

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Утверждаю
Руководитель направления подготовки
31.08.67 «Хирургия»
Владимирова О.В.
«29» августа 2024 год

**Методические рекомендации к лекциям для ординаторов
по дисциплине**

31.08.67 «ХИРУРГИЯ»

Модуль 2 «Неотложная хирургия»

Тема 8. Ущемленные грыжи.

Лекция № 10 Ущемленные грыжи. Этиология. Диагностика. Клиника. Лечение. Особенности диагностики формы ущемления грыж. Предоперационная подготовка больных с ущемленными грыжами. Основные принципы операции при ущемленных грыжах, этапы операции. Особенности хирургической тактики.

Методические рекомендации
обсуждены и одобрены на совместном заседании кафедр госпитальной хирургии
(зав.кафедрой Айдемиров А.Н.), хирургии и эндохирургии с курсом сосудистой хирургии
и ангиологии (зав.кафедрой Байчоров Э.Х.), факультетской хирургии (и.о. зав. кафедрой
Печенкин Е. В.), общей хирургии (зав. кафедрой Лаврешин П.М.)
«24 » августа 2024 год,
протокол № 1

Модуль 2 «Неотложная хирургия»

Тема 8. Ущемленные грыжи.

Лекция № 10 Ущемленные грыжи. Этиология. Диагностика. Клиника. Лечение.

Особенности диагностики формы ущемления грыж. Предоперационная подготовка больных с ущемленными грыжами. Основные принципы операции при ущемленных грыжах, этапы операции. Особенности хирургической тактики.

Цели, задачи, компетенции

Цели и задачи – Подготовка квалифицированного врача-специалиста хирурга, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности врача-хирурга.

Требования к результатам освоения дисциплины

формируемые компетенции:

универсальными компетенциями:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

профессиональными компетенциями:

Профессиональные компетенции:

- *профилактическая деятельность:*
 - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя проведение пропаганды здорового образа жизни при общении с родственниками и близкими пациентов, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний среди населения, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
 - готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);
- *диагностическая деятельность:*
 - готовность к определению у пациентов транзиторных и патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- *лечебная деятельность:*
 - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6);
 - готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
- *реабилитационная деятельность:*
 - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);
- *психолого-педагогическая деятельность:*
 - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- *организационно-управленческая деятельность:*
 - готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
 - готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
 - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

Вопросы, рассматриваемые на лекции:

1. Понятие об ущемленных грыжах.
2. Современная классификация
3. Основные клинические признаки.
4. Методы диагностики и лечения ущемленных грыж.

Основная литература:

Основная литературы:

1. Общая хирургия: учебник. Гостищев В.К. 5-е изд., перераб. и доп. 2013. - 728 с.: Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425749.html>
2. Неотложная хирургия органов брюшной полости [Текст]: учеб. пособие / Н. Ю. Коханенко, Н.В.Ананьев, Э.Л. Латария, Г.А. Белый [и др.] ; под ред. В.В. Левановича. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 288 с.
4. Хирургия печени [Текст]: рук. /Б. И. Альперович. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 352 с.
5. Хирургия: учебник/ Ковалев А.И. 2014-576 с.: ил
6. Военно-плевая хирургия: учебник/ под ред. Е. К. Гуманеко 2-е изд., испр. И доп. 2015. - 768 с. : ил.
7. Детская хирургия: учебник / под редакцией Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского, - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014-1040с.: ил.

Дополнительная литература:

1. Актуальные вопросы неотложной хирургии: материалы Выездного пленума Проблемной комиссии "Неотложная хирургия" и Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 65-летию научного хирургического общества и 20-летию Ассоциации врачей хирургического профиля на Кавказских Минеральных Водах. Пятигорск 6-7 октября 2011 года [Текст] / под ред. А.С. Ермолова. - Пятигорск : РИА-КМВ, См. след. карт. 2 2011. - 324 с. :
2. Лапароскопическая хирургия [Текст] : атл. / под ред. Т. Н. Паппаса, А. Д. Приор, М. С. Харниша ; пер. с англ. под ред. С. С. Харнаса. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 384 с.
3. Эфферентная терапия в хирургической клинике [Текст] / А.Г. Рожков, В.И. Карандин. - М.: Миклош, 2010. - 256 с.

ТЕКСТ ЛЕКЦИИ

Под ущемлением грыжи понимают внезапное или постепенное сдавление какого-либо органа брюшной полости в грыжевых воротах, приводящее к нарушению его кровоснабжения и, в конечном итоге, к некрозу. Мо-гут ущемляться как наружные (в различных щелях и дефектах стенок живота и тазового дна), так и внутренние (в карманах брюшной полости и от-верстиях диафрагмы) грыжи.

Ущемление развивается у 8-20 % больных с наружными брюшными грыжами. Если учесть, что «грыженосители» составляют около 2 % насе-ления, то общее количество больных с этой патологией достаточно велико в практике экстренной хирургии. Среди пациентов преобладают лица пожи-лого и преклонного возраста. Летальность у них достигает 10 %.

Причины ущемленной грыжи:

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

Эластическое ущемление возникает после внезапного выхождения большого объема брюшных внутренностей через узкие грыжевые ворота в момент резкого повышения внутрибрюшного давления под воздействием сильного физического напряжения. Вышедшие органы самостоятельно не вправляются обратно в брюшную полость. Вследствие сдавления (странгуляции) в узком кольце грыжевых ворот возникает ишемия ущемленных органов, что приводит к выраженному болевому синдрому. В свою очередь он вызывает стойкий спазм мышц передней брюшной стенки, который усугубляет ущемление. Неликвидированное эластическое ущемление приводит к быстрому (в течение нескольких часов, минимально 2 часа) некрозу грыжевого содержимого.

При каловом ущемлении сдавление грыжевого содержимого возника-ет в результате резкого переполнения приводящего отдела кишечной пет-ли, находящейся в грыжевом мешке. Отводящий отдел этой петли резко уплощается и сдавливается в грыжевых воротах вместе с прилегающей бры-жейкой. Таким образом, в конечном счёте развивается картина странгуля-ции, подобная той, которая наблюдается при эластическом ущемлении. В месте с тем для развития некроза кишки при каловом ущемлении необхо-дим более длительный срок (несколько суток).

Непременным условием возникновения эластического ущемления яв-ляется наличие узких грыжевых ворот, в то время как каловое ущемление возникает нередко при широких грыжевых воротах. В случае калового ущемления физическое усилие играет меньшую роль, чем при эластичес-кой странгуляции; гораздо большее значение оказывает нарушение кишечной моторики, замедление перистальтики, что часто встречается в пожи-лом и старческом возрасте. Наряду с этим при каловом ущемлении суще-ственную роль играют перегибы, скручивание кишки, находящейся в гры-же и сращения ее со стенками грыжевого мешка. Иными

словами, каловое ущемление обычно возникает как осложнение длительно существующей невправимой грыжи.

Ущемлению могут подвергаться различные органы, являющиеся грыжевым содержимым. Чаще всего ущемленной оказывается тонкая кишка или участок большого сальника, реже - толстая кишка. Очень редко ущемляются органы, расположенные мезоперитонеально: слепая кишка, моче-вой пузырь, матка и ее придатки и др. Наиболее опасно ущемление кишки, так как при этом возможно её омертвление и развитие тяжелой странгуляционной кишечной непроходимости, что наряду с болевым шоком обуславливает прогрессирующую интоксикацию.

Патогенез во время ущемленной грыжи:

В момент ущемления в грыжевом мешке образуется замкнутая полость, содержащая орган или органы, в которых нарушено кровоснабжение. На месте сжатия кишечной петли, сальника и других органов образуется так называемая странгуляционная борозда, которая остается хорошо заметной даже после ликвидации ущемления. Она обычно хорошо видна как в области приводящего и отводящего отделов кишки, так и в соответствующих участках брыжейки.

Первоначально, в результате нарушения кровоснабжения в кишке возникает венозный стаз, который вскоре вызывает отек всех слоев кишечной стенки. Одновременно происходит диапедез форменных элементов крови и плазмы как внутрь просвета ущемленной кишки, так и в полость грыжевого мешка. В замкнутом просвете ишемизированной кишки начинается процесс разложения кишечного содержимого, характеризующийся образованием токсинов. Ущемленная петля кишки довольно быстро, в течение нескольких часов (при эластическом ущемлении), подвергается некрозу, который начинается со слизистой, затем поражает подслизистый слой, мышечную и в последнюю очередь серозную оболочку. Об этом необходимо помнить, оценивая её жизнеспособность.

Жидкость, которая скапливается при ущемлении в замкнутой полости грыжевого мешка (за счет транс- и экссудации), получила название грыжевой воды. Вначале она прозрачна и бесцветна (серозный трансудат), однако по мере пропотевания форменных элементов грыжевая вода приобретает розовую, а затем и красно-бурую окраску. Некротизированная стенка кишки перестаёт служить барьером для выхождения микробной флоры за ее пределы, вследствие этого экссудат в конечном итоге приобретает гнойный характер с колибациллярным запахом. Подобное гнойное воспаление, развившееся в 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 ее приводящий отдел, расположенный в брюшной полости. В результате развития кишечной непроходимости в этом отделе скапливается кишечное содержимое, которое растягивает кишку, и стенка её резко истончается. Далее возникают все расстройства, характерные для этого патологического состояния.

Возникшая в результате ущемления, странгуляционная непроходимость, как известно, является одним из наиболее тяжелых видов кишечной непроходимости, особенно при ущемлении тонкой кишки. В этом случае ранняя многократная рвота быстро приводит к обезвоживанию организма, потере жизненно важных электролитов и белковых ингредиентов. Кроме того, сдавление нервных элементов брыжейки ведет к возникновению тяжелой болевой шока вплоть до того момента, пока не произойдет некроз кишки и ущемленного отдела брыжейки. Эти изменения и поражение приводящего отдела кишки связаны с опасностью развития не только флегмоны грыжевого мешка, но и гнойного перитонита.

Перечисленные факторы определяют высокий уровень летальности, который сохраняется при ущемленных грыжах, что свидетельствует о необходимости не только раннего оперативного вмешательства, но и проведения энергичной корригирующей послеоперационной терапии.

В качестве особых видов ущемления различают ретроградное (W-образное) и пристеночное (Рихтеровское) ущемление, грыжу Литтре.

Ретроградное ущемление характеризуется тем, что в грыжевом мешке находятся по меньшей мере две кишечные петли в относительно благополучном состоянии, а наибольшие изменения претерпевает третья, соединяющая их петля, которая расположена в брюшной полости. Она находится в худших условиях кровоснабжения, поскольку её брыжейка несколько раз перегибается, входя в грыжевой мешок и выходя из него. Подобный вид ущемления наблюдается нечасто, но протекает значительно тяжелее, чем обычное, так как основной патологический процесс развивается не в замкнутом грыжевом мешке, а в свободной брюшной полости. В данном случае существует значительно большая опасность возникновения перитонита. При ретроградном ущемлении хирург во время операции в обязательном порядке должен осмотреть петлю кишки, находящуюся в брюшной полости.

Пристеночное ущемление известно в литературе также под названием грыжи Рихтера. При этом виде ущемления кишка сдавливается не на всю величину своего просвета, а лишь частично, обычно в участке, противоположном брыжеечному её краю. В данном случае не возникает механической кишечной

непроходимости, но имеется реальная опасность не-кроза кишечной стенки со всеми вытекающими отсюда последствиями. Вместе с тем диагностировать подобное ущемление достаточно сложно, из-за отсутствия выраженных болей (не ущемляется брыжейка кишки). Пристеночному ущемлению чаще подвергается тонкая кишка, однако описаны случаи пристеночного ущемления желудка и толстой кишки. Этот вид ущемления никогда не встречается при грыжах большого размера, он характерен для небольших грыж с узкими грыжевыми воротами (бедренная, пупочная грыжа, грыжа белой линии живота).

Грыжа Литтре - это ущемление дивертикула Меккеля в паховой грыже. Эту патологию можно приравнять к обычному пристеночному ущемлению с той только разницей, что в связи с худшими условиями кровоснабжения дивертикул быстрее подвергается некрозу, чем обычная стенка кишки.

Симптомы Ущемленной грыжи:

При жалобах на внезапно возникшие боли в животе (тем более, если они сопровождаются симптомами кишечной непроходимости), всегда необходимо исключить ущемление грыжи. Вот почему при осмотре любого больного с подозрением на острый живот следует обследовать анатомические зоны возможного выхода грыж.

Для ущемления характерны четыре признака:

- 1) резкая боль в области грыжи или по всему животу;
- 2) невосприимчивость грыжи;
- 3) напряжение и болезненность грыжевого выпячивания;
- 4) отсутствие передачи кашлевого толчка.

Боль является главным симптомом ущемления. Она возникает, как правило, в момент сильного физического напряжения и не стихает, даже если оно прекращается. Боль настолько сильна, что больному становится трудно удержаться от стонов и крика. Поведение его беспокойно, кожные покровы бледнеют, нередко развиваются явления настоящего болевого шока с тахикардией и снижением артериального давления.

Боль чаще всего иррадирует по ходу грыжевого выпячивания; при ущемлении брыжейки кишечника наблюдается иррадиация в центр живота и эпигастральную область. В подавляющем большинстве случаев боль остается очень сильной в течение нескольких часов вплоть до того момента, когда происходит некроз ущемленного органа с гибелью интрамуральных нервных элементов. Иногда боль может принимать схваткообразный характер, что связано с развитием кишечной непроходимости.

Невосприимчивость грыжи - признак, который может иметь значение только лишь при ущемлении свободной, ранее вправимой грыжи.

Напряжение грыжевого выпячивания и некоторое увеличение его размеров сопутствуют ущемлению как вправимой, так и невосприимчивой грыжи. В связи с этим данный признак имеет большее значение для распознавания ущемления, чем сама по себе невосприимчивость грыжи. Обычно выпячивание становится не только напряженным, но и резко болезненным, что нередко отмечают сами больные при ощупывании грыжи и попытке привести вправление.

Отсутствие передачи кашлевого толчка в области грыжевого выпячивания - наиболее важный признак ущемления. Он связан с тем, что в момент ущемления грыжевой мешок разобщается со свободной брюшной полостью и становится как бы изолированным образованием. В связи с этим повышение внутрибрюшного давления, которое возникает в момент кашля, не передается в полость грыжевого мешка (отрицательный симптом кашлевого толчка). Этот симптом трудно оценить при больших вентральных грыжах, в которых содержится значительная часть брюшных органов. В таких ситуациях при кашле трудно определить передается кашлевой толчок на грыжу, или она сотрясается вместе со всем животом. Для правильной интерпретации данного симптома в подобных случаях нужно не положить ладонь на грыжевое выпячивание, а охватить его двумя руками. В случае положительного симптома кашлевого толчка хирург ощущает увеличение грыжи.

Перкуторно над ущемленной грыжей обычно определяется притупление за счет грыжевой воды (если в грыжевом мешке содержится кишка, то в первые часы ущемления выслушивается тимпанит).

Ущемление нередко сопровождается однократной рвотой, которая вначале носит рефлекторный характер. В дальнейшем, по мере развития кишечной непроходимости и гангрены кишки, она становится постоянной. Рвотные массы приобретают зеленовато-бурый цвет с неприятным запахом. Поскольку ущемление кишки (исключая грыжу Рихтера) осложняется острой кишечной непроходимостью, оно сопровождается всеми характерными симптомами.

Частичное ущемление толстой кишки, например, слепой кишки в скользящей паховой грыже, явлениями непроходимости не вызывает, но вскоре после ущемления наряду с болью появляются учащенные ложные позывы к дефекации (тенезмы). Пристеночное ущемление мочевого пузыря в скользящей грыже сопровождается дизурическими расстройствами: учащенным болезненным мочеиспусканием, гематурией.

У больных пожилого возраста, страдающих грыжей много лет, в случаях многолетнего использования бандажа вырабатывается известное привыкание к болезненным и другим неприятным ощущениям в

области грыжи. У таких пациентов, если возникает подозрение на ущемление, важно выявить изменения характера болевого синдрома, момент появления интенсивной боли и других необычных симптомов.

Длительное ущемление, как уже говорилось, приводит к развитию флегмоны грыжевого мешка. Клинически это проявляется синдромом сис-темной воспалительной реакции и характерными местными признаками: отеком и гиперемией кожных покровов, резкой болезненностью и флюктуацией над грыжевым выпячиванием.

В конечном счете, длительное ущемление заканчивается, как правило, развитием разлитого перитонита вследствие перехода воспалительного процесса на брюшную полость, либо за счёт перфорации резко растянутого и истонченного приводящего отдела ущемленной кишки.

Выше была изложена картина, присущая главным образом эластическому ущемлению. Каловое ущемление имеет те же закономерности развития, но протекает оно менее бурно. В частности, при каловом ущемлении не столь выражен болевой синдром, медленнее развиваются явления интоксикации, позже наступает некроз ущемленной кишки. Тем не менее, каловое ущемление так же опасно, как и эластическое, поскольку конечный исход этих двух видов ущемления одинаков, поэтому лечебная тактика при них одинакова.

Отдельные виды ущемленных грыж

Ущемленная паховая грыжа. Ущемление паховой грыжи встречается в 60 % случаев по отношению к общему количеству ущемлений, что соответствует наибольшей частоте паховой грыжи в хирургической практике. Ущемлению чаще подвергаются косые паховые грыжи, так как они проходят на всем протяжении пахового канала, в то время как прямые грыжи проходят только через дистальную его часть.

Клиническая картина ущемленной паховой грыжи довольно характерна, так как все признаки ущемления легко заметны. Трудности встречаются только лишь при ущемлении канальной грыжи в глубоком внутреннем кольце пахового канала, которое можно выявить только при очень внимательном осмотре. Обычно при этом в толще брюшной стенки соответственно локализации латеральной паховой ямки удается прощупать плотное, довольно болезненное небольшое образование, что помогает установлению правильного диагноза.

Дифференцировать ущемление паховой грыжи необходимо от пахового лимфаденита, острого орхипидидимита, опухоли и водянки яичка или семенного канатика и ущемленной бедренной грыжи. В первых двух случаях обычно нет анамнестических указаний на предшествующую грыжу, нет резко выраженного болевого синдрома и рвоты, а боли чаще всего сопровождаются ранним повышением температуры тела. Установлению правильного диагноза помогает обычный физикальный осмотр, при котором удается определить неизменное наружное кольцо пахового канала, наличие ссадин, царапин, гнойников нижней конечности или простатита, проктита, флебита геморроидального узла, которые являются причинами сопутствующего лимфаденита. В случаях орхипидидимита всегда удается определить наличие увеличенного болезненного яичка и его придатка.

Онкологические заболевания яичка и семенного канатика не сопровождаются внезапным появлением клинических симптомов, указывающих на ущемленную паховую грыжу. Тщательное пальцевое исследование пахового канала позволяет исключить это патологическое состояние. Опухоль яичка пальпаторно плотна, нередко бугриста. Пальпация гидроцеле и фуникулоцеле безболезненна в отличие от ущемленной грыжи.

У женщин не всегда просто отличить ущемление паховой грыжи от бедренной, особенно при небольшом, грыжевом выпячивании. Лишь при очень внимательном и осторожном осмотре можно установить, что бедренная грыжа исходит из-под паховой связки, и наружное отверстие пахового канала свободно. Однако ошибка в дооперационном диагнозе здесь не имеет решающего значения, поскольку в том и другом случае показана срочная операция. Выяснив во время вмешательства истинную локализацию грыжевых ворот, избирают соответствующий способ пластики.

Если возникают трудности в клинической верификации кисты круглой связки матки, больную необходимо подвергнуть экстренному оперативно-му вмешательству, так как в такой непростой диагностической ситуации можно пропустить ущемленную паховую грыжу.

В случае ущемления паховой грыжи после рассечения кожи и подкожной жировой клетчатки (проекция разреза на 2 см выше и параллельна пахово-партовой связке) выделяют грыжевой мешок в области дна. Стенку его осторожно вскрывают. Не стоит рассекать грыжевой мешок вблизи места ущемления, так как здесь он может быть спаян с грыжевым содержимым.

Утолщение наружной стенки грыжевого мешка у больных с правосторонним ущемлением может свидетельствовать о наличии скользящей грыжи. Чтобы избежать ранения слепой кишки, следует вскрывать наиболее тонкостенную часть грыжевого мешка на передне-медиальной его поверхности.

Если во время операции обнаруживают мышечные волокна во внутренней стенке грыжевого мешка, следует заподозрить ущемление мочевого пузыря. Наличие дизурических явлений у больного подкрепляет

это подо-зрение. В подобной ситуации необходимо вскрыть наиболее тонкостенную латеральную часть грыжевого мешка, чтобы избежать ятрогенного по-вреждения мочевого пузыря.

Вскрыв грыжевой мешок, аспирируют трансудат и берут посев. Фик-сируя грыжевое содержимое рукой, рассекают ущемляющее кольцо. Обычно им является наружное отверстие пахового канала. Поэтому по ходу волокон рассекают апоневроз наружной косой мышцы живота на желобоватом зонде в наружном направлении (рис.6.6). Если обнаружено ущемление во внутреннем отверстии пахового канала, ущемляющее кольцо рассекают также в латеральную сторону от семенного канатика, помня, что с медиальной стороны проходят нижние надчревные сосуды.

В случае необходимости, в частности, для выполнения резекции тонкой кишки или большого сальника, выполняют герниолапаротомию - рассекают заднюю стенку пахового канала и пересекают сухожильную часть внутренней косой и поперечной мышц. У большинства больных этого доступа вполне достаточно, чтобы вывести наружу с целью осмотра и резекции достаточную часть тонкой кишки и большого сальника.

Производить дополнительный срединный разрез брюшной стенки приходится в таких ситуациях:

- 1) в брюшной полости выраженный спаечный процесс, мешающий выведению необходимых для резекции отделов кишки через имеющийся доступ в паховой области;
- 2) необходимо резецировать терминальный отдел подвздошной кишки с наложением илеотрансверзоанастомоза;
- 3) выявлен некроз слепой и сигмовидной ободочной кишки;
- 4) обнаружена флегмона грыжевого мешка;
- 5) диагностирован разлитой перитонит и/или острая кишечная непроходимость.

Завершив этап грыжесечения, после выделения, перевязки и удаления грыжевого мешка, приступают к пластической части операции. Независимо от разновидности ущемленной паховой грыжи (косая или прямая), лучше производить пластику задней стенки пахового канала. Такой тактический подход к выбору оперативного вмешательства патогенетически правилен и оправдан, так как в основе развития любой паховой грыжи лежит структурная несостоятельность поперечной фасции. В условиях экстренной хирургии следует использовать наиболее простые и надежные способы пластики грыжевых ворот. Этим условиям отвечает метод Бассини (рис.6.7). Под приподнятым семенным канатиком первыми тремя швами фиксируют край влагалища прямой мышцы живота и соединенного мышечного сухожилия к надкостнице лонного бугорка и Куперовой связке, которая располагается на верхней поверхности симфиза. Затем подшивают края внутренней косой и поперечной мышцы с захватом поперечной фасции к пупартовой связке. Используют нерассасывающийся шовный материал. Швы накладывают на расстоянии 1 см друг от друга. Натяжение тканей в зоне пластики при высоком паховом промежутке устраняют путем рассечения передней стенки влагалища прямой мышцы живота на протяжении нескольких сантиметров. Канатик укладывают поверх наложенных швов на вновь созданную заднюю стенку. Затем сшивают рассеченные листки апоневроза наружной косой мышцы край в край. При этом формируют наружное отверстие пахового канала, чтобы оно не сдавливало семенной канатик.

В случаях значительного «разрушения» задней стенки пахового канала оправдано использование видоизмененной операции Бассини - методики Постемпского. Рассекают внутреннюю косую и поперечную мышцы в латеральную сторону от глубокого отверстия пахового канала с тем, чтобы семенной канатик переместить в верхнелатеральный угол этого разреза. Под приподнятым семенным канатиком с медиальной стороны соединенное сухожилие внутренней косой и поперечной мышц и край влагалища прямой мышцы подшивают к лонному бугорку и верхней лобковой связке Купера. К паховой связке фиксируют швами не только нависающий край мышц и поперечную фасцию, но и верхнемедиальный листок апоневроза швами Кимбаровского (рис. 6.8). Семенной канатик переводят под кожу в толщу подкожно-жировой клетчатки, образуя под ним дубликатуру из нижнелатерального листка апоневроза. При такой пластике паховый канал ликвидируют.

Пластику пахового канала у женщин осуществляют с помощью тех же, перечисленных выше, приемов. Укрепляют заднюю стенку под круглой связкой матки или, что вполне оправдано, захватывая её в швы. Послабляющий разрез на передней стенке влагалища прямой мышцы живота чаще всего не нужен, т.к. паховый промежуток выражен незначительно, внутренняя косая и поперечная мышцы тесно прилежат к пупартовой связке. Наружное отверстие пахового канала закрывают наглухо.

В случаях ущемления рецидивных грыж и структурной «слабости» естественных мышечно-фасциально-апоневротических тканей с целью укрепления задней стенки пахового канала вшивают синтетическую сетку-заплату.

Ущемленная бедренная грыжа встречается в среднем в 25 % случаев по отношению ко всем ущемленным грыжам. Дифференциальный диагноз проводят между острым бедренным лимфаденитом, ущемленной паховой грыжей и тромбозом аневризматического расширения устья большой подкожной вены.

Установлению диагноза острого лимфаденита помогают анамнестические данные, свидетельствующие об отсутствии грыжи и результаты объективного исследования. Следует обращать внимание на наличие ссадин, язв и гнойников на нижних конечностях, послуживших входными воротами для инфекции. Тем не менее, иногда лимфаденит правильно диагностируют лишь во время вмешательства, когда в области подкожного кольца бедренного канала (овальной ямки) обнаруживают не грыжевое выпячивание, а резко увеличенный, гиперемизированный лимфатический узел Розенмюллера-Пирогова. Иссекать в этих случаях воспаленный лимфатический узел не следует во избежание длительной лимфорейи и нарушения лимфообращения в конечности. Вмешательство завершают частичным ушиванием раны.

Выявлению ущемленной бедренной, а не паховой грыжи помогает обычный тщательный физикальный осмотр больного. Ошибка в диагнозе, как уже отмечалось выше, не является принципиальной, поскольку больному так или иначе показано экстренное оперативное вмешательство. Следует принимать во внимание наличие явлений кишечной непроходимости, которые развиваются при ущемлении кишки и дизурические расстройства, обусловленные ущемлением мочевого пузыря.

Диагноз варикотромбоза на уровне сафенофemorального перехода в большинстве случаев не вызывает существенных затруднений. Необходимо учитывать наличие локальных признаков тромботического процесса в нижерасположенных подкожных венах (гиперемия, болезненность и шнуroidный тяж). Контуры и размеры пальпируемого инфильтрата не изменяются при переводе больного из вертикальной позиции в горизонтальную, кашлевой толчок отрицательный. С целью точной топической диагностики используют ультразвуковое дуплексное ангиосканирование с цветовым картированием кровотока.

Операция по поводу ущемленной бедренной грыжи относится к наиболее трудным в техническом отношении вмешательствам вследствие узости оперативного доступа к шейке грыжевого мешка и близости важных анатомических образований: бедренных сосудов, паховой связки.

Ликвидация ущемления возможна практически только в медиальную сторону за счет рассечения лакунарной (жимбернатовой) связки. Однако здесь нужно быть предельно внимательным, так как в 15 % случаев лакунарную связку прободает крупная запирающая артерия, аномально отходящая от нижней надчревной артерии. Указанный анатомический вариант в старых руководствах получил название «короны смерти», так как при случайном ранении артерии возникало сильное кровотечение, с которым трудно было справиться.

Осторожное и внимательное рассечение связки строго под визуальным контролем позволяет избежать этого крайне неприятного осложнения. Если все же ранение аномальной артерии произошло, то необходимо прижать кровоточащее место тампоном, пересечь паховую связку, выделить нижнюю надчревную артерию и перевязать либо основной ее ствол, либо запирающую артерию сразу же у места ее отхождения. К рассечению паховой связки прибегают также в тех случаях, когда ликвидировать ущемление за счет рассечения одной лишь лакунарной связки не удается.

Многие хирурги, оперируя больных с ущемленной бедренной грыжей, отдают предпочтение бедренным способам выполнения грыжесечения и пластики. Эти методики характеризуются подходом к бедренному каналу со стороны его наружного отверстия. Из многочисленных предложенных способов практически приемлем лишь метод Бассини, который заключается в следующем. После иссечения грыжевого мешка паховую связку двумя-тремя швами подшивают к верхней лобковой (куперовой) связке, т. е. к утолщенной надкостнице лобковой кости. Таким образом, закрывают внутреннее отверстие бедренного канала. Наложение более трех швов не рекомендуется, так как это может привести к сдавлению лежащей снаружи бедренной вены.

Основными недостатками способа Бассини служат: сложности выделения шейки грыжевого мешка, в связи с чем оставляется длинная его культя; технические трудности на этапе ликвидации бедренного канала и, особенно, резекции кишки. Всех этих негативных последствий можно избежать, используя паховый доступ.

Мы полагаем целесообразным чаще использовать способ Руджи-Парлавецчио, в первую очередь при длительном ущемлении кишки, когда весьма вероятно необходимость ее резекции. Разрез производят, как и при паховой грыже или в виде хоккейной клюшки, переходящий на бедро, что облегчает выделение грыжевого мешка. Последний вскрывают и фиксируют ущемленный орган. Наружное отверстие бедренного канала рассекают на бедре, лакунарную связку со стороны вскрытого пахового канала. Погрузив внутренности в брюшную полость, переводят выделенный грыжевой мешок в паховый канал, проводя его под пупартовой связкой. Грыжевой мешок иссекают после выделения и лигирования шейки. Накладывают швы, отступая от бедренной вены, между лонной и пупартовой связками. Производят

пластику пахового канала и ушивание раны. Для резекции кишки выполняют лапаротомию через паховый канал.

Ущемленная пупочная грыжа встречается в хирургической практике в 10 % случаев по отношению ко всем ущемленным грыжам.

Клиническая картина ущемления, возникшего на фоне вправимой грыжи настолько характерна, что его практически трудно спутать с другой патологией. Между тем, необходимо учитывать, что пупочные грыжи чаще всего бывают невправимыми, и наличие спаечного процесса в этой области может вызывать боли и явления спаечной кишечной непроходимости, которые иногда неверно расценивают как ущемление грыжи. Единственным отличительным диагностическим признаком служит наличие или отсутствие передачи кашлевого толчка.

При небольших пупочных грыжах возможно рихтеровское ущемление, представляющее известные трудности для распознавания, так как пристрастное ущемление кишки не сопровождается явлениями острой кишечной непроходимости.

Используют оперативный доступ с иссечением пупка, т.к. вокруг него всегда имеют место выраженные изменения кожи. Делают два окаймляющих разреза вокруг грыжевого выпячивания. В связи с этим грыжевой мешок вскрывают не в области куполообразного дна, а несколько сбоку, т. е. в области тела. Рассечение апоневротического кольца производят в обе стороны в горизонтальном или в вертикальном направлении. Последнее предпочтительнее, поскольку позволяет перейти на полноценную срединную лапаротомию для выполнения любого требующегося оперативного пособия.

При флегмоне грыжевого мешка выполняют операцию Грекова (рис. 6.9). Суть этого способа состоит в следующем: окаймляющий разрез кожи продолжают, несколько суживая, через все слои брюшной стенки, включая брюшину, и таким образом высекают грыжу единым блоком вместе с ущемляющим кольцом в пределах здоровых тканей. Войдя в брюшную полость, пересекают ущемленный орган проксимальнее странгуляции и удаляют грыжу целиком, не освобождая ее содержимое. Если была ущемлена кишка, то между ее приво-дящим и отводящим отделами накладывают анастомоз, желателен «конец в конец». При ущемлении сальника накладывают лигатуру на его проксимальный отдел, после чего также удаляют грыжу единым блоком.

Из способов пластики апоневроза передней брюшной стенки используют либо способ Сапежко, либо способ Мэйо. И в том, и в другом случае создают дубликатуру апоневроза путем наложения П-образных и узловых швов.

Ущемленная грыжа белой линии живота. Классическое ущемление грыж белой линии живота в хирургической практике встречается довольно редко. Гораздо чаще за ущемленную грыжу принимают ущемление предбрюшинной жировой клетчатки, которая выпячивается через щелевидные дефекты апоневроза белой линии живота. Тем не менее, встречаются и истинные ущемления с наличием в грыжевом мешке петли кишки, чаще всего по типу грыжи Рихтера.

В связи с этим при оперативном вмешательстве по поводу предполагаемого ущемления грыжи белой линии живота необходимо тщательно препарировать пролабирующую сквозь дефект белой линии живота предбрюшинную жировую клетчатку. При обнаружении грыжевого мешка следует вскрыть его, ревизовать находящийся в нем орган и затем иссечь грыжевой мешок. При отсутствии грыжевого мешка накладывают прошивную лигатуру на основание липомы и отсекают ее. Для пластического закрытия грыжевых ворот применяют обычно простое ушивание дефекта апоневроза отдельными швами. Редко при наличии множественных грыж применяют пластику белой линии живота по способу Сапежко.

Ущемленная послеоперационная вентральная грыжа встречается относительно редко. Несмотря на большие грыжевые ворота, ущемление может произойти в одной из многочисленных камер грыжевого мешка по каловому или, что бывает значительно реже, по эластическому механизму. Вследствие имеющихся обширных сращений, перегибов и деформаций кишечника нередко в области послеоперационных грыж возникают острые боли и явления спаечной кишечной непроходимости, которые расценивают как результат ущемления грыжи. Подобная ошибка в диагнозе не имеет принципиального значения, поскольку в том и другом случае приходится прибегать к экстренной операции.

Оперативное вмешательство по поводу ущемленной послеоперационной грыжи проводят обычно под наркозом, что позволяет произвести достаточную ревизию органов брюшной полости и ушить дефект брюшной стенки.

Разрез кожи производят окаймляющий, поскольку она резко истончена над грыжевым выпячиванием и непосредственно сращена с грыжевым мешком и подлежащими петлями кишечника. После вскрытия грыжевого мешка рассекают ущемляющее кольцо, проводят ревизию его содержимого и погружают жизнеспособные органы в брюшную полость. Некоторые хирурги грыжевой мешок не выделяют ввиду значительной травматичности этой манипуляции, а ушивают грыжевые ворота внутри него отдельными швами. При небольших дефектах края апоневроза или мышц сшивают «край в край». При огромных

вентральных грыжах, включающих большую часть содержимого брюшной полости, особенно у лиц преклонного возраста, грыжевые ворота не ушивают, а накладывают на операционную рану лишь кожные швы. Сложные способы пластики, особенно с использованием аллопластических материалов, в таких случаях применяют не так часто, поскольку они намного повышают риск оперативного вмешательства у этого тяжелого контингента больных.

Рассчитывать на успех аллопластики можно, только строго соблюдая правила асептики. Синтетическую «сетку», если удастся, фиксируют таким образом, чтобы над ней сшить края апоневроза (кишечник должен быть «отгорожен» от синтетического материала частью грыжевого мешка или большим сальником). Если сделать это невозможно, «заплату» пришивают к наружной поверхности апоневроза. В обязательном порядке осуществляют дренирование послеоперационной раны (с активной аспирацией в течение 2-3 дней). Всем больным назначают антибактериальные препараты широкого спектра действия.

В своей работе хирург может столкнуться с ущемлением грыжи спигелиевой (полулунной) линии. Грыжевые ворота при ней локализируются на линии, соединяющей пупок с передней верхней осью подвздошной кости около наружного края влагалища прямой мышцы живота. Грыжевой мешок может располагаться как подкожно, так и интерстициально между внутренней кривой мышцей и апоневрозом. Хирургическую коррекцию подобной грыжи выполняют из косого, параректального или поперечного доступа.

Ущемление поясничной, запирающей, седалищной грыж и др. встречается крайне редко. Принципы их оперативного лечения изложены в специальных руководствах.

Ущемленные внутренние грыжи занимают скромное место в ургентной хирургии. Сдавление органов может происходить в складках и карманах брюшины около слепой кишки, в брыжейках кишечника, у связки Трейтца, в малом сальнике, в области широкой связки матки и др. При диафрагмальной грыже внутрибрюшные органы ущемляются в отверстиях диафрагмы врожденного или травматического происхождения. Чаще подобная грыжа носит «ложный» характер, поскольку отсутствует грыжевой мешок.

Ущемленная внутренняя грыжа может проявляться симптомами острой кишечной непроходимости (с болями в животе, рвотой, задержкой стула и газов, другими клиническими и рентгенологическими симптомами). Крайне сложна дооперационная диагностика пристеночного ущемления полых органов. Рентгенологически ущемленную грыжу диафрагмы распознают по наличию части желудка или иного органа в грудной полости над диафрагмой.

Как правило, эту разновидность ущемления обнаруживают во время ревизии брюшной полости, оперируя больного по поводу кишечной непроходимости. Объем хирургического вмешательства в таком случае определяется конкретной анатомической «ситуацией» и тяжестью патологических изменений со стороны ущемленного органа. Любое нарушение целостности диафрагмы должно быть устранено. Небольшие отверстия ушивают из трансабдоминального доступа, соединяя узловыми швами их края. Обширные дефекты диафрагмы «закрывают» различными трансплантатами со стороны плевральной полости.

Послеоперационное ведение больного

Послеоперационный период при ущемленной грыже требует значительно большего внимания, чем при плановом грыжесечении. Это обусловлено тем, что с одной стороны, больные поступают в достаточно тяжелом состоянии, с другой — преклонным возрастом большинства пациентов. В связи с этим, помимо обычных обезболивающих средств и холода на операционную область, больным предписывают необходимые кардиотропные и иные препараты. Проводят адекватную дезинтоксикационную терапию, необходимые мероприятия для борьбы с нарушениями водно-электролитного и кислотно-основного баланса. В случае резекции кишки больных переводят на 2-3 дня на полное парентеральное питание. По показаниям назначают антибиотикотерапию. Крайне важно восстановить перистальтическую активность кишечника.

С целью профилактики венозных тромбозных осложнений используют антикоагулянты и препараты, улучшающие реологические свойства крови. Пациент должен вставать с постели, как можно раньше, предварительно надев бандаж. Активный двигательный режим необходим уже в день операции.

Лечение развившихся осложнений осуществляют в соответствии с их характером. После операций, выполненных без пластики грыжевых ворот, повторные плановые вмешательства производят через 3-6 месяцев.

Заканчивая эту главу, следует признать, что только своевременная хирургическая санация грыж в плановом порядке позволит снизить количество экстренных вмешательств. Осложненную грыжу необходимо оперировать как можно раньше с момента ущемления. Адекватная хирургическая тактика и правильная техника выполнения всех этапов операции способствуют снижению послеоперационных осложнений, обеспечивают хороший функциональный результат и предупреждают рецидив заболевания.

Диагностика Ущемленной грыжи:

Диагностика ущемленной грыжи в типичных случаях не сложна. Не-обходимо прежде всего учитывать анамнез, из которого удастся выявить наличие у больного грыжи, которая до момента появления болей была вправимой и безболезненной. Следует учитывать также, что моменту ущемления предшествует, как правило, сильное физическое напряжение: подъем тяжести, бег, прыжок, акт дефекации и др.

Физикальное обследование больного должно быть очень вниматель-ным, так как начальная картина ущемления имеет сходные черты с некото-рыми другими острыми заболеваниями органов брюшной полости. В связи с этим при болях в животе, прежде всего, необходимо осмотреть все те «слабые» места брюшной стенки, которые могут служить грыжевыми во-ротами. Настоятельная необходимость такого осмотра возникает потому, что иногда встречаются так называемые первично ущемленные грыжи. В это понятие включают грыжи, которые ущемляются непосредственно в мо-мент своего первоначального появления, без предшествующего грыжевого анамнеза. Особенно часто первичному ущемлению подвергаются грыжи редких локализаций: спигелиевой (полулуной) линии, поясничных обла-стей, запирающего канала и др.

При осмотре грыжевое выпячивание обычно хорошо заметно, оно не исчезает и не меняет очертаний при изменении положения тела больного. Пальпаторно выпячивание резко напряжено и болезненно, особенно в об-ласти грыжевых ворот. Передаточный кашлевой толчок отсутствует. Пер-куссия выпячивания в ранней стадии ущемления кишки может выявить тимпанит, однако позже вследствие появления грыжевой воды тимпанит сменяется тупым перкуторным звуком. При аускультации над ущемлен-ной грыжей перистальтика не выслушивается, но над брюшной полостью нередко можно выявить усиленную перистальтику приводящего отдела ущемленной кишки. При осмотре живота иногда удается отметить шум плеска, симптом Валя и другие симптомы кишечной непроходимости. На-личие последней в случае ущемления грыжи может быть также установле-но при обзорной рентгеноскопии брюшной полости, при которой обычно хорошо заметны уровни жидкости в петлях кишечника со скоплением газа над ними (чаши Клойбера).

Дифференциальный диагноз при ущемлении грыжи приходится про-водить с рядом патологических состояний, связанных как с самим грыжевым выпячиванием, так и не имеющих непосредственного отношения нему. Конечно, в типичных случаях диагноз ущемления несложен, но иног-да в силу ряда обстоятельств (первично ущемленная грыжа, наличие со-путствующей патологии органов брюшной полости и др.) её распознавание представляет собой большие трудности.

Прежде всего необходимо дифференцировать ущемленную грыжу от невправимой. Последняя, как правило, не напряжена, малоболезненна, хорошо передает кашлевой толчок. Кроме того, полностью невправимые грыжи встречаются редко, обычно часть грыжевого содержимого все же удается вправить. Особые трудности в дифференциальном диагнозе могут возник-нуть в случае многокамерной грыжи, когда ущемление происходит в одной из камер. Тем не менее и в этом случае наблюдаются обязательные признаки ущемления: боль, напряжение и отсутствие передачи кашлевого толчка.

В практической хирургии иногда возникает необходимость дифферен-цировать ущемление грыжи от копростаз. Последнее состояние встреча-ется главным образом при невправимых грыжах у лиц преклонного возра-ста, у которых имеется физиологическое замедление перистальтики и склонность к запорам. Это приводит к застою содержимого в петле кишки, находящейся в грыжевом мешке, но в отличие от калового ущемления при копростазе никогда не бывает сдавления брыжейки кишки. Клинически копростаз нарастает постепенно без предшествовавшего физического на-пряжения с медленным развитием болевого синдрома. Боли никогда не бывают интенсивными, на первое место выступает задержка стула и газов, напряжение грыжевого выпячивания не выражено, симптом кашлевого толчка положителен. Копростаз не требует оперативного лечения, для его ликвидации применяют обычную сифонную клизму. Между тем, стоит иметь в виду, что неликвидированный капростаз может привести к калово-му ущемлению грыжи.

В клинической практике встречаются ситуации, которые принято обо-значать термином ложное ущемление. Это понятие включает симптомокомплекс, напоминающий картину ущемления, но вызванный каким-либо другим острым заболеванием органов брюшной полости. Указанный симптомокомплекс служит причиной ошибочного диагноза ущемления грыжи, в то время как истинный характер заболевания остается скрытым. Наибо-лее часто диагностические ошибки возникают при странгуляционной ки-шечной непроходимости, геморрагическом панкреонекрозе, перитоните различной природы, печеночной и почечной колике. Неверный диагноз приводит к неправильной хирургической тактике, в частности к грыжесе-чению вместо необходимой широкой лапаротомии или, ненужному грыже-сечению при мочекаменной или желчной колике. Гарантией от подобной ошибки служит только внимательный осмотр больного без каких-либо упущений. Следует обращать особое внимание на боли вне грыжи.

Клиницист может столкнуться и с такой ситуацией, когда ущемление грыжи, как истинная причина кишечной непроходимости, остается нерас-познанным, а заболевание расценивают как следствие

странгуляции киш-ки в брюшной полости. Основной причиной такой ошибки является не-внимательный осмотр больного. Следует помнить, что ущемленная грыжа не всегда выглядит как хорошо заметное выпячивание на передней брюш-ной стенке. В частности, при начальной паховой грыже встречается ущем-ление во внутреннем кольце пахового канала. В таком случае внешний ос-мотр, особенно у тучных больных, не дает никаких результатов; лишь при тщательной пальпации в толще брюшной стенки несколько выше паховой связки можно обнаружить плотное болезненное образование небольшого размера. Не следует забывать также о возможности ущемления редко встречающихся грыж: запирающего канала, спигелиевой линии, пояс-ничных, промежностных и др., которые при ущемлении чаще всего дают картину острой кишечной непроходимости. Здесь уместно напомнить выс-казывание известного французского клинициста Г. Мондора: «При непро-ходимости кишок следует, прежде всего, исследовать грыжевые ворота и искать ущемленную грыжу».

Бесспорно, что если в отношении диагноза имеются какие-либо сомне-ния, то они должны быть разрешены в пользу ущемленной грыжи. Хирур-ги, располагающие большим опытом в лечении грыж, формулируют эту установку следующим образом: «В сомнительных случаях гораздо пра-вильнее склониться в сторону ущемления и срочно оперировать больного. Менее опасно для больного признать ущемление там, где его нет, чем при-нять ущемление за какое-либо другое заболевание.

На догоспитальном и стационарном этапах следует выполнять следую-щие действия.

Догоспитальный этап:

1. При болях в животе необходим целенаправленный осмотр больного на наличие грыжи.
2. При ущемлении грыжи или подозрении на ущемление, даже в случае ее самопроизвольного вправления, пациент подлежит экстренной госпитализации в хирургический стационар.
3. Опасны и недопустимы попытки насильственного вправления ущем-ленных грыж.
4. Применение обезболивающих препаратов, ванн, тепла или холода больным с ущемленными грыжами противопоказано.
5. Больного доставляют в стационар на носилках в положении лежа на спине.

Стационарный этап:

1. Основанием для диагноза ущемленной грыжи являются:

- а) наличие напряженного, болезненного и не вправляющегося самосто-ятельно грыжевого выпячивания при отрицательном кашлевом толчке;
 - б) клинические признаки острой кишечной непроходимости или перитонита у больного с грыжей.
2. Определяют: температуру тела и температуру кожи в области грыже-вого выпячивания. Если выявляют признаки местного воспаления, прово-дят дифференциальную диагностику между флегмой грыжевого мешка и другими заболеваниями (паховой аденофлегмоной, острым тромбофле-битом аневризматически расширенного устья большой подкожной вены).
 3. Лабораторные исследования: общий анализ крови, сахар крови, общий анализ мочи и другие по показаниям.
 4. Инструментальные исследования: рентгенография грудной клетки, ЭКГ, обзорная рентгенография брюшной полости, по показаниям – УЗИ брюшной полости и грыжевого выпячивания.
 5. Консультации терапевта и анестезиолога, в случае необходимости - эндокринолога.

Лечение Ущемленной грыжи:

Хирургическая тактика однозначно указывает на необходимость не- замедлительного оперативного лечения ущемлённой грыжи вне зависимо-сти от вида грыжи и срока ущемления. Единственное противопоказание к операции - агональное состояние больного. Любая попытка вправления грыжи на догоспитальном этапе или в стационаре представляется недопус-тимой из-за опасности перемещения в брюшную полость органа, подверг-шегося необратимой ишемии.

Конечно, существуют исключения и из этого правила. Речь идет о больных, нахо-дящихся в крайне тяжелом состоянии из-за наличия сопутствующих заболеваний, у которых с момента ущемления, произошедшего на глазах у врача, прошло не более 1 часа. В таких ситуациях операция представляет для пациента значительно больший риск, чем попытка вправления грыжи. Поэтому можно осторожно её предпринять. Если с момента ущемления, прошло немного времени, то вправление грыжи допусти-мо и у детей, особенно раннего возраста, поскольку у них мышечно-апоневротические образования брюшной стенки более эластичны, чем у взрослых, и значительно реже наступают деструктивные изменения в ущемленных органах.

В ряде случаев сами больные, обладающие некоторым опытом вправления своей грыжи, из-за боязни предстоящей операции производят неоднократные и нередко до-вольно грубые попытки вправления ущемленной грыжи в домашних условиях. В результате может возникнуть состояние так называемого мнимого вправления, являюще-ся одним из крайне тяжелых осложнений этого заболевания. Значительно реже мни-мое вправление бывает результатом физического воздействия врача. Перечислим ва-рианты «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 парие-тальной брюшины. При этом ущемленные органы «вправляют» в брюшную полость или предбрюшинную клетчатку.
4. Последствием грубого вправления может быть разрыв ущемленной кишки.

Типичные клинические симптомы ущемленной грыжи после «мнимого» вправления перестают определяться. Между тем, наличие резкой болезненности при исследовании месторасположения грыжи и живота в сочетании с анамнестическими сведениями об имевших место попытках насильственного вправления позволяют установить правильный диагноз и подвергнуть больного экстренному оперативному вмешательству.

В сомнительных случаях (неправильная грыжа, многокамерная послеоперационная грыжа) вопрос должен решаться в пользу экстренной операции.

При синдроме ложного ущемления, вызванном другим острым хирургическим заболеванием органов брюшной полости у больных с грыжей, выполняют необходимую операцию, а затем - герниопластику, если отсутствуют явления перитонита.

Особо остановимся на хирургической тактике в случае спонтанного вправления ущемленной грыжи. Если оно произошло до госпитализации: на дому, в машине скорой помощи по пути в больницу или в приемном покое, то больной тем не менее должен быть госпитализирован в хирургическое отделение.

Имеющийся неопровержимый факт ущемления длительностью заболевания свыше 2 часов, особенно при явлениях острой кишечной непроходимости служит показанием к экстренной операции (выполняемой путём срединной лапаротомии) или диагностической лапароскопии. Ущемленный орган в обязательном порядке находят и оценивают его жизнеспособность.

Во всех остальных случаях спонтанного вправления: 1) сроке ущемления менее 2 часов; 2) сомнениях в достоверности имевшего место ущемления - необходимо динамическое наблюдение за состоянием больного. В тех ситуациях, когда состояние брюшной полости в ближайшие сутки после ущемления не вызывает тревоги: нет болей и признаков интоксикации, больной может быть оставлен в стационаре и после необходимого обследования подвергнут плановому грыжесечению.

Если в процессе наблюдения у больного повышается температура тела, сохраняется болезненность в животе и появляются симптомы раздражения брюшины производят экстренную срединную лапаротомию и резецируют орган, подвергшийся ущемлению и некрозу. Спонтанное вправление грыжи может произойти по пути в операционную, во время вводного наркоза или начала местной анестезии. Несмотря на это, приступают к операции. После вскрытия грыжевого мешка (при необходимости выполняют герниолапаротомию), осматривают близлежащие органы. Обнаружив орган, подвергшийся ущемлению, извлекают его в рану и оценивают жизнеспособность. При затруднении в поисках ущемленного органа прибегают к помощи лапароскопии через устье вскрытого грыжевого мешка. Затем операцию продолжают и заканчивают по общепринятым для ущемленной грыжи правилам.

Предоперационная подготовка перед хирургическим вмешательством, производимым по поводу ущемленной грыжи, чаще всего мини-мальна: больного просят помочиться или выводят мочу с помощью катетера, бреют область операционного поля и осуществляют гигиеническую её подготовку. При необходимости опорожняют желудок с помощью зонда.

Больные с длительными сроками ущемления, с симптомами выраженной интоксикации и с тяжелыми сопутствующими заболеваниями подлежат госпитализации в блок интенсивной терапии для соответствующей коррекции нарушенных показателей гомеостаза в течение 1,5-2 часов (либо её проводят на операционном столе), после чего производят операцию. Вопрос о необходимости специальной подготовки больного к хирургическому вмешательству решается совместно старшим хирургом и анестезиологом.

Особое внимание следует уделять пациентам пожилого и старческого возраста с серьезной патологией со стороны сердечно-сосудистой системы. Вне зависимости от характера подготовки операцию необходимо производить как можно быстрее (не позже первых 2-х часов после госпитализации), так как с каждым последующим часом возрастает опасность омертвления кишки. Задержка операции за счет расширения объема обследования больного недопустима.

Обезболивание. Многие хирурги отдают предпочтение местной анестезии. Считается, что она не приводит к нежелательному вправлению грыжи. Между тем опыт показывает, что эта опасность явно преувеличена. Предпочтение при любой локализации ущемленной грыжи, бесспорно, следует отдавать перидуральной (спинальной) анестезии, либо интубационному эндотрахеальному наркозу.

Последний настоятельно необходим в случаях расширения объема оперативного вмешательства в связи с кишечной непроходимостью или перитонитом.

Особенности проведения хирургического вмешательства. Экстренная операция при ущемленной грыже имеет ряд принципиальных отличий от планового грыжесечения. Следует помнить, что первоочередной задачей хирурга при этом является возможно более быстрое обнажение и фиксация ущемленного органа во избежание ускользания его в брюшную полость при последующих манипуляциях в области грыжевых ворот и ликвидации ущемления. Разрез проводят непосредственно над грыжевым выпячиванием в соответствии с локализацией грыжи. Рассекают кожу, подкожную жировую клетчатку и, не выделяя полностью грыжевой мешок, рассекают его дно. Обычно при этом изливается желтоватого или темно-бурого цвета грыжевая вода. В связи с этим перед вскрытием грыжевого мешка необходимо изолировать рану марлевыми салфетками. Сразу же по вскрытии грыжевого мешка ассистент берет ущемленный орган (наиболее часто петлю тонкой кишки) и удерживает его в ране. После этого можно продолжить операцию и рассечь ущемляющее кольцо, то есть грыжевые ворота (рис.6.3). Делают это в наиболее безопасном направлении по отношению к окружающим органам и тканям. Освободить ущемленный орган можно двояким способом: рассечение апоневроза начинают либо непосредственно со стороны грыжевых ворот, либо идут в противоположном направлении от неизмененного апоневроза к рубцовым тканям ущемляющего кольца. В обоих случаях, во избежание повреждения подлежащего органа рассечение апоневроза необходимо производить, подведя под него желобоватый зонд.

Ещё раз напомним о возможности ретроградного ущемления. В связи с этим, если в грыжевом мешке находятся две или более петли кишки, то необходимо извлечь и осмотреть промежуточную петлю, которая располагается в брюшной полости.

Освободив ущемленную кишку, оценивают её жизнеспособность по следующим признакам:

- 1) нормальный розовый цвет кишечной стенки;
- 2) наличие перистальтики;
- 3) определение пульсации сосудов брыжейки, вовлеченной в странгуляцию.

Если все указанные признаки налицо, то кишка может быть признана жизнеспособной и погружена в брюшную полость. В сомнительных случаях в брыжейку кишки вводят 100-150 мл 0,25 % раствора новокаина и согревают ущемленный участок в течение 10-15 мин салфетками, смоченными теплым изотоническим раствором хлорида натрия. Если же после этого отсутствует хотя бы один из перечисленных выше признаков и остаются сомнения в жизнеспособности кишки, то это служит показанием к резекции её в пределах здоровых тканей, которую в большинстве случаев производят через герниолапаротомный доступ.

Кроме ущемленной петли подлежат удалению 30-40 см приводящего отдела кишки (выше странгуляции) и 15-20 см отводящего (ниже её). Чем длительнее ущемление, тем более обширной должна быть резекция. Это обусловлено тем, что при ущемлении кишки, являющемся по существу одним из видов странгуляционной непроходимости, приводящий отдел, который находится выше препятствия, страдает в гораздо большей степени, чем отводящий. В связи с этим наложение кишечного анастомоза вблизи странгуляционной борозды связано с опасностью его несостоятельности и развития перитонита.

Резекцию ущемленной тонкой кишки производят согласно общим хирургическим правилам, вначале поэтапно рассекают брыжейку и накладывают лигатуры на ее сосуды, а затем иссекают мобилизованную часть кишки. Анастомоз между приводящим и отводящим отделами предпочтительнее накладывать «конец в конец». При резком несоответствии диаметров приводящего и отводящего отделов кишки прибегают к наложению анастомоза «бок в бок».

Если дистальная граница при резекции подвздошной кишки располагается менее чем в 10-15 см от слепой кишки, следует прибегнуть к наложению илеоасцендо - или илеотрансверзоанастомоза.

В некоторых случаях сама по себе ущемленная кишка представляется вполне жизнеспособной, но имеет резко выраженные странгуляционные борозды, на месте которых может развиваться локальный некроз. В подобной ситуации прибегают к циркулярному погружению странгуляционной борозды узловыми серозно-мышечными шелковыми швами, при обязательном контроле проходимости кишки. При глубоких изменениях в области странгуляционной борозды следует резецировать кишку.

Необходимо помнить, что в ущемленной петле кишки прежде всего страдает слизистая оболочка и подслизистый слой, которые не видны со стороны серозной оболочки, и о поражении которых можно судить лишь по косвенным признакам. В литературе описаны случаи изъязвления слизистой оболочки и перфорации язв тонкой кишки, подвергшейся ущемлению. Описано также рубцовое стенозирование тонкой кишки после ущемления, спаяние ее с окружающими органами, что в последующем приводило к возникновению кишечной непроходимости.

Значительно проще обстоит дело при некрозе ущемленного сальника. В этом случае его некротизированную часть удаляют, а проксимальную часть вправляют в брюшную полость. При ущемлении жирового подвеса может нарушаться питание соответствующего участка кишки. Поэтому,

резецируя его, необходимо тщательно осмотреть прилежащую кишечную стенку и оценить ее жизнеспособность.

Тактика хирурга в случаях ущемления других органов (фаллопиева труба, червеобразный отросток и др.) определяется выраженностью морфологических изменений со стороны этих анатомических образований. Например, оперируя больного с некрозом сигмовидной ободочной кишки, приходится существенно расширять объем оперативного вмешательства и выполнять операцию Гартмана из дополнительного срединного лапаротомного доступа.

Погрузив в брюшную полость жизнеспособный или резецированный орган, подвергшийся ущемлению, полностью выделяют из окружающей клетчатки грыжевой мешок, перевязывают его у шейки и иссекают. К иссечению грыжевого мешка не прибегают при обширных грыжах, у лиц преклонного возраста, отягощенных сопутствующими заболеваниями и у детей. В этих случаях лишь перевязывают и пересекают грыжевой мешок у шейки, а его внутреннюю поверхность смазывают спиртом для того, чтобы вызвать адгезию брюшинных листков.

В дальнейшем в зависимости от разновидности грыжи приступают к пластике грыжевых ворот. С этого момента операция принципиально не отличается от планового грыжесечения, за исключением того, что при ущемленной грыже необходимо использовать наиболее простые, мало-травматичные способы герниопластики, которые существенно не осложняют и не утяжеляют оперативное вмешательство. К настоящему времени разработаны ненапряжные методы герниопластики с использованием различных аллотрансплантатов. В условиях экстренной хирургической практики их применяют редко, обычно у больных с ущемленными грыжами, которые имеют большие грыжевые ворота (рецидивные паховые, пупочные, послеоперационные и др.).

Первичную пластику брюшной стенки нельзя производить при флегмоне грыжевого мешка и перитоните (из-за тяжести состояния больных и опасности гнойных осложнений), больших ventральных грыжах, существовавших у больных многие годы (возможно развитие тяжелой дыхательной недостаточности). В этих случаях после наложения швов на брюшину следует только частично закрыть операционную рану и наложить швы на кожу.

Объем и последовательность выполнения оперативного вмешательства по поводу ущемленной грыжи, приведшей к развитию острой кишечной непроходимости, определяются особенностями и тяжестью клинической ситуации.

Отдельно следует остановиться на принципах оперативного вмешательства при особых разновидностях ущемленной грыжи. Обнаружив ущемление скользящей грыжи, хирург должен быть особенно внимательным при оценке жизнеспособности ущемленного органа в той его части, которая не имеет серозного покрова. Чаще всего «соскальзывают» и ущемляются слепая кишка и мочевого пузырь. При некрозе кишечной стенки производят срединную лапаротомию и резекцию правой половины толстой кишки с наложением илеотрансверзоанастомоза. После окончания этого этапа операции приступают к пластическому закрытию грыжевых ворот. В случае некроза стенки мочевого пузыря, операция представляет не меньшую сложность, поскольку приходится предпринимать его резекцию с наложением эпицистостомы.

При ущемленной грыже Литтре дивертикул Меккеля следует иссечь в любом случае, вне зависимости от того, восстановлена его жизнеспособность или нет. Необходимость удаления дивертикула вызвана тем, что этот рудимент лишен, как правило, собственной брыжейки, исходит из свободного края тонкой кишки и плохо кровоснабжается. В связи с этим даже кратковременное его ущемление связано с опасностью некроза. Для удаления дивертикула используют либо лигатурно-кисетный способ, аналогичный аппендэктомии, либо выполняют клиновидную резекцию кишки, включая основание дивертикула.

В случае флегмоны грыжевого мешка операцию проводят в 2 этапа. Вначале под общей анестезией проводят срединную лапаротомию. При этом осложнении ущемленный орган настолько прочно спаивается с грыжевыми воротами, что опасность ускользания его в брюшную полость практически отсутствует. В то же время наличие гнойного воспаления в области грыжи создает реальную опасность инфицирования брюшной полости, если операцию начать обычным способом со вскрытия грыжевого мешка.

Произведя лапаротомию, подходят к ущемленному органу изнутри. Если ущемлена кишка, то ее мобилизуют в указанных выше пределах. Отсекают и концы ущемленной части кишки, подлежащей удалению, оставляя небольшие культы, которые ушивают наглухо. Между приводящим и отводящим отделами жизнеспособной кишки накладывают анастомоз однорядным внутрижелтковым швом. Вопрос о способе завершения резекции толстой кишки решают индивидуально. Как правило, выполняют обструктивную резекцию с наложением колостомы.

После формирования межкишечного анастомоза накладывают кисетный шов на брюшину вокруг ущемленного кольца (предварительно кишечные культы погружают под брюшину), тем самым отграничивая гнойник от брюшной полости. Затем ушивают лапаротомную рану и переходят ко 2-му этапу

вмешательства непосредственно в области грыжевого выпячивания. Рассекают кожу, подкожную жировую клетчатку, вскрывают дно грыжевого мешка, а затем надсекают грыжевые ворота ровно настолько, чтобы можно было извлечь и удалить ущемленный орган, включая слепые концы кишки, оставленные вне брюшины. Вслед за тем удаляют некротизированный кишечник, дренируют и тампонируют полость гнойника. Ни о какой пластике грыжевых ворот в этих случаях речь идти не может.

Естественно, что отказ от пластики грыжевых ворот приводит к рецидиву грыжи, но всегда необходимо помнить, что первоочередной задачей хирурга является сохранение жизни больного, а операцию по поводу рецидивной грыжи можно затем произвести в плановом порядке. Указанную хирургическую тактику применяют почти во всех случаях флегмоны грыжевого мешка, за исключением гнойного воспаления ущемленной пупочной грыжи, при котором применяют циркулярный сквозной способ грыжесечения, предложенный И.И. Грековым. Суть этого способа изложена ниже в разделе, посвященном пупочным грыжам.

У больных, находящихся в крайне тяжелом состоянии, не позволяющем выполнить широкую лапаротомию, допустимо прибегнуть к так называемой экстернизации ущемленного органа. В этих случаях под местной анестезией рассекают грыжевой мешок и ущемляющие грыжевые ворота, после чего подвергнувшуюся ущемлению некротизированную кишку выводят и фиксируют за пределами грыжевого мешка. Допустимо также иссечение некротизированной части кишки и фиксация концов кишки в окружности раны по типу двуствольной стомы.