

# **Грыжи передней брюшной стенки**

**Кафедра госпитальной хирургии ПетрГУ**

**Заведующий кафедрой д.м.н. А.И.Фетюков**

**Петрозаводск, 2014**

## План лекции

- **Определение понятия грыжи**
- **Актуальность**
- **Анатомические особенности в зависимости от вида грыжи**
- **Патогенез грыжи**
- **Диагностика грыж**
- **Хирургическое лечение грыж**
- **Ущемленная грыжа**

***«Никакое другое заболевание человеческого тела, относящееся к прерогативе хирурга, не требует в своем лечении лучшей комбинации аккуратности, знания анатомии и хирургического мастерства, чем грыжа во всех ее проявлениях».***

***Сэр Astley Paston Cooper, 1804***

**Если бы хирург занимался  
только грыжесечением и  
больше ни чем иным, то и  
тогда стоило бы стать  
хирургом и посвятить себя  
служению этому делу**

**Вильям Холстед**

**Грыжа – это перемещение внутренних органов через естественное или искусственные слабые места передней брюшной стенки при условии целостности наружных покровов.**

**Латинский термин Hernia означает разрыв части структуры. Врожденная или приобретенная слабость брюшной стенки проявляется в неспособности удержать внутренние органы брюшной полости в нормальных границах.**

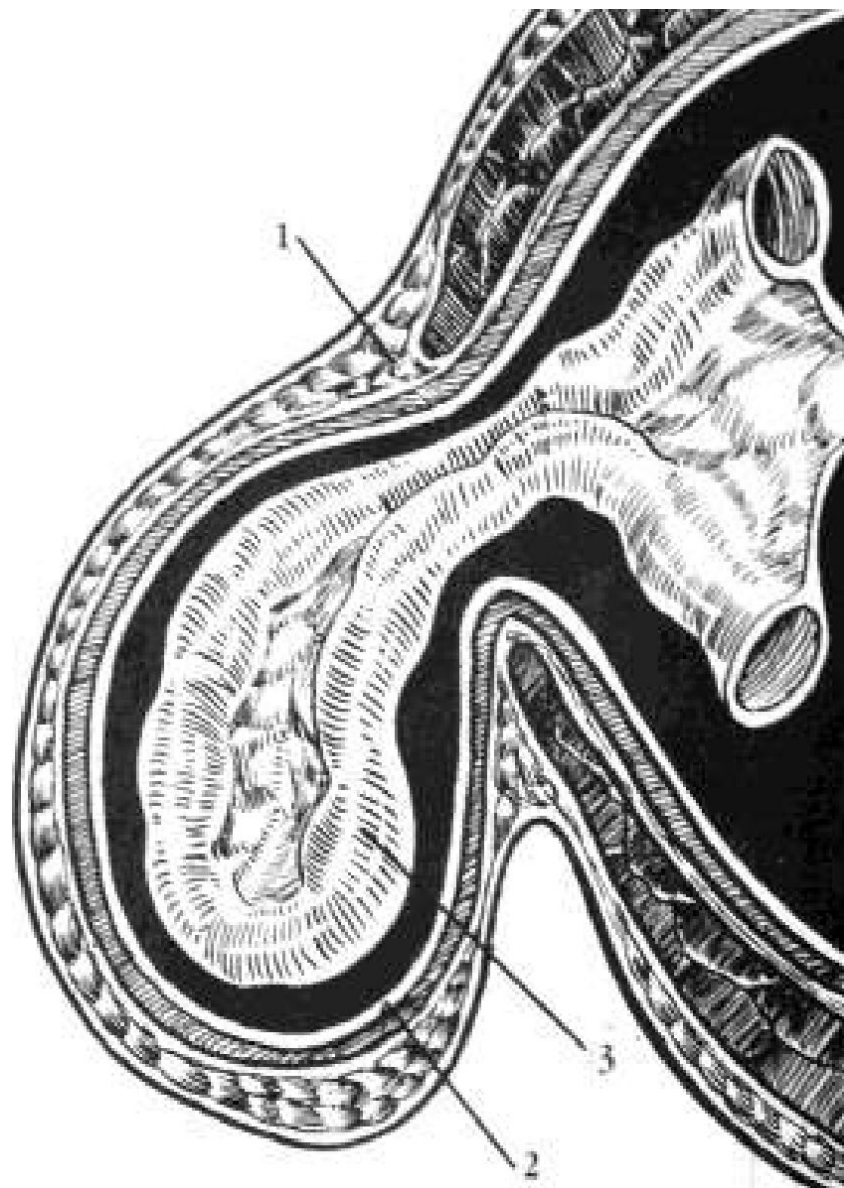
**Следует отличать грыжу от эвентрации и выпадения.**

**Эвентрация – это выхождение внутренних органов, не покрытых брюшинным мешком, через поврежденную брюшную стенку под кожу (подкожная эвентрация) или наружу (полная эвентрация).**

**Выпадением внутренностей называют выхождение органа наружу через естественное отверстие (например, выпадение матки, прямой кишки).**

## АКТУАЛЬНОСТЬ

- Грыжи остаются одной из самых распространенных хирургических патологий. Вентральные грыжи встречаются у 3–7 % населения, что составляет 50 на 10.000 человек (А.В. Протасов и соавт., 1999 г.). Среди всех хирургических вмешательств по частоте грыжесечения занимают второе место после аппендэктомии. В США ежегодно выполняется более 700.000 грыжесечений, в России – 200.000, во Франции – 110.000, в Великобритании – 80.000 (В.Д. Федоров и соавт., 2000; I.M. Rutkow, 1992; G. Champault и соавт., 1994; J.M. Hay, 1995).
- При этом летальность в среднем достигает 3%
- Частота рецидивов при «натяжной»



**Составные части грыжи:**  
**1 – грыжевые ворота;**  
**2 – грыжевой мешок;**  
**3 – грыжевое содержимое.**

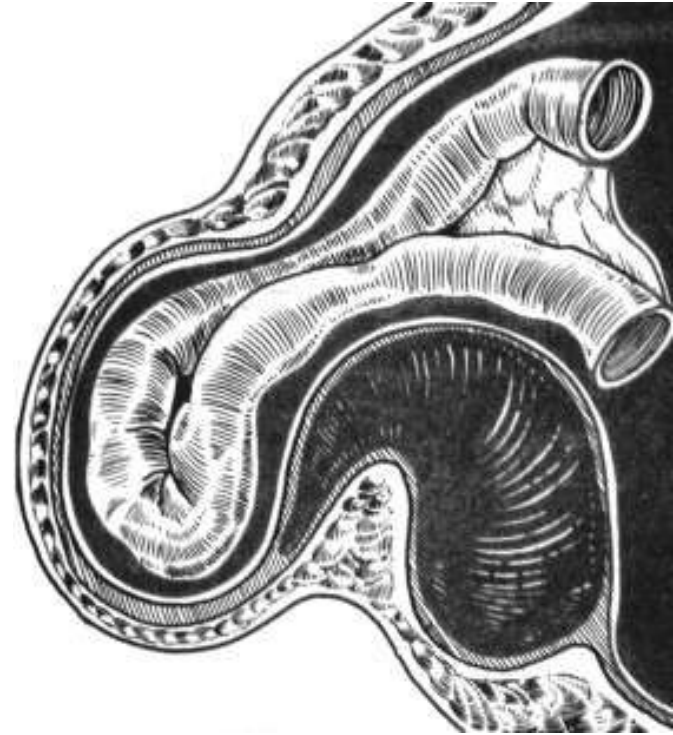
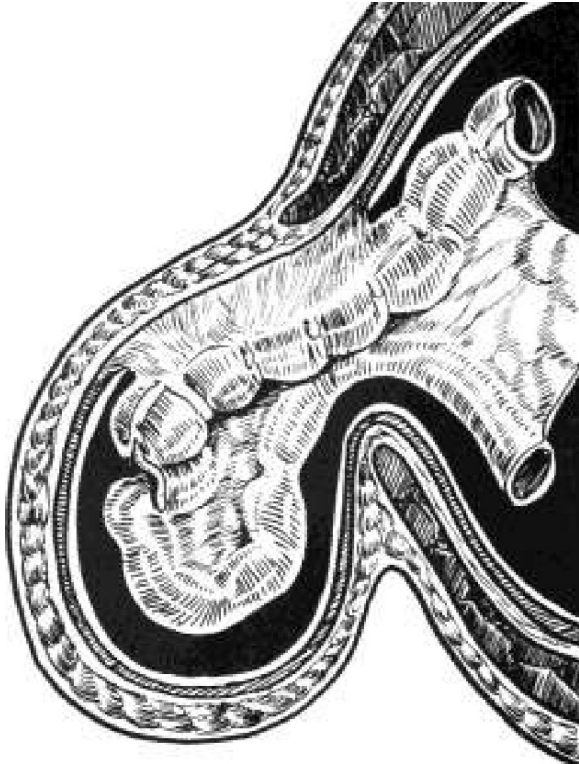


От анатомического расположения грыжи различают паховые, бедренные, пупочные, грыжи белой линии живота, редкие виды грыж, например грыжи спигелиевой линии.

Послеоперационные грыжи - грыжи, возникающие в различных участках брюшной стенки после лапаротомий, произведенных по поводу различных заболеваний органов брюшной полости. Если эти операции производились по поводу грыж, то вновь возникающие в той же области грыжи называют рецидивными.

Грыжевое выпячивание брюшной стенки после травм без нарушения целостности кожи, но с разрушением мышечно-апоневротического слоя носит название травматических грыж.

Грыжевое выпячивание, возникшее в связи с заболеваниями (остаточные явления после полиомиелита) или вследствие нарушения иннервации мышц брюшной стенки, носят название невропатических грыж.



**Скользющая грыжа:  
слепой кишки (слева),  
мочевого пузыря (справа)**

Общие факторы, способствующие образованию грыжи, разделяют на предрасполагающие и производящие.

### **Предрасполагающие факторы:**

наследственность, возраст (слабая брюшная стенка у детей первого года жизни, атрофия тканей брюшной стенки у пожилых людей), пол (особенности строения таза и большие размеры бедренного кольца у женщин, слабость паховой области у мужчин), особенности телосложения, степень упитанности (быстрое похудание у лиц с избыточной массой тела), частые роды, травма брюшной стенки, послеоперационный рубцы, паралич нервов, иннервирующих брюшную стенку.

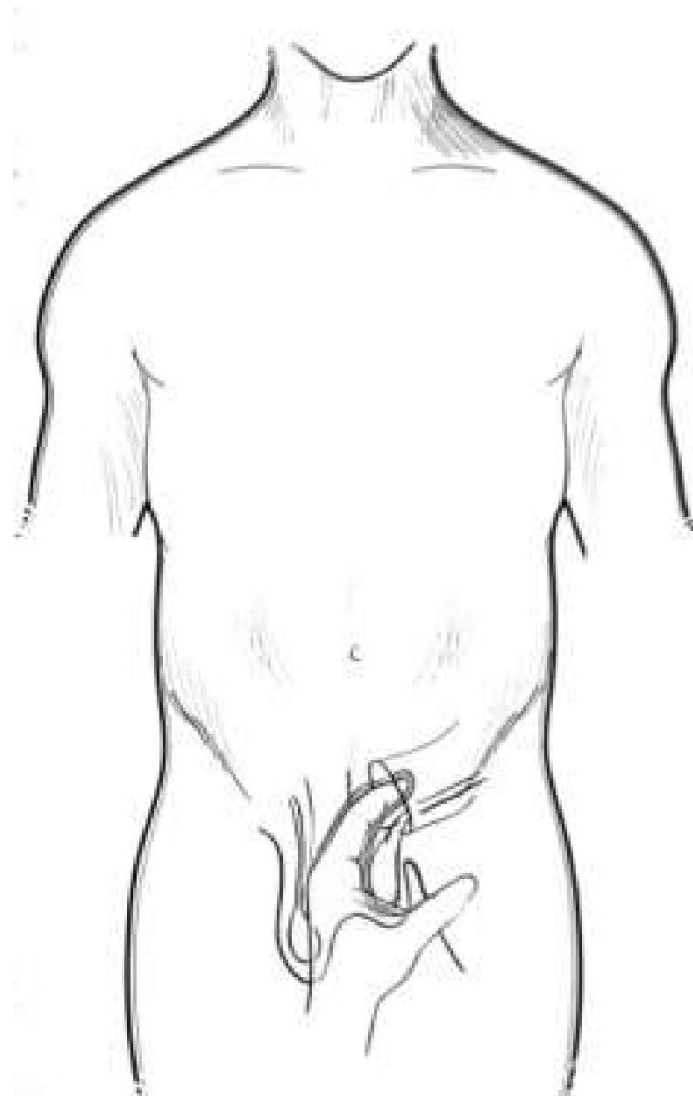
### **Производящие факторы:**

факторы, способствующие повышению внутрибрюшного давления или его резким колебаниям: тяжелый физический труд, занятие атлетическими видами спорта, частый плач и крик в младенческом возрасте, трудные роды, кашель при хронических заболеваниях легких, продолжительные запоры, затрудненное мочеиспускание при аденоме предстательной железы или стенозе мочеиспускательного канала.

# Диагностика грыж

- визуальный осмотр
- пальпация
- герниография (герниоскопия)
- УЗИ
- СКТ





**Пальцевое исследование пахового канала у мужчин**

## ***Дифференциальная диагностика опухолевидных образований в паховой области:***

1. Паховая грыжа.
2. Бедренная грыжа.
3. Лимфаденит.
4. Эктопия яичка.
5. Липома.
6. Варикоцеле.
7. Гематома.
8. Псоас-абсцесс.
9. Водянка оболочек яичка.
10. Лимфома.
11. Туберкулезное поражение лимфатического узла.
12. Метастаз в лимфатический узел.
13. Эпидидимит.
14. Перекрут яичка.
15. Аневризма бедренных сосудов.
16. Атерома.
17. Паховый гидраденит.

# **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖ**



**« Я знаю более ста хирургов,  
которым я бы с легкостью  
позволил удалить мой  
желчный пузырь, но только  
одного, которому я бы доверил  
мой паховый канал»**

*Sr. Henage Ogilvie*

# Хирургическое лечение грыж



Лечение с натяжением

Традиционное  
ушивание

*Количество рецидивов до 50%:\**

*-50% в течение 6 месяцев*

*-80% в течение 3 лет*

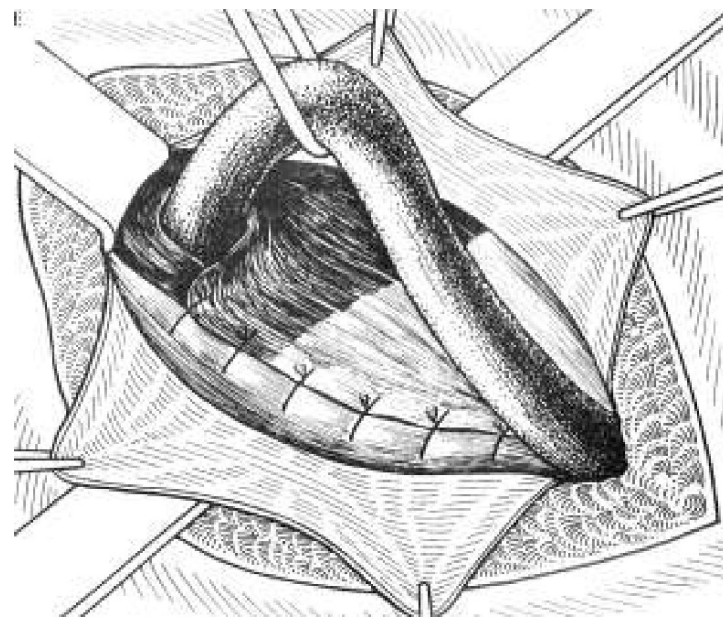
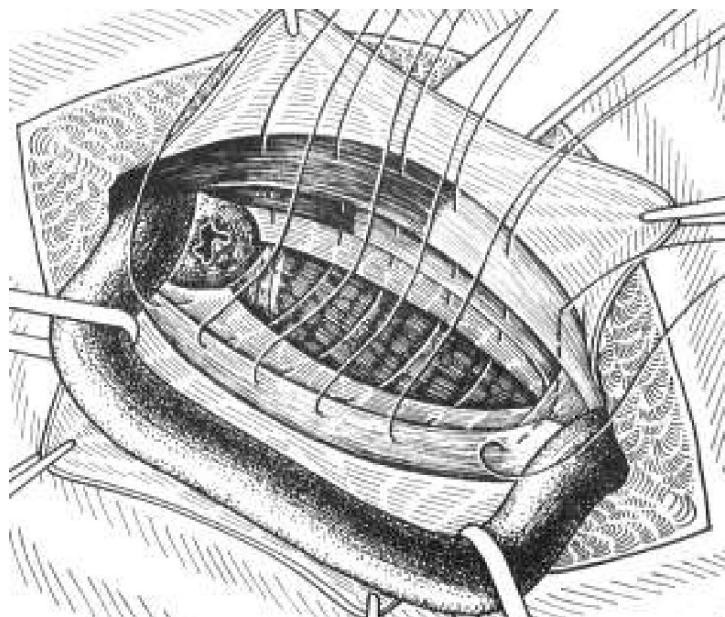
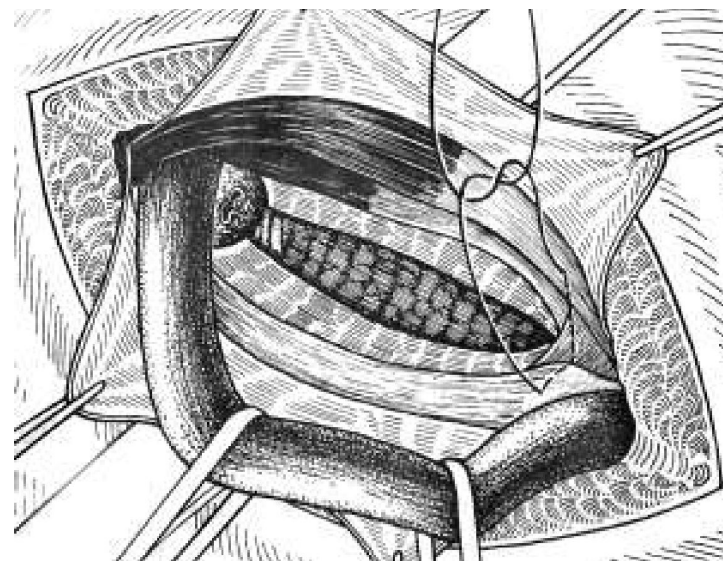
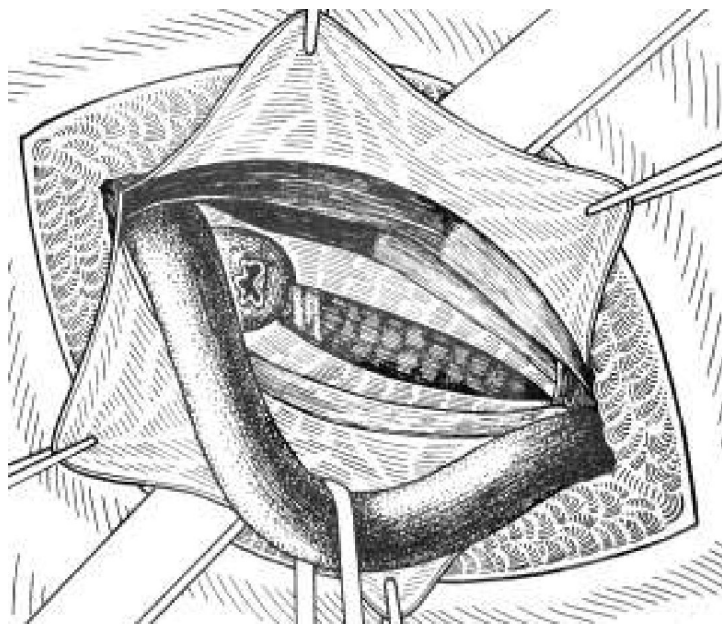
*-95% в течение 5 лет*

Лечение без натяжения

Использование  
нерассасывающихся  
тяжелых сеток

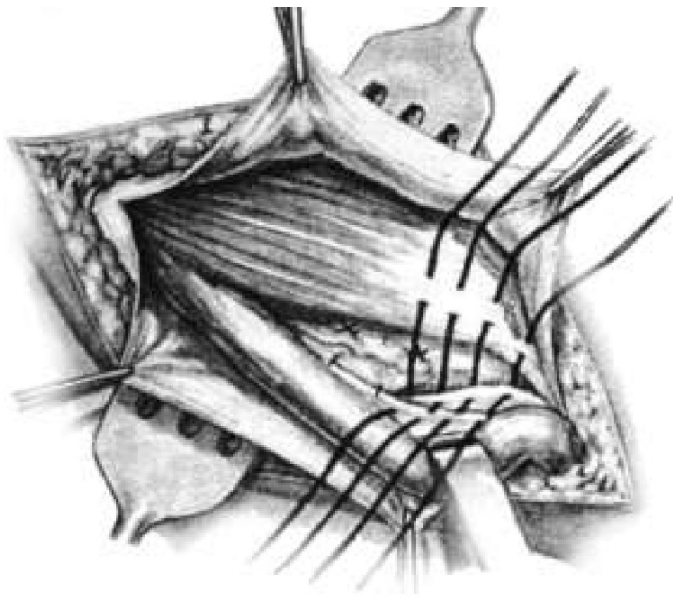
*- Обеспечивают постоянную  
поддержку -*

**Поразительное  
снижение числа  
рецидивов до 0,1%**

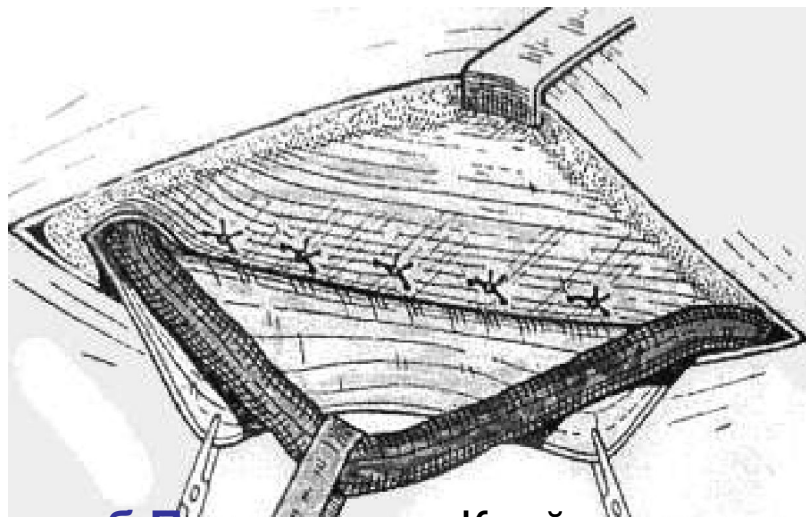


**Способ Бассини**

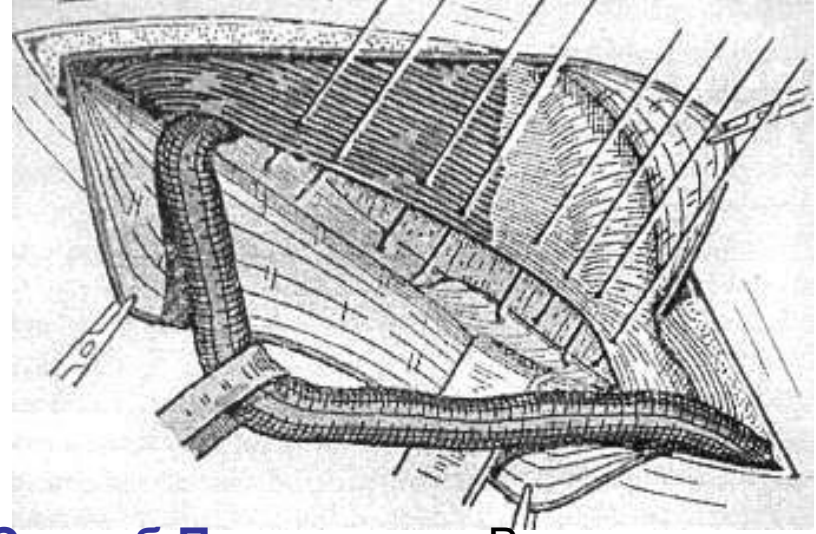




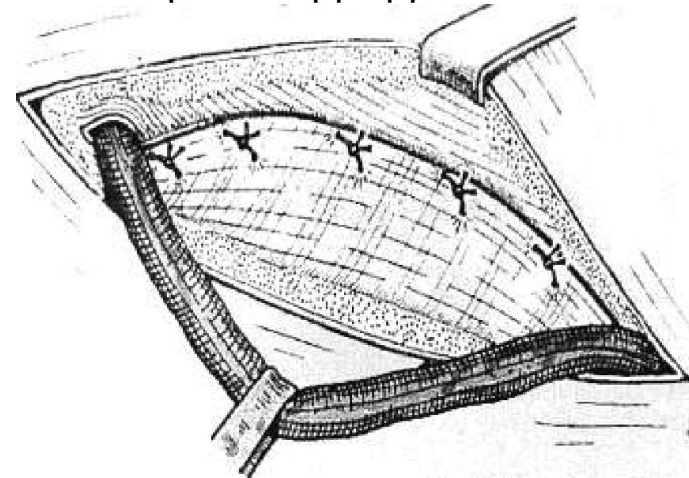
**Способ Кукуджанова**



**Способ Постемпски.** Край медиального лоскута апоневроза наружной косой мышцы живота пришит к паховой связке.

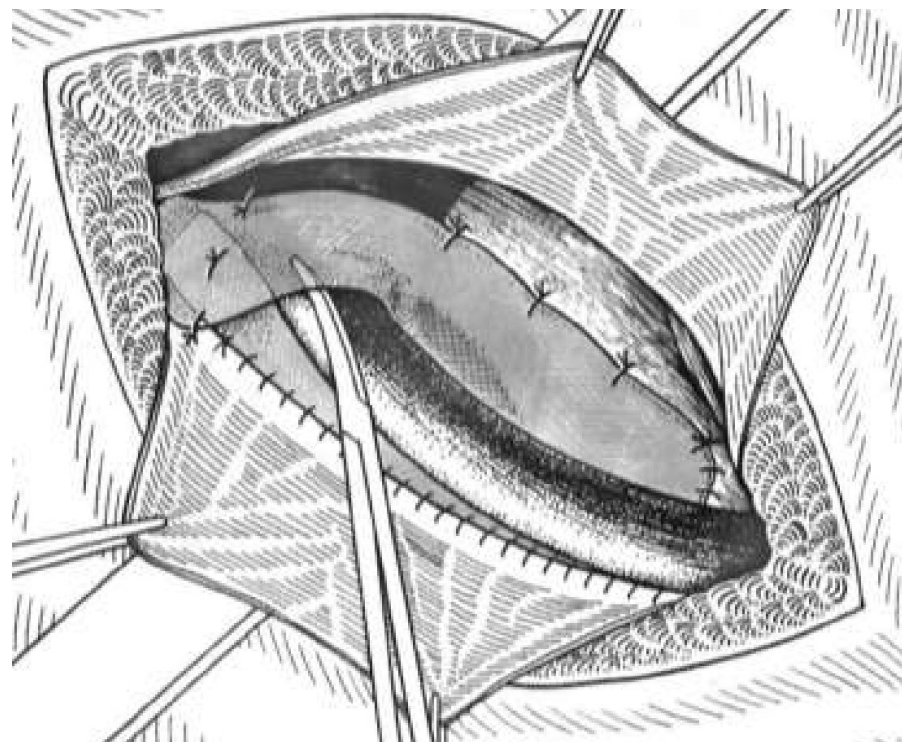
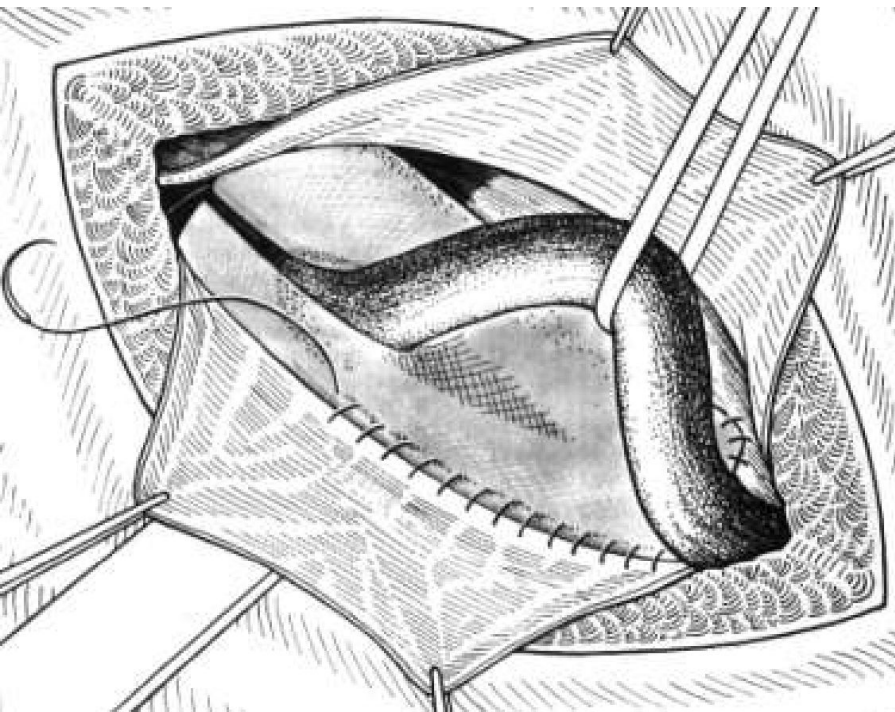


**Способ Постемпски.** В медиальном отделе операционной раны U-образными швами пришивают соединенное сухожилие внутренней косой и поперечной мышц, край влагалища прямой мышцы к лонному бугорку и гребешковой связке Купера; в латеральном – мышцы и подвздошно-лонный тракт.



«Если можно было бы искусственно создать ткань, по плотности и крепости равную фасции и сухожилию, то секрет радикального излечения грыж был бы найден».

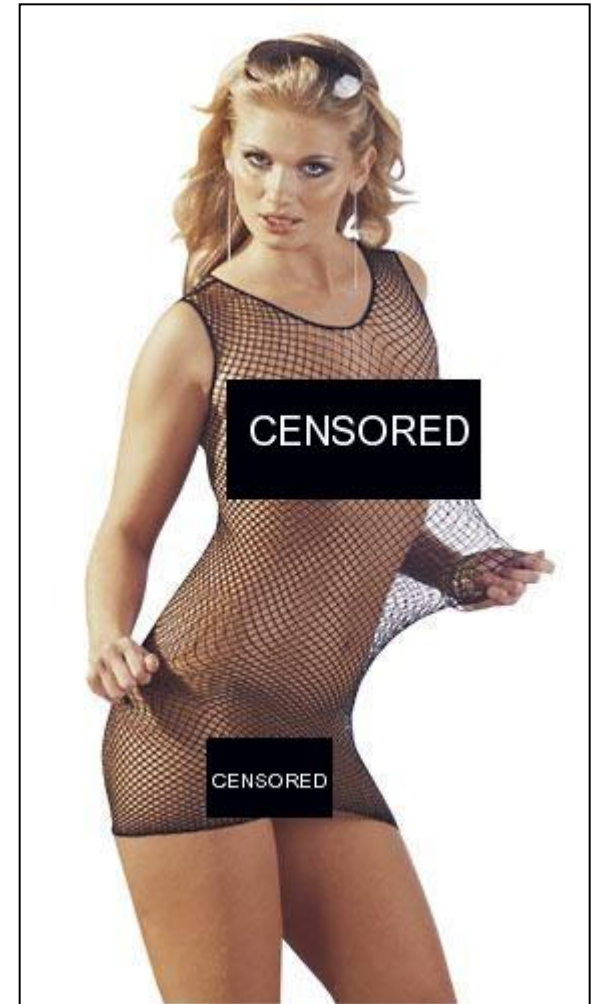
*Theodor Billroth*



**Способ Лихтенштейна**

# Идеальная сетка

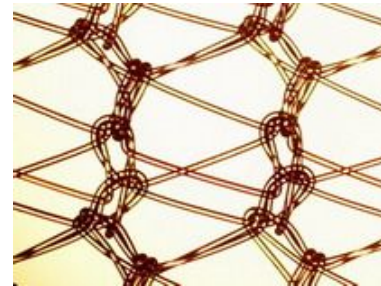
- Химически инертна
- Прочная к механической нагрузке
- Может производиться любой формы
- Стерилизуется
- Не меняется под воздействием тканевых жидкостей и реакций
- Не способствует развитию аллергии или гиперчувствительности
- Не вызывает рак





# Виды современных синтетических сеток

- Полипропиленовые  
( Линтекс-эсфил, Ethicon, Тусо )



- Полиэфирные  
(Линтекс-Фторэкс, Mersilene - Ethicon )

- Политетрафлюороэтилен (PTFE)  
(Gore-Tex)



**Точки введения троакаров при трансабдоминальной пластике**



## ***Послеоперационные осложнения:***

**острая задержка мочи 1,0%;**

**мочевая инфекция 0,5%;**

**ранеая инфекция 0,58%;**

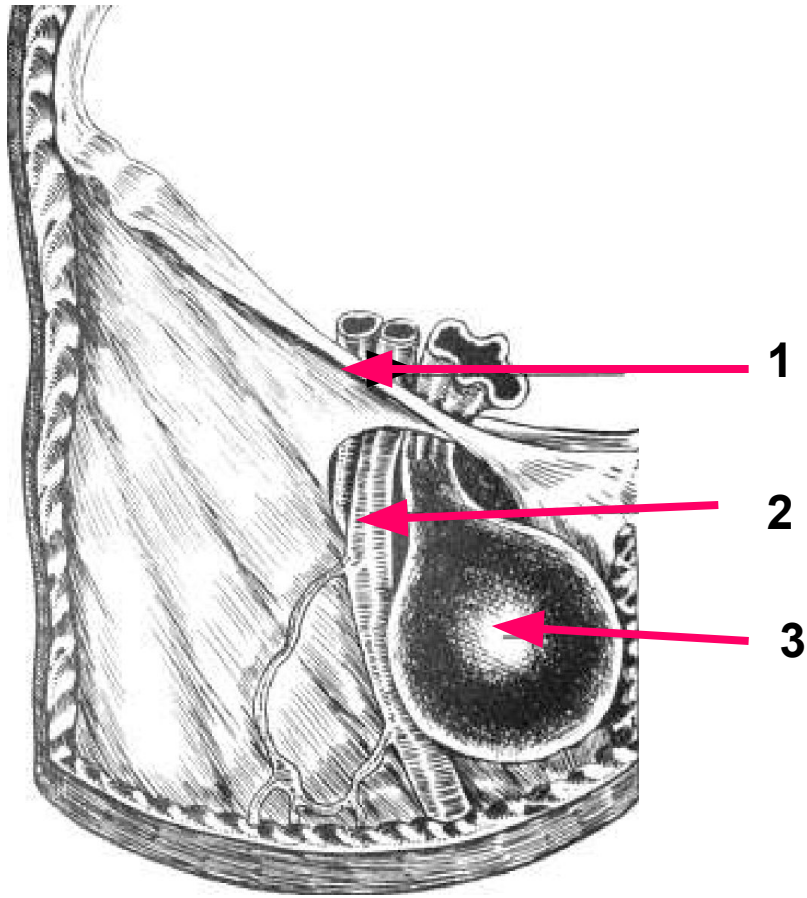
**гематома в области раны 0,43%;**

**тромбоэмболия легочной артерии 0,07%;**

**послеоперационное кровотечение 0,02%;**

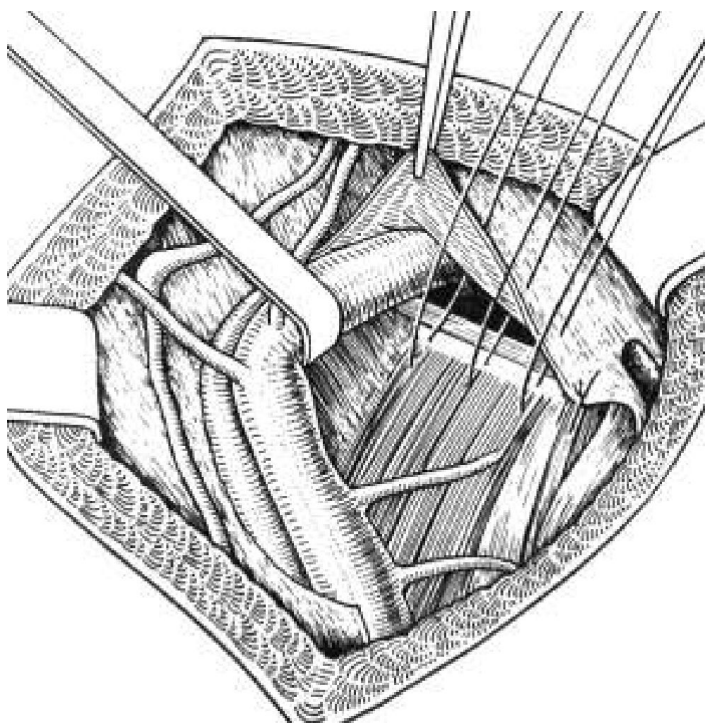
**ишемический орхит 0,61%;**

**атрофия яичка 0,34%.**



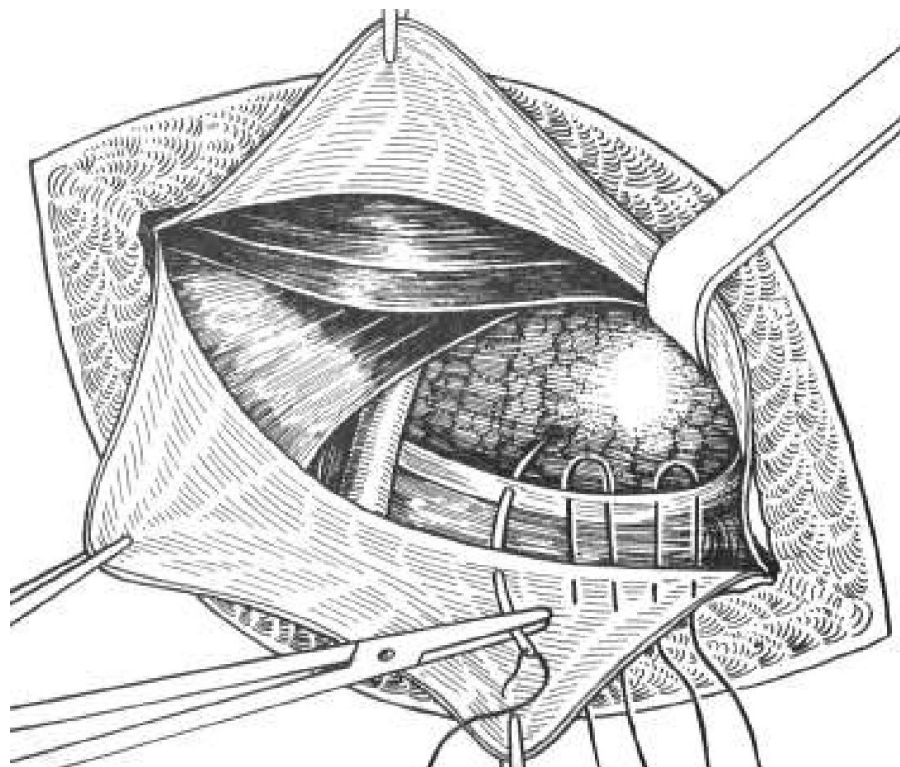
**Топография типичной  
бедренной грыжи.**

- 1 – паховая связка;**
- 2 – бедренная вена;**
- 3 – грыжевой мешок**



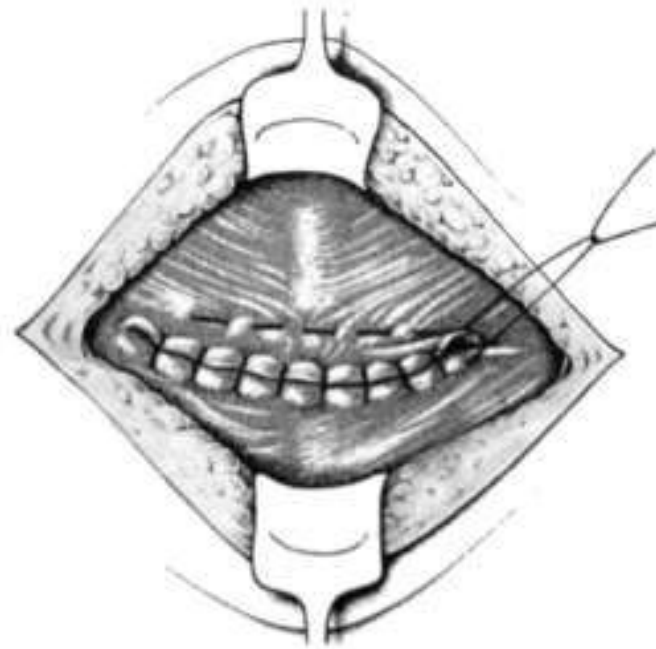
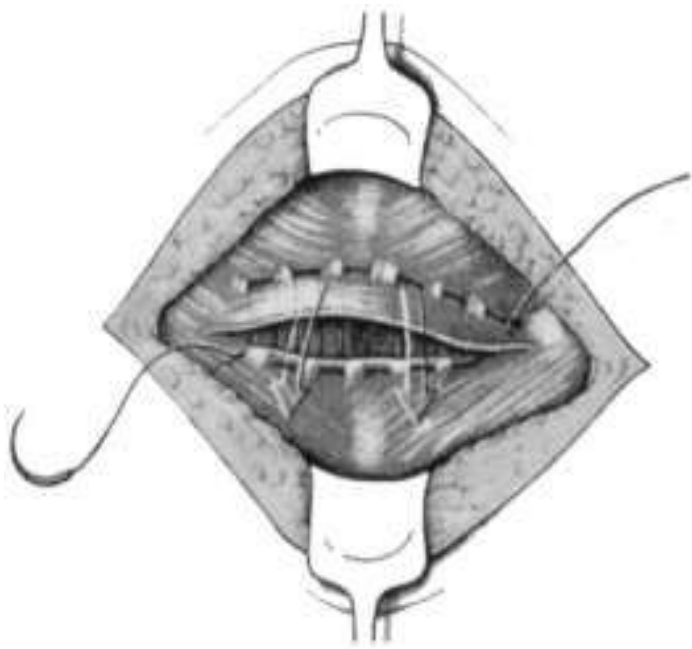
### **Способ Бассини:**

наложены швы между паховой и куперовской связкой снаружи



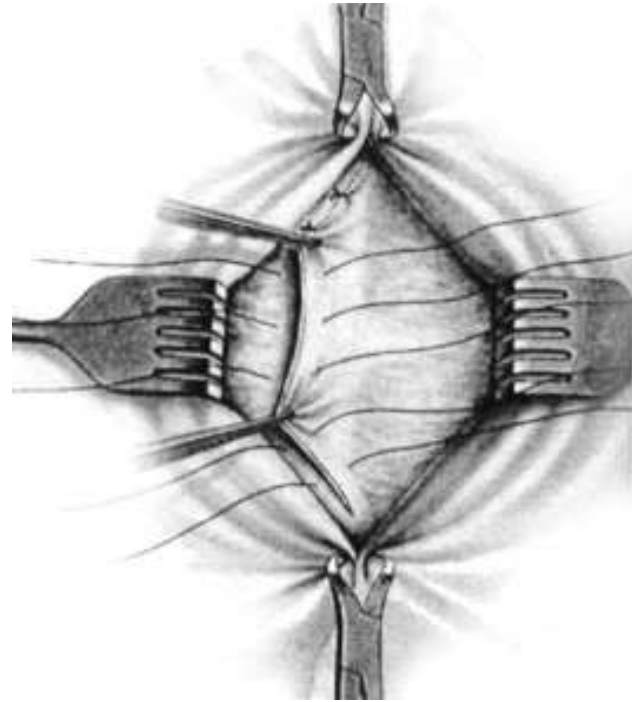
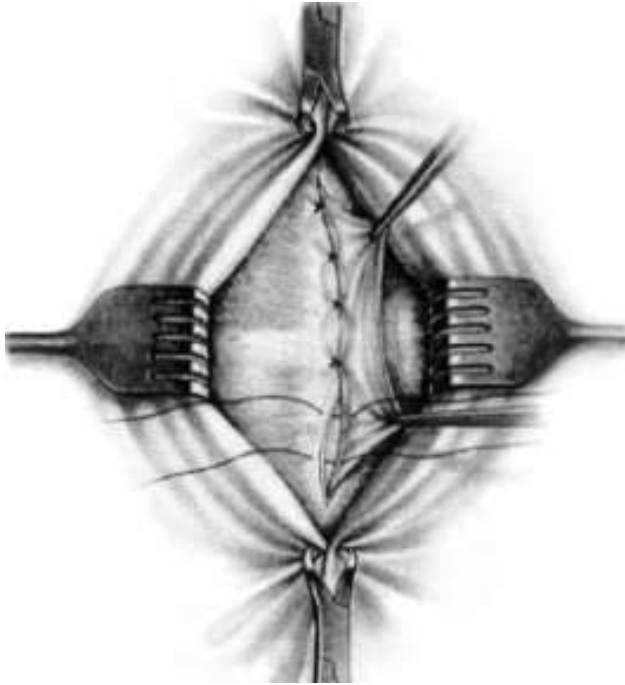
### **Способ Руджи-Парлавеччио:**

наложены швы между паховой и куперовской связками изнутри



### **Способ Мэйо при пупочной грыже:**

верхний лоскут апоневроза подшивают к нижнему V-образным швом;  
подшивание нижнего лоскута апоневроза к верхнему лоскуту



**Способ Сапежко.** Слева - подшивание края правого лоскута апоневроза к задней стенке влагалища левой прямой мышцы живота.

Справа – подшивание левого лоскута апоневроза к передней стенке влагалища правой прямой мышцы живота.

# ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ВЕНТРАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ

# Классификация послеоперационных вентральных грыж – «SWR classification»

(J.P.Chevrel, A.M.Rath, 2000)

I. По локализации (S) на:

- 1) срединные (M);
- 2) боковые (CL);
- 3) сочетанные (ML);

II. По ширине грыжевых ворот (W):

грыжевые ворота до 5 см (W1)

грыжевые ворота от 5 до 10 см (W2)

грыжевые ворота от 10 до 15 см (W3)

грыжевые ворота более 15 см (W4)

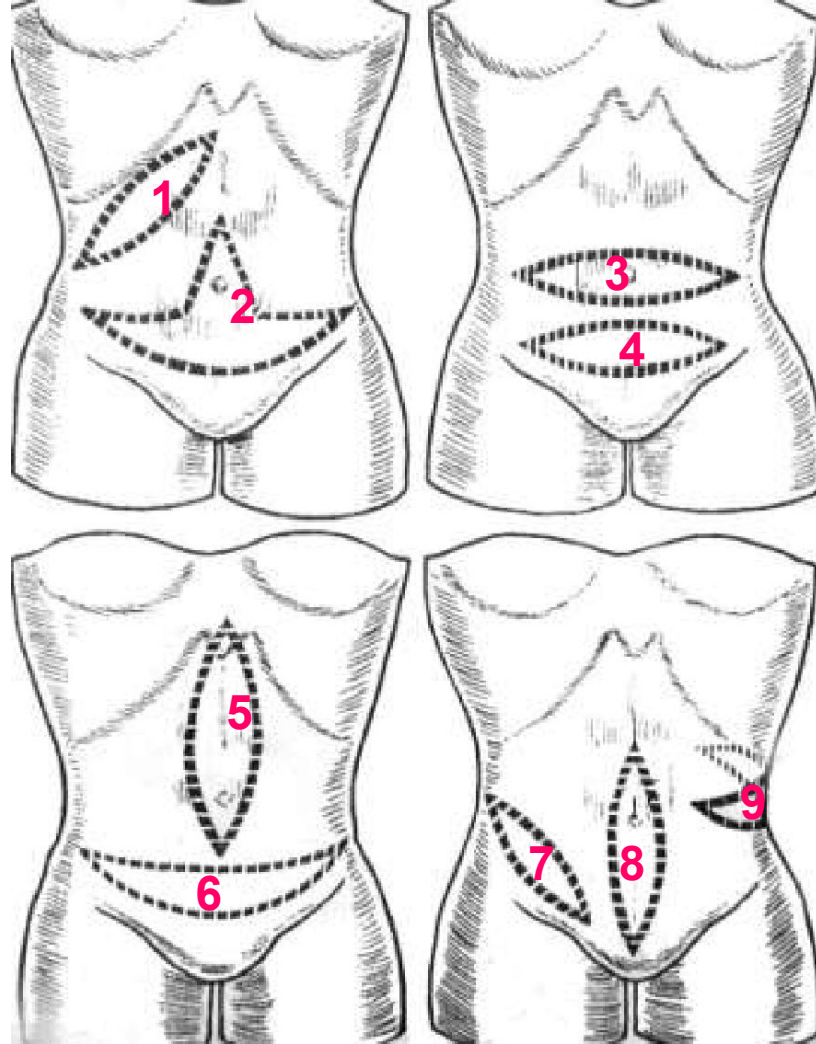
III. По частоте рецидивов (R):

первые рецидив (R1)

второй рецидив (R2)

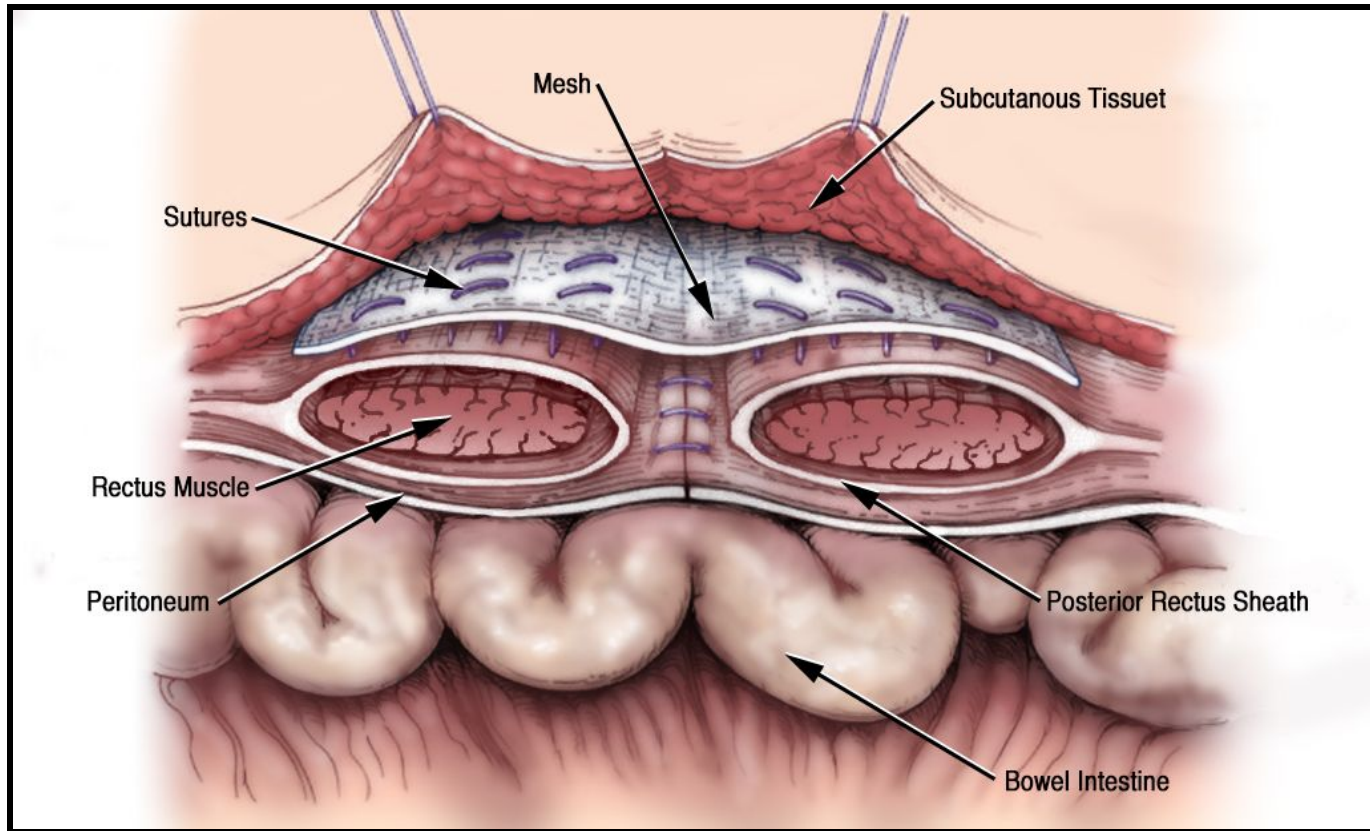
третий рецидив (R3) и др.



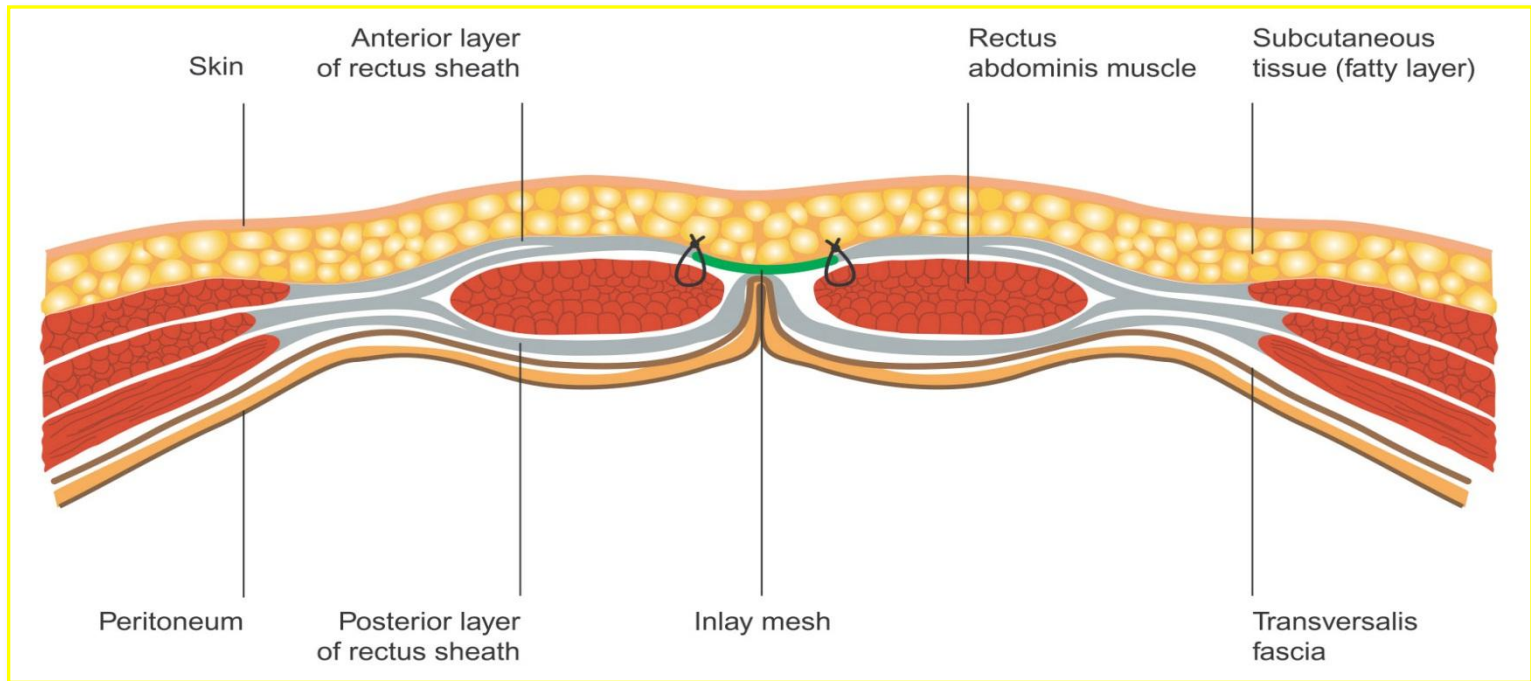


**Форма и направление кожных разрезов при послеоперационных грыжах различной локализации:** 1 – при грыжах в подрёберной области; 2 – при грыжах в околопупочной и гипогастральной областях; 3 – при грыжах в околопупочной области; 4– при грыжах между пупком и лоном; 5 – при срединных грыжах эпигастрия; 6 – при грыжах, сочетающихся с отвислым животом; 7 – при грыжах в подвздошно-паховых областях; 8 – при грыжах гипогастрия; 9 – при грыжах в поясничной области.

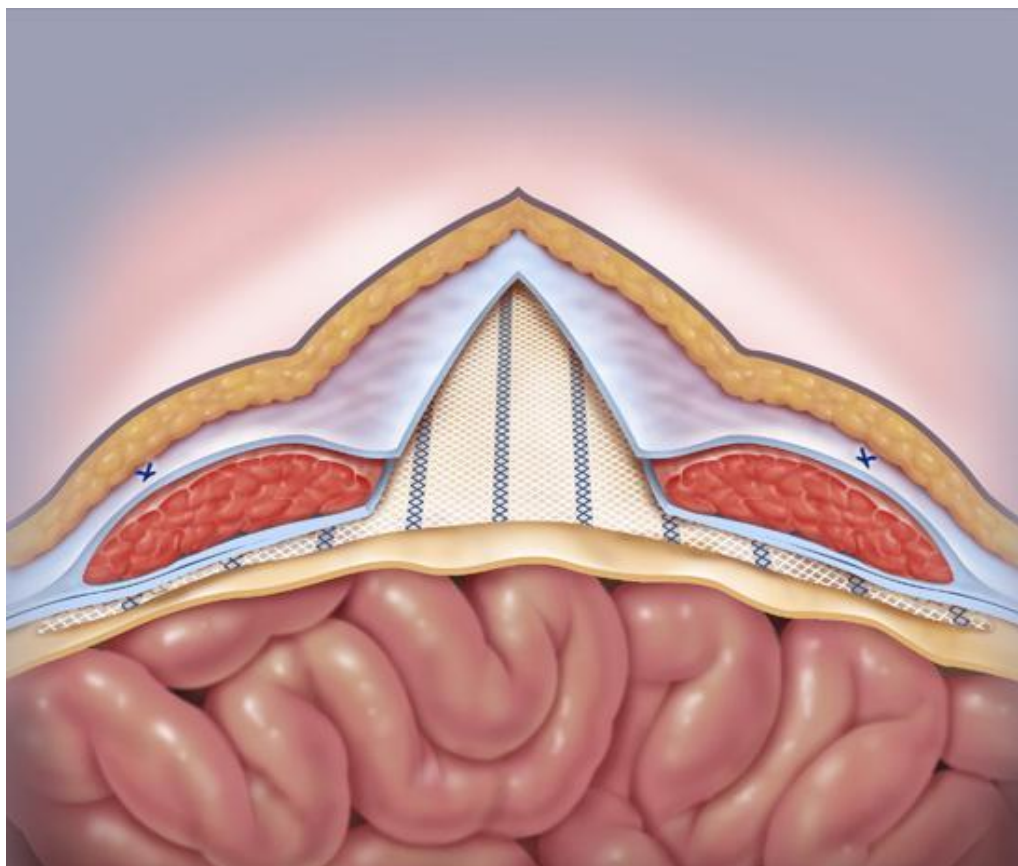




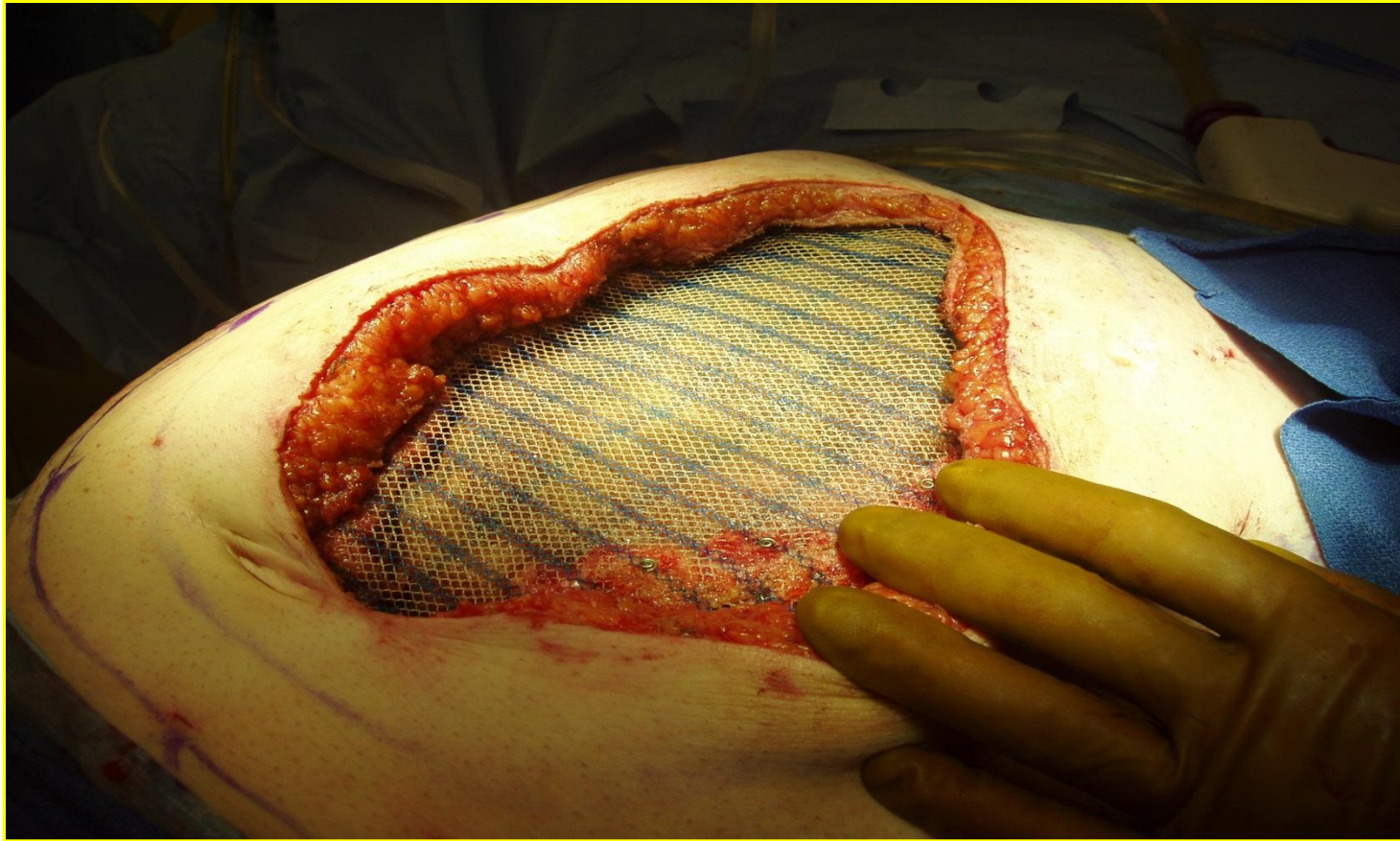
**Размещение имплантата  
над мышечно-апоневротическим слоем  
(методика Onlay).**



**Схема расположения сетки в подапоневротическом пространстве  
(методика Inlay)**



**Схема расположения сетки в предбрюшинном пространстве  
(методика Sublay)**





# Гигантская вентральная грыжа



# Гигантская вентральная грыжа

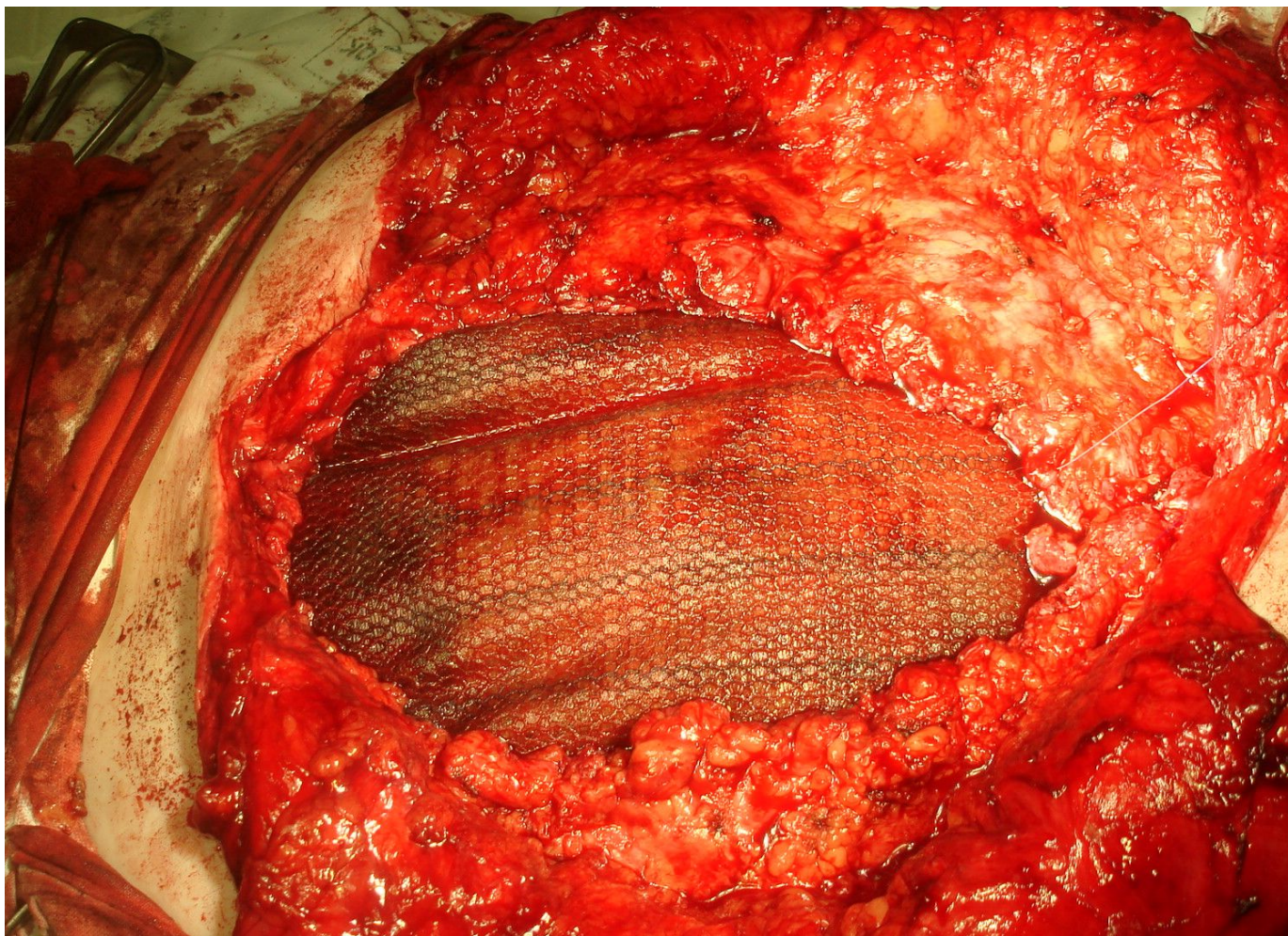


# Гигантская вентральная грыжа





# Этап фиксации полимерной сетки





# Результат герниопластики



# Результат герниопластики



## Рекомендации по хирургической тактике при лечении послеоперационных вентральных грыж (Г.И.Синенченко с соавт., 2009)

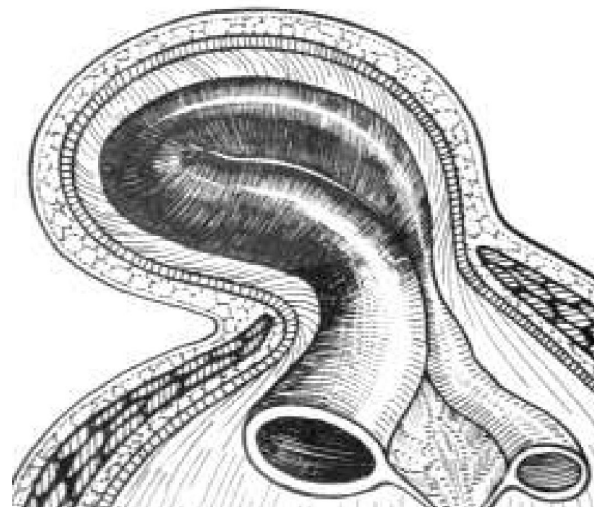
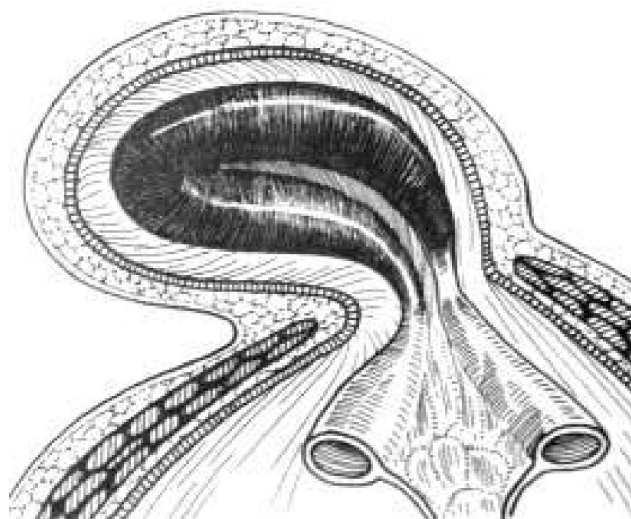
Анатомические характеристики – размер, локализация и вид ПОВГ			Телосложение		
			долихоморфное	мезоморфное	брахиморфное
Первичная	Малая	Эпигастральная, мезогастральная	Дубликатурный способ		Способ «onlay»
		Гипогастральная	Способ «sublay»		
	Средняя, обширная, гигантская	Эпигастральная, мезогастральная, гипогастральная	Способ «inlay»		
Рецидивная	Обширная, гигантская	Эпигастральная, мезогастральная, гипогастральная			

### Примечание 1:

- 1) малые – локализуются в одной из областей живота, определяются пальпаторно;
- 2) средние - занимают часть какой-либо области передней брюшной стенки, выпячивая ее;
- 3) обширные – полностью занимают одну из областей передней брюшной стенки;
- 4) гигантские – занимают 2,3 области живота и более, деформируя его. (К. Д.Тоскин, В.В.Жебровский, 1990).

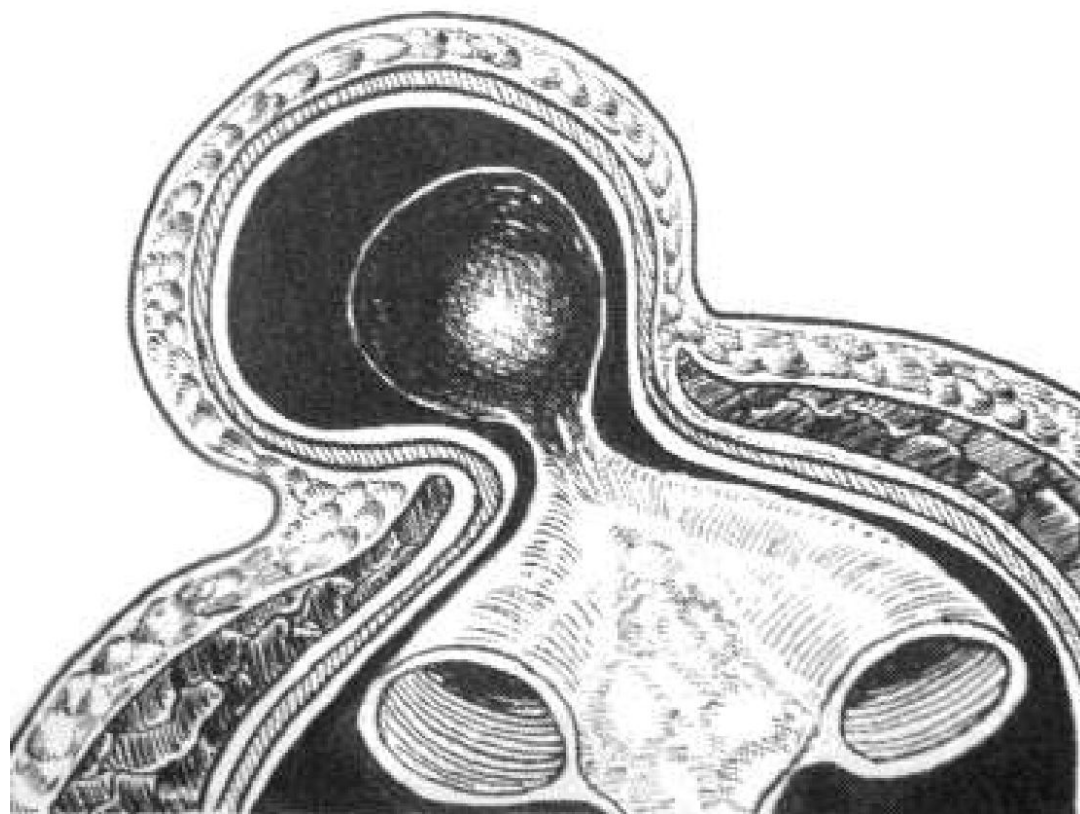
## Клинические признаки ущемленной грыжи:

1. Боль
2. Рефлекторная рвота
3. Невправимость
4. Напряженность
5. Отсутствие кашлевого толчка

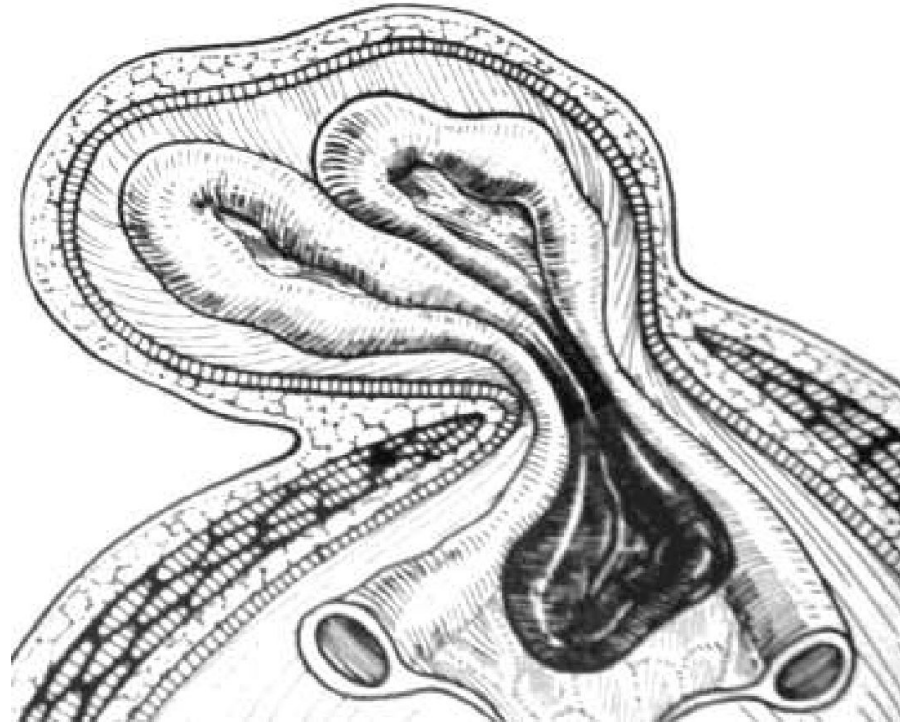


**Варианты ущемления:**  
эластическое (слева) и каловое (справа)

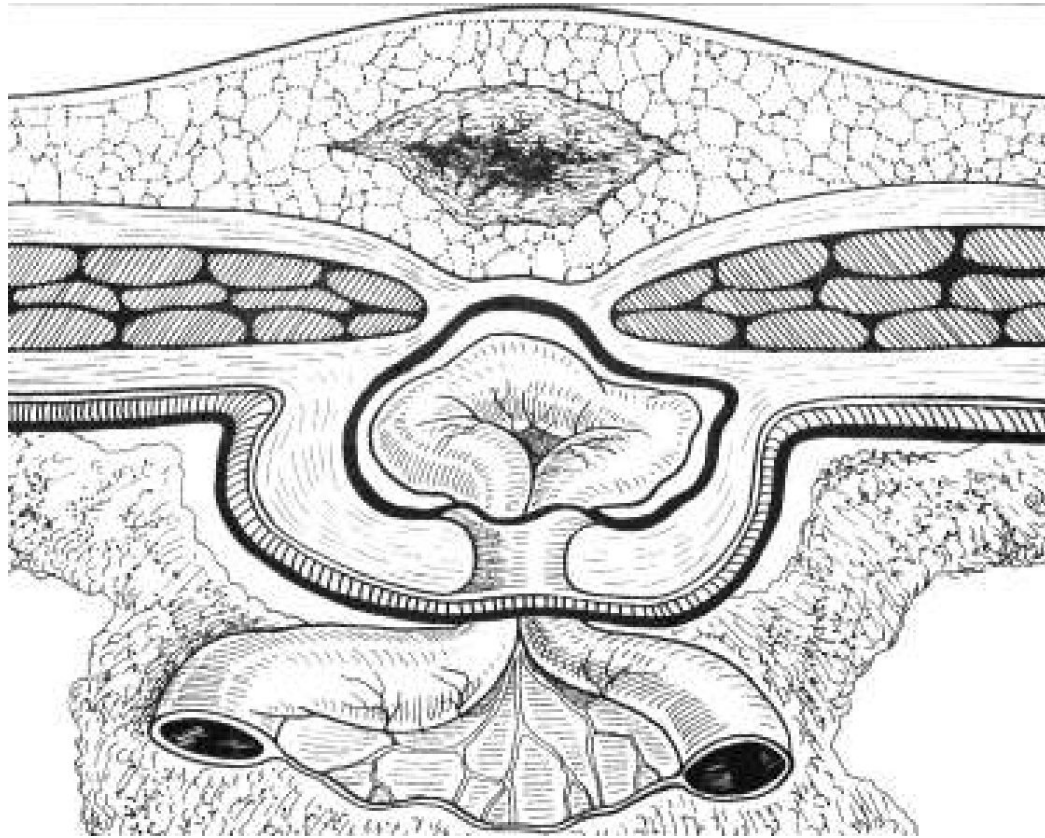




**Пристеночное ущемление** (грыжа Рихтера)



**Ретроградное ущемление (грыжа Майдля). Расположение петли тонкой кишки в грыжевом мешке и брюшной полости в виде буквы W.**



**Осложнение при насильственно вправленной ущемлённой грыже:** мнимое вправление путём перемещения грыжевого мешка с ущемлённой кишечной петлей в предбрюшинную клетчатку



**Ложное ущемление Брока**

**Флегмона грыжевого мешка**

# Литература

**Последняя глава в истории  
об анатомии и оперативном  
лечении грыж еще не написана**

*Lloyd Milton Nyhus, 1986*