Пензенский Государственный Университет

Медицинский институт

Кафедра хирургии

Зав.кафедрой: д.м.н., профессор

Митрошин А.Н.

Реферат

на тему:

Хирургия пупочной грыжи у взрослых

Выполнила: студентка

Проверил: к.м.н., доцент

Пенза

2006

План

Введение

I. Хирургическая анатомия пупочных грыж у взрослых

II. Клиника пупочных грыж у взрослых

III. Ущемленные пупочные грыжи у взрослых

IV. Основные операции применяемые для лечения пупочных грыж.

Заключение

Литература

**Введение**

Пупочные грыжи у взрослых (herniae umbil-icales adultorum), по данным статистики 60-х годов, составляли 3-5% от всех наружных грыж живота. По данным Жебровского, полученным в результате наблюдений за последние несколько лет, пупочные грыжи составили 11,7% от всех оперированных наружных грыж живота и по частоте вышли на 3-е место после паховых и послеоперационных. Тенденция к увеличению пупочных грыж может быть объяснена увеличением продолжительности жизни населения, возрастанием количества тучных людей, а также расширением показаний к хирургическому лечению этой категории больных.

Пупочные грыжи возникают преимущественно у женщин в возрасте старше 30 лет. В клинических наблюдениях женщин было 193 (88,4%), мужчин - 24 (11,6%). В возрасте до 40 лет было 50 больных, от 41 года до 50 лет — 61, от 51 года до 60 лет — 48, старше 60 лет — 58. У 68 больных были сложные формы пупочной грыжи: обширные, гигантские и рецидивные.

**I. Хирургическая анатомия пупочных грыж у взрослых**

В основе возникновения пупочных грыж у взрослых лежат, с одной стороны, дефект анатомического строения пупочного кольца, с другой — факторы, вызывающие повышение внутрибрюшного давления и растяжение передней брюшной стенки.

Грыжи взрослых подразделяются на прямые и косые. Прямые пупочные грыжи возникают при наличии истончённой поперечной фасции в области пупочного кольца. В таких случаях внутренности, выпячивая брюшину соответственно пупочному кольцу, выходят в подкожную клетчатку брюшной стенки наиболее коротким путём. Косые пупочные грыжи образуются в тех случаях, когда поперечная фасция утолщена соответственно пупочному кольцу. В этих случаях грыжевое выпячивание начинает образовываться выше или ниже пупочного кольца, грыжевой мешок по мере увеличения внутрибрюшного давления проходит между поперечной фасцией и белой линией живота, образуя так называемый пупочный канал, а затем через пупочное отверстие выходит в подкожную клетчатку передней брюшной стенки. Пупочный канал со временем постепенно уменьшается, и в застарелых пупочных грыжах трудно отличить косую грыжу от прямой.

Даже при очень больших грыжах грыжевые ворота относительно малы и редко достигают в диаметре более 10 см. Это, с одной стороны, облегчает пластику, а с другой — является предпосылкой для возникновения таких осложнений, как хроническая непроходимость кишечника, каловые завалы, ущемление грыжи.

Грыжевые ворота обычно имеют округлую форму. При больших грыжах и отвислом животе они находятся в верхнем отделе грыжевого выпячивания. Апоневроз и мышцы в зоне грыжевых ворот и в эпигастральной области нередко истончены, атрофичны, разволокнены. Это необходимо иметь в виду при выборе метода и способа операции.

Грыжевой мешок пупочных грыж покрыт кожей, подкожной клетчаткой и поперечной фасцией.

Грыжевым содержимым пупочных грыж чаще всего являются сальник, тонкая и толстая кишки. Грыжевое содержимое или свободно располагается в грыжевом мешке, или спаяно с ним.

Существует мнение о возможной роли в образовании пупочной грыжи у взрослых наследственной предрасположенности в виде недоразвития или отсутствия пупочной фасции, что, действительно, выявляется на операциях. Однако, как справедливо указывают хирурги, пупочная фасция может разрушаться вторично, вследствие давления растущей грыжи. По-видимому, факторы, начинающие действовать в процессе жизни, в возникновении пупочных грыж у взрослых играют гораздо большую роль, чем врожденные. Из причин, вызывающих повышение внутрибрюшного давления и растяжение брюшной стенки, наибольшее значение имеют беременность и ожирение.

Из других этиопатогенетических факторов следует упомянуть об асците различного происхождения, быстрорастущих опухолях брюшной полости, упорных запорах.

Пупочная грыжа часто сопровождается диастазом прямых мышц живота, предбрюшинными липомами, параумбиликальными грыжами, а также отвислым животом.

Так, в исследованиях Тоскина и Жебровского параумбиликальные грыжи сопутствовали пупочным грыжам в 23% случаев, а диастаз прямых мышц наблюдался у большей части больных (в 60% случаев). Этот факт при лечении пупочных грыж часто не учитывался, что являлось одной из причин рецидивов.

В патогенезе диастаза прямых мышц живота и, очевидно, других срединных грыж эпигастрия ведущую роль играет состояние прямых мышц. Различные этиологические факторы приводят к метаболическим нарушениям прямых мышц живота и, как следствие этого, к снижению их функциональных возможностей. Несоответствие между механической нагрузкой на переднюю брюшную стенку и потенциальными возможностями прямых мышц живота приводит к перенагрузке последних с последующей декомпенсацией, что предопределяет запуск следующих друг за другом стадий структурных нарушений мышечноапоневротических образований передней брюшной стенки с соответствующими клиническими проявлениями заболевания.

**II. Клиника пупочных грыж у взрослых**

Клинические проявления зависят от величины грыжи, размеров грыжевых ворот, выраженности спаечного процесса, наличия или отсутствия осложнений, сопутствующего ожирения. Нередко небольшие пупочные грыжи не причиняют больным особых беспокойств, если они вправимы и не имеют наклонности к ущемлению. В тех случаях, когда содержимым грыжи является фиксированный в грыжевых воротах участок большого сальника, который как бы полностью тампонирует грыжу, она может протекать бессимптомно и не увеличиваться в размерах. Однако, чаще из-за узости ворот, выхождение грыжи сопровождается болевыми ощущениями, которые могут также зависеть от натяжения припаянного к стенкам грыжевого мешка большого сальника.

Наиболее выраженная клиническая картина наблюдается, как правило, при грыжах значительной величины. Большие размеры грыжи при относительно узких воротах затрудняют пассаж содержимого по кишечнику. Такие больные страдают запорами, периодически появляющимися болями, у них часто бывает тошнота и даже рвота. Особенно выражены эти явления при невправимых грыжах. Состояние больных подчас отягощается еще и тем, что они тучные, нередко с отвислым животом, что в сочетании с грыжей причиняет им значительные неудобства.

Сопутствующие заболевания вносят свой фон в клиническое течение грыжи, исключительные неудобства при ходьбе и физической нагрузке, боли в спине и позвоночнике, тягостные постоянные ощущения в области грыжи, метеоризм, хронические запоры, отрыжка, тошнота, боли в области грыжи, урчание в животе, схваткообразные боли (при спаечной болезни или склонности к ущемлению) — вот тот симптомокомплекс, который всегда имеет место.

Распознавание пупочной грыжи трудностей не представляет ввиду появления характерного выпячивания в пупочной области при нахождении больного в вертикальном положении и при натуживании. При этом нередко через истонченную кожу отчетливо контурируются кишечные петли и видна их перистальтика. Важные дополнительные сведения можно получить с помощью рентгенологического исследования желудочно-кишечного тракта или УЗИ, которые позволяют судить о содержимом грыжи, обширности спаечного процесса и степени нарушения проходимости кишечника.

**III. Ущемлённые пупочные грыжи у взрослых**

Пупочные грыжи у взрослых имеют склонность к ущемлению. По данным литературы, они ущемляются в 15-30% случаев. Из больных, находившихся под наблюдением Жебровского, плановым операциям подвергнуто 144 пациента, а экстренным — 73, что составляет 33,6% от всех оперированных. Ущемленные пупочные грыжи чаше встречаются в пожилом возрасте.

Объясняется это двумя причинами. Во-первых, чем дольше существует грыжа, тем больше условий для возникновения осложнений. Во-вторых, хирурги остерегаются оперировать в плановом порядке пожилых больных, зачастую обремененных тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Возникает противоречие, которое до сих пор окончательно не разрешено. С одной стороны, для уменьшения количества осложнений необходимо шире проводить плановое оздоровление пожилых больных, а с другой — вследствие ряда объективных и субъективных причин этого не делают.

Ущемляться могут грыжи любой величины, ущемление малых грыж встречается реже носит характер эластического. При больших грыжах ущемление, как правило, возникает по типу калового. Признаками ущемления, как и при грыжах другой локализации, являются внезапно возникшая боль в области грыжевого выпячивания и невправимость ранее вправлявшейся грыжи. Больные могут не фиксировать внимание на болевых ощущениях в области грыжи, так как подобные боли, хотя и меньшей силы, часто наблюдались и раньше, потому необходимо уточнить информацию характере и силе болей. При ущемлении кишечных петель развиваются симптомы острой кишечной непроходимости. Особенно внимательным следует быть при вправимых грыжах у тучных пожилых больных. У них напряженное, невправимое грыжевое выпячивание частично скрывает большой отвислый живот. Следует также учитывать, что ущемление что бывает в одной из камер многокамерно-грыжевого мешка. При этом может наблюдаться симптом ложного вправления, когда содержимое вправляется не в брюшную полость, а в одну из камер грыжевого мешка. Создается иллюзия истинного вправления, что иногда служит причиной запоздалых оперативных вмешательств. В связи с этим усиление болевых ощущений, увеличение грыжевого выпячивания и малейшие признаки кишечной непроходимости должны служить поводом для госпитализации больного в хирургическое отделение и принятия самых экстренных мер для установления окончательного диагноза.

При больших невправимых грыжах вследствие травматизации кишечных петель в грыжевом мешке процесс образования спаек может прогрессировать и привести к возникновению спаечной непроходимости кишечника. По клинической картине это осложнение настолько напоминает ущемление грыжи, что различить их подчас можно только на операционном столе.

**V. Основные операции применяемые для лечения пупочных грыж**

В самом начале развития хирургии пупочные грыжи из-за сложности и опасности операции подвергались хирургическому вмешательству лишь при ущемлении, а для неущемленных форм конструировали различные, подчас весьма сложные бандажи. И в наши дни многие хирурги предпочитают не оперировать пожилых тучных больных, особенно если у них имеются интеркуррентные заболевания.

Основными методами грыжесечения, которые в настоящее время применяют для лечения пупочных грыж у взрослых, являются аутопластические способы, предложенные в начале нашего века Сапежко (1900) и Мейо (1901). Другие способы фасциально-апоневротической и мышечно-апоневротической пластики ввиду их ненадежности или чрезмерной сложности почти не применяют.

Способ Сапежко. Предложен в 1900 г. Производят два продольных дугообразных окаймляющих грыжу разреза с целью иссечь дряблую измененную кожу вместе с пупком. Пупок удается сохранить лишь при небольших грыжах (об удалении пупка следует больного поставить в известность заранее). Выделение, обработку и удаление грыжевого мешка производят, как и при предыдущем способе. Грыжевые ворота рассекают вверх и вниз до мест, где белая линия живота суживается и выглядит малоизмененной. Верхняя часть разреза захватывает область диастаза прямых мышц и ворота эпигастральной грыжи, если таковая имеется. Рубцовоизмененные края грыжевых ворот экономно иссекают. Брюшину осторожно отслаивают ножницами на 2—4 см от задней поверхности влагалища одной из прямых мышц. Осуществляют тщательный гемостаз, после чего брюшину сшивают непрерывным кетгутовым швом «край в край». Затем накладывают отдельные швы синтетическими нитями № 5—6, прочно захватывая край апоневроза с одной стороны и заднемедиальную часть влагалища прямой мышцы — с другой, где отпрепарована брюшина, для того чтобы создать дубликатуру шириной 2—4 см в продольном направлении (рис. 1).

При наложении первого ряда швов, с целью придать ему достаточную прочность и в то же время избежать нежелательного сдавления сосудов и нервов, во всех случаях, когда мы используем способ дубликатуры, то применяем следующую модификацию. В зависимости от длины разреза накладывается от двух до пяти редких сквозных П-образных швов, а между ними — отдельные несквозные швы между краем апоневроза и задней стенкой влагалища прямой мышцы. Второй ряд швов на дубликатуру накладывается обычным способом. Подкожная клетчатка и кожа зашиваются послойно.

Метод Сапежко является более физиологичным, чем метод Мейо, который приведен ниже, так как при его использовании уменьшается ширина белой линии живота и выпрямляется ход волокон прямых мышц, внутренние края которых приближаются друг к другу. Все это положительно сказывается на восстановлении брюшного пресса. Способ Сапежко облегчает обнаружение и устранение диастаза прямых мышц живота и сопутствующих эпигастральных грыж. Однако у тучных больных с отвислым животом вертикальные разрезы не позволяют исправить этот серьезный косметический недостаток. В таких случаях лучше прибегнуть к иссечению жирового фартука по Мейо, а пластику грыжевого дефекта производить по Сапежко.

У больных с ожирением целесообразно с помощью широких окаймляющих разрезов удалить излишки жировой клетчатки. Следует заметить, что сочетание грыжесечения с элементами косметической абдоминопластики обеспечивает ряд преимуществ: 1) создается широкий оперативный доступ ко всем отделам передней стенки живота (ревизия апоневроза); 2) улучшается конфигурация живота; 3) в меньшей степени травмируются края раны, что создает наиболее благоприятные условия для заживления.

У пожилых больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями и высокой степенью операционного риска операция при пупочной грыже должна быть минимальной. Следует отказаться от одномоментной ликвидации диастаза прямых мышц живота и ограничиться лишь пластикой грыжевых ворот.

Способ Мейо. Предложен в 1901 г. Обезболивание общее. Грыжу окружают двумя поперечными сходящимися дугообразными разрезами, захватывающими всю излишнюю свисающую жировую складку. У основания грыжевого мешка апоневроз отпрепаровывают от подкожной клетчатки на расстоянии 5—6 см по окружности. Осуществляют тщательный гемостаз. Вскрывают грыжевой мешок, разделяют сращения, припаянный сальник резецируют и внутренности вправляют в брюшную полость. Мешок иссекают, края его несколько отпрепаровывают и зашивают в поперечном направлении. Грыжевое отверстие расширяют двумя поперечными разрезами белой линии живота и апоневроза прямых мышц до появления их внутреннего края. Затем накладывают П-образные швы с таким расчетом, чтобы нижний лоскут ложился над верхним. Вторым рядом узловых швов верхний лоскут пришивают к нижнему в виде дубликатуры (рис. 2).

Затем накладывают швы на клетчатку и кожу. Недостатком этого способа является то, что белая линия живота не суживается, а, наоборот, расширяется. Деформируются и прямые мышцы, что является в функциональном отношении невыгодным. Кроме того, следует отметить, что этот метод не устраняет диастаза прямых мышц живота, который также подлежит хирургической коррекции.

При использовании метода Мейо уменьшается ширина белой линии живота и выпрямляется ход волокон прямых мышц, внутренние края которых приближаются друг к другу. Все это положительно сказывается на восстановлении силы брюшного пресса. Способ Сапежко облегчает обнаружение и устранение диастаза прямых мышц живота и сопутствующих эпигастральных грыж. Однако у тучных больных с отвислым животом вертикальные разрезы не позволяют исправить этот серьезный косметический недостаток. В таких случаях лучше прибегнуть к иссечению жирового фартука по Мейо, а пластику грыжевого дефекта производить по Сапежко.

Метод Шпаковского. После иссечения кожно-подкожного жирового лоскута и обнажения апоневроза рассекают по средней линии брюшинно-апоневротическую пластинку кверху и книзу от грыжевого дефекта до места, где ширина ее составляет не менее 1,5 см. Двойной шелковой лигатурой прошивают передний и задний листки влагалища прямой мышцы живота, отступив от внутреннего края места отхождения соединительнотканных волокон, образующих белую линию живота.

После завершения пластики на месте дефекта образуется небольшое возвышение в виде валика, состоящего из удвоенных полосок грыжевого мешка и брюшинно-апоневротических пластинок. При этом сложенные полоски грыжевого мешка и брюшинно-апоневротические пластинки соприкасаются брюшинными поверхностями, а завернутые соединительнотканной поверхностью — с апоневрозом переднего листка влагалища прямой мышцы живота. Соприкосновение однородных тканей является гарантией их прочного сращения.

По данным Жебровского, при строго дифференцированном подходе к выбору метода операции у больных с пупочными грыжами аутоп-ластические способы Сапежко и Мейо дают рецидивы в 1,5—2% случаев. При сопутствующем диастазе прямых мышц живота целесообразно, помимо герниопластики, производить сближение внутренних краев мышц с раздельным прошиванием задней и передней стенок их апоневротических влагалищ.

У больных с ожирением целесообразно с помощью широких окаймляющих разрезов удалять излишки жировой клетчатки. Следует заметить, что сочетание грыжесечения с элементами косметической абдоминопластики обеспечивает ряд преимуществ: 1) создается широкий оперативный доступ ко всем отделам передней стенки живота (ревизия апоневроза); 2) улучшается конфигурация живота; 3) в меньшей степени травмируются края раны, что создает наиболее благоприятные условия для заживления.

**Заключение**

Современная герниология располагает огромным опытом лечения больных с большими, гигантскими, сложными и рецидивными пупочными грыжами с использованием различных методов пластики дефектов передней брюшной стенки, которые увеличивают и делают оптимистическими перспективы для повышения радикальности лечения, а значит, и улучшения качества жизни больных-грыженосителей.

**Литература**

1)Пластика местными тканями при больших и сложных послеоперационных грыжах живота. Баулин Н.А., Зайцева М.И., Сергеев И.В., монография.-Пенза:Изд-во Пенз. гос. ун-та, 2001

2)Хирургия грыж живота. Жебровский В.В.- М.:ООО»Медицинское информационное агенство», 2005

3)Хирургическая анатомия наружных грыж живота Баулин А.Н., Пенза:Изд-во Пенз. гос. ун-та, 2001

4)Атлас оперативной хирургии грыж. Егиев В.Н., Лядов К.В., Воскрксенский П.К.,-М.:Медпрактика, 2003

5)Хирургия грыж брюшной стенки. Воскресенский П.К., Горелик С.Л., М.:Медицина, 1965

6)Хирургическое лечение послеоперационных грыж. Барков А.А., Мовчан К.М.//Вестник хирургии 1995

7)Отдалённые результаты грыжесечения. Землянкин А.А.//Клиническая хирургия, 1991

8)Грыжи живота. Тоскин К.Д., Жебровский В.В.-М.:Медицина, 1983

9)Пластика передней брюшной стенки при послеоперационных и рецидивных грыжах. Юпатов С.И., Колтонюк В.М.//Хирургия, 1988 №8