

# Операции при грыжах живота

# 8

## 1. Хирургическая анатомия

### Полость живота

#### 1.1. Полость живота (cavum abdominalis)

Полость живота (*cavum abdominalis*) ограничена передней брюшной фасцией (*f. endoabdominalis*) и включает в себя брюшную полость и забрюшинное пространство.

Переднюю стенку полости живота образует диафрагма, переднебоковую — мышцы брюшного пресса, заднюю — позвоночник и мышцы поясничной области. Внизу полость живота непосредственно переходит в полость малого таза, которая, по сути, выделена условно. Между этими полостями имеется широкое сообщение, и органы брюшной полости (кишечник и сальник) свободно опускаются в полость таза.

#### 1.2. Переднебоковая стенка живота

Переднебоковая стенка живота ограничена мечевидным отростком и реберными дугами, справа и слева — задней подмышечной линией (*l. axillaris posterior*), снизу — симфизом лобковых костей, паховой складкой и гребнем подвздошной кости до задней подмышечной линии. Костно-мышечными ориентирами служат мечевидный отросток, реберные дуги, концевой отдел ребра, подвздошные гребни, верхние переднеподвздошные ости, лонные бугорки, симфиз, паховый желобок прямой мышцы живота.

Переднебоковую стенку живота делят на три отдела: верхний — *epigastrium*, средний — *mesogastrium*, нижний — *hypogastrium*. Двумя вертикальными линиями, проведенными по краям прямых мышц живота, каждый из этих отделов делят на четыре области. В верхнем отделе различают собственную подреберную, а также правую и левую подреберные области. Средний отдел состоит из пупочной области и левой боковых областей. В нижнем

отделе также три области: лобковая, правая и левая подвздошно-паховые. Кожа тонкая и подвижная, за исключением пупка (*umbilicus*), где она образует втяжение и прочно сращена с подлежащим апоневрозом.

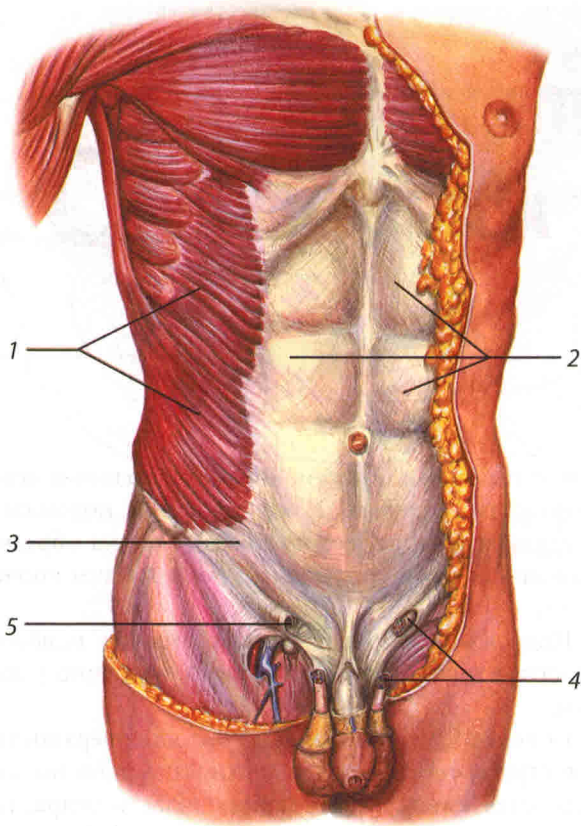
Подкожная жировая основа рыхлая; наиболее развита в нижних отделах живота, особенно у женщин.

Поверхностная фасция состоит из поверхностного и глубокого листков. Поверхностный листок продолжается книзу, на переднюю область бедра, глубоко прикрепляется к паховой связке. Собственная фасция покрывает наружную косую мышцу, ее апоневроз, переднюю стенку влагалища прямой мышцы и прикрепляется к паховой связке. Эта фасция препятствует опущению паховой грыжи ниже паховой связки.

Мышечный слой представлен наружной косой (*m. obliquus abdominis externus*), внутренней косой (*m. obliquus abdominis internus*), поперечной (*m. transversus abdominis*), прямой (*m. rectus abdominis*) и пирамидальной (*m. pyramidalis*) мышцами (рис. 8.1, 8.2).

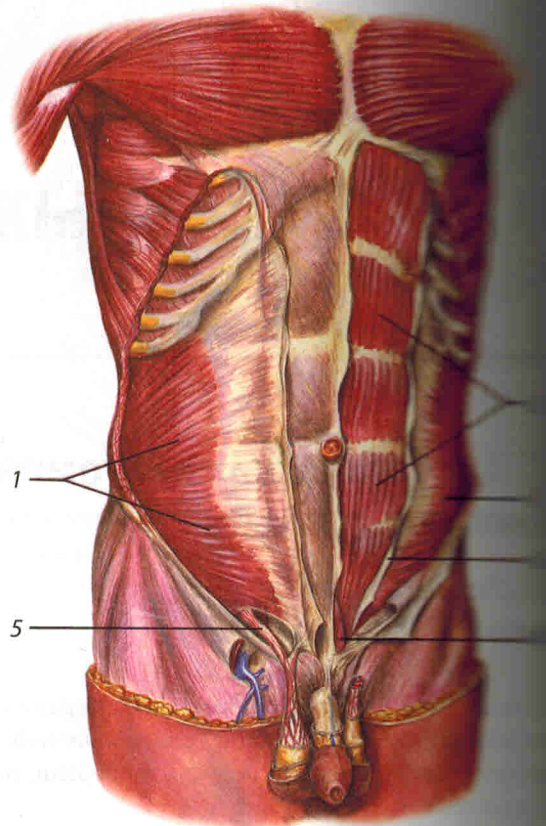
Мышцы живота парные, имеют собственные фасциальные футляры, различаются по протяженности, направлению мышечных волокон и выполняемым функциям.

Наружная косая мышца живота (*m. obliquus externus*). Занимает самое поверхностное положение. Пучки мышечных волокон направлены сверху вниз и сзади наперед. Линия их перехода в апоневроз в средних отделах живота проходит параллельно наружному краю прямой мышцы живота и отстоит от него на 1,5–2 см кнаружи. Широкий апоневроз наружной косой мышцы живота ложится на переднюю поверхность прямой мышцы живота и принимает участие в создании передней стенки ее влагалища, а также, срастаясь с одноименным апоневрозом противоположной стороны, образует белую линию живота (рис. 8.3). Внизу, между передневерхней остью подвздошной кости и лонным бугорком



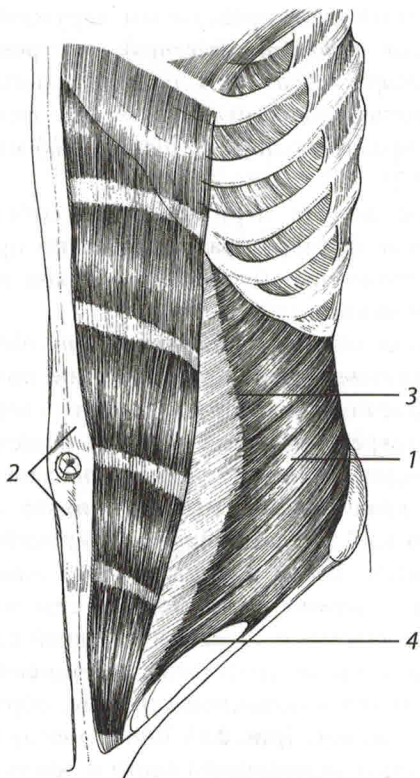
**Рис. 8.1.** Операции при грыжах живота. Анатомия и топография стенок живота. Мышцы:

1 — *m. obliquus abdominis externus*; 2 — передняя стенка влагалища *m. recti abdominis*; 3 — *aponeurosis m. obliqui abdominis externi*; 4 — *funiculus spermaticus*; 5 — *anulus inguinalis superficialis*



**Рис. 8.2.** Операции при грыжах живота. Анатомия и топография стенок живота. Мышцы. Справа удален *m. obliquus externus abdominis*, слева иссечена передняя стенка влагалища *m. recti abdominis*, обнажен *m. transversus abdominis*.

1 — *m. obliquus abdominis internus*; 2 — *m. rectus abdominis*; 3 — *aponeurosis m. transversus abdominis*; 4 — *m. pyramidalis*; 5 — *funiculus spermaticus*; 6 — *linea semilunaris*



ком, свободный край апоневроза, прикрепляясь к этим костным выступам, подворачивается назад, образуя туго натянутый желоб — паховую связку (*lig. inguinale, s. pouparti*).

Внутренняя косая мышца живота (*m. obliquus internus*) расположена под наружной косой мышцей. Она начинается от глубокого листка *fascia transversalis*, *linea intermedia cristae iliacaе* и внутренней половины паховой связки. Мышечные волокна на внутренней косой мышце имеют направление обратное направлению волокон наружной косой мышцы, и расходятся веерообразно снизу вверх снаружи внутрь. Верхняя часть мышечных волокон прикрепляется к нижнему краю X–XII ребер.

**Рис. 8.3.** Операции при грыжах живота. Анатомия и топография стенок живота. Белая (*linea alba*) и спигелиевы (*linea semilunaris*) линии:

1 — *m. transversus abdominis*; 2 — *linea alba*; 3 — *linea semilunaris*; 4 — *aponeurosis m. transversus abdominis*



часть, не доходя до прямой мышцы, переходит в апоневроз, который сразу расщепляется на два листка, принимая участие в образовании передней и задней стенок влагалища прямой мышцы. Нижние концы внутренней косой мышцы участвуют в образовании верхней и передней стенок пахового канала. Часть волокон внутренней косой мышцы живота образует *m. cremaster*, которая является одной из мышц семенного канатика.

Поперечная мышца живота (*m. transversus abdominis*) — самый глубокий мышечный слой брюшной полости. Она начинается шестью пучками от внутренней поверхности шести нижних реберных хрящей, глубокого листка *fascia thoracolumbalis*, *labium costae ilicae* и латеральной трети паховой связки. Распространяясь в поперечном направлении, мышечные пучки приближаются к прямой мышце живота и переходят в апоневроз, образуя изогнутую дугообразную линию (*linea semilunaris*) — спигелиевую линию (рис. 8.3). В верхнем отделе живота апоневроз поперечной мышцы проходит позади прямой мышцы и срастается с глубокой пластинкой апоневроза внутренней косой мышцы, участвуя в образовании задней стенки влагалища прямой мышцы. В нижнем отделе живота апоневроз поперечной мышцы переходит на переднюю поверхность прямой мышцы живота, где, срастаясь с апоневрозом внутренней косой мышцы, участвует в образовании передней стенки влагалища прямой мышцы. В области перехода апоневроза поперечной мышцы на переднюю поверхность прямой мышцы живота волокна апоневроза образуют дугообразную линию (*linea arcuata*), или дугообразную линию (рис. 8.4).

Прямая мышца живота (*m. rectus abdominis*) начинается от хрящей III–IV ребер и мечевидного отростка грудины, направляется вниз в виде двух широких тяжей, лежащих по обеим сторонам от белой линии живота, и прикрепляется к верхнему краю лобковой кости. На протяжении мышцы имеются сухожильные перемычки, из которых расположены выше пупка, одна — на уровне пупка и последняя, непостоянная, — ниже пупка. Как мы уже указывали, прямые мышцы живота лежат во влагалище, образованном сухожильными тяжами боковых широких мышц живота. В верхнем отделе, выше *linea arcuata*, в формировании передней стенки влагалища принимают участие апоневроз наружной косой мышцы и перепончатый листок расщепленного апоневроза внутренней косой мышцы и апоневроза поперечной мышцы. На 2–5 см ниже пупка (ниже *linea arcuata*) апоневрозы всех широких мышц переходят на переднюю поверхность прямых мышц живота и участвуют в формировании передней стенки их вла-

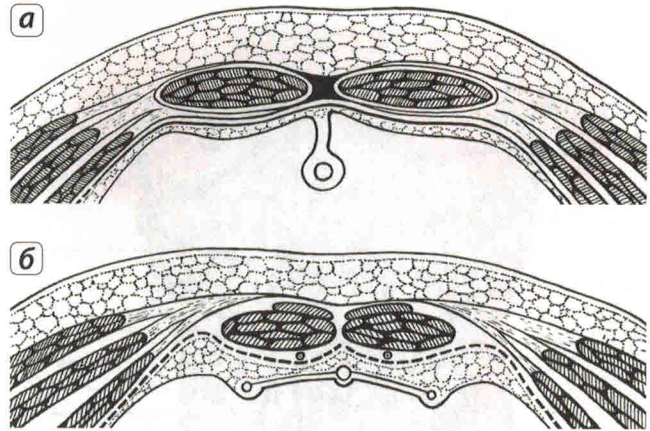


Рис. 8.4. Операции при грыжах живота. Анатомия и топография стенок живота. Строение влагалища прямых мышц живота:

а — выше *lin. arcuata*; б — ниже *lin. arcuata*

галища. Задняя стенка здесь образована поперечной фасцией (см. рис. 8.4).

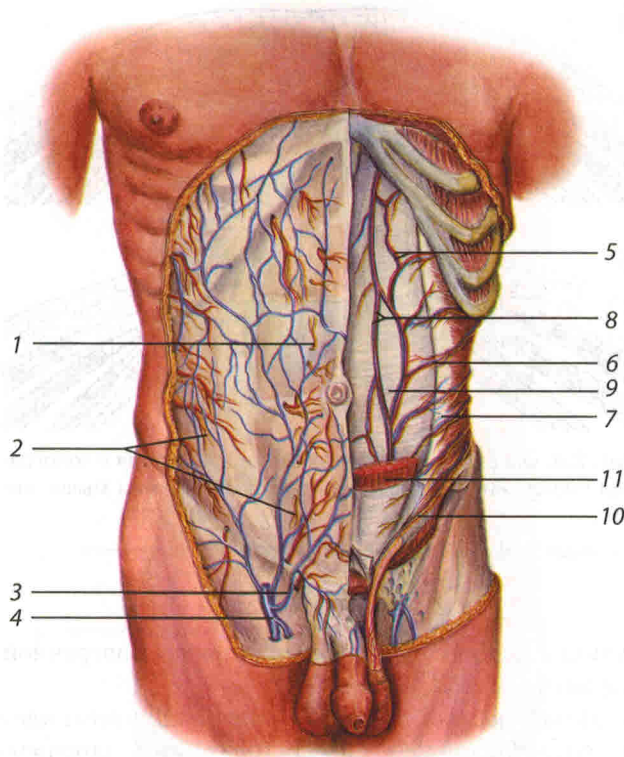
Позади каждой прямой мышцы сверху вниз идет *a. epigastrica superior*. Ей навстречу снизу направляется более крупная *a. epigastrica inferior*. Эти артерии широко анастомозируют между собой и сопровождаются одноименными венами.

Пирамидальная мышца (*m. pyramidalis*) располагается кпереди от *m. rectus abdominis*, имеет треугольную форму толщиной 3–8 мм, начинается от лобковой кости и заканчивается на различных уровнях нижних отделов белой линии живота.

Наиболее часто (у 82% больных) *m. pyramidalis* лежит в тонком фасциальном футляре, окруженном слоем рыхлой клетчатки, легко отделяется от прямой мышцы живота и перемещается кнаружи для прикрытия высокого пахового промежутка. У 18% больных мышцу можно мобилизовать в пластических целях. Длина пирамидальной мышцы составляет 6,4–8,5 см. Ширина у основания — 1,2–3,2 см. Площадь в среднем равна 7 см<sup>2</sup>.

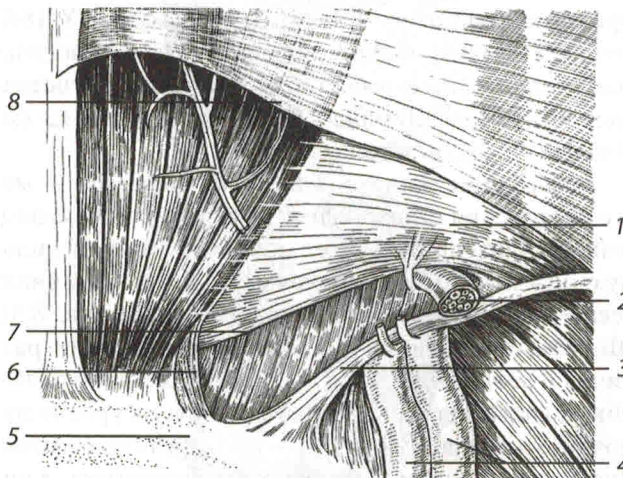
Белая линия живота (*linea alba abdominis*) — место соединения сухожильных тяжей широких мышц живота. Она представляет собой узкую сухожильную пластину, располагающуюся по средней линии тела от мечевидного отростка до лона (см. рис. 8.3). Ширина белой линии на всем ее протяжении различна и колеблется от 1,5 до 2,5 см. У женщин белая линия достигает наибольшей ширины на уровне пупочного кольца, у мужчин — на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком. Книзу от пупка белая линия значительно суживается и на расстоянии 1,5–2 см ниже пупка превращается в узкий тяж шириной до 0,2–0,3 см, но более утолщенный. Белая линия в верхнем отделе живота довольно слабое место. Между ее перекрещивающимися су-





**Рис. 8.5.** Операции при грыжах живота. Анатомия и топография стенок живота. Кровеносные сосуды и нервы поверхностного и глубокого слоев брюшной стенки:

1 — *rr. cutanei anteriores et laterales nn. intercostalium*; 2 — *rr. cutanei anteriores et laterales nn. iliohypogastricorum*; 3 — *a. et v. pudendae externae*; 4 — *v. femoralis*; 5 — *a. et v. epigastricae superficiales*; 6 — *rr. cutanei laterales aa. intercostalium posteriorum*; 7 — *v. thoracoepigastrica*; 8 — *a. et v. epigastricae superiores*; 9 — задняя стенка влагалища *m. recti abdominis*; 10 — *n. ilioinguinalis*; 11 — *m. rectus abdominis*



**Рис. 8.6.** Операции при грыжах живота. Анатомия и топография стенок живота. Подвздошно-лонный тяж:

1 — *fascia transversalis*; 2 — *funiculus spermaticus*; 3 — *tractus iliopubicus*; 4 — *a. et v. iliacaе externae*; 5 — *lig. pecteneale (Cooperi)*; 6 — *falx inguinalis* (связка Генле); 7 — *arcus tendineus m. transversi abdominis*; 8 — *linea arcuata*

хожильными волокнами образуются ромбовидные щели, заполненные жировой клетчаткой, непосредственно связанной с предбрюшинной клетчаткой. Эти щели служат местом выхода сосудов и нервов, нередко — и грыжевых выпячиваний.

Пупочное кольцо (*anulus umbilicalis*) — отверстие в брюшной стенке, ограниченное со всех сторон соединительными волокнами белой линии живота. Величина отверстия варьирует: может быть полным и почти полное отсутствие просвета, и частично раскрывшееся кольцо, в котором имеется дивертикул брюшины. На поверхности передней брюшной стенки соответствует кратерообразное углубление кожи, которая здесь сращена с рубцовой тканью почной фасцией и брюшиной. Сверху к пупочному кольцу подходит пупочная вена, снизу — две парные артерии и мочево́й проток (*urachus*).

Кровоснабжение передней брюшной стенки осуществляется верхней и нижней эпигастрическими артериями, шестью нижними парами межреберных артерий, а также поверхностными ветвями общей подвздошной артерии (*a. epigastrica superficialis*, *a. epigastrica inferior*, *a. ilium superficialis*, *a. pudenda externa*).

Отток венозной крови по одноименным венам осуществляется по *v. cava superior*, *v. cava inferior*, *v. femoralis*.

Иннервация осуществляется шестью парами межреберных нервов (*nn. intercostales*), а также *n. iliohypogastricus* из поясничного сплетения.

Отток лимфы происходит в надчревные лимфатические узлы (*nodi lymphatici epigastrici*) и подмышечные лимфатические узлы (*nodi lymphatici axillares*), подвздошные (*nodi lymphatici iliaci*) и глубокие паховые (*nodi lymphatici inguinales profundi*) лимфатические узлы.

Кровеносные и лимфатические сосуды поверхностного и глубокого слоев передней брюшной стенки представлены на рис. 8.5.

Поперечная фасция (*fascia transversalis*) — часть *fascia endoabdominalis*, имеет поперечное направление волокон. Прочность поперечной фасции в различных отделах неодинакова. В верхних отделах брюшной стенки она нежная и тонкая. По мере приближения к паховой связке, постепенно переходя в более глубокой ее части, поперечная фасция становится толще и плотнее, образуя связку шириной 0,8–1 см — подвздошно-лонный тяж (*tractus iliopubicus*) (рис. 8.6).

Интерес к *tractus iliopubicus* резко возрос в связи с идеей его использования при укреплении внутренней стенки пахового канала у больных со сложными формами паховых грыж.

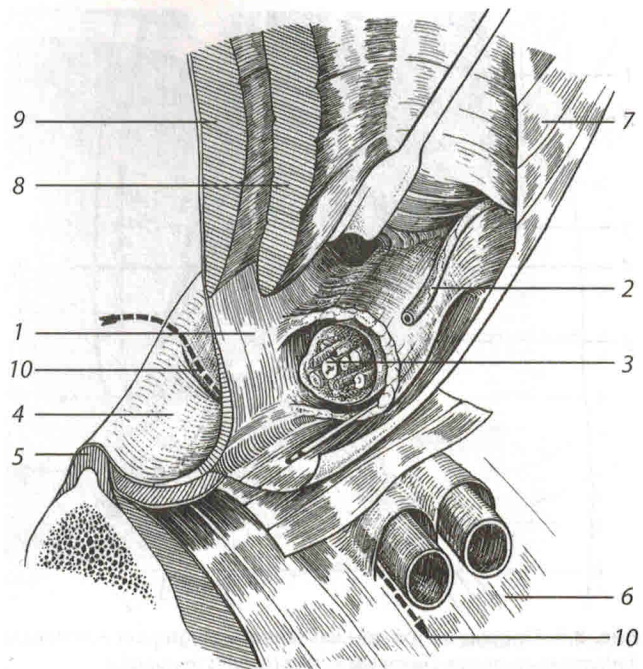
Вместе с пупартовой связкой *tractus iliopubicus* составляет бедренную дугу (*arc. femoralis*) — фиброзный свод над мышечной и сосудистой стенками — и участвует в образовании лакунарной связки.



lacunare). На своем протяжении подвздошно-бедренный тяж дает три отроча: первый — верхнелатеральный, образующий медиальную стенку глубокого пахового кольца (связка Гессельбаха); второй — верхнелатеральный, огибающий это кольцо снизу и снаружи; третий — нижний, спускающийся на бедро и имеющий для герниопластики практического значения. По нашим наблюдениям, связка Гессельбаха и верхнелатеральный отдел подвздошно-лонного тяжа всегда хорошо выражены.

Таким образом, использование для пластики подвздошно-лонного тяжа и его отрочев таит в себе опасность ранения нижней эпигастральной артерии и нижележащих подвздошно-бедренных сосудов. Вместе с тем, использование илиопубического тяжа при грыжепластике для единого шва с захватом пупартовой связки повышает прочность шва в области пахового канала.

Поперечная фасция между серпом, паховой связкой и нижними эпигастральными сосудами называется задней стенкой или дном пахового канала (фундулюс Гессельбаха). Проходя под паховой связкой, она также образует футляр для бедренных сосудов (рис. 8.7). Пространство внутри бедренного канала медиальнее бедренной вены называется бедренным каналом.



**Рис. 8.7.** Операции при грыжах живота. Анатомия и топография стенок живота. Поперечный срез брюшной стенки на уровне симфиза (по Gary G. Wind с изменениями):

1 — fascia transversalis; 2 — funiculus spermaticus; 3 — fascia spermatica interna; 4 — lig. lacunare (Gimbernati); 5 — lig. pecteneale (Cooper); 6 — fascia lata; 7 — m. obliquus externus abdominis; 8 — m. obliquus internus abdominis; 9 — m. transversus abdominis; 10 — стрелкой обозначен ход бедренного канала

## 8.2. Паховый канал (canalis inguinalis)

Проецируется над внутренней половиной паховой связки и направлен сверху вниз, снаружи вовнутрь, сзади наперед (рис. 8.8–8.10).

Длина пахового канала 4–4,5 см. У женщин он несколько длиннее, но уже.

В паховом канале различают четыре стенки и два отверстия. Передняя его стенка — апоневроз наружной косой, а в латеральной части — и волокна внутренней косой мышцы. Верхняя стенка пахового канала образована нижним краем поперечной мышцы живота. Нижней стенкой служит желоб паховой связки, а задней — поперечная фасция.

В паховом канале проходит семенной канатик (funiculus spermaticus) у мужчин или круглая связка матки (lig. teres uteri) у женщин. Снаружи вдоль семенного канатика (или круглой связки матки) проходят нервы: сверху — n. ilioinguinalis, снизу — n. iliohypogastricus.

Пространство между верхней и нижней стенками пахового канала называется паховым промежутком, форма и размеры которого варьируют в довольно широких пределах. Различают две крайние формы пахового промежутка: щелеобразно-овальную и кругло-овальную. При щелеобразно-овальной форме пахового промежутка составляет 1–2 см, при

треугольной — 2–3 см. У женщин высота пахового промежутка меньше, чем у мужчин.

В нижнемедиальной части передней стенки пахового канала располагается поверхностное паховое кольцо (anulus inguinalis superficialis), через которое из канала выходит семенной канатик у мужчин или круглая связка матки у женщин. Поверхностное паховое кольцо ограничено двумя ножками апоневроза наружной косой мышцы, первая из которых (crus mediale) прикрепляется к передней поверхности симфиза, а вторая (crus laterale) — к лонному бугорку. Образованная щель закругляется в кольцо сверху и снаружи апоневротическими межножковыми волокнами (fibrae intercrurales), идущими от середины пупартовой связки вверх и медиально — к белой линии живота, а снизу и изнутри — lig. reflexum (см. рис. 8.9). Размеры поверхностного пахового кольца здорового мужчины позволяют ввести в него кончик указательного пальца при пальпации путем инвагинации мошонки.

Глубокое паховое кольцо (anulus inguinalis profundus) является латеральной частью задней стенки пахового канала. Оно расположено на 1–1,5 см выше середины пупартовой связки и представляет собой отверстие в поперечной фасции, через которое проходит семенной канатик (см. рис. 8.8).



## 8.8. Операции при редких формах грыж живота

### 8.8.1. Грыжи запирающего отверстия (*herniae obturatoriae*)

#### Анатомо-физиологические предпосылки и классификация

*Herniae obturatoriae* выходят из брюшной полости через запирающее отверстие таза (рис. 8.213). *Canalis obturatorius* имеет внутреннее и наружное отверстия. Его ширина 1 см, длина 2,5–3 см. Грыжевой мешок формируется со стороны таза в области запирающей ямки, затем внедряется в расширенное внутреннее отверстие запирающего канала, проходит его и выходит через внутреннее отверстие на медиальную поверхность бедра под приводящими мышцами.

В своем развитии *hernia obturatoria* проходит три последовательные стадии:

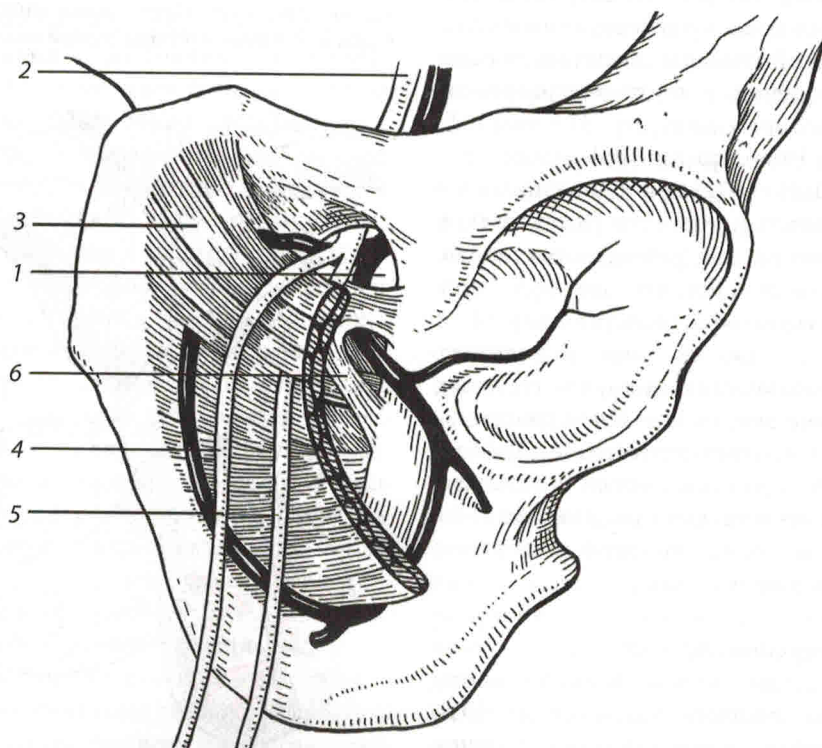
1) *hernia obturatoria interna*, когда грыжевое выпячивание поступает в запирающий канал, но дальше не проходит;

2) *hernia obturatoria externa*, когда грыжевое выпячивание, пройдя запирающий канал, располагается под гребешковой мышцей;

3) *hernia prepectinea*, когда грыжевое выпячивание выходит из-под края гребешковой мышцы.

Запирательные грыжи встречаются крайне редко, преимущественно у женщин пожилого возраста, что объясняется особенностями анатомического строения женского таза: более выраженным его наклоном, большей величиной запирающего отверстия, более вертикальным положением запирающего канала. При старении у женщин уменьшается масса жировой клетчатки в запирающем канале, подвергаются атрофии запирающие мышцы. Вследствие этого промежуток около сосудисто-нервного пучка увеличивается, создавая предпосылки для возникновения грыжи. Этим, в частности, объясняется тот факт, что запирающие грыжи нередко бывают двусторонними.

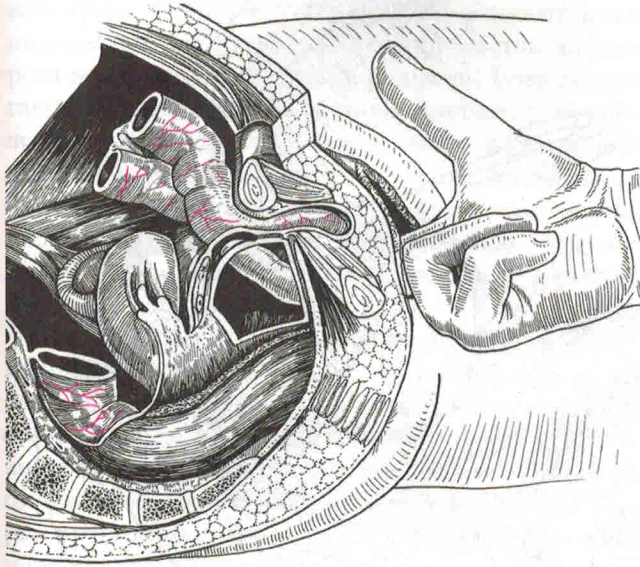
**Клиника.** Распознавание запирающей грыжи в первых двух стадиях ее развития (скрытая форма) очень затруднительно. Лишь в третьей стадии, когда грыжевое выпячивание выходит из-под края гребешковой мышцы, его можно прощупать в виде округлого опухолевидного образования на перенемедиальной стороне верхней трети бедра, в области скарповского треугольника. Скрытые каналикулярные формы распознаются по косвенным признакам. Больные предъявляют жалобы на боли в области внутренней поверхности верхней трети



**Рис. 8.213.** Операции при редких формах грыж живота. Топография *canalis obturatorius*:

1 — *canalis obturatorius*; 2 — *a. et n. obturatorii*; 3 — *m. obturatorius ext.*; 4 — передняя ветвь *n. obturatorius*; 5 — задняя ветвь *n. obturatorius*; 6 — *membrana obturatoria*





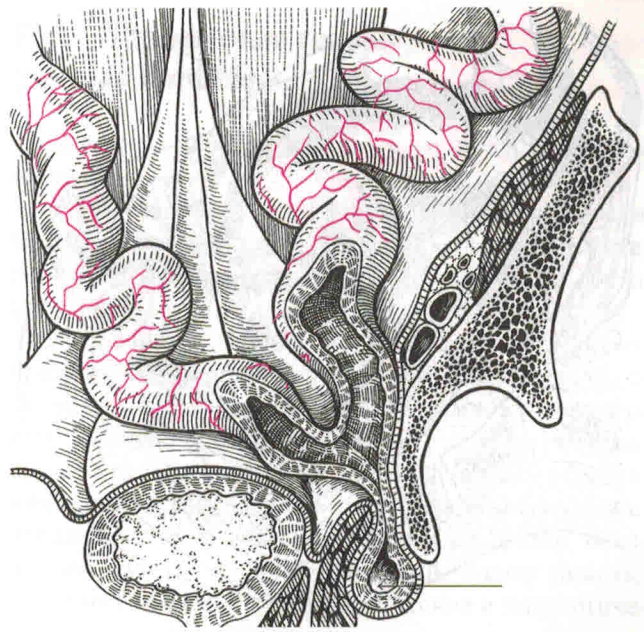
**Рис. 8.214.** Операции при редких формах грыж живота. Запирательная грыжа. Симптом сдавления запирательного нерва. При влагалищном исследовании определяется тяжистое образование, болезненное при пальпации

бедр, нередко носящие невралгический характер. Это обусловлено давлением грыжевого выпячивания на запирательный нерв внутри канала. Иногда боль иррадирует вниз, вплоть до коленного сустава, т. е. охватывает всю область иннервации запирательного нерва. Для уменьшения болезненности больной придает ноге слегка согнутое в тазобедренном суставе положение с ротацией бедра кнутри. По данным S.R. Harper и J.H. Holt (1956), симптом сдавления запирательного нерва при грыже наблюдается в 50% случаев. Хорошее подспорье в диагностике — влагалищное и ректальное исследования, позволяющие прощупать изнутри область запирательного отверстия. При наличии грыжи определяется тяжистое образование, болезненное при пальпации (рис. 8.214).

Ущемление запирательной грыжи сопровождается быстроразвивающимися симптомами кишечной непроходимости, что и является поводом для экстренной операции. Диагноз ущемления запирательной грыжи наиболее часто устанавливается после лапаротомии. Следует иметь в виду возможность рихтеровского ущемления запирательной грыжи, при котором явления кишечной непроходимости развиваются поздно (рис. 8.215).

В таких случаях своевременная диагностика внутреннего ущемления имеет чрезвычайно огромное значение, во многом определяя исход заболевания.

**Оперативное лечение.** Существуют различные способы операций при запирательных грыжах жи-



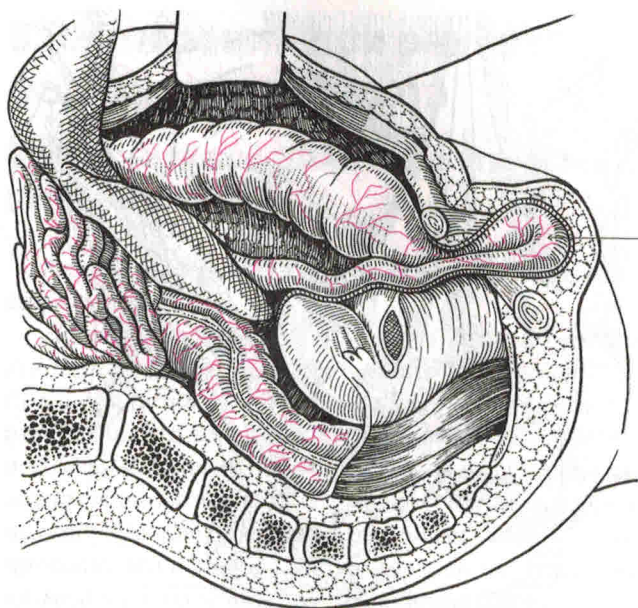
**Рис. 8.215.** Операции при редких формах грыж живота. Запирательная грыжа. Рихтеровское ущемление (стрелкой указана локализация грыжевого мешка)

вота, которые отличаются друг от друга доступом к грыжевому мешку и внутреннему отверстию запирательного канала. В тех случаях, когда диагноз до операции не установлен и операция предпринимается по поводу кишечной непроходимости, наиболее часто применяются нижнесрединная лапаротомия или нижний параректальный разрез брюшной стенки. Преимущество этих доступов в том, что при ущемлении запирательной грыжи создаются хорошие условия для осмотра и при необходимости резекции кишечника. Однако лапаротомный разрез не обеспечивает достаточно удобств для закрытия грыжевого дефекта. Хирург вынужден оперировать в глубине таза, что увеличивает опасность ранения запирательных сосудов. Доступ к внутреннему отверстию запирательного канала при лапаротомных разрезах значительно улучшается, если больному придать положение Тренделенбурга.

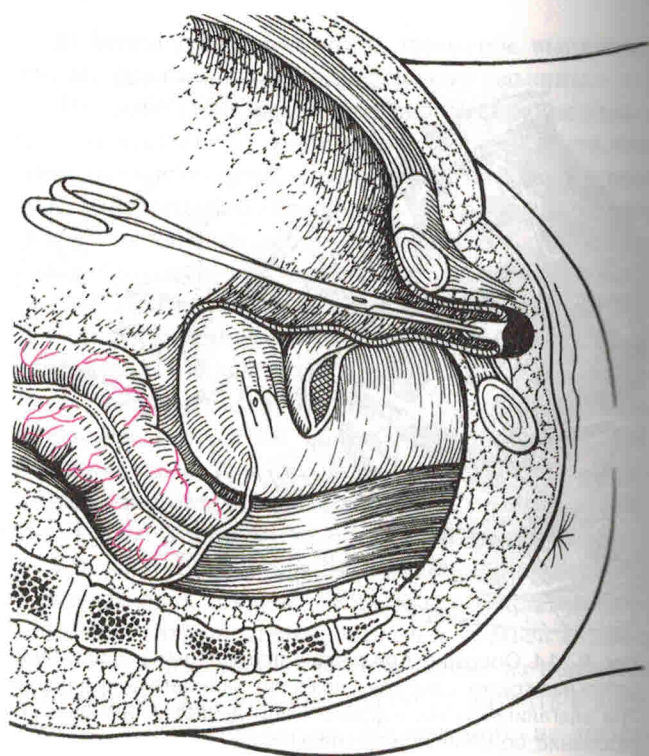
После вскрытия брюшной полости свободные петли кишечника и сальник оттесняются вверх с помощью широких марлевых салфеток (рис. 8.216).

Захватив в каждую руку приводящий и отводящий отделы кишечника, хирург старается осторожными пилящими движениями вывести ущемленную петлю кишки из запирательного отверстия (Юсупов Т., 1965). Если это не удастся, следует расщепить ущемляющее кольцо путем надреза запирательной мембраны книзу и кнутри, чтобы не ранить запирательную артерию. Удаление грыжевого мешка производят методом обратной инвагинации (рис. 8.217).

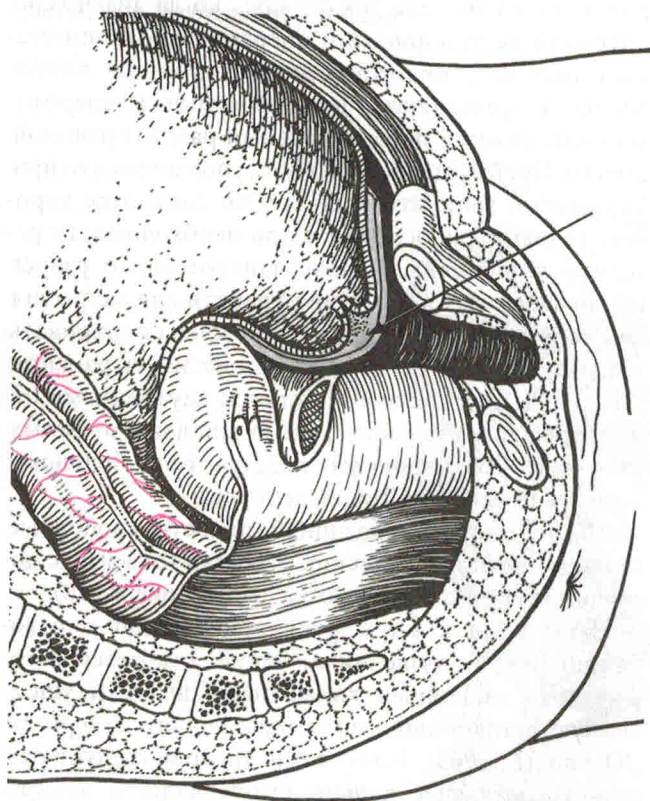




**Рис. 8.216.** Операции при редких формах грыж живота. Запирательная грыжа. Оперативное лечение. После вскрытия брюшной полости свободные петли кишечника, сальник отесняются вверх с помощью широких марлевых салфеток (стрелкой указана локализация грыжевого мешка)



**Рис. 8.217.** Операции при редких формах грыж живота. Запирательная грыжа. Оперативное лечение. Удаление грыжевого мешка методом обратной инвагинации



**Рис. 8.218.** Операции при редких формах грыж живота. Запирательная грыжа. Оперативное лечение. После иссечения грыжевого мешка и ушивания брюшины может быть выполнена эксплантация. Эксплантат обозначен стрелкой

Внутреннее отверстие закрывается путем наложения швов на ножки внутренней запирательной мышцы, и после иссечения грыжевого мешка и ушивания брюшины вполне возможна эксплантация (рис. 8.218).

В тех случаях, когда диагноз ясен и грыжа не ущемлена, используется бедренный доступ к запирательному каналу. Разрез вертикальный, длиной 10–12 см от паховой связки между лонным бугорком и бедренной веной. Рассекают кожу, подкожную клетчатку и широкую фасцию бедра, обнажают внутренний край гребешковой мышцы. В промежутке между гребешковой и длинной приводящей мышцами находят грыжевой мешок.

При каналикулярных формах гребешковую мышцу отводят вверх и в латеральную сторону или рассекают в поперечном направлении. При выделении грыжевого мешка необходимо обнажить запирательную артерию, держа ее в поле зрения. После удаления грыжевого мешка путем сшивания ножек наружной запирательной мышцы ликвидируется запирательный канал. Для пластики можно воспользоваться мышечным лоскутом из гребешковой мышцы. Если грыжа ущемлена, необходимо дополнительно произвести лапаротомный разрез.

Хороший доступ к внутреннему запирательному отверстию создает позадилоновый предбрюшинный разрез по Четлу–Генри, предложенный этими



хирургами для оперирования двусторонних бедренных грыж. Поперечно над лоном рассекают кожу, подкожную клетчатку и передний листок апоневроза влагалищ прямых мышц живота. Тупо раздвигают мышцы, предбрюшинную клетчатку позадилоного пространства с отведением париетального листка брюшины кверху. В области внутреннего заперательного отверстия выделяют грыжевой мешок, после обработки которого сшивают края ножки внутренней заперательной мышцы 2–3 узловыми швами.

Позадилонный предбрюшинный доступ очень напоминает доступ Nyhus; он дает возможность хорошо осмотреть заднюю поверхность передней стенки таза, легко выделить грыжевой мешок и под контролем зрения ушить внутреннее отверстие заперательного канала. В случае необходимости через этот доступ можно легко вскрыть брюшину, получив при этом хорошую экспозицию для ревизии органов живота и возможность выполнить резекцию кишечника и сальника. Кроме этого позадилонный чрезбрюшинный доступ позволяет ликвидировать и двусторонние заперательные грыжи, и — что иногда встречается — сопутствующую бедренную грыжу.

### 8.8.2. Поясничные грыжи (herniae lumbales)

Анатомия поясничной области представлена в главе 1.

*Herniae lumbales* выходят из брюшной полости через заднюю ее стенку, чаще в области пространства Гринфельта–Лесгафта и треугольника Пети (рис. 8.219).

Встречаются исключительно редко; бывают врожденные и приобретенные. Первые выявляются сразу после рождения ребенка или в течение первых месяцев жизни. Их появление связано с аномалиями в развитии мускулатуры поясничной области или с пороками развития. Приобретенные грыжи образуются под влиянием факторов, резко ослабляющих или разрушающих заднюю стенку живота; среди них выделяют физиологические и патологические, такие, как многократные беременности и роды, старческая атрофия мышечного аппарата, ожирение, асцит, хронический бронхит, запоры, травмы брюшной стенки и операции, воспалительные процессы, полиомиелит и др.

Поясничные грыжи встречаются в любом возрасте. Чаще они бывают у мужчин. Содержимым грыжи

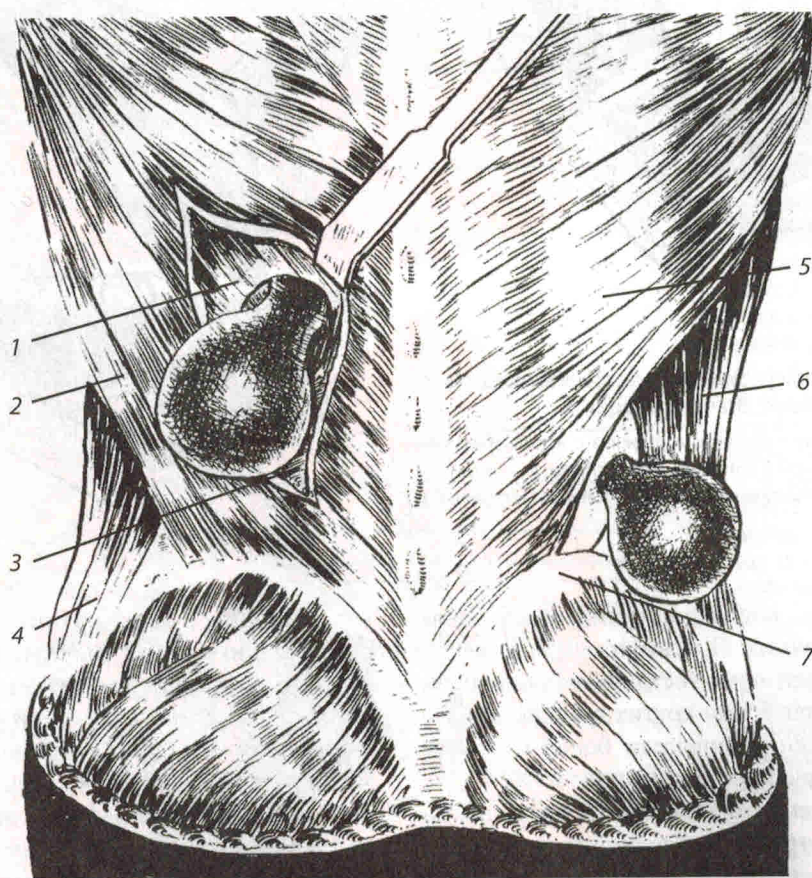


Рис. 8.219. Операции при редких формах грыж живота. Поясничные грыжи живота:

1, 3 — *m. obliquus internus abdominis*; 2, 5 — *m. latissimus dorsi*; 4, 6 — *m. obliquus externus abdominis*; 7 — *ala ossis ilii dexter*