

# Оглавление

Предисловие .....	5
Введение .....	6
<b>Общая часть</b>	
Глава 1. История хирургии грыж живота.....	11
Глава 2. Хирургическая анатомия стенок живота .....	20
Глава 3. Строение грыжи, классификация по анатомическим и клиническим признакам, диагностика .....	38
3.1. Строение грыжи .....	38
3.2. Классификация грыж.....	40
3.3. Диагностика.....	49
Глава 4. Этиология и патогенез грыж живота, летальность.....	56
4.1. Этиология .....	56
4.2. Патогенез .....	60
4.3. Летальность.....	63
Глава 5. Основные принципы лечения грыж живота .....	65
Глава 6. Показания к операции при вентральной грыже и оценка факторов риска послеоперационных осложнений .....	82
Глава 7. Особенности лечения больных пожилого и старческого возраста.....	93
Глава 8. Подготовка к операции, послеоперационный период.....	103
8.1. Подготовка к операции .....	103
8.2. Послеоперационный период .....	106
<b>Специальная часть</b>	
Глава 9. Грыжи эпигастральной и околопупочной областей брюшной стенки .....	111
9.1. Грыжи мечевидного отростка.....	114
9.2. Пупочные грыжи .....	114
9.3. Диастаз прямых мышц живота. Грыжи белой линии.....	130
Глава 10. Паховые грыжи .....	139
10.1. Хирургическая анатомия паховых грыж и анатомо-физиологические предпосылки их возникновения .....	140
10.2. Классификация и современная концепция патогенеза паховых грыж ....	153
10.3. Клиника и диагностика паховых грыж.....	158

10.4. Операции при паховой грыже .....	161
10.5. Операция при врожденной паховой грыже у взрослых .....	200
10.6. Особенности пахового грыжесечения у женщин .....	202
10.7. Рецидивные паховые грыжи .....	202
10.8. Осложнения после операции при паховой грыже .....	229
10.9. Ущемленные паховые грыжи .....	230
Глава 11. Бедренные грыжи .....	233
11.1. Хирургическая анатомия и анатомо-физиологические предпосылки .....	233
11.2. Клиника и диагностика .....	239
11.3. Лечение .....	241
11.4. Ущемленные бедренные грыжи .....	256
Глава 12. Лапароскопическая герниопластика .....	258
12.1. Лапароскопическая герниопластика при паховых грыжах .....	258
12.2. Лапароскопическая герниопластика при вентральных грыжах .....	270
12.3. Осложнения лапароскопической герниопластики .....	275
Глава 13. Диафрагмальные грыжи .....	277
13.1. Врожденные грыжи собственно диафрагмы .....	281
13.2. Травматические грыжи диафрагмы .....	284
13.3. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы .....	291
13.4. Ущемленные диафрагмальные грыжи .....	294
Глава 14. Послеоперационные грыжи .....	296
14.1. Классификация .....	297
14.2. Этиология и патогенез .....	303
14.3. Клиника и диагностика .....	311
14.4. Современная концепция лечения послеоперационных грыж .....	316
14.5. Оперативное лечение .....	317
14.6. Ущемленные послеоперационные грыжи .....	358
Глава 15. Редкие формы грыж живота .....	361
15.1. Грыжи запирающего отверстия .....	361
15.2. Поясничные грыжи .....	364
15.3. Промежностные грыжи .....	365
15.4. Седалищные грыжи .....	366
15.5. Грыжи полулунной линии .....	367
15.6. Внутренние грыжи .....	371



## Глава 9

# Грыжи эпигастральной и околопупочной областей брюшной стенки

*«Fit your operation to your patient — not your patient to your operation»*

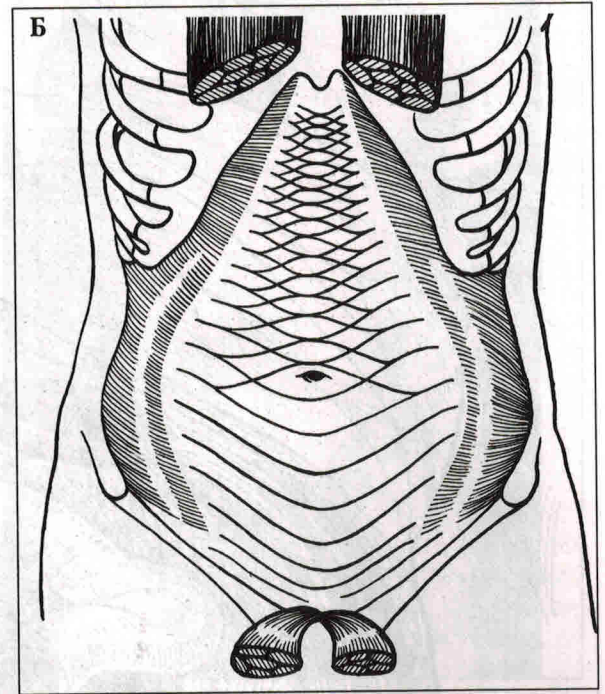
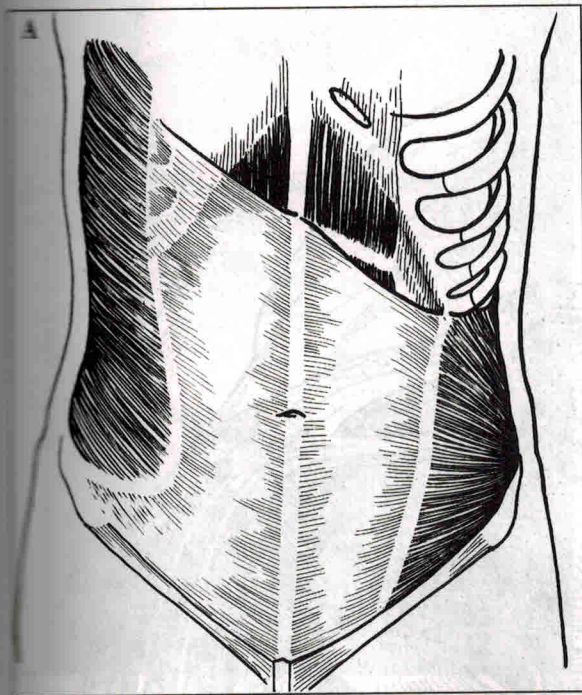
J.M.T. Finney

В этой главе речь пойдет о грыжах белой линии живота, диастазе прямых мышц, пупочных и параумбиликальных грыжах брюшной стенки. А. Ascar (1984) ввел для этих грыж название «апоневротические грыжи», считая, что их объединяют особенности патогенеза. В последнее десятилетие во многих странах к апоневротическим грыжам относят троакарные грыжи, формирующиеся после лапароскопических операций.

Первопричиной образования эпигастральных, пупочных и параумбиликальных грыж

является расширение белой линии живота и пупочного кольца. У мужчин оно чаще всего носит конституционный характер, а у женщин является следствием повторных беременностей. При этом в белой линии может возникать «анатомическое неустройство» в виде ромбовидных щелей, образующихся перекрещивающимися волокнами апоневрозов (рис. 9.1).

Эти щели обычно заполнены жировой тканью, являющейся отрогами предбрюшинной клетчатки. Через них часто выходят ве-



**Рисунок 9.1.** Схематическое изображение перекрещивающихся волокон апоневроза по Affer Askar. А — m. obliquus abdominis externus; Б — m. obliquus abdominis internus



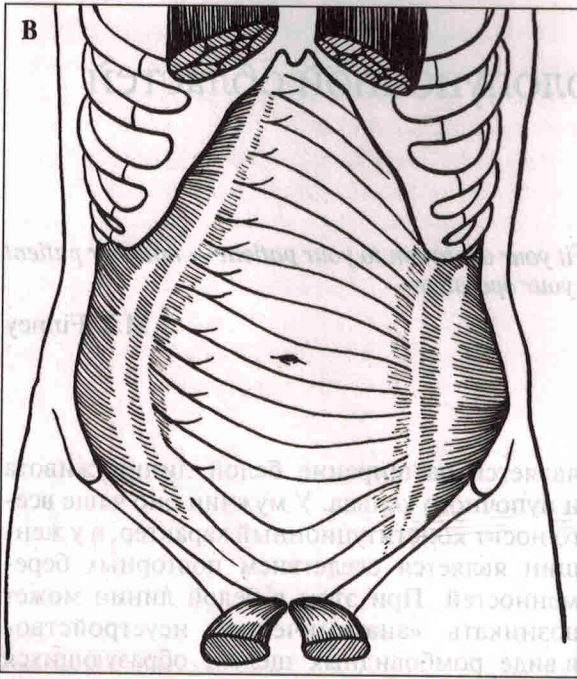


Рисунок 9.1. В — m. transversus abdominis externus

точки межреберных нервов. В своем развитии эпигастральные грыжи проходят стадии предбрюшинной липомы. В дальнейшем в грыжевые ворота вместе с жировой тканью втягивается прилежащий отдел париетальной брюшины в виде конуса (hernia epigastrica occulti). В образовавшийся грыжевой мешок выпадает участок сальника (рис. 9.2).

Согласно исследованиям Г.И. Гиреева с соавт. (1992), в патогенезе апоневротической грыж ведущую роль играет состояние прямых мышц. Различные этиологические факторы приводят к метаболическим нарушениям прямых мышц живота и, как следствие этого, к снижению их функциональных возможностей.

Несоответствие между механической нагрузкой на переднюю брюшную стенку и потенциальными возможностями прямых мышц живота приводит к перенагрузке последних с последующей декомпенсацией, что предопределяет запуск следующих друг

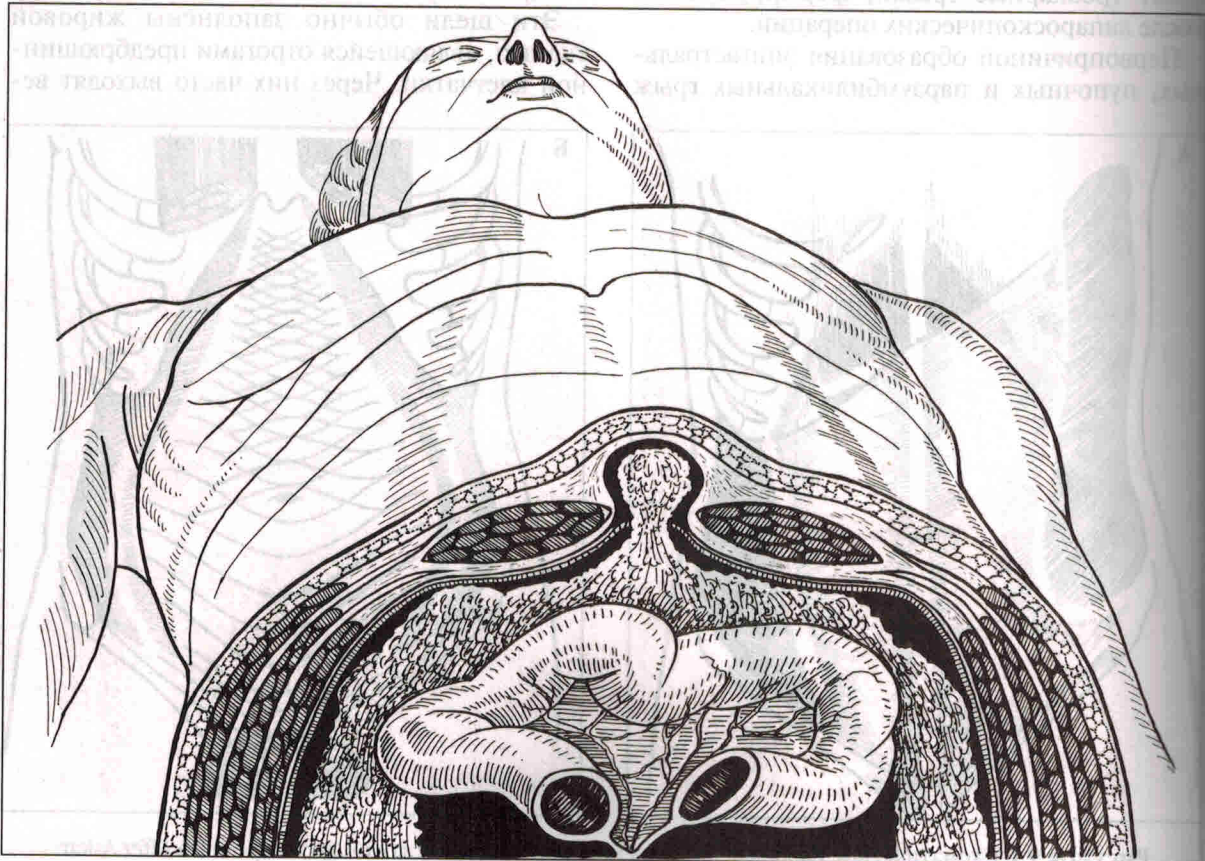


Рисунок 9.2. Схематическое изображение эпигастральной грыжи



другом стадий структурных нарушений мышечно-апоневротических образований брюшной стенки.

На рисунке 9.3 представлено распределение сил, действующих на белую линию живота.



Рисунок 9.3. Распределение сил, действующих на белую линию живота

Сверженные структуры белой линии и влагалищ прямых мышц под действием внутрибрюшного давления и тяги боковых мышц живота растягиваются и щелевидно

вытягиваются вдоль средней линии живота. Возникает диастаз, а в дальнейшем — грыжа белой линии живота, пупочная грыжа или параумбиликальная грыжа.

Одной из важнейших особенностей эпигастральных и пупочных грыж является гораздо большая механическая нагрузка на зону пластики после ликвидации грыжи. Так, зона швов испытывает большое напряжение на один шов, составляя в среднем  $3,1 \pm 0,8$  кг, что значительно больше, чем при грыжах других локализаций, при которых нагрузка на один шов составляет в среднем  $2,6 \pm 0,7$  кг (Салахов Х.С., 1991). Значительная механическая нагрузка на швы после операций при эпигастральных и околопупочных грыжах объясняет довольно частое образование рецидивов, достигающих 20–40% (Жебровский В.В., 2002; Schuttenweyer W., 1998).

Величина эпигастральных и пупочных грыж в диаметре колеблется от 1–2 см до 20–30 см и более, иногда (очень редко) достигая обширных и гигантских размеров (рис. 9.4).

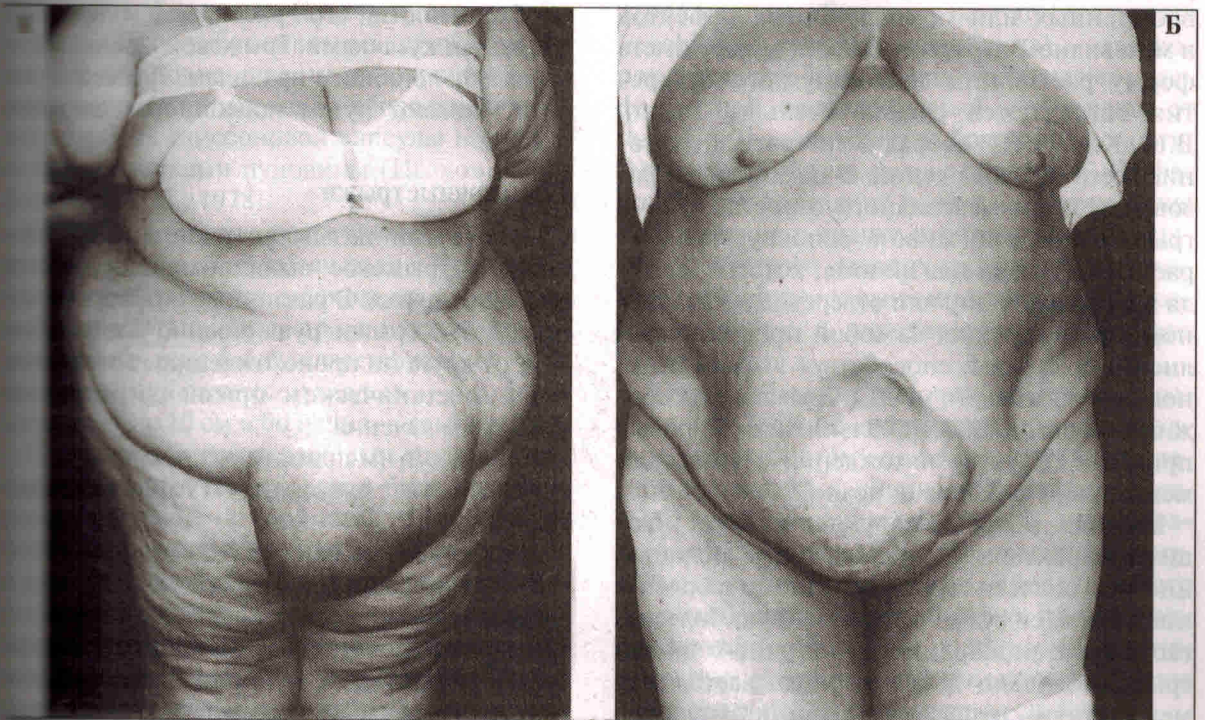
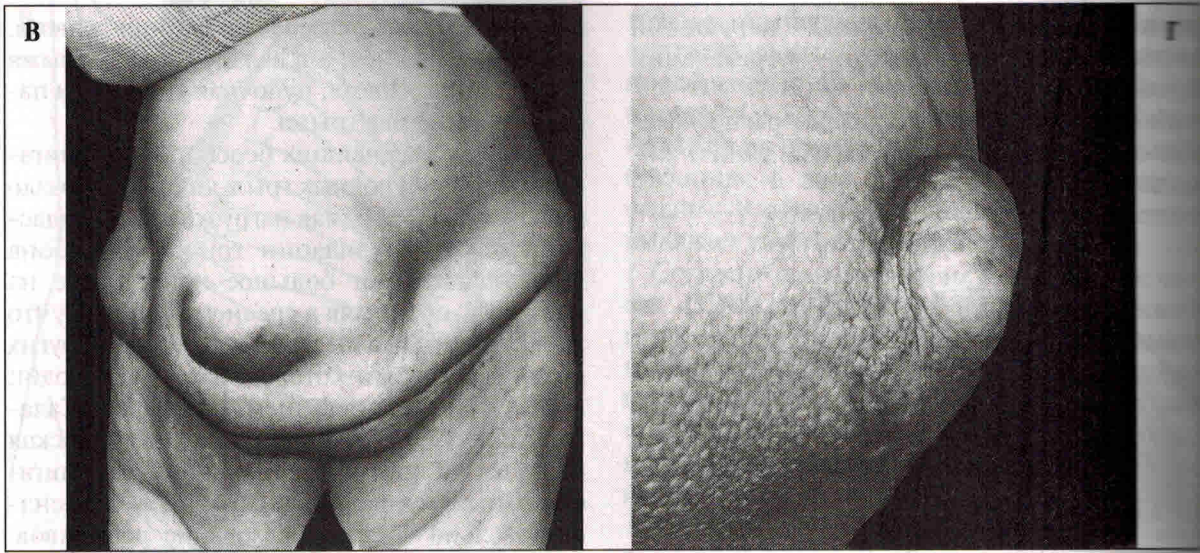


Рисунок 9.4. Клинические примеры больных с пупочными грыжами (собственные наблюдения)

А — больная М., 65 лет. Обширная пупочная грыжа;

Б — больная Ш., 60 лет. Гигантская грыжа белой линии живота





**Рисунок 9.4.** Клинические примеры больных с пупочными грыжами (собственные наблюдения)

**В** — больная З., 49 лет. Гигантская пупочная грыжа;

**Г** — больная С., 52 года. Обширная пупочная грыжа

### 9.1. Грыжи мечевидного отростка

Грыжи мечевидного отростка (*herniae processus xurhoidei*) образуются при наличии врожденных или приобретенных дефектов в мечевидном отростке. Дефект может иметь форму расщелины или округлого отверстия. Встречаются исключительно редко. В.Ю. Ким (1977) собрал в литературе описание всего 11 наблюдений. В механизме образования грыж мечевидного отростка, как и грыж белой линии живота, основную роль играет предбрюшинная липома, которая, выходя через расщелину или отверстие в мечевидном отростке, тянет за собой пристеночный листок брюшины, способствуя этим возникновению грыжевого мешка. Грыжевым содержимым обычно бывает сальник или жировые привески. Случаев нахождения в грыжевом мешке кишечника не описано.

**Клиника.** Больные жалуются на боли ноющего характера в подложечной области, иногда в области сердца, и поэтому заболевание может симулировать язвенную болезнь, гастрит, стенокардию. У нетучных людей грыжа довольно легко прощупывается над мечевидным отростком. При вправлении грыжевого выпячивания в мечевидном отростке можно пальпировать отверстие с плотными краями.

**Лечение.** Производят продольный разрез кожи длиной 6–8 см. Мечевидный отросток освобождают и отделяют от грудины. При необходимости его рассекают плотными костными кусачками. Грыжевой мешок обрабатывают по общим правилам. Грыжевые ворота ушивают путем послышного сшивания тканей.

### 9.2. Пупочные грыжи

Пупочными называют такие грыжи, при которых грыжевое выпячивание образуется в области пупка. В различные возрастные периоды эти грыжи существенно отличаются друг от друга по происхождению, анатомическим и клиническим признакам, течению и методам лечения.

В связи с этим принято различать:

- 1) грыжи пуповины (эмбриональные грыжи);
- 2) пупочные грыжи у детей;
- 3) пупочные грыжи у взрослых.

#### **Грыжи пуповины (эмбриональные грыжи)**

Грыжи пуповины (*hernia funiculi umbilicalis*) — омфалоцеле — порок развития, который является следствием задержки формирования передней брюшной стенки плода. Нередко (до 65% случаев) они сочетаются с другими пороками развития: недоразвитием ди-



# Глава 11

## Бедренные грыжи

*«Die Radical operation der Schenkel -hernien ist beim Publicum noch lange nicht so beliebt wie die der Leistenhernien»*

*(«Радикальная операция при бедренной грыже не менее ответственна и важна для пациента, чем при грыже паховой»)*

*G. Lotheissen, 1898*

Бедренными называют грыжи, которые выходят через бедренный канал. По частоте образования они составляют 5–8% от всех грыж живота. Бедренные грыжи, чем паховые, представляют трудности для диагностики, чаще ущемляются и имеют более коварное течение. Они встречаются преимущественно у женщин во второй половине жизни. По данным В.А. Искандерли (1966), соотношение женщин и мужчин равно 1:1. Из взрослых 1830 больных с вентральными грыжами бедренные грыжи наблюдались у 96 (5,3%) больных (женщин — 96, мужчин — 2). Преобладание женщин объясняется тем, что у них более широкий таз. Это обуславливает большую выраженность мышечной и сосудистой лакун и меньшую прочность паховой связки. У детей бедренные грыжи встречаются исключительно редко.

### 11 Хирургическая анатомия и анатомо-физиологические предпосылки

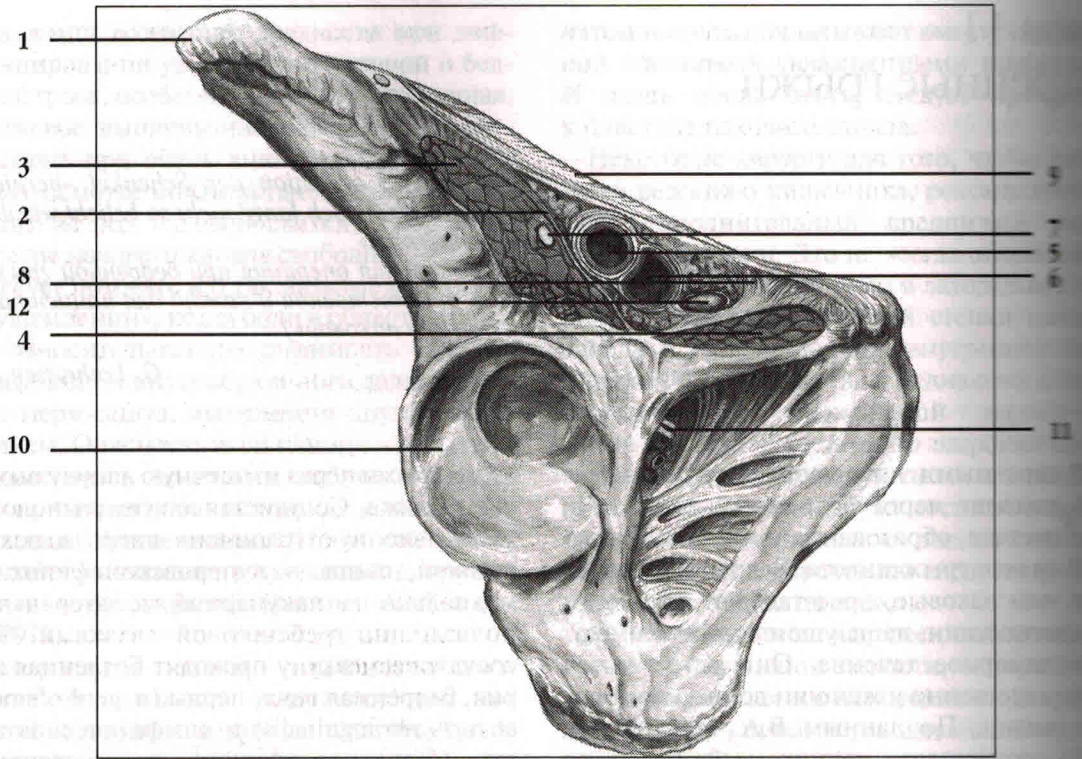
Между паховой связкой и костями таза имеется пространство, которое с помощью подвздошно-гребешковой связки (lig. iliopsoas) разделяется на две лакуны: мышечную (lacuna musculorum) и сосудистую (lacuna vasorum) (рис. 11.1). Мышечная лакуна расположена латерально. Через нее на бедро приходят подвздошно-поясничная мышца (m. iliopsoas) и бедренный нерв (n. femoralis). Более влагалище для мышцы и нерва образуется за счет подвздошной фасции, которая тесно срастается как с паховой связкой, так и с надкостницей костей таза, образуя мощный отграничивающий барьер между брюшной полостью и областью бедра. Вследствие

этого грыжи через мышечную лакуну выходят очень редко. Сосудистая лакуна расположена медиально и отграничена спереди паховой связкой, сзади — куперовской (лобковой), медиально — лакунарной и латерально — подвздошно-гребешковой связками. Через сосудистую лакуну проходят бедренная артерия, бедренная вена, нервы (n. genitofemoralis et n. lumboinguinalis) и лимфатические сосуды. Сосудисто-нервный пучок заключен в тонкое фасциальное влагалище, которое происходит из поперечной фасции.

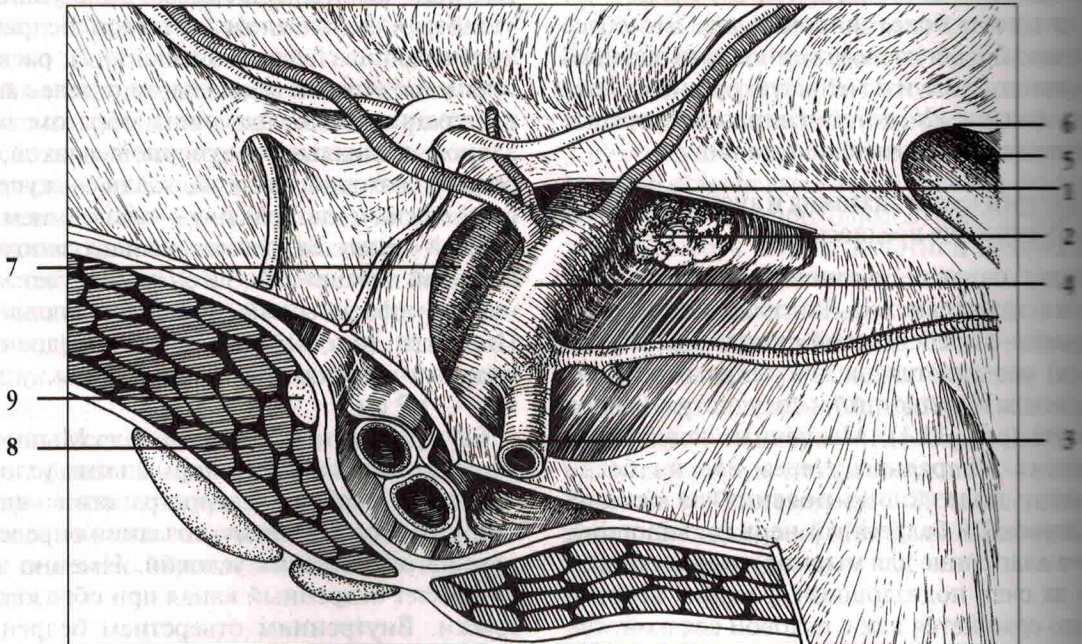
Сосудистая лакуна является основным местом образования бедренных грыж. Наиболее «слабым» ее отделом является бедренное кольцо (anulus femoralis) (рис. 11.2), располагающееся в самом медиальном отделе лакуны и отграниченное следующим образом: медиально — медиально-лакунарной связкой, спереди — паховой связкой, сзади — куперовской связкой, латерально — влагалищем бедренной вены. Бедренное кольцо заполнено жировой клетчаткой. Здесь же залегает крупный лимфатический узел Розенмюллера—Пирогова (рис. 11.2). Диаметр бедренного кольца у женщин достигает 1,8 см, у мужчин — 1,2 см.

**Бедренный канал.** Мышечная и сосудистая лакуны в нормальных условиях не имеют свободных пространств и щелей, которые образуются при создании определенных патологических условий. Именно здесь возникает бедренный канал при образовании грыжи. Внутренним отверстием бедренного канала является бедренное кольцо, наружным — овальная ямка — отверстие в широкой фасции бедра, через которое проходит





**Рисунок 11.1.** Мышечная и сосудистая лакуны: 1 — spina iliaca ant. sup.; 2 — arcus iliopectineus; 3 — m. iliopectineus; 4 — m. pectineus; 5 — a. femoralis; 6 — v. femoralis; 7 — n. femoralis; 8 — lig. lacunare (Gimbernati); 9 — lig. inguinale (Poupart); 10 — acetabulum; 11 — запирающий сосудисто-нервный пучок; 12 — лимфатический узел. По Мюллеру—Пирогову



**Рисунок 11.2.** Бедренное кольцо (anulus femoralis) (по Schumpelick, с изменениями): 1 — anulus femoralis; 2 — fossa ovalis; 3 — v. saphena magna; 4 — v. femoralis; 5 — funiculus spermaticus; 6 — anulus inguinalis superficialis; 7 — a. femoralis; 8 — m. iliopsoas; 9 — n. femoralis



большая подкожная вена (*v. saphena magna*). Овальная ямка отграничена рожками серповидной складки и выглядит как вытянутый в поперечном направлении полуовал. Спереди овальная ямка закрыта решетчатой пластиной (*lamina cribrosa f. latae*), которая разрушается при прохождении грыжи.

Бедренный канал имеет треугольную форму. Его стенками являются: спереди — задне-нижняя поверхность паховой связки и задняя поверхность участка поверхностного листка широкой фасции бедра, сзади — глубокий листок широкой фасции, снаружи — медиальная стенка бедренной вены и ее фасциальное влагалище. Бедренный канал имеет почти вертикальное направление, его длина составляет 2–3 см (рис. 11.3).

Важное практическое значение имеют некоторые аномалии расположения сосудов в зоне бедренного канала. В большинстве случаев опасность представляет лишь латеральная стенка бедренного канала, где прохо-

дит бедренная вена, которую можно повредить (порвать, прошить, сдавить) как при выделении шейки грыжевого мешка, так и при зашивании грыжевых ворот.

Однако иногда (в 10–20% случаев) запирающая артерия (*a. obturatoria*), которая обычно является ветвью *a. hypogastrica*, отходит от нижней надчревной артерии и, направляясь спереди назад и сверху вниз к запирающему каналу, может интимно прилежать к шейке грыжевого мешка, как бы охватывая ее спереди, изнутри и отчасти сзади. В этих случаях рассечение ущемляющего кольца как кнутри (через лакунарную связку), так и кверху (через паховую связку) чревато повреждением данной артерии. Старые авторы называли подобную анатомическую аномалию «*corona mortis*» («корона смерти») (рис. 11.4). В настоящее время внимательное и анатомическое оперирование позволяет предотвратить опасное кровотечение, при необходимости перевязав эту артерию.

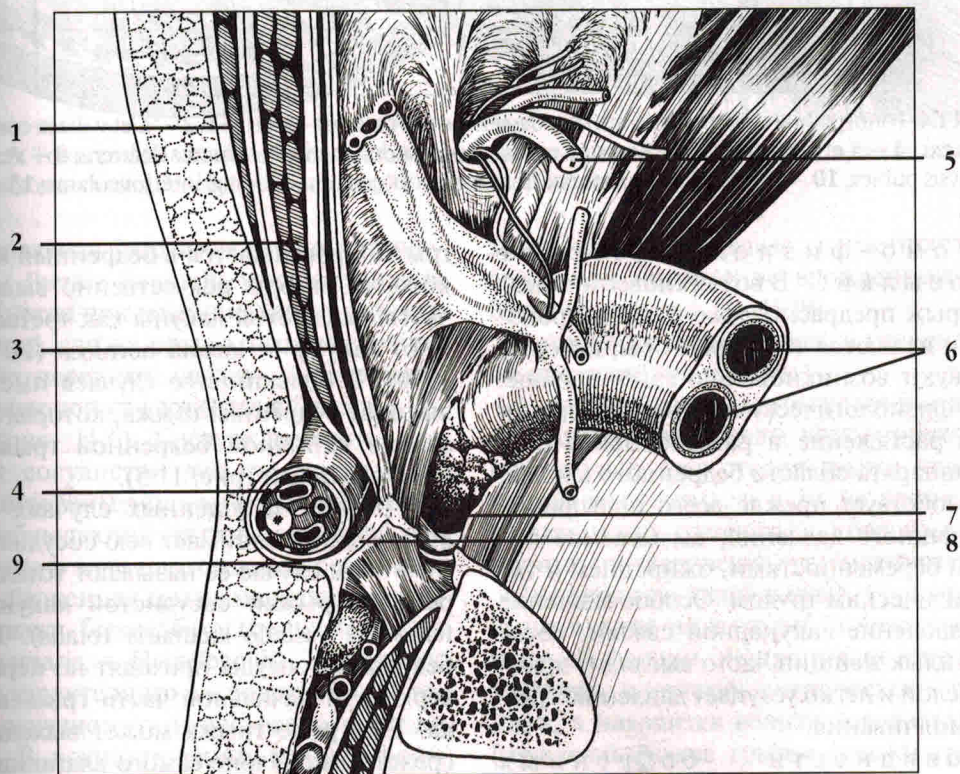
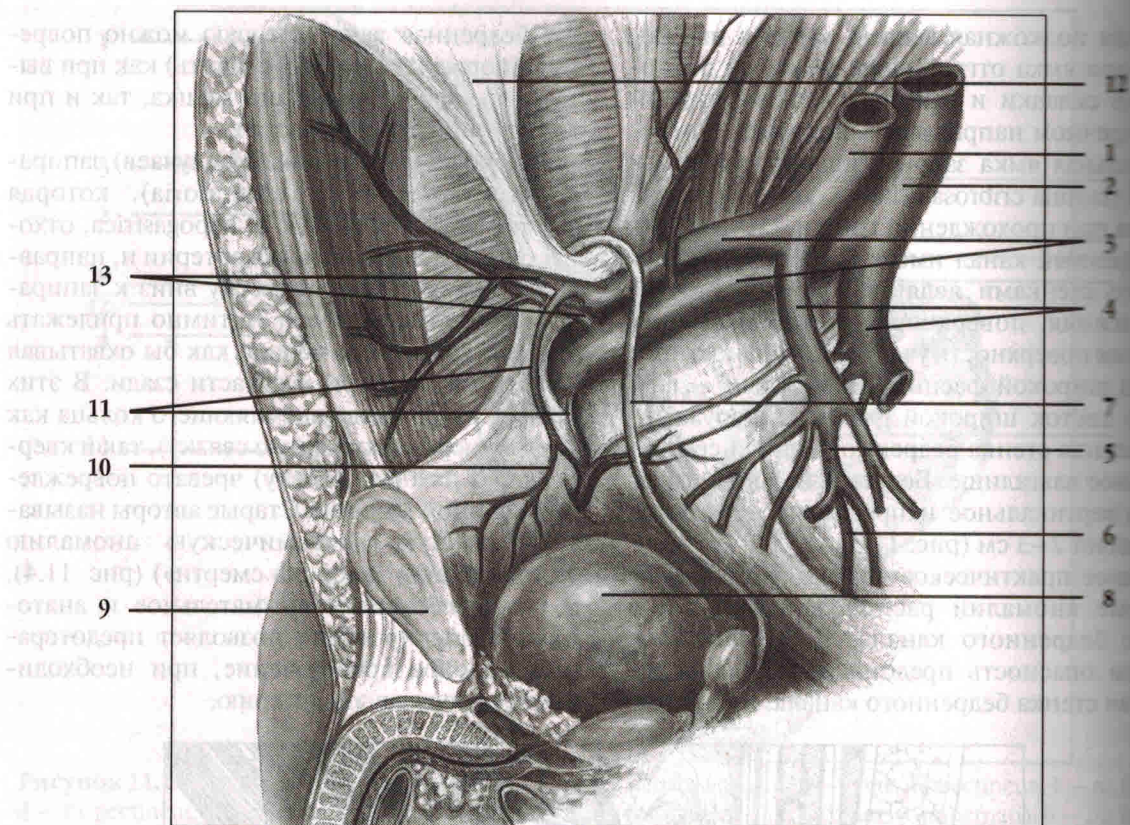


Рисунок 11.3. Бедренный канал (*canalis femoralis*) со стороны задней поверхности передне-боковой стенки живота (по Schumpelick, с изменениями): 1 — *m. obliquus externus abdominis*; 2 — *m. obliquus internus abdominis*; 3 — *m. transversus abdominis*; 4 — *funiculus spermaticus*; 5 — *ductus deferens*; 6 — *a. et v. iliaca int.*; 7 — *anulus lacunare*; 8 — *lig. lacunare* (Gimbernati); 9 — *lig. inguinale* (Poupartii)





**Рисунок 11.4.** Топография а. obturatoria при отхождении ее от а. iliaca externa: 1, 2 — а. et v. iliaca commune; 3 — а. et v. iliaca ext.; 4 — а. et v. iliaca int.; 5 — а. rectalis media; 6 — а. pudenda int.; 7 — ductus deferens; 8 — vesica urinaria; 9 — symphysis pubica; 10 — r. pubica a. obturatoria; 11 — а. et v. obturatoria; 12 — lig. interfoveolarae; 13 — а. et v. gastrica inf.

Анатомо-физиологические предпосылки. В возникновении бедренных грыж предрасполагающими и производящими являются те же факторы, которые способствуют возникновению грыж вообще. Анатомо-физиологическими предпосылками являются растяжение и разволокнение связочного аппарата области бедренного канала, чему способствует прежде всего повышение внутрибрюшного давления, вызываемое повторными беременностями, ожирением и тяжелым физическим трудом. Особое значение имеет ослабление лакунарной связки, которая у пожилых женщин часто выглядит дряблой, отвислой и легко уступает давлению грыжевого выпячивания.

Разновидности бедренных грыж. Наиболее «слабым» и подходящим местом для выхода бедренных грыж является выполненная клетчаткой внутренняя часть сосудистой лакуны, которая при образовании

грыжи превращается в бедренный канал. Некоторые авторы искусственно выделяют эту часть сосудистой лакуны как третью (грыжевую) лакуну — lacuna herniosa (И. Литман, 1970). В большинстве случаев именно здесь выходит бедренная грыжа, которая носит название типичной бедренной грыжи (hernia femoralis tipica) (рис. 11.5).

В редких запущенных случаях грыжевое выпячивание занимает всю сосудистую лакуну, в этом случае ее называют тотальной бедренной грыжей сосудистой лакуны (hernia femoralis vasculo-lacunaris totalis). При этом бедренные сосуды проходят по передней поверхности начальной части грыжевого мешка. Еще реже грыжа может выходить непосредственно в зоне самого влагалища — интравлагалищная бедренная грыжа сосудистой лакуны (hernia femoralis intravaginalis vasculo-lacunaris) или с латеральной стороны — между артерией и подвздошно-гребешковой связкой.



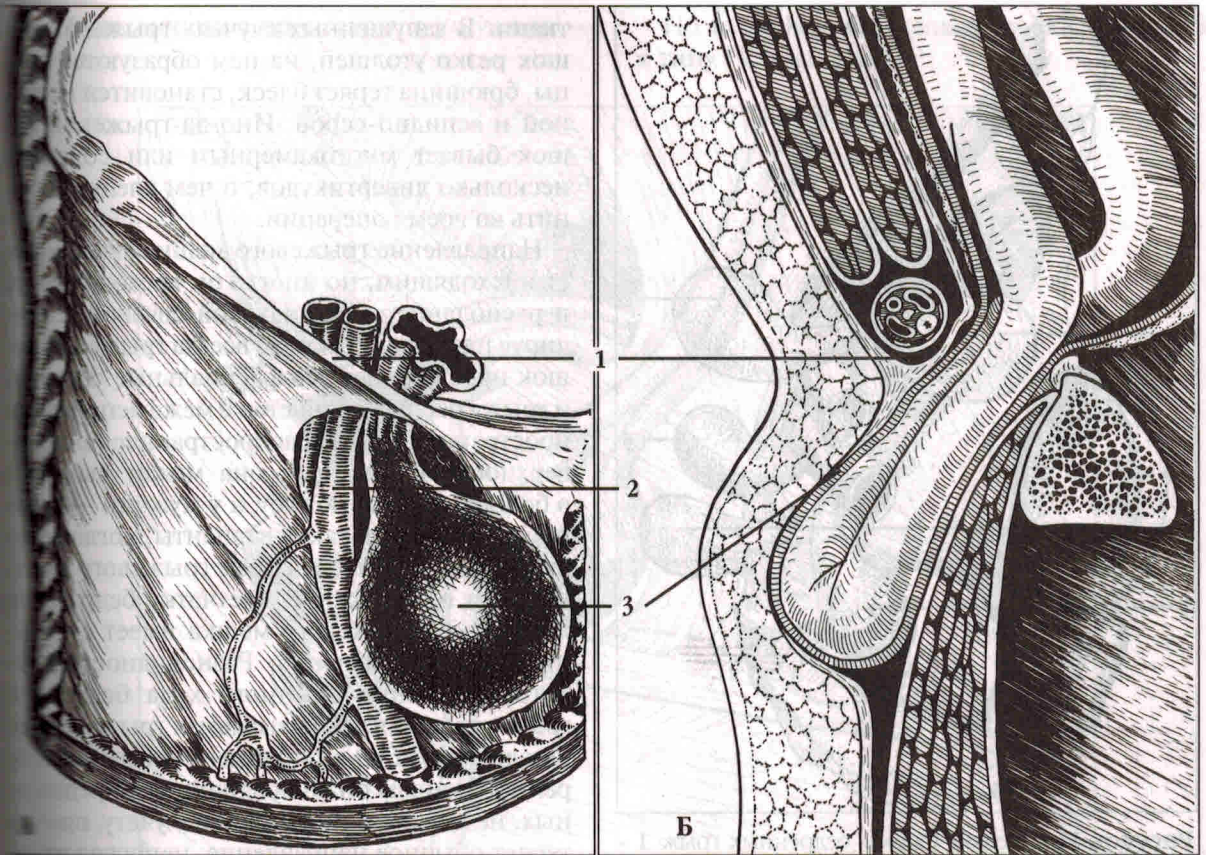


Рисунок 11.5. Топография типичной бедренной грыжи: А — в прямой проекции; Б — в сагиттальной плоскости. 1 — паховая связка; 2 — бедренная вена; 3 — грыжевой мешок

— латеральная бедренная грыжа сосудисто-лакуны (*hernia femoralis vasculo-lacunarialis*). Иногда при возникновении дефекта лакунарной связки грыжа выходит непосредственно через эту связку — бедренная грыжа лакунарной связки (*hernia femoralis ligamentalis*) (рис. 11.6). Следует заметить, что грыжи сосудистой лакуны могут быть идентифицированы лишь во время операции. Встречаются также грыжи мышечной лакуны — бедренная грыжа мышечной лакуны или грыжа Гессельбаха (*hernia femoralis vasculo-lacunarialis, s. Hesselbachii*). Эту грыжу, вследствие характерного расположения ее латеральнее сосудистого пучка, распознают до операции. В возникновении редких форм бедренных грыж основную роль играет врожденная предуготованность в виде наличия дефектов в связочно-апоневротическом аппарате и выпячиваний брюшины. Некоторое

значение имеет травма, в частности вывих бедра или вправление врожденного вывиха бедра (Крымов А.П., 1929).

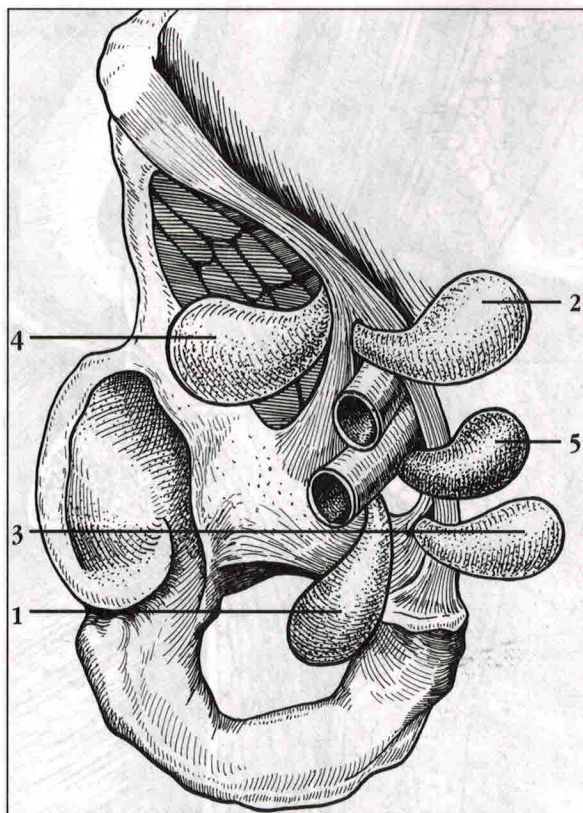
В процессе формирования бедренная грыжа проходит три стадии:

1) начальную, когда грыжевое выпячивание не выходит за пределы внутреннего бедренного кольца (эта стадия грыжи клинически трудно различима, и в то же время на этой стадии могут отмечаться коварные пристеночные (рихтеровские) ущемления);

2) неполную (канальную), когда грыжевое выпячивание не выходит за пределы поверхностной фасции, не проникает в подкожную жировую клетчатку скарповского треугольника, а находится вблизи сосудистого пучка (при этой форме грыжи поиски грыжевого мешка во время операции обычно вызывают затруднения);

3) полную, когда грыжа проходит весь бедренный канал, его внутреннее и наружное





**Рисунок 11.6.** Редкие формы бедренных грыж: 1 - внутривлагалищная бедренная грыжа сосудистой лакуны (*hernia femoralis intravaginalis vasculo-lacunar*); 2 - латеральная бедренная грыжа сосудистой лакуны (*hernia femoralis vasculo-lacunar* lateralis); 3 - бедренная грыжа лакунарной связки (*hernia femoralis lig. lacunar*); 4 - бедренная грыжа мышечной лакуны (грыжа Гессельбаха) (*hernia femoralis musculo-lacunar*, s. *Hesselbachii*). Эту грыжу вследствие характерного расположения ее латеральнее сосудистого пучка распознают до операции; 5 - типичная бедренная грыжа (*hernia femoralis tipica*)

отверстия и выходит в подкожную клетчатку бедра. Эта стадия грыжи наблюдается чаще всего. При ней оболочками грыжевого мешка становятся предбрюшинная клетчатка, поперечная фасция, клетчатка сосудистой лакуны, решетчатая фасция. Не обязательно имеются все оболочки или они одинаково выражены.

Хотя выделение грыжевого мешка при незапущенных бедренных грыжах обычно трудностей не представляет, иногда обнаружить его в обильной жировой клетчатке бывает довольно трудно, и необходимо послойно и анатомично препарировать все окружающие его

ткани. В запущенных случаях грыжевой мешок резко утолщен, на нем образуются рубцы, брюшина теряет блеск, становится неровной и аспидно-серой. Иногда грыжевой мешок бывает многокамерным или содержит несколько дивертикулов, о чем следует помнить во время операции.

Направление грыжевого мешка чаще бывает нисходящим, но иногда он восходит вверх и располагается над паховой связкой, симулируя паховую грыжу. Не всегда грыжевой мешок преодолевает все фасциальные барьеры, и грыжа распространяется в межфасциальных пространствах. Так, распространяясь под поверхностной фасцией, она может выходить в большую половую губу, а у мужчин — в мошонку. Бывают и такие варианты, когда наряду с обычным выходением грыжевого мешочка в подкожную клетчатку бедра имеется дивертикул грыжевого мешка имеет субфасциальное направление. Разновидностью такого изменения обычного хода бедренной грыжи является так называемая грыжа Кларка. После выхода из внутреннего отверстия бедренного канала она под влиянием определенных причин, не до конца поддающихся учету, теряет обычное направление, непосредственно у лобковой кости подходит под гребешковую фасцию и располагается на передней поверхности гребешковой мышцы.

Содержимым грыж обычно являются тонкая кишка и сальник. Реже в грыжевом мешке обнаруживают толстую кишку, слепую, сигмовидную, справа — слепую, при этом нередко грыжа бывает скользящей, так как в грыжевые ворота выходит забрюшинная часть слепой кишки. Иногда в грыжу выпадает мочевой пузырь, причем в грыжевом мешке может выпадать его покрытая брюшиной часть (интраперитонеальное расположение), мочевой пузырь может входить в состав стенки грыжевого мешка (параперитонеальное расположение) и, наконец, через грыжевые ворота, отдельно от грыжевого мешка, может выпадать не покрытая брюшиной часть мочевого пузыря (экстраперитонеальное расположение). Нераспознанные во время операции скользящие грыжи слепой кишки и мочевого пузыря представляют большую опасность, так как нередко происходит их повреждение. Изредка содержимым бедренной грыжи



может быть яичник с придатком, а у мужчин — простата.

По L. Nyhus, бедренные грыжи относятся к типу IV (рис. 11.7).

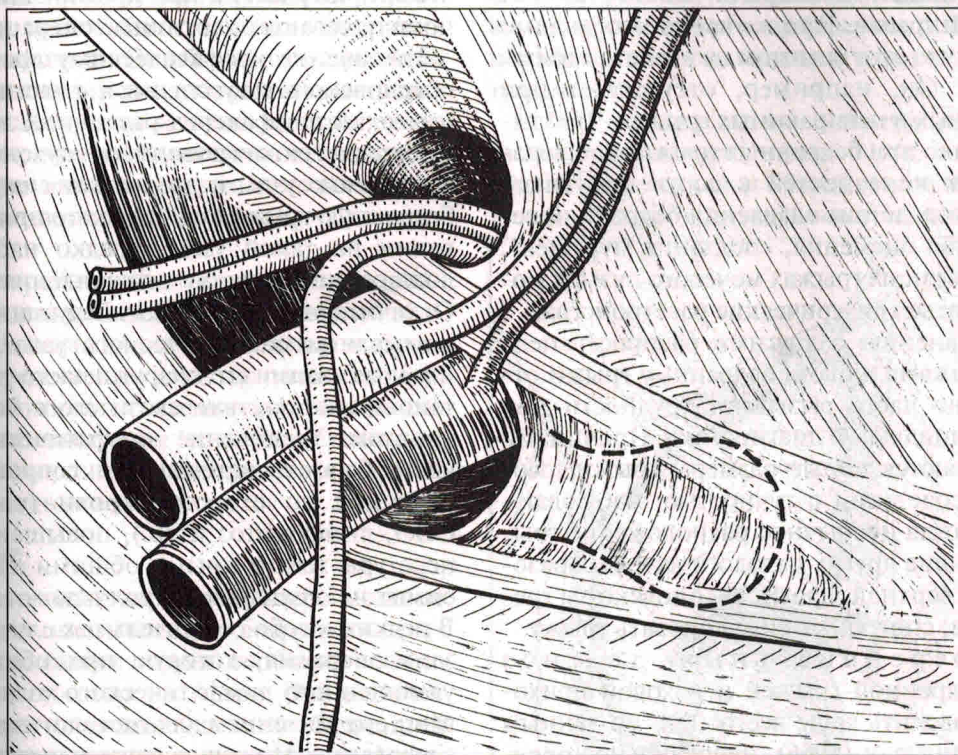


Рисунок 11.7. По L. Nyhus. Тип IV

## 11.2 Клиника и диагностика

Как уже отмечалось, в процессе формирования бедренная грыжа проходит начальную, промежуточную и полную стадии. Диагностика первых двух стадий чрезвычайно трудна. Как правило, единственное, что может натолкнуть на мысль о существовании такой грыжи, — это жалобы на боли в паху, нижней части живота, верхних отделах бедра. Они могут усиливаться при ходьбе, физической нагрузке, при перемене погоды и являются следствием кратковременного частичного ущемления грыжевого содержимого в узком, ригидном внутреннем отверстии бедренного канала. Нередко первым клиническим проявлением таких грыж является стойкое ущемление.

Наиболее характерным клиническим признаком полной типичной бедренной грыжи служит наличие грыжевого выпячивания в области бедренно-пахового сгиба. Как пра-

вило, это гладкое полусферическое образование небольших размеров, располагающееся ниже паховой связки кнутри от бедренных сосудов. Появляясь в вертикальном положении и при натуживании, оно может легко, часто с урчанием, вправиться в брюшную полость. Бедренные грыжи больших размеров также встречаются, но весьма редко. В некоторых случаях поверхность грыжевого выпячивания выглядит бугристой, что обычно обусловлено припаявшимся к стенкам грыжевого мешка сальником. Также довольно редко можно наблюдать необычное расположение грыжевого выпячивания — свисающие грыжи и грыжи, поднимающиеся кверху над пупартовой связкой. Последние могут иметь косое направление и спускаться в мошонку у мужчин и большую половую губу у женщин.

В тех случаях, когда грыжевым содержимым является кишечник, перкуторно определяется тимпанит, что служит ценным дифференциально-диагностическим признаком.



Другим важным признаком является симптом «кашлевого толчка», который может быть положительным даже при начальных формах бедренной грыжи. В то же время необходимо помнить, что этот симптом не является обязательным. Он, например, отсутствует при ущемленных и невправимых грыжах. Чрезвычайно редко при бедренных грыжах наблюдаются отек конечностей с соответствующей стороны вследствие сдавления бедренной вены, чувство онемения, «ползания мурашек». При скользящих грыжах мочевого пузыря могут отмечаться дизурические расстройства.

По сравнению с другими распространенными грыжами живота бедренные грыжи относительно часто вызывают трудности при дифференциальной диагностике. Причинами этого являются малые размеры грыжи, особенно в сочетании с тучностью, наблюдающееся иногда необычное расположение грыжи и наличие других патологических образований в верхней части скарповского треугольника, способных симулировать грыжу.

**Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з** между бедренной грыжей и паховой приходится проводить чаще всего. Так, по данным В.А. Искандерли (1966), неправильное определение паховой грыжи вместо бедренной отмечено у 35,6% больных. В связи с этим, при возникновении сомнений, прежде всего следует думать о бедренной грыже (Русаков В.И., 1975). При вправимой грыже и хорошо прощупывающейся паховой связке, особенно у мужчин, у которых легко пальпируется наружное отверстие пахового канала, трудностей при дифференциальной диагностике не возникает. Однако если бедренная грыжа распространяется над пупартовой связкой в косом направлении и спускается в мошонку или большую половую губу, то отличить бедренную грыжу от паховой до операции подчас невозможно (Крымов А.П., 1929).

Липомы, располагающиеся в верхнем отделе скарповского треугольника, непосредственно под пупартовой связкой, могут быть приняты за невправимую бедренную грыжу. Легче отличить липомы подкожной жировой клетчатки: на ощупь определяется дольчатое строение, опухоль подвижна и не связана с наружным отверстием бедренного канала. Труднее дифференцировать предбрюшинные

липомы, выходящие через бедренный канал и имеющие с ним связь. Дело облегчается тем, что и при грыже, и при предбрюшинной липоме показаны однотипные операции.

Увеличение лимфатических узлов в области скарповского треугольника, в частности трихический лимфаденит различной этиологии, метастазы злокачественных опухолей в лимфатические узлы и др., может симулировать бедренную грыжу, тем более что при натирании на такой узел нередко наблюдается ложное впечатление «вправления» грыжи. Отличительные признаки следующие: при захватывании лимфатического узла пальцами и подтягивании его кнаружи часто удается установить отсутствие связи его с бедренным каналом. Увеличение лимфатических узлов часто бывает системным и сопровождается реакцией со стороны крови (увеличение СОЭ, лимфоцитоз и др.), повышением температуры тела и иными общими явлениями. Симптом «кашлевого толчка» отсутствует. В редких, особо сомнительных случаях показана операция, которую при обнаружении увеличенного лимфатического узла заканчивают его удалением для гистологического исследования. Иногда значительные трудности возникают при дифференциальной диагностике между острым лимфаденитом и ущемленной бедренной грыжей. В этих случаях необходимо внимательно осмотреть конечности, область половых органов, ягодицы и тщательно собрать анамнез с целью выявить входные ворота инфекции. При сомнениях показана операция.

Варикозное расширение в области верхней большой подкожной вены бедра в редких случаях также может быть принято за бедренную грыжу. При внимательном отношении дифференциальный диагноз не представляет собой трудности. Отличительные признаки следующие. Варикозные узлы обычно множественные, однако может наблюдаться сочетание варикозного расширения вен и бедренной грыжи. Над венозным узлом цвет кожи синеватый (у нетучных больных). Консистенция такой «грыжи» чрезвычайно мягкая, при легком надавливании опухоль исчезает без урчания, перкуторно над ней определяется тупой звук. Выпячивание исчезает при пережатии вены ниже его, а при давлении на



область наружного отверстия бедренного канала, в отличие от грыжи, не исчезает.

В исключительно редких случаях за бедренную грыжу может быть принята аневризма бедренной артерии. Ошибочно предпринятая при этом операция может окончиться трагически. При аневризме на коже имеется рубец от бывшего ранения. Выпячивание пульсирует над ним выслушивается систолический шум, определяется симптом «кошачьего мурлыканья».

Также, в крайне редких случаях, за бедренную грыжу может быть принят натечный абсцесс, обуславливающий подкожное выпячивание непосредственно под паховой связкой. Главными отличительными признаками его являются: флюктуация и наличие данных, свидетельствующих о туберкулезном поражении позвоночника.

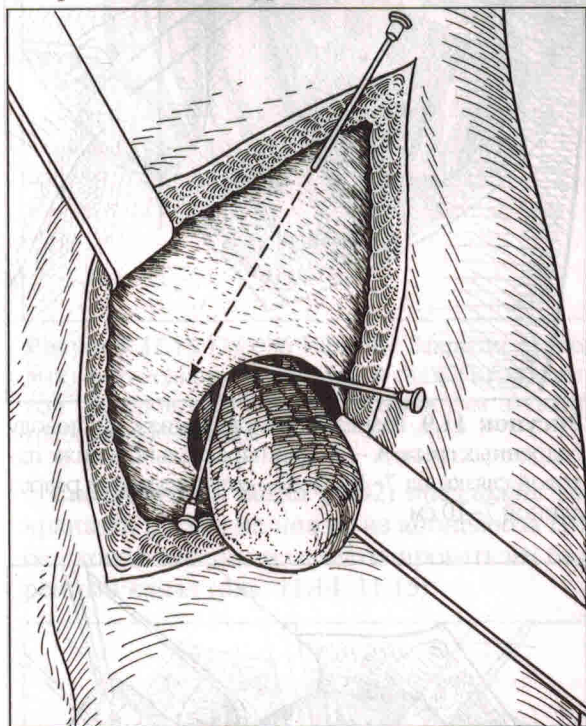
### Лечение

Среди молодых хирургов распространено мнение, что операция при бедренной грыже — одна из самых легких, особенно если ее производить со стороны бедра. Это ошибка. Основная операция удаления бедренной грыжи требует четкого знания топографической анатомии этой области и бережного отношения к тканям при относительно малом объеме операционного действия. Задачи кажутся простыми: как можно выше иссечь грыжевый мешок, чтобы ликвидировать так называемую воронку брюшины, и зашить грыжевые ворота. Тем не менее результаты операции не всегда удовлетворительные, отмечаются рецидивы, причем появление рецидивов после операции по поводу бедренной грыжи зависит от многочисленных факторов, из которых основными являются технические погрешности» (Искандеров В.А., 1966).

Все способы операции в зависимости от доступа к грыжевым воротам делят на бедренные, паховые и внутрибрюшинные, а по методу ликвидации грыжевых ворот — на простые и пластические. Нет надобности в рамках данного издания описывать и даже перечислять многочисленные предложенные способы и модификации, в большинстве своем уже многократно описанные; значительная часть из них тому же никем, кроме самих авторов, не использовалась. Важнее дать четкое пред-

ставление о технике операции при наиболее распространенных и оправдавших себя способах бедренного грыжесечения, а также проанализировать пути дифференцированного подхода к выбору операции в различных ситуациях.

**Обезболивание.** Операция может быть произведена как под местной (рис. 11.8.), так и под общей анестезией. Часто применяют эпидуральное обезболивание.



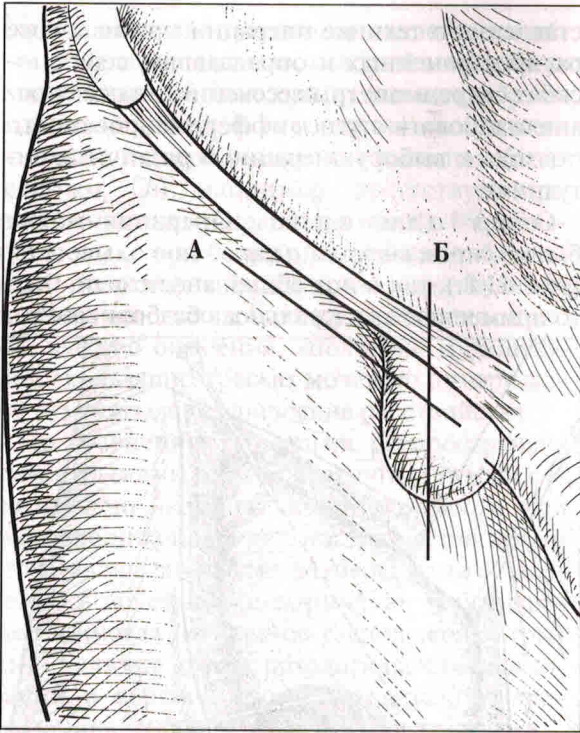
**Рисунок 11.8.** Местное обезболивание при бедренных грыжах (по А.В. Вишневному). Подапоневротический ползучий инфильтрат паховой области и инъекция анестетика в клетчатку у шейки грыжевого мешка

### Бедренные способы

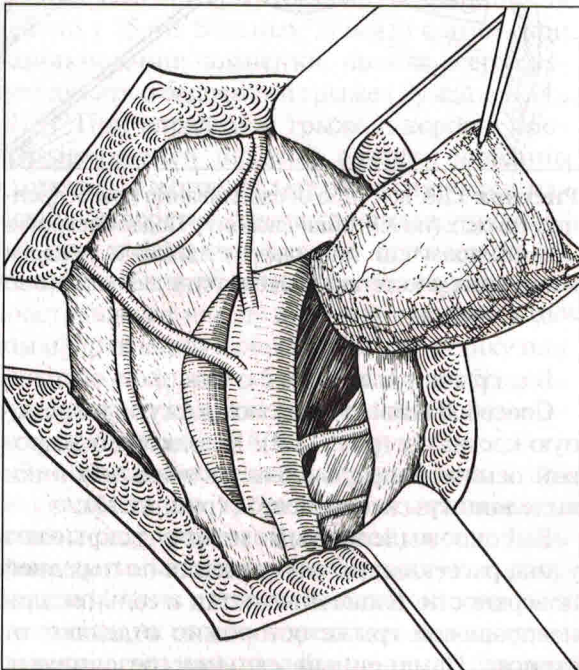
**Способ Bassini.** Рассекают кожу и подкожную клетчатку (рис. 11.9). В подкожно-жировой основе бедра, в области овальной ямки выделяют грыжевой мешок (рис. 11.10).

Высоко выделенный мешок вскрывают у дна, рассекают почти до шейки по передней поверхности. Кишечные петли и сальник при невправимой грыже осторожно отделяют от стенок. Измененный сальник резецируют. Внутренности вправляют в брюшную полость. Иногда при этом возникают затрудне-



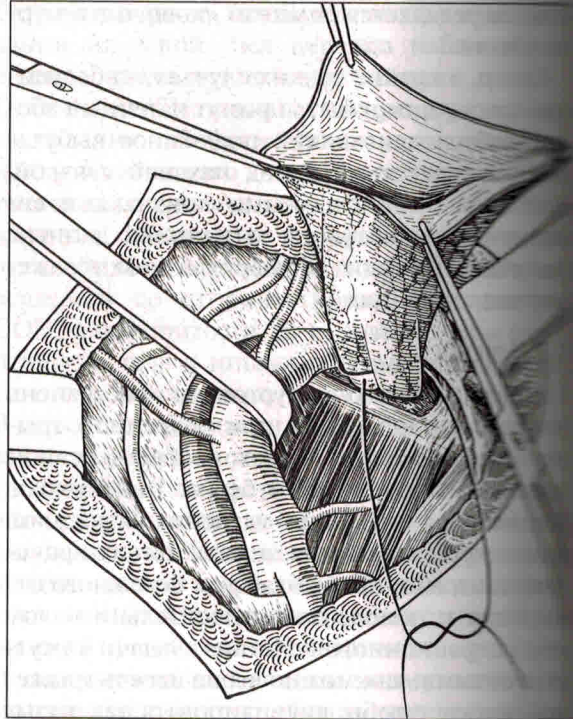


**Рисунок 11.9.** Разрезы при операциях по поводу бедренных грыж: **А** — разрез параллельно и ниже паховой связки на 7–10 см; **Б** — вертикальный разрез длиной 7–10 см



**Рисунок 11.10.** Способ Bassini. Выделение грыжевого мешка

ния; тогда приходится рассекать лакунарную связку. Шейку грыжевого мешка прошивают как можно выше крепкой синтетической нитью и перевязывают с двух сторон, после чего мешок отсекают (рис. 11.11). При наличии скользящей грыжи мочевого пузыря шейку мешка ушивают изнутри кистейным швом без прокалывания стенки мочевого пузыря.

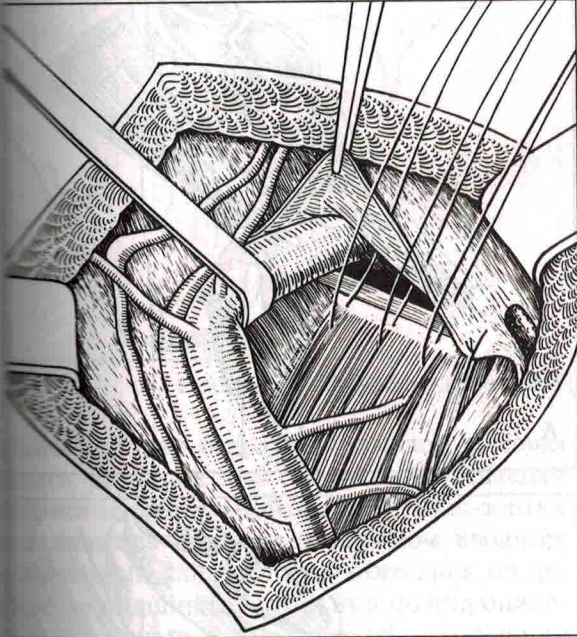


**Рисунок 11.11.** Способ Bassini. Вскрытие грыжевого мешка и прошивание его у шейки

Прежде чем приступить к пластике грыжевых ворот, необходимо с помощью турунды марлевого шарика тщательно очистить паховую, верхнюю лонную и лакунарную связки, по возможности убрать жир и лимфатические узлы из бедренного канала и обязательно удалить сосудистый пучок с медиально расположенной бедренной веной. Далее необходимо ликвидировать грыжевые ворота путем сшивания паховой и лонной связок. Для этого необходимы крепкие (№ 5–6) синтетические нити и маленькая, но крепкая круглая игла. Первым лучше накладывать латеральный шов. Бедренную вену защищают турундой крючком. На расстоянии 1 см (или чуть меньше) от нее прошивают паховую связку, кле-



ную после этого вторым крючком максимально оттягивают кверху, чтобы лучше обнажить донную связку, которую необходимо прочно захватить в шов как можно ближе кзади. Далее в медиальном направлении накладывают следующие швы (рис. 11.12).

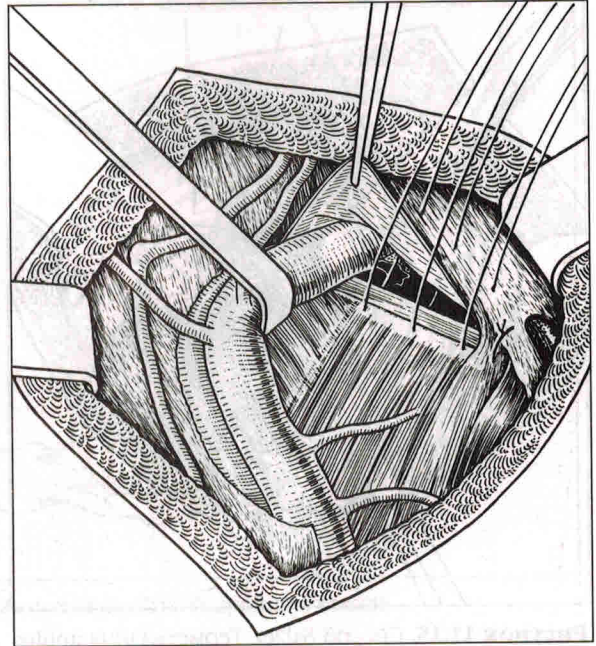


**Рисунок 11.12.** Способ Bassini. Наложены швы между паховой и куперовской связкой снаружи

Всего накладывается 2–4 шва на расстоянии 0,5 см друг от друга. Швы последовательно завязывают, при этом необходимо обратить внимание на то, не сдавлена ли вена (при сомнении нужно посмотреть, не синее ли нога). В этом случае первый шов нужно наложить дальше от вены. Второй ряд (3–4 шва) накладывают между серповидным краем широкой фасции бедра и гребенчатой фасцией, чтобы укрепить наружное отверстие бедренного канала. Далее рану послойно зашивают.

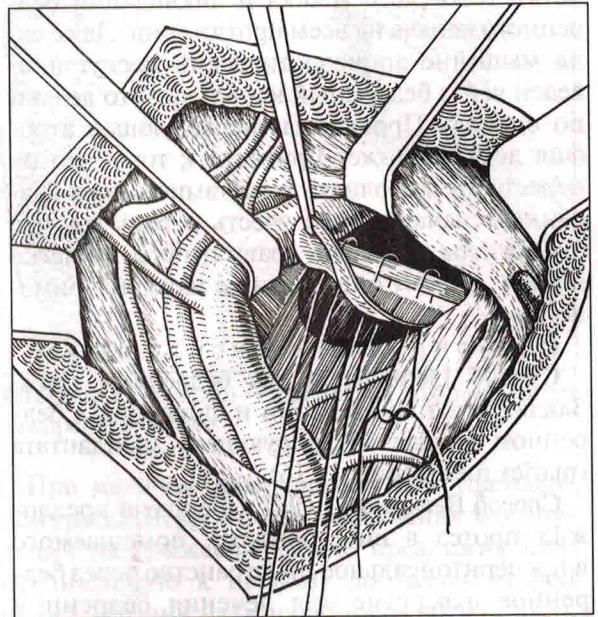
**Способ Fabricius.** Грыжевые ворота закрывают сшиванием пупартовой связки с гребешковой фасцией, иногда с более глубоким вколom и захватом гребешковой мышцы (рис. 11.13).

Предложено довольно много способов пластики грыжевых ворот бедренным способом с помощью выкраивания участков апоневроза или мышечно-апоневротического лоскута, а также кожного лоскута на ножке и грыжевого мешка.



**Рисунок 11.13.** Способ Fabricius. Закрытие грыжевых ворот подшиванием паховой связки к гребешковой (куперовской) связке с возможным захватом гребешковой мышцы

**Способ Salzer.** Salzer (1892) предложил выкраивать лоскут на ножке из апоневроза гребешковой мышцы и герметизировать им бедренный канал (рис. 11.14, 11.15).



**Рисунок 11.14.** Способ Salzer. Выкраен лоскут на ножке из апоневроза m. pectinealis