

Казахский Национальный Медицинский Университет
им. С.Д. Асфендиярова
кафедра "Хирургических болезней"

СРС: Виды пластики грыжевых ворот

Выполнила
Студентка 4 курса
Фак-та ОМ
Тоймухамбетова Ботагоз

● План

1. Введение

2. Виды операции

3. Методы операции

4. Послеоперационное ведение больных

5. Литература

- Лечение грыж всегда хирургическое. Никаких способов лечения грыж без использования оперативных методик не существует, применение различного вида бандажей способно только ненадолго задержать развитие патологии. Необходимо помнить, что затягивание операции чрезвычайно опасно, при первых признаках формирования грыжи нужно обращаться в лечебное учреждение, где может быть решен вопрос о типе необходимой операции.



Оперативное вмешательство при грыжах
заключается :

- в удалении грыжевого мешка,
- вправлении внутренностей в брюшную полость
- укреплении слабого участка брюшной стенки в области грыжевых.

В настоящее время существует две методики оперирования наружных грыж — местными тканями и не натяжные.

- Основы первой были сформулированы хирургом из Падуи Бассини (E. Bassini) в 1884 году. Принципы пластики явились руководством для самых различных вмешательств, однако суть их сводится к следующим положениям: восстановление анатомических соотношений, усиление слабых мест апоневротическими дубликатами, мышцами и т. п.
- В середине 80-х годов прошлого века получила развитие теория ненатяжной пластики. В большей мере эти разработки касались исправления паховых грыж, но их принципы могут быть использованы и при лечении грыж иной локализации. Существует мнение, что главной причиной рецидивов грыж является сшивание с натяжением разнородных тканей, что противоречит биологическим закономерностям заживления ран. Поэтому сейчас предлагают применять для герниопластики различные синтетические имплантаты, позволяющие избежать натяжения тканей при пластике, сшивания разнородных тканей, значительно уменьшить число рецидивов.

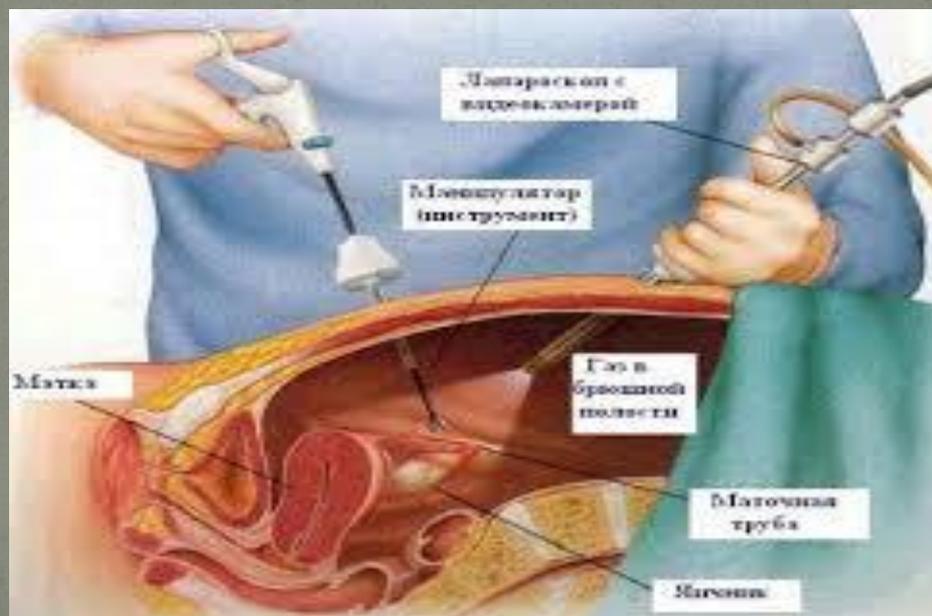


- 1 группа операций при грыже – пластика собственными тканями - грыжевые ворота закрываются собственными тканями пациента: мышцами, апоневрозом, фасциями. Над грыжей делается надрез длиной около 10см. Пластика местными тканями заключается в многослойном пришивании мышц и апоневроза к паховой связке.
- Недостатком этого способа являются длительные сроки реабилитации после операции и выраженный болевой синдром в послеоперационный период как следствие натяжение тканей. Кроме этого, после операции противопоказаны тяжелые физические нагрузки не менее 3-х месяцев. При пластике собственными тканями рецидивные (повторные) грыжи возникают в 2 – 15 % случаях.

- 2 группа операций при грыже - лапароскопическая герниопластика – в отличие от классической методики операция проводится не снаружи, а со стороны брюшной полости, то есть, изнутри. Через несколько разрезов (2см) в брюшную полость вводится микровидеокамера и специальные инструменты.

Лапароскопическая операция проводится под общим наркозом постоянным видеоконтролем. В ходе вмешательства удаляется грыжевой мешок, к внутренней поверхности брюшной стенки прикрепляется сетчатый протез.

Недостаток этого метода лечения - необходимость общего наркоза и более высокий риск возникновения послеоперационных осложнений со стороны органов брюшной полости (перитонит, абсцесс, гематома брюшной полости, невралгия).



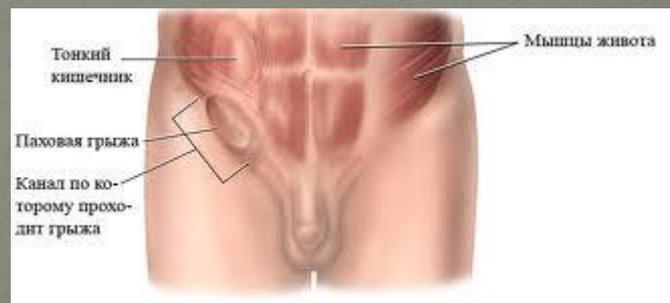
- 3 группа операций при грыже – не натяжная герниопластика - операция производится открытым способом, но для закрытия грыжевых ворот используют “заплаты” из синтетических материалов. Несмотря на разрез кожи над грыжей, болевой синдром после операции минимален из-за отсутствия натяжения собственных тканей.
- Преимуществом не натяжной герниопластики является возможность выполнения операции под местной или спинальной анестезией, короткий восстановительный период, что позволяет выполнять подобные операции в амбулаторных условиях. Бытовая физическая активность пациентов не ограничивается, а интенсивный физический труд возможен через месяц после операции.



● Паховые грыжи: лечение

Для оперативного лечения паховых грыжах в настоящее время используются следующие методики:

- Пластика по Бассини и ее разновидности (пластика по Н И. Кукуджанову и т д.)
- Пластика по Е Е. Shouldice
- Операция I.L. Lichtenstein.
- Пластика с использованием PHS (prolen hernia system)
- Методика “plug and patch” (пробка и заплата)
- Эндоскопическая герниопластика (J.D.Corbitt (1992 год)).



Пластика по Бассини относятся к пластикам собственными тканями.

Суть операции сводится к трем основным положениям:

- Перемещение семенного канатика;
- Создание пахового канала;
- Закрытие грыжевых ворот мышцами и фасцией.

- **Пластика по E.E.Shouldice** отличается наложением непрерывного шва в 2 или 3 слоя. Подобные операции дают 5—10% рецидивов.
- **Операция I.L.Lichtenstein** подразумевает традиционный доступ и пластику задней стенки пахового канала 2-х мерным полипропиленовым или тефлоновым сетчатым имплантатом. Рецидивы составляют около 1%.

- **Пластика с использованием PHS.**

Метод подразумевает использование в не натяжной герниопластике сложного 3-х мерного протеза, состоящего из надфасциального лоскута, коннектора, подфасциального лоскута. Осуществляется традиционный доступ к паховому каналу. Внутренний лоскут протеза складывается, вводится через внутреннее паховое кольцо и расправляется в преперитонеальном пространстве под поперечной фасцией. Наружный лоскут формируется, обеспечивая прохождение семенного канатика, фиксируется аналогично пластике по Лихтенштейну.



- Методика “plug and patch” или «пробка и заплатка» может считаться разновидностью операции Лихтенштейна. При данной операции осуществляется типичный доступ к паховому каналу. Как правило, при данной операции грыжевой мешок не вскрывается, а погружается obturatorом («пробкой») выполненным из полипропиленовой сетки в виде волана. Obturator своей верхушкой направлен в сторону грыжевого мешка, а в области основания фиксируется несколькими швами к окружающим тканям. Задняя стенка пахового канала укрепляется сеткой «заплатой» так, как это выполняется при пластике по Лихтенштейн

- **Бедренная грыжа и грыжа белой линии: лечение**

Грыжи белой линии живота и пупочные грыжи могут быть оперированы как традиционными методиками, так и не натяжными.

К традиционным методикам относятся **способы Мейо и Сапезко**, они подразумевают пластику грыжевых ворот апоневротическими дубликутурами.



- При больших грыжевых воротах целесообразнее использовать синтетические протезы, помещая их над апоневрозом или под апоневрозом. При этом грыжевой дефект ушиваем в поперечном направлении не рассасывающейся нитью край-в-край. Синтетический протез фиксируем аналогичным непрерывным швом при расположении протеза над апоневрозом или П-образными сквозными швами с помещением сетки под апоневроз.
- При гигантских грыжах, когда ушивание грыжевого дефекта невозможно или приводит к появлению выраженной дыхательной недостаточности, пластика осуществляется без использования собственных тканей. Имплантат формируется таким образом, чтобы на 5 см. превышать дефект тканей, затем подшивается двумя непрерывными швами по границе грыжевых ворот на 3—4 см отступя от края.

- Ведение послеоперационного периода за последние годы претерпело некоторые изменения в сторону более активной тактики. Сразу по окончании операции живот стягивают пленкой или простыней, которые служат импровизированным бандажом. Такого рода бандаж, с одной стороны, является мерой профилактики эвентрации в ближайшем послеоперационном периоде, а с другой — позволяет со 2-го дня начать дозированную активную гимнастику. Как показал опыт Всесоюзного научного центра хирургии, лечебная физкультура является важным мероприятием в профилактике сердечно-легочных осложнений, а также тромбоэмболии, тем более что у подобного рода больных при длительно существующей послеоперационной грыже анатомические взаимоотношения органов брюшной полости после операции изменяются: после вправления органов в брюшную полость уровень обоих куполов диафрагмы поднимается, что отражается на дыхательной емкости легких. Нередко возникающий после операции парез кишечника еще более усугубляет эту ситуацию. В связи с этим со 2-го дня после операции больного следует поворачивать на бок, с 3—5-го дня — сажать в постели, с 8—10-го дня больному разрешают вставать.

Литература

- Хирургические болезни- М.И.Кузин, Шкроб-М.2002 г-784 с
- Хирургия- П.А.Клавъен, Н.Г.Сарр-М.2009 г