ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия
Кафедра госпитальной хирургии

Лечение паховых грыж

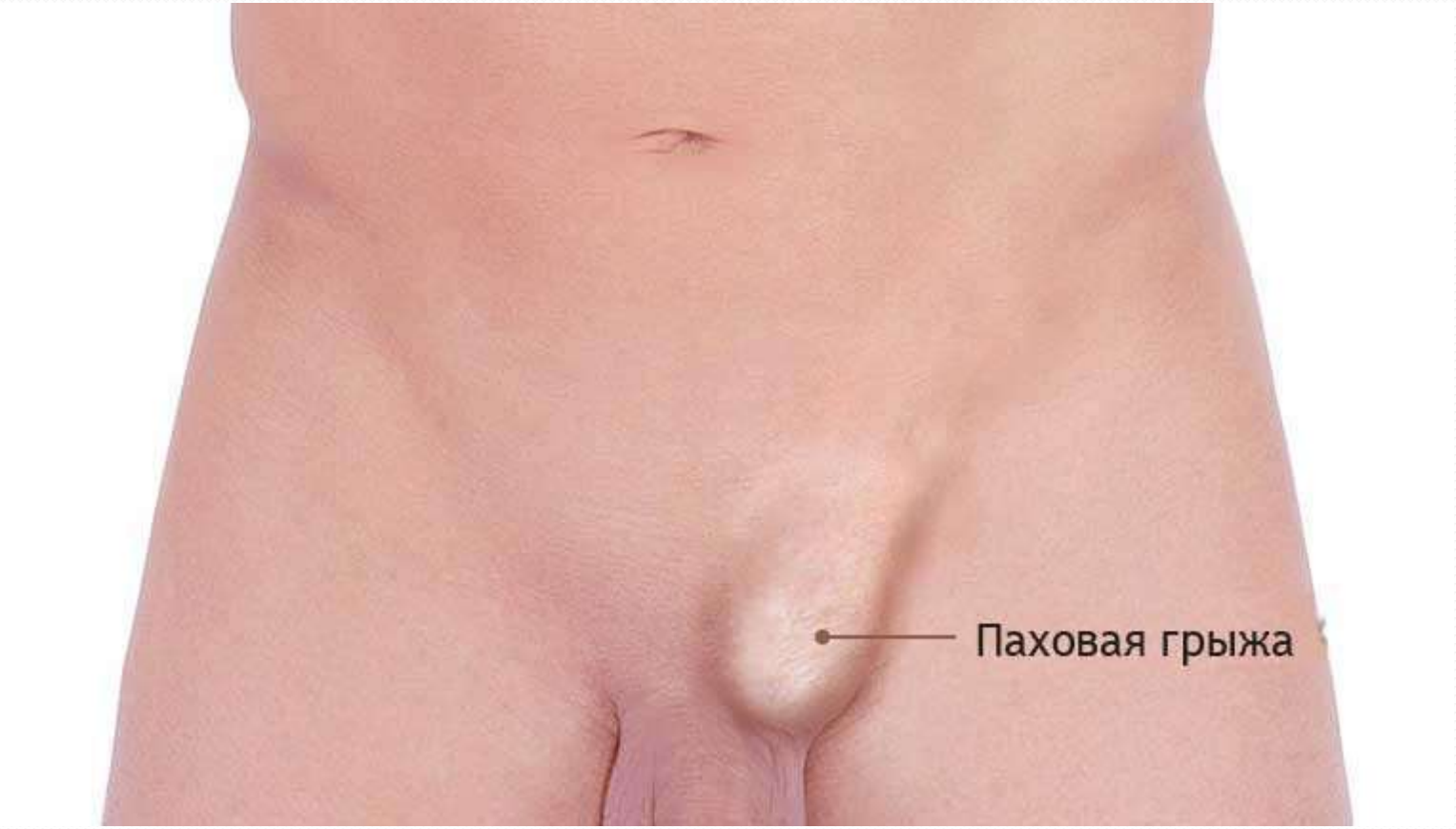
Руководитель: Вотьев И.В.

Выполнил: врач-интерн
Зимина В.Г.

Чита 2016 год

Паховая грыжа наиболее часто встречающаяся грыжа.

Причиной ее формирования является слабость задней стенки пахового канала.



Классификация:

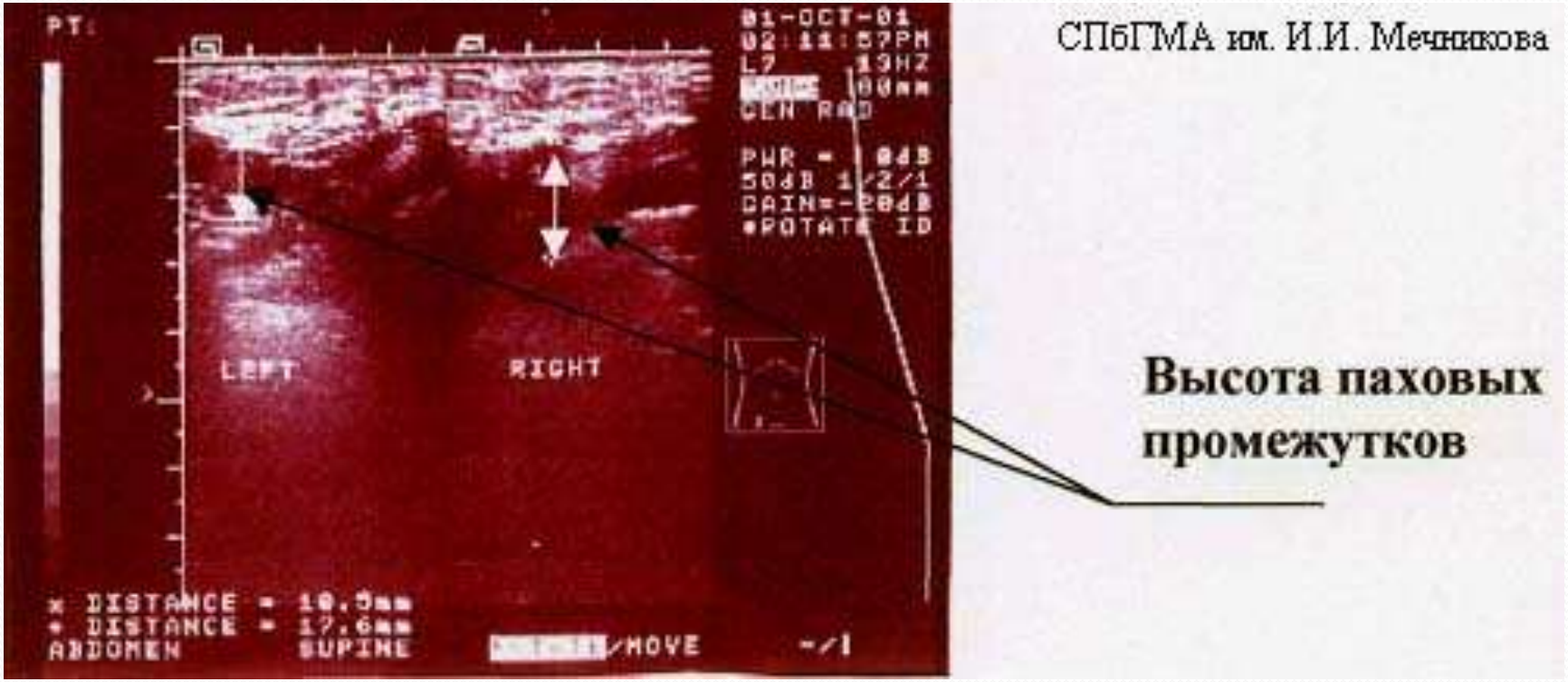
- Врожденные
- Приобретенные

- Прямые (грыжевые ворота располагаются в области медиальной паховой ямки. Прямая паховая грыжа проходит сзади наперед через канал. Нередко является скользящей.);
- Косые (грыжевые ворота располагаются в области латеральной ямки. Имеет в своём развитии следующие стадии: начальная, канальная, собственно паховая, пахово-мошоночная, спрямлённая .);
- Скользящие;
- Рецидивные паховые грыжи.

- Диагностика паховой грыжи в типичных случаях не вызывает затруднений. Пациентов беспокоят боли, дискомфорт, жжение в паховой области, особенно при физической нагрузке. При наружном осмотре определяется выпячивание в паховой области, которое может опускаться в мошонку (при косой паховой грыже). Во время осмотра врач исследует паховый канал (размеры наружного пахового кольца, наличие или отсутствие грыжевого мешка в паховом канале, вправимая или невправимая грыжа и т.д.) В редких случаях при неясных болях в паховой области для исключения грыжи выполняется УЗИ пахового канала и герниография.

- **УЗИ грыжи**

позволяет отличить небольшие невправимые грыжи от мягкотканных доброкачественных опухолей подкожной жировой клетчатки (например липомы), лимфоузлов паховой области. При паховых грыжах УЗИ позволяет до операции изучить анатомию пахового канала и соответственно до операции запланировать оптимальный для данного пациента способ устранения грыжи.



- **Герниография:**

Герниографии - это инвазивный метод, заключающийся в введении в брюшную полость специального контрастного вещества (водорастворимый контраст - урографин, омнипак) и исследования распределения контраста по отлогим местам брюшной полости с помощью рентгеноскопического аппарата. Обычно применяется в случае неясных болей в паховой области (для исключения внешне не видной паховой или бедренной грыжи), промежности (для исключения промежностной грыжи). Целесообразно использование герниографии при паховой грыже если есть сомнение в наличии грыжи с противоположной стороны.

Дифференциальный диагноз проводят с:

- Выпячивание: бедренная грыжа, послеоперационная грыжа, увеличение лимфатического узла, аневризма, варикозное расширение подкожных вен, опухоль мягких тканей, абсцесс, аномалии развития половых органов (эктопия яичка). Боль: воспаление сухожилия приводящей мышцы, воспаление лобковой кости, артроз тазобедренного сустава, подвздошно-гребенчатый бурсит, иррадиация поясничной боли. Женщины: исключить бедренную грыжу, эндометриоз.

Лечение:

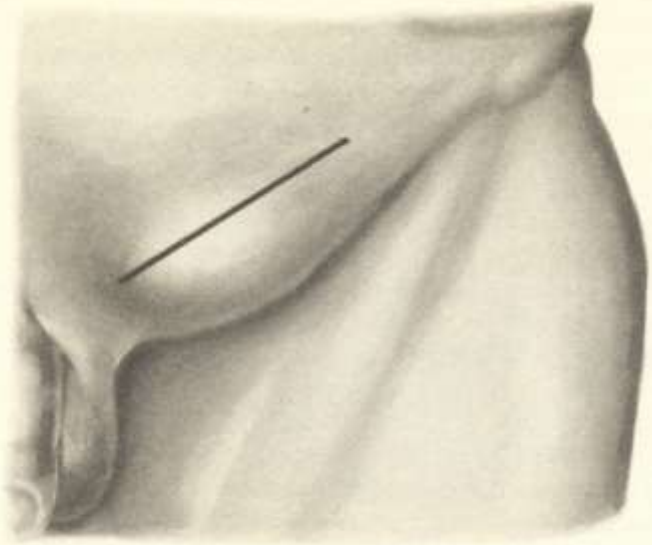
- Консервативное лечение: применяют при наличии противопоказаний к операции – нестабильная стенокардия, ИМ давность до 6 месяцев, АГ III степени, некорригируемый сахарный диабет, декомпенсированный цирроз печени и т.п.

Консервативное лечение заключается в ношении бандажа.

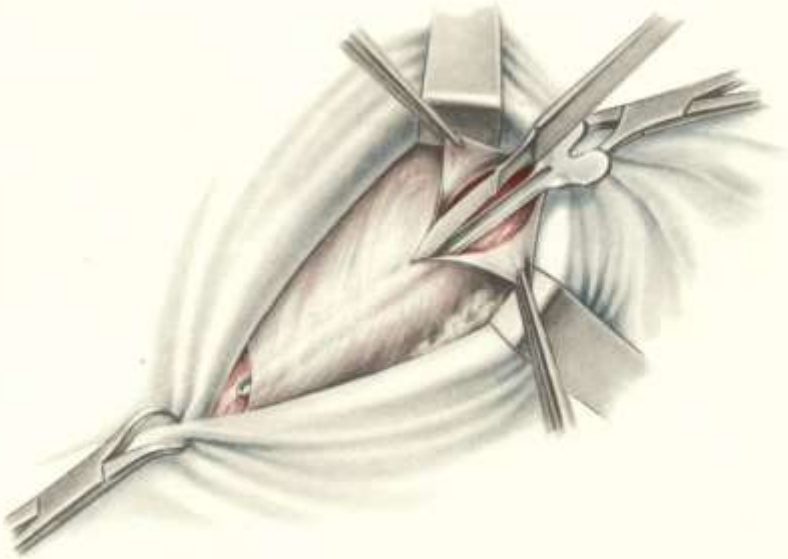
Оперативное лечение:

Общие принципы:

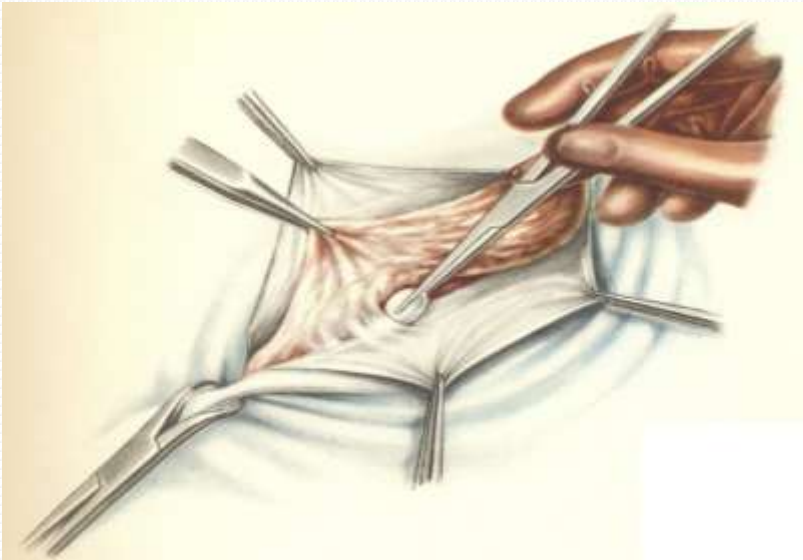
- Операция при паховых грыжах заключается в осуществлении операционного доступа к грыже (разрез поверхностных тканей), выделении из окружающих тканей грыжевого мешка, вскрытии его, разъединении от сращений и вправлении органов, находящихся в грыжевом мешке в брюшную полость. Грыжевой мешок тщательно отделяется от окружающих тканей и грыжевых ворот, перевязывается, либо прошивается у шейки и удаляется.
  Затем выполняется герниопластика.



26. Линия разреза кожи при операции паховой грыжи.

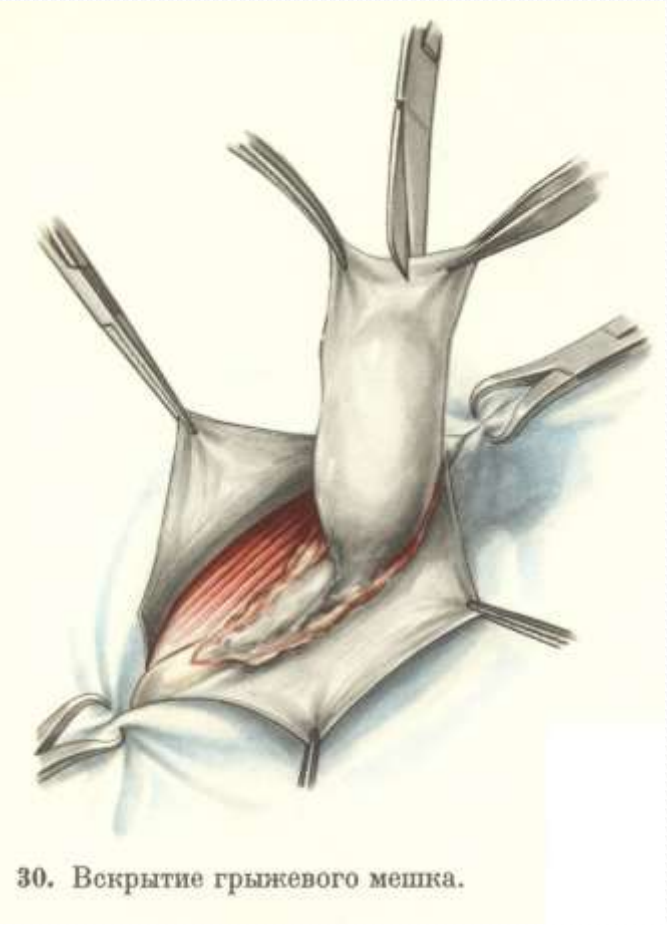


27. Рассечение апоневроза m. obliqui externi abdominis.

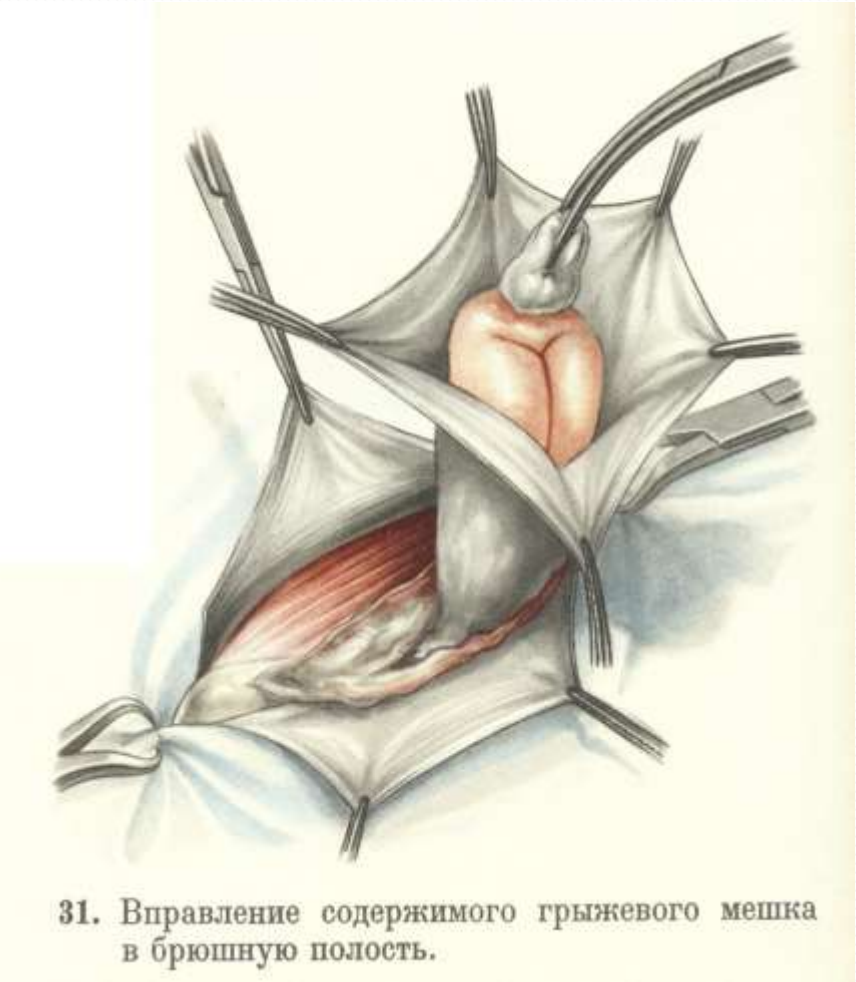


28. Отделение грыжевого мешка от наружного лоскута апоневроза m. obliqui externi abdominis.

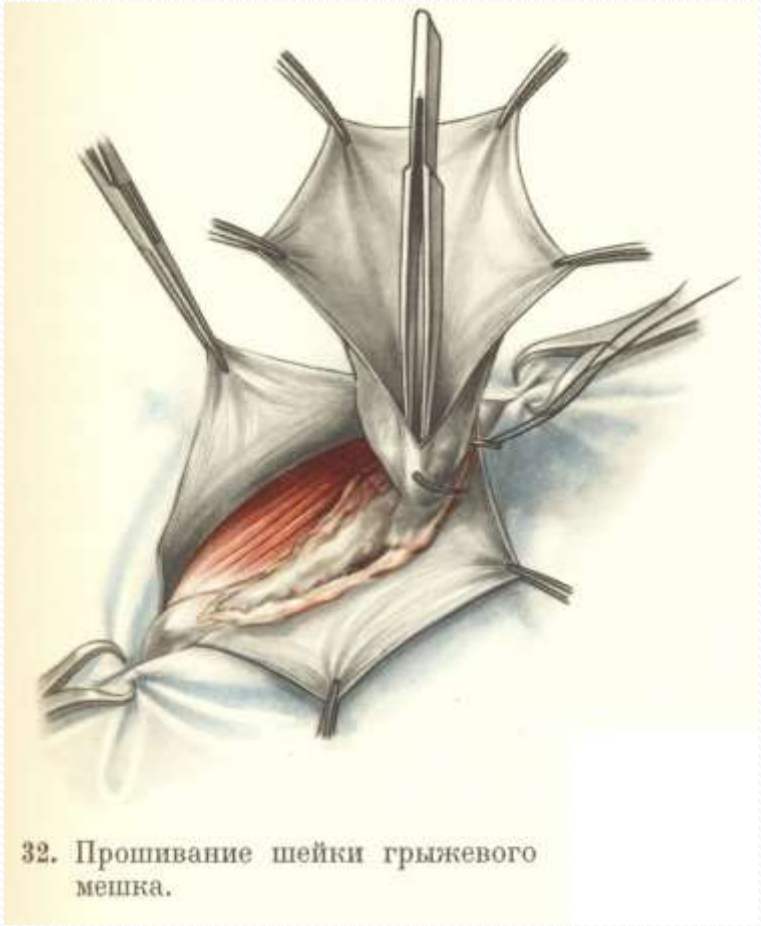
29. Отделение грыжевого мешка от элементов семенного канатика.



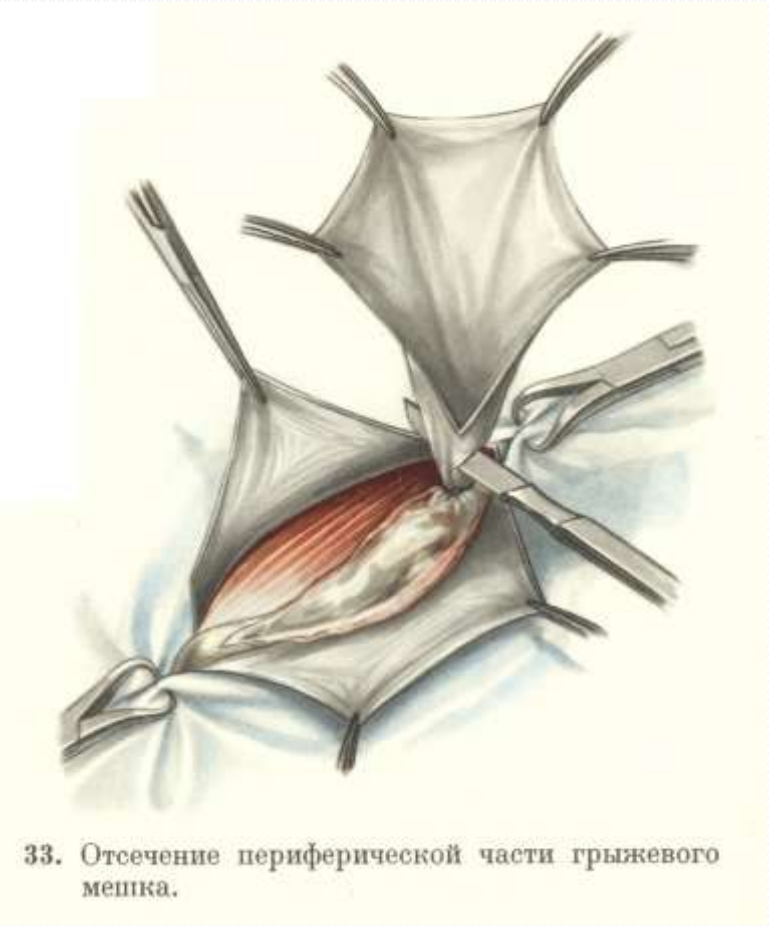
30. Вскрытие грыжевого мешка.



31. Вправление содержимого грыжевого мешка в брюшную полость.



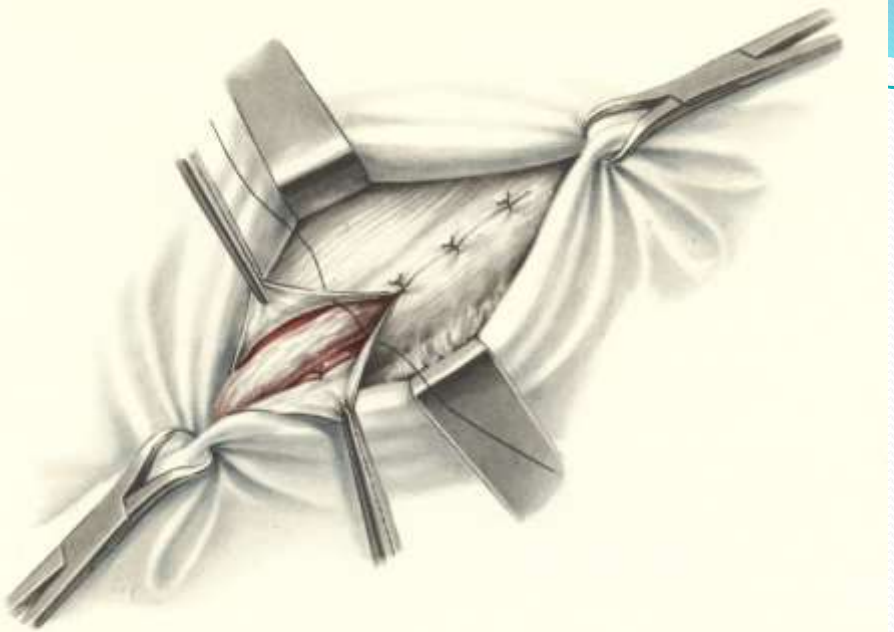
32. Прошивание шейки грыжевого мешка.



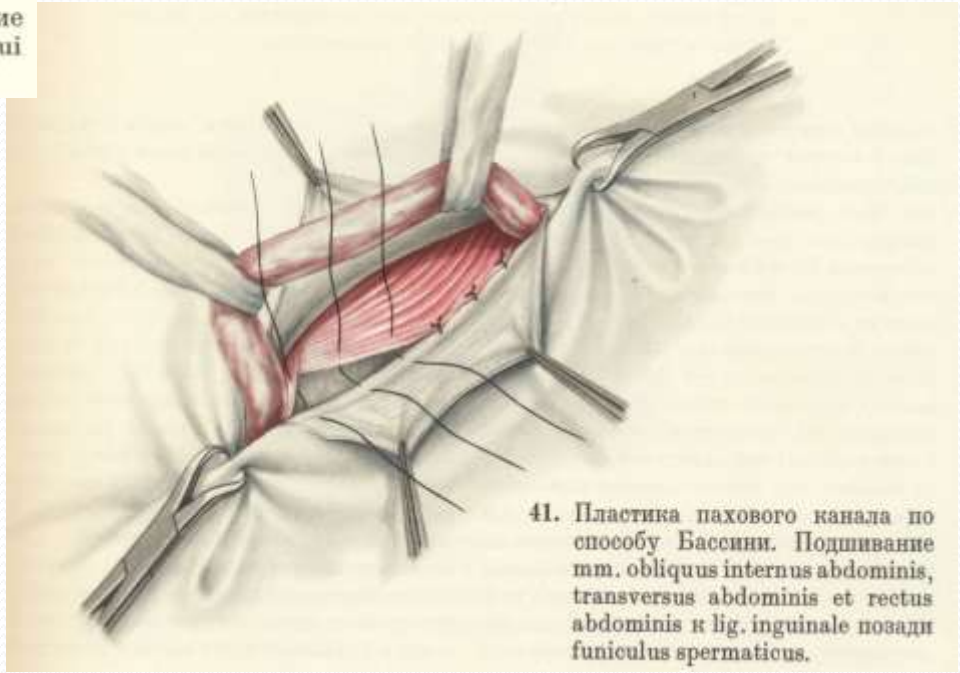
33. Отсечение периферической части грыжевого мешка.

Укрепление задней стенки пахового канала

- Способ Бассини предусматривает укрепление задней стенки пахового канала. После удаления грыжевого мешка семенной канатик отодвигают в сторону и под ним подшивают нижний край внутренней косой и поперечной мышцы вместе с поперечной фасцией живота к паховой связке. Семенной канатик укладывают на образованную мышечную стенку. Наложение глубоких швов способствует восстановлению ослабленной задней стенки пахового канала. Края апоневроза наружной косой мышцы живота сшивают край в край над семенным канатиком.
- Способ Шоулдайса является модификацией операции Бассини. Суть его заключается в следующем. После завершения грыжесечения и удаления грыжевого мешка с помощью непрерывного шва (в оригинале тонкой стальной проволокой) формируют дубликатуру поперечной фасции. Этой же нитью подшивают нижний край внутренней косой и поперечной мышц к пупартовой связке. Затем поверх семенного канатика сшивают края рассеченного апоневроза наружной косой мышцы живота в виде дубликатуры

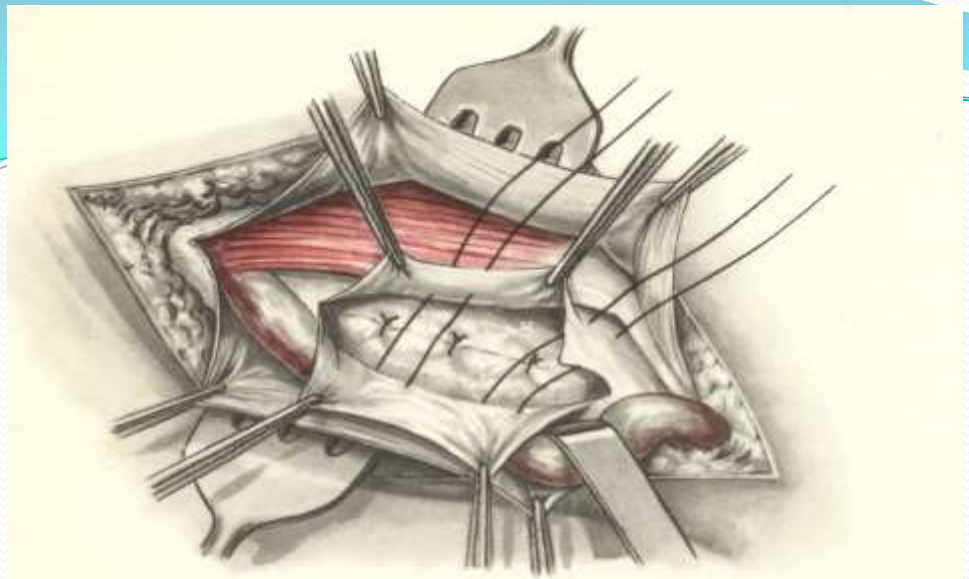


42. Пластика пахового канала по способу Бассини. Сшивание внутреннего и наружного лоскутов апоневроза m. obliqui externi abdominis поверх funiculus spermaticus.

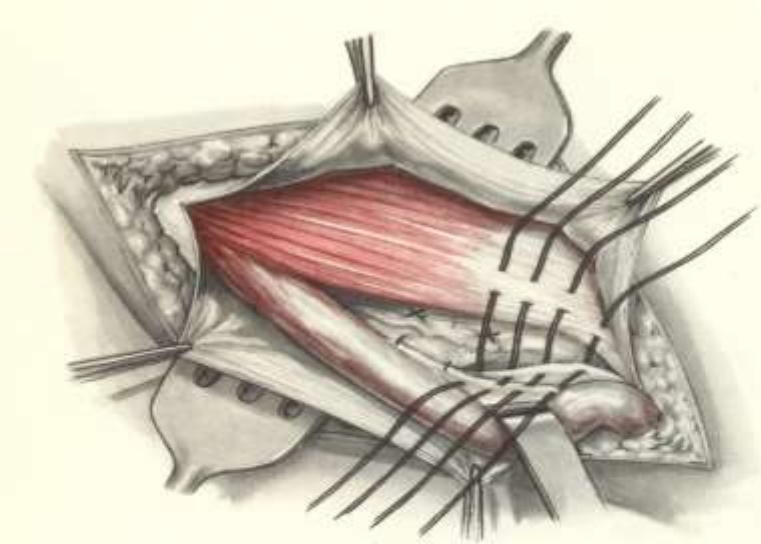


41. Пластика пахового канала по способу Бассини. Подшивание mm. obliquus internus abdominis, transversus abdominis et rectus abdominis к lig. inguinale позади funiculus spermaticus.

- Способ Кукуджанова предложен для прямых и сложных форм паховых грыж. Суть метода состоит в наложении швов между наружным краем влагалища прямой мышцы живота и верхней лобковой связкой (куперова связка) от лонного бугорка до фасциального футляра подвздошных сосудов. Затем соединенное сухожилие внутренней косой и поперечной мышц вместе с верхним и нижним краями рассеченной поперечной фасции подшивают к паховой связке. Операцию заканчивают созданием дубликатуры апоневроза наружной косой мышцы живота.

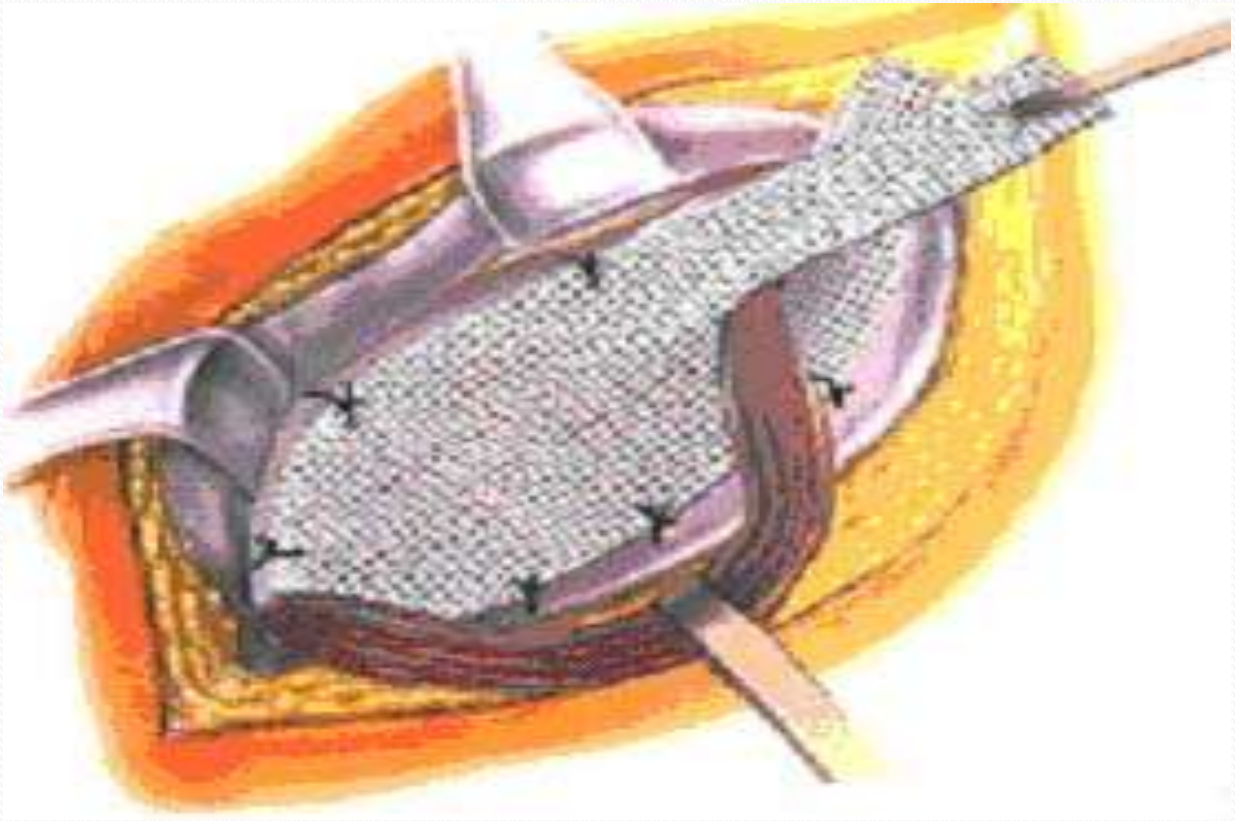


43. Пластика пахового канала по способу Н. И. Кукуджанова. Прошивание двумя матрацными швами поперечной фасции с захватыванием в швы подвздошно-лонной и паховой связок.



44. Пластика пахового канала по способу Н. И. Кукуджанова. Подшивание влагалища прямой мышцы живота и апоневротических волокон внутренней косой и поперечной мышц к медиальному отделу подвздошно-лонной и паховой связок.

Способ Лихтенштейна Основной принцип пластики пахового канала — сшивание тканей без натяжения. После удаления грыжевого мешка на всем протяжении отсепаровывают от окружающих тканей семенной канатик. Далее берут полипропиленовую сетку и на одном из ее концов делают небольшой разрез так, чтобы образовались две бранши длиной около 2 см. Сетку укладывают под семенной канатик и фиксируют непрерывным/узловыми швами. Является способом выбора при рецидивирующих паховых грыжах.

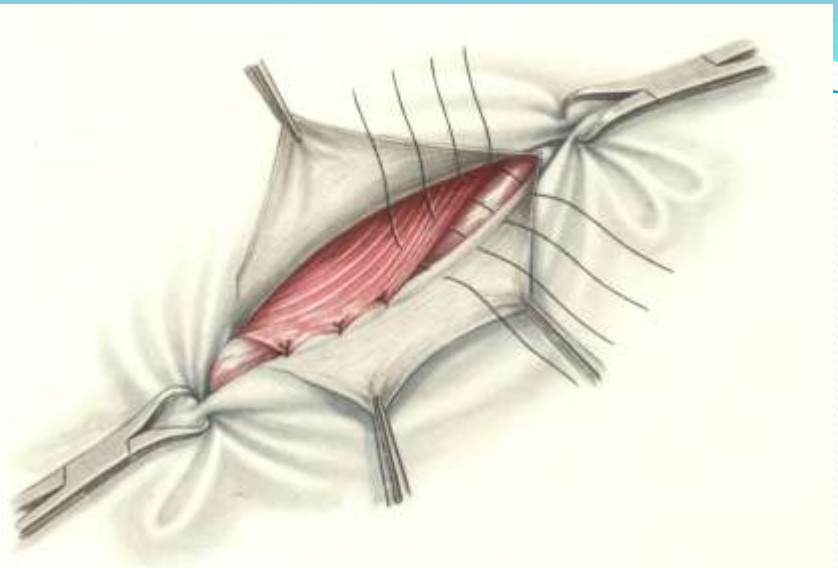


Пластика передней стенки пахового канала

Способ Боброва—Жирара обеспечивает укрепление передней стенки пахового канала. Над семенным канатиком к паховой связке пришивают сначала края внутренней косой и поперечной мышц живота, а затем отдельными швами — верхний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота. Нижний лоскут апоневроза фиксируют швами на верхнем лоскуте апоневроза, образуя таким образом дубликатуру апоневроза наружной косой мышцы живота

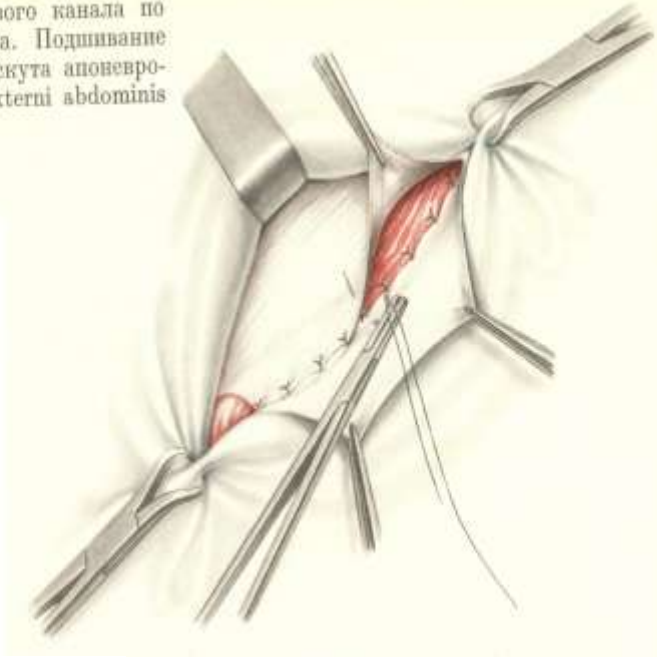
Боброва—Жирара—Спасокукоцкого—Кимбаровского. Подшивание верхнего лоскута апоневроза наружной косой мышцы живота вместе с внутренней косой и поперечной мышцами к паховой связке над семенным канатиком.

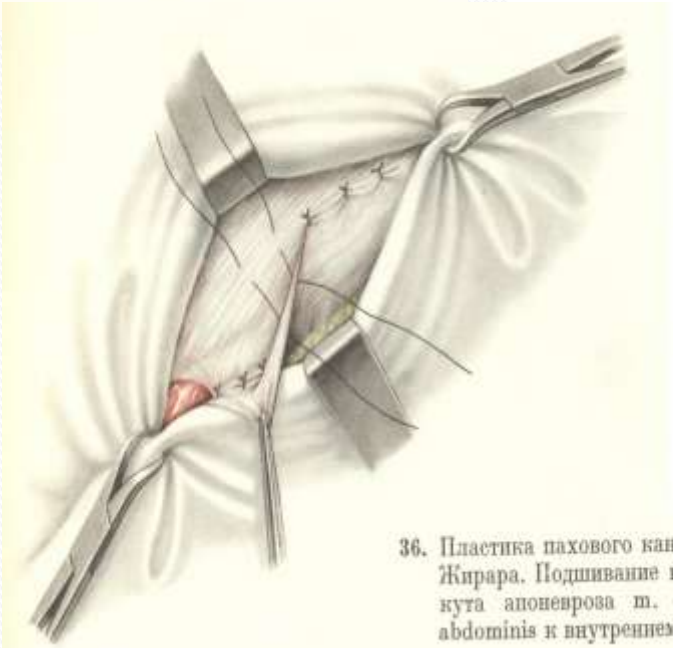
Способ Спасокукоцкого является модификацией способа Боброва—Жирара и отличается от него лишь тем, что к паховой связке одновременно (одним швом) подшивают внутреннюю косую и поперечную мышцы вместе с верхним лоскутом апоневроза наружной косой мышцы живота.



34. Пластика пахового канала по способу Жирара. Подшивание m. obliquus internus abdominis и m. transversus abdominis к lig. inguinale.

35. Пластика пахового канала по способу Жирара. Подшивание внутреннего лоскута апоневроза m. obliqui externi abdominis к lig. inguinale.





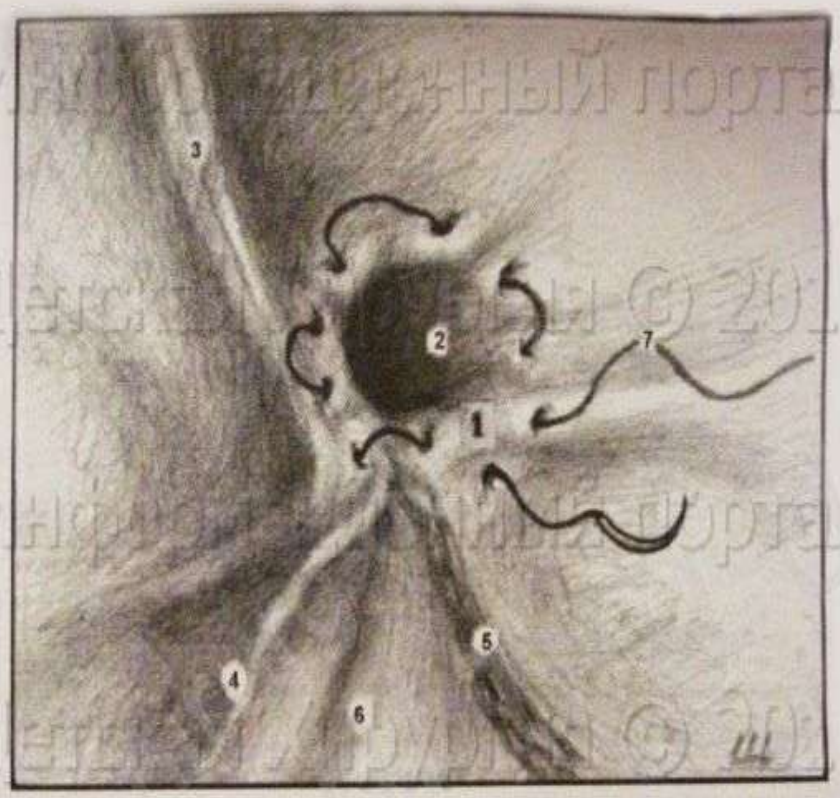
36. Пластика пахового канала по способу Жирара. Подшивание наружного лоскута апоневроза m. obliqui externi abdominis к внутреннему.

Лапароскопический способ :

- Интраперитонеальный (устранения паховой грыжи подразумевает установку "заплатки" изнутри (со стороны брюшной полости).
- Экстраперитонеальный способ.

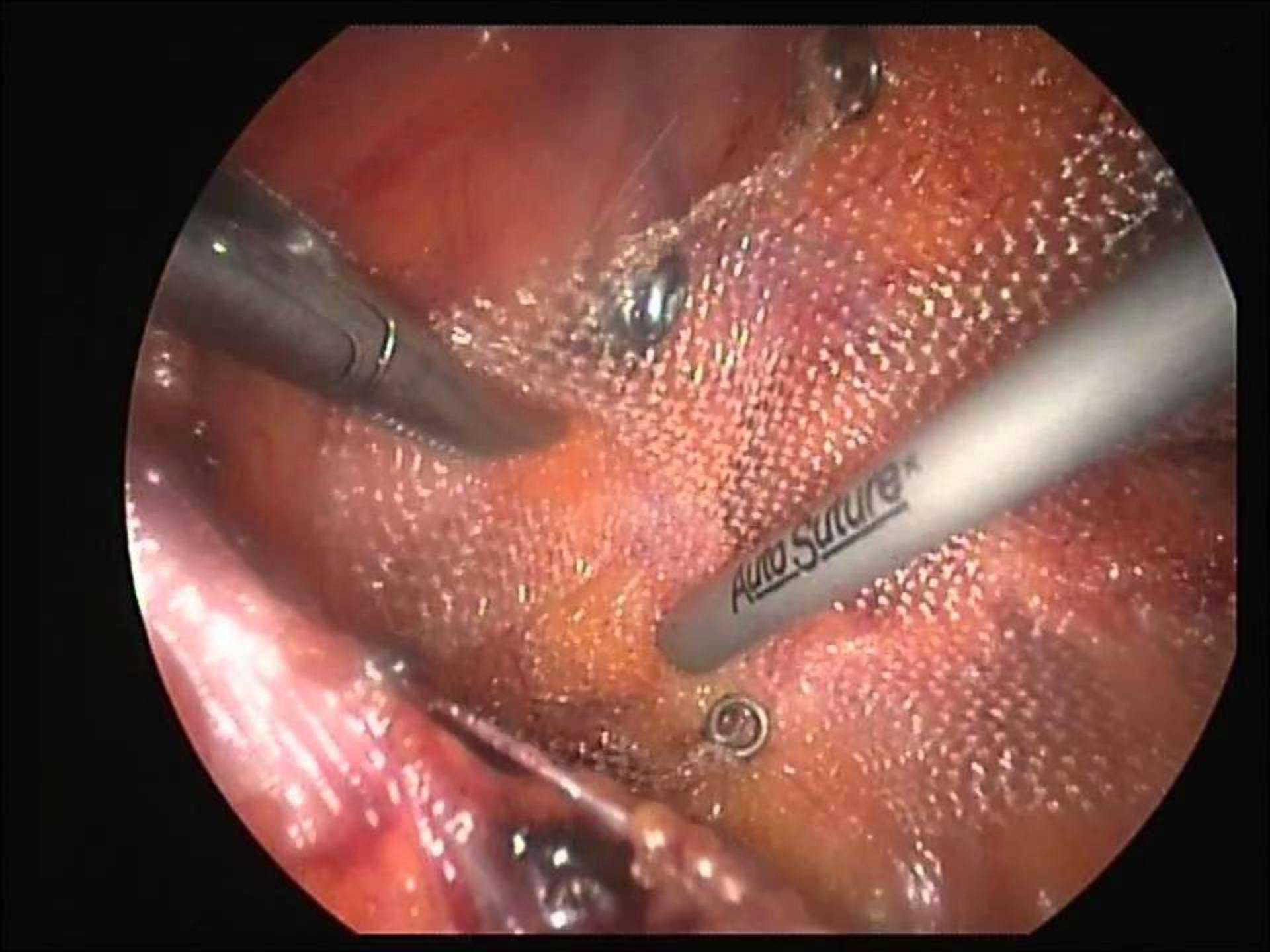
Этапы оперативного вмешательства:

1. создание доступа к грыжевым воротам (путем наложения пневмоперитонеума или введения газа в предбрюшинную клетчатку);
2. мобилизация брюшины с грыжевым мешком внутрь брюшной полости;
3. закрытие грыжевых ворот проленовой стенкой;
4. перитонизация сетки, ревизия брюшной полости (для интраперитонеальной методики).

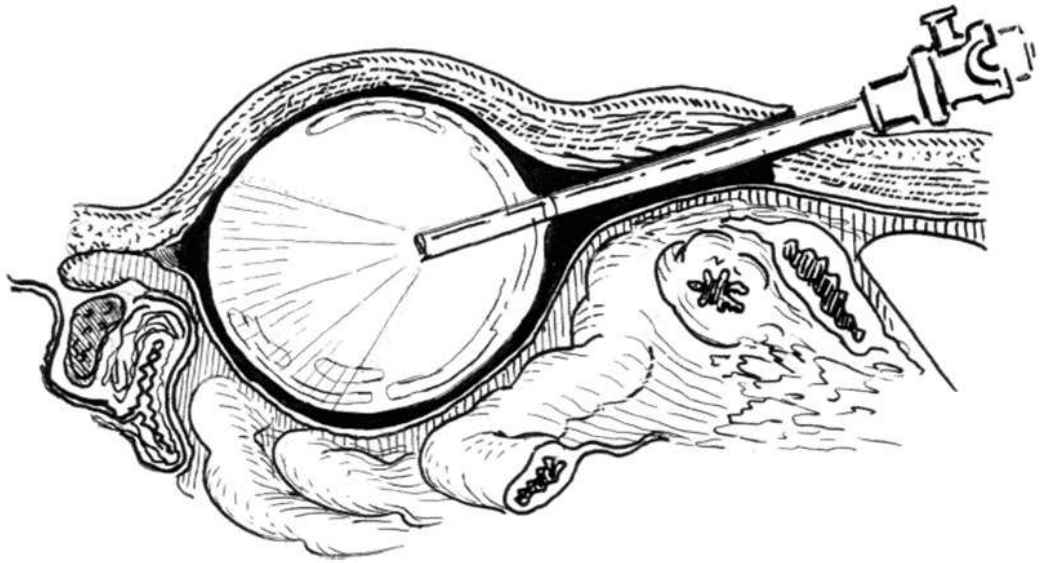


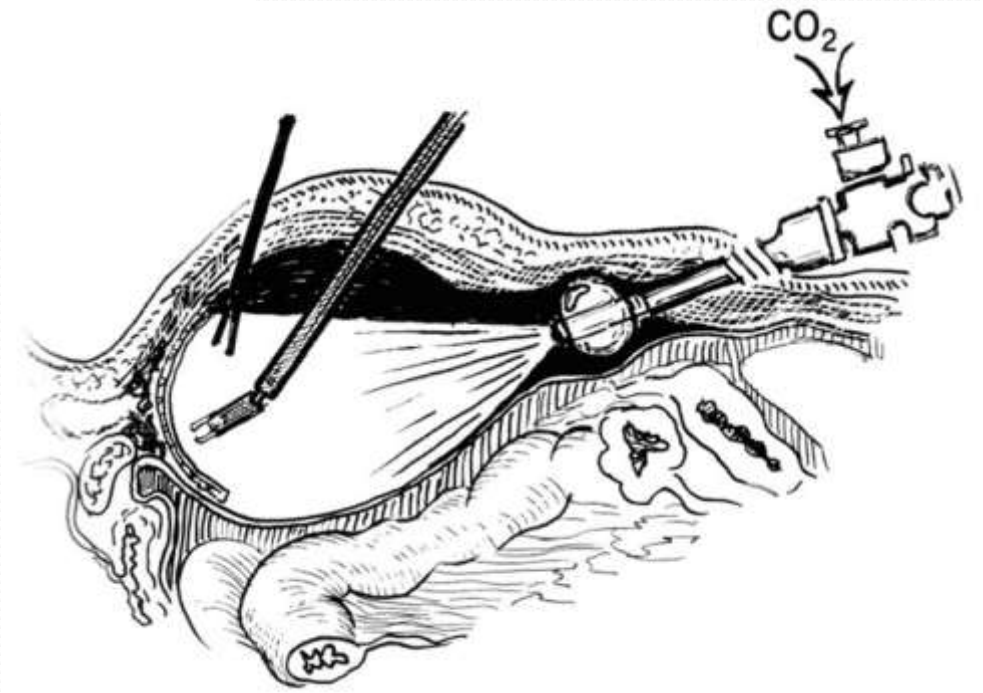
Лапароскопическая герниопластика справа (основной этап операции): 1 – паховая связка; 2 – грыжевые ворота при косой паховой грыже; 3 – эпигастральные сосуды; 4 – семявыносящий проток; 5 – яичковые сосуды; 6 – «роковой треугольник» (проекция наружных подвздошных сосудов); 7 – атравматичная нить (сформирован кисетный шов).

Лапароскопическая герниопластика (заключительный этап операции): 1 – паховая связка: 2 – эпигастральные сосуды; 3 – семявыносящий проток; 4 – яичковые сосуды; 5 – ушитые грыжевые ворота; 6 – «роковой треугольник».


Auto Suture

- Экстраперитонеальный метод.





Послеоперационный период:

- Антибиотикотерапия.
- Анальгетики, НПВС.
- Ношение бандажа.

Благодарю за внимание!