

# ГРЫЖИ РЕДКИХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ

- К редким формам грыж следует отнести грыжу мечевидного отростка, боковую грыжу живота, поясничную, запирающую, седалищную и промежностную грыжи и др.
- **Грыжа мечевидного отростка** встречается редко. Основные симптомы - боль в области мечевидного отростка, наличие там же выпячивания, после вправления которого удастся прощупать отверстие.
- Лечение - удаление мечевидного отростка и иссечение грыжевого мешка.

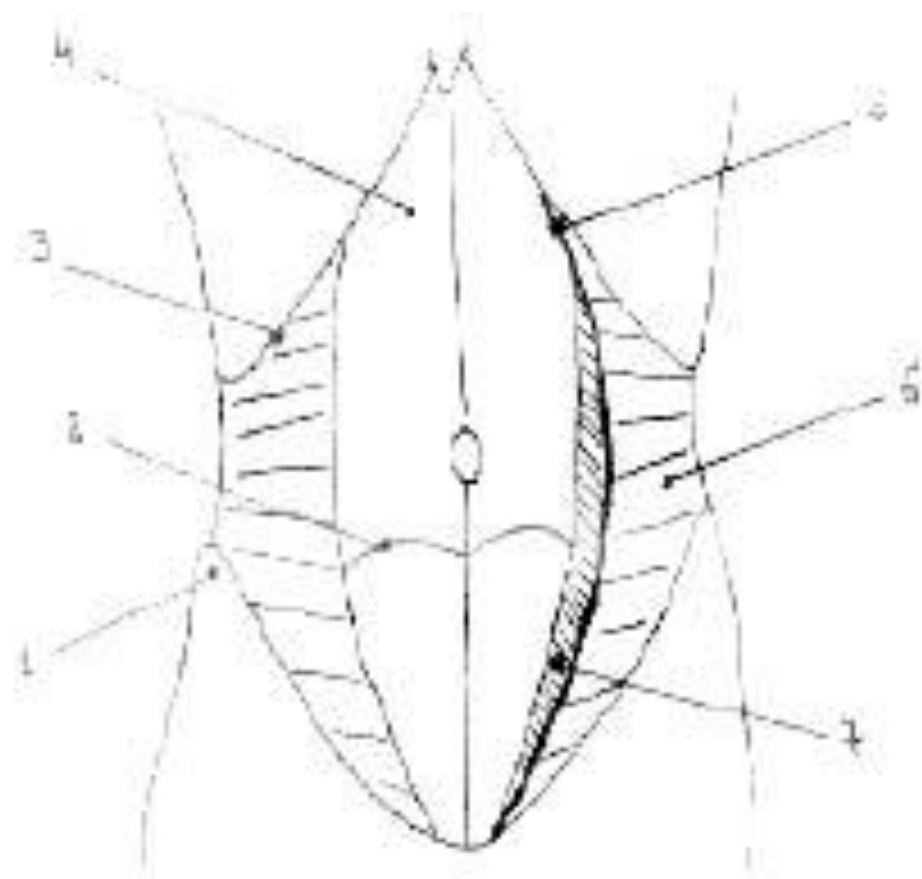
Боковая грыжа живота может появиться в области прямой мышцы живота, по спигелиевой линии в мышечной части брюшной стенки, а вследствие травмы - в любом месте брюшной стенки. При недоразвитии какой-либо из мышц брюшной стенки возникают врожденные грыжи живота, которые могут проявляться клинически в любом возрасте. Различают три вида **боковых грыж живота**: грыжи влагалища прямой мышцы, грыжи спигелиевой линии, грыжи от остановки развития брюшной стенки.

ГРЫЖИ ВЛАГАЛИЩА ПРЯМОЙ  
МЫШЦЫ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ В  
НИЖНЕЙ ЧАСТИ ЖИВОТА, ГДЕ НЕТ  
ЗАДНЕГО ЛИСТКА ВЛАГАЛИЩА, И ПРИ  
ТРАВМАТИЧЕСКИХ РАЗРЫВАХ ПРЯМОЙ  
МЫШЦЫ.

И  
Й

ГРЫЖИ СПИГЕЛИЕВОЙ ЛИНИИ МОГУТ БЫТЬ ПОДКОЖНЫМИ, ИНТЕРПИЦИАЛЬНЫМИ И ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНЫМИ. ТАКИЕ ГРЫЖИ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ ПО ЛИНИИ, СОЕДИНЯЮЩЕЙ ПУПОК И ПЕРЕДНЕ-ВЕРХНЮЮ ОСТЬ ПОДВЗДОШНОЙ КОСТИ, НО ИНОГДА ОНИ РАСПОЛАГАЮТСЯ НИЖЕ ИЛИ ВЫШЕ ЛОННОЙ ЛИНИИ.





ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ БОКОВОЙ ГРЫЖИ ЖИВОТА - БОЛЬ И ГРЫЖЕВОЕ ВЫПЯЧИВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ РАЗМЕРОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ШИРИНЫ ГРЫЖЕВЫХ ВОРОТ.

ЛЕЧЕНИЕ БОКОВЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА ТОЛЬКО ОПЕРАТИВНОЕ. ПРИ НЕБОЛЬШИХ ГРЫЖАХ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА ГРЫЖЕВЫЕ ВОРОТА ЗАШИВАЮТ ПОСЛОЙНЫМ НАЛОЖЕНИЕМ ШВОВ НА ПОПЕРЕЧНУЮ И ВНУТРЕННЮЮ КОСЫЕ МЫШЦЫ, А ТАКЖЕ НА АПОНЕВРОЗ НАРУЖНОЙ КОСОЙ МЫШЦЫ. ПРИ ГРЫЖАХ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ ПРИМЕНЯЮТ ПЛАСТИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ.

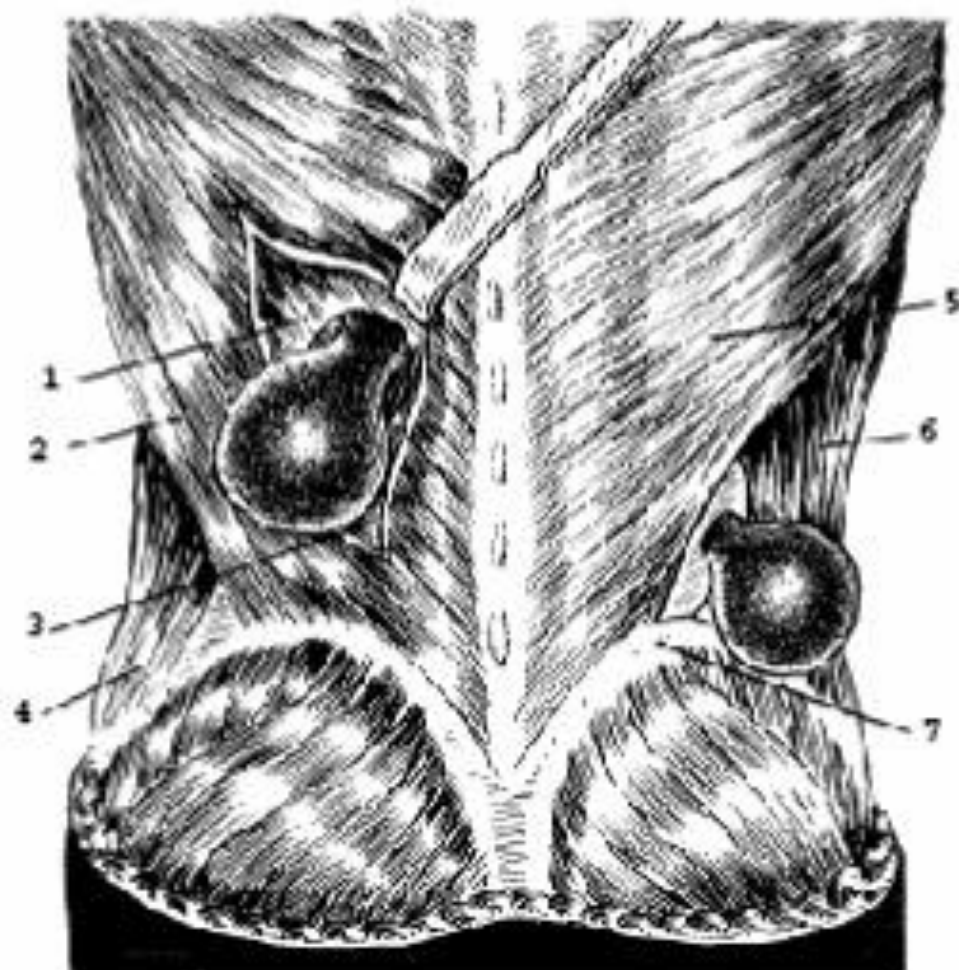
ПОЯСНИЧНАЯ ГРЫЖА - ГРЫЖЕВОЕ ВЫПАЧИВАНИЕ НА ЗАДНЕЙ И БОКОВОЙ СТЕНКАХ ЖИВОТА, ВЫХОДЯЩЕЕ ЧЕРЕЗ РАЗЛИЧНЫЕ ЩЕЛИ И ПРОМЕЖУТКИ МЕЖДУ МЫШЦАМИ И ОТДЕЛЬНЫМИ КОСТЯМИ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ.

ПОЯСНИЧНЫЕ ГРЫЖИ ВЫХОДЯТ ЧЕРЕЗ ТАКИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ ОБРАЗОВАНИЯ, КАК ТРЕУГОЛЬНИК ПТИ ПРОМЕЖУТОК ГРИНФЕЛЬТА - ЛЕСГАФТА И АПОНЕВРОТИЧЕСКИЕ ЩЕЛИ. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СОДЕРЖИМЫМ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА ЯВЛЯЕТСЯ ТОНКАЯ КИШКА И САЛЬНИК. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ - УВЕЛИЧЕНИЕ ГРЫЖ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ПОЯСНИЧНОЙ ГРЫЖИ ОТНОСИТСЯ ЕЕ УЩЕМЛЕНИЕ. РАДИКАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ - ОПЕРАТИВНЫЙ.



Выходят из брюшной полости через заднюю её стенку, чаще в области пространства Грюнфельда-Лесгафта и треугольника Пети. Они встречаются исключительно редко. Так, по И.И. Булынину, в мировой литературе описано всего 25 клинических наблюдений. В отечественной литературе за период с 1903 по 1965 гг. приведены 22 наблюдения [Т. Юсупов, 1965].

ПОЯСНИЧНЫЕ ГРЫЖИ ЖИВОТА. 1, 3 - М.  
OBLIQUUS INTERNUS ABDONINIS; 2, 5 - М.  
LATISSIMUS DORSI; 4, 6 - М. OBLIQUUS EXTERNUS  
ABDOMINIS; 7 - Л I Л ОССИС II II ПЕРВЫЙ



**Поясничные грыжи** бывают врождённые и приобретенные. Первые выявляются сразу после рождения ребёнка или в течение первых месяцев жизни. Их появление связано с аномалиями в развитии мускулатуры поясничной области или с пороками развития. Приобретенные грыжи образуются под влиянием факторов, резко ослабляющих или разрушающих заднюю стенку живота. Среди них Т. Юсупов выделяет физиологические и патологические причины. Это многократная беременность и роды, старческая атрофия мышечного аппарата, ожирение, асцит, хронический бронхит, запоры, травмы брюшной стенки и операции, воспалительные процессы, полиомиелит и др.

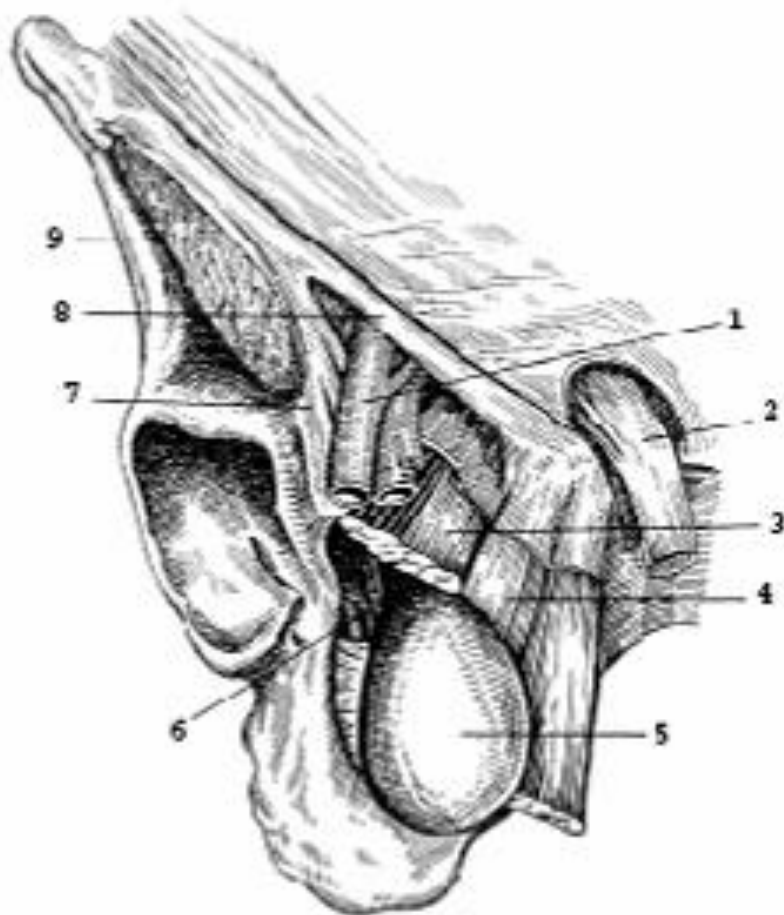
Поясничные грыжи встречаются в любом возрасте. Чаще они бывают у мужчин. Содержимым грыжи может быть сальник, восходящая или нисходящая кишка, тонкий кишечник.

**Клиника.** Распознавание поясничных грыж особых трудностей не представляет. К общим признакам такой грыжи относится наличие грыжевого выпячивания в типичном месте (в области поясничных треугольников) или в других пунктах поясничной области, например, по ходу послеоперационных рубцов. Больные предъявляют жалобы на боли в области грыжи, которые носят постоянный характер, если грыжевое выпячивание выходит через щель, где проходит нерв. Боли усиливаются при физическом напряжении. Поясничные грыжи могут достигать больших размеров и становятся невправимыми. Ущемление, как и при других грыжах живота, сопровождается резким усилением болей и появлением симптомов кишечной непроходимости.

**Лечение.** Выбор метода операции зависит от величины грыжевого выпячивания. Если поясничная грыжа небольших размеров, достаточно после вправления содержимого грыжи и удаления грыжевого мешка сшить края мышц, участвующих в образовании грыжевых ворот. Например, при грыжах треугольника Пети швы накладывают на края наружной косой мышцы живота и широкой мышцы спины, при грыжах пространства Грюнфельда-Лесгафта - между краем продольной мышцы позвоночника и краем косых мышц живота. Большие грыжевые дефекты закрывают с помощью мышечных лоскутов из широкой мышцы спины или с помощью пластических материалов.

ЗАПИРАТЕЛЬНАЯ ГРЫЖА ПОЯВЛЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ ЗАПИРАТЕЛЬНЫЙ КАНАЛ, ПРОХОДЯЩИЙ ПОД ЛОБКОВОЙ КОСТЬЮ, И ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА. СИМПТОМАТИКА ИХ МОЖЕТ БЫТЬ САМОЙ РАЗНООБРАЗНОЙ. ЛЕЧЕНИЕ ЗАПИРАТЕЛЬНЫХ ГРЫЖ ТОЛЬКО ОПЕРАТИВНОЕ. ОПЕРАЦИЮ ПРОВОДЯТ БЕДРЕННЫМ СПОСОБОМ, С ПОМОЩЬЮ ЛАПАРОТОМИИ ИЛИ КОМБИНИРОВАННЫМ ПУТЕМ.

ЗАПИРАТЕЛЬНАЯ ГРЫЖА (ПО А.П. КРЫМОВУ). 1 - А. EPIGASTRICA; 2 - FUNICULUS SPERMATICUS; 3 - М. PECTINEUS; 4 - М. ADDUCTOR LONGUS; 5 - ГРЫЖЕВОЙ МЕШОК; 6 - А. ET N. OBTURATORII; 7 - LIG. PECTINEALE (LIG. ILIOPECTINEUM); 8 - LIG. INGUINALE (POUPARTI); 9 - М. ILIOPSOAS.



ЗАПИРАТЕЛЬНЫЕ ГРЫЖИ ВЫХОДЯТ ИЗ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЧЕРЕЗ ЗАПИРАТЕЛЬНОЕ ОТВЕРСТИЕ ТАЗА (РИС. 171). CANALIS OBTURATORIUS ИМЕЕТ ВНУТРЕННЕЕ И НАРУЖНОЕ ОТВЕРСТИЯ. ЕГО ШИРИНА 1 СМ, ДЛИНА 2,5-3 СМ. ГРЫЖЕВОЙ МЕШОК ФОРМИРУЕТСЯ СО СТОРОНЫ ТАЗА В ОБЛАСТИ ЗАПИРАТЕЛЬНОЙ ЯМКИ, ЗАТЕМ ВНЕДРЯЕТСЯ В РАСШИРЕННОЕ ВНУТРЕННЕЕ ОТВЕРСТИЕ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО КАНАЛА, ПРОХОДИТ ЕГО И ВЫХОДИТ ЧЕРЕЗ ВНУТРЕННЕЕ ОТВЕРСТИЕ НА МЕДИАЛЬНУЮ ПОВЕРХНОСТЬ БЕДРА ПОД ПРИВОДЯЩИМИ МЫШЦАМИ. В СВОЁМ РАЗВИТИИ HERNIA OBTURATORIA ПРОХОДИТ ТРИ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫЕ СТАДИИ [Н.В. ВОСКРЕСЕНСКИЙ, 1959]:

- 1) HERNIA OBTURATORIA INTERNA, КОГДА ГРЫЖЕВОЕ ВЫПЯЧИВАНИЕ ПОСТУПАЕТ В ЗАПИРАТЕЛЬНЫЙ КАНАЛ, НО ДАЛЬШЕ НЕ ПРОХОДИТ;
- 2) HERNIA OBTURATORIA EXTERNA, КОГДА ГРЫЖЕВОЕ ВЫПЯЧИВАНИЕ, ПРОЙДЯ ЗАПИРАТЕЛЬНЫЙ КАНАЛ, РАСПОЛАГАЕТСЯ ПОД ГРЕБЕШКОВОЙ МЫШЦЕЙ;
- 3) HERNIA PREPESCTINEA, КОГДА ГРЫЖЕВОЕ ВЫПЯЧИВАНИЕ ВЫХОДИТ ИЗ-ПОД КРАЯ ГРЕБЕШКОВОЙ МЫШЦЫ



В хирургической практике **запирательные грыжи** встречаются крайне редко. В мировой литературе, по данным S.R. Harper и J.H. Holt (1956), описано 463 наблюдения. Т. Юсупов (1965) на 9.000 операций по поводу грыж живота лишь в одном случае отметил грыжу запирательного отверстия. Встречаются преимущественно у женщин пожилого возраста [И.И. Булынин, 1968]. Преобладание запирательных грыж у женщин большинство хирургов объясняет особенностями анатомического строения женского таза: более выраженным его наклоном, большей величиной запирательного отверстия, более вертикальным положением запирательного канала. При старении женщины уменьшается масса жировой клетчатки в запирательном канале, подвергаются атрофии запирательные мышцы. Вследствие этого промежуток около сосудисто-нервного пучка увеличивается, создавая предпосылки для возникновения грыжи. Этим, в частности, объясняется тот факт, что запирательные грыжи нередко бывают двусторонними.

**Клиника.** Распознавание запирающей грыжи в первых двух стадиях её развития (скрытая форма) очень затруднительно. Лишь в третьей стадии, когда грыжевое выпячивание выходит из-под края гребешковой мышцы, его можно прощупать в виде округлого опухолевидного образования на передне-медиальной стороне верхней трети бедра, в области скарповского треугольника. Скрытые каналикулярные формы распознаются по косвенным признакам. Больные предъявляют жалобы на боли в области внутренней поверхности верхней трети бедра, нередко носящие невралгический характер. Это обусловлено давлением грыжевого выпячивания на запирающий нерв внутри канала. Иногда боль иррадирует вниз, вплоть до коленного сустава, т.е. охватывает всю область иннервации запирающего нерва. Для уменьшения болезненности больной придаёт ноге слегка согнутое в тазобедренном суставе положение с ротацией бедра кнутри [Т. Юсупов, 1965]. По данным S.R. Harper и J.H. Holt (1956), симптом сдавления запирающего нерва при грыже наблюдается в 50% случаев. Хорошим подспорьем в диагностике являются влагалищное и ректальное исследования, позволяющие прощупать изнутри область запирающего отверстия. При наличии грыжи определяется тяжистое образование, болезненное при пальпации.

Ущемление запирающей грыжи сопровождается быстро развивающимися симптомами кишечной непроходимости, что и является поводом для экстренной операции. Диагноз ущемления запирающей грыжи наиболее часто устанавливается после лапаротомии. Следует иметь в виду возможность рихтеровского ущемления запирающей грыжи, при котором явления кишечной непроходимости развиваются поздно. В таких случаях своевременная диагностика внутреннего ущемления имеет чрезвычайно важное значение, во многом определяя исход заболевания.

**Лечение.** Существуют различные способы операций при запирательных грыжах живота, которые отличаются друг от друга доступом к грыжевому мешку и внутреннему отверстию запирательного канала. В тех случаях, когда диагноз до операции не установлен и операция предпринимается по поводу кишечной непроходимости, наиболее часто применяется нижне-срединная лапаротомия или нижний параректальный разрез брюшной стенки. Преимуществом этих доступов является то, что в случае ущемления запирательной грыжи создаются хорошие условия для осмотра и при необходимости - резекции кишечника. Однако, лапаротомный разрез не обеспечивает достаточно удобств для закрытия грыжевого дефекта. Хирург вынужден оперировать в глубине таза, что увеличивает опасность ранения запирательных сосудов. Доступ к внутреннему отверстию запирательного канала при лапаротомных разрезах значительно улучшается, если больному придать положение Тренделенбурга.

После вскрытия брюшной полости свободные петли кишечника и сальник оттесняются вверх с помощью широких марлевых салфеток. Захватив в каждую руку приводящий и отводящий отделы кишечника, хирург старается осторожными, пилящими движениями вывести ущемлённую петлю кишки из запирательного отверстия [Т. Юсупов, 1965]. Если это не удаётся, следует рассечь ущемляющее кольцо путём надреза запирательной мембраны книзу и кнутри, чтобы не ранить запирательную артерию. Внутреннее отверстие закрывается путём наложения швов на ножки внутренней запирательной мышцы и после иссечения грыжевого мешка сшиванием брюшины.

В тех случаях, когда диагноз ясен и грыжа не ущемлена, используется **бедренный доступ** к запирательному каналу. Разрез вертикальный, длиной 10-12 см от паховой связки между лонным бугорком и бедренной веной. Рассекают кожу, подкожную клетчатку и широкую фасцию бедра, обнажают внутренний край гребешковой мышцы. В промежутке между гребешковой и длинной приводящей мышцами находят грыжевой мешок. При каналикулярных формах гребешковую мышцу отводят вверх и в латеральную сторону или рассекают в поперечном направлении. При выделении грыжевого мешка необходимо обнажить запирательную артерию, держа её в поле зрения. После удаления грыжевого мешка путём сшивания ножек наружной запирательной мышцы ликвидируется запирательный канал. Для пластики можно воспользоваться мышечным лоскутом из гребешковой мышцы. Если грыжа ущемлена, необходимо дополнительно произвести лапаротомный разрез.

Хороший доступ к внутреннему запирательному отверстию создаёт позадилонный предбрюшинный разрез по Четлу-Генри, предложенный этими хирургами для оперирования двусторонних бедренных грыж. Поперечно над лоном рассекают кожу, подкожную клетчатку и передний листок апоневроза влагалищ прямых мышц живота. Тупо раздвигают предбрюшинную клетчатку позадилонного пространства с отведением париетального листка брюшины кверху. В области внутреннего запирательного отверстия выделяют грыжевой мешок, после обработки которого 2-3-мя узловыми швами, сшивают края ножек внутренней запирательной мышцы.

Позадилонный предбрюшинный доступ даёт возможность хорошо осмотреть заднюю поверхность передней стенки таза, легко выделить грыжевой мешок и под контролем зрения ушить внутреннее отверстие запирательного канала. В случае необходимости через этот доступ можно легко вскрыть брюшину, получив при этом хорошую экспозицию для ревизии органов живота и возможность выполнить резекцию кишечника и сальника. Кроме этого, позадилонный чрезбрюшинный доступ позволяет ликвидировать и двусторонние запирательные грыжи, и, что иногда встречается, сопутствующую бедренную грыжу.

# ПРОМЕЖНОСТНЫЕ ГРЫЖИ (HERNIAE PERINEALES)

Выходят из брюшной полости на промежность через дефекты диафрагмы таза. Встречаются исключительно редко. Н.С. Епифанов (1961) обнаружил в мировой литературе описание лишь 64 клинических случаев. Различают врождённые и приобретенные промежностные грыжи. Врождённые грыжи являются следствием аномалий в развитии мускулатуры тазового дна, приобретенные - возникают под влиянием причин, среди которых выделяют: а) слабость тазового дна; б) нарушение целостности тазового дна после оперативных вмешательств или травм; в) наличие внутритазовой, субперитонеальной опухоли [Т. Юсупов, 1965].

По анатомическому расположению бывают **передние и задние промежностные грыжи**. Граница их деления - межседалищная линия или глубокая поперечная мышца промежности. Грыжи, выходящие впереди этой мышцы, называют передними, а выходящие сзади - задними. Передняя промежностная грыжа у женщин развивается из пузырно-маточного углубления брюшины и проходит в щель между *m. constrictor ani* и *m. ischiocavernosus*. Далее она расслаивает ткани, проходит в большую половую губу, выпячивая центральную её часть. У мужчин передние промежностные грыжи практически не наблюдаются. Этому препятствует плотная мочеполовая перегородка с отверстием только для мочеиспускательного канала. Задняя промежностная грыжа у мужчин начинается из пузырно-прямокишечного углубления брюшины, у женщин - из маточно-прямокишечного. Далее грыжа проходит кзади от межседалищной линии и через межкишечные щели выходит в клеточное пространство седалищно-прямокишечной впадины. Наиболее частым местом прохождения грыжи через диафрагму таза являются щели между подвздошно-копчиковой мышцей и мышцей, поднимающей задний проход, между подвздошно-копчиковой и копчиковой мышцами, а также щели в мышце, поднимающей задний проход.



**Клиника промежностных грыж.** Больные предъявляют жалобы на ноющие боли в нижних отделах живота, чувство тяжести в области промежности, запоры, затруднённое мочеиспускание. Ущемление промежностных грыж наблюдается как казуистика. Клинически ущемление протекает остро, с явлениями интоксикации и кишечной непроходимости. Содержимым грыжи обычно является тонкий кишечник, но в грыжевом мешке может оказаться сальник или мочевого пузырь. Распознавание промежностных грыж очень затруднительно, особенно в тех случаях, когда грыжевое выпячивание небольшое и не достигает подкожной клетчатки. Для уточнения диагноза совершенно обязательно обследовать больных через влагалище и прямую кишку.

Передние промежностные грыжи выпячивают переднюю стенку влагалища, задние - заднюю стенку влагалища и переднюю стенку прямой кишки.

**Лечение.** Применяются три основных доступа к грыжевым воротам: нижнесрединная лапаротомия, промежностный и комбинированный. При чревосечении затруднена пластика тазового дна и не всегда удаётся вывернуть грыжевой мешок из-за наличия спаек между ним и окружающими тканями.

Промежностный доступ наиболее удобен, создаёт хорошие условия для пластики, но при ущемлённых грыжах, в случае омертвления кишечных петель, не позволяет произвести резекцию в пределах здоровых тканей. В последнем случае предпочтительнее комбинированный доступ.

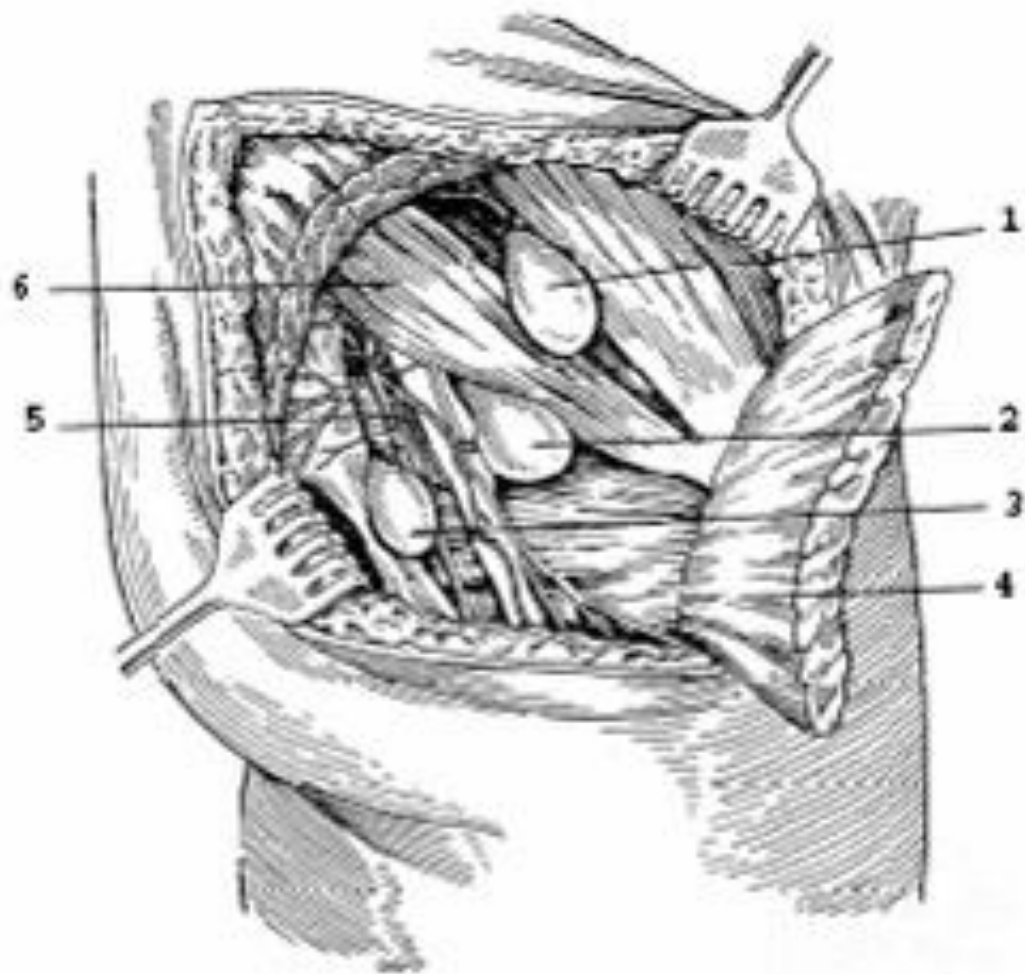
Вначале производятся лапаротомия и брюшнополостной этап операции, а затем промежностный разрез и пластика тазового дна. Закрывание грыжевого дефекта осуществляется за счёт сшивания узловыми швами окружающих мышц.

# СЕДАЛИЩНЫЕ ГРЫЖИ (HERNIA ISCHIADICAE)

Грыжевое выпячивание выходит из брюшной полости через большое или малое седалищные отверстия. В связи с этим, выделяют три формы: а) седалищная грыжа, выходящая над грушевидной мышцей (*hernia suprapiriformis*); б) седалищная грыжа, выходящая под грушевидной мышцей (*hernia infrapiriformis*); в) седалищная грыжа, выходящая через малое седалищное отверстие (*hernia spinotuberosa*)

Границы грыжевых ворот при разных формах седалищных грыж следующие. При надгрушевидной форме: сверху - большая седалищная вырезка, снизу и снаружи - верхний край грушевидной мышцы, изнутри - верхние ягодичные сосуды и верхний ягодичный нерв (грыжевой мешок находится под большой ягодичной мышцей, он лежит на грушевидной, внутренней запирающей и близнецовой мышцах). При подгрушевидной форме: сверху - нижний край грушевидной мышцы, снизу - верхний край *lig. sacrospinus* и близнецовых мышц, изнутри - *lig. sacrotuberosum* и *n. ischiadicus*. При грыжах малого седалищного отверстия: сверху - нижний край *lig. sacrospinus*, снизу и изнутри - *lig. sacrotuberosum*, снаружи - *a. et v. pudenda interna*, *n. pudendus*.

СЕДАЛИЩНЫЕ ГРЫЖИ (ПО П.И. ТИХОВУ). 1 - HERNIA SUPRAPIRIFORMIS; 2 - HERNIA INFRAPIRIFORMIS; 3 - HERNIA SPINOTUBEROSA; 4 - M. GLUTEUS MAXIMUS; 5 - A. GLUTEA; 6 - M. PIRIFORMIS.



**Причины возникновения седалищных грыж мало изучены. По мнению Т. Юсупова (1965), кроме анатомических особенностей строения области седалищного отверстия predisposing факторами к образованию грыжи являются врожденное предсуществование дивертикула брюшины, наличие ненормально расширенных отверстий, атрофия мышц седалищной области вследствие физиологических (беременность, роды) и патологических (опухоли органов малого таза и его стенок) явлений.**

**Седалищные грыжи встречаются в любом возрасте, одинаково часто у мужчин и женщин.**

**Клиника.** Распознать большую седалищную грыжу легко. В тех же случаях, когда грыжевое выпячивание не выходит из-под края ягодичной мышцы, дооперационная диагностика исключительно трудна. Больные предъявляют жалобы на боли в ягодичной области, которые особенно усиливаются при физической работе.

Подгрушевидная форма может сопровождаться болями по ходу седалищного нерва, т.е. по задней поверхности бедра. При грыжах, выходящих над грушевидной мышцей, боль обычно локализуется в верхне-наружном квадранте ягодицы, а при грыжах, выходящих над грушевидной мышцей и через for. ischiadicum minor - в наружных отделах нижне-внутреннего квадранта ягодицы.

Иногда помогает в диагностике рентгенография тазового кольца. При грыже можно констатировать наличие газа в области седалищного отверстия по наружной поверхности таза (если содержимое грыжи - кишка). При ректальном исследовании можно прощупать болезненное грыжевое выпячивание.

**Лечение.** Лучший доступ к шейке грыжевого мешка и грыжевым воротам даёт разрез от spina iliaca posterior superior по направлению к верхушке большого вертела бедра. Большая ягодичная мышца тупо раздвигается по ходу её волокон. Средняя ягодичная мышца отодвигается вверх и в латеральную сторону. Грыжевой дефект обычно ликвидируют простым сшиванием окружающих мышц. **Ущемлённые седалищные грыжи** оперируют комбинированным способом. Брюшнополостной этап операции производят путём ниже-срединной лапаротомии, а грыжевые ворота закрывают через ягодичный разрез.



Перемещение органов брюшной полости через щель Лоррея, или отверстие Морганьи, в загрудинное пространство принято называть грыжами переднего отдела диафрагмы. Различают парастернальные и френико—перикардальные грыжи.

### **Клиническая картина**

Клиническая картина френико—перикардальных диафрагмальных грыж проявляется остро с первых часов или дней жизни ребенка: постоянный цианоз, одышка, рвота, беспокойство.

В ряде случаев смещение в сердечную сумку органов брюшной полости через дефект сухожильной части диафрагмы и перикарда настолько нарушает функцию сердца, что наступает резкая аритмия или его остановка.

### **Рентгенологическое исследование**

Рентгенологически можно поставить правильный диагноз При исследовании в двух проекциях имеется наслаивание контуров кишечника на тень сердца.

### **Лечение**

Операцию при френико—перикардальной грыже диафрагмы производят вслед за постановкой диагноза.