**Пах.грыжа:** *Приобретенная* – косая (лат.пах.ямка)/прямая (мед.пах.ямка); *Врожденная* (неполное заращение влагалищного отростка). *Причины:* анатомические особенности, факторы повышаюшие внутрибрюшное давление (физ.труд, кашель, беременность и роды, запоры и тд).

**Клиника:** *Неущемленная* – наличие опухолевого (грыжевого) обр-я, его вправимость и б/б, опр-е грыжевых ворот, мягко-эластичное, + кашлевой толчок; *Ущемленная* – появление резкой боли (часто на фоне причин), невправимо, болезненно, - кашлевой толчок, м.б нарушения перистальтики/отс-е стула, дизурические явления/нарушения мочеиспускания.

**Диагностика:** пальпация (болезненность, плотность, вправимость, кашлевой толчок), дополнительно - УЗИ, рентген. **P.s:** Прямая пах.грыжа м.б безболезненна даже при ущемлении – важен анамнез (наличие грыжи) + вправимость, полож-й толчок.

**Лечение:** *При неущемленной* – плановое оперативное при отс-ии противопоказаний. Предопер-я подготовка: а/б профилактика (цефазолин 2,0 в/в, антикоагулянты, чулки/бинтование). Операция: 1эт-грыжесечение, 2эт – пластика. Предпочтительны ненатяжные. Варианты: Бассини, Шоулдайса, Лизтенштейну, Лапар-я предбрюшинная. По Лихтинштейну: Проводят послойное рассечение тканей, рассечение кремастера, канатик на держалку, мешок выделяют и вправляют, сетку фиксируют полипропиленом 2/0 к св.Купера, паховой выше уровня внутреннего пах.кольца, сверху – 4-5швов к передней стенке влагалища прям.м и внутр.косой, хвосты сетки укладывают в простр-во под апоневрозом внутренней косой, сшивают м/у собой и фиксируют ко внутренней косой. Лапароскопически: доступ, разрез париетальной брюшины дугообразно, тракция тупо, в предбрюшинное простр-во имплант (укрывают внутреннюю и наружную паховые ямки и внутреннее паховое отв-е, подшивают к лонному бугорку и пупарту и связке Купера, сверху – к мышцам, укрывают брюшиной и сшивают ее.

*Ущемленные:* а/б профилактика, операция: если нет флегмоны и тяж.ОКН – лапароскопия (ТАРР) см.выше., если не получилось вправить орган, то конверсия: доступ, выделение мешка, рассечение брюшины и оценка жизнеспособности органа до рассечения ущемляющего кольца (во избежании ускользания некротизированного органа в брюшную полость), если жизнеспособны – погрузить, мешок перевязать и отсечь, провести пластику (при сомнении в жизнеспособности – новокаин в брыжейку, согревание р-м), если нежизнеспособна – резекция (оценка слизистой, ориентироваться по ней!!) от странгуляционных борозд отступ 30-40см приводящей петли и 15-20 отводящей. **N.B:** При длительно сущ-их грыжах нельзя натяжные пластики и импланты – м.б компартмент с-м (только швы на кожу). При ущемлении толстой с некрозом – обструктивная резекция. Если гнойно-септич.условия, то пластику не проводят! Если флегмона, перитонит – а/б в п/о периоде (цеф+метронидазол), подбор а/б по посеву, дезинтоксикация, лечение ОКН.