

119 Паховая герниопластика (по Шулдайсу)

1 Показания

Абсолютные: при диагностированной паховой грыже. Время операции: вскоре после установления диагноза или срочно при ущемлении.

Противопоказания: нет, кроме случаев абсолютного неоперабельного состояния или отсутствия согласия пациента.

Альтернативные операции: обоснованная альтернатива отсутствует.

2 Предоперационная подготовка

Предоперационные исследования: ультразвуковое исследование, доплерография яичек перед повторными операциями.

3 Специфические риски, информированное согласие пациента

- ▶ Атрофия яичка (менее 1% случаев)
- ▶ Раневая инфекция (2% случаев)
- ▶ Хроническая паховая боль (менее 2% случаев)
- ▶ Рецидив (0,8–4% случаев)
- ▶ Летальность (менее 0,1% случаев)

4 Обезболивание

Местное обезболивание является предпочтительным для пациентов, способных к общению, в противном случае выполняется эпидуральное или общее обезболивание (интубация).

5 Положение пациента

Лежа на спине

6 Доступ

Поперечный или немного наклонный разрез выше паховой складки

7 Этапы операции

- 1 Принцип реконструкции
- 2 Разрез поперечной фасции
- 3 Предбрюшинная диссекция
- 4 Иссечение слабой поперечной фасции
- 5 Шов Шулдайса I
- 6 Шов Шулдайса II
- 7 Обработка надлобкового дефекта
- 8 Шов Шулдайса III
- 9 Шов Шулдайса IV
- 10 Закрытие апоневроза наружной косой мышцы

8 Анатомические особенности, серьезные риски, оперативные приемы

- ▶ Успех операции определяется правильностью обработки поперечной фасции. Поэтому ее необходимо тщательно выделить и восстановить.
- ▶ В обычных случаях восстановление с реконструкцией все еще предпочтительнее имплантации какого-либо аллопластического материала.

9 Меры при специфических осложнениях

Ишемический орхит: ультразвуковое исследование, доплерография яичек; местное охлаждение, приподнятое положение, противовоспалительные средства. Ревизия показана только в первые 4 часа и по поводу гематомы.

10 Послеоперационные мероприятия

Медицинский уход: удалите активный дренаж на 2-й день. В течение первых нескольких дней пациенты мужского пола должны носить обтягивающее нижнее белье. Сообщите пациенту о постепенном возобновлении физической активности или спортивных занятий.

Возобновление питания: немедленно.

Функция кишечника: возможна клизма небольшого объема.

Активизация: сразу же.

Физиотерапия: нет необходимости.

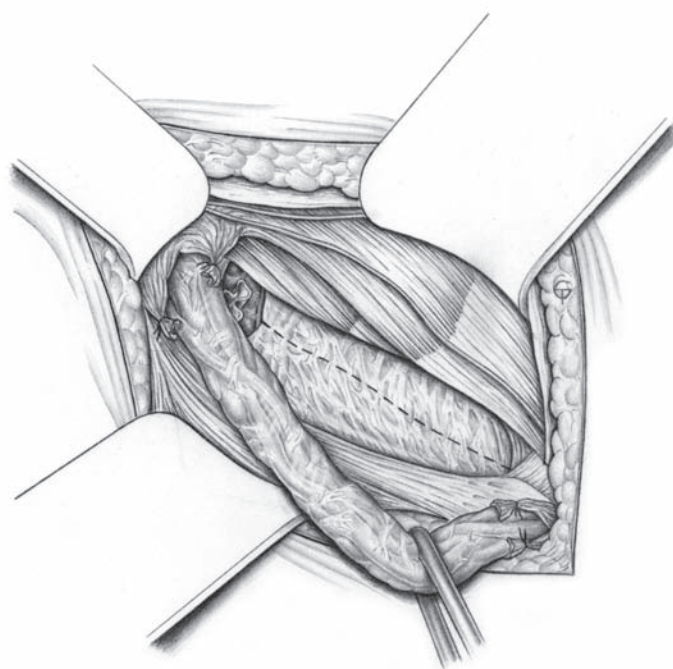
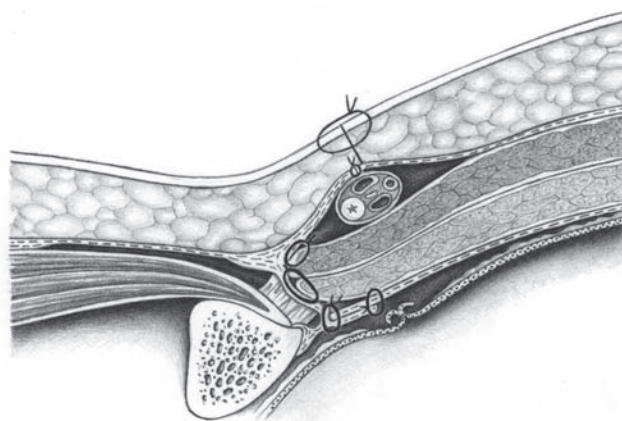
Период нетрудоспособности: 1–2 недели.

Оперативная техника

- 1** Принцип реконструкции
- 2** Разрез поперечной фасции
- 3** Предбрюшинная диссекция
- 4** Иссечение слабой поперечной фасции
- 5** Шов Шулдайса I
- 6** Шов Шулдайса II
- 7** Обработка надлобкового дефекта
- 8** Шов Шулдайса III
- 9** Шов Шулдайса IV
- 10** Закрытие апоневроза наружной косой мышцы

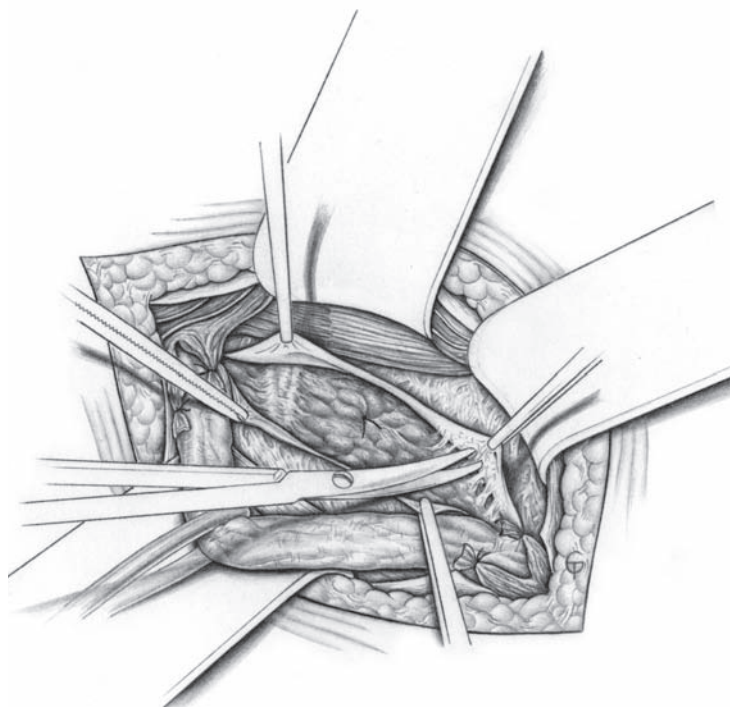
1 Принцип реконструкции

Принцип паховой герниопластики по Шулдайсу – пликация слабой поперечной фасции двумя линиями непрерывного шва и раздельная фиксация поперечной и внутренней косой мышцы живота к паховой связке непрерывным швом. Семенной канатик смещается кпереди от мышц и кзади от апоневроза наружной косой мышцы.



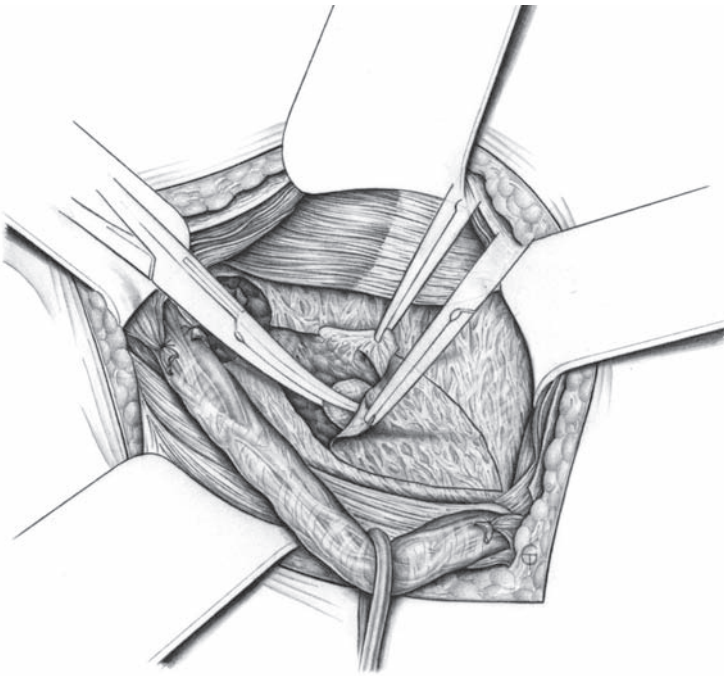
2 Разрез поперечной фасции

Пластика начинается с рассечения ослабленной поперечной фасции от внутреннего пахового кольца до лонного бугорка. Необходимо тщательно предохранять лежащие глубже эпигастральные сосуды.



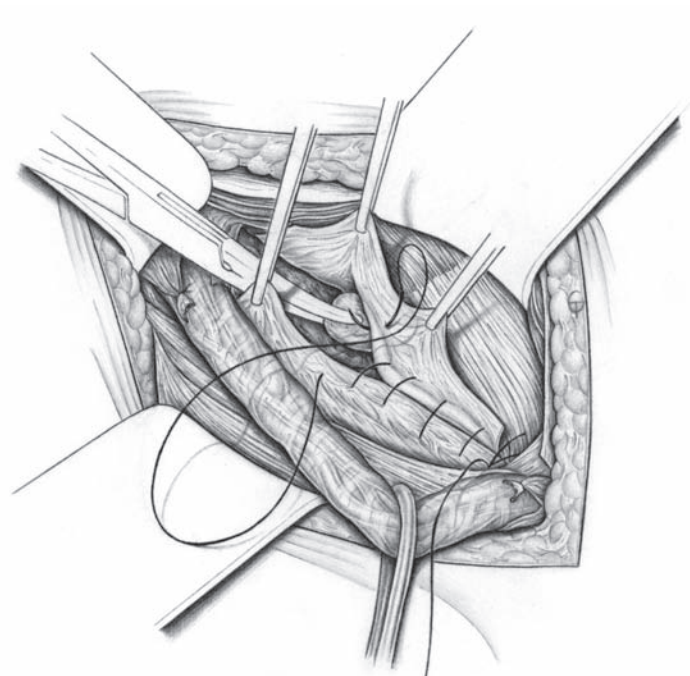
3 Предбрюшинная диссекция

Фасциальные края отделяются в краниальном направлении от подлежащего предбрюшинного жира, пока не станут видны боковые края влагалища прямой мышцы живота и апоневротическая дуга поперечных мышц («белая линия»). Кaudальный листок должен быть мобилизован с осторожностью из-за риска кровотечения.



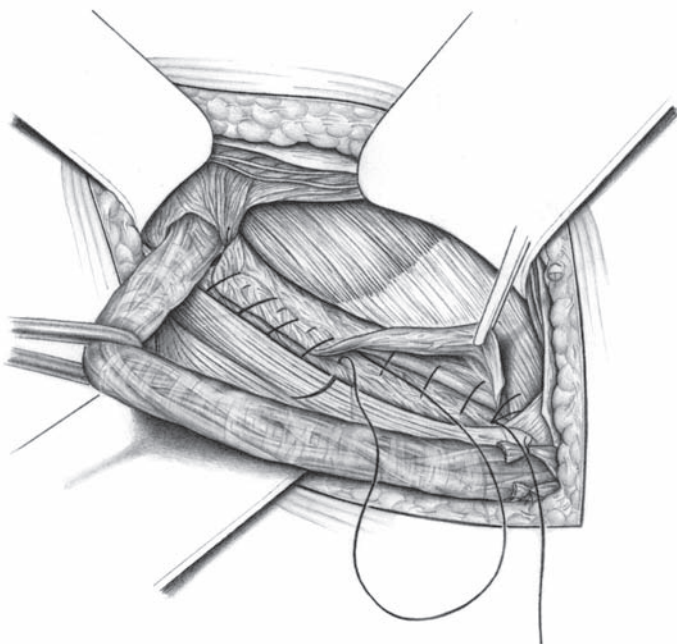
4 Иссечение слабой поперечной фасции

Если поперечная фасция слаба или имеет грыжевой дефект, то вся ее непрочная часть иссекается до краев, способных удерживать швы. Апоневротическая дуга поперечных мышц краниально и подвздошно-лобковый тракт каудально всегда хорошо удерживают швы.



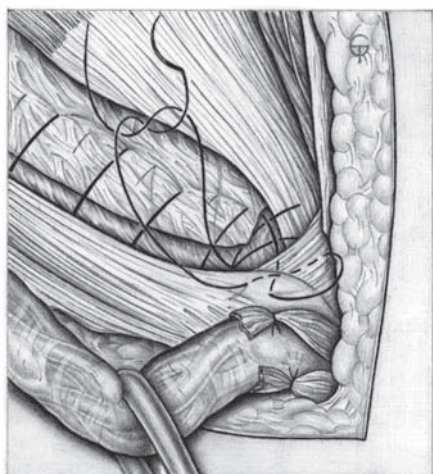
5 Шов Шулдайса I

Для восстановления задней стенки выполняется пликация поперечной фасции. С этой целью свободный край каудального листка рассеченной поперечной фасции глубоко подшивается к краниальному листку непрерывным швом, который начинается в медиальном углу фасции на лонном бугорке (не включайте в шов надкостницу). Нижняя поверхность влагалища прямой мышцы, которая просвечивается через поперечную фасцию («белая линия»), поддерживает шов медиально, тогда как латерально краниальный шов удерживает сухожильная часть поперечной дуги. Расстояние между стежками непрерывного шва составляет 0,6 см, а каждый стежок захватывает 0,6–1,0 см ткани. В качестве шовного материала используется монофиламентный полипропилен, размер 0. Эта первая линия шва накладывается от медиального угла до внутреннего пахового кольца, фасциальный дефект которого восстанавливается.



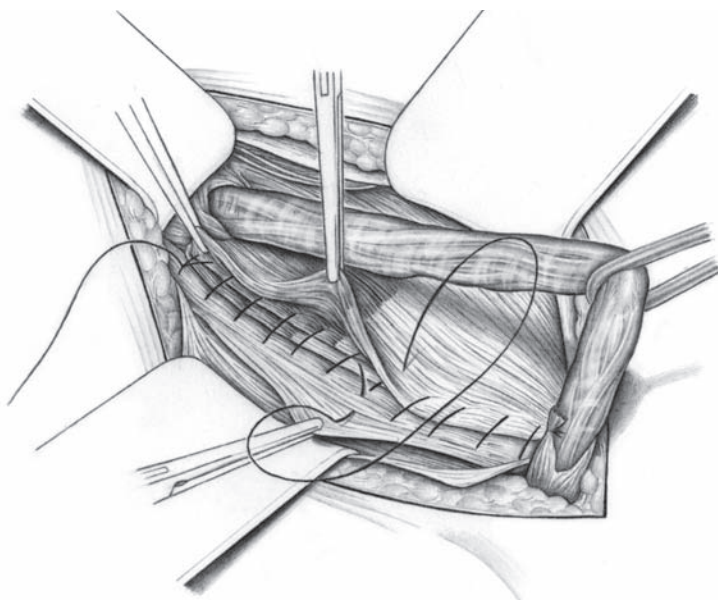
6 Шов Шулдайса II

Для дополнительного укрепления внутреннего пахового кольца возле него в шов может быть включена краниальная часть кремастера. Важна достаточная ширина внутреннего кольца, которое должно пропускать расширитель Гегара 11,5. У внутреннего кольца линия непрерывного шва возвращается назад к лонному бугорку, с подшиванием краниального листка поперечной фасции к каудальному краю.



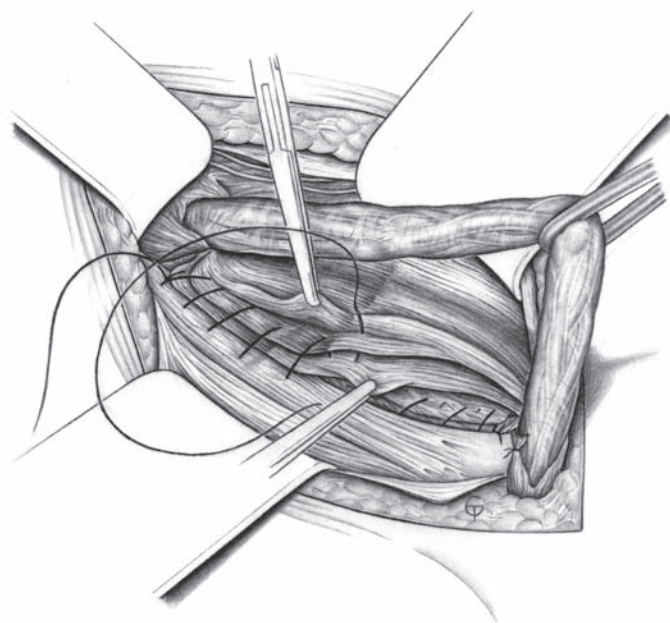
7 Обработка надлобкового дефекта

Надлобковый дефект должен быть надежно закрыт у лонного бугорка. С этой целью вторую линию шва полезно продлить за пределы первой на один или два стежка, закрывая надлобковый дефект и, таким образом, предотвращая медиальный рецидив. Наконец завязывается первый шов, который был оставлен длинным. Задняя стенка в этом месте обычно достаточно прочна; последующие мышечные швы вносят лишь небольшой вклад в стабильность конструкции. Определить стабильность шва хирург может, попросив бодрствующего пациента покашлять.



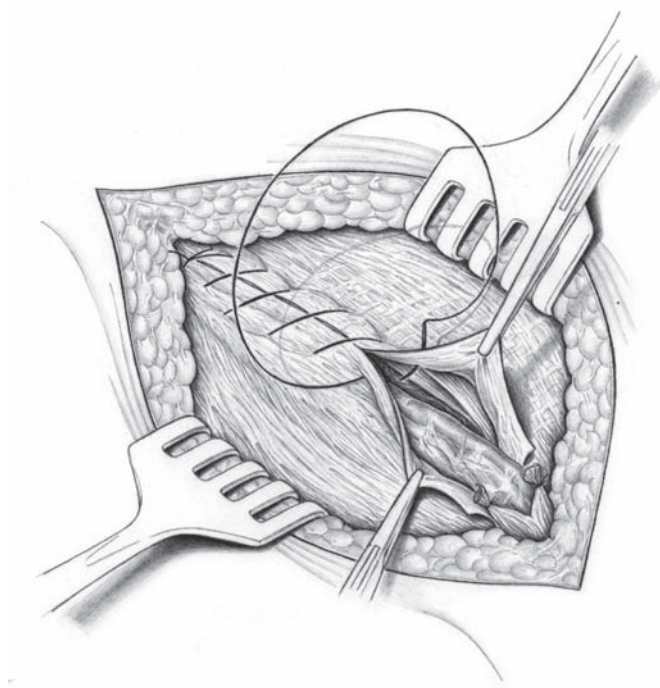
9 Шов Шулдайса IV

Затем шов поворачивается назад у лонного бугорка, и передние части внутренних косых мышц фиксируются к паховой связке непрерывным швом. Шов привязывается к паховой связке вместе с длинной первой нитью. Шовный материал – полипропилен 0.



8 Шов Шулдайса III

Мышечный слой пришивается к паховой связке двумя следующими рядами непрерывного шва, начинающимися у внутреннего кольца. Первый шов фиксирует поперечную мышцу живота и задние части внутренней косой мышцы к паховой связке.



10 Закрытие апоневроза наружной косой мышцы

Пластика завершается закрытием апоневроза прямой мышцы живота непрерывным швом из 2-0 PDS. Следует избегать перемещения семенного канатика под кожу, так как это в значительной степени увеличивает частоту латеральных рецидивов. Операция завершается послойным ушиванием раны, после возможной установки активного дренажа.

120 Паховая герниопластика (по Бассини)

1 Показания

Абсолютные: при диагностированной паховой грыже. Время операции: вскоре после установления диагноза или срочно при ущемлении.

Противопоказания: нет, кроме абсолютного общего неоперабельного состояния или отсутствия согласия пациента.

Альтернативные процедуры: обоснованная альтернатива отсутствует.

2 Предоперационная подготовка

Предоперационные исследования: ультразвуковое исследование, доплерография яичек перед повторными операциями.

3 Специфические риски, информированное согласие пациента

- ▶ Атрофия яичка (1–2% случаев)
- ▶ Раневая инфекция (2% случаев)
- ▶ Хроническая паховая боль (менее 5% случаев)
- ▶ Рецидив (5–15% случаев)
- ▶ Летальность (менее 0,1% случаев)

4 Обезболивание

Местное обезболивание является предпочтительным для пациентов, способных к общению, в противном случае выполняется эпидуральное или общее обезболивание (интубация).

5 Положение пациента

Лежа на спине

6 Доступ

Поперечный или немного наклонный разрез выше паховой складки.

7 Этапы операции

- 1 Принцип пластики
- 2 Разрез поперечной фасции
- 3 Шов Бассини I
- 4 Шов Бассини II
- 5 Завязывание швов
- 6 Закрывание апоневроза наружной косой мышцы

8 Анатомические особенности, серьезные риски, оперативные приемы

- ▶ Успех операции определяется правильностью обработки поперечной фасции. Поэтому ее необходимо тщательно выделить и восстановить.
- ▶ В обычных случаях восстановление с реконструкцией все еще предпочтительнее имплантации какого-либо аллопластического материала.

9 Меры при специфических осложнениях

Ишемический орхит: ультразвуковое исследование, доплерография яичек; местное охлаждение, приподнятое положение тела на стороне операции, противовоспалительные средства. Ревизия показана только в первые 4 часа и по поводу гематомы.

10 Послеоперационные мероприятия

Медицинский уход: удалите активный дренаж на 2-й день. В течение первых нескольких дней пациенты мужского пола должны носить обтягивающее нижнее белье. Сообщите пациенту о постепенном возобновлении физической активности или спортивных занятий.

Возобновление питания: немедленно.

Функция кишечника: возможна клизма небольшого объема.

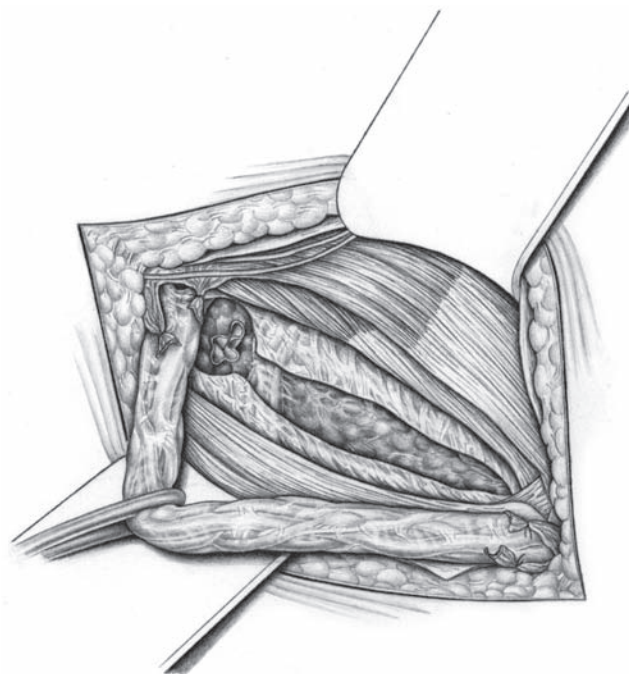
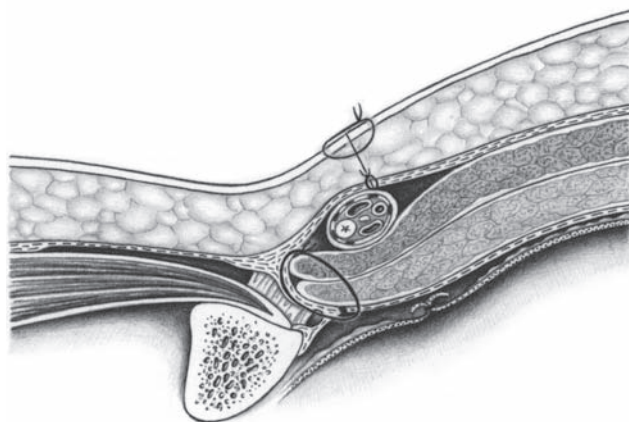
Активизация: сразу же.

Физиотерапия: нет необходимости.

Период нетрудоспособности: 1–2 недели.

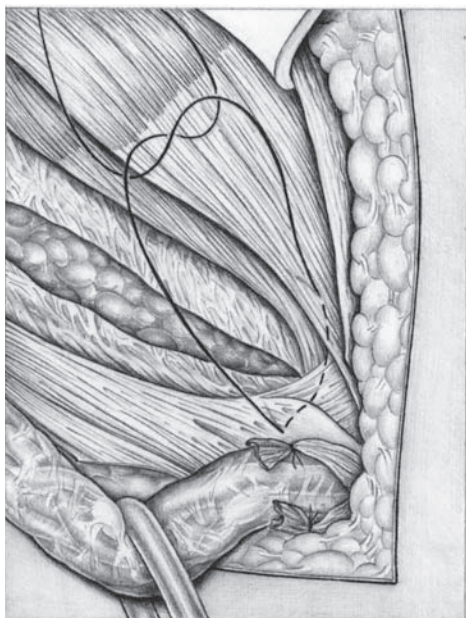
Оперативная техника

- 1 Принцип пластики
- 2 Разрез поперечной фасции
- 3 Шов Бассини I
- 4 Шов Бассини II
- 5 Завязывание швов
- 6 Закрытие апоневроза наружной косой мышцы



1 Принцип пластики

Пластика паховой грыжи по Бассини включает фиксацию «тройного слоя» брюшной стенки к паховой связке одиночными трехслойными швами. Семенной канатик помещается над мышечным слоем, под апоневроз наружной косой мышцы.

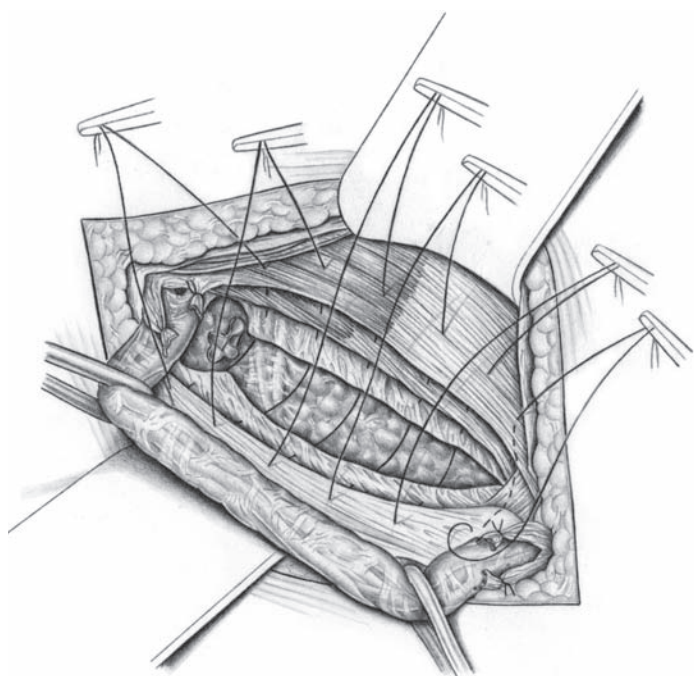


2 Разрез поперечной фасции

Рассечение поперечной фасции обнажает трехслойную брюшную стенку. Поперечная фасция, поперечная мышца живота и внутренняя косая мышца фиксируются к паховой связке однорядным трехслойным швом. Правильная идентификация и полное пересечение поперечной фасции является необходимым условием надежной послойной пластики. Отказ от рассечения поперечной фасции приведет к поверхностному и, таким образом, ненадежному наложению швов.

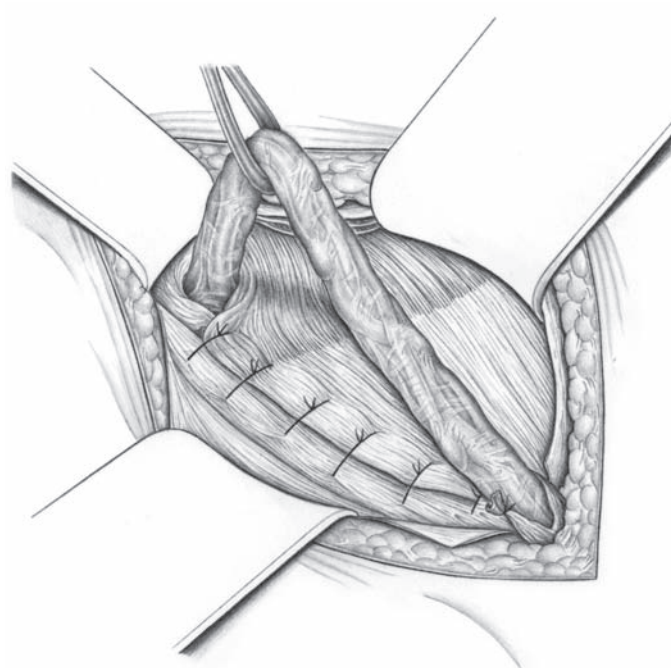
3 Шов Бассини I

Первый стежок включает оба мышечных слоя, поперечную фасцию, надкостницу лонного бугорка и паховую связку. Этот стежок фиксируется к паховому серпу. Шовный материал – 0 шелк или полипропилен.



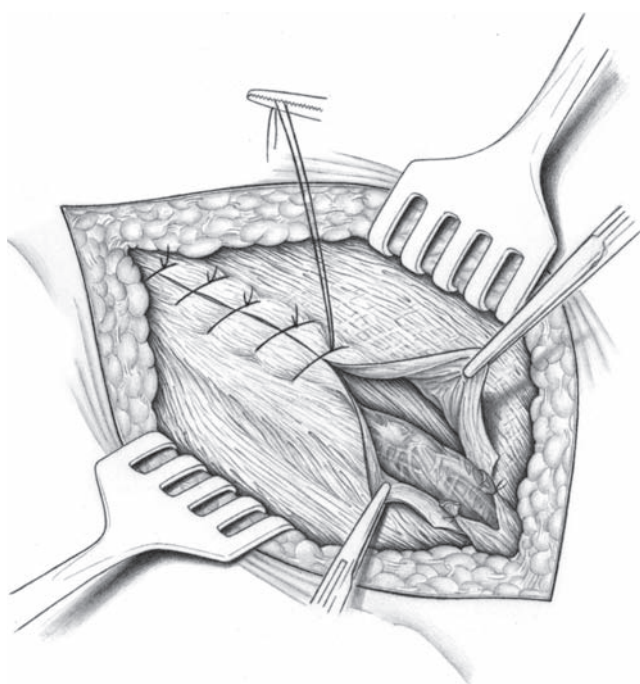
4 Шов Бассини II

Стежок берется на зажим и не завязывается. Дальнейшие четыре–пять стежков захватывают два мышечных слоя, поперечную фасцию краниально и каудально и паховую связку тангенциально. Чтобы надежно фиксировать мышцы брюшной стенки к паховой связке достаточно пяти или шести стежков.



5 Завязывание швов

Стежки завязываются от медиального края раны к латеральному. Внутреннее паховое кольцо должно быть сужено настолько, чтобы оно пропускало кончик мизинца или расширитель Гегара 11,5.



6 Закрывание апоневроза наружной косой мышцы

Пластика заканчивается швом апоневроза наружной косой мышцы с помощью техники непрерывного или одиночного шва. Пликация не требуется; перемещение семенного канала под кожу повышает риск рецидива. Операцию завершает послойное закрытие и дренирование по выбору.

121 Паховая герниопластика (по Лихтенштейну)

1 Показания

Абсолютное показание: при диагностированной паховой грыже, прежде всего у пожилых пациентов.

Противопоказания: нет, кроме абсолютного общего неоперабельного состояния или отсутствия согласия пациента. Чувствительность к синтетическим сетчатым протезам.

Альтернативные операции: пластика по Шулдайсу или Бассини.

2 Предоперационная подготовка

Предоперационные исследования: ультразвуковое исследование, доплерография яичек перед повторными операциями.

3 Специфические риски, информированное согласие пациента

- ▶ Атрофия яичка (менее 1% случаев)
- ▶ Раневая инфекция (2% случаев)
- ▶ Хроническая боль в паху (менее 2% случаев)
- ▶ Рецидив (0,8–4% случаев)
- ▶ Летальность (менее 0,1% случаев)

4 Обезболивание

Местное обезболивание является предпочтительным для пациентов, способных к общению, в противном случае выполняется эпидуральное или общее обезболивание (интубация).

5 Положение пациента

Лежа на спине.

6 Доступ

Поперечный или немного наклонный разрез выше паховой складки.

7 Этапы операции

- 1 Принцип пластики
- 2 Выкраивание и фиксация швами синтетической сетки
- 3 Подшивание к паховой связке
- 4 Подшивание к внутренней косой мышце
- 5 Реконструкция внутреннего пахового кольца

8 Анатомические особенности, серьезные риски, оперативные приемы

- ▶ Выберите достаточно большой сетчатый протез (6 x 14 см).

Предупреждение: избегайте сужения внутреннего пахового кольца чрезмерно тугими швами.

- ▶ Надежная фиксация швами к внутренней косой мышце.
- ▶ Надежное закрытие лонной кости.

9 Меры при специфических осложнениях

Если внутреннее паховое кольцо было сужено слишком сильно, снимите крайний шов и наложите его заново.

10 Послеоперационные мероприятия

Медицинский уход: удалите активный дренаж на 2-й день.

Возобновление питания: немедленно.

Функция кишечника: возможна клизма небольшого объема.

Активизация: сразу же.

Физиотерапия: нет необходимости.

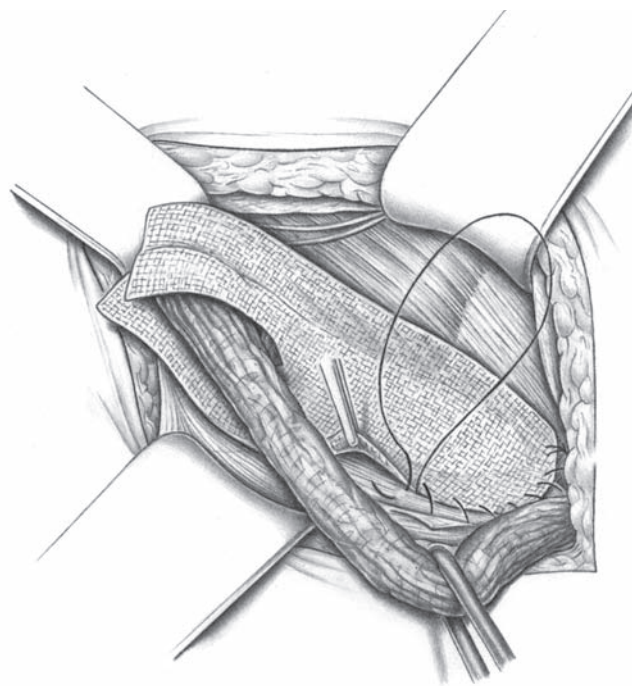
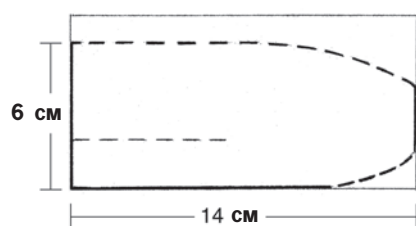
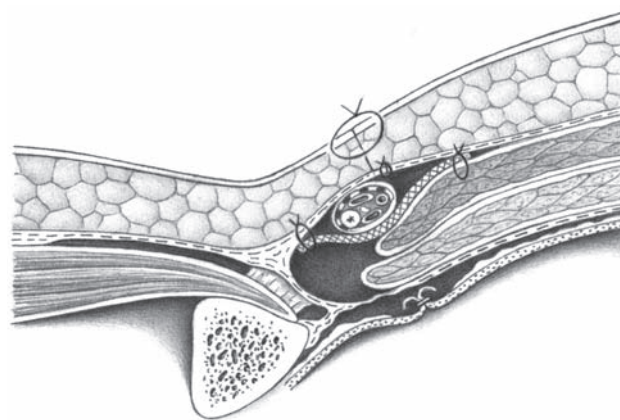
Период нетрудоспособности: 1–2 недели.

Оперативная техника

- 1 Принцип пластики
- 2 Выкраивание и фиксация швами синтетической сетки
- 3 Подшивание к паховой связке
- 4 Подшивание к внутренней косой мышце
- 5 Реконструкция внутреннего пахового кольца

1 Принцип пластики

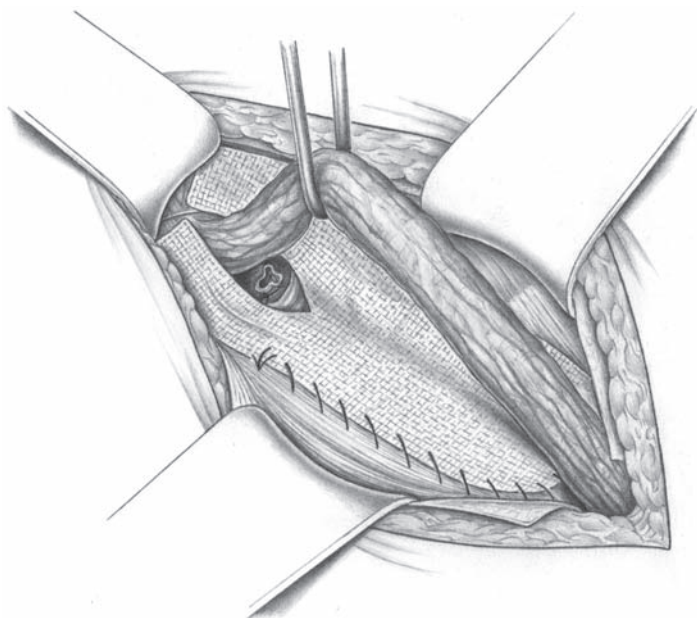
Принцип паховой герниопластики по Лихтенштейну – укрепление задней стенки пахового канала с помощью специально выкроенного забрюшинного сетчатого протеза. Эта сетка фиксируется к паховой связке и внутренней косой мышце непосредственно позади семенного канатика.



2 Выкраивание и фиксация швами синтетической сетки

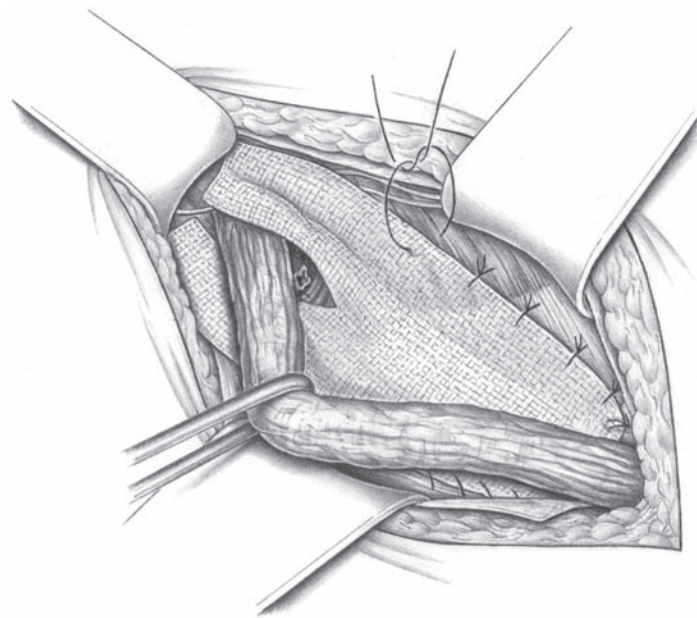
Для укрепления задней стенки отмеряется и вырезается сетка ULTRAPRO (Ethicon) размером 6 x 14 см. В нижней половине сетки выполняется продольный разрез, начинающийся у широкого бокового края. Пришивание производится непрерывным швом, начиная с U-образного стежка у лонного бугорка, который перекрывается медиально, по крайней мере, на 2 см. Непрерывный шов продолжается латерально до внутреннего

кольца. Шовный материал – 0 полипропилен. До этого грыжевой мешок вправляется и при необходимости удерживается двумя сборивающими швами. Затем семенной канатик мобилизуется с сохранением кремастера. Широкое перекрытие лонного бугорка с надежной фиксацией швами важно для профилактики рецидивов, возникающих у лонного бугорка и встречающихся наиболее часто.



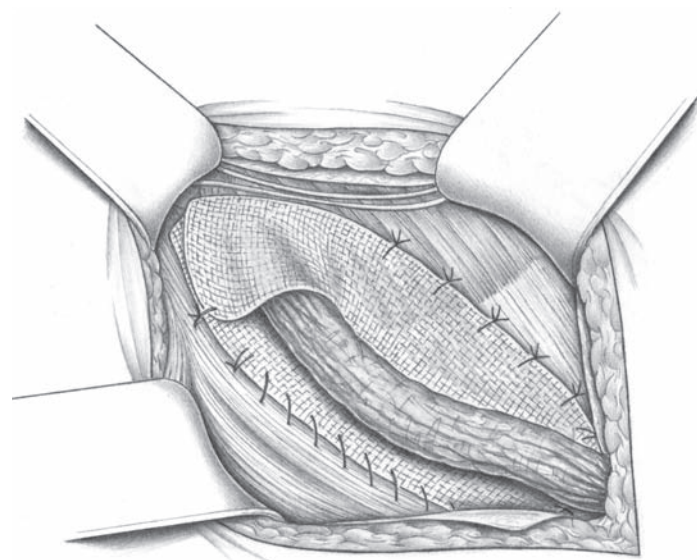
3 Подшивание к паховой связке

Непрерывный шов продолжается до внутреннего кольца, где он завязывается и срезается. Вдоль паховой связки не должно быть никаких промежутков (риск рецидива).



4 Подшивание к внутренней косой мышце

Чтобы фиксировать сетку в форме языка к внутренней косой мышце, до внутреннего кольца накладываются отдельные швы (полипропилен 0) с интервалом 1,5 см. Здесь следует соблюдать осторожность, чтобы сохранить расположенные рядом нервные стволы (подвздошно-подчревные и подвздошно-паховые нервы).



5 Реконструкция внутреннего пахового кольца

В результате разреза, выполненного ранее, на латеральном конце сетки образуется два хвоста. По достижении швами внутреннего кольца верхний хвост сетки укладывается над нижним и фиксируется одним узловым швом, который также включает край паховой связки. Операция завершается сшиванием апоневроза наружной косой мышцы над сеткой, подкожными швами и кожными скрепками.