

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов

Научно-исследовательская работа

Ущемленные грыжи

Выполнил студент 4 курса 4 группы
педиатрического факультета

Болатов А. М.

*Проверил:
Куртенико Ю.В.
и хор "См"*

Волгоград, 2018

Оглавление

Классификация	3
План обследования	3
Тактика врача поликлиники и скорой медпомощи	4
Тактика хирурга при ущемленной грыже	4
Подготовка к операции	6
Тактика во время операции	6
Цель операции	6
Техника операции	7
Послеоперационные осложнения	9
Послеоперационный период	10
Реабилитация	11
Список литературы	12

Классификация

1. Наружные.

2. Внутренние.

Наружные: а) паховые (прямые, косые), б) бедренные, в) пупочные, г) белой линии, д) послеоперационные, е) редкие формы (спигелевой линии, поясничного треугольника).

Внутренние: а) предбрюшинные (надчревные, надпузырного), б) позадбрюшинные (околодвенадцатиперстные, ситовидные, ободочные и др.), в) внутрибрюшинные (брызжеечнопристеночные отверстия Винслова, Дугласова кармана и др.), г) области тазовой брюшины (широкой маточной связки), д) области диафрагмы (над и поддиафрагмальные, смешанные).

По виду ущемленного органа: а) ущемление сальника, б) кишечника, в) желудка, г) паренхиматозных органов.

По степени перекрытия просвета ущемленного органа: а) полное, б) неполное (пристеночное ущемление - грыжа Рихтера - Литтре), в) без перекрытия просвета (дивертикул Меккеля, червеобразный отросток).

По разновидности ущемления: а) антеградное, б) ретроградное, в) мнимое (ложное), г) внезапное (при отсутствии грыжи в анамнезе).

По механизму ущемления: а) эластическое, б) каловое, в) смешанное.

План обследования

1. Анамнез. Жалобы на сильные, постоянные боли в месте ущемления, невраивимость грыжи, рвоту, задержку газов и стула, вздутие живота.

2. Объективные данные. Вначале заболевания состояние больного удовлетворительное, но поведение беспокойное, лицо страдальческое,

больной стонет, ищет удобное положение. В последующем состояние больного ухудшается. Усиливаются боли, рвота становится неукротимой, не приносит облегчения. Если в первых порциях рвотных масс находится содержимое желудка, то в последующих кишечное содержимое. Живот вздут, может быть асимметричным, положительные симптомы Валя, Спасокукоцкого, Склярова. Пальпация живота при ущемлении кишечника болезненна, особенно выше и над местом ущемления. При развитии перитонита появляются признаки раздражения брюшины (симптом Щеткина - Блюмберга), напряжение мышц живота. В первые часы температура нормальная, пульс несколько учащен при выраженном болевом синдроме. При осмотре больного обращает внимание увеличение объема, резкая болезненность, напряжение, неправомерность грыжевой опухоли. Отсутствует симптом кашлевого толчка. Лабораторные данные. При развитии воспаления повышается лейкоцитоз, наблюдается сдвиг формулы влево. Анализ мочи без особенностей.

Рентгенологическое обследование. На обзорной рентгенограмме брюшной полости могут быть чаши Клойбера.

Тактика врача поликлиники и скорой медпомощи

Больной с диагнозом ущемленная грыжа немедленно направляется в неотложное хирургическое отделение. Введение анальгетиков, спазмолитиков противопоказано.

Если у больного с ущемленной грыжей наступило самопроизвольное вправление, его также необходимо госпитализировать.

Тактика хирурга при ущемленной грыже

1. Недопустимо насильственное вправление ущемленной грыжи, так как это может вызвать кровоизлияние в мягкие ткани, стенку кишки и ее брыжейку,

тромбоз сосудов, отрыв брыжейки, перфорацию кишки. Кроме того подобная попытка может привести в мнимому вправлению грыжи.

Возможны различные варианты мнимого вправления. например, при грубых манипуляциях можно:

отделить весь грыжевой мешок от окружающих тканей и вправить его вместе с ущемленным органом в брюшную полость или предбрюшинную клетчатку.

оторвать шейку от остальных отделов грыжевого мешка и вправить ее вместе с ущемленным органом в брюшную полость;

переместить в многокамерном грыжевом мешке ущемленные внутренности из одной камеры в другую, лежащую глубже, чаще всего в предбрюшинной клетчатке.

2. Все больные с ущемленными грыжами или с подозрением на нее подлежат операции по жизненным показаниям. Единственным противопоказанием к операции является агональное состояние больного. Лишь в исключительных случаях, когда больной категорически отказывается от операции или имеются такие заболевания как свежий инфаркт миокарда, нарушению мозгового кровообращения, а с момента ущемления прошло не более 1- 1, 5 часов, допустимо применение некоторых консервативных мер:

введение подкожно 1,0 мл-0,1% раствора атропина;

опорожнение мочевого пузыря;

теплая очистительная клизма;

обкалывание тканей вблизи грыжевых ворот 0, 25 % раствором новокаина;

приподнимание таза.

Подготовка к операции

Подготовка к операции должна быть исключительно быстрой, поскольку каждая минута имеет значение в предупреждении некроза кишечника. Она должна состоять из бритья операционного поля и введения сердечных средств, опорожнения мочевого пузыря. Наркотики и спазмолитики до операции вводить не следует ввиду опасности спонтанного

вправления содержимого грыжи в брюшную полость.

При ущемленной грыже, осложненной перитонитом и острой кишечной непроходимостью, подготовка к операции проводится также, как и при этих заболеваниях (см. соответствующие разделы).

Тактика во время операции

На ранних сроках ущемления без осложнений показана местная инфильтрационная анестезия по А.В.Вишневскому. При осложненных наружных и внутренних грыжах рекомендуется эндотрахеальный наркоз с миорелаксантами.

Цель операции

1. Ликвидировать ущемление и освободить орган путем рассечения грыжевого кольца.
2. Обследовать ущемленный орган и решить вопрос о его жизнеспособности.
3. Резецировать некротизированный участок органа.
4. Удалить грыжевой мешок, если нет противопоказаний (флегмона грыжевого мешка), произвести пластику грыжевых ворот. Операционный доступ обуславливается видом грыжи. При паховых - кривой, выше и параллельно пупартовой связке. При бедренной - вертикальный, через грыжевое выпячивание для

предупреждение повреждения сосудов: косой, параллельно и ниже пупартовой связки, дугообразный, паховый.

При грыже пупочной и белой линии живота - вертикальный или поперечный.

Техника операции

Выделяется и вскрывается грыжевой мешок, ущемленный орган удерживается в ране. Необходимо помнить о возможном инфицировании "грыжевой воды" – обкладывание салфетками, аспирация, посев грыжевых

вод. Ущемляющее кольцо рассекается с учетом вида грыжи (при паховой косой - снаружи и вверх, при паховой прямой - вверх и внутри, при бедренной - медиально и вверх, при пупочной и белой линии живота горизонтально или вверх). Ускользнувший в брюшную полость ущемленный орган необходимо осмотреть, для чего следует произвести герниолапаротомию. После рассечения ущемляющего кольца, осмотр и оценка жизнеспособности органов. Ущемленные отделы сальника следует резецировать во всех случаях. Что же касается определения жизнеспособности кишечной стенки, то правильность решения этого вопроса во многом от опыта квалификации хирурга. Основными критериями при определении степени жизнеспособности тонкой кишки являются:

восстановление нормальной окраски и тонуса;

блеск и гладкость серозной оболочки;

отсутствие странгуляционной борозды и темных пятен, просвечивающих сквозь серозную оболочку;

сохранение пульсации сосудов брыжейки;

наличие перистальтики.

Если все указанные признаки налицо то кишка может быть признана жизнеспособной и погружена в брюшную полость.

Кроме того для оценки жизнеспособности ущемленной грыжи применяют следующие методы: а) введение 0,25 % раствора новокаина в брыжейку кишки, б) введение в брыжейку кишки 0,2-0,3 мл раствора ацетилхолина 1:10000 В.В Иванов (1966), в) согревание петли кишки салфеткой, смоченной теплым физраствором в течение 10-15 минут, г) окклюзионная термометрия по М.Ю. Розенгартену (1976), д) трансиллюминация по М.З. Сигалу, е) доплеро- и миография, ж) лазерная аутофлюоресцентная спектроскопия. Если после проведенных реанимационных мер не изменяется цвет, не восстанавливается перистальтика, тургор стенки кишки, прозрачность серозного слоя, пульсация

брыжеечных сосудов, то необходима резекция измененной части кишки. Уровень резекции в проксимальном направлении - 40 см и в дистальном - 15 см от места ущемления. При этом производится декомпрессия электроотсосом раздутого приводящего отдела кишки. Если диаметр приводящего и отводящего отделов равны, то можно формировать анастомоз конец в конец. Если диаметр приводящего отдела в 2 и более раза больше отводящего, то показан анастомоз бок в бок. Гангренозный сальник резецируется.

При пристеночном некрозе производится резекция измененного участка кишки с анастомозом конец в конец.

При флегмоне грыжевого мешка проводится операция Замтера, которая начинается с среднесрединной лапаротомии. Производят резекцию участка кишечника находящегося в грыжевом мешке, между отводящей и приводящей петлями накладывается анастомоз. Лапаротомная рана ушивается наглухо. Затем разрезом над грыжевой "опухолью" рассекают кожу, клетчатку, грыжевой мешок. Удаляют гнойный экссудат. Очень осторожно надсекают грыжевые ворота, ровно настолько, чтобы можно было извлечь и удалить ущемленную петлю и слепые концы кишки, оставленные в

брюшной полости. Выделение грыжевого мешка из окружающих тканей не производят.

Если выполнять резекцию некротизированной кишки не представляется возможным (отсутствие опыта у хирурга, крайне тяжелое состояние больного), то она выводится из брюшной полости и фиксируется к коже для формирования кишечного свища. Просвет кишки можно вскрыть на операционном столе с введением толстой трубки для отведения кишечного содержимого.

Пластика грыжевых ворот при ущемленных грыжах та же, что и при плановых. Если грыжа паховая косая, то пластика осуществляется по Жирару - Кимбаровскому М.А., Спасокукоцкому С.И., Мартынову А.В., если прямая -

по Бассини, Постемскому, Шалдайсу. При бедренной грыже пластика по Локвуду - Бассини, Абражанову А.А., Праксину И.А., Руджи, Райху, Парлавечи. При пупочной и белой линии пластика по Шпитци, Мейо, Сапежко К.М.

Первичную пластику брюшной стенки нельзя производить при флегмоне грыжевого мешка, перитоните, больших грыжах, существовавших у больных многие годы. После наложения швов на рану брюшины следует только частично зашить брюшную стенку.

Послеоперационные осложнения

1. Некроз оставленной измененной петли кишки. Показана релапаротомия, резекция некротизированного участка кишки, санация, дренирование брюшной полости.
2. Чрезмерно экономная резекция некротизированного участка кишечника. Показана та же тактика, что и в п. 1.

3. Несостоятельность швов анастомоза. Показана релапаротомия, декомпрессия кишечника, наложение питательного свища на кишку, выведение петли кишки наружу, дренирование брюшной полости.

4. Развитие перитонита.

Послеоперационный период

1. Диета в течение первых 2 дней жидкая (стол 18), с 3-4 дня стол №15.

2. Разрешается вставать и ходить с 3-4 дня при отсутствии осложнений.

3. Лекарственная терапия направлена на борьбу с интоксикацией, на восстановление моторики желудочно-кишечного тракта, подавление инфекций в ране и брюшной полости, предупреждение недостаточности сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Анальгетики в течение 2-3 дней. Очистительная клизма на 3 день.

4. Швы снимаются на 7 день, у лиц старческого возраста на 8-10 день. Выписка на 8-10 день.

5. Для профилактики легочных заболеваний необходимо проводить дыхательную гимнастику, активное положение в постели, контрольная перевязка на следующий день после операции, ЛФК.

6. Диетический режим у больных после резекции кишечника:

1 - 2 день - через рот ничего;

3 день - стол №0 (сладкий чай, сахар 100,0 г);

4-5 день - стол №21 (кисель, овощной бульон, свежая сметана, жидкая манная каша, яйцо всмятку свежее);

6 - 7 день - стол №1-а (молочные супы, каши простые, яйца, творог, хлеб);

8 день - стол №1-б (то же и паровые котлеты).

Реабилитация

Лица, занимающиеся физическим трудом, приступают к работе через 3 – 4 недели с момента операции, если послеоперационный период протекал без осложнений. После резекции кишечника сроки нетрудоспособности удлиняются на 3 – 4 недели.

При ущемленных грыжах, осложненных перитонитом, каловой флегмоной, реабилитация зависит от тяжести состояния, характера операции и осложнений в послеоперационном периоде.

Список литературы

1. Хирургические болезни. Учебник под ред. М.И.Кузина.- изд. 5-е.- М., 2015.
2. Справочник «Частная хирургия» под ред. Ю.Л.Шевченко, 2007.

Рецензия

**на научно-исследовательскую работу, предусмотренную программой
производственной практики "Производственная клиническая практика
(помощник врача стационара, научно-исследовательская работа)»
обучающегося по специальности 31.05.02 Педиатрия 4 курса 4 группы**

Болатова А.М.

Научно-исследовательская работа представлена для отчета по производственной клинической практике (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) соответствует направлению практической подготовки специалиста квалификации Врач-педиатр. Данная научно-исследовательская работа была представлена студентом в предусмотренные учебным планом сроки.

Цель и задачи работы соответствуют теме исследования, но полностью ее не раскрывают. Теоретические положения и выводы автора обоснованы, логичны и соответствуют ходу теоретических размышлений в рамках изучаемой проблемы. Учащимся изучены основные источники литературы по проблеме, дан краткий их анализ, однако, отсутствует сравнительный анализ литературных источников по данной проблеме. Качество оформления научного исследования частично соответствуют требованиям.

В целом студент освоил предусмотренные рабочей программой производственной клинической практики (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) навыки, научно-исследовательская работа зачтена с оценкой «хорошо».

Ответственный по производственной
клинической практике
(помощник врача стационара,
научно-исследовательская работа),
доцент

Кухтенко Ю.В.