МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ РФ

НОВГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

ИМ. ЯРОСЛАВА МУДРОГО

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

КАФЕДРА ОБЩЕЙ И ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

#### **Реферат на тему:**

«ГРЫЖИ ЖИВОТА»

Великий Новгород

2002

Грыжей живота (hernia abdominalis) называют выхождение покры­тых брюшиной внутренних органов через естественные или искусст­венные отверстия брюшной стенки, тазового дна, диафрагмы под на­ружные покровы тела или в другую полость. Обязательными компо­нентами истинной грыжи являются: 1) грыжевые ворота; 2) грыжевой мешок из париетальной брюшины; 3) грыжевое содержимое мешка — органы брюшной полости.

Выхождеиие внутренних органов наружу через дефек­ты в париетальной брюшине (т. е. не покрытых брюшиной) называют выпадением (пролапсом), или эвентрацией.

Грыжевые ворота — есте­ственное или патологическое отверстие в мышечно-апоневротическом слое брюшной стенки или фасциальном фут­ляре, через которое выходит грыжевое выпячивание.

Грыжевой мешок представляет собой часть париетальной брюшины, выпячивающейся через грыжевые ворота. В нем различают устье — начальную часть мешка, шейку — узкий отдел мешка, находящийся в канале (в толще брюшной стенки), тело — самую большую часть, находящуюся за пределами грыжевых ворот, и дно — дистальную часть мешка. Грыжевой мешок может быть одно- и многополостным.

Грыжевое содержимое — внутренние органы, находящиеся в полости грыжевого мешка. Любой орган брюшной полости может быть в гры­жевом мешке. Наиболее часто в нем находятся хорошо подвижные органы: большой сальник, тонкая кишка, сигмовидная кишка, аппен­дикс. Грыжевое содержимое может легко вправляться в брюшную полость (вправимые грыжи), вправляться лишь частично, не вправ­ляться (невправимые грыжи) или оказаться ущемленным в грыжевых воротах (ущемленные грыжи). Особенно важно отличать ущемленные грыжи от невправимых, так как ущемление угрожает развитием острой непроходимости кишечника, некроза и гангрены кишки, перитонита. Если большая часть внутренних органов в течение длительного времени находится в грыжевом мешке, то такие грыжи называют гигантскими (hernia pennagna). Они с трудом вправляются во время операции вследствие уменьшения объема брюшной полости и потери простран­ства, ранее занимаемого ими.

# Наружные грыжи живота

Наружные грыжи живота встречаются у 3—4% всего населения. По происхождению различают врожденные и приобретенные грыжи. Последние делят на грыжи от усилия (вследствие резкого повышения внутрибрюшного давления), грыжи от слабости вследствие атрофии мышц, уменьшения тонуса и эластичности брюшной стенки (у пожилых и ослабленных лиц). Кроме того, различают послеоперационные и травматические грыжи. В зависимости от анатомического расположения различают грыжи паховые, бедренные, пупочные, поясничные, седа­лищные, запирательные, промежностные.

**Этиология и патогенез.** Наиболее часто грыжи встречаются у детей в возрасте до 1 года. Число больных постепенно уменьшается до 10-летнего возраста, после этого снова увеличивается и к 30—40 годам достигает максимума. В пожилом и старческом возрасте также отмечено увеличение числа больных с грыжами.

Наиболее часто образуются паховые грыжи (75%), бедренные (8%), пупочные (4%), а также послеоперационные (12%). Все прочие формы грыжи составляют около 1%. У мужчин чаще встречаются паховые грыжи, у женщин — бедренные и пупочные.

Факторы, способствующие образованию грыж, можно разделить на предрасполагающие и производящие.

К предрасполагающим факторам относят наследственность, возраст (например, слабая брюшная стенка у детей первого года жизни, ат­рофия тканей брюшной стенки у старых людей), пол (особенности строения таза и большие размеры бедренного кольца у женщин, сла­бость паховой области и образование пахового канала у мужчин), степень упитанности (быстрое похудание), травма брюшной стенки, послеоперационные рубцы, паралич нервов, иннервирующих брюшную стенку. Эти факторы способствуют ослаблению брюшной стенки.

Производящие факторы вызывают повышение внутрибрюшного дав­ления; к ним относят тяжелый физический труд, трудные роды, затруд­нение мочеиспускания, запоры, длительный кашель. Усилие, способст­вующее повышению внутрибрюшного давления, может быть единствен­ным и внезапным (подъем тяжести) или часто повторяющимся (кашель).

Причиной образования врожденной грыжи является недоразвитие брюшной стенки во внутриутробном периоде: эмбриональные пупочные грыжи, эмбриональная гры­жа (грыжа пупочного кана-тика), незаращение влага­лищного отростка брюши­ны. Вначале формируются грыжевые ворота и грыже­вой мешок, позже в резуль­тате физического усилия внутренние органы прони­кают в грыжевой мешок.

При приобретенных грыжах грыжевой мешок и внутренние органы выходят через внутреннее отверстие канала, затем через наружное (бедренный канал, паховый канал).

**Клиническая картина и диагностика.** Основными сим­птомами заболевания являются выпячивание и болевые ощущения в области грыжи при натуживании, кашле, физическом напряжении, ходьбе, при вертикальном положении больного. Выпячивание исчезает или уменьшается в горизонтальном положении или после ручного вправления.

Выпячивание постепенно увеличивается, приобретает овальную или округлую форму. При грыжах, остро возникших в момент резкого повышения внутрибрюшного давления, больные ощущают сильную боль в области фомирующейся грыжи, внезапное появление выпячи­вания брюшной стенки и в редких случаях кровоизлияния в окружа­ющие ткани.

Больного осматривают в вертикальном и в горизонтальном поло­жении. Осмотр в вертикальном положении позволяет определить при натуживании и кашле выпячивания, ранее незаметные, а при больших грыжах устанавливают наибольший их размер. При перкуссии гры­жевого выпячивания выявляют тимпанический звук, если в грыжевом мешке находится кишка, содержащая газы, и притупление перкутор-ного звука, если в мешке находятся большой сальник или орган, не содержащий газа.

При пальпации определяют консистенцию грыжевого содержимого (упругоэластичную консистенцию имеет кишечная петля, дольчатое строение мягкой консистенции — большой сальник).

В горизонтальном положении больного определяют вправимость содержимого грыжевого мешка. В момент вправления большой грыжи можно услышать характерное урчание кишечника.

После вправления грыжевого содержимого пальцем, введенным в грыжевые ворота, уточняют размер, форму наружного отверстия гры­жевых ворот. При покашливании больного палец исследующего ощу­щает толчки выпячивающейся брюшины и прилежащих органов — симптом кашлевого толчка; он характерен для наружной грыжи живота.

При больших грыжах для определения характера грыжевого содер­жимого проводят рентгенологическое исследование пищеварительного тракта, мочевого пузыря.

**Лечение.** Консервативное лечение проводят при пупочных гры­жах у детей. Оно заключается в применении повязок с пелотом, что препятствует выхождению внутренних органов. У взрослых применяют различного вида бандажи. Ношение бандажа назначают больным, ко­торые не могут быть оперированы из-за наличия у них серьезных противопоказаний к операции (хронические заболевания сердца, лег­ких, почек в стадии декомпенсации, цирроз печени, дерматит, экзема, злокачественные новообразования). Ношение бандажа препятствует выхождению внутренних органов в грыжевой мешок и способствует временному закрытию грыжевых ворот. Использование бандажа воз­можно только при вправимых грыжах. Длительное его ношение может привести к атрофии тканей брюшной стенки, образованию сращений между внутренними органами и грыжевым мешком, т. е. к развитию невправимой грыжи.

Хирургическое лечение является основным методом предотвраще­ния таких тяжелых осложнений грыжи, как ее ущемление, воспаление и др.

При неосложненных грыжах рассекают ткани над грыжевым вы­пячиванием, грыжевые ворота, выделяют грыжевой мешок и вскрывают его. Вправляют содержимое мешка в брюшную полость, прошивают и перевязывают шейку грыжевого мешка. Мешок отсекают и укрепляют брюшную стенку в области грыжевых ворот путем пластики местными тканями, реже аллопластическими материалами. Грыжесечение про­водят под местным или общим обезболиванием.

Профилактика. Предупреждение развития грыж у детей за­ключается в соблюдении гигиены грудных детей: правильном уходе за пупком, рациональном кормлении, регуляции функции кишечника. Взрослым необходимы регулярные занятия физической культурой и спортом для укрепления как мускулатуры, так и организма в целом.

Большое значение имеет раннее выявление лиц, страдающих гры­жами живота, и проведение операции до развития осложнений. Для этого необходимы профилактические осмотры населения, в частности школьников и людей пожилого возраста.

# Паховые грыжи

Паховые грыжи составляют 75% всех грыж. Среди больных с паховыми грыжами на долю мужчин приходится 90—97%. Паховые грыжи бывают врожденными и приобретенными.

Эмбриологические сведения. С III месяца внутриутробного развития за­родыша мужского пола начинается процесс опускания яичек. В области внутреннего пахового кольца образуется выпячивание пристеночной брюшины — влагалищный от­росток брюшины. В последующие месяцы внутриутробного развития происходит даль­нейшее выпячивание дивертикула брюшины в паховый канал. К концу VII месяца яички начинают опускаться в мошонку. К моменту рождения ребенка яички находятся в мошонке, влагалищный отросток брюшины зарастает. При незаращении его образуется врожденная паховая грыжа. В случае неполного заращения влагалищного отростка брюшины на отдельных участках его возникают водянки семенного канатика (фунико-лоцеле).

Анатомия паховой области. При осмотре передней брюшной стенки изнутри со стороны брюшной полости (рис. 64) можно увидеть пять складок брюшины и уг­лубления (ямки), являющиеся местами выхождения грыж. Наружная паховая ямка является внутренним отверстим пахового канала, она проецируется примерно над се­рединой паховой (пупартовой) связки на 1,0— 1,5 см выше нее. В норме паховый канал представляет щелевидное пространство, заполненное у мужчин семенным канатиком, у женщин — круглой связкой матки. Паховый канал проходит наискось под углом к паховой связке и у мужчин имеет длину 4,0—4,5 см. Стенки пахового канала образованы:

Передняя — апоневрозом наружной косой мышцы живота, нижняя — паховой связкой, задняя — поперечной фасцией живота, верхняя — свободными краями внутренней косой и поперечной мышц живота.

Наружное (поверхностное) отверстие пахового канала образовано ножками апонев­роза наружной косой мышцы живота, одна из них прикрепляется к лонному бугорку, другая — к лонному сращению. Величина наружного отверстия пахового канала раз­лична. Поперечный диаметр его составляет 1,2—3,0см, продольный — 2,3—3,0см. У женщин наружное отверстие пахового канала несколько меньше, чем у мужчин.

Внутренняя косая и поперечные мышцы живота, располагаясь в желобке паховой связки, подходят к семенному канатику и перебрасываются через него, образуя разной формы и величины паховый промежуток. Границы пахового промежутка: снизу — паховая связка, сверху — края внутренней косой и поперечной мышц живота, с медиальной стороны — наружный край прямой мышцы живота. Паховый промежуток может иметь щелевидную, веретенообразную или треугольную форму. Треугольная форма пахового промежутка свидетельствует о слабости паховой области.

На месте внутреннего отверстия пахового канала поперечная фасция воронкообразно загибается и переходит на семенной канатик, образуя общую влагалищную оболочку семенного канатика и яичка.

Круглая связка матки на уровне наружного отверстия пахового канала разделяется на волокна, часть которых оканчивается на лобковой кости, другая теряется в подкожной жировой клетчатке лобковой области.

Врожденные паховые грыжи. Если влагалищный отросток брюшины остается полностью незаращенным, то его полость свободно сообщается с полостью брюшины. В дальнейшем формируется врожденная паховая грыжа, при которой влагалищный отросток является грыжевым мешком. Врожденные паховые грыжи составляют основную массу грыж у детей (90%). Однако и у взрослых бывают врожденные паховые грыжи (около 10—12%).

Приобретенные паховые грыжи. Различают косую паховую грыжу и прямую. Косая паховая грыжа проходит через наружную паховую ямку, прямая — через медиальную. При канальной форме дно грыжевого мешка доходит до наружного отверстия пахового канала. При канатиковой фор­ме грыжа выходит через наружное отверстие пахового канала и распо­лагается на различной высоте семенного канатика. При пахово-мошо-ночной форме грыжа спускается в мошонку, растягивая ее.

Косая паховая грыжа имеет косое направление только в начальных стадиях заболевания. По мере увеличения грыжи внутреннее отверстие пахового канала расширяется в медиальном направлении, отодвигая надчревные сосуды кнутри. Чем медиальное расширяются грыжевые ворота, тем слабее становится задняя стенка пахового канала. При длительно существующих пахово-мошоночных грыжах паховой канал приобретает прямое направление, и поверхностное отверстие его на­ходится почти на одном уровне с внутренним отверстием (косая грыжа с выпрямленным ходом). При больших грыжах мошонка значительно увеличивается в размерах, половой член скрывается под кожей, со­держимое грыжи самостоятельно не вправляется в брюшную полость. При вправлении прослушивается урчание в кишечнике.

Прямая паховая грыжа выходит из брюшной полости через меди­альную ямку, выпячивая поперечную фасцию (заднюю стенку пахового канала). Пройдя через наружное отверстие пахового канала, она рас­полагается у корня мошонки над паховой связкой в виде округлого образования. Поперечная фасция препятствует опусканию прямой па­ховой грыжи в мошонку. Часто прямая паховая грыжа бывает дву­сторонней.

Скользящие паховые грыжи образуются в том случае, когда одной из стенок грыжевого мешка является орган, частично покрытый брюшиной, например, мочевой пузырь, слепая кишка. Редко грыжевой мешок отсутствует, а все выпячивание образовано только теми сегментами соскользнувшего органа, который не покрыт брюшиной.

Скользящие грыжи составляют 1,0—1,5% всех паховых грыж. Они возникают вследствие механического стягивания брюшиной грыжевого мешка прилежащих к ней сегментов кишки или мочевого пузыря, лишенных серозного покрова.

Необходимо знать анатомические особенности скользящей грыжи, чтобы во время операции не вскрыть вместо грыжевого мешка стенку кишки или стенку мочевого пузыря.

**Клиническая картина и диагностика.** Распознать сформировавшуюся паховую грыжу нетрудно. Типичным является анамнез: внезапное возникновение грыжи в момент физического на­пряжения или постепенное развитие грыжевого выпячивания, появ­ление выпячивания при натуживании, в вертикальном положении тела больного и вправление — в горизонтальном. Больных беспокоят боли в области грыжи, в животе, чувство неудобства при ходьбе.

Осмотр больного в вертикальном положении дает представление об асимметрии паховых областей. При наличии выпячивания брюшной стенки можно определить его размеры и форму. Пальцевое исследо­вание наружного отверстия пахового канала производят в горизон­тальном положении больного после вправления содержимого грыжевого мешка. Врач указательным пальцем, инвагинируя кожу мошонки, попадает в поверхностное отверстие пахового канала, расположенное кнутри и несколько выше от лонного бугорка. В норме поверхностное отверстие пахового канала у мужчин пропускает кончик пальца. При ослаблении задней стенки паховго канала можно свободно завести кончик пальца за горизонтальную ветвь лонной кости, что не удается сделать при хорошо выраженной задней стенке, образованной попе­речной фасцией живота. Определяют симптом кашлевого толчка. Ис­следуют оба паховых канала. Обязательным является исследование органов мошонки (пальпация семенных канатиков, яичек и придатков яичек).

Диагностика паховых грыж у женщин основывается на осмотре и пальпации, так как введение пальца в наружное отверстие пахового канала практически невозможно. У женщин паховую грыжу диффе­ренцируют от кисты круглой связки матки, расположенной в паховом канале. В отличие от грыжи она не изменяет свои размеры при горизонтальном положении больной, перкуторный звук над ней всегда тупой, а над грыжей возможен тимпанит.

Косая паховая грыжа в отличие от прямой чаще встречается в детском и среднем возрасте; она обычно опускается в мошонку и бывает односторонней. При косой паховой грыже задняя стенка па­хового канала хорошо выражена, направление кашлевого толчка ощу­щается сбоку со стороны глубокого отверстия пахового канала. Гры­жевой мешок проходит в элементах семенного канатика, поэтому при объективном обследовании отмечается утолщение семенного канатика на стороне грыжи.

Прямая паховая грыжа чаще бывает у пожилых людей. Грыжевое выпячивание округлой формы, располагается у медиальной части паховой связки. Грыжа редко опускается в мошонку, обычно бывает двусторонней. При объективном обследовании задняя стенка пахового канала при прямых паховых грыжах всегда ослаблена. Кашлевой толчок ощущается прямо против наружного отверстия пахового ка­нала. Грыжевой мешок располагается кнутри от семенного канатика.

Скользящая паховая грыжа не имеет патогномоничных призна­ков. Обычно это большая грыжа с широкими грыжевыми воротами. Встречается в основном у лиц пожилого или старческого возраста. Диагностику скользящих грыж толстой кишки дополняют ирриго-скопией.

При скользящих грыжах мочевого пузыря больных могут беспокоить расстройства мочеиспускания или мочеиспускание в два приема: сна­чала опорожняется мочевой пузырь, а потом после надавливания на грыжевое выпячивание появляется новый позыв на мочеиспускание, и больной начинает мочиться снова. При подозрении на скользящую грыжу мочевого пузыря необходимо выполнить его катетеризацию и цистографию. Последняя может выявить форму и размер грыжи мо­чевого пузыря, наличие в нем камней.

**Дифференциальная диагностика.** Паховую грыжу сле­дует дифференцировать от гидроцеле, варикоцеле, а также бедренной грыжи.

Невправимая паховая грыжа, вызывая увеличение мошонки, при­обретает сходство с гидроцеле (водянкой оболочек яичка). При этом между листками собственной оболочки яичка скапливается жидкость и в результате увеличиваются размеры мошонки. Отличие гидроцеле от невправимой пахово-мошоночной грыжи заключается в том, что оно имеет округлую или овальную, а не грушевидную форму, плот-ноэластичную консистенцию, гладкую поверхность. Пальпируемое об­разование нельзя отграничить от яичка и его придатка. Гидроцеле больших размеров, достигая наружного отверстия пахового канала, может быть четко от него отделено при пальпации. Перкуторный звук над гидроцеле тупой, над грыжей может быть тимпанический. Важным методом дифференциальной диагностики является диафаноскопия (просвечивание). Ее производят в темной комнате с помощью фона­рика, плотно приставленного к поверхности мошонки. Если пальпи­руемое образование содержит прозрачную жидкость, то оно при про­свечивании будет иметь красноватый цвет. Находящиеся в грыжевом мешке кишечные петли, сальник не пропускают световые лучи.

С паховой грыжей имеет сходство варикоцеле (варикозное расши­рение вен семенного канатика), при котором в вертикальном положе­нии больного появляются тупые распирающие боли в мошонке и отмечается некоторое увеличение ее размеров. При пальпации можно обнаружить змеевидное расширение вен семенного канатика. Расши­ренные вены легко спадаются при надавливании на них или при поднятии мошонки кверху. Следует иметь в виду, что варикоцеле может возникнуть при (давлении яичковой вены опухолью нижнего полюса почки.

**Лечение.** Основным методом является хирургическое лечение. Главная цель операции — пластика пахового канала. Операцию про­водят по этапам. Первый этап — формирование доступа к паховому каналу: в паховой области производят косой разрез параллельно и выше паховой связки от передневерхней ости подвздошной кости до симфиза; рассекают апоневроз наружной косой мышцы живота; вер­хний его лоскут отделяют от внутренней косой и поперечной мышц, нижний — от семенного канатика, обнажая при этом желоб паховой связки до лонного бугорка. Вторым этапом выделяют и удаляют гры­жевой мешок; третьим этапом — ушивают глубокое паховое кольцо до нормальных размеров (диаметр 0,6—0,8 см); четвертый этап — собственно пластика пахового канала. При выборе метода пластики пахового канала следует учитывать, что основной причиной образо­вания паховых грыж является слабость его задней стенки. При прямых грыжах и сложных формах паховых грыж (косые с выпрямленным каналом, скользящие, рецидивные) должна быть выполнена пластика задней стенки пахового канала. Укрепление передней его стенки с обязательным ушиванием глубокого кольца до нормальных размеров может быть применено у детей и молодых мужчин при небольших косых паховых грыжах.

Способ Боброва — Жирара обеспечивает укрепление передней стен­ки пахового канала. Над семенным канатиком к паховой связке при­шивают сначала края внутренней косой и поперечной мышц живота, а затем отдельными швами — верхний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота. Нижний лоскут апоневроза фиксируют швами на верхнем лоскуте апоневроза, образуя таким образом дубликатуру апоневроза наружной косой мышцы живота.

Способ Спасокукоцкого является модификацией способа Боброва — Жирара и отличается от него лишь тем, что к паховой связке одно­временно (одним швом) подшивают внутреннюю косую и поперечную мышцы вместе с верхним лоскутом апоневроза наружной косой мышцы живота.

Шов Кимбаровского обеспечивает соединение одноименных тканей. С помощью этого шва краем верхнего лоскута апоневроза наружной косой мышцы живота окутывают края внутренней косой и поперечной мышц. Первое введение иглы проводят на расстоянии 1 см от края верхнего лоскута апоневроза наружной косой мышцы живота, затем, проведя иглу через края мышц, прошивают опять апоневроз наружной косой мышцы у самого края. Этой же нитью прошивают паховую связку. В результате обеспечивается сопоставление одноименных тка­ней (рис. 66).

Способ Бассини обеспечивает укрепление задней стенки пахового канала (рис. 67). После удаления грыжевого мешка семенной канатик отодвигают в сторону и под ним подшивают внутреннюю косую и поперечную мышцы вместе с поперечной фасцией живота к паховой связке. Семенной канатик укладывают на образованную мышечную стенку. Наложение глубоких швов способствует восстановлению ос­лабленной задней стенки пахового канала. Края апоневроза наружной косой мышцы живота сшивают край в край над семенным канатиком.

Способ Кукуджанова предложен для прямых и сложных форм паховых грыж. Суть метода состоит в наложении швов между вла­галищем прямой мышцы живота и верхней лобковой связкой (ку-перова связка) от лонного бугорка до фасциального футляра под­вздошных сосудов. Затем соединенное сухожилие внутренней косой и поперечной мышц вместе с верхним и нижним краями рассеченной поперечной фасции подшивают к паховой связке. Операцию закан­чивают созданием дубликатуры апоневроза наружной косой мышцы живота.

Способ Постемпского заключается в полной ликвидации пахового канала, пахового промежутка и в создании пахового канала с со­вершенно новым направлением. Край влагалища прямой мышцы живота вместе с соединенным сухожилием внутренней косой и по­перечной мышц подшивают к верхней лобковой связке. Далее вер­хний лоскут апоневроза вместе с внутренней косой и поперечной мышцами живота подшивают к лобково-подвздошному тяжу и к паховой связке. Эти швы должны до предела отодвинуть семенной канатик в латеральную сторону. Нижний лоскут апоневроза наруж­ной косой мышцы живота, проведенный под семенным канатиком, фиксируют поверх верхнего лоскута апоневроза. Вновь образованный «паховый канал» с семенным канатиком должен проходить через мышечно-апоневротический слой в косом направлении сзади наперед и изнутри кнаружи так, чтобы его внутреннее и наружное отверстия не оказывались напротив друг друга. Семенной канатик укладывают на апоневроз и над ним сшивают подкожную жировую клетчатку и кожу.

## Бедренные грыжи

Бедренные грыжи располагаются на бедре в области бедренного треугольника и составляют 5—8% всех грыж живота. Особенно часто бедренные грыжи возникают у женщин, что объясняют большей вы­раженностью мышечной и сосудистой лакун и меньшей прочностью паховой связки.

Между паховой связкой и костями таза расположено пространство, которое разде­ляется подвздошно-гребешковой фасцией на две лакуны — мышечную и сосудистую. В мышечной лакуне находятся подвздошно-поясничная мышца и бедренный нерв. В со­судистой лакуне расположены бедренная артерия с бедренной веной. Между бедренной веной и лакунарной связкой имеется промежуток, заполненный волокнистой соедини­тельной тканью и лимфатическим узлом Пирогова — Розенмюллера. Этот промежуток называют бедренным кольцом, через которое выходит бедренная грыжа. Границы бед­ренного кольца: сверху — паховая связка; снизу — гребешок лобковой кости; снаружи — бедренная вена; к середине — лакунарная (жимбернатова) связка. В нормальных условиях бедренного канала не существует. Он образуется при формировании бедренной грыжи. Овальная ямка на широкой фасции бедра является наружным отверстием бедренного канала.

Наиболее часто образуется грыжа, выходящая из брюшной полости через бедренное кольцо. Грыжевой мешок продвигает впереди себя предбрюшинную клетчатку и лимфатический узел Пирогова — Ро­зенмюллера. Выйдя из-под паховой связки, грыжа располагается в овальной ямке кнутри от бедренной вены. Реже бедренная грыжа выходит между бедренной артерией и веной. Бедренные грыжи редко бывают большими, склонны к ущемлению.

Клиническая картина и диагностика. Характерным признаком бедренной грыжи является выпячивание в области бедрен-но-пахового сгиба в виде полусферического образования небольшого размера, расположенного под паховой связкой кнутри от бедренных сосудов. Редко грыжевое выпячивание поднимается кверху и распо­лагается над паховой связкой.

Дифференциальная диагностика. Бедренную грыжу дифференцируют от паховой грыжи. За бедренную невправимую грыжу могут быть приняты липомы, располагающиеся в верхнем отделе бед­ренного треугольника. Липома имеет дольчатое строение, не связана с наружным отверстием бедренного канала. Симулировать бедренную грыжу могут увеличенные лимфатические узлы в области бедренного треугольника (хронический лимфаденит, метастазы опухоли в лим­фатические узлы).

Сходство с бедренной грыжей имеет варикозный узел большой подкожной вены у места впадения ее в бедренную вену, для которого характерны варикозное расширение подкожных вен бедра и голени, легкая сжимаемость и быстрое заполнение кровью после устранения (давления. При аускультации варикозного узла можно прослушать сосудистый шум.

Появление припухлости под паховой связкой в вертикальном положении больного может быть обусловлено распространением на­течного абсцесса по ходу поясничной мышцы на бедро при тубер­кулезе поясничного отдела позвоночника. Натечный абсцесс при надавливании уменьшает­ся в размерах, как и гры­жа. В отличие от грыжи при натечном абсцессе можно определить симп­том флюктуации, выявить при исследовании позво­ночника болезненные точ­ки при надавливании на остистые отростки позвон­ков, а при нагрузке по оси позвоночника — болезнен­ность в области пояснич­ного отдела позвоночника. Для подтверждения диаг­ноза туберкулеза позвоночника необходимо произвести рентгеногра­фию позвоночника.

**Лечение.** Применяют несколько способов хирургического лече­ния.

Способ Бассини (рис. 68): разрез делают параллельно паховой связке и ниже ее над грыжевым выпячиванием. Грыжевые ворота закрывают путем сшивания паховой и верхней лобковой связок. Накладывают 3—4 шва. Вторым рядом швов между серповидным краем широкой фасции бедра и гребешковой фасцией ушивают бед­ренный канал.

Способ Руджи — Парлавеччио: разрез делают, как при паховой грыже. Вскрывают апоневроз наружной косой мышцы живота. Обна­жают паховый промежуток. Рассекают поперечную фасцию в про­дольном направлении. Отодвигая предбрюшинную клетчатку, выделя­ют шейку грыжевого мешка. Грыжевой мешок выводят из бедренного канала, вскрывают, прошивают и удаляют. Грыжевые ворота закры­вают путем сшивания внутренней косой, поперечной мышцы, верхнего края поперечной фасции с верхней лобковой и паховой связками. Пластику передней стенки пахового канала производят путем дубли-катуры апоневроза наружной косой мышцы живота.

# Пупочные грыжи

Пупочной грыжей называют выхождение органов брюшной полости через дефект брюшной стенки в области пупка. Наибольшая заболе­ваемость наблюдается среди детей раннего возраста и лиц в возрасте около 40 лет. У женщин пупочная грыжа встречается вдвое чаще, чем у мужчин, что связано с растяжением пупочного кольца во время беременности.

Эмбриональные грыжи (омфалоцеле или грыжи пупочного канатика) — аномалия развития с задержкой формирования брюшной стенки и выпадением внутренностей в пупочный канатик. Распространенность заболевания составляет 1:3000—4000 новорож­денных, 10% из них — недоношенные. Заболевание связано с неполным заращением физиологической грыжи пупочного канатика. Ретракция ее обычно начинается вместе со вторым поворотом кишки на 10-й неделе эмбрионального развития. Если ретракция отсутствует, то возникает большая грыжа пупочного канатика (омфалоцеле) с прола-бированием печени и пороками развития других органов. Практически это грыжа брюшной стенки. Грыжевыми ворогами служит пупочное кольцо, грыжевой мешок образован оболочками пупочного канатика, растянутыми в тонкую прозрачную мембрану, покрытую амниотической оболочкой и брюшиной. В грыжевом мешке содержатся тонкая и толстая кишки, части печени и другие органы. Выпадение печени является небла­гоприятным признаком, так как означает раннее нарушение эмбрионального развития, сопровождающееся другими, часто множественными, пороками развития органов у 40—50% новорожденных. Пороки развития затрагивают как органы брюшной полости, так и сердце, мозг, мочеполовую систему, диафрагму, скелет.

Омфалоцеле можно распознать в пренатальном периоде при ультразвуковом ис­следовании. Одновременно с этим возможно выявление других пороков развития плода и своевременное решение вопроса о прерывании беременности.

**Лечение.** Производят оперативное закрытие дефекта в возможно ранние сроки. Перед операцией проводят следующие мероприятия: для предотвращения переохлаж­дения ребенка (и связанного с этим шока) накрывают грыжу стерильной простыней и алюминиевой фольгой; укладывают ребенка на бок для предупреждения перегиба нижней полой вены в связи с пролапсом печени; вводят зонд в желудок для удаления содержимого; выявляют пороки развития других органов; проводят интенсивную инфузионную терапию для корригирования метаболических нарушений, антибиотикотерапию. При небольшом омфалоцеле путем скручивания пупочного канатика можно репетировать внутренности и наложить лигатуру у основания. При больших омфалоцеле требуется пластическая операция для расширения объема брюшной полости путем образования кармана из лиофилизированных твердой мозговой оболочки или перикарда, которые куполообразно подшивают к брюшной стенке и брюшине. Имплантат покрывают мобилизованной кожей ребенка. Прогноз ухудшается при наличии пороков развития других органов. Летальность составляет 15—20%.

Пупочные грыжи у детей возникают в первые 6 мес после рож­дения, когда еще не сформировалось пупочное кольцо. Расширению пупочного кольца и образованию грыжи способствуют различные заболевания, связанные с повышением внутрибрюшного давления (коклюш, фимоз, дизентерия). Грыжи у детей чаще бывают неболь­ших размеров.

**Симптомы**. Характерны боль в животе, выпячивание в области пупка, исчезающее при надавливании, расширение пупочного кольца. Пупочные грыжи у детей обычно не ущемляются, однако это ослож­нение возможно. Родителей ребенка следует информировать о при­знаках ущемления грыжи и объяснить необходимость немедленной госпитализации ребенка при развитии этого осложнения.

**Лечение.** У маленьких детей возможно самоизлечение в период до 3—6 лет. Консервативное лечение применяют в том случае, если грыжа не причиняет ребенку беспокойство. Назначают массаж, ле­чебную гимнастику, способствующую развитию и укреплению брюш­ной стенки. На область пупка накладывают лейкопластырную чере-пицеобразную повязку, препятствующую выхождению внутренностей в грыжевой мешок. Если к 3—5 годам самоизлечение не наступило, то в дальнейшем самостоятельного заращения пупочного кольца не произойдет. В этом случае показано хирургическое лечение. Показа­нием к операции в более раннем возрасте являются частые частичные ущемления грыжи, быстрое увеличение ее размеров. При операции ушивают пупочное кольцо кисетным швом (метод Лексера) или от­дельными узловыми швами. При больших пупочных грыжах исполь­зуют методы Сапежко и Мейо. Во время операции у детей следует сохранить пупок, поскольку отсутствие его может нанести психическую травму ребенку.

Пупочные грыхи у взрослых составляют 5% всех наружных грыж живота. Причинами развития их являются врожденные дефекты пу­почной области, повторные беременности, протекавшие без соблюдения необходимого режима, пренебрежение физическими упражнениями и гимнастикой.

**Симптомы.** Характерны появление постепенно увеличивающе­гося в размерах выпячивания в области пупка, боли в животе при физической нагрузке и кашле. Диагностика пупочных грыж несложна, так как симптомы ее типичны для грыж. Однако следует иметь в виду, что уплотнение (узел) в области пупка может оказаться мета­стазом рака желудка в пупок. Всем больным с пупочными грыжами необходимо проводить рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки или гастродуоденоскопию с целью выяв­ления заболеваний, сопутствующих грыже и вызывающих боль в вер­хней половине живота.

**Лечение** только хирургическое — аутопластика брюшной стенки по методу Сапежко или Мейо.

Метод Сапежко: отдельными швами, захватывая с одной стороны край апоневроза белой линии живота, а с другой стороны — задне-медиальную часть влагалища прямой мышцы живота, создают дубли-катуру из мышечно-апоневротических лоскутов в продольном направ­лении. При этом лоскут, расположенный поверхностно, подшивают к нижнему в виде дубликатуры.

Метод Мейо: двумя поперечными разрезами иссекают кожу вместе с пупком. После выделения и иссечения грыжевого мешка грыжевые ворота расширяют в поперечном направлении двумя разрезами через белую линию живота и переднюю стенку влагалища прямых мышц живота до их внутренних краев. Нижний лоскут апоневроза П-образ-ными швами подшивают под верхний, который в виде дубликатуры отдельными швами подшивают к нижнему лоскуту.

# Грыжи белой линии живота

Грыжи белой линии живота могут быть надпупочными, околопу­почными и подпупочными. Последние встречаются крайне редко. Околопупочные грыжи располагаются чаще сбоку от пупка.

**Симптомы.** Характерно наличие боли в эпигастральной области, усиливающейся после приема пищи, при повышении внутрибрюшного давления. При обследовании больного обнаруживают типичные для грыж симптомы. Необходимо провести исследования для выявления заболеваний, сопровождающихся болями в эпигастральной области.

**Лечение.** Операция заключается в закрытии отверстия в апо­неврозе кисетным швом или отдельными узловыми швами. При со­путствующем грыже расхождении прямых мышцу живота применяют метод Напалкова — рассекают влагалища прямых мышц живота вдоль по внутреннему краю и сшивают сначала внутренние, а затем наруж­ные края листков рассеченных влагалищ. Таким образом создают удвоение белой линии живота.

# Травматические и послеоперационные грыжи

Травматические грыхи возникают в результате травмы живота, сопровождающейся подкожным разрывом мышц, фасций, апоневроза. Под влиянием внутрибрюшного давления париетальная брюшина вме­сте с внутренними органами выпячивается в месте разрыва и образуется грыжа с типичными для нее симптомами.

**Лечение.** Оперативным путем закрывают грыжевые ворота. При этом применяют способ, создающий наиболее благоприятные условия для укрепления брюшной стенки.

Послеоперационные грыжи образуются в области послеоперацион­ного рубца. Причинами их образования являются расхождение краев сшитого апоневроза или оставление дефекта в нем (тампон), нагноение раны, большая физическая нагрузка в послеоперационном периоде.

**Лечение.** Применяют хирургическое лечение. При небольших грыжах возможно закрытие дефекта за счет местных тканей. При больших грыжах операция представляет трудности из-за сращения содержимого грыжи с грыжевым мешком и наличия значительных дефектов брюшной стенки.

В этих случаях применяют методы аутопластики, аллопластики и комбинированной пластики (если закрыть дефект местными тканями не представляется возможным).

# Редкие виды грыж живота

Грыжи мечевидного отростка образуются при наличии дефекта в нем. Через отверстия в мечевидном отростке могут выпячиваться как предбрюшинная липома, так и истинные грыжи. Диагноз ставят на основании обнаруженного уплотнения в области мечевидного отростка, наличия дефекта в нем и данных рентгенографии мечевидного отростка.

**Лечение.** Резецируют мечевидный отросток, сшивают края влагалища прямых мышц живота.

Боковая грыжа (грыжа полулунной линии) выходит через дефект в той части апоневроза брюшной стенки, которая располагается между полулунной (спигелиевой) линией (граница между мышечной и сухожильной частью поперечной мышцы живота) и наружным краем прямой мышцы. Грыжа проходит через апоневрозы поперечной и внутренней косой мышц живота и располагается под апоневрозом наружной косой мышцы живота в виде интерстициальной грыжи (между мышцами брюшной стенки). Часто осложняется ущемлением. Диагностика трудна, следует дифференцировать от опухолей и заболеваний внутренних органов.

**Лечение.** Хирургическое.

Поясничные грыжи встречаются редко. Местами их выхода являются верхний и нижний поясничные треугольники между XII ребром и гребешком подвздошной кости по латеральному краю широчайшей мышцы спины (m. latissimus dorsi). Грыжи могут быть врожденными и приобретенными; склонны к ущемлению. Их следует дифферен­цировать от абсцессов и опухолей.

**Лечение.** Грыжевые ворота при операции закрывают поясничной фасцией сверху или ягодичной фасцией снизу.

Запирательная грыжа (грыжа запирательного отверстия) выходит вместе с сосуди­сто-нервным пучком (vasa obturatoria, n. obturatorius) через запирательное отверстие под гребенчатой мышцей (m. pectineus) и появляется на внутренней поверхности верхней части бедра. Чаще наблюдается у старых женщин вследствие ослабления мышц дна малого таза. Грыжа обычно небольших размеров, легко может быть принята за бедренную грыжу.

**Симптомы.** Появляются незначительное выпячивание, сильные боли, парестезии в верхней части бедра, усиливающиеся при отведении или ротации бедра. Нередко диагноз устанавливают только при ущемлении грыжи и развитии кишечной непрохо­димости.

**Лечение.** Как правило, производят лапаротомию. Грыжевые ворота следует искать под лобковой костью. Грыжевой мешок и его содержимое обрабатывают по общим правилам. Грыжевые ворота закрывают швом за счет местных тканей или с помощью лиофилизированной твердой мозговой оболочки или синтетических материалов.

Промежностные грыжи (передняя и задняя). Передняя промежностная грыжа вы­ходит через пузырно-маточное углубление (excavaflo vesicouterina) брюшины в большую половую губу в центральной ее части. Задняя промежностная грыжа выходит через прямокишечно-маточное углубление (excavatfo rectouterina), проходит кзади от межсе-далищиой линии через щели в мышце, поднимающей задний проход, и выходит в подкожную жировую клетчатку, располагается спереди или позади заднепроходного отверстия. Промежностные грыжи чаще наблюдаются у женщин. Содержимым грыже­вого мешка бывают мочевой пузырь, половые органы. Переднюю промежностную грыжу у женщин необходимо дифференцировать от паховой грыжи, которая также выходит в большую половую губу. Помогает диагностике пальцевое исследование через влагалище; грыжевое выпячивание промежностной грыжи можно прощупать между влагалищем и седалищной костью.

**Лечение.** Производят оперативное закрытие грыжевых ворот трансперитонеаль-ным или промежностным доступом.

Седалищные грыжи могут выходить через большое или малое седалищное отверстие. Грыжевое выпячивание расположено под большой ягодичной мышцей, иногда выходит из-под ее нижнего края. Грыжевое выпячивание находится в тесном контакте с седа­лищным нервом, поэтому боли могут иррадиироватъ по ходу нерва. Седалищные грыжи чаще наблюдаются у женщин. Содержимым грыжи могут быть тонкая кишка, большой сальник.

**Лечение.** Хирургическое.

Осложнения наружных грыж живота

Ущемление грыжи является самым частым и опасным осложнением, требующим немедленного хирургического лечения. Вышедшие в грыже­вой мешок органы подвергаются сдавлению (чаще на уровне шейки гры­жевого мешка в грыжевых воротах). Ущемление органов в самом грыже­вом мешке возможно в одной из камер грыжевого мешка, при наличии Рубцовых тяжей, сдавливающих органы при сращении их друг с другом и с грыжевым мешком (при невправимых грыжах).

Ущемление возникает чаще у людей среднего и пожилого воз­раста. Небольшие грыжи с узкой и рубцово-измененной шейкой грыжевого мешка ущемляются чаще, чем большие вправимые. Ущем­ление появляется не только при долго существующей грыже. Грыжа при возникновении может сразу проявить себя ущемлением. Уще­миться может любой орган, чаще ущемляются тонкая кишка и

большой сальник.

**Этиология и патогенез.** По механизму возникновения раз­личают эластическое, каловое, смешанное или комбинированное ущем­ления.

Эластическое ущемление происходит в момент внезапного повы­шения внутрибрюшного давления при физической нагрузке, кашле, натуживании. При этом наступает перерастяжение грыжевых ворот, в результате чего » грыжевой мешок выходит больше, чем обычно, внутренних органов. Возвращение грыжевых ворот в прежнее состояние приводит к ущемлению содержимого грыжи. При эластиче­ском ущемлении сдавление вышедших в грыжевой мешок органов происходит снаружи.

Каловое ущемление чаще наблюдается у людей пожилого возраста. Вследствие скопления большого количества кишечного содержимого в приводящей петле кишки, находящейся в грыжевом мешке, происходит сдавление отводящей петли этой кишки, давление грыжевых ворот на содержимое грыжи усиливается и к каловому ущемлению присоединяется эластическое. Так возникает смешанная форма ущем­ления.

Патологоанатомическая картина. В ущемленном органе нарушаются крово- и лимфообращение, вследствие венозного стаза происходит транссудация в стенку кишки, ее просвет и полость гры­жевого мешка (грыжевая вода).

Кишка приобретает цианотичную окраску, грыжевая вода остается прозрачной. Некротические изменения в стенке кишки начинаются со слизистой оболочки. Наибольшие повреждения возникают в области странгуляционной борозды на месте сдавления кишки ущемляющим кольцом.

С течением времени патоморфологические изменения прогрессиру­ют, наступает гангрена ущемленной кишки. Кишка приобретает си­не-черный цвет, появляются множественные субсерозные кровоизли­яния. Кишка дряблая, не перистальтирует, сосуды брыжейки не пуль­сируют. Грыжевая вода становится мутной, геморрагической с каловым запахом. Стенка кишки может подвергнуться перфорации с развитием каловой флегмоны и перитонита.

Ущемление кишки в грыжевом мешке является типичным примером странгуляционной непроходимости кишечника.

**Клиническая картина и диагностика.** Клинические проявления ущемления грыжи зависят от формы ущемления, ущем­ленного органа, времени, прошедшего с момента ущемления. Основ­ными симптомами ущемленной грыжи являются боль в области грыжи и невправимость свободно вправляющейся ранее грыжи.

Интенсивность болей различная, резкая боль может вызвать шо­ковое состояние. Местными признаками ущемления грыжи являются резкая болезненность при пальпации, уплотнение, напряжение гры­жевого выпячивания. Симптом кашлевого толчка отрицательный. При перкуссии определяют притупление в тех случаях, когда грыжевой мешок содержит сальник, мочевой пузырь, грыжевую воду. Если в грыжевом мешке находится кишка, содержащая газ, то определяют тимпанический перкуторный звук.

Эластическое ущемление. Начало осложнения связано с повыше­нием внутрибрюшного давления (физическая работа, кашель, дефе­кация). При ущемлении кишки присоединяются признаки кишечной непроходимости: на фоне постоянной острой боли в животе, обуслов­ленной (давлением сосудов и нервов брыжейки ущемленной кишки, возникает схваткообразная боль, связанная с усилением перистальтики, отмечается задержка стула и газов, возможна рвота. Без срочного хирургического лечения состояние больного быстро ухудшается: появ­ляются отечность, гиперемия кожи в области грыжевого выпячивания, развивается флегмона.

Ущемление может произойти во внутреннем отверстии пахового канала. Поэтому при отсутствии грыжевого выпячивания необходимо провести пальцевое исследование пахового канала, а не ограничиваться исследованием только наружного его кольца. Введенным в паховой канал пальцем можно прощупать небольшое резко болезненное уп­лотнение на уровне внутреннего отверстия пахового канала.

Ретроградное ущемление. Чаще ретроградно ущемляется тонкая кишка, когда в грыжевом мешке расположены две кишечные петли, а промежуточная (связующая) петля находится в брюшной полости. Ущемлению подвергается в большей степени связующая ки­шечная петля. Некроз начинается раньше в кишечной петле, распо­ложенной в животе выше ущемляющего кольца. В это время кишечные петли, находящиеся в гры­жевом мешке, могут быть еще жизнеспособными.

Диагноз до операции установить невозможно. Во время операции, обнару­жив в грыжевом мешке две кишечные петли, хирург должен после рассечения ущемляющего кольца вы­вести из брюшной полости связующую кишечную петлю и определить харак­тер возникших изменений во всей ущемленной ки­шечной петле. Если ретрог­радное ущемление во вре­мя операции останется не­распознанным, то у боль­ного разовьется перитонит, источником которого будет некротизированная связу­ющая петля кишки.

Пристеночное ущемле­ние происходит в узком ущемляющем коль­це, когда ущемляется толь­ко часть кишечной стенки, противоположная линии прикрепления брыжейки. Наблюдается чаще в бедренных и паховых грыжах, реже — в пупочных. Расстройство лимфо- и кровообращения в ущемленном участке кишки приводит к развитию деструктивных изменений, не­крозу и перфорации кишки.

Диагноз представляет большие трудности. По клиническим прояв­лениям пристеночное ущемление кишки отличается от ущемления кишки с ее брыжейкой: нет явлений шока, симптомы кишечной не­проходимости могут отсутствовать, так как прохождение кишечного содержимого свободно в дистальном направлении. Иноща развивается понос, возникает постоянная боль в области грыжевого выпячивания. В области грыжевых ворот пальпируется небольшое резко болезненное плотное образование. Особенно трудно распознать пристеночное ущем­ление, когда оно бывает первым клиническим проявлением возникшей грыжи. У тучных женщин особенно трудно прощупать небольшую припухлость под паховой связкой.

Общее состояние больного вначале может оставаться удовлетвори­тельным, затем прогрессивно ухудшается в связи с развитием пери тонита, флегмоны грыж. У больных с запущенной формой пристеночного ущемления в бедренной грыже развитие воспаления в окружающих грыжевой ме­шок тканях может симулировать острый паховый лимфаденит или аденофлегмону.

Диагноз подтверждается во время опе­рации. При рассечении тканей под па­ховой связкой обнаруживают ущемлен­ную грыжу либо увеличенные воспален­ные лимфатические узлы.

Симулировать ущемление бедренной грыжи может тромбоз варикозного узла большой подкожной вены у места впа­дения ее в бедренную. При его тромбозе у больного возникает боль и определяется болезненное уплотнение под паховой связкой. Наряду с этим часто имеется варикозное рас­ширение вен голени. Показана экстренная операция в случае как ущемления грыжи, так и тромбоза варикозного узла.

Внезапное ущемление ранее не выявлявшихся грыж. На брюшной стенке в типичных для образования грыж участках могут оставаться после рождения выпячивания брюшины (предсуществующие грыжевые мешки). Чаще всего таким грыжевым мешком в паховой области является незаращенный влагалищный отросток брюшины.

Основной признак внезапно возникших ущемленных грыж — по­явление боли в типичных местах выхождения грыж. При внезапном возникновении острой боли в паховой области, области бедренного канала, пупке при обследовании больного можно определить наиболее болезненные участки, соответствующие грыжевым воротам.

**Лечение.** При ущемлении грыжи необходима экстренная опера­ция. Ее проводят так, чтобы, не рассекая ущемляющее кольцо, вскрыть грыжевой мешок, предотвратить ускользание ущемленных органов в брюшную полость. Операцию проводят в несколько этапов.

Первый этап — послойное рассечение тканей до апоневроза и обнажение грыжевого мешка.

Второй этап — вскрытие грыжевого мешка, удаление грыжевой воды. Для предупреждения соскальзывания в брюшную полость ущем­ленных органов ассистент хирурга удерживает их при помощи марлевой салфетки. Недопустимо рассечение ущемляющего кольца до вскрытия грыжевого мешка.

Третий этап — рассечение ущемляющего кольца под контролем зрения, чтобы не повредить припаянные к нему изнутри органы.

Четвертый этап — определение жизнеспособности ущемленных органов. Это наиболее ответственный этап операции. Основными кри­териями жизнеспособности тонкой кишки являются восстановление нормального цвета кишки, сохранение пульсации сосудов брыжейки, отсутствие странгуляционной борозды и субсерозных гематом, восста­новление перистальтических сокращений кишки. Бесспорными при­знаками нежизнеспособности кишки являются темная окраска, тусклая серозная оболочка, дряблая стенка, отсутствие пульсации сосудов бры­жейки и перистальтики кишки.

Пятый этап — резекция нежизнеспособной петли кишки. От ви­димой со стороны серозного покрова границы некроза резецируют не менее 30—40 см приводящего отрезка кишки и 10 см отводящего от­резка. Резекцию кишки производят при обнаружении в ее стенке странгуляционной борозды, субсерозных гематом, отека, инфильтрации и гематомы брыжейки кишки.

При ущемлении скользящей грыжи необходимо определить жиз­неспособность части органа, не покрытой брюшиной. При обнаружении некроза слепой кишки производят резекцию правой половины толстой кишки с наложением илеотрансверзоанастомоза. При некрозе стенки мочевого пузыря необходима резекция измененной части пузыря с наложением эпицистостомы.

Шестой этап — пластика грыжевых ворот. При выборе метода пластики следует отдать предпочтение наиболее простому.

При ущемленной грыже, осложненной флегмоной, операцию на­чинают со срединной лапаротомии (первый этап) для уменьшения опасности инфицирования брюшной полости содержимым грыжевого мешка. Во время лапаротомии производят резекцию кишки в пределах жизнеспособных тканей и накладывают межкишечный анастомоз. За­тем производят грыжесечение (второй этап) — удаляют ущемленную кишку и грыжевой мешок. Пластику грыжевых ворот не делают, а производят хирургическую обработку гнойной раны мягких тканей, которую завершают ее дренированием.

Необходимым компонентом комплексного лечения больных явля­ется общая и местная антибиотикотерапия.

Прогноз. Послеоперационная летальность возрастает по мере удлинения времени, прошедшего с момента ущемления до операции, и составляет в первые 6ч — 1,1%, в сроки от 6 до 24 ч — 2,1%, позже 24 ч — 8,2%; после резекции кишки летальность равна 16%, при флегмоне грыжи — 24%.

Осложнения самостоятельно вправившихся и на­сильственно вправленных ущемленных грыж. Больной с ущемленной самопроизвольно вправившейся грыжей должен быть госпитализирован в хирургическое отделение. Самопроизвольно впра­вившаяся ранее ущемленная кишка может стать источником перито­нита или внутрикишечного кровотечения.

Если при обследовании больного в момент поступления в хирур­гический стационар диагностируют перитонит или внутрикишечное кровотечение, то больного необходимо срочно оперировать. Если при поступлении в приемное отделение не выявлено признаков перитонита, внутрикишечного кровотечения, то больной должен быть госпитали­зирован в хирургический стационар для динамического наблюдения. Больному, у которого при динамическом наблюдении не выявлены признаки перитонита или внутрикишечного кровотечения, показано грыжесечение в плановом порядке.

Насильственное оправление ущемленной грыжи, производимое са­мим больным, в настоящее время наблюдается редко. В лечебных учреждениях насильственное вправление грыжи запрещено, так как при этом могут произойти повреждения грыжевого мешка и содержи­мого грыжи вплоть до разрыва кишки и ее брыжейки с развитием перитонита и внутрибрюшного кровотечения. При насильственном вправлении грыжевой мешок может быть смещен в предбрюшинное пространство вместе с содержимым, ущемленным в области шейки грыжевого мешка (мнимое вправление). При отрыве париетальной брюшины в области шейки грыжевого мешка может произойти погру­жение ущемленной петли кишки вместе с ущемляющим кольцом в брюшную полость или в предбрюшииное пространство.

Важно своевременно распознать мнимое вправление грыжи, потому что в этом случае могут быстро развиться непроходимость кишечника и перитонит. Анамнестические данные (насильственное вправление грыжи), боль в животе, признаки непроходимости кишечника, резкая болезненность при пальпации мягких тканей в области грыжевых ворот, подкожные кровоизлияния позволяют предположить мнимое вправление грыжи и экстренно оперировать больного. Поздние ослож­нения, наблюдаемые после самопроизвольного вправления ущемленных грыж, характеризуются признаками хронической непроходимости ки­шечника (боль в животе, метеоризм, урчание, шум плеска). Они возникают в результате образования спаек и Рубцовых стриктур кишки на месте отторжения некротизированной слизистой оболочки.

Невправимость обусловлена наличием в грыжевом мешке сращений внутренних органов между собой и с грыжевым мешком, образовав­шихся вследствие их травматизации и асептического воспаления. Не­вправимость может быть частичной, когда одна часть содержимого грыжи вправляется в брюшную полость, а другая остается невправимой. Развитию невправимости способствует длительное ношение бандажа. Невправимыми чаще бывают пупочные, бедренные и послеопераци­онные грыжи. Довольно часто невправимые грыжи бывают многомер­ными. Вследствие развития множественных спаек и камер в грыжевом мешке невправимая грыжа чаще осложняется ущемлением органов в одной из камер грыжевого мешка или развитием спаечной непрохо­димости кишечника.

Копростаз — застой каловых масс в толстой кишке. Это осложнение грыжи, при котором содержимым грыжевого мешка является толстая кишка. Копростаз развивается в результате расстройства моторной функции кишечника. Его развитию способствуют невправимость гры­жи, малоподвижный образ жизни, обильная еда. Копростаз наблюда­ется чаще у тучных больных старческого возраста, у мужчин при паховых грыжах, у женщин — при пупочных.

Основными симптомами являются упорные запоры, боли в животе, тошнота, редко рвота. Грыжевое выпячивание медленно увеличивается по мере заполнения толстой кишки каловыми массами, оно почти безболезненно, слабо напряжено, тестообразной консистенции, симп­том кашлевого толчка положительный. Общее состояние больных сред­ней тяжести.

**Лечение.** Необходимо добиваться освобождения толстой кишки от содержимого. При вправимых грыжах следует стараться удержать грыжу во вправленном состоянии — в этом случае легче добиться восстановления перистальтики кишечника. Применяют малые клизмы с гипертоническим раствором хлорида натрия, глицерином или по­вторные сифонные клизмы. Применение слабительных средств противопоказано!

Воспаление грыжи может возникать вследствие инфицирования грыжевого мешка изнутри при ущемлении кишки, остром аппендиците, дивертикулите подвздошной кишки (меккелев дивертикул и др.). Ис­точником инфицирования грыжи могут быть воспалительные процессы на коже грыжи (фурункул), ее повреждения (мацерация, ссадины, расчесы).

**Лечение.** При остром аппендиците в грыже производят экстрен­ную аппендэктомию, в других случаях удаляют источник инфициро­вания грыжевого мешка. Хроническое воспаление грыжи при тубер­кулезе брюшины распознают во время операции. Лечение состоит в грыжесечении, специфической противотуберкулезной терапии. При воспалительных процессах на коже в области грыжи грыжесечение производят только после их ликвидации.

Профилактика осложнений заключается в хирургическом лечении всех больных с грыжами в плановом порядке до развития осложнений. Наличие грыжи является показанием к операции.

# Внутренние грыжи живота

Внутренними грыжами живота называют перемещение органов брюшной полости в карманы, щели и отверстия париетальной брюшины или в грудную полость (диафрагмальная грыжа). В эмбриональный период развития в результате поворота первичной кишки вокруг оси верхней брыжеечной артерии образуется верхнее дуоденальное углуб­ление (recessus duodenalis superior — карман Трейтца). Это углубление может стать грыжевыми воротами с образованием внутренней ущем­ленной грыжи.

Грыжи нижнего дуоденального углубления (recessus duodenalis inferior) называют брыжеечными грыжами. Петли тонкой кишки из этого углубления могут проникать между пластинами брыжейки обо­дочной кишки вправо и влево.

Чаще грыжевыми воротами внутренних грыж являются карманы брюшины у места впадения подвздошной кишки в слепую (recessus ileocaecalis superior et inferior, recessus retrocecalis) или в области брыжейки сигмовидной ободочной кишки (recessus intersigmoideus).

Причинами образования грыжевых ворот могут быть не ушитые во время операции щели в брыжейках, большом сальнике.

Симптомы заболевания такие же, как при острой непроходи­мости кишечника, по поводу которой больных и оперируют.

**Лечение.** Применяют общие принципы лечения острой непро­ходимости кишечника. Во время операции тщательно исследуют стенки грыжевых ворот, на ощупь определяют отсутствие пульсации крупного сосуда (верхней или нижней брыжеечной артерии). Грыжевые ворота рассекают на бессосудистых участках. После осторожного освобождения и перемещения кишечных петель из грыжевого мешка его ушивают.