

An intraoperative photograph showing a surgical procedure on a diaphragmatic hernia. The surgical field is illuminated, and various organs and structures are visible. Surgical instruments, including forceps and a retractor, are being used to manipulate the tissue. The text is overlaid in red on the image.

Грыжи живота. Осложненные
грыжи.
Диагностика и Хирургическая
тактика.
Диафрагмальные грыжи

Подготовил Жуйков Игорь Витальевич
МГМСУ им.А.И.Евдокимова Лечебный факультет
6 курс 6 группа 6 мая 2015

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

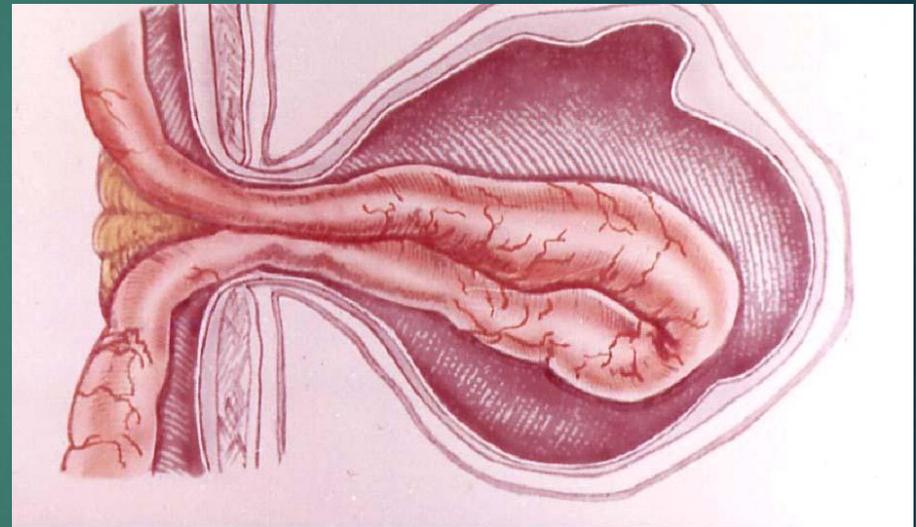
- ▶ По происхождению бывают врожденные и приобретенные грыжи.
- ▶ По размещению грыж относительно брюшной стенки разделяют на наружные и внутренние.
- ▶ По месту возникновения или топографии выделяют грыжи паховые, бедренные, седалищные, промежностные, пупочные, околопупочные, белой линии живота, спигелевой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

- В зависимости от патогенеза приобретенные грыжи делятся на травматические и дистрофичные 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.

Наружные грыжи

Наружные грыжи

образуются в анатомически слабых местах брюшной стенки, где проходят крупные сосуды, соединения мышц, участки неполноценных апоневротических образований, потерявших свою прочность после операций, травм или нагноительных процессов.



К наружным грыжам

относят:

- ▶ паховые
- ▶ бедренные
- ▶ пупочные
- ▶ белой линии живота
- ▶ боковые
- ▶ мечевидного отростка
- ▶ поясничные
- ▶ седалищные
- ▶ запираательные
- ▶ промежностные

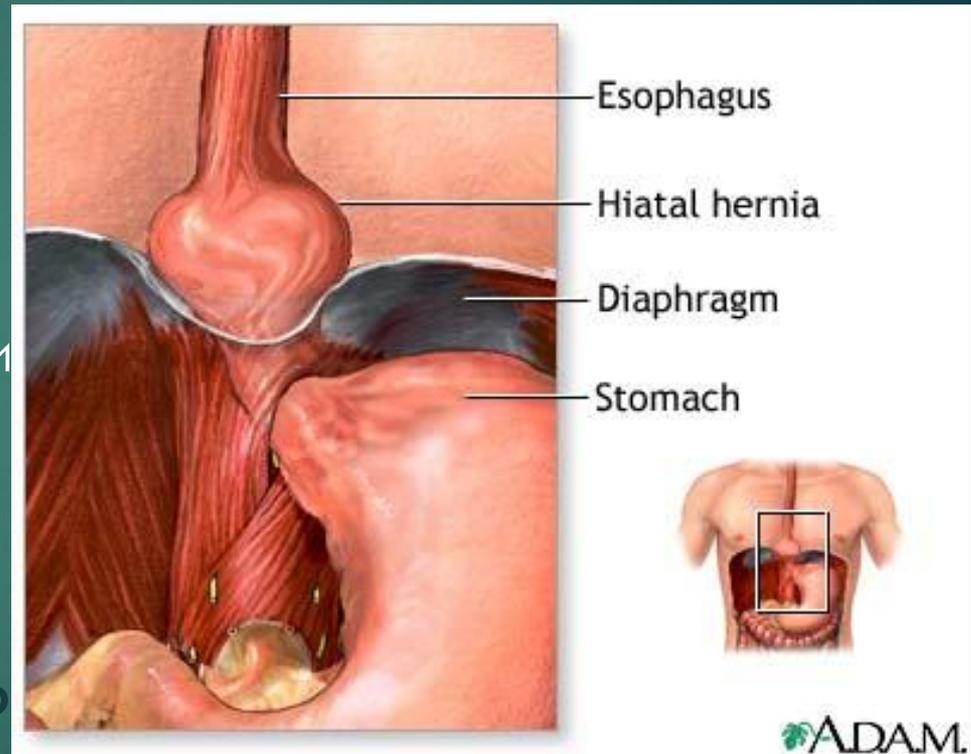
Внутренние грыжи

Внутренние грыжи

образуются в области имеющих естественных складок брюшины после операций, травм, воспалений.

Они могут быть в области диафрагмы (диафрагмальные) и межкишечные.

Грыжи состоят из *грыжевых ворот, грыжевого мешка и его содержимого.*



Грыжевые ворота – это место в мышечно-апоневротическом слое брюшной стенки, через которые внутренние органы выходят из брюшной стенки.

Грыжевой мешок образован париетальной брюшиной, вышедшей через грыжевые ворота. Иногда стенку грыжевого мешка может составить орган, частично покрытый брюшиной (мочевой пузырь, почка, слепая кишка и пр.). Такие грыжи называют **скользящими**.

Грыжевым содержимым называют внутренние органы, входящие в грыжевой мешок из брюшной полости. Чаще всего: сальник, слепая кишка, петли тонкой кишки, сигмовидная кишка, поперечно-ободочная кишка.



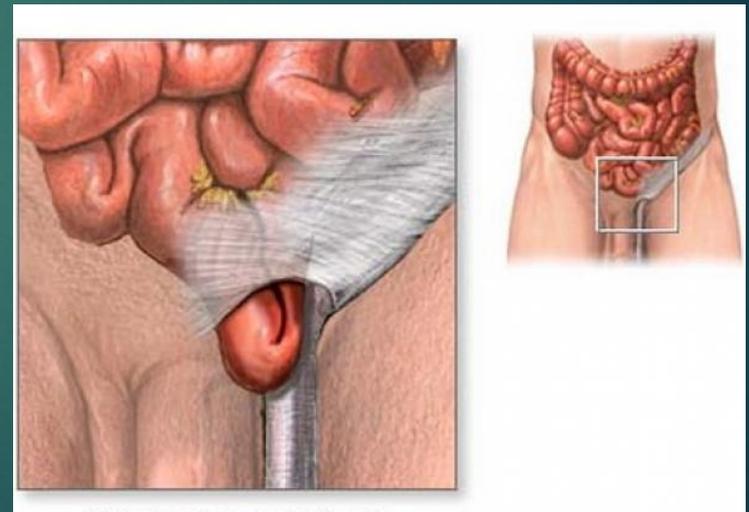
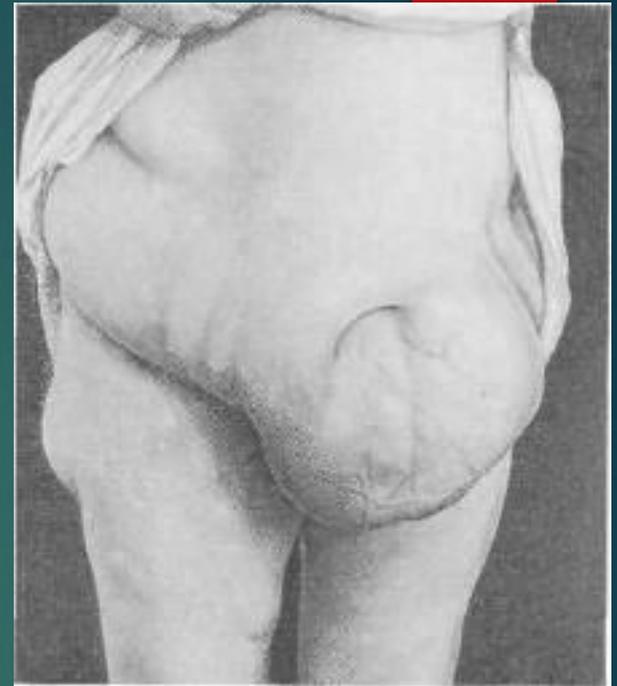
Клиника:

Грыжи развиваются постепенно. При тяжелой физической нагрузке, беге, прыжках больной ощущает покалывающие боли на месте формирующейся грыжи. Боли вначале слабые, мало беспокоят, но постепенно усиливаются и начинают мешать при ходьбе, работе. Через определенное время больной обнаруживает у себя выпячивание, которое выходит (появляется) при физической нагрузке и исчезает в покое. Постепенно выпячивание увеличивается в размерах и приобретает округлую или овальную форму. Если выпячивание в покое, в горизонтальном положении или надавливании рукой исчезает, то такие грыжи называют **вправимыми**.

Невправимые грыжи – грыжевое выпячивание не меняет своей формы и величины или несколько уменьшается при надавливании на него или в покое.

При невправимых грыжах постоянно боли, усиливающиеся при физической работе, диспепсические расстройства, боли по всему животу.

Ущемленные грыжи – появление внезапно болей в области грыжи, увеличение ее в размерах, невправимость, резкое напряжение и болезненность грыжевого выпячивания.



Через некоторое время картина острой кишечной непроходимости:

- ▶ схваткообразные боли в животе
- ▶ задержка стула, газов

Клиника внутренних грыж нетипична:

Неопределенные боли в животе, связанные с изменением положения тела, ходьбой, физической нагрузкой.

Основной метод лечения грыж живота оперативный – грыжесечение.

Противопоказания к оперативному лечению:

- ▶ старческий возраст
- ▶ острая дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность
- ▶ активный туберкулез
- ▶ злокачественные опухоли

Пациентам рекомендуют ношение бандажа.

Ущемленные грыжи требуют немедленного оперативного вмешательства.

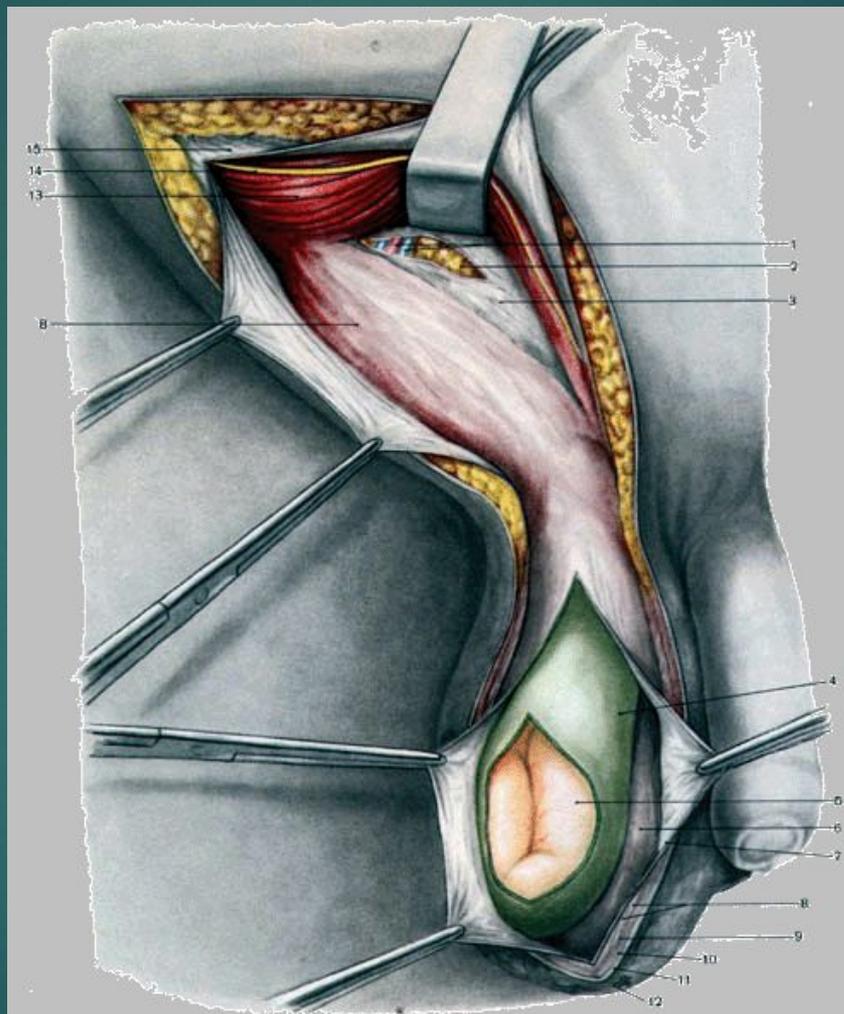
Паховые грыжи

- ▶ 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 выход 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.

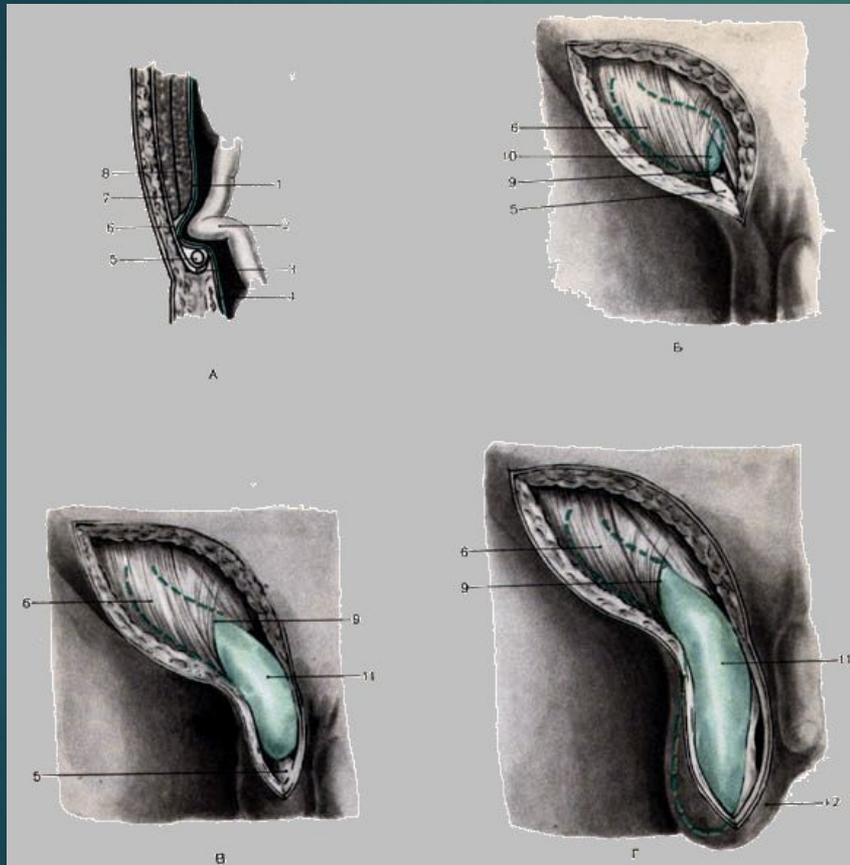
Классификация.

- ▶ 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, внутрстеночные, осумкованные, околопаховые, надпузырные, комбинированные.

Косая паховая грыжа

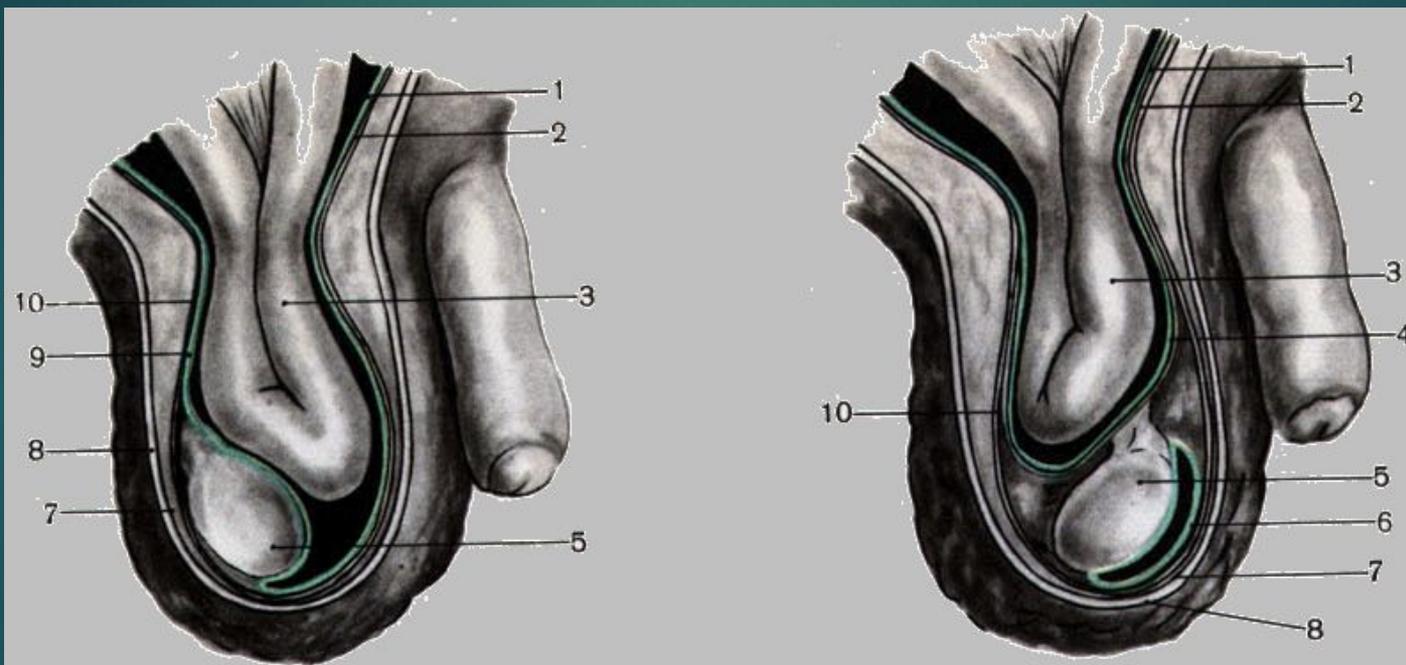


Стадии развития паховых грыж

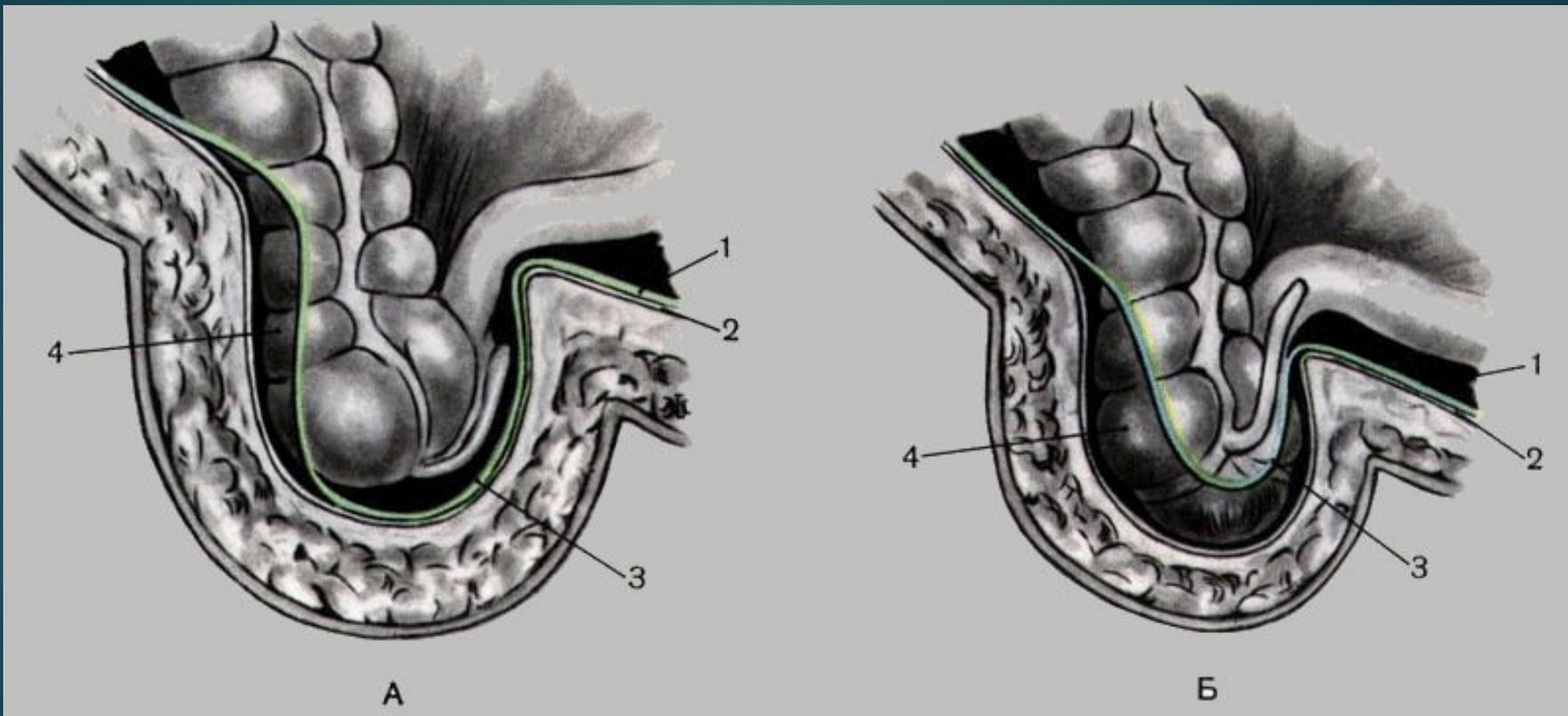


- ▶ 1. Начальная
- ▶ 2. Канальная
- ▶ 3. Паховая.
- ▶ 4. Пахово-мошоночная

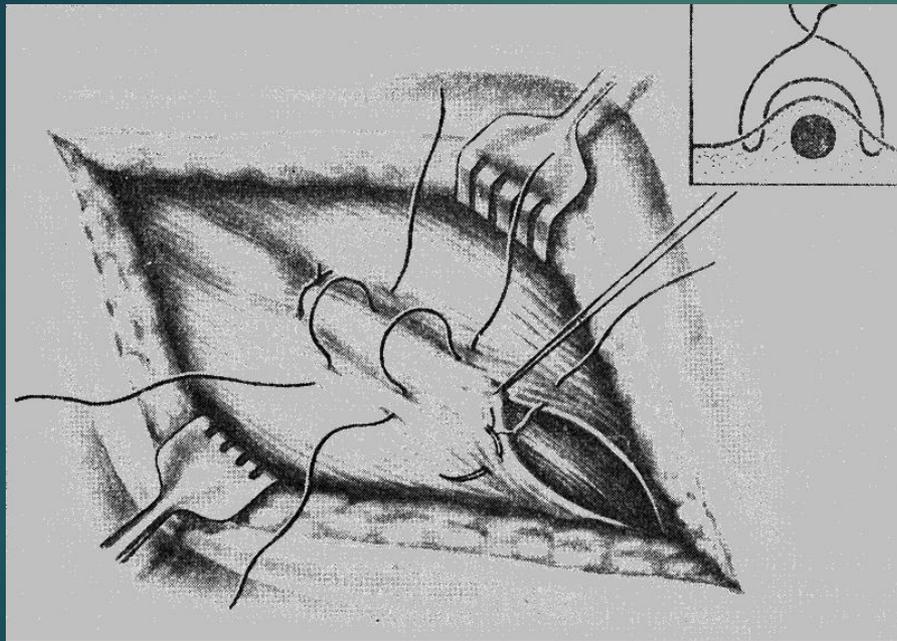
Врожденная и приобретенная паховая грыжа



СКОЛЬЗЯЩАЯ ГРЫЖА



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.

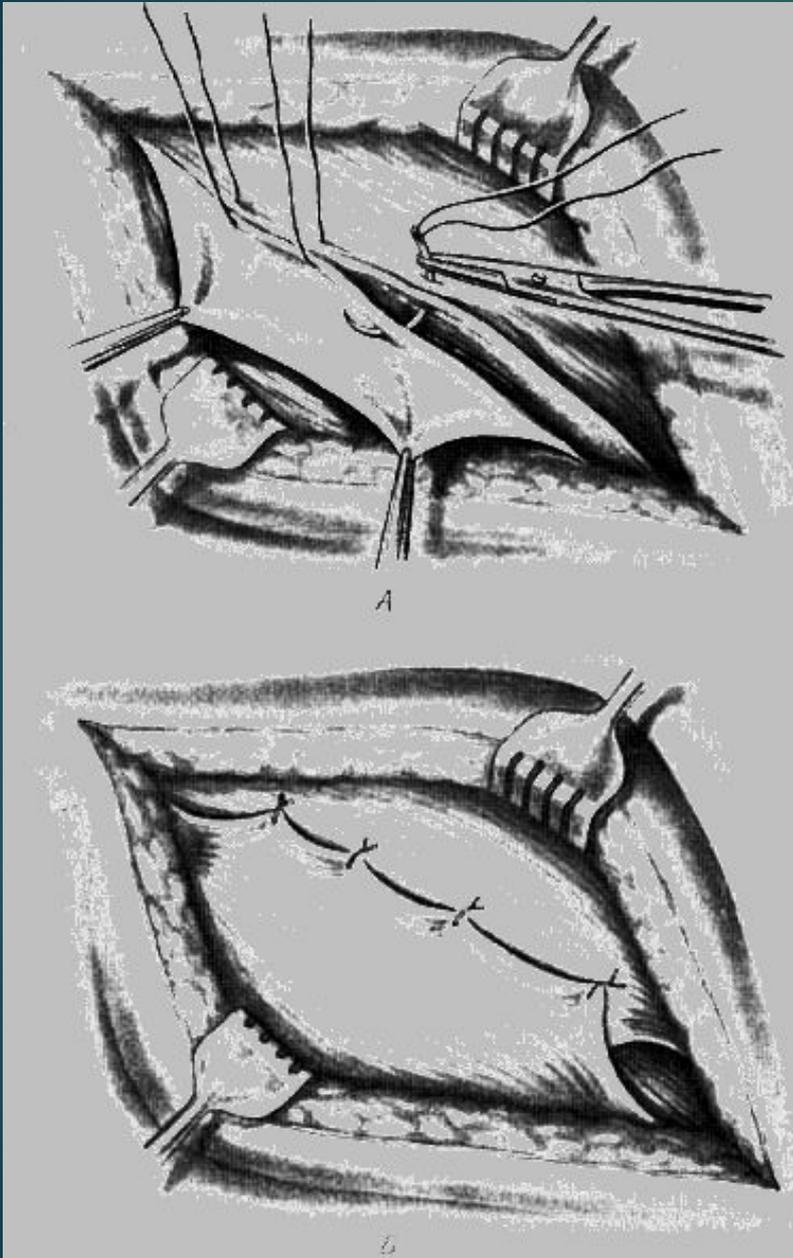
- ▶ 2. Способ Руджи. После выделения, перевязки и удаления грыжевого мешка не раскрывая апоневроз наружной косой мышцы, начиная от внешнего отверстия пахового канала накладывают 4-5 швов, захватывая сверху апоневроз наружной косой мышцы вместе с расположенными под ней мышцами, а снизу паховую связку.

II. Операции восстановления пахового

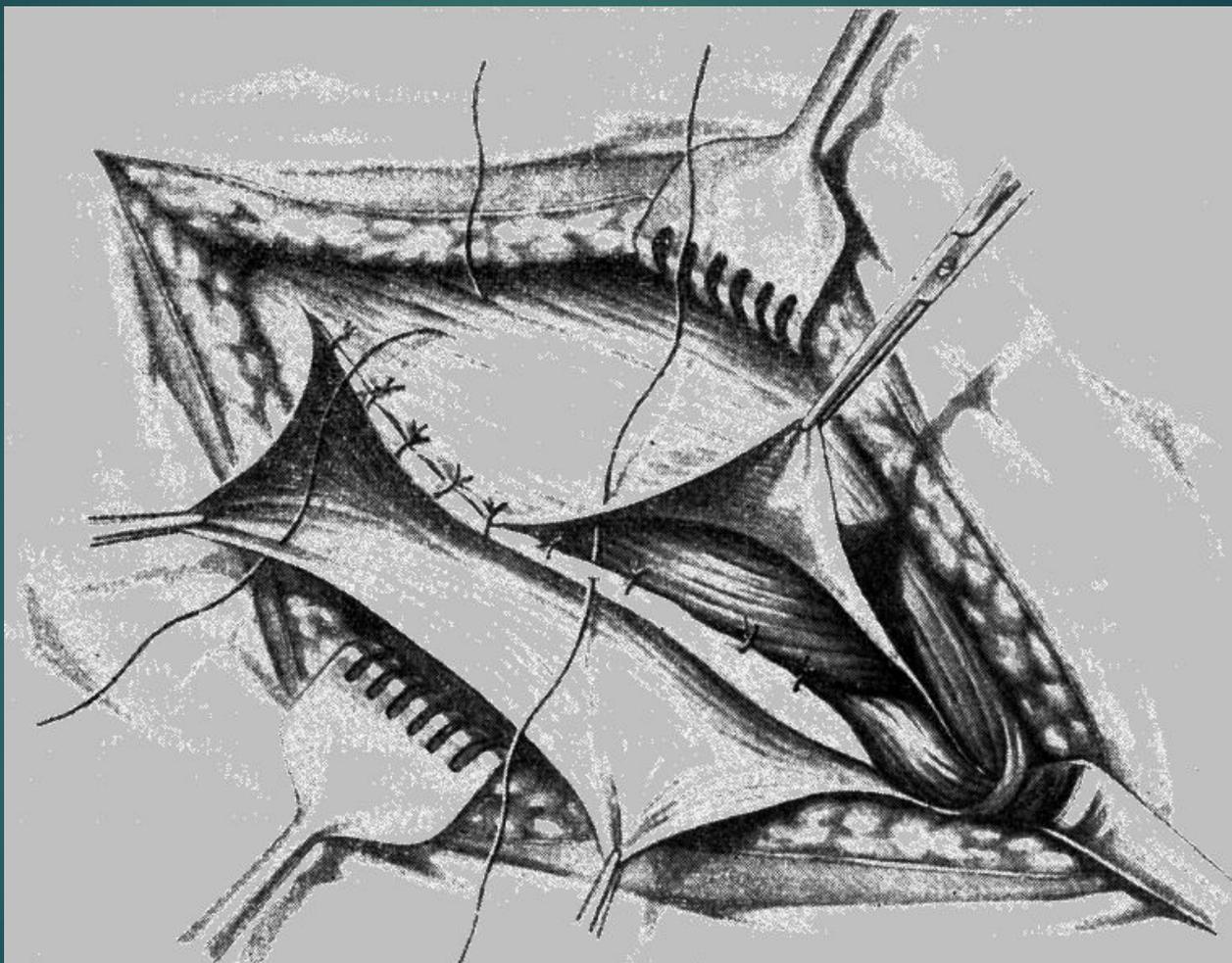
канала до его нормального состояния.

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.

Способ Мартынова



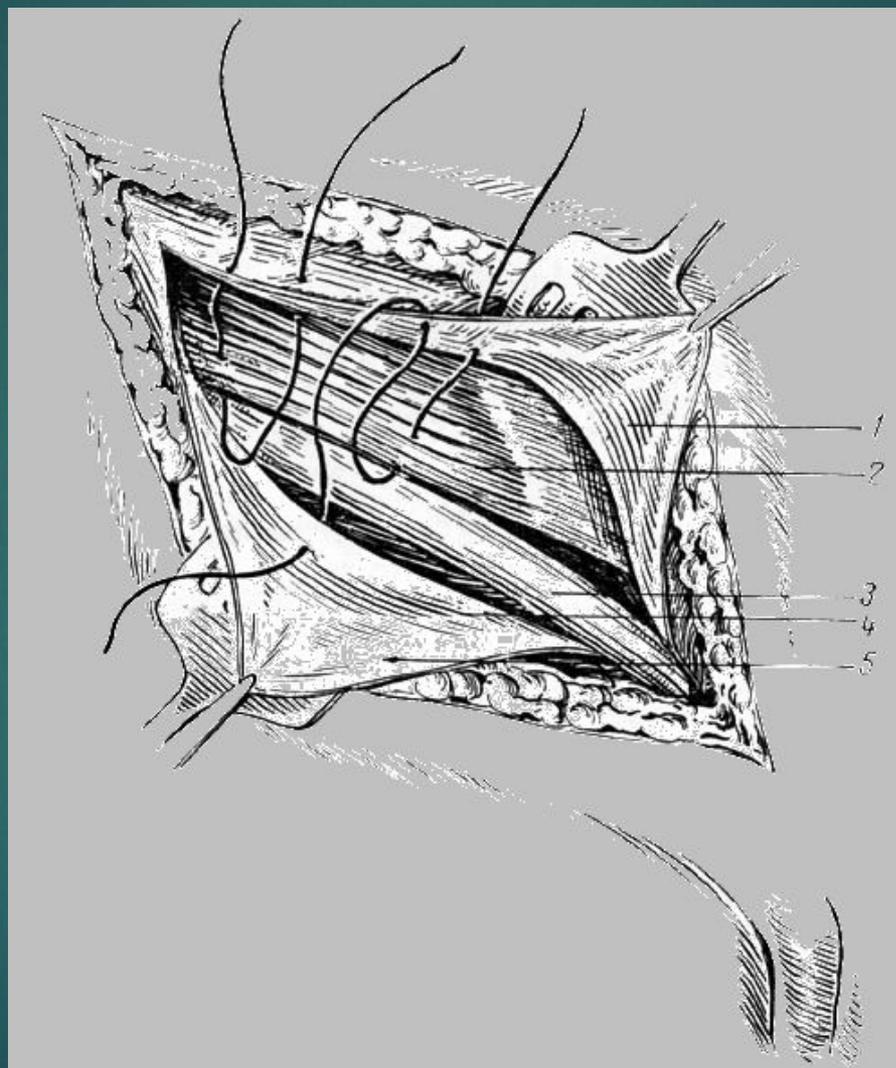
Способ Жирара



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 разволокнуть 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 тромбозэмболические осложнения.

Бедренные грыжи.

▶ Классификация.

- ▶ Классификация Крымова, в основе которой лежит анатомический принцип. Согласно ей бедренные грыжи разделяют на два вида:

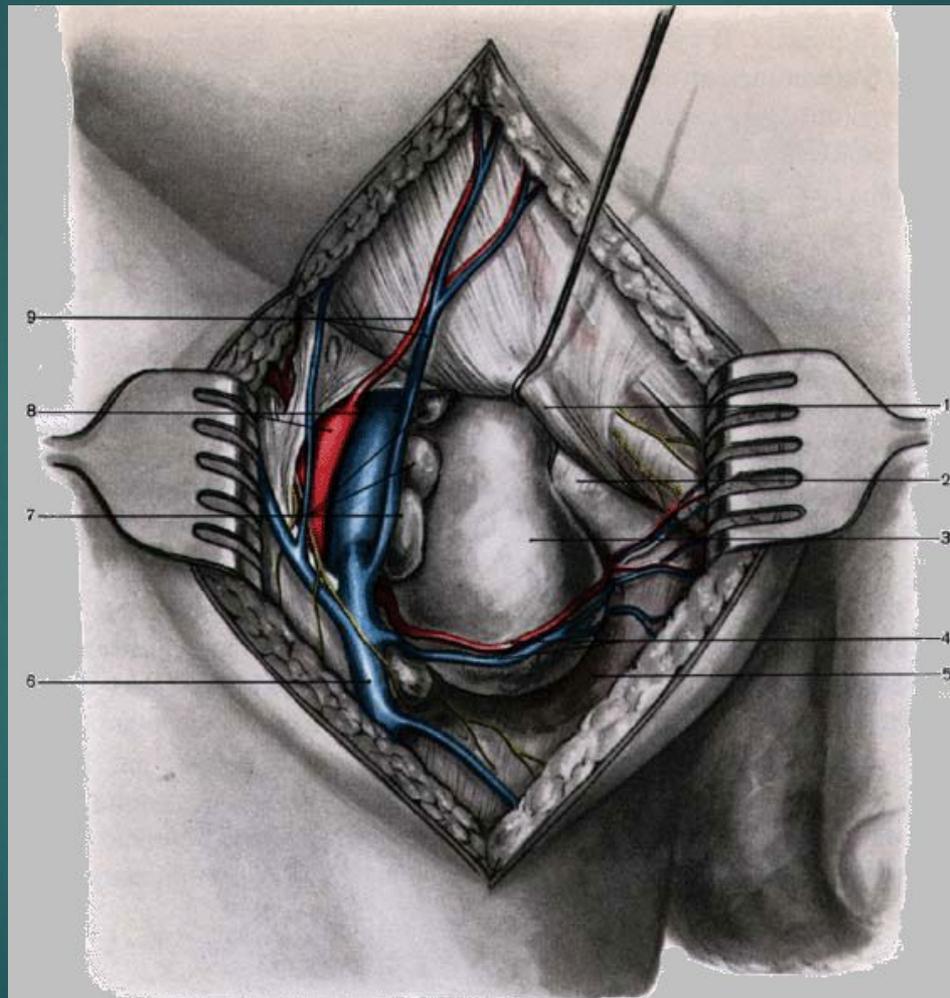
-Сосудистого отдела:

- *занимает всю ширину сосудистого отдела.

- *занимает только часть сосудистого отдела (медиальную, срединную, внешнюю, выходит через дефект в жимбернатовий связке).

-Мышечного отдела.

Бедренная грыжа



Способы хирургического лечения бедренных грыж

- ▶ 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 рассечения 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.

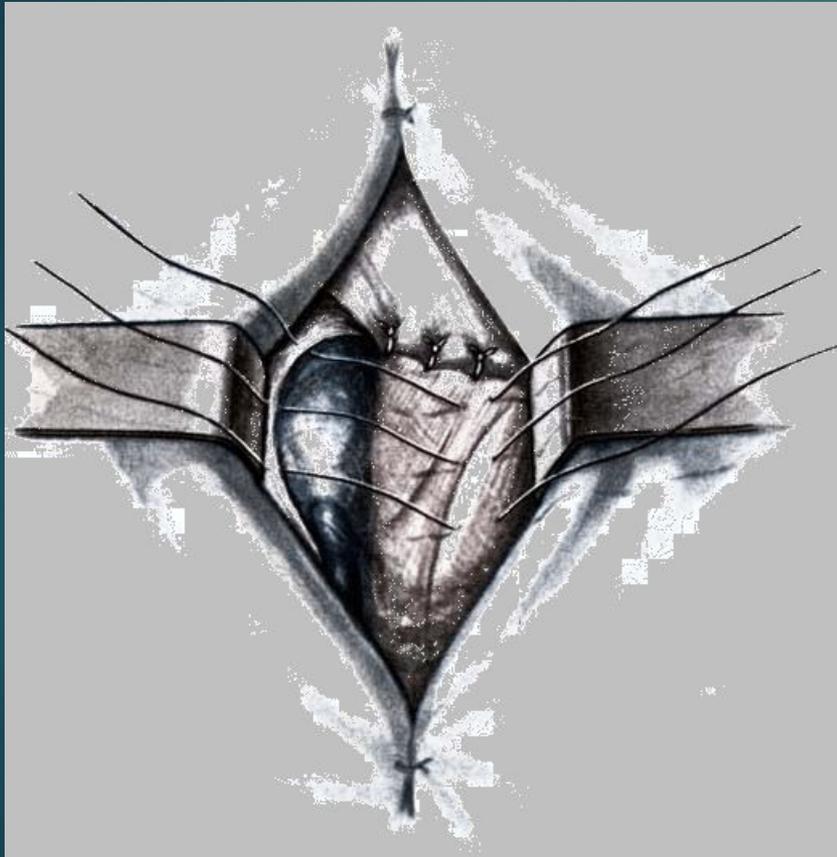
Операция по Ловкуду



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.

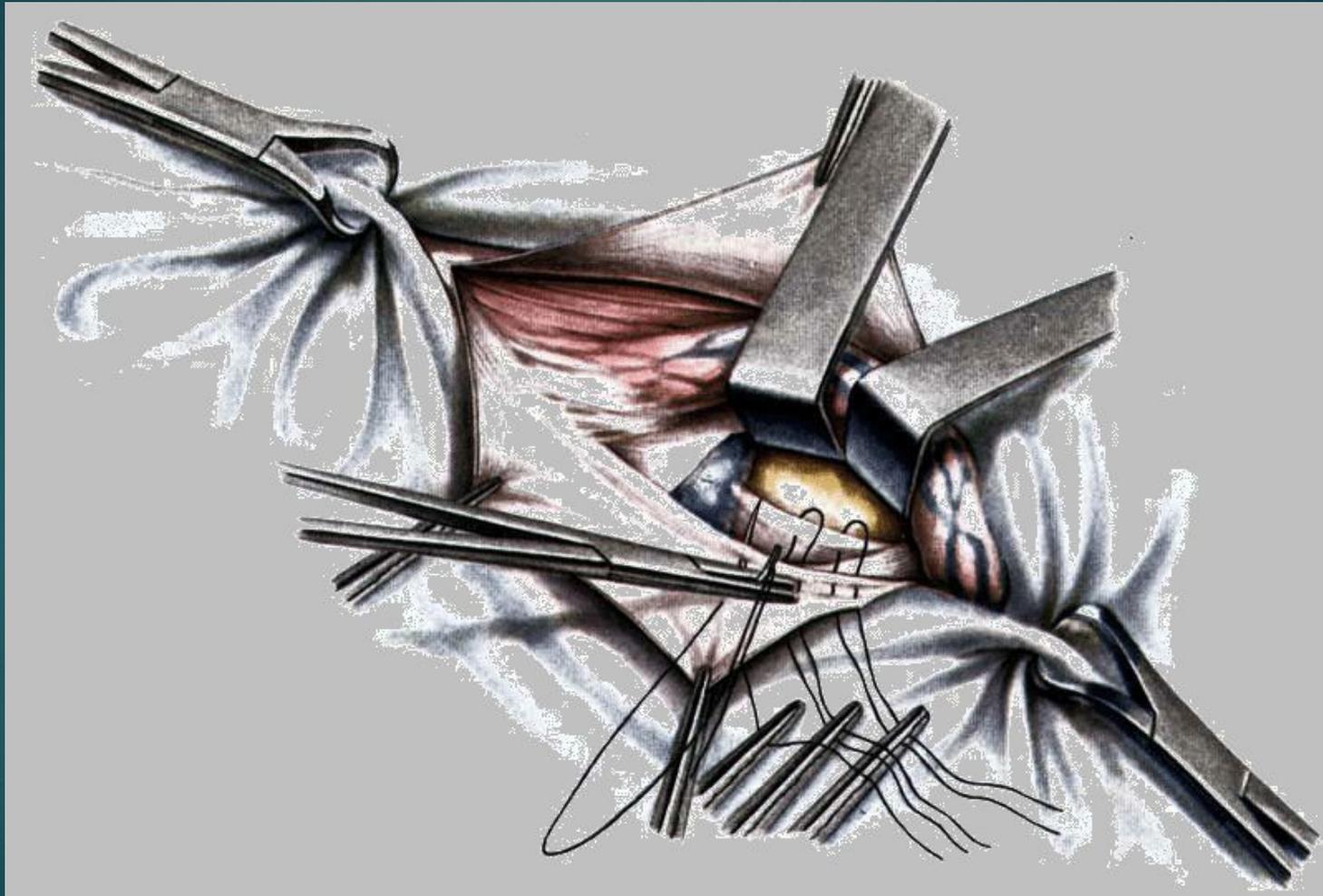
Модификация операции Бассини



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

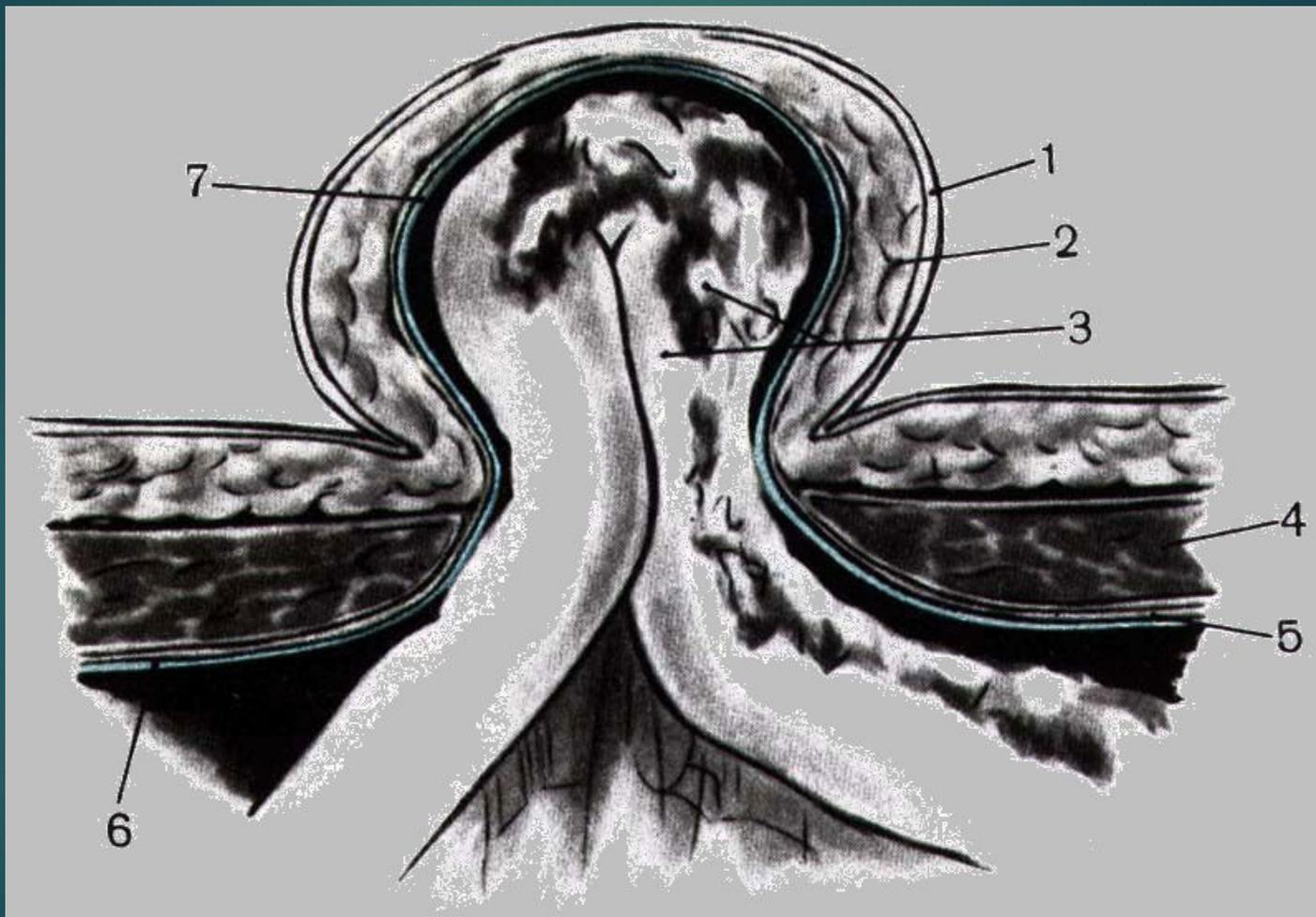
1. Способ Караванова - после обработки грыжевого мешка проводят пластику грыжевых ворот лоскутом апоневроза наружной косой мышцы живота. Лоскут выкраивают длиной 2-4 см, отступив на 1,5 см выше паховой связки, проводят его через бедренный канал и подшивают к надкостнице лонной кости, лонной связки и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

Пупочные грыжи

Грыжи пупка могут быть приобретенными и врожденными (эмбриональные): пупочного кольца и пупочного канатика. В первые сутки в области такого грыжевого мешка возможна эвентерация внутренних органов. При рождении детей с эмбриональной грыжей, непокрытой кожей, операции идут в 2-х этапах: выпячивание покрывают кожей, затем через 2-3 года пластику мышечно-апоневротического слоя.



Пупочная грыжа



Классификация.

- ▶ Различают:
- ▶ 1) грыжи пуповины (эмбриональные грыжи);
- ▶ 2) пупочные грыжи у детей;
- ▶ 3) пупочные грыжи у 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, образовывая так называемый пупочный канал, а затем через пупочное кольцо выходит в подкожную клетчатку передней брюшной стенки.

Лечение пупочных грыж у детей

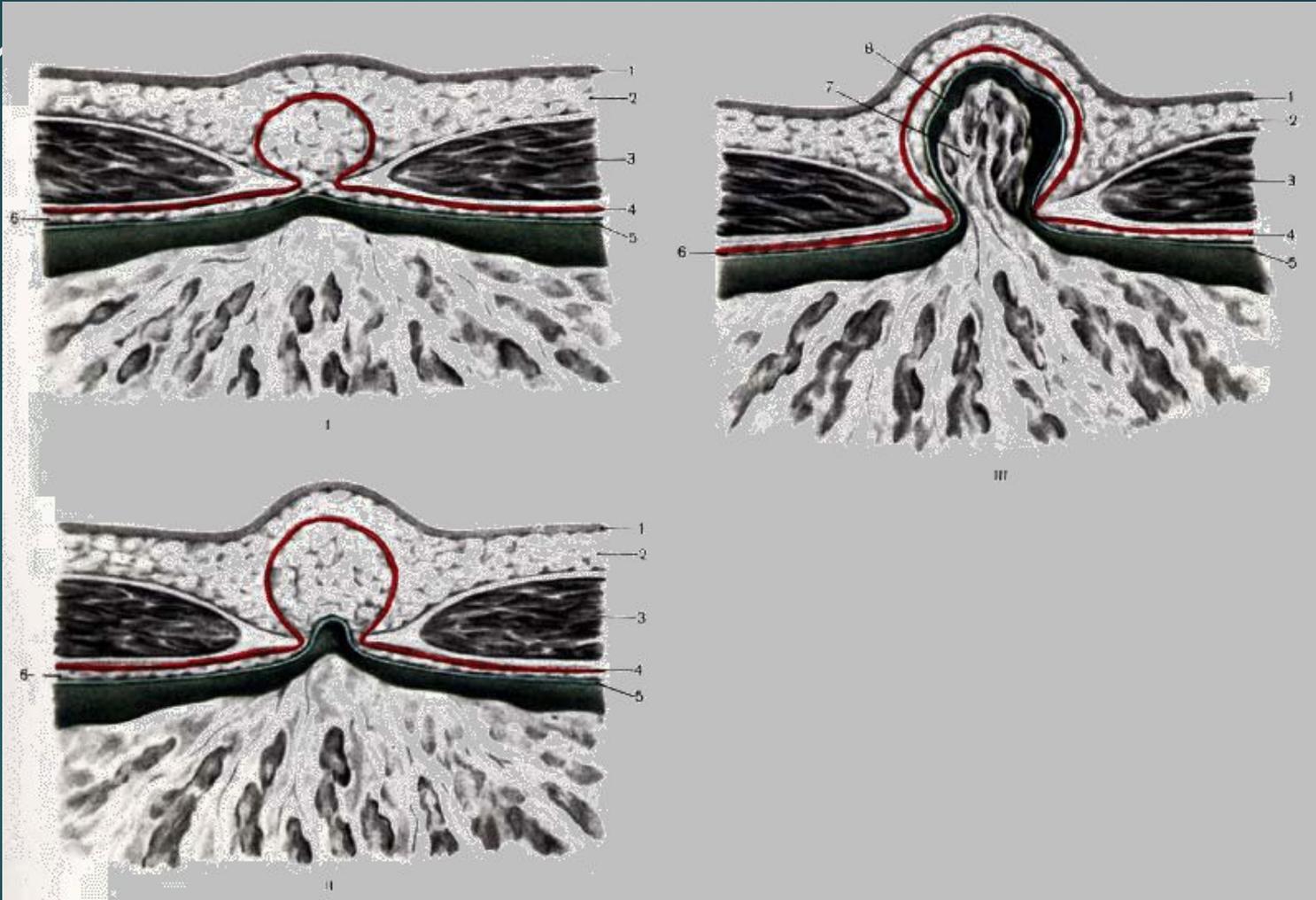
- ▶ В первые три года жизни применяют консервативное лечение. Оно включает: массаж брюшной стенки, лечебную гимнастику, повязку с липким пластырем. Если к возрасту 5 лет вылечивания не наступает - показано хирургическое лечение. Операцию выполняют под общим обезболиванием.
- ▶ После обработки грыжевого 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 lineae albae*) составляют 11% от общего числа брюшных грыж. Они могут возникать в разных участках белой линии.

Грыжи белой линии

ЖИ



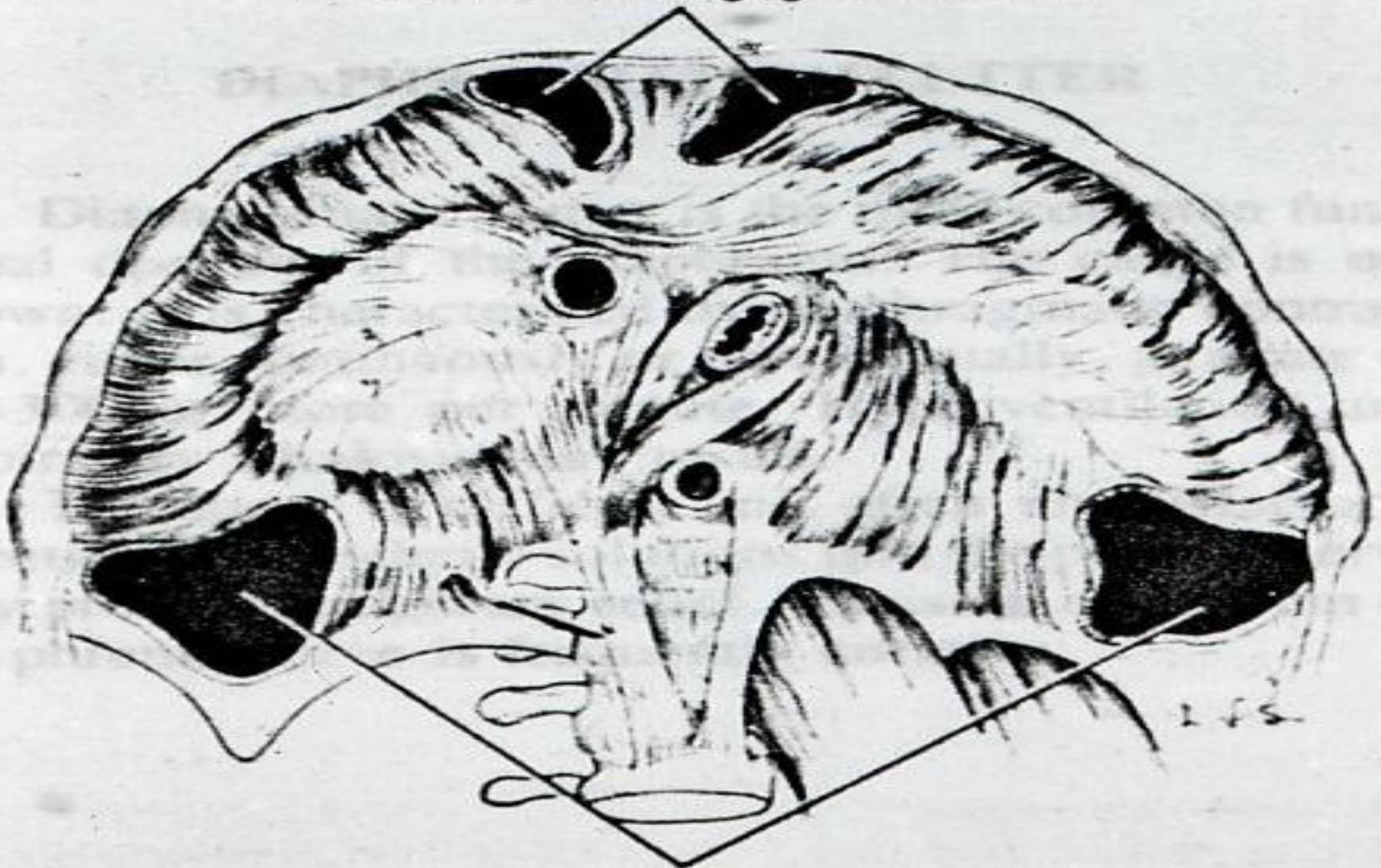
Классификация.

- ▶ 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.



Диафрагмальная грыжа
представляет собой
пролабирование или
перемещение органов
брюшной полости в грудную
(плевральную полость или
средостение) через сквозной
дефект, растянутое слабое
место или расширенное
естественное пищеводное
отверстие диафрагмы

Parasternal (Morgagni) hernias



Pleuroperitoneal (Bochdalek) hernias

КЛАССИФИКАЦИЯ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ

- ▶ **Истинные**, имеющие грыжевой мешок
- ▶ **Ложные**, не имеющие грыжевого мешка

СЛАБЫЕ МЕСТА ДИФРАГМЫ



- ▶ Грудинная часть диафрагмы, в связи с недостаточным развитием мышечной ткани
- ▶ Грудино-реберное пространство (щели Ларрея)
- ▶ Пояснично-реберное пространство (щели Богдалека) в связи с врожденным неполным соединением грудины, ребер и поясничной части диафрагмы

ИСТИННЫЕ ГРЫЖИ СЛАБЫХ МЕСТ ДИАФРАГМЫ

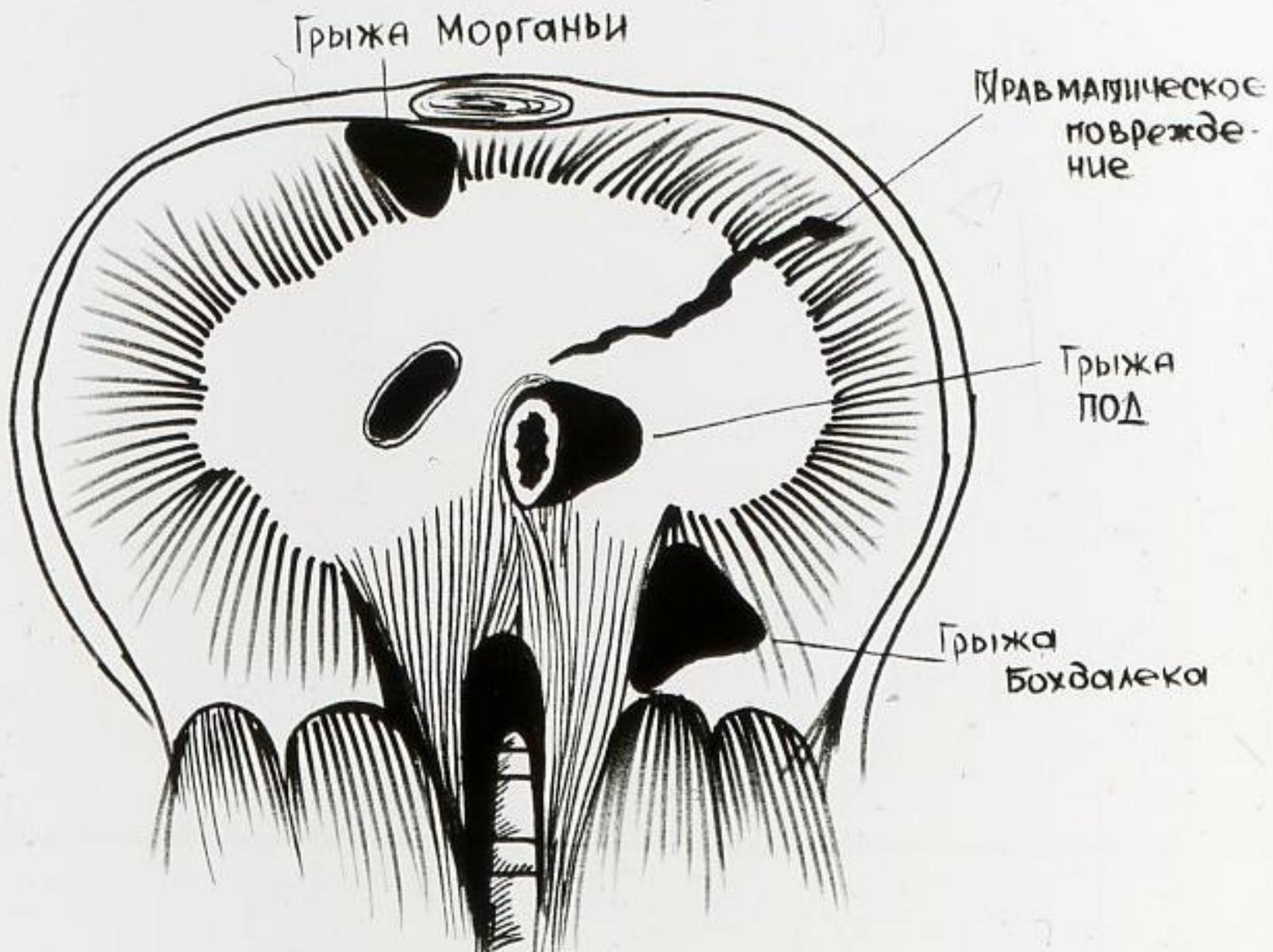
- ▶ Парастернальная грыжа Ларрея-Морганьи
- ▶ Ретростернальная грыжа
- ▶ Люмбокостальная грыжа Богдалека

ПО ПРОИСХОЖДЕНИЮ РАЗЛИЧАЮТ

- ▶ **Врожденные ложные грыжи** (возникают в сквозном дефекте диафрагмы вследствие незаращения существующих в эмбриональном периоде сообщений между грудной и брюшной полостями)
- ▶ **Травматические грыжи** (возникают в результате открытых или закрытых повреждений всех слоев диафрагмы, почти всегда являются ложными)
- ▶ **Приобретенные истинные грыжи слабых мест диафрагмы** (локализуются в области грудино-реберного, пояснично-реберного пространств или треугольных щелей, в области слабо развитой грудинной части диафрагмы)
- ▶ **Приобретенные истинные грыжи пищеводного отверстия диафрагмы**

Травматические диафрагмальные грыжи

их причиной может быть любое проникающее торакоабдоминальное ранение или любые тяжелые закрытые повреждения диафрагмы, наступающие в результате ушиба или сдавления груди и живота, падения с высоты, сотрясения тела, перелома ребер.



Грыжа Морганьи

ТРАВМАТИЧЕСКОЕ повреждение

Грыжа ПОД

Грыжа Боудалека

ТИПЫ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ГРЫЖ

- ▶ **Острая** (выпадение брюшных органов в плевральную полость сразу после травмы)
- ▶ **Хроническая** (постепенное перемещение брюшных органов в плевральную полость в течение месяцев и даже лет)
- ▶ **Ущемленная** (сдавливание или странгуляция брюшных органов в любые сроки после травмы)

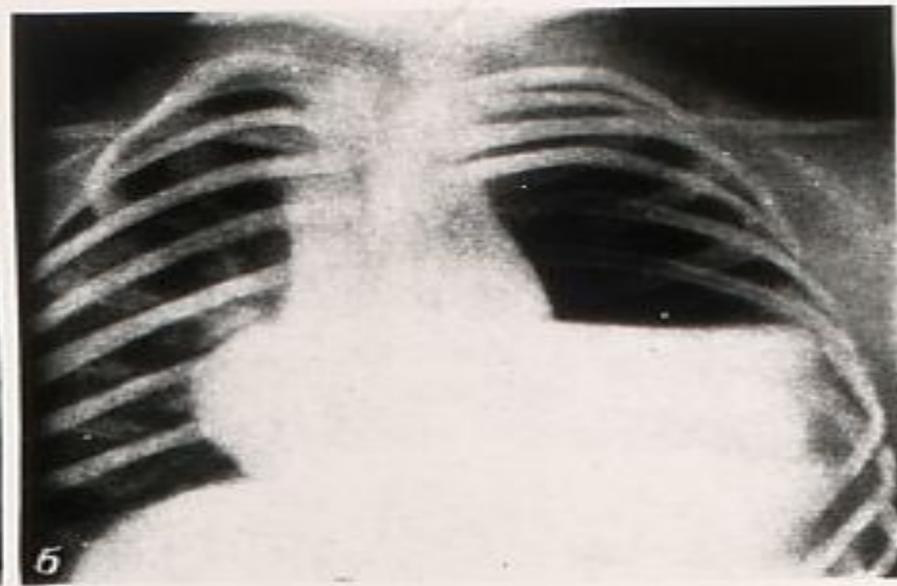
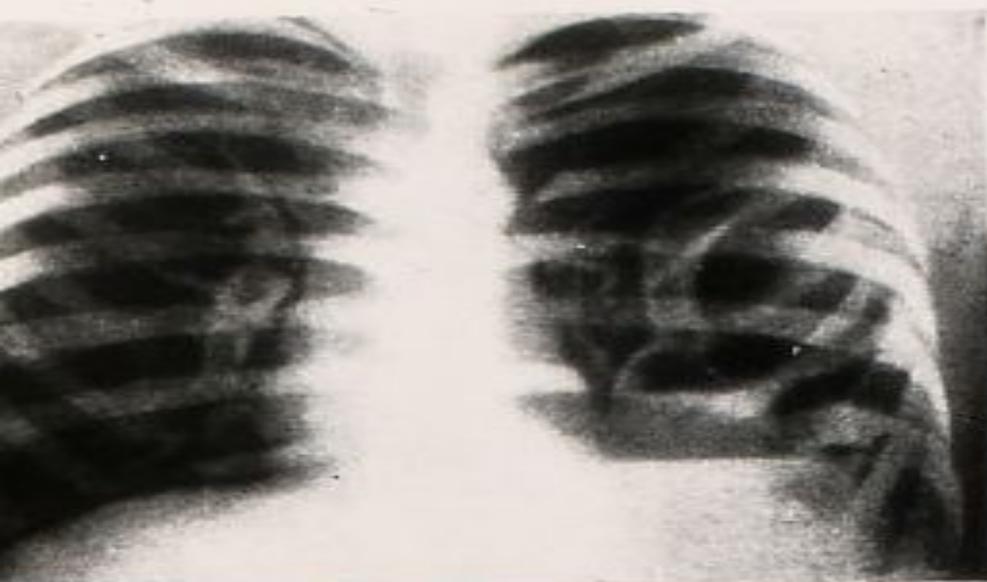
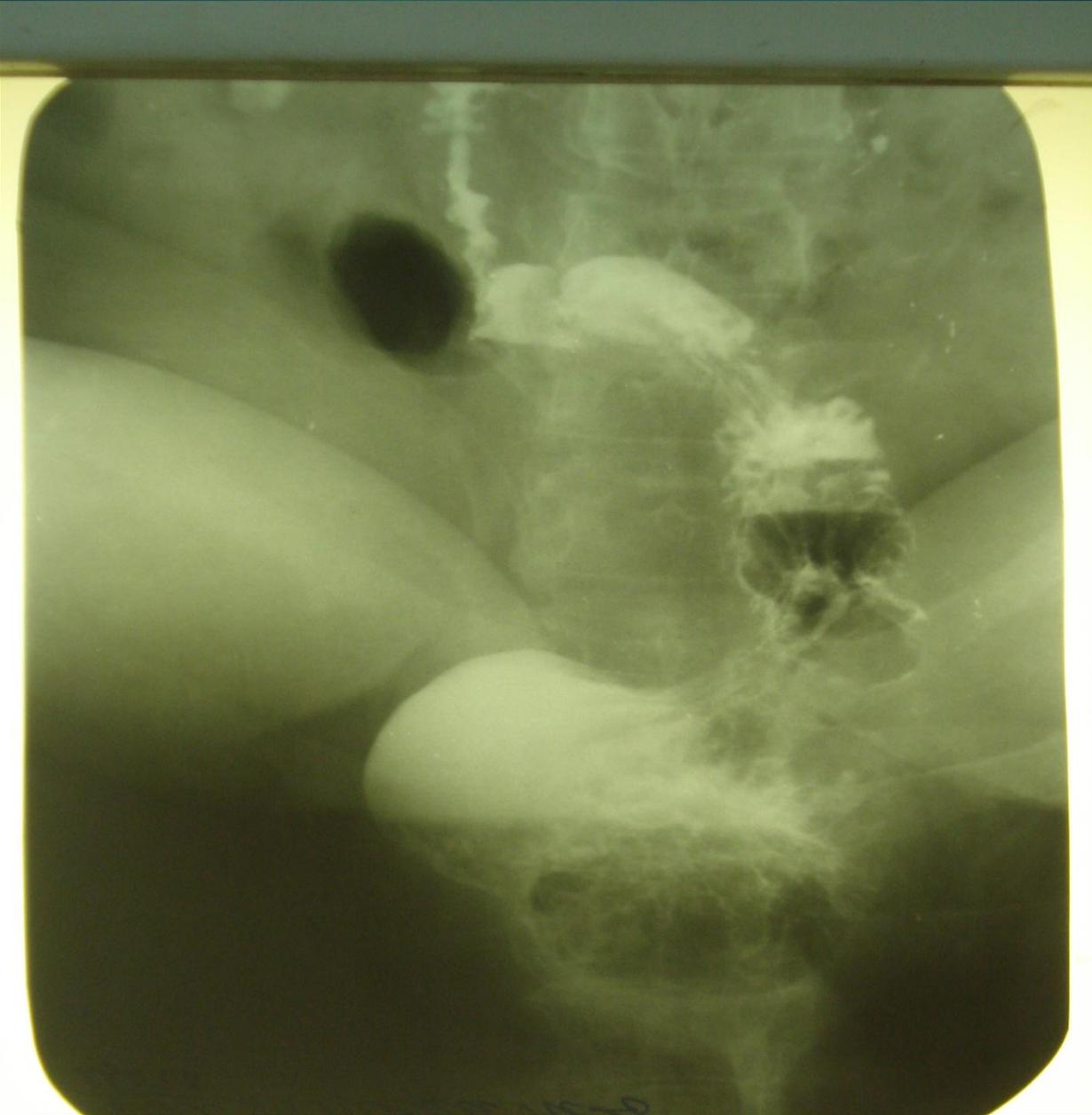
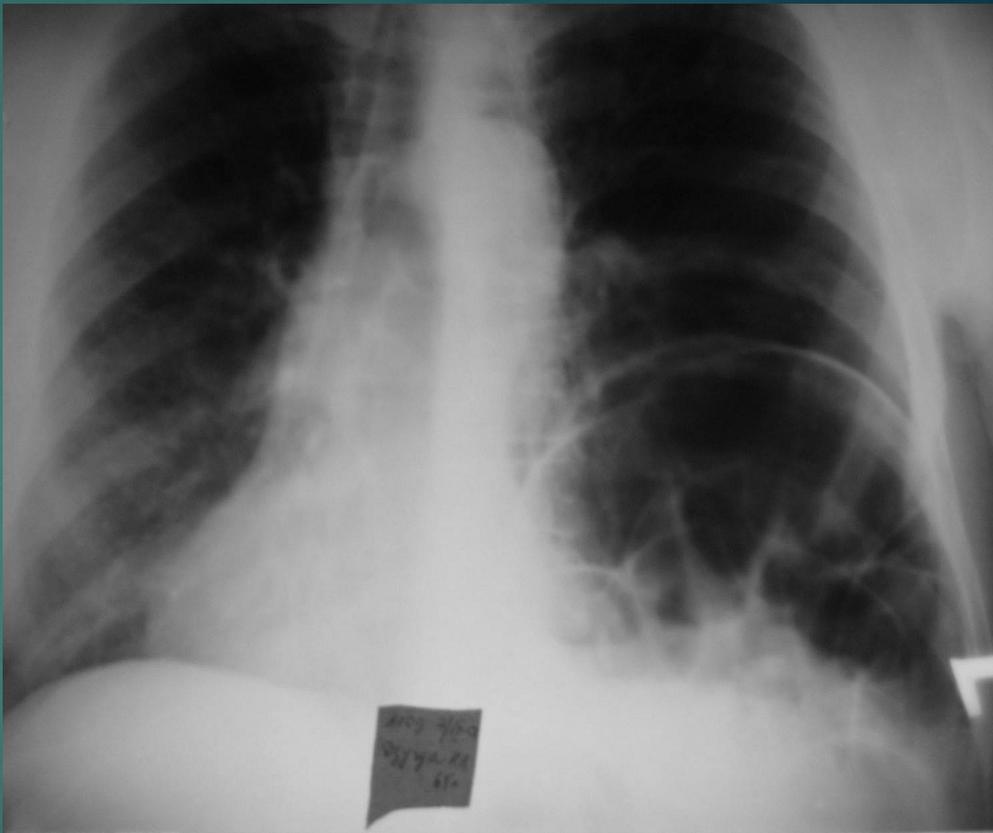
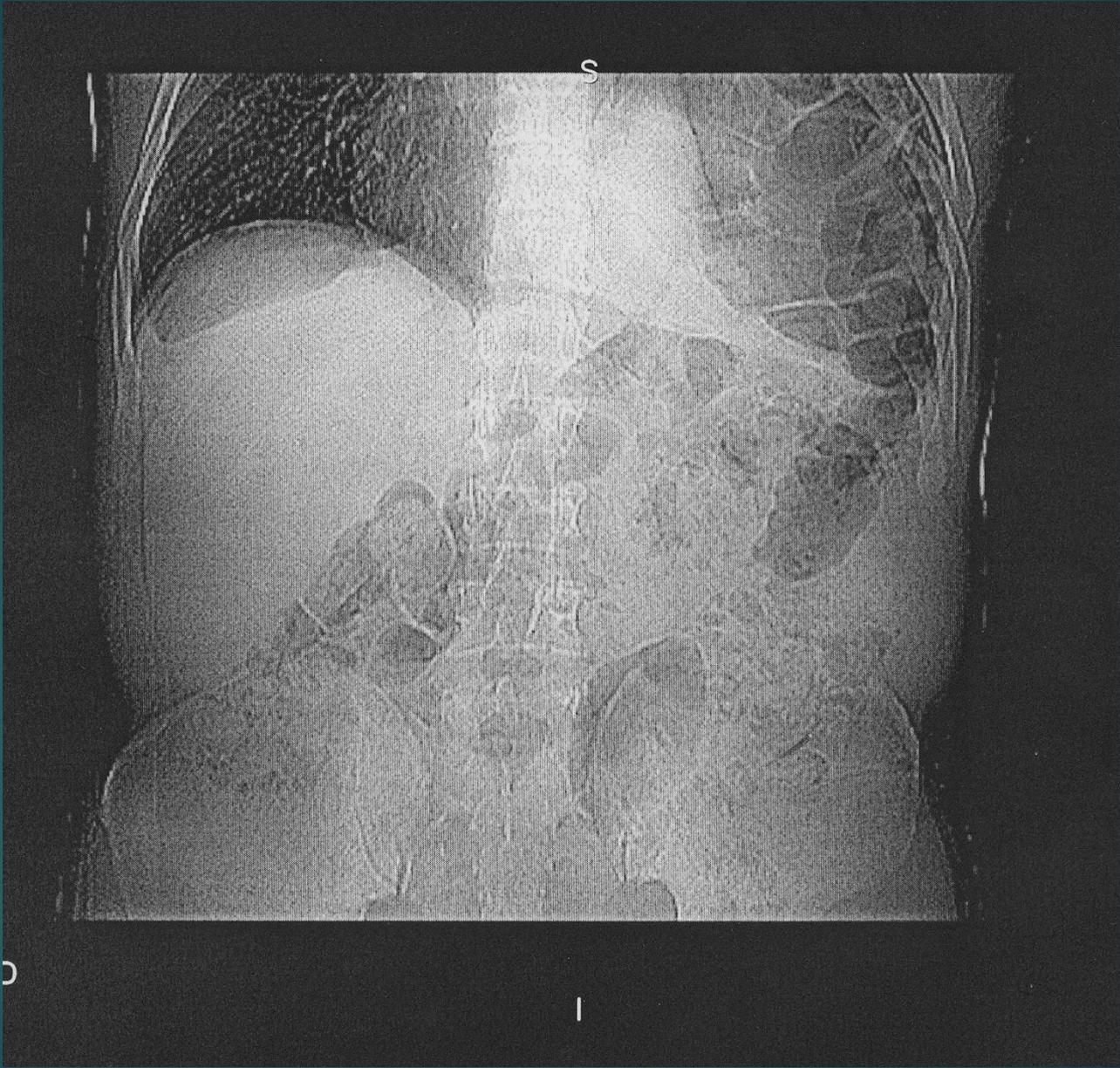


Рис. 12. Левосторонняя травматическая диафрагмальная грыжа.

а — обзорная рентгенограмма; на фоне легочного поля видны крупновчатые тени с горизонтальными уровнями; **б** — обзорная рентгенограмма того же больного после приема пищи; горизонтальный уровень в желудке дает картину гидропневмоторакса; **в** — тот же больной; контрастное исследование; желудок и кишечные петли находятся в плевральной полости.





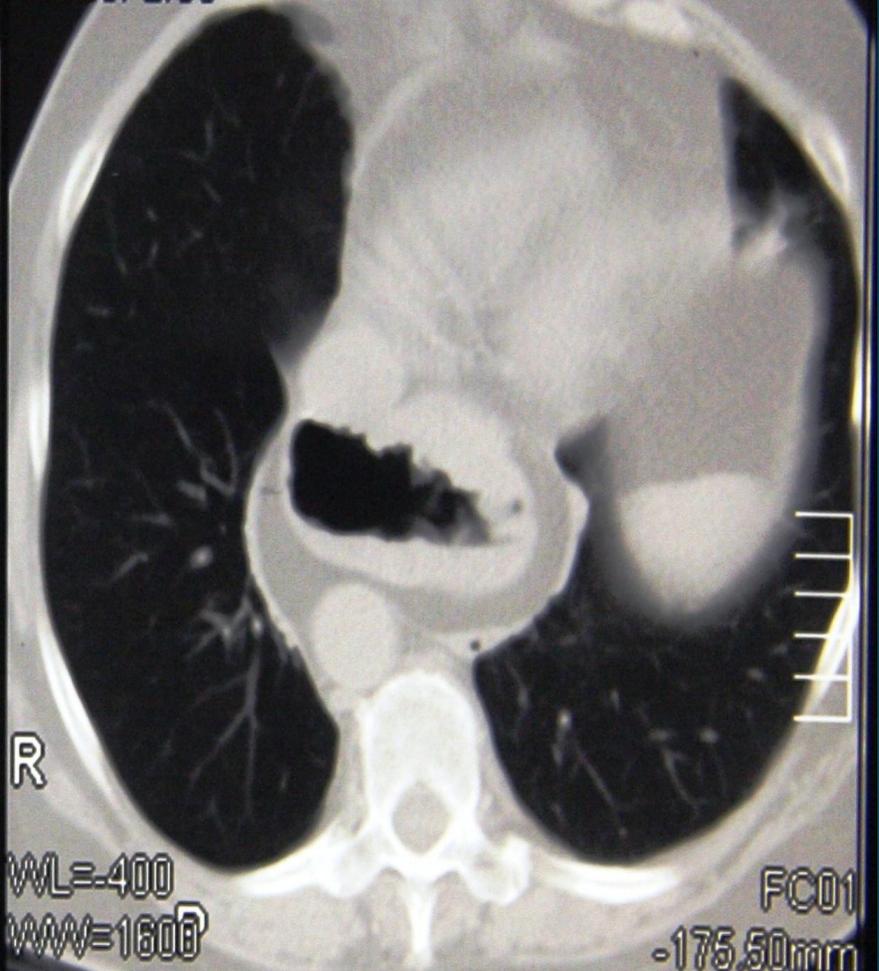
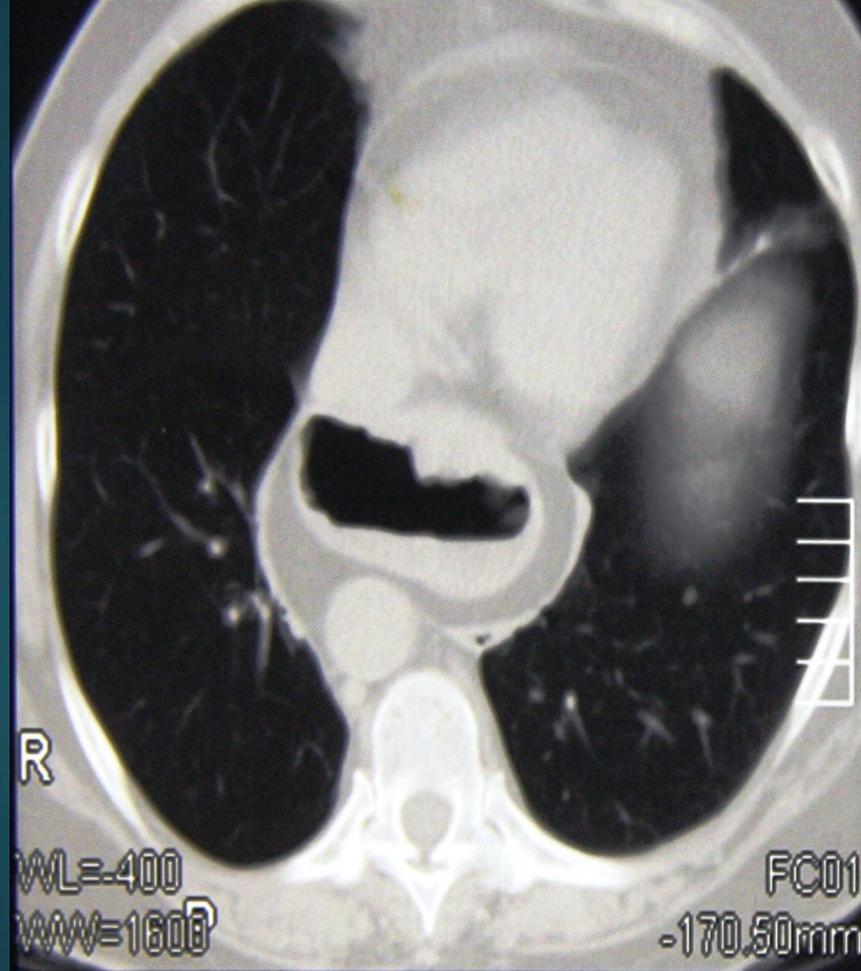


3247
13523: 2:38

Palinka G K 3247

13523: 2:38

Palinka G K



Asteion
Ex: 2153
///FC01/ORG/
Se: 2/2
Im: 2/46
Ax: I921.5

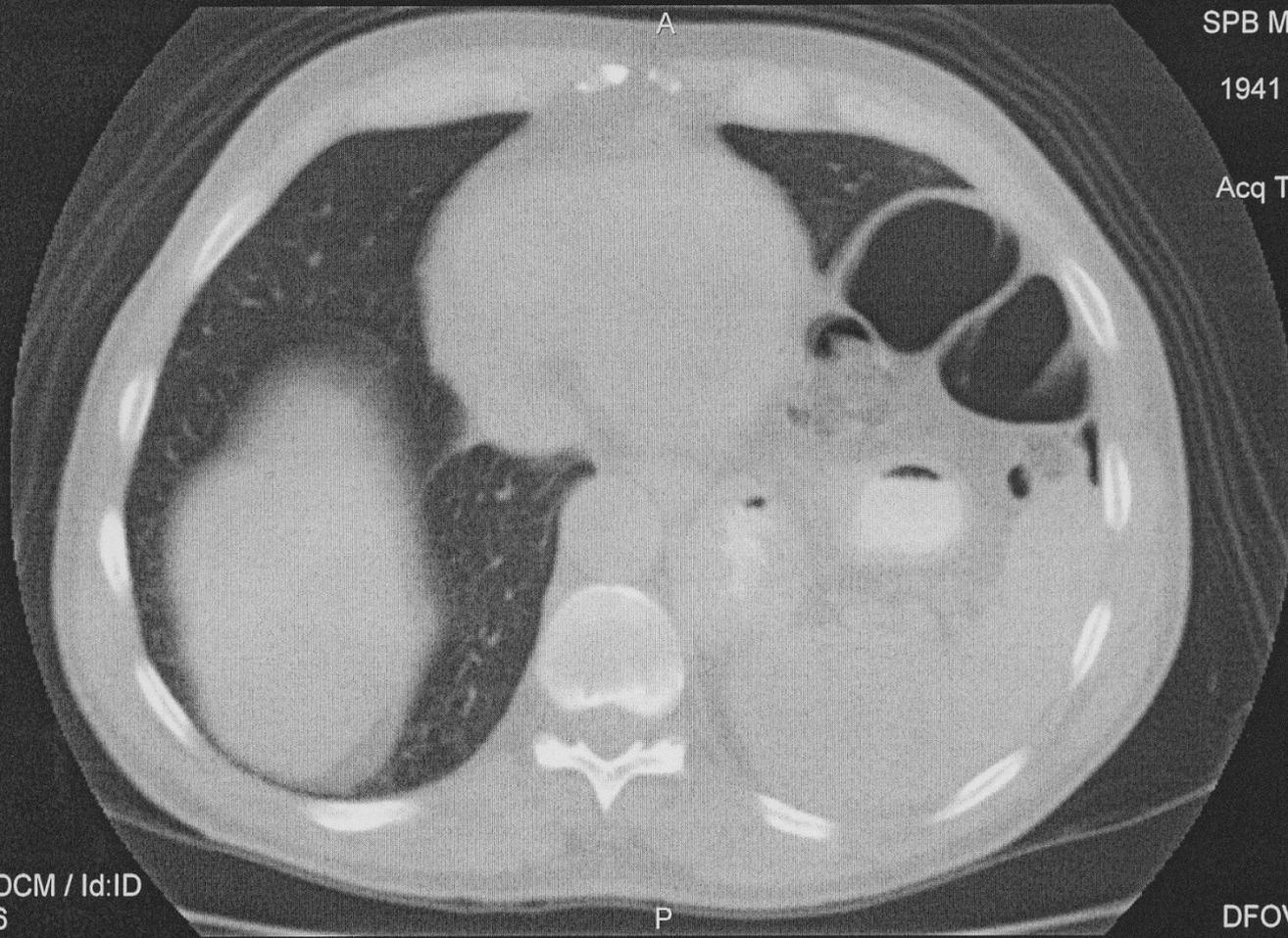
SPB Medical University
Dzigua N.L.
1941 Mar 28 M 2465
Acc: 2153
2006 Aug 09
Acq Tm: 10:13:51.100

512 x 512
FC01

R

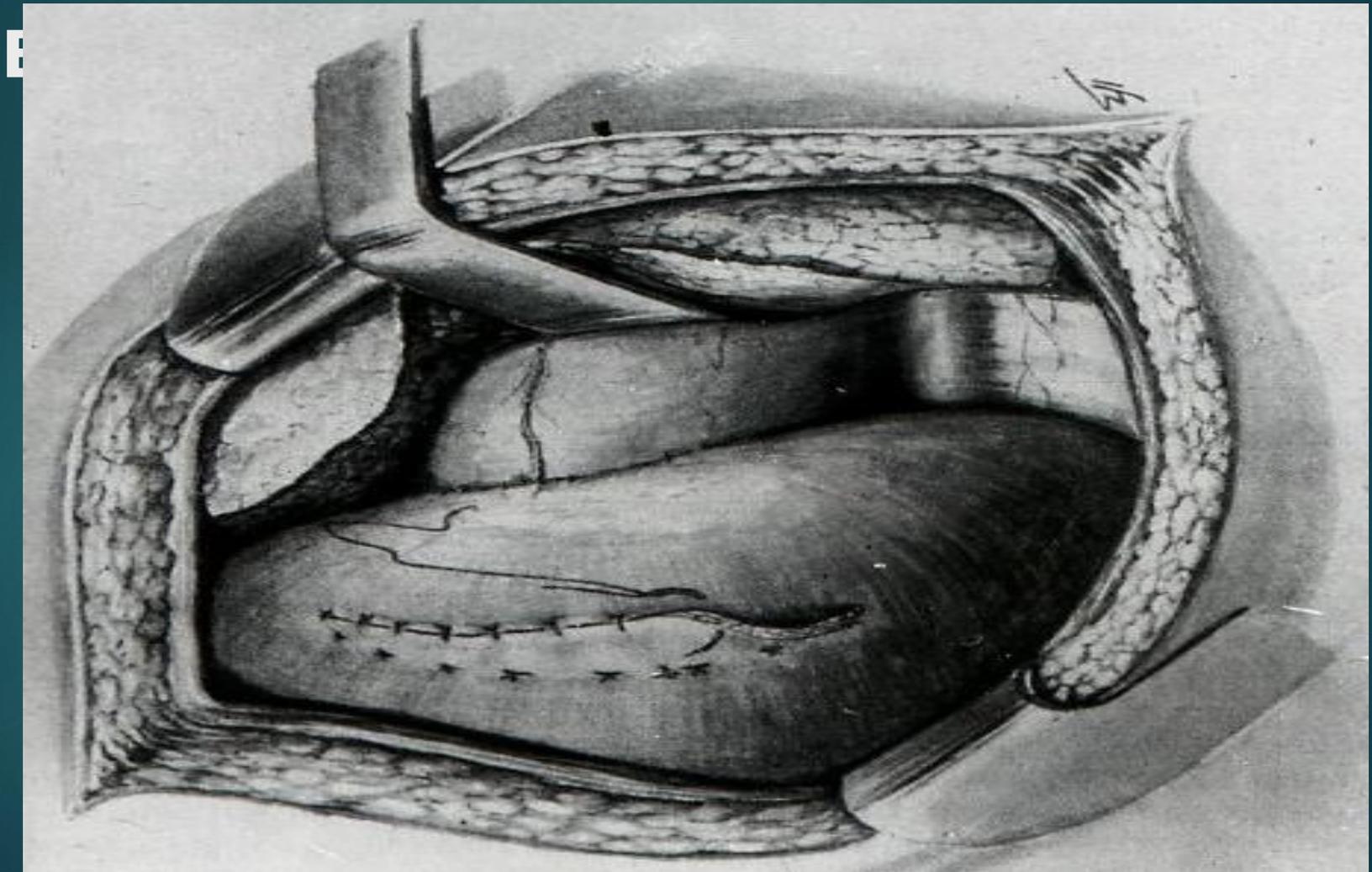
L

120.0 kV
100.0 mA
5.0 mm/0.0:1
Tilt: 0.0
0.8 s
Lin:DCM / Lin:DCM / Id:ID
W:1641 L:-386



DFOV: 38.3 x 27.2cm

Дупликаатура диафрагмы при ушивании грыжевых





Грыжи пищеводного отверстия
диафрагмы или хиатальные
грыжи (от лат. hiatus oesophageus –
пищеводное отверстие) представляют
собой смещение абдоминальной части
пищевода, пищеводно-желудочного
соединения и проксимального отдела
желудка в грудную полость, в заднее
средостение, через расширенное
пищеводное отверстие диафрагмы
составляют около 75% всех диафрагмальных

Нормальные взаимоотношения диафрагмы, пищевода и желудка



ТИПЫ ХИАТАЛЬНЫХ ГРЫЖ

- ▶ Скользящая (80-90%)
- ▶ Параэзофагеальная (5-10%)
- ▶ Комбинированная (10-15%)
- ▶ Параэзофагеальная, при которой весь желудок и другие органы брюшной полости пролабируют в грудную полость

Классификация по Б.В.

Петровскому

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

Диафрагмальные грыжи – чаще бывают врожденные, при пороках развития диафрагмы. Приобретенные бывают после травм.

Клиника:

Расстройства дыхания, сердечной деятельности, одышка, особенно после еды.

При аускультации грудной клетки ослабленное дыхание, перистальтический шум. При перкуссии тимпанит в соответствующей области грудной клетки.

Для грыж пищеварительного отверстия диафрагмы характерны рвота, боли в животе, изжоги.

Для подтверждения диагноза используется рентгенологическое исследование с контрастированием кишечника.

Лечение – оперативное.

Послеоперационные вентральные грыжи

Лечение – оперативное. Подготовка. Нередко рецидивы.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

ретро- и парастернальных неущемленных грыж

- ▶ **Отсутствуют**
- ▶ **Боли за грудиной, напоминающие стенокардию, подложечной области и подреберьях**
- ▶ **Сердцебиение и одышка**
- ▶ **Ощущение тяжести, локальное вздутие живота, тошнота, рвота ослабевающие после приема пищи**

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ ЗАВИСЯТ ОТ:

- ▶ **Характера брюшных органов, выпавших через дефект в диафрагме в брюшную полость, степени их смещения, сдавливания и перегиба в грыжевых воротах, а также размеров последних**
- ▶ **Компрессии легкого и смещения средостения брюшными органами**
- ▶ **Нарушения функции самой диафрагмы**

ДИАГНОСТИКА ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ

- ▶ Оценка клинико-анамнестических данных
- ▶ УЗИ органов брюшной полости
- ▶ ФГДС
- ▶ Рентгеноконтрастные исследования пищевода, желудка, 12-перстной кишки и толстой кишки
- ▶ Рентгенография и томография грудной клетки
- ▶ Видеоторакоскопия
- ▶ Компьютерная томография

ЛЕЧЕНИЕ

Все диагностированные диафрагмальные грыжи (врожденные, приобретенные, травматические) подлежат хирургическому лечению в связи с реальной опасностью ущемления брюшных органов и возможным нарастанием кардиореспираторной недостаточности

• 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.

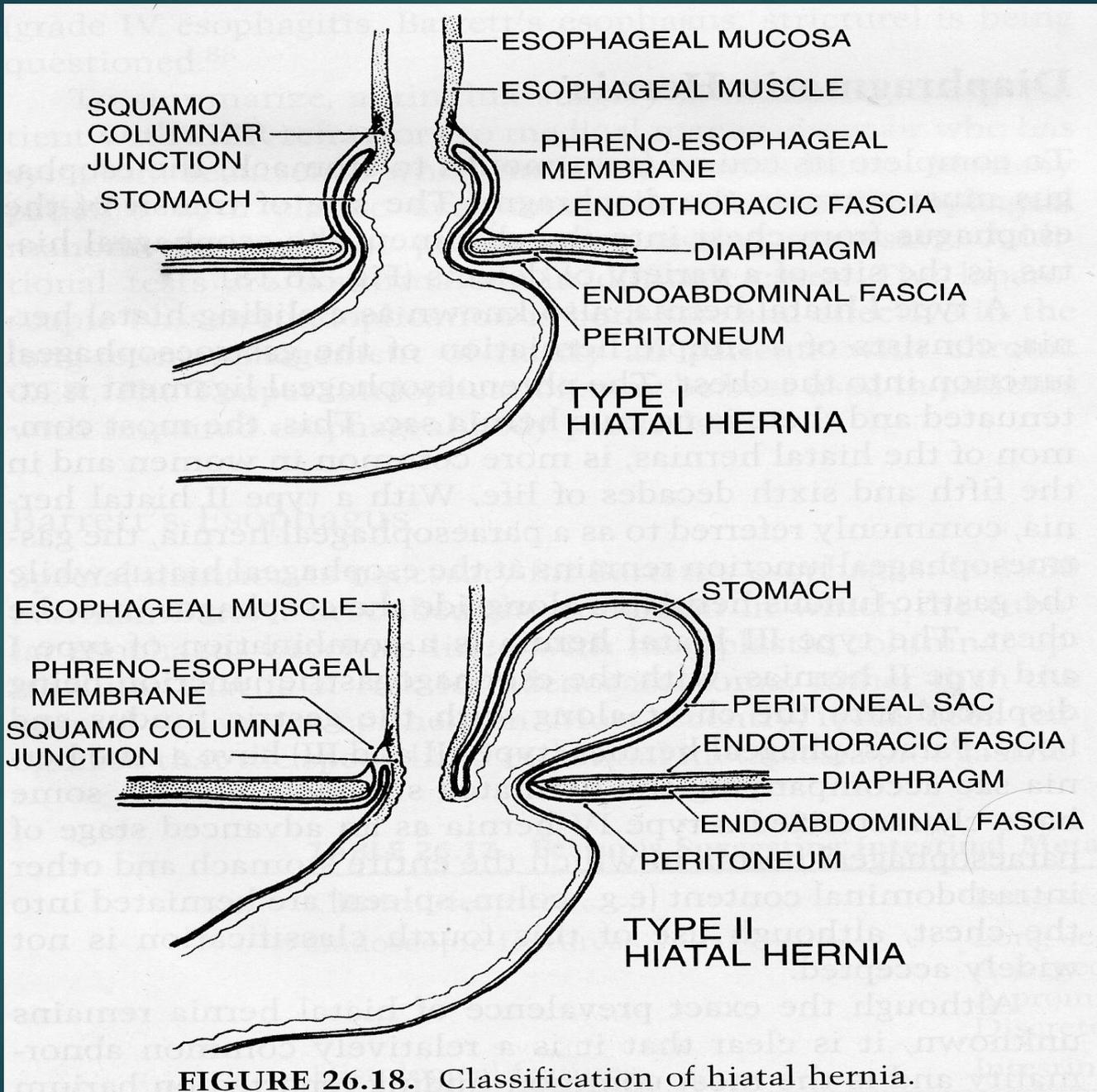
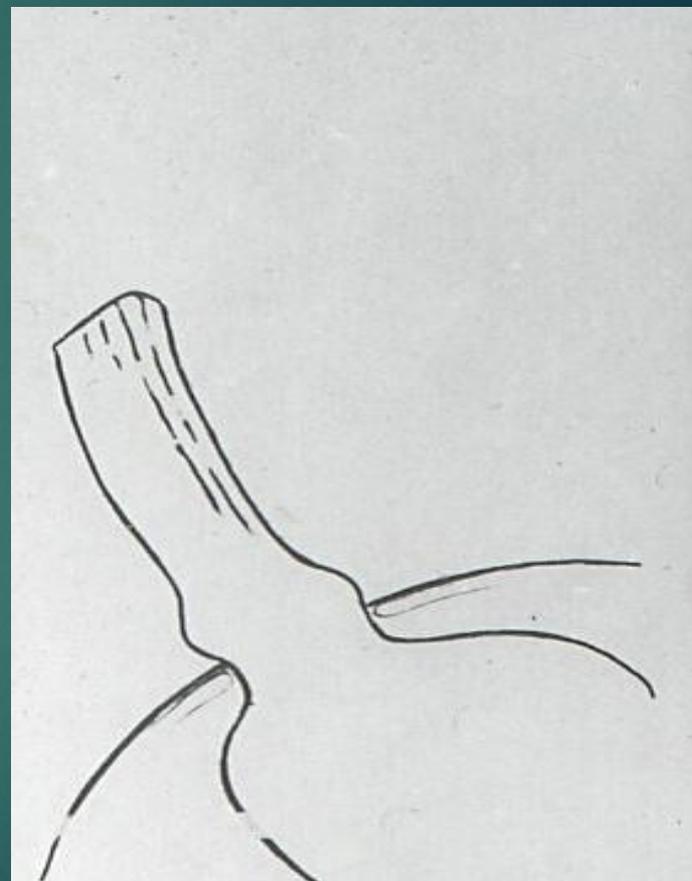
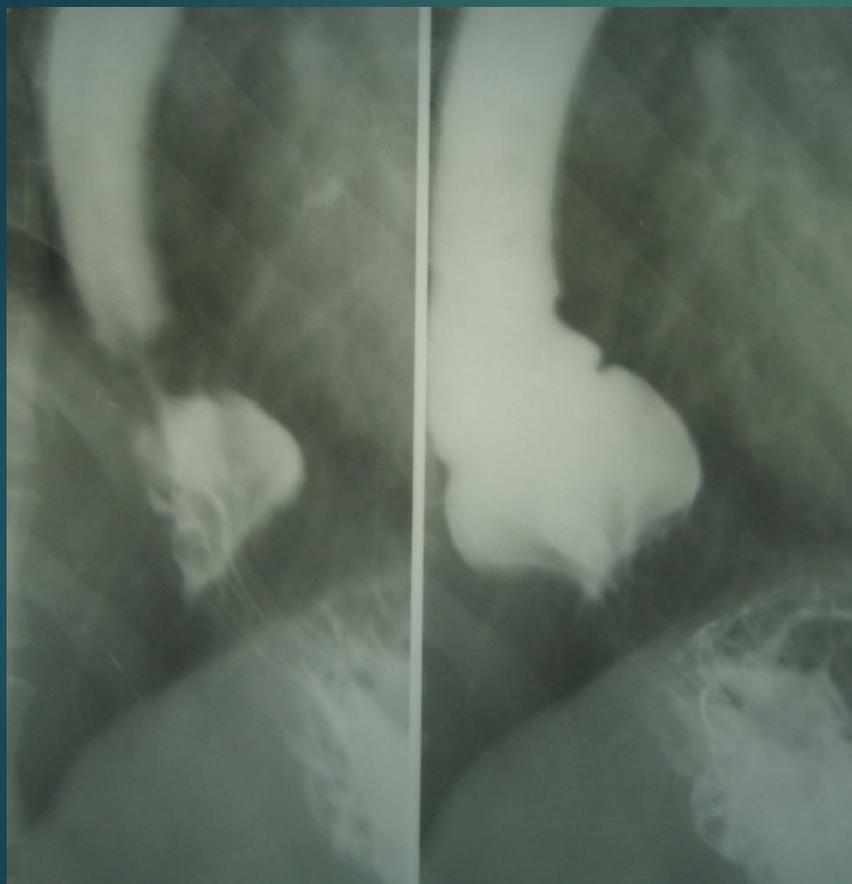


FIGURE 26.18. Classification of hiatal hernia.

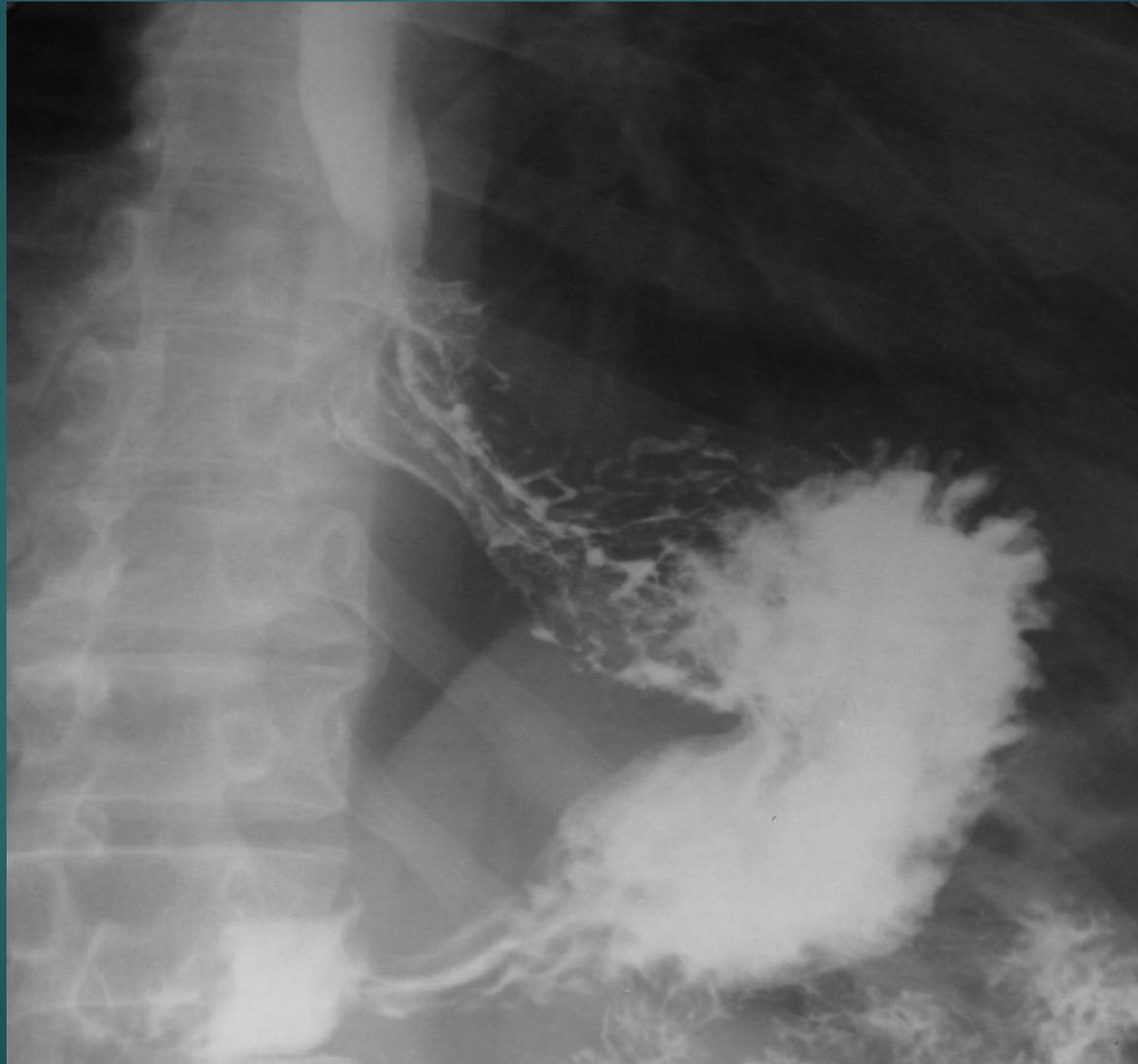
Комбинированная грыжа



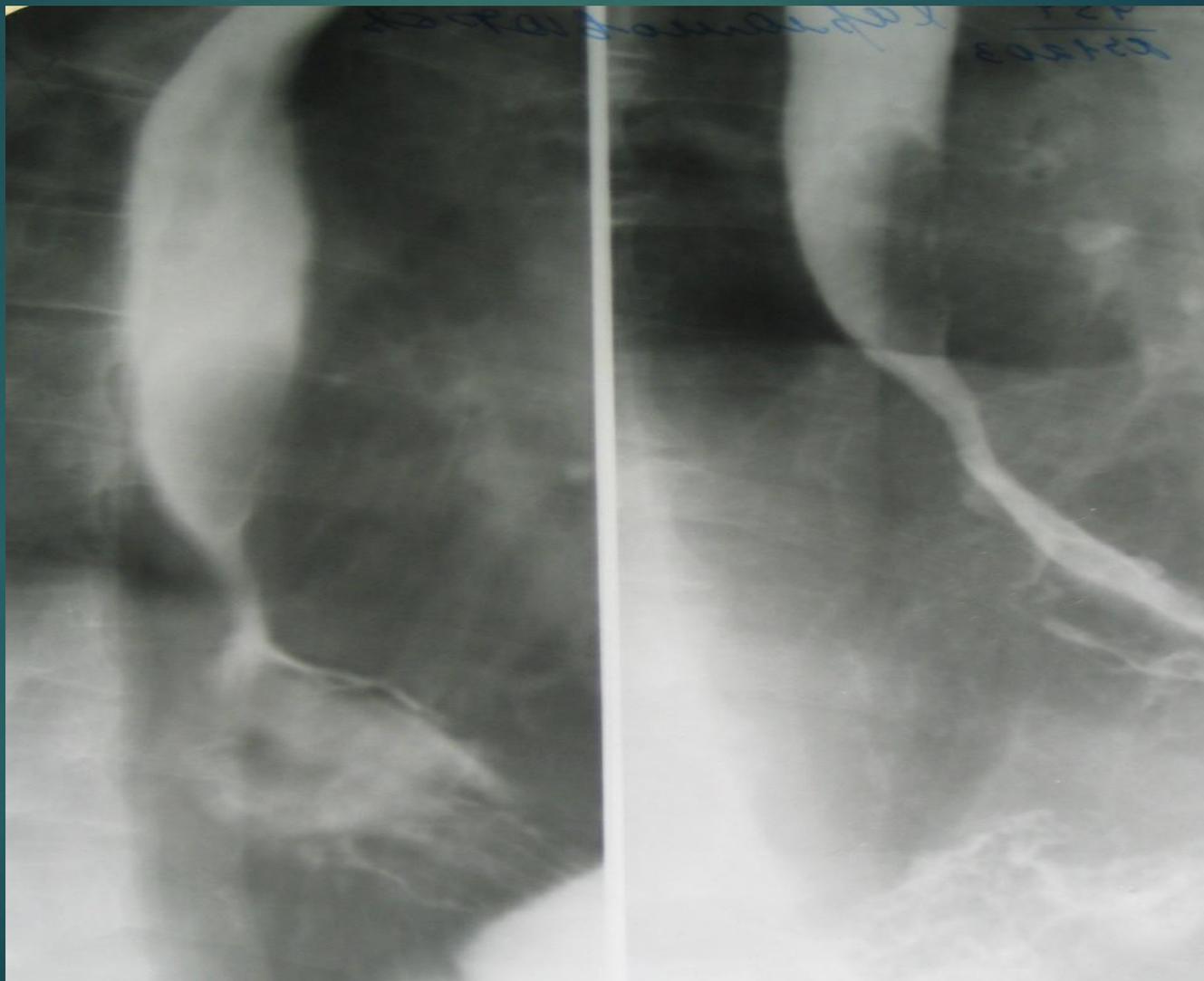
СКОЛЬЗЯЩАЯ ГРЫЖА ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

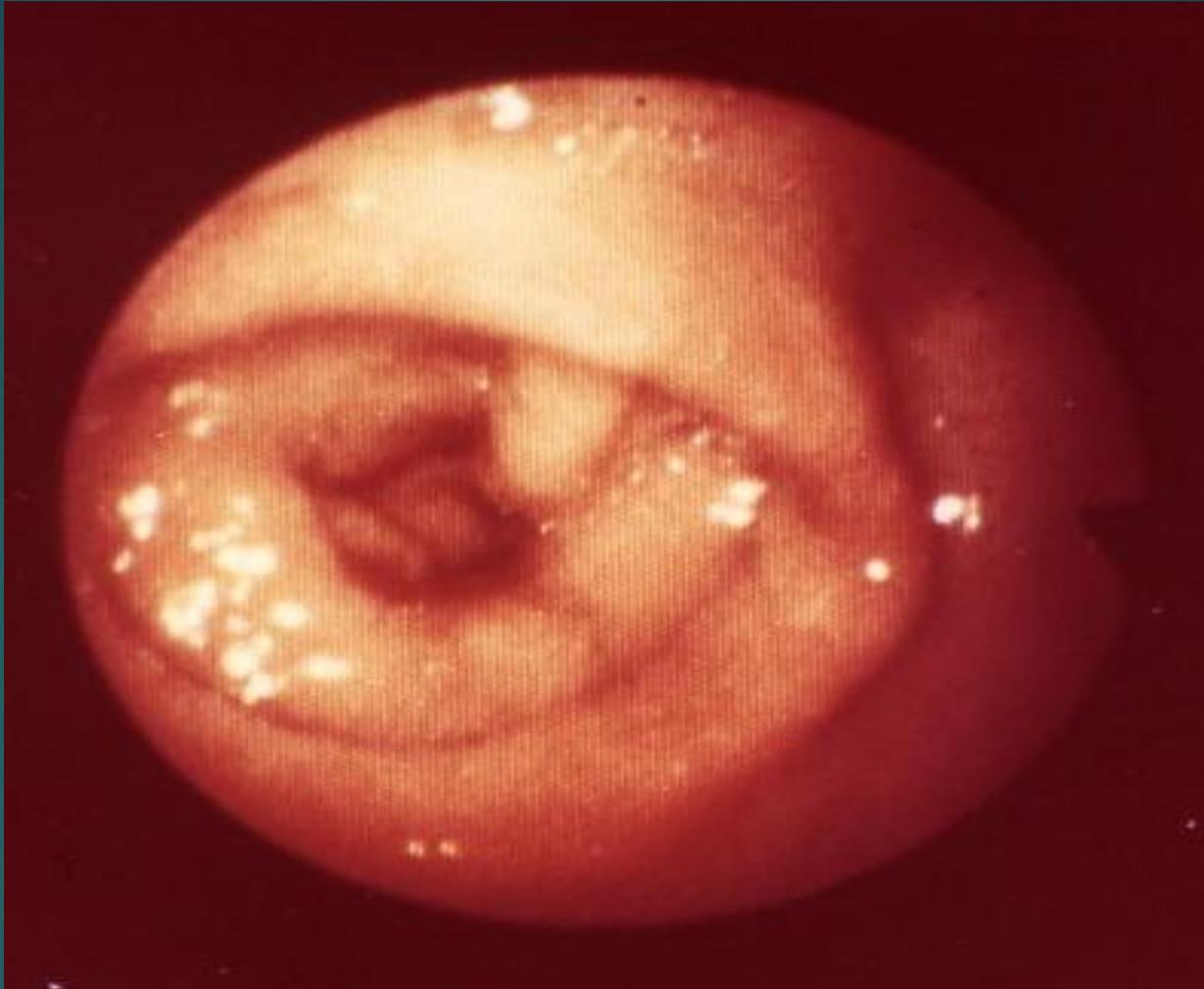


СКОЛЬЗЯЩАЯ ГРЫЖА ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ



СКОЛЬЗЯЩАЯ ГРЫЖА ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ И ПЕПТИЧЕСКАЯ СТРИКТУРА НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПИЩЕВОДА

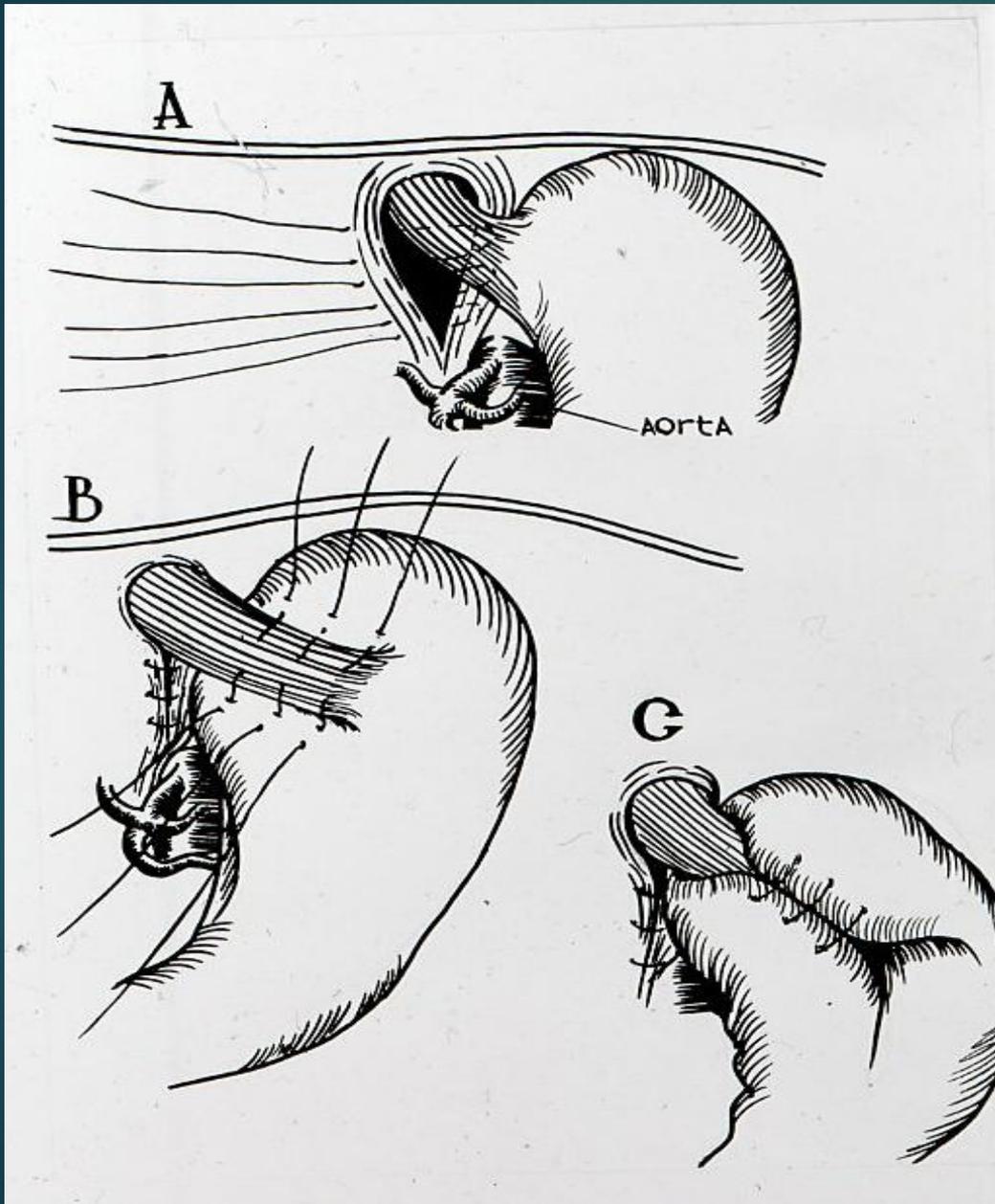




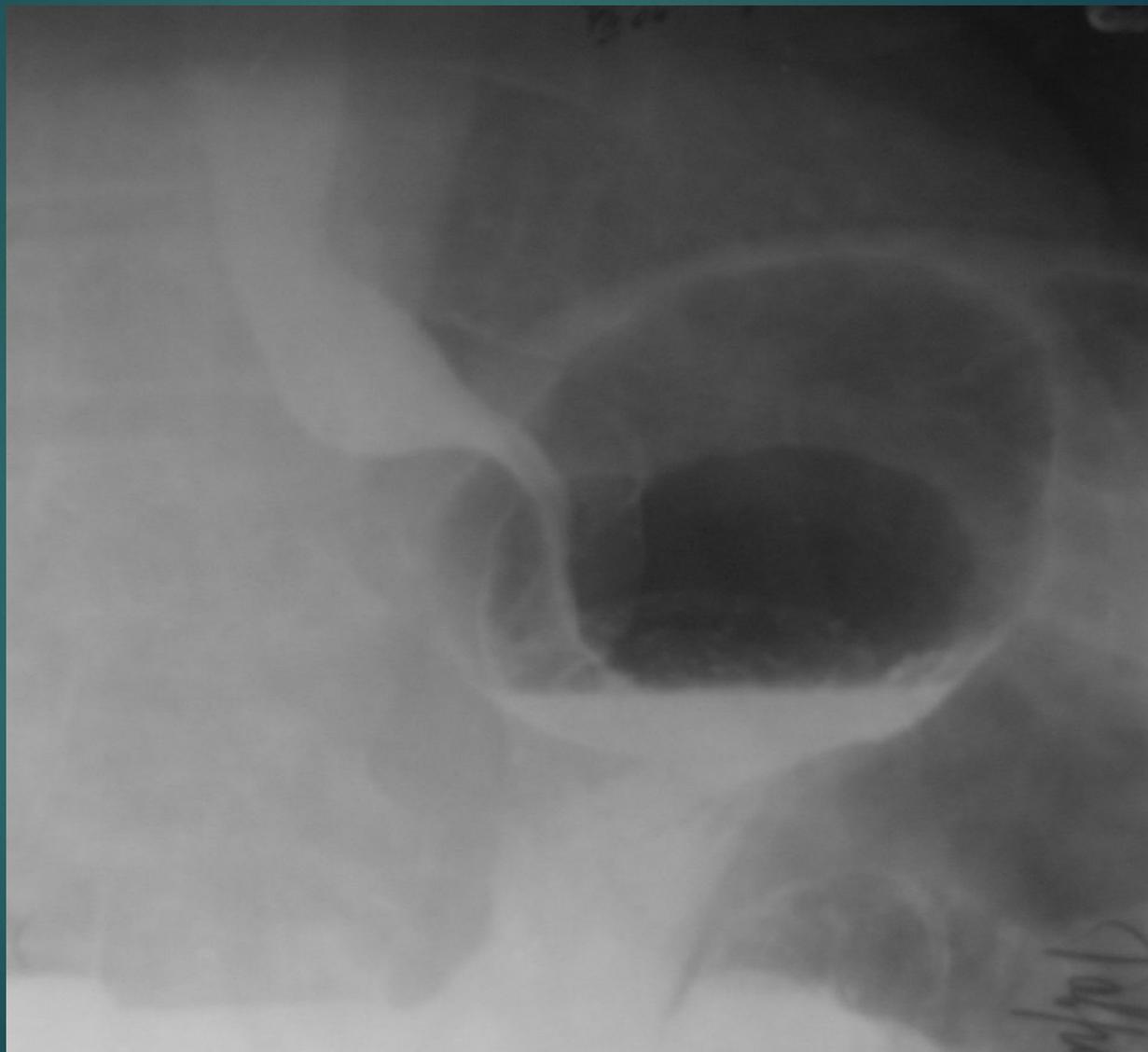
Операци я

Ниссена

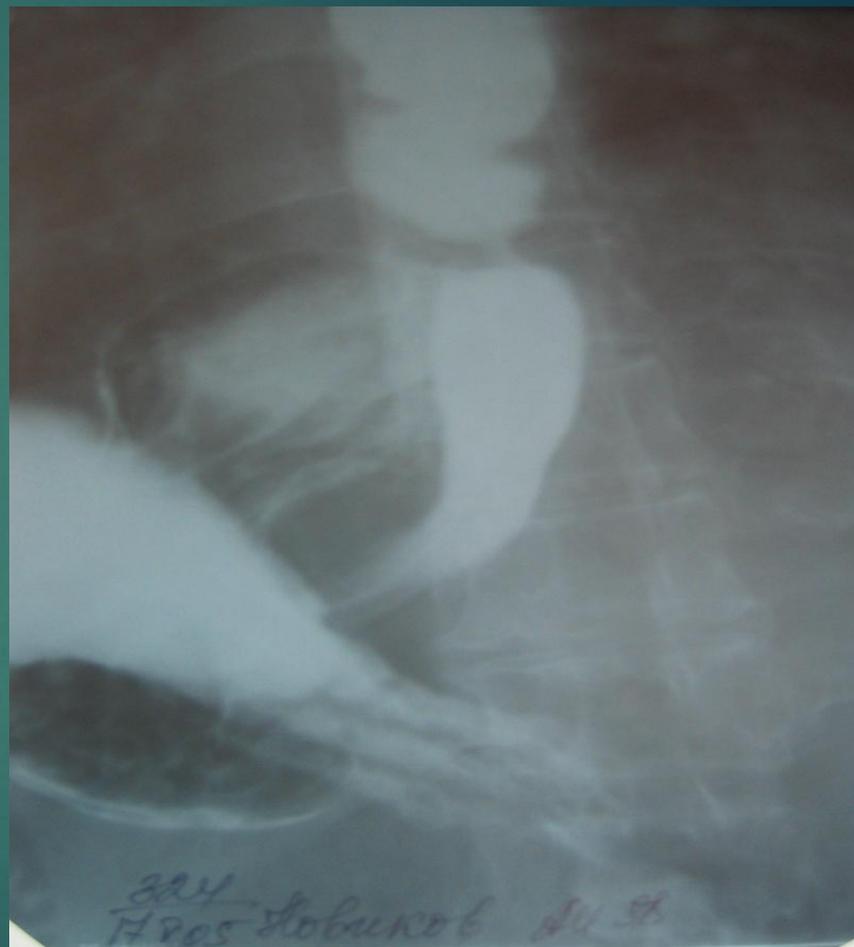
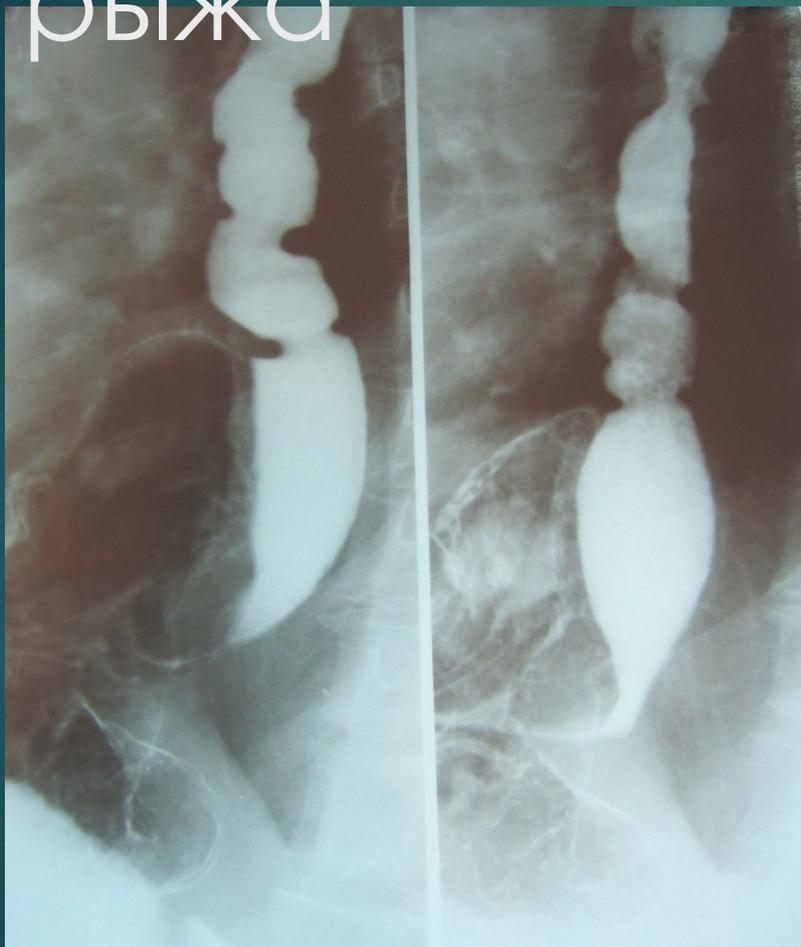
подшивание желудка к диафрагме вокруг пищевого отверстия с фиксацией его малой кривизны к брюшной стенке для восстановления острого угла между дном желудка и брюшной частью пищевода; применяется для лечения рефлюксэзофагита и скользящей грыжи пищевого отверстия диафрагмы



РЕНТГЕНОГРАФИЯ ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ ФУНДОПЛИКАЦИИ ПО НИССЕНУ



Параэзофагеальная грыжа



Операция Харрингтона

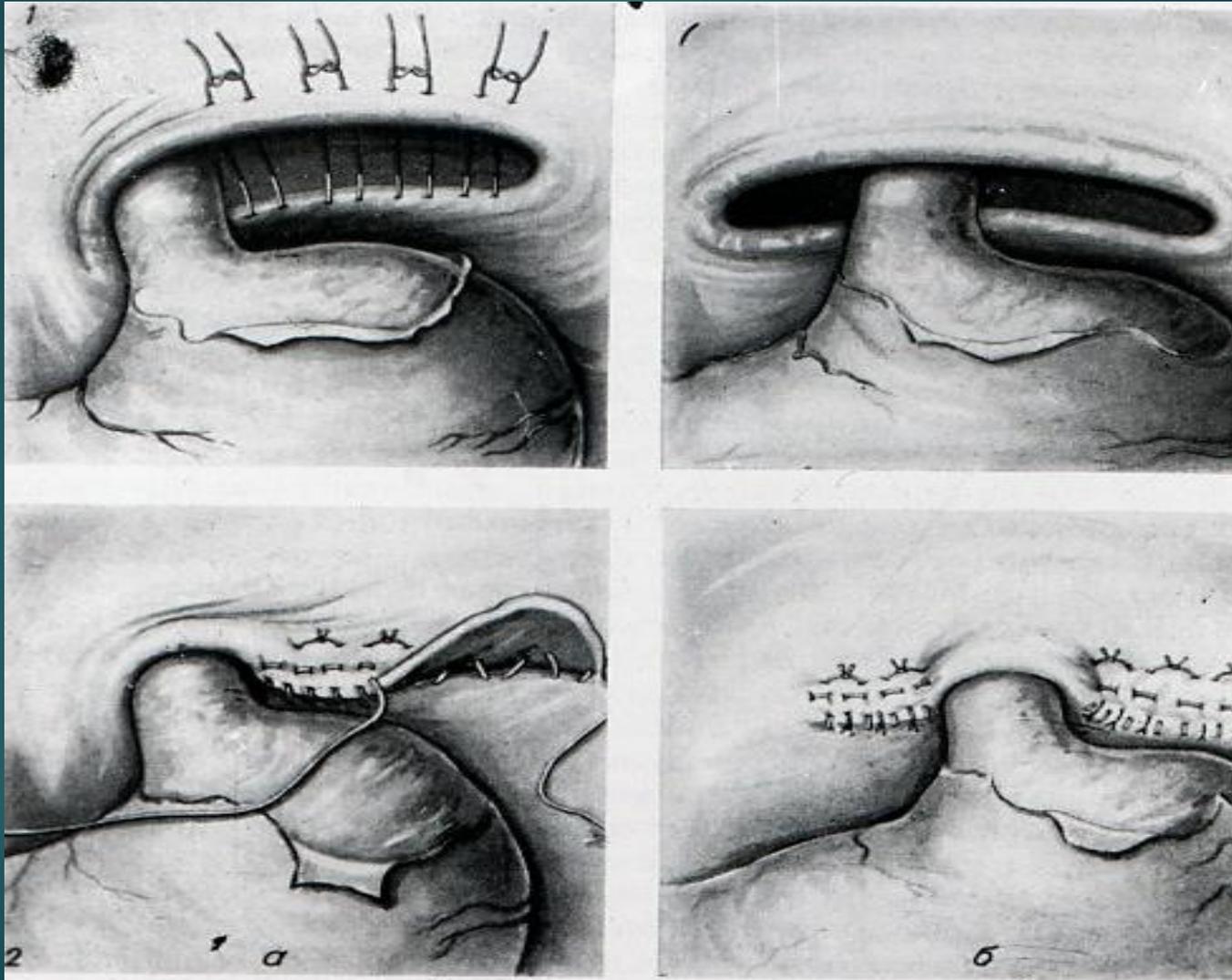
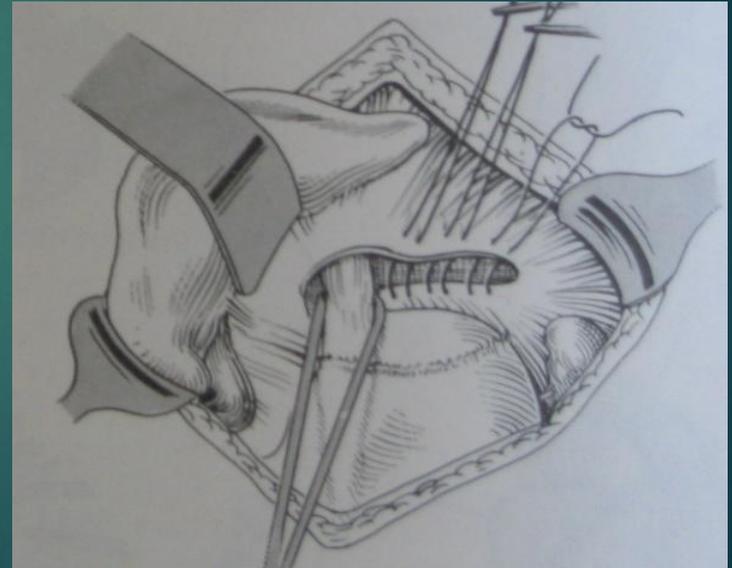
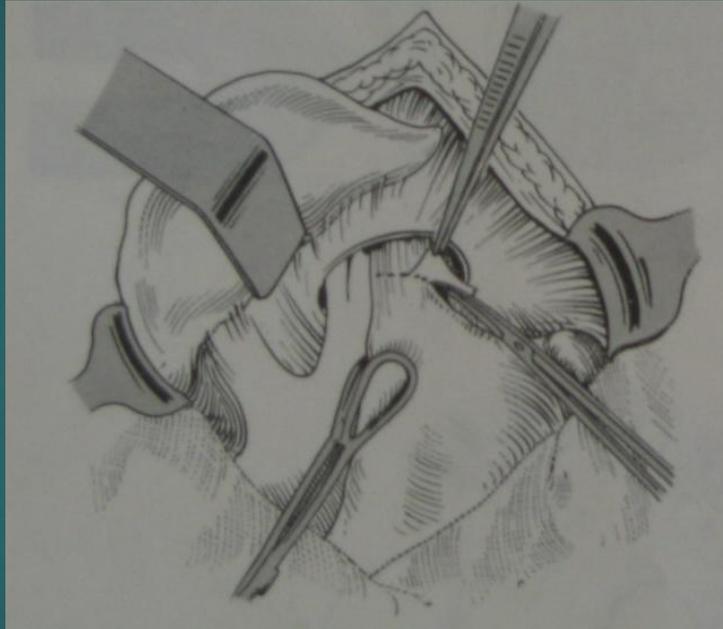
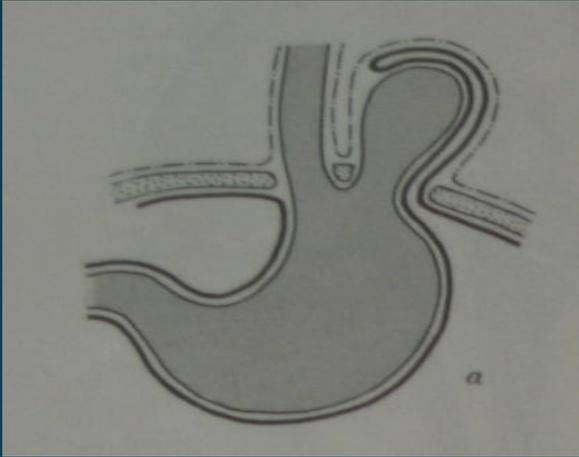
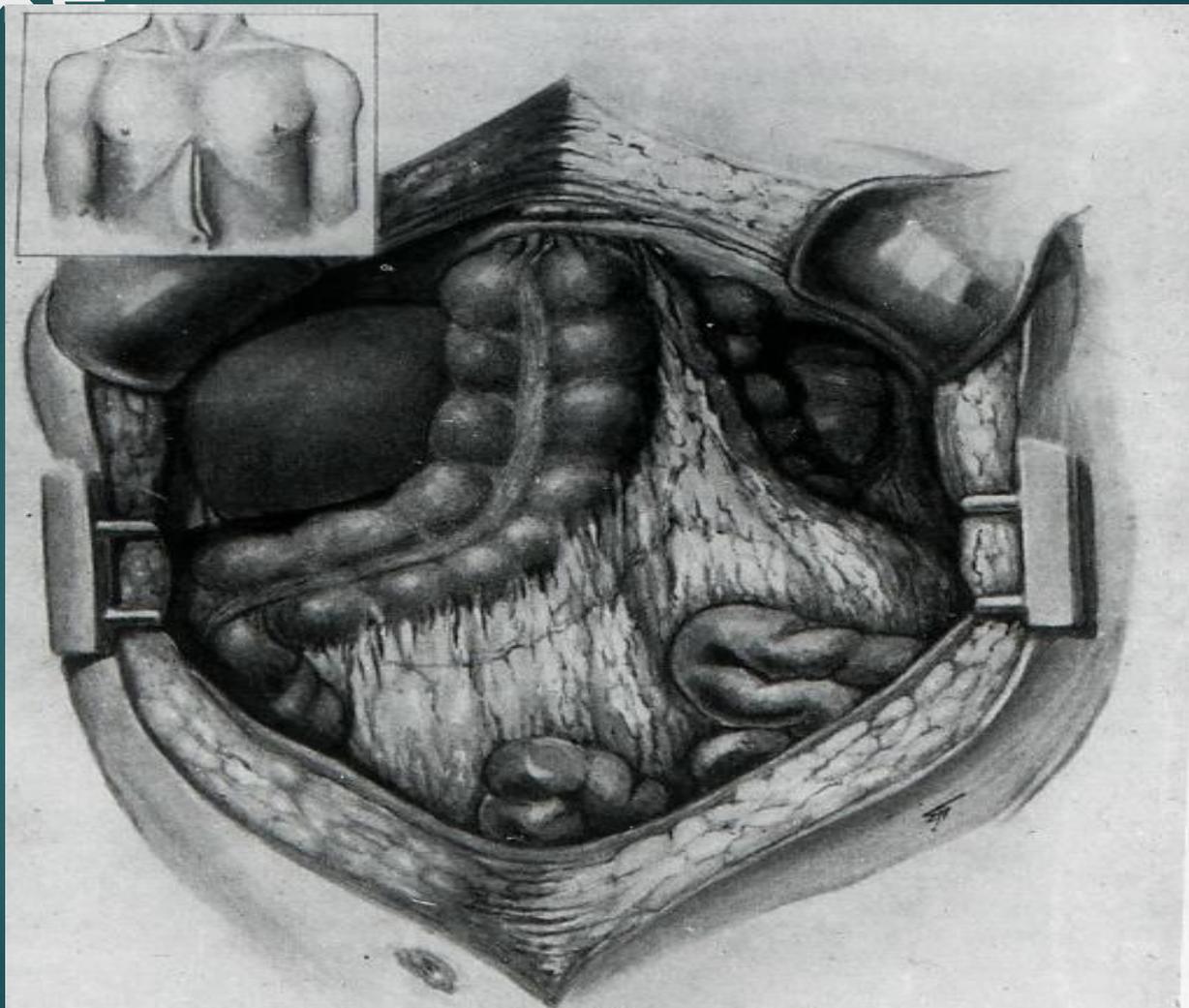


Схема операции



Срединный лапаротомный доступ при ретростернальной грыже



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).

Герниопластика

Современная концепция грыжеобразования в отношении паховых грыж в целом уже давно не является предметом научных споров. Основу ее составляют получившие всеобщее признание работы о несостоятельности соединительнотканых структур задней стенки пахового канала. Отсюда следует, что **основной патогенетический принцип лечения паховых грыж заключается в восстановлении задней стенки пахового канала и придании ей необходимой механической прочности, а способы герниопластики должны оцениваться по основному критерию: достигается эта цель операции или нет.**

Вот уже более 100 лет операции по поводу паховых грыж выполняются в России по принципу, основанному Бассини в 1884г. Операция Бассини явилась основой для множества других способов герниопластики.

Однако несмотря на более чем столетний опыт активного поиска оптимального метода лечения паховых грыж, частота рецидивов остается по-прежнему высокой:

Автор	Способ пластики	Год	Частота рецидивов
Нестеренко Ю.А.	Бассини	1980	13,2%
Салов Ю.Б.	Кукуджанова	1982	8,9%
Митасов И.Г.	Постемски	1985	6,0%
Tran V. et al.	Бассини	1992	14,0%
Panos R. et al.	Shouldice	1992	7,0%
Nyhus L.	Nyhus	1993	6,0%

- ▶ Основной причиной неудовлетворительных результатов лечения традиционными методами пластики пахового канала является сближение неоднородных тканей под натяжением, что противоречит основным принципам хирургии. Подшитые к паховой связке мышцы подвергаются дегенерации, атрофии и рубцовому перерождению, а натяжение приводит к ишемическому некрозу тканей по линии швов, их прорезыванию и дальнейшему рецидиву. Отмеченные обстоятельства способствовали разработке и совершенствованию новой технологии лечения – ненатяжной герниопластики.
- ▶ При пластике грыж белой линии живота, пупочных, небольших вентральных послеоперационных грыж, при отсутствии натяжения тканей правомочно использование традиционных оперативных методов.
- ▶ При ущемленных гигантских вентральных грыжах, включающих большую часть содержимого брюшной полости, особенно у лиц преклонного возраста с тяжелой сопутствующей патологией, если невозможно выполнить ненатяжную герниопластику из-за отсутствия аллотрансплантата, грыжевые ворота следует не ушивать, а наложить на рану лишь кожные швы.

Ненатяжная пластика

Основой ненатяжной пластики является устранение причин рецидивов характерных для традиционных видов герниоплатик:

1. Сшивание рубцово-измененных тканей
2. Сшивание неоднородных тканей (при паховых грыжах)
3. Ишемия тканей вследствие натяжения и сдавления швами

При ненатяжной пластике грыжевые ворота остаются в их исходном состоянии. Закрывающий грыжевые ворота алломатериал удерживает ткани в фиксированном положении, стимулирует быстрое образование зрелой соединительной ткани, по прочности равной или превосходящей прочность

Свойства эндопротезов

1. Эластичность, чтобы не вызвать пролежней смежных тканей
2. Устойчивость к инфицированию
3. Не вызывать выраженных воспалительных, аллергических реакций
4. Пористость для проникновения макрофагов, фибробластов, кровеносных сосудов и коллагеновых волокон в поры
5. Длительная механическая прочность и целостность
6. Не обладать канцерогенными свойствами

Современные

РАССАСЫВАЮЩИЕСЯ материалы НЕРАССАСЫВАЮЩИЕСЯ

- ▶ полиглоктин-910 (викрил)
- ▶ полигликолиевая кислота (дексон)

Рассасываются они на 60 - 90 день после операции.

Основные фирмы-производители сеток это "Ethicon", "B.Braun", "USSC USA", "Экофлон".

- ▶ полипропилен (Surgipro, Marlex, Prolene, Atrium)
- ▶ полиэстер (Mersilene)
- ▶ политетрафторэтилен (Teflon, Gjre - Тех, Экофлон) - максимально инертен, может располагаться интраперитонеально без риска вызвать спаечный процесс, т.к. в связи с очень низким поверхностным натяжением фибропласту трудно прикрепиться на поверхности данной пластины

Герниопластика по Лихтенштейну

Применяется в 70-80% случаев при паховых грыжах в Америке и Европе. Основным ее принципом является укрепление задней стенки пахового канала сетчатым алломатериалом.

С тех пор как в 1989г Лихтенштейн представил результаты более чем 6000 операций, данная методика широко используется во всем мире, имея практически такие же результаты, какие были достигнуты в США в институте Лихтенштейна.

Данная факт: **обучаемость и воспроизводимость** является наивысшим достоинством любой методики.

Преимущества герниопластики по Лихтенштейну:

1. Значительное снижение частоты рецидивов (с 6-14% до 1%):

Автор	Кол-во операций	Возраст больных	Частота рецидивов
Lichtenstein L.	6000	19-88	0,1%
Horeysek J.	760	32-93	0,25%
Kux M.	420	40-97	0,9%
Егиев В.Н.	350	18-83	0,9%
Friis M.	224	27-92	0,9%

2. Снижение травматичности операции, что уменьшает выраженность болевого синдрома и позволяет выписать пациентов на 3-4 сутки

3. Более раннее возвращение пациентов к обычному образу жизни, из-за наличия в ране эндопротеза, придающего дополнительную прочность

Послеоперационные осложнения:

- ▶ Нагноение послеоперационной раны (при этом нет необходимости удалять эндопротез)
- ▶ Отторжение эндопротеза
- ▶ Ощущение инородного тела. Существуют публикации, сообщающие о возможности появления неприятных ощущений во время коитуса у мужчин до 25 лет в связи с чем следует ограничить применение данной методики у этого контингента больных.
- ▶ Серома
- ▶ Гематома

Герниопластика послеоперационных грыж

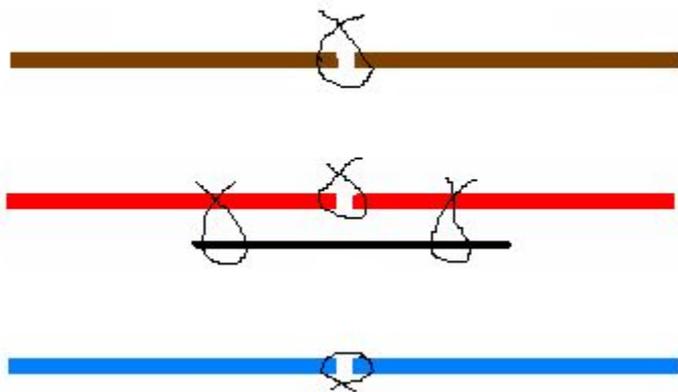
Общие принципы имплантации
эндопротезов:

- ▶ Желательно избегать контакта алломатериала с подкожной клетчаткой для профилактики образования сером
- ▶ После фиксации к тканям эндопротез должен лежать без натяжения
- ▶ Недопустим контакт эндопротезов с висцеральной брюшиной (искл. ПТФЭ)

Методы пластики послеоперационных грыж

1. Предбрюшинная имплантация - сетка помещается в предбрюшинном пространстве, позади апоневроза, что исключает проблему образования сером подкожной клетчатки, снижает риск инфицирования и исключает смещение протеза при повышении внутрибрюшного

"с натяжением"



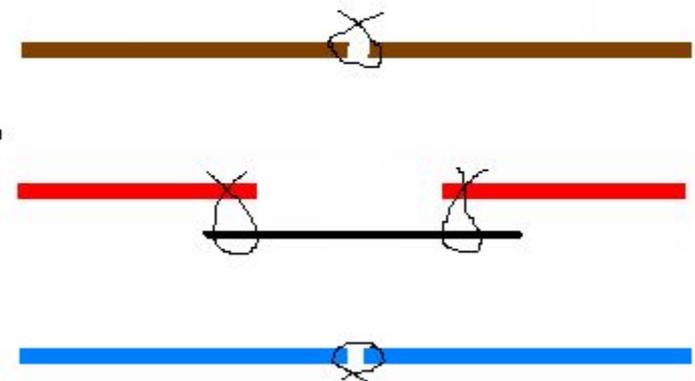
КОЖА

МЫШЕЧНО-АПОНЕВРОТИЧЕСКИЙ СЛОЙ

СЕТКА

БРЮШИНА

"без натяжения"



2. Межфасциальная имплантация – алломатериал располагается между мышечно-апоневротическими слоями передней брюшной стенки, например между листками влагалищ прямых мышц живота.



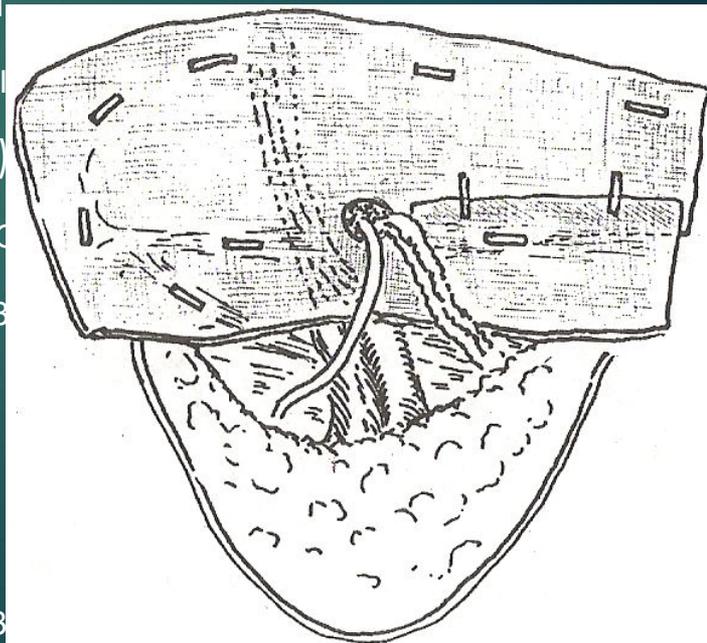
3. **Надапоневротическая имплантация** - сетка располагается в подкожно-жировом слое, фиксируется над апоневрозом и мышцами. При "натяжном" варианте предварительно производится пластика грыжевых ворот, сетка укладывается поверх швов. При "ненатяжном" способе сетка укладывается и фиксируется без натяжения к апоневрозу по периметру П-образными швами.



Эндовидеохирургическая герниопластика паховых грыж

1. Лапароскопическая предбрюшинная протезирующая герниопластика: В условиях пневмоперитонеума брюшина рассекается ножницами П-образно или дугообразно, огибая латеральную и медиальную паховые ямки сверху. Далее брюшина отсепаровывается до лонной кости. Грыжевой мешок тупым путем отделяется от элементов семенного канатика и поперечной фасции. Для закрытия всех трех ямок (бедренной, латеральной и медиальной паховых) –

потенциальных мест выхода грыж размеры сетки должны быть не менее 6 x 11 см. Сетка может быть наложена без края (при прямых паховых грыжах) или с предварительным краем для провода ее по элементам семенного канатика. Фиксация протеза осуществляется герниостеплером танталовыми скрепками (≈ 10 штук) избегая повреждений подвздошных, нижних надчревных, тестикулярных сосудов, семявыносящего протока, мочевого пузыря



2. Лапароскопическая внутрибрюшинная герниопластика:

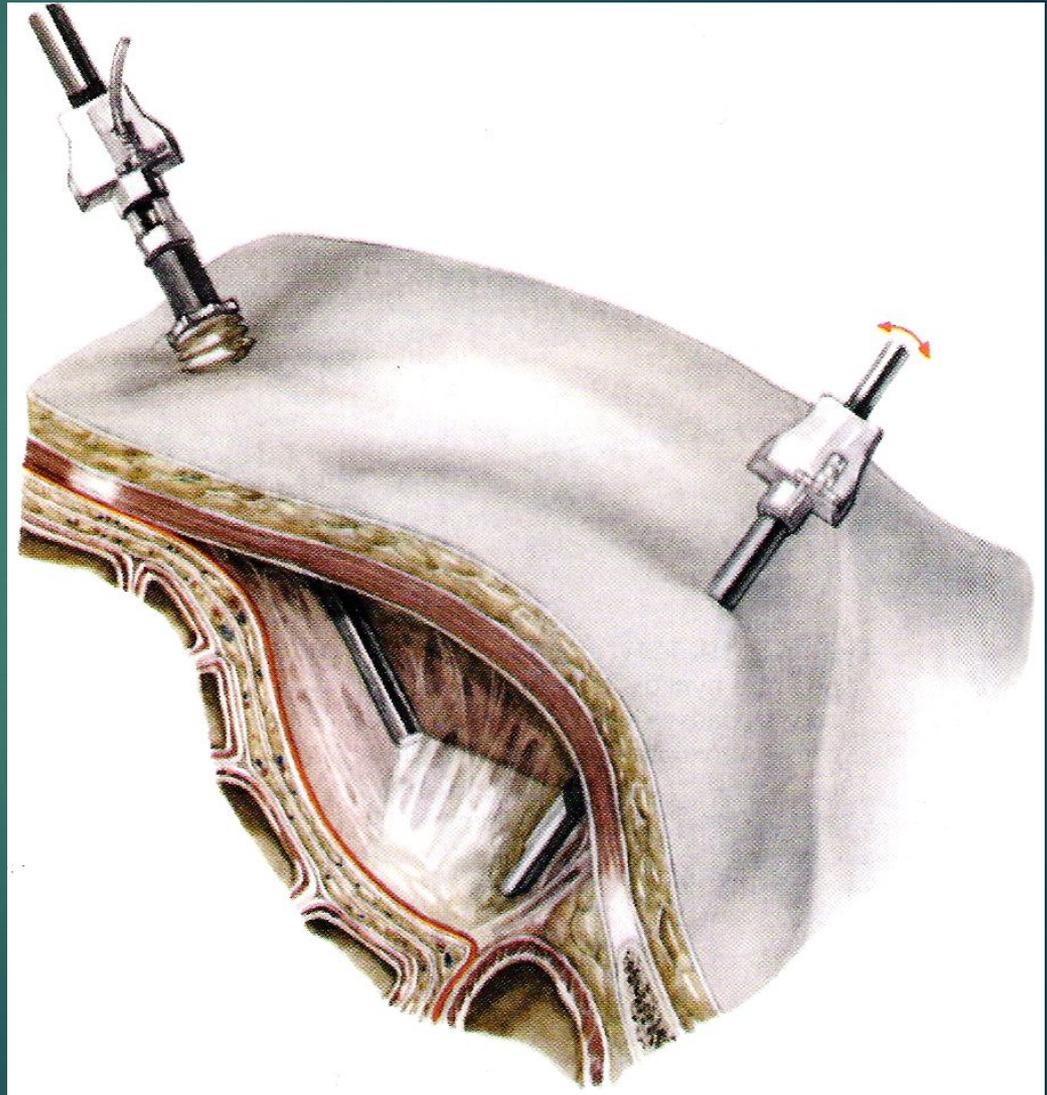
Под эндотрахеальным наркозом, в условиях напряженного карбоксиперитонеума, содержимое грыжевого мешка выводится в брюшную полость, сам мешок может не резецироваться. В брюшную полость вводится политетрафторэтиленовый имплантант, превышающий размеры грыжевого дефекта минимум на 1 см по периметру. Протез фиксируется поверх брюшины при помощи степлера с удлиненными до 4,8 мм скрепками по периметру.



Лапароскопическая анатомия правой подвздошной области

3. Эндовидеохирургическая внебрюшинная герниопластика

осуществляется без
вхождения в брюшную
полость, т.е. без
лапароскопии как
таковой.



Противопоказания к проведению лапароскопической герниопластики

I **Общими абсолютными** противопоказаниям являются:

беременность; сопутствующие заболевания и состояния, при которых противопоказано проведение общей анестезии и планового оперативного лечения.

К **относительным противопоказаниям** можно отнести ожирение 3-4 степени, спаечный процесс в брюшной полости. При подозрении на спаечный процесс вопрос о возможности проведения операции должен решаться после выполнения диагностической лапароскопии.

Наличие дополнительного специального оборудования позволяет проводить операции и в условиях спаечного процесса, однако риск развития интраоперационных осложнений при этом возрастает.

II К **местным** противопоказаниям следует отнести: ущемленные грыжи; скользящие; невправимые; гигантские паховые грыжи в сочетании с водянкой семенного канатика и водянкой оболочек яичка.

С увеличением опыта выполнения эндовидеохирургической герниопластики становится возможным выполнению операций

Причины рецидивов грыж после

эндовидеохирургических

Возникают из-за недостаточного закрытия грыжевых ворот вследствие смещения имплантата при не вполне надежной его фиксации, а так же при недостаточных размерах протеза.

Возникают они как правило в течение первых трех недель после операции. В позднем периоде рецидивы более редки, т.к. успевший прорасти соединительной тканью протез надежно фиксируется в грыжевых воротах.

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 (*incaeratio 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 пропускавшего 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 невправимых 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

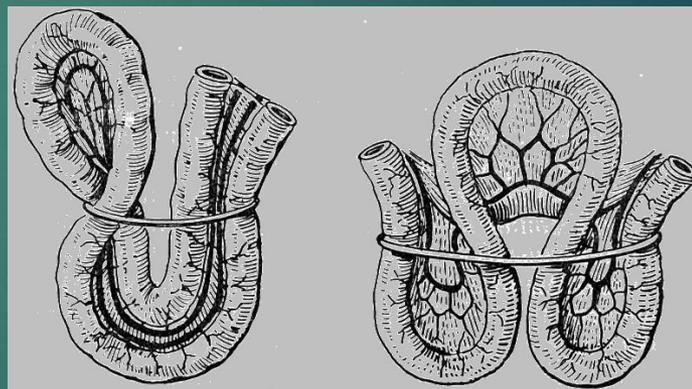
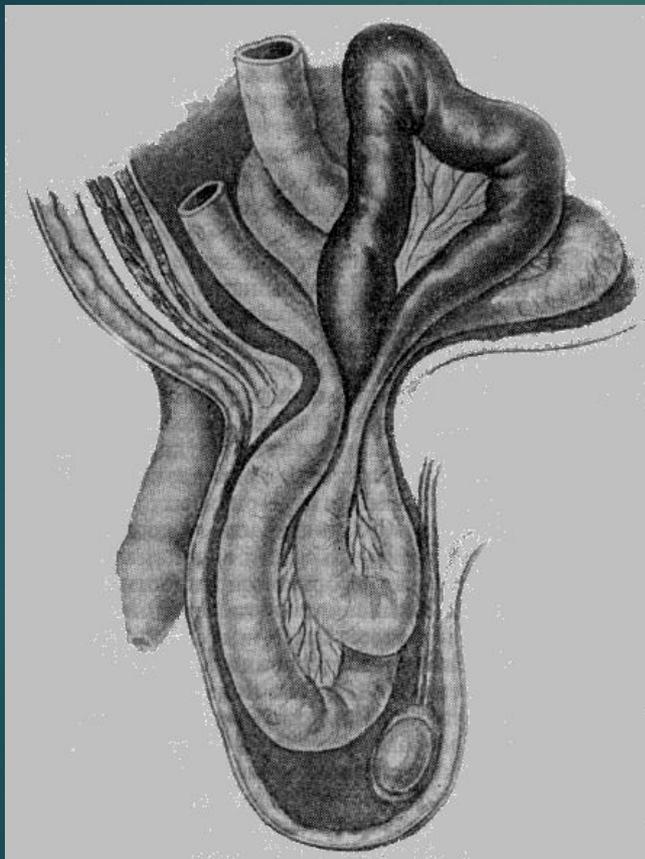
- ▶ Смешанное ущемление. В случаях когда каловое ущемление своевременно не ликвидировано, оно может заканчиваться эластическим.

По формам ущемления выделяют ретроградное и

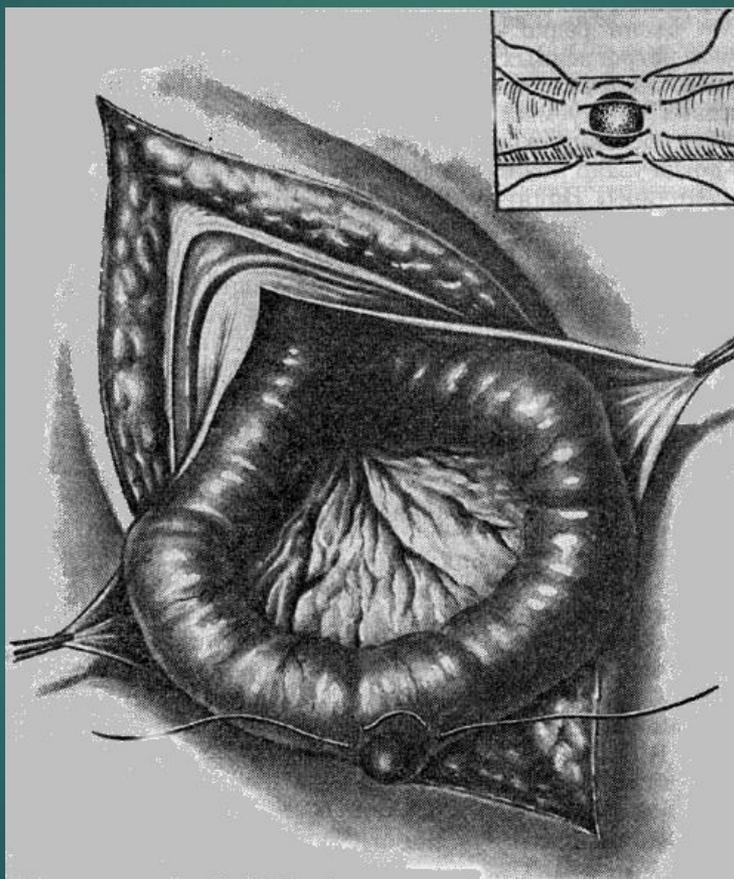
пристеночное

- ▶ 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

Причины ущемления грыж.

- Спастическое состояние тканей, окружающих грыжевое отверстие
- Узость грыжевого отверстия
- Плотность и неподатливость краев грыжевого отверстия
- Воспалительные изменения в области грыжевого содержимого и возможность его ущемления
- Различные изменения физического характера в самих смещенных органа

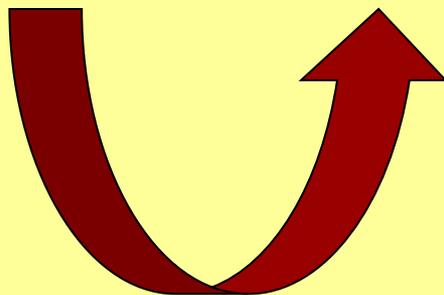
Теории ущемлений грыж.

(Кузьмин, 1937 г.)

Внезапное сокращение мышц
брюшного пресса

Растяжение грыжевых ворот

Вдавливание содержимого
в грыжевой мешок или вхождение
еще одной петли кишки



Уменьшение внутрибрюшного
давления

Стягивание грыжевого кольца

Ущемление выпавшей части
кишки (странгуляция)

Болевой спазм

Расстройство кровообращения,
иннервации

Нарушение трофики



Теории ущемлений грыж.

(Кузьмин, 1937 г.)

Нарушение перистальтики кишки
или функции органа

Coprostasis
inflammatio

Странгуляционная непроходимость

Острая кишечная
непроходимость

Копростаз (обтурация)

Может быть при ригидной стенке
грыжевого мешка

Абсцессы
Перитонит

Вторичная странгуляция

Ущемление выпавшей части
кишки

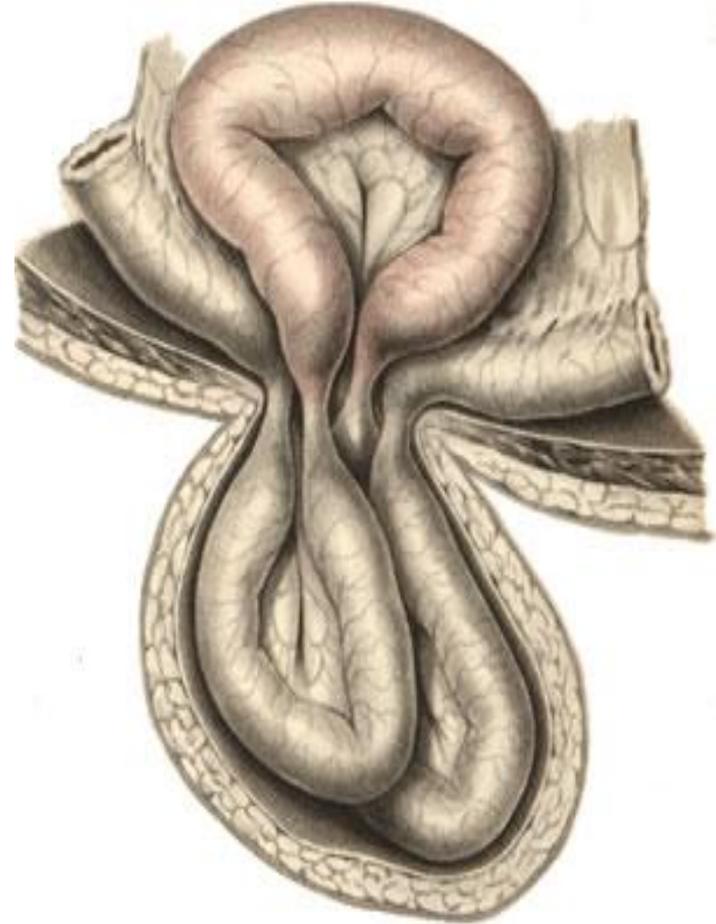
Болевой спазм

Расстройство кровообращения,
Иннервации, присоединение инфекции



Типы ущемлений.

- Эластическое ущемление
- Каловое ущемление.
- Каловое и эластическое ущемление.
- Ретроградное ущемление
- Пристеночное ущемление (Richters)



- **Эластическое ущемление.** Под эластическим ущемлением понимают внезапное выхождение большого количества брюшных внутренностей через узкие грыжевые ворота в момент резкого повышения внутрибрюшного давления под воздействием сильного физического напряжения.
- **Пристеночное ущемление** известно в литературе также под названием грыжи Рихтера. При этом виде ущемления сдавливается кишка не на всю величину своего просвета, а лишь частично, обычно в участке, противоположном брыжеечному краю кишки.

- **Каловое ущемление.** Под каловым ущемлением понимают сдавление грыжевого содержимого, которое возникает в результате резкого переполнения приводящего отдела кишечной петли, находящейся в грыжевом мешке. Отводящий отдел этой петли резко уплощается и сдавливается в грыжевых воротах вместе с прилежащей брыжейкой.
- ***Ретроградное ущемление*** 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.

Хирургическая тактика при ущемленных грыжах живота

Диагноз ущемленная грыжа является показанием к экстренной операции. При разущемившейся грыже тактика активно-выжидательная:

Особенности:

1. Срочная операция
2. Абсолютных противопоказаний к хирургическому вмешательству при ущемлении в настоящее время не существует
3. **Недопустимо:**
ванны, тепло, холод на область грыжевого выпячивания, насильственное ручное вправление

Известны четыре признака, которые наблюдаются при ущемлении любой грыжи:

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

Анатомические формы «мнимого вправления» (pseudotaxis)

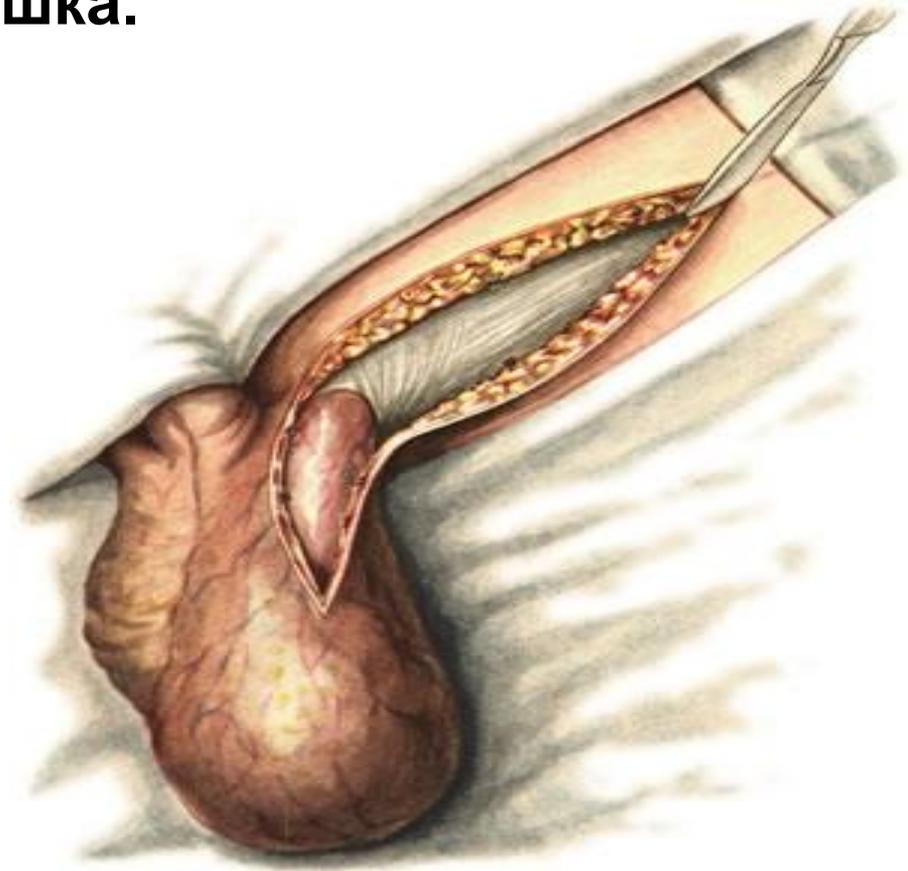
- . при сложных формах грыжевых мешков, состоящих из нескольких полостей (ущемленное кольцо остается)
- . грыжевое содержимое вместе с грыжевым мешком и шейкой инвагинируются в брюшную полость
- . Грыжевое содержимое попадает под серозный карман, который образуется от разрыва грыжевого мешка вблизи ущемленного кольца.

Задачи операции

- 1) ликвидация ущемления;
- 2) ревизия ущемленных органов и при необходимости соответствующие вмешательства на них;
- 3) пластика грыжевых ворот

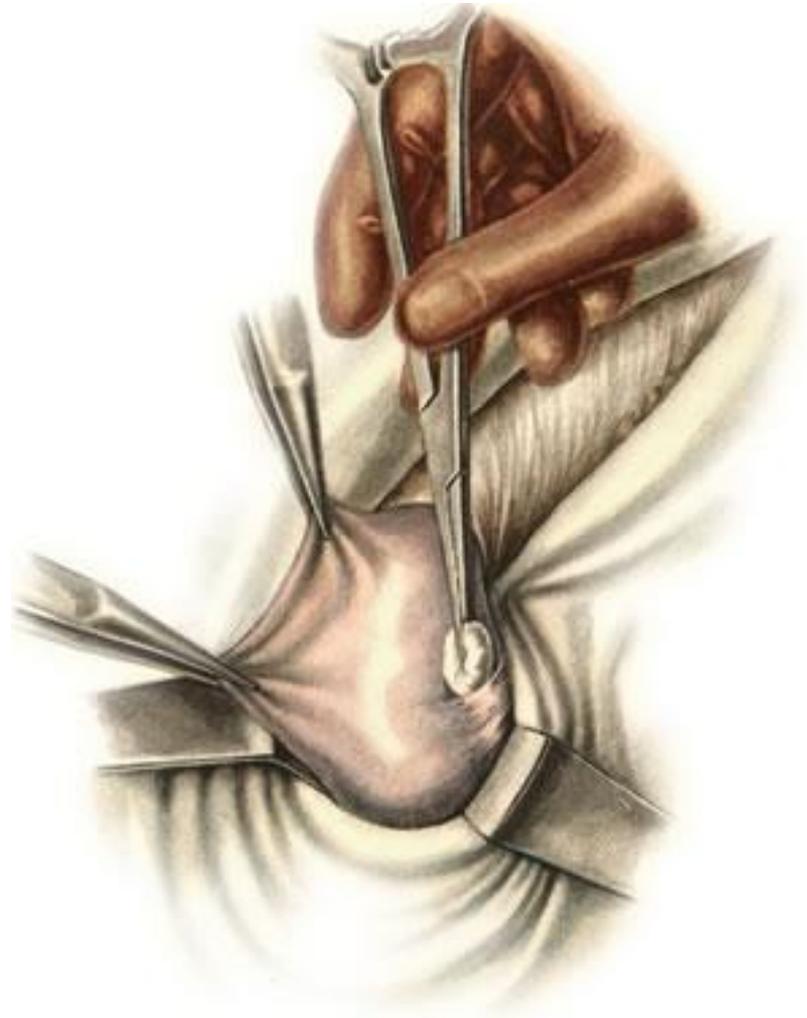
Первый этап :

**последовательное рассечение тканей до апоневроза и
обнажение грыжевого мешка.**



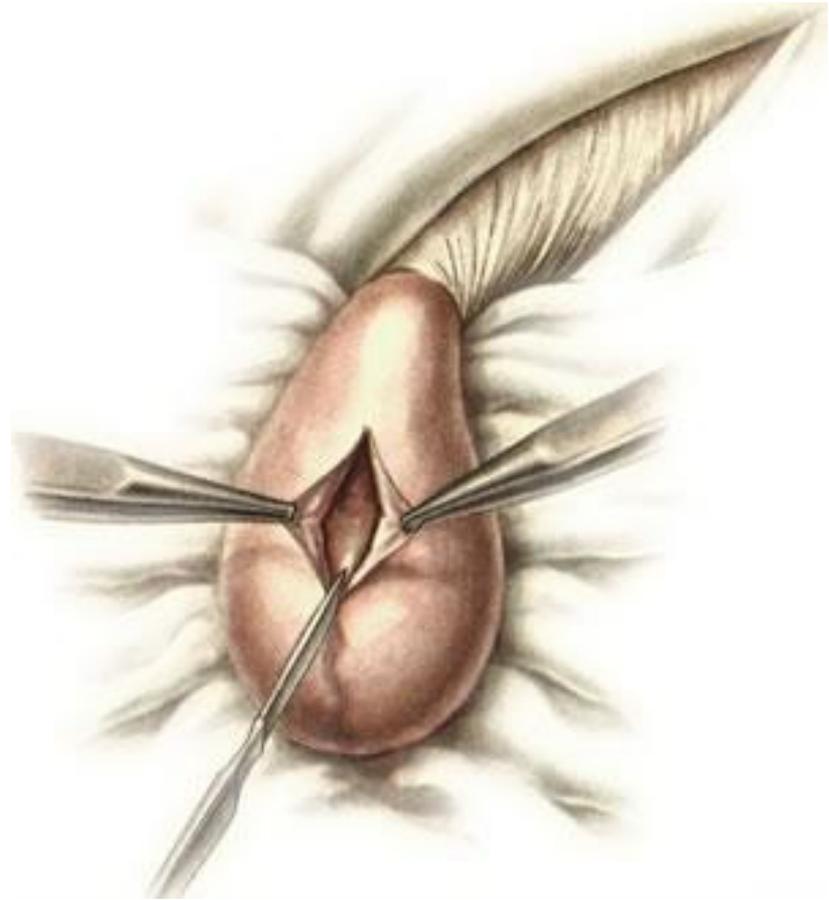
Второй этап :

выделение грыжевого мешка



Третий этап :

вскрытие грыжевого мешка и удаление «грыжевой воды»



Четвертый этап

Рассечение кольца ущемления

Недопустимо рассечение ущемляющего кольца до вскрытия грыжевого мешка,



Пятый этап :

Определение жизнеспособности ущемленных органов является наиболее ответственным этапом операции

Признаки

**нежизнеспособности
кишки**

- 1. темная окраска кишки,**
- 2. тусклая серозная оболочка,**
- 3. дряблая стенка кишки,**
- 4. отсутствие пульсации сосудов брыжейки,**
- 5. отсутствие перистальтики кишки.**

Признаки жизнеспособности кишки

- 1. восстановление нормального розового цвета кишки,**
- 2. отсутствие странгуляционной борозды и субсерозных гематом,**
- 3. сохранение пульсации мелких сосудов брыжейки и перистальтических сокращений кишки.**

Шестой этап :
Резекция
нежизнеспособной кишки
(не менее 30--40 см
приводящего отрезка
кишки и 15--20 см
отводящего отрезка).
(С.В.Лобачев, О.В.
Виноградова, А.И.
Шабанов)
резекция ущемленного
сальника отдельными
участками без образования
большой общей культи



**Седьмой этап
Пластика грыжевых ворот**

**Ущемленные
грыжи:
результаты
операций**



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.

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.



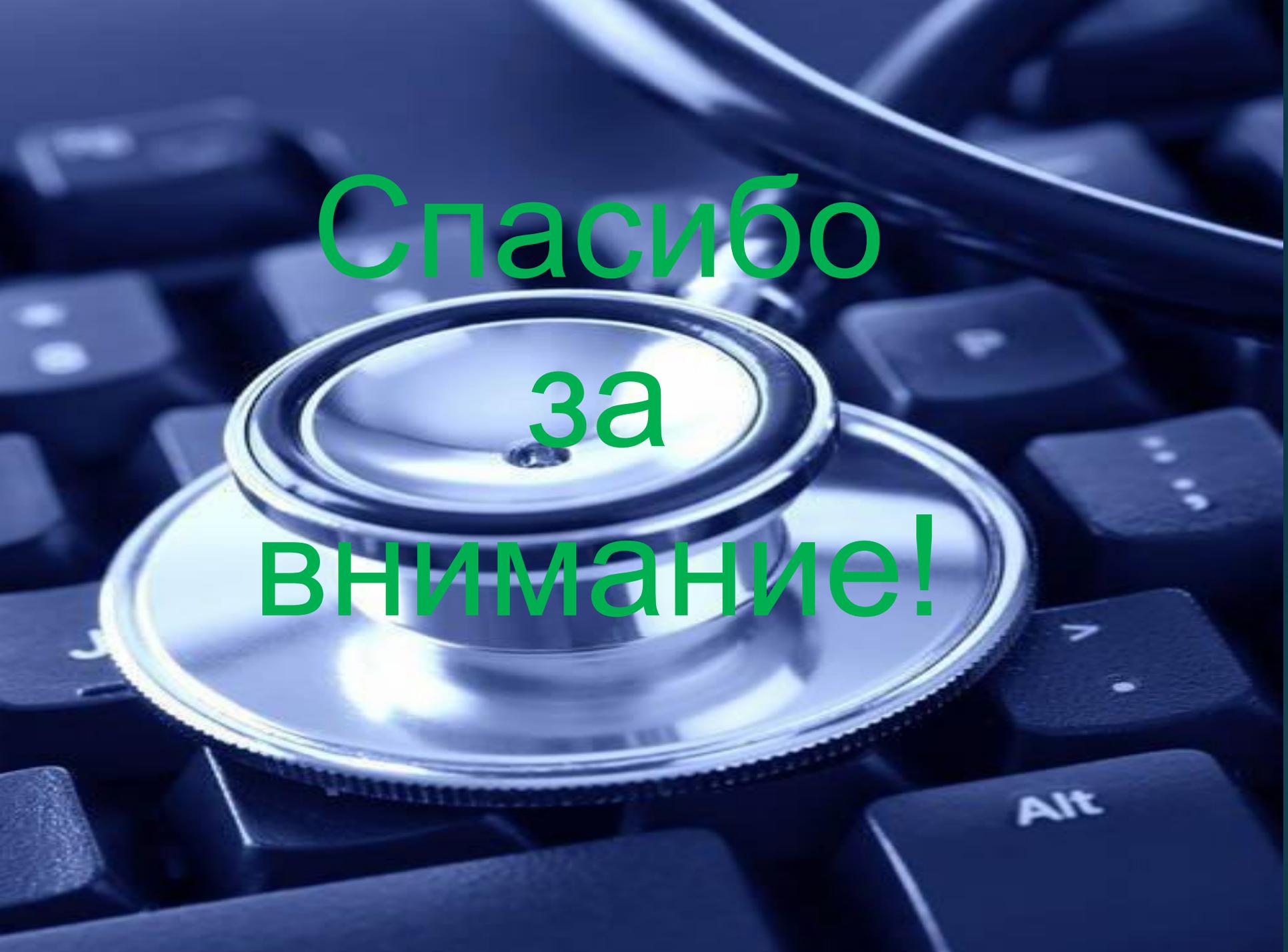
• При копростазе помощь необходимо оказывать срочно. Рекомендуется проводить легкий массаж грыжевого выпячивания, накладывать слегка давящую повязку, применить холод на область грыжи, пузырь со льдом. Применяют также малые клизмы с гипертоническим раствором или глицерином или повторные сифонные клизмы.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

Профилактика грыж

Наиболее весомой мерой профилактики грыж является занятие фитнесом, спортом, оздоровительной физкультурой, утренней гимнастикой, плаванием, закаливанием. Очень важно рационально сочетать физические нагрузки и отдых. Следует следить за массой тела, избегая ожирения, либо быстрого похудения. Избегайте поднятия больших тяжестей, сильного перенапряжения, чрезмерных физических перегрузок, а также травм передней брюшной стенки. Следует лечить заболевания, приводящие к повышению внутрибрюшного давления (хронические заболевания легких, простудные болезни, сопровождающиеся кашлем, запоры, нарушение мочеиспускания вследствие урологических заболеваний...).



Учитывая, что одной из причин увеличения количества больных с грыжами является бурный рост числа операций, выполняемых на органах брюшной полости, полезно выполнять следующие советы: в течение 2 месяцев после вмешательства носите эластичный бандаж, не поднимайте тяжести более 8-10 килограммов, не перенапрягайтесь, не «качайте» в этот период мышцы брюшного пресса, избегайте резких наклонов или поворотов туловища в сторону.

A close-up photograph of a silver stethoscope resting on a black computer keyboard. The image has a strong blue color cast. The stethoscope's chest piece is in the center, with its two earpieces extending outwards. The keyboard keys are visible around it, with some keys like 'Alt' and arrow keys clearly identifiable. The text 'Спасибо за внимание!' is overlaid in a bright green color.

Спасибо
за
внимание!