МОЗ УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО

КАФЕДРА ХІРУРГІЇ №1

ЧЕРЕВНІ ГРИЖІ

Методичні рекомендації для студентів медичного факультету

ЛЬВІВ -2009

Затверджено на засіданні профільної методичної комісії з хірургічних дисциплін Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького (протокол № 39 від 11 грудня 2009 року).

Методичні рекомендації приготували:

ЧУКЛІН Сергій Миколайович - доктор медичних наук, професор кафедри хірургії №1 Львівського національного медичного університету ім.Данила Галицького.

ІВАНКІВ Тарас Миронович – кандидат медичних наук, в.о.доцента кафедри хірургії №1 Львівського національного медичного університету ім.Данила Галицького.

За редакцією академіка АМН України, доктора медичних наук, професора, завідувача кафедри хірургії №1 Львівського національного медичного університету ім.Данила Галицького ПАВЛОВСЬКОГО Михайла Петровича.

Рецензенти:

КОБЗА Ігор Іванович - доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри хірургії №2 Львівського національного медичного університету ім.Данила Галицького.

МАТВІЙЧУК Богдан Олегович - доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри хірургії ФПДО Львівського національного медичного університету ім.Данила Галицького.

Відповідальний за випуск перший проректор з навчально-педагогічної роботи Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, член-кореспондент АМН України, доктор медичних наук, професор М.Р.Гжегоцький.

І. Актуальність теми.

Грижі живота – одне з найчастіших хірургічних захворювань. Близько 3-4% населення мають черевні грижі. Найбільша частота захворюваності відзначається у дошкільному віці і після 50 років. У чоловіків зовнішні грижі (пахвинні) живота трапляються частіше, ніж у жінок. Інші локалізації зовнішніх гриж живота (стегнові, пупкові) визначаються переважно у жінок.

Щороку у світі проводиться близько 20 млн операцій з приводу гриж, з них - 90 тис в Україні. Частота рецидивів після первинного хірургічного лікування гриж сягає 10%, а при повторних зростає до 30%, що суттєво знижує працездатність і не сприяє трудовій реабілітації пацієнтів. Летальність при планових операційних втручаннях невисока (0,06%), проте, вона значно зростає після операцій з приводу защемлених та великих рецидивних вентральних гриж, сягаючи 10-21%, особливо серед пацієнтів похилого віку зі супутньою серцево-легеневою патологією, при запізнілому надходженні у стаціонар.

За останні роки розвиток герніології йде шляхом збільшення надійності способів герніопластики при одночасному зменшенні травматичності методик: способи герніопластики власними тканинами витісняються варіантами пластики «без натягу», все ширше використовуються лапароскопічні методики, особливо при рецидивних і двобічних грижах.

Все це спонукає до вивчення та ширшого впровадження нових методів герніопластики.

ІІ. Навчальна мета заняття.

1. Ознайомитися з етіологічними чинниками захворювання, класифікацією гриж передньої черевної стінки, клінічною симптоматикою, методами діагностики, лікування та ускладненнями (α = I).
2. Знати основні причини виникнення гриж, клінічні ознаки типового перебігу та ускладнень, діагностичне значення лабораторних та інструментальних методів обстеження хворих і принципи сучасного консервативного та хірургічного лікування (α = II).
3. Вміти з’ясувати і проаналізувати скарги пацієнтів та анамнез захворювання, методично виконувати фізикальне обстеження, визначати послідовність найбільш інформаційних методів діагностики та здійснювати їх інтерпретацію, встановлювати та правильно формулювати клінічний діагноз, обґрунтувати показання до хірургічного втручання та вибрати адекватний метод герніопластики (α = III).
4. Розвивати творчу активність у вирішенні складних клінічних ситуацій, які передбачають визначення оптимальної діагностичної та лікувальної програми у хворих на ускладнені грижі передньої черевної стінки, визначення оптимальних термінів та способів хірургічного лікування (α = IV).

ІІІ. Мета розвитку особистості.

- Сформувати у студентів основні уявлення про важливість дотримання принципів деонтології та лікарської етики при обстеженні хворих з грижами, при проведенні лікувально-діагностичних маніпуляцій з урахуванням характеру захворювання, індивідуальних особливостей пацієнта, ступеня його інтелектуального розвитку, рівня культури та ін.;
- Звернути увагу на внесок вітчизняних вчених та співробітників кафедри хірургії №1 у розвиток вчення про грижі;
- Протягом заняття викладач зобов'язаний виховувати студентів своїм зовнішнім виглядом, культурою мови та спілкування з хворими, медичним персоналом, підтверджуючи на власному прикладі, що деонтологія є невід'ємною частиною морально-етичних норм професії лікаря.

IV. Міждисциплінарна інтеграція.

Дисципліни	**Знати**	**Вміти**
Попередні дисципліни		
1. Анатомія та фізіологія	Анатомічну будову передньої черевної стінки	Визначити топографію пахвинного каналу, стегнової ділянки
2. Біохімія	Біохімічний склад плазми крові	Інтерпретувати зміни у біохімічному аналізі крові при ускладнених грижах передньої черевної стінки
3.Патологічна анатомія та патологічна фізіологія	Теорію запалення та його морфологічні ознаки, апоптоз, некроз	Описати макропрепарат товстої та тонкої кишки при защемленні, ознаки життєздатності кишки
4.Пропедевтика внутрішніх хвороб	Послідовність опитування пацієнта, огляду та фізикального обстеження черевної стінки, особливо білої лінії живота, зони пупка, пахвинних ділянок, ділянок стегнових каналів, органів черевної порожнини	З'ясувати скарги, анамнез захворювання, здійснити поверхневу та глибоку пальпацію органів черевної порожнини , зон можливих гриж
5. Фармакологія	Групи та представників антибактерійних препаратів, спазмолітиків, знеболювальні, колоїдні та кристалоїдні розчини	Визначати схему передопераційного приготування, консервативної терапії у післяопераційному періоді

6. Рентгенологія та радіологія	Інформаційність методів променевої діагностики в обстеженні хворих із патологією шлунково – кишкового тракту	Обґрунтувати показання до обстеження, та пояснити отримані результати рентгенологічного та ультрасонографічного обстеження пацієнтів, ознаки повного або крайового (пристінкового) защемлення.
Наступні дисципліни		
Урологія, гінекологія	Клінічні ознаки неопущення, водянки яєчка, варикоцеле; патології круглих зв'язок матки	Вміти диференціювати пахвинні грижі з урологічними захворюваннями.
Анестезіологія та реаніматологія	Клінічні ознаки невідкладних станів, які виникають у хворих на ускладнені грижі передньої черевної стінки, методи їх діагностики та фармакотерапію. Ведення наркозу та інші альтернативні методи знеболення при операційних втручаннях.	Визначити симптоми невідкладних станів, провести диференційну діагностику та призначити лікування. Методи місцевої, провідникової анестезії.
Внутрішньопредметна інтеграція		
1.Гострий апендицит	Клініку та діагностику гострого апендициту	Перевірити симптоми Воскресенського, Rovsing, Сітковського, Bartomier-Міхельсона, Образцова
2. Гостра кишкова непрохідність	Клініку та діагностику гострої кишкової непрохідності	Перевірити симптоми Wahl, Kiwull, Склярова, Schlange, «симптом Обухівської лікарні». Виявити рентгенологічні ознаки кишкової непрохідності.

3.Гострий холецистит	Клініку та діагностику гострого холециститу	Перевірити симптоми Ortner, Kehr, Murphy, Mussy-Георгієвського. Інтерпретувати результати лабораторних та променевих методів обстеження
4.Гострий панкреатит	Клініку та діагностику гострого панкреатиту	Перевірити симптоми Воскресенського, Mayo-Robson, Körte, Mondor та ін., оцінити результати лабораторних та інструментальних методів обстеження
5. Виразкова хвороба шлунка або дванадцятипалої кишки	Клініку та діагностику виразкової хвороби ускладненої пенетрацією	Перевірити симптом Blumberg та перкусійно визначити ділянку печінкової тупості. Інтерпретувати результати оглядового рентгенологічного обстеження черевної порожнини

V. Зміст теми та його структурування.

Розрізняють зовнішні та внутрішні грижі живота. Зовнішні грижі - це вихід органів черевної порожнини разом з парієтальним листком очеревини через отвори в м'язово-апоневротичному шарі передньої або задньої черевної стінки, тазового дна при збереженні цілісності шкірних покривів.

Внутрішні грижі живота – це грижі, які утворюються всередині черевної порожнини, коли клапоть великого чепця, петлі тонкої або відрізок товстої кишки або їх стінка защемлюються у черевних кишенях і складках або проникають у грудну порожнину (частіше дно шлунка, поперечно-ободова кишка) через природні або набуті отвори і щілини діафрагми. Внутрішні грижі живота належать до рідкісної патології. Інколи вони стають причиною гострої кишкової непрохідності або розпізнаються під час операційного втручання.

Від поняття грижі треба відрізняти випадіння органа і евентрацію.

Етіологічні чинники гриж передньої черевної стінки

Сприяючі фактори:

- загальні
  - конституційна схильність
  - недостатній фізичний розвиток
- місцеві
  - анатомічна слабість певних ділянок черевної стінки

Фактори, що спричинюють утворення гриж:

- підвищення внутрішньочеревного тиску
  - тяжка фізична праця
  - повторні та тяжкі пологи
  - хронічні закрепи
  - сильний кашель
  - утруднене сечовиділення
- ослаблення передньої черевної стінки
  - тяжкі тривалі хвороби
  - різке схуднення
  - вікові зміни
  - порушення іннервації черевної стінки.

Патогенез розвитку зовнішніх гриж живота.

Усі причини, які викликають надмірне підвищення внутрішньочеревного тиску, а також процеси, які спричиняють послаблення тонусу черевної стінки призводять до розтягнення тканин черевної стінки в найбільш слабких місцях. До таких місць черевної стінки належать: пахвинний трикутник, овальна ямка на стегні, апоневроз білої лінії живота, пупкова ділянка, лінія Spieghel, трикутник Petit, чотирикутник Grynfeild-Лесгафта, затульний отвір, сідничний отвір та інші. Щілини і канали розширюються і стають грижовими воротами. Очеревина разом з передочеревинною жировою клітковиною виходить через дефект у черевній стінці, утворюючи грижовий мішок. Через утворені грижові ворота в грижовий мішок за межі черевної порожнини виходять внутрішні органи (частково або повністю).

Складовими частинами грижі є: грижові ворота, грижовий мішок, грижовий вміст.

Грижові ворота – природжений або набутий отвір у м'язово-апоневротичному шарі черевної стінки. Іноді грижа немає чітких воріт, коли на значній ділянці черевної стінки немає м'язів, а тому рубцево-змінений апоневротичний шар під дією внутрішньочеревного тиску випинається.

Грижовий мішок – частина парієтальної очеревини. Він має шийку, тіло і дно. Може бути одно-, дво- або багатокамерним. Іноді через грижові ворота разом з грижовим мішком випинається і орган, лише частково покритий очеревиною або розташований у позаочеревинній клітковині (сечовий міхур, товста кишка). У цих випадках однією зі стінок грижового мішка є орган, який частково покритий очеревиною. Такі грижі називаються ковзними, бувають навколо- і позаочеревинними.

Грижовим вмістом може бути будь-який орган черевної порожнини. Переважно це великий чепець, тонка, товста кишка. Основною умовою є мобільність органів. Грижовий вміст спочатку вільно переходить з черевної порожнини у грижовий мішок і зворотно. Такі грижі називаються вільними або вправимими (hernia reponibilis). Проте, під дією механічних подразників

утворюються зрощення між грижовим мішком і його вмістом. Як результат, грижа перетворюється у нерухому (hernia accreta) або невправиму.

Класифікації гриж передньої черевної стінки.

За походженням: природжені (природжена коса пахвинна грижа при незарощенні піхвового відростка очеревини, омфалоцеле, гастрошизис) та набуті (внаслідок підвищення внутрішньочеревного тиску у слабких місцях черевної стінки, травматичні, післяопераційні, штучні, невропатичні, рецидивні).

За локалізацією: пахвинні (75%), стегнові, пупкові, білої лінії живота, післяопераційні (рубцеві), епігастральні, лінії Spieghel, поперекові, мечоподібного відростка, затульного отвору, сідничного отвору, промежини.

За клінічним перебігом: вправимі; ускладнені.

Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб X перегляду (МКХ-X) виділяють*:*

1. Пахвинна грижа (код К 40).
2. Стегнова грижа (код К 41).
3. Пупкова грижа (код К 42).
4. Грижа черевної стінки (код К 43).
5. Діафрагмальна грижа (код К 44).
6. Інші види грижі черевної порожнини (код К 45).
7. Неуточнена грижа черевної порожнини (код К 46).

Діагностика

Найбільш типовими скаргами хворих є болі і наявність випинання в ділянці черевної стінки. На початковій стадії розвитку грижі болі звичайно незначні, нелокалізовані. Поступово з'являються скарги, пов'язані з фізичними навантаженнями. Хворий відчуває невеликий тягнучий біль, поколювання в ділянці грижового кільця, відзначає випинання при підвищенні внутрішньочеревного тиску (при фізичних навантаженнях, бігу, підстрибуваннях, акті дефекації та ін.). Через деякий час у вертикальному положенні при напруженні у хворого з'являється випинання, яке зникає в спокої або в горизонтальному положенні, пальпуються грижові ворота. Згодом, у зв'язку із поширенням грижового кільця, біль стає менш вираженим або зникає. Грижовий вміст вільно вправляється в черевну порожнину.

При невправимій грижі випинання не зникає, не змінюється його конфігурація в горизонтальному положенні, а при натискуванні не вправляється в черевну порожнину. При великих грижах шкіра над випинанням розтягується, стоншується, розширюється венозна стінка. На шкірі можна бачити опрілість, садна, трофічні зміни, виразкування.

При ковзних грижах сечового міхура можливий феномен подвійного сечовиділення.

Огляд хворого потрібно виконувати у горизонтальному і вертикальному положенні, у спокої і при натуженні.

Характерною ознакою зовнішньої грижі живота є наявність випинання передньої черевної стінки в ділянці грижових воріт. Форма і розмір грижового випинання різні і залежать від локалізації та стадії формування грижі. У вертикальному положенні грижове випинання збільшується в розмірах, а лежачи – зменшується або повністю зникає. Розміри грижового випинання збільшуються при кашлі, натуженні і залежить від переміщення вмісту із черевної порожнини в грижовий мішок і назад. При невправимій грижі цей симптом є негативним. Другим кардинальним симптомом є наявність симптому «кашльового поштовху», що відчувається пальцем, введеним за ходом випинання грижі до місця розташування грижових воріт.

Характерною ознакою зовнішньої неускладненої грижі є також визначення дефекту черевної стінки на місці вправленого в черевну порожнину випинання. При цьому оцінюють форму і розміри грижових воріт, стан тканин, які оточують їх, міцність, тонус м'язів.

Симптом **Потоцького I** – визначають при ковзній грижі товстої кишки: при дуже широких грижових воротах пальцем, який введений у пахвинний канал, вдається пальпувати стінку товстої кишки у вигляді м'якої складки, яка збільшується при напруженні хворого.

Симптом **Потоцького II** – позиви до сечовиділення при дослідженні грижових воріт при ковзних грижах сечового міхура.

Симптом **Treves** – при грижах затульного отвору відведення і ротація ноги супроводжується болем.

Метод перкусії і аускультації дозволяє визначити грижовий вміст – щільний орган або кишка.

Ультрасонографія, комп'ютерна томографія та рентгенологічне дослідження є допоміжними методами в діагностиці гриж. При обстеженні можна візуалізувати вміст грижового мішка (порожнистий орган, великий чепець), верифікувати діагноз у сумнівних випадках, виявити початкові форми грижі, прогнозувати вид ковзної грижі.

При підозрі на ковзну грижу обстеження доцільно доповнити цистографією, іригоскопією, бімануальним гінекологічним дослідженням. Якщо є підозра на залучення сечоводу або нирки, то необхідна інфузійна урографія.

Зміни показників загальних та біохімічних аналізів виникають лише при ускладненому перебігу, а саме при защемленій грижі, при розвитку некрозу кишки або кишковій непрохідності.

Лікування.

Лікування гриж лише операційне. Показанням до хірургічного лікування грижі є її наявність. Носіння бандажа можна призначити якщо є абсолютні протипоказання до операційного лікування або на час приготування до операції. При невправимих грижах носіння бандажа протипоказано.

Протипоказання до операційного лікування:

абсолютні: гострі інфекційні захворювання, злоякісні новотвори, тяжкі супутні захворювання в стадії декомпенсації, гострі порушення мозкового та

коронарного кровообігу, наявність гнійних захворювань шкіри в ділянці хірургічного втручання;

відносні: ранній дитячий вік, старечий вік за наявності хронічних захворювань, пізні терміни вагітності.

Метою операційного лікування є усунення грижового мішка і закриття дефекту черевної стінки. Пластику грижі проводять, як за рахунок власних тканин, так і з допомогою авто- або аллотрансплантантів.

Основні етапи операції:

1) пошаровий анатомічний розтин тканин над грижовим випинанням;
2) виділення грижового мішка;
3) розкриття грижового мішка, звільнення від зрощень грижового вмісту і вправлення його в черевну порожнину;
4) видалення грижового мішка;
5) пластика грижових воріт.

Методи пластики:

- фасціально-апоневротична;
- м'язово-апоневротична;
- м'язова;
- аллопластика, експлантація;
- комбінована.

Ускладнення зовнішніх черевних гриж.

Ускладнення виникають у пацієнтів з тривалим грижоносійством. Поділяються на гострі (защемлення, запалення, капростаз, пошкодження) та хронічні (невправимість, пухлини).

Найбільш небезпечним гострим ускладненням невправимої і вправимої гриж є її ***защемлення*** (hernia incarcerata). Защемлення грижі – це непередбачене швидке стиснення вмісту грижового мішка в грижових воротах з наступним порушенням кровообігу в тканинах, що призводить до порушення їх трофіки та некрозу. Защемлення кишок більш небезпечне, ніж защемлення інших органів черевної порожнини, тому що при цьому виникає странгуляційна кишкова непрохідність, яка обумовлює ранню і швидку наростаючу інтоксикацію.

Найбільш часте еластичне защемлення (incarceratio herniae elastica acuta). Воно розвивається внаслідок раптового підвищення внутрішньочеревного тиску, у результаті якого грижові ворота надмірно розтягуються, а після зменшення внутрішньочеревного тиску – скорочуються і стискають органи, які при підвищеному тиску, вийшли в грижовий мішок.

Калове защемлення (incarceratio herniae stercoralis) трапляється рідше, розвивається повільно, особливо у хворих похилого віку, схильних до закрепів. Це защемлення часто розвивається при невправимих грижах. Основною умовою утворення калового защемлення є накопичення в кишковій петлі значної кількості рідкого чи твердого калу. При цьому виникає або калове защемлення за типом странгуляційної кишкової непрохідності або калове защемлення від перегину відвідної частини кишкової петлі по відношенню до

надмірно розтягнутого привідного відділу. Своєчасно не ліквідоване калове защемлення може закінчуватися еластичним. Калове і змішане защемлення частіше трапляється у людей похилого і старечого віку, схильних до тромбоутворення, а тонус і трофіка кишкової стінки часто знижені і тому змертвіння кишкової петлі розвивається швидко.

Защемлення тонкої кишки виникає у 63-68%, товстої – у 6-8%, тонкої і товстої – у 3-4%, чепця – у 16-20%, чепця і кишки – у 4-5% усіх защемлень. Інші органи защемляються в поодиноких випадках.

Поряд з типовими формами защемлення трапляються й інші варіанти. Отож, при пристінковому защемленні (hernia Richter) стискується не вся кишка, а тільки частина її стінки вільної від брижі. Грижове випинання має невеликі розміри і його важко визначити, особливо у повних хворих. Частіше пристінкове защемлення виникає при грижах лінії Spieghel, стегнових грижах. Переважно защемляється тонка кишка, але описані випадки защемлення стінки шлунка при грижах білої лінії живота, а також сечового міхура при пахвинних грижах.

При ретроградному защемленні (incarceratio retrograda) (hernia Maydl) у грижових воротах защемляється не тільки брижа петлі кишки, яка знаходиться у грижовому мішку, але й брижа петлі кишки, розташованої в черевній порожнині. Типова форма ретроградного защемлення – W-подібна. Патологічні зміни наступають скоріше в петлі кишки, яка знаходиться у черевній порожнині.

Грижу, при якій защемляється дивертикул Mekkel, називають грижа Littre. При стисненні судин брижі в защемлених петлях спочатку розвивається набряк. Венозний застій і ексудація призводять до накопичення в порожнині грижового мішка прозорої рідини, яка згодом набуває геморагічного характеру. Некротичні зміни в защемленій петлі кишки супроводжуються проникненням бактерій через стінку кишки і інфікуванням транссудату – „грижової води”, яка каламутніє, набуває гнилісного запаху. Гнійно-некротичні зміни поширюються на оточуючі тканини. У цьому випадку утворюється флегмона грижового мішка, а після її розкриття нерідко у защемленій петлі виникає кишкова нориця.

Клінічна картина защемлення характеризується гострим раптовим інтенсивним болем в ділянці грижі. Майже завжди біль супроводжується нудотою, гикавкою, блюванням. Швидкість появи цих симптомів залежить від вмісту грижового мішка і виду защемлення. Місцево відзначається збільшення грижового випинання, стабільність його розмірів при зміні положення тіла. Пальпація грижового випинання підсилює біль, дослідження грижових воріт неможливе як через біль, так і через значне напруження грижі. Симптом кашльового поштовху від’ємний, при натужуванні розміри грижі не змінюються. При перкусії у випадках защемлення порожнистого органу визначається тимпаніт, а при защемленні сальника, сечового міхура - тупість. Аускультативно в защемленій петлі кишки визначаються шуми переміщення рідини.

Симптом **Мельника** – у положенні стоячи хворий відхиляє тулуб дозаду і в бік, протилежний локалізації грижі. Виникає посилення болю у ділянці грижі і хворий нахиляється у бік її локалізації.

Симптом **Howship** – гострий біль у відповідній нозі при защемленій стегновій грижі.

Симптом **Romberg-Howship** – можлива ознака защемленої грижі затульного отвору: біль за ходом затульного нерва, на передній і внутрішній поверхні стегна, з іррадіацією у передню черевну стінку або кінцівку.

У перші години після защемлення грижі живіт м'який, болючий в ділянці воріт грижі. При защемленні кишки у клінічному перебігу можна відзначити три періоди:

- до некрозу кишки – важких патологічних змін в організмі немає;
- некроз кишки – наявні симптоми кишкової непрохідності без перитоніту;
- явища перитоніту і важкої інтоксикації (звичайно через 8-10 годин з часу защемлення).

Слід відзначити, що затримка випорожнень і газів не є постійним і обов'язковим симптомом защемленої грижі. При защемленні тонкої кишки можуть бути випорожнення декілька разів, але після цього хворий не відчуває покращання. При защемленні товстої кишки випорожнень частіше не буває. Характерною ознакою гриж Richter та Littre є відсутність явищ непрохідності. Помірні болі та дискомфорт можуть швидко змінитись некрозом кишки з перитонітом. При рентгенологічних обстеженнях відсутні чаші Kloiber.

Для диференційної діагностики кожного хворого зі симптомами гострого живота обов'язково слід оглянути типові місця виходу черевних гриж. Огляд хворого дає можливість виявити випинання в ділянці виникнення болю, але відсутність випинання не виключає защемлення грижі. Досить складно виявити грижу у повних людей, а пристінкове защемлення – навіть у худорлявих. Для пацієнтів із пристінковим защемленням гриж характерна пізня госпіталізація і несвоєчасна операція. У незрозумілих, складних для діагностики випадках, при підозрі на пристінкове защемлення слід використовувати УСГ, оглядову рентгенографію живота, що знижує відсоток діагностичних помилок. УСГ дозволяє достовірно диференціювати защемлену грижу від невправимої, водянки оболонок яєчка і сім'яного канатика, хибного защемлення.

Лікування. Вправляти защемлену грижу категорично не можна, тому що може відбутися несправжнє вправлення. У таких випадках защемлена петля кишки з цілим грижовим мішком або тільки з грижовими воротами виводяться з черевної стінки і потрапляють у черевну порожнину. При цьому грижове кільце продовжує стискувати, защемляти петлю кишки.

Важливим є положення про те, що всі грижі з підозрою на защемлення необхідно вважати защемленими. Єдиним рішенням у лікувальній тактиці є термінове операційне втручання. Індивідуально слід вирішувати питання операційного лікування осіб зі защемленням грижі, в яких при надходженні в стаціонар або після передопераційного приготування (в т.ч. операційного поля, премедикація) наступило самовільне вправлення грижі. Пацієнти зі значним ризиком для них екстреної операції, в яких немає ознак перитоніту, повинні

знаходитися під спостереженням і дообстежуватися. При виникненні ознак перитоніту хворого необхідно оперувати в ургентному порядку. При виражених явищах кишкової непрохідності та інтоксикації проводиться 1-2-годинне приготування.

При операційному втручанні пластика грижових воріт виконується в залежності від місця розташування грижі. Розтин шкіри і підшкірної клітковини проводять над грижовим випинанням. Після виділення грижового мішка його розкривають і, утримуючи защемлений орган, розрізають защемлююче кільце. Після цього визначають життєздатність органів. На користь життєздатності кишки свідчить:

- рожевий колір защемленої кишки;
- блискучість серозного покриву;
- відсутність странгуляційної борозни;
- нормальна пульсація судин брижі;
- наявність перистальтики.

Якщо вказані ознаки є, то кишка оцінюється як життєздатна і занурюється в черевну порожнину. У сумнівних випадках в брижу кишки вводять 100-150 мл 0,25% розчину новокаїну і зігрівають защемлену ділянку впродовж 10-15 хвилин серветками, змоченими теплим фізіологічним розчином. Беззаперечними ознаками нежиттєздатності кишки є:

- темний колір кишки;
- тьмяність серозної оболонки;
- відсутність пульсації судин брижі;
- відсутність перистальтики.

При сумніві у життєздатності кишки необхідно виконати її резекцію, відступивши від межі некрозу 30-40 см в оральному напрямку і 15-20 см в аборальному.

При флегмоні грижового мішка операцію починають зі серединної лапаротомії (операція Samter). Після резекції кишки і накладання ентероентероанастомозу черевну порожнину зашивають наглухо. Потім роблять розтин над грижею і розкривають грижовий мішок, видаляють гнійний ексудат, а грижовий мішок не виділяють. Розрізають защемляюче кільце і видаляють резековану защемлену петлю кишки. Шийку грижового мішка зашивають. а його порожнину дренують. Пластику грижових воріт не виконують, оскільки це може призвести до поширення флегмони на черевну стінку.

Післяопераційний період у хворих, які перенесли операцію з приводу защемленої грижі, індивідуальний. Першочерговими завданнями є:

- боротьба з інтоксикацією і зневодненням;
- пригнічення інфекції;
- профілактика і лікування ускладнень з боку дихальної і серцево-судинної систем;
- відновлення функції травного каналу;
- боротьба з перитонітом.

Інтенсивність післяопераційної терапії залежить від терміну защемлення, вираженості інтоксикації, наявності або відсутності некротичних змін у защемленому органі. За показаннями необхідно проводити:

- перев'язки і контроль рани;
- антибіотикотерапію 5-6 діб;
- фізіотерапевтичні процедури;
- при великих грижах використовують вакуумне дренування.

Запалення грижі виникає внаслідок проникнення інфекції в грижовий мішок. Запалення грижі може бути різного походження:

1. Від запального процесу в органах, що знаходяться в грижі (термінальний ілеїт, виразки шлунка, червоподібний відросток, дивертикул Mekkeli – грижа Littre), маткові труби або яєчник, сальник).
2. Від запального процесу в самому грижовому мішку (криптогенна інфекція, туберкульоз).
3. Від запального процесу в органах, розміщених поряд (епідідиміт, орхіт, лімфаденіт), а також при поширенні інфекції зі сторони шкіри (піодерміти, фурункули, виразкування).

Запалення грижі, викликане гнійною або гнилісною інфекцією з внутрішніх органів, перебігає важко. При запаленні грижа значно збільшується, з'являється болючість, набряк, почервоніння та інфільтрація шкіри. Характерним є погіршення загального стану хворих, що супроводжується високою температурою, ознобом, порушується функція травного каналу (здуття, затримка випорожнень і відходження газів, нудота, блювання). Наслідком запалення грижі може бути утворення спайок у грижовому мішку і грижа стає невправимою. При погіршенні процесу можливий розвиток флегмони грижового мішка. Лікування – невідкладне операційне втручання. Тактика в операційній така сама, як і при защемленій грижі. Необхідно попередити (обмежити) попадання вмісту в черевну порожнину.

Ускладненням невправимої грижі у хворих старечого віку може бути ***копростаз*** (obstryctio herniae). В основі цього явища знаходяться розлади моторно-евакуаційної функції товстої кишки, обумовлені зниженням тонусу кишкової стінки. Копростаз розвивається поступово. У клінічній картині переважають симптоми наростаючої обтураційної кишкової непрохідності. Порушення кровопостачання у кишці, як правило не розвивається. Рекомендується проводити легкий масаж грижового випинання, стосувати холод на ділянку грижі. Застосовують також малі клізми з гіпертонічним розчином або гліцерином, повторні сифонні клізми. При відсутності ефекту - операційне втручання.

Диференційна діагностика защемленої грижі і копростазу (схема Exler)

Ознака	копростаз	Защемлення кишки
Виникає	поступово, поволі	відразу, раптово
Грижове випинання	невправиме збільшується поступово чутливість не підвищена	невправиме збільшується поступово дуже болюче і чутливе

	напружене незначно кашльовий поштовх позитивний	різко напружене кашльовий поштовх негативний
Закриття кишки	неповне	повне
Блювання	легке, незначне	дуже тяжке, багаторазове, нестерпне, часто кишковим вмістом
Загальний стан	задовільний	тяжкий

Пошкодження грижі. Знаходження органів черевної порожнини в грижовому мішку, тобто під шкірою, не виключає можливості їх травмування. Це може бути забій вмісту грижі чи порушення цілісності стінки кишки, які можуть спричинити розвиток перитоніту, внутрішньочеревну кровотечу або гематому і запалення грижі. При розвитку перитоніту показане невідкладне операційне втручання, з ліквідацією причини перитоніту (усунення дефекту кишки), дренуванням черевної порожнини.

Невправимість. Це найчастіше ускладнення. Виникає при тривалому перебуванні вмісту грижі в грижовому мішку. Причиною є спайковий процес між грижовим вмістом і грижовим мішком. Невправимість грижі характеризується неможливістю як пасивного так і активного вправлення грижового вмісту в черевну порожнину. Важливим симптомом, що відрізняє невправиму грижу від защемленої є позитивний симптом кашльового поштовху. Він при невправимій грижі свідчить про вільне розміщення вмісту в грижових воротах, а також про те, що вміст грижі може переміщуватись в грижових воротах і збільшуватися в об'ємі. Розвиток невправимої грижі нерідко затрудняє диференційну діагностику цього ускладнення з іншими – защемленням, розвитком пухлини в грижі. Вирішальним діагностичним тестом в таких випадках є симптом кашльового поштовху. Лікування – операційне у плановому порядку для запобігання грізніших ускладнень.

Пухлини грижі можуть виходити з різних елементів грижового мішка, грижового вмісту, оболонок грижі. По відношенню до грижового мішка пухлини грижі поділяють на пухлини грижового вмісту, пухлини самого мішка і пухлини ззовні мішка. Пухлини грижового вмісту – це різні пухлини органів: чепець, тонка або товста кишка, шлунок, додатки матки, сечовий міхур. Частіше в грижі виявляють пухлини тонкої або товстої кишки. Найбільш частими пухлинами грижового мішка можуть бути ліпома, фіброма, папілома або мезотеліома. Ззовні грижового мішка можуть бути переважно неінкапсульована ліпома в пахвинній грижі, сполучнотканинні пухлини – фіброми шкіри, ліпоми, невуси шкіри. Лікування – операційне з урахуванням усіх онкологічних правил.

ОКРЕМІ ВИДИ ГРИЖ

Пахвинна грижа.

Пахвинна грижа – захворювання, при якому через пахвинні ямки (кільця) в пахвинний канал виходять органи черевної порожнини.

Класифікація.

За анатомічною будовою та відповідно місцю виходу з черевної порожнини виділяють два види пахвинних гриж:

- косі (hernia inguinalis externa s.obligua);
- прямі (hernia inguinalis interna s.directa).

У залежності від походження грижового мішка пахвинні грижі бувають:

- природженими (hernia congenitalis);
- набутими (hernia aegvisita).

Відповідно до ступеня розвитку косих гриж:

- початкова грижа, hernia inguinalis obliqua incipiens;
- канальна грижа, hernia obliqua canalis inguinalis;
- коса пахвинна грижа сім'яного канатика, hernia inguinalis obliqua funicularis;
- коса пахвинно-калиткова грижа, hernia obliqua inguino-scrotalis.

Відповідно до ступеня розвитку прямих гриж:

- початкова грижа, hernia inguinalis directa incipiens;
- пряма, або інтерстиційна, hernia inguinalis directa;
- пряма пахвинно-калиткова, hernia inguinalis directa scrotalis;

Рідкісні форми пахвинних гриж:

- коса грижа з прямим каналом, hernia inguinalis externa directa**;**
- внутрішньостінкова пахвинна грижа, herniae inguinalis intraparietalis;
- осумкована пахвинна грижа, hernia inguino-encystica (грижа Cooper);
- навколопахвинна грижа, hernia parainguinalis;
- зовнішня надміхурова пахвинна грижа, hernia supravesicalis.

Класифікація пахвинних гриж (Nyhus L.M., 1993):

- Тип 1: коса мала грижа без розширення внутрішнього пахвинного кільця;
- Тип 2: коса грижа з розширенням внутрішнього кільця;
- Тип 3a: пряма пахвинна грижа;
- Тип 3b: велика коса грижа (відсунуті епігастральні судини);
- Тип 3c: стегнова грижа;
- Тип 4: Рецидивна грижа: a – пряма, в – коса, c – стегнова d – комбінована.

Інтраопераційна класифікація типів гриж за Gilbert-Rutkow (1989)

- Тип 1 Коса грижа з нерозширеним глибоким пахвинним кільцем
- Тип 2 Коса грижа з розширеним глибоким пахвинним кільцем
- Тип 3 Коса грижа зі зруйнованим глибоким пахвинним кільцем
- Тип 4 Пряма грижа з великим дефектом задньої стінки пахвинного каналу
- Тип 5 Пряма грижа з невеликим дефектом задньої стінки пахвинного каналу
- Тип 6 Комбінація косої і прямої гриж
- Тип 7 Стегнова грижа

- Тип 8 Рецидивна грижа

Клінічна картина. Головним чином діагноз ставиться на підставі об'єктивних симптомів. Суб'єктивні ознаки грижі зводяться в основному до больових відчуттів, особливо при фізичному навантаженні. Виникнення болю співпадає з моментом виходження внутрішніх органів у грижовий мішок. При ковзних і рецидивних грижах біль має постійний характер.

Окрім болю грижа може супроводжуватись нудотою, блюванням, закрепами, здуттям живота, дизуричними проявами (при ковзній грижі, коли вмістом її є сечовий міхур).

Діагностика пахвинних гриж. При пахвинних грижах пальцем досліджують ступінь розширення зовнішнього пахвинного кільця, напрямок, довжину каналу, визначають наявність симптому кашльового поштовху. Якщо вмістом грижового мішка є петлі кишок, то наявне характерне бурчання, перистальтичні рухи, перкусійно визначається тимпаніт. Якщо вмістом є великий чепець – характерним є щільність при пальпації та тупий звук при перкусії.

Диференційний діагноз. Косу і пряму пахвинні грижі можна відрізнити при огляді за їх локалізацією, формою, відношенням до калитки.

Коса	Пряма
Виходить із черевної порожнини назовні від plica umbilicalis lateralis	Медіально
Повторює хід пахвинного каналу	Проходить у прямому напрямку через пахвинний проміжок, вип'ячуючи попереду себе поперечну фасцію
Буває природженою. Частіше трапляється у дитячому та молодому віці	Природженою не буває. Частіше виникає у похилому віці
Сім'яний канатик розташовується медіально від грижового мішка	Латерально
Грижове випинання довгастої форми	Округлої або овальної форми, визначається у медіальній частині пахвинної зв'язки
Частіше опускається в калитку	Рідко
Кашльовий поштовх у початковий період утворення грижі – з боку глибокого отвору пахвинного каналу	Кашльовий поштовх – прямо напроти зовнішнього отвору пахвинного каналу
Пульсація a.epigastrica inferior визначається медіальніше від пальця, який введено в пахвинний канал	Латеральніше

Відмінність пахвинної грижі від стегнової полягає в тому, що перша розміщується над пахвинною зв'язкою, а друга – під нею. З інших захворювань,

від яких слід відрізнити пахвинну грижу є ліпома, пухлини і запалення пахвинних лімфатичних вузлів, водянка оболонок яєчка і сім'яного канатика, напливний абсцес.

Ліпома лежить латеральніше підшкірного пахвинного кільця, не продовжується у черевну порожнину, бо виходить з підшкірної жирової тканини. Збільшені лімфатичні вузли мають щільну консистенцію, чітко відмежовані від зовнішнього отвору пахвинного каналу, не змінюють своїх розмірів при напруженні черевного пресу і при кашлі. Гострий пахвинний лімфаденіт має короткотривалий анамнез, характеризується набряком і почервонінням шкіри над вузлами, болючістю їх, наявністю інфекційного вогнища як причини лімфаденіту. Водянка оболонок яєчка має чітку межу в ділянці зовнішнього отвору пахвинного каналу, ця пухлина не вправляється в черевну порожнину, не збільшується при надуванні живота і кашлі. При пахвинно-калитковій грижі яєчко пальпується в глибині калитки чи збоку від грижового мішка, а при водянці оболонок яєчка воно не пальпується. Для натічного абсцесу характерним є більш латеральне його розміщення по відношенню до зовнішнього отвору пахвинного каналу, тупий звук при перкусії, флуктуація і неболючість набряку, відсутність змін розмірів його при кашлі. Водянка сім'яного канатика нерідко поширюється і на пахвинний канал і цим нагадує пахвинну грижу. Проте, водянка канатика не змінює своєї величини при підвищенні внутрішньочеревного тиску, не вправляється в черевну порожнину.

Ковзними косими пахвинними грижами бувають грижі сечового міхура, сліпої кишки, сигмоподібної кишки, жіночих статевих органів.

Лікування.

Основні етапи операції:

1. Доступ до пахвинного каналу, розсічення його передньої стінки, візуалізація клубово-пахвинного нерва.
2. Виділення грижового мішка і його оброблювання.
3. Пластика пахвинного каналу.

Доступи до пахвинного каналу: передній і задній позаочеревинні, трансабдомінальний, комбінований.

Виділення грижового мішка повинно бути повним. Варіанти його оброблення: 1) кисетний шов накладається на шийку з метою інвагінації грижового мішка (без розкриття і резекції); 2) інвагінація грижового мішка у черевну порожнину без попереднього ушивання; 3) розсічення і прошивання виділеного грижового мішка ззовні; 4) прошивання шийки грижового мішка кисетним швом ззовні; 5) прошивання шийки грижового мішка після попереднього скручування його; 6) прошивання шийки грижового мішка кисетним швом зсередини; 7) пересічення грижового мішка при великих і гігантських пахвинно-калиткових грижах.

Принципи оброблювання грижового мішка при ковзних грижах:

а) накладення касетного шва дистальніше ковзного органа (кишки), висічення надлишків грижового мішка, вправлення грижового випинання у черевну порожнину „en bloc" (спосіб Zimmerman-Laufman, спосіб Zencer);

b) перитонізація стінки кишки і її брижі, не вкритих очеревиною, шляхом вивертання грижового мішка (способи Walton I-II, спосіб La Rogue);
c) фіксація товстої кишки у черевній порожнині або залишення її без фіксації;
d) розсічення грижового мішка по задній поверхні і по краях сечового міхура до шийки грижового мішка: грижова частина сечового міхура разом з очеревиною залишається поза грижовим мішком, який перев'язується і видаляється (спосіб Walton III).

Існує багато методик пластики пахвинних гриж. Частина має на меті закриття дефекту з допомогою пластики передньої стінки (за Girard та її модифікації за Спасокукоцьким, Кімбаровським), інші вимагать укріплення задньої стінки пахвинного каналу (за Bassini, Postempski). Ці методики мають хіба що історичне значення. Проте при виборі способу пластики власними тканинами методики укріплення задньої стінки використовуються надалі. Найпоширенішими є методи за Bassini, Shouldice, Lotheissen-McVay.

Пластика за ***Bassini***. Після видалення грижового мішка сім'яний канатик беруть на тримачі. Між краями внутрішнього косого і поперечного м'язів живота, поперечною фасцією і пахвинною зв'язкою накладають вузлові шви. Крім того, кількома швами з'єднують край піхви прямого м'яза й надкісницю лобкової кістки. Таким чином ліквідують пахвинний проміжок і створюють або зміцнюють задню стінку пахвинного каналу. Сім'яний канатик розміщують на новоствореній задній стінці пахвинного каналу, а над ним вузловими швами відновлюють цілісність апоневрозу.

Спосіб ***Lotheissen-McVay***. Внутрішній косий м'яз, поперечний м'яз і поперечна фасція підшиваються на всьому протязі до зв'язки Cooper (медіально) і з піхвою стегнових м'язів (латерально). Глибоке пахвинне кільце формують ушиванням поперечної фасції. По краю прямого м'яза робиться послаблюючий розріз. На сформоване ложе вкладається сім'яний канатик і над ним зшивають апоневроз зовнішнього косого м'яза живота, формуючи поверхневе пахвинне кільце.

Спосіб ***Shouldice***. Після розсічення передньої стінки пахвинного каналу виділяють і відводять клубово-пахвинний нерв. Повністю перетинають і висікають волокна м'яза-підіймача яєчка. Видаляють грижовий мішок. Поперечну фасцію розсікають від глибокого пахвинного кільця до лобкового горбика паралельно пахвинній зв'язці на 1-2 см медіальніше від неї. Присередній листок фасції мобілізують від передочеревинної клітковини до задньої стінки піхви прямого м'яза живота. Далі відновлюють задню стінку пахвинного каналу. Першим безперервним швом від лобкового горбика до глибокого пахвинного кільця створюється дублікатура поперечної фасції (накладають в два ряди). Другий безперервний шов починають від глибокого пахвинного кільця, з'єднуючи внутрішній косий м'яз з апоневрозом зовнішнього косого м'яза безпосередньо під пахвинною зв'язкою (накладають два ряди). На утворене ложе вкладають сім'яний канатик і над ним зшивають краї апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота.

Герніопластика з натягом тканин має явні недоліки. По-перше, вона приводить до вираженішого больового синдрому в післяопераційному періоді. По-друге, частота виникнення рецидивів становить 5-15%.

Основним принципом сучасних методів пластики пахвинної грижі є пластика без натягу (tension free repair). Найчастіше застосовують пластику пахвинного каналу за Lichtenstein, за Gilbert, передперитонеальну пластику. Усі способи герніопластики передбачають застосування сучасного синтетичного матеріалу.

Сутність герніопластики за методом Lichtenstein полягає в наступному: після доступу до пахвинного каналу, грижовий мішок виділяють і розкривають, його вміст вправляють у черевну порожнину, в зоні шийки мішок прошивають і перевязують, дистальніше шва відсікають та вправляють через внутрішнє пахвинне кільце. Дно пахвинного каналу закривають сітчастим імплантатом, котрий розрізається з метою вміщення елементів сім'яного канатика. У жінок сітку розміщують над круглою зв'язкою матки. Сітка фіксується медіально до внутрішнього косого м'яза, та латерально до пахвинної зв'язки. Вона укріплює дно пахвинного каналу, попереджає розвиток прямих пахвинних гриж та протрузію органів через внутрішнє пахвинне кільце.

Спосіб A.Gilber передбачає одночасне укріплення задньої та передньої стінок пахвинного каналу застосуванням поліпропіленової системи PHS (Prolen Hernia System).

До сучасних методів хірургічного лікування гриж черевної стінки відносять лапароскопічні методи операційних втручань. Мета операції – перешкодити протрузії органів через грижові ворота, закривши їх. Проте, на відміну від класичних методів, доступ до грижових воріт, мішка, та вмісту здійснюють не ззовні, а з середини черевної порожнини – трансабдомінальна передочеревинна герніопластика (TAPP), або позаочеревинного простору – тотальна екстраперитонеальна герніопластика (TEP).

Лапароскопічна герніопластика показана при:

- первинних вправимих та рецидивних пахвинних грижах малих та середніх розмірів;
- білатеральних пахвинних грижах;
- наявності поєднаної патології органів черевної порожнини.

Протипоказаннями до виконання лапароскопічної герніопластики є:

- невправимі пахвинні грижі;
- пахвинні грижі великих розмірів;
- защемлені пахвинні грижі;
- наявність супутніх захворювань серцево-судинної та дихальної систем у стадії декомпенсації.

Лапароскопічна герніопластика значно поліпшує клінічний перебіг післяопераційного періоду, сприяє ранньому відновленню фізичної активності пацієнтів, а також скороченню тривалості медичної та соціальної реабілітації хворих.

Лапароскопічно на даний час застосовуються шість методик:

- Трансабдомінальна висока перев'язка грижового мішка, та шовне закриття внутрішнього пахвинного кільця (R.Ger, 1982)
- Трансперитонеальні шовні методи закриття грижових воріт (M.Gazayerli, 1992)
- Пломбування грижових воріт, або пломба в поєднанні з сіткою-латкою – „plug and path" (Schultz, 1990)
- Інтраабдомінальне закриття грижових воріт внутрішньоочеревинною сіткою – „onlay mesh" (L.Popp, 1990)
- Трансабдомінальна передочеревинна герніопластика „patch-техніка" (L.Popp, 1991)
- Тотальна екстраперитонеальна техніка (E.Phillips, 1993).

Поширення отримали дві останні техніки. Це універсальні методи лікування усіх видів пахвинних та стегнових гриж.

Вибір способу пластики в залежності від виду пахвинної грижі

Тип грижі за Nyhus	Спосіб пластики
1	Пластика передньої стінки пахвинного каналу
2, 3a	Метод Shouldice, Lichtenstein, системою PHS, лапароскопічна герніопластика (при двобічних грижах)
3 b	Метод Lichtenstein, системою PHS, лапароскопічна герніопластика
3 c	Метод Lotheissen-McVay, лапароскопічна герніопластика
4	Лапароскопічна герніопластика, метод Lichtenstein

Основні причини рецидивів гриж

Тактичні та технічні помилки хірургів	Необґрунтований метод операції Травматизація n.inguinalis, та інші помилки хірургічної техніки
Грижова хвороба	Особливості конституції Порушення метаболізму колагену, гіпоплазія сполучної тканини Інволюція сполучної та м'язової тканини (старечий вік)
Післяопераційні ускладнення	Нагноєння Інфільтрат Серома

Ускладнення інтраопераційні та раннього післяопераційного періоду:

- пошкодження магістральних судин (стегнової вени, артерії) з кровотечею;
- пошкодження судин сім'яного канатика;
- операційні та післяопераційні кровотечі в черевну порожнину із судин чепця, органів, при роз'єднанні спайок;
- гематоми в ділянці операційної рани або калитки;
- пошкодження сечового міхура;

- стиснення сім'яного канатика, набряк яєчка або калитки;
- нагноєння післяопераційної рани;
- післяопераційні епідідіміти, орхіти, рання атрофія яєчка;
- післяопераційні неврити, невралгії з іррадіацією болю в калитку і стегно;
- післяопераційні пневмонії, тромбоемболічні ускладнення.

Найважчим у лікуванні пахвинних гриж є рецидивні грижі. Більшість рецидивних гриж є прямими, при них грижові ворота фіброзно ущільнені, потовщені. Такі грижі легше закрити обтуруючим імплантатом, також розпрацьований Lichtenstein. Автор пропонував виготовляти обтуратор з поліпропіленової сітки, складаючи її. Проте, вже існують обтуратори різних форм та розмірів. Добрі результати отримано при лапароскопічній герніопластиці.

Стегнова грижа.

Стегнова грижа це вихід внутрішніх органів нижче пахвинної зв'язки в ділянці стегнового трикутника. Серед черевних гриж, стегнові грижі за частотою займають друге місце після пахвинних. Вони часто ускладнюються защемленням, нерідко з тяжкими наслідками.

Стегнові грижі виходять під пахвинною зв'язкою і розміщені у верхньому відділі передньої поверхні стегна. Грижове випинання проходить медіальніше стегнової вени в стегновий канал і далі, через зовнішнє кільце каналу виходить у підшкірну клітковину передньої поверхні стегна. Стегнові грижі можуть виходити спереду або ззаду від стегнових артерії і вени. Грижа лакунарної зв'язки проходить медіальніше внутрішнього отвору стегнового каналу через щілину в lig. lacunare. М'язова стегнова грижа розміщується ззовні від стегнових судин і проходить через lacuna musculorum. Грижовим вмістом стегнової грижі можуть бути ті ж органи, що і при пахвинній грижі. Єдиною причиною виникнення стегнової грижі пацієнти називають важку фізичну працю (65-70%) та тяжкі пологи (17-20%).

Класифікація. Стегнові грижі поділяють на два види:

1. Судинної лакуни:
   a) типова стегнова грижа (hernia femoralis tipica);
   b) тотальна стегнова грижа судинної лакуни (hernia femoralis vasculo-lacunaris totalis);
   c) внутрішньопіхвова стегнова грижа судинної лакуни (hernia femoralis intravaginalis vasculo-lacunaris);
   d) латеральна стегнова грижа судинної лакуни (hernia femoralis vasculo-lacunaris lateralis);
   e) стегнова грижа лакунарної зв'язки (hernia femoralis lig. lacunaris) – грижа Laugier.
2. М'язової лакуни (hernia femoralis musculo-lacunaris) – грижа Hesselbach.

У процесі формування стегнова грижа проходить три стадії: початкову, неповну (канальну), повну.

Симптоматика стегнової грижі практично не відрізняється від інших гриж. При вправленні грижі можна пальцем визначити грижові ворота і кашльовий поштовх. Зрідка при стегновій грижі, яка тисне на варикозно розширену велику підшкірну вену стегна, швидко наростає варикоз і виникають його ускладнення.

Диференційний діагноз. Найчастіше стегнову грижу приймають за пахвинну. Основною відмінністю між ними є те, що пахвинна грижа виходить під шкіру вище пахвинної зв'язки і не має ніякого відношення до стегнових судин, а при її вправленні визначається зовнішній отвір пахвинного каналу. При диференційній діагностиці слід враховувати, що стегнова грижа ніколи не буває природженою, ніколи не поширюється в калитку, рідко буває в дітей.

Симптом **Cooper** – диференціальна діагностика між стегновими і пахвинними грижами: вказівним пальцем прощупують (промацують) лобний горбик і визначають відношення до нього грижового випинання. При стегнових грижах лобний горбик прощупати ззовні від випинання не вдається, при пахвинних він промацується.

Інколи за стегнову грижу можна прийняти аневризматично розширене вічко великої підшкірної вени. Проте, при цьому захворюванні майже ніколи не буває типового болю, не визначаються грижові ворота та кашльовий поштовх.

Симптом **Астрова** – диференційно-діагностична ознака стегнової грижі і варикозного розширення підшкірної вени: легке притиснення пальцем краю випинання призводить до його зникнення, якщо воно утворене розширеною веною.

Симптом **Guibal** – слугує для диференційної діагностики стегнової грижі і варикозного вузла великої підшкірної вени. Якщо після стиснення пухлини у верхній третині стегна послабити тиск, не віднімаючи руки, у випадку розширення вени визначається „дзижчання", а при грижі воно відсутнє.

Симптом **Kazda** – дифереренційно-діагностична ознака стегнової грижі і вракозного розширення вени, розташованого в отворі підшкірної вени ноги (hiatus saphenus): якщо хворий поштовхоподібно напружує м'язи живота, лікар при пальпації випинання у випадку варикозного розширення відчуває вихрові рухи, цього не буде при стегновій грижі.

При збільшених болючих пахвинних лімфатичних вузлах слід оглянути всю кінцівку і виявити джерело інфекції.

Диференційна діагностика стегнової грижі

Захворювання	Диференційні особливості
Пряма пахвинна грижа	Звичайно неболюча і вправима Шийка може пальпуватися вище і латеральніше лобкового горбика
Варикозний вузол підшкірної вени	Синюватий відтінок М'який на дотик Зникає у горизонтальному положенні Відчуття рідинного утвору Поєднується з варикозним розширенням вен
Стегнова	Важливе застосування ультрасонографії

лімфаденопатія	
Пахвинна ліпома	М’яка при пальпації При натисканні утворюється обмежене втягнення шкіри Може бути піднята від оточуючих тканин
Абсцес поперекового м’яза	Флюктуючий опух Змішана флюктуація з компонентом вище пахвинної зв’язки Ушкодження хребта
Розширення сумки поперекового м’яза	Флюктуація Остеоартрит стегна Зникає при згинанні стегна
Грижа затульного отвору	Пахвинна біль Біль і парестезії Необхідні вагінальне і ректальне дослідження Комп’ютерна томографія або лапароскопія можуть допомогти в діагностиці
Передочеревинна пахвинна грижа	Розташована латерільніше стегнового кільця Поєднується з природженим вивихом стегна Може бути наслідком операційного втручання на клубових судинах Лежить на стегнових судинах, стегнова пульсація може не визначатися

Лікування стегнової грижі – лише операційне. Застосовуються два основні типи операцій: автопластичний – стегновим доступом за Bassini, пахвинним доступом – за Ruggi-Parlavecchio, Lotheissen-McVay і алопластичний – з використанням алотрансплантатів.

Найчастіше застосовують спосіб автопластики стегнових грижових воріт за Bassini і Fabricius, особливо вони показані при защемлених стегнових грижах. Суть методу ***Bassini*** полягає в тому, що видалення грижового мішка та закриття грижових воріт виконується з боку зовнішнього отвору стегнового каналу шляхом накладання швів на пахвинну та верхню лобкову зв’язки. Другий ряд швів накладають на пахвинну зв’язку і гребінчасту фасцію.

При способі ***Fabricius*** грижові ворота закривають зшиванням пахвинної зв’язки з гребінчастою фасцією з можливим захопленням гребінчастого м’язу.

Метод ***Ruggi-Parlavecchio***. Розріз при такій операції проходить паралельно до пахвинної складки й вище неї (як при пахвинній грижі). Видаляють грижовий мішок. Після цього підшивають краї поперечного й внутрішнього косого м’язів і пахвинну зв’язку до надкісниці лобкової кістки.

Сучасний підхід до лікування стегнової грижі передбачає алопластичний метод закриття стегнових воріт з використанням поліпропіленової сітки. Найбільш простий спосіб алопластики при стегновій грижі полягає у введенні в отвір стегнового каналу воланчика (парасольки) – «plug» з пропіленової сітки і його фіксації (спосіб Benhavid) або обтуруючого експлантата – Marlex mesh (спосіб

Lichtenstein). Протягом 2-3 тижнів поліпропіленова сітка повністю проростає сполучною тканиною, що надійно укріплює стегновий канал.

Пупкова грижа

Пупковою грижею називають вихід органів черевної порожнини через дефект черевної стінки в ділянці пупка.

Пупкові грижі трапляються переважно в літніх людей, особливо жінок, та складають біля 2% усіх гриж передньої черевної стінки. У виникненні пупкових гриж у дорослих, як і в ґенезі інших гриж, відіграють роль сприяючі і утворюючі фактори. Важливою обставиною в ґенезі пупкових гриж є мала рухомість очеревини в ділянці пупка і повільне збільшення грижового мішка, яке відбувається в основному за рахунок розтягнення очеревини. У зв'язку з цим наростання процесу пов'язано з надривами грижового мішка, утворенням спайок, зрощень і перетинок. Все це призводить до утворення багатокамерних грижових мішків. Вміст грижі травмується, у результаті цього утворюються спайки зі стінками грижового мішка, і виникають умови для невправимості і защемлення. Це необхідно враховувати при операційному втручанні. Невеликі вправимі пупкові грижі можуть бути безсимптомними. Інколи перші скарги з'являються при защемленні грижі. При великих грижах виникає біль у ділянці пупка, який може посилюватись після їжі і фізичного навантаження. Розміри грижових воріт можуть бути значно менших розмірів, ніж грижове випинання. Це утворює анатомічні передумови для розвитку таких ускладнень, як хронічна непрохідність кишок, копростаз, защемлення. У горизонтальному положенні хворого випинання зникає або зменшується в розмірах. Через витончену шкіру, яка покриває випинання, можна помітити перистальтичні хвилі кишок. При вправимих грижах визначають краї і величину грижових воріт. Чітко визначається симптом кашльового поштовху.

Клініка, діагностика, диференційна діагностика. Діагностика пупкових гриж нескладна, але необхідно знати, що невелике ущільнення в ділянці пупка може бути метастазом рака шлунка в пупок. Всім хворим на пупкову грижу необхідно проводити рентгенологічне дослідження шлунка і дванадцятипалої кишки і гастродуоденоскопію з метою виявлення супутніх захворювань, які викликають біль у верхній половині живота.

Лікування лише хірургічне, якщо немає протипоказань до операції. Після видалення грижового мішка і зашивання парієтальної очеревини виконують автопластику черевної стінки за методом Сапежко або Мауо. При малих грижах використовували метод Lexer, проте цей метод супроводжувався великою кількістю рецидивів.

При великих, гігантських і рецидивних пупкових грижах використовують сітчасті імплантати. Оперувати ендовідескопічним методом можна лише пупкові грижі малих та середніх розмірів. Імплантат можна розміщувати як

інтраабдомінально, так і екстраабдомінально. При екстраабдомінальному розташуванні імплантата останній прикривають очеревиною.

Ускладнення лапароскопічних методик:

- інтраопераційні ускладнення - пошкодження анатомічних структур;
- післяопераційні інтраабдомінальні ускладнення: абсцес, гематома, кровотеча, перитоніт;
- післяопераційні екстраабдомінальні захворювання – інфаркт міокарда, ТЕЛА;
- ранові ускладнення - серома, гематома;
- поєднання пошкоджень.

Післяопераційні (рубцеві) грижі

Поряд зі зростанням хірургічної активності зростає кількість післяопераційних гриж. Післяопераційні грижі не викликають значних утруднень для діагностики. Проте, операційне втручання часто викликає значні труднощі, особливо при великих грижах, через зрощення грижового вмісту з грижовим мішком і значні дефекти черевної стінки, які потребують інколи складних пластичних операцій.

Післяопераційні грижі утворюються в ділянці післяопераційного рубця. Причини утворення післяопераційних гриж: закінчення операції тампонуванням і дренуванням черевної порожнини; нагноєння післяопераційної рани; зниження регенераційної здатності тканин; значне фізичне навантаження в післяопераційному періоді; пошкодження нервових стовбурів під час операції. Останні дослідження вказують, що виникнення рубцевих гриж пов’язано з дисметаболізмом ендогенного колагену внаслідок дії матричних металопротеїназ.

У ділянці післяопераційного рубця розташовані грижові ворота, які утворені краями м’язів і апоневрозу, що розійшлися по лінії післяопераційного рубця. Краї грижових воріт тверді внаслідок розвитку щільної рубцевої тканини. Зовнішні покриви післяопераційної грижі представлені рубцевою тканиною, інтимно зрощеною з грижовим мішком або шкірою з підшкірною основою і післяопераційним рубцем посередині. Грижовий мішок часто буває багатокамерним, а грижа невправимою.

Класифікація.

1. За станом грижового вмісту: вправимі; частково невправимі; невправимі, защемлені.
2. За розмірами: малі – до 5 см; середні – від 6 до 15 см; великі – від 16 до 25 см; величезні – від 26 до 40 см; гігантські – понад 40 см.
3. За локалізацією грижового випинання: верхньо-серединні; середньо-серединні; нижньо-серединні; бокові.
4. За формою грижового випинання: однокамерні; багатокамерні.

5. За числом грижових випинань: поодинокі; множинні.
6. За часом виникнення грижі: ранні; пізні.
7. За ступенем порушення працездатності: без порушення працездатності; з обмеженням працездатності; з втратою працездатності.

Найбільш обґрунтованою та інформативною визнано класифікацію SWR (Chevrel J.P., Rath A.M., 1999).

За локалізацією

- Середина (M)
- Бокова (L)
- Поєднана (ML)

За шириною грижових воріт

- W1 до 5 см
- W2 5-10см
- W3 10-15см
- W4 >15см

За частотою рецидивів: R1, R2, R3, R4

Клініка, діагностика, диференційна діагностика. Скарги залежать від величини грижового випинання, локалізації, характеру вмісту, супровідної патології. Постійною скаргою є випинання в ділянці післяопераційного рубця. Окрім цього, хворих турбують біль в ділянці грижі, диспептичні розлади, дискомфорт у черевній порожнині, розлади випорожнення. У хворих із великими грижами постійним симптомом є закрепи. Дизуричні розлади можуть бути у хворих після нижньо-серединної лапаротомії і втягнення в грижу сечового міхура.

Огляд хворих слід проводити в положенні на спині з приведеною до грудини головою і стоячи. Звертають увагу на локалізацію грижового випинання, його форму, величину. При пальпації грижі визначають її форму, величину, вправимість або невправимість, розміри грижових воріт. З інструментальних методів дослідження суттєве значення мають рентгеноскопічне і рентгенографічне дослідження травного каналу, спірографія, ЕКГ, ультрасонографія, та комп'ютерна томографія. Обстеження спрямоване на фіксування супутньої патології, спайкового процесу, наявність додаткових грижових воріт.

Відповідно до результатів УСГ та КТ розрізняють 3 види порушень цілісності апоневрозу:

Варіант 1. Грижовий дефект по серединній лінії, утворений медіальними краями прямих м'язів. М'язи роз'єднані внаслідок формування грижі та руйнування білої лінії. Структура м'язів не пошкоджена.

Варіант 2. Відмічається не лише руйнування білої лінії, але й м'язів та апоневротичних футлярів бокових м'язів передньої черевної стінки.

Варіант 3. Поєднує попередні і дефект в апоневрозі >15 см.

Лікування хірургічне. Виділяють абсолютні і відносні показання до операції. Абсолютні – защемлені грижі, спайкова кишкова непрохідність; Відносні – вправимі, невправимі багатокамерні, рецидивні, післяопераційні грижі різних локалізацій і розмірів.

Використовують як автопластику, так і пластику грижі з використанням імплантатів. Відповідно до досліджень відсоток рецидивів у пацієнтів після пластики з використанням імплантата істотно менший.

Протипоказаннями до планових операцій з приводу післяопераційних гриж є:

- Супровідні хвороби серцево-судинної і дихальної систем в стані декомпенсації;
- Вагітність;
- Грижі великих розмірів у хворих старечого віку з в'ялою передньою черевною стінкою.
- Неефективність передопераційного приготування.

Передопераційне приготування переслідує наступні моменти:

1. Компенсація супровідної патології.
2. Приготування черевної порожнини до вправлення в неї органів, що випали.
3. Приготування травного каналу.

Вправлення органів, що випали у зменшену в об'ємі черевну порожнину є необхідною складовою, бо у післяопераційному періоді змінюється режим дихання і діяльність серцево-судинної системи. Приготування травного каналу включає очищення кишок від вмісту послаблюючими препаратами та з допомогою клізм.

Операційне лікування рекомендують проводити не раніше ніж через 8-12 місяців після попередньої операції. Техніка операції полягає в утворенні дублікатури з апоневрозу. Апоневротична пластика передбачає пластику грижових воріт з допомогою клаптів, викроєних з апоневрозу. М'язово-апоневротична пластика включає в себе закриття грижових воріт з використанням апоневрозу і м'язів (спосіб Сапежко, Вознесенського і інші). При великому дефекті і неможливості звести краї апоневрозу, для мобілізації використовують операцію Ramirez, що передбачає звільнення передніх листків піхв прямих м'язів живота до лінії Spieghel.

З інших видів пластики найбільш стосовною є алопластика (методики sublay і inlay). При рубцевих грижах малих і середніх розмірів з успіхом може бути застосована лапароскопічна герніопластика – інтраабдомінальна або преперитонеальна.

Лікування в післяопераційному періоді передбачає попередження серцевих, легеневих розладів, парезу кишок і здуття живота, тромбоемболічних ускладнень, нагноєнь рани.

Грижі білої лінії живота.

Грижі білої лінії живота (hernia lineae albae) складають 11% від загального числа черевних гриж. Вони можуть виникати в різних ділянках білої лінії. У

розвитку гриж білої лінії живота має значення підвищення внутрішньочеревного тиску, яке сприяє проникненню передочеревинної жирової клітковини в щілину білої лінії живота. Спочатку утворюється передочеревинна ліпома, яка, збільшуючись у розмірах, з часом затягує за собою очеревину, з якої в наступному формується грижовий мішок. Вмістом гриж білої лінії буває великий чепець, петлі тонкої кишки або товста кишка. У випадках підчеревних гриж їх вмістом може бути сечовий міхур або його дивертикули. Серед чинників, які сприяють розширенню та витонченню білої лінії живота, а отже, і утворенню гриж, суттєве значення має важка фізична праця та вагітність.

Класифікація. За локалізацією розрізняють надчеревні (hernia epigastrica), біляпупкові (hernia paraumbilicalis) і підчеревні (hernia hypogastrica) грижі.

Клінічна картина. Діагностика. У більшості випадків клініка гриж білої лінії живота мало виражена. Найчастіше вона є типовою, як при інших видах гриж. Часто виникає нудота, відрижка, печія, відчуття тиснення в епігастральній ділянці, іррадіація болю в підребер'я. У хворих із ожирінням, коли невеликі грижі визначити складно, такі симптоми гриж білої лінії живота оцінюють помилково як прояви захворювань шлунка, дванадцятипалої кишки, печінки, жовчних шляхів, підшлункової залози і навіть червоподібного відростка. Для кращої діагностики гриж білої лінії живота пацієнта слід положити строго горизонтально на спину. Ретельно пальпувати ділянку білої лінії в спокої, а потім при напруженні м'язів передньої черевної стінки. У випадках наявних гриж вони таким чином відносно легко виявляються.

Диференційна діагностика. Грижі білої лінії живота можуть симулювати ліпоми, фіброліпоми, нейрофіброми. Загальною ознакою цих пухлин є їх вільне зміщення разом з підшкірною клітковиною в складці, відсутність болю та ніжки, яка у випадках грижі, йде до апоневрозу. Крім того, симулювати грижі білої лінії можуть множинні пухлини інших ділянок тіла (ліпоматоз, нейрофіброматоз), метастатичні пухлини.

Лікувальна тактика. Лікування є лише операційним. Пластику можна проводити як власними тканинами, так і з використанням сітчастих імплантатів. Пластику грижових воріт власними тканинами проводять способом Сапежко–Дьяконова, тобто створюють дублікатуру апоневрозу. Методика операційного втручання з використанням імплантатів аналогічна до методики операцій пупкових гриж.

Рідкісні види гриж.

Грижі лінії Spieghel.

Звичайно, ці грижі виникають у місці перехресту лінії Spieghel з лінією Douglas. Ця ділянка розташована при зовнішньому краї прямого м'яза живота, на 4-5 см нижче пупка. Випинання, яке тут з'являється, нагадує доброякісну пухлину, а в разі защемлення – абсцес.

Частіше через грижові ворота випинається передочеревинна жирова клітковина. За розташуванням грижі бувають трьох типів: прості, інтерстиційні,

препеританеальні. Полегшує діагностику ультрасонографія або комп'ютерна томографія.

При операційному лікуванні найкращим є косий параректальний розріз. Пластику грижових воріт виконують методом утворення дуплікатори в поздовжньому напрямку.

Поперекові грижі (herniae lumbales).

Трапляються верхня (проміжок Grynfeild-Лесгафта) і нижня поперекові грижі (трикутник Petit). Бувають природжені і набуті поперекові грижі.

Набуті грижі утворюються внаслідок ослаблення або руйнування задньої стінки живота при багаторазових вагітностях і пологах, атрофії м'язів, ожирінні, асциті, хронічному бронхіті, операціях, травмах черевної стінки, запальних процесах, поліоміеліті та ін. Частіше бувають у чоловіків. Вміст грижі – чепець, тонка, товста кишка. Поперекові грижі можуть сягати великих розмірів, бути невправимими, іноді можуть защемлюватись.

Операційне втручання полягає в резекції грижового мішка і зшиванні країв м'язів. Великі грижові дефекти закривають з допомогою м'язово-фасціальних клаптів із широкого м'яза спини або з допомогою пластичних матеріалів.

Грижі затульного отвору (herniae obturatoriae).

Трапляються частіше у жінок похилого віку

У своєму розвитку грижа затульного отвору проходить три стадії:

1) hernia obturatoria interna – грижове випинання надходить у затульний отвір, але дальше не проходить;
2) hernia obturatoria externa – грижове випинання проходить затульний канал, розташовується під гребінчастим м'язом;
3) hernia prepectinea – грижове випинання виходить з-під гребінчастого м'яза.

Хворі часто скаржаться на біль в ділянці внутрішньої поверхні стегна внаслідок тиснення на затульний нерв. Біль полегшується при легкому згинанні ноги у кульшовому суглобі з ротацією стегна досередини. При третій стадії грижі її можна пропальпувати у вигляді пухлиноподібного округлого випинання на передньо-медіальній стороні верхньої третини стегна. При вагінальному і ректальному дослідженні можна пропальпувати зсередини ділянку затульного отвору. При грижі визначається тяжисте утворення, яке болюче при пальпації.

Операційне лікування проводиться через лапаротомний доступ (частіше при защемлених грижах) або стегновим. Добрий доступ до внутрішнього затульного отвору дає позадулобковий передочеревинний розріз за Четлу-Генрі. Грижові ворота ліквідують шляхом накладання швів на ніжки затульного м'яза (внутрішнього або зовнішнього).

Сідничні грижі (herniae ischiadicae).

Виділяють три форми сідничних гриж:

1) яка виходить над грушоподібним м'язом (hernia suprapiriformis);
2) яка виходить під грушоподібним м'язом (hernia infrapiriformis);

3) яка виходить через малий сідничний отвір (hernia spinotuberosa).

Сприяють утворенню сідничних гриж природжений дивертикул очеревини, наявність розширених отворів, атрофія сідничних м'язів. Хворі скаржаться на біль в сідничній ділянці, який посилюється при ходьбі. При ректальному дослідженні можна визначити болюче грижове випинання.

Грижовий дефект звичайно ліквідують простим зшиванням оточуючих м'язів. Защемлені сідничні грижі оперують комбінованим способом: лапаротомним і сідничним розрізами.

Грижі промежини (herniae permeates).

Бувають природжені і набуті грижі промежини. Природжені виникають внаслідок слабкості дна таза, порушення його цілісності після операцій або травм, при наявності внутрішньотазової, субперитонеальної пухлини. Анатомічно розрізняють передні і задні грижі промежини. Передні грижі випинають передню стінку піхви, задні – задню стінку піхви і передню стінку прямої кишки. Грижовий вміст: тонка кишка, чепець, сечовий міхур. Для уточнення діагнозу проводять вагінальне і ректальне дослідження.

Застосовують три основних доступи до грижових воріт: нижньосередина лапаротомія, промеженний, комбінований. Закриття грижового дефекту здійснюється за рахунок зшивання оточуючих м'язів.

Внутрішні грижі живота (hernia abdominalis interna).

Це грижі, які утворюються в кишенях очеревини або складках черевної порожнини, або проникають в грудну порожнину.

Класифікація:

- надміхурові грижі (hernia supravesicalis interna): передні (hernia supravesicalis anterior) і задні (hernia supravesicalis posterior);
- навколодванадцятипалі (hernia paraduodenalis, hernia Treitzi);
- парацекальні (hernia paracaecalis interna);
- брижопристінкова (hernia mesenterico-parietalis interna): правобічна, лівобічна;
- міжсигмоподібна позаду очеревинна;
- грижа отвору Winslowi;
- парастомальні грижі;
- грижі троакарного отвору;
- діафрагмальні грижі.

Діафрагмальна грижа – вихід органів черевної порожнини в грудну порожнину через дефекти в природних отворах і слабких ділянках діафрагми.

Класифікація діафрагмальних гриж (Петровский Б.В., 1980)

I. *Грижі власне діафрагми*

1. Природжені грижі діафрагми:

1) грижі реберно-хребетного відділу діафрагми: а) несправжні, б) справжні (грижі Bohdalek);
2) грижі грудинно-реберного відділу діафрагми: а) несправжні (френоперикардіальні), б) справжні (грижі Lorrey-Morgagni);
3) грижі купола діафрагми: а) несправжні, б) справжні;
4) аплазія діафрагми: а) однобічна, б) тотальна.
2. Травматичні діафрагмальні грижі.
3. Релаксація діафрагми (невропатичні грижі діафрагми).
П. *Грижі природних отворів діафрагми*
1. Грижі стравохідного отвору діафрагми.
2. Короткий стравохід: а) природжений, б) набутий.
3. Параезофагальні грижі.

Грижі стравохідного отвору діафрагми поділяють на чотири типи:
I тип: ковзна грижа, внаслідок висхідної міграції стравохідно-шлункового з'єднання в середостіння.
II тип: параезофагальна грижа, внаслідок дефекту у діафрагмальному отворі, який призводить до висхідної дислокації дна шлунка біля кардіального відділу.
III тип: комбінована парезофагеальна і ковзна грижа.
IV тип: комбінована парезофагеальна і ковзна грижа + інший вміст (частіше товста кишка) у грижовому мішку.

Справжні грижі слабких зон діафрагми виникають у результаті тих або інших умов, які сприяють підвищенню внутрішньочеревного тиску, зниженню тонусу тих відділів діафрагми, які представляють собою ділянку з'єднання різних її відділів. Це є зона грудинно-реберного трикутника, розміщеного в місці з'єднання грудинного і реберного відділів м'язової частини діафрагми і щілини Bohdalek – попереково-реберного трикутника, розміщеного між відповідними її відділами

Найбільш поширеними грижами природних отворів є грижі стравохідного отвору. При III типі гриж шлунок может повертатися на 180^{o} навколо поздовжньої осі – органоаксіальний заворот, або поперечної осі – мезоаксіальний заворот.

Характеристика гриж стравохідного отвору діафрагми

Тип	Локалізація стравохідно-шлункового з'єднання	Грижовий вміст	Розмір	Поворот	Спонтанна вправимість	Основні ускладнення
I	внутрішньогрудна	дно шлунка	1-5 см	немає	повністю вправима	рефлюкс-езофагіт стравохід Barrett's
II	внутрішньочерев--на	дно шлунка	1-5 см	немає або органо-аксіаль-ний	частково фіксована	непрохідність странгуляція перфорація кровотеча
III	внутрішньогрудна	дно+тіло	>50%	органо- і	фіксована	непрохідність

			шлун-ка	мезоаксі-альний		странгуляція перфорація кровотеча
IV	внутрішньогрудна	дно+тіло+ інші	>50% шлун-ка+ товста кишка	органо- і мезоаксі-альний	фіксована	непрохідність странгуляція перфорація кровотеча

Грижі парааортальні, та грижі отвору нижньої порожнистої вени виникають дуже рідко.

Клініка, діагностика. Характерними симптомами діафрагмальної грижі є: поява або підсилення болю в надчеревній ділянці, відповідній половині грудної клітки або підребер'ї, а також відчуття важкості, задишка і серцебиття зразу після прийманні їжі, особливо в значній кількості. Це заставляє хворих стримуватись в їжі, що у ряді випадків призводить до виснаження. Часто після їди виникає блювання, після якого наступає полегшення. Типовим симптомом є відчуття булькання і урчання в грудній клітці на стороні грижі, а також посилення задишки при переході хворих у горизонтальне положення.

Усі симптоми гриж діафрагми можна розділити на гастроінтестінальні, зумовлені порушенням діяльності переміщених органів черевної порожнини, і кардіореспіраційні, зв'язані зі стисненням легень і зміщенням середостіння. Найчастішими симптомами гриж стравохідного отвору діафрагми є: важкість в епігастрії, біль після приймання їжі, регургітація, печія, нудота, блювання, аспірація, дисфагія, кровотеча, задишка.

При огляді пацієнта відзначається зменшення рухомості грудної клітки на стороні грижі, згладження міжреберних проміжків. При довготривалих грижах можна відзначити западання живота. Перкусійний звук над грудною кліткою на стороні ураження притуплено-тимпанічний; аускультаційно – послаблення або і відсутність дихальних шумів, замість яких вислуховуються перистальтичні шуми і шум плеску.

При рентгеноскопії або -графії вище діафрагми визначається газовий міхур шлунка або петлі кишок у вигляді дифузного затемнення легеневих полів з ділянками просвітлення або гаустрацією на фоні газу. При контрастному дослідженні травного каналу контрастовані органи знаходяться вище діафрагми, а місце їх проходження через діафрагму визначається як „симптом грижових воріт" або „симптом обтікання". Обов'язковою є езофагоскопія для визначення можливого езофагіту, стравоходу Barrett's. Бажано провести манометрію стравоходу

Лікування.

Операційні методи поділяються на групи:

- прості автопластичні методи
- автопластика м'язовим або м'язово-апоневротичним клаптем на ніжці
- тампонада навкололежачим органом
- вільна авто- і алопластика
- пластика синтетичними матеріалами

Операційне втручання проводять як класичним методом, так і лапароскопічно. При відеохірургічній техніці використовують поліпропіленові сітчасті трансплантати. Метод лікування грижі стравохідного отвору діафрагми залежить від характеру грижі. При параезофагеальній грижі показане хірургічне лікування у зв'язку з вірогідною можливістю (50%) її защемлення. Ковзні грижі в більшості випадків не потребують хірургічного лікування. Таким хворим рекомендують часте, невеликими порціями харчування (5-6 разів на день) з виключенням подразнюючих і гарячих страв, спазмолітики, рослинну олію перед їдою.

При відсутності ефекту від консервативного лікування хворим з вираженими симптомами рефлюкс-езофагіту рекомендують хірургічне лікування. Показаннями до операції також є анемізуючі кровотечі, пептичний стеноз стравоходу, заворот шлунка, підозра на розвиток у ньому злоякісної пухлини. Основним етапом операції, який може бути виконаний як через живіт, так і через плевральну порожнину, є зшивання позаду стравоходу одну до одної медіальних ніжок діафрагми. Найбільш поширеним операційним втручанням є фундоплікація за Nissen. Для відновлення кардіального клапана виконують езофагофундорафію, тобто зшивання дна шлунка зі стравоходом, внаслідок чого відновлюється гострий кут His.

VI. План та організаційна структура заняття.

№ п/п	Основні етапи заняття та їх зміст	Навчальна мета в рівнях засвоєння	Методи контролю та навчально-методичне забезпечення	Час
1	Підготовчий етап: - Організація заняття - Визначення навчальної мети та мотивації - контроль вихідного рівня знань, вмінь та навичок; а) сучасні погляди на етіологію, патогенез; б) класифікація гриж; в) клінічні особливості перебігу; г) діагностичні критерії; д) диференційна діагностика; е) хірургічне лікування; лікування у післяопераційному періоді; є) профілактика; ж) медично-соціальна експертиза.	α =II-III	Фронтальне опитування, тестові завдання, навчальні таблиці Оснащення: слайди, демонстраційна апаратура, історії хвороби або виписки і лабораторні дані, рентгенограми, клінічні задачі	10%
2	Основний етап : Формування професійних вмінь та навичок: а) обговорення та оцінка результатів питань клінічної діагностики, диференційної діагностики, лікування, реабілітації, профілактики, медично-соціальної експертизи.	α =III-IV	Історії хвороб, амулаторні карти хворих. Обладнання: рентгенограми, слайди, клінічні задачі.	70%
3	Заключний етап а) контроль та корекція рівня професійних знань б) підведення загальних підсумків;	α =III-IV α =II	Індивідуальний контроль теоретичних знань	20%

	в) домашнє завдання			

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття.

Питання (α =I, α =II)

1. Анатомія білої лінії живота, пупка і передньої черевної стінки.
2. Топографічна анатомія пахвинного каналу.
3. Класифікація гриж черевної стінки.
4. Етіологія і патогенез гриж.
5. Клініка пахвинних, стегнових, пупкових, білої лінії живота, післяопераційних гриж.
6. Диференційна діагностика.
7. Показання і протипоказання до операційного лікування.
8. Методи операційних втручань:
   а) операції при пахвинних грижах;
   б) операції при грижах білої лінії живота;
   в) операції при післяопераційних грижах;
9. Ведення післяопераційного періоду, ускладнення після операції та їх профілактика.
10. Реабілітація хворих після операції.

Тестові завдання (α =II)

1. Що найчастіше є вмістом грижового мішка?
   A. Яєчник.
   B. Тонка кишка.
   C. Шлунок.
   D. Селезінка.
   E. Яєчко

   Еталон відповіді: B.

2. Якої стінки немає у пахвинному каналі?
   A. Передньої
   B. Задньої
   C. Медіальної
   D. Латеральної
   E. Внутрішньої

   Еталон відповіді: E.

3. Який симптом потрібно перевірити при диференційній діагностиці защемленої і невправимої гриж?
   A. Blumberg
   B. Кашльового поштовху
   C. Cope 2

D. Ortner
C. Richter-Littre
Еталон відповіді: B.

1. Через скільки часу після защемлення можна спробувати вправляти грижу
   A. До 3 годин.
   B. До 6 годин при відсутності перитоніту
   C. Не можна
   D. До 1 год. від надходження.
   Еталон відповіді: C.

2. Виберіть оптимальний обсяг операційного втручання при косій пахвинній грижі у чоловіка 55 років:
   A. За Сапежко
   B. За Bassini
   C. За Lichtenstein
   D. За Мартинову
   Еталон відповіді: C.

Типові задачі (α =II)

1. Хвора Т., 44 роки, поступила через 10 годин від початку захворювання зі скаргами на сильні болі в ділянці пупка, багаторазове блювання, здуття живота. Зі слів хворої: напередодні працювала на подвір'ї. Стан середньої тяжкості. Шкіра та слизові бліді, сухі. ЧСС 100 уд/хв. АТ 110/60 мм рт.ст. Язик підсихає, обкладений. Живіт помірно здутий, м'який, болючий у ділянці пупка. Симптоми подразнення очеревини чітко не визначаються. Перистальтика в'яла. При обстеженні випинання в ділянці пупка, від'ємний симптом кашльового поштовху. На оглядовій рентгенографії черевної порожнини виявлено поодинокі чаші Kloiber. Який діагноз найбільш ймовірний?

Еталон відповіді: Защемлена пупкова грижа.

2. Хворий Л., 57 років, поступив на 2-гу добу після початку захворювання зі скаргами біль в пахвинній ділянці, який супроводжується випинанням, збільшенням об'єму живота, задишкою, тахікардією, постійним блюванням, порушенням відходження газів, підвищенням температури тіла. Пахвинна грижа протягом 10 років. Хворий ейфоричний. Загальний стан тяжкий. ЧСС 120/хв.., дихання 28/хв.., АТ 170/100 мм рт.ст. Лейкоцити крові 18,8 Г/л. При огляді в правій пахвинній ділянці ущільнення 3х4см з гіперемією шкіри. Яке ускладнення наступило у даного хворого? Яка пластика грижі буде запропонована?

Еталон відповіді: Флегмона грижового мішка. При флегмонах герніопластика не проводиться.

3. У хворого 65 років з тривалим анамнезом пахвинної грижі наступило защемлення. Пацієнт самостійно вправив грижове випинання. Через 12 годин стан погіршився. Появились болі у всіх відділах живота. Пульс 100/хв. АТ 90/60 мм рт. ст., температура тіла 37,4^{o}С. Позитивні симптоми подразнення очеревини. Яка причина погіршення стану хворого?

Еталон відповіді: Несправжнє вправлення. Некроз кишки.

Нетипові задачі (α =III)

1. Під час операції з приводу защемленої грижі у грижовому мішку були знайдені 2 петлі тонкої кишки. Після розсічення грижових воріт петлі защемлених кишок були признані життєздатними (рожевого кольору, перистальтують, судини брижі пульсують) та вправлені у черевну порожнину. Були проведені оброблення грижового мішка і пластика грижових воріт. На другий день виникли явища перитоніту. У чому ймовірна причина перитоніту?

Еталон відповіді: У ретроградному защемленні.

VIII. Література.

Навчальна:

1. Хірургія (факультетська): Підручник /М.П.Захараш, О.І.Пойда, М.Д.Кучер та ін. – К.:Медицина, 2006. – 656 с.
2. Атлас операций при грижах живота /В.В. Жебровский, Ф.Н. Ильченко/Сімферополь 2004.- 315с.