

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Департамент здравоохранения г. Москвы

Московский Государственный
Медико-Стоматологический Университет
им. А.И. Евдокимова

Московский клинический научно-практический центр

А.И. Станулис, А.Б. Туманов

ГРЫЖИ ЖИВОТА

Москва
2014

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Департамент здравоохранения г. Москвы

Московский Государственный
Медико-Стоматологический Университет
им. А.И. Евдокимова
Московский клинический научно-практический центр

А.И. Станулис, А.Б. Туманов

ГРЫЖИ ЖИВОТА

Москва
2014

Кафедра факультетской хирургии № 2 МГМСУ им. А.И. Евдокимова и МКНЦ выпускает серию учебных пособий по хирургии для студентов 4–6 курсов под редакцией зав. кафедрой проф. И.Е. Хатькова и проф. А.И. Станулиса.

В пособиях освещены клиника, диагностика и лечение хирургических заболеваний грудной и брюшной полости. Описаны современные методы диагностики и лечения. Предлагаемые учебные пособия будут полезны студентам, ординаторам и аспирантам для более углубленного изучения предмета.

В отечественной и зарубежной литературе есть значительное количество работ о лечении грыж брюшной стенки. На нескольких хирургических съездах лечение грыж живота было поставлено программным вопросом. Несмотря на это, при анализе отдаленных результатов операций по поводу грыж, наблюдается значительный процент рецидивов. Грыжи живота встречаются довольно часто. Считается, что 3–4 % населения имеет грыжи и ежегодно производится большое число операций. Летальность после оперативного лечения неущемленных грыж снижена. Однако, по литературным данным, после операций по поводу ущемленных грыж имеет место еще значительная летальность.

В последние годы внедряются эндоскопические операции при паховых и других грыжах. При больших грыжах и при наличии плохо развитой брюшной стенки широкое распространение во всем мире получила аллопластика различными синтетическими тканями. Однако отдаленные результаты еще не изучены. На основании сказанного ясно, что изучение диагностики, профилактики и лечение грыж живота до настоящего времени имеет большое практическое значение. Наша цель всесторонне рассмотреть причины возникновения распознавания, профилактику и лечение различных грыж живота.

Определение понятия

Грыжей живота принято называть выхождение внутренних органов вместе с пристеночным листком брюшины через различные отверстия брюшной стенки или тазового дна. Эти отверстия чаще всего являются естественными анатомическими образованиями, однако могут быть и приобретенными в результате травмы, операций или заболеваний.

Все грыжи живота принято делить на наружные и внутренние.

Внутренними называют такие грыжи, которые образуются внутри брюшной полости в брюшинных карманах и складках или проникают в грудную полость через отверстия я щели диафрагмы.

Под наружными грыжами понимают выпячивание внутренностей через отверстия в брюшной стенке наружу.

Наибольшее значение в клинической практике имеют чаще встречающиеся наружные грыжи живота, которые являются и предметом нашего дальнейшего рассмотрения.

Элементы грыжи живота.

Грыжа брюшной стенки состоит из четырех составных частей:

- 1. Грыжевого отверстия или грыжевых ворот.**
- 2. Грыжевого мешка.**
- 3. Содержимого грыжевого мешка.**
- 4. Наружных грыжевых оболочек.**

1. Грыжевые ворота. Грыжевым отверстием могут быть различные дефекты и слабые места брюшной стенки как врожденные, так и возникшие после рождения: паховый канал, бедренный канал, незаращенное или растянутое пупочное кольцо, различные щели, отверстия, слабое место брюшной стенки, дефекты в области послеоперационного рубца и травмы брюшной стенки.

2. Грыжевой мешок. Эта часть париетальной брюшины, вышедшая через грыжевые ворота. **Различают устье, шейку, тело и дно грыжевого мешка (ГМ).**

Устьем мешка называют то место, которое соединяет ГМ с брюшной полостью. Шейка ГМ является наиболее узким и мало растяжимым его местом. Она соответствует форме и размерам грыжевых ворот, соединяет устье и тело ГМ.

Тело ГМ имеет различную длину и форму, оканчивается дном. Иногда ГМ имеет различные перемычки и может быть многокамерным. Брюшина, образующая ГМ, может иметь нормальное строение, но часто она утолщается и может представлять собой плотное фиброзное образование, الشо напоминающее брюшину. Грыжевой мешок может быть спаян с окружающими его тканями и с находящимися в его просвете внутренностями, что способствует образованию невправимой грыжи. Иногда на внешней поверхности грыжевого мешка встречаются кистозные образования, содержащие серозную жидкость.

Грыжевого мешка может не быть:

- 1) в эмбриональных пупочных грыжах, где его заменяет так называется примитивная оболочка и амнион;**
- 2) в скользящих грыжах;**
- 3) в ложных травматических грыжах.**

Содержимое грыжевого мешка. При различных наружных грыжах в ГМ может находиться любой из органов брюшной полости, но чаще всего это петли тонких кишок и большой сальник.

Наружные грыжевые оболочки ГМ с его содержимым покрыты поверхностными слоями брюшной стенки, чаще всего поперечной фасцией, подкожной клетчаткой и кожей. При рецидивных и послеоперационных грыжах кожные покровы рубцово изменены. Иногда при больших послеоперационных грыжах ГМ спаян с кожным рубцом.

Классификация грыж.

Наружные грыжи живота классифицируются по анатомическим, этиологическим, клиническим и другим признакам.

1. По месту анатомического образования делятся на:

- а) наружные;**
- б) внутренние.**

К наружным относятся:

- паховые;**
- бедренные;**
- пупочные;**
- белой линии живота;**
- поясничные;**
- грыжи мечевидного отростка и др.**

К внутренним относятся грыжи естественных отверстий диафрагмы, а также грыжи с локализацией в многочисленных брюшных карманах и дивертикулах.

2. По происхождению грыжи подразделяют на:

- 1. Врожденные.**
- 2. Приобретенные: травматические; послеоперационные; рецидивные; невропатические; искусственные.**

3. По клиническому течению бывают:

- 1. Неосложненные (свободные, вправимые).**
- 2. Осложненные: невправимые грыжи; ущемление; воспаление;**

копростаз; новообразование грыж; повреждение; иностранные тела в грыжах.

Кроме того, различают: **полные и неполные.**

Этиология и патогенез.

Наибольшее число грыж наблюдается у детей в возрасте до 1 года и у взрослых в возрасте от 30 до 40 лет. В последнее время отмечается увеличение больных пожилого и старческого возраста с различными грыжами брюшной стенки. Особенно это заметно при анализе возрастного состава больных с ущемленными грыжами, среди которых процент больных пожилого и старческого возраста достигает 55–60 %. **По частоте на первом месте находятся паховые грыжи (75 %).** Далее следует **послеоперационные (12 %), пупочные (8 %), бедренные (4 %) грыжи и 1 % составляют все прочие формы грыж.** У мужчин чаще бывают паховые грыжи, у женщин — пупочные и бедренные.

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

К местным причинам относят особенности анатомического строения области выхода грыжи. К ним относятся естественные щели и отверстия брюшной стенки, через которые проходят сосуды, нервы, семенной канатик, круглая маточная связка; область пупка и белой линии живота, где имеются свободные от мышц промежутки, а также места перекрещивания мышечных и апоневротических волокон. Эти места являются наиболее «слабыми» и при соответствующих условиях предопределяют образование грыжевого выпячивания.

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

Предрасполагающие факторы: наследственность, возраст, пол, особенности телосложения, степень упитанности и др. В последнее время обращено внимание на то, что у больных с грыжами в соединительной ткани происходят значительные нейродистрофические изменения. Имеются указания на нарушение процессов коллагенообразования в их организме за счет врожденного иммунодефицита или приобретенных аутоиммунных патологических реакций. По современным представлениям грыжи у детей являются одним из местных проявлений синдрома врожденной мезенхимальной недостаточности и обычно сочетаются с другими

диспластическими процессами: высокое нёбо, неправильный прикус, искривление позвоночника, плоскостопие и др.

К производящим причинам относят все факторы, вызывающие повышение внутрибрюшного давления (расстройство дефекации, кашель, крик, затрудненное мочеиспускание, игра на духовых инструментах, тугое затягивание живота, трудные роды, рвота, тяжелая физическая работа и т.д.), а такие причины, ослабляющие брюшную стенку (повторная беременность, похудание, ослабление мускулатуры тела, травма кишка, оперативные вмешательства на органах брюшной полости и т.д.). Слабость брюшной стенки нередко обуславливает появление у одного больного нескольких грыж.

Патогенез.

Грыжи живота, как правило, развиваются постепенно. Лишь изредка она возникает остро, после внезапного и резкого повышения внутрибрюшного давления. **В развитии некоторых грыж удается выделить несколько стадий заболевания.**

I стадия — начинающаяся грыжа, когда происходит формирование грыжевых ворот. В этой стадии грыжевого мешка еще нет, но отчетливо выявляется кашлевой толчок. При пальцевом исследовании грыжевых ворот во время кашля палец ощущает толчкообразные движения париетальной брюшины. Если кашлевой толчок не проводится, то говорят не о грыже, а о расширении грыжевого канала.

II стадия — неполная грыжа, когда имеются все составные части грыжи, но грыжевой мешок не прошел всю толщину брюшной стенки. Грыжа выявляется только в момент физического напряжения.

III стадия — полная грыжа. Грыжевое выпячивание выходит за пределы брюшной стенки, вызывая деформацию живота, появляется при вставании и небольшом напряжении.

IV стадия — грыжа огромных размеров, когда в грыжевом мешке располагается значительная часть внутренних органов.

Особенно отчетливо выявляются стадии развития паховой грыжи, в соответствии с которыми выделяют: начальную, канальную, канатиковую и пахово-мошоночную форму грыжи.

Клиника и диагностика

Субъективные признаки грыж сводятся, главным образом, к болевым ощущениям. При грыже боли чаще наблюдаются лишь в начале ее образования и локализуются в животе, поясничной области или на месте выхода грыжи. Боль в области грыжевого выпячивания возникает при физическом нагрузке, ходьбе, кашле, резких движениях, подъеме тяжести, при изменениях барометрического давления и обычно совпадает с моментом выхода внутренностей в грыжевой мешок или их вправления.

Среди жалоб больные нередко отмечают тошноту, иногда рвоту, отрыжку, запоры, вздутие живота, а если содержимым грыжи является стенка мочевого пузыря, и дизурические явления.

Наиболее важным объективным симптомом заболевания является наличие грыжевого выпячивания. Грыжевое выпячивание образуется за счет содержимого грыжи и имеет различную форму и размеры. Появление грыжевой припухлости связано обычно с напряжением брюшного пресса. В положении лежа содержимое грыжи, как правило, самостоятельно или при помощи рук вправляется в брюшную полость. В самом начале развития грыжи выпячивание может быть не видимо на глаз, оно определяется лишь пальцем, введенным в грыжевой канал и ощущающим в виде толчка при кашле или натуживании выходящие в грыжевой мешок внутренности.

Исследование больного надо производить стоя и в горизонтальном положении, при этом необходимо обнажить весь живот и верхнюю треть обоих бедер. Для выявления сочетанных грыж необходимо обследовать все грыжевые зоны.

Осмотр в положении стоя дает возможность определить иногда незаметную асимметрию в паховых областях и под паховыми связками. При натуживании и кашле определяют незначительные выпячивания, ранее не заметные, а при больших грыжах устанавливают наибольший их размер.

В горизонтальном положении больного, при полном расслаблении брюшного пресса, определяют вправимость содержимого грыжи и исследуют грыжевые ворота. Грыжа может быть вправимой, частично вправимой и невправимой, что указывает на осложненное течение заболевания и должно быть отражено в диагнозе. Исследование грыжевых ворот проводится по сравнению со здоровой стороной. Обращается внимание на их размеры, форму, направление, состояние краев и наличие кашлевого толчка — характерного симптома наружной грыжи живота.

Для исследования применяют также пальпацию, перкуссию, аусcultацию, которые позволяют определить наличие полого органа (кишки), дающего титанический звук при перкуссии и ощущение урчания при аускультации; при попадании в грыжевой мешок сальника перкуссия дает тупой звук.

Из инструментальных методов наибольшее значение имеют рентгеноскопия и рентгенография, особенно в диагностике грыж внутренних. Контрастирование желудка, кишечника, мочевого пузыря помогает в диагностике скользящих грыж. Затруднения в диагнозе могут возникнуть при редкой локализации грыж (запирательной, седалищной) или внутренних грыжах. В последнее время широко используется УЗИ.

Лечение

A. Хирургическое.

1. Показания к операции.

Наличие грыжи любой локализации является показанием к оперативному лечению, что служит профилактикой наиболее частого осложнения — ущемления грыжи, показания к операции при котором — экстренные.

Принцип операции неосложненных грыж заключается в выделении грыжевого мешка, вскрытии его, вправлении органов в брюшную полость. Шейку ГМ прошивают и перевязывают. Остатки мешка иссекают. Производят пластику грыжевого канала различными способами — от простых узловых швов, до сложных методов пластики путем укрепления мышц и апоневроза передней брюшной стенки. Преимуществом является использование собственных тканей, а недостатком метода является натяжение тканей. Это обуславливает высокую частоту рецидивов (до 12–15 %). Кроме этого, пластика местными тканями невыполнима при больших грыжах, когда резко повышается внутрибрюшное давление, что приводит либо к дыхательной недостаточности, либо к разрушению пластики. Все это послужило поводом для поиска других способов герниопластики. Идея использования имплантатов оказалась наиболее удачной.

Имплантаты могут быть:

- аутологичные;
- аллогенные;
- ксеногенные;

- эксплантаты (протезы);
- комбинированные: сочетание биологической и небиологической ткани.

В 1959 г. F.C. Uscher успешно использовал для герниопластики полипропилен, что позволяет избежать натяжения тканей. Частота рецидивов снижена до 3 %. Недостатком метода является вероятность инфицирования, наличие чужеродной ткани. Появление сеток с антиадгезивным покрытием позволяет использовать имплантаты в контакте с органами брюшной полости, когда брюшины не хватает для ограничения сетки. Не рекомендуется применение имплантатов у молодых (до 25–30 лет) пациентов — в растущих организмах.

По способу установки имплантатов, герниопластика подразделяется на:

- надапоневротическую (протез устанавливается под ушитым дефектом — *Onlay*);
- межапоневротическую (протез размещен между краями дефекта, последний не ушивается — *Inlay*);
- подапоневротическую протез размещен под ушитым дефектом — *Sublay*).

В последнее время в связи с появлением многослойных сеток с антиадгезивным покрытием стала возможным установка протеза.

С 90-х годов XX века стала возможность развития и внедрения эндоскопической технологии в герниологии.

Преимущество этой герниопластики — безнатяжная пластика, уменьшение травматичности, снижение болей, возможность ранней активации больного, хороший косметический эффект.

Недостатком является проведение общей анестезии, появление новых осложнений связанных с применением эндоскопии: газовая эмболия, повреждение сосудов, органов брюшной полости и пр., ограниченность применения, высокая себестоимость лечения.

Противопоказания к операции могут быть абсолютные и относительные.

- 1) общее тяжелое состояние больных, обусловленное сердечно-легочный, печеночный и эндокринной недостаточностью;
- 2) острые инфекции;
- 3) заболевание крови и нарушение ее свертываемости;
- 4) наличие инкурабельных злокачественных новообразований;

5) острые психические заболевания

Относительными противопоказаниями является:

- 1) ранний детский возраст;
- 2) глубокая старость;
- 3) наличие воспалительных процессов и гнойных заболеваний, экзематозных и гнойничковых поражений кожи.

Не следует оперировать:

- 1) беременных женщин во второй половине беременности;
- 2) мужчин с аденомой предстательной железы, а также при наличии заболеваний, стойко нарушающих функцию кишечника и мочеиспускания.

Все эти противопоказания относятся лишь к неосложненным грыжам. А в случае же ущемления грыжи эти противопоказания в расчет могут не приниматься.

Большая часть грыжесечений производится под местным обезболиванием, часть — под наркозом, перидуральной и спинномозговой анестезией главным образом у тучных больных, при наличии обширных вентральных, послеоперационных и рецидивных грыжах, а также у детей.

План обследования.

При плановых операциях выполняются:

1. Клинический анализ крови, коагулограмма.
2. Определение групповой принадлежности — резус-фактора, ВИЧ-инфекции, RW, вирусного гепатита.
3. Анализ мочи.
4. Рентгеноскопия грудной клетки.
5. Рентгеноскопия желудка (при пупочных и белой линии, а также послеоперационных с локализацией в верхнем этаже брюшной полости).
6. Консультация терапевта, уролога, (больным пожилого возраста и при сопутствующей патологии).

При экстренных операциях выполняется:

1. Анализ крови на количество лейкоцитов.
2. Анализ мочи (осадок).
3. ЭКГ (по показаниям).

после поднятия тяжести, сильном натуживании, кашле и прочее, т.е. при значительном напряжении брюшного пресса. В результате ущемления органа нарушается его кровообращение с расстройством его функции и появлением общих явлений.

По механизму ущемления различают два типа ущемления грыжи: эластическое и каловое (рис 2-3).

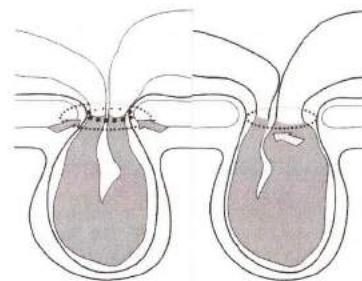


Рис. 2. Эластическое

Рис.3.Каловое ущемление

При эластическом ущемлении сдавленно вышедших в грыжевой мешок органов происходит снаружи, механизм этого ущемления заключается в том, что под влиянием резкого повышения внутрибрюшного давления растягиваются грыжевые ворота и через них выходят внутренности, превышающие по своим размерам имеющееся отверстие. Вышедшие органы не могут самостоятельно вправиться в брюшную полость, даже если внутрибрюшное давление быстро выравнивается. Вследствие сдавления в кольце грыжевых ворот ущемленных органов возникает выраженный болевой синдром, который в свою очередь приводит к рефлекторному спазму мышц вокруг грыжевых ворот, что еще более усугубляет ущемление. Возникающие иногда самопроизвольное вправление ущемленной грыжи после применения тепла, наркотических препаратов и покоя косвенно доказывают существование этого спазма.

Под каловым ущемлением понимают сдавление грыжевого содержимого, которое возникает в результате перенаполнения приводящего отдела кишечной петли, находящейся в грыжевом мешке. Возможность чисто калового ущемления многими авторами отвергается. Большинство хирургов полагают, что при этом механизме ущемления отводящая петля уплощается и сдавливается в грыжевых воротах вместе с прилежащей брыжейкой и развивается картина странгуляции.

2. Таким образом, каловое ущемление сопровождается эластическим и в конечном счете возникает смешанная форма ущемления.

Ущемлению может подвергнуться любой орган, находящийся в грыжевом мешке. Чаще всего (у 2/3 больных) ущемленной оказывается тонкая кишка. На месте сжатия кишечной петли ущемляющим кольцом образуется странгуляционная борозда с выраженным истончением кишечной стенки, которая остается хорошо заметной даже после ликвидации ущемления.

В зависимости от степени сдавления кишки в ущемляющем кольце и срока, прошедшего от начала ущемления, изменения ее могут быть различными. При резком сдавлении, нарушающем артериальное кровоснабжение кишки, быстро происходит ишемический некроз всей ущемленной кишечной петли. Однако чаще в ущемляющем кольце происходит сдавление преимущественно венозных сосудов, чем создаются условия для венозного застоя с пропотеванием плазмы в толще кишечной стенки и в просвет кишки. Кишечка становится отечной, синюшной. Вскоре появляются кровоизлияния в подслизистом слое. Вследствие наступающего отека усиливается сдавление сосудов брыжейки, нарушается артериальное кровообращение в кишечной стенке и она омертвевает. Омертвение кишки наступает со стороны слизистой оболочки. Сосуды брыжейки могут тромбироваться на значительном протяжении от видимой границы некроза

При ущемленной грыже значительно нарушается крово- и лимфообращение не только в ущемленной кишке, но и в приводящем отделе кишечника, расположенного в брюшной полости. Вследствие кишечной непроходимости повышается внутрикишечное давление, стенки кишки растягиваются, сдавливаются внутристеночные вены, нарушается лимфообращение с скоплением транссудата в стенке и полости кишки. Все это еще более усугубляет нарушение кровообращения в связи со сдавлением внутристеночных артерий. Поэтому наиболее быстро и на самом большом протяжении (до 20–30 см) происходит некроз слизистой оболочки приводящей кишечной петли. В расположенному в брюшной полости отводящем участке кишки, ниже страгуляционной борозды, изменения, как правило, менее выражены и распространяются на более ограниченном (10–15 см) протяжении.

Пропотевание плазмы происходит не только в кишку, но и в грыжевой мешок, образуя т.н. грыжевую воду. «Грыжевая вода» вначале прозрачная и

стерильная, постепенно окрашивается в розовый цвет (за счет эритроцитов), а затем, инфицируясь микрофлорой кишечника, становится мутной, геморрагического характера, с каловым запахом.

При омертвлении кишечной стенки может наступить прободение ее и тогда кишечное содержимое выливается в грыжевой мешок, вызывая тяжелейшее воспаление его с переходом на окружающие ткани, возникает грыжевая флегмона. Последняя может прорваться наружу с образованием кишечного свища, или прорваться в брюшную полость, вызвав перитонит.

3. Особые виды ущемления.

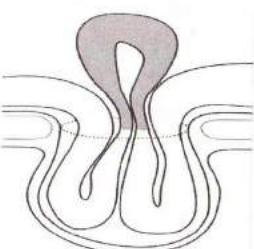


Рис.4. Ретроградное ущемление (грыжа Майдля).

В качестве особых видов ущемления различают: ретроградное, пристеночное ущемление и так называемую грыжу Литтре. Ретроградное ущемление (или грыжа Майдля — рис. 4) характеризуется той особенностью, что при нем в грыжевом мешке находятся по меньшей мере две кишечные петли в относительно благополучном состоянии, а наибольшие изменения претерпевает третья, промежуточная петля, которая находится в брюшной полости. Подобный вид ущемления протекает значительно тяжелее, т.к. основной

патологический процесс развивается не в замкнутом грыжевом мешке, а в свободной брюшной полости. При этом превалируют признаки перитонита и кишечной непроходимости. Возможность ретроградного ущемления диктует необходимость тщательной ревизии прилежащих петель кишечника.

4. Пристеночное ущемление известно в литературе под названием грыжи Рихтера (рис. 5).

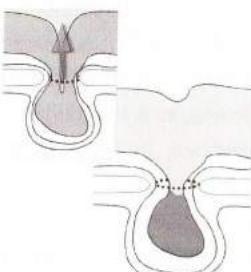


Рис. 5. Пристеночное ущемление (грыжа Рихтера).

При этой грыже ущемляется только часть кишечной стенки, в которой могут происходить те же изменения, вплоть до некроза. Однако пристеночное ущемление кишки не всегда сопровождается картиной полной непроходимости кишечника, а отсутствие припухлости в месте ущемления кишечной стенки еще более затрудняют его распознавание.

К разновидностям пристеночного ущемления следует отнести грыжу Литтре, при которой в грыжевом мешке находится ущемленный дивертикул Меккеля. Подобное ущемление встречается редко и составляет 0,5 % от общего количества ущемленных грыж.

В хирургической практике встречаются случаи мнимого (ложного) ущемления Брака, названного по имени автора, впервые описавшего его. Суть мнимого ущемления заключается в том, что у больного с грыжей брюшной стенки при возникновении острого заболевания органов брюшной полости могут появиться местные симптомы, характерные для ущемления грыжи, которой в действительности нет. Причиной этому являются вторичные изменения, связанные с поступлением в полость грыжевого мешка воспалительного экссудата из брюшной полости.

5. Клиническая картина ущемления грыжи

Достаточно разнообразна и обусловлена местными изменениями в области грыжевого выпячивания, общими явлениями и развитием вторичных осложнений.

Классическими местными признаками любой ущемленной грыжи являются четыре симптома:

- 1) резкая боль;
- 2) невправимость грыжи;
- 3) напряжение грыжевого выпячивания;
- 4) отсутствие передачи кашлевого толчка.

Боль является главным симптомом ущемления. Она возникает среди полного здоровья, внезапно, в момент значительного физического напряжения. Боли могут быть различной интенсивности, но обычно они бывают настолько сильными, что больной находится в состоянии, близком к шоку. Иррадиация болей может быть самая разнообразная, в зависимости от вида ущемленного органа. При ущемлении брыжейки они обычно отдают в пупок или поясницу. В последующем, несмотря на продолжающее ущемление, боли могут ослабевать, что не должно успокаивать врача, т.к. патологоанатомические изменения в кишке не всегда соответствуют клинической картине, и петля кишки может омертветь, несмотря на кажущееся улучшение.

Вторым, важным признаком ущемления является невправимость грыжи. Легко вправимая ранее грыжа, не причинявшая больному

неприятных ощущений, внезапно становится невправимой, резко болезненной и напряженной.

Быстро увеличивается объем и размеры грыжевого выпячивания за счет выпота в просвете грыжевого мешка и отека грыжевого содержимого. При ущемлении петель кишечника размеры грыжевого выпячивания могут также нарастать за счет прогрессивного их вздутия. Все это обуславливает третий характерный признак ущемленной грыжи — быстро нарастающее напряжение грыжевого выпячивания.

При ущемлении грыжи происходит ограничение брюшной полости от грыжевого мешка. Поэтому при кашле не определяется характерный для вправимой грыжи толчок и размеры грыжевого выпячивания при этом не увеличиваются.

Раздражение рецепторов брюшины нередко вызывает вначале рефлекторную рвоту, которая в последующем принимает токсический характер. Рвотные массы в поздних стадиях ущемления приобретают зеленовато-бурый цвет с неприятным запахом, что является плохим прогностическим признаком.

Клинические проявления общих признаков ущемленной грыжи во многом зависят от вида ущемленного органа.

Особенно бурно выражена, общая симптоматика при ущемлении кишечника, когда на первый план выступают признаки странгуляционной его непроходимости. При этой в случае ущемления тонкой кишки имеются признаки высокой непроходимости, а в случае ущемления толстой кишки — соответственно признаками низкой кишечной непроходимости.

Как известно, для тонкокишечной непроходимости характерны резко выраженный болевой синдром, ранняя многократная рвота, не приносящая облегчения, задержка стула и газов, вздутие кицита, унащение пульса, сухость языка, обезвоживание и другие признаки странгуляционной непроходимости. Наоборот, при толстокишечной непроходимости слабее выражен болевой синдром и рвота, тлеется резко выраженный метеоризм и асимметрия живота, а также характерны атония анального сфинктера и расширение ампулы прямой кишки (симптом Обуховской больницы).

При ущемлении стенки мочевого пузыря развиваются дизурические явления в виде частых, болезненных мочеиспусканий и микрогематурии.

Ущемление большого сальника вызывает постоянную боль в области грыжевого выпячивания и невправимость его.

При длительном ущемлении, по мере прогрессирования некротических изменений в ущемленном органе, могут развиться вторичные осложнения грыж — перитонит, флегмона брюшной стенки, кишечный свищ и прочее.

6. Диагностика.

Для распознавания ущемленных грыж иногда используется рентгенологическое исследование. При рентгеноскопии без контрастного вещества в вертикальном положении больного при ущемленной грыже определяется газ и горизонтальный уровень жидкости в петле кишки, находящейся в грыжевом мешке и в брюшной полости около ущемленной грыжи. Могут использоваться также и УЗИ.

7. Дифференциальная диагностика

Ущемление грыжи дифференцируют от:

- 1) воспаления лимфатических узлов;
- 2) опухоли яичка и семенного канатика;
- 3) заворотов кишок;
- 4) случаев ложного (мнимого) ущемления, когда в грыжевом мешке скапливается воспалительный экссудат при перитоните.

Дифференциальный диагноз в последнем случае особенно важен, т.к. недиагностированное заболевание органов брюшной полости может привести к ошибочной хирургической тактике и смерти больного.

В сомнительных случаях во время операции брюшную полость осматривают через лапароскоп введенный через грыжевой мешок.

Врачебные ошибки в диагностике УГ достигают 10–15 %, что указывает на сложность диагноза. Эти ошибки бывают двух видов: либо ущемление не диагностируется там, где оно есть, и не производится необходимая операция, либо за ущемление грыжи принимается другой патологический процесс и тогда делается непоказательная операция.

8. Лечение ущемленной грыжи

Должно быть всегда хирургическим в самые ранние сроки после ущемления, т.к. опасность омертвения ущемленных органов с каждым часом возрастает.

Каждый врач должен помнить, что вправлять ущемленную грыжу недопустимо, т.к. это может привести к различным формам "мнимого вправления" и вызывать повреждение ущемленного органа, вплоть до его разрыва. Однако из этого правила есть исключение. Оно касается тех больных, которым операция абсолютно не показана (больные с неоперабельным раком, тяжелыми заболеваниями сердца, легких, печени и т.п.). Таким больным, в самые первые часы после ущемления, вправление грыжи можно представлять меньшую опасность, чем операция.

Хирургическое вмешательство при ущемленной грыже имеет ряд особенностей. Такой больной обычно поступает в клинику с явлениями значительной интоксикации. Нередко ущемленные внутренности оказываются спаянными между собой и с грыжевым мешком. Возможность омертвения кишки всегда требует её резекции, что заставляет рассматривать это вмешательство как сложное.

При ущемленных грыжах, флегмона грыжевого мешка, сопровождающихся симптомами перитонита или кишечной непроходимости, в план предоперационной подготовки входят коррекция гиповолемии и нормализация сосудистого тонуса, профилактика сердечно-легочной патологии, проводимые в течение 1,5–2 часов, в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии.

Операцию, по поводу ущемленной грыжи предпочтительнее проводить под общей анестезией.

Необходимо строго соблюдать правило — при операции осматривать ущемленные органы не только в пределах грыжевого мешка, но и в тех частях, которые находились в брюшной полости.

Хирург должен уметь отличить переходные стадии от жизнеспособного и нежизнеспособного состояния кишечной стенки. При сдавлении только венозных сосудов наступает лишь венозный застой в кишечной стенке. Киска становится отечной, синюшной и эти явления быстро проходят после рассечения ущемляющего кольца. При сдавлении артерий и тромбонировании сосудов брыжейки наступает омертвение ткани и тогда

нежизнеспособная кишка выглядит черной, тусклой, лишенной перистальтики, потерявшей тонус.

Для решения вопроса о жизнеспособности кишки, ущемленную кишку согревают, прикладывая салфетки смоченные теплым физиологическим раствором, а в брыжейку ее вводят раствор новокаина. Если после освобождения кишки от ущемления и проведения указанных манипуляций цвет кишки не меняется и нет ее перистальтики, то такую кишку следует резецировать.

Очень важно внимательно осмотреть брыжейку ущемленной кишки. Если сосуды брыжейки тромбированы на значительном протяжении, а петля кишки подозрительна на жизнеспособность, то показана резекция этой петли, особенно у пожилых и старых больных, поскольку у них особенно затруднена объективная оценка достаточности кровообращения в измененном участке кишечника.

Резекцию кишки всегда производят в пределах здоровых тканей с удалением, кроме измененного отрезка кишки, не менее 40. см. неизмененного приводящего и 15–20 см. отводящего отрезков кишки с анастомозом «бок в бок» (рис. 6).

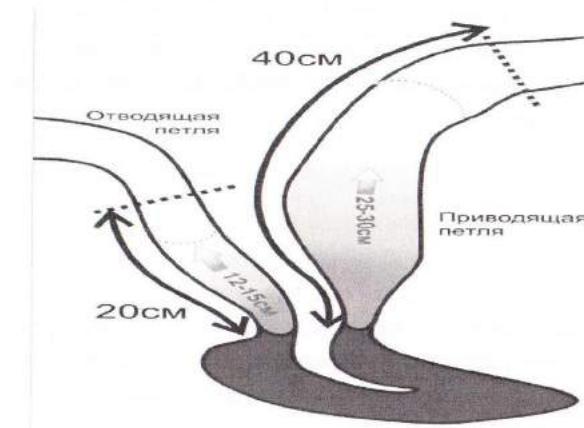


Рис. 6. Объем резекции кишки при ущемлении.

Такая тактика должна применяться в случаях пристеночного ущемления и при сомнениях в жизнеспособности этого участка.

При ущемленной грыже, осложненной флегмоной грыжевого мешка операция начинается со срединной лапаротомии. Производится резекция

некротизированной кишки со стороны брюшной полости. После наложения анастомоза резецированная кишечная трубка через герниотомический разрез удаляется вместе с грыжевым мешком единым блоком. Пластика грыжевых ворот в условиях гнойной инфекции не делается, а ограничивается дренированием области грыжи.

При ущемлении сальника его резецируют после предварительного прошивания.

Некоторые хирурги, имеющиеся на стенке кишки незначительные по размерам некротические участки или узкие странгуляционные борозды, при помощи двухрядных швов, наложенных в поперечном направлении, инвагинировали в просвет кишки. Е.А. Петров (1957) не рекомендовал производить ушивание странгуляционной борозды, т.к. эта операция дает большой процент летальных исходов.

При тяжелом состоянии больного и некрозе кишки, необходимо некротизированную петлю кишки вывести из брюшной полости через рану, а на следующий день вскрыть ее.

В тех случаях, когда поступает к хирургу больной после самопроизвольного или ручного вправления ущемленной грыжи, необходимо наблюдение и при наличии симптомов перитонита или кишечной непроходимости немедленно производить лапаротомию. При сомнениях необходимо проведение лапароскопии и оценки состояния вправленных органов в брюшную полость.

II. Невправимые грыжи.

1. Определение понятия.

Под невправимой грыжей понимают хронический развивающееся осложнение, при котором грыжевое выпячивание не вправляется в брюшную полость. При этом не происходит нарушение кровообращения и иннервации грыжевого выпячивания.

Невправимые грыжи чаще наблюдаются в пожилом возрасте у женщин. Причиной невправления грыж является сращение между грыжевым мешком и его содержимым, а также между отдельными его органами. Невправимые грыжи могут быть полными и частичными, когда часть грыжевого содержимого может вправляться. Функция невправляемых органов страдает мало.

2. Клиника, диагностика.

Это осложнение обычно не причиняет больному особых неприятностей. У больного, кроме жалоб, которые имели место при вправимой грыже, присоединяется лишь невправимость грыжи. Объективно — грыжевое выпячивание не вправляется в брюшную полость, но оно при пальпации безболезненно. Воспалительных явлений и клиники кишечной непроходимости обычно нет. При этом отсутствие явлений кишечной непроходимости, напряжение грыжевого выпячивания, болезненности при пальпации последнего позволяет исключить ущемление грыжи.

3. Лечение.

Лечение невправимой грыжи оперативное, как и при вправимой грыже. Для того, чтобы вправить в брюшную полость органы, часто приходится рассекать имеющиеся спайки, а припаянный сальник необходимо резецировать.

При очень больших невправимых наружных грыжах живота оперативное лечение технически очень сложное и весьма опасно для больного. Таких больных необходимо готовить к операции введением воздуха в брюшную полость, или на выпячивание кладется груз, тем самым диафрагма смещается вверх и сдавливаются органы грудной полости.

III. Воспаление грыжи.

Бывает серозным, серозно-фибринозным, гнойным и гнилостным, протекая иногда в острой, иногда в хронической форме.

Наиболее частой причиной возникновения воспаления грыжи является травма от ношения бандажа и от вправления трудно вправляемой грыжи. При этом инфекция может проникнуть со стороны кишечника, находящегося в грыжевом мешке. Воспалительный процесс может распространяться и с кожных покровов. Ссадины и раздражения кожи, чаще всего от бандажа, могут быть воротами инфекции.

Причиной воспаления грыжи может быть первично воспалительный процесс органа находящегося в грыже (воспаление червеобразного отростка в грыжевом мешке, женских половых органов), а также туберкулез брюшины, ущемление содержимого грыжи и прочее.

Клиника и диагностика

Вначале постепенно возникает боль. Появляется краснота и отек. В дальнейшем может повышаться температура, вправление грыжевого выпячивания становится болезненным и затруднительным. Затем могут возникнуть явления острой кишечной непроходимости. В некоторых случаях воспаление грыжи заканчивается ее флегмоной и гангреной.

Лечение

Заключается в срочной операции. Хронические формы воспаления грыжевого мешка и его содержимого, как правило, распознаются редко и чаще бывают случайной находкой на операции.

IV. Копростаз

Это осложнение чаще всего встречается у лиц пожилого и старческого возраста, страдающих атонией кишечника и запорами. При этом петли (чаще толстого кишечника), находящиеся в грыжевом мешке, наполняются твердыми каловыми массами.

Клиника. У больных наблюдается задержка стула и газов. Иногда бывает рвота. При перкуссии ГВ определяется тупой звук. Вправление ГВ затруднительно.

Дифференциальный диагноз проводится с ущемленной грыжей. Последняя возникает внезапно, а копростаз — постепенно. При ущемлении ГВ резко напряжено и болезненно, а при копростазе не напряжено и обычно безболезненно при пальпации. При ущемлении грыжи всегда почти имеется рвота, при копростазе не бывает значительной. Общее состояние при УГ тяжелое, копростазе — удовлетворительное.

Лечение — консервативное, заключается в назначении высоких клизм, очищении желудка. В случае отсутствия эффекта, то показана операция — грыжесечение. У старых и очень истощенных больных показано наложение калового свища.

V. Новообразование в ГМ.

Принято делить новообразование ГМ на три группы:

- 1) собственно грыжевого мешка;
- 2) органов, находящихся в нём;
- 3) тканей и органов, окружающих грыжевой мешок.

Новообразование в грыже встречается редко и важно до операции распознать это осложнение, чтобы правильно наметить план операции.

Диагностика новообразования в грыже обычно трудна. Опухоль начинает быстро расти, на что указывают сами больные. Затем вправляемая грыжа перестает вправляться в брюшную полость. Опухоль может способствовать ущемлению грыжи. Чаще всего наблюдаются липомы ГМ.

Лечение оперативное.

VI. Повреждение грыжи.

Могут быть следующих видов:

- самопроизвольный разрыв кишки в свободной грыже вследствие резкого повышения внутрибрюшного давления;
- разрыв содержимого грыжи вследствие ушиба брюшной стенки вдали от грыжи;
- разрыв внутренностей при прямой травме грыжи. Чаще всего травматическим повреждением подвержены больше старые грыжи с сильным истончением, покрывающих грыжу тканей. Разрыв грыжи может быть полным (с повреждением наружных покровов) и неполным, когда повреждение ограничивается только разрывом грыжевого мешка.

Лечение — оперативное.

Возможен также туберкулез грыжи, эхинококк, инородные тела в грыже.

I. Паховые грыжи. (Hernia inguinalis).

Составляют 75–80 % от всех грыж живота и наблюдаются чаще у мужчин. Это связано с тем, что паховый канал у женщин гораздо чаще имеет щелевидную форму, лучше укреплён мышечным слоем, поверхностью фасцией и апоневрозом наружной косой мышцы в паховой области, несколько длиннее и уже, чем у мужчин.

Анатомия паховой области

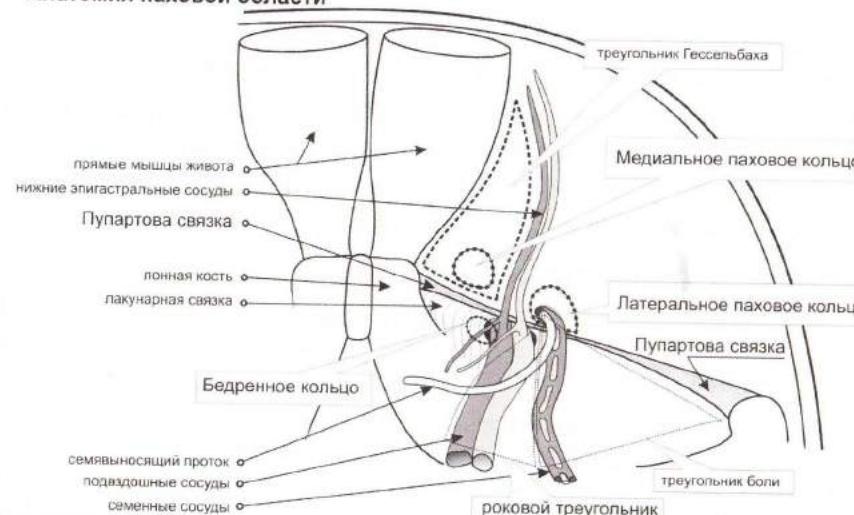


Рис. 7. Анатомия паховой области

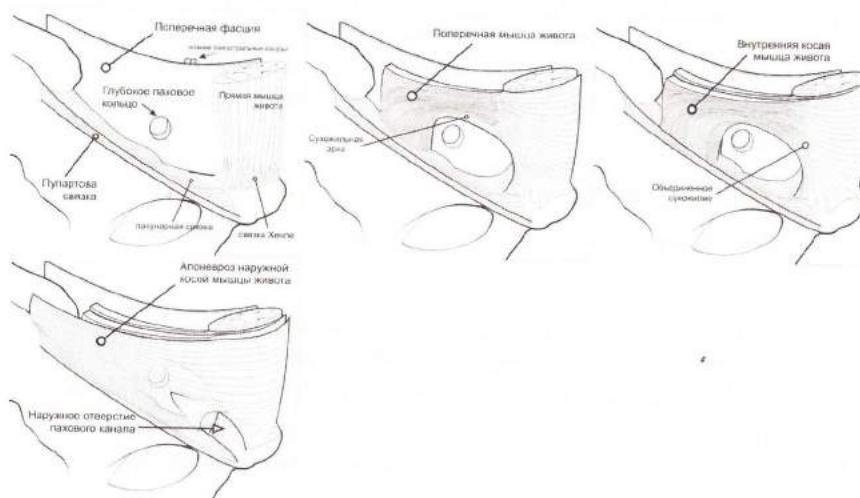


Рис 8–9. Анатомия паховой области.

Предпосылкой для возникновения паховой грыжи служит паховый канал, передней стенкой которого является апоневроз наружной косой мышцы живота; верхняя стенка образована нижним краем внутренней косой и поперечной мышцы живота; нижняя имеет вид желоба, сформированного

волокнами паховой связки; заднюю стенку составляет поперечная фасция. Паховый канал имеет косое направление, его длина до 4–5 см. При высоком стоянии нижнего края мышц над пупартовой связкой возникают условия для образования грыжи вследствие слабости пахового промежутка, называемого паховым треугольником Фергуссона–Венгловского. Это пространство, лишенное мышц, ограничено сверху нижним краем внутренней косой и поперечной мышц, снизу — пупартовой связкой, изнутри — краем прямой мышцы живота. Различают три формы пахового промежутка: треугольную, овальную, щелевидную. Треугольная форма пахового промежутка более других предрасполагает к возникновению грыж, т.к. при напряжении мышц брюшного пресса высота его не уменьшается и внутрибрюшному давлению в этой области противодействует лишь брюшина и поперечная фасция.

В паховом канале у мужчин располагается семенной канатик, а у женщин — круглая связка матки. Различают внутреннее и наружное отверстие пахового канала. Наружное отверстие пахового канала образовано ножками апоневроза наружной косой мышцы живота. Внутреннее кольцо пахового канала прикрыто брюшиной и хорошо определяется со стороны брюшной полости. Оно соответствует латеральной паховой ямке и проецируется примерно над серединой пупартовой связки. Медиальная паховая ямка соответствует проекции наружного отверстия пахового канала.

Паховые грыжи могут выходить как через латеральную, так и через медиальную паховую ямку. Если грыжа выпячивается через латеральную паховую ямку, проходит паховый канал и выходит через наружное его кольцо, то такую грыжу называют косой паховой грыжей. Грыжа, которая выходит через медиальную паховую ямку и проникает в паховый канал вне семенного канатика через паховый промежуток называется прямой паховой грыжей.

Косые паховые грыжи в зависимости от происхождения грыжевого мешка бывают врожденными и приобретенными.

Врожденные паховые грыжи. Врожденной называется грыжа, у которой грыжевым мешком является незаращенный влагалищный отросток брюшины.

К моменту полного опускания яичка в мошонку, т.е. к 9-му месяцу внутриутробной жизни, влагалищный отросток брюшины, который представляет собой слепой карман пристеночной брюшины, у большинства детей облитерируется и образует собственные оболочки яичка — париетальные и висцеральные листки. При нарушенном течении

эмбриогенеза он облитерируется частично, оставаясь открытым наверху, или снизу, или в разных местах по ходу семенного канатика. Наконец, брюшинный отросток может оставаться незаращенным на всем протяжении, его полость свободно сообщается с полостью брюшины, что создает идеальные условия для появления врожденной паховой грыжи.

В результате различных вариантов заращения влагалищного отростка наблюдаются различные заболевания (врожденная паховая грыжа, кисты-водянки семенного канатика, водянка яичка).

Врожденные паховые грыжи составляют основную массу грыж у детей (90 %), однако нередко (10–15 %) встречаются и у взрослых.

Приобретённая паховая грыжа образуется под влиянием различных общих и местных факторов при полном заращении влагалищного отростка брюшины. Грыжевой мешок является выпячиванием париетальной брюшины в области латеральной паховой ямки, которая внедряется во внутреннее отверстие пахового канала, проходит весь паховой канал и выходит через наружное паховое кольцо.

В развитии косой паховой грыжи различают несколько стадий (рис. 10).

При начальной форме грыжи грыжевое выпячивание ощущается лишь при пальцевом исследовании во внутреннем кольце пахового канала и то при напряжении брюшного пресса. Если дно грыжевого мешка не выходит за пределы наружного пахового отверстия, говорят о канальной или неполной форме грыжи.



Рис. 10. Стадии паховой грыжи

Когда же грыжевое выпячивание, располагаясь по ходу канатика, выходит за пределы наружного отверстия пахового канала, говорят о полной или канатиковой грыже.

Наконец, если грыжевое выпячивание спускается в мошонку и растягивает ее, говорят о пахово-мошоночной грыже.

Таким образом, возникновение косой паховой грыжи является следствием изменений в задней стенке пахового канала, прежде всего

расширения внутреннего пахового отверстия, которое в данном случае является грыжевыми воротами.

По отношению к элементам семенного канатика грыжевой мешок при косой паховой грыже лежит впереди и кнаружи, поэтому её называют еще наружной грыжей. Она обычно односторонняя, овальной формы, повторяет ход пахового канала, имеет тенденцию спускаться в мошонку и чаще подвержена ущемлению.

Прямая паховая грыжа выходит из брюшной полости через медиальную паховую ямку, расположенную как раз против наружного отверстия пахового канала, поэтому палец, введенный для исследования, идет в прямом направлении, при этом легко ощущается лобковая кость и край прямой мышцы живота. Эта грыжа всегда приобретенная и составляет 5–10 % от общего числа паховых грыж.

Важной анатомо-физиологической предпосылкой для образования прямой паховой грыжи являются возрастные атрофические процессы в мышечно-апоневротической ткани, чем объясняется довольно частое образование двухсторонних паховых грыж в старческом возрасте.

Прямая паховая грыжа, выпячивая поперечную фасцию (заднюю стенку пахового канала), проникает в паховый канал вне семенного канатика через паховый промежуток, который в данном случае является "слабым местом". Пройдя через наружное отверстие пахового канала, располагается у корня мошонки над пупартовой связкой в виде округлого образования. Прямая паховая грыжа редко достигает больших размеров и не спускается в мошонку: этому препятствует поперечная фасция. Грыжевой мешок при прямой паховой грыже округлой формы покрыт слоем предбрюшной клетчатки и растянутой поперечной фасцией. По отношению к семенному канатику он всегда располагается кнутри, легко отделяясь от него во время операции.

Иногда из забрюшинного пространства через грыжевые ворота около ГМ, выходит орган (толстая кишка, мочевой пузырь — расположенные частично забрюшинно), непокрытый полностью брюшиной. Такие грыжи называются скользящими, а орган, выходящий рядом с ГМ, называется соскальзывающим.

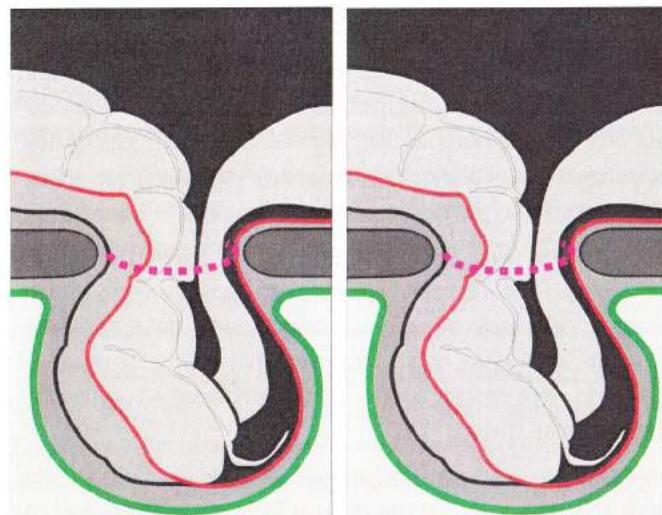


Рис. 11-12. Скользящая грыжа.

Особый вариант грыжевого выпячивания, когда часть стенки грыжевого мешка представлена мезо или ретроперитонеально расположенным органам: мочевой пузырь, слепая или восходящая ободочная, сигмовидная кишка. Такая грыжа носит название скользящей (рис 11–12).

В зависимости от расположения выпадающего органа по отношению к ГМ принято делить грыжи на:

- интраперитонеальные;
- экстраперитонеальные;
- параперитонеальные.

Экстра — и параперитонеальные грыжи и являются скользящими.

Скользящие грыжи имеют большое практическое значение. Встречаются с 2,6–2,7 % к общему количеству грыж живота, чаще у мужчин, чем у женщин, в возрасте от 40 до 60 лет.

Соскальзыванию мочевого пузыря способствует атония его, что чаще встречается в пожилом возрасте.

Соскальзыванию слепой кишки в пожилом возрасте способствует низкое ее расположение и переполнение толстой кишки газами.

Этиологическими факторами возникновения скользящих грыж в детском возрасте являются врожденные дефекты развития передней брюшной стенки и кишечника.

Считается, что причинами, способствующими возникновению СГ, следует считать: истощение, дряблость брюшной стенки, энтероптоз, запоры, повышение внутрибрюшного давления, пожилой возраст, длительное существование обычной грыжи.

Происхождение СГ связано с:

- 1) **врожденными дефектами развития кишечника;**
- 2) **с постоянными переполнением толстого кишечника газами и калом;**
- 3) **с опусканием слепой кишки в пожилом возрасте;**
- 4) **с тяжелым физическим трудом.**

Диагностика скользящих грыж до операции затруднительна, а иногда невозможна. При СГ мочевого пузыря иногда бывает учащенное мочеиспускание. При соскальзывании толстой кишки могут наблюдаться частые запоры или ложные позывы к дефекации, а иногда и схваткообразная боль.

Таким образом, при прямой паховой грыже наблюдается прежде всего недостаточность задней стеники пахового канала, которая монет касаться или всей стенки или ее части.

Клиника и диагностика паховых грыж.

Субъективные ощущения больного различны и зависят от разгара грыжи и органа, находящегося в ней. Эти ощущения сводятся к болям, чувства неудобства, диспепсическим и дизурическим явлениям.

Осмотр больного в вертикальном положении позволяет определить припухлость в паховой области, выше пупартовой связки, увеличивающуюся при натуживании и кашле. При больших паховых грыжах эта припухлость опускается в мошонку, которая увеличивается в размерах, коня ее растягивается, венозная сеть расширяется, нередко определяются опрелости, мацерации, ссадины и изъязвления.

При пальпации определяют поверхность и консистенцию грыжевого выпячивания, устанавливают его размеры и степень вправимости. Пальцевое исследование наружного отверстия пахового канала производят в горизонтальном положении после вправления содержимого грыжевого мешка. Грыжи справа исследуют указательным пальцем правой руки,

слева — левой. Врач инвагинируя кожу мошонки, попадает в поверхностное отверстие пахового канала, расположенное внутри и несколько выше от лонного бугорка. В норме наружное отверстие пропускает кончик пальца» В диагностике начальных стадий паховой грыжи большое значение имеет определение симптома кашлевого толчка.

Дифференциальная диагностика формы паховой грыжи представлена в таблице 1.

Форма грыжи	Косая	Прямая
Возраст пациента	Чаше молодой Средний возраст 30–40 лет	Чаше пожилой Средний возраст 65 лет
Форма грыжевого выпячивания	Овальная, вдоль паховой связки	Круглая, у наружного пахового отверстия
Элементы семенного канатика	Медиальнее грыжи	Латеральнее грыжи
Двустороннее поражение	Редко	Часто
Опускается в мошонку	Да	Нет

Косая паховая грыжа отличается от прямой прежде всего, косым направлением пахового канала и расположением грыжевого выпячивания кнаружи от элементов семенного канатика. При прямой грыже палец направляется прямо, проникая в паховый промежуток, а грыжевое выпячивание появляется внутри от семенного канатика.

Большие пахово-мошоночные грыжи всегда характеризуют косую грыжу.

Если при вправленной грыже, исследующий врач пальцами придавит область внутреннего пахового отверстия, которое проецируется на переднюю брюшную стенку над латеральной третью паховой складки и заставит больного потужиться, то при прямой паховой грыже сразу же появится выпячивание, при косой паховой грыже оно появится после того, как врач перестанет сдавливать внутреннее отверстие.

Таким образом, по совокупности с изложенными ранее анатомическими данными, до операции довольно точно возможно от дифференцировать косую паховую грыжу от прямой.

Из дополнительных методов исследования выполняется УЗИ или диафаноскопия, пальцевое исследование прямой кишки (у мужчин). При подозрении на скользящую грыжу необходимо проведение ирригоскопии, уретроцистоскопии.

Дифференциальный диагноз паховых грыж.

Проводится с рядом заболеваний:

1. Невправимая пахово-мошоночная грыжа, вызывая увеличение размеров мошонки, приобретает сходство с водянкой оболочек яичка. В отличие от грыжи водянка имеет округлую или овальную, а не грушевидную форму, плотноэластическую консистенцию, гладкую поверхность. Пальпируемое образование нельзя отграничить от яичка и его придатка, но может быть четко отделено от наружного отверстия пахового канала. При паховой грыже пальпируемое в мошонке образование имеет «ножку», уходящую в паховый канал, Диафаноскопия при водянке оболочек яичка дает равномерный розоватый фон, а при просвечивания грыжи содержимое грыжевого мешка не пропускает световые лучи.

2. Водянка семенного канатика часто выходит в паховый канал и этим напоминает паховую грыжу, но она не изменяет своей формы и величины при натуживании и кашле, невправимая в брюшную полость и дает тупой звук при перкуссии.

3. Паховый лимфадент. Узел легко отграничивается от пахового кольца и не вправляется. Повышение внутрибрюшного давления не оказывается на размерах образования. Консистенция образования плотная. В анализе крови отмечается лейкоцитоз.

4. Злокачественные образования.

Характерен инфильтрирующий рост, плотная консистенция, бугристая поверхность, отсутствие симптомов вправления» венозный стаз. Биопсия подтверждается злокачественное образование.

5. Расширение вен семенного канатика.

Обычно бывает слева. Яичко расположено низко. Образование не вправляется. Отмечается симптом «клубка дождевых червей». Диафаноскопия подтверждает расширение вен семенного канатика.

6. Бедренная грыжа чаще бывает у женщин. Располагается ниже пупартовой связки. При вправлении определяется пульсация бедренной артерии, у мужчин не спускается в мошонку.

Лечение паховых грыж

A. Консервативное. Для консервативного лечения паховых грыж в прошлом широко применялись различные бандажи. При помощи которых старались удерживать грыжевое выпячивание в брюшной полости. Ношение бандажа лишь частично облегчает страдание больного, но за весьма редкими исключениями не приводит к излечению. В то же время длительное ношение бандажа, травмируя грыжевое выпячивание может вызвать воспаление его и способствовать образованию спаек и рубцов между грыжевым мешком и его содержимым. Ношение бандажа вызывает атрофию мышц паховой области, что способствует увеличению грыжи.

В литературе описаны способы так называемого инъекционного лечения грыж. При этих способах в области грыжевого выпячивания вводились различные жидкости и назначалось ношение бандажа. Однако этот способ не получил распространения.

Ротхауз (Ratthaus E., 1961) считал возможным излечение паховой грыжи консервативным способом. Так как паховая грыжа происходит благодаря недостаточности мускулатуры нижних отделов брюшной стенки, он считал, что путем физических упражнений можно добиться укрепления мышц и излечение паховой грыжи без операции. В детском возрасте не исключена возможность излечения грыжи таким способом.

B. Оперативное. В большинстве случаев операция по поводу свободной паховой грыжи может быть выполнена под местным обезболиванием. Исключение составляют дети, пациенты, не переносящие новокаин, а также больные со сложными формами паховых грыж.

Хирургами разработано 276 способов и модификаций пахового грыжесечения (А.И. Барышников, 1965 г.), но все они отличаются друг от друга лишь завершающим этапом — пластикой пахового канала. При выборе метода пластика пахового канала надо учитывать, что основной причиной образования паховых грыж является слабость задней стенки пахового канала. Поэтому все методы герниопластики, предусматривающие укрепление одной лишь передней стенки следует признать недостаточно надежными.

Укрепление передней стенки пахового канала по способу Жирара, Спасокукоцкого и модификации М.А. Кимбаровского с обязательным ушиванием глубокого пахового кольца до нормальных размеров может быть применено только у молодых мужчин при небольших косых паховых грыжах, когда паховый промежуток надежно прикрыт мышцами.

I. Методы пластики передней стенки пахового канала.

1. Жирара операция. Разрез кожи ведут параллельно паховой (пупартовой) связке длиной 10–12 см. Рассекается апоневроз наружной косой мышцы до наружного отверстия. Края его отделяют от мышц, обнажают пупартовую связку. После вскрытия общей оболочки семенного канатика отыскивают и выделяют грыжевой мешок. Последний вскрывают; внутренности выпрямляют в брюшную полость, шейку прошивают и перевязывают.

Мешок отсекают. Производят пластику путем подшивания внутренней косой и поперечной мышцы к пупартовой связке поверх семенного канатика. Затем к ней подшивают внутренний листок рассеченного апоневроза наружной косой мышцы живота, поверх него пришивают наружный листок, создавая таким образом дупликатуру. Формируют наружное отверстие пахового канала так, чтобы оно пропускало кончик пальца. Затем накладывают швы на кожу.

2. Жирара–Спасокукоцкого операция.

При пластике последовательно в шов берут внутренний листок апоневроза наружной косой мышцы живота, внутреннюю косую и поперечную мышцы, подшивая их к пупартовой связке. При этом накладывают 5–6 швов. Наружный листок апоневроза подвешивают в виде дупликатуры.

3. Кимбаровского модификация в отличии от Жирара–Спасокукоцкого операция состоит в том, что после прошивания апоневроза, мышц, хирург вновь прокалывает апоневроз наружной косой мышцы живота, а затем прошивает пупартовую связку. Таким образом, срастаются однородные ткани.

II. Метод пластики задней стенки пахового канала являются патогенетически обоснованными.

1. Бассини операция. Производят разрез кожи, подкожной клетчатки в паховой области. Рассекают апоневроз наружной косой мышцы,

выделяют грыжевой мешок, просвет игло вскрывают, содержимое вправляют в брюшную полость. Мешок прошивают у шейки, перевязывают и отсекают. Семенной канатик поднимают на держалке. Пластику производят следующим образом: в шов захватывают внутреннюю косую, поперечную мышцу и поперечную фасцию, затем иглу с нитью проводят через пупартову связку.

При слабых тканях и большом разрушении задней стенки в шов обязательно (первые медиальные) подхватывают край прямой мышцы с влагалищем и пришивают без натяжения к пупартовой связке, причем в первый шов захватывают надкостницу в области лобкового бугорка.

Канатик укладывают на вновь созданную заднюю стенку. Сшивают апоневроз наружной косой мышцы край в край, Формируют наружное отверстие так, чтобы оно пропускало семенной канатик.

Подшивают к пупартовой связке четыре слоя: апоневроз наружной косой мышцы, внутреннюю и поперечную мышцу, поперечную фасцию, захватывая их в один шов.

В первые медиальные швы захватывают край прямой мышцы. Семенной канатик переводят под кожу, выполняя под ним дубликатуру апоневроза.

2. Кукуджанова операция. Производят обычный разрез кожи и апоневроза наружной косой мышцы живота. Семенной канатик выделяют, берут на держалку и отводят латерально. Выделяют и обрабатывают грыжевой мешок, высоко его перевязывают в резецируют. Поперечную фасцию подшивают V-образными швами к верхней лонной связке. Затем к ней подшивают наружный край влагалища прямой мышцы живота и сухожильный край внутренней косой и поперечной мышц. Швы завязывают над семенным канатиком. При значительном натяжении наносят вертикальный послабляющий разрез на влагалище прямой мышц живота. У места выхода семенного канатика накладывают кисетный шов, в который захватывают апоневроз поперечной мышцы, оболочки семенного канатика, паховую связку. Апоневроз наружной косой мышцы сшивают дубликатурой над семенным канатиком.

В последнее время широко используется ненатяжной метод герниопластики по Лихтенштейну и видеолапароскопически.

Особенности паховой грыжи у женщин и детей

У женщин паховая грыжа встречается значительно реже, чем у мужчин, но ущемление ее наблюдается относительно чаще. Иногда в грыжевой мешок

попадает яичник, что дает болезненные ощущения в области припухлости, усиливающиеся при менструации. Содержимым грыжи может быть фаллопиева труба и матка, что сопровождается болями в пояснице, внизу живота и в самой грыже.

Диагностика паховых грыж у женщин отличается тем, что введение пальца в наружное отверстие пахового канала практически невозможно. Приходится ограничиться осмотром и пальпацией грыжевого выпячивания, которое при прямой грыже располагается над паховой связкой, а при косой опускается в наружную половую губу.

У женщин паховую грыжу дифференцируют с кистой круглой связки матки, проходящей в паховом канале. Киста круглой связки матки в отличие от грыжи не изменяет свои размеры при горизонтальном положении больной, перкуторный звук над ней всегда тупой, а над грыжей может быть тимpanicкий.

Особенностью грыжесечения у женщин является то, что у них полностью зашивают паховый канал, т.к. нет необходимости оставлять

II. Бедренная грыжа (*Hernia femoralis*)

Анатомия бедренного треугольника.

Бедренная грыжа располагается в бедренном (скарповском) треугольнике. Границами этого треугольника сверху является пупартова связка, снаружи — портняжная мышца, изнутри — длинная приводящая мышца.

Пространство между пупартовой связкой и костями таза разделено подвздошно-гребешковой связкой на 2 лакуны — мышечную и сосудистую.

В сосудистом промежутке расположены бедренная артерия и кнутри от нее бедренная вена и лимфатические сосуды. Медиальный угол сосудистого промежутка ограничен жимбернатовой связкой, которая как бы закругляет его. Пространство между жимбернатовой связкой и бедренной веной является основным местом образования бедренных грыж и носит название верхнего бедренного кольца и отверстия. Границами этого кольца опереди является пупартова связка, сзади — куперовская связка, идущая по гребешку лобковой кости, снаружи — влагалище бедренной вены и снутри — жимбернатова связка. Бедренное кольцо заполнено жировой клетчаткой, в которой залегает крупный лимфатический узел Розенмюллера–Пирогова. Бедренные сосуды располагаются на глубоком листке широкой фасции бедра и прикрыты поверхностным листком этой же фасции, который оканчивается

у края бедренной вены, образуя здесь утолщение, известное под названием серповидной складки. Пространство, очерченное пределами этой складки, называется овальной ямкой. В области овальной ямки располагается нижнее (подкожное) отверстие бедренного канала. Сам бедренный канал появляется лишь при формировании бедренной грыжи и имеет почти вертикальное направление.

В зависимости от места выхода бедренной грыжи на бедре принято различать три её Форы: грыжа, выходящая через сосудистый промежуток — сосудисто-лакунарная бедренная грыжа; грыжа, выходящая через жимбернатову связку — бедренная грыжа жимбернатовой связки; грыжа, проходящая через мышечный промежуток — мышечно-лакунарная бедренная грыжа.

Наиболее частым видом бедренной грыжи является медиальная или внутренняя сосудисто-лакунарная грыжа, которая выходит из брюшной полости между бедренной веной и жимбернатовой связкой и располагается в овальной ямке.

Бедренная грыжа в процесс формирования проходит три стадии: начальная грыжа, трудно определяемая клинически, находится в бедренном кольце; неполная или канальная грыжа не выходит за прорехи поверхности фасции; полная грыжа проходит бедренный канал от внутрибрюшного кольца до овальной ямки.

Причины возникновения

По частоте бедренные грыжи составляют 5,3–16,9 % и встречаются чаще у женщин (5:1) и не бывают врожденными. Это объясняется тем, что у них таз шире, а потому и сосудистая лакуна шире, чем у мужчин. Кроме того, пупартова связка у женщин слабее, чем у мужчин. Большое количество бедренных грыж можно объяснить расслаблением бедренного канала после беременности и родов.

Значительное количество бедренных грыж в пожилом возрасте объясняется тем, что после 50 лет внутреннее бедренное кольцо становится значительно шире и ткани в этой области теряют упругость и эластичность, особенно после многократных родов. Влияет также ожирение и запоры.

В детском возрасте бедренные грыжи встречаются редко, так как внутреннее бедренное кольцо очень мало и имеет вид щели.

Клиника и диагностика

Диагноз начальной и канальной бедренной грыжи представляет трудности. Заподозрить такие грыжи можно лишь на основании жалоб на боли в паху, нижней части живота, верхних отделах бедра, которые усиливаются при ходьбе, физической нагрузке и являются следствием кратковременного частичного ущемления содержимого грыжи в узком, ригидном внутреннем отверстии бедренного канала. Нередко первым проявлением таких грыж является стойкое ущемление.

Характерными клиническими признаками полной бедренной грыжи является грыжевое выпячивание в области бедренно-пахового сгиба в виде полусферического образования небольшого размера, расположенного под паховой связкой кнутри от бедренных сосудов. Важным признаком грыжи является также симптом кашлевого толчка, который бывает положительным даже при начальной форме грыжи. Иногда наблюдаются отеки ног по вечерам, вследствие сдавления бедренной вены. При скользящих грыжах мочевого пузыря могут быть дизурические явления.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз проводят чаще всего между бедренной и паховой грыжей. Бедренная грыжа расположена ниже паховой связки, паховая — выше. По отношению к лонному бугорку паховая грыжа расположена выше и кнутри, а бедренная — ниже и кнаружи (симптом Купера).

Симулировать бедренную грыжу могут увеличенные лимфатические узлы при лимфадените и метастазах опухоли. Лимфатический узел можно, захватив пальцами, оттянуть и установить отсутствие его связи с бедренным каналом и не будет определяться симптомом кашлевого толчка.

За бедренную невправимую грыжу могут быть приняты липомы, располагающиеся в области скарповского треугольника. Липома имеет дольчатое строение, не связана с наружным отверстием бедренного канала. Труднее дифференцировать предбрюшинные липомы, выходящие через бедренный канал.

Диагностика облегчается тем, что при грыже и при предбрюшинной липоме показаны однотипные операции.

В редких случаях за бедренную грыжу может быть принято варикозное расширение в области устья большой подкожной вены и аневризма бедренной артерии. Варикозные узлы обычно множественные, имеют синеватый цвет кожи, очень мягкую консистенцию и исчезают в

горизонтальном положении. При аневризме выпячивание пульсирует, над ним выслушивается систолическим шум и определяется «кошачье мурлыканье».

Также в редких случаях за бедренную грыжу может быть принят натечной абсцесс. Главными отличительными признаками его являются флюктуация и наличие данных, свидетельствующих о туберкулезном поражении позвоночника.

Лечение бедренной грыжи

Лечение бедренной грыжи может быть только оперативным. В разное время было предложено около 200 способов и модификаций операций, производимых при бедренных грыжах (К.Д. Тоскин и В.В. Жебровский, 1990 г.).

Все способы операций в зависимости от доступа к грыжевым воротам делят на бедренные и паховые, а по методу ликвидации грыжевых ворот — на простые и пластические.

I. Бедренные способы.

Бассини операция. Является наиболее распространенным и простым способом. Разрез ведут параллельно паховой связке длиной 7–8 см. и ниже её, или делают вертикальный размер над грыжевым выпячиванием (предпочтительно у тучных больных). Осторожно выделяют грыжевой мешок, избегая ранения большой подкожной вены, мешок рассекают, внутренности вправляют в брюшную полость, шейку перевязывают, прошивают и отсекают часть мешка. Пластику осуществляют, сшивая пупартовую связку с надкостницей лонной кости. Первый шов накладывают рядом с лонным бугорком, последним — на 1 см кнутри от бедренной вены. Второй ряд швов накладывают на паховую связку и гребешковую фасцию вместе с мышцей. Операцию заканчивают наложением швов на кожу.

II. Паховые способы.

1. Руджи операция. Разрезом выше пупартовой связки вскрывают паховый канал, отодвигают семенной канатик, рассекают заднюю стенку — поперечную фасцию, обнажают шейку грыжевого мешка, выделяют его, обрабатывают обычным способом. Бедренное кольцо закрывают 4 швами, проведенным через паховую и куперову связки. Швы завязывают, после чего восстанавливают паховый канал.

При невправимой грыже производят Т-образный разрез, вначале выделяют грыжевой мешок, а затем переводят его в паховый канал.

2. Парловеччио модификация.

Рассекая апоневроз наружной косой мышцы, оставляют наружное отверстие пахового канала нетронутым. Чтобы закрепить бедренное кольцо, край внутренней косой и поперечной мышц подшивают к куперовой и пупартовой связкам.

Считается, что операции, производимые со стороны пахового канала, дают лучшие результаты, так как позволяют максимально высоко перевязать и отсечь грыжевой мешок, а также удобнее и надежнее ушить внутреннее отверстие бедренного канала. Кроме того, имеются данные об общности происхождения бедренных и прямых паховых грыж. Паховые способы позволяют укрепить не только бедренный канал, но и заднюю стенку пахового канала.

Существенным возражением против паховых способов является их травматичность и длительность. Поэтому у пожилых и престарелых ослабленных больных методом выбора остается простой бедренный способ по Бассини, характеризующийся подходом к бедренному каналу со стороны его наружного отверстия. Послеоперационная летальность при свободной бедренной грыже составляет доли процента, а рецидивы наблюдаются в 4–5 %.

Ошибки при операции по поводу бедренной грыжи

Очень опасным осложнением во время операции по поводу бедренной грыжи является случайное ранение бедренной вены и реже бедренной артерии. Чтобы предупредить это осложнение, необходимо быть осторожным. Нельзя забывать о таком осложнении и нужно быть готовым к наложению сосудистого шва. Для этого каждый хирург должен владеть техникой наложения сосудистого шва и в операционной всегда должно быть все необходимое для этого.

При небольших повреждениях иглой вены иногда бывают достаточно лишь прижатие марлевым шариком, чтобы кровотечение остановилось, или наложить пристеночно лигатуру. Редко встречаются осложнение захвата в шов бедренного нерва.

III. Пупочная грыжа (Hernia umbilicalis).

Анатомические данные:

В тех случаях когда грыжевое выпячивание выходит из брюшной полости через незаращенное или расширенное пупочное кольцо, грыжа

называется пупочной. Пупочные грыжи в зависимости от возраста существенно отличаются друг от друга по происхождению, анатомическим и клиническим признакам, течению и методам лечения.

В связи с этим принято различать:

- 1) эмбриональные грыжи или грыжи пуповины;
- 2) пупочные грыжи у детей;
- 3) пупочные грыжи у взрослых, которые являются предметом нашего рассмотрения.

Пупочные грыжи у взрослых занимают по частоте третье место после паховых и послеоперационных грыж. Они наблюдаются в два раза чаще у женщин, чем у мужчин, что связано с растяжением пупочного кольца во время беременности.

Клиника и диагностика

Распознавание пупочной грыжи обычно не представляет затруднений ввиду появления характерного выпячивания в пупочной области. Размеры грыжи бывают различными: от 1–2 см до 20–30 см и более. Большие грыжи нередко многокамерные грыжевые мешки, а относительно узкие грыжевые ворота являются предпосылкой для возникновения таких осложнений, как хроническая непроходимость кишечника, копростаз, невправимость и ущемление грыжи. Иногда через истонченную кожу, покрывающую выпячивание, отчетливо контурируются кишечные петли и видна их перистальтика.

Из дополнительных методов исследования проводится рентгенодиагностика желудка, ирригоскопия.

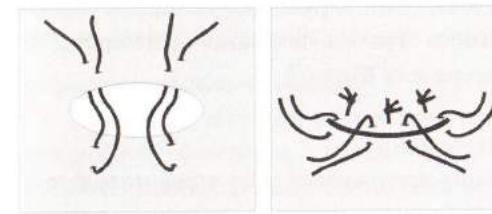
Дифференциальный диагноз

Затруднения в диагнозе могут возникнуть при невправимых грыжах небольшого размера. Небольшое образование в области пупка может оказаться метастазом рака желудка в пупок. Плотность образования, невправимость его и отсутствие симптома кашлевого толчка, при наличии признаков опухоли желудка позволяют отличить метастаз рака желудка от пупочной грыжи. Следует отличать от пупочной грыжи и выпяченный пупок, в котором может быть дивертикул брюшины, но отсутствуют внутренности.

Лечение пупочных грыж

Лечение пупочных грыж у взрослых только хирургическое. При небольших пупочных грыжах применяется наиболее простой способ — операция Лексера. После перевязки и отсечения грыжевого мешка у шейки,

пупочное кольцо стягивают кисетным швом, который и закрывает грыжевые ворота.



прикрывают друг друга в виде фартука.

Способ Сапежко применяют при больших пупочных грыжах. При этом пластику грыжевых ворот производят путем удвоения апоневроза в вертикальном направлении, пришивая вначале края белой линии к заднему листку влагалища прямой мышцы, а затем линию шва прикрывают другим бортом апоневроза, который подшивают к влагалищу прямой мышцы другой стороны.

Способ Вредена. Через поперечный разрез и отсечение грыжевого мешка, грыжевое отверстие рассекает вправо и влево, а нижний край его при помощи П-образных швов подтягивается под верхний (как по Сапежко) в поперечном направлении.

Особенности лечения пупочных грыж в детском возрасте. Причиной образования пупочной грыжи в детском возрасте является незаращение пупочного кольца и повышение внутрибрюшного давления. Нередко к 3–5 годам у ребенка происходит заражение грыжевого отверстия и исчезновение пупочной грыжи. Поэтому в раннем детском возрасте оперативное лечение пупочной грыжи показано лишь при ущемлении.

Неушенленные пупочные грыжи в возрасте 3–5 лет следует лечить консервативно. Для этого необходимо:

- 1) устраниить все причины, вызывающие повышение внутрибрюшного давления;
- 2) принять меры к укреплению мышц передней брюшной стенки ребенка. Для этого необходимо проводить легкий массаж передней брюшной стенки ребенка. Кроме того, рекомендуется 2–3 раза в день на 2–3 минуты укладывать на живот. При этом ребенок поднимает голову и производит движение ногами, напрягая мышцы спины;
- 3) накладывать пластырную повязку, при помощи которой вправление выпячивания удерживается.

Детям старше 5 лет показана операция под наркозом. Дугообразный разрез выполняется выпуклостью вниз. Кожа с пупком выделяется и отсекается после прошивания. Затем грыжевое отверстие закрывается узловыми швами, накладываемыми на апоневроз. Когда грыжа больших размеров, то показана операция по способу Лексера или Мейо.

IV. Грыжи белой линии (*Hernia Liniae albæ*).

Грыжи белой линии живота чаще встречаются у мужчин молодого и среднего возрастов. Типичным местом локализации является верхняя (эпигастральная) часть белой линии, поэтому также грыжи нередко называют эпигастральными. Встречаются околопупочные, подчревные.

Причины возникновения

Первопричиной образования эпигастральных грыж является расширение белой линии живота. У молодых мужчин оно чаще всего носит конституционный характер, а у женщин является следствием повторных беременностей. При этом в белой линии расширяются ромбовидные щели, образующиеся при перекрещивании волокон апоневрозов широких брюшинных мышц. Вначале через такую щель, где проходят сосуды и нервы, выпячивается предбрюшинная клетчатка, образуя предбрюшинную липому. Затем она тянет за собой брюшину и формируется грыжевой мешок, в которой чаще всего выпадает участок сальника и реже — другие органы живота. Из-за узости грыжевых ворот эпигастральные грыжи часто осложняются невправимостью и ущемлением.

Иногда наблюдаются множественные грыжи белой линии, располагающиеся одна над другой. Нередко, особенно у многорожавших женщин, эпигастральные грыжи сочетаются с диастазом прямых мышц живота. В таких случаях выпячивание расширенной белой линии бывает очень заметным при поднимании больного на локтях или при его стоянии.

Симптоматология



Грыжи белой линии живота (рис. 14) редко бывают большими, иногда процесс может остановиться на стадии предбрюшинной липомы и протекать бессимптомно. Поэтому при наружном осмотре, особенно у тучных больных, эпигастральные грыжи могут быть не видны и явиться случайной находкой.

У большинства больных грыжей белой линии живота сопровождаются местными и общими симптомами, симулирующими заболевания

внутренних органов брюшной полости. Местные симптомы проявляются болями при пальпации, натуживании, резких движениях, ходьбе. К общим симптомам относят боли ноющего характера в эпигастральной области, чувство давления в верхних отделах живота и диспептические расстройства,

Дифференциальный диагноз

Наиболее часто приходится проводить дифференциальную диагностику с язвенной болезнью, хроническими холециститом, панкреатитом и др. заболеваниями. В связи с этим всем больным с эпигастральными грыжами должны быть проведены соответствующие специальные исследования для выявления заболеваний, сопровождающихся болями в эпигастральной области. Дифференциальный диагноз проводят с предбрюшинной липомой, доброкачественными опухолями, метастазами опухоли в сальник.

Лечение грыж белой линии.

Лечение грыж белой линии живота оперативное. Однако показания к операции следует ставить лишь при наличии местных или общих жалоб, а бессимптомно протекающие «предбрюшинные липомы» можно не оперировать.

При небольших грыжах достаточно простого ушивания дефекта в апоневрозе белой линии живота. Грыжи средних и больших размеров оперируют по методу Сапежко или Мейо. При сопутствующем расхождении прямых мышц живота применяют метод Напалкова. После выделения грыжевых ворот и удаления грыжевого мешка рассекают влагалища прямых мышц живота вдоль по внутреннему краю и сшивают сначала внутренние, а затем наружные края рассеченных влагалищ. Таким образом создают удвоение белой линии живота.

V. Послеоперационные грыжи (*Hernia postoperativa*).

Послеоперационными грыжами брюшной стенки называются такие грыжи, при которых грыжевое выпячивание выходит из брюшной полости в области операционного рубца и располагается под кожными покровами.

В тех случаях, когда грыжевое выпячивание выходит на месте операции по поводу грыжи брюшной стенки, принято называть рецидивной грыжей.

Различают истинные и ложные послеоперационные грыжи. Под истинными понимают, когда имеется грыжевое выпячивание с грыжевым мешком из брюшины. При ложных грыжевом мешок отсутствует.

В зависимости от локализации различают срединные (верхние и нижние) и боковые (верхние, нижние, лево и правосторонние).

Причины возникновения и анатомия грыжи. Основными причинами образования послеоперационных грыж является:

- завершение операции тампонадой и дренированием брюшной полости;
- нагноение послеоперационной раны;
- снижение регенерации тканей;
- чрезмерная физическая нагрузка на еще не сформировавшейся рубец в послеоперационном периоде;
- повреждение мышечных слоев, апоневрозов и нервов во время операции и др. Чаще всего послеоперационные грыжи образуются в первое полугодие после хирургического вмешательства.

Грыжевые ворота располагаются в области послеоперационного рубца, бывают щелевидными или округлыми, они образованы краями мышц и апоневроза, разошедшимися по линии операционного рубца. Наружные покровы послеоперационной грыжи могут быть представлены только рубцовой тканью, интимно сращенной с грыжевым мешком или кожей и подкожной клетчаткой с послеоперационным рубцом посередине. Грыжевой мешок нередко бывает многокамерным, а грыжа невправимой.

Клиника и диагностика

Распознавание послеоперационных грыж обычно не представляет затруднений. Обнаружение в послеоперационном рубце грыжевого выпячивания, появляющегося при натуживании, кашле, является достаточным для постановки диагноза. Для определения органа, находящегося в грыжевом мешке, производят рентгенологические исследования желудочно-кишечного тракта.

Лечение

Оптимальным сроком проведения хирургического лечения послеоперационной грыжи считают 6–12 мес. после первой операции, т.к. воспалительные изменения в тканях брюшной стенки к этому времени обычно уже стихают.

При небольших грыжах возможно закрытие дефекта брюшной стенки за счет местных тканей (методы Сапежко, Напалкова).

Результаты лечения

Довольно частым осложнением после грыжесечения, особенно в пожилом и старческом возрасте, является: пневмония, тромбофлебиты. Нагноение раны, гемотомы, редко тромбоэмболия.

Летальность после операции по поводу неущемленных грыж брюшной стенки незначительна и равна 0,02–0,04 %.

После операций по поводу ущемленных грыж летальность равна 3,2–18,7 %.

Главными причинами значительной летальности следует считать:

- позднюю обращаемость и госпитализацию;
- пожилой и старческий возраст;
- сопутствующие заболевания;
- перитонит;
- пневмонию
- отказ от операции.

Причины рецидива грыжи.

Предложено большое количество различных способов операций по поводу грыж брюшной стенки. Несмотря на это, после оперативного лечения грыж до настоящего времени наблюдается значительное количество рецидивов.

Наиболее частой причиной рецидивов после операций по поводу различных видов наружных грыж живота является неправильный выбор способа операции. При выборе способа оперативного лечения необходимо учитывать вид грыжи, возраст больного, величину грыжевого отверстия и состояние апоневроза, мышц брюшной стенки. В тех случаях, воспалительные изменения в тканях брюшной стенки к этому времени обычно уже стихают.

При небольших грыжах возможно закрытие дефекта брюшной стенки за счет местных тканей (методы Сапежко, Напалкова).

При небольших грыжах операция представляет трудности из-за рубцового перерождения тканей, множественных сращений и наличия значительных дефектов брюшной стенки, требующих для закрытия использование методов ауто- и аллограпии. При аутопластическом методе для закрытия дефекта брюшной стенки чаще всего применяют пластины и шнурки из десептилизированной кожи и при аллограпическом методе —

сетки из синтетических тканей, которые в процессе заживления заполняются рубцовой тканью.

VI. Травматические грыжи (*Hernia traumatica*).

Травматические грыжи возникают в результате травмы живота, сопровождающейся подкожным разрывом подлежащих мышц, фасции и апоневроза.

Размеры травматической грыжи варьируют в широких пределах и обычно соответствуют величине дефекта брюшной стенки. Ранение сухожильной части брюшной стенки дает обычно больший дефект, чем ранение мышечной части. Травматические грыжи могут быть одиночными и множественными.

Травматические грыжи возникают сразу же после травмы или же в ближайшие дни после нее. В лежачем положении больные не ощущают выхождения внутренностей и грыжевое выпячивание появляется лишь в вертикальном положении, натуживаний, т.е. при малейшем повышении внутрибрюшного давления.

Распознавание этих грыж не представляют труда, т.к. их возникновение связано с предшествовавшей травмой. Травматические грыжи надо отличать от выпадения внутренностей (подкожной эвентерации), которая характеризуется отсутствием грыжевого мешка.

Лечение сформировавшейся травматической грыжи заключается в удалении грыжевого мешка и закрытии грыжевых ворот способом, создающим наиболее благоприятные условия для укрепления брюшной стенки когда апоневроз и мышца плохо выражены или рубцово изменены, что имеет место при рецидивных грыжах, или когда имеется большое грыжевое отверстие, которое нельзя закрыть окружающими тканями без значительного натяжения, все обычные способы операций, основанные на закрытии дефекта за счет окружающих тканей, не могут быть надёжными. В таких ситуациях должны использоваться другие способы, включая применение гомо- и гетеропластики. Нет убедительных хороших отдаленных результатов и после аллопластики металлическими сетками, синтетическими тканями. Многие авторы (И.И. Напачков и др.) совершенно правильно считали, что нет безрецидивных способов грыжесечения. Любой очень хороший способ операции по поводу грыжи может дать плохие результаты лишь из-за технических погрешностей, допущенных во время операции. Рецидивы зависят не только от способа пластики после грыжесечения, но и от целого ряда других различных причин.

Многие авторы одной из причин рецидивов считали тяжелый физический труд в ранние сроки после операции. Другие считали вредным длительное воздержание от физического труда.

По нашему мнению раннее восстановление после операций по поводу грыжи и лечебная гимнастика после грыжесечений способствует снижению количества рецидивов. Эта физическая упражнения должны индивидуально дозироваться в зависимости от срока после операции.

Важной причиной рецидива грыж является наличие слабо развитых мышечно-апоневротических элементов брюшного пресса, что может зависеть от конституциональной недостаточности, возрастных изменений истощения. Причиной рецидива после операций по поводу грыжи могут быть технические ошибки, особенно у начинающих хирургов. Влияет на рецидив грыжи нагноения послеоперационной, гематомы в области операции, продолжительный сильный кашель и другие причины.

Профилактика грыж

Профилактика грыж должна быть направлена на устранение общих предрасполагающих факторов и производящих причин. С этих позиций огромное значение приобретают ранние и систематические занятия физкультурой и спортом, а также правильный отбор лиц для физической работы и запрещение тяжелого труда лицам, предрасположенных к образованию грыж.

Прогноз и экспертиза трудоспособности

Грыжа не может считаться безопасным заболеванием, т.к. почти у 20 % больных она подвергается ущемлению, которое нельзя никогда заранее предвидеть. Самоликвидация грыжевых выпячиваний у взрослых никогда не происходит, поэтому каждому больному с грыжей надо настойчиво рекомендовать операцию.

Больные с грыжами не могут выполнять ряд работ, связанных с физическим напряжением, с необходимостью больших переходов и т.д. С этой точки зрения они должны считаться лицами с ограниченной трудоспособностью. Наличие грыж ставит ограничения и к спортивным занятиям.

В отношении экспертизы трудоспособности надо учитывать вид грыжи, возраст, характер выполняемой работы и ряд других условий, которые могут оказывать влияние на дальнейшее увеличение грыжи или на возможность ее осложнений. Угроза осложнений и нарушения функции органов брюшной

полости могут служить основанием для определения инвалидности 3 и 2 группы. В экспертной практике считается, что временная нетрудоспособность после грыжесечений в среднем равняется 1 месяц. Лица, выполняющие тяжелую физическую работу, переводятся на легкий труд сроком до полугода.

Список литературы

1. Кузин М.И. Учебник по хирургическим болезням. М. — 2006 г.
2. Савельев В.С. Хирургические болезни. М., ГОЭТАР-Медиа, 2005 г.
3. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота и эвентераций. Симферополь. 2002.
3. Ненатяжная герниопластика под редакцией проф. В.Н. Егиева. Москва. 2002.
4. Кукуджанов Н.И. — Паховые грыжи. М., Медицина, 1969.
5. Булынин И.И. — Наружные грыжи живота. Ставрополь, 1968.
6. Тоскин К.Ж., Жебровский В.В. — Грыжи живота. М., 1983.
7. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под ред. В.С. Савельева. М., 1976
8. Крымов А.И. — Брюшные грыжи. Киев. 1950. БМЭ. 1977, т.6, с. 513—514.
9. Пиковский Д.Л., Кукош М.В. — Конспект-справочник по частной и военно-полевой хирургии. Н.Новгород, 1995 г.
10. Клиническая хирургия. Под ред. Ю.М. Панцерева. М., 1985.