

Тактика хирурга при
самопроизвольном вправлении
грыжевого выпячивания

Больной с самопроизвольно вправившейся грыжей должен быть госпитализирован в хирургическое отделение.

Самопроизвольно вправившаяся ранее ущемленная кишка может стать источником перитонита или внутрикишечного кровотечения



Если при наблюдении и обследовании больного в момент поступления в хирургический стационар диагностируют перитонит или внутрикишечное кровотечение, то больного необходимо срочно оперировать - показана лапароскопия или срединная лапаротомия.



Если перед вправлением давность ущемления была небольшой, состояние больного удовлетворительным и не выявлено признаков перитонита, внутрикишечного кровотечения, то больной должен быть госпитализирован в хирургический стационар для динамического наблюдения. Больному, у которого при динамическом наблюдении не выявлены признаки перитонита или внутрикишечного кровотечения, показано грыжесечение в плановом порядке.



Варианты пластики грыжевых
ворот: ауто- и аллопластика.
Эндоскопические операции
при грыжах.

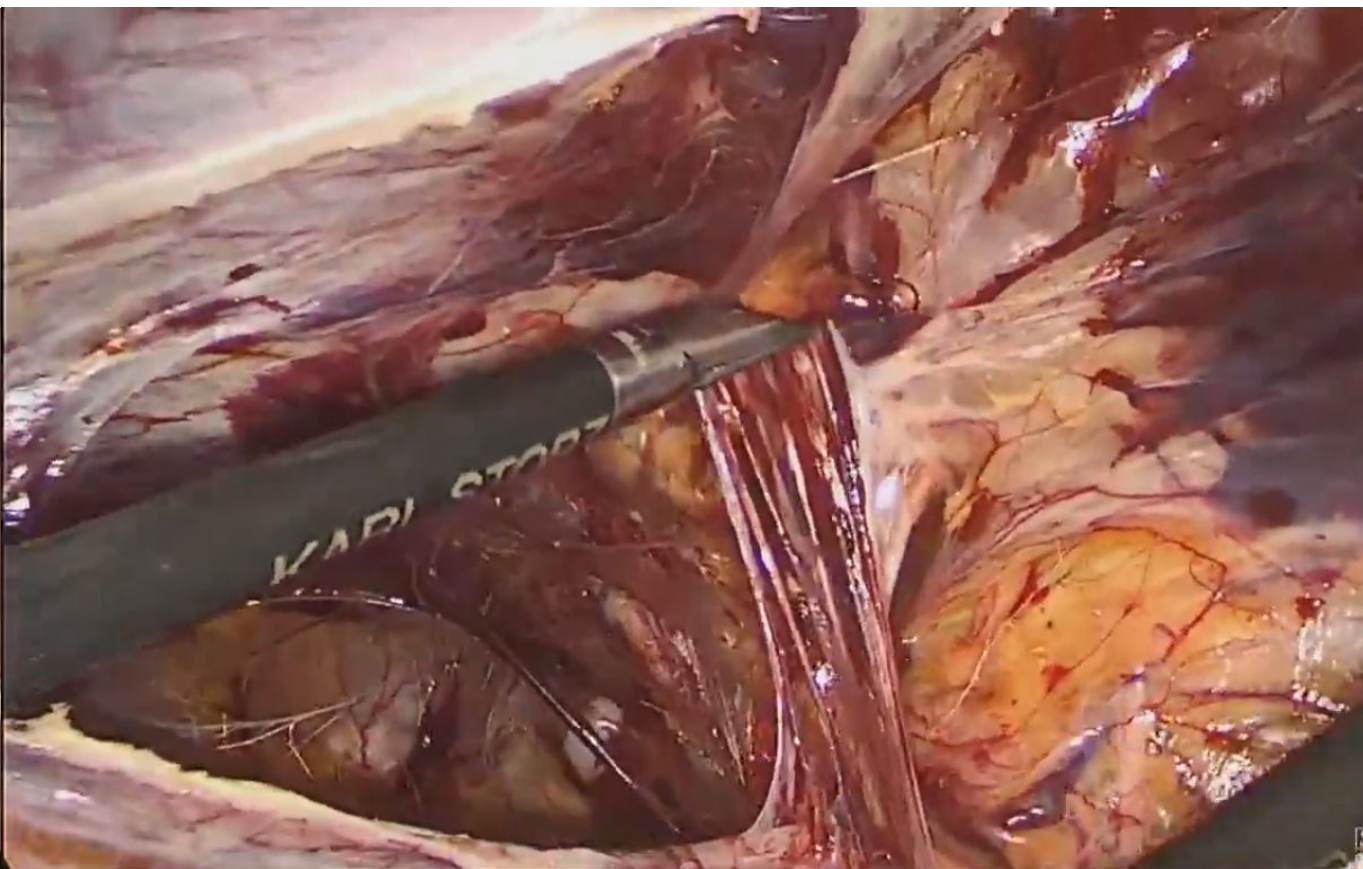
Хирургическое лечение является основным методом предотвращения таких тяжелых осложнений грыжи, как ее ущемление, воспаление и др.

- 1) рассекают ткани над грыжевым выпячиванием
- 2) тщательно выделяют края грыжевых ворот, затем отсепаровывают из окружающих тканей грыжевой мешок и вскрывают его
- 3) содержимое мешка вправляют в брюшную полость, прошивают и перевязывают шейку грыжевого мешка, мешок отсекают
- 4) укрепляют брюшную стенку в области грыжевых ворот путем пластики **местными тканями**, реже **аллопластическими материалами**.

Грыжесечение проводят под местным или общим обезболиванием




camera



ВРБ №2
2017

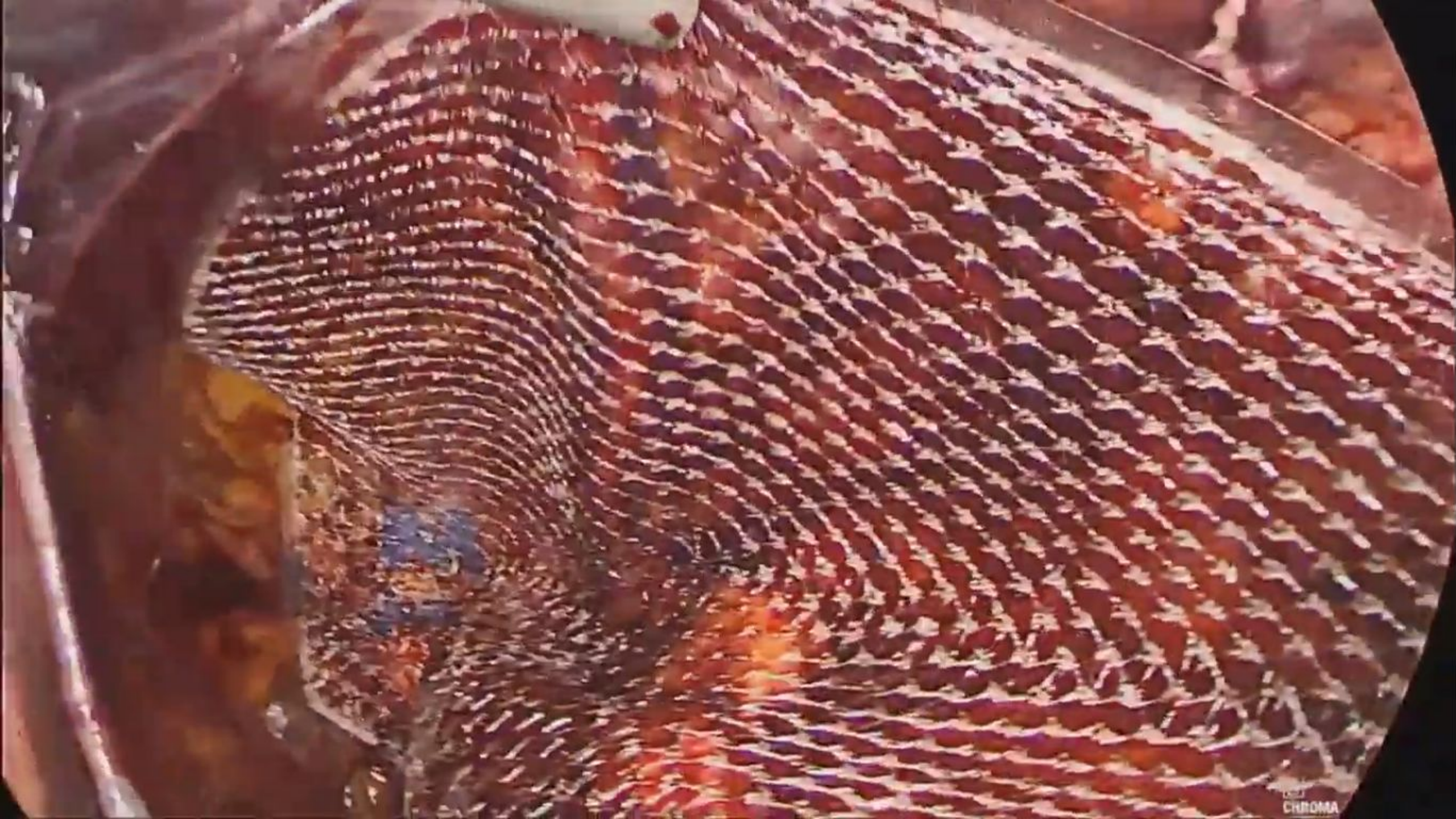
Грыжа белой линии живота

A laparoscopic view of the abdominal cavity. A white, fibrous structure, likely the linea alba, is visible in the center. A hernia is present, with a protrusion of abdominal contents through a defect in the linea alba. The surrounding tissue is reddish and vascularized. A surgical instrument is visible on the left side of the frame.

ВРБ №2
2017



Грыжа белой линии живота



- При паховых грыжах используют грыжесечение с пластикой как передней, так и задней стенки пахового канала. Пластика передней стенки используется чаще у женщин (по Мартынову), детей (Ру и Черни), реже у мужчин (Жирара, Спасокукоцкого со швом Кимбаровского). Пластика задней стенки наиболее надёжна (способы Бассини, Эндрюса, В.И.Кузнецова, Постемпского).
- Бедренные грыжи встречаются преимущественно у женщин. Пластика производится бедренным (Бассини) или паховым (Руджи) способом.
- Пупочные грыжи различают детские и взрослые. Грыжевыми воротами служит пупочное кольцо. У детей выполняют пластику по Лексеру, у взрослых - по Мейо или Сапежко.
- Грыжи белой линии живота. Наиболее часто выполняется пластика по Сапежко, реже - по Напалкову.

Аутопластика

- Тканями, взятыми вблизи грыжевых ворот

Свободными лоскутами фасций и кожи

- Тканями, взятыми за пределами брюшной стенки

Аутопластика



- отсутствие иммунного ответа;
- хорошая биосовместимость;
- доступность и дешевизна;



- дополнительное травмирование пациента;
- увеличение срока операции;
- увеличение срока реабилитации

Аллопластика

- Эксплантатная - полимерными материалами

- Гомогенная - консервированными тканями человека

(брюшиной, фасцией, твердой мозговой оболочкой)

- Гетерогенная - консервированными тканями животных

(брюшиной, фасцией)

Аллопластика



- биологическая природа и структура;
- аналогичные свойства замещаемых участков;



- ограниченная доступность сырья
- сложность оформления необходимой документации;
- риск возникновения иммуногенности;
- риск передачи вирусных заболеваний;
- морально-этическое восприятие

Паховые грыжи

- Способ Боброва—Жирара 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 – швы делаются одновременно.

Паховые грыжи

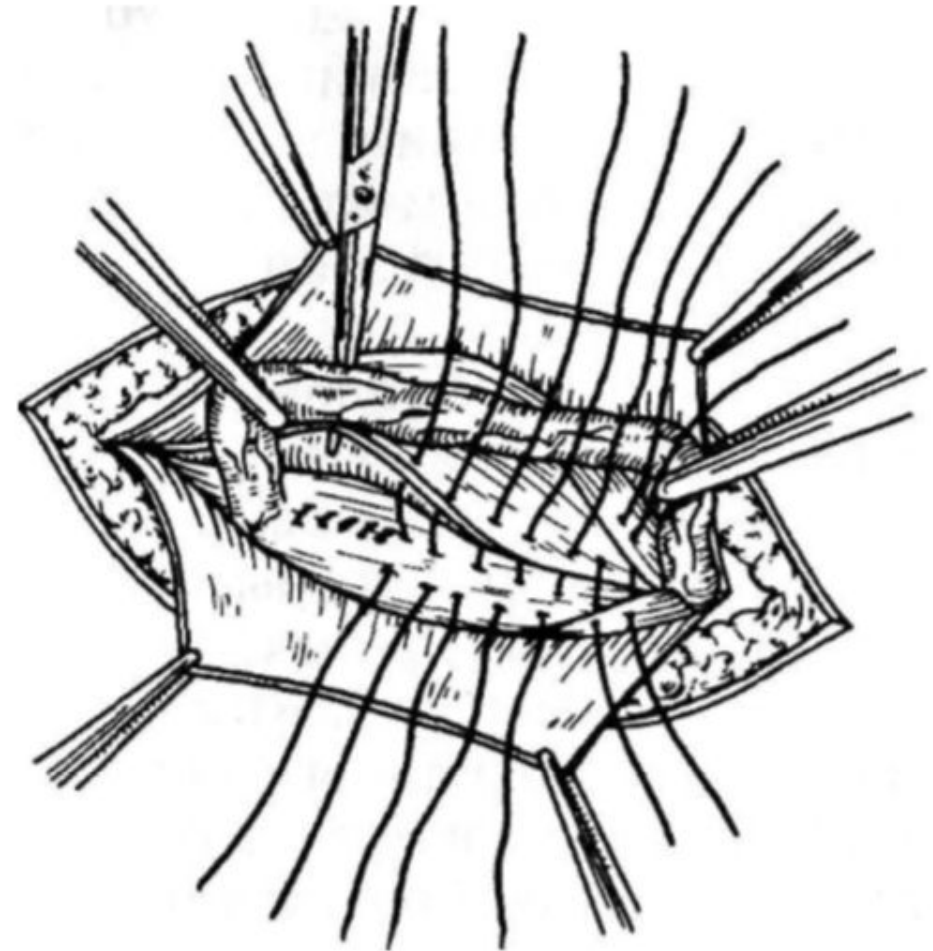
- Шов Кимбаровского обеспечивает соединение одноименных тканей. С помощью этого шва краем верхнего лоскута апоневроза наружной косой мышцы живота окутывают края внутренней косой и поперечной мышц. Первое введение иглы проводят на расстоянии 1 см от края верхнего лоскута апоневроза наружной косой мышцы 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.

Паховые грыжи

- 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.

Рис. 10.6. Пластика задней стенки пахового канала по Бассини.

Подшивание внутренней косой, поперечной и прямой мышц живота к паховой связке под семенным канатиком.



Паховые грыжи

- Способ Кукуджанова предложен для прямых и сложных форм паховых грыж. Суть метода состоит в наложении швов между наружным краем влагалища прямой мышцы живота и верхней лобковой связкой (куперова связка) от лонного бугорка до фасциального футляра подвздошных сосудов. Затем соединенное сухожилие внутренней косой и поперечной мышц вместе с верхним и нижним краями рассеченной поперечной фасции подшивают к паховой связке. Операцию заканчивают созданием дубликатуры апоневроза наружной косой мышцы живота.
- Способ Постемпского заключается в полной ликвидации пахового канала, пахового промежутка и в создании пахового канала с совершенно новым направлением. Край влагалища прямой мышцы живота вместе с соединенным сухожилием внутренней косой и поперечной мышц подшивают к верхней лобковой связке. Далее верхний лоскут апоневроза вместе с внутренней косой и поперечной мышцами живота подшивают к паховой связке позади семенного канатика. Нижний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота, проведенный под семенным канатиком, фиксируют поверх верхнего лоскута апоневроза. Вновь образованный "паховый канал" с семенным канатиком должен проходить через мышечно-апоневротический слой внутреннего отверстия пахового канала в косом направлении сзади наперед и изнутри наружу так, чтобы его внутреннее и наружное отверстия не оказывались напротив друг друга. Семенной канатик укладывают на апоневроз и над ним сшивают подкожную жировую клетчатку и кожу.

Паховые грыжи

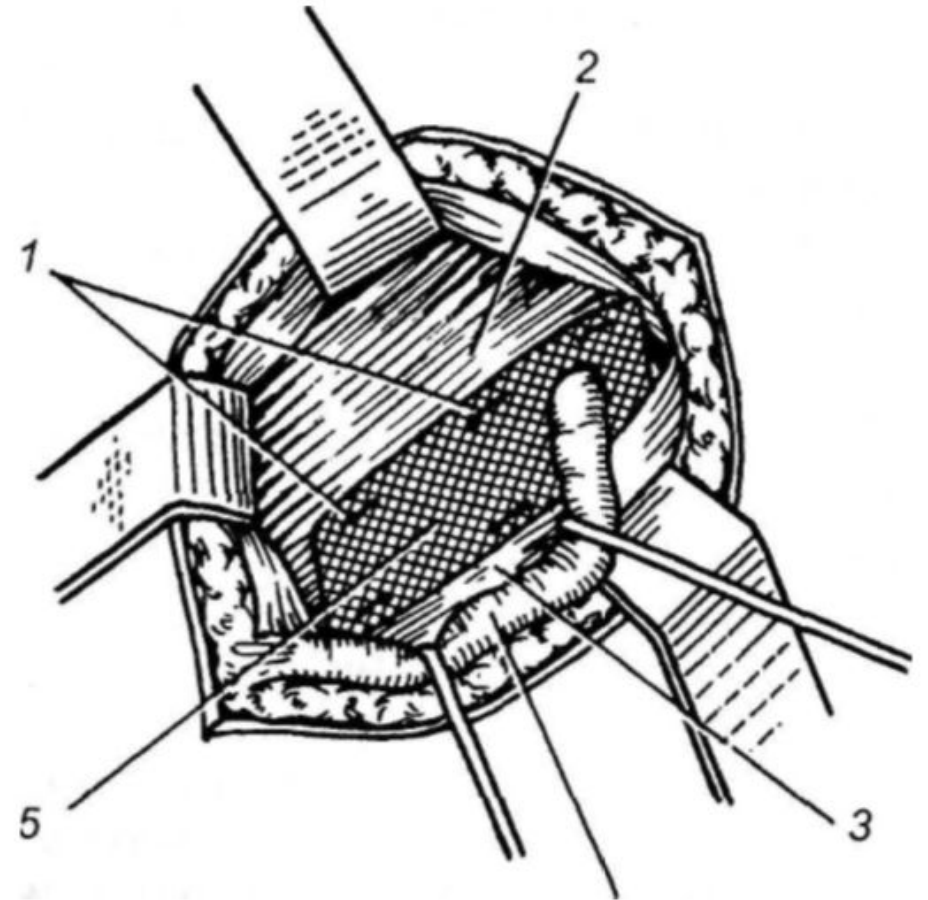
- Способ Шоулдайса является модификацией операции Бассини. Суть его заключается в следующем. После завершения грыжесечения и удаления грыжевого мешка с помощью непрерывного шва формируют дубликатуру поперечной фасции. Этой же нитью подшивают нижний край внутренней косой и поперечной мышц к пупартовой связке. Затем поверх семенного канатика сшивают края рассеченного апоневроза наружной косой мышцы живота в виде дубликатуры.

Паховые грыжи

- 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 укладывают под семенной канатик и фиксируют непрерывным швом.

Рис. 10.7. Пластика задней стенки пахового канала. Вид задней стенки после фиксации полипропиленовой сетки.

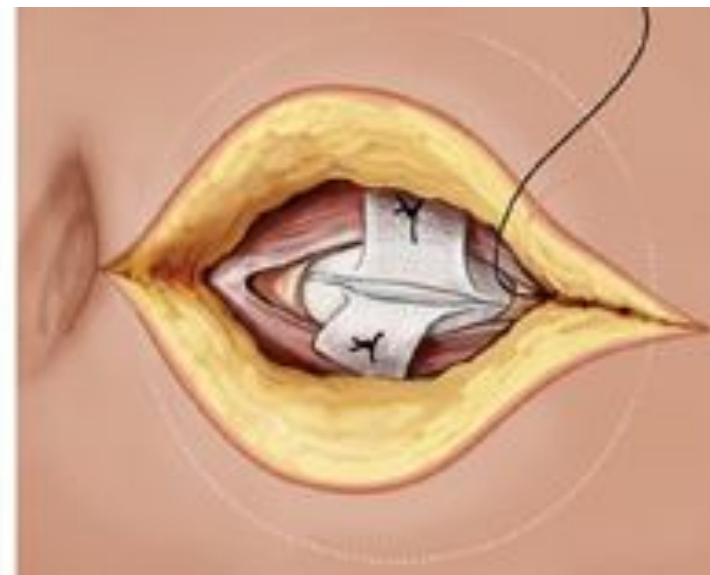
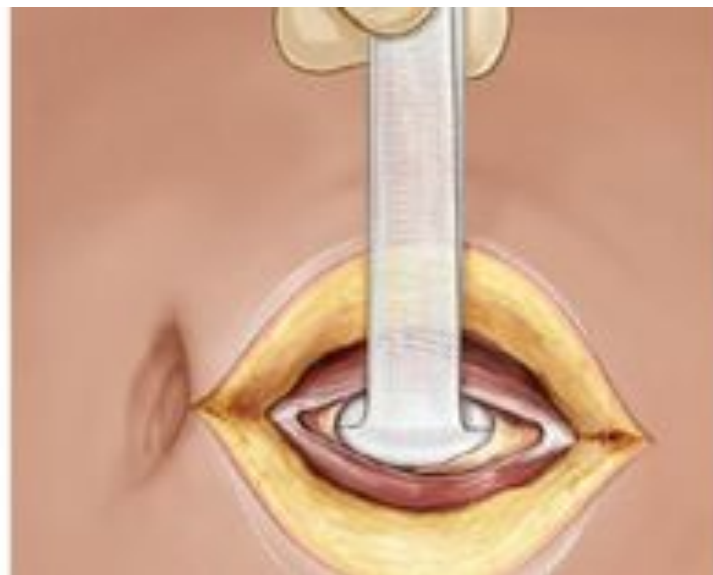
1 — места фиксации сетки титановыми скобками; 2 — внутренняя косая мышца живота; 3 — апоневроз наружной косой мышцы живота; 4 — семенной канатик; 5 — полипропиленовая сетка.



Паховые грыжи

- 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 удастся 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.

Сетчатый имплант
с
противовоспаечным
покрытием
Ventralux (США)



Бедренные грыжи

- Способ Бассини (рис. 10.8). Разрез делают параллельно и ниже паховой связки над грыжевым выпячиванием. После грыжесечения и удаления грыжевого мешка сшивают 3—4 швами паховую и верхнюю лобковую связки, начиная от лонного бугорка до места впадения большой подкожной вены в бедренную вену. Вторым рядом швов ушивают наружное отверстие бедренного канала, сшивая серповидный край широкой фасции бедра и гребешковую фасцию.
- Способ Руджи—Парлавеччио выполняют из пахового доступа. После вскрытия пахового канала и рассечения поперечной фасции, отодвигая в проксимальном направлении предбрюшинную клетчатку, выделяют грыжевой мешок, выводя его из бедренного канала и выполняя грыжесечение по обычной методике. Грыжевые ворота закрывают, подшивая внутреннюю косую и поперечные мышцы вместе с поперечной фасцией к верхней лобковой и паховой связкам. Пластику передней стенки пахового канала производят с помощью дубликатуры апоневроза

Бедренные грыжи

- Способ Лихтенштейна при бедренной грыже заключается в следующем. После грыжесечения и удаления грыжевого мешка в просвет бедренного канала вводят пропиленовую сетку, свернутую в виде рулона. Затем ее подшивают отдельными швами к пупартовой и гребешковой связкам без натяжения вышеуказанных анатомических структур. Данный способ особенно ценен в оперативном лечении рецидивных грыж.

Пупочные грыжи

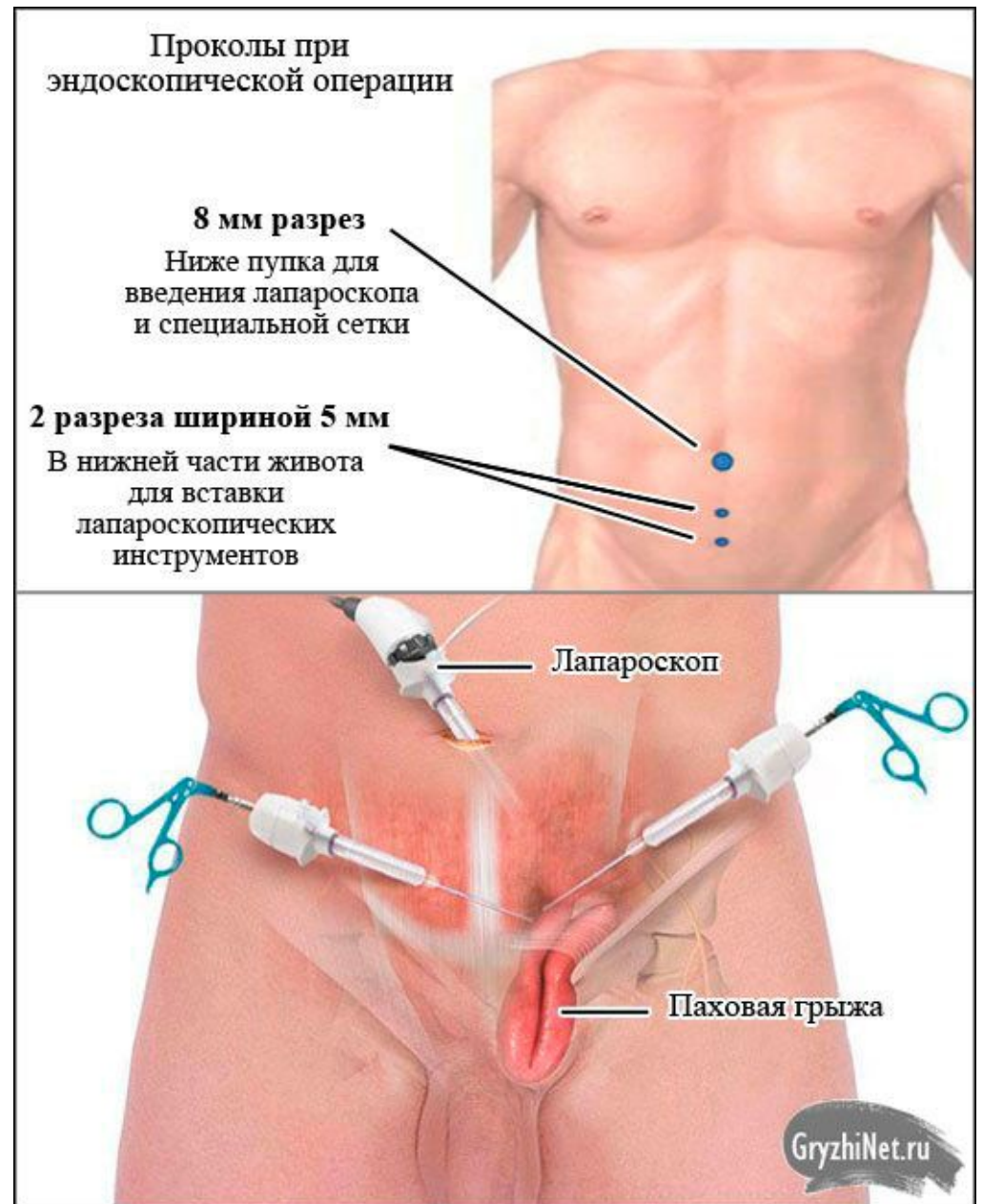
Лечение только хирургическое — аутопластика брюшной стенки по методу Сапежко или Мейо.

Метод Сапежко. Отдельными швами, захватывая с одной стороны край апоневроза белой линии живота, а с другой — заднемедиальную часть влагалища прямой мышцы живота, создают дубликатуру из мышечно-апоневротических лоскутов в продольном направлении. При этом лоскут, расположенный поверхностно, подшивают к нижнему в виде дубликатуры.

Метод Мейо. Двумя поперечными разрезами иссекают кожу вместе с пупком. После выделения и иссечения грыжевого мешка грыжевые ворота расширяют в поперечном направлении двумя разрезами через белую линию живота и переднюю стенку влагалища прямых мышц живота до их внутренних краев. Нижний лоскут апоневроза П-образными швами подшивают под верхний, который в виде дубликатуры отдельными швами подшивают к нижнему лоскуту.

Эндоскопическая герниопластика – наиболее безопасный и современный способ избавления от грыжи.

Лапароскопическая операция проводится закрытым способом. Лапароскоп и хирургические инструменты вводят в брюшную полость через небольшие разрезы в брюшной стенке. Изображение операционного поля выводится через эндоскоп на экран монитора.



- После лапароскопии не остается заметных шрамов, послеоперационный период сокращается до 24 часов, редко развиваются осложнения.



- Недостаток методики – обязательное применение общей анестезии (наркоза) и высокая стоимость.