

**Министерство здравоохранения ЛНР  
ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский  
университет имени Святителя Луки»  
Кафедра общей и факультетской хирургии  
(блок факультетской хирургии)**

# **Грыжи живота**

**Луганск 2020**

**Наружные грыжи живота** — это заболевание характеризующееся выходением внутренних органов **вместе с париетальной брюшиной** из брюшной полости через естественные или приобретённые отверстия брюшной стенки под кожу, при этом целостность кожных покровов не нарушена.

**Внутренней грыжей живота** называется проникновение органов брюшной полости в различные карманы брюшины и брыжейки кишки, а также в грудную полость через естественные или приобретённые отверстия диафрагмы. Среди них различают: околослепокишечные (образуются в складках брюшины около слепой кишки), грыжи Трейца (у трейцевой связки), грыжи отверстия Винслоу (в малом сальнике), межсигмовидные грыжи (у корня брыжейки сигмовидной кишки), надпузырные и другие. Встречаются сравнительно редко.

## Отличительными особенностями

внутренних грыж является то, что в число их элементов не входит грыжевой мешок, он здесь попросту отсутствует. А так же то, что вне осложнений (которые представлены в основном ущемлением) они, за исключением диафрагмальных, не имеют определённой клинической симптоматики и не распознаются.

Диагноз устанавливается только во время операции, предпринятой по поводу острой хирургической патологии органов брюшной полости. Чаще всего по поводу острой кишечной непроходимости

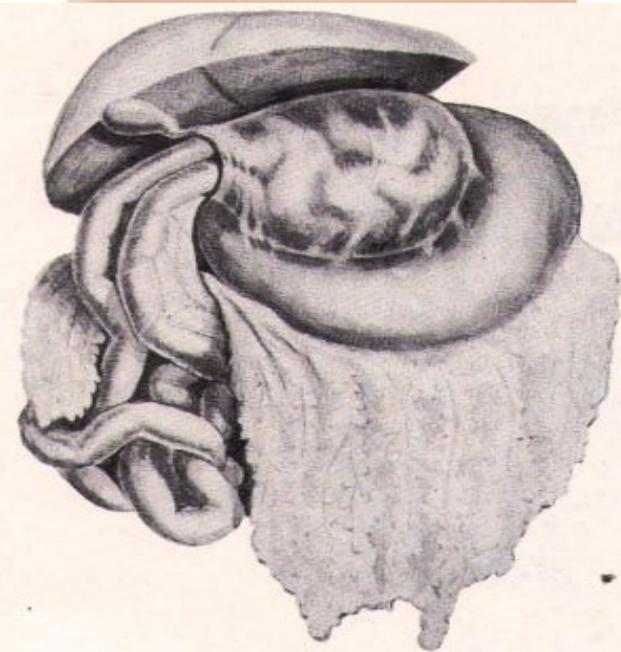
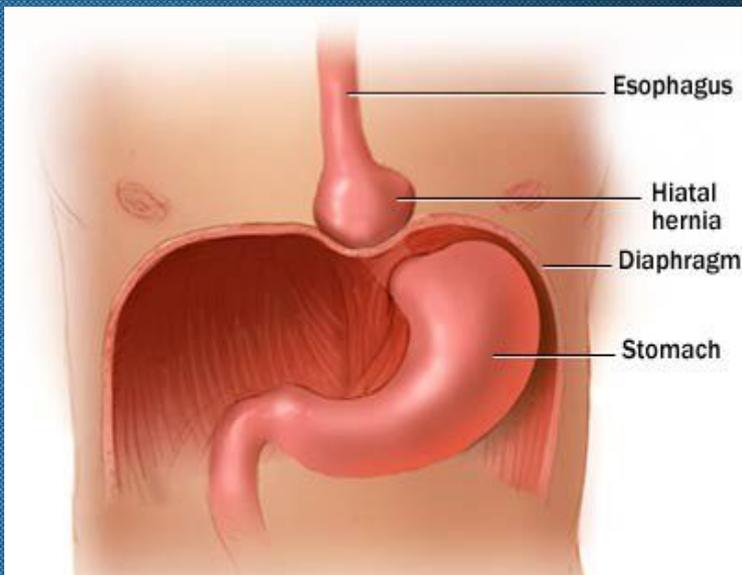


Рис. 82. Внутренняя грыжа живота (грыжа сальниковой сумки).

- ***Эвентрация*** — это выхождение внутренних органов через дефект в брюшной стенке и ***париетальном листке брюшины***. Как правило является осложнением ранений, травм и оперативных вмешательств. Бывает закрытой (подкожной), открытой (полной)
- ***Выпадением (пролапсом)*** называют такое состояние, когда происходит выпячивание отдельных внутренних органов или их частей путём выворота наружу их внутренней стенки через естественные отверстия (***выпадения влагалища, матки, прямой кишки***)

Одним из *самых частых хирургических* заболеваний являются наружные грыжи живота. Они составляют 10-15% от всех заболеваний, подлежащих хирургическому лечению.

Наибольшая частота заболеваемости наружными грыжами отмечается в дошкольном возрасте и после 50 лет

# Составные части наружной грыжи живота

Грыжевые ворота — это дефект в мышечно апоневротическом слое брюшной стенки, через который происходит выход наружу внутренних органов и париетального листка брюшины. Форма и размеры их очень переменчивы

Грыжевой мешок — это часть париетальной брюшины, вышедшая через грыжевые ворота. Различают устье, шейку, тело и дно грыжевого мешка. Грыжевые мешки могут быть простыми (*однокамерными*) и сложными (*многокамерными*). Форма мешка бывает различная (грушевидная, цилиндрическая и так далее)

*Грыжевого мешка может и не быть в эмбриональных пупочных грыжах; в скользящих грыжах; в ложных; травматических и послеоперационных грыжах*

*Грыжевое содержимое* — это внутренние органы брюшной полости, вышедшие в грыжевой мешок. Содержимым грыжи может любой орган брюшной полости, но чаще всего им бывают органы, ближе всего расположенные к месту грыжевых ворот и обладающие большой подвижностью: петли тонкой кишки, сальник, сигмовидная кишка. Содержимое мешка обычно легко вправляется в брюшную полость. Такая грыжа называется *свободной*, или *вправимой*. В случае образования спаек между грыжевым мешком и грыжевым содержимым развивается *фиксированная*, или *невправимая*, грыжа

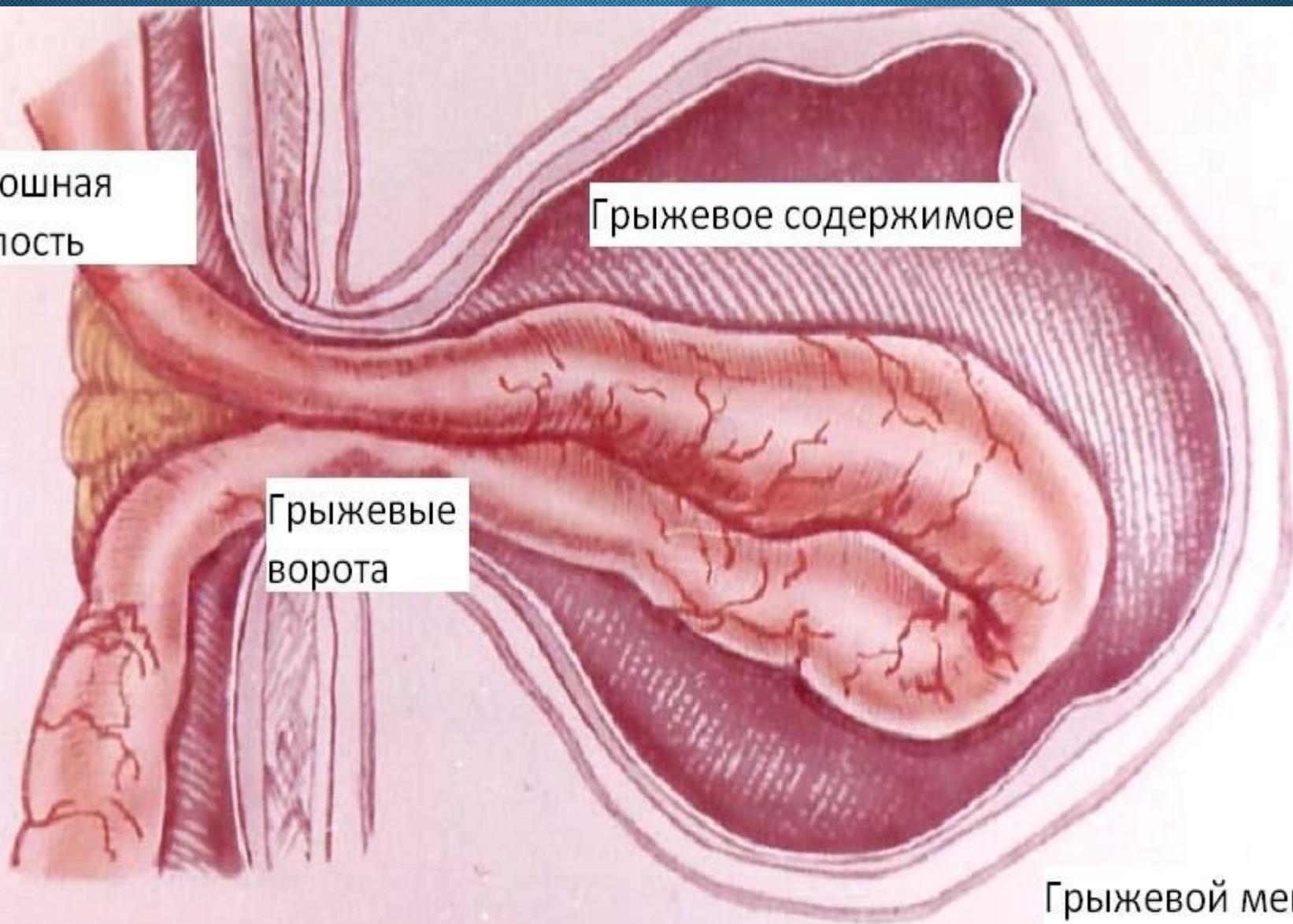
*Грыжевые оболочки* - совокупность тканей, *окружающих грыжевой мешок* или, при отсутствии грыжевого мешка, *окружающих грыжевое содержимое* после его прохождения через грыжевые ворота

Брюшная  
полость

Грыжевое содержимое

Грыжевые  
ворота

Грыжевой мешок



*Наружные грыжи живота классифицируют по анатомическим, этиологическим и клиническим признакам*

*По локализации* грыжевых ворот различают грыжи

- паховые,*
- бедренные,*
- пупочные,*
- белой линии живота,*
- спигеливой линии,*
- поясничные,*
- седалищные и промежностные.*



По этиологическим признакам все грыжи делятся на две группы:

**врождённые и приобретённые**

*подавляющее большинство врождённых грыж живота — это паховые и пупочные грыжи.*

Приобретённые грыжи делят на грыжи

- **от усилия** (возникающие вследствие резкого повышения внутрибрюшного давления),
- **грыжи от слабости** (у пожилых и старых людей),
- **травматические, послеоперационные и искусственные.**

По клиническому течению различают грыжи

- **неосложнённые (вправимые)**
- **осложнённые (невправимые, ущемлённые и другие)**

**Местные причины, способствующие образованию грыж**, связаны с анатомическими особенностями строения брюшной стенки, наличием в ней «слабых» мест. К таким местам, так называемым «*грыжевым точкам*» брюшной стенки, относятся: зона пахового канала, зона овальной ямки на бедре, апоневроз белой линии живота, пупочная область, зона спигелиевой линии, треугольника Пети, четырёхугольника Грюнфельда-Лесгафта, запирающего канала.

**Общие причины** делятся на предрасполагающие и производящие.

**Предрасполагающие причины** — это особенности конституционного характера, наследственность, пол, возраст, патология коллагеновой системы и другие.

**Производящие причины** — это факторы, вызывающие повышение внутрибрюшного давления: тяжёлый физический труд, запоры, роды, длительный кашель, частые рвоты и другие.

## Общая симптоматика и диагностика

Основными симптомами неосложнённых грыж являются боли и наличие выпячивания в области одной из грыжевых зон.

*Боли* обычно умеренные, тупого ноющего характера; причём степень их выраженности не пропорциональна размерам грыжевого выпячивания. Характер болевых ощущений и их интенсивность весьма индивидуальны.

Иногда болевые ощущения отсутствуют, и больной даже не подозревает о существовании у него грыжи. Нередко боли носят отражённый характер и ощущаются больным в подложечной области, пояснице, в области мошонки и так далее.

# Основные объективные признаки неосложнённой грыжи

1. Наличие *выпячивания* брюшной стенки в характерном для брюшных грыж месте.
2. *Изменение величины* этого выпячивания в зависимости от *изменения* внутрибрюшного *давления*.
3. *Определение дефекта* в мышечно-апоневротический слоях брюшной стенки *на месте вправляемого* в брюшную полость выпячивания.
4. Определение *феномена кашлевого толчка*

## **Дополнительные методы исследования**

**проводятся при больших грыжах, а также при подозрении на *скользящую грыжу***

**Для определения характера грыжевого содержимого показано ультразвуковое и рентгенологическое исследование органов брюшной полости и мочевого пузыря. У женщин проводится бимануальное гинекологическое обследование**

# *Скользящими*

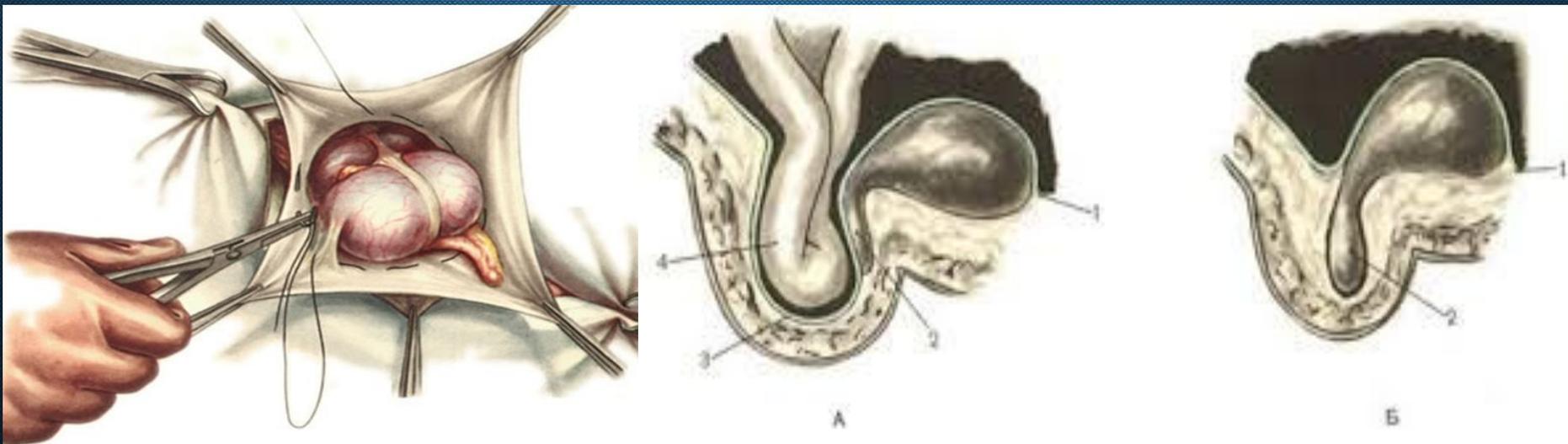
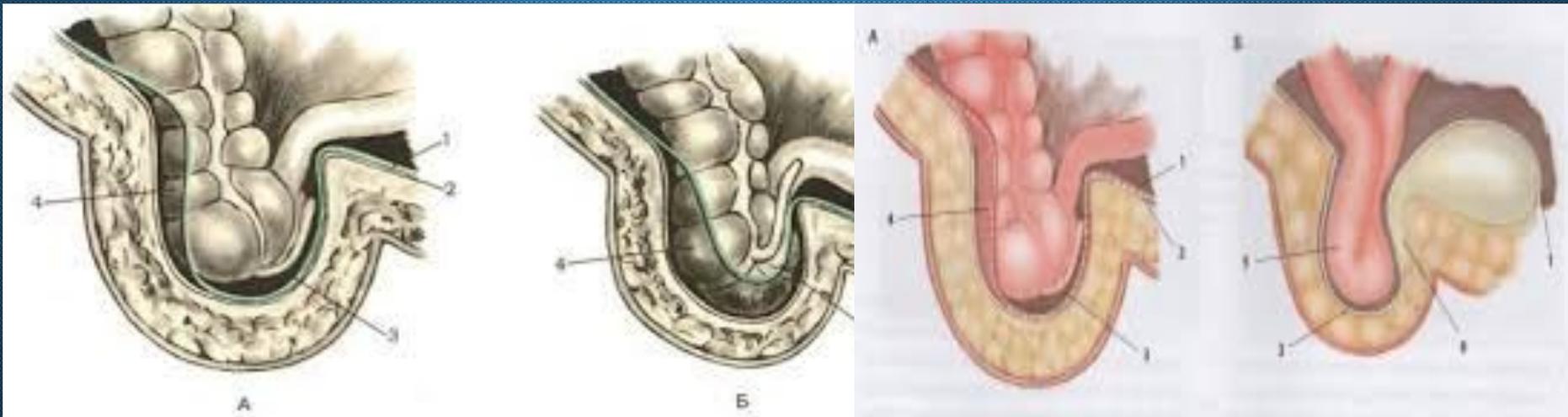
называются **грыжи**, в которых одной из стенок грыжевого мешка является орган, частично покрытый брюшиной.

*Могут быть врождёнными и приобретёнными.*

При скользящих грыжах, больные жалуются на запоры, боли в животе во время дефекации. А если стенкой грыжевого мешка является мочевого пузырь, то часто отмечаются дизурические расстройства.

*Особенность скользящих грыж в том, что во время оперативного пособия имеется опасность вскрытия кишки или мочевого пузыря вместо грыжевого мешка, поэтому лучше распознать такую грыжу до операции.*

# Скользящие грыжи слепой кишки и мочевого пузыря



## *При скользящей грыже*

необходимо чётко определить какой орган составляет стенку грыжевого мешка (мочевой пузырь, слепая кишка). *Выделить до шейки грыжевой мешок при такой грыже невозможно.* Поэтому после мобилизации свободной части грыжевого мешка его частично иссекают, а дефект в брюшине ушивают узловыми швами, непрерывным или кисетным швом.

*Производится пластика задней стенки пахового канала*

Наличие грыжи любой  
локализации является  
показанием к  
оперативному лечению

# Противопоказания к операции для неосложнённых грыж

- **Абсолютные:** тяжёлая патология органов кровообращения, дыхания и других систем в стадии декомпенсации; злокачественные новообразования; острые инфекционные заболевания; гнойничковые поражения кожи и другие воспалительные процессы.
- **Относительные:** аденома предстательной железы; поздние сроки беременности; хронические заболевания органов сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем в стадии субкомпенсации.

# Основные этапы операции грыжесечения

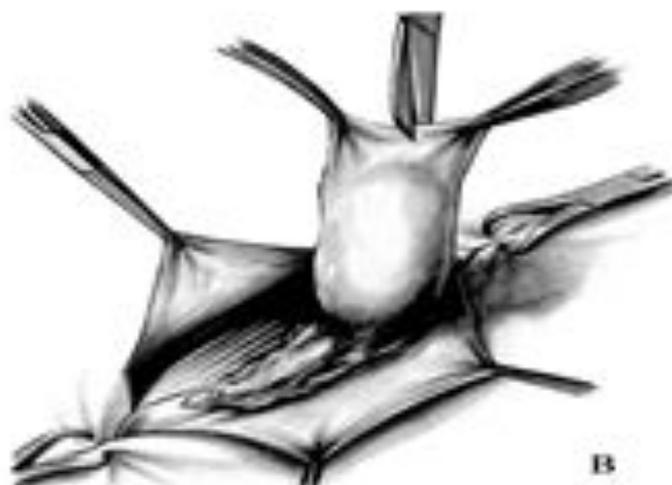
1. Послойное рассечение тканей над грыжевым выпячиванием.
2. Выделение грыжевого мешка из оболочек грыжи, не повредив в них важных образований.
3. Вскрытие грыжевого мешка и перемещение его содержимого в брюшную полость.
4. Прошивание и перевязка грыжевого мешка на уровне его шейки, отсечение и удаление его.
5. Закрывтие грыжевых ворот — герниопластика.



а



б



в



г



д



е

# Пластику грыжевых ворот производят:

1. Путём сшивания местных однородных тканей - аутопластические методы (с натяжением)
2. С использованием дополнительных биологических или синтетических материалов - аллопластические методы (без натяжения)

Применяется также и лапароскопическая герниопластика.

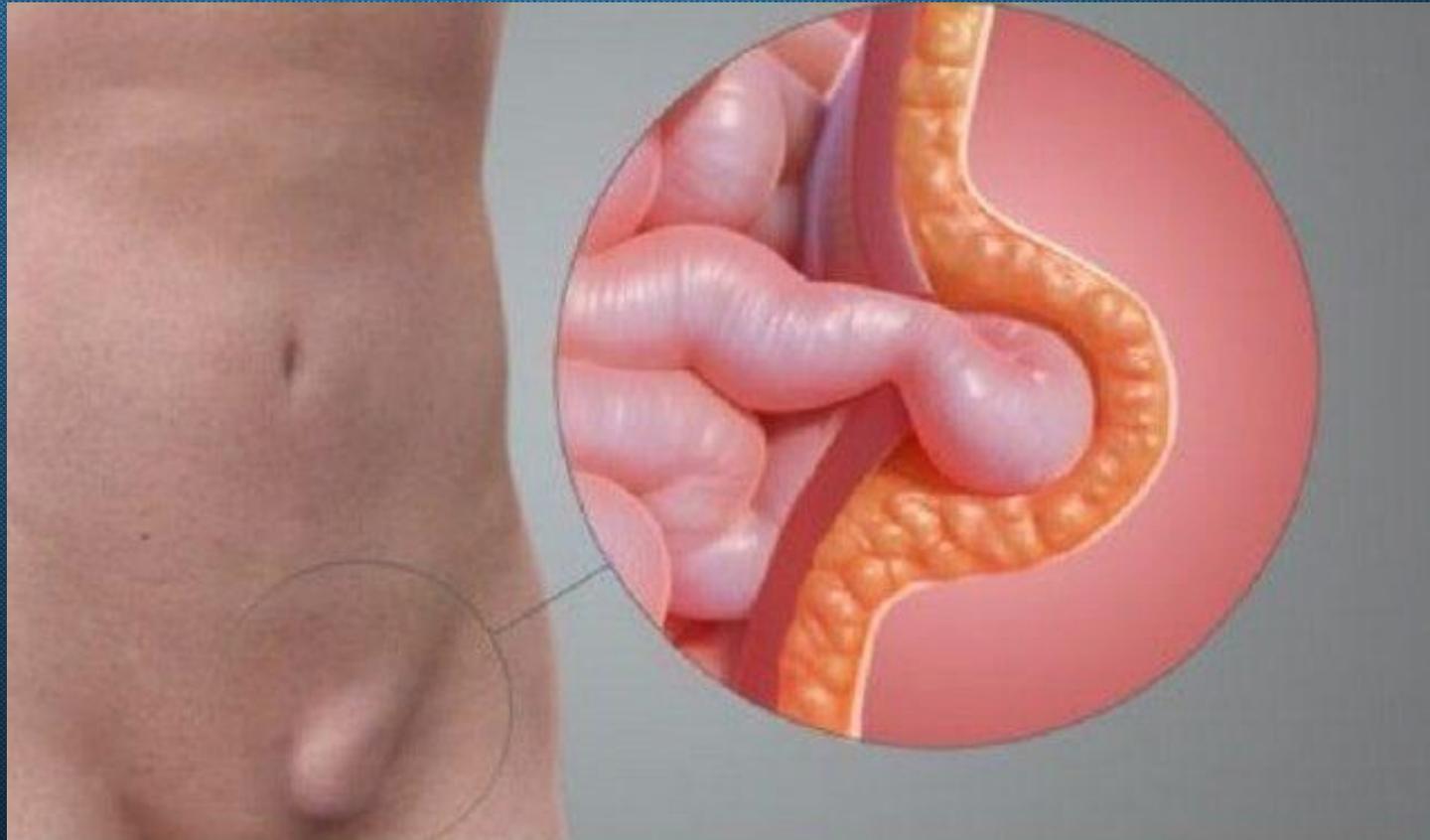
*Успех операции зависит от соблюдения двух требований: индивидуального подхода к выбору метода грыжесечения и безукоризненного технического выполнения всех её этапов.*

*Частота рецидивов после герниопластики колеблется от 0,8 до 16%, в среднем 3-5%.*

*Своевременное хирургическое лечение неосложнённых грыж приводит к выздоровлению больных, избавляет от таких опасных осложнений грыжи, как её ущемление, воспаление и другие.*

# Паховые грыжи

составляют 75% от общего количества больных с грыжами. Встречаются преимущественно у мужчин (10:1). В хирургии детского возраста паховые грыжи наблюдают в 92-95% случаев от всех вентральных грыж



# Классификация

## I. Косые (врождённые и приобретённые)

грыжи образуются в результате выпячивания грыжевого мешка через внутреннее паховое кольцо, соответствующее латеральной паховой ямке. Грыжевой мешок при этом покрыт общей влагалищной оболочкой семенного канатика и повторяет его ход.

Врождённые паховые грыжи (только косые) развиваются в случае не зарращения влагалищного отростка брюшины, который сообщается с брюшной полостью и образует грыжевой мешок. На дне грыжевого мешка лежит яичко, так как собственная оболочка его является внутренней стенкой грыжевого мешка. Врождённые паховые грыжи нередко сочетаются с водянкой яичка или семенного канатика.

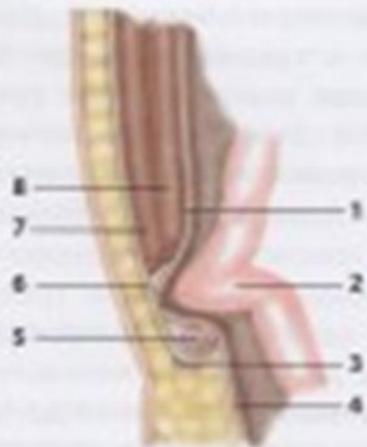
# Формы косых паховых грыж

*Начальная*, при которой мешок определяется только в паховом канале

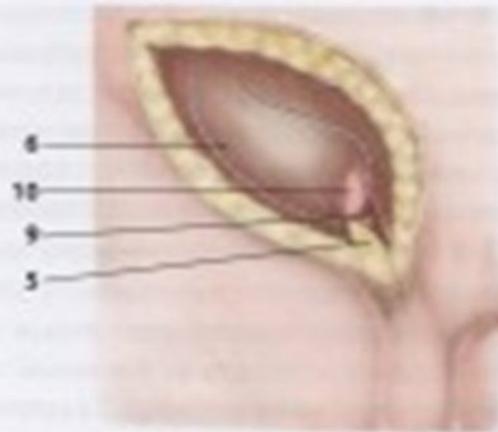
*Канальная* — дно мешка доходит до наружного отверстия пахового канала

*Канатиковая* грыжа выходит через наружное отверстие и располагается на различной высоте семенного канатика

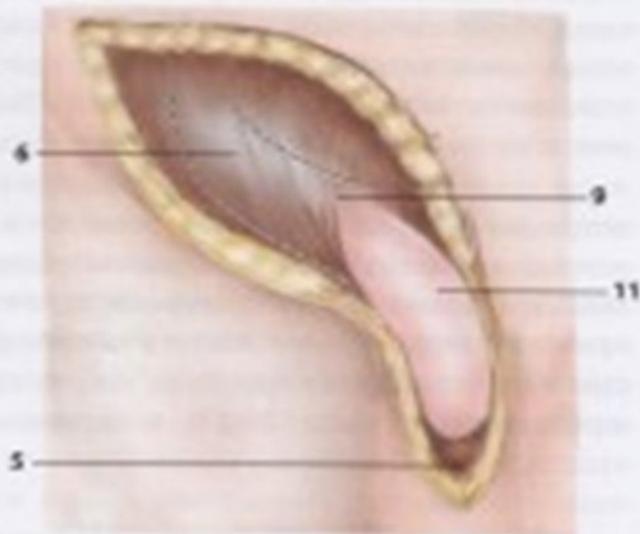
*Пахово-мошоночная* — грыжевой мешок с содержимым опускается в мошонку (аналогия - у женщин в клетчатку большой половой губы)



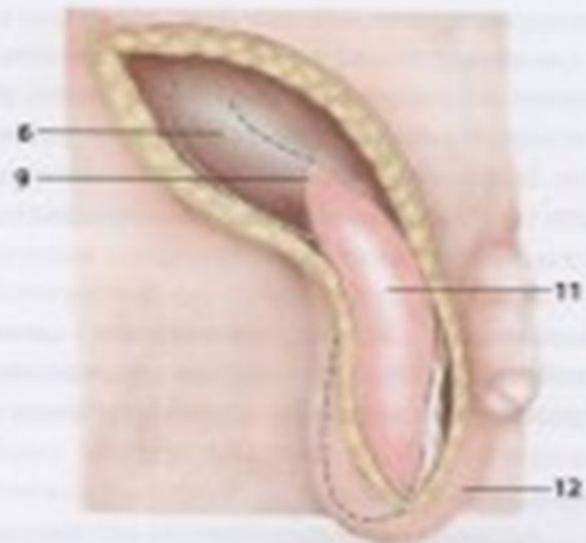
Πρόσθια



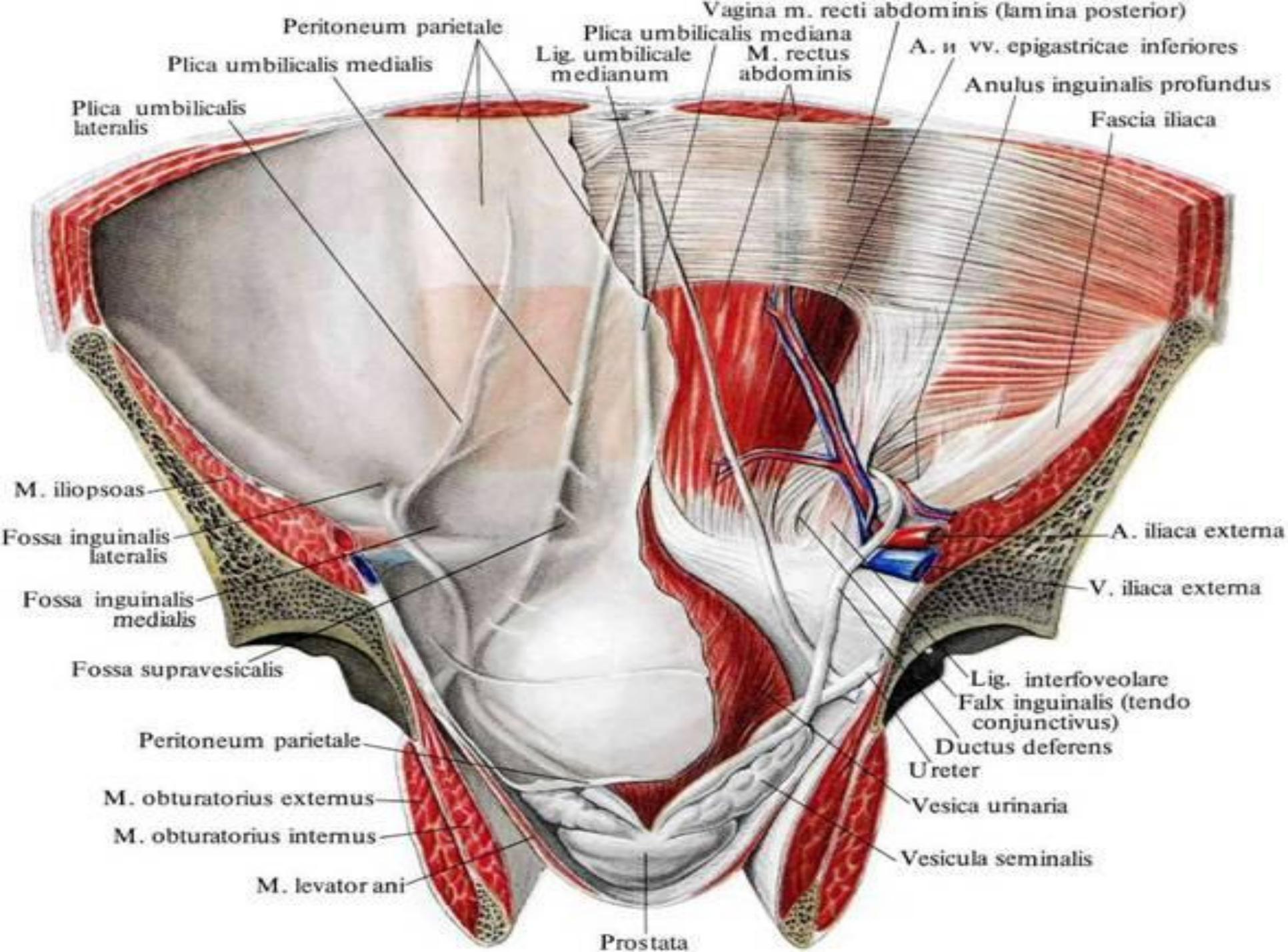
Κεντρώα



Πόσθη



Πόσθη-επίσθια



**II. Прямые (всегда приобретённые) грыжи** развиваются в результате выпячивания грыжевого мешка через медиальную паховую ямку, расположенную как раз против наружного отверстия пахового канала. Грыжевой канал имеет короткий и прямой ход. С семенным канатиком не связан, в мошонку не опускается



Прямые паховые грыжи *встречаются реже* косых и наблюдаются преимущественно у пожилых мужчин.

Прямые грыжи часто бывают *двухсторонними*:



Иногда имеется сочетание прямой и косой паховых грыж. Такие грыжи называются *комбинированными*.

Паховые грыжи, особенно часто прямые, могут быть *скользящими*, которые составляют 1,5% всех паховых грыж.

# Диагностика

Осмотр больного осуществляется в *вертикальном и горизонтальном* положениях, в покое и при натуживании.

Определяется *выпячивание ПБС* в паховой области:

- *при косой* грыже имеет продолговатую форму, располагается по ходу пахового канала, часто опускается в мошонку;
- *при прямой* грыже имеет округлую или овальную форму и располагается у медиальной части паховой связки, рядом с наружным краем лона.

# Пальцевое исследование грыжевого канала



Рис. 65. Исследование наружного отверстия пахового канала.

**При прямой грыже** палец, введённый в наружное отверстие пахового канала, сразу же попадает в медиальную паховую ямку при этом отчётливо прощупывается верхняя поверхность или бугорок лонной кости.

**При косой грыже** палец не определяет наличия кости при продвижении его по паховому каналу.

*Не извлекая пальца из грыжевого канала, больного просят натужиться или покашлять, таким образом определяют **СИМПТОМ КАШЛЕВОГО ТОЛЧКА.***

# Дифференциальная диагностика

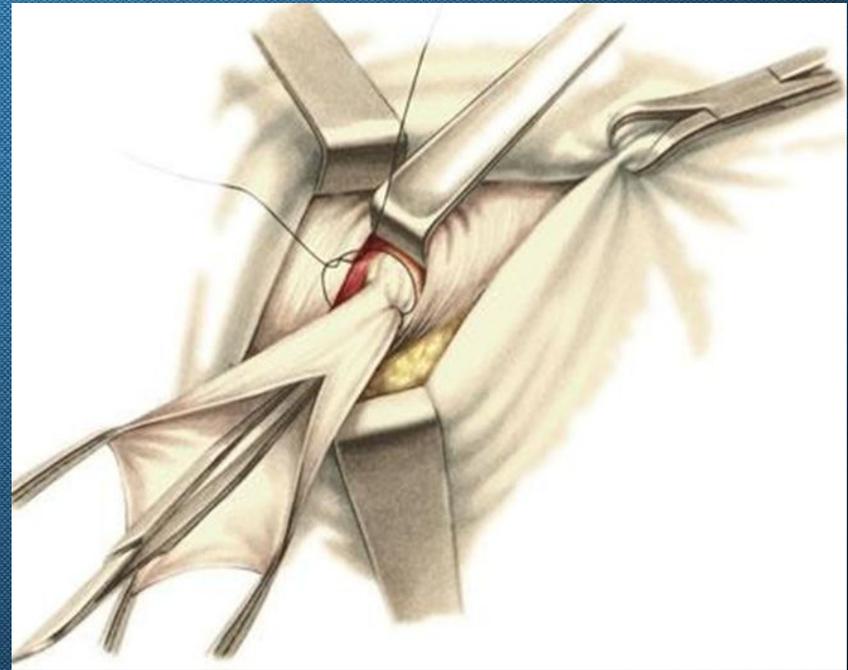
Проводится «между собой» (*косая, прямая, ущемлённая, невправимая*), затем с бедренной грыжей, водянкой оболочек яичка, кистой семенного канатика, крипторхизмом, варикоцеле, паховым лимфаденитом, опухолями в зоне пахового канала.

Для дифференциальной диагностики *грыжи от водянки* или *опухоли яичка* применяют метод *трасиллюминации (диафаноскопии)*.

Для *крипторхизма* характерно высокое расположение образования у корня мошонки, несмещаемость и невправимость его.

# Методы хирургической реконструкции брюшной стенки при паховых грыжах

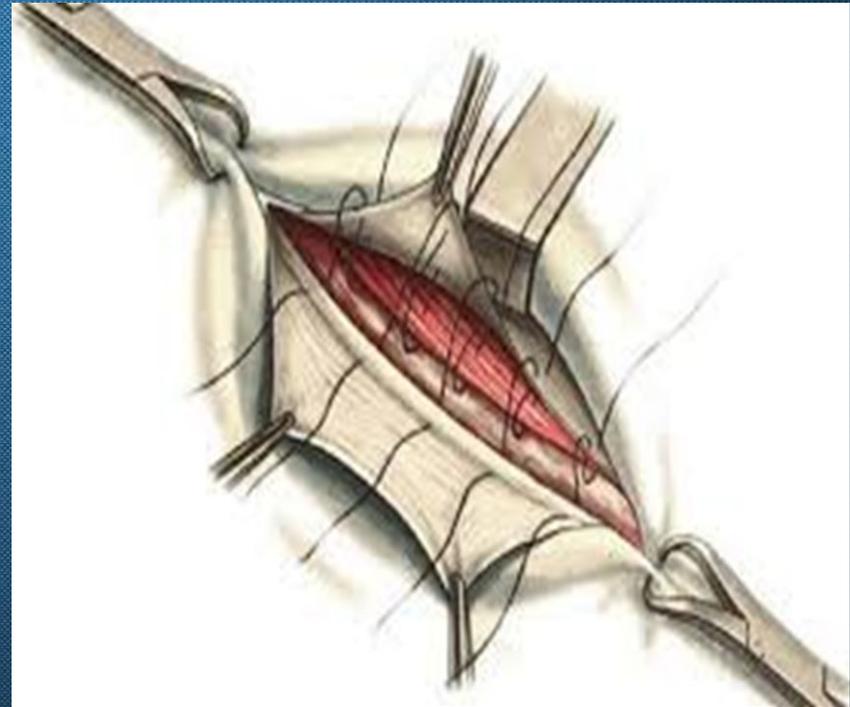
**I. Методы** укрепления **передней стенки** пахового канала **без рассечения** апоневроза наружной косой мышцы живота. В эту группу входят способы Ру, Ру-Оппеля, Краснобаева. Применяются они при неосложнённых паховых грыжах в детском возрасте (3-5 лет)



**II. Методы, направленные на укрепление передней стенки пахового канала **после** **рассечения апоневроза** наружной косой **мышцы живота****

Способы операции Жирара, Спасокукоцкого, Кимбаровского, Мартынова и другие.

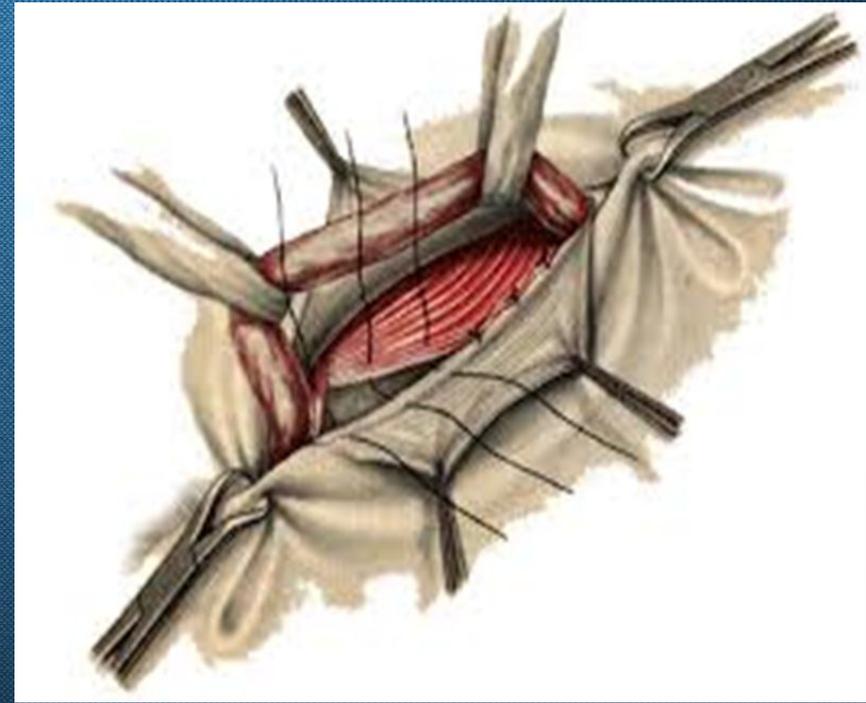
Применяются у старших детей и у молодых мужчин при небольших косых паховых грыжах.

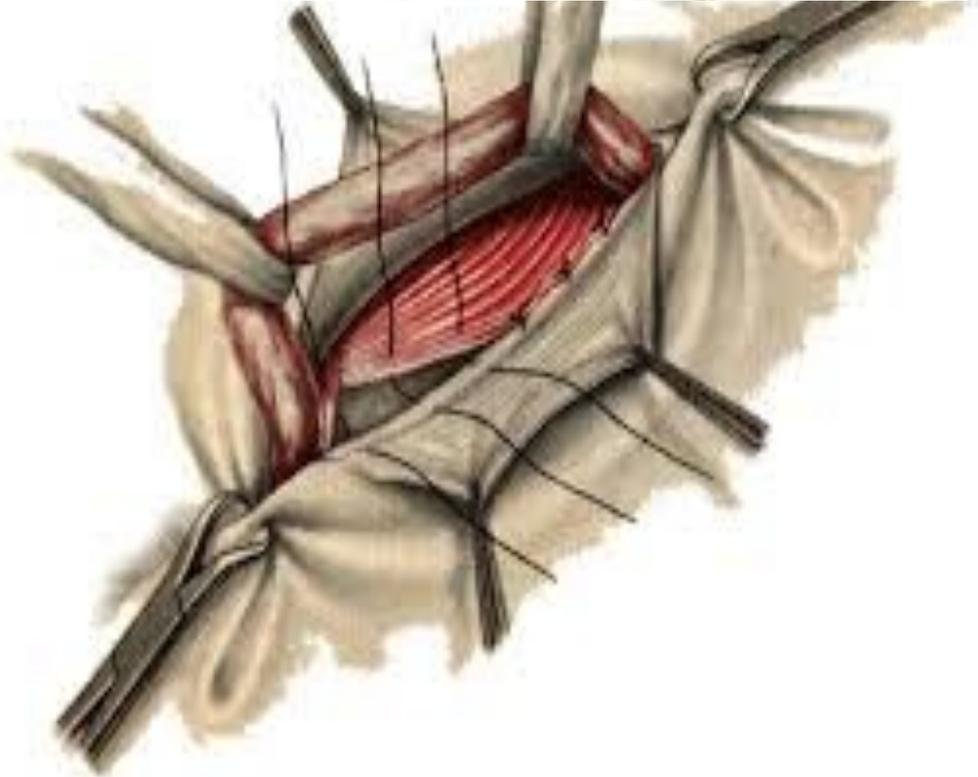
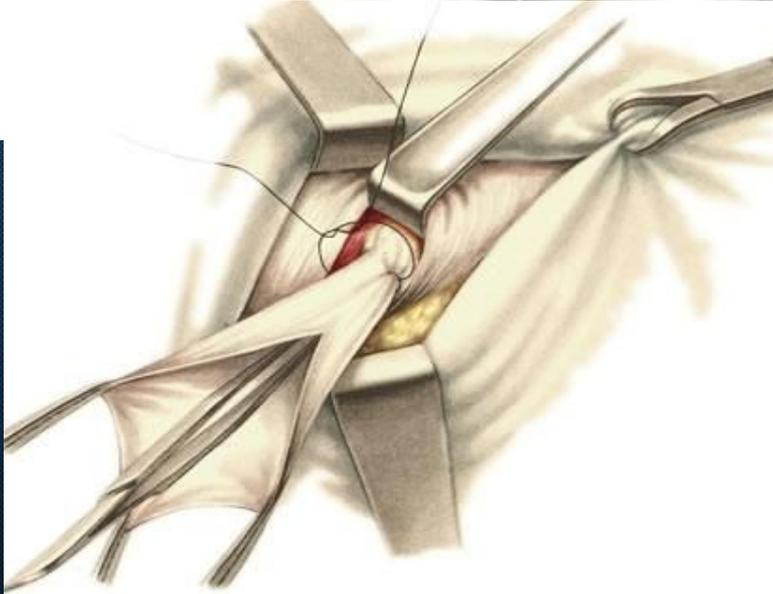
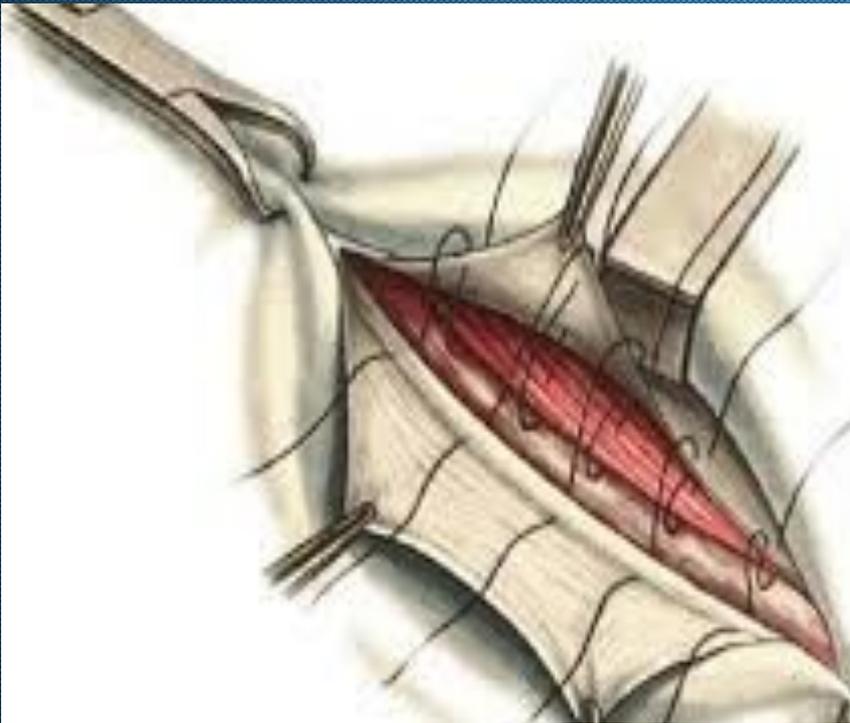


### **III. Методы** герниопластики, связанные с укреплением **задней стенки** пахового канала.

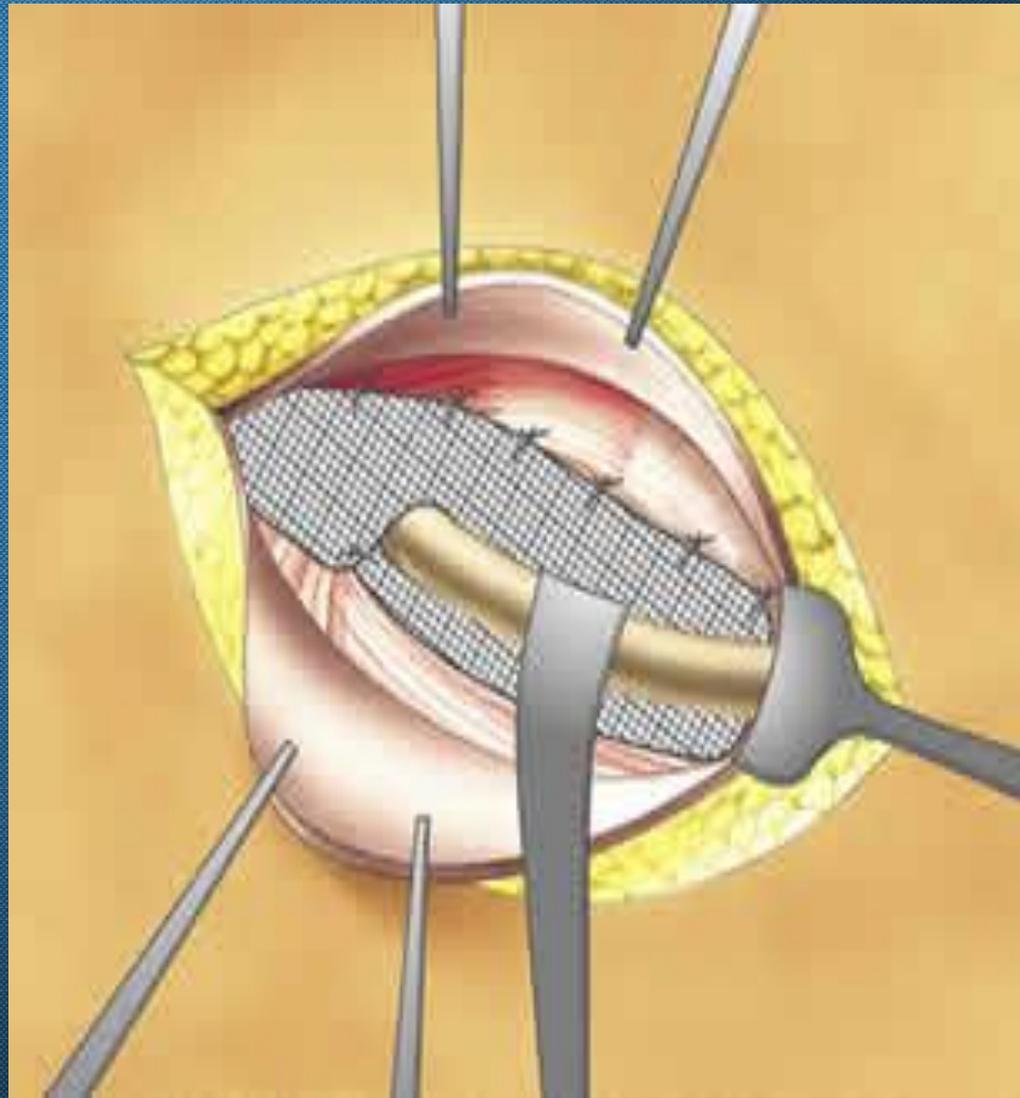
В эту группу входят способы Бассини, Мак-Вея, Кукуджанова, Постемпского, Шулдайса и другие.

*При всех прямых, рецидивных грыжах и большинстве косых следует пользоваться методами пластики задней стенки, т. к. в генезе формирования паховых грыж ведущую роль играют ослабление именно задней стенки пахового канала и увеличение диаметра его глубокого отверстия*





- На сегодняшний день *операцией выбора* является **операция Лихтенштейна**, которая заключается в укреплении *задней стенки* пахового канала полипропиленовым сетчатым эндопротезом.



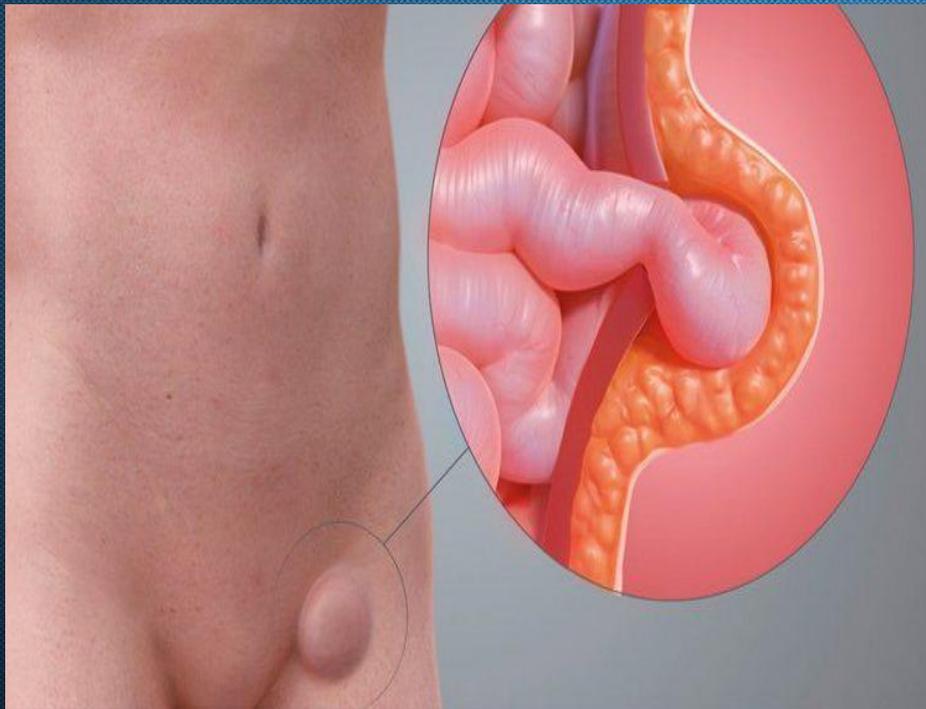
# Бедренные грыжи

Это грыжи, которые выходят в проекции *скарповского треугольника*.

Верхней границей *которого* является паховая связка, латеральной — портняжная мышца, медиальной — длинная приводящая мышца бедра.

Частота образования 5-8% от всех грыж живота.

Наблюдаются чаще у женщин (5:1), что обусловлено наличием широкого таза, выраженностью мышечной и сосудистой лакун, меньшей прочностью паховой связки.



# Бедренный канал

Образуется при формировании грыжи, имеет трехгранную форму. Врождённых бедренных грыж не бывает, так как бедренного канала, как анатомического образования, не существует.

**Передняя** стенка канала представлена серповидным краем широкой фасции бедра (*margo falciformis*).

**Латеральная** — внутренней поверхностью бедренной вены.

**Заднемедиальная стенка** представлена подвздошно-гребенчатой фасцией.

Длина канала равна 1-3 см.

**Внутренним отверстием** канала служит бедренное кольцо,

**наружным отверстием** — овальная ямка на широкой фасции бедра (*hiatus saphenus*).

# Бедренный канал

**Бедренное кольцо (*anulus femoralis*)** *спереди* ограничивает паховая связка; *сзади* — гребенчатая связка, *lig. pectineale*, или связка Купера, располагающаяся на гребне лобковой кости (*pecten ossis pubis*); *медиально* — лакунарная связка, *lig. lacunare*, или жимбернатова связка, располагающаяся в углу между паховой связкой и гребнем лобковой кости; *латерально* - бедренная вена; *снизу* — нижняя надчревная артерия

При аномалии развития с медиальной стороны бедренное кольцо ограничивает *a. obturatoria*. Такое расположение сосудов носит название *corona morbis* (встречается в 20-30 % случаев) и таит в себе опасность ранения запирающей артерии с возникновением сильнейшего кровотечения.

Ширина *anulus femoralis* у женщин 1,8 см, у мужчин 1,2 см.

# Формирование бедренной грыжи

В *начальной* стадии грыжевой мешок расположен за пределами бедренного кольца. На этой стадии бедренная грыжа трудно различима клинически.

*Однако может сопровождаться пристеночным (рихтеровским) ущемлением.*

При *неполной (канальной)* стадии грыжевое выпячивание находится внутри бедренного канала, в границах поверхностной фасции.

*Полная стадия* характеризуется выходом грыжи из бедренного канала в подкожную клетчатку бедра.

*Грыжевой мешок*, выйдя из-под паховой связки, располагается в овальной ямке внутри от бедренной вены и впереди от горизонтальной ветви лобковой кости.

# В зависимости от места формирования бедренного канала (по расположению) различают:

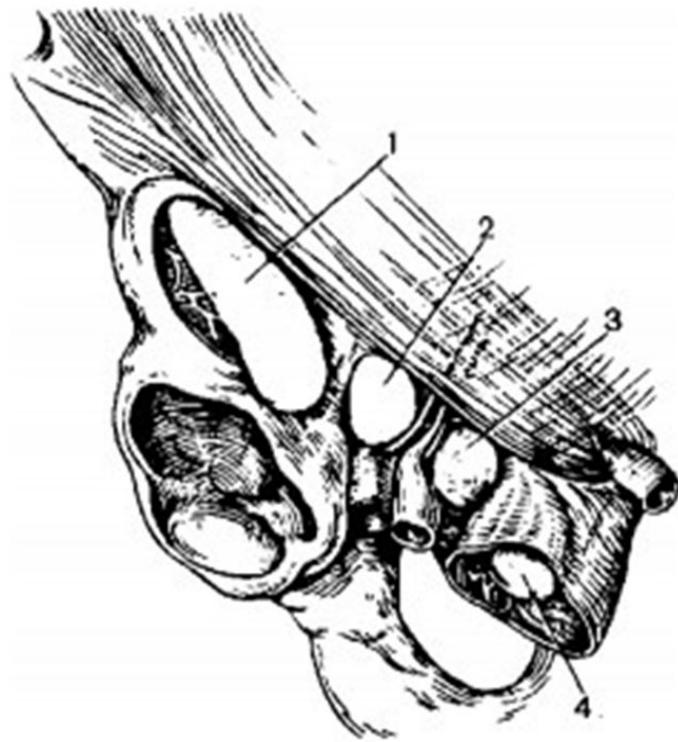


Рис. 67. Виды бедренных грыж (Ed. Rehn).  
1 — мышечно-лакунарная грыжа; 2 — предсосудистая грыжа; 3 — типичная бедренная грыжа; 4 — гребешковая грыжа.

1. Мышечно-лакунарную  
2. Предсосудистую 3.  
Сосудисто-лакунарную 4.  
Гребешковую бедренные  
грыжи. *Наиболее частой,  
типичной является  
сосудисто-лакунарная, при  
которой грыжа выходит из  
брюшной полости между  
жимбернатовой связкой и  
бедренными сосудами.*

# Клиника и диагностика

Бедренные грыжи представляют трудности для диагностики, обычно диагностируются уже в полной стадии, чаще ущемляются и имеют более коварное течение.

Характеризуется небольшой (размерами с орех) припухлостью, расположенной ниже пупартовой связки в зоне овальной ямки бедра.

*Жалобы* на боли в паху с иррадиацией в нижнюю конечность, диспепсические расстройства.

*Нередко первым клиническим проявлением* бедренной грыжи является её ущемление

# Дифференциальная диагностика

Паховая грыжа

Липома

Лимфаденит

Метастазы опухоли в лимфатические узлы

Натёчный абсцессом при туберкулёзе  
позвоночника

Варикозный узел большой подкожной  
вены

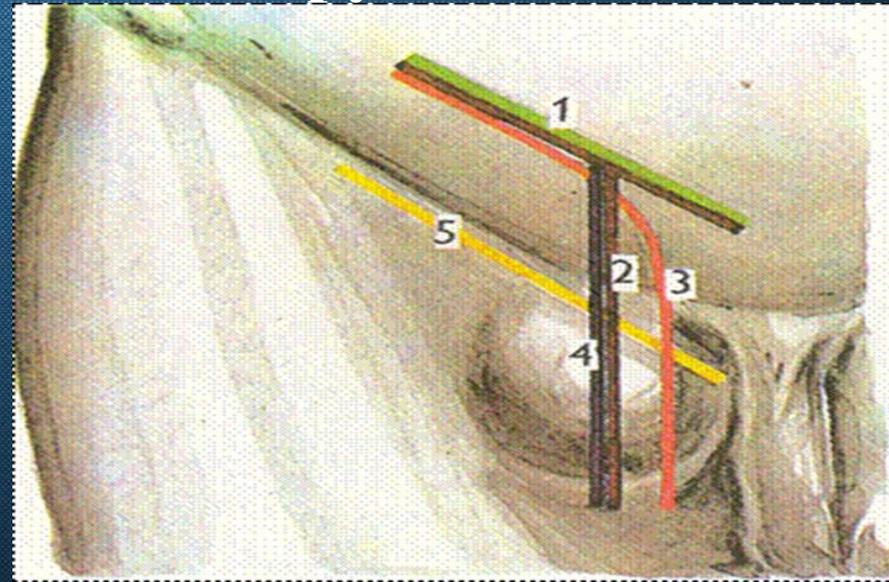
Аневризма бедренных сосудов

Склонность грыжи этой локализации к ущемлению диктует необходимость как можно раннего оперативного лечения.

*Используются аутопластические и аллопластические методы.*

Все операции (их более 100) для устранения бедренных грыж, в зависимости от доступа к грыжевым воротам, делят на две группы:

**с бедренным доступом  
и с паховым доступом**

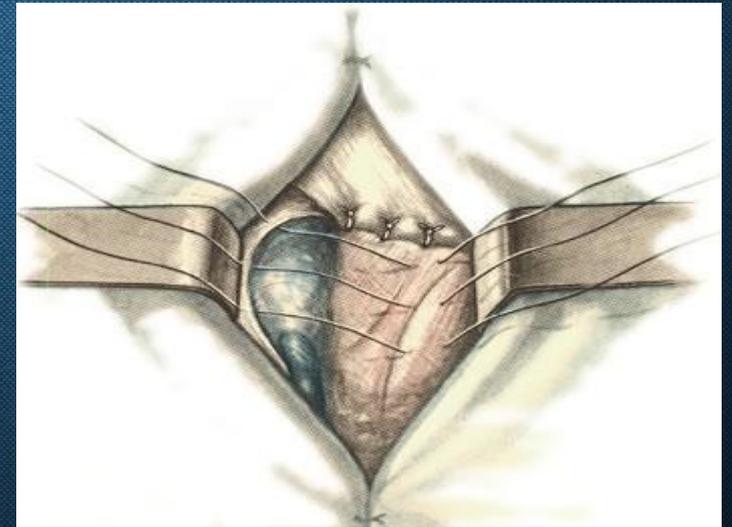
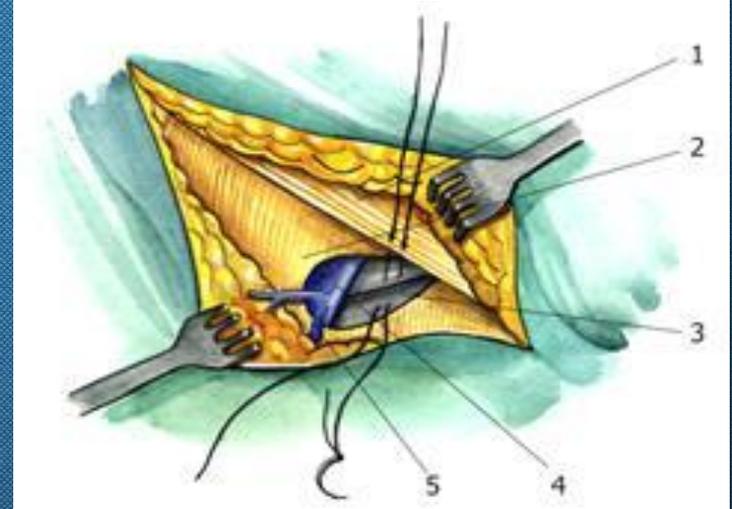


# Бедренный метод (доступ)

характеризуются подходом к бедренному каналу со стороны его наружного отверстия

**Способ Локвуда:** грыжевой мешок обнажается из косого разреза, идущего ниже пупартовой связки и строго параллельно ей, или вертикального разреза, смещенного в медиальную сторону. После обработки грыжевого мешка обычным методом, выполняется пластика бедренного кольца за счет сшивания паховой связки с надкостницей лобковой кости несколькими швами.

**Способ Бассини** отличается от способа Локвуда наложением дополнительного ряда швов между полулунным краем овальной ямки и гребешковой фасцией

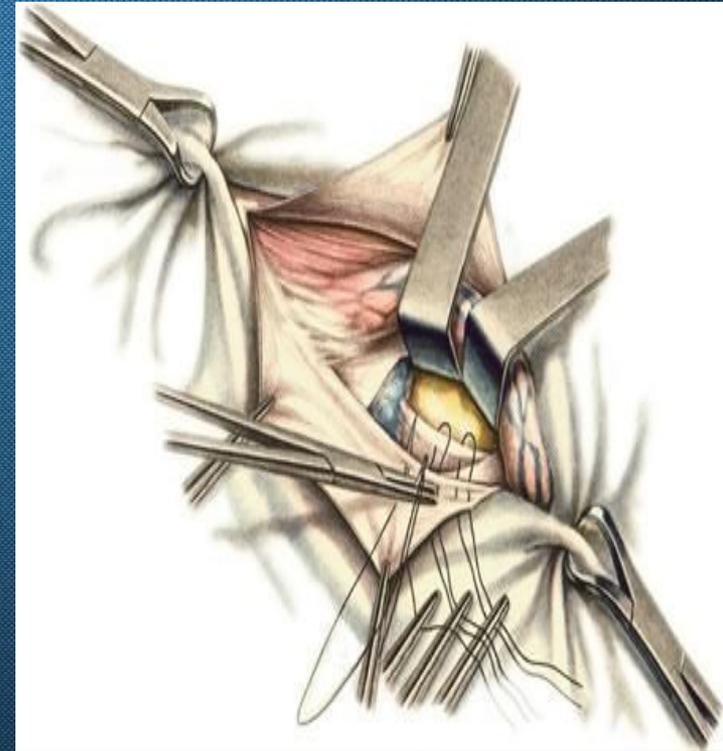


## *Паховый метод (доступ) -*

**разрез производится выше пупартовой связки и строго параллельно ей, как при паховой грыже**

***Способ Руджи:*** после вскрытия передней стенки пахового канала, семенной канатик отводят кверху и рассекают поперечную фасцию. Выделяют и обрабатывают грыжевой мешок по стандартной методике.

*Грыжевые ворота закрываются подшиванием 3-4 швами между паховой и подвздошно-лонной связками. Паховый канал восстанавливается сшиванием рассеченной поперечной фасции и дубликатурой апоневроза наружной косой мышцы.*



**Способ Парлавеччио.** Операция проводится аналогично способу Руджи. Отличается тем, что после подшивания паховой связки к гребенчатой производится пластика задней стенки пахового канала путем подшивания свободных краев внутренней косой и поперечной мышц живота к паховой связке. В последующем выполняется пластика передней стенки пахового канала путем создания дубликатуры апоневроза наружной косой мышцы.

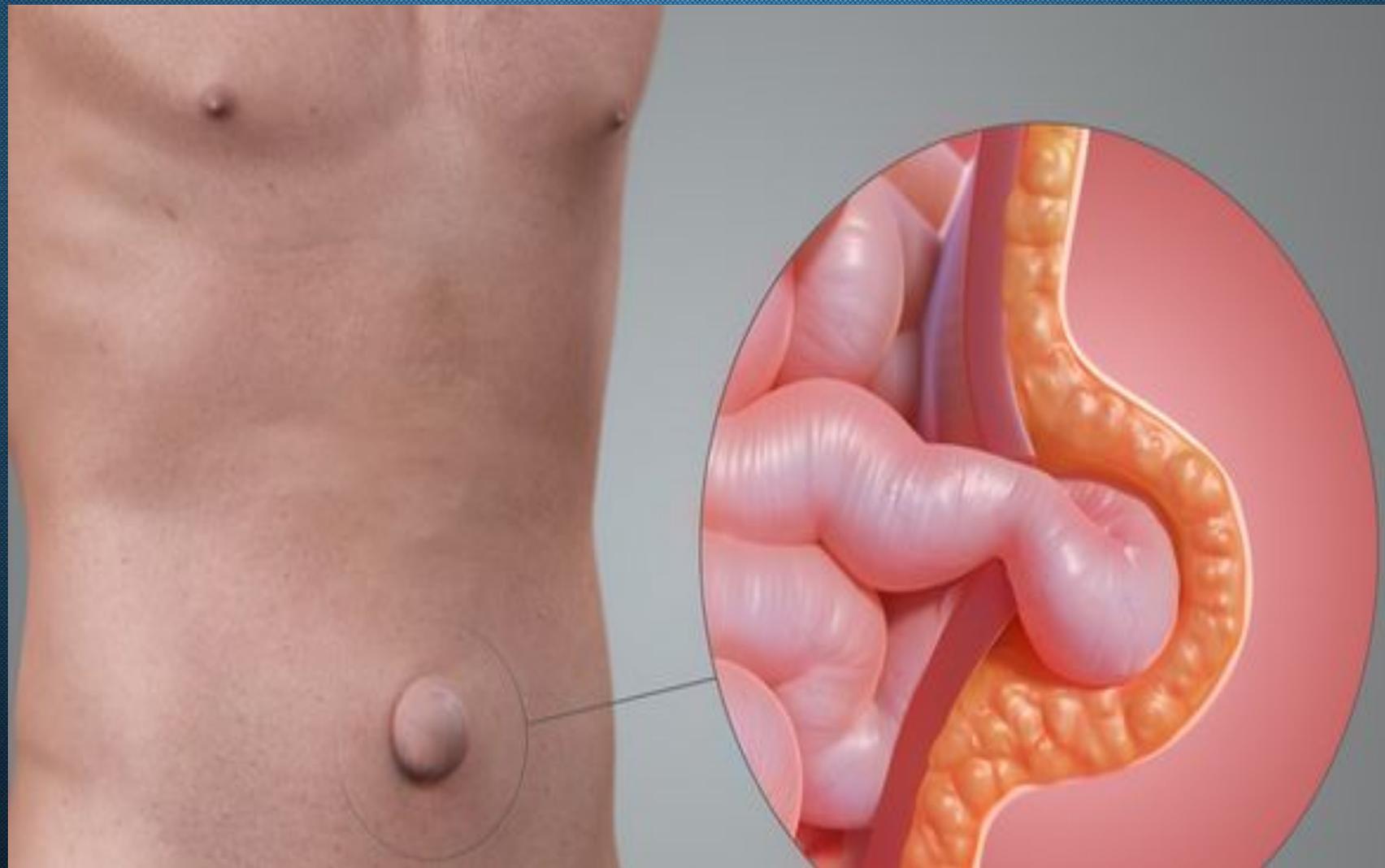
**Преимущества бедренного доступа:** наименьшая травматичность и быстрота выполнения операции.

**Недостаток:** наибольшее число рецидивов.

**Преимущества пахового доступа:** максимально высокая перевязка и отсечение грыжевого мешка, удобное и надёжное ушивание внутреннего отверстия бедренного канала, меньшее число рецидивов, а также ликвидируется возможность возникновения паховых грыж (способ Парлавеччио).

**Недостатки:** большая длительность и техническая сложность выполнения

# Пупочные грыжи



Это такие грыжи, при которых грыжевыми воротами являются дефекты брюшной стенки в области пупка.

Различают эмбриональные пупочные грыжи, пупочные грыжи у детей, пупочные грыжи у взрослых.

*Эмбриональные* относятся к врождённым порокам развития, являясь следствием задержки формирования ПБС плода. Грыжевой мешок представлен амниотической оболочкой пуповины с покрывающей её изнутри недоразвитой внутренней оболочкой (предшественницей брюшины).

***Пупочные*** грыжи ***у детей*** являются дефектом развития передней брюшной стенки. Возникают в первые месяцы жизни, чаще у девочек. Расширению пупочного кольца и образованию грыжи способствуют все факторы, вызывающее резкое повышение внутрибрюшного давления. Грыжи у детей обычно небольших размеров.

***Пупочные*** грыжи ***у взрослых*** составляют 3-5% от всех наружных грыж живота. Возникают преимущественно у женщин старше 40 лет, особенно у многопорожавших и страдающих ожирением.

Величина грыжи различная — от нескольких сантиметров в диаметре до гигантских. *Особенности:*

*Даже* при очень больших грыжах грыжевые ворота обычно редко достигают более 10 см в диаметре (5-7 см). Это облегчает пластику, но предрасполагает к возникновению осложнений: копростаз (каловые завалы), частичная кишечная непроходимость, ущемление грыжи.

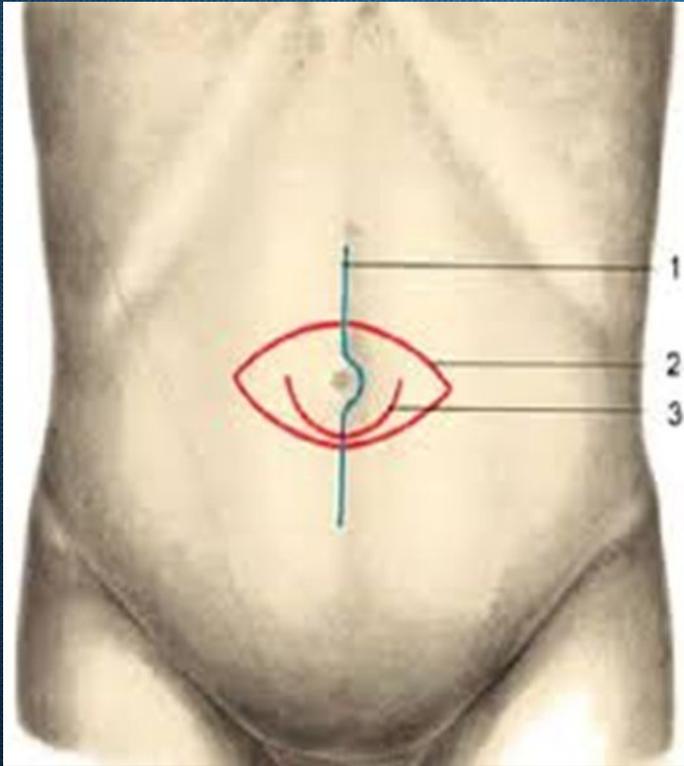
*У детей* возможно самоизлечение в период 3-6 лет. Если в течение этого срока зарращения пупочного кольца не произошло им также показана операция.

# Диагностика

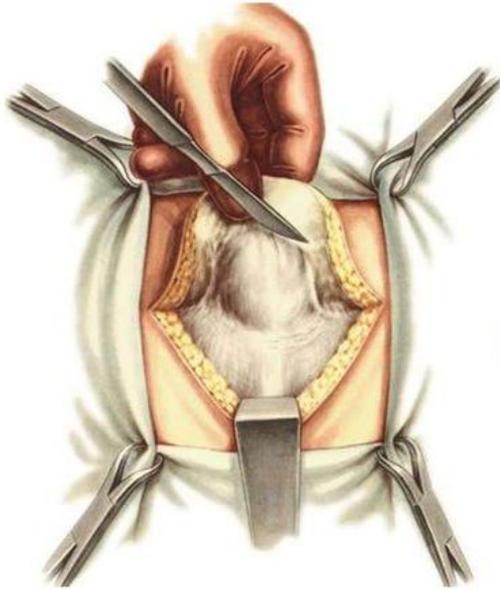
Диагностика пупочных грыж несложна и обычно не представляет затруднений. Трудности при постановке диагноза могут возникнуть при невправимых грыжах небольших размеров. Небольшие вправимые пупочные грыжи, как правило, протекают бессимптомно. При больших грыжах возникают болевые ощущения в области пупка, которые усиливаются после еды и физической нагрузки, появляется запор

# Основными операциями являются *аутопластические* методы Лексера, Сапежко и Мейо

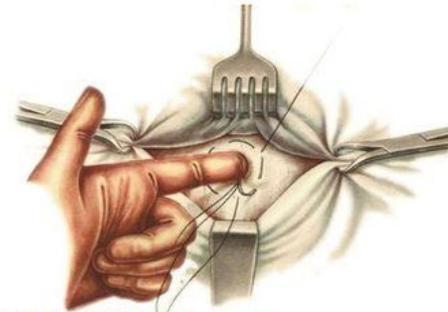
Особая подготовка к операции не требуется, за исключением операций по поводу больших пупочных грыж, так как быстрое перемещение содержимого грыжевого мешка в брюшную полость может вызвать расстройства дыхания и сердечно-сосудистой деятельности вследствие значительного повышения внутрибрюшного давления. Таким больным необходима специальная подготовка в виде постепенных нагрузок, связанных с увеличением внутрибрюшного давления (бинтование живота и так далее).



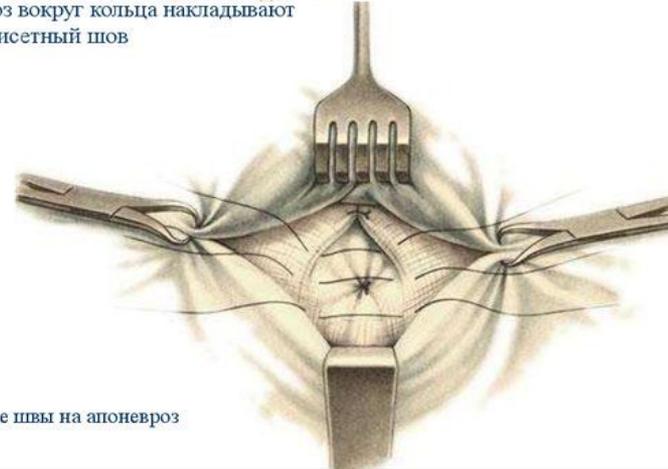
# Способ Лексера (Lexer)



Полулунный разрез кожи книзу от пупка. Кожу с подкожной клетчаткой отслаивают кверху и выделяют грыжевой мешок



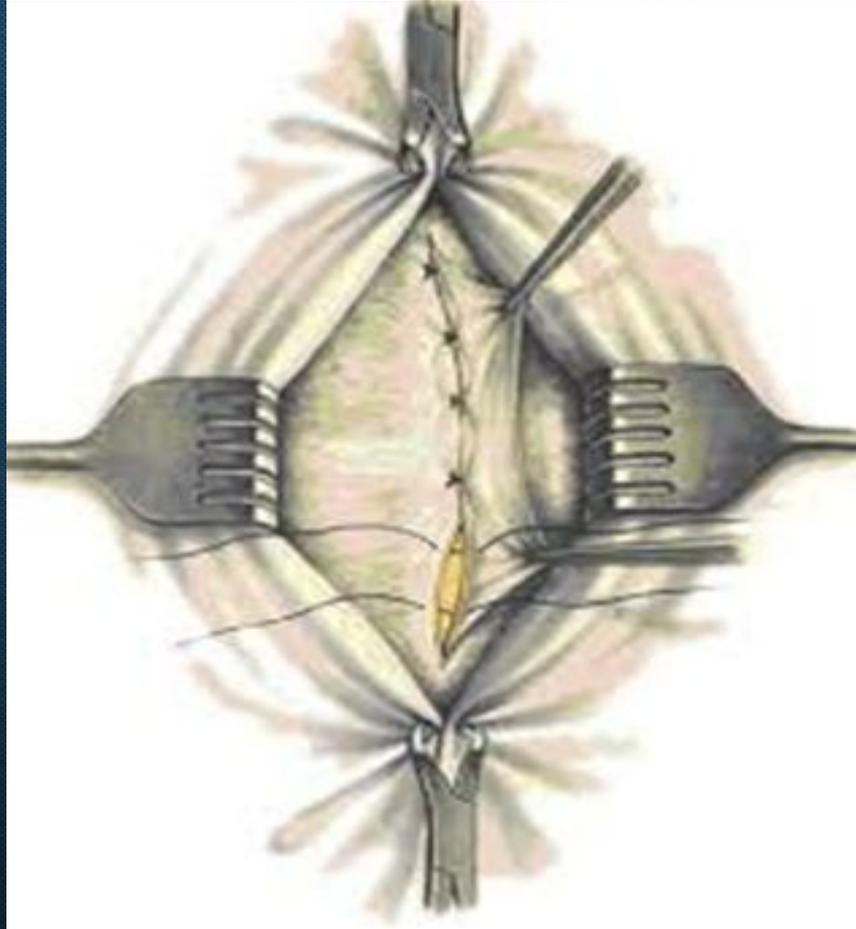
На апоневроз вокруг кольца накладывают шелковый кисетный шов



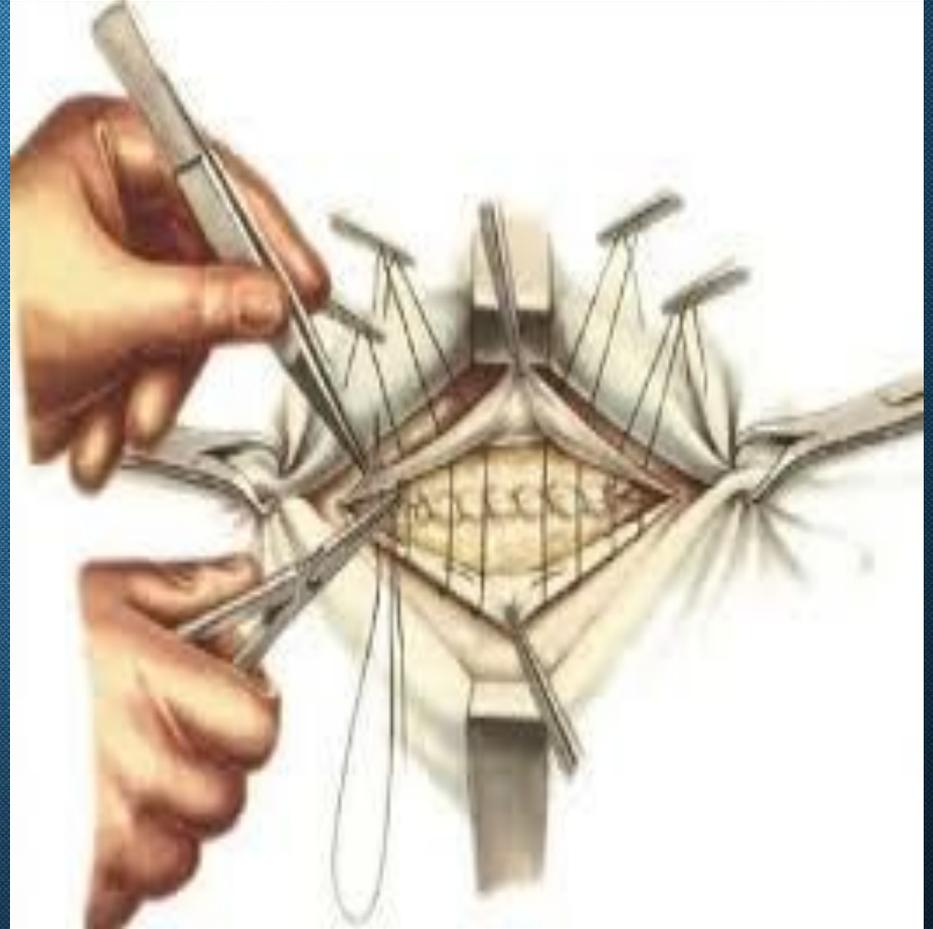
Дополнительные швы на апоневроз

*Применяется у детей и при небольших, неосложнённых грыжах у взрослых*

# Способ Сапезко



# Способ Мейо

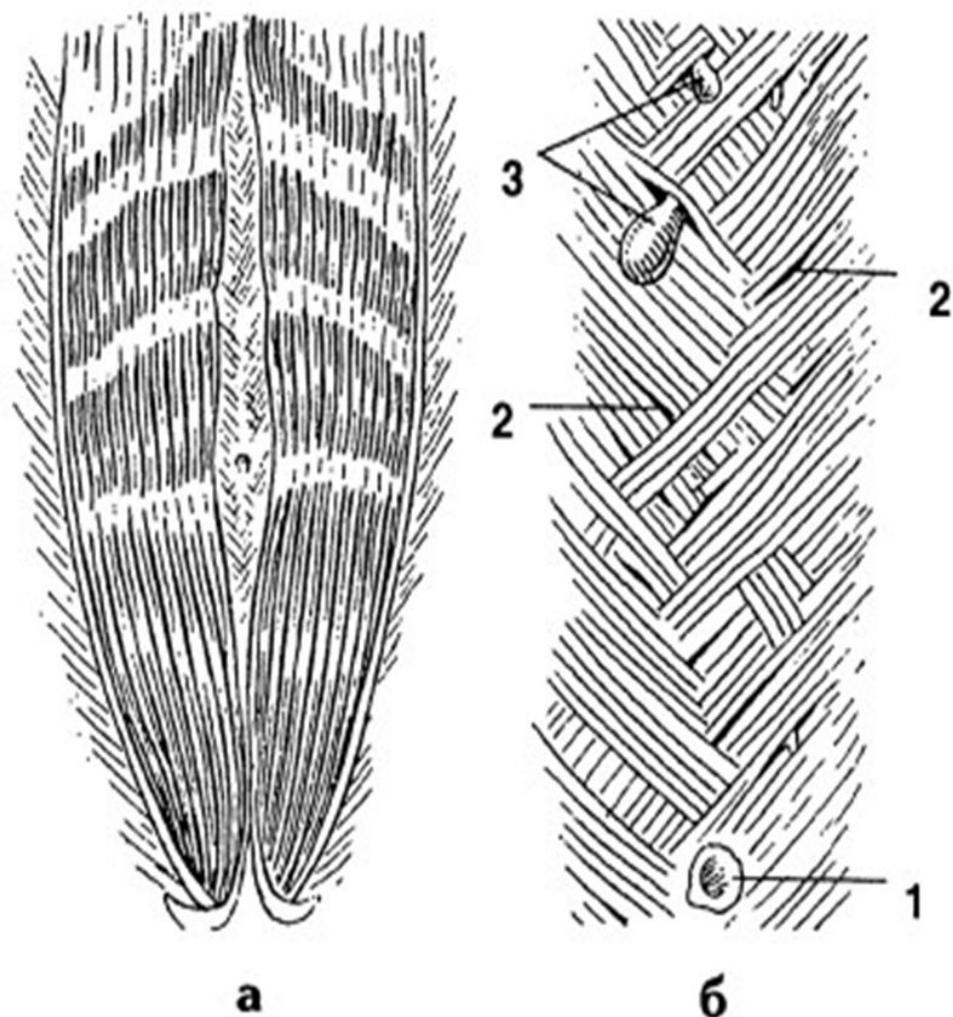


# Грыжи белой линии живота

В белой линии живота имеются *щелевидные промежутки (апоневротические щели)*, через которые проходят сосуды и нервы, связывающие предбрюшинную клетчатку с подкожной. Эти щели и являются местами выхода грыж.

Типичным местом локализации грыж является верхняя часть белой линии (*эпигастральные*). Реже встречаются подчревные грыжи, и грыжи локализующиеся ближе к пупку.

Грыжи белой линии составляют 3-4% от всех наружных грыж живота.

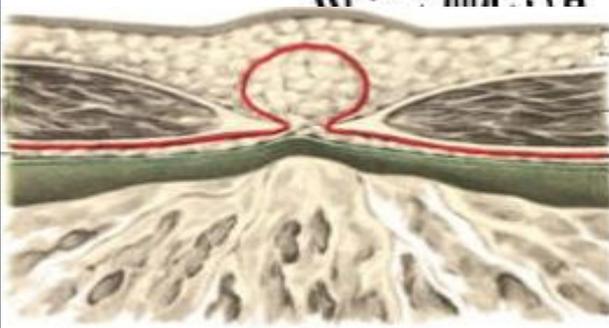
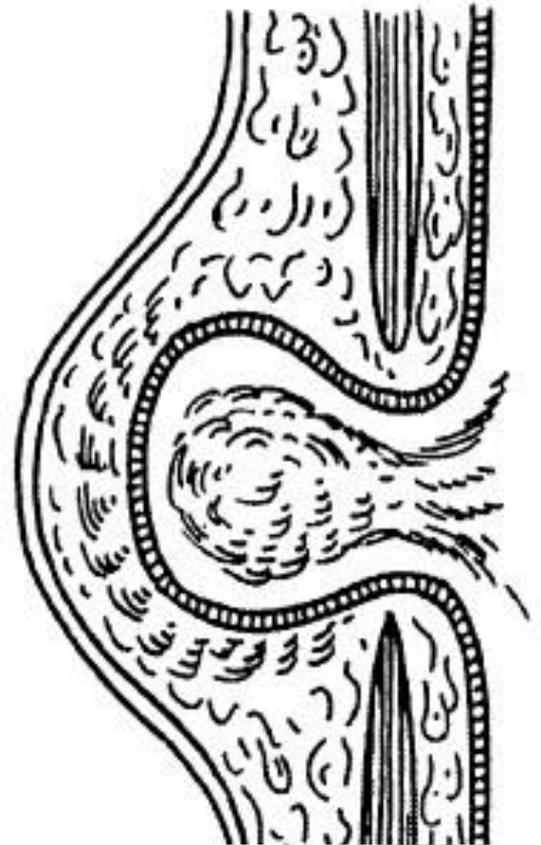
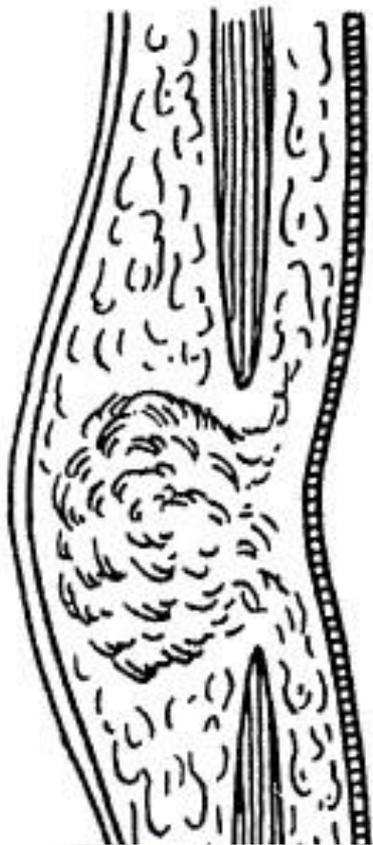


**Рис. 55. а – белая линия живота (по А.А. Дёшину); б – апоневротические щели белой линии – места выхода предбрюшинных липом и грыж: 1 – пупок; 2 – апоневротическая щель; 3 – предбрюшинная липома.**

# Формирование грыжи

Сначала происходит проникновение предбрюшинной клетчатки в щели апоневроза, образуется так называемая *«предбрюшинная липома»*. Затем вслед за жировой клетчаткой в апоневротическую щель выпячивается брюшина и формируется *истинная грыжа*, содержимым которой чаще всего бывает сальник, реже петли тонкой и стенка поперечно-ободочной кишок.

**Особенность**: сдавление предбрюшинной липомы проявляется возникновением выраженного болевого синдрома, симулирующего обострение язвенной болезни, холецистита, панкреатита и так далее



I

II

III

# Клиника и диагностика

Наличие вправимого или невправимого выпячивания по белой линии, которое увеличивается при натуживании, позволяет обычно правильно поставить диагноз.

Больные отмечают боли в эпигастральной области, усиливающиеся при пальпации, физической нагрузке или после еды, а также могут протекать бессимптомно. Нередки диспепсические расстройства.

*У лиц с выраженной ПЖК возникают определённые трудности в обнаружении грыжевого выпячивания*

Эпигастральным грыжам часто  
сопутствует *расхождение (диастаз)*  
прямых мышц живота.

### Степени диастаза

I степень -  
расхождение до 5-7 см

II степень -  
расхождение более 7  
см

III степень - большой  
диастаз в сочетании с  
отвислым животом



# Дифференциальный диагноз

Следует проводить с язвенной болезнью желудка и ДПК, гастритом, холециститом, панкреатитом, аппендицитом. Проводиться инструментальное и лабораторное исследование органов брюшной полости.

## Лечение оперативное

Применяют те же способы пластики, что и для лечения пупочных грыж, а именно *Сапезко и Мейо*.

При грыже с диастазом производят дуплекатурную перестройку белой линии от мечевидного отростка до пупка. Способы *апоневротической пластики Напалкова* или *Мартынова*, а также *аллопластические методы*.

# Послеоперационная (инцизионная) грыжа

является осложнением внутрибрюшных операций и возникает, по данным разных авторов, у 6-40% больных, которым была произведена лапаротомия.



Серединная (слева) и боковая (справа)

**Это любой дефект брюшной стенки, с наличием выпячивания или без такового, в области послеоперационного рубца, которое можно увидеть или пропальпировать при клиническом обследовании или выявить инструментально.**

**Первичная послеоперационная (инцизионная) грыжа** – предполагает наличие грыжевых ворот (*щелевидных или округлых*) в области послеоперационного рубца.

Наружные покровы грыжевого выпячивания нередко представляют сплошную рубцовую ткань, интимно сращённую с грыжевым мешком. Размеры грыжи бывают различными, иногда в грыжевом мешке может оказаться почти **ВСЬ** кишечник.

**Рецидивная послеоперационная грыжа** – это грыжа в области послеоперационного рубца, которая ранее была устранена хирургическим путем.

**Троакарная грыжа** - дефект брюшной стенки, с выпячивания или без него, в месте предыдущей установки лапароскопического троакара.

**Основные причины:** нагноение, длительная тампонада и дренирование раны

**Различают** истинные и ложные послеоперационные грыжи, при которых грыжевой мешок отсутствует.

**По локализации:** срединные (верхние и нижние) и боковые грыжи.

### **Клиника и диагноз**

Жалобы на болевые ощущения, а при больших грыжах на чувство «выпячивания внутренних органов».

Часто отмечаются диспепсические явления.

Диагностика обычно не представляет затруднений.

Как правило, грыжевое выпячивание хорошо заметно при натуживании, кашле, в положении стоя.

*Вызывают трудности в диагностике небольшие грыжи у тучных людей*

## Дифференциальная диагностика

Проводиться между липомой, невправимой и ущемлённой инцизионной грыжами по принципу - *все сомнения в пользу ущемления*

## Специальная предоперационная подготовка

Больных с большими грыжами проводится в течение нескольких дней. Их укладывают в постель с приподнятым ножным концом. Содержимое грыжевого мешка вправляют в брюшную полость и удерживают с помощью бандажа. Это позволяет предотвратить в послеоперационном периоде развитие тяжёлой лёгочно-сердечной недостаточности

## Хирургическое лечение

Заключается в выделении грыжевого мешка, разделении спаек между ним и внутренними органами (*висцеролиз, адгезиолизис*), тщательным выделением краёв грыжевого дефекта и пластическом его закрытии.

При небольших грыжах применяется аутопластика местными тканями по принципу «край в край» или с созданием дубликатуры. Способы Мартынова, Напалкова, Сапежко, Мейо и другие. А также техника разделения компонентов (*component separation technique*) – способ герниопластики с пересечением и взаимным перемещением компонентов брюшной стенки для закрытия мышечно-апоневротического (фасциального) дефекта.

Абсолютное большинство операций производится с использованием **полипропиленовых сетчатых имплантатов (трансплантатов)**. В зависимости от расположения сетчатого эндопротеза относительно слоев передней брюшной стенки выделяют пять основных типов герниопластик :

1. **«Onlay» (анлей)** - накладка сетки сверху мышечно-апоневротического слоя;
2. **«Inlay» (инлей)** - вкладка сетки между грыжевыми краями мышечно-апоневротического слоя;
3. **«Sublay» (саблей)** - подкладка сетки снизу мышечно-апоневротического слоя с отграничением сетки от органов брюшной полости брюшиной (частью грыжевого мешка) или прядью большого сальника;
4. **«IPOM» (айпом)** - внутрибрюшное наложение сетчатого протеза в области грыжевых ворот непосредственно на брюшину. Может быть выполнено открыто или лапароскопически;
5. **Комбинированный метод (как дополнение двух самостоятельных пластик)** - с использованием собственных местных тканей и укреплением их алломатериалом (**сетчатым эндопротезом**).

# Редкие виды грыж

Мечевидного отростка (*ксифоидальные*)

Спигеливой линии

Поясничные

Запирательные

Седалищные

Промежностные

Эти грыжи небольших размеров, склонные к ущемлению. Диагностируются трудно. Нередко диагноз устанавливается только при ущемлении грыжи с развитием кишечной непроходимости

# Осложнения наружных грыж живота

**Невправимость**

**Ущемление**

**Копростаз**

**Воспаление грыжи**

**Флегмона грыжевого мешка**

*Редко встречающиеся осложнения:*

**Повреждения грыжи**

**Новообразования грыжи**

**Попадание в грыжевой мешок инородного  
тела**

**Невправимой** называется грыжа, содержимое которой невозможно вправить в брюшную полость. Она образуется, главным образом, в результате *образования сращений грыжевого содержимого с грыжевым мешком* и, впоследствии, сращений элементов самого грыжевого содержимого.

Невправимость может быть *полной* или *частичной*. Невправимые грыжи часто бывают *многокамерными*. Выпячивание обычно остаётся неизменным по величине и форме. При пальпации невправимая грыжа безболезненная или слабо болезненная, при перкуссии даёт тупой звук.

**Ущемление** — это *внезапно или постепенно возникающее сдавление* грыжевого *содержимого* в грыжевых *воротах* с последующим ишемическим некрозом в грыжевом мешке органов и тканей. Возникает у 10-15% больных с грыжами. В структуре острых хирургических заболеваний ОБП ущемлённые грыжи занимают 3-4 место.

Наиболее часто ущемляются паховые грыжи (60% всех ущемлённых грыж), затем бедренные (20-30%) и пупочные (5-10%). Все остальные локализации грыж составляют вместе около 1%. Паховые грыжи чаще ущемляются у мужчин, бедренные и пупочные у женщин. Если грыжевым содержимым является кишка, то это осложнение следует рассматривать как частный вид *странгуляционной ОКН*.

# Виды ущемления

1. Прямое —  
антеградное,

различают **ТИПЫ:**

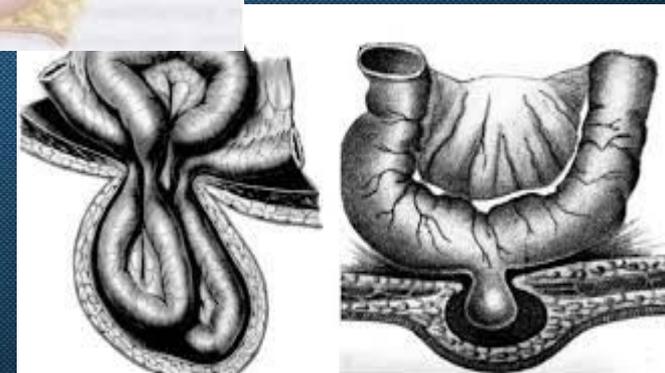
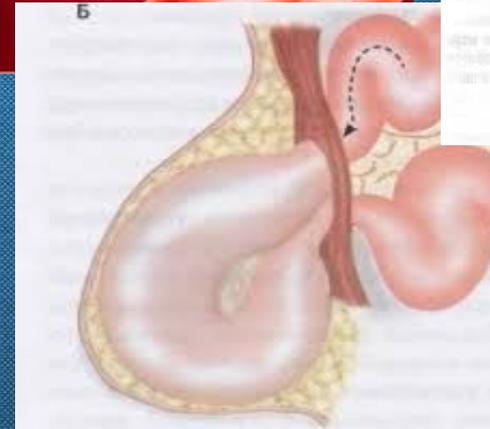
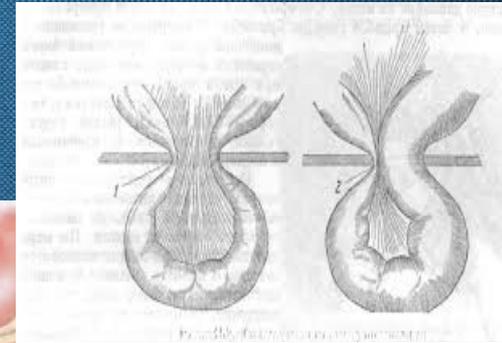
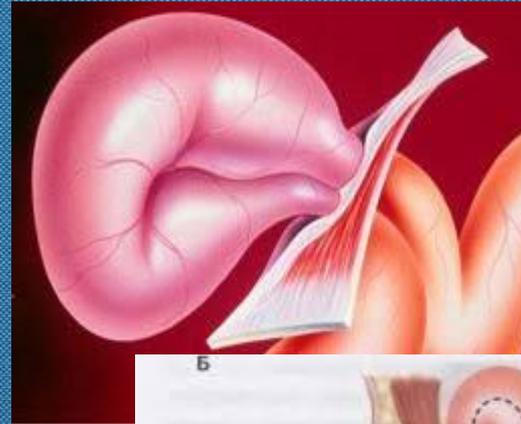
а) эластическое

б) каловое

в) комбинированное  
или смешанное

2. Обратное —  
ретроградное

3. Пристеночное —  
рихтеровское (грыжа  
Рихтера)



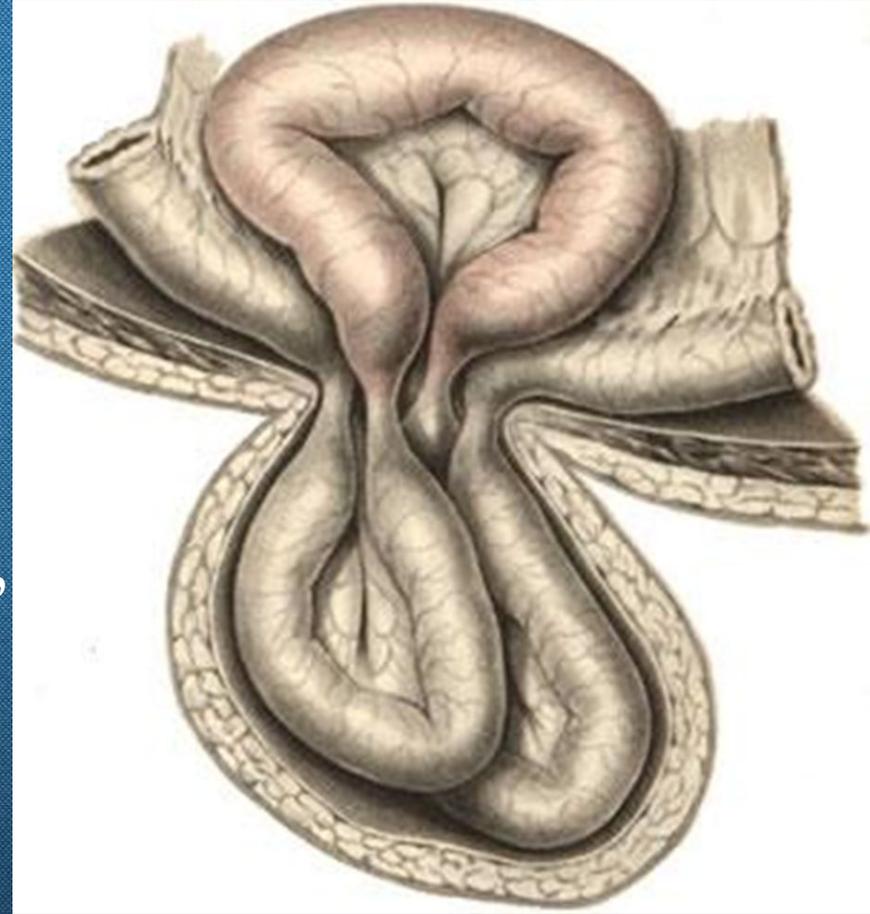
***Эластическое*** — внезапное выхождение большего, чем обычно, количества внутренних органов через грыжевые ворота. Вышедшие органы не могут вправиться в брюшную полость по причине узости грыжевых ворот и возникающего спазма окружающих мышц. Происходит их сдавление (странгуляция), что приводит к ишемии защемлённых органов и нарушению венозного оттока. Возникающий отёк грыжевого содержимого способствует ещё большему усилению странгуляции.

Для возникновения **калового** ущемления имеет значение нарушение кишечной моторики, замедление перистальтики (*пожилой возраст*), наличие широких грыжевых ворот, перегибов и сращений кишки со стенкой грыжевого мешка.

Этот тип развивается в результате переполнения каловыми массами кишечной петли, находящейся в грыжевом мешке. Приводящий отдел растягивается, увеличивается и начинает сдавливать в грыжевых воротах отводящий отдел с прилежащей брыжейкой. В конечном итоге развивается картина странгуляции.

Если переполнение приводящего отдела кишки сочетается с эластическим давлением со стороны грыжевых ворот, то говорят о **смешанном (комбинированном)** ущемлении

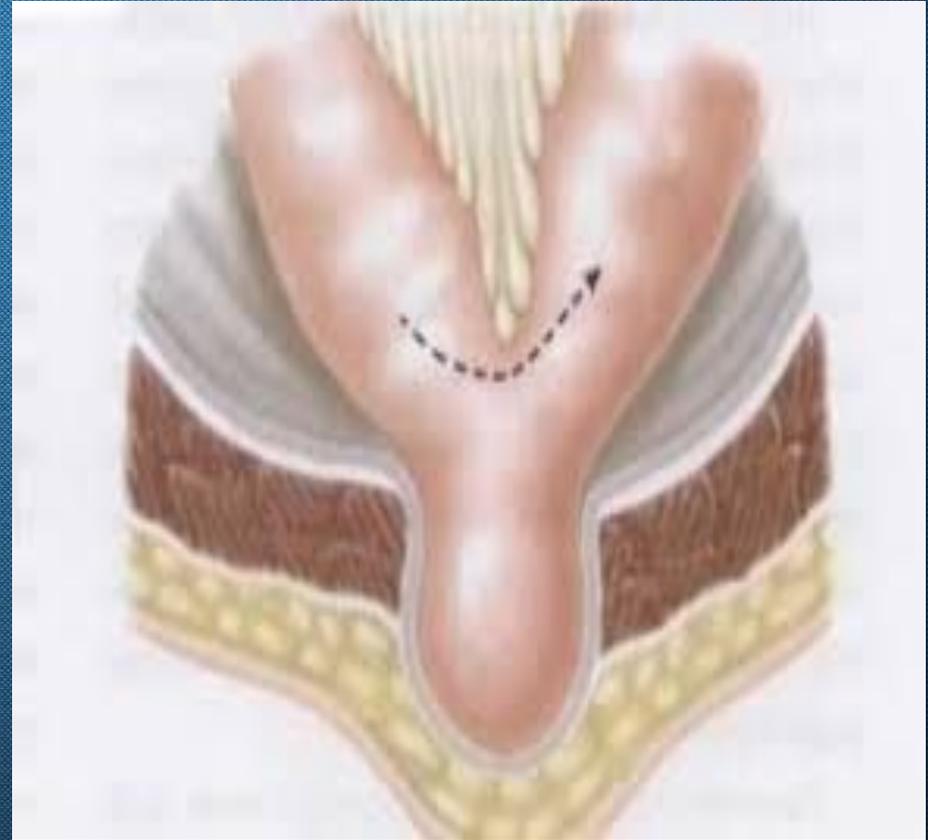
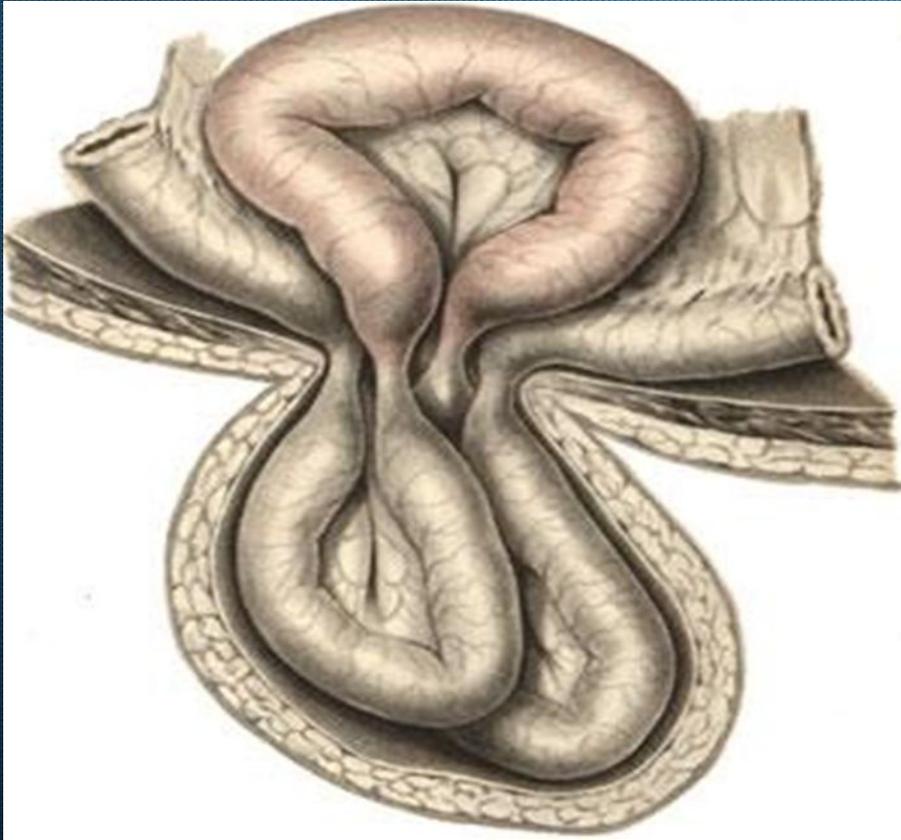
**II Вид: Ретроградное,**  
**обратное** или **W-образное,**  
ущемление (*грыжа Майделя*)  
характеризуется тем, что в  
грыжевом мешке находятся две  
кишечные петли, а связующая  
их петля расположена в  
брюшной полости. Поэтому  
ретроградное ущемление  
протекает значительно тяжелее,  
так как наибольшие  
патологические изменения  
происходят в стенке  
промежуточной (*связующей*)  
петли, которая находится в  
брюшной полости, а не в  
замкнутом грыжевом мешке



**III Вид: Пристеночное** ущемление (*грыжа Рихтера*) характеризуется тем, что в грыжевых воротах сдавливается не весь поперечник кишечной трубки, а только её часть, которая противостоит брыжейке, что происходит при грыжах небольшого размера (*паховых, бедренных*) с узкими грыжевыми воротами. В данном случае стенка кишки может некротизироваться и перфорировать, не вызывая симптомов острой кишечной непроходимости. Случаи позднего распознавания ущемлённой грыжи чаще всего приходится на долю именно **пристеночного ущемления**. Диагноз нередко ставится при экстренной лапаротомии, выполненной по поводу **перитонита**. Разновидностью пристеночного ущемления является *грыжа Литтре* — ущемление *дивертикула Меккеля* в паховой грыже

*W-образное ущемление*

*Пристеночное ущемление*



# Клинические признаки

Основные признаки *ущемления любой грыжи: боль, напряжение, невосприимчивость.*

*Резкая боль в области грыжевых ворот, невосприимчивость грыжи, напряжение и болезненность* грыжевого выпячивания, *отсутствие* передачи *кашлевого толчка.*

Кроме того могут наблюдаться симптомы КН: рвота, вздутие живота, неотхождение газов и так далее. При ущемлении мочевого пузыря возникают боли над лобком, дизурические расстройства, микрогематурия.

*Дифференцировать* ущемлённую грыжу необходимо с *патологическим состоянием* самого *грыжевого выпячивания*: невосприимчивость, копростаз, воспаление грыжи, «ложное ущемление»);

*с заболеваниями, не имеющими отношения к грыже*: паховый лимфаденит, натёчный абсцесс, опухоли яичка и семенного канатика, заворот кишок

**Ложное ущемление** — это ситуация, когда у больного с грыжей (*грыженосителя*) при каком-либо **остром** (*аппендицит, перфорация полого органа*) или **хроническом** (*цирроз печени, асцит*) заболевании органов брюшной полости развивается симптомокомплекс, напоминающий общую картину ущемления, что обусловлено скоплением воспалительного экссудата или асцитической жидкости в грыжевом мешке, в результате чего грыжевое выпячивание становится **болезненным** и **трудновправимым**.

**Мнимое вправление** - это погружение ущемленной петли кишки вместе с ущемляющим кольцом в брюшную полость или в предбрюшинное пространство.

В связи с *драматическими последствиями ошибок* в диагностике ущемления грыжи, следует руководствоваться установками:

- 1) Во всех случаях ОКН тщательно обследовать грыжевые точки
- 2) Если диагноз сомнителен, то следует склониться в сторону ущемления и срочно оперировать больного.

*Менее опасно признать ущемление там где его нет, чем принять ущемление за другое заболевание*

## Единственным методом лечения ущемленных грыж является хирургический

Попытки насильственного вправления ущемлённой грыжи *недопустимы*, так как могут привести к *тяжёлым осложнениям*: повреждению грыжевого мешка и его содержимого, кровотечению, перитониту.

Как **исключение** рассматривают крайне тяжёлое состояние больного из-за *наличия декомпенсированных сопутствующих заболеваний* и когда с момента ущемления грыжи прошло *не более 2-х часов.*

С использованием спазмолитиков, анальгетиков, очистительной клизмы, опорожнения желудка и мочевого пузыря, тёплой ванны.

В случае *самостоятельного вправления грыжи* (на дому, при транспортировке) больной *в обязательном порядке госпитализируется* в хирургический стационар, где проводится динамическое наблюдение, а также экстренная или отсроченная операция.

Больной с установленным диагнозом ущемлённой грыжи подлежит *немедленному оперативному лечению*.

Организационно-подготовительные мероприятия *не должны занимать более 1-1,5 часов*.

При тяжёлой интоксикации (в запущенных случаях с перитонитом или ОКН) *проводиться кратковременная (1,5-2 часа) инфузионная* корригирующая терапия

*Отличительной особенностью* операции при *ущемлённой* грыже от *планового* грыжесечения является как можно *более быстрое обнажение* и *фиксация ущемлённого органа*, и только *после этого* рассекается ущемляющее кольцо и *оценивается жизнеспособность* грыжевого содержимого.

Послеоперационный период при ущемлённой грыже требует значительно большего внимания, чем при плановом грыжесечении.

*Чем позже* произведена операция с момента ущемления, *тем хуже* результаты. В случае резекции кишки и сопутствующем перитоните летальность достигает 25-30%.

При ущемлении страдает не только часть кишки, находящаяся в грыжевом мешке, но и *приводящий её отдел*, находящийся в свободной брюшной полости.

В нём происходит переполнение содержимым и перерастяжение стенки кишки, развитие гнилостных процессов в её просвете, транссудация жидкости, пропотевание токсинов и микроорганизмов в свободную брюшную полость, развитие перитонита.

То есть те изменения, которые характерны для *острой кишечной непроходимости*

# Определение жизнеспособности кишки, освобождённой от сдавления *Оцениваются:*

- 1) Цвет;
- 2) Пульсация сосудов брыжейки;
- 3) Наличие перистальтики на изменённом участке кишки

Если кишка признана нежизнеспособной (*тёмная окраска, тусклая сероза, дряблая стенка, отсутствие перистальтики и пульсации сосудов брыжейки, наличие грубых изменений в области странгуляционной борозды*), то по **абсолютным показаниям** производится её резекция в пределах здоровых тканей.

Кроме *изменённого* участка кишки, подлежат резекции *не менее 40 см неизменённого* приводящего и *не менее 15-20 см отводящего* участка кишки.

Необходимо всегда помнить, что изменения кишки *со стороны серозной оболочки по протяжённости во много раз меньше*, чем со стороны *слизистой*, что связано с особенностями кровоснабжения кишки.

Доказано, что *некротические изменения* со стороны *слизистой* в *приводящей* петле простираются *на 25-30 см выше*, чем их можно видеть со стороны серозы, а в *отводящей* — *на протяжении 12-15 см*.



## **Копростаз (каловый застой)**

Наблюдается у пожилых больных, склонных к запорам. Развивается медленно, сопровождается упорными запорами, болями, тошнотой, общим недомоганием.

Грыжевое выпячивание медленно увеличивается, почти безболезненное, тестообразной консистенции. *Определяется симптом кашлевого толчка.*

**Лечение консервативное:** лёгкий массаж грыжевого выпячивания, повторные клизмы с вазелиновым маслом или глицерином, опорожнение желудка с помощью зонда.

**Слабительные противопоказаны!**

**Воспаление** грыжи возникает в результате *инфицирования* грыжевого мешка.

Вследствие постепенного нарушения крово- и лимфоснабжения, как правило, *в неправильном грыжевом содержимом* и длительного венозного стаза происходит пропотевание плазмы в стенку и просвет кишки. Последующая транссудация жидкости в замкнутую полость грыжевого мешка ведёт к появлению *грыжевой воды*. Которая вначале бывает прозрачной, а затем, вследствие пропотевания эритроцитов и инфицирования, становится мутно-геморрагической.

**Пути проникновения инфекции :**

1. *Со стороны грыжевого содержимого*
2. *Со стороны кожных покровов*
3. *Из брюшной полости*

Протекает остро. Сопровождается резкими болями, рвотой, повышением температуры тела, напряжением и болезненностью грыжевого выпячивания, чем *напоминает клинику ущемления.*

При дифференциальной диагностике принимают во внимание: *во-первых* то, что ущемлению обычно предшествует внезапное повышение внутрибрюшного давления с последующим быстрым нарастанием клинических проявлений острой кишечной непроходимости; *во-вторых*, обращают внимание на воспалительные изменения со стороны крови и в области грыжевого выпячивания.

Воспаление может быть *серозным, серозно-фибринозным, гнойным и гнилостным*. Реже наблюдается хроническое воспаление, например туберкулёз грыжи.

### *Лечение оперативное:*

если воспаление вызвано инфицированием со стороны грыжевого содержимого.

### *Лечение*

*консервативное:* если инфицирование произошло со стороны кожных покровов



**Флегмона грыжевого мешка** — это гнойное воспаление, выходящее за пределы грыжевого мешка (*в окружающие ткани*). Развивается на **поздних стадиях ущемления**.

### ***Хирургическая тактика***

Выполняется нижнесрединная лапаротомия. Устанавливается какой орган ущемлён (сальник, кишка)

Производится резекция кишки в пределах здоровых тканей.

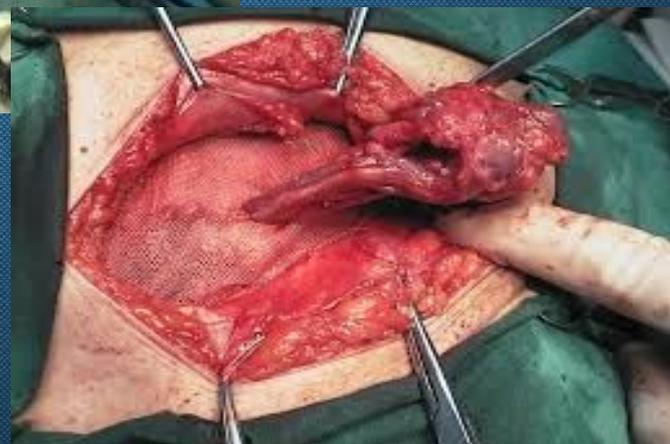
Накладывается анастомоз, а пересечённые концы кишки, идущие к грыжевому мешку, ушиваются наглухо.

Брюшная полость ушивается.



*И только после этого производится вскрытие флегмоны*, омертвевшую петлю убирают со стороны раны. Брюшина ушивается, а рана дренируется. Пластика производится *после эпителизации гнойной раны*

При  
ущемлённой  
пупочной  
грыже,  
*осложнённой  
флегмоной,*  
выполняется  
операция по  
*способу  
Грекова*



A photograph of two surgeons in an operating room. They are wearing blue scrubs, masks, and hairnets. They are focused on a patient lying on a table, which is covered with a white sheet. The room is dimly lit, with the primary light source being a large, multi-lamp surgical light fixture hanging from the ceiling. The overall atmosphere is professional and clinical.

**Спасибо за внимание!**