**Осложнения грыж живота**

**(ущемление, невправимость, копростаз, воспаление)**

**I. Ущемленные грыжи**

Ущемление является самым тяжелым осложнением грыж, наблюдается у 3-15% больных с грыжами. В последние годы отмечается некоторое учащение в связи с удлинением продолжительности жизни – свыше 60% больных – старше 60 лет (Петровский). Ущемление – это внезапное сдавление грыжевого содержимого в грыжевых воротах, или рубцово измененной шейке грыжевого мешка с последующим нарушением питания ущемленного органа. Различают эластическое ущемление – вследствие внезапного сокращения брюшных мышц и каловое ущемление – при обильном поступлении кишечного содержимого в петлю, лежащую в грыжевом мешке. Кроме того, выделяют пристеночное ущемление (Рихтеровское) – ущемление части стенки кишки, противоположной брыжейке, в небольших по размеру грыжевых воротах (часто при бедренных грыжах или во внутреннем кольце при косых паховых) и ретроградное ущемление – ущемление промежуточной петли, лежащей в брюшной полости, и не видимой в грыжевом мешке – может сопровождаться некрозом петли в брюшной полости (при этом в грыжевом мешке определяется 2 и более петель кишки). Чаще всего ущемляется кишечная петля, затем – сальник, при этом степень наступающих изменений в ущемленном органе зависит от срока ущемления и степени сдавления.

**Патанатомия**

На месте сдавления кишки грыжевыми воротами образуются странгуляционные борозды у приводящего и отводящего конца кишки, занимающие три четверти окружности кишечной стенки. Здесь стенка кишки страдает особенно сильно, затем (по степени нарушения кровообращения) следует центральный отдел кишки, находящийся в грыжевом мешке, затем приводящая и отводящая петли. Нарушение питания кишечной стенки наступает как следствие непосредственного давления на стенку кишки, так и в результате венозного застоя с последующим отеком, кровоизлияниями и пропотеванием жидкости как в просвет кишки, так и в грыжевой мешок (грыжевая вода). Грыжевая вода вначале стерильна, затем принимает геморрагический характер, затем инфицируется. Нарастающее сдавление сосудов брыжейки и последующий тромбоз их приводит в конечном счете к некрозу. Омертвение кишки значительнее выражено со стороны слизистой, так как сосуды проходят в подслизистом слое; сероза повреждается значительно меньше и внешние изменения стенки кишки не соответствуют внутренним. В приводящем колене изменения со стороны слизистой могут простираться на 25-30 см выше, чем по серозе, в отводящей- на 12-15 см ниже. Омертвение кишки в грыжевом мешке влечет за собой грыжевую флегмону, затем каловый перитонит. Ущемление сальника- менее опасно, но может осложняться тромбозом и эмболией сосудов с последующим некрозом.

**Клиническая картина**

Сильные боли в области грыжевого выпячивания, вплоть до шока; редко боли незначительные.

Невправимость, наступившая внезапно.

Увеличение в размерах грыжевого выпячивания и резкая напряженность его за счет наличия грыжевой воды (отсутствует при Рихтеровском ущемлении).

Исчезновение симптома "кашлевого толчка".

Симптомы непроходимости кишечника – рвота, переходящая в каловую, неотхождение газов и кала, вздутие живота (отсутствуют при Рихтеровском ущемлении, а также при ущемлении сальника).

Общие симптомы – бледность, цианоз, похолодание конечностей сухой язык, малый частый пульс.

Местно – в запущенных случаях воспалительные явления в области грыжевого мешка – грыжевая флегмона.

Дифференциальный диагноз проводится с невправимой грыжей, воспалением грыжи, копростазом, грыжевым аппендицитом, паховым лимфаденитом, острым орхоэпидидимитом, непроходимостью кишечника другого генеза, перитонитом, панкреонекрозом. Диагностические ошибки наблюдаются от 3,5 до 18% случаев; при установлении локализации – бедренная или паховая- до 30 %.

Решающее значение необходимо придавать анамнезу. Обязателен осмотр всех возможных грыжевых ворот при острых заболеваниях брюшной полости. "При непроходимости кишок следует прежде всего исследовать грыжевые ворота и искать ущемленную грыжу" (Мондор).

Лечение

Всегда оперативное, как можно более раннее после ущемления. Через 3-е суток после ущемления летальность возрастает в 10 раз. Даже при своевременной операции смертельные исходы наблюдаются в настоящее время в 2,5% и более. Операция – устранение ущемления, при некрозе – резекция измененной кишки с последующим грыжесечением и пластикой.

Особенности операции:

Ущемляющее кольцо не рассекается до вскрытия грыжевого мешка, осмотра и фиксации ущемленных органов. Ущемляющее кольцо при бедренных грыжах рассекается кнутри.

Осторожность при рассечении кольца во избежание повреждения ущемлен-ных органов и сосудов брюшной стенки.

Помнить о возможном инфицировании "грыжевой воды" – обкладывание салфетками, отсасывание, посев.

Острожность при вправлении кишечных петель (производится после введения новокаина в брыжейку).

При наличии видимых изменений кишки- обкладывание салфетками, смоченными теплым физраствором на 5-10 минут. Признки жизнеспособности кишки : а/ восстановление нормальной окраски и тонуса. б/ блеск и гладкость оерозы, в/ наличие перистальтики, г/ наличие пульсации сосудов брыжейки.

При наличии нескольких петель в мешке – помнить о возможности ретроградного ущемления.

Резекния кишки производится в пределах здоровых тканей, с удале-нием не менее 40 см неизмененной приводящей и и 15-20 см отводящей кишки, лучше, "конец в конец", начинающим хирургам можно и "бок в бок". При крайне тяжелом состоянии больных накладываются кишечные свищи, у особенно тяжелых больных некротизированная петля выводится наружу без резекции ее. Методы пластики применяются самые простые, малотравматичные.

При грыжевой флегмоне производится срединная лапаротомия с резекцией кишки со стороны брюшной полости, затем возвращаются к грыже и производят иссечение ущемленной части кишки одним блоком. с обязательным дренированием брюшной полости. Пластика дефекта в этих случаях не производится.

Летальность : при операции в первые сутки 2,9% , во вторые-7%, после двух- 31,3% (институт Склифосовского). Осложнения- перитонит, легочные осложнения, эмболии и тромбозы, поздние кровотечения.

Консервативное лечение – (как исключение !!!) Допустимо только в первые 2 часа после ущемления и только у особо тяжело больных в состоянии сердечной декомпенсации, при инфаркте миокарда, тяжелых легочных заболеваниях, неоперабильных злокачественных опухолях и др., а также у ослабленных недоношенных грудных детей.

Оно включает:

опорожнение мочевого пузыря и кишечника,

теплую ванну, грелку,

приподнятое положение таза,

инъекции атропина,

очистительные клизмы теплой водой,

распыление хлорэтила,

несколько глубоких вдохов,

очень осторожное ручное вправление.

После вправления обязателен пальцевой контроль грыжевого канала с определением "кашлевого толчка". При самопроизвольном вправлении – наблюдение в стационаре с последующим плановым грыжесечением. При малейшем ухудшении состояния – срочная операция.

Профилактика – диспансерный метод активного выявления грыженосителей, своевременная плановая операция, санитарно-просветительная работа среди врачей общего профиля и населения о необходимости оперативного лечения грыж.

**II. Копростаз**

Копростаз – каловый застой в грыжевом мешке, наблюдается у лиц с атонией кишечника, чаще при больших невправимых грыжах, в старческом возрасте.

Особенности клиники: в отличие от ущемлений нарастание болей и увеличение выпячивания постепенное, болезненность и напряжение выпячивания незначительные, феномен кашлевого толчка сохранен. Картина частичной непроходимости кишечника. Общее состояние страдает мало.

Лечение: вправление (при вправимых грыжах), высокие клизмы, пузырь со льдом. Дача слабительных противопоказана !!! Операция желательна после ликвидации копростаза через несколько дней, но при безуспешности консервативных мер – срочная операция.

**III. Воспаление**

Воспаление – начинается чаще всего вторично, с грыжевого содержимого – грыжевой аппендицит, воспаление придатков матки и т.д., реже – со стороны грыжевого мешка или кожи (при экземе, при пользовании бандажом. Воспаление чаще серозное, серозно-фибринозное, иногда гнойное или гнилостное, при туберкулезе – хроническое.

Особенности клиники. Начало острое, боли, повышение температуры, местно – гиперемия, отек, вплоть до флегмоны. Лечение – оперативное (нередко в основе лежит ущемление, чаще пристеночное).

**IV. Невправимые грыжи**

Невправимая грыжа – хронически протекающее осложнение – результат образования сращений грыжевого содержимого с грыжевым мешком, особенно в области шейки, при постоянной травме в момент выхождения внутренностей, при пользовании бандажом.

Особенности клиники. В отличие от ущемления невправимость протекает при отсутствии или небольших болях, отсутствии напряженности грыжевого выпячивания, явлений непроходимости кишечника. Может осложняться копростазом, частичной непроходимостью кишечника. Невправимые грыжи часто сопровождаются диспептическими явлениями, чаще ущемляются. Лечение. Грыжесечение производится в плановом порядке, при подозрении на ущемление – срочная операция.

**\* \* \***

Скользящие грыжи – не являются осложнением, но отличаются анатомическими особенностями, которые должны учитываться при выполнении операции. Наблюдаются в 2,6-4,6% случаев. Чаще бывают паховыми (в 7 раз чаще), чем бедренными. "Соскользнувшими органами ", образующими одну из стенок грыжевого мешка, обычно является слепая кишка (при косых), или мочевой пузырь (при прямых и бедренных грыжах).

Особенности клиники. Клинически могут отличаться лишь явлениями дизурии при вовлечении в процесс мочевого пузыря; могут быть выявлены с помощью рентгенографии толстого кишечника с его контрастированием или мочевого пузыря с контрастом, а также при цистоскопии при вышедшей грыже. Обычно диагностируют лишь во время операции.

Особенности оперативного лечения: острожность при выделении грыжевого мешка, внимательный осмотр его – при скользящей грыже стенка толстая, непрозрач-ная, стенка мочевого пузыря покрыта венами. Вскрытие грыжевого мешка должно производиться в его тонкой части, где стенкой является париеталь-ная брюшина. Ушивание в области шейки мешка производится либо послепредварительной отсепаровки брюшины от органа с последующей перитонизацией дефекта, либо ниже органа, путем наложения кисетного шва изнутри, не захватывая стенки органа. При ущемлении и некрозе слепой кишки – срединная лапаротомия с правосторонней гемиколэктомией при ущемлении мочевого пузыря с некрозом стенки – резекция мочевого пузыря с дренированием околопузырного пространства и длительной катеризацией мочевого пузыря.

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://max.1gb.ru/>