

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического
факультетов

Научно-исследовательская работа на тему
«Ущемленные грыжи».

Выполнила:

Студентка 4 курса 5 группы
педиатрического факультета

Кашиева Эмма Хасановна

Проверил:
Куртченко Ю.В.
и хер⁴ Куш

Содержание:

Введение (актуальность, цель, задачи).....	3
1. Этиология и патогенез.....	4
2. Классификация.....	6
3. Клиническая картина и диагностика	7
4. Лечение.....	9
5. Послеоперационные осложнения ущемленной грыжи.....	12
6. Послеоперационный период после операции по поводу ущемленной грыжи.....	13
Заключение.....	14
Список использованной литературы.....	15

Введение

Ущемление грыжи является самым частым и опасным осложнением, требующим немедленного хирургического лечения. Вышедшие в грыжевой мешок органы подвергаются сдавлению (чаще на уровне шейки грыжевого мешка) в грыжевых воротах. Ущемление органов в самом грыжевом мешке возможно в одной из камер грыжевого мешка, при наличии рубцовых тяжей, сдавливающих органы при сращении их друг с другом и с грыжевым мешком (при невправимых грыжах).

Актуальность данной темы состоит в том, что ущемленные грыжи- наиболее опасное осложнение, которое может иметь летальный исход. Летальность в настоящее время достигает 12%, у пожилых больных- до 20%. Количество больных с ущемленными грыжами не имеет тенденции к снижению. Результаты лечения больных с ущемленными грыжами во много раз хуже, чем при плановых грыжесечениях. Это связано с тяжелым состоянием больных, невозможностью проведения адекватной предоперационной подготовки из-за срочности операции, большим объемом оперативного вмешательства. Число послеоперационных осложнений при осложненных грыжах намного превышает таковые при плановых грыжесечениях.

Цель исследования изучить этиологию, патогенез, классификацию, клинику, а также методы диагностики и лечения ущемленных грыж.

Задачи:

- обзор современной научной литературы
- разбор клинических рекомендаций и протоколов

1. Этиология и патогенез

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

Эластическое ущемление возникает после внезапного выхода большого объёма брюшных органов через узкие грыжевые ворота в момент резкого повышения внутрибрюшного давления под воздействием сильного физического напряжения. Вышедшие органы самостоятельно не виравляются обратно в брюшную полость. Вследствие сдавления (странгуляции) в узком кольце грыжевых ворот возникает ишемия ущемлённых органов, что приводит к выраженному болевому синдрому. Боль вызывает стойкий спазм мышц передней брюшной стенки, который усугубляет ущемление.

Неликвидированное эластическое ущемление приводит к быстрому (в течение нескольких часов, минимум 2 ч) некрозу грыжевого содержимого. При каловом ущемлении сдавление грыжевого содержимого возникает в результате резкого переполнения приводящего отдела кишечной петли, находящейся в грыжевом мешке. Отводящий отдел этой петли резко уплощается и сдавливается в грыжевых воротах вместе с прилежащей брыжейкой. В результате развивается странгуляция, подобная наблюдаемой при эластическом ущемлении. Однако для развития некроза кишки при каловом ущемлении необходим более длительный срок (несколько суток).

Непременное условие возникновения эластического ущемления - наличие узких грыжевых ворот, в то время как каловое ущемление часто возникает при широких грыжевых воротах.

При каловом ущемлении физическое усилие имеет меньшее значение, чем при эластической странгуляции; гораздо важнее нарушение кишечной моторики, замедление перистальтики, что часто бывает у пациентов пожилого и старческого возраста. При каловом ущемлении имеют значение перегибы, скручивание кишки, находящейся в грыжевом мешке, и её сращение со стенками грыжевого мешка. Каловое ущемление обычно возникает как осложнение длительно существующей невправимой грыжи. Ущемляться могут различные органы. Чаще всего ущемлённой оказывается тонкая кишка или участок большого сальника, реже - толстая кишка. Очень редко ущемляются органы, расположенные мезоперитонеально: например, слепая кишка, мочевого пузыря, матка и её придатки. Наиболее опасно ущемление кишки из-за возможности её омертвления и развития тяжёлой

странгуляционной кишечной непроходимости, что обуславливает прогрессирующую интоксикацию.

В момент ущемления в грыжевом мешке образуется замкнутая полость, содержащая орган или органы, кровоснабжение которых нарушено. На месте сжатия кишечной петли, сальника и других органов образуется странгуляционная борозда, которая хорошо заметна даже после ликвидации ущемления. Её обычно хорошо видно как в области приводящего и отводящего отделов кишки, так и в соответствующих участках брюшной полости. Первоначально в результате нарушения кровоснабжения в кишке возникает венозный стаз, который вскоре вызывает отёк всех слоев кишечной стенки. Одновременно происходит протекание плазмы и диapedез форменных элементов крови как внутрь просвета ущемлённой кишки, так и в полость грыжевого мешка.

В замкнутом просвете ишемизированной кишки начинается разложение кишечного содержимого, характеризующееся образованием токсинов. Ущемлённая петля кишки довольно быстро, в течение нескольких часов (при эластическом ущемлении), некротизируется, начиная со слизистой оболочки. Об этом необходимо помнить, оценивая её жизнеспособность. Жидкость, которая скапливается при ущемлении в замкнутой полости грыжевого мешка (за счёт трансудации и экссудации), получила название грыжевой воды. Сначала она прозрачна и бесцветна (серозный трансудат), но по мере попадания форменных элементов крови и их разрушения грыжевая вода приобретает розовую, а затем и красно-бурую окраску. Некротизированная стенка кишки перестаёт служить барьером для выхода микробной флоры за её пределы, вследствие этого экссудат приобретает гнойный характер с колибациллярным запахом. Подобное гнойное воспаление, развившееся на поздних стадиях ущемления, распространяющееся на окружающие грыжу ткани, получило укоренившееся, но не совсем точное название «флегмона грыжевого мешка».

При ущемлении страдает не только часть кишки, находящаяся в грыжевом мешке, но и её приводящий отдел, расположенный в брюшной полости. В результате развития кишечной непроходимости в этом отделе скапливается кишечное содержимое, которое растягивает кишку, и её стенка резко истончается. Далее возникают все расстройства, характерные для этого патологического состояния. Возникшая в результате ущемления странгуляционная непроходимость, как известно, - одна из наиболее тяжёлых видов непроходимости кишечника, особенно при ущемлении тонкой кишки.

В этом случае ранняя многократная рвота быстро приводит к обезвоживанию организма, потере жизненно важных электролитов и белков. Кроме того, сдавление нервных элементов брюжейки ведёт к возникновению тяжёлого болевого шока, продолжающегося вплоть до некроза кишки и ущемлённого отдела брюжейки. Эти изменения вместе с поражением приводящего отдела кишки чреваты опасностью развития не только флегмоны грыжевого мешка, но и гнойного перитонита. Перечисленные факторы определяют высокий уровень летальности, который сохраняется при ущемлённых грыжах, что свидетельствует о необходимости не только раннего оперативного вмешательства, но и проведения корригирующего послеоперационного лечения.

2. 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 брюжейки, 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;
- мочевого пузыря.

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.

3. Клиническая картина и диагностика

Клинические проявления зависят от вида ущемления, ущемленного органа, времени, прошедшего с момента начала развития данного осложнения. Основными симптомами ущемленной грыжи являются боль в области грыжи и невозможность свободно вправлявшейся ранее грыжи.

Интенсивность болей различная, резкая боль может вызвать шоковое состояние. Местными признаками ущемления грыжи являются резкая болезненность при пальпации, уплотнение, напряжение грыжевого выпячивания. Симптом кашлевого толчка отрицательный. При перкуссии определяют притупление в тех случаях, когда грыжевой мешок содержит сальник, мочевой пузырь, грыжевую воду. Если в грыжевом мешке находится кишка, содержащая газ, то определяют тимпанический перкуторный звук

Эластическое ущемление.

Начало осложнения связано с повышением внутрибрюшного давления (физическая работа, кашель, дефекация). При ущемлении кишки присоединяются признаки кишечной непроходимости. На фоне постоянной острой боли в животе, обусловленной сдавлением сосудов и нервов брыжейки ущемленной кишки, возникают схваткообразные боли, связанные с усилением перистальтики, отмечается задержка отхождения стула и газов, возможна рвота. Без экстренного хирургического лечения состояние больного быстро ухудшается, нарастают симптомы кишечной непроходимости, обезвоживания, интоксикации. Позднее появляется отечность, гиперемия кожи в области грыжевого выпячивания, развивается флегмона.

Ущемление может произойти во внутреннем отверстии пахового канала. Поэтому при отсутствии грыжевого выпячивания необходимо провести пальцевое исследование пахового канала, а не ограничиваться исследованием

только наружного его кольца. Введенным в паховый канал пальцем можно прощупать небольшое резко болезненное уплотнение на уровне внутреннего отверстия пахового канала. Данный вид ущемления встречается редко.

Ретроградное ущемление.

Чаще ретроградно ущемляется тонкая кишка, когда в грыжевом мешке расположены две кишечные петли, а промежуточная (связующая) петля находится в брюшной полости. Ущемлению подвергается в большей степени связующая кишечная петля. Некроз начинается раньше в кишечной петле, расположенной в животе выше ущемляющего кольца. В это время кишечные петли, находящиеся в грыжевом мешке, могут быть еще жизнеспособными.

Диагноз до операции установить невозможно. Во время операции, обнаружив в грыжевом мешке две кишечные петли, хирург должен после рассечения ущемляющего кольца вывести из брюшной полости связующую кишечную петлю и определить характер возникших изменений во всей ущемленной кишечной петле. Если ретроградное ущемление во время операции останется нераспознанным, то у больного разовьется перитонит, источником которого будет некротизированная связующая петля кишки.

Пристеночное ущемление происходит в узком ущемляющем кольце, когда ущемляется только часть кишечной стенки, противоположная линии прикрепления брыжейки; наблюдается чаще в бедренных и паховых грыжах, реже — в пупочных. Расстройство лимфо- и кровообращения в ущемленном участке кишки приводит к развитию деструктивных изменений, некрозу и перфорации кишки.

Диагноз представляет большие трудности. По клиническим проявлениям пристеночное ущемление кишки отличается от ущемления кишки с ее брыжейкой: нет явлений шока, симптомы кишечной непроходимости могут отсутствовать, так как кишечное содержимое свободно проходит в дистальном направлении. Иногда развивается понос, возникает постоянная боль в области грыжевого выпячивания. В области грыжевых ворот пальпируется небольшое резко болезненное плотное образование. Особенно трудно распознать пристеночное ущемление, когда оно бывает первым клиническим проявлением возникшей грыжи. У тучных женщин особенно трудно прощупать небольшую припухлость под паховой связкой.

Общее состояние больного вначале может оставаться удовлетворительным, затем прогрессивно ухудшается в связи с развитием перитонита, флегмоны

грыж. При запущенной форме пристеночного ущемления в бедренной грыже воспалительный процесс в окружающих грыжевой мешок тканях может симулировать острый паховый лимфаденит или аденофлегмону.

Диагноз подтверждается во время операции. При рассечении тканей под паховой связкой обнаруживают ущемленную грыжу либо увеличенные воспаленные лимфатические узлы.

Симулировать ущемление бедренной грыжи может тромбоз варикозного узла большой подкожной вены у места впадения ее в бедренную. При его тромбозе у больного возникает боль и определяется болезненное уплотнение под паховой связкой. Наряду с этим часто имеется варикозное расширение вен голени. При тромбозе варикозного узла, как и при ущемлении грыжи, показана экстренная операция.

Внезапное ущемление ранее не выявлявшихся грыж. На брюшной стенке в типичных для образования грыж участках могут оставаться после рождения выпячивания брюшины (предсуществующие грыжевые мешки). Чаще всего таким грыжевым мешком в паховой области является незаращенный влагалищный отросток брюшины.

Основной признак внезапно возникших ущемленных грыж — появление боли в типичных местах выхода грыж. При внезапном возникновении острой боли в паховой области, области бедренного канала, пупке при обследовании больного можно определить наиболее болезненные участки, соответствующие грыжевым воротам.

4. Лечение

При ущемлении грыжи необходима экстренная операция. Ее проводят так, чтобы, не рассекая ущемляющее кольцо, вскрыть грыжевой мешок, предотвратить ускользание ущемленных органов в брюшную полость.

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 к 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 при ущемленной грыже

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

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 при ущемленной грыже:

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 - косой, 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.

Операцию проводят в несколько этапов.

Первый этап — послойное рассечение тканей до апоневроза и обнажение грыжевого мешка.

Второй этап — вскрытие грыжевого мешка, удаление грыжевой воды. Для предупреждения соскальзывания в брюшную полость ущемленных органов ассистент хирурга удерживает их при помощи марлевой салфетки. Недопустимо рассечение ущемляющего кольца до вскрытия грыжевого мешка.

Третий этап — рассечение ущемляющего кольца под контролем зрения, чтобы не повредить припаянные к нему изнутри органы.

Четвертый этап — определение жизнеспособности ущемленных органов. Это наиболее ответственный этап операции. Основными критериями жизнеспособности тонкой кишки являются восстановление нормального цвета кишки, сохранение пульсации сосудов брыжейки, отсутствие странгуляционной борозды и субсерозных гематом, восстановление перистальтических сокращений кишки. Бесспорными признаками нежизнеспособности кишки являются темная окраска, тусклая серозная оболочка, дряблая стенка, отсутствие пульсации сосудов брыжейки и перистальтики кишки.

Пятый этап — резекция нежизнеспособной петли кишки. От видимой со стороны серозного покрова границы некроза резецируют не менее 30—40 см приводящего отрезка кишки и 10 см отводящего отрезка. Резекцию кишки производят при обнаружении в ее стенке странгуляционной борозды, субсерозных гематом, отека, инфильтрации и гематомы брыжейки кишки.

При ущемлении скользящей грыжи необходимо определить жизнеспособность части органа, не покрытой брюшиной. При обнаружении некроза слепой кишки производят резекцию правой половины толстой кишки с наложением илеотрансверсоанастомоза. При некрозе стенки мочевого пузыря необходима резекция измененной части пузыря с наложением эпицистостомы.

Шестой этап — пластика грыжевых ворот. При выборе метода пластики следует отдать предпочтение наиболее простому.

При ущемленной грыже, осложненной флегмоной, операцию начинают со срединной лапаротомии (первый этап) для уменьшения опасности инфицирования брюшной полости содержимым грыжевого мешка. Во время лапаротомии производят резекцию кишки в пределах жизнеспособных тканей и накладывают межкишечный анастомоз. Затем производят грыжесечение (второй этап) — удаляют ущемленную кишку и грыжевой мешок. Пластику грыжевых ворот не делают, а производят хирургическую обработку гнойной раны мягких тканей, которую завершают ее дренированием.

Необходимым компонентом комплексного лечения больных является общая и местная антибиотикотерапия.

5. Послеоперационные осложнения ущемленной грыжи

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.

6. Послеоперационный период после операции по поводу ущемленной грыжи

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).

Заключение:

Таким образом, внезапное сдавление грыжевого содержимого в грыжевых воротах - опасное осложнение у больных с грыжей. Ущемленные грыжи требуют немедленного хирургического лечения. Вышедшие в грыжевой мешок органы подвергаются сдавлению в грыжевых воротах. Ущемление возникает чаще у людей среднего и пожилого возраста.

Клинические проявления зависят от вида ущемления, ущемленного органа, времени, прошедшего с момента начала развития данного осложнения. Основными симптомами ущемленной грыжи являются боль в области грыжи и неспособность свободно вправлявшейся ранее грыжи. При ущемлении грыжи необходима экстренная операция. Ее проводят так, чтобы, не рассекая ущемляющее кольцо, вскрыть грыжевой мешок, предотвратить ускользание ущемленных органов в брюшную полость.

Послеоперационная летальность возрастает по мере удлинения времени, прошедшего с момента ущемления до операции, и составляет в первые 6 ч 1,1%, в сроки от 6 до 24 ч — 2,1%, позже 24 ч — 8,2%; после резекции кишки летальность равна 16%, при флегмоне грыжи — 24%.

Список использованной литературы:

1. Антропова Н. В. Методическое пособие: Грыжи живота. Московская медицинская академия им.И.М.Сеченова. Кафедра факультетской хирургии №2, 2009 г.
2. Г.Ф.Лаврова .Клиническая анатомия и грыжи передней брюшной стенки. 2011 г.
3. П. Г. Кондратенко , В.И.Русина. Неотложная хирургия органов брюшной полости – 2013 г.
4. Шимко В.В. Грыжи живота - Учебное пособие, 2010 г.
5. Клинические рекомендации: Ущемленная грыжа живота. Российское общество хирургов, 2017 г.
6. Краткие лекции по факультетской хирургии В.Г. Аристархов, Ю.Б Кириллов, 2012 г.
7. Национальное руководство по клинической хирургии Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко, 2008 г.
8. Избранные лекции по оперативной хирургии и клинической анатомии Иванова В.Д.,2009г.
9. Общая хирургия: учебник / Гостищев В.К. - 4-е изд., перераб. и доп. – 2010г.
10. Общая хирургия. Рычагов Г.П., Гарелик П.В., Мартов Ю.Б.,2009 г.

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 5 группы
Кашиевой Э.Х.**

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.