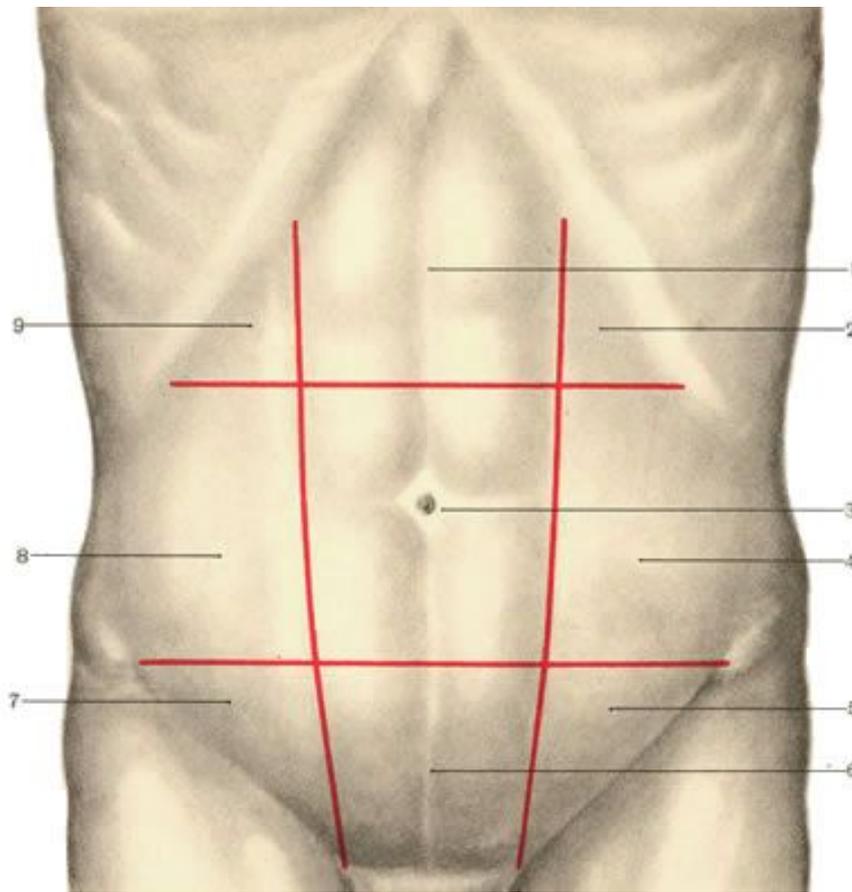
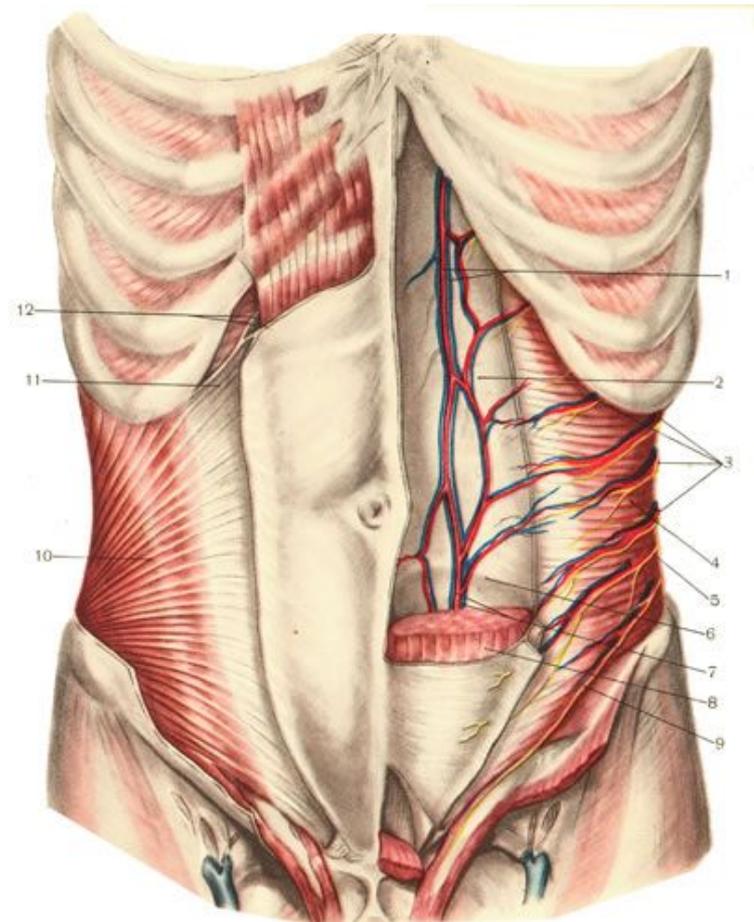
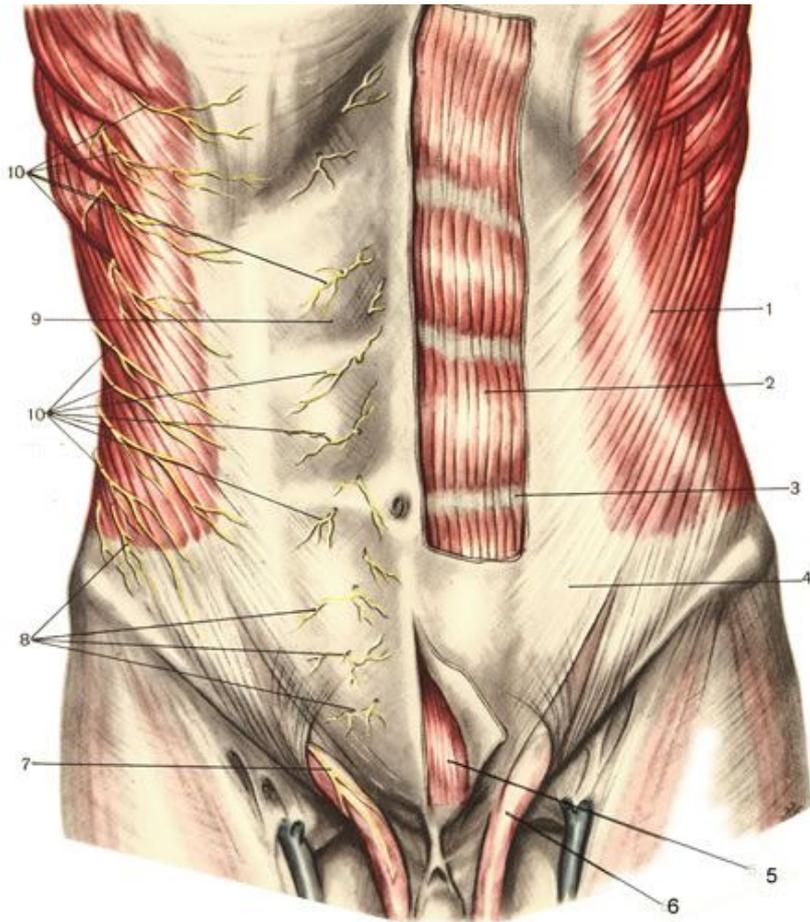


# Занятие №1



## Области живота.

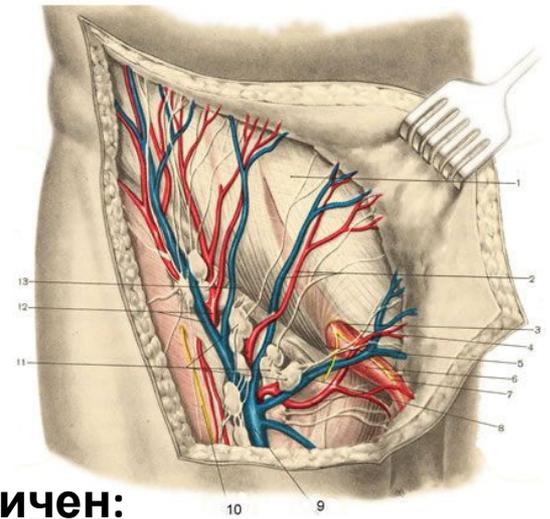
- |                                 |                       |                                   |
|---------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| 9 — regio hypochondriaca dextra | 1 — regio epigastrica | 2 — regio hypochondriaca sinistra |
| 8 — regio lateralis dextra      | 3 — regio umbilicalis | 4 — regio lateralis sinistra      |
| 7 — regio inguinalis dextra     | 6 — regio pubica      | 5 — regio inguinalis sinistra     |



В переднем отделе брюшной стенки располагаются **прямые мышцы живота**, в переднебоковом — **наружная и внутренняя косые** а также **поперечная** мышцы живота. Кпереди от *m. rectus abdominis* располагается **пирамидальная мышца, *m. Pyramidalis***. Поперечная мышца живота, *m. transversus abdominis*, располагается под внутренней косой мышцей. Мышечные пучки переходят в апоневроз, образуя изогнутую снаружи линию, **linea semilunaris**.

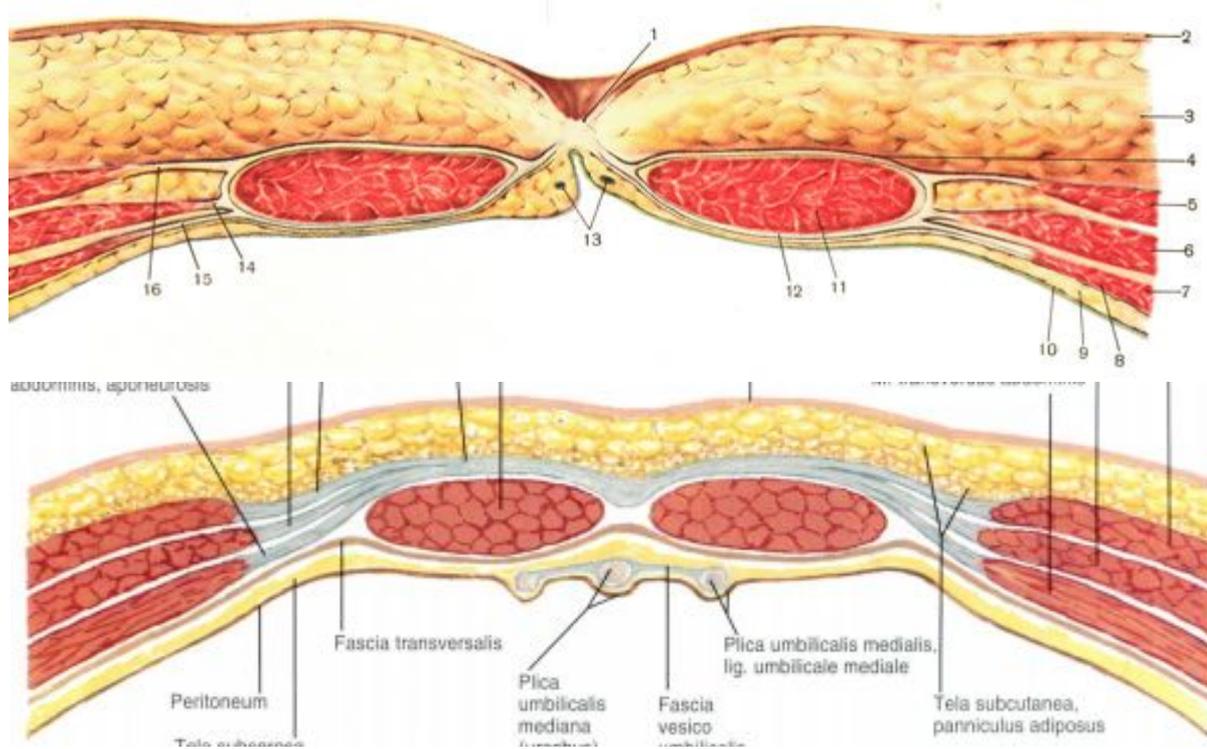
В белой линии имеются щелевидные отверстия, через которые проходят сосуды и нервы. В эти щелевидные отверстия может выходить предбрюшинная жировая клетчатка, образуя предбрюшинные липомы, *lipoma praeperitonealis*. **Отверстия в таких случаях увеличиваются в своих размерах и могут явиться местом образования грыж белой линии живота.**

# Паховый треугольник.



## Паховый треугольник ограничен:

- **вверху** горизонтальной линией, проведенной от границы между наружной и средней третью паховой связки к прямой мышце живота,
- 
- **медиально** — наружным краем прямой мышцы живота,
- **снизу** — паховой связкой.



Прямая мышца живота и пирамидальная мышца располагаются **во влагалище**, образованном **апоневрозами наружной и внутренней косых, а также поперечной мышцы живота**. Передняя стенка влагалища в нижнем отделе несколько толще, чем в верхнем. Задняя стенка влагалища имеет апоневротическое строение только в верхней и средней трети.

Примерно на 4—5 см ниже пупка апоневротические волокна заканчиваются, образуя изогнутую кверху дугообразную линию, **linea arcuata**. Ниже этой линии задняя стенка влагалища представлена только поперечной фасцией живота.

В местах, где располагаются **intersectiones tendineae**, прямая мышца живота довольно прочно сращена с передней стенкой влагалища. **Ниже linea arcuata** апоневрозы наружной и внутренней косых мышц живота вместе с апоневрозом поперечной мышцы живота формируют переднюю стенку влагалища прямой мышцы живота. Заднюю стенку влагалища образует только поперечная фасция

Передняя брюшная стенка в области **пупочного кольца** состоит из :

- кожи,
- соединительной ткани,
- поперечной фасции
- брюшины;

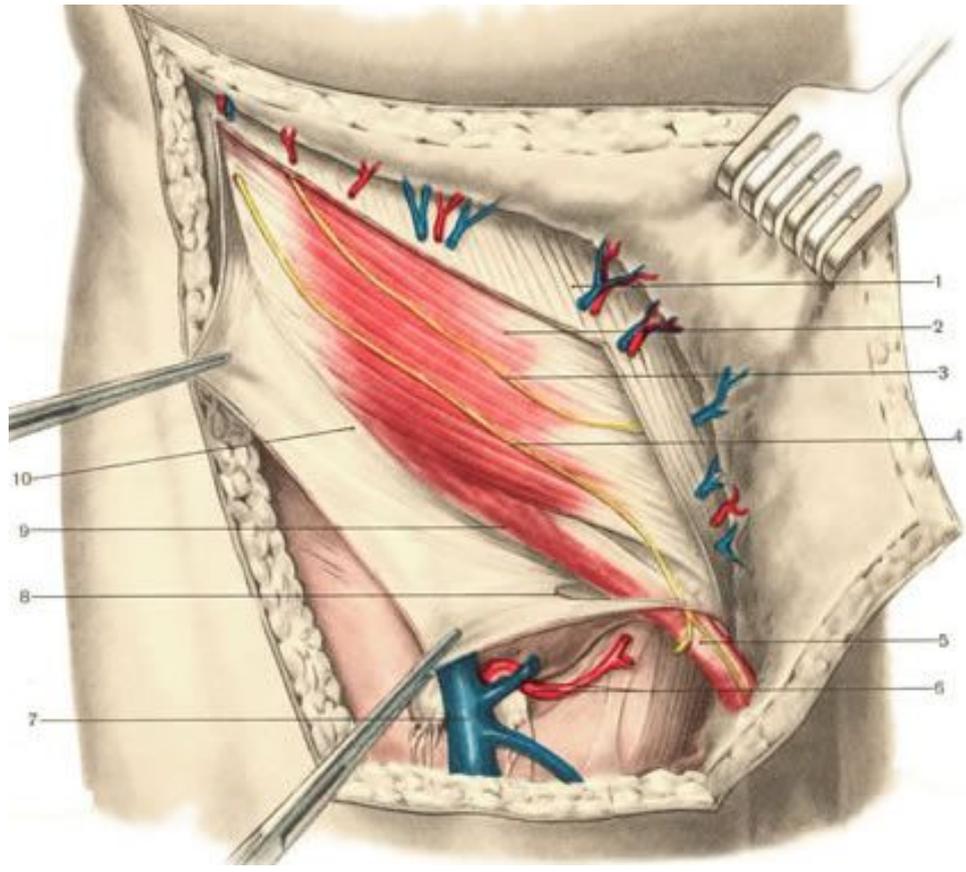
Здесь нет плотных апоневротических и мышечных волокон, поэтому в **области пупка нередко возникают грыжи.**

## ПАХОВЫЙ КАНАЛ

Апоневроз наружной косой мышцы в нижнем отделе живота переходит в паховую связку, **lig. inguinale (Poupartii)**, которая натянута между передней верхней остью подвздошной кости и лонным бугорком. Длина этой связки непостоянна (10—16 см) и зависит от формы и высоты таза.

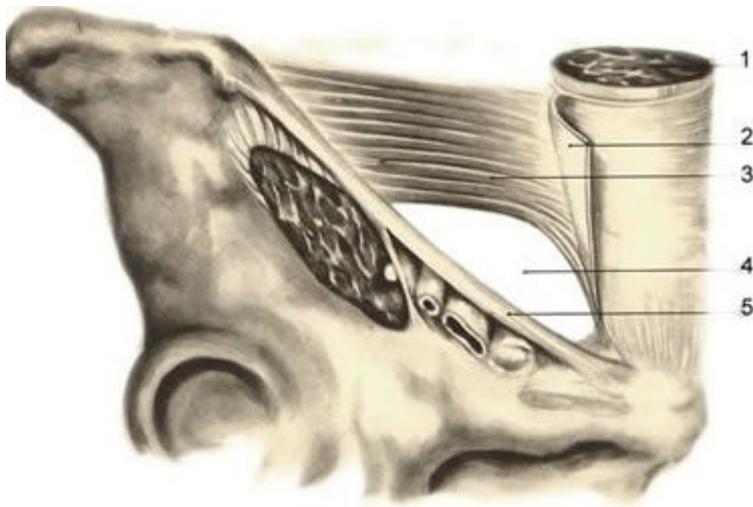
Апоневроз наружной косой мышцы вблизи паховой связки расщепляется на две ножки: **медиальную, crus mediale**, и **латеральную, crus laterale**, ограничивающие наружное отверстие пахового канала, **anulus inguinalis superficialis**. Первая из этих ножек прикрепляется к передней поверхности symphysis pubicae, вторая — к tuberculum pubicum. Щелевидное отверстие между crus mediale et laterale сверху и снаружи ограничено **fibrae intercrurales**, которые представляют собой апоневротические волокна, идущие от середины паховой связки вверх и медиально к белой линии живота. Снизу и с медиальной стороны щель между ножками наружной косой мышцы ограничена **lig. reflexum**.

У лонного бугорка от паховой связки отходят два пучка апоневротических волокон, один из которых направляется вверх и кнутри и вплетается в белую линию живота, образуя завороченную связку, **lig. reflexum**, другой идет книзу к pecten ossis pubis и называется лакунарной связкой, **lig. lacunare**.



## ПАХОВЫЙ ПРОМЕЖУТОК

Щель между нижним краем внутренней косой мышцы и паховой связкой называется **паховым промежутком**. Различают две формы пахового промежутка: **треугольную** **овальную**



А



Б



Операция грыжесечения в доазиатический период (XV в н. э.)



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

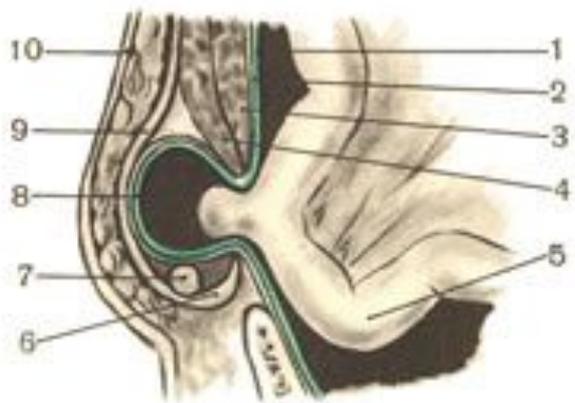


Женщина с бедренной грыжей в эпоху Средневековья (XIV в н.э.)

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Различают косые, прямые и врожденные паховые грыжи. Помимо этого также встречаются грыжи Рихтера—Литтре, скользящие грыжи, комбинированные паховые грыжи.

Содержимым паховых грыж может быть любой орган брюшной полости, исключая печень и поджелудочную железу. Наиболее часто грыжевым содержимым являются петли тонкой кишки и сальник. В грыжевом мешке может находиться только часть стенки кишки (грыжа Рихтера—Литтре) (рис). В редких случаях грыжевым содержимым могут быть селезенка, почка, мочеточник, беременная матка, яичник и маточные трубы.

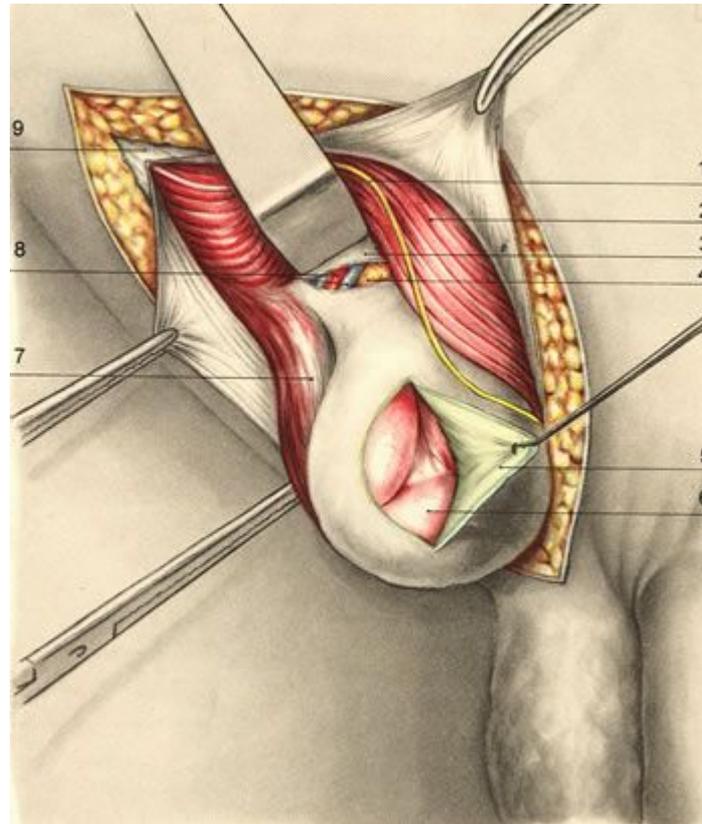


Грыжа Рихтера—Литтре.

Содержимым грыжевого мешка является часть стенки кишки.

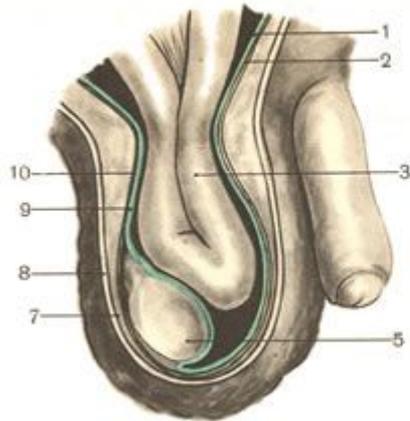


При прямых паховых грыжах выпячивание передней брюшной стенки происходит в области fossa inguinalis medialis. Прямые грыжи направляются в подкожную клетчатку через наружное отверстие пахового канала

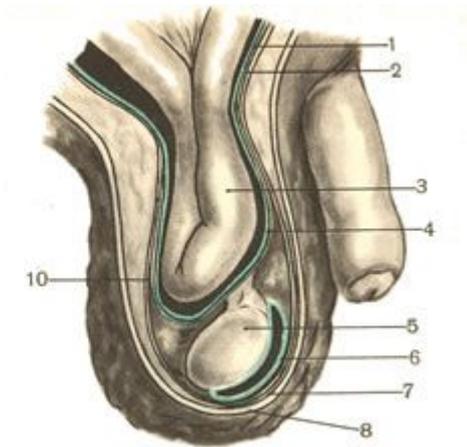


При врожденных паховых грыжах грыжевой мешок образован **processus vaginalis peritoneaei**, который выпячивается в процессе опускания testis и образует серозный покров яичка — *tunica vaginalis testis*. Если **processus vaginalis peritoneaei** остается незаросшим на всем протяжении между внутренним отверстием пахового канала и яичком, то он является **одновременно и грыжевым мешком, и собственной оболочкой яичка**. В случаях же приобретенных косых паховых паховой грыж грыжевой мешок вместе с содержимым располагается **отдельно** от testis.

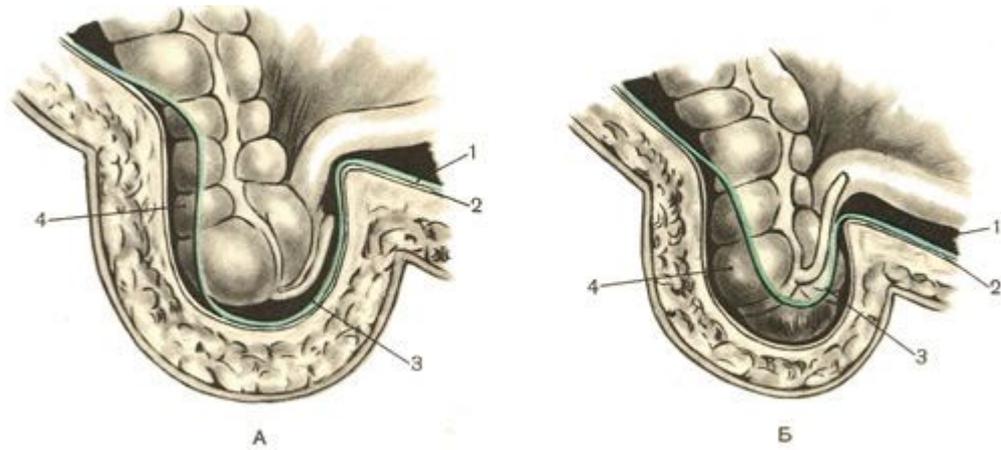
Врожденная  
косая паховая грыжа (схема)



приобретенная



Сравнительно редко наблюдаются скользящие грыжи. Эти грыжи встречаются у людей пожилого возраста, чаще у мужчин. При образовании скользящих грыж **частью грыжевого мешка является стенка мезоперитонеально расположенного органа** (слепая кишка, восходящая ободочная кишка или мочевого пузыря). Если орган, расположенный мезоперитонеально, выходит через внутреннее отверстие пахового канала той стенкой, которая не покрыта брюшиной, то выпячивание не имеет грыжевого мешка.



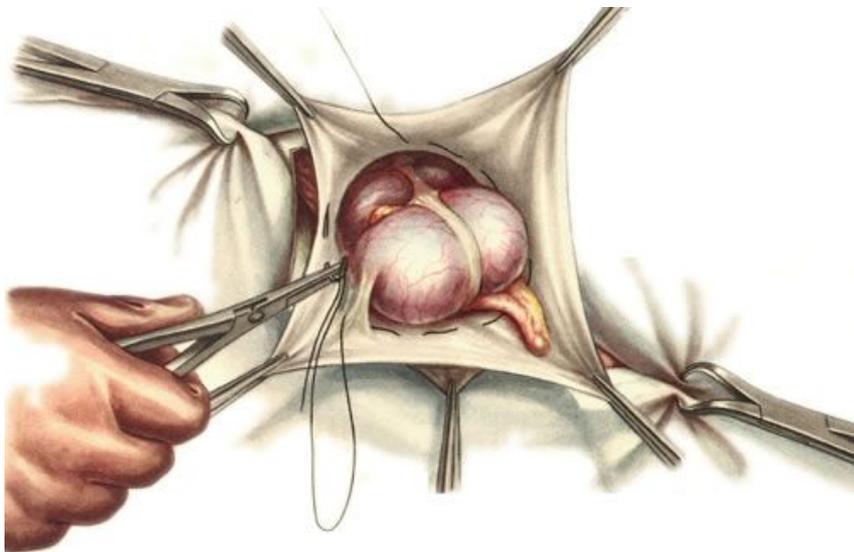
# ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОЙ ТЕХНИКИ ПРИ СКОЛЬЗЯЩИХ ГРЫЖАХ

При скользящих грыжах стенкой грыжевого мешка на большем или меньшем протяжении является орган, частично не покрытый брюшиной (слепая кишка, мочевой пузырь). Во избежание повреждения такого органа при выделении грыжевого мешка следует обращать внимание на толщину его стенок, особенно боковых.

При скользящих грыжах слепой кишки обнаруживают небольшое утолщение наружной стенки грыжевого мешка. Чтобы не ранить стенку слепой кишки, грыжевой мешок в таких случаях следует вскрывать **по передне-внутренней поверхности**. При скользящих грыжах мочевого пузыря обнаруживают утолщение внутренней стенки грыжевого мешка. Выделять шейку грыжевого мешка при этом следует осторожно с медиальной и задней стороны, а вскрывать мешок необходимо по **передне-наружной** поверхности.

Когда грыжевой мешок выделен и вскрыт, осматривают его внутреннюю поверхность, чтобы установить границы и степень участия скользящего органа в образовании грыжевого мешка.

Максимально выделив брюшинную часть грыжевого мешка, подтягивают ее в рану и накладывают изнутри кيسетный шелковый шов на расстоянии 1 см от места перехода брюшины на орган (рис)



Паховые грыжи встречаются значительно чаще других: на их долю приходится 73,4% всех грыж (А. П. Крымов).

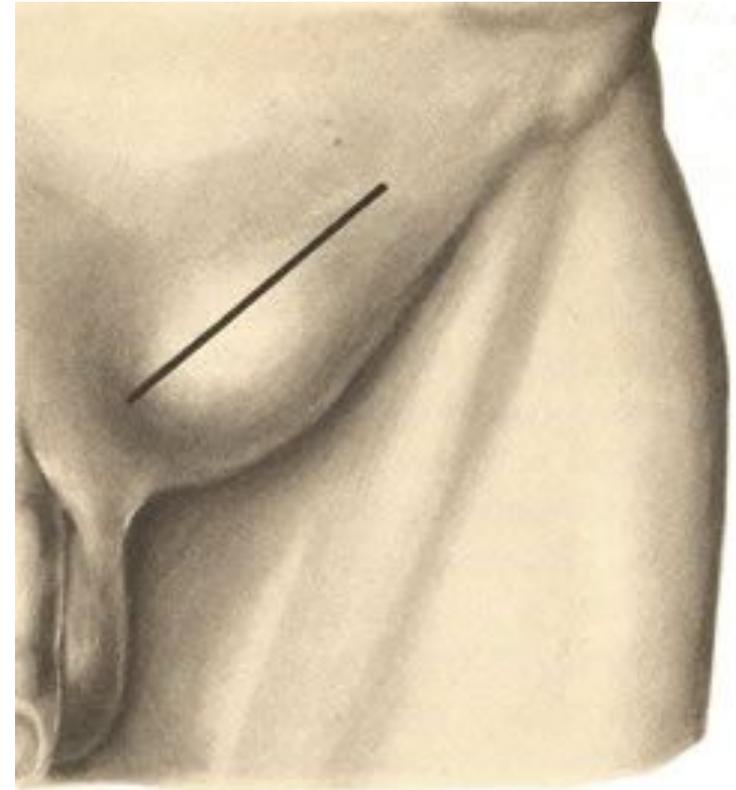
Целью операции при паховых грыжах является ликвидация грыжевого мешка и закрытие грыжевых ворот.

Для закрытия грыжевых ворот предложено свыше 100 различных способов, из которых только немногие нашли применение в хирургической практике (способы: Жирара, С. И. Спасокукоцкого, А. В. Мартынова, Бассини, М. А. Кимбаровского и др.).

## ОПЕРАЦИИ ПРИ КОСЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

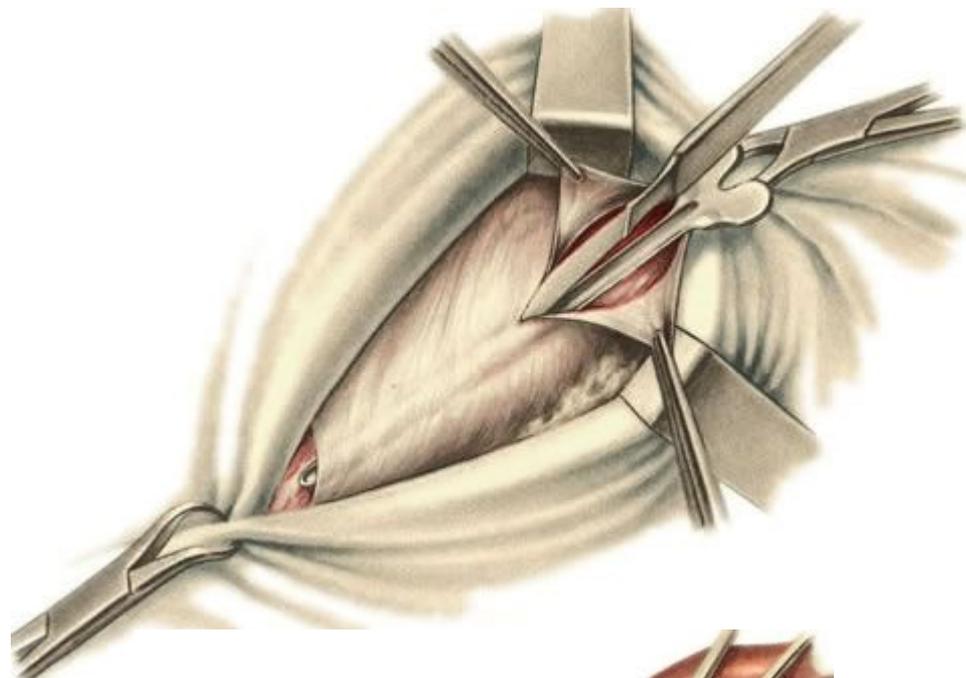
Как правило, операции по поводу паховых грыж производят под местной анестезией. Общее обезболивание применяют только у детей и очень нервных больных.

Разрез кожи, подкожной клетчатки и поверхностной фасции длиной 8—12 см производят на 2 см выше паховой связки. Кровотокающие сосуды захватывают зажимами и перевязывают тонким кетгутом. Края раны обкладывают марлевыми салфетками, которые фиксируют к подкожной клетчатке зажимами Микулича.

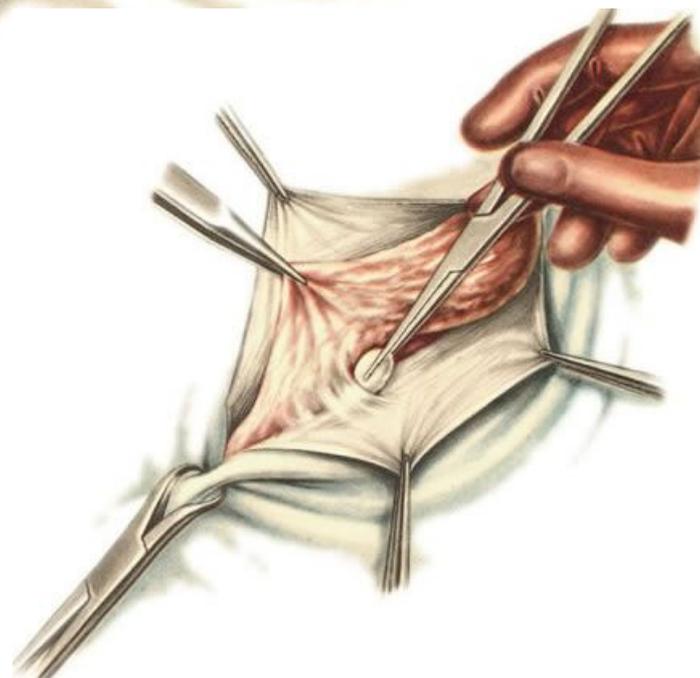


Линия разреза кожи при операции паховой грыжи.

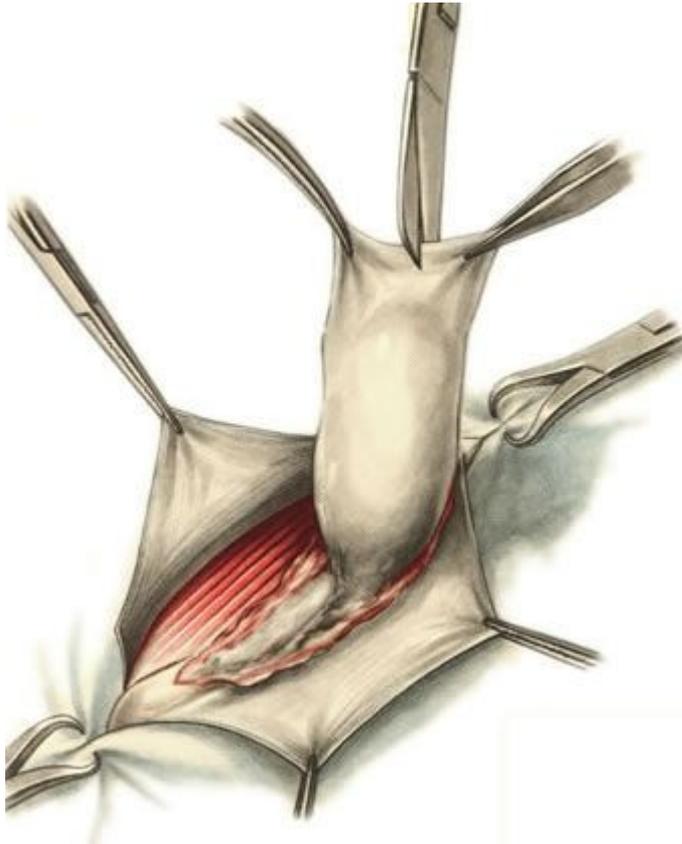
Апоневроз наружной косой мышцы живота тщательно отслаивают от подкожной жировой клетчатки и рассекают по желобоватому зонду



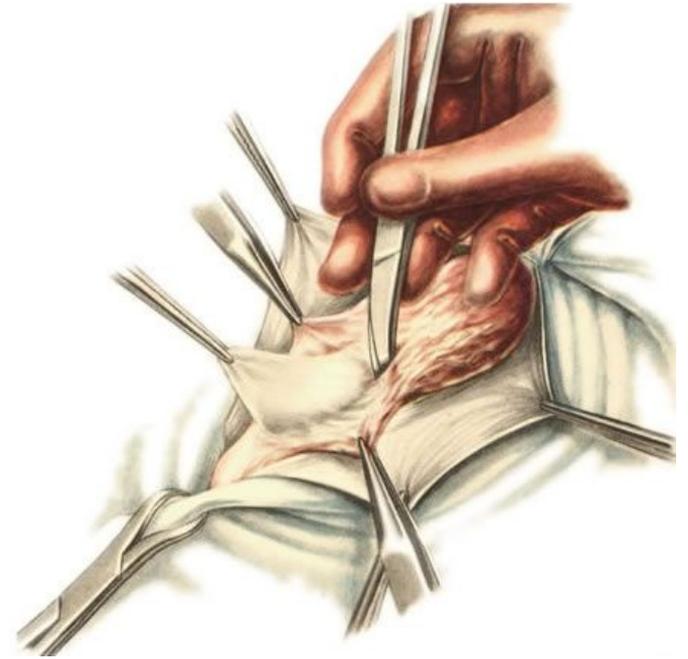
Образовавшиеся в результате этого лоскуты апоневроза захватывают зажимами, растягивают в стороны и тупфером отделяют от подлежащих тканей: внутренний лоскут — от *m. obliquus internus abdominis*, а наружный — от семенного канатика, выделяя при этом желоб паховой связки



Вдоль семенного канатика осторожно рассекают fascia cremasterica, m. cremaster, поперечную фасцию и обнажают грыжевой мешок, а также элементы семенного канатика. Грыжевой мешок тщательно отделяют от окружающих тканей пальцем, обернутым марлевой салфеткой, тупфером или инструментом, начиная от дна к шейке, до полного его освобождения

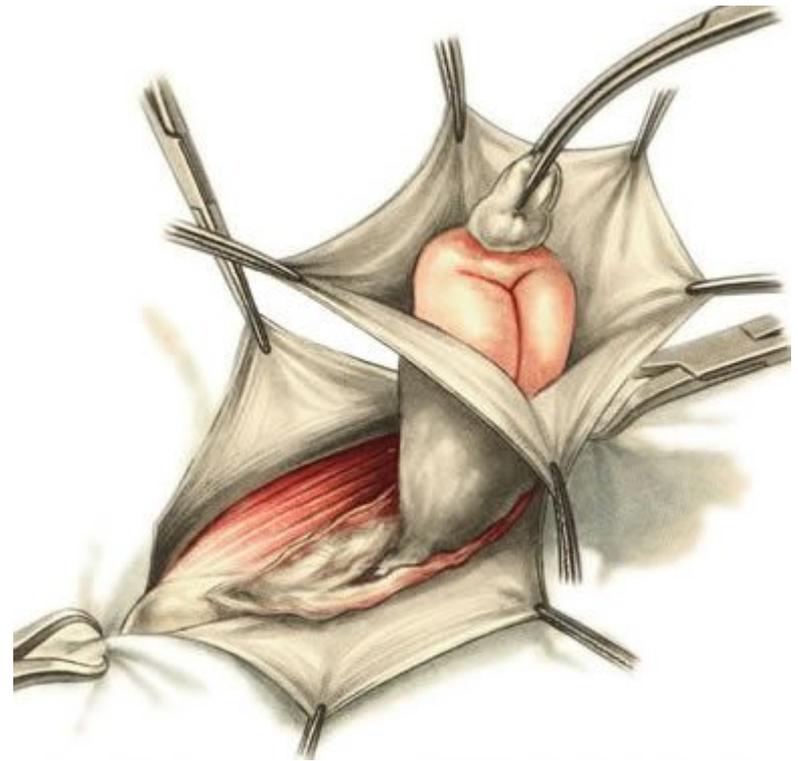
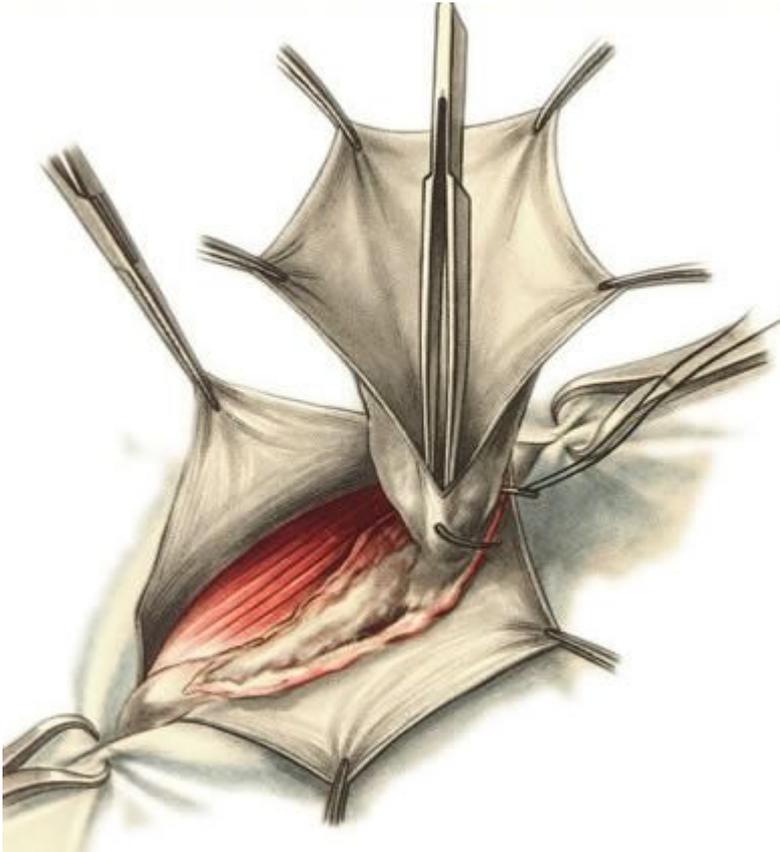


Отделение грыжевого мешка от элементов семенного канатика.



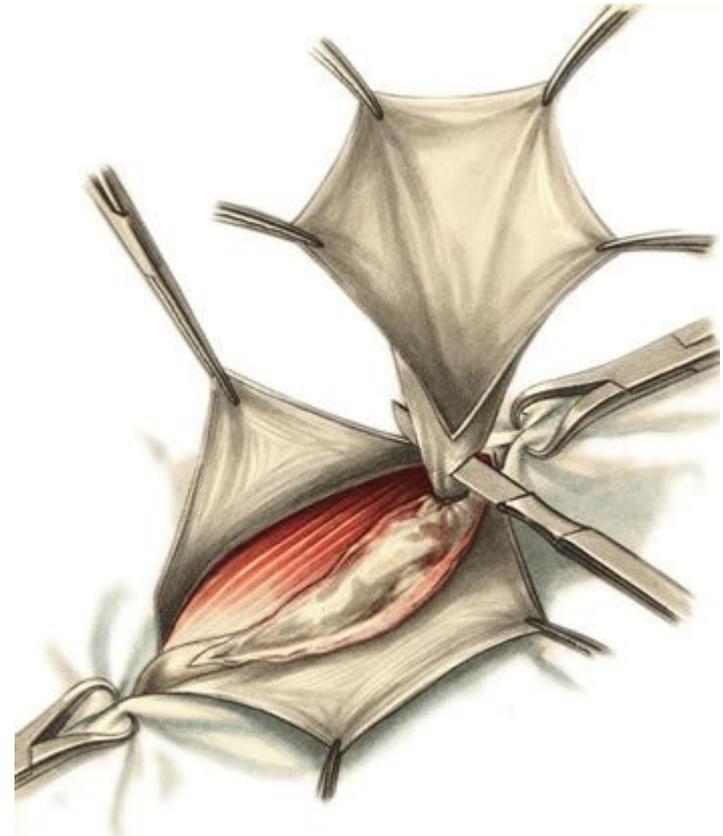
Выделенный грыжевой мешок у дна захватывают двумя пинцетами и осторожно, избегая повреждения содержимого, вскрывают

При наличии спаек между стенкой мешка и грыжевым содержимым (сальник, кишка) их разъединяют, а содержимое осматривают и вправляют в брюшную полость



После этого стенку мешка рассекают по длине до шейки. Шейку грыжевого мешка как можно проксимальнее прошивают под контролем зрения и концы нитей завязывают вначале на одной, а затем на другой стороне (рис. 32). Во время прошивания шейки и завязывания лигатур грыжевой мешок следует хорошо подтянуть, чтобы не захватить в шов стенку кишечной петли или сальник.

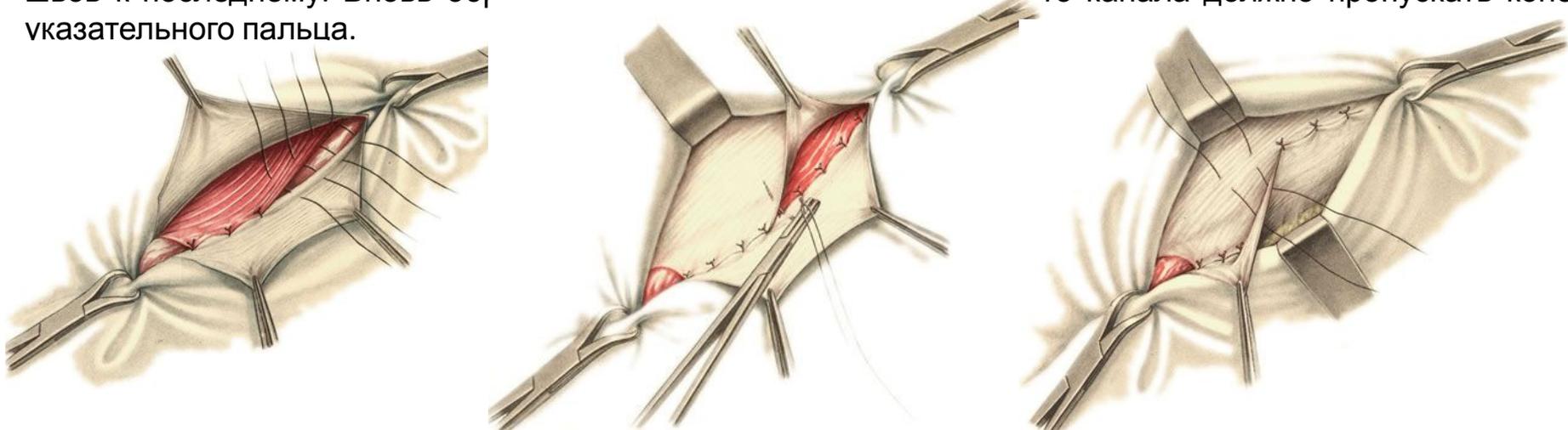
Периферическую часть грыжевого мешка дистальнее наложенной лигатуры. Убедившись, что нет кровотечения из культи грыжевого мешка, срезают концы нитей, а на рассеченную fascia cremasterica накладывают несколько узловых кетгутовых швов. На этом заканчивается первый этап операции грыжесечения. Затем приступают к пластике пахового канала.



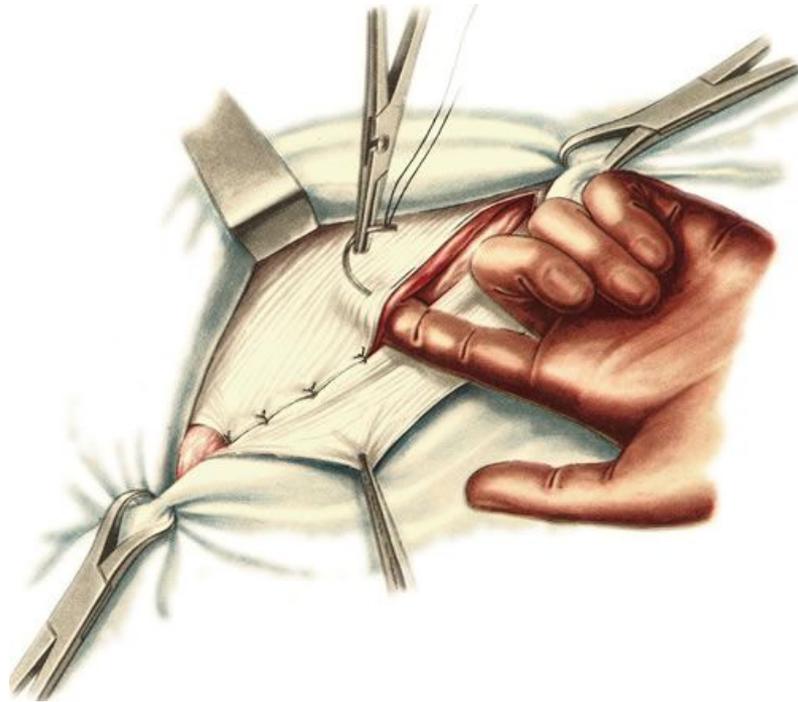
## Продолжение (ОПЕРАЦИИ ПРИ КОСЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ)...

Способ Жирара (Girard). Способ Жирара заключается в укреплении передней стенки пахового канала поверх семенного канатика.

После обработки и отсечения грыжевого мешка оттягивают в стороны лоскуты апоневроза наружной косой мышцы живота и подшивают узловыми шелковыми швами край внутренней косой и поперечной мышц к паховой связке поверх семенного канатика. При этом необходимо избегать захватывания в лигатуру подвздошно-пахового нерва, так как ущемление его ведет к развитию тягостных и длительных болей, иррадиирующих в пах. Сначала шелковой нитью прошивают край внутренней косой и поперечной мышц живота, а затем паховую связку. Для предупреждения повреждения брюшины и органов брюшной полости в момент прошивания мышц под них подводят палец или шпатель. Во избежание повреждения бедренных сосудов паховую связку не следует прокалывать слишком глубоко, для этого лучше пользоваться иглами небольшого диаметра. Всего накладывают 5—7 шелковых швов, которые затем поочередно завязывают. После этого на всем протяжении разреза узловыми шелковыми швами подшивают внутренний лоскут апоневроза к краю паховой связки. Первый шов накладывают в области лонного бугорка; завязывая его, следует убедиться, не ущемлен ли семенной канатик. Наружный лоскут апоневроза укладывают поверх внутреннего (как полы пальто) и подшивают рядом узловых шелковых швов к последнему. Вновь образованная наружная кость пахового канала должна пропускать конец указательного пальца.

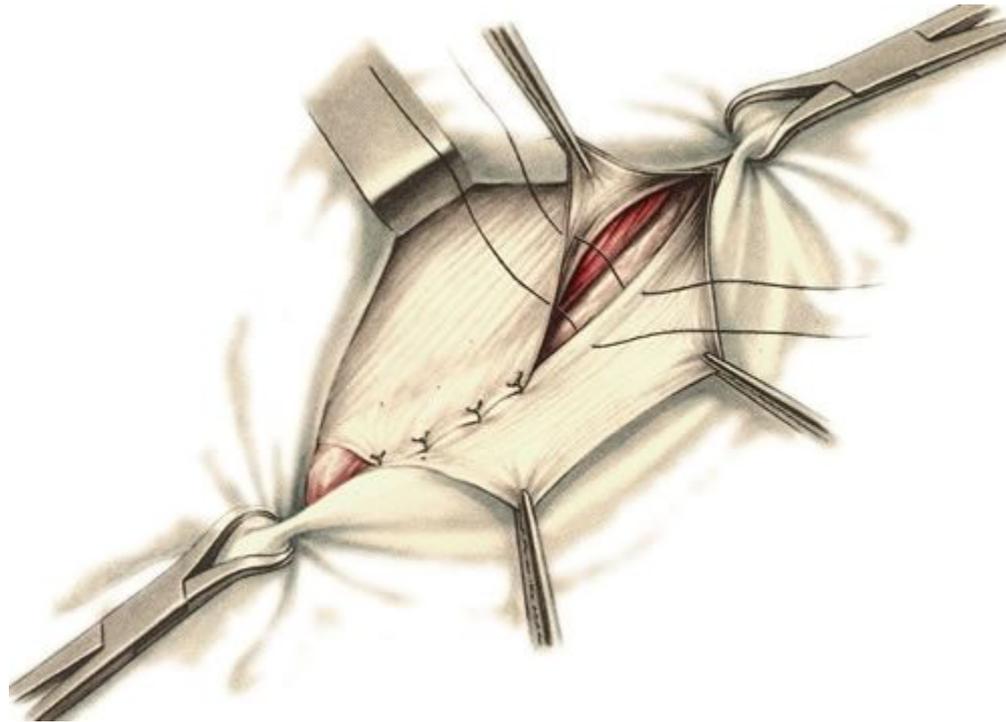


Способ С. И. Спасокукоцкого заключается в том, что внутренний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота вместе с краями внутренней косой и поперечной мышц живота подшивают к паховой связке одним рядом узловых шелковых швов. Затем наружный лоскут апоневроза подшивают поверх внутреннего.



Способ А. В. Мартынова. Исходя из того, что прочное сращение наступает между однородными тканями, А. В. Мартынов предложил использовать для укрепления передней стенки пахового канала только апоневроз наружной косой мышцы живота.

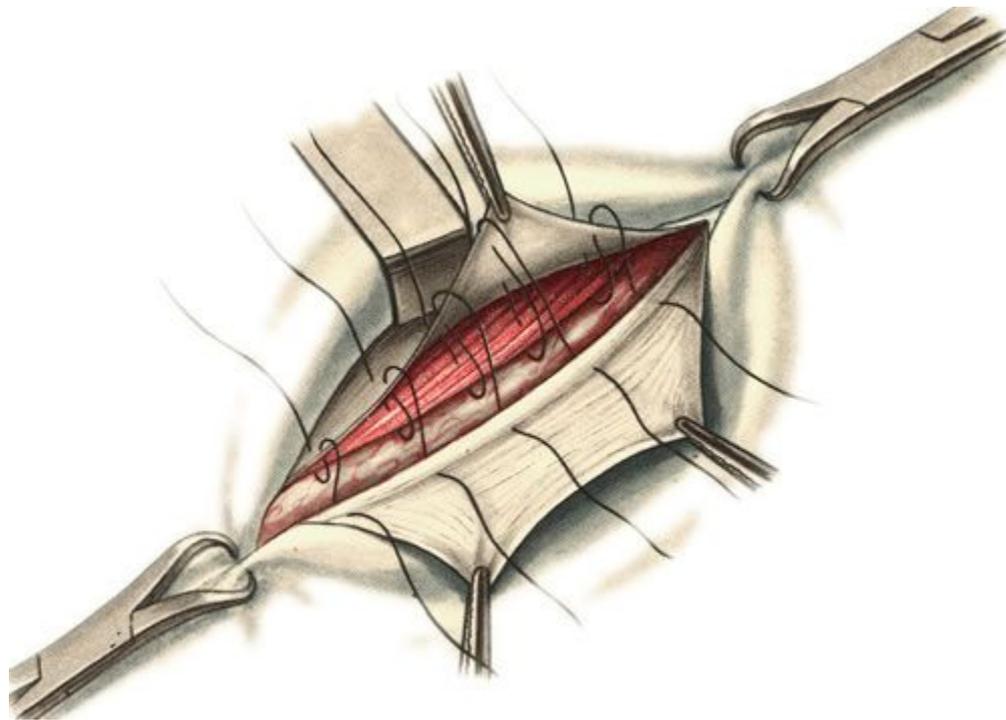
Способ его сводится к образованию дубликатуры из листков рассеченного апоневроза: подшивают внутренний лоскут апоневроза к паховой связке, затем наружный лоскут укладывают поверх внутреннего и подшивают к последнему.



### Способ М. А. Кимбаровского.

После обработки и отсечения грыжевого мешка внутренний лоскут рассеченного апоневроза и подлежащие мышцы прошивают снаружи внутрь, отступя на 1 см от края разреза. Иглу проводят вторично только через край внутреннего лоскута апоневроза, идя изнутри кнаружи, затем той же нитью прошивают край паховой связки. Наложив четыре—пять таких швов, их поочередно завязывают; при этом край внутреннего лоскута апоневроза подворачивается под край мышц и приводится в плотное соприкосновение с паховой связкой.

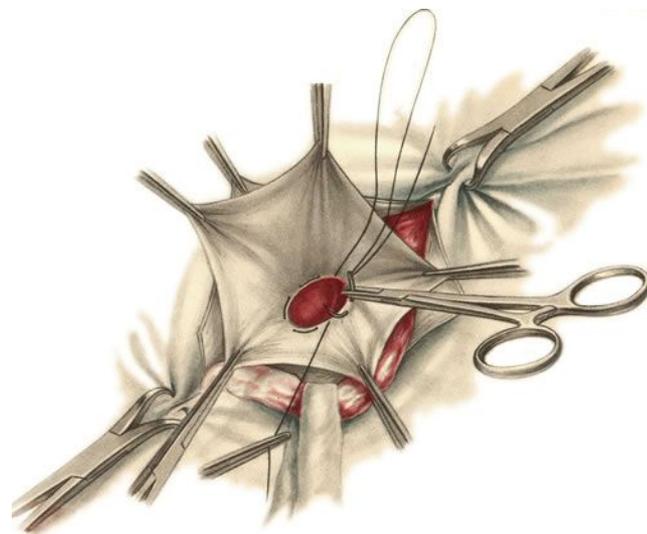
Поверх внутреннего лоскута подшивают наружный лоскут апоневроза.



## ОПЕРАЦИИ ПРИ ПРЯМЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

По данным П. И. Кукуджанова, процент рецидивов после оперативного лечения прямых паховых грыж колеблется в среднем от 15 до 25, что в 4—5 раз превышает процент рецидивов после оперативного лечения косых паховых грыж. Поэтому технике выделения грыжевого мешка, обработке его и пластике пахового канала при прямых грыжах необходимо уделять особое внимание.

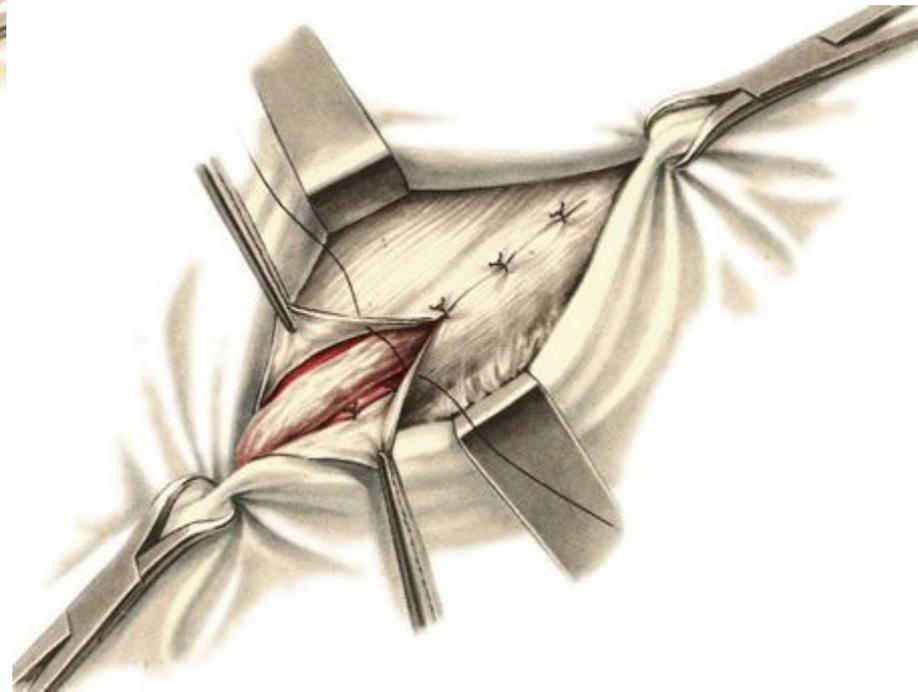
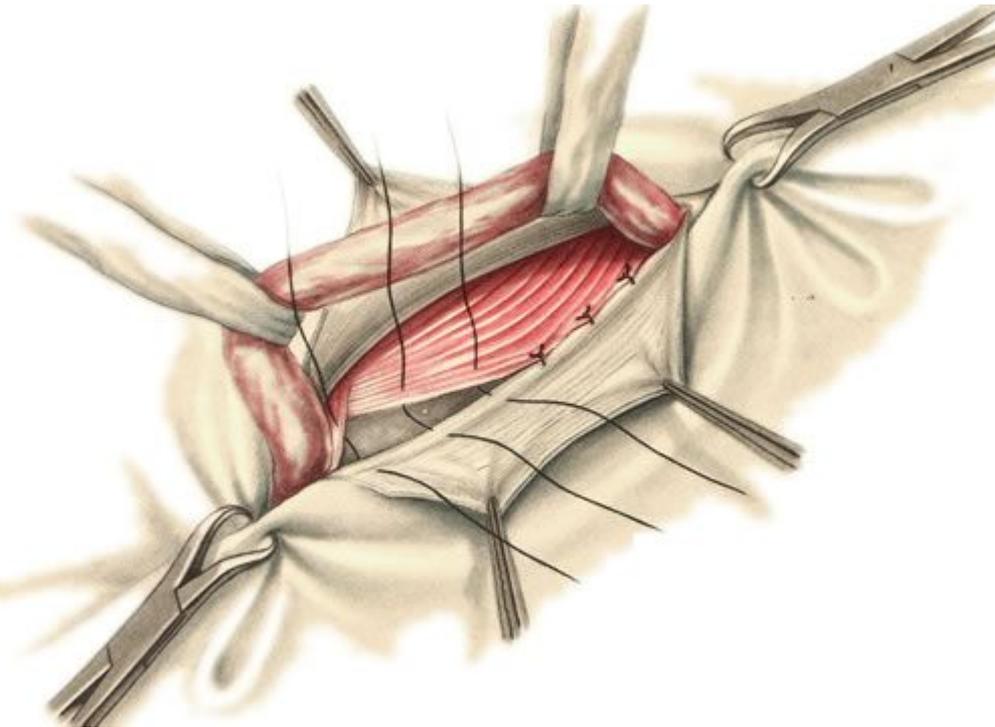
Разрез кожи, подкожной клетчатки и апоневроза наружной косой мышцы живота производят так же, как и при операциях по поводу косых паховых грыж. Семенной канатик выделяют на всем протяжении пахового канала и отводят кнаружи. Рассекают поперечную фасцию и приступают к выделению грыжевого мешка из предбрюшинной жировой клетчатки. Грыжевой мешок при прямых паховых грыжах обычно имеет шаровидную форму с широким основанием. Очень осторожно следует выделять медиальную стенку грыжевого мешка, чтобы не ранить близко расположенного мочевого пузыря. Убедившись, что стенка мешка состоит только из брюшины, мешок вскрывают и осматривают его содержимое. Ушивание и отсечение мешка без его вскрытия недопустимы из-за опасности ранения мочевого пузыря и других органов. Если шейка мешка не очень широкая, то ее прошивают внутренним кисетным швом и мешок иссекают дистальнее лигатуры. При широкой шейке кисетный шов накладывать нельзя ввиду того, что при его затягивании возможно смещение мочевого пузыря с последующим образованием истинной пузырной грыжи. В таких случаях грыжевой мешок иссекают, а брюшину зашивают непрерывным кетгутовым швом. Закончив обработку грыжевого



Прошивание шейки грыжевого мешка внутренним кисетным швом.

## способу Бассини.

Способ Бассини (Bassini). После отсечения грыжевого мешка семенной канатик отводят кверху и кнаружи. Затем рядом узловых шелковых швов подшивают край внутренней косой и поперечной мышц вместе с подлежащей поперечной фасцией к паховой связке. В верхнем углу раны оставляют достаточную щель, чтобы не ущемить семенной канатик. В области лонного бугорка к паховой связке и надкостнице лонной кости подшивают 1—2 швами край влагалища прямой мышцы живота. Завязав поочередно все швы, семенной канатик укладывают на созданное мышечное ложе и поверх него сшивают рядом узловых швов края апоневроза наружной косой мышцы живота



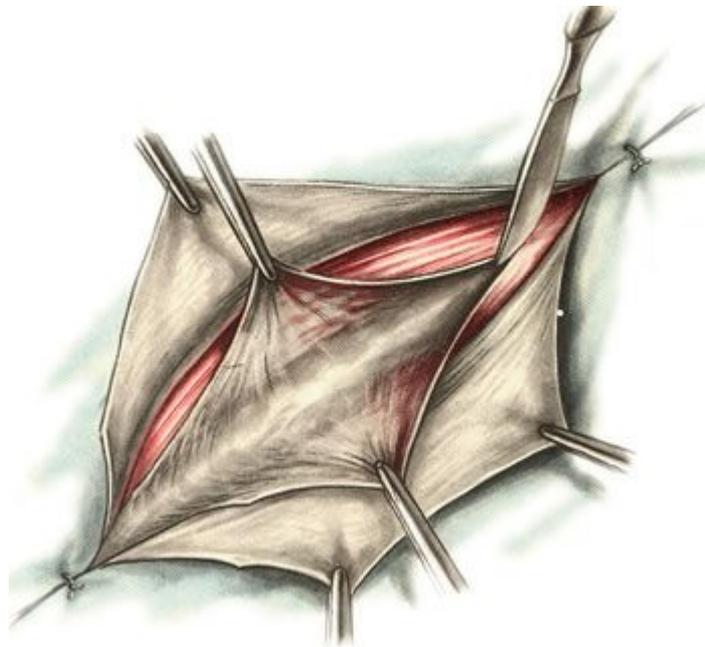
# ОПЕРАЦИИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Врожденные паховые грыжи составляют 4—5 % всех паховых грыж (О. С. Бокастова). Техника операции при врожденных паховых грыжах отличается от техники операции при косых паховых грыжах. Эти отличия касаются как обработки грыжевого мешка, так и пластики пахового канала.

В хирургической практике применяют в основном два способа оперативного лечения врожденных паховых грыж: способ без вскрытия пахового канала (Ру—Оппеля) и способ со вскрытием его. Первый из них применяется чаще у детей раннего возраста (Т. П. Краснобаев, С. Д. Терновский), второй — у детей старшего возраста и у взрослых.

## ОПЕРАЦИИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

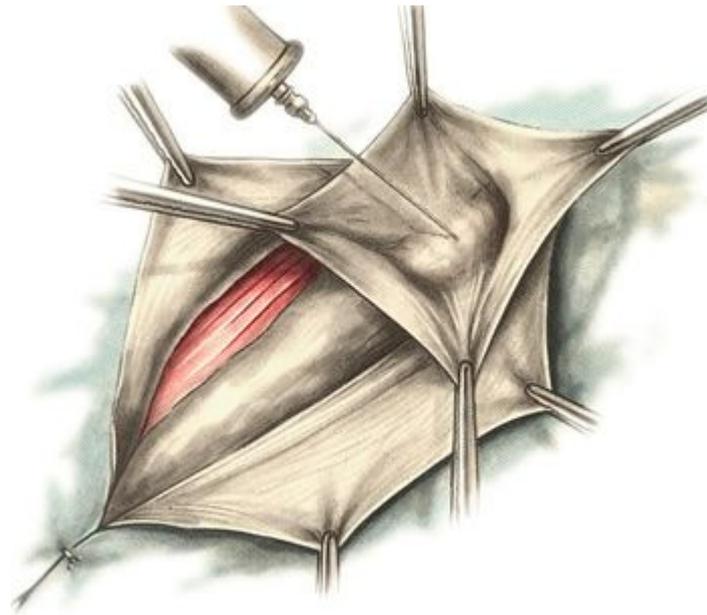
Способ операции врожденных грыж со вскрытием пахового канала. После рассечения кожи и подкожной клетчатки по зонду Кохера разрезают апоневроз наружной косой мышцы живота. Края апоневроза разводят в стороны и обнажают семенной канатик. *Fascia cremasterica* вместе с волокнами *m. cremaster* и *fascia spermatica interna* рассекают по ходу семенного канатика



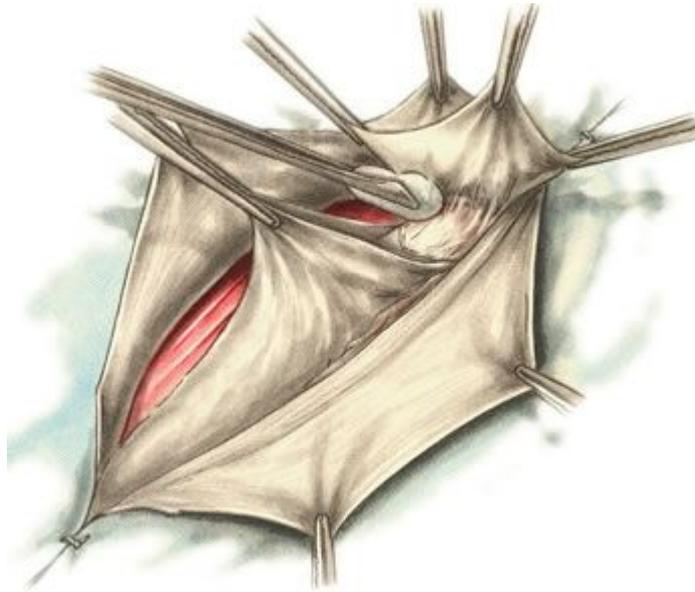
выделяют переднюю стенку грыжевого мешка и вскрывают ее у шейки



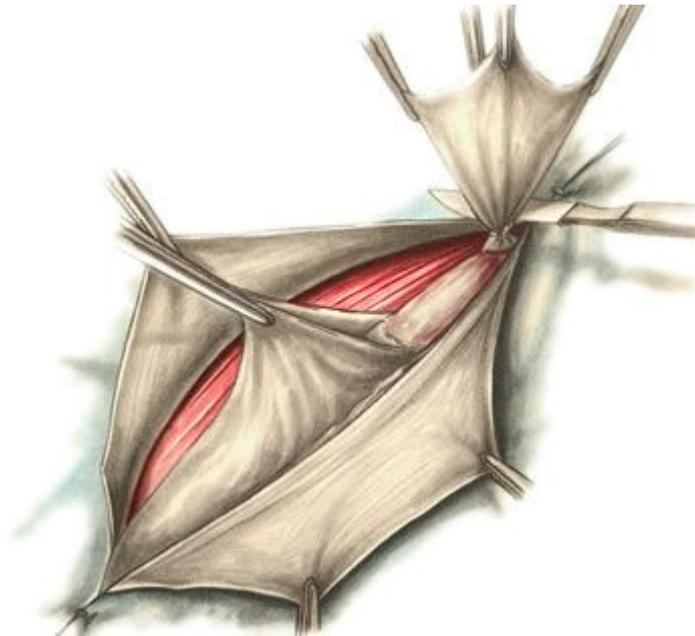
грыжевое содержимое вправляют в брюшную полость и приступают к отделению задней стенки мешка в области шейки от элементов семенного канатика. Выделение грыжевого мешка облегчает гидропрепаровка раствором новокаина



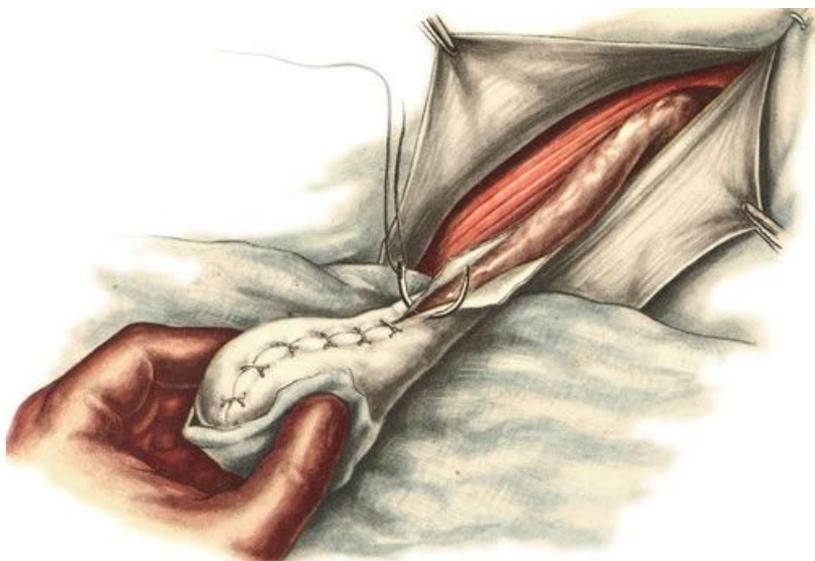
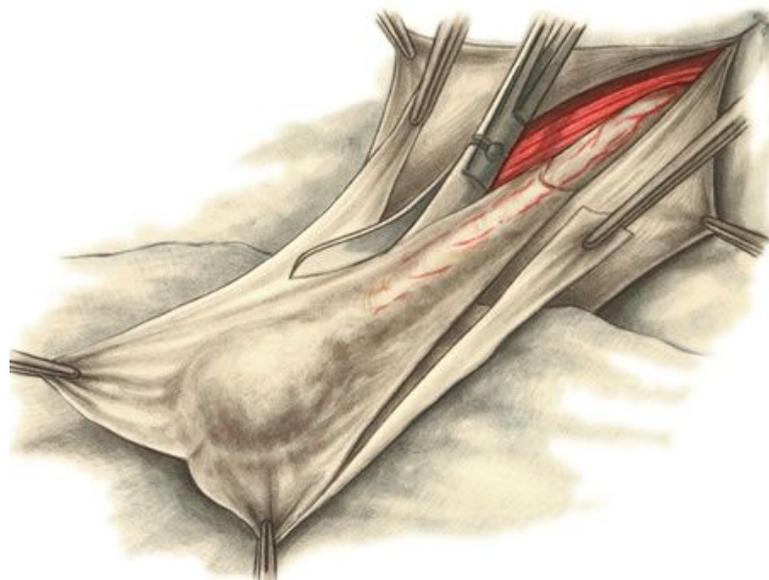
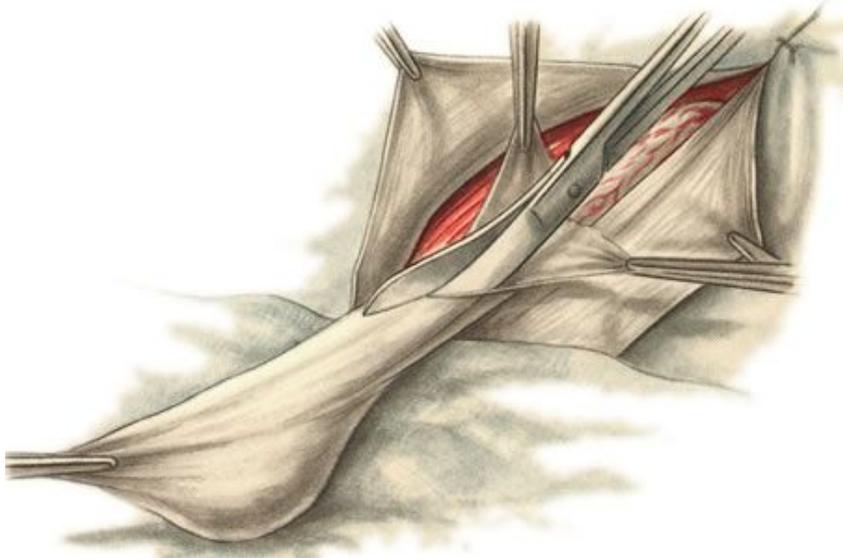
тупфером отслаивают проксимальную часть грыжевого мешка от семенного канатика



шейку выделенной части грыжевого мешка прошивают шелковой нитью, перевязывают и отсекают



После этого в рану выводят яичко вместе с остатком грыжевого мешка. В дальнейшем грыжевой мешок иссекают с таким расчетом, чтобы оставшуюся часть можно было вывернуть вокруг яичка и семенного канатика и сшить редкими узловыми швами; в других случаях мешок иссекают на большом протяжении, оставляя брюшину только на семенном канатике и яичке.



Иссечение и выворачивание грыжевого мешка производят с той целью, чтобы не было замкнутой серозной полости, воспаление стенок которой может привести к образованию водянки яичка или семенного канатика.

После удаления грыжевого мешка производят пластику пахового канала по одному из вышеприведенных способов (Жирар, С. И. Спасокукоцкий, А. В. Мартынов, М. А. Кимбаровский).

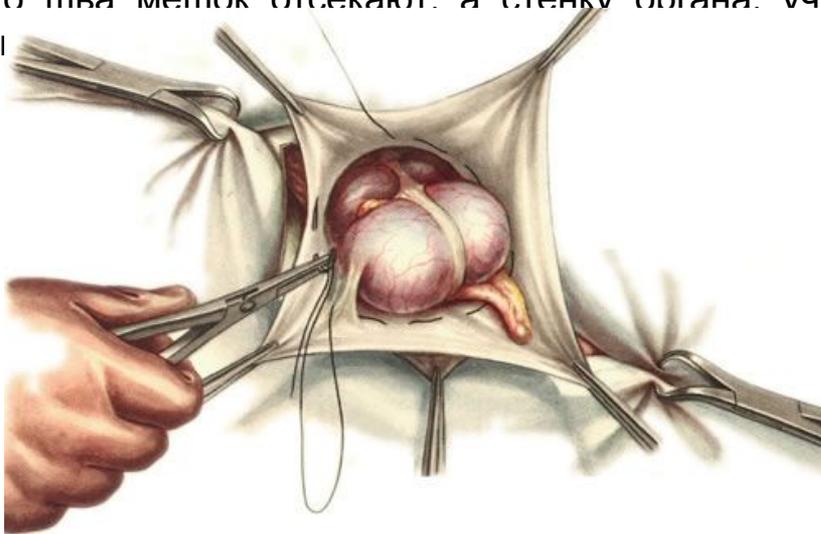
# ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОЙ ТЕХНИКИ ПРИ СКОЛЬЗЯЩИХ ГРЫЖАХ

При скользящих грыжах стенкой грыжевого мешка на большем или меньшем протяжении является орган, частично не покрытый брюшиной (слепая кишка, мочевой пузырь). Во избежание повреждения такого органа при выделении грыжевого мешка следует обращать внимание на толщину его стенок, особенно боковых.

При скользящих грыжах слепой кишки обнаруживают небольшое утолщение наружной стенки грыжевого мешка. Чтобы не ранить стенку слепой кишки, грыжевой мешок в таких случаях следует вскрывать по передне-внутренней поверхности. При скользящих грыжах мочевого пузыря обнаруживают утолщение внутренней стенки грыжевого мешка. Выделять шейку грыжевого мешка при этом следует осторожно с медиальной и задней стороны, а вскрывать мешок необходимо по передне-наружной поверхности.

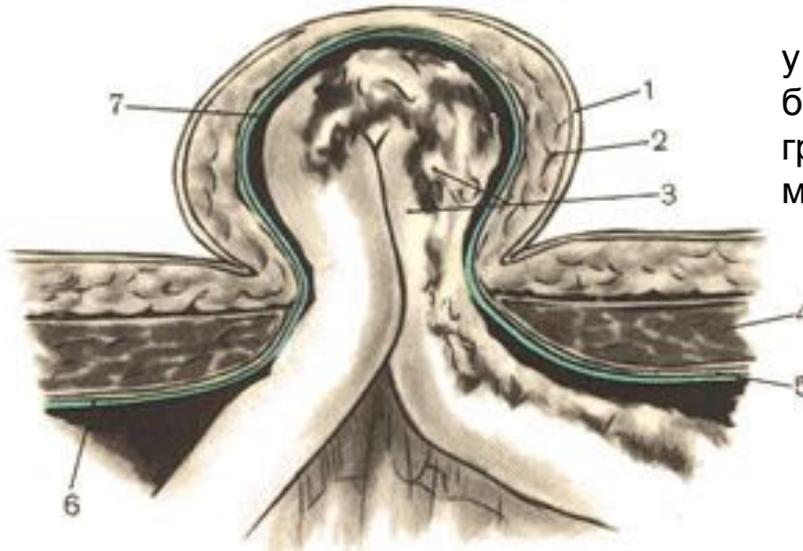
Когда грыжевой мешок выделен и вскрыт, осматривают его внутреннюю поверхность, чтобы установить границы и степень участия скользящего органа в образовании грыжевого мешка.

Максимально выделив брюшинную часть грыжевого мешка, подтягивают ее в рану и накладывают изнутри кисетный шелковый шов на расстоянии 1 см от места перехода брюшины на орган. Ниже кисетного шва мешок отсекают, а стенку органа, участвующего в образовании грыжевого мешка, вправляют.



Пупочные грыжи взрослых подразделяются на прямые и косые. Прямые пупочные грыжи возникают при наличии истонченной поперечной фасции в области пупочного кольца. В таких случаях внутренности, выпячивая брюшину соответственно пупочному кольцу, выходят в подкожную клетчатку брюшной стенки наиболее коротким путем. Косые пупочные грыжи образуются в тех случаях, когда поперечная фасция утолщена соответственно пупочному кольцу. В этих случаях грыжевое выпячивание начинает образовываться выше или ниже пупочного кольца, и грыжевой мешок по мере увеличения внутрибрюшного давления проходит между поперечной фасцией и белой линией живота, образуя так называемый пупочный канал, а затем через пупочное отверстие выходит в подкожную клетчатку передней брюшной стенки. Пупочный канал со временем постепенно уменьшается, и в застарелых пупочных грыжах трудно отличить косую грыжу от прямой.

Грыжевой мешок (брюшина) пупочных грыж покрыт кожей, подкожной клетчаткой и поперечной фасцией.



Пупочные грыжи часто возникают у детей. У женщин в связи с беременностью и родами пупочные грыжи наблюдаются вдвое чаще, чем у мужчин.

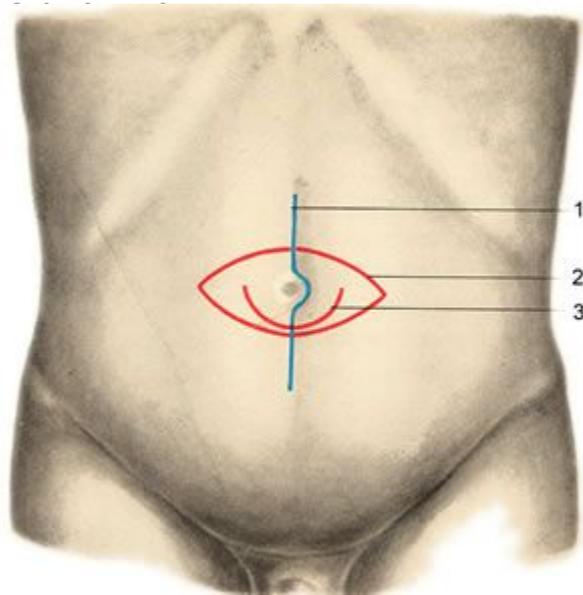
1 — кожа; 2 — подкожная жировая клетчатка; 3 — грыжевое содержимое (сальник и тонкая кишка); 4 — m. rectus abdominis; 5 — fascia transversalis; 6 — peritoneum; 7 — грыжевой мешок.

# ОПЕРАЦИИ ПРИ ПУПОЧНЫХ ГРЫЖАХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА И ВЗРОСЛЫХ

Пупочные грыжи детского возраста и грыжи взрослых можно оперировать как экстраперитонеальным так и интраперитонеальным способами. Экстраперитонеальный способ применяется редко, главным образом при небольших грыжах, когда вправление грыжевого содержимого не представляет затруднений. В остальных случаях вскрывают грыжевой мешок.

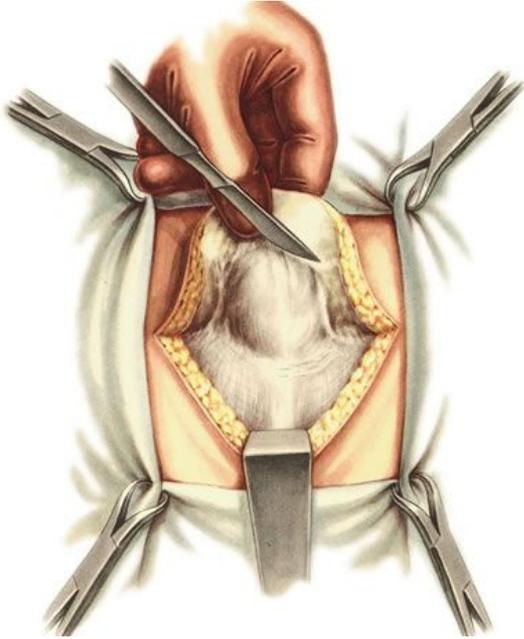
К интраперитонеальным способам оперативного лечения пупочных грыж относятся способы Лексера, К. М. Сапезко, Мейо и др. Способ Лексера применяют при небольших пупочных грыжах. При средних и больших пупочных грыжах целесообразнее способы К. М. Сапезко или Мейо.

В зависимости от способа операции применяют различные разрезы кожи, которые изображены на



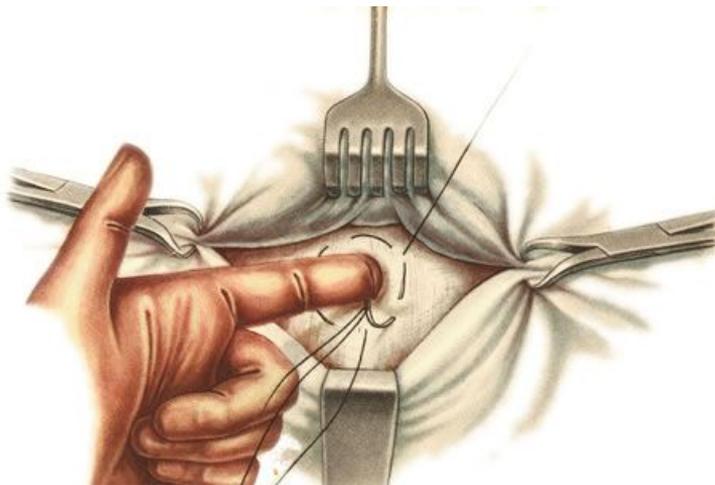
- 1 — разрез по средней линии живота на уровне пупка;
- 2 — овальный разрез;
- 3 — полулунный разрез, окаймляющий пупок снизу.

Способ Лексера (Lexer). Разрез кожи проводят полулунный, окаймляющий грыжевую опухоль снизу, реже — циркулярный. Во время операции пупок можно удалить или оставить. Если грыжа небольшая, то пупок обычно оставляют. Кожу с подкожной клетчаткой отслаивают кверху и выделяют грыжевой мешок

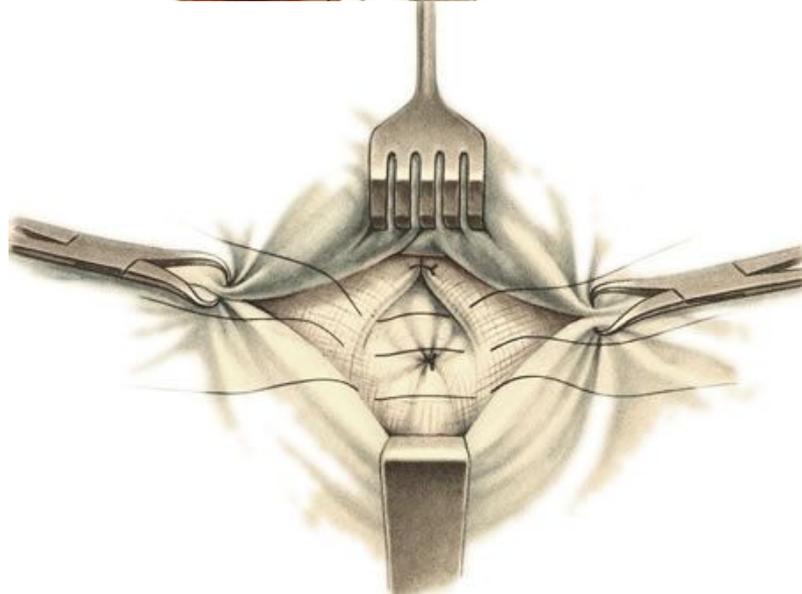


Нередко очень трудно выделить дно грыжевого мешка, которое интимно спаяно с пупком. В таких случаях выделяют шейку грыжевого мешка, вскрывают ее и грыжевое содержимое вправляют в брюшную полость. Шейку мешка прошивают шелковой нитью, перевязывают и мешок отсекают. Культю мешка погружают за пупочное кольцо, а дно его отсекают от пупка. Закончив обработку грыжевого мешка, приступают к закрытию грыжевых ворот.

под контролем указательного пальца, введенного в пупочное кольцо, на апоневроз вокруг кольца накладывают шелковый кисетный шов (рис. 67), который затем затягивают и завязывают. Поверх кисетного шва накладывают еще 3—4 узловых шелковых шва на передние стенки влагалищ прямых мышц живота (рис. 68). Кожный лоскут укладывают на место и пришивают рядом узловых швов.

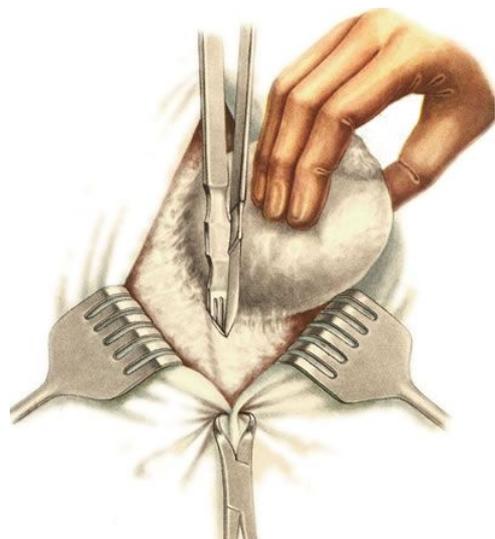


Операция пупочной грыжи по способу Лексера. Наложение кисетного шва вокруг пупочного кольца.

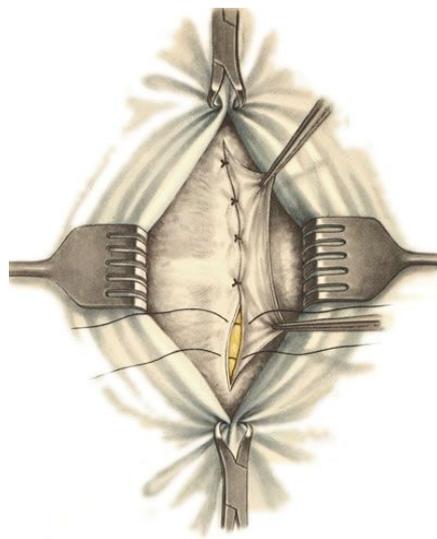


Операция пупочной грыжи по способу Лексера. Наложение узловых швов на переднюю стенку влагалища прямых мышц живота.

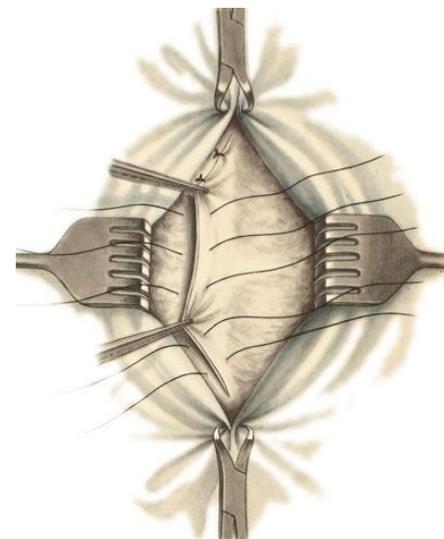
Способ К. М. Сапежко. Разрез кожи проводят над грыжевым выпячиванием в вертикальном направлении. Выделяют грыжевой мешок из подкожной жировой клетчатки, которую отслаивают от апоневроза в стороны на 10—15 см. Грыжевое кольцо рассекают сверху и книзу по белой линии живота (рис. 69). Грыжевой мешок обрабатывают по общепринятой методике. После этого рядом узловых шелковых швов подшивают край рассеченного апоневроза одной стороны к задней стенке влагалища прямой мышцы живота противоположной стороны (рис. 70). Оставшийся свободный край апоневроза укладывают на переднюю стенку влагалища прямой мышцы живота противоположной стороны и также фиксируют рядом узловых шелковых швов (рис. 71). В результате этого влагалища прямых мышц живота наслаиваются друг на друга по белой линии, как полы пальто.



Операция пупочной грыжи по способу К. М. Сапежко. Рассечение грыжевого кольца по зонду Кохера.

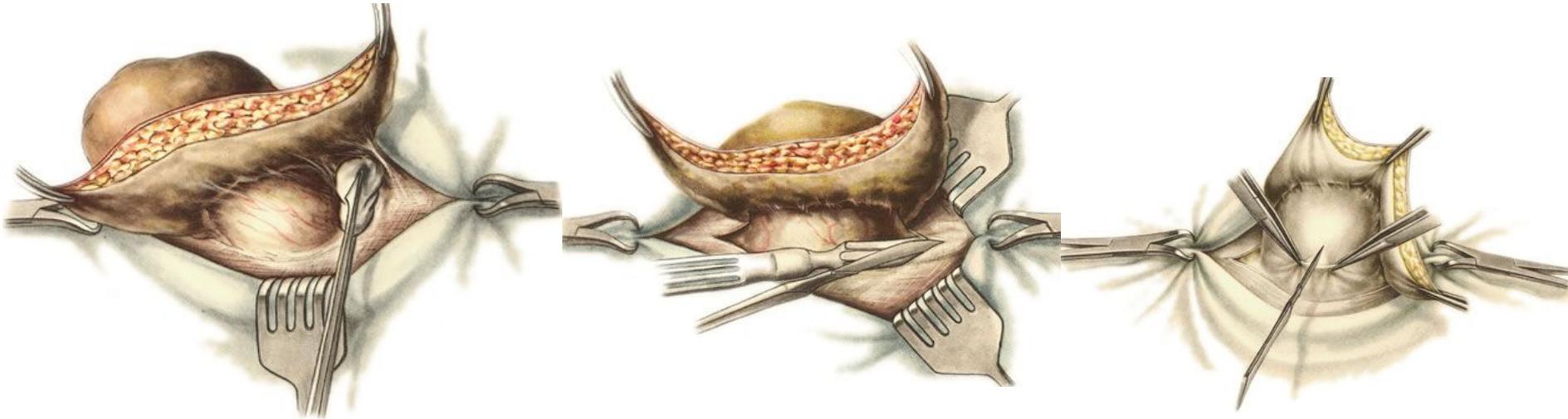


Операция пупочной грыжи по способу К. М. Сапежко. Подшивание края правого лоскута апоневроза к задней стенке влагалища левой прямой мышцы



Операция пупочной грыжи по способу К. М. Сапежко. Подшивание левого лоскута апоневроза к передней стенке влагалища правой прямой мышцы живота.

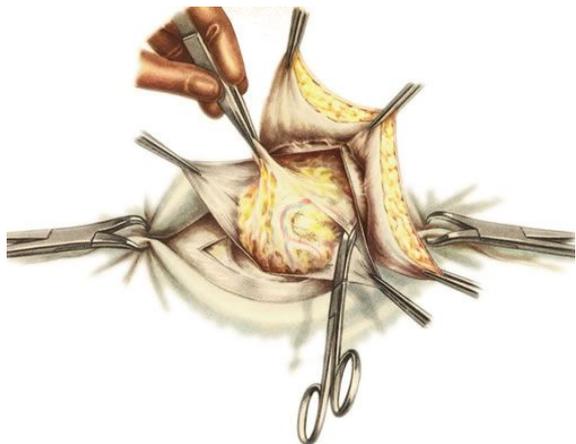
Способ Мейо (Mayo). Проводят два полулунных разреза кожи в поперечном направлении вокруг грыжевого выпячивания. Кожный лоскут захватывают зажимами Кохера и отслаивают от апоневроза вокруг грыжевых ворот на протяжении 5—7 см (рис. 72). Грыжевое кольцо рассекают в поперечном направлении по зонду Кохера (рис. 73). Выделив шейку грыжевого мешка, его вскрывают (рис. 74), содержимое осматривают и вправляют в брюшную полость. При наличии сращений грыжевого содержимого с грыжевым мешком спайки рассекают (рис. 75). Грыжевой мешок иссекают по краю грыжевого кольца и удаляют вместе с кожным лоскутом. Брюшину зашивают непрерывным кетгутовым швом (рис. 76). Если брюшина сращена с краем грыжевого кольца, то ее зашивают вместе с апоневрозом. Затем на апоневротические лоскуты накладывают несколько П-образных шелковых швов так, чтобы при завязывании их один лоскут апоневроза наслаивался на другой (рис. 77). Свободный край верхнего лоскута подшивают рядом узловых швов к нижнему (рис. 78).



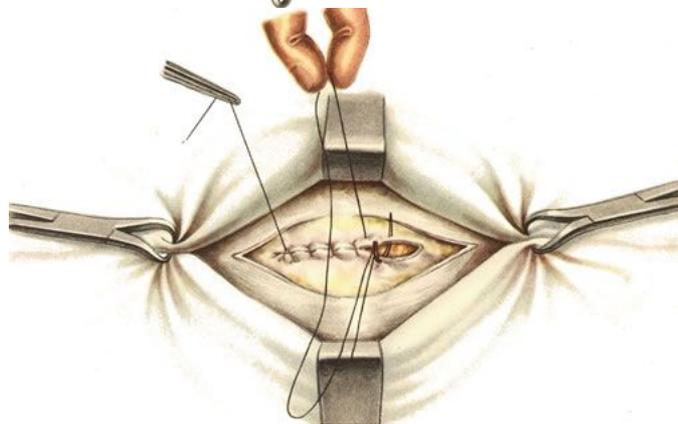
Операция пупочной грыжи по способу Мейо. Отслаивание кожного лоскута и выделение шейки грыжевого мешка

Операция пупочной грыжи по способу Мейо. Рассечение грыжевого кольца.

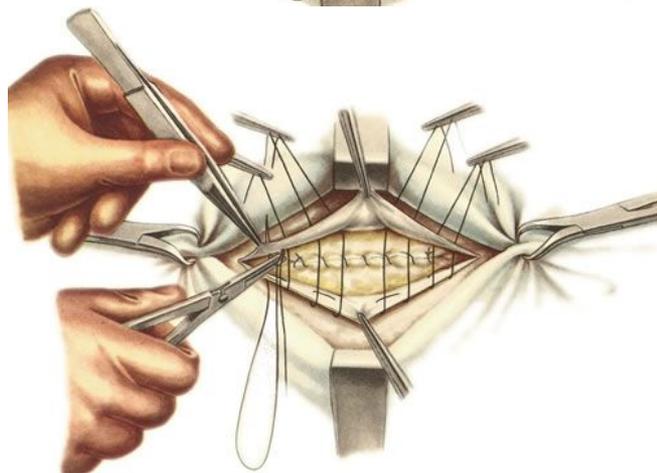
Операция пупочной грыжи по способу Мейо. Вскрытие грыжевого мешка.



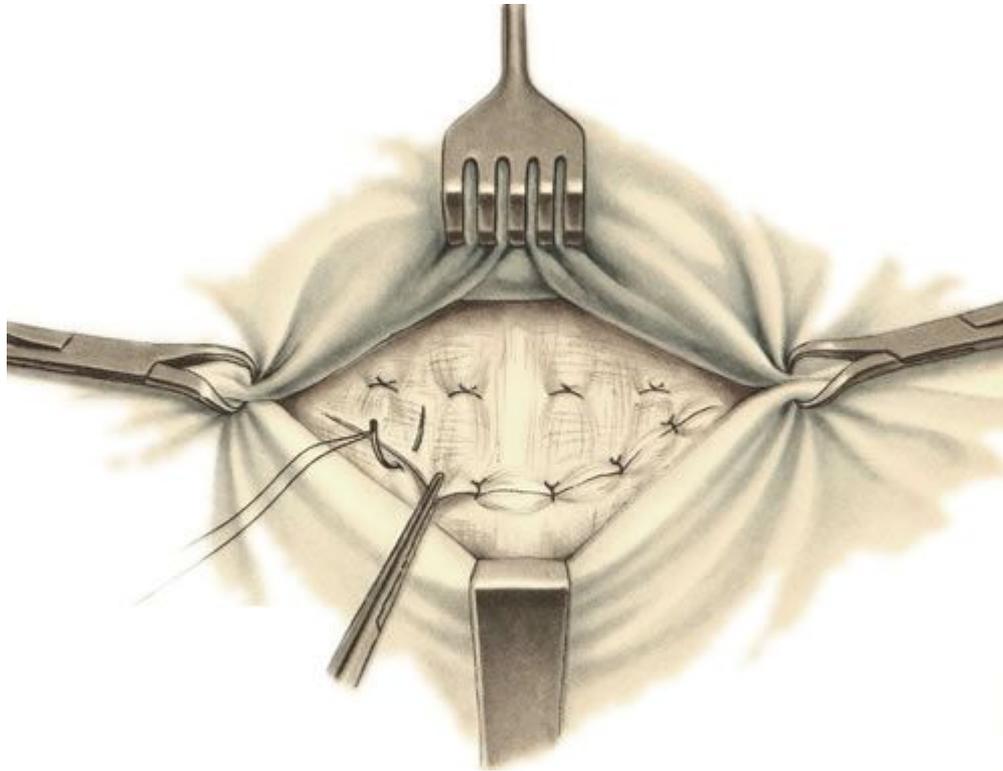
Операция пупочной грыжи по способу Мейо. Рассечение спаек между грыжевым мешком и грыжевым содержимым.



Операция пупочной грыжи по способу Мейо. Ушивание брюшины непрерывным швом.



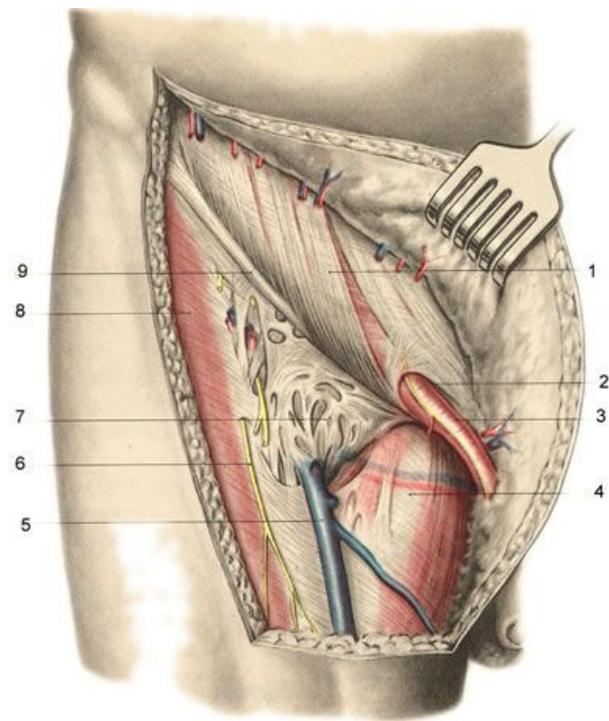
Операция пупочной грыжи по способу Мейо. Подшивание нижнего лоскута апоневроза к верхнему лоскуту рядом узловых П-образных швов.



Операция пупочной грыжи по способу Мейо. Подшивание верхнего лоскута апоневроза к нижнему лоскуту рядом узловых швов.

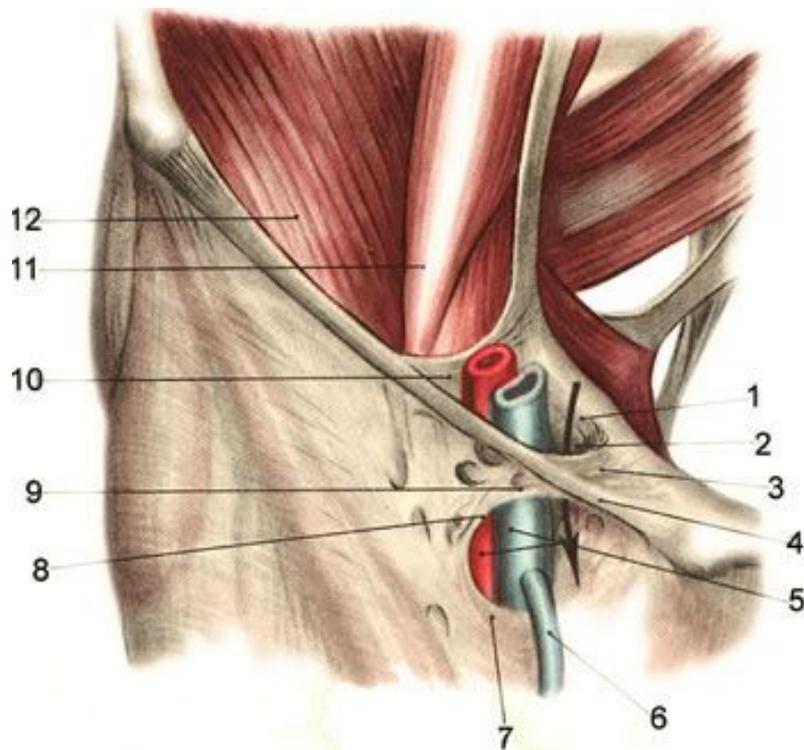
Бедренный треугольник ограничен сверху паховой связкой, снаружи — портняжной мышцей, изнутри — длинной приводящей мышцей. Высота треугольника — расстояние от паховой связки до места перекреста портняжной мышцы с длинной приводящей мышцей — достигает у взрослых 10—15 см.

Собственная, или широкая, фасция, *fascia lata*, в области бедренного треугольника состоит из двух листков: поверхностного и глубокого. Поверхностный листок фасции располагается впереди бедренных сосудов; сверху он сращен с паховой связкой, а внутри на гребешковой мышце сливается с глубоким листком. Поверхностный листок фасции, в наружной своей части более плотный, по направлению внутри разрыхлен и пронизан многочисленными отверстиями; разрыхленный участок поверхностного листка фасции носит название *lamina cribrosa*. Границей между плотной и разрыхленной частью поверхностного листка фасции является уплотненный край ее, который имеет серповидную форму и называется *margo falciformis*. В нём различают верхний рог, *cornu superius*, и нижний рог, *cornu inferius*. Верхний рог проходит над бедренной веной, вверху он соединяется с паховой связкой, а внутри — с лакунарной связкой. Нижний рог располагается под *v. saphena magna*, над гребешковой мышцей он сливается с глубоким листком широкой фасцией бедра. Серповидный край и его верхний и нижний рога ограничивают овальную ямку, *fossa ovalis* (BNA) s. *hiatus saphenus*.



- 1 — апоневроз *m. obliqui externi abdominis*;
- 2 — *anulus inguinalis superficialis*;
- 3 — *funiculus spermaticus*;
- 4 — *m. pectineus*;
- 5 — *v. saphena magna*;
- 6 — *n. cutaneus femoris lateralis*;
- 7 — *lamina cribrosa*;
- 8 — *m. sartorius*;
- 9 — *lig. inguinale*.

Бедренные сосуды выполняют сосудистую лакуну не полностью; кнутри от них имеется пространство шириной 1,2—1,8 см (А. П. Прокунин), заполненное жировой клетчаткой и лимфатическими узлами. Здесь при наличии бедренной грыжи образуется бедренный канал (рис. 93). Он имеет трехгранную форму и достигает 1—3 см длины

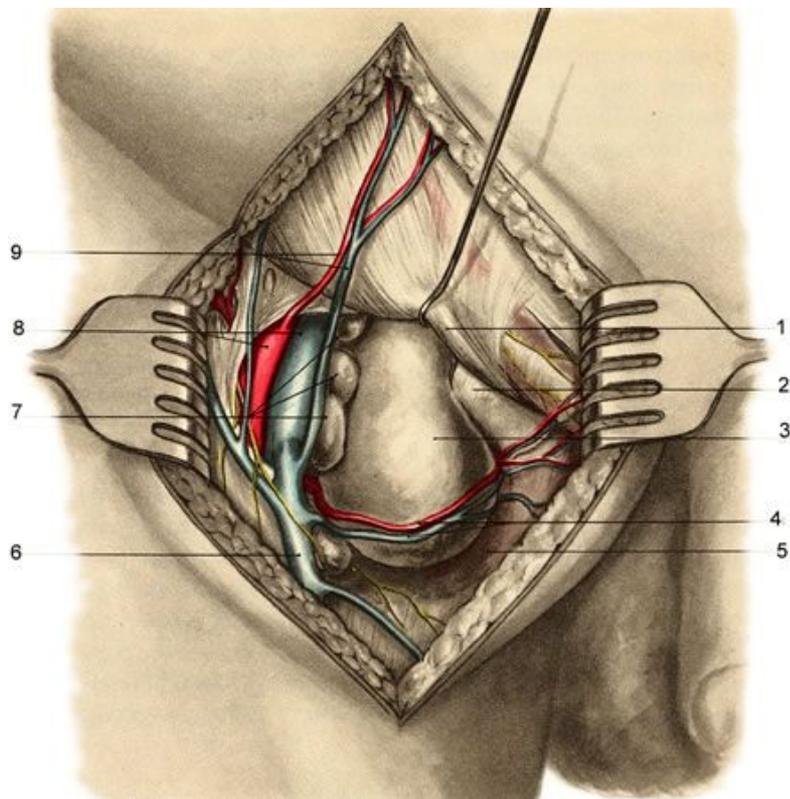


- 1 — подвздошно-лонная связка;
- 2 — *anulus femoralis*;
- 3 — *lig. lacunare*;
- 4 — *lig. inguinale*;
- 5 — *a. et v. femoralis*;
- 6 — *v. saphena magna*;
- 7 — *cornu inferius*;
- 8 — *margo falciformis*;
- 9 — *cornu superius*;
- 10 — *arcus ileopectineus*;
- 11 — *m. psoas major*;
- 12 — *m. iliacus*.

Внутреннее отверстие — *anulus femoralis*, располагается глубже и ограничено: сверху — паховой связкой, снаружи — бедренной веной и ее влагалищем, изнутри — лакунарной связкой и снизу — подвздошно-лонной связкой, плотно сращенной с надкостницей лонной кости. Со стороны брюшной полости внутреннее отверстие бедренного канала закрыто поперечной фасцией живота, которая здесь разрыхлена и носит название *septum femorale*. Через отверстия в *septum femorale* проходят глубокие лимфатические сосуды бедра, отводящие лимфу в лимфатические сосуды и узлы таза.

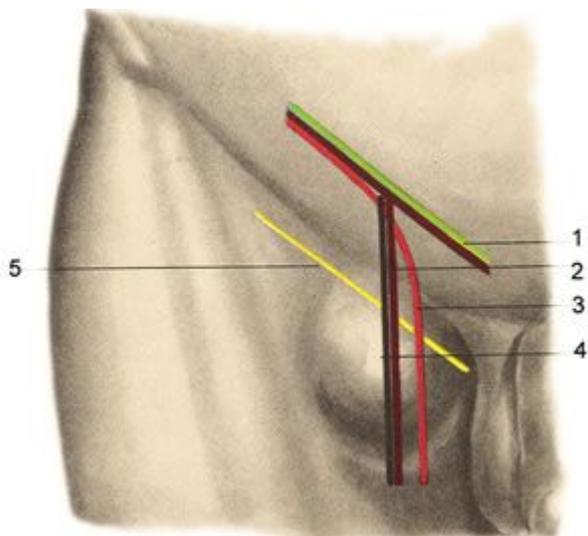


Наиболее часто наблюдается типичная бедренная грыжа — *hernia femoralis tipica*, проходящая через внутреннее отверстие бедренного канала. Грыжевое выпячивание проходит кнутри от бедренной вены в бедренном канале и далее через наружное отверстие его выходит в подкожную клетчатку передней области бедра. Грыжевой мешок покрыт кожей, жировой клетчаткой и поверхностной фасцией. В жировой клетчатке над грыжевым мешком проходит *a. et v. pudenda externa*



- 1 — *lig. inguinale*;
- 2 — *lig. lacunare*;
- 3 — бедренная грыжа;
- 4 — *a. et v. pudenda externa*;
- 5 — *m. pectineus*;
- 6 — *v. saphena magna*;
- 7 — *Inn. inguinales profundi*;
- 8 — *a. et v. femoralis*;
- 9 — *a. et v. epigastrica superficialis*.

Способы хирургического лечения бедренных грыж можно разделить на четыре группы: 1) способы закрытия грыжевых ворот со стороны бедра; 2) способы закрытия грыжевых ворот со стороны пахового канала; 3) аутопластические способы, 4) гетеропластические способы (А. П. Крымов). В зависимости от способа операции производят различные разрезы кожи

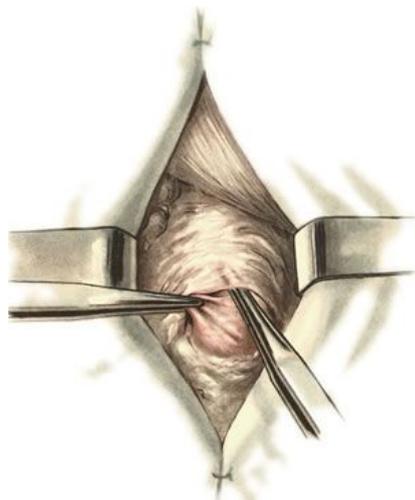


Разрезы кожи при операции бедренных грыж.

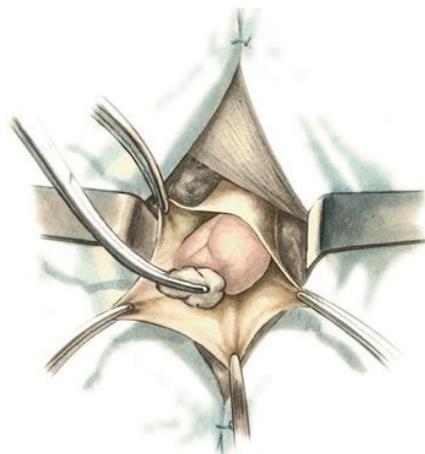
- 1 — косой разрез выше паховой связки;
- 2 — Т-образный разрез;
- 3 — углообразный разрез;
- 4 — вертикальный разрез;
- 5 — косой разрез ниже паховой связки.

Способ Локвуда (Lockwood). Операцию чаще производят под местным обезболиванием по А. В. Вишневскому. Разрез кожи длиной 10—12 см проводят вертикально над грыжевой опухолью; начало разреза располагается на 2—3 см выше паховой связки. Менее распространенным является косой разрез, который проводят над грыжевой опухолью параллельно и ниже паховой связки.

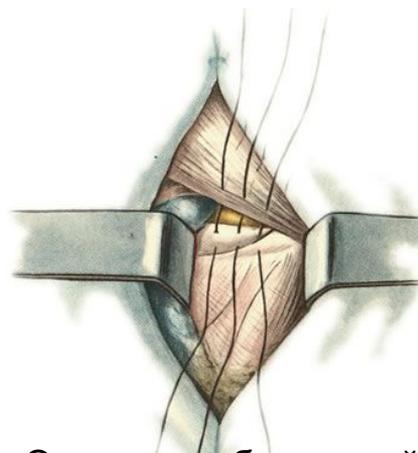
После рассечения кожи и подкожной клетчатки производят тщательный гемостаз. Грыжевой мешок освобождают из жировой клетчатки, выделяя его от дна к шейке (рис. 98). При этом необходимо помнить о возможности прилегания мочевого пузыря к медиальной стенке мешка. С особой осторожностью следует выделять наружную стенку мешка, чтобы не ранить бедренную вену. Грыжевой мешок вскрывают и содержимое его вправляют в брюшную полость (рис. 99). Шейку мешка высоко прошивают шелковой нитью и перевязывают. Дистальнее лигатуры грыжевой мешок отсекают, а культю его вправляют под паховую связку. Затем производят закрытие внутреннего отверстия бедренного канала путем подшивания паховой связки к надкостнице лонной кости 2—3 узловыми шелковыми швами (рис. 100). При этом бедренную вену следует оттянуть кнаружи, чтобы избежать ее ранения.



Операция бедренной грыжи. Способ Локвуда. Выделение грыжевого мешка.

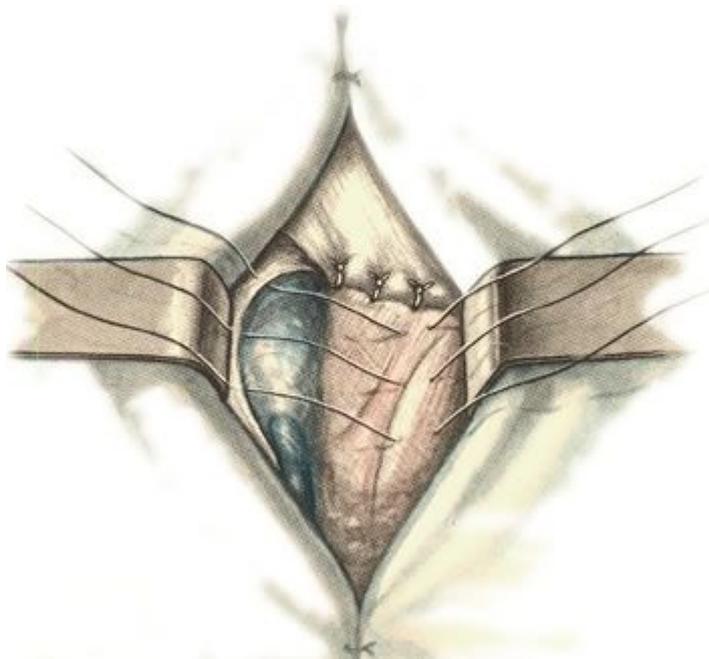


Операция бедренной грыжи. Способ Локвуда. Вправление грыжевого содержимого в брюшную полость.



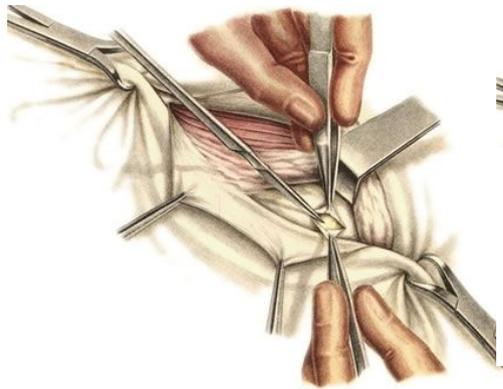
Операция бедренной грыжи. Способ Локвуда. Пластика бедренного канала. Подшивание lig. inguinale к надкостнице ossis pubis.

Модификация Бассини заключается в том, что после подшивания паховой связки к надкостнице лонной кости накладывают второй ряд швов на полулунный край овальной ямки бедра и гребешковую фасцию (рис. 101).



Операция бедренной грыжи. Пластика бедренного канала. Способ Локвуда—Бассини. Подшивание *margo falciformis hiatus sapheni* к гребешковой фасции.

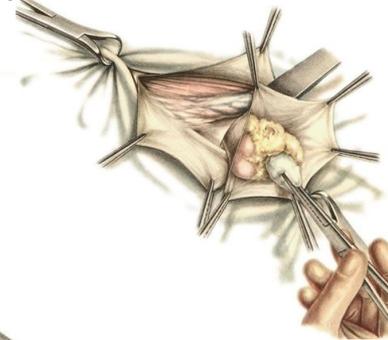
Способ Руджи (Ruggi). Разрезом, проведенным параллельно и выше паховой связки, рассекают кожу и подкожную жировую клетчатку, как при паховых грыжах. Вскрывают паховый канал, края внутренней косой и поперечной мышц живота, а также семенной канатик отодвигают кверху. Между двумя пинцетами рассекают заднюю стенку пахового канала — поперечную фасцию (рис. 105) и у внутреннего отверстия бедренного канала тупфером выделяют шейку грыжевого мешка. Под шейку мешка подводят марлевую держалку и, подтягивая за нее, вывихивают в рану грыжевой мешок из-под паховой связки (рис. 106). Мешок вскрывают; грыжевое содержимое осматривают и вправляют в брюшную полость (рис. 107). После этого прошивают шейку мешка и последний отсекают дистальнее лигатуры. Закрытие грыжевых ворот производят путем подшивания тремя—четырьмя швами паховой связки к подвздошно-лонной связке (рис. 108). При накладывании этих швов внутреннюю косую и поперечную мышцы вместе с семенным канатиком оттягивают кверху. Паховый канал восстанавливают, сшивая вначале поперечную фасцию, а затем края рассеченного апоневроза наружной косой мышцы живота



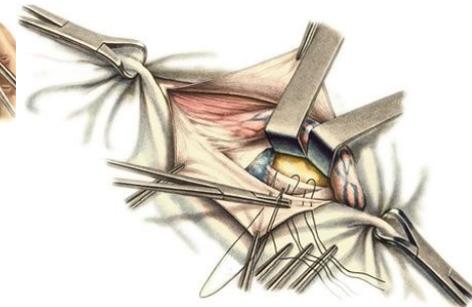
Операция бедренной грыжи. Способ Руджи. Рассечение поперечной фасции живота.



Операция бедренной грыжи. Способ Руджи. Извлечение грыжевого мешка в паховой канал.



Операция бедренной грыжи. Способ Руджи. Вправление грыжевого содержимого в брюшную полость.



Операция бедренной грыжи. Способ Руджи. Пластика грыжевых ворот. Подшивание паховой связки к подвздошно-лонной связке.

Способ Парлавеччио (Parlavecchio). Парлавеччио предложил закрывать внутреннее отверстие бедренного канала путем подшивания краев внутренней косой и поперечной мышц живота к надкостнице лонной кости и подвздошно-лонной связке. Затем вторым рядом узловых швов эти же мышцы подшивают к краю паховой связки.

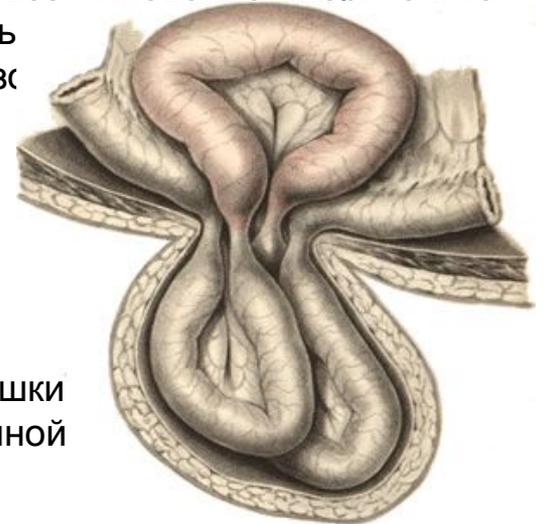
## ОПЕРАЦИИ ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖАХ

Ущемление грыжевого содержимого является самым тяжелым осложнением грыжи. По данным различных авторов, ущемленные грыжи составляют 6—29 % всего количества грыж (Н. В. Воскресенский). Чаще всего ущемляются паховые (57,3 %) и бедренные (31 %) грыжи, реже пупочные (5,4 %) и грыжи белой линии живота (3,6 %) (С. В. Лобачев, О. И. Виноградова).

Ущемление грыжевого содержимого может произойти в грыжевых воротах или в грыжевом мешке.

Различают эластическое и каловое ущемление, а также сочетание их. Эластическое ущемление происходит вследствие спастического сокращения тканей, окружающих грыжевой мешок, при узости грыжевого отверстия и неподатливости его краев. При каловом ущемлении переполненный содержимым приводящий участок кишечной петли сдавливает отводящий участок последней и ее брыжейку.

Иногда возникает ретроградное ущемление. При этом виде ущемления петля кишки располагается как в грыжевом мешке, так и в брюшной полости в виде латинской буквы W (рис. 119). При этом, как правило, больше страдает та часть ущемленной кишечной петли, которая находится в брюшной полости, что может привести к некрозу кишечной стенки с последующим возникновением перитонита. Поэтому при грыжесечении необходимо в обязательном порядке извлечь ретроградно расположенную петлю и осмотреть весь ущемленный отрезок



Ретроградное ущемление. Петля тонкой кишки располагается в грыжевом мешке и брюшной полости в виде латинской буквы W.

