

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ**

КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ С ВПХ

Р Е Ф Е Р А Т

НА ТЕМУ:

БРЮШНЫЕ ГРЫЖИ

Ташкент – 2010

План реферата:

1. Классификация брюшных грыж.
2. Этиология грыж живота.
3. Клиника брюшных грыж.
4. Лечение грыж живота.
5. Осложнения грыж.

Брюшные грыжи

Брюшиной грыжей называется выходение брюшных внутренностей, прикрытых пристеночным листком брюшины, из брюшной полости через предуготованные или вновь образованные отверстия в брюшной стенке.

Следует также различать:

- а) **eventracio** – выходение внутренностей при ранениях и повреждениях брюшной стенки;
- б) **prolapsis** – выпячивание внутренностей, непокрыты брюшиной (выпадение прямой кишки или матки).

Русское слово грыжа происходит от глагола (грызть). В деревнях до сих пор еще существует выражение «грызь»). Старые авторы широко использовали термин **“rupture”** – разрыв. Французские хирурги называют грыжи **“ropure”**, немецкие – **“Bruch”**, т.е. разрыв или прорыв. В старых русских руководствах применяли термин «кила», который перешел в народный язык. Сам термин происходит от греческого слова **“kele”**, которому соответствует латинское **“hernia”**, что буквально означает «отросток, ветка». Термин **“kele”** применял еще Гиппократ, а термин **“hernia”**, впервые применял Цельс.

Классификация брюшных грыж

I. Анатомическая классификация.

1. По локализации:

- а) наружные – паховые, бедренные, пупочные, белой линии, поясничные, запираательные, седалищные, промежностные;

- б) внутренние – винслового отверстия, диафрагмальные;

- в) одно – и двусторонние.

2. По отношению к брюшине:

- а) истинные (с грыжевым мешком);

- б) ложные (без грыжевого мешка, например, выпячивание предбрюшинного жира);

- в) скользящие (одну из стенок грыжевого мешка составляет выпавший орган, частично покрытый брюшиной – слепая кишка, мочевого пузыря).

II. Этиологическая классификация.

1. Врожденные (**hernia congenitalis**).

2. Приобретенные (**hernia aquista**):

- а) предуготованные (**hernia praeformate**) возникшие в типичных местах, в так называемых «грыжевых точках»;

- б) травматические (**hernia traumatica**): в этой группе особо выделяются грыжи послеоперационные;

- в) искусственные грыжи (**hernia actificialis**) – встречались в старое время и представляли из себя умышленное членовредительство для уклонения от службы в царской армии.

III. Клиническая классификация.

1. Неосложненные грыжи – свободные (**libera**), Вправляемые (**reponibilis**), неущемленные (**nonincarcerata**).

2. Осложненные грыжи.

Различают следующие осложнения грыж:

- а) воспаление; б) капристоз; в) невосприимчивость (**irreponibilis**); г) защемление (**incarcerate**).

Составные части или элементы грыжи:

1. Грыжевые ворота, грыжевые отверстия (**niatus hernia**).
2. Грыжевой мешок (**saccus hernij**), в котором различают:
 - а) устье (воронку, вход в грыжевой мешок);
 - б) шейку;
 - в) тело;
 - г) дно.
3. Содержимое грыжи.

Этиология грыж

1. Причины местные.

К ним относятся анатомические особенности строения брюшной стенки и, в первую очередь, «слабые», неполноценные места. К ним относятся:

- а) пупочное кольцо, которое прикрыто кожей, рубцовой тканью и листком брюшины;
- б) средняя и белая линия живота, образованная переплетающимися волокнами апоневрозов мышц живота;
- в) спигелиева линия;
- г) треугольники Пти и Грюнфельда;
- д) паховый канал или паховый промежуток, ограниченный сверху косой и поперечной мышцами, снизу – паховой связкой, медиально-наружным краем прямой мышцы живота. Таким образом, паховый промежуток представляет треугольное пространство, не заполненное мышцами (треугольник Фергюссона-Венгловского);
- е) бедренный канал.

II. Причины общие

А. Предрасполагающие причины:

1. Наследственность (в 20-25 % случаев имеется наследственное предрасположение к грыже).
2. Возраст – наиболее часто грыжи встречаются в цветущем возрасте 20-40 лет (на этот возраст приходится наиболее интенсивная физическая нагрузка).
3. Пол – 85 % грыж приходится на мужчин, 15 процентов – на женщин.
4. Особенности положения брюшных внутренностей – при длинных брыжейках или связках брюшные органы получают ненормальную подвижность и развивается спланхноптоз, при котором брюшные органы устремляются к грыжевым воротам.
5. Похудание приводит к ослаблению брюшной стенки, расширению грыжевых ворот.
6. Слабость брюшных мышц.

Б. Производящие причины:

1. Повышающие внутрибрюшное давление:
 - а) тяжелый физический труд; б) кашель, крик; в) стриктура уретры, фимоз, затруднение мочеиспускания при аденоме предстательной железы; г) трудные роды; д) рвота; е) затягивание живота (корсет); ж) запоры, поносы; з) игры на духовых инструментах.
2. Ослабляющие брюшную стенку:
 - а) тяжелые болезни; б) повторные роды; в) старость; г) оперативные вмешательства; д) травма брюшной стенки; е) дистрофия, рахит.

Клиника грыжи

Жалобы больных: наличие выпячивания брюшной стенки, увеличивающегося при физическом напряжении, кашле; могут отмечаться тупые боли или неприятные ощущения в области выпячивания, иногда могут боли в глубине живота, диспептические явления (тошнота, отрыжка, вздутие живота, запоры), снижение трудоспособности у лиц физического труда.

Объективные данные:

1. Наличие припухлости в одной из грыжевых точек, сообщающейся через грыжевые ворота с брюшной полостью;

2. Вхождение и выходение содержимого в грыжевой мешок при натуживании или перемене положения.
3. Расширение канала или отверстия в брюшной стенке при расслабленном брюшном прессе.
4. Симптомы кашлевого толчка.
5. Ощущения при пальпации грыжи перистальтики (урчание).
6. Тимпанический или тупой звук при перкуссии.
7. Отрицательный симптом просвечивания.

Оперативное лечение паховых грыж

Паховые грыжи составляют 80-85 % от числа всех грыж.

Различают косые и прямые паховые грыжи.

Косая паховая грыжа может быть врожденной и приобретенной, прямая – приобретенной.

По стадиям развития различают следующие виды паховых косых грыж:

1. При расширении поверхностного пахового кольца, пропускающего конец пальца, говорят о расширении пахового канала (**dilatatie canalis inguinalis**);
2. Начальная паховая грыжа (**hernia inguinalis obliqua incipiens**).
3. Неполная паховая грыжа (**hernia inguinalis obliqua incompleta**). Грыжа выходит из пахового канала, но не опускается в мошонку;
4. Пахово-мошоночная грыжа (**hernia inguinalis obliqua scrotalis**).

I. Способы пластики пахового канала с укреплением его передней стенки.

А.Способы пластики без вскрытия передней стенки пахового канала.

1. Способ Ру-Оппеля

По способу Ру (1899) после обнажения апоневроза наружной косой мышцы, не вскрывая пахового канала, производят возможно высокое выделение грыжевого мешка (до появления предбрюшинного жира), прошивают его у шейки и отсекают. Первый шов накладывают на ножки пахового поверхностного кольца, после чего образуется на апоневрозе наружной косой мышцы живота складка, которую подшивают к паховой связке несколькими швами, укрепляя тем самым переднюю стенку пахового канала.

В.А. Опель (1919) несколько усовершенствовал метод Ру, предложив захватывать в шов не только апоневроз, но и внутреннюю косую мышцу живота.

Способ Ру-Оппеля может применяться при небольших грыжах или же при расширении пахового кольца.

2. Способ Кохера.

Грыжевой мешок выделяют в пределах поверхностного пахового кольца, а затем с помощью корнцанга проводят его вершину паховый канал и выводят через небольшой разрез в апоневрозе наружной косой мышцы живота на уровне передней верхней подвздошной ости. Выделяют грыжевой мешок до шейки, прошивают, перевязывают и отсекают, фиксируя культю грыжевого мешка к апоневрозу наружной косой мышцы живота. Затем в паховый канал вводится палец, над которым захватывается в шов практически вся передняя стенка пахового канала и сшивают ее с паховой связкой. При таком широком захвате в шов апоневроза, из-за нарушения питания, может наступить атрофия или даже некроз подшитого к паховой связке апоневроза.

Б. Способы пластики со вскрытием передней стенки пахового канала.

1. Способ А.А. Боброва (1892)

Внутренний край рассеченного апоневроза наружной косой мышцы, внутреннюю косую и поперечную мышцу вместе с поперечной фасцией подшивают к паховой связке и к наружному лоскутку апоневроза наружной косой мышцы живота.

2. Способ Жирара (1894)

Нижний край внутренней косой и поперечной мышцы подшивают к паховой связке впереди семенного канатика. После этого к паховой связке подшивают отдельно край верхнего лоскутка апоневроза наружной косой мышцы живота. Нижний лоскут фиксируют поверх верхнего несколькими швами, образуя дубликатуру апоневроза.

3. Способ С.И. Спасокукоцкого отличается от способа Жирара тем, что к паховой связке подшивают сразу вместе край верхнего лоскута апоневроза наружной косой мышцы, внутреннюю и поперечную мышцы. Эта техническая деталь предохраняет паховую связку от разволокнения, связанного с наложением частых швов.

4. Способ А.В. Мартынова (1926). Техника пластики аналогична методу Жирара, но отличается от него тем, что к паховой связке подшивается только апоневроз наружной косой мышцы живота, так как А.В. Мартынов считал, что рубец может быть прочным только при сшивании однородных тканей.

5. Способ М.А. Кимбаровского (1928)

Круглый иглой прошивают верхний лоскут апоневроз на расстоянии 1 см от края и нижний край подлежащих внутренних косой и поперечной мышц, затем шов проводится сзади наперед, захватывает самый край верхнего лоскута и фиксирует его к паховой связке. При этом способе не только сшивают однородные ткани, но и достигается дополнительное укрепление пахового канала за счет одновременного подшивания к паховой связке мышц. Второй ряд швов накладывается с удвоением апоневроза, как при способе Жирара.

Все приведенные выше способы применяются при косых паховых грыжах.

II. Пластика пахового канала с укреплением его задней стенки

1. Способ Бассини (1989)

После вскрытия передней стенки пахового канала выделяют семенной канатик, подводят под него марлевую полоску и отодвигают в сторону. После отсечения грыжевого мешка внутреннюю косую, поперечную мышцу и поперечную фасцию подшивают к паховой связке под семенным канатиком. Последним швом в медиальном углу раны подшивают край апоневроза прямой мышцы к лонному бугорку и паховой связке. Семенной канатик укладывают на вновь образованную мышечную стенку, а рассеченный апоневроз сшивают, оставляя отверстие для прохождения семенного канатика. Следует отметить, что подшивание всех слоев брюшной стенки к паховой связке с перемещением семенного канатика впервые предложено в 1887 году Постепским.

2. Способ Гаккенбруха (1909) отличается от способа Бассини тем, что к паховой связке под семенным канатиком подшивают не только внутреннюю косую и поперечную мышцу, но и апоневроз наружной косой мышцы живота. Наружный лоскут апоневроза наружной косой мышцы подшивают к медиальному лоскуту апоневроза над семенным канатиком, который, таким образом, оказывается расположенным между листками удвоенного апоневроза.

3. Способ Н.И. Кукуджанова (1949)

После рассечения апоневроза наружной косой мышц семенной канатик отодвигают книзу и впереди, выделяют и удаляют грыжевой мешок. Отдельно матрасными швами зашивают поперечную фасцию. Сухожильную часть поперечной мышцы подшивают к подвздошно-лонному тракту и к верхней лобковой связке (в паховой связке Н.К. Лысенков выделяет ее более глубокую и загнутую вверх часть, которую называют подвздошно-лонным тяжем – **tractis ilco-pubicus**; верхняя лобковая связка **lig. pubicuen superior** – располагается на верхней поверхности симфиза и натянута между обоими лонами бугорками). В медиальной части пахового промежутка стенку влагалища прямой мышцы подшивают к верхней лобковой связке, что одновременно уменьшает размеры пахового промежутка и укрепляет заднюю стенку пахового канала. Семенной канатик располагается над наложенными швами. Затем медиальный лоскут апоневроза наружной косой мышц вместе с внутренней косой мышцей подшивают к паховой связке, причем в медиальные швы – внутреннюю косую мышцу не захватывают, чтобы не сдавить семенной канатик. Апоневроз наружной косой мышцы сшивают, создавая дубликатуру.

Способы пластики пахового канала по Бассини, Гаккенбруху и Кукуджанову применяются при прямых паховых грыжах. В техническом отношении операции при прямых грыжах сложнее, чем при косых, особенно опасна возможность повреждения при выделении грыжевого мешка мочевого пузыря.

Особенности операции при врожденной паховой грыже

При врожденных паховых грыжах грыжевым мешком является незаращенный влагалищный отросток брюшины, который в норме облитерируется и лишь из дистального отдела его формируются оболочки яичка. При грыжесечении влагалищный отросток циркулярно рассекается на две части. Проксимальная часть его обрабатывается как обычный грыжевой мешок, а дистальная – частично иссекается из нее формируется париетальная оболочка яичка.

Оперативное лечение бедренных грыж

Бедренные грыжи встречаются преимущественно у женщин (1:5), что объясняется анатомическими особенностями строения таза у женщин.

Бедренные грыжи могут выходить через мышечную лакуну (редко) и через сосудистую лакуну. Грыжи, выходящие через сосудистую лакуну, имеют несколько разновидностей:

1. Наружная или боковая сосудисто-лакунарная грыжа (выходит из-под паховой связки кнаружи от бедренной артерии);
2. Срединная или предсосудистая грыжа (располагается над бедренными сосудами);
3. Типичная бедренная грыжа (выходит медиальнее бедренной вены);
4. Грыжа лакунарной связки;
5. Гребешковая грыжа (располагается под гребешковой фасцией или в толще гребешковой мышцы).

I. Операции, проводимые через бедренный доступ

1. Способ Локвуда

Вертикальным разрезом ниже паховой связки вскрывается кожа с подкожной клетчаткой. Грыжевой мешок после выделения перевязывается и отсекается, культя его уходит в бедренный канал. Грыжевые ворота закрываются подшиванием медиального конца паховой связки к надкостнице лобковой кости.

2. Способ Бассини

Кожу и подкожную клетчатку разрезают косым разрезом параллельно и ниже паховой связки. После обработки грыжевого мешка бедренный канал закрывают тремя швами, которыми сшивают медиальный край паховой связки с надкостницей лобковой кости. Затем сшивают край овальной ямки с гребешковой фасцией и мышцей.

3. Способ Уотсона–Чейна

После обработки грыжевого мешка из гребешковой мышцы и фасции покрывающей ее, выкраивается прямоугольный мышечно-фасциальный лоскут с основанием у паховой связки, который фиксируется несколькими швами к грыжевым воротам.

4. Способ А.П. Прокунина отличается от способа Уотсона–Чейна тем, что мышечно-фасциальный лоскут во всю толщу гребешковой мышцы проводится через бедренный канал и выводится через небольшой разрез в апоневрозе над паховой связкой, а затем фиксируется к апоневрозу двумя-тремя узловыми шелковыми швами. Таким образом, бедренный канал как бы тампонируется мышечно-фасциальным лоскутом, который затем превращается в рубцовую ткань.

II. Операции, производимые через паховый доступ

Паховый доступ при бедренной грыже имеет некоторые преимущества, так как при нем обеспечивается более высокое выделение грыжевого мешка и более полноценное закрытие брюшной воронки в области **fovea femoralis**.

I. Способ Руджи (1892)

Разрез проводят параллельно и над паховой связкой. Рассекают апоневроз наружной косой мышцы живота, отделяют от паховой связки край внутренней косой и поперечной мышц, выделяют и берут на держалку семенной канатик. Рассекают поперечную фасцию, тупым путем выделяют шейку грыжевого мешка и выводят его в паховый канал, после чего перевязывают у шейки и отсекают. Паховую связку 3-4 швами подшивают к лонной связке, после чего восстанавливают целостность пахового канала.

2. Способ Парлавецчио (1893)

После обработки грыжевого мешка внутреннюю косую и поперечную

мышцы подшивают к лонной связке и к задней губе паховой связки, после чего восстанавливают переднюю стенку пахового канала.

3. Способ Рейха (1911)

После обработки грыжевого канала одним швом, который проводится через мышцы (внутреннюю косую и поперечную), надкостницу лобковой кости и паховую связку, закрывают одновременно бедренный и паховый каналы.

При операции по поводу бедренной грыжи хирург должен помнить, что в 30 % случаев **a. obturatoria** отходит не от **a. iliaca interna**, а от **a. epigastrica inferior** и тогда внутреннее кольцо бедренного канала оказывается окруженным сосудами (так называемая “**corona mortis**” – «корона смерти»). При неосторожных манипуляциях в области бедренного кольца можно повредить **a. obturatoria**, кровотечения из которой остановить очень трудно, так как сократившаяся артерия уходит в забрюшинную клетчатку.

Пупочные грыжи

Пупочные грыжи составляют примерно 5 % всех грыж.

Различают пупочные эмбриональные грыжи пупочного канатика, приобретенные грыжи детского возраста и пупочные грыжи взрослых.

Пупочные эмбриональные грыжи представляют собой дефект развития передней брюшной стенки в раннем периоде развития зародыша. Находящиеся в грыже пупочного канатика внутренности покрыты амнионом и не имеют брюшинного покрова. При грыжах пупочного канатика до 5-6 см в диаметре производят послойное ушивание брюшной стенки. При дефекте до 9-10 см – ушивают только кожу. При дефектах брюшной стенки больших размеров и с эвентрацией значительной части внутренних органов ушивание брюшной стенки невозможно из-за опасного для жизни резкого повышения внутрибрюшинного давления.

В этих случаях эвентрированный кишечник прикрывают марлевой повязкой, смоченной маслом, стягивают брюшную стенку полосами липкого пластыря.

Пупочные грыжи детского возраста развиваются или в ближайшее время после рождения и обусловлены тогда неполноценным рубцеванием пупочного кольца, или же образуются в более старшем возрасте. Развитию пупочных грыж у детей способствует плач или упорный кашель, постоянное натуживание при запорах и фимозе, также различные заболевания, приводящие к упадку питания. Пупочные грыжи у детей обычно не достигают больших размеров и легко вправляются.

У детей первых месяцев жизни лечение пупочных неосложненных грыж может быть консервативным – область пупочного кольца придавливается ватно-марлевым валиком, а брюшную стенку над ним стягивают липким пластырем (пилотирующая повязка).

Пупочные грыжи взрослых встречаются главным образом у многорожавших и тучных женщин и нередко сочетаются с диастазом прямых мышц. Пупочные грыжи взрослых достигают нередко громадных размеров, часто осложняются копростазом, ущемлением и воспалением, в результате чего грыжа становится невправимой.

Оперативное лечение пупочных грыж взрослых

Операцию при пупочных грыжах, особенно у молодых женщин, лучше производить с сохранением пупка.

1. Способ Лексера применяется при небольших размерах пупочного кольца. Разрез кожи производят поперечно выше или ниже пупка. При сохранении пупка грыжевой мешок отсекают у места сращения его с кожей, выделяют до шейки, отсекают и ушивают брюшину. Пупочное кольцо ушивают кисетным швом, а затем белую линию выше и ниже пупка суживают рядом швов, проведенных через апоневроз прямых мышц.

2. Способ К.М. Сапенко

Разрез кожи проводят по белой линии выше и ниже пупка. После иссечения грыжевого мешка грыжевые ворота ушивают путем наложения «сюртучного шва», при котором края апоневроза накладываются один на другой как полы сюртука и в этом положении сшиваются.

3. Способ Мейо

Разрез кожи проводят в поперечном направлении с иссечением или без иссечения пупка. После иссечения грыжевого мешка и ушивания брюшины создать дубликатуру апоневроза в попе-

речном направлении по принципу «сюртучного шва» К.М. Сапежко. На нижний лоскут апоневроза накладывают «П»-образные швы, которые проводят под верхний лоскут, отступая на 2-2,5 см от его края. При завязывании этих швов нижний лоскут уходит под верхний, а нижние края верхнего лоскута фиксируются к нижнему лоскуту узловыми швами.

Грыжи белой линии живота

Грыжи белой линии живота составляют 2-4 % от всех грыж и чаще встречаются у мужчин в возрасте 25-45 лет (95 % от всех больных с грыжами белой линии).

Различают три типа грыж белой линии: 1) надпупочную, 2) околопупочную, 3) подпупочную (последняя встречается реже).

Операции при грыжах белой линии

При малых грыжах белой линии применяют как продольный (срединный), так и поперечный разрезы с пластикой апоневроза в продольном или поперечном направлении. Пластика в поперечном направлении происходит натяжение послеоперационного рубца под влиянием тяги косых и поперечных мышц, что может способствовать возникновению рецидива грыжи. Продольный разрез показан при множественных грыжах белой линии.

1. Способ К.М. Сапежко

Разрез мягких тканей проводят по средней линии, грыжевой мешок иссекают по краю апоневроза. Затем правый край апоневроза подшивают к брюшинной поверхности левого края, который накладывают поверх правого края и подшивают к нему («сюртучный шов»). Недостатком этого способа является интерпозиция брюшины между листками апоневроза, что мешает срастанию апоневротических листков.

2. Лучшие результаты дает закрытие грыжевых ворот по Мэйо в поперечном направлении с использованием принципа «сюртучного шва» К.М. Сапежко с разделенным ушиванием брюшины.

Операции при диастазе прямых мышц

1. Способ Н.И. Напалкова

Белая линия обнажается срединным разрезом. Затем рассекаются на протяжении диастаза в продольном направлении передняя стенка влагалища правой и левой прямой мышц, отступая на 1 см от их внутреннего края. Внутренние края рассеченных влагалищ прямых мышц сшиваются над белой линией и фактически удваивают ее. Поверх вновь образованной белой линии сшиваются наружные края разрезов влагалища прямых мышц.

2. Способ А.В. Мартынова проводится без вскрытия влагалища прямых мышц и заключается в следующем. На всем протяжении диастаза рассекают белую линию. На 1 см от края левой прямой мышц живота и вскрывают брюшную полость. Края брюшино-апоневротических лоскутов захватывают зажимами и оттягивают в сторону. При этом четко вырисовываются внутренние края прямых мышц, которые сшиваются узловыми швами. Свободный край апоневроза у влагалища правой прямой мышцы подшивают прямой мышцей живота.

Послеоперационные грыжи

Наиболее частыми причинами послеоперационных грыж является нагноение послеоперационной раны, нарушения больным рекомендованного режима и, наконец, погрешности в технике операции.

Грыжевые ворота при послеоперационных грыжах образованы краями разошедшихся мышц и апоневроза, имеют различную форму и могут достигать больших размеров. Наружным покровом такой грыжи является рубец, плотно опаянный с грыжевым мешком, который нередко оказывается многокамерным.

Послеоперационные грыжи чаще всего развиваются после срединной лапаротомии, операции на желчных путях и после аппендэктомии.

Лечение послеоперационных грыж оперативное, но при больших грыжах у стариков и у больных с тяжелыми заболеваниями сердечно-сосудистой системы или органов дыхания от операции следует воздержаться и рекомендовать им ношение бандажа.

Операцию следует производить не ранее 6-ти месяцев или одного год после нагноения раны.

При послеоперационных грыжах с небольшими по размерам грыжевыми воротами (например, после аппендэктомии) производится послойное восстановление брюшной стенки после иссечения всех рубцово-измененных тканей.

При грыжах больших размеров приходится выполнять под эндотрахеальным наркозом большое по объему, травматическое, оперативное вмешательство с разделением спаек, иссечением рубцов, а иногда и с резекцией сальника или кишечника. При ушивании грыжевых ворот следует максимально использовать ткани брюшной стенки и стремиться создать дубликатуру апоневроза, лучше всего с применением сюртучного шва по Сапежко. При большом натяжении рубца делаются послабляющие разрезы на апоневрозе брюшных мышц.

Если таким приемом дефекты в брюшной стенке устранить не удастся, то прибегают к аутопластике, используя перемещенные мышечно-фасциальные лоскуты брюшной стенки, свободные или же кожный трансплантат с удаленным подкожным жировым слоем и эпидермисом.

Для закрытия больших дефектов, когда невозможно выкроить аутотрансплантат, прибегают к аллопластическому методу с использованием синтетических материалов (нейлон, дакрон, капроновая сетка), которая подшиваются к краям дефекта.

Осложнения грыж

1. Ущемление грыжи связано с внезапным сдавлением ее содержимого в грыжевых воротах обычно после резкого физического напряжения, сильного натуживания, кашля. При ущемлении появляются сильные боли в области грыжевого выпячивания и в животе, часто без четкой локализации, в результате натяжения и сдавления брыжейки кишки.

Приято различать 4 механизма ущемления грыжевого содержимого.

При эластическом ущемлении внутренности при повышении внутрибрюшного давления быстро проходит через растянувшиеся грыжевые ворота и ущемляются в них после прекращения повышения внутрибрюшного давления.

При каловом ущемлении переполненный кишечным содержимым приводящий отдел петли, находящийся в грыжевом мешке, сдавливает отводящее колено кишечной петли.

Пристеночное ущемление (Рхтеровское ущемление или грыжа Литре) встречается редко и развивается при небольших грыжах с узкими грыжевыми воротами (чаще при бедренных грыжах, при небольших пупочных грыжах). При этом виде ущемления часть стенки кишки, противоположная брыжейке, может быстро подвергнуться некрозу.

Особенно опасным является ретроградное (грыжа Майдля), обратное ущемление, при котором в грыжевом мешке располагаются две ущемленные, обычно малоизмененные петли, а в брюшной полости располагается так называемая соединительная или вставочная петля, которая нередко омертвевает из-за прекращения кровообращения.

В редких случаях ущемление может происходить не в грыжевых воротах, а в самом грыжевом мешке, особенно если в нем имеются рубцовые перетяжки и несколько камер.

Содержимое ущемленной грыжи чаще всего оказывается тонкая кишка, на которой соответственно ущемленному кольцу образуется странгуляционная борозда.

При резком сдавлении, нарушающем артериальное кровоснабжение кишки, наступает ишемический некроз всей выпавшей в грыжевой мешок кишечной петли. Однако чаще при ущемлении сдавливается только венозные сосуды. При венозном застое происходит пропотевание плазмы в толщу и просвет кишки, а также и в полость грыжевого мешка – «грыжевые воды». При разрыве мелких сосудов в стенке кишки образуются гематомы. При ущемлении приводящей отрезок кишки переполняется содержимым и в нем, особенно в слизистой оболочке, развиваются нарушения кровообращения на большом протяжении, завершающееся тромбозом сосудов и некрозом кишки. При омертвлении кишки кишечное содержимое поступает в грыжевой мешок, вызывая воспаление в окружающих тканях – грыжевую флегмону.

Лечение ущемленной грыжи должно быть оперативным. Попытки вправления грыжи не должны производиться. Лишь в редких случаях при тяжелом состоянии больного (острый инфаркт миокарда, дыхательная недостаточность, сердечно-сосудистая декомпенсация) можно прибегнуть к вправлению грыжи при условии, что с момента ущемления прошло не более двух часов.

При насильственном вправлении ущемленной грыжи может наступить разрыв одной из ущемленных петель с выходом кишечного содержимого в грыжевой мешок с последующим развитием флегмоны грыжевого мешка или перитонита, если произойдет разущемление грыжи.

Кроме того, при насильственном вправлении ущемленной грыжи может наступить так называемое мнимое или ложное вправление, при котором могут наблюдаться следующие варианты:

1. Ложное вправление, когда вся грыжа целиком вместе с ущемляющим кольцом и ущемленной петлей кишки оказывается вправленной в предбрюшинную клетчатку;
2. Ложное вправление в результате разрыва грыжевого мешка и выходение кишечной петли в предбрюшинную клетчатку;
3. Ложное вправление при круговом разрыве грыжевого мешка ниже шейки, при котором в брюшную полость уходит ущемленная петля вместе с оторванным ущемляющим кольцом, а основная часть пустого грыжевого мешка остается на месте.

При операции ущемленной грыжи ущемляющее кольцо рассекают только после вскрытия грыжевого мешка и удаления грыжевых вод. В противном случае инфицированное содержимое мешка поступит в брюшную полость. Ущемленный сальник резецирует. Если имеется некроз кишки, то производят резекцию кишки с удалением 30-40 см приводящего и 15-20 см отводящего отрезков от границы ущемления.

При флегмоне грыжевого мешка брюшную полость вскрывают вне грыжевого мешка, со стороны брюшной полости резецируют кишку, а затем производят удаление грыжевого мешка вместе с находившимися в нем некротизированным отрезком кишки через отдельный разрез над грыжевым выпячиванием.

При разущемившейся грыже срочная операция производится через средний разрез при картине разvertyвающегося перитонита. При спокойном животе рекомендуется ввести динамическое наблюдение за больным, а затем оперировать его в плановом порядке.

2. Невправимость грыжи наступает в результате развития спаек между грыжвым мешком и находившимися в нем органами. К неувправимости приводят повторные ущемления, ношение бандажа. Невправимость может быть частичной или полной. Невправимая грыжа может вызвать явления копростаз и нередко ущемляется.

3. Копростаз в грыжевом мешке развивается редко и может наблюдаться при больших неувправимых грыжах, а также у пожилых и дряхлых людей. Явления копростаз развиваются медленно, сопровождаются запорами, общим недомоганием, отсутствием аппетита, позднее – тошнота и рвота. При исследовании грыжи удастся определить в кишечнике плотные каловые массы. Лечение консервативное.

4. Воспаление грыжи может произойти вследствие проникновения инфекции в грыжевой мешок со стороны кожи (повреждения, раздражения кожи, мацерация) или же из внутренностей, находящихся в грыжевом мешке и, наконец, из брюшной полости при воспалении какого-нибудь органа, сопровождающимися стеканием экссудата в грыжевой мешок.

К общим симптомам воспаления грыжи относятся повышение температуры, учащение пульса и расстройства функции желудочно-кишечного тракта. Местные симптомы проявляются возникновением болей в области грыжи, отека, припухлости, покраснением кожных покровов и повышением местной температуры. Лечение при воспалении грыж – хирургическое.

Рекомендуемая литература:

1. Гринберг А.А. Неотложная абдоминальная хирургия. (Справочное пособие для врачей) Москва. Трида-х-2000г.495с.
2. Жебровский В.В. Ранние и поздние послеоперационные осложнения в хирургии органов брюшной полости. Практическое руководство. Издательский центр КГМУ.2000.668с.
3. В.В. Жебровский Мохаммед Том Эльбашир. Хирургия грыж живота и эвентраций. «Бизнес-Информ». Симферополь. 2002. 438 с.
4. Большаков О.П. Семёнов Г.М. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. Издательство Питер. Москва. 2004. 1161 с.

- В.Н. Эгиев, К.В. Лядов, П.К. Воскресенский. Атлас оперативной хирургии грыж. Медпрактика-М. Москва. 2003. 228 с.
5. Избранные лекции под редакцией академика АН СССР

- Б.В. Петровского. М., 1968.
6. Частная хирургия. Учебник для медицинских вузов. Под редакцией члена - корреспондента РАМН, профессора Ю.Л. Шевченко, в 2-х томах. Санкт-Петербург. Специальная литература. 1998. 484с.
 7. К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский. Грыжи брюшной стенки. Медицина. Москва. 2004. 272 с.
 8. Шайн М.. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии. Книга для опытных хирургов, клинических ординаторов и студентов. ГЭОТАР-Медиа. Москва. 2003. 272с.
 9. Шулутко А.М.. Рабочий диагноз в трудных хирургических ситуациях. Москва. 2003. 256с.
 10. П.Г. Брюсова, Э.А. Нечаева. Военно-полевая хирургия. ГЭОТАР. Москва. 1996. 414 с.
 11. А.А. Шалимов, А.П. Радзиховский. Атлас операций на органах пищеварения; том 1 – операции на пищеводе, желудке и кишечнике. Наукова думка. Киев. 2003. 332 с.
 12. М.А. Бутов, П.С. Кузнецов. Обследование больных с заболеваниями органов пищеварения. ППП – исток система. Рязань. 2007. 37 с.
 13. А.А. Крылов, А.Г. Земляной, В.А. Михайлович, А.И. Иванов. Неотложная гастроэнтерология. Издательство Питер. Москва. 1997. 104 с.
 14. Г.М. Семёнов, М.В. Ковшова, В.Л. Петришин. Неотложные оперативные вмешательства в экстренных ситуациях. Издательство Питер. Санкт-Петербург. 2004. 378 с.
 15. В.В. Савельев. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Триада-Х. Москва. 2004. 740 с.