

# ГРЫЖИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

## Зворыгина М.А.<sup>1</sup>, Хафизова А.Ф.<sup>2</sup>, Стяжкина С.Н.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Зворыгина Мария Александровна – студент;

<sup>2</sup>Хафизова Алсу Фависовна - студент,  
педиатрический факультет;

<sup>3</sup>Стяжкина Светлана Николаевна - доктор медицинских наук, профессор,  
Ижевская государственная медицинская академия,  
г. Ижевск

**Аннотация:** статья посвящена изучению грыж передней брюшной стенки и факторам, влияющим на их возникновение. В статье представлены современные данные по этиологии и патогенетическим механизмам развития грыж. Описан клинический случай повторной рецидивирующей паховой грыжи слева.

**Ключевые слова:** грыжи, грыжи передней брюшной стенки, рецидивирующие грыжи.

**Грыжа** (от лат. hernia) - выход органов из полости, через патологически образованные или естественно существующие отверстия передней брюшной стенки [3].

### *Этиология и патогенез*

В патогенезе формирования грыж первостепенная роль принадлежит наличию «слабых мест» передней брюшной стенки (анатомический предрасполагающий фактор) и повышению внутрибрюшного давления (функциональный производящий фактор). Образование грыжи - результат нарушения динамического равновесия между внутрибрюшным давлением и способностью стенок живота ему противодействовать. Наиболее частыми причинами повышения внутрибрюшного давления или резких его колебаний служат поднятие тяжестей, хронический запор, затруднение мочеиспускания при аденоме простаты и стенозе уретры, кашель при хронических лёгочных заболеваниях, беременность и роды. К «слабым» участкам брюшной стенки изначально относят паховую область, пупочное кольцо, белую линию живота, полулунную (Спигелиеву) линию и ряд других мест. Прочность брюшной стенки снижается после перенесённых хирургических вмешательств, особенно при дефектах ушивания раны или её нагноении. Предрасполагающим фактором также служит наследственная слабость соединительной ткани. В таком случае у пациента наряду с формированием грыжи нередко развиваются плоскостопие, варикозная болезнь или геморрой. Для грыж характерно постепенное прогрессивное увеличение их размеров. Чем длительнее существует грыжа у пациента, тем выше опасность развития осложнений: ущемления, неврастии, копростазы или воспаления. Грыженосительство ограничивает трудоспособность и снижает качество жизни пациентов. Летальность, связанная с грыжей, зависит от развития наиболее частого осложнения - ущемления, которое чревато некрозом грыжевого содержимого, развитием острой кишечной непроходимости и перитонита.

### *Классификация [2]*

По локализации:

1. Наружные - выходят через отверстия в мышечно-апоневротическом слое передней или задней брюшной стенки и тазового дна.

• паховые (косые, прямые), бедренные, пупочные, белой линии живота (надчревные, параумбиликальные, подчревные), поясничные; запирательные;

• седалищные;

• промежностные;

• мечевидного отростка и др.

2. Внутренние - образуются внутри брюшной полости, в брюшных карманах или проникают в грудную полость через естественные и приобретенные отверстия диафрагмы внутрибрюшные грыжи; диафрагмальные грыжи.

По степени развития:

• начальные - листок париетальной брюшины и содержимое брюшной полости лишь начинают внедряться в углубление брюшной стенки (предбрюшинная липома).

• канальные - грыжа в пределах грыжевого канала.

• полные - грыжи, вышедшие под кожу.

• больших размеров - объем грыжевого мешка составляет существенную часть объема брюшной полости.

4. По происхождению:

• врожденные, • приобретенные (в том числе послеоперационные, рецидивные, травматические, невропатические).

5. По клинике:

• вправимые;

- неправимые: а) полная неправимость; б) частичная неправимость.
- ущемленные: а) эластическое ущемление; б) каловое ущемление; в) пристеночное ущемление; г) ретроградное ущемление (грыжа Майдля); д) ущемление меккелева дивертикула (грыжа Литтре); е) грыжа Брока.

- воспаление грыжи (со стороны кожи или исходящее из внутренних органов).

- травмы грыжи;

- инородные тела грыж;

- новообразования грыж.

#### *Эпидемиология*

Грыжи передней брюшной стенки достаточно широко распространены. Потенциальный грыженоситель - каждый пятый житель Земли. Ежегодно диагноз паховой грыжи в Российской Федерации устанавливают у 220 тыс. человек, в США - у 500-700 тыс. пациентов, а в Германии - у 180 тыс. человек. Каждый год в мире по поводу грыж выполняют более 20 млн хирургических вмешательств, что составляет от 10 до 15% всех проводимых операций. Пик заболеваемости наблюдается преимущественно у людей старше 50 лет, что обусловлено частичной атрофией, гипотонией и жировым перерождением мышц живота, истончением и уменьшением эластичности апоневрозов и фасций, увеличением размеров «слабых мест» передней брюшной стенки.

#### *Клиника*

В начальных стадиях развития грыжи типичных симптомов, характерных для данной локализации, как правило, не бывает. Постепенно появляются симптомы, связанные главным образом с физическим напряжением. Больной ощущает небольшие тянущие боли, покалывания в области грыжи при повышении внутрибрюшного давления (поднятие тяжести, прыжки, бег, кашель, акт дефекации при запоре и др.). По мере развития грыжи болевые ощущения усиливаются и через определенное время больной (или врач) обнаруживает выпячивание в месте болей. Выпячивание появляется при физическом напряжении и исчезает в покое. Болевые ощущения при начальных формах грыжи выражены более интенсивно, а по мере увеличения грыжевого выпячивания становятся менее выраженными или исчезают. Боли, как правило, локализуются в месте самой грыжи, в глубине живота, иногда в области поясницы (чаще при ущемленных грыжах). Грыжи могут достигать гигантских размеров.

#### *Диагностика*

У подавляющего числа пациентов диагностика наружных брюшных грыж не представляет особых трудностей. Диагноз ставится на основании жалоб больного и физикального осмотра. В начальной стадии у пациента имеются жалобы на умеренные тянущие боли в области формирующейся грыжи. Боли обычно возникают при поднятии тяжести, кашле или натуживании во время дефекации или мочеиспускания. Основным симптомом заболевания - наличие опухолевидного образования, которое изменяет свои размеры под влиянием различных факторов. Оно увеличивается в вертикальном положении пациента, при кашле и натуживании, а в горизонтальном положении уменьшается или перестает определяться. При пальпации неосложнённая грыжа безболезненна, имеет мягкоэластическую консистенцию и обычно свободно вправляется в брюшную полость в горизонтальном положении пациента. После вправления грыжевого содержимого удаётся определить дефект в брюшной стенке - грыжевые ворота. Классическим признаком любых форм грыж, за исключением ущемлённых, является положительный симптом кашлевого толчка. При покашливании пациента врач пальцами ощущает толчки органа, выходящего в грыжевой мешок.

#### *Методы лечения [1]*

1) Хирургическая операция - единственный способ радикального устранения грыжи. Сложность операции, её травматичность, вероятность осложнений пропорциональна размерам грыжи и давности заболевания. Небольшая грыжа - это, как правило, небольшая, эстетичная операция, хорошо переносимая пациентами. В противоположность небольшим грыжам, лечение гигантских грыж передней брюшной стенки - серьёзная проблема хирургии, требующая в ряде случаев нестандартных и даже рискованных решений. Естественно, что и технологичность, и травматичность подобных операций, и вероятность осложнений увеличивается в разы.

Исходя из этого, показанием к плановому оперативному лечению является наличие грыжи передней брюшной стенки, любых размеров, при любых (даже при малых) сроках заболевания. Противопоказания к операции должны быть максимально сужены.

2) Консервативное лечение (ограничение физической нагрузки, использование бандажа с пелотом или без него) применяется при наличии противопоказаний к операции или категорическом отказе от неё больного.

3) Противопоказания к плановым операциям:

- абсолютные - тяжёлые сопутствующие хронические заболевания, злокачественные опухоли 4 клиническая.

- относительные (временные) - острые заболевания, беременность.

4) Осложнённые грыжи подлежат оперативному лечению в неотложном порядке по жизненным показаниям.

*Приведем клинический пример.*

*Больной Л., 63 года, поступил 04.10.17 в хирургическое отделение БУЗ I РКБ с диагнозом односторонняя или неуточненная паховая грыжа без непроходимости или гангрены.*

*Считает себя больным с 2015 года, когда при физической нагрузке в левой паховых области появились периодические ноющие боли, затем грыжевое выпячивание в данной области. Обезболивающие средства не принимал, боль купировалась самостоятельно в покое.*

*Оперативное лечение по поводу паховой грыжи слева в 1997 году.*

*При поступлении: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 17 в мин. АД 130/90. Пульс 74 в мин. Язык влажный, живот мягкий безболезненный. Симптом раздражения брюшины отрицательный. Перистальтика активная. Симптом сотрясения отрицательный с двух сторон.*

*Локальный статус: в левой паховой области послеоперационный рубец, заживший первичным натяжением. В области рубца грыжевое выпячивание 5\*7 см., вправимое в брюшную полость, безболезненное.*

*Диагноз: односторонняя или неуточненная паховая грыжа без непроходимости или гангрены.*

*Рецидивная паховая грыжа слева.*

*Сопутствующее заболевание: аденома простаты.*

*05.10.17 проведено грыжесечение по поводу левой паховой грыжи, пластика по Бассини.*

*Вывод:*

*Таким образом, из данных исследований можно сделать вывод, что грыжи любой этиологии могут рецидивировать, вследствие различных факторов. В данном клиническом случае вследствие чрезмерной физической нагрузки. Также на рецидив могла повлиять аденома предстательной железы.*

*Производящими факторами, которые способствуют повышению внутрибрюшного давления или его резким колебаниям, являются: тяжелый физический труд, затрудненное мочеиспускание при аденоме предстательной железы.*

#### **Список литературы**

1. *Шимко В.В., Сысолятин А.А.* Грыжи живота: учебное пособие. Благовещенск: Амурск. гос. мед. академия, 2010 год.
2. *Стяжкина С.Н.* Грыжи живота: учебное пособие /сост. С.Н. Стяжкина, В.А. Ситников, М.Н. Климентов и др. Ижевск, 2011. 86 с.
3. Методическая разработка к практическому занятию «ГРЫЖИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ » / сост. к.м.н. Айрапетов Д.В. Изд. УГМА, Екатеринбург, 2011. 28 с.
4. *Бомаш Ю.М.* Операции при грыжах брюшной стенки. В кн.: Г.Е. Островерхов, Д.Н. Лубоцкий, Ю.М. Бомаш. Курс оперативной хирургии и топографической анатомии. М., 1963. Стр. 574—586.