

**тема: ОПЕРАТИВНЫЕ ДОСТУПЫ К  
ОРГАНАМ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.  
НАРУЖНЫЕ ГРЫЖИ ЖИВОТА И  
ПРИНЦИПЫ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ.**



Portrait of a man by a doctor, 1868, by J.M.W. Turner

**Оперативная хирургия** – учение о хирургических операциях.

**Основная задача оперативной хирургии** - изучение и обоснование техники, способов и правил выполнения оперативных вмешательств. Основываясь на современных достижениях анатомии и физиологии, оперативная хирургия разрабатывает способы рационального обнажения органов и выполнения тех или иных оперативных воздействий на них. Основным объектом изучения оперативной хирургии является **хирургическая операция** как таковая.

# ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ

Это комплекс мероприятий направленный на воздействие на ткани или органы больного, производимое с целью лечения, диагностики или восстановления целостности или функции тканей, органов или организма в целом.

Хирург при выполнении операции должен руководствоваться тремя принципами, определяющими его действия:

- Анатомическая доступность
- Техническая возможность
- Физиологическая дозволенность

***Анатомическая доступность*** – возможность проведения разреза для обнажения патологического очага или пораженного органа без повреждения важных для жизни тканей и систем, обеспечив **ближайший доступ** к объекту вмешательства

***Техническая возможность*** – возможность выполнять операции через намеченный разрез и при этом обеспечить безопасность больного при выполнении операции.

***Физиологическая дозволенность*** – обоснование хирургической операции с учетом непосредственных функциональных результатов и развития компенсаторных процессов в организме оперированного больного.

## **ОСНОВНЫЕ ЧАСТИ (МОМЕНТЫ) ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ**

1. **Оперативный доступ** к объекту оперативного вмешательства – действия хирурга, обеспечивающие обнажение пораженного патологическим процессом или поврежденного органа (послойный разрез тканей, лежащих на пути к очагу поражения).
2. **Оперативный прием** – непосредственные действия на объекте оперативного вмешательства, направленные на удаление измененного органа или патологического очага.
3. **Выход из операции** – воссоединение тканей после хирургической операции, приближающееся к полному восстановлению анатомической и функциональной целостности.

# ТРЕБОВАНИЯ К ОПЕРАТИВНЫМ ДОСТУПАМ ДЛЯ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ ЖИВОТА

1. Обеспечение максимальной (оптимальной) доступности объекта операции
  - разрез соответственно проекции органа
  - разрез достаточной длины - широта доступа («длина разреза настолько большая, насколько необходимо, и настолько малая, насколько возможно»)
2. Малая травматичность
  - минимальное повреждение мышечно-апоневротических слоев брюшной стенки;
  - сохранение, по возможности, сосудисто-нервных пучков;
  - аккуратное обращение с тканями;
  - бережное отношение к рефлексогенным зонам.
3. Простота и быстрота разреза
4. Возможность (при необходимости) продления разреза в нужном направлении (расширение доступа)
5. Возможность надежного закрытия и хорошего срастания краев операционной раны.

# ОПЕРАТИВНЫЕ ДОСТУПЫ К ОРГАНАМ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ (ЛАПАРОТОМИЯ) - РАЗРЕЗЫ ПЕРЕДНЕ-БОКОВОЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

1. Общие (универсальные) - позволяют обнажать практически все органы живота
2. Специальные - для операции на одном органе или на группе близко расположенных органов

## По направлению разреза:

- продольные (вертикальные)
- поперечные (горизонтальные)
- косые
- угловые (комбинированные)

# ОПЕРАТИВНЫЕ ДОСТУПЫ К ОРГАНАМ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ (ЛАПАРОТОМИЯ) - РАЗРЕЗЫ ПЕРЕДНЕ-БОКОВОЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

## **ПРОДОЛЬНЫЕ (ВЕРТИКАЛЬНЫЕ) РАЗРЕЗЫ**

### **1. Срединная лапаротомия**

- верхняя срединная (выше пупка)
- нижняя срединная (ниже пупка)
- тотальная срединная (от мечевидного отростка до лобкового симфиза)

### **Преимущества срединной лапаротомии:**

- техническая простота (рассекаются только 3 слоя);
- быстрота выполнения;
- не повреждаются мышцы и крупные сосуды и нервы;
- возможность хорошего обзора большинства органов брюшной полости
- разрез может быть продлен кверху или книзу в случае необходимости

# ОПЕРАТИВНЫЕ ДОСТУПЫ К ОРГАНАМ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ (ЛАПАРТОМИЯ) - РАЗРЕЗЫ ПЕРЕДНЕ-БОКОВОЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

## Недостатки срединной лапаротомии:

- сравнительно медленное срастание краев раны вследствие плохого кровоснабжения апоневрозов широких мышц живота по белой линии;
- в послеоперационном периоде сильная нагрузка на линию швов из-за тяги краев раны в поперечном направлении (неполноценный рубец, послеоперационные грыжи).

**2. Парамедианный разрез** - вдоль медиального края прямых мышц живота

## Преимущество:

- прочный послеоперационный рубец

## Недостатки:

- техническая сложность;
- ограничение длины разреза

# ОПЕРАТИВНЫЕ ДОСТУПЫ К ОРГАНАМ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ (ЛАПАРОТОМИЯ) - РАЗРЕЗЫ ПЕРЕДНЕ-БОКОВОЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ.

3. Трансректальный разрез - через толщу прямой мышцы живота

Преимущество:

- прочный послеоперационный рубец

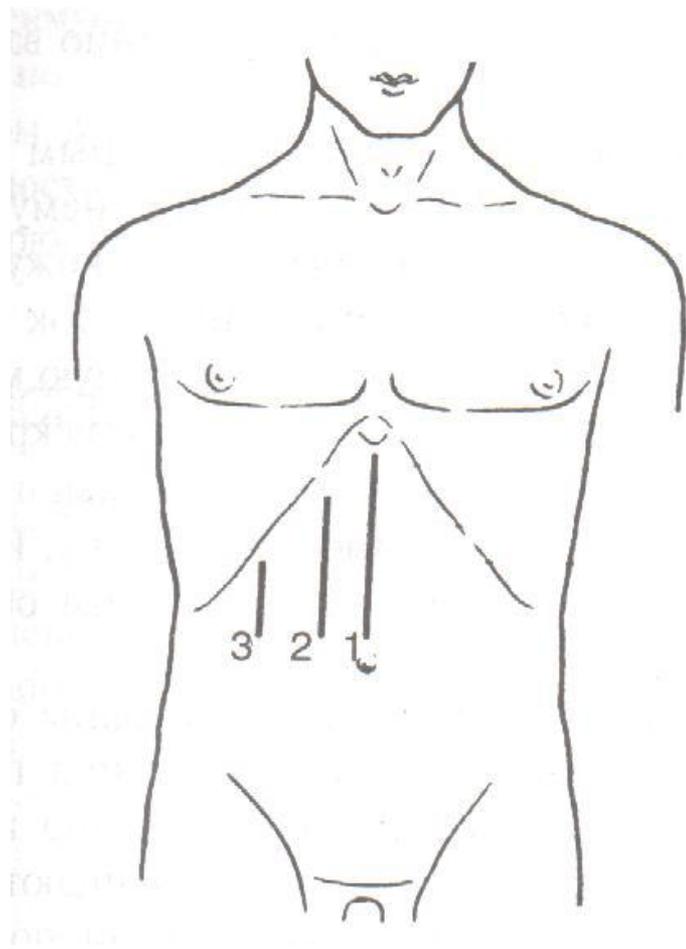
Недостаток:

- ограничение длины разреза

4. Параректальный разрез - вдоль латерального края прямых мышц живота

Недостаток:

- может выполняться на ограниченном протяжении



# ОПЕРАТИВНЫЕ ДОСТУПЫ К ОРГАНАМ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ (ЛАПАРОТОМИЯ) -

## РАЗРЕЗЫ ПЕРЕДНЕ-БОКОВОЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ.

### **ПОПЕРЕЧНЫЕ (ГОРИЗОНТАЛЬНЫЕ) РАЗРЕЗЫ**

#### **Верхняя и нижняя поперечная лапаротомия**

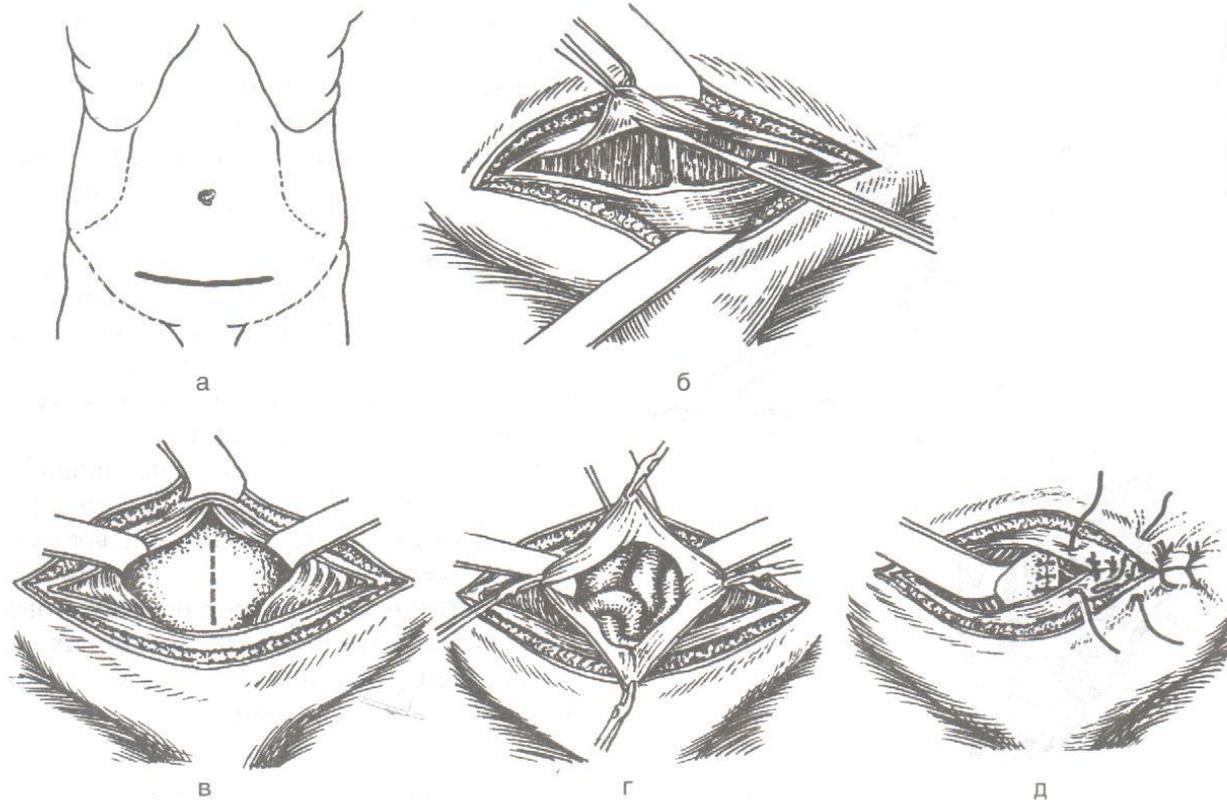
- надлобковый доступ Пфаненштиля (без рассечения прямых мышц живота)

#### **Преимущества:**

- не повреждаются межреберные сосудисто-нервные пучки;
- разрез может быть продлен в латеральную сторону (до средней подмышечной линии);
- края раны хорошо срастаются - перпендикулярная длине раны тяга мышц сравнительно невелика.

#### **Недостатки:**

- относительная ограниченность обзора органов брюшной полости;
- трудоёмкость при рассечении и последующем восстановлении прямых мышц живота.



**Рис. 12-11. Нижняя поперечная лапаротомия по Пфанненштилю.** а — линия кожного разреза, б — поперечное пересечение кожи и переднего листка влагалища прямой мышцы живота, в — оба брюшка прямой мышцы живота оттягиваются крючками в сторону, г — продольное вскрытие париетальной брюшины, д — закрытие лапаротомного разреза трёхрядным швом. (Из: Литтманн И. Брюшная хирургия. — Будапешт, 1970.)

# ***КОСЫЕ РАЗРЕЗЫ***

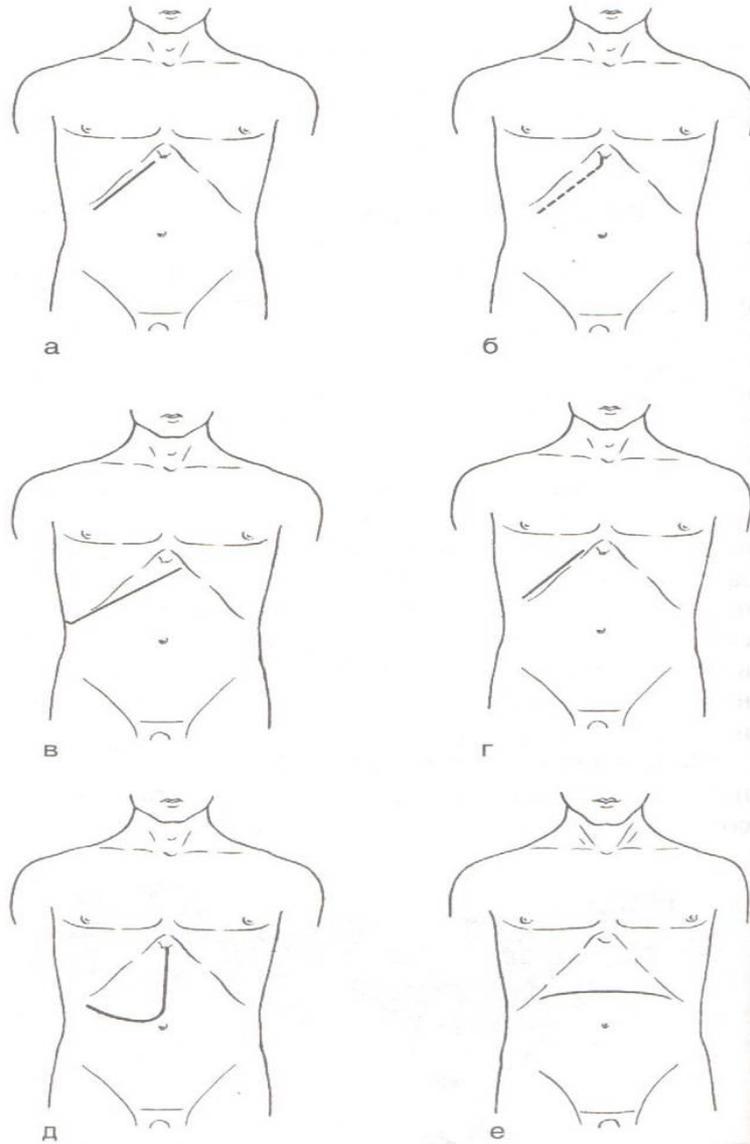
В правом и левом подреберье (доступы к желчным путям, селезенке); в правой и левой подвздошной области (доступ к аппендиксу, сигмовидной кишке).

## **Недостаток:**

- пересечение межреберных сосудисто-нервных пучков.

# ***УГЛОВЫЕ (КОМБИНИРОВАННЫЕ) РАЗРЕЗЫ***

Используют при необходимости расширения доступа - продольный + поперечный; продольный + косой (разрез Рио-Бранко для доступа к печени и желчным путям).



**Рис. 12-8. Косая и поперечная лапаротомии.** а — Курьузье-Кохера, б — Фёдорова, в — Шпренгеля, г — Прибрама, д — Рио-Бранко, е — верхняя поперечная Шпренгеля. (Из: Дедерер Ю.М., Крылова Н.П. Атлас операций на печени. — М., 1975.)

# ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

Малоинвазивные способы операций, выполняемые с помощью эндовидеохирургической аппаратуры.

## Преимущества метода:

- уменьшение травматичности доступа и длительности операции;
- незначительная «хирургическая» кровопотеря;
- снижение частоты послеоперационных осложнений;
- сокращение сроков пребывания больных в стационаре;
- уменьшение отдаленных результатов лечения.

**ГРЫЖИ**

# Общая герниология

**Грыжа** – выходжение внутренних органов, покрытых брюшиной, через существующие в норме, но патологически расширенные отверстия, либо через вновь образованные отверстия.

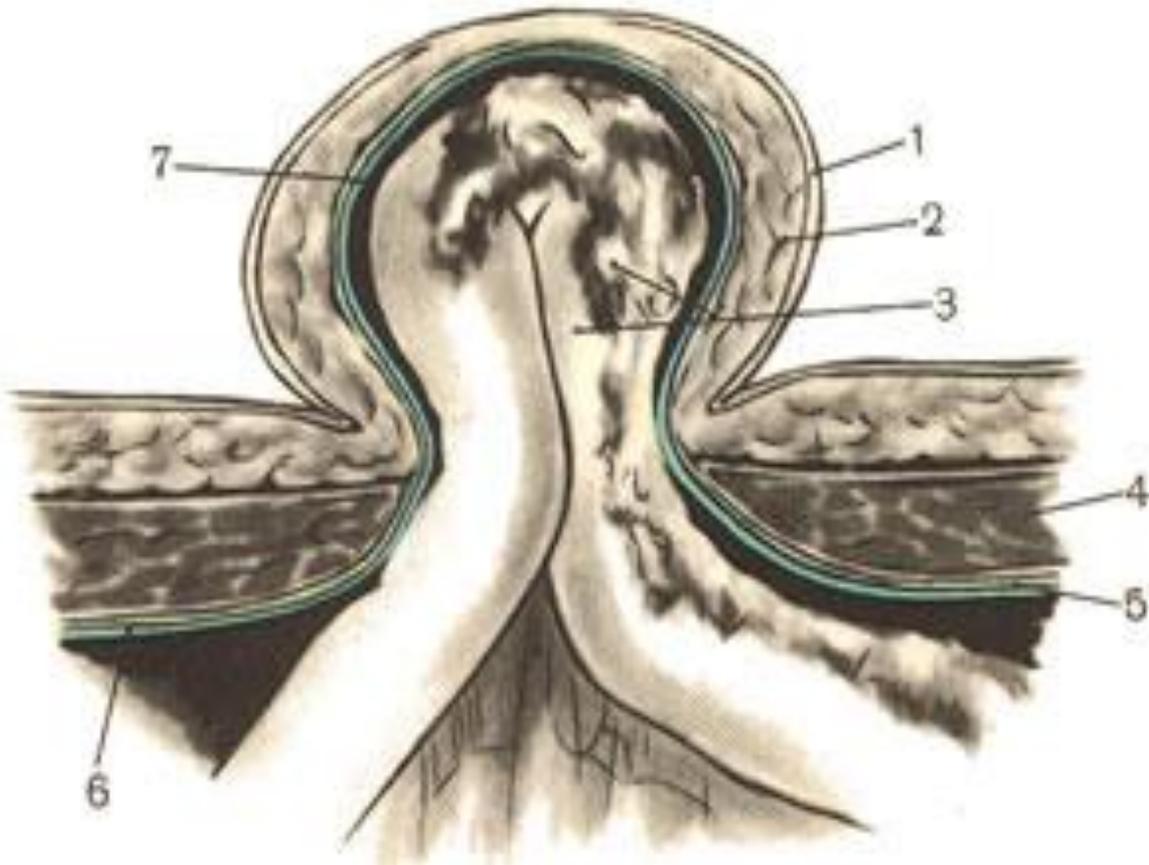
**Эвентрация** – выходжение внутренних органов из брюшной полости через хирургическую или случайную рану. Эвентрация может быть полной – выпадение органов на брюшную стенку или частичной (подкожная).

## **Элементы грыжи:**

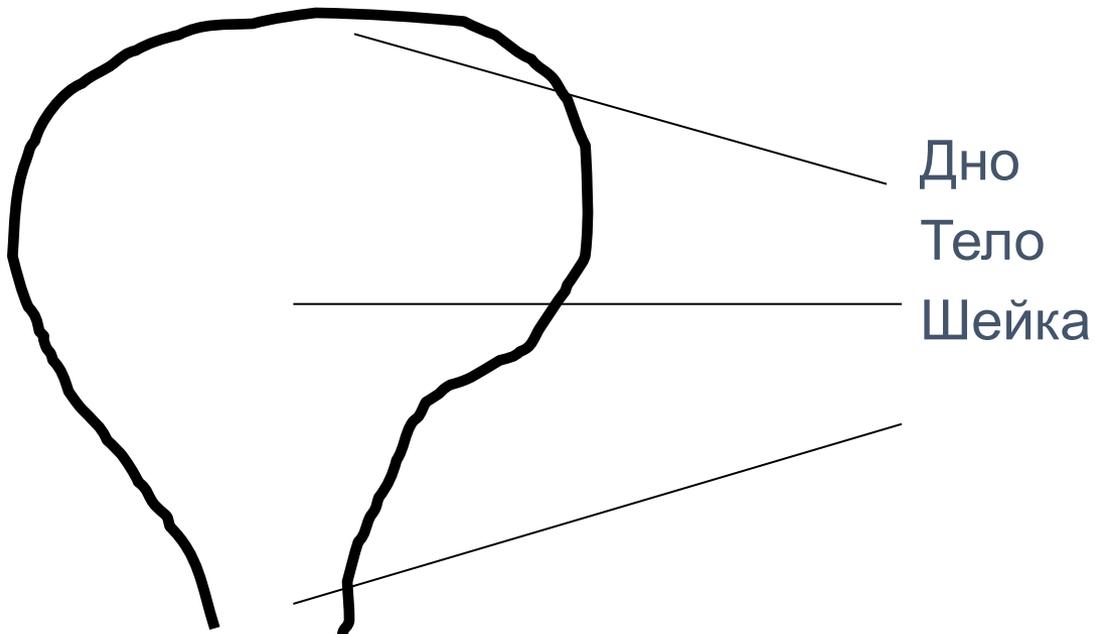
1. Грыжевые ворота - щель или отверстие в брюшной стенке, через которое выходят органы брюшной полости.
2. Грыжевой мешок - париетальный листок брюшины, выталкиваемый выходящими из брюшной полости внутренностями. Состоит из шейки, тела и дна.
  - Шейка - участок брюшины на уровне грыжевых ворот, являющийся анатомической границей между полостью брюшины и полостью грыжевого мешка.
3. Содержимое грыжевого мешка (чаще большой сальник и петли тонкой кишки).

# Компоненты грыжи

- Грыжевой мешок
- Грыжевое содержимое
- Грыжевые ворота



# Анатомия грыжевого мешка



# Актуальность проблемы

- Грыжами страдает 3-4% всего населения, в 75% - паховые грыжи. Преимущественно у мужчин (90%).
- Операции по поводу грыж составляют 25% всех оперативных вмешательств, а 35% из них выполняются в экстренном порядке по поводу ущемления с летальностью в среднем не менее 3%
- В 20% случаев наблюдаются двухсторонние паховые грыжи

## Реальность

Грыжи, как и люди, не становятся моложе и здоровее со временем, *как и не становятся меньше.*

Грыжа не исчезает без лечения.

Наличие грыжи уже говорит о том, что на какой-то стадии потребуется оперативное лечение.

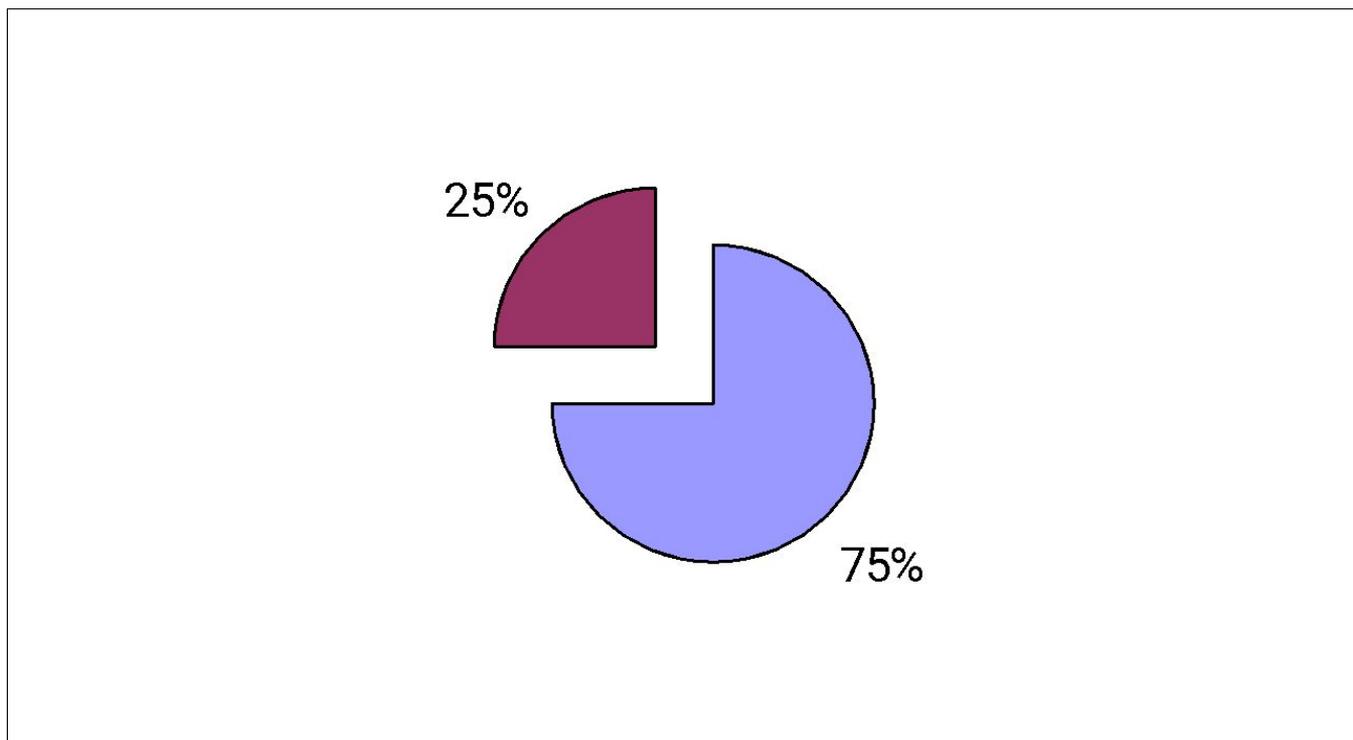


# Операции при грыжах

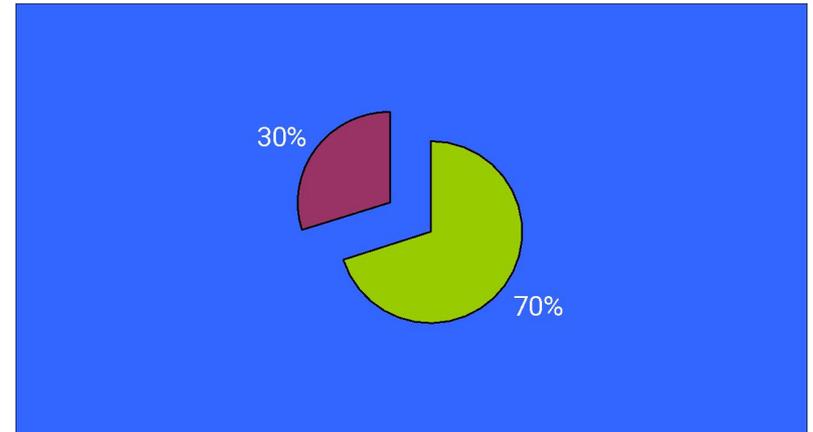
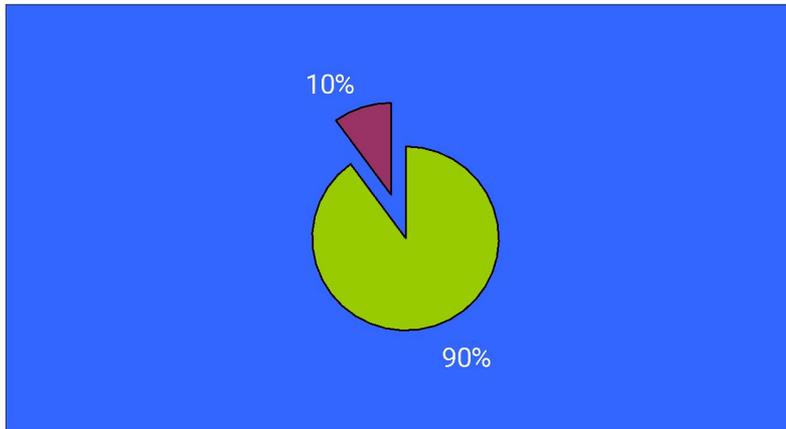
- РОССИЯ – 180 000

- США – 500 000

# Операции при грыжах.



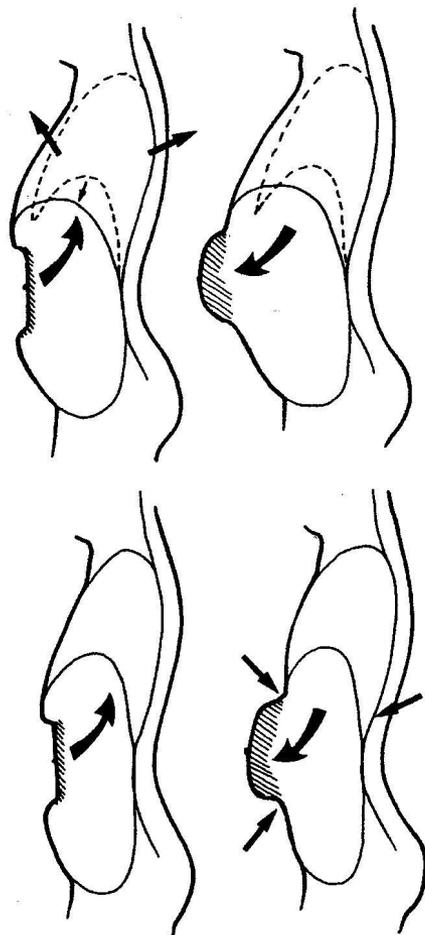
# Частота рецидивов.



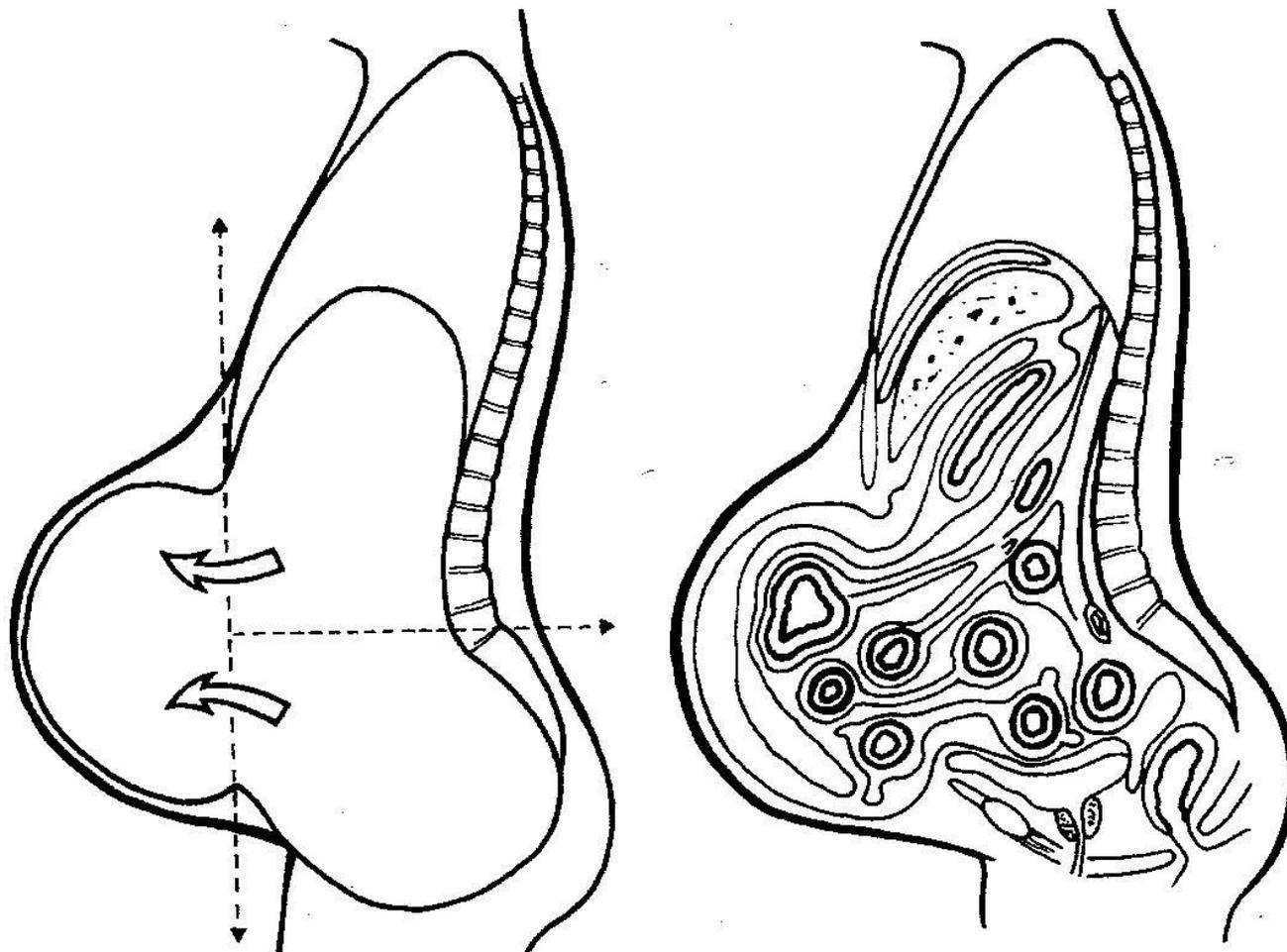
- После стандартных операций – 10%
- После сложных операций – 30%



# Респираторные проблемы



# Рост послеоперационной грыжи



# СЛАБЫЕ МЕСТА ПЕРЕДНЕ-БОКОВОЙ СТЕНКИ ЖИВОТА

## 1. Отверстия и щели в белой линии живота

- пупочное кольцо
- щели в белой линии выше пупка

## 2. Щели в апоневрозах *m. obliquus abdominis externus et internus* и *m. transversus abdominis*

- *linea semilunaris (Spigeli)* - линия перехода волокон *m. transversus abdominis* в сухожильное растяжение

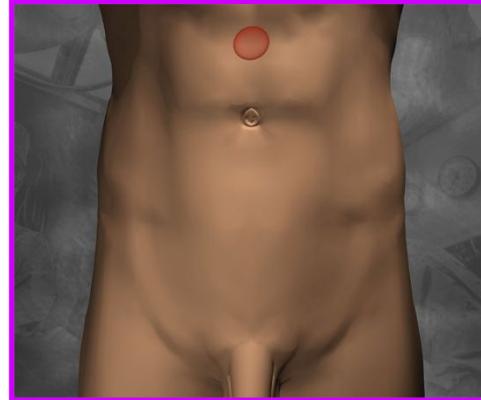
## 3. Каналы (паховый, бедренный, запираемый)

- постоянство каналов
- наличие внутри каналов крупных анатомических образований
- «сквозной» дефект брюшной стенки, анатомически «предуготовленный» тоннель для образования грыжи

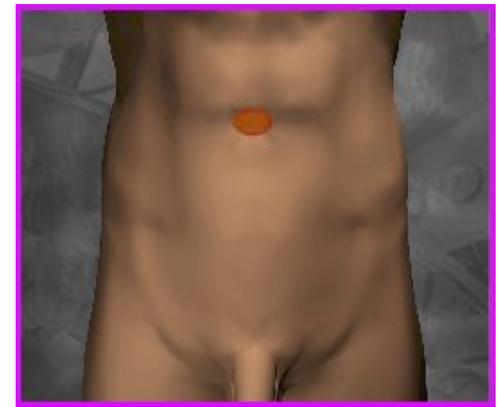
Паховый канал - наиболее частое место образования грыж - 63-90% всех грыж живота.



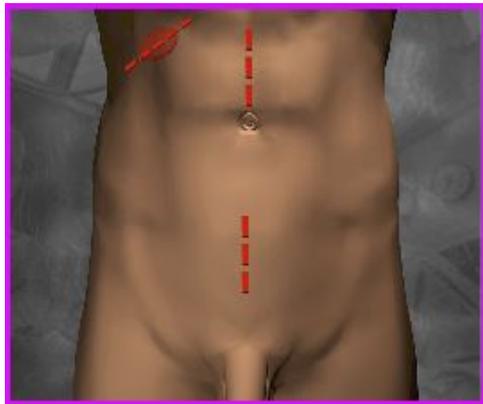
**Бедренные**



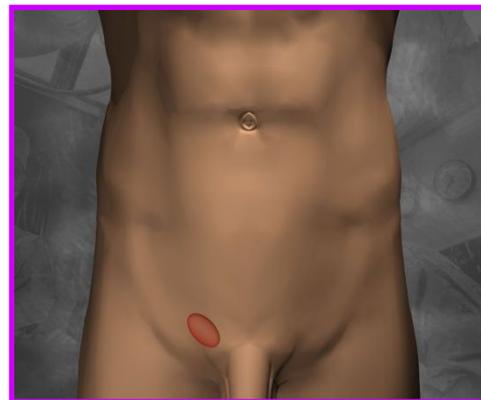
**Эпигастральные**



**Пупочные**



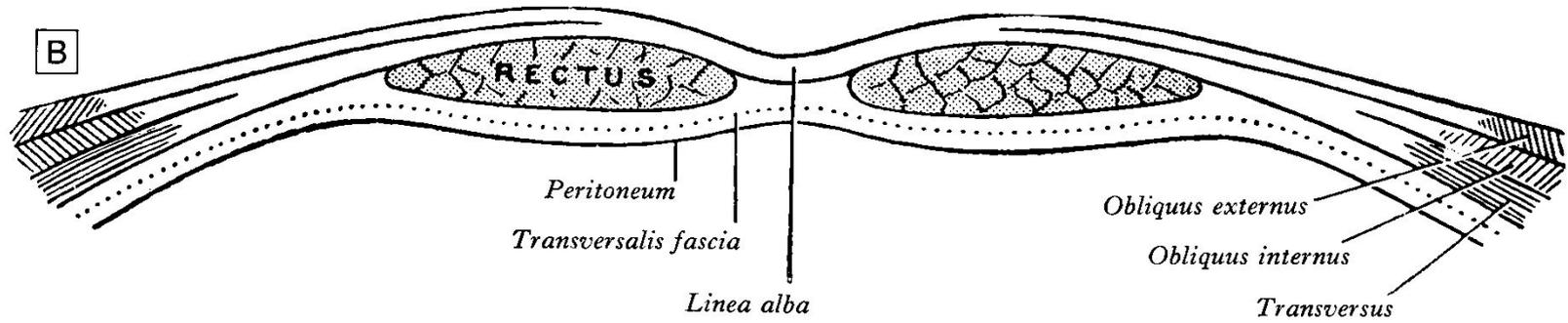
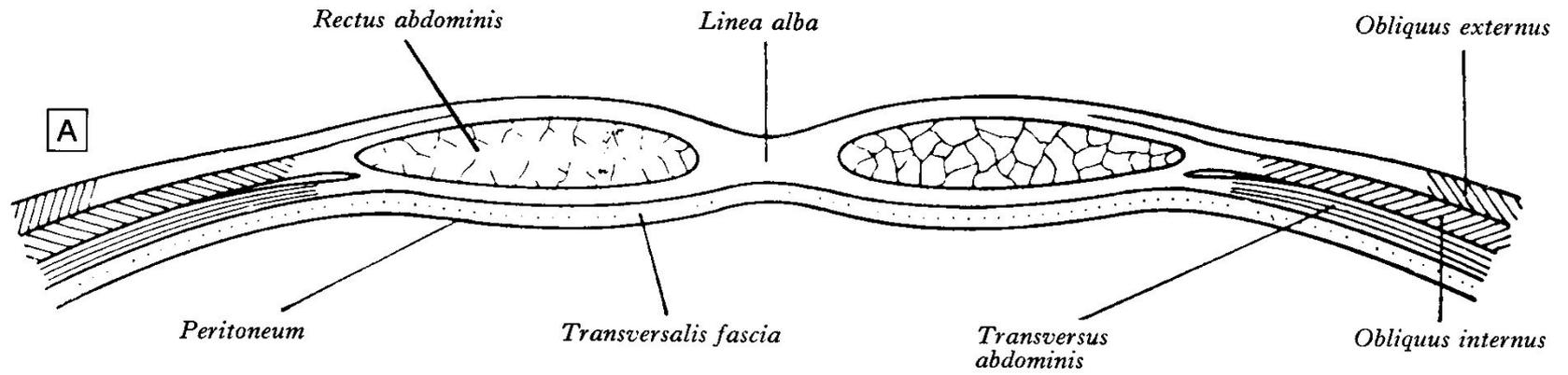
**П/о вентральные**

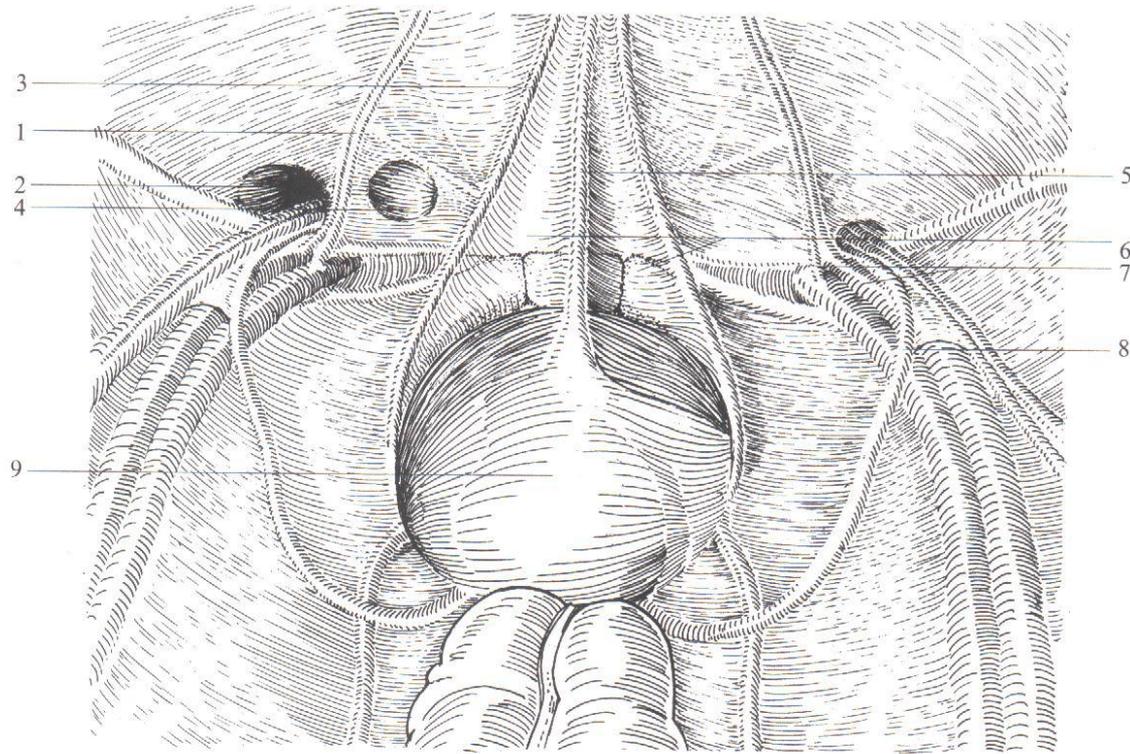


**Паховые**

**Диафрагмаль-  
ные**

**Белой линии**





**Рисунок 2.15.** Задняя поверхность нижнего отдела передней брюшной стенки.  
1 - plica umbilicalis lateralis; 2 - fovea inguinalis lateralis; 3 - plica umbilicalis medialis;  
4 - fovea inguinalis medialis; 5 - plica umbilicalis mediana; 6 - fovea  
supravesicalis; 7 - a. et v. epigastricae inferiores; 8 - ductus deferens; 9 - vesica urinaria.

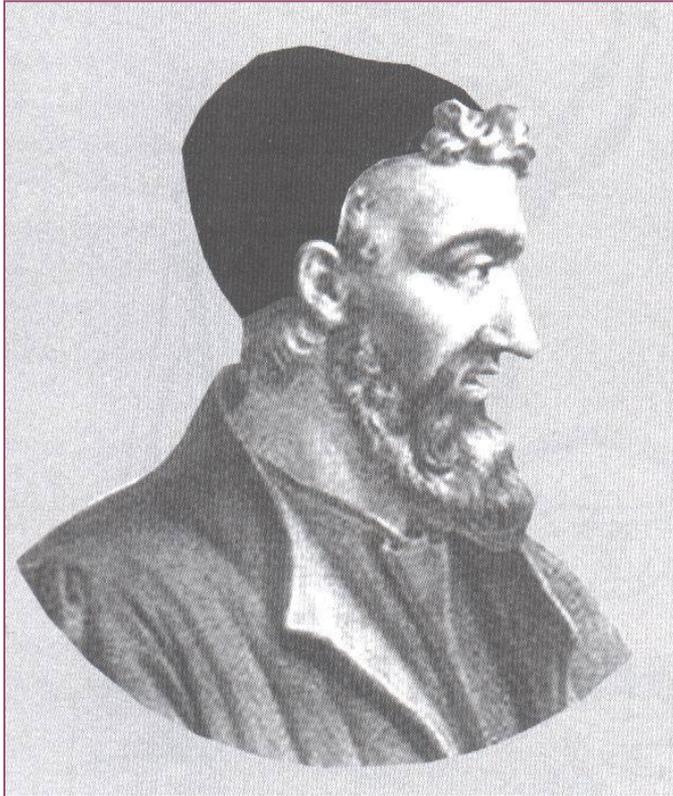
# ГРЫЖИ ПЕРЕДНЕ-БОКОВОЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ЖИВОТА

**Грыжа** - выход внутренностей, покрытых париетальной брюшиной, из полости живота через слабые места в мышечно-апоневротическом слое брюшной стенки под кожу.

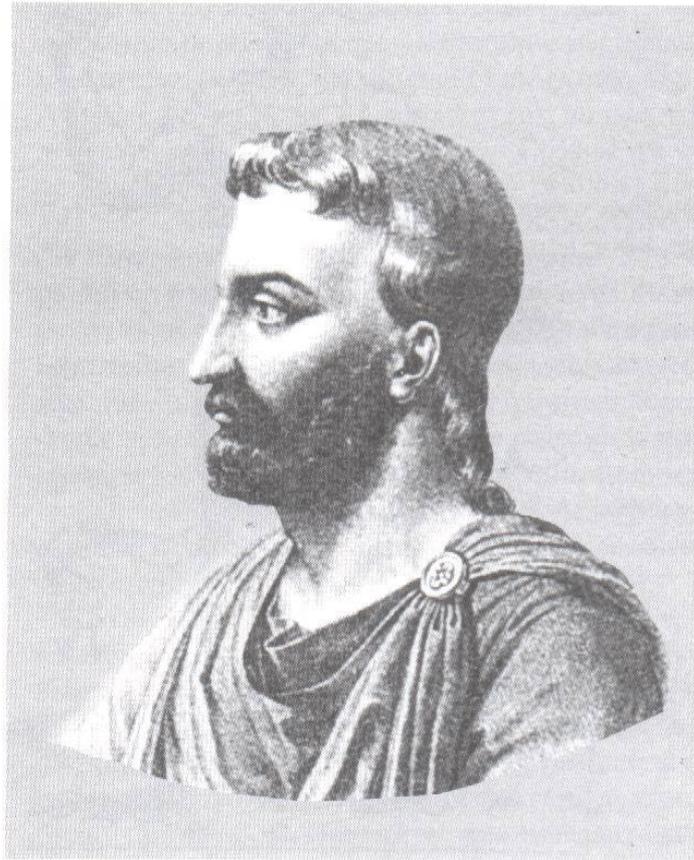
**Эвентрация** - выход внутренностей из брюшной полости через разрыв париетальной брюшины.

## **Элементы грыжи:**

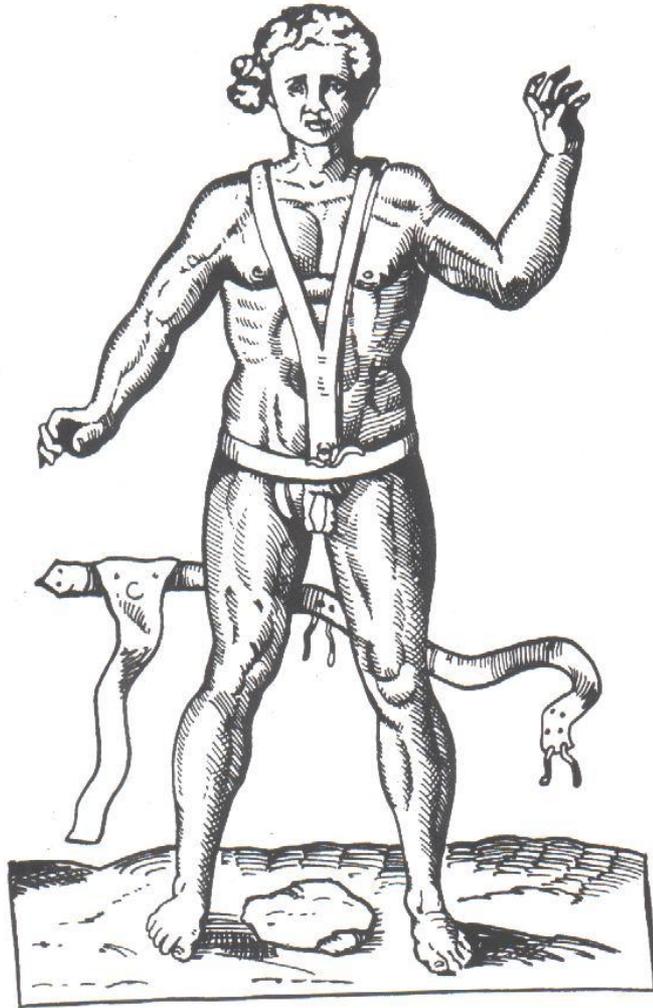
1. **Грыжевые ворота** - щель или отверстие в брюшной стенке, через которое выходят органы брюшной полости.
2. **Грыжевой мешок** - париетальный листок брюшины, выталкиваемый выходящими из брюшной полости внутренностями. Состоит из шейки, тела и дна.
  - **Шейка** - участок брюшины на уровне грыжевых ворот, являющийся анатомической границей между полостью брюшины и полостью грыжевого мешка.
3. **Содержимое грыжевого мешка** (чаще большой сальник и петли тонкой кишки).



- Термин «hernia» впервые был введен выдающимся врачом древности Клавдием Галеном (129-199 гг. н.э.).
- Ему же принадлежит и концепция происхождения грыжи.
- Первое письменное упоминание о грыже живота отделено от нас более чем тремя с половиной тысячами лет (около 1552 лет до н.э.).
- Сведения о грыжах встречаются в работах Гиппократ (V в. до н.э.), Цельса (I в. н.э.), Гелиодора (IV в. н.э.), Орибазнуса (V в. н.э.).
- Слово «грыжа», наиболее вероятно, происходит от праслав. \*gryziā, от кот. в числе прочего произошли: церк.-слав. грыжа, русск. грыжа, укр. гри́жа «печаль, огорчение», болг. гри́жа «забота», сербохорв. гри̑жа «колики (в животе)»
- Старорусское название «кила»

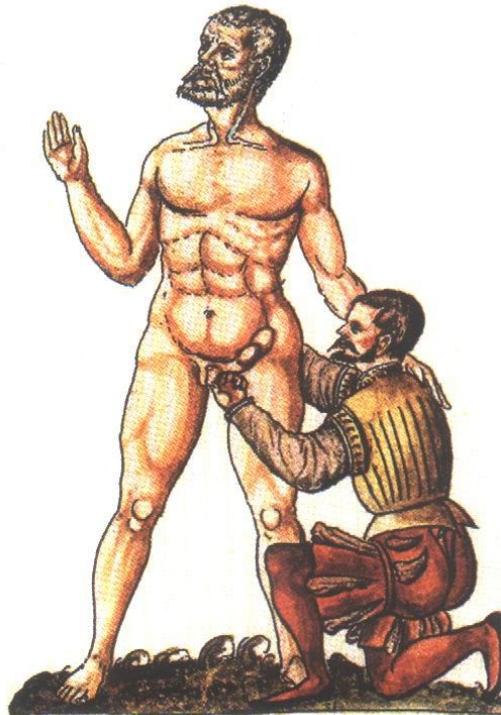


*Корнелиус Цельс (C. Celsus)  
(I в н.э.)*



# ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА

- Первые операции по поводу грыж были примитивны и калечащими - рассечение ущемляющего кольца (келотомия), суживание грыжевого отверстия после вправления внутренностей в брюшную полость путём прижигания её краёв калёным железом или едкими веществами.
- Начало истинной хирургии грыж наступает в эпоху Возрождения и связано с такими именами как Амбруаз Паре (1510-1590), Пьер Франко (1500-1565), Каспар Страмайер (XVI в.) - посвящённый лечению грыж иллюстрированный манускрипт «Practice copiosa» (1559).



*Осмотр больного в эпоху Возрождения  
(XVI в. н.э.)*



*Операция грыжесечения в доасептический период  
(XV в. н. э.)*



*Женщина с бедренной грыжей в эпоху Средневековья  
(XIV в. н.э.)*



# Классификация грыж

## этиологическая классификация

1. Врожденные
2. Приобретенные
  - Предуготованные
  - Травматические
  - Послеоперационные

# Классификация грыж

## анатомическая классификация

### 1. Наружные

- Паховые
- Бедренные
- Пупочные
- Спигелевой линии
- Белой линии
- и т.д.

### 2. Внутренние

- Диафрагмальные
- Брюшечные

□ Успехи хирургии грыж связаны с развитием асептики, антисептики и способов обезболивания.

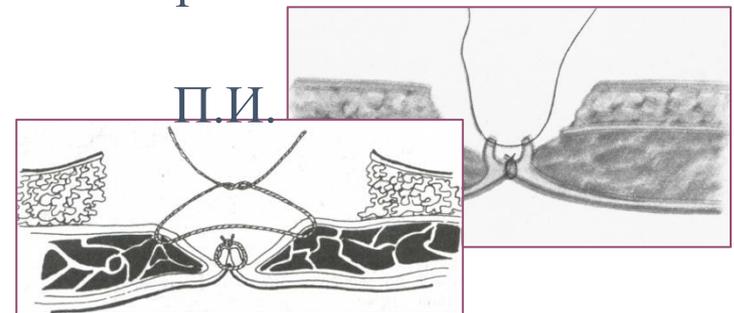


□ Основной принцип успешного выполнения герниопластики – послойного, однородного сшивания тканей был разработан и внедрен Эдуардо Бассини (1844-1919).

□ Данный принцип и сейчас является доминирующим в хирургии грыж.

Данный принцип стал основой для формирования 2-х основных способов хирургической коррекции грыж, относящихся к герниопластикам местными тканями (аутопластики) или **натяжным** пластикам

1. Апоневротическая пластика – метод закрытия дефекта брюшной стенки путем сшивания апоневроза «край в край» или создание дубликатуры (Championniere – 1882г., Mayo – 1899г., Напалков – 1908г. и др. )



2. Мышечно-апоневротическая пластика – аналогичный по принципу метод, но с использованием всей толщи мышечно-апоневротического лоскута (П.И. Дьяконов – 1899г., Pfannenstiel – 1903г., К.М. Сапежко – 1900г. и др. )

1. Результаты выполнения натяжных герниопластик свидетельствуют о достаточно высоком % рецидивов заболевания – от 25% и выше:

В.Д. Федоров (1995,2002,2005г.)

А.Д. Тимошин (2000г.);

В.Н. Егиев (1998, 2002,2005г.);

А.А. Адамян (1997,1999,2003.2005г.);

Д.Ю. Богданов (2006г.);

Г.М. Рутенбург (2000, 2004г.) и др.

2. Причина рецидивов – избыточная нагрузка в области шва тканей, возникающая при их натяжении.

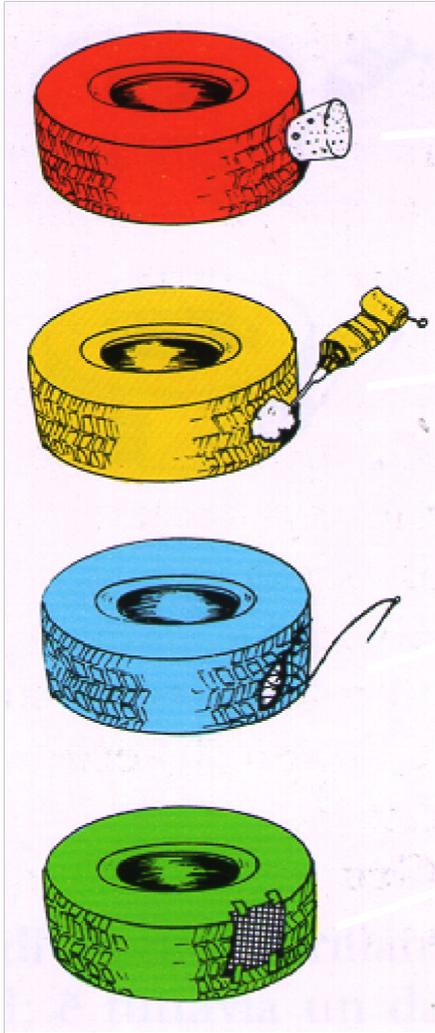
Решением данной проблемы явилось внедрение ненатяжных способов герниопластики, т.е. замещение дефекта брюшной стенки или укрепление шва аутоматериалами или алломатериалами

□ Аутодермопластика –

Б.А. Барков (1962г.), А.И. Кот (1969г.), В.Н. Янов (1975г.)

□ Гомопластика консервированной твердой мозговой оболочкой –  
В.В. Жебровский и К.Д. Тоскин (1972г.)

□ Аллопластика – J. Rives (1985г.), R.E. Stoppa (1993г.), А.Д. Тимошин (1990г.).



- Обтуратор

- Клей

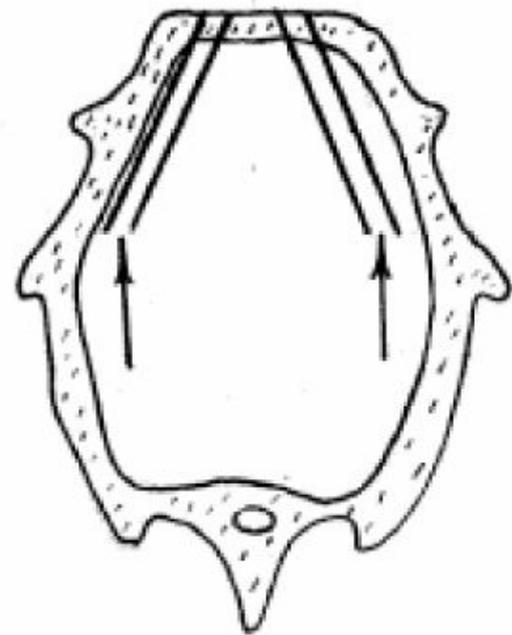
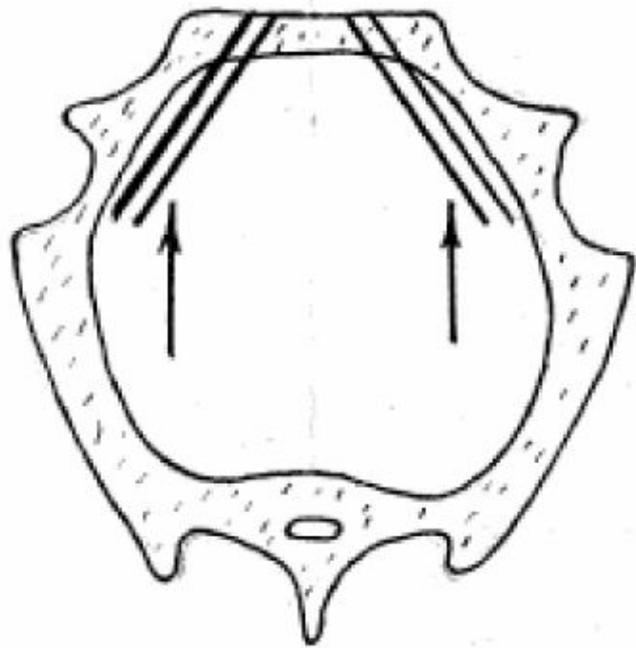
- Восстановление с натяжением

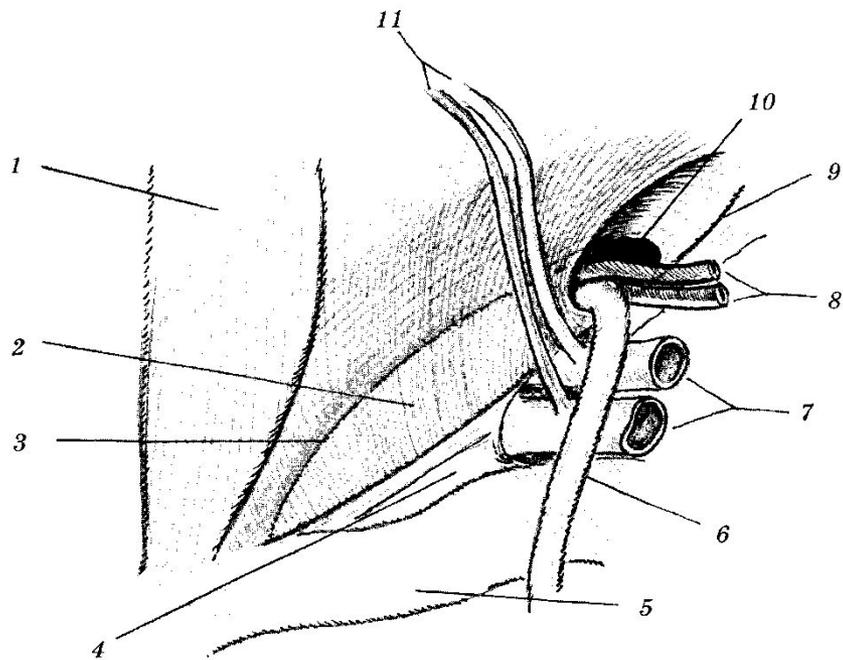
- Безнатяжный метод

# Классификация способов герниопластики

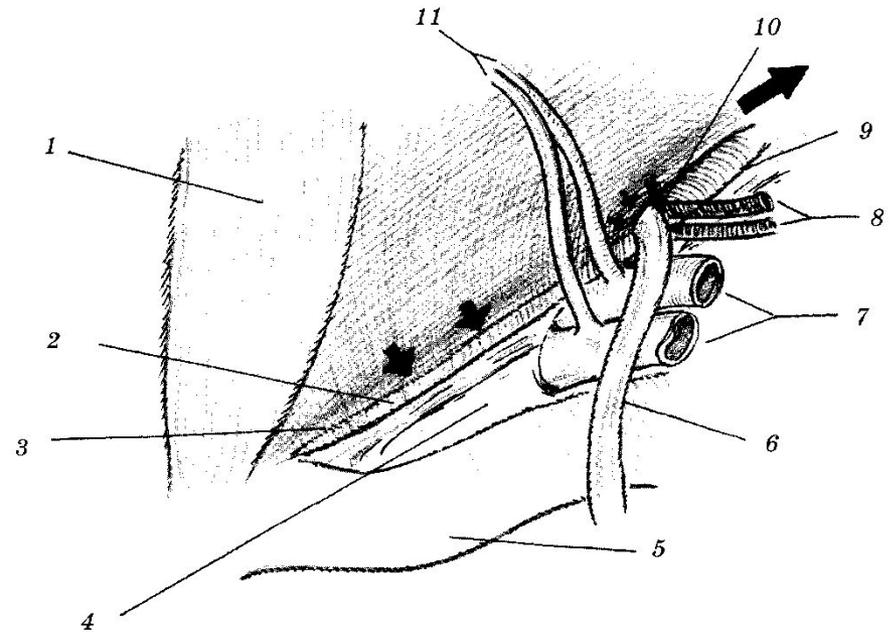
- НАТЯЖНЫЕ СПОСОБЫ (герниопластики местными тканями, аутопластические способы):
  - БЕЗ ОБРАЗОВАНИЯ ДУПЛИКАТУРЫ,
  - С ОБРАЗОВАНИЕМ ДУПЛИКАТУРЫ;
- НЕНАТЯЖНЫЕ СПОСОБЫ (герниопластики синтетическими имплантатами, аллопластические или протезирующие):
  - ФИКСАЦИЯ СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТАТА НА АПОНЕВРОЗ БЕЗ ЕГО УШИВАНИЯ (ONLAY),
  - ФИКСАЦИЯ СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТАТА ПОД АПОНЕВРОЗ БЕЗ ЕГО УШИВАНИЯ (INLAY),
  - ФИКСАЦИЯ СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТАТА НА- И ПОД АПОНЕВРОЗ БЕЗ ЕГО УШИВАНИЯ (INLAY-ONLAY),
  - ФИКСАЦИЯ ДВОЙНОГО СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТАТА БЕЗ УШИВАНИЯ АПОНЕВРОЗА;
- КОМБИНИРОВАННЫЕ СПОСОБЫ:
  - СШИВАНИЕ АПОНЕВРОЗА С РАСПОЛОЖЕНИЕМ СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТАТА ПОД НИМ,
  - СШИВАНИЕ АПОНЕВРОЗА С РАСПОЛОЖЕНИЕМ СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТАТА НАД НИМ,
  - КОМБИНИРОВАННЫЙ МНОГОСЛОЙНЫЙ СПОСОБ ПЛАСТИКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТАТА,
  - ЧАСТИЧНОЕ СШИВАНИЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТАТА,
  - РЕКОНСТРУКЦИЯ БРЮШНОЙ СТЕНКИ (СПОСОБ RAMIREZ) С ПРИМЕНЕНИЕМ СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТАТА;
- АУТОДЕРМОПЛАСТИКА;
- ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ ГЕРНИОПЛАСТИКИ:
  - С ПРЕДБРЮШИННОЙ ФИКСАЦИЕЙ ИМПЛАНТАТА,
  - С ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ ИМПЛАНТАТА,
  - КОМБИНИРОВАННЫЕ (КОМБИНАЦИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДИК С НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКОЙ).

# Паховые и бедренные грыжи





а



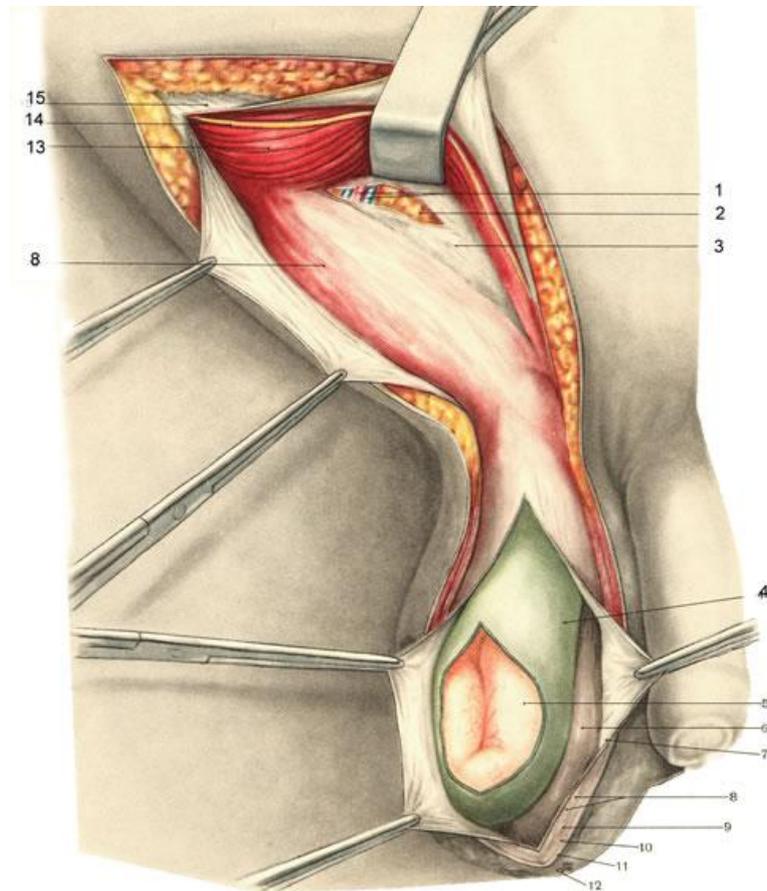
б

Схема запирающего механизма глубокого пахового кольца и пахового промежутка при напряжении мышц. Мышцы расслаблены, определяется паховый промежуток и глубокое паховое кольцо (а). При напряжении мышц в норме происходит полное закрытие пахового промежутка и глубокого пахового кольца (б).

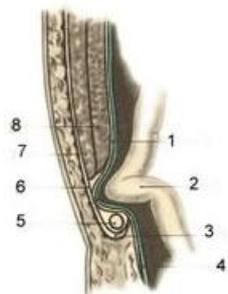
- 1 - прямая мышца живота;
- 2 - паховый промежуток, закрытый мышцей живота;
- 3 - мышечная дуга поперечной связки Купера;

- 4 - семявыносящий проток;
- 5 - наружные подвздошные сосуды;
- 6 - внутреннее паховое кольцо;
- 7 - глубокие паховые сосуды;
- 8 - подвздошно-лобный тракт;
- 9 - глубокое паховое кольцо;
- 10 - глубокий паховый промежуток;
- 11 - нижние эпигастральные сосуды

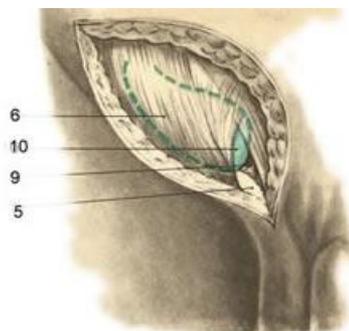
# Косая паховая грыжа



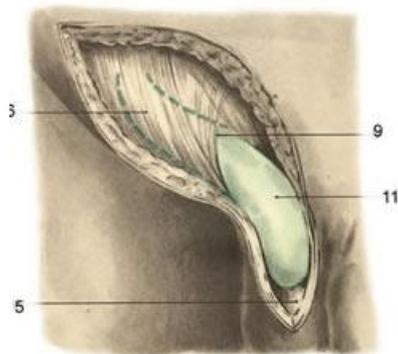
# Размер кривой пахово́й грыжи



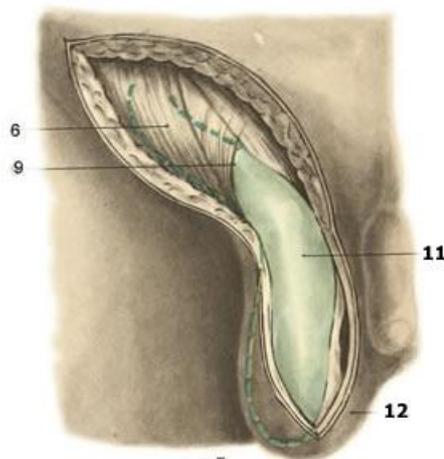
А



Б



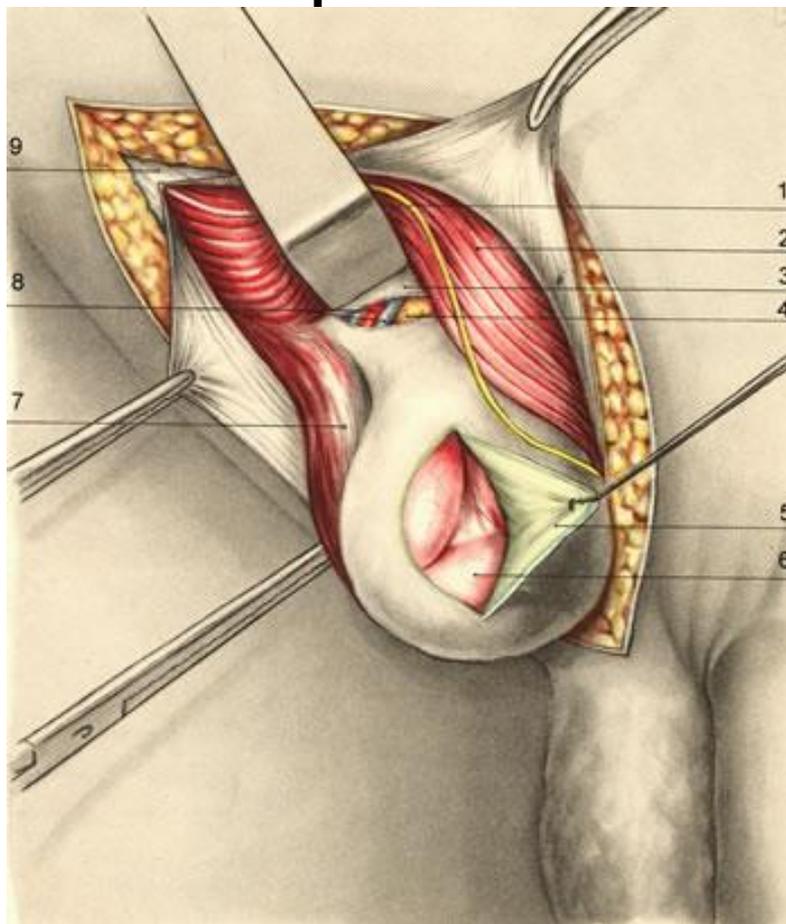
В



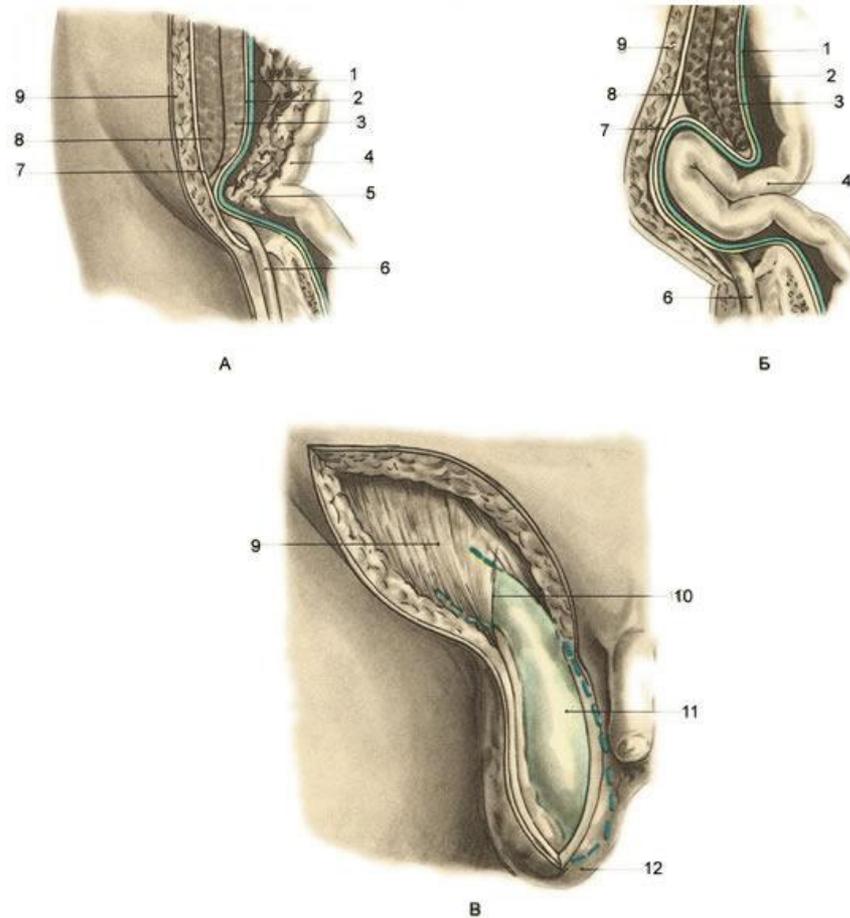
Г

Виды кривых паховых грыж по А. П. Крымову. А — начинающаяся; Б - канальная; В — грыжа семенного канатика; Г — пахово-мошоночная.

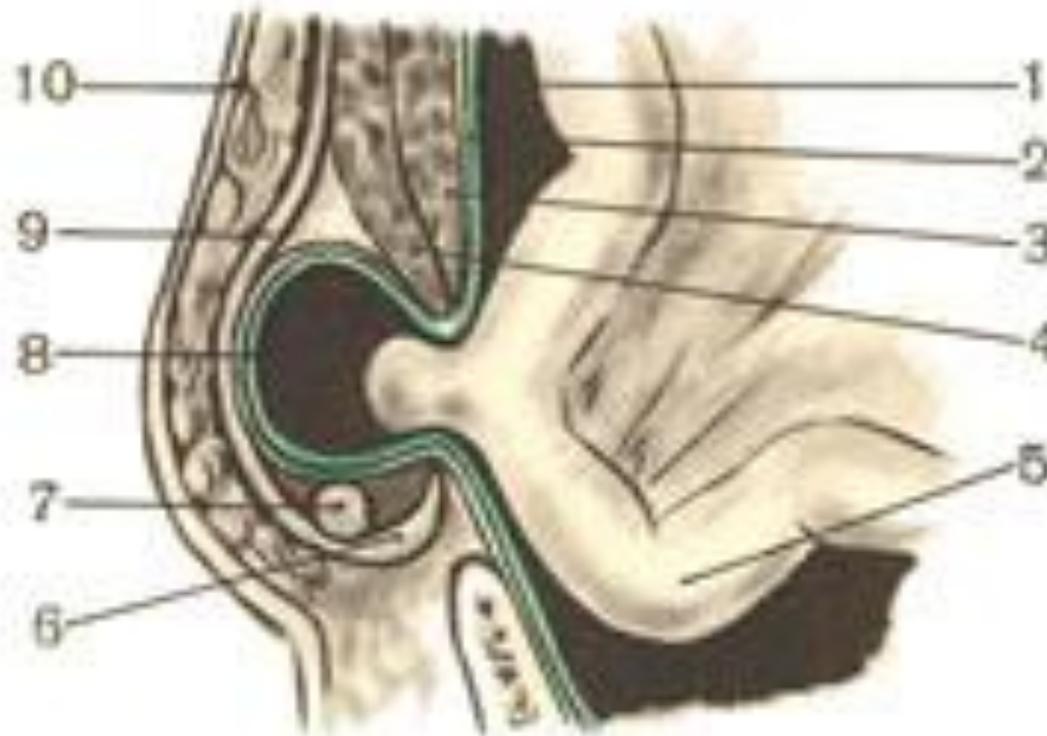
# Прямая паховая грыжа



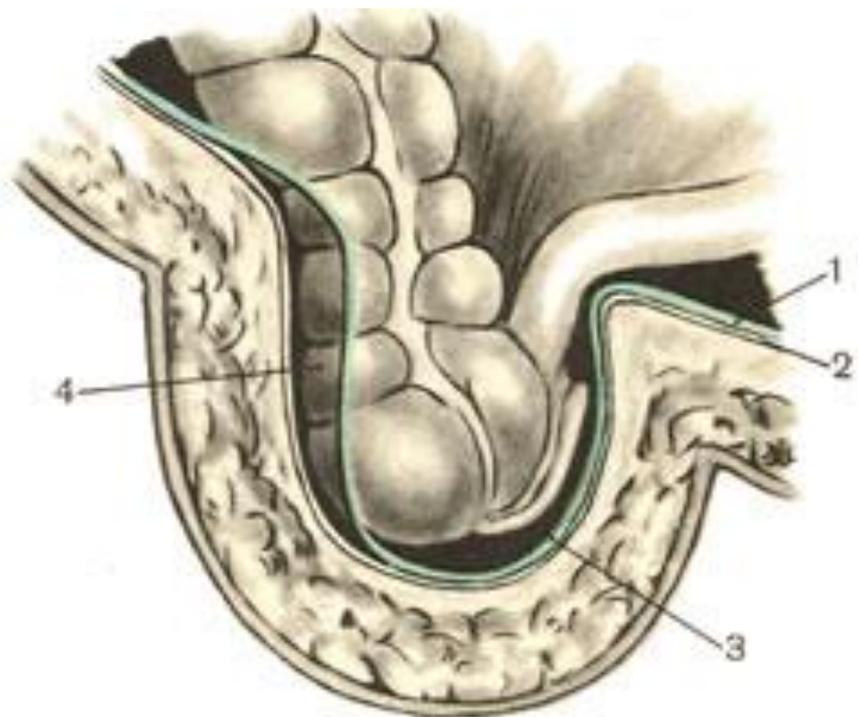
1 — n. ilioinguinalis; 2 — m. obliquus internus abdominis; 3 — fascia transversalis; 4 — предбрюшинная жировая клетчатка; 5 — грыжевой мешок; 6 — тонкая кишка; 7 — funiculus spermaticus; 8 — a. et v. epi-gastrica inferior; 9 — апоневроз m. obliqui externi abdominis.



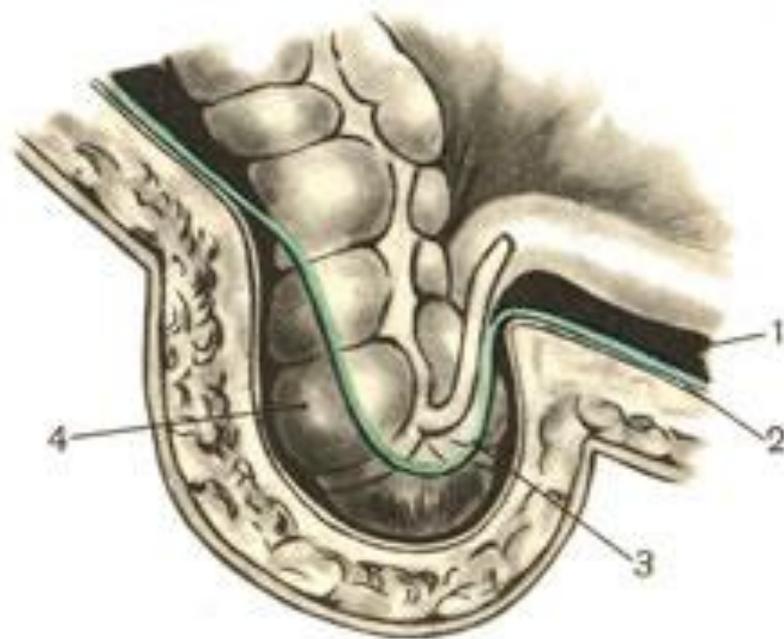
Виды прямых паховых грыж по Н. И. Кукуджанову. А — начинающаяся; Б — интерстициальная; В — пахово-мошоночная.



Грыжа Рихтера—Литтре. Содержимым грыжевого мешка является часть стенки кишки

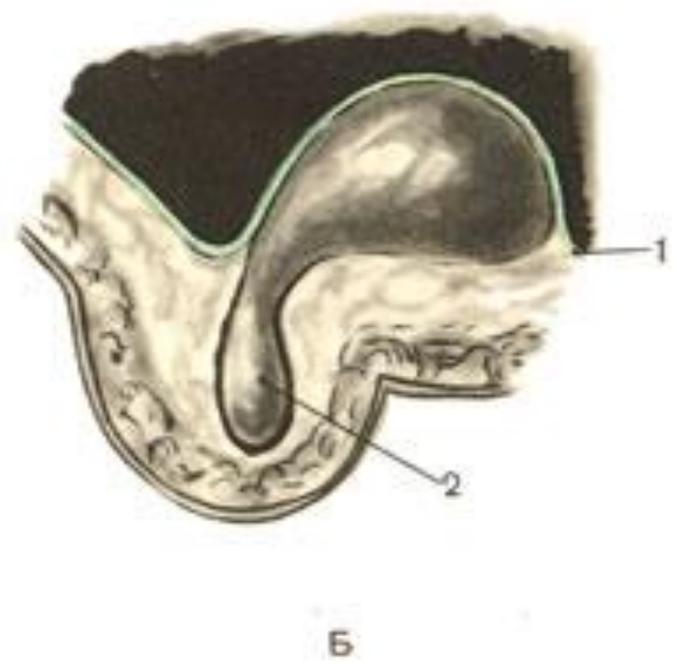
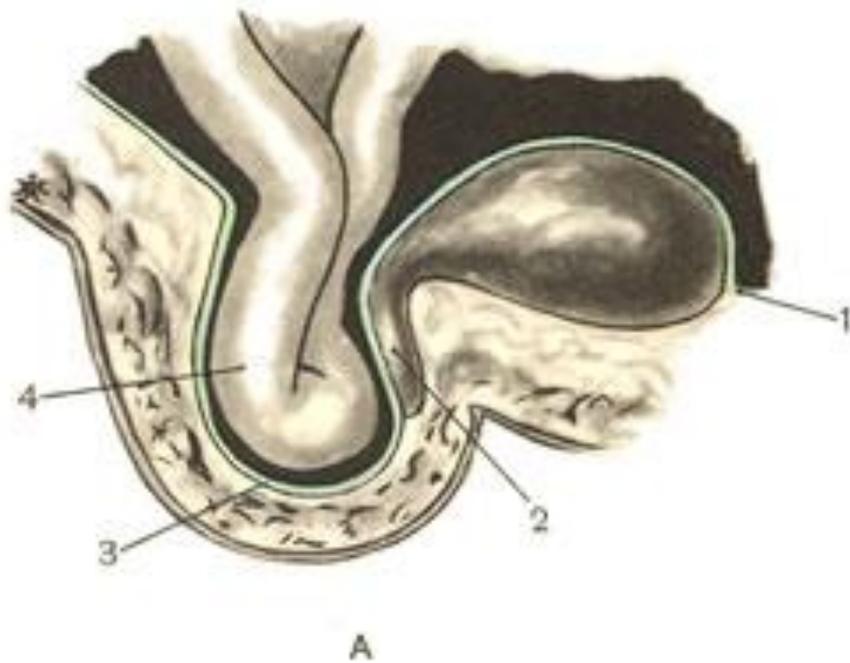


А



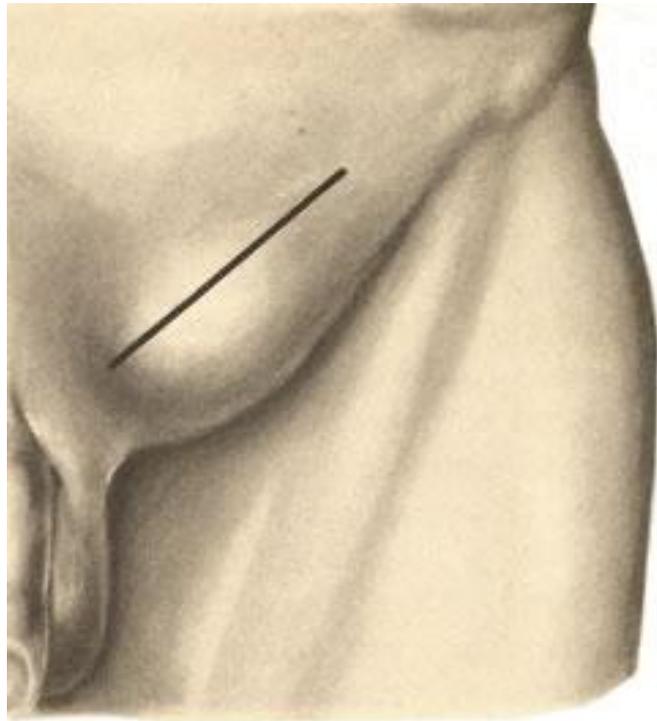
Б

Скользящие грыжи слепой кишки. А — околобрюшинная скользящая грыжа (в образовании латеральной стенки грыжевой опухоли принимает участие слепая кишка); Б — внебрюшинная скользящая грыжа (стенка кишки на большом протяжении является грыжевой опухолью)

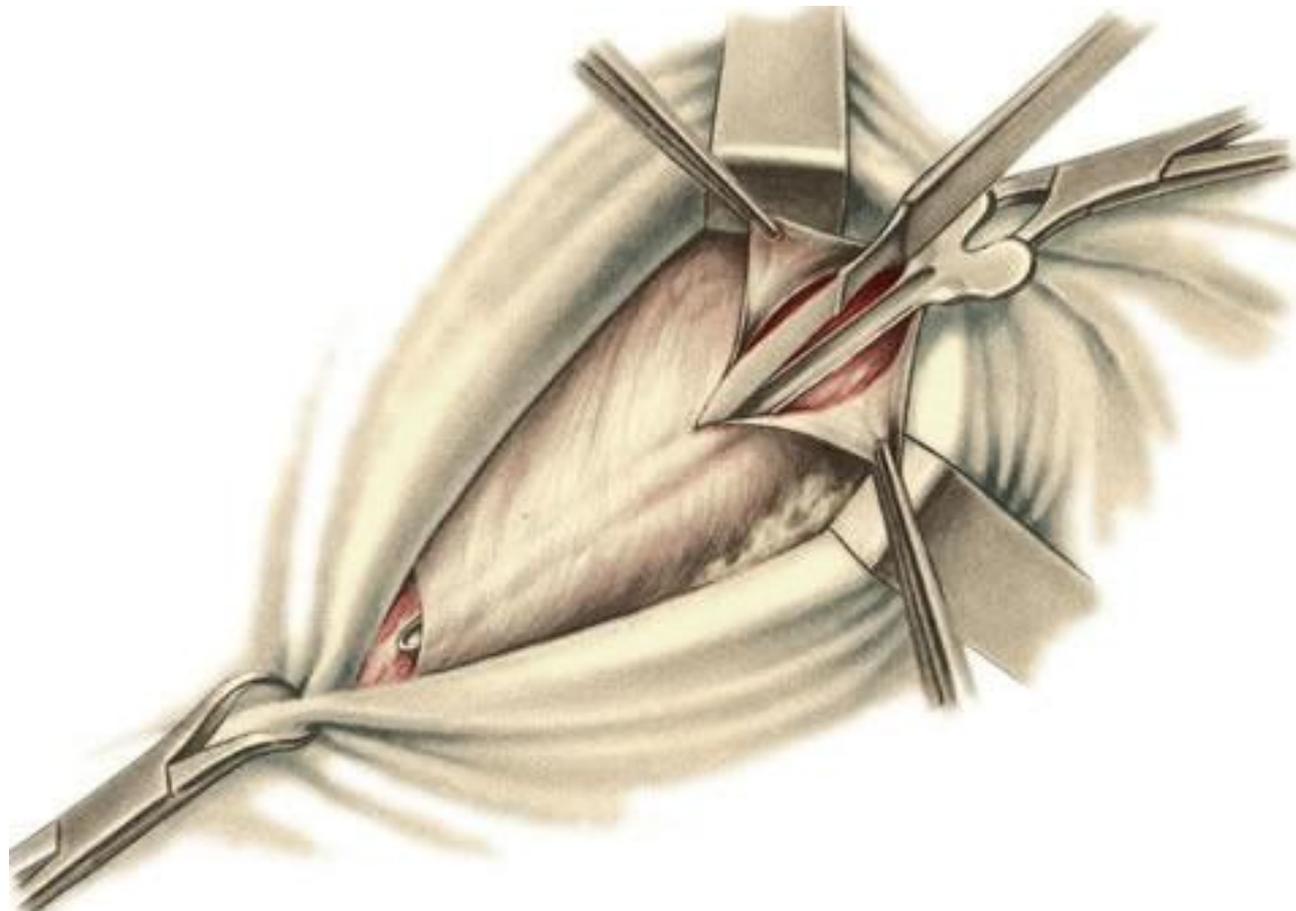


Скользящие грыжи мочевого пузыря. А — околобрюшинная ; Б — внебрюшинная

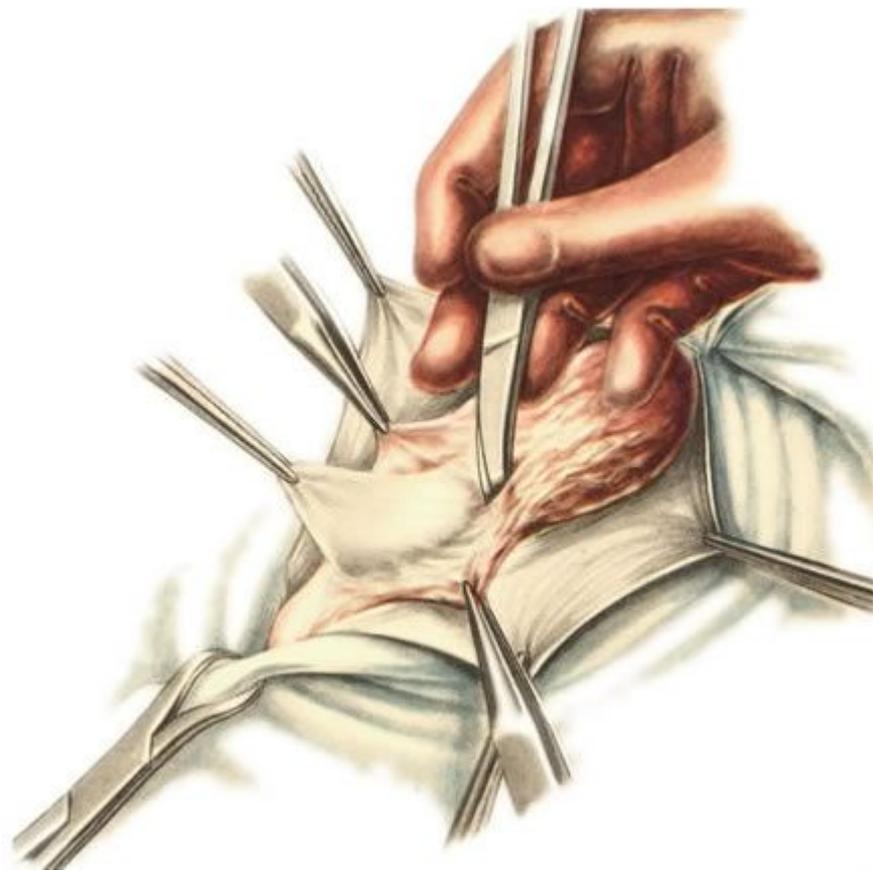
# Линия разреза кожи при операции паховой грыжи



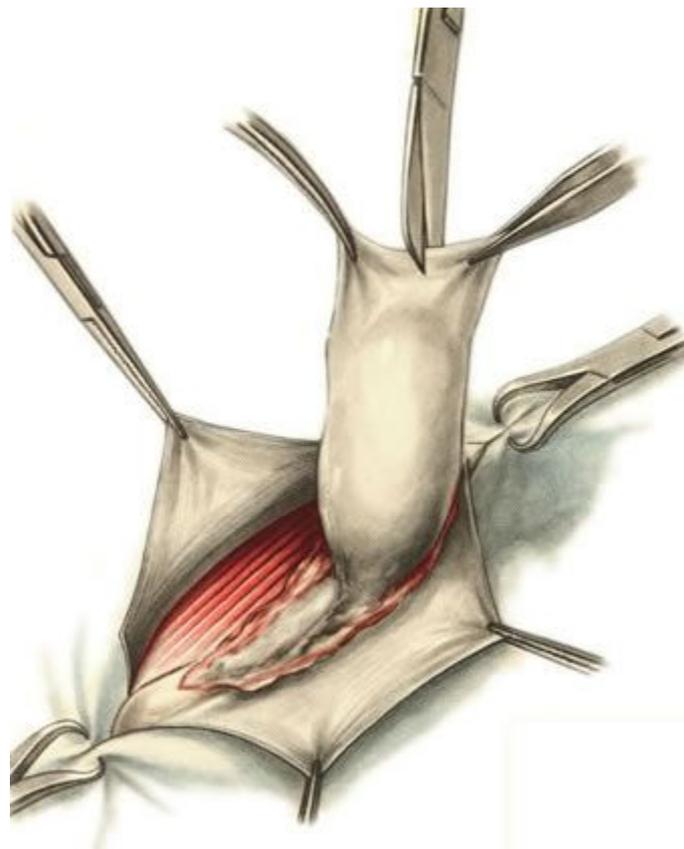
# Рассечение апоневроза m. obliqui externi abdominis



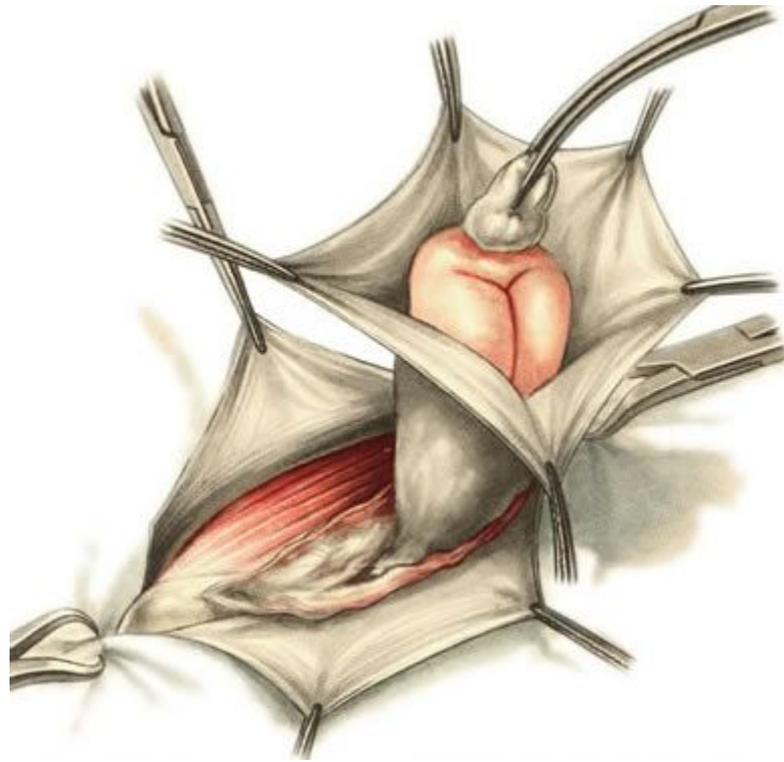
# Отделение грыжевого мешка от элементов семенного канатика



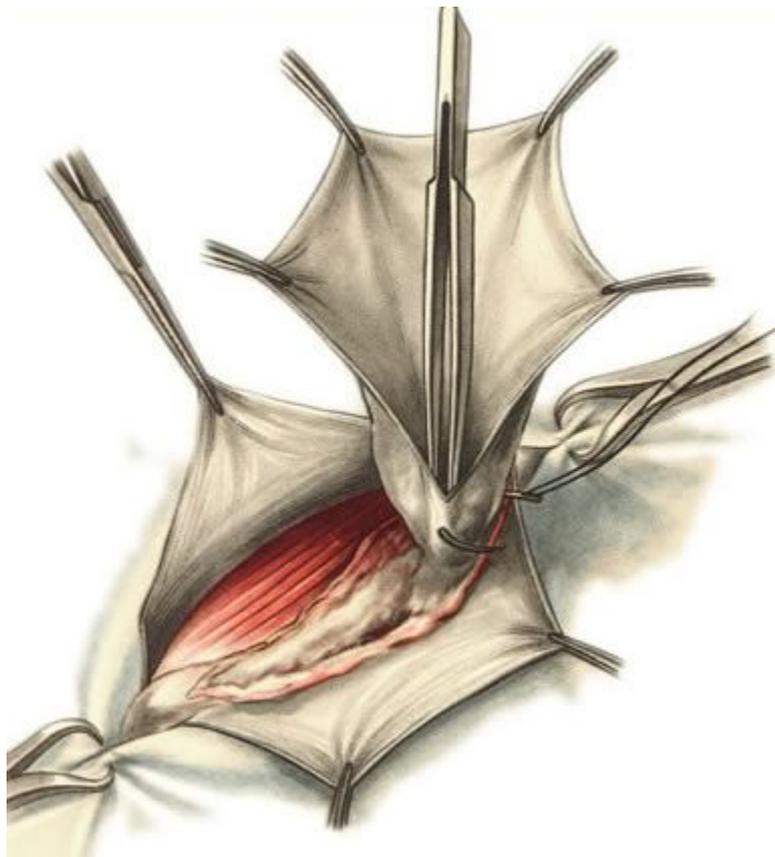
# Вскрытие грыжевого мешка



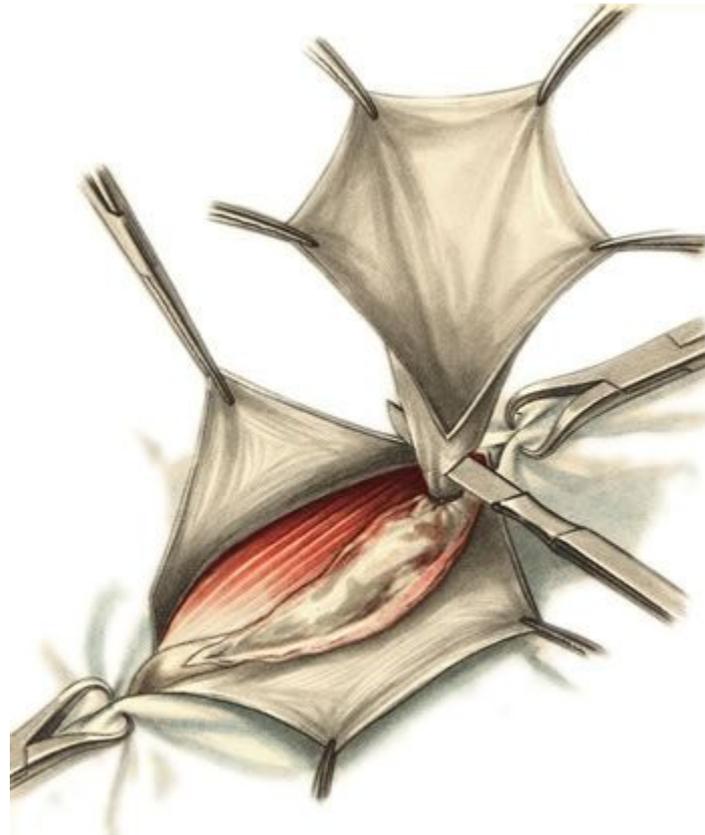
# Вправление содержимого грыжевого мешка в брюшную полость



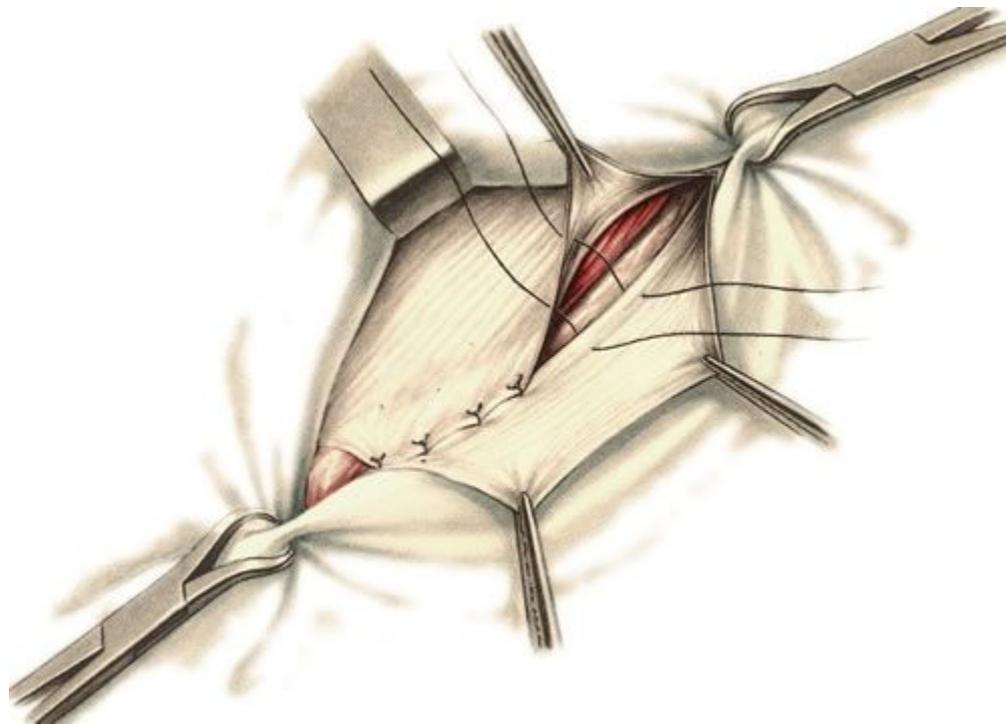
# Прошивание шейки грыжевого мешка



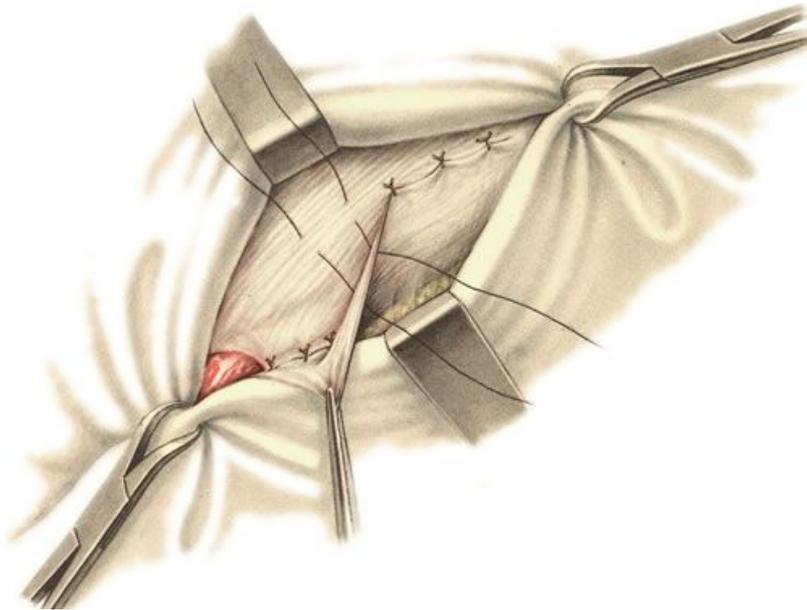
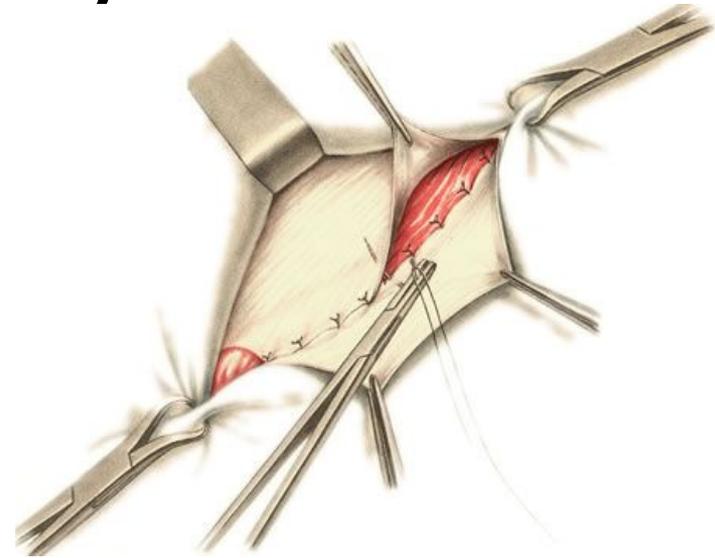
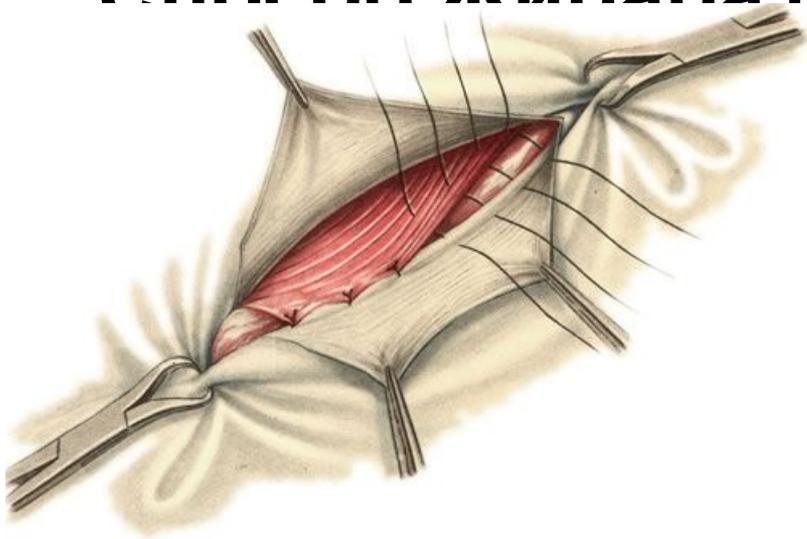
# Отсечение периферической части грыжевого мешка



Пластика пахового канала по способу А. В. Мартынова. Подшивание внутреннего лоскута апоневроза *m. obliqui externi abdominis* к *lig. inguinale*.

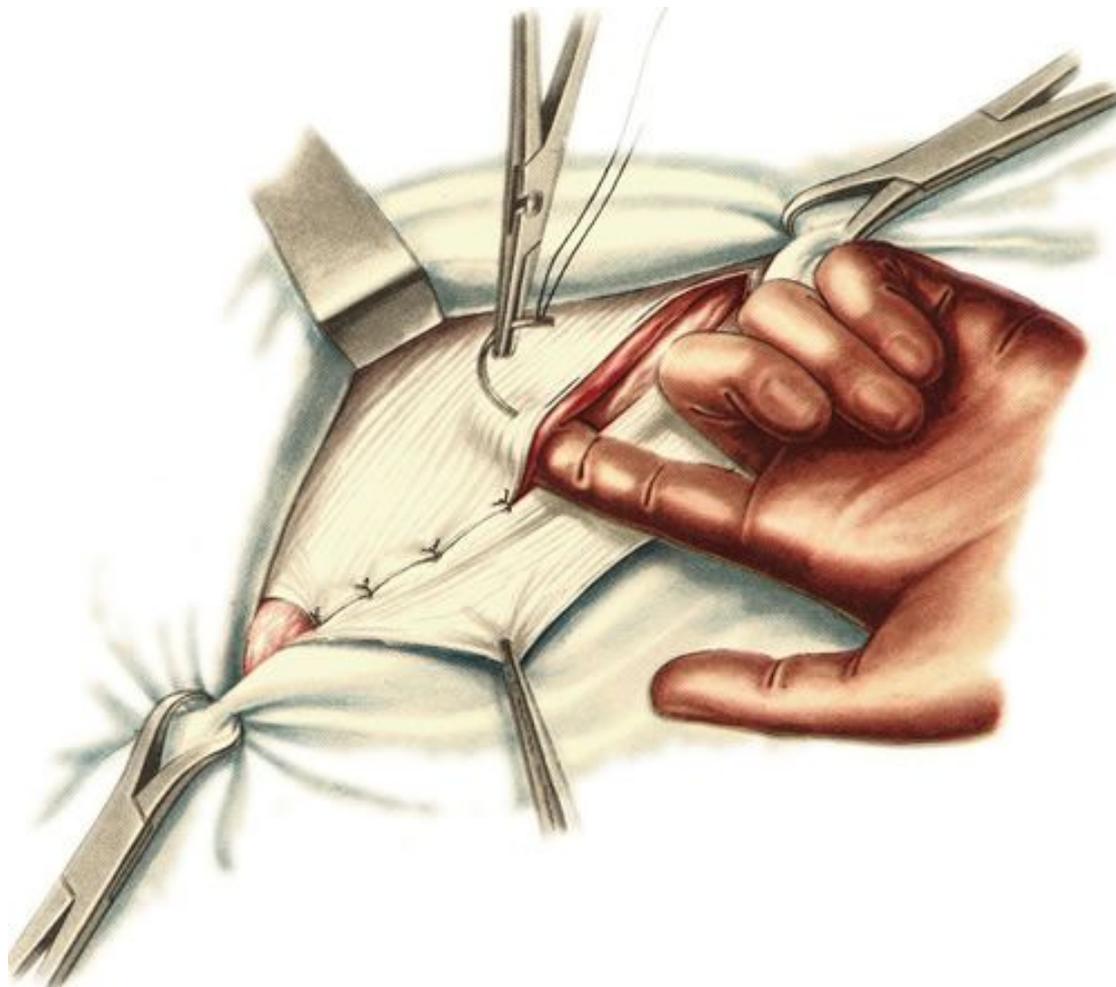


# Способ Жирара (Girard)

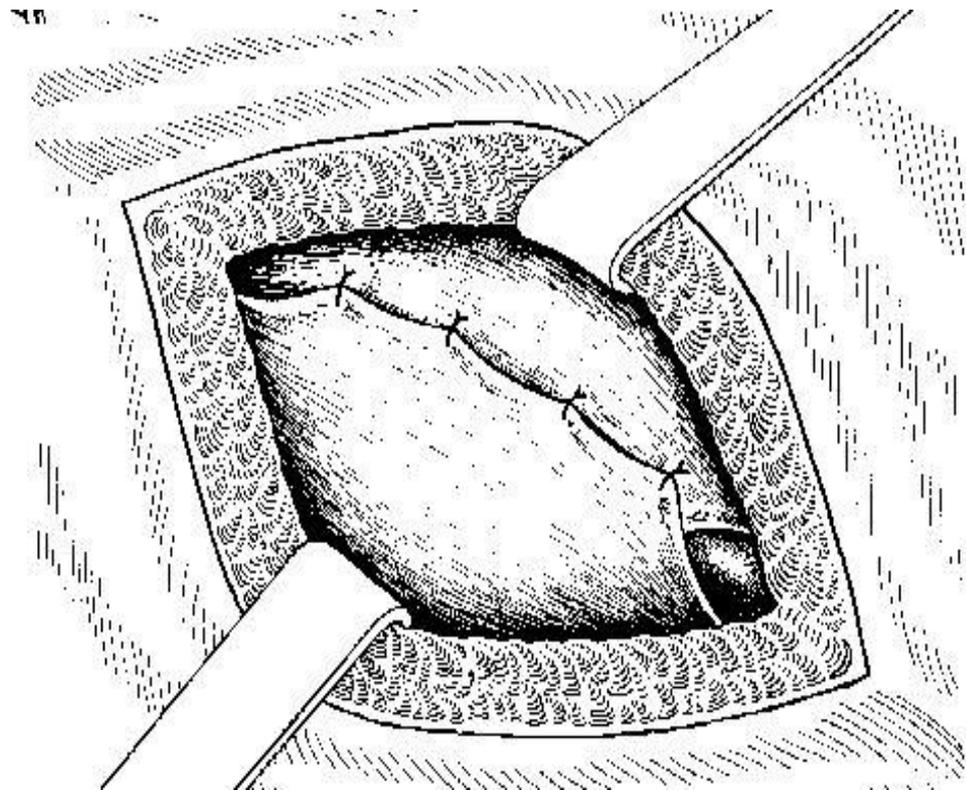
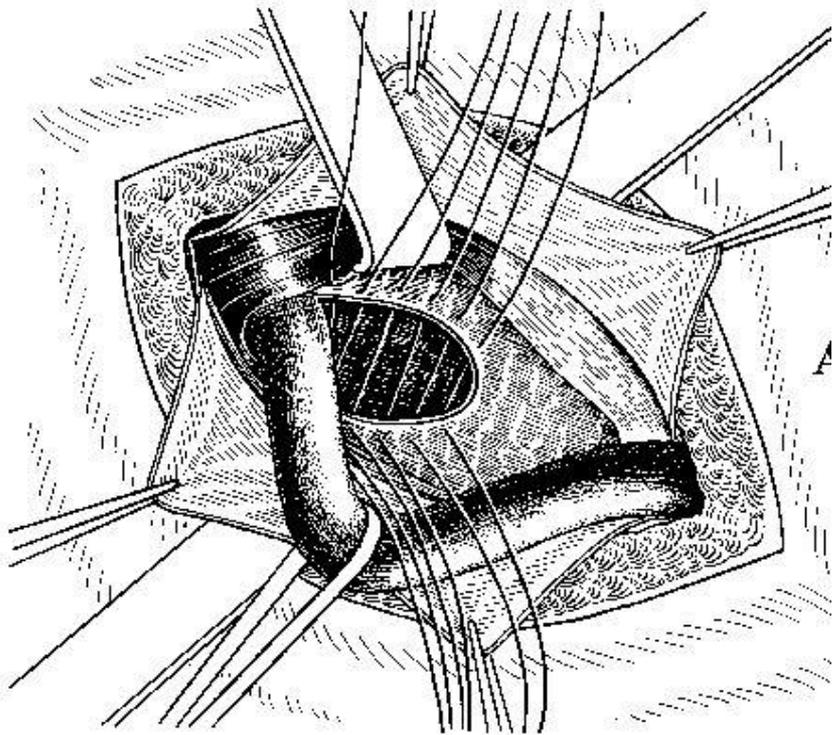


1. Подшивание m. obliquus internus abdominis и m. transversus abdominis к lig. inguinale.
2. Подшивание внутреннего лоскута апоневроза m. obliqui externi abdominis к lig. inguinale.
3. Подшивание наружного лоскута апоневроза m. obliqui externi abdominis к внутреннему.

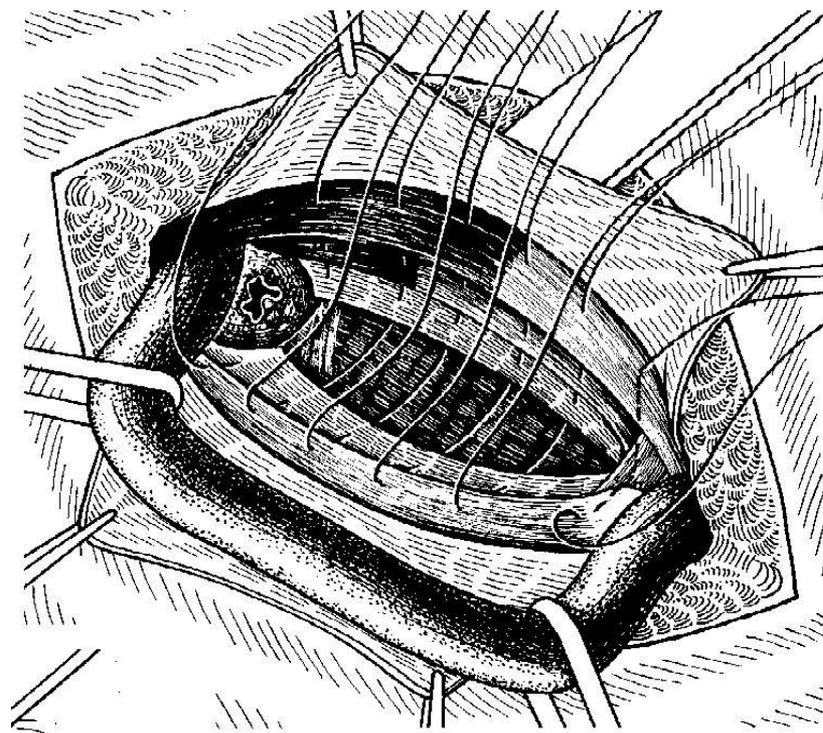
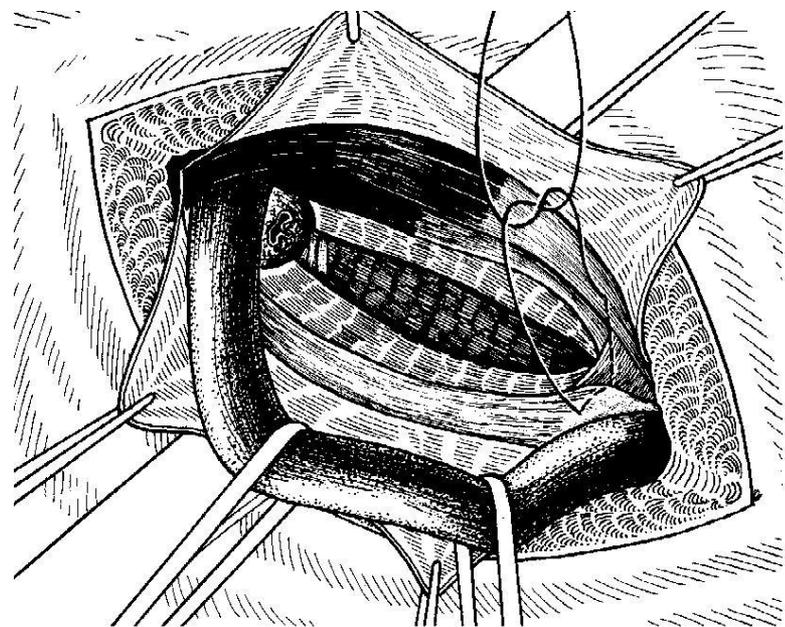
Пластика пахового канала по способу С. И. Спасокукоцкого.  
Подшивание внутреннего лоскута апоневроза *m. obliqui externi abdominis*, *m. obliquus internus abdominis* и *m. transversus abdominis* к *lig. inguinale*.



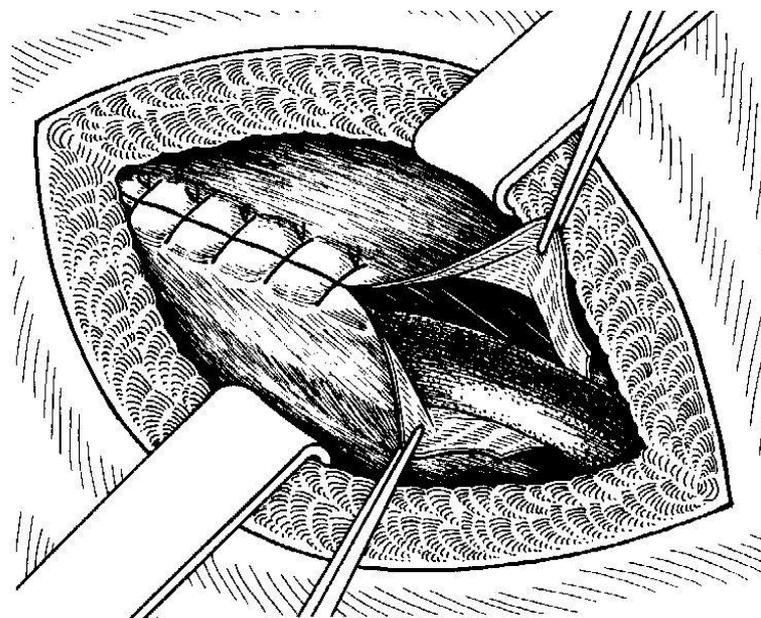
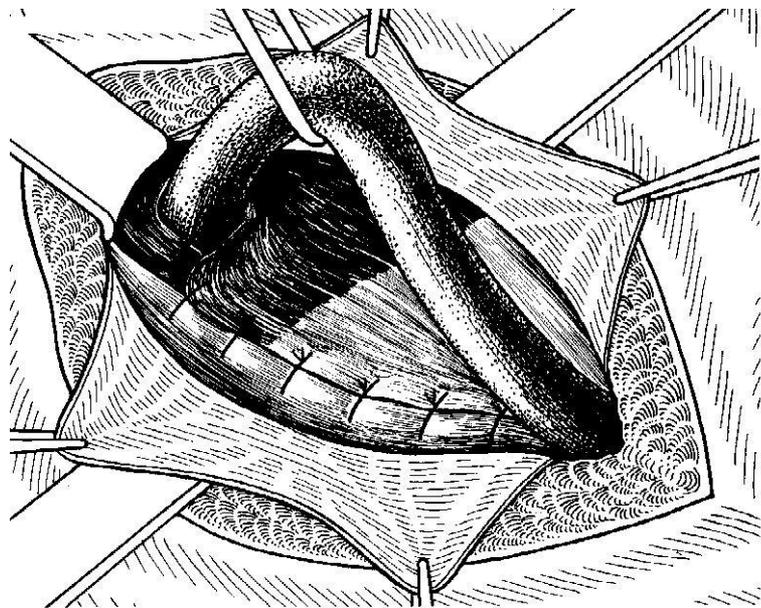
# Способ Marcy



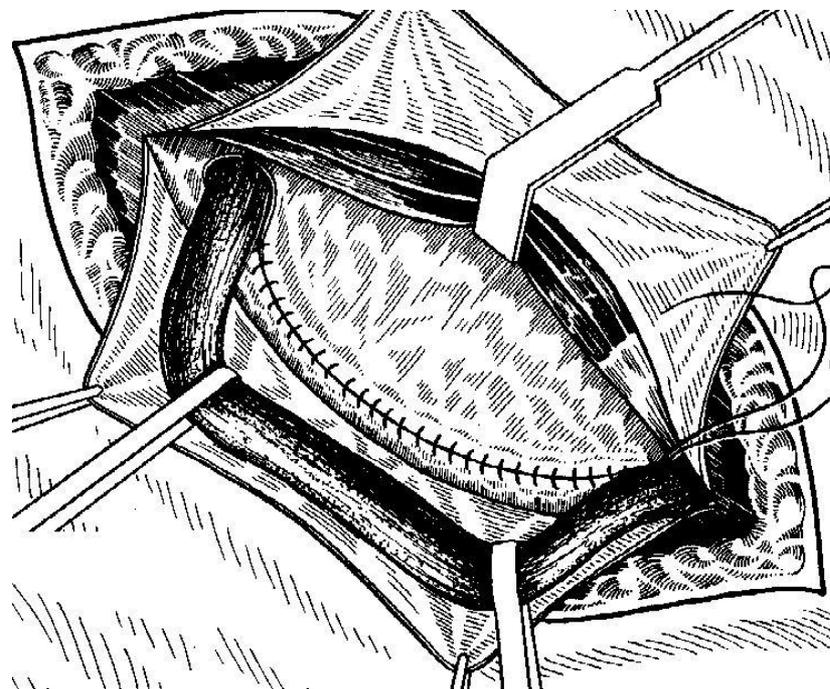
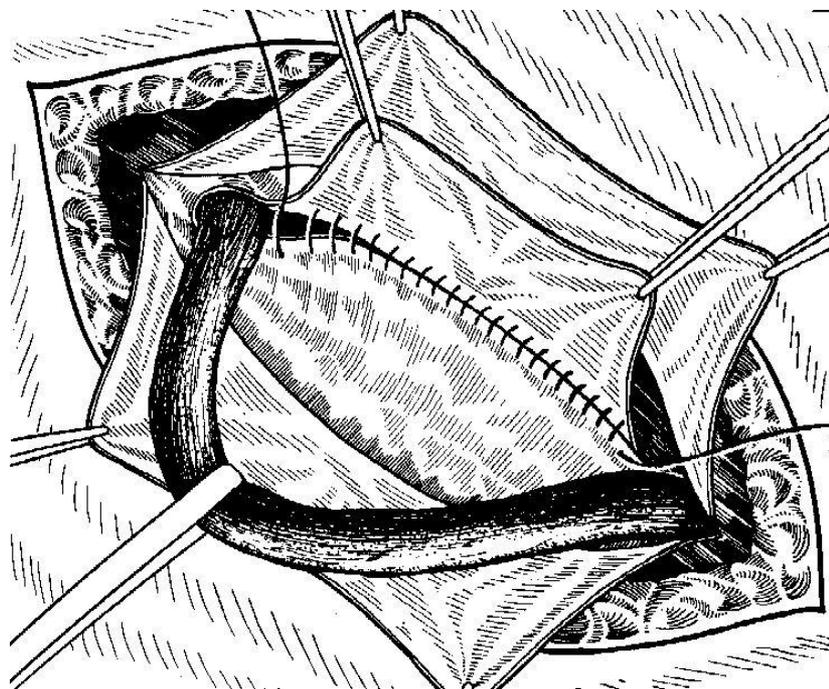
# Способ Bassini



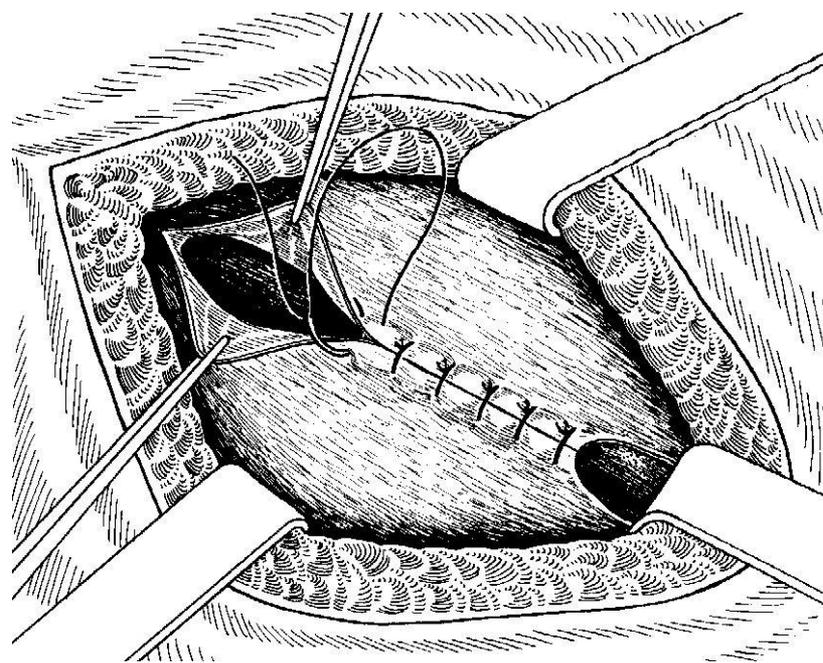
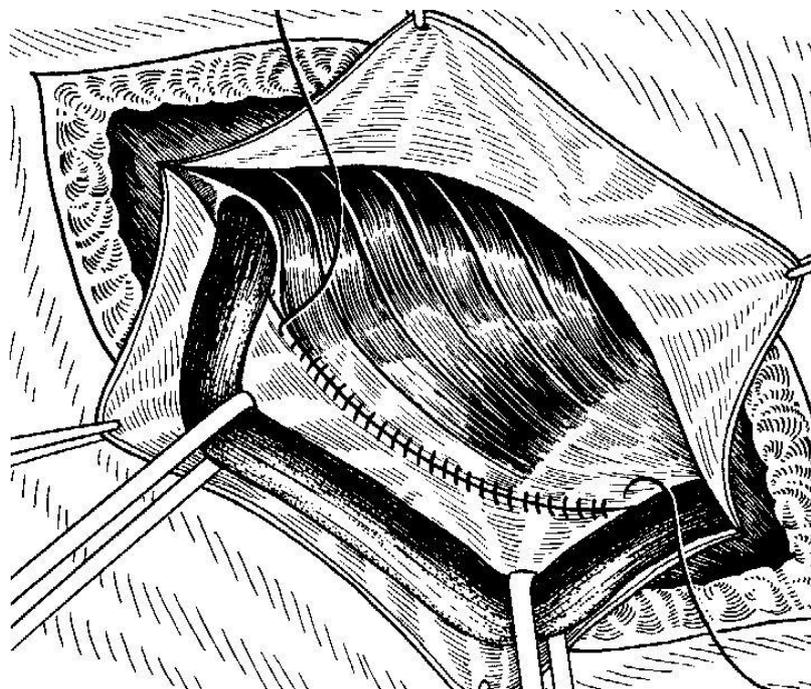
# Способ Bassini



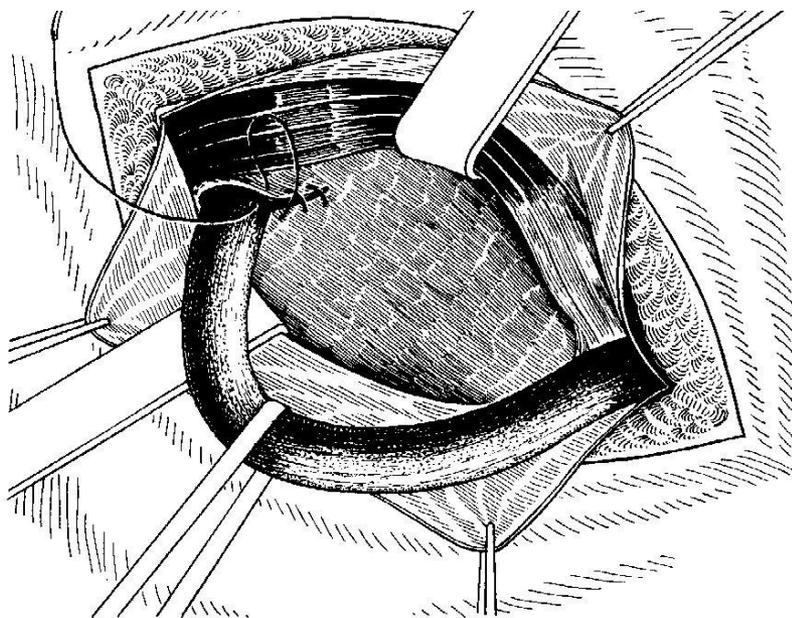
# Способ Shouldice



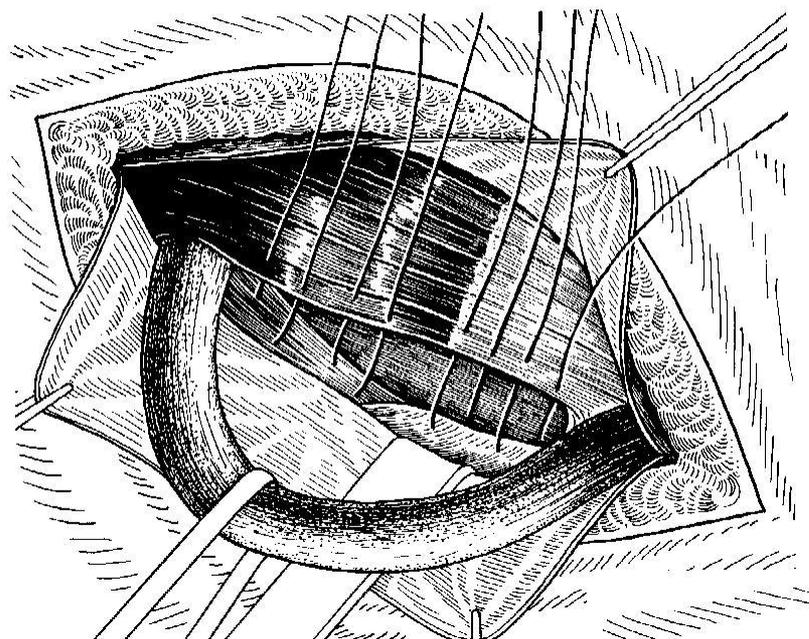
# Способ Shouldice



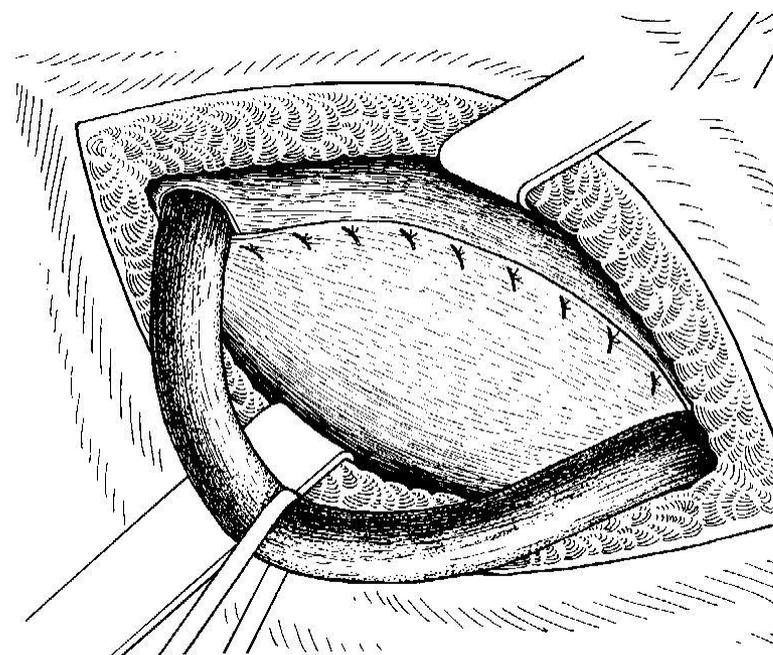
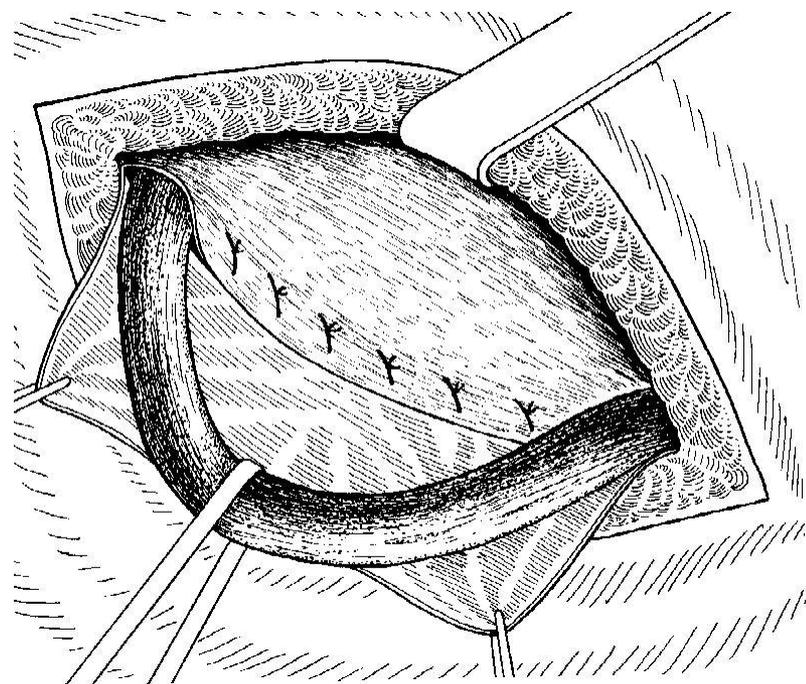
# Способ Postempski



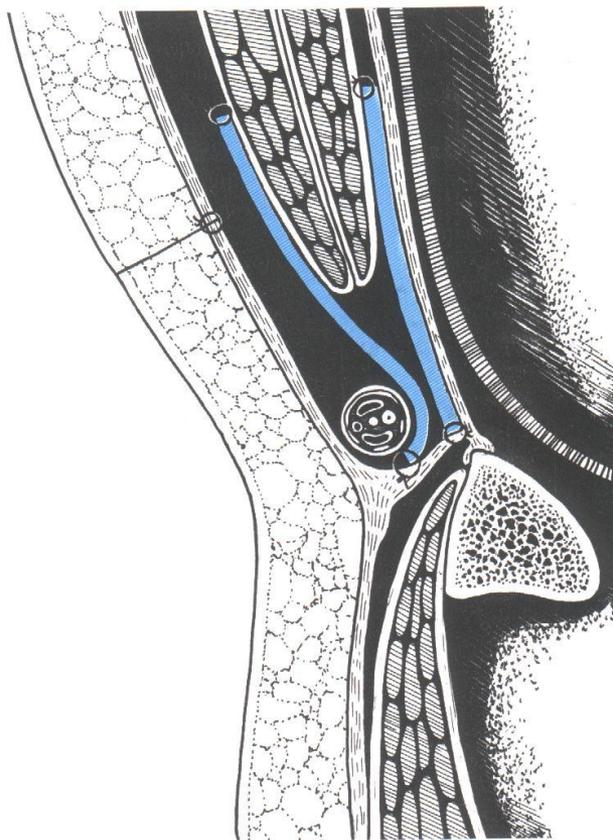
*Атлас операций при аневризме аорты*



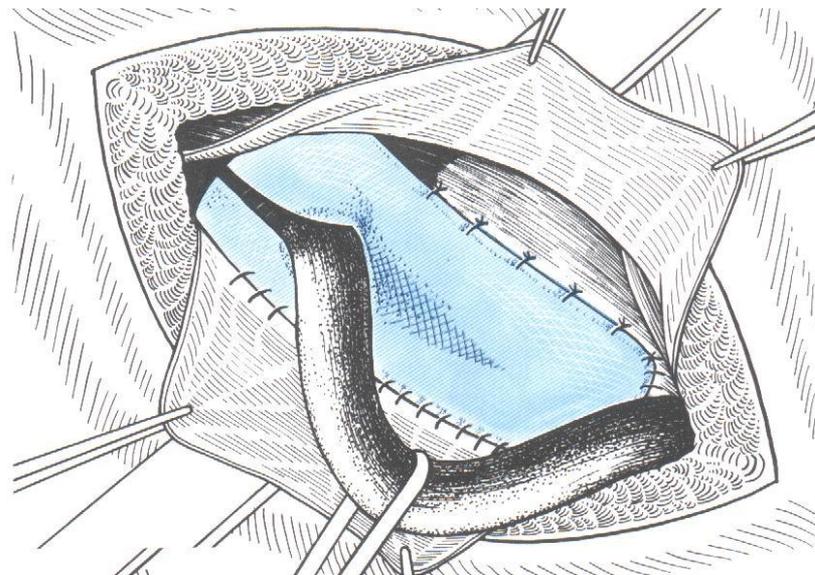
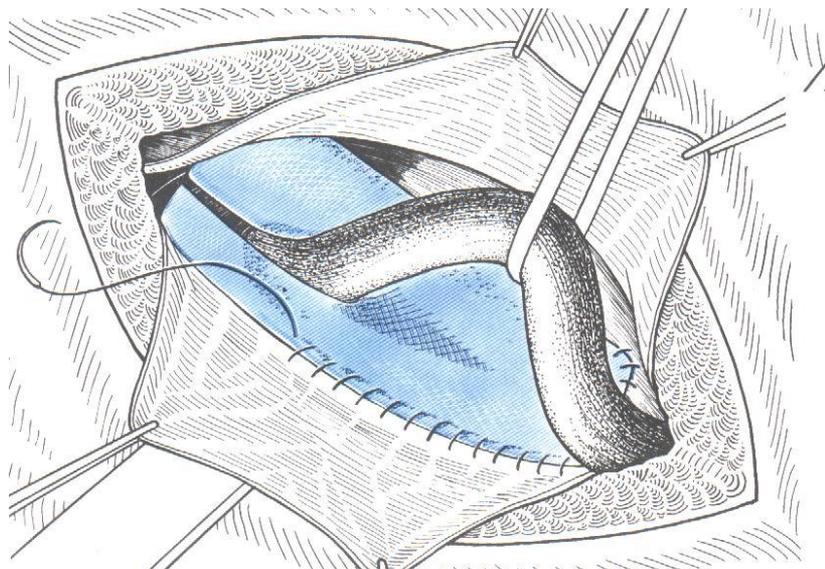
# Способ Postempski



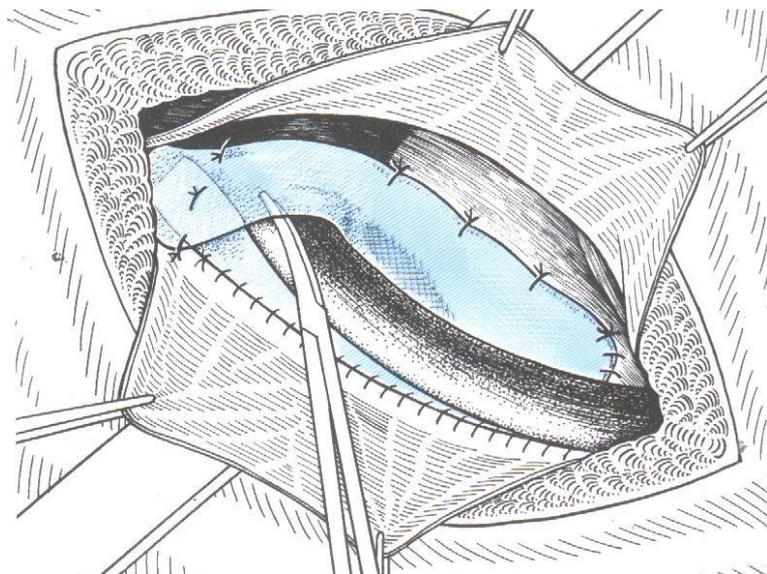
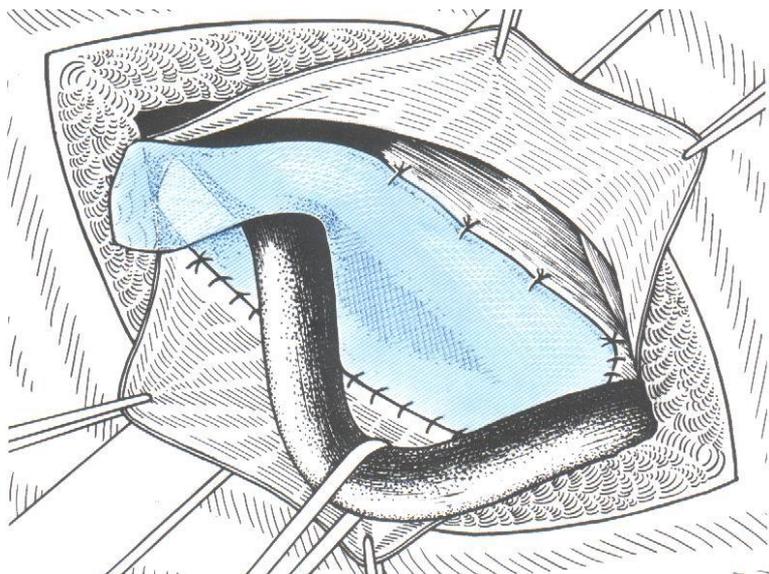
# Безнатяжная пластика



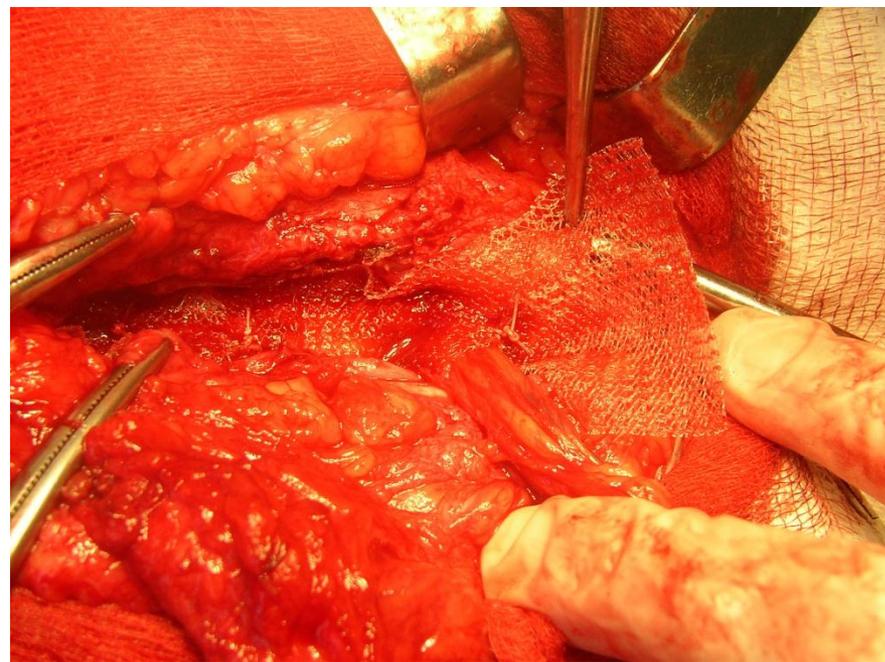
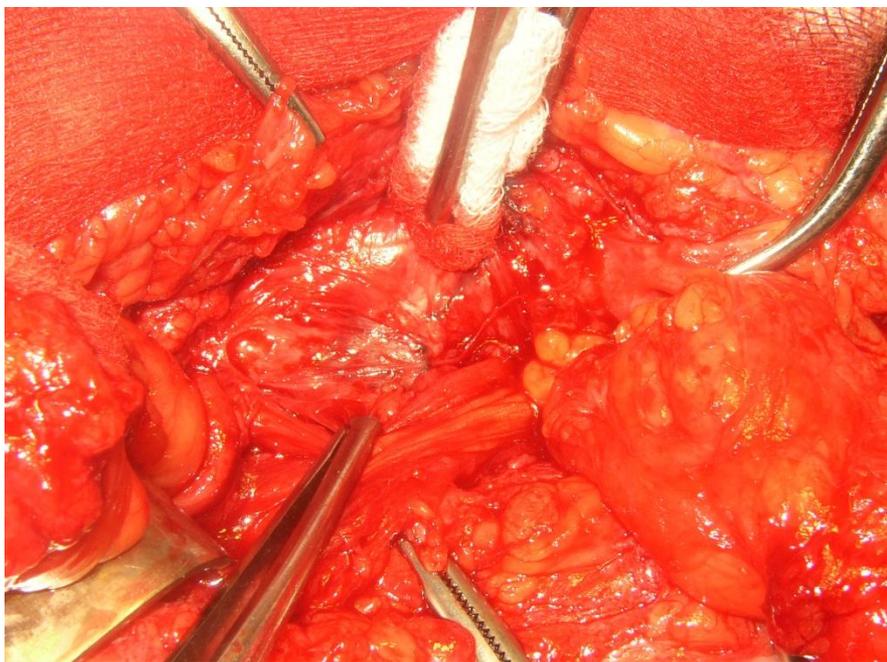
# Способ Lichtenstein



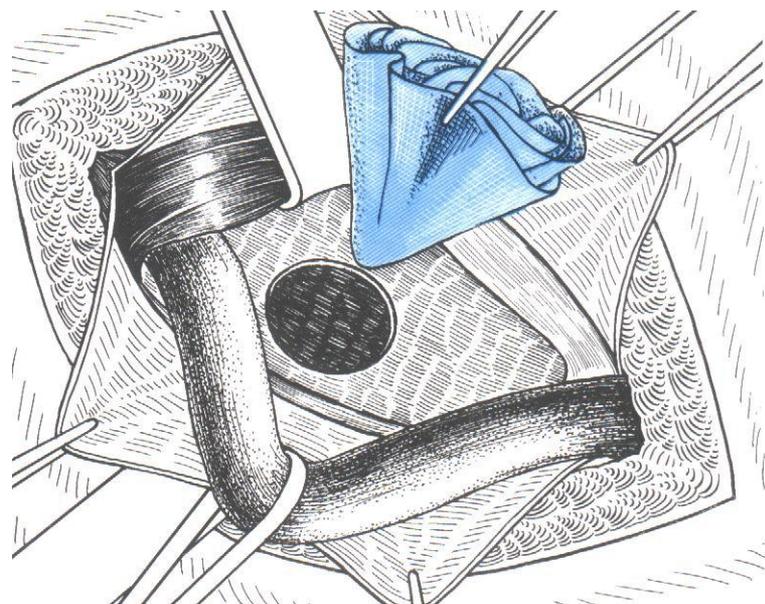
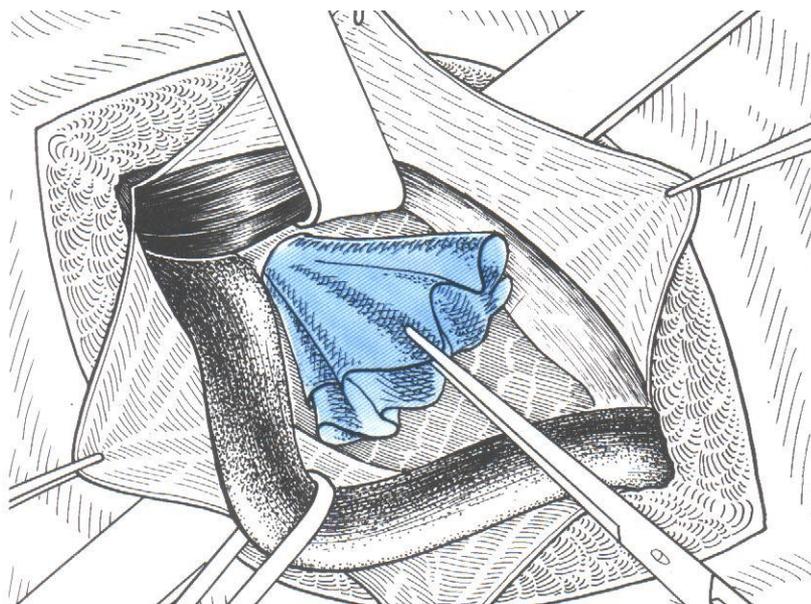
# Способ Lichtenstein



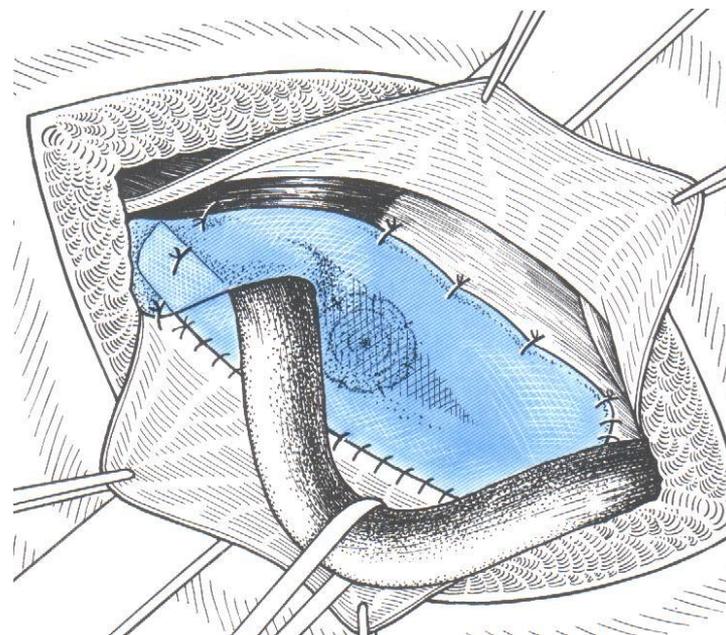
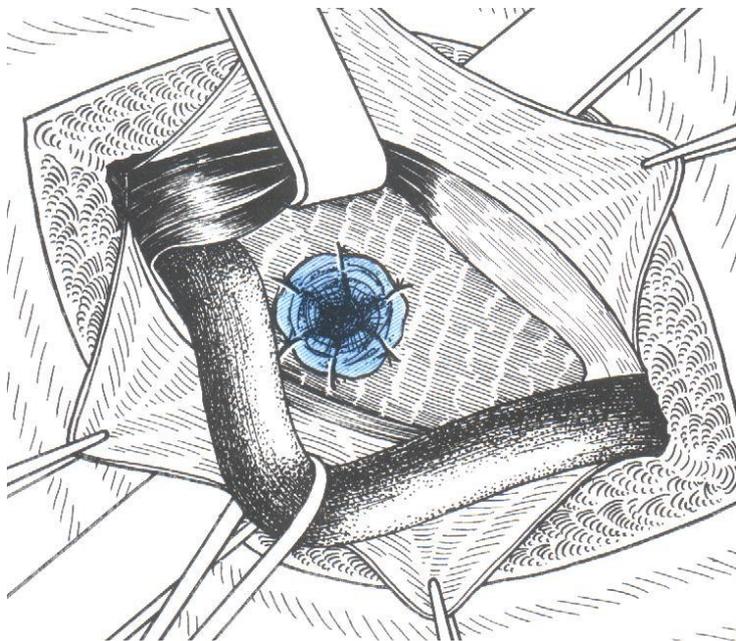
# Способ Lichtenstein



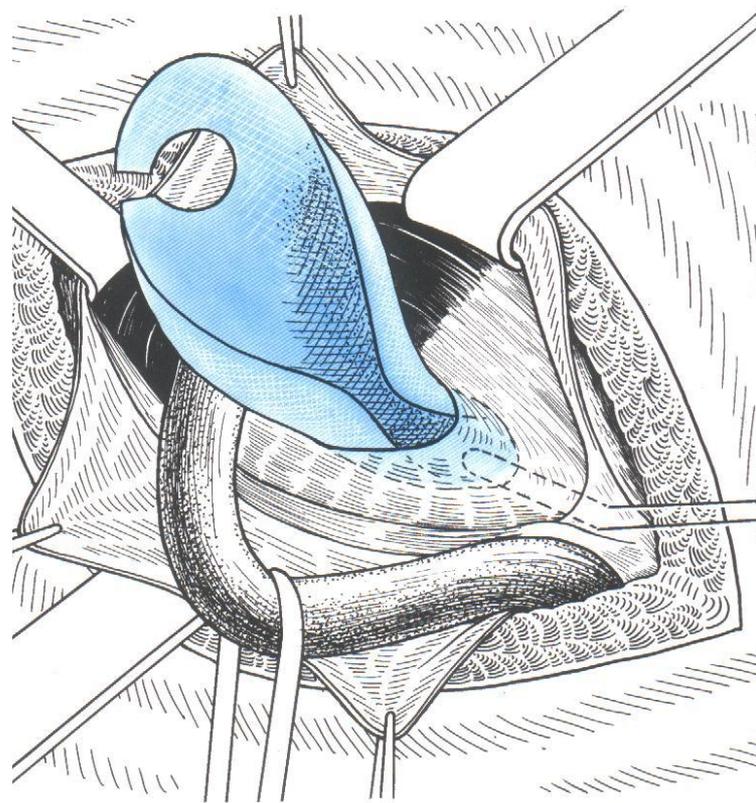
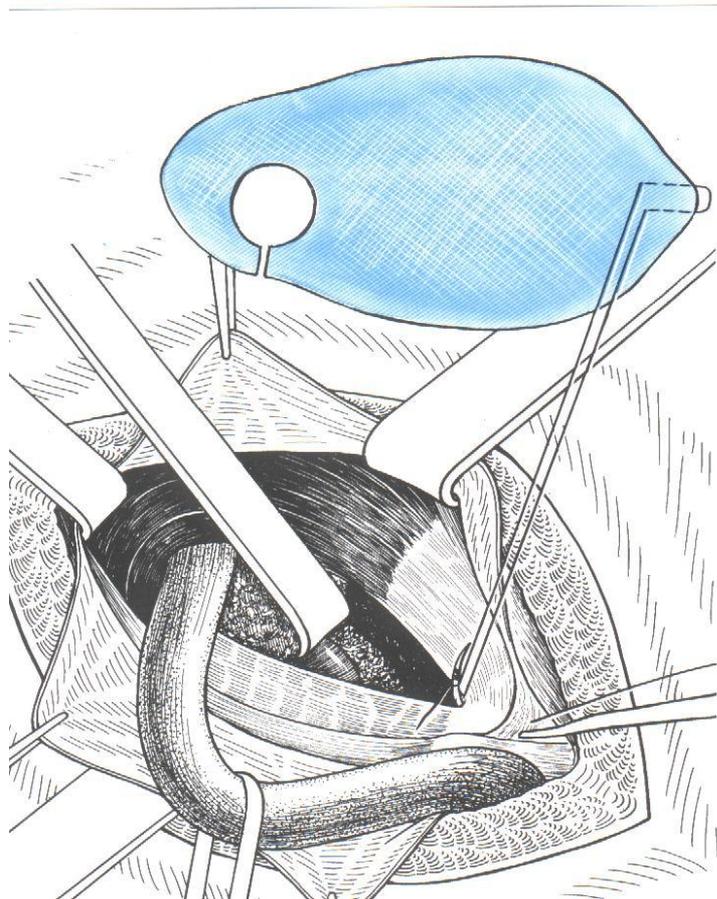
# Способ Gilbert



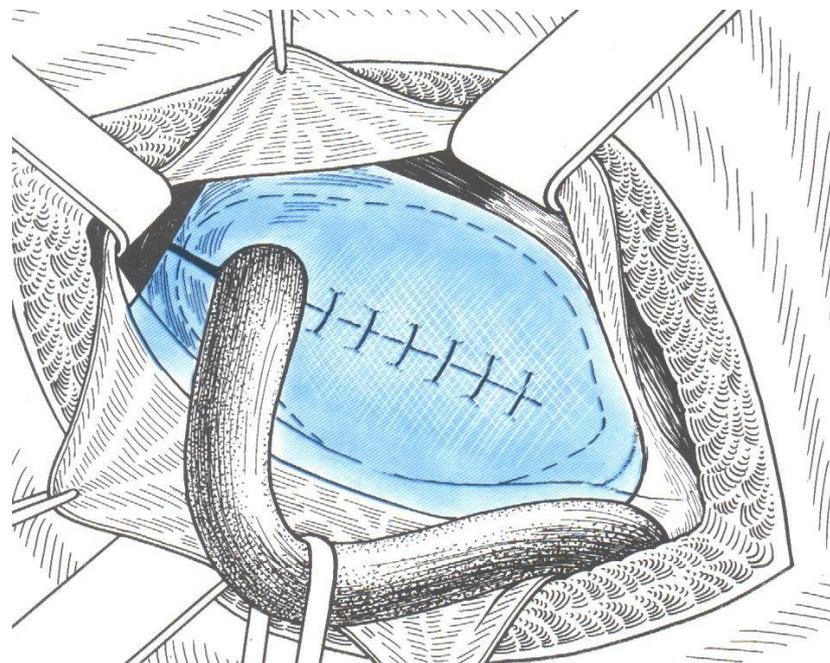
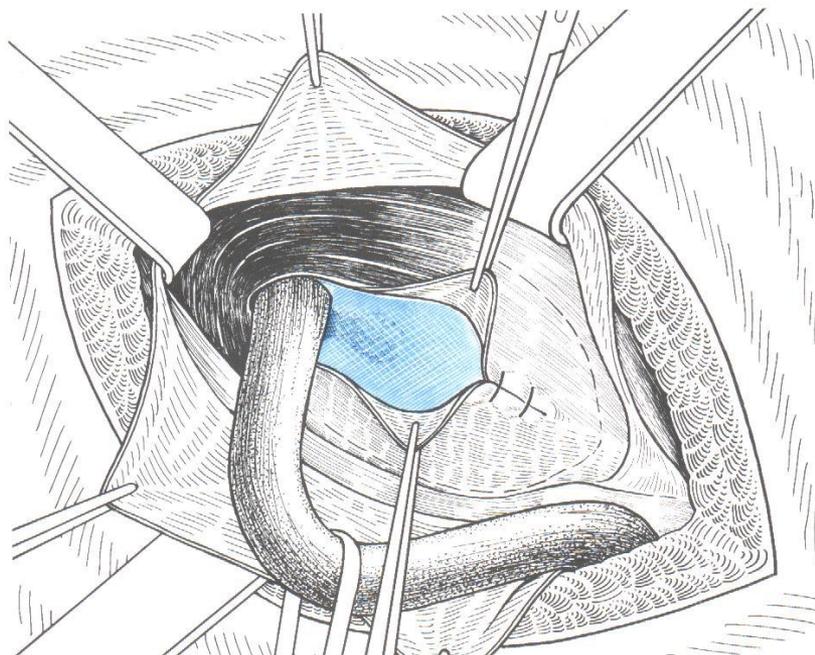
# Способ Rutcov - Robbins



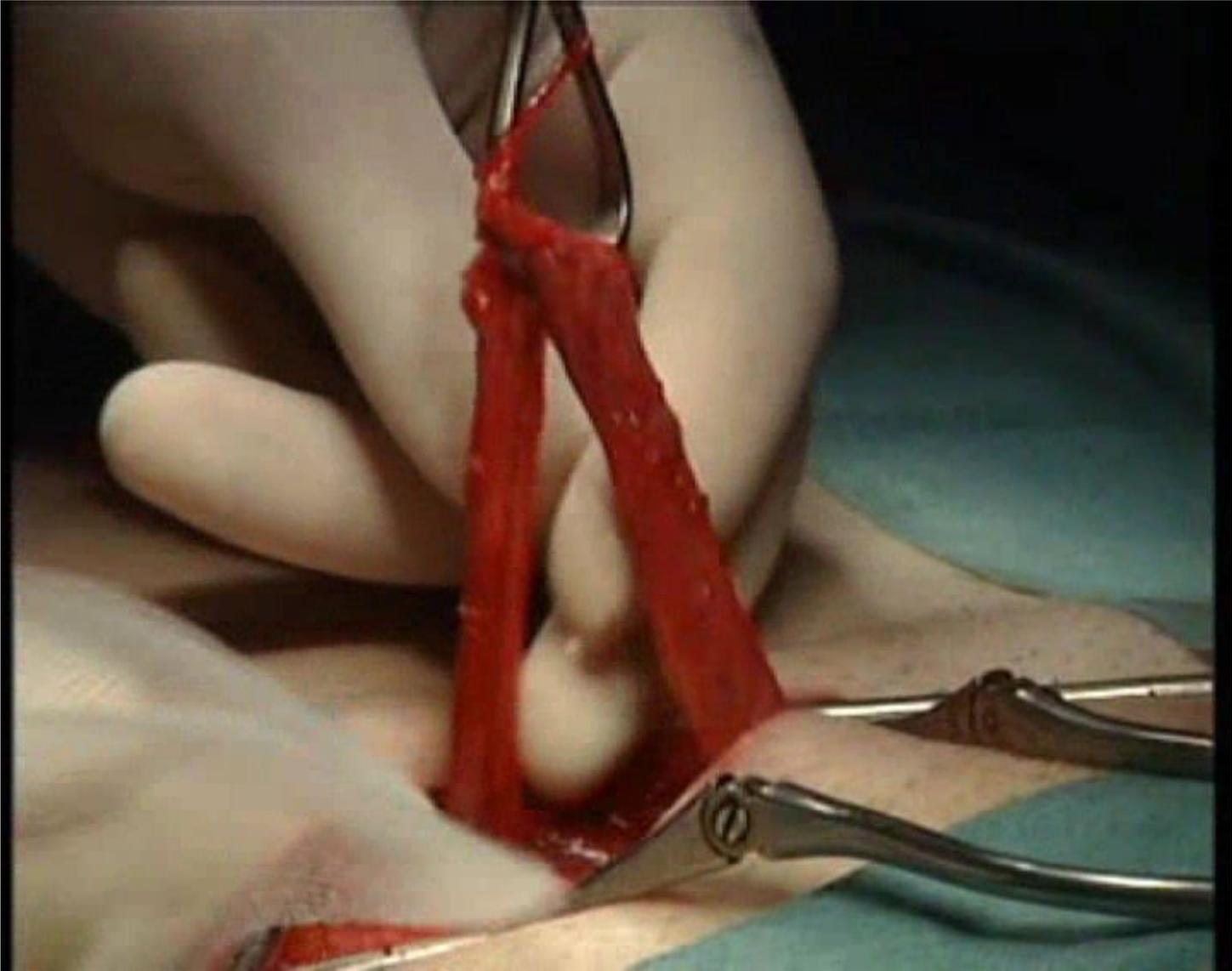
# Способ Trabucco

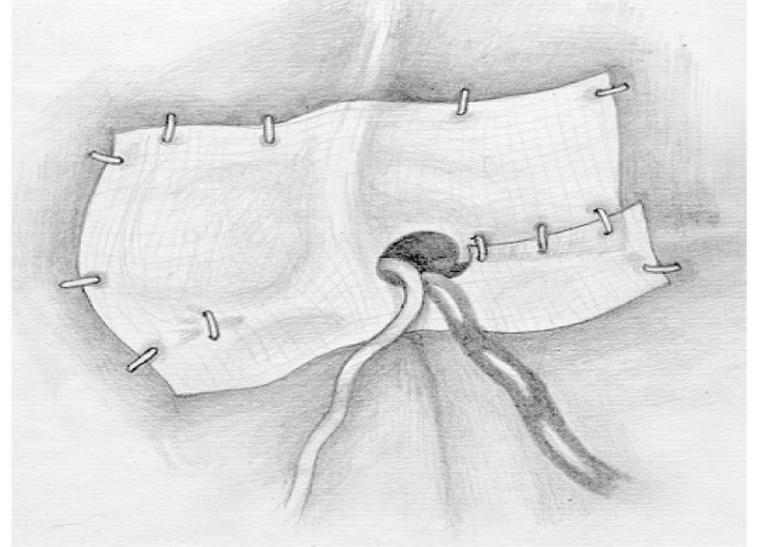
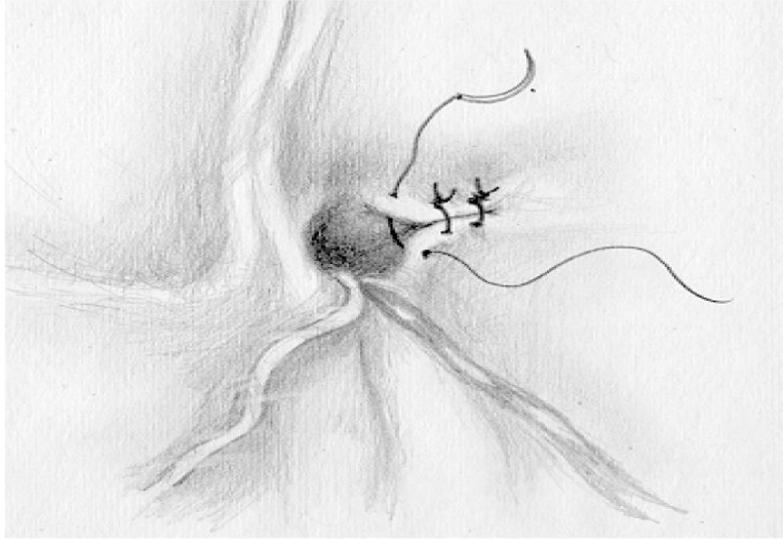


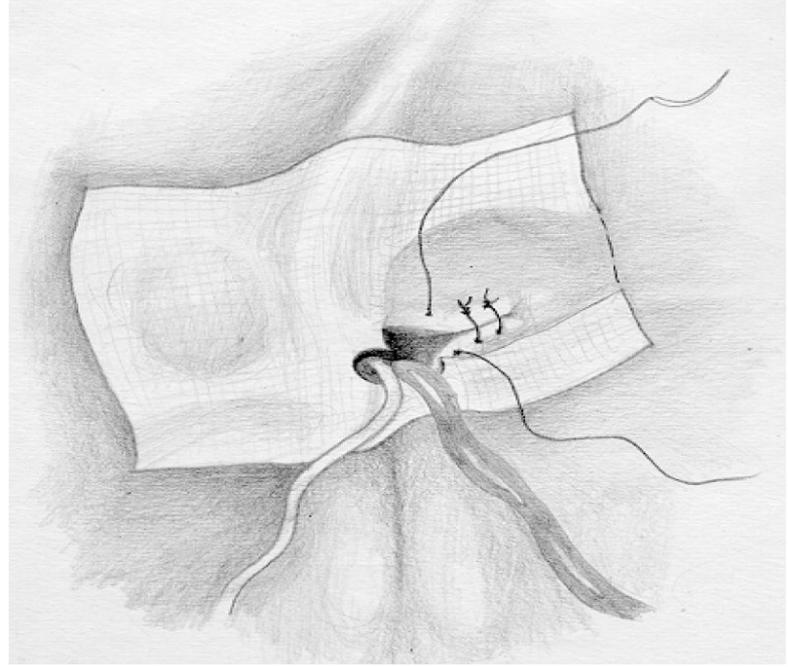
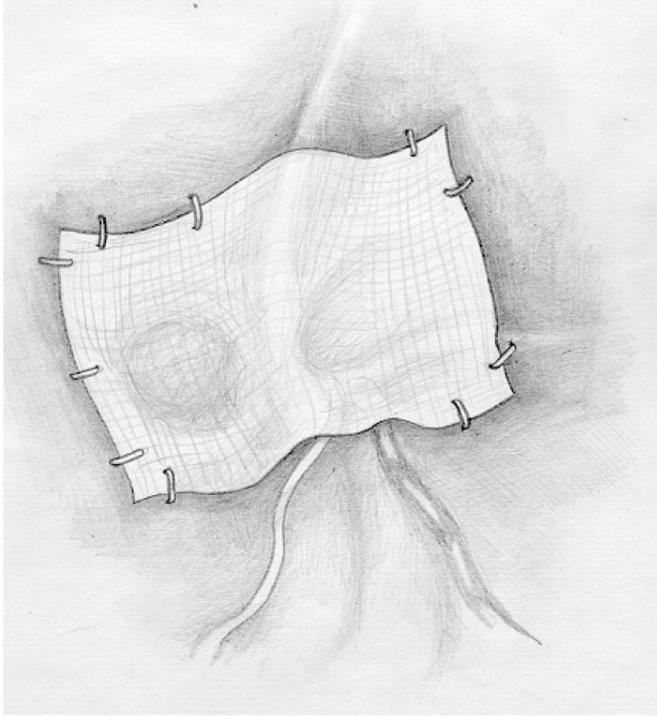
# Способ Trabucco

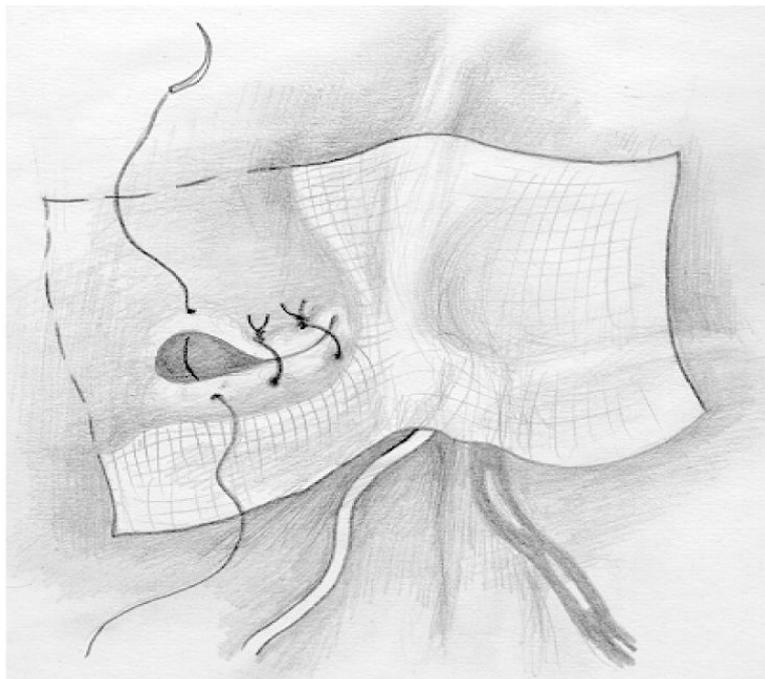


ОПЕРАЦИЯ  
ПРИ КОСОЙ  
ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ

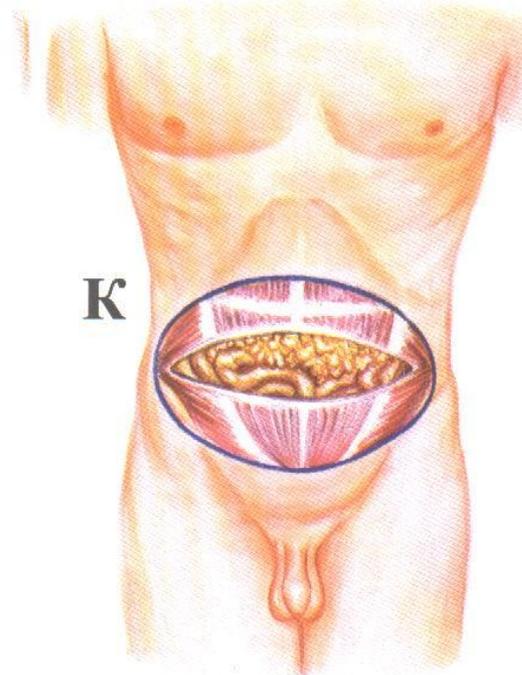
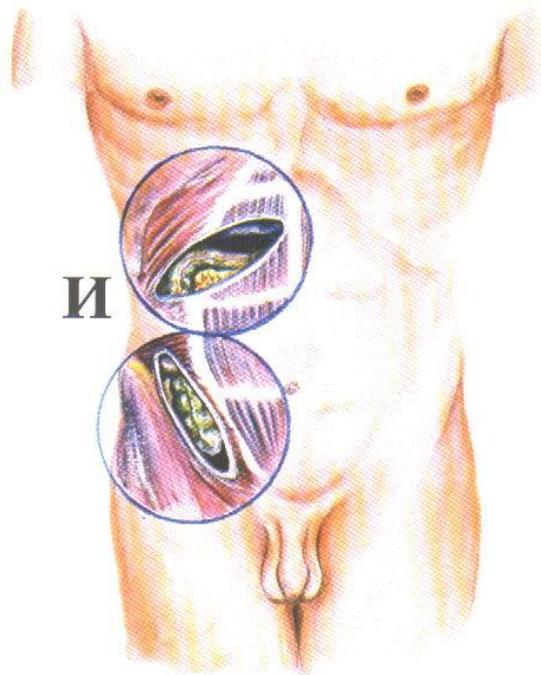
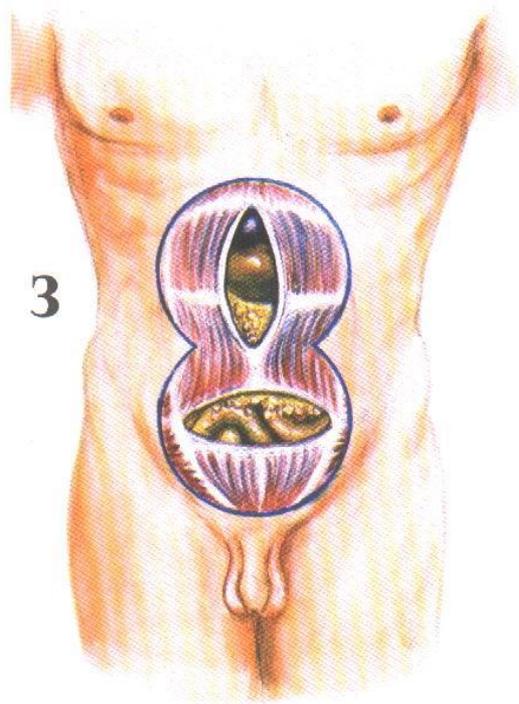




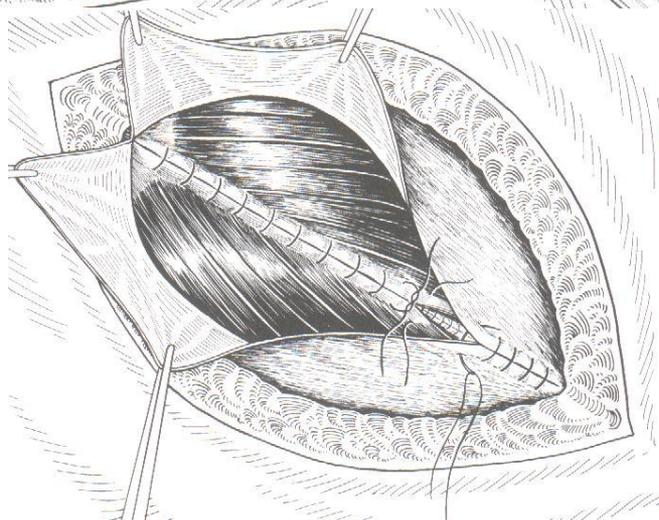
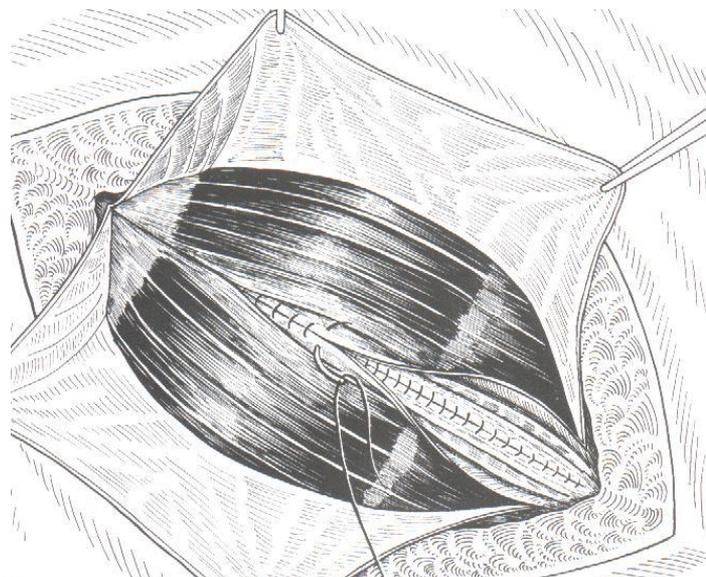
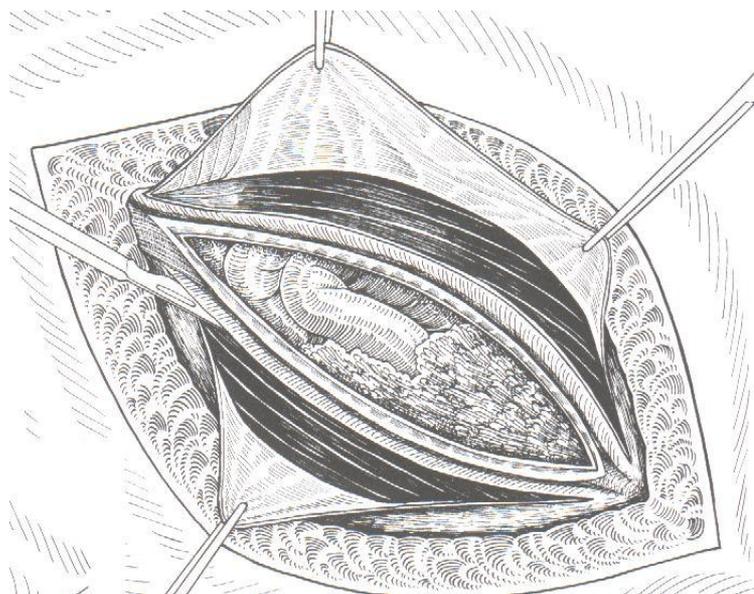




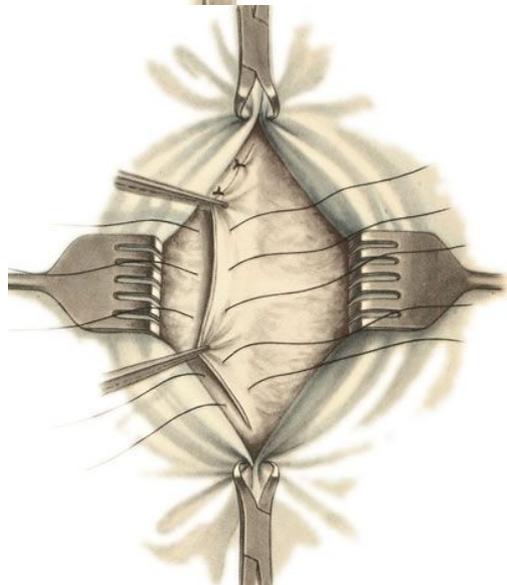
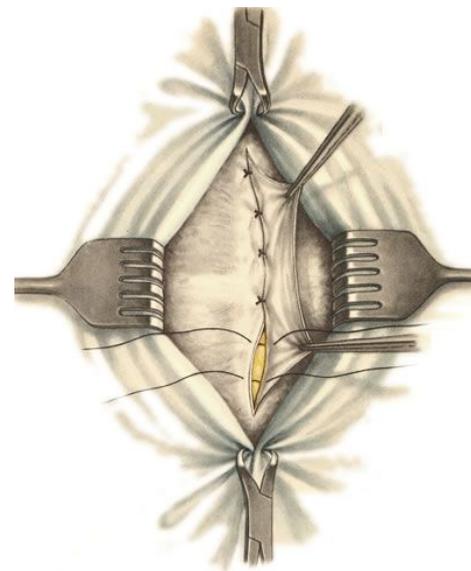
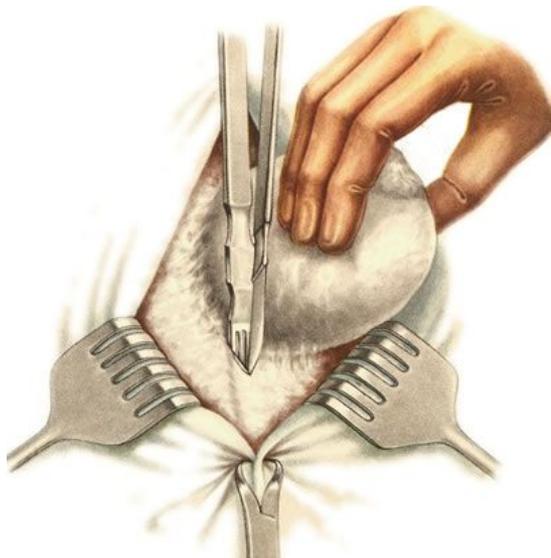
# Вентральные грыжи



# Способ Напалкова

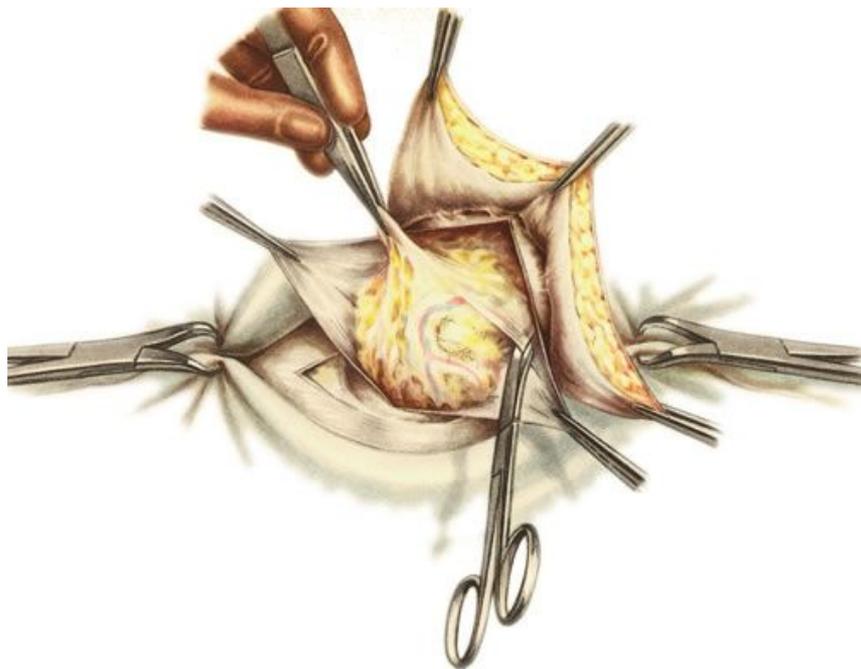


# Операция пупочной грыжи по способу К. М. Сапезжко

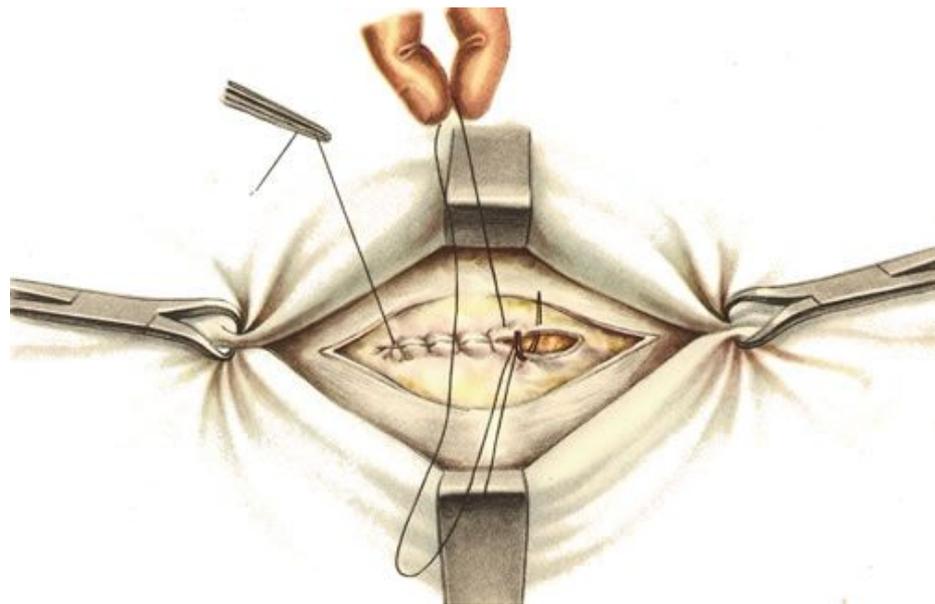


- Рассечение грыжевого кольца по зонду Кохера.
- Подшивание края правого лоскута апоневроза к задней стенке влагалища левой прямой мышцы живота.
- Подшивание левого лоскута апоневроза к передней стенке влагалища правой прямой мышцы живота.

# Способ Mayo

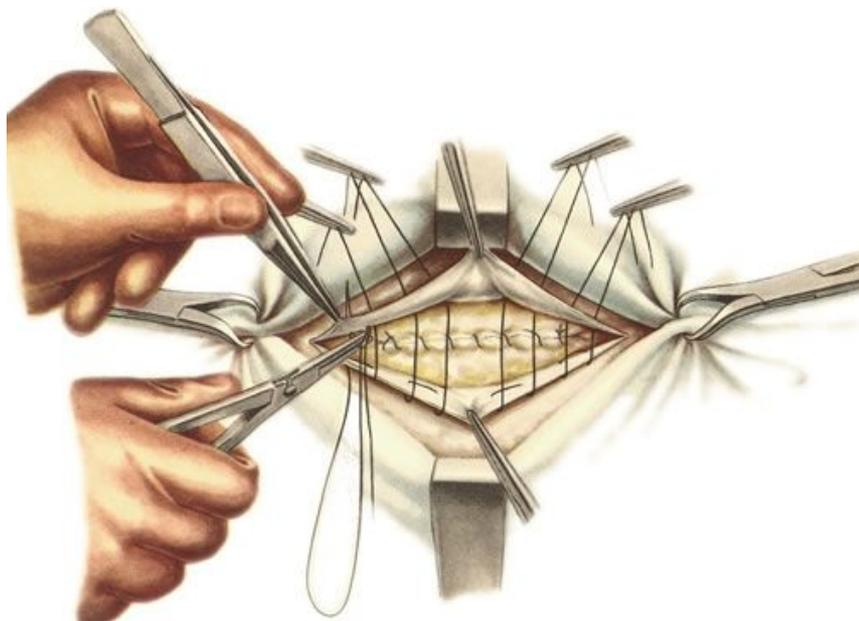


**Рассечение спаек между  
грыжевым мешком и грыжевым  
содержимым.**

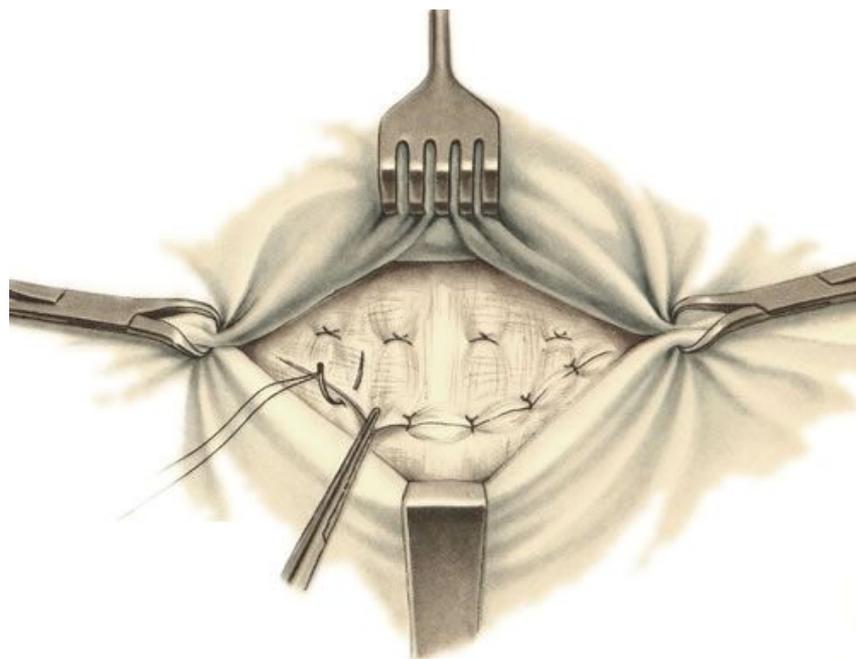


**Ушивание брюшины  
непрерывным швом.**

# Способ Mayo

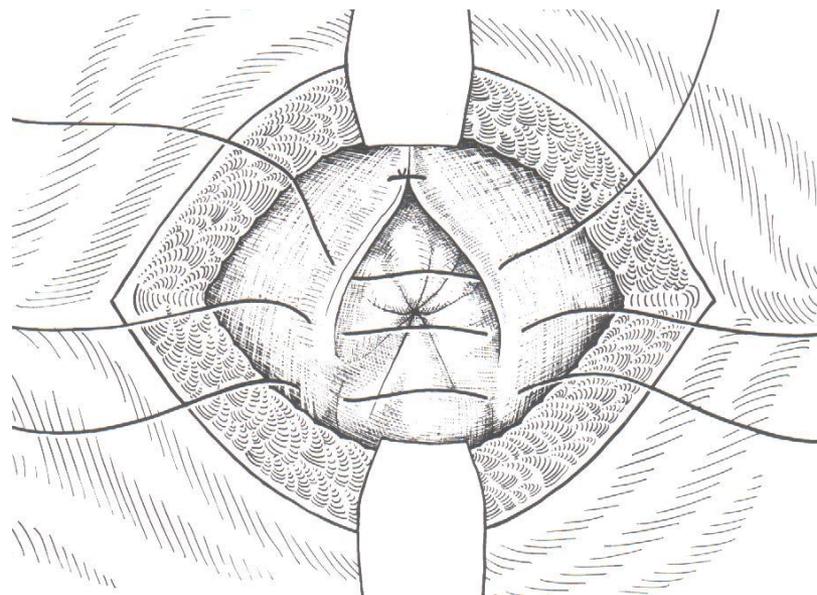
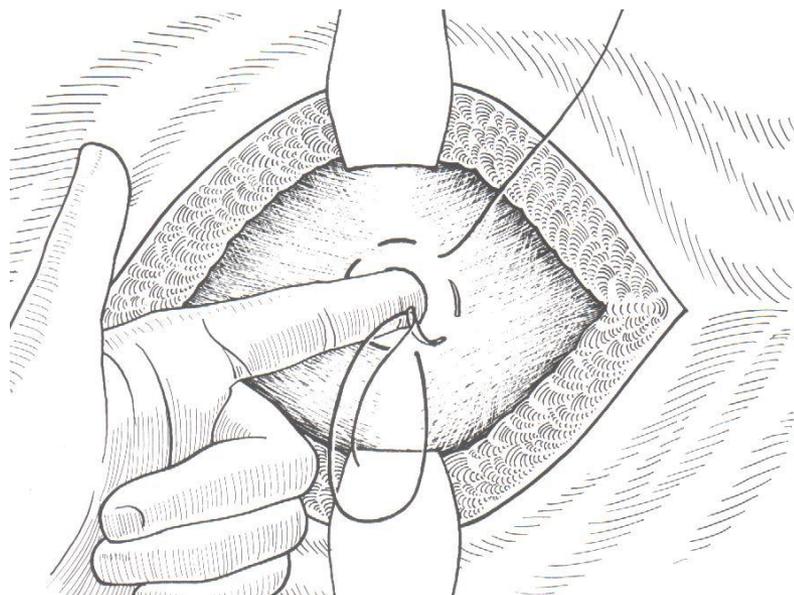


**Подшивание нижнего лоскута апоневроза к верхнему лоскуту рядом узловых П-образных швов.**

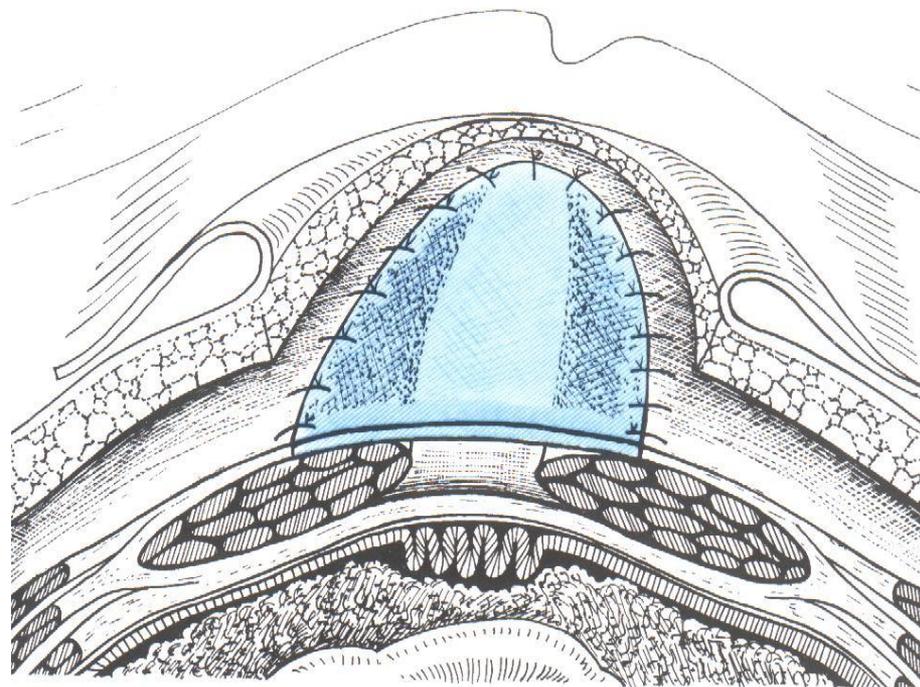
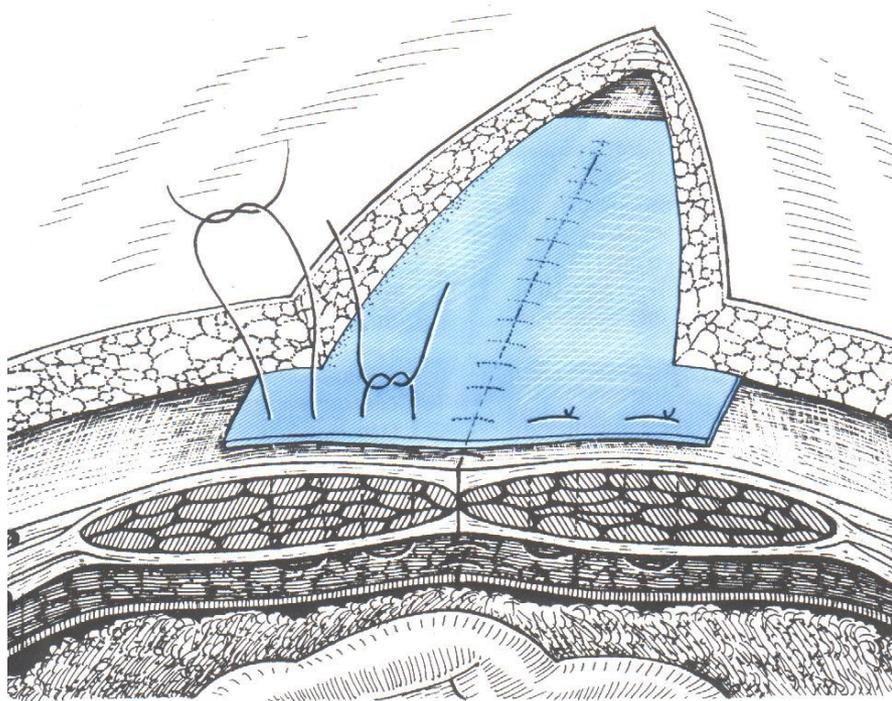


**Подшивание верхнего лоскута апоневроза к нижнему лоскуту рядом узловых швов.**

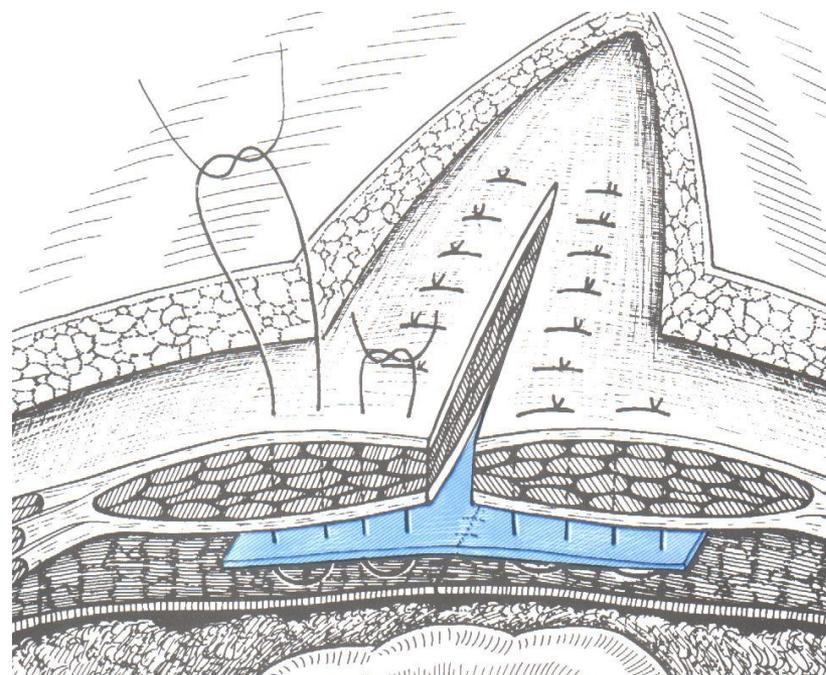
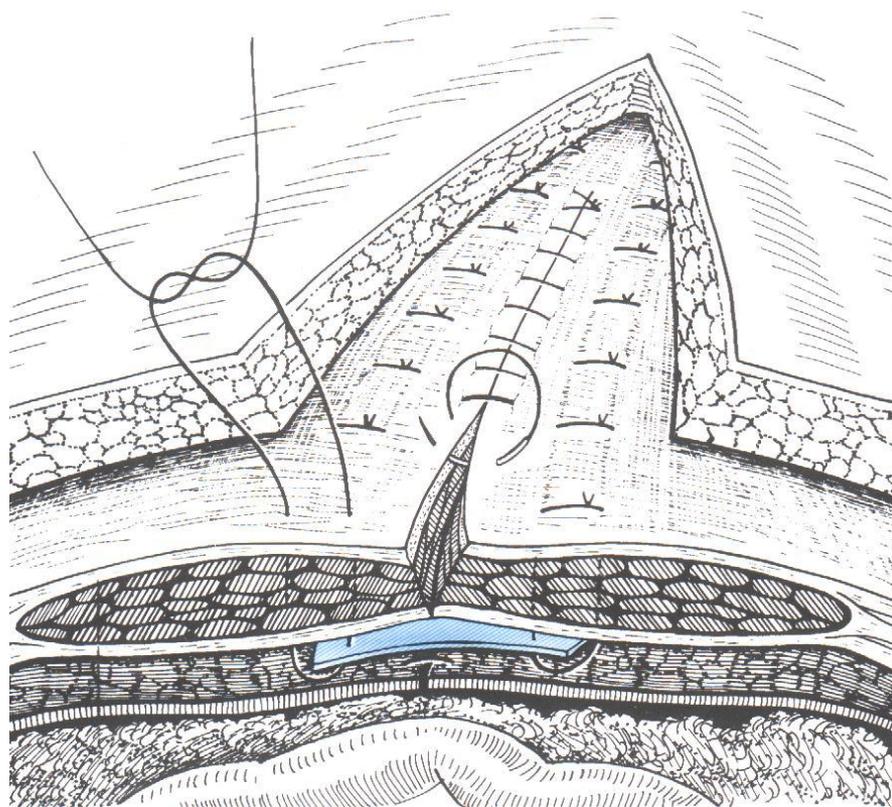
# Способ Lexer



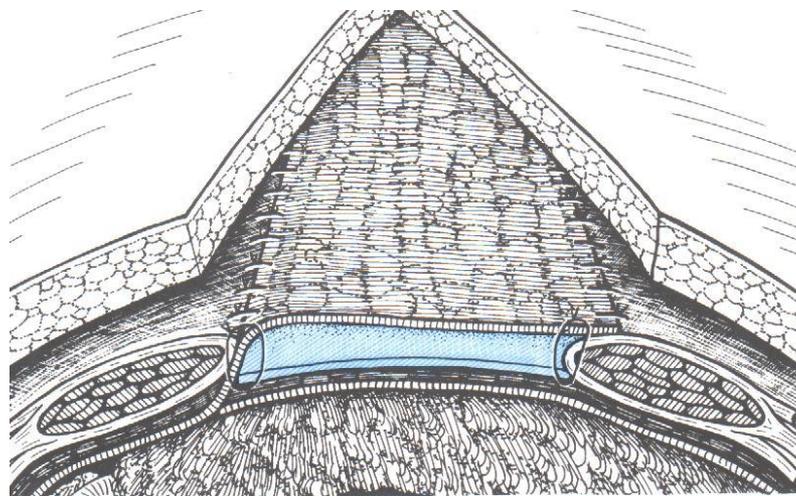
# Методика onlay



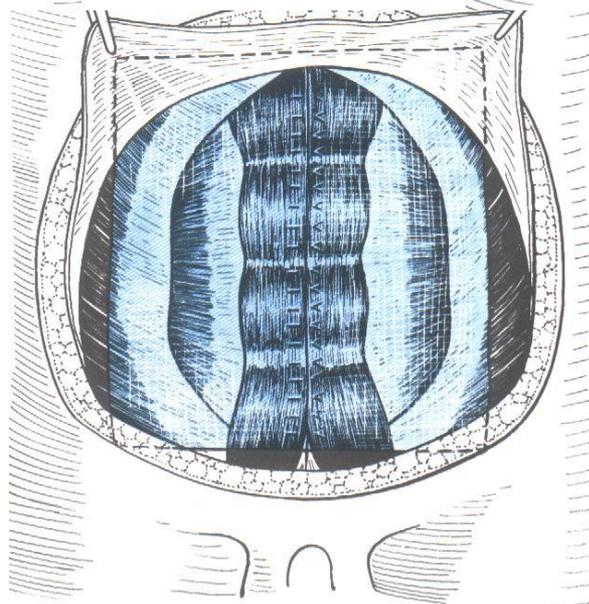
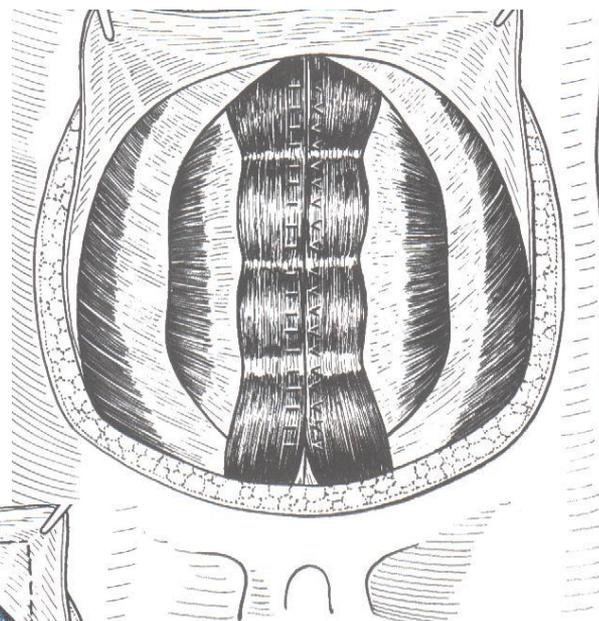
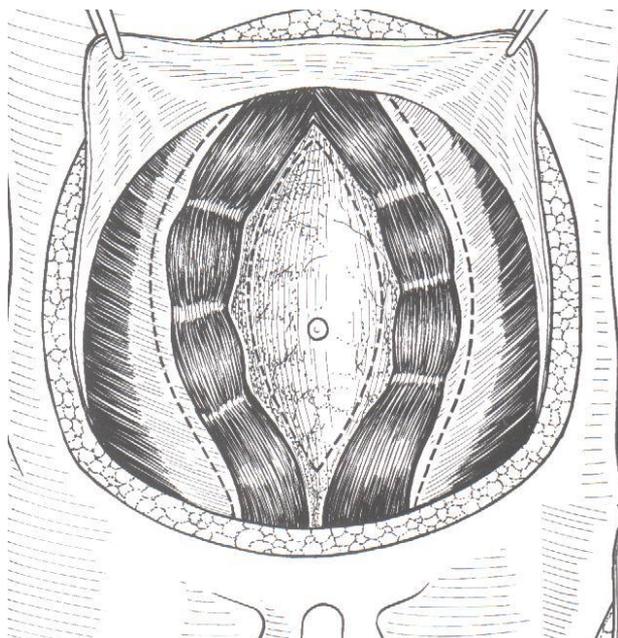
# Методика inlay



# Методика sublay



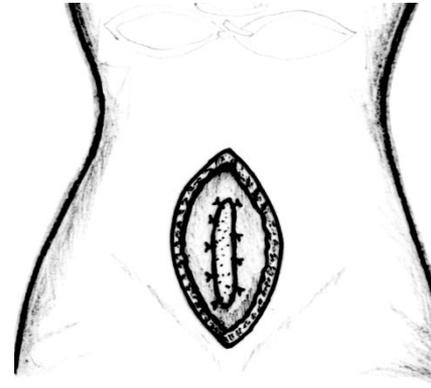
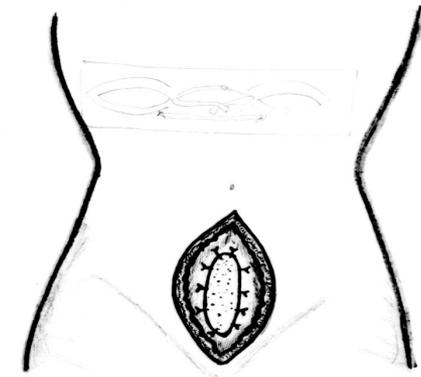
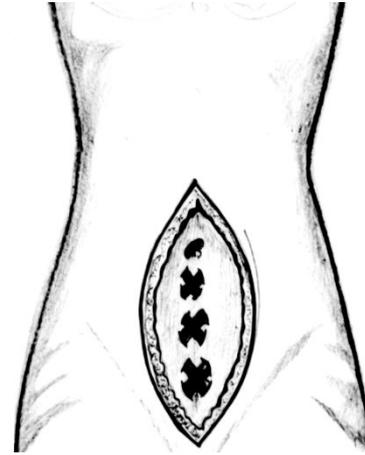
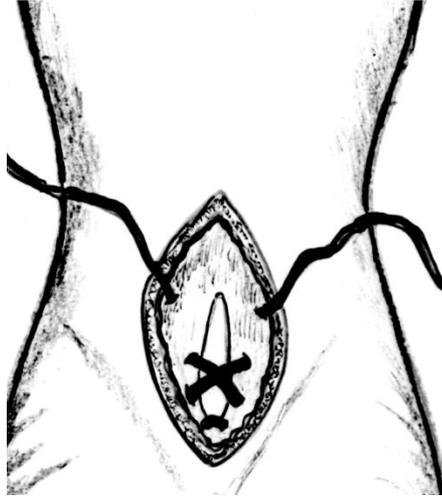
# Методика Ramirez



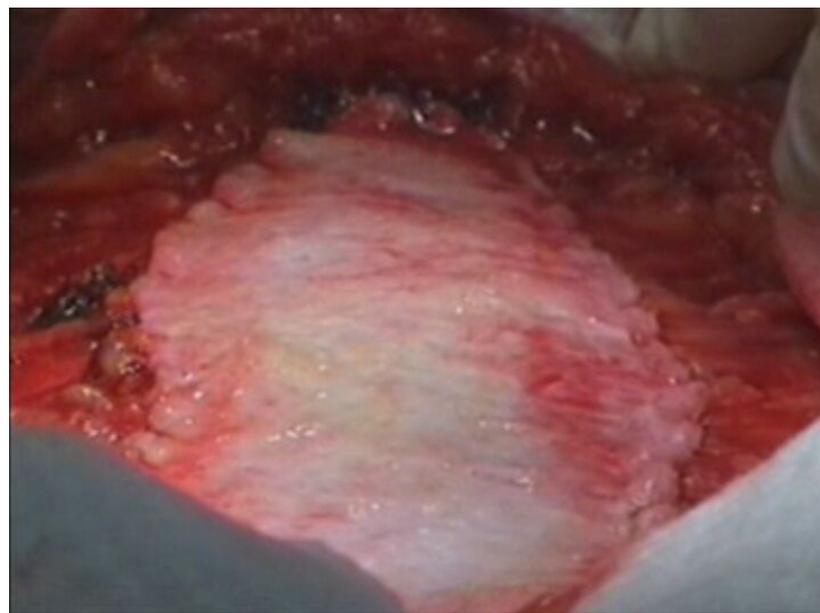
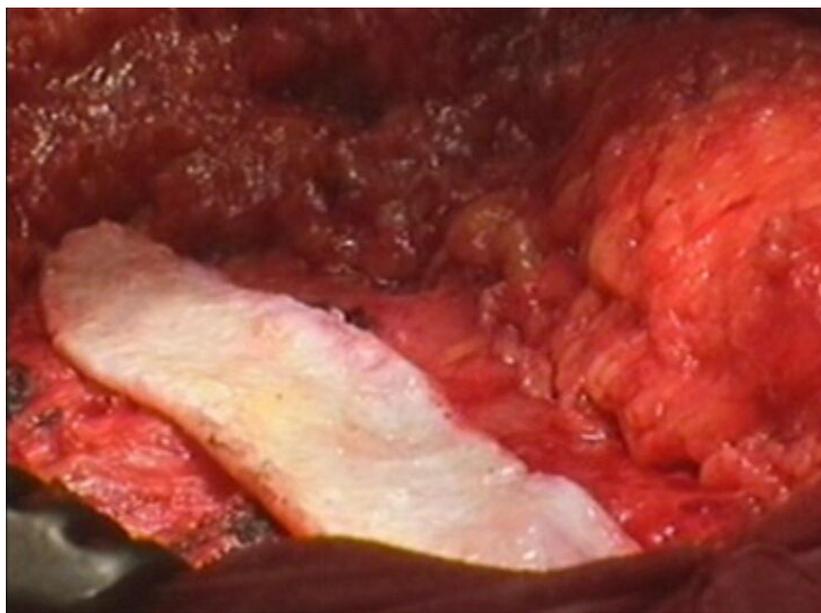
# Аутодермопластика



# Аутодермопластика



# Аутодермопластика



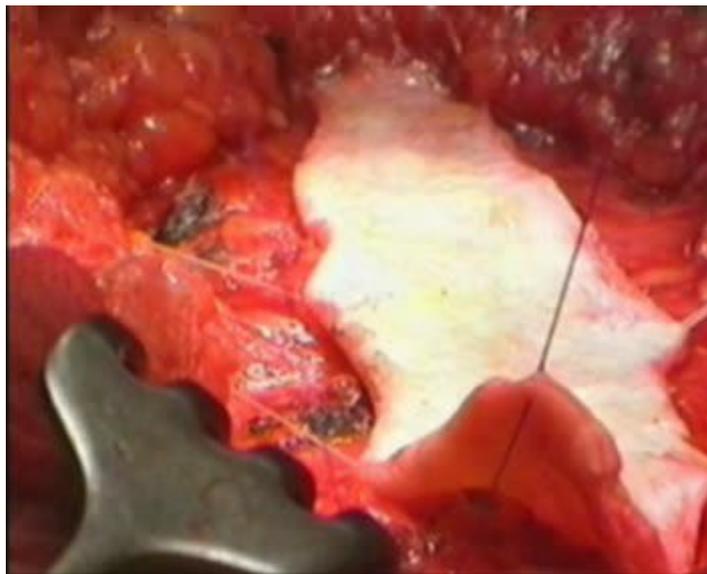
# Иссечение кожного лоскута



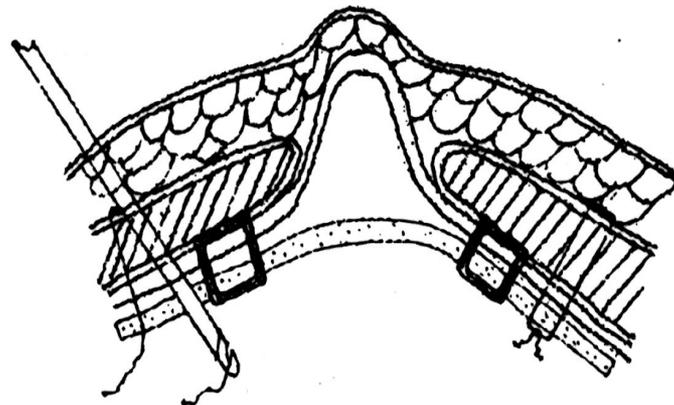
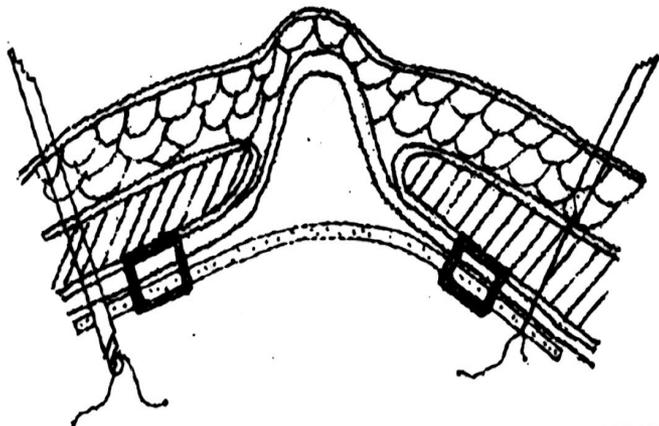
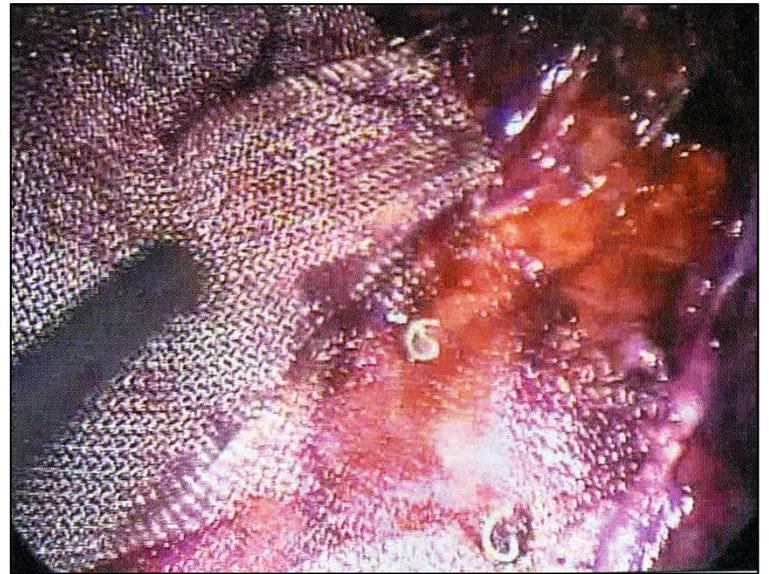
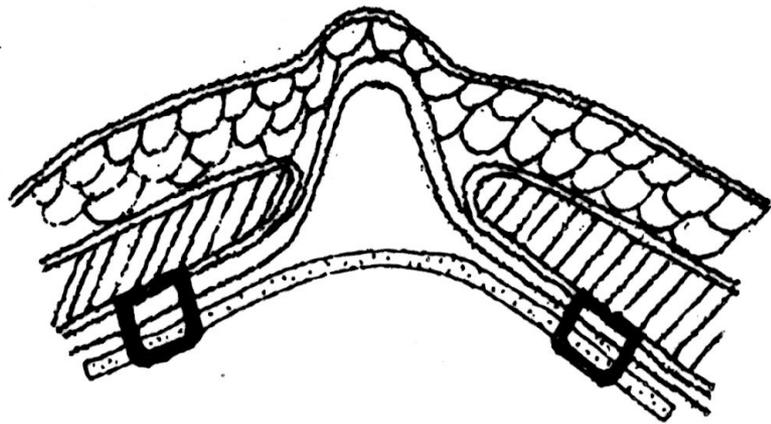
# Обработка лоскута



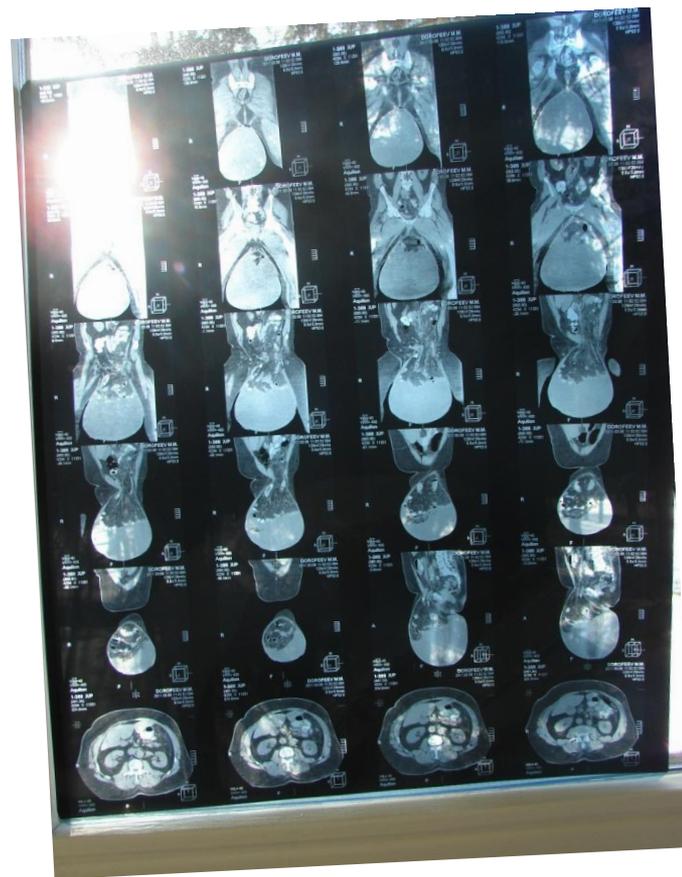
# Подшивание лоскута



# Лапароскопическая пластика вентральных грыж



# Пациент Д. Гигантская паховая грыжа



# Пациент Д. Гигантская паховая грыжа



# Пациент Ж. Гигантская вентральная грыжа



# Пациент Ж. Гигантская вентральная грыжа



*Спасибо за внимание!*

