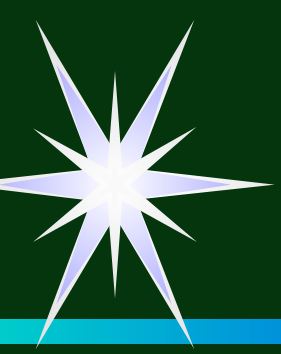
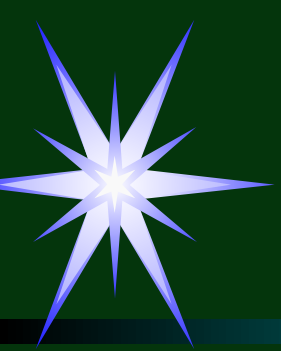


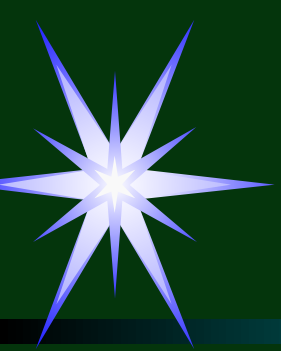
# Грыжи брюшной стенки



*Наружной грыжей живота* называется хирургическое заболевание, при котором через различные отверстия в мышечно-апоневротическом слое передней или задней брюшной стенки и тазового дна происходит выпячивание внутренностей вместе с пристеночным листком брюшины при целостности кожных покровов.



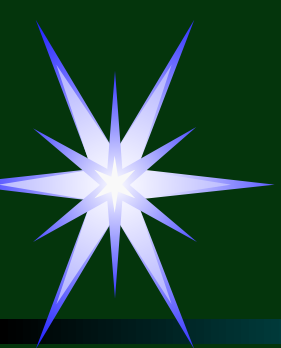
Упоминание о грыжах встречается в работах Гиппократ (V век до н.э.), Галена (I век до н.э.), Цельса (I век до н.э.) и др авторов. В частности Цельс дал классическое определение грыжи как выпячивания внутренностей через приобретенные и врожденные "ворота", назвав ее hernia. Оперативные пособия того периода были примитивны и калечащи. При паховых грыжах, например, производилось иссечение грыжевого мешка вместе с яичком, перевязка грыжевого мешка вместе с семенным канатиком, рассечение ущемляющего кольца (келотомия) суживание грыжевого отверстия после вправления внутренностей в брюшную полость путем прижигания каленым железом. Операции подобного рода нередко заканчивались трагически для пациентов.



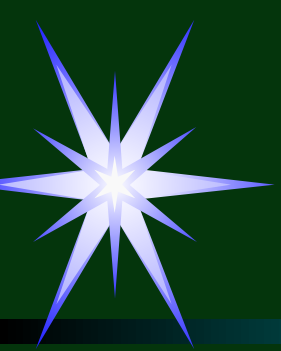
В средние века лечением грыж занимались преимущественно цирюльники, а также так называемые "кильные лекари" или "грыжесеки". Разумеется очень высокой оставалась летальность после операций проведенных такого рода шарлатанами.

Прогресс в хирургии в России и других странах связан с появлением методов обезболивания и внедрением асептики и антисептики.

Одними из первых занимались изучением анатомических взаимоотношений паховых и бедренных грыж А.Коoper(1804),Ф.Hesselbach (1816),С.Langenbeck (1821), П. Заболоцкий (1855).



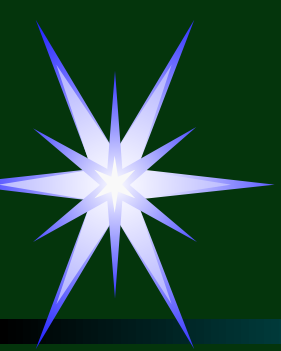
Наружной грыжей живота называется хирургическое заболевание, при котором через различные отверстия ("слабые места") в мышечно-апоневротическом слое передней или задней брюшной стенки и тазового дна происходит выпячивание внутренностей вместе с пристеночным листком брюшины при целостности кожных покровов. "Слабыми местами" могут быть естественные анатомические образования, например пупочное кольцо, бедренное кольцо, треугольник Пети, промежутки Грюнфельда-Лесгафта и др., "слабые места" могут возникать вследствие травм, операций и различных заболеваний. Внутренними называют такие грыжи живота, которые образуются внутри брюшной полости в карманах и складках или проникают в грудную полость через естественные или приобретенные отверстия и щели диафрагмы.



К понятию "грыжа" приближаются понятия "эвентрация" и "выпадение".

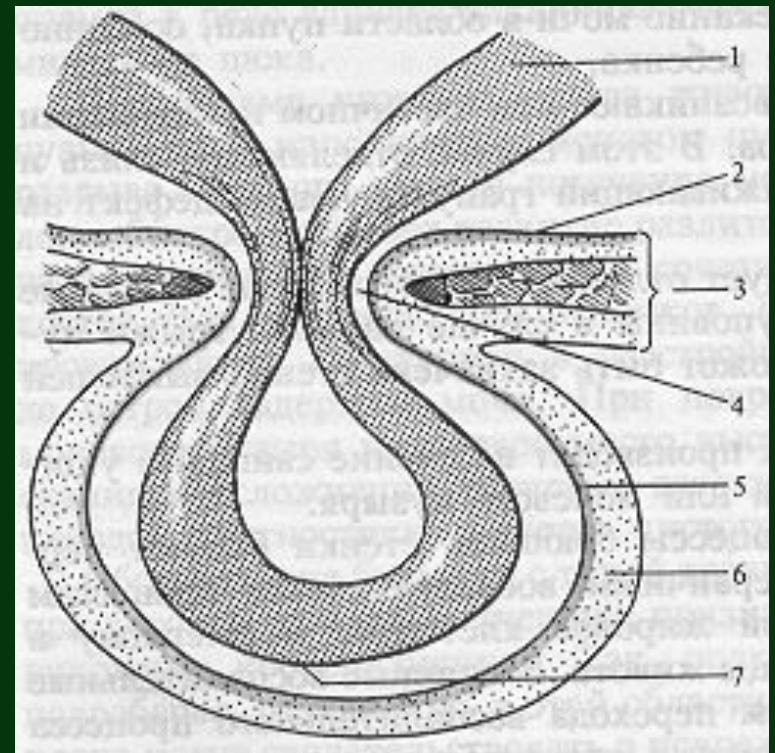
Эвентрация - остро развивающийся дефект в брюшине и мышечно-апоневротическом слое передней брюшной стенки, в результате образования которого создаются условия для разгерметизации брюшной полости и выхода внутренностей за ее пределы. Эвентрации бывают врожденными, травматическими и послеоперационными.

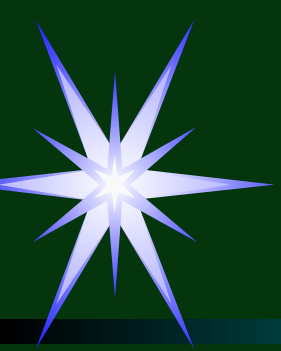
Выпадение (prolapsus)- состояние при котором происходит выпячивание органа или части его, не покрытой брюшиной, например выпадение матки через влагалище. Основным отличием грыжи от эвентрации и выпадения является наличие грыжевого мешка.



Грыжа состоит из следующих элементов:

- грыжевой мешок;
- грыжевые ворота;
- грыжевое содержимое.

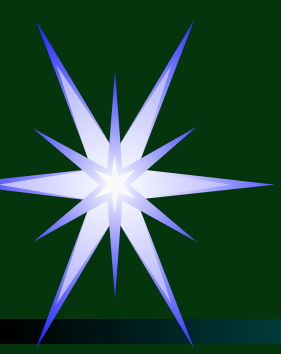




Грыжевые ворота- врожденное или приобретенное отверстие в мышечно-апоневротическом слое брюшной стенки, через которое под влиянием различных причин происходит выпячивание париетальной брюшины и внутренностей живота.

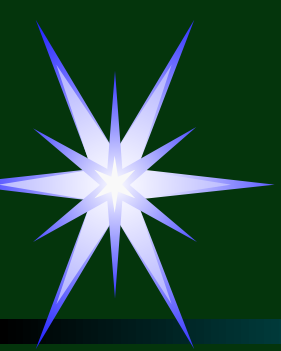
Форма грыжевых ворот может быть овальной, круглой щелевидной



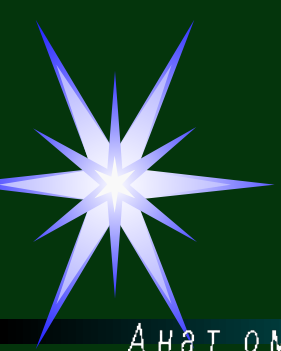


# Левосторонняя косая паховая грыжа (общий вид)





Грыжевой мешок-часть париетальной брюшины, вышедшая через грыжевые ворота. Различают шейку, тело и верхушку грыжевого мешка, обычно имеющего овальную или грушевидную форму. Шейкой грыжевого мешка является его проксимальный отдел, находящийся в грыжевых воротах. Тело - наиболее широкая часть, располагающаяся непосредственно под кожей. Верхушкой называют дистальную часть мешка. Грыжевой мешок бывает однокамерным или многокамерным. К его стенкам могут припаиваться внутренние органы. Наружная стенка грыжевого мешка рыхло связана с окружающими тканями (подкожная клетчатка, оболочки семенного канатика и т.д.), поэтому при вправлении грыжевого содержимого в брюшную полость мешок остается на месте.



## К л а с с и ф и к а ц и я г р ы ж

### *Анатомическая:*

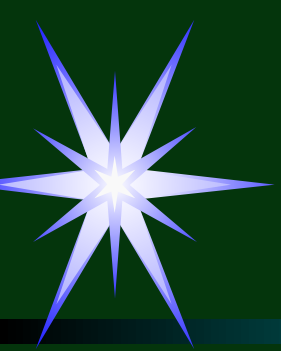
- паховая грыжа;
- бедренная грыжа;
- пупочная грыжа;
- грыжа белой линии живота;
- грыжа спигелиевой линии;
- поясничные грыжи;
- седалищные грыжи;
- промежностные грыжи;
- диафрагмальные грыжи;

### *Этиологическая:*

- врожденные грыжи;
- приобретенные грыжи;
- рецидивная грыжа

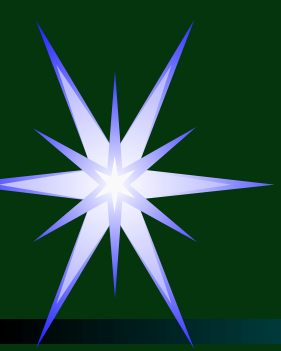
### *Клиническая:*

- вправимая грыжа;
- невправимая грыжа;
- ущемленная грыжа;



## Клиническая классификация грыж живота

- 1) вправимая (*hernia reponibilis*);
  - 2) невправимая (*hernia irreponibilis s. acereta*);
  - 3) ущемленная (*hernia incarcerata*):
    - ущемление эластическое;
    - ущемление каловое;
    - ущемление пристеночное (Рихтеровское);
    - ущемление ретроградное (грыжа Майдля (*hernia M aydl*));
- ущемление Меккелева дивертикула (грыжа Литтре (*hernia Littre*)).



## К л а с с и ф и к а ц и я п а х о в ы х г р ы ж

### 1) К о с ы е:

Грыжевой мешок располагается в паховом канале среди элементов семенного канатика

- врожденные (грыжевой мешок представляет собой незаращенный влагалищный отросток брюшины. Появиться она может в любом возрасте, но сразу после появления становится пахово-мошоночной)
- приобретенные

### 1) П р я м ы е

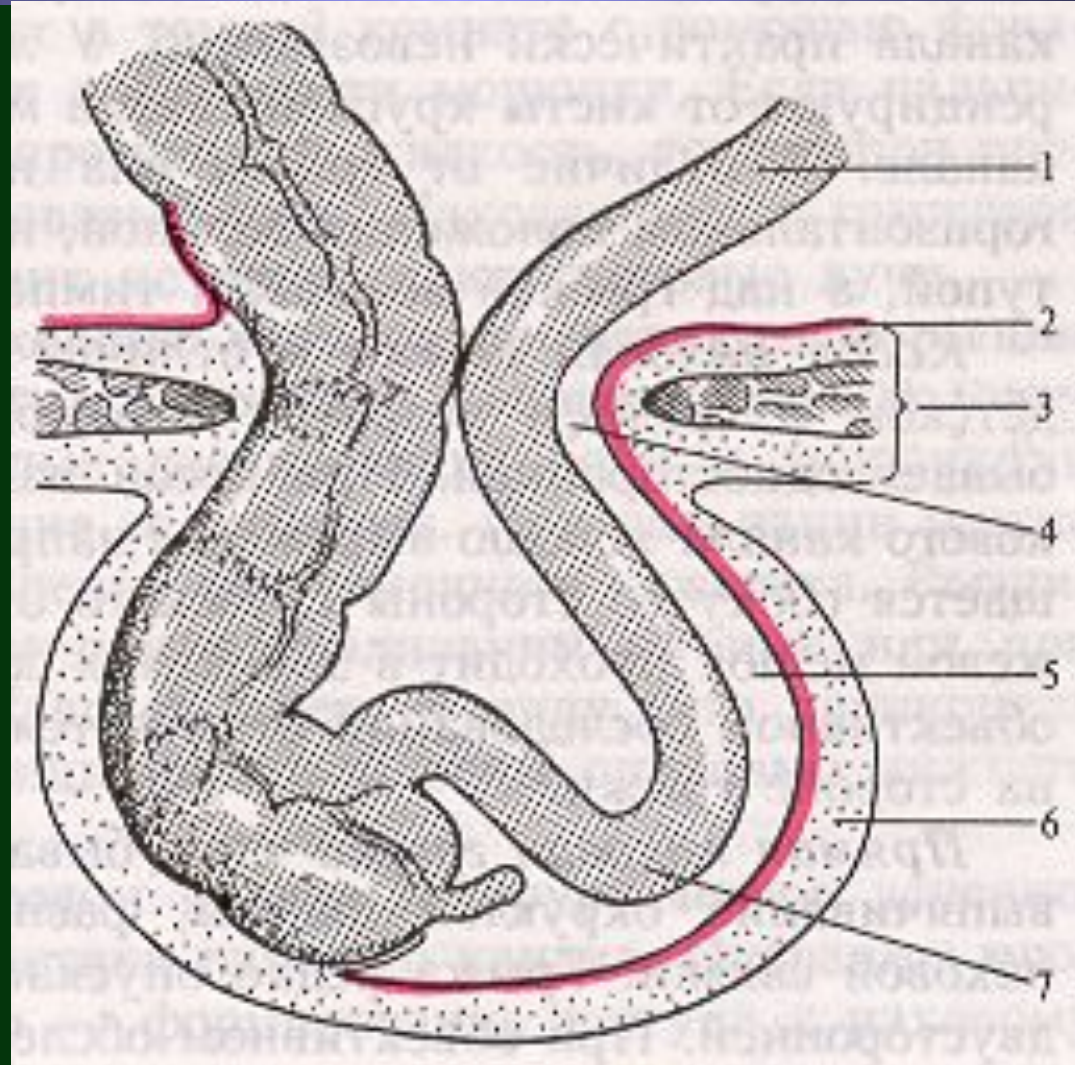
Грыжевой мешок располагается кнутри от семенного канатика

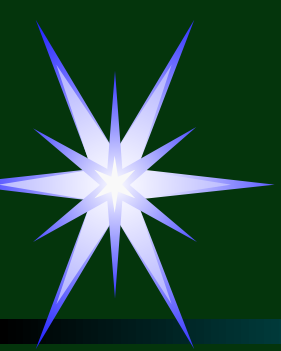
### 3) К о м б и н и р о в а н н ы е

### 4) С о ч е т а н н ы е

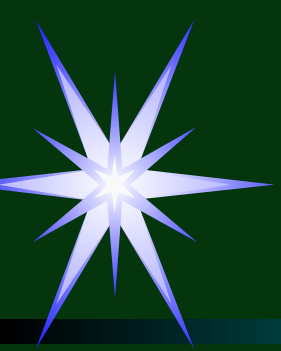


# Скользящая грыжа

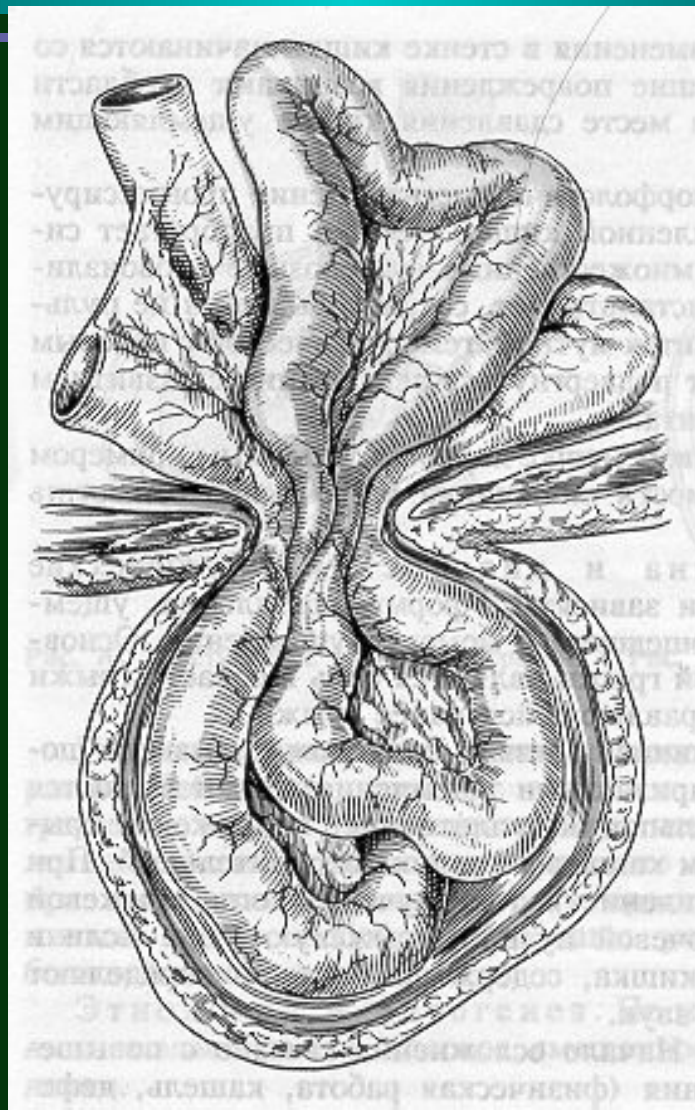




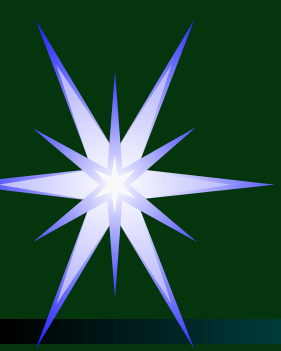
Важнейшей клинической формой грыж живота является ущемленная грыжа, требующая немедленного оперативного вмешательства. Суть ущемления состоит в том, что органы, вышедшие в грыжевой мешок, подвергается сдавлению в области его шейки. При этом развиваются расстройства крово- и лимфообращения и существует реальная угроза омертвления ущемленных органов. Ущемление содержимого грыжевого мешка может иметь различный механизм. Чаще всего при внезапном повышении внутрибрюшного давления происходит кратковременное увеличение грыжевых ворот, в результате чего в грыжевой мешок выходит больше чем обычно внутренностей. Затем грыжевые ворота сокращаются до обычных размеров и внутренности не успевают вернуться в брюшную полость. Такое ущемление называют эластическим. Другой вид ущемления- каловое наблюдается в основном у пожилых людей. В петле кишки, попавшей в грыжевой мешок, постепенно скапливается все больше содержимого, которым в конце концов сдавливается отводящая петля кишки с питающими ее сосудами. Каловое ущемление развивается менее остро, чем эластическое.



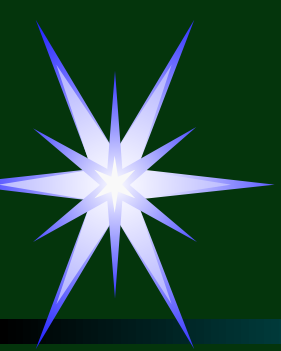
# Ретроградное ущемление



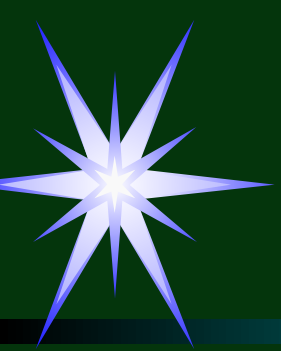




При сдавлении сосудов брызжейки в ущемленных петлях вначале развивается отек. Явления венозного застоя и экссудации приводит к скоплению в полости грыжевого мешка прозрачной жидкости, которая приобретает геморрагический характер. Некротические изменения в ущемленной петле кишки сопровождаются проникновением бактерий через кишечную стенку и инфицированием "грыжевой воды". она мутнеет приобретает специфический каловый запах. Если такому больному вовремя не оказать помощь, может наступить летальный исход вследствие кишечной непроходимости и перитонита или, что бывает значительно реже, гнойно-некротический процесс в грыжевом мешке распространяется на другие ткани, вовлекая подкожную клетчатку и кожу. В этом случае формируется флегмона грыжевого мешка, а после ее вскрытия кишечный свищ.

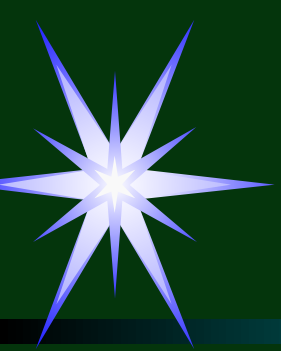


Очень важным обстоятельством, которое может привести к трагической ошибке при определении степени жизнеспособности ущемленной в грыжевом мешке стенки кишки, является то, что некротические изменения в ней начинаются со стороны слизистой оболочки, в то время как брюшинный покров кишки остается еще неизменным. В этих случаях ослабление перистальтики ущемленной кишки, отсутствие пульсации сосудов, наличие темных пятен на ее серозной оболочке должны насторожить хирурга и вызвать у него сомнения в жизнеспособности ущемленного отрезка кишки.



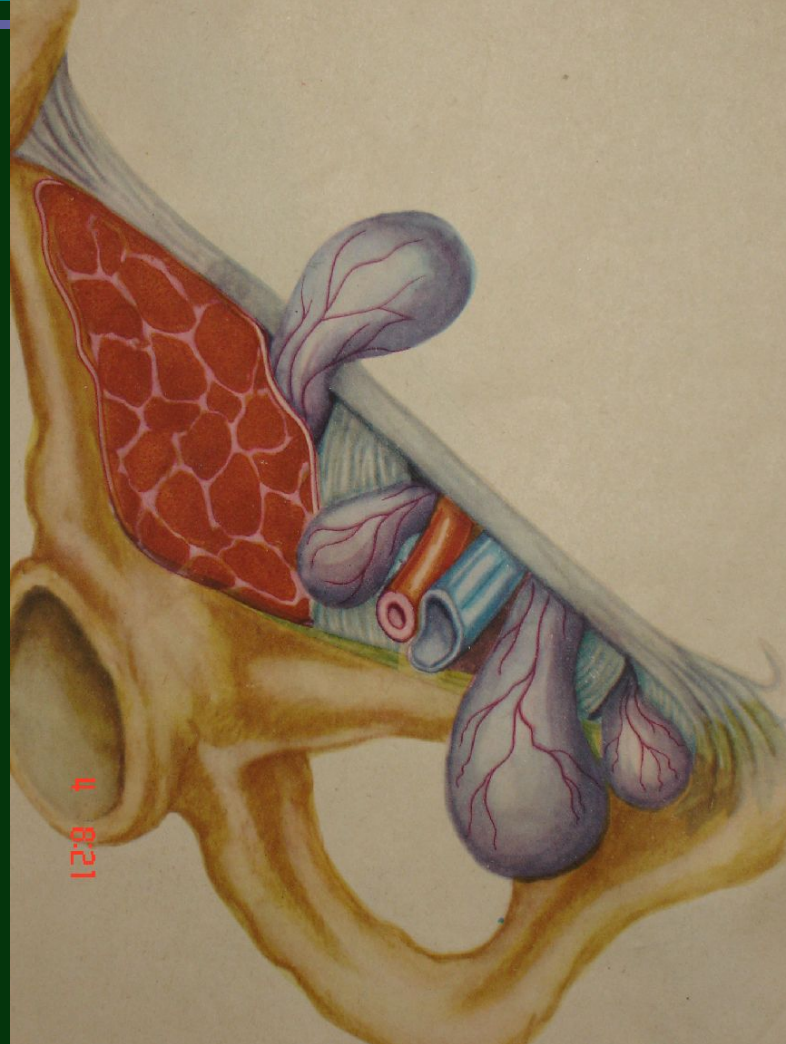
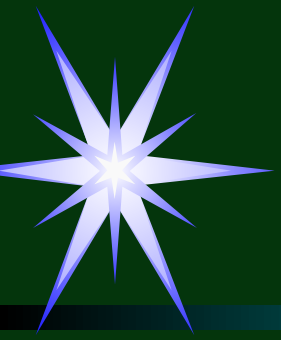
Атипичными формами ущемления являются пристеночное (рихтеровское), ретроградное и грыжа Литтре. При пристеночном ущемлении в грыжевой мешок попадает не вся петля кишки а лишь часть ее стенки по противобрызжеечному краю. При ретроградном ущемлении ущемляется не только брызжейка находящейся в грыжевом мешке, но, что особенно, брызжейка кишки, находящейся в брюшной полости.

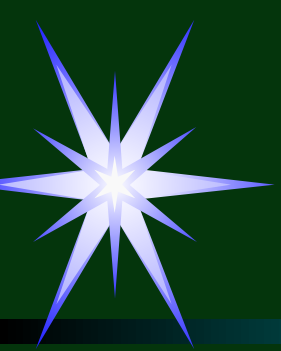
Ущемление меккелева дивертикула носит название грыжи Литтре



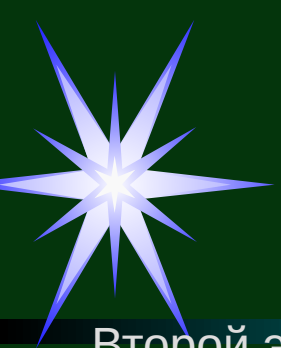
## ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ (ущемленная грыжа)

- 1 выделение грыжевого мешка, его вскрытие
- 2 рассечения ущемляющего кольца, осмотр и оценка жизнеспособности органов
- 3 пластика грыжевых ворот

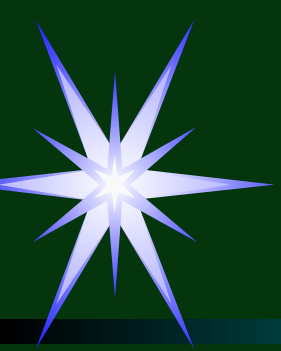




Первый этап - доступ к паховому каналу. Разрез кожи производят параллельно паховой связке и медиальнее ее на 2 см, от передневерхней подвздошной ости до симфиза. После рассечения кожи и подкожной клетчатки осуществляют тщательный гемостаз. Апоневроз наружной косой мышцы живота полностью освобождается от жировой ткани. Затем через наружное отверстие пахового канала вводят зонд Кохера, по которому рассекают переднюю стенку пахового канала. Образовавшиеся лоскуты апоневроза захватывают зажимами и с помощью тупфера отделяют от подлежащих тканей: верхний лоскут - от внутренней косой мышцы живота, а наружный - от семенного канатика, обнажая при этом желоб паховой связки до лонного бугорка.



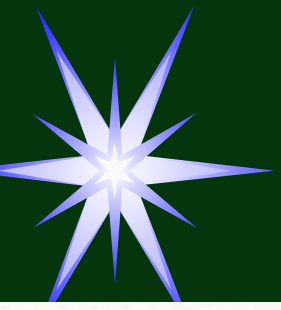
Второй этап - выделение из окружающих тканей и удаление грыжевого мешка. При прямой паховой грыже семенной канатик берут на держалку и отводят в латеральную сторону. Грыжевой мешок располагается медиальнее от него, покрыт поперечной фасцией и тонким слоем предбрюшинной клетчатки. При косой грыже вначале расслаивают оболочку семенного канатика, и среди его элементов обнаруживается грыжевой мешок. Для облегчения поисков грыжевого мешка просят больного натужиться или покашлять. Мешок при этом за счет выхождения органов хорошо контурируется. Взяв стенку грыжевого мешка на зажимы Бильрота, начинают выделять его из окружающих тканей. При прямой грыже выделение производят легко и быстро, тогда как при косой отделение элементов требует осторожно и бережного отношения к тканям. В этом случае лучше всего воспользоваться гидравлической препаровкой, вводя новокаин между стенкой грыжевого мешка и грыжевыми оболочками. Выделение грыжевого мешка должно быть полным. После рассечения грыжевого мешка органы, находящиеся в нем, вправляют в брюшную полость. Прошивают и перевязывают шейку мешка



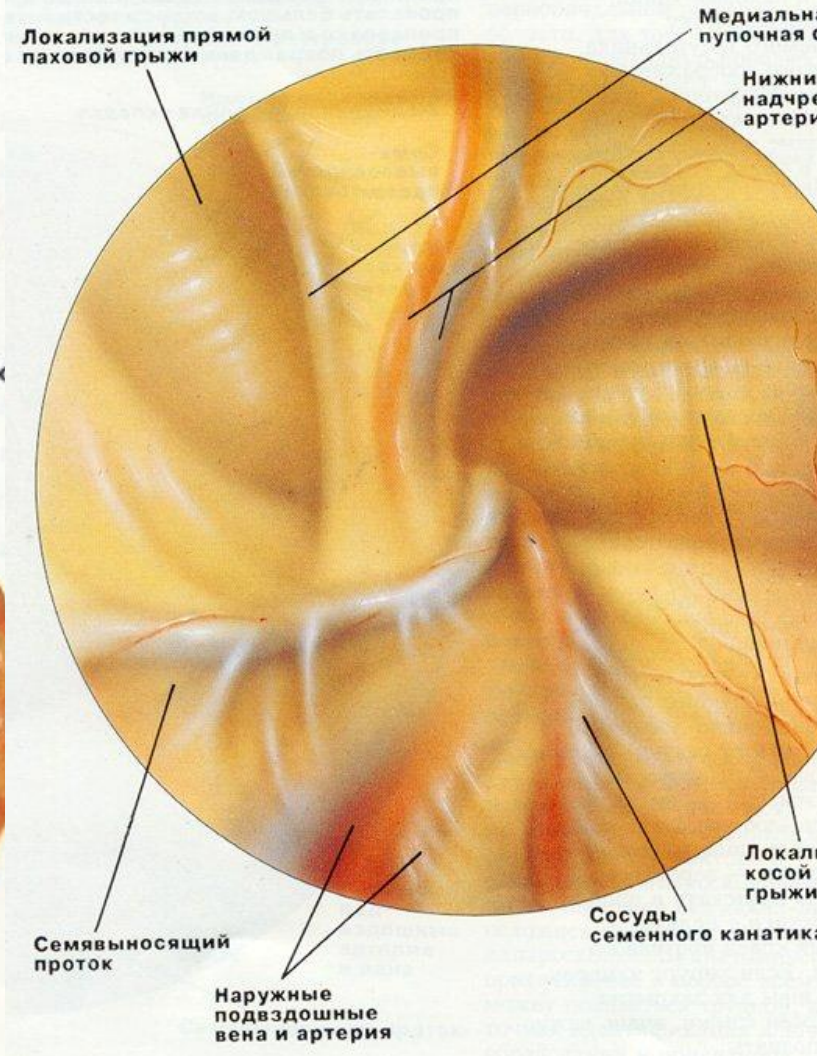
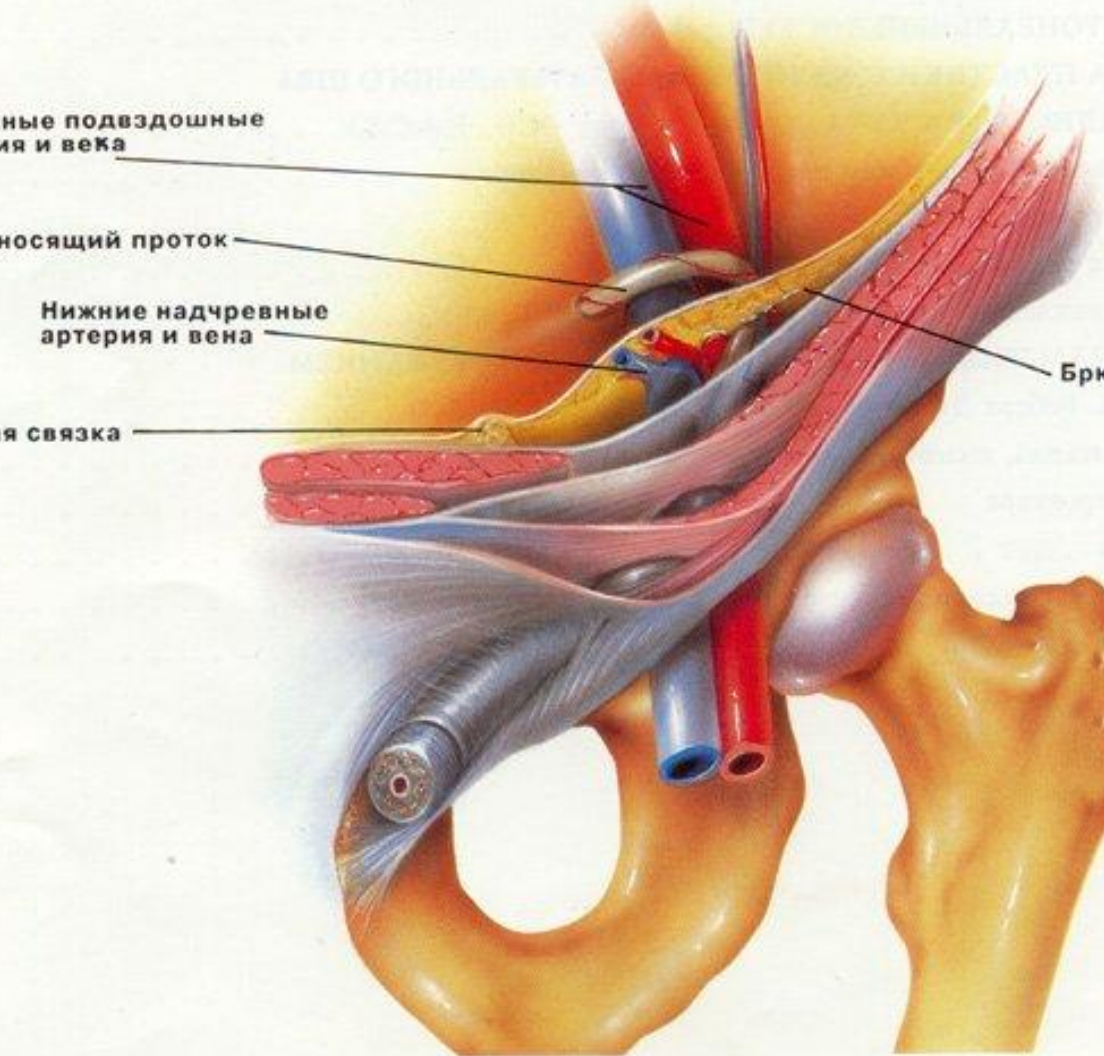
Третий этап - ушивание пахового отверстия до нормальных размеров.

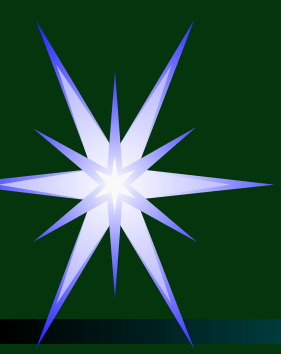
Четвертый этап пластика пахового канала.



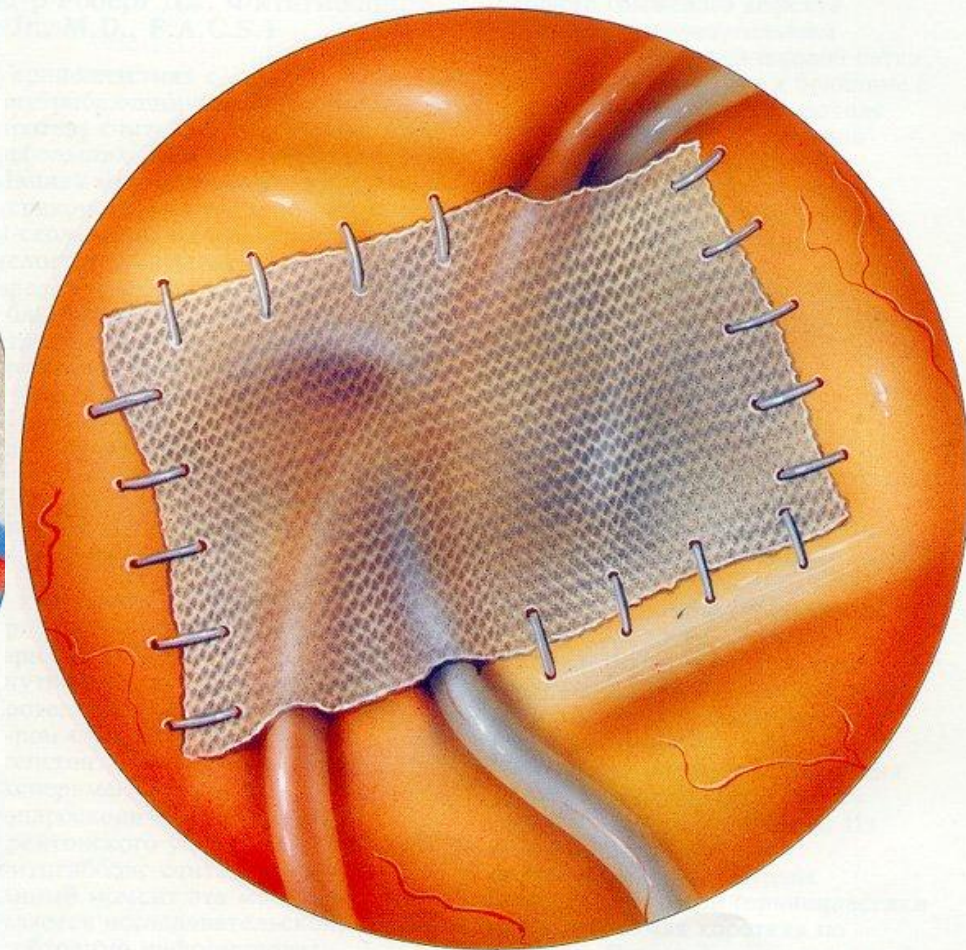
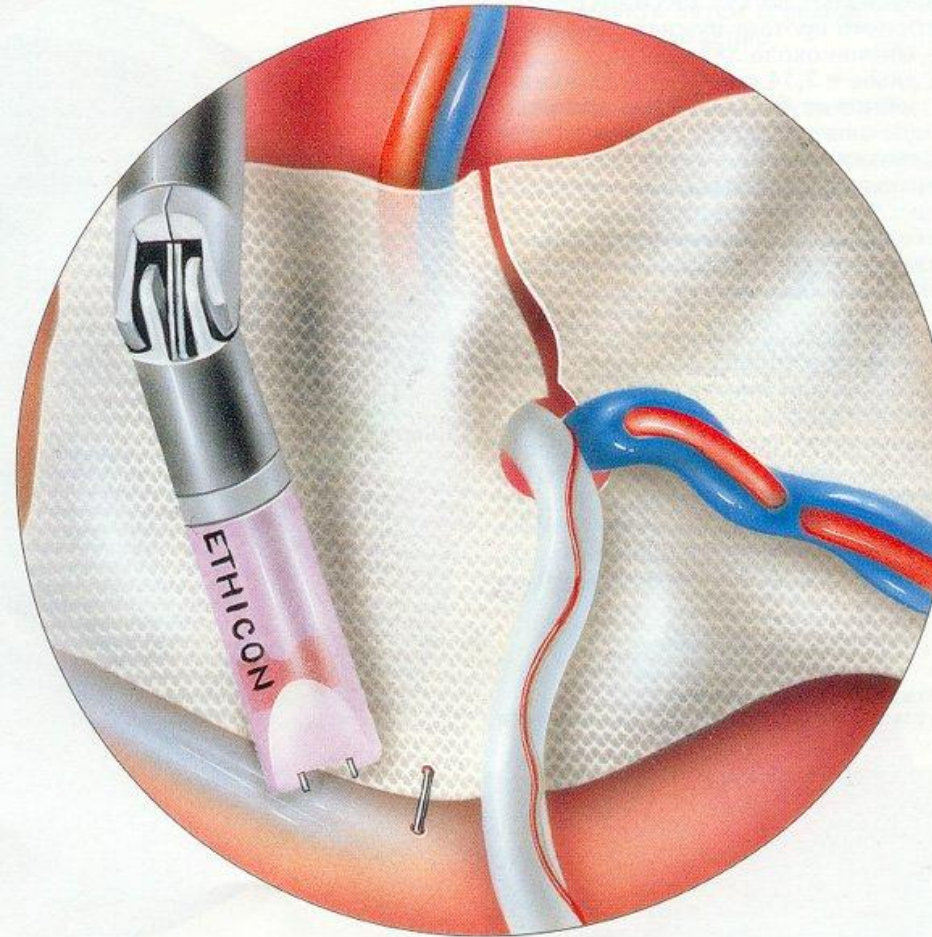


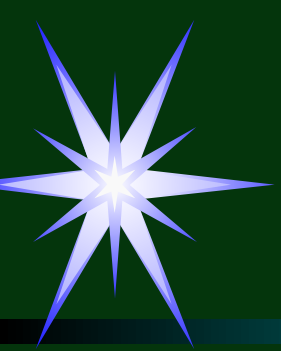
# Лапароскопическая Лапароскопическая герниопластика



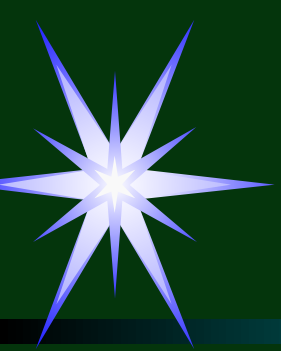


# Лапароскопическая Лапароскопическая герниопластика

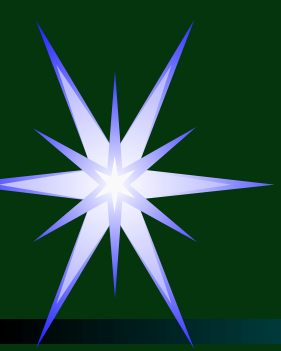




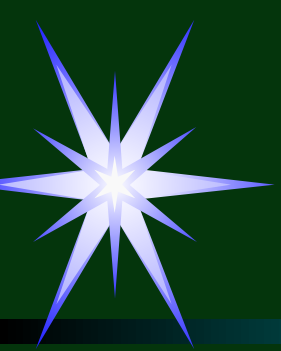
Клиническая картина ущемленных грыж хорошо изучена и довольно типична. Правильно собранный анамнез и детальный осмотр больного в большинстве случаев позволяют поставить правильный диагноз. Основными симптомами ущемления паховой грыжи являются внезапно возникшая боль в паховой области и появление симптома невправимости грыжи. Характер боли различный. Иногда она умеренная и больные довольно легко переносят ее, но нередко боли достигают большой силы, даже сопровождаются обмороком и шокоподобным состоянием. Ранним симптомом является рвота, которая вначале носит рефлексорный характер, а затем если ущемлена кишка и нарастают явления кишечной непроходимости, становится многократной, неукротимой. Рвотные массы приобретают зловонный запах.



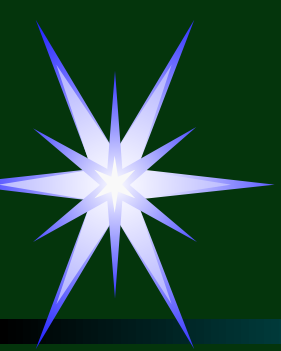
Ущемление паховой грыжи обычно происходит в наружном отверстии пахового канала, и при осмотре больного именно здесь хирург видит, а затем ощупывает невправимое, напряженное, резко болезненное выпячивание. При его перкуссии определяется притупление, если в грыжевом мешке содержится жидкость и сальник, или тимпанит, если в мешке находится раздутая кишечная петля. Ущемление во внутреннем кольце пахового канала встречается редко и обычно носит характер пристеночного (рихтеровского). Вследствии этого нельзя ограничиться обычной пальпацией только наружных грыжевых ворот и при отсутствии грыжевого выпячивания исключить диагноз ущемленной грыжи. У мужчин для диагностики ущемления во внутреннем отверстии необходимо провести пальцевое исследование пахового канала. Постоянен симптом Барышникова, который заключается в возникновении или усилении острой, режущей боли в области во время поднятия вытянутой ноги на стороне ущемления. Появление этого симптома объясняется сокращением сухожилий и мышц, окружающих грыжевые ворота, которые максимально суживаются и еще более сдавливают ущемленную кишку, обуславливая появление или усиление болей.



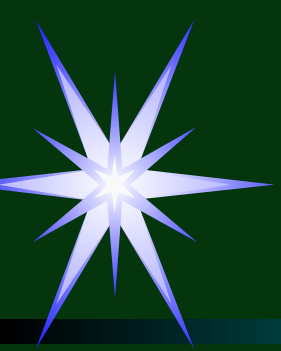
Ущемление кишечной петли в грыжевых воротах - одна из форм странгуляционной кишечной непроходимости. Вследствии этого наряду с болями в области грыжевого выпячивания нередко наблюдается схваткообразные боли в животе, его асимметрия, усиление кишечной перистальтики ( с "металлическим оттенком") и шум падающей капли (симптом Спасокукоцкого), симптомы шума плеска (Склярлова) и Обуховской больницы, симптом Валя. Общее состояние больных в первые 1-2 часа после ущемления остается относительно удовлетворительным, затем оно, особенно если ущемлена кишка, быстро ухудшается. Нарастает интоксикация, заостряются черты лица, которое выражает страх и беспокойство. Становятся более отчетливыми проявления кишечной непроходимости и перитонита.



Ущемленная грыжа подлежит немедленному оперативному вмешательству. Единственным противопоказанием к операции является агональное состояние больного. Насильственное вправление ущемленной грыжи недопустимо, так как может вызвать кровоизлияние в мягкие ткани, стенку кишки и брызжейку, тромбоз сосудов, отрыв брызжейки, перфорацию кишки. Кроме того подобная попытка может привести к мнимому вправлению грыжи. Лишь в исключительных случаях, когда больной категорически отказывается от операции или имеются такие заболевания как свежий инфаркт миокарда, нарушению мозгового кровообращения, а с момента ущемления прошло не более 1- 1,5 часов, допустимо применение некоторых консервативных мер :1) введение подкожно 1 мл 0,1 % раствора атропина; опорожнение мочевого пузыря;3)теплая очистительная клизма;4)обкалывание тканей вблизи грыжевых ворот 0,25 % раствором новокаина;5) приподнимание таза.



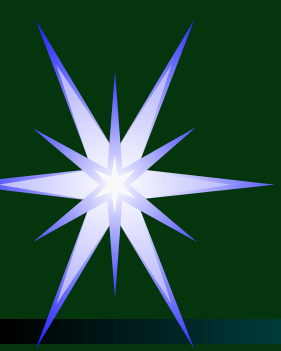
Дифференциальную диагностику следует проводить с невправимой грыжей, паховым лимфаденитом и метастазами опухоли в паховые лимфатические узлы. При невправимой, длительно существующей грыже боли являются частым симптомом, и этим объясняются некоторые трудности при постановке диагноза ущемления. Однако симптомокомплекс кишечной непроходимости отсутствует, состояние больного вполне удовлетворительное, грыжевое выпячивание не напряжено, мягкоэластической консистенции. При малейшем сомнении необходимо считать грыжу ущемленной и оперировать больного в экстренном порядке.



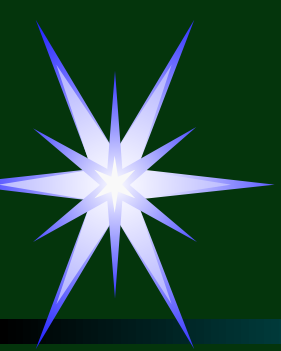
При паховом лимфадените воспаленные, болезненные узлы малоподвижны, имеют четкие границы, кожные покровы над ними гиперемированы, клинические признаки развиваются постепенно, более длительно. Симптомы кишечной непроходимости отсутствуют. При тщательном, систематическом исследовании больного обычно удается обнаружить воспалительный очаг - входные ворота инфекции.

При метастазах опухолей в паховые лимфатические узлы они имеют плотную консистенцию и почти безболезненны. Правильная оценка анамнестических данных, кахексия и обнаружение первичной опухоли позволяют избежать диагностической ошибки.

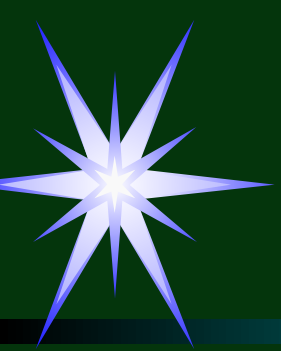




Наиболее важным этапом при ущемленной грыже является выделение грыжевого мешка, его вскрытие, а затем, после рассечения ущемляющего кольца, осмотр и оценка жизнеспособности органов. Ущемленные отделы сальника следует резецировать во всех случаях. Что же касается определения жизнеспособности кишечной стенки, то правильность решения этого вопроса во многом от опыта квалификации хирурга. Основными критериями при определении степени жизнеспособности тонкой кишки являются :1) восстановление нормального розового цвета;2) отсутствие странгуляционной борозды и темных пятен, просвечивающих сквозь серозную оболочку;3) сохранение пульсации сосудов брызжейки;4) наличие перистальтики. Если все указанные признаки налицо то кишка может быть признана жизнеспособной и погружена в брюшную полость



При малейшем сомнении нужно провести резекцию кишки. Бесспорными признаками нежизнеспособности кишки служат ее темная окраска, тусклая серозная оболочка, дряблая утолщенная стенка, отсутствие перистальтики и пульсации сосудов брызжейки. Доказано, что отвидимой границы некроза нужно резецировать не менее 30-40 см приводящего отрезка кишки и 15-20 см отводящего



При флегмоне грыжевого мешка проводится операция Замтера, которая начинается со среднесрединной лапоротомии. Производят резекцию участка кишечника находящегося в грыжевом мешке, между отводящей и приводящей петлями накладывается анастомоз. Лапоротомная рана ушивается наглухо.

Затем разрезом над грыжевой "опухолью" рассекают кожу, клетчатку, грыжевой мешок. Удаляют гнойный экссудат. Очень осторожно надсекают грыжевые ворота, ровно настолоко, чтобы можно было извлечь и удалить ущемленную петлю и слепые концы кишки, оставленные в брюшной полости.

Выделение грыжевого мешка из окружающих тканей не производят.