

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Учреждение образования
<<Гомельский государственный медицинский университет>>
кафедра хирургических болезней №3

Осложнения грыж

Подготовил студент группы №431

лечебного
факультета:

Громыко Роман Александрович

Проверил:

Данкевич Валентин Игоревич

Введение

Грыжа живота является косметическим дефектом, она портит внешний облик человека, и, казалось бы, каждый решает сам совершенствовать себя или нет. Однако любая грыжа таит под собой опасность ущемления при резком изменении внутрибрюшного давления. Ущемление грыжи живота считается самым частым и наиболее опасным осложнением, которое может возникнуть при данной патологии. В грыжевых воротах ущемляется содержимое грыжевого мешка, нарушается кровообращение и возникает некроз (гибель) ущемленного органа. Особенно опасно ущемление петли кишки. Бурно развивающиеся события при ущемлении неминуемо приводят к некрозу и перитониту. Основным клиническим признаком внезапно произошедшего ущемления грыжи - появление острой боли в месте её выхода. Осложнения которые могут быть при ущемленных грыжах: некроз органов, перитонит, флегмона грыжевого мешка Ситуация при этом требует немедленного хирургического разрешения. Смертность при ущемленных грыжах-5-12%.В пожилом возрасте смертность 3 раза выше

Содержание

- введение
- классификация осложнений
- ущемленные грыжи
- особые формы ущемления
- копростаз
- воспаление грыж
- заключение
- литература

Классификация осложнений

1. Невправимость
2. Копростаз
3. Воспаление
4. Повреждение
5. Новообразования
6. Инородные тела в содержимом грыжи
7. Ущемление грыжи (наиболее частое и опасное осложнение)

Актуальность проблемы

Ущемлённая грыжа- hernia incarcerata

Ущемление (*incarceratio*) грыжи — внезапное или постепенное сдавление какого-либо органа брюшной полости в грыжевых воротах, приводящее к нарушению его кровоснабжения и некрозу. Могут ущемляться как наружные (в различных щелях и дефектах стенок живота и тазового дна), так и внутренние (в карманах брюшной полости и отверстиях диафрагмы) грыжи. **Ущемление — одно из наиболее частых и опасных осложнений грыж живота и основная причина летальности при этой распространённой патологии.**

Ущемление развивается у 8-20 % больных с наружными брюшными грыжами. Если учесть, что «грыженосители» составляют около 2 % населения, то общее количество больных с этой патологией достаточно велико в практике экстренной хирургии. Среди пациентов преобладают лица пожилого и преклонного возраста. Летальность у них достигает 10 %.

КЛАССИФИКАЦИЯ

По типу осложнения (механизму ущемления):

- *эластическое ущемление;*
- *каловое ущемление.*

По локализации поражения:

- *наружные брюшные грыжи:* паховая, бедренная, пупочная, белой линии живота, послеоперационная, редкие (полулунной линии, мечевидного отростка, промежностные, запираательные, седалищные, поясничные и др.);
- *внутренние брюшные грыжи:* диафрагмальная, дефект сальника или брыжейки, брюшинные карманы.

По ущемлённому органу (содержимому грыжевого мешка):

- *большой сальник;*
- *органы желудочно-кишечного тракта* (желудок, тонкая кишка, ободочная кишка, червеобразный отросток);
- *паренхиматозные органы* (печень, селезёнка);
- *матка и её придатки;*
- *могевой пузырь.*

Особые виды ущемления:

- *ретроградное (W-образное);*
- *пристеночное (рихтеровское);*
- *грыжа Литтре* (ущемлённый дивертикул Меккеля).

Последствия (осложнения) неликвидированного ущемления:

- *острая кишечная непроходимость;*
- *гнойный перитонит;*
- *каловая флегмона грыжевого мешка.*

Элементы ущемлённой грыжи

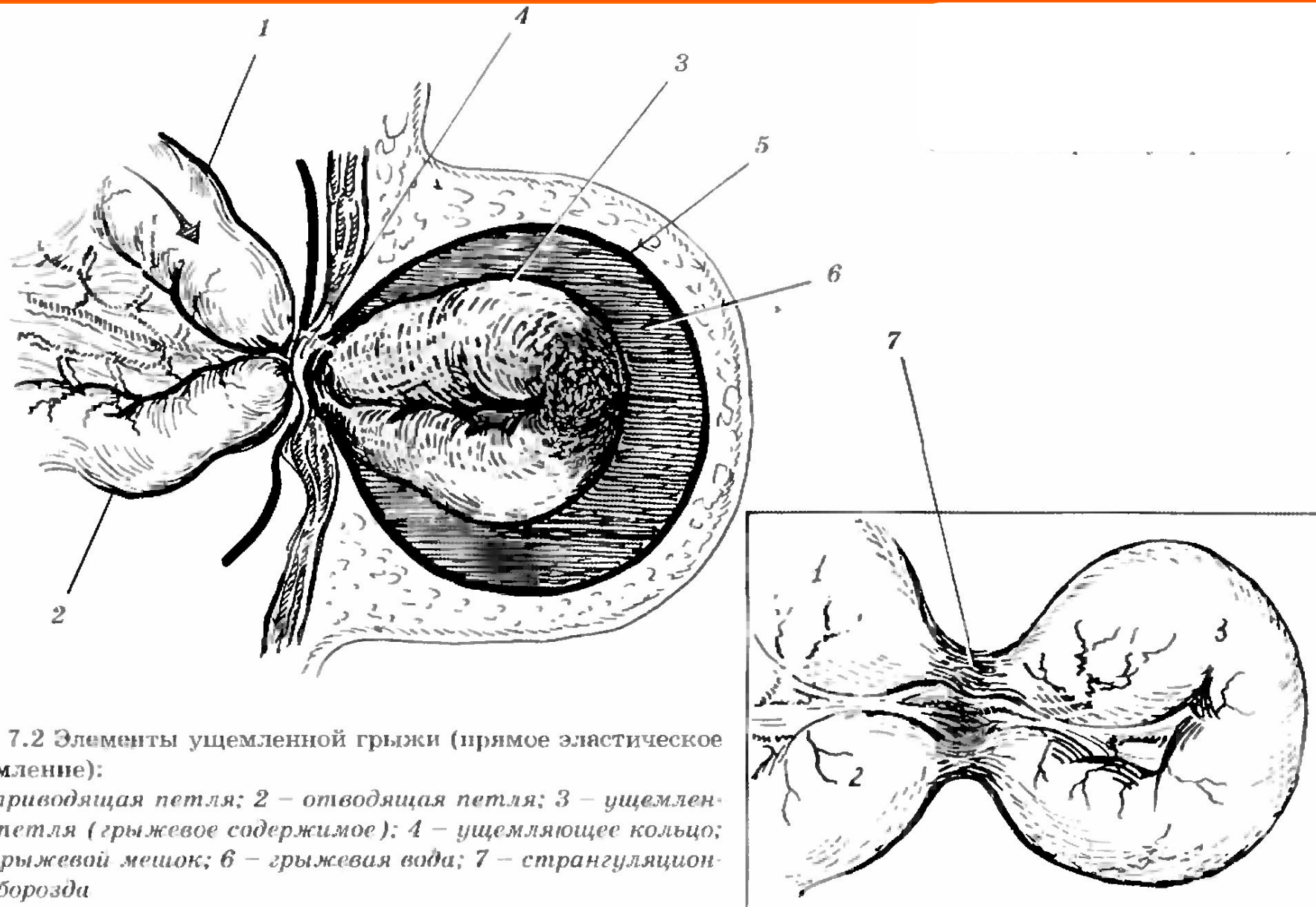


Рис. 7.2 Элементы ущемленной грыжи (прямое эластическое ущемление):

1 – приводящая петля; 2 – отводящая петля; 3 – ущемленная петля (грыжевое содержимое); 4 – ущемляющее кольцо; 5 – грыжевой мешок; 6 – грыжевая вода; 7 – странгуляционная борозда

У больных пожилого возраста, страдающих грыжей много лет, при длительном пользовании бандажом вырабатывается известное привыкание к болезненным и другим неприятным ощущениям в области грыжи. У таких больных при подозрении на ущемление особенно важно выявить момент появления интенсивных болей и других необычных симптомов.

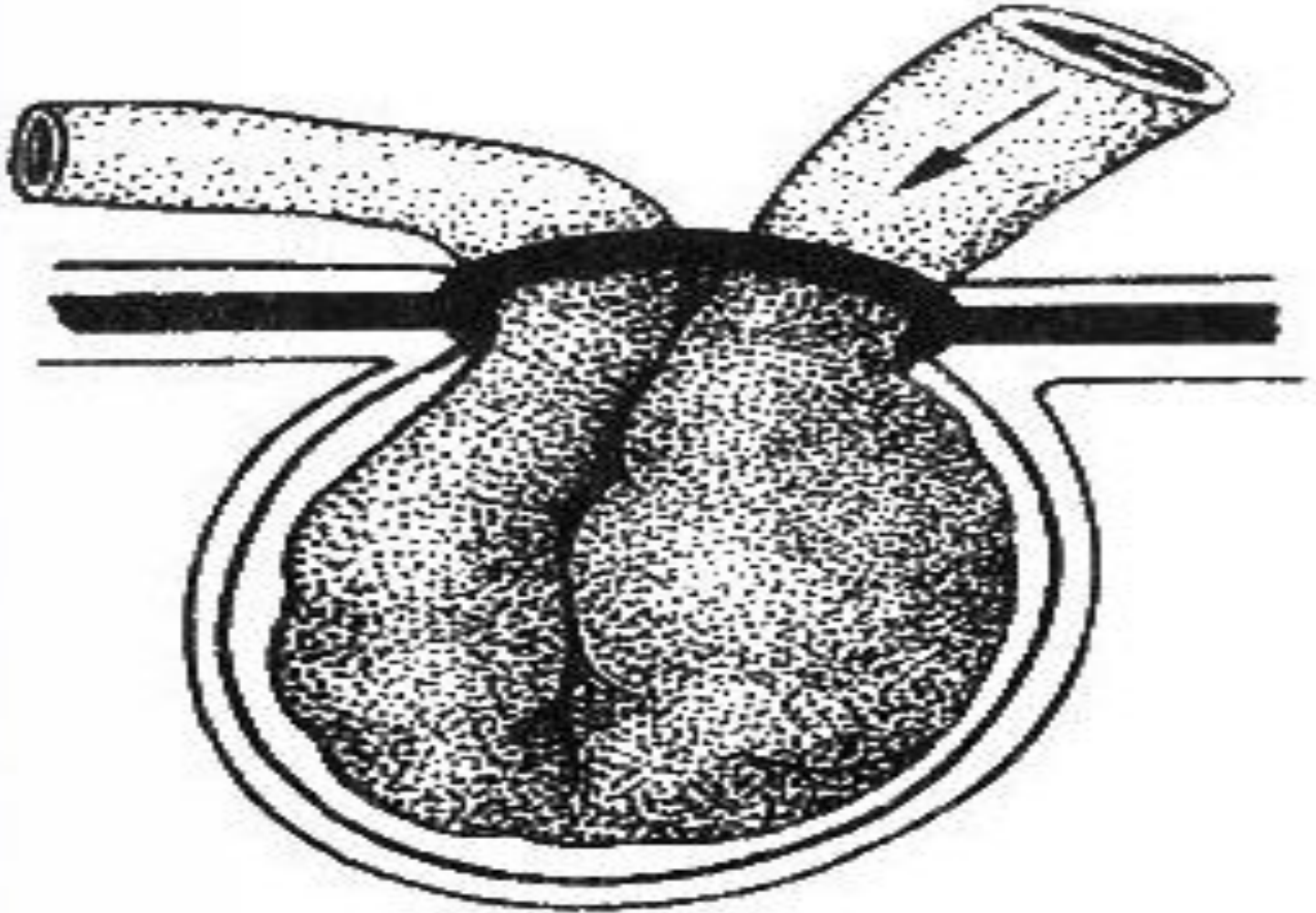
При поздних сроках от начала заболевания развивается клиника острой кишечной непроходимости кишечника, флегмоны грыжевого мешка, перитонита.

Ущемление кишок возможно в естественных внутренних отверстиях или патологических дефектах. Может протекать по типу странгуляции или обтурации;

г) инвагинация — внедрение одной кишки в другую (тонкой в тонкую, тонкой в слепую, толстой в толстую). Может протекать по типу странгуляции или обтурации. Один-два-три и более цилиндров.

Таким образом: клиника ущемлённой грыжи определяется состоянием ущемлённого органа и продолжительностью ущемления.

Ущемлённая грыжа - Incarceration (strangulated) hernia



ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.

С точки зрения механизма возникновения этого осложнения грыж, существует два принципиально различных типа ущемления: эластическое и каловое.

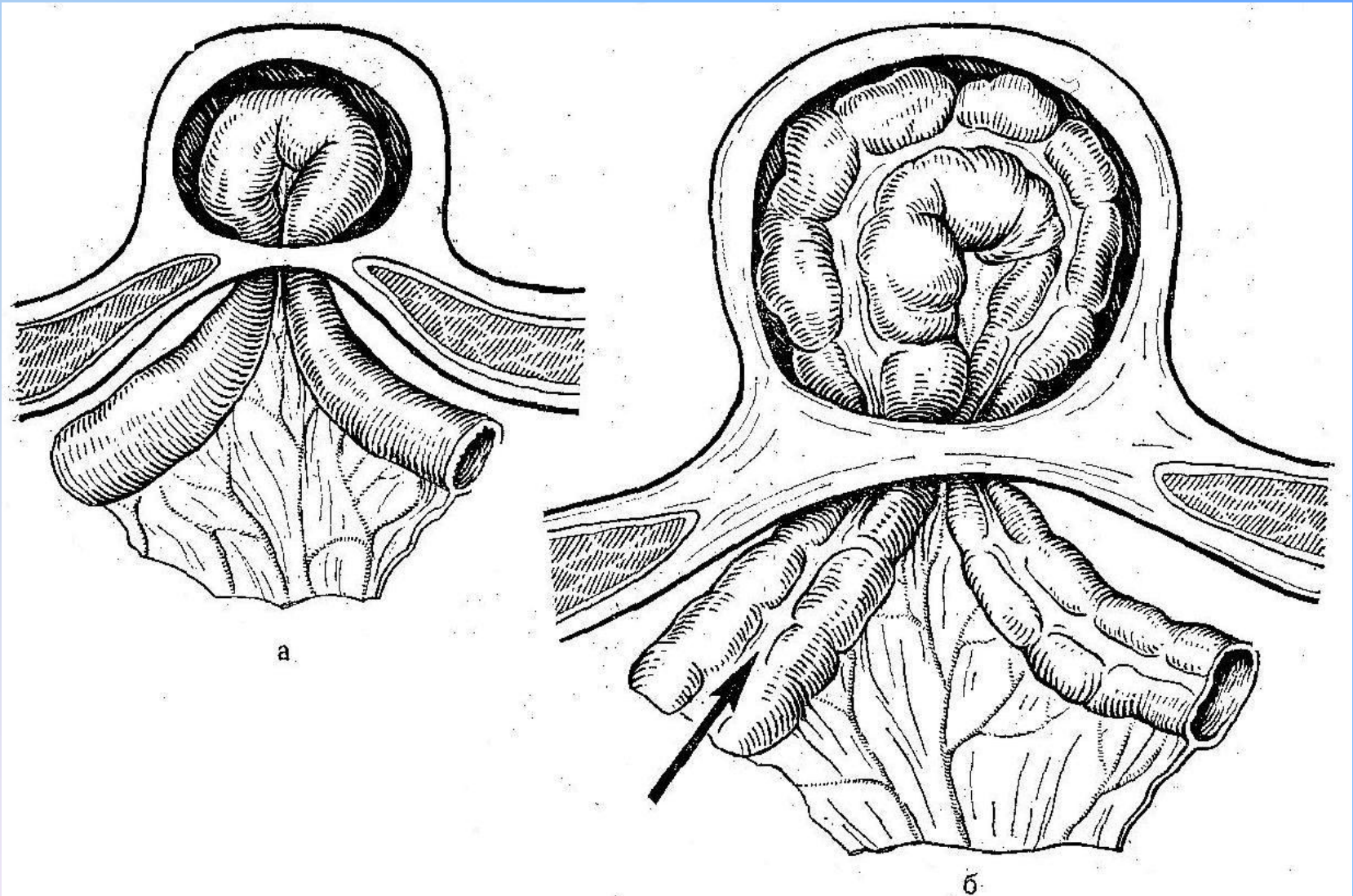
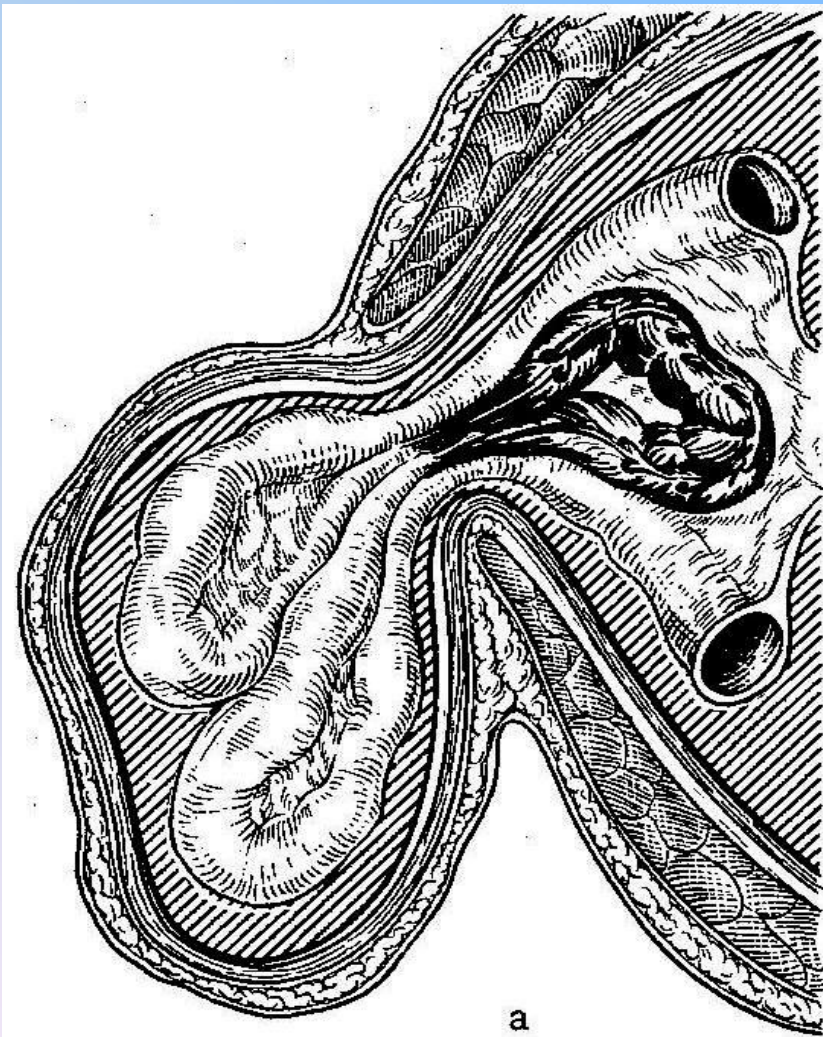


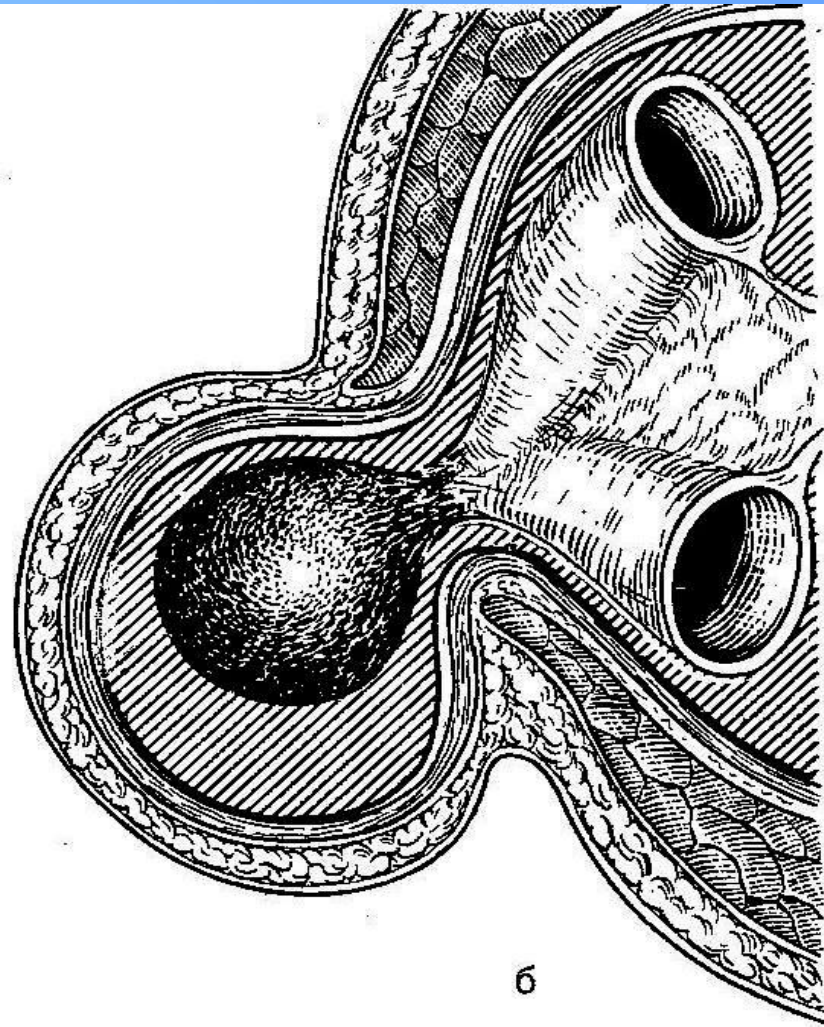
Рис. Механизмы ущемления.

а — эластическое; б — каловое.

Виды ущемления



**а- ретроградное-
(Рихтеровское)**



б- пристеночное

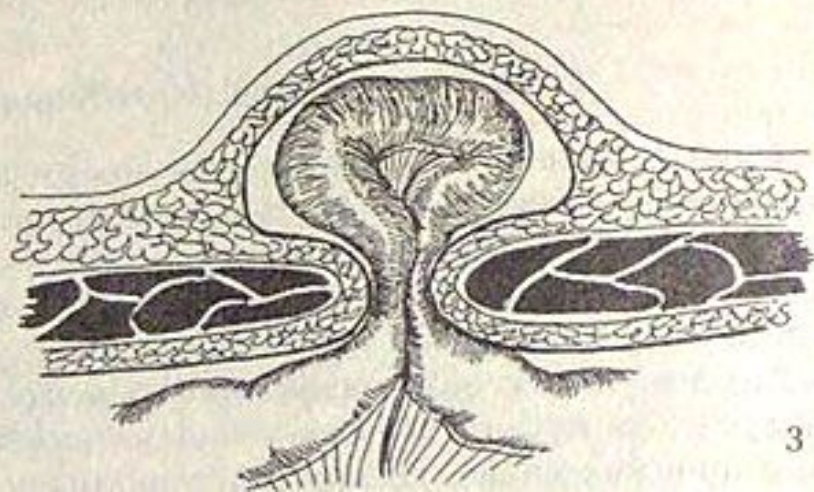
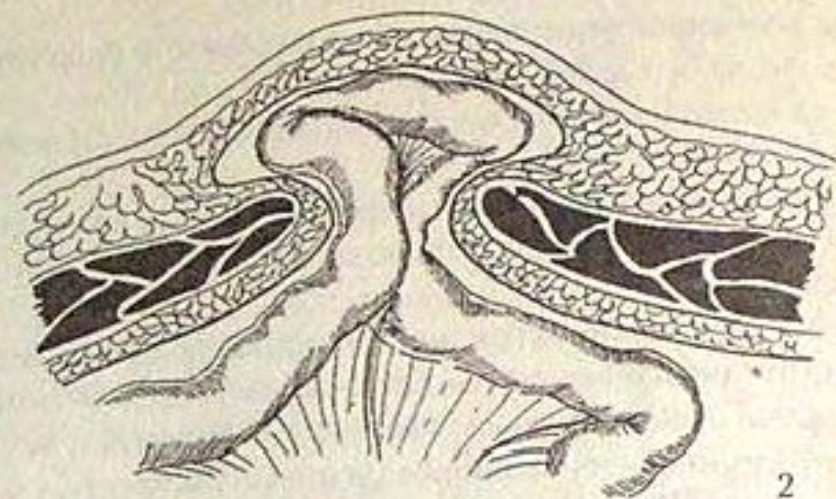
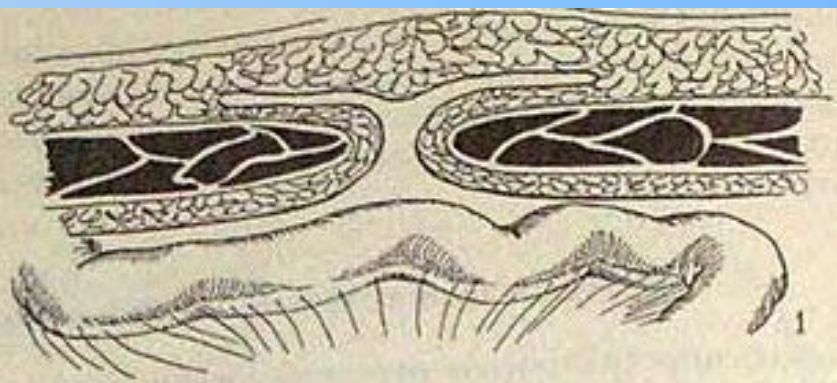


Рис. Эластическое ущемление грыжевого содержимого:

1- грыжевой мешок без грыжевого
содержимого;

2 – интенсивное повышение
внутрибрюшного давления,
расширение грыжевых ворот, выход
органов брюшной полости (кишки) в
грыжевой мешок;

3 – внезапное понижение
внутрибрюшного давления,
сдавление содержимого грыжевого
мешка в зоне грыжевых ворот за
счёт восстановления их

по *Изменение размеров грыжевых
ворот*

Каловое ущемление

—

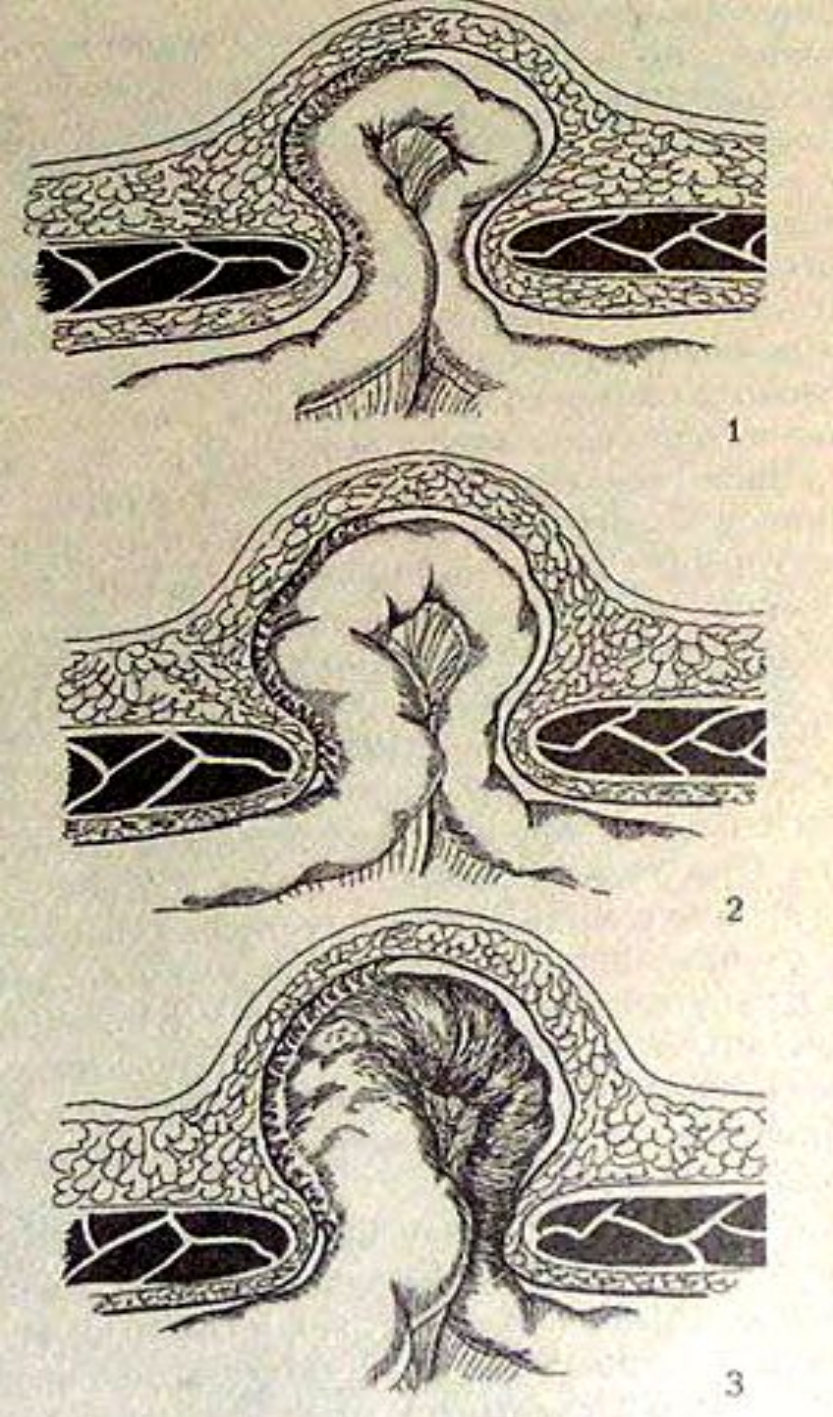
Fecal incarceration

1- невриправимая грыжа;

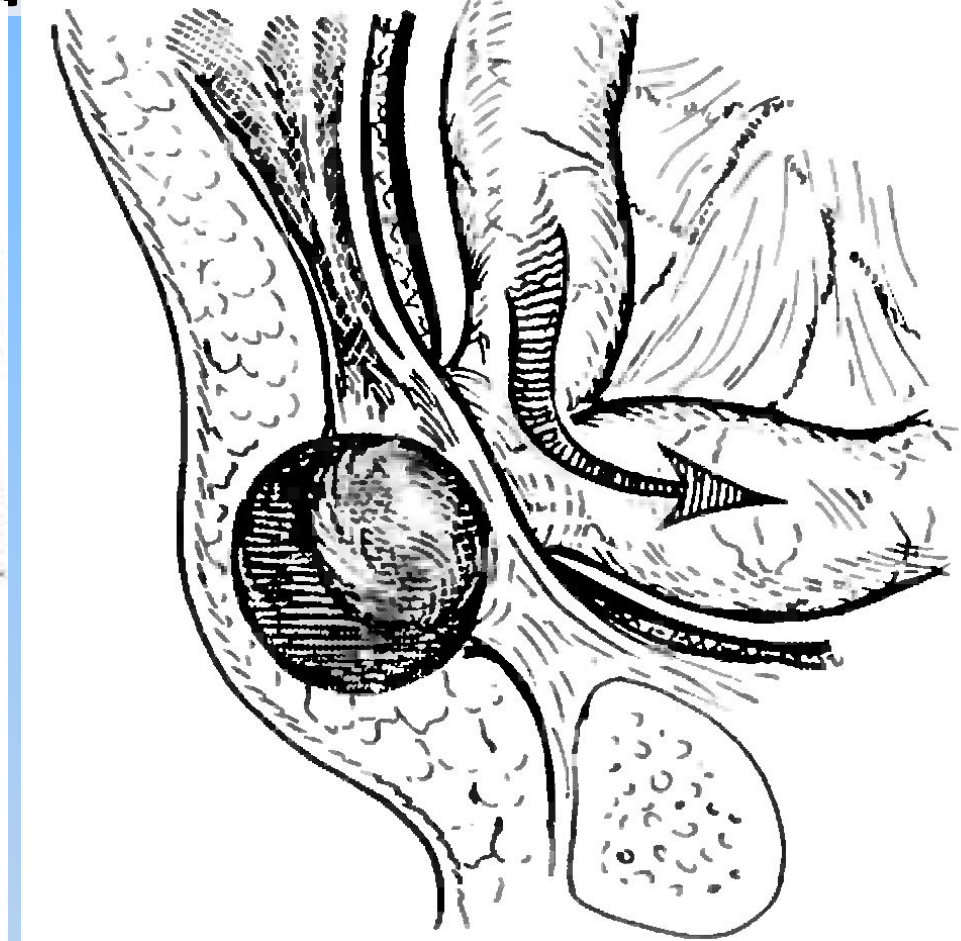
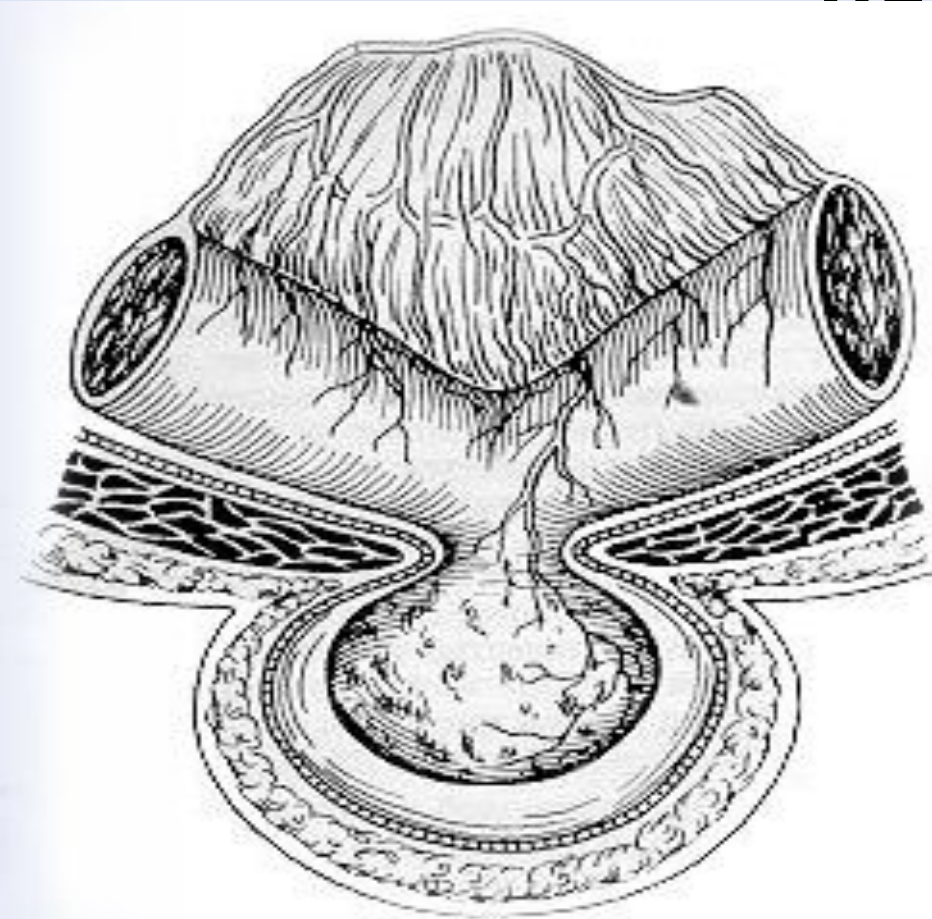
2- грыжевые ворота не расширены; задержка кишечного содержимого в участке кишки, фиксированной к грыжевому мешку, увеличение размеров грыжевого содержимого;

3- грыжевые ворота не расширены, но содержимое грыжевого мешка ущемлено в них за счёт перерастяжения фиксированного участка кишки.

Грыжевые ворота
не меняют своих



Грыжа Рихтера- Parietal (Richter's) hernia



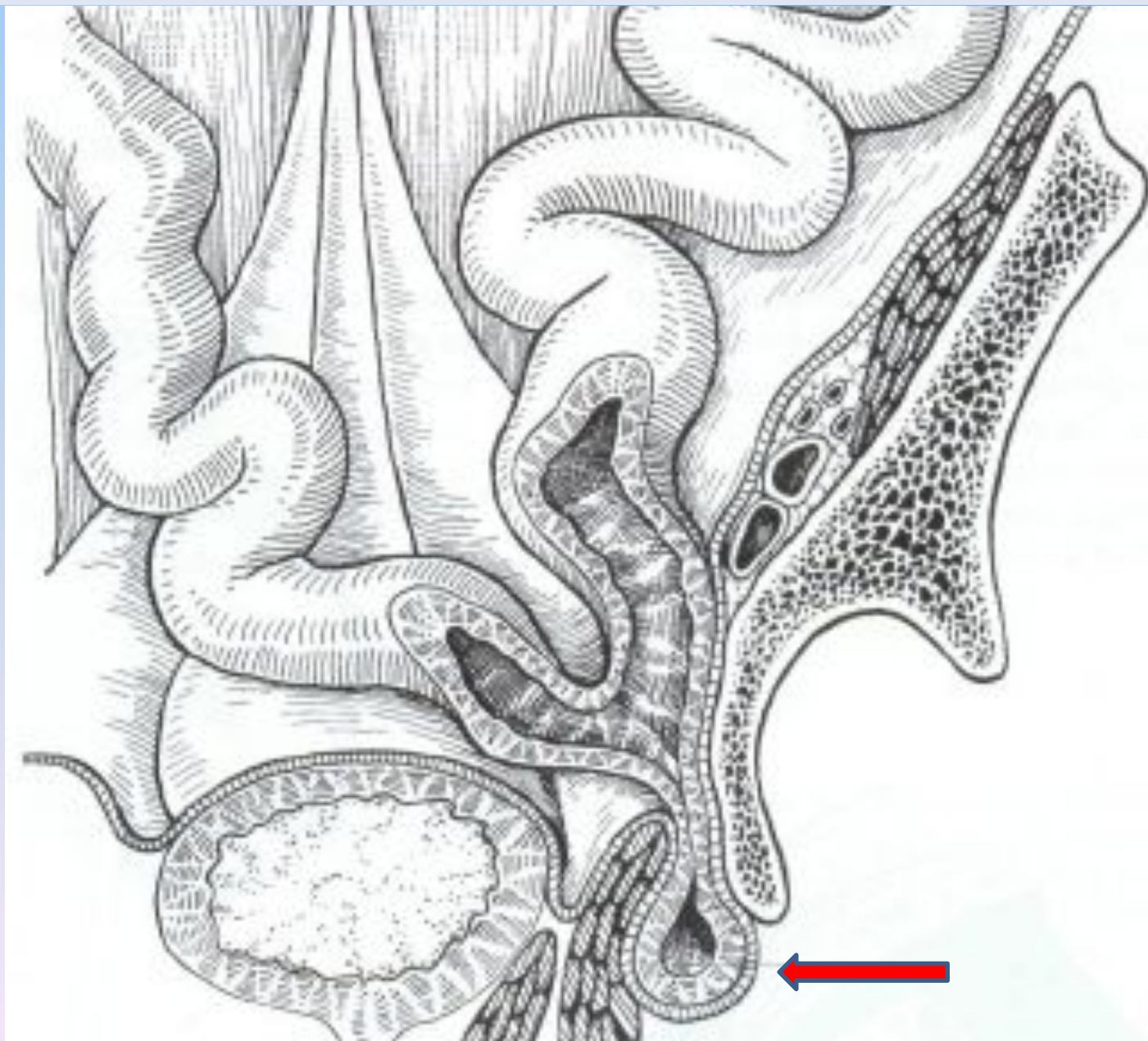
Пассаж по кишке сохраняется. Нет признаков кишечной непроходимости. Ущемляется, как правило, противобрыжеечный край кишки

Грыжа Рихтера = пристеночное ущемление

Особенности:

- нет признаков кишечной непроходимости (пассаж по кишечнику не нарушен);
- нередко диагностические ошибки (необходимо целенаправленно исследовать грыжевые ворота);
- трудности в дифференциальной диагностике (например с паховым лимфаденитом)
- небольшие локальные данные (малые размеры грыжевого выпячивания, боли не выраженные)

**Запирательная грыжа. Рихтеровское ущемление. Стрелкой
указана локализация грыжевого мешка.**



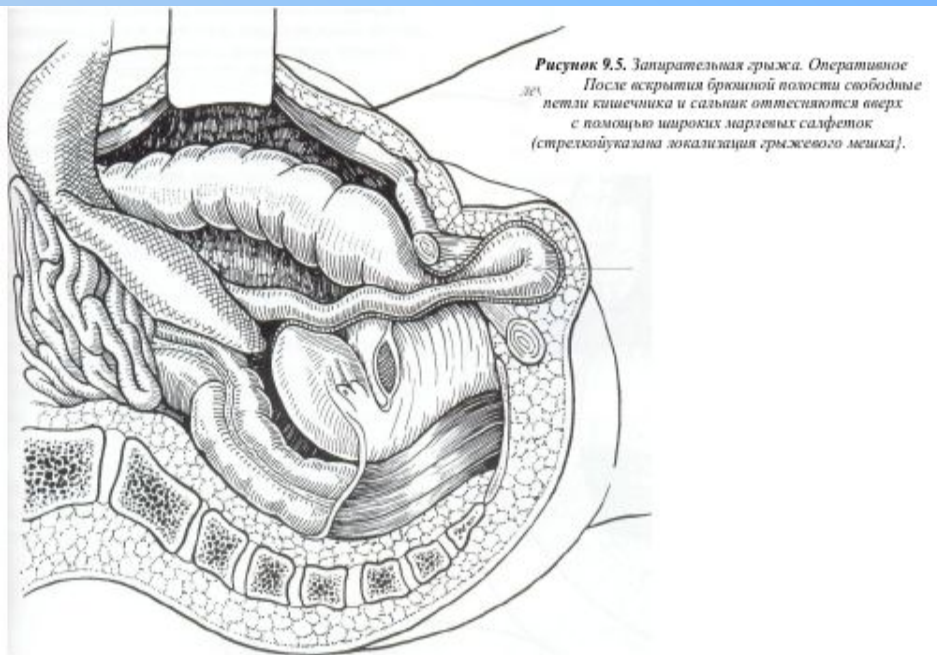


Рисунок 9.5. Запирательная грыжа. Оперативное лечение. После вскрытия брюшной полости свободные петли кишечника и салышек оттесняются вверх с помощью широких марлевых салфеток (стрелкой указана локализация грыжевого мешка).

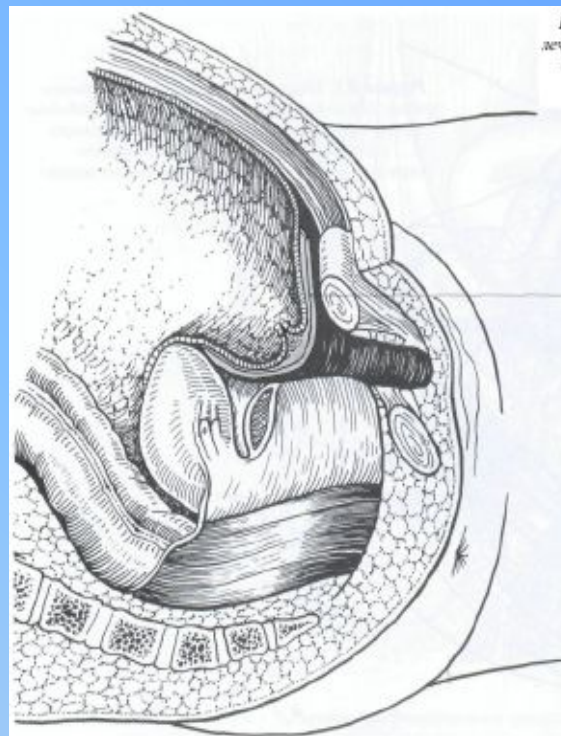


Рисунок 9.7. Запирательная грыжа. Оперативное лечение. После иссечения грыжевого мешка и ушивания брюшины может быть выполнена эксплантация. Эксплантат обозначен стрелкой

Рисунок 9.6. Запирательная грыжа. Оперативное лечение. Удаление грыжевого мешка методом обратной инвагинации.

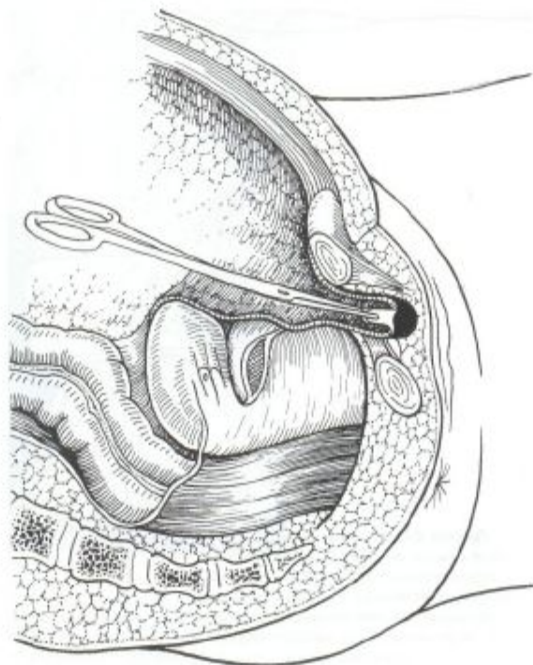
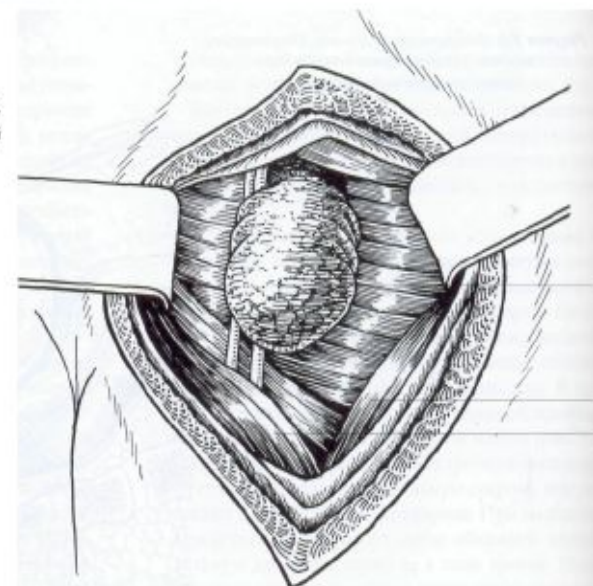
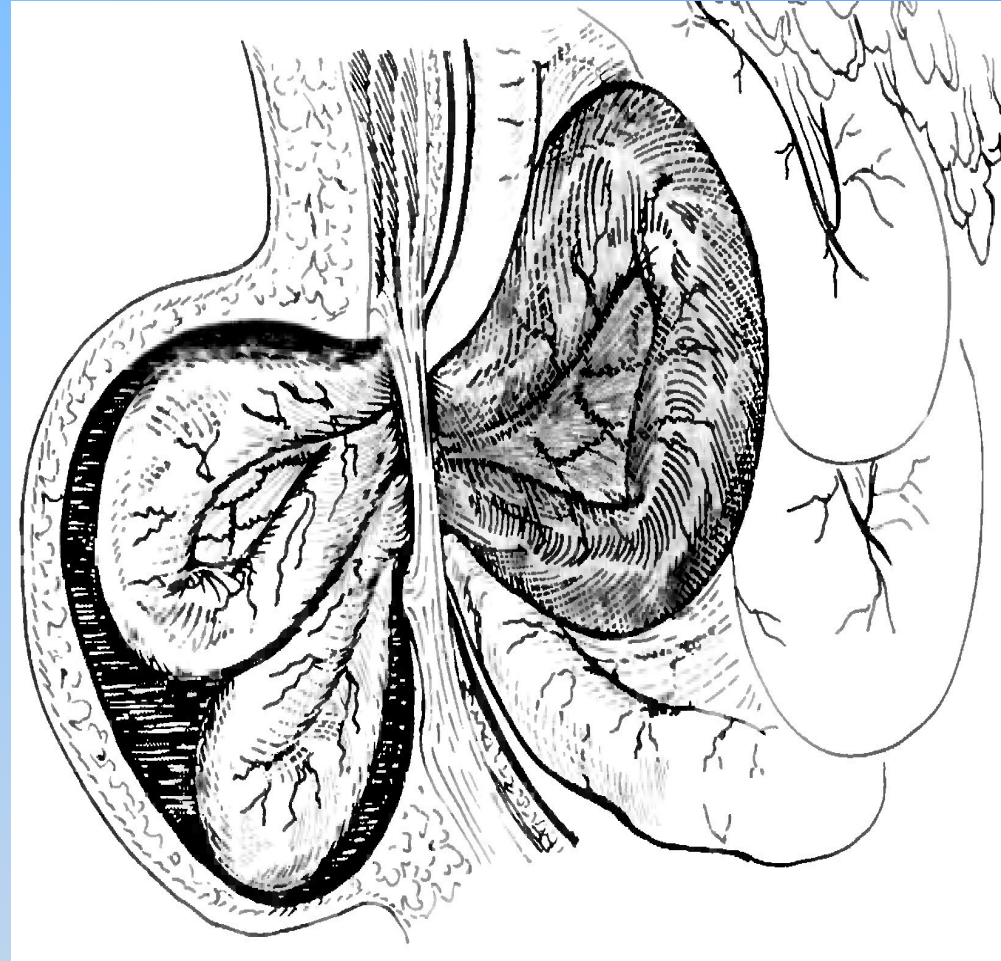
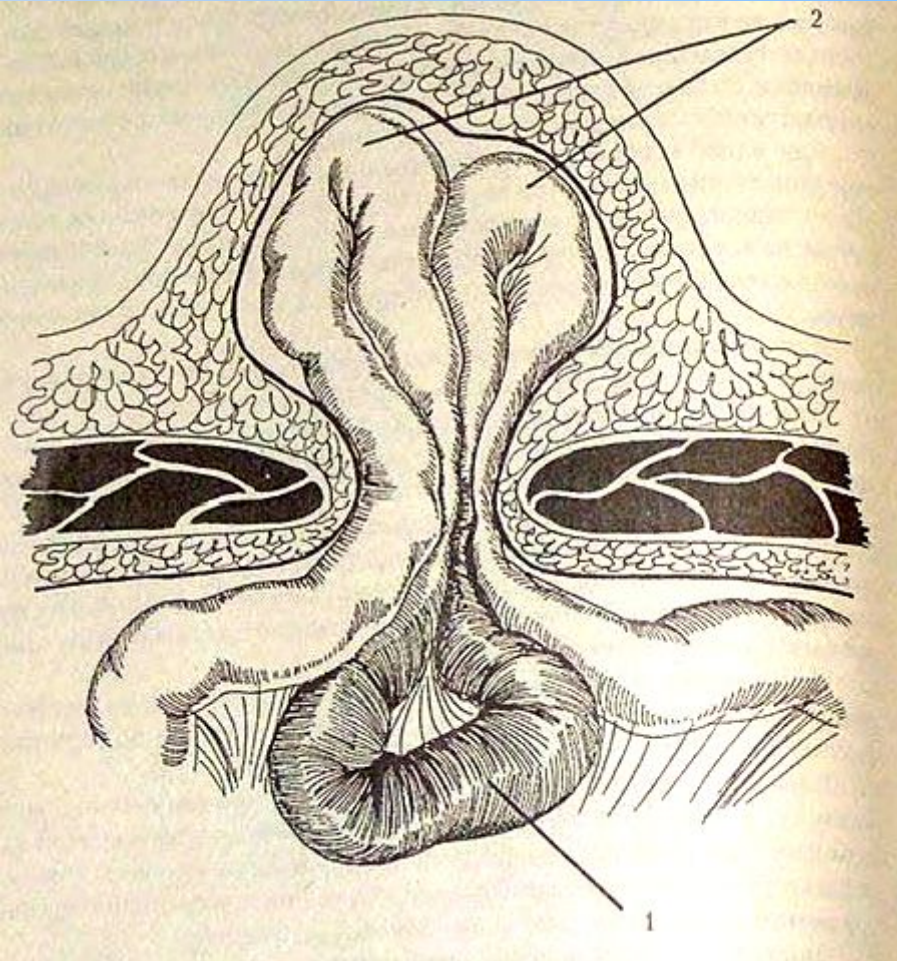


Рисунок 9.8. Запирательная грыжа. Оперативное лечение. Бедренный доступ к запирательному каналу. В промежутке между гребешковой и длинной приводящей мышцами находят грыжевой мешок. 1 - m. rectus; 2 - m. adductor longus; J - грыжевой мешок.



Ретроградное (w-образное) ущемление = грыжа Майдла (hernia Maydl)



Особенности грыжи Майдля:

- Имеет как минимум три петли кишки: две из них находятся в грыжевом мешке, а третья – в брюшной полости;
 - наибольшие изменения происходят в средней петле, находящейся в брюшной полости;
 - именно с её состоянием связана клиника острой странгуляционной кишечной непроходимости (шок, интоксикация, перитонит и т.д.);
 - Две другие петли, находящиеся в грыжевом мешке меньше страдают, менее изменяются.
- Поэтому локальные данные не отражают тяжёлую общую симптоматику.

Варианты «мнимого вправления»:

- 1. В многокамерном грыжевом мешке возможно перемещение ущемленных внутренностей из одной камеры в другую, лежащую глубже, чаще всего в предбрюшинной клетчатке.**
- 2. Можно отделить весь грыжевой мешок от окружающих тканей и вправить его вместе с ущемленными внутренностями в брюшную полость или предбрюшинную клетчатку.**
- 3. Известны случаи отрыва шейки как от тела грыжевого мешка, так и от париетальной брюшины. При этом ущемленные органы «вправляют» в брюшную полость или предбрюшинную клетчатку.**
- 4. Последствием грубого вправления может быть разрыв ущемленной кишки.**

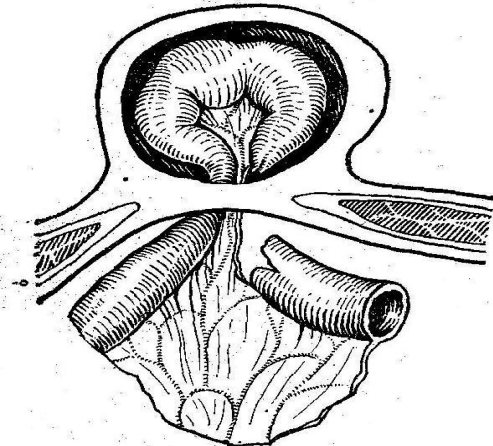
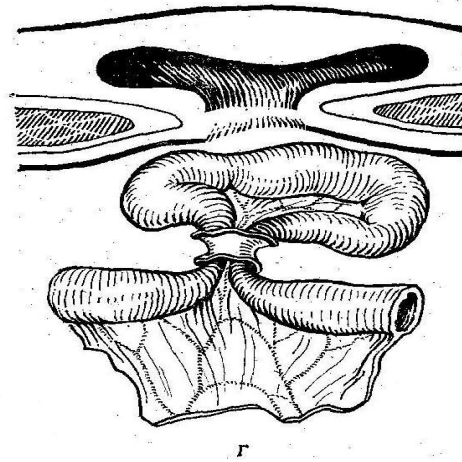
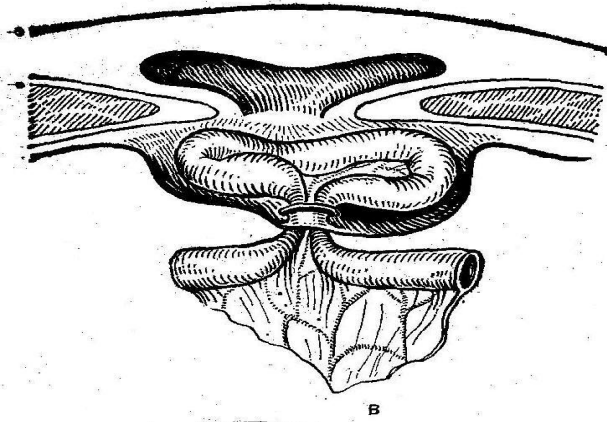
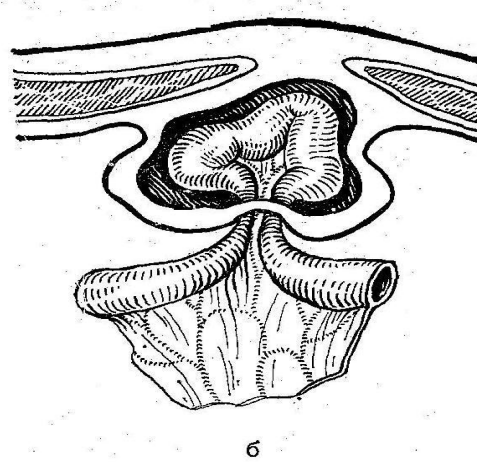
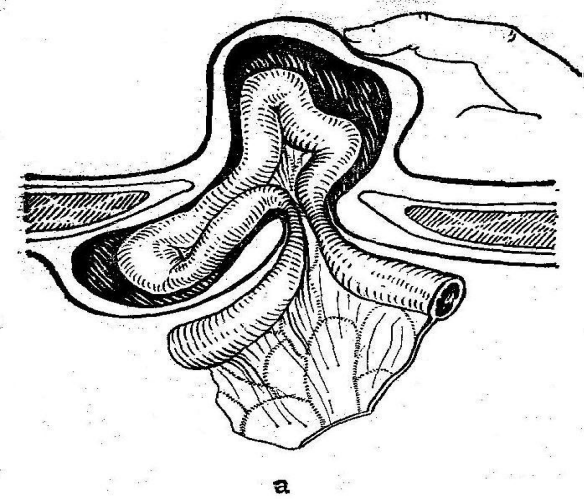
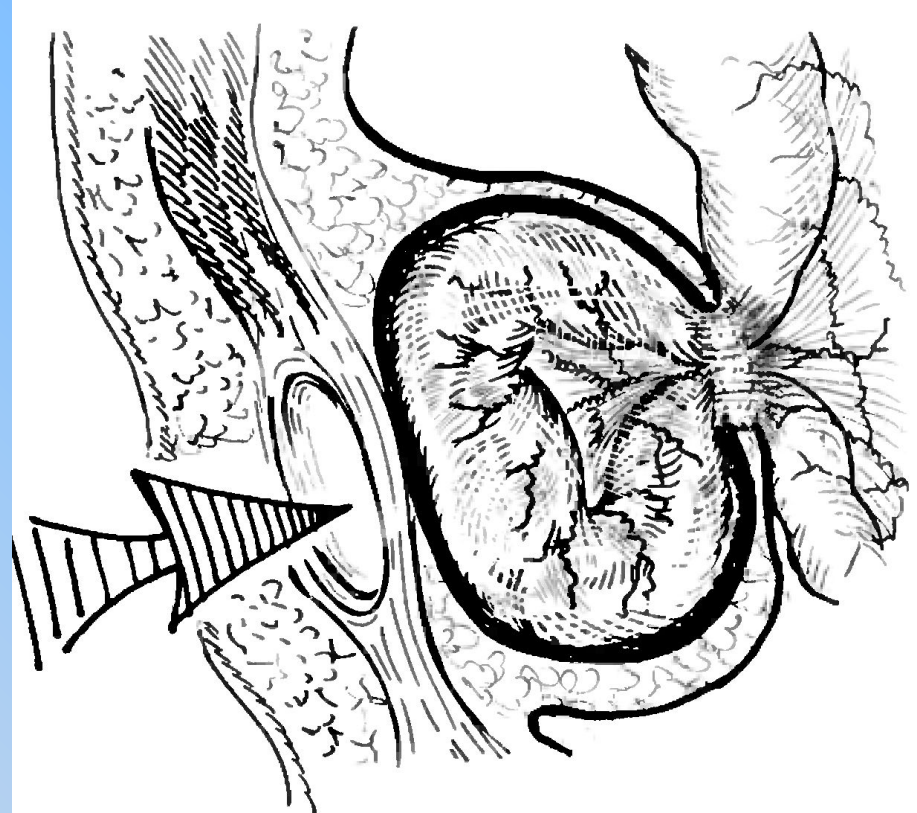


Рис. Разновидности «мнимого вправления».

Рис. Разновидности «мнимого вправления».

а — перемещение ущемленных внутренностей из одной камеры в другую при многокамерной грыже; б — отделение и вправление всего грыжевого мешка; в — отрыв шейки от остальных отделов грыжевого мешка; г — полный отрыв шейки грыжевого мешка и париетальной брюшины; д — разрыв ущемленной кишки.

Мнимое вправление при ущемлённой грыжи



исчезновение грыжевого выпячивания
+ сохранение ущемляющего кольца

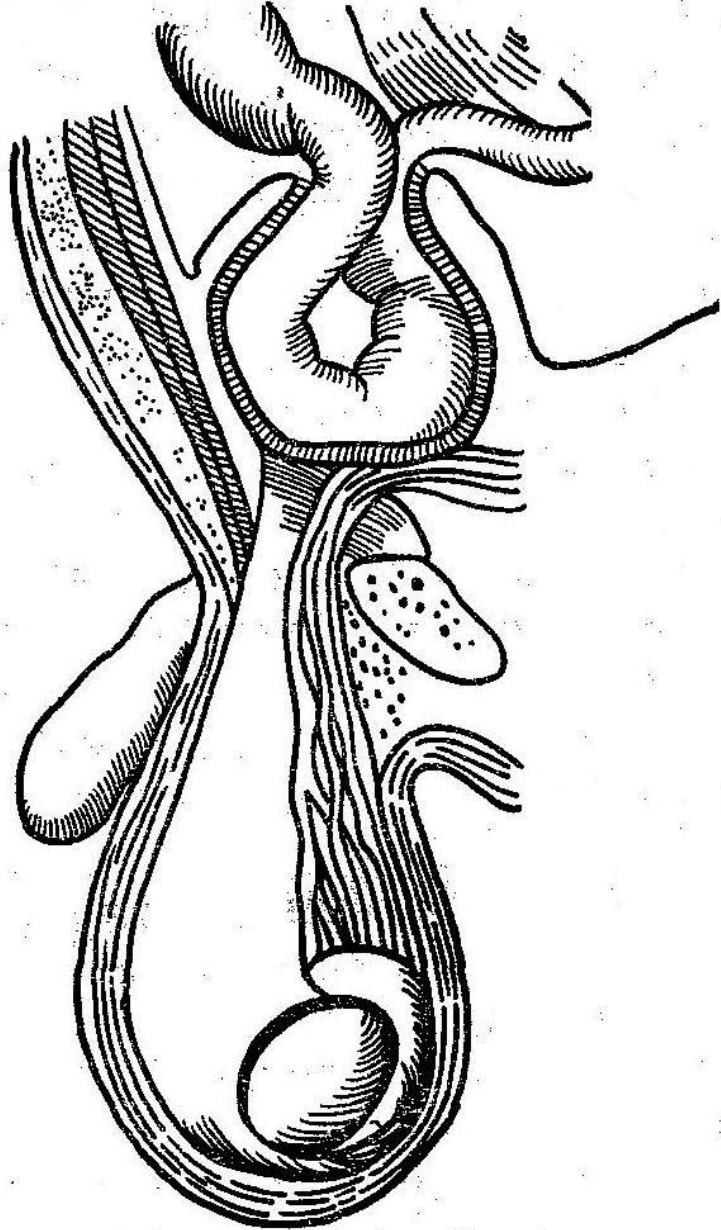


Рис. Вправление ущемленной грыжи en bloc (по Лежару).

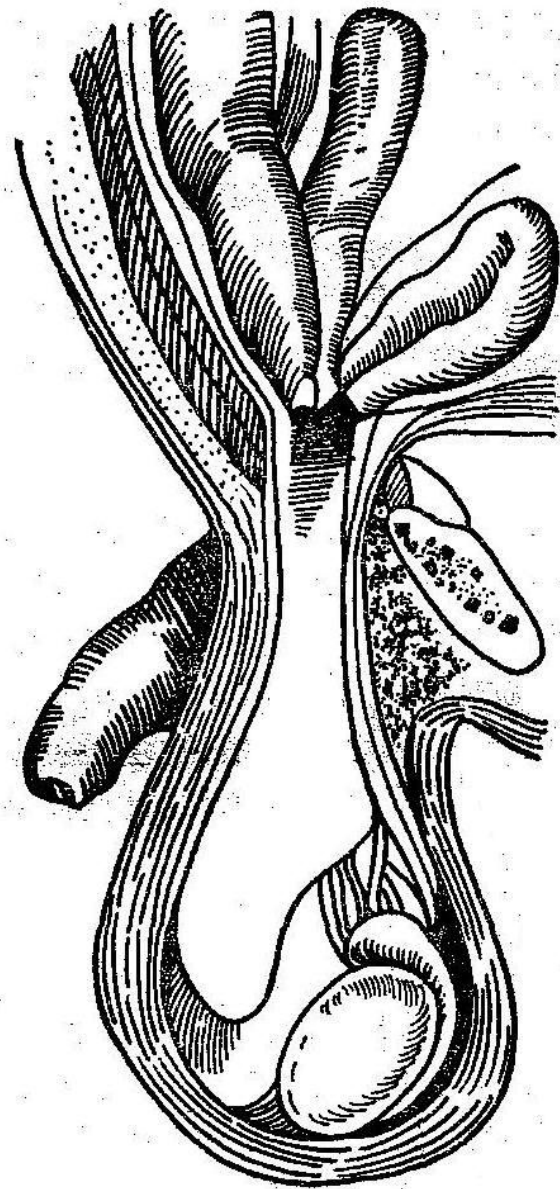


Рис. Ложное вправление с разрывом грыжевого мешка и оттеснением кишки в предбрюшинную клетчатку (по Лежару).

Некроз тонкой кишки



Диагностика ущемлённой грыжи

Ущемлённая грыжа должна быть выявлена или исключена у каждого пациента с подозрением на «острый живот». Для этого в обязательном порядке следует тщательно обследовать все места возможного выхода брюшных грыж. Это особенно необходимо у больных с признаками кишечной непроходимости.

Ущемленные грыжи живота занимают особое место в дифференциальной диагностике ОКН. С одной стороны, ущемление внутренних и наружных грыж есть форма странгуляционной кишечной непроходимости.

С другой стороны тактика лечения при ущемленной грыже отличается от тактики при ОКН до тех пор, пока не установлено, что ущемление грыжи привело к развитию у больного илеуса.

Диагностика ущемленной грыжи основывается на **обследовании возможных грыжевых ворот и характерных особенностях ущемленной грыжи - невраимости, болезненности, отсутствия кашлевого толчка.**

При ущемлении целесообразно выполнить больному обзорную рентгенограмму брюшной полости. Обнаружение несомненных рентгеновских признаков острой кишечной непроходимости - **чаш Клойбера и симптома Кейси** - будет указывать на наличие непроходимости, вызванной ущемлением грыжи, и требовать коррекции лечебной программы.

**Для ущемлённой грыжи характерны
4 локальных признака (+ симптомы
странгуляционной кишечной непроходимости):**

- 1. Резкая боль в области грыжи или по всему животу.**
- 2. Невправимость грыжи.**
- 3. Напряжение и болезненность грыжевого выпячивания. Увеличение его за счёт грыжевой воды и т.д.**
- 4. Отсутствие передачи кашлевого толчка.**

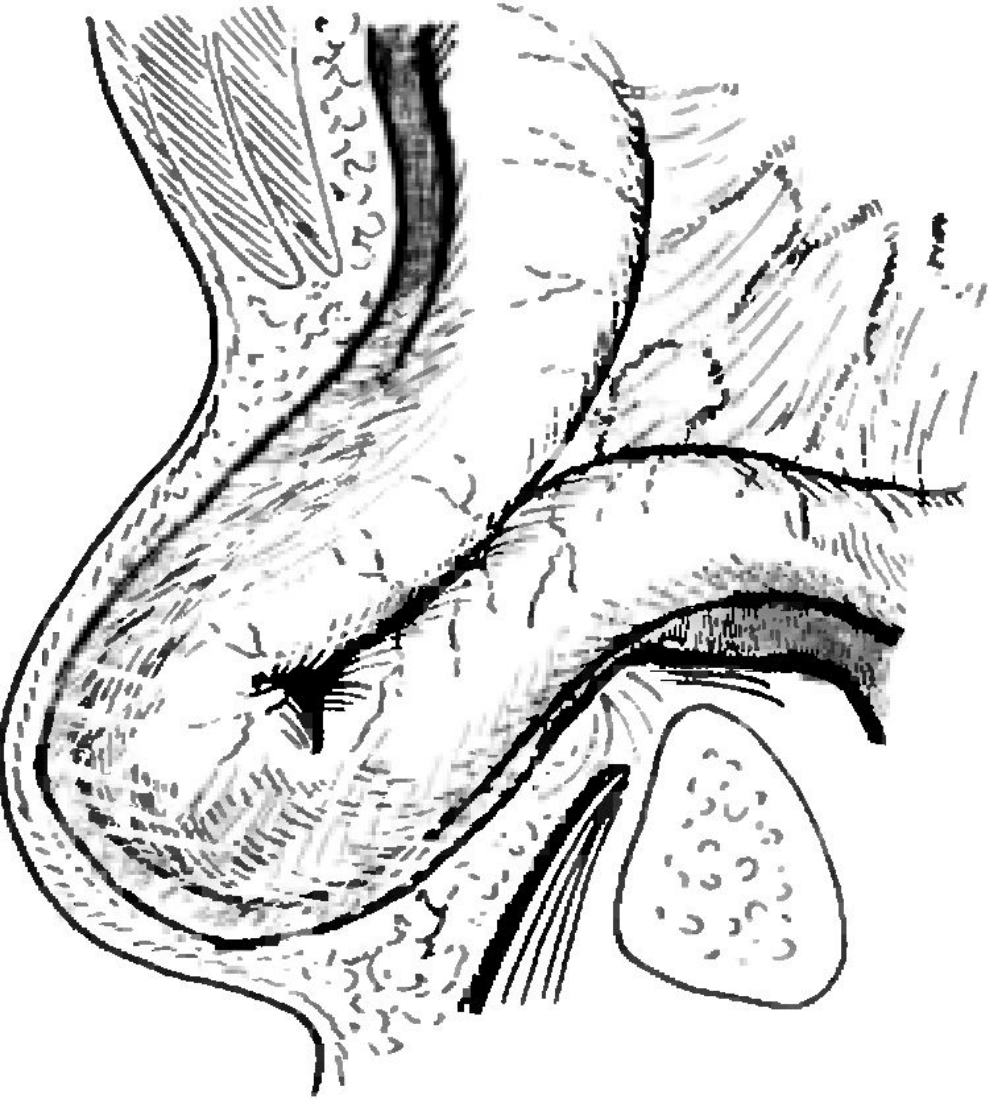
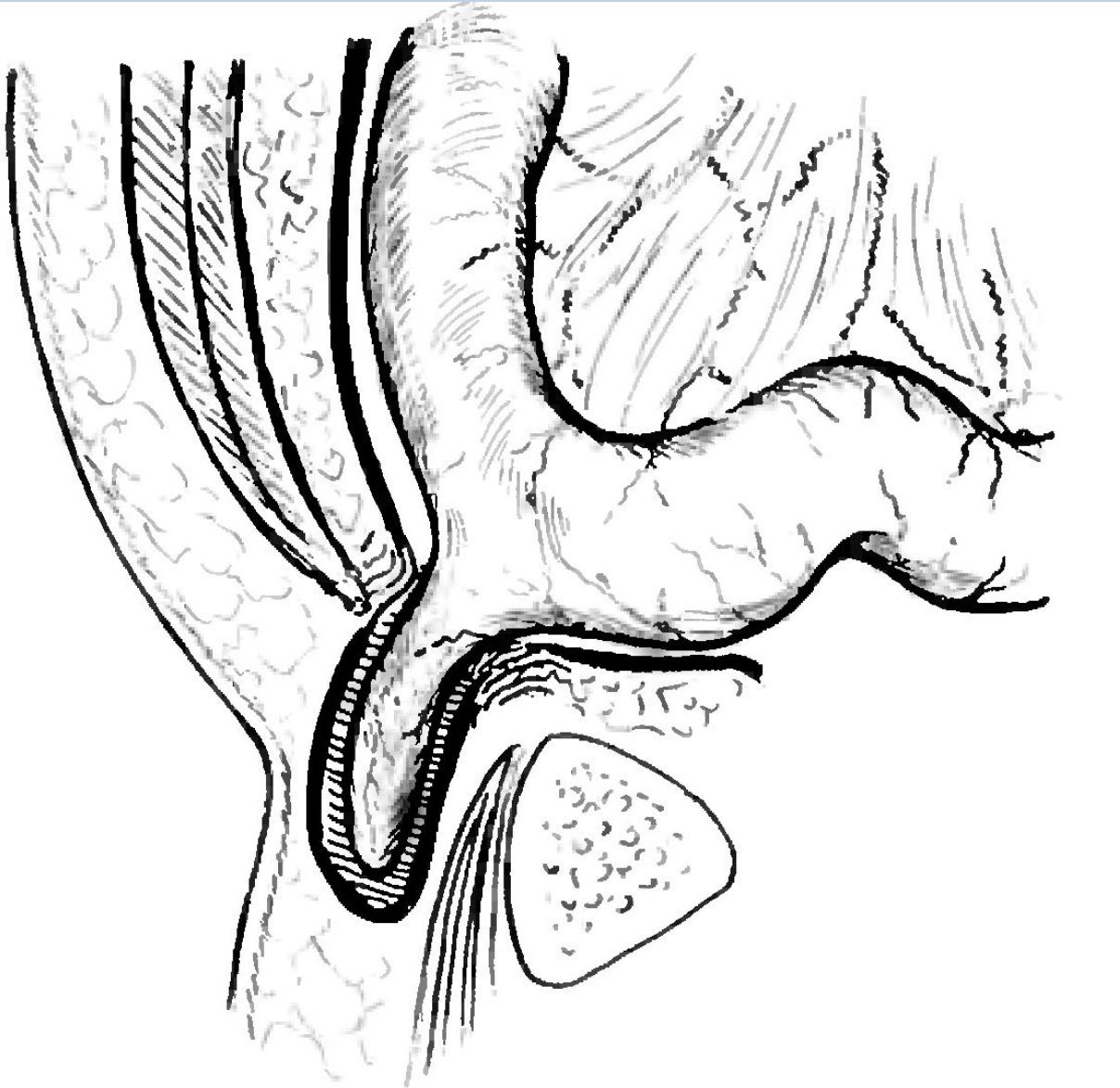


Рис. 7.1. Невправимая грыжа (обратить внимание на спайки между грыжевым мешком и его содержимым, препятствующие перемещению содержимого в брюшную полость.)

**Рис. Невправимая грыжа.
Особенности:
нет ущемляющего кольца,
нет болезненности,
нет симптома кашлевого
толчка,
имеется сращение грыжевого
мешка с его содержимым,
сдавления его нет.**

Ущемление Меккелева дивертикула в грыжевом мешке = грыжа Литтре (Littre)



Особенность:

В связи с худшим кровоснабжением некроз дивертикула происходит быстрее чем кишки

Ущемлённые бедренные грыжи

Для ущемлённой бедренной грыжи очень характерен симптом «натянутой струны», который проявляется резким усилением болей при выпрямлении туловища больного вследствие натяжения фиксированных в области грыжи сальника или брыжейки тонкой кишки.

- Это осложнение при бедренных грыжах встречается очень часто. По данным литературы, от 29 до 55% бедренных грыж ущемляется.

- по удельному весу среди всех ущемленных грыж живота бедренная грыжа стоит на втором месте.

- ущемление бедренной грыжи в большинстве случаев - смертельно опасное осложнение, которое, к сожалению, не всегда своевременно распознается. Главными причинами этого являются поздняя обращаемость и невнимательное обследование больного. Среди больных преобладают женщины пожилого и преклонного возраста.

Ущемленные" бедренные грыжи нередко бывают небольших размеров, и у тучных больных их можно обнаружить лишь при самом тщательном и внимательном осмотре.

Особенно трудно распознается пристеночное ущемление, которое нередко бывает первым клиническим проявлением бедренной грыжи.

Критерии диагностики острой странгуляционной кишечной непроходимости :

- быстрое, внезапное, даже бурное начало заболевания на фоне полного благополучия;
- схваткообразные боли в животе;
- задержка стула и газов;
- неукротимая рвота;
- наличие рубцов на передней брюшной стенке;
- рентгенологические признаки (горизонтальные уровни жидкости).

Этапы операции при ущемлённой грыже:

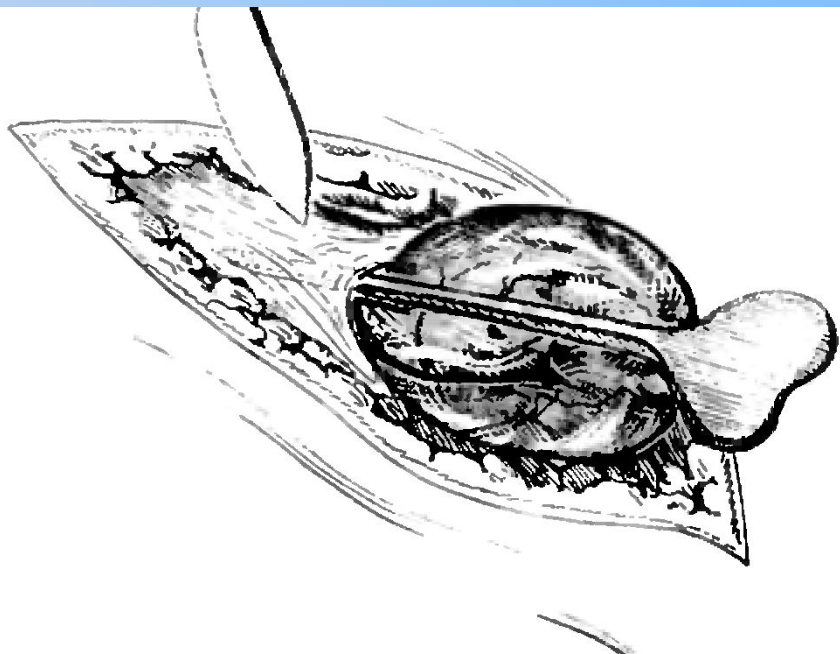
- рассечение кожи, подкожно-жировой клетчатки и наружных грыжевых оболочек;**
- вскрытие грыжевого мешка без рассечения грыжевых ворот;**
- фиксация ущемленного органа в ране с целью оценки его жизнеспособности;**
- рассечение ущемляющего грыжевого кольца;**
- восстановление кровоснабжения в ущемленном органе (согревание, новокаиновые блокады) и оценка его жизнеспособности;**
- при констатации жизнеспособности ущемленного органа - вправление его в брюшную полость, при признаках омертвления органа - резекция его в пределах здоровых тканей;**
- грыжесечение с пластикой грыжевых ворот по одному из существующих способов.**

Операции по поводу ОКН предусматривают последовательное решение следующих задач:

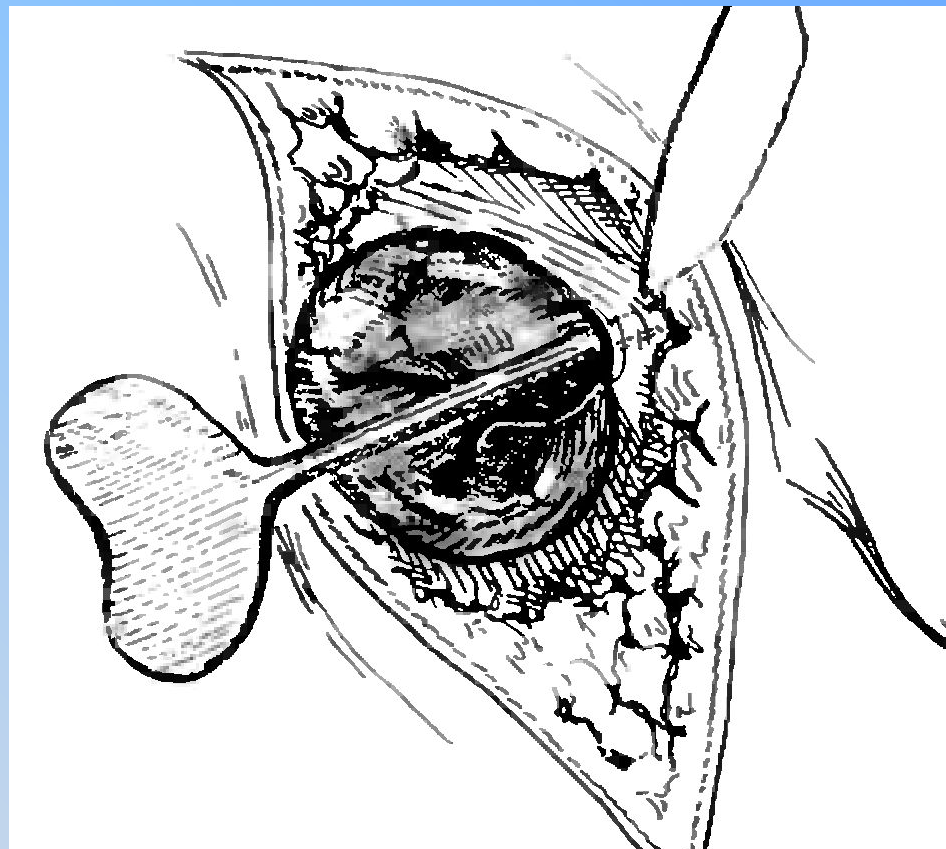
- установление причины и уровня непроходимости;**
- устранение морфологического субстрата ОКН;**
- определение жизнеспособности кишки в зоне препятствия и определение показаний к ее резекции;**
- восстановление пассажа кишечного содержимого (наложение межкишечного анастомоза) или его отведение наружу (стома, анус, операция Гартмана);**
- установление границ резекции измененной кишки и ее выполнение;**
- определение показаний и способа дренирования (интубации) кишки;**
- санация и дренирование брюшной полости при наличии перитонита.**

Рассечение ущемляющего кольца

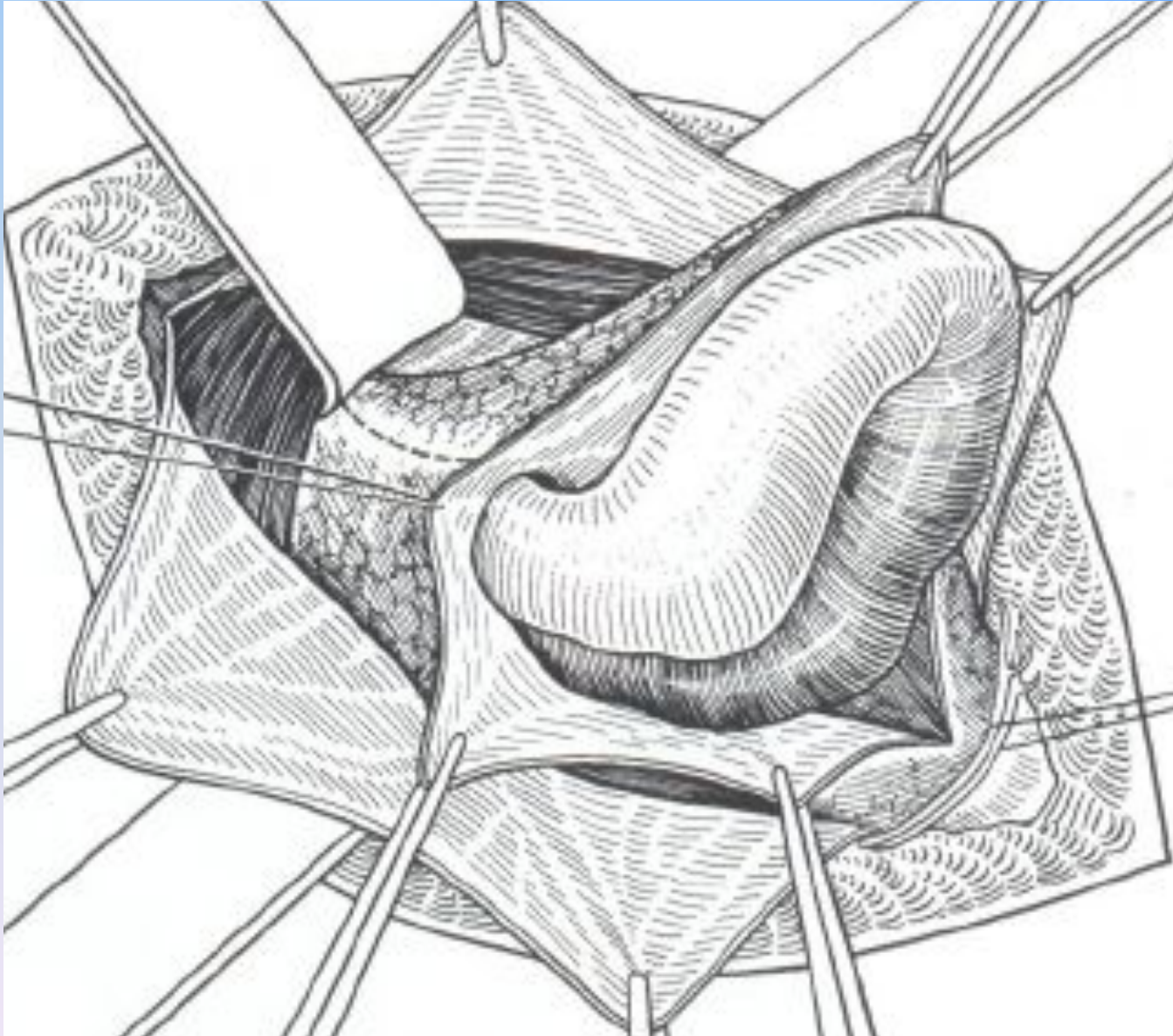
При бедренной грыже –
медиально и вверх
кнутри -через лакунарную
связку



При паховой грыже –
латерально и вверх



Ущемлённая паховая грыжа. Рассечение ущемляющего внутреннего кольца в латеральную сторону от семенного канатика. Медиально идут нижние эпигастральные сосуды.



Ущемлённая бедренная грыжа. При бедренном доступе кольцо рассекается кнутри – через лакунарную связку.

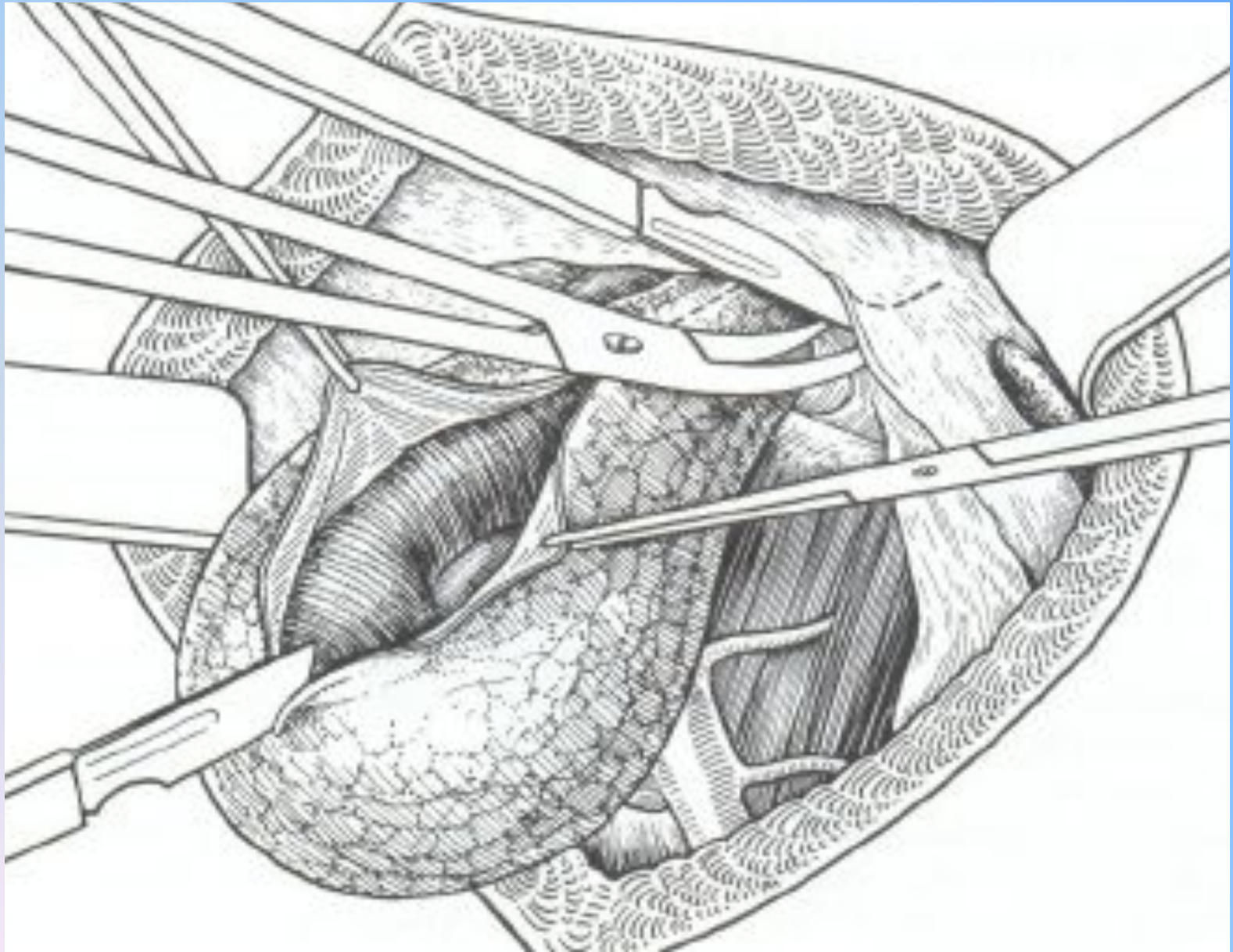


Рис. 7.15. Этапы операции по поводу ущемленной грыжи (4). Выведение ущемленной петли и прилегающих петель кишечника в рану после рассечения ущемляющего кольца



Жизнеспособность кишки оценивается клинически на основании следующих симптомов

(главные из них - пульсация артерий брыжейки и состояние перистальтики):

1- Цвет кишки (синюшное, темно-багровое или черное окрашивание кишечной стенки свидетельствует о глубоких и, как правило, необратимых ишемических изменениях в кишке).

2- Состояние серозной оболочки кишки (в норме брюшина, покрывающая кишку тонкая и блестящая; при некрозе кишки она становится отечной, тусклой, матовой).

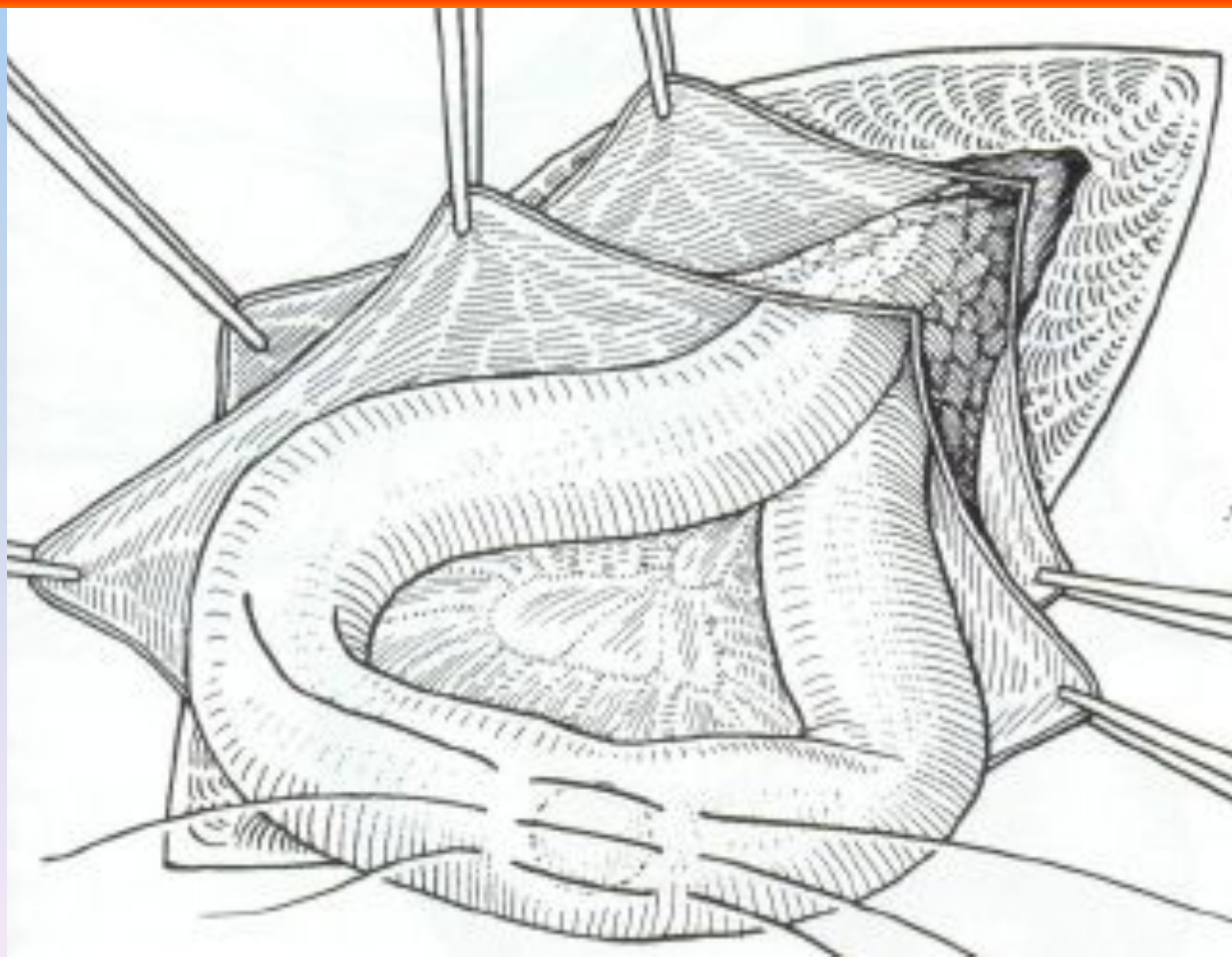
3- Состояние перистальтики (ишемизированная кишка не сокращается; пальпация и поколачивание не инициируют перистальтическую волну).

4- Пульсация артерий брыжейки, отчетливая в норме, отсутствует при тромбозе сосудов, развивающемся при длительной странгуляции.

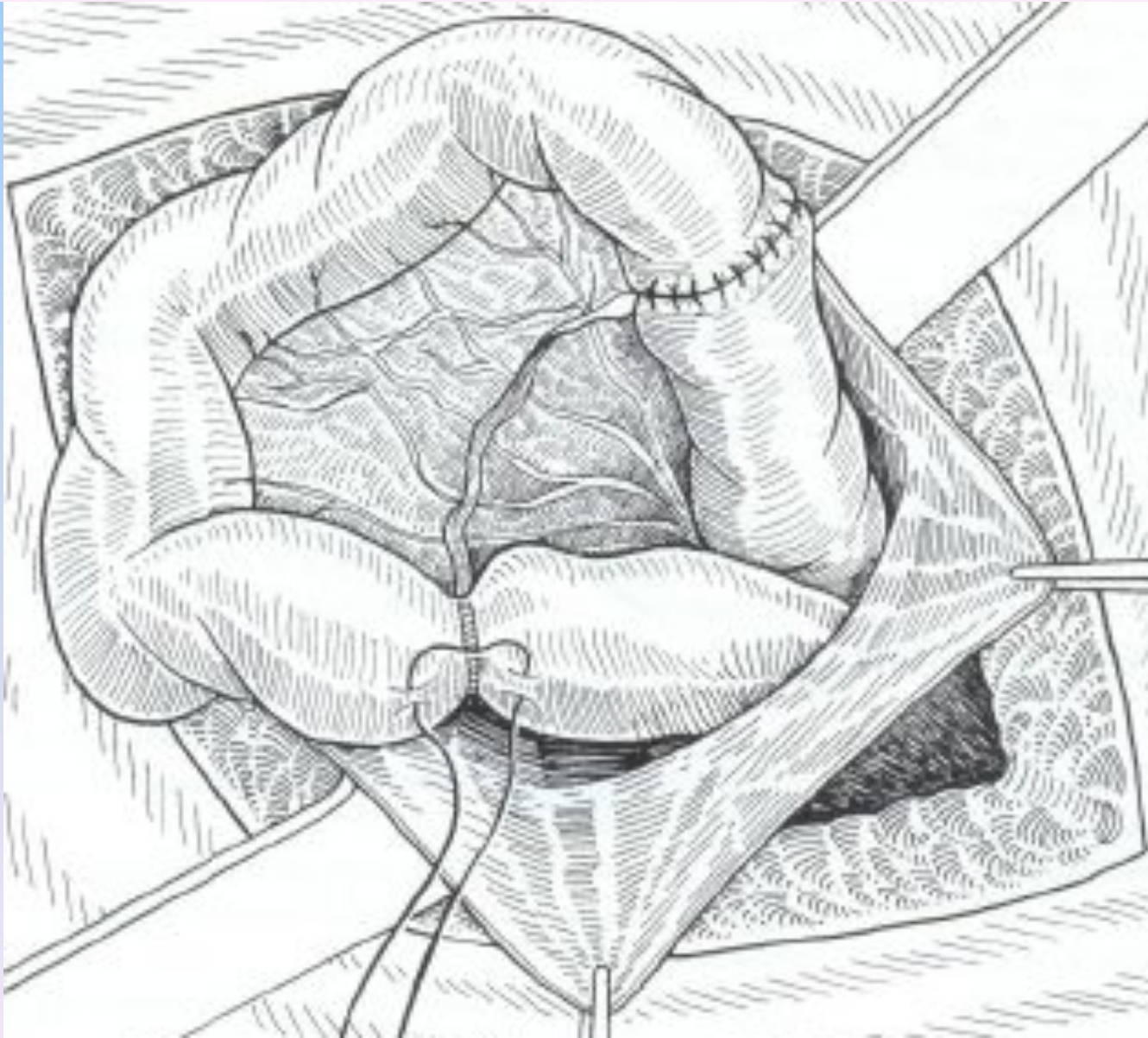
Важна также динамика этих признаков после введения в брыжейку кишки теплого раствора) местного анестетика.

При сомнениях в жизнеспособности кишки на большом ее протяжении допустимо отложить решение вопроса о резекции, используя запрограммированную релапаротомию через 12 часов или лапароскопию.

Ушивание ущемлённого участка кишки при грыже Рихтера



Ушивание странгуляционных борозд при очень кратковременных ущемлениях и при абсолютной уверенности в жизнеспособности кишки



Особенности клиники флегмоны грыжевого мешка

- **Позднее обращение больного. Большая длительность заболевания.**
- **Локальные признаки воспаления в области грыжи : - гиперемия кожи над грыжевым выпячиванием, -пальпируется инфильтрат (нет чётких границ –воспаление выходит за границы грыжевого мешка).**
- **Признаки кишечной непроходимости.**
- **Признаки интоксикации.**
- **Сдвиг лейкоцитарной формулы влево.**

Флегмона грыжевого мешка.

Тактика лечения.

Флегмонозная грыжа (флегмона грыжевого мешка) Данная патология требует выполнения экстренного хирургического вмешательства.

Этапы операции:

Первый этап операции (абдоминальный):

- 1. Лапаротомия.**
- 2. Резекция приводящей и отводящей петель ущемленной кишки по правилам резекции при кишечной непроходимости (40 см приводящей и 20 см отводящей петли кишки).**
- 3. Формирование межкишечного анастомоза, а в условиях перитонита - создание энтеро-колостомы, санация и дренирование брюшной полости.**

Второй этап операции (экстраабдоминальный):

- 1. Рассечение и иссечение всех воспаленных оболочек и грыжевого мешка.**
- 2. Удаление ущемленных и омертвевших петель кишки.**
- 3. Дренирование раны полихлорвиниловыми трубками, тампонами без пластики грыжевых ворот.**

Особенности тактики лечения флегмоны грыжевого мешка



Рис. 7.8. Этапы операции по поводу ущемленной грыжи. Операция при флегмоне грыжевого мешка:

1 – нижнесрединная лапаротомия и выполнение внутрибрюшного этапа;

2 – вскрытие грыжевого мешка и удаление резецированного органа

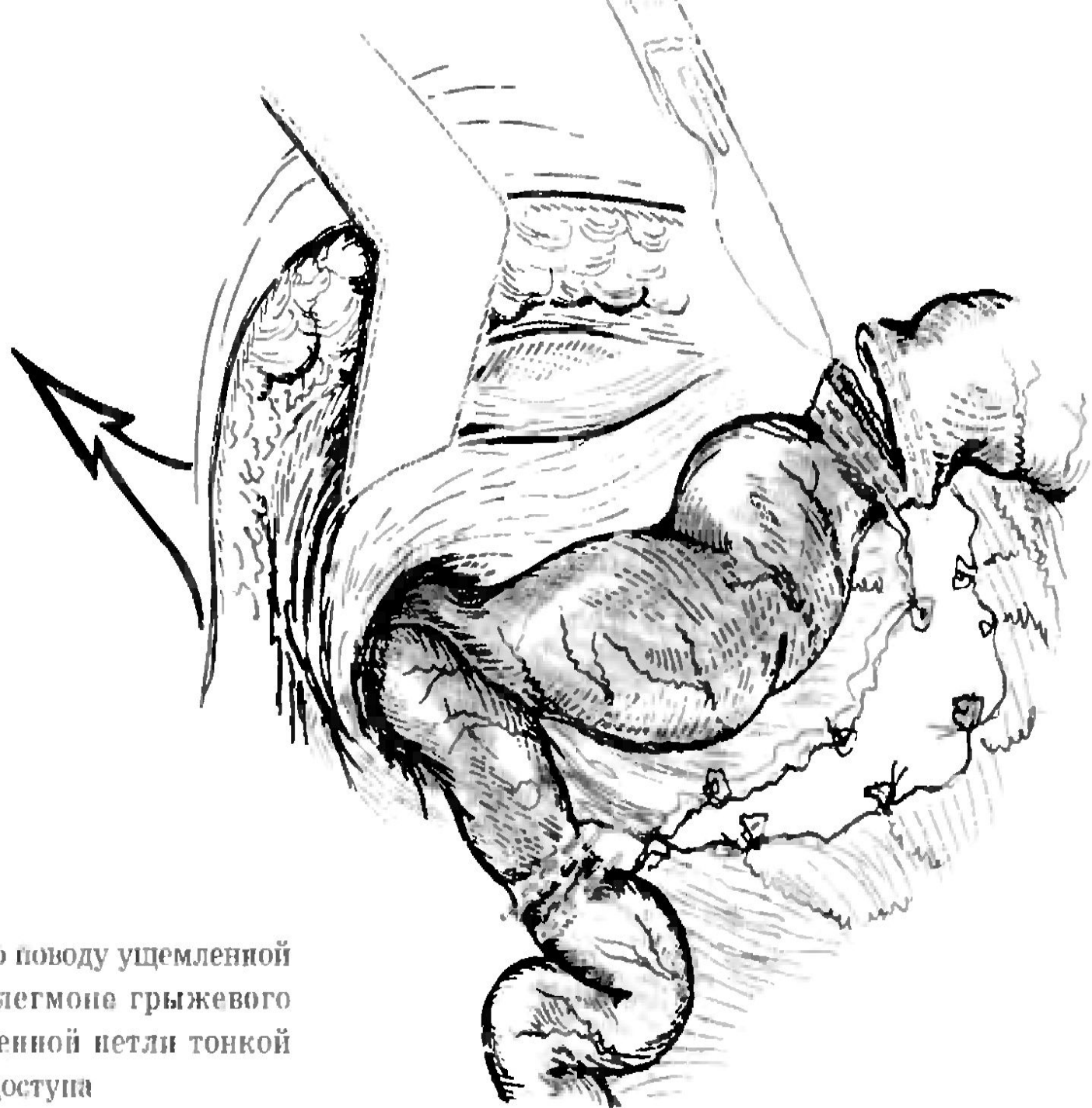
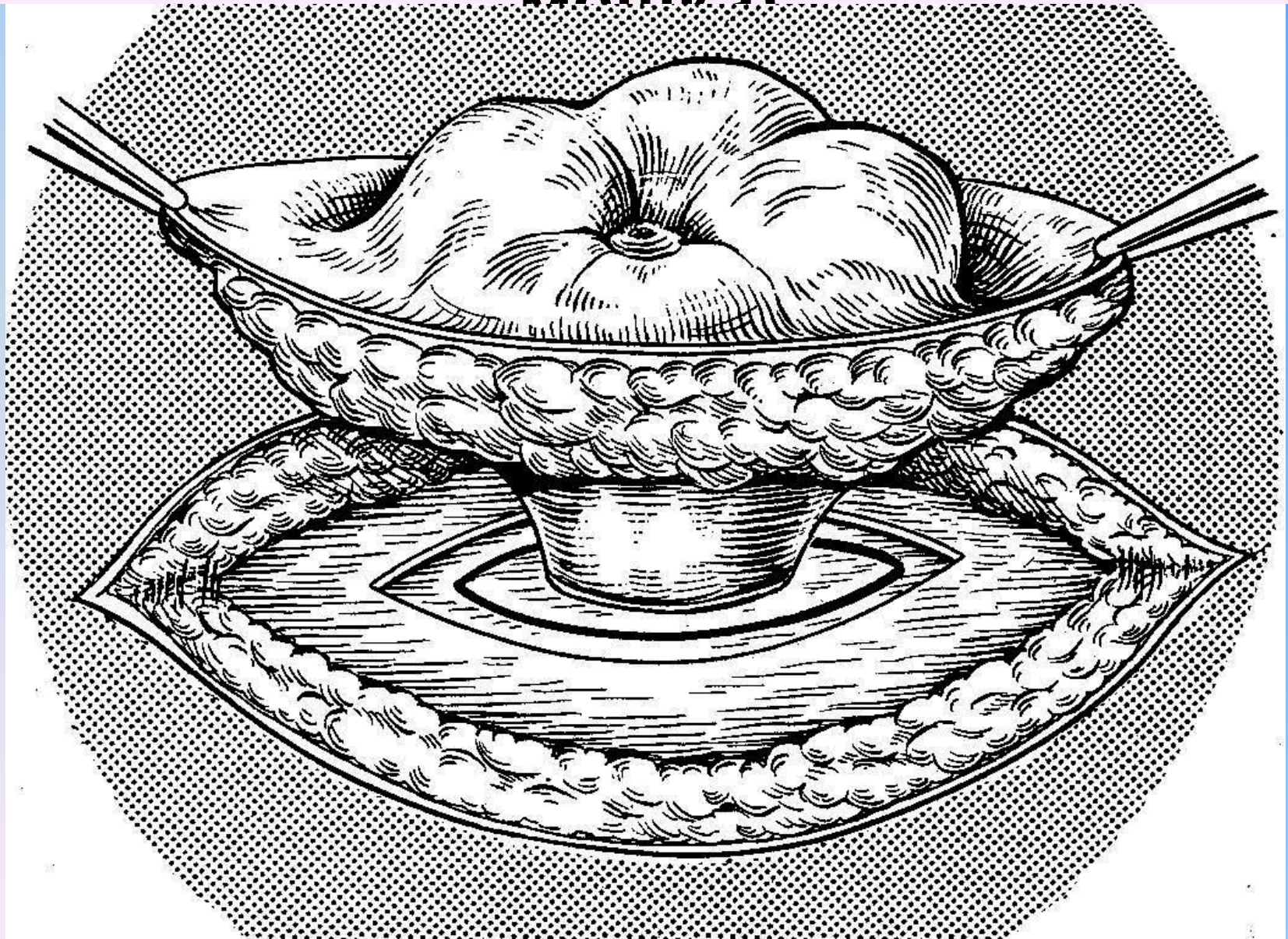


Рис. 7.9 Этапы операции по поводу ущемленной грыжи. Операция при флегмоне грыжевого мешка. Резекция ущемленной петли тонкой кишки из лапаротомного доступа

Рис. Способ Грекова при пупочной грыже (при флегмоне грыжевого мешка)



Заключение

Современная герниология располагает огромным опытом лечения больных с большими, гигантскими, сложными и рецидивными грыжами с использованием различных методов пластики дефектов передней брюшной стенки, которые увеличивают и делают оптимистическими перспективы для повышения радикальности лечения, а значит, и улучшения качества жизни больных-грыженосителей.

Литература

Воскресенский Н.В., Горелик С.Л. Хирургия грыж брюшной стенки. — М.: Медицина, 1965.

Егиев В.Н., Лядов К.В., Воскресенский П.К. Атлас оперативной хирургии грыж. - М.: Медпрактика-М, 2003. - С. 227.

Клиническая хирургия : национальное руководство : в 3 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. П. - 832 с. - (Серия «Национальные руководства»).

Жебровский В.В. , Ильченко Ф.Н. Атлас операций при грыжах живота.- Симферополь. 2004.