

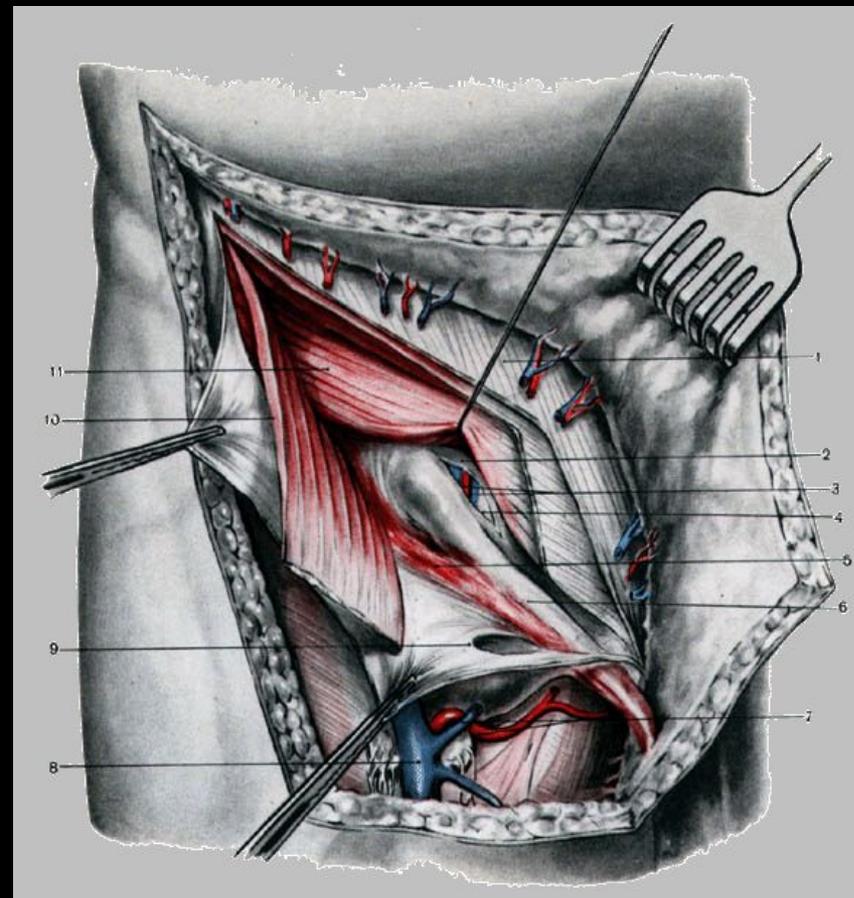
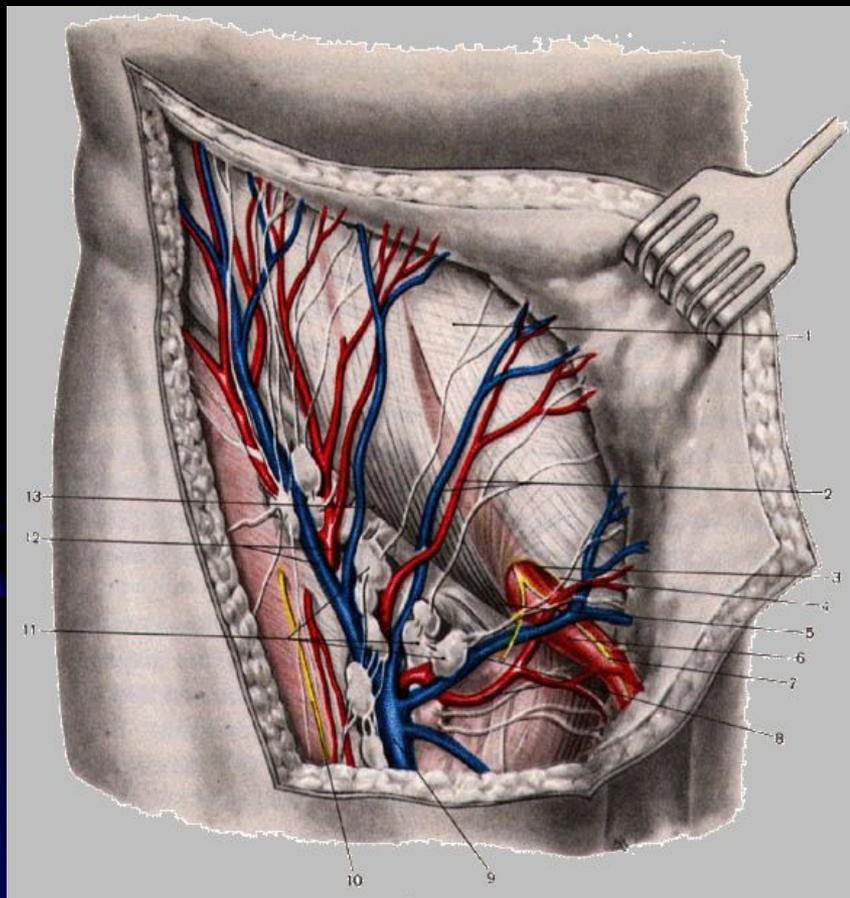
**Грыжи живота: общая
герниология, паховые,
бедренные, пупочные
грыжи, грыжи белой
линии**

асс. кафедры хирургии № 2
к.м.н. Костив С.Я.

План лекции

1. Анатомо-физиологические особенности.
2. Паховые грыжи (клиника, диагностика, дифдиагностика, тактика, лечение).
3. Бедренные грыжи (клиника, диагностика, дифдиагностика, тактика, лечение).
4. Пупочные грыжи (клиника, диагностика, дифдиагностика, тактика, лечение).
5. Грыжи белой линии живота (клиника, диагностика, дифдиагностика, тактика, лечение).
6. Диафрагмальные грыжи (клиника, диагностика, дифдиагностика, тактика, лечение).
7. Осложнения грыж: (ущемление, воспаление, копростаз, повреждение, опухоль)

Анатомо-физиологические данные



Брюшные грыжи.

- Грыжа живота - заболевание, клинико-морфологическим проявлением которого является выход брюшных органов под кожу или в другие межтканевые пространства через отверстия, которые соединяют эти грыжи с брюшной полостью.
- Грыжи живота занимают значительное место в структуре хирургической заболеваемости населения. Они встречаются в 6-7% мужчин и в 2-3% женщин. Чаще наблюдаются грыжи у детей первых лет жизни и у людей преклонного возраста. В общехирургических стационарах больные с грыжами составляют около 10% от общего количества больных.

Классификация грыж

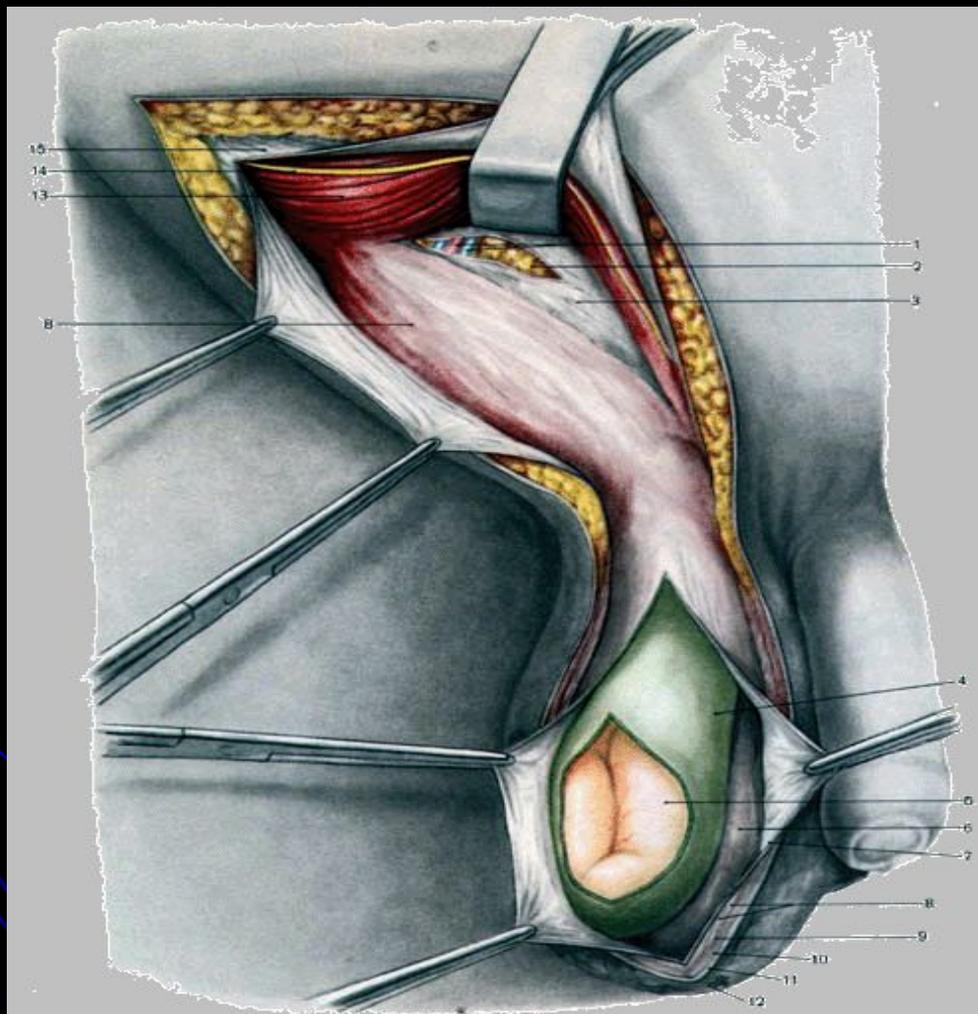
- По происхождению бывают врожденные и приобретенные грыжи.
- По размещению грыж относительно брюшной стенки разделяют на наружные и внутренние.
- По месту возникновения или топографии выделяют грыжи паховые, бедренные, седалищные, промежностные, пупочные, околопупочные, белой линии живота, спигелевой линии, треугольников ПТИ и Лесгафта-Грюнфельта, мечевидного отростка (наружные) и диафрагмальные (внутренние).

- В зависимости от патогенеза приобретенные грыжи делятся на травматические и дистрофические или грыжи слабости. К травматическим относят грыжи обусловленные повреждением тканей той анатомической области, где они возникли - как при случайной травме так и специальной, в том числе и операционной (послеоперационные грыжи).
- Грыжи разделяют также на неосложненные, или свободные и осложненные. Из осложнений выделяют невправимость, ущемление, кишечная непроходимость, воспаление, повреждение, развитие опухолей, посторонние тела в грыже. Существует деление грыж и по их размерам: малые (грыжевые ворота до 2 см), средние (до 4 см) и большие - когда грыжевые ворота более 4 см. Большие грыжи называют еще гигантскими.

Паховые грыжи

- Паховые грыжи - заболевание, при котором через паховые ямки в паховый канал через незаросший влагалищный отросток брюшины или в заново образованный грыжевой мешок, который размещен в семенном канатике или вне него, происходит выхождение внутренних органов.
- Наибольшее количество паховых грыж приходится на самый ранний детский возраст (1-2 года), когда появляются косые врожденные грыжи. Потом количество их уменьшается, а затем постепенно нарастает и особенно увеличивается в возрасте от 40 до 70 лет. Паховой грыжей чаще болеют мужчины (85-90%) и намного реже женщины. У женщин в большинстве случаев бывают косые грыжи; прямые грыжи у женщин редкость. Соотношение паховых грыж у мужчин и женщин от 5:1 до 10:1.

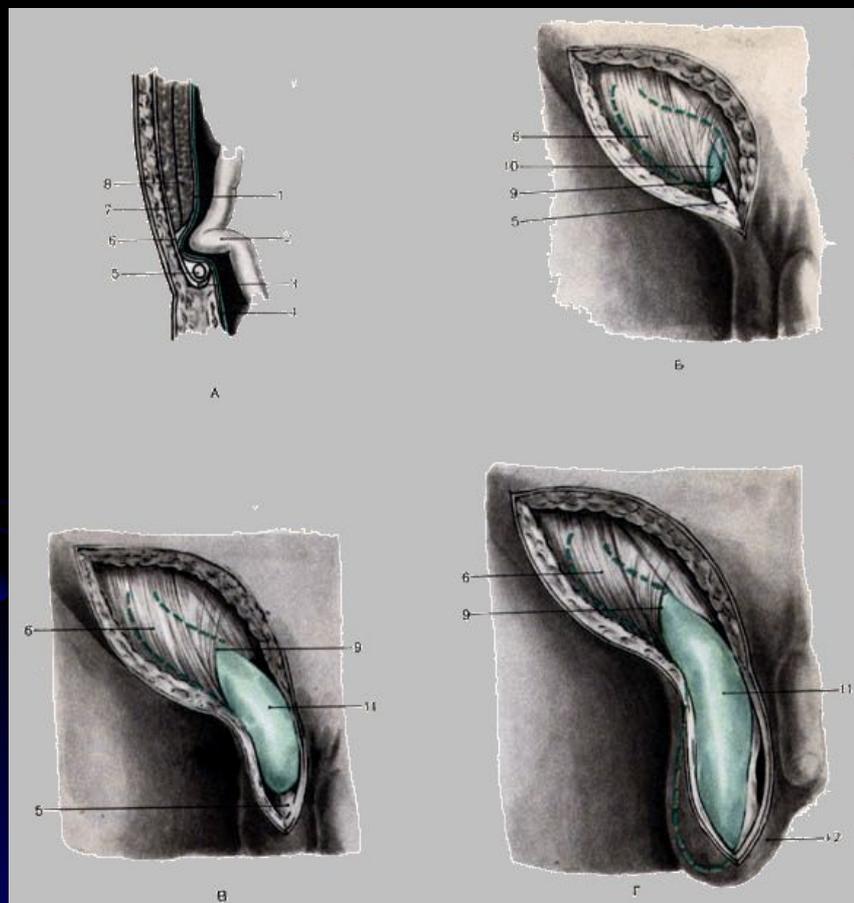
Косая паховая грыжа



Классификация.

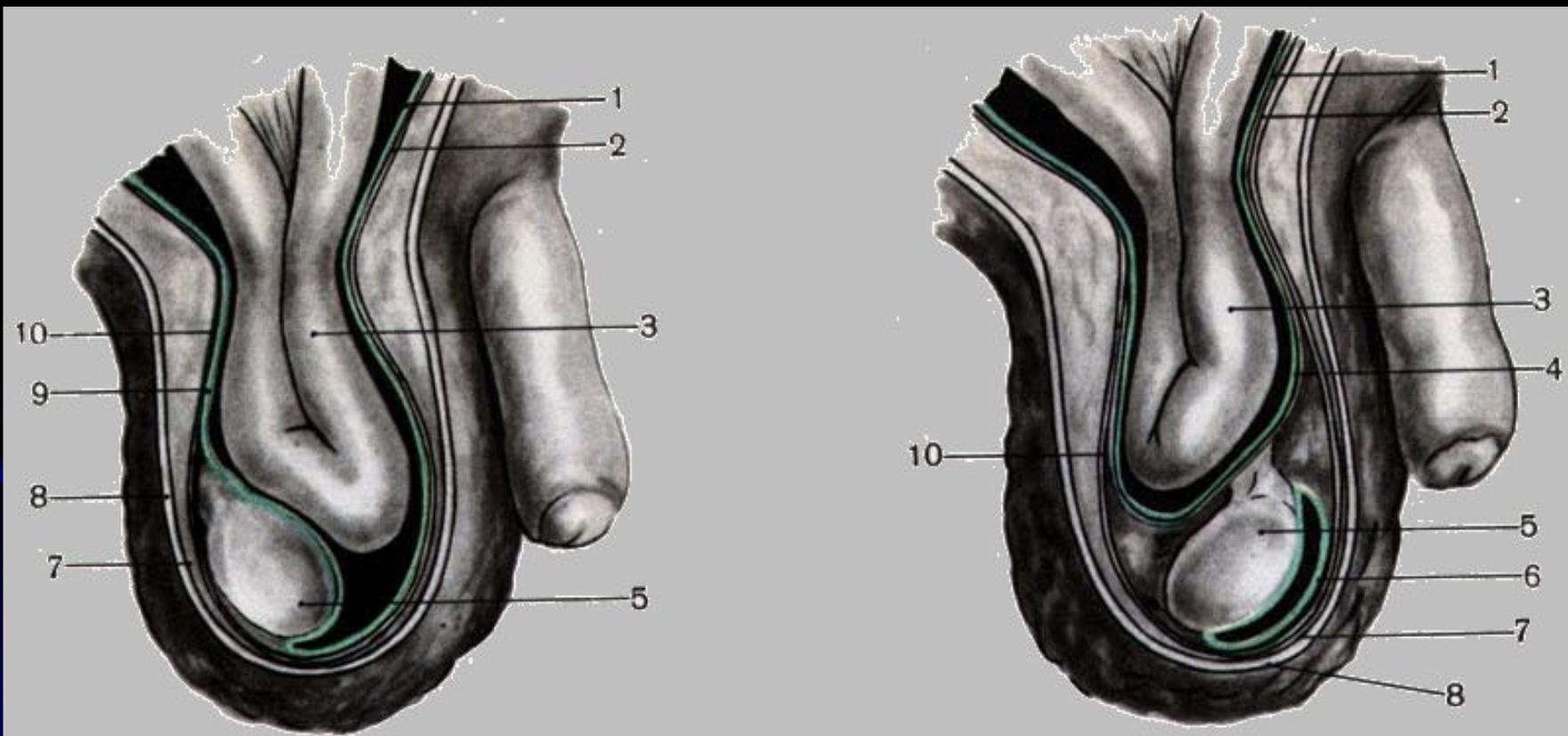
- По анатомическому строению и соответственно месту их выхода из брюшной полости выделяют два вида грыж: косые (*hernia inguinalis externa s.obliqua*) и прямые (*hernia inguinalis interna s.directa*).
- В зависимости от происхождения грыжевого мешка паховые грыжи бывают врожденными (*hernia congenitalis*) и приобретенными (*hernia aegvisita*).
- В связи с разными вариантами размещения грыжевого мешка редко могут наблюдаться другие разновидности паховых грыж: косые с прямым каналом, передбрюшинные, внутривентральные, осумкованные, околопаховые, надпузырные, комбинированные.

Стадии развития паховых грыж

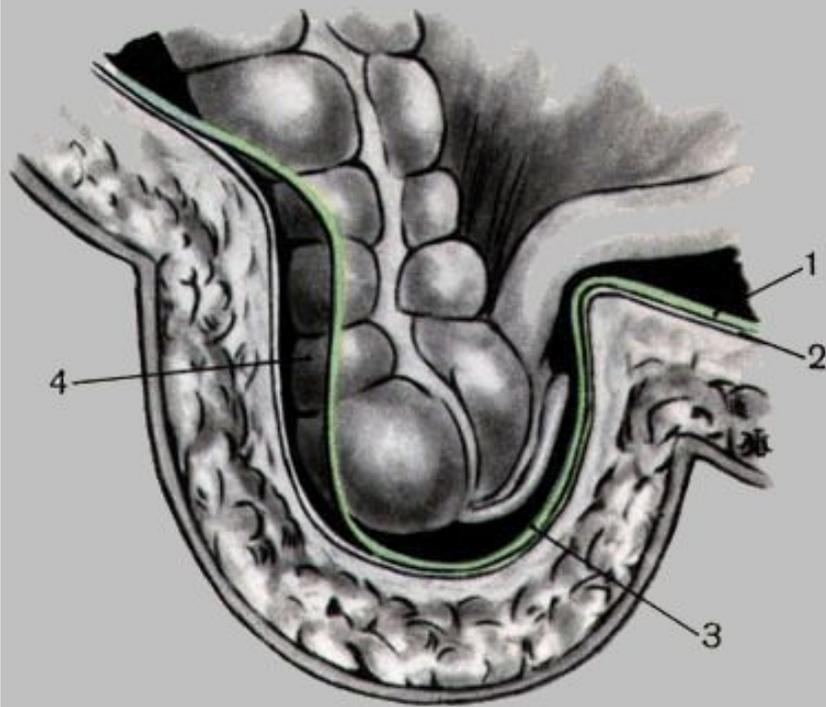


- 1. Начальная
- 2. Канальная
- 3. Паховая.
- 4. Пахово-мошоночная

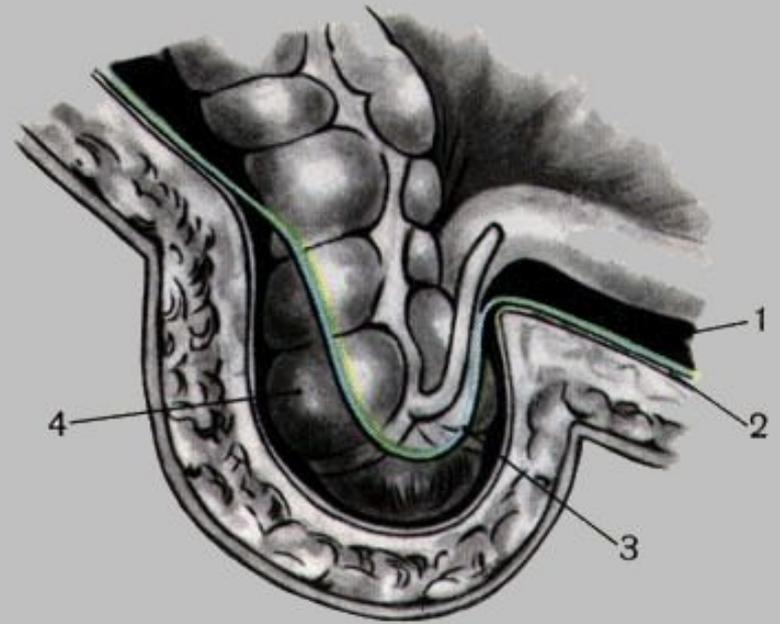
Врожденная и приобретенная паховая грыжа



Скользящая грыжа

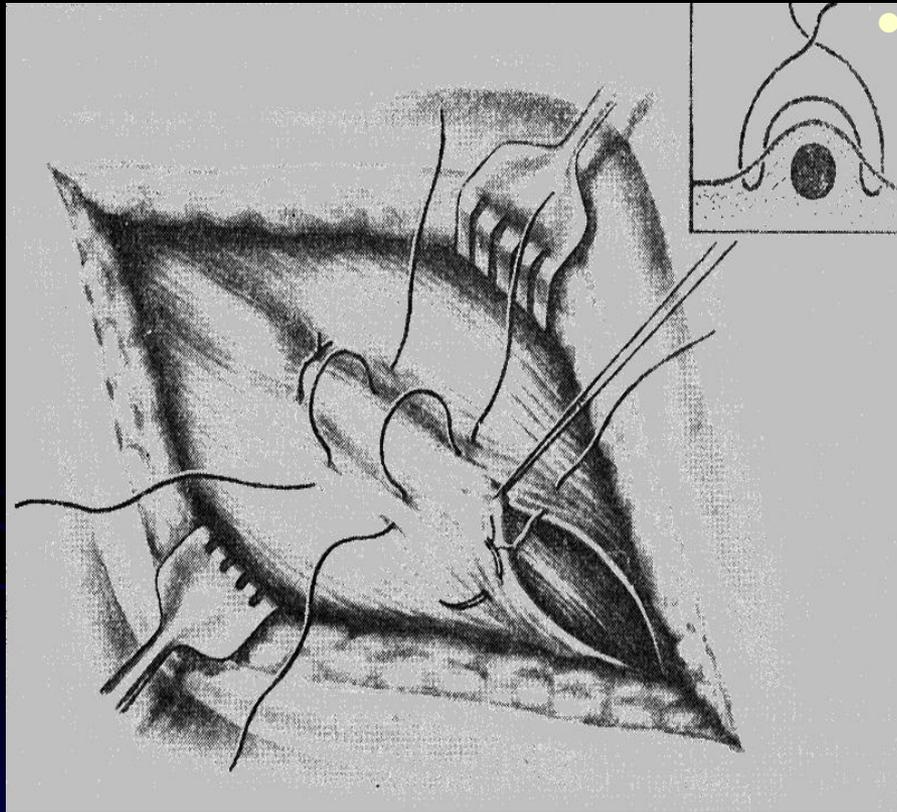


А



Б

Операции сужения пахового канала без его раскрытия.



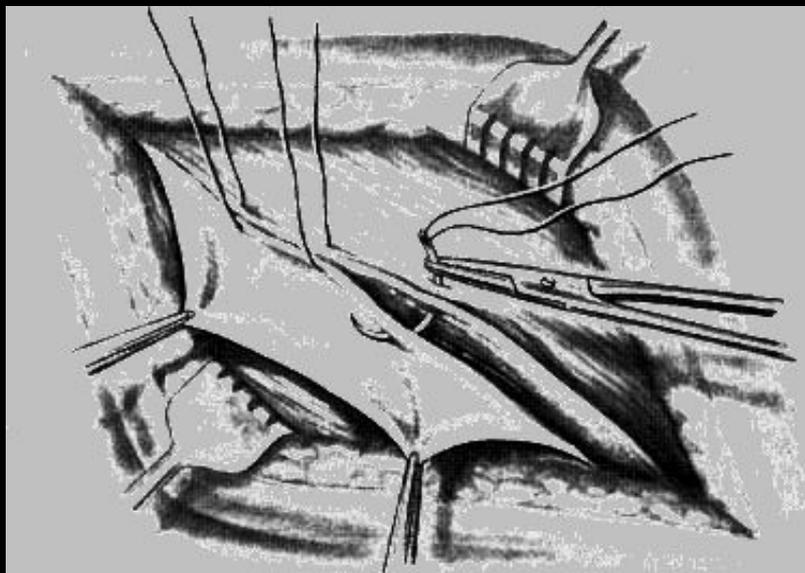
1.Способ Черни. После перевязки и удаление мешка, не раскрывая апоневроз внешней косой мышцы накладывают швы на его ножки. Потом накладывают 3-4 шва захватывая сверху образованную складку апоневроза внешней косой мышцы, а снизу апоневроз чуть выше паховой складки.

Операции сужения пахового канала без его раскрытия.

- **2. Способ Ру. После выделения, перевязки и удаления грыжевого мешка не раскрывая апоневроз наружной косой мышцы, начиная от внешнего отверстия пахового канала накладывают 4-5 швов, захватывая сверху апоневроз наружной косой мышцы вместе с расположенными под ней мышцами, а снизу паховую связку.**

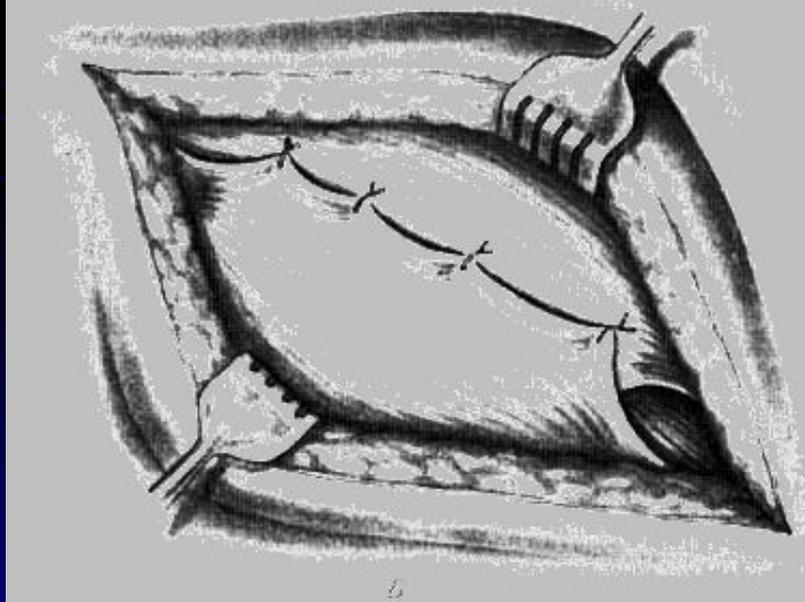
П. Операции восстановления пахового канала до его нормального состояния.

- 1. Способ Мартынова.** После удаления грыжевого мешка накладывают 4-5 швов между краем верхнего лоскута апоневроза внешней косой мышцы и паховой связкой. Нижний лоскут апоневроза внешней косой мышцы накладывают поверх верхнего и фиксируют швами без особенного натяжения.
- 2. Способ Жирара.** После удаления грыжевого мешка край внутренней косой и поперечной мышц пришивают к паховой связке спереди от семенного канатика. После этого отдельно край верхнего лоскута апоневроза наружной косой мышцы живота пришивают к паховой связке. Нижний лоскут фиксируют поверх верхнего несколькими швами, образуя дубликатуру.



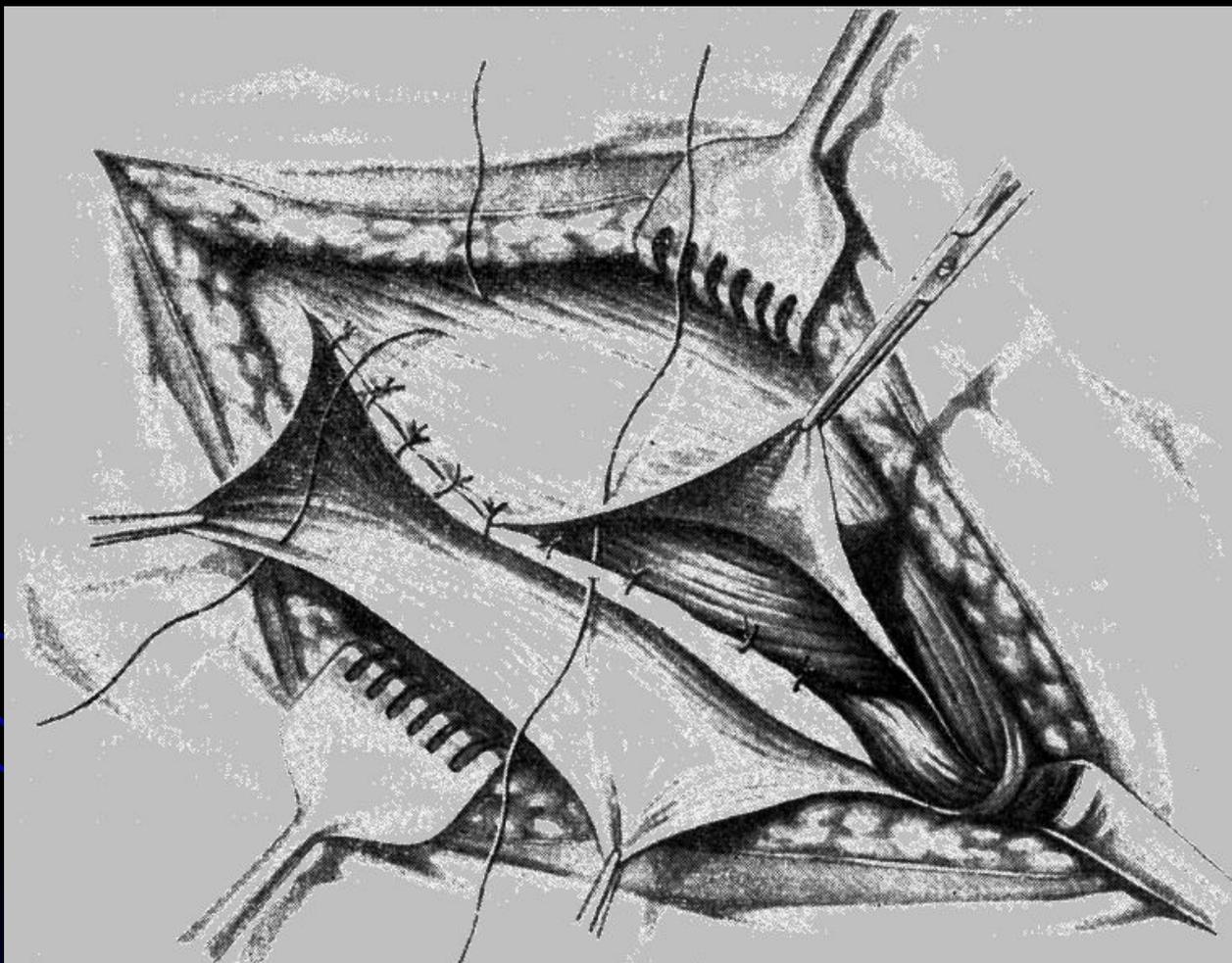
A

Способ Мартынова



B

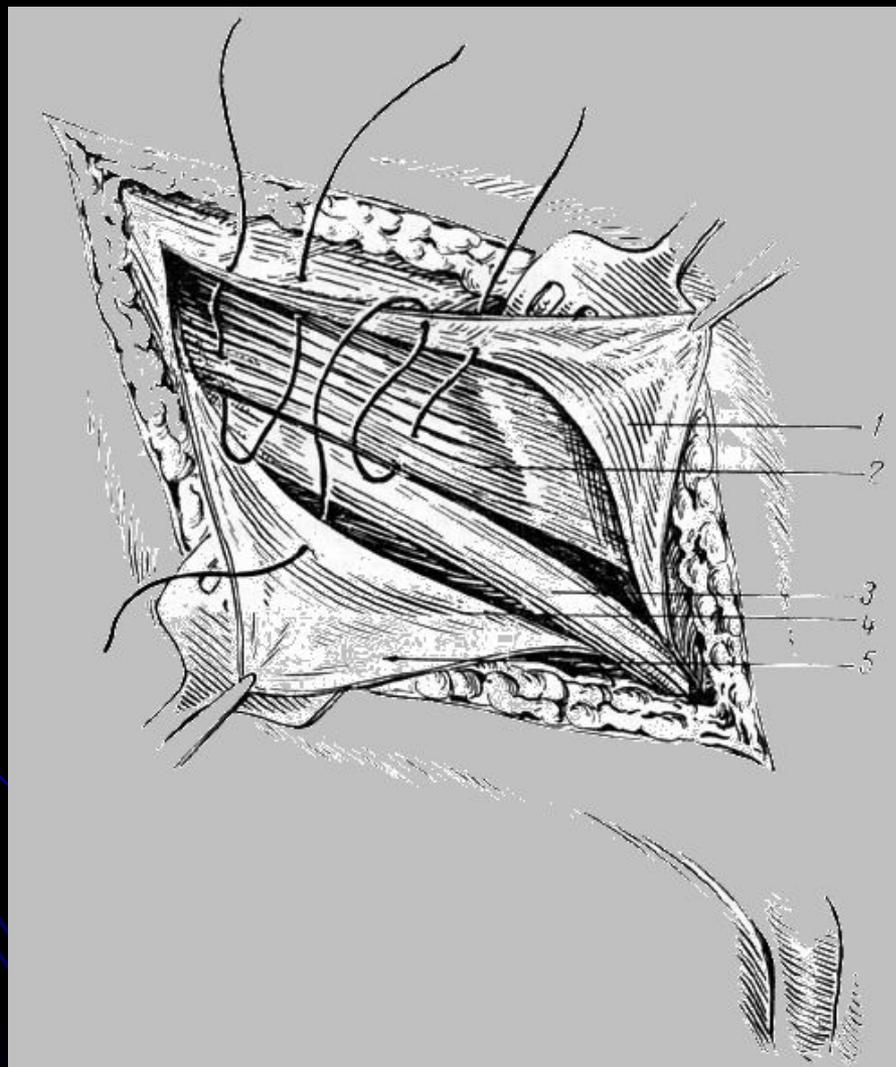
Способ Жирара



3.Способ Спасокукоцкого. Все выполняют так, как при способе Жирара, но нижний край мышц и верхнего лоскута апоневроза наружной косой мышцы пришивают вместе, чтобы не разволоknить и не травмировать паховую связку двойным рядом швов.

4.Способ Кимбаровского. Это видоизмененный метод Спасокукоцкого. Суть его заключается в том, что отступив 1 см от края круглой иглой прихватывают верхний лоскут апоневроза вместе с нижним краем внутренней косой и поперечной мышцы и, проведя шов опять сзади заранее возле самого края апоневроза пришивают к паховой связке. Нижний лоскут апоневроза подшивают к верхнему без особенного натяжения.

Способ Кимбаровского



III. Операции укрепление задней стенки пахового канала.

- **1.Способ Бассини. После разреза кожи и апоневроза наружной косой мышцы и высокого удаления грыжевого мешка полностью выделяют и отводят кпереди семенной канатик. Потом накладывают так называемые глубокие швы. В них захватывают сверху нижний край внутренней косой и поперечной мышц, поперечную фасцию. В два первых от лобкового соединения шва захватывают и край прямой мышцы вместе с ее влагалищем и пришивают на протяжении 5-7 см к паховой связке, причем в первый шов захватывают и надкостницу в области лобкового бугорка. Укладывают семенной канатик на созданное мышечное ложе и поверх него сшивают рядом узелковых швов края апоневроза наружной косой мышцы.**

•2. Способ Кукуджанова. Используется в основном для тяжелых форм паховых грыж: прямых, больших косых с прямым каналом, рецидивных. После удаления грыжевого мешка и выделения и отведения кпереди семенного канатика удаляют жировую клетчатку из поперечной фасции обнажая ее. Продольно рассекают поперечную фасцию, отделяют заднюю ее поверхность от подсерозной оболочки и внизу этого промежутка выделяют связку Купера (верхне-лобковую). Над культей грыжевого мешка сшивают кисетным швом или 2-3 узелковыми швами подсерозную оболочку. Избытки поперечной фасции высекают. В медиальном отделе высокого пахового промежутка захватывают 3-4 швами край выделенного глубокого листка влагалища прямой мышцы живота. Снизу прошивают верхнюю лобковую и частично жимбернатову связки. В латеральном отделе пахового промежутка сверху 3-5 швами прошивают апоневроз поперечной мышцы вместе с краем поперечной фасции, а снизу утолщенную часть поперечной фасции (подвздошно-лобковый тяж) или, если он недостаточно развит, задний верхний отдел паховой связки. Все наложенные швы завязывают позади семенного канатика.

IV. Операции создания нового ложа для семенного канатика и ликвидация пахового канала.

- **Способ Постемпского. Рассекают апоневроз наружной косой мышцы ближе к паховой связке. Выделяют семенной канатик. Потом рассекают внутреннюю косую и поперечную мышцы в латеральную сторону от глубокого отверстия пахового канала для того, чтобы семенной канатик переместить в верхний латеральный угол этого разреза. После этого мышцы сшивают. Сверху захватывают в шов 4 слоя: верхний лоскут апоневроза наружной косой мышцы, край внутренней косой и поперечной мышц живота и поперечную фасцию; в первые два медиальных шва захватывают край прямой мышцы и пришивают под семенным канатиком к паховой связке вместе с нижним лоскутом апоневроза наружной косой мышцы. Поверхностную фасцию зашивают сверху от семенного канатика.**

V. Способы, при которых проводится ауто-, гомо-, гетеро- или аллопластика для укрепления передней или задней стенки пахового канала.

- Применяются эти методы пластики при больших, рецидивных грыжах в случаях невозможности пластики пахового канала местными тканями. В этих случаях применяют свободную пластику широкой фасцией бедра (метод Киршнера, лоскут кожи (метод Барнова), или с использованием аллопластичного материала (танталовой сетки, ткани из капрона, нейлона и других химических материалов).

Осложнения интраоперационного и раннего послеоперационного периода.

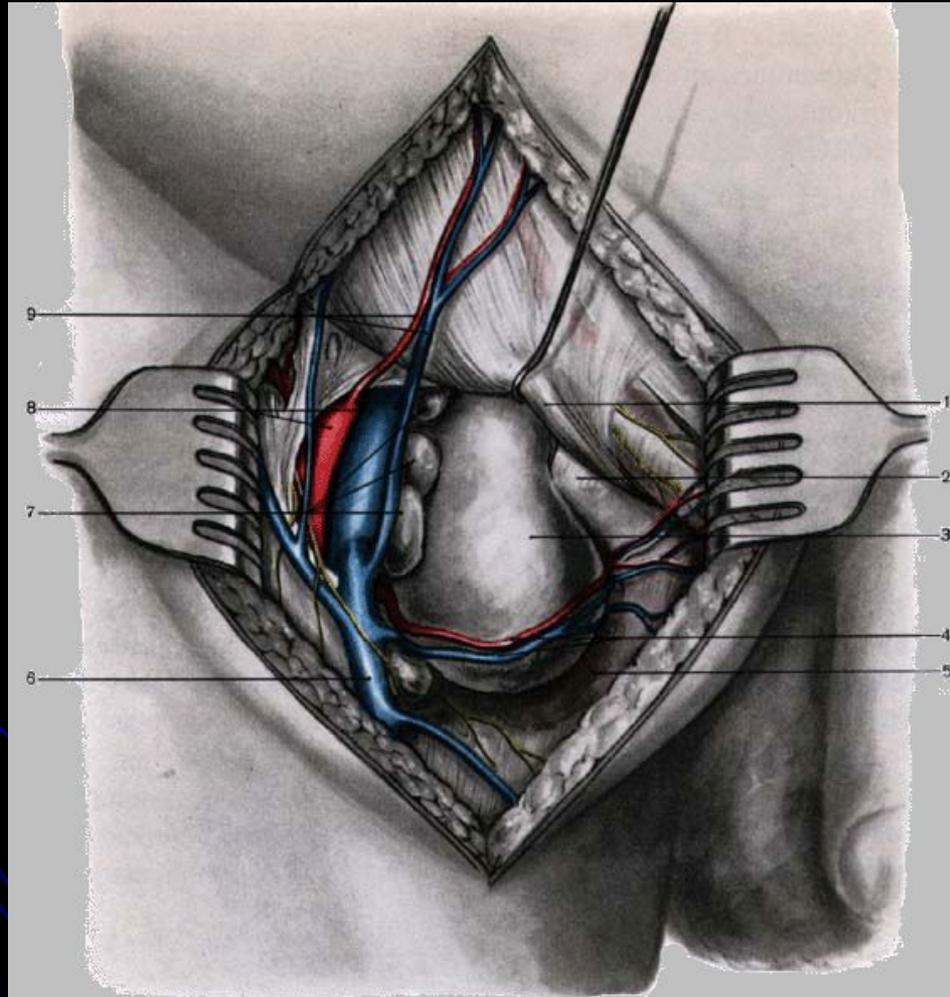
1. Повреждение крупных сосудов (бедренной вены или артерии с последующим кровотечением).

- 2. Повреждение сосудов семенного канатика.
- 3. Операционные и послеоперационные кровотечения в брюшную полость из сосудов сальника или других органов после рассоединения спаек.
- 4. Гематомы в области послеоперационной раны или мошонки.
- 5. Ранение мочевого пузыря.
- 6. Нагноение послеоперационной раны.
- 7. Сдавливание семенного канатика, отек яичка или мошонки.
- 8. Послеоперационные эпидидимиты, орхиты, ранние атрофии яичка.
- 9. Послеоперационные невриты, невралгии с иррадиацией боли в мошонку, бедро.
- 10. Послеоперационные пневмонии и тромбоэмболические осложнения.

Бедренные грыжи.

- **Классификация.**
- Классификация Крымова, в основе которой лежит анатомический принцип. Согласно ей бедренные грыжи разделяют на два вида:
 - Сосудистого отдела:
 - занимает всю ширину сосудистого отдела.
 - занимает только часть сосудистого отдела (медиальную, срединную, внешнюю, выходит через дефект в жимбернатовий связке).
 - 2. Мышечного отдела.

Бедренная грыжа



Способы хирургического лечения бедренных гриж

- 1). Способы закрытия грыжевых ворот со стороны бедра;
- 2). Способы закрытия грыжевых ворот со стороны пахового канала;
- 3). Аутопластические способы;
- 4). Гетеропластические способы.

Из операций со стороны бедра

- По Ловкуду после рассекания кожи и подкожной основы выделяют грыжевой мешок, раскрывают его, содержимое вправляют в брюшную полость. Грыжевой мешок перевязывают и отсекают. Закрытие бедренного канала осуществляют путем подшивки паховой связки к надкостнице лонной кости 2-3 узелковыми швами.

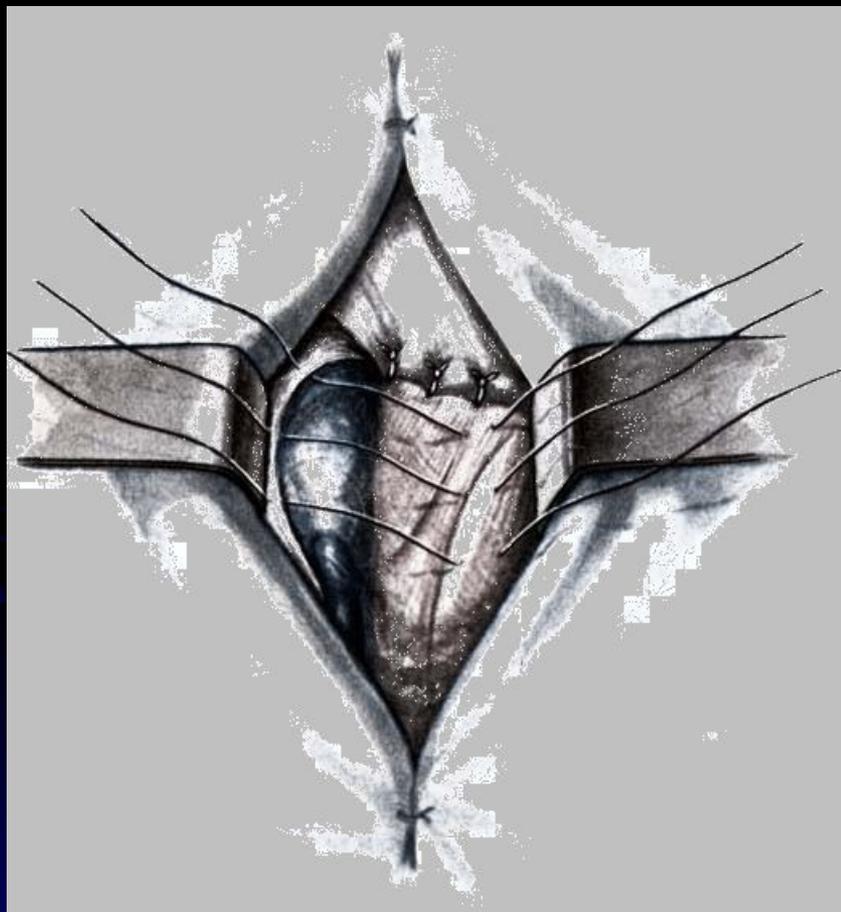


Операция по
Ловкуду

Модификация операции Бассини

1. Модификация операции Бассини заключается в том, что после подшивания паховой связки к надкостнице лонной кости накладывают второй ряд швов на полулунный край овальной ямки бедра и гребенчатую связку.

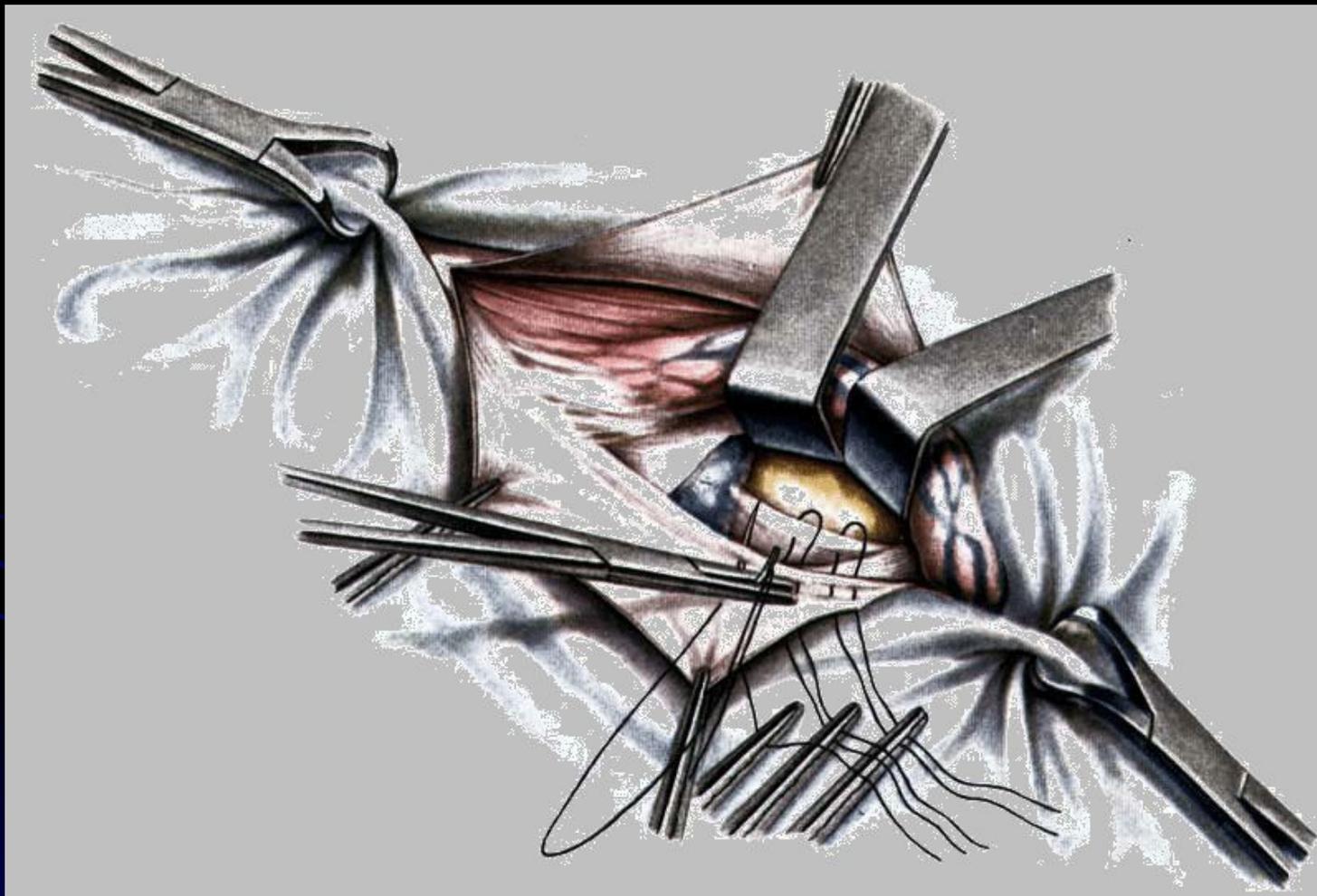
Модификация операции Бассини



Метод Руджи

1. Для закрытия бедренных грыжевых ворот через паховый канал применяют метод Руджи. Раскрывают паховый канал, содержимое его отводят кверху. Рассекают заднюю стенку пахового канала. Грыжевой мешок переводят в паховый канал, обрабатывают и удаляют. Бедренное грыжевое кольцо закрывают путем подшивания задней стороны паховой связки к подвздошно-лонной связке 3-4 швами. Возобновляют паховый канал.

Метод Руджи



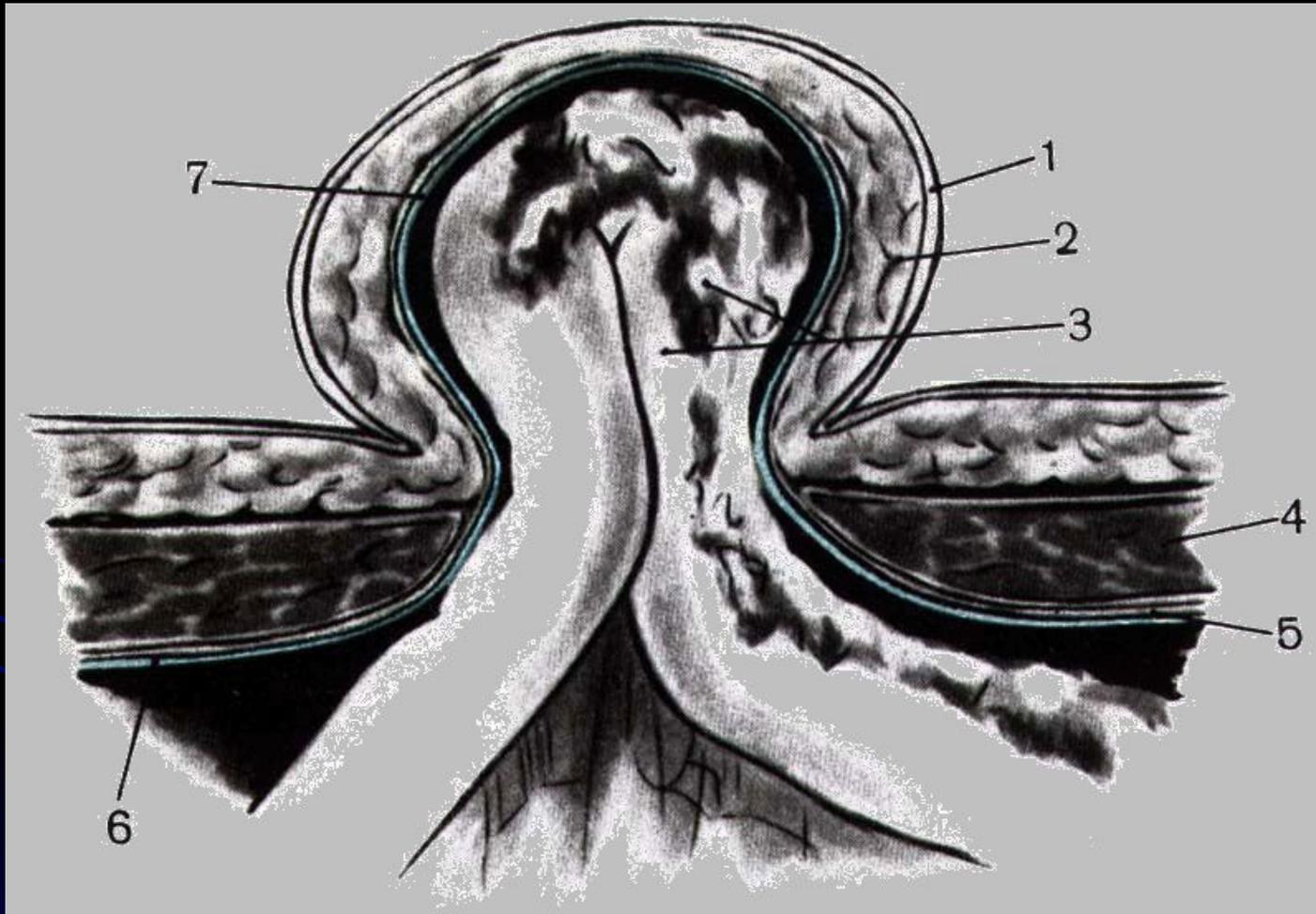
Пластические способы

1. Способ Караванова - после обработки грыжевого мешка проводят пластику грыжевых ворот лоскутом апоневроза наружной косой мышцы живота. Лоскут выкраивают длиной 2-4 см, отступив на 1,5 см выше паховой связки, проводят его через бедренный канал и подшивают к надкостнице лонной кости, лонной связки и лакунарной связки.
2. Аллопластические и гетеропластические способы закрытия бедренных грыжевых ворот на сегодня почти не используются.

Пупочные грыжи.

- Пупочными грыжами называют выпячивания, которые выходят через пупочное кольцо или переднюю брюшную стенку области пупка.

Пупочная грыжа



Классификация.

- **Различают:**
- **1) грыжи пуповины (эмбриональные грыжи);**
- **2) пупочные грыжи у детей;**
- **3) пупочные грыжи во взрослых**

- Пупочные грыжи взрослых разделяют на прямые и косые. Прямые пупочные грыжи возникают в случае утонченной поперечной фасции в области пупочного кольца. В таких случаях внутренние органы выпячивают брюшину соответственно пупочному кольцу, выходят в подкожную клетчатку брюшной стенки наиболее коротким путем. Косые пупочные грыжи образуются в тех случаях, когда поперечная фасция утолщена соответственно пупочному кольцу. В этих случаях грыжевое выпячивание начинает образовываться выше или ниже пупочного кольца, и грыжевой мешок проходит между поперечной фасцией и белой линией живота, образуя так называемый пупочный канал, а затем через пупочное кольцо выходит в подкожную клетчатку передней брюшной стенки.

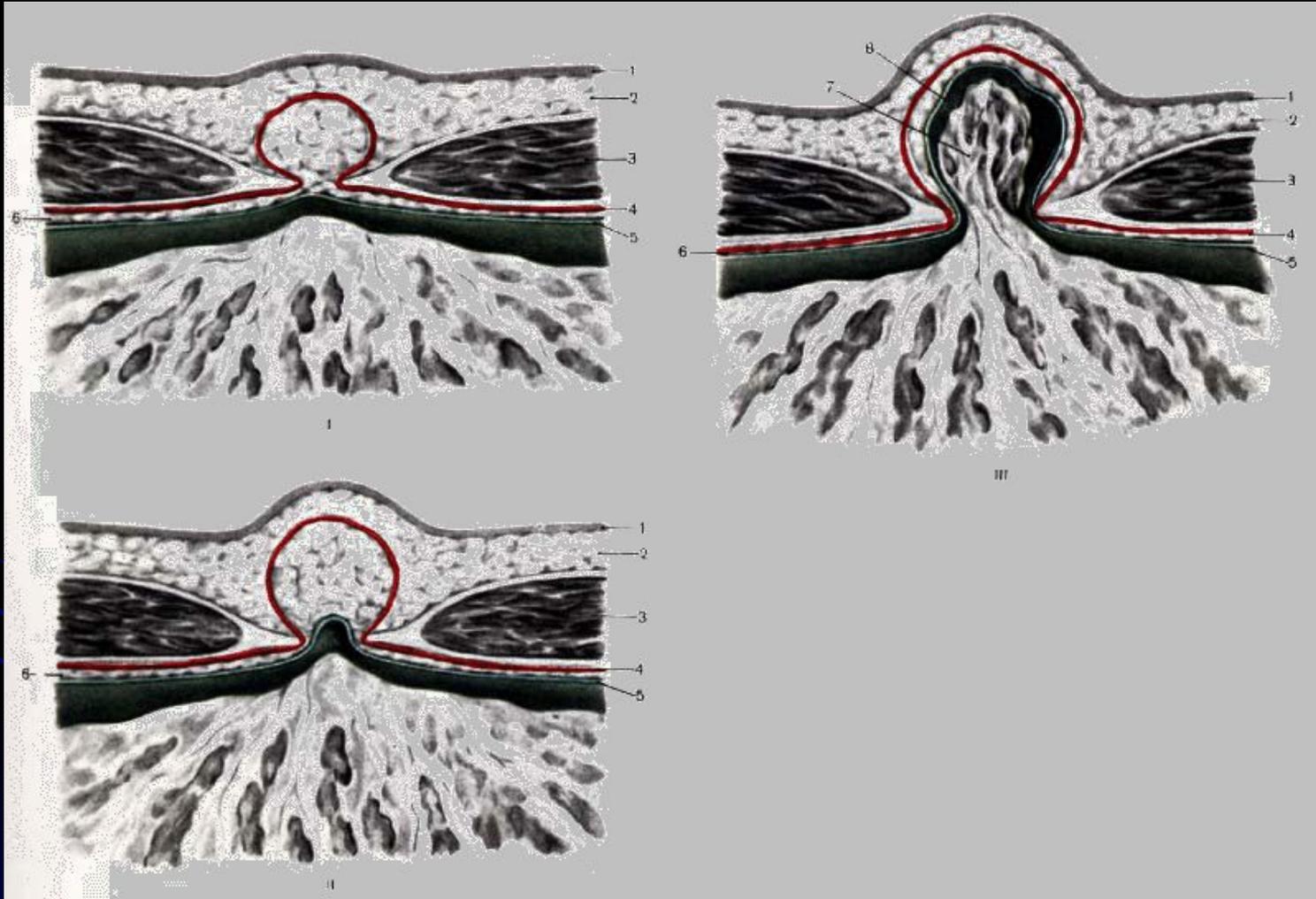
Лечение пупочных грыж у детей

- В первые три года жизни применяют консервативное лечение. Оно включает: массаж брюшной стенки, лечебную гимнастику, повязку с липким пластырем. Если к возрасту 5 лет вылечивания не наступает - показано хирургическое лечение. Операцию выполняют под общим обезболиванием.
- После обработки грыжевого мешка пластику грыжевых ворот проводят по Лексеру наложением кисетного шва по краям апоневротического дефекта.
- При больших грыжах у детей пластику грыжевых ворот выполняют по Сапежко, то есть с созданием дубликатуры апоневроза. Операцию выполняют из вертикального разреза с высеканием пупка.
- Нередко применяется поперечная пластика грыжевых ворот при пупочной грыже по способу Мейо. Операция выполняется из двух поперечных окаймляющих разрезов из высечением пупка.

Грыжи белой линии живота.

- Грыжи белой линии живота (*hernia lineaе albae*) составляют 11% от общего числа брюшных грыж. Они могут возникать в разных участках белой линии.

Грыжи белой линии живота



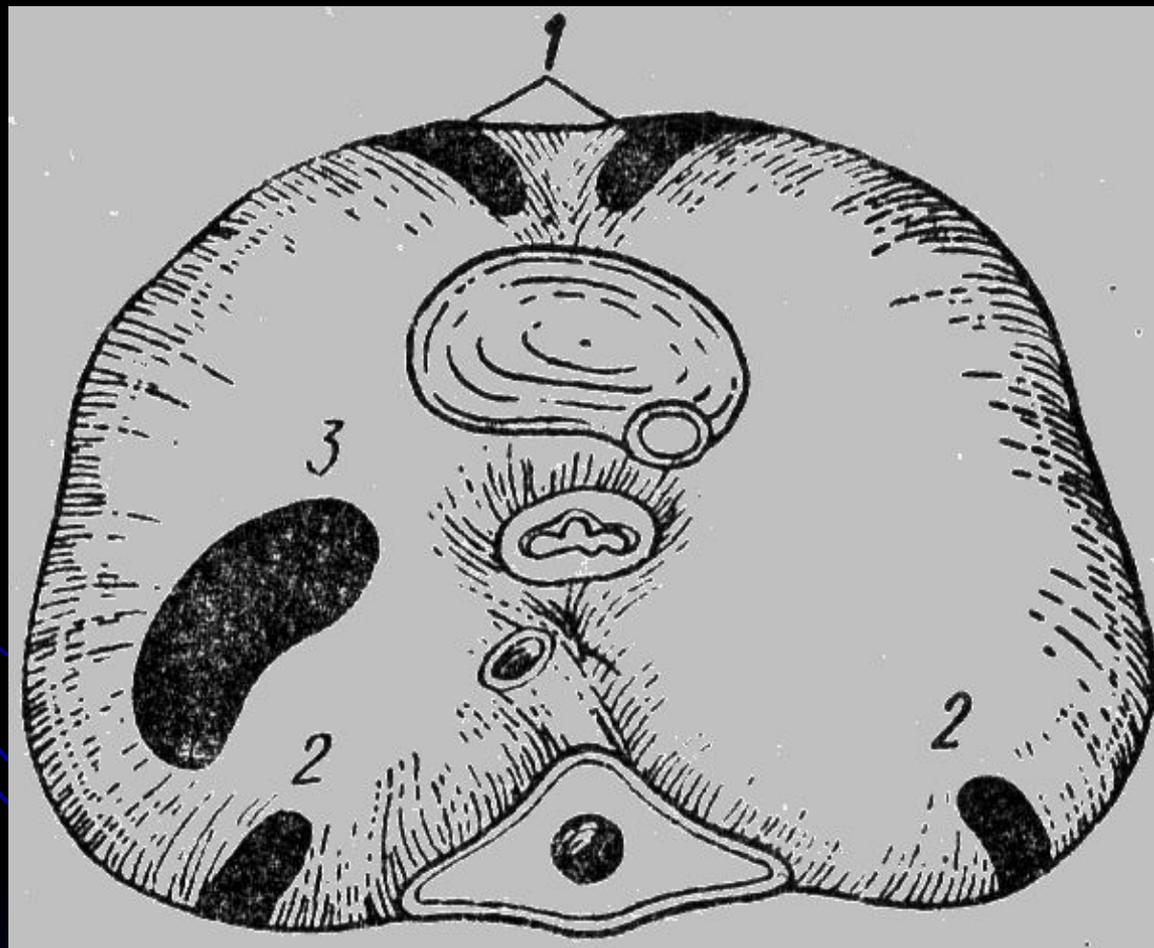
Классификация.

- По локализации различают надчревные (*hernia epigastrica*), околопупочные (*hernia paraumbilicalis*) и подчревные (*hernia hypogastrica*). Наиболее распространенные надчревные грыжи (81,5%), реже - околопупочные (15,1%), подчревные грыжи оказываются в 0,3% больных. Множественные грыжи разных локализаций оказываются в 3,1% больных грыжей белой линии живота.

Диафрагмальные грыжи.

- Диафрагмальная грыжа - перемещение органов брюшной полости в грудную полость через дефекты в природных отверстиях и слабых зонах диафрагмы.

Локализация диафрагмальных грыж



Классификация.

- Грыжи диафрагмы по происхождению можно разделить на травматические и не травматические. В зависимости от наличия или отсутствия грыжевого мешка соответственно распределяются на истинными и ложными.
- Травматические грыжи практически всегда бывают ложными, потому что они возникают в результате разрыва диафрагмы.
- Среди нетравматических грыж диафрагмы выделяют ложные врожденные грыжи или дефекты диафрагмы. Остальные нетравматические грыжи диафрагмы являются истинными и могут быть разделены на грыжи слабых участков диафрагмы, грыжи атипичной локализации и грыжи естественных отверстий диафрагмы.

Лабораторные и инструментальные методы диагностики.

- При рентгеноскопии или графии выше диафрагмы определяется газовый пузырь желудка или петли кишечника в виде диффузного затемнения легочных полей с участками просветления или на фоне газа, гаустрацией.
- При контрастном исследовании желудочно-кишечного тракта контрастируемые органы находятся выше диафрагмы, а место их прохождения через диафрагму определяется как "симптом грыжевых ворот" "симптом обтекания".

Лечебная тактика и выбор метода лечения.

- Целью операции при диафрагмальной грыже является опущение перемещенных органов на свое анатомическое место и зашивание дефекта в диафрагме. Края дефекта в диафрагме сшиваются узелковыми толстыми шелковыми нитями с созданием дубликатуры.

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

- Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (hiatus hernia) являются распространенным заболеванием. Рентгенологически оно диагностируется в 5-10% больных при рентгеноскопии желудка по поводу "желудочных жалоб".
- Чаще болеют люди преклонного возраста. Больные, младше 40 лет составляют 19%. Скользящие или аксиальные грыжи пищеводного отверстия диафрагмы встречаются чаще всего и составляют 80-90% всех диафрагмальных грыж.

Классификация по Б.В. Петровским.

- Классификация грыж пищеводного отверстия диафрагмы.
- I. Скользящие (аксиальные) грыжи пищеводного отверстия.
- Без укорочения пищевода;
- С укорочением пищевода
- 1 - кардиальная
- 2 - кардиофундальная
- 3 - субтотальная желудочная
- 4 - тотальная желудочная
- II. Параэзофагеальные грыжи пищеводного отверстия.
- 1 - фундальная
- 2 - антральная
- 3 - кишечная
- 4 - кишечно-желудочная
- 1. 5 - сальниковая

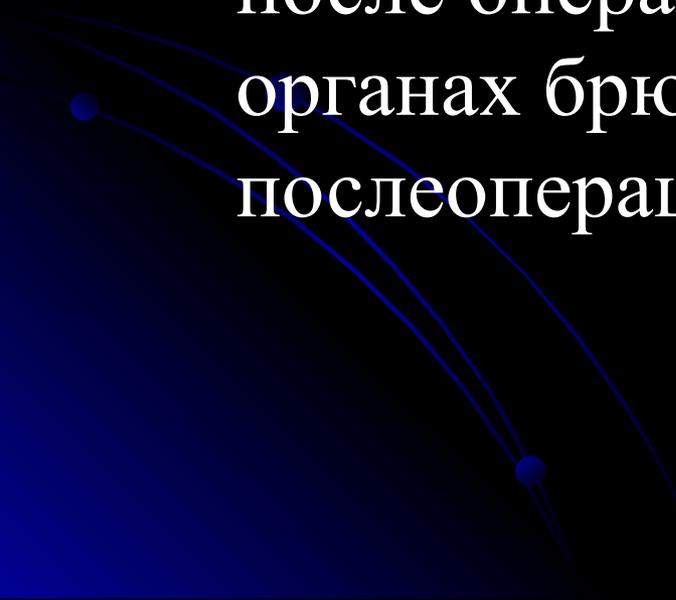
• Хирургический доступ может быть чрезплевральный или трахеоабдоминальный. Операция при скользящей грыже должна решать два вопроса: ликвидация самой грыжи и, в первую очередь, возобновление клапанной функции кардии. Основным этапом операции, который может быть выполнен как через живот так и через плевральную полость есть сшивание сзади пищевода друг к другу медиальных ножек диафрагмы. Такую операцию принято называть крурорафия. Ее выполняют только в сочетании с тем или другим вмешательством, специально направленным на возобновление клапанной функции кардии.

Для возобновления кардиального клапана выполняют эзофагофундорафию, то есть сшивание дна желудка с пищеводом, в результате чего возобновляется острый угол Гиса.

- В случаях, когда функция пищеводно-желудочного жома значительно нарушена, эзофагофундорафия неэффективна. Таким больным показанная операция создания вокруг пищевода вентильного клапана - фундопликация.
- Операцию фундопликацию следует дополнять пилоропластикой, потому что в результате сдавливания блуждающих нервов может развиваться пилороспазм.



Послеоперационные грыжи.

- Послеоперационные грыжи образуются после оперативных вмешательств на органах брюшной полости в области послеоперационного рубца.
- 

Классификация.

- По состоянию грыжевого содержимого: вправимые, частично невправимые, невправимые.
- 2. По размерам: малые - до 5 см, средние - от 6 до 15 см, большие - от 16 до 25 см, огромные - от 26 до 40 см, гигантские - более 40 см.
- 3. По локализации грыжевого выпячивания: верхнесерединные; среднесерединные; нижнесерединные; боковые.
- 4. По форме грыжевого выпячивания:
 - Однокамерные,
 - многокамерные.
- 5. По числу грыжевых выпячиваний:
 - Одиночные,
 - множественные.
- 6. По частоте и времени возникновения грыжи:
- 7. Первичные, рецидивы сопутствующих заболеваний:
 - Без сопутствующей патологии;
 - С сопутствующей патологией.
- 8. По степени нарушения работоспособности:
 - Без нарушения работоспособности;
 - С ограничением работоспособности;
 - С потерей работоспособности.

- Известны на сегодня более 200 методов пластики мышечно-апоневротических дефектов. Ни один из них не является абсолютно эффективным.
- 

Способы пластики грыж.

- 1 - апоневротическая;
- 2 – мышечно-апоневротическая;
- 3 - другие виды пластики (лоскутом кожи, фасции, аллопластика).

- Апоневротическая пластика предусматривает пластику грыжевых ворот по типу "полы пиджака" с помощью лоскутов, выкроенных из апоневроза. Мышечно-апоневротическая пластика включает в себя закрытие грыжевых ворот с использованием апоневроза и мышц. (Способ Сапежко, Вознесенского и другие).

Осложнение грыж.

Невправимость.

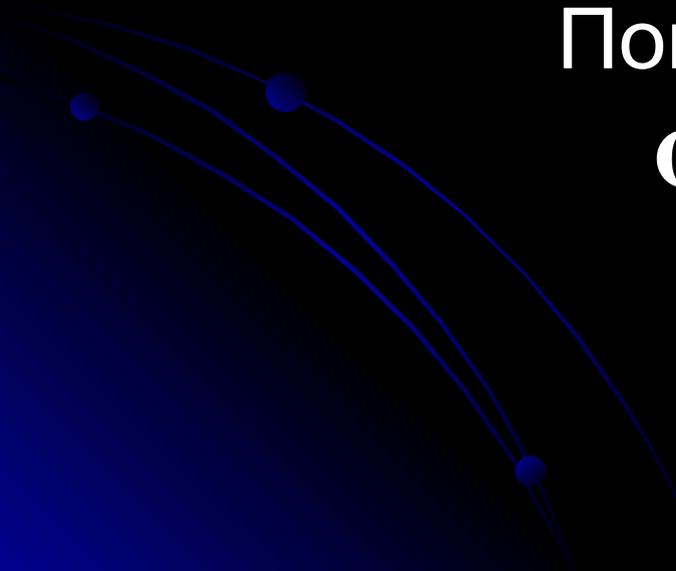
Ущемление грыжи

Воспаление грыжи

Копростаз

Повреждение грыжи

Опухоли грыжи



Ущемленные грыжи

- По патогенезу различают три формы ущемления: эластическое, каловое, смешанное. Наиболее частое эластическое ущемление (*in carceratio hernice elastica acuta*). Оно развивается в результате внезапного повышения внутрибрюшного давления, в результате которого грыжевые ворота излишне растягиваются, а после уменьшения внутрибрюшного давления - сокращаются и сдавливают органы, которые при повышенном давлении, вышли в грыжевой мешок. Ущемление преимущественно происходит при наполненном кишечнике. Факторами, которые способствуют эластическому ущемлению могут быть малые размеры ущемляющего кольца (малые грыжевые ворота), сниженная эластичность и податливость тканей грыжевых ворот, внедрения в грыжевой мешок каких-либо других органов. Обобщая причинные факторы можно сказать, что защемление предопределяется несоответствием объема выпавших внутренностей с размерами пропустившего их ущемляющего отверстия.

Каловое ущемление

- **Каловое ущемление (*incarceratio herniae stercoralis*)** наблюдается более редко, развивается медленно, особенно у больных преклонных лет, которые склонны к запорам. Это ущемление часто развивается при неврипавимих грыжах. Основным условием образования калового ущемления является накопление в кишечной петле значительного количества жидкого или твердого кала. При этом возникает или каловое ущемление по типу странгуляционной непроходимости без сдавливания или каловое ущемление по типу флексионной непроходимости от перегиба соответствующей части кишечной петли по отношению к излишне растянутому приводящему отделу.

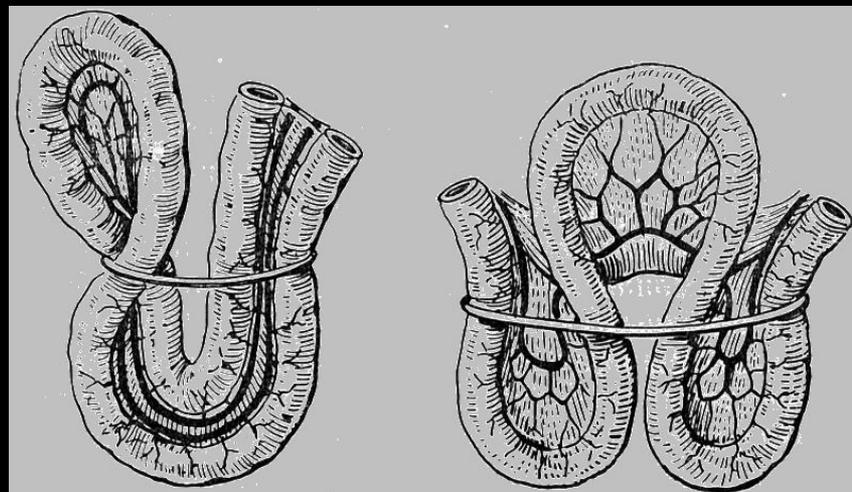
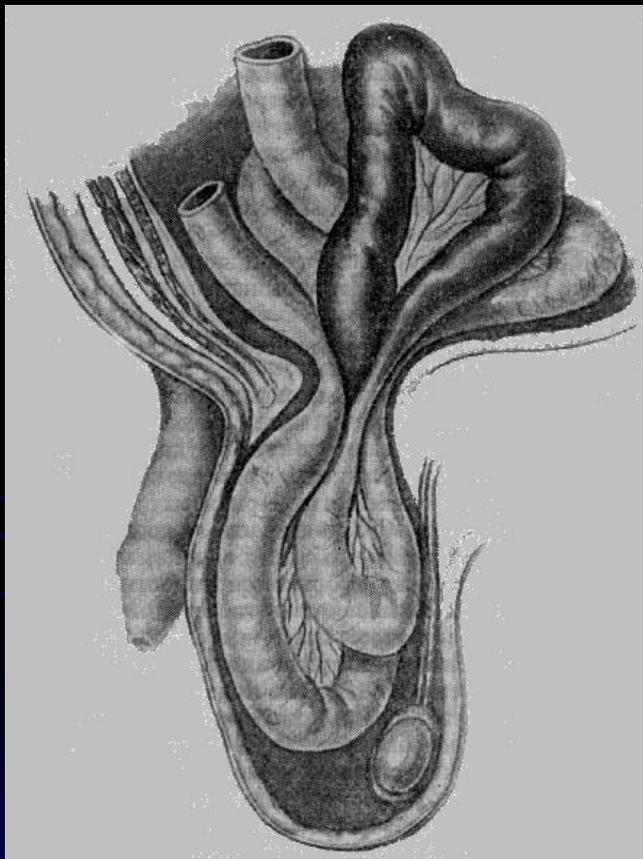
Смешанное ущемление

- **Смешанное ущемление. В случаях когда каловое уащемление своевременно не ликвидировано, оно может заканчиваться эластическим.**

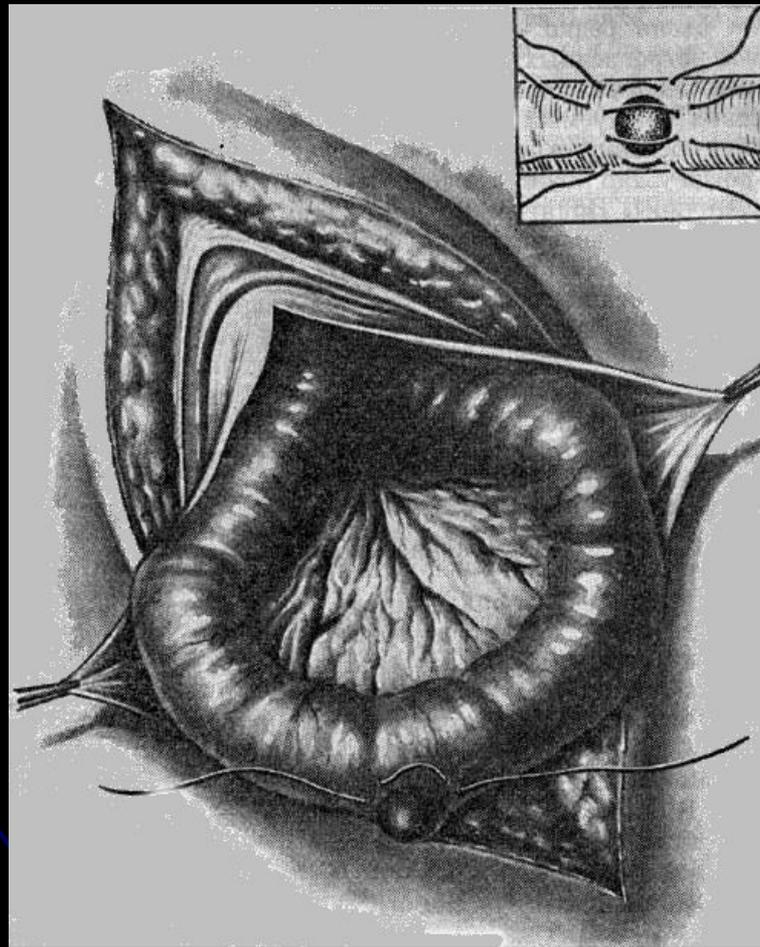
По формам ущемления выделяют ретроградное и пристеночное

- Ретроградное ущемление (*incarceratio retrograda*) такое ущемление, когда ущемлению подвергается не та часть петли, которая лежит в грыжевом мешке, а тот отдел, который находится в брюшной полости.
- Пристеночное ущемление такое, при котором в узкое ущемляющее кольцо внедряется и сдавливается не вся стенка кишки, а только небольшая часть преимущественно по свободному от брыжейки краю.

Ретроградное ущемление



Пристеночное ущемление



Классификация.

- *По патогенезу:*
- 1. Эластическое
- 2. Каловое
- 3. Смешанное
- *По клиническому течению:*
- 1. Острое
- 2. Хроническое
- *По формам ущемления:*
- 1. Ретроградное
- 2. Пристеночное

Перед вправлением следует в такой последовательности провести следующие манипуляции:

- 1. Подкожно ввести 1 мл 0,1% раствора атропина;
- 2. Опорожнить мочевой пузырь;
- 3. Зондом промыть желудок;
- 4. Поставить очистительную клизму;
- 5. Сделать теплую ванну.

Экстренная операция

- При ущемленной грыже первоочередным заданием хирурга является быстрое открытие грыжевого мешка и фиксация ущемленного органа. Последующий этап - освобождение ущемленного органа. Он реализуется рассечением ущемляющего кольца. Направление рассечения грыжевого кольца должно выбираться с учетом топографо-анатомических взаимоотношений его с окружающими сосудами, нервами и другими анатомическими образованиями.

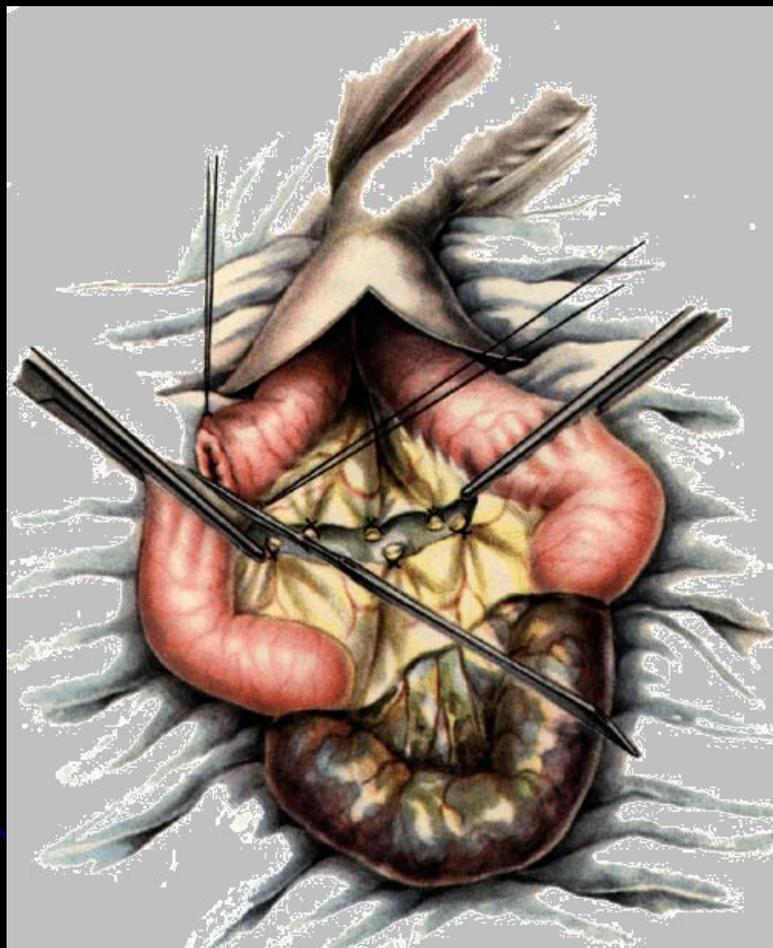
Рассечение ущемляющего кольца



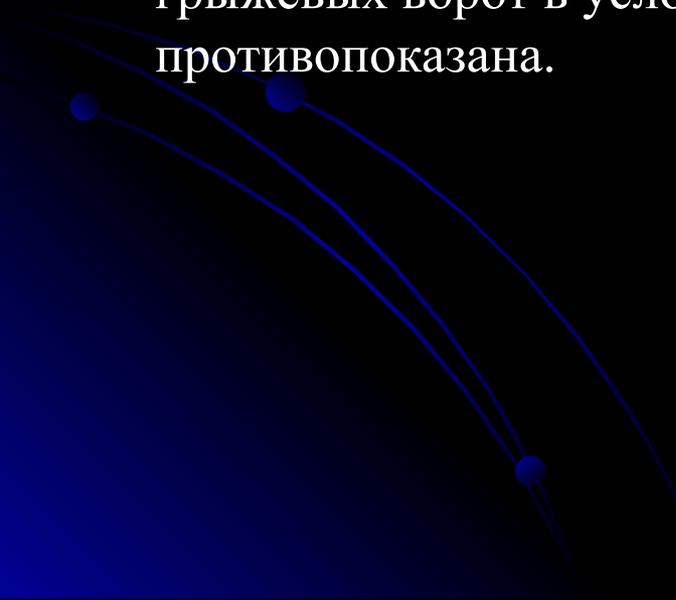
Следующий этап - оценка жизнеспособности ущемленного органа. Она определяется по таким признакам:

- 1. Возобновление обычного розового цвета серозной оболочки;
- 2. Возобновление перистальтики кишки;
- 3. Возобновление пульсации сосудов брыжейки, которые втянуты в странгуляцию.

Оценка жизнеспособности и резекция кишки



При флегмоне грыжевого мешка

- После лапаротомии подходят к ущемленному органу изнутри. Если ущемлена кишка, то выполняют резекцию кишки по приведенным выше правилам и накладывают анастомоз. После наложения анастомоза брюшную полость зашивают наглухо и переходят к операции в области грыжевого выпячивания. Рассекают кожу, подкожную жировую клетчатку, раскрывают дно грыжевого мешка, надсекают ущемляющее кольцо. На грыжевой мешок в области шейки, не выделяя его из окружающих тканей, накладывают кисетный шов. Операцию заканчивают дренированием полости грыжевого мешка. Пластика грыжевых ворот в условиях гнойной инфекции категорически противопоказана.
- 

Воспаление грыжи

- Воспаление грыжи (*inglanimatio herniae*) называется такое состояние, когда возникающий от разных причин воспалительный процесс распространяется на грыжевой мешок, его содержание, или на оба разом.
- Острое воспаление грыжи может быть разного происхождения:

Копростаз.

- Копростаз, каловый завал, закупорка грыжи (*obstructio herniae*) называют такое состояние, когда просвет кишечной петли в грыже закрывается каловыми массами с развитием нарушения проходимости кишки. Чаще наблюдается у лиц с ослабленной перистальтикой толстой кишки. Признаки кишечной непроходимости при копростазе развиваются медленно, грыжевое выпячивание увеличивается постепенно. Расстройства кровообращения в кишке как правило не развиваются.

- При копростазе помощь необходимо оказывать срочно. Рекомендуется проводить легкий массаж грыжевого выпячивания, накладывать слегка давящую повязку, применить холод на область грыжи, пузырь со льдом. Применяют также малые клизмы с гипертоническим раствором или глицерином или повторные сифонные клизмы.
- Слабительные средства полностью исключаются до тех пор, пока копростаз в грыже продолжается.

