

УДК 616.34 — 007.43
ББК 54.5
С18

С. В. Савельев

Грыжа и ее секреты

Савельев С.В.

С18 Грыжа и ее секреты / С.В. Савельев — М.: ПРОФИЛЬ, 2006 — 100 с.: ил. 50.

Издание обращено к людям, имеющим проблемы с грыжами стенки живота и желающим приобрести необходимые знания, которые могут помочь им проблему эту решить. В книге не описано никаких «чудес» или неординарных способов лечения. В ней только то, что сегодня предлагает людям опыт и научная медицинская мысль. Учитывая все большее развитие рыночных отношений в области охраны здоровья, она может помочь читателю отстаивать свои права в договоре с медицинским сообществом при обращении к нему по поводу грыжи и ее осложнений.

ISBN 5-98681-014-7

© ПРОФИЛЬ
© Савельев С.В.

ПРЕДИСЛОВИЕ

ОБЩЕЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ И ОПИСАНИЕ МЕСТА ДЕЙСТВИЯ

Грыжи живота, а точнее его стенок — очень знакомое и распространенное явление. Многие видели, если не у себя, то у других шарообразные или овальные выпячивания в области пупка, в паху, по ходу послеоперационного рубца, напоминающие вздувшийся карман, в который что-то напихано. Если и не видели, то наверняка слышали об этом от друзей, родственников и знакомых. Чаше они бывают одиночными, иногда парными, либо множественными при грыжах послеоперационных рубцов. Эти эластичные и, вначале, безболезненные образования создают не только косметический дефект, но могут причинять и немалые физические страдания.

Спутником грыж, как правило, бывает спаечный процесс между органами, расположенными в животе. Спайки образуются не только между петлями кишок, но и между стенкой живота и теми участками кишечника, которые находятся рядом с грыжей. Это приводит к деформации кишечной стенки, нарушает проходимость пищи по просвету кишки, становясь причиной кишечной непроходимости. Но самое опасное — это способность грыж вызывать ущемление находящихся в них внутренних органов с развитием их омертвления, воспаления брюшной стенки, образования кишечных свищей, воспаления брюшины. Такие осложнения у людей, имеющих грыжи, уже напрямую угрожают их жизни и часто приводят к инвалидности.

Под грыжами живота понимают — выпадение его органов за пределы брюшной полости, но в пределах стенки живота. Брюшная полость — то пространство в нашем теле, где располагаются внутренние органы, покрытые

брюшиной. К этим органам относятся: печень, селезенка, желудок и кишечник. Все они связаны между собой и стенками живота связочным аппаратом, имеют питательные ножки, в которых проходят кровеносные сосуды и нервные стволы. У женщин к перечисленным органам добавляется матка с ее придатками. Такие же образования, как почки, поджелудочная железа, мочеточники и мочевой пузырь расположены в полости живота, но за пределами брюшной полости. Их еще называют — забрюшинными. Значит, существует разница между брюшной полостью и полостью живота — одна вложена в другую по принципу матрешки. Сама брюшная полость в норме — не более чем шелевидное пространство между органами, а также между последними и стенками живота. У этого пространства есть передняя, две боковые, задняя, верхняя и нижняя стенки. Стенки и сами органы покрыты блестящей, тонкой оболочкой, которая обеспечивает скольжение их относительно друг друга. Эта оболочка называется брюшиной, она же отделяет брюшную полость от полости живота. Органы, покрытые брюшиной полностью, относятся к внутрибрюшинным образованиям, а те, что покрываются ею лишь частично — к внебрюшинным. Внебрюшинные органы значительно реже участвуют в образовании грыж, чем покрытые брюшиной. Срединное положение занимают участки кишечной трубки, покрытые брюшиной на 2/3 своей окружности, а на 1/3 их стенка лишена брюшинного покрова и прилегает к жировой клетчатке забрюшинного пространства (двенадцатиперстная кишка, слепая кишка, восходящий и нисходящий отделы поперечной ободочной кишки, нижняя треть сигмовидной кишки).

Переднюю стенку живота мы все хорошо знаем и называем ее в быту просто — животом. Боковые его стенки начинаются от ребер, и заканчиваются на крыльях подвздошной кости. И действительно, на рентгеновском снимке костей таза подвздошные кости выглядят как крылья бабочки. Эти костные ориентиры легко проверить каждому на себе. Задняя стенка представлена поясничной

областью. Поскольку наше туловище на сечении приближается к овалу, то границы между передней, задней и боковыми стенками проводятся условно, по воображаемым линиям. Верхняя граница брюшной полости — мышечно-фиброзная пластина, натянутая между грудной полостью и полостью живота. Она так и называется — грудобрюшная преграда, или диафрагма. И, наконец, нижняя граница проходит по тазовой диафрагме. Диафрагма таза так же представлена мышцами и связками, каждая из которых имеет свое предназначение, а вместе они составляют сложный механизм, замыкающий полость живота снизу. Натянутые между костями таза, они играют роль упругой мембраны, регулируя к тому же акты родов и дефекации.

Брюшная полость никак не похожа на жесткую коробку. Обладая эластичными стенками, она может менять свою форму и объем. Эти изменения происходят благодаря сокращению и расслаблению мышц стенок живота, в том числе грудобрюшной и тазовой диафрагмы. Соответственно изменяется давление внутри полости. Давление повышается при натуживании, кашле, вздохе, крике и т. д. Наполнение желудочно-кишечного тракта после приема пищи тоже ведет к повышению внутрибрюшного давления. Давление в полости живота, а вернее его колебания несут определенную функцию. С помощью изменений внутрибрюшного давления внутренние органы удерживаются на своем месте, регулируется перистальтика (периодические сокращения) кишечника, как и процесс его опорожнения, замедляется, либо ускоряется ток крови, и, что особенно важно, обеспечивается возврат крови к сердцу. При появлении грыжи, отлаженный механизм регулирования внутреннего давления в полости живота нарушается, а это приводит к ослаблению таких важных функций, как дыхание и кровообращение. Чем больше размеры грыжи и чем дольше она существует, тем глубже нарушение функций легких и сердца. В результате, человек начинает плохо переносить физические нагрузки, ослабевают его компенсаторные реакции. Другими словами — уменьшается его запас прочности.

Кроме наружных грыж, которые легко определяются, существуют, так называемые, внутренние грыжи. Такими грыжами называют выпадения органов брюшной полости либо в соседние внутренние пространства, например, в грудную полость, либо ограничение подвижности части брюшных органов, их вынужденное положение внутри самой полости живота. Примером первых могут служить грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Вторые, обусловлены тем, что рельеф брюшных стенок не такой гладкий, как стены вашей квартиры, а имеет вид пересеченной местности. Особенно в заднебоковых отделах имеются различные впадины и углубления, которые называются карманами. Впадины эти образованы за счет забрюшинных органов, позвоночника, мышечных массивов, которые, имея зачастую округлую поверхность, на своих границах создают такие понижения рельефа. Часто карманы отграничены от других отделов брюшной полости тонкими пленками брюшины и имеют достаточно узкий вход. Вот тут и могут застревать кишечные петли, создавая условия очень похожие на те, что возникают при выпадении органов в наружную грыжу. Сходство это доходит до того, что развивающиеся осложнения совершенно те же. Это ущемление попавших туда органов или развитие кишечной непроходимости.

Само наличие грыжи предполагает хирургическое вмешательство. Других методов борьбы с грыжами пока не придумано. Хотя ходят упорные слухи о заговорах или закличках. Слышать слышал, но видеть не видел. Операция же всегда вызывает опасение, и даже страх. Цель этой книги — в популярной форме поговорить о грыжах, их происхождении, развитии, возможных осложнениях и, конечно, методах лечения. Поговорить об опасностях и неудачах, ожидающих как врача, так и пациента в этой области. Пусть этот разговор и полученные сведения помогут вам выбрать оптимальный путь решения проблем, связанных с вашим здоровьем.

ГЛАВА ПЕРВАЯ

ОТКУДА БЕРУТСЯ И ЧТО СОБОЙ ПРЕДСТАВЛЯЮТ ГРЫЖИ ЖИВОТА?

Грыжи образуются по ходу естественных каналов и дефектов брюшной стенки. Эти каналы и дефекты связаны с образованиями, которые, выходя из брюшной полости, связывают находящиеся там органы с другими, расположенными вне полости живота. Так в паховом канале у мужчин проходят сосуды, питающие кровью яички, и семявыносящий проток, обеспечивающий отток семени. У женщин в этом канале расположена круглая связка матки — элемент фиксирующего аппарата детородного органа. Через бедренные каналы проходят крупные сосудистые стволы — артерия и вена бедра. Пупочное кольцо во время беременности пропускает пуповину, обеспечивающую жизнедеятельность плода. Сквозь пищеводное отверстие диафрагмы в брюшную полость попадает пищевод. Все эти каналы и отверстия обрамлены фиброзными (прочная соединительная ткань) кольцами, а также мышечными волокнами. Кольца эти, обладая пониженной эластичностью и повышенной прочностью, являются своеобразными стражами, призванными не допустить выхода органов живота из его полости. Кроме того, в строении стенок каналов участвуют плотные связки и некоторые кости, которые совместно с мышечными пучками также противодействуют образованию грыж. Природа, как бы чувствуя уязвимость этих мест, постаралась максимально защитить их. Тем не менее, защита эта может терпеть поражение и даже полностью разрушаться из-за влияния неблагоприятных факторов.

Брюшина, выстилающая изнутри стенки живота, в местах естественных каналов образует углубления и ямки,

либо выпячивания или отростки наподобие тех, что мы видим при надувании воздушного шара на его вершине, пока тот полностью не заполнился воздухом. Вспомним теперь о внутрибрюшном давлении, которое постоянно колеблется. То, повышаясь, то, понижаясь, оно оказывает толчкообразное воздействие на эти слабые точки в стенках живота, действуя наподобие тарана.

Следующим звеном, способствующим образованию грыжи, как считают ученые — медики, является слабость мышц и соединительной ткани нашего тела, в том числе и брюшной стенки. Что такое мышцы, мы все себе представляем. Это хорошо видно на фотографиях мускулистых тел в журналах по фитнесу и бодибилдингу. Соединительная ткань вместе с костным скелетом служит опорой мышц, сосудов и других эластичных образований человеческого тела. Ее отростки и пластины пронизывают все остальные ткани, образуя некий каркас, подобно железной арматуре в бетоне, придающий жесткость и форму органам и тканям нашего организма, не давая им растечься в желеобразную массу. Из соединительной ткани состоят наши связки и сухожилия и те фиброзные кольца, окаймляющие входы в естественные каналы и дефекты брюшной стенки.

Соединительная ткань не сразу становится прочной, так сказать зрелой. Для этого она должна пройти определенный путь развития. Молодая же соединительная ткань тоже рыхлая и эластичная и мало чем отличается по плотности от других тканей. Период созревания ее как всякий динамический процесс может быть либо замедлен, либо ускорен различными внешними воздействиями. Считается, что недоразвитость соединительной ткани может быть обусловлена генетически, то есть быть врожденной. Может быть следствием замедления созревания в период внутриутробного развития плода, а может быть приобретенной. Что касается генов, то это всего лишь предположение. На плод же в организме матери в наш век химии, ядерной энергии, больших и задымленных городов, токсикомании, искусственного вскармливания и т.д. обрушивается доста-

точное количество вредных воздействий, следствием которых могут быть различные нарушения и сбои в реализации генетической программы. Исследование этих факторов и результатов их влияния на организм человека идет во всем мире, но точно установить каналы влияния удастся далеко не всегда. Факторы физического характера, создающие повышенную хроническую нагрузку на соединительную ткань, считаются приобретенными условиями для образования грыж. Сюда относим беременность, в ходе которой у матери может появиться пупочная или бедренная грыжа. Длительный плач младенца, еще говорят: «наплакал себе грыжу». Тяжелые физические нагрузки на плохо подготовленное тело. Во время таких нагрузок соединительная ткань подвергается микротравме. Происходят ее надрывы с кровоизлияниями и отеком. Эти надрывы в дальнейшем заполняются молодой соединительной тканью, но пока она созреет вся конструкция становится более слабой и уязвимой. В пожилом возрасте, когда соединительная ткань слабеет в процессе старения, нагрузки в виде тяжелой физической работы, нутуживания при хронических запорах или мочеиспускании у страдающих аденомой предстательной железы так же могут способствовать появлению грыж.

Таким образом, для зарождения грыжи необходимы следующие условия: слабость соединительной ткани врожденная либо приобретенная, наличие естественных каналов и дефектов брюшной стенки, маятникообразное колебание внутрибрюшного давления. Эти условия можно назвать внутренними, то есть присущими нашему организму.

К внешним факторам, способствующим образованию грыжи можно отнести: радиационное воздействие на организм матери (известно, что жесткое излучение подавляет рост и созревание соединительной ткани); токсическое влияние различных веществ — курение, алкоголь, наркотики, промышленная химия, искусственное вскармливание; длительный плач и крик младенца, хронический кашель, несоразмерное физическое усилие, хронические травмы связочного аппарата, резкое увеличение объема

брюшной полости (беременность, асцит, большие кисты и опухоли), натуживание при запорах и задержках мочи.

Для образования грыжи необходимо сочетание как внутренних, так и внешних факторов. Как же работают эти факторы, когда встречаются в силу сложившихся обстоятельств вместе? Процесс очень напоминает то, что делают ребяташки, надувая пузырь из жевательной резинки: резкое повышение внутрибрюшного давления, вызванное поднятием тяжести, натуживанием при запоре, приступе кашля и т.п., распространяется на те брюшинные карманы и отростки, которые прикрывают вход в естественные каналы. Соединительнотканное кольцо, ослабленное в силу одной из перечисленных причин, расширяется, не выдерживая давления. Через него в канал выдувается шарик из брюшинной оболочки. Шарик тот начинает раздвигать более рыхлые слои брюшной стенки — мышцы, если они к тому же плохо развиты, жировую ткань, растягивать кожу. С каждым повторением ситуации выпячивание все увеличивается, превращаясь в мешкообразную полость, внутренней стенкой которой будет служить брюшина, а внешней, по выходе из канала — жировая прослойка и кожа. Грыжевой мешок, так он теперь будет называться, связан с остальной брюшной полостью узкой горловиной, поскольку фиброзное кольцо все же остается самой прочной преградой на пути грыжи. Горловина называется шейкой грыжевого мешка, а расширенное фиброзное кольцо — грыжевыми воротами. Самая широкая часть грыжевого мешка противоположная от ворот называется его дном. (Рис 1).

Как мы с вами уже знаем, брюшная полость — это узкая щель. В ней нет воздуха и жидкости, только небольшое количество «смазки». Поэтому полость грыжевого мешка тут же заполняется, каким либо органом брюшной полости. Орган этот может выпадать в грыжу, как это делают петли кишки или пряди большого сальника, либо соскальзывать в нее, как слепая кишка, мочевой пузырь. Соскальзывают в полость грыжевого мешка те органы, что более фиксированы в своем положении внутри полости живота. Брюшина охватывает эти органы не со всех сторон, а примерно на две

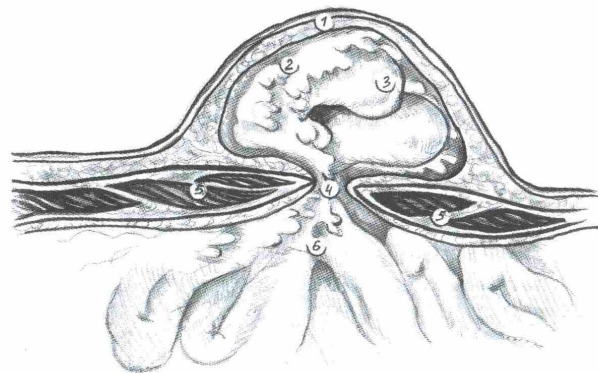


Рис. 1. Вид на разрезе грыжевого выпячивания при не осложненной грыже передней брюшной стенки:

- 1 — стенка живота над грыжей представлена только кожей и подкожной жировой клетчаткой; 2 — прядь большого сальника, выпавшая в полость грыжевого мешка;
- 3 — петли кишечника, находящиеся в грыжевом мешке; 4 — грыжевые ворота;
- 5 — полноценная брюшная стенка вне грыжевых ворот; 6 — свободная брюшная полость

трети окружности. Задняя стенка таких образований как слепая кишка, восходящая и нисходящая часть ободочной кишки, нижняя треть сигмовидной кишки, мочевой пузырь расположены забрюшинно, в окружении рыхлой жировой ткани. При формировании грыжи сама брюшина не растет, а вытягивается из полости живота на манер того, как вытягивается марля, когда через нее процеживают отвар трав. Вытягиваясь под кожу, брюшина тянет за собой прилегающие образования, связанные с ней более прочно, чем с рыхлой жировой клетчаткой. Таким образом, в грыжевом мешке могут оказаться органы, лишенные обычно свободы передвижения по полости живота. (Рис 2).

Дальнейшему росту грыжевого выпячивания теперь способствует любое повышение давления в брюшной полости. Если раньше оно благодаря упругости стенок живота равномерно распространялось внутри полости и проводило нужную для организма работу, то теперь оно устремляется в полость грыжевого мешка, выдавливая в нее кишечные петли, сальник и другие органы. Постепенно постоянная

травма грыжевых ворот приводит к образованию спаек между брюшиной на стенке живота и брюшиной, обволакивающей выпадающие органы. Сам грыжевой мешок обрастает спайками с кожей и подкожной жировой клетчаткой. Если раньше грыжа полностью вправлялась в брюшную полость при расслаблении брюшной стенки в положении лежа и с помощью легкого массажа рукой, то теперь она становится невправимой, или вправляется частично. Надо сказать, что спайки, нарушая деятельность кишечника, мало препятствуют росту самой грыжи. С течением времени грыжевые образования могут достигать по истине огромных размеров. Связанная почти до колена в паховой области, формируя второй живот при расположении в центральной части живота. Такие грыжи еще называют килей. Вот что можно коротко сказать о возникновении грыж. (Рис 3).

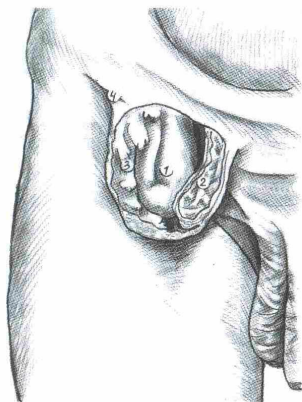


Рис. 2. На срезе показано содержимое прямой скользящей паховой грыжи: 1 – петля тонкой кишки, выпавшая в грыжу; 2 – стенка мочевого пузыря, соскользнувшая по стенке грыжевого мешка; 3 – прядь большого сальника, последовавшая в грыжевой мешок вслед за кишечной петлей; 4 – паховая складка

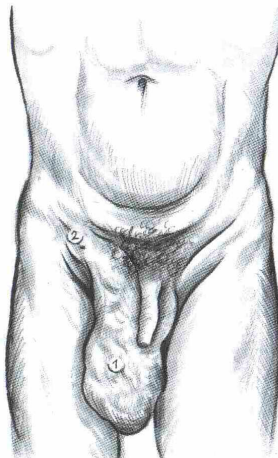


Рис. 3. Внешний вид гигантской паховой грыжи – килы. 1 – увеличенная мошонка за счет множественных петель кишечника, выпавших в грыжу, которые выпирают через кожу; 2 – проекция пахового канала, где прошла грыжа

Теперь давайте коснемся многообразия форм и особенностей отдельных видов грыж. Как уже было сказано, грыжи бывают наружными и внутренними. Кроме того, они различаются по месту образования. Так мы знаем паховые, бедренные, пупочные, послеоперационные грыжи. Безусловно, имеют значение размеры грыжевых образований. В зависимости от сроков существования величина грыжевого выпячивания бывает самая разная — от небольших грыж, что не больше лесного ореха, до гигантских образований — с голову взрослого человека. В такие огромные грыжи может выпадать почти весь желудочно-кишечный тракт, включая желудок. Хирургическое лечение этих грыжевых монстров представляет большие трудности, как для хирурга, так и для пациента. Однако хирурги размеры грыж исчисляют не только по величине грыжевого мешка, а и по размерам грыжевых ворот. Ворота до 5 см и грыжа относится к малым, ворота в 25 см и более — перед нами гигантская грыжа. Такая ориентация принята постольку, поскольку смысл операции — перекрыть эти ворота навсегда. В зависимости от величины дефекта брюшной стенки находится выбор способа пластического его закрытия. Дальше, на примере больших и гигантских грыж будет видно, что размеры грыжевого мешка, объем выпавших в него внутренних органов существенно влияет на подготовку, сам ход и последствия хирургического лечения. (Рис 4).

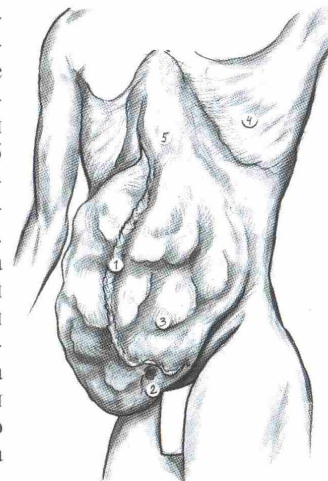


Рис. 4. Общий вид гигантской послеоперационной вентральной грыжи: 1 – рубец после перенесенной в прошлом операции на органах брюшной полости; 2 – пупок, смещенный далеко вниз от своего типичного расположения; 3 – петли кишечника, проступающие через истонченную кожу над грыжевым выпячиванием; 4 – грудная клетка; 5 – подкожная область, пока незанятая грыжей

Как же выглядит и на что жалуется человек, страдающий грыжей брюшной стенки и попадающий на прием к врачу? Первая и основная жалоба — наличие самого грыжевого выпячивания тех или иных размеров, которое вдруг появилось на стенке живота. Выпячивание это напоминает припухлость округлой или овальной формы, мягко-эластической консистенции. При надавливании рукой или в положении лежа довольно легко вправляется, иногда с характерным урчанием. Если покашлять, приложив к нему руку, то легко ощутить передачу кашлевого толчка. Кожа над ним обычного цвета и консистенции, если речь не идет о больших и гигантских грыжах, где уже явно видна атрофия и перерастяжение кожного покрова, могут появиться опрелости в складках кожи при отвисании большого грыжевого образования. При ощупывании грыжи болей нет, либо имеют место незначительные болевые ощущения. Однако пациент может предъявлять жалобы на боли в области грыжи, которые возникают после еды или физической нагрузки. Боль обычно тянущего или режущего характера, что обусловлено натяжением питательной ножки кишки, выпавшей в грыжевой мешок. Такая ножка состоит из кровеносных сосудов и нервов, окруженных жировой тканью и заключенных между двумя листками брюшины. Врачи называют ее брыжейкой. Именно натяжением или сдавлением этих образований в грыжевом мешке объясняются все болевые ощущения, связанные с грыжей. Также боль может быть вызвана натяжением большого сальника, попавшего в грыжу.

Большой сальник — весьма примечательный орган брюшной полости. По строению своему он представляет дубликатуру брюшины, т.е. удвоенный ее листок, между которыми, как в бутерброде, располагается рыхлая жировая ткань вместе с кровеносными сосудами. Начинается большой сальник от поперечно-ободочной кишки, а далее свисает вниз как фартук, располагаясь наподобие прокладки между передней брюшной стенкой и петлями кишечника. Нижний край его остается свободным и обладает большой подвижностью. По своему назначению этот орган может

быть назван отрядом быстрого реагирования на любую агрессию против брюшной полости. Это касается как травмы, так и воспалительных процессов. Он довольно быстро смещается к больному месту и пытается оградить его от остального пространства полости живота. Понятно, что сальник наравне с петлями тонкой кишки первым вываливается в грыжу и припаивается в области грыжевых ворот, пытаясь закупорить их. К сожалению, он не настолько прочен, чтобы справиться с подобной задачей, а потому становится спутником грыжи. (Рис 5).

Не осложненная грыжа, как правило, не вызывает каких-либо функциональных расстройств со стороны желудочно-кишечного тракта. Также, на первых порах, мало страдает функция других органов. Сопутствующие заболевания в большинстве своем существуют независимо от грыжи. Значение их существенно в том плане, что они могут отрицательно сказаться на результатах операции. Поэтому пациентам с хроническими неспецифическими заболеваниями легких, такими как бронхит, бронхиальная астма, бронхоэктатическая болезнь вначале необходимо пройти курс противорецидивного лечения, чтобы кашель в послеоперационном периоде, либо обострение болезни не создали угрозы для пластики грыжевых ворот. Мужчинам, страдающим аденомой простаты, предлагается сначала операция — аденомэктомия либо курс консервативной терапии, чтобы снять напряжение при мочеиспускании.



Рис. 5. Большой сальник и место его прикрепления в полости живота.

- 1 — поперечная ободочная кишка, срезанная в сагиттальной плоскости; 2 — место прикрепления сальника к передней поверхности стенки поперечной ободочной кишки;
- 3 — свободно свисающий край большого сальника, имеющий вид фартука; 4 — брыжейка (питающая ножка) поперечной ободочной кишки

Продолжая обследование пациента с грыжей, врач, осмотрев его в положении стоя, в котором выпячивание выглядит наиболее демонстративно, укладывает больного на кушетку. Вправив грыжу в живот, он пальцами старается определить границы и размеры грыжевых ворот. Закончив обследование места выхода грыжи, продолжает ощупывать пальцами другие отделы живота, стараясь не пропустить большие опухоли или кисты, обязательно исследуя остальные места возможного выхода грыж, помня о множественной локализации. При типичной грыже такого осмотра бывает вполне достаточно, чтобы поставить диагноз.

Проведение дополнительных исследований: анализы крови, мочи, рентгеновское обследование легких, электрокардиография и т.д. необходимо для выявления скрытых от обычного осмотра заболеваний и оценки общего состояния организма. Если противопоказаний не выявлено, пациент направляется на операцию. Хирургическое вмешательство сегодня — единственный метод надежного избавления от грыжи. И сколько бы не ходило в народе слухов о чудесных заклинаниях, заговорах, специальной гимнастике, якобы не оставляющих и следа от грыж, медицинской статистике об этом ничего не известно. Это как НЛО — свидетели вроде есть, а доказательств не представлено. Тем не менее, для таких слухов могут быть вполне законные основания. Бывают ситуации, когда определить что за выпячивание или припухлость появилась у человека на стенке живота — не просто. Оказывается, есть целый ряд заболеваний, проявление которых очень похоже на грыжу. Сюда можно отнести воспалительные опухоли, например увеличение лимфатических узлов, варикозные узлы на венах бедра, опухоли и кисты семенного канатика у мужчин, кисты круглой связки у женщин. Некоторые из них могут излечиваться без операции: опухоли воспалительного происхождения рассасываются, киста может лопнуть. А если пациенту поставили диагноз грыжи, то вот и чудесное излечение — без боли и крови. Путаницу иногда создают метастазы рака или специфическое заболевание лимфатических узлов в месте возможного выхода грыж, если врач не удосужился проверить больного на

такие болезни. Можно и лигатурный абсцесс (гнойник вокруг нитки) в рубце после другой операции принять за послеоперационную грыжу. Тогда во время «грыжесечения» обнаруживают полость, содержащую завязанную нить, не прижившуюся в тканях нашего организма.

Особенностью паховых грыж является то, что, проходя по самому длинному из известных естественных каналов, грыжевой мешок по выходе из него продолжает свое движение в подкожном жировом слое, спускаясь в мошонку у мужчин и большую половую губу у женщин, и может имитировать заболевания органов, расположенных в этих областях. У мужчин — болезни яичка и его придатка, у женщин — воспаление бартолиновых желез. Воспаление паховых лимфатических узлов бывает от простой мозоли на стопе. Тем не менее, опытный хирург всегда разберется в этом маскараде. А с появлением ультразвукового исследования эти проблемы намного упростились в своем решении. (Рис 6а, 6б).

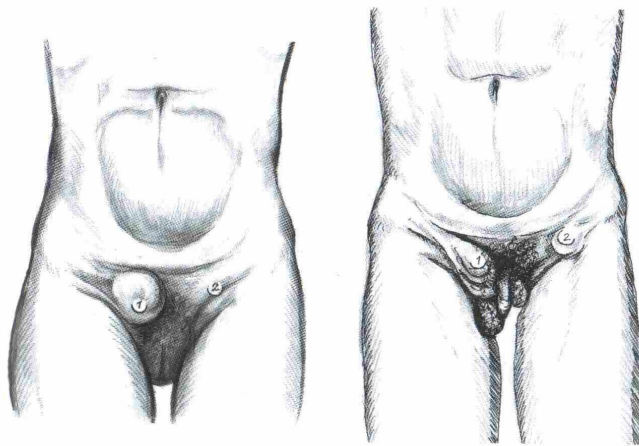


Рис. 6. Внешний вид косой паховой грыжи: а) у женщин: 1 — грыжевое выпячивание, продвигающееся в сторону лобка; 2 — паховая складка противоположной стороны. б) двухсторонняя грыжа у мужчин: 1 — грыжевое выпячивание, спускающееся в мошонку; 2 — грыжевое выпячивание с другой стороны

Таким образом, когда поставлен диагноз — грыжа передней брюшной стенки, и врачу и пациенту ясно, что необходимо оперировать. Вот только врачу ясно, что оперировать надо как можно раньше, пока грыжа небольших размеров и рост ее не разрушил стенку живота на значительном протяжении, сделав ее практически недееспособной в роли каркаса нашего тела. А пациенту не хочется или страшно решиться на хирургическое вмешательство. Другими словами он не представляет себе, чем все может обернуться. Иначе как объяснить, что на прием к врачу приходят люди с грыжами, размеры которых трудно бывает даже вообразить. Паховая грыжа, свисающая до колен, пупочная грыжа с голову ребенка, а уж послеоперационная грыжа таких размеров, что мышцы передней брюшной стенки оказываются в поясничной области, а большинство органов живота получают прописку в грыжевом мешке. Такие грыжи не только затрудняют работу легких и сердца, но элементарно не позволяют своему хозяину завязать шнурки на ботинках. При этом все прекрасно знают о возможном ущемлении грыж. Тогда операцию приходится делать в экстренном порядке и часто в ночное время, не имея достаточного оснащения, без подготовки и необходимого обследования, в общем — впопыхах. Что говорить тогда о результатах пластики брюшной стенки и возможности возвращения грыжи, т.е. ее рецидива? Увы, результаты оставляют желать лучшего, не говоря уже о реальной вероятности смертельного исхода, особенно у пожилых пациентов. Кто-то утешает обладателей гигантских грыж тем, что они практически не ущемляются. Во-первых, все-таки ущемляются, а во вторых, этих людей подстерегает другая беда — спаечная кишечная непроходимость в грыжевом мешке. Что называется: поменяли шило на мыло. Получить заворот кишок в придачу к грыже — далеко не лучший выход из ситуации. Поэтому, врачи настойчиво убеждают: оперируйтесь, не дожидаясь осложнений, не ухудшайте свое положение, не рискуйте собственной жизнью.

ГЛАВА ВТОРАЯ

УЩЕМЛЕНИЕ ГРЫЖИ, ЧТО ЭТО?

Когда у человека появляется та или иная грыжа передней брюшной стенки кроме косметического дефекта и ограниченный физических возможностей его тела его поджидает еще одна неприятность — ущемление выпавших внутренностей в грыжевом мешке. Ущемление грыжи можно без преувеличения назвать самым грозным осложнением этого заболевания. Именно оно является основной причиной смертности, до сих пор омрачающей статистику лечения. Это даже если не принимать в расчет такие грозные осложнения любой операции как инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочной артерии, кровоизлияние в мозг. Осложнения такого характера обусловлены фоном, на котором протекает основное заболевание и производится та или иная операция. Атеросклероз кровеносных сосудов, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца и т.п. всегда добавляют элемент риска при любом хирургическом вмешательстве. Ущемление же, как осложнение характерно только для грыж. (Рис 7).

История болезни: Больной К. 58 лет был доставлен бригадой скорой помощи в приемное отделение больницы 26.07.04 в 19ч.45мин. При осмотре дежурным хирургом больной предъявлял жалобы на боли в правой паховой области, тошноту, рвоту. Боли возникли внезапно около 10 часов утра 26.07.04. во время работы на огороде. В это же время увеличилась в размерах и перестала вправляться грыжа в правом паху. Ранее похожих симптомов не было. Грыжа в правой паховой области существует в течение трех лет. Из перенесенных заболеваний: острый аппендицит, операция 35 лет назад, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки с 1998 года, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, хронический геморрой.

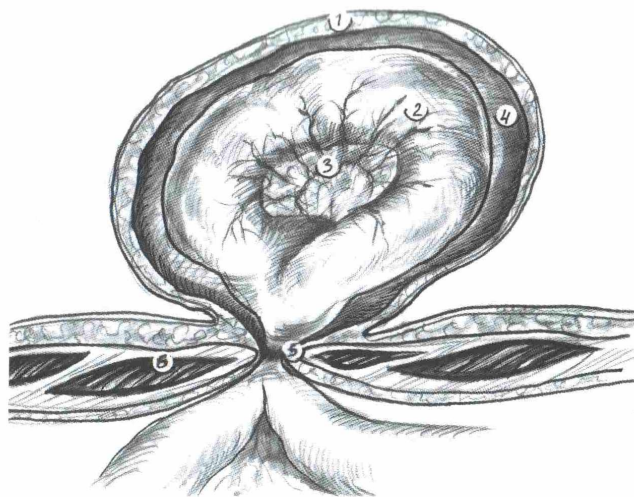


Рис. 7. Вид на срезе ущемленной грыжи передней брюшной стенки:

- 1 — стенка живота в области грыжевого выпячивания;
- 2 — петля ущемленной в грыже кишки; 3 — брыжейка ущемленной кишки;
- 4 — грыжевая вода в полости грыжевого мешка; 5 — грыжевые ворота, которые
слишком малы для выпавшего объема кишечника;
- 6 — неизмененная стенка живота вне грыжи

При обследовании: состояние средней тяжести, кожные покровы бледноваты, язык сухой. В легких выслушивается везикулярное дыхание, ЧД — 22 в 1 мин. Пульс — 96 ударов в 1 мин. АД — 150/90 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, патологические шумы не выслушиваются. Живот вздут, при пальпации мягкий, болезненный в правой половине и над лонном. Симптомов раздражения брюшины не определяется. Перистальтика кишечника усилена, приглушения в отложившихся местах живота не выявлено. При осмотре прямой кишки пальцем — хронический геморрой вне обострения.

Местно: в правой паховой области определяется опухолевидное, округлое образование размерами 8x10 см., резко болезненное, тугоэластической консистенции, не вправимое в

брюшную полость. В мошонку не спускается. Кожа над выпячиванием не изменена.

В анализе крови выявлен лейкоцитоз до 13 тыс., анализ мочи патологии со стороны почек не выявил. На обзорной рентгенограмме брюшной полости определяются признаки тонкокишечной непроходимости. По данным электрокардиографии имеют место диффузные изменения миокарда, признаки гипертрофии левого желудочка.

Диагноз приемного отделения: ущемленная, правосторонняя, паховая грыжа.

Показана экстренная операция — грыжесечение. Больной ослеплен терапевтом и анестезиологом, противопоказаний к операции не выявлено. В желудок введен зонд и эвакуировано около 400 мл. застойного содержимого. Место будущей операции побрито и больной подан в операционную.

Под местной анестезией произведено рассечение кожи, подкожной клетчатки. Выделен напряженный грыжевой мешок, вскрыт. Под давлением выделилось 60 мл. мутной жидкости бурого цвета — грыжевая вода. В грыжевом мешке обнаружена петля тонкой кишки длиной до 15 см. багрово-синюшного цвета. Грыжевые ворота рассечены, петля кишки выведена из брюшной полости. Произведена новокаиновая блокада брыжейки кишки, обогревание ее салфетками с горячим физиологическим раствором. После проведенных мероприятий кишка приобрела нормальный цвет и появилась перистальтика (ритмические сокращения ее стенки). Признанная жизнеспособной, кишка погружена в брюшную полость. Грыжевой мешок выделен до шейки, прошит и перевязан, отсечен. Произведена пластика грыжевых ворот, швы на кожу.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила первичным натяжением, швы с кожи сняты на 8-е сутки. На 9-е сутки пациент выписан домой в удовлетворительном состоянии.

На этом вполне типичном примере с благоприятным исходом можно видеть основные признаки ущемления грыжи. Это, прежде всего, — резкая боль в области грыжевого выпячивания. Грыжа увеличивается в размерах, ста-

новиться напряженной и болезненной. Если ранее она свободно вправлялась в брюшную полость, то теперь это сделать не удастся из-за болей и сопротивления тканей. Так выглядит основная триада симптомов. Остальные признаки ущемления: вздутие живота, тошнота и рвота, задержка стула и газов характерны для кишечной непроходимости. Надо всегда помнить, что ущемленная грыжа считается одной из форм острой кишечной непроходимости, причем одной из самых тяжелых. Почему это так станет ясно, когда мы рассмотрим сам механизм ущемления, чтобы понять какие процессы происходят тогда в грыже.

Как правило, к ущемлению грыжи приводят те же факторы, что и к их образованию. Физическое напряжение, сильный приступ кашля, переедание, потуги при запорах и задержке мочеиспускания приводят к внезапному повышению внутрибрюшного давления, которое вызывает кратковременное расширение грыжевых ворот. В полость грыжевого мешка в этом случае выпадает больший, чем обычно объем кишечных петель. Затем, когда давление в полости живота падает, грыжевые ворота так же быстро суживаются. Если в этот момент избыток кишки не успевает проскользнуть обратно в живот, то кишечные петли оказываются в своеобразном капкане. Фиброзное кольцо ворот пережимает не только просвет самой кишечной трубки, но и брыжейку кишки — ее питающую ножку, в которой проходят кровеносные сосуды и нервы. Сдавление нервных стволов и сосудов вызывает резкую боль — первый признак ущемления. Весь процесс очень напоминает жизненную ситуацию, когда рука застревает в банке с узким горлом.

Нарушение кровообращения в кишечных петлях, оказавшихся в ловушке, на медицинском языке называется странгуляцией. Ущемленная кишка быстро отекает, что еще более затрудняет процесс ее самостоятельного вправления в брюшную полость. Чем больше времени прошло с начала катастрофы, тем меньше шансов для вправления грыжи. На уровне грыжевых ворот на стенке кишки появляется вдавленная борозда, куда как в паз входит фиброзное, ущемля-

ющее кольцо. Грыжевое выпячивание увеличивается в размерах, становится напряженным и болезненным — второй признак ущемления. Третий признак — невозможность вправления сопровождается вторым как сиамский близнец, что прямо вытекает из вышесказанного. (Рис 8).

Теперь параллельно начинают действовать два механизма. Первый — бурно развивается кишечная непроходимость на участке кишки, расположенной выше места ущемления. Нарушение проходимости по просвету кишки вызывает скопление над препятствием жидкости — кишечных соков и пищи с ними смешанной, а также газов, образовавшихся в результате процессов брожения. Кишечные

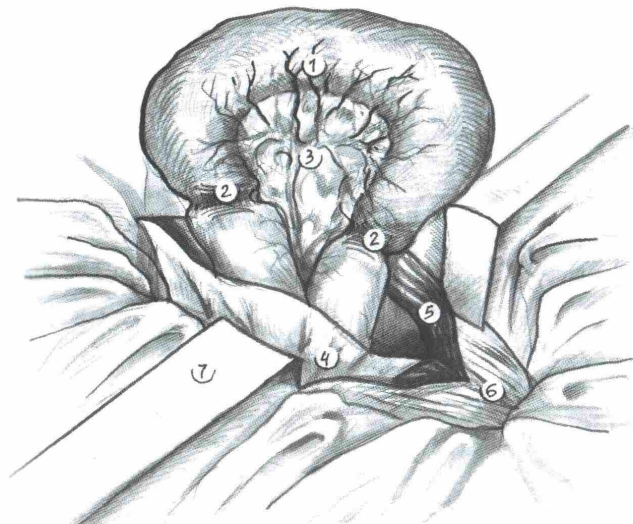


Рис. 8. Ущемленная грыжа, освобождение петли тонкой кишки из ущемляющего кольца.

- 1 — петля кишки, бывшая в полости ущемленного грыжевого мешка, темный цвет ее обусловлен нарушением кровообращения; 2 — странгуляционная борозда — вдавление на кишечной стенке от ущемляющего кольца; 3 — брыжейка — питающая ножка кишки, в которой проходят кровеносные сосуды и нервы; 4 — грыжевой мешок, рассеченный у дна; 5 — мышцы стенки живота; 6 — мышечно-апоневротический слой передней брюшной стенки; 7 — крючки — ранорасширители

петли перерастягиваются, сокращения кишечной стенки становятся не эффективными и как результат возникает рвота, изнуряющая пациента. Во вторых, в ущемленной петле в результате нарушения кровообращения прекращается питание кишечной стенки. Другими словами, развивается гангрена органа, подвергнувшегося ущемлению в грыжевом мешке. По мере умирания тканей начинает развиваться тяжелый инфекционный процесс, в начале в самом грыжевом мешке, а через некоторое время и в окружающих тканях передней брюшной стенки. Болезнетворные микроорганизмы постоянно живут в нашем кишечнике. При здоровой кишечной стенке ее слизистая оболочка служит надежным барьером, препятствующим инфекционной агрессии против тканей организма хозяина. Отмирание стенки кишки начинается со слизистой оболочки, что приводит к активизации и распространению возбудителей инфекции. Микробы начинают бурно размножаться, захватывая все новые слои кишечной стенки и, наконец, наступает момент, когда воспалительный процесс переходит на брюшину и мягкие ткани живота. Воспаление захватывает все слои брюшной стенки, распространяясь на все новые области ее. Такое течение воспалительного процесса, не имеющего тенденции к ограничению, называется флегмоной. Разрушение же самой кишечной стенки очень скоро ведет к ее перфорации и образованию кишечных свищей, т.е. появлению дефектов, через которые изливается кишечное содержимое. В начале это содержимое поступает в полость грыжевого мешка, а затем, через некоторое время, прорывается через кожу наружу, во внешнюю среду. Хирургам приходится видеть таких больных, когда их привозят в больницу спустя 6 — 7 суток с момента ущемления. Мало того, токсическое содержимое грыжевого мешка может проникнуть и в брюшную полость, вызывая развитие смертельно опасного воспаления брюшины. Но даже если этого не произойдет, кишечная непроходимость сама по себе сопровождается развитием инфекции в брюшной полости. Происходит так потому, что растянутая избыточным содержимым стенка кишки также теряет свои барьерные

функции, не говоря уже о возможном разрыве ее. (Рис 9, 9а).

Таким образом, запущенная кишечная непроходимость с одной стороны и гангрена ущемленной кишки с другой практически не оставляют больному шансов на выздоровление. Запоздалая операция в такой ситуации мало, что может изменить, и больной обречен на мучительную смерть. Из всего вышесказанного следует только один вывод: при появлении признаков ущемления грыжи необходимо срочно обратиться к врачу. В ожидании бригады скорой помощи в первые часы можно лечь в горячую

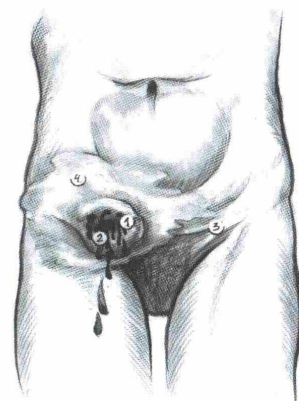
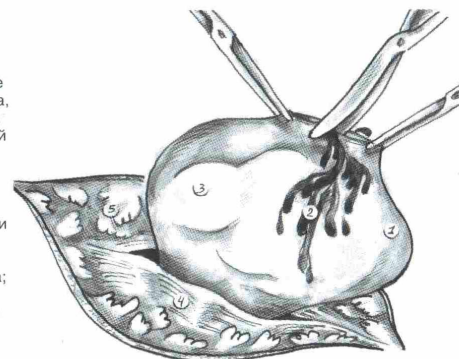


Рис. 9. Ущемленная паховая грыжа, осложненная флегмоной передней брюшной стенки и кишечными свищами.

1 — грыжевое выпячивание; 2 — свищевые отверстия, из которых наружу вытекает кишечное содержимое; 3 — паховая складка противоположной стороны; 4 — флегмона передней стенки живота, занимающая всю паховую область справа

Рис. 9а. Вскрытие грыжевого мешка при ущемленной грыже. 1 — грыжевой мешок, через стенку просвечивают кишечные петли; 2 — грыжевая вода, содержащая токсичные продукты распада тканей и болезнетворные микроорганизмы, вытекающая из мешка при нарушении его герметичности; 3 — петли ущемленной кишки, поступающие через стенку грыжевого мешка; 4 — мышечно-апоневротический слой передней брюшной стенки; 5 — подкожная жировая клетчатка



ванну, согнуть ноги, максимально расслабить брюшную стенку и легким массажем рукой попробовать вправить грыжу. При этом недопустимо применять никакого насилия, ибо насильственное вправление ущемленных грыж может привести к очень тяжелым последствиям. Самые частые осложнения, которыми грозит насилие над грыжей — травма брыжейки кишки, отрыв грыжевых ворот от брюшной стенки, разрыв самой кишечной стенки. Отрыв питающей ножки от кишки даже на небольшом протяжении чревато внутренним кровотечением и закономерной гангреной кишечной стенки. Отрыв и погружение в живот ущемляющего кольца, создавая внешнее впечатление вправления грыжи, на самом деле сохраняет все условия развития гангрены кишки, только теперь этот процесс будет происходить непосредственно в полости живота. И, наконец, разрыв кишки приведет к вытеканию кишечного содержимого в грыжевой мешок с развитием в дальнейшем флегмоны грыжевого мешка и передней брюшной стенки.

Даже если удалось с помощью ванны и массажа не насильственно добиться вправления ущемленной грыжи в первые часы заболевания, все равно необходим осмотр и обследование у хирурга, чтобы исключить возможные осложнения. Если хирург сочтет нужным, надо будет остаться под наблюдением врача какое-то время, провести осмотр брюшной полости через оптическую систему (лапароскопия), оградив себя от серьезных неприятностей.

Еще одной особенностью ущемленных грыж, как уже было сказано, является активизация инфекции. Если операция, проведенная в плановом порядке, считается одной из самых «чистых», будучи отнесена к пластическим хирургическим вмешательствам, то оперирование ущемленной грыжи имеет очень высокий риск гнойных осложнений со стороны раны. Риск этот тем выше, чем больше времени прошло с момента ущемления. Хирургам хорошо известно, что при ущемлении грыжи омертвление кишечной стенки начинается уже через 2 — 4 часа. Поэтому операции при ущемленных грыжах — всегда экс-

тренные, т.е. не терпящие отлагательств, и всегда — «грязные». Даже, если во время операции нет видимых признаков гнояного воспаления, то при специальных исследованиях «грыжевой воды» всегда обнаружится активная болезнетворная инфекция. В таких условиях надежное закрытие грыжевых ворот путем пластики передней брюшной стенки оказывается всегда проблематичным. Медицинский опыт показывает, что чем раньше предпринята операция по поводу ущемленной грыжи, тем лучше как ее непосредственные, так и отдаленные результаты.

Когда же приходится оперировать в условиях развившейся флегмоны брюшной стенки, о пластике вообще и речи быть не может. Кроме того, обнаружив в грыжевом мешке гангрену ущемленной кишки, хирург вынужден произвести резекцию нежизнеспособного участка. Резекция — операция по удалению части большого органа, всегда была тяжелой и ответственной процедурой. В отношении же ущемленной кишки существует правило: кроме явно мертвого участка удаляется не менее 40 см. выше места ущемления и не менее 15 — 20 см. ниже борозды, оставленной ущемляющими воротами. Тогда простой арифметический подсчет показывает, что при гангрене кишки на протяжении 5 см. придется удалить как минимум 60 см. кишечной трубки. Такие широкие границы резекции продиктованы практическим опытом многих поколений хирургов. Более экономное иссечение в данном случае очень часто осложняется несостоятельностью швов межкишечного анастомоза. Всем понятно, что после удаления участка трубы, чтобы восстановить ее непрерывность, необходимо соединить оставшиеся отрезки. На кишке такое соединение производится путем сшивания по окружности просвета оставшихся участков кишечной трубки. Недостаточность швов случается тогда, когда по каким-либо причинам швы не обеспечивают герметичность кишечного соустья и кишечная трубка начинает «протекать» в месте соединения. Угроза несостоятельности швов всегда была и остается главной опасностью подобных операций. Потому и стремятся хирурги наклад-

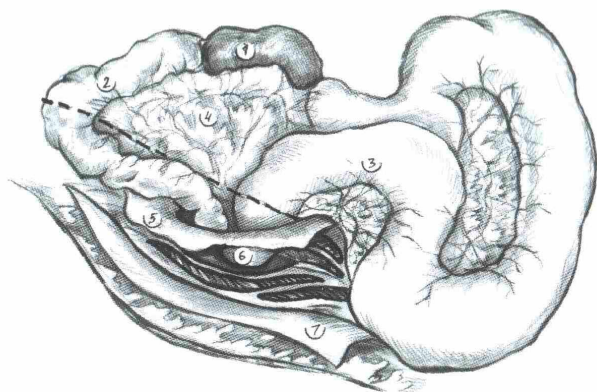


Рис. 10. Операция грыжесечения на этапе определения границ резекции (пунктирная линия) ущемленной кишки, удаление нежизнеспособной кишки проводится вне полости живота, через разрез для грыжесечения.

1 – омертвевший участок тонкой кишки; 2 – отводящая петля ущемленного сегмента кишки имеет спавшийся, уплощенный вид; 3 – приводящая петля ущемленного сегмента кишки резко увеличена в диаметре за счет растяжения газами и кишечным содержимым; 4 – брыжейка ущемленной кишки; 5 – края иссеченного грыжевого мешка; 6 – шейка грыжевого мешка; 7 – нижний лоскут рассеченной передней стенки пахового канала

давать кишечный шов на менее измененной кишечной стенке. (Рис 10).

Мерой по ограничению распространения инфекции являются также двухэтапные операции. Такие операции производятся, когда по вскрытии грыжевого мешка хирург обнаруживает явную гангрену ущемленной кишки. Тогда, приостанавливая манипуляции в области грыжи, сменив перчатки и инструменты, он переходит на срединное чревосечение. Вскрыв живот, хирург производит резекцию участка кишки, накладывает межкишечное соустье и только, ликвидировав внутреннее отверстие грыжевых ворот и зашив чистую рану, возвращается к первоначальному месту операции. Удалив омертвевшую кишку, иссекает воспаленный грыжевой мешок и дренирует рану, ушивая ее редкими швами. Пластика передней брюшной стенки не про-

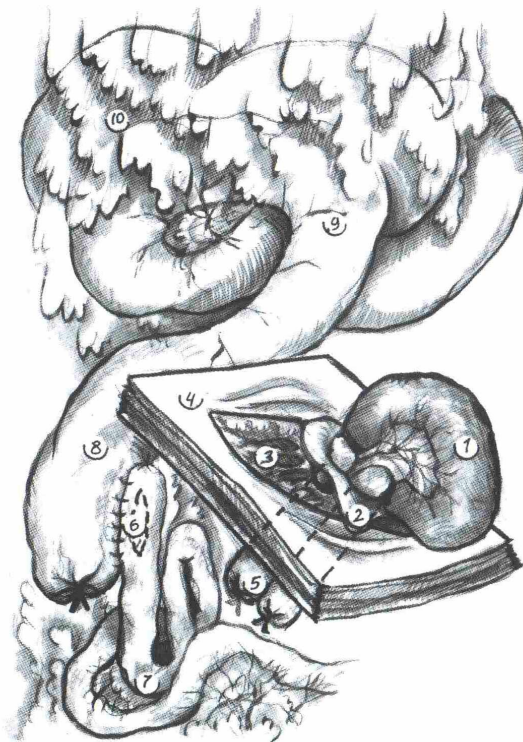


Рис. 11. Операция по поводу ущемленной грыжи – закончен внутрибрюшной этап резекции омертвевшей петли кишечника при этом, сама мертвая петля находится вне полости живота на передней брюшной стенке.

1 – нежизнеспособная петля тонкой кишки, выведенная в рану на передней стенке живота; видны странгуляционные борозды, а сама кишка темного цвета; 2 – края иссеченного грыжевого мешка; 3 – разрез для грыжесечения на передней стенке живота; 4 – условно обозначенная стенка живота; 5 – культи резецированной петли кишечника, находящиеся еще в брюшной полости, пунктиром показана их связь с нежизнеспособной петлей; 6 – межкишечное соустье, наложенное после иссечения участка кишечной трубки, пунктиром обозначено внутреннее кольцо анастомоза; 7 – отводящая петля ущемленного сегмента кишки имеет спавшийся, уплощенный вид; 8 – приводящая петля ущемленного сегмента кишки резко увеличена в диаметре за счет растяжения газами и кишечным содержимым; 9 – растянутые петли кишки, расположенные выше места ущемления; 10 – пряди большого сальника, покрывающие петли кишечника

изводится. Дренаживание — это создание условий для оттока раневого отделяемого в послеоперационном периоде. Оно может производиться: с помощью полихлорвиниловых трубок, марлевых тампонов, резиновых полосок и т.д. Все эти средства будут проводниками для воспалительной жидкости — экссудата, которую в течение 4-5 дней будут отдавать воспаленные ткани. Конечно, после такой операции риск возврата грыжи очень высок. (Рис 11).

При ущемленной пупочной грыже воспаленная кожа, жировая подкожная клетчатка иссекаются единым блоком с грыжевым мешком. Рассеченные затем грыжевые ворота, позволяют извлечь петлю кишки нужной длины из брюшной полости, чтобы произвести ее резекцию внебрюшинно, избегая, таким образом, рассеивания инфекции по полости живота. С пупком в таком случае придется расстаться. (Рис 12).

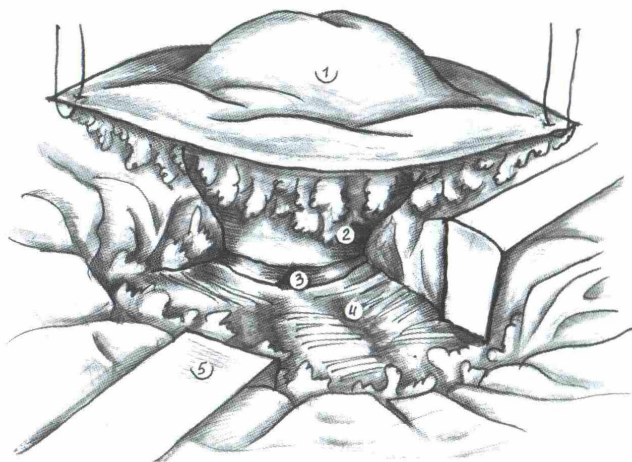


Рис. 12. Операция по поводу ущемленной пупочной грыжи. Грыжевой мешок иссекается в едином блоке с кожным лоскутом и подкожной жировой клетчаткой.

1 — грыжевое выпячивание на стенке живота; 2 — грыжевой мешок, удаляемый с окружающими тканями; 3 — просвет грыжевого мешка, где видны петли кишки, выпавшие в грыжу; 4 — мышечно-апоневротический слой передней стенки живота; 5 — крючок-ранорасширитель

Первые 2-3 дня после операции по поводу ущемленной грыжи, осложненной гангреной кишки, больные проводят в палате интенсивной терапии или реанимации. Это связано с необходимостью восстановления нарушенного водного, солевого, белкового обмена, вызванного запущенной кишечной непроходимостью и интоксикацией. Тяжелое состояние таких больных, угроза развития опасных осложнений делает необходимым круглосуточное наблюдение всего медицинского персонала.

В связи с вышесказанным, хочется еще раз подчеркнуть: ущемление грыжи — не повод для раздумий и колебаний, одно подозрение на него должно подвигнуть пациента на обращение за врачебной помощью. Чем быстрее это будет сделано, тем лучше. Надеюсь, теперь вы знаете, как поступить, при столкновении с подобной жизненной ситуацией.

ГЛАВА ТРЕТЬЯ

СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ В ГРЫЖЕВОМ МЕШКЕ

Если ущемление грыжи является своего рода катастрофой в жизни человека, то не меньшую беду представляет развитие непроходимости кишечника в полости грыжевого мешка без ущемления грыжи. Это может произойти при длительно существующих грыжах и характерно для больших и гигантских грыжевых образований. В таких случаях брюшная стенка бывает разрушена на большом протяжении, кишечник и большой сальник как самые подвижные органы брюшной полости выпадают в грыжу почти в полном объеме, спаечный процесс получает все условия для распространения. Происходит это потому, что раз возникнув, грыжа не стоит на месте. С увеличением ее возраста увеличиваются и ее размеры. Внутривнутрибрюшное давление продолжает свою разрушительную работу над ослабленной стенкой живота. В окрестности ворот грыжи, как со стороны брюшной полости, так и в самом грыжевом мешке начинают образовываться спайки. Они представляют собой разрастание соединительной ткани в виде «пластин», «шнуров», «мостиков» между внутренними органами, а также между органами и стенками живота. Как и почему появляются спайки, так до конца и не выявлено. Ясно только, что они являются своеобразной реакцией брюшины на травму и воспалительный процесс. Принято считать их защитным механизмом, с помощью которого наш организм пытается локализовать болезненный очаг, остановить распространение болезни. Так или иначе, но любая «старая» грыжа всегда сопровождается спаечным процессом. В результате чего, возникает фиксация петель кишки и большого сальника в грыжевом мешке, грыжевое выпячивание перестает вправляться в полость живота, со-

храняя, в отличие от ущемленной грыжи, мягкую и эластичную консистенцию. Возникшие спайки начинают деформировать кишечную трубку, создавая различные перетяжки, скручивания ее, слипание петель по типу двустволки. Такие превращения внутри грыжевого мешка создают все условия для развития острой кишечной непроходимости. Особенно выражен спаечный процесс в послеоперационных грыжах. (Рис 13).

Любая операция на органах брюшной полости до появления лапароскопических методов производилась через более или менее широкий разрез брюшной стенки, которая является далеко не однородным образованием. Она состоит из нескольких слоев мягких тканей, рыхло связанных между собой жировой прослойкой. Самым важным слоем считается мышечно-апоневротический, представляющий собой пластины мышц, заключенных в соединительнотканые футляры. Именно этот слой обеспечивает прочность и упругость стенки живота, оказывая сопротив-

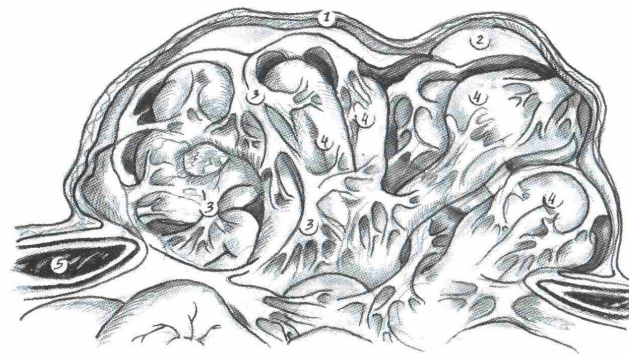


Рис. 13. На разрезе видна примерная картина спаечного процесса в многокамерной долго живущей грыже.

1 – стенка живота в области грыжевого выпячивания представлена только кожей; 2 – брюшина, покрывающая петли кишечника, является непосредственным участником спаечного процесса; 3 – множественные спайки, окутывающие петли кишечника и фиксирующие их к брюшине и друг к другу; 4 – кишечные петли, скованные спайками, как муха в паутине; 5 – мышечно-апоневротический слой передней стенки живота, сохраненный вне грыжевого выпячивания

ление внутрибрюшному давлению. Его несостоятельность чаще всего приводит к образованию грыж. Поэтому в конце операции хирург тщательно зашивает этот слой, стараясь как можно лучше сопоставить его рассеченные края. От того, как срастется рана в мышечно-апоневротическом слое, будет зависеть — появиться грыжа или нет.

В послеоперационном периоде, как хирурга, так и пациента подстерегает целый ряд подводных камней, прежде всего, конечно, инфекция. Большинство хирургических вмешательств при экстренной патологии производится на высоте активности болезнетворных микроорганизмов. Мы это видели на примере ущемленных грыж. В этих случаях, в ходе операции происходит обсеменение раны патогенными микробами. Если больной ослаблен длительным заболеванием, защитные силы его организма истощены, то после операции часто возникает нагноение раны. Гнойное осложнение со стороны раны диктует необходимость частичного снятия швов с кожи, а иногда с мышечно-апоневротического слоя. В условиях воспаления нити, с помощью которых сшивается рана, становятся очагами концентрации инфекционного агента. Что вызывает их несостоятельность, даже если они не были сняты. Добавьте сюда кашель от присоединившейся пневмонии или обострения хронического бронхита, рвоту, которая нередко сопровождает послеоперационное течение у тяжелых больных, вздутие кишечника, как следствия операции на брюшной полости, и налицо условия для образования грыжи.

Что уже говорить о распространенном воспалении брюшины, которым может осложниться течение любого острого заболевания органов живота? В таком случае, хирурги вынуждены вовсе не зашивать разрез передней брюшной стенки, а вести рану открыто, пока не стихнет воспаление. Тогда развитие послеоперационной грыжи становится практически неизбежным.

Перенеся тяжелый воспалительный процесс внутри брюшной полости, трудную, многочасовую операцию пациент выписывается из больницы с частично зажившей раной. А мы с вами помним, что для созревания соеди-

нительной ткани нужно время. Для разреза стенки живота период заживления с образованием прочного рубца составляет около трех месяцев. Стало быть, в течение как минимум трех месяцев после операции, связанной с вскрытием полости живота имеются условия для образования грыжи. У отдельных пациентов, имеющих такие сопутствующие заболевания, как сахарный диабет, туберкулез, алиментарную дистрофию, рак различной локализации этот срок может быть более длительным. Образование грыж в послеоперационном рубце так же способствует излишняя физическая активность пациентов после выписки из больницы.

Справедливости ради надо отметить, что оперирующие хирурги тоже несут свою долю ответственности за появление послеоперационных грыж. Опыт оператора, его методичность и педантичность в зашивании раны, конечно же, имеют большое значение. Однако не стоит забывать и о качестве шовного материала. К сожалению, отечественная промышленность до сих пор не может обеспечить хирургов современными средствами для сшивания органов и тканей. Импортные же слишком дороги для нашего здравоохранения. Нитки устаревшего образца: из шелка, капрона, кетгута либо вызывают аллергические реакции, либо меняют свои физические параметры, находясь во внутренней среде организма. Часто вокруг них начинается воспалительный процесс, отнюдь не способствующий прочному срастанию тканей. Через воспаление происходит отторжение швов в послеоперационном периоде путем формирования лигатурных абсцессов и свищей.

В силу перечисленных причин пациент вскоре после операции начинает замечать в области рубца или рядом с ним образование эластичного выпячивания стенки живота. Особенно оно становится заметным при вставании с постели, кашле и физическом усилии. Дальше — больше, выпячивание начинает увеличиваться в размерах, перестает вправляться в брюшную полость. Кожа над ним истончается, подвергается атрофии, живот становится ассиметричным и скоро появляются боли, урчание кишечника,

а затем и видимые на глаз сокращения его петель. Даже при небольших грыжевых воротах послеоперационные грыжи могут достигать значительных размеров. Распространяясь в толще подкожной жировой клетчатки, они часто имеют многокамерное строение грыжевого мешка. Хотя грыжи эти создают более выраженный косметический дефект и вызывают нарушение деятельности жизненно важных внутренних органов, таких как сердце и легкие, тем не менее, пациенты часто медлят с обращением к врачу за хирургической помощью. Во многом это объясняется страхом, который остался от тяжело перенесенной прошлой операции. «Все что угодно, только не повторная операция» — можно слышать от этих бедных людей. С другой стороны, могут быть виноваты медицинские работники, убеждающие их в невозможности ущемления подобных грыж. Мало того, что это неправда; такие грыжи тоже могут ущемляться, но, потакая пациенту в его нежелании оперироваться, обрекая его на длительное ношение бандажа и лишение полноценного движения, они создают реальную угрозу полного разрушения передней брюшной стенки у такого, сложного для излечения больного. О такой ситуации мы уже говорили, имея в виду выпадение почти всех органов брюшной полости в грыжевой мешок. Мышцы брюшной стенки атрофируются, смещаются в боковые отделы живота и даже поясничную область. Источаются соединительнотканые футляры, грыжевой мешок срастается с кожей, которая также теряет свои природные качества. Подвергаясь избыточному растяжению, она становится тонкой, синюшной и дряблой пленкой, зачастую пораженной воспалительными процессами, вплоть до образования трофических язв.

Пластика такого дефекта стенки живота — сама по себе непростая задача, так как перемещение органов из грыжевого мешка обратно в брюшную полость может вызвать необратимые нарушения функции легких и сердца. Больной может погибнуть после операции от дыхательной или сердечной недостаточности. Поэтому, такие пациенты нуждаются в длительной предоперационной подготовке, в

ходе которой их заново приучают к давлению в брюшной полости. Нечего говорить, что о полноценном восстановлении передней брюшной стенки в этом случае не может быть и речи.

Такой мы видим послеоперационную грыжу до наступления осложнений. Предыдущее хирургическое вмешательство, большие размеры грыжи, многокамерное строение грыжевого мешка, создающее сложную по конфигурации полость способствуют развитию спаек и деформации петель кишечника. В этих условиях уже затрудняется процесс прохождения пищевых масс по кишечной трубке. И может наступить момент, когда переполненная петля кишки, увеличиваясь в своих размерах, вызывает дополнительный перегиб кишки вокруг спайки с пережатием ее просвета. Так без всякого ущемления возникает острая кишечная непроходимость, именуемая в народе заворотом кишок. Поскольку развивается она в грыжевом мешке, а не в брюшной полости, то и проявления ее, отличаются большей яркостью. (Рис 14).

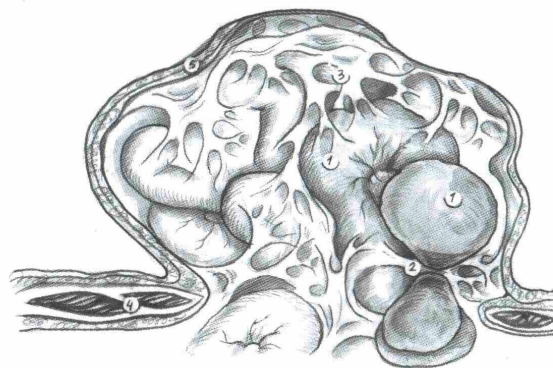


Рис. 14. Развитие спаечной кишечной непроходимости в грыжевом мешке (полость грыжевого мешка дана на срезе).

- 1 — раздутая петля кишки, темный цвет которой обусловлен нарушением кровообращения; 2 — спайка, пережестившая кишечную трубку в полости грыжевого мешка; 3 — множественные спайки в полости грыжевого мешка; 4 — полноценная брюшная стенка вне грыжевых ворот; 5 — истонченная брюшная стенка в области грыжевого выпячивания

Возникает острая, схваткообразная боль в области грыжи, грыжевое выпячивание увеличивается в размерах за счет вздутия кишки, расположенной выше препятствия. Однако это увеличение не сопровождается таким уплотнением, как при ущемлении грыжи. Появляется тошнота и многократная рвота, задержка стула и газов. То есть возникает типичный симптомокомплекс острой кишечной непроходимости. Через истонченную кожу можно видеть усиленную перистальтику кишечных петель, пытающихся преодолеть препятствие. Вздутие постепенно охватывает соседние области живота. На рентгеновском снимке брюшной полости появляются характерные признаки кишечной непроходимости: скопление газа и жидкости в полости кишки, раздутые кишечные арки и т.д. Состояние больного быстро ухудшается за счет нарушения равновесия жидкости, солей и белка во внутренней среде организма. По мере развития заболевания начинает сказываться интоксикация, как вследствие изменения обмена веществ, так и присоединения инфекции, начинающей проникать через барьер слизистой оболочки кишечной стенки. Начинает страдать и без того ослабленная за счет длительного существования огромной грыжи функция легких и сердечно-сосудистой системы. Надо учитывать и то обстоятельство, что раздутые за счет кишечной непроходимости петли кишки могут вызвать ущемление в грыжевых воротах других петель кишечника, усугубляя и так опасную и тяжелую ситуацию.

Пациент с клинической картиной кишечной непроходимости, особенно при наличии грыжи, должен быть экстренно госпитализирован в хирургическое отделение неотложной помощи. Если при осмотре и обследовании в условиях стационара исключается ущемление грыжи, либо другая возможная причина нарушения кровообращения кишки, то лечение начинают обычно с консервативных мероприятий. Цель этих мероприятий — максимально разгрузить кишечные петли выше препятствия и попытаться ликвидировать кишечную непроходимость без хирургического вмешательства. С этой целью вводит-

ся зонд в желудок и постоянно откачивается его содержимое. Если есть такая возможность, с помощью фиброгастроскопии зонд заводится в начальный отдел тонкой кишки, т.е. дальше желудка и двенадцатиперстной кишки. Внутривенно начинается переливание солевых растворов, растворов глюкозы для компенсации нарушений водного баланса в организме. Внутримышечно вводятся различные спазмолитические средства для снятия спазма внутренних мышц, применяются сердечные препараты для улучшения работы сердца. Назвать такое лечение специфическим, строго говоря, нельзя, не считая зондовой разгрузки. Тем не менее, в определенном проценте случаев оно помогает избежать тяжелой, травматичной операции. Боль утихает, рвота прекращается, начинают отходить газы, вздутый живот опадает, одним словом, кишечная непроходимость разрешается. На повторных рентгеновских исследованиях исчезают признаки непроходимости кишечника, принятая через рот бариевая взвесь, проходит до конечных отделов толстой кишки.

Если в течение 3-4 часов консервативное лечение не помогает: сохраняются боли, вздутие живота, не отходят газы, по желудочному зонду увеличивается количество отделяемого, на повторном рентгеновском снимке сохраняются признаки кишечной непроходимости, больному предлагают операцию, которая бывает всегда очень тяжелой, как для хирурга, так и для пациента. Хирург сталкивается с массивным спаечным процессом, из которого ему приходится практически «вырубать» замурованные кишечные петли. В такой ситуации не обходится без травмы кишечной стенки или брыжейки кишки. Повреждение этих органов обусловлено тем, что спайки значительно изменяют анатомию кишки, снижают подвижность ее петель относительно друг друга, делают ткани менее эластичными. Кроме того, почти всегда имеется прочное приращение кишечных петель к передней брюшной стенке в области ворот грыжи и по ходу прежнего операционного рубца. Поэтому выделение каждой кишечной петли из плотных и обширных сращений не только сопровождается их

повреждениями, но и занимает длительное время, иногда 2-3 часа. (Рис 15).

После рассечения спаек и ликвидации препятствия для пассажа пищи хирург должен как можно тщательнее освободить кишку от скопившегося в ней содержимого. С этой целью через нос, глотку и далее через желудок в кишку на всем ее протяжении заводится достаточно толстый зонд (эластичная трубка из синтетического материала диаметром 1 см и длиной 2,5м) с многочисленными отверстиями на его боковых стенках. Наружный конец зонда присоединяется к электрическому отсосу, и вся скопившаяся жидкость и образовавшийся газ удаляются. Некоторые врачи предпочитают еще промывание просвета кишечника физиологическим раствором. Зонд оставляют в просвете кишки на 2-3 дня для эвакуации кишечного застойного содержимого после операции. Поскольку после подобной операции невозможно избежать повторного образования спаек, зонд к тому же служит своего рода

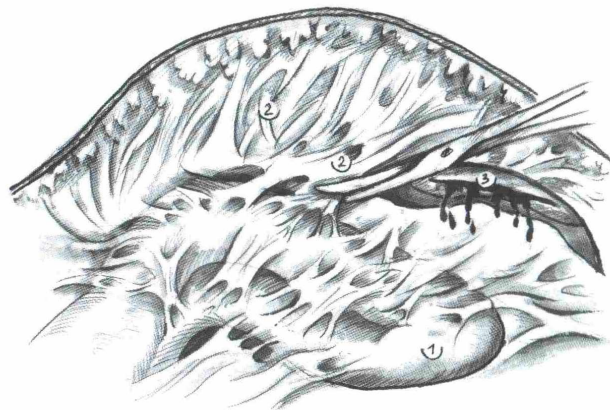


Рис. 15. Выделение кишечной петли из спаек с грыжевым мешком.

1 — петля кишки сложенная в виде двустовки; 2 — спайки между стенками кишки и грыжевым мешком; 3 — ранение припаянной к брюшной стенке кишки в глубине операционного поля, из раны вытекает кишечное содержимое в полость живота

каркасом, который не позволяет вновь возникающим спайкам деформировать кишку с угрозой повторения непроходимости. Сто процентной гарантии этот метод, конечно, не дает и возврат кишечной непроходимости, к сожалению, возможен. Во время операции брюшная полость несколько раз промывается растворами, содержащими антимикробные препараты, тщательно останавливается кровотечение, удаляются пленки фибрина — белка, выпадающего на брюшине при ее воспалении и, как считается, являющегося началом спаечного процесса. Сама брюшная полость также дренируется трубчатыми дренажами, служащими после операции путем оттока жидкости. Ибо невозможно насухо высушить полость живота от промывных вод, а к тому же в послеоперационном периоде поврежденная и воспаленная брюшина продолжает выделять жидкость, называемую экссудатом. Этот экссудат, если его не удалить, может стать неплохой питательной средой для развития инфекции. Именно из-за него образуются в брюшной полости межкишечные абсцессы. Абсцессами врачи называют ограниченные скопления гноя в тканях или полостях нашего тела.

Закончив, таким образом, с кишечной непроходимостью, хирург начинает решать задачу по закрытию брюшной полости. В условиях экстренной операции решить ее не просто. Иногда приходится вовсе отказаться от пластической операции, так как при наличии инфекции, вздутых петель кишечника, значительного дефицита полноценных тканей передней брюшной стенки, отсутствия в ночное время нужных материалов попытка пластики грыжевых ворот практически обречена на провал. Не говоря уже о тяжелом состоянии самого больного, для которого лишние минуты операции таят прямую угрозу жизни. Однако, если грыжевые ворота небольшие по своим размерам, состояние больного позволяет продолжить операцию без существенного риска, хирург обладает достаточным опытом пластики грыж и имеет под рукой необходимые материалы, начинается восстановление передней стенки живота. Для этого хирург тщательно освобождает грыжевые ворота от спаек и

рубцов, иссекает избыточные ткани: брюшину в виде грыжевого мешка, жировую клетчатку и растянутую кожу. Подвигнув петли кишечника в живот, он может применить один из многих способов пластики собственными тканями пациента, создавая по линии шва мышечно-апоневротического слоя специальный «замок» из мягких тканей путем удвоения соединительнотканного слоя, либо, что сейчас становится все более актуальным, вшить в брюшную стенку искусственную сетку. И тот, и другой способ хорош, если выполняется с соблюдением всех необходимых приемов и по строгим показаниям. Но, выполняясь в условиях кишечной непроходимости, ни тот, ни другой не могут дать никакой гарантии успешного заживления. Ибо еще несколько дней после операции сохраняется вздутие живота, может повторяться тошнота и рвота, высок риск нагноения раны или гнойных осложнений со стороны брюшной полости, велика опасность развития пневмонии, да и сам процесс заживления раны у ослабленного больного идет гораздо хуже.

Такая ситуация — отнюдь не редкость у пациентов, длительное время вынашивающих большие и гигантские грыжи, в большинстве своем, послеоперационные. Выход из положения единственный — ранняя операция. Оперироваться надо, не дожидаясь пока грыжа приобретет угрожающие размеры, приведет к истощению резервов сердечной и дыхательной систем и, не дай бог, развитию острой кишечной непроходимости. Тогда, используя арсенал современных средств закрытия грыжевых дефектов, опыт, накопленный хирургами в этой области, пациент может рассчитывать на избавление от обезображивающей и опасной по своим последствиям болезни.

ГЛАВА ЧЕТВЕРТАЯ

ЧТО ПРОИСХОДИТ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ И ГДЕ ВЕРОЯТНОСТЬ НЕУДАЧ?

Операции, которые производят над грыжами хирурги, называются грыжесечениями. С помощью грыжесечения решаются две основные задачи: первая — ликвидация самой грыжи, вторая — надежное закрытие грыжевых ворот, чтобы не допустить повторного появления грыжевого выпячивания. Повторное образование грыжи в области предыдущей операции, направленной на устранение дефекта брюшной стенки, называется рецидивом грыжи. Рецидив грыжи — одна из нерешенных до сих пор проблем, которая не дает врачам права говорить о полной победе над этим заболеванием. Не имея в своих руках способов воздействия на организм человека с целью предотвратить появление грыж, медицинская наука сосредоточила свои усилия на разработке действенных методов хирургического решения проблемы. Не потому, что хочется делать именно так, а просто фундаментальные науки такие как: биология, генетика, биологическая химия и физика не в состоянии сегодня предложить что-либо другое. Научные разработки ведутся в сфере поиска шовных материалов, не вызывающих реакций отторжения в тканях и сетчатых конструкций, пригодных к замещению дефектов мягких тканей. На этом пути за последние десятилетия удалось достичь впечатляющих успехов. Появились новые синтетические нити, атравматические иглы, аппараты, шьющие нерассасывающимися, полимерными скобками, и, наконец, пластические материалы, позволяющие закрывать грыжевые ворота без натяжения при сшивании собственных тканей. Не смотря на это, старые способы операций отнюдь не потеряли своего значения. С одной стороны мешает инерция мышления,

с другой — плохое обеспечение наших больниц современными медицинскими материалами. Кроме того, пластика искусственными тканями не прошла еще достаточной проверки временем. И хотя ее преимущества на ближайшем этапе кажутся неоспоримыми, суд истории пока не состоялся. Увлечение или, можно сказать — мода, на использование искусственных трансплантатов вероятнее всего несколько поутихнет по мере накопления опыта, а проблема грыж, скорее всего, будет еще долго волновать людей, подверженных этому заболеванию.

Основные этапы операции не столь многочисленны. Первым делом рассекаются кожа и подкожный жир в поисках грыжевого мешка. Найти его бывает иногда совсем не просто. Это относится к вправимым грыжам, когда в положении лежа грыжа уходит в живот, либо путь грыжевого мешка в подкожной жировой клетчатке имеет значительную протяженность и уходит в сторону от проекции ворот. Характерный пример — косая паховая грыжа, когда мешок приходится искать среди элементов семенного канатика. Найденный грыжевой мешок вскрывают в области дна и оценивают его содержимое. Если органы, выпавшие в грыжу, не повреждены, их осторожно вправляют обратно в полость живота. Затем под контролем пальца и зрения выделяют его стенки от внешних и внутренних сращений. Особенно важно при этом не повредить припаянные петли кишечника. Выделенный грыжевой мешок иссекается, хотя с появлением сетчатых искусственных материалов при небольших и не осложненных грыжах в последнее время появилась тенденция просто погружать его в брюшную полость. При больших и гигантских грыжах, невправимых в брюшную полость, найти мешок не трудно, но сложно выделить его из сращений с кишечными петлями. Так или иначе, избыток брюшины, образовавшийся за счет грыжевого мешка, иссекается. Если грыжевой мешок невелик, его прошивают у шейки кисетным швом, завязав который, ликвидируют окно в брюшине. Следующим этапом предстоит надежно закрыть грыжевые ворота, пресекая возможность повторного образования грыжи. (Рис 16, 17, 18).

Рис. 16. Картина операционного поля после вскрытия грыжевого мешка при гигантской послеоперационной грыже. Петли кишечника вмурованы в спайки так, что невозможно определить к какому участку кишечной трубки они относятся.

1 — участки кишечной стенки, определяющиеся между спайками;
2 — стенка грыжевого мешка, также пораженная спаечным процессом;
3 — множественные спайки между петлями кишки и стенкой грыжевого мешка

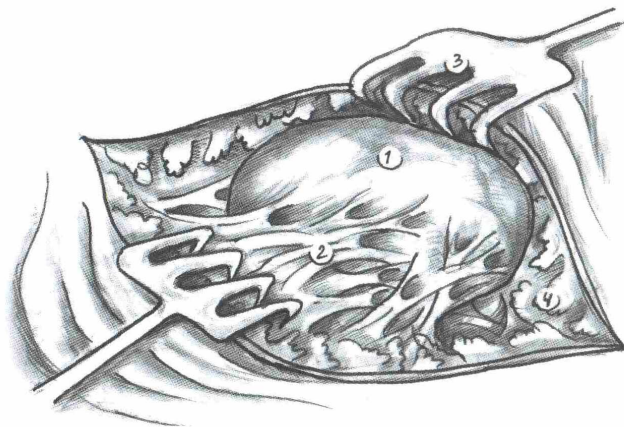
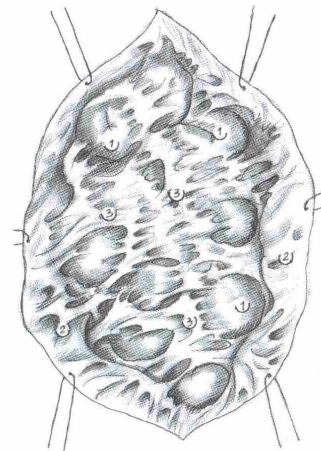


Рис. 17. Вид грыжевого мешка после рассечения кожи:

1 — грыжевой мешок; 2 — сращения грыжевого мешка с окружающими тканями;
3 — крючки, с помощью которых разводятся края раны и натягиваются уже упомянутые сращения, что помогает их визуализации; 4 — подкожная жировая клетчатка

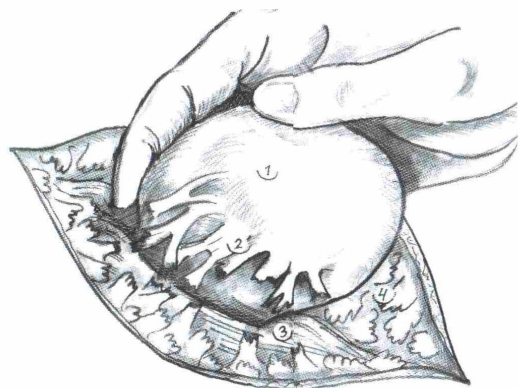


Рис. 17а. Выделение грыжевого мешка из срощений с окружающими тканями тупым путем с помощью пальцев хирурга.

- 1 – грыжевой мешок, охваченный ладонью хирурга; 2 – срощения грыжевого мешка с окружающими тканями, разъединенные круговым движением пальца хирурга; 3 – мышечно-апоневротический слой передней стенки живота; 4 – подкожная жировая клетчатка

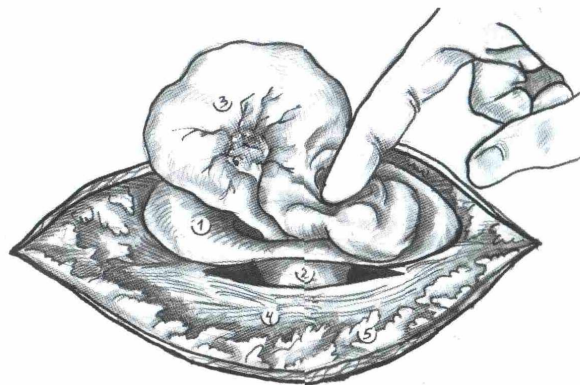


Рис. 18. Этап операции грыжесечения – погружение петли кишки в полость живота после установления ее жизнеспособности.

- 1 – края иссеченного грыжевого мешка; 2 – шейка грыжевого мешка; 3 – кишечная петля, погружаемая в полость живота пальцем хирурга; 4 – апоневроз мышц передней стенки живота; 5 – подкожная жировая клетчатка

Пластика грыжевых ворот местными тканями осуществляется путем сшивания в виде дубликатуры мышечно-апоневротического слоя передней брюшной стенки. Прием напоминает процесс застегивания пальто: один край разреза запахивается на другой и в этом положении сшивается. Естественно, что такой метод предполагает наличие достаточного количества полноценных местных тканей и небольшой объем грыжевого содержимого. В противном случае, просто не удастся стянуть края раны. Более того, большое натяжение краев в области шва всегда чревато их недостаточностью и развитием рецидива грыжи. Под недостаточностью или несостоятельностью швов подразумевается невозможность удержания тканей в нужном положении достаточный для сращения срок. Проще говоря — швы не держат. В силу всего вышесказанного, эти способы применяются в основном при малых и средних грыжах там, где дефект стенки живота не так велик.

При больших и гигантских грыжах, когда не представляется возможным восстановить целостность мышечно-апоневротического лоскута за счет стягивания его краев, приходится прибегать к трансплантации. Подсаживать можно как собственные ткани пациента, взяв их из других частей тела, так и искусственные материалы. Пластика сетчатыми трансплантатами получила большую популярность в последние годы. Выкроенная вставка вшивается в дефект брюшной стенки как заплатка на одежде, восполняя, таким образом, дефицит тканей. Из собственных тканей используются фасциально-апоневротические лоскуты других областей тела, например, бедра, кожа, обработанная специальным способом.

Два эти направления в хирургии грыж не конкурируют между собой, а естественно дополняют друг друга. Выбор способа пластики грыжевых ворот во многом обеспечивает отдаленный результат операции. Поэтому, чтобы не ошибиться хирург должен учесть все факторы риска: размеры грыжи, ущерб, нанесенный тканям брюшной стенки, возраст больного, степень нарушения функции внутренних органов, сопутствующие заболевания и уро-

вень их компенсации, собственный опыт таких операций, наличие необходимых материалов. Пациент должен участвовать в обсуждении плана операции и знать, что ему предстоит. Соглашаясь на операцию, ему необходимо ясно понимать, что и как будет делаться, избегая, таким образом, неприятных сюрпризов в послеоперационном периоде. Сделав это замечание общего характера, перейдем к рассмотрению хода операций при различных видах грыж.

ПАХОВАЯ ГРЫЖА

Паховая грыжа относится к одной из самых распространенных форм заболевания. Выходит она через паховый канал, самый протяженный из естественных каналов. Это анатомическое образование представляет собой узкую щель, ограниченную: снизу — паховой связкой, спереди и сзади — соединительно-тканными пластинами, сверху — мышцами брюшной стенки. Канал имеет направление параллельное паховой складке, отделяющей область живота от передней поверхности бедра, располагаясь выше ее на 3–4 см. Как всякий туннель он имеет внутреннее и наружное отверстие. Через внутреннее отверстие в канал проникают кровеносные сосуды, питающие, яичко у мужчин, нервные стволы, семявыносящий проток, мышца, подтягивающая мошонку. Проходя через канал, эти образования спускаются в мошонку. У женщин в паховом канале проходит плотный тяж — круглая связка матки, которая относится к системе фиксации детородного органа. Паховая грыжа чаще встречается у мужчин. Происходит это потому, что просвет канала у них более широкий, содержит больше элементов и является путем миграции, яичка из брюшной полости в мошонку. У женщин же канал носит рудиментарный характер. Спускаясь по паховому каналу в мошонку, обернутое брюшиной яичко уже создает у мальчиков ситуацию, похожую на грыжу. Отросток брюшины после того, как яичко опустится на свое место, в норме зарастает, полностью разобщая полость живота и мошонки. Если же по каким-либо причинам этого не происхо-

дит, мы говорим о врожденной паховой грыже. Такие грыжи чаще встречаются у детей, хотя некоторые мальчики донашивают их до весьма зрелого возраста.

Приобретенная паховая грыжа появляется, когда брюшина вновь начинает выдавливаться через внутреннее отверстие пахового канала в его просвет, увлекая за собой органы брюшной полости. Проходя по всему паховому каналу, грыжевой мешок минует наружное его отверстие, выходя при этом под кожу, а затем продолжает свой путь в мошонку у мужчин и в большую половую губу у женщин. Спускаясь в мошонку, грыжа и ее содержимое резко увеличивают размеры этого кожного мешочка, и грыжа тогда называется пахово-мошоночной. Паховая грыжа нередко бывает двухсторонней, отражая, таким образом, системный характер слабости каркасной функции передней брюшной стенки. Описанную грыжу еще называют косой паховой грыжей. Однако процесс образования грыжевого выпячивания может отличаться от того, что было сказано выше. Мы уже говорили о неровностях брюшинного покрова в зависимости от рельефа стенки живота. Вот и на задней стенке пахового канала имеются такие углубления и ямки со стороны брюшины. Если имеются условия для образования грыжи, а внутреннее кольцо пахового канала оказалось достаточно прочным, грыжа может выходить через одну из таких ямок, чаще среднюю. Тогда грыжевое выпячивание напрямую разрушает заднюю стенку пахового канала, и такая грыжа называется прямой паховой грыжей. Прямая грыжа редко спускается в мошонку. (Рис 19, 19а).

Операции, которые производятся для устранения паховых грыж, можно разделить на три группы. В первую входят те, что направлены на укрепление передней стенки пахового канала. В настоящее время они применяются в основном у детей, так как у взрослых пластика передней стенки, несмотря на все модификации, дает слишком большой процент рецидивов. Ко второй группе относятся операции, укрепляющие заднюю стенку пахового канала и внутреннее паховое кольцо. Сегодня это основной метод хирургического лечения паховых грыж, будь то косая или

Рис. 19. Анатомическое строение пахового канала.

- 1 – семенной канатик; 2 – полость пахового канала, где лежит канатик и по которому происходит движение грыжевого выпячивания; 3 – паховая связка показана в виде утолщения пластины соединительнотканного листа наружной косой мышцы живота; 4 – внутреннее отверстие пахового канала, откуда начинается формирование грыжи; 5 – поперечная фасция – задняя стенка пахового канала; 6 – поперечная мышца передней брюшной стенки, которую обволакивает поперечная фасция; 7 – внутренняя косая мышца живота – верхняя стенка пахового канала; 8 – соединительнотканый листок наружной косой мышцы живота – передняя стенка пахового канала

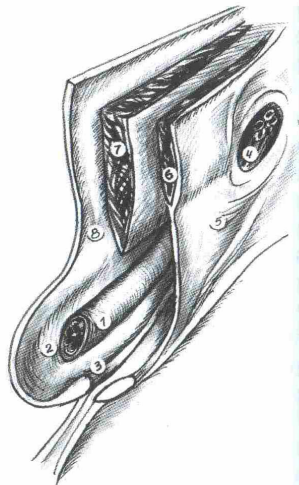
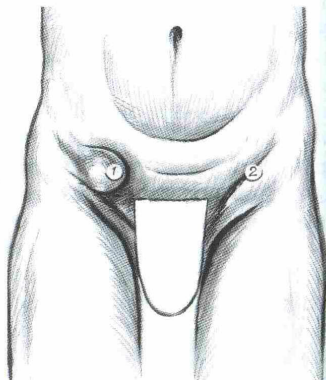


Рис. 19а. Прямая паховая грыжа – грыжевое выпячивание располагается в проекции пахового канала и не спускается в мошонку.

- 1 – грыжевое выпячивание в паховой области; 2 – проекция пахового канала на переднюю стенку живота



прямая грыжа. К третьей группе принадлежат операции, ликвидирующие паховый канал как таковой. Эти операции применяются при рецидивных и гигантских грыжах. Семенной канатик в этом случае перемещается под кожу.

Операции первой группы наиболее просты и наименее травматичны. После рассечения кожи и подкожной жировой клетчатки вскрывается передняя стенка пахового канала. Хирург осторожно вскрывает оболочки семенного канатика и среди его элементов находит грыжевой мешок. Мешок этот тупым и острым путем выделяется из спаек, осматривается как снаружи, так и изнутри после рассечения брюшины. Затем перевязывается у шейки и отсекается. Рассасывающейся нитью восстанавливается целостность оболочек семенного канатика. Передняя стенка канала укрепляется следующим образом: верхний край рассеченной соединительнотканной пластины, часто вместе с мышцами брюшной стенки, подшивается к паховой связке. Нижний край по всей плоскости внахлест как пола халата подшивается сверху. Получается удвоение соединительнотканной пластины – дупликатура. (Рис 20, 20а, 20б, 20в). Канал, таким образом, суживается, что при излишнем натяжении может привести к нарушению кровообращения в яичке, вызывая отек его и даже воспаление.

Было время, когда в СССР до 90% паховых грыж оперировалось именно по такой методике. Однако неудовлетворенность получаемыми результатами заставила отечественных хирургов в конце XX века перейти к пластике

Рис. 20. Начальный этап операции по поводу паховой грыжи. Разрез проводится параллельно паховой складке через центр грыжевого выпячивания.

- 1 – грыжевое выпячивание в проекции пахового канала; 2 – разрез кожи, проходящий через центр грыжевого выпячивания; 3 – скальпель хирурга; 4 – проекция пахового канала, сам канал выбухает за счет прохождения грыжи



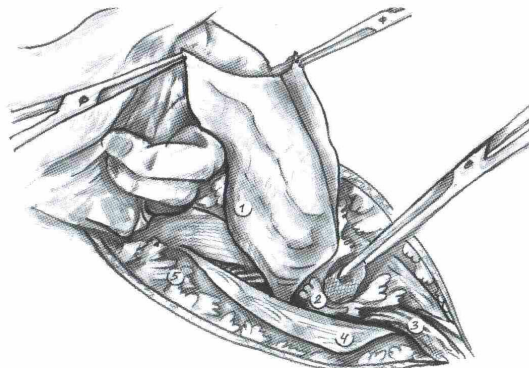


Рис. 20а. Выделение грыжевого мешка из окружающих тканей с помощью марлевого тупфера, контроль осуществляется пальцами хирурга, введенными в полость мешка.

- 1 – грыжевой мешок, растянутый пальцами хирурга; 2 – марлевый тупфер, смещающий со стенок мешка окружающие ткани; 3 – семенной канатик; 4 – рассеченная передняя стенка пахового канала; 5 – подкожная жировая клетчатка

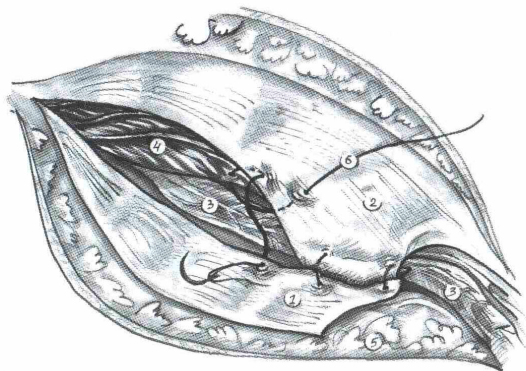


Рис. 20б. Укрепление передней стенки пахового канала с помощью дубликатуры мышечно-апоневротического слоя стенки живота – подшивание специальными швами верхнего лоскута к паховой связке.

- 1 – нижний лоскут передней стенки пахового канала, в основании которого проходит паховая связка, и первые наложенные швы; 2 – верхний лоскут передней стенки пахового канала, который подшивается к паховой связке подворачивающимися его свободный край швами; 3 – семенной канатик, лежащий на своем ложе в паховом канале; 4 – мышцы передней брюшной стенки, которые также захватываются в шов; 5 – подкожная жировая клетчатка

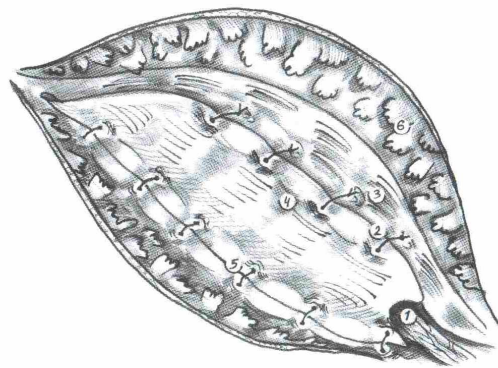


Рис. 20в. Заключительный этап пластики передней стенки пахового канала – подшивание нижнего лоскута апоневроза наружной косой мышцы живота поверх верхнего лоскута запахом как бы застегивая пальто.

- 1 – семенной канатик, выходящий через заново сформированное наружное отверстие пахового канала; 2 – линия швов в месте подшивания нижнего лоскута апоневроза к верхнему; 3 – верхний мышечно-апоневротический лоскут передней стенки пахового канала; 4 – нижний мышечно-апоневротический лоскут передней стенки пахового канала; 5 – линия швов в месте подшивания верхнего мышечно-апоневротического лоскута передней стенки пахового канала к паховой связке

задней стенки пахового канала, как более надежной. Укрепляя переднюю стенку канала, хирург совершенно не касается внутреннего кольца и поперечной фасции, являющихся слабым звеном в механизме образования грыж. Структуры передней брюшной стенки, ответственные за ее устойчивость к действию факторов, способствующих выпадению органов за пределы полости живота, и разрушаемые в первую очередь, не подвергаются в ходе операции необходимой коррекции. Результат такого упущения – большое количество (достигающее 12% от числа оперированных пациентов) рецидивов. По данным некоторых авторов, процент неудач достигал 24%.

Укрепление задней стенки пахового канала выглядит так: после иссечения грыжевого мешка семенной канатик бережно выводится наружу, обнажая элементы задней стенки. Ушивается поперечная фасция – соединительнотканная пластинка, покрывающая мышечный корсет

брюшной стенки изнутри, швами же суживается внутреннее отверстие пахового канала до допустимых пределов. Далее мышцы, составляющие верхнюю стенку канала, подшиваются к паховой связке, прикрывая, таким образом, первый ряд швов. На новую, вновь сформированную, заднюю стенку укладывается семенной канатик. И уже поверх него сшивается передняя соединительнотканная пластина. Такой вид пластики применялся при операциях по поводу прямых паховых грыж, но по мере накопления опыта он стал предпочтительней и при косых грыжах пахового канала. (Рис 21, 22).

Когда же хирург оперирует огромную паховую грыжу или повторно возникшую после предыдущей операции, то возникает необходимость полностью перекрыть просвет пахового канала, то есть ликвидировать его. Для этого, после отсечения грыжевого мешка и выведения семенного канатика наружу, верхний лоскут разреза передней брюшной

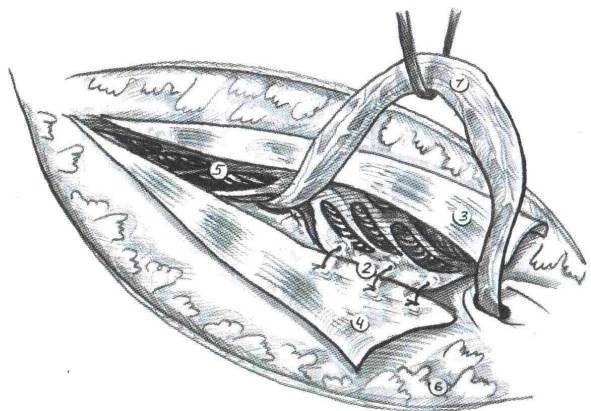


Рис. 21. Пластика задней стенки пахового канала с помощью мышц брюшной стенок.

1 – семенной канатик взят на держалку и выведен за пределы раны; 2 – мышцы передней брюшной стенки подшиваются к паховой связке; 3 – верхний лоскут рассеченной передней стенки пахового канала; 4 – нижний лоскут передней стенки пахового канала; 5 – внутренняя косая мышца живота; 6 – подкожная жировая клетчатка.

стенки всеми своими слоями подшивается к паховой связке и надкостнице лонной кости. Нижний лоскут передней соединительнотканной пластины подшивается сверху внахлест. Таким образом, все несущие структуры брюшной стенки оказываются под семенным канатиком, укрепляя стенку живота путем ликвидации пахового канала. Внутреннее кольцо канала также перекрывается этим широким смещением тканей. Ход семенного канатика изменяется. Войдя во внутреннее паховое кольцо, он поворачивает вверх и кнаружи и только потом укладывается поверх соединительнотканной пластины в своем обычном направлении. Делая такой зигзаг, канатик в итоге оказывается в подкожной жировой клетчатке. Получается, что наружное паховое кольцо становится выше внутреннего, оказываясь также снаружи от него. Сам канал становится короче, и направление его меняется с точностью до наоборот. Однако такой способ оперирования сопровождается большим

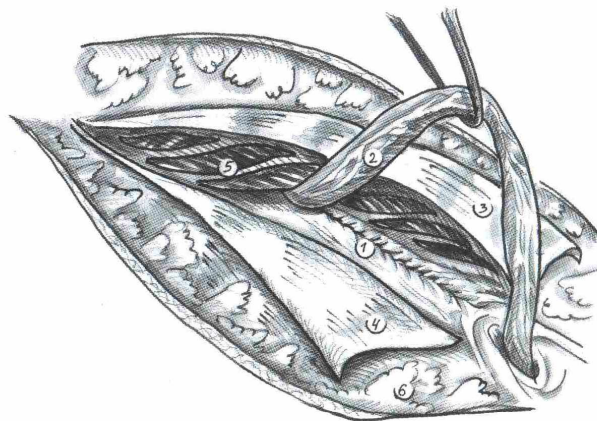


Рис. 22. Послойное укрепление задней стенки пахового канала.

1 – шов на поперечную фасцию брюшной стенки – основную каркасную структуру задней стенки пахового канала; 2 – семенной канатик, взятый на держалку и выведенный из своего ложа; 3 – верхний лоскут рассеченной передней стенки пахового канала; 4 – нижний лоскут передней стенки пахового канала; 5 – мышцы передней стенки живота – следующий слой, подлежащий ушиванию; 6 – подкожная жировая клетчатка

натяжением тканей, что может приводить к их ишемии и некрозу. Сам семенной канатик, защищенный только кожей и тонким слоем жира, становится легко уязвимым для различных травм. (Рис 23).

За последние годы были разработаны и начали применяться лапароскопические методы в хирургии паховых грыж. Суть самой операции остается прежней — укрепление задней стенки пахового канала, но способ достижения цели меняется коренным образом. Для операции используются не разрезы, а проколы передней брюшной стенки, через которые вводятся инструменты. Со стороны брюшной полости рассекается и отслаивается брюшина в проекции пахового канала. Стенка живота в паховой области укрепляется сеткой из искусственных материалов. Грыжевой мешок при этом часто остается в самом канале, будучи отсечен у шейки. Малый травматизм такой операции и явное преимущество косметического характера привлекают к ней хирургов и пациентов, однако дороговизна оборудования и малый опыт по анализу отдаленных результа-

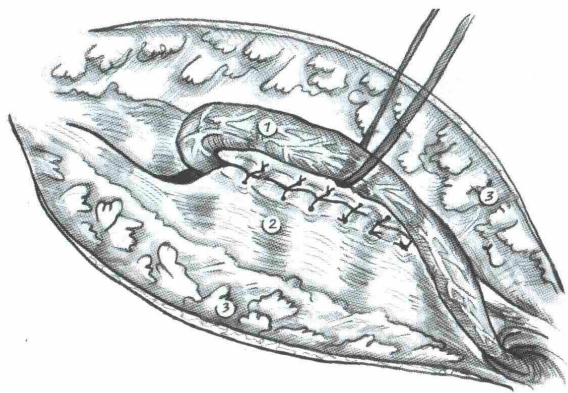


Рис. 23. Пластика пахового канала путем ликвидации его просвета и перемещения семенного канатика под кожу.

- 1 — семенной канатик, взятый на держалку и выведенный из пахового канала;
- 2 — мышечно-апоневротический слой передней брюшной стенки, ушитый наглухо на месте бывшего пахового канала; 3 — подкожная жировая клетчатка

тов заставляют пока сдержанно относиться к ее широкому применению.

Комбинацией открытого и лапароскопического методов грыжесечения явилась разработка методик не натяжной пластики передней брюшной стенки при грыжах. В этом случае производится разрез кожи и подкожной жировой клетчатки, вскрывается передняя стенка пахового канала, семенной канатик выводится наружу, а на заднюю стенку укладывается сетчатый трансплантат. Вскрытый участок сетки должен значительно перекрывать по площади дефект стенки живота. Рассеченные ткани затем сшиваются без всякого натяжения. Отсутствие натяжения собственных тканей брюшной стенки является главным козырем такой операции. С другой стороны стоимость ее значительно ниже, чем лапароскопический способ вмешательства. Опять же отсутствие статистики по отдаленным результатам этих операций не позволяет дать им должную оценку и рекомендовать к повсеместному применению. Принципы, на которых основывается лапароскопический метод и способ не натяжной пластики грыжевых ворот, безусловно, несут революционные изменения подходов к лечению грыж, поэтому, очевидно, должно пройти некоторое время для того, чтобы накопился достаточный опыт их применения, и можно было бы объективно оценить значимость такого способа решения проблемы. (Рис. 24, 24а).

Как всякая хирургическая операция грыжесечение может сопровождаться различными осложнениями. В случае паховых грыж они редко бывают смертельными, но больше — досадными и неприятными. Самой нежной структурой в паховом канале является семенной канатик. С травмой его элементов во время операции связано подавляющее большинство послеоперационных неприятностей. Самое частое — сдавление канатика при затягивании первого шва, ограничивающего вновь сформированное наружное паховое кольцо. Когда шов наложен неправильно кровеносные сосуды и другие элементы канатика ущемляются на выходе в подкожную клетчатку. После операции появляется отек мошонки, боли в яичке, нару-

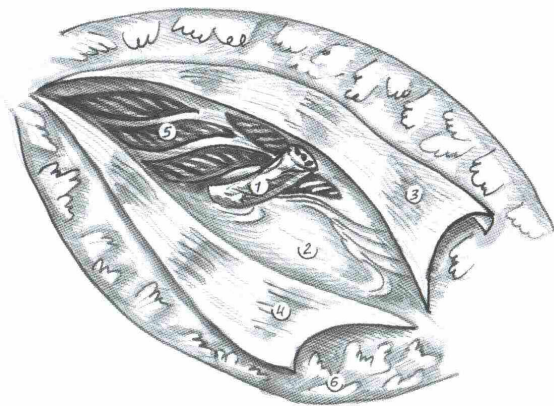


Рис. 24. Пластика задней стенки пахового канала:

1 – семенной канатик, выходящий из внутреннего пахового кольца, его оставшаяся часть срезана; 2 – поперечная фасция передней стенки живота – самая прочная структура задней стенки пахового канала, именно ее недостаточная прочность способствует образованию паховых грыж; 3 – верхний лоскут передней стенки пахового канала; 4 – нижний лоскут передней стенки пахового канала; 5 – мышцы передней стенки живота; 6 – подкожная жировая клетчатка

шение кровообращения может привести к воспалению и даже омертвлению, яичка и его придатка. Повреждение кровеносных сосудов, незамеченное во время операции, чревато развитием гематомы семенного канатика и окружающих мягких тканей. Небольшая гематома может рассосаться самостоятельно без каких-либо тяжелых последствий, но бывают случаи, когда приходится повторно оперировать. (Рис 25).

Пациент К. 22 лет, поступил в хирургическое отделение для планового оперативного лечения с диагнозом: правосторонняя косая паховая грыжа. Был обследован амбулаторно, отклонений функций внутренних органов не выявлено. Грыжу заметил у себя около года назад. При осмотре: в правой паховой области определяется мягко-эластическое выпячивание размером 6х8см, спускающееся в мошонку. В положении лежа выпячивание свободно вправляется в брюшную полость, гры-

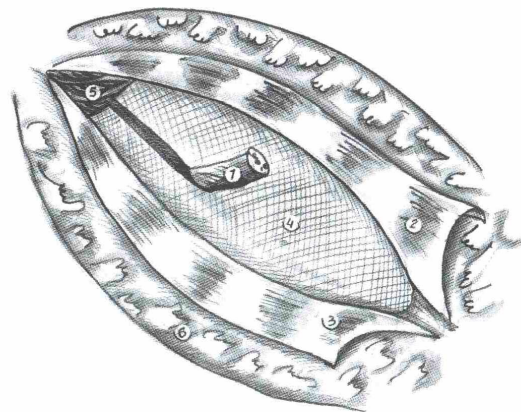


Рис. 24а. Пластика задней стенки пахового канала с помощью сетчатого трансплантата:

1 – семенной канатик срезан после своего выхода из внутреннего пахового кольца; 2 – верхний лоскут передней стенки пахового канала; 3 – нижний лоскут передней стенки пахового канала; 4 – сетчатый трансплантат, уложенный на заднюю стенку пахового канала; 5 – мышцы передней стенки живота; 6 – подкожная жировая клетчатка

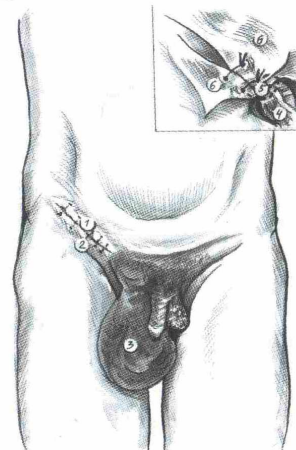


Рис. 25. Осложнение после операции – отек мошонки вследствие сдавливания семенного канатика швами на мышечно-апоневротический слой брюшной стенки.

1 – рубец после операции; 2 – паховая складка; 3 – отечная и воспаленная половина мошонки; вилетка 4 – семенной канатик; 5 – пунктиром обозначен удавливающий шов; 6 – лоскуты передней стенки пахового канала в момент ушивания

жевые ворота — 3,5 см. В плановом порядке на следующий день произведена операция — грыжесечение под местным обезболиванием. Пластика передней стенки пахового канала собственными тканями. Операцию перенес хорошо, был доставлен в палату. Первые часы после операции чувствовал себя удовлетворительно. На вечернем обходе пожаловался на сильные боли в мошонке справа, резкое увеличение правого яичка. При осмотре: правая половина мошонки резко увеличена, представляет собой напряженное шарообразное образование, резко болезненное при ощупывании. Размеры 10X15 см, цвет кожи над ним багрово-синюшный, определяется жидкое содержимое. Отек мягких тканей распространяется на всю паховую область по ходу послеоперационной раны. Диагноз дежурного врача: гематома мошонки. Сделано обезболивание, на мошонку положен пузырь со льдом. Через два часа отмечено дальнейшее увеличение размеров мошонки, усиление болей, ухудшение общего самочувствия. С диагнозом — продолжающееся кровотечение в ткани мошонки, напряженная гематома мошонки больной взят в операционную. Под наркозом сняты швы с операционной раны, разведены ее края. Обнаружено пропитывание кровью мягких тканей паховой области, семенного канатика. В полости мошонки выявлено скопление жидкой крови и большое количество сгустков. Кровь и сгустки удалены, осмотрено яичко и его придаток, повреждений не выявлено. Вскрыт паховый канал, выделен семенной канатик. Обнаружено ранение артерии семенного канатика с активным кровотечением. Кровотечение остановлено перевязкой артерии. Полость гематомы обработана антисептиками, дренирована через отдельный прокол мошонки в ее нижней точке резиновой полоской. Произведена пластика задней стенки пахового канала. Швы на кожу, резиновые дренажи в мягкие ткани раны. После операции больной получал антибиотики, рассасывающую терапию. Был выписан на 14-е сутки в удовлетворительном состоянии. На момент выписки отек мошонки незначительный, рана зажила первичным натяжением. Был осмотрен оперировавшим хирургом через 6 месяцев: данных за рецидив грыжи не выявлено, ведет полноценную трудовую и половую жизнь.

Таким образом, поводом для ранней повторной операции может быть: не остановленное кровотечение, гнойное воспаление, которое развивается в яичке после нарушения его кровоснабжения и омертвления тканей, когда приходится вскрывать абсцесс мошонки.

В шов может быть захвачен нерв, проходящий в паховом канале. Тогда в послеоперационном периоде возникают острые боли, которые сильно беспокоят пациента, мешают свободно двигаться. Боли проходят после атрофии нерва, оставая после себя чувство онемения и неловкости. Пересечение или перевязка семявыносящего протока не приводит, как правило, к каким-либо негативным последствиям при сохранении функции второго яичка, расположенного с противоположной стороны. В противном случае пациенту грозит бесплодие. Острая задержка мочи встречается у мужчин с увеличенной предстательной железой. Дело может закончиться наложением искусственного наружного свища на мочевого пузырь, когда моча будет отводиться по трубке, проведенной в просвет мочевого пузыря через брюшную стенку. Постановка постоянного катетера в мочевой пузырь или наложение искусственного наружного свища в после-

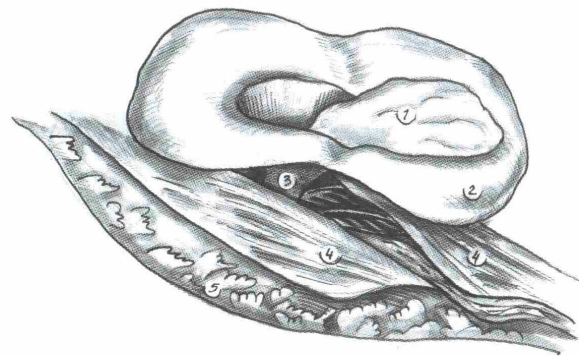


Рис. 26. Вид скользящей грыжи после вскрытия грыжевого мешка.
1 — стенка мочевого пузыря, соскальзывающая в грыжевой мешок; 2 — стенка грыжевого мешка; 3 — шейка грыжевого мешка; 4 — лоскуты рассеченной передней стенки пахового канала; 5 — подкожная жировая клетчатка

операционном периоде необходимы при травме мочевого пузыря во время операции. Ранение мочевого пузыря случается при обработке грыжевого мешка при так называемой скользящей грыже. В такой же ситуации возможно ранение кишки, что может приводить к развитию кишечного свища. К счастью такие осложнения встречаются редко. (Рис 26).

БЕДРЕННАЯ ГРЫЖА

Выпадение органов брюшной полости через бедренный канал в подкожную клетчатку на бедре, как правило, удел прекрасной половины человечества. Если у женщин редко выявляется паховая грыжа, то бедренная почти не встречается у мужчин. Только в пожилом возрасте эти различия сглаживаются. Бедренный канал, по которому грыжа продвигается, имеет меньшую протяженность и более узкий просвет, чем паховый. Отсюда проистекает большая частота ущемления этих грыж и более быстрое развитие некротических изменений в ущемленных органах. Хотя по своему расположению и та и другая грыжи очень близки, что может вызвать путаницу в диагностике. Большой беды в этом нет, так как область, в которой производит свои действия хирург, одна и та же и через разрез в паховой области вполне возможно оперировать как на паховом канале, так и на бедренном его аналоге (Рис 27).

Бедренный канал создан природой для того, чтобы крупные кровенос-

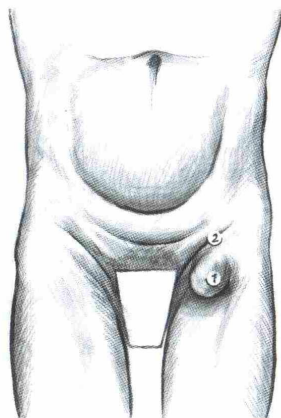


Рис. 27. Бедренная грыжа — внешний вид.

1 — грыжевое выпячивание, расположенное ниже паховой связки, проекция которой на переднюю брюшную стенку примерно соответствует паховой складке;
2 — паховая складка

ные сосуды, такие как бедренные артерия и вена, могли пройти из брюшной полости на бедро. Стенки канала представлены: спереди — паховой связкой, сзади лонной костью, с внутренней стороны — соединительнотканной связкой, снаружи — бедренной артерией и веной. Ввиду малых размеров дефекта, бедренные грыжи не достигают большой величины. При осмотре их частенько путают с увеличенными паховыми лимфатическими узлами, варикозным расширением большой подкожной вены бедра, метастазами рака. Чтобы избежать ошибки врач должен иметь необходимый опыт, быть внимательным, не стесняться советоваться с более опытными коллегами. Особенно это важно при ущемленной бедренной грыже, когда промедление с операцией может стоить больному очень дорого. В сомнительных случаях лучше оперироваться, чем выжидать. Операция нанесет куда меньший вред, чем просмотренная ущемленная грыжа.

Пациентка Н. 68 лет была доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение городской больницы в 22,35 14.10.98г. с диагнозом — острый холецистит. Жаловалась на боли схваткообразного характера в верхних отделах живота, тошноту, многократную рвоту желчью, озноб и повышение температуры тела до 38 градусов.

Больна уже второй день, заболевание началось после того, как женщина поела жирную и острую пищу в большом количестве.

В прошлом перенесла операцию аппендэктомии, удаление кисты яичников. Страдает гипертонической болезнью 2 степени, ИБС, хроническим бескаменным холециститом, хроническим бронхитом.

При осмотре в приемном покое обнаружено: больная правильного телосложения, повышенного питания; кожные покровы бледные, язык сухой; живот умеренно вздут, при пальпации болезненный в верхних отделах; симптомов раздражения брюшины не выявлено, перистальтика крайне вялая, свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Исследование прямой кишки безболезненно, патологических образований не выявлено. Была осмотрена гинекологом — острой патологии со

стороны матки и придатков не найдено. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости определялось вздутие петель тонкой кишки. На ЭКГ — признаки гипертрофии левого желудочка и нарушение проводимости миокарда диффузного характера. В анализах крови было отмечено увеличение числа лейкоцитов до 18 тысяч, снижение гемоглобина до 104 ед. В анализах мочи отклонений от нормы не выявлено. Температура тела — 37,4°C.

Диагноз, поставленный врачом приемного отделения, звучал — острый холецистит (**типичные места выхода грыж не осматривались**). Больная была госпитализирована в отделение неотложной хирургии, где дежурный врач согласился с диагнозом приемного покоя и назначил консервативную терапию по поводу острого холецистита.

Утром, после капельницы и инъекции спазмолитиков и обезболивающих препаратов, больная отмечала улучшение своего самочувствия. Боли в животе стали менее интенсивными, нормализовалась температура тела, уменьшилась тошнота, рвота повторилась всего лишь один раз. Было проведено УЗИ брюшной полости, на котором не было обнаружено камней в полости желчного пузыря, но обращало на себя внимание вздутие кишечника. Пациентка была осмотрена лечащим врачом и заведующим отделением, диагноз не изменен и решено было продолжить лечение консервативными методами. День прошел относительно благополучно, хотя несколько раз была рвота, но боли беспокоили мало. На следующий день было отмечено ухудшение состояния больной: вновь усилились боли в животе, живот вздулся, началась частая рвота, не приносящая облегчения, появились признаки обезвоживания организма и стали определяться симптомы раздражения брюшины (симптомы воспаления в брюшной полости). По экстренным показаниям больная была взята на операцию по поводу перитонита (разлитого воспаления брюшины).

На операции была найдена петля тонкой кишки с дефектом стенки на протяжении 4 см, из которого в брюшную полость свободно изливалось кишечное содержимое. Приводящие отделы кишки были раздуты, отводящие находились в

спавшемся состоянии. Вся брюшная полость оказалась заполнена кишечным содержимым с выраженным воспалением брюшины. Причиной образовавшегося отверстия в стенке кишки явилась ущемленная правосторонняя бедренная грыжа, в мешке которой находился омертвевший участок кишечной стенки.

Пришлось удалить около 1 метра тонко кишки с наложением межкишечного соустья на дренирующем кишечнике зонде. Брюшная полость была тщательно промыта раствором антисептика и дренирована в четырех точках. Вход в бедренный канал был ушит изнутри. Стенка живота была зашита наглухо. После этого операция переместилась в паховую область справа, где было обнаружено грыжевое выпячивание размером 3Х3,5 см. Была рассечена кожа и жировая клетчатка над грыжей, грыжевой мешок был выделен и удален вместе с омертвевшим участком кишки. Рана также была промыта антисептиками, бедренный канал был ушит. В рану рыхло был установлен тампон с мазью Левомеколь.

Послеоперационный период протекал тяжело. Длительное время сохранялось вздутие живота, по зонду из кишечника отходило большое количество кишечного содержимого (до 2 литров в сутки), несмотря на стимуляцию, не восстанавливалась перистальтика кишечника.

На 4-е сутки после операции больная умерла от массивной тромбоэмболии легочной артерии.

Этот случай с трагическим исходом еще раз показывает, как важно вовремя распознать и срочно прооперировать ущемленную грыжу. У тучных же пациентов можно легко просмотреть ущемленную бедренную грыжу, если прицельно не искать ее. У этой больной к тому же отсутствовали типичные жалобы и анамнез, которые могли указать на наличие грыжи, что и привело к врачебной ошибке. Если это в какой-то мере и извиняет врачей, то не снимает с них ответственности и лишний раз указывает на то, что у каждого пациента, поступающего с болями в животе, необходимо осматривать места возможного выхода грыж, даже когда сам больной не указывает прямо на наличие грыжевого выпячивания.

Ход операции мало, чем отличается от такового при паховой грыже. Рассекаются кожа и подкожная клетчатка, выделяется грыжевой мешок, полость его вскрывается, и осматриваются выпавшие органы. Если не выявлено каких-либо повреждений, мешок прошивается у шейки, перевязывается и отсекается. Пластика бедренного канала производится достаточно просто. Просвет его перекрывается путем подшивания паховой связки к лонной кости буквально двумя — тремя швами. Бедренные сосуды в момент пластики отводятся кнаружи пальцем хирурга. Трудности возникают, когда относительно большая грыжа разрушает паховую связку, либо та вообще плохо выражена у данного конкретного индивидуума. Тогда бедренную грыжу переводят в паховую и производят одновременно пластику как пахового, так и бедренного каналов путем подшивания к лонной кости соединительнотканного лоскута и мышц передней стенки живота. (Рис 28, 28а).

Главная опасность при этой операции — ранение кровеносных сосудов бедра. Чаше повреждается бедренная вена, так как она располагается ближе к месту проведения основных манипуляций. Ранящим орудием, как правило, бывает шовная игла. Хирургу приходится оперировать в довольно узком пространстве, а изгиб иглы имеет заданную кривизну, что не всегда позволяет легко развернуться в операционном поле. Повреждение возникает, если хирург недостаточно отвел вену кнаружи. Простой прокол сосуда иглой вызывает кровотечение, остановить которое удастся простым прижатием сосуда пальцем. В случае, когда игла разрывает стенку сосуда, может понадобиться наложение сосудистого шва. Бедренная грыжа редко рецидивирует, но довольно часто образуется с другой стороны.

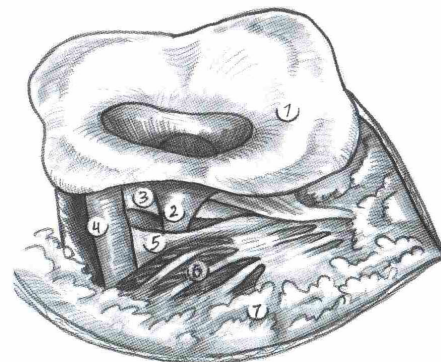


Рис. 28. Грыжесечение при бедренной грыже — обработка грыжевого мешка.
1 — края иссеченного грыжевого мешка; 2 — шейка грыжевого мешка; 3 — паховая связка — передняя стенка бедренного канала; 4 — бедренная вена; 5 — лобковая кость — задняя стенка бедренного канала; 6 — мышцы бедра; 7 — подкожная жировая клетчатка

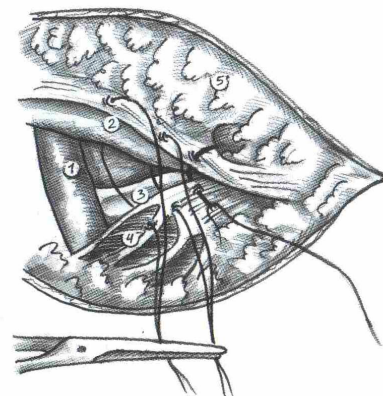


Рис. 28а. Пластика бедренного канала.
1 — бедренная вена, ранение которой представляет одну из опасностей операции; 2 — паховая связка, подшиваемая к надкостнице лонной кости и мышцам бедра; 3 — лобковая кость — задняя стенка бедренного канала; 4 — мышцы бедра; 5 — подкожная жировая клетчатка

ПУПОЧНАЯ ГРЫЖА

Эта грыжа, как видно из названия, возникает при неспособности пупочного кольца. Чаше встречается у женщин, что, по-видимому, связано с беременностью. По мере увеличения размеров плода происходит растяжение передней брюшной стенки и увеличивается нагрузка на пупочное кольцо. Во время родов при потугах резко возрастает давление в полости живота, помогая изгнанию плода. Все вместе, при наличии слабости соединительной ткани, может привести к образованию грыжи. Пупочные грыжи могут достигать значительных размеров и приводить к серьезным разрушениям стенки живота, приводя к массивному выпадению брюшных органов, что может сопровождаться нарушениями функций сердца и легких. Диагностика таких грыж не вызывает существенных затруднений. Только при малых размерах ее можно спутать с метастазами рака, кистой мочевого протока, не заращение которого после рождения встречается у некоторых людей, с доброкачественными опухолями. Нередко происходит ущемление пупочной грыжи со всеми вытекающими последствиями. (Рис 29).

Пластика грыжевых ворот при этой форме грыж происходит за счет полной ликвидации пупочного кольца путем создания дубликатуры брюшной стенки. Грыжевой мешок выделяют и обрабатывают согласно общим принципам. (Рис 30, 30а). Затем в поперечном или продольном направлении в зависимости от вы-



Рис. 29. Пупочная грыжа – общий вид передней стенки живота

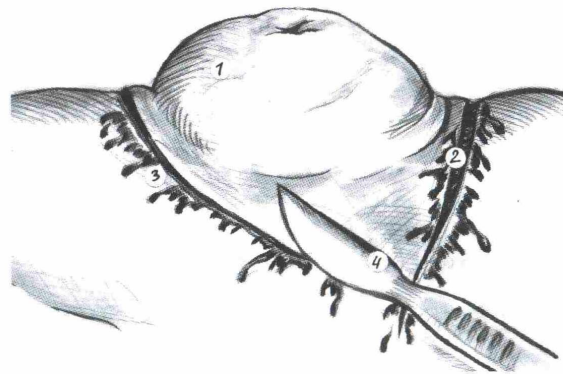


Рис. 30. Начальный этап операции грыжесечения, разрез кожи с иссечением избыточного лоскута.

1 – грыжевое выпячивание, на вершине которого виден пупок; 2 – верхний окаймляющий разрез; 3 – нижний окаймляющий разрез; 4 – нож хирурга

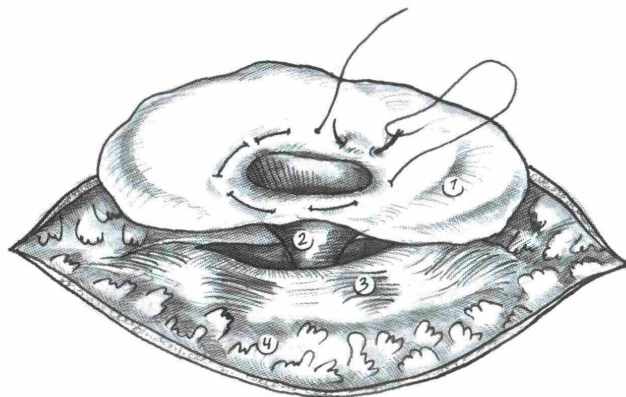


Рис. 30а. Этап операции грыжесечения – обработка шейки грыжевого мешка с помощью кисетного шва.

1 – остатки иссеченного грыжевого мешка; 2 – шейка грыжевого мешка; 3 – апоневроз мышц передней стенки живота; 4 – подкожная жировая клетчатка

бранного хирургом способа один край стенки живота накладывается на другой, так как мы запахищаем полы халата или пальто, удерживаясь в таком положении специальными швами. При большом дефекте, когда возникает значительное натяжение тканей, лучше воспользоваться сетчатым трансплантатом. Неприятность может заключаться в том, что пациент иногда лишается своего пупка. Удаление пупка вместе с избыточным кожным лоскутом производится обычно при больших грыжах там, где нужна значительная по протяженности пластика передней брюшной стенки. При малых грыжах сохранение пупка вполне возможно. (Рис 31, 31а).

Осложнения, как правило, возникают при длительно существующих грыжах, когда они достигают немалых размеров, сопровождаясь массивным спаечным процессом. Тогда выделение кишечных петель из спаечного панциря больше напоминает вырубание и чревато повреждением кишечной

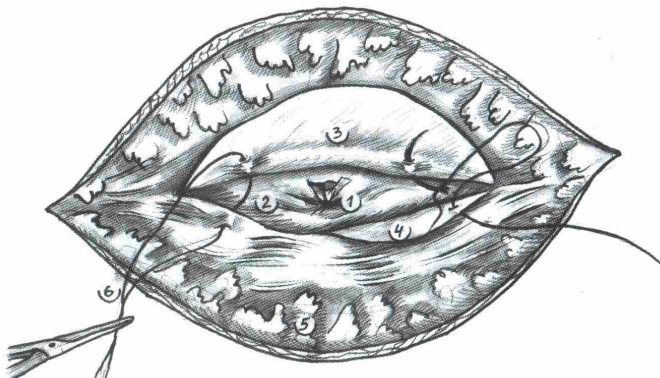


Рис. 31. Пластика передней брюшной стенки при пупочной грыже – формирование дубликатуры, первый ряд швов накладывается таким образом, чтобы край нижнего лоскута апоневроза расположился под верхним его краем.

1 – культи грыжевого мешка; 2 – брюшина, покрывающая внутренние органы живота; 3 – верхний лоскут рассеченного мышечно-апоневротического слоя стенки живота; 4 – нижний лоскут того же слоя; 5 – подкожная жировая клетчатка; 6 – нить одного из швов первого ряда (нижний лоскут апоневроза берется за край, а верхний – на удалении от своего края), взятая на зажим, будет завязана после наложения всех швов

стенки. Несмотря на кажущуюся простоту операции, остается высоким процент рецидивов. При запущенной пупочной грыже велика вероятность развития спаечной кишечной непроходимости в грыжевом мешке. Поэтому, чем раньше оперируется пупочная грыжа, тем меньше неприятностей она доставляет. Ликвидация пупочной грыжи одна из распространенных на сегодня сочетанных операций. Пациент ложится на операцию по поводу желчнокаменной болезни, а попутно ему удаляют пупочную грыжу, если конечно такая имеет место. Таким образом, человек одним махом избавляется и от внутреннего заболевания и от грыжи. Такая тактика кажется вполне оправданной. Единственно, что можно отметить — предпочтительнее в этих случаях спинномозговая анестезия. Ибо послеоперационный паралич кишечника, который является постоянным спутником всех полостных операций, создаст дополнительную нагрузку на швы, удерживающие пластику передней стенки живота.

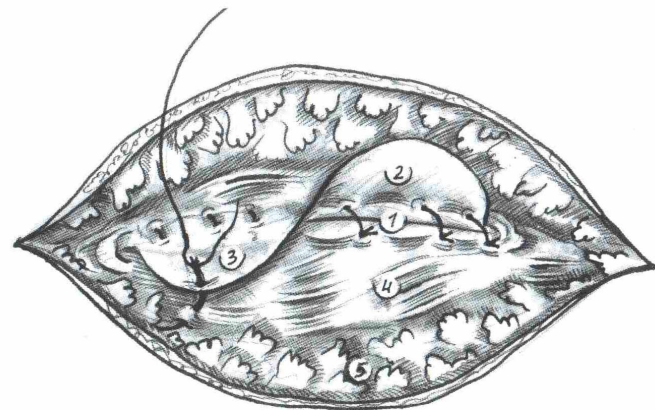


Рис. 31а. Пластика передней стенки живота при пупочной грыже.

1 – первая линия швов на мышечно-апоневротический слой передней стенки живота; 2 – верхний лоскут рассеченного апоневроза, накрывающий первую линию швов; 3 – подшивание верхнего лоскута поверх первой линии швов; 4 – мышечно-апоневротический слой передней брюшной стенки; 5 – подкожная жировая клетчатка

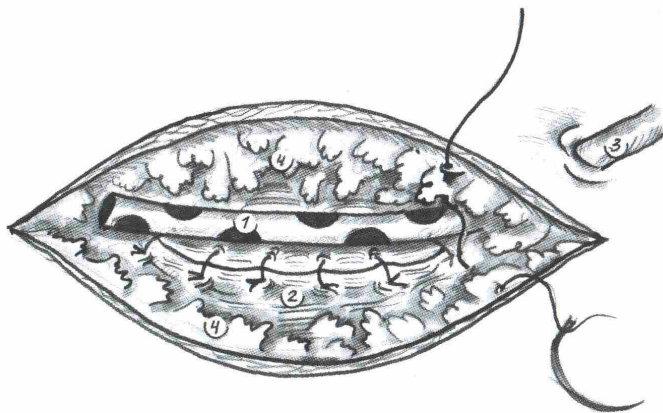


Рис. 32. Этап операции грыжесечения – дренирование раны трубкой с боковыми отверстиями.

1 – трубка с боковыми отверстиями для оттока раневого отделяемого, уложенная в рану на уровне подкожной жировой клетчатки, поверх мышечно-аponeвротического слоя стенки живота; 2 – линия швов на апоневрозе; 3 – наружный конец дренажной трубки, выведенный на кожу вне раны через отдельный прокол; 4 – подкожная жировая клетчатка

Спинномозговая же анестезия, давая полное обезболивание, сама является средством борьбы с послеоперационным парезом (вздутие кишечника) желудочно-кишечного тракта. Следующей особенностью пупочной грыжи можно считать образование значительной остаточной полости после удаления грыжевого выпячивания. Конечно, это характерно для грыж большого размера, вызывающих атрофию кожи, отслойку подкожного жира, особенно у тучных пациентов. В такой полости, если не принять необходимых мер, может скапливаться кровь, сукровица, создавая условия для нагноения раны. Поэтому края раны там, где они явно имеются в избытке, иссекаются во время операции, а на дно раны укладывается трубчатый дренаж, через который производится активное отсасывание раневого отделяемого в первые дни после операции. (Рис 32).

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ГРЫЖА

Этот вид грыж, о котором мы уже говорили, рассматривая проблему спаечной кишечной непроходимости в грыжевом мешке, называется так потому, что может появиться после любого хирургического вмешательства, связанного с разрезом передней брюшной стенки. Являясь отдаленным осложнением хирургических операций, послеоперационная грыжа сама представляет немалую хирургическую проблему. Дело в том, что, производя ту или иную операцию на органах брюшной полости, хирург поневоле создает условия для образования грыжи. Дефект стенки живота, образованный путем рассечения тканей, хотя и ушивается по окончании вмешательства, еще довольно продолжительное время (несколько месяцев) остается слабым звеном. Молодая соединительная ткань, образовавшаяся в ране, должна созреть, чтобы стать прочной преградой на пути грыжи. Если в период ее слабости начинают действовать факторы, способствующие образованию грыжи в виде: длительного и надсадного кашля, поднятия тяжелых предметов и утомительного физического труда, сильные потуги при хроническом запоре или задержке мочи, то образование грыжевого выпячивания становится практически неизбежным. Эта опасность становится еще более реальной, если операционная рана заживает через нагноение, образуется кишечный свищ, либо организм ослаблен каким-то тяжелым заболеванием. Приходится отметить, что в ряде случаев причиной появления послеоперационной грыжи может быть ошибка хирурга при зашивании раны в конце операции. К таким ошибкам можно отнести плохое сопоставлением слоев брюшной стенки при ушивании, неправильный выбор шовного материала, несоблюдение установленного расстояния между швами, захват в шов большого массива тканей и слишком тугое затягивание узла. Все вышеописанные моменты давно и точно регламентированы хирургической практикой. Однако до сих пор и довольно часто происходит вольное или невольное нарушение правил, о чем и свидетельствует значительное количество послеоперационных

грыж. Отчасти это происходит из-за усталости хирурга, когда приходится много оперировать в ночное время. При оказании экстренной помощи участие опытного хирурга может срочно понадобиться в другой операционной, другому больному и тогда зашивание раны поручается менее подготовленному коллеге. Свою негативную роль играет иногда спешка во время операции, вызвать которую могут многие причины, пусть даже уважительные. Плохое снабжение наших больниц современными шовными материалами также вносит свою лепту в формирование неутешительной статистики по послеоперационным грыжам. Поэтому хочется еще раз подчеркнуть — любая хирургическая операция является очень серьезным и ответственным делом, в котором не бывает мелочей, и подходить к ней надо соответственно. Не стоит доводить до экстренных операции, вмешательства, как не посмотри, лучше производить в плановом порядке, когда есть время для полноценной подготовки и минимизации всех факторов риска.

Послеоперационные грыжи могут достигать огромных размеров, когда вся линия швов на передней брюшной стенке становится несостоятельной. Это означает, что они не смогли удержать ткани в нужном положении до полного сращения. Грыжи послеоперационного рубца часто бывают многокамерными или множественными, когда в рубце образуется несколько дефектов. Формирование грыжи после перенесенной операции всегда сопровождается массивным спаечным процессом. Спайки появляются после любой операции на внутренних органах живота, но сам факт образования грыжи сильно стимулирует эту естественную защитную реакцию на внешнюю агрессию. (Рис 33, 33а).

Ношение бандажа, часто рекомендуемое таким пациентам, редко оказывает существенную помощь. Вырастая до больших и гигантских размеров, такие грыжи представляют нелегкую задачу для пластики передней брюшной стенки. Трудность здесь заключается в значительном разрушении тех анатомических взаимоотношений тканевых слоев, которые обеспечивают упругость и устойчивость стенок живота к

Рис. 33. Гигантская послеоперационная вентральная грыжа, разрушившая практически всю переднюю брюшную стенку. Под истонченной кожей обозначены петли кишечника, выпавшего в грыжевой мешок. Такая картина может наблюдаться у человека, перенесшего несколько хирургических операций, по тем или иным причинам закончившихся несостоятельностью швов передней стенки живота.

1 – рубцы после перенесенных ранее операций; 2 – петли кишечника, которые прослеживаются через истонченную кожу в области грыжевого выпячивания, занимающего почти всю область живота

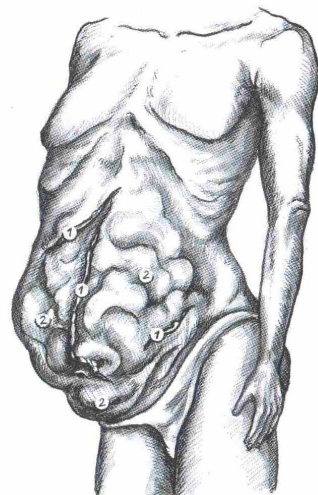


Рис. 33а. Освобождение петель кишки от спаечного процесса. Спайки деформируют кишечные петли, складывая их в виде двустоволок, что нарушает процесс прохождения пищи по их просвету.

1 – спайка между петлями кишки; 2 – кишечные петли, сложенные в виде двустоволок

перепадам внутреннего давления. Мышцы подвергаются атрофии, соединительнотканнные футляры истончаются и разволокняются, прямо как старая одежда. Кроме того, немалый риск возникает при вправлении выпавших органов обратно в живот. Когда масса грыжевого содержимого так велика, как это бывает при гигантских послеоперационных грыжах, то одномоментное, резкое повышение давления в полости живота создает дополнительную, тяжелую нагрузку на швы, вызывая сильное натяжение краев раны, негативно отражается на деятельности сердца и легких. Велика опасность развития тромбозомболических осложнений, так как вены таза, уже привыкшие за время существования грыжи к низкому внутрибрюшному давлению, при повышении его после устранения грыжевого пространства сдавливаются и легко тромбируются (заполняются тромбами). После небольшой даже физической нагрузки, например: вставание с постели или стула, отправление естественных надобностей, кашель тромб отрывается от венозной стенки и с током крови поступает в сердце, а уже оттуда он может попасть в легочную артерию, вызывая быструю и, увы — пока почти необратимую смерть. Хирурги пытаются предотвратить подобный исход, тренируя больных перед операцией, приучая их организм заново переносить повышение внутрибрюшного давления. Получается прямо как при подготовке космонавтов, но полной гарантии в успехе все равно пока нет. Единственный выход — не доводить свою грыжу до таких размеров, что она начинает угрожать жизни своего хозяина. Как это не тяжело морально и физически, надо решаться на раннюю операцию по устранению грыжи. Только такой подход к проблеме может вернуть человека к нормальной жизни и тем более не угрожает его существованию.

Именно при послеоперационных грыжах хирурги чаще всего сталкиваются с дефицитом местных тканей стенки живота при пластике грыжевых ворот. Что только не испробовала наука, пытаясь найти адекватную замену разрушенных тканей брюшной стенки. Пытались кроить оставшиеся в сохранности слои так, чтобы увеличить их площадь, пересаживали соединительную ткань из других областей челове-

ческого тела, применяли для закрытия дефекта ткани трупа, использовали для пластики собственную кожу пациента и, наконец, появились искусственные сетчатые трансплантаты. Сетки из современных полимерных материалов не вызывают аллергических реакций, устойчивы к воспалительным процессам, редко провоцируют криз отторжения. Материал, из которого сделана сетка, применяемая сегодня для пластики грыжевых ворот, не подвергается рассасыванию с течением времени, продолжая через много лет после операции нести поддерживающую функцию.

После выделения грыжевого мешка со всеми имеющимися камерами и отростками его аккуратно вскрывают в месте свободном от припаянных петель кишечника, шаг за шагом освобождают стенки мешка от припаявшихся кишок и экономно иссекают их, оставляя тот минимум, что понадобится для восстановления целостности брюшины. Осторожно разделяют спайки между кишечными петлями, после чего вправляют органы в брюшную полость. Тщательно восстанавливают брюшину передней стенки живота. Сетку вшивают на уровне задней соединительнотканной пластины, лежащей между мышцами и брюшиной. Затем, по возможности, реконструируют все остальные слои стенки живота. Молодая соединительная ткань, используя сетку как каркас, заполняет ее ячейки и постепенно создает заново один из несущих слоев брюшной стенки. Сетку можно пришивать и поверх передней соединительнотканной пластины, располагая ее непосредственно под кожей. И первый и второй способы имеют свои преимущества и недостатки, но главное остается — создание вполне дееспособной брюшной стенки, возвращающей человеку надежду на физическое здоровье. (Рис 34, 34а).

Если послеоперационная грыжа невелика, не успела произвести значительного нарушения строения и функции стенки живота и внутренних органов, то вполне целесообразно производить закрытие грыжевых ворот местными тканями. Основным принципом такой операции будет создание надежного удвоения слоев брюшной стенки в области дефекта. Выделение и обработка грыжевого мешка произво-

Рис. 34. Общий вид раны после иссечения грыжевого мешка и разделения спаек между петлями кишечника при большой многокамерной вентральной грыже.

1 – поперечная ободочная кишка; 2 – культи большого сальника, удаленного в процессе выделения петель кишечника; 3 – петли тонкой кишки; 4 – остатки рассеченных спаек между петлями кишки; 5 – брюшина грыжевого мешка после его иссечения; 6 – мышечно-апоневротический слой передней брюшной стенки

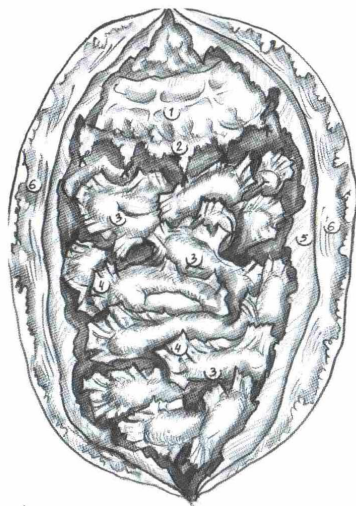
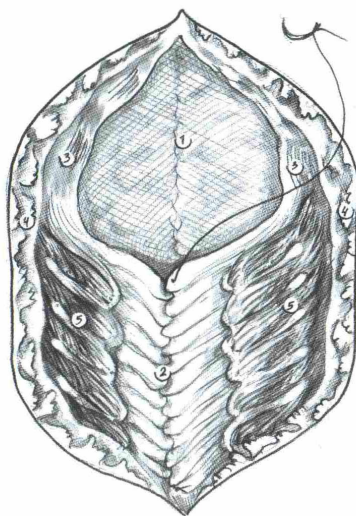


Рис. 34а. Пластика передней брюшной стенки с помощью сетки при гигантской послеоперационной грыже.

1 – сетка, уложенная на зашитую брюшину, сквозь нее просвечивает шов брюшинного покрова; 2 – линия шва мышечно-апоневротического слоя стенки живота поверх сетки; 3 – свободные края апоневроза мышц передней стенки живота; 4 – подкожная жировая клетчатка; 5 – мышцы передней стенки живота



дится по общим для всех грыж принципам. Содержимое вправляется в полость живота, края грыжевых ворот освежаются, то есть удаляются все перерожденные ткани, которые в дальнейшем в виду своей неполноценности могут ослабить эффект пластики. Затем послойно или одним махом один край разреза накладывается на другой с помощью швов и фиксируется в таком положении. Хотя нынче увлечение сетчатыми трансплантатами доходит до того, что некоторые хирурги и при малых грыжах предлагают ушивать дефект брюшной стенки край в край, а поверх подшивать сетку. Насколько это оправдано покажет время. Пока же можно однозначно сказать, что искусственные материалы незаменимы при больших и гигантских послеоперационных грыжах.

Кажется естественным предположить, что чем сложнее операция, тем большее количество осложнений подстерегает хирурга и пациента на пути к выздоровлению. В этом отношении послеоперационные грыжи являются достойным примером. Операции по их поводу сопровождаются немалым числом гнойных осложнений в ране. Это связано с тем, что в послеоперационном рубце почти всегда присутствует дремлющая инфекция еще со времени первой операции. Сама операция, зачастую, производится на фоне лигатурных или кишечных свищей, требует по своему ходу широкой отслойки мягких тканей стенки живота, приводя неотвратимо к нарушению кровообращения и лимфооттока. После операции закономерно остаются значительные остаточные полости в глубине мягких тканей, где скапливается лимфа из поврежденных лимфатических сосудов и кровь. Эти полости обязательно дренируются, но не всегда эффективно. Разделение мощных спаек часто сопровождается травмой кишечной стенки, требующей в некоторых случаях удаления целого участка кишки. Водворение выпавших органов назад, в полость живота, иногда приводит к развитию дыхательной и сердечной недостаточности, когда совокупный объем вправляемых органов достаточно велик. Резкое повышение давления в брюшной полости способствует образованию тромбов в венах таза и угрожает тромбоэмболией. К этому стоит присовокупить возможное обострение хронических

заболеваний, имевшихся у пациента до операции. Огромный процент рецидивов, достигающий до 40%, также красноречиво характеризует данный вид грыж. Не хочу показаться навязчивым, но только ранняя операция, еще при только народившейся грыже поможет свести к минимуму весь этот букет побочных эффектов.

Пациент Б. 62 лет был госпитализирован в отделение гнойной хирургии для подготовки к плановой операции по поводу гигантской послеоперационной грыжи передней брюшной стенки, осложненной кишечным свищем и околовсвищевым дерматитом.

Восемь лет назад перенес операцию — чревосечение с обширной резекцией кишечника на высоте острой кишечной непроходимости вследствие заворота. Послеоперационный период осложнился нагноением раны и формированием трубчатого кишечного свища (сообщение просвета кишки с внешней средой через мягкие ткани стенки живота). Был выписан с не полностью зажившей раной и точечным на наружном отверстии кишечного свища, выделявшим до 300 мл в сутки кишечного содержимого. Через месяц после той операции заметил у себя вздутие передней брюшной стенки слева от послеоперационного рубца. За прошедшие годы грыжа приняла очень большие размеры. Стал задыхаться даже в состоянии покоя, начались перебои в работе сердца, появилась стойкая гипертензия. Кишечный свищ сохранился, и хотя количество отделяемого по нему даже уменьшилось, продолжал функционировать, вызвав мацерацию и воспаление кожи вокруг свищевого отверстия.

При поступлении больной правильного телосложения, нормальной упитанности. Со стороны живота отмечена резкая его асимметрия за счет огромного грыжевого выпячивания, занимающего центральную часть и почти всю левую половину. Размеры грыжи с голову взрослого человека. Кожа над выпячиванием истончена, синюшного цвета, вокруг свищевого отверстия, расположенного теперь в левой паховой области, отмечается выраженная мацерация и воспаление с серозно-гнойным отделяемым. Само выпячивание с бугристой поверхностью, не вправляется в брюшную полость.

В результате обследования выявлено значительное снижение жизненной емкости легких, недостаточность кровообращения 2-3 степени, на ногах варикозное расширение подкожных вен, кишечный свищ на уровне подвздошной кишки.

В течение 3-х недель проводилась санация кожи вокруг свищевого отверстия, подавление кишечной микрофлоры антибиотиками, тренировка брюшной и грудной полости с помощью пневмокомпрессионного бандажа, сеансы барокамеры, поддержка сердечной деятельности.

После улучшения показателей работы сердца и функции легких, стихания воспаления на коже больной был оперирован. Была произведена резекция кишечной петли, несущей свищ, иссечен грыжевой мешок, органы живота, находившиеся в грыжевом мешке, были вправлены в брюшную полость, пластика брюшной стенки с помощью сетчатого трансплантата. Пришлось также произвести кожную пластику в зоне грыжевого выпячивания, так как был удален значительный участок кожи, охваченный воспалительным процессом. Операция протекала с большими техническими трудностями из-за массивного спаечного процесса в брюшной полости и продолжалась около 9 часов.

В послеоперационном периоде больной 3-е суток находился на искусственной вентиляции легких, пока не были купированы явления дыхательной недостаточности. На 5-е сутки после операции пациент был переведен в общую палату в состоянии средней тяжести. Еще шесть дней все протекало благополучно, не считая небольших краевых некрозов пересаженного кожного лоскута. Больной самостоятельно передвигался по отделению, начал практически полноценно питаться, полностью восстановилась деятельность кишечника. Однако на 11-е сутки, встав с постели, больной потерял сознание. Экстренно вызванный в палату лечащий врач зафиксировал клиническую смерть. Реанимация успеха не имела, и через 30 мин больной скончался.

На патологоанатомическом вскрытии причиной смерти установлена массивная тромбозмболия легочной артерии. Источник тромбов — вены таза.

На данном примере из врачебной практики можно ясно себе представить, насколько трудна и опасна операция при запущенной послеоперационной грыже. И хотя больному проводилась профилактика тромбоэмболий, такое одномоментное и значительное по объему перемещение органов брюшной полости из грыжи обратно в полость живота все-таки закончилось неудачей. Кого здесь винить? Можно, конечно, и врачей, но я бы высказал упрек тем из них, которые допустили, чтобы пациент выносил такую грыжу, а не уговорили его на своевременную операцию. Оперировать то все равно пришлось, человек уже не мог жить с этой килой, так или иначе тянувшей его в могилу, но операция явно запоздала.

Послеоперационный период у больных, перенесших грыжесечение, протекает вполне стандартно, исключая пациентов с большими и гигантскими послеоперационными грыжами. Также индивидуального подхода требуют больные, перенесшие операцию по поводу ущемленной грыжи, осложненной некрозом кишки, запущенной кишечной непроходимостью, в виду которых была произведена обширная резекция участка кишки. Если человек оперирован в плановом порядке по поводу небольшой грыжи любой локализации, то ему разрешают пить уже через два часа после операции, вставать и ходить через 4 часа. Проводится полноценное обезболивание, профилактика гнойных и тромбоэмболических осложнений, если есть к тому показания. Принимать легкую пищу можно уже на следующий день, постепенно расширяя диету в зависимости от самочувствия в последующие дни. Контрольная перевязка делается на 3–4 сутки и, если все благополучно со стороны раны и внутренних органов, следующая заканчивается снятием швов, что соответствует 6–7 суткам послеоперационного периода. Тогда же, при отсутствии признаков каких-либо осложнений, производится выписка из больницы. Антибиотики назначаются крайне редко и только по строгим показаниям. Особо следят за отпавлением естественных надобностей, если появляются какие-либо затруднения с мочеиспусканием или дефекацией

необходимо тут же сообщить лечащему врачу и оперирующему хирургу. Ношение бандажа, как правило, не требуется. Ограничение физической нагрузки назначается на срок до 1–2 месяцев. Рекомендуются избегать переизбытка и беречь себя от простуды, запоров и травм.

После операций по поводу гигантских послеоперационных грыж и ущемленных грыж, сопровождающихся резекцией кишки, больные первые несколько дней вынуждены находиться в отделении реанимации и интенсивной терапии. Этот период длится столько, сколько нужно для восстановления жизненно важных функций человеческого организма. В первом случае речь идет о дыхательной и сердечной недостаточности, во втором — о сложных нарушениях водно-электролитного обмена и других видов обмена веществ в организме. Этим пациентам всегда назначаются массивные дозы антибиотиков широкого спектра действия, проводится терапия послеоперационного пареза кишечника, назначается полное искусственное питание путем внутривенного вливания специально подобранных растворов. В первые сутки, а иногда и более, может понадобиться аппарат искусственного дыхания. Естественно, что вставать с постели такие пациенты начинают значительно позже, что увеличивает риск легочных и тромботических осложнений. Прием пищи через рот также откладывается до тех пор, пока не восстановится функция желудочно-кишечного тракта. Дренажи, поставленные в рану, требуют постоянного наблюдения и ухода и, конечно, ежедневных перевязок, а то и чаще. Пребывание таких пациентов в больнице затягивается до 3–4 недель, а окончательная реабилитация и того больше. Только через 3–4 месяца они возвращаются к более или менее нормальной жизни. Это возможно, если не случилось каких-либо осложнений. При появлении последних, человек может стать завсегдатаем лечебных учреждений на долгие годы. Поэтому-то, наверное, нужно помнить уроки древних воителей — врага надо бить, пока он еще мал и слаб, ибо в противном случае — где гарантия, что ты одолеешь его.

ГЛАВА ПЯТАЯ

ПОЧЕМУ ОНИ ВОЗВРАЩАЮТСЯ?

Под рецидивом грыжи понимают повторное образование грыжевого выпячивания в том же месте, где ранее была произведена операция грыжесечения с пластикой передней брюшной стенки. Рецидивная грыжа появляется, как правило, по ходу послеоперационного рубца или рядом с ним, но в той же области, где располагалась первичная грыжа. Появление грыжи в другом месте спустя некоторое время после грыжесечения не относится к рецидиву, а считается проявлением грыжевой болезни или множественной грыжей. Например, двухсторонняя паховая грыжа возникает либо почти одновременно с двух сторон, либо на противоположной стороне грыжевое выпячивание появляется через какой-то промежуток времени. О грыжевой болезни врачи говорят, когда грыжи различной локализации появляются последовательно, одна за другой. Что, по-видимому, говорит о системном поражении соединительной ткани. Рецидивные грыжи можно отнести и к послеоперационным осложнениям, хотя различия очевидны и поэтому их выделяют в особую группу. Рецидивные грыжи представляют собой ту проблему, которая не позволяет хирургам успокаиваться и считать болезнь побежденной. (Рис. 35, 35а).

Почему грыжа появляется снова, где найти средство профилактики — вот какие вопросы не дают покоя медицинской науке и практике. Главная причина возврата болезни, вероятно, заключается в том, что мы не воздействуем на основной механизм появления грыжи. Действительно, наука не дала нам до сих пор средств, которыми можно было бы укрепить соединительную ткань нашего тела. Операция, таким образом, направлена на ликвида-

цию последствия отклонений в реализации генетической программы. К сожалению, другого пути на сегодня нет. Не надо забывать, что после операции до 90% пациентов забывают о своей болезни, возвращаются к нормальной жизнедеятельности, становятся вновь полноценными членами человеческого сообщества. А это означает, что пока операция остается единственным способом решения проблемы.

Давайте попробуем разобраться в причинах рецидива грыж, частично мы уже говорили об этом в предыдущей главе. Факторы, способствующие возвращению грыж, те же, что и приводящие к образованию первичного грыжевого выпячивания. Врачи выделяют еще так называемые факторы риска рецидива. К ним относятся: количество предыдущих пластик, избыточная масса тела, размер и длительность существования грыжи, возраст пациента

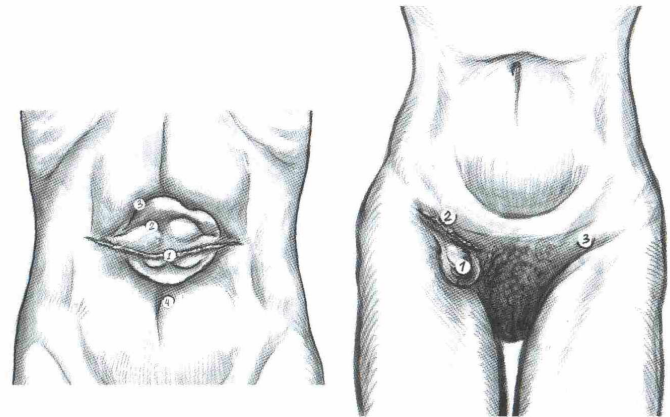


Рис. 35. Рецидивная пупочная грыжа. 1 — рубец после предыдущей операции; 2 — петли кишечника, проступающие через стенку грыжевого выпячивания; 3 — грыжевое выпячивание, образовавшееся на месте прежней грыжи по ходу послеоперационного рубца; 4 — передняя стенка живота

Рис. 35а. Рецидивная паховая грыжа. 1 — грыжевое выпячивание, 2 — рубец после предыдущего грыжесечения, 3 — паховая складка с противоположной стороны

и наличие сопутствующих заболеваний. Оно и понятно, каждая неудачная пластика все более разрушает анатомические взаимоотношения слоев брюшной стенки, захватывая при этом все большую площадь. Каждая последующая операция сопровождается дополнительной потерей собственных тканей вследствие иссечения рубцов, спаек и участков дегенерации, более сильным натяжением сшиваемых образований и, соответственно, требует более сложных манипуляций по закрытию грыжевых ворот. Иногда требуется кропотливая и обширная мобилизации мышечных и апоневротических слоев передней стенки живота с тем, чтобы путем их перемещения ликвидировать образовавшийся дефект. С появлением современных сетчатых трансплантатов, казалось бы, эта проблема нашла свое решение, но сетка сама по себе не заменяет брюшную стенку, она лишь помогает избежать излишнего натяжения сшиваемых краев раны. Для нормальной жизни все равно необходима реконструкция анатомических соотношений тканей настолько это возможно в каждой конкретной ситуации. Тем более что до сих пор не ясны отдаленные последствия применения искусственных материалов. Первый опыт их использования в 70-х — 80-х годах XX века нельзя назвать утешительным. Как-то закончится этот ренессанс пока не совсем понятно даже его ярым сторонникам.

Ожирение всегда считалось хирургами негативным фактором, осложняющим любую операцию. В случае грыж передней брюшной стенки оно повышает внутрибрюшное давление, увеличивая, таким образом, нагрузку на швы. Замедляет заживление ран и благоприятствует гнойным осложнениям. Поэтому пластика передней стенки живота у больных с избыточным весом становится делом куда более ответственным, чем у человека с нормально выраженными жировыми отложениями.

От величины и возраста грыжи зависят те разрушения брюшной стенки, которые грыжа вызывает. Также в прямой зависимости от размеров выпячивания находится дефицит тканей, которые можно использовать для пластики. Отсюда неминуемо следует излишнее натяжение

краев раны при зашивании. Чем дольше человек носит грыжу, тем значительнее нарушения функции внутренних органов, тем более выражен спасчный процесс, разделение же спаек, как мы с вами уже видели, чревато травмой кишечной стенки, а значит и угрозой образования кишечного свища, развития инфекции в ране, что может быть причиной неудачи. При большом дефиците брюшной стенки сетка, конечно, спасает положение, но большинство хирургов отмечают нежелательность ее соприкосновение с петлями кишечника, так что в любом случае не надо доводить до крайности.

С возрастом отмечено снижение уровня естественного иммунитета, что существенно снижает способность ран к заживлению, уменьшает сопротивляемость к инфекции. Наличие сопутствующих заболеваний у пожилых людей, таких как сахарный диабет, хронические неспецифические заболевания легких, вялость кишечника, задержка мочи у мужчин, страдающих увеличением предстательной железы, сердечная недостаточность, безусловно, оказывают отрицательное влияние на исходы пластической операции.

Определенное значение имеет степень подготовленности пациента к оперативному вмешательству. Это в первую очередь касается очистки кишечника, соответствующей подготовки кожных покровов, компенсации сопутствующих заболеваний. Качественно такую подготовку можно провести при плановом характере хирургического пособия. Если же операция производится в ночное время и по экстренным показаниям, что нередко случается при ущемлении грыжи, то подготовка больного сводится к минимуму. Вот почему рецидивов после экстренных операций почти в два раза больше, чем после плановых.

Все вышеперечисленное можно отнести к объективным условиям, способствующим повторному образованию грыж, но существует еще немало субъективных факторов, которые тесно переплетаются с объективными причинами и также могут влиять на результаты лечения. Здесь, прежде всего, надо сказать о выборе способа пластики передней брюшной стенки. Существование множества методик уже говорит

о том, что ни одна из них полностью не удовлетворяет ни врачей, ни пациентов. Кроме того, такое многообразие открывает широкий простор для чисто субъективного выбора. Таким образом, пациент и судьба его грыжи попадают в зависимость от личной приверженности хирурга тому или иному способу закрытия грыжевых ворот. Есть ходячее мнение, что хирург должен оперировать по тому методу, которым лучше всего владеет, однако более логичным выглядит предложение — каждому больному нужна своя операция. Это означает, что не стоит любой ценой пытаться претворить в жизнь какую-то определенную методику, но лучше подбирать каждому больному тот вид пластики, который наиболее соответствует конкретным условиям в данном случае. Такой принцип индивидуального подхода предполагает, что оперирующий хирург владеет всеми основными способами пластического закрытия грыжевого дефекта, имеющими сегодня актуальное значение. А это, к сожалению, встречается далеко не всегда. Вот и получается — там, где необходима пластика задней стенки пахового канала, делается укрепление передней стенки, там, где надо применить сетчатый трансплантат — пытаются «через колено» стянуть оставшиеся лоскуты местных тканей. Естественно, попытка хирурга, во что бы то ни стало, выполнить ту операцию, которой он владеет, пусть даже виртуозно, но местные условия у данного пациента требуют другого подхода, не приводят ни к чему хорошему. Так происходит еще и потому, что часто грыжесечение поручается молодым врачам, не успевшим приобрести достаточный опыт подобных операций. Молодой специалист уже в силу своего недолгого пребывания на профессиональном поприще просто физически не успевает увидеть, а тем более освоить различные виды операций, применяемых по поводу грыж. Таким образом, результаты лечения во многом определяются опытом хирурга. Попытки стандартизации хирургических методов лечения грыж помимо уже сказанного сталкиваются с различным, индивидуальным мастерством оперирующего врача. Различия в индивидуальном мастерстве были, есть и будут и, от этого никуда не денешься. Все люди различаются своими

способностями к той или иной деятельности, то же относится и к хирургам. Грыжесечение — пожалуй, третья по счету операция, которую осваивает хирург на пути своей профессиональной карьеры. Из этого проистекает его некоторая робость, недостаточная уверенность ориентировки в тканях, плохое чувство натяжения тканей и нити. Учитывая нарушение нормальных анатомических пропорций, что характерно для грыжи, все это мешает ему перестроиться по ходу операции, сужает диапазон его импровизации, снижает эффективность пластики. И хотя молодой хирург оперирует в присутствии опытного коллеги, есть навыки, которые трудно передать. Это касается, прежде всего, тактильных ощущений. Чувство нити и натяжения тканей приходит только с опытом. Излишнее натяжение тканей в области пластики приводит к повышенной нагрузке на швы, создает ишемию (нарушение питания) тканей за счет сдавления их нитями. Такая ситуация угрожает развитием несостоятельности швов. Нить, слишком натянутая, прорезывает мягкие ткани человеческого тела и полноценного сращения не достигается. Плохо затянутая нить не обеспечивает нужной плотности прилегания сшитых тканей, что также не способствует надежному рубцеванию.

К сожалению, не все блестящие хирурги являются столь же блестящими учителями. Удовлетворившись тем, что молодой врач соблюдает очередность этапов операции, его допускают к самостоятельной деятельности. Опять же отсутствует мотивация обучения молодых специалистов секретам мастерства. Старшим по положению и опыту хирургам это вменяется в виде какой-то общественной нагрузки, что становится совсем абсурдным при рыночном подходе к здравоохранению. Система существующего медицинского образования награждает врача дипломом по итогам теоретической подготовки. Можно сравнить такую систему с получением прав на вождение автотранспорта после прослушивания курса лекций, не наездив нужного количества часов за рулем. Таким образом, снять ответственность с медицинских работников за неудачи пластических операций при грыжах можно далеко не всегда.

Однако сами пациенты тоже могут способствовать появлению рецидивов грыжи и, отнюдь, не в меньшей степени. Прежде всего, тем, что затягивают с обращением за медицинской помощью. Длительно существующая грыжа, увеличиваясь в размерах, все больше разрушает брюшную стенку, создает дефицит тканей, способствует более частому появлению нестандартных ситуаций по ходу операции, вынуждает хирурга расширять объем вмешательства. Чем старше грыжа, тем труднее специалисту ее оперировать. Поэтому необходимо как можно раньше показаться специалисту, обнаружив у себя грыжевое выпячивание, где бы оно ни располагалось.

Другая ошибка заключается в легкомысленном отношении к грыже и операции по ее ликвидации. При небольших размерах грыжевого выпячивания пациент соглашается на хирургическое вмешательство без должной подготовки. Заслуживает сожаления и тот факт, что этому часто способствуют сами медицинские работники. «Чего вы боитесь? Операция то совсем пустяковая» — часто можно слышать при разговоре доктора с пациентом. И от внимания, как врача, так и больного ускользает необходимость борьбы с запорами, задержкой мочи, санации хронических легочных заболеваний, лечения гнойничковых поражений кожи, выявления скрытых заболеваний. Непринятие мер профилактики рецидива грыжи приводит вскоре к разочарованию обе заинтересованные стороны.

Пренебрежение рекомендациями лечащего врача также может стать причиной рецидива грыжи. Несоблюдение охранительного режима, диеты и необходимой гигиены плохо помогают заживлению ран и формированию крепкого послеоперационного рубца. В течение трех месяцев после операции физическая нагрузка должна быть строго дозирована. Чтобы рана на месте пластики зажила хорошо, ей необходим функциональный покой. Поэтому нелишне подчеркнуть важность ограничения поднятия тяжести весом не более 5–7 кг. Надо следить за регулярностью приема пищи, не передать, чтобы не вызвать вздутия живота

и запоров. Избегать простудных заболеваний верхних дыхательных путей, которые сопровождаются кашлем.

Итак, если кратко суммировать факторы, способствующие повторному образованию грыж, то на первом месте будет стоять величина и длительность существования первичного грыжевого выпячивания. На второе место можно поставить мастерство хирурга и правильный выбор метода пластики. На третьем оказывается общее состояние организма оперируемого пациента: возраст, степень ожирения, состояние иммунитета, наличие серьезных сопутствующих заболеваний и уровень компенсации нарушений функции внутренних органов. Далее следуют соблюдение врачом и больным всех правил подготовки к операции, прохождение послеоперационного периода и реабилитации. Есть еще так называемый социальный аспект проблемы рецидива грыж передней брюшной стенки. Конечно, лучше оперироваться в специализированном центре по герниологии (учение грыжах), где врачи имеют большой опыт подобных операций, владеют разнообразными методиками пластики грыж, имеют для этого все необходимые оборудование и материалы, но таких центров очень мало, они существуют только в больших городах и не могут вместить всех желающих. Большинство же наших граждан получает медицинскую помощь по месту своего проживания. В небольших больницах материальная часть значительно уступает крупным медицинским учреждениям. Хирурги на много больнее загружены и вынуждены решать гораздо более широкий круг вопросов, чем их коллеги в специализированных стационарах. Им часто просто не у кого учиться новым способам операций. Ставшие платными курсы усовершенствования врачей не вызывают энтузиазма у руководителей больниц, которые распоряжаются финансами. Если раньше любимой отговоркой, чтобы не отпустить врача учиться, было — «кем тебя заменить», то теперь просто — «нет денег». За свой счет не каждый врач может себе позволить даже месячную учебу. Естественно, результаты лечения от такого отношения к повышению квалификации значительно хуже. Добавим сюда дефицит квалифицированных кад-

ров, ведь уже слышны голоса в пользу возврата старой системы принудительного распределения врачей по лечебным учреждениям. Видимо, поговорка — «наильно мил не будешь» совершенно не знакома нашим чиновникам от медицины. С другой стороны пациенты тоже не всегда в состоянии поехать на лечение в другой город или столицу. Тем более что декларированный на заре перестройки лозунг о праве больного самому выбирать себе врача на деле оказался полной фикцией. Только раньше он был привязан к месту жительства пропиской, а теперь страховым полисом и отсутствием денег. Созданная за предыдущие годы система здравоохранения и раньше, а теперь особенно, работает против качества оказания медицинских услуг. Получилось как в случае «хрущевских» пятиэтажек — жить можно, но хотелось бы лучше.

Трудность операции при рецидивной грыже обусловлена: рубцово-спаечным процессом в зоне вмешательства, изменением строения и взаимоотношения слоев брюшной стенки после предыдущей операции, увеличением дефекта мягких тканей, пригодных для пластики, опасностью повреждения внутренних органов и возможностью возникновения нестандартных ситуаций, что может потребовать неординарных решений. Поэтому рецидивную грыжу, как правило, оперирует опытный хирург. Рубцы затрудняют ориентировку в тканях, выделение анатомических образований, замедляя тем самым ход операции. Местные обезболивающие средства хуже действуют в рубце из-за плохого распространения в тканях, поэтому лучше оперировать под общей или спинальной анестезией. Боль, испытываемая пациентом во время операции, заставляет его рефлекторно напрягать мышцы живота, что создает сопротивление действиям оперирующего хирурга. (Рис 36).

Выделив и обработав грыжевой мешок, хирург по возможности иссекает рубцовые ткани. Считается неправильным использовать повторно тот же вариант пластики, который ранее потерпел неудачу. Выбирают более надежный, а это иногда и более сложный способ. С появлением современных искусственных материалов решение пробле-

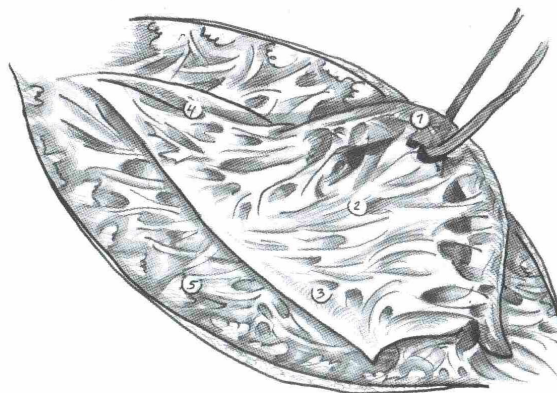


Рис. 36. Выделение элементов пахового канала при рецидивной грыже.

1 — семенной канатик, окутанный спайками после первой операции; 2 — спайки, образовавшиеся после предыдущей операции, затрудняющие выделение и дифференцировку тканей в ране; 3 — нижний лоскут передней стенки пахового канала; 4 — верхний лоскут передней стенки пахового канала; 5 — спаечный процесс в подкожной клетчатке

мы выбора значительно облегчилось. Укрепление передней брюшной стенки при рецидивных грыжах сетчатыми трансплантатами считается оптимальным большинством ведущих центров герниологии в нашей стране и за рубежом. Таким образом, удалось снизить процент повторных рецидивов с 15-35% до 3-7%. Однако, как уже говорилось, этих материалов может не оказаться в той больнице, где вы решили оперироваться, поэтому не удивляйтесь, если врач попросит вас приобрести нужные аксессуары самостоятельно. Само выполнение пластики мало, чем отличается от операции по поводу первичной грыжи. Главное — правильно выбрать способ, который предотвратит повторный рецидив.

Конечно, повторное появление грыжи после планового грыжесечения всегда удручает и врача и пациента. Психологически очень трудно решаться на повторную операцию. Но лучше решаться, так как операция в экстренном порядке при рецидиве еще более непредсказуема по своим

результатам. Всегда нужно помнить, что процент смертельных исходов при ущемленных грыжах остается до сих пор достаточно высоким. У пожилых людей он достигает 10% и более.

Если вывести некую формулу поведения, которая поможет снизить риск рецидива грыжи, то она будет выглядеть примерно так: во-первых, и, прежде всего, не надо тянуть с операцией, когда вы или доктор обнаружили у вас грыжевое выпячивание. Во-вторых, надо найти специалиста, который сделает операцию хорошо. С первым положением как будто все ясно, а вот со вторым нужно разобратся. За годы строительства коммунистического общества нас приучили перекладывать ответственность за свое здоровье на плечи государства. Государство же пыталось проводить в жизнь административный принцип формирования рынка медицинских услуг. Если министерство признало какой-либо метод оперирования приоритетным, то вниз спускалось указание — делать только так, а не иначе. Все это прикрывалось красивыми словами о равенстве граждан перед медициной. Хотя уже тогда его не было, а теперь и подавно. Люди все больше понимают и должны понять, что здоровье это их собственность и богатство и надо относиться к нему бережно и рачительно как к любой другой собственности. Готовясь к операции, нелишне узнать, где такие вмешательства делают лучше. В руки какого специалиста безопаснее доверить процесс лечения. Попав в больницу и познакомившись с оперирующим хирургом, нет ничего зазорного в том, чтобы расспросить персонал или соседей по палате о его репутации. Узнать: насколько он опытен в подобных операциях, какие бывают у него результаты, хотя правильное всего уже знать это заранее и ложиться в стационар к конкретному хирургу. Если врач молод, поинтересуйтесь — кто будет ему ассистировать. Почему, нанимая строителей или выбирая туристическую фирму, мы стремимся узнать о них как можно больше, стараемся выбрать лучших? А свое здоровье мы готовы доверить первому встречному, пусть даже одетому в белый халат и имеющему диплом врача.

Необходимо использовать максимально свое право выбора, чтобы снизить риск неудачи. Это не означает, что риска не будет вовсе, и у опытных хирургов случаются неудачи при грыжесечениях, но, по крайней мере, вы сможете свести его к минимуму. Более того, если вы не испытываете доверия к своему лечащему врачу, ваше право попросить, чтобы лечение проводил другой специалист.

Другой аспект нынешнего здравоохранения — плата за медицинские услуги, которая взимается в том или ином виде. Платить, наверное, все же придется, в противном случае медицинские работники найдут способ, не нарушая формально законодательство, от вас избавиться. К тому же пословица — «скупой платит дважды» по-прежнему актуальна. В погоне за бесплатной медицинской помощью можно потерять деньги в виде длительной нетрудоспособности, повторных операций, затрат на лекарства, которые тем больше, чем дольше вы болеете. Если в СССР болеть было выгодно — по больничному листу человек иногда получал больше, чем на рабочем месте, то теперь многое изменилось. Но выбор на сегодня бесспорно есть, и если платить, то важно знать кому и за что. И еще одно — платное лечение отнюдь не гарантирует вам сто процентный, положительный результат и, если уж вы платите, то старайтесь делать это официально, чтобы в случае неудачи можно было требовать компенсации. Итак, подводя некую черту под вышесказанным, мне хочется пожелать людям, столкнувшимся в своей жизни с проблемой грыжи и ее лечения, — будьте более активными участниками процесса лечения, не бойтесь брать ответственность на себя за принятие того или иного решения, не пасуйте перед бюрократическими рогатками и честью мундира медицинских работников и, в конечном итоге, добивайтесь нужного вам результата — выздоровления и возвращения к нормальной жизни.

ПОСЛЕСЛОВИЕ

Прочитав эту небольшую книжку, посвященную проблемам грыж передней брюшной стенки, я надеюсь, вам удалось прояснить для себя несколько узловых моментов, которые могут помочь найти выход из описанных ситуаций. Хотелось бы еще раз подчеркнуть, что считать самым важным. Во-первых, появление грыжи мало зависит от самого человека. Оно обусловлено его генетическими, анатомическими, социальными и функциональными особенностями. Таким образом, человек не «виноват» в том, что у него возникло это заболевание. Механизмы образования грыж до сих пор полностью наукой не раскрыты и с этим ничего не поделаешь.

Во-вторых, при своем появлении грыжа не выглядит грозным и опасным заболеванием, напрямую угрожающим жизни своего хозяина. Однако, если вовремя не принять необходимых мер, то болезнь может сильно усложнить жизнь людям, страдающим ею, а ее осложнения могут иметь фатальный исход. Поэтому так важно обратиться за медицинской помощью и предпринять операцию до того, как проблема станет опасной для жизни.

В-третьих, что, наверное, самое главное, уровень развития современной медицины позволяет избавиться от болезни и вернуть человеку вполне приличное качество жизни. Возможности клинической диагностики, надежные способы пластики грыжевых ворот, достижения науки в создании искусственных материалов, с успехом заменяющих дефицит собственных тканей организма, позволяют в большинстве случаев надежно решить проблему выпадения органов брюшной полости за ее пределы. Другими словами, вопрос о том, что делать с грыжей находится в компетенции человека. От его воли и желания зависит: что будет происходить дальше? Будет ли заболевание прогрессировать, разрушая

стенку живота, снижая трудоспособность пациента, ограничивая его возможности, нарушая физиологические механизмы жизнедеятельности, или качественно произведенная операция в самом начале прервет эту вредную для организма работу? Оперировать на ранней стадии развития болезни, не дожидаясь осложнений должно стать правилом, как для врача, так и для больного. Затягивание с операцией под тем или иным предлогом может только принести излишние страдания как морального, так и физического характера. Не стоит забывать и об экономической стороне вопроса. Большая и сложная пластическая операция станет значительно дороже, а реабилитация будет проходить намного дольше и полноценное восстановление функций брюшной стенки и органов брюшной полости может вообще не состояться. В случае с грыжей в полной мере применима уже ставшая избитой аксиома: если появилась проблема, то надо решать ее пока она маленькая, ибо, когда она вырастет, найдутся ли средства для ее решения. Вот и получается, что откладывать грыжу в «долгий ящик» лучше не стоит.

В-четвертых, если вы поступили правильно и приняли решение об операции еще на ранней стадии существования грыжи, то необходимо, по возможности, предотвратить появление рецидива. Другими словами, снизить риск вероятной несостоятельности пластики грыжевых ворот. Что такое может быть, мы все знаем, к сожалению, любая деятельность человека имеет свой процент неудач, так уж мы устроены. Здесь выход только один — контроль со стороны пациента за процессом лечения. Для того чтобы этот контроль осуществлять, нужны хотя бы минимальные знания. Именно поэтому в книжке приведены сведения по анатомии, патофизиологии, оперативной хирургии, которые, казалось бы, интересны только специалистам. На самом деле, чтобы не быть пассивным объектом манипуляций медицинских работников, человек, имеющий грыжу и обратившийся за медицинской помощью, как мне кажется, должен представлять, о чем идет речь, что ему предстоит в процессе лечения, и какие подводные камни могут оказаться на его пути. Тогда уже он сам, а не только

врач, будет прилагать усилия для достижения нужного результата. Только так сегодня ставится вопрос, все больше ответственности за здоровье перекладывается на плечи самого больного. Взять хотя бы плату за медицинские услуги, и может быть недалек тот день, когда пациент будет выбирать лечебное учреждение и лечащего врача также как сегодня он выбирает парикмахерскую или туристическое агентство. В борьбе за клиента врачи начнут заниматься саморекламой, но здоровье — не ботинки, по чеку возврату и обмену не подлежит. Если вас плохо постригли, то волосы рано или поздно отрастут и положение можно будет исправить, а если вас плохо лечили, то исправить содеянное будет значительно труднее. Вот почему я надеюсь, что, усвоив написанное, читатель лучше будет разбираться в том, с чем ему придется столкнуться на рынке медицинских услуг в отношении грыж. Удачи вам и крепкого здоровья!

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Предисловие.</i> Общее представление и описание места действия	3
<i>Глава первая.</i> Откуда берутся и что собой представляют грыжи живота?	7
<i>Глава вторая.</i> Ущемление грыжи, что это?	19
<i>Глава третья.</i> Спаечная кишечная непроходимость в грыжевом мешке	32
<i>Глава четвертая.</i> Что происходит во время операции и где вероятность неудач?	43
Паховая грыжа	48
Бедренная грыжа	62
Пупочная грыжа	68
Послеоперационная грыжа	73
<i>Глава пятая.</i> Почему они возвращаются?	84
Послесловие	96