



# ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

## КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

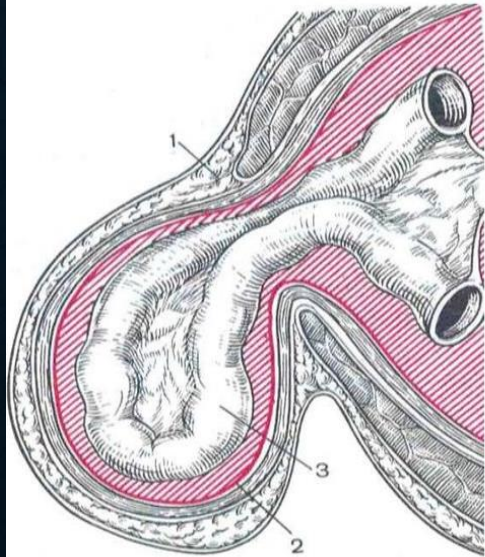


# ОСЛОЖНЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

*Доцент кафедры госпитальной  
хирургии Фетисов Н.И.*

**Грыжа – патологическое выпячивание  
внутреннего органа или его части через  
дефект мышечно-апоневротического слоя  
брюшной стенки.**

## Обязательные признаки грыжи



**Грыжа** - это выпячивание органов брюшной полости или таза вместе с париетальным листком брюшины через естественные или приобретенные слабые места передне-боковой брюшной стенки, при сохранности целостности кожи.

**Элементы грыжи:**

1. Грыжевые ворота
2. Грыжевой мешок
3. Грыжевое содержимое



## КЛАССИФИКАЦИЯ БРЮШНЫХ ГРЫЖ

**Грыжа белой  
линии живота**  
в средней линии  
верхней части живота

**Прслеоперационная  
(вентральная) грыжа**  
на месте предыдущего  
хирургического разреза

**Прямая паховая грыжа**  
вблизи отверстия  
пахового канала

**Пупочная грыжа**  
в области пупка

**Косая паховая грыжа**  
на открытии пахового канала

**Бедренная грыжа**  
в верхнем отделе  
передней области бедра

Паховые грыжи являются наиболее распространенными, составляют 90% от всего числа грыж

# Клиническая классификация грыж брюшной стенки

## 1. Грыжи вправимые(свободные), не фиксированные в грыжевых воротах:

- свободно, самостоятельно, вправляются в брюшную полость в горизонтальном положении, грыжевые ворота хорошо определяются;
- грыжевое выпячивание вправляется самостоятельно, но для этого необходимо определенное время, грыжевые ворота хорошо определяются.

## 2. Грыжи невправимые (фиксированные в грыжевых воротах):

- грыжевое выпячивание частично вправляется в брюшную полость, грыжевые ворота определяются частично;
- грыжевое выпячивание полностью невправимая, грыжевые ворота не определяются.

## 3. Грыжи ущемленные.

Летальность 2,6 – 11%, послеоперационные осложнения до 50%

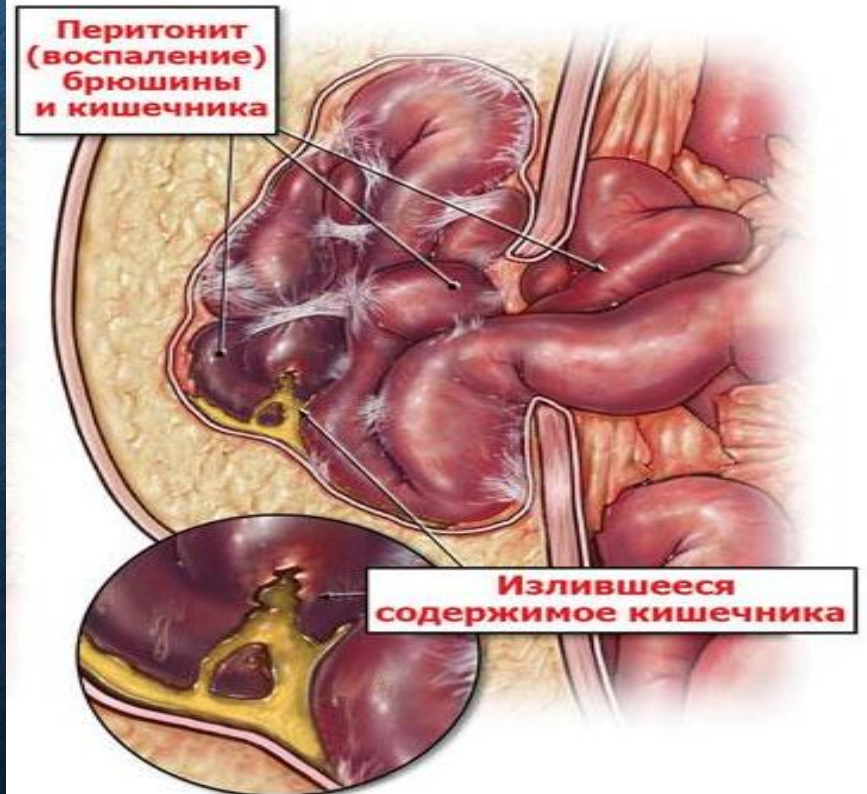
# УЩЕМЛЕННАЯ ГРЫЖА:

- Встречается у 6-29% больных с грыжами
- Тенденция к увеличению частоты встречаемости
- Летальность: 2,6-11%

Ущемленная грыжа

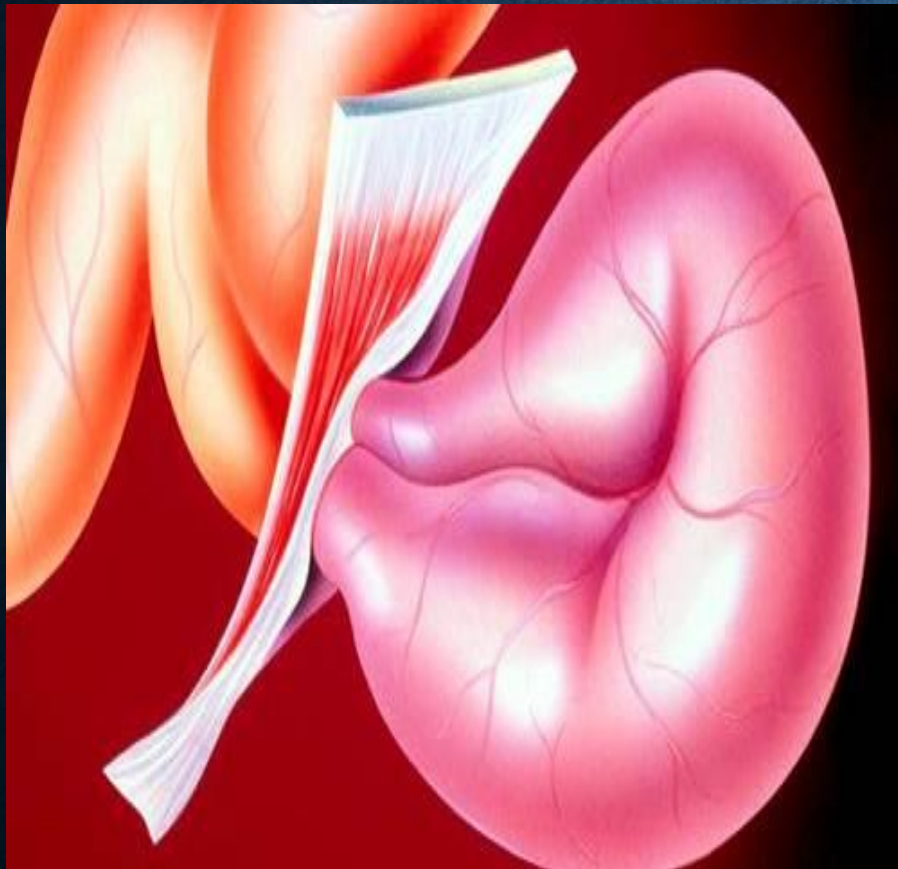


Перфорация кишечника



# КЛАССИФИКАЦИЯ:

## Виды ущемления:

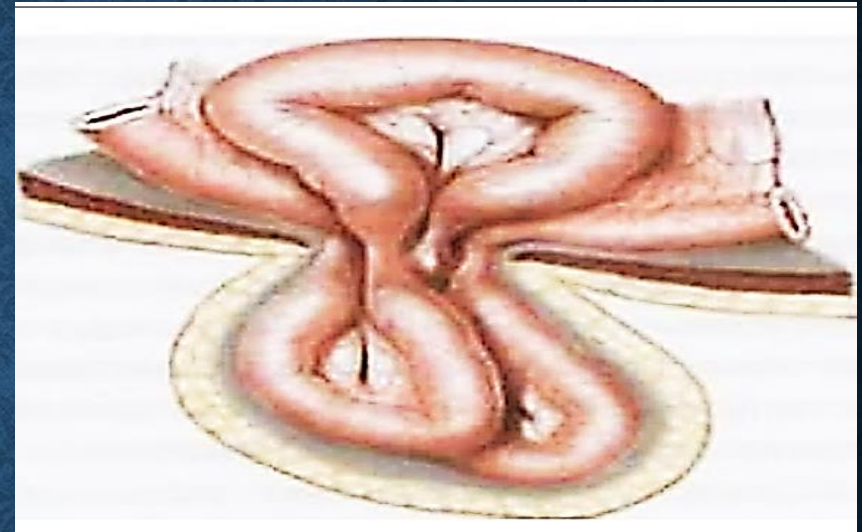


**каловое**



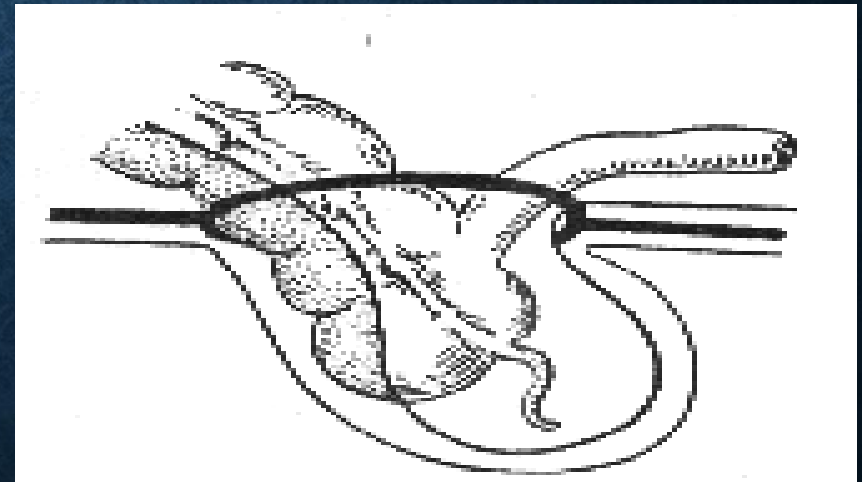
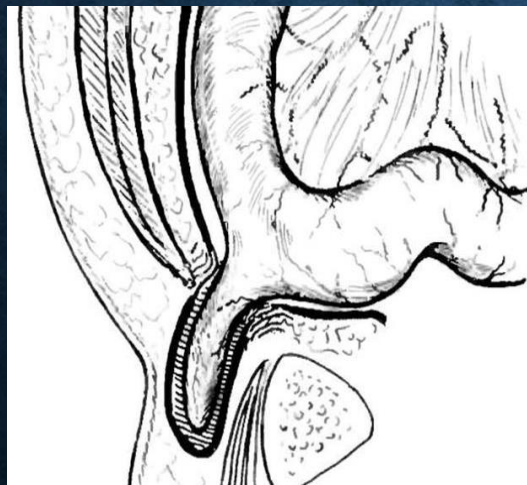
**эластическое**

## Атипичные формы ущемления:



Пристеночное (Рихтера) – 2-4%

Ретроградное (Майдля) - 2,6%



Грыжи Литтре – 0,5%



# КЛИНИКА УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ:

- ✓ Боль в области грыжевого выпячивания;
- ✓ Болезненное, невправимое самостоятельно, грыжевое выпячивание;
- ✓ Симптом кашлевого толчка отрицателен;
- ✓ Клинические признаки острой кишечной непроходимости или перитонита;
- ✓ Рефлекторная рвота.

# КЛИНИКА УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ:

## Наличие резко болезненного невправимого грыжевого выпячивания

- **симптом Барышникова** - возникновение или усиление острой, режущей боли во время поднятия вытянутой ноги на стороне ущемления;
- **симптом Спасокукоцкого** - шум падающей капли;
- **симптом Склярова** - шум плеска;
- **симптом Обуховской больницы** – вздутие пустой ампулы прямой кишки с зияющим анусом;
- **симптом Валя** – асимметрия живота;
- **перитонеальные симптомы.**

# ДИАГНОСТИКА УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ (ОБЯЗАТЕЛЬНО):

- Общий анализ крови, мочи
- Сахар крови
- Определение группы крови и резус-фактора
- ЭКГ – исследование (после 40 лет, до 40 лет – по показаниям)
- Осмотры: анестезиолога, терапевта и кардиолога (особенно у пожилых пациентов с сопутствующей патологией сердца). По показаниям эндокринолога.

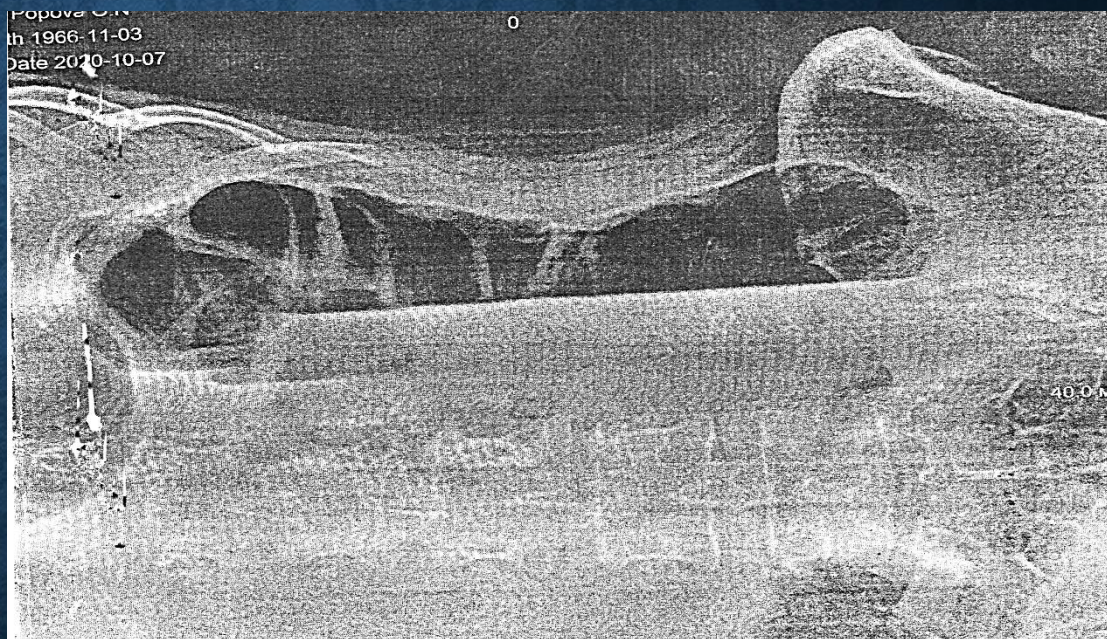
**Диагностика УГЖ относится к экстренным мероприятиям.**

**Решение об операции должно быть принято в течение 2-х часов после госпитализации больного в стационар!**

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖЕ:

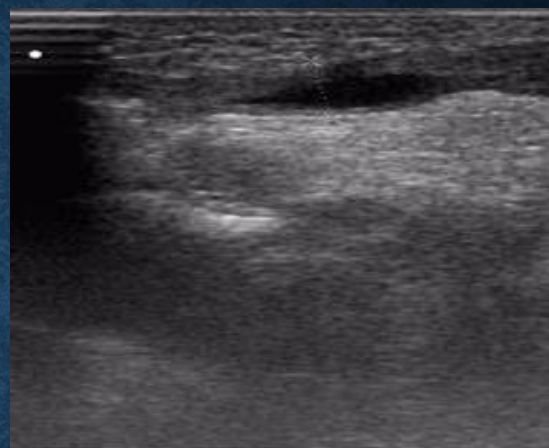
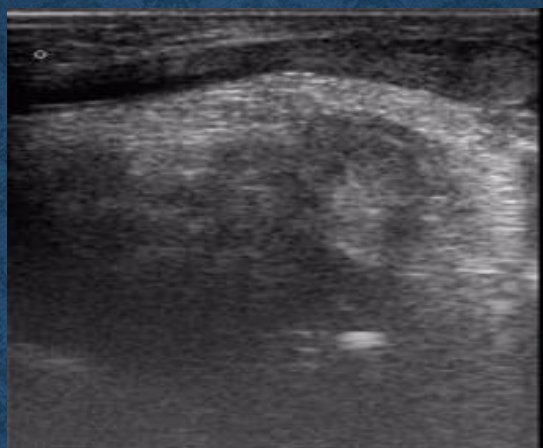
- невправимая грыжа;
- паховый лимфаденит;
- метастазы опухоли в паховые лимфатические узлы, пупок (при злокачественных образованиях желудка, гениталий, внепеченочных желчных путей, толстой кишки);
- у женщин - кисты круглой связки матки и бедренная грыжа;
- кисты и нагноение урахуса;
- умбилицит;

# ДИАГНОСТИКА УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ (ДОПОЛНИТЕЛЬНО):



Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств - 2а)

# ДИАГНОСТИКА



## Алгоритм УЗИ больных с факторами риска при подозрении на ущемленную паховую грыжу

- В-режиме >ЦДК>ЦЭК>ИД



### I вариант (60%)

- характеризуется наличием ламинарного артериального кровотока в тканях грыжевого содержимого синхронизированного с сердечными сокращениями. Венозный кровоток имеет турбулентный, а в области грыжевых ворот – пропульсивный характер.

- интраоперационно отмечаются незначительные отек и синюшность ущемленных органов с единичными петехиальными кровоизлияниями. Странгуляционная борозда выражена незначительно.

### II вариант (25%)

- характеризуется развитием дисциркуляторных изменений в артериальном сосудистом русле ущемленных тканей. У части пациентов в артериальных сосудах, расположенных в проекции грыжевых ворот, регистрировался турбулентный кровоток.

- интраоперационно ущемленные органы имеют выраженный отек и синюшную окраску, множественные сливающиеся петехиальные кровоизлияния, выраженную странгуляционную борозду.

### III вариант (15%)

- характеризуется наличием отдельных не-синхронизированных всплесков артериального кровотока и его полным отсутствием.

- интраоперационно ущемленные органы имеют критическую степень ишемии или же отмечается их некроз.

# ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

## Консервативное лечение.

- Не рекомендуется консервативное лечение

УГЖ

уровень убедительности рекомендаций D  
(уровень достоверности доказательств – 5)

# ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

## НЕ ПЫТАТЬСЯ ВПРАВИТЬ ГРЫЖУ!

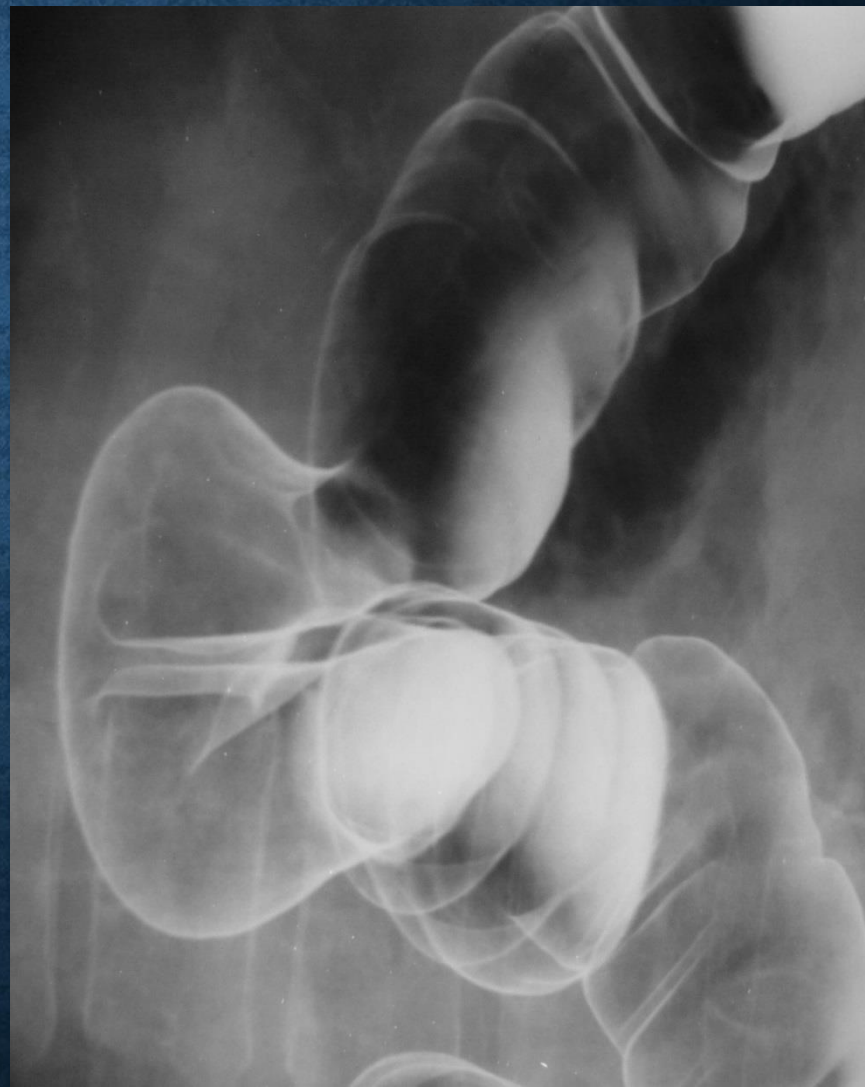
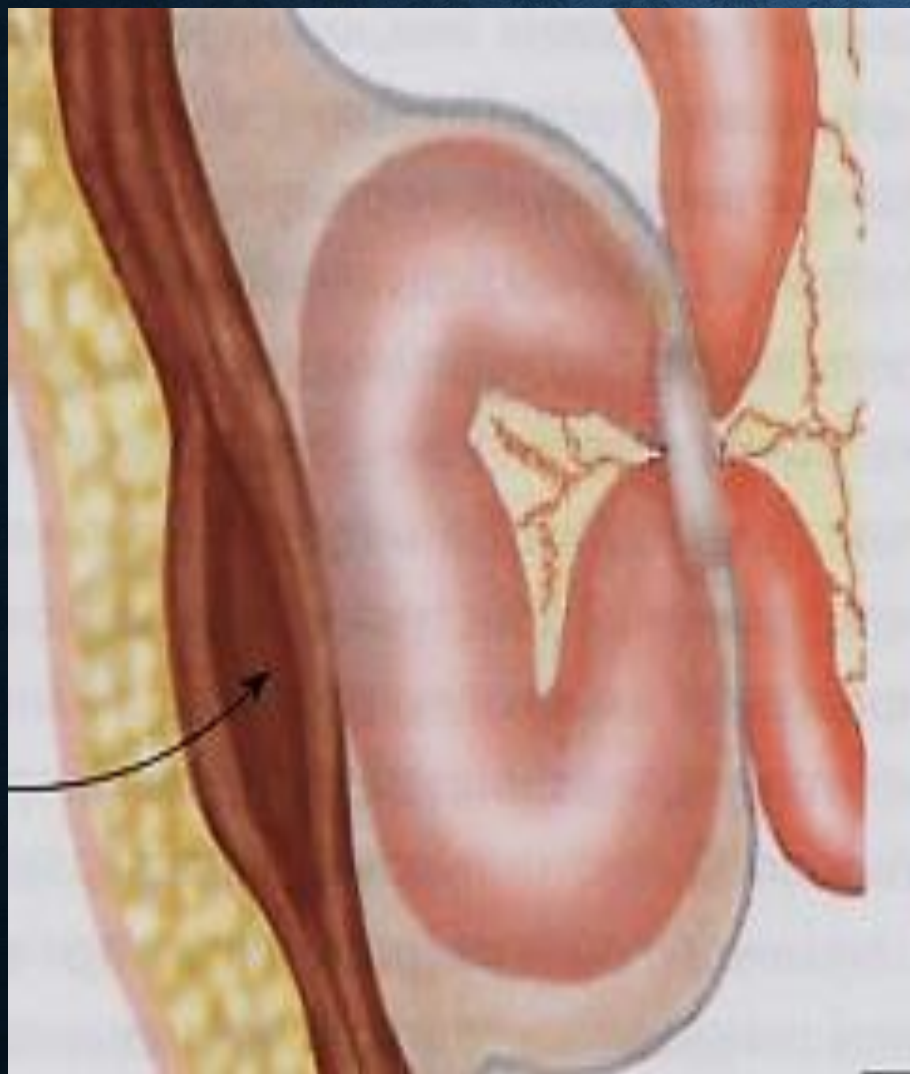
*Возможные варианты «мнимого вправления»:*

- 1. В многокамерном грыжевом мешке возможно перемещение ущемленного содержимого 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 органами в брюшную полость или предбрюшинную клетчатку.*
- 3. Возможен отрыв шейки грыжевого мешка от тела или от париетальной брюшины. При этом ущемленные органы «вправляются» в брюшную полость или предбрюшинную клетчатку.*
- 4. Последствием грубого вправления может быть разрыв ущемленной кишки.*

**Уровень убедительности рекомендации D**



# МНИМОЕ ВПРАВЛЕНИЕ



# ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

- больные с подтвержденным ущемлением грыжи, не имеющие сопутствующих серьезных заболеваний и факторов риска – экстренная операция;
- больные с признаками кишечной непроходимости и перитонита – интенсивная предоперационная подготовка, срочная операция;
- больные с признаками кишечной непроходимости, перитонита и полиорганной недостаточности – интенсивная предоперационная подготовка в условиях ОРИТ, операция по стабилизации состояния.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2а**

# ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

**Анестезия.**

**Многокомпонентный эндотрахеальный наркоз –метод выбора.**

**Спинномозговая, эпидуральная, перидуральная анестезия при нижней локализации грыжи.**

**Уровень убедительности рекомендаций D  
(уровень достоверности доказательств – 5)**

# ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

## Диагностическая лапароскопия.

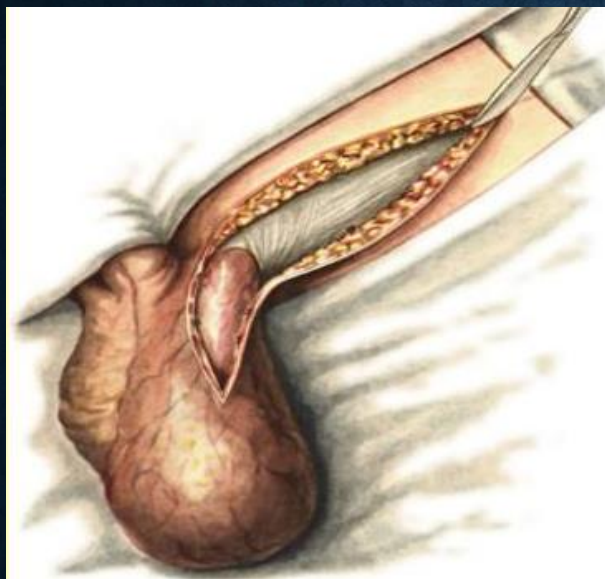
- при самостоятельном вправлении ущемленной грыжи, если факт ущемления не вызывает сомнения, а длительность ущемления составила 2 ч и более;
- при сохранившемся болевом синдроме после вправления грыжи для исключения «ложного» вправления;
- как альтернатива диагностической лапаротомии для выявления объема повреждения и состояния самопроизвольно вправившейся петли кишечника.

**Уровень убедительности рекомендаций D  
(уровень достоверности доказательств – 5)**

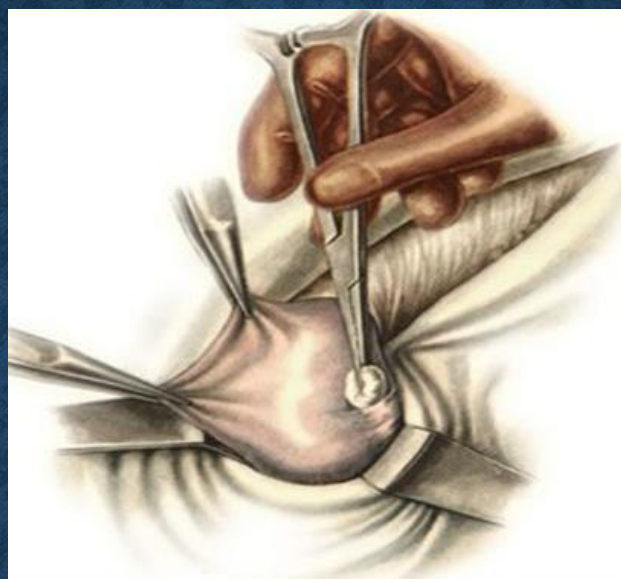
# **ОСОБЕННОСТИ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖЕ**

- 1. рассечение тканей до апоневроза и выделение грыжевого мешка;**
- 2. вскрытие грыжевого мешка с удалением грыжевой воды;**
- 3. фиксация ущемленного органа;**
- 4. рассечение грыжевых ворот;**
- 5. ревизия ущемленной петли кишки на протяжении.**

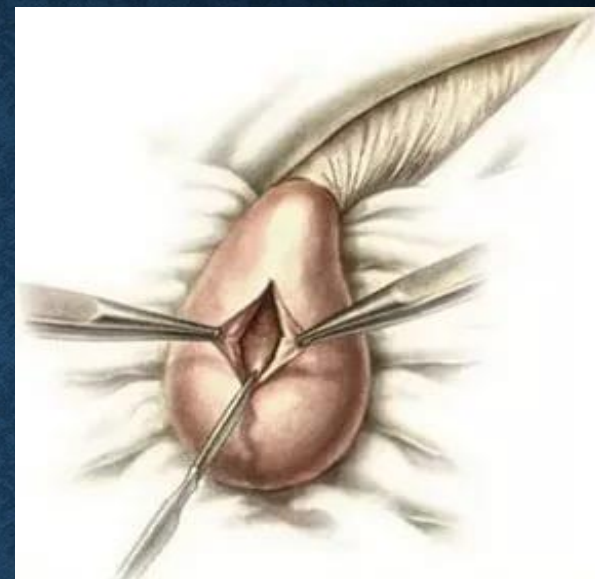
I



II



III



IV



V



# **КРИТЕРИИ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ КИШКИ:**

- **восстановление нормального розового цвета и перламутрового блеска серозной оболочки;**
- **отсутствие странгуляционной борозды и темных пятен, просвечивающих сквозь серозную оболочку кишки;**
- **сохранность пульсации сосудов брыжейки;**
- **отсутствие отека брыжейки;**
- **восстановление перистальтики кишки.**

**Уровень убедительности рекомендаций D  
(уровень достоверности доказательств – 5)**

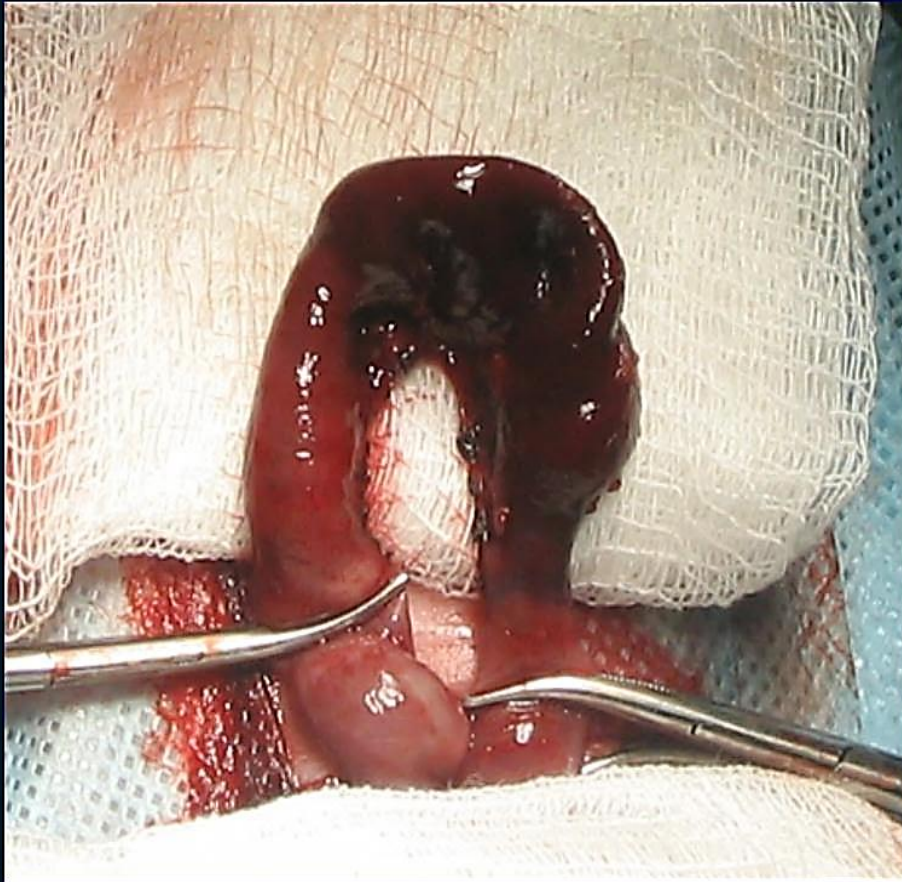
# ПОКАЗАНИЯ К РЕЗЕКЦИИ УЩЕМЛЕННОГО ОРГАНА

- отсутствует хотя бы один из признаков жизнеспособности кишки или остаются сомнения в этом;
- в случаях жизнеспособной ущемленной кишки, но резко выраженными некротическими изменениями в странгуляционной борозде;
- некротизированную часть ущемленного сальника удаляют, проксимальную часть вправляют в брюшную полость;
- в случаях ущемления других органов (фаллопиева труба, жировой подвесок и др.) определяется выраженностью морфологических изменений со стороны этих анатомических образований;
- при ущемленной грыже Литтре дивертикул Меккеля или червеобразный отросток следует удалить в любом случае.

**Уровень убедительности рекомендаций D  
(уровень достоверности доказательств – 5)**



# ЭТАПЫ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ:



**6 этап: герниолапаротомия, лапаротомия.**

**При нежизнеспособности кишка резецируется в объеме 40/60 – 15/20см.**

# ПОКАЗАНИЯ К ЛАПАРОТОМИИ

- невозможность ревизии кишки на протяжении (спаечный процесс в брюшной полости);
- ретроградное ущемление;
- флегмона грыжевого мешка;
- признаки перитонита и непроходимости кишечника.

# ТАКТИКА ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖЕ, ОСЛОЖНЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

## Срединная лапаротомия.

- в результате дооперационного обследования установлено наличие кишечной непроходимости;
- необходимость выполнения назоинтестинальной декомпрессии и дренирования кишки во время операции;
- проведение выполнения назоинтестинальной декомпрессии приводящего отдела кишки до рассечения ущемляющего кольца.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1b)**

# ТАКТИКА ПРИ НАЛИЧИИ ПЕРИТОНИТА

## Срединная лапаротомия

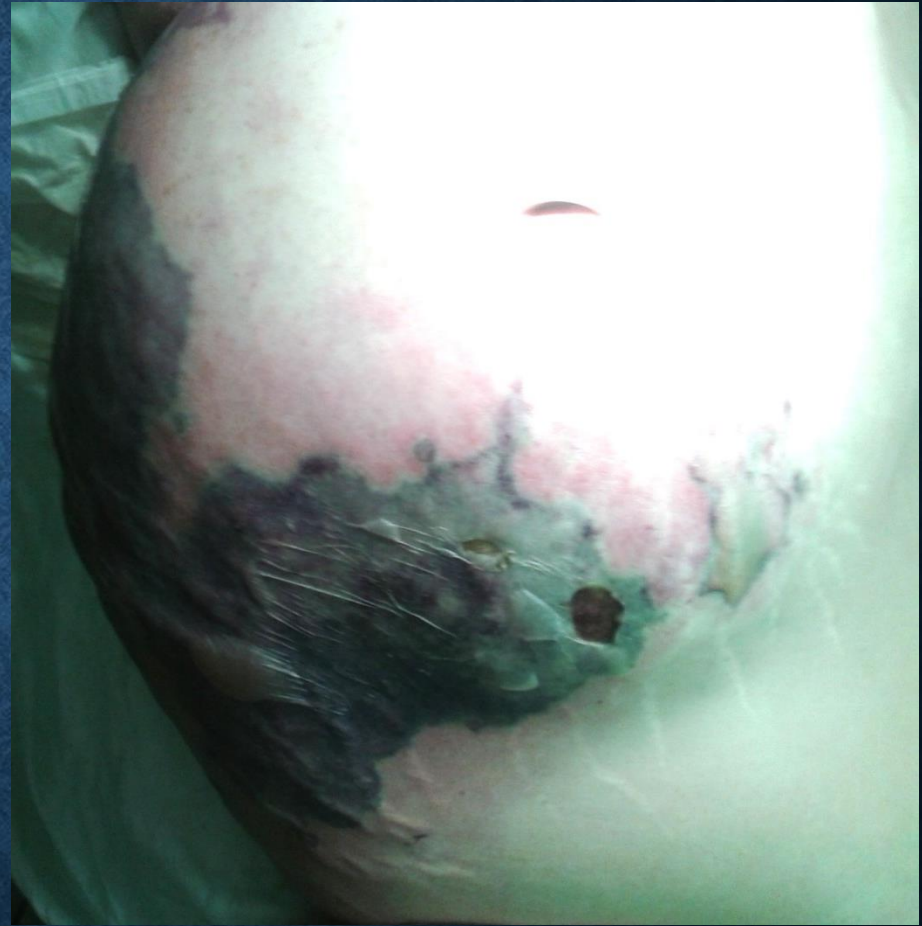
- удаление гнойного экссудата (предварительно берется посев на флору и чувствительность к антибиотикам);
- ревизия органов брюшной полости, диагностика характера ущемления и источника перитонита;
- декомпрессия кишечника;
- устранение источника перитонита путем резекции ущемленного органа и ликвидации ущемления;
- санация и дренирование брюшной полости;
- ушивание лапаротомной раны по общехирургическим принципам;
- при расположении грыжи вне срединного разреза, в случае ущемления кишки выполняется герниотомия и удаление ущемлённого некротизированного участка кишки.

**Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 5)**

# ФЛЕГМОНА ГРЫЖЕВОГО МЕШКА



**Отек, гиперемия в области  
грыжевого мешка**



**Некроз кожи в области  
грыжевого мешка**

# ФЛЕГМОНА ГРЫЖЕВОГО МЕШКА

**I этап (внутрибрюшной - отграничение гнойника (флегмоны грыжевого мешка) от брюшной полости).**

- срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости;
- декомпрессия кишечника по показаниям;
- отсечение в пределах здоровых тканей ущемленной части
- кишки, подлежащей удалению, концы которой ушиваются наглухо;
- наложение анастомоза между приводящим и отводящим отделами жизнеспособной кишки;
- резекция кишечных культей, уходящих в грыжевой мешок с погружением их под брюшину кисетным швом вокруг внутреннего кольца грыжевых ворот;
- дренирование брюшной полости, ушивание лапаротомной раны.

**Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 5)**

# ФЛЕГМОНА ГРЫЖЕВОГО МЕШКА

## II этап (внебрюшной).

- разрез кожи над грыжевым выпячиванием, герниотомия, рассечение ущемляющего кольца;
- извлечение некротизированной петли кишечника;
- некрэктомия в герниотомической ране, рыхлое тампонирование её с гидрофильными мазями (левомиколь и т.п.) и дренирование.
- пластика брюшной стенки не выполняется. После наложения швов на рану брюшины сближаются края кожи до дренажной трубки.

**Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 5)**

# СПОСОБЫ ГЕРНИОПЛАСТИК

- фасциально-апоневротическая;
- мышечно-апоневротическая;
- мышечная пластика;  
дополнительными биологическими  
или синтетическими материалами  
(аллопластика, эксплантация);
- комбинированная (использование  
аутоканей и чужеродных тканей)



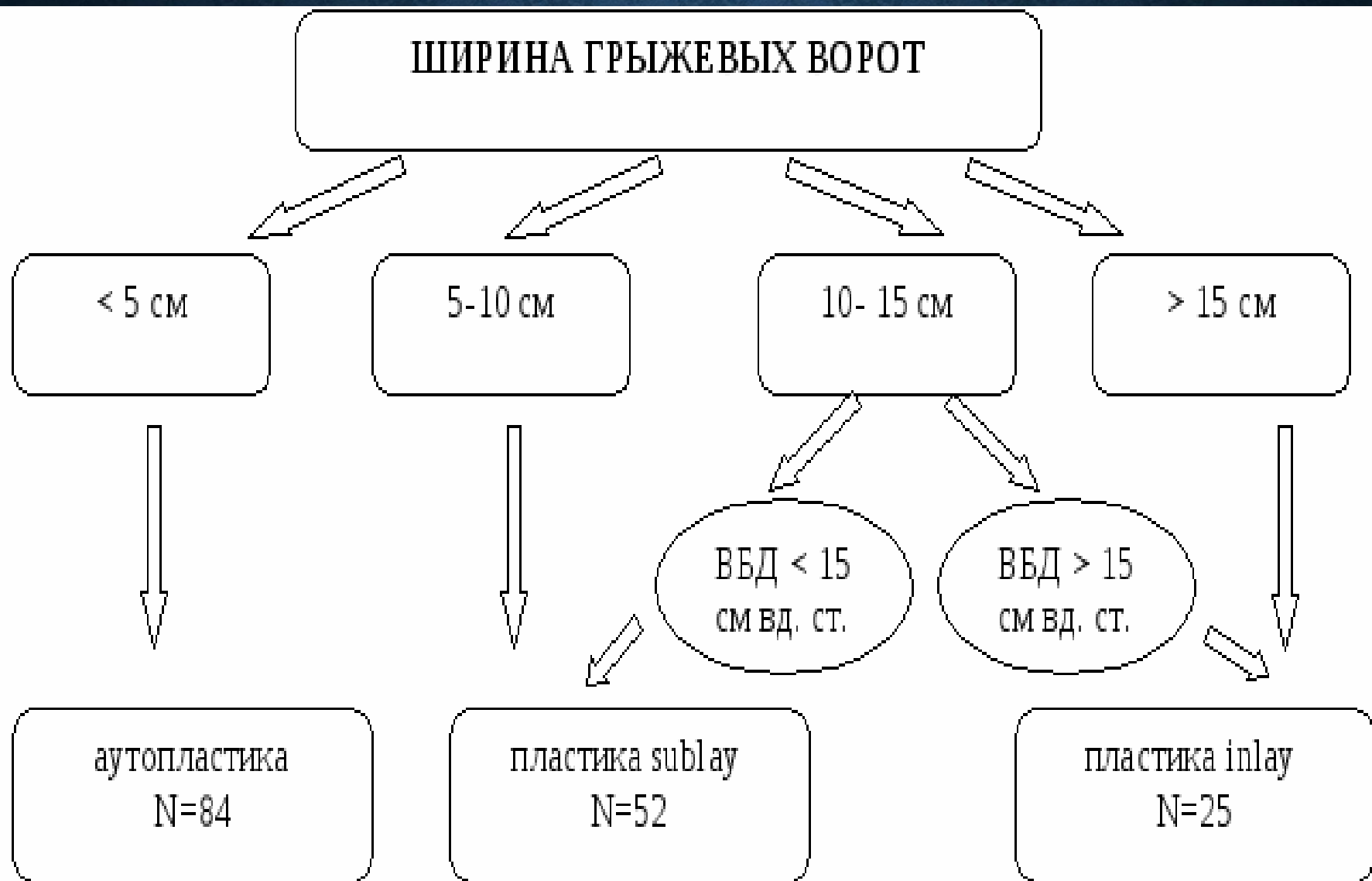
# ПОКАЗАНИЯ К ПЛАСТИКЕ БРЮШНОЙ СТЕНКИ С ИМПЛАНТАЦИЕЙ СЕТОК

- 1) рецидивные, особенно, многократно рецидивизирующие грыжи;
- 2) первичные грыжи больших размеров при дряблой брюшной стенке в связи с атрофией мышц, фасций и апоневроза;
- 3) послеоперационные грыжи с множественными грыжевыми воротами, когда ушивание грыжевых ворот местными тканями не дает полной уверенности в их состоятельности;
- 4) «сложные» паховые грыжи – большие прямые, косые с прямым каналом, скользящие и комбинированные с выраженной атрофией мышц, разволокнением апоневроза, гипоплазией связок.

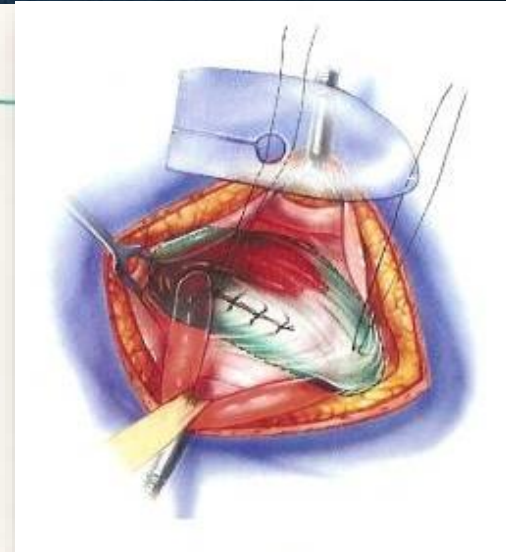
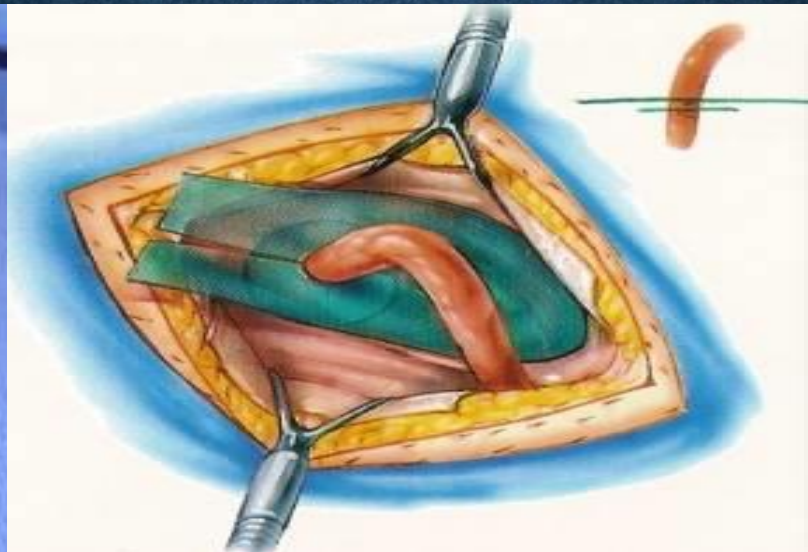
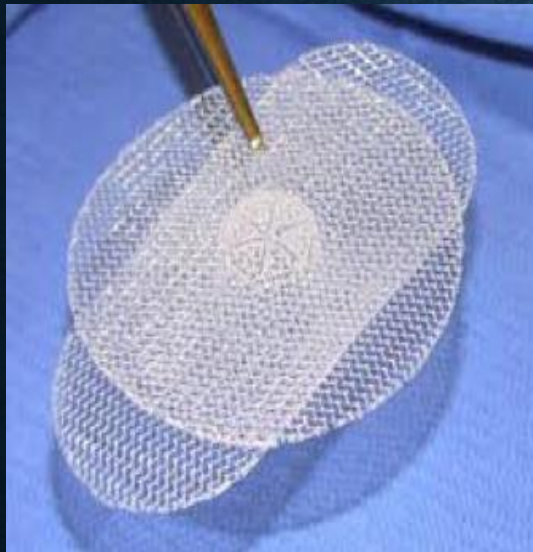
**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1b)**

# ПЛАСТИКА ГРЫЖЕВЫХ ВОРОТ

## ШИРИНА ГРЫЖЕВЫХ ВОРОТ



# ГЕРНИОПЛАСТИКА ПРИ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ



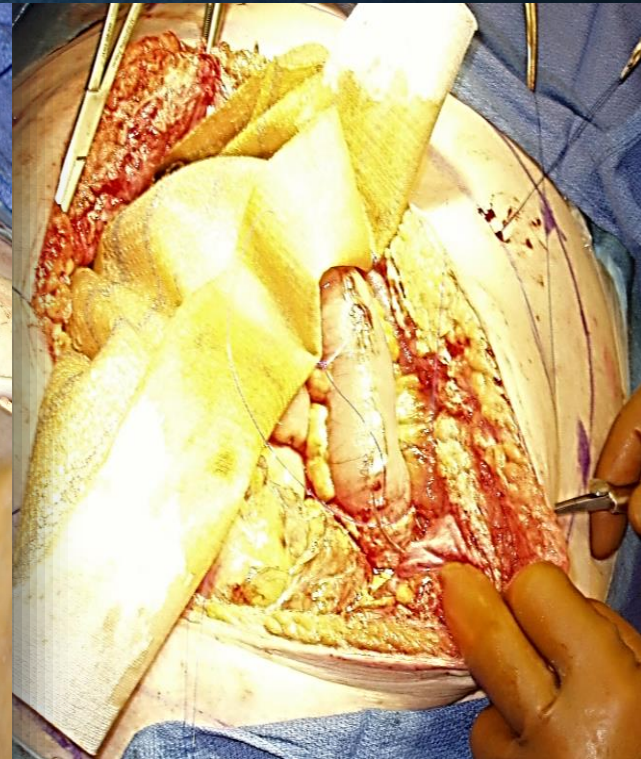
## косая паховая грыжа:

- Лихтенштейна
- Жирара-Спасокукоцкого со швами Кимбаровского

## прямая паховая грыжа:

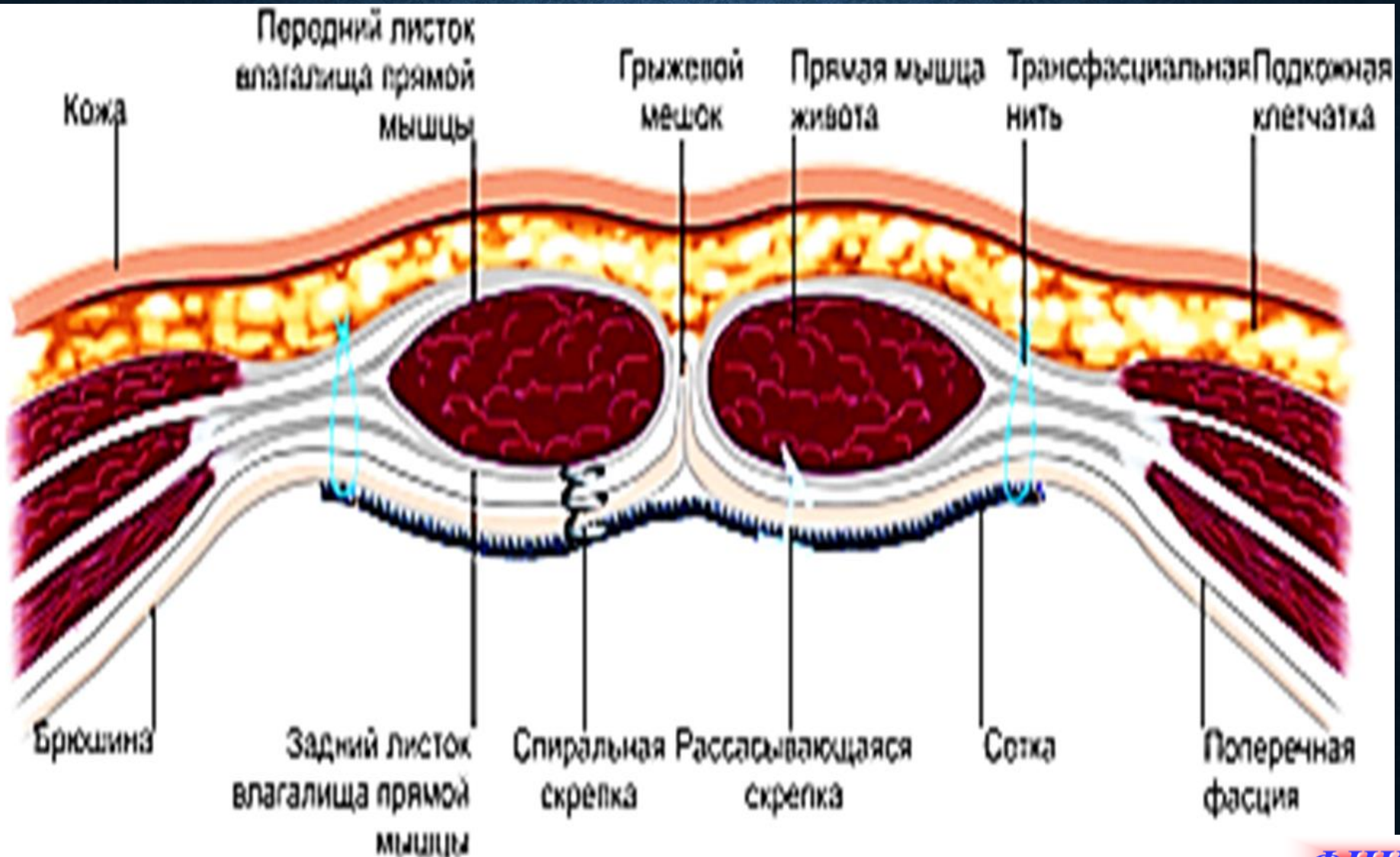
- Лихтенштейна
- Бассини

# ПЛАСТИКА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ



сетка Parietex Composite

# ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА

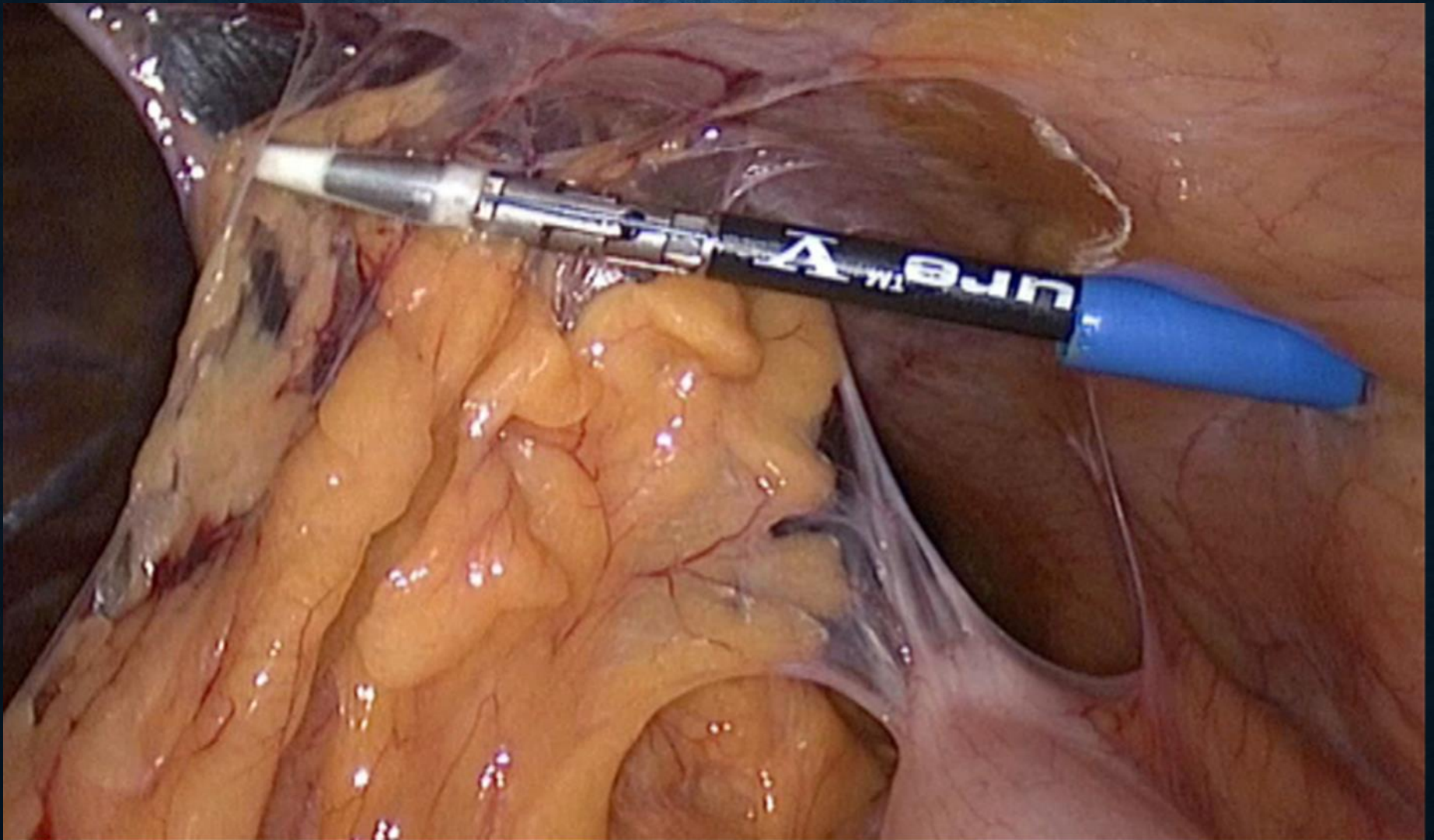


# ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА

*Сетка должна перекрывать грыжевые ворота, по меньшей мере, на 3-5 см во всех направлениях, перекрытие должно увеличиваться пропорционально размерам дефекта брюшной стенки.*

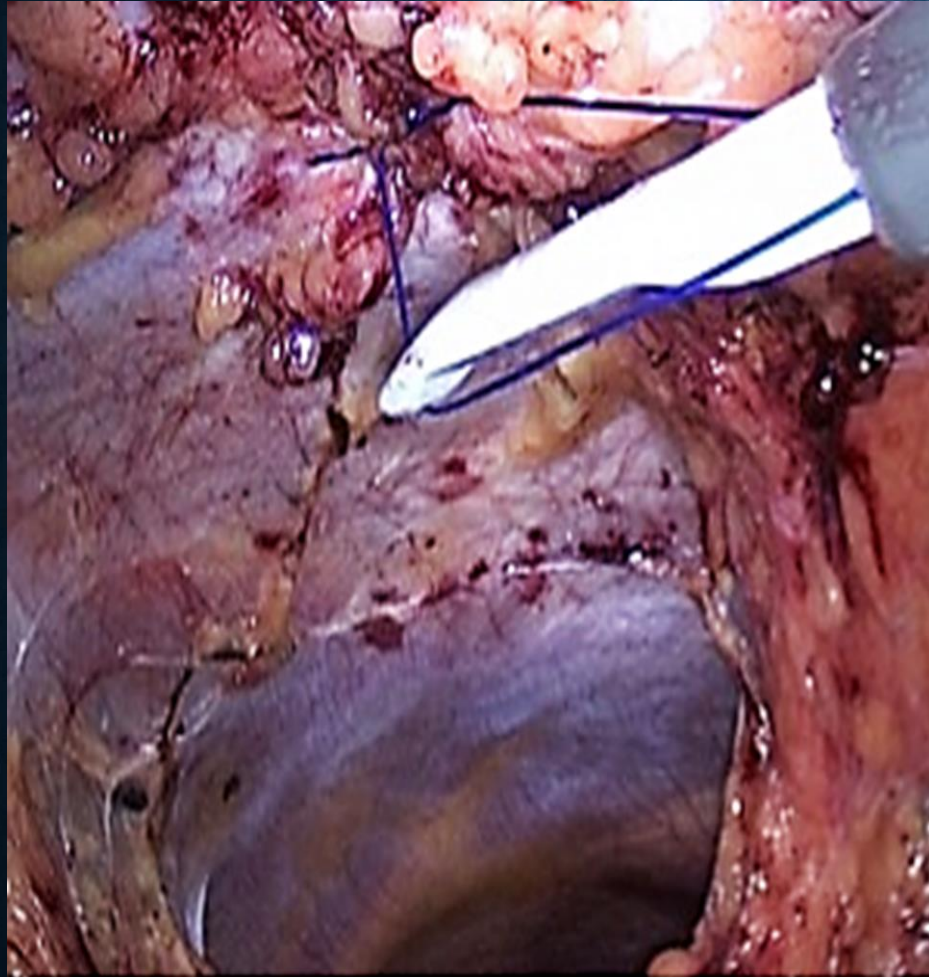
1. Внутрибрюшное давлением, которое вдавливают имплант в грыжевые ворота;
  2. Чем больше сетка, тем она будет контактировать с большей площадью брюшной стенки по краю грыжевых ворот, благодаря чему усилится ее врастание и, следовательно, биологическая фиксация;
  3. Большой размер сетки компенсирует ее деформацию при постановке и дальнейшем врастании.
  4. Необходимость укрытия всего послеоперационного рубца целиком во избежание появления незащищенного участка брюшной стенки, в котором могут сформироваться новые грыжи или произойдет рецидив.
- После размещения и расплавления сетчатого импланта в брюшной полости проводится его фиксация по периметру дефекта апоневроза специальным устройством «EndoClose», отступая на 3-4 см от края грыжевых ворот

# ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА



Адгезиозис, энтеролизис

# ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА



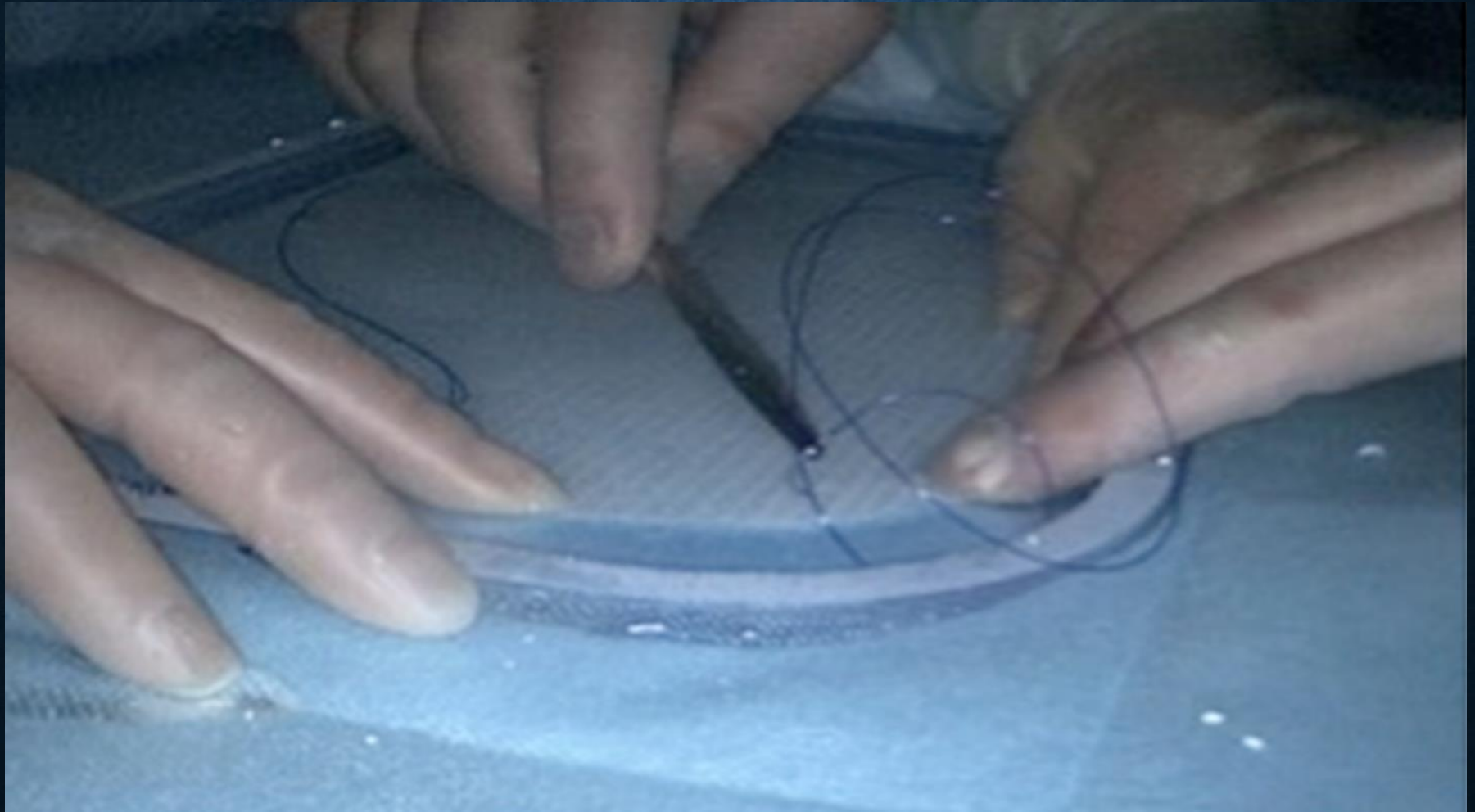
герниорафия  
интрабдоминальным  
ручным швом



герниорафия трансабдоминальными  
экстракорпоральными швами иглой  
«EndoClose».

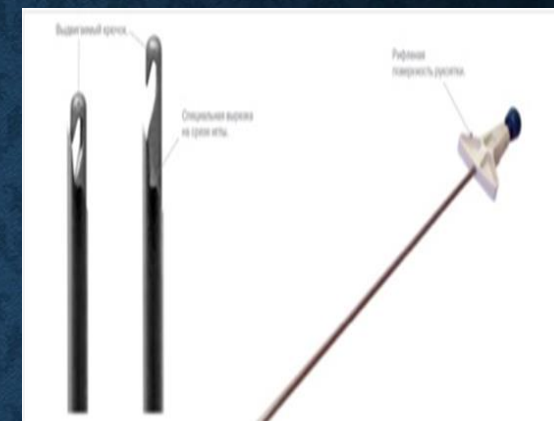
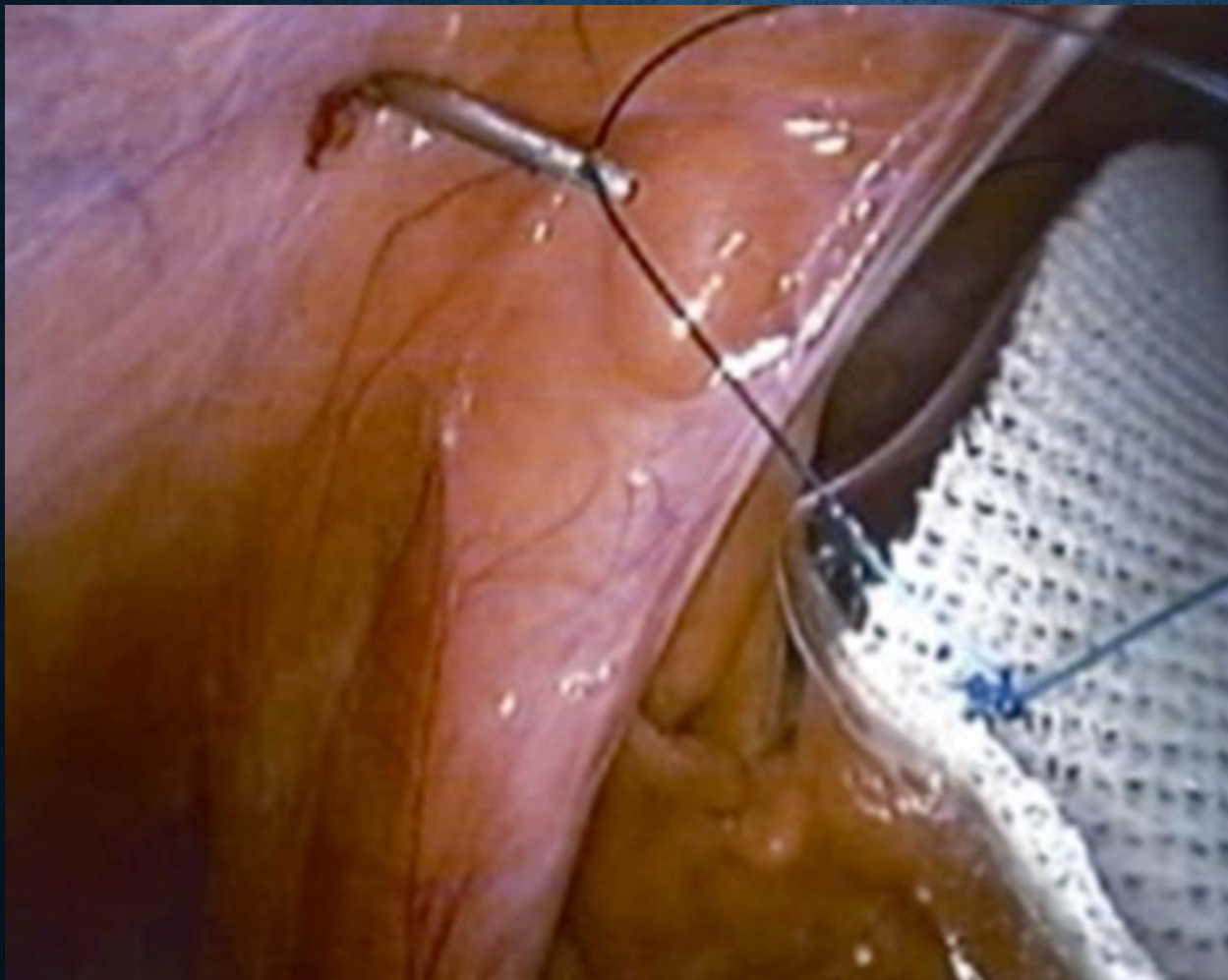


# ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА



Композитные сетки Parietex Composite с использованием специальной гидрогелевой барьерной технологии позволяют с достаточно высокой степенью безопасности имплантировать их без перитонизации

# ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА



Фиксация импланта трансфасциальными швами.

# ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА



Фиксация импланта герниостеплером

# ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНОСТИ

## ПОЗДНЯЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ – 1/3 ПОЗЖЕ 24 ЧАСОВ.

- ПРОДОЛЖАЮЩАЯСЯ ИНТОКСИКАЦИЯ 25%;
- ОССН 22,3%;
- ПЕРИТОНИТ 16,3%;
- ТЭЛА 14,1%;
- ПОЛИОРГАННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ 6,8%;
- ОИМ 4,7%;
- ПРОЧИЕ 10,9%.

# ПУТИ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖ

1.ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ГРЫЖЕНОСИ -  
ТЕЛЕЙ;

2.УВЕЛИЧЕНИЕ ДОЛИ ПЛАНОВЫХ  
ГРЫЖЕСЕЧЕНИЙ;

(В ЭКОНОМИЧЕСКИ РАЗВИТЫХ СТРАНАХ ЕВРОПЫ И АМЕРИКИ,  
СООТНОШЕНИЕ - 15:1, В РОССИИ 5:1)

2.ВВЕДЕНИЕ ПРОТОКОЛОВ ЛЕЧЕНИЯ  
УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖ;

3.ФОРМИРОВАНИЕ НКР.

# Вопросы к семинару:

1. Хирургическая анатомия пахового, бедренного канала, передней брюшной стенки.
2. Тактика хирурга при невправимой грыже с болевым синдромом.
3. Тактика хирурга при вправившейся ущемленной грыже: срок ущемления до 2 часов, более 2 часов.
4. Тактика хирурга при флегмоне грыжевого мешка, кишечной непроходимости и перитоните на фоне УГ.