 3 издание Москва 2012г.