

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

Кафедра Хирургические болезни с ВПХ

ЛЕКЦИЯ

ТЕМА: «Грыжи живота»

ТАШКЕНТ - 2007

Тема лекции: Грыжи живота

Лекция посвящена: для студентов 4 курса педиатрического факультета

Обоснование темы: Во многих клиниках нашей страны еще сохранена традиция начинать изложение частной хирургии с учения о грыжах. Эта традиция несет важнейшие элементы классической хирургии сыграла большую роль в подготовке многих поколений замечательных хирургов. Современная герниология вооружена точными анатомическими сведениями и огромным практическим опытом. Хорошо изучены этиологические факторы грыжи, произведен критический анализ множества способов операций. Однако достигнутое не снижает актуальности. Ежегодно в стране производят тысячи разнообразных грыжесечений, и на сегодняшний день мы не можем сказать, что результаты этих операций нас полностью удовлетворяют.

Цель лекции: Ознакомить студентов истории учения о грыжах, этиологии и патогенезе образованию грыж, разобрать общие факторы образования грыж, симптоматику и общие принципы лечения грыж.

Воспитательные цели: Ознакомить студентов и научить правильному общению с больными грыжами брюшной стенки, а также умению различать различные виды грыж с соблюдением медицинской этики и человеческих норм.

Задачи лекции: Ознакомить студентов с историческими данными развития учения о грыжах, с трудами ученых внесших большой вклад в развитие герниологии. Ознакомить с этиологией, патогенезом, классификацией, клиникой, диагностикой грыж. Ознакомить методам пред- и послеоперационного ведения больных, методам лечения этих больных.

Вопросы, подлежащие разбору с указанием времени, отведенного на вопрос:

1. Исторические данные – 5 мин
2. Общие данные (определение понятия) – 10 мин
3. Классификация. Этиология и патогенез – 10 мин
4. Общие факторы образования грыж – 20 мин
5. Симптоматика и общие принципы лечения – 45 мин

Вопросы к аудитории для установки обратной связи:

1. Дайте определение понятию “грыжа”
2. Из каких элементов состоит грыжа
3. Какие орган наиболее часто является элементом грыжевого содержимого
4. Что относится к предрасполагающим факторам образования грыж
5. Что такое скользящая грыжа

ГРЫЖИ ЖИВОТА

Грыжей (hernia) называют выходение внутренностей через естественные или патологические отверстия из полости, нормально занимаемой ими, под покровы тела или в другую полость.

Различают наружные и внутренние грыжи живота.

Наружные грыжи живота – это выходение внутренних органов вместе с париетальной брюшиной из брюшной полости через естественные или искусственные отверстия брюшной стенки подкожную клетчатку при сохранении кожных покровов.

Внутренние грыжи живота образуются внутри полости брюшины при проникновении внутренностей в карманы брюшины.

В отличие от наружной грыжи живота при **эвентрации** происходит выходение внутренних органов без париетальной брюшины через поврежденную брюшную стенку под кожу (подкожная эвентрация) или наружу (наружная эвентрация).

Выпадением внутренностей называют выходение органа наружу через естественное отверстие (например, выпадение прямой кишки, матки).

НАРУЖНЫЕ ГРЫЖИ ЖИВОТА

Наружная грыжа живота - частое заболевание, грыженосители составляют 3--4% всего населения. Грыжа ограничивает трудоспособность грыженосителя, представляет опасность для жизни больного из-за возможного развития осложнений (ущемление, воспаление).

Элементы наружной грыжи живота: грыжевые ворота, грыжевой мешок, содержимое грыжи, оболочки грыжи.

Грыжевые ворота представляют слабые места в мышечно-апоневротической стенке живота, через которые внутренние органы с париетальной брюшиной выходят из брюшной полости. Такими слабыми местами могут быть естественные каналы или щели, проходящие в толще брюшной стенки паховый канал, бедренный канал, пупочный канал, щели между апоневротическими волокнами, образующими белую линию живота, полулунную линию, запирающее отверстие, седалищные отверстия. Грыжевые ворота могут быть дефектом в мышечно-апоневротическом слое или каналом, который включает глубокое отверстие, непосредственно сам канал и наружное или поверхностное отверстие.

Грыжевой мешок представляет собой выпячивание париетальной брюшины через грыжевые ворота. В грыжевом мешке различают устье, шейку, тело и дно. Устьем называется часть грыжевого мешка, которая граничит с брюшной полостью.

Шейкой грыжевого мешка называется узкий отдел грыжевого мешка, находящийся в толще брюшной стенки - в грыжевых воротах. Тело грыжевого мешка - самая большая его часть. Дистальный отдел грыжевого мешка называют дном.

Грыжевой мешок может быть однополостным, двух-, трех- и иногда многополостным.

При увеличении грыжи в результате травмы и воспаления внутри грыжевого мешка образуются спайки и дивертикулы, что может способствовать ущемлению содержимого грыжи в одной из полостей (камер) грыжевого мешка. Полная перегородка грыжевого мешка с изоляцией одного сегмента может привести к формированию кисты грыжевого мешка.

Содержимое грыжевого мешка - внутренние органы, вышедшие в грыжевой мешок. Любой орган брюшной полости (кроме поджелудочной железы) может быть содержимым грыжевого мешка. Чаще грыжевой мешок содержит наиболее подвижные органы брюшной полости: большой сальник, тонкую кишку.

Классификация наружных грыж.

По происхождению различают врожденные и приобретенные грыжи. Приобретенные грыжи делят на грыжи от усилия (вследствие резкого повышения внутрибрюшного давления), грыжи от слабости (у пожилых людей при атрофии мышц,

уменьшении эластичности брюшной стенки), послеоперационные, травматические искусственные

В зависимости от анатомического расположения грыж различают паховые, бедренные, пупочные, эпигастральные, мечевидного отростка, боковые грыжи живота, поясничные, седалищные, запирающего отверстия, промежностные.

По клиническому течению в зависимости от состояния входящих в грыжу внутренностей разделяют! грыжи на вправимые, невправимые, грыжи с явлениями копростазы, грыжи с явлениями ущемления, грыжи с явлениями воспаления.

Этиология и патогенез: Наибольшее число больных с грыжами бывает среди детей в возрасте до 1 года, затем число больных постепенно уменьшается до 10-летнего возраста, после этого снова увеличивается и к 30-40 годам достигает максимума. В пожилом и старческом возрасте также отмечено увеличение числа больных с грыжами живота.

Наиболее часто наблюдаются паховые грыжи (75%), затем бедренные (8%), пупочные (4%), послеоперационные (12%) грыжи, 1% составляют все прочие формы грыж. У мужчин чаще бывают паховые грыжи, у женщин - бедренные и пупочные.

В происхождении грыж имеют значение многие факторы, как местные, так и общие.

Местные факторы: особенности анатомического строения области выхода грыжи. К ним относят паховый канал, через который у мужчин проходит семенной канатик, бедренный канал, через который проходят бедренные сосуды, область пупка и белой линии живота, где имеются свободные от мышц промежутки.

Общие факторы, способствующие образованию грыжи, разделяют на предрасполагающие и производящие.

Предрасполагающие факторы: наследственность, возраст (слабая брюшная стенка у детей первого года жизни, атрофия тканей брюшной стенки у старых людей), пол (особенности строения таза и большие размеры бедренного кольца у женщин, большая слабость паховой области у мужчин), особенности телосложения, степень упитанности (быстрое похудание), частые роды, травма брюшной стенки, послеоперационные рубцы, паралич нервов, иннервирующих брюшную стенку.

Перечисленные факторы способствуют местному ослаблению брюшной стенки.

Производящие факторы - факторы, вызывающие повышение внутрибрюшного давления: тяжелый физический труд, трудные роды, затруднение мочеиспускания (аденома

предстательной железы, фимоз, стриктуры уретры), запоры, длительный кашель (туберкулез, хронический бронхит). Усилие, способствующее повышению внутрибрюшного давления, может быть единственным и внезапным (тяжелая работа, подъем тяжести) или часто повторяющимся и минимальным (кашель).

Механизм образования грыж различен в зависимости от происхождения грыжи (врожденная или приобретенная). Причиной образования врожденной грыжи является недоразвитие брюшной стенки во внутриутробном периоде (эмбриональные пупочные грыжи, грыжа пупочного канатика), незаращение брюшинно-пахового отростка.

Грыжевые ворота и грыжевой мешок формируются вначале, а затем в результате физического усилия внутренние органы проникают в грыжевой мешок.

При приобретенных грыжах внутренние органы выходят на уровне грыжевых ворот и проникают далее чаще всего по ходу сосудистого пучка или органа (бедренный канал, паховый канал). Под влиянием повышенного внутрибрюшного давления внутренние органы раздвигают впереди себя слои брюшной стенки. Грыжевой мешок формируется посредством растяжения и прогрессирующего выпячивания париетальной брюшины.

Клиника и диагностика: Основными симптомами заболевания являются боль в области грыжи и в животе, наличие выпячивания в одной из грыжевых зон. Выпячивание

появляется при натуживании или в вертикальном положении больного, исчезает или уменьшается в горизонтальном положении после ручного вправления.

Боль в области грыжевого выпячивания возникает при физической нагрузке, ходьбе, резких движениях, при изменениях барометрического давления. Нередко появляются тошнота, отрыжка, вздутие живота, запоры.

Развитие грыжи происходит, как правило, медленно. В начале в месте формирующейся грыжи возникает покалывающая боль при физической нагрузке, ходьбе, беге, подъеме тяжести. Через некоторое время появляется выпячивание, которое исчезает в горизонтальном положении больного и снова возникает при физической нагрузке.

Выпячивание постепенно увеличивается, приобретает округлую или овальную форму. При грыжах, остро возникших в момент резкого повышения внутрибрюшного давления, больные ощущают сильную боль в области формирующейся грыжи, внезапное появление выпячивания брюшной стенки и кровоизлияния в окружающие ткани.

Исследование местного статуса включает осмотр, пальпацию, перкуссию и специальные приемы. Больного осматривают в положении стоя и в горизонтальном положении; при этом необходимо обнажить живот и верхнюю треть обоих бедер.

Осмотр в положении стоя дает возможность определить иногда незаметную асимметрию в паховых областях и под паховыми связками. При натуживании и кашле определяют незначительные выпячивания, ранее незаметные, а при больших грыжах устанавливают наибольший их размер. При перкуссии грыжевого выпячивания выслушивается тимпанический звук при наличии в грыжевом мешке кишки, содержащей газ, и притупление, когда содержимым грыжевого мешка является большой сальник или орган, не содержащий газа.

При пальпации определяют консистенцию содержимого грыжи (ощущение упруго-эластичной консистенции дает кишечная петля, дольчатое строение мягкой консистенции имеет большой сальник).

В горизонтальном положении больного определяют вправимость содержимого грыжевого мешка. В момент вправления большой грыжи можно услышать характерное урчание в кишечнике. Грыжа может быть вправимой, частично вправимой и невправимой. Эти данные важны для характеристики грыжи и должны быть отражены в диагнозе.

К специальным методам исследования относят определение грыжевых ворот и симптома кашлевого толчка. После вправления содержимого грыжи пальцем, введенным в грыжевые ворота, уточняют размер, форму наружного отверстия грыжевых ворот. При покашливании больного палец исследующего ощущает толчки выпячивающейся брюшины и прилежащих органов (симптом кашлевого толчка).

Кашлевой толчок – характерный симптом наружной грыжи живота. Для выявления грыж необходимо обследовать все грыжевые зоны.

При больших грыжах для определения содержимого грыжевого мешка проводят рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта, мочевого пузыря.

Скользящие грыжи - это грыжи, в которых одной из стенок грыжевого мешка является орган, частично покрытый брюшиной (например, мочевой пузырь, восходящая и нисходящая кишки). Редко грыжевой мешок отсутствует, а все выпячивание образовано только теми сегментами соскользнувшего органа, которые почти не покрыты брюшиной. Скользящие грыжи толстой кишки чаще бывают при косых паховых грыжах, а мочевого пузыря при прямых паховых грыжах. Скользящие грыжи составляют 1-1,5% всех паховых грыж.

Скользящие грыжи по механизму возникновения могут быть врожденными и приобретенными. При врожденных скользящих грыжах органы (например, толстая кишка, мочевой пузырь) под влиянием различных причин, иногда начиная с эмбрионального периода, постепенно могут некоторыми своими отделами, не покрытыми брюшиной, спуститься или как бы соскользнуть по рыхлой ретроперитонеальной клетчатке к

внутренним грыжевым воротам, выйти из брюшной полости и стать составной частью грыжевого выпячивания без грыжевого мешка.

Приобретенные скользящие грыжи возникают вследствие механического стягивания брюшиной прилежащих к ней сегментов кишки или мочевого пузыря, лишенных серозного покрова.

Скользкая грыжа толстой кишки не имеет патогномичных симптомов. Обычно это большая грыжа с широкими грыжевыми воротами у лиц пожилого или старческого возраста. Диагностике помогает рентгенологическое исследование толстой кишки (ирригоскопия).

При скользящих грыжах мочевого пузыря больных могут беспокоить расстройства мочеиспускания или мочеиспускание в два приема. Сначала больной опорожняет мочевой пузырь, а потом после надавливания на грыжевое выпячивание появляется новый позыв на мочеиспускание, и больной начинает мочиться снова. При подозрении на скользящую грыжу мочевого пузыря необходимо выполнить катетеризацию мочевого пузыря и цистографию. Последняя может выявить форму и размеры грыжи мочевого пузыря, наличие камней в мочевом пузыре.

Лечение: только хирургическое. Если не знать анатомических особенностей скользящей грыжи, можно во время операции вскрыть вместо грыжевого мешка стенку кишки или стенку мочевого пузыря.

Хирургическое лечение - основной метод лечения наружных грыж живота. Операция - это единственная возможность предотвратить такие тяжелые осложнения грыжи, как ее ущемление, воспаление и др.

Операцию неосложненных грыж проводят по этапам: рассекают ткани над грыжевым мешком, рассекают грыжевые ворота, выделяют грыжевой мешок, вскрывают его, вправляют содержимое грыжевого мешка в брюшную полость, прошивают и перевязывают грыжевой мешок в области шейки, отсекают грыжевой мешок и укрепляют брюшную стенку в области грыжевых ворот путем пластики местными тканями или аллопластическими материалами. Грыжесечение проводят под местным или общим обезболиванием.

Консервативное лечение грыж проводят при пупочных грыжах у детей. Оно заключается в применении повязок с пелотом, которые препятствуют выходу внутренних органов. У взрослых применяют различного вида бандажи.

Ношение бандажа назначают больным, которые не могут быть оперированы из-за наличия у них серьезных противопоказаний к операции (декомпенсация хронических заболеваний сердца, легких, почек, цирроз печени, дерматит, экзема, злокачественные новообразования). Цель ношения бандажа – препятствовать выходу внутренних органов в грыжевой мешок. Бандаж способствует закрытию грыжевых ворот. Ношение бандажа возможно только при вправимых грыжах.

Длительное ношение бандажа способствует атрофии тканей брюшной стенки, образованию сращений между внутренними органами и грыжевым мешком, т. е. ведет к развитию невправимости грыжи.

Профилактика: имеет значение соблюдение гигиены грудных детей, которая заключается в уходе за пупком, правильном кормлении, регуляции функции кишечника. Регулярные занятия физкультурой и спортом как средство укрепления мышц и организма вообще. Необходимо бороться с ожирением и особенно с сильным истощением после него, так как эти патологические состояния нередко благоприятствуют образованию грыж. На предприятиях необходимо правильно подбирать рабочих на физическую работу в соответствии с их силами и состоянием здоровья.

Большое значение имеет раннее выявление людей, страдающих грыжами живота, и направление их на операцию до развития осложнений. Для этого необходимо проводить профилактические осмотры населения, в частности школьников и лиц пенсионного возраста.

Литература, использованная для написания лекции:

1. Крымов А.П. “Учение о грыжах”, 1930 г.
2. Кузин М.И. “Хирургические болезни”, 1995 г.
3. Кукуджанов П.И. “Прямые паховые грыжи и их лечение”, 1949 г.
4. Напалков И.И. “О грыжах белой линии живота”, 1950 г.
5. Воскресенский А.В. “Грыжи брюшной стенки”, 1968 г.
6. Астапенко А.Г. “Практическое руководство по хирургическим болезням”, 1984 г., часть 1.
7. Литтманн И. “Оперативная хирургия”, 1982 г.
8. Каримов Ш.И. “Хирургик касалликлар”, 1991 г.
9. Аъзамхожаев С.М. “Хирургик касалликлар”, 1991 г.
10. Русаков В.И. “Основы частной хирургии”, 1975 г.

Адреса в Интернете по теме лекции:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>