План

Введение

1. Патофизиология

2. Клиническая характеристика

3. Диагностика

4. Лечение

Литература

ВВЕДЕНИЕ

Грыжи являются одним из наиболее распространенных хирургических заболеваний и встречаются в нашей стране у 7-8% мужчин и у 2,5-3% женщин (т.е. у 1,5 млн. человек в России). Причем грыжевое выпячивание может появиться в любом возрасте, как у новорожденного, так и у пожилого человека.

Грыжа классически определяется как проникновение любого окруженного брюшиной органа через врожденное или приобретенное отверстие в другую полость. Это классическое определение не охватывает все виды грыж. Оно не включает, например, внутренние грыжи, сальниковые грыжи, грыжи предбрюшинного жира или травматические грыжи различных органов. В брюшной стенке каждого человека уже с момента рождения имеются «слабые» или неполноценные места (паховый канал, пупок, апоневроз белой линии живота), через которые при определенном стечении обстоятельств под кожу могут выпячиваться внутренние органы, и появляется грыжа. Таким образом, основной причиной грыжи является существование патологически возникшего или патологически расширившегося отверстия в брюшной стенке (грыжевые ворота).

Наружными называются видимые или пальпируемые грыжи. К ним относятся бедренные, паховые, пупочные и рубцовые грыжи.

К внутренним относятся грыжи, возникающие в пределах ограниченной полости тела (как и орган, в котором происходит грыжеобразование). Примером могут служить диафрагмальные грыжи (как врожденные, так и приобретенные), грыжи, возникающие при проникновении через отверстие Winslow в сальниковую сумку или образующиеся при проникновении органа через разрывы в сальнике или брыжейке.

Грыжи рубца выявляются послеоперационным осложнением и возникают при проникновении органа через раневое отверстие. Это приобретенные грыжи.

Вправляемыми называют грыжи, при которых орган может быть возвращен в нормальное анатомическое положение без хирургического вмешательства (простыми манипуляциями).

К невправляемым, или ущемленным, грыжам относятся грыжи, при которых вправление невозможно без хирургического вмешательства. Ущемление может быть острым или хроническим. Возможность ущемления возрастает, если грыжа сочетается с заболеванием, приводящим к повышению внутрибрюшного давления (например, астма, хроническое обструктивное заболевание легких, доброкачественная гипертрофия предстательной железы, простатит и опухоли толстой или прямой кишки, которые вызывают обструкцию и запор). Все эти состояния могут обусловить повышение внутрибрюшного давления из-за напряжения при дыхании, мочеиспускании или дефекации.

Ущемление более вероятно при небольших размерах грыжевого окна и большом объеме содержимого грыжи. Это касается любой локализации грыжи; по мере увеличения окна возможность ущемления уменьшается. При возникновении и прогрессировании отека вправление грыжи еще более затрудняется. Возможно нарушение кровоснабжения.

В тех случаях, когда грыжа сопровождается нарушением кровоснабжения (венозным или артериальным), говорят о странгуляции. При прогрессировании нарушения кровоснабжения возможно возникновение гангрены. Хотя, по определению, все странгуляционные грыжи являются ущемленными, не всякая ущемленная грыжа является странгуляционной. Странгуляционные грыжи нуждаются в хирургическом лечении. Не все ущемленные грыжи требуют оперативного вмешательства. В большинстве случаев хроническое ущемление не приводит к странгуляции и немедленная хирургическая помощь не является обязательной.

Странгуляция и ущемление могут наблюдаться как при наружных, так и при внутренних грыжах.

1. ПАТОФИЗИОЛОГИЯ

Прямая паховая грыжа. Прямая паховая грыжа проникает через треугольник Гессельбаха, ограниченный паховой связкой, внутренним сосудистым пучком желудка и латеральным краем прямой мышцы живота. Этот тип грыж очень редко ущемляется.

Непрямая паховая грыжа. Непрямая паховая грыжа возникает при прохождении содержимого вниз по паховому каналу и располагается латерально по отношению к внутренним сосудам желудка. Ущемление такой грыжи происходит достаточно часто. Хотя грыжи этого типа чаще возникают у мужчин в связи с особенностями эмбриологического развития яичек, они наблюдаются и у женщин.

Бедренная грыжа. Бедренная грыжа возникает при прохождении содержимого под паховой связкой в бедренный канал. Она наиболее часто встречается у женщин ввиду особенностей строения малого таза. Бедренные грыжи часто сочетаются с односторонними паховыми грыжами. В целом среди населения наиболее распространенной является паховая грыжа. Бедренные грыжи часто не диагностируются у детей, поскольку они не характерны для этой возрастной группы.

Грыжа, проходящая над эпигастральными сосудами через полулунную линию, называется грыжей спигелиевой линии.

Двусторонние паховые грыжи описывают как парные грыжи; сочетание на одной стороне прямой и непрямой паховых грыж называется "панталонным". В том случае, когда независимо от анатомической локализации грыжи одна из стенок грыжевого мешка представлена вовлеченным органом, говорят о скользящей грыже. Различают скользящие паховые и диафрагмальные грыжи. При рихтеровской грыже ущемление или странгуляция поражает только стенку органа.

Хотя в возникновении грыж важное место отводится различным этиологическим факторам, в большинстве случаев они полиэтиологичны. Врожденные дефекты и наследственность имеют значение при непрямых грыжах, наблюдающихся при рождении. Как правило, отмечается недоразвитие части брюшной стенки. Персистирование processus vaginalis peritonei в паховом канале с достаточно большими грыжевыми воротами может быть врожденным. Аналогично этому врожденной бывает генерализованная слабость соединительной ткани.

Частота возникновения прямой паховой грыжи повышается с возрастом; у детей такие грыжи наблюдаются редко. Напротив, непрямые грыжи чаще встречаются у детей.

Медленное и хроническое повышение внутрибрюшного давления является основным фактором развития приобретенных грыж и провоцирующим фактором при непрямых грыжах, несмотря на существование врожденного грыжевого мешка.

Пупочные грыжи. Хотя у новорожденных часто наблюдается дефект пупочного кольца, он обычно закрывается ко второму году жизни. Частота пупочных грыж возрастает у тучных больных (особенно у пожилых), возможно, в связи с повышением внутрибрюшного давления. Достаточно часто такие грыжи встречаются у больных с длительным и выраженным асцитом. Важную роль в их развитии играет беременность. Пупочные грыжи могут ущемляться, особенно при небольших размерах дефекта и большом объеме содержимого.

2. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Большинство грыж развивается бессимптомно и выявляется при обычном осмотре либо случайно, либо самим больным. Слабо выраженные симптомы, такие как ощущение "потягивания" или выбухание в паху, могут быть единственным проявлением. При остром ущемлении боль возникает внезапно. При странгуляции имеются симптомы интоксикации с признаками кишечной непроходимости или перфорации. Наиболее частые жалобы — болезненность и ощущение выбухания.

У пациентов с ущемленной грыжей в анамнезе часто имеются указания на наличие грыжи. Больной, будучи не в состоянии самостоятельно вправить грыжу, обращается за медицинской помощью. При остром ущемлении отмечаются болезненность и напряженность; они могут сопровождаться тошнотой и рвотой, если возникает частичная или полная непроходимость. Болезненность связана с воспалением стенки кишки или сальника и окружающих тканей. В США ущемленные грыжи являются второй по частоте причиной кишечной непроходимости после постоперационных спаек.

Первые симптомы, обусловленные тракцией части тонкой кишки или сальника, могут определяться в эпигастрии. Если ущемляется только часть кишечной стенки (рихтеровская грыжа), то странгуляция может возникать без признаков и симптомов обструкции.

При осмотре обнаруживается аномальная припухлость. При наличии ущемления припухлость болезненна. Ее плотность варьирует в зависимости от содержимого грыжевого мешка.

При наличии ущемления часто наблюдаются тахикардия и небольшое повышение температуры. Неустраненное ущемление и странгуляция могут привести к кишечной непроходимости, перфорации, образованию абсцесса или к перитониту и септическому шоку.

Паховые грыжи необходимо дифференцировать от болезненных лимфатических узлов и гидроцеле. Лимфоузлы, как правило, бывают подвижными, твердыми и многочисленными. Гидроцеле выявляется при трансиллюминации, напряженность и болезненность отсутствуют. Ущемленные грыжи не трансиллюминируются и болезненны. При наличии кишки в грыжевом мешке могут прослушиваться кишечные шумы, и определяется перистальтика. Ущемленная грыжа может затруднять вращение яичка.

При остром ущемлении определяется некоторое повышение числа лейкоцитов со сдвигом формулы влево. Отражением дегидратации и интоксикации являются электролитные аномалии и подъем уровня мочевины крови. У пожилых больных лабораторные показатели ненадежны и могут не отражать клиническое состояние.

Наличие свободного воздуха под диафрагмой, которое может быть обусловлено перфорацией или омертвлением кишки, определяется на рентгенограммах грудной клетки (в положении стоя). Для выявления кишечной обструкции следует получить снимки (в положении больного лежа и стоя) органов брюшной полости, включая паховую область. Петли кишечника могут быть видны в грыжевой сумке.

3. ДИАГНОСТИКА

Диагноз паховой грыжи обычно не вызывает затруднений, и обычно выставляется при физикальном осмотре пациента. При осмотре хирург обращает внимание на форму и величину паховой грыжи, её размеры в вертикальном и горизонтальном положении пациента. Далее хирург исследует паховую область, производится пальпация грыжи, оценка её размеров, вправимости, содержимого. Основным моментом является определение размеров грыжевых ворот (в случае паховой грыжи – наружное и внутреннее отверстие пахового канала).

Из дополнительных методов для уточнения диагноза может примениться ультразвуковое исследование. Ультразвук брюшной полости, выполняемый перед операцией некоторым пациентам по показаниям, позволяет оценить содержимое грыжевого мешка, уточнить план операции.

К сожалению, ни самостоятельно, ни под воздействием гимнастики, лекарств, бандажей грыжа не исчезнет. Длительная консервативная терапия грыжи приводит к её увеличению, затягиванию сроков лечения. Пациент упускает то время, когда хирургическое лечение грыжи будет наиболее эффективно, а вероятность рецидива – минимальной. Нехирургическое "лечение" бандажами представляет лишь исторический интерес.

Ношение бандажей препятствует лишь выхождению внутренних органов в паховую грыжу через грыжевые ворота в грыжевой мешок, но не ликвидирует грыжу и не спасает от осложнений (ущемление, невправимая грыжа, острая кишечная непроходимость). К тому же, ношение бандажа часто затрудняет последующее оперативное вмешательство.

Как исключение консервативная терапия считается допустимой лишь у пожилых пациентов с гигантскими грыжами. Она назначается лишь потому, что риск оперативного вмешательства, анестезии выше возможной пользы для пациента. В таких случаях пациентам назначается пожизненное ношение эластических бандажей.

4. ЛЕЧЕНИЕ

При полной уверенности в очень раннем возникновении ущемления возможны попытки его паллиативной ликвидации и вправления грыжи. При подозрении на длительное ущемление такие попытки не следует предпринимать, ибо ни один участок омертвевшей кишки не должен вновь попасть в брюшную полость. Перед вправлением больной принимает положение Тренделенбурга и получает слабые седативные препараты. Может помочь теплый компресс на область выпячивания, который снимет отек и расслабит брюшные мышцы. Какие-либо грубые манипуляции при вправлении грыжи не допускаются. Продолжительность и сила вправления должны быть минимальными.

При болезненности, невозможности вправления или странгуляции недопустимо пероральное питание; показано введение назогастральной трубки. С целью коррекции электролитных нарушений и объема жидкости назначается внутривенная жидкостная терапия.

При невправляемом ущемлении или странгуляции показано только хирургическое лечение. Антибиотики широкого спектра действия и плазмозамещающая терапия могут быть необходимы, но только в плане подготовки к операции. Смертность выше у пожилых больных, которым требуется экстренная операция.

После операции.

Через 2-3 часа после операции Вы уже сможете самостоятельно ходить. Более того, через 3-4 часа после операции Вы можете самостоятельно покинуть стационар, в том числе и за рулём автомобиля;

После операции в области операционного вмешательства возможны небольшие боли. Они проходят либо самостоятельно через несколько часов, либо после приёма таблетки любого обезболивающего;

К вечеру повязка может промокнуть отделяемым из послеоперационного шва. Не пугайтесь этого: так происходит заживление любой послеоперационной раны.

После операции на следующий день необходима перевязка. Следующая перевязка обычно производится на 7-9 сутки после операции. Она необходима для снятия швов.

В течение 2 недель после операции не следует поднимать груз более 5-6 кг. Затем физические нагрузки можно постепенно увеличивать. Нормальная физическая активность возможна через месяц после операции;

Если Ваш врач не акцентирует Ваше внимание, то ношение бандажа после операции не обязательно, так как его роль прекрасно выполняет сетчатый имплантат;

Если после операции у Вас возникли любые, даже самые на Ваш взгляд незначительные вопросы, обязательно свяжитесь со своим врачом по телефону.

ЛИТЕРАТУРА

1. Военно-морская терапия. Учебник. Под ред. проф. Симоненко В.Б„ проф. Бойцова С.А., д.м.н. Емельяненко В.М. Изд-во Воентехпит., - М.: 1998. - 552 с.

2. Неотложная медицинская помощь: Пер. с англ./Под Н52 ред. Дж. Э. Тинтиналли, Р. Л. Кроума, Э. Руиза. — М.: Медицина, 2001.