

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно - Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации
Кафедра Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. А.М.Дыхно с
курсом
эндоскопии и эндохирургии ПО

**Рецензия ДМН, профессора кафедры и клиника хирургических болезней
им. проф. А.М.Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО Первой
Ольги Владимировны на реферат ординатора 1 года обучения
специальности хирургия Вотиновой Елены Сергеевны по теме:
«Хирургическое лечение паховой грыжи».**

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументированно защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов. Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности Хирургия:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	+
3. Соответствие текста реферата его теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента: *нет*

Дата: 15.01.2020

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации
Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. А.М.Дыхно с курсом
эндоскопии и эндохирургии ПО
Реферат

Тема: Хирургическое лечение паховой грыжи

Выполнила: ординатор 1 года Вотина Елена Сергеевна

Проверила: ДМН, профессор Перова Ольга Владимировна

Красноярск, 2020



Содержание

1. Определение, классификация
2. Этиология и патогенез
3. Клиническая картина и диагностика
4. Хирургическое лечение
5. Список литературы

Определение, классификация

Паховая грыжа – это заболевание, при котором органы, находящиеся в брюшной полости, выходят за пределы передней брюшной стенки через паховый канал. Возникновение грыжи характерно, в основном, для представителей сильного пола. По статистике, почти 80 % пациентов, страдающих от ее появления – мужчины. Это связано с особенностью строения мужского пахового канала – он короче и шире, чем у женщины, меньше укреплен мышцами и сухожильными слоями.

У маленьких детей довольно часто встречаются врожденные паховые грыжи, лечение которых возможно только операционным путем. Эту грыжу следует обязательно удалять, чтобы она не привела к возникновению других заболеваний и осложнений. Отсутствие лечения может привести не только к увеличению грыжи, но и вызвать различные заболевания половой сферы, в том числе и к бесплодию.

Помимо болевых ощущений и косметического дефекта, которые приносит возникновение грыжи, может возникнуть ущемление, что является опасным осложнением. Чтобы не допустить подобного, нужно позаботиться о лечении грыжи заранее.

Виды:

- косая с прямым каналом;
- предбрюшинная;
- внутривентральная;
- осумкованная;
- околопаховая;
- надпузырная;
- комбинированная.

В сложной форме различают:

- грыжа большого или очень большого размера;
- скользящая ;
- невправимая ;
- рецидивная ;
- многократно рецидивирующая

Этиология и патогенез

Причиной могут стать различные факторы, хотя одним из самых главных является наследственная предрасположенность. В большинстве случаев, возникновение паховой грыжи происходит из-за ослабления передней стенки живота и существования «слабых мест», через которые и выходят грыжи – наружного и внутреннего паховых колец.

Паховая грыжа представляет собой дефект брюшной стенки и паховой области, при котором внутренние органы выпячиваются наружу, образуя овальное образование. За счет увеличения внутрибрюшного давления внутренние органы, петли кишечника, жировая ткань и т.д. могут выпячиваться наружу, вызывая при этом чувство дискомфорта и боли в области паха. При паховой грыже расширяется паховый канал, что в свою очередь приводит к частичному выходу внутренних органов из брюшной полости за ее пределы и появлению опухолевидных образований сферической или овальной формы.

Паховые грыжи бывают врожденными и приобретенными:

Генетическая предрасположенность к появлению паховой грыжи обусловлена тем, что недостаточно прочная соединительная ткань мышечно-сухожильного канала не может сдерживать внутрибрюшное давление.

Приобретенная грыжа появляется вследствие тяжелого физического труда, регулярных запоров, затруднения мочеиспускания при заболеваниях простаты, хронический кашель и т.д.

Факторы, способствующие ослаблению передней стенки живота:

- особенности строения
- наследственные заболевания
- травмы брюшной стенки
- ожирение

Факторы, приводящие к повышению давления внутри живота:

- продолжительные запоры
- тяжелый физический труд
- длительные и тяжелые роды
- игра на духовых музыкальных инструментах

При повышенном давлении в брюшной полости, кишечник начинает давить изнутри на переднюю брюшную стенку и выходит наружу. Так формируется паховая грыжа. Через некоторое время отверстие расширяется, и грыжа начинает увеличиваться в размерах.

1. Кожа
2. Подкожный жир
3. Прочный апоневроз
4. Слой мышц
5. Брюшина
6. Кишка
7. Края грыжевых ворот
8. Грыжевой мешок
9. Слабое место брюшной стенки

Клиническая картина и диагностика

Клиническая картина при неосложнённых паховых грыжах довольно типичная. Жалобы больного на наличие опухолевидного выпячивания в паховой области и боли различной интенсивности, особенно при физическом напряжении, в большинстве случаев сразу позволяют предположить наличие грыжи.

Диагностические трудности возникают в тех случаях, когда грыжевое выпячивание невелико, например, при начинающихся или канальных грыжах, а также, когда оно атипично расположено, например, при межстеночных грыжах. В этих случаях диагноз ставят на основании изучения анамнеза, осмотра и пальпации паховой области. Паховые грыжи малых размеров могут не причинять каких-либо неудобств и болезненных ощущений. В то же время, при длительном существовании грыжи, больших её размерах, при скользящих и рецидивирующих формах боли являются постоянным симптомом и основной жалобой больных.

Боли локализуются в нижних отделах живота, в паху, иррадиируют в поясницу и крестец. Чем больше грыжевое выпячивание, тем более значительные неудобства оно причиняет при ходьбе и физической работе, резко ограничивая трудоспособность. Часто больные с паховой грыжей жалуются на хронические запоры. При скользящей грыже мочевого пузыря к обычным симптомам присоединяются учащённое мочеиспускание, рези в мочеиспускательном канале, боли над лоном, исчезающие после вправления грыжи. У пожилых больных нередко наблюдается задержка мочи. Соскальзывание в грыжевые ворота слепой кишки сопровождается болями и вздутием живота, запорами.

Яркая клиническая картина наблюдается при воспалении червеобразного отростка в грыже. При этом наряду с усилением болей появляется тошнота, рвота, задержка стула и газов, повышается температура тела, учащается пульс и определяются симптомы раздражения брюшины в

нижних отделах живота. Следует подчеркнуть, что хроническое воспаление червеобразного отростка в грыже привносит особенности в клиническую картину: чаще возникают боли внизу живота, запоры, тошнота, ухудшается аппетит. У женщин, при вовлечении в грыжевые ворота внутренних половых органов, также наблюдаются боли в животе, иногда иррадиирующие в поясницу.

При осмотре хирург должен обращать внимание на форму и величину грыжевого выпячивания в разных положениях больного - вертикальном и горизонтальном. При косой паховой грыже выпячивание имеет продолговатую форму, расположено по ходу пахового канала, часто опускается в мошонку. При прямой грыже оно округлое или овальное, находится у медиальной части паховой связки, рядом с наружным краем лона. В тех случаях, когда грыжевое выпячивание расположено выше проекции наружного отверстия пахового канала, следует заподозрить наличие околопаховой или межстеночной грыжи. Если имеются два выпячивания, возможна комбинированная грыжа. При больших паховых грыжах у мужчин половина мошонки со стороны грыжи резко увеличена, кожа её растянута, половой член уклоняется в противоположную сторону, а при гигантских грыжах он скрывается в складках кожи.

Нередко, в момент осмотра грыжевое выпячивание не контурируется: оно вправлено в брюшную полость или скрывается у тучных больных в толще жира. В связи с этим более информативным диагностическим тестом является обследование паховой области, при которой производят пальпацию грыжевого выпячивания, определение его размеров, степени вправимости, размеров внутреннего отверстия пахового канала, формы и величины яичек. Фиксируют наличие или отсутствие варикозного расширения вен семенного канатика. Проводят дифференциальную диагностику прямой, косой и бедренной грыж.

В норме наружное отверстие пропускает кончик пальца. При грыже, в зависимости от её величины, диаметр отверстия увеличивается до 2-3 см и

более, пропуская 2-3 пальца, а иногда, при гигантских грыжах, всю кисть. Не извлекая палец, хирург предлагает больному натужиться или покашлять. При этом он ощущает толчкообразное давление на верхушку пальца - симптом кашлевого толчка.

Определение этого симптома особенно важно в диагностике начальной или канальной грыж.

При резком расширении пахового канала палец легко продвигается по ходу грыжи. Если грыжа косая, то расширенный ход повторяет направление семенного канатика, а если прямая, то палец направляется прямо, проникая в паховый промежуток. Иногда удаётся определить пульсацию а. epigastrica interna. При прямой грыже пульсация этой артерии ощущается снаружи от пальца, а при косой - внутри. Таким образом, полученные при осмотре больного сведения в совокупности с изложенными ранее анатомическими данными позволяют до операции довольно точно дифференцировать косую паховую грыжу от прямой. Диагностика паховой грыжи у женщин отличается тем, что введение пальца в наружное отверстие пахового канала практически невозможно. Приходится ограничиваться осмотром и пальпацией грыжевого выпячивания, которое при прямой грыже располагается над паховой связкой, а при косой опускается в наружную половую губу.

Диагностика скользящих паховых грыж до операции очень важна, так как определяет действия хирурга во время вмешательства, исключая случайное ранение органов. Наличие скользящей грыжи следует предполагать:

- 1) при длительно существующих грыжах больших размеров с широкими грыжевыми воротами;
- 2) при многократно рецидивирующих грыжах, когда нередко происходит разрушение задней стенки пахового канала;
- 3) при наличии жалоб больного, характерных для соскальзывания того или иного органа;

4) при частичной или полной невраимости грыжи;

5) когда при пальпации грыжевого мешка (после вправления содержимого) определяется тестоватость консистенции; иногда грыжевое выпячивание состоит как бы из двух частей, одна из которых более утолщена;

6) когда наблюдается мочеиспускание в два приёма (при скользящих грыжах мочевого пузыря вначале больной опорожняет мочевой пузырь, а затем, после вправления грыжи, у него появляется позыв на мочеиспускание).

При подозрении на наличие скользящей грыжи целесообразно применять дополнительные методы исследования: ирригоскопию, цистографию, цистоскопию, бимануальное гинекологическое исследование.

Если возникла мысль о вовлечении в процесс мочеточника или почки, необходимо произвести инфузионную урографию. При наличии опухолевидного образования в паховой области следует, прежде всего, исключить лимфаденит и натёчные абсцессы. В отличие от паховой грыжи воспалительная опухоль не изменяется в размерах, невраима. Паховый канал не расширен. Нередко выражено покраснение кожных покровов, повышена температура тела, пальпация опухоли безболезненна. Натёчные абсцессы наблюдаются при туберкулёзе позвоночника. Для этого заболевания характерны нарушения функции позвоночника и специфические рентгенологические изменения тел позвонков. Невраимость опухоли и отсутствие расширения наружного отверстия пахового канала, а также наличие флюктуации позволяют исключить грыжу.

Иногда, у тучных женщин с отвислым животом, возникают затруднения при дифференциации паховой или бедренной грыжи. В этом случае важно, ориентируясь на костные выступы, осматривая больную в горизонтальном положении, точно определить проекцию паховой связки. Если грыжевое выпячивание выше этой проекции, то грыжа паховая, если ниже - бедренная.

Отличие косой пахово-мошоночной грыжи от водянки яичка заключается в том, что водяночная опухоль имеет округлую или овальную форму, чёткие границы, плотноэластическую консистенцию. При перкуссии, в случае наличия водянки, определяется тупой звук, тогда как при грыже - чаще тимпанит. При водянке положителен симптом просвечивания. Больного помещают против источника света - электрической лампы и выявляют просвечивание через стетоскоп (диафаноскопия), приставленный к мошонке. Водяночная жидкость прозрачная и пропускает свет, тогда как кишечные петли и сальник световые лучи не пропускают. Однако, нужно помнить о возможном сочетании водянки яичка или семенного канатика и грыжи. Отличить приобретённую косую грыжу от врождённой до операции можно только предположительно, но это не имеет большого практического значения.

Хирургическое лечение

При ущемлении очень часто вправление уже не помогает. В таких случаях требуется экстренное хирургическое вмешательство. Если паховая грыжа была прооперирована сразу, то возможно полное выздоровление. Если же грыжа уже была в запущенном состоянии, то после операции могут проявиться тяжелые осложнения. Не исключен летальный исход. В каждом случае вопрос оперативного лечения решается в индивидуальном порядке. Обычно, если устанавливается ущемленная паховая грыжа, операция назначается на как можно более близкое время. Может быть проведено вправление. Если же вправление уже не решает задачу, то грыжа должна быть прооперирована в течение 6 часов после ущемления.

В большинстве случаев операции по поводу свободной паховой грыжи может быть выполнена под местным обезболиванием. Исключение составляют дети первых лет жизни, больные, не переносящие новокаин,

а также те случаи, когда больной настаивает на общем обезболивании.

Основные этапы грыжесечения. Существует огромное количество операций при паховой грыже, но все они отличаются друг от друга лишь завершающим этапом - пластикой пахового канала. Остальные этапы операции производятся однотипно.

Первый этап - доступ к паховому каналу.

Второй этап - выделение из окружающих тканей и удаление грыжевого мешка.

Третий этап - ушивание пахового отверстия до нормальных размеров при его расширении или разрушении.

Четвёртый этап - пластика пахового канала. Одной из важнейших причин рецидива паховой грыжи является стандартное применение какого-либо одного способа операции без учёта специфики топографии пахового канала, вида грыжи, возраста больного, размеров грыжевых ворот, состояния тканей. Такая тактика порочна. По данным отечественных хирургов, стандартное оперирование паховых грыж приводит к рецидивам в 6,9-28,5% случаев. В то же время в клиниках, специально занимающихся этим вопросом, процент рецидивов снижен до минимума, колеблясь между 0 и 3.

Особенно плохие отдалённые результаты наблюдаются при сложных формах паховых грыж, когда для их лечения применяют способы Жирара, Спасокукоцкого, Мартынова, Кимбаровского. При этом при прямых паховых грыжах рецидивы наблюдаются в 18-24% случаев, паховые грыжи больших размеров рецидивируют в 18-25% случаев, а скользящие грыжи - в 43%.

Частота повторных рецидивов достигает 24-42%. Объяснение этого факта в том, что с помощью традиционных способов укрепления передней стенки пахового канала недостаточно надёжно устраняется основная причина образования грыжи - слабость задней стенки. Лишь в тех случаях, когда паховый промежуток надёжно прикрыт мышцами, что нередко наблюдается при косых грыжах небольших размеров у молодых больных, способы укрепления передней стенки пахового канала при условии ушивания

глубокого отверстия до нормального диаметра могут в значительной мере гарантировать успех лечения. При прямых паховых грыжах и при сложных формах грыж (косых с прямым каналом, скользящих, надпузырных, комбинированных, рецидивных) основное внимание хирурга должно быть направлено на укрепление задней стенки пахового канала. В случаях же обширных и гигантских паховых грыж и при многократно рецидивирующих грыжах, когда паховый канал полностью разрушен, возникает необходимость в создании нового пахового канала за счёт аутопластической реконструкции его стенок или путём использования дополнительных пластических материалов. При этом нужно стараться сохранить анатомическое расположение пахового канала и его физиологическую роль.

В исключительно редких случаях у глубоких стариков после многократных операций целесообразно ликвидировать паховый канал, предварительно удалив яичко и семенной канатик. Грыжевые ворота при этом ушивают по принципам лечения послеоперационных грыж.

Лапароскопическая хирургия

Преимущества этого метода лечения:

- применение современных технологий (использование специального оборудования, и миниатюрных видеокамер, позволяющих увеличивать изображение)
- низкая травматичность (операция проводится изнутри брюшной стенки)
- косметический эффект (после операции остаются только маленькие проколы в виде рубчиков, длиной 0,5-0,6 см)
- короткий период реабилитации (пациент возвращается к активной жизни уже через две-три недели)
- эффективность операций (процент возникновения рецидива очень низок)

Лапароскопическая предбрюшинная протезирующая герниопластика

Подготовка к операции должна проходить по схеме, предполагающий проведение операций сразу с двух сторон. Это связано с тем, что во время операции часто обнаруживается грыжа с двух сторон. Пациента укрывают операционным бельем, оставляя открытым области паха. Пациент располагается на спине, в положении супинации: в мочевой пузырь вводится катетер

Фолия.

Проводится стандартная инсуффляция, затем устанавливается трокар в супра- или инфраумбиликальной области (если расстояние между пупком у лоном мало, то порт можно наложить выше пупка). Для проведения основных этапов операции больного необходимо перевести в положение Тренделенбурга, с опущенным головным концом.

Осматриваются обе паховые области.

В видеоэндоскопической картине нормальной паховой области глубокое паховое кольцо представлено в виде небольшой ямки, в месте схождения внутренних семенных сосудов и выносящего протока, сразу же латеральнее нижних надчревных сосудов.

В норме нижние эпигастральные сосуды и медиальная паховая связка расположены относительно друг друга под острым углом. Паховый мешок кривой грыжи обычно раздут введенным газом и поэтому хорошо виден.

Большая косая грыжа оттесняет надчревные сосуды медиально к прямому пространству. Важным признаком наличия прямой грыжи является расширение угла между сосудами и связкой вплоть до того, что они становятся параллельными друг другу. Чтобы лучше видеть дефект, надо надавить снаружи на поверхностное паховое кольцо.

Два дополнительных трокара (5 мм.) устанавливаются по обеим краям прямых мышц-на одном уровне с оптическим трокаром. Видеооператор стоит на стороне грыжи или рядом с хирургом и направляет видеокамеру к стороне предстоящей операции. Хирург стоит с противоположной стороны. Обзор должен проводиться таким образом, чтобы обеспечить максимально

прямой обзор операционного поля. Хирург работает обеими руками через два 5 мм. порта.

Инструментарий для выполнения лапароскопической герниопластики

1. Троакары (один 10 мм. и два 5 мм.)
2. Изогнутые ножницы 5 мм.
3. Атравматический зажим и диссектор
4. Полипропиленовая сетка
5. Телескоп с косой оптикой (300)
6. Степлер для фиксации сетки

Итак, под интубационным эндотрахеальным наркозом в положении больного на спине производится разрез кожи длиной 1 см непосредственно над/под пупком, в брюшную полость вводится игла Вереша и накладывается пневмоперитонеум.

Через этот разрез проводится 10-мм троакар для лапароскопа, а также проводят инфуляцию газа до 12 мм. рт.ст.. После введения оптики производят ревизию брюшной полости (осмотр обеих паховых областей, чтобы не пропустить начинающуюся грыжу с противоположной стороны).

Параректально, на уровне пупка или несколько ниже, на стороне грыжи вводят 5-мм троакар. На том же уровне, с противоположной стороны вводится 5-и или 10-мм троакар (предпочтение 12 мм. трокару обусловлено необходимостью применения 12 мм. эндостеплера).

Хирург работает инструментами через 5 мм. троакары, ассистент обеспечивает визуализацию.

После вправления грыжевого содержимого в брюшную полость (часто вправляется самопроизвольно), выполняется дугообразный разрез париетального листка брюшины в медиальном и латеральном направлениях широко над верхним краем грыжевых ворот. Лоскут брюшины вместе с

грыжевым мешком тупым и острым путем осторожно и атравматично отделяется от подлежащих структур и поперечной фасции, огибая латеральную и медиальную паховые ямки.

При этой манипуляции желательнее не использовать рассечения тканей, а пользоваться именно тупым, бескровным и атравматичным разделением.

Это правило позволит предупредить повреждение семенного канатика или сосудов яичка. Выделение грыжевого мешка производится до тех пор, пока он не перестает уходить в паховый канал. Грыжевой мешок должен свободно располагаться в брюшной полости. Если возникает кровотечение из мелких сосудов, оно останавливается коагуляцией. Наличие полного гемостаза после выделения грыжевого мешка важно для предотвращения возникновения гематом мошонки и брюшной полости.

Необходимо стремиться к полному выделению анатомических структур, к которым будет осуществляться крепление сетки. Также надо выделить верхний край брюшины для того, чтобы сетка свободно помещалась в предбрюшинное пространство. После этого этап выделения можно считать законченным.

При косых грыжах стенка грыжевого мешка отпрепаровывается от элементов семенного канатика, при этом плотные фиброзные тяжи пересекаются ножницами с коагуляцией. При мобилизации брюшинного лоскута следует соблюдать осторожность, чтобы не повредить сосудистые и трубчатые структуры, богато соседствующие в паховой области (нервные окончания, нижние эпигастральные, наружные бедренные, семенные сосуды семявыносящий проток, элементы семенного канатика и т.д.).

Производится подготовка сетчатого алломатериала к пластике. При этом могут использоваться различные виды кроев, а также возможно применение сетки без ее края. Если использовался 12-мм троакар, введение сетки осуществляется через него. Если использовались два 5 мм троакара, введение сетки производится через 10 мм. оптический троакар, без

визуального контроля. Размер протеза в среднем 8*12 см (более точно можно измерить, используя специальный инструмент с линейкой). Сетка помещается позади семенного канатика. Края протеза закругляются ножницами, чтобы различать наружный и внутренний края разреза. Протез сворачивается трубочкой и погружается во вставочную металлическую гильзу диаметром 10 мм. В брюшной полости протез разворачивают и более узким краем проводят под мобилизованным семенным канатиком в латеральную сторону.

Сетка расправляется таким образом, чтобы она закрывала медиальную и латеральную паховые и бедренную ямки и прилежала к костно-апоневротическим образованиям паховой области (от лонного бугорка медиально почти до передней верхней подвздошной ости латерально и от связки Купера внизу до нижнего края внутренней косой мышцы вверху). После расправления сетки она должна закрывать все возможные отверстия для выхода паховых и бедренных грыж. После расправления и правильного размещения сетки она должна быть подшита к брюшной стенке. Фиксация обычно начинается с раскроенной части сетки и продолжается по периметру, избегая случайного прошивания нижних эпигастральных сосудов. Общее число скобок от 5 до 10 штук.

При подшивании сетки часто используется прием «противодавления», когда свободной рукой брюшная стенка давится в сторону герниостеплера. Если край сетки не производился, и она помещена перед семенным канатиком (это часто рекомендуют делать при прямых паховых грыжах), то важно первоначально зафиксировать сетку, подшив ее к Куперовой связке и поперечной фасции. После этого сшивается брюшина, как правило с помощью герниостеплера. На этом этап пластики можно считать законченным.

Сшивающие аппараты для лапароскопической герниопластики имеют диаметр 12 мм со скрепками высотой 4 или 4,8 мм. Рабочая часть аппарата

вращается на 360 градусов. Фиксация протеза может осуществляться с помощью многозарядного однозарядного степлера фирмы «Ethicon», имеющего диаметр 12 мм. Для фиксации протеза удобен также аппарат, имеющий диаметр 5 мм и спиралевидные фиксирующие элементы.

Заключительным этапом вмешательства является сопоставление рассеченных краев брюшины и сшивание их с использованием степлера для полной изоляции аллопластического материала от соприкосновения с органами брюшной полости.

Данную манипуляцию надо выполнять при снижении давления в брюшной полости до 8 — 9 мм рт. ст., чтобы при сведении края брюшины не прорезывались. Более надежна методика перитонизации протеза с помощью непрерывного лигатурного шва, однако технически она более сложна и занимает больше времени.

Область операции очищается, удаляются сгустки крови, образовавшиеся во время выделения грыжевого мешка. Инструменты извлекают, устраняют пневмоперитонеум и вынимают троакары. Дефекты в апоневрозе после введения троакаров большого диаметра ушивают. Края кожных ран сопоставляют и на проколы накладывают повязки.

Лапароскопическая внебрюшинная протезирующая герниопластика

Эта операция является более дорогостоящей по расходному материалу и более сложной в исполнении. Данный вид операции осуществляется без вхождения в брюшную полость, то есть без лапароскопии как таковой. Первый троакар диаметром 10 мм. вводится под пупком до предбрюшинного пространства, без входа в брюшную полость. Проще всего это сделать методом «открытой лапароскопии». При этом производится миниразрез кожи, клетчатки, апоневроза.

Дилататор тупо проводится до лона, после этого раздувается баллон с введением углекислоты или физиологического раствора под давлением. Такие баллоны называются spacer/ Баллон-

дилататор держится в надутом состоянии 3—4 минуты. После создания рабочего пространства по средней линии вводятся два рабочих троакара, диаметром 12 и 5 мм. После создания рабочей полости в рану вводится троакар со специальным obturatorом, который позволяет поддерживать давление углекислого газа в предбрюшинном пространстве.

Еще раз подчеркнем, что очень важно не попасть в брюшную полость, иначе продолжение операции чисто предбрюшинным способом становится невозможным. В предбрюшинном пространстве тупым путем разделяют рыхлые сращения, выделяют грыжевой мешок из окружающих тканей. Выделяются элементы семенного канатика и поперечная фасция.

В предбрюшинное пространство вводится имплантат, который расправляется и укладывается, как и при лапароскопической герниопластике. После расправления и помещения протеза в правильную позицию он фиксируется герниостеплером.

Общие принципы проведения лапароскопических герниопластик при паховых грыжах можно сформулировать следующим образом:

1. Выкраивание лоскута брюшины и препаровка предбрюшинного пространства должны иметь размеры, достаточные для свободного расположения имплантата.
2. Грыжевой мешок должен быть полностью мобилизован и вывернут, либо резецирован для предотвращения заворачивания нижнего края протеза в области шейки мешка после его перитонизации.
3. Независимо от вида грыжи, размер протезной сетки должен быть достаточным для укрытия обеих паховых и бедренной ямок (8x13 см).
4. При косых паховых грыжах обязателен край имплантата с подведением его под мобилизованный семенной канатик.
5. При наложении скобок необходимо учитывать анатомию пахового канала

и места прохождения основных сосудов и нервов.

6. Желательна фиксация медиального угла протезной сетки к надкостнице лонного бугорка (при наличии степлеров, способных его прошить).

7. При фиксировании верхнего края протеза, рекомендуется использовать прием «противоупора» рукой брюшной стенки, напротив степлера, в этом случае скрепки располагаются перпендикулярно к ней и проникают глубже.

Список литературы

1. Иоффе И.Л. Оперативное лечение паховых грыж. – М.: Медицина, 1968. – 171 с.
2. Каншин Н.Н. Многослойная паховая герниопластика. //Вестн. Хир. – 1973. - №5. – С. 101-106.
3. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки. М.: Медицина, 1990. – 272 с.
4. Вольный, Сергей Клинико-морфологические особенности паховых грыж / Сергей Вольный. - М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2011. - 156 с.
5. Белоконев, В.И. Грыжи живота: Современные аспекты этиологии, патогенеза, диагностики и лечения: Учебное пособие. Гриф МО РФ / В.И. Белоконев. - М.: Инфра-М, Форум, 2015. - **213** с.
6. Хоробрых, Татьяна Витальевна Лапароскопическое лечение паховых грыж / Хоробрых Татьяна Витальевна. - М.: Практическая медицина, 2017. - **363** с.