

Содержание

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ	6
ПРЕДИСЛОВИЕ	7
ГЛАВА 1. ИСТОРИЯ ГЕРНИОЛОГИИ	9
ГЛАВА 2. ВВЕДЕНИЕ В ГЕРНИОЛОГИЮ.....	21
ГЛАВА 3. СОВРЕМЕННЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ, ИХ КЛАССИФИКАЦИЯ, СВОЙСТВА И ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ПРИМЕНЕНИЯ	37
Классификация современных эндопротезов	37
Требования к эндопротезам.....	42
Анализ ассортимента и свойств современных полимерных эндопротезов.....	47
Биологические протезы	66
Заключение.....	67
ГЛАВА 4. МЕТОДЫ ФИКСАЦИИ МАТЕРИАЛОВ.....	69
Отсутствие фиксации.....	69
Фиксация лигатурами.....	70
Фиксация степлерами или «якорями».....	72
Фиксация клеем	76
ГЛАВА 5. ПРОФИЛАКТИКА ОБРАЗОВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖИ.....	77
Рассечение апоневроза.....	77
Ушивание апоневроза.....	78
ГЛАВА 6. АНАТОМИЯ ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ.....	89
Основные понятия.....	90
Паховая область.....	91
Бедренная область	104
Паховый канал	105
Грыжи паховой области.....	113
ГЛАВА 7. ПАХОВЫЕ ГРЫЖИ.....	121
Натяжные способы пластики пахового канала	123
Ненатяжные способы оперативного лечения паховых грыж	159
Техника лапароскопической герниопластики при паховых грыжах	185
Тотальная экстраперитонеальная герниопластика (ТЕР).....	204
ГЛАВА 8. БЕДРЕННЫЕ ГРЫЖИ.....	217
Бедренные грыжи	217
Бедренные способы.....	220
Паховые способы.....	225
Предбрюшинный доступ	231
Ненатяжная пластика бедренных грыж	234
Заключение.....	237
ГЛАВА 9. ПУПОЧНЫЕ ГРЫЖИ, ДИАСТАЗ ПРЯМЫХ МЫШЦ ЖИВОТА, ГРЫЖИ БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА, БОКОВЫЕ ГРЫЖИ	239
Анатомия брюшной стенки.....	239
Классификация.....	245
Пупочные грыжи	245
Диастаз прямых мышц живота	267

Грыжи белой линии живота	279
Боковые (люмбарные) грыжи.....	279
Грыжи спигелевой линии	291
ГЛАВА 10. ОПЕРАЦИИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖАХ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ.....	295
Некоторые исторические аспекты	295
Классификация послеоперационных грыж	296
Принципы открытой пластики послеоперационной грыжи.....	299
Общие этапы операции.....	302
Принципы лапароскопической пластики.....	324
ГЛАВА 11. СЕПАРАЦИОННАЯ ПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬШИХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ	341
ГЛАВА 12. ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ	377
История лечения грыж пищевода отверстия диафрагмы (ГПОД)	377
Анатомия пищевода-желудочного перехода и диафрагмы.....	381
Классификация грыж пищевода отверстия диафрагмы	392
Техника операции	395
ГЛАВА 13. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАРАСТОМАЛЬНЫХ ГРЫЖ.....	432
Причины развития парастомальных грыж	433
Классификация и диагностика.....	434
Профилактика развития парастомальных грыж	436
Лечение	438
Техника операции	442
ГЛАВА 14. ВНУТРЕННИЕ ГРЫЖИ.....	449
Парадуоденальные грыжи (ПДГ)	451
Перицекальные грыжи (ПЦГ)	453
Грыжи Винслоа отверстия	454
Парасигмовидные грыжи.....	455
Чрезбрыжеечные и ретроанастомотические грыжи	456
Лечение	458
Заключение.....	460
ГЛАВА 15. ГЕРНИОПЛАСТИКА ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ И НЕВПРАВИМЫХ ГРЫЖАХ	461
Рекомендации	462
Антибиотикопрофилактика	470
ГЛАВА 16. ОСТРАЯ ФОРМА ГРЫЖЕВОЙ БОЛЕЗНИ	471
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	479

Глава 7. Паховые грыжи

В.Н. Егиев,
R. Bittner,
С.А. Кулиев

Становление герниологии как научно обоснованного раздела хирургии относится ко второй половине XIX века – времени внедрения в хирургическую практику анестезии, антисептики, асептики. К этому времени относится разработка основных методик герниопластики. Разработанные E. Bassini, W.S. Halsted, Postempsky методики герниопластики применяются до настоящего времени.

Известны сотни различных способов хирургического лечения паховых грыж. Применяемые сегодня методики оперативного лечения паховых грыж отличаются друг от друга техникой доступа к грыжевому мешку, вариантами восстановления пахового канала (пластика передней, задней стенки, обеих стенок пахового канала). Применяются способы закрытия пахового промежутка с использованием и различным расположением мышечных, апоневротических слоев. Используются методики, ликвидирующие паховый канал и перемещающие семенной канатик в различные слои брюшной стенки. Некоторые виды операций имеют своей целью механическое укрепление пахового канала, другие – восстановление его функции. Отдельное место в герниологии занимают использование в пластике пахового канала различных гомо-, гетеро- и аллопластических материалов. Оперативные вмешательства при паховых грыжах выполняют открытым способом традиционными доступами или с использованием видеоэндоскопических методик.

Среди доступов к грыжевому мешку выделяют передний (или паховый) и задний внебрюшинные доступы, трансабдоминальный (внутрибрюшной) доступ и комбинированные доступы.

При переднем внебрюшинном (паховом) доступе, как правило, используют кожный разрез параллельно и на 2 см выше уровня паховой складки. Более подробно доступ будет описан в разделе, посвященном пластике пахового канала по Bassini.

Из внутрибрюшных доступов следует отметить способ T. Annandale (1877). Брюшную полость вскрывают по срединной линии, выделяют шейку грыжевого мешка, перевязывают ее и пересекают. Крайя мышцы в области глубокого пахового кольца сшивают. Грыжевой мешок остается на месте. В 1891 г. L. Taid рекомендовал срединную лапаротомию для лечения пупочных и паховых грыж. La Roque (1919) рекомендовал трансабдоминальную мышечную пластику, выполняемую путем расщепления мышцы разрезом на 2,5 см. выше внутреннего пахового кольца.

В ряде клиник все большим признанием пользуются внебрюшинные внепаховые доступы. Из данной группы подходов к грыжевому мешку следует отметить доступ, предложенный Cheatle в 1920 г. Автор первоначально использовал нижне-срединный разрез, а затем предпочел доступ, аналогичный доступу по Pfannenstiel. Оригинальный внебрюшинный доступ разработал и активно пропагандировал A. Henry (1936). Однако, детальное топографо-

анатомическое обоснование операции, ее внедрение в широкую практику связано с именем американского хирурга L.M. Nyhus. Задний внебрюшинный доступ будет подробно описан в разделе, посвященном операции Нихуса при лечении паховых грыж. К группе операций, использующих задний внебрюшинный доступ, относят также пластику пахового канала по Stoppa.

К комбинированным доступам относятся сочетания внутрибрюшных и внебрюшинных вмешательств, которые проводят или из отдельных разрезов, или герниолапаротомий. Брюшную полость вскрывают, выделяют шейку грыжевого мешка, перевязывают и отсекают его периферическую часть, которую ушивают или не ушивают. Далее вскрывают паховый канал и укрепляют его тем или иным способом. Комбинированные доступы больше показаны при невосправляемых, скользящих и других сложных формах паховых грыж. Примером комбинированного способа является так называемый польский способ (Венгловского—Славинского—Островского), при котором после лапаротомии выделяют, вскрывают и отсекают грыжевой мешок, суживают глубокое паховое кольцо. Далее брюшная полость ушивается наглухо, производится второй разрез в паховой области, вскрывается паховый канал, проводится пластика пахового канала дубликатурой апоневроза наружной косой мышцы живота. Все эти способы в настоящее время имеют лишь историческое значение.

Современные методики ненатяжной герниопластики без применения видеоэндоскопии используют как паховые доступы, так и задние внебрюшинные доступы.

Особое место занимают варианты доступов к грыжевому мешку при использовании видеоэндоскопии. В этом случае доступы к грыжевому мешку также подразделяются на трансабдоминальные и преперитонеальные. Варианты доступов будут подробно изложены в разделе, посвященном эндоскопическим герниопластикам.

Натяжные способы пластики пахового канала

Пластика пахового канала по Bassini

Операция была впервые выполнена автором в 1884 году и уже в 1889 году Bassini доложил о менее чем 10 % рецидивов при одной смерти на 262 пластики. Для того времени это были неслыханно хорошие результаты. Операция выдержала испытание временем и даже в настоящее время является стандартом, с которым сравнивают результаты других пластик. Следует отметить, что широко используемые до настоящего времени пластики пахового канала по Halsted, Postempsky, McVay являются, по сути, модификациями способа Bassini. При этой операции используется передний паховый внебрюшинный доступ к грыжевому мешку. Параллельно и на 2 см. выше паховой складки рассекается кожа, подкожная клетчатка (рис. 7.1).

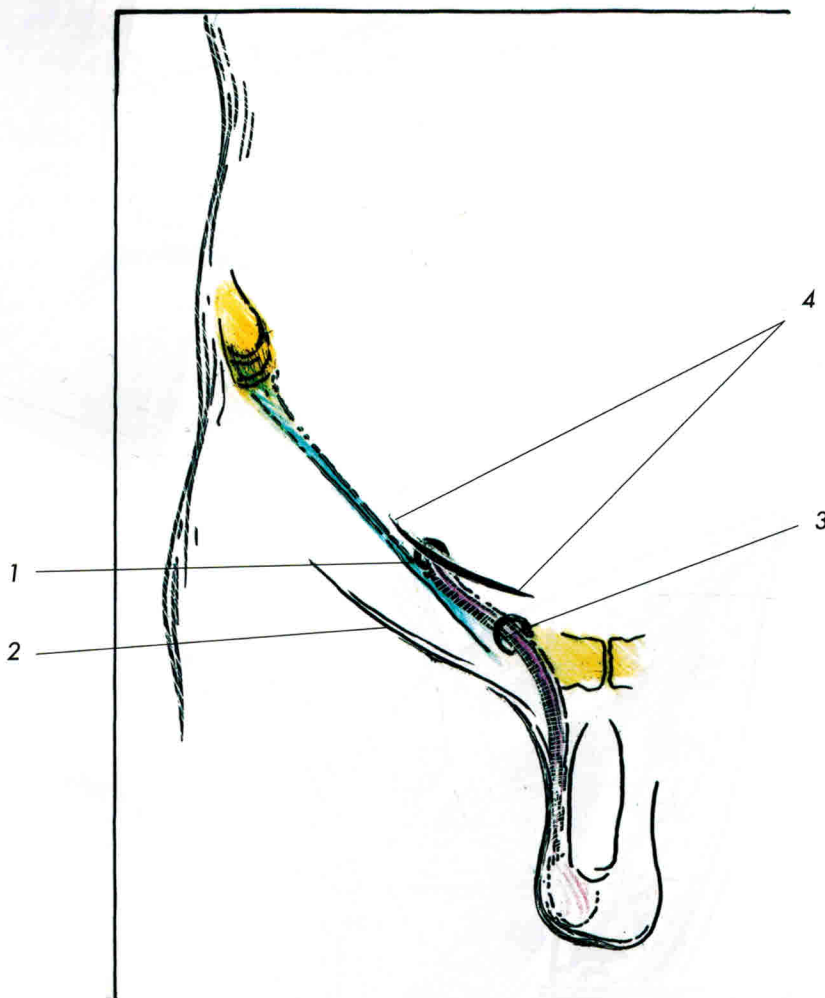


Рис. 7.1. Кожный разрез при косой паховой грыже. Разрез производится на 2 см выше и параллельно паховой складке, приходясь своим центром на проекцию глубокого пахового кольца:

- 1 – проекция на кожу глубокого пахового кольца;
- 2 – паховая складка;
- 3 – проекция на кожу поверхностного пахового кольца;
- 4 – кожный разрез

Производится продольный разрез апоневроза наружной косой мышцы живота по ходу его волокон на протяжении 6 – 8 см (рис. 7.2). Выделяется паховая связка на всем ее протяжении вплоть до наружной границы внутреннего отверстия пахового канала (рис. 7.3) и сверху передняя поверхность внутренней косой и поперечной мышц живота.

Рис. 7.2. Отделение апоневроза наружной косой мышцы живота от жировой клетчатки и рассечение его вдоль волокон по направлению к медиальному краю наружного пахового кольца:

- 1 – апоневроз наружной косой мышцы живота;
- 2 – поверхностные нижние надчревные и поверхностные огибающие подвздошные сосуды (лигированы);
- 3 – семенной канатик;
- 4 – поверхностное паховое кольцо;
- 5 – подвздошно-паховый нерв.

Стрелками указаны направление и протяженность разреза апоневроза

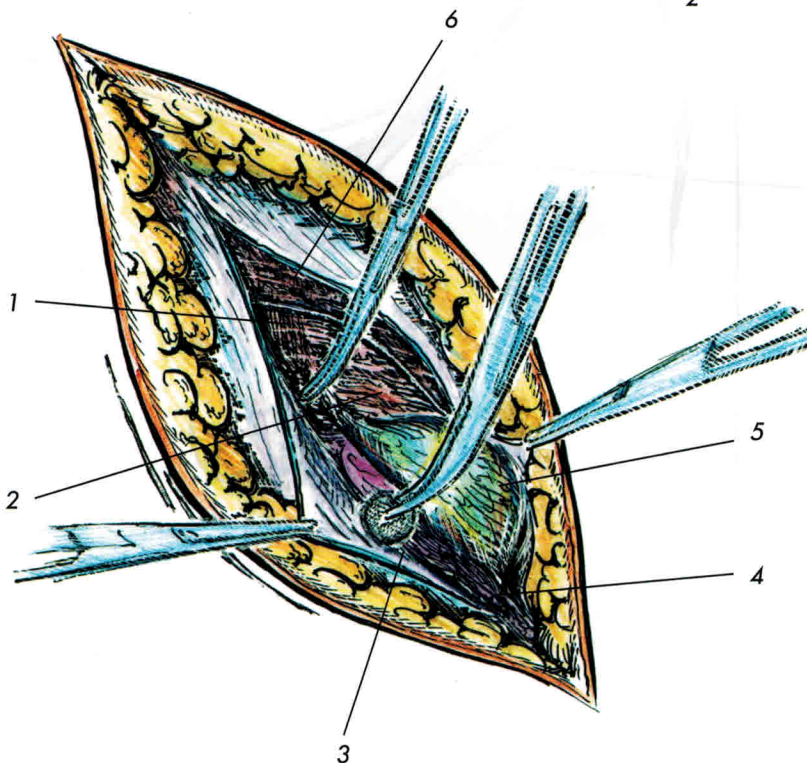
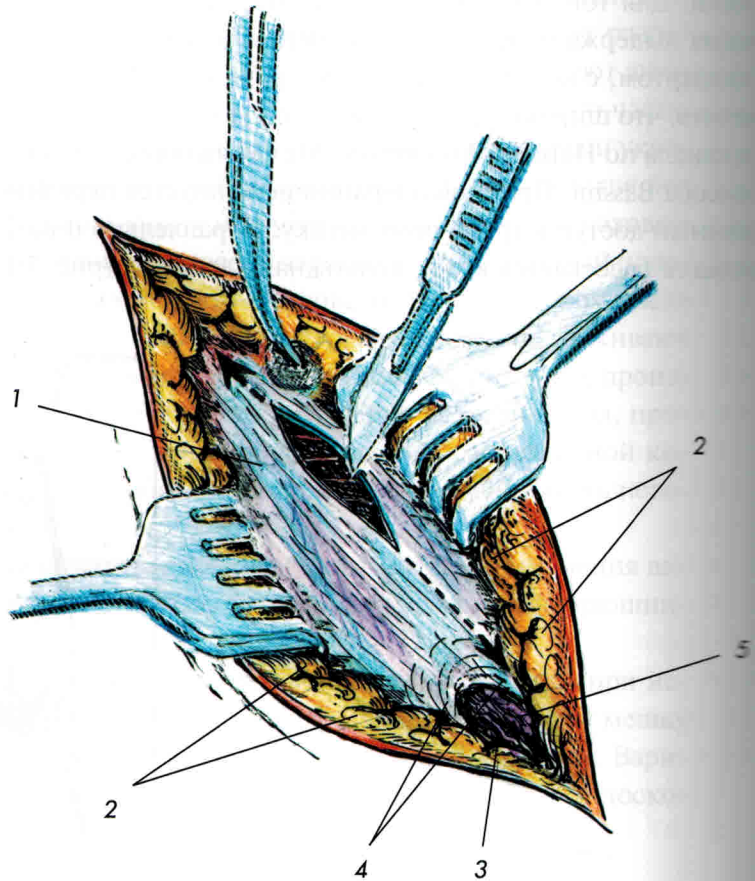


Рис. 7.3. Выделение паховой связки и препаровка подвздошно-пахового нерва. Захватывается зажимами и отводится в сторону латеральный листок апоневроза наружной косой мышцы живота. Тупо разделяются рыхлые сращения между оболочкой семенного канатика и паховой связкой. Подвздошно-паховый и подвздошно-надчревный нервы идентифицируются, мобилизуются и смещаются во избежание их случайной травмы. Паховая связка обнажается на протяжении от глубокого пахового кольца до лонного бугорка с выделением ее наиболее утолщенного, расположенного в глубине края:

- 1 – внутренняя косая мышца живота;
- 2 – подвздошно-паховый нерв;
- 3 – паховая связка;
- 4 – семенной канатик;
- 5 – грыжевой мешок;
- 6 – подвздошно-надчревный нерв

Тупым путем обходится и берется на держалку семенной канатик (рис. 7.4). Выделение канатика удобнее проводить максимально медиально, в области наружного отверстия пахового канала. Семенной канатик отводится кверху и кнаружи. Производя тракцию канатика за держалку, ножницами или электрокоагулятором пересекаются волокна *m. cremaster* до внутреннего отверстия пахового канала (рис. 7.5).

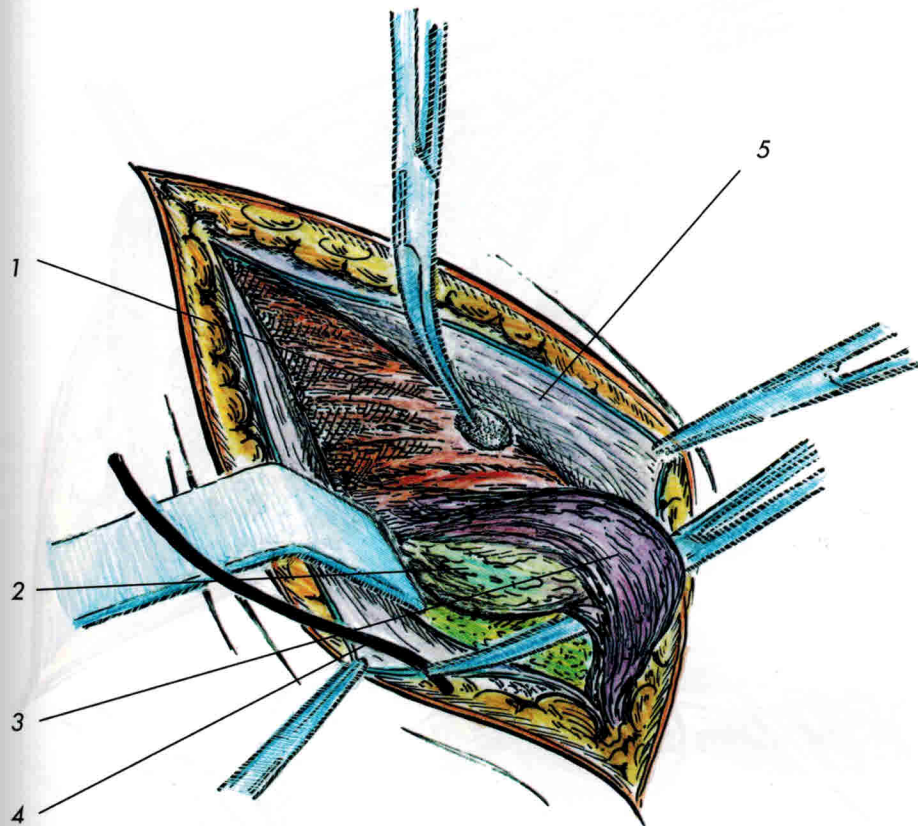


Рис. 7.4. Отделение внутренней поверхности апоневроза наружной косой мышцы живота от внутренней косой мышцы живота и проведение резиновой держалки под семенной канатик:

1 – внутренняя косая мышца живота;
2 – грыжевой мешок в толще семенного канатика;
3 – семенной канатик;
4 – резиновая держалка;
5 – внутренняя поверхность апоневроза наружной косой мышцы живота

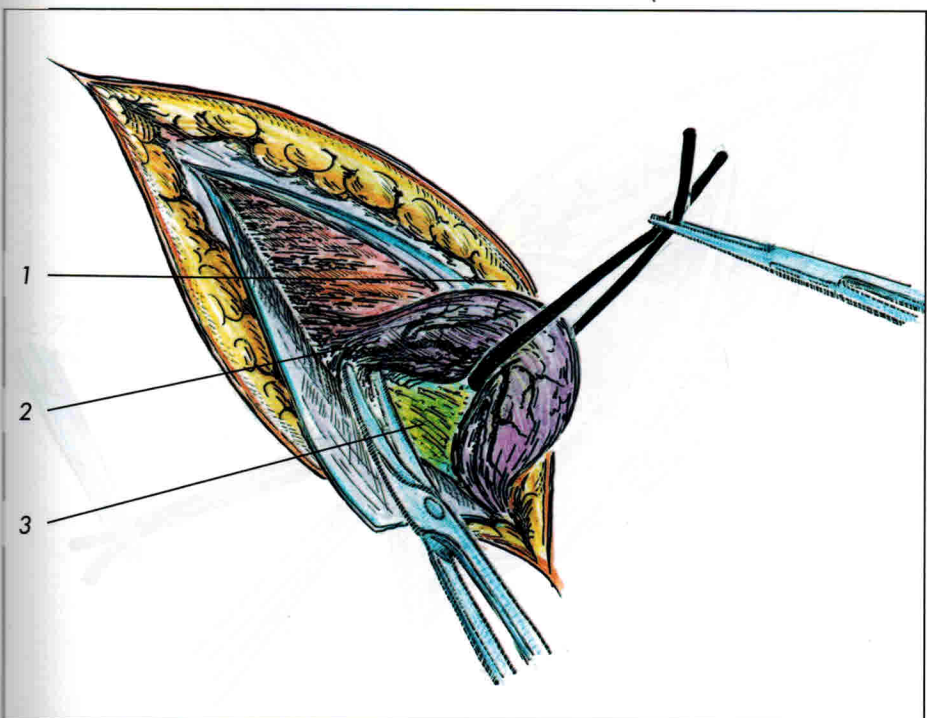


Рис. 7.5. Отделение семенного канатика от задней стенки пахового канала. Приподнимая канатик за держалку, его на всем протяжении отделяют от подлежащих тканей вместе с *m. cremaster*:

1 – семенной канатик;
2 – мышца поднимающая яичко;
3 – задняя стенка пахового канала

Глава 11. Сепарационная пластика в лечении больших грыж передней брюшной стенки

В первую очередь необходимо понять, что такое «большие грыжи»?

В.Н. Егиев

В 40-х годах впервые аргентинский доктор Ivan Goni Moreno применил пневмоперитонеум для подготовки к операции у больных, у которых «висцеральное содержимое потеряло свое место» (right of domain). Методика дооперационного пневмоперитонеума была подхвачена другими авторами, как метод предоперационной подготовки и «увеличения объема» брюшной полости. В 1987 году Chevrel также описал грыжи, при которых содержимое не может быть вправлено в брюшную полость без значительного повышения давления в последней. Разные авторы по-разному определяют эти понятия. Наиболее часто «значительным повышением давления» считается давление более 15 мм ртутного столба при ушивании брюшной стенки. Что касается объема органов, которые находятся вне брюшной полости, «потеря домена» считается при выходе за пределы полости от 20 до 50% тканей (по данным разных авторов). Наиболее часто объем органов, расположенных вне брюшной полости, определяется при компьютерной томографии (рис. 11.1). Уже

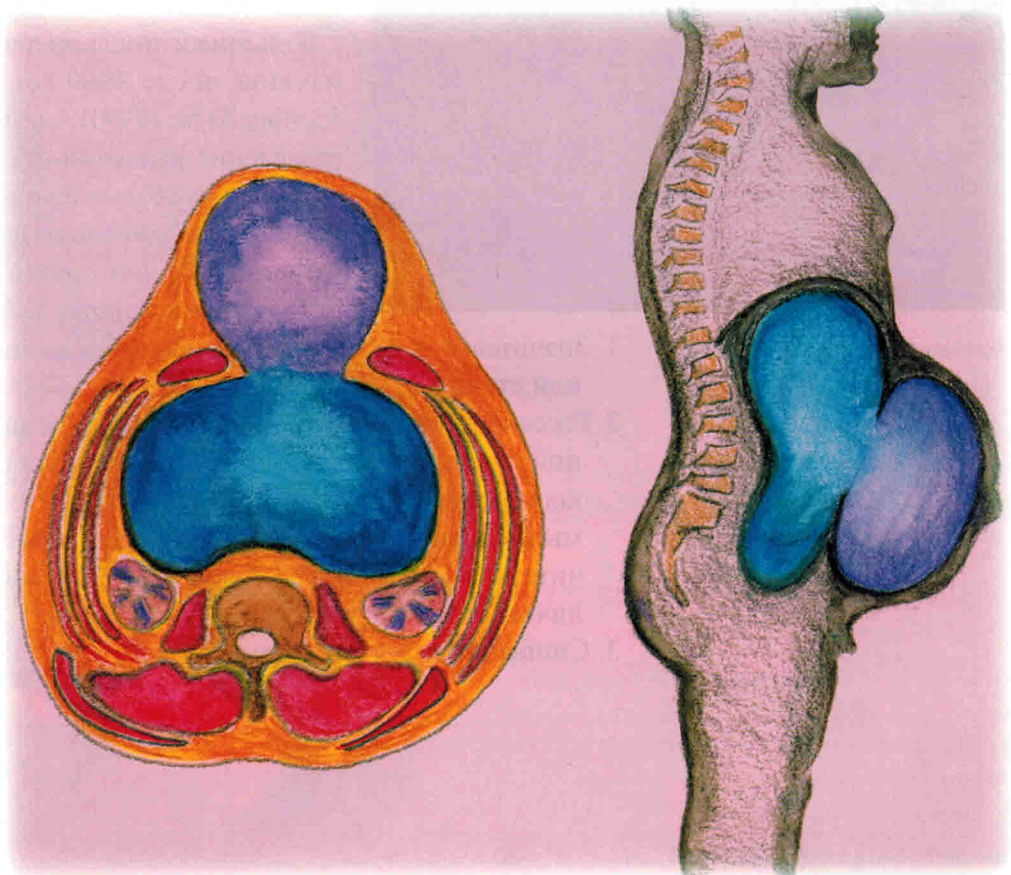
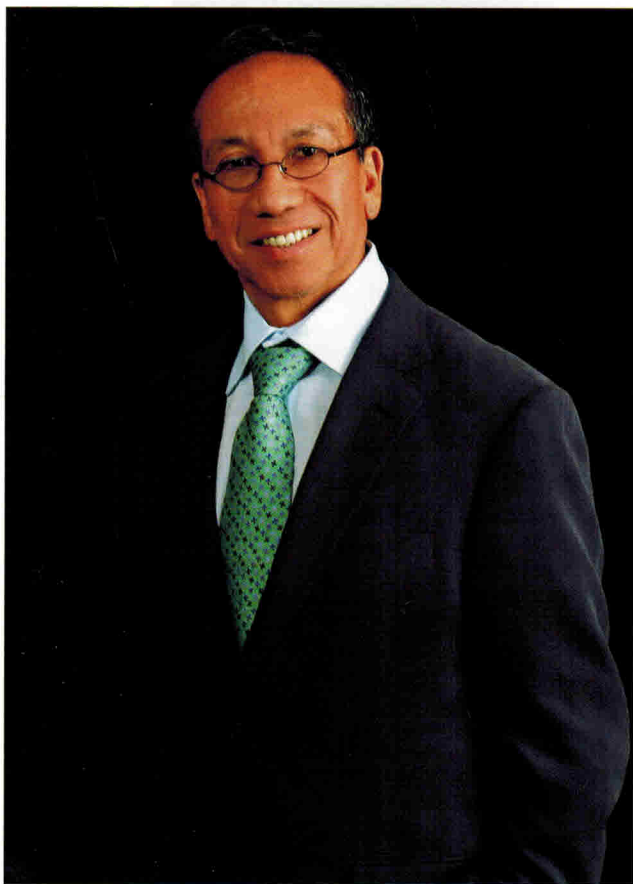


Рис. 11.1. Определяется объем тканей, расположенных как в брюшной полости, так и в грыжевом мешке. Это соотношение определяет процент тканей (органов), расположенных «вне домена»

при нахождении более 20% тканей (органов) за пределами брюшной полости речь идет о «сложной грыже», в лечении которой можно говорить о «потере домена» и о возможном повышении внутрибрюшного давления при погружении этих тканей в брюшную полость.



Ramirez O.M.

Как нам кажется, более точным является определение «потери домена» по повышению давления в брюшной полости при ушивании брюшной стенки. Повышение давления более 15 мм рт.ст. является критерием повышения давления, более 20 мм рт.ст. является опасным, а более 25 мм рт.ст. закономерно приводит к развитию «компармент-синдрома» с тяжелыми осложнениями, вплоть до летального исхода. В связи с этим измерение давления в брюшной полости как в конце операции, так и в раннем послеоперационном периоде является нормой современной хирургии грыж.

До недавнего времени в арсенале хирургов не было методик увеличения объема брюшной полости.

Революционные изменения в лечении больных с большими послеоперационными грыжами произошли после 1990 года. Связано это с работой Ramirez O.M. (1990) – который показал возможность разделения мышечно-фасциальных компонентов для увеличения объема брюшной полости, что позволило провести ушивание даже больших грыжевых дефектов брюшной стенки без натяжения. Основные предложения Ramirez O.M. следующие:

1. Значительная мобилизация апоневроза до боковых поверхностей брюшной стенки.
2. Рассечение апоневроза наружной косой мышцы живота в месте крепления к влагалищу прямой мышцы, начиная от реберной дуги до лонной кости (рис. 11.2, 11.3), рассечение заднего листка влагалища прямых мышц живота (рис. 11.4). Такое рассечение приводит к тому, что значительно «удлиняются» боковые стенки живота и соответственно увеличивается объем брюшной полости.
3. Сшивание влагалищ прямых мышц живота.

Рис. 11.2. Рассечение апоневроза наружных косых мышц живота в месте крепления их к влагалищам прямых мышц живота проводится от реберной дуги до лонной кости

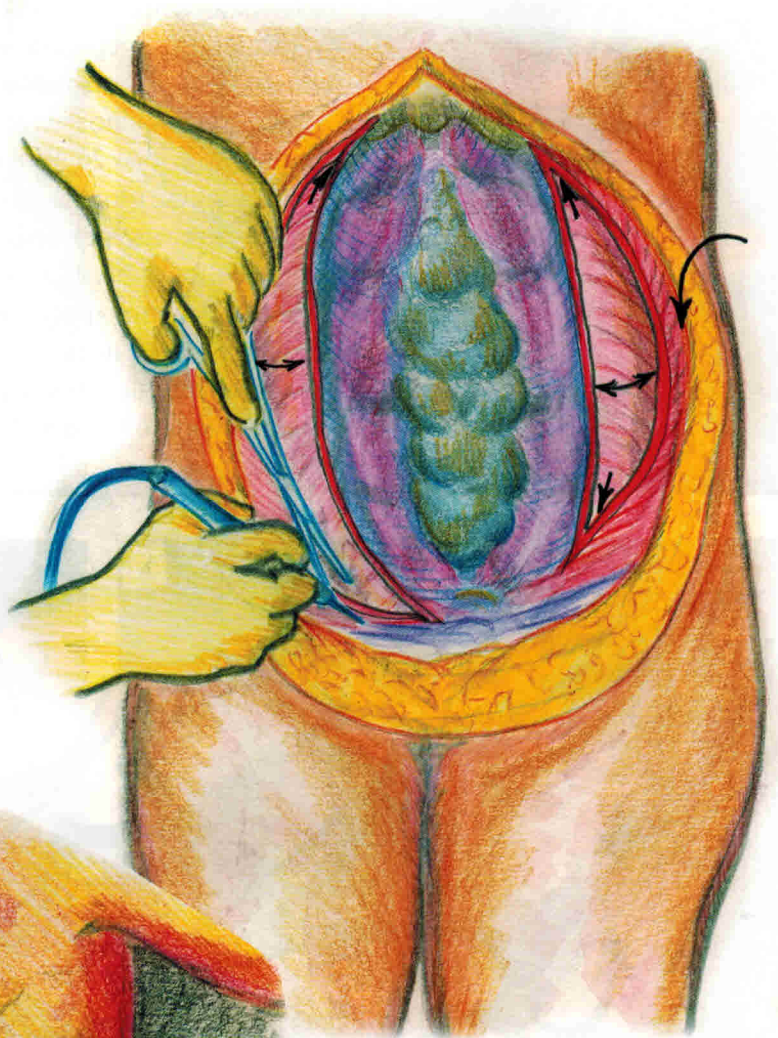


Рис. 11.3. Схема рассечения апоневрозов с обеих сторон

Схема операции представлена на рисунке 11.4.

Некоторые этапы операции показаны на фотографиях (рис. 11.5).

По данным большинства авторов, подобное деление мышечно-апоневротических компонентов позволяет без натяжения ликвидировать дефекты до 12 см в эпигастрии и до 20 см в области пупка. Надо отметить, что методика Рамиреса стала возможна из-за того, что брюшная стенка в своих боковых отделах состоит из трех основных мышц – наружной косой, внутренней косой и поперечной (рис. 11.6, 11.7). Все эти мышцы расположены в разных направлениях и все они «растягивают» брюшную стенку латерально. Именно пересекая одну или несколько мышц и лишая их «точек крепления» хирург может «растянуть» брюшную стенку медиально и соответственно увеличить объем брюшной полости.

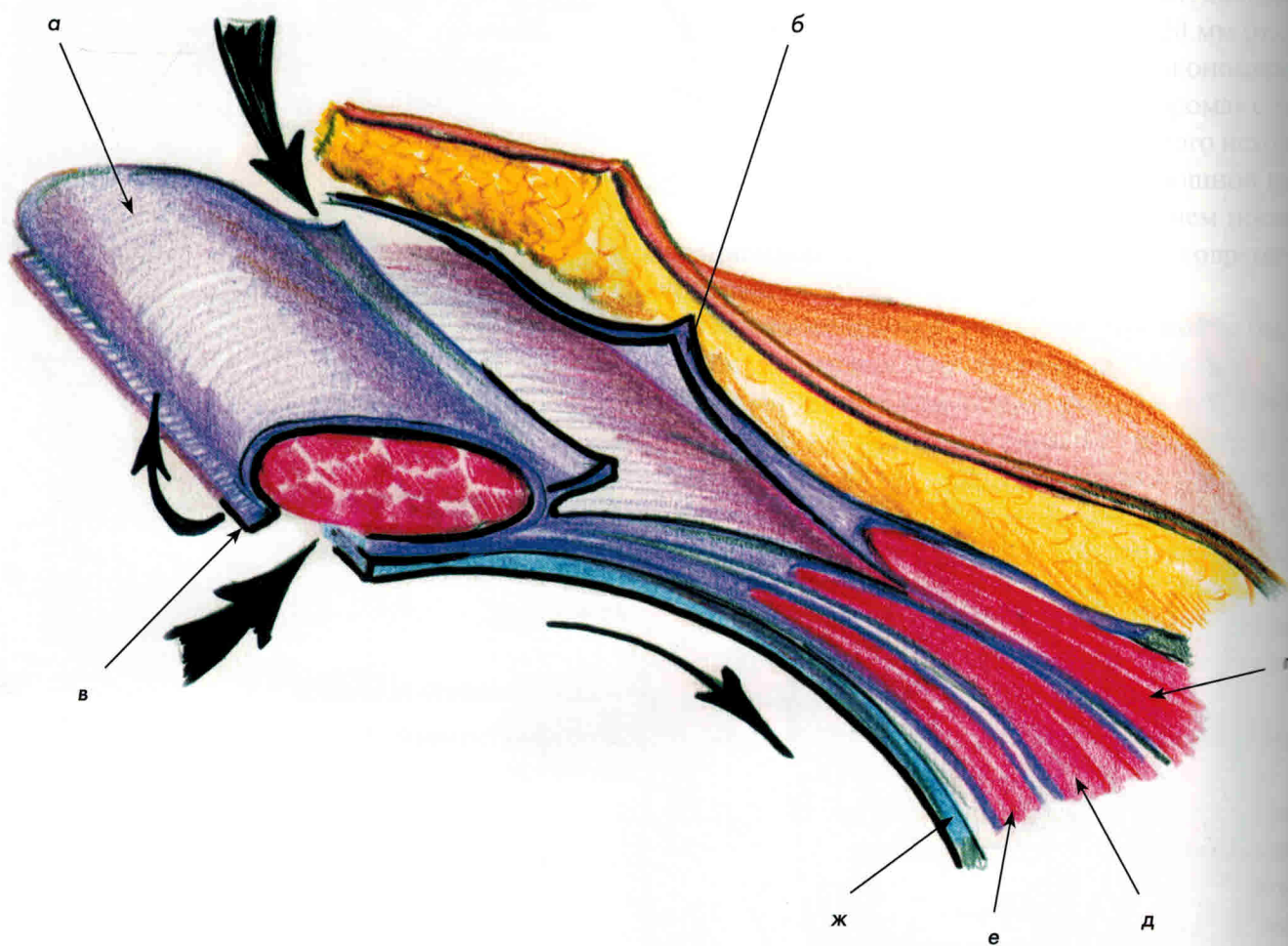


Рис. 11.4. Схема методики Рамиреса:

- а – влагалище прямой мышцы живота;
- б – рассеченный апоневроз наружной косой мышцы живота;
- в – рассеченный край заднего влагалища прямой мышцы живота;
- г – наружная косая мышца живота;
- д – внутренняя косая мышца;
- е – поперечная мышца живота;
- ж – брюшина

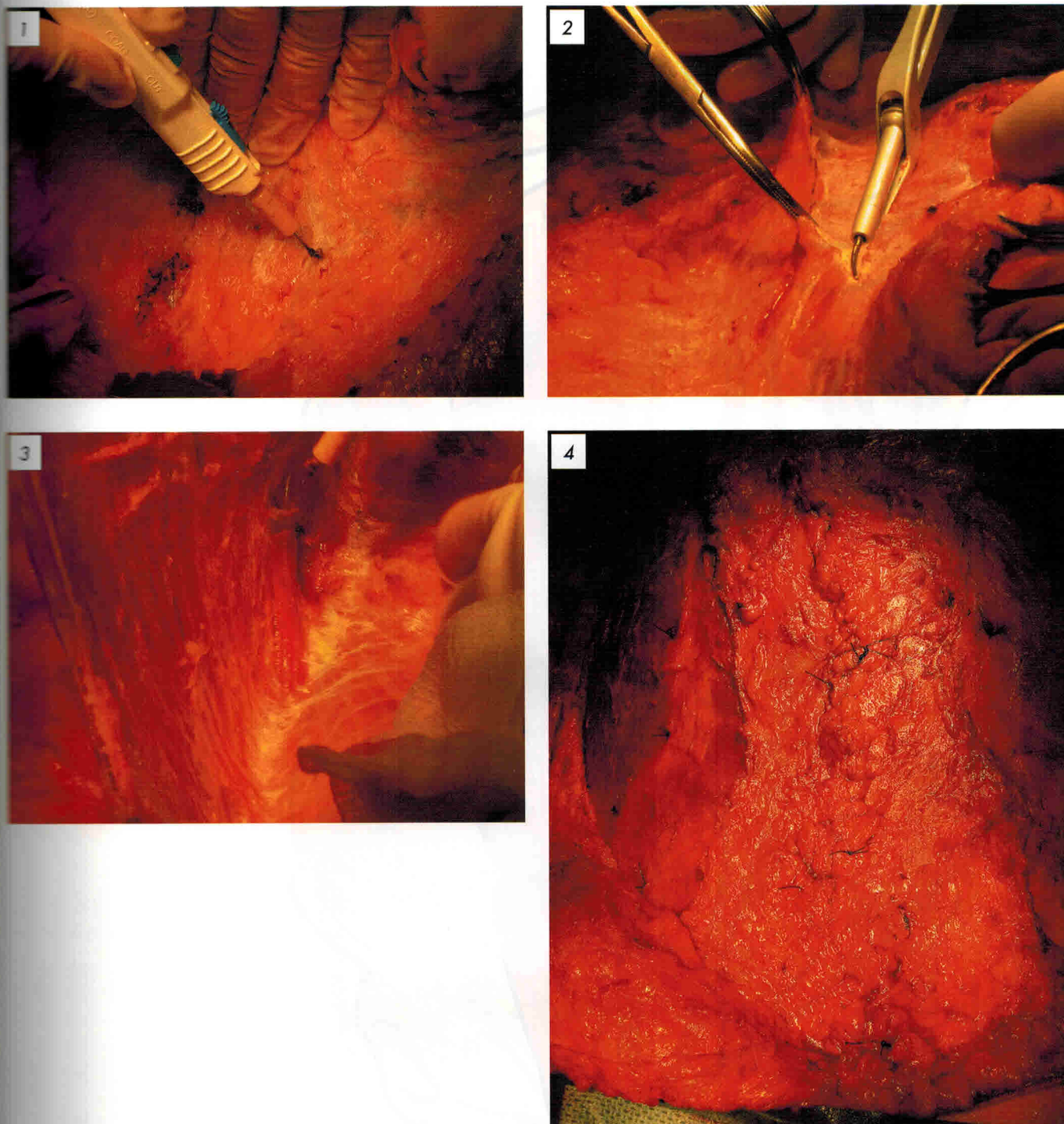


Рис. 11.5. Этапы операции Рамиреса:

- 1 – мобилизуются передние листки влагалищ прямых мышц живота;
- 2 – рассекается апоневроз наружной косой мышцы живота в месте перехода его в листки влагалищ прямых мышц живота;
- 3 – наружная косая мышца живота мобилизуется и отделяется от внутренней косой мышцы;
- 4 – вид апоневроза после ушивания вновь-образованной белой линии. Видны дефекты в области отсеченных наружных косых мышц, размеры которых показывают, на сколько увеличился объем брюшной полости

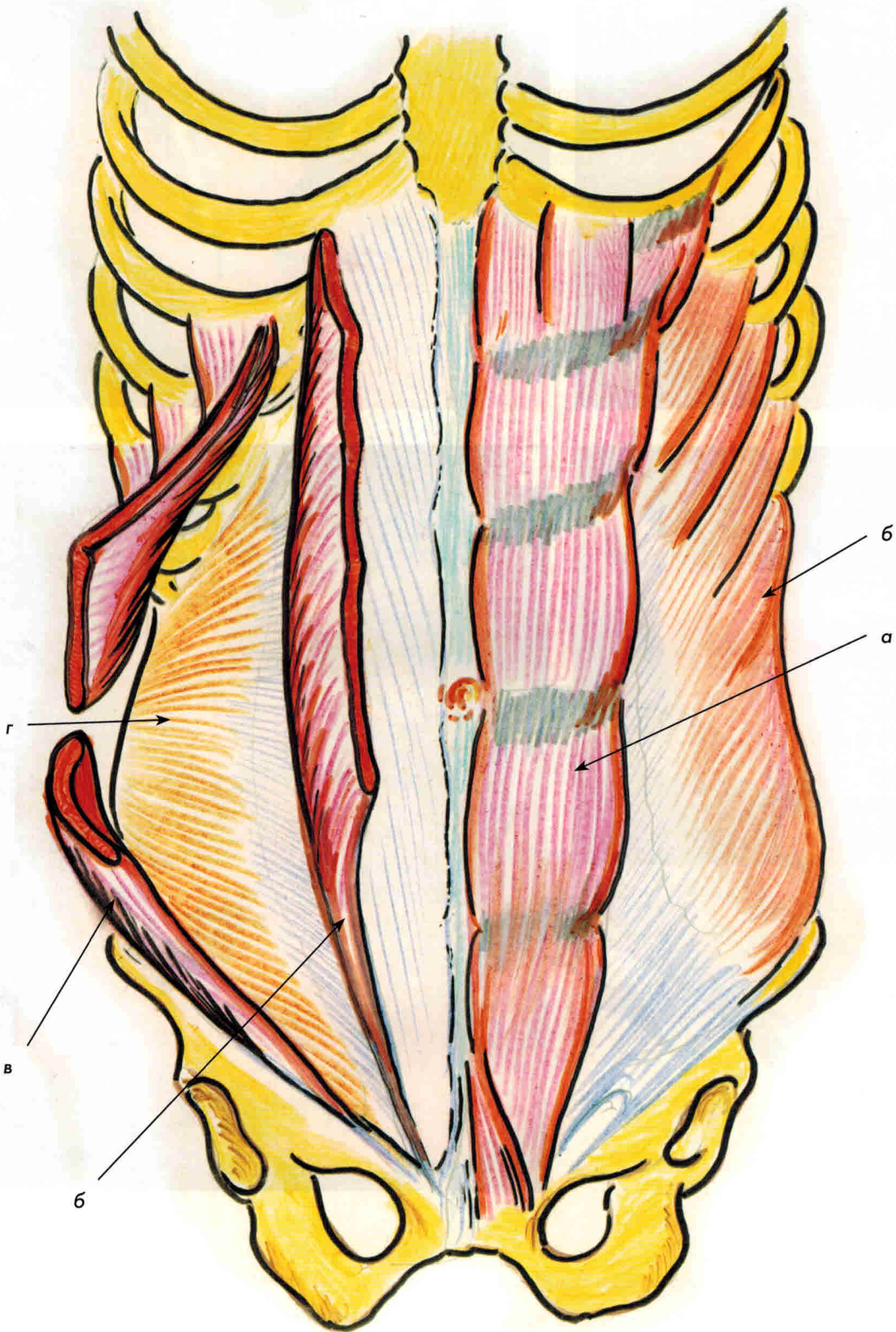


Рис. 11.6. Расположение мышечных волокон в боковых отделах брюшной стенки:

- а – прямая мышца живота (справа покрыта фасцией);
- б – наружная косая мышца живота;
- в – внутренняя косая мышца живота;
- г – поперечная мышца живота