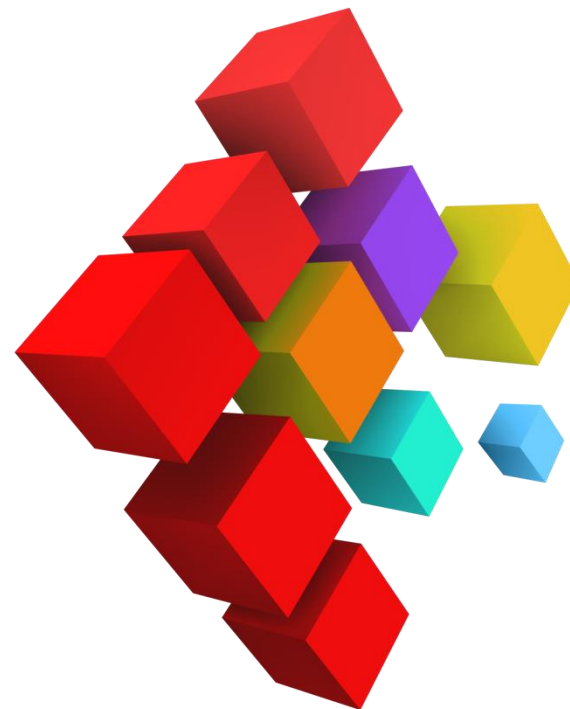


Грыжи живота

Митряшов Константин Владимирович
Доцент кафедры, кандидат медицинских наук



**Кафедра хирургических
болезней. Общая хирургия**

Цель и задачи дисциплины топографическая анатомия и оперативная хирургия

Цель изучение ТА и ОХ - подготовка специалиста, владеющего основами клинического обследования больных хирургического профиля, и принципами хирургических методов лечения основных видов хирургических заболеваний, а также современными принципами оказания экстренной врачебной хирургической помощи.

Задачи ТА и ОХ:

1. Дать обучающимся знания топографической анатомии всех областей организма в объеме, достаточном для самостоятельного выполнения малых хирургических операций, а также для принятия решений в нестандартных ситуациях.
2. Развить у обучающихся мануальные навыки, необходимые для выполнения хирургических операций.

План лекции

1. Понятие о грыже
2. Принципы операции грыжесечения
3. Паховые грыжи
4. Бедренные грыжи
5. Пупочные грыжи и грыжи белой линии живота



Понятие о грыже живота



Грыжи



Грыжа – это выпячивание органа или его части, покрытого париетальной частью брюшины, через естественные или искусственные отверстия в анатомических образованиях под кожу, в межмышечное пространство или во внутренние карманы и полости.

Составные элементы грыжи:

1. *Грыжевые ворота* – естественное или патологическое отверстие, через которое проходит грыжевое выпячивание.
2. *Грыжевой мешок* – париетальная часть брюшины, которая выпячивается через грыжевые ворота. В нем выделяют шейку, тело и дно.
3. *Грыжевое содержимое* – это органы или их части, которые переходят в полость грыжевого мешка.

Что касается грыжевых оболочек, то это совокупность тканей, окружающих грыжевой мешок.

Локализация грыж

Внутренние(внутрибрюшные)

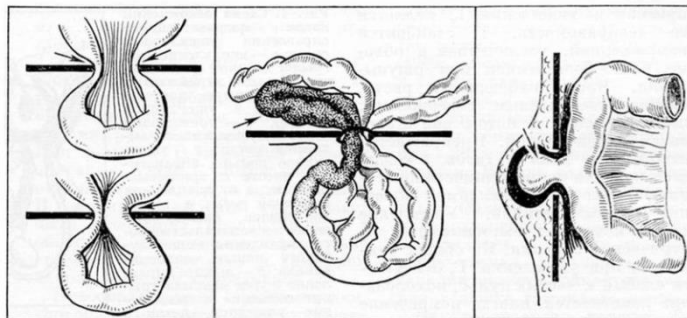
1. грыжи сальниковой сумки
2. ретроцекальные грыжи
3. грыжи двенадцатиперстно-тощекишечного кармана
4. диафрагмальные грыжи

Наружные

1. паховые (косые, прямые)
2. бедренные
3. грыжи белой линии живота
4. грыжи пупочного кольца
5. грыжи полулунной линии
6. поясничные грыжи
7. седалищные грыжи
8. запираательные грыжи

Классификация грыж

Виды ущемления



Эластическое
Каловое

Ретроградное

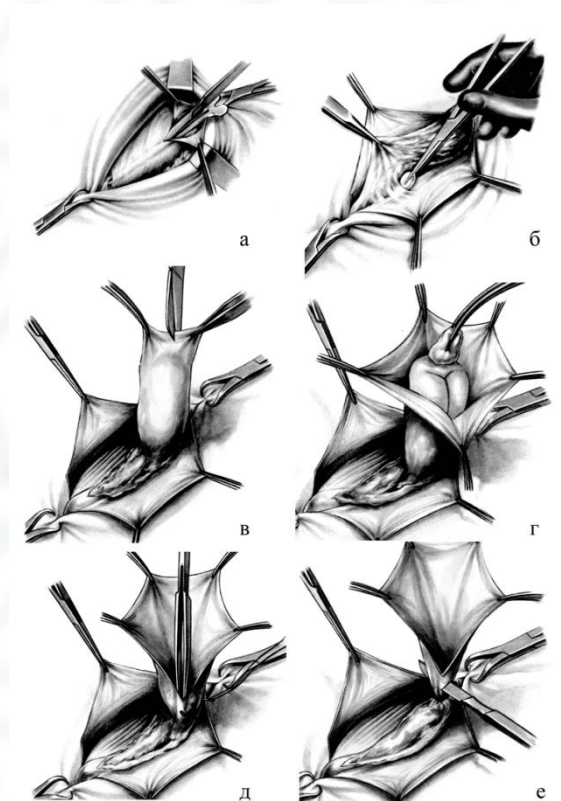
Пристеночное
(Рихтеровское)

1. неосложненные (вправимые). Особый вид скользящие грыжи, образующиеся от соскальзывания органа по позади органной клетчатке
2. осложненные
 - невправимые
 - ущемленные (эластическое, каловое, комбинированное, пристеночное и ретроградное ущемление).

Грыжесечение

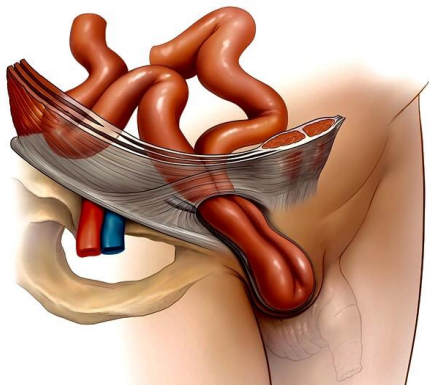


Этапы грыжесечения



1. Обезболивание;
2. Оперативный доступ к грыжевому мешку (а);
3. Выделение грыжевого мешка из окружающих тканей до шейки (б);
4. Вскрытие грыжевого мешка в области дна и вправление его содержимого (в, г);
5. Обработка шейки грыжевого мешка (перевязывается с прошиванием в области ворот) (д);
6. Отсечение грыжевого мешка дистальнее уровня перевязки (е);
7. Пластика грыжевых ворот.

Этапы грыжесечения при ущемлённой грыже



1. Обезболивание (местная анестезия, так как наркоз приводит к релаксации мышц и самопроизвольному вправлению ущемленного органа до его ревизии). Оперативный доступ к грыжевому мешку. Выделение грыжевого мешка из окружающих тканей до шейки. Вскрытие грыжевого мешка в области дна.

2. Фиксация ущемленного органа.

3. Рассечение грыжевых ворот для снятия ущемления.

4. Определение жизнеспособности органа (цвет, пульсация сосудов, волны перистальтики). Для ускорения восстановления жизнеспособности петлю кишки обкладывают марлевыми салфетками, смоченными горячим физраствором. При восстановлении жизнеспособности кишки ее вправляют в брюшную полость. Если кишка не жизнеспособна, выполняют резекцию органа из нового доступа. При ущемлении большого сальника его сразу резецируют.



5. Далее этапы соответственно неосложненной грыже.

Паховые грыжи



Паховые грыжи

- Косые паховые грыжи – выпячивание через латеральную паховую ямку, грыжевой мешок внутри общей влагалищной оболочки, окружен элементами семенного канатика, пучки m. cremaster расположены поверх общей оболочки, грыжа проходит через весь паховый канал. Пластика грыжевых ворот направлена на укрепление передней стенки пахового канала, так как в процессе прохождения канала грыжевой мешок растягивает и истончает апоневроз наружной косой мышцы живота.
- Прямые паховые грыжи - выпячивание через медиальную паховую ямку, грыжевой мешок вне общей влагалищной оболочки семенного канатика. Прямые грыжи не спускаются в мошонку, так как этому мешает расположение внутренних пучков мышцы, поднимающей яичко, которые препятствуют продвижению книзу грыжевого выпячивания. Ввиду того, что внутренняя ямка расположена как раз против наружного отверстия пахового канала, грыжевой мешок идет в прямом направлении. Пластика грыжевых ворот направлена на укрепление задней стенки пахового канала, так как в процессе выхода грыжи эта стенка истончается или разрушается.

Грыжесечение при паховой грыже

Разрез кожи на 2 см выше паховой связки, через выпуклость грыжевого выпячивания.

Через наружное паховое кольцо рассекают апоневроз наружной косой мышцы живота по желобоватому зонду.

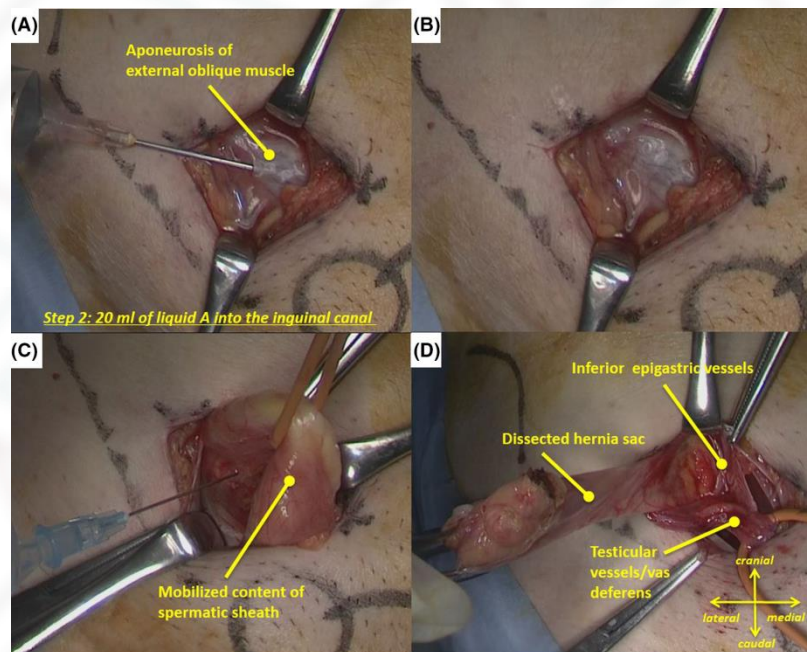
Края рассечённого апоневроза захватывают зажимами и растягивают.

Не выделяя семенной канатик, рассекают его оболочку, находят стенку грыжевого мешка и захватывают его зажимами.

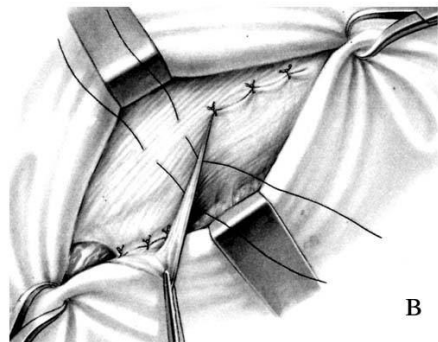
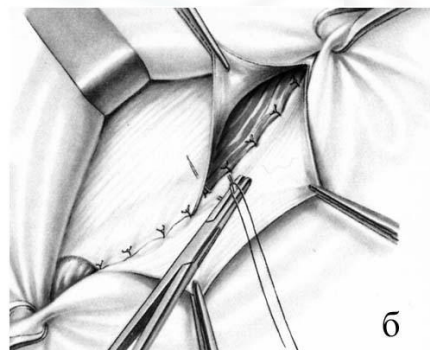
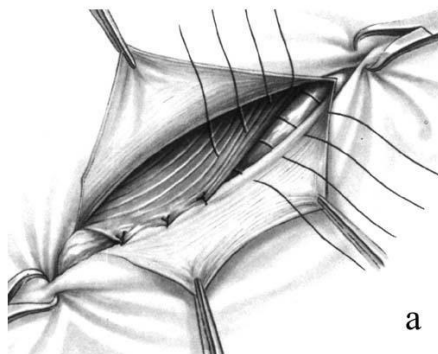
Выделяют весь грыжевой мешок, от элементов семенного канатика, используя сдвигание тканей тупфером.

Выделяют дно мешка, рассекают его, вправляют органы и выделяют шейку грыжевого мешка.

Шейку прошивают и перевязывают шелковой нитью на две стороны.



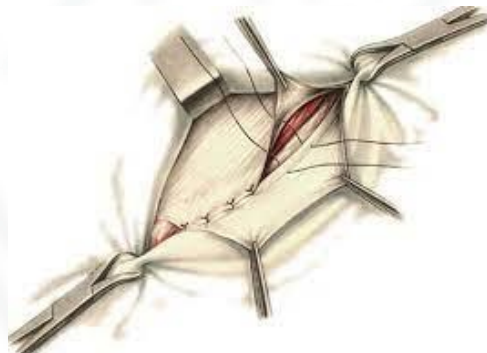
Укрепление передней стенки пахового канала.



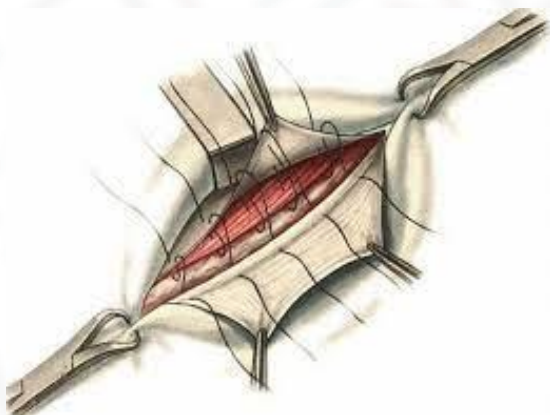
Способ Мартынова. Впереди семенного канатика подшивается к паховой связке медиальный лоскут наружной косой мышцы живота (узлы завязывают после наложения всех швов), а латеральный – поверх медиального (создается дубликатура из лоскутов рассеченного апоневроза). В медиальном углу оставляют отверстие наружного пахового кольца, пропускающее кончик пальца.

Способ Жирара. Впереди семенного канатика подшивают свободные края внутренней косой и поперечной мышц живота к паховой связке. Затем к связке подшивают медиальный лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота, и латеральный лоскут укладывают поверх медиального и подшивают рядом узловых швов.

Укрепление передней стенки пахового канала.

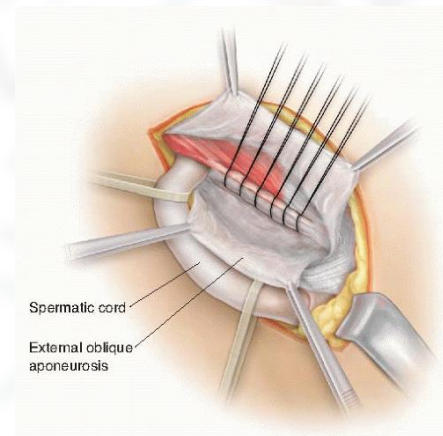
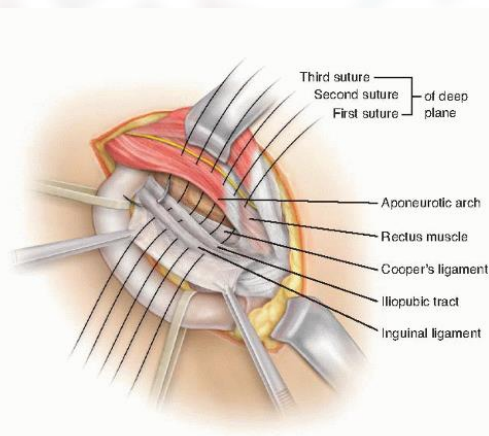
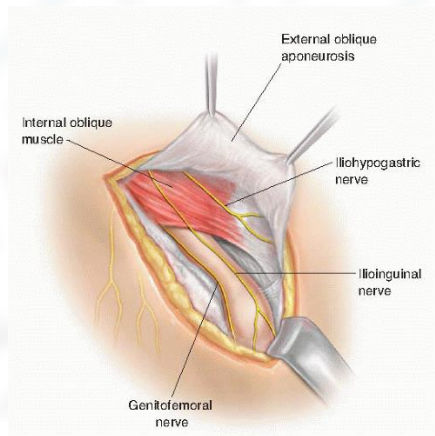


Способ Жирара-Спасокукоцкого. Одним швом подшивают медиальный лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота и свободные края внутренней косой и поперечной мышц живота к паховой связке. Затем латеральный лоскут апоневроза подшивают поверх медиального. Преимущества: не наблюдается разволокнения паховой связки. Недостатки: сохраняется неоднородность тканей.



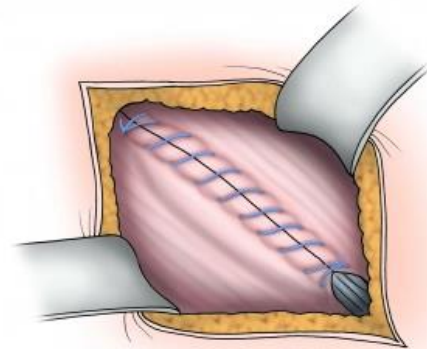
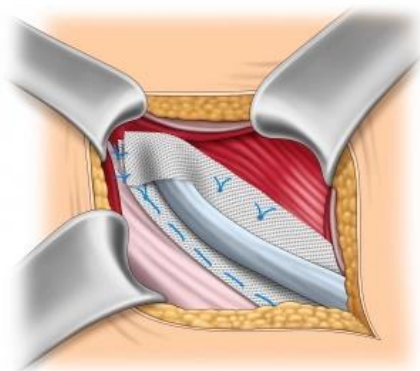
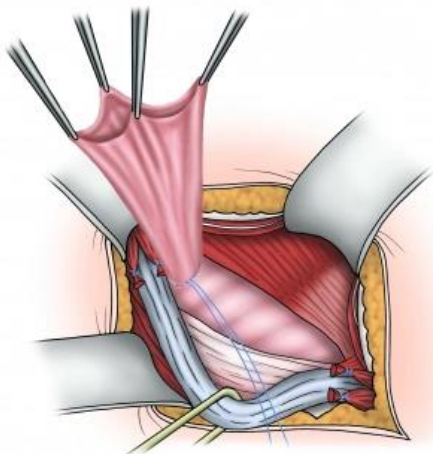
Способ Жирара-Спасокукоцкого со швом Кимбаровского. Вместе с медиальным лоскутом апоневроза наружной косой мышцы живота, захватывают в шов нижние края внутренней косой и поперечной мышц живота, и выводят иглу через медиальный лоскут. Затем этой же нитью прошивают паховую связку и затягивают лигатуру. После завязывания узла медиальный край апоневроза наружной косой мышцы живота подворачивается, и к паховой связке подтягиваются края мышц, окутанные апоневрозом. Преимущества: соединяются однородные ткани; образуется прочный рубец; уменьшается паховый промежуток.

Укрепление задней стенки пахового канала.



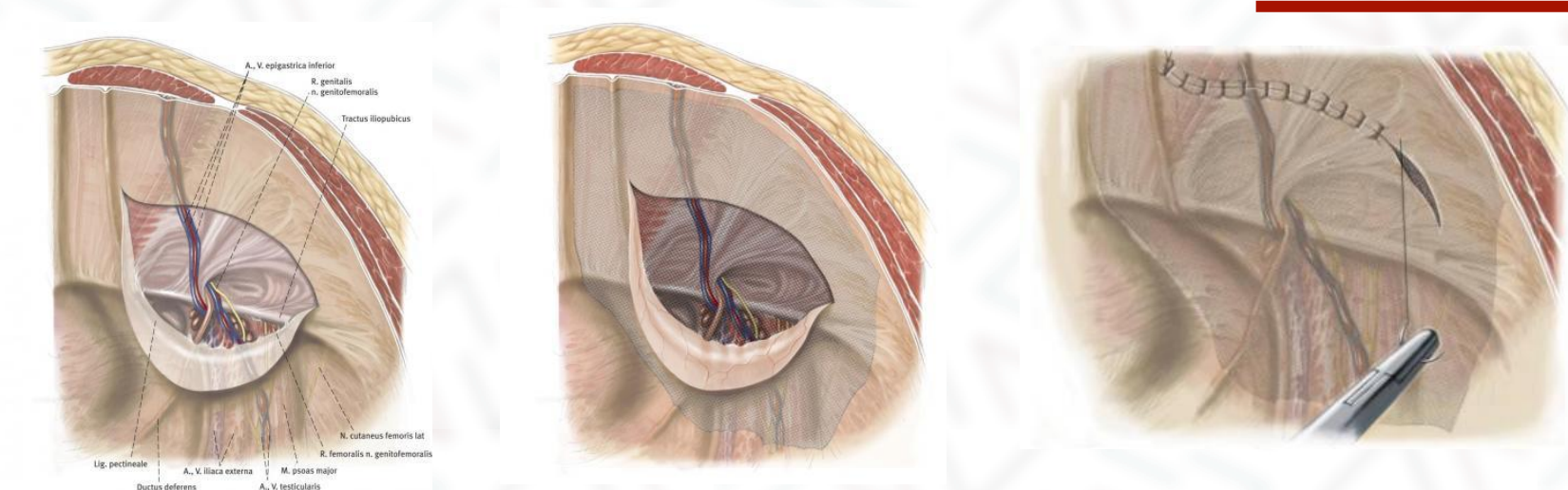
Способ Бассини. Перемещают семенной канатик книзу и кнаружи. К паховой связке подшивают нижние свободные края внутренней косой и поперечной мышц живота вместе с подлежащей рассеченной поперечной фасцией. Последним швом в медиальном углу раны подшивают край апоневроза прямой мышцы живота к лонному бугорку и паховой связке, благодаря чему края широких мышц низводятся к паховой связке без лишнего натяжения. Семенной канатик укладывается на вновь созданную заднюю стенку и поверх его сшивают края апоневроза наружной косой мышцы живота.

Укрепление задней стенки пахового канала.



Способ Лихтенштейна. На этапе пластики позади семенного канатика вставляется полипропиленовая сетка. Снизу она пришивается к верхней лобковой и паховой связкам. Латерально она разрезается, делается «окно» для прохождения семенного канатика, потом сшивается снова. Вверху пришивается к внутренней косой и поперечной мышцам, медиально – к краю прямой мышцы. Впоследствии сетка прорастает соединительной тканью, и внутрибрюшинное давление по ней распространяется равномерно.

Укрепление задней стенки пахового канала.

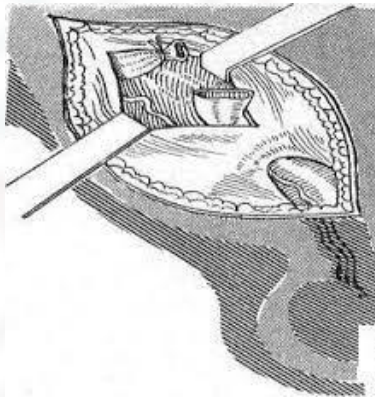


Плюсами лапароскопической герниопластики является её малотравматичность — операция осуществляется через три прокола размером по 0,5 -1 см. Вследствие этого происходит быстрое восстановление пациентов.

ТАРР — вид ненатяжной пластики пахового промежутка, с предбрюшинным расположением сетки. При этом доступ к паховому каналу осуществляется через брюшную полость.

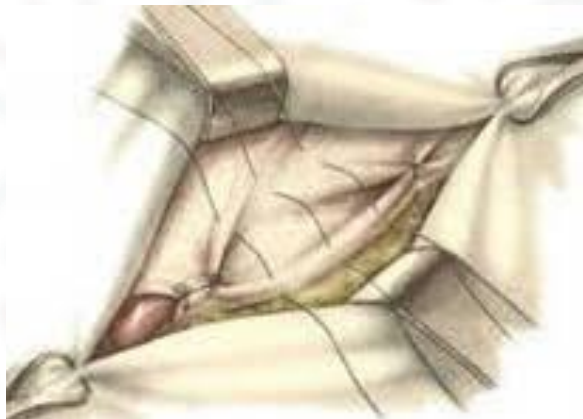
ТЕР — вид пластики при котором доступ к паховому каналу осуществляется через переднюю брюшную стенку в области пупка между брюшиной и брюшной стенкой через небольшое отверстие изнутри семенного канатика.

Врожденные паховые грыжи у детей.



У детей суть операции при врожденных паховых грыжах состоит не в удалении мешка, а в закрытии сообщения его с брюшной полостью. Не всегда производят хирургическое вмешательство при небольших грыжах пупочного канатика, которые с ростом ребенка могут исчезнуть сами собой.

Способ Дюамеля. Апоневроз не рассекают, обработка грыжевого мешка осуществляется через «окончатый» разрез апоневроза наружной косой мышцы живота, пластика пахового канала не производится и оперативное вмешательство заканчивается после отсечения грыжевого мешка.

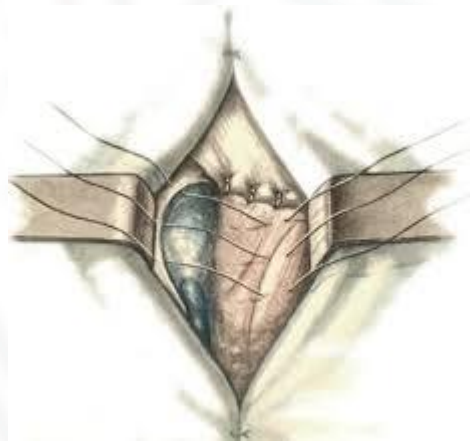
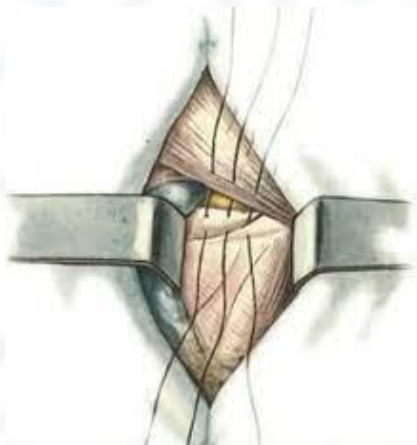


Способ Ру - Краснобаева. Операция применяется в детской хирургии с целью пластики грыж у детей после 6-го месяца жизни и предусматривает проведение пластики пахового канала без его вскрытия. На ножки наружного пахового кольца накладывают шов с таким расчетом, чтобы суженное отверстие свободно пропускало элементы семенного канатика. Затем для сужения пахового канала накладывают несколько швов на апоневроз, формируя его дубликатуру.

Бедренные грыжи



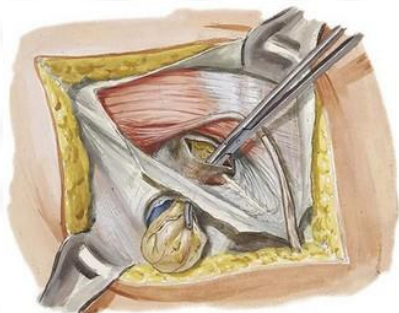
Пластика бедренных грыж со стороны бедра.



Способ Локвуда-Бассини. Косой разрез на 2 см выше пупартовой связки ведут вниз медиально от проекционной линии сосудов. Выделяют и удаляют грыжевой мешок (бедренная вена всегда должна оставаться в поле зрения). Производят пластику внутреннего кольца бедренного канала путем подшивания паховой связки к гребенчатой связке (первый ряд швов). Таким образом, закрывается бедренное кольцо. Второй ряд швов накладывают на полулунный край подкожной щели и гребенчатую фасцию.

Недостатки: паховая связка смещается книзу и тем самым увеличивается паховый промежуток, что создает условия образования паховых грыж.

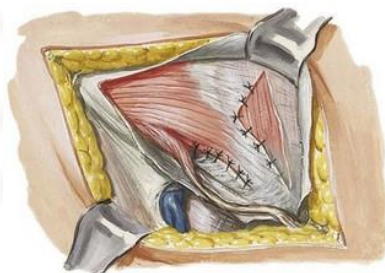
Пластика бедренных грыж через паховый канал



Demonstrates the exposure when the repair is performed from above the inguinal ligament.



After the hernia sac is dissected from the femoral defect, it can be opened, and the contents reduced into the abdominal cavity. The hernia sac can then be ligated.



Demonstrates a simple suture repair of a femoral hernia, which includes sewing Cooper's ligament to the inguinal ligament.

Способ Руджи (оперативный доступ – через паховый канал, вскрывая его переднюю и заднюю стенки).

Грыжевой мешок извлекают в предбрюшинную клетчатку и обрабатывают. Подшивают паховую связку к гребенчатой связке, закрывая бедренное кольцо. Паховый канал восстанавливают, сшивая вначале поперечную фасцию, а затем – края апоневроза наружной косой мышцы живота.

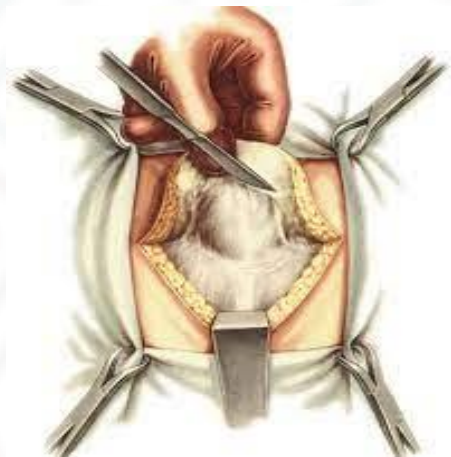
Способ Парлавецchio (модификация способа Руджи)

Операция проводится аналогично способу Руджи. Отличается тем, что после подшивания паховой связки к гребенчатой производится пластика задней стенки пахового канала путем подшивания свободных краев внутренней косой и поперечной мышц живота к паховой связке (пластика пахового канала по Бассини). В последующем выполняется пластика передней стенки пахового канала путем создания дубликатуры апоневроза наружной косой мышцы живота.

Пупочные и грыжи белой линии живота.



Операции при пупочных грыжах и грыжах белой линии живота.

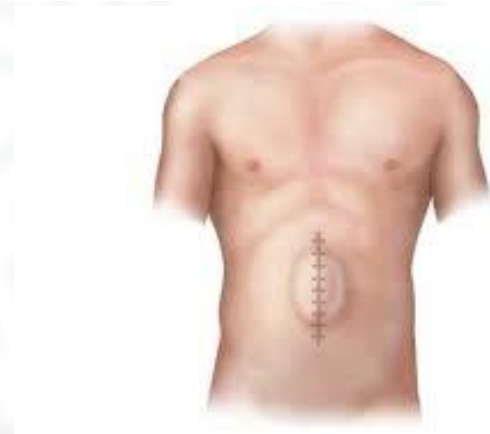
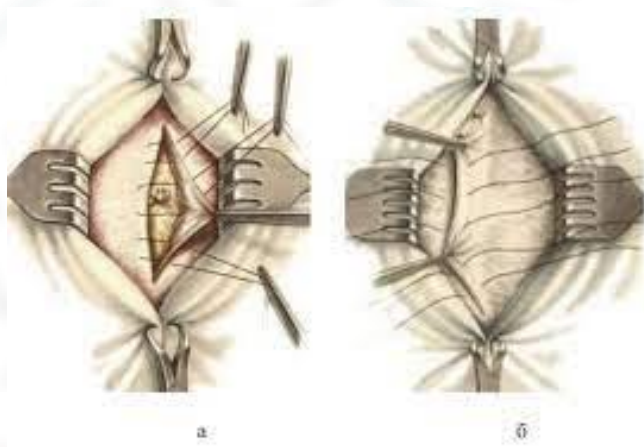


Способ Лексера (Применяется чаще у детей при небольших пупочных грыжах):

Полу лунный разрез кожи, окаймляющий грыжевое выпячивание снизу; выделение грыжевого мешка, вскрытие и вправление содержимого (если дно грыжевого мешка интимно спаяно с пупком, то выделяют шейку грыжевого мешка, вскрывают ее и грыжевое содержимое вправляют в брюшную полость); прошивание шейки мешка нитью, перевязка и отсечение мешка; под контролем указательного пальца, введенного в пупочное кольцо, на апоневроз вокруг кольца накладывают капроновый кисетный шов, который затем затягивают и завязывают; наложение поверх кисетного шва 3–4 узловых швов на передние стенки влагалищ прямых мышц живота.



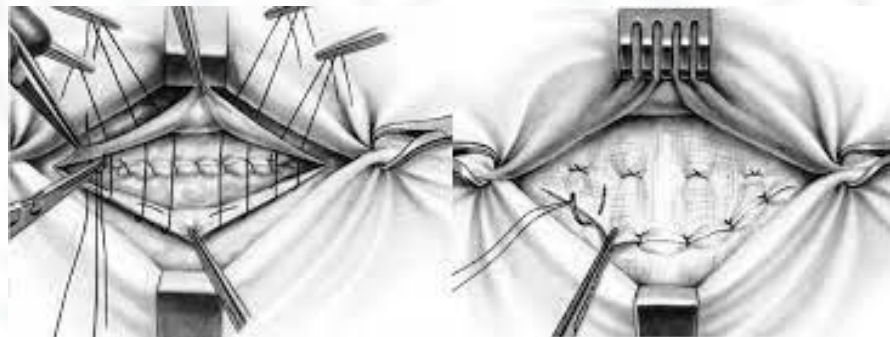
Операции при пупочных грыжах и грыжах белой линии живота.



Способ Сапежко (применяется при пупочных грыжах и грыжах белой линии живота).

Разрез кожи по срединной линии живота в вертикальном направлении; отсепаровка кожных лоскутов вправо и влево до появления грыжевых ворот; выделение грыжевого мешка; рассечение грыжевых ворот по зонду вверх и вниз по белой линии живота; удаление грыжевого мешка; подшивание края апоневроза к задней стенке сухожильного влагалища прямой мышцы противоположной стороны; свободный край апоневроза располагают на передней стенке влагалища прямой мышцы живота (внахлест как «полы пальто»).

Операции при пупочных грыжах и грыжах белой линии живота.



Способ Мейо. В поперечном направлении отсепаровка кожи с пупком двумя полу лунными разрезами; обнажение грыжевых ворот и их рассечение по зонду в поперечном направлении; обработка и удаление грыжевого мешка вместе с кожным лоскутом; подтягивание нижнего края апоневроза под верхний П-образными швами; подшивание верхнего лоскута к нижнему узловыми капроновыми швами (формируется дубликатура апоневрозов в поперечном направлении).

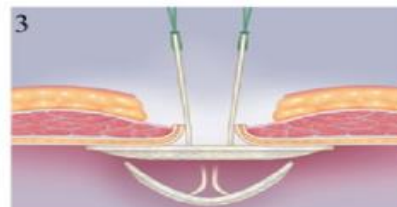
Операции при пупочных грыжах и грыжах белой линии живота.



Dissection of the hernia sac



Insertion of the Patch using a clamp



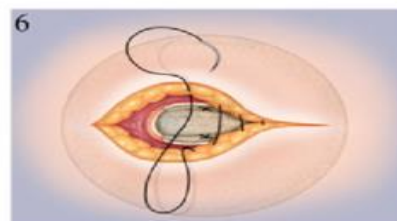
Optimal intraperitoneal patch position



Exclude bowel interposition with a finger before pulling the straps



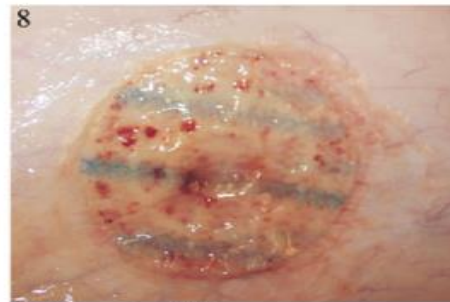
suture and resect overlapping straps



subcuticle closure



Complete post operative hernia closure



Post operative PVP incorporation



Домашнее задание

- Изучить литературу по данной теме
- Повторить конспект лекции





Список литературы

Основная литература:

1. Каган И. И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник в 2-х томах / под ред. И. И. Кагана, И. Д. Кирпатовского. - 2-е изд. , доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – режим доступа <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459843.html>
2. Лопухин Ю. М. Топографическая анатомия и оперативная хирургия. В 2-х томах. Том 1 : учебник / Сергиенко В. И. , Петросян Э. А. , Фраучи И. В. ; под общей ред. Ю. М. Лопухина. – 3-е изд. , испр. – Москва : ГЭОТАР - Медиа, 2014. – 832 с.

Дополнительная литература:

1. Дыдыкина С. С. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: рабочая тетрадь в 2-х частях / под ред. С. С. Дыдыкина, Т. А. Богоявленской. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - режим доступа <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459966.html>.
2. Островерхов Г.Е. Оперативная хирургия и топографическая анатомия: Учебник для студентов медицинских вузов / Г.Е. Островерхов, Ю.М. Бомаш, Д.Н. Лубоцкий. — 6-е изд. — Москва : ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2021. — 736 с. : ил. — (Сокровищница отечественной медицины)

ЦЕЛЬ 45 баллов!
Спасибо за внимание.

