

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального
образования «Волгоградский государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологических
факультетов

Научно-исследовательская работа на тему:

«Ущемленные грыжи.»

Выполнила работу: студентка

педиатрического факультета

4 курса, 9 группы Сейткалиева А.Б.

*Проверил:
Кудаченко Ю.В.
и кер" Кур*

СОДЕРЖАНИЕ

1. Введение.....	3
2. Классификация ущемленных паховых грыж.....	4
3. Эпидемиология.....	4
4. Этиология и патогенез.....	4
5. Клиника.....	6
6. Диагностика.....	9
7. Дифференциальная диагностика.....	10
8. Лечение.....	11
9. Список литературы.....	14

ВВЕДЕНИЕ

Грыжа (по латыни «hernia») — это выпячивание органа или его части через отверстия в анатомических образованиях под кожу, в межмышечное пространство или во внутренние карманы и полости. Ущемление (incarceratio) грыжи - внезапное или постепенное сдавление какого-либо органа брюшной полости в грыжевых воротах, приводящее к нарушению его кровоснабжения и некрозу. Могут ущемляться как наружные (в различных щелях и дефектах стенок живота и тазового дна), так и внутренние (в карманах брюшной полости и отверстиях диафрагмы) грыжи. Ущемление - одно из наиболее частых и опасных осложнений грыж живота и основная причина летальности при этой распространённой патологии.

КЛАССИФИКАЦИЯ

По типу осложнения (механизму ущемления):

- эластическое ущемление;
- каловое ущемление.

По локализации поражения:

- наружные брюшные грыжи: паховая, бедренная, пупочная, белой линии живота, послеоперационная, редкие (полулунной линии, мечевидного отростка, промежностные, запираательные, седалищные, поясничные и др.);
- внутренние брюшные грыжи: диафрагмальная, дефект сальника или брыжейки, брюшинные карманы.

По ущемлённому органу (содержимому грыжевого мешка):

- большой сальник;
- органы желудочно-кишечного тракта (желудок, тонкая кишка, ободочная кишка, червеобразный отросток);
- паренхиматозные органы (печень, селезёнка);
- матка и её придатки;
- мочевого пузыря.

Особые виды ущемления:

- ретроградное (W-образное);
- пристеночное (рихтеровское);
- грыжа Литтре (ущемлённый дивертикул Меккеля).

Последствия (осложнения) неликвидированного ущемления:

- острая кишечная непроходимость;
- гнойный перитонит;
- каловая флегмона грыжевого мешка.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Ущемление развивается у 8-20% больных с наружными брюшными грыжами. Если учесть, что «грыженосители» составляют около 2% населения, то общее количество больных с этой патологией в практике экстренной хирургии достаточно велико. Чаще ущемление диагностируют у пациентов пожилого и старческого возраста.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

С точки зрения механизма возникновения этого осложнения грыж, существует два принципиально различных типа ущемления: эластическое и каловое.

Эластическое ущемление возникает после внезапного выхода большого объёма брюшных органов через узкие грыжевые ворота в момент резкого повышения внутрибрюшного давления под воздействием сильного физического напряжения. Вышедшие органы самостоятельно не вправляются обратно в брюшную полость. Вследствие сдавления (странгуляции) в узком кольце грыжевых ворот возникает ишемия ущемлённых органов, что приводит к выраженному болевому синдрому. Боль вызывает стойкий спазм мышц передней брюшной стенки, который

усугубляет ущемление.

Неликвидированное эластическое ущемление приводит к быстрому (в течение нескольких часов, минимум 2 ч) некрозу грыжевого содержимого. При каловом ущемлении сдавление грыжевого содержимого возникает в результате резкого переполнения приводящего отдела кишечной петли, находящейся в грыжевом мешке. Отводящий отдел этой петли резко уплощается и сдавливается в грыжевых воротах вместе с прилежащей брыжейкой. В результате развивается странгуляция, подобная наблюдаемой при эластическом ущемлении. Однако для развития некроза кишки при каловом ущемлении необходим более длительный срок (несколько суток).

Непременное условие возникновения эластического ущемления - наличие узких грыжевых ворот, в то время как каловое ущемление часто возникает при широких грыжевых воротах. При каловом ущемлении физическое усилие имеет меньшее значение, чем при эластической странгуляции; гораздо важнее нарушение кишечной моторики, замедление перистальтики, что часто бывает у пациентов пожилого и старческого возраста. При каловом ущемлении имеют значение перегибы, скручивание кишки, находящейся в грыжевом мешке, и её сращение со стенками грыжевого мешка.

Каловое ущемление обычно возникает как осложнение длительно существующей невправимой грыжи. Ущемляться могут различные органы. Чаще всего ущемлённой оказывается тонкая кишка или участок большого сальника, реже - толстая кишка. Очень редко ущемляются органы, расположенные мезоперитонеально: например, слепая кишка, мочевого пузыря, матка и её придатки. Наиболее опасно ущемление кишки из-за возможности её омертвления и развития тяжёлой странгуляционной кишечной непроходимости, что обуславливает прогрессирующую интоксикацию.

В момент ущемления в грыжевом мешке образуется замкнутая полость, содержащая орган или органы, кровоснабжение которых нарушено. На месте сжатия кишечной петли, сальника и других органов образуется странгуляционная борозда, которая хорошо заметна даже после ликвидации ущемления. Её обычно хорошо видно как в области приводящего и отводящего отделов кишки, так и в соответствующих участках брыжейки.

Первоначально в результате нарушения кровоснабжения в кишке возникает венозный стаз, который вскоре вызывает отёк всех слоев кишечной стенки. Одновременно происходит пропотевание плазмы и диapedез форменных элементов крови как внутрь просвета ущемлённой кишки, так и в полость грыжевого мешка. В замкнутом просвете ишемизированной кишки начинается разложение кишечного содержимого, характеризующееся образованием токсинов. Ущемлённая петля кишки довольно быстро, в течение нескольких часов (при эластическом ущемлении), некротизируется, начиная со слизистой оболочки. Об этом

необходимо помнить, оценивая её жизнеспособность.

Жидкость, которая скапливается при ущемлении в замкнутой полости грыжевого мешка (за счёт трансудации и экссудации), получила название грыжевой воды. Сначала она прозрачна и бесцветна (серозный трансудат), но по мере попадания форменных элементов крови и их разрушения грыжевая вода приобретает розовую, а затем и красно-бурую окраску. Некротизированная стенка кишки перестаёт служить барьером для выхода микробной флоры за её пределы, вследствие этого экссудат приобретает гнойный характер с колибациллярным запахом. Подобное гнойное воспаление, развившееся на поздних стадиях ущемления, распространяющееся на окружающие грыжу ткани, получило укоренившееся, но не совсем точное название «флегмона грыжевого мешка».

При ущемлении страдает не только часть кишки, находящаяся в грыжевом мешке, но и её приводящий отдел, расположенный в брюшной полости. В результате развития кишечной непроходимости в этом отделе скапливается кишечное содержимое, которое растягивает кишку, и её стенка резко истончается. Далее возникают все расстройства, характерные для этого патологического состояния. Возникшая в результате ущемления странгуляционная непроходимость, как известно, - одна из наиболее тяжёлых видов непроходимости кишечника, особенно при ущемлении тонкой кишки. В этом случае ранняя многократная рвота быстро приводит к обезвоживанию организма, потере жизненно важных электролитов и белков. Кроме того, сдавление нервных элементов брыжейки ведёт к возникновению тяжёлого болевого шока, продолжающегося вплоть до некроза кишки и ущемлённого отдела брыжейки. Эти изменения вместе с поражением приводящего отдела кишки чреватой опасностью развития не только флегмоны грыжевого мешка, но и гнойного перитонита. Перечисленные факторы определяют высокий уровень летальности, который сохраняется при ущемлённых грыжах, что свидетельствует о необходимости не только раннего оперативного вмешательства, но и проведения корригирующего послеоперационного лечения.

КЛИНИКА

Зависит от анатомо-физиологических особенностей ущемляющегося органа (кишка, сальник, мочевого пузыря); вида ущемления кишечных петель (эластическое, каловое); времени, прошедшего с момента ущемления, скорости развития ишемии и некроза ущемленных тканей; возраста больного; наличия сопутствующей патологии. Уровень ущемления кишки определяет скорость развития непроходимости: при ущемлении тонкой кишки её симптомы, прогрессирующая гиповолемия и интоксикация нарастают быстро, а при ущемлении толстой кишки все эти явления развиваются медленнее. Выраженность болевого синдрома и скорость некроза ущемленных тканей зависят от степени ишемии ущемленного органа. В некоторых случаях некроз, перфорация ущемленной кишки,

флегмона грыжевого мешка и перитонит развиваются в течение нескольких часов и в сочетании с прогрессирующей гиповолемией, острой непроходимостью кишечника быстро приводят к необратимому гиповолемическому и токсическому шоку.

При ущемлении любой грыжи наблюдаются следующие симптомы: резкая боль, невосприимчивость грыжи, напряжение грыжевого выпячивания и отсутствие передачи кашлевого толчка.

Боль - главный симптом ущемления; она возникает в момент сильного физического напряжения и не стихает по прекращении физического усилия. Больной беспокоен, его кожные покровы бледнеют, иногда развивается болевой шок с тахикардией и снижением АД. Боли чаще иррадиируют по ходу грыжевого выпячивания и остаются очень сильными в течение нескольких часов вплоть до некроза ущемленного органа.

Невосприимчивость грыжи. Этот симптом наблюдается в тех случаях, когда при свободно вправимой грыже с момента появления боли вправление ее оказывается невозможным. Напряжение грыжевого выпячивания и увеличение его размеров отмечаются как при вправимой, так и при невосприимчивой грыже. Грыжевое выпячивание становится напряженным и болезненным. Отсутствие передачи кашлевого толчка в области грыжевого выпячивания объясняется тем, что в момент ущемления грыжевой мешок разобщается с свободной брюшной полостью и становится как бы изолированным образованием; при этом кашлевой толчок не передается в полость грыжевого мешка (отрицательный симптом кашлевого толчка).

Ущемление грыжи нередко сопровождается рвотой, которая может принять токсический характер. Рвотные массы приобретают зеленовато-бурый цвет с явным каловым запахом, что свидетельствует о гангрене ущемленной кишки и является плохим прогностическим признаком. При ущемлении кишечника, исключая пристеночное, появляются признаки высокой или низкой (толстая кишка) кишечной непроходимости. При длительном ущемлении развивается грыжевая флегмона: при этом характерны высокая температура, явления интоксикации, отек и гиперемия кожных покровов, сильные боли в области грыжевого выпячивания. Как правило, длительные ущемления заканчиваются развитием перитонита вследствие перехода воспалительного процесса в брюшную полость, перфорации растянутого и истонченного приводящего отдела ущемленной кишки. Каловое ущемление характеризуется теми же закономерностями, что и эластическое, но протекает оно несколько доброкачественнее: менее выражен болевой синдром, медленнее развиваются явления интоксикации, гораздо позднее наступает некроз ущемленной кишки. Тем не менее каловое ущемление так же опасно, как и эластическое, поскольку конечный исход этих 2 видов ущемления одинаков. В клинической практике нередко встречается сочетание эластического и калового ущемления, лечебная тактика при этих 2 видах ущемления должна быть аналогичной.

Диагностика ущемленной грыжи в типичных случаях несложна. При

локальном осмотре грыжевое выпячивание обычно хорошо заметно, оно не исчезает и не меняет очертаний при изменении положения больного, резко напряжено и болезненно, особенно в области грыжевых ворот.

Передаточный кашлевой толчок отсутствует. В ранней стадии при перкуссии выявляется тимпанит, а в поздней стадии (грыжевая вода) — тупой перкуторный звук. При аускультации нередко выше выпячивания прослушивается усиленная перистальтика приводящего отдела ущемленной кишки, а при пальпации живота отмечаются шум плеска, симптом Валя и другие симптомы кишечной непроходимости. Наличие кишечной непроходимости при ущемлении грыжи можно установить с помощью обзорной рентгеноскопии брюшной полости, когда бывает хорошо заметен уровень жидкости в петлях кишечника со скоплением газа над ними (чаши Клойбера).

Дифференциальную диагностику при ущемлении грыжи приходится проводить с патологическими состояниями как самого грыжевого выпячивания, так и нарушениями, не имеющими непосредственного отношения к грыже. Рвота как проявление острой непроходимости кишечника наблюдается при ущемлении петель кишечника. Чем проксимальнее расположена ущемленная кишечная петля, тем раньше возникает рвота. Ущемление тонкой кишки сопровождается ранней неукротимой рвотой; при ущемлении толстой кишки рвота обычно возникает поздно и является признаком далеко зашедшей низкой непроходимости толстой кишки.

Общее состояние при ущемлении кишечника ухудшается. Быстро развивается гиповолемия, что проявляется учащением пульса, падением АД.

Жидкий стул возможен в начале ущемления, а затем наступает задержка стула и газов. При ущемлении мочевого пузыря локальный болевой синдром сопровождается учащенным болезненным мочеиспусканием. Отсутствие передачи кашлевого толчка как признак прекращения сообщения брюшной полости и грыжевого мешка при изменении внутрибрюшного давления — положительный симптом ущемленной грыжи.

Длительное ущемление (1 сутки и более) приводит к развитию флегмоны грыжевого мешка. Это проявляется высокой температурой тела, усилением явлений интоксикации.

При местном исследовании наблюдаются отек и гиперемия кожи. В конечном счете, местные воспалительные изменения распространяются на брюшную полость, развивается перитонит либо перитонит возникает вследствие перфорации растянутой приводящей кишечной петли.

Клинически развитие перитонита у больного с ущемленной грыжей проявляется ухудшением состояния. Черты лица заостряются. Тахикардия — ЧСС до 100-120 ударов в 1 мин. Язык сухой, обложен грязно-серым налетом. Живот вздут, напряжен и болезнен во всех отделах.

Положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтика кишечника

ослаблена или отсутствует. Необходима дифференциальная диагностика ущемления грыжи прежде всего с невправимой грыжей. Последняя напряжена, безболезненна и над ней хорошо передается кашлевой толчок. При невправимой грыже отсутствуют признаки острой непроходимости кишечника. Но следует помнить о многокамерной невправимой грыже, где в одной из камер возможно ущемление.

Ложное ущемление — грыжевой мешок заполняется воспалительным экссудатом, попадающим в него из брюшной полости при остром аппендиците, остром панкреатите, перфорации язв желудка и кишечника и других заболеваниях.

Ущемление паховых и бедренных грыж надо дифференцировать с водянкой яичника и семенного канатика, орхиэпидидимитом, паховым лимфаденитом.

ДИАГНОСТИКА

Диагностика ущемленной грыжи в типичных случаях не сложна.

Необходимо прежде всего учитывать анамнез, из которого удается выявить наличие у больного грыжи, которая до момента появления болей была вправимой и безболезненной. Следует учитывать также, что моменту ущемления предшествует, как правило, сильное физическое напряжение: подъем тяжести, бег, прыжок, акт дефекации и др.

Физикальное обследование больного должно быть очень внимательным, так как начальная картина ущемления имеет сходные черты с некоторыми другими острыми заболеваниями органов брюшной полости. В связи с этим при болях в животе, прежде всего, необходимо осмотреть все те «слабые» места брюшной стенки, которые могут служить грыжевыми воротами. Настоятельная необходимость такого осмотра возникает потому, что иногда встречаются так называемые первично ущемленные грыжи. В это понятие включают грыжи, которые ущемляются непосредственно в момент своего первоначального появления, безпредшествующего грыжевого анамнеза. Особенно часто первичному ущемлению подвергаются грыжи редких локализаций: спигелиевой (полулунной) линии, поясничных областей, запирающего канала и др. При осмотре грыжевое выпячивание обычно хорошо заметно, оно не исчезает и не меняет очертаний при изменении положения тела больного. Пальпаторно выпячивание резко напряжено и болезненно, особенно в области грыжевых ворот. Передаточный кашлевой толчок отсутствует. Перкуссия выпячивания в ранней стадии ущемления кишки может выявить тимпанит, однако позже вследствие появления грыжевой воды тимпанит сменяется тупым перкуторным звуком. При аускультации над ущемленной грыжей перистальтика не выслушивается, но над брюшной полостью нередко можно выявить усиленную перистальтику приводящего отдела ущемленной кишки. При осмотре живота иногда удается отметить шум плеска, симптом Валя и другие симптомы кишечной непроходимости. Наличие последней в случае ущемления грыжи может быть также

установлено при обзорной рентгеноскопии брюшной полости, при которой обычно хорошо заметны уровни жидкости в петлях кишечника со скоплением газа над ними (чаши Клойбера).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальный диагноз при ущемлении грыжи приходится проводить с рядом патологических состояний, связанных как с самим грыжевым выпячиванием, так и не имеющих непосредственного отношения к нему. Конечно, в типичных случаях диагноз ущемления несложен, но иногда в силу ряда обстоятельств (первично ущемленная грыжа, наличие сопутствующей патологии органов брюшной полости и др.) её распознавание представляет собой большие трудности.

Прежде всего необходимо дифференцировать ущемленную грыжу от невправимой. Последняя, как правило, не напряжена, малоболезненна, хорошо передает кашлевой толчок. Кроме того, полностью невправимые грыжи встречаются редко, обычно часть грыжевого содержимого все же удается вправить. Особые трудности в дифференциальном диагнозе могут возникнуть в случае многокамерной грыжи, когда ущемление происходит в одной из камер. Тем не менее и в этом случае наблюдаются обязательные признаки ущемления: боль, напряжение и отсутствие передачи кашлевого толчка.

В практической хирургии иногда возникает необходимость дифференцировать ущемление грыжи от копростазы. Последнее состояние встречается главным образом при невправимых грыжах у лиц преклонного возраста, у которых имеется физиологическое замедление перистальтики и склонность к запорам. Это приводит к застою содержимого в петле кишки, находящейся в грыжевом мешке, но в отличие от калового ущемления при копростазе никогда не бывает сдавления брюжейки кишки. Клинически копростаз нарастает постепенно без предшествовавшего физического напряжения с медленным развитием болевого синдрома. Боли никогда не бывают интенсивными, на первое место выступает задержка стула и газов, напряжение грыжевого выпячивания не выражено, симптом кашлевого толчка положителен. Копростаз не требует оперативного лечения, для его ликвидации применяют обычную сифонную клизму. Между тем, стоит иметь в виду, что неликвидированный копростаз может привести к каловому ущемлению грыжи.

В клинической практике встречаются ситуации, которые принято обозначать термином ложное ущемление. Это понятие включает симптомокомплекс, напоминающий картину ущемления, но вызванный каким-либо другим острым заболеванием органов брюшной полости. Указанный симптомокомплекс служит причиной ошибочного диагноза ущемления грыжи, в то время как истинный характер заболевания остается скрытым. Наиболее часто диагностические ошибки возникают при странгуляционной кишечной непроходимости, геморрагическом

панкреонекрозе, перитоните различной природы, печеночной и почечной колике. Неверный диагноз приводит к неправильной хирургической тактике, в частности к грыжесечению вместо необходимой широкой лапаротомии или, ненужному грыжесечению при мочекаменной или желчной колике. Гарантией от подобной ошибки служит только внимательный осмотр больного без каких-либо упущений. Следует ~~обращать особое внимание на боли вне грыжи.~~

Клиницист может столкнуться и с такой ситуацией, когда ущемление грыжи, как истинная причина кишечной непроходимости, остается нераспознанным, а заболевание расценивают как следствие странгуляции киш-ки в брюшной полости. Основной причиной такой ошибки является не-внимательный осмотр больного. Следует помнить, что ущемленная грыжа не всегда выглядит как хорошо заметное выпячивание на передней брюш-ной стенке. В частности, при начальной паховой грыже встречается ущем-ление во внутреннем кольце пахового канала. В таком случае внешний ос-мотр, особенно у тучных больных, не дает никаких результатов; лишь при тщательной пальпации в толще брюшной стенки несколько выше паховой связки можно обнаружить плотное болезненное образование небольшого размера. Не следует забывать также о возможности ущемления редко встречающихся грыж: запирающего канала, спигелиевой линии, пояс-ничных, промежностных и др., которые при ущемлении чаще всего дают картину острой кишечной непроходимости.

ЛЕЧЕНИЕ

Основным методом является хирургическое лечение. Главная цель операции - пластика пахового канала. Операцию проводят по этапам. Первый этап - формирование доступа к паховому каналу. В паховой области производят косой разрез параллельно и выше паховой связки от передневерхней ости подвздошной кости до симфиза. Рассекают апоневроз наружной косой мышцы живота; верхний его лоскут отделяют от внутренней косой и поперечной мышц, нижний - от семенного канатика, обнажая при этом желоб паховой связки до лонного бугорка. Вторым этапом выделяют и удаляют грыжевой мешок; третьим этапом ушивают глубокое паховое кольцо до нормальных размеров (диаметр 0,6-0,8 см); четвертый этап - собственно пластика пахового канала.

При выборе метода пластики пахового канала следует учитывать, что основной причиной образования паховых грыж является слабость его задней стенки. При прямых грыжах и сложных формах паховых грыж (косые с выпрямленным каналом, скользящие, рецидивные) должна быть выполнена пластика задней стенки пахового канала. Укрепление передней его стенки с обязательным сужением глубокого кольца до нормальных размеров может быть применено у детей и молодых мужчин при небольших косых паховых грыжах.

Способ Боброва-Жирана обеспечивает укрепление передней стенки

пахового канала. Над семенным канатиком к паховой связке пришивают сначала края внутренней косой и поперечной мышц живота, а затем отдельными швами - верхний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота. Нижний лоскут апоневроза фиксируют швами на верхнем лоскуте апоневроза, образуя таким образом дубликатуру апоневроза наружной косой мышцы живота.

Способ Спасокукоцкого является модификацией способа Боброва-Жирара и отличается от него лишь тем, что к паховой связке одновременно (одним швом) подшивают внутреннюю косую и поперечную мышцы вместе с верхним лоскутом апоневроза наружной косой мышцы живота.

Шов Кимбаровского обеспечивает соединение одноименных тканей. С помощью этого шва краем верхнего лоскута апоневроза наружной косой мышцы живота окутывают края внутренней косой и поперечной мышц. Первое введение иглы проводят на расстоянии 1 см от края верхнего лоскута апоневроза наружной косой мышцы живота, затем, проведя иглу через края мышц, прошивают опять апоневроз наружной косой мышцы у самого края. Этой же нитью прошивают паховую связку. В результате обеспечивается сопоставление одноименных тканей.

Способ Бассини предусматривает укрепление задней стенки пахового канала. После удаления грыжевого мешка семенной канатик отодвигают в сторону и под ним подшивают нижний край внутренней косой и поперечной мышцы вместе с поперечной фасцией живота к паховой связке. Семенной канатик укладывают на образованную мышечную стенку. Наложение глубоких швов способствует восстановлению ослабленной задней стенки пахового канала. Края апоневроза наружной косой мышцы живота сшивают край в край над семенным канатиком.

Способ Лихтенштейна является наиболее перспективным методом аллопластики пахового канала. Основной принцип пластики пахового канала - сшивание тканей без натяжения. После удаления грыжевого мешка на всем протяжении отсепааровывают от окружающих тканей семенной канатик. Далее берут полипропиленовую сетку размерами 8 x 8 см и на одном из ее концов делают небольшой разрез так, чтобы образовались две бранши длиной около 2 см. Сетку укладывают под семенной канатик и фиксируют непрерывным швом вначале к латеральному краю прямой мышцы живота вниз до бугорка лонной кости. Затем этой же нитью ее фиксируют к куперовой и пупартовой связкам, заходя несколько латеральнее внутреннего пахового кольца. Верхний край сетки подшивают к внутренней косой и поперечной мышцам. После этого скрещивают обе бранши протеза вокруг семенного канатика и сшивают между собой, укрепляя внутреннее отверстие пахового канала. Далее ушивают "край в край" края апоневроза наружной косой мышцы живота. Преимущество данного вида пластики заключается в отсутствии натяжения сшиваемых тканей, чего невозможно достигнуть ни при одном из вышеописанных методов пластики пахового канала. По данным автора этой методики, частота рецидивов грыжи составляет не более 0,2 %.

Лапароскопическая герниопластика также довольно широко используется как в нашей стране, так и за рубежом. Операцию выполняют под общим обезболиванием. После инсуффляции газа в брюшную полость осматривают внутреннюю поверхность брюшной стенки, определяют вид грыжи (косая или прямая). Затем идентифицируют семявыносящий проток, сосуды яичка, внутреннее отверстие пахового канала, подвздошные и нижние эпигастральные сосуды. Произведя языкообразный разрез брюшины с основанием, обращенным к паховой связке, брюшинный лоскут вместе с грыжевым мешком отсепааровывают от подлежащих тканей. При больших размерах грыжевого мешка у лиц с косой грыжей его отсекают у шейки и оставляют на месте. Далее выделяют паховую и куперову связки и лонный бугорок. Затем в брюшную полость вводят синтетическую сетку и укрывают ею внутреннюю и наружную паховую ямки и внутреннее отверстие бедренного канала (кольца). Края сетки снизу с помощью сшивающего аппарата без натяжения подшивают к лонному бугорку, пупартовой и куперовой связкам, сверху - к мышцам передней брюшной стенки. Лоскут брюшины, отсепаарованной ранее, возвращают на место и также фиксируют отдельными швами или скобками. Преимуществом лапароскопической герниопластики является возможность одновременного закрытия внутреннего отверстия как пахового, так и бедренного каналов. Кроме того, при этом удается избежать осложнений, свойственных традиционной методике герниопластики - повреждения подвздошно-пахового нерва, семенного канатика, послеоперационного орхиэпидидимита, являющихся основными причинами позднего возвращения к физической активности. Частота послеоперационных рецидивов у хирургов, имеющих достаточно большой опыт лапароскопических операций, составляет около 1,5-2 %. Вместе с тем необходимо отметить, что лапароскопическая герниопластика является достаточно сложной в техническом отношении операцией, требует использования дорогостоящей аппаратуры и специальной подготовки хирургов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Лекции по хирургии.

Неотложная скорая медицинская помощь: Руководство для врача Под общей ред. проф. В.В.Никонова, Харьков, 2007.

Руководство по неотложной хирургии. Савельев В. С. (ред.), Москва, 1976.

Июффе И.Л. Оперативное лечение паховых грыж. – М.: Медицина, 2006. – 171 с.

Каншин Н.Н. Многослойная паховая герниопластика. //Вестн. Хир. – 2003. - №5. – С. 101-106.

Кукуджанов Н.И. Паховые грыжи. Издательство «Медицина», М., 2007, 440 с.

Лаврова Т.Ф. Клиническая анатомия и грыжи передней брюшной стенки. – М.: Медицина, 2009. – 104 с.

Литтман И. Брюшная хирургия. Издательство Академии Наук Венгрии, Будапешт, 1970, с. 61-139.

Матюшин И.Ф. Операции при грыжах брюшной стенки. Горький, 2010. – 48 с.

Огнев Б.В. Скользящие грыжи живота и таза. // Хирургия. – 2007. - №12. – С. 38-40

Рецензия

**на научно-исследовательскую работу, предусмотренную программой
производственной практики "Производственная клиническая практика
(помощник врача стационара, научно-исследовательская работа)»
обучающегося по специальности 31.05.02 Педиатрия 4 курса 9 группы
Сейткалиевой А.Б.**

Представленная для отчета научно-исследовательская работа по производственной клинической практике (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) соответствует направлению практической подготовки специалиста квалификации Врач-педиатр. Научно-исследовательская работа представлена в сроки, предусмотренные учебным планом. При защите научно-исследовательской работы обучающийся показал высокий уровень владения знаниями по теме работы, дал четкие, исчерпывающие ответы при зачете.

Работа частично оформлена в соответствии с требованиями к научно-исследовательской работе. В научно-исследовательской работе содержатся современные сведения по актуальным вопросам хирургии, имеется список литературы, оформленный с недочетами, некорректно оформлен план работы, имеются недочеты при оформлении печатной работы.

В целом студент освоил предусмотренные рабочей программой производственной клинической практики (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) компетенции, научно-исследовательская работа зачтена с оценкой «хорошо».

Ответственный по производственной
клинической практике
(помощник врача стационара,
научно-исследовательская работа),
доцент



Кухтенко Ю.В.