

Глава 9. Паховые грыжи

Введение

В.Н. Егиев

Становление герниологии как научно обоснованного раздела хирургии относится ко второй половине XIX века — времени внедрения в хирургическую практику анестезии, антисептики, асептики. К этому времени относится разработка основных методик герниопластики. Разработанные E. Bassini, W.S. Halsted, Postempsky методики герниопластик применяются до настоящего времени.

Известны сотни различных способов хирургического лечения паховых грыж. Применяемые сегодня методики отличаются друг от друга техникой доступа к грыжевому мешку, вариантами восстановления пахового канала (пластика передней, задней стенки, обеих стенок пахового канала). Применяются способы закрытия пахового промежутка с использованием и различным расположением мышечных, апоневротических слоев. Используются методики, ликвидирующие паховый канал и перемещающие семенной канатик в различные слои брюшной стенки. Некоторые виды операций имеют своей целью механическое укрепление пахового канала, другие — восстановление его функции. Отдельное место в герниологии занимают использование в пластике пахового канала различных гомо-, гетеро- и аллопластических материалов. Оперативные вмешательства при паховых грыжах выполняют открытым способом традиционными доступами или с использованием видеоэндоскопических методик.

Среди доступов к грыжевому мешку выделяют передний (или паховый) и задний внебрюшинные доступы, трансабдоминальный (внутрибрюшной) доступ и комбинированный доступы.

При переднем внебрюшинном (паховом) доступе, как правило, используют кожный разрез параллельно и на 2 см выше уровня паховой складки. Более подробно доступ будет описан в разделе, посвященном пластике пахового канала по Bassini.

В 1891 г. L. Tait рекомендовал срединную лапаротомию для лечения пупочных и паховых грыж. La Roque (1919) рекомендовал трансабдоминальную мышечную пластику, выполняемую путем расщепления мышцы разрезом на 2,5 см. выше внутреннего пахового кольца.

В ряде клиник все большим признанием пользуются внебрюшинные внепаховые доступы. Из данной группы подходов к грыжевому мешку следует отметить доступ, предложенный Cheatle в 1920 г. Автор первоначально использовал нижне-срединный разрез, а затем предпочел доступ, аналогичный доступу по Pfannenstiel. Оригинальный внебрюшинный доступ разработал и активно пропагандировал A. Henry (1936). Однако, детальное топографо-анатомическое обоснование операции, ее внедрение в широкую практику связано с именем американского хирурга L.M. Nyhus. Задний внебрюшинный доступ будет подробно описан в разделе, посвященном операции Нихуса

при лечении паховых грыж. К группе операций, использующих задний внебрюшинный доступ, относят также пластику пахового канала по Stoppa.

К комбинированным доступам относятся сочетания внутрибрюшных и внебрюшинных вмешательств, которые проводят или из отдельных разрезов, или герниолапаротомий. Брюшную полость вскрывают, выделяют шейку грыжевого мешка, перевязывают и отсекают его периферическую часть, которую ушивают или не ушивают. Далее вскрывают паховый канал и укрепляют его тем или иным способом. Комбинированные доступы больше показаны при невосправляемых, скользящих и других сложных формах паховых грыж. Примером комбинированного способа является так называемый польский способ (Венгловского—Славинского—Островского), при котором после лапаротомии выделяют, вскрывают и отсекают грыжевой мешок, суживают глубокое паховое кольцо. Далее брюшная полость ушивается наглухо, производится второй разрез в паховой области, вскрывается паховый канал, проводится пластика пахового канала дубликатурой апоневроза наружной косой мышцы живота. Все эти способы в настоящее время имеют лишь историческое значение.

Современные методики ненатяжной герниопластики без применения видеоэндоскопии используют как паховые доступы, так и задние внебрюшинные доступы.

Особое место занимают варианты доступов к грыжевому мешку при использовании видеоэндоскопии. В этом случае доступы к грыжевому мешку также подразделяются на трансабдоминальные и преперитонеальные. Варианты доступов будут подробно изложены в разделе, посвященном эндоскопическим герниопластикам.

Натяжные способы пластики пахового канала

Пластика пахового канала по Bassini

Операция была впервые выполнена автором в 1884 году и уже в 1889 году Bassini доложил о менее чем 10 % рецидивов при одной смерти на 262 пластики. Для того времени это были неслыханно хорошие результаты. Операция выдержала испытание временем и даже в настоящее время является стандартом, с которым сравнивают результаты других пластик. Следует отметить, что широко используемые до настоящего времени пластики пахового канала по Halsted, Postempsky, McVay являются, по сути, модификациями способа Bassini. При этой операции используется передний паховый внебрюшинный доступ к грыжевому мешку. Параллельно и на 2 см. выше паховой складки рассекается кожа, подкожная клетчатка (рис. 9.1).

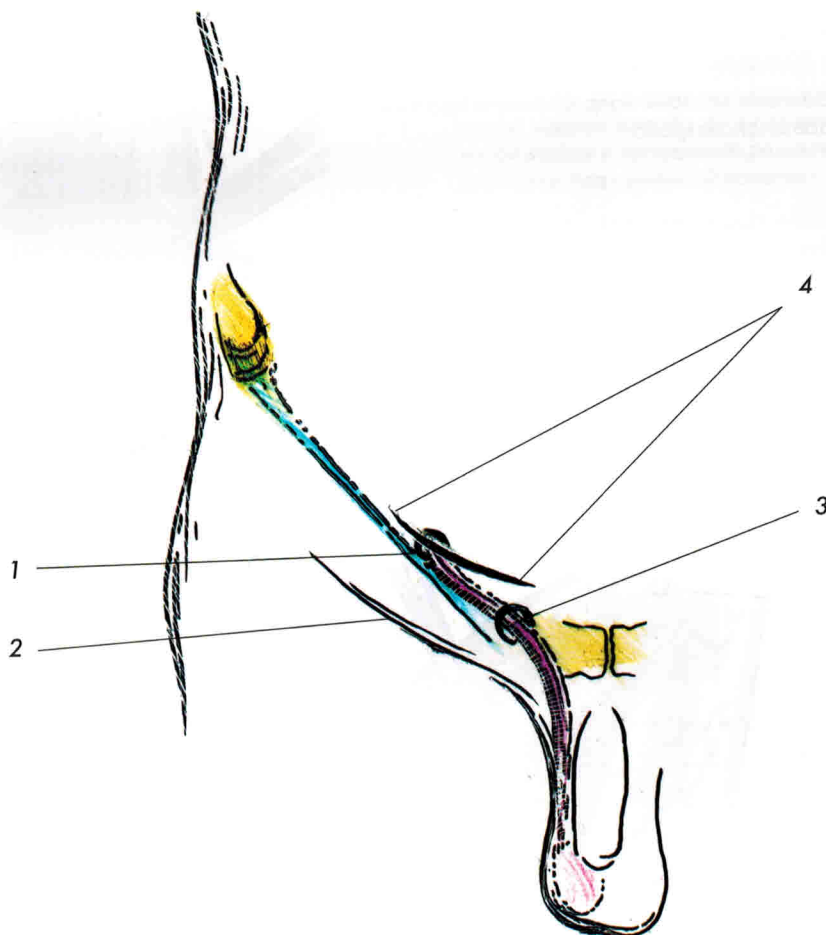


Рис. 9.1. Кожный разрез при косой паховой грыже. Разрез производится на 2 см выше и параллельно паховой складке, приходясь своим центром на проекцию глубокого пахового кольца:

- 1 – проекция на кожу глубокого пахового кольца;
- 2 – паховая складка;
- 3 – проекция на кожу поверхностного пахового кольца;
- 4 – кожный разрез

Производится продольный разрез апоневроза наружной косой мышцы живота по ходу его волокон на протяжении 6–8 см (рис. 9.2). Выделяется паховая связка на всем ее протяжении вплоть до наружной границы внутреннего отверстия пахового канала (рис. 9.3) и сверху передняя поверхность внутренней косой и поперечной мышц живота.

Рис. 9.2. Отделение апоневроза наружной косой мышцы живота от жировой клетчатки и рассечение его вдоль волокон по направлению к медиальному краю наружного пахового кольца:

- 1 – апоневроз наружной косой мышцы живота;
- 2 – поверхностные нижние надчревные и поверхностные огибающие подвздошные сосуды (лигированы);
- 3 – семенной канатик;
- 4 – поверхностное паховое кольцо;
- 5 – подвздошно-паховый нерв.

Стрелками указаны направление и протяженность разреза апоневроза

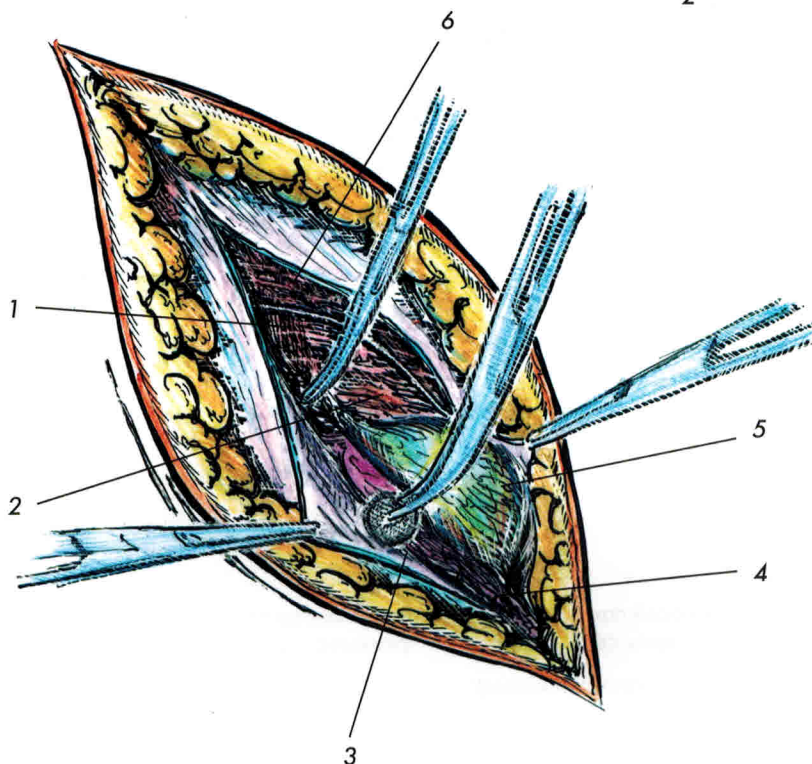
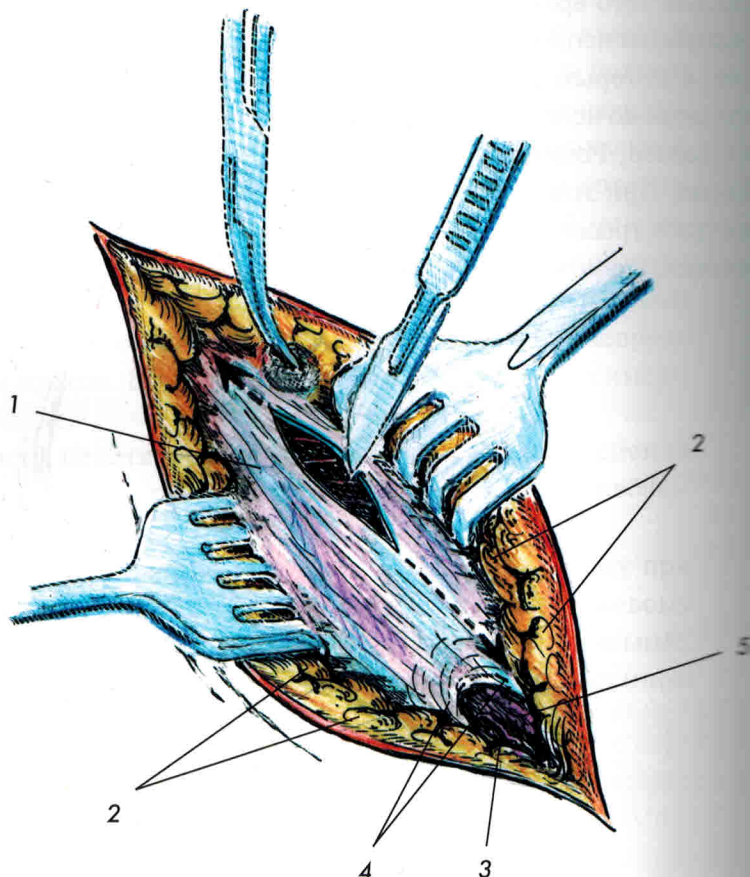


Рис. 9.3. Выделение паховой связки и препаровка подвздошно-пахового нерва. Захватывается зажимами и отводится в сторону латеральный листок апоневроза наружной косой мышцы живота. Тупо разделяются рыхлые сращения между оболочкой семенного канатика и паховой связкой. Подвздошно-паховый и подвздошно-надчревный нервы идентифицируются, мобилизуются и смещаются во избежание их случайной травмы. Паховая связка обнажается на протяжении от глубокого пахового кольца до лонного бугорка с выделением ее наиболее утолщенного, расположенного в глубине края:

- 1 – внутренняя косая мышца живота;
- 2 – подвздошно-паховый нерв;
- 3 – паховая связка;
- 4 – семенной канатик;
- 5 – грыжевой мешок;
- 6 – подвздошно-надчревный нерв

Ненатяжные способы оперативного лечения паховых грыж

Ненатяжная пластика задней стенки пахового канала синтетической сеткой по Lichtenstein

Доступ к паховому каналу осуществляется рассечением кожи, подкожной клетчатки на 2 см выше и параллельно паховой складке. Апоневроз наружной косой мышцы живота рассекается в латеральную сторону на 1,5 см от внутреннего пахового кольца, в медиальную сторону - до наружного пахового кольца. Наружное паховое кольцо можно не рассекать, так как в последующей пластике оно роли не играет. Семенной канатик тупым путем выделяется и берется на держалку (рис. 9.64). Тупым и острым путем среди элементов семенного канатика выделяют грыжевой мешок без его вскрытия (рис. 9.65).

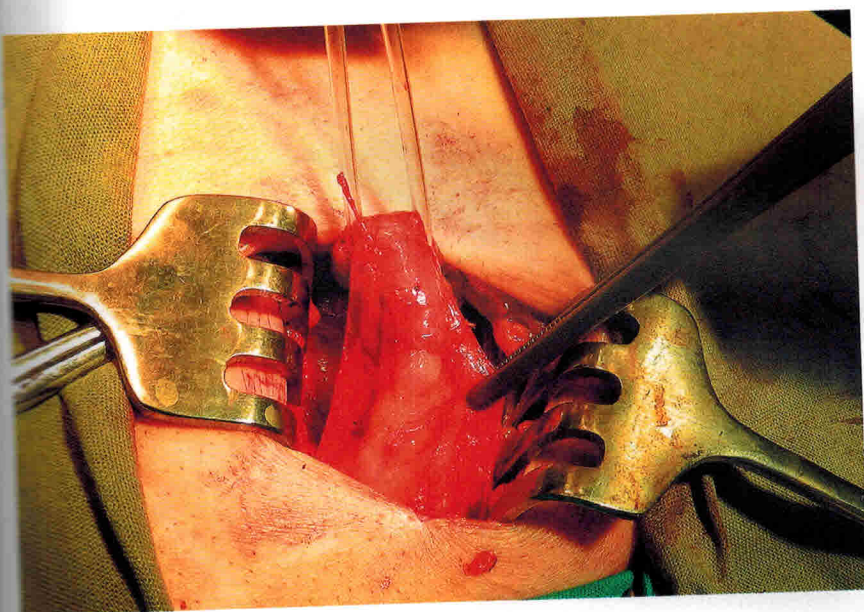


Рис. 9.64. Семенной канатик взят на держалку

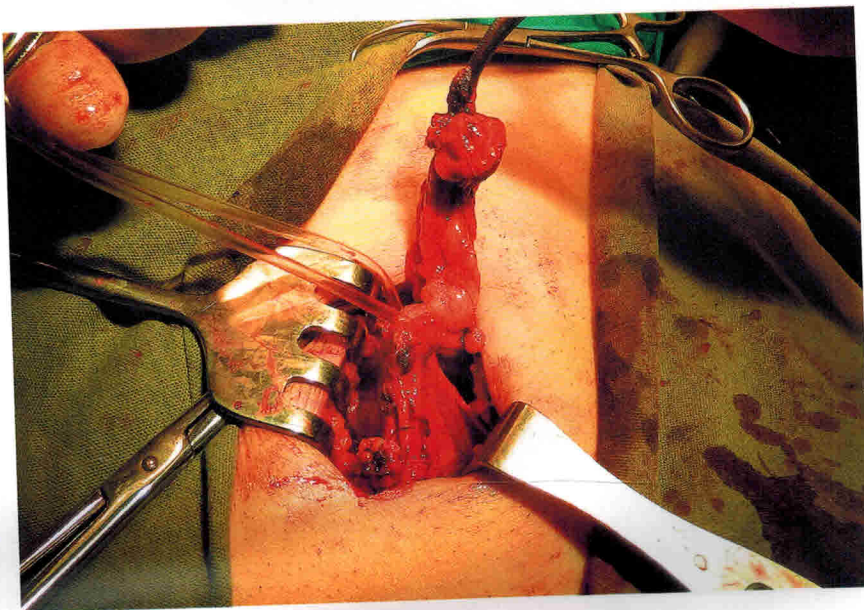


Рис. 9.65. Выделен грыжевой мешок без его вскрытия

Мешок выделяется до уровня глубокого пахового кольца (рис. 9.66). Как правило, волокна мышц, поднимающих яичко, которые «расширяют» основание семенного канатика, лучше пересечь, при этом четко визуализируются элементы семенного канатика. После выделения грыжевого мешка наиболее простой и оправданный вариант — погружение его без вскрытия. Возможны и варианты прошивания его перед погружением кисетным швом или наложение дополнительного шва на дефект поперечной фасции после погружения грыжевого мешка. Основное правило — грыжевой мешок не зашивать и не иссекать.

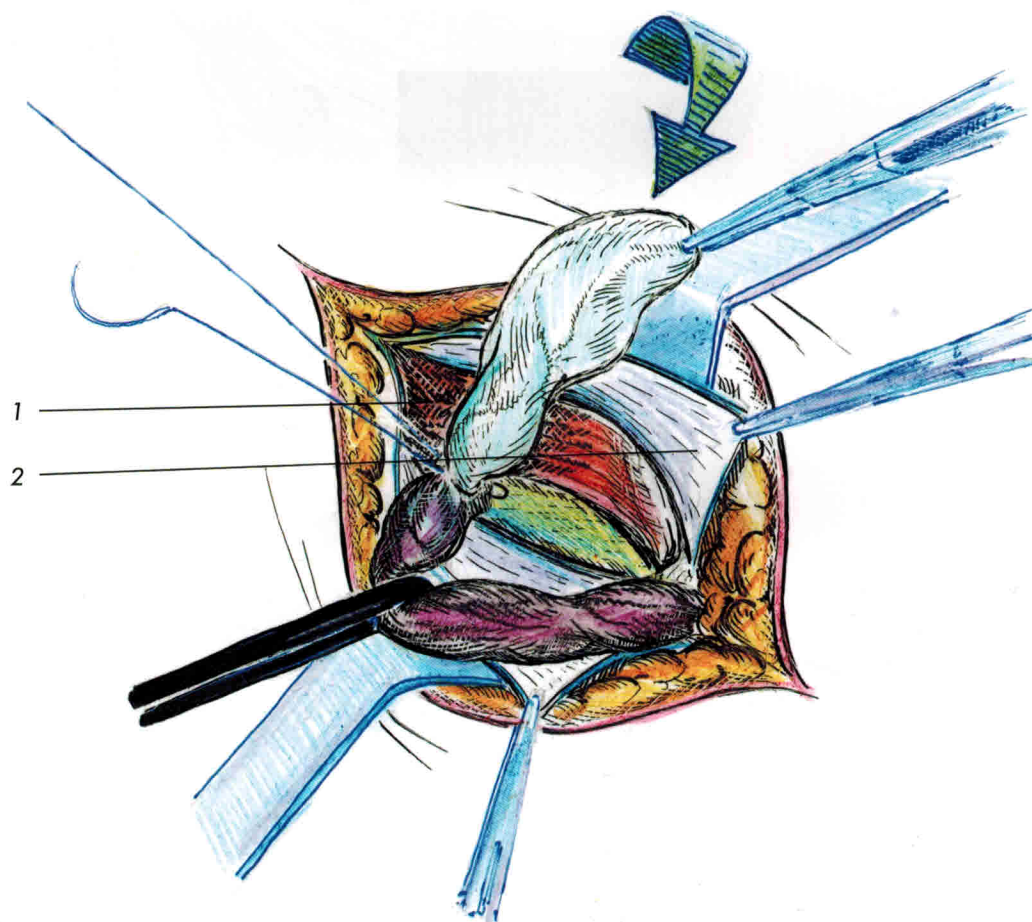


Рис. 9.66. Натяжная пластика задней стенки пахового канала синтетической сеткой (пластика по Lichtenstein). Из оболочек семенного канатика выделяется грыжевой мешок, прошивается у шейки и инвагинируется или иссекается на уровне париетальной брюшины. Апоневроз наружной косой мышцы отделяется от внутренней косой мышцы так, чтобы поместить сетку шириной 6-8 см:

- 1 – внутренняя косая мышца живота;
- 2 – апоневроз наружной косой мышцы живота

Мы в последнее время используем аллотрансплантат размером 10 см на 15 см, предпочитая моделировать его дистальную часть после частичного подшивания. Проксимальную часть часто моделируют «полукругом» (рис. 9.67). Для фиксации сетки используют монофиламентную полипропиленовую нить условным диаметром 2/0.

В обязательном порядке первый шов производят П-образный, подшивая край сетки к влагалищу прямой мышцы живота, при этом около 1 см сетки должно выходить за край шва (рис. 9.68). Такой вариант исключает медиальные рецидивы.

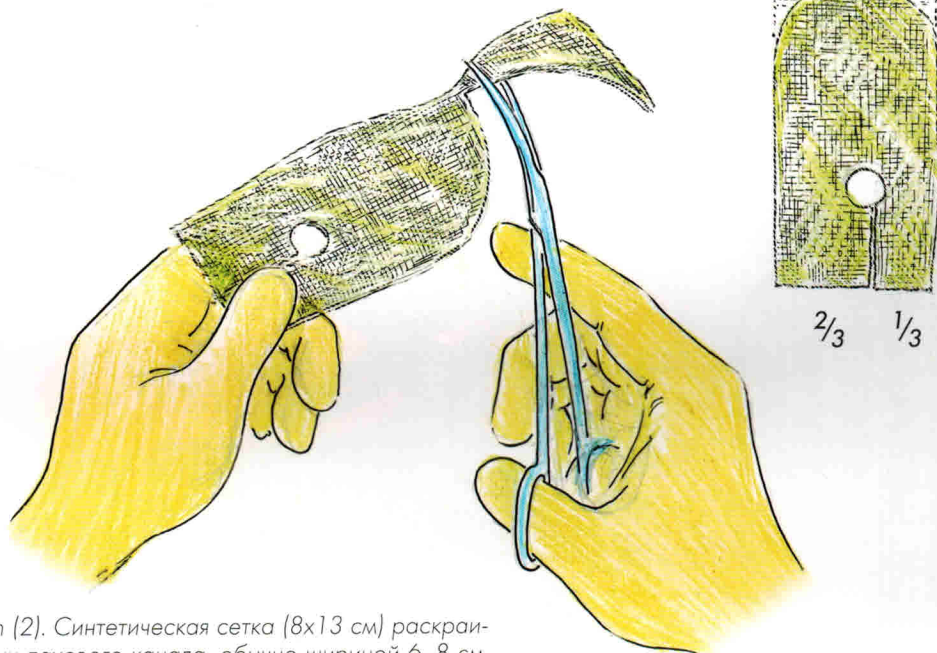


Рис. 9.67. Пластика по Lichtenstein (2). Синтетическая сетка (8x13 см) раскраивается по размерам задней стенки пахового канала, обычно шириной 6–8 см. Сетка должна покрывать внутреннюю косую мышцу не менее чем на 3 см. В верхне-латеральной части сетки делается разрез и выкраивается отверстие до 1 см диаметром для проведения семенного канатика. Медиальная часть сетки закругляется

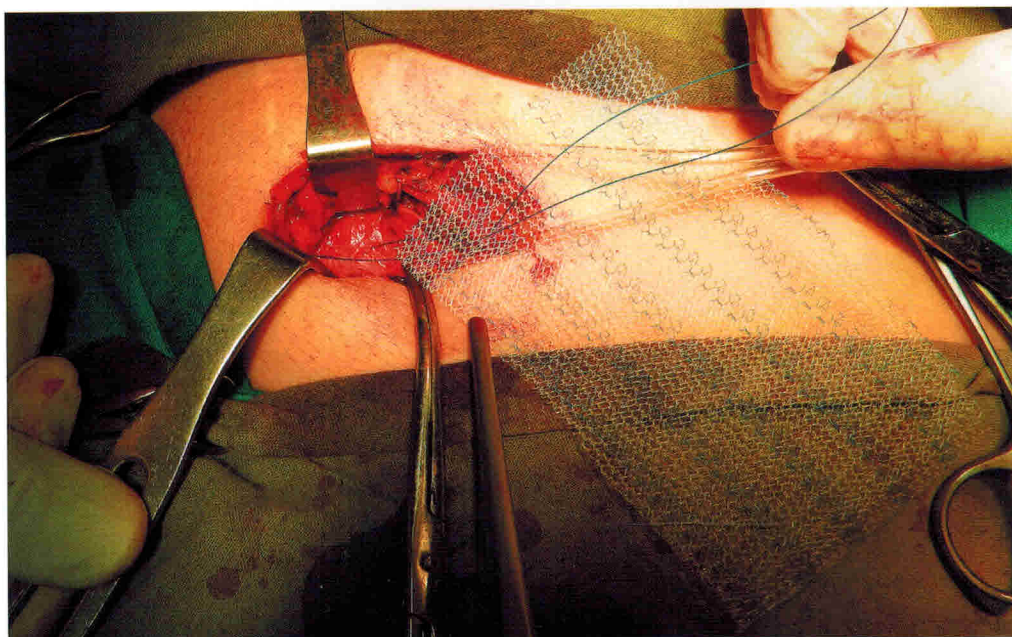


Рис. 9.68. Подшивание сетки П-образным швом к влагалищу прямой мышцы

Глава 13.

Боковые грыжи живота

Н.Л. Матвеев

Все первичные или послеоперационные грыжи брюшной стенки, образующиеся в тканях латеральное комплексов прямых мышц (через подреберные, боковые, подвздошные и поясничные мышцы), можно объединить под названием «боковые грыжи брюшной стенки». Операции по поводу боковых грыж являются одними из самых сложных в реконструктивной хирургии брюшной стенки. Близость к костным структурам, таким как реберная дуга или гребень подвздошной кости, а также сложная анатомия многослойной брюшной стенки, которая иногда «прошнурована» рубцами, затрудняют лечение боковых грыж. Они отличаются от срединных вентральных грыж более высокой вовлечённостью мышц, а это означает, что, с одной стороны, существует риск денервации, а с другой стороны, невозможны ни классические фасциальные дубликатуры, ни полноценное разделение компонентов. Возможность нарушения во время первичной операции целостности диафрагмы, межреберных мышц и нервов (Th 11–12), а также выпячивание в дефект слепой кишки, почки, печени, селезёнки также являются осложняющими факторами. Высокий риск рецидива не в последнюю очередь связан с действующими на края дефекта асимметричными, несбалансированными мышцами, которые не всегда можно учесть при герниопластике.

Поэтому здесь не удаётся предложить одну универсальную операцию. Из-за низкой заболеваемости и разнообразия предложенных вариантов хирургических вмешательств существуют разногласия относительно наилучшей хирургической стратегии, и на сегодняшний день невозможно сформулировать рекомендации по показаниям с приемлемым уровнем доказательности.

Всего по состоянию на 2018 г., когда был опубликован последний большой метаанализ, в литературе обнаруживается описание более 350 операций по пластике боковых грыж, почти без исключения с документально подтвержденным качеством результатов (общая частота рецидивов 7%; частота хирургических осложнений около 20%; частота хронической боли около 11%). В основном это ретроспективные исследования с небольшим количеством случаев и различной продолжительностью и качеством наблюдения. С тех пор были опубликованы только отдельные серии случаев с ретроспективным анализом данных либо для оценки эффективности и безопасности отдельных хирургических техник, либо для представления и демонстрации осуществимости новых путей доступа и хирургических методов, некоторые из которых всё ещё являются экспериментальными.

Чем больше дефект, анатомические нарушения, эвисцерация и избыток жира, тем больше вероятность того, что пациент получит пользу от открытого

доступа, который позволяет провести адгезиолизис, усилить мышцы предбрюшинно расположенной сеткой большой площади. Из открытого доступа можно провести реконструкцию мышц и адекватную резекцию избыточной кожи. Но открытая операция всегда сопровождается большим риском инфекции в области вмешательства. С другой стороны, в последнее время показано, что лапароэндоскопическая технология позволяет выполнять значительные по объему диссекции в слоях брюшной стенки и производить большие реконструкции с расположением имплантов в различных её слоях, значительно снижая объем контаминации тканей. Однако, существенно увеличивается время нахождения пациента под общим обезболиванием, что значительно сказывается на послеоперационных когнитивных функциях, особенно у пожилых людей. Также, минимально инвазивная хирургия не может решить вопрос адекватного устранения избыточного объема ткани, рубцов, большого грыжевого мешка. Одним из возможных решений является применение гибридных подходов.

В настоящее время не проведена чёткая граница в показаниях к открытым и эндохирургическим вмешательствам при боковых грыжах живота. Современный подход состоит в формировании философии в хирургии грыж, приоритетом которой является индивидуальное планирование операций.

Терминология, классификация боковых грыж и хирургических подходов

Боковые грыжи брюшной стенки могут быть врожденными (около 20%) или приобретенными, после инфекций, травм или операций. Первичные поясничные грыжи, такие как грыжа Гринфилда (верхняя) (рис. 13.1) и Пти (нижняя) (рис. 13.2), достаточно редкое явление. Более известен треугольник Пти (поясничный треугольник), который ограничен сверху сухожильными пучками широчайшей мышцы спины, слева — задним краем наружной косой мышцы живота, снизу гребнем подвздошной кости, дном его является внутренняя косая мышца живота. Что касается грыжи Гринфилда — чаще эта грыжа как вторичная развивается после операции маммопластики, когда для пластики используется широчайшая мышца спины. Как правило, эти грыжи не достигают больших размеров.

Послеоперационные боковые дефекты брюшной стенки чаще всего возникают после нефрэктомии (следствие 7% операций), и забрюшинного доступа к аорте (12–23% операций). Так же они могут возникать после операций холецистэктомии при доступе Кохера, Федорова, после доступа Рио-Бранко и ему подобных при операции на печени и при переднем доступе

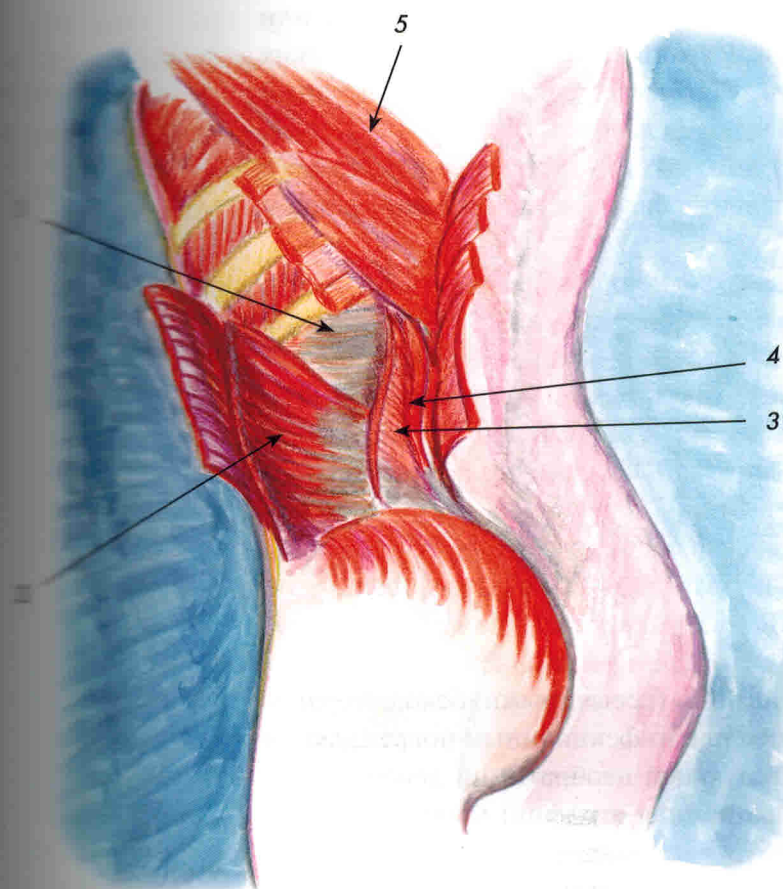


Рис. 13.1. Расположение верхней люмбальной грыжи (грыжа Гринфилда). Широкая мышца спины удалена, за ней виден треугольник, верхним краем которого является 12 ребро, сзади расположена поперечная фасция:

- 1 – верхний поясничный треугольник и поперечная фасция;
- 2 – внутренняя косая мышца;
- 3 – квадратная мышца поясницы;
- 4 – мышца, выпрямляющая позвоночник;
- 5 – широчайшая мышца спины (частично удалена)

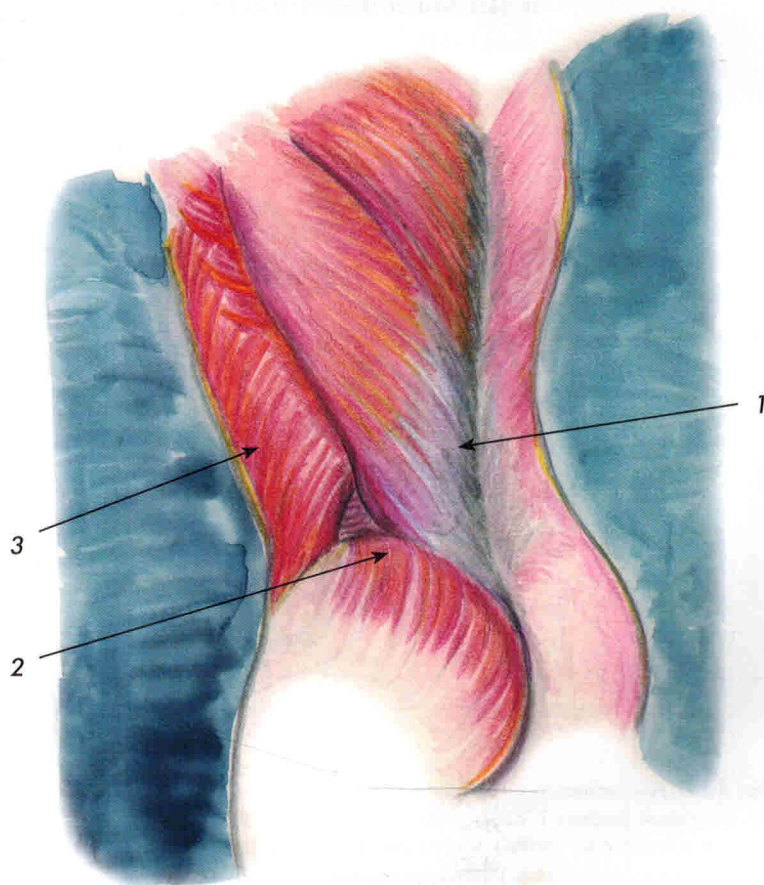


Рис. 13.2. Нижняя люмбальная грыжа (грыжа Пти):

- 1 – широчайшая мышца спины;
- 2 – гребень подвздошной кости;
- 3 – внутренняя косая мышца живота

к позвоночнику, после забора лоскута широчайшей мышцы спины или фрагмента крыла подвздошной кости. Нужно учитывать, что после таких операций при наличии грыжевых ворот в боковой стенке живота мышечный дефект может распространяться выше уровня диафрагмы.

Описаны посттравматические боковые грыжи, например, после низкого подкожного повреждения косых мышц автомобильным трёхточечным ремнём безопасности.

Указанные виды грыж не всегда являются полнослойными, то есть могут не проникать через все слои боковой брюшной стенки (интерпариетальные (интерстициальные) грыжи), что чаще всего связано с отсутствием послойного восстановления мышц после открытых вмешательств. Обычно в результате этого грыжу формирует дефект в поперечной мышце живота (МТА) и внутренней косой мышце живота (МОИ). Апоневроз наружной косой мышцы живота (МОЕ) может быть растянут и истончен, но целостность фасции сохраняется и, таким образом, сохраняется некоторая стабильность брюшной стенки (рис. 13.3). После неправильно выполненной открытой или эндоскопической операции TAR интерпариетальные дефекты могут развиваться между внутренней косой и поперечной мышцей.

Помимо этого, существуют «выпячивания» (псевдогрыжи) боковой брюшной стенки, связанные с хирургическим или инфекционным повреждением нижних межреберных нервов с последующей необратимой денервацией, параличом и расслаблением (денервационная атрофия) мышц брюшной стенки.

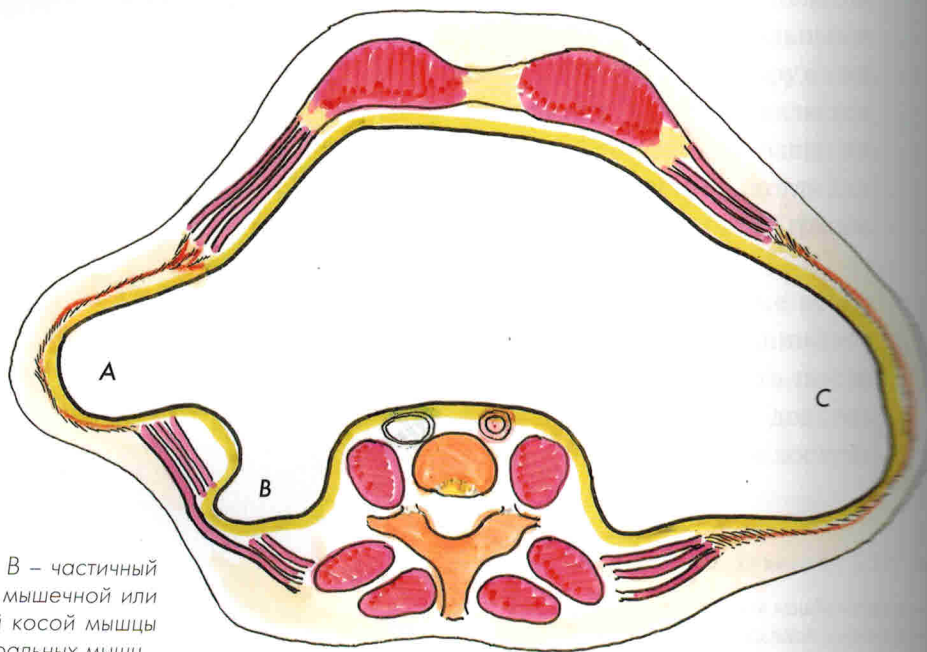
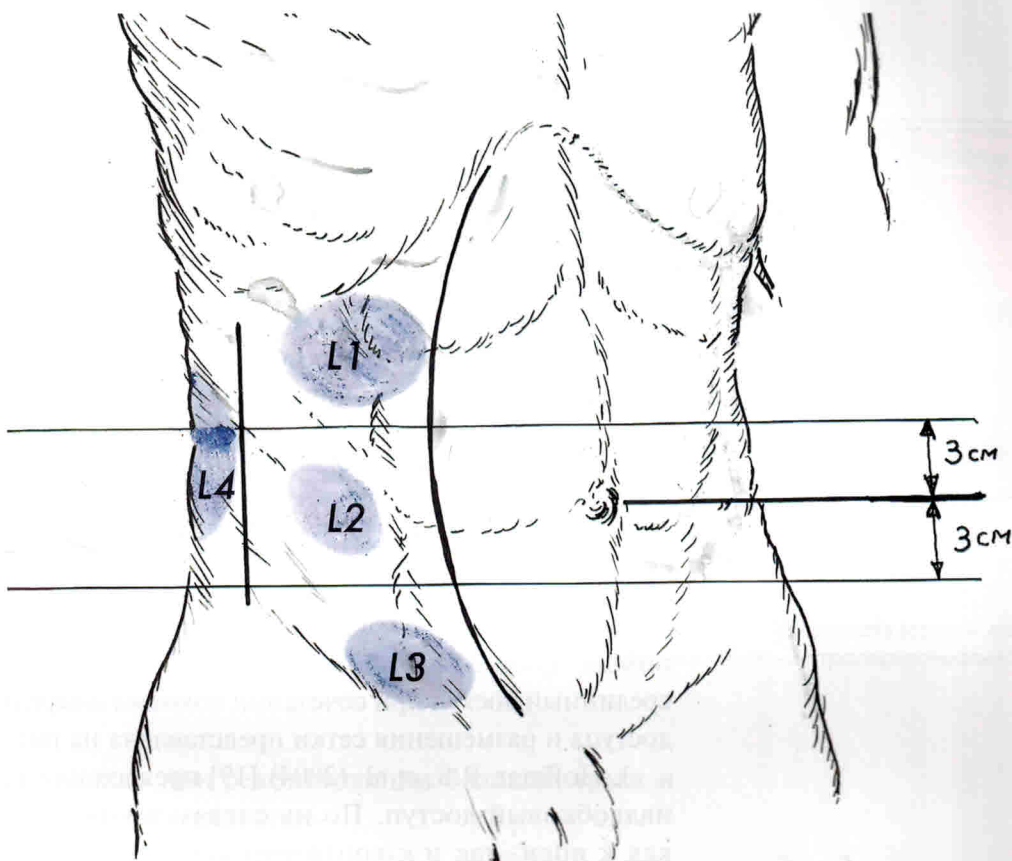


Рис. 13.3. А – полнослойный дефект, В – частичный фасциальный дефект с сохраненной мышечной или апоневротической частью наружной косой мышцы и С – денервационная атрофия латеральных мышц.

Рис. 13.4. Классификация боковых грыж по EHS.

Рёберные (L1), фланговые (L2), подвздошные (L3), поясничные (L4).



То есть, можно выделить истинные боковые грыжи (полнослойные и интерпариетальные), боковые нервно-мышечные дефекты и их комбинацию.

Коротко боковые грыжи классифицируют следующим образом:

По распространенности:

1. Локальные:

- а – верхний треугольник;
- б – нижний треугольник;

2. Распространенные.

По этиологии:

1. Врожденные;

2. Приобретенные:

- а – первичные (спонтанные);
- б – вторичные:
 - травматические;
 - инфекционные;
 - послеоперационные.

По содержанию:

- 1. Интраперитонеальное;
- 2. Параперитонеальное;
- 3. Экстраперитонеальное.

По расположению

Европейское общество герниологов (EHS) предлагает классификацию боковых первичных и послеоперационных вентральных грыж по их расположению на четыре билатеральные зоны согласно схеме (рис. 13.4).

Все варианты боковых грыж подлежат хирургическому методу лечения, при этом во всех случаях рекомендовано применение сетчатых имплантов.

Варианты доступа зависят от размеров, сложности грыжи, величины избытка кожи, грыжевого мешка, необходимости сепарационной пластики. При больших послеоперационных грыжах до настоящего времени наиболее часто используется открытый доступ.

Открытый доступ

Описаны три варианта открытого доступа:

1. Через предыдущий разрез-используется наиболее часто, так как позволяет иссечь избыток кожи, максимально использовать грыжевой мешок, удалить рубцовые ткани и инородные тела (нити, сетки и т.п.). Кроме этого такой доступ дает лучшие возможности для мобилизации в области диафрагмы а также при необходимости применения двух сетчатых имплантов.

2. Zieren et al. (2007) [18] рекомендовали использовать срединный доступ, обосновывая это возможностью мобилизации вначале «неповрежденных областей», а также возможностью использовать контрлатеральное пространство позади прямой мышцы живота при необходимости. Также рекомендован срединный доступ при сочетании боковых и срединных грыж. Схема такого доступа и размещения сетки представлена на рис. 13.5.

3. Hoffman R.S. et al. (2004) [19] предложили использовать для операции надлобковый доступ. По их словам такой вариант обеспечивает доступ как к ипси- так и к контрлатеральной стороне, удобен при выполнении реверсивного TAR (см. ниже).

Положение пациента на операционном столе зависит от выбранного доступа. Необходимо отметить, что варианты доступа не влияют в целом

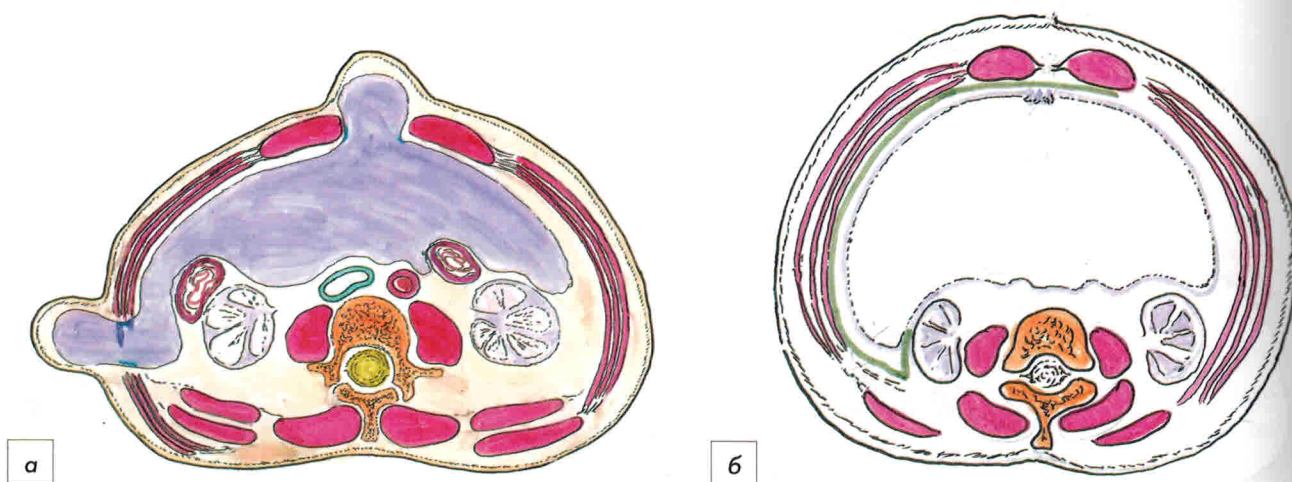


Рис. 13.5.

а – пациент с наличием двух грыж-срединной и боковой;

б – произведен срединный доступ с мобилизацией контрлатерального позадимышечного пространства, установлена единая большая сетка