

ЛЕКЦІЯ ПО ХІРУРГІЇ
НА ТЕМУ :
ЗОВНІШНІ ЧЕРЕВНІ ГРИЖІ
ТА ЇХ УСКЛАДНЕННЯ

Доцент Нємченко І.І.

- План лекції
- 1.Актуальність теми.
- 2. Класифікація гриж
- 3. Визначення та будова грижі
- 4. Клініка гриж
- 5. Діагностика та диференційна діагностика гриж
- 6. Ускладнення гриж
- 7. Лікування гриж

- **Грижа** – *kele* (греч.), *hernia* (лат.) – Цельс, I с.н.е.
- грижі є одним з найбільш поширених хірургічних захворювань, відмічаються майже у 6% населення планети, часто призводять до тимчасової втрати працездатності, інвалідизації, або навіть летального наслідку (летальність 1-4%).
- За частотою виконання операцій грижі займають друге місце в абдомінальній хірургії після апендектомії. Щорічно на планеті до 85 000 операцій виконується з приводу вентральних гриж, і до 15 000 втручань при защемлених грижах.
- В Україні з приводу гриж щорічно оперують 7-8 тис. чоловік

Зовнішньою грижою живота називається випинання органів черевної порожнини, покритих парієтальним листком очеревини, через природний чи штучний дефект м'язово- апоневротичного шару під шкіру, у вигляді об'ємного утворення м'якоеластичної консистенції.

- На відміну від гриж слід розрізняти поняття «евентерація» та «випадіння».

■
Евентерація – вихід внутрішніх органів через гострий дефект черевної стінки при порушенні цілісності очеревини, в результаті чого створюються умови для розгерметизації черевної порожнини (поранення, розрив, операція).

■
Випадінням називають вихід внутрішніх органів через природні отвори черевної порожнини, коли відбувається випинання органа чи його частини, не покритої очервиною (випадіння матки, піхви, прямої кишки).

Класифікація гриж

- А. За локалізацією

- 1.Зовнішні грижі:

- пахвинні грижі (hernia inguinalis);
- стегнові грижі (h. femoralis);
- пупкові грижі (h. umbilicalis);
- грижі білої лінії живота (h. linea albae);
- післяопераційні грижі (h. postoperativa);
- інші (рецидивні) (h. recidiva).
- 2.Внутрішні грижі.

- Б. За походженням:

- Уроджені грижі.
- Набуті грижі:

- .

В.За клінічним перебігом:

Неускладнені

- Грижі, що вправляються (вільні)

Ускладнені

- Грижі, що не вправляються.
- З ознаками копростазу.
- З ознаками запалення.
- Защемлені грижі

■ .

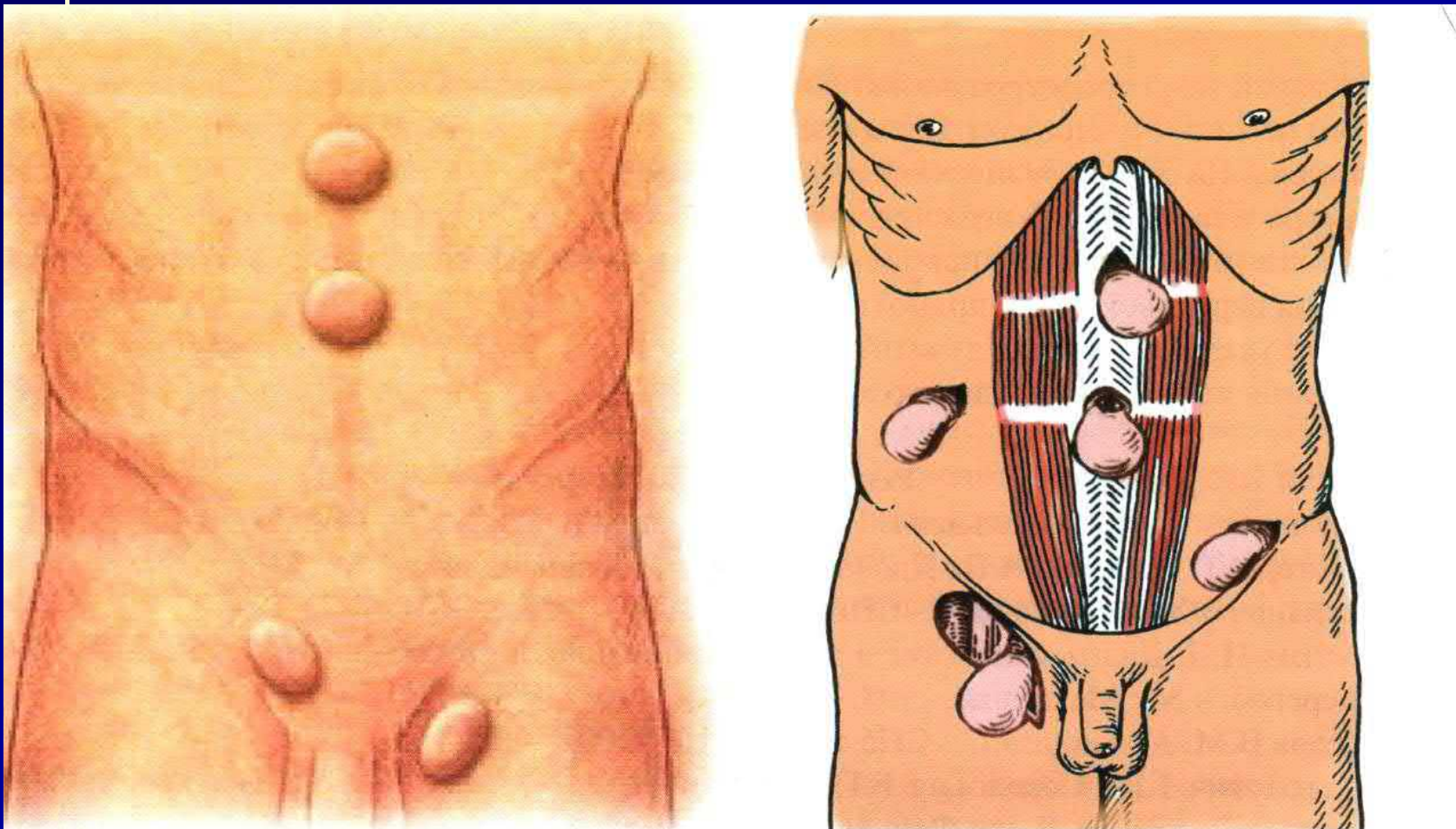
Мадридська класифікація гриж

- На XXI Міжнародному конгресі герніологів в Мадриді (1999 р.) принята така класифікація гриж (SWR clasificación):
- 1. Локалізація грижі (S):
 - срединна (M);
 - M_1 - надпупкова; M_2 -біляпупкова;
 - M_3 — підпупкова; M_4 — мечоподібно-лобкова;
 - бокова (L): L_1 — підреберна; L_2 — поперечна; L_3 — пахова; L_4 — поперекова.
- 2. Ширина гризових воріт (W): W_1 - менше 5 см; W_2 — 5-10 см; W_3 — 10-15 см; W_4 - більше 15 см.
- 3. Рецидиви (R): R- відсутність рецидиву; R_1 — перший рецидив; R_2 — другий рецидив і т. п.

Розподіл гриж найбільш роСПповсюджкних локалізацій по частоті в залежності від статі (в %)

	Пахвинні грижі	Стегнові грижі	Пупкові грижі
Чоловіки	96,3	2,5	1,14
Жінки	50,6	33,5	15,9

Формування гриж у слабких місцях черевної стінки



Будова грижі

- Грижові ворота
- Грижовий мішок
- Грижовий вміст

Будова грижі

- **Грижові ворота** - це уроджені або набуті слабкі ділянки м'язово-апоневротичного шару черевної стінки. Природженими слабкими місцями є ті, де судини, нерви або деякі органи перфорують черевну стінку, або де між м'язами, фасціями й апоневрозами існують щілини, проміжки.
- Форма грижових воріт може бути овальною, круглою, щілиноподібною, трикутною і неправильною.
- Наприклад, при пахових грижах грижові ворота частіше трикутні або щілиноподібні, при пупкових грижах та грижах білої лінії живота — круглі або овальні.
- При післяопераційних і травматичних грижах частіше спостерігається неправильна форма грижових воріт



- Грижові ворота поділяють на:
- малі (до 2 см у діаметрі),
- середнього розміру (від 2 до 4 см)
- великі (діаметр більше 4 см при пупкових, білої лінії живота, післяопераційних грижах та діастазах прямих м'язів живота можуть сягати 20 – 30 см і більше).
- Краї грижових воріт в початковій стадії утворення грижі податливі і еластичні. Поступово вони огрубівають, стають ригідними за рахунок рубцювання.
- При післяопераційних грижах грижові ворота нерідко мають щільні фіброзні перемички і набувають ячеїсту будову.

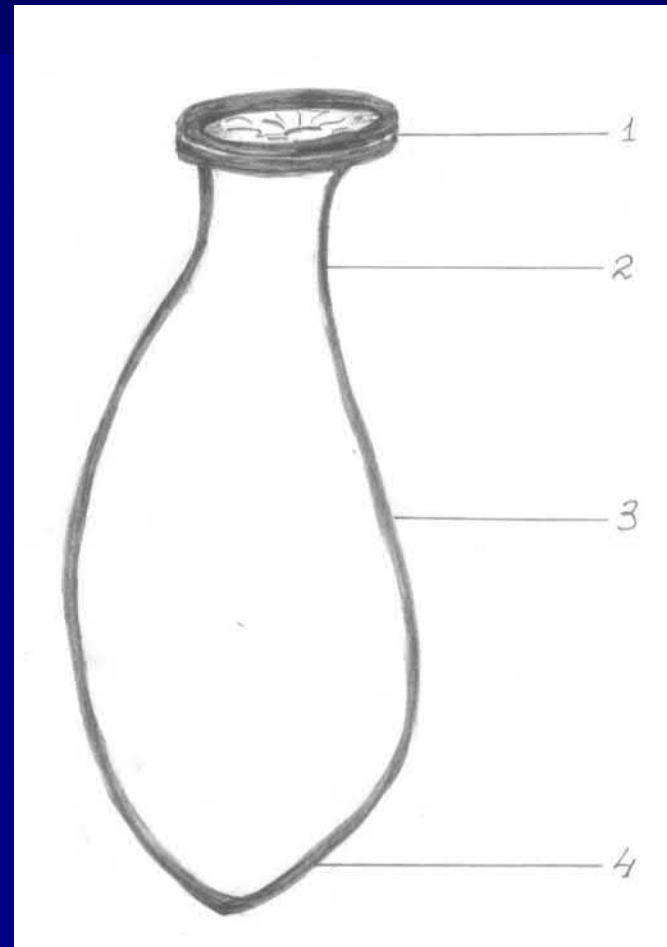
- Винятком є так звані невропатичні грижі, при яких немає виражених грижових воріт, але на великій ділянці черевної стінки, внаслідок денервації, атрофується або втрачає тонус м'язовий шар, а повноцінні апоневротичні тканини відсутні. Тоді ця частина черевної стінки починає випинатись.
- Приклад — розповсюджена атрофія м'язів передньої черевної стінки внаслідок операційної травми іннервуючих нервових волокон або релаксації діафрагми.

- **Гризовий мішок** утворюється випинанням парієтального листка очеревини.
- У гризовому мішку розрізняють: ***гирло, шийку, тіло і дно.***
- **Шейкою** гризового мішка є його проксимальний відділ, який знаходиться в гризових воротах.
- **Тіло** — найбільш широка частина, яка розташовується безпосередньо під шкірою.
- **Дном** є дистальна частина мішка.
- Гризовий мішок буває одно або багатокамерним. До його стінки можуть припаюватися внутрішні органи.
- Зовнішня поверхня гризового мішка рихло зв'язана з оточуючими тканинами (підшкірна клітковина, оболонки сім'яного канатика). Тому при вправленні гризового вмісту в черевну порожнину мішок залишається на місці.

Елементи грижі

Гризовий мішок

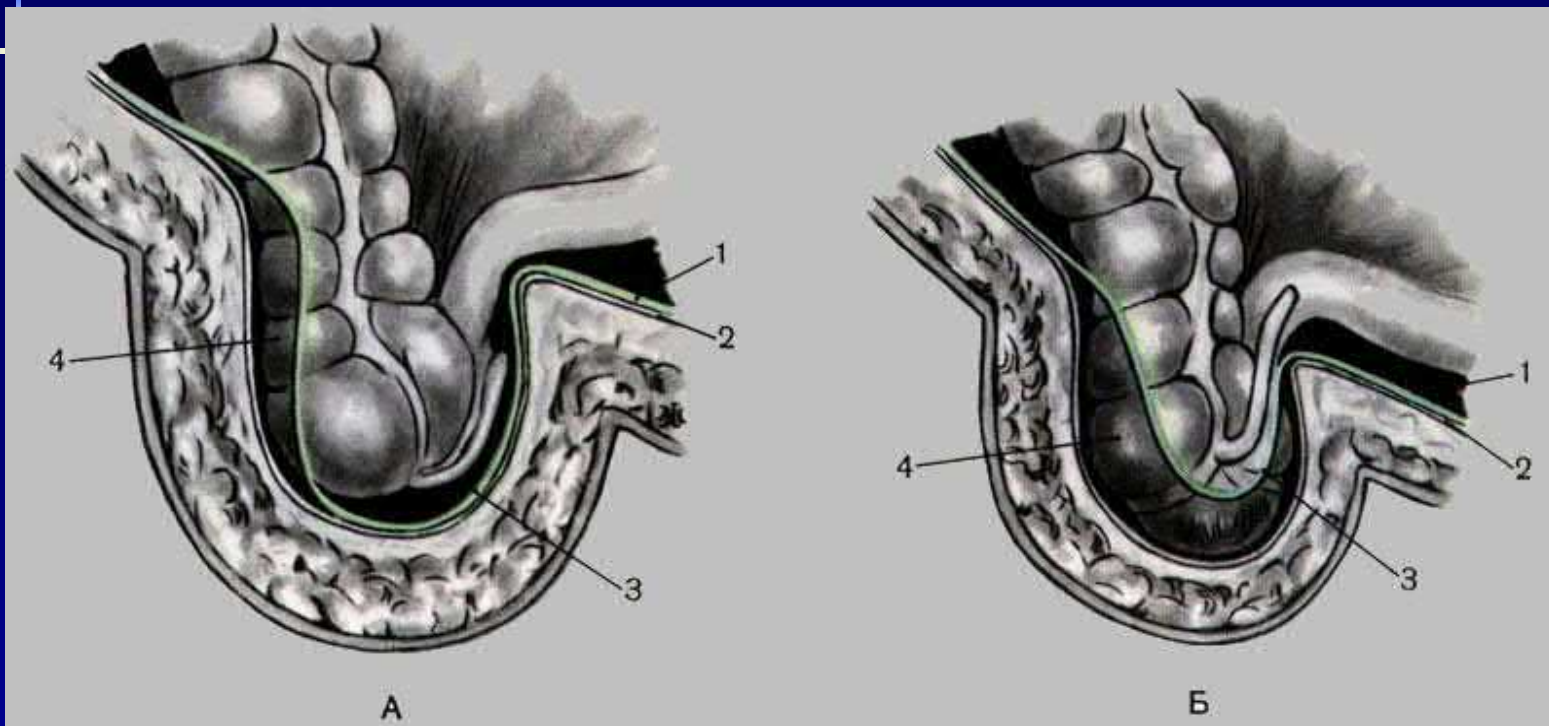
1. Гирло
2. Шийка.
3. Тіло.
4. Дно



■ Гризовий вміст

- Гризовим вмістом зазвичай є органи черевної порожнини: сальник, петлі тонкої кишки, сигмоподібна, поперечно-ободова кишка, сліпа кишка, червоподібний відросток,, *придатки матки, матка*. дивертикул Меккеля (грижа Літтре і т. ін.).
- Якщо в утворенні гризового мішка бере участь порожнистий орган (сліпа кишка, сечовий міхур тощо), то такі грижі називають **КОВЗНИМИ**

Ковзна грижа



Етіологія і патогенез

- Важливим етіологічним моментом виникнення гриж є порушення динамічної рівноваги між внутрішньочеревним тиском і властивістю стінок живота протидіяти цьому тиску.
- Інколи внаслідок різних причин функційні можливості мязово — апоневротичного апарату черевної стінки знижуються, відбувається дискоординація в системі взаємодії стінки живота з внутрішньочеревним тиском, що і призводить до виникнення гриж.

- Причиною уроджених гриж є недорозвинення черевної стінки (ембріональна пупкова грижа, грижа пупкового канатика, незарощення очеревинного відростка).
- У виникненні набутих гриж мають значення фактори схильності і фактори, що їх спричиняють. (сприяючі і викликаючі).
- **До факторів схильності відносять (сприяючі):**
 1. **Загальні:**
 - Стать
 - Вік
 - Спадковість
 - Тілобудова
 2. **Місцеві:**
 - особливості анатомічної будови в ділянці грижі
 - травма черевної стінки
 - післяопераційні рубці.

■ Фактори, що спричиняють грижі (викликаючі):

1. Підвищення внутрішньо очеревинного тиску

- важка фізична праця;
- тяжкі пологи;
- утруднення сечовипускання;
- запори;
- проноси;
- кашель тощо.

Загальна клініка і діагностика гриж

Основні ознаки грижі:

1. Пухлиноподібне утворення або припухлість в типовому для грижі місці. Дискомфорт, тупий біль в ділянці випинання.
2. Мінливість пухлиноподібного утворення при зміні положення тіла, кашлі, фізичному навантаженні.
3. При пальпації (лежачи, стоячи, при натужуванні):
 - наявність дефекту в черевній стінці.
 - позитивний симптом «кашльового поштовху».
 - Для підтвердження діагнозу необхідно виконати -
 - Ультразвукове і рентгенологічне дослідження кишківника, сечового міхура.

Лікування неускладнених гриж

- **Хірургічне** – основний вид лікування;
- **Консервативне лікування—
бандажування грижі**, показано:
 - у дітей до 5 років,
 - у пацієнтів з високим операційним ризиком.
- **Знеболення** – наркоз, спинномозкова або місцева анестезія.
- **Хірургічне втручання** - герніопластика:
 - Відкрита (традиційна) герніолапаротомія,
 - Лапароскопічна герніопластика.

Недоліки консервативного лікування

1. Потертості та розчухи,
проникнення інфекції в ділянці
грижі.
2. Атрофія м'язів та збільшення
грижі.
3. Асептичне запалення грижі

Етапи оперативного лікування

1. Хірургічний доступ до грижового мішка.
2. Виділення грижового мішка.
3. Розкриття грижового мішка.
4. Вправлення вмісту грижі в черевну порожнину.
5. Прошивання та відсічення грижового мішка біля шийки.
6. Пластика грижових ворот (герніопластика).

місцевими тканинами (мязи і апоневроз),

-утворення дублікатури мязово-апоневротичних лоскутів;

■ **пластичними матеріалами:**

- **Природнього походження** – шкіра, фасції, тверда мозкова оболонка;
- **Синтетичного походження** – поліпропиленові, викрилові и т.п. сітки и тканини.

7. Пошарове ушивання рани.

Передопераційна підготовка

1. Лікування супутніх захворювань.
2. Попередження легневих ускладнень.
3. Попередження серво-судинних ускладнень.
4. Очисна клізма.
5. Підготовка операційного поля.
6. Премедикація: 1 мл 1% промедолу, 1 мл 1% дімедролу, 0,5 мл 0,1% атропіну.

Пластика грижі місцевими тканинами

- **Суть методу** – укріплення дефекта черевної стінки шляхом створення дублікатури (подвоєння)
 - м'язово-апоневротичних та
 - фасціальних-апоневротичних лоскутів.
- **Перевага методу** –
 - реалізується принцип поєднання однородних тканин,
 - операції Басіні, Жирара, Постемського при пахових грижах;
 - операції Басіні, Руджі-Парлавеччіо при стегнових грижах;
 - операції Мейо, Сапезко при пупкових грижах;
 - операції Сапезко, Напалкова при післяопераційних грижах

Пластика синтетичними матеріалами

- **Суть метода** – укріплення дефекту черевної стінки алотрансплантантом (заплатою) синтетичного походження
- **Матеріал** – сітчасті трансплантанти (Ethicon, США):
 - ***Prolene, Proseed*** (поліпропілен, поліестер);
 - ***Vipro I-II*** (поліпропілен +вікріл)

Пластика синтетичними матеріалами

■ *Переваги метода* –

- реалізується принцип закриття дефекта без натягування тканин «tension free»,
 - навіть для лікування великих і гігантських гриж.

■ *Методологія:*

- Сітка повністю закриває дефект, виходячи за його межі на 4-5см;
- Сітка фіксується до незмінених ділянок апоневрозу;
- Разсташовується:
 1. *On-lay* – протез над апоневрозом під клітковиною.
 2. *In-lay* – протез преперітонеально (передочеревно).
- 3. *Sub-lay* – протез між прямими м'язами і задньою стінкою піхви прямого м'яза.

PMS3

6cm x 11cm



ZEP195
2012-01

PROLENE*



MESH MALLA
TREILLIS RETE
NETZ

Polypropylene Knitted Non-Absorbable Mesh Undyed

Treillis de Polypropylène Tricoté Non Résorbable Incolore

Polypropylen Netz Gewirkt Nicht Resorbierbar Ungefärbt

Rete di Polipropilene Non Assorbibile Non Colorata

Polypropyleen Gevlochten Niet Resorbeerbaar Mesh Ongekleurd

Malla Tejida No Absorbible de Polipropileno Incoloro

STERILE EO



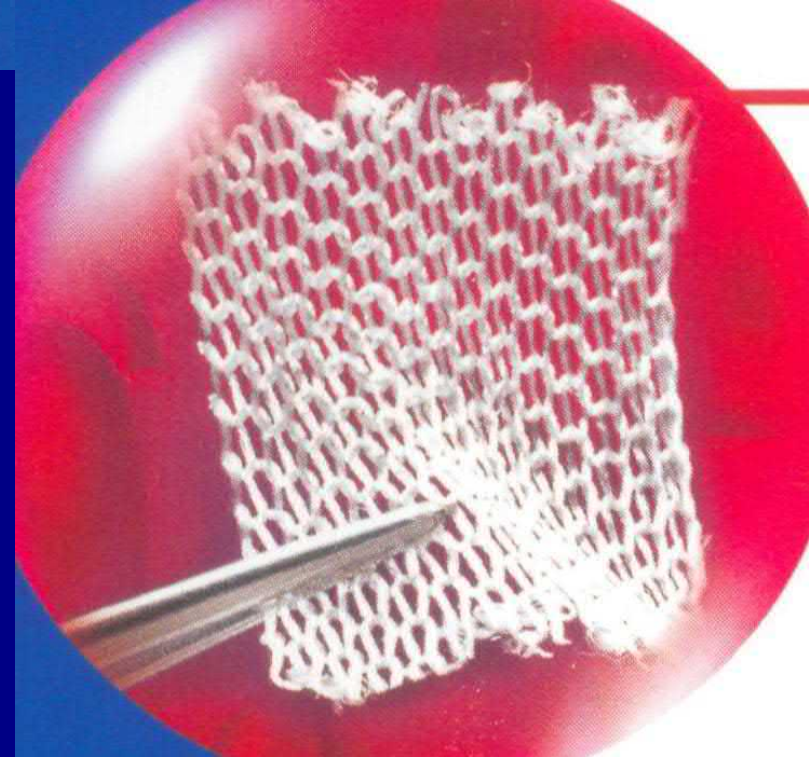
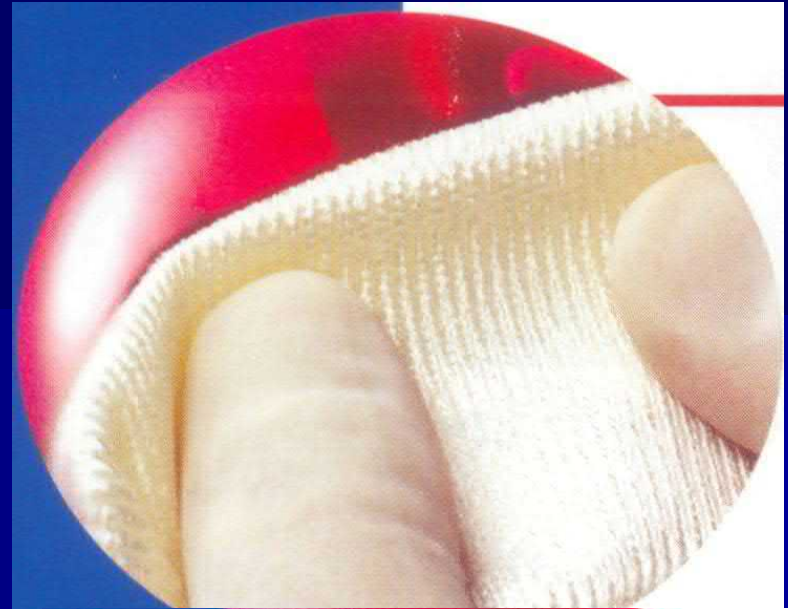
CE 0086

ETHICON, INC.

* Trademark RMC: 385973

• 1 Piece • 1 Pièce
• 1 Stück • 1 Pezzo
• 1 Stuk • 1 Pieza

ETHICON*



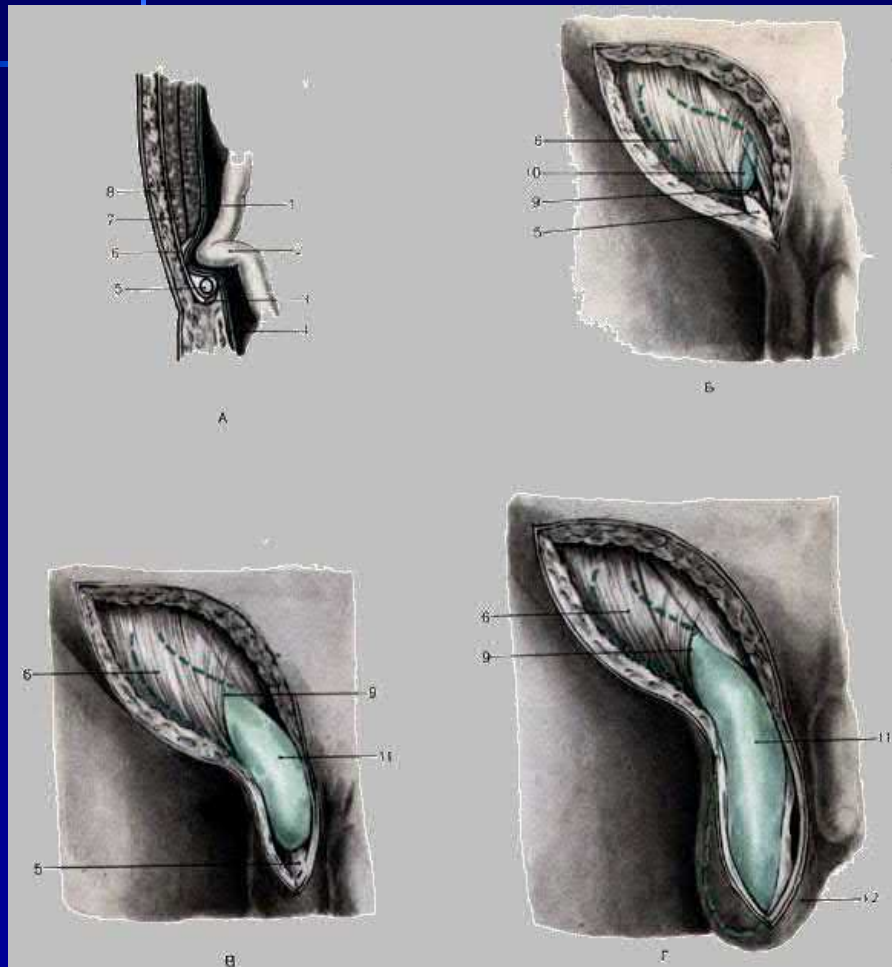
Пахвинні грижі

- За частотою займають перше місце і складають 88-90 %.
- Частіше відмічаються у чоловіків (співвідношення 10:1).
- Пахвинні грижі бувають прямими і косими

■ *Клініка і діагностика*

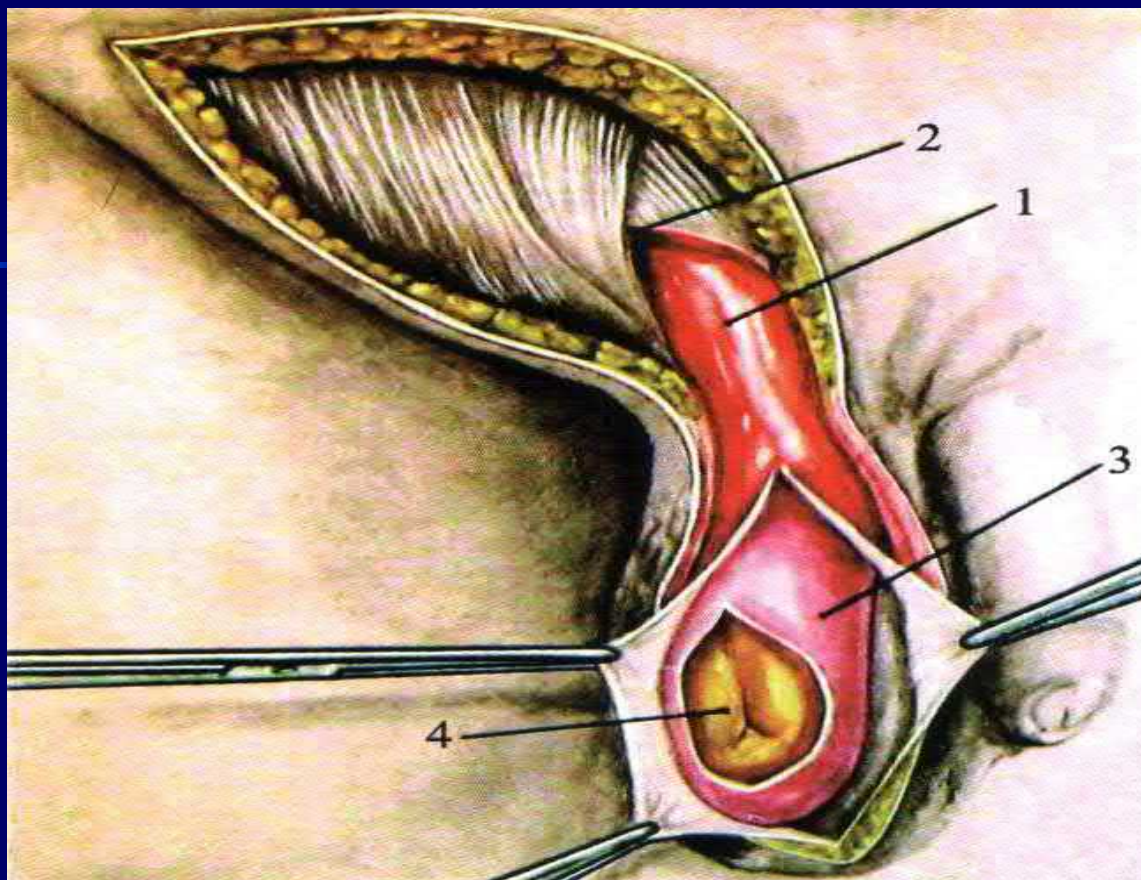
- Клінічна картина при неускладнених пахвинних грижах типова: скарги на наявність пухлиноподібного випинання в пахвинній ділянці, біль різної інтенсивності, що посилюється при фізичному навантаженні.
- Пахвинні грижі невеликих розмірів можуть бути безболісними. Водночас при грижах великих розмірів біль, що локалізується в нижніх відділах живота, у пахвинній ділянці є постійним симптомом, що різко обмежує працездатність хворого.
- При перебуванні в грижовому мішку петель кишечника можуть виникати запори. При ковзних грижах сечового міхура відмічається прискорене сечовипускання, дизурія, біль над лоном, які зникають після вправлення грижі. Огляд хворого необхідно проводити у вертикальному і горизонтальному положеннях, при достатньо оголеному животі.
- **При косій пахвинній** грижі випинання довгастої форми, розміщене по ходу пахвинного каналу, часто спускається в мошонку

Коса пахвинна грижа



Класифікація косих пахвинних гриж

1. Початкова грижа.
2. Канальна грижа.
3. Пахвинна грижа.
4. Пахвинно-калиткова грижа.



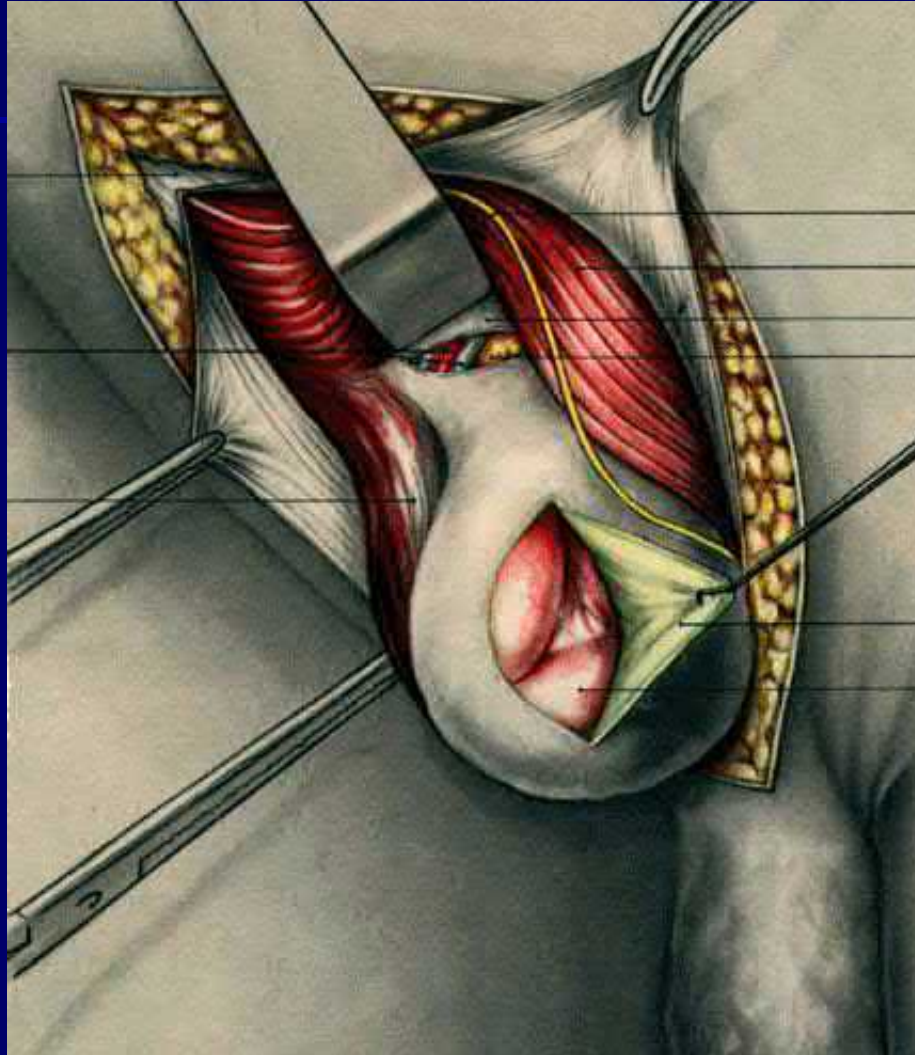
- Схема косої пахвинної грижі: 1 - сім'яний канатик; 2 - грижові ворота - внутрішнє пахвинне кільце; 3 - грижовий мішок; 4 - вміст грижового мішка.

Гігантська двобічна коса пахвинно-мошоночна грижа у прямій та бічній проекціях.



- **При прямій грижі** випинання кругле, розміщене в медіальній частині пахвинної зв'язки поруч із зовнішнім краєм лона

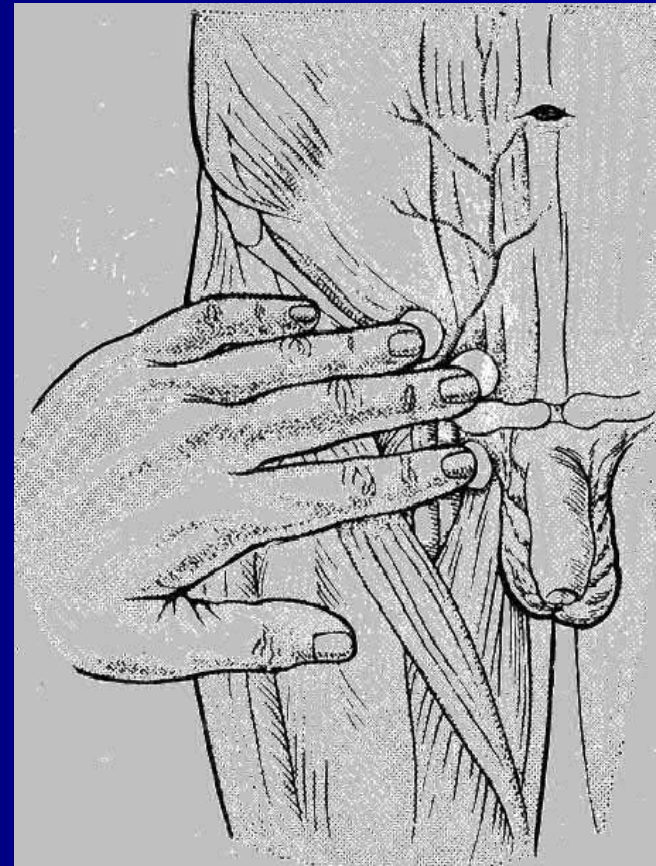
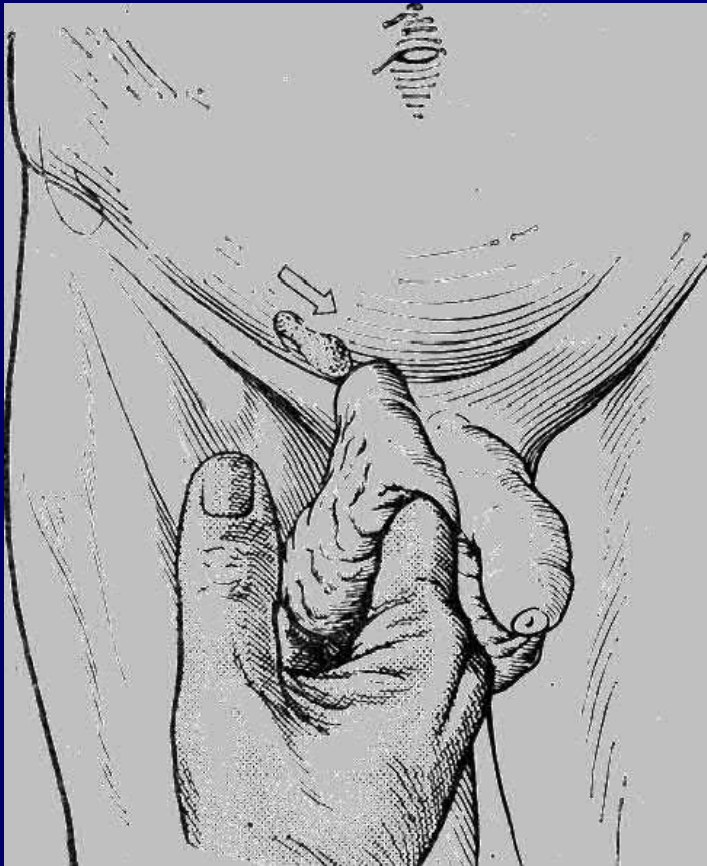
Пряма пахвинна грижа



▪ Пряма пахвинна грижа в прямій та бічній проекціях.



Обстеження хворих з пахвинними грижами

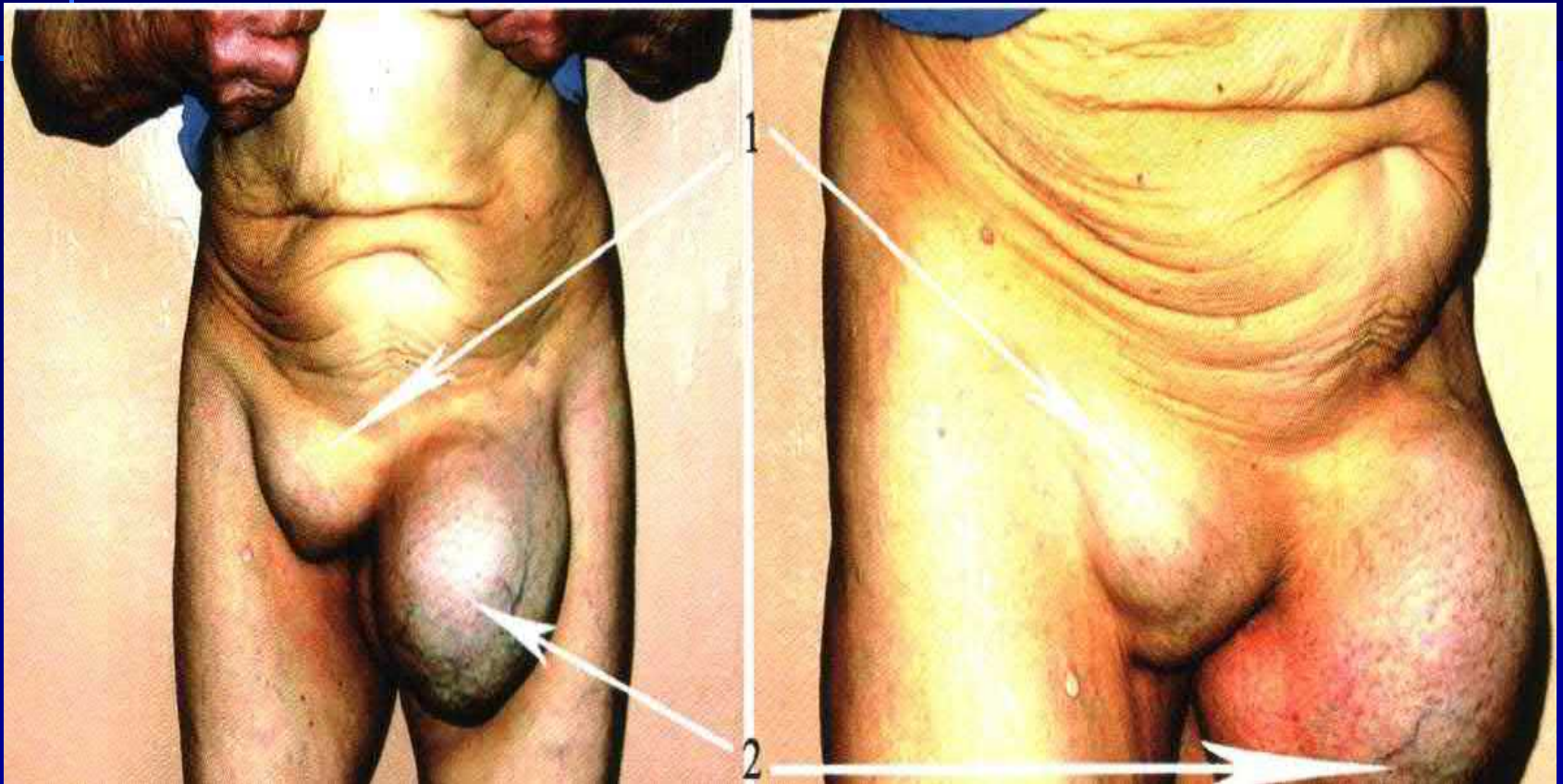


Диференційна діагностика косої і прямої пахвинних гриж

Коса пахова грижа	Пряма пахвинна грижа
Анатомічна різниця	
1. Виходить з черевної порожнини через латеральну ямку	1. Виходить з черевної порожнини через медіальну ямку
2. Проходить через всю довжину пахвинного каналу в косому напрямку	2. Проходить в прямому сагітальному напрямку, перетинаючи поздовжню вісь каналу
3. Сім'яний канатик розміщений досередини від грижового мішка	3. Сім'яний канатик розміщений назовні від грижового мішка
Клінічна різниця	
1. Випинання продовгуватої форми, розміщується, розміщується по ходу пахвинного каналу	1. Випинання овальної форми, розміщується під самою медіальною частиною пупартової зв'язки.
2. Завжди опускається в калитку	2. Майже не опускається в калитку
3. Зустрічається частіше у людей молодого та середнього віку	3. Зустрічається частіше у людей похилого віку
4. Частіше буває однобічною	Частіше буває двобічною
5. Буває вродженою	Буває тільки набутою

- Іноді труднощі викликає диференційна діагностика із стеговою грижою.
- Потрібно орієнтуватися на локалізацію виходу грижі стосовно пахвинної зв'язки.
- Пахвинні грижі виходять над зв'язкою, а стегові - під нею.

Поєднані стегнові і пахвинні грижі



- 1 - стегнова грижа; 2 - пахвинна грижа.

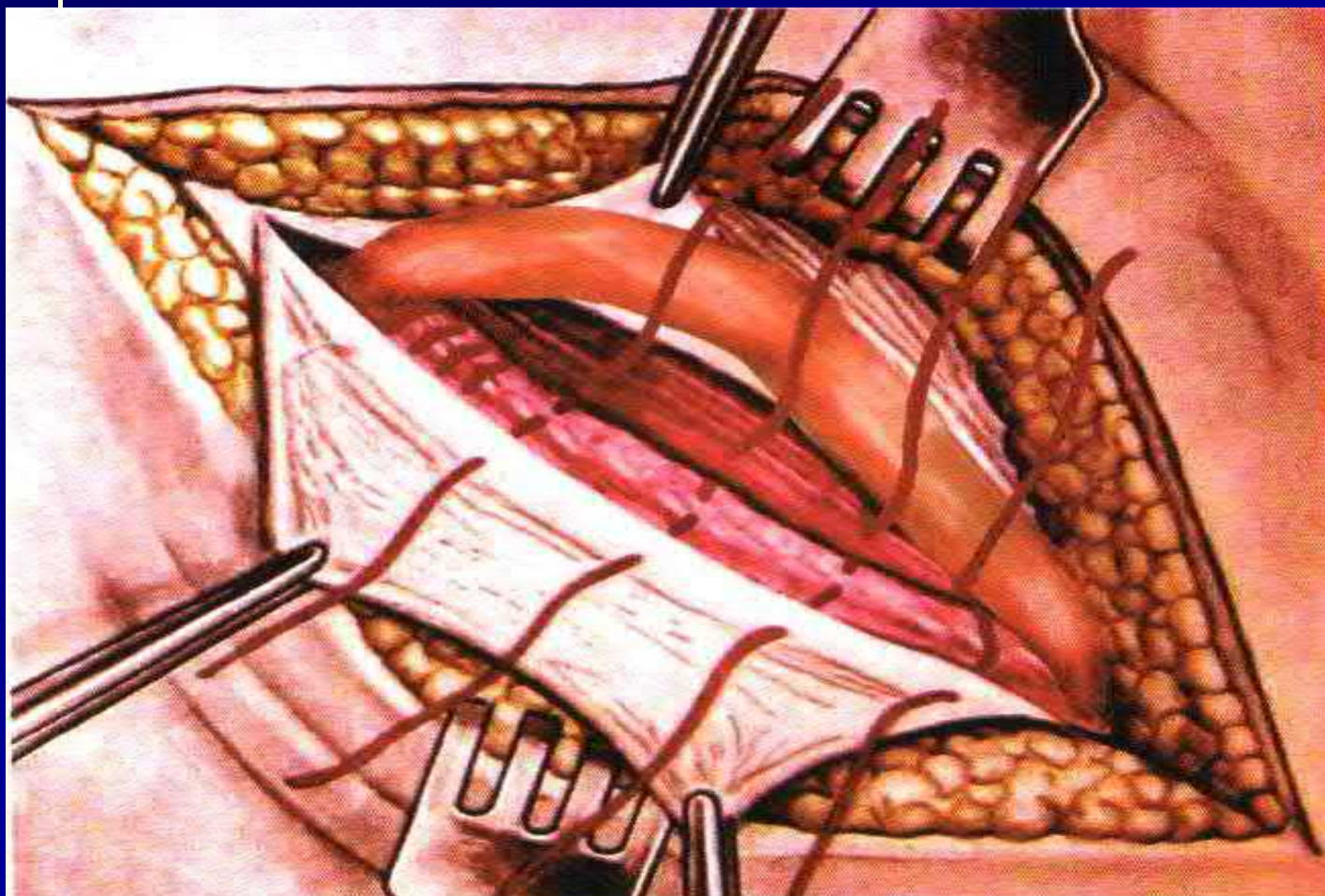
■ *Лікування*

- Лікування пахвинних гриж оперативне.
- Основні принципи хірургічного лікування пахвинних гриж:
- повне розкриття пахвинного каналу;
- високе виділення, перев'язка і відсікання грижового мішка;
- відновлення внутрішнього (глибокого) отвору пахвинного каналу до нормальних розмірів (при його розширенні);
- відновлення поперечної фасції (при порушенні цілісності задньої стінки пахвинного каналу);
- низведення внутрішнього косого, поперечного та прямого м'язів передньої черевної стінки при високих, трикутної форми, пахвинних проміжках тільки шляхом захоплювання в лігатуру їх сухожилкової частини і піхви прямого м'яза;
- збереження і відновлення косого напрямку пахвинного каналу;
- використання зв'язки Купера) для відновлення задньої стінки пахвинного каналу;
- зшивання фасцій і апоневрозів у всіх слабких місцях;
- відновлення пахвинного каналу суворо по шарах;
- утворення дублікатури із листків апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота без натягіння.

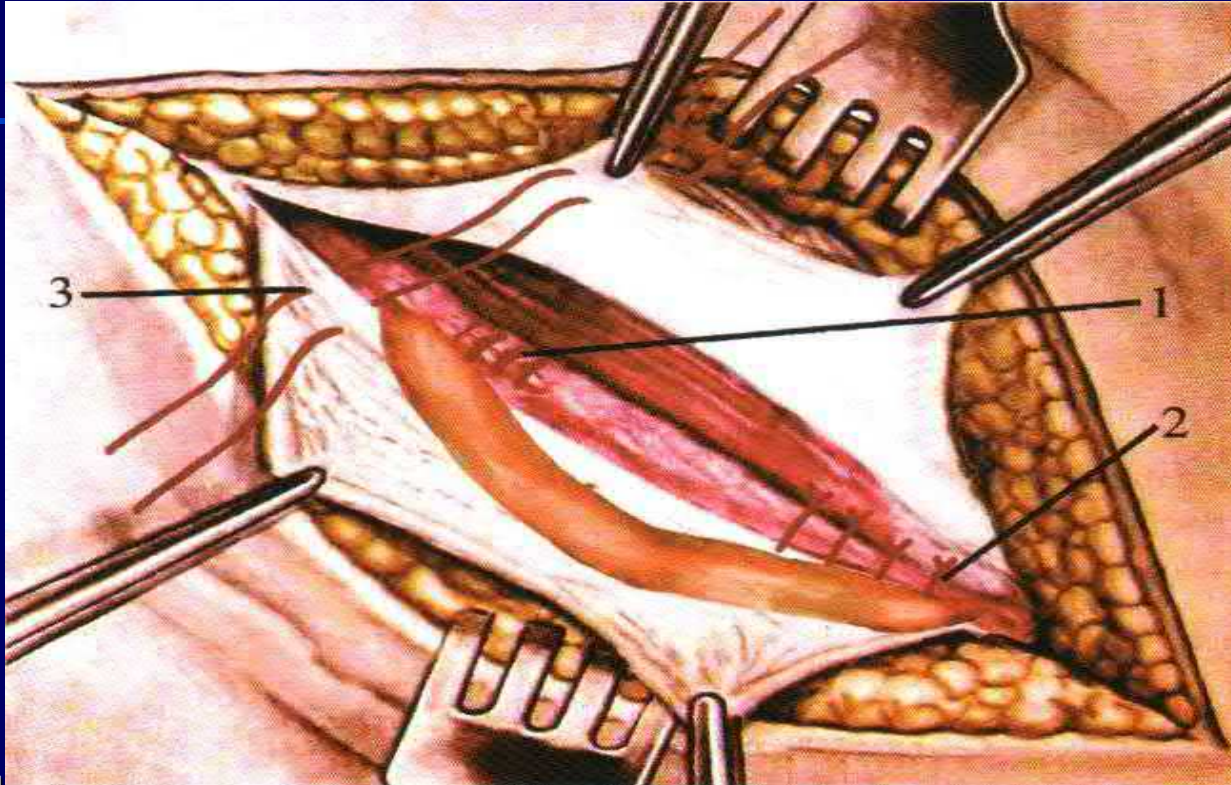
Способи оперативних втручань

- **При прямих пахвинних** грижах проводять зміцнення задньої стінки пахвинного каналу:
- **Спосіб Бассіні,**
- **Спосіб Кукуджанова**
- **Спосіб Постемпського.** повна ліквідацію пахвинного каналу та виведення сім'яного канатика під шкіру.
- **При косих пахвинних** грижах оптимальним є зміцнення передньої стінки пахвинного каналу:
- **Спосіб Жирара** (1894).
- **Спосіб Спасокукоцького** (1928). Він є модифікацією способу Жирара.
- **Спосіб Кімбаровського** При його модифікації реалізується принцип з'єднання однорідних тканин.

- Пластика задньої стінки пахвинного каналу за Бассіні

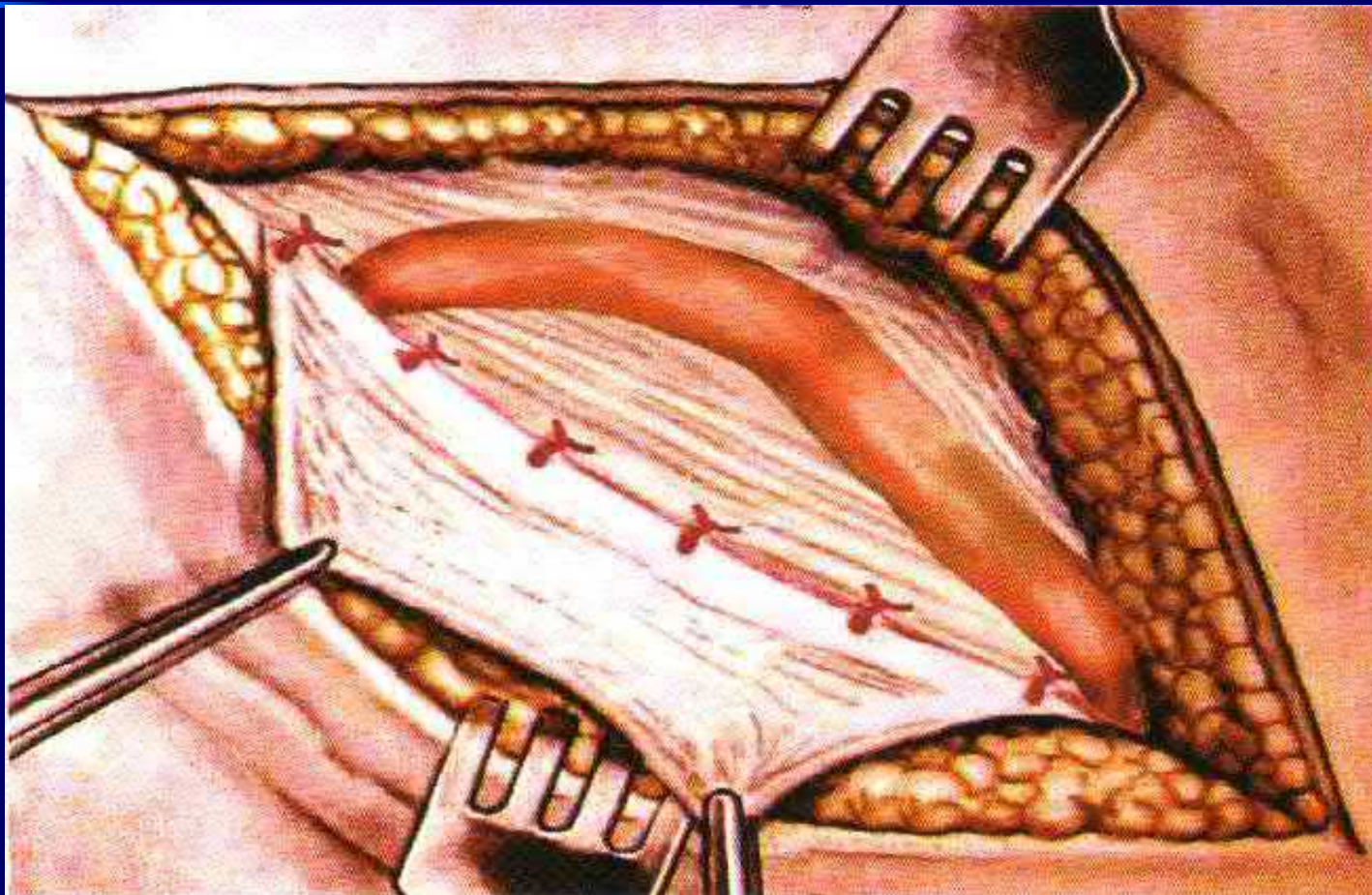


■ Пластика задньої стінки пахвинного каналу за способом Кукуцжанова



- 1 - ушивання глибокого пахвинного кільця,
- 2 - глибокий листок піхви прямого м'яза підшивається до верхньої донної зв'язки;
- 3 - створення дублікатури апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота.

Пластика задньої стінки пахвинного каналу за
способом Постемпського.



Пластика передньої стінки пахвинного каналу за способом Спасокукоцького - Кімбаровського :



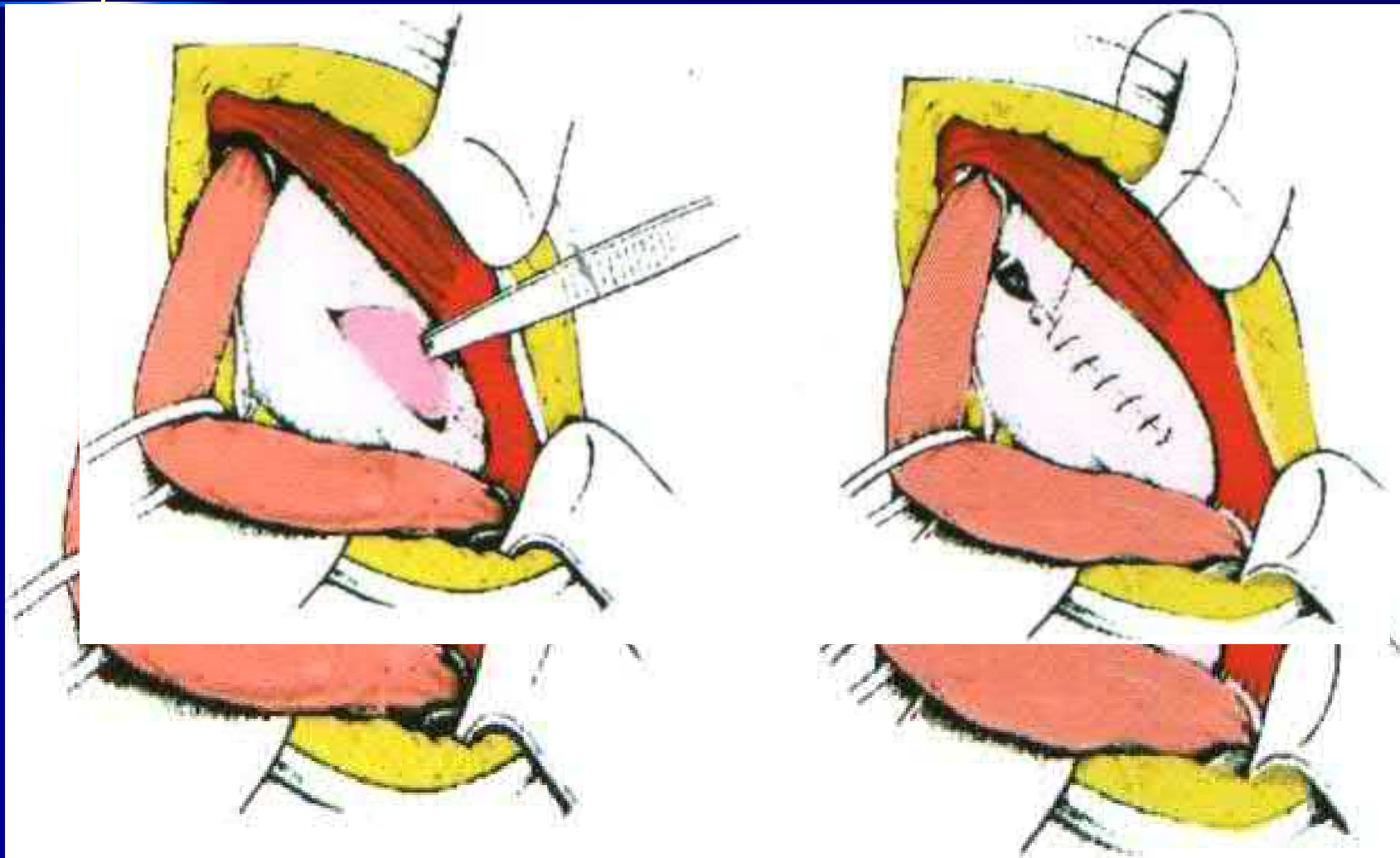
1 - внутрішній листок апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота; 2 - внутрішній косий і поперечний м'язи; 3 - сім'яний канатик; 4 - пупартова зв'язка; 5 - зовнішній листок апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота

Алогерніопластика –: Спосіб **Ліхтенштейна**

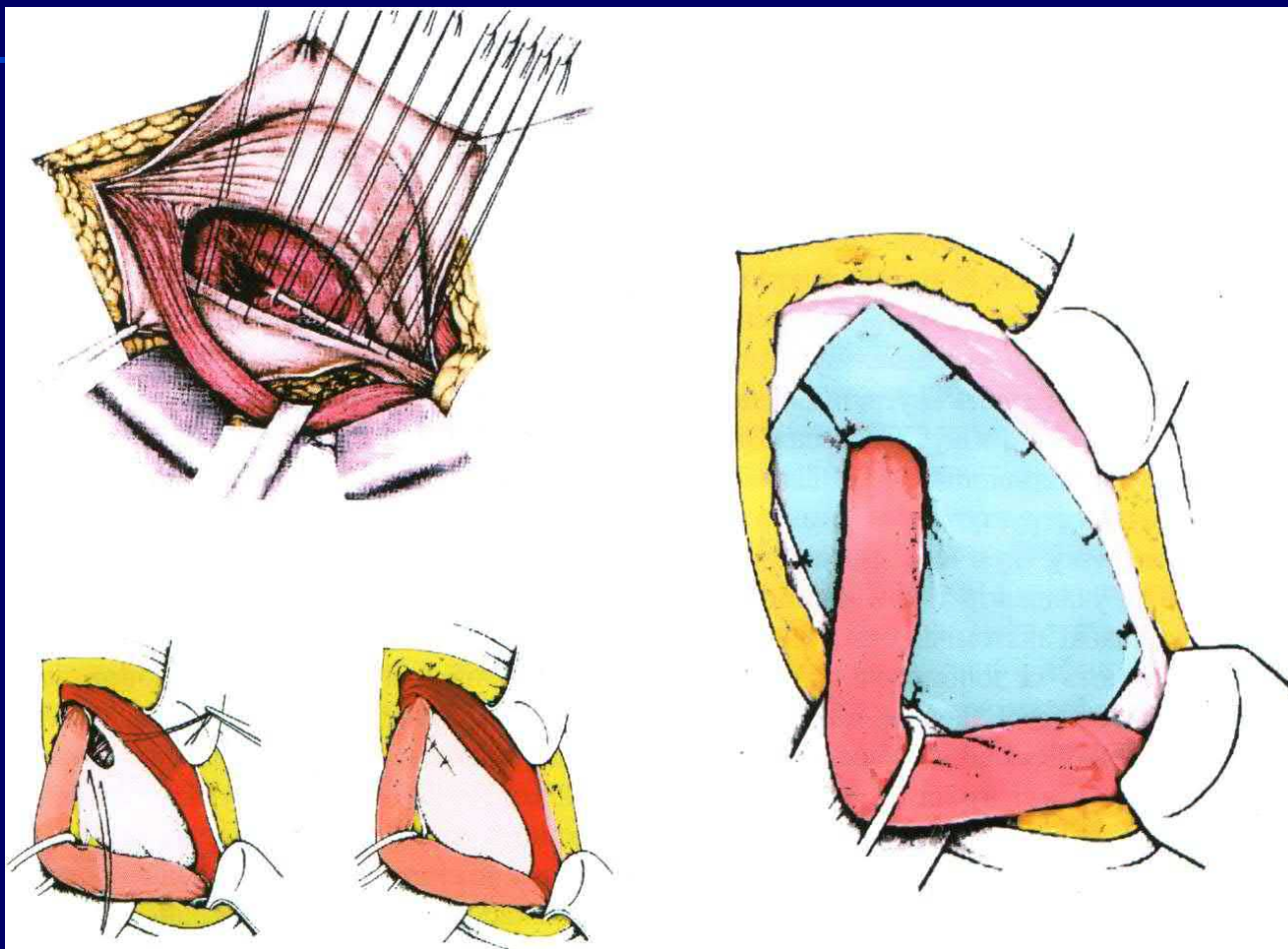
- В основу способу покладено принцип "алопластика без натягування .
- Для пластики грижових воріт використовується проленова сітка у вигляді латки яку розміщують під сім'яним канатиком та фіксують знизу вузловими швами до пупартової зв'язки.
- Верхній край сітки пришивають до внутрішнього косого м'яза. Формують внутрішнє пахвинне кільце.
- Нижній край сітки фіксують до лобкового горбика з захватом верхньої лобкової зв'язки для запобігання розвитку стегнової грижі.

Спосіб Ліхтенштейна:

1 - вправлення гризового мішка; 2 - зашивання поперечної фасції над гризовим мішком при прямій пахвинній грижі.

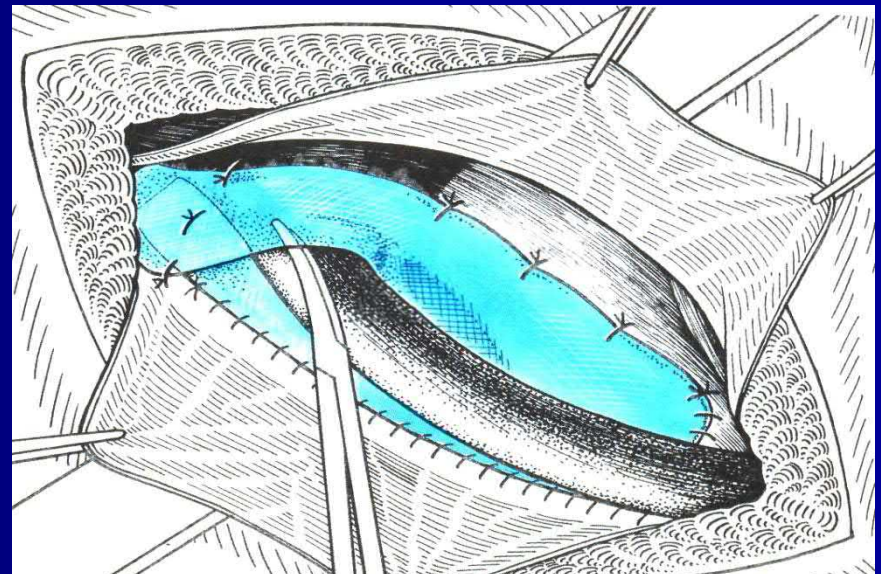
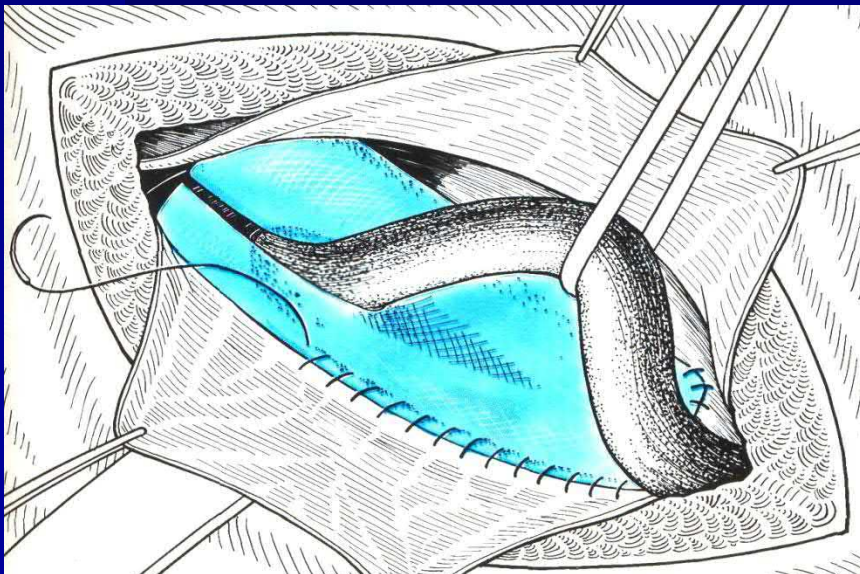
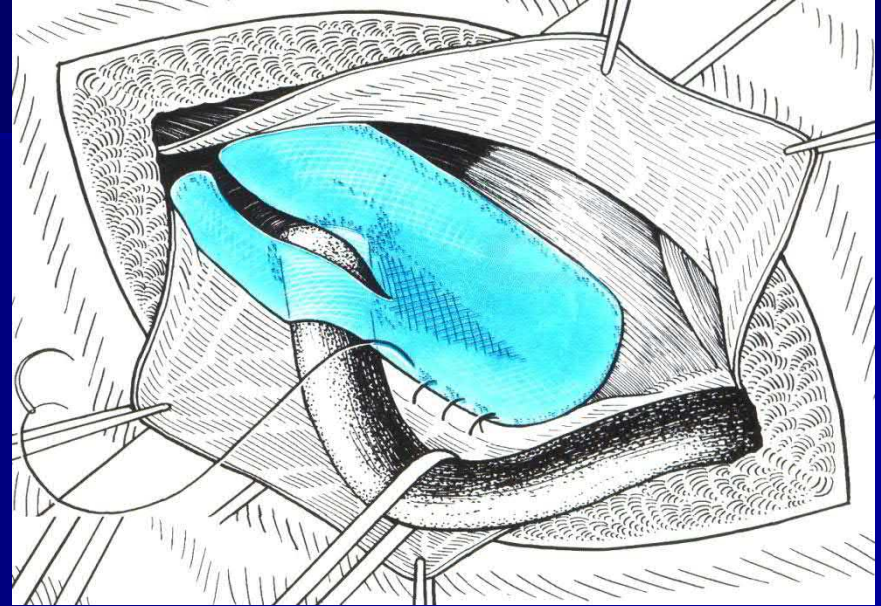
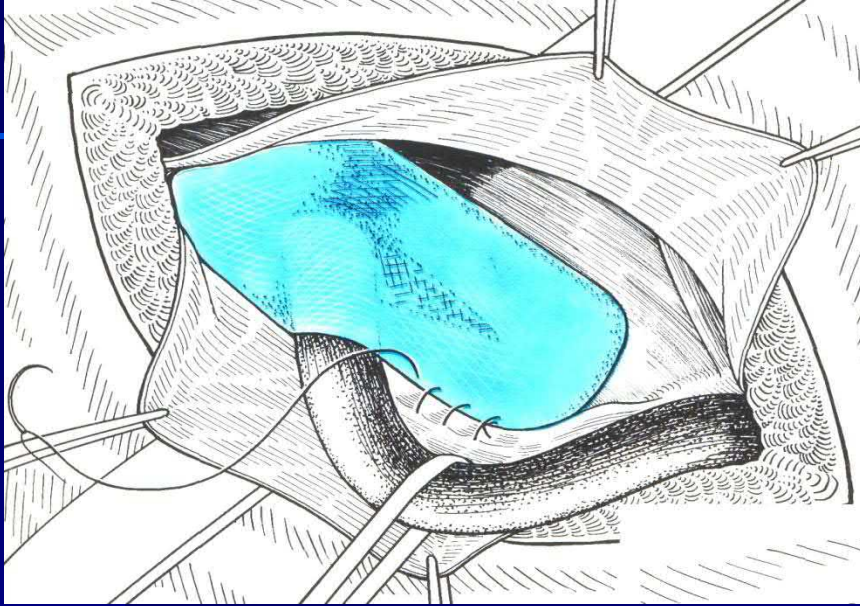


Спосіб Ліхтенштейна



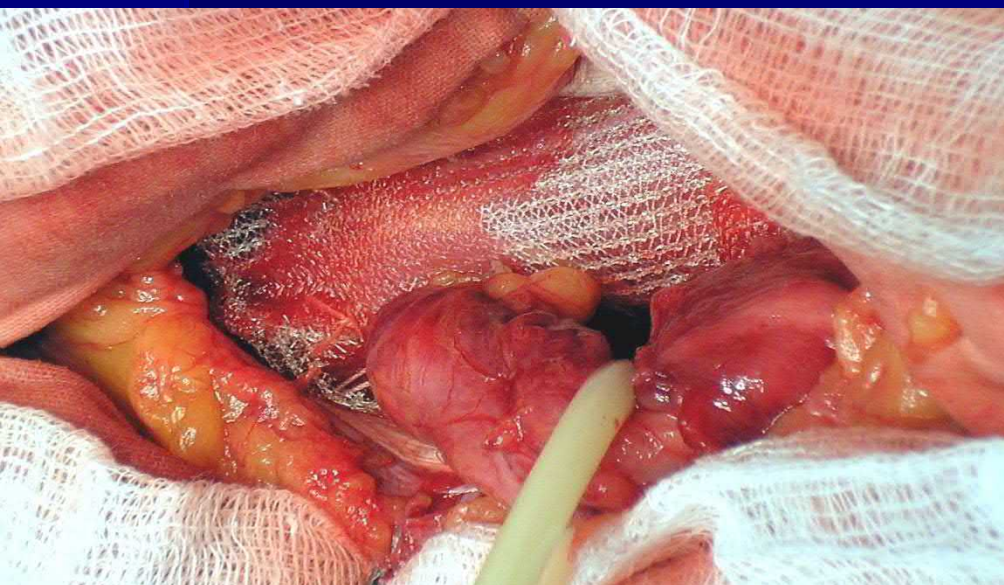
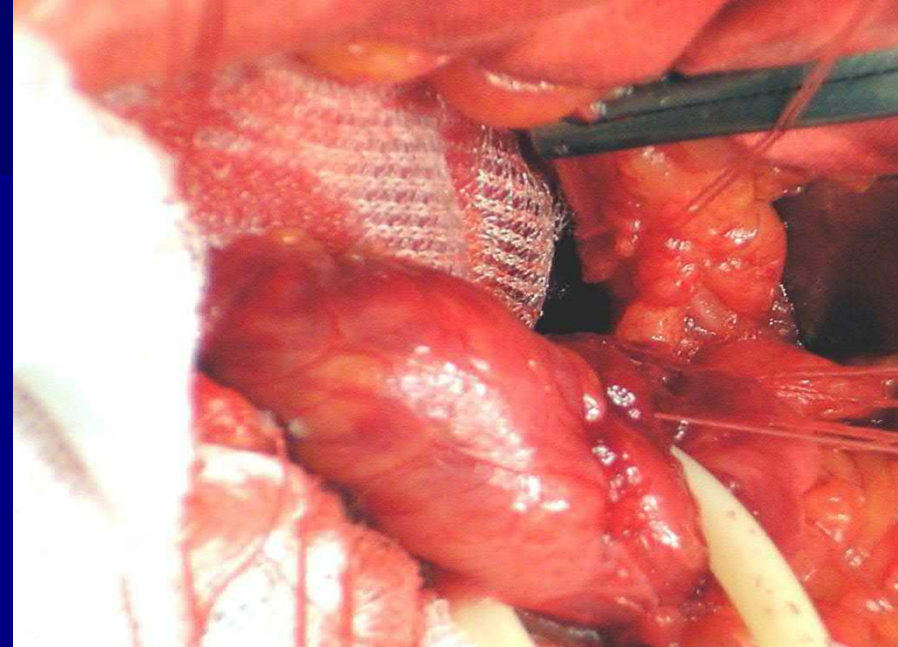
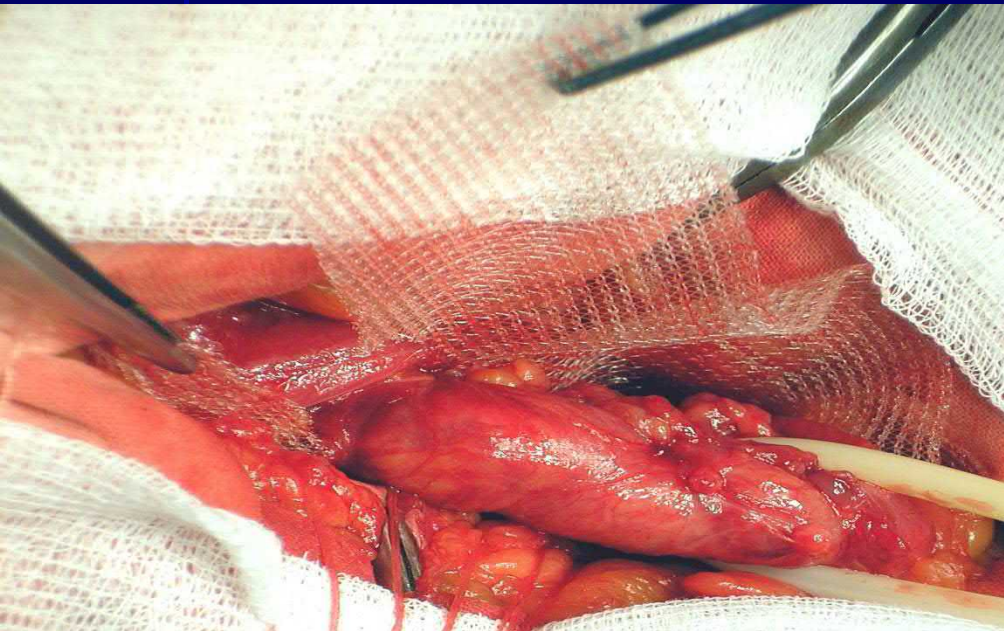
Аллопластика паховых гриж:

способ *I. Lichtenstein*



Алопластика паховых грыж:

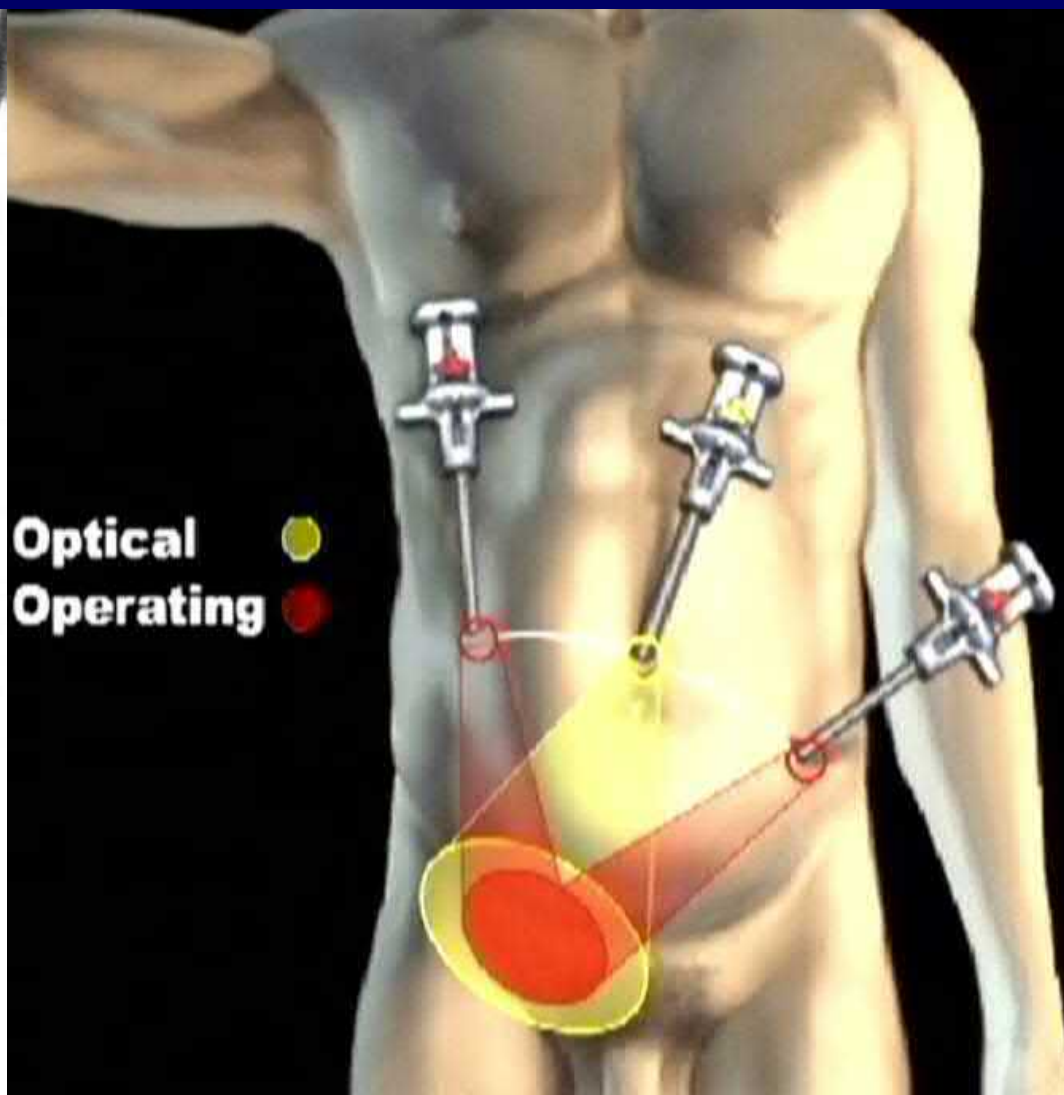
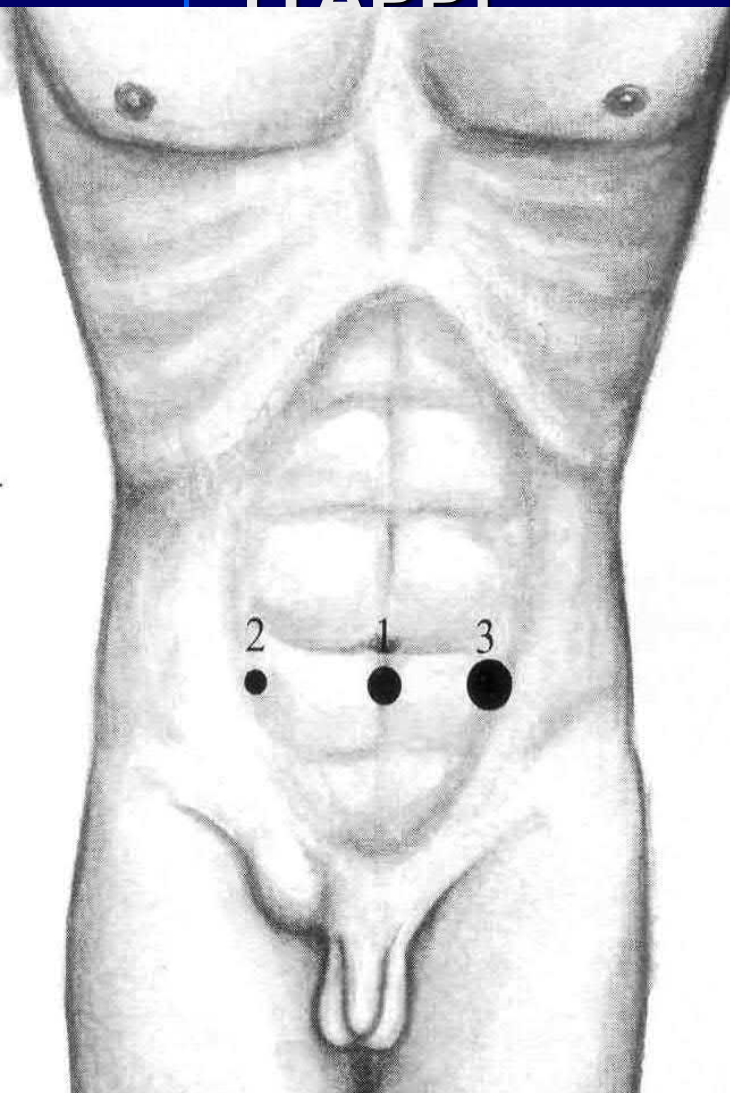
способ *I. Lichtenstein*



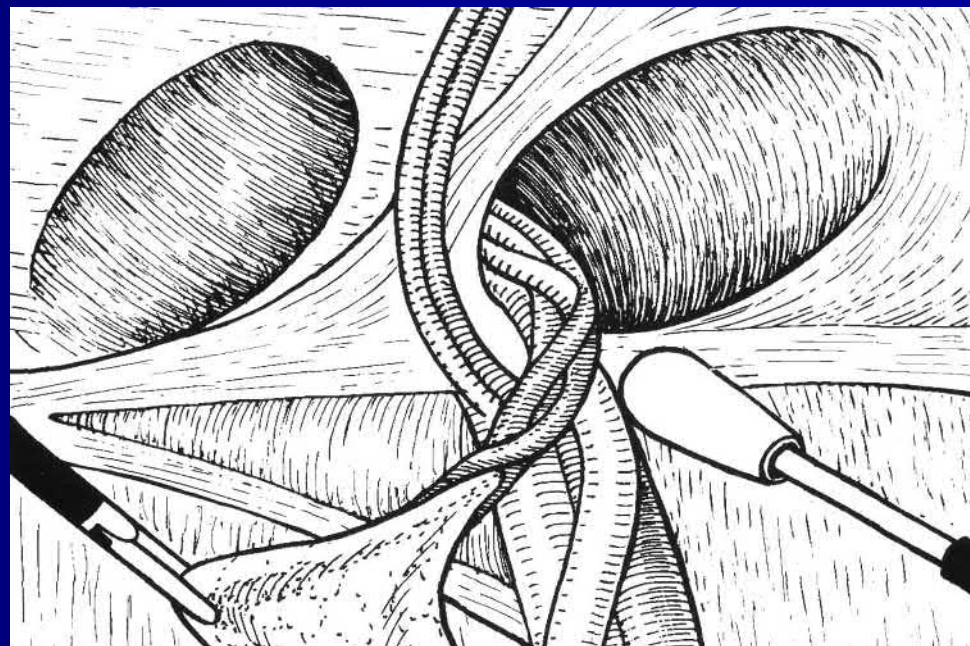
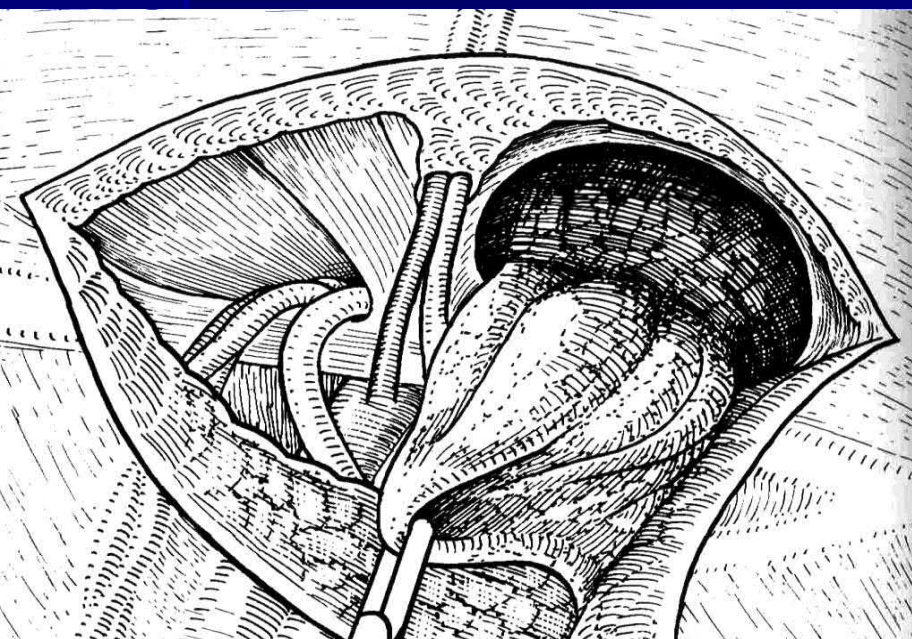
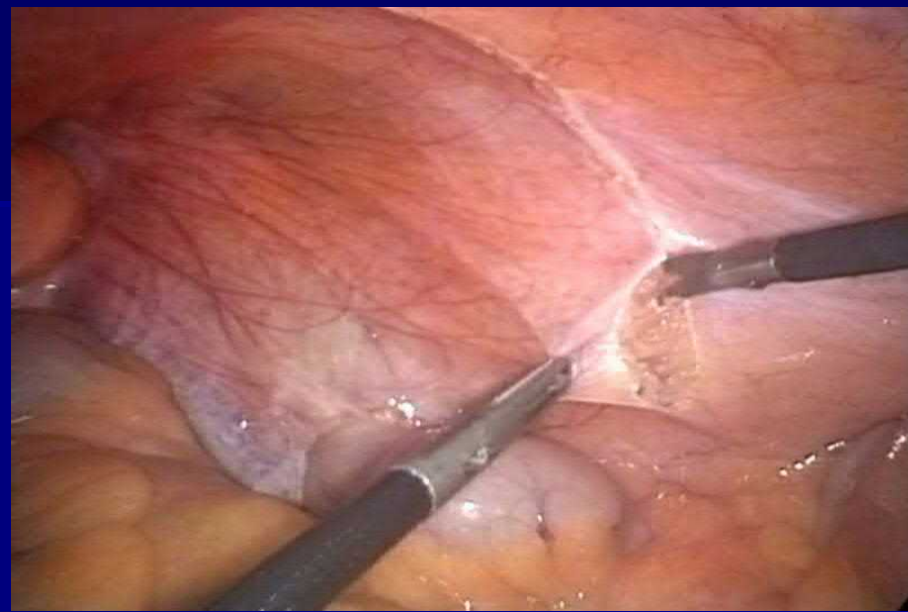
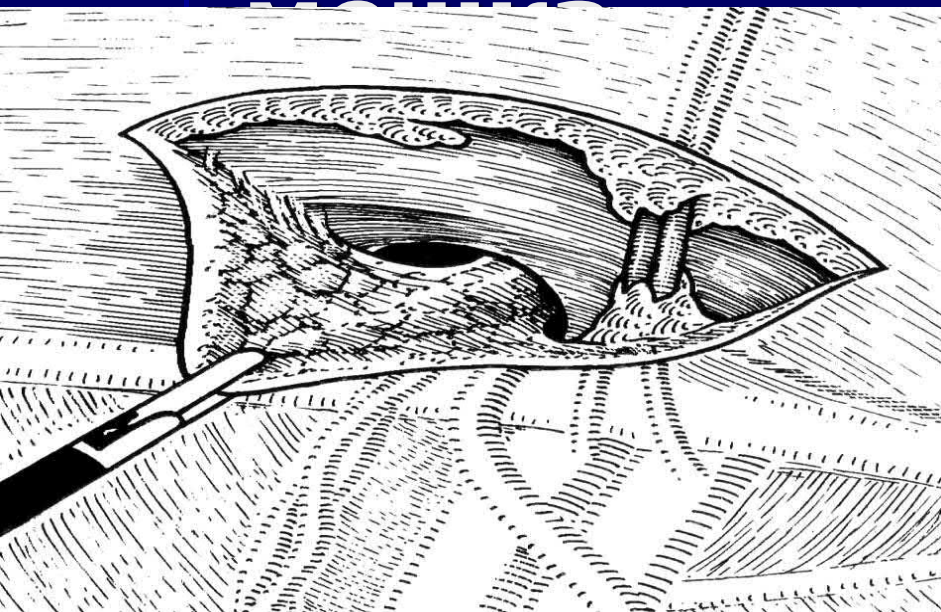
■ **Ендоскопічна лапароскопічна герніопластика**

- Метод відносно новий (з 1989 року), запропонований Гером (Оег К.). Відрізняючись малою травматичністю та достатньою ефективністю, він у багатьох випадках став альтернативою традиційним методам герніопластики. Частіше при лапароскопічній герніопластиці використовують розроблену універсальну оперативну техніку, придатну для хірургічного лікування прямих, косих, пахвинних та стегнових гриж.
- Операцію виконують із інтраперитонеального (трансабдомінальна передочеревинна герніопластика) або з екстраперитонеального доступів (тотальна екстраперитонеальна герніопластика).

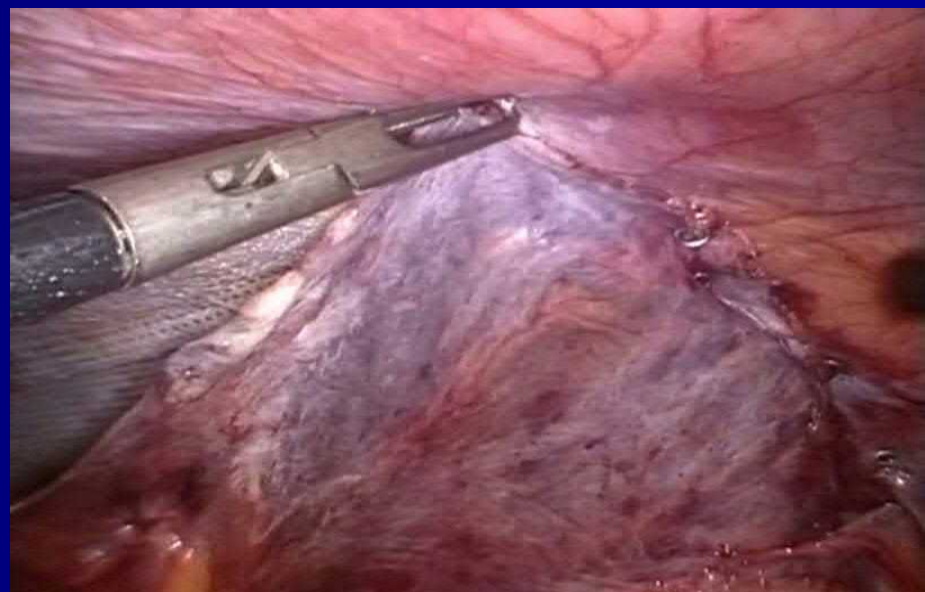
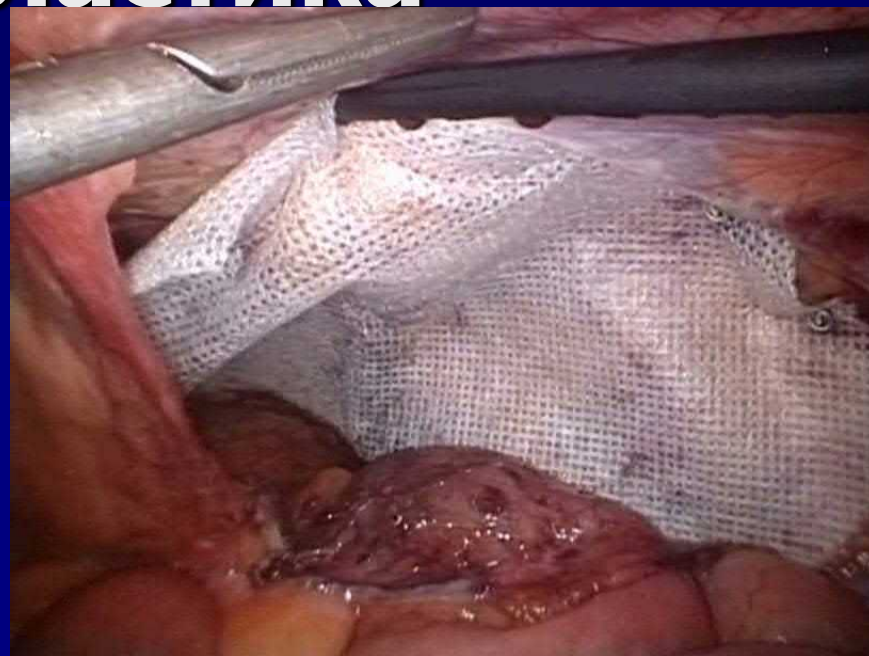
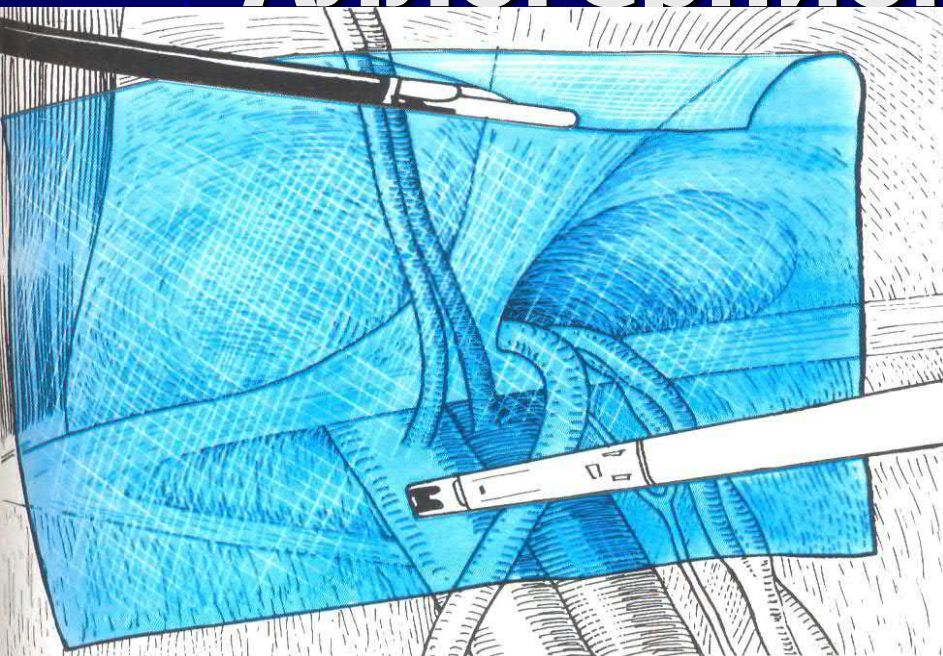
Трансбдоминальная преперитониальная герниопластика (ТАРР)



Выделение грыжевого



Аллогерниопластика



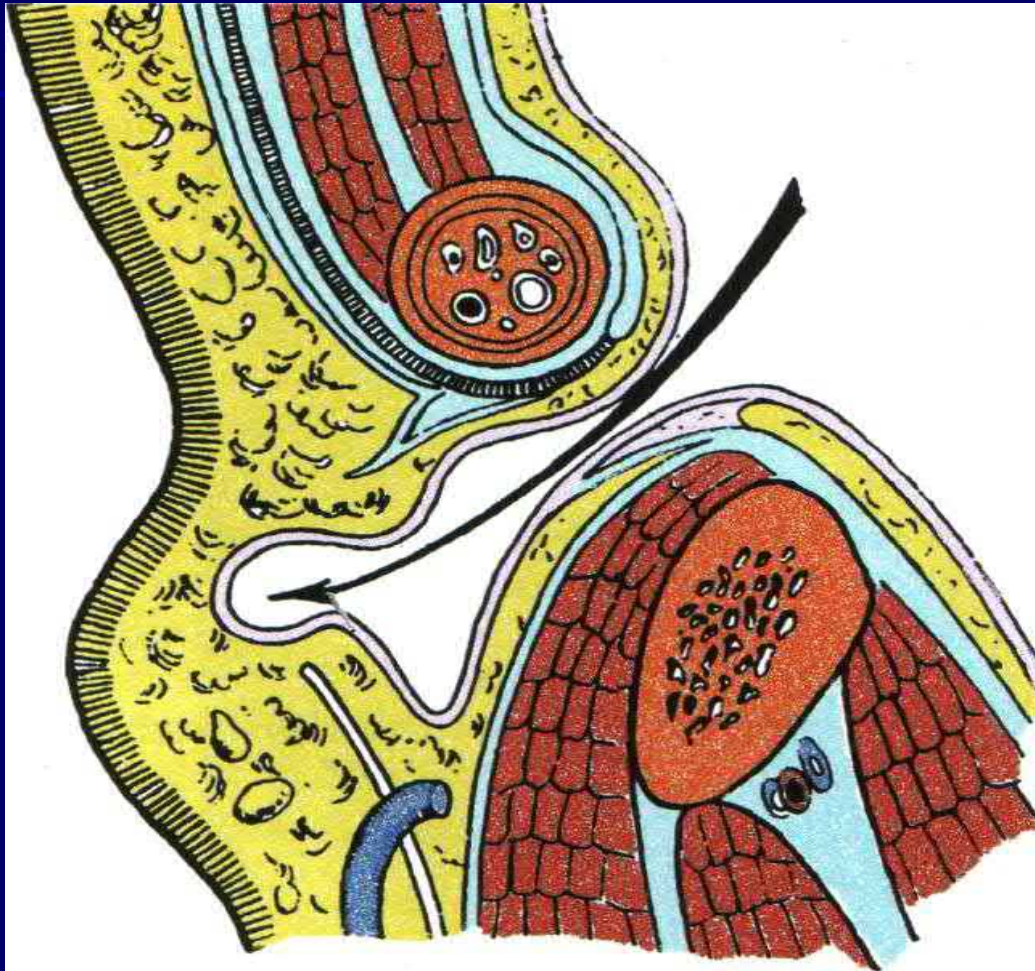
Ускладнення

- Під час операції та в ранньому післяопераційному періоді:
 - кровотечі з ушкоджених судин);
 - гематоми в ділянках проведення троакарів;
 - гематоми передочеревинної клітковини;
 - емфізема передньої черевної стінки та мошонки;
 - невралгії внаслідок травматичного інтра-операційного ушкодження.
- До пізніх післяопераційних ускладнень відносяться рецидиви гриж, які відмічаються в 0,5-3 % випадків.

Стегнові грижі

- Стегнові грижі за частотою займають друге місце (5,9 % - 16,9 %) серед усіх гриж.
- Переважають грижі в осіб віком 40-60 років і здебільшого у жінок (74-80 %).

Схема проходження та типові місця виходу стегнової грижі



Класифікація стегнових гриж

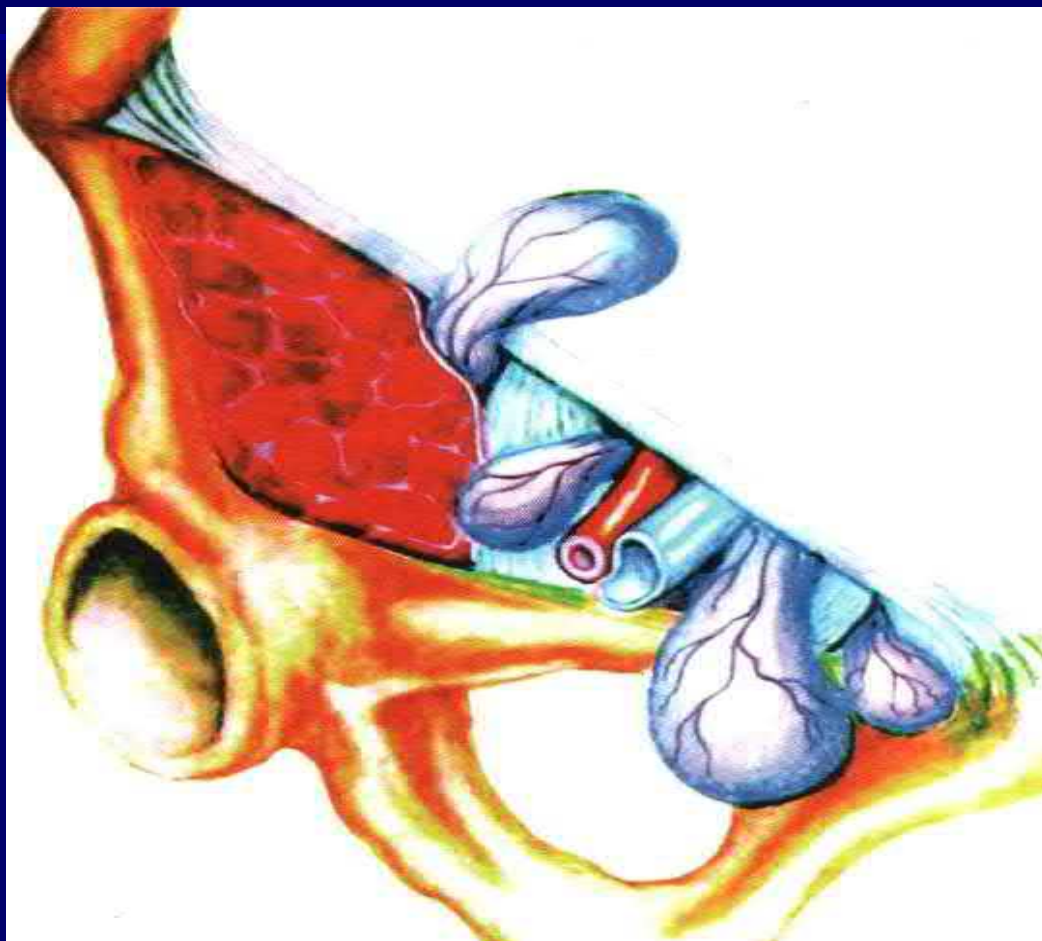
1. За локалізацією (місце виходу стегнових гриж):

а) через судинну лакуну.

б) через м'язову лакуну.

в) через лакунарну зв'язку.

Схема проходження та типові місця виходу стегнової грижі



■ **Клініка**

- Припухлість у зоні овальної ямки латерально і донизу від лонного горбика, рідше - скарги на розлади функції шлунково-кишкового тракту;
- біль у стегновій і пахвинній ділянках, дизуричні розлади;
- при уведенні пальця в пахвинне кільце за наявності стегнової грижі "кашльовий поштовх" відсутній

Дифдіагностика

- **Диференціювати** стегнову грижу необхідно з:
 - лімфаденітом у ділянці овальної ямки,
 - аденофлегмоною;
 - метастазами злоякісних новоутворень;
 - натічним абсцесом при туберкульозі хребта;
 - аневризматичним розширенням великої підшкірної вени, аневризмою стегнової вени.

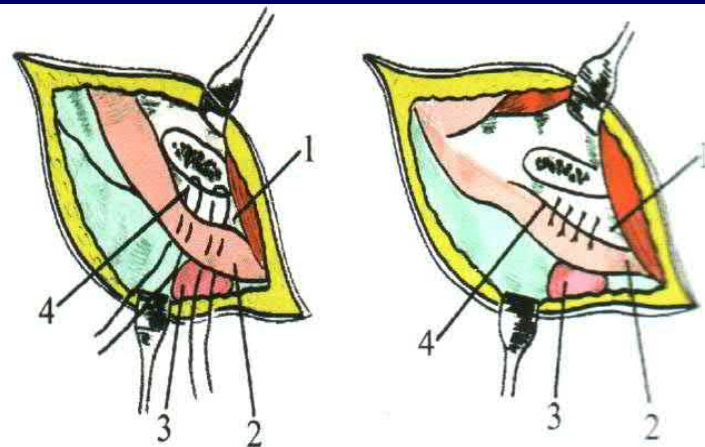
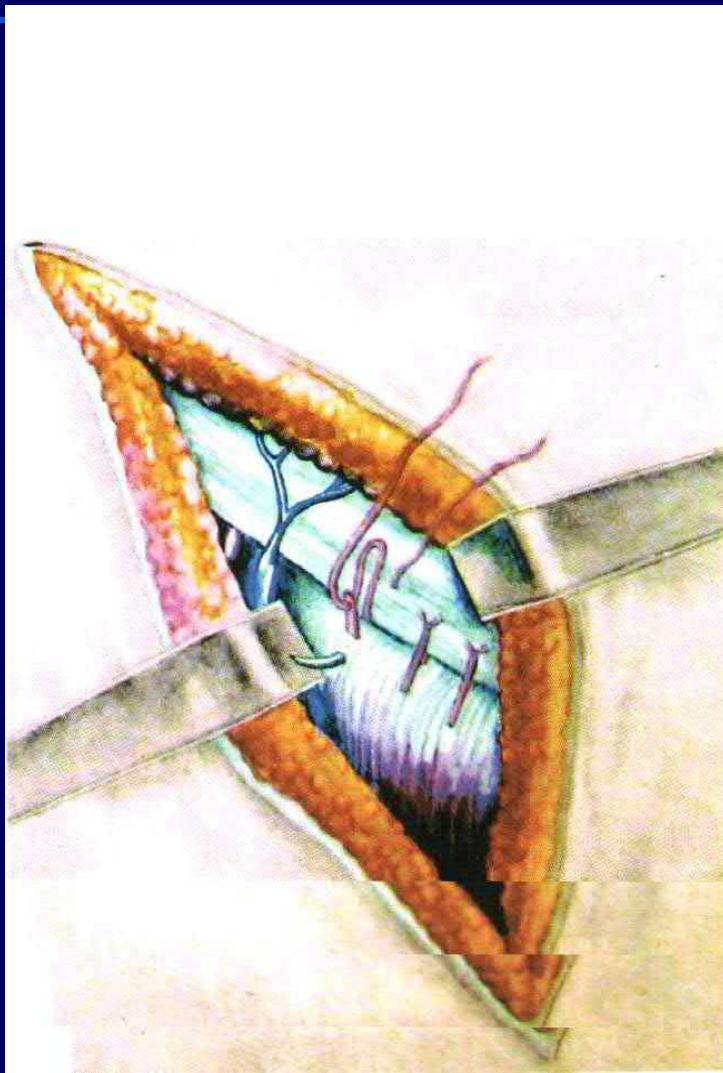
Диференційний діагноз стегнових гриж

Стегнова грижа	Пахвинна грижа
1. Буває частіше у жінок	1. Буває частіше у чоловіків
2. Заходиться під пупартовою зв'язкою	2. Знаходиться над пупартовою зв'язкою
3. Розміщена знизу і збоку від лобкового горбика	3. Розміщена зверху і досередини від лобкового горбика

Лікування

- Всі способи оперативного втручання при стегнових грижах поділяють на
- Стегнові;
- пахвинні;
- та внутрішньо очеревинні, залежно від доступу до грижі.
- За методом ліквідації грижових воріт – на:
- прості та пластичні.
- **Стегнові способи.** Незважаючи на високий відсоток рецидивів, отримали широке розповсюдження внаслідок низької травматичності операції та швидкості її виконання. Серед багатьох способів пластики грижових воріт **СТЕГНОВИМ** способом переважна більшість хірургів надає перевагу способу **Бассіні** (1894), який став класичним. •

. Пластика за способом Бассіні при стегновій грижі,. Накладання швів на пахвинну і гребінцеву зв'язки

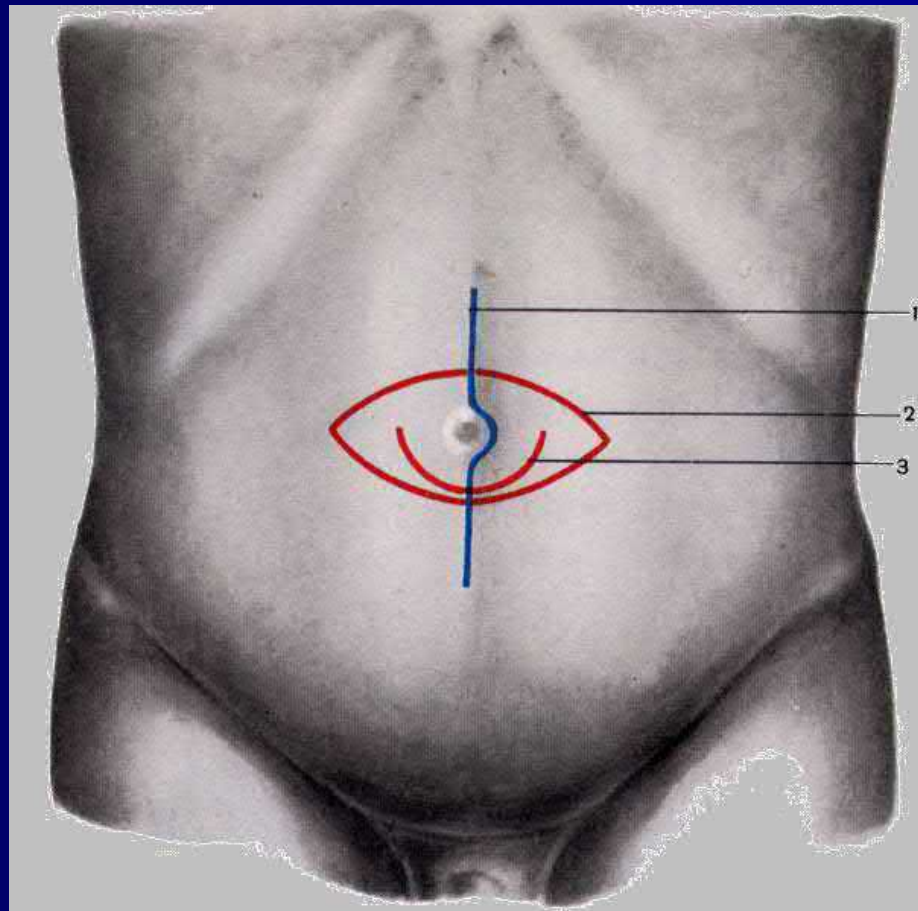


- **Пахвинні способи.**
- **Мають деякі переваги, головними з яких є можливість максимально високої перев'язки та висічення гризового мішка, надійне зашивання внутрішнього отвору стегового каналу.**
- **Спосіб Раджі - Парлавеччіо** (1892) Раджі вперше описав пахвинний спосіб радикальної пластики стегової грижі. Проходячи через пахвинний канал, легко забезпечується оптимальний візуальний підхід до шийки гризового мішка, внутрішнього отвору стегового каналу, полегшується препарування утворень, які його формують.
- **Недоліком методу є послаблення стінок пахвинного каналу, що: може призвести до появи пахвинної грижі**
Тому Парлавеччіо (1893), з метою профілактики виникнення пахвинної грижі, запропонував, для зміцнення задньої стінки пахвинного каналу, підшивати до пупартової зв'язки внутрішній косий та поперечний м'язи.

Пупкові грижі (H. umbilicalis)

- **Пупковою грижею** називають вихід органів черевної порожнини назовні через дефект черевної стінки в ділянці пупка
- При нормальному розвитку пупкове кільце закривається анатомічно, тобто заростає. До шкіри безпосередньо прилягає пупкова фасція та очеревина.
- Захворюваність на пупкову грижу досягає найвищого рівня двічі: перший раз у ранньому дитинстві та повторно - у віці близько 40 років.
- У жінок пупкова грижа зустрічається вдвічі частіше, ніж у чоловіків, що пов'язано з розтягненням пупкового кільця під час вагітності.
- Частота пупкових гриж коливається в межах 5 %.

Топографія пупкової ділянки



. Загальний вигляд пупкової грижі.



Класифікація пупкових гриж

1. Ембріональні:

- а) власне ембріональні;
- б) грижі пупкового канатика.

2. Грижі дитячого віку.

3. Грижі дорослих:

- а) пряма грижа (яка виходить через пупкове кільце);
- б) коса грижа (яка виходить через пупковий канал).

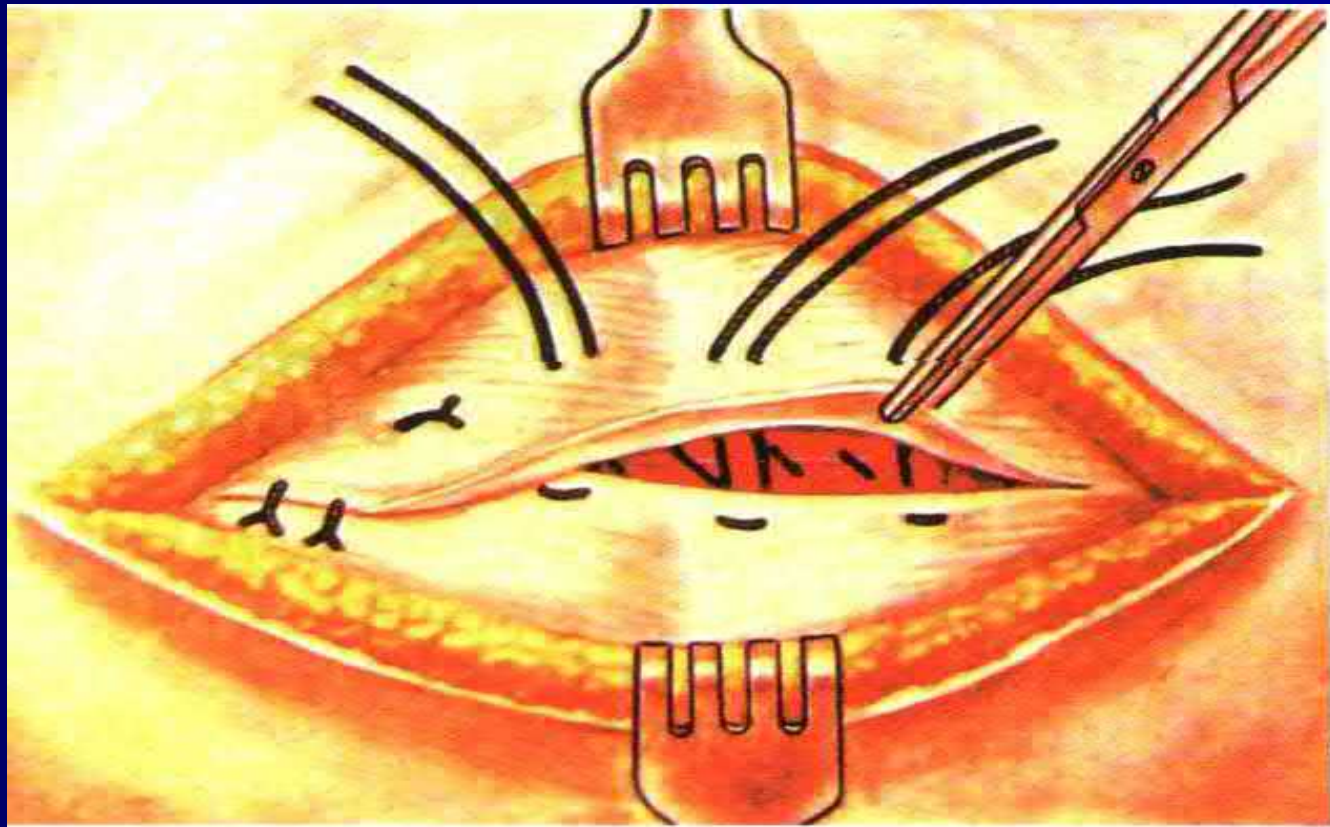
Клініка пупкової грижі

- Клінічна картина залежить від величини грижі. Хворі скаржаться на біль, який посилюється при фізичному навантаженні диспепсичні розлади, випинання в ділянці пупка.
- При об'єктивному обстеженні в ділянці пупка виявляється округле випинання - еластичної консистенції. Крізь шкіру добре пальпується гризовий вміст (петлі кишечника, сальник і т. ін.). Якщо вміст вправляється в черевну порожнину, то пальпується розширене пупкове кільце, яке має щільні непіддатливі краї.

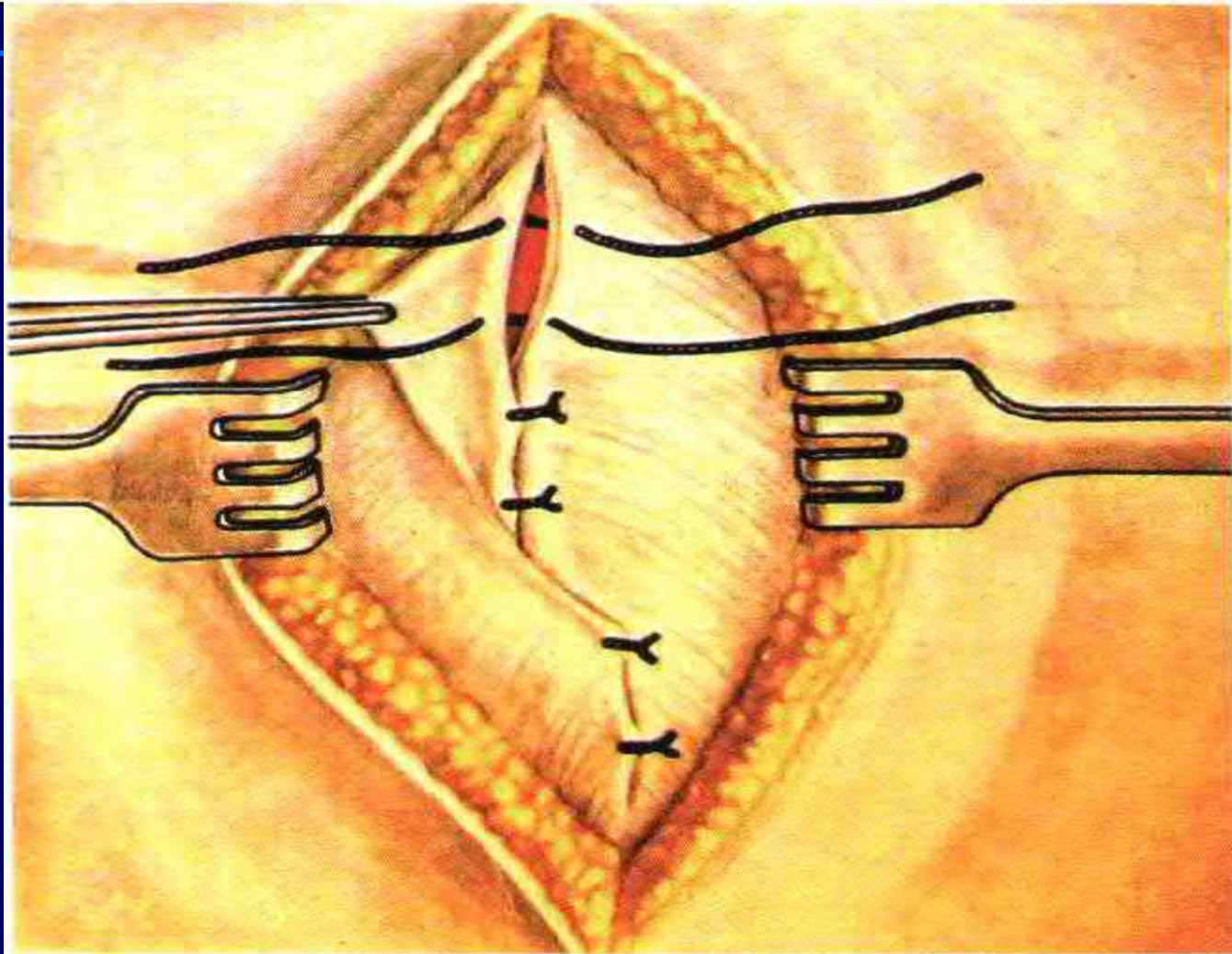
Лікування пупкових гриж

- *Лікування* - оперативне.
- **Спосіб Лексера**: *при невеликих* пупкових грижах грижові ворота закривають шляхом накладання кисетного шва, поверх якого утворюється дублікатура за рахунок накладання 4-5 вузлових швів на передню стінку піхв прямих м'язів живота. Здебільшого використовується в дітей
- **Спосіб Мейо** (Mayo) (1901) При пупкових грижах **великих розмірів** анатомічно більш обґрунтований поперечний розріз, який дає можливість накласти шви без особливого натягу і створити дублікатуру за допомогою верхнього і нижнього листків апоневрозу.
- **Спосіб Сапезко** (1900) При грижах **великих розмірів** розсікають грижові ворота вертикально, проводять пластику П-подібними швами шляхом утворення дублікатури за рахунок лівої і правої частин білої лінії живота.
- Частота рецидивів становить 15-20 % при невеликих грижах і 30-40% - при грижах великих розмірів.

Операція Мейо (Mayo) при пупковій грижі.



Операція Сапезько при пупковій грижі

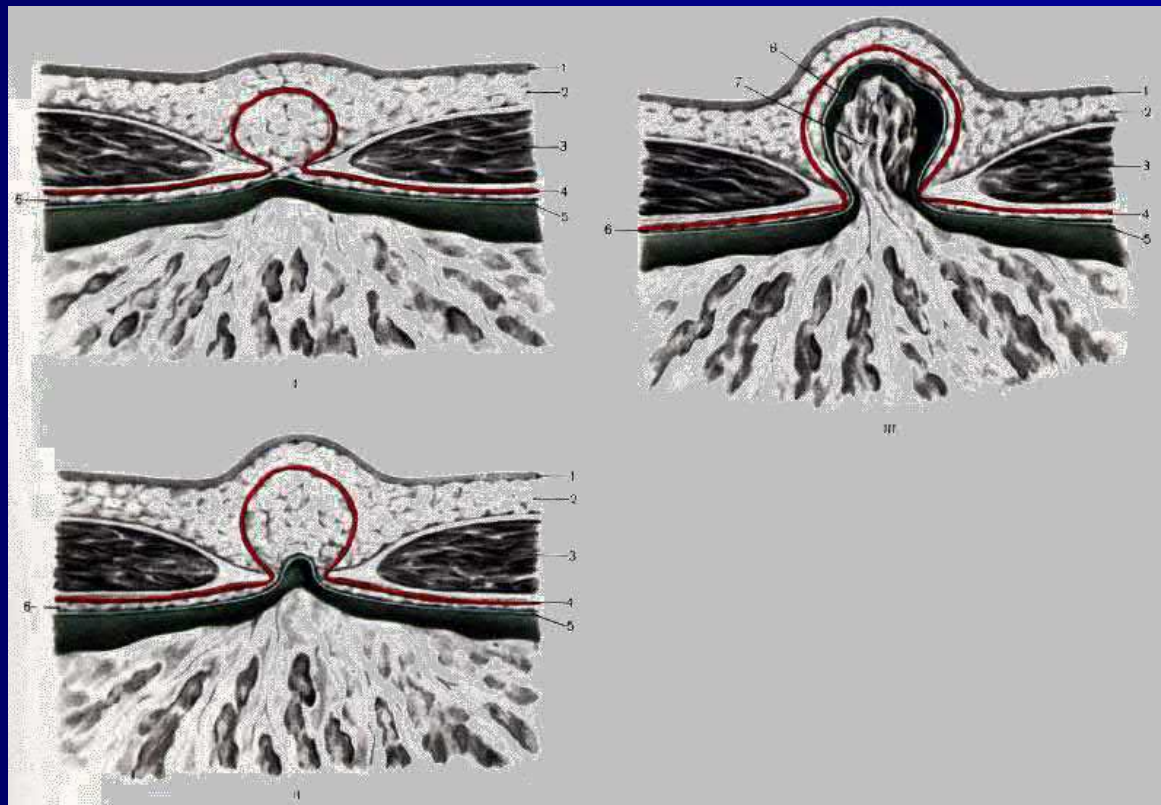


Грижі білої лінії живота

- Грижі білої лінії частіше виникають у чоловіків молодого віку в 5-6 разів частіше ніж у жінок і становлять 3,5 % від усіх зовнішніх гриж.
- Процес виникнення гриж відносно тривалий. Внаслідок розшарування волокон білої лінії утворюються щілини, через які виходить передочеревинний жир - передочеревинні ліпоми. З часом у дефект білої лінії втягується парієтальна очеревина передньої черевної стінки у вигляді конуса, формується гризовий мішок, який збільшується за рахунок випинання тих чи інших внутрішніх органів (круглої зв'язки печінки, сальника, кишечника, шлунка т. ін.).
- За локалізацією розрізняють:
- епігастральну (Hernia epigastrica);
- навколупупкову (Hernia paraumbilicalis)
- гіпогастральну (Hernia Hypogastrica)

Грижі білої лінії живота

Схема утворення гриж білої лінії живота



Клініка гриж білої лінії живота

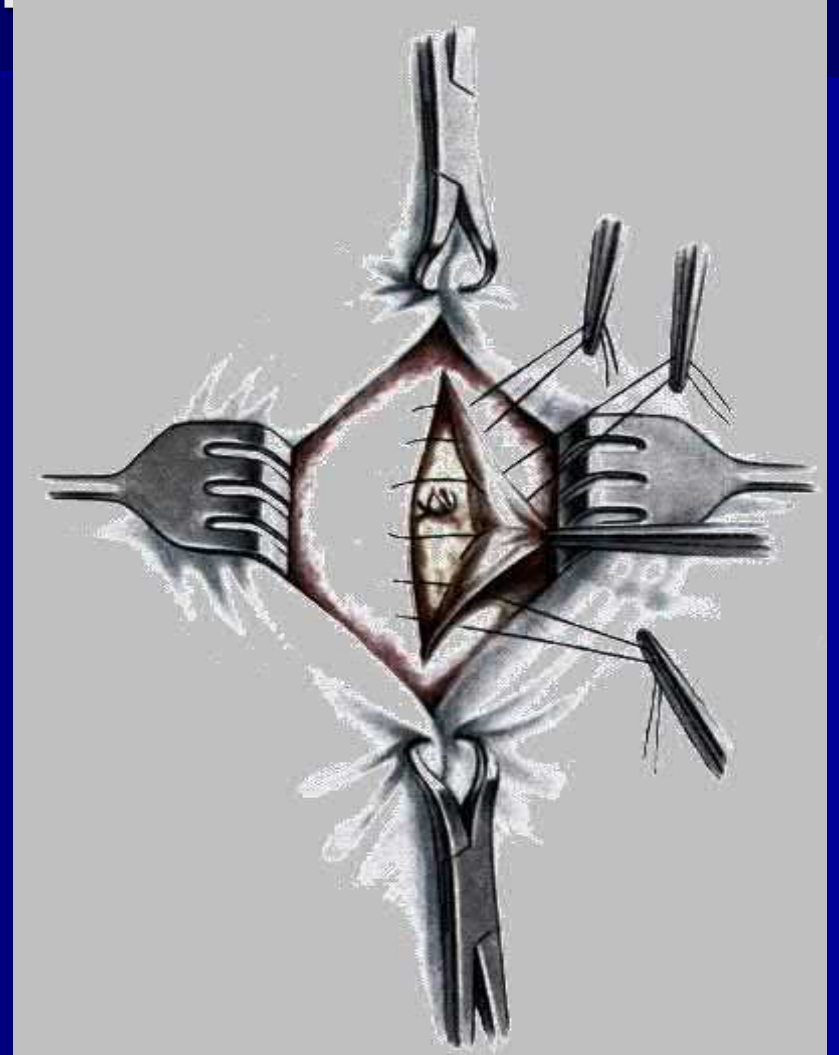
- Характеризується переважно двома симптомами:
 - біль;
 - грижове випинання.
-
- Залучення до грижового вмісту круглої зв'язки печінки, шлунка, петлі кишечника зумовлює подразнення сонячного сплетення, що може імітувати клінічну картину виразкової хвороби, холециститу та інших захворювань, через що необхідно проводити додаткові обстеження для виключення цієї патології.

Лікування - гриж білої лінії живота

- **Лікування - оперативне.**
- Показання:
 - біль,
 - неприємні відчуття,
 - періодичні защемлення (95 % гриж білої лінії живота защемлюються).
- Вибір методу оперативного оздоровлення хворих з грижами білої лінії живота залежить від величини грижі, віку та загального стану хворого. Найбільш часто використовуються способи Сапезко та Мейо.

Оперативне лікування гриж білої лінії живота

Спосіб Сапежко-Дьяконова



Післяопераційні грижі

■ **Причини виникнення:**

- перетин нервів при операціях на органах черевної порожнини,
- нагноєння рани,
- тампонада черевної порожнини після операцій перенесених раніше(підшкірна евентерація)

■ **Залежно від локалізації розрізняють**

- серединні,
- серединно-верхні,
- бічні нижні (правобічні та лівобічні),
- параректальні,
- підреберні,
- поперекові грижі.
- Слід пам'ятати, що вентральні грижі, зазвичай, великих розмірів, займають певну ділянку черевної стінки, виходять далеко за межі післяопераційного дефекту.

Гігантська післяопераційна вентральна грижа.



Клініка післяопераційних гриж

- Рубцеві випинання різних обрисів та розмірів.
- Больовий синдром виникає при фізичному навантаженні, після їжі. Хворого турбують метеоризм, диспепсичні розлади.
- Післяопераційні грижі частіше багатокамерні і майже завжди невправимі, нерідко защемлюються.

Лікування післяопераційних гриж

- *Лікування* - оперативне. Оперативний доступ повинен забезпечити повне виділення гризового мішка та країв гризового дефекту. Вибір виду пластики гризового дефекту залежить від величини дефекту, його конфігурації та стану морфофункціональної недостатності тканин передньої черевної стінки.
- Всі способи пластики гризових воріт поділяють на аутопластичні та алопластичні. Серед аутопластичних методів хірургічного лікування вентральних гриж найбільш ефективними виявилися способи фасціально-апоневротичної та м'язово-апоневротичної пластики за Сапезько, Мейо, Напалковим, Мартиновим та ін.

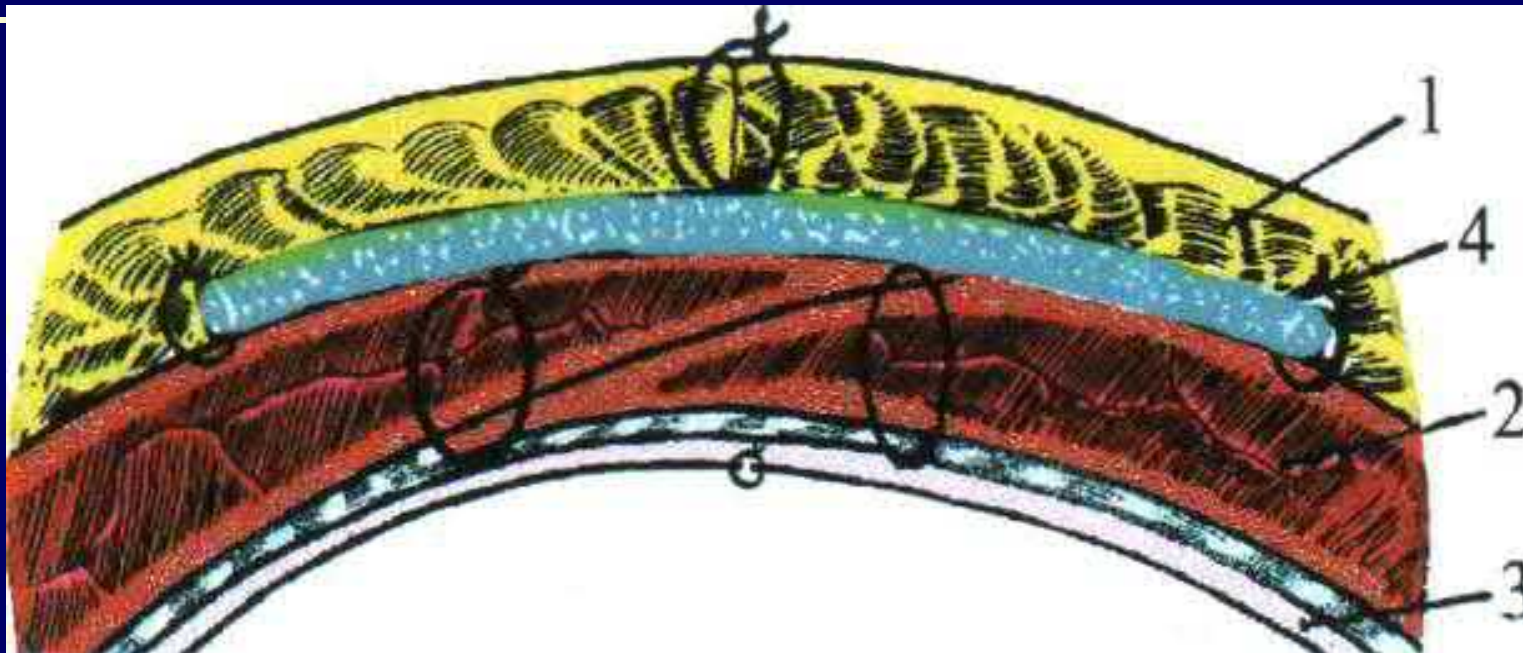
Лікування післяопераційних гриж

- При рецидивних вентральних грижах, грижах великих та гігантських розмірів, множинних грижових дефектах, атрофіях м'язово - апоневротичних шарів черевної стінки аутопластичні методи герніопластики недоцільні через їх низьку ефективність.
- Для підвищення надійності пластики грижових дефектів хірургами впроваджені додаткові пластичні матеріали. Найбільш повноцінним пластичним матеріалом є аутопластичні тканини – шкіра, широка фасція стегна,
- алогенні або ксеногенні біологічні тканини, зокрема консервована тверда оболонка головного мозку.
- Нова ера герніопластики пов'язана з впровадженням у пластичну хірургію алопластичних синтетичних матеріалів, яким властива висока міцність, еластичність, біологічна сумісність. У сучасній герніопластиці широко застосовують пролен, нейлон, перлон, марлекс, марсутурес, айвалон, тефлон, поліпропілен та інші синтетичні матеріали.

Лікування післяопераційних гриж

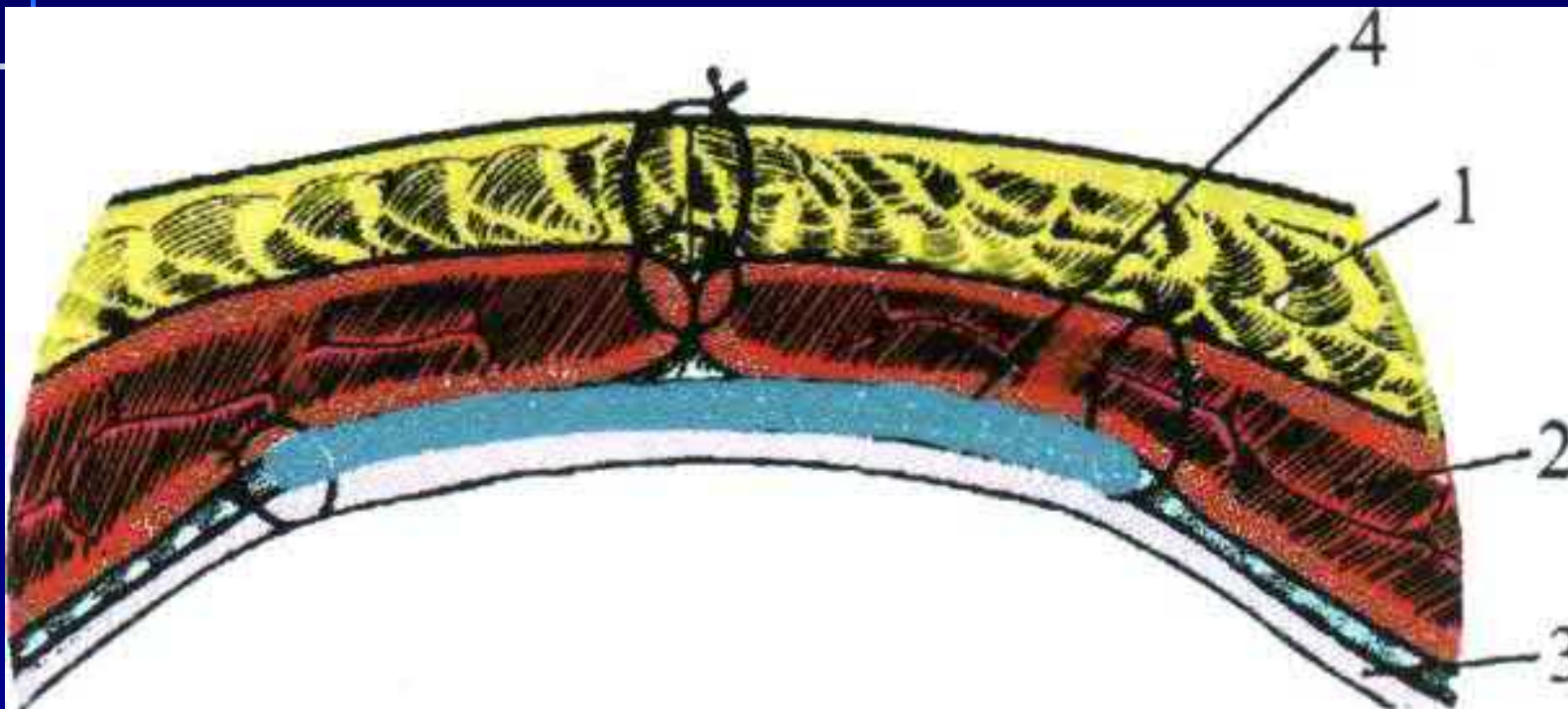
- Існують три основні способи використання синтетичних трансплантатів при герніопластичці вентральних гриж. •
- **Спосіб 1 ("Onlay - техніка")** - пластика післяопераційних вентральних гриж комбінованим способом з апоневротичним розміщенням протеза. Проленовий трансплантат розташовано над м'язово-апоневротичним шаром.
- **Спосіб 2 ("Inlay - техніка")** - пластика комбінованим способом з передочеревинним розміщенням протеза. Проленовий трансплантат розміщений під м'язово-апоневротичним шаром (над парієтальною очеревиною).
- **Спосіб 3 ("Sublay - техніка")** - пластика післяопераційних гриж із закриттям дефекту черевної стінки синтетичним трансплантатом.
- Проленовий трансплантат розміщений між шматками грижового мішка Спосіб використовується у випадках, коли грижові ворота великих розмірів і звести їх шовним матеріалом неможливо.

Алопластика черевної стінки. "OpLay - техніка" -



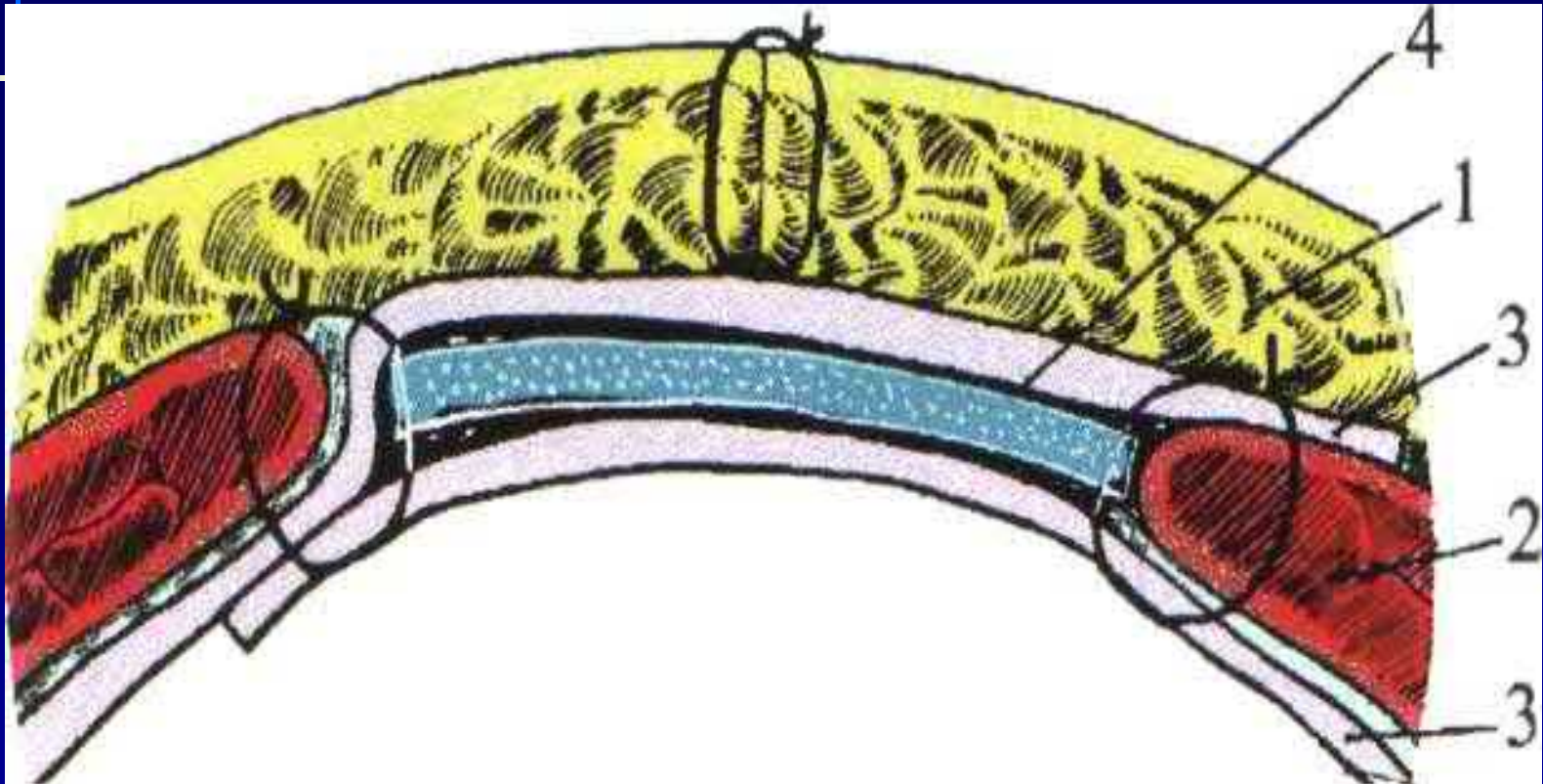
- 1 - шкіра та підшкірна клітковина; 2 - м'язово-апоневротичний шар; 3 - парієтальна очеревина; 4 -проленова сітка

Алопластика черевної стінки. "Іпіау - техніка"



- 1 - шкіра та підшкірна клітковина; 2 - м'язово-апоневротичний шар; 3 - парієтальна очеревина; 4 - проленова сітка.

Алопластика черевної стінки. "Sublay - техніка"



- 1 - шкіра та підшкірна клітковина; 2 - м'язово-апоневротичний шар;
3 - смужки гризового мішка; 4 - проленова сітка.

Рідкісні форми гриж

1. Поперекова.
2. Сіднична.
3. Затульна.
4. Спигелевої лінії.
5. Промежинна.

Ускладнення гриж

- В основі виникнення ускладнень має значення тривалість грижоносійства, величина грижового вип'ячування, локалізація гриж, вік хворого та наявність фонової патології.
- Найбільш часті ускладнення гриж:
- невправимість,
- защемлення,
- копростаз,
- запалення.

- **Невправимі грижі.** Одне з найбільш частих та відносно легких ускладнень грижоносійства. При невправимій грижі грижове утворення не повністю вправляється в черевну порожнину при пасивній (горизонтальне положення хворого) або активній (ручній) спробі вправлення грижового вмісту. Грижові ворота визначаються не повністю.

Невправимість здебільшого буває постійною за рахунок спайок між грижовим вмістом та її мішком. Зрідка невправимість грижі буває тимчасовою, причиною якої є копростаз у петлі кишечника, розміщеній у грижовому мішку. Симптом «кашльового поштовху» позитивний.

- Невправимість грижі вимагає активного оперативного оздоровлення для профілактики більш серйозних ускладнень грижоносійства

- **Защемлення.** – це раптове стиснення грижового вмісту в грижових воротах. Реєструється в 3-15 % випадків.

- Питома вага защемленої грижі різних локалізацій за Б.А. Петровим: пахвинні - 57,3 %, стегнові - 31,0 %, пупкові - 6,0 %, грижі білої лінії живота - 3,0 %, післяопераційні - 2,3 %, інші локалізації - 0,5%.

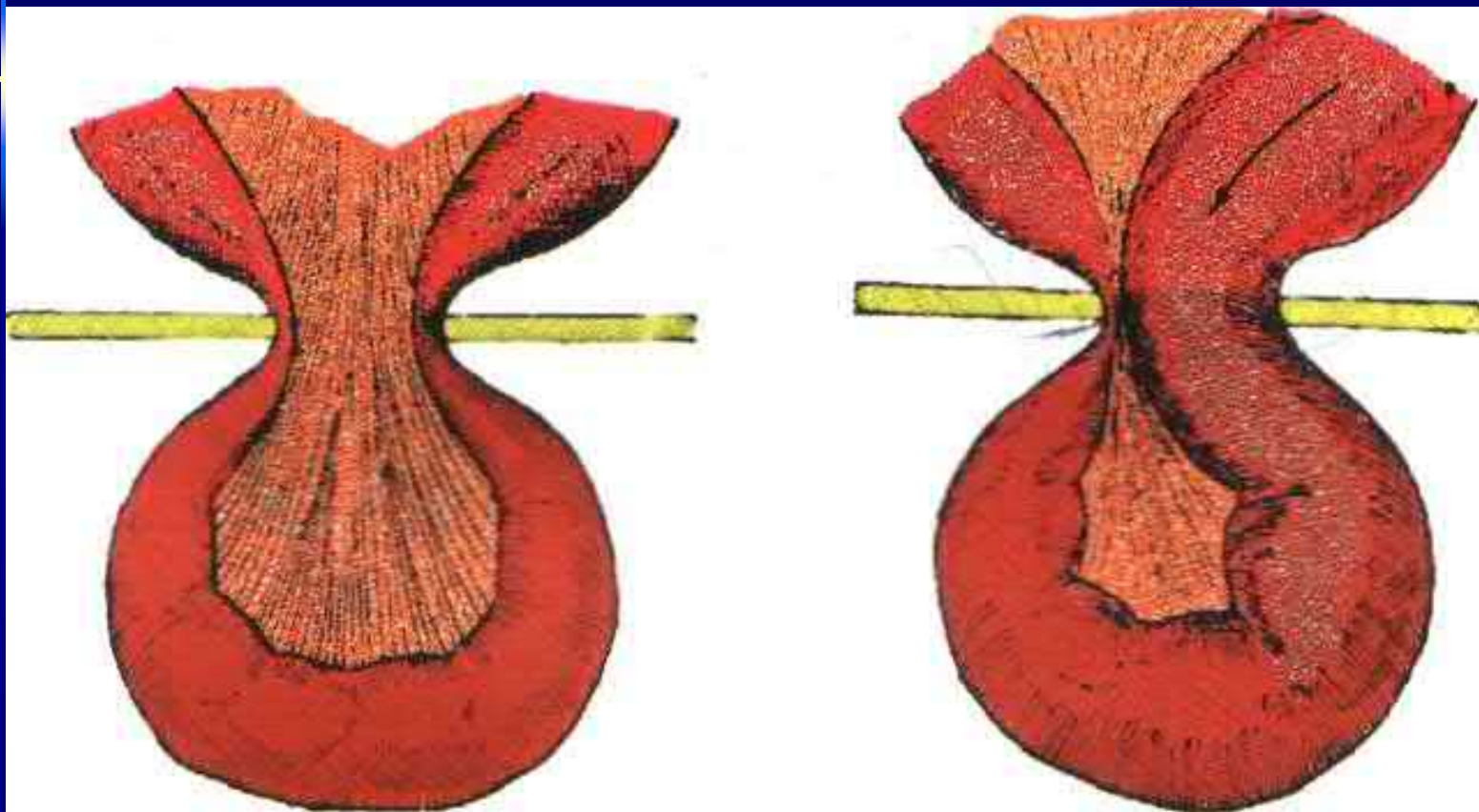
- **За механізмом розрізняють такі види защемлення:**

- еластичне защемлення;

- калове защемлення;

- Змішане.

Різновиди защемлення



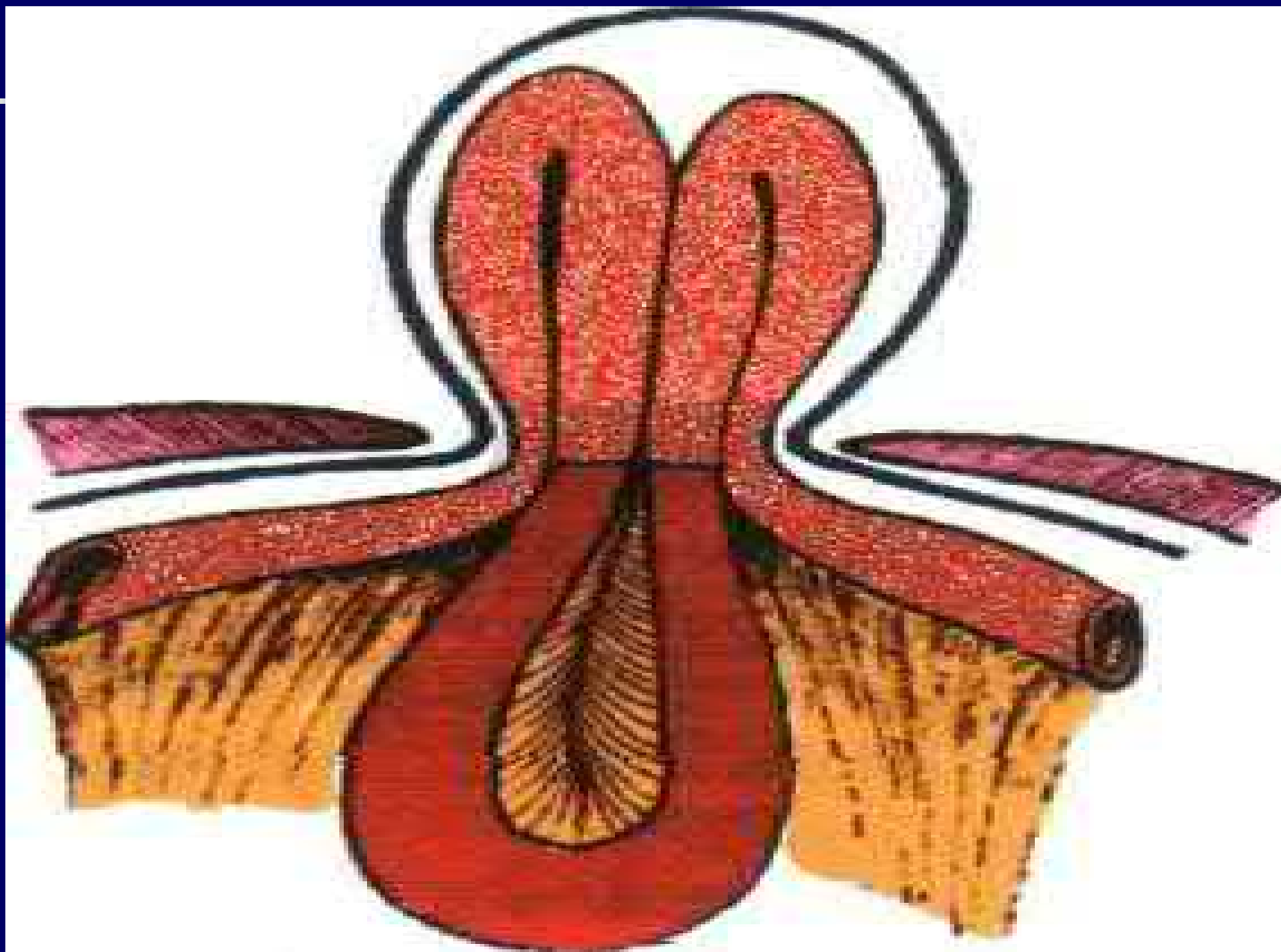
■ 1 - еластичне;

2 - какалове.

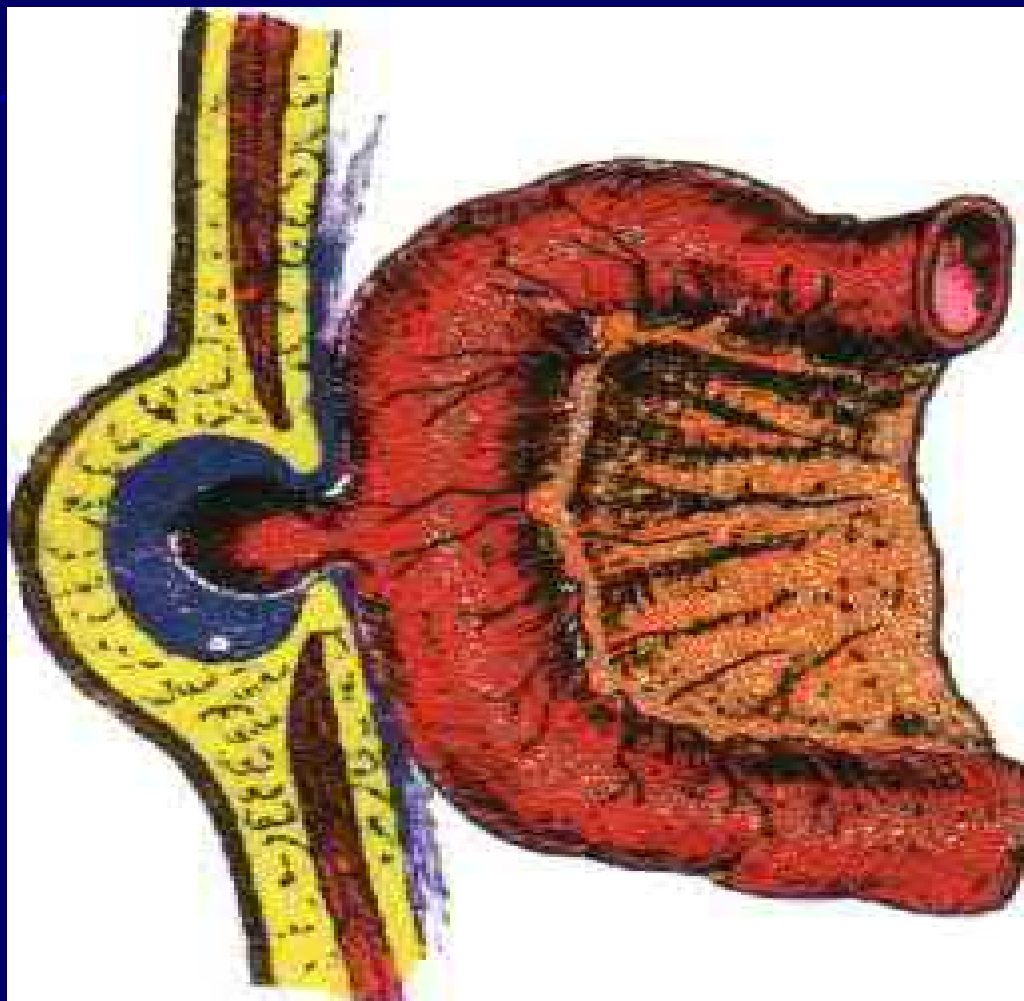
Особливі види защемлення

- Ретроградне защемлення (грижа Майдля;
- Пристінкове защемлення (грижа Ріхтера);
- Грижа Літтре (защемлення дивертикула Меккеля)

Ретроградне защемлення



Пристінкове защемлення



Клінічна картина защемленої грижі

- Для защемлення характерно:
- різкий біль,
- невправимість грижі, яка раніше вправлялася,
- напруження грижового випинання,
- Відсутність передачі "грижового поштовху",
- блювота,
- метеоризм (виражений слабо при защемленні тонкої кишки),
- асиметрія живота,
- затримка випорожнення і відходження газів,
- . *Клінічна* картина защемлення тонкої або товстої кишок нагадує странгуляційну кишкову непрохідність
- Пристінкове защемлення частіше спостерігається без ознак кишкової непрохідності

Диференційна діагностика

■ Диференційна діагностика

проводиться із:

- странгуляційною кишковою непрохідністю;
- панкреонекрозом;
- лімфаденітом;
- орхітом і орхоепідидимітом;
- нирковою колькою.

Лікування

- Лікування тільки оперативне.,

Завдання оперативного втручання:

- ліквідація защемлення;
- ревізія защемленого органа і проведення на ньому відповідного втручання;
- закриття гризових воріт.

Етапи операції при защемленій грижі

- Розтин покривів над грижею.
- Виділення і розкриття грижового мішка, видалення грижової води.
- Фіксація защемлених органів у рані
- Розсічення защемленого кільця (ліквідація защемлення).
- Ревізія защемлених органів, визначення їх життєздатності, видалення не життєздатних ділянок. Границі резекції: 35-40 см привідна петля кишки и 15-20 відвідна.
- Видалення грижового мішка.
- Пластика грижових воріт.
- Пошарове ушивання рани

Визначення життєздатності защемленої кишкової петлі

Ознака	Життєздатна кишка	Нежиттєздатна кишка
1. Колір кишки	Темно-червоний, синюватий	Чорно-зелений
2. Вид вісцеральної очеревини	Гладка, під серозною оболонкою поодинокі крововиливи	Без блиску, матова, значні крововиливи під серозною оболонкою
3. Стан брижі	Набрякла, з пульсацією судин	Тромбоз судин, набряк, відсутність пульсації
4. Реакція кишки на подразнення теплим фізрозчином	Колір стає червоним, з'являється перистальтика.	Колір не змінюється, перистальтики немає

- У післяопераційному періоді необхідно призначити:
- засоби, що покращують гемодинаміку та дихання;
- анальгетики;
- місцево гіпотермію;
- дезінтоксикаційну терапію - 1,5-2 л сольових розчинів (Рінгера - Локка, "Лактасоль", "Сорбілакт" і т. ін.), 1 л 10 % розчину глюкози, 8-12 Од. інсуліну, 250 мл плазми, (сумарно до 3,5-4 л рідини за добу);
- для ліквідації парезу кишечника - 40-50 мл 10 % розчину натрію хлориду внутрішньовенно, 1 мл 1 % розчину прозерину (за відсутності протипоказань з боку серцево-судинної системи),
- діадинамічні струми Бернара, теплі сифонні клізми , поперекову блокаду;
- антибіотикотерапію
- при небезпеці розвитку або розвиненому перитоніті;хворих переводять на парентеральне харчування протягом 1 -2 діб.
- Ліжковий режим - 2-3 доби після операції..
- Шви за неускладненого перебігу знімають на 8-9 добу.
- Хворих виписують під спостереження лікаря поліклініки на

- У випадку спонтанного вправлення защемленої грижі (на будь-якому етапі медичної допомоги, в т. ч. на операційному столі під час наркозу) операція не проводиться, але за хворим ведеться ретельне спостереження (1-2 доби). З появою ознак подразнення очеревини, інтоксикації, підвищення температури тіла проводиться термінова лапаротомія, ревізія черевної порожнини, а за необхідності - резекція защемленого органа.

- **Також до ускладнень гриж необхідно віднести :**

- **Копростаз** (каловий застій) виникає у людей літнього віку із зайвою масою тіла, схильних до запорів.

- **Запалення грижі** – може бути серозним, фібринозним, гнійним, гнилісним.

- а) яке походить з боку шкіри;

- б) яке походить з боку черевної порожнини;

- в) гематогенне, лімфогенне.

- Флегмона грижі** - з наявністю гнійного ексудату в порожнині мішка відмічається при защемленні петлі кишки

- **Пошкодження грижі.**

■ Копростаз.

■ НЕОБХІДНІ ПЕРЕДУМОВИ ВИНИКНЕННЯ КОПРОСТАЗУ

1. Наявність невправимої грижі.
2. Наявність товстої кишки в грижі.
3. В'яла перистальтика кишечника.
4. Часті закрепи

■ **Клініка**

- Об'єм грижового випинання поступово збільшується при порівняно незначному больовому синдромі. Спочатку в грижовому мішку пальпуються грудочки щільних калових мас. У запущених випадках приєднується загальне нездужання, інтоксикація, відригування, нудота, блювота, посилюється біль.
- Клінічна картина схожа на клініку obturacіyноy кишковоy непрохiдностi, вiдрiзнити яку вiд защемленоy грижi буває тяжко. Якщо консервативні заходи (2-3 год) виявляються неефективними (паранефральна новокаїнова блокада, олійні, гіпертонічні клізми), тоді показано оперативне лікування

Диференційна діагностика копростазу та калового защемлення

Копростаз

1. Виникає **повільно**.
2. Пухлина невправима, збільшується поступово, **неболюча**.
3. Кашльовий потовх ***визначається***.
4. Закриття кишечника ***неповне***.
5. Блювота ***нечаста***.
6. Загальний стан злегка порушений

Калове защемлення

1. Виникає **раптово**.
2. Пухлина невправима, збільшується поступово, ***різко болюча***.
3. Кашльовий потовх ***не визначається***.
4. Закриття кишечника ***повне***.
5. Блювання ***часте, багаторазове***.
6. Загальний стан тяжкий нерідко колаптоїдний

Лікування

1. Введення спазмолітиків.
2. Вправлення грижі.
3. Очисна клізма.

■ Запалення

Причини запалення

1. Проникнення інфекції:
 - а) з боку шкіри;
 - б) з боку черевної порожнини.
 - в) гематогенне, лімфогенне

Патолого-анатомічні форми запалення грижі

1. Серозне.
2. Серозно-фібринозне.
3. Гнійне.
4. Гнилісне.
5. Анаеробне.

■ Клініка запалення

- При пальпації грижове випинання болюче, пастозне чи набрякле, шкіра над ним гіперемована, відмічається місцева і загальна гіпертерія, регіонарний лімфаденіт.

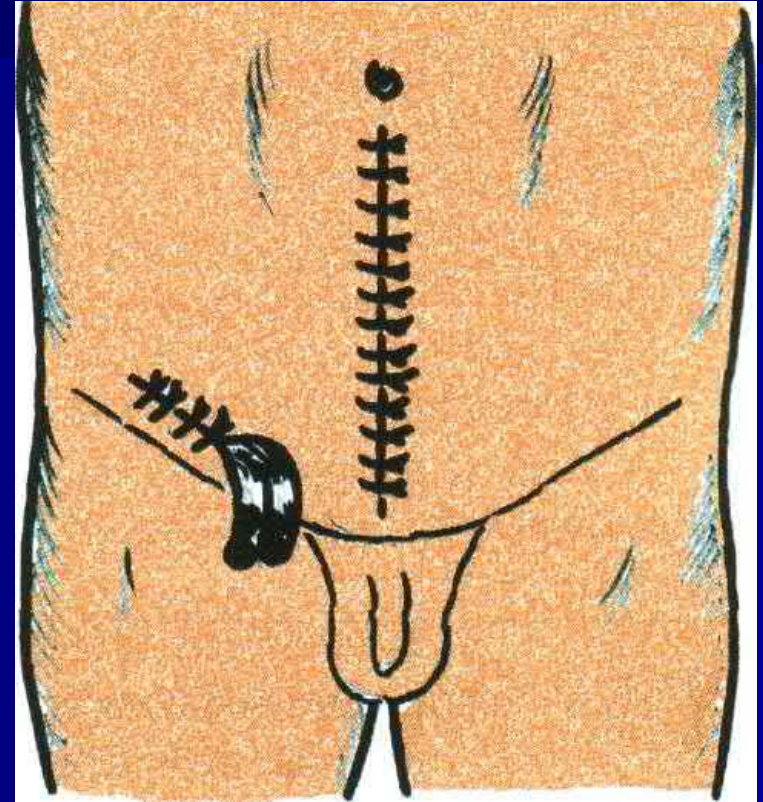
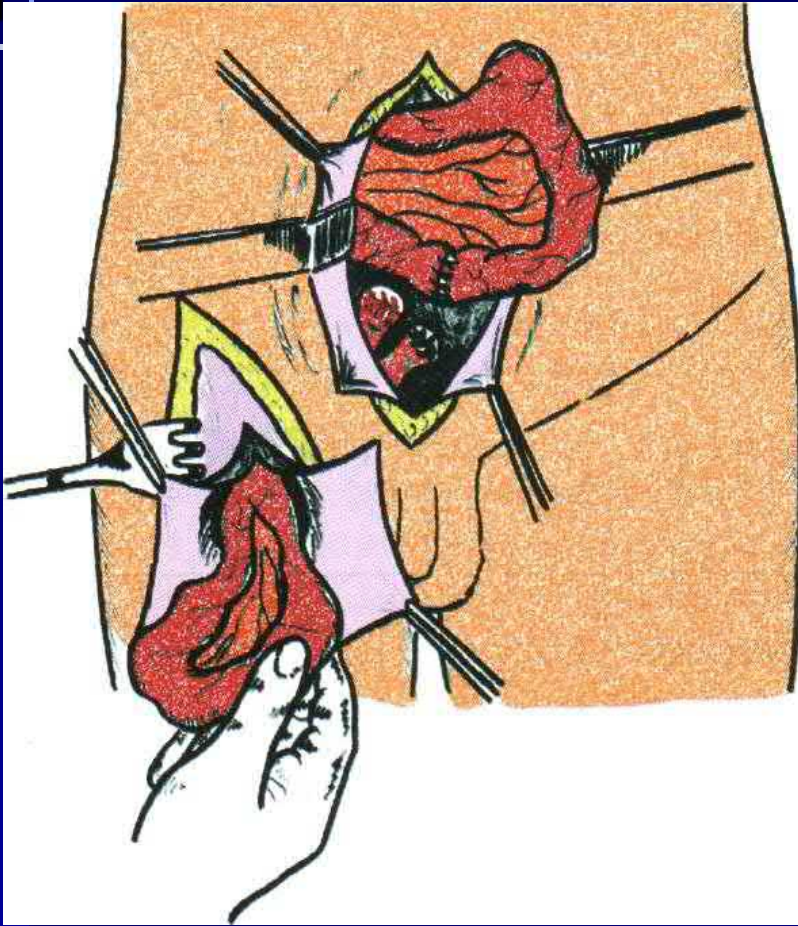
- Флегмона грижі з наявністю гнійного ексудату в порожнині мішка відмічається при защемленні петлі кишки

Зовнішній вигляд флегмони грижового мішка
(защемлена вентральна грижа тижневої давності).



- При флегмоні грижового мішка операція починається із серединної лапаротомії. Кишку пересікають у зазначених вище межах. Між привідним і відвідним відрізками накладають анастомоз, а кінці петлі після її резекції зашивають наглухо. Черевну порожнину закривають, і подальші маніпуляції проводять на грижовому мішку. Пластику грижових воріт у цих випадках не виконують. Рану дрениують. Якщо стан хворого не дозволяє виконати таку операцію, то необхідно обмежитися розтином флегмонозно змінених тканин і створенням кишкового свища в рані з резекцією або без резекції некротизованої петлі кишки

Операція Замтера при флегмоні гризового мішка з некрозом защемленої петлі



Профілактика гриж

1. Ранній профілактичний огляд маленьких дітей з метою виявлення дефектів черевної стінки, та лікування.
2. Масове заохочення дітей та підлітків до фізкультури та спорту.
3. Механізація тяжких видів робіт в промисловості та сільському господарстві.
4. Поступове входження в працю підлітків.
5. Диспансеризація та застосування ранніх операцій з приводу початкових гриж.
6. Економне відношення до тканин під час операції.

■ ***ДЯКУЮ ЗА УВАГУ***