

Д.А. Нурмаков

# Хирургические болезни

---

Учебник

2-е издание, дополненное и переработанное

Рекомендовано к изданию  
МС КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова



Москва  
Издательство «Литтерра»  
2017

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений . . . . .	8
Предисловие . . . . .	9
<b>Глава 1.</b> Деонтологические вопросы в хирургии . . . . .	11
<b>Глава 2.</b> Наружные грыжи живота . . . . .	17
2.1. Общая часть . . . . .	17
2.1.1. Общая симптоматология и порядок обследования больных с вправимыми наружными грыжами живота . . . . .	22
2.1.2. Общие принципы лечения вправимых наружных грыж живота. . . . .	23
2.2. Специальная часть . . . . .	25
2.2.1. Паховые грыжи . . . . .	25
2.2.2. Бедренные грыжи . . . . .	34
2.2.3. Пупочные грыжи. . . . .	38
2.2.4. Грыжи белой линии живота . . . . .	41
2.2.5. Послеоперационные грыжи . . . . .	44
2.3. Осложнения грыж живота . . . . .	47
2.3.1. Ущемление грыжи. . . . .	47
2.3.2. Невправимость грыжи . . . . .	53
2.3.3. Копростаз . . . . .	54
2.3.4. Воспаление грыжи . . . . .	54
2.4. Тесты и ситуационные задачи для самоконтроля . . . . .	55
<b>Глава 3.</b> Заболевания червеобразного отростка . . . . .	61
3.1. Анатомия и физиология червеобразного отростка . . . . .	61
3.2. Варианты расположения отростка в брюшной полости. . . . .	63
3.3. Острый аппендицит . . . . .	65
3.3.1. Типичная клиническая картина острого аппендицита. . . . .	67
3.3.2. Клинические проявления атипичных форм острого аппендицита . . . . .	70
3.3.3. Особенности острого аппендицита у беременных, детей и стариков . . . . .	78
3.3.4. Лечение острого аппендицита. . . . .	80
3.3.5. Осложнения острого аппендицита. . . . .	82
3.4. Хронический аппендицит . . . . .	88
3.5. Тесты и ситуационные задачи для самоконтроля . . . . .	89

<b>Глава 4. Заболевания желчного пузыря и внепеченочных желчных путей</b> . . . . .	96
4.1. Клиническая анатомия и физиология желчного пузыря и желчных протоков . . . . .	96
4.2. Желчнокаменная болезнь . . . . .	100
4.2.1. Классификация желчнокаменной болезни (Нурмаков А.Ж., Поташов Л.В., 1993) . . . . .	102
4.2.2. Клиническая картина неосложненной формы желчнокаменной болезни . . . . .	104
4.2.3. Методы инструментального исследования желчного пузыря и протоков . . . . .	105
4.2.4. Исследования, выполняемые во время операции на желчных путях . . . . .	111
4.2.5. Консервативные методы лечения желчнокаменной болезни . . . . .	112
4.2.6. Холецистэктомия . . . . .	113
4.3. Осложнения желчнокаменной болезни . . . . .	117
4.3.1. Острый холецистит . . . . .	117
4.3.2. Холедохолитиаз . . . . .	119
4.3.3. Холангит . . . . .	127
4.4. Тесты и ситуационные задачи для самоконтроля . . . . .	130
<b>Глава 5. Заболевания поджелудочной железы</b> . . . . .	137
5.1. Анатомия и физиология поджелудочной железы . . . . .	137
5.2. Острый панкреатит . . . . .	142
5.3. Хронический панкреатит . . . . .	160
5.4. Кисты поджелудочной железы . . . . .	166
5.5. Тесты и ситуационные задачи для самоконтроля . . . . .	171
<b>Глава 6. Заболевания пищевода</b> . . . . .	177
6.1. Анатомия и физиология пищевода . . . . .	177
6.2. Методы исследования пищевода . . . . .	182
6.3. Повреждения пищевода . . . . .	186
6.3.1. Механические повреждения пищевода . . . . .	186
6.3.2. Инородные тела пищевода . . . . .	198
6.3.3. Химические ожоги и рубцовые сужения пищевода . . . . .	202
6.4. Заболевания пищевода . . . . .	212
6.4.1. Ахалазия кардии . . . . .	212
6.4.2. Халазия кардии . . . . .	222
6.4.3. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь . . . . .	225
6.4.4. Дивертикул пищевода . . . . .	231
6.5. Тесты и ситуационные задачи для самоконтроля . . . . .	236

<b>Глава 7. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки . . . . .</b>	<b>242</b>
7.1. Анатомия и физиология желудка и двенадцатиперстной кишки . . . . .	242
7.2. Методы исследования желудка и двенадцатиперстной кишки . . .	246
7.3. Перфорация гастродуоденальной язвы . . . . .	250
7.3.1. Период шока . . . . .	251
7.3.2. Период «мнимого благополучия» . . . . .	253
7.3.3. Период разлитого перитонита . . . . .	254
7.4. Пенетрация гастродуоденальной язвы . . . . .	255
7.5. Стеноз выходного отдела желудка . . . . .	258
7.5.1. Компенсированный стеноз выходного отдела желудка . . . . .	258
7.5.2. Субкомпенсированный стеноз привратника . . . . .	259
7.5.3. Декомпенсированный стеноз привратника . . . . .	260
7.6. Кровотечение из гастродуоденальных язв . . . . .	262
7.7. Малигнизация язвы . . . . .	268
7.8. Основные принципы хирургического лечения осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки . . . . .	269
7.9. Тесты и ситуационные задачи для самоконтроля . . . . .	272
<b>Глава 8. Острая кишечная непроходимость . . . . .</b>	<b>278</b>
8.1. Анатомия и физиология кишечника . . . . .	278
8.2. Кишечная непроходимость (общая часть) . . . . .	282
8.2.1. Этиология острой кишечной непроходимости . . . . .	283
8.2.2. Патогенез и патофизиологические изменения при острой кишечной непроходимости . . . . .	284
8.2.3. Общие клинические проявления и методы диагностики острой кишечной непроходимости . . . . .	286
8.2.4. Общие принципы лечения острой кишечной непроходимости . . . . .	292
8.3. Отдельные формы кишечной непроходимости . . . . .	295
8.3.1. Динамическая кишечная непроходимость . . . . .	295
8.3.2. Механическая кишечная непроходимость . . . . .	298
8.4. Тесты и ситуационные задачи для самоконтроля . . . . .	308
<b>Глава 9. Перитониты . . . . .</b>	<b>315</b>
9.1. Анатомия и физиология брюшины . . . . .	315
9.2. Перитонит . . . . .	316
9.2.1. Острый распространенный гнойный перитонит . . . . .	319
9.2.2. Абсцессы брюшной полости . . . . .	329
9.3. Тесты и ситуационные задачи для самоконтроля . . . . .	332

<b>Глава 10.</b> Заболевания прямой кишки . . . . .	338
10.1. Анатомия и физиология прямой кишки . . . . .	338
10.2. Методы обследования больных с заболеваниями прямой кишки . . . . .	341
10.3. Геморрой . . . . .	343
10.4. Анальная трещина . . . . .	349
10.5. Выпадение прямой кишки . . . . .	351
10.6. Острый парапроктит . . . . .	357
10.7. Хронический парапроктит . . . . .	363
10.8. Тесты и ситуационные задачи для самоконтроля . . . . .	374
<b>Глава 11.</b> Гнойные заболевания легких и плевры . . . . .	379
11.1. Анатомия и физиология легких и плевры . . . . .	379
11.2. Методы исследования легких и плевры . . . . .	383
11.3. Абсцесс и гангрена легкого . . . . .	387
11.3.1. Острый абсцесс легкого . . . . .	391
11.3.2. Хронический абсцесс легкого . . . . .	399
11.3.3. Гангрена легкого . . . . .	403
11.4. Бронхоэктатическая болезнь . . . . .	405
11.5. Эмпиема плевры . . . . .	413
11.5.1. Острая эмпиема плевры . . . . .	414
11.5.2. Хроническая эмпиема плевры . . . . .	427
11.6. Спонтанный пневмоторакс . . . . .	431
11.7. Тесты и ситуационные задачи для самоконтроля . . . . .	445
<b>Глава 12.</b> Заболевания артерий и вен . . . . .	452
12.1. Анатомия и физиология артерий и вен . . . . .	452
12.2. Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей . . . . .	454
12.3. Варикозное расширение вен нижних конечностей . . . . .	468
12.4. Тромбозы и эмболии . . . . .	482
12.4.1. Венозные тромбозы . . . . .	484
12.4.2. Артериальные тромбозы и эмболии . . . . .	485
12.4.3. Отдельные виды артериальных тромбоэмболий . . . . .	490
12.5. Тесты и ситуационные задачи для самоконтроля . . . . .	501
<b>Глава 13.</b> Заболевания щитовидной железы . . . . .	506
13.1. Анатомия и физиология щитовидной железы . . . . .	506
13.2. Классификация заболеваний щитовидной железы . . . . .	508
13.3. Методы обследования больных с заболеваниями щитовидной железы . . . . .	509

---

13.4. Диффузный токсический зоб (тиреотоксикоз) . . . . .	517
13.5. Эндемический зоб . . . . .	528
13.6. Спорадический зоб . . . . .	531
13.7. Тесты и ситуационные задачи для самоконтроля . . . . .	532
<b>Глава 14. Заболевания молочной железы . . . . .</b>	<b>537</b>
14.1. Анатомия и физиология молочной железы . . . . .	537
14.2. Методы исследования молочных желез . . . . .	541
14.3. Мастит . . . . .	543
14.3.1. Острый мастит . . . . .	543
14.3.2. Хронический мастит . . . . .	550
14.4. Мастопатия . . . . .	551
14.5. Фиброаденома молочной железы . . . . .	554
14.6. Тесты и ситуационные задачи для самоконтроля . . . . .	557
<b>Глава 15. Хирургические паразитарные заболевания</b>	
<b>внутренних органов . . . . .</b>	<b>563</b>
15.1. Эхинококкоз . . . . .	566
15.2. Альвеококкоз . . . . .	576
15.3. Аскаридоз . . . . .	581
15.4. Описторхоз . . . . .	583
15.5. Амебиаз . . . . .	584
15.6. Тесты и ситуационные задачи для самоконтроля . . . . .	588
Эталоны правильных ответов на тестовые задания . . . . .	594
Список рекомендуемой литературы . . . . .	596
Глоссарий . . . . .	597

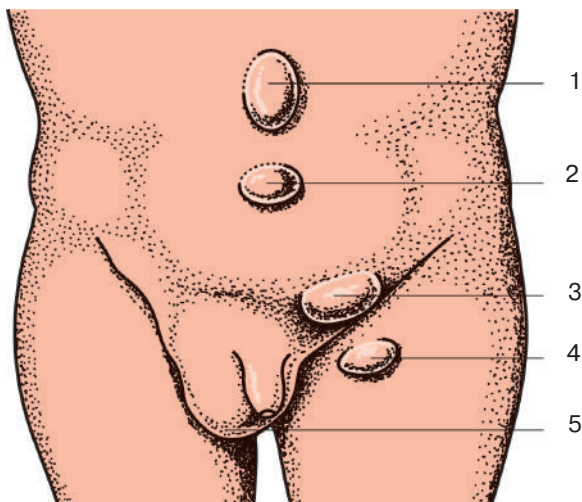
## Глава 2

# НАРУЖНЫЕ ГРЫЖИ ЖИВОТА

### 2.1. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

Определение понятия. Наружной грыжей (*Hernia externa*) называется выпячивание под кожей, обусловленное выходением из брюшной полости внутренних органов через естественные или искусственные дефекты в фасциальных и мышечно-апоневротических слоях брюшной стенки вместе с париетальной брюшиной (рис. 2.1).

Встречаются и внутренние грыжи (*Hernia interna*), которые возникают внутри брюшной полости в различных карманах, образованных



**Рис. 2.1.** Схема расположения наиболее часто встречающихся наружных грыж живота: 1 — грыжа белой линии живота; 2 — пупочная грыжа; 3 — паховая грыжа; 4 — бедренная грыжа; 5 — пахово-мошоночная грыжа (Из: Нурмаков А.Ж., Баймаханов А.Н. Хирургиялык аурулар: окулык. — М.: Литтерра, 2017)

углублениями брюшины (брюшинные карманы) или когда орган переходит из одной полости в другую. Например, органы брюшной полости могут перейти в грудную полость через естественные или приобретенные отверстия и щели диафрагмы.

От наружной грыжи живота следует отличать такие понятия, как эвентрация и выпадение.

Эвентрация (правильнее подкожная эвентрация) — это выхождение органов брюшной полости под кожу через дефект в брюшной стенке, включающий и париетальный листок брюшины. Обычно эвентрация возникает после различных оперативных вмешательств на органах брюшной полости.

Выпадение (*prolapsus*) представляет собой выхождение внутренних органов через естественные каналы и щели или через искусственный дефект за пределы брюшной полости наружу. Например, выпадение прямой кишки через анальный канал, матки — через влагалище или петли кишок, пряди сальника — через проникающую в брюшную полость рану.

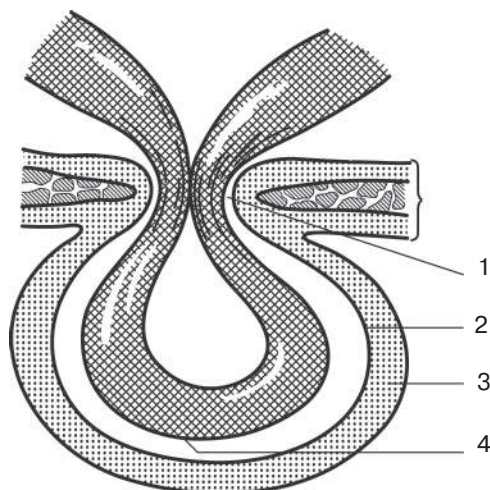
#### ***Классификация грыж живота***

- По анатомической локализации:
  - наружные (паховая, бедренная, пупочная и др.);
  - внутренние (диафрагмальная, грыжа Винслова отверстия, грыжа в области илеоцекального кармана и др.).
- По происхождению:
  - врожденные;
  - приобретенные.
- По клиническому течению:
  - неосложненные (вправимые);
  - осложненные (ущемление, невправимость, копростаз, воспаление).

***Элементы наружной грыжи живота.*** В строении каждой грыжи живота следует различать следующие составные части: грыжевые ворота, грыжевой мешок, грыжевые оболочки и грыжевое содержимое (рис. 2.2).

***Грыжевые ворота*** — это физиологические (естественные) щели, каналы или искусственные слабые места в стенках брюшной полости. Например, паховый канал, пупочное отверстие, треугольник Пти и др. Грыжевыми воротами являются и дефекты брюшной стенки, образующиеся после травм, операций, ранений и т.д. (искусственный дефект).





**Рис. 2.2.** Элементы наружной грыжи живота: 1 — грыжевые ворота; 2 — грыжевое содержимое; 3 — грыжевой мешок; 4 — грыжевые оболочки (Из: Нурмаков А.Ж., Баймаханов А.Н. Хирургиялык аурулар: окулык. — М.: Литтерра, 2017)

Размеры грыжевых ворот могут быть различными — от нескольких сантиметров, пропускающих один палец (пупочные, паховые), до огромных размеров (при грыжах белой линии живота, послеоперационных и др.).

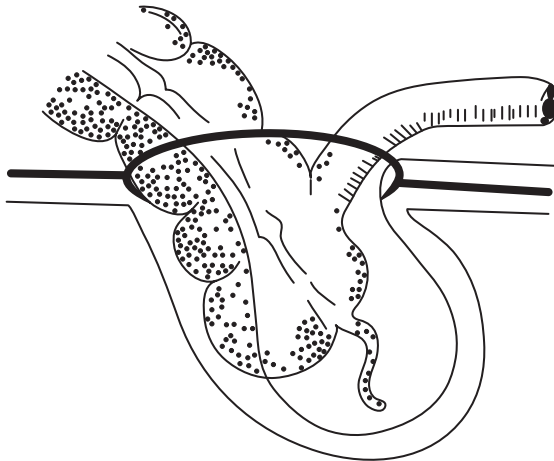
*Грыжевой мешок* образуется из выпятившейся через грыжевые ворота части париетального листка брюшины. В грыжевом мешке различают устье, шейку, тело и дно. Устьем называют часть грыжевого мешка, расположенную в толще грыжевых ворот, где полость мешка соединяется с брюшной полостью. Устье переходит в шейку, имеющую вытянутую в виде трубки форму, которая, расширяясь, образует тело грыжевого мешка. Тело грыжевого мешка в размерах может колебаться от минимальных до огромных (так называемые гигантские грыжи). Гигантский грыжевой мешок может быть и многокамерным. Такой грыжевой мешок чаще наблюдается при послеоперационных (вентральных) грыжах. Стенка грыжевого мешка, в зависимости от длительности заболевания, также подвержена значительным колебаниям: от тонкой полупросвечивающей пленки брюшины до омолозлой, рубцово-утолщенной ткани.

Дно грыжевого мешка имеет практическое значение в том смысле, что на этом участке чаще встречается сращение между ним и грыжевым содержимым или с окружающими тканями, что приводит к неправи-ности грыжи.

*Грыжевые оболочки* — это прилегающие снаружи непосредственно к грыжевому мешку рыхлая соединительная ткань, предбрюшинная клетчатка, а иногда фасциально-апоневротические образования и сосуды. При паховой грыже у мужчин в состав грыжевых оболочек может входить семенной канатик.

*Грыжевое содержимое* — это внутренние органы или их часть, которые выходят через грыжевые ворота и располагаются в грыжевом мешке. Грыжевым содержимым чаще всего являются те органы (или часть их), которые наиболее близко расположены к месту грыжевых ворот или наиболее подвижны. Это петли тонкой кишки, сальник, отделы ободочной кишки, червеобразный отросток, маточные трубы и др. Если выходит петля кишки, то различают ее приводящее и отводящее колена. Внутренние органы в грыжевой мешок могут выходить порознь (простые грыжи) или в различных взаимосочетаниях (комбинированные грыжи).

При выхождении органа, не со всех сторон покрытого брюшиной (мочевой пузырь, восходящая часть ободочной кишки и др.), грыжа называется *скользящей* (рис. 2.3). При этом одну из стенок грыжевого мешка может образовывать непокрытая брюшиной стенка органа. В некоторых случаях петля тонкой кишки выходит в грыжевой мешок не полностью, а выпячивается лишь участком своей стенки (грыжа Рихтера). Очень редко грыжа передней брюшной стенки может содержать врожденный дивертикул подвздошной кишки. Дивертикул Меккеля



**Рис. 2.3.** Скользящая грыжа (схема)

может находиться в грыжевом мешке в свободном состоянии либо сращен с ним (грыжа Литре).

**Этиология и патогенез.** Механизм образования грыж сложен и многообразен. Помимо местных предрасполагающих факторов, в основе которых лежат топографо-анатомические изменения, существуют общие факторы, способствующие появлению грыж типичной локализации. Общие факторы образования грыж делят на две принципиально различные группы: предрасполагающие и производящие. К предрасполагающим факторам относятся возраст, пол, наследственность, конституция тела, частые роды у женщин, травмы передней брюшной стенки, послеоперационные рубцы, паралич нервов брюшной стенки. Производящими являются факторы, способствующие повышению внутрибрюшного давления или его резким колебаниям: тяжелый физический труд, частый плач или крик в младенческом возрасте, длительный кашель, трудные роды, частые и продолжительные запоры, затрудненное мочеиспускание.

При приобретенных грыжах под влиянием повышенного внутрибрюшного давления внутренние органы раздвигают впереди себя слои брюшной стенки и как бы выталкивают пристеночную брюшину через отверстие в брюшной стенке, одновременно формируя грыжевые ворота и грыжевой мешок, который окончательно формируется посредством растяжения и прогрессирующего выпячивания париетальной брюшины (рис. 2.4).



**Рис. 2.4.** Схематическое изображение механизма развития грыжи (Из: Нұрмаков А.Ж., Баймаханов А.Н. Хирургиялық аурулар: оқулық. — М.: Литтерра, 2017)

Причиной образования врожденной грыжи является недоразвитие брюшной стенки во внутриутробном периоде, при этом вначале формируются грыжевые ворота и грыжевой мешок, позже в результате физического усилия внутренние органы проникают в грыжевой мешок.

### **2.1.1. Общая симптоматология и порядок обследования больных с правыми наружными грыжами живота**

Наружным грыжам живота присущи некоторые общие признаки независимо от их локализации.

**Жалобы.** Субъективные проявления наружных грыж живота могут быть весьма разнообразными. Нередко больные вовсе ни на что не жалуются, и грыжа у них обнаруживается случайно (во время медицинских осмотров). Чаще больные предъявляют жалобы на припухлость в так называемых грыжевых точках (область пахового канала, передне-внутренняя поверхность верхней трети бедра, область пупочного кольца и т.д.). Эта припухлость, в зависимости от размеров грыжи, может вызывать чувство дискомфорта, а может даже причинять боль. Боль обычно тупая, распирающая, усиливающаяся при длительной ходьбе и физической нагрузке. Боль может быть не строго локализованной, а подчас возникает в весьма отдаленных от припухлости зонах. Характерно усиление боли при длительной ходьбе, физической нагрузке и т.д.

При выяснении жалоб больные часто указывают на то, что припухлость появляется при кашле, натуживании, при вертикальном положении тела и исчезает или значительно уменьшается в размерах при отсутствии указанных факторов.

**Анамнез заболевания.** При ознакомлении с анамнезом заболевания необходимо (если это возможно) установить время появления припухлости, ее причины (физическая нагрузка, длительный кашель, тяжелые роды и др.). Увеличение размеров припухлости в динамике. При послеоперационных грыжах важно установить время и причину первичной операции, завершилась ли она оставлением дренажей и тампонов, характер заживления послеоперационной раны (первичное, вторичное), соблюдение трудового режима после операции.

**Анамнез жизни.** В этом разделе, помимо общепринятых сведений, следует обратить внимание на характер выполняемой работы, перенесенные заболевания, сопровождавшиеся длительным кашлем, запором и др., которые могли быть причиной повышения внутрибрюшного

давления, на потерю веса, на наследственные факторы (конституциональная предрасположенность). У женщин надо узнать число беременностей и характер родов (тяжелые роды).

**Объективное обследование.** При объективном обследовании больных с наружной грыжей живота следует обратить внимание на общее состояние, тип телосложения, развитие мышц и подкожно-жировой клетчатки.

**Хирургический (локальный) статус.** Осматривается область локализации грыжевого выпячивания и определяются его форма и размеры. Появление (или увеличение размеров) припухлости при кашле, натуживании, при вертикальном положении и т.д. и исчезновение ее при их отсутствии.

Пальпацией определяется консистенция припухлости (мягкая, эластичная), ее поверхность (гладкая, дольчатая), вправимость (вправимая, невправимая). При попытке вправить грыжевое содержимое следует обратить внимание на наличие урчания (кишечник). После вправления грыжевого содержимого определяются размеры грыжевых ворот и феномен (симптом) «грыжевого толчка». Для этого в состоянии вправленной грыжи, не убирая палец, введенный в грыжевые ворота, необходимо попросить больного покашлять, и при этом исследующий четко ощущает толчкообразные движения, стремящиеся вытолкнуть палец из грыжевых ворот. С помощью перкуссии грыжевого выпячивания можно определить, является ли грыжевым содержимым кишечник (тимпанит), что можно подтвердить аускультацией (перистальтический шум).

Результаты лабораторно-биохимических исследований при несложном течении грыжи, как правило, не отклоняются от нормальных показателей и не имеют диагностической ценности.

При скользящих грыжах для подтверждения диагноза возможно проведение рентгенологического исследования (ирригоскопия, хромоцистоскопия).

## **2.1.2. Общие принципы лечения вправимых наружных грыж живота**

Самоликвидации грыжи у взрослых, как правило, не бывает, и лишь у маленьких детей (1–3 года) это возможно по мере роста и физического укрепления передней брюшной стенки.

Единственно правильным и радикальным способом лечения наружных грыж живота является хирургический метод.

В некоторых зарубежных странах, особенно в США, применяется инъекционный метод. Сущность его заключается во введении в полость грыжевого мешка раздражающих склерозирующих веществ (спирт, скипидар, раствор йода и др.), вызывающих асептическое воспаление, которое приводит к облитерации грыжевого мешка.

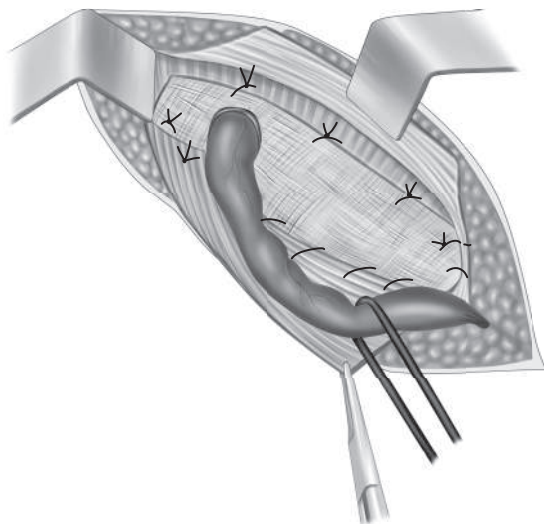
Этот метод применяется только при условии полного вправления грыжевого содержимого в брюшную полость.

В последнее время все популярнее становится лечение грыж с помощью эндовидеоскопических операций.

**Хирургический метод.** В подавляющем большинстве случаев операции по поводу наружных грыж живота выполняются под местным обезболиванием (инфильтрационная анестезия по Вишневскому А.В.). Но в ряде случаев (гигантская грыжа, лабильная нервная система больного, непереносимость местноанестезирующих веществ и др.) применяются и другие виды обезболивания (эндотрахеальный или внутривенный наркоз, перидуральная и спинномозговая анестезия и др.).

Почти при всех видах наружных грыж живота принцип операции единообразен, и основные этапы его заключаются в следующем.

- Полное выделение грыжевого мешка (до шейки) из грыжевых оболочек.
- Вскрытие грыжевого мешка и вправление содержимого в брюшную полость.
- Прошивание грыжевого мешка у шейки и отсечение его.
- Проведение пластики (укрепления) дефекта стенки живота с использованием местных тканей или других материалов (ауто-, гомо-, гетеро-, аллопластика). В настоящее время широкое распространение получил метод ненатяжной герниопластики (рис. 2.5), когда закрытие дефектов и слабых мест брюшной стенки осуществляется с помощью протезирующих материалов без натяжения собственных тканей. Данный метод герниопластики, ввиду отсутствия дополнительной травматизации, ишемизации и нарушений трофики тканей, обеспечивает лучшие условия для регенерации и меньший риск развития рецидива. Для ненатяжной герниопластики применяются разнообразные синтетические протезы, имеющие различную конфигурацию (плоские и трехмерные сетки, заплаты и пр.), которая зависит от анатомической локализации грыжи, способа пластики и технического решения (открытая или эндоскопическая операция).



**Рис. 2.5.** Схема ненатяжной герниопластики при паховой грыже с применением синтетической сетки (Из: Хирургические болезни: учебник: в 2 т. / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014)

## 2.2. СПЕЦИАЛЬНАЯ ЧАСТЬ

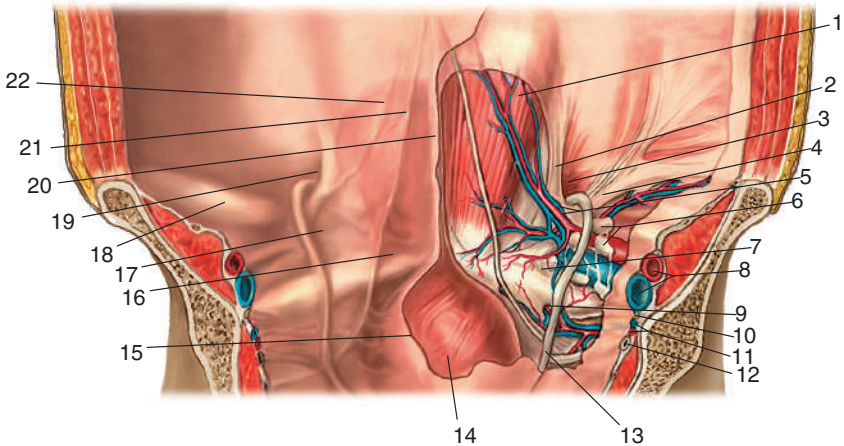
### 2.2.1. Паховые грыжи

Грыжи, локализующиеся в так называемом треугольнике Венгловского, называются паховыми. Границами этого треугольника являются: сверху — линия, соединяющая обе верхнепередние ости подвздошной кости (*Spina iliaca anterior superior*), снизу — пупартова (паховая) связка (*Lig. inguinalis*), с внутренней стороны — наружный край прямой мышцы живота. В этом треугольнике располагается паховый канал, в котором у мужчин в норме проходит семенной канатик, а у женщин — круглая связка матки.

В связи с тем что семенной канатик занимает больше места, чем круглая связка, паховый канал у мужчин значительно шире, чем у женщин, что влияет на частоту паховых грыж у мужчин. Общеизвестно, что паховые грыжи составляют 75–80% от всех видов грыж, а из них 73,5% встречаются у мужчин. Паховый канал имеет косое направление —

сверху вниз, сзади наперед и к середине. В нем определяют четыре стенки: передняя, которую составляет апоневроз наружной косой мышцы живота; задняя стенка представлена поперечной фасцией живота; нижняя — пупартовой связкой и верхняя — нижними краями поперечной и внутренней косой мышцами живота. Паховый канал имеет два отверстия: наружное и внутреннее.

Наружное отверстие (кольцо) пахового канала образовано ножками апоневроза наружной косой мышцы живота, которые прикрепляются к лонному бугорку. Для полного представления места нахождения внутреннего кольца пахового канала необходимо знание топографо-анатомических особенностей задней поверхности нижней отдела передней брюшной стенки (рис. 2.6). Здесь имеются три складки (тяжи) — латеральная (*plica umbilicalis lateralis*), медиальная (*plica umbilicalis medialis*) и срединная (*plica umbilicalis medianus*). Между этими складками имеются три углубления: латеральное (*fovea ingvinalis lateralis*),



**Рис. 2.6.** Задняя поверхность нижнего отдела передней брюшной стенки (Из: Войленко В.Н., Меделян А.И., Омельченко В.М. Атлас операций на брюшной стенке и органах брюшной полости. — М., 1965): 1 — *m. rectus abdominis*; 2 — *lig. interfoveolare*; 3 — *anulus inguinalis profundus*; 4 — *lig. inguinale*; 5 — *a. et v. epigastrica inferior*; 6 — лимфатические узлы; 7 — *lig. lacunare*; 8 — *a. et v. iliaca externa*; 9 — *foramen obturatorium*; 10 — *n. obturatorius*; 11 — *a. et v. obturatoria*; 12 — *ureter dexter*; 13 — *ductus deferens*; 14 — *vesica urinaria*; 15 — *peritoneum*; 16 — *fossa supravesicalis*; 17 — *fossa inguinalis medialis*; 18 — *lig. inguinale*; 19 — *fossa inguinalis lateralis*; 20 — *plica umbilicalis media*; 21 — *plica umbilicalis medialis*; 22 — *plica umbilicalis lateralis*



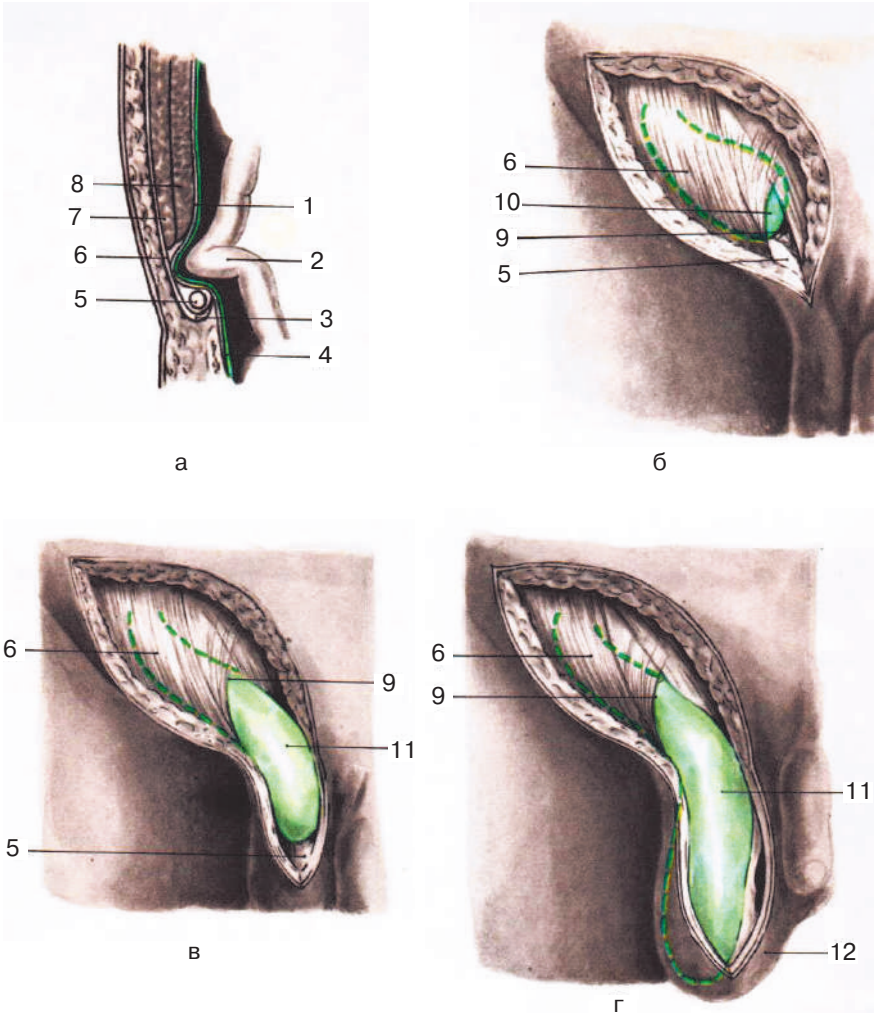
медиальное (*fovea inguinalis medialis*), надпузырное (*fovea supravesicalis*). Латеральное углубление соответствует внутреннему кольцу пахового канала. Если грыжа выходит через внутреннее отверстие (кольцо) пахового канала и проходит через весь паховый канал, грыжа будет называться *косой*. Если же грыжа выходит через медиальное углубление, грыжа будет называться *прямой*.

Косая паховая грыжа является наиболее распространенным видом наружных грыж живота. Она может быть односторонней, двусторонней, врожденной и приобретенной.

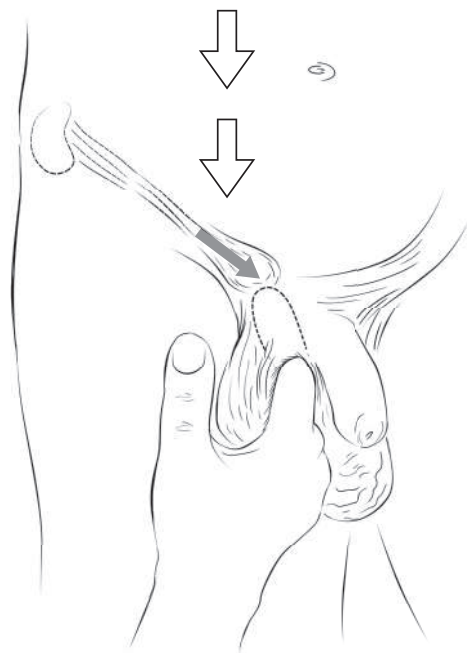
**Врожденная паховая грыжа (*hernia inguinalis congenita*).** Образование врожденной грыжи связано с процессом опускания яичек в ходе эмбрионального развития плода. Известно, что в первые месяцы внутриутробной жизни плода яичко располагается в забрюшинном пространстве на уровне II–III поясничных позвонков и постепенно опускается в мошонку, пройдя через паховый канал. При прохождении через паховый канал параллельно процессу опускания яичка образуется выпячивание париетальной брюшины — влагалищный отросток брюшины (*processus vaginalis peritonei*), который сопровождает яичко до полости мошонки. После полного завершения миграции яичка влагалищный отросток, состоящий из двух листков париетальной брюшины, облитерируется, а дистальный участок образует серозную оболочку яичка. В том случае, когда влагалищный отросток остается незарощенным, его полость является грыжевым мешком, куда может выходить грыжевое содержимое, и таким образом формируется врожденная паховая грыжа.

**Приобретенная косая паховая грыжа (*hernia inguinalis acquisita*)** образуется под влиянием факторов, изложенных в общей части, и повторяет ход пахового канала, идет сверху вниз, сзади наперед, снаружи внутрь. В развитии косой паховой грыжи различают несколько стадий (Крымов А.П., 1929) (рис. 2.7).

- Начальная стадия, когда грыжа начинает выходить через внутреннее отверстие пахового канала. В этой стадии больные могут предъявлять жалобы на тянущие боли в паховой области при физической нагрузке, длительной ходьбе. При объективном исследовании может быть небольшое расширение наружного пахового отверстий (кольца).
- Канальная стадия, при которой грыжа проходит весь паховый канал, но не выходит за его пределы. В этой стадии выявляется



**Рис. 2.7.** Стадии развития косой паховой грыжи по А.П. Крымову: а — начальная; б — канальная; в — канатиковая; г — пахово-мошоночная; 1 — *fascia transversalis*; 2 — тонкая кишка; 3 — *lig. inguinale*; 4 — *peritoneum*; 5 — *funiculus spermaticus*; 6 — апоневроз *m. obliqui externi abdominis*; 7 — *m. obliquus internus abdominis*; 8 — *m. transversus abdominis*; 9 — *anulus inguinalis superficialis*; 10 — дно грыжевого мешка; 11 — грыжевой мешок; 12 — *scrotum* (Из: Войленко В.Н., Медеян А.И., Омельченко В.М. Атлас операций на брюшной стенке и органах брюшной полости. — М., 1965)



**Рис. 2.8.** Методика исследования пахового канала и определения симптома «кашлевого толчка» при грыжах (Из: Хирургические болезни: учебник: в 2 т. / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014)

определенная клиническая картина. В паховой области при натуживании видно продолговатое выпячивание, а при исследовании наружного кольца пахового канала имеется выраженное расширение последнего и хорошо определяется феномен «кашлевого толчка» (рис. 2.8).

- Полная, или канатиковая, стадия характеризуется тем, что грыжа выходит за пределы пахового канала. В этой стадии грыжа хорошо видна, имеет округло-вытянутую форму и косое направление.
- Пахово-мошоночная стадия. На этом этапе развития грыжевое содержимое опускается в мошонку и, растягивая ее, увеличивает размеры. В этой стадии грыжа может достигать больших размеров, образуя так называемые гигантские грыжи.

Прямые паховые грыжи бывают только приобретенными и чаще встречаются у лиц пожилого возраста как болезнь, возникающая у таких больных от естественной слабости брюшной стенки. В отличие от косых паховых грыж, грыжи этого вида чаще бывают двусторонними, имеют округлую (шаровидную) форму, почти никогда не опускаются в мошонку. Располагается прямая грыжа обычно над самой медиальной частью пупартовой связки и несколько кнутри от семенного канатика.

**Диагностика** паховых грыж обычно не представляет трудности и основывается на данных жалоб, анамнеза, объективного обследования, описанных в общей части данного раздела. Трудности в диагностике возникают при начальных стадиях косой паховой грыжи и у лиц с хорошо развитой подкожно-жировой клетчаткой, а также у женщин, в связи с тем что у них ввести палец в наружное паховое кольцо представляет большие трудности. В этих случаях приходится ограничиваться тщательным знакомством с жалобами, анамнезом и физикальными методами обследования (пальпация, перкуссия, аускультация).

Несмотря на несложность диагностики, паховые грыжи следует дифференцировать с некоторыми заболеваниями.

- Кисты семенного канатика и липомы паховой области отличаются от паховых грыж по жалобам, анамнезу, определением формы и консистенции опухолевидного образования, отсутствием расширения наружного пахового отверстия (кольца) и симптома кашлевого толчка.
- Лимфаденит характеризуется болями, повышением температуры тела, наличием в анамнезе травмы нижних конечностей. При осмотре может быть гиперемия кожи над припухлостью и местная гипертермия. Припухлость не меняет размеры и конфигурацию в зависимости от изменения положения тела, более плотная, болезненная при пальпации.
- Холодный натечник (абсцесс) наблюдается при туберкулезном поражении поясничного отдела позвоночника. Поэтому у больных с холодным абсцессом будут характерные жалобы, анамнез, объективные и рентгенологические данные, характерные для туберкулеза костей. Отсутствие симптомов, характерных для грыжи, и наличие флюктуации позволяет исключать у таких больных грыжу.
- Водянка яичка от пахово-мошоночной грыжи отличается округлой формой, наличием четкой границы по полюсам, неправильностью. При пальпации консистенция водяночной опухоли будет

плотноэластичной, а при перкуссии определяется выраженный тупой звук. При водянке яичка проведение диафаноскопии выявляет симптом просвечивания, обусловленный тем, что жидкость, имеющаяся при водянке, является прозрачной и хорошо пропускает свет, тогда как грыжевое содержимое (петли кишки, сальник) световые лучи не пропускает (симптом просвечивания отрицательный).

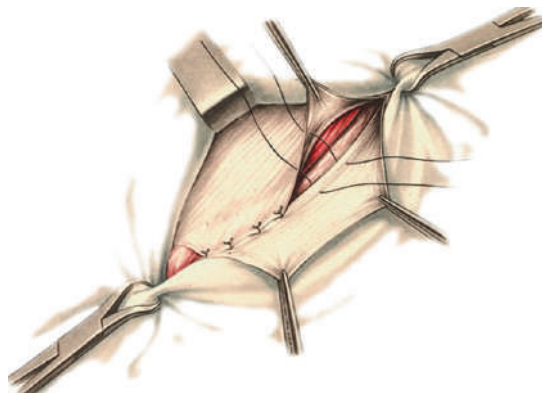
**Лечение** приобретенных паховых грыж хирургическое. После выполнения всех указанных выше этапов грыжесечения операцию завершают пластикой пахового канала.

Следует отметить, что настоящее время широкое признание получила тактика укрепления задней стенки пахового канала при всех видах паховых грыж (прямых, косых, с выпрямленным каналом, скользящих, рецидивных и др.). В то же время у молодых пациентов при небольших косых паховых грыжах допустимо производить укрепление передней стенки пахового канала с обязательным ушиванием глубокого пахового кольца до нормальных размеров. Кроме того, у женщин ввиду анатомических особенностей (апоневроз наружной косой мышцы живота крепче, паховый промежуток выражен незначительно, тесное прилегание к паховой связке внутренней косой и поперечной мышц живота, отсутствие семенного канатика и т.д.) в большинстве случаев пластика передней стенки пахового канала позволяет добиться надежного его укрепления. При этом, в отличие от подобной операции у мужчин, наружное отверстие пахового канала у женщин ушивают наглухо, обеспечивая тем самым полное закрытие пахового промежутка.

### **Способы укрепления передней стенки пахового канала**

Способ А.В. Мартынова (рис. 2.9) — после ликвидации грыжевого мешка медиальный лоскут, образованный после рассечения апоневроза наружной косой мышцы живота, подшивают к паховой связке. Затем латеральный лоскут подшивают к медиальному в виде дубликатуры.

Способ Жирара заключается в том, что к пупартовой связке последовательно подшиваются внутренняя косая и поперечная мышцы, а затем медиальный лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота и после этого образуется дубликатура, как при предыдущем способе (способе Мартынова А.В.). Недостатком данного способа является, во-первых, многорядность швов, что ослабляет пупартову связку, а во-вторых, разнородность соединяющихся тканей (мышцы — апоневроз).



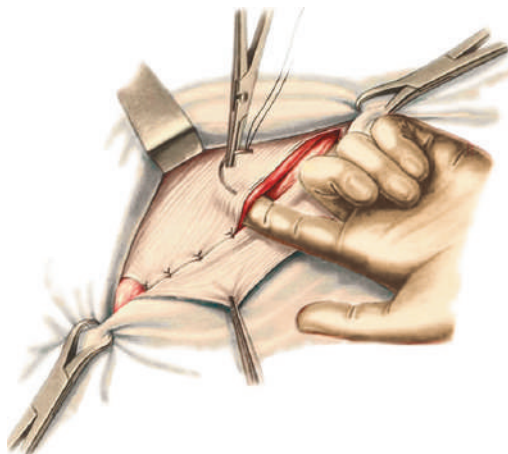
**Рис. 2.9.** Пластика пахового канала по способу А.В. Мартынова (Из: Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник: в 2 т. / Под ред. И.И. Кагана, И.Д. Кирпатовского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013)

Способ С.И. Спасокукоцкого (рис. 2.10) направлен на модификацию способа Жирара и ставит целью уменьшение количества швов, приходящихся на паховую связку. Для этого мышцы и медиальный лоскут апоневроза подшиваются к пупартовой связке одним швом. Однако этот способ, уменьшая травматизацию паховой связки, не устраняет разнородность подшиваемых тканей.

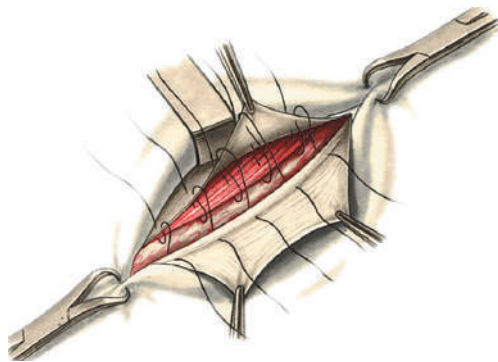
Способ М.А. Кимбаровского (рис. 2.11) направлен на то, чтобы, сохраняя положительные элементы способов Жирара и Спасокукоцкого, реализовать принцип соединения однородных тканей. При этой модификации первый шов накладывают таким образом, чтобы лоскут (медиальный) апоневроза наружной косой мышцы живота окутывал мышцы. Для этого первый вкол иглы делают так, чтобы он прошел через апоневроз, мышцы и снова возвратился на переднюю поверхность апоневроза. Затем этой же иглой мышцы и апоневроз подшивают к пупартовой связке, а латеральным лоскутом апоневроза образуют дубликатуру. В конечном результате к пупартовой связке подшивают мышцы, окутанные медиальным лоскутом апоневроза наружной косой мышцы живота, т.е. соединяются однородные ткани.

### **Способы укрепления задней стенки пахового канала**

Способ Бассини (рис. 2.12). Для выполнения этого способа после рассечения апоневроза и удаления грыжевого мешка семенной канатик приподнимают на держалках. После этого поперечную фасцию и ниж-

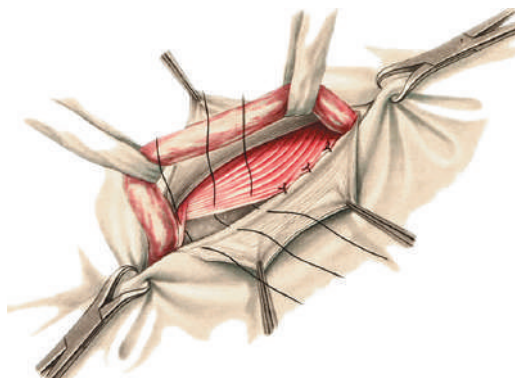


**Рис. 2.10.** Пластика передней стенки пахового канала по способу Жирара—Спасокуцкого (Из: Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник: в 2 т. / Под ред. И.И. Кагана, И.Д. Кирпатовского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013)



**Рис. 2.11.** Пластика передней стенки пахового канала по способу М.А. Кимбаровского (Из: Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник: в 2 т. / Под ред. И.И. Кагана, И.Д. Кирпатовского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013)

ний край внутренней косой мышцы подшивают к пупартовой связке, проводя их под семенным канатиком. Затем последний укладывают на новое ложе и поверх семенного канатика сшивают края апоневроза наружной косой мышцы.



**Рис. 2.12.** Пластика задней стенки пахового канала по способу Бассини (Из: Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник: в 2 т. / Под ред. И.И. Кагана, И.Д. Кирпатовского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013)

Способ Н.И. Кукуджанова. Этот способ применяется обычно при прямых и сложных формах грыж (большие косые грыжи, когда ход пахового канала выпрямляется, при рецидивных грыжах).

После удаления грыжевого мешка заднюю стенку пахового канала укрепляют путем накладывания швов: а) между влагалищем прямой мышцы живота и связкой Купера; б) между поперечной фасцией и паховой связкой. Операцию заканчивают созданием дубликатуры апоневроза наружной косой мышцы живота.

### 2.2.2. Бедренные грыжи

Бедренными называются грыжи, выходящие через бедренный канал. Встречаются чаще у женщин (в 10–12 раз). По частоте образования они составляют 5–8% от всех грыж живота. Бедренный канал в норме не существует и формируется лишь с возникновением грыжи. Какие анатомические образования участвуют в строении этого канала?

Между пупартовой связкой и горизонтальной ветвью лобковой кости имеется пространство, разделенное посредством подвздошно-гребешковой связки (*Ligamentum ilipectineum*) на две лакуны:

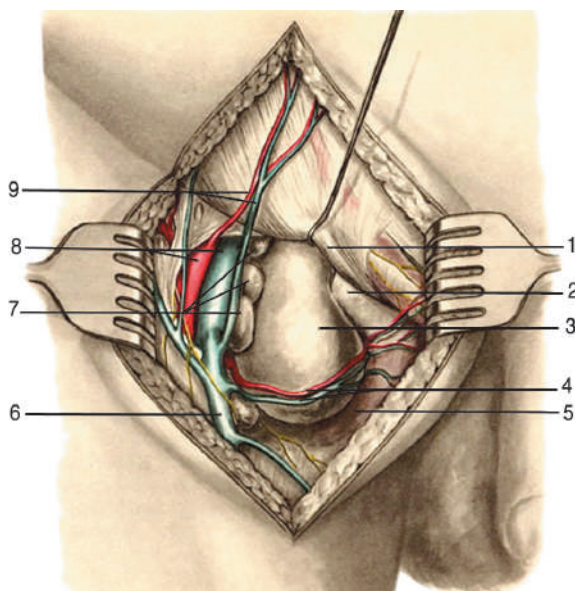
- медиальную (*Lacuna medialis*);
- латеральную (*Lacuna lateralis*).

В медиальной лакуне проходит бедренная артерия и вена (*a. et v. femoralis*), а в латеральной — подвздошно-поясничная мышца (*m. iliopsoas*) и бедренный нерв (*n. femoralis*).



Медиальнее бедренной вены имеется свободное пространство, ограниченное спереди пупартовой связкой, сзади — куперовской, а с медиальной стороны — лакунарной связками и с латеральной стороны — бедренной веной. Это пространство в норме заполнено соединительной тканью, жировой клетчаткой и крупным лимфатическим узлом (лимфатический узел Пирогова–Розенмюллера). Пространство это — наиболее частое место образования бедренной грыжи, и оно является внутренним кольцом бедренного канала. За счет особенности строения женского таза (широкий таз) размеры этого пространства у женщин значительно больше (1,8–2,0 см), чем у мужчин (1,0–1,2 см). И это является одной из главных причин того, что бедренные грыжи чаще встречаются у женщин.

Наружным кольцом бедренного канала является овальная ямка широкой фасции бедра (*fossa ovalae fasciae latae*), где в бедренную вену впадает большая подкожная вена (*v. saphena magna*) (рис. 2.13).



**Рис. 2.13.** Топография типичной бедренной грыжи: 1 — *lig. inguinale*; 2 — *lig. lacunare*; 3 — бедренная грыжа; 4 — *a. et v. pudenda externa*; 5 — *m. pectineus*; 6 — *v. saphena magna*; 7 — *lnn. inguinales profundi*; 8 — *a. et v. femoralis*; 9 — *a. et v. epigastrica superciliaris* (Из: Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник: в 2 т. / Под ред. И.И. Кагана, И.Д. Кирпатовского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013)



**Рис. 2.14.** Варианты расположения бедренных грыж (Из: Хирургические болезни: учебник: в 2 т. / Мерзликин Н.В. [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015)

Таким образом, если грыжа выходит через пространство между бедренной веной и лакунарной связкой с образованием бедренного канала, то она будет типичной бедренной грыжей. Кроме типичной бедренной грыжи могут наблюдаться и атипичные формы (рис. 2.14).

Н.В. Воскресенский выделил следующие атипичные формы бедренной грыжи.

- Мышечно-лакунарные (грыжа Гессельбаха) — это грыжи, выходящие через *lacuna musculorum*.
- Выходящие в пределах сосудистой лакуны:
  - наружные, или боковые наружные, — выходящие кнаружи от бедренной артерии;
  - срединные, или предсосудистые, — выходящие перед сосудами.

**Клиника и диагностика** бедренной грыжи, по сравнению с паховой грыжей, представляет определенные трудности. Особенно трудно установить бедренные грыжи — у тучных больных и при атипичных формах грыжи.

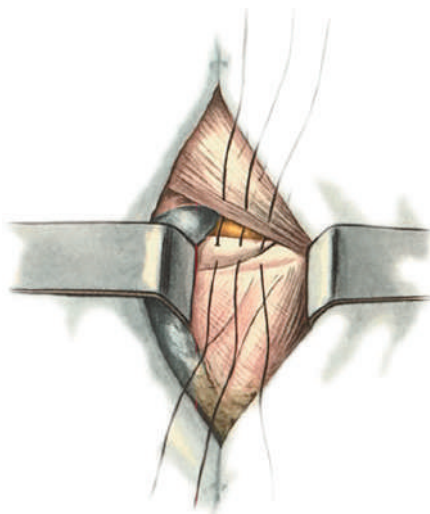
При бедренной грыже, в отличие от паховой, больные обычно жалуются на боли в области паха, которые могут быть значительной интенсивности. Основным признаком при объективном обследовании является место расположения грыжевого выпячивания. Последнее ло-

кализуется ниже пупартовой связки, а по отношению к лонному бугорку — латерально и несколько книзу от него. Бедренную грыжу следует дифференцировать от:

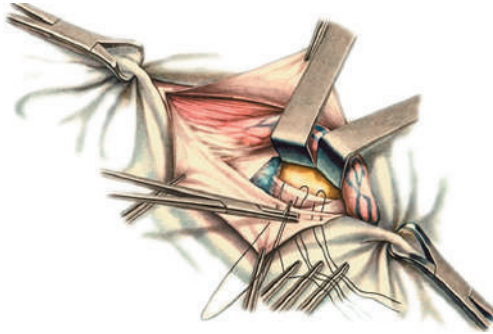
- лимфоаденита;
- метастазов злокачественной опухоли;
- натечного абсцесса при туберкулезе позвоночника;
- липомы;
- варикозно расширенной вены.

**Лечение** бедренной грыжи только оперативное. Учитывая склонность бедренной грыжи к более частому ущемлению, по сравнению с другими видами грыж, операцию необходимо производить как можно раньше. В настоящее время наиболее распространенными являются два доступа выполнения операции.

- Бедренный доступ (операция Локвуда—Бассини). По способу Локвуда закрытие внутреннего отверстия бедренного канала проводят путем подшивания паховой связки к надкостнице лонной кости 2—3 узловыми швами (рис. 2.15). Модификация Бассини заключается в том, что после подшивания паховой связки накладывают второй ряд швов на полулунный край овальной ямки бедра и гребешковую фасцию.



**Рис. 2.15.** Пластика бедренного канала по способу Локвуда (Из: Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник: в 2 т. / Под ред. И.И. Кагана, И.Д. Кирпатовского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013)



**Рис. 2.16.** Пластика бедренного канала по способу Руджи (Из: Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник: в 2 т. / Под ред. И.И. Кагана, И.Д. Кирпатовского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013)

- Паховый доступ (операция Руджи). Разрез кожи производят над пупартовой связкой. Затем, отпрепаровывая нижний край раны, доходят до грыжевого мешка. После этого рассекают апоневроз наружной косой мышцы живота, выделяют грыжевой мешок и его вывихивают в паховый канал. Грыжевой мешок обрабатывают обычным путем и отсекают. Внутреннее кольцо бедренного канала ликвидируется путем сшивания пупартовой связки к куперовой связке (рис. 2.16).

### 2.2.3. Пупочные грыжи

Пупочные грыжи образуются в области дефекта анатомического строения — пупочного кольца. Пупочные грыжи у детей обычно небольших размеров и возникают в первые 6 мес после рождения, когда еще не сформировалось пупочное кольцо (рис. 2.17).

Частота пупочных грыж у взрослых составляет 5—11% от всех наружных грыж живота, и они чаще встречаются у женщин в возрасте старше 30—35 лет.

**Клиническая картина.** Пациенты жалуются на выпячивание кожи в области пупка, боли в этой области. Боли, как правило, возникают при физической нагрузке, кашле. Нередко, особенно при узких грыжевых воротах, боли могут быть сильными, а по характеру схваткообразными. Часть больных не испытывают болевых ощущений, и они обращаются к хирургу по поводу постепенно увеличивающегося выпячивания в области пупка. При значительных размерах грыжи в сочетании с отвислым



**Рис. 2.17.** Пупочная грыжа (Из: Нұрмақов А.Ж., Баймаханов А.Н. Хирургиялық аурулар: оқулық. — М.: Литтерра, 2017)

животом грыжа может причинять больным значительные неудобства и тягостные ощущения.

При объективном обследовании при вертикальном положении больного и натуживании определяется выпячивание, которое по объему может быть от небольших размеров до гигантских.

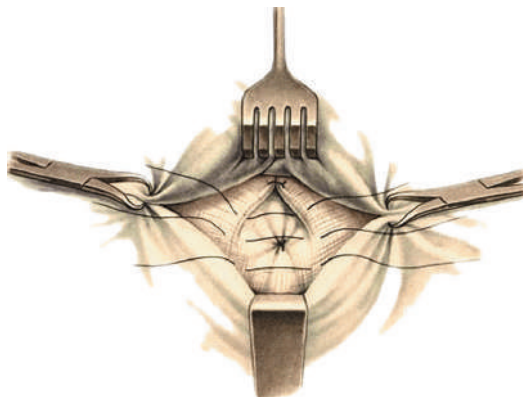
При гигантских грыжах кожа на вершине грыжевого выпячивания может быть истонченной, и в горизонтальном положении, когда грыжевое содержимое вправляется в брюшную полость, она становится дряблой, морщинистой. После вправления грыжи определяют края и величину грыжевых ворот, которые при пупочных грыжах, несмотря на значительные размеры грыжевого выпячивания, часто бывают небольших размеров.

**Диагностика** пупочных грыж не представляет трудностей, лишь следует помнить, что одной из частых локализаций метастазов при раке желудка является область пупка. Учитывая это, а также выраженный болевой синдром при пупочной грыже, больным необходимо провести рентгенологическое или эндоскопическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК).

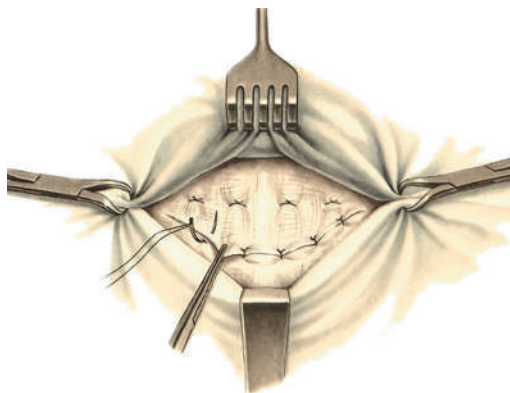
**Лечение** больных с пупочными грыжами должно быть хирургическим. После выполнения основных этапов операции — грыжесечения, закрытие грыжевых ворот может осуществляться методами по Лексеру, по Мейо или по Сапежко.

Герниопластика по Лексеру — в основном у детей и при небольших грыжевых воротах, когда последние ликвидируются путем наложения прочного кисетного шва вокруг пупка. Поверх кисетного шва накладываются 3–5 узловых швов за передние стенки влагалищ прямых мышц живота (рис. 2.18).

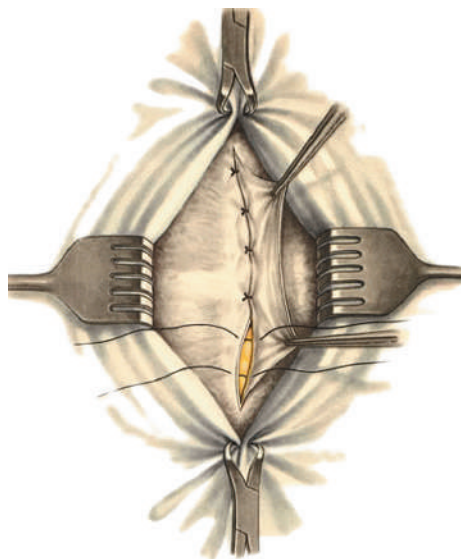
Закрытие грыжевых ворот по методу Мейо (рис. 2.19) заключается в том, что грыжевые ворота, рассеченные в поперечном направлении, сшиваются «П»-образными швами.



**Рис. 2.18.** Схема закрытия грыжевых ворот по способу Лексера (Из: Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник: в 2 т. / Под ред. И.И. Кагана, И.Д. Кирпатовского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013)



**Рис. 2.19.** Схема закрытия грыжевых ворот по способу Мейо (Из: Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник: в 2 т. / Под ред. И.И. Кагана, И.Д. Кирпатовского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013)



**Рис. 2.20.** Схема закрытия грыжевых ворот по способу К.М. Сапезко (Из: Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник: в 2 т. / Под ред. И.И. Кагана, И.Д. Кирпатовского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013)

При этом нижний лоскут подшивается под верхний, а верхний в виде дубликатуры отдельными швами подшивают к нижнему.

При методе К.М. Сапезко (рис. 2.20) грыжевые ворота рассекают продольно вверх и вниз по белой линии живота. Затем, после сшивания краев иссеченного грыжевого мешка, создают мышечно-апоневротическую дубликатуру, сшивая правый и левый края лоскутов. Дубликатура создается путем подшивания края рассеченного апоневроза одной стороны к задней стенке влагалища прямой мышцы живота противоположной стороны.

#### 2.2.4. Грыжи белой линии живота

Грыжи, образующиеся по ходу анатомического образования, называемого белой линией, называются грыжей белой линии живота. Как известно из курса нормальной анатомии, белой линией называется участок передней брюшной стенки, идущий по средней линии от мечевидного отростка до лонного сочленения, и образована переплетением апоневрозов нескольких мышц передней стенки живота. Грыжи белой

линии живота составляют 3,5% от всех наружных грыж живота и чаще встречаются у мужчин. По месту расположения грыжевого выпячивания различают:

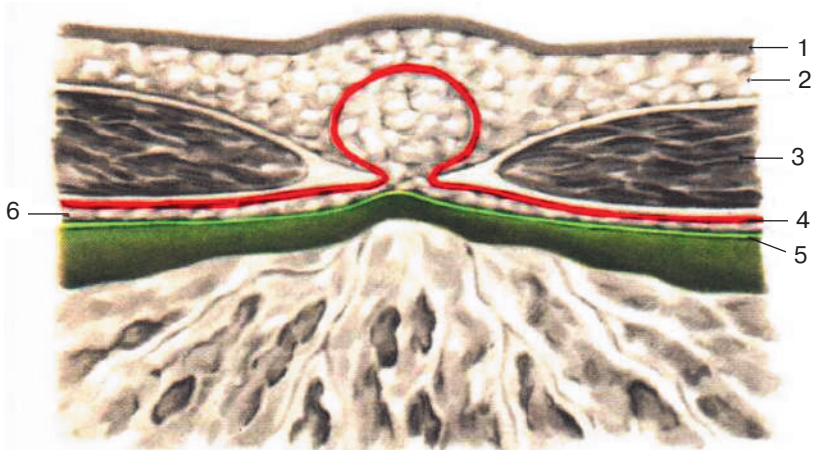
- надчревные грыжи, локализующиеся выше пупка;
- околопупочные грыжи, локализующиеся около пупочного кольца;
- подчревные грыжи, расположенные ниже пупка.

Чаще встречаются первые две локализации.

Грыжи белой линии живота развиваются медленно. Вначале через грыжевые ворота может выпячиваться только предбрюшинный жир (предбрюшинная липома), а при дальнейшем развитии формируется грыжевой мешок, и туда выходит грыжевое содержимое (рис. 2.21).

**Клиника и диагностика.** По характеру субъективных ощущений (жалоб) можно выделить четыре клинические формы.

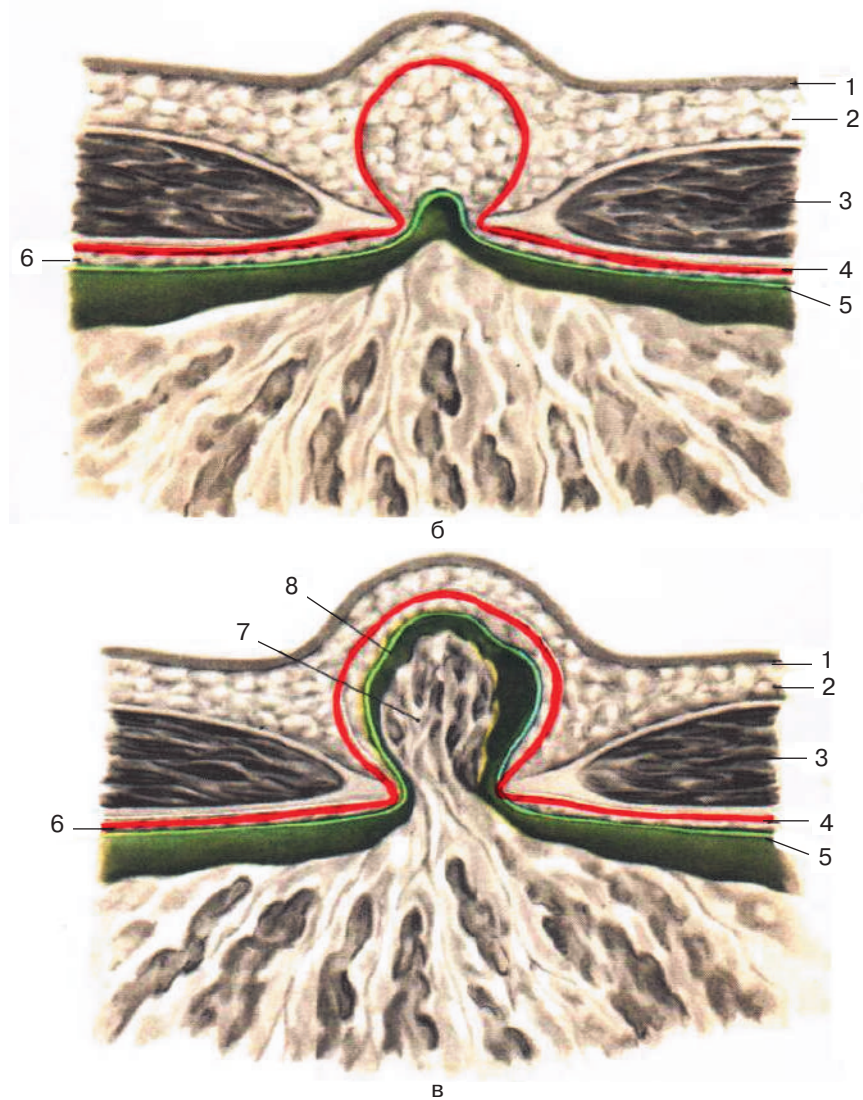
- Бессимптомное течение — имеющееся грыжевое выпячивание субъективно не беспокоит больного.
- Субъективные ощущения связаны только с зоной грыжевого выпячивания — боль при физической нагрузке в области грыжи.
- Диспепсическая форма — больные жалуются на изжогу, отрыжку, тошноту, а иногда и на рвоту, метеоризм, запоры.
- Болевая форма — больных беспокоят периодические коликообразные приступы болей.



а

**Рис. 2.21.** Схема образования грыж белой линии живота: а — предбрюшинная липома





**Рис. 2.21 (окончание).** Схема образования грыж белой линии живота: б — начинающаяся грыжа; в — сформировавшаяся грыжа; 1 — кожа; 2 — подкожная жировая клетчатка; 3 — *m. rectus abdominis*; 4 — *fascia transversalis*; 5 — *peritoneum*; 6 — предбрюшинная жировая клетчатка; 7 — сальник; 8 — грыжевой мешок (Из: Войленко В.Н., Медеян А.И., Омельченко В.М. Атлас операций на брюшной стенке и органах брюшной полости. — М., 1965)

При объективном обследовании в вертикальном положении или при натуживании по средней линии живота можно увидеть выпячивание под кожей. Если это выпячивание под давлением пальцев (пальпацию лучше выполнять в горизонтальном положении больного) исчезает (вправимая грыжа), то на его месте определяются грыжевые ворота.

Эпигастральные грыжи обычно не достигают больших размеров и не превышают в диаметре 4–6 см. Однако это не касается тех случаев, когда имеется расхождение прямых мышц (диастаз) живота. В этих случаях размеры грыжевого выпячивания могут достигать значительных размеров.

Учитывая вышеуказанные клинические формы, всех больных с эпигастральной грыжей и диастазом прямых мышц живота следует тщательно обследовать с целью исключения заболеваний органов пищеварения [рентгенологическое, ультразвуковое исследование (УЗИ), фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) и др.].

**Лечение.** В случаях небольших размеров грыжи обычно производится продольное ушивание узловыми швами дефекта в апоневрозе. При больших грыжевых воротах используют пластические способы по К.М. Сапежко или по Н.И. Напалкову. Возможно укрепление линии швов аллопластическим способом (использование полипропиленовой сетки).

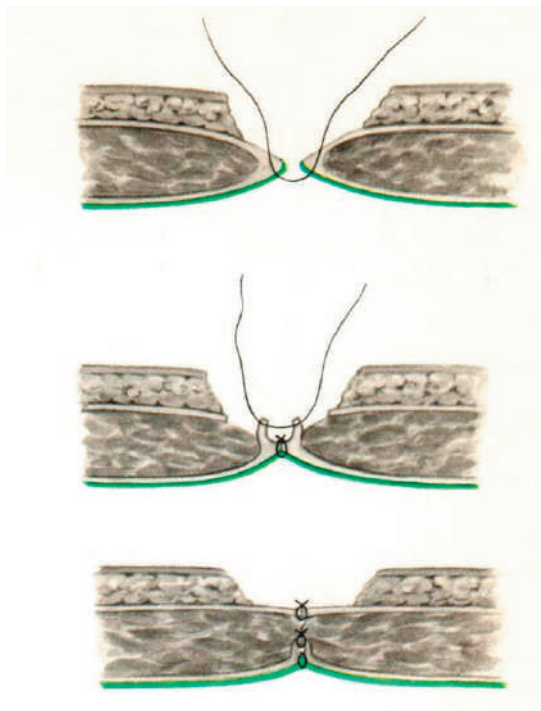
Способ Н.И. Напалкова (рис. 2.22). После ликвидации грыжевого мешка края апоневроза сшиваются край в край.

После этого у медиального края влагалища прямых мышц по длине предполагаемого участка пластики делают два параллельных разреза переднего листка влагалища. Затем последовательно сшивают между собой внутренние в наружные края разрезов апоневроза влагалища.

### 2.2.5. Послеоперационные грыжи

Послеоперационными грыжами называют такие виды грыж, которые появляются на месте произведенных ранее по разному поводу лапаротомий. В основе их возникновения лежат причины, обуславливающие слабость в области перенесенного чревосечения. В силу этого наступает ослабление сопротивляемости тканей этой зоны повышению внутрибрюшного давления. Указанные причины весьма разнообразны, и наиболее главными из них являются:

- недостаточное сближение рассеченных листков брюшины при ушивании лапаротомной раны;



**Рис. 2.22.** Схема закрытия грыжевых ворот по способу Н.И. Напалкова (Из: Войленко В.Н., Медеян А.И., Омельченко В.М. Атлас операций на брюшной стенке и органах брюшной полости. — М., 1965)

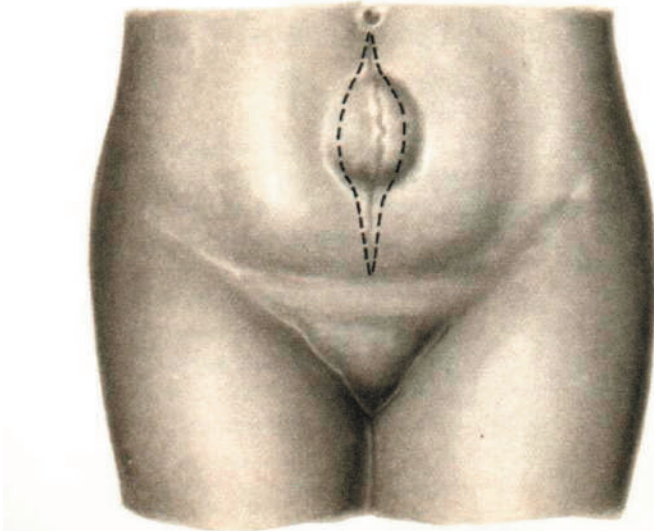
- недостаточная адаптация краев пересеченных тканей (мышц, апоневроза), интерпозиция тканей при сшивании однородных тканей, чрезмерное натяжение при сшивании тканей;
- надрывы и прорезывание швов при ушивании апоневроза, сухость апоневроза;
- пересечение и повреждение нервов, иннервирующих ткани той зоны, где был выполнен лапаротомный разрез;
- завершение перенесенных ранее чревосечений оставлением в брюшной полости дренажных трубок и тампонов;
- снижение репаративных процессов тканей;
- послеоперационные осложнения (нагноение операционной раны, длительный парез кишечника, частые изнуряющие рвоты, икота, бронхиты, пневмонии, сопровождающиеся сильным кашлем и др.);

- несоблюдение больным предписанного врачом режима послеоперационного периода.

**Клиническая картина.** Больные с послеоперационной грыжей могут предъявлять жалобы на выпячивание в зоне послеоперационного рубца, на боли, возникающие главным образом после физической нагрузки, вздутие живота, запоры. Нередко возможны жалобы на диспепсические расстройства вплоть до тяжелых и изнуряющих больного.

При объективном обследовании на месте послеоперационного рубца или сбоку от него определяется выпячивание, которое может быть от небольших размеров до гигантских, а также одиночным или множественными. При вправлении грыжевого выпячивания в брюшную полость несложно обнаружить дефект в мышечно-апоневротическом слое (грыжевые ворота).

**Лечение** послеоперационных грыж оперативное. Разрез кожи проводят в пределах здоровых тканей с обеих сторон послеоперационного рубца, который иссекают или оставляют в операционной ране, покрывая марлевой салфеткой, и удаляют вместе с грыжевым мешком (рис. 2.23). При пластике грыжевых ворот применяют способы по К.М. Сапежко или по Н.И. Напалкову.



**Рис. 2.23.** Схема линии разреза кожи при операции по поводу послеоперационной грыжи (Из: Войленко В.Н., Медеян А.И., Омельченко В.М. Атлас операций на брюшной стенке и органах брюшной полости. — М., 1965)

При недостаточности местных тканей для закрытия дефекта (атрофия мышц, дряблость апоневроза), а также при гигантских грыжах используют гомо-, гетеро- или аллопластику.

## 2.3. ОСЛОЖНЕНИЯ ГРЫЖ ЖИВОТА

К осложнениям грыж живота относятся ущемление, воспаление грыжевого содержимого и грыжевых оболочек, невраправимость и копростаз (каловый застой).

### 2.3.1. Ущемление грыжи

Под ущемлением подразумевается внезапное сжатие (сдавление) грыжевого содержимого в грыжевых воротах. Это осложнение является наиболее опасным, и оно может повлечь за собой тяжелые последствия вплоть до летального исхода. По данным И.М. Матяшина, В.М. Буянова и др., смертность от ущемленной грыжи составляет 3–11%.

Различают несколько видов ущемления:

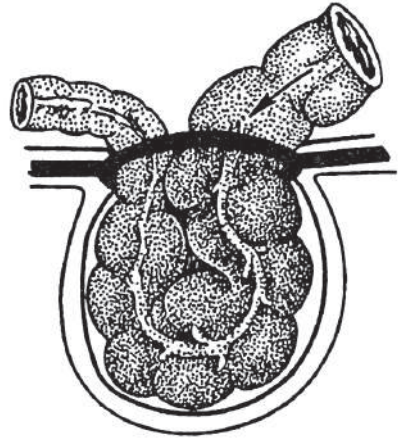
- эластическое;
- каловое;
- ретроградное;
- пристеночное (грыжа Рихтера).

*Эластическое ущемление* (рис. 2.24) характеризуется одномоментным выходением и последующим сдавливанием большого объема грыжевого содержимого через небольшие по размерам грыжевые ворота. Эластическое ущемление возникает чаще у лиц молодого возраста и при сохранении эластичности тканей. Внезапному выходению большего объема, чем обычно, грыжевого содержимого способствует, как правило, резкое повышение внутрибрюшного давления при физической нагрузке, кашле, натуживании. После выравнивания давления к брюшной полости сохранившие эластичность грыжевые ворота сжимают грыжевое содержимое, не давая возможности ему уйти в брюшную полость.

*Каловое ущемление* (рис. 2.25) является следствием постепенного сдавливания отводящей петли кишки приводящей петлей, которая переполняется кишечным содержимым. Этот вид ущемления, в отличие от эластического ущемления, встречается при широких грыжевых воротах у лиц пожилого и старческого возраста с длительным анамнезом грыженосительства и имеющих склонность к метеоризму и запорам. Кало-



**Рис. 2.24.** Эластическое ущемление (Из: Хирургические болезни: учебник / Под ред. М.И. Кузина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015)



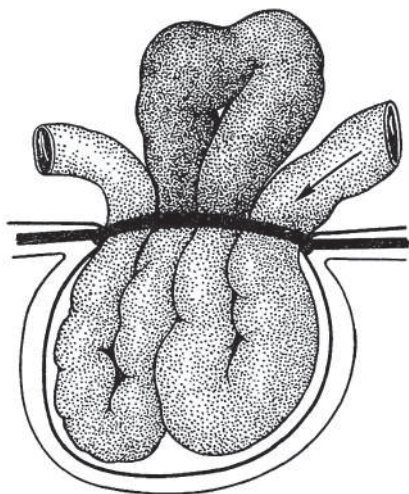
**Рис. 2.25.** Каловое ущемление (Из: Хирургические болезни: учебник / Под ред. М.И. Кузина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015)

вое ущемление развивается с меньшей быстротой, чаще подостро или даже хронически, поэтому нарушения кровообращения в ущемленном участке обычно маловыражены.

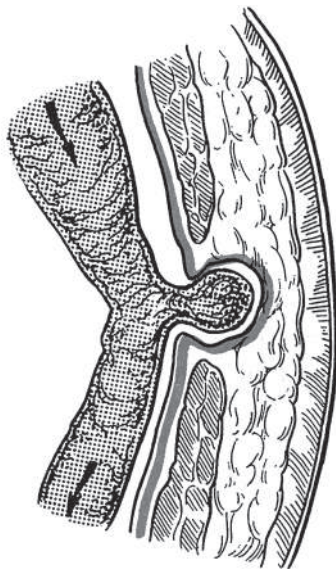
**Ретроградное ущемление** (рис. 2.26). Этот вид ущемления характеризуется тем, что в грыжевой мешок выпадают две и более кишечные петли и при возникновении условий для ущемления между этими петлями сдавливается брыжейка. При этом находящиеся в грыжевом мешке петли могут не пострадать, а расстройства питания произойдут в промежуточной (связующей) кишечной петле, свободно лежащей в брюшной полости. Эта форма ущемления очень опасна, так как во время операции по вскрытию грыжевого мешка хирург не видит состояния связующей кишечной петли. При этом недостаточно опытный хирург может закончить операцию, оставив в брюшной полости нежизнеспособную петлю кишки.

**Пристеночное (Рихтеровское) ущемление** (рис. 2.27) характеризуется сдавлением небольшого участка свободного от брыжейки края кишечной стенки. Пристеночное ущемление встречается при небольших по размерам грыжах, выходящим через узкие грыжевые ворота.

При всех видах ущемления в той части органа, которая находится ниже ущемляющего кольца, нарушается крово- и лимфообращение.



**Рис. 2.26.** Ретроградное ущемление (Из: Хирургические болезни: учебник / Под ред. М.И. Кузина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015)



**Рис. 2.27.** Пристеночное ущемление (грыжа Рихтера) (Из: Хирургические болезни: учебник / Под ред. М.И. Кузина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015)

Вследствие этого происходит трансудация жидкости в просвет кишки и в полость грыжевого мешка (грыжевая вода). Продолжительное сдавление приводит к прогрессированию патоморфологических изменений с развитием некробиотических изменений в стенке кишки.

При ущемлении петли кишки патоморфологические изменения больше распространяются в приводящей части органа. Эти особенности (начало некроза со стороны слизистой оболочки и преимущественно проксимальное распространение) следует учитывать при определении жизнеспособности органа и уточнении уровня резекции.

**Клиническая картина и диагностика.** Классическими признаками ущемленной грыжи являются триада симптомов:

- внезапно возникающая интенсивная боль на месте грыжевого выпячивания или реже по всему животу;
- увеличение объема грыжевого выпячивания и его напряжение;
- исчезновение имевшейся до ущемления возможности самостоятельного вправления грыжи.

Через некоторое время после возникновения этих кардинальных симптомов ущемления постепенно развивается картина кишечной непроходимости (тошнота, рвота, задержка стула и газов, метеоризм и т.д.). Если больному не будет оказана своевременно хирургическая помощь, то в дальнейшем могут развиваться флегмона грыжевого мешка, перитонит, интоксикация, ухудшающие общее состояние больного и прогноз заболевания.

Диагностика ущемленной грыжи основывается на анализе жалоб, анамнеза и объективных данных. При обследовании больного следует обратить внимание на анамнез и выяснить, имелась ли у данного больного грыжа, беспокоили ли боли в области грыжевого выпячивания до ущемления и была ли возможность его вправления.

Следует также уточнить, что предшествовало ущемлению. Очень часто ущемление возникает после какого-то сильного физического напряжения (подъем тяжести, тяжелый труд и т.д.). При осмотре увеличенное грыжевое выпячивание обычно определяется легко, за исключением тех редких случаев, когда грыжевое выпячивание может не определяться при чрезмерно развитой жировой клетчатке, при редкой локализации грыжи (запирательные, спигелевой линии и т.д.), а также при пристеночном ущемлении.

При пальпации грыжевого выпячивания определяется его напряжение и выраженная болезненность. Попытка вправить грыжу не представляется возможной.

Из инструментальных методов исследования обычно применяется обзорная рентгеноскопия брюшной полости, которая при развитии кишечной непроходимости может обнаружить симптом чаш Клойбера (уровни жидкости в петлях кишечника со скоплением газа над ними).

Ущемление большого сальника вызывает постоянную боль в области грыжевого выпячивания. Большой сальник ущемляется обычно в пупочных и больших эпигастральных грыжах.

Ущемление мочевого пузыря возникает при скользящих паховых и бедренных грыжах, сопровождается частым болезненным мочеиспусканием, иногда задержкой мочеиспускания, уменьшением диуреза в связи с рефлекторным снижением функции почек. При подозрении на ущемление мочевого пузыря рекомендуется выполнить цистоскопию.

Ущемленную грыжу следует дифференцировать от орхоэпидидимита (при пахово-мошоночной грыже), от лимфаденитов (при паховой и бедренной грыжах), от невправимой грыжи, копростазы. Следует помнить о так называемом ложном ущемлении. В это понятие обычно



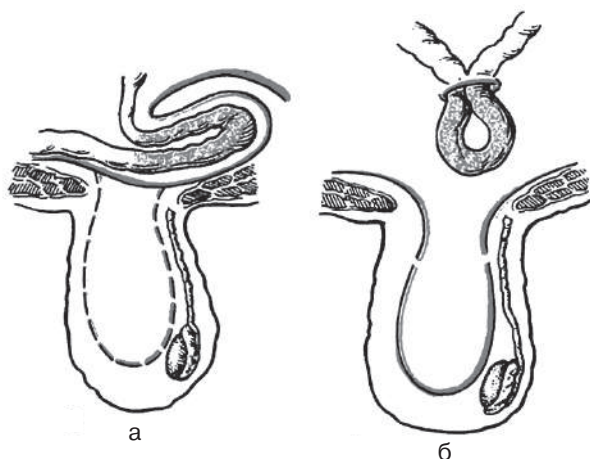
авторы включают симптомокомплекс, напоминающий общую картину ущемления, но обусловленный другим заболеванием.

Как отмечают В.С. Савельев и соавт. (1986), если в отношении диагноза ущемленной грыжи возникли какие-либо сомнения, то они должны быть разрешены в пользу данного осложнения грыжи. В сомнительных случаях гораздо правильнее склониться в сторону ущемления и срочно оперировать больного.

**Лечение.** Единственно правильным методом лечения больных с ущемленной грыжей является экстренная операция. Категорически недопустима попытка вправить грыжу в лечебном учреждении из-за опасности нарушения целостности органа, брыжейки или вправления в брюшную полость нежизнеспособного органа. Некоторые авторы допускают возможность ручного вправления грыжи без операции в крайне редких случаях, когда у больного имеются абсолютные противопоказания к хирургическому вмешательству и прошло не более часа от момента ущемления. Встречаются ситуации, когда больные самостоятельно прибегают к попыткам насильственно вправить грыжу. В таких случаях необходимо помнить о так называемом ложном (мнимом) вправлении, когда при многокамерных грыжах возможно перемещение ущемленных внутренностей в глубжележащую камеру; при насильственном вправлении грыжевой мешок может быть смещен в предбрюшинное пространство вместе с ущемленным в области шейки содержимым; при грубом вправлении возможен отрыв париетальной брюшины в области шейки грыжевого мешка с погружением в брюшную полость грыжевого содержимого вместе с ущемляющим кольцом (рис. 2.28).

При ложном вправлении исчезают некоторые признаки ущемления, в частности отсутствует напряженное и болезненное грыжевое выпячивание, а также нет признака невправимости. Однако резкая болезненность остается, что наводит мысль врача на возможность ложного вправления, что подтверждается анамнестическими данными о предпринятых попытках ручного вправления ущемленной грыжи.

Следует помнить и еще об одной ситуации, возникающей при ущемленной грыже, — речь идет о самопроизвольном вправлении. Тактика при этой ситуации неоднозначная. Одни хирурги считают, что независимо от вправления ущемленной грыжи самопроизвольно больных следует немедленно подвергать оперативному вмешательству, а другие рекомендуют выжидательную тактику. В клинике мы придерживаемся следующей тактики. В случае самопроизвольного вправления ущемленной грыжи больные госпитализируются в хирургическое отделение и



**Рис. 2.28.** Мнимое вправление ущемленной грыжи: а — грыжевой мешок смещен в предбрюшинное пространство вместе с ущемленным содержимым; б — отрыв париетальной брюшины в области шейки грыжевого мешка с погружением в брюшную полость содержимого вместе с ущемляющим кольцом (Из: Хирургические болезни: учебник / Под ред. М.И. Кузина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015)

ведется тщательное динамическое наблюдение за его состоянием. Если возникают боли в животе и признаки перитонита, то больной подвергается срочному оперативному вмешательству.

Операция при ущемлении грыжи проводится последовательно в несколько этапов.

- Послойное рассечение тканей и обнажение грыжевого мешка.
- Вскрытие грыжевого мешка и удаление «грыжевой воды», попутная оценка ее характера (прозрачная, без запаха; серозно-геморрагическая; мутная с примесью фибрина и ихорозным запахом). Недопустимо рассечение ущемляющего кольца до вскрытия грыжевого мешка, так как необследованные ущемленные органы переместятся в брюшную полость вместе с инфицированной «грыжевой водой».
- Рассечение ущемляющего кольца под контролем зрения, чтобы не повредить прилежащие к нему органы.
- Определение жизнеспособности ущемленных органов является наиболее ответственным этапом операции. После рассечения ущемляющего кольца и введения в брыжейку кишки раствора новокаина из брюшной полости выводят те части ущемленных

органов, которые находились выше ущемляющего кольца. Если нет явных признаков некроза, ущемленную кишку отогревают теплым изотоническим раствором натрия хлорида. Существуют следующие критерии, позволяющие оценить жизнеспособность высвобожденной от ущемления петли кишки: нормальный цвет и характерный блеск серозного покрова, видимая перистальтика на всем протяжении ущемленной части кишки и четкая пульсация сосудов брыжейки. Отсутствие этих признаков (или присутствие их весьма сомнительно) является показанием к резекции кишки.

- При возникновении необходимости в резекции кишки важно помнить, что некроз начинается со слизистой оболочки, а изменения, видимые со стороны ее брюшинного покрова, появляются позже, поэтому от видимой со стороны серозного покрова границы некроза нужно резецировать не менее 30–40 см приводящего отрезка кишки и 15–20 см отводящего отрезка. Ущемленный сальник резецируется отдельными участками без образования большой общей культи. При ущемлении скользящих грыж возникает необходимость в оценке жизнеспособности той части органа, которая не покрыта брюшиной. При обнаружении некроза слепой кишки производят срединную лапаротомию и выполняют резекцию правой половины толстой кишки с наложением илеотрансверзоанастомоза. При некрозе стенки мочевого пузыря необходима резекция мочевого пузыря с наложением эпицистостомы.
- Удаление грыжевого мешка и пластика грыжевых ворот.

### 2.3.2. Невправимость грыжи

Невправимость обусловлена наличием в грыжевом мешке сращений внутренних органов между собой, а также с самим грыжевым мешком. Причиной их часто является постоянная травматизация органов, находящихся в грыжевом мешке при длительном течении заболевания, при использовании бандажа и т.д. В результате асептического воспаления возникают плотные сращения органов друг с другом и со стенкой грыжевого мешка. Невправимость может быть частичной, когда только часть содержимого грыжи может вправляться в брюшную полость, и полной, когда содержимое грыжи не вправляется.

Невправимыми чаще бывают пупочные, бедренные и послеоперационные грыжи. Довольно часто невправимые грыжи бывают многокамерными (пупочные, послеоперационные). Вследствие развития

множественных спаек и камер в грыжевом мешке невправимая грыжа чаще осложняется ущемлением органов в одной из камер грыжевого мешка или развитием спаечной кишечной непроходимости в грыжевом мешке.

Больным с невправимыми грыжами показано оперативное лечение в плановом порядке.

### 2.3.3. Копростаз

Копростаз — застой каловых масс в толстой кишке. Это осложнение грыжи развивается в том случае, если в состав грыжевого содержимого входит толстая кишка. Копростаз является результатом расстройства моторной функции кишечника. Его развитию способствуют невправимость грыжи, обильная еда, малоподвижный образ жизни. Копростаз наблюдается чаще у тучных больных старческого возраста, у мужчин при паховых грыжах, у женщин при пупочных грыжах. Основными симптомами являются упорные запоры, боли в животе, тошнота, редко рвота. Грыжевое выпячивание медленно увеличивается по мере заполнения толстой кишки каловыми массами, оно почти безболезненно, слабо напряжено, тестообразной консистенции, симптом кашлевого толчка положительный.

Лечение главным образом консервативное, заключающееся в освобождении толстой кишки от содержимого. Применяют малые клизмы с гипертоническим раствором натрия хлорида, с глицерином или вазелиновым маслом. Противопоказано применение слабительных средств, так как переполнение приводящей петли содержимым может вызвать переход копростаза в каловую форму ущемления грыжи. При вправимых грыжах надо стараться удерживать грыжу во вправленном состоянии, тогда легче добиться восстановления перистальтики кишечника.

При неэффективности консервативного лечения показано оперативное вмешательство.

### 2.3.4. Воспаление грыжи

Воспаление грыжи (флегмона грыжевого мешка) возникает вследствие инфицирования грыжевого мешка. Оно может произойти изнутри при остром воспалении червеобразного отростка или дивертикула Меккеля, находящихся в грыжевом мешке, в результате перфорации брюшнотифозных или туберкулезных язв кишечника в полость гры-

жевого мешка, а также явиться следствием ущемления грыжи. Кроме того, источником инфицирования грыжи могут быть воспалительные процессы на кожных покровах или повреждения кожи в зоне грыжевого выпячивания (фурункул, мацерация, ссадины, расчесы). Воспаление захватывает стенки грыжевого мешка, переходит затем на ткани брюшной стенки. Характер патологического процесса варьирует от серозного до гнилостного.

Основными клиническими проявлениями воспаления грыжи являются симптомы общей и местной воспалительной реакции организма. Общее состояние больных ухудшается, появляется высокая температура тела с ознобом, тахикардия, нарастает общая слабость и недомогание; если содержимым грыжи является кишка, то присоединяются рвота, задержка газов и стула. Грыжевое выпячивание увеличивается в размерах в результате отека и инфильтрации тканей, отмечается боль, как спонтанная, так и при пальпации, появляются местная гиперемия и гипертермия кожи, возможна флюктуация.

Диагноз при длительных сроках ущемления (более 3–5 дней) и типичных воспалительных изменениях окружающих грыжевой мешок тканей не вызывает затруднений. При обзорном рентгенологическом исследовании органов брюшной полости обнаруживают множественные тонкокишечные уровни жидкости.

Лечение — экстренная операция. Срединная лапаротомия, резекция петель кишки, наложение межкишечного анастомоза. После ушивания срединной лапаротомной раны производят разрез кожи над грыжевым выпячиванием и удаляют грыжевой мешок единым блоком с некротизированными петлями кишки. Пластику грыжевых ворот не производят, сшивая лишь апоневротические ткани.

Важным компонентом комплексного лечения больных должно быть проведение адекватной антибактериальной терапии (общей и местной) с учетом чувствительности возбудителя.

Прогноз часто неблагоприятный.

## **2.4. ТЕСТЫ И СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ**

1. Наружные грыжи живота — это:

- а) выходение внутренних органов из брюшной полости через искусственное отверстие брюшной стенки без париетальной брюшины;

- б) выхождение части органа или целого органа, не покрытых брюшиной, через естественные отверстия;
  - в) выхождение внутренних органов вместе с париетальной брюшиной из брюшной полости через естественные или искусственные отверстия под кожу;
  - г) выхождение внутренних органов вместе с париетальной брюшиной через щели в мышечно-апоневротическом слое тазового дна при целостности кожных покровов;
  - д) внедрение органов брюшной полости в грудную через естественные или искусственные отверстия диафрагмы.
2. Передней стенкой пахового канала является:
- а) паховая связка;
  - б) апоневроз наружной косой мышцы живота;
  - в) свободные края внутренней косой и поперечной мышц живота;
  - г) поперечная мышца живота;
  - д) поперечная фасция.
3. Границу бедренного кольца составляют:
- а) бедренная артерия;
  - б) бедренная вена;
  - в) паховая связка;
  - г) спигелевая линия;
  - д) гребешковая связка.
4. Элементами наружной грыжи живота являются:
- а) грыжевые ворота;
  - б) грыжевой мешок;
  - в) содержимое грыжи;
  - г) грыжевая вода;
  - д) оболочки грыжи.
5. По происхождению различают грыжи:
- а) вправимые;
  - б) врожденные;
  - в) невправимые;
  - г) грыжи с явлениями копростазы;
  - д) приобретенные.
6. Предрасполагающие факторы грыжеобразования:
- а) послеоперационные рубцы;
  - б) частые роды;
  - в) атрофия тканей брюшной стенки;

- г) длительный кашель;
  - д) затрудненное мочеиспускание.
7. Производящие факторы, способствующие возникновению грыж:
- а) наследственность;
  - б) трудные роды;
  - в) частые роды;
  - г) хронические запоры;
  - д) длительный кашель.
8. Скользящие грыжи — это:
- а) грыжи, в которых одной из стенок грыжевого мешка является орган;
  - б) грыжи, образующиеся в области послеоперационного рубца;
  - в) грыжи, когда в грыжевом мешке расположены несколько кишечных петель;
  - г) грыжи, когда ущемляется только часть кишечной стенки;
  - д) пахово-мошоночные грыжи.
9. Ретроградное ущемление — это:
- а) ущемленные послеоперационные вентральные грыжи;
  - б) врожденные вправимые грыжи;
  - в) грыжи, когда ущемляется только часть кишечной стенки;
  - г) грыжи, когда в грыжевом мешке расположены несколько кишечных петель, а связующие их ущемленные петли кишечника находятся в брюшной полости;
  - д) грыжи, в которых одной из стенок грыжевого мешка является орган.
10. Рихтеровское ущемление — это:
- а) разущемившаяся послеоперационная вентральная грыжа;
  - б) ущемленные врожденные паховые грыжи;
  - в) грыжи, когда в грыжевом мешке расположены несколько кишечных петель, а связующие их ущемленные петли кишечника находятся в брюшной полости;
  - г) грыжи, когда ущемляется только часть кишечной стенки, противоположная линии прикрепления брыжейки;
  - д) ущемленные приобретенные многокамерные грыжи.
11. Осложнениями наружных грыж живота являются:
- а) ущемление;
  - б) копростаз;
  - в) невосприимчивость;

- г) перитонит;
  - д) воспаление.
12. Характерными признаками прямой паховой грыжи являются:
- а) грыжевой мешок располагается медиальнее семенного канатика;
  - б) грыжевой мешок располагается кнаружи от семенного канатика;
  - в) выходит через наружную паховую ямку;
  - г) выходит через медиальную паховую ямку;
  - д) грыжевое выпячивание имеет продолговатую форму.
13. Определите основные способы пластики пахового канала при паховых грыжах:
- а) Мейо;
  - б) Сапезко;
  - в) Жирара—Спасокукоцкого;
  - г) Напалкова;
  - д) Бассини.
14. Способ пластики, предусматривающий полную ликвидацию пахового канала, пахового промежутка и создание пахового канала с совершенно новым направлением:
- а) Жирара;
  - б) Спасокукоцкого;
  - в) Бассини;
  - г) Кукуджанова;
  - д) Постемпского.
15. Ущемленная грыжа характеризуется следующими клиническими признаками:
- а) внезапное начало;
  - б) резкие боли в области грыжевого выпячивания;
  - в) положительный симптом «кашлевого толчка»;
  - г) увеличение в размерах грыжевого выпячивания;
  - д) невправимость в брюшную полость.
16. Тактика врача при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи:
- а) лапаротомия с ревизией кишечника;
  - б) экстренная операция — грыжесечение;
  - в) экстренная лапароскопия;
  - г) наблюдение больного в стационаре;
  - д) отпустить больного домой с повторным осмотром через 1 сут.
17. Способ пластики грыжевых ворот по Руджи применяется при:
- а) бедренной грыже;
  - б) пупочной грыже;
  - в) послеоперационных грыжах;



- г) грыже белой линии живота;
  - д) паховых грыжах.
18. Факторами, способствующими образованию послеоперационных грыж, являются:
- а) нагноение раны;
  - б) парез кишечника в послеоперационном периоде;
  - в) заживление послеоперационной раны первичным натяжением;
  - г) нарушение иннервации брюшной стенки;
  - д) ранняя послеоперационная пневмония.
19. Способ пластики грыжевых ворот по Напалкову применяется при:
- а) пупочной грыже;
  - б) грыже белой линии живота;
  - в) бедренной грыже;
  - г) косой паховой грыже;
  - д) прямой паховой грыже.
20. Показаниями к применению пластических материалов (трансплантатов) при вентральных грыжах являются:
- а) многократно рецидивирующие грыжи;
  - б) пупочные грыжи у женщин;
  - в) паховые грыжи у детей;
  - г) послеоперационные грыжи с множественными грыжевыми воротами;
  - д) первичные грыжи больших размеров при дряблой брюшной стенке.

### Задача № 1

Больная 46 лет в течение 3 лет страдает невправимой пупочной грыжей. Особых неприятных ощущений она не причиняла. Но в последние 3 дня у больной в области выпячивания появилась краснота, отечность и резкая болезненность при прикосновении. Поднялась температура до 38 °С. Язык чист, влажен. Пальпация живота безболезненна. Симптомов раздражения брюшины нет.

О каком осложнении грыжи можно думать? Лечебная тактика.

### Задача № 2

У пожилой женщины в течение 10 лет отмечается выпячивание в области пупка размером 4×8 см, которое в последние 2 года не исчезает при любом положении тела. Боли в области выпячивания не беспокоят. При пальпации образование имеет дольчатый характер, мягко-эластическую консистенцию, безболезненно.

Ваш диагноз и лечебная тактика.

**Задача № 3**

У больного 36 лет вами была сделана операция через 12 ч после ущемления паховой грыжи. В грыжевом мешке оказались 2 петли тонкой кишки. После рассечения ущемляющего кольца цвет кишечных петель стал нормальным, они перистальтировали, пульсация сосудов брыжейки была хорошей. Обе петли погружены в брюшную полость, произведена пластика задней стенки пахового канала. Через сутки после операции больной повторно оперирован по поводу разлитого гнойного перитонита. Во время операции обнаружена перфорация некротизированной петли тонкого кишечника.

Какая была допущена ошибка во время первой операции, приведшая к возникновению перитонита?

**Задача № 4**

Больного 60 лет оперируют по поводу рецидивирующей пахово-мошоночной грыжи в четвертый раз. При ревизии обнаружено, что апоневроз наружной косой мышцы живота истончен, разволокнен и не дает возможности надежного укрепления стенок пахового канала.

Каким образом вы укрепите стенки пахового канала, чтобы избежать рецидива грыжи?

**Задача № 5**

Больной 65 лет поступил в стационар по поводу ущемленной пахово-мошоночной грыжи. При ревизии кишечника ущемленная петля оказалась нежизнеспособной. Была произведена резекция кишечника.

Какие вы знаете критерии жизнеспособности ущемленной петли кишечника? На каком расстоянии от границы некротизированного участка следует резецировать кишку в дистальном и проксимальном направлениях?