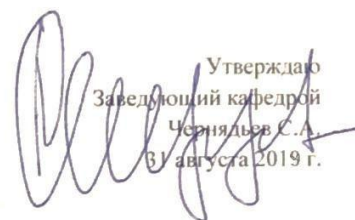


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра хирургических болезней и сердечно – сосудистой хирургии


Утверждаю
Заведующий кафедрой
Чернядьев С.А.
31 августа 2019 г.

Методические указания к практическим занятиям

ГРЫЖИ ЖИВОТА

Специальность «лечебное дело» 31.05.01.

Уровень высшего образования специалитет

Квалификация «врач – лечебник»

**Екатеринбург
2019**

УДК 617.55

ББК

Хирургические болезни. Учебно - методическое пособие/ Под редакцией Чернядьев С.А. – Екатеринбург, 2019. – 39с.

В настоящем издании предлагаемом образовательным стандартом, в соответствии со специальностью 31.05.01. «лечебное дело», квалификации врач – лечебник, представлены современные принципы диагностики и хирургического лечения грыж передней брюшной стенки.

Рекомендации предназначены для студентов 4 курса медицинских ВУЗов, обучающихся по специальности лечебное дело

Составители:

Е.Н. Родионов – ассистент кафедры

Н.Ю.Коробова – доцент кафедры

К.А.Кубасов – ассистент кафедры

А.А.Ушаков – доцент кафедры

С.А.Чернядьев – профессор кафедры, зав.кафедрой.

Ответственный редактор:

2019г.

ФГБОУ ВО УГМУ МЗ РФ,

ISBN

Оглавление	
Методическое указание-----	4
Введение-----	6
Классификация-----	6
Лечение неосложненных грыж передней брюшной стенки-----	8
Паховые грыжи-----	9
Бедренная грыжа-----	15
Пупочная грыжа-----	17
Грыжа белой линии живота-----	18
ПОВГ-----	19
Осложненные грыжи-----	23
Приложение-----	27
Контрольные вопросы по теме-----	35
Задания и методические указания к выполнению-----	35
Вопросы по теме-----	35
Задания и методические указания к их выполнению-----	36
Оценивание знаний и умений, навыков по теме занятия-----	36
Список литературы-----	37

Методическое указание.

ЦЕЛИ ЗАНЯТИЯ: Ознакомиться с понятием «грыжа передней брюшной стенки». Изучить этиологию, патогенез, классификацию грыж передней брюшной стенки. Изучить клиническую картину, диагностику, дифференциальную диагностику, тактику и основные методы хирургического лечения грыж передней брюшной стенки

ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ:

Студент должен знать:

Ознакомиться с общей симптоматологией, диагностикой, основными принципами хирургического лечения грыж

Изучить анатомию паховой области, паховые грыжи, основные методы оперативного лечения.

Ознакомиться с анатомией бедренного канала, бедренными грыжами, основными методами хирургического лечения

Изучить клинику и основные методы лечения пупочной грыжи и грыжи белой линии живота.

Ознакомиться с понятием “ущемленная грыжа”, клиникой, диагностикой, дифференциальной диагностикой ущемленных грыж, а также особенности оперативной техники

Студент должен уметь:

оценить результаты клинического обследования пациента с грыжей передней брюшной стенки

обосновать и сформулировать полный клинический диагноз

разработать рекомендации пациенту, перенёсшему грыжесечение

обосновать выбор способа хирургического лечения у пациента с грыжей передней брюшной стенки

дать рекомендации пациенту по подбору бандажа.

Компетенции, формируемые в процессе самостоятельной работы на кафедре:

шифр	Содержание компетенции	знать	уметь	владеть
1	2	3	4	5
ОК-1,	Способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.	-	-	-
ОК-4	Способности действовать в нестандартных ситуациях, нести социальную и этическую ответственность за принятые решения	-	-	-
ОПК-4	способности и готовности реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности,	Особенности этики и деонтологии	Установить контакт с пациентом и его родственниками	Принципами медицинской этики и деонтологии при общении с пациентом и его родственниками
ОПК-6	готовности к ведению медицинской документации,	Медицинскую документацию:	На основании проведения	-

		- история болезни (амбулаторная карта);	исследования органов пищеварения оформить фрагмент истории болезни	
ОПК-8	готовности к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач,	Фармакологическое группы препаратов, показания, противопоказания к назначению	Назначать медикаменты согласно современным клиническим рекомендациям	Фармакологическими группами препаратов, их совместимость, показания к назначению
ОПК-9	способности к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач,	Анатомо-физиологические особенности органов организма человека	Провести исследование организма человека в целом по системам	Методикой исследования организма человека по системам
ОПК-11	готовности к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи	Назначение и правила использования хирургического инструментария	Использовать хирургический инструментарий на практике	Техникой использования инструментов в хирургии
ПК-5	готовности к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания,	Методику исследования	Провести исследование по системам, выявить симптомы поражения	Методикой исследования организма человека
ПК-6	способности к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра,	Международную классификацию болезней 10 пересмотра (МКБ - 10)	Применять на практике знания нозологических форм и способов их кодировки в МКБ - 10	Знаниями по кодированию наиболее часто встречающихся хирургических болезней по МКБ 10
ПК-7	готовности к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека,	Экспертизу временной нетрудоспособности, констатацию биологической смерти	Провести экспертизу временной нетрудоспособности, биологической смерит	Проведением временной нетрудоспособности, констатацией биологической смерти
ПК-8	способности к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами,	тактику ведения пациентов с хирургическими заболеваниями	Определить тактику при заболеваниях	Тактикой ведения пациентов с различными заболеваниями
ПК-10	готовности к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи,	Правила и методы оказания первой медицинской помощи при неотложных ситуациях	Применять на практике оказание медицинской помощи	Оказанием первой медицинской помощи

ПК-11	готовности к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства,	Правила оказания скорой медицинской помощи	Оказывать скорую медицинскую помощь	Правилами оказания скорой медицинской помощи
ПК-20	готовности к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины	Принципы работы с научно-медицинской литературой по теме занятия.	Получать и представлять дополнительную информацию по теме занятия.	-

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАНЯТИЯ В АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСАХ: 4 часа - 180 мин.

Введение

Грыжей живота называют выходение **покрытых париетальной брюшиной** внутренних органов из брюшной полости за ее пределы через естественные или искусственные отверстия передней брюшной стенки.

От грыжи следует отличать эвентрацию и выпадение.

Эвентрация – выходение органов из брюшной полости через остро развившийся дефект в брюшной стенке без сохранения целостности париетальной брюшины.

Виды эвентраций:

По происхождению – врожденные, посттравматические, послеоперационные. По характеру дефекта брюшной стенки – полные (дефект через все слои) и неполные или подкожные (сохранена целостность кожных покровов).

Выпадение (пролапс) – выходение внутреннего органа, не покрытого брюшиной, или его части через естественное отверстие.

Грыжевые ворота – врожденный или приобретенный дефект в мышечно-апоневротическом слое брюшной стенки.

Грыжевой мешок – часть париетальной брюшины, выпячивающаяся через грыжевые ворота.

Содержимое грыжевого мешка может быть представлено любым органом брюшной полости, но наиболее часто – прядью большого сальника или петлей тонкой кишки.

Рецидивная грыжа – грыжа, появившаяся в области ранее выполненного грыжесечения.

Ранние осложнения грыжесечения – осложнения, развившиеся в сроки до 30 дней после операции. К ранним осложнениям относят серому, гематому, задержку мочеиспускания, гнойно-воспалительные осложнения (нагноение, свищ).

Поздние осложнения грыжесечения – это осложнения, развившиеся в сроки от 30 дней после операции. К поздним осложнениям, в частности, относят хроническую боль в зоне операции.

Классификация

По локализации:

1. Наружные – выходят через отверстия в мышечно-апоневротическом слое передней или задней брюшной стенки и тазового дна.

- паховые (косые, прямые);
- бедренные;
- пупочные;
- белой линии живота (надчревные, параумбиликальные, подчревные);
- спигелевой и дугласовой линий;
- поясничные;
- запирательные;
- седалищные;
- промежностные;
- мечевидного отростка и др.

2. Внутренние – образуются внутри брюшной полости, в брюшных карманах или проникают в грудную полость через естественные и приобретенные отверстия диафрагмы.

- внутрибрюшные грыжи;
- диафрагмальные грыжи.

По степени развития:

- начальные – листок париетальной брюшины и содержимое брюшной полости лишь начинают внедряться в углубление брюшной стенки (предбрюшинная липома)

- канальные – грыжа в пределах грыжевого канала.

- полные – грыжи, вышедшие под кожу.

- больших размеров – объем грыжевого мешка составляет существенную часть объема брюшной полости.

По происхождению:

- врожденные

- приобретенные (в том числе послеоперационные, рецидивные, травматические, невропатические).

По клинике:

- вправимые

- невправимые:

- а) полная неврапавимость;
- б) частичная неврапавимость.

ущемленные:

- а) эластическое ущемление;
- б) каловое ущемление;
- в) пристеночное ущемление;
- г) ретроградное ущемление (грыжа Майдля);
- д) ущемление меккелева дивертикула (грыжа Литтре);
- е) грыжа Брока.

воспаление грыжи (со стороны кожи или исходящее из внутренних органов).

Составные элементы грыжи:

грыжевые ворота.

грыжевой мешок (устье, шейка, дно). При скользящих и диафрагмальных грыжах, как правило, грыжевой мешок частично или полностью отсутствует.

грыжевое содержимое.

Этиология грыж передней брюшной стенки:

1) **Предрасполагающие факторы** – синдром слабости соединительной ткани, повреждение нервов, иннервирующих брюшную стенку, наличие послеоперационных рубцов.

2) **Производящие - факторы**, способствующие повышению внутрибрюшинного давления - тяжёлый физический труд, длительные запоры, затруднённое мочеиспускание.

Общие симптомы неосложненных наружных грыж живота:

наличие грыжевого выпячивания, грыжевых ворот; боль в области грыжи; нарушение функции органов, составляющих грыжевое содержимое

Лечение неосложнённых грыж передней брюшной стенки.

1) **Хирургическая операция** - единственный способ радикального устранения грыжи. Сложность операции, её травматичность, вероятность осложнений пропорциональна размерам грыжи и давности заболевания. Небольшая грыжа – это, как правило, небольшая, эстетичная операция, хорошо переносимая пациентами. В противоположность небольшим грыжам, лечение гигантских грыж передней брюшной стенки – серьёзная проблема хирургии, требующая в ряде случаев нестандартных и даже рискованных решений. Естественно, что и технологичность, и травматичность подобных операций, и вероятность осложнений увеличивается в разы.

Исходя из этого, **показанием к плановому оперативному лечению является наличие грыжи передней брюшной стенки, любых размеров, при**

любых (даже при малых) сроках заболевания. Противопоказания к операции должны быть максимально сужены.

2) **Консервативное лечение** (ограничение физической нагрузки, использование бандажа с пелотом или без него) применяется при наличии противопоказаний к операции или категорическом отказе от неё больного.

3) **Противопоказания к плановой операции:**

абсолютные - тяжёлые сопутствующие хронические

заболевания, злокачественные опухоли 4 клиническая .

относительные (временные) - острые заболевания, беременность.

4) **Осложнённые грыжи** подлежат оперативному лечению **в неотложном порядке по жизненным показаниям.**

Этапы плановой операции:

1. **Доступ**

2. **Ревизия грыжевого мешка:** выделение из окружающих тканей ☐ вскрытие и ревизия грыжевого мешка ☐ оценка состояния содержимого грыжевого мешка ☐ прошивание и иссечение (или инвагинация в брюшную полость) грыжевого мешка

3. **Пластика грыжевых ворот** - ликвидация дефекта мышечно-апоневротического слоя.

Многочисленные способы пластики грыжевых ворот при грыжах систематизируются по принципу преимущественного использования тех или иных собственных тканей брюшной стенки или аллотрансплантатов:

1) **Аутопластические способы пластики грыжевых ворот:**

фасциально-апоневротическая пластика;

мышечно-апоневротическая;

мышечная.

2) **Аллопластические способы:**

пластика с помощью дополнительных биологических или синтетических материалов;

комбинированная пластика (использование аутокани и чужеродной ткани)

ПАХОВЫЕ ГРЫЖИ

Классификация паховых грыж по Nyhus (1993):

I тип - косые паховые грыжи, встречающиеся в основном у детей, подростков, молодых людей. При этом типе внутреннее паховое кольцо, как правило, не

расширено, и грыжевое выпячивание распространяется от внутреннего пахового кольца до средней трети пахового канала. (В отечественной литературе этот тип грыж называют "**канальные паховые грыжи**").

II тип - косые паховые грыжи при значительно расширенном внутреннем паховом кольце. При этом типе грыжевой мешок не спускается в мошонку, однако, при натуживании грыжевое выпячивание определяется под кожей в паховой области.

III тип - подразделяется на: а) прямые; б) косые паховые; в) бедренные грыжи.

IIIA тип - все виды прямых паховых грыж. При этих грыжах имеется слабость и растяжение поперечной фасции, что приводит к нарушению строения задней стенки пахового канала.

IIIB тип - косые паховые грыжи больших размеров, как правило, пахово-мошоночные. При этом типе имеется дефект как передней, так и задней стенки пахового канала. Внутреннее паховое кольцо, как правило, значительно расширено. Нередко наблюдаются скользящие грыжи. Могут быть одновременно прямые и косые паховые грыжи, что в зарубежной литературе носит название "пantalонная грыжа". **В зависимости от размеров выделяют 4 степени:** 1) на уровне внутреннего пахового кольца; 2) опускающаяся в паховый канал; 3) достигающая наружного пахового кольца; 4) достигающая мошонки.

IIIV тип - бедренные грыжи.

IV тип - рецидивные грыжи.

IVA тип - рецидивные прямые паховые грыжи.

IVB тип - рецидивные косые паховые грыжи. **IVB тип** - рецидивные бедренные грыжи.

IVГ тип - комбинация рецидивных прямых, косых паховых и бедренных грыж.

Косая паховая грыжа (дифференциально-диагностические признаки):

она чаще встречается у лиц мужского пола, преимущественно детского, молодого и среднего возраста, может быть врождённой и приобретённой. располагается выше паховой складки, как правило, бывает односторонней, имеет продолговатую или овальную форму, повторяет ход семенного канатика, может спускаться в мошонку, семенной канатик при пальпации определяется медиальнее грыжевого выпячивания, кашлевой толчок определяется латеральнее пальца, введённого в наружное отверстие пахового канала, если введённым в паховый канал пальцем удаётся определить пульсацию нижней надчревной артерии, то она располагается кнутри от пальца, при пережатии внутреннего пахового кольца грыжевое выпячивание при натуживании больного не появляется (отрицательный симптом Крымова).

Дифференциальный диагноз косой паховой грыжи

Косую паховую грыжу чаще всего приходится дифференцировать:
прямая паховая грыжа бедренная грыжа

сообщающаяся с брюшной полостью водянка яичка или
семенного канатика киста семенного канатика крипторхизм

киста круглой связки матки липома
передней брюшной стенки

паховый лимфаденит или метастаз рака отвечать на вопрос:
приобретенная или врождённая косая паховая грыжа.

Прямая паховая грыжа (дифференциально-диагностические признаки):

чаще встречается у женщин.

у мужчин преимущественно пожилого и старческого возраста,
ослабленных и истощённых.

не бывает врождённой.

как и косая грыжа, располагается выше паховой складки.
часто бывает двухсторонней.

имеет округлую форму. не
спускается в мошонку.

семенным канатик располагается латеральнее грыжевого выпячивания.
кашлевой толчок при исследовании определяется непосредственно
под пальцем, введённым в наружное отверстие пахового канала.

если, введённым в паховый канал пальцем удаётся определить пульсацию
нижней надчревной артерии, то она ощущается кнаружи от пальца.

несмотря на пережатие внутреннего пахового кольца, при натуживании
больного грыжевое выпячивание появляется (положительный симптом
Крымова).

Дифференциальный диагноз прямой паховой грыжи.

Прямую паховую грыжу чаще всего приходится
дифференцировать косая паховая грыжа бедренная грыжа водянка
или киста семенного канатика, киста круглой связки матки,
липома передней брюшной стенки лимфаденит или метастаз рака.

Оперативное лечение паховых грыж.

Основные виды хирургических вмешательств при паховых грыжах основаны на
использовании сетчатых протезов. К ним, первую очередь, относятся операция
Lichtenstein (ненатяжной способ пластики) и эндовидеохирургическая
герниопластика. В настоящее время эндовидеохирургические способы операций
при паховой грыже представлены двумя видами хирургических вмешательств:
лапароскопическая (чрезбрюшинная) преперитонеальная аллопластика пахового
промежутка (TAPP) и тотальная экстраперитонеальная аллопластика пахового

промежутка (ТЕР). Эти способы наряду с операцией Lichtenstein являются методиками, рекомендованными EHS для хирургического лечения паховых грыж у взрослых

ТАРР - вид ненатяжной пластики пахового промежутка, с предбрюшинным расположением сетки. При этом доступ к месту установки сетки осуществляется эндовидеохирургически чрезбрюшинно.

ТЕР - вид ненатяжной пластики пахового промежутка, с предбрюшинным расположением сетки. При этом доступ к месту установки протеза осуществляется эндовидеохирургически внебрюшинно.

Методика Lichtenstein и эндоскопическая техника при паховых грыжах сопоставимы по частоте ранних осложнений и рецидивов (при периоде наблюдения длительностью 1-4 года), за исключением гигантских грыж.

Реже выполняемые методики PHS и Plug and Patch (сетчатый тампон) приводят к исходам, сопоставимым по частоте осложнений и с техникой Lichtenstein (на тех же временных периодах наблюдений)

Этапы операции при паховых грыжах:

Наиболее важным из последних достижений герниологии является доказательство решающего значения в генезе паховой грыжи – морфоструктурной **слабости задней стенки** пахового канала. Следовательно, **при любом виде паховой грыжи** одним из основных моментов радикальной операции должна быть **тщательная ревизия задней стенки с целью последующего анатомически и биомеханически обоснованного её укрепления.**

1. Доступ к паховому каналу

2. Ревизия грыжевого мешка: выделение из окружающих тканей ☐ вскрытие и ревизия грыжевого мешка ☐ оценка состояния содержимого грыжевого мешка ☐ прошивание и иссечение (или инвагинация в брюшную полость) грыжевого мешка

3. Ревизия задней стенки пахового канала и ушивание внутреннего пахового кольца - ушивание внутреннего пахового кольца производится до нормальных размеров (до диаметра 0,6-0,8см) при его расширении или разрушении

4. Аутопластика или пластика пахового канала с использованием сетчатого трансплантата: основные способы пластики пахового канала в зависимости от типа паховой грыжи: способ Жирара-Спасокукоцкого-Кимбаровского; способы Постемпского, Кукуджанова, Shouldice, Lichtenstein, Nyhus, PHS (prolen hernia system).

Краткое описание способов пластики пахового канала местными тканями (натяжные способы пластики):

Способ Жирара (Girard) заключается в укреплении передней стенки пахового канала поверх семенного канатика. Вначале подшивают узловыми шелковыми швами края внутренней косой и поперечной мышц к паховой складке поверх семенного канатика, а затем на всем протяжении разреза — внутренний лоскут апоневроза к краю паховой связки. Наружный лоскут апоневроза укладывают поверхвнутреннего (как полы двубортного пальто) и подшивают узловыми шелковыми швами к последнему. На подкожную клетчатку накладывают кетгутовые швы, на кожу — шелковые. Асептическая повязка на кожу, суспензорий.

По способу Спасокукоцкого внутренний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота вместе с краями внутренней косой и поперечной мышц живота подшивают к пупартовой связке одним рядом узловых шелковых швов, а наружный лоскут апоневроза — поверх внутреннего. Многие хирурги пользуются смешанным способом Жирара — Спасокукоцкого.

Способ Мартынова сводится к образованию дубликатуры из листков рассеченного апоневроза: внутренний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота подшивают к пупартовой связке, наружный — укладывают поверх внутреннего и подшивают к последнему.

По способу Кимбаровского внутренний лоскут рассеченного апоневроза наружной косой мышцы живота и подлежащие мышцы прошивают снаружи внутрь, отступая на 1 см от края разреза: вторично проводят иглу только через край внутреннего лоскута апоневроза, идя изнутри кнаружи, затем той же нитью прошивают край пупартовой связки; поверх внутреннего лоскута подшивают наружный лоскут апоневроза.

Способ Бассини (Bassini) заключается в следующем:

- 1) семенной канатик отводят кверху и кнаружи;
- 2) узловыми шелковыми швами подшивают край внутренней косой и поперечной мышц вместе с подлежащей поперечной фасцией к паховой связке;
- 3) в области лонного бугорка к пупартовой связке и надкостнице лонной кости подшивают 1—2 швами край влагалища прямой мышцы живота;
- 4) завязав поочередно все швы, на созданное мышечное ложе укладывают семенной канатик;
- 5) поверх семенного канатика сшивают рядом узловых швов края апоневроза наружной косой мышцы живота.

В основе *способа Кукуджанова* лежит принцип укрепления задней и передней стенок пахового канала; в области внутренних грыжевых ворот несколькими

швами сшивают предбрюшинную жировую клетчатку, семенной канатик отводят кпереди, двумя матрацными швами прошивают поперечную фасцию с захватыванием в швы подвздошно-лонной и паховой связок, влагалище прямой мышцы и апоневротические волокна внутренней косой и поперечной мышц подшивают к медиальному отделу подвздошно-лонной и паховой связок. Семенной канатик укладывают на место и поверх него сшивают в виде дубликатуры края рассеченного апоневроза наружной косой мышцы живота.

Операции при врожденных паховых грыжах. При врожденных паховых грыжах в основном применяют два способа оперативных вмешательств — без вскрытия пахового канала (по Ру — Оппелю) и со вскрытием пахового канала.

По способу Ру — Оппеля после рассечения кожи и подкожной клетчатки выделяют и вскрывают грыжевой мешок, грыжевое содержимое вправляют в брюшную полость. Выведенный в рану грыжевой мешок перевязывают у шейки, отсекают, культю погружают в предбрюшинную клетчатку. Двумя-тремя шелковыми лигатурами ушивают наружное отверстие пахового канала. Узловые швы накладывают на переднюю стенку пахового канала, захватывая в шов с одной стороны апоневроз наружной косой мышцы живота и подлежащие мышцы несколько выше пахового канала, а с другой — паховую связку. Этот способ применяется при небольших начальных грыжах, как врожденных, так и приобретенных.

Техника герниоаллопластики по Лихтенштейну

Операция **I.L.Lichtenstein** подразумевает традиционный доступ к грыже и пластику задней стенки пахового канала полипропиленовым или тефлоновым сетчатым аллотрансплантатом. Большая часть операции проходит по «сценарию» операции Постемпского или Shouldice: мобилизуется кпереди семенной канатик, глубже него ушивается задняя стенка пахового канала, путём послойного подшивания поперечной фасции, поперечной мышцы и внутренней косой мышцы к паховой связке. Далее начинаются отличия: для пластики грыжевых ворот используют полипропиленовую сетку, из которой выкраивают заплату размером 6х12 см. Имплантат укладывают под семенным канатиком и фиксируют снизу узловыми швами к пупартовой связке на всем её протяжении, лонному бугорку и верхней подвздошной ости. Верхний край сетки подшивают узловыми лигатурами к внутренней косой мышце (она уже подшита к пупартовой связке) Последний слой пластики – дубликатура наружной косой мышцы живота.

Выбор способа пластики пахового канала в зависимости от вида паховой грыжи:

Тип грыжи	Способ пластики
Начальные формы косых	Пластика передней стенки пахового канала

грыж без расширения внутреннего пахового кольца	(операция Жирара-Спасокукоцкого- Кимбаровского) выполняются редко
Небольшие косые грыжи с расширением внутреннего пахового кольца и сохраненной задней стенкой пахового канала; Небольшие прямые грыжи с частичным разрушением задней стенки пахового канала	Метод выбора: пластика задней стенки пахового канала собственными тканями (способы Постемпского, Кукуджанова, Shouldice) Метод резерва: пластика “без натяжения” (Lichtenstein) (особенно в амбулаторных условиях); PHS (проленовая герниосистема), лапароскопическая герниопластика (Corbitt) (при двухсторонних грыжах)
Большие косые и прямые грыжи, в т.ч. двухсторонняя локализация	Метод выбора: пластика “без натяжения” (Lichtenstein, Nyhus), PHS (проленовая гернисистема) Метод резерва: лапароскопическая герниопластика (Corbitt) (при двухсторонних

	грыжах)
Рецидивные грыжи, двухсторонний рецидив	Лапароскопическая герниопластика (Corbitt), пластика “без натяжения” (Lichtenstein, Nyhus), PHS (проленовая гернисистема)

При врожденной паховой грыже особенностью операции является то, что грыжевой мешок не иссекается или иссекается лишь частично и ушивается, как и при операциях Винкельмана и Бергмана. При скользящих грыжах часть грыжевого мешка, покрывающая скользящий орган, тоже не иссекается.

Бедренная грыжа

дифференциально-диагностические признаки:

Чаще встречается у женщин.

Как правило, всегда приобретенная.

Располагается ниже паховой складки.

Дифференциальный диагноз.

Бедренная грыжа дифференцируется с
паховая грыжа липома передней
брюшной стенки паховый
лимфаденит метастаз рака аневризма
бедренной артерии.

Пластика бедренного канала производится методом подшивания

гребешковой фасции к пупартовой связке:

доступ бедренный – операция Бассини;

доступ паховый – операция Руджи - Парлавеччио.

Паховой способ по Руджи—Парлавеччо. При этом способе доступ к бедренному отверстию осуществляется через паховой канал. Разрез кожи проводят параллельно и выше паховой складки. Рассекают переднюю стенку пахового канала, семенной канатик выделяют и оттягивают; разрезают заднюю стенку пахового канала (поперечную фасцию) и проникают в предбрюшинное пространство; находят шейку грыжевого мешка перед его вступлением во внутреннее отверстие бедренного канала; из бедренного канала в рану вытягивают грыжевой мешок, вскрывают и, осмотрев полость, перевязывают и удаляют его (Если вытягивание грыжевого мешка затруднено или противопоказано (ущемление), то обработку и удаление его производят со стороны бедра, оттянув нижний край разреза мягких тканей.) Далее тщательно освобождают от жировой клетчатки сверху — край паховой связки, внизу — лонную (куперову) связку, медиально — лакунарную (жимберна-тову) связку, а латерально изолируют бедренную вену. Когда внутреннее отверстие бедренного канала («воронка») становится отчетливо видно, производят его закрытие путем соединения паховой и лонной связок двумя шелковыми швами (Руджи) или же подшиванием к лонной связке нижнего края внутренней косой и поперечной мышц (Парлавеччо). После наложения указанных швов производят ушивание пахового канала и накладывают кожные швы. Способ Парлавеччо имеет то преимущество, что при нем закрывается не только внутреннее отверстие бедренного канала, но и паховой промежутки; благодаря этому устраняется возможность образования в будущем паховой грыжи, что наблюдается при способе Руджи, т. к. подшивание паховой связки к лонной увеличивает высоту пахового промежутка.

Бедренный способ. Производят косой или вертикальный разрез кожи, начинающийся на 2 см выше паховой складки, и ведут на 6—8 см вниз медиально от проекционной линии бедренных сосудов, встречающиеся в подкожной клетчатке лимфатические узлы обходят, т. к. они могут быть инфицированы; остерегаются также повредить *v. saphena magna*.

Ниже паховой связки в слое подкожного жира обнажают периферическую расширенную часть грыжевого мешка, имеющую вид грушевидного или шаровидного тела с гладкой поверхностью. Далее обнажают заключенный в центре жировой оболочки мешок; выделяют его тупым путем вплоть до шейки, уходящей под медиальный участок паховой связки в бедренный канал. Дно мешка захватывают двумя зажимами и рассекают. После осмотра полости мешка и вправления содержимого проверяют, не входит ли в состав медиальной стенки грыжевого мешка мочевого пузыря; мешок на уровне шейки прошивают шелковой нитью, завязывают на две стороны и отсекают

на 1 см дистальнее места перевязки. Нити отрезают, а культю вправляют в отверстие бедренного канала.

Следующий, второй, этап заключается в закрытии грыжевых ворот, которое производят путем подшивания медиального участка паховой связки к лонной связке Купера (lig. pectineale).

Для этого крючком оттягивают паховую связку кверху и осторожно, тупым путем обнажают с латеральной стороны бедренную вену, чтобы иметь ее все время на виду (опасность прокола иглой). Медиальнее вены двумя крепкими шелковыми швами на крутых иглах соединяют паховую связку с лонной связкой. Узлы завязывают после того, как наложены оба шва. К описанным приемам для укрепления подкожного бедренного кольца иногда добавляют подшивание processus falciformis fasciae latae несколькими швами к fascia pectine.

Пупочная грыжа

дифференциально-диагностические признаки:

Чаще встречается у детей, преимущественно у женщин.

Дифференциальный диагноз

Пупочная грыжа - параумбиликальная
грыжа липома метастаз рака (чаще
желудка) умбилицит

Способы хирургического лечения пупочной грыжи способы пластики пупочного кольца:

пластика пупочного кольца по Шпици - с сохранением пупка у детей,
пластика пупочного кольца по Лекснеру - наложение кисетного шва на пупочное
кольцо,
пластика пупочного кольца по Мейо - создание дубликатуры апоневроза в
поперечном направлении
пластика пупочного кольца по Сапежко - создание дубликатуры апоневроза в
вертикальном направлении.

При средних и больших пупочных грыжах применяют способы К. М. Сапежко и Мейо, а при небольших — способ Лексера.

Способ Сапежко состоит в следующем. Кожу разрезают над грыжевым выпячиванием в вертикальном направлении, выделяют грыжевой мешок, а грыжевое кольцо рассекают кверху и книзу по белой линии живота. По общепринятой методике обрабатывают грыжевой мешок. Узловыми шелковыми швами подшивают край одной стороны рассеченного апоневроза к задней стенке влагалища прямой мышцы живота противоположной стороны. Оставшийся свободный край апоневроза укладывают на переднюю стенку влагалища прямой

мышцы живота противоположной стороны и фиксируют рядом узловых шелковых лигатур. Накладывают швы на кожу.

При *способе Мейо* (Mayo) проводят два полулунных разреза кожи в поперечном направлении вокруг грыжевого выпячивания. После отслаивания кожного лоскута от апоневроза вокруг грыжевых ворот на протяжении 5—7 см грыжевое кольцо рассекают в поперечном направлении. Выделив шейку грыжевого мешка, его вскрывают и содержимое вправляют в брюшную полость. Затем грыжевой мешок иссекают по краю грыжевого кольца и удаляют вместе с кожным лоскутом, а брюшину зашивают непрерывным кетгутовым швом. Нижний лоскут апоневроза подшивают к верхнему рядом узловых П-образных швов так, чтобы при их завязывании верхний лоскут наслаивался на нижний, свободный край верхнего лоскута подшивают рядом узловых швов к нижнему. Накладывают узловые шелковые швы на кожу.

При *способе Лексера* (Lexer) полулунный разрез кожи, полуокаймляющий грыжевую опухоль, проводят снизу. Кожу с подкожной клетчаткой отслаивают кверху и выделяют грыжевой мешок, который вскрывают, а его содержимое вправляют в брюшную полость. Шейку мешка прошивают шелковой лигатурой, перевязывают и мешок отсекают. Грыжевые ворота закрывают кисетным шелковым швом, поверх которого накладывают 3—4 шелковых шва на передние стенки влагалищ прямых мышц живота. Кожный лоскут укладывают на место и пришивают рядом узловых швов.

При данном способе пластики грыжевых ворот пупок можно удалить или оставить.

Грыжа белой линии живота дифференциально-диагностические признаки:

Чаще располагается между пупком и мечевидным отростком.

Чаще приобретенная.

За некоторым исключением одинаково часто встречается у мужчин и у женщин

Дифференциальный диагноз грыжи белой линии живота с:

липома метастаз

рака

прорастание раковой опухоли

Способы пластики грыжевых ворот при грыжах белой линии живота:

Сапежко

Напалкова

Мартынова.

Схема закрытия грыжевых ворот по способу Н. И. Напалкова:

Вначале зашивают шейку грыжевого мешка и края апоневроза по белой линии, затем рассекают переднюю стенку влагалища прямой мышцы живота ближе к средней линии с одной и другой стороны на всю длину грыжевых ворот и узловыми швами поочередно сшивают внутренние и наружные края рассеченных апоневротических влагалищ. В результате этой операции по средней линии располагается один над другим три ряда узловых шелковых швов.

При способе Мартынова сухожильную пластинку белой линии живота рассекают по краю сухожильного влагалища правой прямой мышцы, затем аккуратно сшивают между собой внутренние края обоих влагалищ. Оставшийся в результате слева от белой линии свободный лоскут апоневроза подшивают отдельными узловыми швами, предварительно расположив его на передней стенке влагалища правой прямой мышцы живота (дубликатурный принцип).

Послеоперационная вентральная грыжа (ПОВГ), рецидивная грыжа

Послеоперационные вентральные грыжи (ПОВГ) встречаются у 20—22% больных с грыжей. По сравнению с 50-ми годами, в России отмечается более чем трехкратное увеличение частоты ПОВГ.

По определению Европейского Герниологического Общества послеоперационная вентральная грыжа — это любой дефект брюшной стенки, без или с грыжевым выпячиванием, возникший на месте послеоперационного рубца после оперативного вмешательства на органах брюшной полости, определяющийся при клиническом исследовании или визуализации.

Составными элементами грыжи являются: грыжевые ворота, грыжевой мешок и содержимое грыжевого мешка. Встречаются случаи, когда нет выраженных грыжевых ворот, но на большом протяжении брюшной стенки отсутствует мышечный слой, вследствие чего рубцово измененный апоневротический слой под действием внутрибрюшного давления постепенно начинает выпячиваться.

Этиология и патогенез послеоперационной грыжи

Среди общих факторов, приводящих к возникновению ПОВГ, выделяют предрасполагающие (депрессия репаративных процессов, снижение общей неспецифической реактивности организма) и производящие (ослабляющие брюшную стенку и изменяющие внутрибрюшное давление). К местным причинам, способствующим формированию ПОВГ относят факторы, первично связанные с операцией, и факторы, обусловленные вторичными осложнениями со стороны раны.

Основным условием возникновения ПОВГ любой локализации является наличие дефекта в тканях брюшной стенки.

Биомеханическая концепция патогенеза ПОВГ Основой биомеханической концепции патогенеза ПОВГ являются

представления о том, что мышцы — это не пружина и не резина, а живой биологический орган со своими законами существования. Мышцу нельзя растянуть, ее можно только разорвать. При образовании ПОВГ передние и боковые мышцы живота теряют одну из точек фиксации, а, следовательно, должны подвергаться изменениям аналогичным таковым в мышцах конечностей.

В представлениях современной герниологии грыжа — это не местный процесс, а общее заболевание, при котором кроме изменений брюшной стенки наблюдаются изменения во внутренних органах. При пластике грыжевых ворот местными тканями неизбежно натяжение тканей, приводящее к повышению внутрибрюшного давления.

Таким образом, основным выводом из биомеханической концепции является положение о том, что измененные мышцы брюшной стенки нельзя сблизать с натяжением.

Классификация ПОВГ (по J. Chevrel и R.M. Rath (SWR — classification) Мадрид ,1999 г.)

(Классификация принята на XXI Международном конгрессе герниологов в Мадриде, организованном Европейским обществом герниологов в ноябре 1999 года).

По локализации:

- срединная (M)
- боковая (CL)
- сочетанная (ML)

По ширине грыжевых ворот:

- W1 (до 5 см)
- W2 (5—10 см)
- W3 (10—15 см)
- W4 (более 15 см)

По частоте рецидива:

- R1, R2, R3, R4 и более.

Пример формулировки диагноза: ПОВГ (MW3R0)

Способы аллопластики с использованием синтетических протезов:

Техника аллопластики при послеоперационных вентральных грыжах.

На всем протяжении иссекается старый послеоперационный рубец. Грыжевое выпячивание ликвидируется вскрытием грыжевого мешка, отделением и вправлением его содержимого в брюшную полость. Имеющийся дефект передней брюшной стенки по возможности ушивается. На дефект и заходя за его край на 6-7 см на неизмененный апоневроз, укладывается и подшивается отдельными капроновыми швами аллотрансплантат. Послойные швы на рану.

Техника аллопластики при рецидивных паховых грыжах

После иссечения рубца и обработки грыжевого мешка производится укрепление или протезирование пупартовой связки (в случаях, когда она не дифференцируется). Это достигается путем подшивания сложенной вдвое сетки и фиксации её отдельными швами 1) к лонному бугорку, 2) оставшимся элементам пупартовой связки и 3) передней верхней ости подвздошной кости (то есть как минимум три точки фиксации аллотрансплантата). Таким образом, воссоздается (протезируется) пупартовая связка. Семенной канатик при этом пропускается через разрез, сделанный в имплантате. После разрез ушивается, оставляя отверстие равное толщине семенного канатика. К воссозданной пупартовой связке подшивается медиальный лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота. Сетка укладывается на подшитый лоскут и фиксируется отдельными швами сверху и латерально к апоневрозу наружной косой мышцы, медиально - к апоневрозу прямой мышцы. Подшивая край имплантата в пределах неизмененных тканей к апоневрозу наружной косой и прямой мышц, мы укрепляем заднюю стенку пахового канала. Поверх сетки укладывается и подшивается латеральный лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота. Швы на рану.

При пластике послеоперационных вентральных грыж возможны несколько способов имплантации эндопротеза: **Onlay, Sublay, IPOM, Inlay**

- Методика “**Onlay**” состоит в том, что эндопротез фиксируют поверх фасциального дефекта.
- При методике “**Sublay**” эндопротез размещают за мышцами.
- Методика “**IPOM**” подразумевает расположение эндопротеза интраперитонеально и фиксацию его к передней брюшной стенке.
- Подшивание эндопротеза к краям фасциального дефекта в виде мостика – методика “**Inlay**” не укрепляет его и не предотвращает рецидива грыжи.

Методика “**Onlay**”.

При этой методике после грыжесечения и ликвидации дефекта брюшной стенки эндопротез располагается предфасциально с фиксацией к брюшной стенке. При этом площадь размещения эндопротеза должна быть больше дефекта брюшной стенки. Эндопротез подшивается к подлежащему апоневрозу непрерывным швом таким образом, чтобы исключить сморщивание и смещение эндопротеза. По данным литературы, в большинстве случаев при этой методике

эндопротез выкраивают на 3-5см шире ушитых грыжевых ворот. Над эндопротезом устанавливается дренаж по Redon.

Методика “Sublay”.

После стандартного грыжесечения по краям грыжевых ворот выполняют вскрытие влагалищ прямых мышц живота. Далее производят диссекцию ретромускулярного пространства. Последнее с помощью электрохирургического скальпеля освобождают до его латеральной границы на всём протяжении прямых мышц краниально и каудально в зависимости от размеров грыжевых ворот и локализации грыжи на брюшной стенке. Осуществляют тщательный гемостаз. В последующем выполняется размещение эндопротеза в ретромускулярном пространстве. Эндопротез фиксируется узловыми швами к задним листкам влагалищ прямых мышц живота. Наложение швов необходимо для правильного позиционирования и полного расправления сетки, чтобы обеспечить её хорошее прилегание к подлежащим тканям по всей их поверхности. Ретромускулярное пространство следует дренировать, используя любой из доступных вариантов с отрицательным давлением. После завершения ретромускулярной имплантации эндопротеза производят ушивание передних листков влагалищ прямых мышц живота.

Открытая методика “TROM”.

При этой методике после грыжесечения проводится имплантация композитного эндопротеза интраперитонеально с фиксацией его к задней поверхности передней брюшной стенки. Для осуществления этой задачи края эндопротеза на расстояние 3-4см подшиваются к передней брюшной стенке узловыми швами или с помощью герниостеплера. Эндопротез должен перекрывать края фасциального дефекта как минимум на 3-5см. Затем над имплантатом ушиваются края грыжевых ворот.

После этой методики возможно образование спаек с петлями кишки, развитие кишечной непроходимости и даже формирование кишечного свища. Поэтому данная методика нуждается в изучении и нельзя рекомендовать ее к использованию в отделениях, не специализирующихся на лечении грыж.

Методика Sublay и его модификации считаются золотым стандартом при герниопластике открытым способом. Тем не менее, в настоящее время имеется недостаточно данных в литературе, чтобы во всех случаях отдавать предпочтение методике Sublay перед методикой Onlay. Рецидив после методики Onlay колеблется от 2,5% до 36% , после методики Sublay от 1% до 24%.

Осложненные грыжи

1) Невправимая грыжа - грыжа ранее легко вправлявшаяся в брюшную полость, перестает частично или полностью вправляться.

Причина невовправимости - сращение органов между собой и грыжевым мешком вследствие воспаления; сужение шейки грыжевого мешка.

Предрасполагающими факторами являются пожилой возраст, тяжелый физический труд, давность и большие размеры грыж, ношение бандажей.

Клиническая картина зависит от того, какая часть содержимого брюшной полости переместилась в грыжевой мешок. Наиболее частые симптомы: диспепсия, метеоризм, запор, боль.

Дифференциальный диагноз невовправимой грыжи:

ущемленная грыжа

липома метастаз рака

флегмона грыжевого мешка паховый

лимфаденит при бедренной грыже

Лечение - оперативное в зависимости от локализации и вида грыжи.

2) Ущемленная грыжа

При резком повышении внутрибрюшного давления (при подъеме тяжестей, кашле, дефекации) мобильные органы брюшной полости выходят через грыжевые ворота в грыжевой мешок, и вследствие раздражения брюшины происходит сдавление грыжевого содержимого в грыжевых воротах. Ущемленные грыжи составляют 4,5-5,0% всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.

Клиническая картина ущемлённой грыжи:

внезапное начало при впервые появившейся или уже имевшейся грыже во время повышения внутрибрюшного давления невозможность ранее вправимой грыжи

внезапная резкая, постепенно усиливающаяся, иногда приступообразная боль в животе тошнота, икота, мучительная многократная рвота задержка стула и газов

общее тяжелое, часто коллаптоидное состояние больного напряжение, резкая болезненность грыжевого выпячивания отрицательный симптом кашлевого толчка

дальнейшее развитие симптомов заболевания связано с нарастанием симптоматики, обусловленной ущемлением и прогрессированием явлений кишечной непроходимости и перитонита.

По механизму различают:

эластическое ущемление каловое
комбинированное ущемление

Патогенез эластического ущемления:

быстрое внедрение внутренностей в грыжевой мешок
рефлекторный спазм мышц в области грыжевых ворот
нарушение венозного оттока в ущемлённых органах
отёк стенки ущемлённых органов

прекращение артериального притока ишемия стенки органов, их некроз и гангрена

развивается картина **странгуляционной** кишечной непроходимости с перитонитом, флегмоной грыжевого мешка и брюшной стенки.

Патогенез калового ущемления

сдавление находящихся в грыжевом мешке органов в результате переполнения их каловыми массами, газами.

развитие патологических изменений происходит сравнительно медленно, петли кишки перерастягиваются, утрачивая способность перистальтировать - нарушается эвакуация содержимого, развивается **обтурационная** кишечная непроходимость.

в результате сдавления сосудов брыжейки нарушается венозный отток, а в последующем, с возникновением отёка, и артериальный приток, стенка ущемлённой кишки некротизируется, развивается флегмона грыжевого мешка и брюшной стенки, перитонит.

Патогенез комбинированного ущемления

его возникновение и клинические проявления складываются из признаков эластического и калового ущемлений.

Особые разновидности ущемления

Ретроградное (грыжа Майдля) - “обратное” ущемление трёх и более петель тонкой кишки, в виде букв “V” или “W”, причём петли, находящиеся в грыжевом мешке, могут быть жизнеспособными, в то время как петли, находящиеся в брюшной полости, некротизируются.

Пристеночное (грыжа Рихтера) - ущемляется противобрыжеечный край кишечной стенки. Чаще всего такой вид ущемления наблюдается при бедренных, паховых, реже пупочных и грыжах белой линии живота.

Мнимое или ложное (ущемление Брока) - перитонит различного, не связанного с ущемлением грыжи, генеза, а так же асцит могут симулировать ущемление грыжи вследствие заполнения грыжевого мешка вправимой или невправимой грыжи экссудатом или транссудатом, сопровождающееся появлением боли, напряжения в области грыжевого мешка.

Грыжа Литтре - ущемление дивертикула Меккеля - патогенез и клиническая картина напоминают пристеночное ущемление (грыжу Рихтера).

Дифференциальный диагноз ущемлённой грыжи

невправимая грыжа;
копростаз;

острый паховый лимфаденит;
острый умбилисцит;

наличие вульгарных воспалительных инфильтратов в
местах, соответствующих локализации грыж.

Лечение хирургическое. Ущемленная грыжа — абсолютное показание к экстренной операции. Недопустимо насильственное вправление ущемленных грыж, так как возможны:

вправление нежизнеспособной кишки;
мнимое вправление;

разрыв кишки в грыжевом мешке с последующим развитием перитонит;
разрыв сосуда и кровотечение в брюшную полость.

Особенности оперативного лечения ущемленных грыж

«Не рассекая ущемляющего кольца, вскрыть грыжевой мешок, удалить выпот, провести ревизию жизнеспособности ущемленного органа!».

Кишка жизнеспособна: розовая или красного цвета, серозная оболочка гладкая блестящая; слегка отечная стенка; пульсация сосудов сохранена; видимая перистальтика на ущемленном участке.

Кишка нежизнеспособна: черно-землистого или черного цвета; стенка отечна с участками субсерозных кровоизлияний; имеется тромбоз крупных сосудов;

пульсация мелких сосудов отсутствует; перистальтики нет, и она не восстанавливается; при действии гипертонических растворов она «проваливается».

Варианты операций Кишка жизнеспособна – рассекается ущемляющее кольцо, кишка

погружается в брюшную полость, производится грыжесечение и пластика грыжевых ворот.

Кишка нежизнеспособна – срединная лапаротомия, внутрибрюшная резекция кишки, отступя проксимально не менее 40 см, и дистально – не менее 15-20 см с анастомозом «бок в бок», допустимо – «конец в конец». Удаление содержимого грыжевого мешка наружу, грыжесечение и пластика грыжевых ворот.

Осложнения при оперативном лечении грыж

А. Интраоперационные

1. Повреждение крупных сосудов, чаще – бедренной вены, реже – артерии при глубоком прошивании пупартовой связки при паховой грыже или рассечение бедренного кольца в латеральном направлении – при бедренной грыже; повреждение запирающей артерии в случаях аномалии ее положения при бедренной грыже (необходимо выделение сосуда на протяжении, наложение сосудистого шва).
2. Ранение мочевого пузыря или кишки – при скользящих, ущемленных, невправимых больших послеоперационных пупочных и рецидивных грыжах (важно своевременно обнаружить и ушить дефект).
3. Повреждение семенного канатика и ранение семявыносящего протока при паховых грыжах.
4. Повреждение подвздошно-пахового и подвздошно-чревного нервов.

Б. Послеоперационные

1. Сердечно-легочная недостаточность у больных, оперированных по поводу больших послеоперационных пупочных и ущемленных грыж без достаточной подготовки.
2. Пневмония.
3. Парез кишечника.
4. Кровотечения в брюшную полость, гематома в зоне операции (недостаточный гемостаз).
5. Воспалительный инфильтрат, обычно связанный с грубым выполнением операции.
6. Нагноение раны – чаще как результат нарушения асептики.
7. Тромбоз мезентериальных сосудов чаще у пожилых людей страдающих атеросклерозом.
8. Тромбозы вен бедер и таза – обусловленные этим эмболии.
9. Отеки мошонки, семенного канатика, атрофия яичка, (фуникулит, эпидидимит, орхит) вследствие травматизации семенного канатика, излишне

тугого наложения швов.

10. Невриты и невралгии вследствие захватывания в швы ветвей наружного срамного или бедренного нервов.

11. Ранние, обычно так называемые «ложные» рецидивы вследствие, как правило, нерационального выбора метода пластики и плохого выполнения операции.

Приложение.

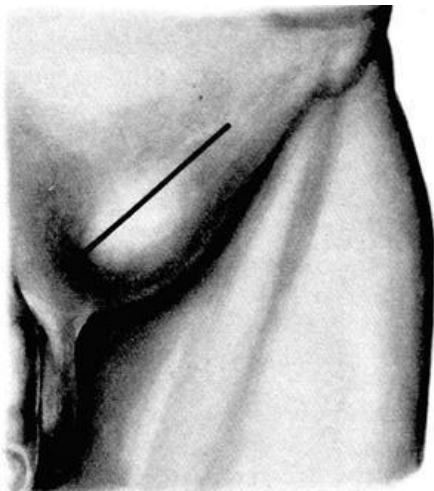


Рис. Оперативный доступ к грыжевому мешку при паховой грыже.

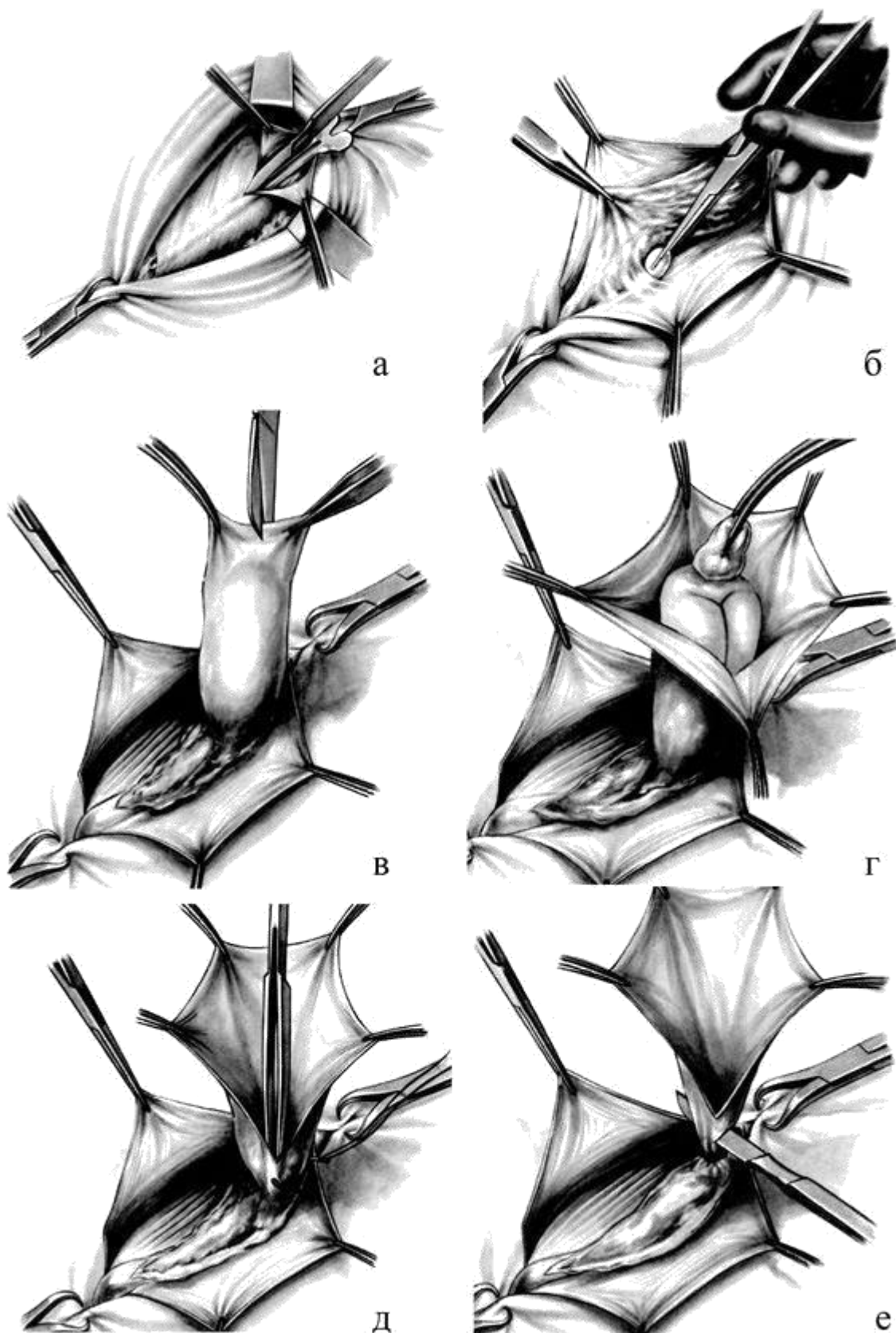


Рис. Этапы грыжесечения при паховой грыже. а – рассечение грыжевых ворот; б – выделение грыжевого мешка; в – вскрытие грыжевого мешка; г – ревизия содержимого грыжевого мешка; д – погружение содержимого в брюшную полость с прошиванием шейки; е – отсечение грыжевого мешка.

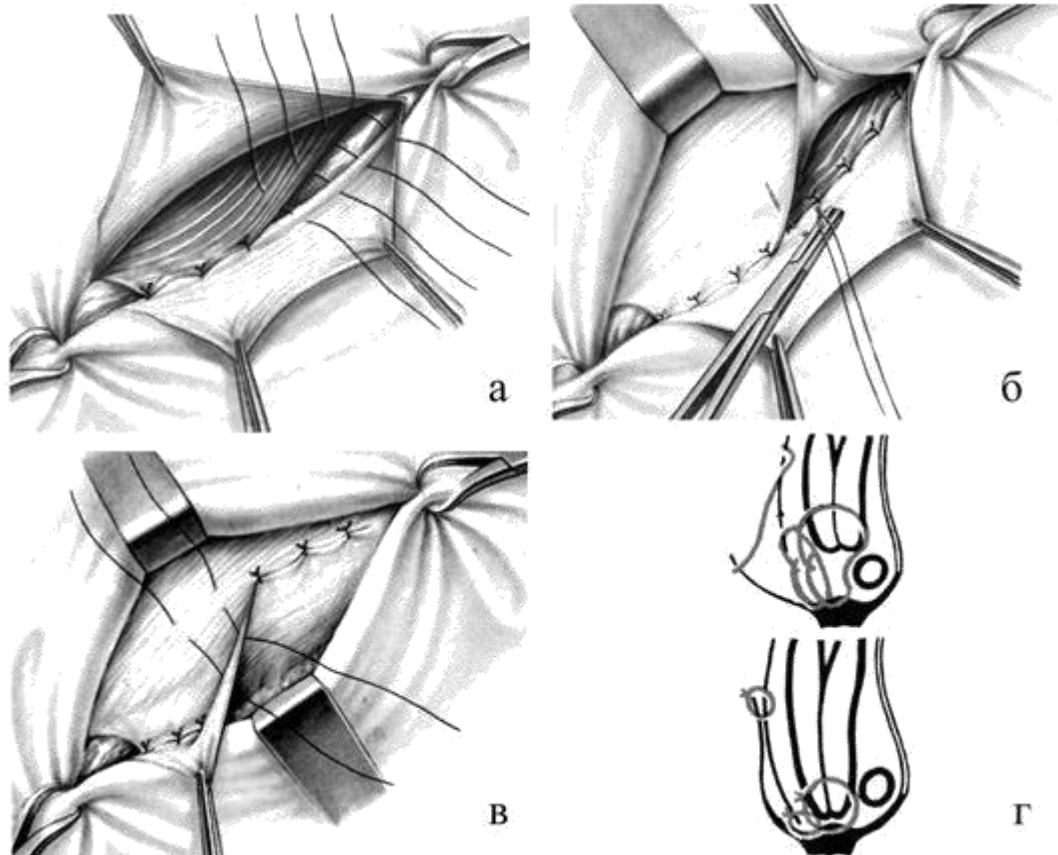


Рис. Пластика передней стенки пахового канала по Жиру. а – подшивание краев внутренней косой и поперечной мышц живота к паховой связке; б - подшивание верхнего лоскута апоневроза наружной косой мышцы живота к паховой связке; в – создание дубликатуры апоневроза; г – схема.

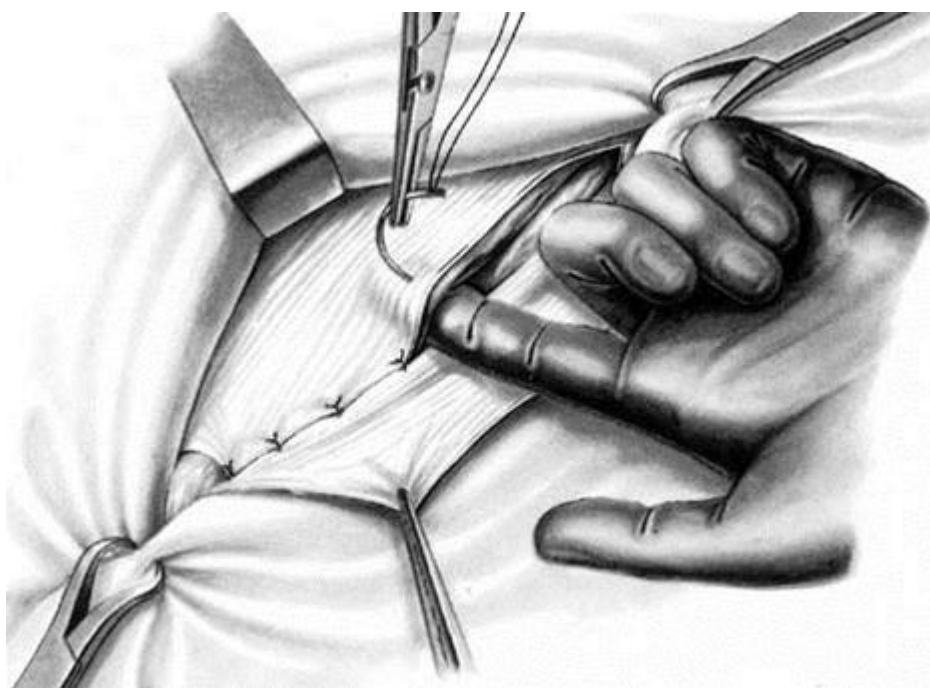
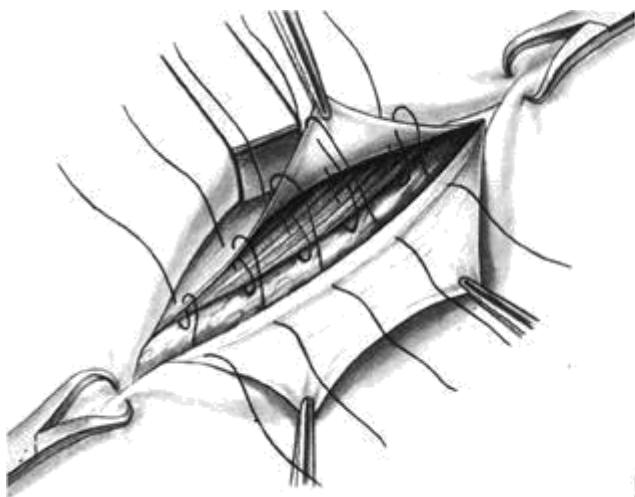
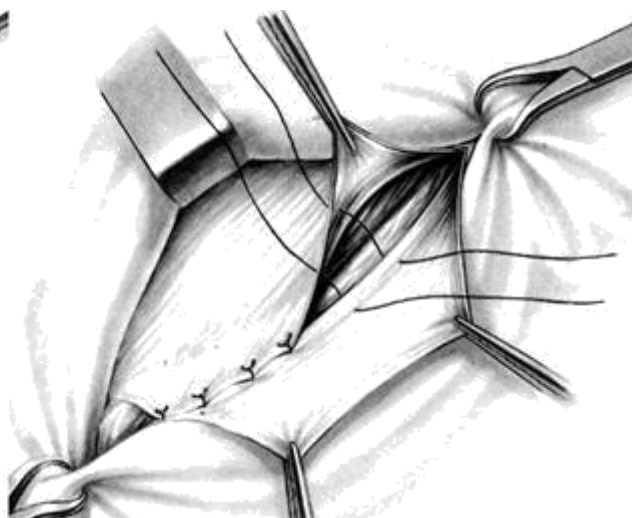


Рис. Пластика передней стенки пахового канала по способу Спасокукоцкого.



А



Б

Рис. Пластика передней стенки пахового канала. а – по Кимбаровскому; б – по Мартынову.

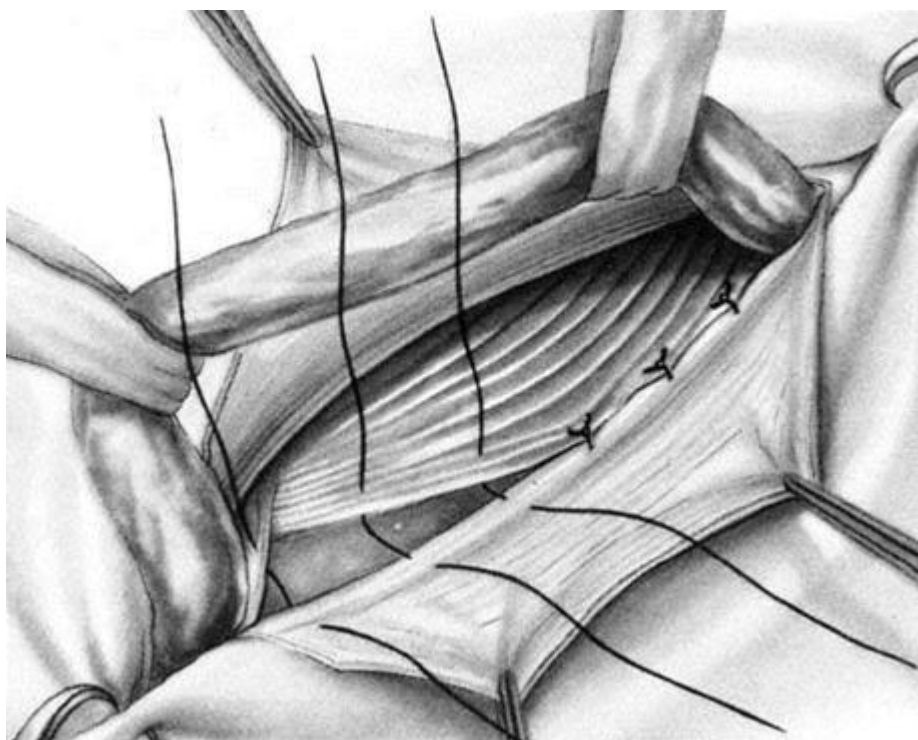


Рис. Пластика задней стенки пахового канала по Бассини.

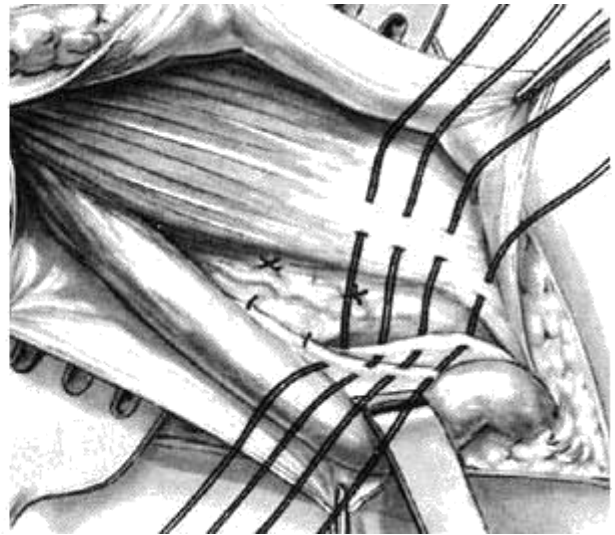
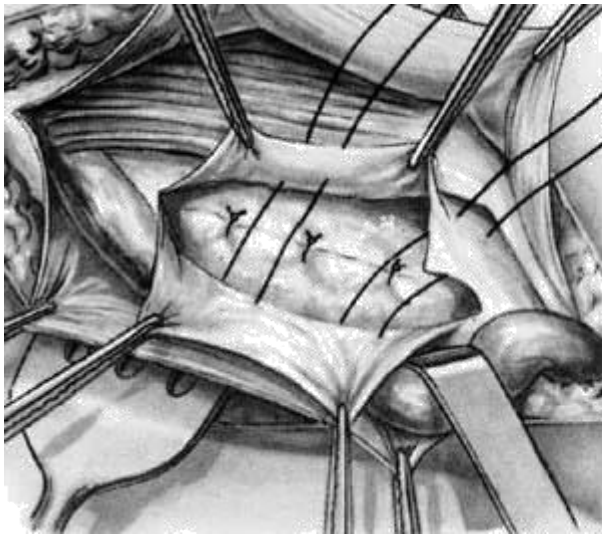


Рис. Пластика задней стенки пахового канала по Кууджанову.

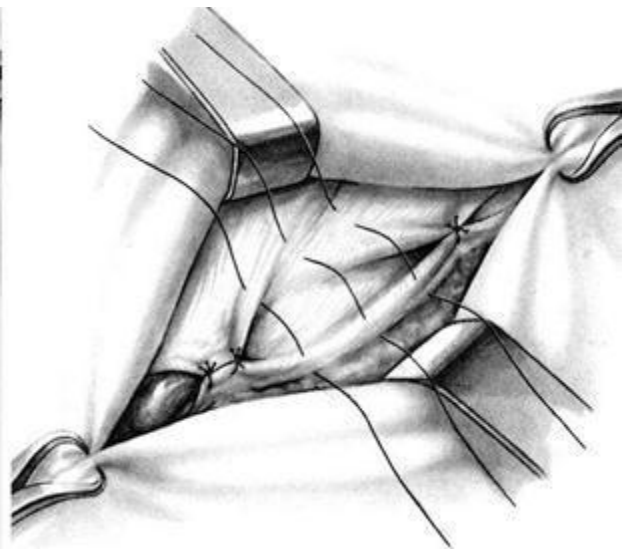
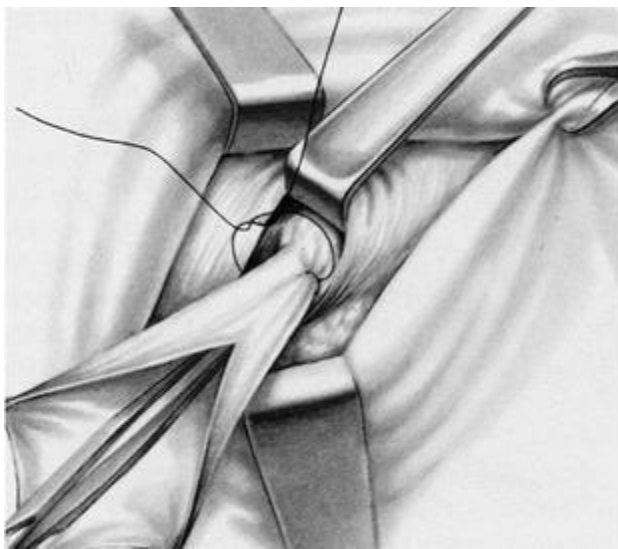


Рис. Операция при врожденной паховой грыже по способу Ру – Оппеля.

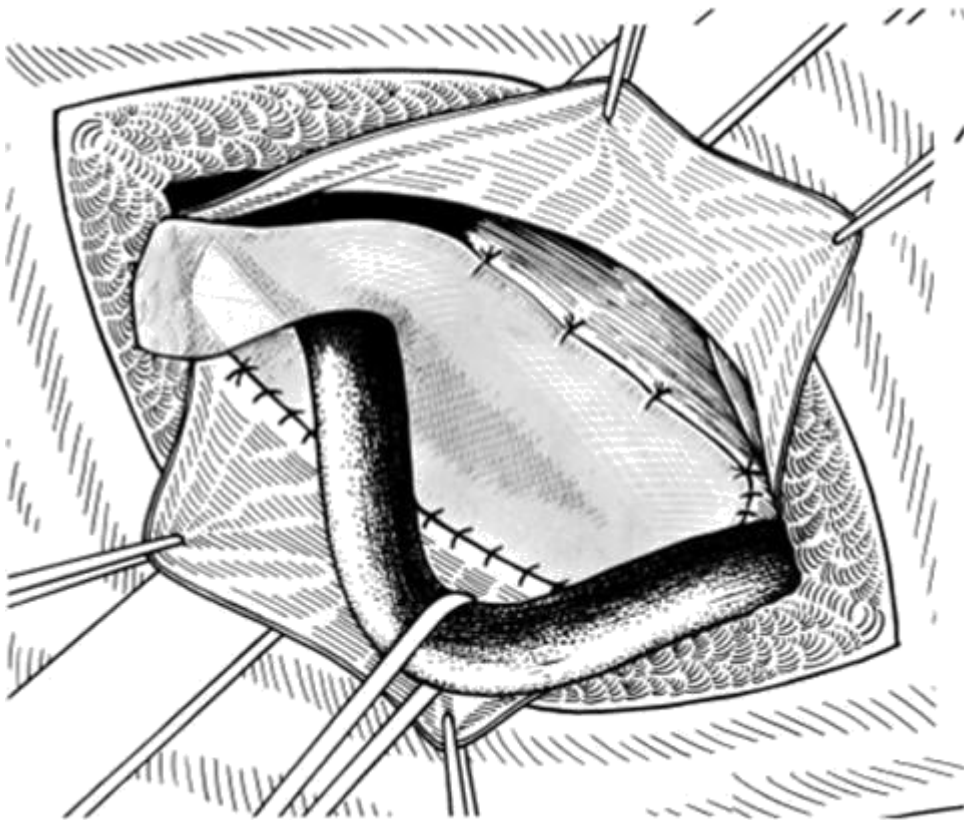


Рис. Пластика по Лихтенштейн.

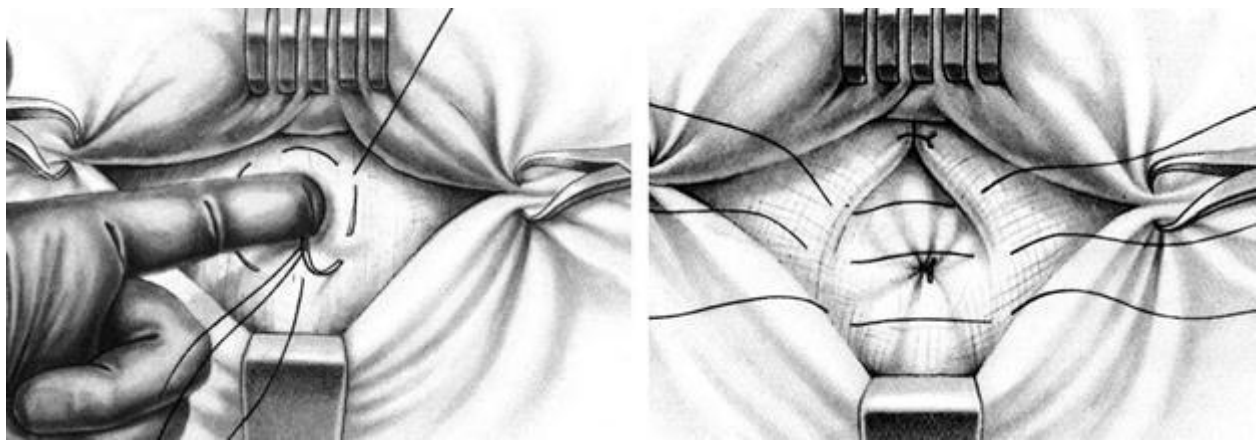
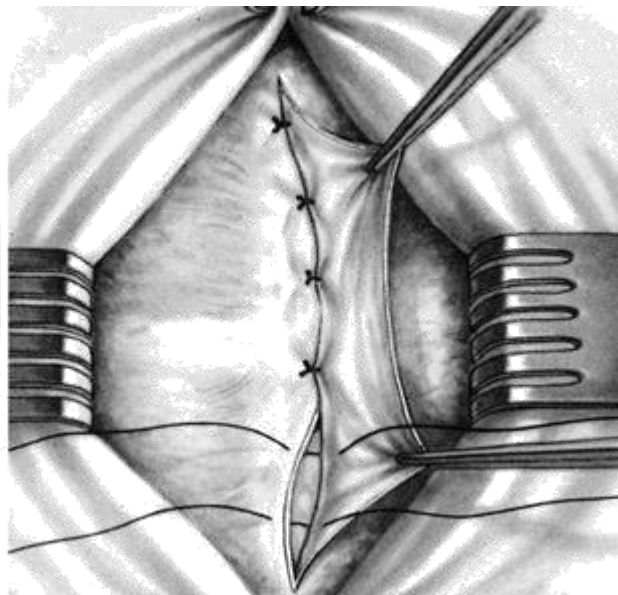
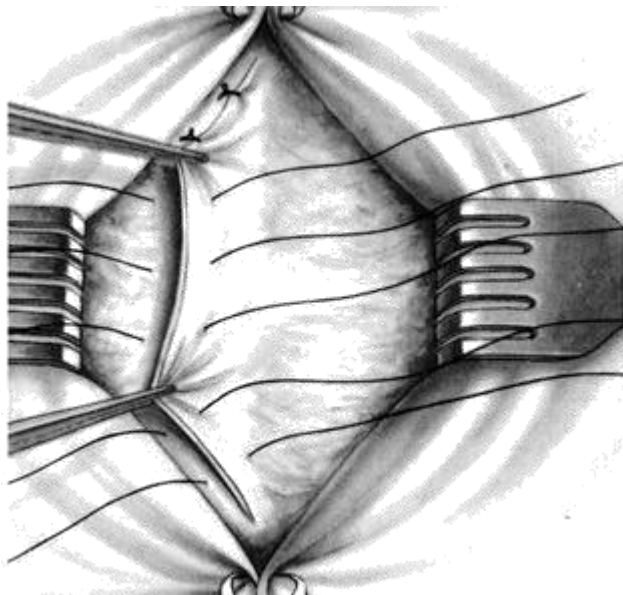
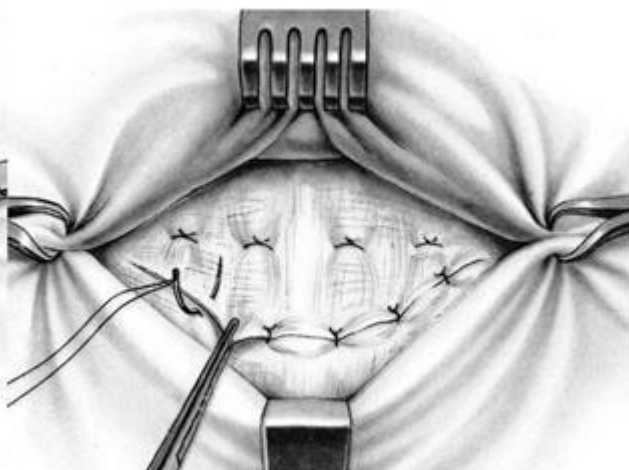
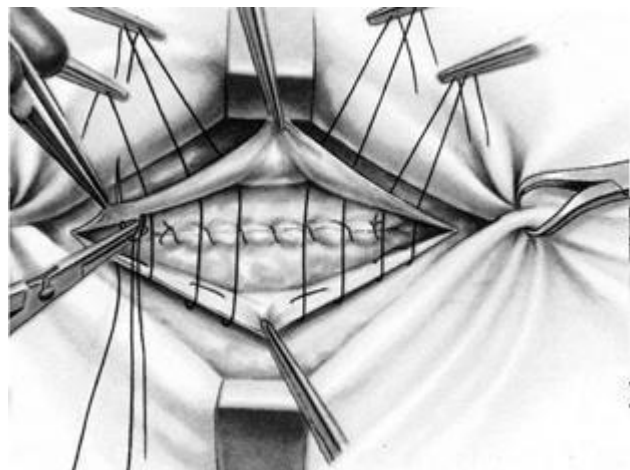


Рис. Пластика пупочного кольца по способу Лекснера.



А



Б

Рис. Пластика при пупочной грыже: а – по Сапежко; б – по Мейо.

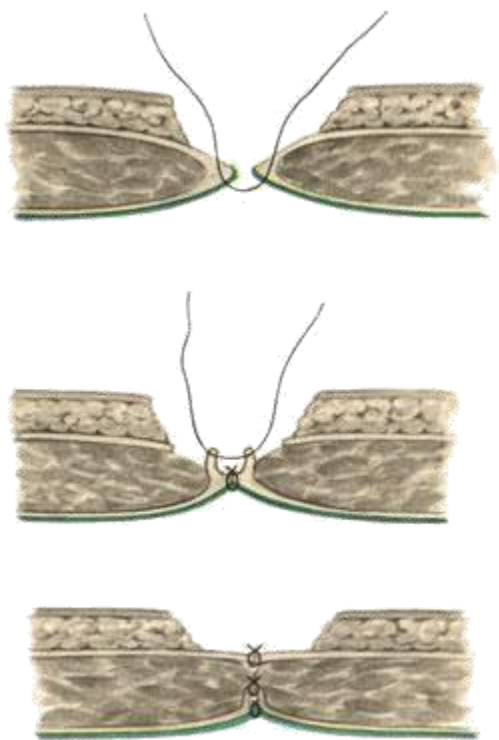


Рис. Способ Напалкова

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:

- Классификация грыж передней брюшной стенки.
- Этиологические факторы грыж передней брюшной стенки.
- Современные виды пластики пахового канала
- Выбор метода и техника выполнения операции в зависимости от вида грыжи.
- Хирургическая тактика ущемлённой грыже.

ЗАДАНИЯ И МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ИХ ВЫПОЛНЕНИЮ:

На занятии студенту необходимо выполнить:

- Сформулировать диагноз и его обосновать.
- При осмотре пациента описать местный статус
- При осмотре пациента провести дифференциальную диагностику паховой грыжи.
- По данным истории болезни оценить результаты лабораторных тестов

ВОПРОСЫ К ИТОГОВЫМ КОНТРОЛЯМ ПО ДАННОЙ ТЕМЕ:

Вопросы к рубежным контролям (тестовые вопросы или их аналоги, аналоги ситуационных задач):

Врожденная паховая грыжа:

- 1) всегда прямая
- 2) всегда косая**
- 3) может быть прямой или косой

Грыжа Рихтера – это:

- 1) ретроградное ущемление
- 2) ущемление дивертикула Меккеля
- 3) пристеночное ущемление**
- 4) ложное ущемление

Способ Жирара – Спасокукоцкого является:

- 1) фасциально - апоневротической пластикой
- 2) мышечно-апоневротической пластикой**
- 3) комбинированной пластикой

При наличии грыжи у взрослого человека показано:

- 1) оперативное лечение в плановом порядке**
- 2) консервативные мероприятия, а при их неэффективности – оперативное лечение
- 3) оперативное лечение только при осложненных формах грыжи
- 4) оперативное лечение только по жизненным показаниям

При ущемленной бедренной грыже ущемляющее кольцо следует рассекать:

- 1) латерально
- 2) медиально**
- 3) кверху
- 4) книзу

ЗАДАНИЯ И МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ИХ ВЫПОЛНЕНИЮ

Конспектирование учебника. Повторение пройденного теоретического материала.
Работа с лекционным материалом - составление плана, проработка конспекта лекции, дополнение конспекта рекомендованной литературой

ОЦЕНИВАНИЕ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ НАВЫКОВ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ (согласно БРС)

Посещение одного практического занятия – от 2 до 3 баллов с шагом 0,5 балла (в соответствии с п. 3.6). Количество баллов, полученных студентом за практическое занятие определяется преподавателем в зависимости от активности студента и проявленных им знаний по теме занятия. Студент, опоздавший на занятие, не может получить за это занятие более половины минимального количества баллов. Опозданием считается прибытие студента на занятие после его начала. Добор баллов путем отработок опозданий не допускается.

Доклады, рефераты, презентации, учебные фильмы, web-страницы выполненные самостоятельно по заданию преподавателя или по инициативе студента оцениваются в 1-4 баллов. Количество баллов за доклады, рефераты, презентации, учебные фильмы, web-страницы не может в течение семестра превышать 20. Тема доклада, реферата, презентации, учебного фильма, webстраницы должна быть согласована с преподавателем до начала работы. Студенту может быть отказано в баллах за представление доклада, реферата, презентации, учебного фильма, webстраницы в случае представления материалов с отсутствием личного вклада обучающегося. Решение об отказе в этом случае принимается комиссионно с участием зав. кафедрой или ответственного за учебно-методическую работу на данном курсе. В случае использования кафедрой в дальнейшей работе материалов, предоставленных студентом, обязательна ссылка на авторство.

Рубежный (тематический) тестовый контроль по окончанию дидактического модуля оценивается: Тестовый контроль написан неудовлетворительно - 0 баллов. Тестовый контроль написан удовлетворительно - 1 балл (правильно отвечено на два или три вопроса). Тестовый контроль написан хорошо или отлично - 2 балла (правильно отвечено на четыре вопроса или все вопросы).

«Плановая абдоминальная хирургия»--- Грыжи живота-----min 2балла -----max 3балла

Список литературы.

Учебники:

1. Хирургические болезни : учебник в двух т. Т. 1 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 720 с. : ил.
2. Хирургические болезни : учебник в двух т. Т. 2 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 688 с. : ил.
3. Хирургические болезни : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 992 с. : ил. Хирургические болезни: В 2-х т.. Т.2 /
Под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 400 с.: ил.
4. Хирургические болезни / Под ред. А.Ф. Черноусова Год издания: 2010
Издательство: ГЭОТАР-Медиа.
- с Хирургические болезни : учебник : в 2-х т. Т. 2 / Н. В. Мерзликин [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 600 с. : ил.
6. Хирургические болезни : учебник : в 2-х т. Т. 1 / Н. В. Мерзликин [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 400 с. : ил.
7. Урология / Под ред. Н.А.Лопаткина. Год издания: 2010 Издательство: ГЭОТАР-Медиа.

Электронная база «Консультант студента»

1. Хирургические болезни. В 2-х т. Том 1 [Электронный ресурс] : учебник / Мерзликин Н.В.,
Бражникова Н.А., Альперович Б.И., Цхай В.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. -
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434567.html>
2. Общая хирургия [Электронный ресурс]: учебник / В. К. Гостищев. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. -
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432143.html>
3. Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. -
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433713.html>
4. Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. -
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431306.html>
5. Хирургические болезни. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс] : учебное пособие / Под ред. А.Ф. Черноусова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. -
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970421161.html>
6. Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие / Кириенко А.И., Шулутко А.М., Семиков В.И. и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. -
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970420393.html>
7. История медицины и хирургии [Электронный ресурс] / Мирский М.Б. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414293.html>
8. Хирургические болезни. Том 2 [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. В.С. Савельева, А.И.Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. -
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970417645.html>

Электронные базы данных

www.общество-хирургов.рф
www.bmj.com
www.consilium-medicum.com
www.medscape.com
www.pubmed.org
www.rmj.ru

Электронные учебные издания.

1. Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Общая часть [Электронный ресурс]. - Электрон. дан. - М.: Издат. дом "Равновесие", 2005. - 1 эл. опт. диск (CD-ROM): цв., зв.
2. Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Оперативная гинекология [Электронный ресурс].
- Электрон. дан.. - М.: Издат. дом "Равновесие", 2005. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв., зв.
3. Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Оперативная гинекология [Электронный ресурс]. Вып. 5. - Электрон. дан.. - М.: Кордис & Медиа, 2000. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв.. - (Абдоминальная эндохирургия)
4. Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Хирургия желудка, двенадцатиперстной кишки, селезенки, надпочечников [Электронный ресурс]. Вып. 3. - Электрон. дан.. - М.: Кордис В Медиа, 2000. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв.. - (Абдоминальная эндохирургия)
5. Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Хирургия толстой кишки, операции при паховых грыжах [Электронный ресурс]. Вып. 4. - Электрон. дан.. - М.: Кордис & Медиа, 2000. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв.. - (Абдоминальная эндохирургия)
6. Клиническая хирургия. Консультант врача. Электронная информационно-образовательная система на CD. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2010 год.
7. Консультант врача CD-R. Функциональная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний. Версия 1.1 / под ред. Ю.Н. Беленкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 год.
8. Стандарты медицинской помощи. Электронная информационно-образовательная система на CD. Версия 1.1. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010 год.

Чернядьев Сергей Александрович

Ушаков Алексей Александрович

Родионов Евгений Николаевич

Коробова Наталья Юрьевна

Кубасов Кирилл Александрович

Учебное издание

Редактор

Рекомендовано к изданию Центральным методическим советом
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава
России

Технический редактор

Корректор

И сведения : дата сдачи в набор,

в печать (когда подписано),

Формат (60х90),

Бумага

Условных печатных листов

Тираж.заказ

Адрес редакции