**Грыжей живота** (hernia abdominata) называют выхождение тканей и органов брюшной полости за её пре­делы вместе с брюшиной, полностью или частично по­крывающей эти органы, через естественные или искус­ственные отверстия в брюшной стенке. Для грыж обяза­тельно наличие трех элементов: грыжевых ворот, грыжевого содержимого (любой орган брюшной поло­сти) и грыжевого мешка.

 **Грыжевыми воротами** (hiatus hernia) назы­ваютотверстия в мышечно-апоневротическом слое передней брюшной стенки, через которые грыжевой мешрк и содержимое выходят нару­жу. Форма, размеры, локализация грыжевых ворот самые различные: щелевидные, оваль­ные, - круглые, треугольные и др. Края грыже­вых ворот разной плотности и эластичности. У здоровых людей грыжевых ворот нет, имею­щиеся отверстия (например, паховый канал) наполнены проходящими в них анатомическими образованиями. При образовании грыжи име­ющиеся отверстия и канал расширяются, при­легающие образования отодвигаются и образу­ются грыжевые ворота.

 **Грыжевой мешок** (saccus hernia) представ­ляет часть париетальной брюшины, которая в виде отростка или дивертикула выпячивается через грыжевые ворота. В грыжевом мешке различают ущье, дно, тело и шейку. Он может иметь различную форму.

 **Грыжевым содержимым**, может быть любой орган брюшной полости. Чаще встречаются: петли тонкой кишки, подвижные отделы тол­стой кишки и большой сальник. Намного реже грыжевым содержимым являются: восходящая и нисходящая толстая кишка, мочевой пузырь, ночки и др.

 От грыж необходимо отличать эвентрацию органов брюшной полости (выпадение непокрытых брюшиной органов брюшной полости через дефекты брюшной стенки) и пролапс (выпячивание органа через есте­ственные отверстия, например, выпадение прямой киш­ки, влагалища и др.).

 **Классификация грыж по локализации**

I. Наружные (паховые, бедренные, пупочные, белой линии живота, полулунной (спигелиевой) линии, мечевидного отростка).

II. Внутренние (внедряющиеся в recessus illeocecalis, foramen oesofageus, надпузырные, в области тазовой брюши­ны, выходящие в foramen obturatorium):

А. Внутрибрюшные внутренние грыжи (брыжеечно-пристеночные, грыжи брыжейки поперечно-ободочной , тонкой, сигмовидной кишки, аппендикса и сальника, серповидной связки печени, Дугласова пространства).

Б. Брюшно-грудные грыжи:

1. Диафрагмальные грыжи (врожденные де­фекты; грудинно-реберные, купола диафраг­мы: истинные и ложные).

2. Аплазия диафрагмы.

3. Грыжи естественных отверстий диафрагмы (пищеводного отверстия, параэзофагальные).

 **Классификация грыж по времени образования**: Врожденные; Приобретенные (от усилия, от слабости брюшной стенки, послеоперационные, травматические, искус­ственные невропатические и патологические гры­жи).

 **Классификация грыж по клиническому течению**

Неосложненные (вправимые, свободные).

Осложненные: а) невправлением (fixata); б) с явлениями копростаза (coprostasis); в) с явлениями воспаления (mflamata); г) с явлениями ущемления (incarcerata); д) с повреждением содержимого грыжевого мешка.

 **Этиология.** Местные причины образования грыж характеризу­ются особенностями анатомического строения в обла­сти грыжевых ворот. Это наличие «слабых» мест брюш­ной стенки (паховый канал, бедренное и пупочное коль­ца, белая линия живота, спигелевая линия и др.).

Предрасполагающими общими факторами являют­ся: наследственность, пол, возраст, особенности тело­сложения, степень упитанности.

К производящим причинам относятся факторы, вы­зывающие повышение внутрибрюшного давления и ос­лабления брюшной стенки. Это тяжелый физический труд, вынашивание беременности, запоры, затруднение мочеиспускания, кашель и др.

 **Патогенез.** Грыжи развиваются стадийно, постепенно. Для па­ховых грыж различают следующие стадии:

1. Начинающаяся грыжа (hernia incipiens). В этой ста­дии формируется грыжевой мешок.

2. Неполная грыжа (hernia incomplete). Грыжевой ме­шок занимает паховый канал, но из наружного пахо­вого отверстия он не выходит (hernia canacularis).

3. Полная грыжа (hernia completa). Грыжевой мешок выходит в подкожную клетчатку (hernia inguinalis).

4. Паховомошоночная грыжа. Грыжевой мешок спу­скается в мошонку (hernia scrotales).

5. Грыжа огромных размеров (hernia permagna).

Для грыж других локализаций отсутствует пахово-мошоночная стадия, и 4-й стадией является грыжа №5.

 **Стадии грыжи:**

I начинающая грыжа, когда происходит формирование грыжевых ворот. Клинически может ничем не прояв­ляться, иногда возникают тянущие, небольшие боли в животе. Характерным признаком явля­ется кашлевой толчок. При пальцевом иссле­довании грыжевых ворот, во время кашля па­лец ощущает толчкообразные движения парие­тальной брюшины. Грыжевого мешка нет.

II неполная грыжа, когда име­ются все составные части грыжи, но грыжевой мешок не прошел всю толщу брюшной стенки. Грыжа появляется только в момент физиче­ского напряжения.

III полная грыжа. Грыжевое выпячивание выходит за пределы брюшной стенки, вызывает деформацию живота, появ­ляется при вставании и небольшом напряже­нии.

IV грыжа огромных размеров, когда в грыжевом мешке располагается значи­тельная часть внутренних органов.

 **Осложнения грыж: 1.** Ущемление (hernia incarcerata); **2.** Невправление (hernia irreponibilis); **3.** Воспаление (hernia inflamatis); **4.** Копростаз (coprostasis).

 **Ущемление**—остро возникающее осложнение грыж, при котором органы брюшной полости, выходя в подкожную клетчатку, передавливаются грыжевыми, воротами (с нарушением в них кровообращения и ин­нервации). По *механизму* возникновения различают: Эластическое — когда под влиянием резкого повы­шения внутрибрюшного давления через грыжевые ворота выходят органы брюшной полости, объем ко­торых больше размеров грыжевого мешка, что при­водит к их растяжению. Каловое — происходит из-за переполнения петли кишки в ГМ каловыми массами. При­водящий отдел кишки при этом растягивается и сдавливает в грыжевых воротах отводящую петлю (и её сосуды и нервы). По *форме* различают- Антеградное — нарушение кровообращения и ин­нервации в грыжевом содержимом. Пристеночное (Рихтеровское) —когда ущемляется только часть окруж­ности кишки. Пассаж по кишке не нарушается. Кли­ническая картина ущемления не выражена, общая симптоматика выражена слабо, а через 2-4 дня после ущемления развивается картина разлитого перито­нита. Ретроградное (грыжа Майдля) содержимое ГМ передавливает участок брыжейки петли кишки, находящейся в брюшной полости, которая и подвергается некрозу, клиническая картина- признаки разлитого перитонита и механической кишечной непроходимости. **Признаки ущемления** Внезапные интенсивные боли в области грыжевого выпячивания,Остро возникшее невправление грыжевого мешка, Легко вправимая грыжа внезапно становится невправимой, резко болезненной, Прогрессирующее увеличение грыжевого выпячи­вания и болей, Прекращение перистальтики в грыжевом мешке. Усиление перистальтики в брюшной полости, Признаки острой странгуляционной непрохо­димости (тошнота, рвота, вздутие живота, су­хость языка и др.). **три периода**: 1) болевой, 2) мнимого благополучия и 3) разлитого перитонита. **ложное ущемление** Брока (Brock). В грыжевом мешке, имеющем сообщение с брюшной полостью, про­исходят изменения, связанные с поступлением в по­лость грыжевого мешка экссудата из брюшной полости (при прободении язвы желудка, кишечника, холецисти­те и др *Признаки «ложного ущемления* Постепенно нарастающая боль, часто пульсирующе­го характера, повышение температуры тела. В области болезненного ранее грыжевого выпячива­ния появляется уплотнение, отечность, напряжен­ность грыжи, достигающая «каменистой плотно­сти», как при ущемлении. **Лечение** - экстренная операция. Задачи - устранить ущемление и выяснить жизнеспособность ущем­ленного органа. При явных признаках некроза ущемленный орган следует резецировать. Если нет явных признаков некроза, ущем­ленную кишку надо обложить салфетками с теплым физиологи­ческим раствором. Ре­зецируя нежизнеспособную петлю кишки, следует отступить от видимой со стороны серозной оболочки границы некроза проксимально не менее 30-40 см, а дистально на 15-20 см.

 **Невправимая грыжа** — это хроническое осложне­ние грыжи, когда вследствие длительного нахождения грыжевого содержимого в грыжевом мешке между ни­ми развивается спаечный процесс, распространяющий­ся с брюшины на подкожную клетчатку. В результате грыжа перестает вправляться, но кровообращение и ин­нервация в грыжевом содержимом не нарушаются. Невправимые грыжи могут осложняться каловым уще­млением. Невправимые грыжи могут быть полными и частичными, когда часть грыжевого содержимого может вправляться. Функция направля­ющихся органов страдает мало. Невправимые грыжи не представляют непосредственной опасности для жизни больных, однако они чаще ущемляются, чем вправимые.

— это хроническое осложне­ние грыжи, когда вследствие длительного нахождения грыжевого содержимого в грыжевом мешке между ни­ми развивается спаечный процесс, распространяющий­ся с брюшины на подкожную клетчатку. В результате грыжа перестает вправляться, но кровообращение и ин­нервация в грыжевом содержимом не нарушаются. Не-вправимые грыжи могут осложняться каловым уще­млением.

 **Воспаление** возникает вследствие проникновения пирогенной микрофлоры в грыжевой мешок со стороны брюшной полости или со стороны кожи и подкожной клетчатки.

Различают следующие признаки воспаления: мест­ные (припухлость, гиперемия, боль в области грыжевых ворот) и общие (повышение температуры тела, ознобы и др.).

 Под **копростаэом** понимают закупорку просвета кишки каловыми массами как в грыжевом мешке, так и сигмовидной и прямой кишки, что приводит к обтурационному илеусу. Признаки обтурации развиваются медленно, посте­пенно. Запорам способствует малоподвижный образ жизни и пища, не содержащая клетчатки (белый хлеб, сыр, сметана и др.).

Появляются упорные запоры, боли в животе, увели­чение грыжевого выпячивания. Редко появляются об­щие симптомы интоксикации.

 **Различия**: Копростаз=1)развив. медленно, 2)безболезненная припухлость, 3)мягость на ошупь, 4)определ. кашлевой толчок. Ущемление=1)развив. внезапно, 2)резко болезненный, 3)резко напряжена, эластичная, 4) толчка НЕТ.

 **Лечение грыж**

Наличие любой грыжи брюшной полости служит показанием для оперативного лечения. Однако в ряде случаев проводится консервативное лечение, которое заключается в ношении бандажа.

Показаниями для ношения бандажа являются абсо­лютные противопоказания для плановой операции со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, централь­ной нервной систем, печени, почек.

Ношение бандажа имеет целью закрытие грыжевых ворот, удержание внутренностей от выпадения и преду­преждение ущемления. Назначение бандажа — вынуж­денная мера, поэтому приходится мириться с недостат­ками этого метода: травмами кожи, грыжевого содержи­мого, образованием спаек в грыжевом мешке и подкож­ной клетчатке, атрофией и ослаблением брюшной стенки и др.

Бандажи для лечения паховых, бедренных грыж — односторонние, двусторонние, ремешковые, на сталь­ной пластине (пружине) — изготавливаются промы­шленным способом и приобретаются в аптеках. Банда­жи для вентральных грыж изготовляются индивиду­ально в ортопедических мастерских по направлению врача. ***Лечение ущемленных грыж.*** Единственным правильными методом лечения больных с ущемленной грыжей является экстренная операция. Абсолютных противопоказаний к хирургиче­скому лечению при ущемленной грыже не существует.

 **Бедренная грыжа** (hernia femoralis). Внутренним отверстием бедренного канала называ­ется пространство, ограниченное сверху пупартовой связкой, снизу - надкостницей лонной кости, медиаль­но - жимбернатовой связкой, а снаружи - бедренной веной.

Пространство между пупартовой связкой, краем подвздошной кости и лонной кости делится подвздош-но-гребешковой связкой на два отдела, наружный — la­cuna miisculorum, в котором проходит подвздошно-по-ясничная мышца и бедренный нерв (m. ileopsoas et n. fe­moralis), и внутренний — lacuna vajorum, где располага­ется бедренная артерия и кнаружи от неё — бедренная вена. В медиальном углу lacuna vasorum располагается небольшая жимбернатова связка.

Наружным отверстием бедренного канала является овальная ямка скарповского треугольника, ограничен­ная серповидным краем широкой фасции бедра и при­крытая решетчатой пластинкой, через которую боль­шая подкожная вена впадает в бедренную вену

 **Классификация бедренных грыж**:

**1.** Мышечно-лакунарные (грыжи Гессельбаха).

**2.** Сосудисто-лакунарные: а) пресосудистая или срединная; б) типичная; в) наружная или боковая; г) лакунарной связки; д) гребешковой связки (жимбернатовой).

 **Паховой грыжей** (hernia inguinata) называется выхождение органов брюшной полости ч-з наружное отверстие пахового канала. *Стенки пахового канала*: передняя — апоневроз наружной косой мышцы жи­вота; задняя — поперечная фасция живота; верхняя — нижний край внутренней косой и попе­речной мышцы живота; нижняя — пупартова связка.

 **Врождённой** называется грыжа, у которой грыже­вым мешком является незаращенный влагалищный отросток брюшины. К 3 месяцу эмбриональной жизни у мальчиков яички расположены забрюшинно па уровне II— III поясничных позвонков. С этого времени начинается процесс опускания яичек. Одновременно в области внутреннего кольца па­хового канала образуется выпячивание брюши­ны — брюшинный влагалищный отросток — ргоcessus vaginalis peritonei. Кроме того, происхо­дит выпячивание поперечной фасции и кожи. По мере опускания яичка формируется мошон­ка. К моменту рождения ребенка яички, пройдя паховый канал, расположены в мошонке. Вла­галищный отросток к тому времени облитерируется и образует собственные оболочки яичка - париетальный и висцеральный листки.

При незаращении влагалищного отростка брюшины в его полость могут проникнуть орга­ны брюшной полости. Образуется врожденная грыжа. Врожденная грыжа может клини­чески проявляться в любом возрасте. Отличительной особенностью является отсутствие стадий в клиниче­ской картине. При наличии производящих факторов она сразу становится пахово-мошоночной. У детей она часто сочетается с крипторхизмом.

 **Приобретенные**. *Косая наружная грыжа* – проходит ч-з наружную паховую ямку. Формы: овальная, канатиковая, пахово – мошоночная. *Прямая грыжа* – выходит из брюшной полости ч-з медиальную ямку, выпячивая поперечную фасцию(задн.стенку пах.канала), пройдя ч-з наружное отверстие пах.канала, располагается у корня мошонки над пупартовой связкой. *Внутристеночные грыжи* – грыж.мешок(ГМ) располагается между различными слоями брюшной стенки. Выделяют: предбрюшинные(ГМ между брюшинной и поперечной фасцией), межмышечные(ГМ между слоями мышц и апоневрозом), поверхностные(ГМ за поверхностным паховым кольцом между апоневрозом НКМ живота и поверхностн. фасцией.

 **Клиническая картина** при неосложненных паховых грыжах. Жалобы на наличие опу­холевидного образования в паховой области и боли различной интенсивности ососбенно при физической нагрузке. Чем больше грыжевое выпячивание, тем более значительные неудобства при­чиняет оно при ходьбе и физической работе, ограничивая трудо­способность. При скользящей грыже мочевого пузыря больные жалуются на учащен­ное мочеиспускание с резями. Соскальзывание в грыжевые ворота слепой кишки сопровождается болями и вздутием живота, запора­ми. При косой паховой грыже вы­пячивание имеет продолговатую форму, расположено по ходу па­хового канала, часто опускается в мошонку. При прямой грыже оно округлое или овальное, расположено у медиальной части па­ховой связки.

 **Оперативное лечение**. 1) Разрез кожи производят параллельно паховой связке и медиальнее от нее на 2 см, от передне-верхней подвздошной ости до симфиза. Это позволяет обнажить паховый канал на всем протяжении, создает удобный оперативный доступ к грыжево­му мешку, семенному канатику, позволяет легко манипулиро­вать в области глубокого пахового кольца и пахового проме­жутка. Освобождается и рассекается апоневроз наружной косой мышцы живота. 2) Тщательное выделение из окружающих тканей грыжевого мешка, высокая его перевязка у шейки и отсечение. 3) Ушивание глубокого пахового отверстия до нормальных размеров (0,6-0,8 см) при его расширении или разрушении. 4) Пластика пахового канала: следует выбирать индивидуаль­но, исходя из вида гр, размеров грыжевых ворот, состояния тканей, возраста больного.

 **Скользящие грыжи**. В некоторых случаях в грыже­вой мешок выходит орган, частично покрытый брюши­ной (слепая, восходящая, нисходящая кишка, мочевой пузырь). Они смещаются в грыжевой мешок, скользя по жировой клетчатке. Одна сторона этого органа, не покрытая брюшиной, затягивается в грыжевой мешок вместе с брюшиной. Париетальная брюшина не покры­вает грыжевое содержимое. *Такие грыжи называются скользящими*. В подобных случаях при выделении грыжевого мешка легко повредить мочевой пузырь, кишку. Это имеет большое значение во время хирурги­ческого вмешательства. Излияние светло-желтой жид­кости во время операции или появление специфиче­ского запаха свидетельствует о повреждении мочевого пузыря, кишки.

 **Дифф. диагноз** с бедренной грыжей, доброкачественными опухолями, лимфадени­том, водянкой семенного канатика. Если грыжевой мешок расположен выше пупарто­вой связки, то грыжа паховая, если ниже — бедренная. Липома по своей консистенции несколько напоми­нает невправимую грыжу, но она исходит из подкожной клетчатки и не имеет связи с грыжевыми воротами, брюшной полостью. Увеличенные лимфоузлы при лимфаденитах спая­ны с окружающими тканями. Как правило, располага­ются они ниже пупартовой связки, на ноге обнаружива­ются входные ворота инфекции. Водянка яичка имеет признаки, характеризующиеся увеличением яичка, образованием в семенном канатике с четкими округлыми границами. Величина образова­ния не зависит от внутрибрюшного давления. При пер­куссии — тупой звук. При диафаноскопии — равномер­ный розовый свет.

 **Пупочные грыжи** при которых грыжевое выпячивание образу­ется в области пупка. принято различать: 1). *Грыжи пуповины* (эмбриональные)-по­рок развития, который является следствием задержки формирова­ния передней брюшной стенки плода. Через просвечи­вающую прозрачную оболочку видны петли кишок и другие орга­ны брюшной полости. Операция состоит в удалении оболочки, покрывающей грыжевое выпячивание и ушивание де­фекта. 2). *Пупочные грыжи* *у детей* являются дефектом развития пере­дней брюшной стенки. Обычно образуются в пер­вые 2-3 месяца жизни у детей с недоразвитой брюшной фасцией, В вертикаль­ном положении ребенка и при натуживании в области пупка по­является грыжевое выпячивание округлой или овальной формы, которое обычно выравнивается при положении ребенка на спине. Нередко у детей к 3-4 и даже к 5-6 годам по мере развития брюш­ного пресса происходит самоизлечение. Операция состоит в выделении и иссечении грыжевого мешка с последующим зашиванием пупочного кольца. 3). *Пупочные грыжи у взрослых* т преимущественно у женщин в возрасте старше 30 лет. В основе возникновения пупочных грыж лежит, с одной стороны дефект анатомического строения пупоч­ного кольца (недоразвитие или атрофия пупочной фасции), с дру­гой стороны - факторы, повышающие внутрибрюшинное давле­ние и растяжение брюшной стенки (беременность, ожирение). Грыжевые ворота при пупочных грыжах обычно имеют округ­лую форму. Грыжевой мешок тонкий, спаян с растянутой и истон­ченной кожей и краями грыжевых ворот. При небольших невправимых грыжах его содержимым чаще всего является сальник. При больших грыжах грыжевой мешок часто бывает многокамерным.

 **Основными операциями** у взрослых являются аутопластические способы Мейо (Выделяют и иссекают ГМ. Грыжевое отверстие рас­ширяют 2 поперечными разрезами белой линии живота и апо­невроза прямых мышц до появления их внутреннего края. Затем накладывают П-образные швы с таким расчетом, чтобы нижний лоскут ложился под верхним. Вторым рядом узловых швов верх­ний лоскут подшивается к нижнему в виде дибликатуры) и Сапежко(Грыжевые ворота рассекают вверх и вниз до мест, где белая ли­ния живота суживается и выглядит малоизмененной. Брюшину отслаивают от задней поверхности влагалища одной из прямых мышц. Затем накладывают швы между краем апоневроза с одной стороны и заднемедиальной частью влагалища прямой мышцы, где отпрепарована брюшина с другой, с тем чтобы создать дибликатуру в продольном направлении шириной 2-4 см. Второй ряд швов прикрывает первый ряд.

 **Дифференциальный диагноз**. Пупочную грыжу необходимо отличать от рака желудка, который часто метастазирует в пупок с симуляцией невправимой гры­жи, с воспалительными заболеваниями желудка.

 **Грыжи белой линии живота** Встречаются чаще у мужчин в возрасте 20-35 лет (60%). Типич­ным местом локализации верхняя (эпигастральная) часть белой линии. Первопричиной является расширение белой линии живота, в белой линии могут возникать ромбовидные щели, образованные перекручивающимися волокнами апоневроза. Эти щели обычно заполнены жировой тканью, которая является час­тью предбрюшинной клетчатки. Вначале они не имеют грыжевого мешка и представляют собой выпячивания предбрюшинного жира, и. В даль­нейшем в грыжевые ворота вместе с жировой тканью втягивает­ся прилежащий отдел брюшины и в последующем постепенно образуется уже настоящий грыжевой мешок, в который чаще всего выпадает участок сальника, реже другие органы брюш­ной полости. Из-за узости грыжевых ворот происходит травматизация выпавшего сальника, и грыжа часто становится невправимой. Нередко грыжи белой линии живота протекают бессимптомно и их обнаруживают только при общем осмотре. Жалобы боль­ных, сводятся к болевым ощуще­ниям в области выпячивания, усиливающимися при нагрузке. Больные могут отмечать также тошноту, отрыжку, изжогу, чув­ство тяжести в эпигастрии.

 **Стадии**:1)Предбрюшинная липома;2)Начинающееся выпячивание брюшины;3)Сформировавшийся грыжевой мешок. *По локализации различают*: Надчревные. Подчревные. Околопупочные.

 **Дифференцировать** грыжи белой линии живота необходимо с язвой желудка, гастритом. Выбор **метода лечения** за­висит от величины грыжи, выраженности клинических симпто­мов, наличия осложнений, общего состояния больного и его воз­раста. Бессимптомно протекающие "предбрюшинные липомы" можно не оперировать. Выбор объема операции зависит от ве­личины грыжи, прочности апоневроза белой линии живота, наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний органов брюшной полости.При небольших грыжах достаточно простого ушивания де­фекта в апоневрозе белой линии живота. Грыжи средних и боль­ших размеров оперируют по Сапежко или Мейо.