Министерство здравоохранения Самарской области

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ - ТЕХНИКУМ

«БОРСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УЧИЛИЩЕ»

Специальность Сестринское дело

ДИПЛОМНАЯ РАБОТА

Современные методы лечения грыж передней стенки живота

Студент М.Н. Жаркова

Борское 2015

Содержание

Введение

1. Общие сведения о грыжах передней стенки живота

1.1 Все о грыжах и их появлениях

.2 Причины и факторы возникновения грыж

.3 Основные осложнения при возникновении грыж

. Общие принципы лечения грыж передней стенки живота

.1 Плановое хирургическое лечение грыж

.2 Паховые грыжи

.3 Бедренная грыжа

.4 Пупочная грыжа

.5 Грыжи белой линии живота

. Современные методы лечения грыж

.1 Трансабдоминальная предбрюшинная пластика

.2 Тотальная экстраперитонеальная герниопластика

Заключение

Список используемой литературы

Приложение 1 Частота возникновения грыж

Приложение 2 Классификация пупочных грыж

Введение

Грыжи передней стенки живота являются самой распространенной патологией, требующей оперативного вмешательства. Страдают данным заболеванием в среднем 5 на 1000 человек. Грыжи передней стенки живота наблюдают в любом возрасте, но наиболее часто у детей дошкольного возраста и у людей после 50 лет. У мужчин грыжи живота образуются чаще, чем у женщин. Наиболее часто встречаются паховые грыжи, которые составляют около 75% среди всех ГЖ, послеоперационные грыжи 8-10%, бедренные грыжи занимают 10%, пупочные - 5-7%, и все остальные - 1%.

Данная тема актуальна среди взрослого поколения. Целью работы стала возможность оценить хирургическое лечение грыж на современном этапе.

Для решения этого, мною были поставлены задачи:

Проанализировать анатомию передней стенки живота и механизмы возникновения грыж.

Изучить традиционные способы хирургического лечения грыж.

Рассмотреть принципы современного лечения с использованием новых технологий в хирургии.

Предметом исследования является грыжа и ее лечение на современном этапе. Объектом исследования выступают современные методы хирургического вмешательства для лечения грыж.

Источниками информации стала периодическая и научная литература, а также иные источники информации, и ресурсы сети интернет.

Термин «грыжа» происходит от глагола «грызть», что указывает на неприятные ощущения или на патологическое «прогрызенное» отверстие в брюшной стенке. Другое название грыжи «кила» образовано от греческого «kele», что означает отросток, ветка, сучок. Брюшные грыжи были известны с глубокой древности. Гиппократ (Hippocrates, 460-370 гг. до н.э.) упоминал о грыжах (kele), выделяя среди них паховые и надчревные . Римлянин Авл Корнелий Цельс (A.sus, годы жизни 30 г. до н.э. - 38 г. н.э. ) первым употребил латинское название «hernia». Уже в 1-IV веках делались операции при ущемленных грыжах. В основном производилось рассечение и накладывание лигатуры на грыжевой мешок. При паховых грыжах нередко это сочеталось с кастрацией. Выдающийся французский хирург Амбруаз Паре вокруг шейки грыжевого мешка проводил золотую проволоку. Проблема грыж нашла отражение в исследовательской и практической работе выдающегося отечественного хирурга и анатома Н.И.Пирогова. Разработанная им хирургическая анатомия грыж остается в золотом фонде отечественной морфологии. Н.И. Пирогов первые предложил применять прямокишечный наркоз при вправлении ущемленных грыж. К сожалению, операции сопровождались огромной смертностью. Лишь после применения антисептики и асептики удалось значительно улучшить результаты оперативного лечения ГЖ. Благодаря работам Э. Купера, А. Скарпа, Лука-Шампионньера, Е. Бассини, А.А. Боброва и др. появились новые и более совершенные способы операций при грыжи. В последующем были описаны многочисленные способы оперативного лечения грыжи, дававшие возможность излечивать больных с различной локализацией грыжи.

1. Общие сведения о грыжах передней стенки живота

.1 Все о грыжах и их появлениях

Следует отличать грыжу от эвентрации и выпадения. Эвентрация - это выхождение внутренних органов, не покрытых брюшинным мешком, через поврежденную брюшную стенку под кожу (подкожная эвентрация) или наружу (полная эвентрация). Выпадением внутренностей называют выхождение органа наружу через естественное отверстие (например, выпадение матки, прямой кишки).

Элементами наружной грыжи живота являются: грыжевые ворота, грыжевой мешок, содержимое грыжи, оболочки грыжи. Грыжевые ворота представляют собой отверстие в мышечно-апоневротической стенке живота, через которое внутренние органы с париетальной брюшиной выходят из брюшной полости. Такие отверстия могут быть естественными (например паховый, бедренный канал) или искусственно созданными (например, послеоперационная грыжа). Размеры грыжевых ворот очень вариабельны - от менее чем 1 см при пупочной грыже до 20-30 см и более при послеоперационной грыже. Грыжевой мешок представляет собой выпячивание париетальной брюшины через грыжевые ворота. В грыжевом мешке различают устье, шейку, тело и дно. Грыжевой мешок может быть однокамерным и многокамерным. Наружная поверхность грыжевого мешка рыхло связана с окружающими тканями (подкожная клетчатка, оболочки семенного канатика и др.), поэтому при вправлении грыжевого содержимого в брюшную полость грыжевой мешок. Любой орган брюшной полости может быть содержимым грыжевого мешка. Чаще грыжевой мешок содержит наиболее подвижные органы брюшной полости - большой сальник, петли тонкой и толстой кишки.

Все грыжи могут быть разделены на врожденные и приобретенные. Врожденные грыжи появляются сразу после рождения или могут развиться позже. Не всегда можно определенно высказаться о врожденном или приобретенном характере грыжи. В зависимости от анатомического расположения грыжи различают паховые, бедренные, пупочные, грыжи белой линии живота, редкие виды грыж, например грыжи спигелиевой линии. Большую группу составляют так называемые послеоперационные грыжи, возникающие в различных участках брюшной стенки после лапаротомий, произведенных по поводу различных заболеваний органов брюшной полости. Если эти операции производились по поводу грыж, то вновь возникающие в той же области грыжи называют рецидивными. Грыжевое выпячивание брюшной стенки после травм без нарушения целостности кожи, но с разрушением мышечно-апоневротического слоя носит название травматических грыж. Грыжевое выпячивание, возникшее в связи с заболеваниями (остаточные явления после полиомиелита) или вследствие нарушения иннервации мышц брюшной стенки, носят название невропатических грыж.

При возникновении грыжи содержимое грыжевого мешка свободно перемещается из брюшной полости в грыжевой мешок и обратно. Такая грыжа называется вправимой. Под влиянием различных механических раздражителей, например, при ношении бандажа, повторных ущемлениях, возникает асептическое воспаление, которое влечет за собой образование спаек При полной невправимости содержимое грыжевого мешка находится в нем постоянно и ни самостоятельно, ни при надавливании не перемещается в брюшную полость. Невправимость грыжевого содержимого наиболее часто наблюдается при послеоперационных и длительно существующих пупочных и паховых грыжах.

Основными клиническими проявлениями грыж вне зависимости от их конкретной локализации являются наличие грыжевого выпячивания, а также боли в области грыжи и в животе. Грыжевое выпячивание обычно появляется в вертикальном положении больного, а также при натуживании и кашле и исчезает или уменьшается в горизонтальном положении или после ручного вправления. Боли в области грыжи обычно возникают при ходьбе, физической нагрузке, кашле, резких движениях, изменения атмосферного давления. Нередко болям сопутствуют диспепсические явления - тошнота, отрыжка, вздутие живота, запоры. Общим для всех симптомов грыжи является исчезновение или значительное уменьшение грыжевого выпячивания при вправлении содержимого в брюшную полость

Грыжа развивается, как правило, медленно, постепенно. Обычно в месте формирующейся грыжи возникают боли при ходьбе и физической нагрузке. Через некоторое время появляется грыжевое выпячивание, которое с течение времени увеличивается в размерах. Грыжа может возникнуть и остро в момент резкого повышения внутрибрюшного давления - больные ощущают внезапную сильную локальную боль, внезапное появление грыжевого выпячивания и кровоизлияние в окружающие ткани.

.2 Причины и факторы возникновения грыж

Факторы, которые способствуют возникновению грыж:

Резкое повышение давления из-за физической нагрузки

Плохое кровообращение в передней брюшной стенки вследствие операции или воспалительного заболевания

Слабость мышц передней стенки живота

Сильный кашель (хронический)

Лишний вес

Беременность

Частые запоры с затрудненной дефекацией.

Грыжи классифицируются согласно того, где они образуются и какой носят характер:

По месту локализации

Односторонние и двусторонние

Вправляемые и не вправляемые

Ущемленные. Когда сосуды и нервы пережимаются грыжевыми воротами, затрудняя все процессы в грыжевом мешке.

Такой вид грыж особо опасен, так как происходит отмирание органа, который находится в грыжевом мешке. Требуется оперативное вмешательство.

Проявление заболевания

Грыжи передней брюшной стенки можно диагностировать визуально. Размер грыжевого выпячивания может быть незначительным, всего 1-2 см, но бывают и большие - от 20 см. Больной ощущает дискомфорт в области образования грыжи.

Грыжа может увеличиваться в размерах при нагрузках, даже если они будут незначительными, что затрудняет движения и мешает. Очень важен, особенно для людей в молодом возрасте, косметический эффект. Те люди, которые отказываются от медицинской помощи, вынуждены приспосабливаться в повседневной жизни к ношению грыжи, что очень сложно.

Более тяжелая форма, когда ущемляется грыжевой мешок. Симптомы ущемления сопровождаются появлением боли и покраснением кожи в области ее образования. Иногда боль настолько сильная, что приводит к потере сознания. При попытках вправить грыжу на место, одно только прикосновение болезненное. Часто при ущемлении повышается температура, начинается рвота, вздутие и кишечная непроходимость. Общее состояние больного значительно ухудшается. При таких симптомах необходима медицинская помощь.

.3 Основные осложнения при возникновении грыж

Самым опасным для жизни человека считается, когда грыжа передней брюшной стенки ущемляется. В группе риска находятся все люди, у которых диагностирована вентральная грыжа. Поэтому любое выпячивание передней брюшной области считается показанием к операции. Оптимальным лечение является плановое хирургическое вмешательство, пока самочувствие больного удовлетворительное и не произошло ущемление грыжевого мешка. Шансы положительного результата исхода такой операции значительно выше.

Другие осложнения, которые могут возникнуть:

Флегмона грыжевого мешка. Возникает если не предпринимать мер после ущемления. Через несколько дней органы в грыжевом мешке начинают отмирать.

Ошибочное ущемление грыжи. Может возникать при бедренном лимфадените, водянке яичка, перекручивании семенного канала, эпидидимите, фуникулите и воспалении аппендикса, который находится в грыжевом мешке.

Невправимая грыжа. Образуется в результате срастания (спайки) грыжевого содержимого с грыжевым мешком.

Воспалительные процессы в грыжевом мешке. Могут возникать по причине попадания болезнетворных бактерий или из-за воспаления органа, который находиться в мешке.

Противопоказания к проведению операции

Существует ряд ситуаций, при которых вентральные грыжи оперировать противопоказано.

К таким больным относятся:

беременные женщины на последних месяцах беременности,

пациенты с кожными заболеваниями в области грыжи (экзема, дерматит).

люди, страдающих болезнью сердца или сахарным диабетом, отсечение грыжи противопоказано из-за применяемой анестезии во время операции.

онкологические болезни не препятствуют проведению хирургической операции. Таким пациентам удаляют вентральную грыжу под общим наркозом, как и другим.

грыжа живот пластика хирургический

# 2. Общие принципы лечения грыж передней стенки живота

.1 Плановое хирургическое лечение грыж

Плановое хирургическое лечение должно быть рекомендовано сразу после постановки диагноза. Очень редко некоторые привходящие обстоятельства могут диктовать необходимость отказа от оперативного лечения - такие как терминальная стадия какого-либо заболевания, старческий возраст. Естественное течение наружной грыжи живота ведет к ее прогрессивному увеличению, чему способствует естественная возрастная атрофия мышц и связок. Грыжи не исчезают спонтанно и не уменьшаются со временем. Ношение бандажа не излечивает грыжу и может приводить к спаечному процессу в грыжевом мешке, развитию не в правимости, ущемления и воспаления грыжи, а также способствует развитию атрофии мышц брюшной стенки. При наиболее частой паховой грыже ношение бандажа может приводить к атрофии яичка, развитию подвздошно-пахового или бедренного неврита. Хирургическое лечение должно планироваться не дожидаясь развития осложнений (ущемление, воспаление), операция при которых значительно увеличивает риск осложнений и летальности.

Операция при грыже состоит из двух основных этапов - грыже сечения, которое включает в себя иссечение грыжевого мешка и пластику, которая включает в себя закрытие грыжевых ворот. Общие принципы оперативного лечения грыж брюшной стенки следующие: больного укладывают на операционном столе так, чтобы оперируемая часть тела лежала выше всех остальных его частей. Обязательный момент - безупречная анестезия. При паховых, небольших пупочных, грыжах белой линии живота и др. обычно используется местная анестезия, при больших пупочных, послеоперационных грыжах обычно используются эндотрахеальный наркоз.

Первым моментом операции является обнажение грыжевого мешка. Мешок обнажается кожным разрезом, оболочки сдвигаются с его стенок.

Препаровка производится острым путем, при помощи скальпеля и ножниц. Следует соблюдать травматичность, не разрывать ткани тупо. Самое незначительное кровотечение должно тщательно останавливаться. О том, что обнаружен грыжевой мешок, свидетельствует просвечивающее через его стенку свободно двигающееся содержимое. Грыжевой мешок вскрывается: стенка мешка берется двумя зажимам и рассекается ножницами или скальпелем, после чего исследуется его содержимое. Нужно следить за тем, чтобы не вскрыть просвет полого органа (кишки, мочевого пузыря), который может быть подпаян с внутренней стороны грыжевого мешка, или, как в случае скользящей грыжи, являться частью его стенки. Свободно подвижные петли кишки, желудок, сальник и др. вправляются в брюшную полость. В случае имеющихся сращений между внутренними органами и стенкой грыжевого мешка сращения рассекаются. Подпаянная прядь большого сальника может быть резецирована, в дальнейшем резецированная часть удаляется вместе с грыжевым мешком. При скользящей грыже очень важно распознать действительную картину и не пытаться отделять соскользнувший орган от стенки грыжевого мешка, так как это может привести к перфорации стенки кишки или мочевого пузыря. Соскользнувший через грыжевые ворота орган вправляется в брюшную полость, после чего операция продолжается.

Следующий этап - удаление грыжевого мешка. Грыжевой мешок полностью отпрепаровывается от его оболочек и циркулярно отделяется от грыжевых ворот. Грыжевой мешок на уровне шейки отсекается, таким образом ликвидируется выпячивание париетальной брюшины. При узкой шейке возможно прошивание и перевязка, при широкой - отверстие в париетальной брюшине ушивается узловыми или непрерывным швом. При скользящей грыже обычно накладывается кисетный шов с внутренней стороны мешка, при этом шов накладывают так, чтобы он по возможности проходил по шейке грыжевого мешка, но дистальнее соскользнувшей кишки или мочевого пузыря. Таким образом, после завязывания нити соскользнувшее содержимое брюшной полости будет возвращено на свое место. После иссечения грыжевого мешка производят закрытие грыжевых ворот. Этот этап операции при разных видах грыж различен. Закрытие грыжевых ворот должно расцениваться как пластическая операция - пластика передней брюшной стенки. Поэтому для нее действительны все основные принципы пластической хирургии:

1. детализированная, рубцовое измененная и избыточная ткань должна быть удалена;

2. нельзя сшивать ткани под натяжением;

3. следует стремиться восстановить нормальные анатомические взаимоотношения;

4. строгое соблюдение стерильности, препаровка тканей острым путем, тщательная остановка кровотечения.

Все это призвано служить цели стерильного заживления, так как нагноение послеоперационной раны сводит на нет результаты пластической операции, грыжа, как правило, в таких случаях становится еще больше, чем была до операции.

Если закрыть грыжевые ворота обычным ушиванием не удается, следует стремиться прежде всего к возможностям пластического закрытия (протезирования). При закрытии грыжевых ворот больших размеров, особенно многократно рецидивировавшей грыжи, закрыть грыжевые ворота можно только при помощи дополнительного пластического материала. Были испытаны различные ауто-, гетеро- и аллотрансплантаты. Из аутотканей предпринимались попытки использования ленты из собственной фасции, сетки из собственной фасции бедра, свободного лоскута из широкой фасции бедра, деэпителизированного кожного лоскута, взятого из паховой области. Из биологических аллотрансплантатов использовались трупные аллотрансплантаты из твердой мозговой оболочки, ксеногенные трансплантаты брюшины, взятые у крупного рогатого скота. Однако многочисленными исследованиями установлено, что со временем происходит неизбежное замещение пересаженных лоскутов соединительной тканью, что ухудшает результаты пластики. Гомо- и гетеротрансплантация в хирургии грыж в настоящее время практически не применяется, поскольку существенного улучшения результатов лечения достигнуто не было, а число раневых осложнений оказалось велико.

Применение аллопластики синтетическими материалами в настоящее время полностью вытеснило ауто-, гомо- и гетеропластику. Монолитные эндопротезы (полиэтилен, резина, каучук, фторопласт) оказались наименее эффективны, так как они не прорастают собственной соединительной тканью. Пластинки и пленки имеют множество недостатков: ощущение инородного тела в области послеоперационного рубца, образование гематом, сером, сморщивание пластинок. Губчатые вещества (поролон, поливинилалкоголь) также малопригодны для герниопластики, поскольку прочность их невелика и они не выдерживают большой физической нагрузки. При нагноении пористый протез подлежит полному удалению, так как иначе добиться стихания воспалительного процесса в ране не удается. Учитывая недостатки указанных выше эндопротезов, наибольшее распространение в герниологии получили сетчатые эндопротезы.

К сетчатым эндопротезам предъявляются следующие требования:

1. сетка должна быть эластичной, чтобы не вызывать пролежней смежных тканей;

2. сетка должна быть инертной, что не вызывать выраженной воспалительной реакции;

3. сетка должна иметь определенную пористость, чтобы способствовать выделению экссудата и не препятствовать прорастанию фибробластами;

4. сетка должна обладать определенной стойкостью, чтобы сохранять целостность и потенциал длительного пребывания в тканях организма

Синтетические сетки рассматриваются как каркас, стимулирующий разрастание собственной соединительной ткани. Преимуществами синтетических сеток является большая прочность, химическая инертность.

Недостатком является то, что при нагноении раны сетку приходится полностью удалять.

Применение металлической сетки (из серебра, нержавеющей стали, тантала) в настоящее время практически оставлено из-за ее недостатков - жесткости и одновременно недостаточной прочности на изгиб, в результате чего рано или поздно они ломаются. Механическое раздражение вызывает выраженный постоянный болевой синдром. Фрагментация металлической сетки создает реальную угрозу ранения внутренних органов и крупных сосудов концами проволоки. Также металлические сетки действуют наподобие антенн, собирая различные микролучи, быстро согреваясь под их действием и вызывая часто интенсивные боли.

В настоящее время для пластики используется почти исключительно синтетическая сетка. Первоначально использовались капроновые и нейлоновые сетки. Однако этим сеткам свойственно частое возникновение в послеоперационном периоде сером, инфильтратов, лигатурных свищей. С течением времени сетки из этих материалов теряют свою прочность, а затем разрушаются, что приводит к рецидиву грыжи. Кроме того, постепенно при температуре тела нейлон деполимеризуется, а получающиеся при этом химические вещества предположительно обладают канцерогенным действием. Использование лавсановой и тефлоновой сетки сопровождалось значительным числом местных осложнений.

В настоящее время наилучшим материалом для этих целей считается полипропилен, который представляет собой монофиламентный инертный нерассасывающийся материал, чрезвычайно устойчивый к обсеменению микроорганизмами. Наибольшее распространение получили нерассасывающиеся сетки из Пролена фирмы Этикон. Сетка толщиной 0,7мм имеет высокую прочность на разрыв и растяжение. Выпускается в бесцветном исполнении в стерильных упаковках лоскутами размерами 6х11см, 15х15см и 30х30см, которые могут быть выкроены по любой необходимой форме. В изготовлении проленовых сеток применена новая технология двойного плетения. В точках перекрещивания поперечных и продольных составляющих нитей они фиксированы друг к другу, обеспечивая связь между узлами сетки, хорошую упругость и растяжимость в обоих направлениях. Такой сетке можно придавать любую форму без нарушения целостности плетения, при выкраивании сетки край ее не осыпается из-за двухъярусного плетения.

Отличительной особенностью сетки из Пролена является высокая прочность, которая не теряется под воздействием тканевых ферментов. Сетка выдерживает нагрузку в 3,5 кг/см2. Тканевые волокна распространяются по поверхности сетки и прорастают через нее, что придает дополнительную прочность дну реконструируемого дефекта брюшной стенки. Это подтверждают и результаты гистологических исследований, свидетельствующие о сильной фиброзной реакции с выраженной пролиферацией фибробластов в зоне имплантированного эндопротеза. Сама же сетка остается мягкой и упругой, не нарушая нормального течения репаративных процессов.

.2 Паховые грыжи

Грыжесечение по поводу паховой грыжи является наиболее часто выполняемой операцией. Среди больных с паховыми грыжами мужчины составляют 90-97%, женщины 310%. У мужчин паховая грыжа развивается в 25 раз чаще, чем у женщин. Ущемление развивается у 1-3% больных с паховыми грыжами. Более частое возникновение паховых грыж у мужчин связано с особенностями развития и анатомического строения паховой области у мужчин. Паховые грыжи бывают врожденными и приобретенными.

Внедрение новых хирургических технологий в лечении паховых грыж, включая лапароскопические методы герниопластики, обусловливают необходимость тщательного знания анатомии паховой области. Знание взаиморасположения тканей в паховой области является необходимым условием для хирургического лечения паховой грыжи. Анатомия паховой области должна пониматься с учетом трехмерного пространственного расположения и конфигурации. Лапароскопические методики оперирования паховых грыж требуют знания анатомии паховой области с внутренней (перитонеальной) стороны брюшной стенки.

Анатомическое строение может варьировать в связи с различным размером и типом грыж, степенью ожирения и деформацией из-за предшествующих операций. Хирург, выполняющий лапароскопические операции, должен уметь обнаруживать связку Купера, арку апоневроза поперечной мышцы живота, пахово-лонный тракт. Эти структуры составляют границы «рамки», куда помещается эндопротез. Глубокое паховое кольцо, семявыводящий проток, сосуды канатика и наружные подвздошные сосуды являются важными анатомическими ориентирами, которые часто видны через брюшинный покров. Несмотря на то, что некоторые структуры редко видны через брюшину, хирург должен быть способен определить местонахождение бедренного, бедренно-полового нерва и латерального бедренного кожного нерва для уменьшения риска клипирования (повреждения) указанных структур.

Паховый канал у взрослых имеет длину около 4 см и располагается на 2-4 см выше паховой связки, соединяет внутренне и наружное отверстия пахового канала. Паховый канал содержит семенной канатик у мужчин и круглую связку матки у женщин.

Слои брюшной стенки на уровне пахового канала:

1. Кожа.

2. Подкожная клетчатка.

3. Подкожная фасция.

4. Апоневроз наружной косой мышцы живота.

5. Волокна кремастера.

6. Структуры семенного канатика.

7. Волокна кремастера.

8. Поперечная фасция.

9. Предбрюшинная клетчатка с сосудами, нервами, лимфатическими узлами и семявыводящим протоком.

10. Брюшина.

Различают два типа паховых грыж - косую (врожденная паховая грыжа всегда косая) и прямую. Косая паховая грыжа выходит из брюшной полости через латеральную, а прямая - через медиальную паховую ямку. Следует знать анатомические границы так называемого треугольника Хессельбаха. Нижние эпигастральные сосуды составляют его латеральную сторону, медиальной стороной является влагалище прямой мышцы живота, паховая связка является его нижней стороной. Грыжи, развивающиеся внутри треугольника Хессельбаха, являются прямыми, развивающиеся латеральнее этого треугольника - косыми. При врожденной паховой грыже грыжевое выпячивание распространяется по ходу незаращенного влагалищного отростка брюшины. При канальной форме косой паховой грыжи дно грыжевого мешка доходит до наружного отверстия пахового канала. При паховомошоночной форме грыжа спускается в мошонку, растягивая ее. При длительном существовании пахово-мошоночной грыжи паховый канал приобретает прямое направление и наружное его отверстие находится почти на одном уровне с внутренним отверстием (так называемая косая грыжа с выпрямленным ходом). Прямая паховая грыжа выходит из брюшной полости через медиальную паховую ямку, выпячивая перед собой поперечную фасцию (заднюю стенку пахового канала). Пройдя через наружное отверстие пахового канала, грыжевое выпячивание обычно останавливается у корня мошонки над паховой связкой в виде округлого образования. Поперечная фасция препятствует спусканию прямой паховой грыжи в мошонку. Часто прямая паховая грыжа бывает двухсторонней.

Пациент с паховой грыжей обычно жалуется на грыжевое выпячивание в паховой области и умеренные боли или чувство дискомфорта в паховой области. Сильные боли в паховой области при отсутствии ущемления должны насторожить хирурга в отношении другой природы болей. Иногда пациенты жалуются на парестезии, связанные со сдавлением или раздражением паховых нервов.

Из особенностей объективного обследования больного с паховой грыжей следует отметить возможность исследования пахового канала у мужчин, имеющих подвижную кожу мошонки. Инвагинируя кожу мошонки врач попадает указательным пальцем в наружное отверстие пахового канала, которое в норме пропускает только кончик пальца.

При расширении наружного отверстия пахового канала можно ввести в него палец, при ослаблении задней стенки можно завести кончик пальца за лонную кость. После введения пальца в паховый канал просят больного покашлять, либо потужиться - если при этом грыжевое выпячивание увеличивается с латеральной в медиальную сторону и упирается в кончик пальца, то вероятнее всего эта грыжа косая.

Если же грыжевое выпячивание увеличивается из глубины к поверхности и упирается в бок пальца, то вероятнее всего эта грыжа прямая. Дифференциальная диагностика прямой и косой паховой грыжи при физикальном обследовании не так важна, поскольку оба типа паховых грыж оперируются через одинаковый доступ. Диагностика паховой грыжи у женщин основывается на осмотре и пальпации, поскольку введение пальца в наружное отверстие пахового канала невозможно. Несмотря на то, что диагностика паховой грыжи обычное не вызывает затруднений, в некоторых случаях паховую грыжу приходится дифференцировать с другими заболеваниями.

2.3 Бедренная грыжа

Бедренными грыжами называют грыжи, выходящие через бедренный канал. Бедренные грыжи встречаются преимущественно у женщин во второй половине жизни, соотношение мужчин и женщин составляет 1:10. Большую частоту бедренных грыж у женщин объясняют более широким тазом, что обусловливает большую выраженность мышечной и сосудистой лакун и меньшую прочность паховой связки. У детей бедренные грыжи встречаются исключительно редко. Частота ущемлений при бедренной грыже самая высокая, по сравнению с другими видами грыж, и составляет 15-20%. Бедренные грыжи чаще, чем паховые, представляют сложности для диагностики. Известно, что у 10% мужчин и 50% женщин, имеющих бедренную грыжу, уже имеется или в дальнейшем разовьется паховая грыжа.

Сосудистая лакуна - основное место образования бедренных грыж. Наиболее «слабым» ее отделом является бедренное кольцо, располагающееся в самом медиальном отделе лакуны и отграниченное медиально-лакунарной связкой, спереди - паховой связкой, сзади - куперовской связкой, латерально - влагалищем бедренной вены. Бедренное кольцо заполнено жировой клетчаткой. Здесь же находится крупный лимфатический узел Розенмюллера-Пирогова. Диаметр бедренного кольца у мужчин равен 1,2 см, у женщин - 1,8 см.

В возникновении бедренных грыж предрасполагающими и производящими являются те же факторы, которые способствуют возникновению грыж вообще. Анатомо-физиологическими предпосылками являются растяжение и разволокнение связочного аппарата области бедренного канала, чему способствует повышение внутрибрюшного давления, вызываемое повторными беременностями, ожирением и тяжелым физическим трудом. Особое значение имеет ослабление лакунарной связки, которая у пожилых женщин часто выглядит дряблой, отвислой и легко уступает давлению грыжевого выпячивания. Наиболее слабым местом для выхода бедренных грыж является выполненная клетчаткой внутренняя часть сосудистой лакуны, которая при образовании грыжи превращается в бедренный канал.

В процессе формирования бедренная грыжа проходит три стадии.

1. Начальная, когда грыжевое выпячивание не выходит за пределы бедренного канала. Эта стадия грыжи клинически трудноразличима, в то же время, при этой стадии возможно развитие пристеночного ущемления.

2. Неполная (канальная), когда грыжевое выпячивание не выходит за пределы поверхностной фасции, не проникает в подкожную клетчатку скарповского треугольника, а находится вблизи сосудистого пучка. При этой форме грыжи поиски грыжевого мешка во время операции обычно вызывают затруднения.

3. Полная, когда грыжа проходит весь бедренный канал, его внутреннее и наружное отверстие и выходит в подкожную клетчатку бедра. Эта стадия грыжи наблюдается чаще всего. При этом оболочками грыжевого мешка становятся предбрюшинная клетчатка, поперечная фасция, клетчатка сосудистой лакуны, решетчатая фасция. Необязательно имеются все оболочки или они одинаково выражены.

Наиболее характерным клиническим признаком полной бедренной грыжи является наличие грыжевого выпячивания в области бедренно-пахового сгиба. Как правило, это гладкое полусферическое образование небольших размеров, располагающееся ниже паховой связки и кнутри от бедренных сосудов. Бедренные грыжи больших размеров встречаются редко. Редко можно наблюдать грыжи, поднимающиеся вверх над паховой связкой, при этом они могут иметь косое направление и спускаться в мошонку у мужчин и большую половую губу у женщин. По сравнению с другими распространенными грыжами живота, бедренные грыжи часто вызывают трудности при дифференциальной диагностике. Причинами этого являются малые размеры грыж, особенно в сочетании с ожирением, иногда наблюдающееся необычное расположение грыжи и наличие других патологических образований в верхней части скарповского треугольника, которые могут симулировать грыжу.

Увеличение лимфатических узлов в области скарповского треугольника, в частности острый и хронический лимфаденит, метастазы в лимфатические узлы, также могут симулировать бедренную грыжу. При надавливании на такой узле нередко наблюдается ложное впечатление вправления грыжи. При захватывании лимфатического узла и оттягивании его кнаружи часто удается установить отсутствие связи его с бедренным каналом. Симптом кашлевого толчка отсутствует.

В редких случаях за бедренную грыжу может быть принято варикозное расширение большой подкожной вены в области ее устья. Над венозным узлом цвет кожи обычно синеватый, консистенция венозного узла чрезвычайно мягкая, при надавливании опухоль исчезает без характерного для грыжи урчания, перкуторно определяется тупой звук. Выпячивание исчезает при пережатии вены ниже него, а при давлении на область наружного отверстия бедренного канала оно, в отличие от грыжи, не исчезает. Симптом «кашлевого толчка» при варикозном расширении большой подкожной вены в области устья определяется только в вертикальном положении тела больного, при бедренной грыже - как в вертикальном, так и в горизонтальном положении тела. Может наблюдаться сочетание бедренной грыжи и варикозного расширения вен. В исключительно редких случаях за бедренную грыжу может быть принята аневризма бедренной артерии, ошибочно предпринятая операция при этом может закончиться трагически.

Крайне редко за бедренную грыжу может быть принят натечный абсцесс, дающий подкожное выбухание непосредственно под паховой связкой. Главными отличительными признаками его являются флюктуация и наличие данных, свидетельствующих о туберкулезном поражении позвоночника.

Лечение бедренных грыж хирургическое. Способы операции при бедренной грыже зависят от доступа к грыжевым воротам и делятся на бедренные и паховые.

.4 Пупочная грыжа

Пупочной грыжей называют выхождение органов брюшной полости через дефект брюшной стенки в области пупка. При нормальном развитии пупочное кольцо к моменту рождения полностью зарастает и к коже в области пупочного кольца непосредственно прилежит пупочная фасция и брюшина. Врожденные факторы ответственны за большинство пупочных грыж. Известно, что пупочная грыжа чаще встречается у выходцев из Африки, так в США у белых пупочная грыжа встречается в 8 раз реже, чем у чернокожих. Пупочная грыжа встречается у женщин в два раза чаще, чем у мужчин. Заболеваемость пупочной грыжей достигает максимума дважды: первый раз - в раннем детстве, второй раз - в возрасте около 40 лет. Поэтому следует различать пупочные грыжи у детей и пупочные грыжи у взрослых.

Пупочная грыжа является следствием дефекта развития передней брюшной стенки, истончения или недостаточной прочности брюшной фасции. Обычно верхний отдел пупочного кольца, через который проходит пупочная вена, не имеющая мышечной оболочки, является наиболее слабым местом. Если имеется недоразвитие брюшной фасции, то она прикрывает изнутри пупочное кольцо только частично, образуя дефекты, или бывает слишком истончена и недостаточно прочна. Все факторы, вызывающие резкое повышение внутрибрюшного давления (например, коклюш, пневмония, фимоз, дизентерия и т.д.), способствуют появлению пупочной грыжи. Пупочные грыжи возникают, как правило, в первые месяцы жизни, у девочек встречаются в два раза чаще, чем у мальчиков.

Оперативное лечение: производится полуовальный разрез кожи и подкожной клетчатки отступя 1-1,5 см от пупка. Пупок сохраняют, выделяют грыжевой мешок, помня о том, что дно грыжевого мешка интимно связано с истонченной кожей. Мешок вскрывают, содержимое вправляют в брюшную полость, грыжевой мешок прошивают, перевязывают, участок дна оставляют на кожном лоскуте, культю мешка погружают в предбрюшинное пространство. После чего приступают к пластическому этапу операции: если грыжевые ворота небольшие, достаточно наложить на края расширенного пупочного кольца кисетный шов (способ Лексера), можно также закрыть грыжевые ворота ушиванием дефекта в продольном направлении. При редко встречающихся у детей больших пупочных грыжах с большими грыжевыми воротами показаны более сложные пластические операции по способам Сапежко и Мэйо, которые описаны в разделе пупочные грыжи у взрослых.

Пупочная грыжа у взрослых занимает третье место по частоте после паховой и послеоперационной грыжи, чаще встречается после 40 лет и чаще бывает у женщин. Основная причина развития пупочных грыж - врожденная предрасположенность в виде дефекта анатомического строения пупочного кольца, недоразвития или отсутствия пупочной фасции. Также большую роль играют факторы, способствующие повышению внутрибрюшного давления и растяжению брюшной стенки - например беременность, ожирение, асцит, упорные запоры, быстрорастущие опухоли брюшной полости.

Величина грыжи может быть различной, чаще они небольшие - не более 4-5 см в диаметре, но могут достигать и диаметра в 20-30 см. Грыжевые ворота при этом обычно невелики и редко превышают 10 см в диаметре. Грыжевые ворота обычно имеют округлую или овальную форму. Пупочные грыжи часто сочетаются с диастазом прямых мышц живота и грыжами белой линии живота. Грыжевой мешок чаще всего тонкий, спаян с растянутой и истонченной кожей и краями грыжевых ворот. Содержимым грыжевого мешка обычно являются пряди большого сальника и петли тонкой кишки, значительно реже содержимым может быть толстая кишка, печень, желчный пузырь, желудок и даже двенадцатиперстная кишка.

Диагностика пупочной грыжи обычно не представляет больших сложностей из-за наличия характерного выпячивания в области пупка, появляющегося при натуживании или в вертикальном положении больного и исчезающего в горизонтальном положении. Нередко, через истонченную кожу можно пальпировать прядь большого сальника или петлю кишки. Следует помнить, что небольшие уплотнения в области пупка могут оказаться метастазом рака желудка (необходим дифференциальный диагноз с маленькой невправимой пупочной грыжей).

В хирургическом лечении пупочных грыж наиболее распространенными являются аутопластические способы пластики по Мэйо и Сапежко. Операции могут быть выполнены как с удалением, так и с сохранением пупка.

.5 Грыжи белой линии живота

Грыжи белой линии живота чаще встречаются у мужчин (60%) в возрасте 20-35лет, бывают множественными до 20% случаев. У женщин грыжи белой линии живота наблюдаются чаще после 40 лет, у детей встречаются крайне редко. По своим проявлениям схожи с пупочными грыжами. Типичным местом их расположения является расположенная над пупком часть белой линии живота, поэтому часто такие грыжи называют эпигастральными. Предпосылкой образования грыжи белой линии живота является расширение и ослабление белой линии. У молодых мужчин причиной является врожденная предрасположенность к развитию грыж в этой области, у женщин к появлению грыж белой линии живота предрасполагают повторные беременности.

Перекрещивающиеся соединительнотканные волокна в белой линии живота образуют ромбовидные щели, которые обычно заполнены жировой тканью, являющейся отрогами предбрюшинной клетчатки, через них также часто проходят веточки межреберных нервов. Вначале грыжи белой линии живота могут даже не иметь грыжевого мышка и представляют собой выпячивания предбрюшинного жира, которые называют предбрюшинными липомами, хотя они не имеют никакого отношения к истинным доброкачественным опухолям из жировой ткани. Иногда даже может не быть сквозного дефекта в апоневрозе белой линии живота, имеется только углубление на ее задней стенке, в которое проникает предбрюшинный жир. Такие грыжи называют скрытыми, они также могут давать болевые ощущения.

При дальнейшем развитии грыжи в грыжевые ворота вслед за предбрюшинным жиром втягивается прилежащая париетальная брюшина в виде конуса, при дальнейшем увеличении грыжи образуется типичный грыжевой мешок. Чаще всего, содержимым грыжи белой линии живота является прядь большого сальника, реже - круглая связка печени и другие органы брюшной полости. Грыжевые ворота обычно узкие, что вызывает травматизацию внутренних органов, выходящих в грыжевой мешок, вследствие этого грыжа часто становится невправимой.

Грыжи белой линии живота могут быть бессимптомными, сопровождаться местной симптоматикой, а также давать общую симптоматику, симулирующую болезни внутренних органов живота. Бессимптомная грыжа обнаруживается при осмотре, предпринятом по другому поводу. Местные симптомы характеризуются болями при ходьбе, физической нагрузке, резких движениях. К общим симптомам относят боль, чувство давления и распирания в эпигастральной области, диспепсические расстройства. Такие симптомы могут быть вызваны, по-видимому, натяжением подпаянного большого сальника или круглой связки печени. В связи с этим приходится проводить дифференциальную диагностику с заболеваниями желудка, двенадцатиперстной кишки, желчного пузыря. Для исключения заболевания вышеуказанных органов обычно выполняют рентгенологическое или эндоскопическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки, ультразвуковое исследование печени, желчных путей и поджелудочной железы.

Диагностика грыж белой линии живота обычно несложна, однако в некоторых случаях - при небольших размерах грыжи и при избыточном развитии подкожной жировой клетчатки может быть затруднена. Следует помнить, что грыжи белой линии живота могут быть множественными. Исследование больного поводят как обычно при грыжах в вертикальном и горизонтальном положении, иногда для лучшего обнаружения небольшой грыжи выгодно попросить лежащего больного приподняться на локтях. Грыжи белой линии живота редко превышают в размерах 4-5 см, по средней линии живота над пупком обычно пальпируется полушаровидное образование мягко-эластической или дольчато-зернистой консистенции. Пальпация может быть болезненной, при вправлении грыжи можно прощупать дефект в белой линии.

Пациенты с грыжами брюшной стенки составляют до 25% от всех больных общехирургического стационара. К настоящему времени достигнуты значительные успехи в плановом лечении грыж, послеоперационная летальность при плановых грыжесечениях обычно не превышает 0,2-0,3%. При этом, при развитии осложнений и экстренных операциях по поводу осложненных грыж, результаты хирургического лечения хуже, летальность при ущемлении составляет не менее 2-8% и прогрессивно нарастает с длительностью времени, прошедшего от начала развития осложнения до операции и с увеличением возраста больных, особенно после 60-65 лет (до 16-20%). Малоутешительными остаются и результаты лечения других осложнений (воспаление грыжи, травматическое повреждение грыжи и т.д.). Часто причиной неудовлетворительных результатов является не только поздняя обращаемость больных, но и запоздалая диагностика осложнений, связанная с недостаточным вниманием врачей общей практики к жалобам, анамнезу, неумелым обследованием больного. Вот почему врач любой специальности должен уметь распознать грыжу, а также диагностировать, или хотя бы заподозрить развитие осложнения грыжи и вовремя направить больного в хирургический стационар.

Важность проблемы определяется также тенденцией к росту заболеваемости грыжами, отмечаемой в последнее время. Это обусловлено увеличением числа людей пожилого и старческого возраста с присущими им хроническими заболеваниями органов дыхания и кровообращения, мочевыводящей системы, хроническими запорами, приводящими к периодическому повышению внутрибрюшного давления, а также болезнями обмена веществ (ожирение, сахарный диабет). Известно, что частота грыж растет с возрастом, особенно это касается паховой, пупочной и бедренной грыж. Частота ущемлений грыж и необходимость в госпитализации также растет с возрастом. С другой стороны, увеличение количества лапаротомий и расширение объема оперативных вмешательств на органах брюшной полости привело к большому количеству послеоперационных грыж вследствие нарушения анатомо-физиологической целостности брюшной стенки. Наличие грыж нарушает общее состояние больных, снижает их трудоспособность и нередко приводит к тяжелым осложнениям, самым грозным из которых является ущемление. Число пациентов с ущемлением достигает 15-18% от общего числа больных с грыжами. Послеоперационная летальность при этом неотложном состоянии составляет от 3 до 8%, а для больных старше 60 лет она возрастает до 16-20%.

Для хирургического лечения грыж живота в настоящее время известно свыше 300 оперативных способов и модификаций. С целью устранения грыжевого дефекта разработаны многочисленные методики - от простых аутопластических способов за счет собственных тканей больного до сложных реконструктивных операций с использованием искусственных материалов. Однако, как показывает клинический опыт, ни один из способов не гарантирует от рецидивов грыж. Их частота варьирует от 0,5 до 37%, что может в ряде случаев свидетельствовать о несовершенстве используемых методов лечения.

Нельзя недооценивать экономическое значение лечения больных с грыжами, поскольку ежегодно оно требует огромных дополнительных затрат на госпитализацию и амбулаторное долечивание пациентов. Сегодня приходится оперировать 11,4 - 23,3% больных только с рецидивными грыжами.

3. Современные методы лечения грыж

.1 Трансабдоминальная предбрюшинная пластика

Больного укладывают на операционный стол в положение на спине, вводят уретральный катетер. Вмешательство выполняется под общим обезболиванием с искусственной вентиляцией легких. Накладывают пневмоперитонеум. В брюшную полость вводится три троакара. Производится осмотр брюшной полости, определяются основные анатомические ориентиры для препаровки. Устье грыжевого мешка при косой паховой грыже имеется вид воронки брюшины в области внутреннего пахового кольца кнаружи от нижних эпигастральных сосудов, при прямых паховых грыжах воронку брюшины выявляют кнутри от латеральной пупочной складки. Ножницами или электрохирургическим крючком рассекают париетальную брюшину на 1-2 см выше паховой связки параллельно ей от срединной пупочной складки до наружного края внутреннего пахового кольца. При этом важно не повредить нижние эпигастральные сосуды. Листок брюшины сдвигают тупо дорсально и книзу. Затем выделяют грыжевой мешок путем инвагинации его в брюшную полость. Следует учитывать, что на верхушке грыжевого мешка нередко расположена предбрюшинная липома, которую необходимо удалить. Расширяют дефект брюшины по направлению книзу, обнажая все три возможные зоны возникновения грыж - бедренной, прямой и косой паховых. Тщательно выделяют анатомические структуры, предназначенные для фиксации сетки. Для этого подходят: медиальная и краниальная полулунные складки, ограничивающие внутреннее паховое кольцо, межъямковая связка Хессельбаха, гребешковая связка, паховый серп, подвздошно-лобковый тракт, укрепляющий поперечную фасцию вдоль паховой связки.

Прямоугольный сетчатый протез шириной 12-14 см и высотой 8-10 см закругляют на углах, сворачивают на зажиме в трубочку и в специальной гильзе вводят в брюшную полость. Здесь сетчатый протез при помощи тупферов разворачивается и размещается таким образом, чтобы прикрыть все опасные в плане грыже образования места. Фиксацию сетки к ранее выделенным анатомическим образованиям осуществляют при помощи грыжевого степлера. Убеждаются в отсутствии сдавления элементов семенного канатика протезом. Количество накладываемых скобок может быть различным в зависимости от анатомических особенностей и тактики хирурга. Не фиксируют протез в «роковом треугольнике», где лежат крупные сосуды и в «треугольнике боли» во избежание травмы подвздошно-пахового и бедренного нервов. Для предупреждения образования спаек петель кишки с имплантатом, выполненный в начале операции разрез париетальной брюшины ушивают. Края рассеченной брюшины соединяют при помощи степлера или непрерывного шва.

.2 Тотальная экстраперитонеальная герниопластика

При этой методике троакар вводят между прямой мышцей живота и задним листком ее влагалища без вхождения в брюшную полость. Вводится специальный баллон-диссектор, растяжением баллона отслаивают брюшину, создавая тем самым необходимое пространство.

Тотальная экстраперитонеальная лапароскопическая пластика.

Баллон извлекается, образовавшаяся полость поддерживается введением газа. Препаровку предбрюшинной клетчатки производят тупо с продвижением каудально до лонной кости и гребешковой связки, латерально - до наружных подвздошных и нижних эпигастральных сосудов. Париетальную брюшину в процессе препаровки отжимают в дорсальном направлении. Выделяют грыжевой мешок, отделяют от него семявыносящий проток и сосуды яичка. Грыжевой мешок перевязывают и отсекают, при больших пахово- мошоночных грыжах мешок выделяют в дистальной части, вскрывают во избежание образования гидроцеле и оставляют на месте. Препаровку завершают определением всех потенциальных грыжевых ворот, лежащих между белой линией живота и передней верхней подвздошной остью. Подготавливают площадку для размещения полипропиленовой сетки, при этом важно не травмировать имеющиеся здесь сосудисто-нервные образования.

Сетчатый протез размерами 12х17 см вводится через троакар в пред брюшинное пространство и укладывают кнаружи от белой линии живота, накрывая все имеющиеся и потенциальные грыжевые ворота. Защитную сетку фиксируют 1-2 клипсами при помощи степлера к гребешковой связке кнутри от подвздошных сосудов, иногда фиксируют верхние углы имплантата.

Осложнения лапароскопических способов - это чаще всего повреждение нижних эпигастральных сосудов с возникновением кровотечения, реже повреждаются подвздошные и тестикулярные сосуды. Повреждение во время препаровки или фиксации сетки латерального бедренного кожного нерва и бедренной ветви бедренно-полового нерва приводит к невралгиям, которые чаще всего проходят в течение 3 месяцев после операции. Особо надо отметить случайные и не всегда вовремя обнаруживаемые повреждения кишечника, связанные с ними перитониты и абсцессы, требующие срочной лапаротомии и соответствующего лечения. В этом отношении тотальная экстраперитонеальная пластика позволяет избежать подобных осложнений. Рецидивы грыж наблюдаются в 0,5% случаев.

Летальность при плановых грыжесечениях по поводу паховых грыж приближается к нулю. Частота, значимость и природа осложнений при лапароскопическом и традиционном способе оперирования примерно одинакова и достигает 10%.

Интраоперационные осложнения: пересечение структур семенного канатика, повреждение сосудов с возможным развитием кровотечения, пересечение или захватывание в шов нервов, повреждение внутренних органов, как правило мочевого пузыря и толстой кишки. Повреждение нервов является известным осложнением грыжесечения при паховой грыже. При традиционном способе оперирования обычно повреждаются подвздошнопаховый и подвздошно-чревный, при лапароскопической операции - латеральный кожный нерв бедра и бедренно-половой нерв. Захватывание в шов, клипирование нерва может давать боли, парестезии в паху или в зоне иннервации. Также может быть сдавление нерва рубцовой тканью. При послеоперационной невралгии обычно проводится курс консервативной терапии, который часто бывает эффективен и приводит к исчезновению симптомов. При неэффективности консервативной терапии может потребоваться реоперация - невролиз, снятие скобки (лигатуры). Пересечение чувствительного нерва приводит к потере чувствительности в зоне иннервации данного нерва.

Послеоперационные осложнения:

острая задержка мочи 1,0%; мочевая инфекция 0,5%;

раневая инфекция 0,58%; гематома в области раны 0,43%; тромбоэмболия легочной артерии 0,07%; послеоперационное кровотечение 0,02%; ишемический орхит 0,61%; атрофия яичка 0,34%.

Ишемический орхит является следствием тромбоза вен венозного сплетения семенного канатика. Результатом является венозный застой в яичке, которое становится увеличенным и болезненным в срок от 2 до 5 дней после операции. Процесс продолжается в течении 6-12 недель и обычно заканчивается атрофией яичка. Частота ишемического орхита может быть снижена за счет отказа от ненужной препаровки элементов семенного канатика и отказа от иссечения дистальной части грыжевого мешка при большом грыжевом мешке.

Заключение

В заключении хотелось бы отметить, то что новейшие передовые технологии, делают все возможное, чтобы уменьшить риск возникновения грыж. Хирургическое лечение грыж несмотря на длительную историю изучения и разработки методов оперативного лечения остается по-прежнему актуальной проблемой. Если летальность при плановом грыже сечения близка к нулю, то при осложнениях грыжи она остается достаточно высокой. Резервом уменьшения летальности, прежде всего, является с одной стороны, пропаганда планового грыже сечения до развития осложнений, фактически сразу после установления диагноза, с другой стороны, ранняя диагностика осложнений и как можно более раннее направление больного в хирургический стационар. Другой значимой проблемой является рецидив грыж после хирургического лечения, который должен быть сведен до минимума. Процент рецидивов можно снизить более широким применением ненатяжных методов пластики в противоположность традиционным натяжным способам, поскольку натяжение тканей противоречит основным хирургическим принципам.

С внедрением в клиническую практику аллопластических способов закрытия грыжевых дефектов открылись перспективы для снижения числа рецидивов и повышения радикальности лечения сложных форм больших и гигантских послеоперационных грыж. Современная технология производства высокомолекулярных полимеров открыла новые возможности для хирургического лечения грыж в плане уменьшения числа послеоперационных осложнений. Накопленный к настоящему времени опыт по использованию новых синтетических материалов в оперативной герниологии позволяет сделать вывод об их высокой эффективности при пластике дефектов брюшной стенки.

Список литературы

1. Хирургические болезни, т.1. Под ред В.С. Савельева, А.И. Кириенко, М., 2010.

. Хирургические болезни. Учебник./Под ред.М.И. Кузина.-Изд.3-е-М., 2012

. Хирургические болезни. Учебник./Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко.-М.,2011.-т.1,2

. Лекция «Грыжи». В.В.Шимко, КФХ,2011/

. Комплексное учебное пособие «Грыжи». В.В. Шимко, КФХ, 2012.

. Войленко В.Н., Меделян А.И., Омельченко В.М. Атлас операций на

брюшной стенке и органах брюшной полости. М., 2010.

. Егиев В.Н. с соавт. Атлас оперативной хирургии грыж. М., 2013.

. Жебровский В.В., Мохаммед Том Эльбашир. Хирургия грыж живота

и эвентераций. Симферополь,2012.

. Григорьев С.Г. с соавт. Хирургическое лечение грыж живота и их

осложнений. Самара, 2012.

. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки, М., 2009

Приложение 1

Частота возникновения грыж



Приложение 2

Классификация пупочных грыж

Классификация болезни

|  |  |
| --- | --- |
| I. По происхождению: | 1.1 врожденная; 1.2 приобретенная. |
| II. По клиническому течению: | 2.1 первичная; 2.2 рецидивная; 2.3. послеоперационная. |
| III. По наличию осложнений: | 3.1 осложненная; 3.2 неосложненная. |
| IV. По способу лечения: | 4.1 вправляемая; 4.2 невправляемая. |