

# СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ

Заведующий кафедрой д.м.н.  
Газиев Рашид Магомедович

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

■ *Вильям Холстед*



# Международная классификация грыж

- По происхождению:
- **Врожденные** - пупочные, паховые, белой линии живота, грыжи пупочного канатика,
- **Приобретенные** - делят на группы в зависимости от причин, которые привели к возникновению дефекта брюшной стенки.
- **1. Предуготованные грыжи (hernia praeformata).** Они возникают в типичных “слабых” местах брюшной стенки. Это паховый канал, пупочное и бедренное кольцо, щели в белой, спигелиевой и дугообразной (дугласовой) линиях, треугольник Пети, промежуток Грюнфельда-Лесгафта, запирающий канал, промежность, отверстия и щели в диафрагме.
- **2. Послеоперационные грыжи**
- **3. Рецидивные грыжи**
- **4. Травматические грыжи**
-



# Международная классификация грыж (продлжение)

## ■ *По локализации (анатомическая классификация)*

Различают паховую, бедренную, пупочную, белой линии живота. Реже встречаются грыжи спигелиевой и дугласовой линии, мечевидного отростка, поясничные, сидалищные, промежностные, диафрагмальные, запиральные.

## ■ *Клиническая (по течению) классификация*

1. Свободная (вправимая) грыжа (hernia reponibilis).
2. Невправимая грыжа (hernia irreponibilis).
3. Ущемленная грыжа (hernia incarcerata).
4. Воспаление грыжи (флегмона грыжевого мешка).
5. Копростаз в грыже.
6. Травматические грыжи.

# Стадии развития грыж

**1 стадия.** Вначале формируются грыжевые ворота

**2 стадия.** Грыжа имеет все составные части, но грыжевой мешок не выходит через толщу брюшной стенки. Грыжа появляется только при физическом напряжении и исчезает после снятия напряжения. Неполная грыжа

**3 стадия.** Полная грыжа. Грыжа выходит за пределы брюшной стенки, вызывает изменение живота (выпячивание), появляющиеся при вставании и при малейшем физическом напряжении.

**4 стадия.** К ней относятся грыжи больших размеров - огромные грыжи.

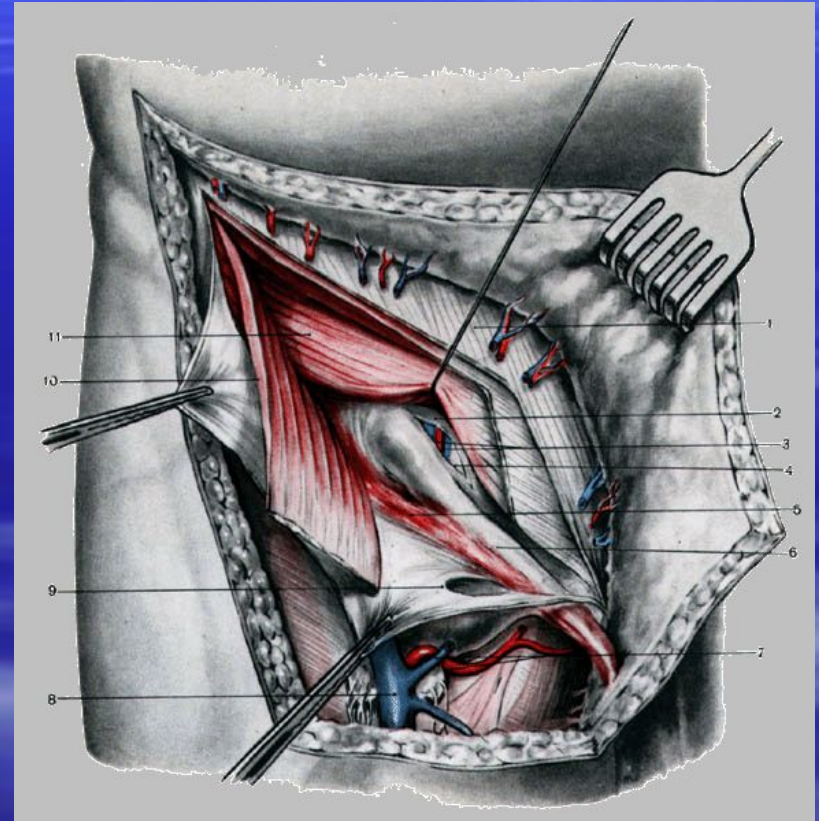
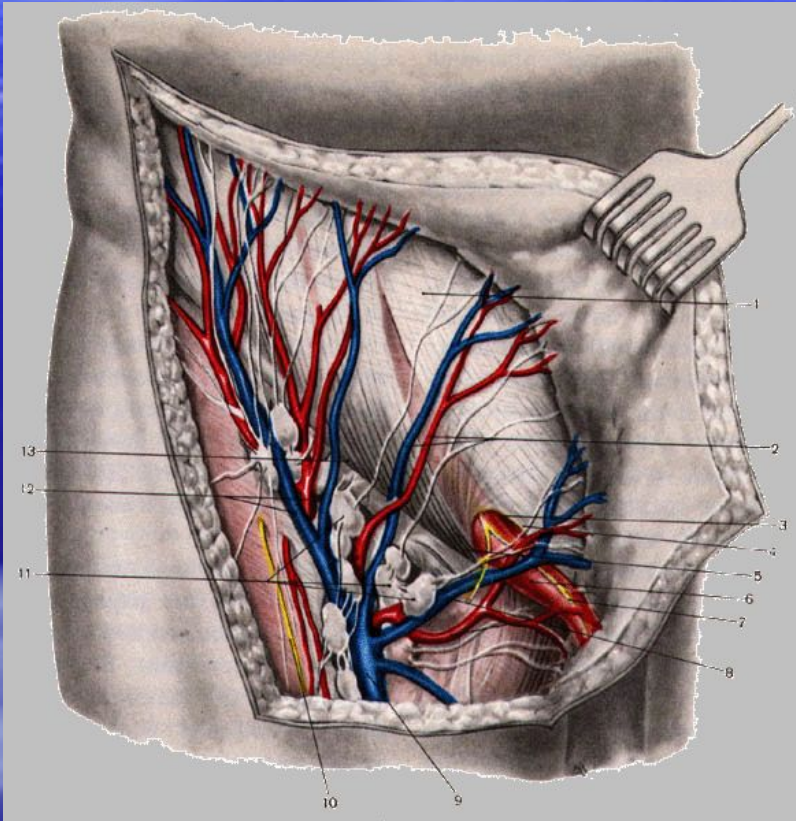
# Пахово-мошоночные грыжи







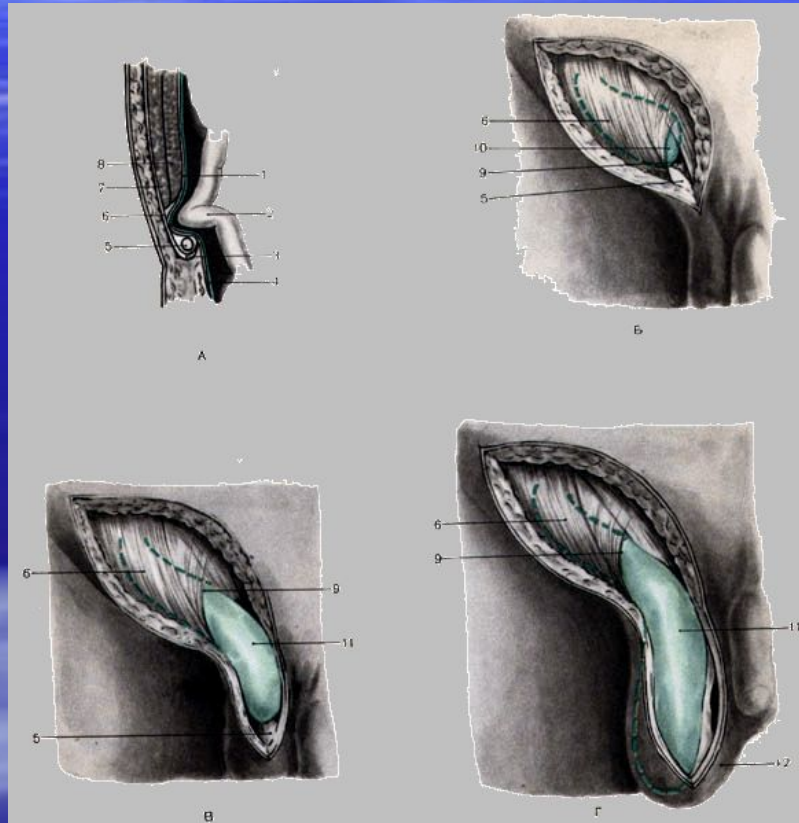
# Анатомо-физиологические данные





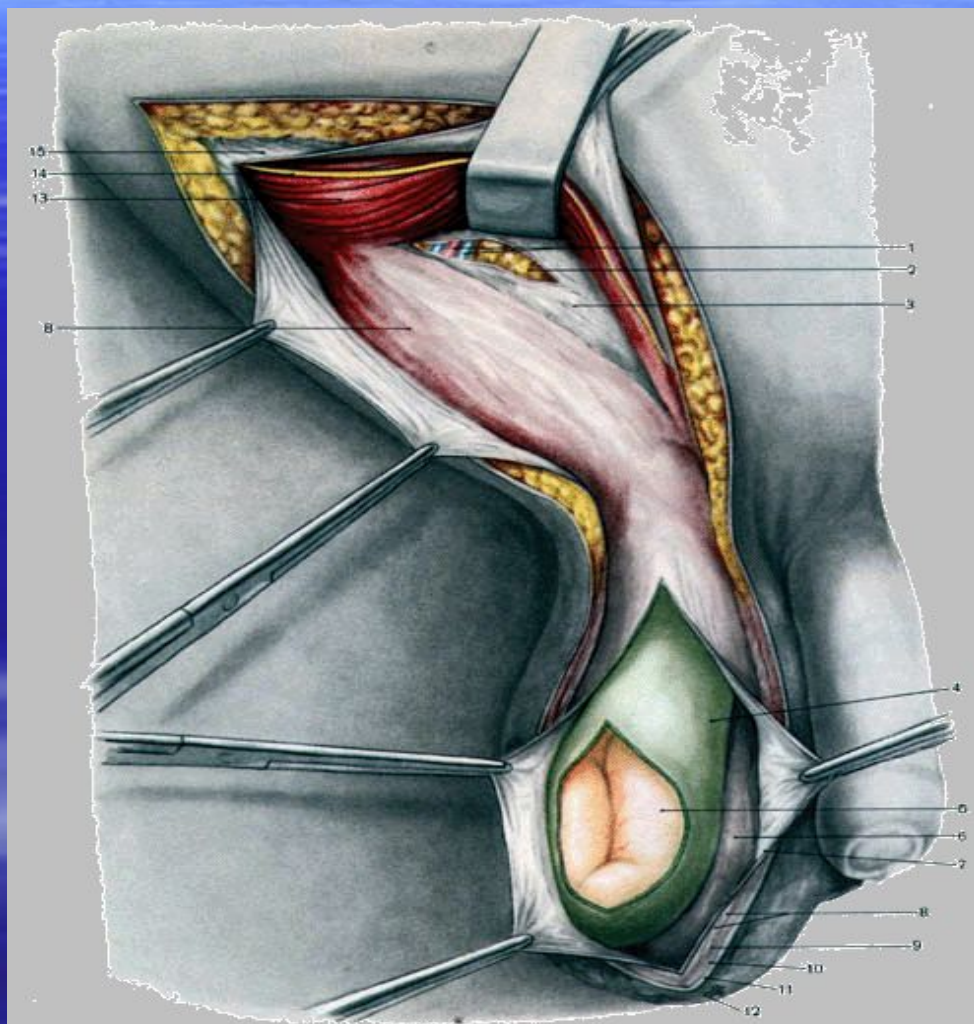


# Стадии развития паховых грыж



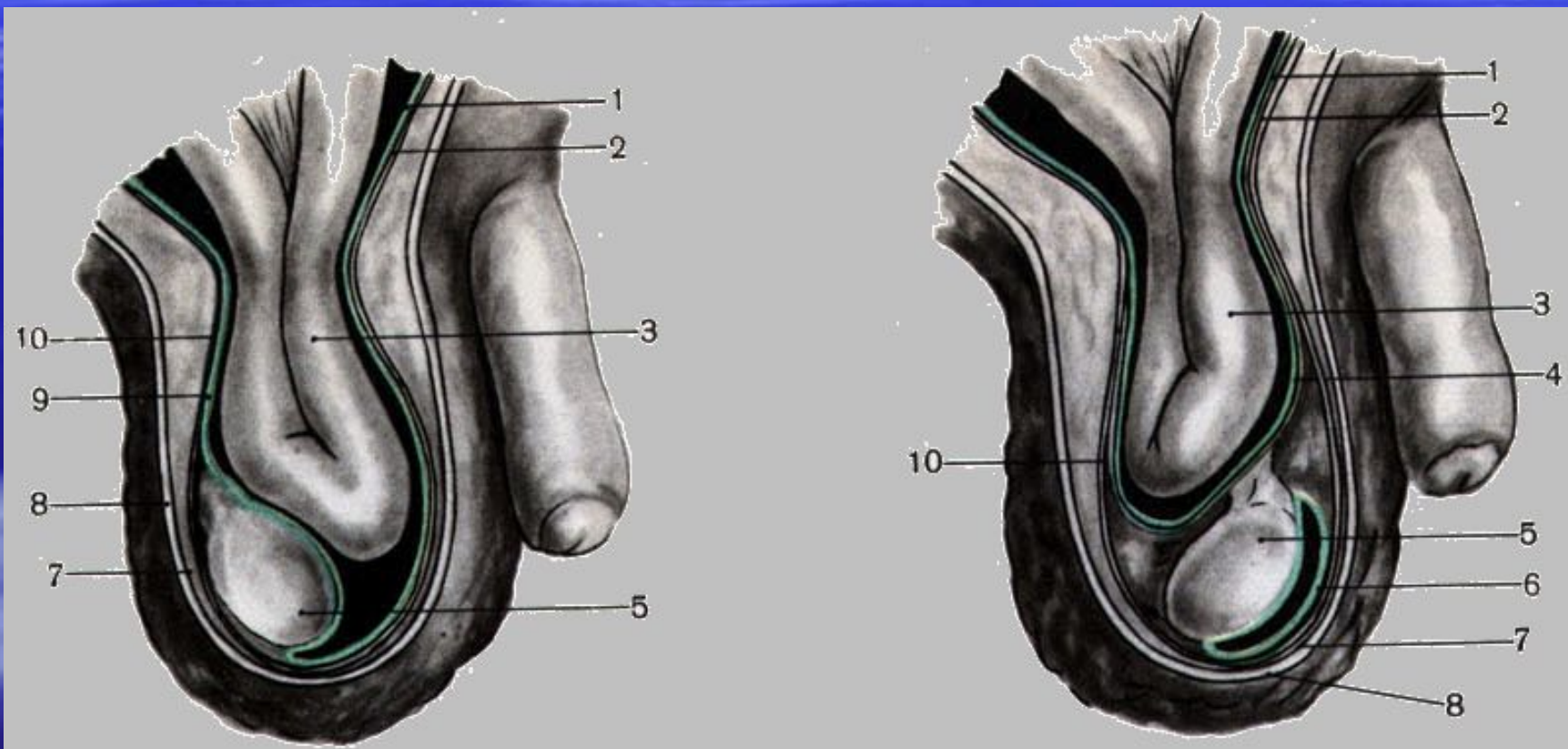
- 1. Начальная
- 2. Канальная
- 3. Паховая.
- 4. Пахово-мошоночная

# Косая паховая грыжа

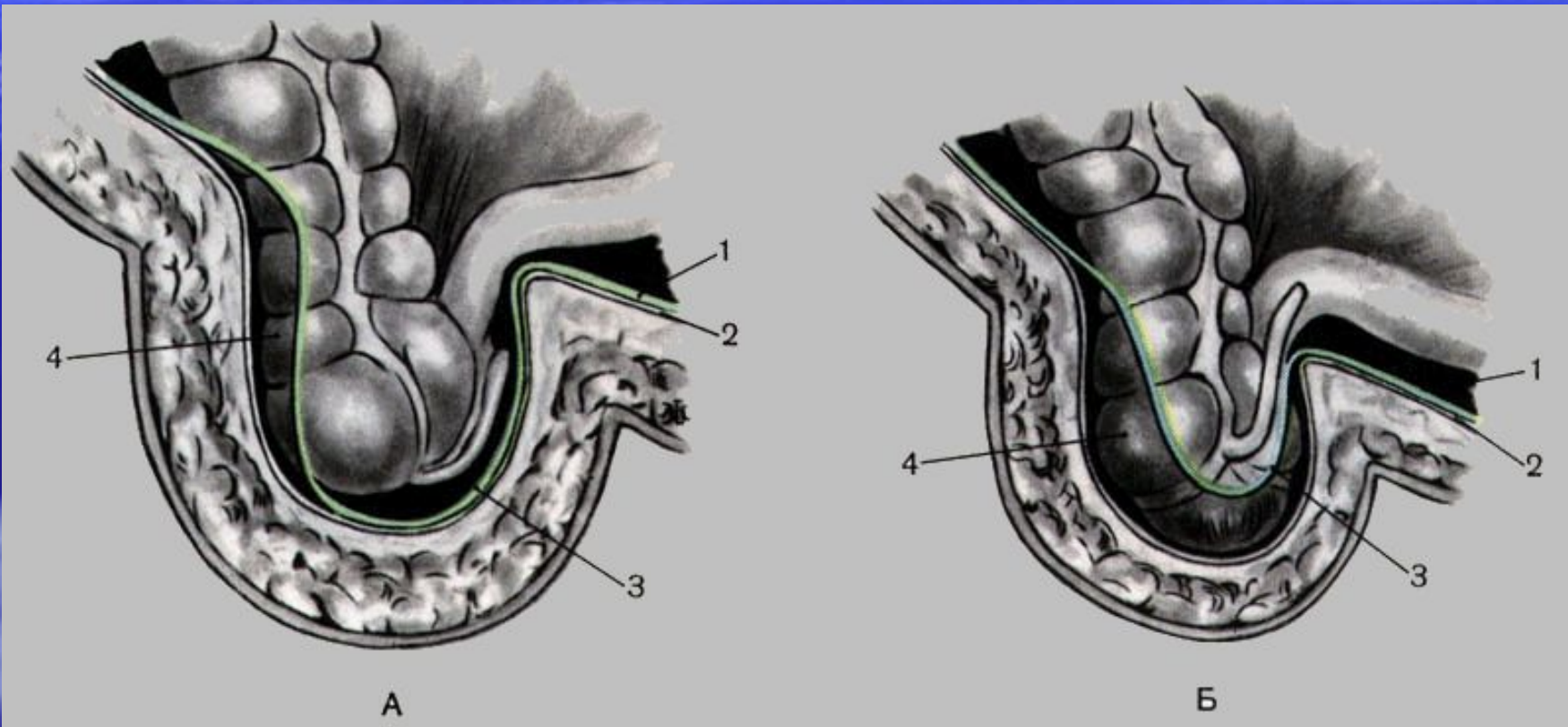




# Врожденная и приобретенная паховая грыжа



# Скользящая грыжа

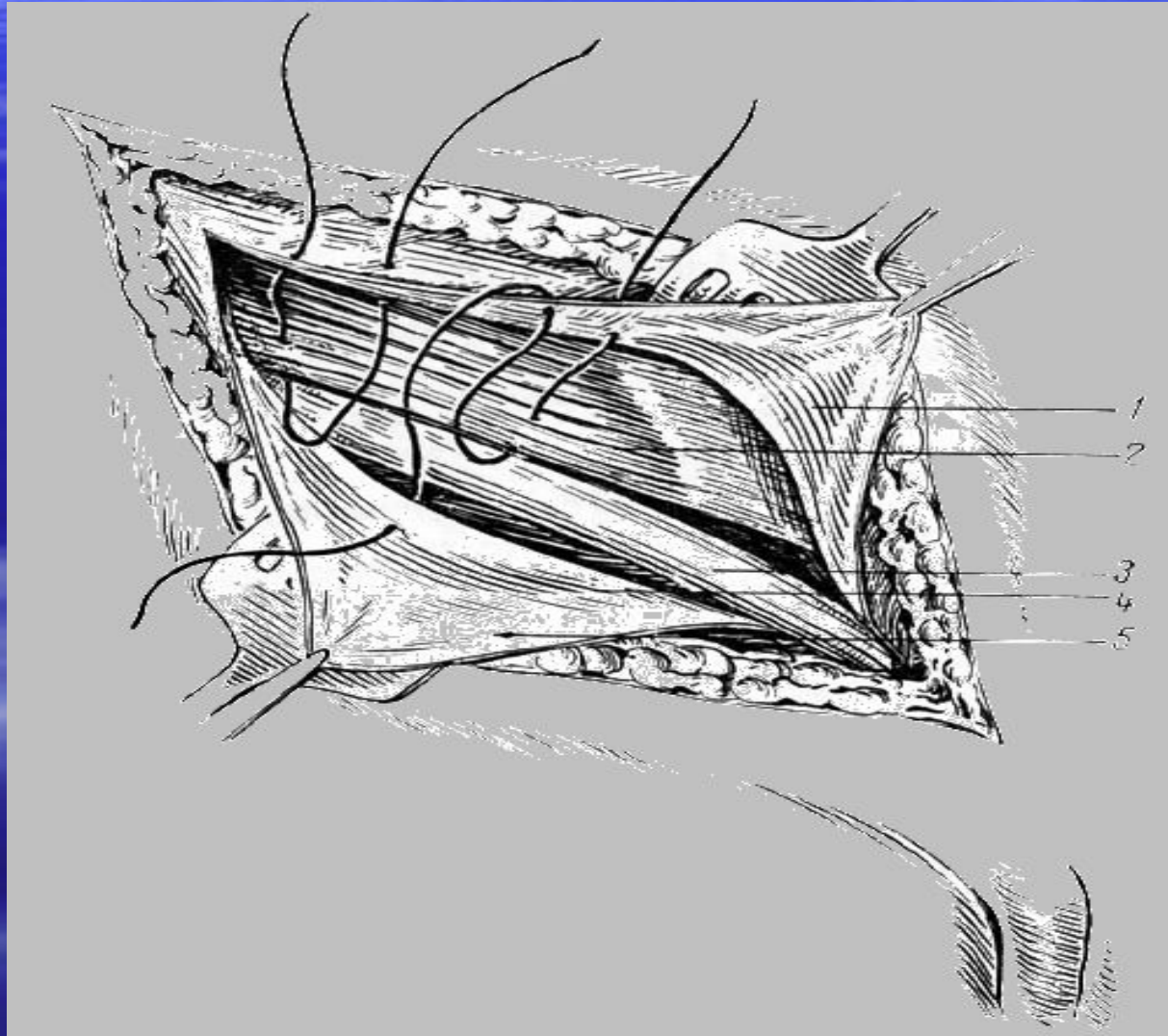




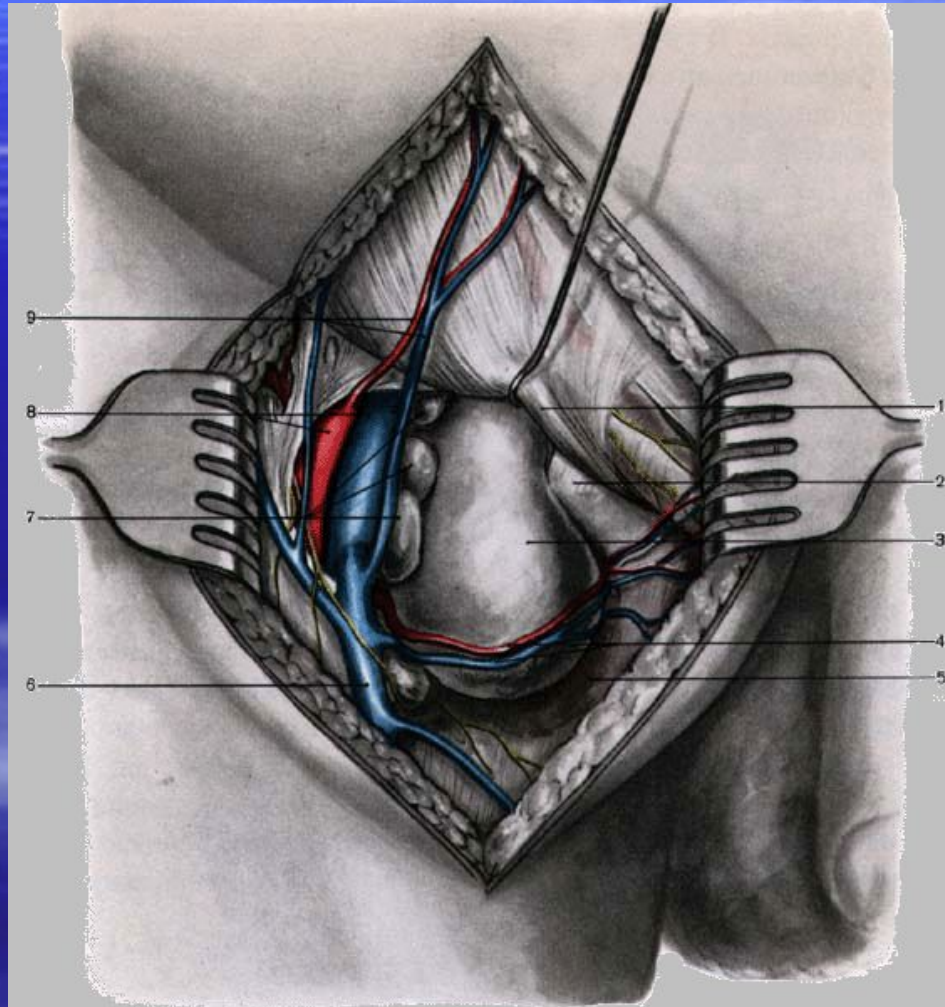
## Общие принципы операции при неосложненных грыжах

- рассечение тканей над грыжей;
- выделение грыжевого мешка;
- вскрытие его;
- вправление содержимого в брюшную полость;
- перевязка грыжевого мешка в области шейки;
- отсечение его;
- ушивание дефекта брюшной стенки (пластика)

# Способ жирара-Спасокуцкого со швом Кимбаровского

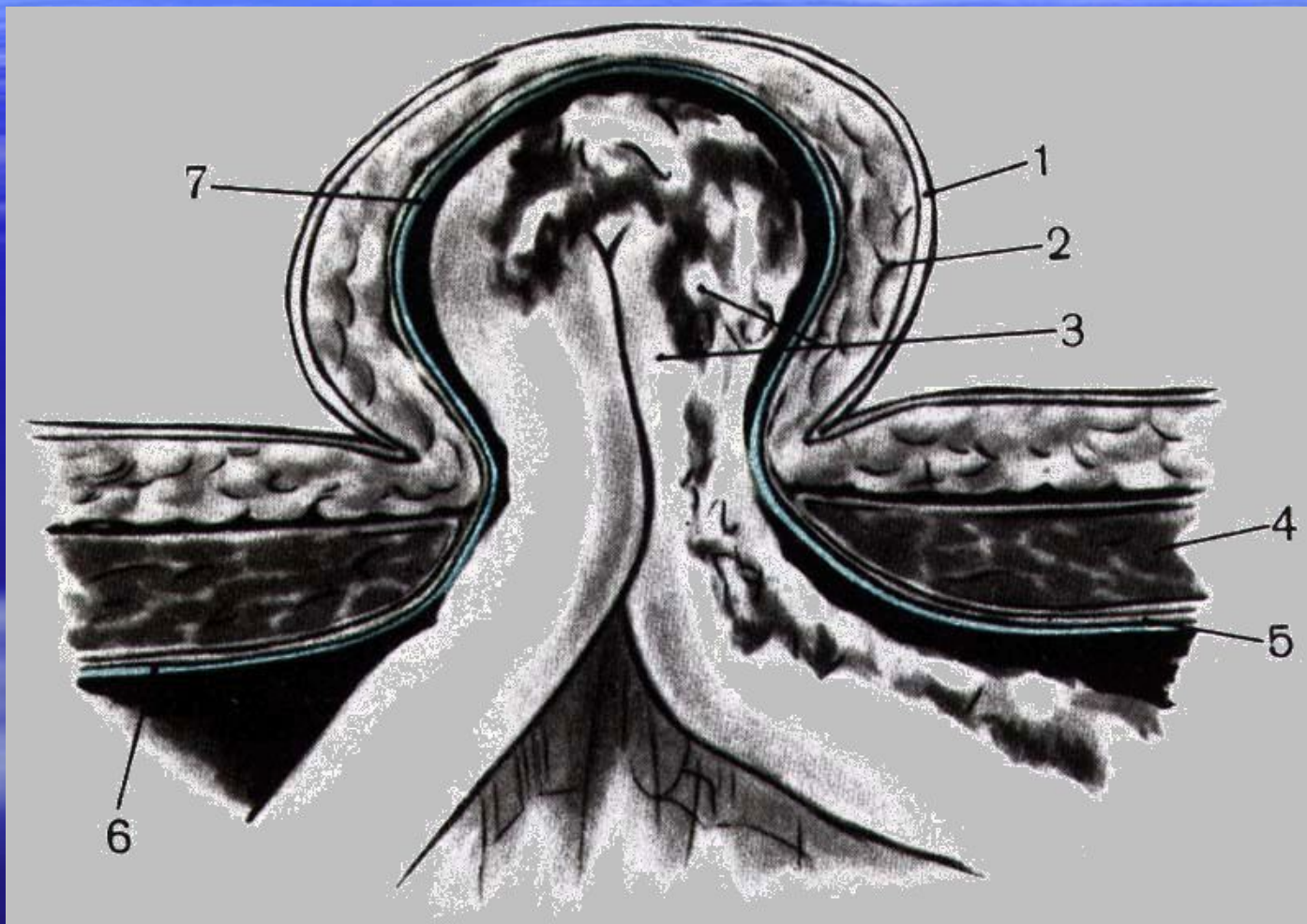


# Бедренная грыжа

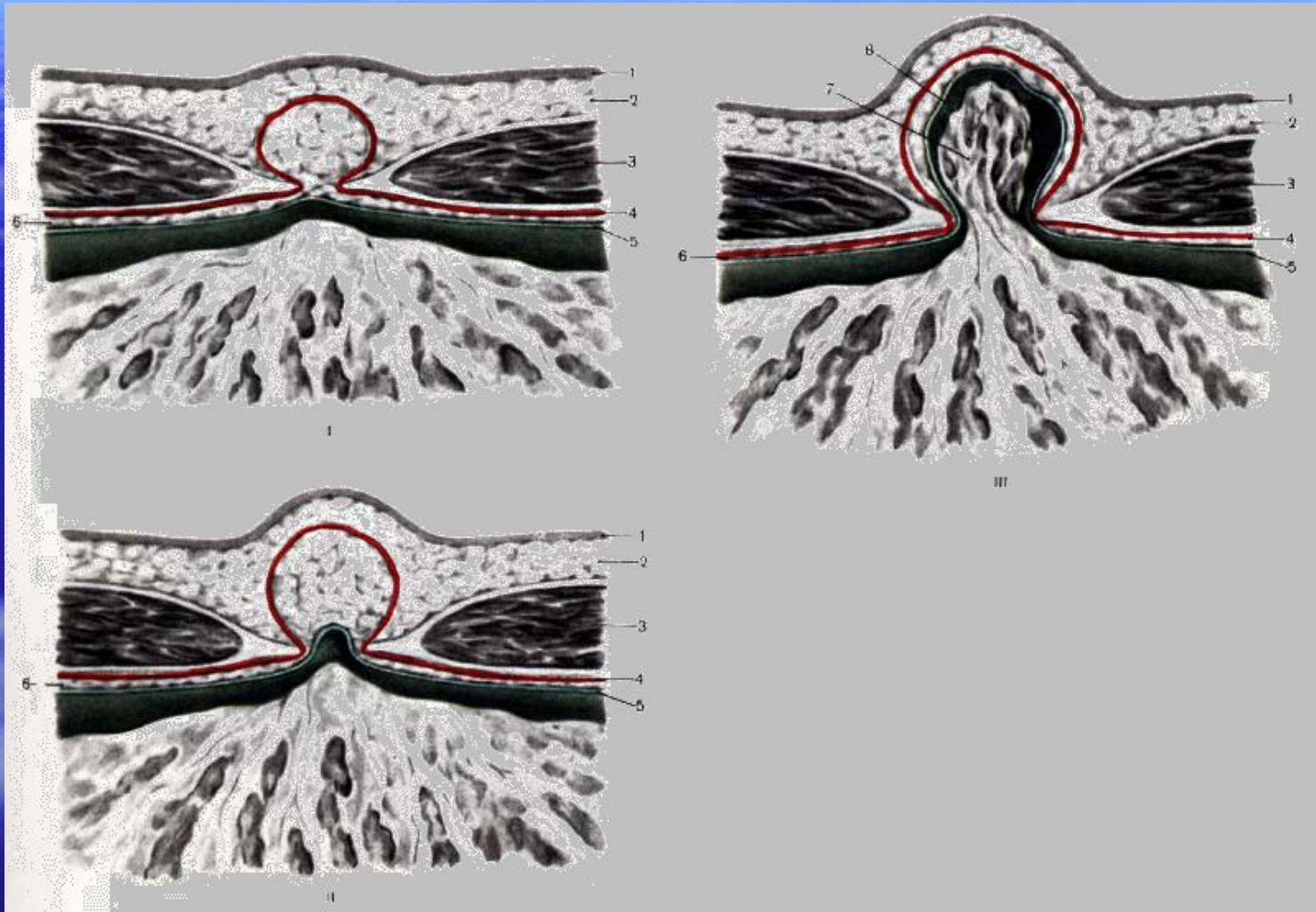




# Пупочная грыжа

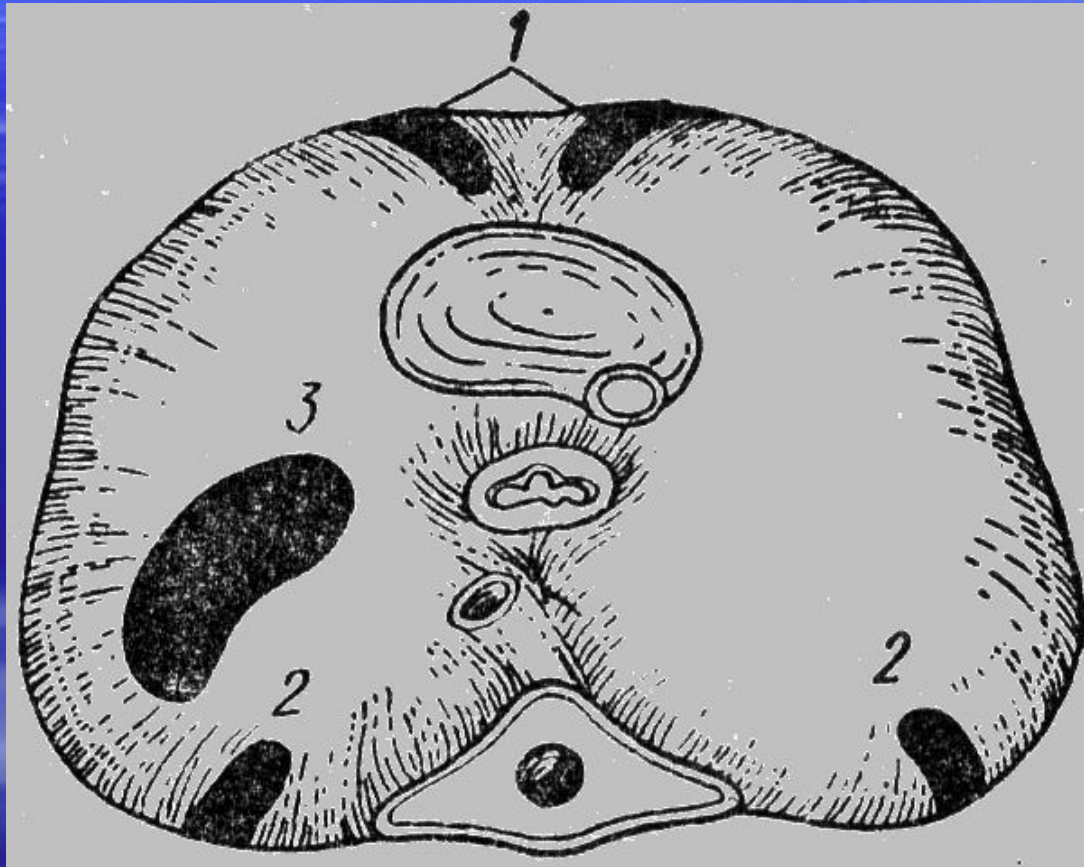


# Грыжи белой линии живота





# Локализация диафрагмальных грыж



# Осложнение грыж.

**Невправимость.**

Ущемление грыжи

Воспаление грыжи

Копростаз

Повреждение грыжи

Опухоли грыжи

# Ущемленная грыжа

Эластичное

Каловое

Ретроградное (W-образное, Майдля)

Пристеночное (Рихтера)

## Противопоказания к операции при неосложненной грыже:

глубокий старческий возраст,  
декомпенсированные пороки сердца,  
активный туберкулез,  
злокачественные опухоли,  
стриктуры уретры, аденома простаты,  
гнойничковые заболевания и др., которые  
делают грыжесечение опасным для  
жизни.



## Критерии при оценке жизнеспособности:

- восстановление нормального розового цвета;
- отсутствие странгуляционной борозды и темных пятен, просвечивающихся сквозь серозу;
- сохранение пульсации сосудов брыжейки;
- наличие перистальтических сокращений





# Ущемленные грыжи

- По патогенезу различают три формы ущемления: эластическое, каловое, смешанное. Наиболее частое эластическое ущемление (*in carceratio hernice elastica acuta*). Оно развивается в результате внезапного повышения внутрибрюшного давления, в результате которого грыжевые ворота излишне растягиваются, а после уменьшения внутрибрюшного давления - сокращаются и сдавливают органы, которые при повышенном давлении, вышли в грыжевой мешок. Ущемление преимущественно происходит при наполненном кишечнике. Факторами, которые способствуют эластическому ущемлению могут быть малые размеры ущемляющего кольца (малые грыжевые ворота), сниженная эластичность и податливость тканей грыжевых ворот, внедрения в грыжевой мешок каких-либо других органов. Обобщая причинные факторы можно сказать, что защемление предопределяется несоответствием объема выпавших внутренностей с размерами пропускавшего их ущемляющего отверстия.





# Каловое ущемление

- Каловое ущемление (*incarceratio herniae stercoralis*) наблюдается более редко, развивается медленно, особенно у больных преклонных лет, которые склонны к запорам. Это ущемление часто развивается при невправимых грыжах. Основным условием образования калового ущемления является накопление в кишечной петле значительного количества жидкого или твердого кала. При этом возникает или каловое ущемление по типу странгуляционной непроходимости без сдавливания или каловое ущемление по типу флексионной непроходимости от перегиба соответствующей части кишечной петли по отношению к излишне растянутому приводящему отделу.



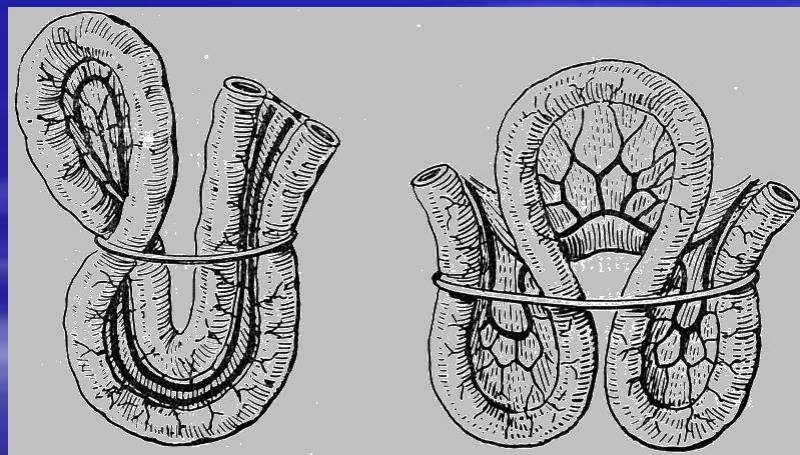
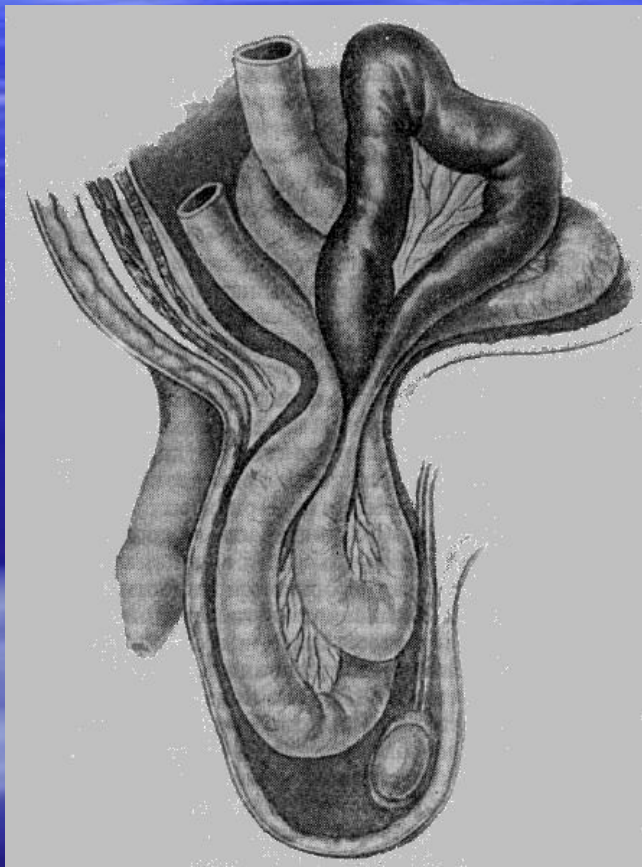
# По формам ущемления выделяют ретроградное и пристеночное

- Ретроградное ущемление (*incarceratio retrograda*) такое ущемление, когда ущемлению подвергается не та часть петли, которая лежит в грыжевом мешке, а тот отдел, который находится в брюшной полости.
- Пристеночное ущемление такое, при котором в узкое ущемляющее кольцо внедряется и сдавливается не вся стенка кишки, а только небольшая часть преимущественно по свободному от брыжейки краю.





# Ретроградное ущемление



# Экстренная операция

- При ущемленной грыже первоочередным заданием хирурга является быстрое открытие грыжевого мешка и фиксация ущемленного органа. Последующий этап - освобождение ущемленного органа. Он реализуется рассечением ущемляющего кольца. Направление рассечения грыжевого кольца должно выбираться с учетом топографо-анатомических взаимоотношений его с окружающими сосудами, нервами и другими анатомическими образованиями.



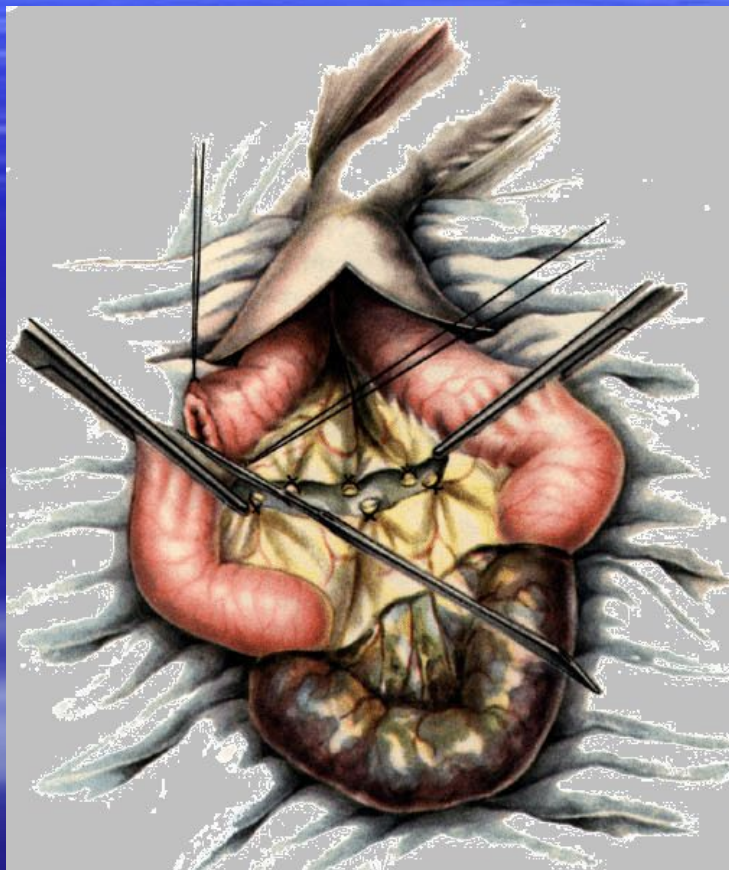
# Рассечение ущемляющего кольца



Следующий этап - оценка жизнеспособности ущемленного органа. Она определяется по таким признакам:

- 1. Возобновление обычного розового цвета серозной оболочки;
- 2. Возобновление перистальтики кишки;
- 3. Возобновление пульсации сосудов брыжейки, которые втянуты в странгуляцию.

# Оценка жизнеспособности и резекция кишки





# При флегмоне грыжевого мешка

- После лапаротомии подходят к ущемленному органу изнутри. Если ущемлена кишка, то выполняют резекцию кишки по приведенным выше правилам и накладывают анастомоз. После наложения анастомоза брюшную полость зашивают наглухо и переходят к операции в области грыжевого выпячивания. Рассекают кожу, подкожную жировую клетчатку, раскрывают дно грыжевого мешка, надсекают ущемляющее кольцо. На грыжевой мешок в области шейки, не выделяя его из окружающих тканей, накладывают кисетный шов. Операцию заканчивают дренированием полости грыжевого мешка. Пластика грыжевых ворот в условиях гнойной инфекции категорически противопоказана.

**Грыжи белой линии живота**

**Скрытые (*hernia occulta*)**

**Пупочные грыжи у взрослых  
(*hernia umbilicalis adultorum*)**

**Сапежко, Мейо, Мартынова, Напалкова**

# Классификация I. Lichtenstein, 1987

- КОСАЯ
- ПРЯМАЯ
- БЕДРЕННАЯ
- КОМБИНИРОВАННАЯ

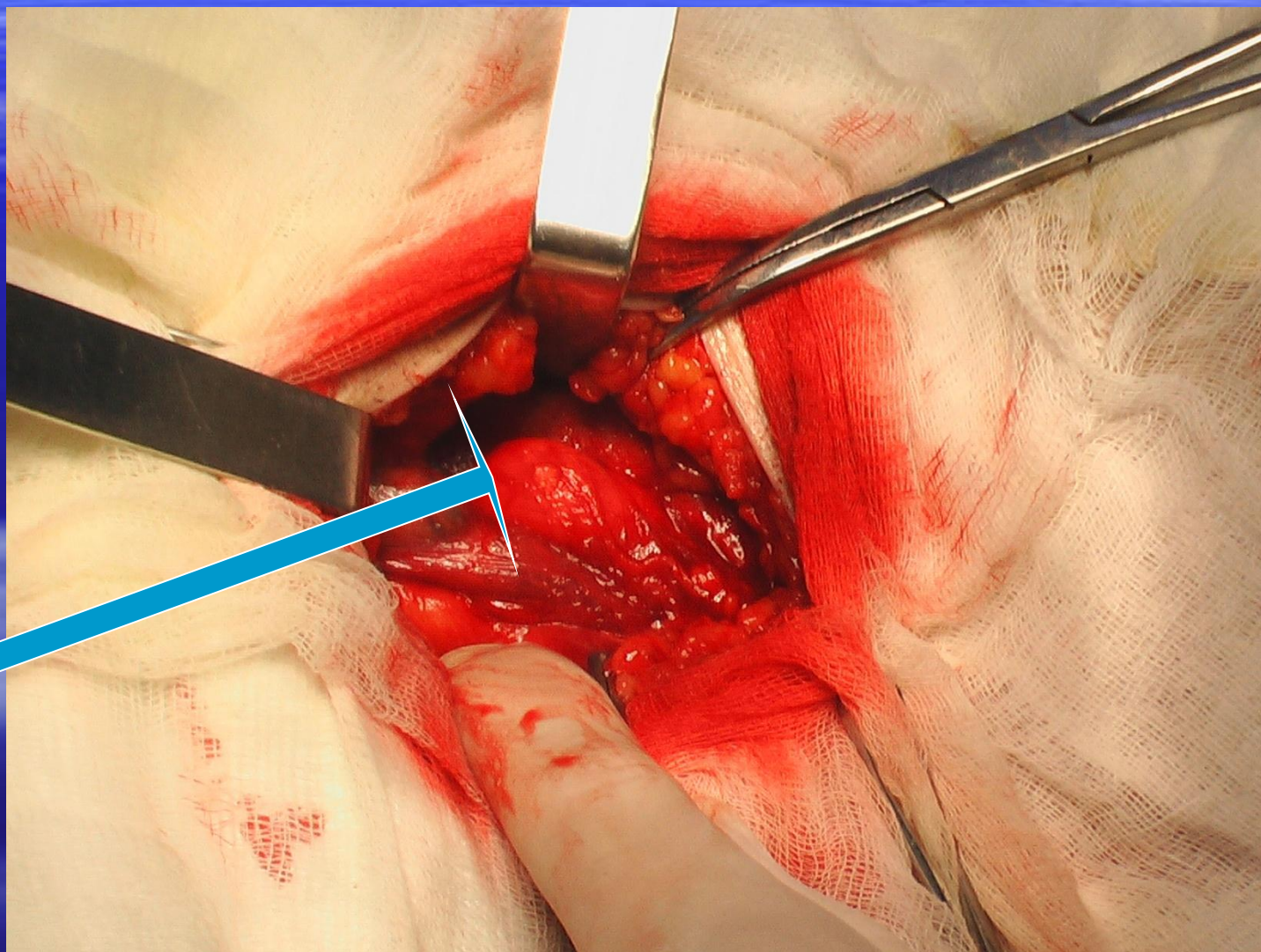




# Классификация Nyhus, 1993

- **I тип** - косые паховые грыжи. Внутреннее кольцо не расширено, грыжевое содержимое находится в паховом канале (канальная паховая грыжа).
- **II тип** - косые паховые грыжи при значительном расширении пахового кольца.
- **III тип**
  - А - все виды прямых паховых грыж. Имеется слабость поперечной фасции.
  - В - косые паховые грыжи больших размеров (пахово-мошоночные)
  - С - бедренные грыжи
- **IV тип** - рецидивные грыжи
  - А - прямые рецидивные
  - В - косые рецидивные
  - С - бедренные рецидивные
  - Д - комбинация рецидивные прямых, косых и бедренных грыж

# Тип III А



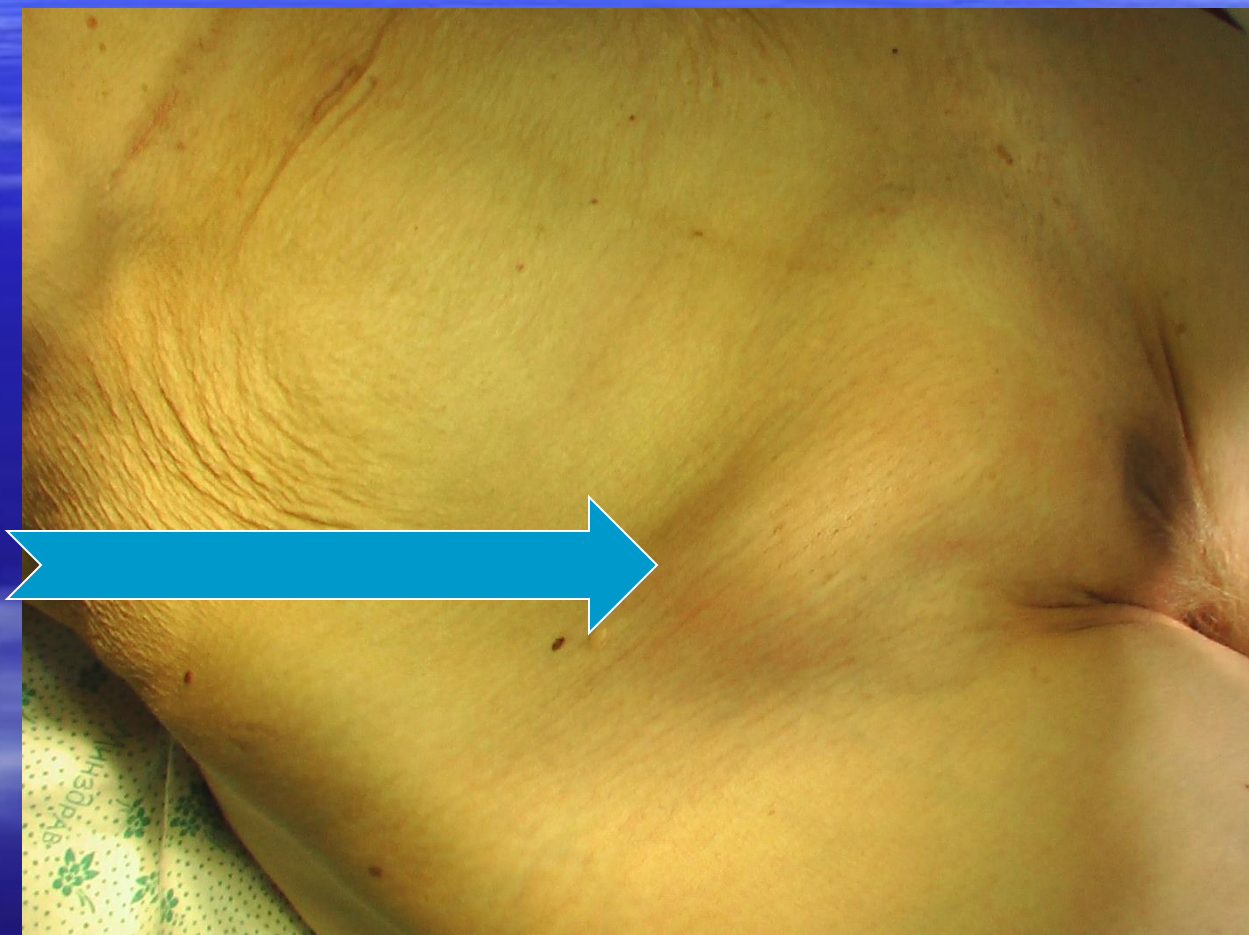


# Тип III В





# Тип III С

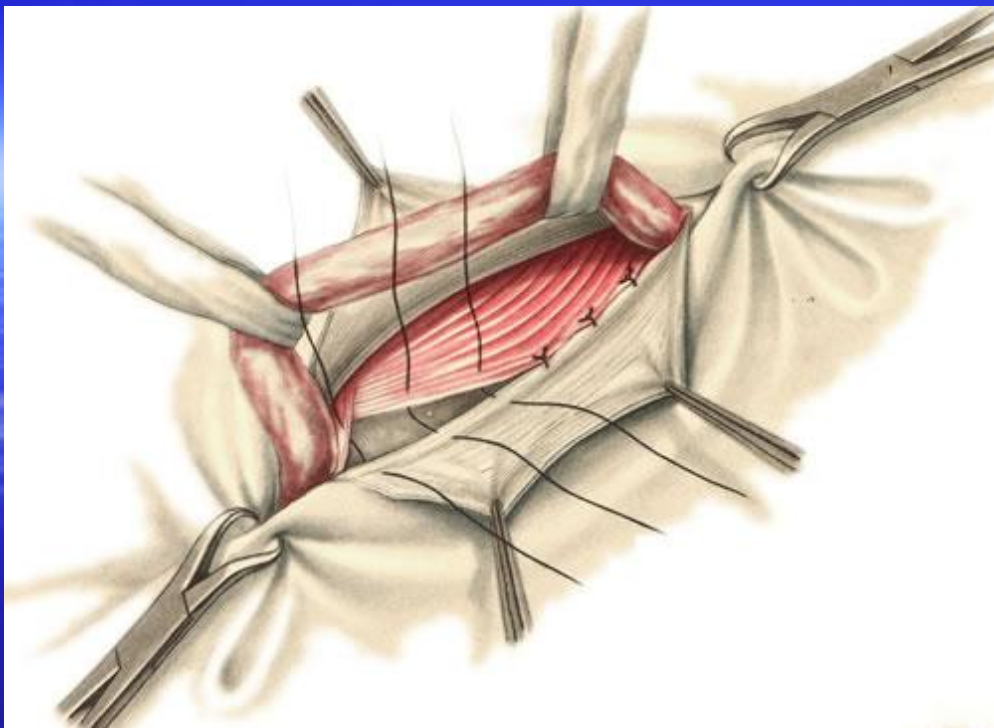


# Тип IV B

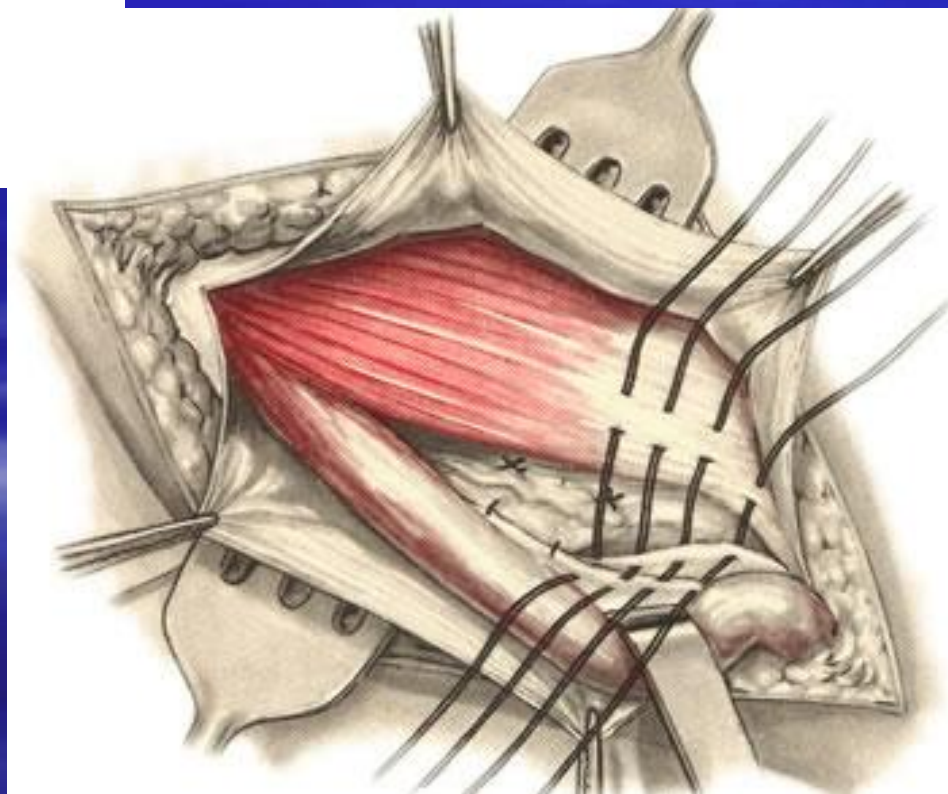




Операция Bassini



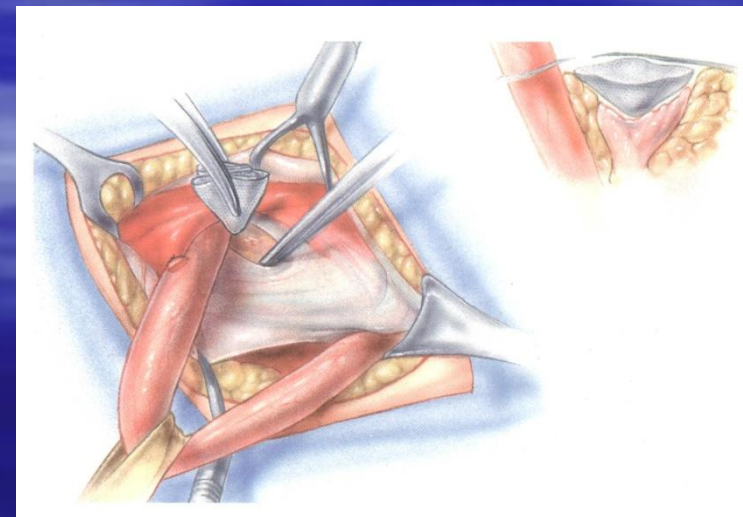
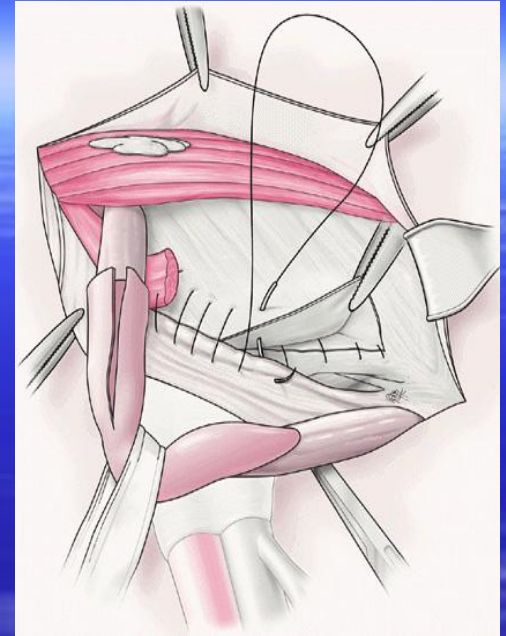
Операция Кукуджанова -



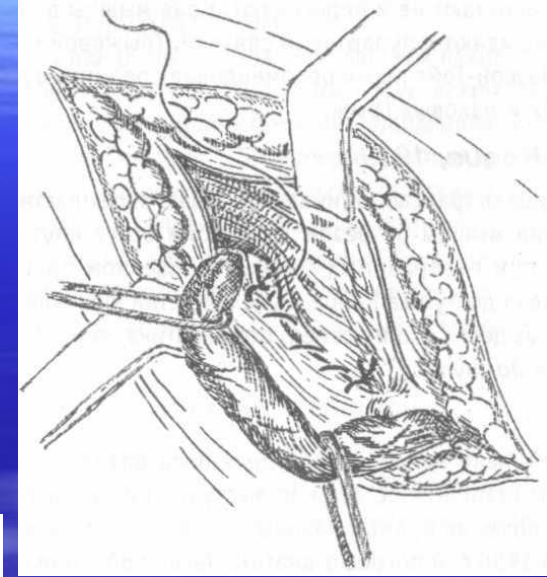
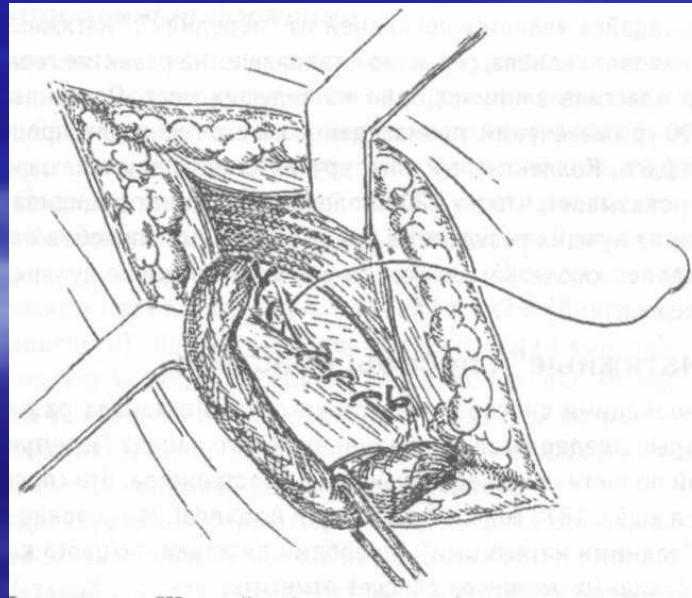
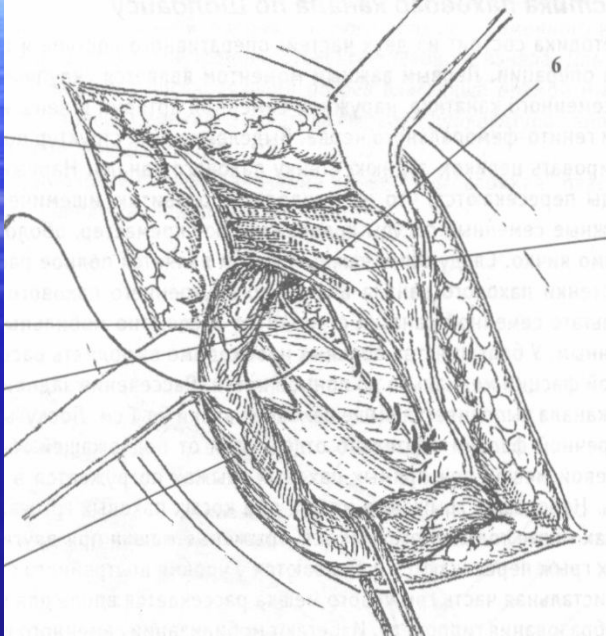


# Выбор метода пластики

- При грыжах I типа целесообразно выполнить пластику глубокого кольца пахового канала без использования синтетического протеза – методика E.Shouldice
- Грыжи II – III –IV типов требуют выполнения пластики по Lichtenstein

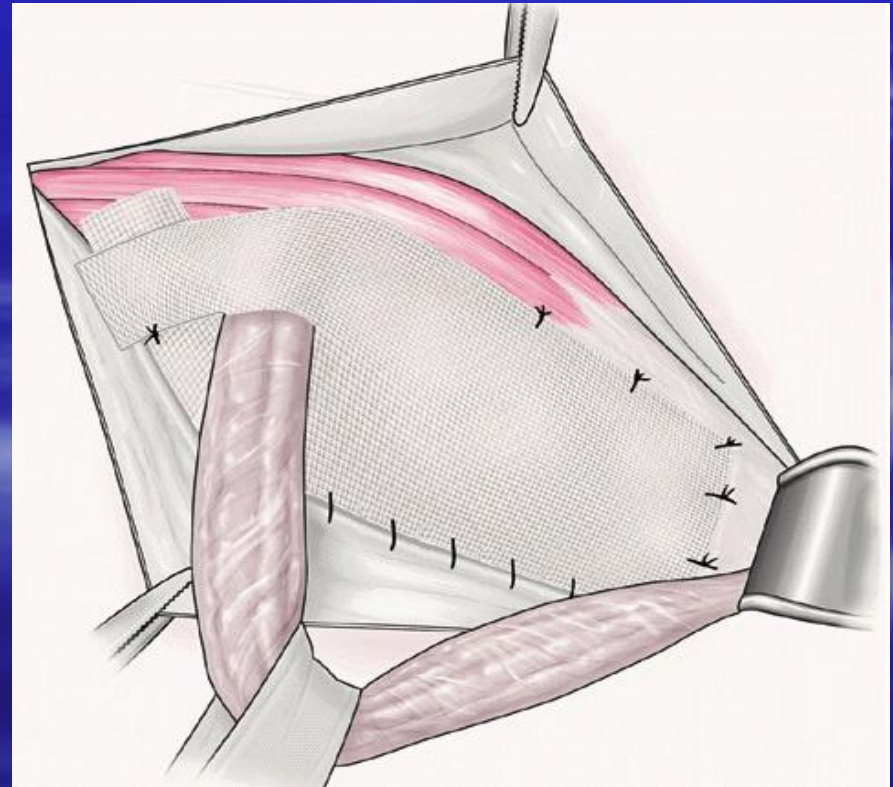
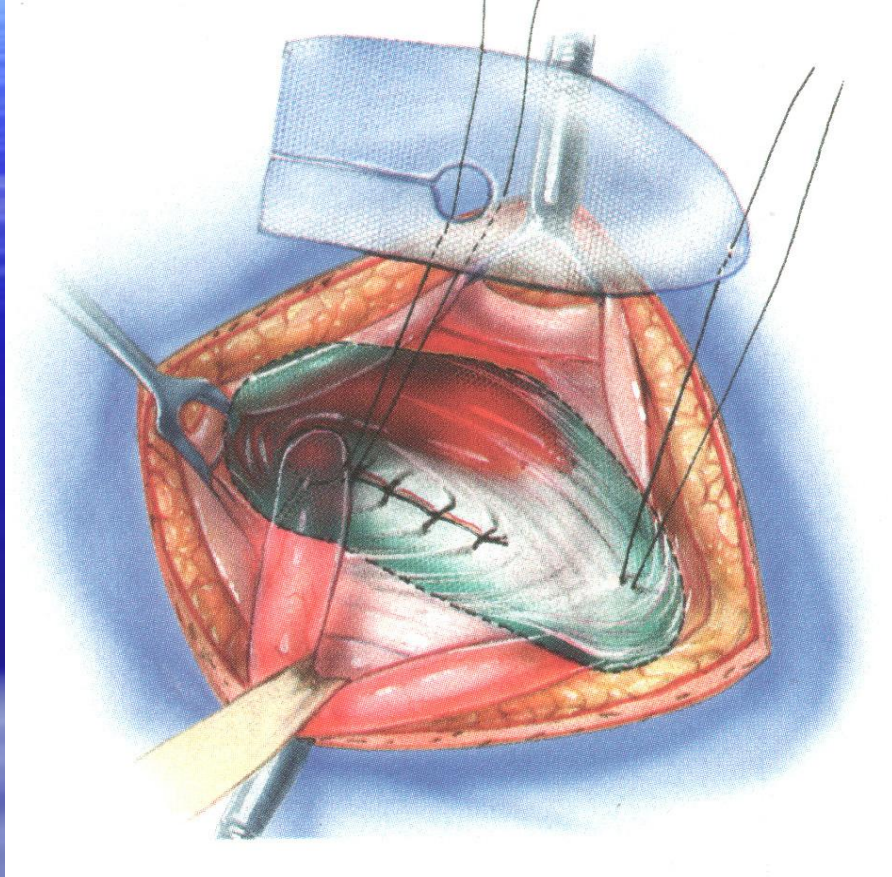


# Операция Shouldaice

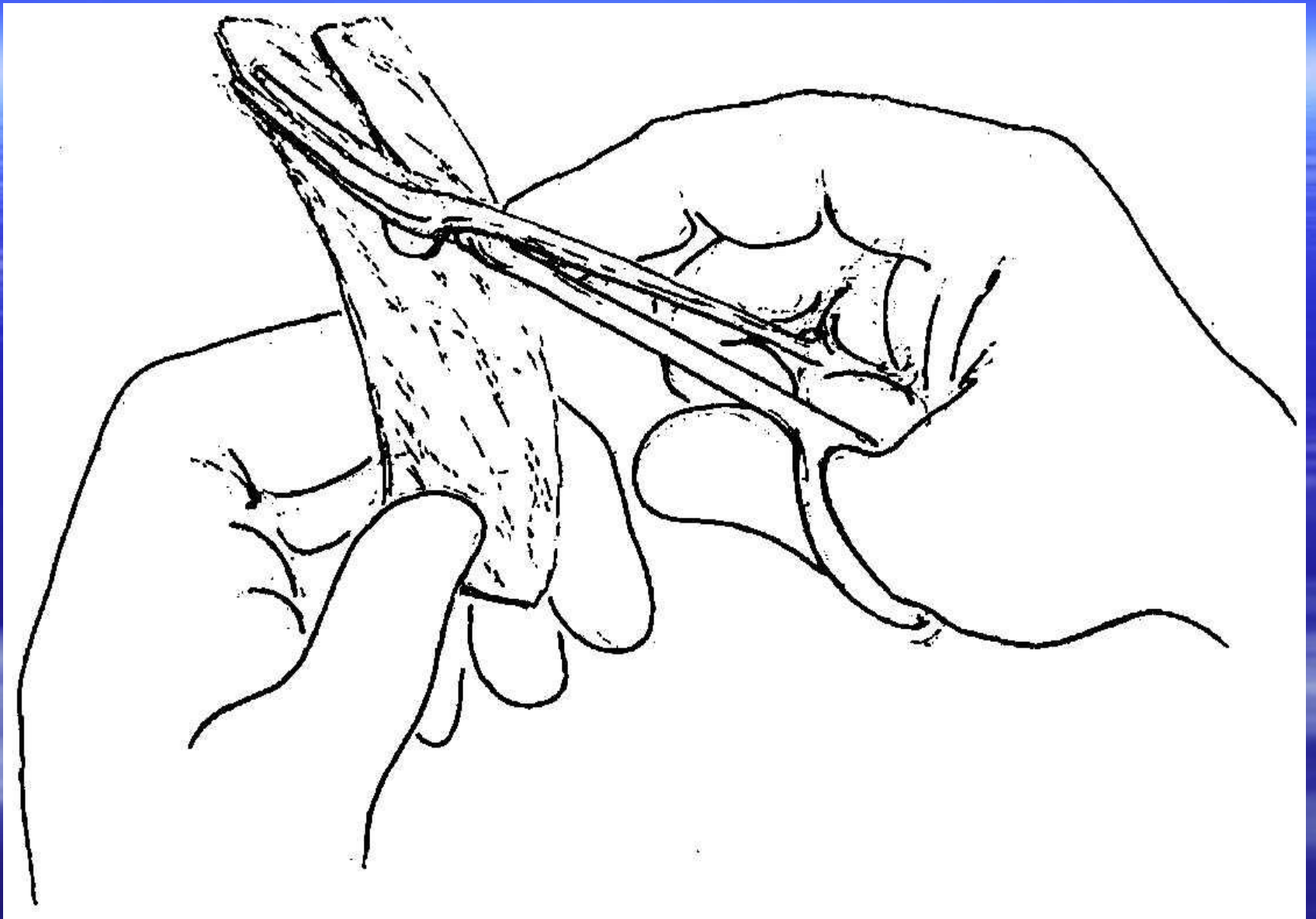




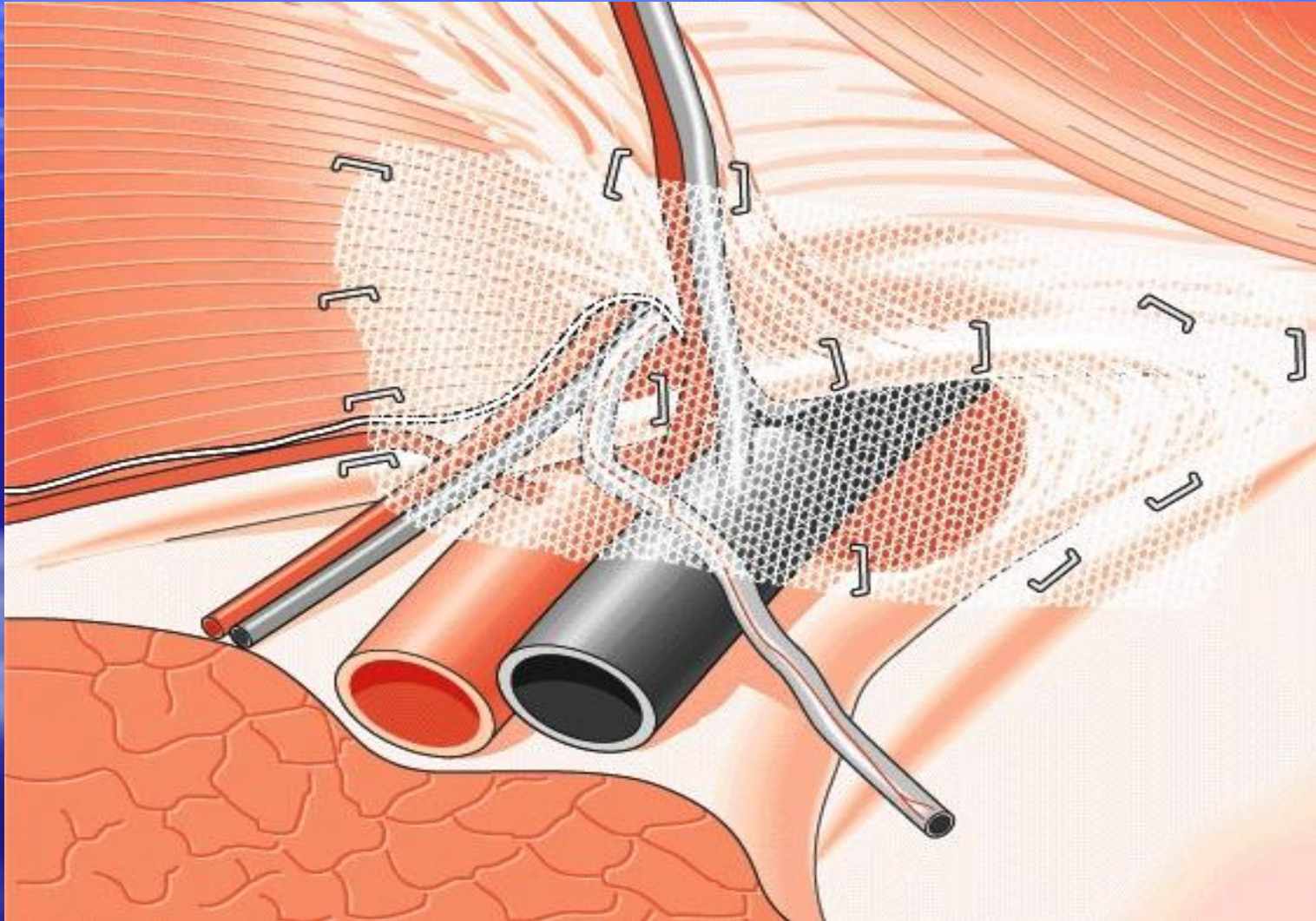
# Операция Лихтенштейна



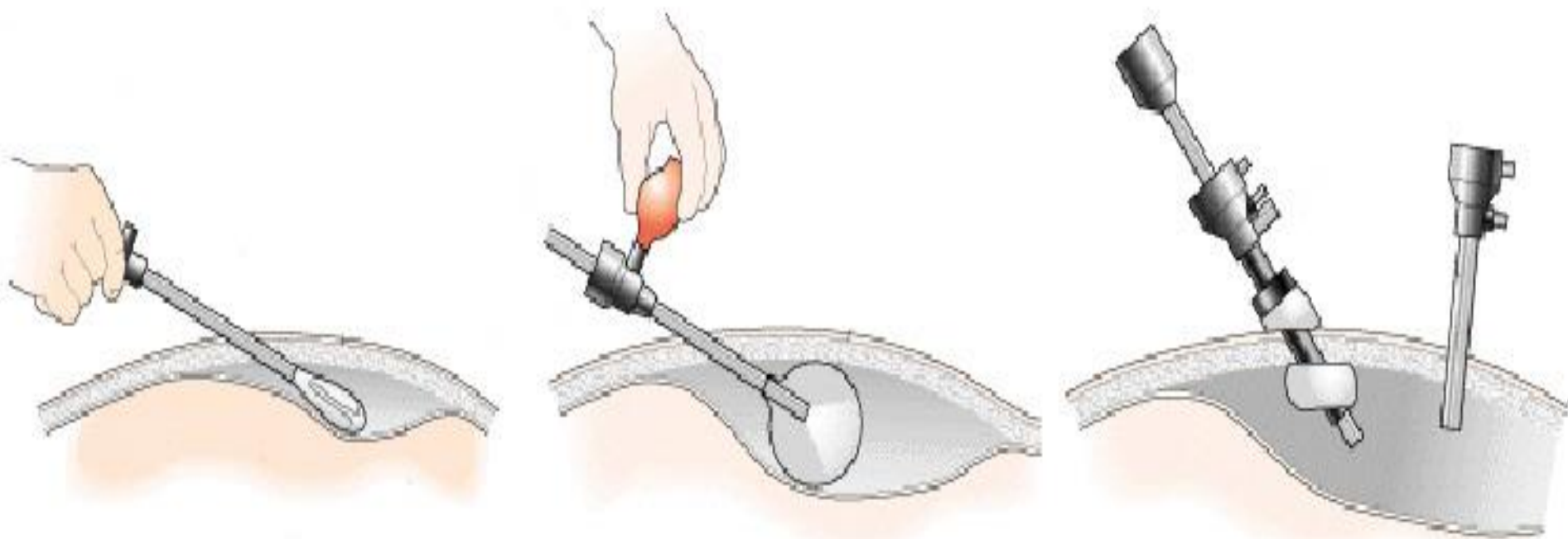




# Трансабдоминальная преперитонеальная пластика – 1991 (TAPP)

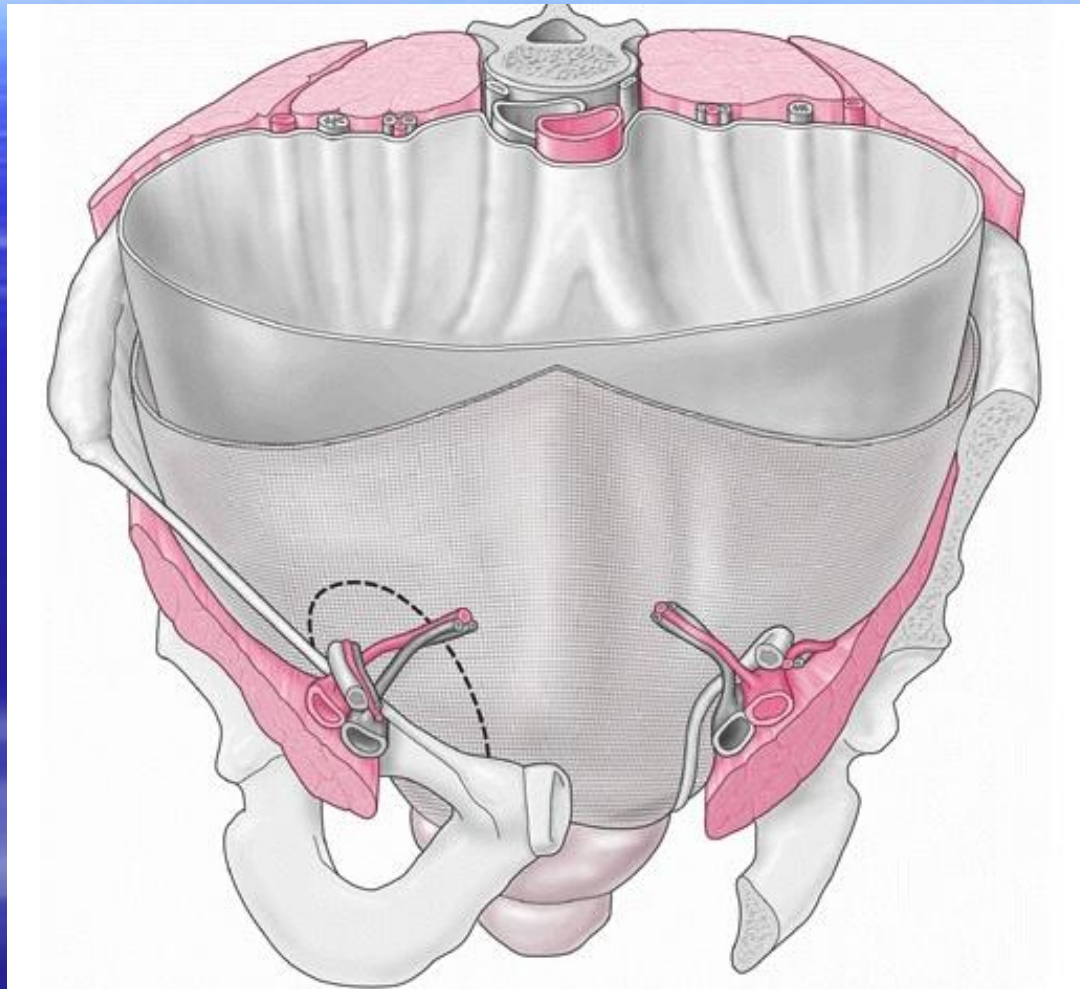


# Тотальная эндоскопическая преперитонеальная пластика 1993 (ТЕР)



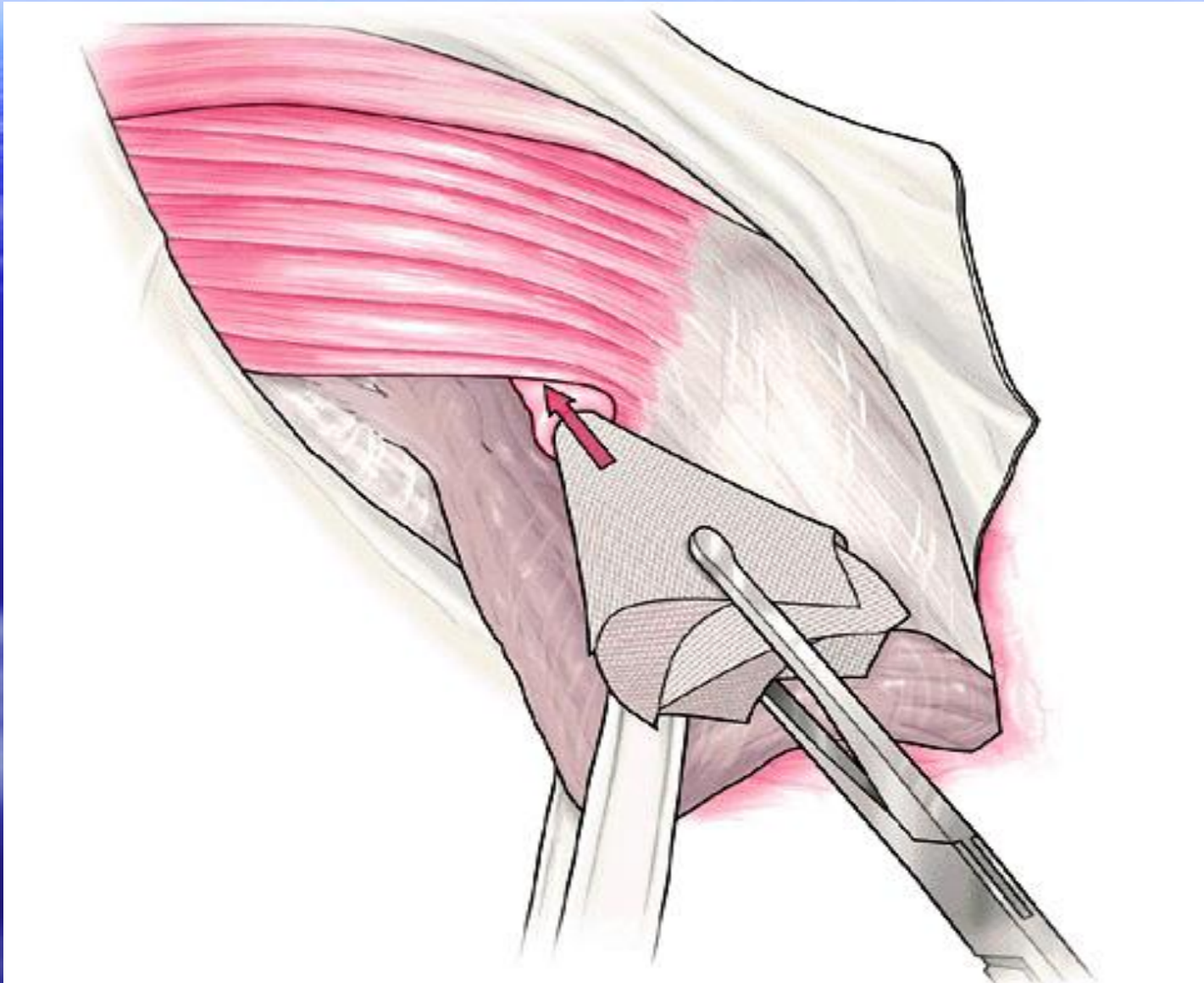


# Операция Stoppa, 1967



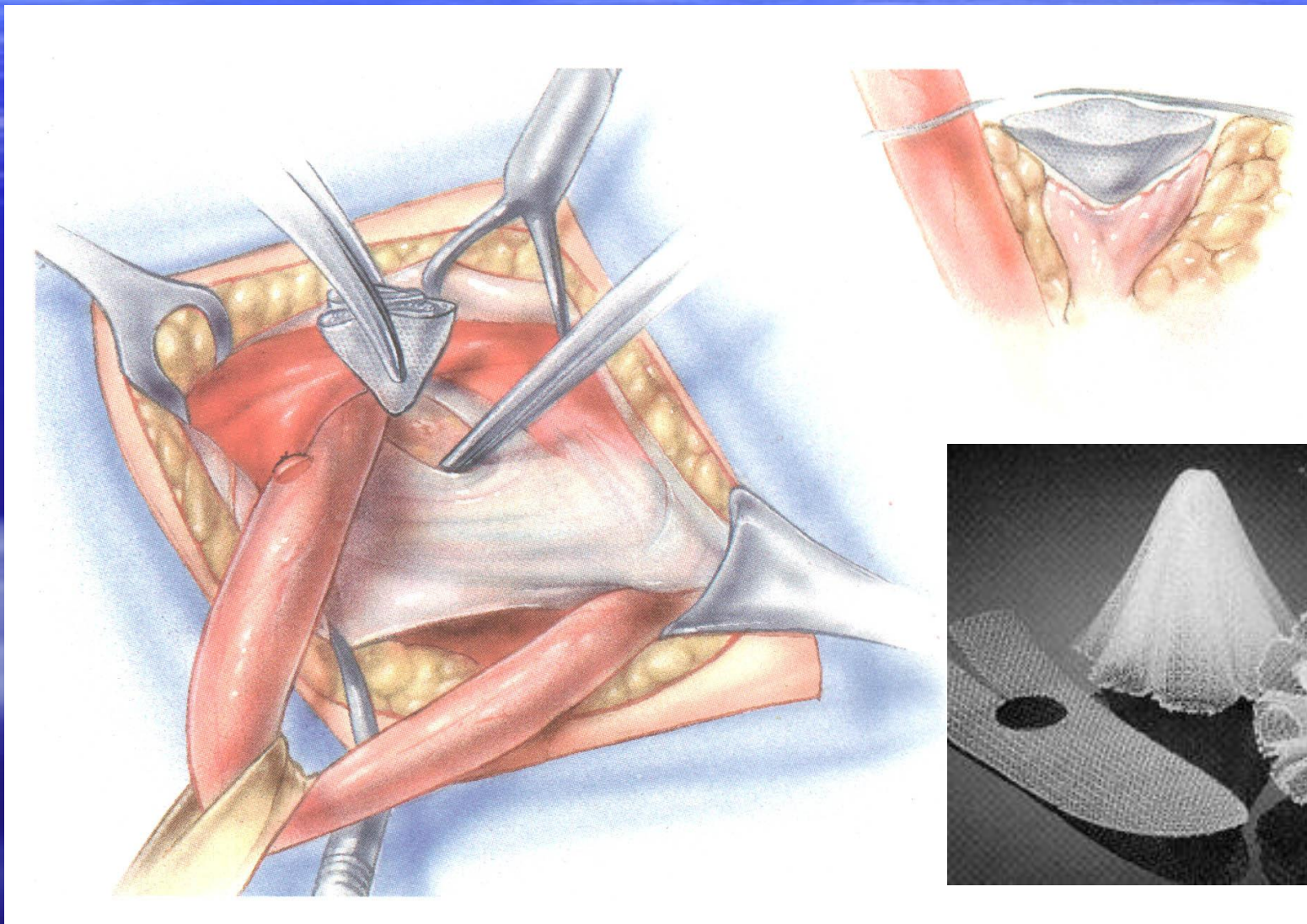
Уровень рецидивов по данным R.Stoppa 0,56 – 1,1%  
по данным ведущих клиник Европы – 0 – 7%.

# Бесшовная пластика по Gilbert ,1985



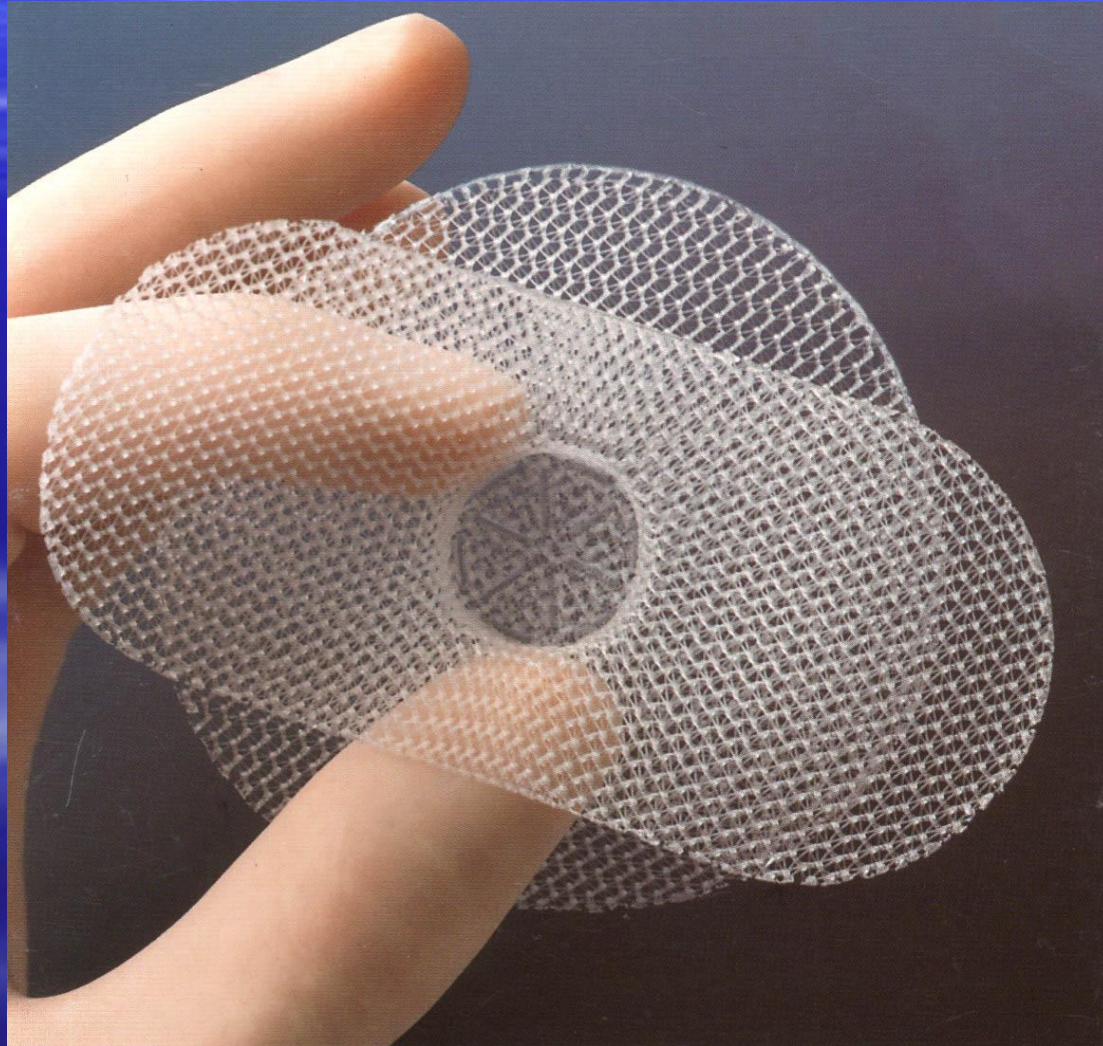


# Пластика по Ruttkow-Robbins 1995 (Plug and Patch)





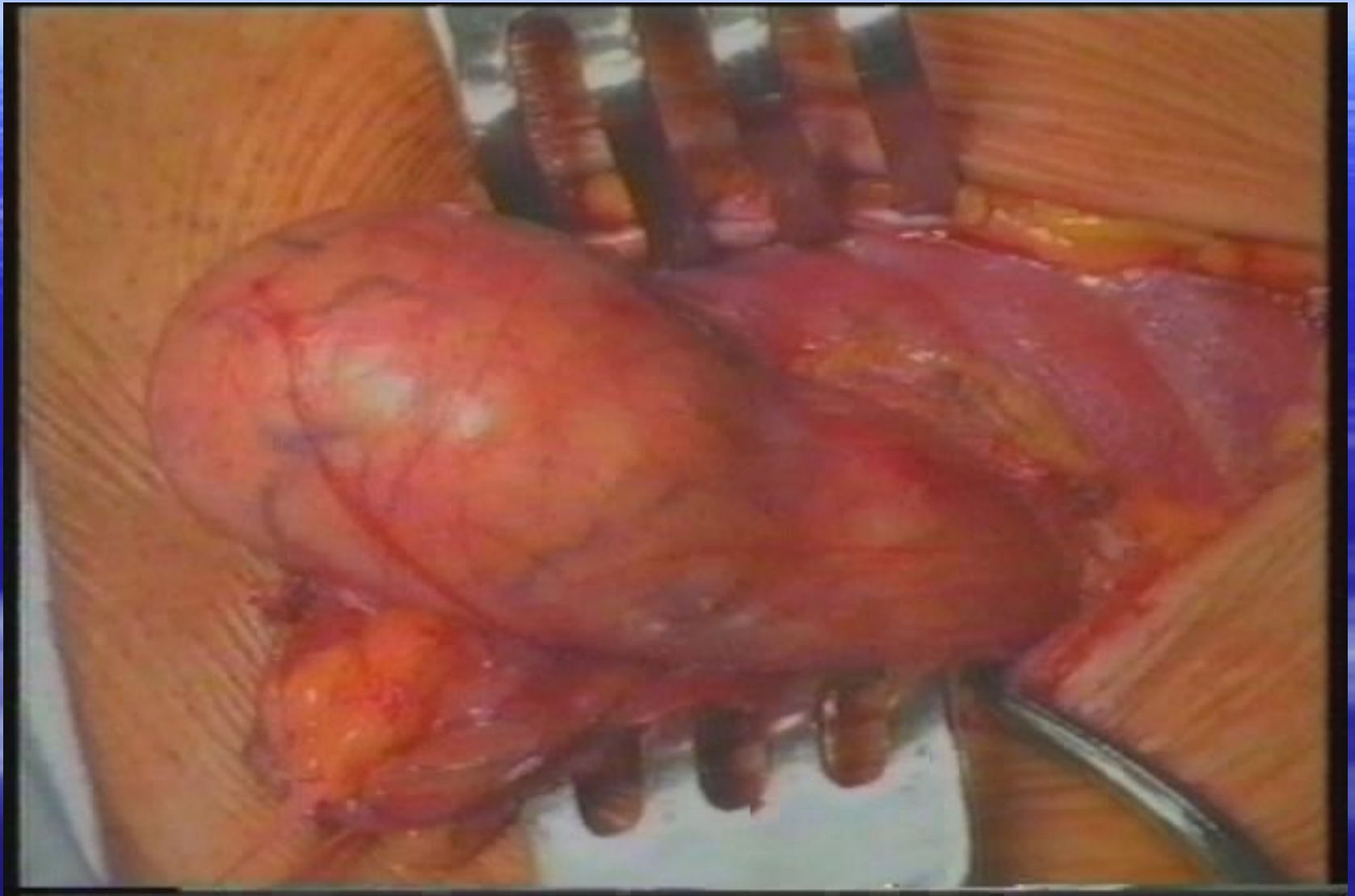
# PHS (prolene-hernia-system) – 1997 (Gilbert)



# Выбор метода пластики

- При бедренной грыже (VII тип) - протезная пластика
- Независимо от локализации дефекта следует отдавать предпочтение протезированию преперитонеального пространства:
- Оптимально – протезирование с PHS







# Бедренные грыжи

- Бедренного канала в норме нет. В случае выхождения внутренностей через бедренное кольцо формируется бедренный канал длиной до 2 см. Стенками его являются: спереди - задненижняя поверхность паховой связки, поверхностный листок широкой фасции бедра, сзади - гребенчатая связка (связка Купера) и фасция гребенчатой мышцы, медиально - лакунарная связка, латерально - фасциальный футляр бедренной вены.
- Внутренним отверстием бедренного канала является бедренное кольцо, а наружным - овальная ямка - отверстие в широкой фасции бедра через которое проходит большая подкожная вена бедра.
  - “Corona mortis” - a.obturaforia, ветвь a.hypogastrica, иногда отходит от a.epigastrica inferoir и идет по верхнему внутреннему и нижнему краям бедренного канала, как бы охватывая шейку грыжевого мешка. В таком случае все стенки представлены сосудами.



# Вентральные грыжи









# Классификация К.Д.Тоскина и В.В. Жебровского (1990)

- малые - локализуются в какой-либо области передней брюшной стенки, не изменяют конфигурацию живота;
- средние - занимают часть какой-либо области передней брюшной стенки, выпячивая ее;
- Обширные - полностью занимают какую-либо область передней брюшной стенки, деформируя живот;
- гигантские - захватывают две-три и более области передней брюшной стенки, резко деформируя живот и создавая неудобства при ходьбе

М1:надпупочная





М2: околопупочная





**МЗ: подпупочная**





**M4: мечевидно-лобковая**





L1: подреберная





**L3: подвздошная**





**L4: поясничная**



# Показания к оперативному лечению

группа  
1

**больные нуждаются в  
хирургическом  
лечении**

группа  
2

**больные нуждаются в оперативном  
лечении только после проведения  
предоперационной специальной подготовки  
и лечения сопутствующих заболеваний**

группа  
3

**больным хирургическая санация не показана  
из-за тяжести общего состояния или ее  
бесперспективности после уже многократно  
проведенных оперативных вмешательств**

группа  
4

**больные воздерживаются  
от оперативного лечения**



**Противопоказаниями к оперативному лечению при больших послеоперационных вентральных грыжах являются снижение жизненной емкости легких (ЖЕЛ), минутной вентиляции легких (МВЛ) и резерва дыхания (РД) после перемещения грыжевого содержимого в брюшную полость более чем на 60%**

# Классификация методов пластики передней брюшной стенки

- **А. С использованием собственных тканей Аутологичная пластика**
  - 1. Ушивание брюшной стенки «край в край»
  - 2. Удвоение брюшной стенки
  - 3. Реконструкция брюшной стенки: тканями, взятыми за пределами брюшной стенки, тканями, взятыми вблизи грыжевых ворот, свободными лоскутами фасций и кожи.
- **Б. • Эксплантатная (алло-) пластика (современные полимерные материалы: полиэстер, полипропилен, политетрафторэтилен и др.)**
- **В. Комбинированная пластика**
  - • впереди апоневроза (onlay - технология)
  - • позади апоневроза (inlay - технология)
  - • впереди и позади апоневроза (onlay-inlay – технология)

## Основные этапы оперативного лечения послеоперационных вентральных грыж включают:

- оперативный доступ к грыжевым воротам;
- вскрытие грыжевого мешка и отделение органов брюшной полости от его стенок;
- частичное или полное иссечение грыжевого мешка;
- мобилизация и экономное иссечение краев грыжевых ворот;
- пластика передней брюшной стенки;
- зашивание операционной раны.



# Полипропиленовая сетка

- **Ушер (Usher)** В 1960-62 гг. Ушер сообщил о 541 операции с сеткой Марлекс
- **Пикок (Peacock)** В феврале 1989 г. главный редактор Американского журнала хирургии заключил, что следует полностью отказаться от ушивания прямых паховых грыж собственными тканями
- **Лихтенштейн (Lichtenstein)** сообщил о 1000 последовательно прооперированных больных с первичной пластикой паховых грыж без натяжения

# Идеальный протез

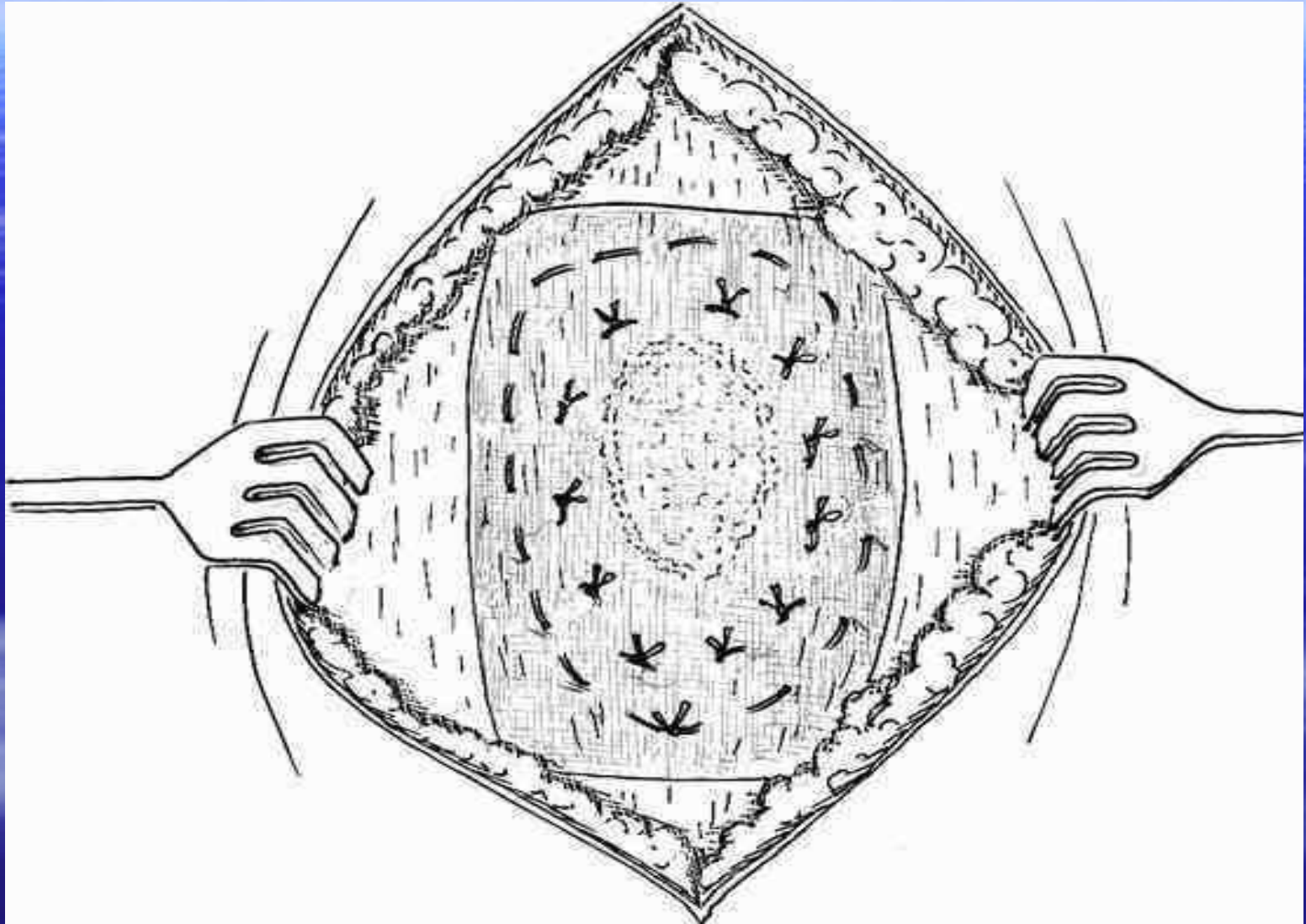
- Не должен физически размягчаться тканевыми соками.
- Должен быть химически инертным.
- Не должен вызывать воспаления или отторжения.
- Не должен обладать канцерогенными свойствами.
- Не должен вызывать аллергию или сенсibilизацию.
- Должен обладать механической прочностью.
- Должен быть пригоден для фабричного изготовления.
- Должен быть пригоден для стерилизации.

# Показания к протезирующим операциям

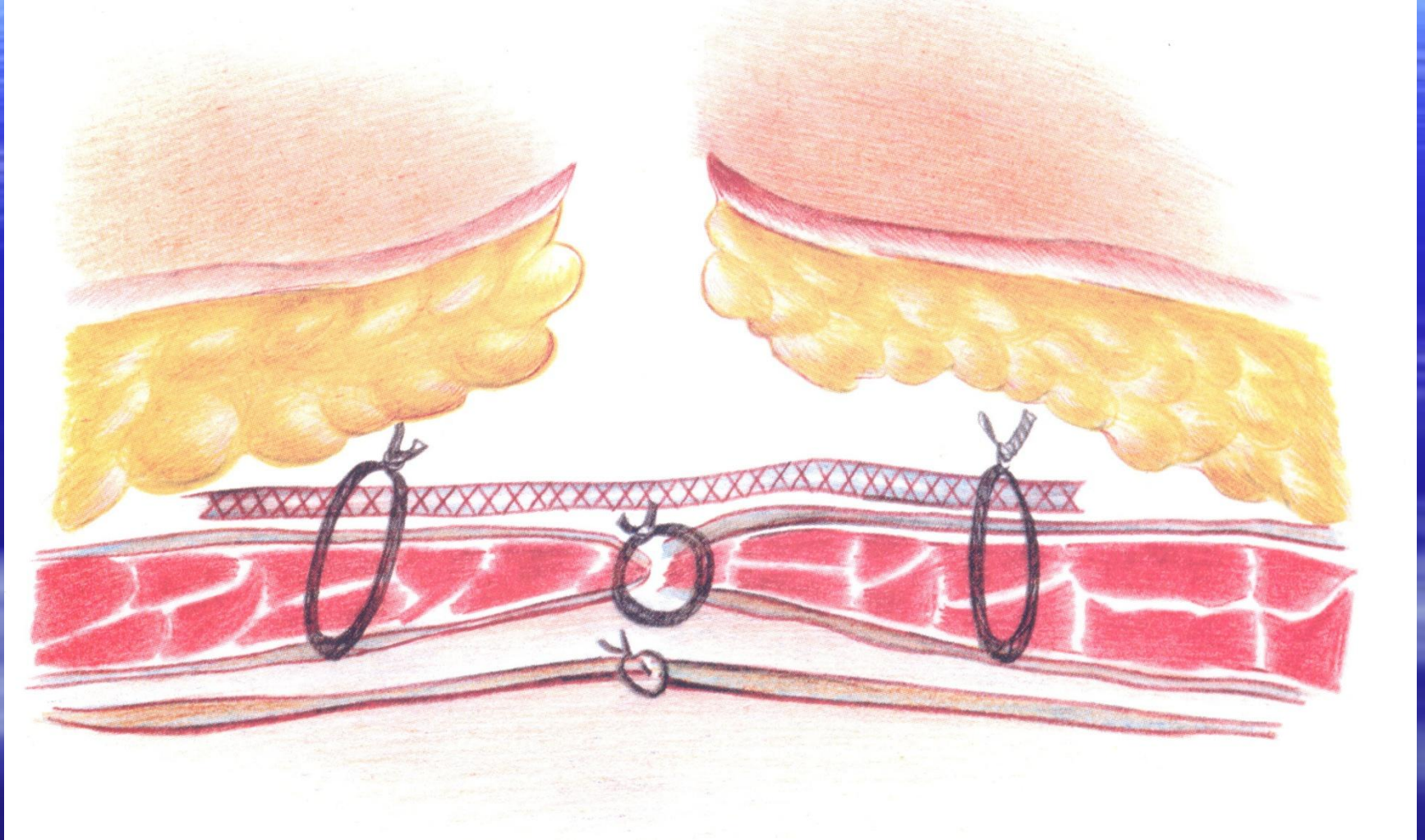
- рецидивные и многократно-рецидивирующие вентральные грыжи;
- грыжи больших размеров (обширные и гигантские) при дряблой брюшной стенке в связи с атрофией мышц, фасций и апоневроза
- случаи вентральных грыж с множественными грыжевыми воротами
- все случаи грыж, возникших на фоне признаков грыжевой болезни



# ONLAY

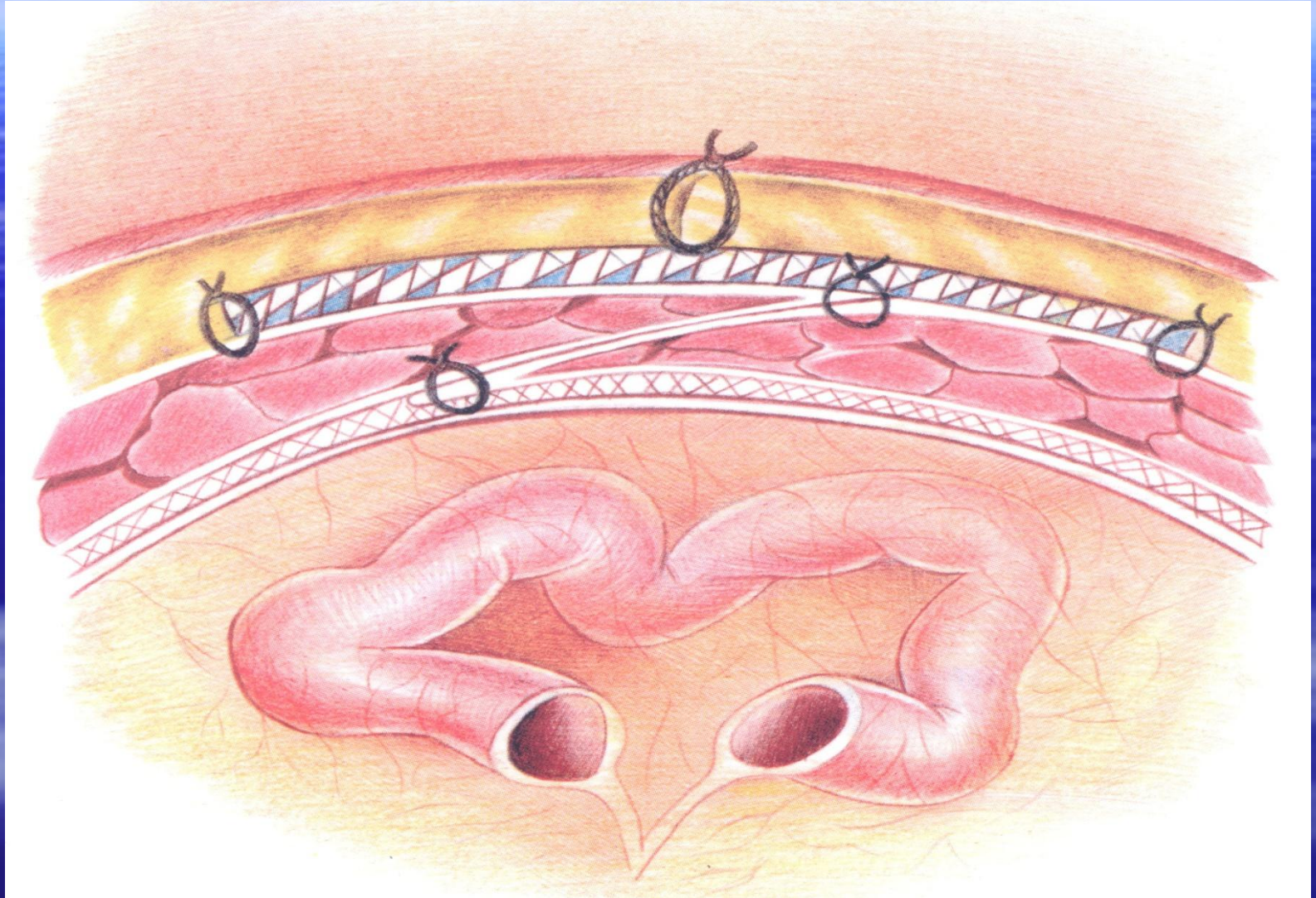


# ONLAY





# ONLAY

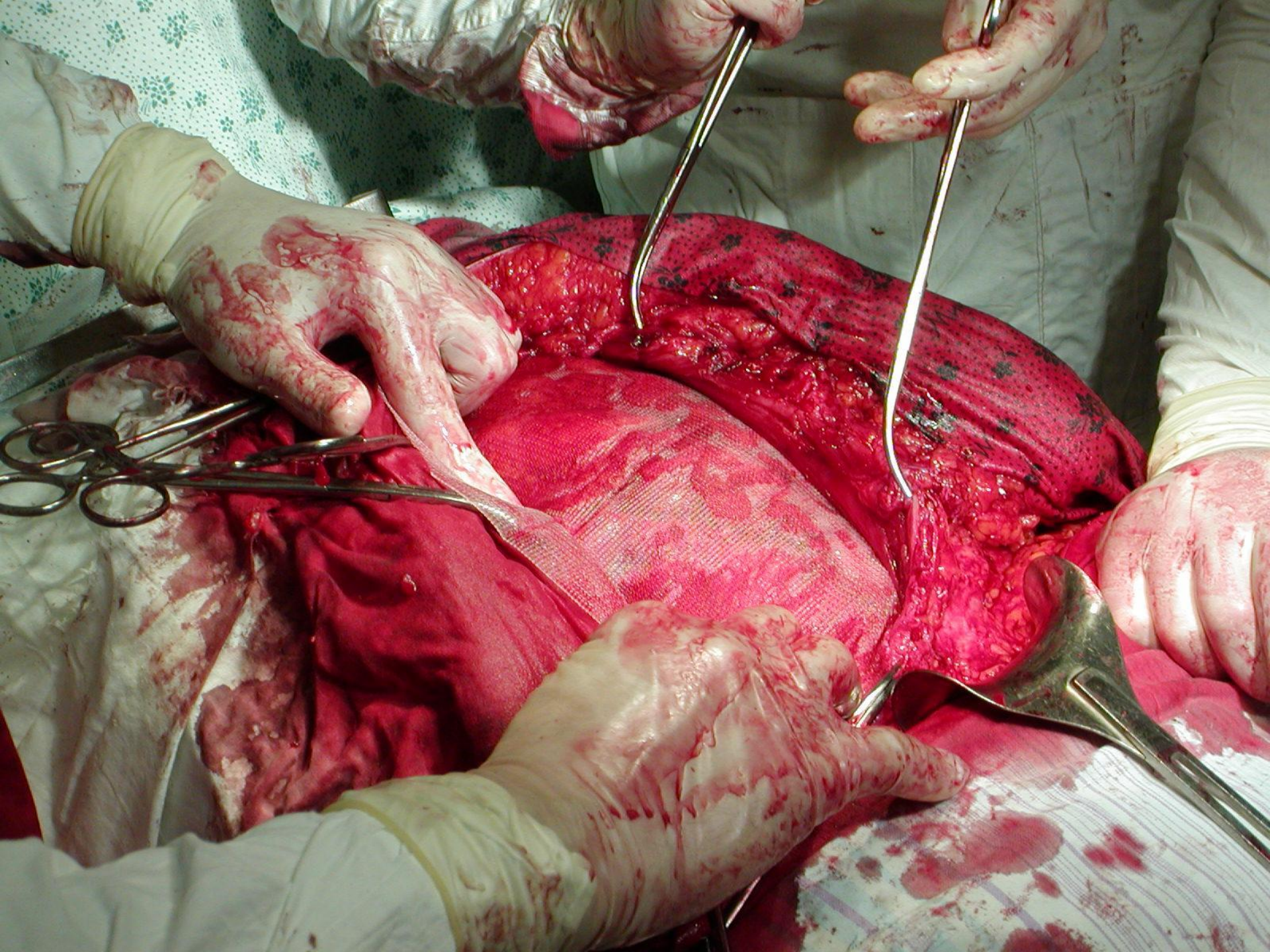






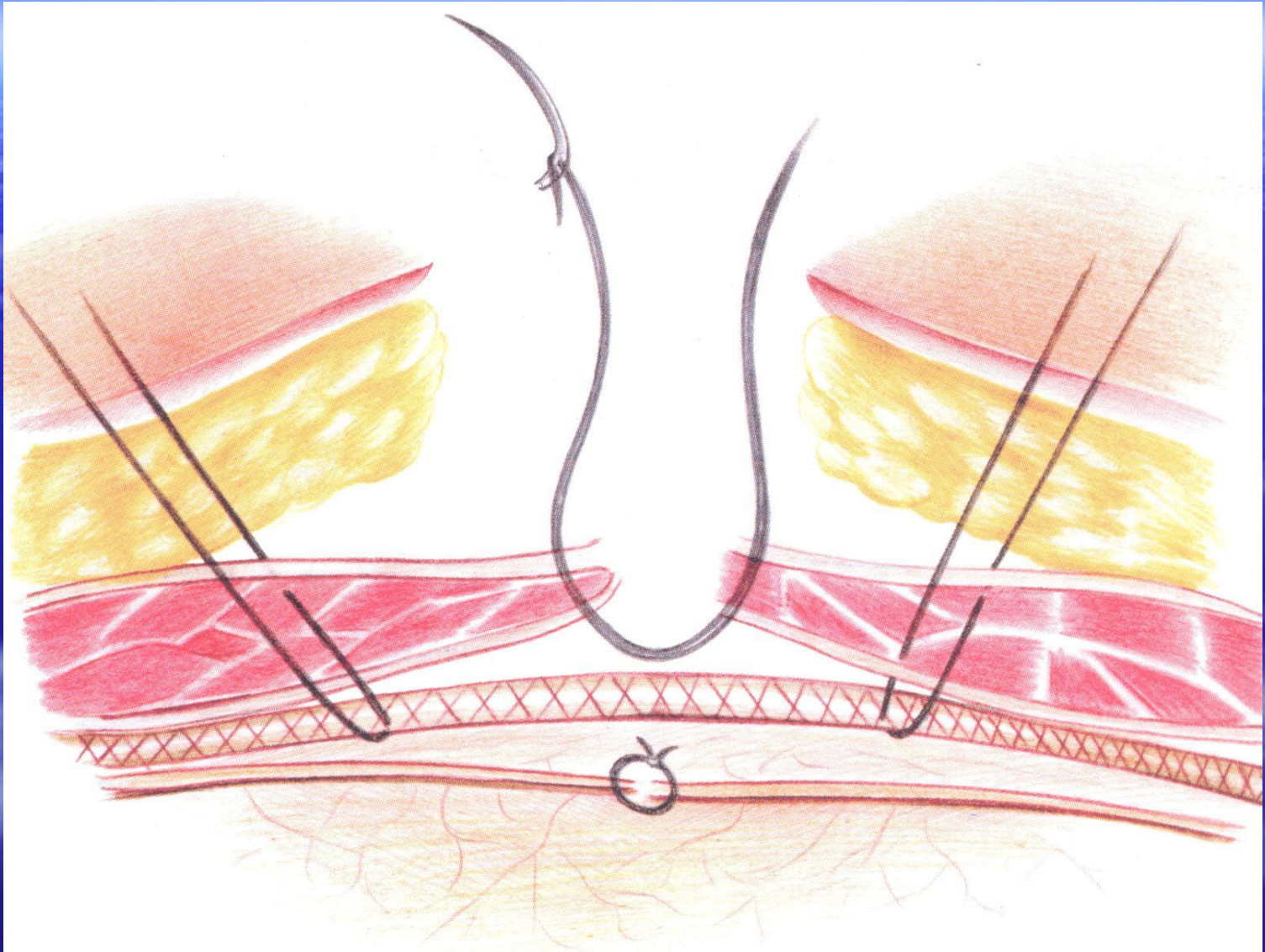
onlay incisional hernia repair





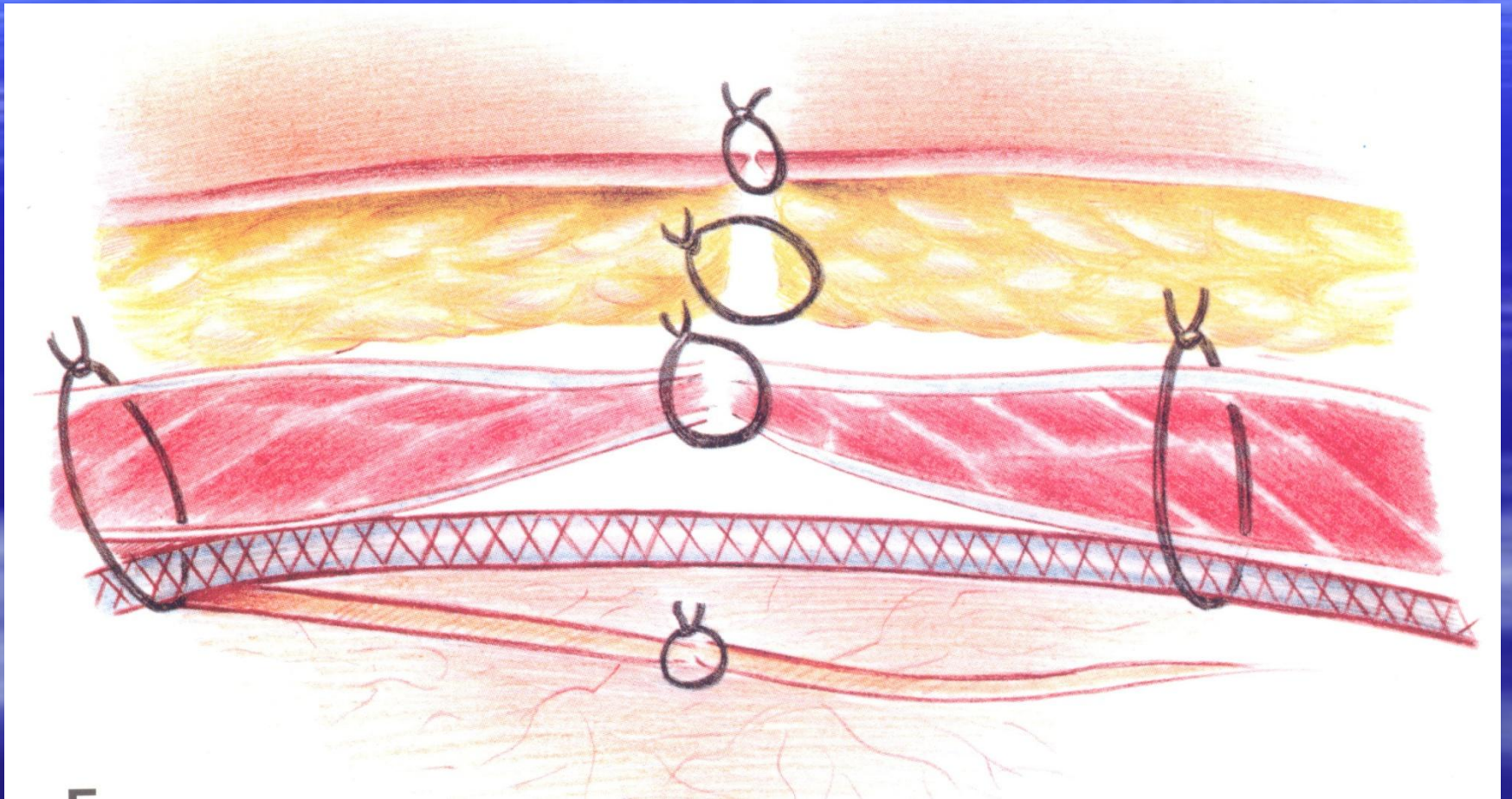


# INLAY





# INLAY



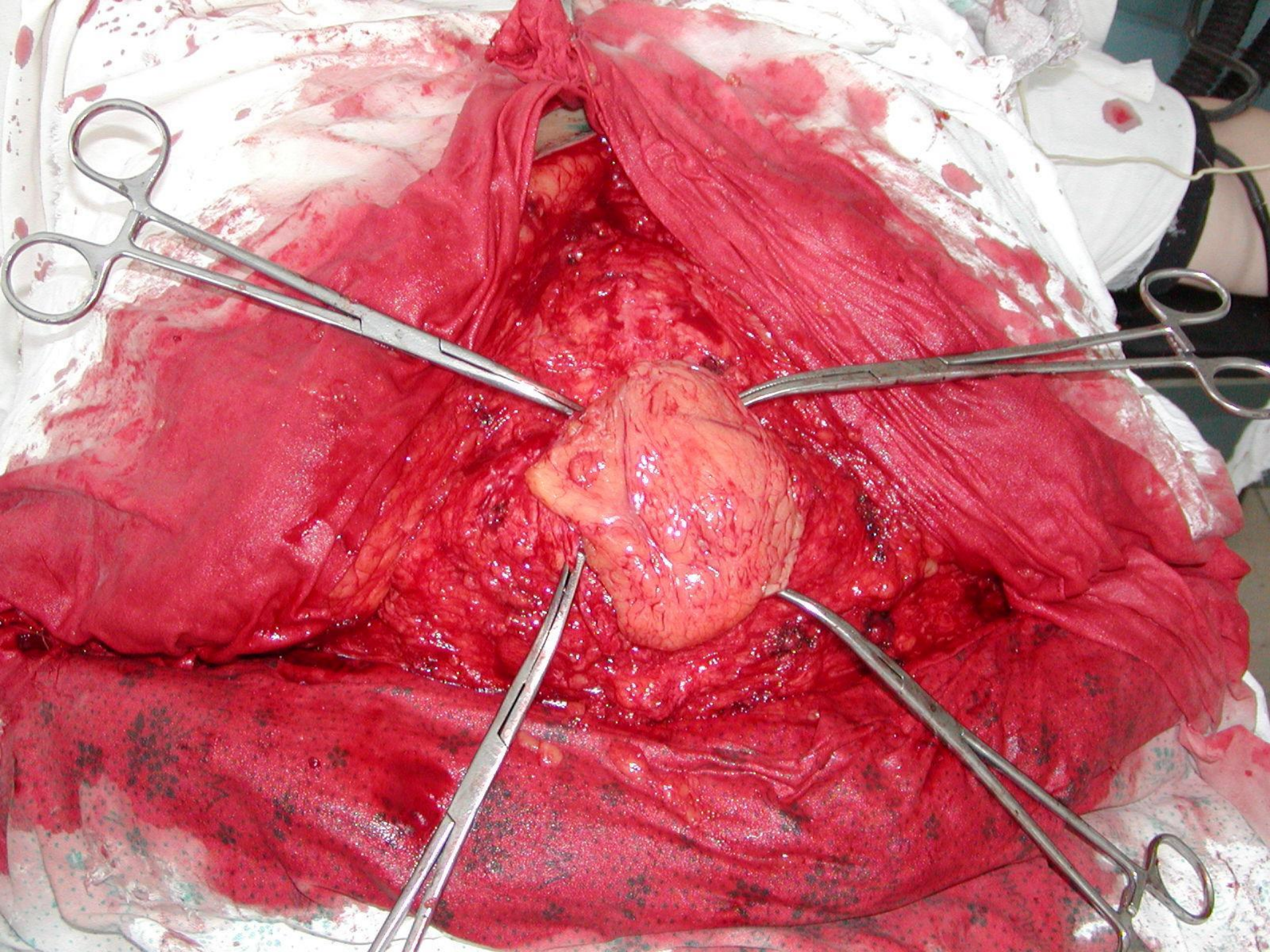




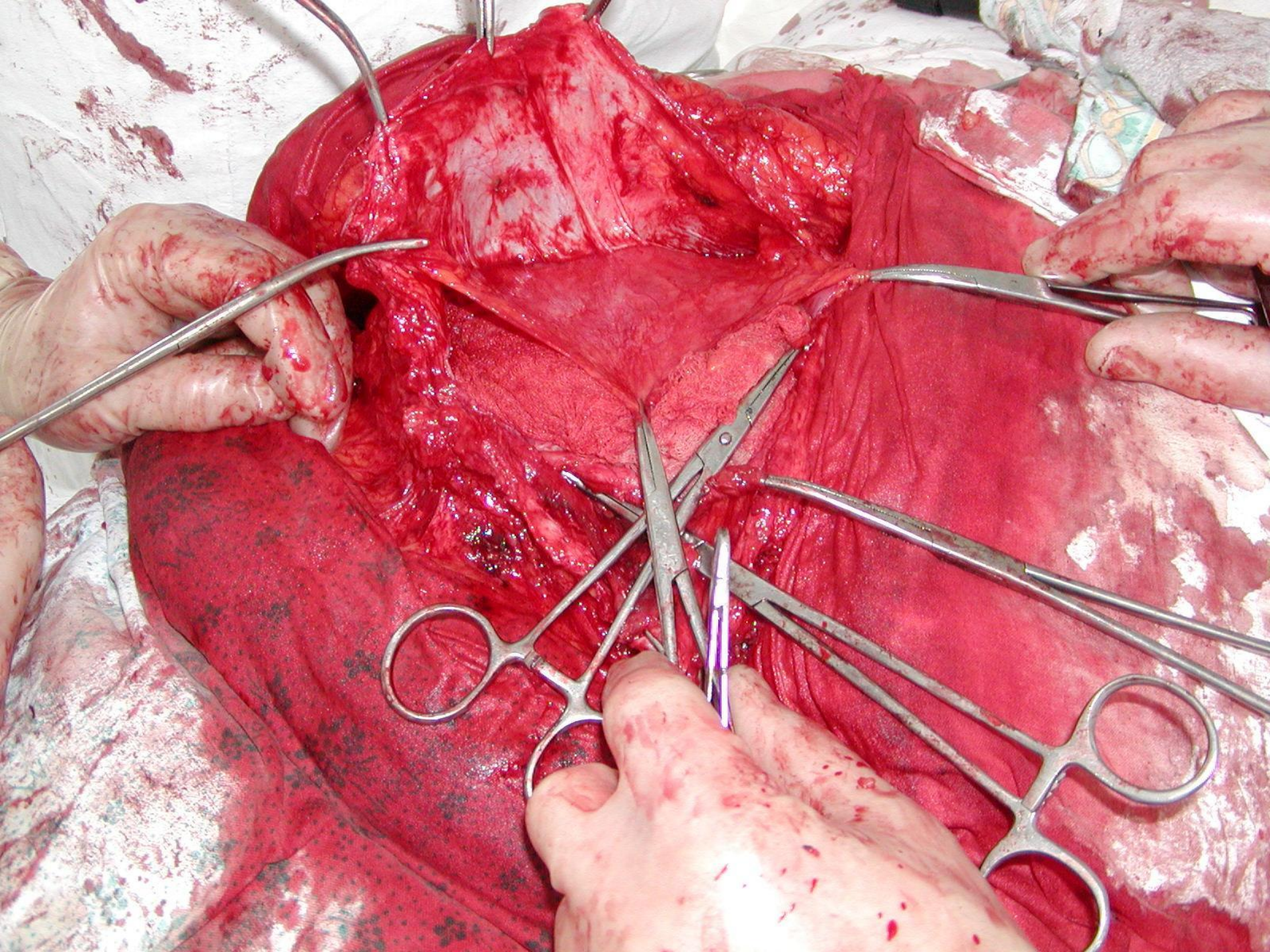




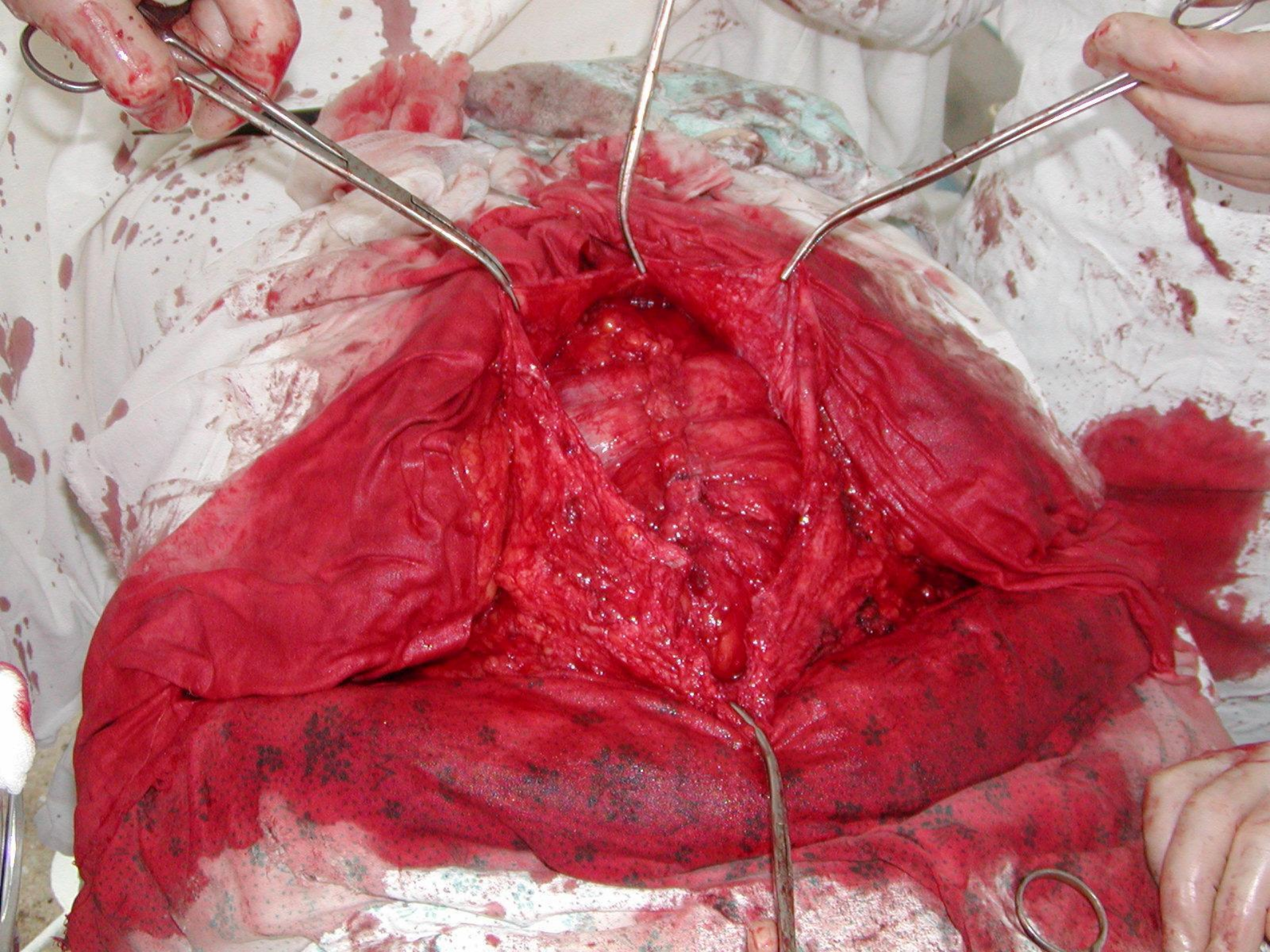




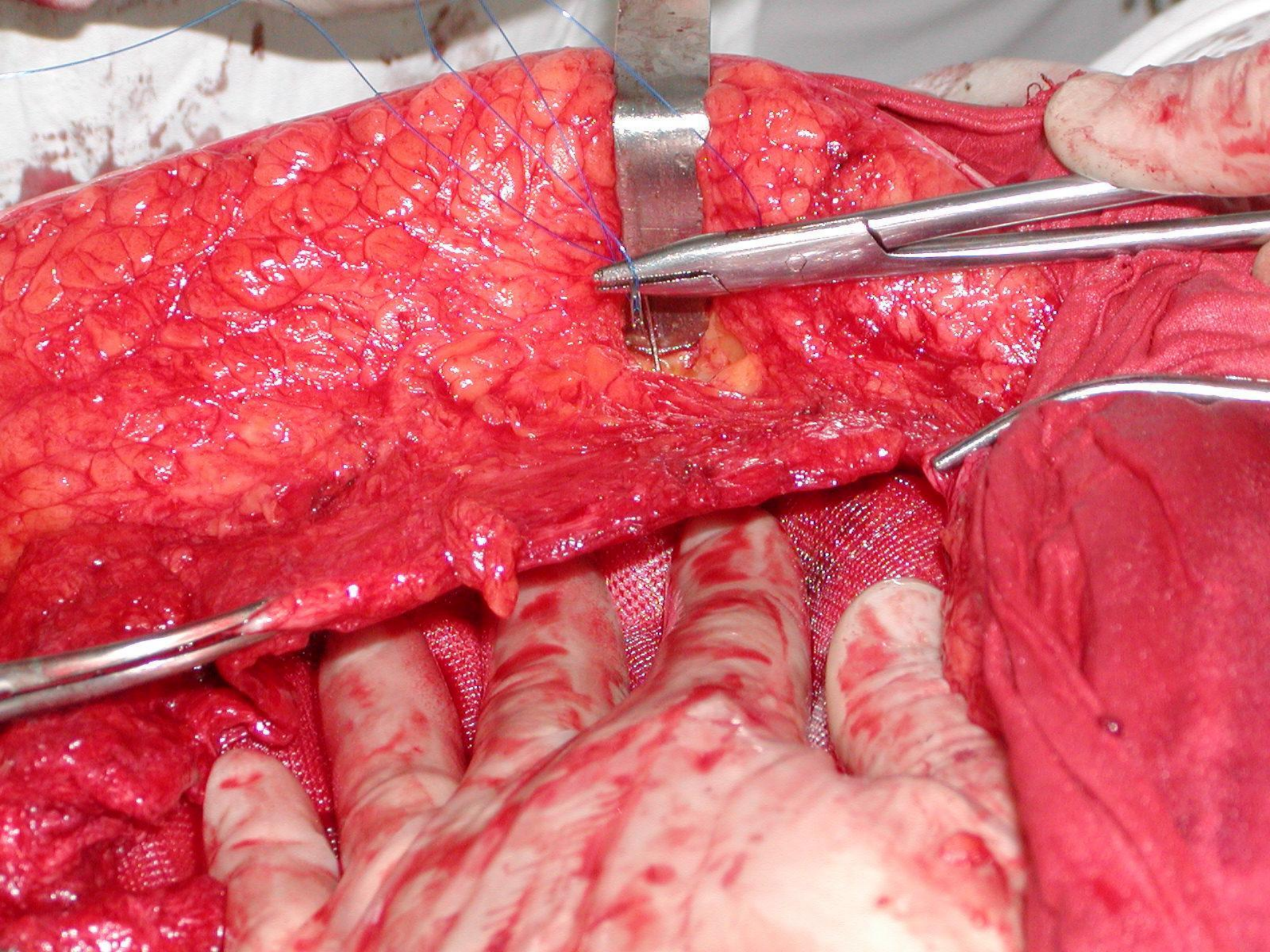




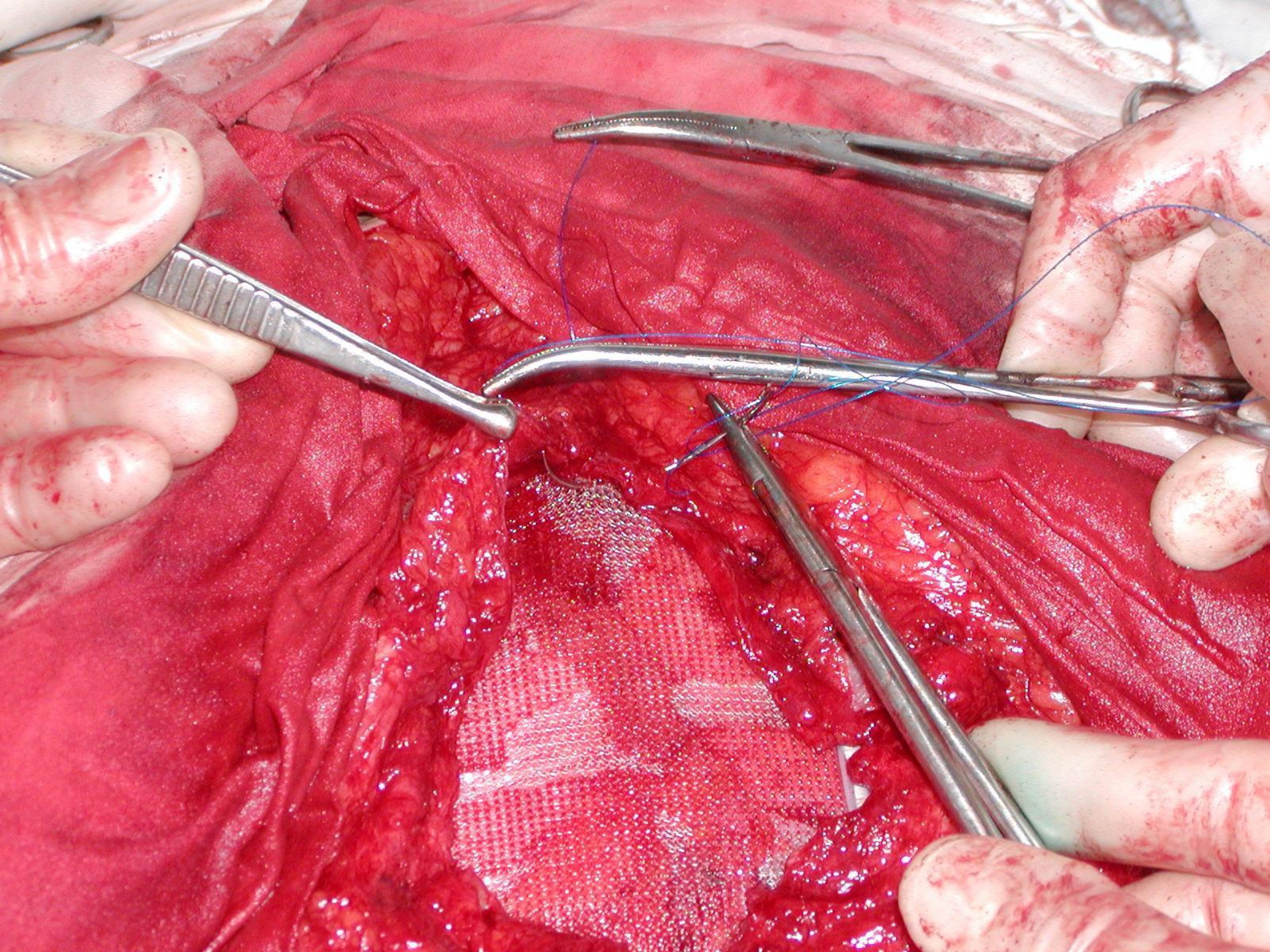










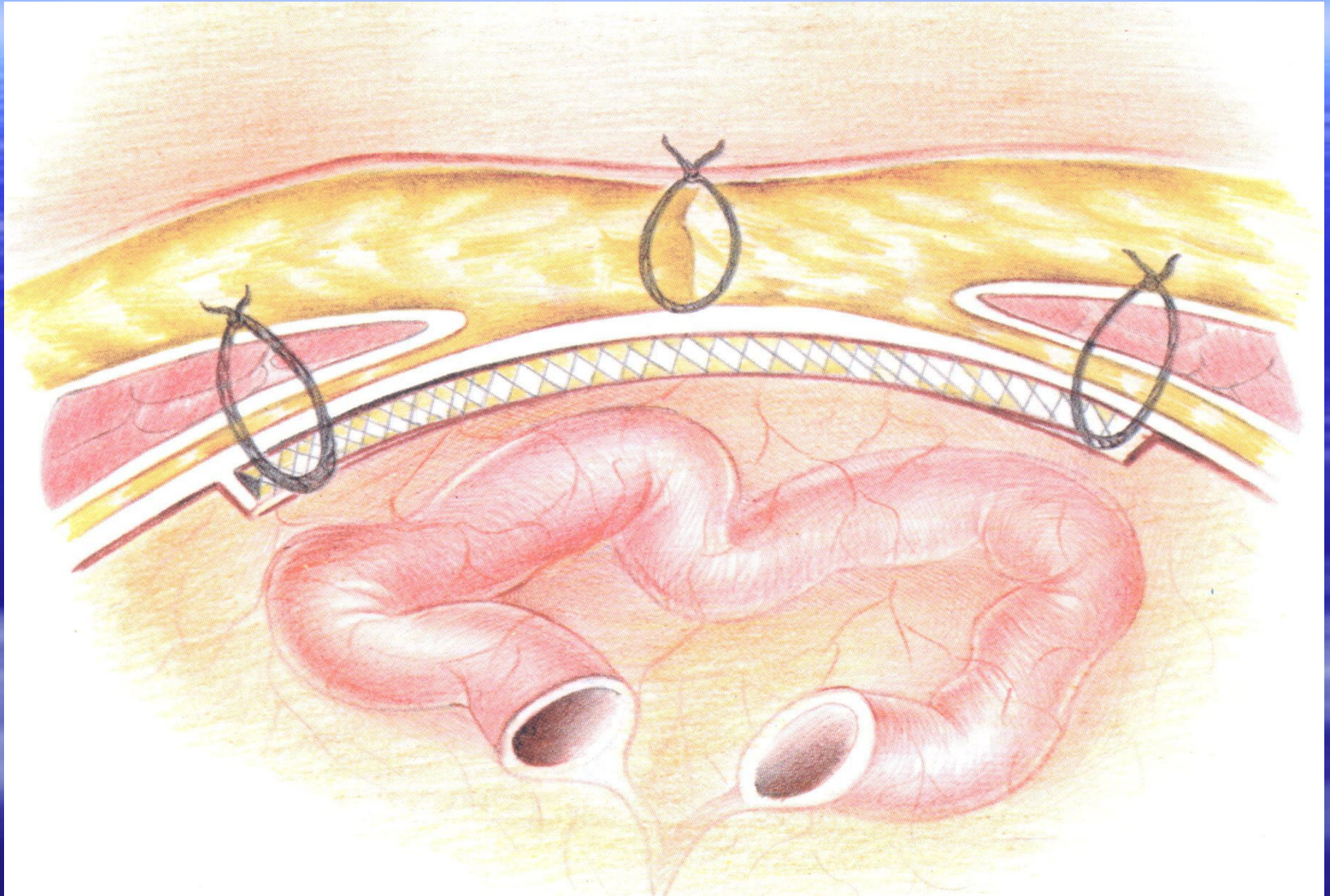








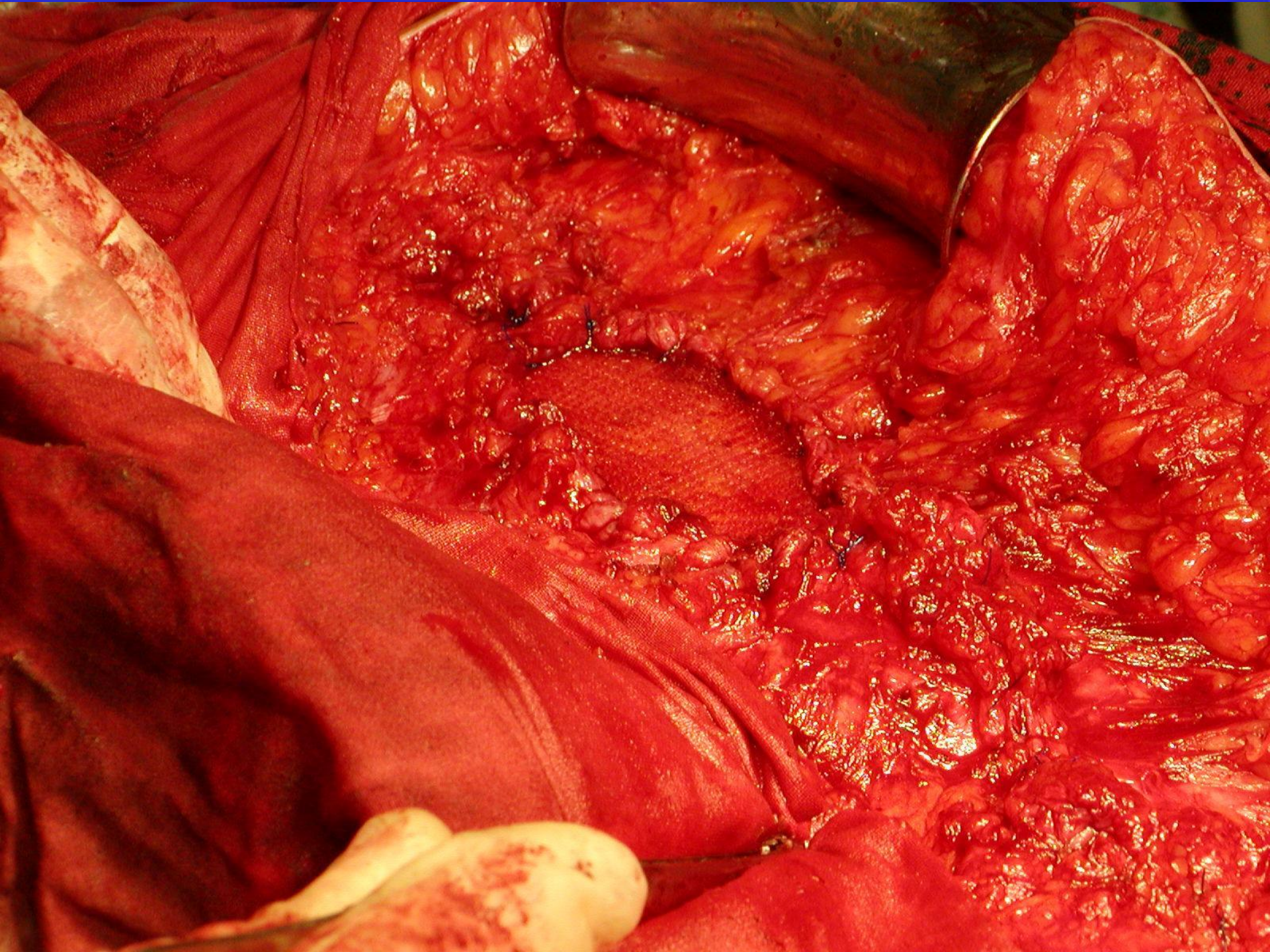
# TENSION FREE



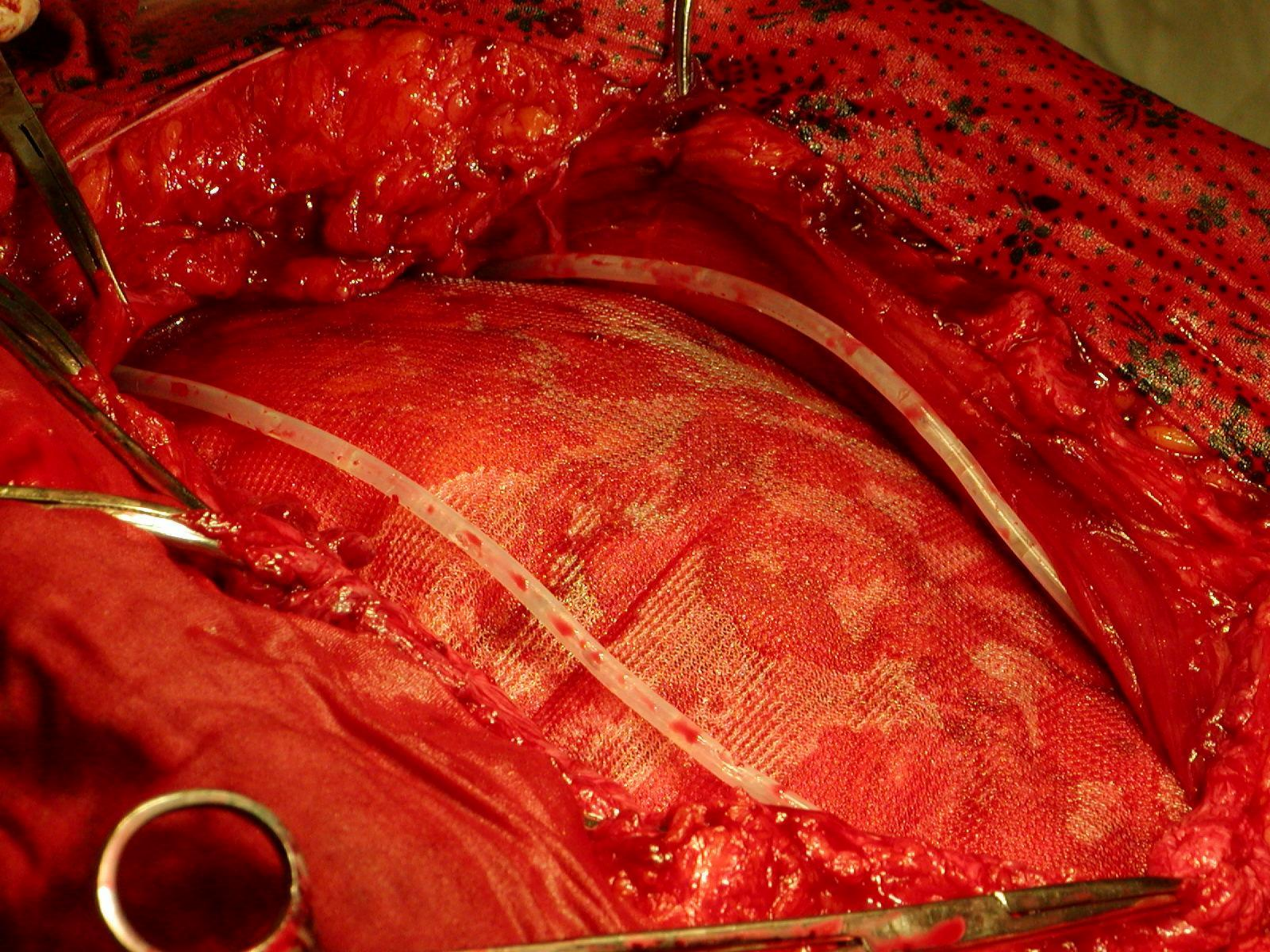






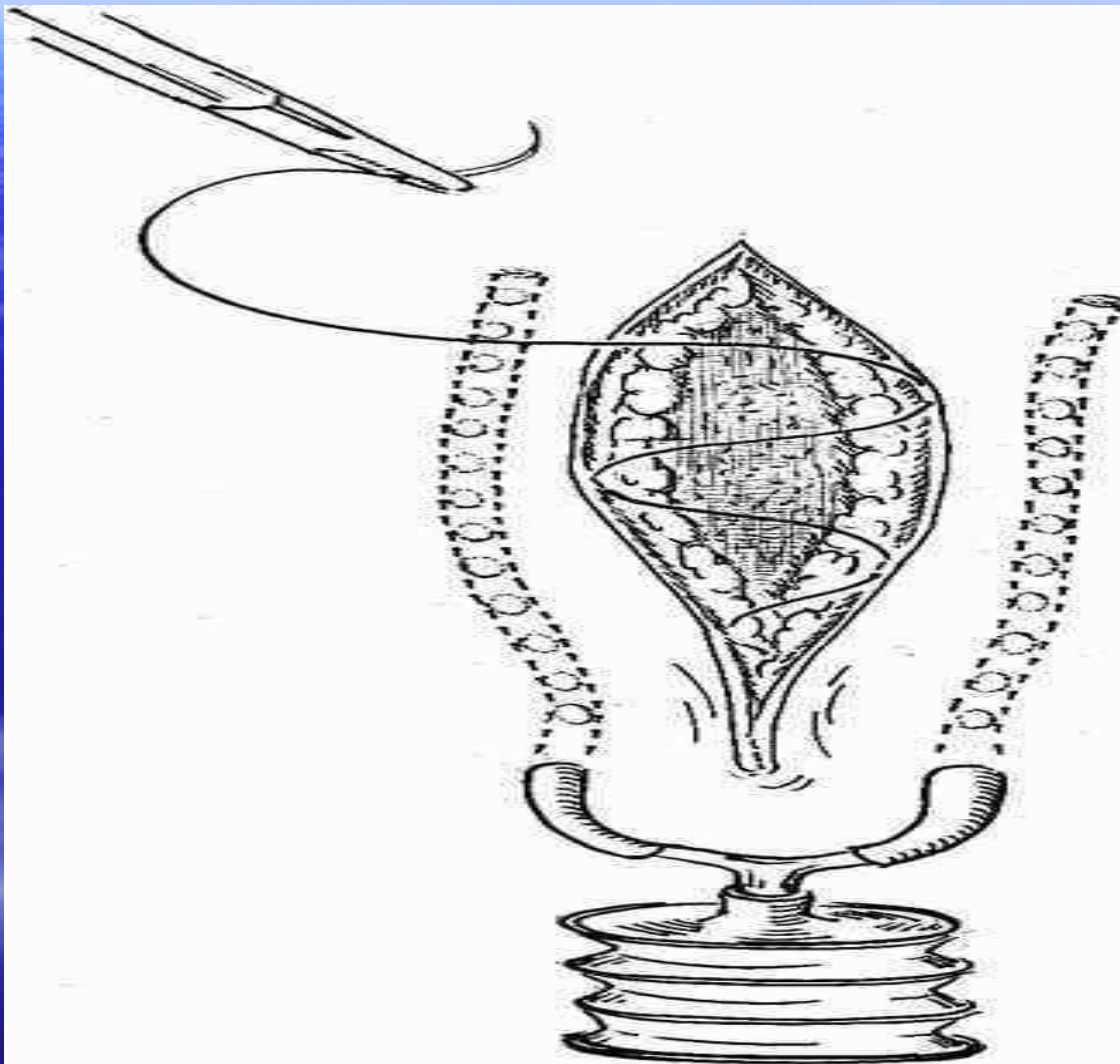








# Дренирование раны



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

*Nyhus, 1986 год*