

Лекция: «Грыжи живота»

Грыжей (Hernia) живота называют выход органов брюшной полости, покрытых париетальным листком брюшины через естественные или патологические отверстия под покровы тела или другую полость.

Выпадение – выходение внутренностей, не покрытых париетальной брюшиной, через естественные отверстия человеческого тела.

Эвентрация – выходение органов, не покрытых париетальной брюшиной наружу через патологические отверстия брюшной стенки. Различают врожденные, травматические и послеоперационные эвентрации.

Диастаз прямых мышц живота – расхождение белой линии живота в одном из её отделов или на всем протяжении.

Грыжи встречаются у 3-4 % населения. По частоте первое место занимают паховые грыжи (66,8 %), далее следуют бедренные, пупочные, эпигастральные и др. Паховые грыжи встречаются чаще у мужчин, а бедренные и пупочные у женщин.

Элементы грыжи живота: грыжевые ворота, грыжевой мешок (в нем выделяют: устье, шейку, тело, дно), грыжевое содержимое.

При **скользящих грыжах** одна из стенок грыжевого мешка образуется прилежащим к мешку органом, расположенным мезоперитонеально (слепая кишка, восходящий и нисходящий отделы толстой кишки, мочевого пузыря).

Существует множество классификаций грыж живота.

Традиционно грыжи живота классифицируют по анатомическим, этиологическим и клиническим признакам.

Классификация грыж.

По этиологии:

– врожденные (*h. congenita*);

– приобретенные (*h. acquisita*):

– от усилия (обусловлены резким повышением внутрибрюшного давления);

– от слабости (связаны с атрофией мышц, у пожилых людей);

– послеоперационные (*hernia postoperativae*),

– травматические (*hernia traumatica*),

– невропатические (*hernia neuropatica*);

– искусственные (*hernia artificialis*);

– патологические (*hernia patologica*).

По локализации:

Различают грыжи:

– наружные;

– внутренние.

Наружные грыжи: паховые, бедренные, пупочные, белой линии живота, спигелиевой линии, поясничные, запираемые, седалищные, промежностные, мечевидного отростка.

Внутренние грыжи образуются внутри брюшной полости в брюшинных карманах и складках или проникают в грудную полость через естественные или приобретенные отверстия (*диафрагмальные, грыжи двенадцатиперстно-тощекишечного кармана, верхнего и нижнего подвздошно-кишечного карманов, карманов позади слепой и сигмовидной кишок, желудочно-ободочной связки, сальниковом отверстии и прямокишечно-маточном углублении*).

По клиническому течению:

- не осложненные (свободная, вправимая грыжа);
- осложненные (ущемленная грыжа, невправимая грыжа с явлениями воспаления, копростаз);
- рецидивные.

Этиология и патогенез грыж

Развитие грыжи живота – это результат нарушения динамического равновесия между внутрибрюшным давлением и способностью стенок живота ему противодействовать.

Нарушение в этой системе наступают в результате комплекса местных и общих предрасполагающих и производящих факторов.

1. *Предрасполагающие факторы:*

- а) общие (наследственность, возраст, пол, степень упитанности, особенности телосложения)
- б) местные (особенности анатомического строения отдельных областей (паховый и бедренный каналы, пупок, полулунная линия, травма или рана, особенно послеоперационная, и др.).

2. *Производящие факторы:* повышение внутрибрюшного давления (запоры, кашель, затрудненное мочеиспускание, поднятие тяжестей, трудные роды, ожирение, беременность, опухоли брюшной полости и т.д.)

В основе образования ***врожденных грыж*** лежит недоразвитие брюшной стенки в период внутриутробного развития (эмбриональная пупочная грыжа, грыжа пупочного канатика), не заращение влагалищного отростка брюшины. Нарушение эмбриогенеза приводит к появлению грыжевого мешка. В дальнейшем в него перемещаются органы брюшной полости.

Клиническая картина.

1. Наличие припухлости, появляющейся при натуживании или вертикальном положении больного и исчезающей в положении лежа или после ручного вправления (симптом вправимости грыжи).
2. Наличие отверстия или канала в брюшной стенке, определяемых пальцем после вправления грыжи (грыжевые ворота).
3. Наличие симптома кашлевого толчка при исследовании пальцем грыжевых ворот.
4. Наличие перистальтики при аускультации над грыжей (при наличии в грыжевой содержимый кишечник).
5. Наличие тимпанита при перкуссии (при наличии в грыжевом содержимом кишечника) или притупления (большой сальник или мочевой пузырь).

Обследование пациента с грыжей включает:

- осмотр;
- пальпацию;
- перкуссию;
- аускультацию грыжевого выпячивания;
- специальные приемы (определение размеров грыжевых ворот и симптома кашлевого толчка);
- инструментальные исследования (УЗИ, КТ, МРТ брюшной полости и грыжевого выпячивания, рентгенологическое исследование ЖКТ или мочевого пузыря).

Лечение

Операция является единственно радикальным методом лечения грыжевых образований!

Показание к операции при не осложненных грыжах – наружная грыжа живота в любом возрасте.

Консервативное лечение (ограничение физической нагрузки, использование бандажа с пелотом или без него) применяется при наличии противопоказаний к операции или категорическом отказе от неё больного.

Противопоказания к операции при неосложненных грыжах

1. Наличие выраженных нарушений сердечной деятельности и органов дыхания как в пожилом, так и в более молодом возрасте.
2. Неоперабельные злокачественные образования.
3. Тяжелые заболевания почек, печени, другие неизлечимые болезни.
4. Временные противопоказания: инфекционные заболевания, обострение туберкулеза, наличие источников эндогенной инфекции, гнойничковые поражения кожи.

Многочисленные **способы пластики грыжевых ворот** при грыжах систематизируются по принципу преимущественного использования тех или иных собственных тканей брюшной стенки или аллотрансплантатов:

1) Аутопластические способы пластики грыжевых ворот (натяжные):

- фасциально-апоневротическая пластика;
- мышечно-апоневротическая;
- мышечная.

2) Аллопластические способы (ненатяжные) – пластика с помощью дополнительных биологических или синтетических материалов. Трансплантаты могут располагаться внутри (inlay), впереди (onlay) или позади (sublay) сшиваемых мышечно-апоневротических структур брюшной стенки.

Вышеуказанные виды пластики могут быть выполнены как открытым путем, так и с применением лапароскопических технологий:

- предбрюшинная пластика грыжи (transabdominal preperitoneal patch plasty (TAPP))
- внебрюшинная пластика грыжи (total extraperitoneal patch plasty (TEP)).

3) Комбинированная пластика – использование аутокани и чужеродной ткани.

Общие принципы операций при грыжах:

1. Рассечение тканей над грыжевым выпячиванием.
2. Выделение грыжевого мешка до шейки.
3. Вскрытие грыжевого мешка и вправление содержимого в брюшную полость
4. Прошивание, перевязка грыжевого мешка у шейки и его отсечение.
5. Пластика грыжевых ворот местными тканями и (или) пластическими материалами.

В отдельных случаях допускается не вскрывать грыжевой мешок, а погружать его свободно в брюшную полость с последующей пластикой грыжевых ворот.

Осложнения грыж брюшной стенки:

1. **Невправимость** (возникает при сращении грыжевого содержимого с грыжевым мешком) вследствие траматизации и асептического воспаления при частом вправлении, ношении бандажа.
2. **Копростаз** (наблюдается, как правило, при невправимых грыжах и проявляется упорными запорами), чаще бывает у пожилых людей вследствие нарушения моторики кишечника и малоподвижного образа жизни.
3. **Воспаление** грыжи:

а) исходящее из внутренних органов (аппендицит в грыжевом мешке, туберкулез брюшины, перфорация полового органа и др.).

б) исходящее со стороны кожи (при травмировании грыжи в период ношения бандажа), фурункулах, ссадинах и т.д.

4. Повреждение грыжи:

а) разрыв кишки в свободной грыже вследствие резкого повышения внутрибрюшинного давления;

б) разрыв содержимого грыжи вследствие ушиба брюшной стенки вдали от грыжи;

в) разрыв внутренностей при прямой травме грыже или насильственном вправлении.

5. Новообразование грыжи, исходящие:

а) из окружающих органов и тканей, сдавливающих грыжевой мешок;

б) из грыжевого мешка;

в) из содержимого грыжи.

6. Инородные тела в содержимом грыжи (камни мочевого пузыря, аскариды, проглоченные предметы, отшнурованные жировые привески толстой кишки, участки сальника).

7. **Ущемление грыжи** (наиболее частое и опасное осложнение).

По механизму возникновения ущемление может быть:

- Эластическое (в момент внезапного повышения внутрибрюшинного давления при физической нагрузке, кашле, натуживании происходит перерастяжение грыжевых ворот и мешка, поэтому в грыжевой мешок выходит большой объем внутренних органов; при этом происходит ущемление грыжевого содержимого в грыжевых воротах вследствие незначительной растяжимости апоневротической ткани).
- Каловое (вследствие переполнения каловыми массами приводящей петли и сдавления отводящей петли кишки).
- Смешанное.

Особые формы ущемления:

1. Ретроградное (hernia Maydl, W-образное) – в грыжевом мешке находятся две малоизмененные кишечные петли, а связующая их петля, находящаяся в брюшной полости, резко изменена.
2. Рихтеровское (пристеночное) – ущемление только части стенки кишки (не сопровождается картиной полной непроходимости кишечника).
3. Ущемление Литре – при ущемлении Меккелева дивертикула.

Признаки ущемленной грыжи.

1. Сильнейшие боли в области грыжи;
2. Невправимость грыжи;
3. Напряжение и увеличение грыжи в объеме;
4. Резкая болезненность при пальпации;

5. Отсутствие симптома «кашлевого толчка»;
6. Клиника кишечной непроходимости (при ущемлении петли кишки);
7. При некрозе ущемленного органа появляются признаки воспаления грыжевого мешка – грыжевая флегмона.

Ложное ущемление (грыжа Брока) – возникает при воспалении содержимого грыжевого мешка в результате проникновения инфекции (воспалительного экссудата из брюшной полости, с соседних органов, тканей передней брюшной стенки). Необходимо лечение основного заболевания.

Осложнение после насильственного вправления ущемленной грыжи

1. Мнимое вправление грыжи в предбрюшинную клетчатку вместе с ущемляющим кольцом.
2. Ложное вправление путем разрыва грыжевого мешка и выходение кишечной петли в предбрюшинную клетчатку через разрыв стенки мешка (ущемление осталось).
3. Ложное вправление путем кругового разрыва грыжевого мешка ниже шейки.
4. Разрыв кишки или другого органа (опасность перитонита).
5. Разрыв сосуда брыжейки (кровотечение).
6. Вправление нежизнеспособности кишки.

Особенности оперативной техники при ущемленной грыже

1. Рассечение мягких тканей.
2. Вскрытие грыжевого мешка и фиксация ущемленного органа.
3. Рассечение ущемляющего кольца.
4. Ревизия и определение жизнеспособности ущемленного органа, удаление нежизнеспособных частей.
5. Удаление грыжевого мешка.
6. Пластика грыжевых ворот.

Определение жизнеспособности ущемленной петли кишечника

Признаки	Кишечная петля жизнеспособна	Кишечная петля нежизнеспособна
1. Цвет кишки	Темнокрасная, синеватая	Чернозеленая или темносиняя
2. Вид висцеральной брюшины	Гладкая, блестящая, под серозной оболочкой небольшие кровоизлияния.	Без блеска, матовая, большие участки кровоизлияния под серозой.

3. Состояние брыжейки	Может быть отечной, пульсация сосудов определяется. В больших сосудах нет тромбов.	Тромбоз больших сосудов, пульсация отсутствует, выраженный отек.
4. Реакция кишки на согревание горячими салфетками и наличие перистальтики	Цвет становится красным, появляется перистальтика.	Цвет кишки отчетливо не изменяется перистальтика не видна.