



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Образовательная программа
специальность
31.05.01 Лечебное дело
(уровень специалитета)
Кафедра госпитальной хирургии

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ
КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ
«Госпитальная хирургия,
детская хирургия»
МОДУЛЬ
«Госпитальная хирургия»

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

к практическому занятию
для студентов V курса лечебного факультета

Тема: Осложнения грыж живота.

“Утверждаю”
Зав. кафедрой, профессор

С.С. Маскин

“_02_” _____ июля _____ 2018 г.

протокол кафедрального совещания № _13_

Волгоград, 2018 год.

I. ЦЕЛЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:

На основании ранее полученных знаний анатомии, нормальной и патологической физиологии, биохимии, патологической анатомии и других дисциплин научить диагностике различных форм ущемления грыж, изложить принципы лечения и профилактики.

ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

Разобрать следующие вопросы:

- 1). Ознакомить с основными вопросами этиологии и патогенеза заболевания.
- 2). Механизмы ущемления.
- 3). Патологические изменения, протекающие в ущемленном органе.
- 4). Классификация.
- 5). Ретроградное, пристеночное, ложное ущемление; мнимое вправление; грыжа Литтре.
- 6). Клиника ущемленной грыжи.
- 7). Флегмона грыжевого мешка.
- 8). Особенности оперативного пособия при ущемленной грыже.
- 9). Определение жизнеспособности ущемленного органа.
- 10). Ведение послеоперационного периода у больных с осложнениями грыж.
- 11). Профилактика.

1. МОТИВАЦИЯ ЦЕЛИ:

Ущемленная грыжа – это состояние, при котором наступает внезапное сдавление содержимого в грыжевых воротах.

Летальность при этом грозном осложнении до сих пор остается высокой – 7-11% (Черенько М.П., 1995 год).

Алгоритм диагностики

Симптомы:

- Возникновение острой боли в области грыжевого выпячивания.
- Возможна рефлекторная рвота в начале заболевания.
- Болезненное, самостоятельно невправимое грыжевое выпячивание.
- Отрицателен симптом кашлевого толчка.
- Наличие клинических признаков острой кишечной непроходимости или перитонита.

Обязательно

- Общий анализ крови.
- Сахар крови.
- Общий анализ мочи.
- Группа крови и резус-фактор.
- ЭКГ – исследование.

Дополнительные методы исследования

- Рентгенография (обзорная) брюшной полости.
- УЗИ брюшной полости.
- Рентгенография органов грудной клетки.

Распределение больных с ущемленной грыжей

- Больные с подтвержденным ущемлением грыжи, не имеющие сопутствующих серьезных заболеваний и факторов риска – экстренная операция. Предоперационная подготовка минимальная: общий анализ крови, мочи, гигиенические процедуры и премедикация.
- Больные, имеющие тяжелые сопутствующие заболевания с продолжительностью ущемления до 3 часов – проведение более широкого обследования (см. предыдущий

пункт), включая ЭКГ – исследование, спирометрию и т.д., кратковременную (1-2 часа) предоперационную терапию.

- Больные с большими сроками ущемления (более 6 часов) и клиникой развившейся кишечной непроходимости или перитонита – предоперационное обследование и подготовка в течение не более 2 часов.
- Больные с флегмоной грыжевого мешка при высоком операционном риске – кратковременная подготовка, направленная на уменьшение интоксикации и расстройств важнейших систем организма.

Алгоритм хирургического вмешательства и тактики ведения больных

- Единственным противопоказанием к оперативному вмешательству может быть только агональное состояние пациента.
- Оперативное вмешательство должно быть начато не позже первых двух часов с момента поступления больного в стационар.
- При самопроизвольном вправлении грыжи до госпитализации, если сам факт ущемления не вызывает сомнения, а длительность ущемления составляет 2 и более часов, больные подлежат экстренной операции, как и при ущемленной грыже.
- Если возникает сомнение в достоверности ущемления грыжи, при удовлетворительном состоянии больных и отсутствии симптомов раздражения брюшины применяют стационарное динамическое наблюдение в течении 24 часов с последующим выполнением грыжесечения в плановом порядке.
- После выделения грыжевого мешка его тщательно обкладывают салфетками во избежания попадания инфицированной грыжевой воды в рану и в брюшную полость.
- «Грыжевая вода» удаляется перед рассечением ущемляющего кольца.
- Рассечение ущемляющего кольца до вскрытия грыжевого мешка недопустимо.
- При самопроизвольном преждевременном вправлении в брюшную полость ущемленного органа его обязательно извлекают для ревизии и оценки жизнеспособности и кровоснабжения. При неудавшихся попытках поиска ущемленного органа расширяется рана (герниолапаротомия) или лапаротомия с ревизией органов.
- При косой паховой грыже ущемляющее кольцо рассекают снаружи, при прямой – кнутри. При бедренной грыже – кнутри. Кольца пупочной грыжи и грыжи полулунной линии рассекают из соображения последующей пластики в поперечном направлении, хотя безопасно их рассекать и продольно.
- При малейшем сомнении в жизнеспособности кишки проводят резекцию последней.
- От видимой границы некроза следует резецировать не менее 30-40 см приводящего отдела кишки и 15-20 см отводящего.

Основными критериями при определении жизнеспособности кишки являются: восстановление нормального розового цвета, перламутрового блеска серозы кишки; серозная оболочка кишки блестящая; отсутствие странгуляционной борозды и темных пятен, просвечивающих сквозь серозную оболочку кишки; сохранение пульсации сосудов брыжейки; отсутствие отека брыжейки; наличие перистальтики кишки.

- Перед вправлением в брюшную полость кишки в ее брыжейку вводят местный анестетик (новокаин) и гепарин.

В сомнительных случаях применяют окутывание и согревание кишки салфеткой, смоченной теплым раствором 0,9% натрия хлорида.

Беспорные признаки нежизнеспособности кишки:

темная окраска серозной оболочки; тусклая сероза; дряблая кишка с утолщенной стенкой; отсутствие перистальтики; отсутствие пульсации сосудов брыжейки.

- Обращают внимание на изменение ущемленной брыжейки: при резком воспалительном отеке брыжейки или ее обширной гематоме у лиц старческого

возраста со склеротическими ломкими сосудами могут быть вторичные тромбозы с последующим некрозом кишки.

- При некрозе большого сальника, обусловленном ущемлением, производят резекцию последнего в месте ущемления.
- При ущемлении дивертикула Меккеля (грыжа Литтре) его удаляют независимо от его жизнеспособности в связи с плохим кровоснабжением. В данном случае применяют одну из операций: 1). Простую дивертикулэктомию с погружением культи в кисетный шов; 2). Клиновидное иссечение дивертикула без вовлечения брыжейки кишки; 3). Резекцию кишки, содержащей дивертикул. Последний способ предпочтителен.
- При ущемлении скользящих грыж оценивают жизнеспособность ущемленного органа, не покрытого брюшиной (слепая кишка, мочевого пузыря). При некрозе стенки слепой кишки производят срединную лапаротомию и резекцию правой половины толстой кишки с наложением илеотрансверзоанастомоза с последующим пластическим закрытием грыжевых ворот. При ущемлении стенки мочевого пузыря и его нежизнеспособности проводят резекцию стенки пузыря с наложением эпицистостомы (у мужчин; у женщин возможна катетеризация мочевого пузыря катетером) и дренированием околопузырной клетчатки.

Срединная лапаротомия показана при:

- Выраженном спаечном процессе в брюшной полости, который препятствует выделению необходимых для резекции отделов кишки через имеющийся разрез (например, в паховой области при паховых грыжах).
- При необходимости резецировать терминальный отдел подвздошной кишки с наложением илеотрансверзоанастомоза.
- При подозрении на флегмону грыжевого мешка.
- В запущенных случаях, когда на первый план выступают признаки распространенного перитонита и непроходимости кишечника.

При выборе метода пластики пахового канала в случае ущемления предпочтение следует отдавать наиболее простым способам (при косых паховых грыжах у молодых больных – Жирара-Спасокукоцкого со швами Кимбаровского; при прямых – Бассини и Постемпского).

В случае ущемления бедренной грыжи больным пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями показан бедренный способ пластики грыжевых ворот; у более молодых предпочтителен паховый способ пластики.

При ущемлении пупочных грыж грыжевой мешок следует вскрывать не в области дна, а сбоку (в области тела). Пластику грыжевых ворот проводят способами Мейо или Сапежко. В случае флегмоны грыжевого мешка рациональнее использовать способ Грекова.

При ущемлении послеоперационных вентральных грыж следует отдавать предпочтение пластике грыжевых ворот местными тканями, а при их невозможности – аутопластическим способам.

При **флегмоне грыжевого мешка** операцию следует выполнять в два этапа, начиная со срединной лапаротомии для уменьшения инфицирования брюшной полости содержимым грыжевого мешка (**операция Замтера**):

- Проведение резекции кишки.
- Между приводящей и отводящей петлями наложение анастомоза типа «конец в конец», или при большой разнице в диаметрах сшиваемых отделов кишки, «бок в бок».
- Зашивание наглухо концов петли кишки, подлежащей удалению.
- Наложение кисетного шва на брюшину вокруг внутреннего кольца.
- Кожа рассекается непосредственно над грыжевым выпячиванием.
- Удаление экссудата.

- Осторожное надсечение грыжевых ворот настолько, чтобы можно было извлечь и удалить ущемленную петлю и слепые концы кишки с одновременным затягиванием кисетного шва, наложенного вокруг внутреннего кольца.
- Выделение грыжевого мешка из окружающих тканей не производят.
- Ушивание среднесрединного разреза брюшной стенки.
- Ушивание шейки мешка кисетным швом.
- Дренирование места герниотомии.
- Пластика грыжевых ворот в условиях гнойной инфекции противопоказана.

После оперативных вмешательств, выполненных без пластики грыжевых ворот, повторная плановая операция показана не ранее, чем через 3-6 месяцев.

При флегмоне грыжевого мешка в случае ущемления бедренной грыжи разрез производят со стороны бедра, используя его для дренирования без наложения швов.

При ложном ущемлении, вызванном другим острым хирургическим заболеванием органов брюшной полости у больных с грыжей, выполняется необходимая операция, а затем – герниопластика.

Воспаление грыжи

Этиология и патогенез. Воспаление грыжи обусловливается проникновением пиогенной микрофлоры в грыжевой мешок и оболочки грыжи со стороны брюшной полости и ее органов, входящих в грыжи (основной путь), или со стороны кожи грыжи (редкий путь).

Клиника и диагностика. Отмечается резкий отек грыжевой опухоли, гиперемия и багрово-синюшный цвет кожи. При воспалении грыжи, вызванном инфицированием со стороны органов брюшной полости, общее состояние больных ухудшается, температура тела высокая, озноб, рвота, задержка газов и стула. Грыжа увеличивается в размерах.

Воспаление грыжи создает значительные трудности для дифференциальной диагностики с ущемлением. Тем не менее при тщательном анализе развития заболевания и результатов исследования такая дифференциация почти всегда возможна. В сомнительных случаях диагноз должен быть верифицирован путем эксплоративной операции.

Лечение. При воспалении оболочек грыжи с началом его со стороны кожи вмешательство производят по общепринятым правилам лечения нагноения кожи и подкожной основы.

При флегмоне грыжевого мешка вследствие инфицирования со стороны органов брюшной полости операцию производят под наркозом и начинают со срединной лапаротомии. К ущемленному органу подходят изнутри. Ущемленную петлю кишки резецируют (см. выше). Концы ущемленной части кишки перевязывают лигатурами, проходимость кишки восстанавливают наложением анастомоза. Ла-паротомную рану послойно ушивают и приступают ко второму этапу операции. Послойно рассекают ткани и вскрывают дно грыжевого мешка, рассекают ущемляющее кольцо и удаляют ущемленную кишку вместе с концами, отсеченными и перевязанными в брюшной полости. Грыжевой мешок не выделяют, а прошивают у шейки и подводят тампоны. В связи с гнойной инфекцией пластика грыжевых ворот противопоказана.

Повреждение грыжи

Нарушение естественного расположения органов брюшной полости, в частности перемещение их под кожу, как это наблюдается при наружных паховых грыжах, предрасполагает к их травме. Последнее может быть разрывом или ушибом грыжевого содержимого и обусловить развитие перитонита, внутрибрюшного кровотечения, гематому и воспаление грыжи. Встречаются самопроизвольные разрывы кишки в грыже и повреждения вследствие открытой и закрытой травмы.

Лечение. При повреждении грыжевого содержимого с развитием местного перитонита проводят герниотомию и ревизию содержимого грыжи, при необходимости герниолапаротомию. При повреждении кишки производят ушивание ее раны или резекцию с восстановлением непрерывности пищеварительного канала и дренированием брюшной полости. Пластику грыжевых ворот обычно не производят, а рану зашивают

наглухо.

Опухоли грыжи

Могут исходить из таких элементов грыжи, как грыжевой мешок, грыжевое содержимое и оболочки грыжи, т. к. наиболее частым содержимым грыжи является тонкая и толстая кишка, именно такого происхождения опухоли (раки, полипы, подслизистые липомы) встречаются чаще в грыже.

Опухолями грыжевого мешка являются липома, более редко - фиброма, еще реже встречаются папиллома и мезотелиома. Снаружи грыжевого мешка бывают преимущественно неинкапсулированная липома или так называемое жировое тело семенного канатика.

Лечение. Удаляют симультанно с радикальным грыжесечением.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ /210 мин./:

Практическое занятие включает в себя:

1. Вводное слово преподавателя – 10 мин.
2. Контроль исходного уровня знаний студентов /решение ситуационных задач, разбор клинических ситуаций, деловая игра/ - 20 мин.
3. Курация больных – 30 мин.
4. Опрос студентов по теме занятия (90 мин.)
5. Формирование навыков, умений обследования больного с данным заболеванием (клинический разбор по теме занятия)– 30 мин.
6. Итоговый контроль знаний (письменное тестирование, решение ситуационных задач) – 25 мин.
7. Заключительное слово преподавателя (резюме) – 5 мин.

ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ:

1. Занятие проводится в учебной комнате – проверка исходного, текущего уровня знаний, оценка самостоятельной подготовки студентов по контрольным вопросам, тестам, клиническим задачам с использованием рекомендуемой литературы, таблиц, слайдов, макетов, муляжей и тренажеров.
2. В аудитории или лекционном зале – показ видеофильмов по изучаемым темам, участие в распределении операций на неделю, конференциях, утренних врачебных рапортах и т.д.
3. В палате с докладом студентами курируемого больного(ых) /клинический разбор больного).
4. В перевязочной, операционной, процедурном кабинете.

ОТРАБОТКА УЧЕБНО-ЦЕЛЕВЫХ ВОПРОСОВ И ЗАДАНИЙ:

Студенты должны научиться и овладеть следующими учебно-целевыми вопросами:

- Топографическая анатомия при данном заболевании(ях).
- Клинические формы и симптоматология заболевания(й).
- Методы обследования больных.
- Показания к применению специальных методов исследования больных.
- Основы построения диагноза.
- Принципы проведения дифференциального диагноза.
- Выбор правильного метода лечения /оперативного или консервативного/.
- Хирургическая тактика и характер оперативного вмешательства.
- Ведение больных в послеоперационном периоде и профилактика осложнений.

ПРОВЕРКА УСВОЕННЫХ ЗНАНИЙ:

1. Перечислите известные вам осложнения грыж.
2. Назовите основные клинические проявления неврправимой грыжи.
3. Клиника ущемленной грыжи.
4. Перечислите различные механизмы ущемления грыжи.
5. Каковы особенности оперативной техники при ущемленных грыжах?
6. Каковы особенности оперативной техники при неврправимых грыжах?
7. Расскажите о дифференциальной диагностике между неврправимой и ущемленной грыжей.
8. Какая пластика пахового канала чаще применяется при ущемленных грыжах?
9. Какова врачебная тактика при флегмоне грыжевого мешка?
10. Какие формы мнимого вправления вы знаете?
11. Какие формы грыж чаще осложняются острой спаечной кишечной непроходимостью?
12. Что такое ложное ущемление?
13. Врачебная тактика при самостоятельно вправившейся ущемленной грыже.
14. С какими заболеваниями следует дифференцировать ущемленную пупочную грыжу?

УЧЕБНО-НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ:

- таблицы;
- набор Ro- грамм по разбираемой теме;
- патолого-анатомические препараты;
- схемы операций;
- макеты, муляжи;
- слайды, видеофильмы, хирургические инструменты.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература.

1. Хирургические болезни / Под редакцией М.И. Кузина / Издательство: Медицина 2005 г. 784 стр.
2. Хирургические болезни (комплект из 2 книг + CD-ROM) / Под редакцией В.С. Савельева, А.И. Кириенко / Издательство: ГЭОТАР-Медиа 2009 г. 1008 стр.
3. Алгоритмы диагностики и принципы лечения основных ургентных хирургических заболеваний / Под редакцией Г.И. Жидовинова, С.С. Маскина / Издательство ВолгГМУ 2010 г. 164 с.

Дополнительная литература.

1. Воскресенский Н. В., Горелик С. Л. Хирургия грыж брюшной стенки. М.: Медицина, 1965. 326 с.
2. Лукомский Г. И. Частные аспекты хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж // Хирургия. 1995. № 1. С. 51-54.
3. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под ред. акад. В. С. Савельева. М.: Медицина, 1986. С. 181-208.
4. Тоскин К. В., Жебровский В. В. Грыжи брюшной стенки. М.; Медицина, 1983. 269 с.
5. Череньков М. П Брюшные грыжи. Киев: Здоровье, 1995. 262 с.
6. Шпаковский Н. И. Хирургическая тактика при ущемленных грыжах // Хирургия. 1981. № 7. С. 53-57.
7. Ярыгин В. П. Этиология и патогенез паховых грыж // Хирургия. 1994. № 4. С. 45-48.