

Виды ущемлений грыж

Выполнил: Аргынгазинов Н

775 гр хирургия

Ущемлённая грыжа- hernia incarcerata

Ущемление (*incarceratio*) грыжи — внезапное или постепенное сдавление какого-либо органа брюшной полости в грыжевых воротах, приводящее к нарушению его кровоснабжения и некрозу. Могут ущемляться как наружные (в различных щелях и дефектах стенок живота и тазового дна), так и внутренние (в карманах брюшной полости и отверстиях диафрагмы) грыжи. **Ущемление — одно из наиболее частых и опасных осложнений грыж живота и основная причина летальности при этой распространённой патологии.**

Ущемление возникает чаще у людей **среднего и пожилого возраста**. Небольшие грыжи **с узкой и рубцово-изменённой шейкой грыжевого мешка** ущемляются чаще, чем большие вправимые. Ущемление появляется не только при долго существующей грыже, но и при только что возникшей. Ущемиться может любой орган, чаще — **тонкая кишка и большой сальник**.

Патологоанатомическая картина

В ущемленном органе нарушаются крово- и лимфообращение, вследствие венозного стаза происходит транссудация жидкости в стенку кишки, ее просвет и полость грыжевого мешка (грыжевая вода). Кишка приобретает цианотичную окраску, грыжевая вода остается прозрачной. Некротические изменения в стенке кишки начинаются со слизистой оболочки. Наибольшие повреждения возникают в области странгуляционной борозды на месте сдавления кишки ущемляющим кольцом.

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 брыжейки, 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;*
- *могевой пузырь.*

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.*

Элементы ущемлённой грыжи

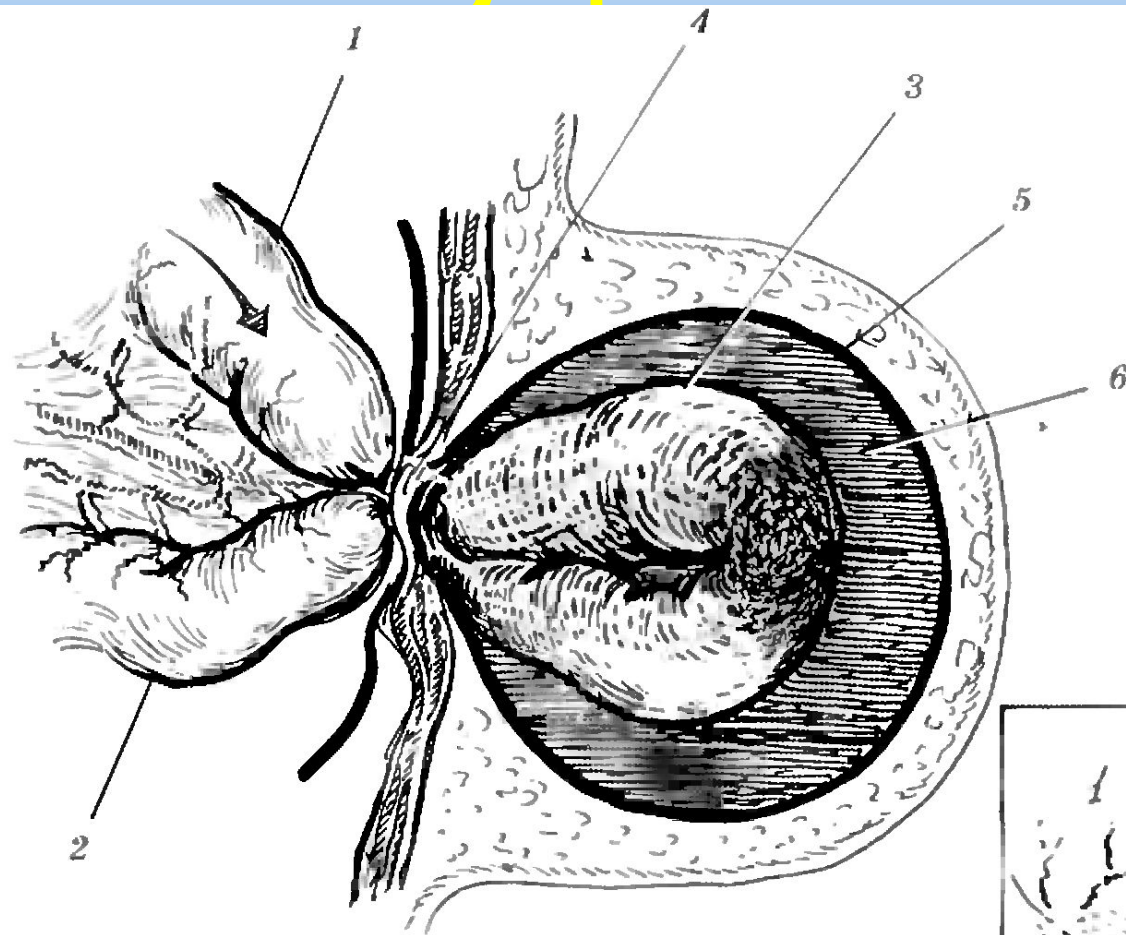
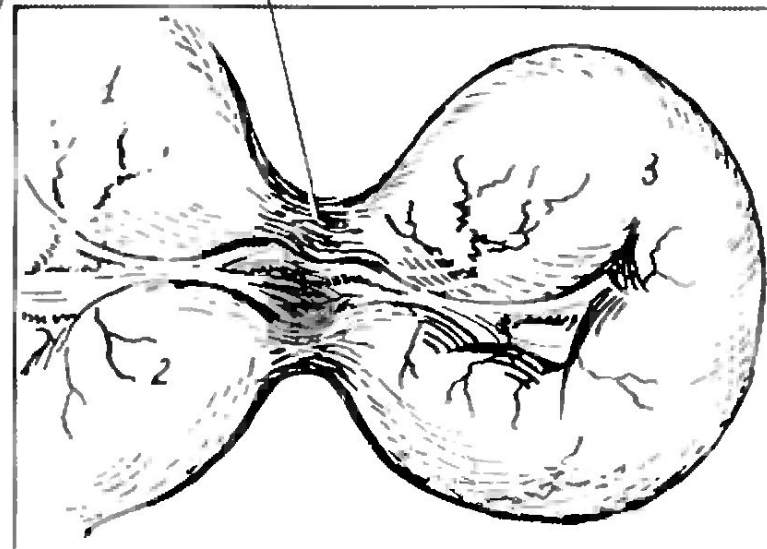


Рис. 7.1. Невправимая грыжа (обратить внимание на спайки между грыжевым мешком и его содержимым, препятствующие перемещению содержимого в брюшную полость.)

Рис. 7.2 Элементы ущемленной грыжи (прямое эластическое ущемление):

1 – приводящая петля; 2 – отводящая петля; 3 – ущемленная петля (грыжевое содержимое); 4 – ущемляющее кольцо; 5 – грыжевой мешок; 6 – грыжевая вода; 7 – странгуляционная борозда



По механизму возникновения различают:

- Эластическое
- Каловое
- Ретроградное ущемление.
- Пристеночное ущемление (Рихтеровское)

Виды ущемлений



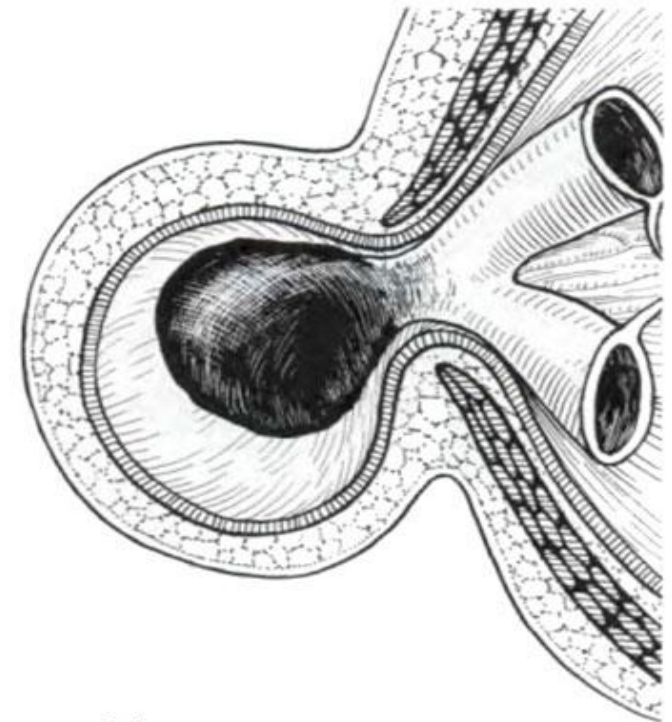
а

А- Эластическое



б

Б - Каловое



Пристеночное ущемление
грыжи



Ретроградное ущемление

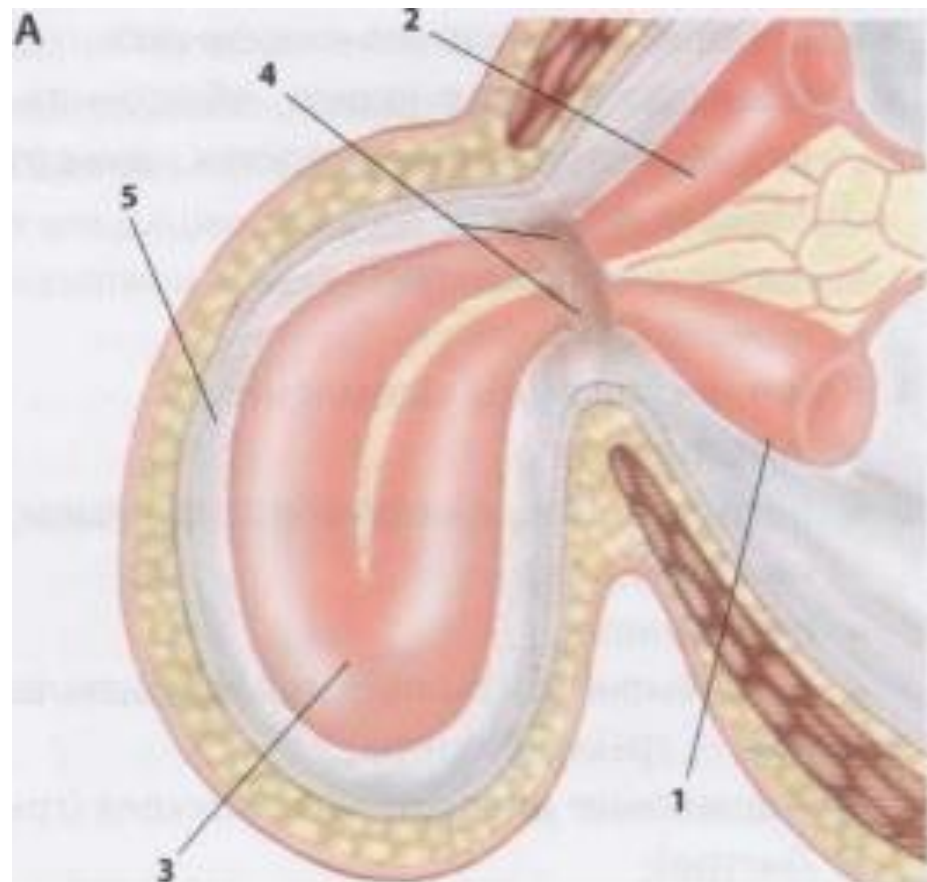


Эластическое ущемление

- Происходит в момент внезапного повышения внутрибрюшного давления при физической нагрузке, кашле, натуживании. При этом наступает перерастяжение грыжевых ворот, в результате чего в грыжевой мешок выходит больше, чем обычно, внутренних органов. Возвращение грыжевых ворот в прежнее состояние приводит к ущемлению содержимого грыжи. При эластическом ущемлении сдавление вышедших в грыжевой мешок органов происходит снаружи.

Клиническая картина

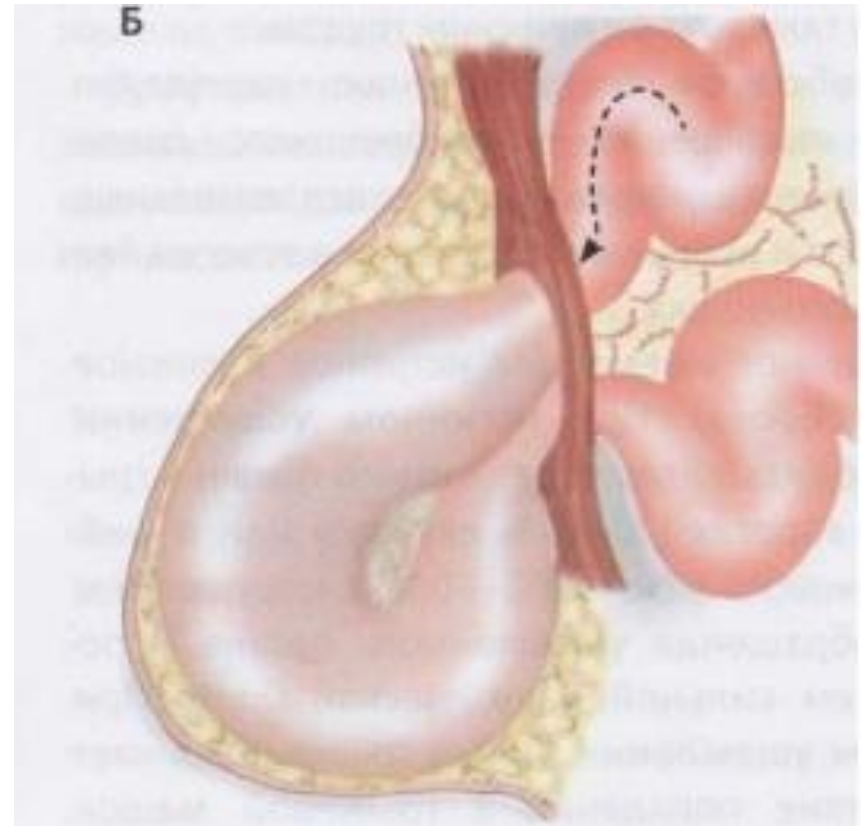
Внезапно возникает сильная постоянная боль в области грыжевого выпячивания, невправимость ранее вправимой грыжи, увеличение, резкое напряжение и болезненность грыжевого выпячивания. Следует иметь в виду, что ущемление может быть первым проявлением возникшей грыжи.



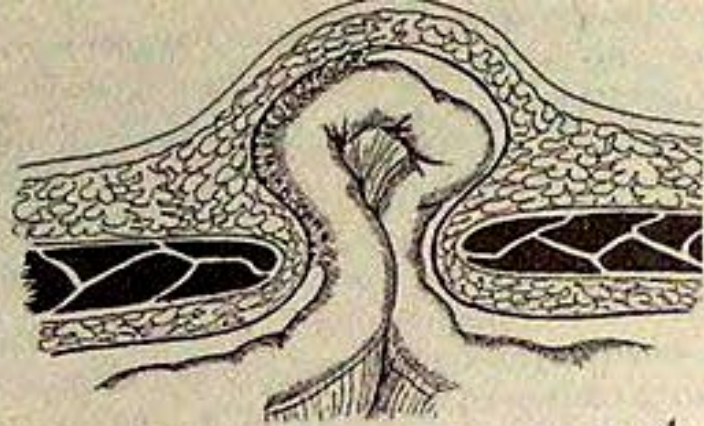
- Рис 2.7а — Эластическое ущемление: 1 — отводящая петля; 2 — приводящая петля; 3 — ущемленная петля (грыжевое содержимое); 4 — ущемляющее кольцо; 5 — грыжевой мешок;

Каловая ущемления

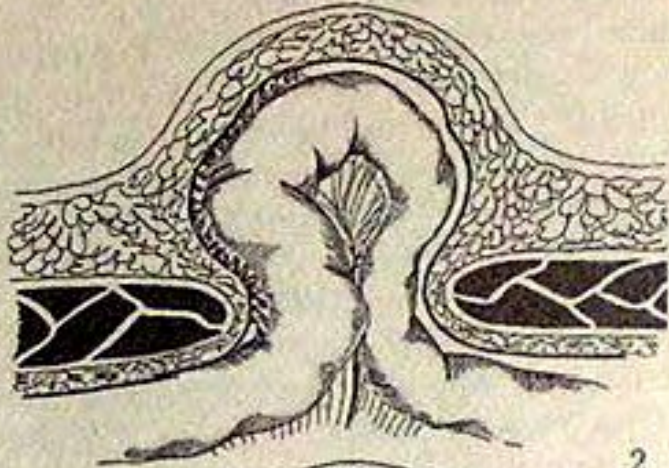
- При каловом ущемлении кишки сдавление грыжевого содержимого происходит в результате резкого переполнения кишечным содержимым приводящего отдела кишечной петли, находящейся в грыжевом мешке (рис. 2.7б).



- Рис 2.7б Каловое ущемление шрыжи



1



2



3

Fecal incarceration

1- невправимая грыжа;

2- грыжевые ворота не расширены; задержка кишечного содержимого в участке кишки, фиксированной к грыжевому мешку, увеличение размеров грыжевого содержимого;

3- грыжевые ворота не расширены, но содержимое грыжевого мешка ущемлено в них за счёт перерастяжения фиксированного участка кишки.

- В момент ущемления в грыжевом мешке образуется замкнутая полость, содержащая орган или органы, кровоснабжение которых нарушено. На месте сдавления кишки, сальника или других органов образуется странгуляционная борозда, которая хорошо видна даже после ликвидации ущемления. Возникает венозный стаз, нарушается проницаемость стенок вен, что обуславливает отек стенки кишки. Одновременно происходит пропотевание плазмы и диапедез форменных элементов крови как в полость грыжевого мешка, так и в просвет ущемленной кишки или имбибиция ими сальника. Жидкость, которая скапливается в грыжевом мешке (за счет транссудации и экссудации), получила название грыжевой воды.

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.

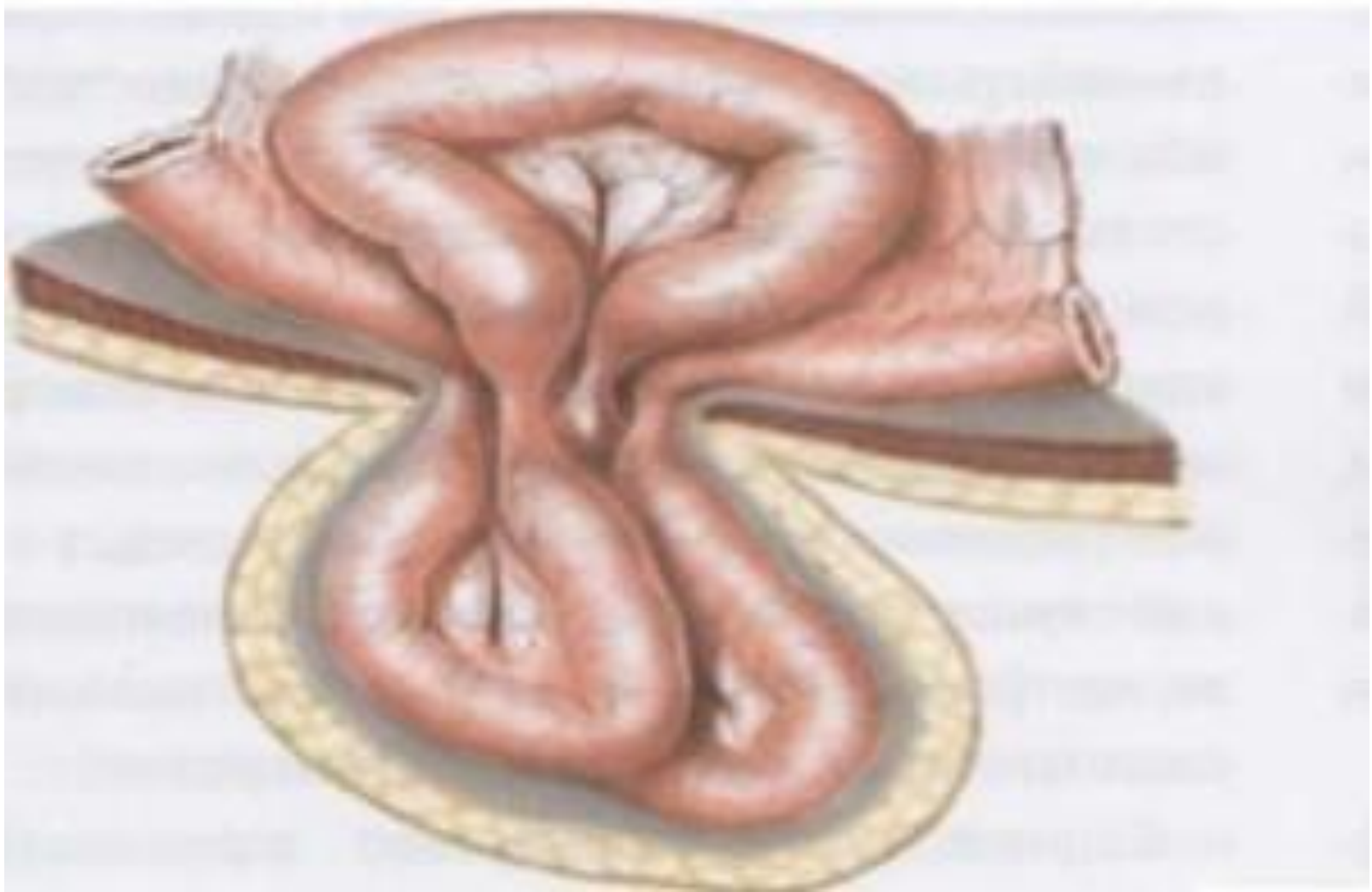


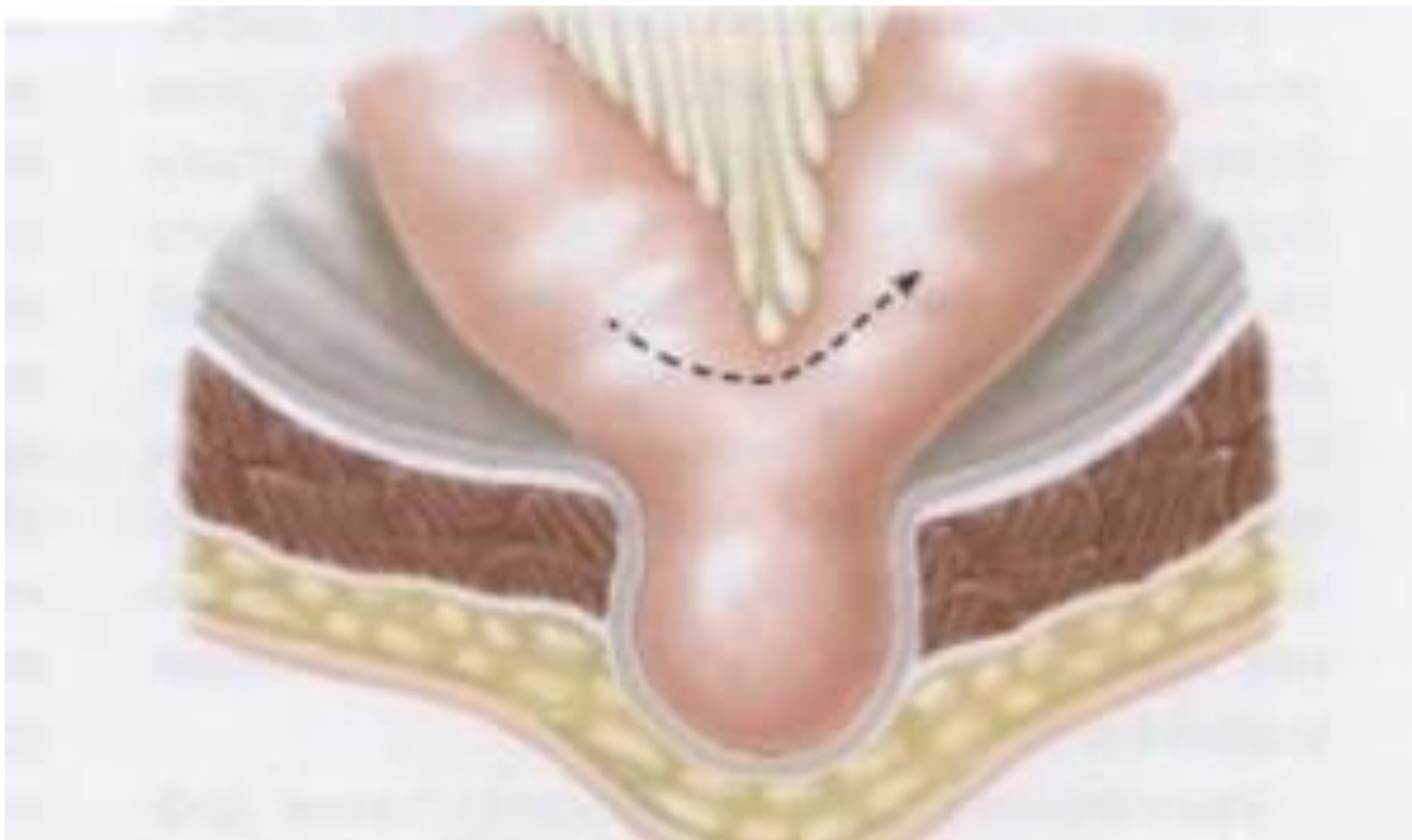
Рис. 2.9. Ретроградное (W-образное) ущемление
Майдля

Особенности грыжи Майдля:

- Имеет как минимум три петли кишки: две из них находятся в грыжевом мешке, а третья – в брюшной полости;
- наибольшие изменения происходят в средней петле, находящейся в брюшной полости;
- именно с её состоянием связана клиника острой странгуляционной кишечной непроходимости (шок, интоксикация, перитонит и т.д.);
- Две другие петли, находящиеся в грыжевом мешке меньше страдают, менее изменяются. Поэтому локальные данные не отражают тяжёлую общую симптоматику.

Пристеночное ущемление

- Возникает при начальных грыжах. При этом ущемляется не вся кишка, а только ее стенка, противоположная от брыжеечного края (рис. 2.10). Рис. 2.10. Пристеночное ущемление (рихтеровское)
- Этот вид ущемления хирурги называют «коварным», так как из-за сохранения просвета кишки отсутствует четкая, классическая клиническая картина ущемленной грыжи, что нередко приводит к диагностическим ошибкам. Частичное ущемление стенки толстой кишки при скользящей паховой грыже, при отсутствии клиники непроходимости кишечника проявляется болью и частыми ложными позывами к дефекации (тенезмами). Пристеночное ущемление мочевого пузыря в скользящей грыже сопровождается учащенным болезненным мочеиспусканием, гематурией; иногда, наоборот, может быть задержка мочи. Главной особенностью пристеночного ущемления является полное отсутствие симптомов острой кишечной непроходимости.

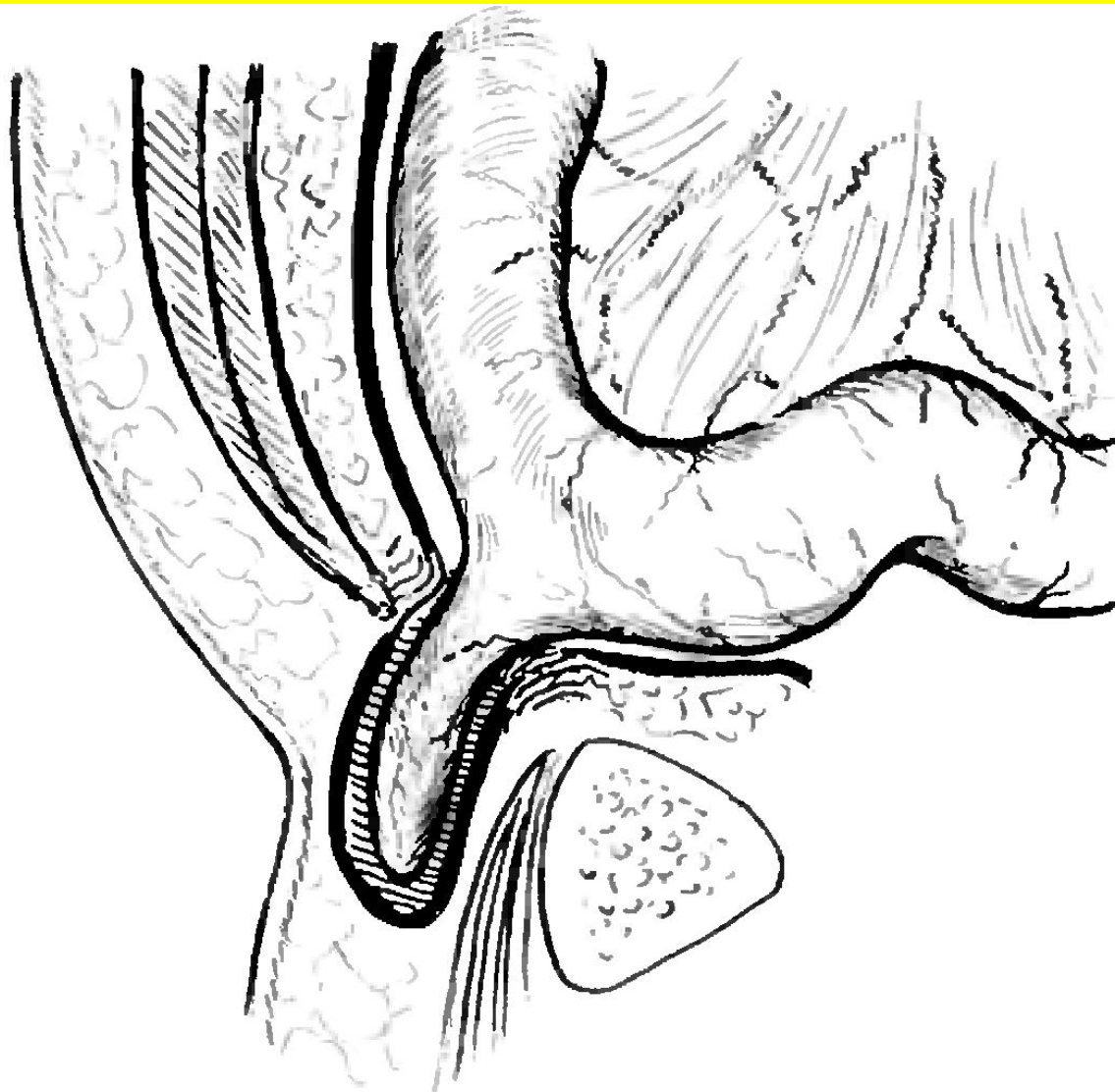


**Рис. 2.10. Пристеночное ущемление
(рихтеровское)**

Грыжа Литтре (грыжа дивертикула Меккеля)

- Грыжу Литтре приравнивают к стандартному пристеночному ущемлению, с той лишь разницей, что некроз пораженных органов наступает гораздо быстрее. Существует несколько типов развития грыжи Литтре:
- ущемление меккелева дивертикула или петли кишки с червеобразным отростком;
- ущемление дивертикула Меккеля и червеобразного отростка с основным участком кишечной стенки;
- ущемление, в ходе которого, слепой отросток меккелева дивертикула и червеобразный отросток оказываются в брюшине.

Ущемление Меккелева дивертикула в грыжевом мешке (грыжа Литтре-Littre)



Особенность:
В связи с худшим кровоснабжением некроз дивертикула происходит быстрее чем кишки

Насильственное вправление ущемленных грыж недопустимо, т.к. может вызвать кровоизлияние в мягкие ткани, стенку кишки и брыжейку, тромбоз сосудов, отрыв брыжейки, перфорацию кишки. Кроме того, может привести к мнимому вправлению грыжи. Важно своевременное обнаружение мнимого вправления грыжи, т.к. может быстро развиваться общий перитонит, кишечная непроходимость. При этом типичная картина ущемленной грыжи отсутствует, однако резкая болезненность при пальпации мягких тканей в области грыжевых ворот, боли в животе и анамнез позволяют предположить мнимое вправление и произвести экстренную операцию.

Перечислим варианты «мнимого вправления»:

- 1. В многокамерном грыжевом мешке возможно перемещение ущемленных внутренностей 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 внутренностями в брюшную полость или предбрюшинную клетчатку.**
- 3. Известны случаи отрыва шейки как от тела грыжевого мешка, так и от париетальной брюшины. При этом ущемленные органы «вправляют» в брюшную полость или предбрюшинную клетчатку.**
- 4. Последствием грубого вправления может быть разрыв ущемленной кишки.**

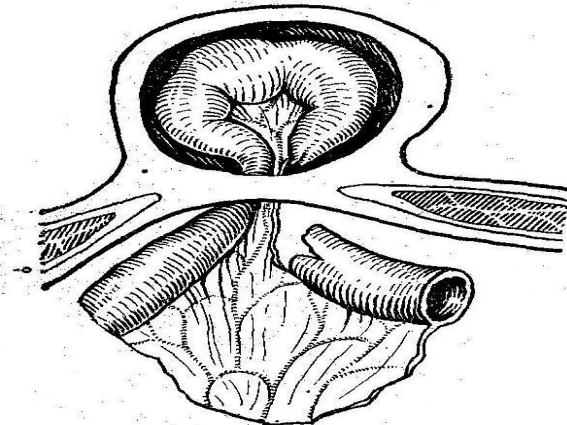
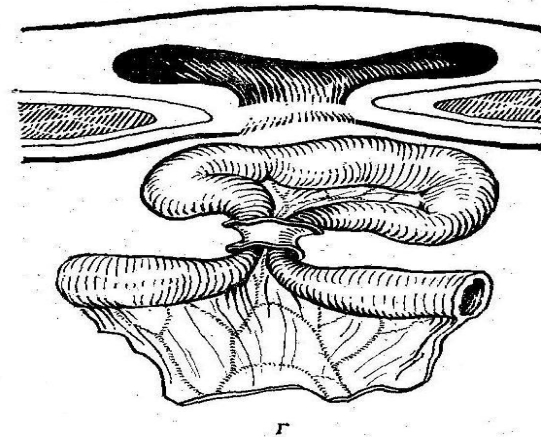
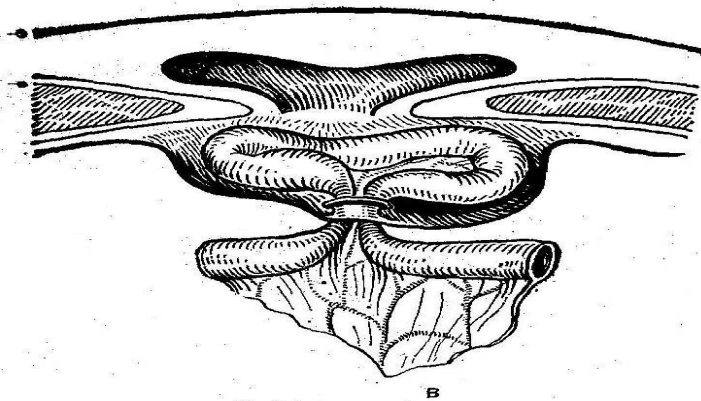
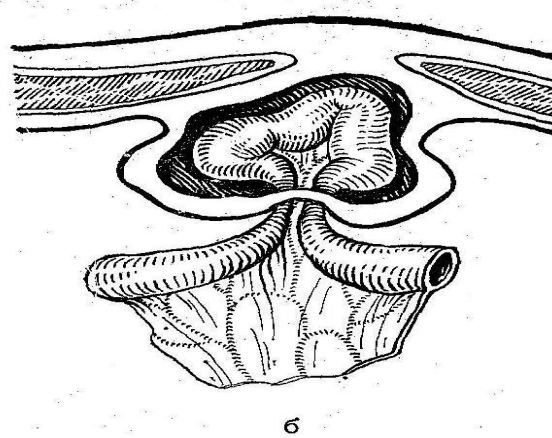
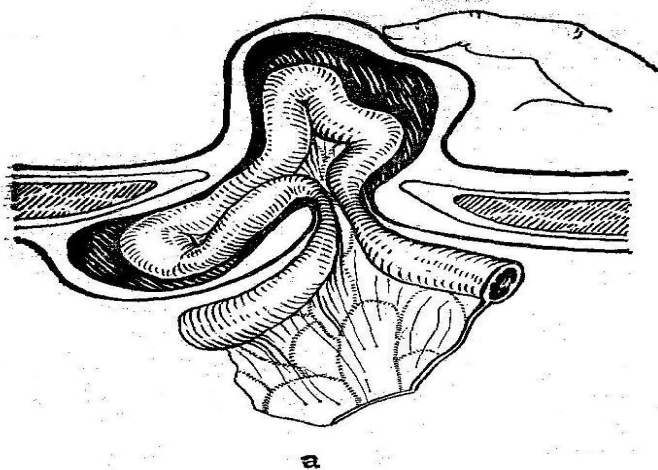
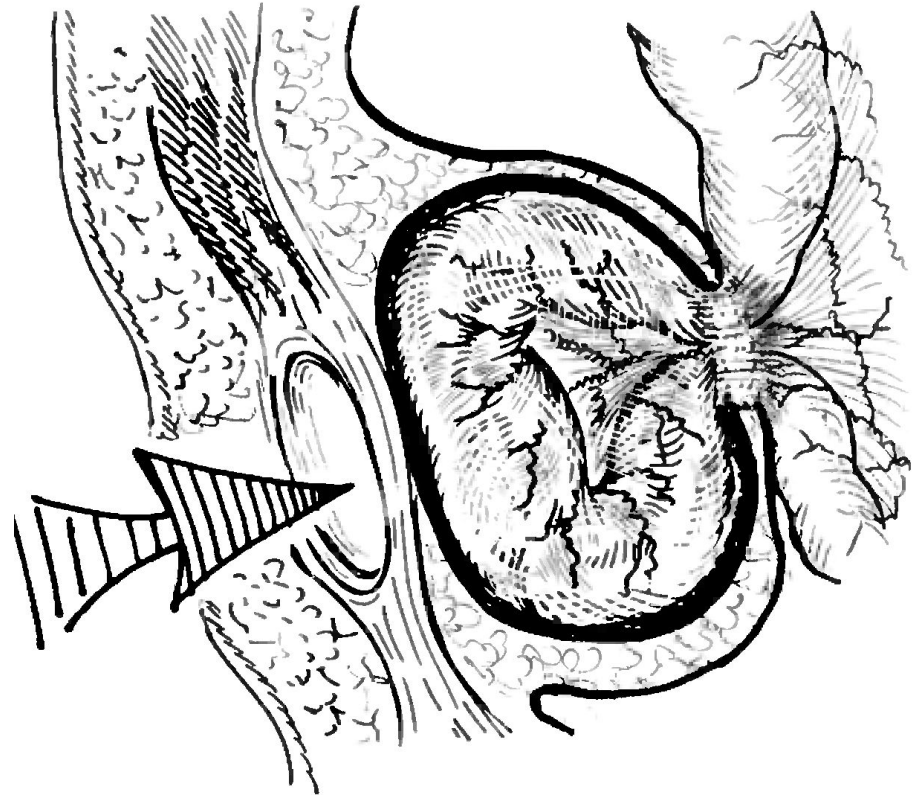


Рис. Разновидности «мнимого вправления».

а — перемещение ущемленных внутренностей из одной камеры в другую при многокамерной грыже; б — отделение и вправление всего грыжевого мешка; в — отрыв шейки от остальных отделов грыжевого мешка; г — полный отрыв шейки грыжевого мешка и париетальной брюшины; д — разрыв ущемленной кишки.

Мнимое вправление при ущемлённой грыжи



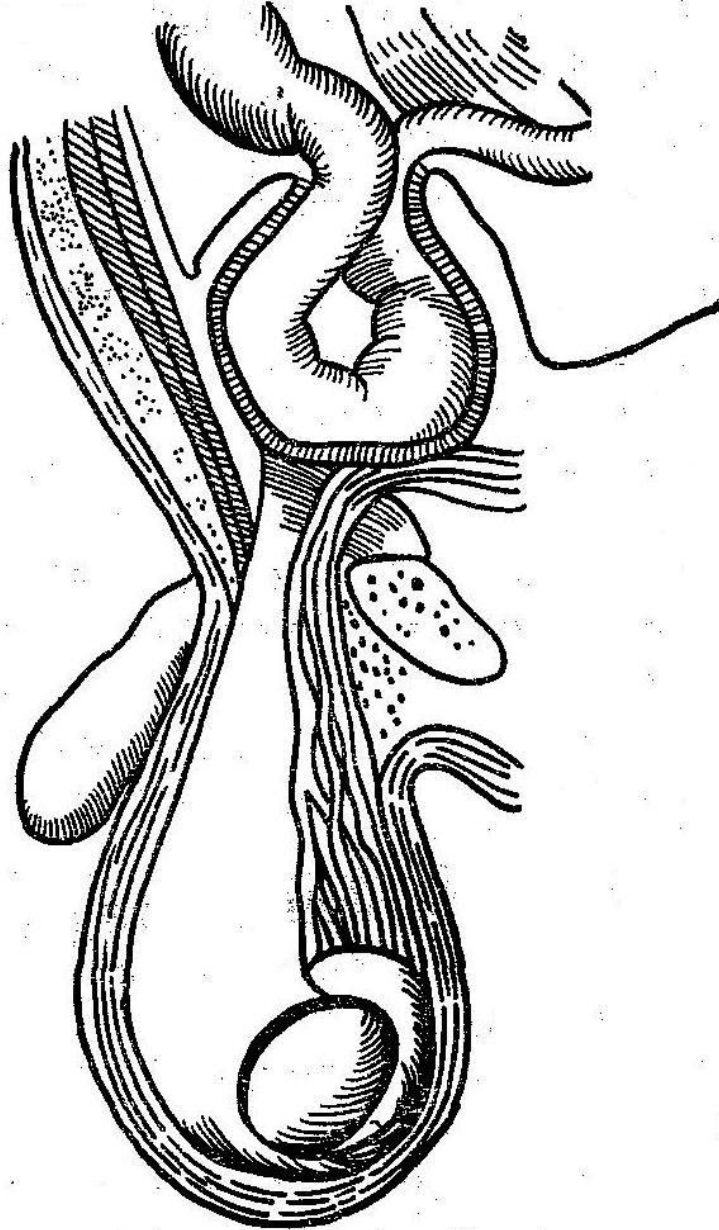


Рис. Вправление ущемленной грыжи en bloc (по Лежару).

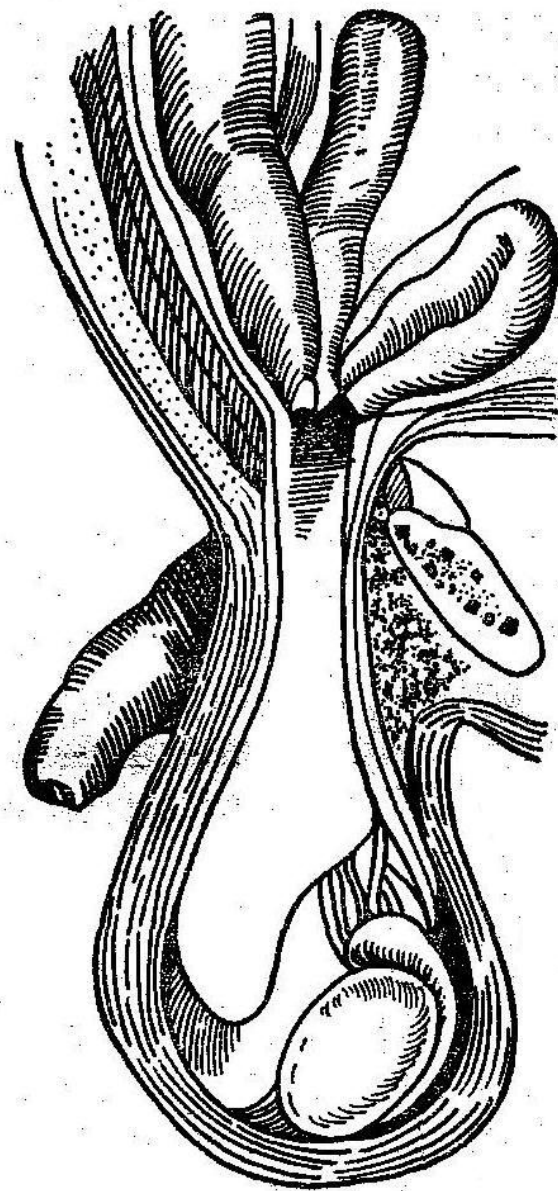


Рис. Ложное вправление с разрывом грыжевого мешка и оттеснением кишки в предбрюшинную клетчатку (по Лежару).

Некроз кишки



Особенности клиники флегмоны грыжевого мешка

- Позднее обращение больного. Большая длительность заболевания.
- Локальные признаки воспаления в области грыжи : - гиперемия кожи над грыжевым выпячиванием, - пальпируется инфильтрат (нет чётких границ – воспаление выходит за границы грыжевого мешка).
- Признаки кишечной непроходимости.
- Признаки интоксикации.
- Сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Флегмона грыжевого мешка.

Тактика лечения.

Флегмонозная грыжа (флегмона грыжевого мешка) Данная патология требует выполнения экстренного хирургического вмешательства.

Этапы операции:

Первый этап операции (абдоминальный):

- 1. Лапаротомия.**
- 2. Резекция приводящей и отводящей петель ущемленной кишки по правилам резекции при кишечной непроходимости (40 см приводящей и 20 см отводящей петли кишки).**
- 3. Формирование межкишечного анастомоза, а в условиях перитонита - создание энтеро-колостомы, санация и дренирование брюшной полости.**

Второй этап операции (экстраабдоминальный):

- 1. Рассечение и иссечение всех воспаленных оболочек и грыжевого мешка.**
- 2. Удаление ущемленных и омертвевших петель кишки.**
- 3. Дренирование раны полихлорвиниловыми трубками, тампонами без пластики грыжевых ворот.**

● Флегмона грыжевого мешка

Операцию начинают со срединной лапаротомии. Если ущемлена кишечная петля, то ее резецируют в 30-40 см от приводящего и в 15-20 см от отводящего отдела. Концы ущемленной части кишки перевязывают, а проходимость кишки восстанавливают наложением анастомоза «конец в конец» и только при условии значительного несоответствия диаметров кишки – «бок в бок». На этом этапе операции должна быть осуществлена изоляция полости брюшины от полости грыжевого мешка. Для этого вокруг устья мешка рассекают париетальную брюшину и отсепаровывают ее в стороны на 2 см, концы ущемленного участка кишки повторно перевязывают, отсекают у грыжевых ворот и сшивают над ними отсепарованный участок париетальной брюшины. Срединную рану ушивают послойно наглухо.

Далее следует выполнить герниотомию, вскрыть дно грыжевого мешка, затем рассечь ущемляющее кольцо, чтобы можно было извлечь и удалить ущемленный орган. Грыжевой мешок из окружающих тканей не выделяют. Его прошивают у шейки с подведением к нему тампонов, чем и заканчивают вмешательство. Пластика грыжевых ворот в условиях гнойной инфекции категорически противопоказана не только потому, что она заранее обречена на неудачу, но еще и потому, что может привести к развитию тяжелой флегмоны брюшной стенки.

При флегмоне пупочной грыжи возможно применение циркулярного сквозного способа грыжесечения по Грекову.

Особенности тактики лечения флегмоны грыжевого мешка



Рис. 7.8. Этапы операции по поводу ущемленной грыжи. Операция при флегмоне грыжевого мешка:

1 – нижнесрединная лапаротомия и выполнение внутрибрюшного этапа;

2 – вскрытие грыжевого мешка и удаление резецированного органа

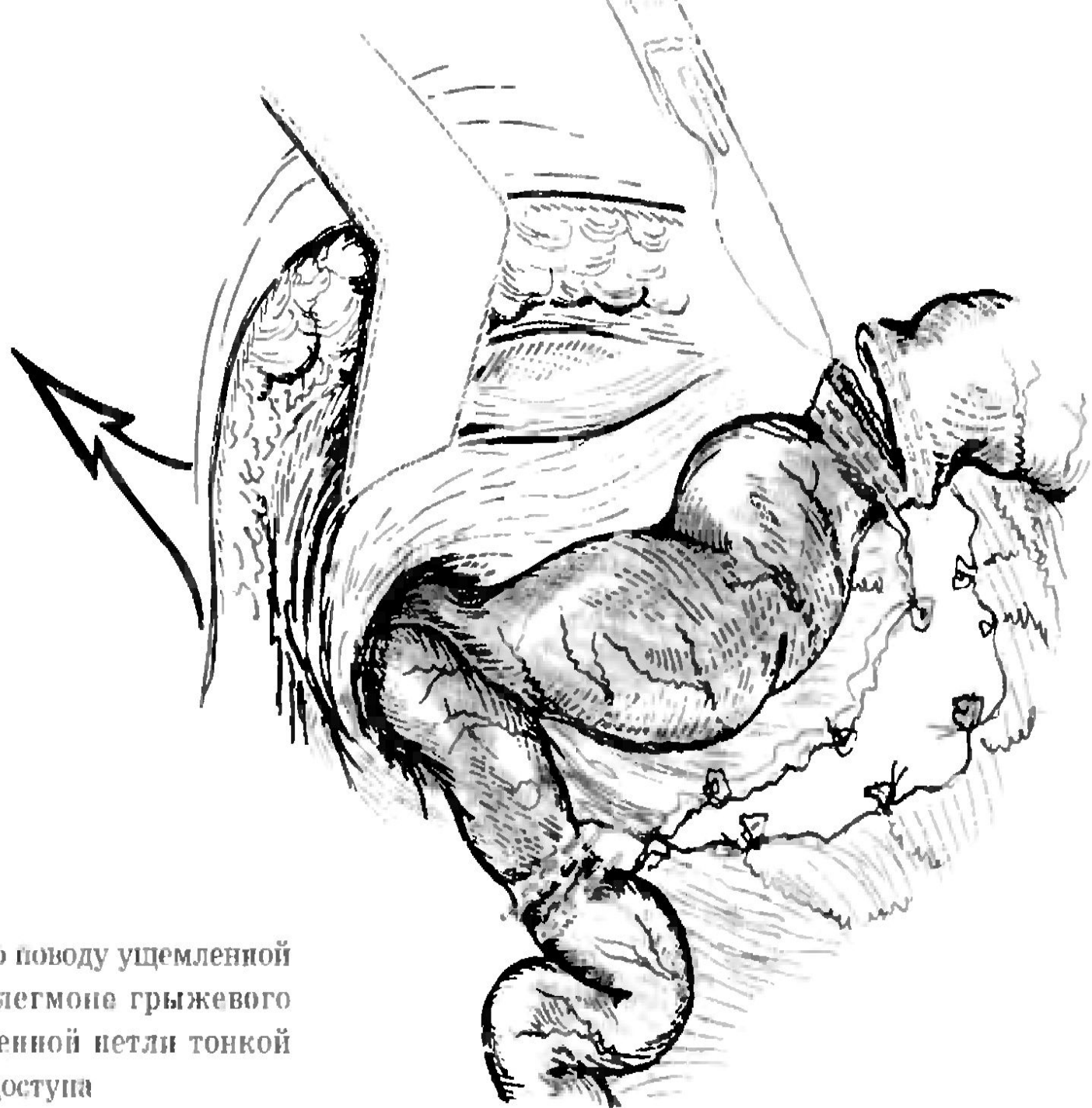


Рис. 7.9 Этапы операции по поводу ущемленной грыжи. Операция при флегмоне грыжевого мешка. Резекция ущемленной петли тонкой кишки из лапаротомного доступа

Рис. 7.17. Ущемленная пупочная грыжа. Окаймляющий разрез с иссечением пупка (а). При планируемой пластике по Мейо ущемляющее кольцо рассекается в обе стороны в поперечном направлении (б)

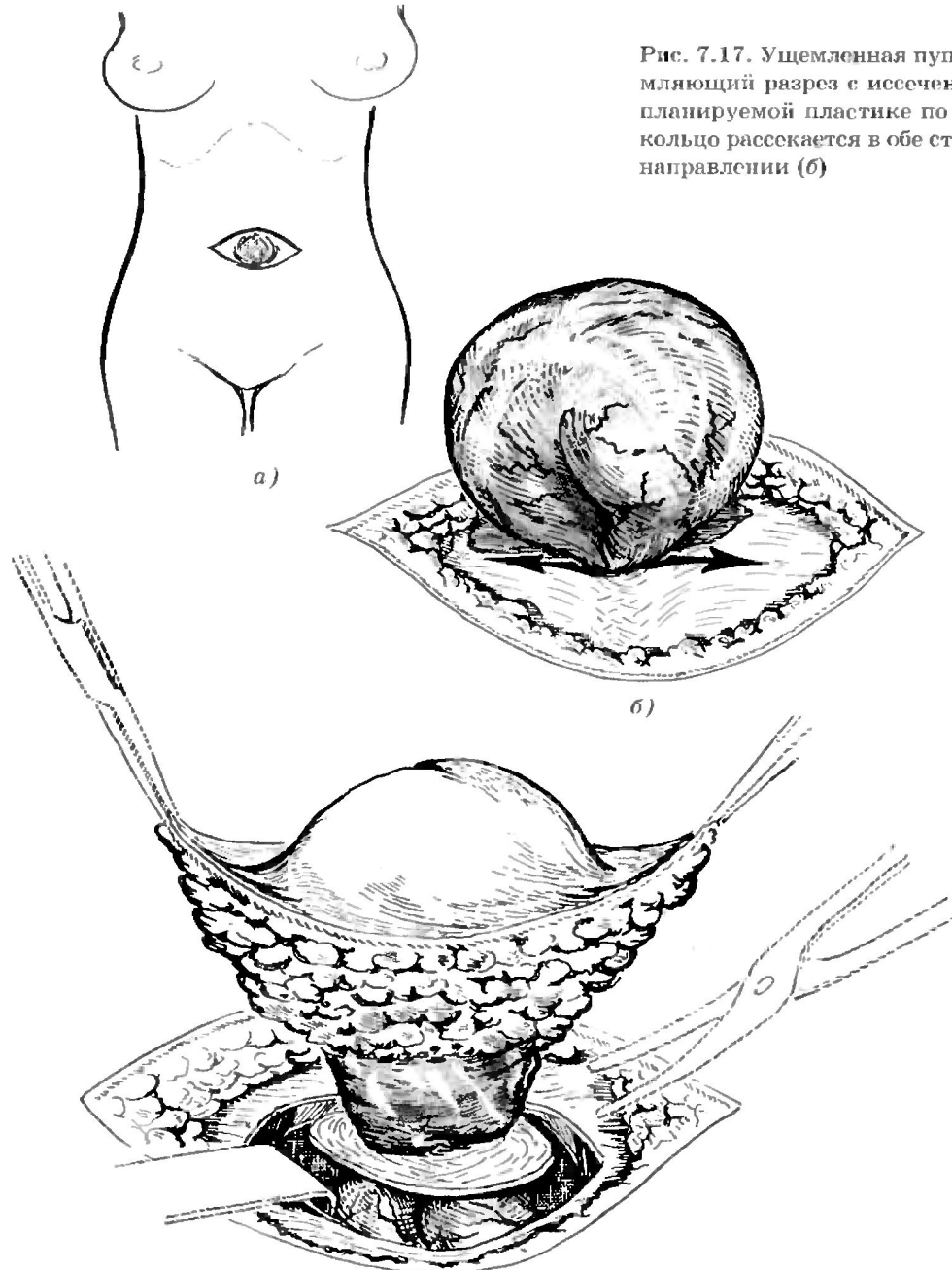


Рис. 7.18. Ущемленная пупочная грыжа. В случае заведомого некроза ущемленного органа (флегмона грыжевого мешка) грыжа вместе с ее содержимым и ущемляющим кольцом иссекается единым блоком

грыже (при флегмоне грыжевого мешка)

