



ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

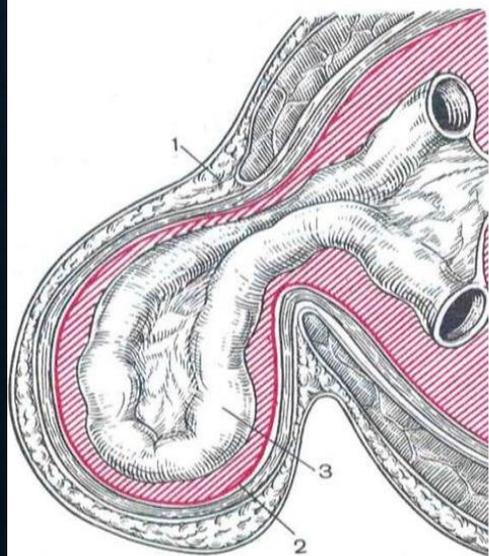


ОСЛОЖНЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

*Доцент кафедры госпитальной
хирургии Фетисов Н.И.*

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

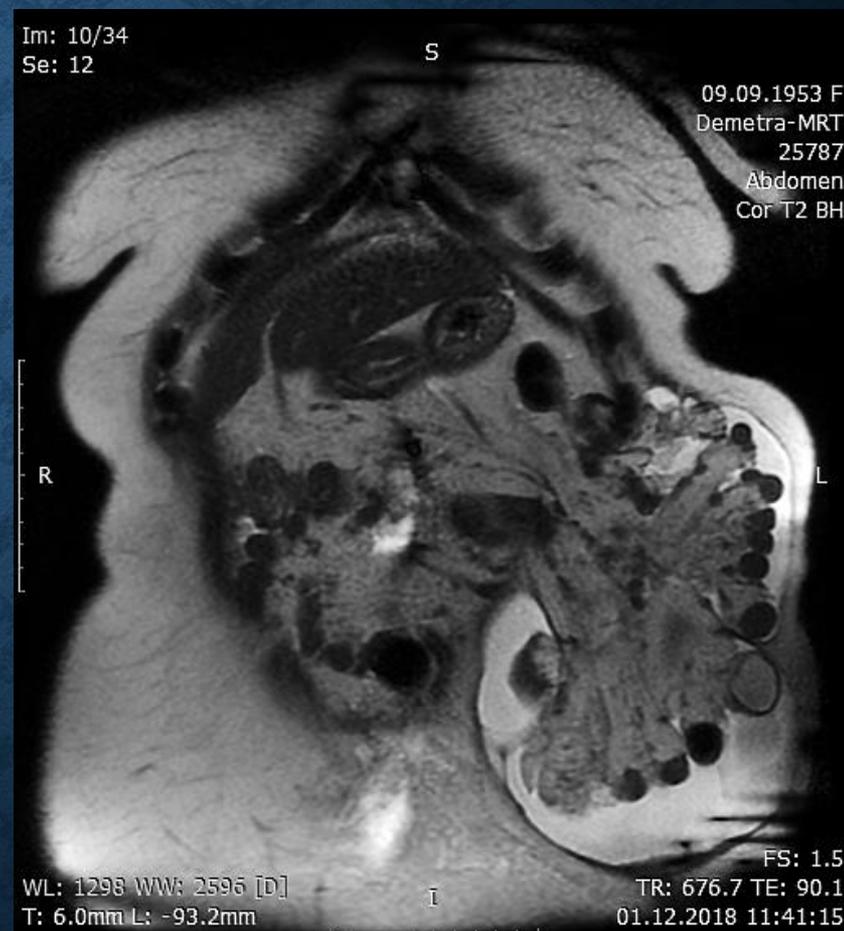
Обязательные признаки грыжи



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

**Прелеоперационная
(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%

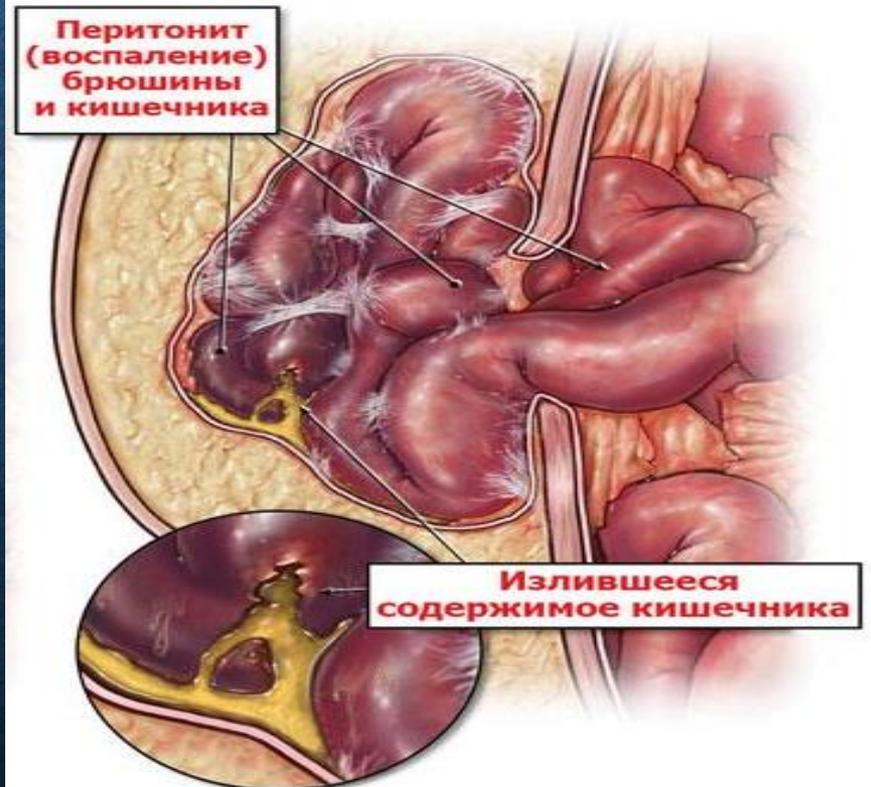
УЩЕМЛЕННАЯ ГРЫЖА:

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

Ущемленная грыжа

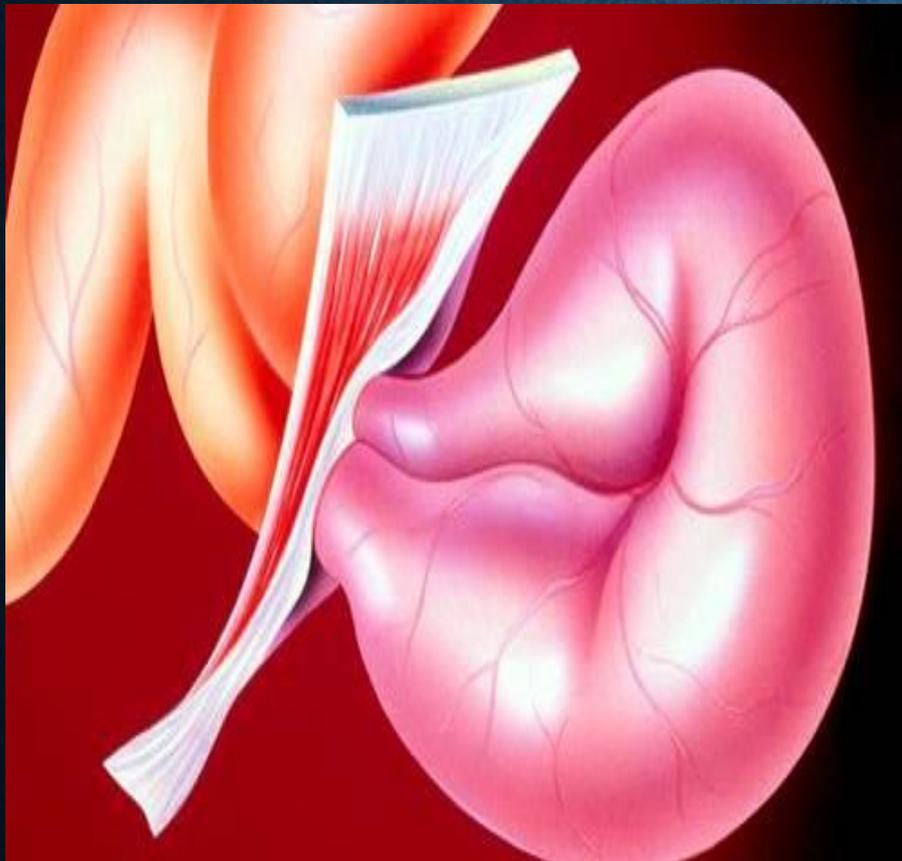


Перфорация кишечника



КЛАССИФИКАЦИЯ:

Виды ущемления:

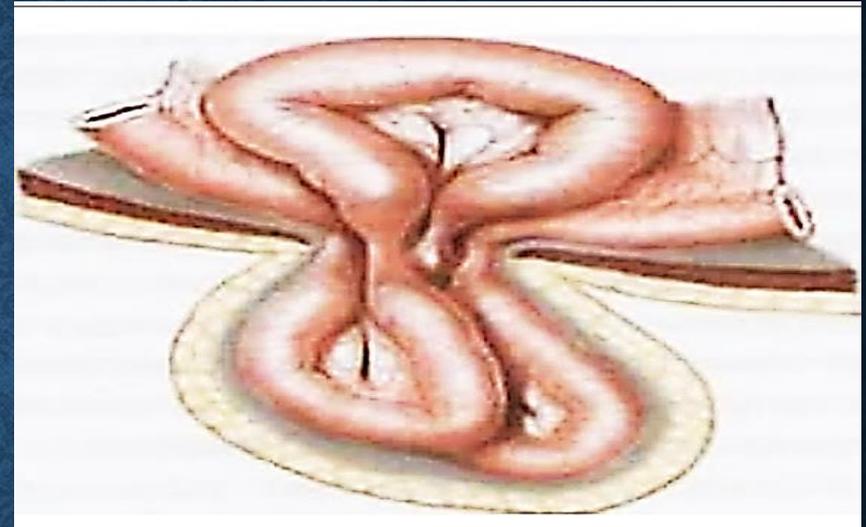
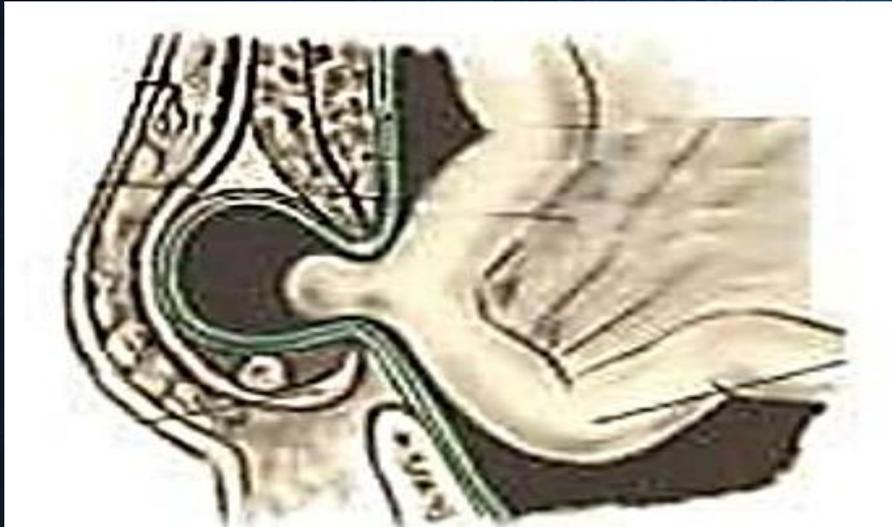


каловое



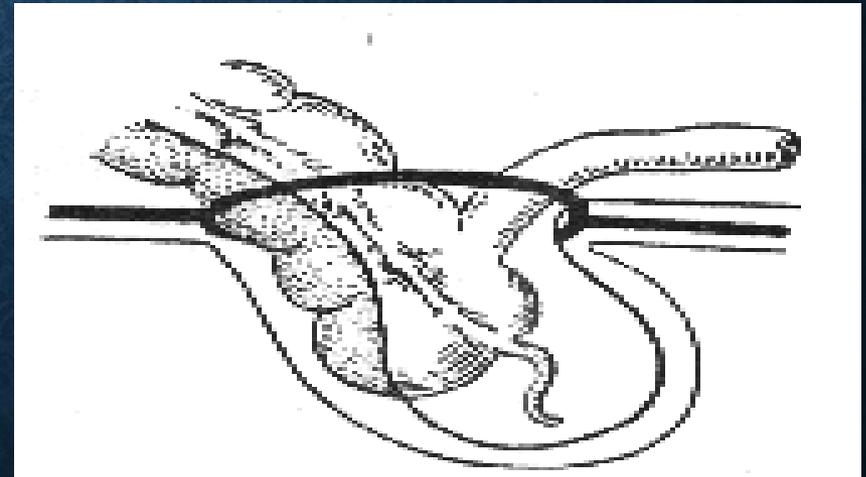
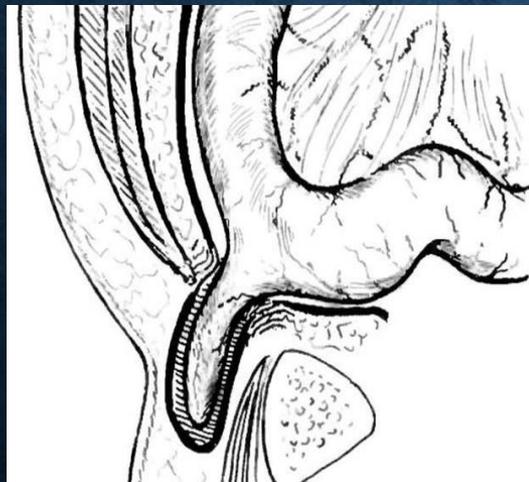
эластическое

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:

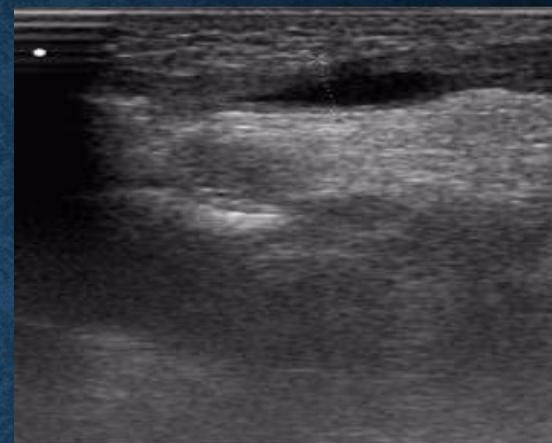
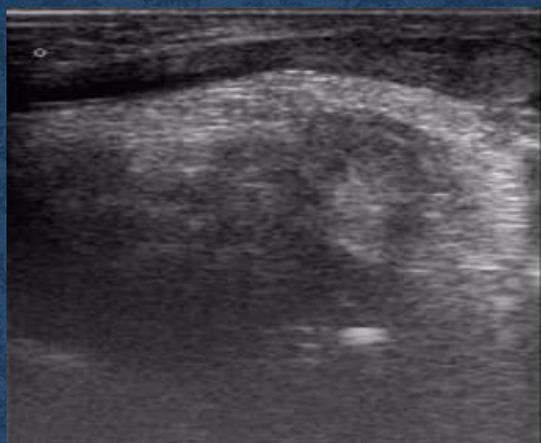
- невправимая грыжа;
- паховый лимфаденит;
- метастазы опухоли в паховые лимфатические узлы, пупок (при злокачественных образованиях желудка, гениталий, внепеченочных желчных путей, толстой кишки);
- у женщин - кисты круглой связки матки и бедренная грыжа;
- кисты и нагноение урахуса;
- умбилицит;

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

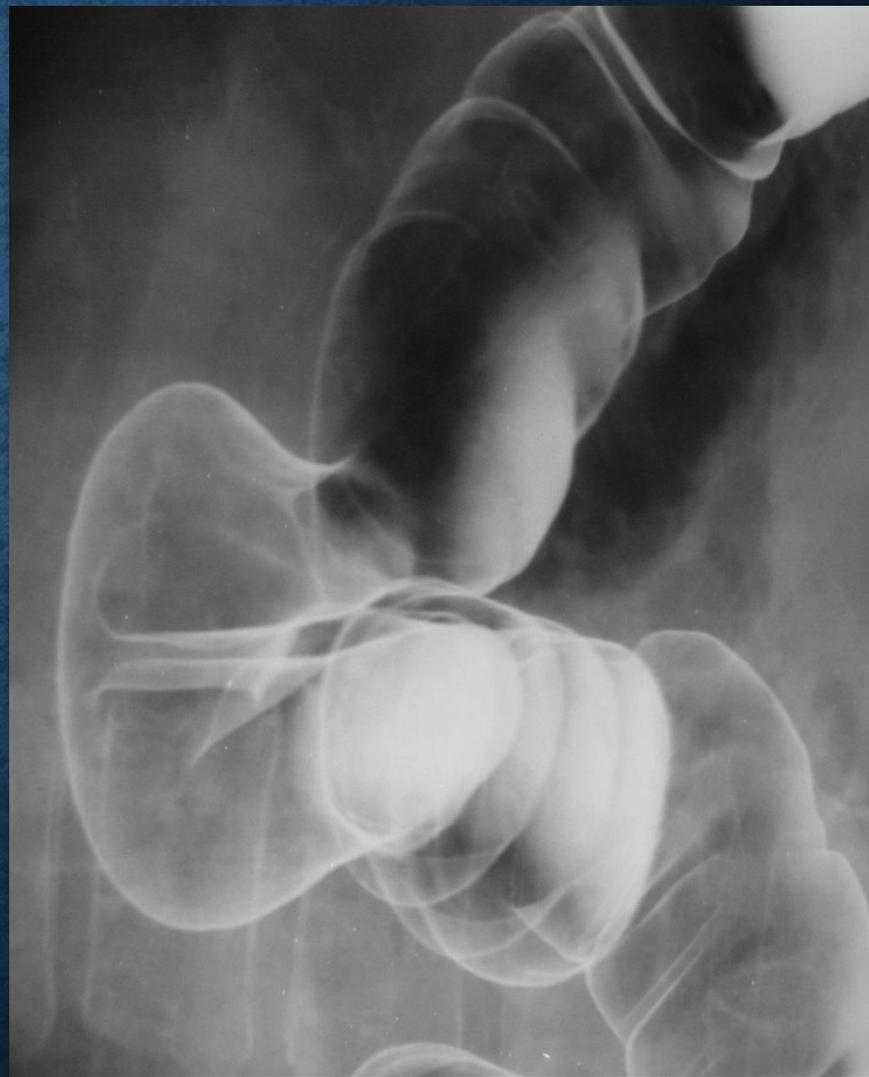
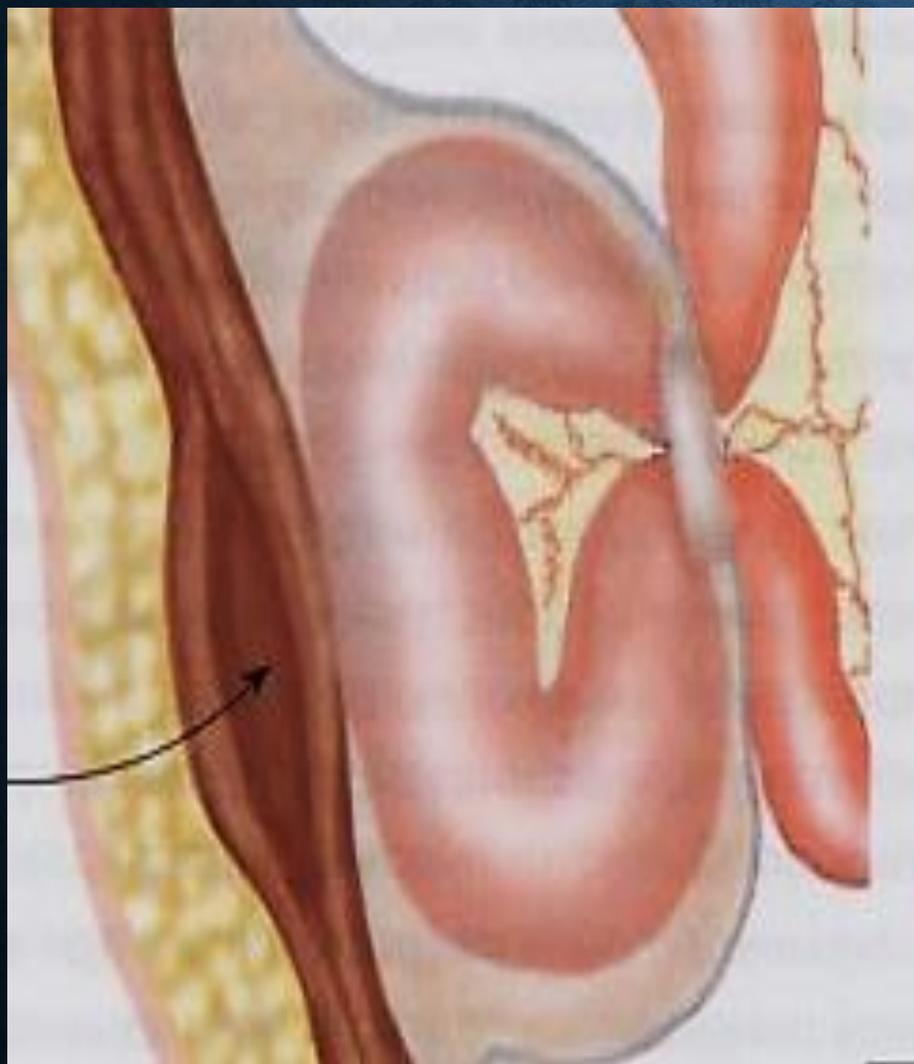
НЕ ПЫТАТЬСЯ ВПРАВИТЬ ГРЫЖУ!

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.

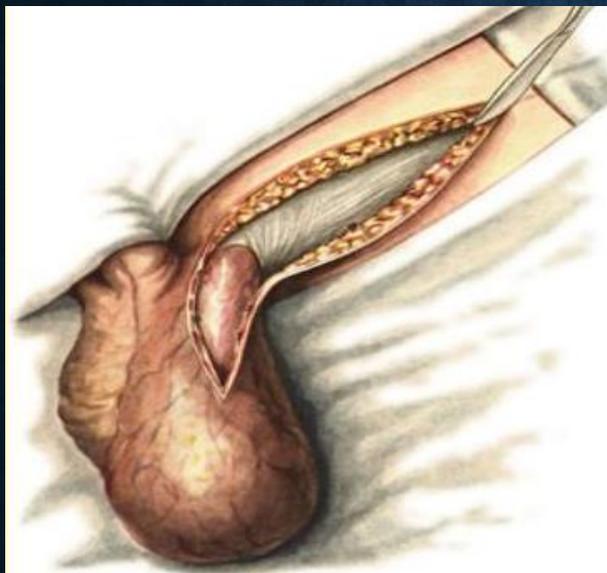
- при самостоятельном вправлении ущемленной грыжи, если факт ущемления не вызывает сомнения, а длительность ущемления составила 2 ч и более;
- при сохранившемся болевом синдроме после вправления грыжи для исключения «ложного» вправления;
- как альтернатива диагностической лапаротомии для выявления объема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



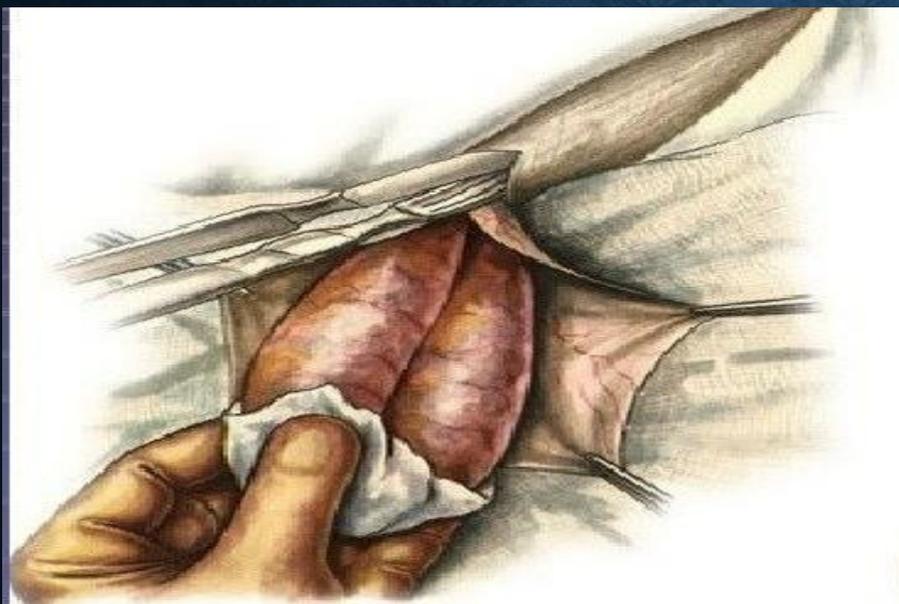
II



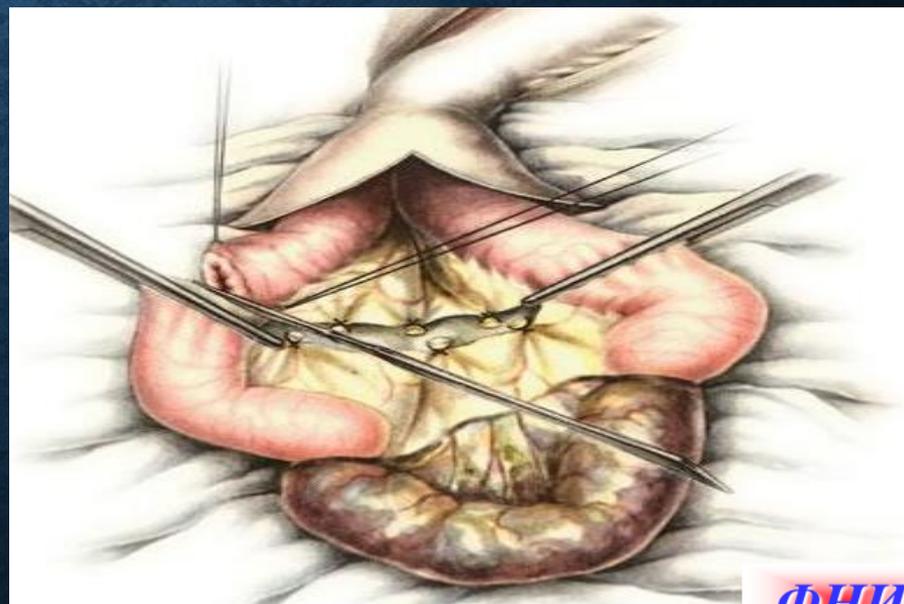
III



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.**

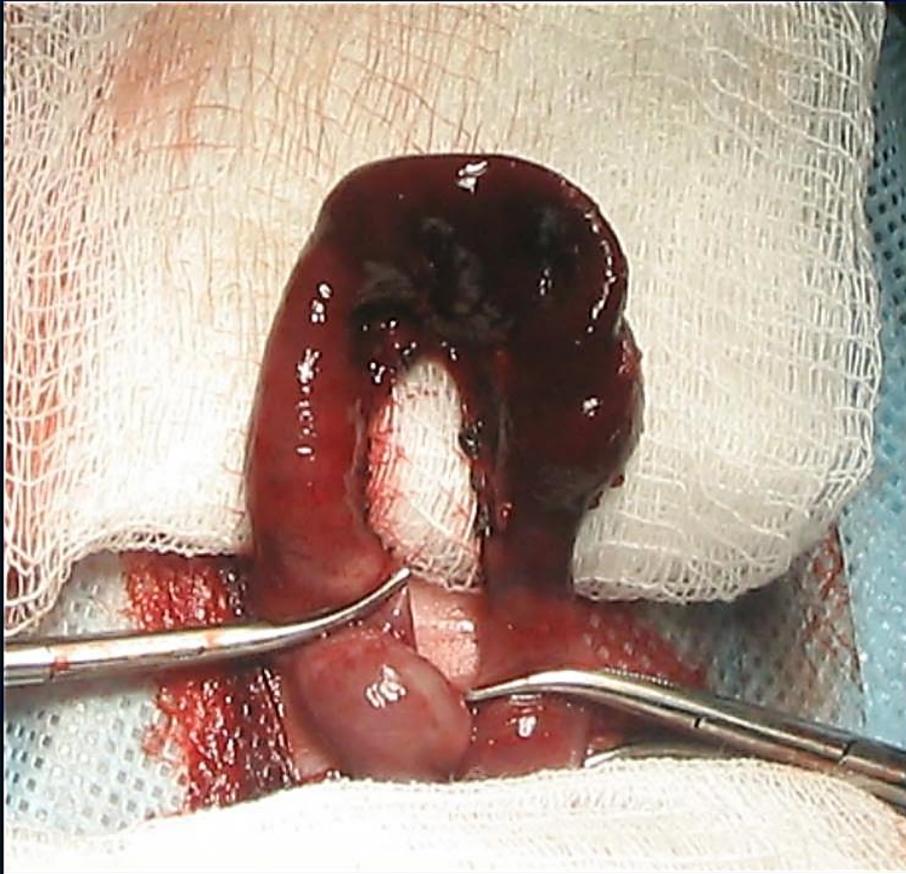
**Уровень убедительности рекомендаций D
(уровень достоверности доказательств – 5)**

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

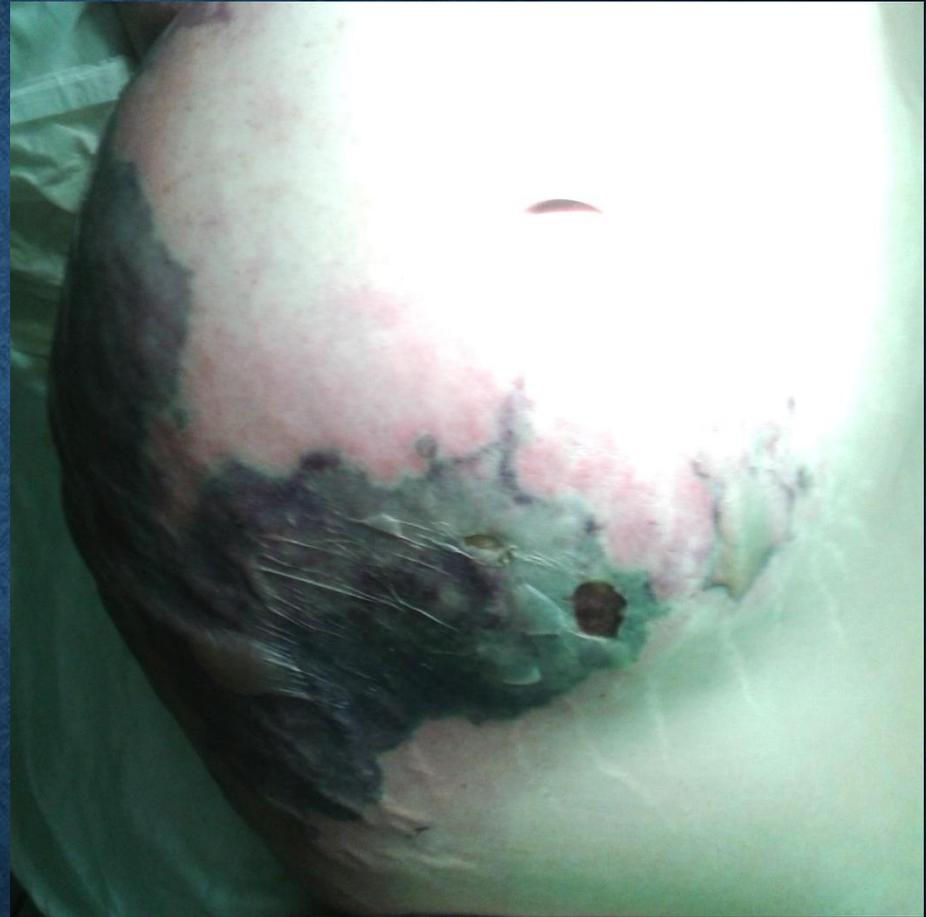
- удаление гнойного экссудата (предварительно берется посев на флору и чувствительность к антибиотикам);
- ревизия органов брюшной полости, диагностика характера ущемления и источника перитонита;
- декомпрессия кишечника;
- устранение источника перитонита путем резекции ущемленного органа и ликвидации 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)

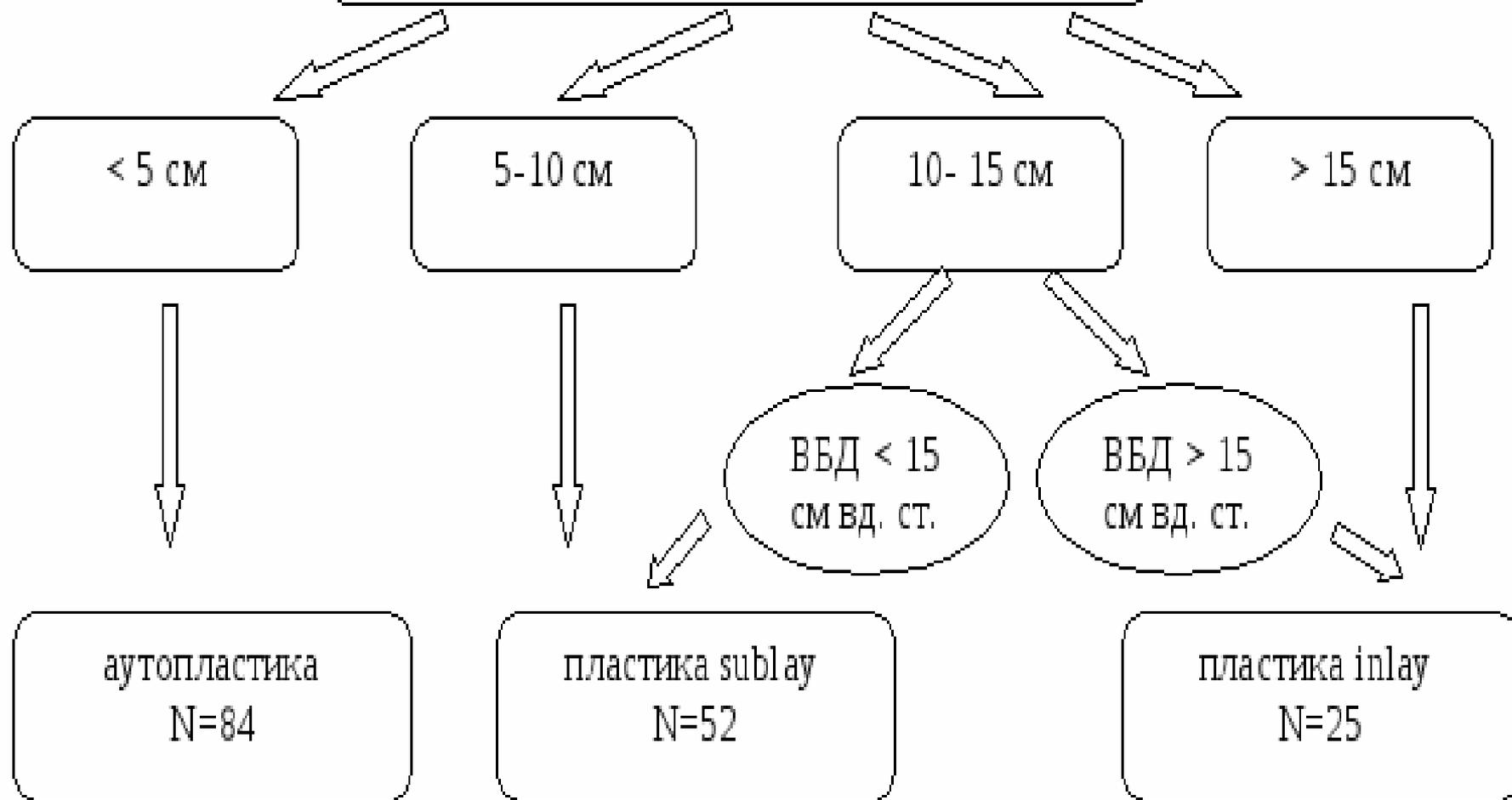
ПОКАЗАНИЯ К ПЛАСТИКЕ БРЮШНОЙ СТЕНКИ С ИМПЛАНТАЦИЕЙ СЕТОК

- 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.

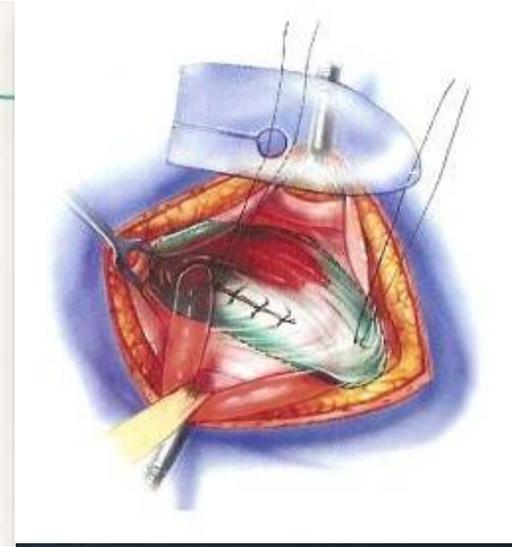
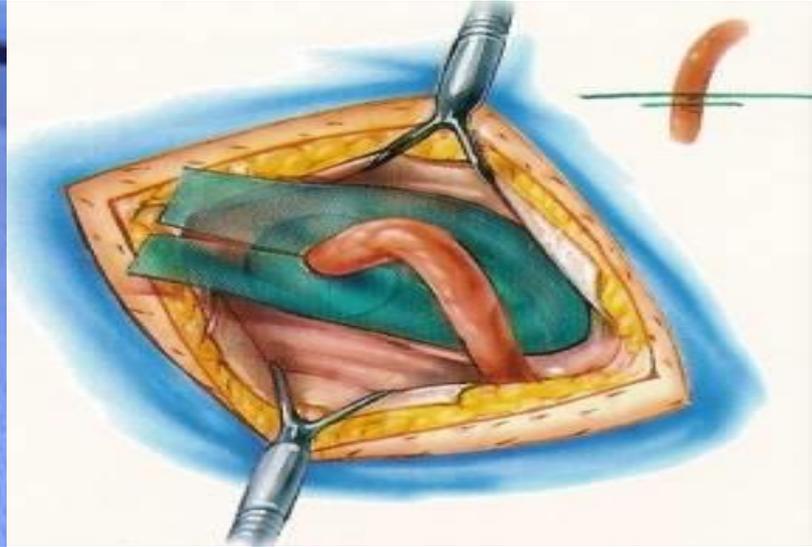
Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1b)

ПЛАСТИКА ГРЫЖЕВЫХ ВОРОТ

ШИРИНА ГРЫЖЕВЫХ ВОРОТ



ГЕРНИОПЛАСТИКА ПРИ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ



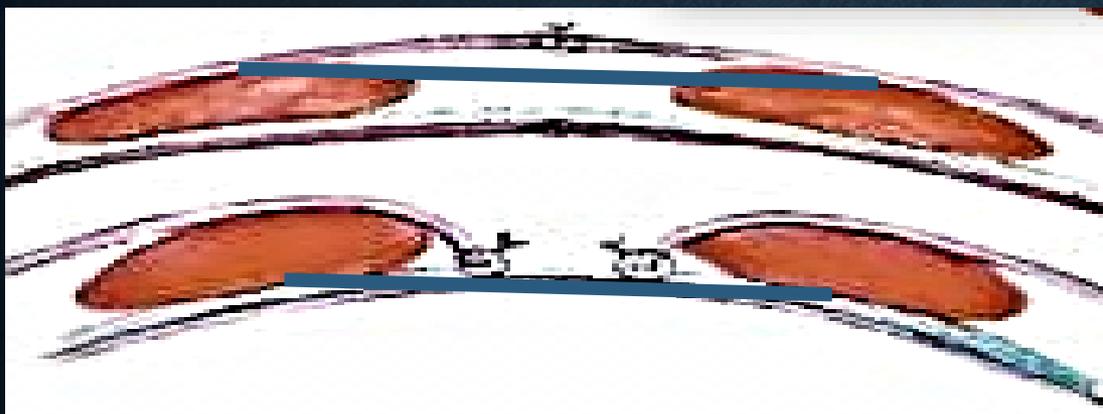
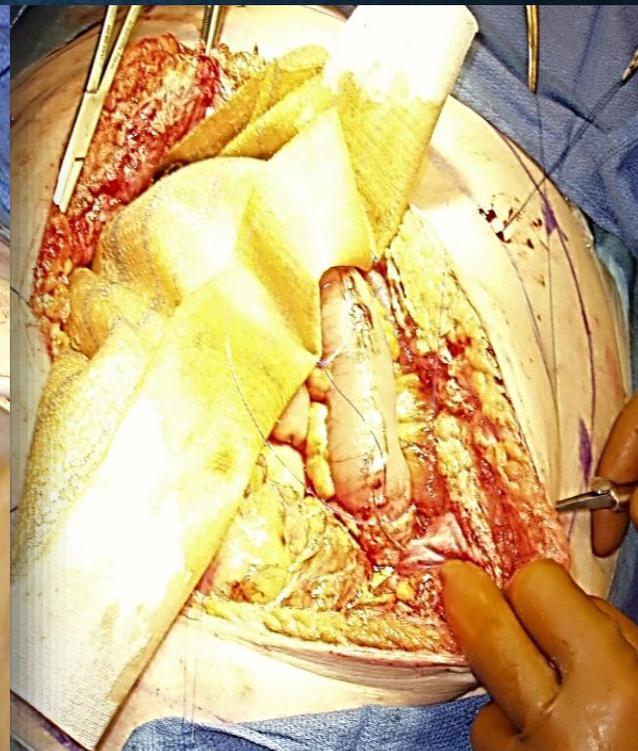
косая паховая грыжа:

- Лихтенштейна
- Жирара-Спасокукоцкого со швами Кимбаровского

прямая паховая грыжа:

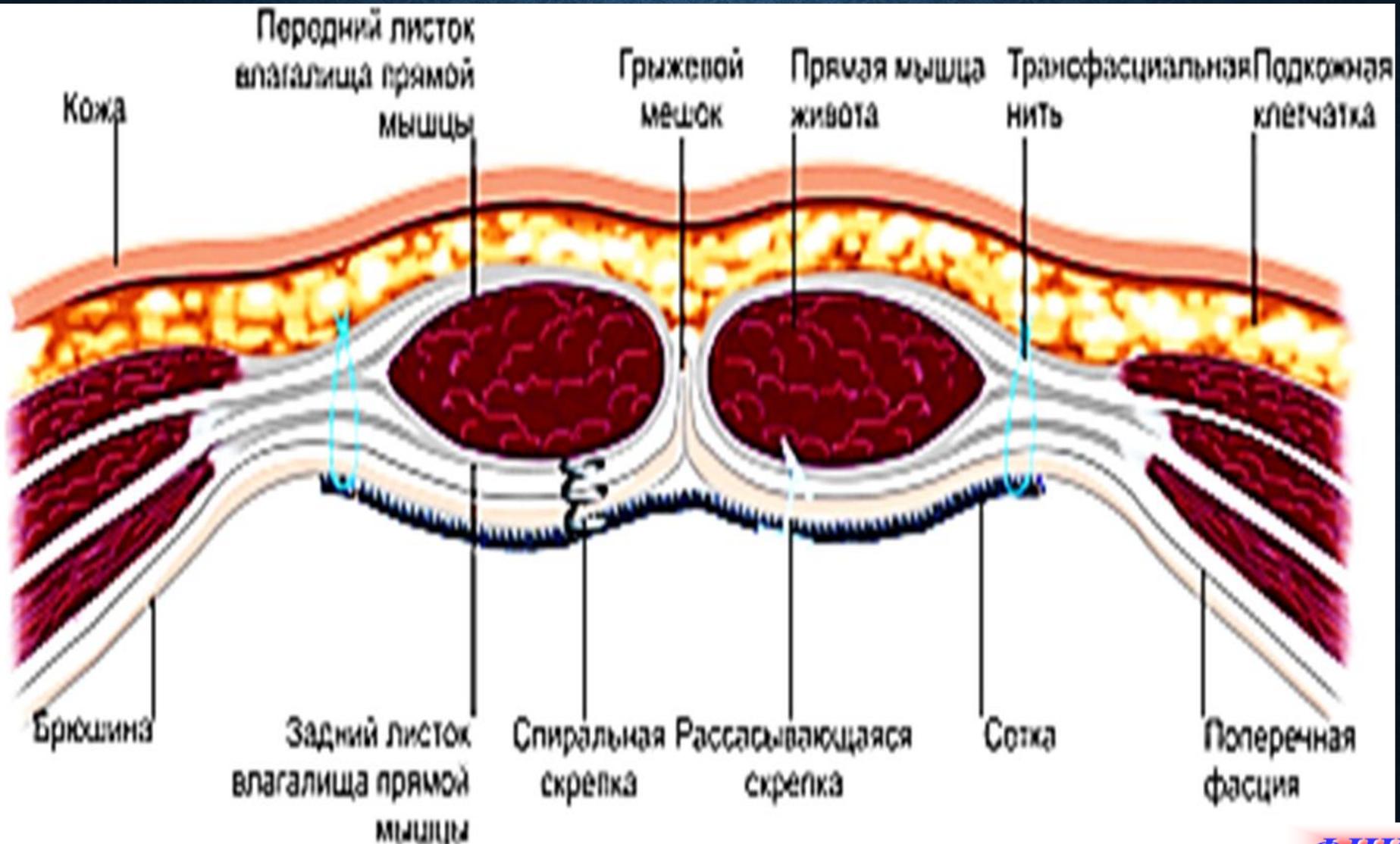
- Лихтенштейна
- Бассини

ПЛАСТИКА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ



сетка Parietex Composite

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА

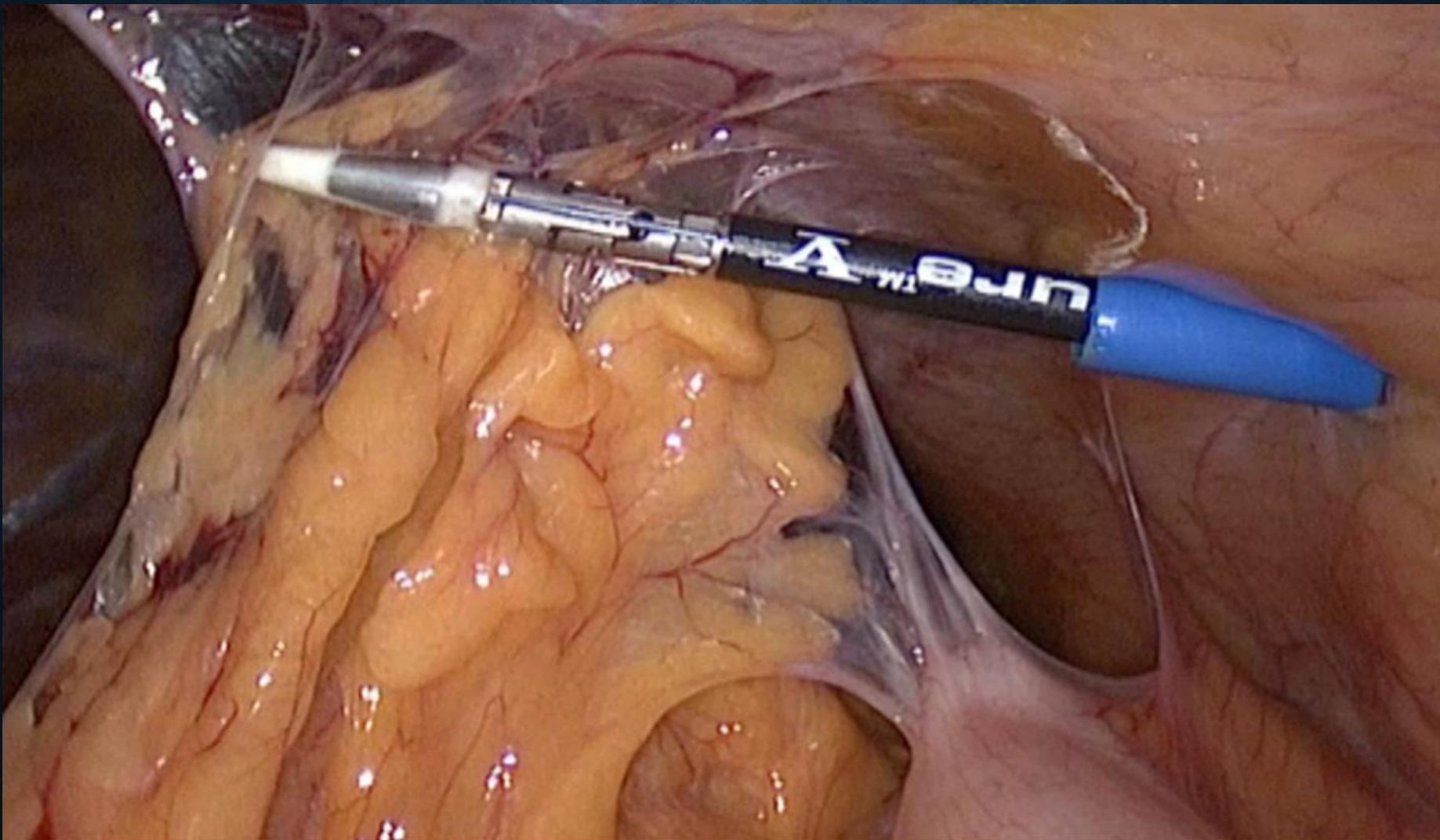


ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА

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

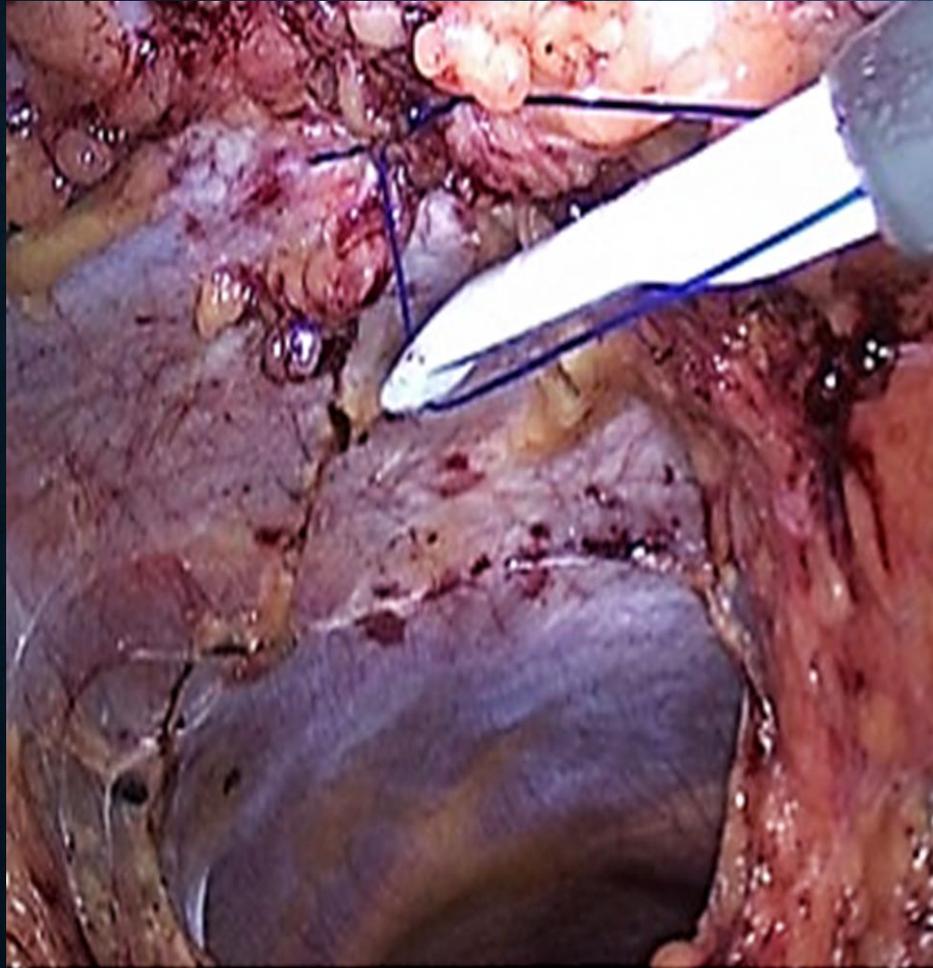
1. Внутрибрюшное давлением, которое вдавливают имплант в грыжевые ворота;
 2. Чем больше сетка, тем она будет контактировать с большей площадью брюшной стенки по краю грыжевых ворот, благодаря чему усилится ее врастание и, следовательно, биологическая фиксация;
 3. Большой размер сетки компенсирует ее 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



Адгезолизис, энтеролизис

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА

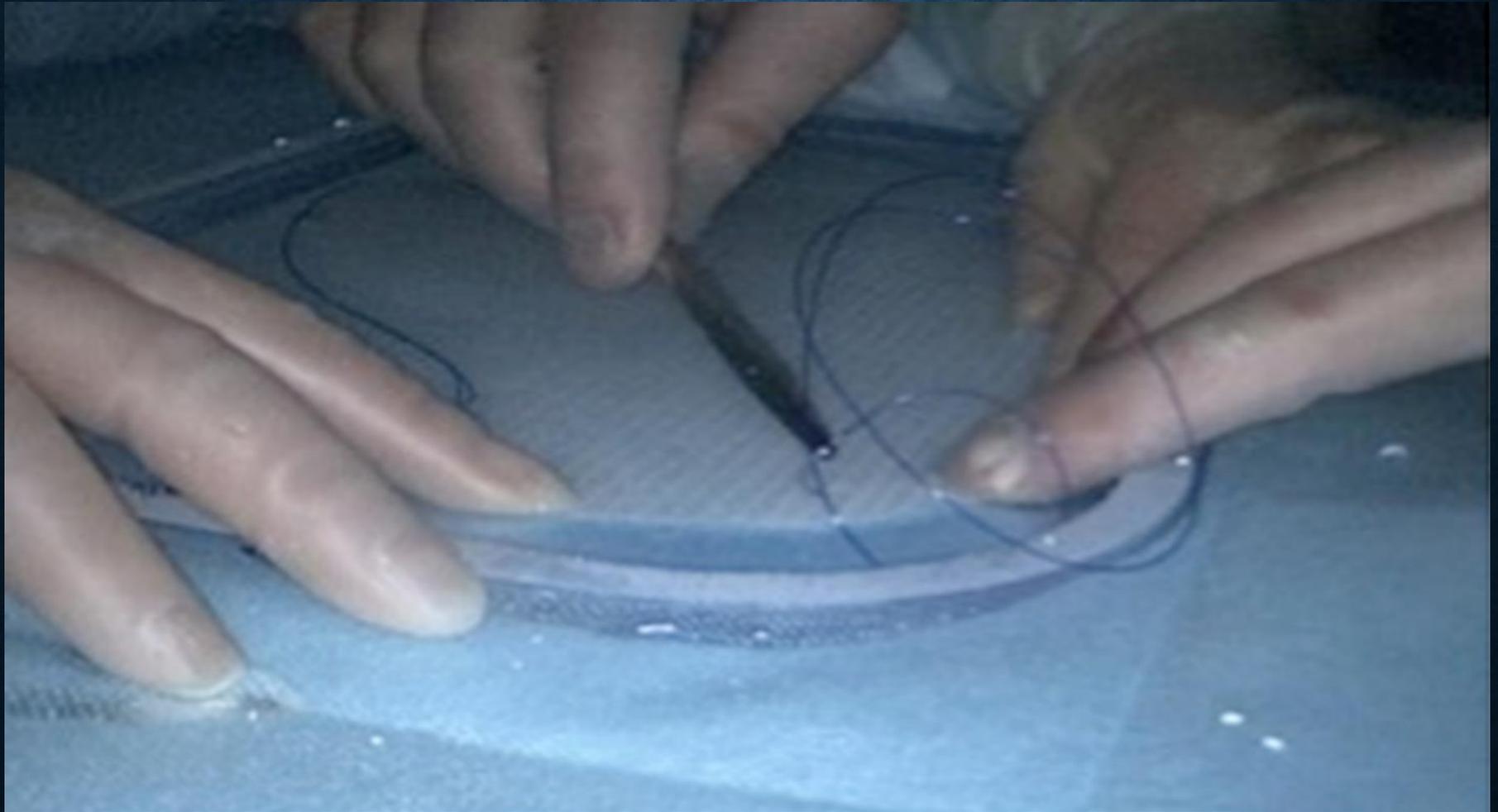


герниорафия
интрабдоминальным
ручным швом



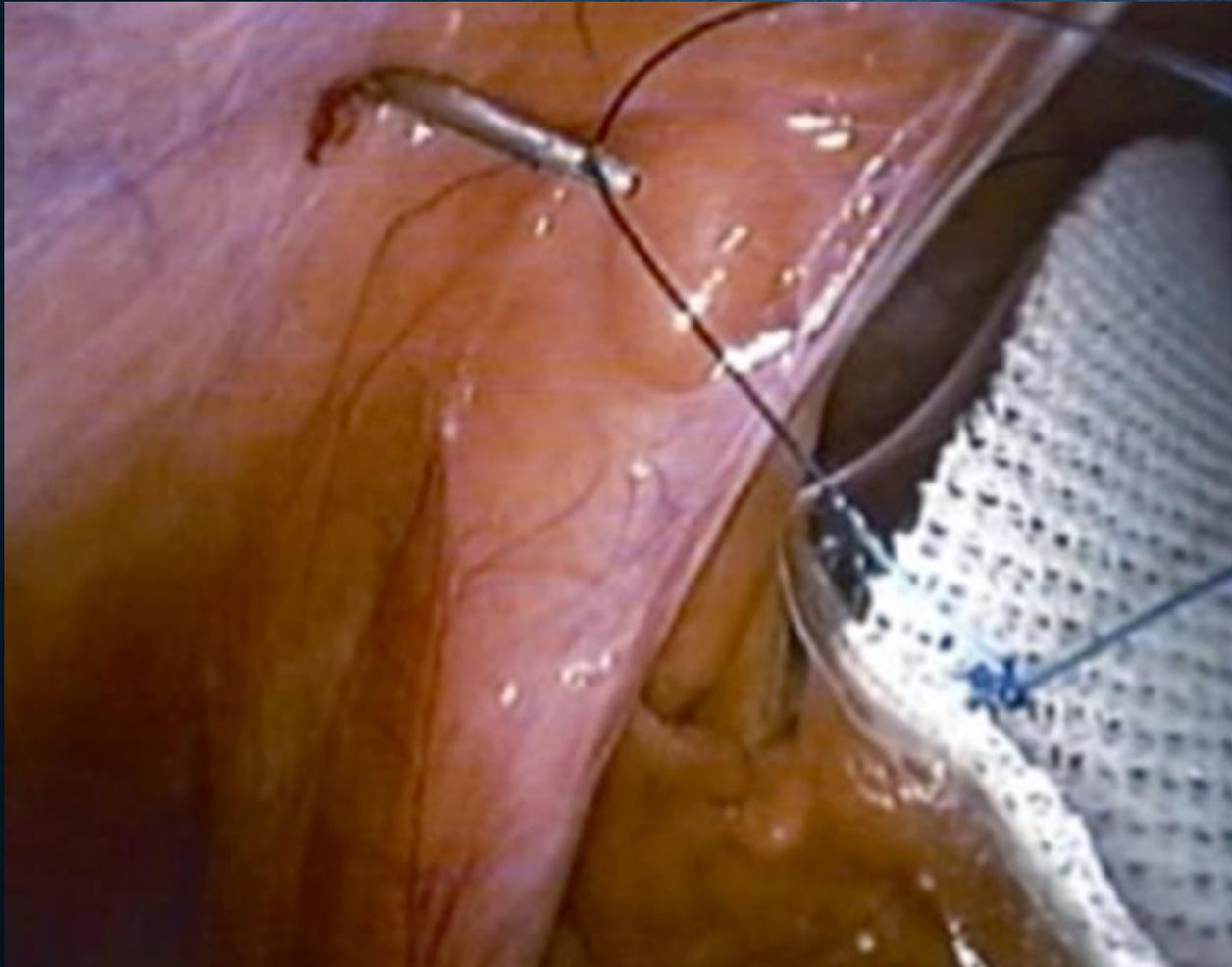
герниорафия трансабдоминальными
экстракорпоральными швами иглой
«EndoClose».

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА



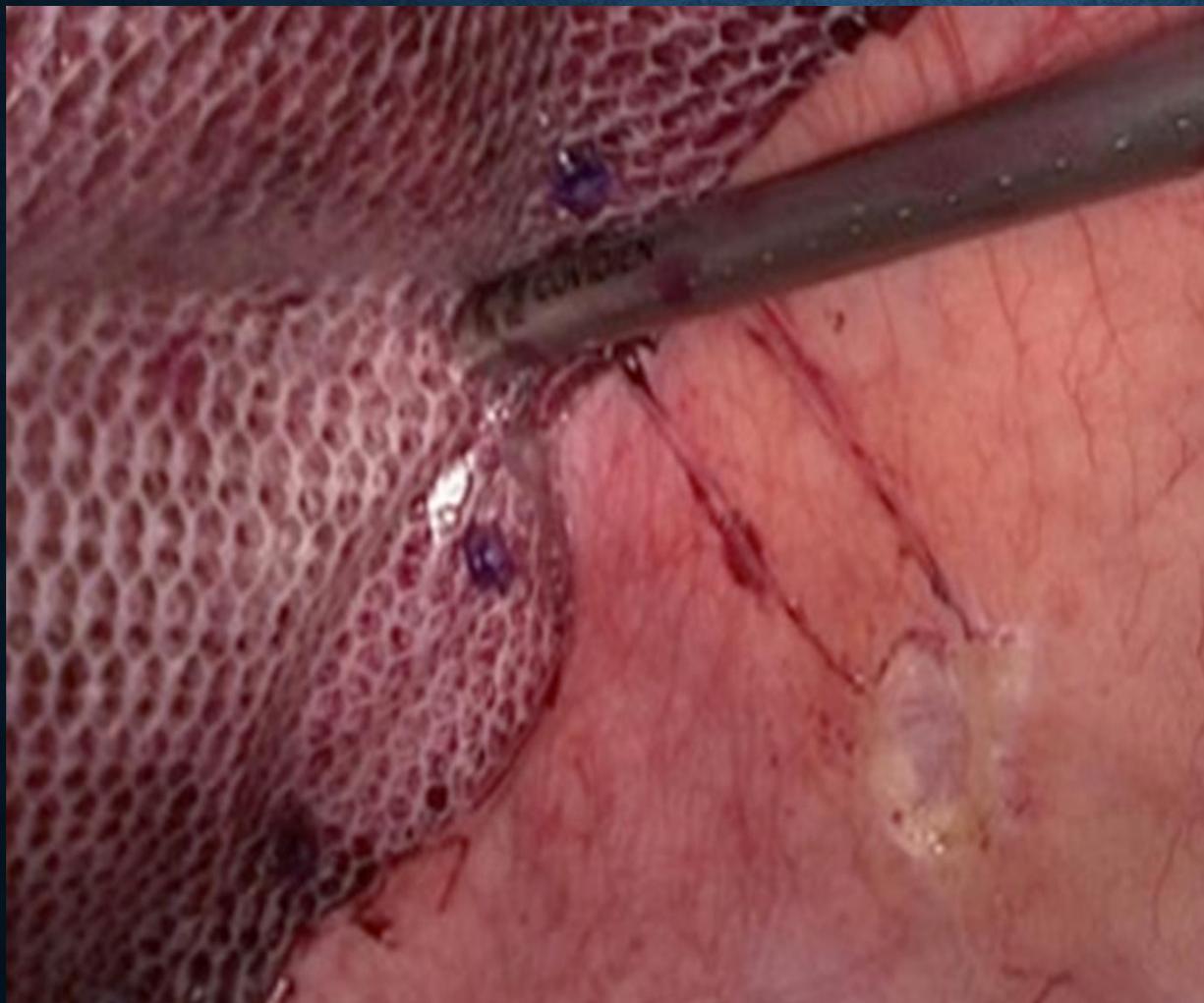
Композитные сетки Parietex Composite с использованием специальной гидрогелевой барьерной технологии позволяют с достаточно высокой степенью безопасности имплантировать их без перитонизации

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.