**Какие бывают грыжи**

Случается так, что человек и не подозревает о том, что у него сформировалась грыжа. Однако он может ощущать жжение или зуд, а также периодические боли.

**Факторы, предрасполагающие образованию грыж**

Сформированный в процессе эволюции «эластический каркас» передней брюшной стенки состоит из мышц и сухожильных волокон (апоневроза). Он противодействует внутрибрюшному давлению и обеспечивает относительно постоянное положение органов брюшной полости в любом положении тела.

Грыжа образуется при сочетании многих предрасполагающих и способствующих факторов, приводящих к появлению дефектов в этом «каркасе».

К местным факторам относятся:

врожденные дефекты брюшной стенки, при которых с самого рождения существует отверстие в брюшной стенке через которое и выходит грыжа;

истончение и утрата эластичности тканей, вследствие старения организма или истощения, а так же при врожденных аномалиях развития соединительной ткани;

травмы или раны, в том числе и послеоперационные, которые приводят к дегенеративным изменениям в области повреждения;

значительно повышается риск образования грыжи при различных нагноениях, затрагивающих переднюю брюшную стенку;

повышение внутрибрюшного давления, что непосредственно приводит к выходу внутренностей за пределы передней брюшной стенки при наличии вышеперечисленных факторов.

К общим: пол, возраст, наследственность, особенности телосложения, повышение внутрибрюшного давления при асците, ожирении, беременности, дискинезии кишечника.

В зависимости от локализации существуют грыжи паховые, бедренные, пупочные, белой линии живота и другие.

Паховая грыжа

На ее долю приходится до 66- всех грыж. Причиной ее образования являются анатомические особенности паховой области. Паховые грыжи делят на косые и прямые. Косая паховая грыжа находится под кожей, нередко опускаясь в мошонку (у мужчин) или в большую половую губу (у женщин). Прямая паховая грыжа выходит из брюшной полости через медиальную паховую ямку, расположенную напротив поверхностного пахового кольца, и часто бывает двусторонней. Паховая грыжа в большинстве случаев образуется из тонкой кишки и сальника, изредка слепой кишки, червеобразного отростка, мочевого пузыря, сигмовидной кишки, внутренних женских половых органов.

Распознавание паховой грыжи обычно не представляет трудностей, и лишь в начальной стадии развития, когда грыжа еще не вышла за пределы поверхностного кольца, могут возникнуть сомнения.

Бедренная грыжа

Бедренная грыжа встречается чаще у женщин 40–60 лет. Ее развитие обусловлено увеличением размеров и слабостью бедренного кольца. Бедренная грыжа обычно содержит тонкую кишку и сальник, очень редко другие органы брюшной полости (матку, мочеточник и т. д.). Больные жалуются на боли внизу живота, в паховой области и бедре, на тошноту. При осмотре отмечают небольшое выпячивание (с лесной орех, самое большое — с куриное яйцо) овальной формы ниже паховой связки, в отличие от паховой грыжи, располагающейся выше нее.

Пупочная грыжа

Пупочная грыжа — заболевание, характерное для женщин, поскольку, чаще всего, возникает в результате многократных беременностей и родов, ослабляющих брюшную стенку и пупочное кольцо. При такой грыже выходят, как правило, тонкая кишка и сальник, но могут также толстая кишка и желудок. Наличие грыжи нередко вызывает боли и тошноту.

Грыжа белой линии живота

Грыжа белой линии образуется через щели и отверстия между сухожильными волокнами, формирующими белую линию живота. Может быть скрытой, когда грыжевое выпячивание находится в толще белой линии, не нарушая ее пределы. Нередко возникают множественные грыжи, располагаясь одна над другой. Грыжевым содержимым в начальной стадии является предбрюшинный жир, а в дальнейшем — ткань пупочно-печеночной связки, сальник, иногда тонкая кишка. Обычно эти грыжи бессимптомны, но в ряде случаев пациенты жалуются на боли в подложечной области, усиливающиеся после еды, на тошноту и даже рвоту. Нередко грыжа белой линии сопутствует развитию язвенной болезни, рака желудка, холецистита.

Послеоперационная грыжа

Послеоперационная грыжа появляется в области операционного рубца, как правило, после различных осложнений (нагноение, инфильтрация и т. п.). Симптомы — боли, иногда тошнота, рвота, запоры. Выпячивание определяется во время натуживания, кашля или при вертикальном положении больного.

Осложнения при грыжах

Самым грозным осложнением грыж считают ущемление, вызванное внезапным сдавливанием ее содержимого в грыжевых воротах обычно после поднятия тяжестей, сильного натуживания. Причиной ущемления могут быть спастическое сокращение тканей, окружающих грыжевые ворота, рубцовые перетяжки в грыжевом мешке. Чаще ущемлению подвергается тонкая кишка, на месте сжатия которой возникает странгуляционная борозда (резкое истончение кишечной стенки), в результате чего в ущемленной части кишки нарушается кровообращение. Второй механизм возникает при скоплении каловых масс в вышедшей в грыжу кишке. При ущемлении происходит нарушение кровоснабжения органа или ткани, содержащейся в грыжевом мешке. Например, при ущемлении кишки возникает кишечная непроходимость потенциально опасная для жизни. Ущемленные грыжи оперируют, как правило, под общим обезболиванием, которое также сопряжено со многими опасностями.

Лечение грыж

Лечение грыж всегда оперативное. Никаких способов лечения грыж без использования оперативных методик не существует, применение различного вида бандажей способно только не надолго задержать развитие патологии. Необходимо помнить, что затягивание операции чрезвычайно опасно, при первых признаках формирования грыжи нужно обращаться в лечебное учреждение, где может быть решен вопрос о типе необходимой операции.

Оперативное вмешательство при грыжах заключается в удалении грыжевого мешка, вправлении внутренностей в брюшную полость и укреплении слабого участка брюшной стенки в области грыжевых ворот тем или иным путем. В настоящее время существует две методики оперирования наружных грыж — местными тканями и ненатяжные.

Основы первой были сформулированы хирургом из Падуи Бассини (Е. Bassini) в 1884 году. Принципы пластики явились руководством для самых различных вмешательств, однако суть их сводится к следующим положениям: восстановление анатомических соотношений, усиление слабых мест апоневротическими дубликатурами, мышцами и т. п. К настоящему времени существует огромное количество модификаций и усовершенствований данной методики.

В середине 80-х годов прошлого века получила развитие теория ненатяжной пластики. В большей мере эти разработки касались исправления паховых грыж, но их принципы могут быть использованы и при лечении грыж иной локализации. Существует мнение, что главной причиной рецидивов грыж является сшивание с натяжением разнородных тканей, что противоречит биологическим закономерностям заживления ран. Поэтому сейчас предлагают применять для герниопластики различные синтетические имплантаты, позволяющие избежать натяжения тканей при пластике, сшивания разнородных тканей, значительно уменьшить число рецидивов. Отличить через 6 месяцев имплантат от собственных тканей практически невозможно.

Различные типы грыж требуют своих способов лечения.

Паховые грыжи: лечение

Для оперативного лечения паховых грыжах в настоящее время используются следующие методики:

пластика по Бассини и ее разновидности (пластика по Н.И. Кукуджанову и т.д.);

пластика по Е.Е. Shouldice;

операция I.L. Lichtenstein;

пластика с использованием PHS (prolen hernia system);

методика “plug and patch” (пробка и заплата);

эндоскопическая герниопластика (J.D.Corbitt, 1992 год).

Пластика по Бассини относятся к пластикам собственными тканями. Суть операции сводится к трем основным положениям:

перемещение семенного канатика;

создание пахового канала;

закрытие грыжевых ворот мышцами и фасцией.

Пластика по Е. Е. Shouldice отличается наложением непрерывного шва в 2 или 3 слоя. Подобные операции дают 5–10% рецидивов.

Операция I. L. Lichtenstein подразумевает традиционный доступ и пластику задней стенки пахового канала 2-х мерным полипропиленовым или тефлоновым сетчатым имплантатом. Рецидивы составляют около 1%.

Пластика с использованием PHS. Метод подразумевает использование в нетатяжной герниопластике сложного 3-х мерного протеза, состоящего из надфасциального лоскута, коннектора, подфасциального лоскута. Осуществляется традиционный доступ к паховому каналу. Внутренний лоскут протеза складывается, вводится через внутреннее паховое кольцо и расправляется в преперитонеальном пространстве под поперечной фасцией. Наружный лоскут формируется, обеспечивая прохождение семенного канатика, фиксируется аналогично пластике по Лихтенштейну.

Методика “plug and patch” или «пробка и заплата» может считаться разновидностью операции Лихтенштейна. При данной операции осуществляется типичный доступ к паховому каналу. Как правило, при данной операции грыжевой мешок не вскрывается, а погружается обтуратором («пробкой») выполненным из полипропиленовой сетки в виде волана. Обтуратор своей верхушкой направлен в сторону грыжевого мешка, а в области основания фиксируется несколькими швами к окружающим тканям. Задняя стенка пахового канала укрепляется сеткой «заплатой» так, как это выполняется при пластике по Лихтенштейну.

Эндоскопическая герниопластика формирует заднюю стенку пахового канала по типу операции I.L. Lichtenstein, но осуществляются при помощи специального аппаратного и инструментального комплекса посредством лапароскопического доступа.

Бедренная грыжа и грыжа белой линии: лечение

Грыжи белой линии живота и пупочные грыжи могут быть оперированы как традиционными методиками, так и ненатяжными.

К традиционным методикам относятся способы Мейо и Сапежко, они подразумевают пластику грыжевых ворот апоневротическими дубликутурами. В некоторых случаях (особенно у полных пациентов и при генетическом нарушении строения соединительной ткани) при создании дубликатуры можно использовать сетчатый имплантат для армирования лини швов.

При больших грыжевых воротах целесообразнее использовать синтетические протезы, помещая их над апоневрозом или под апоневрозом. При этом грыжевой дефект ушиваем в поперечном направлении нерассасывающейся нитью край в край. Синтетический протез фиксируем аналогичным непрерывным обвивным швом при расположении протеза над апоневрозом или П-образными сквозными швами с помещением сетки под апоневроз.

При гигантских грыжах, когда ушивание грыжевого дефекта невозможно или приводит к появлению выраженной дыхательной недостаточности, пластика осуществляется без использования собственных тканей. Имплантат формируется таким образом, чтобы на 5 см превышать дефект тканей, затем подшивается двумя непрерывными швами по границе грыжевых ворот на 3–4 см отступя от края.

Кроме того в некоторых случаях (при небольших пупочных грыжах) можно использовать эндоскопические методики с укрепление грыжевых ворот имплантатом.

Послеоперационные грыжи

Пластика послеоперационных грыж осуществляется теми же методиками, что и пупочных и белой линии живота. Единственным отличием является иссечение старого послеоперационного рубца и сложность выделения апоневроза и грыжевого мешка из окружающих тканей.

Для выбора тактики лечения грыжи пациенту необходима помощь специалиста, что позволит выбрать оптимальный способ

оперативного вмешательства и определит перечень обязательных обследований в предоперационном периоде.

Стандартное предоперационное обследование при грыжах:

клинический анализ крови;

биохимический анализ крови;

анализ ВИЧ, RW;

анализ на гепатит В, С;

группа крови, резус фактор;

общий анализ мочи;

рентгенологическое исследование грудной клетки;

ЭКГ, заключение кардиолога;

в некоторых случаях — консультация гинеколога или андролога.

В случаях оперативного лечения сложных больших послеоперационных грыж необходимы дополнительные исследования:

изучение функции внешнего дыхания;

показатели работоспособности сердечно-сосудистой системы.

В некоторых случаях в индивидуальном порядке проводится предоперационная подготовка с целью коррекции веса и тренировки в условиях повышенного внутрибрюшного давления.

При наличии сопутствующих заболеваний, таких как: желчнокаменная болезнь, узловой зоб, варикозное расширение вен нижних конечностей, доброкачественные опухоли мягких тканей возможно проведение сочетанных (симультанных) операций с грыжами различных локализаций.

Всех больных с выявленной грыжей после обследования направляют на операцию, кроме пациентов с острыми инфекциями, дерматитом и экземой в области грыжи, с тяжелыми формами заболеваний сердца, легких, почек, печени, женщин при поздних сроках беременности. В таких случаях показано ношение бандажа, хотя это не излечивает грыжу, а лишь замедляет ее развитие.

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://med-service.ru>