

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Курский государственный
медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО
КГМУ Минздрава России)

КАФЕДРА общей хирургии

Реферат на тему " Грыжи передней брюшной стенки "

Выполнила:
Студентка 19 группы 3 курса лечебного ф-та
Лисиченко Т. А.
Преподаватель:
Мутова Т.В.

Курск, 2018 год

Содержание

1. Определение, классификация, причины грыж передней брюшной стенки
2. Этиология и патогенез
3. Виды грыж передней брюшной стенки
 - 3.1 Паховые грыжи
 - 3.2 Бедренная грыжа .
 - 3.3 Пупочная грыжа .
 - 3.4 Грыжи белой линии живота .
 - 3.5 Послеоперационные грыжи .
 - 3.6 Грыжи полулунной (спигелиевой) линии
4. Заключение
5. Литература

1. Определение, классификация, причины грыж передней брюшной стенки

Грыжи передней брюшной стенки - выпячивание из брюшной полости внутренностей вместе с покрывающим их пристеночным листком брюшины под кожу (наружные грыжи) или в различные карманы и сумки брюшины (внутренние грыжи). Местом грыжевого выпячивания могут стать естественные отверстия и щели стенок брюшной полости, размер которых увеличился вследствие похудания, ослабления связочного аппарата и др.) или дефекты тканей (например, истончение послеоперационного рубца и др.).

Классификация:

По происхождению.

Сюда традиционно относят следующие виды грыж:

- Врожденные. Этот вид грыж обычно относят к такому понятию, как врожденные пороки развития. Именно поэтому они имеют свои причинные, топографо-анатомические и клинические особенности.
- Приобретенные, т.е. те, что образовались после рождения человека в силу различных причин.

По наличию осложнений, развившихся вследствие появления грыжи:

- Неосложненные, т.е. те, которые ничем, кроме анатомических особенностей, себя не проявляют.
- Осложненные. Грыжи могут осложняться ее невправимостью, воспалением, застоем каловых масс, разрывом содержимого грыжевого мешка, а также ущемлением грыжи. Именно осложненные грыжи традиционно требуют срочного оперативного вмешательства. . **По клиническому течению:**

- Первичные. Впервые возникшие грыжи.
- Рецидивные. Обычно так называют появление грыж на месте, где уже проводилась операция грыжесечения.
- Послеоперационные. Грыжа, возникающая вследствие ослабления брюшной стенки после какого-либо оперативного вмешательства.

По возможности вправимости без хирургического вмешательства:

- Вправимые, т.е. те грыжи, содержимое которых может быть легко вправлено в брюшную полость через грыжевые ворота или даже вправляется самостоятельно без участия человека.

·Невправимые (чаще в результате развития сращений, спаек). Невправимость грыжи обычно развивается постепенно. Внезапно развившаяся невправимость грыжи, которая ранее была вправимой, является характерным признаком ее ущемления и обычно требует срочной госпитализации.

Элементами грыжи передней брюшной стенки являются:

.Грыжевые ворота;

.Грыжевой мешок:

·Шейка мешка;

·Тело мешка;

·Дно мешка.

.Грыжевое содержимое.

Содержимым грыжевого мешка может быть любой орган брюшной полости. Наиболее характерным признаком грыжи является наличие припухлости, появляющейся при натуживании и исчезающей при расслаблении мышц в положении лежа.

Причины развития грыжи в области передней брюшной стенки: ·возраст, ·наследственность, ·особенности конституции тела, ·ожирение, ·дискинезия кишечника, ·беременность. ·снижение тонуса мышц передней брюшной стенки, ·травматические нарушения с образованием рубцов. ·высокие физические нагрузки, вызывающие увеличение давления в брюшной полости.

1. Этиология и патогенез

Вопросы этиологии и патогенеза грыж передней брюшной стенки являются актуальными как теоретически, так и практически. На брюшной стенке имеются неполноценные участки, которые могут быть названы «слабыми» и при благоприятных условиях являются местом выпячивания брюшины еще до рождения ребенка. К этим «слабым» участкам относятся паховая область (паховый канал), область пупка (пупочное отверстие), белая линия (щели в апоневрозе), полулунная линия, отверстие в мечевидном отростке или расщепление его. Наибольшая часть этих «слабых» участков брюшной стенки находится в связи с наличием врожденных дефектов, неполноценным закрытием отдельных участков ее, почему грыжи, развившиеся при наличии „анатомического неурейства», дефектов эмбрионального развития носят название врожденных грыж. К ним относятся грыжи, выявляющиеся непосредственно после рождения ребенка (паховые, пупочные). Но в практической работе необходимо иметь в виду, что в дальнейшем брюшные грыжи могут развиваться на отдельных участках брюшной стенки, которые имели врожденные анатомические дефекты, предрасполагающие к дальнейшему развитию грыжевых выпячиваний (пупочное отверстие, незарощенный брюшинно-паховый отросток). Совершенно ясно, что при наличии четко выраженных признаков грыжи, установленных непосредственно при рождении ребенка, термин «врожденная» будет правильным. Если выполнение брюшинно-пахового отростка произошло не в день рождения

ребенка, а позже, то нельзя сбрасывать со счетов этого важного этиологического момента. Такую грыжу надо определять как развившуюся в связи с существовавшими при рождении ребенка дефектами брюшной стенки - дефектами врожденного характера. Это касается не только первых месяцев или первого года развития ребенка, но и последующей жизни ребенка, подростка, взрослого. Таким образом развиваются пупочные грыжи, косые паховые при одновременном влиянии внешней среды на ослабленные участки брюшной стенки (внезапное напряжение с повышением внутрибрюшного давления, различные заболевания, ведущие к ослаблению брюшной стенки, нарушения трофики, значительное отложение жировой ткани).

2. Виды грыж передней брюшной стенки

2.1 Паховые грыжи

Паховые грыжи встречаются гораздо чаще, чем все другие грыжи живота. Если больные с вентральными грыжами составляют 8-18 % от общего числа больных хирургических стационаров, то 75-80 % из них больные с паховыми грыжами. Паховые грыжи наблюдаются преимущественно у мужчин. Это связано с тем, что паховый канал у женщин гораздо чаще имеет щелевидную форму, лучше укреплен мышцами и сухожильными слоями, несколько длиннее и уже, чем у мужчин. Соотношение мужчин и женщин при паховых грыжах примерно 6:1. Основными анатомически обусловленными разновидностями паховых грыж

являются: ·косые (*hernia inguinalis externa s. obtigua*); ·прямые (*hernia inguinalis interna s. directa*). Косые паховые грыжи в зависимости от происхождения грыжевого мешка бывают врождёнными и приобретёнными. Для более глубокого понимания принципиального различия между этими двумя формами косых паховых грыж уместно вспомнить особенности эмбрионального развития паховой области, которые находятся в тесной связи с процессом опущения яичка. При косых паховых грыжах грыжевой мешок совершает путь от глубокого пахового кольца, через паховый канал под кожу у корня мошонки и может при благоприятных для развития грыжи условиях опуститься в мошонку, образуя пахово-мошоночную грыжу. Косая паховая грыжа, повторяя ход пахового канала, направлена сверху вниз, сзади и наперёд, снаружи внутрь. В своём развитии она проходит ряд последовательных стадий:) начинающуюся косую грыжу, когда дно грыжевого выпячивания врач достигает пальцем, введённым в наружное отверстие пахового канала, лишь при натуживании больного или кашле;) канальную грыжу, при которой дно грыжевого мешка доходит до наружного отверстия пахового канала;) косую паховую грыжу семенного канатика, при которой грыжа выходит из пахового канала и пальпируется в виде опухолевидного образования паховой области;) косую пахово-мошоночную грыжу, когда грыжевое выпячивание, следуя по ходу семенного канатика, опускается в мошонку. Врождённая паховая грыжа, при которой грыжевым мешком является влагалищный отросток брюшины (*processus vaginalis peritonei*), нередко сочетается с водянкой яичка и семенного канатика. В этом случае возможны следующие варианты:) влагалищный отросток частично облитерирован; при этом отшнуровывается его часть, непосредственно прилежащая к яичку, становясь полостью водянки; верхний отдел влагалищного отростка брюшины становится грыжевым мешком;) влагалищный отросток брюшины, оставаясь незаращённым у глубокого (внутреннего) отверстия пахового канала, облитерируется на отдельных участках. Это приводит к сочетанию врождённой грыжи с кистами семенного канатика.

Клиническая картина Диагностические трудности могут возникнуть тогда, когда грыжевое выпячивание невелико, например, при только начинающихся грыжах, а также, когда оно атипично расположено, например, при межстеночных грыжах. В таких случаях проводят УЗИ для выяснения природы выявленного образования.

Лечение Учитывая высокий риск развития осложнений и еще более высокий риск экстренных оперативных вмешательств, проводящихся по поводу этих осложнений, операции по поводу грыж передней брюшной стенки следует проводить сразу, после того как заболевание диагностировано. При операциях первого типа соединение тканей происходит с их натяжением (иногда такие операции называются "традиционными"), при втором типе операций натяжение тканей отсутствует, и используются имплантаты. Грыжа - это отверстие. Отверстие может быть устранено путем стягивания его краев (с натяжением тканей) или закрыто имплантатом - сеткой, сверху или снизу (без натяжения тканей). На сегодняшний день все большее распространение получают, так

называемые, безнатяжные методы пластики грыж передней брюшной стенки - с использованием сетчатых трансплантатов. При этом в большинстве случаев грыжевые ворота не ушиваются, а закрываются изнутри специальной полипропиленовой сеткой. В дальнейшем эта сетка служит основой для нарастающей соединительной ткани, что создает надежную защиту брюшной стенки в области грыжевых ворот, препятствующую выходу внутренних органов. Из-за отсутствия натяжения тканей снижаются болевые ощущения в послеоперационном периоде, период ограничения физической активности уменьшается с 3-4 мес. до нескольких недель, а самое главное, значительным образом уменьшается вероятность рецидива (повторного возникновения) грыжи. У детей, как правило, сетчатые имплантаты не используются. Наибольшие преимущества, на наш взгляд, особенно при паховых и бедренных грыжах у взрослых дает лапароскопическая техника, когда сетка имплантируется в область грыжевых ворот через 3 прокола от 5 мм до 10 мм, сделанных в области пупка и подвздошных областях (вдали от более чувствительных паховых областей, где производятся стандартные разрезы). Это еще более облегчает послеоперационный период. Применение лапароскопической техники при послеоперационных грыжах не всегда целесообразно. Учитывая явные преимущества такой техники для пациентов всегда при наличии определенных условий (таких как: размеры и локализация грыжевого дефекта, характер предыдущего вмешательства, конституция больного) выполняется лапароскопическое вмешательство. Но окончательно этот вопрос решается только во время консультации, а в ряде случаев только при дополнительном обследовании. В частности, при необходимости проводится ультразвуковое исследование непосредственно перед хирургическим вмешательством, оперирующим хирургом.

Возможные осложнения. Повторное развитие (рецидив). Основное количество рецидивов паховых грыж проявляется в течение первых 3-х лет после операции. Применение лапароскопической техники и совершенствование методов пластики позволило значительно снизить частоту возникновения данного осложнения. В редких случаях возможно появление характерных для всех оперативных вмешательств осложнений, таких как кровотечение и воспаление в ране.

Послеоперационный период Средний срок стационарного лечения составляет 2 - 3 дня. В дальнейшем осуществляется амбулаторное наблюдение в течение 7 - 8 сут., после чего пациенты становятся полностью трудоспособными. Ограничения физической активности минимальны (до 3 недель).

Прогноз благоприятный. При отсутствии рецидива происходит полное выздоровление, то есть в напоминание об операции остается лишь небольшой рубец.

3.2 Бедренная грыжа

Бедренная грыжа - опухолевидное выпячивание, образующееся при выходе петель кишечника и сальника за пределы брюшной полости через бедренное кольцо. Бедренные грыжи располагаются под паховой связкой в месте скарповского треугольника. Его верхней границей является пупартова связка, латеральной - портняжная мышца, медиальной - длинная приводящая мышца бедра. Пространство, расположенное между паховой связкой, подвздошной и лобковыми костями, разделяется подвздошно-гребешковой связкой (*arcus ileopectineus*) на два отдела - латеральную мышечную лауну (*lacuna musculorum*) и медиальную - сосудистую лауну (*lacuna vasorum*). Сквозь мышечную лауну идут подвздошно-поясничная мышца, бедренный нерв, кожно-латеральный нерв бедра, вены. Спереди она ограничена паховой связкой, снаружи *arcus ileopectineus*, изнутри *lig. lacunare* и сзади надкостницей лобковой кости и *lig. pectineale*. Бедренные грыжи составляют 5-8 % грыж. Они возникают преимущественно у женщин, что объясняют наличием широкого таза, выраженностью мышечной и сосудистой лаун, меньшей прочностью паховой связки. В зависимости от места формирования бедренного канала различают: ·грыжу сосудистой лауны (латеральную, интравлагалищную, тотальную); ·грыжу мышечной лауны (грыжу Гассельбаха). В процессе формирования бедренной грыжи выделяют три стадии: .Начальная - грыжевой мешок расположен за пределами внутреннего бедренного кольца. На этой стадии бедренная грыжа трудно различима клинически, однако может сопровождаться пристеночным (рихтеровским) ущемлением. При неполной (канальной) стадии грыжевое выпячивание находится внутри бедренного канала, в границах поверхностной фасции. Полная стадия характеризуется выходом грыжи из бедренного канала в подкожную клетчатку бедра, иногда - в половую губу у женщин или мошонку у мужчин. Обычно бедренная грыжа диагностируется уже в полной стадии.

Симптомы бедренной грыжи В начальной и неполной стадии бедренная грыжа проявляется дискомфортом в паховой области или нижних отделах живота, которые усиливаются при ходьбе, беге и другой физической активности. Иногда в этих стадиях бедренная грыжа протекает бессимптомно и впервые проявляется только в связи с пристеночным ущемлением. Полная бедренная грыжа характеризуется появлением видимого грыжевого выпячивания в пахово-бедренной складке. Грыжевое выпячивание, как правило, имеет небольшие размеры, гладкую поверхность, полусферическую форму; располагается под паховой складкой. Грыжевое выпячивание появляется в положении стоя или при

натуживании; после вправления исчезает, что сопровождается характерным урчанием. При наличии в грыжевом мешке петель кишечника во время перкуссии определяется тимпанит. Важным дифференциально-диагностическим критерием вправимой бедренной грыжи служит положительный симптом кашлевого толчка. В редких случаях при бедренной грыже может возникать отек нижней конечности на соответствующей стороне, обусловленный сдавлением бедренной вены, ощущение «ползания мурашек» и онемения. При попадании в грыжевой мешок мочевого пузыря развиваются дизурические расстройства. К осложнениям бедренной грыжи относят ее воспаление и ущемление, копростаз. Воспаление бедренной грыжи может протекать по серозному и гнойному типу. Обычно сначала воспаляется грыжевое содержимое (аппендикс, кишка, придатки матки и т. д.), реже воспаление переходит на грыжевой мешок с кожных покровов. Воспаленная бедренная грыжа становится отечной, возникает гиперемия кожи, усиливаются боли, повышается температура тела. В отдельных случаях развивается перитонит. При ущемленной бедренной грыже развивается острое нарушение кровоснабжения и иннервации органов, составляющих грыжевое содержимое. При этом грыжа увеличивается в размерах, становится невправляемой, плотной, резко болезненной при пальпации. Возникают сильные боли в области ущемления или во всем животе, развивается задержка стула и газов. Длительное ущемление бедренной грыжи может привести к некрозу органов и развитию кишечной непроходимости. В этом случае появляется икота, тошнота, повторная рвота, схваткообразные боли.

Диагностика бедренной грыжи Отсутствие ярких проявлений в начальных стадиях заболевания затрудняет раннюю диагностику бедренной грыжи. При распознавании бедренной грыжи учитывается типичная симптоматика (наличие сферического выпячивания в области бедренного треугольника в вертикальном положении и вправимость в положении лежа, симптом кашлевого толчка и др.), аускультативные данные (выслушивание перистальтических шумов), перкуторное определение тимпанита и др. В ходе пальпации грыжевого мешка можно определить характер его содержимого, уточнить размеры грыжевого канала и вправляемость бедренной грыжи. Бедренную грыжу в процессе диагностики дифференцируют от паховой грыжи, липомы, лимфаденита, натечного абсцесса, варикозно расширенных вен, тромбоза, аневризмы бедренной артерии, метастазов злокачественных новообразований. Для определения содержимого грыжевого мешка проводится ультразвуковое сканирование грыжевого выпячивания, ирригоскопия, УЗИ мочевого пузыря и малого таза.

Лечение бедренной грыжи Консервативные подходы к лечению бедренной грыжи отсутствуют; при выявлении заболевания показано хирургическое вмешательство - грыжесечение с пластикой дефекта (герниопластика). В хирургии разработано множество способов и модификаций оперативных вмешательств, которые в зависимости от используемого доступа делятся на паховые (способ Руджи, Парлавецчио) и бедренные (способ Бассини, Локвуда, Герцена и др.), а по способу закрытия грыжевых ворот могут быть простыми и пластическими. Операция при бедренной грыже предполагает вскрытие грыжевого мешка, осмотр его содержимого, при необходимости - резекцию измененного сальника, вправление грыжевого содержимого в брюшную полость, перевязку и иссечение

грыжевого мешка и пластику грыжевого канала. Герниопластика может производиться с использованием собственных тканей пациента или синтетических материалов (полимерных сеток). При ущемленной бедренной грыже может потребоваться выполнение срединной лапаротомии с резекцией нежизнеспособного участка кишечника. Прогноз и профилактика бедренной грыжи В большинстве случаев при неущемленной бедренной грыже прогноз хороший. Наибольшее количество рецидивов отмечается при бедренных способах грыжесечения. При отсутствии лечения может сформироваться невправимая бедренная грыжа, в 82-88% случаев возникает ущемление.

Профилактика развития бедренной грыжи состоит в укреплении мышц передней брюшной стенки, ограничении физических нагрузок, ношение бандажа в течение беременности, правильном питании, устранении надсадного кашля. Предотвратить жизнеугрожающие осложнения позволяет как можно более раннее радикальное лечение бедренной грыжи.

3.3 Пупочная грыжа

Пупочная грыжа - состояние, при котором внутренние органы (кишечник, большой сальник) выходят за пределы передней брюшной стенки через отверстие, локализующееся в области пупка (пупочное кольцо). Пупочные грыжи у малышей Пупочные грыжи у малышей являются следствием дефекта развития передней брюшной стенки. Все факторы, вызывающие увеличение внутрибрюшного давления, могут привести к возникновению грыжи. Пупочные

грыжи встречаются у малышей довольно часто, особо у девочек, появляются они, как правило, в первые месяцы жизни.

Признаки пупочной грыжи: в вертикальном положении и при натуживании у малыша в области пупка появляется выпячивание округлой или овальной формы, которое традиционно самостоятельно вправляется при горизонтальном положении на спине. Если грыжевые ворота широкие, грыжа свободно выходит и вправляется обратно. При узких грыжевых воротах грыжа может вправляться с трудом, что расценивается как частичное ущемление. Полные ущемления встречаются не часто.

Пупочные грыжи у взрослых. Пупочные грыжи у взрослых составляют всего 3-5% от всех грыж живота. Возникают они преимущественно у женщин в возрасте старше 30 лет, так как беременность и роды ослабляют пупочное кольцо. Большие грыжи не часто имеют многокамерный грыжевой мешок, содержимым которого могут быть желудок и кишечник. Проявления пупочной грыжи зависят от ее величины, размеров грыжевых ворот, выраженности спаечного процесса и сопутствующего ожирения. Грыжи бывают вправляемыми и не вправляемыми, когда грыжевой мешок срастается с окружающими тканями при помощи спаек. Не часто небольшие пупочные грыжи не доставляют больным беспокойства, если грыжевые ворота достаточно широкие и грыжа свободно вправляется. Большие грыжи при относительно узких воротах затрудняют продвижение содержимого по кишечнику, поэтому больные страдают запорами, периодически появляющимися болями, у них часто бывает тошнота и даже рвота. Особенно выражены эти явления при невримых грыжах. Состояние заболевших часто усугубляется присутствием ожирения. Ущемление пупочной грыжи Пупочные грыжи взрослых имеют склонность к ущемлению, особо, в пожилом возрасте. Объясняется это тем, что чем дольше существует грыжа, тем больше возникает условий для ее ущемления. Ущемляться могут грыжи любой величины. Признаком ущемления является внезапная боль в области грыжевого выпячивания и невримость ранее вправлявшейся грыжи. При ущемлении кишечных петель обнаруживаются признаки острой кишечной непроходимости.

Лечение пупочных грыж. Лечение пупочных грыж у малышей чаще ведется консервативным способом (без операции): укрепление брюшной стенки при помощи гимнастики и массажа. К заклеиванию грыжи лейкопластырем стоит относиться осмотрительно, так как раздражение на коже от пластыря может стать причиной распространенной инфекции. Обычно к 3-5 годам пупочное отверстие сокращается и самостоятельно закрывается. Если этого не происходит, то лечение должно быть оперативным. Лечение пупочных грыж у взрослых должно быть оперативным. Консервативное лечение вероятно только при неосложненных грыжах и при наличии серьезных противопоказаний для операции (любые острые заболевания и обострение хронических заболеваний, тяжелые заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем, поздние периоды беременности). Консервативное лечение состоит в ограничении физических нагрузок и ношении бандажа. Кроме того, всем пациентам,

страдающим пупочной грыжей и имеющим ожирение, рекомендуется сбросить вес.

3.4 Грыжа белой линии живота

Грыжа белой линии живота (предбрюшинная липома) - состояние, при котором в сухожильных волокнах между мышцами по средней линии живота образуются щели, через которые выходит сначала жир, а затем и органы брюшной полости.

В зависимости от расположения относительно пупка различают следующие грыжи белой линии живота:

1. надпупочные - расположенные выше пупка;
2. околопупочные - находящиеся рядом с пупочным кольцом; подпупочные - расположенные ниже пупка.

Выделяют три стадии грыжи:

- . предбрюшинную липому;
- . начальную грыжу;
- . сформированную грыжу.

На стадии липомы через щелевидные дефекты белой линии живота выпячивается предбрюшинный жир. Затем образуется грыжевой мешок - это уже начальная стадия. При появлении расхождения мышц (диастаза) и прогрессировании процесса в грыжевой мешок попадает часть сальника или участок стенки тонкой кишки. Грыжа сформировалась: в области белой линии живота возникает плотное болезненное образование, грыжевые ворота (через которые выходят органы брюшной полости) обычно овальной или округлой формы, их диаметр колеблется от 1 до 12 см. Нередко возникают множественные грыжи белой линии живота, располагающиеся одна над другой.

Осложнения: · ущемление грыжи - внезапное сдавление грыжевого содержимого в грыжевых воротах. Неотложная помощь требуется при ущемлении пупочной грыжи и появлении следующих симптомов: · тошнота, рвота; · кровь в кале, отсутствие дефекации и отхождения газов; · быстро нарастающая боль в животе; · грыжа не вправляется при легком нажатии в положении лежа на спине.

Причины Белая линия живота - это узкая сухожильная пластинка между прямыми мышцами живота между лобком и мечевидным отростком грудины. У прямой мышцы живота, формирующую данную область, есть от 3-6 сухожильные перемишки. Причиной грыжеобразования в этой зоне является врожденная или приобретенная слабость соединительной ткани белой линии живота. Подчас это приводит к ее истончению и расширению, появлению отверстий в белой линии и образованию диастаза прямых мышц живота (расхождению прямых мышц живота). Ширина белой линии в норме составляет 1-3 см, а при ее изменении более может достигать 10 см, в зависимости от степени диастаза. Грыжа белой линии чаще возникает у мужчин 20-30 летнего возраста. Типичным местом локализации является эпигастральная часть белой линии. К предрасполагающим факторам, ослабляющим соединительную ткань белой линии живота, относят: · наследственную слабость соединительной ткани; · ожирение; · послеоперационные

рубцы. Факторы риска, связанные с повышением внутрибрюшного давления: ·физическое перенапряжение; ·запоры; ·беременность; ·асцит; ·длительный кашель.

Профилактика грыжи белой линии живота: ·ношение бандажа во время беременности; ·правильное питание; ·тренировка мышц живота; ·нормализация веса; ·использовать правильную технику поднятия тяжестей, ·не поднимать слишком тяжелые предметы. Лечение грыжи белой линии живота Избавиться от грыжи можно только хирургически в условиях стационара.

Виды операций (герниопластика):) Пластика местными тканями - ушивание дефекта белой линии живота с ликвидацией возможного диастаза прямых мышц. Однако из-за слабости соединительной ткани и значительной нагрузки на швы после операции в 20-40% случаев возникают рецидивы (повторное образования грыжи).) Пластика с применением синтетических протезов - установка сетки для закрытия дефекта апоневроза после устранения диастаза прямых мышц при грыже белой линии живота. Вероятность рецидива очень мала. Операция выполняется под наркозом. Особенностью хирургического лечения грыж белой линии живота является то, что устранения только одной грыжи недостаточно. Необходимо устранение диастаза прямых мышц живота.

3.5 Послеоперационная грыжа

Послеоперационная грыжа (вентральная грыжа, рубцовая грыжа) - состояние, при котором органы брюшной полости (кишечник, большой сальник) выходят за пределы брюшной стенки в области рубца, образовавшегося после хирургической операции. **Симптомы**

- болезненное выпячивание в области послеоперационного рубца;
- боль в животе, особенно при натуживании и резких движениях;
- тошнота, иногда рвота.

Методы диагностики

- обследование у хирурга;
 - рентгенография желудка и двенадцатиперстной кишки;
 - гастроскопия (ЭГДС, эзофагогастродуоденоскопия)
 - герниография
- рентенологический метод, заключающийся в введении в брюшную полость специального контрастного вещества с целью исследования грыжи;
- УЗИ грыжевого выпячивания; ·компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости.
- Течение заболевания** Послеоперационные грыжи на ранних стадиях являются вправимыми и не сопровождаются болевыми ощущениями. Однако при резком натуживании, падении, поднятии тяжести боли появляются и выпячивание увеличивается. При прогрессировании грыжи болевые ощущения усиливаются, приобретая иногда схваткообразный характер. Одновременно развиваются вялость кишечника, запор, метеоризм, тошнота, отрыжка, резко снижается активность больных, периодически наблюдаются каловые застои, сопровождающиеся интоксикацией.

Классификация послеоперационных грыж:

- малые - не изменяют общую конфигурацию живота;

- средние - занимают часть какой-либо области передней брюшной стенки;
- обширные - занимают область передней брюшной стенки;
- гигантские - занимают две, три и более областей. Осложнения послеоперационной грыжи живота:

- ущемление - внезапное сдавление грыжевого содержимого в грыжевых воротах;
- копростаз - застой каловых масс в толстом кишечнике.

Неотложная помощь требуется при ущемлении послеоперационной грыжи и появлении следующих симптомов: ·тошнота, рвота; ·кровь в кале, отсутствие дефекации и отхождения газов; ·быстро нарастающая боль в животе; ·грыжа не вправляется при легком нажатии в положении лежа на спине.

Прогноз Послеоперационные грыжи успешно лечатся хирургическим путем. При отсутствии лечения может сформироваться невправимая грыжа и развиваться ее ущемление.

Причины появления послеоперационной грыжи Послеоперационная грыжа является следствием ранее выполненного оперативного вмешательства. Определяющими причинами для ее развития служат: ·нагноение, воспаление операционного шва; ·хирургические ошибки, допущенные по ходу первой операции; ·повышенная физическая нагрузка после операции; ·нарушение режима ношения бандажа передней в послеоперационном периоде; ·недостаточные восстанавливающие силы и низкий иммунитет; ·сильный кашель, рвота, запоры в послеоперационный период. Профилактика ·ношение бандажа после операции на брюшной полости; ·правильное питание; ·нормализация веса; ·ограничение физических нагрузок после операции.

Лечение послеоперационной грыжи Избавиться от послеоперационной грыжи можно только хирургическим путем. Виды операций (герниопластика):) Пластика местными тканями - ушивание дефекта апоневроза передней брюшной стенки. Пластика местными тканями возможна лишь при небольшом размере дефекта - менее 5 см. При устранении малых послеоперационных грыж допустимо местное обезболивание, в остальных ситуациях операция выполняется под наркозом.) Пластика с применением синтетических протезов - укрытие дефекта апоневроза при послеоперационной грыже синтетическим протезом. Существуют различные способы, отличающиеся различным расположением сетки в анатомических структурах передней брюшной стенки. Вероятность рецидива очень мала. Операция выполняется под наркозом.

3.6 Грыжа спигелиевой (полулунной) линии живота

Грыжа спигелиевой (полулунной) линии живота (*hernia linea semilunaris (spiegel)*) - это выпухание внутренних органов через патологическое пространство, овальной или щелевидной формы, по линии, проходящей от пупка в направлении передней верхней ости подвздошной кости (реже выше или ниже этой линии), рядом с наружным краем влагалища прямой мышцы.

Грыжи спигелиевой линии живота бывают трех видов:

- подкожные;
- интерстициальные (грыжевой мешок находится между апоневрозом и внутренней косой мышцей);
- предбрюшинные.

Симптомы грыжи спигелиевой линии живота Имеющаяся грыжа спигелиевой линии, симптомы имеет во многом схожие с другими видами грыж живота. Локализуются в основном с одной, реже с двух сторон. Опухолевидное образование на передней брюшной стенке, при пальпации мягкое и эластичное, возможно его вправление при небольших размерах. Пациент жалуется на чувство дискомфорта, тяжести, тупые боли в области грыжи, порой имеющие волнообразный характер. Затруднение в диагностике вызывают грыжи маленьких размеров и расположенные под брюшиной или интерстициально. Пальпаторно небольшие шарики грыжи плохо определяются, особенно при значительном слое подкожно-жировой клетчатки, а симптоматика не характерна, и может напоминать почечную колику, приступ аппендицита, аднексит у женщин. В таких случаях для правильной постановки диагноза требуются дополнительные методы диагностики: ·УЗИ; ·компьютерная томография; ·магнитно-резонансная томография. **Лечение грыжи спигелиевой линии (полулунной)**

Лечение грыжи спигелиевой линии (полулунной) предусматривается только хирургическое, из-за риска осложнений. Грыжа полулунной линии имеет узкие грыжевые ворота и неэластичные края, что в несколько раз увеличивает процент опасного для жизни пациента осложнения - ущемления грыжевого содержимого. Сделать это можно при открытом виде оперативного вмешательства и использовать для создания двойной дубликатуры собственные ткани пациента. Возможно использование синтетических протезов. Применение сетки весьма оправдано при больших размерах грыж.

4. Заключение

Хирургическое лечение грыж несмотря на длительную историю изучения и разработки методов оперативного лечения остается по-прежнему актуальной проблемой. Если летальность при плановом грыжесечении близка к нулю, то

при осложнениях грыжи она остается достаточно высокой. Резервом уменьшения летальности, прежде всего, является с одной стороны, пропаганда планового грыжесечения 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.

5.Список литературы

1. «Хирургия грыж брюшной стенки» (Воскресенский Н.В., Горелик С.Л. - 2010 г., Москва)
2. С.С. Харнас Грыжи передней брюшной стенки (клиника, диагностика, лечение). Учебное пособие для студентов медицинских вузов. --2009.
3. Смолева Э.В. Сестринское дело в терапии. - Ростов н/Д : Феникс, 2007.
4. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. Под редакцией профессора И.И. Бобрика, К.: Высшая школа, 2011. - 469 с.
5. Руководство к практическим занятиям по хирургии. Под редакцией профессора И.И. Бобрика, К.: Высшая школа, 2007. -477 с.
6. Хирургические болезни с уходом за больными. Под редакцией профессора И.И. Бобрика, М.: Медицина, 2012. - 584 с.
7. Воскресенский Н.В., С.Л. Горелик. Хирургия грыж брюшной стенки. М.: 2010. - 543 с.
8. Кукуджанов Н.И.. Паховые грыжи, М.: Медицина, 2007. - 245 с.
9. Краткий терапевтический справочник. Под редакцией И. А. Афанасьева, Саратов, 2007. - 919 с.
10. Камков В.В, Кудинова Т.В, Дейнега И.В., Основы общей и частной патологии. Донецк.: 2013. - 59 с.

Список интернет - ресурсов:

11. <http://stopgryzha.ru/belly/gryizhi-peredney-bryushnoy-stenki-sposobyi-lecheniya>