

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ЦЕНТР РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО
ОБРАЗОВАНИЯ



САМАРКАНДСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ

З.Б. КУРБАНИЯЗОВ, С.С. ДАВЛАТОВ,
К.Э. РАХМАНОВ

НАРУЖНЫЕ ГРЫЖИ ЖИВОТА
И ИХ ОСЛОЖНЕНИЯ

Методические рекомендации для резидентов
магистратуры, клинических ординаторов
и студентов старших курсов
медицинских ВУЗов

Ташкент - 2014

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ЦЕНТР РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

«УТВЕРЖДАЮ»

Начальник Главного управления
науки и учебных заведений МЗ РУз

Исмаилов У.С.

2014г.

« 25 »
протокол №



«СОГЛАСОВАНО»

Директор Центра развития
медицинского образования МЗ РУз

Алимова М.Х.

2014г.

протокол №



**НАРУЖНЫЕ ГРЫЖИ ЖИВОТА
И ИХ ОСЛОЖНЕНИЯ**

Методические рекомендации для резидентов магистратуры,
клинических ординаторов и студентов старших курсов
медицинских ВУЗов



Ташкент - 2014

Составители:

- Курбаниязов З.Б.** доцент, заведующий кафедрой хирургических болезней №1 и онкологии СамГосМИ.
- Давлатов С.С.** старший преподаватель кафедры хирургических болезней №1 и онкологии СамГосМИ.
- Рахманов К.Э.** ассистент кафедры хирургических болезней №1 и онкологии СамГосМИ.

Рецензенты:

- Акбаров М.М.** д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской и госпитальной хирургии медико-педагогического факультета ТМА.
- Карабаев Х.К.** д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней №2 и урологии СамГосМИ.

Методические указания обсуждены и одобрены на заседании Центрального научно-методического Совета Самаркандского Государственного медицинского института.

« 29 » август 2014 год, Протокол № 1

Методические указания утверждена на заседании Ученого Совета Самаркандского Государственного медицинского института.

« 25 » октябрь 2014 год, Протокол № 2

Секретарь Ученого Совета



А.Т. Джурабекова

Аннотация. Отражены основные теоретические вопросы, касающиеся грыжам живота. Подробно освещена анатомия передней брюшной стенки, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика неосложненных и осложненных брюшных грыж. Представлены современные методы лечения. В конце имеются тестовые вопросы, ситуационные задачи и практические навыки по данной теме.

Методические рекомендации предназначены для резидентов магистратуры, клинических ординаторов и студентов старших курсов медицинских ВУЗов.

НАРУЖНЫЕ ГРЫЖИ ЖИВОТА И ИХ ОСЛОЖНЕНИЯ

Продолжительность занятия – 6 часов

I. Хронология занятий

№	Этапы занятия	Место проведения	В р е м я
1	Участие в утренней конференции врачей	Конференц - зал кафедры	40 мин
2	Организационные мероприятия	Учебная комната	10 мин
3	Проверка исходных знаний по теме	Учебная комната	30 мин
4	Курация больных	Палаты, перевязочная	60 мин
5	Разбор курируемых больных	Учебная комната	40 мин
6	Обсуждение темы занятия	Учебная комната	60 мин
7	Контроль усвоения материала	Учебная комната	30 мин
8	Тестовый контроль знаний	Учебная комната	20 мин
9	Решение ситуационных задач и практических навыков	Учебная комната	40 мин
10	Определение заданий к следующему занятию	Учебная комната	10 мин

Цель занятия: Усвоить этиологию, патогенез, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику неосложненных и осложненных брюшных грыж. Научиться определять показания и противопоказания к оперативному лечению, лечебную тактику в зависимости от вида грыжи и наличия осложнений, показания и выбор метода обезбаливания и оперативного вмешательства, принципы ведения послеоперационного периода, проведения экспертизы неработоспособности и реабилитации после операции по поводу неосложненных и осложненных грыж.

Профессиональная ориентация студентов. Брюшные грыжи встречаются у 3-5% населения. Грыжа ухудшает качество жизни гриженосителя и является опасным для жизни заболеванием, вследствие развития осложнений. Знание клиники, своевременная диагностика и лечение осложненных брюшных грыж позволяет снизить летальность, которая при ущемленных грыжах, по данным разных авторов, достигает до 20%.

Методика выполнения практической работы

Алгоритм общения студентов с пациентами с любой патологией, которая рассматривается по теме (коммуникативные навыки):

1. Поздороваться и назвать себя.
2. На лице должна быть приветливая улыбка - это позволяет установить к вам доверительное отношение со стороны пациента.
3. Пациенту в приятной форме следует объяснить цель визита, тему и длительность беседы и получить его согласие.
4. Если пациент только поступает в стационар провести корректную и спокойную беседу с его родственниками, в которой вместе с лечащим врачом сообщить им о предварительном диагнозе, цели госпитализации, проведения определенных обследований, которые планируются для выполнения в будущем.
5. Перед проведением физикальных методов обследования, объяснить пациенту какое обследование будет выполнено, указать на определенные неприятные ощущения и дискомфорт, которые может почувствовать пациент во время этого обследования, отметить обязательность этого обследования в диагностике данного заболевания и получить его согласие.
6. При необходимости транспортировки к месту обследования (обзорная комната, эндоскопическое отделение, рентген-кабинет, УЗИ-кабинет) объяснить ее необходимость пациенту.
7. Подготовиться к проведению обследования (для данных патологий имеется в виду пальпация, перкуссия, аускультация живота для диагностики патогномонических симптомов, осмотр патологически измененной области, УЗИ органов брюшной полости) – помыть руки теплой водой, надеть перчатки.
8. Провести то или другое запланированное обследование или лечебную манипуляцию.
9. Вместе с лечащим врачом в корректной и доступной для понимания пациентом форме объяснить результаты того или другого обследования.
10. Привлечь близких пациента к беседе и в доступной форме объяснить им результаты данных обследований, а при наличии предыдущих обследований сравнить их результаты, обязательно выяснив понятны ли для них ваши объяснения.

11. Обязательно только в присутствии лечащего врача обосновывать целесообразность оперативного вмешательства для лечения данной патологии у курируемого больного.

12. После проведения хирургического лечения только в присутствии лечащего врача и при его согласии следует сообщить результаты оперативного вмешательства больному и его родственникам а также о возможности возникновения тех или иных ранних или отдаленных послеоперационных осложнений.

13. При условиях обследования больного в послеоперационном периоде следует объяснить пациенту, как верно выполнять гигиенические процедуры и тому подобное.

14. В вежливой форме получить согласие пациента на участие в перевязке.

15. Вместе с лечащим врачом объяснить пациенту, а при потребности и ближайшим родственникам, те или другие действия относительно манипуляций, которые выполнены или планируются выполняться в будущем, а также тактику последующего лечения.

16. Завершить беседу следует обязательно с пожеланием пациенту самого быстрого выздоровления.

Студент должен знать:

1. Анатомо-топографические и физиологические особенности передней брюшной стенки и таза.

2. Этиологию, патогенез, классификацию брюшных грыж и их осложнений.

3. Клиническую характеристику и диагностику брюшных грыж разных локализаций.

4. Показания и противопоказания к оперативному лечению грыж, методы профилактики грыж.

5. Методы оперативных вмешательств при неосложненных брюшных грыжах разной локализации.

6. Этиопатогенез и классификацию осложнений брюшных грыж.

7. Клинику, диагностику, дифференциальную диагностику осложненных брюшных грыж.

8. Показания и противопоказания к консервативному и оперативному лечению осложненных грыж, особенности предоперационной подготовки.

9. Основные особенности оперативного лечения осложненных грыж, выбор метода и объема хирургических вмешательств.

10. Осложнение до- и послеоперационного периода, методы их профилактики и лечения, особенности ведения послеоперационного периода.

11. Принципы экспертизы неработоспособности и реабилитации больных, которые перенесли операцию по поводу грыж.

Студент должен уметь:

1. Собрать анамнез у больного с подозрением на брюшную грыжу.

2. Провести общеклиническое обследование и обнаружить основные клинические признаки и симптомы неосложненных и осложненных брюшных грыж.

3. Провести пальпацию мест возможного выхода брюшных грыж и грыжевых выпячиваний.

4. Составить план лабораторного и инструментального обследования, трактовать результаты обследований, определить предварительный диагноз и тактику ведения больного, провести комплексное обследование вместе со смежными врачами-специалистами.

5. Аргументировать и формулировать клинический диагноз, готовить больных к экстренным и плановым хирургическим вмешательствам.

6. Определить показания и противопоказания к оперативному вмешательству, правильно избрать предоперационную подготовку, вид обезболивания, оперативный доступ и объем оперативного вмешательства в зависимости от клинической формы и наличия осложнений у больных с брюшными грыжами.

7. Вести больных в послеоперационном периоде, проводить перевязки.

8. Вести медицинскую документацию по курации больных.

9. Использовать учебную и научную литературу для решения профессиональных заданий, повышения уровня профессиональной подготовки.

ОБЩЕЕ УЧЕНИЕ О ГРЫЖАХ

Неосложненная грыжа

Анатомо-физиологические особенности строения и функции брюшной стенки

Брюшная стенка образована несколькими слоями тканей: кожей, подкожной жировой клетчаткой, фасциями, апоневрозами, мышцами, пристеночным листком брюшины. В различных участках брюшной стенки расположены врожденные или приобретенные отверстия и щели, а также слабые места, в которых отсутствует мышечный слой. Через врожденные отверстия и щели проходят сосуды, нервы, семенной канатик, круглая связка матки, пуповина, пищевод и другие анатомические образования. Это так называемые слабые места, через которые при определенных условиях могут выпячиваться и выходить из брюшной полости внутренние органы. Слабыми участками являются зоны паховых и бедренных каналов, пупочное кольцо, полулунная (спигелиева) линия, диафрагма, ромб Лесгафта, поясничный треугольник Пти, седалищное отверстие, запирающее отверстие, белая линия живота и т.д. (Рис. 1).

Эти "слабые" места при повышении внутрибрюшного давления являются участками образования грыж. Прочность брюшной стенки уменьшается при беременности, в случае похудения, а также у лиц пожилого возраста, что является дополнительными причинами появления грыжи.

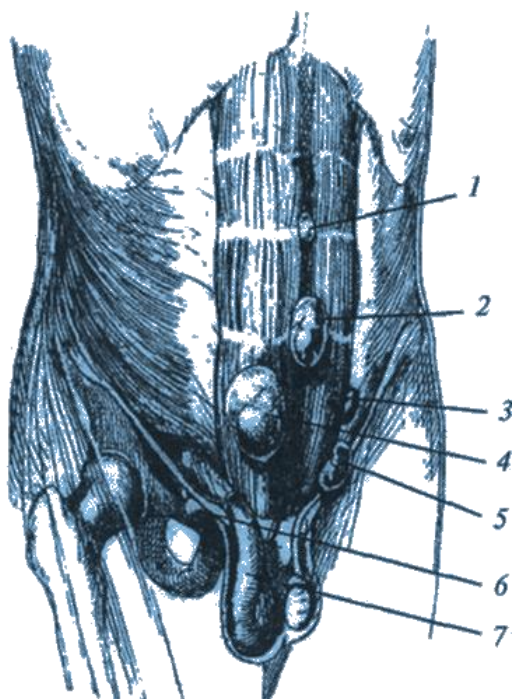


Рис 1. Места локализации грыжи брюшной стенки:
1 - Linea Alba; 2 - Umbilical; 3 - Spigelian line; 4 - Incisional Hernia; 5 - Direct inguinalis Hernia; 6 - Femoral Hernia; 7 - Indirect inguinalis Hernia

Этиология и патогенез

Причины, которые способствуют образованию грыж брюшной стенки, разнообразны. Выделяют местные и общие причины.

К местным относятся слабые участки брюшной стенки, через которые проходят сосуды, нервы, семенной канатик, круглая связка матки, пищевод. Способствуют возникновению грыжи: понижение тонуса брюшной стенки во время беременности, пожилой возраст, травматические повреждения, а также изменения в слоях брюшной стенки после выполнения оперативного вмешательства (атрофия, атония, рубцовые изменения).

Общие причины принято подразделять на способствующие и производящие. К способствующим причинам относятся возраст, пол, генетически детерминированная слабость тканей, похудение, неблагоприятные условия труда. В зрелом возрасте грыжу обнаруживают чаще, чем в молодом. У мужчин чаще образуется паховая грыжа, у женщин - бедренная и пупочная. Данные анамнеза свидетельствуют о наследственной предрасположенности заболевания: образование грыжи в нескольких поколениях. Похудение приводит к снижению эластичности и прочности тканей, что также может вызвать образование грыжи. Грыжу гораздо чаще обнаруживают у людей, работа которых связана с тяжелой физической нагрузкой.

К производящим причинам относятся: значительное повышение внутрибрюшного давления при чрезмерной физической нагрузке и тяжелых родах, кашель при заболеваниях легких (коклюш, бронхиальная астма и др.), хронический запор, затрудненное мочеиспускание при фимозе и др..

Содержимым грыжевого мешка могут быть не только петли кишечника, но и другие внутренние органы брюшной полости, в частности, большой сальник.

Составными частями грыжи являются: *грыжевые ворота, грыжевой мешок, содержимое грыжи и грыжевые оболочки.*

Грыжевые ворота - это отверстия, щели в мышечно-апоневротическом слое брюшной стенки, через которые под влиянием различных причин, обуславливающих повышение внутрибрюшного давления, происходит выпячивание пристеночного листка брюшины и выход внутренних органов за пределы брюшной полости. Форма грыжевых ворот может быть округлой, овальной, щелевидной, треугольной, их размеры зависят от величины грыжи и могут достигать десятков сантиметров.

Грыжевой мешок - это часть пристеночного листка брюшины, которая вышла через грыжевые ворота и в котором содержатся внутренние органы. В грыжевом мешке выделяют устье, шейку, тело и дно.

Устье - это суженная часть пристеночного листка брюшины перед грыжевыми воротами. Шейкой грыжевого мешка является его часть, расположенная на уровне грыжевых ворот. Тело грыжевого мешка - самая широкая его часть, расположенная непосредственно под оболочками грыжи. Дно грыжевого мешка - это его дистальная часть. Грыжевой мешок может быть одно-, двух- и многокамерным. У некоторых больных частью стенки грыжевого мешка является внутренний орган, часть которого покрыта брюшиной (мочевой пузырь, слепая кишка). Такую грыжу называют скользящей.

Содержимым грыжевого мешка могут быть почти все органы брюшной полости в зависимости от локализации грыжевых ворот. Чаще в грыжевом мешке обнаруживают петли тонкой кишки, далее - большой сальник, толстую кишку, червеобразный отросток, органы, частично покрытые брюшиной (слепую и сигмовидную кишку), органы, расположенные вне брюшины (поджелудочную железу, мочевой пузырь), желудок, желчный пузырь, дивертикул Меккеля (грыжа Литтре).

При постоянной травматизации содержимого грыжевого мешка возникает хроническое асептическое воспаление. Вследствие этого между стенками грыжевого мешка и органами в нем содержащимися

образуются спайки и органы перестают вправляться в брюшную полость. Такую грыжу называют неврвправимой.

Грыжевые оболочки наружной грыжи - это кожа, подкожная жировая клетчатка, фасции, апоневрозы, т.е. те слои брюшной стенки, которые покрывают грыжевой мешок.

Классификация

Грыжу брюшной стенки классифицируют по *происхождению, локализации, анатомическим участкам, степени развития, клиническим признакам.*

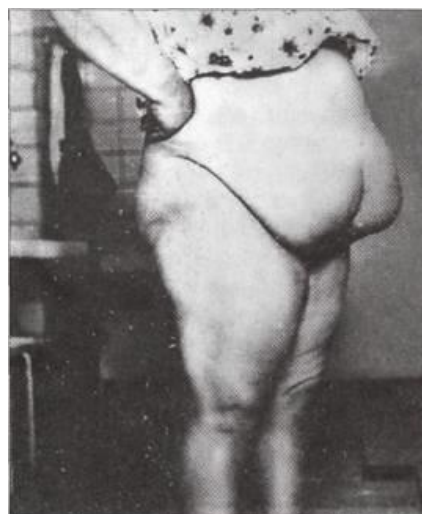
По **происхождению** выделяют грыжу врожденную и приобретенную. Причиной образования врожденной грыжи является нарушение анатомического строения брюшной стенки, возникающее в эмбриональный период (незаращение влагалищного отростка, аномалия развития брюшной стенки в пупочной области и др.). Приобретенная грыжа образуется в течение жизни. Кроме грыж, возникающих вследствие наличия слабых мест, выделяют грыжи посттравматические и послеоперационные.

По **локализации** выделяют грыжи наружные и внутренние. Наружные грыжи выходят под слои брюшной стенки, внутренние - расположены в брюшной полости или выходят в грудную полость.

По **анатомическим участкам** выделяют грыжу паховую (рис. 2: а.), бедренную, пупочную, белой линии живота, полулунной (спигелиевой) линии, поясничную, поясничного треугольника (Петит), пояснично-сухожильной щели (Грюнфельда-Лесгафта), ягодичную, промежностную, запирающего отверстия, послеоперационную (рис. 2: б), диафрагмальную и др..



а



б

Рис 2. Наружные грыжи живота: а) Паховая грыжа; б) Послеоперационная грыжа

По степени развития (соотношение содержания грыжевого мешка и величины грыжевых ворот и канала, через который проходит грыжа), по А.П. Крымову, выделяют начальную, канальную и полную пахо-мошоночную грыжу (Рис.3).



Рис 3. Виды паховой грыжи по А.П. Крымову: а - начальная; б - канальная; в - полная; г - пахо-мошоночная. 1 - поперечная фасция; 2- тонкая кишка; 3 - паховая связка; 4 - брюшина, 5 - семенной канатик; б - апоневроз наружной косой мышцы живота, 7 - внутренняя косая мышца живота; 8 - поперечная мышца живота; 9 - поверхностное паховое кольцо; 10 - дно грыжевого мешка; 11 - грыжевой мешок; 12 - мошонка.

При начальной паховой грыже грыжевой мешок находится во внутреннем отверстии грыжевого канала, при канальной - в грыжевом канале, при полной - выходит за пределы наружного отверстия грыжевых канала, пахо-мошоночная - опускается в мошонку. Не утратило актуальности и распределение этих грыж на большие (*magna*) и очень большие (*permagna*), поскольку подготовка таких больных к оперативному вмешательству и хирургическая тактика имеют свои особенности.

По клиническим признакам выделяют грыжу *неосложненную и осложненную*. О неосложненной, или вправимой, грыже говорят, когда содержимое грыжевого мешка свободно выходит из брюшной полости и легко вправляется в нее. Осложнениями грыжи является невправимость, ущемление, воспаление, копростаз, травматическое повреждение.

Клинические проявления

Клинические признаки неосложненной грыжи типичны. Первым симптомом грыжи является возникновение незначительной боли в брюшной полости или в области брюшной стенки, где формируется грыжа. Боль может иррадиировать в надчревную область, семенные канатики, половые губы, бедро, промежность. По мере роста грыжи боль усиливается и смещается в область ее локализации. Интенсивность боли значительно усиливается при физической нагрузке, напряжении брюшной стенки, кашле и переходе из положения лежа в положение стоя.

Важным признаком грыжи является появление выпячивания в определенном участке брюшной стенки, на которое обращает внимание больной. При наличии грыжи рано возникают диспепсические явления: изжога, тошнота, иногда рвота, последнее обусловлено натяжением большого сальника или брыжейки кишки, содержащихся в грыжевом мешке и является рефлекторным. При наличии большой и скользящей грыжи наблюдают дизурические явления, нарушения функции кишечника.

Основные объективные признаки наружной грыжи брюшной стенки:

1. Наличие выпячивания в области брюшной стенки, где находится грыжа. Размеры выпячивания зависят от вида грыжи, длительности заболевания и степени ее развития. Увеличение размеров выпячивания при надувании, напряжении брюшной стенки, кашле. При переходе больного из положения стоя в положение лежа выпячивание уменьшается в размерах, а при надавливании на него легко вправляется в брюшную полость. В зависимости от содержимого грыжевого мешка данные пальпации, перкуссии и аускультации разные. При наличии в грыжевом мешке петель кишки поверхность выпячивания гладкая, мягкой консистенции; иногда выявляется кишечная перистальтика при аускультации, выслушивают кишечные шумы, при перкуссии - тимпанит. Если в грыжевом мешке содержится большой сальник, обнаруживают нечеткие признаки уплотнения.

2. Наличие дефекта, т.е. грыжевых ворот, в области брюшной стенки, где расположена грыжа, после ее вправления в брюшную полость. Грыжевые ворота могут быть разных размеров и формы. У некоторых больных они пропускают только кончик пальца, у других - через них проходит кисть. Грыжевые ворота могут быть круглыми, овальными, щелевидными.

3. Наличие симптома кашлевого толчка, который проявляется передачей кашлевых толчков на кончик пальца, введенный в грыжевые

ворота, или на расположенную на грыжевом выпячивании кисть врача. Положительный симптом кашлевого толчка свидетельствует о свободном сообщении полости грыжевого мешка с брюшной полостью.

4. Он становится отрицательным в случае ущемления грыжи.

5. Клиническими признаками скользящей грыжи является массивность и тестоватая консистенция грыжи, энтероптоз и нарушения функции того внутреннего органа, содержащегося в грыжевом мешке (дизурические явления, если стенкой грыжевого мешка является мочевого пузырь, и нарушения функций кишечника) (рис. 4.). Предположить наличие скользящей грыжи можно по значительному расширению пахового канала, больших размеров грыжи и консистенции содержимого грыжевого мешка, неполной споровки содержимого грыжевого мешка, наличию дизурических явлений, симптому двукратного мочеиспускания, нарушению функции кишечника и т.д..

Выделяют:

- скользящую грыжу с выходом слепой кишки (рис. 4: а.);
- скользящую грыжу с выходом мочевого пузыря (рис. 4: б.).

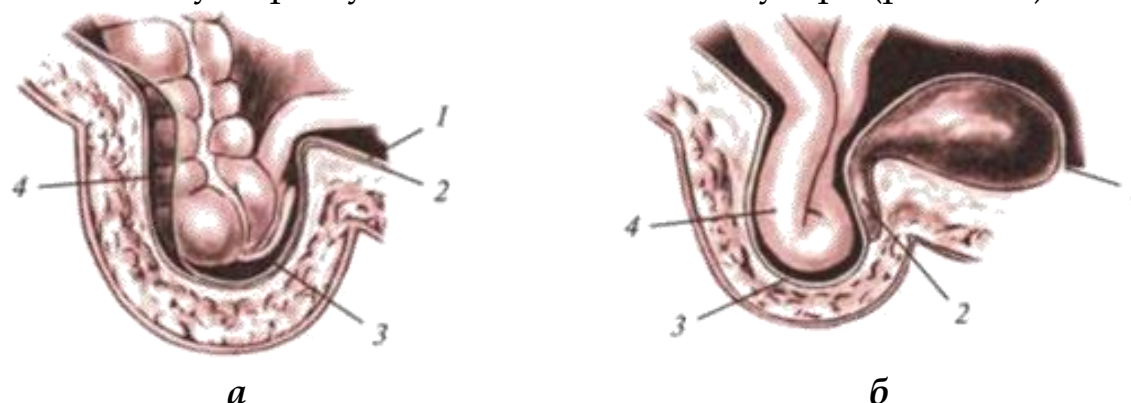


Рис 4. Скользящие грыжи: а - скользящая грыжа с выходом слепой кишки: 1 - брюшина; 2 - поперечная фасция; 3 - Грыжевой мешок; 4 - стенка слепой кишки; б - скользящая грыжа с выходом мочевого пузыря: 1 - брюшина; 2 - мочевого пузыря; 3 - грыжевой мешок; 4 - тонкая кишка

Анатомической особенностью скользящей грыжи является то, что со временем с увеличением размеров грыжевого мешка в грыжевые ворота попадают внутренние органы, тесно связанные с брюшиной. Внутренностный (висцеральный) листок брюшины, покрывающий полый орган при этом становится частью грыжевого мешка. Без знания этих анатомических особенностей скользящей грыжи возможно интраоперационное повреждения стенки кишки или мочевого пузыря. По данным литературы, при скользящей грыже частота повреждения полых органов достигает 26,4%, летальность - от 1 до 8,3%. Причиной смерти больных чаще всего является послеоперационный перитонит.

Степень тяжести клинического течения зависит от величины и вида грыжи, возраста и пола больного, вправимости или невправимости грыжи, наличия других осложнений и т.п..

Диагностика

Диагноз грыжи устанавливают на основании анализа жалоб больного на боли в характерной для грыжи области брюшной стенки и наличия выпячивания в ней, данных анамнеза (выпячивание появилось после чрезмерной физической нагрузки, которое сопровождалось повышением внутрибрюшного давления), объективного обследования (изменение размеров выпячивания после напряжения брюшной стенки, кашля, частичное или полное вправление его в брюшную полость, расположение грыжевых ворот, положительный симптом кашлевого толчка), лабораторных исследований и дополнительных методов обследования (ультразвукового и рентгенологического исследования).

При пальпации грыжевого выпячивания нередко удается выяснить содержимое грыжевого мешка (кишка, большой сальник, мочевой пузырь, неопущенное в мошонку яичко, варикозно измененные вены семенного канатика или его водянка и др.).

Кроме субъективных и объективных данных, в клинической практике для подтверждения диагноза грыжи брюшной стенки используют ультразвуковое и рентгенологическое исследование, герниографию, колоноскопию, цистографию, ирригоскопию и ирригографию. Эти современные методы помогают определить содержимое грыжевого мешка и верифицировать диагноз в сомнительных случаях. Сейчас расширились возможности использования ультразвуковых методов в диагностике грыжи, они являются обязательными в диагностической программе обследования больных в пред- и послеоперационный период. Ультразвуковое исследование позволяет обнаружить форму грыжи, идентифицировать содержимое грыжевого мешка (особенно при наличии невправимых и гигантских грыж), прогнозировать вид скользящей грыжи. Клиническая ценность ультразвукового исследования заключается в высокой чувствительности и специфичности метода при проведении дифференциальной диагностики грыжи с другими патологическими образованиями брюшной стенки, брюшной или грудной полости, а также возможности оценить анатомическую ситуацию у конкретного больного и обосновать показания к проведению того или иного метода герниопластики.

Обязательным при обследовании больных является ректальное исследование: у мужчин - для исключения заболеваний предстательной железы и вагинальное - у женщин для исключения патологии органов малого таза.

Если подозревают скользящую грыжу, когда преобладают дизурические явления или признаки нарушения функции кишечника, больным следует проводить цистоскопию, цистографию, ректороманоскопию, ирригоскопию и ирригографию. Если подозревают наличие в грыжевом содержимом мочеточника или почки, выполняют инфузионную урографию.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику грыжи брюшной стенки необходимо проводить с опухолевидными выпячиваниями другого происхождения, которые могут быть расположены в участках, где преимущественно формируется грыжа. Чаще - это доброкачественные опухоли, увеличенные в размерах лимфатические узлы, метастазы злокачественной опухоли, туберкулезные бугорки, водянка семенного канатика и другие заболевания с подобными клиническими проявлениями.

Для этих заболеваний не характерны:

- изменение величины и консистенции выпячивания при напряжении брюшной стенки и в случае повышения внутрибрюшного давления;
- наличие дефекта брюшной стенки (грыжевые ворота) в области проекции выпячивания;
- положительный симптом кашлевого толчка.

Лечение

Единственным эффективным методом радикального лечения грыжи является оперативное вмешательство. Консервативные методы (облитерация грыжевого мешка, введение в его просвет химических веществ, которые вызывают хроническое воспаление брюшины и ее облитерации) имеют лишь исторический интерес, поскольку после 2-3 лет их использования у всех больных возникал рецидив грыжи. Ношение бандажа также неэффективно и даже вредно. Травмы тканей бандажом обуславливают их атрофию и атонию, что приводит к увеличению размеров грыжи. Атрофические изменения в тканях под бандажом ухудшают результаты оперативного вмешательства.

Итак, устранить грыжу можно только путем оперативного вмешательства. Абсолютных противопоказаний к выполнению

оперативного вмешательства нет. Они могут быть временными при наличии у пациента тяжелых сопутствующих заболеваний, требующих проведения соответствующей предоперационной подготовки, направленной на коррекцию нарушений функций жизненно важных органов и систем организма пациента.

Проведение предоперационной подготовки необходимо и при наличии большой грыжи, что вызывает необходимость предварительного уменьшения размеров грыжевого выпячивания путем постепенного, дозированного вправления содержимого грыжевого мешка в брюшную полость и наложения давящей повязки на грыжу на 7-10 суток с целью привыкания брюшной полости к повышенному внутрибрюшному давлению, обусловленному вправлением в нее органов, которые содержались в грыжевом мешке, является эффективным средством предотвращения расстройств кровообращения, дыхания в послеоперационный период.

Оперативное вмешательство по поводу устранения грыжи с последующей пластикой грыжевых ворот может быть выполнено как под местной анестезией, так и с применением общего обезболивания. Выбор метода обезболивания зависит от возраста больного, его общего состояния, вида грыжи и других факторов. Предпочтение оказывают эндотрахеальному наркозу.

Оперативное вмешательство выполняют в два этапа. Первым этапом устраняют грыжу. Выбор разреза зависит от локализации грыжи. Режут кожу, подкожную жировую клетчатку, фасции, апоневрозы, грыжевые ворота. После этого выделяют и вскрывают грыжевой мешок. Содержимое грыжевого мешка вправляют в брюшную полость. При наличии неврвправимой грыжи содержимое грыжевого мешка осторожно отделяют от стенки грыжевого мешка или разъединяют петли кишки, если есть спаечный процесс. После вправления содержимого грыжевой мешок прошивают шелковой нитью в области его шейки, перевязывают и отсекают, культю грыжевого мешка погружают в предбрюшинную клетчатку (рис 5.). На этом первый этап оперативного вмешательства завершен.

Вторым этапом осуществляют пластику грыжевых ворот и укрепление "слабого места" брюшной стенки использованием местных тканей, аутоотрансплантатов (широкая фасция бедра, большая подкожная вена бедра), гомотрансплантатов (твердой оболочки головного мозга) или аллотрансплантатов (полипропиленовая сетка) (рис. 6).

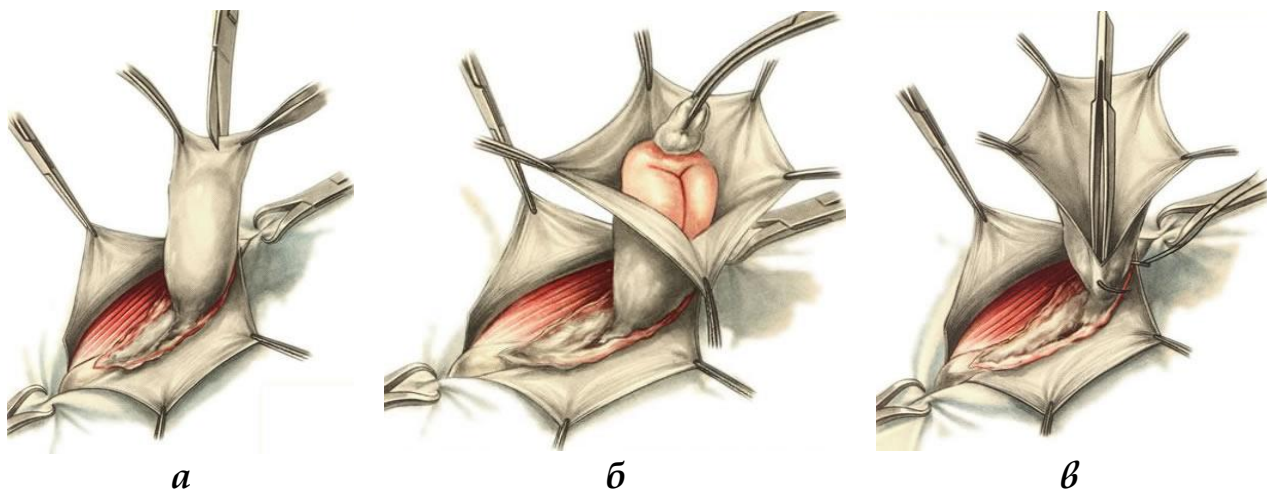


Рис. 5. Этапы грыжесечения. а - Вскрытие грыжевого мешка; б - Вправление содержимого грыжевого мешка в брюшную полость; в - Прошивание шейки грыжевого мешка.



Рис 6. Аллопластика грыжи брюшной стенки

Выбор метода пластики грыжевых ворот зависит от состояния тканей брюшной стенки. Приоритетным для пластики является использование прилегающих слоев брюшной стенки. В зависимости от их слабости, натянутости или атрофии используют ауто- или гетеротрансплантаты.

ОСЛОЖНЕНИЯ ГРЫЖ

Значительно ухудшает клиническое течение грыж развитие осложнений, которые бывают острыми и хроническими.

К острым осложнениям относятся: ущемление, воспаление, копростаз, травматическое повреждение, к хроническим - невправимость, опухоли грыжевых оболочек или содержимого грыжи, наружный кишечный свищ в области грыжи.

Ущемление грыжи

Частым и тяжелым осложнением грыжи является ее ущемление - сдавление содержимого грыжевого мешка в грыжевых воротах или в шейке грыжевого мешка. По статистическим данным, ущемление грыжи обнаруживают у 8-10% больных. Послеоперационная

летальность при этом осложнении составляет 5-7%, у пациентов пожилого возраста - до 10-16% (П. Постолов, М.И. Кузин, Ю.М. Мохнюк). Ущемление может возникать у пациентов любого возраста, но чаще - у пациентов среднего возраста, занимающихся тяжелым физическим трудом.

Причиной ущемления, как правило, является внезапное повышение внутрибрюшного давления. Его возникновению способствуют узкие, малоподдатливые грыжевые ворота, а также воспалительные процессы и рубцовые изменения в области шейки грыжевого мешка.

Выделяют ущемление истинное и ложное (ложное - грыжа Брока). При истинном ущемлении происходит сдавление содержимого грыжевого мешка в грыжевых воротах или в шейке грыжевого мешка с нарушением кровообращения в ущемленном органе и появлением интенсивной боли ишемического генеза. При ложном ущемлении боль возникает вследствие попадания в грыжевой мешок органов брюшной полости при острых хирургических заболеваниях или инфицированного выпота при прободной язве желудка или двенадцатиперстной кишки, остром аппендиците, остром холецистите, остром панкреатите и других заболеваниях, без сдавления содержимого грыжевого мешка. Истинное ущемление возникает чаще и является опасным.

По механизму образования ущемления различают эластичное и каловые.

Эластичное ущемление возникает у больных с узкими грыжевыми воротами при значительном внезапном повышении внутрибрюшного давления (Рис. 7: а). Эластичность грыжевых ворот и прилегающих тканей позволяет им в случае повышения внутрибрюшного давления расширяться и пропускать в грыжевой мешок другие анатомические образования брюшной полости, а после его сокращения сдавливать его содержимое.

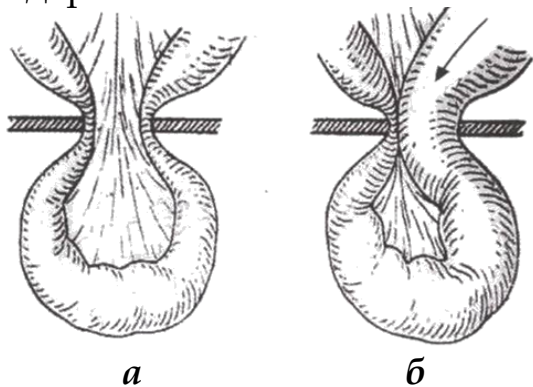


Рис 7. Виды ущемления:
а - эластичное ущемления;
б - каловое ущемления.

Каловое ущемление возникает при быстром поступлении кала в приводящую петлю кишки, располагающуюся в грыжевом мешке, с последующим сдавлением отводящей петли (рис 7: б). Основой калового ущемления является нарушение функции кишечника.

Смешанное ущемление возникает в случае перехода калового ущемления в эластическое, т.е. когда наряду с ущемлением содержимого в грыжевом мешке происходит нарушение кровообращения.

Выделяют такие редкие формы эластического ущемления: ретроградное или обратимое (Майдля), пристеночное (Рихтера), ущемление дивертикула Меккеля (грыжа Литтре) (рис. 8).

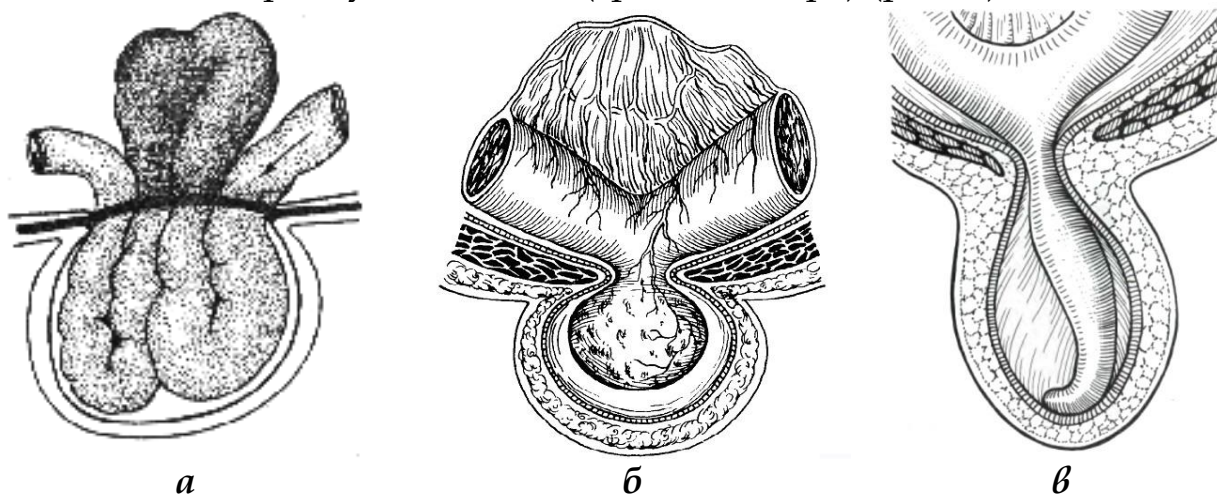


Рис 8. Редкие формы эластического ущемления: а - ретроградное или обратимое (Майдля); б - пристеночное (Рихтера); в - ущемление дивертикула Меккеля (грыжа Литтре)

Ретроградное ущемление возникает при попадании в грыжевой мешок двух или более петель кишки. При этом больше поражается петля кишки, находящаяся в брюшной полости и соединяющая петли, расположенные в грыжевом мешке, поэтому необходимо обязательно оценивать её состояние во время выполнения оперативного вмешательства.

Диагноз ретроградного ущемления можно установить только во время оперативного вмешательства.

Пристеночное ущемление возникает в начальной стадии грыжи. При этом сдавливается не вся кишка, а только ее стенка (рис. 9). Этот вид ущемления хирурги называют подвохом, поскольку вследствие сохранения просвета кишки отсутствуют четкие признаки недостаточности кишечника, что нередко приводит к диагностическим ошибкам.

В ущемленном органе нарушается кровообращение, возникают отек тканей и морфологические изменения, обуславливающие их

некроз. Степень их выраженности зависит от давления и продолжительности периода от момента ущемления.

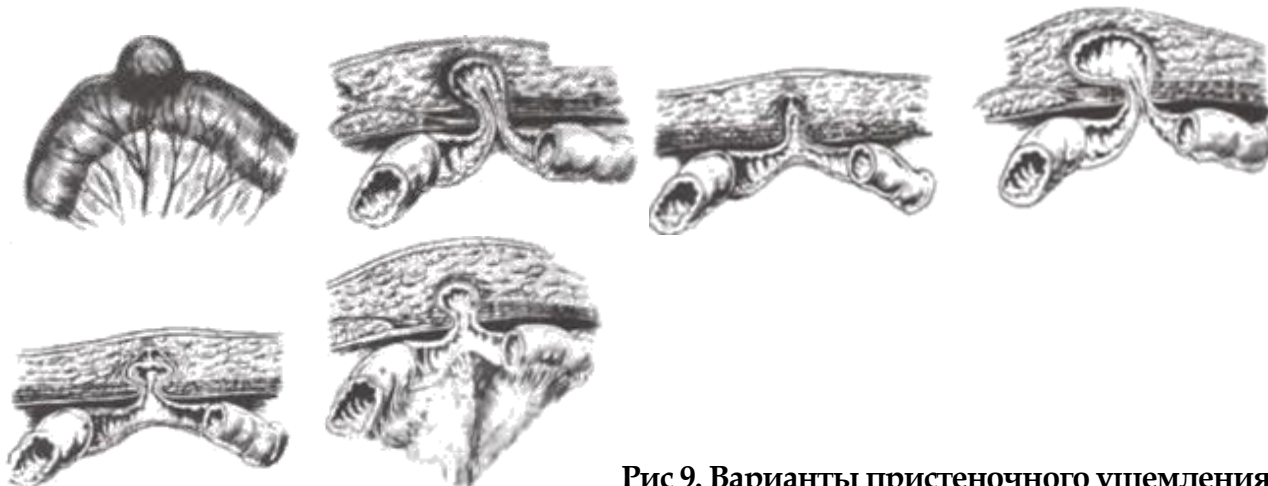


Рис 9. Варианты пристеночного ущемления

Чаще ущемленным органом является петля тонкой кишки. В ущемленной области петли кишки выделяют три отрезка: приводящую петлю, центральное колено и отводящую петлю. Наиболее выраженные морфологические изменения отмечают в центральном колене, несколько меньше - в приводящей петле и почти отсутствуют они в отводящей петле.

При ущемлении прежде нарушается венозный отток, вследствие чего возникает венозный стаз, увеличивается проницаемость венозной стенки, что приводит к отеку стенки кишки и выходу жидкости в грыжевой мешок с накоплением в нем грыжевой воды. При диапедезе эритроцитов содержимое грыжевого мешка становится геморагическим. Усиление отека является дополнительным фактором, который обуславливает сдавление петли кишки и ее брыжейки, в этом случае возникают расстройства артериального кровообращения, артериальный стаз в ущемленной петле кишки с ее некрозом. Морфологические изменения в стенке кишки начинаются со слизистой оболочки и подслизистого слоя, то есть с тех слоев, где расположены сосуды, обеспечивающие трофику стенки кишки и транспортировки кислорода. В дальнейшем возможна перфорация петли кишки с образованием флегмоны грыжи. На начальных стадиях ущемления инфицирование ограничивается содержимым грыжевого мешка, поскольку грыжевые ворота закрыты. Однако в случае развития некроза приводящей петли кишки происходит инфицирование брюшной полости с развитием перитонита.

В приводящей петле кишки, вследствие усиленной перистальтики и спазма гладких мышечных волокон, накопления большого количества кишечного содержимого и газов, возникают нарушения кровообра-

щения и морфологические изменения стенки кишки. Больше всего страдает отрезок приводящей петли, располагающийся рядом с грыжевыми воротами. Некротические изменения также начинаются со слизистой оболочки и подслизистого слоя и распространяются наружу. Макроскопические изменения появляются позже, что следует иметь в виду при интраоперационной оценке жизнеспособности ущемленного сегмента кишки и определения границ ее резекции. Необходимо удалять не менее 50 см приводящей петли кишки (правило Кохера).

В отводящей петле кишки патологические изменения ограничиваются незначительным отеком и венозным стазом без тромбоза и значительного нарушения кровообращения. Эти изменения возникают на небольшом отрезке отводящей петли кишки наряду с грыжевыми воротами. Учитывая это при резекции некротизированной участка кишки, достаточно удалить 15-20 см отводящей петли.

По данным экспериментальных исследований доказано, что при полном прекращении кровообращения уже через 3,5-4 ч наступают необратимые морфологические изменения в стенке кишки. Поэтому при ущемленной грыже чем раньше выполнено оперативное вмешательство, тем меньше риск возникновения некроза кишки и тем лучше ближайшие и отдаленные результаты лечения.

Классическими клиническими признаками ущемления грыжи являются:

- внезапная, интенсивная боль в области грыжевого выпячивания или в брюшной полости;
- невосприимчивость грыжи, ранее вправлявшейся;
- быстрое увеличение и напряжение грыжевого выпячивания;
- невозможность определения грыжевых ворот;
- отрицательный симптом кашлевого толчка;
- появление и прогрессирование диспепсических признаков (тошнота, рвота, изжога) и, если ущемлена петля кишки - клинических признаков острой кишечной непроходимости (задержка газов и стула, вздутие живота и др.)..

Степень выраженности клинических признаков ущемления грыжи зависит от продолжительности периода с момента ущемления. Состояние больного уже с первых минут ущемления тяжелое. Отмечаются беспокойное поведение пациента, бледность кожи, тахикардия и т.д.. В дальнейшем состояние больного прогрессивно ухудшается. При задержке выполнения оперативного вмешательства

могут возникнуть некроз кишки, ее перфорация, каловая флегмона грыжи, острый перитонит.

Диагностика ущемленной грыжи часто не представляет затруднений. Наличии грыжи в анамнезе, жалоб на интенсивную боль, внезапно появившуюся в области грыжи и не исчезающую, а наоборот, нарастающую в динамике, невраивимость грыжи, ранее вправлявшейся, быстрое увеличение и напряжение грыжевого мешка, отрицательный симптом кашлевого толчка, невозможность определения грыжевых ворот, появление клинических признаков острой непроходимости кишечника позволяют установить правильный диагноз.

При сомнительном диагнозе используют дополнительные методы исследования - ультразвуковое и рентгенологическое исследование органов брюшной полости (рентгеноскопические исследования) и другие, которые помогают уточнить диагноз.

По данным ультразвукового исследования определяют, как правило, измененную петлю кишки или участок большого сальника в грыжевом мешке на фоне грыжевой воды. Становится видимой стенка кишки и ее просвет, в котором содержатся жидкость и газ. Участок ущемленного большого сальника имеет вид дополнительного образования повышенной эхогенности с неровными контурами, без полости. Состояние кровоснабжения ущемленного органа оценивают по данным доплеровского исследования.

Основным рентгенологическим признаком ущемления тонкой кишки наружной грыжи является накопление газа и жидкости в петле кишки, содержащейся в грыжевом мешке. Горизонтальные уровни и чаши Клойбера в полости кишки появляются позже.

Дифференциальную диагностику ущемленной грыжи необходимо проводить с воспалением, при которых поражение локализуется в участках, типичных для возникновения грыжи, и характеризуются острым началом.

При паховой грыже - это орхит, эпидидимит, воспаление паховых лимфатических узлов, при бедренной грыже - воспалительные изменения в бедренных лимфатических узлах, туберкулезные бугры, тромбофлебит большой подкожной вены нижней конечности в месте ее соединения с глубокой веной бедра, при пупочной грыже - омфалит, метастазы опухоли в пупочную область. При всех этих заболеваниях в анамнезе отсутствуют сведения о наличии грыжи. Классические признаки ущемления не определяются. Ущемление грыжи необходимо также дифференцировать с ее воспалением и копростазом. При этих осложнениях боль умеренно выражена, частично

можно вправить грыжу и пропальпировать грыжевые ворота, положительным является симптом кашлевого толчка.

В ситуациях, когда верифицировать диагноз на основании субъективных и объективных данных и специальных методов исследования невозможно, следует отдавать предпочтение диагнозу ущемления грыжи и срочно оперировать больного, поскольку выжидание может вызвать некроз кишки, ее перфорацию с развитием перитонита.

Дифференциальная диагностика ущемленной и невправимой грыжи также нередко сложна. Боль при невправимой грыже постоянная, менее интенсивная, чем при ущемлении грыжи; грыжа ненапряженная, уменьшается при попытке вправить ее в брюшную полость. При невправимой грыже можно определить грыжевые ворота или их края, симптом кашлевого толчка положительный, характерным является отсутствие клинических признаков острой непроходимости кишечника.

Лечение. После установления диагноза ущемленной грыжи необходимо немедленное оперативное вмешательство. Даже после самостоятельного вправления грыжи, больного следует госпитализировать в хирургическое отделение и прооперировать. Насильственное вправление грыжи недопустимо, поскольку возможно возникновение таких тяжелых осложнений, как разрыв кишки, вправление некротизированной петли кишки в брюшную полость, тромбоз и эмболия брыжеечных сосудов, ложное вправление ущемленной грыжи под кожу или в предбрюшинную клетчатку.

Подготовка к оперативному вмешательству является кратковременной и направлена, прежде всего, на улучшение общего состояния больного и коррекцию нарушений функций сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, а также обменных процессов. При субкомпенсированном и декомпенсированном состоянии организма коррекцию гомеостаза и функционального состояния жизненно важных органов проводят с участием анестезиолога и смежных специалистов. Короткая продолжительность предоперационной подготовки обусловлена прямой угрозой возникновения некротических изменений в ущемленном органе. Исходя из этого, целесообразно выполнение оперативного вмешательства с проведением интенсивной корректирующей терапии.

Обезболивание - эндотрахеальный наркоз, иногда - местная анестезия.

Оперативное вмешательство по поводу ущемленной грыжи имеет свои особенности. После выделения грыжевого мешка его вскрывают и

осуществляют санацию грыжевого содержимого и раны, чтобы предотвратить попадание в брюшную полость инфицированной грыжевой воды, содержащейся в грыжевом мешке. С целью предотвращения самостоятельного вправления ущемленного органа, обязательно проводят ревизию органов для оценки его жизнеспособности; ущемляющее кольцо следует разрезать только после санации раны ущемленного органа. Как правило, отрезок ущемленной петли кишки ограничивается двумя странгуляционными бороздами в месте ее сдавления грыжевыми воротами. Странгуляционная борозда может быть едва заметна или некротически изменена. Жизнеспособная кишка, имевшая цианотично-красную окраску, после устранения сдавления постепенно приобретает розовый цвет, серозная оболочка ее становится гладкой, блестящей, без повреждений, перистальтика кишки и пульсация брыжеечных сосудов сохранены. Нежизнеспособная кишка темно-цианотичной окраски с грязно-зелеными пятнами, серозная оболочка тусклая, местами десквамирована, кишечная перистальтика и пульсация сосудов брыжейки отсутствуют. Жизнеспособную кишку вправляют в брюшную полость, нежизнеспособный сегмент кишки удаляют, соблюдая правило Кохера. Дальнейшие этапы оперативного вмешательства выполняют так же, как при неосложненной грыже.

При образовании флегмоны грыжи оперативное вмешательство начинают с лапаротомии с последующей резекцией ущемленного некротически измененного сегмента кишки, восстанавливают проходимость кишечника путем формирования межкишечного анастомоза, дренируют брюшную полость и зашивают лапаротомную рану. После выполнения этих этапов оперативного вмешательства в проекции грыжи выполняют разрез и удаляют патологически измененные ткани, грыжевой мешок, ранее резецированный сегмент петли кишки. Пластика грыжевых ворот не проводят. Оперативное вмешательство завершают дренированием раны. Повторное оперативное вмешательство, направленное на устранение грыжи и пластика грыжевых ворот, осуществляют через 6-12 мес..

Осложнения, возникающие при выполнении оперативного вмешательства по поводу ущемленной грыжи:

- повреждение ущемленных органов (мочевого пузыря, кишечника);
- повреждение сосудов во время рассечения грыжевых ворот (бедренные артерия и вена, нижняя надчревная артерия - "корона смерти"). Залогом надежной профилактики этих осложнений

является разрез тканей, рассечение грыжевых ворот, выполнение других манипуляций только под контролем зрения.

Из послеоперационных осложнений наиболее частыми являются:

- нагноение операционной раны;
- тромбоэмболия легочной артерии.

Для предотвращения нагноения раны необходимо осторожно манипулировать при выполнении оперативного вмешательства, осуществлять тщательный гемостаз и многократную санацию раны, проводить антибиотикопрофилактику и антибактериальную терапию в ранний послеоперационный период.

Для профилактики тромбоэмболических осложнений рекомендуют раннюю активацию больного, проведение дыхательной гимнастики, назначение прямых и непрямых антикоагулянтных препаратов.

Воспаление грыжи

Острое воспаление грыжи возникает сравнительно редко. Его причиной является инфекционный фактор, который попал в область грыжи через кожу вследствие ее повреждения (царапины, трещины, потертости от плохо прилегающего бандажа) или генерализации патологического процесса при острых воспалительных процессах органов брюшной полости, которые являются содержимым грыжи, их перфорации вследствие воспалительного процесса или повреждения инородным телом (чаще рыбьей косточкой). Источником воспаления могут быть воспалительные процессы в соседних внутренних органах и тканях (лимфатических узлах, уретре, половых органах), когда инфекция проникает в грыжевой мешок лимфатическим путем.

Выделяют воспаление грыжи: серозное, серозно-фибринозное, гнойное, гнилостное.

При воспалении грыжи, причиной которого являются воспалительные процессы органов, находящихся в грыжевом мешке, воспалительный процесс, как правило, возникает остро, сопровождается интенсивной болью, повышением температуры тела, инфильтрацией и выраженной болезненностью в области грыжевого выпячивания. При наличии воспалительных изменений со стороны кожи в области грыжи преобладают местные признаки воспаления: гиперемия, отек и инфильтрация грыжевого выпячивания, местное повышение температуры. При обследовании больных, у которых предполагают наличие острого воспаления грыжи, усилия необходимо направить на поиски источника инфекции, что существенно облегчает

диагностику осложнения. Воспаление грыжи не всегда можно дифференцировать от ущемления.

Лечение воспаления грыжи проводят в зависимости от причины его возникновения.

При воспалении грыжи, вызванном воспалительным процессом в органах, содержащихся в грыжевом мешке, показано срочное выполнение оперативного вмешательства.

При воспалении грыжи вследствие распространения инфекционного процесса в оболочки грыжи с прилегающих тканей показано проведение консервативной противовоспалительной местной и общей терапии, устранение причины воспаления, т.е. проведение лечения заболеваний, повлекших воспаление грыжи. Обязательно проводят антибактериальную терапию, местно применяют физиотерапевтические методы лечения, компрессы с 10% раствором димексида, спиртовые компрессы. Оперативное вмешательство выполняют только в случае перехода воспалительного процесса в стадию флегмоны или абсцесса, в этом случае оно ограничивается разрезом тканей, удалением гноя, санацией и дренированием раны.

Копростаз

Копростаз - это накопление кишечного содержимого в петлях кишечника, которые расположены в грыжевом мешке. Возникает преимущественно при наличии невправимой грыжи, у пациентов пожилого возраста, чаще у женщин, при длительном существовании грыжи. Его возникновению способствуют большие размеры грыжи, широкие грыжевые ворота, вялая перистальтика кишечника, невправимость грыжи. Чаще копростаз возникает, если в грыжевом мешке содержатся слепая или сигмовидная ободочная кишка, т.е. при наличии скользящей грыжи.

Клиническими признаками копростаза является постепенное увеличение размеров грыжевого выпячивания на фоне неинтенсивной боли. В дальнейшем грыжевой мешок продолжает увеличиваться, становится напряженным, болезненным. Когда застойное содержимое переполняет и тонкую кишку, состояние больного ухудшается, боль распространяется на всю брюшную полость, появляются тошнота, рвота, общая слабость, появляются признаки механической непроходимости кишечника, причиной которого может быть ущемление грыжи. Однако, в отличие от него, при копростазе боль в области грыжи менее интенсивная, грыжевое выпячивание мягкой консистенции, менее болезненно, уменьшается при попытке вправить его в брюшную полость, частично удается определить края грыжевых

ворот. Положительным является симптом кашлевого толчка. При несвоевременном выполнении оперативного вмешательства и дальнейшем прогрессировании копростазы, значительном накоплении кишечного содержимого возникают нарушения кровообращения в стенке кишки и морфологические изменения в тканях, которые могут вызвать некроз кишки, что значительно ухудшает состояние больного. Прогрессируют признаки интоксикационного синдрома, нарушается функциональное состояние печени, почек, сердечно-сосудистой системы и других внутренних органов.

Следует отметить, что с начала заболевания и до появления выраженных клинических признаков копростазы с нарушением кровообращения в стенке кишки и прилегающих тканях сохраняются все признаки невправимой грыжи без симптомов ущемления.

Лечение копростазы - консервативное: промывание желудка, очистка кишечника с помощью сифонных клизм, после чего вправляют содержимое грыжи в брюшную полость и назначают слабительные средства. При невозможности лечения копростазы консервативными методами больных оперируют. Во время оперативного вмешательства опорожняют кишечник, осуществляют их интубацию с помощью назогастрального зонда и, при удовлетворительном состоянии больного, выполняют герниопластику.

Травматическое повреждение грыжи

Травматическое повреждение грыжи делят на *открытое* и *закрытое*.

При травматическом повреждении органов, содержащихся в грыже, появляются местные и общие признаки (интенсивная боль в области грыжи, возможны симптомы воспаления, при повреждении полостного органа - признаки перитонита). При *открытом повреждении* грыжи диагностика и хирургическая тактика традиционные. Больные подлежат госпитализации в хирургические стационары. По показаниям выполняют оперативное вмешательство, предусматривающее проведение ревизии раны, тщательное обследование части органа, содержащегося в грыжевом мешке, при необходимости - и в брюшной полости. В случае выявления повреждения органа, его ликвидируют, завершая оперативное вмешательство пластикой грыжевых ворот.

При *закрытом травматическом повреждении* грыжи при осмотре больного можно обнаружить гематому или повреждение кожи. При отсутствии повреждения органов, содержащихся в грыжевом мешке, клинические симптомы нечеткие.

Пострадавших с закрытой травмой грыжи также обязательно госпитализируют в хирургическое отделение для динамического наблюдения и определения лечебной тактики. Если подозревают повреждение органов брюшной полости после проведения полного клинического обследования, включая ультразвуковое и рентгенологическое исследования, выполняют срочное оперативное вмешательство - устранение повреждения и герниопластики.

Невправимая грыжа

К хроническим осложнениям грыж брюшной стенки относится ее невправимость, которая возникает вследствие постоянного травмирования грыжи с последующим хроническим асептическим воспалением и образованием спаек между органами, расположенными в грыжевом мешке и стенкой грыжевого мешка или между органами и участком большого сальника. Спаянные между собой органы образуют конгломерат, их не удастся вправить в брюшную полость через грыжевые ворота. Возникновению невправимости грыжи способствуют значительная продолжительность заболевания и большие размеры грыжи, ношение бандажа и другие факторы. Грыжа, существующая в течение многих лет, как правило, становится невправимой. Чем больше размеры грыжи, тем чаще она становится невправимой.

Невправимость грыжи может быть полной или частичной. Частичную невправимость нередко наблюдают в случае врожденной грыжи (пупочной, паховой), когда спайки образуются еще во внутриутробный период. Полная невправимость возникает при длительном существовании приобретенной грыжи.

Клинические признаки невправимых грыж подобные симптомам неосложненных вправимых грыж, однако более четко выражены. Боль постоянная, вправление возможно только частично, грыжевые ворота определяются только по краям, симптом кашлевого толчка положительный. У больных нередко возникают запор, нарушение функции кишечника, признаки хронической непроходимости кишечника. Иногда невправимая грыжа осложняется воспалением его оболочек. Невправимая грыжа более подвержена ущемлению, чем вправимая.

Лечение невправимых грыж оперативное. Этапы оперативного вмешательства существенно не отличаются от таковых по поводу вправимых грыж.

Опухоль грыжи

Доброкачественные или злокачественные новообразования грыжевого мешка или органов, которые содержатся в нем, наблюдаются редко. Их обнаружение является абсолютным показанием к выполнению оперативного вмешательства - удаление опухоли с последующим ее гистологическим исследованием. При необходимости оперативное вмешательство сочетают с герниопластикой.

ОТДЕЛЬНЫЕ ВИДЫ ГРЫЖ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Паховые грыжи

Паховая грыжа (*Hernia inguinalis*) - грыжа, при которой органы брюшной полости выходят через паховый канал. Это самый частый вид грыжи - ее обнаруживают у 75-80% больных с этой патологией. Паховая грыжа образуется преимущественно у мужчин, что объясняется анатомическими особенностями пахового канала. У мужчин паховый канал круглый, широкий, содержит семенной канатик, у женщин - имеет щелевидную форму, в нем содержится круглая связка матки, он значительно надежнее укреплен мышечно-сухожильными структурами (рис. 10).

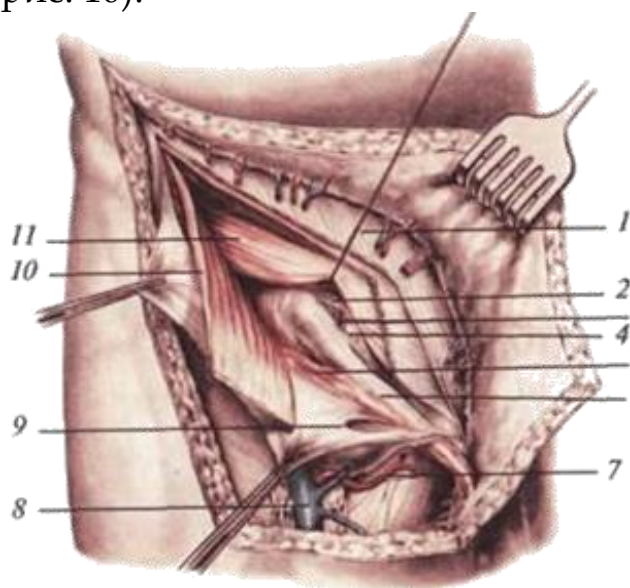


Рис 10. Топография пахового треугольника: 1 - апоневроз наружной косой мышцы живота; 2 - поперечная фасция; 3 - нижние надчревные артерия и вена; 4 - предбрюшинную клетчатку; 5 - мышца, поднимающая яичко; 6 - семенной канатик; 7 - наружные срамные артерия и вена; 8 - нижняя полая вена; 9 - поверхностное паховое кольцо; 10 - внутренняя косая мышца живота; 11 - поперечная мышца живота

Образованию паховой грыжи способствуют особенности анатомического строения паховой области и пахового канала. Паховый участок расположен в нижне-наружном отделе передней брюшной стенки. Она ограничена: сверху - горизонтальной линией, проходящей между верхними передними подвздошными остями, медиально - наружным краем прямой мышцы живота, снизу - паховой связкой, которая отделяет этот участок от бедра. В паховой области выделяют

паховый промежуток, пределами которого являются: сверху - нижние края внутренней косой и поперечной мышц живота, снизу - паховая (пупартова) связка, медиально - влагалище прямой мышцы живота. В паховой области этот промежуток является слабым местом. В нем расположен паховый канал длиной 4-5 см, который имеет косое направление сверху вниз, сзади наперед и изнутри наружу. В паховом канале выделяют 4 стенки и два кольца - поверхностное и глубокое. Передней стенкой пахового канала является апоневроз наружной косой мышцы живота, задней - поперечная фасция, верхней - нижние края наружной косой и поперечной мышц, нижней - паховая связка. Глубокое паховое кольцо расположено в боковой ямке, расположенной снаружи от складки брюшины, образованной нижней надчревной артерией. На задней поверхности паховой области имеются две другие ямки, через которые также может выходить грыжевое образование.

Это медиальная ямка, которая находится между складками брюшины, образованными нижней надчревной артерией и облитерированными пупочными артериями, и надпузырная ямка, расположенная между складками, образованными облитерированными пупочными артериями и медиальной пупочной складкой (*urachus*). Поверхностное паховое кольцо расположено над паховой связкой (рис. 11).

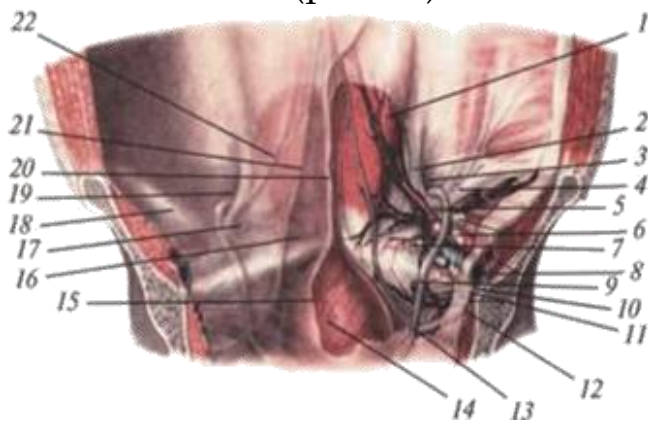


Рис 11. Задняя поверхность нижнего отдела передней брюшной стенки: 1 - прямая мышца живота; 2 - межъямковая складка; 3 - глубокое паховое кольцо; 4 - паховая связка, 5 - нижние надчревные артерия и вена; 6 - лимфатические узлы, 7 - цельная связка; 8 - наружные подвздошные артерия и вена, 9 - запирающее отверстие; 10 - запирающий нерв; 11 - запирающие артерия и вена; 12 - правый мочеточник;

13 - семявыносящий проток; 14 - мочевого пузыря; 15 - брюшина; 16 - поверхностная ямка; 17 - средняя паховая ямка; 18 - паховая связка; 19 - внешняя паховая ямка; 20 - срединная пупочная складка; 21 - средняя пупочная складка; 22 - наружная пупочная складка

Оно образовано двумя ножками апоневроза наружной косой мышцы живота, одна из которых (верхняя) прикрепляется к лобковой кости, другая (нижняя) - к лобковому бугорку. Сверху ножки соединяются дугообразными волокнами апоневроза наружной косой мышцы живота, образуют поверхностное паховое кольцо округлой или

овальной формы. В норме поверхностное паховое кольцо пропускает кончик мизинца.

В зависимости от степени развития грыжи А.П. Крымов выделял такие виды косой паховой грыжи: начальную, канальную, канатиковую, пахо-мошоночную, больших размеров (*Hernia Magna*), очень больших размеров (*Hernia permagna*).

В зависимости от расположения грыжевого мешка различают грыжу:

- преперитонеальную (*Hernia inguinalis preperitonealis*), при которой грыжевой мешок находится между брюшиной и поперечной фасцией живота;
- интерстициальную (*Hernia inguinalis interstitialis*) - грыжевой мешок расположен между мышечными слоями;
- надапоневротическую (*Hernia inguinalis superficialis*) - грыжевой мешок расположен в подкожном слое над апоневрозом;
- грыжа Купера (*Hernia inguinalis encystica, Cooper*), для которой характерно наличие двух грыжевых мешков, вложенных друг в друга (обнаруживают очень редко).

Важным для клинической практики является выделение косой и прямой грыжи. Косая паховая грыжа в зависимости от происхождения может быть врожденной или приобретенной (рис. 12), прямая - только приобретенной.

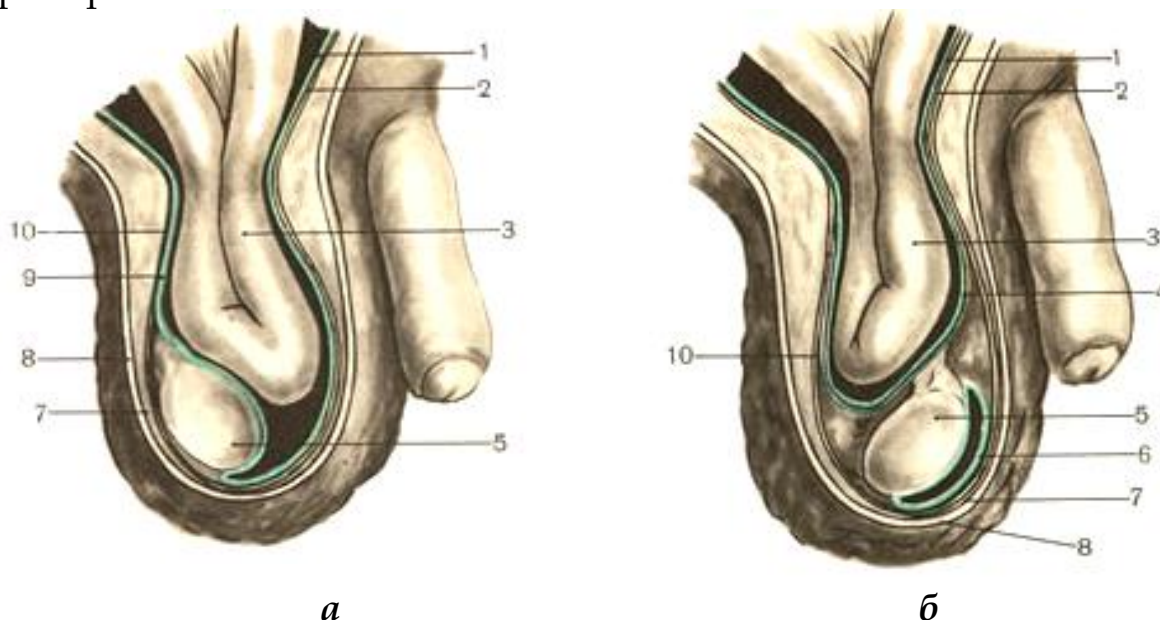


Рис 12. Врожденная (а) и приобретенная (б) косая паховая грыжа (схема). 1 - peritoneum; 2 - fascia transversalis; 3 - тонкая кишка; 4 - грыжевой мешок; 5 - testis; 6 - tunica vaginalis testis; 7 - tunica dartos; 8 - кожа; 9 - грыжевой мешок - tunica vaginalis testis; 10 - fascia spermatica interna.

Возникновение врожденной паховой грыжи тесно связано с эмбриогенезом нижнего отдела брюшной стенки, опусканием яичек в мошонку. Паховый канал начинает формироваться на 7-м месяце внутриутробной жизни.

В течение 8-го и 9-го месяцев яичко от глубокого кольца через паховый канал опускается в мошонку. Вместе с яичком и семенным канатиком выпячивается пристеночный листок брюшины, который имеет вид трубки и называется брюшинным отростком, на дне которого находится яичко. До начала родов брюшинный отросток зарастает. При условии его незаращения остается сообщение между брюшной полостью и яичком, что является предпосылкой для образования врожденной паховой грыжи. Она может возникать сразу после рождения ребенка, во время первого напряжения живота (крик, плач), а может проявиться в детском или взрослом возрасте (из-за узкого брюшинного отростка). Обязательным признаком врожденной паховой грыжи является расположение яичка и органов брюшной полости в грыжевом мешке.

При отсутствии облитерации средней трети забрюшинного отростка в течение жизни возможно возникновение водянки семенного канатика, нижней трети - водянки яичка. Приобретенная косая паховая грыжа образуется в течение жизни человека. Причиной ее образования является анатомическая слабость паховой области, значительное повышение внутрибрюшного давления при физической нагрузке, кашле и др..

При этом в глубокое паховое кольцо выпячивается пристеночный листок брюшины, в который попадают органы брюшной полости, следовательно, формируется грыжа. Грыжевой мешок и органы, в нем содержащиеся, проходят через весь паховый канал и выходят через поверхностное паховое кольцо в паховый участок. Поскольку грыжа повторяет ход пахового канала, ее называют косой паховой грыжей.

Прямая паховая грыжа может быть только приобретенной. Грыжевой мешок при этом выходит через внутреннюю глубокую паховую ямку и располагается за пределами семенного канатика, поэтому опускается в мошонку. Такая грыжа имеет шарообразную форму, возникает при снижении эластичности тканей брюшной стенки, нередко является двусторонней.

Клинические проявления паховой грыжи типичны. Больные жалуются на боль в брюшной полости или паховой области, наличие опухолевидного выпячивания, которое увеличивается при кашле, надувании живота, мочеиспускании, при переходе из положения лежа в положение стоя. В положении больного лежа выпячивание становится

мягким, вправляется в брюшную полость. После вправления определяют поверхностное паховое кольцо - грыжевые ворота. При наличии грыжи размеры поверхностного пахового кольца значительно увеличиваются, оно может свободно пропускать 2-3 пальца, а иногда, если паховая грыжа значительных размеров, даже всю кисть. При обследовании грыжевых ворот обнаруживают положительный симптом кашлевого толчка - передача кашлевых толчков на палец, введенный в паховый канал в момент кашля. Его можно определить в положении больного лежа или стоя. Кашлевые толчки могут передаваться и на ладонь, расположенную в проекции поверхностного пахового кольца. Содержимым паховой грыжи чаще являются петли тонкой кишки, большой сальник, толстый кишечник и другие органы брюшной полости. В зависимости от того, какой орган содержится в грыжевом мешке, грыжа имеет разную консистенцию (от мягкой и мягко-эластической до твердой). При наличии скользящей грыжи, когда одной из стенок грыжевого мешка является мочевого пузыря или толстая кишка, больные жалуются на боль над лобком, частое, болезненное мочеиспускание, нарушение функции кишечника (запор), боль во время дефекации. Степень выраженности этих признаков уменьшается или они исчезают после вправления грыжи в брюшную полость.

Выбор метода оперативного вмешательства по поводу паховой грыжи в большей степени зависит от того, косая она или прямая. Дифференциальная диагностика видов грыжи приведена в табл. 1.

Таблица 1

Дифференциальная диагностика косой и прямой паховых грыж

ПРИЗНАКИ ГРЫЖИ	ВИД ПАХОВОЙ ГРЫЖИ	
	Косая	Прямая
<i>Происхождение</i>	Врожденная и приобретенная	Только приобретенная
<i>Внешний вид</i>	Удлиненная	Округлая
<i>Расположение</i>	В грыжевом мешке	В грыжевом мешке
<i>Отношение семенного канатика</i>	Среди его элементов	Не связана
<i>Опускание грыжи в мошонку</i>	Опускается	Не опускается
<i>Односторонняя или двусторонняя</i>	Чаще односторонняя	Чаще двусторонняя
<i>Расположение относительно нижней надчревной артерии</i>	Пульсацию нижней надчревной артерии, отмечают медиально от грыжевого мешка	Пульсацию нижней надчревной артерии отмечают сбоку от грыжевого мешка

Диагностика паховой грыжи не представляет затруднений. Жалобы больного на боль, наличие выпячивания в паховой области и изменение величины и консистенции при напряжении живота, кашле, положительный симптом кашлевого толчка, наличие диспепсических явлений, нарушение функции кишечника и мочевой системы, а также данных анамнеза, свидетельствующих о появлении выпячивания после физической нагрузки или значительного напряжения брюшной стенки, затажного кашля, затрудненного дыхания, запора, фимоза, дают возможность установить диагноз паховой грыжи. Результаты специальных методов исследования - ультразвукового и рентгенологического (ирригография, цистография) дают дополнительную информацию для подтверждения диагноза паховой грыжи.

Дифференциальную диагностику паховой грыжи проводят с бедренной грыжей, водянкой яичка или семенного канатика, варикозными изменениями венных сосудов, липомой семенного канатика, туберкулезными бугорками, паховым лимфаденитом, доброкачественными и злокачественными опухолями передней брюшной стенки, которые локализуются в проекции пахового канала.

Основным признаком, позволяющим отличить паховую грыжу от бедренной, является ее расположение относительно паховой связки. Паховая грыжа находится над паховой связкой, бедренная - ниже паховой связки.

При водянке яичка или семенного канатика у мужчин и кисте круглой связки матки у женщин образование имеет четкие контуры как сверху, так и снизу. Оно не связано с брюшной полостью, при надувании живота не меняются его размеры и консистенция, размеры поверхностного пахового кольца не изменены, симптом кашлевого толчка отсутствует. По данным ультразвукового исследования отмечают образование овальной или округлой формы с четкими контурами, в котором содержится жидкость.

При липоме семенного канатика можно охватить опухолевидное выпячивание рукой и отделить его от пахового канала. Выпячивание не изменяет контуров сохраняет мягкую консистенцию и размеры, при этом пальпируют паховое кольцо, симптом кашлевого толчка отсутствует.

Увеличенные паховые лимфатические узлы, как правило, твердо-эластической консистенции, малоподвижные, часто имеют вид цепочки, не увеличиваются во время напряжение брюшной стенки, поверхностное паховое кольцо обычных размеров. Как правило, удается

выявить причину увеличения лимфатических узлов (наличие инфицированной раны нижних конечностей, дерматита).

Туберкулезные бугорки на бедре чаще являются осложнением туберкулеза позвоночника. Они расположены более наружно, чем бедренная грыжа. При пальпации определяют флюктуацию, при перкуссии - тупой звук. Содержание бугорка легко смещается вверх. По данным ультразвукового исследования выявляют жидкость. Рентгенологическое исследование позвоночника является решающим в диагностике туберкулезного спондилита.

Локализация опухолей в области пахового канала не является характерной. При этом не наблюдается связи с брюшной полостью, увеличения размеров новообразования при напряжении брюшной стенки, симптом кашлевого толчка отсутствует. Для верификации диагноза необходимо провести клиническое и др. инструментальные обследования больного.

Лечение

Радикальное лечение паховой грыжи предусматривает обязательное выполнение оперативного вмешательства. Противопоказанием к нему могут быть только тяжелые сопутствующие заболевания, когда выполнение оперативного вмешательства приведет к неблагоприятным последствиям жизни больного.

Обезболивание осуществляют с применением различных видов наркоза или местной анестезии. Предпочтение наркозу отдают при обращении детей, женщин и пожилых людей.

Во время оперативного вмешательства удаляют грыжу, осуществляют пластику стенки пахового канала. Существуют многочисленные способы хирургического лечения паховой грыжи, которые различаются только способом укрепления стенок пахового канала.

Большинство авторов при наличии кривой паховой грыжи предлагают осуществлять пластику передней стенки пахового канала, поскольку при этом виде грыжи она наиболее поражена.

Чаще применяют способы:

- *Жирана* (рис. 13.);
- *Спасокукоцкого* (рис. 14.);
- *Кимбаровского* (рис. 15.);
- *Мартынова* (рис. 16.);
- *Боброва* (рис. 17.).

В основу их положена пластика передней стенки пахового канала с использованием близлежащих тканей - мышц, апоневроза, фасций.

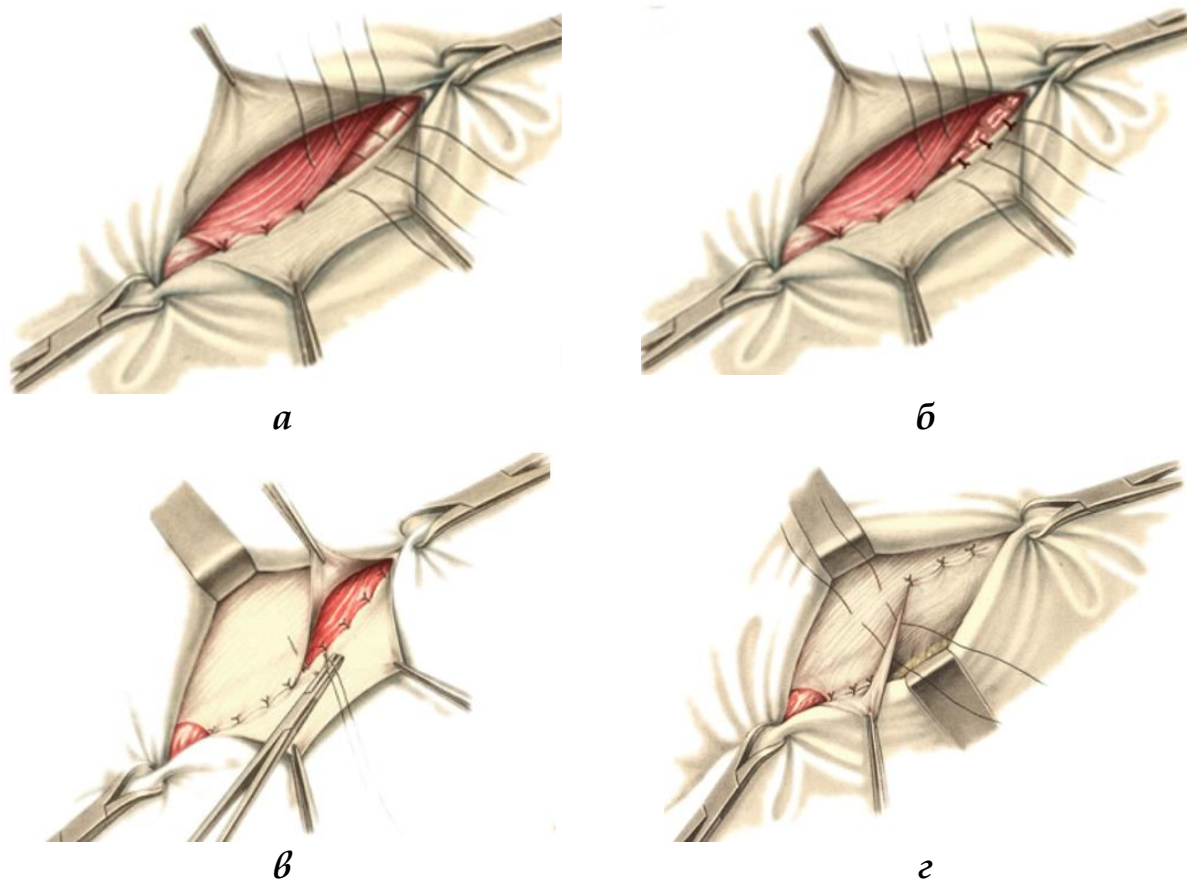


Рис 13. Пластика грыжевых ворот по Жирару: а - подшивание поперечной мышцы живота к паховой связке; б - подшивание внутренней косой мышцы живота к паховой связке; в - подшивание верхнего листка апоневроза наружной косой мышцы живота к паховой связке; г - подшивание нижнего листка апоневроза наружной косой мышцы живота к верхнему листку (образование дупликатуры апоневроза).

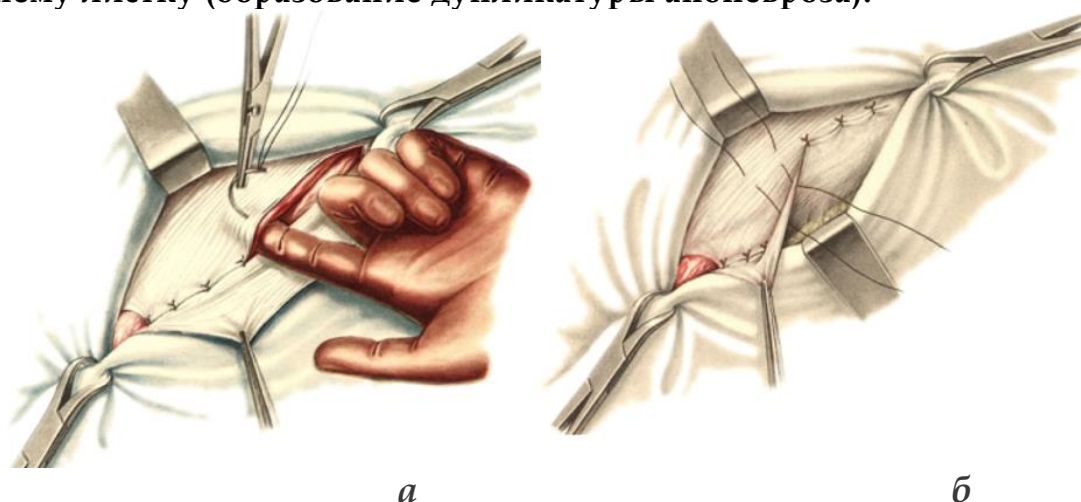


Рис 14. Пластика грыжевых ворот по Спасокукоцкому: а - подшивание поперечной мышцы живота, внутренней косой мышцы живота и верхнего листка апоневроза наружной косой мышцы живота к паховой связке; б - подшивание нижнего листка апоневроза наружной косой мышцы живота к верхнему листку (образование дупликатуры апоневроза).

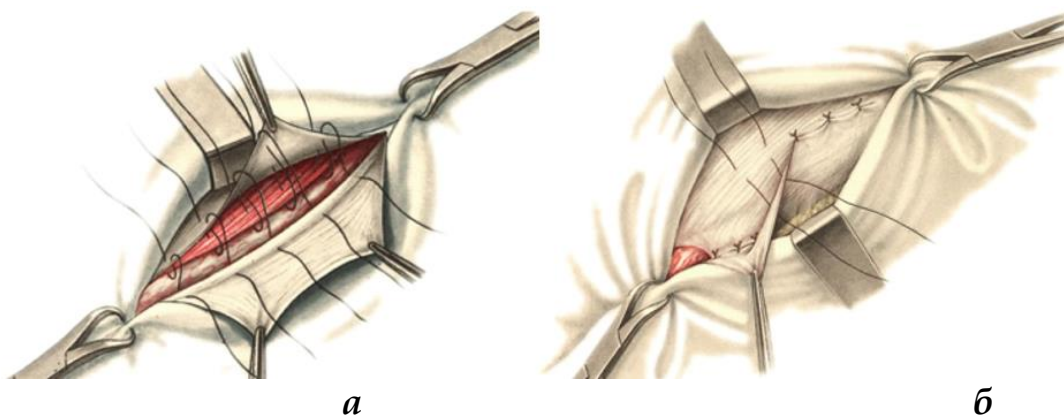


Рис 15. Пластика грыжевых ворот по Кимбаровскому: а - подшивание поперечной мышцы живота, внутренней косой мышцы живота и верхнего листка апоневроза наружной косой мышцы живота к паховой связке швом Кимбаровского; б - подшивание нижнего листка апоневроза наружной косой мышцы живота к верхнему листку (образование дубликатуры апоневроза).



Рис 16. Пластика пахового канала по Мартынову: а - разрез апоневроза наружной косой мышцы живота б - сшивание верхнего лоскута апоневроза наружной косой мышцы живота с паховой связкой мышцы (мышцы в шов не захватывают) в - лоскуты апоневроза сшивают дубликатурой.

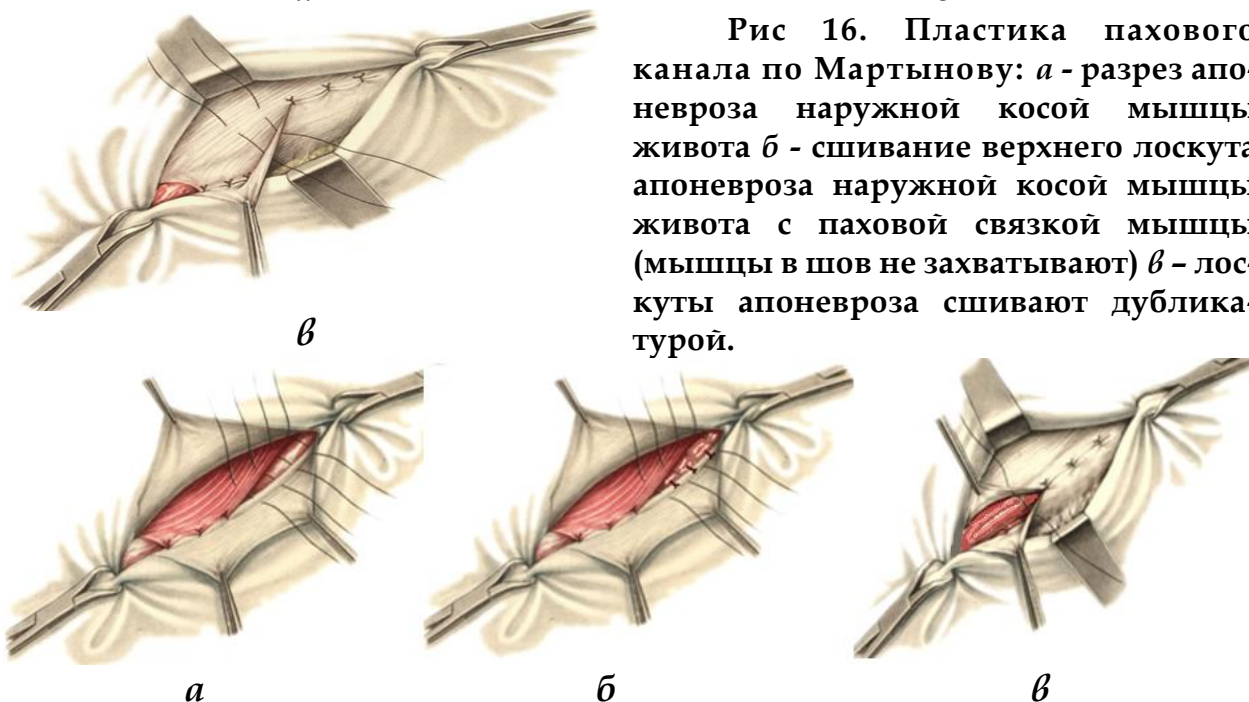


Рис 17. Пластика грыжевых ворот по Боброву: а - подшивание поперечной мышцы живота к паховой связке; б - подшивание внутренней косой мышцы живота к паховой связке; в - сшивание листков апоневроза наружной косой мышцы живота.

При наличии *прямой паховой грыжи* пластика задней стенки пахового канала осуществляют с использованием прилегающих тканей методами Бассини (рис. 18), Постемпского, Крымова и др..

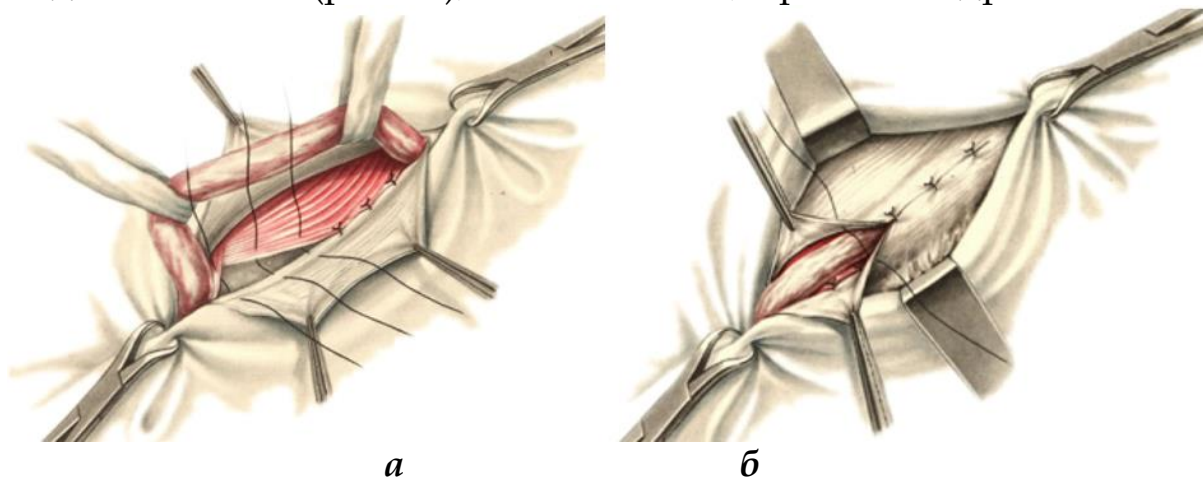


Рис 18. Пластика грыжевых ворот при прямых паховых грыжах по Бассини: а - подшивание поперечной фасции, поперечной мышцы живота, внутренней косой мышцы живота к паховой связке; б - сшивание листков апоневроза наружной косой мышцы живота.

В последние годы большинство хирургов при наличии как косой, так и прямой паховой грыжи предпочитают укреплению задней стенки пахового канала с пластикой ее по методу Шолдайса, Лихтенштейна (рис. 19).

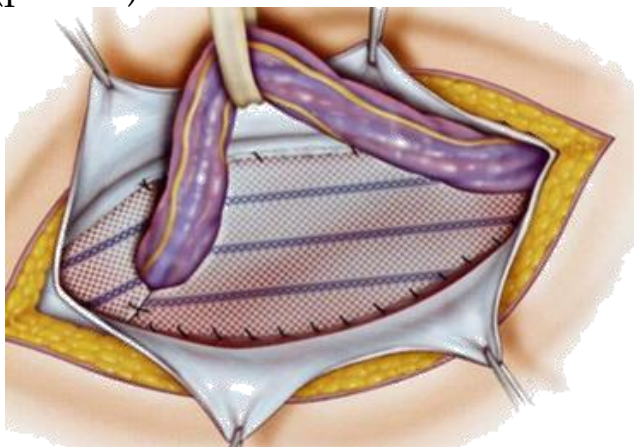


Рис 19. Пластика пахового канала по Лихтенштейну

Герниопластика по Лихтенштейну

Разрез кожи и подкожной клетчатки длиной 8-10 см. полностью соответствует такому, как при традиционной герниопластике местными тканями. Апоневроз наружной косой мышцы освобождается от жировой клетчатки только по линии рассечения. Нет необходимости его широкого выделения как при создании дубликатуры. После вскрытия апоневроза ножницами и препаровочным тупфером выделяется паховая связка, край

внутренней косой и поперечной мышц на 2 – 3 см, край влагалища прямых мышц и лобковый бугорок. Пальцем выделяется пространство под апоневрозом вверх по ходу разреза для последующего размещения сетчатого протеза.

При прямой паховой грыже грыжевой мешок после выделения не раскрывается, а погружается в брюшную полость. Поперечная фасция над ним ушивается одним или двумя рассасывающимися швами.

При косой грыже раскрывается влагалищная оболочка семенного канатика. Небольшой грыжевой мешок выделяется до шейки, раскрывается и прошивается в области шейки. При большой косой пахо-мошоночной грыже иногда более целесообразно сначала выделить шейку грыжевого мешка, прошить ее и перевязать, а затем полностью удалить мешок. По нашему мнению, выделение грыжевого мешка должно проводиться не тупфером, травмирующим ткани, а исключительно ножницами и пинцетом с коагуляцией мелких сосудов. Это позволяет атравматично убрать мешок любого размера. Оставление части мешка в мошонке считаем нецелесообразным, особенно у больных молодого и зрелого возраста. После удаления мешка восстанавливаем вагинальную оболочку семенного канатика.

Только после обработки грыжевого мешка семенной канатик обходим диссектором и берем на держалку. Выполнять этот этап отделения мешка, как делает автор методики, не видим необходимости и считаем более травматичным. Затем семенной канатик острым путем освобождаем от сращений с подлежащими тканями на всем протяжении раны. Частичное пересечение мышцы, поднимающей яичко, также считаем излишним.

При косых паховых грыжах, когда внутреннее паховое кольцо значительно расширено или имеется грыжа с выпрямленным каналом, несколькими швами, наложенными на поперечную фасцию, сужаем внутреннее паховое кольцо.

Пластика пахового канала по McVay (Cooper ligament repair)

В англоязычной литературе пластика носит название "Cooper ligament repair". Принципом пластики является формирование задней стенки пахового канала путем подшивания апоневротического влагалища прямой мышцы живота к связке Купера на всем ее протяжении до бедренных сосудов. В основе идеи этой пластики лежит понимание роли связки Купера как анатомического образования, способного выдерживать значительные нагрузки без разрушения при наложении швов под натяжением.

Используется передний паховый доступ. Выделяется семенной канатик. Иссекают гипертрофированные волокна *m. cremaster*. Грыжевой мешок выделяется, раскрывается, прошивается у шейки, отсекается. Поскольку поперечная фасция при больших паховых грыжах истончена, автор предлагает иссекать истонченную поперечную фасцию. Поперечная фасция рассекается на всем протяжении пахового канала от наружного края прямой мышцы живота к внутреннему отверстию пахового канала. Отсекают нижний лист истонченной поперечной фасции, раскрывается фасциальный футляр наружных подвздошных и бедренных сосудов.

На всем протяжении до бедренных сосудов освобождается от окружающей клетчатки связка Купера.

Пластика по McVay. Вид задней стенки пахового канала после обработки грыжевого мешка и рассечения поперечной фасции. Оболочки семенного канатика защиты. Куперова связка освобождена от окружающих тканей:

После иссечения фасции определяется дефект задней стенки. Верхним краем дефекта является поперечная мышца живота с ее апоневрозом и фасцией, нижним - связка Купера медиально и фасция бедренных сосудов латерально. Выполняется вертикальный ослабляющий разрез влагалища прямой мышцы живота длиной 4-7 см. Пластику задней стенки начинают от лонного бугорка и продолжают по куперовой связки шовным материалом 2/0. Швы (от 8 до 10) накладывают на расстоянии 3 мм друг от друга. Последний шов накладывается в нескольких миллиметрах от бедренной вены. В латеральный шов захватывают поперечную фасцию, куперову связку, гребенчатую фасцию и глубокие слои пупартовой связки, ликвидируя таким образом бедренный канал. После реконструкции задней стенки пахового канала семенной канатик укладывается в свое обычное положение и апоневроз наружной косой мышцы сшивается над ним. Соединенный апоневроз поперечной и внутренней косой мышц подшивается к куперовой связке вместе с верхним листом рассеченной поперечной фасции после предварительного рассечения влагалища прямой мышцы. Применяются узловы швы не рассасывающейся нитью. Швы накладываются последовательно, вплоть до бедренной вены. Для закрытия бедренного канала накладываются швы с захватом подвздошно-лонного тракта. Швы латеральнее семенного канатика не накладываются. Внутреннее паховое кольцо должно пропускать кончик пальца рядом с семенным канатиком: I-II-III-IV - швы последовательно наложены на сопряженный сухожильный край внутренней косой и поперечной мышц и связку Купера; V-VI-VII-VIII -

швы, соединяющие апоневротический край мышц, поперечную фасцию, бедренную фасцию и паховую связку (или подвздошно-лонный тракт).

Степень натяжения тканей в зоне герниопластики является основным фактором возникновения рецидива грыжи. В области натяжения вследствие атрофии тканей, прежде всего, мышечных волокон, возникает их слабость, что вызывает повторное выпячивание - рецидив грыжи. Последнее время пластика без натяжения тканей вытесняет существующие способы герниопластики всех видов грыжи.

Важное значение при осуществлении пластики грыжевых ворот имеет выбор шовного материала. В последние годы достигнуты значительные успехи в изготовлении новых шовных материалов, которые значительно превосходят физико-химические и физиологические свойства тех, которые применяли ранее. Внедрение компьютерных технологий, особенно способов моделирования патологических состояний, дали возможность предложить новые методы пластики грыжевого дефекта, соответствующие основному принципу выполнения оперативного вмешательства - пластика без натяжения (*Tension Free*). Использование этого принципа герниопластики позволяет значительно улучшить результаты лечения больших и гигантских грыж брюшной стенки благодаря отсутствию повышения внутрибрюшного давления. Все современные аллопластические материалы (полипропилен, марлекс, пролен, трилекс и др.) соответствуют критериям биологической совместимости. Наиболее универсальной считают полипропиленовую и полиэстероновую сетки, через которые свободно проникают клетки соединительной ткани, что создает благоприятные условия для функционирования фибробластов и разрастание соединительной ткани. Кроме того, пропиленовая сетка прочная, в случае ее использования частота осложнений и отрицательная реакция тканей минимальны. Однако применение сеток после заживления раны обуславливает образование слабых участков, особенно в зоне прошивки лигатурами, в связи с чем края сетки необходимо располагать далеко за пределами грыжевых ворот, создает дополнительную прочность. Наиболее надежная фиксация сетки обеспечивается ее размещением в предбрюшинном пространстве на 4-5 см латеральнее от грыжевых ворот при наличии послеоперационной грыжи брюшной стенки и на 3 см - в случае паховой и бедренной грыжи.

Фиксировать аллопластическую сетку необходимо только после проверки ее прочности путем наложения редких швов. Не следует имплантировать аллотрансплантат в брюшную полость при наличии

признаков местного инфицирования (выполнять оперативное вмешательство можно не ранее, чем через 6 мес после его устранения). В случае инфицирования операционной раны необходимо как можно раньше и тщательнее провести санацию раны, неспеша удалять сетку, при условии эффективного дренирования послеоперационной раны. Целесообразно проведение антибиотикопрофилактики в предоперационный период и антибактериальной терапии в послеоперационный период, осуществление необходимых мер по предотвращению тромбоза и эмболии.

Основной принцип выполнения оперативных вмешательств с использованием аллопластических материалов - осторожная диссекция и фиксация сетки без натяжения и повреждения тканей и самой сетки. Сегодня широко применяют четыре сетчатых трансплантата: полиэстер (дакрон), полипропилен (пролен), марлекс и политетрафторпропилен.

Период сращения тканей после герниопластики с применением синтетических материалов составляет в среднем 1 год. Заживление раны у 80% пациентов происходит в течение 6 мес. Поэтому шовный материал, не способен надежно удерживать ткани в течение указанного срока, не может быть использован для герниопластики. Синтетический монофиламентный шовный материал рассасывается, является лучшим для фиксации аллотрансплантатов. Отечественные и зарубежные хирурги предпочитают шовный материал из полиамида и полипропилена.

В случае предположения наличия или при выявлении скользящей грыжи рекомендуется осуществлять герниопластику без вскрытия и удаления грыжевого мешка, который инвагинуют в сторону брюшной полости. Непрерывным швом соединяют листки поперечной фасции и таким образом завершают герниопластику. Сохранение целостности грыжевого мешка исключает опасность повреждения полых органов (мочевого пузыря, слепой и сигмовидной ободочной кишки) и значительно упрощает и уменьшает продолжительность оперативного вмешательства.

Новым этапом развития современной герниологии стало широкое внедрение в клиническую практику лапароскопических методов при хирургическом лечении паховой и бедренной грыжи, после устранения грыжи вход в паховой и бедренный каналы закрывают полипропиленовой сеткой.

При выполнении оперативных вмешательств по поводу грыжи возможно возникновение интра- и послеоперационных осложнений, которые в значительной степени влияют на течение послеоперационного периода и результаты лечения. Тяжелыми осложнениями

являются повреждения органов, содержащихся в грыжевом мешке (петли тонкой и толстой кишок, большой сальник, мочевой пузырь), кровотечение в случае повреждения сосудов, особенно при выполнении оперативного вмешательства по поводу ущемленной грыжи. Основой профилактики указанных интраоперационных осложнений является тщательное выполнение технических приемов, щадящее манипулирование на тканях под контролем зрения.

Кроме того, частыми послеоперационными осложнениями являются задержка мочеиспускания, парез кишечника, гематомы, инфицирование операционной раны, тромбоз легочной артерии и других сосудов. При функциональных нарушениях мочевых органов и кишечника проводят соответствующее лечение с целью их коррекции. Гематомы, как правило, являются следствием травмирования тканей и повреждения сосудов. Поэтому гемостаз в ходе оперативного вмешательства следует осуществлять идеально. Для профилактики инфицирования раны целесообразно проведение антибиотикопрофилактики и антибактериальной терапии. Для профилактики тромботических осложнений, особенно у пациентов с заболеванием вен и у лиц пожилого возраста, в послеоперационный период назначают антикоагулянтные средства прямого и непрямого действия (гепарин, фраксипарин, пелентан, синкумар и др.).

Рецидивы грыжи наблюдаются у 5-10% больных. Причинами их возникновения, прежде всего, являются нагноение раны, ошибочный выбор способа оперативного вмешательства, слабость тканей брюшной стенки при наличии большой грыжи. Частота рецидивов больше у больных, оперированных по поводу осложненной грыжи (ущемление или воспаление, травматическое повреждение).

Профилактика рецидива грыжи заключается в:

- применении современных методов оперативных вмешательств и использовании современных пластических материалов;
- индивидуальном подходе к лечению каждого больного;
- точном соблюдении метода выполнения выбранного способа герниопластики.

Профилактика образования грыжи предполагает, прежде всего, устранение условий, способствующих ее образованию, в частности укрепления передней брюшной стенки путем выполнения физических упражнений, лечения заболеваний, обуславливающих повышение внутрибрюшного давления (надсадный кашель, фимоз, запор).

Профилактика рецидивов грыжи - это раннее хирургическое лечение грыжи и применение адекватных методов герниопластики.

Если слои брюшной стенки, окружающие паховых канал, атрофичные, дряблые, растянутые или рубцовоизмененные, после выполнения предыдущих вмешательств, при наличии рецидивной грыжи, паховый канал укрепляют с помощью аллопластических материалов. Ранее с этой целью использовали капроновые сетки, поролонные пластины, сейчас предпочтение отдают полипропиленовым сеткам.

При врожденной паховой грыже для предотвращения возникновения водянки яичка в дальнейшем во время оперативного вмешательства, кроме устранения грыжи, возникает необходимость удаления нижней части забрюшинного отростка и ушивание его остатков вокруг яичка, как во время оперативного вмешательства по поводу водянки яичка по Винкельману (рис. 20.).

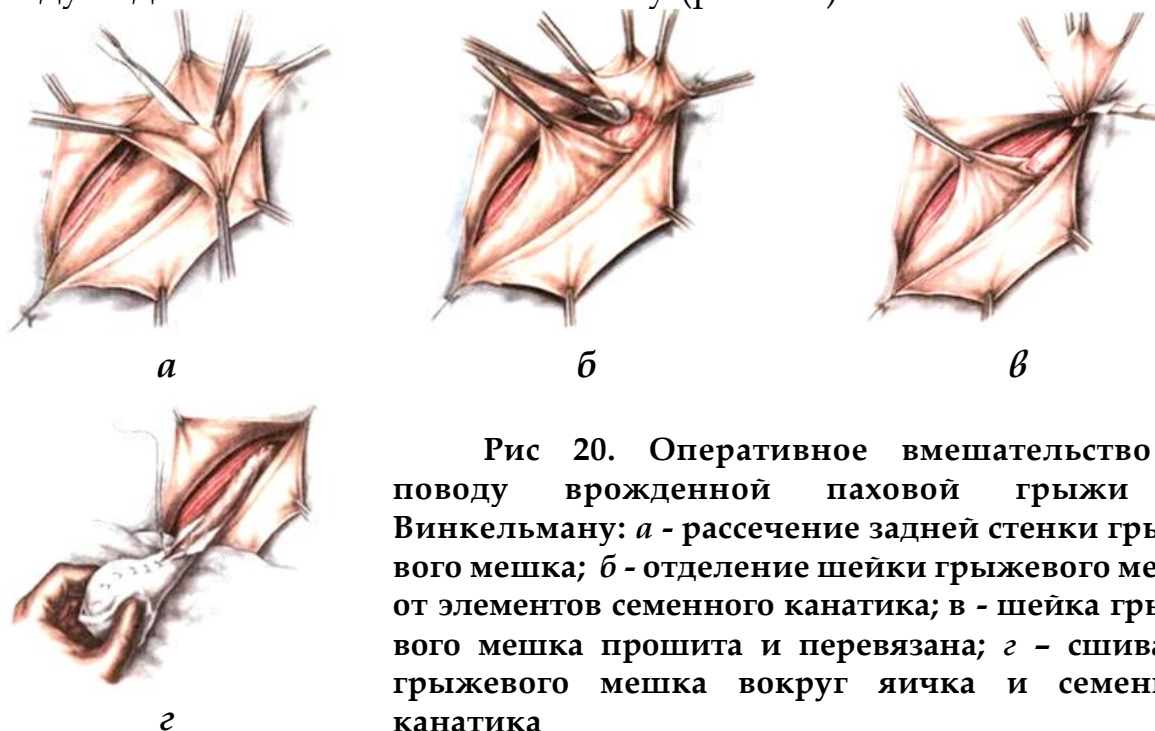


Рис 20. Оперативное вмешательство по поводу врожденной паховой грыжи по Винкельману: а - рассечение задней стенки грыжевого мешка; б - отделение шейки грыжевого мешка от элементов семенного канатика; в - шейка грыжевого мешка прошита и перевязана; г - сшивание грыжевого мешка вокруг яичка и семенного канатика

В последнее время в ведущих хирургических клиниках мира для лечения паховых грыж применяют лапароскопические методы.

Лапароскопическую герниопластику осуществляют со стороны брюшной полости с использованием лапароскопической аппаратуры. После выделения грыжевого мешка заднюю стенку пахового канала укрепляют полипропиленовой сеткой.

Преимуществами такого метода лечения является минимальное травматическое повреждение тканей брюшной стенки, надежная пластика, возможность ранней активации больного, значительное

сокращение продолжительности лечения больного в стационаре (до 2-3 суток), почти полное отсутствие рецидивов.

Лапароскопическая герниопластика, а также пластика по методам Лихтенштейна и Шолдайса являются приоритетными способами пластики (рис. 21).

Некоторые хирурги во время оперативного вмешательства по поводу паховой грыжи применяют способ Moran, предусматривающий выполнение преперитонеальной пластики с использованием сетчатого протеза в сочетании с классической пластикой по методу Шолдайса.



а



б



в



г



д

Рис 21. Лапароскопическая герниопластика: *а* - вид паховой грыжи изнутри; *б* - разрез брюшины; *в* - удаление грыжи; *г* - фиксация полипропиленовой сетки *д* - зашивания раны

В 1997 г. А. Gibert предложил конструкцию из проленовой сетки для одновременного осуществления пластики задней и передней стенок пахового канала.

Согласно интраоперационной классификации Жильберта-Ружкова (1987), выделяют 7 типов грыжи паховой области, что следует иметь в виду при выборе способа пластики пахового канала.

I. Косая паховая грыжа с незначительно расширенным глубоким паховым кольцом.

II. Косая паховая грыжа с расширенным глубоким паховым кольцом.

III. Косая пахо-мошоночная грыжа с расширенным глубоким паховым кольцом.

IV. Прямая паховая грыжа со значительным дефектом задней стенки пахового канала.

V. Прямая паховая грыжа с незначительным дефектом задней стенки пахового канала.

VI. Сочетание прямой и косой паховой грыж.

VII. Рецидивная грыжа.

Оптимальным способом оперативного вмешательства по поводу грыжи I и II типа является пластика глубокого пахового кольца. С 1998 г. в хирургической практике широкое применение получили бесшовный способ *Trabucco* и его модификация, предусматривающие одновременное закрытие глубокого пахового кольца и укрепление задней стенки пахового канала с использованием специально подготовленной пластины из сетки с вырезом для семенного канатика, дополненное проведением пластики стенки пахового канала по Лихтенштейну.

Устранение грыжи III типа требует осуществления пластики двух стенок пахового канала - задней, с использованием одного из указанных способов, и передней - по типу пластики по Лихтенштейну.

Во время лечения грыжи IV, V и VI типов обязательное осуществление преперитонеальной пластики, дополненной пластикой передней стенки пахового канала по Рутковому-Роббинсу, которая предусматривает закрытие дефекта задней стенки пахового канала или глубокого пахового кольца с использованием сетки (пластика методом Лихтенштейна).

Для коррекции рецидивной грыжи наиболее эффективна пластика по Рутковому-Роббинсу или «безрецидивная пластика».

Интра- и послеоперационными осложнениями герниопластики по поводу паховой грыжи являются:

- кровотечение в результате повреждения сосудов;
- повреждения элементов семенного канатика в дальнейшем может вызвать атрофию яичка и нарушение сперматогенеза;

- повреждения мочевого пузыря при наличии прямой скользящей грыжи;
- гематома мошонки вследствие недостаточно тщательно проведенного гемостаза;
- инфицирование операционной раны;
- тромбоэмболия легочной артерии у пациентов с заболеванием сосудов (варикозное изменение вен, хронический тромбофлебит).

Мероприятия по профилактике приведенных осложнений предусматривают тщательное проведение всех этапов оперативного вмешательства, осторожное манипулирование на тканях, тщательный гемостаз, проведение антибактериальной терапии, назначение антикоагулянтов при наличии показаний в послеоперационный период.

Летальность в послеоперационном периоде составляет 0,05-0,09%, частота возникновения рецидивов паховой грыжи не превышает 8-10%.

Мерами профилактики паховой грыжи являются занятия физкультурой и спортом в детстве и на протяжении всей жизни, своевременное лечение заболеваний, которые вызывают повышение внутрибрюшного давления, а также здоровый образ жизни.

Бедренная грыжа (*Hernia femoralis*)

Бедренная грыжа - это выход органов брюшной полости через бедренный канал. При этом грыжевое выпячивание локализуется в верхней трети бедра в области бедренного (скарповского) треугольника (рис. 22).

Частота возникновения бедренной грыжи составляет 5-8% всех грыж брюшной стенки, чаще обнаруживают у женщин вследствие анатомических особенностей таза (широкий и развернутый).

Между паховой связкой и горизонтальной ветвью лобковой кости образуется пространство, разделенное подвздошно-гребенчатой дугой на две части: внутреннюю - сосудистую лауну (*lacuna vasorum*) и наружную - мышечную лауну (*lacuna musculorum*) (рис. 23). Через внутреннюю лауну проходят бедренные артерия и вена, через наружную - мышцы и бедренный нерв.

В медиальной части внутренней лауны начинается бедренный канал, образованный двумя листками широкой фасции бедра.

Грыжа выходит через бедренный канал, который имеет два отверстия: внутреннее - бедренное кольцо (*annulus femoralis*), и наружное - подкожная щель (*Hiatus saphenus*) (рис. 24).

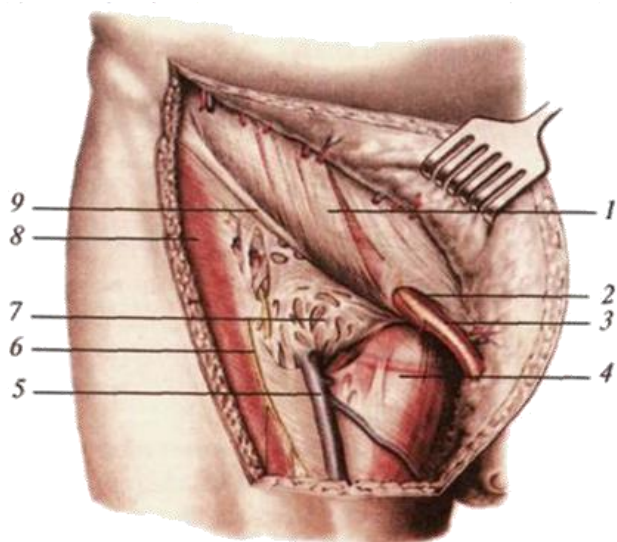


Рис. 22. Область бедренного треугольника: 1 - апоневроз наружной косой мышцы живота; 2 - поверхностное паховое кольцо; 3 - семенной канатик; 4 - гребенчатая мышца; 5 - большая подкожная вена ноги; 6 - бедренный подкожный наружный нерв; 7 - дырчатая фасция; 8 - портняжная мышца 9 - паховая связка

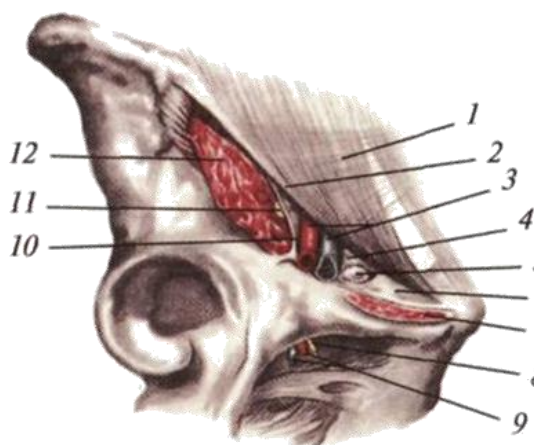


Рис 23. Мышечная и сосудистая лакуны: 1 - апоневроз наружной косой мышцы живота, 2 - паховая связка; 3 - бедренные артерия и вена; 4 - бедренная перегородка, 5 - лимфатический узел; 6 - Жимбернатова связка; 7 - гребенчатая мышца; 8 - запирательный нерв; 9 - запирательные артерия и вена; 10 - подвздошногребенчатая дуга; 11 - бедренный нерв; 12 - подвздошная мышца.

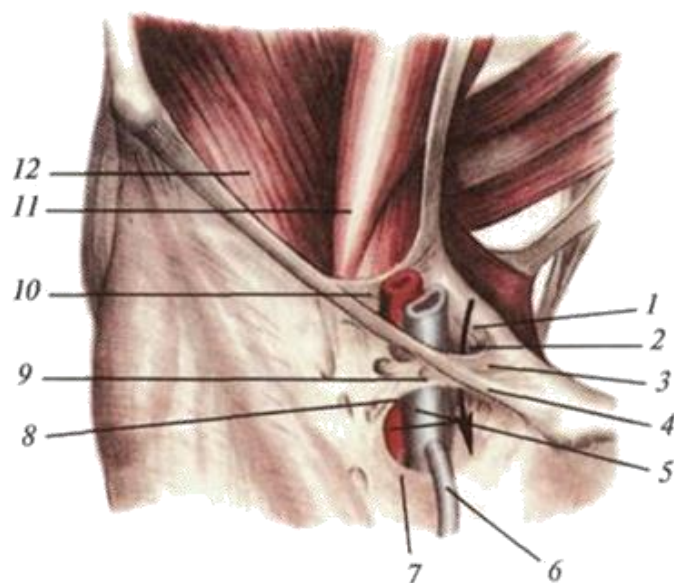


Рис 24. Бедренный канал:
1 - подвздошно-лобковая связка; 2 - бедренное отверстие; 3 - лакунарная связка; 4 - паховая связка, 5 - бедренные вена и артерия; 6 - большая подкожная вена ноги, 7 - нижний угол; 8 - полулунная линия; 9 - верхний угол бедренного отверстия; 10 - гребенчатая дуга; 11- поперечная мышца; 12 - подвздошная мышца.

В 25% наблюдений вокруг бедренного кольца обнаруживают аномальное расположение сосудов, называют "корона смерти" (*Corona Mortis*) - отхождение запирательной артерии (*a. obturatoria*) не от внутренней подвздошной артерии (*a. iliaca Interna*), а от нижней

надчревной (*a. epigastrica Inferior*) или наружной подвздошной артерии (*a. iliaca externa*), вследствие чего внутреннее отверстие бедренного канала окружен сосудами со всех сторон. При таком аномальном расположении сосудов во время хирургического вмешательства возможно возникновение массивного кровотечения и даже смерть больного.

Классификация

В зависимости от того, через какую лауну выходит грыжевой мешок, бедренную грыжу разделяют на:

- грыжу сосудистой лауны;
- грыжу мышечной лауны;
- грыжу лаунарной (жимбернатовой) связи.

Грыжу сосудистой лауны, в свою очередь, разделяют на классическую бедренную расположенную медиально от бедренной вены; межсосудистую, расположенную между бедренной веной и артерией, и внесосудистую, при наличии которой грыжевой мешок проходит позади бедренных сосудов. Этиологические факторы, обуславливающие образование бедренной грыжи, такие же, как и при других видах грыжи брюшной стенки. Это, прежде всего, наличие слабого места и значительное повышение внутрибрюшного давления. Способствует образованию бедренной грыжи у женщин расширение костей таза в период полового созревания и беременности.

Содержимым бедренной грыжи чаще всего является большой сальник и петли тонкой кишки, реже - другие органы брюшной полости.

Клинические признаки

Больные жалуются на боль в животе в паховой или бедренной областях, наличие выпячивания в области паховой складки или бедренной области. При объективном обследовании выявляют грыжевое выпячивание шарообразной формы, расположенное ниже паховой связки в области овальной ямки, которое уменьшается или совсем исчезает при попытке вправить его в брюшную полость и увеличивается во время надувания живота и кашля. Симптом кашлевого толчка положительный.

Бедренная грыжа подвержена ущемлению, чему способствуют анатомические особенности бедренного канала, внутреннее отверстие которого ограничен прочными, малоподдатливыми краями паховой и лаунарной связок и лобковой костью.

Диагностика

Диагноз бедренной грыжи устанавливают на основе анализа жалоб, данных анамнеза и объективного обследования.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику бедренной грыжи следует проводить с паховой грыжей, лимфаденитом, туберкулезными буграми, метастазами опухолей в паховые лимфатические узлы, доброкачественными новообразованиями (фиброма, липома), варикозным расширением большой подкожной вены ноги, аневризмой бедренной артерии.

Основным критерием при дифференцировке бедренной и паховой грыж является расположение их относительно паховой связки (бедренная грыжа располагается ниже, а паховая - выше паховой связки).

Увеличенный лимфатический узел Пирогова-Розенмюллера имеет четкие контуры, плотный, не уменьшающийся при нажатии, не увеличивающийся при напряжении брюшной стенки. Симптом кашлевого толчка отсутствует.

При туберкулезных бугорках контуры выпячивания нечеткие, расплывчатые. Выпячивание уменьшается при подъеме нижней конечности, появляются при ее опускании без какого-либо напряжения. Увеличение выпячивания начинается снизу. При перкуссии над выпячиванием определяют тупой звук, а при аускультации - флюктуацию. По данным ультразвукового исследования определяют жидкость, при рентгенологическом исследовании позвоночника отмечают поражение позвонков и ребер. Как правило, в анамнезе имеются сведения о заболевании туберкулезом.

При наличии метастазов злокачественных опухолей в лимфатические узлы в отличие от грыжи, состояние больных тяжелое, возможно выявление метастазов в другие внутренние органы. В анамнезе имеются сведения о наличии злокачественного заболевания. Пораженные опухолевым процессом лимфатические узлы образуют конгломерат, при пальпации плотные, неподвижные, не уменьшаются при нажатии на них и не увеличиваются в случае напряжения брюшной стенки, симптом кашлевого толчка отсутствует.

Бедренная грыжа может напоминать варикозное расширение участка большой подкожной вены нижней конечности в месте соединения ее с глубокой веной бедра. Этот участок большой подкожной вены бедра, как и грыжевое образование, может увеличиваться и становиться напряженным при надувании живота и

уменьшаться в положении больного лежа. Однако для варикозного расширения участка большой подкожной вены бедра характерны мягкая консистенция, уменьшение ее при нажатии при поднятой нижней конечности; заполнение выпячивания снизу, а не сверху, как при наличии грыжи. При осмотре нижней конечности выявляют расширение поверхностных венозных сосудов на других ее участках. Образование не доходит до паховой связки, как это наблюдают при наличии бедренной грыжи.

Липома и фиброма нередко также локализуются в области бедренного треугольника. Для них характерны четкие контуры, выраженная плотность, отсутствуют увеличения или уменьшения при надавливании, а также симптом кашлевого толчка.

Для аневризмы бедренной артерии характерны плотность выпячивания, наличие пульсации и сосудистого шума при аускультации.

Ущемленную бедренную грыжу необходимо дифференцировать от острого тромбофлебита варикозно расширенного участка вены и острого лимфаденита. Для острого тромбофлебита характерны гиперемия, инфильтрация над выпячиванием, распространение воспалительного процесса вдоль вены вниз. Тромбофлебит характеризуется медленным развитием, а ущемление возникает внезапно; в анамнезе нет сведений о наличии грыжи.

Постепенно начинается и прогрессирует острый лимфаденит, который, как правило, является следствием наличия очага инфекции в нижней конечности. Ему присущи покраснение кожи над увеличенным лимфатическим узлом или группой лимфатических узлов, повышение местной температуры. Воспалительный инфильтрат не имеет четких контуров, представляет конгломерат лимфатических узлов различной величины. При невозможности верифицировать диагноз предполагают ущемление грыжи и принимают решение о выполнении оперативного вмешательства. Удаление лимфатического узла несложное и не оказывает негативного влияния на состояние больного, а неустраненное ущемление грыжи может стать причиной смерти больного.

Лечение бедренной грыжи, как и других видов грыжи брюшной стенки, хирургическое. После установления диагноза больного направляют в хирургическое отделение для выполнения планового оперативного вмешательства из-за реальной угрозы ущемления грыжи, что значительно ухудшает условия для осуществления оперативного вмешательства.

Операцию выполняют под местной анестезией или наркозом. Выбор метода обезболивания зависит от возраста пациента, пола, психического состояния, наличия сопутствующих заболеваний и осложнений грыжи.

Существует более 100 способов оперативного вмешательства по поводу бедренной грыжи, которые делятся на две группы: внебрюшинные и внутрибрюшинные.

При применении внебрюшинных способов используют два подхода для удаления грыжи и укрепления слабого участка: бедренный и паховый. Во время оперативного вмешательства через бедренный доступ производят разрез над грыжевым выпячиванием, выделяют грыжевой мешок из близлежащих тканей, после чего осуществляют пластику (закрытие) внутреннего отверстия (грыжевых ворот) бедренного канала или пластика его с помощью окружающих тканей.

Пластику грыжевых ворот осуществляют по способам Бассини, Бильрота, Локвуда, Крымова и других авторов. Наиболее распространенным является способ Локвуда (рис. 25: *а*). Внутреннее отверстие бедренного канала закрывают путем сшивания паховой связки с надкостницей лобковой кости и гребенчатой мышцей, накладывают 2-3 узловых шва.

Бассини усовершенствовал способ Локвуда, дополнив его подшивкой края овальной ямки бедра до гребенчатой фасции (рис. 25: *б*).

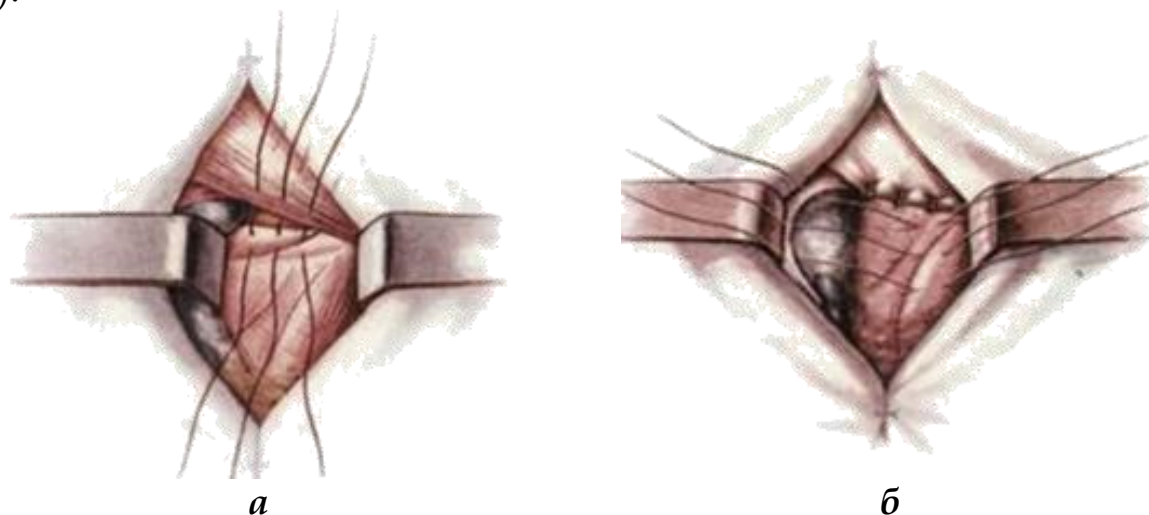


Рис 25. Оперативное вмешательство по поводу бедренной грыжи: *а* - по способу Локвуда; *б* - по способу Локвуда-Бассини

А.П. Крымов предлагал фиксировать культю грыжевого мешка к апоневрозу наружной косой мышцы живота. Для этого концы нити, которыми перевязывали шейку грыжевого мешка, проводили через

бедренный канал и под апоневроз наружной косой мышцы, прошивали, концы нити завязывали.

Пластическое закрытие грыжевых ворот, предложенное Прокуниным, предусматривает использование гребенчатой мышцы. Г.Г. Караванов предложил с этой целью использовать апоневроз косой мышцы живота, Герцен - использовал надкостницу лобковой кости, Шварц - трансплантат из длинной мышцы бедра, Созон-Ярошевич - лоскут из широкой фасции бедра.

Оперативное вмешательство с использованием пахового доступа, предложенное Руджи и усовершенствованное Парлавеччи, технически сложнее, однако и надежнее обеспечивает лучшие результаты. После удаления грыжевого мешка через паховый канал Руджи предложил закрывать грыжевые ворота бедренного канала путем подшивания паховой связки к гребенчатой. Парлавеччи предложил подшивать к лакунарной связке края внутренней косой и поперечной мышц живота (рис 26).

Из многочисленных модификаций оперативных вмешательств с использованием пахового доступа заслуживает внимания метод Берарди (1901), который предложил сохранить поверхностное паховое кольцо, а грыжевой мешок удалять через паховый канал с последующим наложением U-образных швов на верхний край рассеченного апоневроза наружной косой мышцы живота и внутренний край поперечной мышцы живота, лакунарную связку и грешковую мышцу с последующим сшиванием нижнего края апоневроза с верхним его краем и образованием дубликатуры. Таким образом достигается более надежное закрытие бедренного кольца.

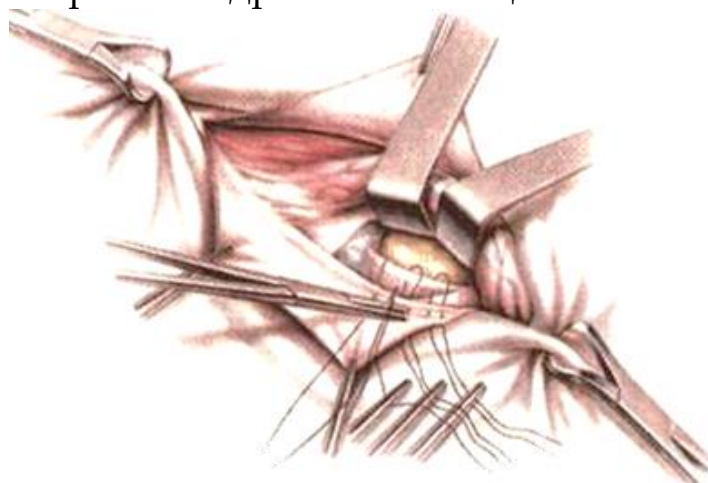


Рис 26. Оперативное вмешательство по поводу бедренной грыжи. Способ Руджи-Парлавеччи.

Внутрибрюшинные способы закрытия внутреннего отверстия бедренного канала осуществляют со стороны брюшной полости путем

лапаротомии или использования лапароскопических технологий. После лапаротомии паховой связку сшивают с гребенчатой путем наложения 3-4 швов, при лапароскопии - бедренное кольцо закрывают аллопластическим материалом - полипропиленовой сеткой. Будущее за лапароскопическим методом лечения бедренной грыжи, при котором с минимальной травматизацией окружающих тканей надежно закрывают грыжевые ворота.

Осложнения, которые могут возникать во время оперативного вмешательства и после него: кровотечение в результате повреждения сосудов (бедренной вены, а при ущемлении грыжи - сосудов «*короны смерти*»), повреждение органов, содержащихся в грыжевом мешке; инфицирование операционной раны; тромбоз эмболические осложнения. Профилактика их предусматривает проведение мероприятий, аналогичных тем, которые проводят при осложнении паховой грыжи. Летальность в послеоперационном периоде составляет 0,05 - 0,09%, частота рецидивов - 5-8%. Средствами профилактики бедренной грыжи являются систематические занятия физкультурой, спортом, борьба с избыточной массой тела, здоровый образ жизни.

Пупочная грыжа

Пупочной (*Hernia umbilicalis*) называют грыжу, при которой грыжевое образование выходит через пупочное кольцо.

У больных всех возрастов отмечают существенные различия причин образования, клинических проявлений и методов лечения пупочной грыжи. Учитывая это, пупочную грыжу разделяют на врожденную и приобретенную. К врожденным относятся собственно эмбриональные грыжи и грыжи пупочного канатика, к приобретенным - грыжа детского возраста и грыжа у взрослых.

Врожденная грыжа возникает редко. Собственно эмбриональная грыжа формируется во внутриутробный период, когда передняя брюшная стенка плода еще не сформирована. Грыжевой мешок такой грыжи образован не брюшиной, а оболочкой Ратке. Наружной оболочкой собственно эмбриональной грыжи является амниотическая оболочка, сращенная с кожей.

Грыжевые ворота при наличии врожденной пупочной грыжи могут быть разной величины, что зависит от степени недостаточности развития передней брюшной стенки.

Грыжа пупочного канатика образуется позднее, после 3-го месяца внутриутробного развития, когда передняя брюшная стенка уже полностью сформирована и пупочное кольцо изнутри покрыто

брюшиной. Грыжевой мешок такой грыжи состоит из двух оболочек: наружной - амниона и внутренней - брюшины.

Врожденную пупочную грыжу диагностируют сразу после рождения ребенка. Для нее характерны наличие дефекта брюшной стенки в области пупка, выпячивание с прозрачными стенками, через которое визуализируются органы брюшной полости (петли кишечника, большой сальник, печень). Клинические признаки такой грыжи настолько характерны, что сомнений при установлении диагноза врожденной пупочной грыжи, как правило, не возникает.

Лечение врожденной пупочной грыжи оперативное. Вмешательство осуществляют в первые часы после рождения. Промедление с выполнением оперативного вмешательства вызывает высыхание грыжевых оболочек, появление трещин, разрывов, инфицирования грыжи и ее воспаление. Обезболивание общее.

Во время оперативного вмешательства выделяют и удаляют грыжевой мешок и зашивают дефект брюшной стенки. При наличии большого дефекта брюшной стенки после удаления грыжи мобилизуют края раны и сшивают их без вовлечения в шов брюшины.

Пупочную грыжу в детском возрасте обнаруживают чаще. Она образуется в период до 6 мес жизни. В течение этого времени происходит заращение пупочного кольца, особенно в верхней части, где содержится пупочная вена. Таким образом, пупочное кольцо у новорожденного является слабым местом.

При наличии условий, способствующих повышению внутрибрюшного давления (сильный плач, кашель, напряжение живота при мочеиспускании вследствие фимоза), в области пупочного кольца может образоваться грыжа. Сначала появляется маленькое выпячивание овальной формы, которое со временем увеличивается. Выпячивание самостоятельно исчезает в положении ребенка лежа, легко вправляется в брюшную полость, увеличивается при кашле, плаче, надувании живота. Характерен положительный симптом кашлевого толчка.

Подход к лечению пупочной грыжи в детском возрасте индивидуальный. У детей первого года жизни, когда завершается облитерация пупочного кольца, можно провести консервативное лечение, направленное на удержание грыжевого мешка в брюшной полости. Это достигается путем закрытия пупочного кольца пелотом или черепитчатыми повязками из лейкопластыря, которые накладывают на срок не менее 4 нед, при необходимости их накладывают повторно.

Следует лечить заболевания, способствующие повышению внутрибрюшинного давления.

У детей старшего возраста проводят оперативное вмешательство. Доступ для удаления грыжи должен обеспечивать сохранность пупка. После удаления грыжи пупочное кольцо закрывают наложением кисетного шва или 2-3 узловых швов шелковой нитью. При значительном расширении пупочного кольца осуществляют его пластику.

Частота пупочной грыжи у взрослых составляет 5% всех видов грыжи брюшной стенки. Она чаще возникает у женщин. Причиной образования такой грыжи является, с одной стороны, слабость пупочного кольца, с другой - факторы, способствующие значительному повышению внутрибрюшного давления и растяжению передней брюшной стенки (беременность, ожирение). Составными частями пупочной грыжи, как и других видов грыжи, является грыжевые ворота, грыжевой мешок и его содержимое. Содержимым грыжевого мешка чаще всего является большой сальник, петли тонкой и толстой кишок, редко - желудок.

Жалобы больного и клинические признаки пупочной грыжи аналогичны таковым при других видах грыжи.

Дифференцировать пупочную грыжу необходимо от выпяченного пупка, метастазов опухолей в пупочную область. Выпяченный пупок является следствием неправильной обработки пупочного канатика и его высокой перевязки. Выпяченный пупок и метастазы, в отличие от пупочной грыжи, характеризуются наличием выпячивания плотной консистенции, стабильной формы, с четкими контурами. Выпячивание не уменьшается во время надавливания, кашля, напряжения брюшной стенки, изменения положения тела. Симптом кашлевого толчка отсутствует.

Ущемленную пупочную грыжу необходимо дифференцировать от воспаления пупка (омфалита), причиной которого может быть рожа. Помогает в диагностике тщательно собранный анамнез. При омфалите воспаление часто рецидивирует, при объективном обследовании определяют покраснение и мацерацию пупочной области, тогда как при пупочной грыже выпячивание вправляется в брюшную полость или уменьшается при нажатии, определяются грыжевые ворота, положительный симптом кашлевого толчка.

Лечение пупочной грыжи у взрослых оперативное. Устранить грыжу путем использования бандажа или пелота невозможно.

Обезболивание - наркоз или местная анестезия. Доступ к грыжевым воротам может быть вертикальным или горизонтальным, с удалением пупка или с его сохранением. Если планируется удаление

пупка, следует получить согласие больного. Доступ зависит от способа пластики грыжевых ворот.

При использовании способов Лекснера, Сапежко осуществляют продольный разрез, по методу Мейо - поперечный. После удаления грыжевого мешка выполняют пластику передней брюшной стенки с одним из указанных способов. При небольшой грыже Лекснер предлагал закрывать грыжевые ворота с помощью кисетного шва, по лицевой накладывать 3-4 шва на передние стенки влагалища прямых мышц живота (рис 27.).



Рис 27. Оперативное вмешательство по поводу пупочной грыжи по способу Лекснера: а - наложение кисетного шва вокруг пупочного кольца; б - сшивание передней стенки влагалища прямых мышц живота

При пупочных грыжах средних и больших размеров используют методы *Сапежко и Мейо*.

Итак, способ Сапежко предусматривает выполнение продольной пластики (рис. 28.), а способ Мейо - поперечной (рис. 29.). При наличии пупочной грыжи и расширении белой линии живота предпочтение отдают способу Сапежко, а при изолированной пупочной грыже возможно выполнение оперативного вмешательства как по способу Сапежко, так и Мейо. Первый - более физиологичный, потому что он не нарушает функциональное состояние брюшной стенки.

В последние годы для укрепления пупочного кольца применяют трансплантаты из синтетических материалов (полипропиленовые, мерсиленовые и полиуритановые сетки), которые пришивают к краям грыжевых ворот.

Заслуживает внимания предложение по осуществлению комбинированной герниопластики путем имплантирования аллотрансплантата в дубликатуры грыжевого мешка. Применение такого вида пластики предотвращает контакт имплантата с апоневрозом, уменьшает натяжение (напряжение) тканей, улучшает результаты лечения.

Среди возможных осложнений герниопластики по поводу пупочной грыжи - повреждение содержимого грыжевого мешка, гематома, нагноение операционной раны, тромбоэмболия легочной артерии. Профилактика осложнений такая же, как других видов грыжи.

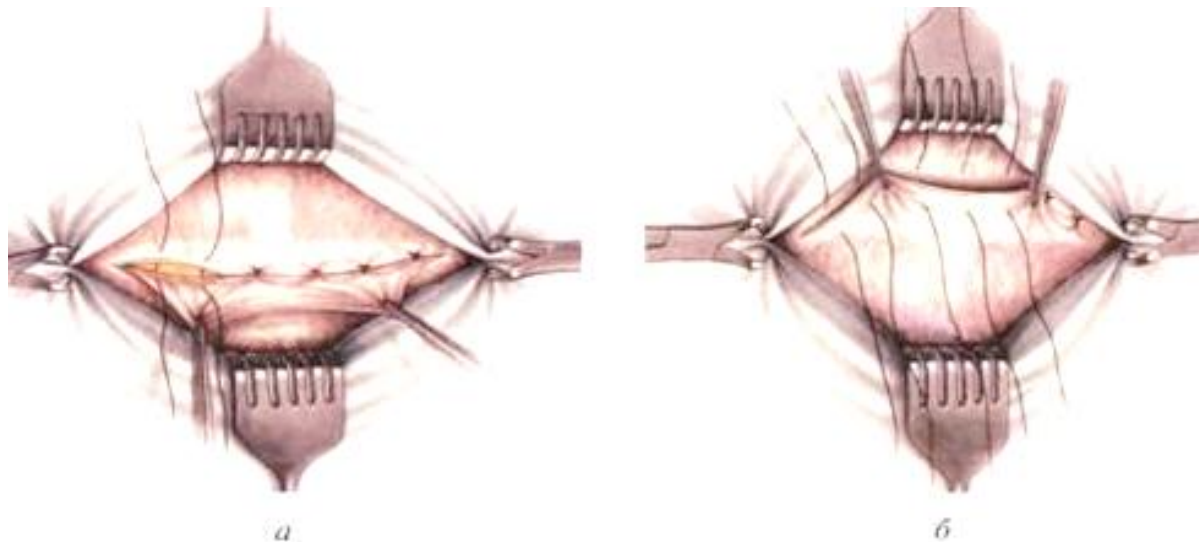


Рис 28. Оперативное вмешательство по поводу пупочной грыжи по способу Сапезко: а - подшивание правого лоскута апоневроза к задней стенке влагалища прямой мышцы живота; б - подшивание левого лоскута апоневроза к передней стенке влагалища прямой мышцы живота.

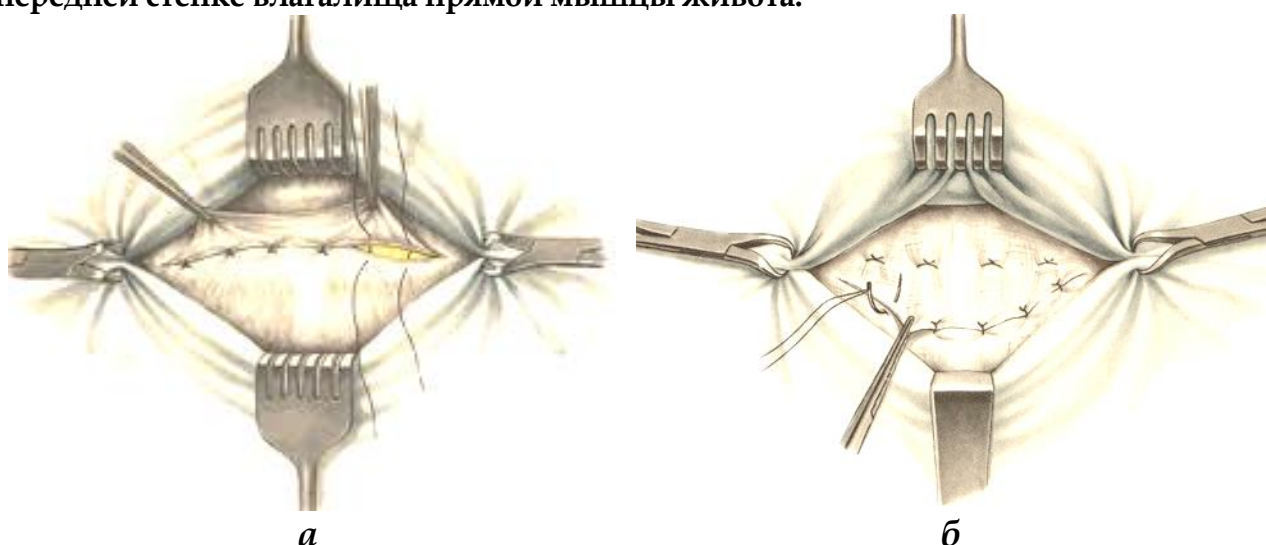


Рис 29. Оперативное вмешательство по поводу пупочной грыжи по способу Мейо. а - зашивание нижнего края апоневроза непрерывным швом; б - создание дубликатуры апоневроза.

Летальность в послеоперационном периоде составляет 0,05-0,09%, частота рецидивов - 7%.

Мерами профилактики пупочной грыжи является борьба с ожирением, соблюдение физического и диетического режима во время беременности.

Грыжа белой линии живота

Грыжа белой линии живота (*Hernia lineae Alba*) составляет 11% в структуре всех видов грыжи брюшной стенки. Она может образовываться в различных ее участках от мечевидного отростка до лобка. По расположению выделяют грыжу белой линии живота:

- надпупочную, образующуюся выше пупочного кольца;
- околопупочную, которая располагается около пупочного кольца;
- подпупочную, расположенную ниже пупочного кольца.

Многочисленные грыжи белой линии живота обнаруживают у 3,1% больных. Причины образования грыжи белой линии живота заключаются в особенностях строения белой линии живота. Белая линия живота - это соединительнотканная пластинка, которая соединяет внутренние боковые края прямых мышц живота. Она образована апоневротическими волокнами, которые плотно прилегают друг к другу, и имеет ровную гладкую поверхность.

Различают плотную, продырявленную и мягкую белую линию живота. Продырявленная белая линия живота характеризуется наличием в ней большого количества щелей, которые образуются в результате неплотного соединения апоневротических волокон. Именно эта часть белой линии живота чаще всего является местом образования грыжи. Сначала через щели выпячивается предбрюшинная клетчатка, далее, по мере расширения щели - брюшина, формируются все элементы грыжи - грыжевые ворота, грыжевой мешок, содержимое грыжевого мешка и грыжевые оболочки.

Следует отметить, что в области белой линии живота могут возникать как истинная грыжа с грыжевым мешком и его содержимым, так и ложная, когда через щели выходит только предбрюшинная клетчатка в хирургической практике грыжа эта называется предбрюшинной липомой.

Клинические признаки

Грыжа белой линии живота у некоторых больных имеет бессимптомное течение и проявляется лишь в случае значительного увеличения в размерах или возникновения осложнений. Часто пациентов лечит терапевт по поводу язвенной болезни, заболеваний желчных путей, поджелудочной железы и т.д.. И только неэффективность лечения и выявления опухолевидного выпячивания при повторном осмотре наводят на мысль о наличии грыжи белой линии живота. Однако, как правило, заболевание имеет выраженные клинические признаки. Первыми и основными симптомами является

наличие выпячивания, боль в животе, диспепсические явления. Боль и выпячивание увеличиваются при надувании живота, при повышении внутрибрюшного давления; симптом кашлевого толчка положительный.

Дифференциальную диагностику следует проводить с липомой, фибромой, которые локализируются в проекции белой линии живота. Для них не характерны постоянная боль, изменения контуров и размеров выпячивания во время обследования.

Лечение грыжи белой линии живота оперативное. Обезболивание общее.

Целесообразно применять продольный срединный доступ. Удаляют грыжевой мешок или предбрюшинную липому. Содержимое вправляют за грыжевые ворота. Дефект белой линии устраняют путем наложения кисетного шва или отдельных узловых швов.

При наличии широких грыжевых ворот, грыжи больших размеров и расхождении белой линии живота осуществляют пластику способами Сапежко, Чемпионера.

Если белая линия живота мягкая, в течение жизни может возникать ее расхождение - диастаз прямых мышц живота. Характерными признаками диастазы прямых мышц живота является выпячивание в виде кила по всей белой линии и боль в брюшной полости, которая усиливается во время физической нагрузки и надувании живота. В состоянии покоя в положении больного лежа выпячивание исчезает.

При наличии диастазы прямых мышц живота требуется хирургическая коррекция. Применяют различные методики пластики белой линии живота и сближение прямых мышц: внебрюшинный способ Чемпионера, Напалкова, внутрибрюшинный способ Вознесенского.

При использовании способа Чемпионера для устранения диастазы на влагалище прямых мышц живота накладывают два ряда швов шелковой нитью без вскрытия брюшной полости (рис. 30: а).

Способ Напалкова предусматривает разрезание передней стенки влагалища прямой мышцы живота, подшивание внутренних краев разреза, а вторым рядом - ушивание внешних краев разреза с захватом в шов предыдущего шва (рис. 30: б).

При использовании способа Вознесенского после лапаротомии восстанавливают белую линию живота путем захвата в швы влагалища прямой мышцы живота и его внутреннего края. При наличии многочисленных грыж белой линии живота М. Ких и соавторы рекомендуют закрывать отверстия путем введения специальной полипропиленовой затычки, которую фиксируют отдельными узловыми швами. Ткани над ней зашивают обычным способом.

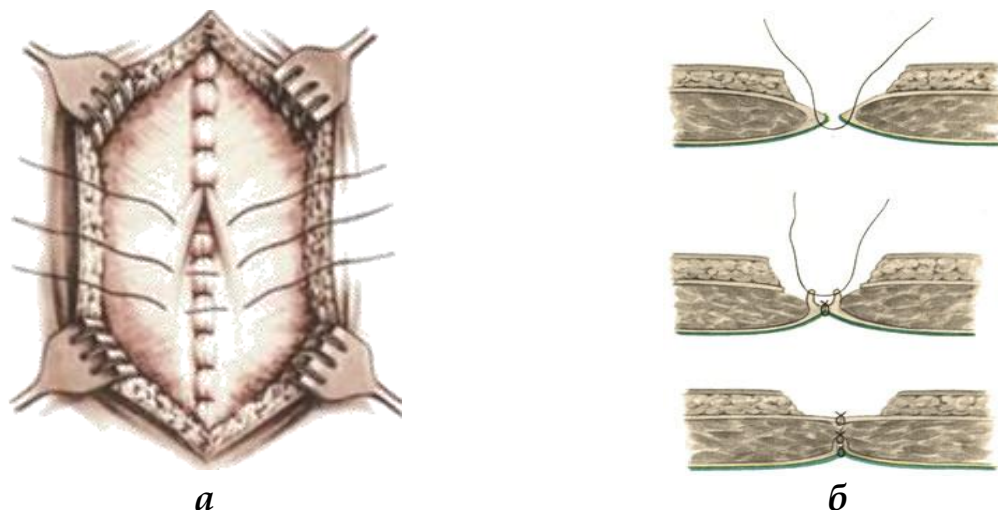


Рис 30. Оперативное вмешательство по поводу грыжи белой линии живота: а) по Шампионеру; б) по Напалкову

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ГРЫЖА БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Послеоперационная грыжа образуется в различных участках брюшной стенки в местах операционного разреза: под послеоперационным рубцом, рядом с ним или на некотором расстоянии. По частоте послеоперационная грыжа последние годы занимает второе место после паховой.

Классификация

Послеоперационную (рубцовую) грыжу классифицируют по размерам, локализации этого грыжевого дефекта и клиническим признакам. В основу определения величины грыжи положен анатомический принцип распределения брюшной стенки на правую и левую подреберную, надчревную, правую и левую боковые, пупочную, правую и левую подвздошные и надлобковую области, что дает возможность сравнить величину грыжи с площадью передней брюшной стенки пациента. Выделяют послеоперационную (рубцовую) грыжу:

- малую, которая локализуется только в одном участке брюшной стенки и определяется пальпаторно;
- среднюю, которая занимает часть любого участка, выпячивает ее и определяется визуально;
- большую, полностью занимающую участок брюшной стенки, деформирующую живот больного;
- гигантскую, которая занимает несколько участков брюшной стенки, значительно деформирующую живот пациента.

По локализации выделяют срединную (верхнюю или нижнюю), боковую (верхнюю, нижнюю, правостороннюю, левостороннюю) послеоперационную грыжи.

По клиническим признакам различают: вправимую, невправимую, частично вправимую, рецидивирующую, многократно рецидивирующую, ущемленную, с признаками частичной или острой непроходимости кишечника.

На XXI Международном конгрессе герниологов в Мадриде, организованном Европейским обществом герниологов в ноябре 1999 г., наиболее обоснованной и полной признана классификация, в основу которой положены три критерия: локализация, ширина грыжевых ворот и наличие рецидивов (*SWR lassification*). Согласно этой классификации выделяют 4 группы в зависимости от ширины грыжевых ворот (W) - W_1, W_2, W_3, W_4 , каждую из которых разделяют на две подгруппы - R + или R -, что означает наличие или отсутствие рецидивов. По локализации грыжи классифицируют как: срединную (M), что включает 4 подгруппы: M_1 - надпупочная; M_2 - околопупочная; M_3 - подпупочная; M_4 - мечевидно-лобковая; боковая (L), что включает 4 подгруппы: L_1 - подреберная; L_2 - поперечная; L_3 - паховая; L_4 - поясничная. Ширину грыжевых ворот, определенную интраоперационно, классифицируют, начиная с той, для устранения которой требуется применение пластического материала: W_1 - менее 5 см; W_2 - от 5 до 10 см; W_3 - от 10 до 15 см; W_4 - более 15 см.

Рецидивы классифицируют по количеству: R - отсутствие рецидива; R_1 - первый рецидив; R_2 - второй рецидив и т.д.. К причинам, которые приводят к образованию послеоперационной грыжи, относятся, прежде всего, ослабление прочности брюшной стенки вследствие рубцовых изменений после заживления раны (в 75% наблюдений) и расхождения лигатур. Нередко причиной возникновения послеоперационной грыжи является дренирование брюшной полости, особенно после оперативного вмешательства по поводу гнойного перитонита. После удаления тампона место, где он находился, замещается рубцовой тканью, которая может способствовать возникновению грыжи. Важное значение имеет состояние регенераторных процессов в ране. При их нарушении образуются атрофические рубцы. При значительном повышении внутрибрюшного давления такой рубец растягивается, возникает выпячивание, в который входят внутренние органы, - таким образом формируется грыжа.

Следует отметить, что в случае заживления раны первичным натяжением, грыжа, как правило, не возникает.

Клиническая картина

Клиническими признаками послеоперационной грыжи являются боль в области послеоперационного рубца и брюшной полости, диспепсические явления (тошнота, изжога), ощущения тяжести в брюшной полости, особенно при физической нагрузке. При объективном обследовании больного обнаруживают расширенный послеоперационный рубец и выпячивание, расположенное под ним или рядом с ним. Выпячивание увеличивается в положении больного стоя, при кашле и надувании живота. При пальпации выпячивания можно определить содержимое грыжи (петли кишки, большой сальник). Ворота грыжи, как правило, крупные, округлые или овальные. Содержимое грыжевого мешка нередко спаивается с грыжевым мешком, а сам грыжевой мешок - с рубцовой тканью. В анамнезе у таких больных имеются сведения о перенесенном оперативном вмешательстве, дренировании брюшной полости, тампонаде и заживлении послеоперационной раны вторичным натяжением вследствие ее инфицирования.

Заслуживает внимания парастомальная грыжа брюшной стенки, которая встречается у 4,8 - 11,6% больных после выполнения оперативных вмешательств, завершающихся образованием противоестественного заднего прохода.

Диагностика послеоперационной грыжи не представляет затруднений.

Лечение

Лечение послеоперационной грыжи хирургическое. Поскольку после заживления в рубцовых тканях в течение длительного времени сохраняется инфекционный фактор, повторное оперативное вмешательство следует выполнять не ранее чем через 6 мес. после первого из-за реальной угрозы обострения инфекционного процесса в послеоперационной ране, и повторное нагноение раны повлечет рецидив грыжи.

Оптимальными сроками хирургического лечения послеоперационной грыжи считают 6-12 мес. после первого оперативного вмешательства. При быстром увеличении размеров грыжи допустимо выполнение оперативного вмешательства в ранние сроки (через 2-3 мес.).

Этапы оперативного вмешательства такие же, как и при других видах грыжи. Сначала двумя овальными разрезами иссекают старый послеоперационный рубец, выделяют и осторожно разрезают грыжевой мешок. Содержимое грыжевого мешка вправляют в брюшную полость.

Особенно осторожно следует мобилизовать содержимое грыжевого мешка, чтобы предотвратить его повреждение. Пластика передней брюшной стенки осуществляют с использованием одного из следующих способов, в зависимости, прежде всего, от размеров грыжевых ворот.

К сожалению, если грыжевые ворота больших размеров, не всегда удается осуществить пластику с использованием близлежащих тканей, что вызывает необходимость укрепления передней брюшной стенки с помощью аллопластических материалов. С этой целью используют полипропиленовую сетку соответствующих размеров, которую фиксируют швами к участкам апоневроза живота или других тканей, в зависимости от локализации грыжи.

Самой сложной задачей является оперативное лечение большой и гигантской грыж, особенно у больных пожилого и старческого возраста. Успех лечения зависит от решения двух задач: обеспечение оптимальной адаптации тканей, предотвращения гемодинамических и дыхательных расстройств путем устранения внутрибрюшной гипертензии, которая неизбежно возникает при пластике значительных дефектов брюшной стенки. В таких ситуациях осуществляют комбинированную пластику с использованием больших имплантатов по способу Rives (1987) - для верхних отделов брюшной стенки и Stoppa - для нижних. При выполнении оперативного вмешательства прежде создают большой простор для размещения защитного протеза. Ниже дугообразной линии (*Linea arcuata, Douglasi*) брюшину отделяют от поперечной фасции и поясничных мышц, визуализируют общие подвздошные и нижние надчревные сосуды. Образовывать туннель можно между прямой мышцей живота и поперечной фасцией. Пространство между ними и задней стенкой на уровне реберной дуги слепо заканчивается узкой щелью. Поэтому при наличии надчревной грыжи ложе для имплантата формируют в этой области после рассечения стенки влагалища прямой мышцы живота и поперечной фасции к брюшине на 3-4 см ниже и параллельно реберной дуге. Ткани препарируют перед брюшиной для размещения протеза (сетка *Gore - Tex*) под реберной дугой.

Во время лечения боковой грыжи (после урологических операций) эффективна имплантация двух сеток в виде бутерброда между двумя слоями мышц.

При невозможности восстановления брюшины вследствие анатомической перестройки брюшной стенки на значительной ее площади используют рассасывающийся протез, который фиксируют к краям грыжевых ворот, а на образовавшуюся поверхность широко накладывают протез из нерассасывающихся материалов.

Таким образом, использование пластмасс открывает новые возможности в хирургии грыж брюшной стенки, что позволяет выполнять оперативные вмешательства с положительным функциональным результатом у больных с гигантской и рецидивной грыжами, не требует длительной предоперационной подготовки, улучшает результаты и сокращает продолжительность лечения, значительно уменьшает частоту рецидивов, способствует быстрому восстановлению работоспособности пациента.

Для закрытия парастомальных грыжевых ворот чаще применяют первичный фасциальный шов в чистом виде с укреплением его искусственной сеткой. Некоторые авторы, в частности M. Rubin (1994), рекомендуют осуществлять дислокацию стомы на переднюю брюшную стенку. Широкое клиническое применение в последние годы получила методика, разработанная D. Leslie (1984), по которой пластика грыжевых ворот осуществляется путем наложения непрерывного шва из нерассасывающегося материала на края фасции. Возможно и удвоение листков фасции по методу Мейо. Предложено также размещение на фасции вокруг стомы мерсиленового протеза с отверстием для кишки. На разрез сетки накладывают узловые лигатуры, края протеза фиксируют к апоневрозу с помощью клипс. Следует отметить, что достичь успеха в лечении послеоперационной грыжи удается не всегда, в основном из-за возникновения гнойных осложнений, которые вызывают рецидив грыжи.

Тестовые вопросы

1. Бедренные грыжи чаще встречаются:
 - A. У мужчин пожилого возраста
 - B. У многорожавших женщин
 - C. У нерожавших женщин
 - D. У ребят
2. Большие грыжи - это грыжи с грыжевыми воротами:
 - A. Свыше 4 см
 - B. До 2см
 - C. До 2 см
 - D. До 4 см
3. В пахово-бедренной области могут возникнуть следующие грыжи:
 - A. Прямая паховая, косая паховая, бедренная
 - B. Запирательного отверстия
 - C. Пупочная
 - D. Все ответы верны
4. В области латеральной ямки выпячивание происходит при:
 - A. Прямых паховых грыжах
 - B. Бедренных грыжах
 - C. Косых паховых грыжах
 - D. Грыжах белой линии живота
5. В области медиальной ямки выпячивание происходит при:
 - A. Прямых паховых грыжах
 - B. Бедренных грыжах
 - C. Косых паховых грыжах
 - D. Грыжах белой линии живота
6. Верхней стенкой пахового канала является:
 - A. Апоневроз наружной косой мышцы живота
 - B. Нижний край внутренней косой и поперечной мышц живота
 - C. Желоб паховой связки
 - D. Поперечная фасция живота
7. В чем заключается метод Лексера при пупочных грыжах:
 - A. Создании дубликатуры апоневроза
 - B. Поперечной пластике грыжевых ворот
 - C. Наложении кисетного шва по краям апоневротического дефекта
 - D. Иссечении пупка
8. В чем заключается суть метода Жирара:
 - A. Укреплении задней стенки пахового канала
 - B. Укрепление передней стенки пахового канала
 - C. Сужении пахового канала без его раскрытия
 - D. Создании нового ложа для семенного канатика

9. В формировании отверстия бедренного канала принимают участие все анатомические образования, кроме:
- A. Надкостница лонной кости
 - B. Бедренной артерии
 - C. Жимбернатовой связки
 - D. Пупартовой связки
10. В бедренный треугольник входят следующие анатомические образования:
- A. Паховая связка, лакунарная связка, куперова связка
 - B. Гребешковая связка
 - C. Мышечная, сосудистая и лимфатическая лакуны
 - D. Только паховая связка
11. Наружной грыжей живота называют:
- A. Выход органов за границы брюшины
 - B. Выход органов, покрытых брюшиной под кожу
 - C. Выпадение органов наружу
 - D. Вход органов в естественные складки брюшины в пределах брюшной полости
12. Внутренней грыжей живота называют:
- A. Вход органов в естественные складки брюшины в пределах брюшной полости
 - B. Выход органов через естественные каналы за границы брюшной полости
 - C. Выход органов за границы брюшины
 - D. Выход органов, покрытых брюшиной под кожу
13. При каких грыжах внутренние органы могут составлять часть стенки грыжевого мешка?
- A. Рихтеровской
 - B. Косой паховой
 - C. Скользящей
 - D. Прямой паховой
14. Выберите способы пластики пахового канала при прямой грыже:
- A. Жирара-Спасокукоцкого
 - B. Руджи-Парлавеччо
 - C. Бассини, Постемпского
 - D. Кимбаровского
15. Врожденные паховые грыжи бывают:
- A. Косые
 - B. Прямые
 - C. Косые и прямые
 - D. Комбинированные

16. Во время введения пальца в поверхностное кольцо пахового канала определяется пульсация нижней надбрюшной артерии извне от грыжевого выпячивания. Какой наиболее возможный диагноз:
- A. Паховый лимфаденит
 - B. Косая паховая грыжа
 - C. Прямая паховая грыжа
 - D. Бедренная грыжа
17. Глубокие нарушения микроциркуляции при ущемлении возникают:
- A. В приводящей кишке
 - B. В отводящей кишке
 - C. В грыжевом мешке
 - D. В грыжевых воротах
18. Грыжа Литтре это:
- A. Пристеночное ущемление
 - B. Ретроградное ущемление
 - C. Ущемление дивертикула Меккеля
 - D. Ущемление при скользящей грыже
19. Грыжа Майделя - это:
- A. Пристеночное ущемление
 - B. Ретроградное ущемление
 - C. Ущемление дивертикула Меккеля
 - D. Ущемление при скользящей грыже
20. Грыжа передней брюшной стенки отличается от эвентрации следующими признаками:
- A. Наличием грыжевых ворот, грыжевого мешка и грыжевого содержимого
 - B. Наличием врожденного или приобретенного дефекта в мышечно-апоневротической структуре брюшной стенки
 - C. Выходением из грыжевых ворот только грыжевого мешка
 - D. Эвентрация возникает только у пожилых людей
21. Грыжа Рихтера - это:
- A. Пристеночное ущемление
 - B. Ретроградное ущемление
 - C. Ущемление дивертикула Меккеля
 - D. Ущемление при скользящей грыже
22. Закрытие бедренного канала путем подшивания паховой связки к надкостнице лобковой кости это:
- A. Метод Руджи
 - B. Метод Локвуда
 - C. Метод Мейо
 - D. Метод Спасокукоцкого

23. Грыжевой мешок бедренной грыжи граничит с латеральной стороны:
- A. С бедренной артерией
 - B. С бедренной веной
 - C. С куперовской связкой
 - D. С бедренным нервом
24. Грыжевой мешок врожденной грыжи образован:
- A. Париетальной брюшиной
 - B. Брыжейкой кишки
 - C. Влагалищным отростком брюшины
 - D. Висцеральной брюшиной
25. Методом Кукуджанова выполняется пластика:
- A. Бедренных грыж
 - B. Паховых грыж
 - C. Грыж белой линии живота
 - D. Пупочных грыж
26. Методом Руджи выполняется пластика:
- A. Врожденных косых паховых грыж
 - B. Приобретенных косых паховых грыж
 - C. Прямых паховых грыж
 - D. Бедренных грыж
27. Использование для герниопластики лоскута кожи - это:
- A. Способ Киршнера
 - B. Способ Постемпского
 - C. Способ Барнова
 - D. Способ Черни
28. Использование для герниопластики широкой фасции бедра - это:
- A. Способ Барнова
 - B. Способ Киршнера
 - C. Способ Постемпского
 - D. Способ Черни
29. Каловое ущемление возникает при:
- A. Физической нагрузке
 - B. Натуживании
 - C. Ослаблении перистальтики
 - D. Надрывном кашле
30. Начальная бедренная грыжа это когда:
- A. Выпячивание не выходит за пределы внутреннего бедренного кольца
 - B. Выпячивание грыжи не выходит за пределы поверхностной фасции
 - C. Выпячивание проходит все анатомические составляющие бедренного канала
 - D. Выпячивание грыжи выходит за пределы поверхностной фасции

Ситуационные задачи

- У больного, 60 лет, что болеет аденомой предстательной железы, обнаружена прямая паховая грыжа. Количество остаточной мочи - 100 мл. Ваши рекомендации:
 - Направить на операцию герниопластику
 - Операцию гегниопластику рекомендовано после аденомэктомии
 - Показано лишь консервативное лечение
 - Рекомендовать операцию герниопластику, а затем аденомэктомию
- У больного, 30 лет, во время операции по поводу паховой грыжи обнаружено: грыжевой мешок размерами 6×9см, при вскрытии его содержимым является прядь сальника и яичко. С каким видом грыжи встретился хирург?
 - Прямой паховой грыжей
 - Косой паховой грыжей
 - Врожденной паховой грыжей
 - Грыжей Литтре
- У больного с инфарктом миокарда 12 часов спустя возникло ущемление паховой грыжи. Грыжа сформировалась 3 месяца тому назад:
 - Показано вправление грыжи после введения спазмолитиков и наркотических препаратов
 - Тактика зависит от локализации инфаркта
 - Экстренная операция
 - Операция при развитии перитонита
- Больной А., 35 лет, жалуется на боль и выпячивание в правой паховой области. Имеют место дизурические явления. Выпячивание вправимое. В правой паховой области определяется образование округлой формы, эластической консистенции, семенной канатик расположен латерально от выпячивания. Симптом кашлевого толчка положительный. Общее положение удовлетворительное. Укажите наиболее вероятный диагноз?
 - Прямая паховая грыжа;
 - Косая паховая грыжа;
 - Бедренная грыжа;
 - Крипторхизм.
- У больного с ущемленной паховой грыжей при транспортировании в хирургическое отделение произошло самопроизвольное вправление грыжевого содержимого. Ваша последующая тактика:
 - Экстренная операция
 - Отказаться в госпитализации, операция в плановом порядке
 - Экстренная лапароскопия
 - Показано динамическое наблюдение за больным

6. У больного 41 года через 10 часов после ущемления грыжи произведена операция. В грыжевом мешке две петли тонкой кишки. После рассечения ущемляющего кольца цвет кишечных петель стал нормальным, они перистальтируют, пульсация сосудов брыжейки возобновилась, обе петли погружены в брюшную полость, проведена пластика задней стенки пахового канала. Какой вид ущемления:

- A. Рихтеривское
- B. Пристеночное
- C. Ретроградное
- D. Скользящее

7. Во время операции по поводу ущемленной грыжи при вскрытии грыжевого мешка содержимого в нем не обнаружено. Стенка мешка отечна, гиперемирована. В нем 40 мл воспалительного экссудата. Укажите вид ущемления:

- A. Пристеночное
- B. Ретроградное ущемление
- C. Грыжа Литтре
- D. Ложное ущемление

8. Больной, который пришел на прием к хирургу, жалуется на наличие грыжи в паховой области, отмечает, что она часто ущемляется. При ущемлении имеют место тянущие боли в надлобковой области, учащенные позывы на мочеиспускание. Наиболее вероятно у больного:

- A. Грыжа запирающего отверстия
- B. Прямая паховая грыжа
- C. Скользящая грыжа
- D. Бедренная грыжа

9. Больной 70 лет с компенсированными сопутствующими заболеваниями дважды поступает в клинику после ущемления грыжи. Ваша рекомендация:

- A. Ношение бандажа
- B. Оперативное лечение в плановом порядке
- C. Диспансерное наблюдение
- D. Отказаться от оперативного лечения

10. Больной 72 года жалуется на наличие выпячивания в левой паховой области, которое постепенно увеличивается, опускается в мошонку. В течение последних 2-х суток выпячивание стало плотным, умеренно болезненным, прекратилось выхождение стула и газов. Появилась тошнота. Выпячивание, которое раньше вправлялось в брюшную полость, теперь не вправляется. При осмотре кожа над выпячиванием не изменена. Живот вздутый. Внешнее паховое кольцо не пальпируется. Какой наиболее достоверный диагноз?

- А. Копростаз;
В. Каловое ущемление. Острая кишечная непроходимость;
С. Воспаление левосторонней паховой грыжи;
D. Невправимая левосторонняя паховая грыжа.
11. Больному 48 лет выполнена операция по поводу ущемленной паховой грыжи. Во время операции в грыжевом мешке найдены две петли тонкой кишки и небольшое количество светлого экссудата. Через 2 суток после операции появились признаки перитонита. Какое ущемление было у больного?
- А. Ретроградное;
В. Копростаз;
С. Пристеночное;
D. Эластическое.
12. Больной И., 50 лет, жалобы на боль в левой паховой области, которая возникает при физическом напряжении. В левой паховой области имеется опухолевидное образование 9×5 см, безболезненное, опускается в мошонку, вправляется в брюшную полость. Наружное паховое кольцо расширено до 3 см в диаметре, симптом кашлевого толчка положительный. Какой ваш диагноз?
- А. Левосторонняя вправимая прямая паховая грыжа;
В. Левосторонняя надпузырная грыжа;
С. Левосторонняя вправимая косая пахово-мошоночная грыжа;
D. Косая вправимая канальная паховая грыжа.
13. Больной Л., 56 лет, болеет паховой грыжей на протяжении двух лет. После поднятия тяжести возникла боль в животе и грыже. Последняя перестала вправляться в брюшную полость. Пальпаторно - грыжевое выпячивание напряжено, болезненно, симптом кашлевого толчка отрицательный. Тактика семейного врача в данном случае?
- А. Срочно направить больного в хирургическое отделение;
В. Вправить грыжевое выпячивание в брюшную полость;
С. Ввести больному спазмолитические и обезболивающие средства;
D. Выполнить местную анестезию 2 % раствором лидокаина.
14. К вам обратился больной с жалобами на наличие грыжи в паховой области, утверждает, что она часто ущемляется. Во время ущемления тревожат тянущие боли около лобка, частые позывы на мочеиспускание. Достоверный диагноз?
- А. Скользящая грыжа;
В. Грыжа запирающего отверстия;
С. Прямая паховая грыжа;
D. Бедренная грыжа.

15. У ребенка в возрасте трех месяцев со склонностью к частым запорам в области пупка появилось выпячивание в диаметре до 2 см, мягко-эластической консистенции, которое увеличивается при плаче. В лежачем положении и спокойном состоянии ребенка это образование самостоятельно исчезает, пальпируется пупочное кольцо диаметром 1 см. Какой ваш диагноз?

- A. Пупочная грыжа;
- B. Врожденная грыжа белой линии живота;
- C. Омфалит;
- D. Омфалоцеле.

16. У больной М. жалобы на наличие опухолевидного образования в области пупка, периодические боли в нем при нагрузках. Объективно: в области пупка имеется опухолевидное образование до 5 см в диаметре, эластической консистенции, безболезненное при пальпации. В брюшной стенке в проекции пупка округлый дефект кольцевидной формы до 3 см в диаметре, при кашле образование увеличивается в размерах. Сформулируйте предварительный диагноз:

- A. Вправимая пупочная грыжа;
- B. Передбрюшинная липома;
- C. Параумбиликальная вправимая грыжа;
- D. Грыжа белой линии живота.

17. У больной 60 лет имеются жалобы на боль в правой паховой области. При исследовании в положении стоя выявлено, что ниже правой кожной паховой складки имеется выпячивание размерами 4×3 см, которое в положении лежа вправляется под паховую связку, по внешнему краю определяется пульсация бедренной артерии. Ваш диагноз?

- A. Доброкачественная опухоль;
- B. Бедренная грыжа;
- C. Паховая грыжа;
- D. Паховый лимфаденит.

18. Женщина 53 лет предъявляет жалобы на выпячивание в области пупка, которое деформирует его и имеет приблизительно постоянную форму и размер, не меняется при натуживании. Болеет в течение 6 лет. Женщина с избытком массы тела, за счет чего живот у нее симметрично увеличен. Пупок асимметрично растянут и деформирован плотным выпячиванием размером 8×6 см, которое находится под ним. Пальпация не вызывает боль, вправить грыжу не удается. Диагноз?

- A. Ущемленная пупочная грыжа;
- B. Метастаз злокачественной опухоли в пупок;
- C. Ущемленная грыжа белой линии живота;
- D. Невправимая грыжа белой линии живота.

19. Больному в анамнезе выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Больная с ожирением II степени. В области операционного рубца выше пупка определяется болезненное выпячивание, размерами 12×6 см, мягко-эластической консистенции, которое увеличивается при натуживании и кашле. В положении лежа выпячивание исчезает. Какой наиболее подходящий предварительный диагноз?

- A. Послеоперационная вентральная грыжа;
- B. Диастаз прямых мышц живота;
- C. Предбрюшинная липома;
- D. Вправимая пупочная грыжа.

20. Больной жалуется на наличие патологического образования, которое появляется в правой паховой области при физической нагрузке. Образование округлой формы, диаметром около 5 см, при пальпации мягко-эластической консистенции, расположено медиальнее паховой связки до середины от семенного канатика. Сформулируйте предварительный диагноз:

- A. Правосторонняя прямая паховая грыжа;
- B. Правосторонняя косая паховая грыжа;
- C. Варикозное расширение вен правого бедра;
- D. Правосторонняя бедренная грыжа.

21. У больного 85 лет, обратился через 4 дня от начала заболевания, был поставлен диагноз: ущемленная грыжа. Выполнен разрез в правой подвздошной области, из раны выделились гнойные выделения, в ране некротизированная петля тонкой кишки. Какая следующая тактика хирурга?

- A. Продолжить герниотомию со следующей герниопластикой;
- B. Лапаротомия, резекция кишки, герниопластика паховой грыжи;
- C. Наложить стому в ране;
- D. Выполнить лапаротомию с ревизией, резекцией некротизированного сегмента, операцию завершить без герниопластики.

22. Женщина 48 лет с жалобами на выпячивание в левой паховой области, которое периодически исчезает и появляется опять. Болеет в течение 4 лет. Левая паховая складка в медиальной части деформирована за счет выпячивания размером 4×4 см. При пальпации выпячивание исчезает, после чего, ниже паховой связки определяется пространство размерами 2×2 см. Симптом кашлевого толчка положительный. Диагноз?

- A. Вправимая левосторонняя грыжа дугласовой линии;
- B. Вправимая левосторонняя бедренная грыжа;
- C. Вправимая левосторонняя косая паховая грыжа;
- D. Вправимая левосторонняя прямая паховая грыжа.

23. Призывник на медкомиссии жалуется на наличие патологического образования, которое появляется в правой паховой области при физической нагрузке и натуживании. Образование округлой формы, диаметром около 2,5 см, при пальпации мягко-эластичной консистенции, располагается в медиальной части пупартовой связки до середины семенного канатика. Какой наиболее вероятный предварительный диагноз?

- A. Грыжа запирающего отверстия;
- B. Прямая паховая грыжа;
- C. Скользящая грыжа;
- D. Бедренная грыжа.

24. Бригадой скорой помощи доставлена женщина 80 лет с жалобами на выпячивание, в правой паховой и лобковой области, которое перестало вправляться в брюшную полость, дизурию. Болеет в течение 9 лет. В анамнезе выпячивание появлялось и раньше, самостоятельно вправлялось. Из правой паховой области в лобковую распространяется опухолевидное образование размером 15×10 см, плотное, болезненное, расположенное в подкожной жировой клетчатке, кожа над ним не изменена. Какой вероятный диагноз?

- A. Киста круглой связки матки;
- B. Липома паховой области;
- C. Ущемленная бедренная грыжа;
- D. Ущемленная скользящая паховая грыжа.

25. Больной, который обратился к врачу, жалуется на тупую боль в паху при длительной ходьбе и физической нагрузке. Объективно: в правой паховой области определяется мягко-эластическое образование размером 6×5 см, которое выходит из наружного отверстия пахового канала. Диаметр отверстия 1,5 см. Элементы семенного канатика пальпируются медиальнее от образования. Ваш диагноз?

- A. Прямая паховая грыжа;
- B. Косая паховая грыжа;
- C. Врожденная паховая грыжа;
- D. Скользящая паховая грыжа.

26. Собственным транспортом в сопровождении родственников в приемное отделение доставлен больной 82 лет, у которого 50 мин. назад возникла выраженная боль в правой паховой области. В течение нескольких лет в данной области имелось грыжевое выпячивание, которое свободно вправлялось. После физической нагрузки отметила внезапную боль, после чего выпячивание стало невправимым. Во время транспортировки грыжевое выпячивание самостоятельно вправлялось. Объективно: язык влажный. Пульс-86/мин., удовлетворительного

наполнения. АД - 145/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. В правой паховой области определяется округлой формы грыжевое выпячивание, мягкое, вправимое, безболезненное. Какая тактика дежурного хирурга?

- А. Больного необходимо госпитализировать для наблюдения в течение 3-х дней с дальнейшей плановой герниопластикой;
- В. Показана срочная операция - лапаротомия;
- С. Для определения тактики необходимо выполнить рентгеноконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта;
- Д. Госпитализация не нужна.

27. Больной 34 года обратился с жалобами на боли в правой подвздошной области, которые усиливаются при ходьбе и физической нагрузке. Боли тревожат последние 2 месяца. Год назад перенес аппендэктомию. При обзоре в правой подвздошной области определяется послеоперационный рубец длиной до 10 см. При пальпации в участке рубца имеется мягко-эластическое опухолевидное образование, которое вправляется в брюшную полость через дефект апоневроза. Ваш диагноз?

- А. Опухоль слепой кишки;
- В. Опухоль брюшной полости;
- С. Послеоперационная вентральная грыжа;
- Д. Инфильтрат послеоперационного рубца.

28. Больного К., в течение четырех часов тревожит боль внизу живота, частые призывы на мочеиспускание. По правому паховому участку выше пупартовой связки имеется грыжевое выпячивание до 4 см в диаметре, плотное, болезненно, появилась после подъема мешка. Боль нарастает. Пальпаторно - оба яичка в мошонке. Пальпация правого яичка болезненна. Какой наиболее вероятный предварительный диагноз?

- А. Невправимая пахо-мошоночная грыжа;
- В. Скользящая грыжа мочевого пузыря;
- С. Ущемленная правосторонняя паховая грыжа;
- Д. Невправимая правосторонняя паховая грыжа.

29. У больного 65 лет имеются жалобы на выпячивание шарообразной формы в паховых областях, больших размеров справа, которые отмечает в течение последних трех лет. Объективно: наружные кольца паховых каналов пропускают палец, оба выпячивания определяются до середины семенных канатиков и определяется пульсации нижних эпигастральных артерии. Ваш диагноз?

- А. Метастазы злокачественной опухоли;
- В. Фуникоцеле;
- С. Косые паховые грыжи;
- Д. Прямые паховые грыжи.

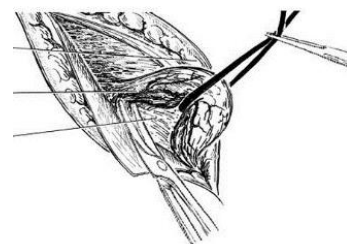
30. Больная поступила с жалобами на наличие грыжи в области пупка, слегка болезненное при пальпации. При обследовании в горизонтальном положении не вправляется в брюшную полость. Ваша тактика?

- A. Консервативная терапия;
- B. При отсутствии соматической патологии плановая герниотомия;
- C. Срочная госпитализация в хирургический стационар;
- D. Экстренная операция.

Практические навыки

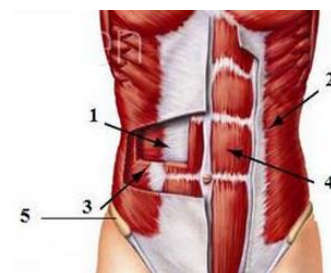
1. Какое анатомическое образование изображено на рисунке?

- A. Семенной канатик;
- B. Пупартова связка;
- C. Апоневроз наружной косой мышцы;
- D. Внутренняя косая мышца.



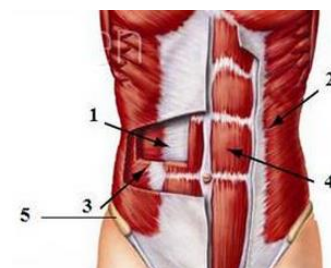
2. Какое анатомическое образование изображено на рисунке под номером 1?

- A. Поперечная мышца;
- B. Апоневроз наружной косой мышцы;
- C. Внутренняя косая мышца;
- D. Пупартовая связка.



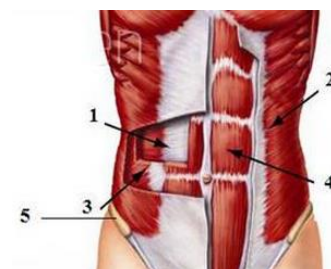
3. Какое анатомическое образование изображено на рисунке под номером 3?

- A. Поперечная мышца;
- B. Апоневроз наружной косой мышцы;
- C. Внутренняя косая мышца;
- D. Пупартовая связка.



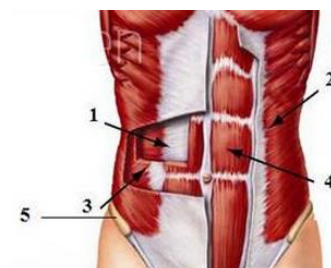
4. Какое анатомическое образование изображено на рисунке под номером 2?

- A. Поперечная мышца;
- B. Апоневроз наружной косой мышцы;
- C. Наружная косая мышца;
- D. Пупартовая связка.



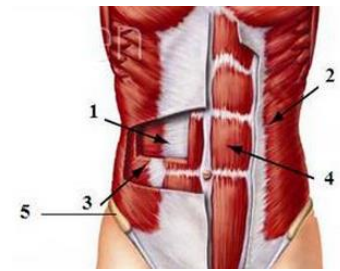
5. Какое анатомическое образование изображено на рисунке под номером 4?

- A. Поперечная мышца;
- B. Апоневроз наружной косой мышцы;
- C. Внутренняя косая мышца;
- D. Прямая мышца.



6. Какое анатомическое образование изображено на рисунке под номером 5?

- A. Поперечная мышца;
- B. Апоневроз наружной косой мышцы;
- C. Внутренняя косая мышца;
- D. Пупартовая связка.



7. Какое анатомическое образование изображено на рисунке под номером 1?

- A. Поверхностная фасция;
- B. Влагалище прямой мышцы живота;
- C. Апоневроз наружной косой мышцы живота;
- D. Поперечная фасция.



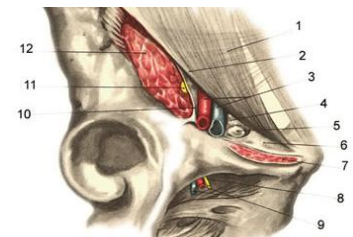
8. Какое анатомическое образование изображено на рисунке под номером 11?

- A. n. femoralis;
- B. m. iliopsoas;
- C. n. obturatorius;
- D. a. et v. obturatoria



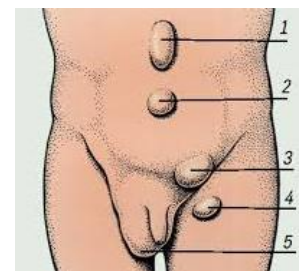
9. Какое анатомическое образование изображено на рисунке под номером 6?

- A. Прямая мышца живота;
- B. lig. lacunare;
- C. a. et v. epigastrica superficialis;
- D. a. et v. femoralis;



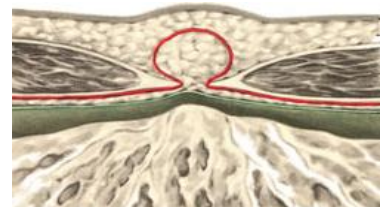
10. На рисунке под номером 4 изображено:

- A. Бедренная грыжа;
- B. Паховая грыжа;
- C. Паховая грыжа;
- D. Варикозное расширение большой подкожной вены.



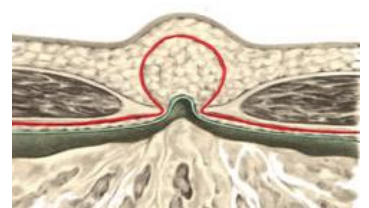
11. На рисунке изображено:

- A. Предбрюшинная липома;
- B. Начинаящаяся грыжа;
- C. Сформировавшаяся грыжа;
- D. Флегмона грыжи;



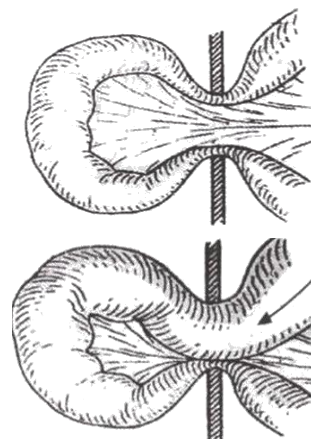
12. На рисунке изображено:

- A. Предбрюшинная липома;
- B. Начинаящаяся грыжа;
- C. Сформировавшаяся грыжа;
- D. Флегмона грыжи;



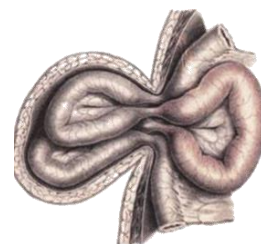
13. Какой вид ущемления представлено на рисунке?

- A. Каловое ущемление;
- B. Эластическое ущемление;
- C. Рихтеровское ущемление;
- D. Смешанное ущемление



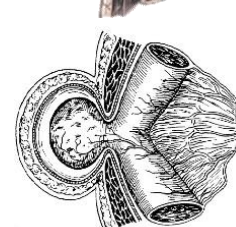
14. Какой вид ущемления представлено на рисунке?

- A. Каловое ущемление;
- B. Эластическое ущемление;
- C. Рихтеровское ущемление;
- D. Ретроградное ущемление.



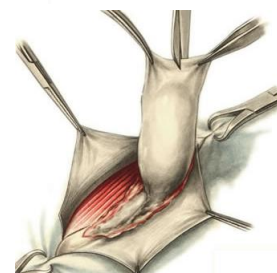
15. Какой вид ущемления представлено на рисунке?

- A. Каловое ущемление;
- B. Эластическое ущемление;
- C. Рихтеровское ущемление;
- D. Ретроградное ущемление



16. Какой вид ущемления представлено на рисунке?

- A. Каловое ущемление;
- B. Эластическое ущемление;
- C. Рихтеровское ущемление;
- D. Ретроградное ущемление

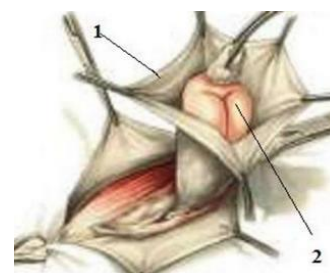


17. Какой этап операции изображен на рисунке?

- A. Вскрытие грыжевого мешка
- B. Вскрытие апоневроза наружной косой мышцы
- C. Разъединение спаек
- D. Вскрытие грыжевых ворот и ревизия грыжевого содержимого

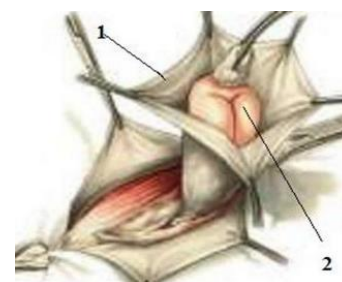
18. Назовите анатомическое образование под номером 1, которое изображено на рисунке:

- A. Грыжевой мешок;
- B. Паховая связка;
- C. Бедренная артерия;
- D. Бедренная вена



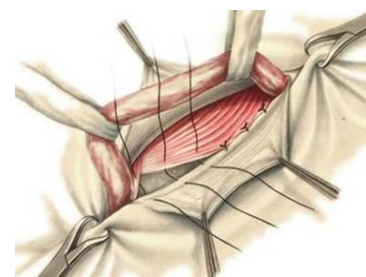
19. Назовите анатомическое образование под номером 2, которое изображено на рисунке:

- A. Грыжевой мешок;
- B. Грыжевое содержимое;
- C. Бедренная артерия;
- D. Бедренная вена.



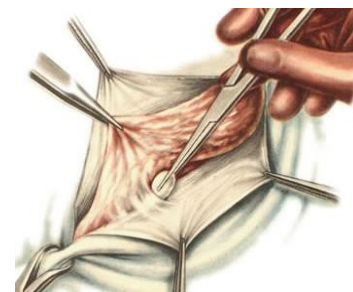
20. Укажите вид герниопластики, изображенной на рисунке:

- A. Герниопластика по Постемпскому;
- B. Герниопластика по Бассини;
- C. Герниопластика по Жирару;
- D. Шов Кимбаровского.



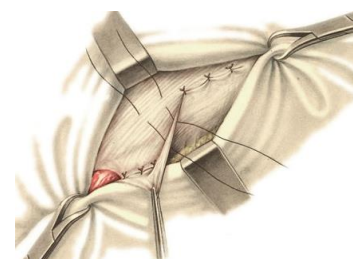
21. Какой этап операции при грыжах изображено на рисунке?

- A. Отделение грыжевого мешка от наружного лоскута апоневроза *m. obliqui externi abdominis*;
- B. Отделение грыжевого мешка от внутреннего лоскута апоневроза *m. obliqui externi abdominis*;
- C. Отделение грыжевого мешка от апоневроза *m. obliqui interni abdominis*;
- D. Разъединение спаек.



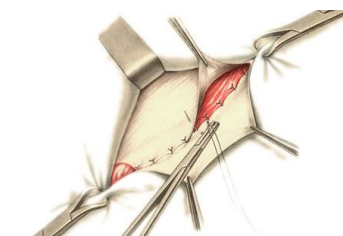
22. Укажите вид герниопластики, изображенной на рисунке:

- A. Герниопластика по Постемпскому;
- B. Герниопластика по Бассини;
- C. Герниопластика по Жирару;
- D. Шов Кимбаровского.



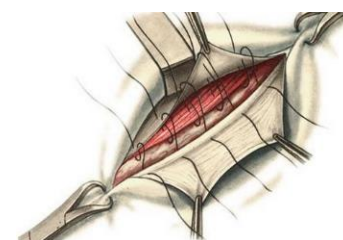
23. Какой вид герниопластики изображен на рисунке?

- A. По Жирару;
- B. По Спасокукоцкому;
- C. По Бассини;
- D. По Постемпскому.



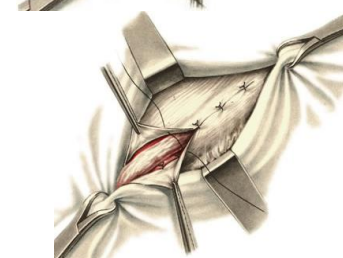
24. На рисунке изображено:

- A. Герниопластика по Бассини;
- B. Герниопластика по Постемпскому;
- C. Шов Кимбаровского;
- D. Герниопластика по Мейо.



25. На рисунке изображено:

- A. Герниопластика по Постемпскому;
- B. Герниопластика по Мартынову;
- C. Герниопластика по Жирару;
- D. Герниопластика по Бассини;



26. На рисунке произведена операция по поводу расхождении прямых мышц живота. Каким способом произведена операция:

- A. По способу Постемпского;
- B. По способу В.П. Вознесенского;
- C. По способу Напалкова;
- D. По способу Сапешко-Дьяконова

27. На рисунке изображена операция при расхождении прямых мышц живота. Способ Л. Шампионера. Какой этап операции обозначен?

- A. Подшивание лоскутов апоневроза к стенке влагалища прямой мышцы живота.
- B. Прошивание передних стенок влагалищ прямых мышц живота в верхнем и нижнем углах раны.
- C. Создание дубликатуры подшиванием лоскутов апоневроза;
- D. Наложение шва на кожу

28. На рисунке изображена герниопластика по Лекснеру. Какой этап операции обозначен?

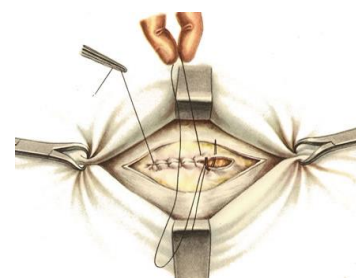
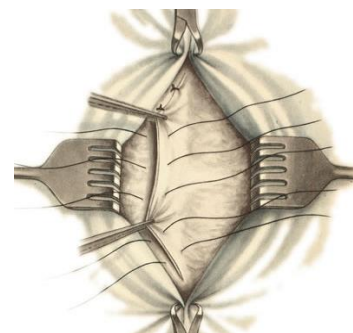
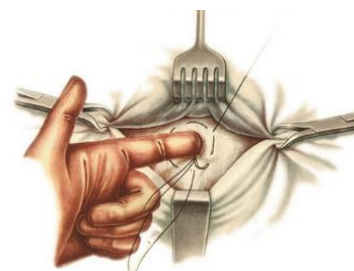
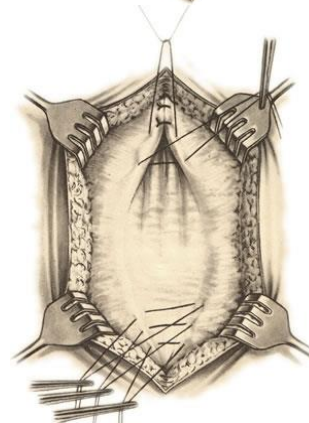
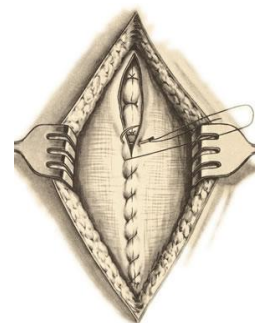
- A. Наложение кисетного шва;
- B. Операционный доступ;
- C. Иссечение пупка;
- D. Наложение шва на кожу.

29. На рисунке изображена герниопластика по Сапешко. Какой этап операции обозначен?

- A. Подшивание левого лоскута апоневроза к передней стенке влагалища правой прямой мышцы живота.
- B. Создание дубликатуры подшиванием левого лоскута апоневроза к правому лоскуту апоневроза.
- C. Создание дубликатуры подшиванием лоскутов апоневроза;
- D. Наложение шва на кожу

30. На рисунке изображена герниопластика по Мейо. Какой этап операции обозначен?

- A. Ушивание края апоневроза непрерывным швом.
- B. Ушивание брюшины непрерывным швом.
- C. Создание дубликатуры подшиванием лоскутов апоневроза;
- D. Ушивание дефекта пупочной грыжи



Ответы:

Тестовые вопросы.

1.	B	6.	B	11.	B	16.	C	21.	A	26.	D
2.	A	7.	C	12.	A	17.	A	22.	B	27.	C
3.	A	8.	B	13.	C	18.	C	23.	B	28.	B
4.	C	9.	B	14.	C	19.	B	24.	C	29.	C
5.	A	10.	A	15.	A	20.	A	25.	B	30.	A

Ситуационные задачи.

1.	B	6.	C	11.	A	16.	A	21.	D	26.	A
2.	C	7.	D	12.	C	17.	B	22.	B	27.	C
3.	C	8.	C	13.	A	18.	D	23.	B	28.	B
4.	A	9.	B	14.	D	19.	A	24.	D	29.	D
5.	D	10.	B	15.	A	20.	A	25.	B	30.	B

Практические навыки.

1.	A	6.	D	11.	A	16.	C	21.	C	26.	B
2.	A	7.	B	12.	A	17.	A	22.	C	27.	B
3.	C	8.	D	13.	B	18.	B	23.	B	28.	A
4.	C	9.	D	14.	B	19.	B	24.	C	29.	B
5.	D	10.	D	15.	A	20.	A	25.	A	30.	B

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература

1. Войленко В.Н., Медеян А.И., Омельченко В.М. Атлас операций на брюшной стенке и органах брюшной полости. М.: Медицина, 1965. 611 С.
2. Каримов Ш.И. Хирургические болезни. // Ташкент. 2005.
3. Кузин М.И. Хирургические болезни. // Москва, Медицина. 2005.

Дополнительная литература

4. Егиев А.С. [и др.] «Ненатяжная герниопластика» / под общ. ред. А.С. Егиева. М.: Медпрактика-М. 2002. 148 с.
5. Егиев В.Н., Лядов К.В., Воскресенский П.К. «Атлас оперативной хирургии грыж.» М.: Медпрактика. – 2003. С. 228.
6. Жебровский В.В. «Хирургия грыж живота» / В.В. Жебровский. - М.: Мед. информ. агентство, 2005. – 384 с.
7. Жебровский В.В. «Атлас операций на органах брюшной полости» / В.В. Жебровский. М.: Мед. информ. агентство, 2009. 464 с.
8. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. под ред. В.С. Савельева. М.: Медицина, 1986. – 608 С.
9. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки. М.: Медицина 1990.- 317 С.
10. surgerylinks.ru
11. surgerylib.ru
12. moodle.sammi.uz
13. medicinform.net/surgery

