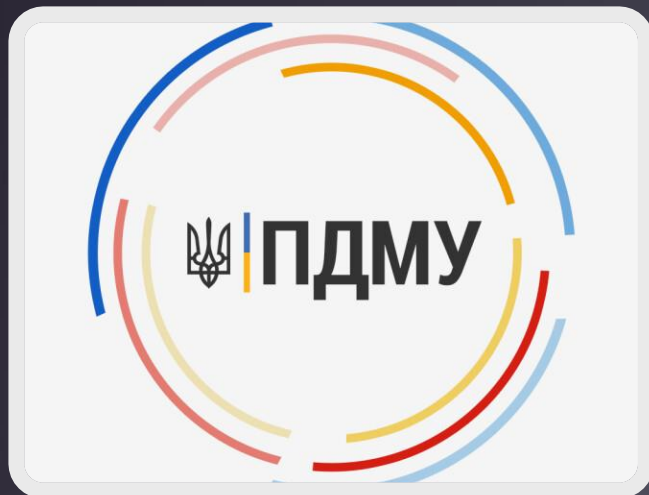




Полтавський державний медичний університет

Кафедра хірургії № 1

Лекція для лікарів-інтернів з фаху «Хірургія»

Тема: Грижі передньої черевної стінки, ускладнення, лікування

Полтава 2023



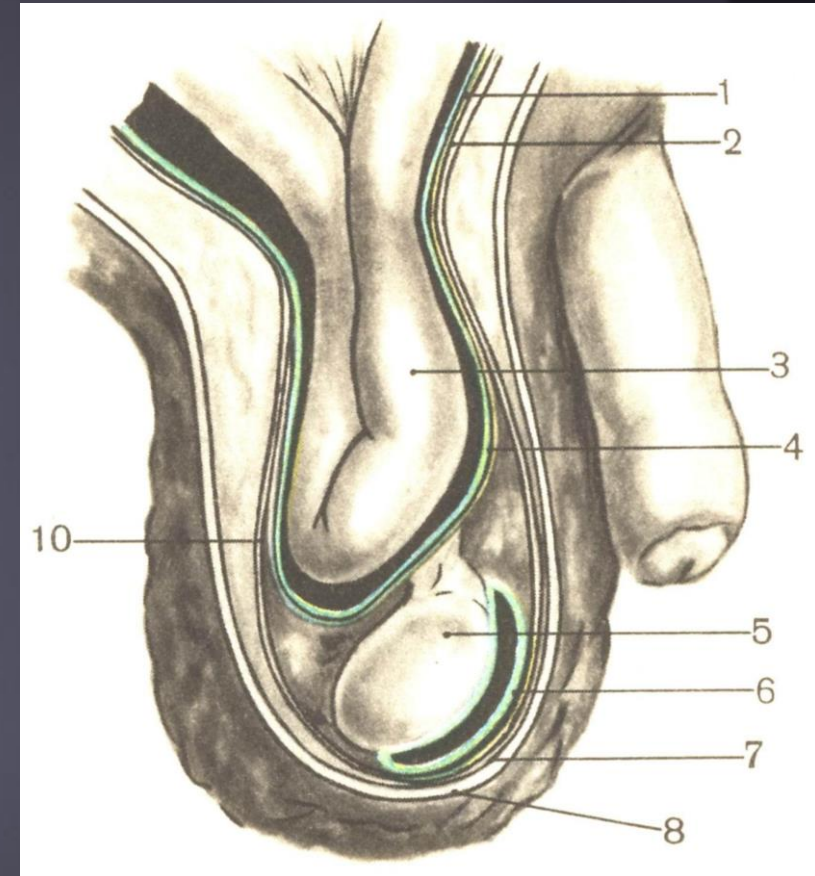
Грижа це виходження нутрощів з будь-якої порожнини через фізіологічні або патологічні отвори чи щілини під шкіру, в кармани, щілини та сусідні порожнини.

Переміщені нутрощі покриті оболонкою, яка вистилає порожнину: для черевної порожнини це буде очеревина, для грудної плевра, для черепної – тверда мозкова оболонка. Найчастіше на практиці зустрічаються грижі живота, котрі поділяються на зовнішні та внутрішні. Зовнішня грижа живота – хірургічне захворювання, коли через різні отвори у м'язево-апоневротичному прошарку черевної стінки та тазового дна відбувається вихід нутрощів, що покриті пристінковим листком очеревини, під шкіру. Внутрішня грижа живота – це випинання органів черевної порожнини в різні кишені черева та отвори у діафрагмі.

Елементи грижі

1. Гризові ворота - отвори в м'язево-апоневротичному прошарку черевне стінки. Можуть бути природженими і набутими.
2. Гризовий міхур - частина пристінкової очеревини, що вийшла через гризові ворота. Складається з шийки, дна та тіла.
3. Гризовий вміст - органи черевної порожнини, які вийшли через гризові ворота (петлі тонкої та товстої кишок, чепець, придатки матки, шлунок т.д.)
4. Гризові оболонки - шари черевної стінки (шкіра, підшкірна клітковина, фасція)

1. Очеревина.
2. Поперечна фасція.
3. Гризовий вміст
4. Гризовий мішок
5. Яєчко
6. Піхвова оболонка яєчка.
7. Тверда оболонка.
8. Шкіра
9. Внутрішня сім"яна фасція.



Грижі живота поділяються на зовнішні та внутрішні. Зовнішня черевна грижа /*hernia abdominalis externa*/ представляє виходження нутрощів із черевної порожнини через фізіологічні або патологічні отвори та щілини під шкіру черевної стінки, покритих очеревиною. Внутрішня грижа /*hernia abdominalis interna*/ це зміщення органів черевної порожнини в кишені та дивертикули очеревини, а також в отвори та щілини діафрагми. Термін грижа походить від латинського слова / *hira* /, що означає кишка. Вмістом грижового мішка може бути не тільки кишечник, а й інші внутрішні органи черевної порожнини та чепець. Складовими частини грижі є – грижові ворота, грижовий мішок, вміст грижі та грижові оболонки. Грижові ворота – це отвори, щілини у м'язово-апоневротичному шарі черевної стінки, через які під дією різних причин, що підвищують черевний тиск відбувається випинання пристінкової очеревини і вихід нутрощів за межі черевної порожнини. Форма грижових воріт може бути круглою, овальною, щілиноподібною, трикутною. Розмір їх залежить від величини грижі і може досягати десятків сантиметрів. Грижовий мішок – це частина пристінкової очеревини, що вийшла через грижові ворота, де знаходяться нутрощі. У грижовому мішку виділяють гирло, шийку, тіло і дно

Анатомо-фізіологічні особливості будови та функції черевної стінки. Черевна стінка утворена декількома шарами анатомічних тканин - шкіра, підшкірна клітковина, фасції, апоневрози, м'язи, очеревина. В різних ділянках черевної стінки знаходяться природжені або набуті отвори та щілини і слабкі місця, де відсутній м'язовий шар. Через природжені отвори та щілини проходять судини, нерви, сім'яний канатик, кругла зв'язка матки, пуповина, стравохід та інші анатомічні структури. Це т. зв. слабкі місця, через які при певних умовах можуть випинатися та виходити із черевної порожнини, органи, що в ній знаходяться. Слабкими ділянками є зони пахового та стегнового каналів, пупочне кільце, спігелієва лінія, діафрагма, ромб Лесгафта, трикутник Петіта, сідничний отвір, затульний отвір, біла лінія живота.

Ці слабкі місця при підвищенні внутрішньочеревного тиску можуть слугувати появі гриж. Міцність черевної стінки зменшається під час вагітності, при схудненні, а також у людей похилого віку, що є додатковою причиною для появи гриж. Черевна стінка не тільки вміщає черевні органи та захищає їх, а ще й бере участь в диханні, кровообігу та роботі кишечника.



Етіологія

Причини, які сприяють утворенню гриж черевної стінки різноманітні. Вони поділяються на **місцеві** та **загальні**. До місцевих відносяться слабкі ділянки черевної стінки, де через неї проходять судини, нерви, сім'яний канатик, кругла зв'язка матки, стравохід. Велике значення має зниження тонуусу черевної стінки при вагітності, у похилому віці, після травматичних пошкоджень, а також зміни в шарах черевної стінки, що настають після операційних втручань /атрофія, атонія, рубцеві зміни/. Загальні причини прийнято ділити на сприятливі та спричиняючі. До сприятливих причин відносяться : вік, стать, природжена генетична слабкість тканин, схуднення, несприятливі умови праці. В зрілому віці грижі трапляються частіше ніж у похилому. Чоловіки хворіють частіше паховими грижами, а жінки - стегновими та пупочними. Анамнестичні дані свідчать про спадковість захворювання, у деяких сім'ях хворіє ряд поколінь, як по чоловічих так і по жіночих лініях. Схуднення веде до зниження еластичності та міцності тканин, що також може сприяти виникненню гриж. Не абияке значення мають умови праці. Грижі набагато частіше трапляються у людей робота яких пов'язана з важкими фізичними навантаженнями. До спричиняючих причин відноситься різке підвищення внутрішньочеревного тиску, яке може бути викликане: 1/ фізичними навантаженнями 2/тяжкими родами, 3/постійним, надсадним кашлем при захворюванні легень /коклюш, бронхіальна астма/, 4/ хронічними закрепамі, 5/ затрудненням сечовипускання при фімозі.

Грижі живота класифікуються за походженням, локалізацією, анатомічними ділянками, ступенем розвитку, клінічними ознаками.

За походженням грижі поділяються на

- природжені
- набуті.

Причиною, що призводить до утворення природженої грижі є порушення анатомічної будови черевної стінки, які виникають в ембріональному періоді плода /не облітерація очеревинного паростка, аномалія розвитку черевної стінки в ділянці пупка/. Набуті грижі виникають протягом життя.

Крім гриж які виникають внаслідок наявності слабких місць виділяють грижі

- травматичні
- післяопераційні.

За локалізацією грижі діляться на

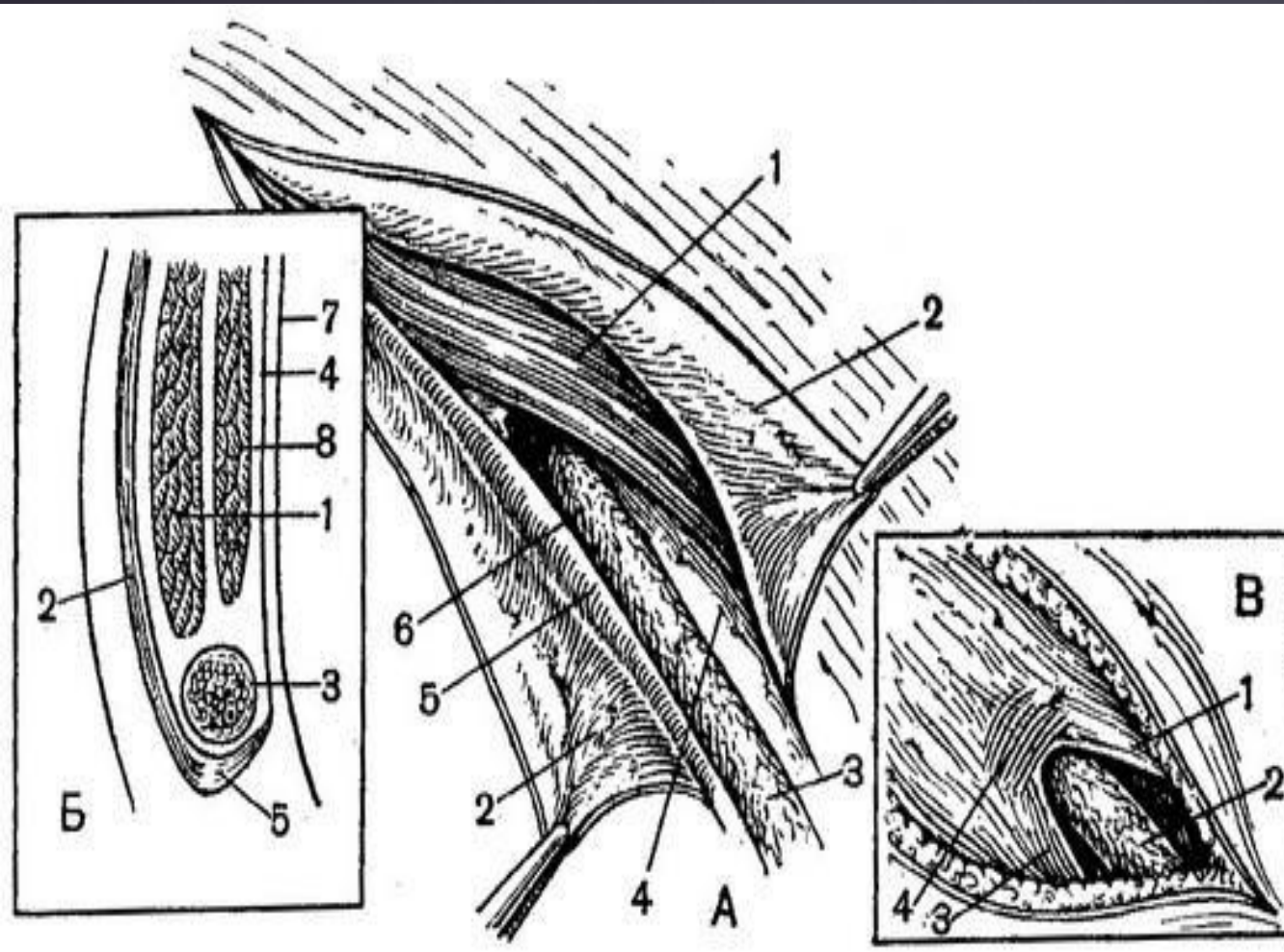
- зовнішні
- внутрішні.

Зовнішні грижі виходять під шари черевної стінки, а внутрішні знаходяться в черевній порожнині або виходять в грудну порожнину.

За анатомічними ділянками виділяють грижі

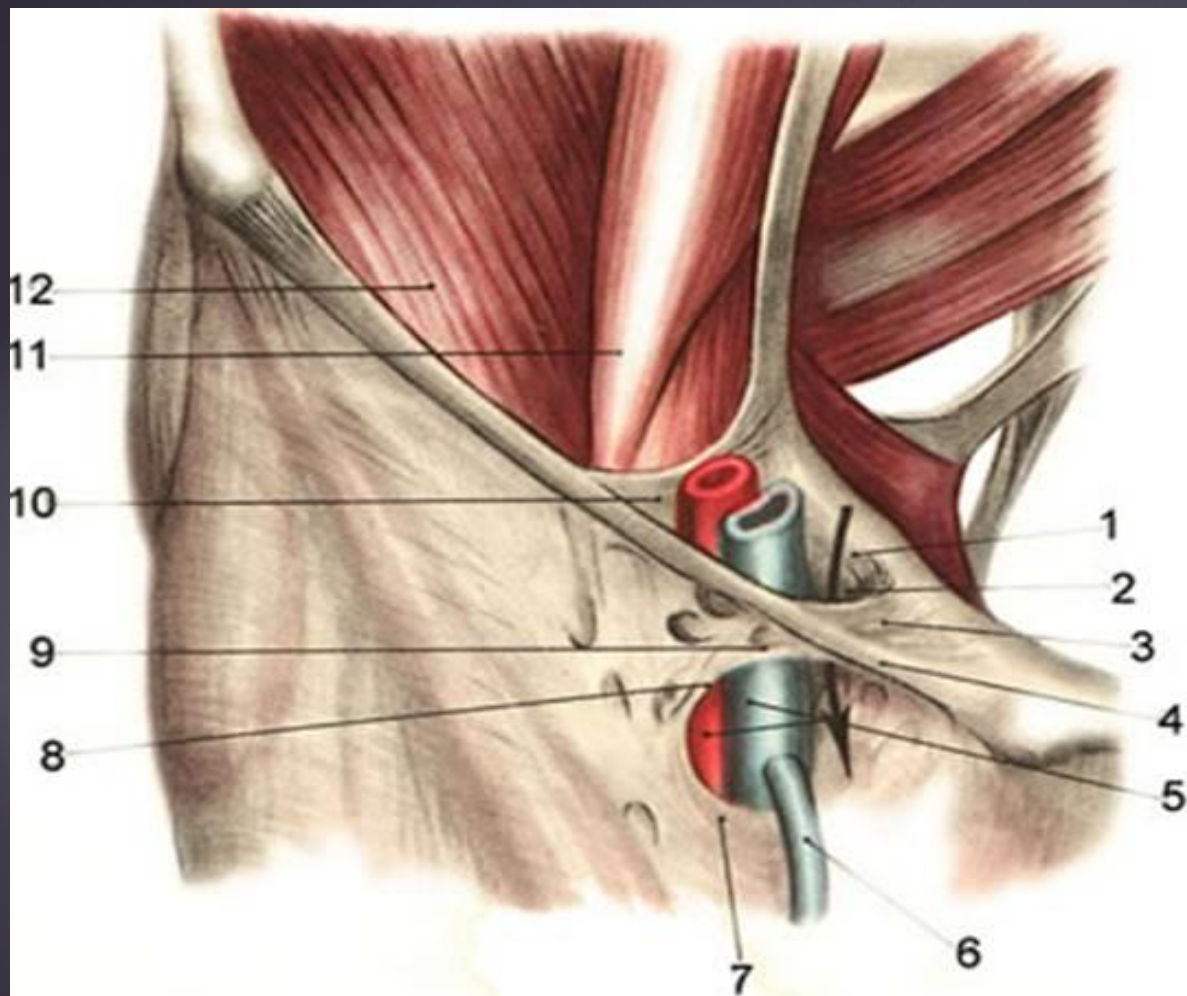
- пахвинні;
- стегнові;
- пупочні;
- білої лінії живота;
- грижі спільгової лінії;
- поперекові /трикутника Пті та щілини Грюнвальда-Лесгафта/;
- сідничні;
- промежинні;
- затупні;
- вентральні /післяопераційні/;
- діафрагмальні.

Анатомія пахового каналу



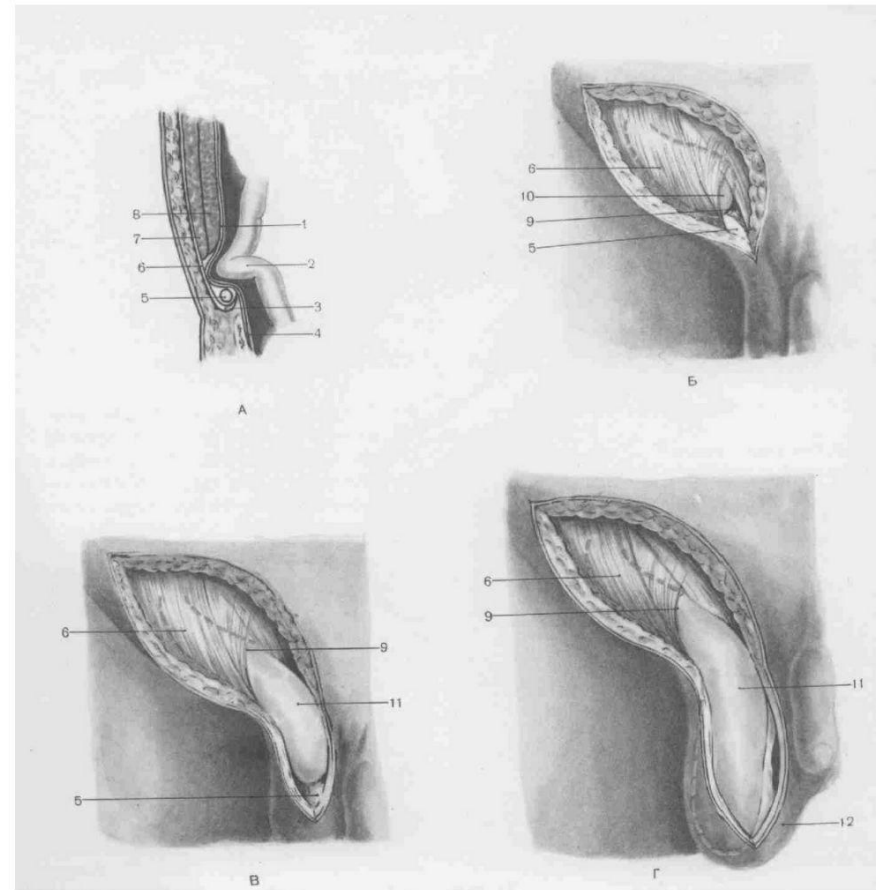
А - розсічена передня стінка каналу; Б - поперечний переріз пахового каналу; 1 - m. obliquus internus abdominis; 2 - m. obliquus abdominis externus; 3 - funiculus spermaticus; 4 - f. transversa; 5 - lig. inguinale; 6 - anulus inguinalis profundus; 7 - peritoneum; 8 - m. transversus abdominis. В - зовнішній отвір пахового каналу: 1 - crus mediale; 2 - funiculus spermaticus; 3 - crus laterale; 4 - fibrae intercruralis.

Стегновый канал



1 — Подзводно-лонная
связка; 2 — anulus
femoralis; 3 — lig. lacunare;
4 — lig. inguinale; 5 — a. et
v. femoralis; 6 — v. saphena
magna; 7 — cornu inferius;
8 — margo falciformis; 9 —
cornu superius; 10 — arcus
ileopectineus; 11 — m.
psoas major; 12 — m.
iliacus.

За ступенем розвитку /за співвідношенням вмісту грижі відносно гризових воріт, та каналу через який проходять грижі/.
О.П.Кримов виділяє початкові, каналні та повні



Мал.5 Види пахвинних гриж за О.П.Кримовим
А. Початкова; Б. Канальна; В. Повна; Г. Пахвинно-калиткова.

Клініка

Клінічна картина при неускладнених грижах досить типова. Першою ознакою грижі є поява незначного болю в животі або в ділянці черевної стінки, де формується грижа. Біль може віддавати в епігастральну ділянку, сім'яні канатики, статеві губи, стегно, промежину. Із розвитком грижі біль посилюється і зміщується у ділянку локалізації грижі. Значно збільшується біль при фізичному навантаженні, напруженні живота, кашлі та переході з горизонтального положення у вертикальне.

Важливою ознакою грижі є поява випинання в тій або іншій ділянці черевної стінки, на яке звертає увагу сам хворий. При грижах рано проявляються різні диспептичні розлади : печія, нудота, інколи блювання. Вони пов'язані з натягуванням чепця та брижі кишки, що знаходиться в грижовому мішку і носить рефлексійний характер. При великих та ковзних грижах можуть виникати дизуричні розлади та порушення функції кишечника.

Основними об'єктивними признаками зовнішньої грижі є :

1/ випинання в ділянці живота, де знаходиться грижа. Розміри випинання залежать від виду грижі, давності захворювання та ступеня її розвитку.

2/ випинання при надуванні живота та кашлі збільшується, стає напруженим. При переході хворого із вертикального положення у горизонтальне випинання зменшуються, а при тиску на нього легко вправляється в черевну порожнину. У залежності від вмісту грижового мішка висліди пальпації, перкусії та аускультації будуть різними. При наявності в грижовому мішку кишки, поверхня випинання гладенька, а консистенція м'яка, може бути видно перистальтику кишки, чути кишкові шуми. При перкусії в таких випадках буде тимпаніт. Присутність у грижовому мішку чепця виявляється не чітким ущільненням.

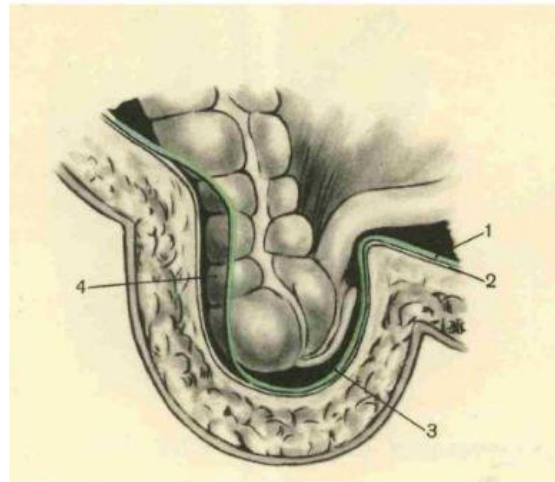


3/ Наявність дефекту в черевній стінці, тобто гризових воріт, в ділянці де розташована грижа після її вправлення в черевну порожнину. Гризові ворота можуть бути різних розмірів і форми. У одних хворих вони пропускають тільки кінчик пальця, а в інших через них проходить кисть. Гризові ворота можуть бути круглими, овальними, щілиноподібними.

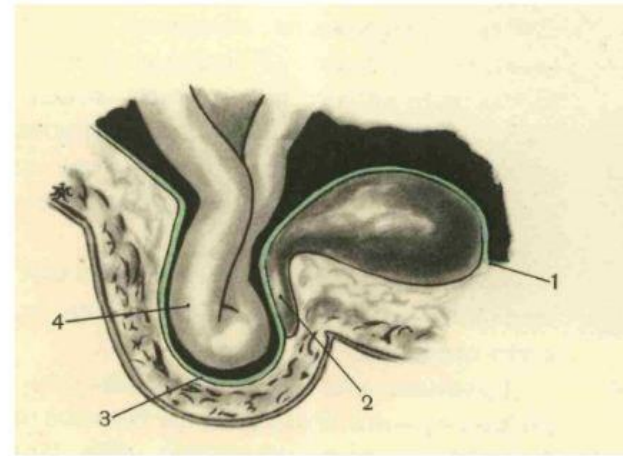
4/ Наявність симптому "кашльового поштовху", який виявляється передачею кашльових поштовхів на введений кінчик пальця в гризові ворота або покладену на гризове випинання руку. Позитивний симптом "кашльового поштовху" свідчить про вільне сполучення черевної порожнини з порожниною гризового мішка. Він стає негативним при защемленні грижі.

Заслуговує на увагу клініка ковзних гриж при яких відзначається масивність та тістуватість грижі, ентероптоз і реакція органа втягненого у грижовий мішок / дизурічні розлади, порушення функцій кишок/. Запідозрити наявність ковзної грижі можливо по значному розширенню пахового каналу, великих розмірах грижі та консистенції грижового вмісту, в неповній вправності грижового вмісту, наявності дизурічних розладів, симптому дворазового сечовипускання і порушенні функції кишечника.

А.



Б.



А. Ковзна грижа сліпої кишки:

1. Очеревина; 2. Поперечна фасція; 3. Грижовий мішок; 4. Стінка сліпої кишки

Б. Ковзна грижа сечового міхура:

1. Очеревина; 2. Сечовий міхур; 3. Грижовий мішок; 4. Тонка кишка



Анатомічною особливістю ковзних гриж є те, що гризовий мішок при збільшенні гризового випинання втягує в гризові ворота органи, тісно пов'язані з очеревиною. Покриваюча орган вісцеральна очеревина при цьому стає частиною гризового мішка. Без знання цих анатомічних, особливостей ковзних гриж існує реальна загроза інтраопераційного пошкодження стінки кишки або сечового міхура, про що варто завжди пам'ятати. За літературними джерелами при ковзній грижі пошкодження органів досягає 26,4%, а летальність – від 1% до 8,3%. Причиною смерті найчастіше буває післяопераційний перитоніт. Клінічний перебіг при грижах залежить від величини та виду грижі, віку та статі хворого, вправимості чи невправимості грижі, наявності ускладнень і інших факторів.

Діагностика гриж

- Біль в характерній ділянці
- Наявність випинання в ній
- Анамнезу захворювання /випинання з'явилося після фізичного навантаження, яке супроводжувалося підвищенням внутрішньочеревного тиску
- Даних об'єктивного обстеження /зміна розмірів випинання після напруження черевної стінки, кашлі, часткове або повне вправлення його в черевну порожнину, знаходження гризових воріт, позитивний симптом "кашльового поштовху"/
- Лабораторних досліджень
- Додаткових методів обстеження /УЗД, рентгенологічні та інші/.



Крім суб'єктивних та об'єктивних даних в клінічній практиці для підтвердження діагнозу використовують УЗД, рентгенологічні методи, герніографію, колоноскопію, цистографію, ірігоскопію та ірігографію. Ці сучасні методи допомагають визначити вміст грижі і встановити з діагноз при наявності сумнівів. Сьогодні намітилося розширення позицій ультразвукового дослідження у діагностиці гриж, яке стає обов'язковим у діагностичній програмі хворих у перед - і післяопераційному періодах. УЗД дозволяє діагностувати початкові форми грижі, ідентифікувати вміст грижі / особливо при неправимих і гігантських грижах/ і прогнозувати вид ковзної грижі. Клінічна цінність УЗД полягає у високій чутливості та специфічності цього методу при проведенні диференційної діагностики грижі з іншими патологічними утвореннями, а також оцінити анатомічну ситуацію у конкретного хворого та обґрунтувати показання до того чи іншого методу герніопластики. Обов'язковим при обстеженні хворих є ректальне дослідження у чоловіків /для виключення захворювань передміхурової залози/ і вагінальне обстеження у жінок /для виключення патології органів малого тазу/. При підозрі на ковзну грижу, коли на перший план виступають дизурічні розлади або порушення функції кишечника хворим слід виконувати цистоскопію, цистографію, ректороманоскопію, ірігоскопію та ірігографію. При виникненні підозри про залучення у процес сечоводу або нирки, виконують інфузійну урографію.

Диференційна діагностика

Диференційну діагностику черевних гриж необхідно проводити з:

пухлиноподібними випинаннями іншого походження, які можуть бути розташовані в ділянках, де переважно виникають грижі. Найчастіше, це доброякісні пухлини, збільшені лімфатичні вузли, метастази злоякісних пухлин, туберкульозні напливи, водянка сім'яного канатика та інші подібні захворювання. Для цих захворювань не характерні: 1/ зміна величини та консистенції випинання при напрузі живота та підвищенні внутрічеревного тиску, 2/ знаходження отвору /грижові ворота/ у черевній стінці на місці розташування випинання, 3/ позитивний симптом "кашльового поштовху". При необхідності проводяться додаткові методи обстеження хворого, які допомагають верифікувати діагноз.

Лікування

Вилікувати хворого з грижею можна лише операційним втручанням

Облітерація гризового мішка, введенням в нього хімічних речовин, які викликають хронічне запалення очеревини мішка і його облітерацію мають лише історичне зацікавлення

Застосування бандажу є не ефективним і навіть шкідливим

Власне сама наявність зовнішньої черевної грижі є показанням до оперативного втручання, при умові відсутності протипоказів

До протипоказів відносять:

- Нестабільна стенокардія і свіжий (до 6 міс.) інфаркт міокарда
- Серцево-легенева недостатність II-III ст.
- Артеріальна гіпертензія III ст.
- Цукровий діабет, що не піддається корекції
- Цироз печінки в стадії декомпенсації

Операція грижосічення (герніотомія) при неускладненій грижі несе в собі в значній мірі більш профілактичний характер запобіганню виникнення ускладнень

Підготовка

Передопераційна підготовка в хірургічному відділенні проводиться лише при великих грижах. Воно спрямовано на зменшення розміру грижового випинання поступовим, дозованим вправленням вмісту грижі у черевну порожнину і накладанням тісної пов'язки на грижу протягом 7-10 днів, а іноді і більше. Таке приготування при великих грижах викликана тим, що внутрішні органи, які знаходяться у грижовому мішку, втрачають "права громадянства" в черевній порожнині, остання зменшується в обсязі і коли вправити вміст грижі в черевну порожнину під час операції без приготування можуть виникнути такі ускладнення, як порушення кровообігу, дихання, стиснення печінки, що значно ускладнюють післяопераційний період.

Знеболення

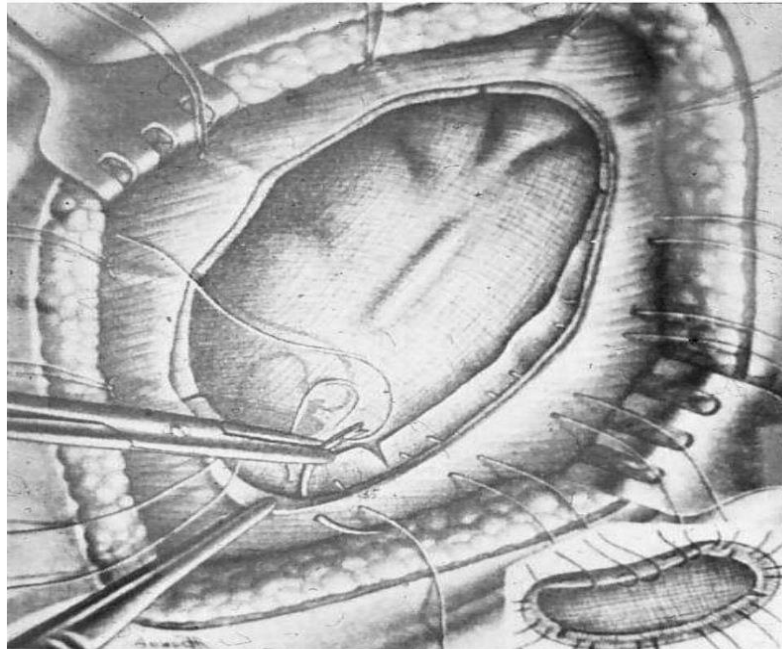
Операція ліквідації грижі з послідуною пластикою може бути виконана як під місцевою анестезією, так і загальним знеболюванням. Вибір методу знеболювання залежить від віку хворого, загального стану його здоров'я, виду грижі і інших чинників. Перевага надається загальному ендотрахеальному наркозу

Етапи

Оперативне втручання складається із двох етапів.

I. На першому етапі проводиться ліквідація грижі. Вибір розтину залежить від локалізації грижі. Розтинається шкіра, підшкірна клітковина, фасції, апоневрози, грижові ворота. Після цього виділяється та розрізається грижовий мішок. Грижовий вміст вправляється в черевну порожнину. Коли грижа невправна, то проводиться мобілізація грижового вмісту від стінки грижового мішка, або роз'єднується петлі кишок при їх злуках. Після вправлення грижового вмісту грижовий мішок прошивається шовковою ниткою в ділянці його шийки, перев'язується і відсікається, а куксу грижового мішка опускаю в передочеревинну клітковину. На цьому перший етап закінчується.

II. На другому етапі виконується пластика гризових воріт та укріплення „слабкого місця” черевної стінки. Пластика „слабкого місця” може бути проведена місцевими тканинами, автотрансплантатами /широка фасція стегна, велика підшкірна вена стегна/, гомотрансплантатами /тверда мозкова оболонка/ або алотрансплантатами /поліпропіленова сітка



Мал.7 Алопластика вентральної грижі.



Вибір методу пластики залежить від стану тканин черевної стінки. Приоритетним для пластики є використання оточуючих грижу шарів черевної стінки. При їх слабкості, розтягненості, або атрофії використовують авто- або гетеротрансплантати. Останнім часом широке розповсюдження набули методи укріплення слабких місць черевної стінки без натягу тканин, які з'єднуються (багатошарова пластика Шолдайсом) та пластика синтетичними сітками, які не викликають реакції з боку тканин хворого (спосіб Ліхтенштейна).

Натяг тканин в зоні герніопластики є головним фактором виникнення рецидивів грижі. В зоні натягу внаслідок атрофії тканин, зокрема м'язових, виникає їх слабкість, що призводить до рецидиву грижі. Останнім часом пластика без натягу тканин витісняє традиційні способи герніопластики при всіх видах гриж.

Пластики передньої стінки пахового каналу

спосіб Мартинова

спосіб Жирара

спосіб Спасокукоцького

спосіб Кімбаровського

Пластика задньої стінки пахового каналу

спосіб Бассіні

спосіб Кукуджанова

При використанні сітки для герніопластики, необхідно керуватися наступними принципами:

- 1/ вибирати сітку, а не пластику,
- 2/ використовувати переважно м'яку сітку, особливо коли ложе для сітки розташоване глибоко,
- 3/ при викроюванні сітки прагнути щоб протез покривав дефект з надлишком,
- 4/ встановлювати сітку найкраще під піхву прямих м'язів живота, ніколи не слід імплантувати її в черевну порожнину,
- 5/ фіксувати протез необхідно лише після перевірки його точного розташування, найкраще накладанням рідких швів,
- 6/ не слід використовувати сітку при наявності місцевої інфекції (виконувати операцію можна не раніше 6 місяців після її ліквідації),
- 7/ при виникненні нагноєння якомога раніше і ретельніше слід зробити санацію рани не поспішаючи видаляти сітку, якщо створені добрі умови для ефективного дреноування рани,
- 8/ застосовувати антибактеріальну профілактику перед операцією і в післяопераційному періоді,
- 9/ здійснювати необхідні заходи щодо профілактики тромбозів і емболій.



Усі сучасні алопластичні матеріали /атріум, марлекс, пролен, трилекс/ відповідають критеріям біологічної сумісності. Найбільш універсальними вважаються поліпропіленова і поліестеронова сітки, через які вільно проникають клітини сполучної тканини, що створює добрі умови для створення основи для фібробластів і їх проростання в тканини з низьким ризиком утворення сером. Крім того, пропіленова сітка найміцніша; при її використанні частота ускладнень і реакція тканин на її присутність мінімальна. При застосуванні сіток після загоєння рани утворюються слабкі місця, особливо в зоні прошивання лігатурами, у зв'язку з тим краї сітки необхідно розташовувати далеко за межами дефекту, що створює додаткову міцність на розрив. Найбільш надійна фіксація сітки у передочеревинному просторі, на 4-5 см латеральніше дефекту при наявності післяопераційної грижі черевної стінки, і на 3 см при паховій та стегновій грижах.



Основний принцип виконання операцій з використанням алопластичних матеріалів - обережна десекція і фіксація сітки без натягу та пошкодження тканин і самої сітки.

Сьогодні найширше широко застосовують три сітчасті трансплантати: поліестер /дакрон/, поліпропілен /пролен/, марлекс і політетрафторпропілен.

Період зростання тканин при герніопластиці синтетичними матеріалами становить в середньому 1 рік. Загоєння рани у 80% пацієнтів відбувається протягом перших 6 місяців.

При підозрі або виявленні ковзної грижі рекомендують герніопластику без розкриття і видалення гризового мішка, який, інвагінується у бік черевної порожнини і над ним безприривним швом з'єднується листки поперечної фасції, операція завершується одним із видів пластики. Збереження цілості гризового мішка цілком виключає небезпеку пошкодження порожнистих органів /сечового міхура, сліпої кишки, сигмоподібної кишки/ і значно спрощує та скорочує операцію



Новим етапом розвитку сучасної герніології стало широке впровадження у клінічну практику лапароскопічної герніопластики при операційному лікуванні пахових та стегнових гриж. Після ліквідації грижі вхід до пахового та стегового каналів закриваються поліпропіленовою сіткою.

Етапи лапароскопічної герніотомії при паховій грижі:

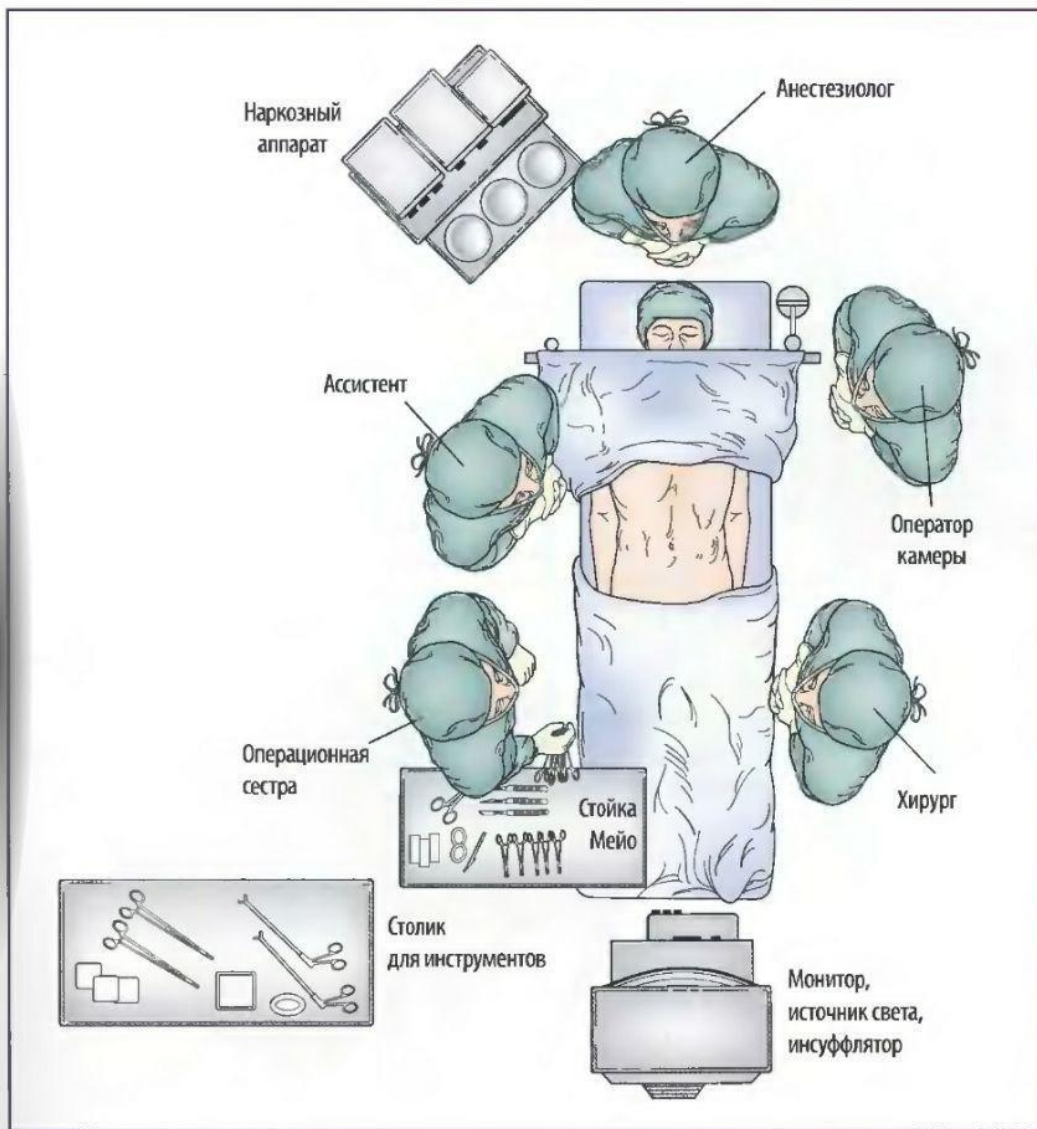


Рис. 3–6. Обстановка операционной для проведения левосторонней лапароскопической герниорафии. Перед операцией однократно вводят антибиотик. Общая анестезия предпочтительнее, так как позволяет создать комфортные условия во время пневмоперитонеума, хотя можно использовать спинальную анестезию вместе с подъемником для передней брюшной стенки (*Laprplift; Origin Med-systems, Menlo Parc, CA*). Устанавливают мочевой катетер и желудочный зонд. Оператор камеры и хирург стоят со стороны грыжи, а ассистент (его присутствие необязательно) — на противоположной. Камерой также может управлять ассистент. Выбор стороны зависит от персональных предпочтений, однако при двусторонних грыжах необходимости в обмене местами при пластике с другой стороны не возникает. Требуется только один видеомонитор, который устанавливают у ножного конца стола.

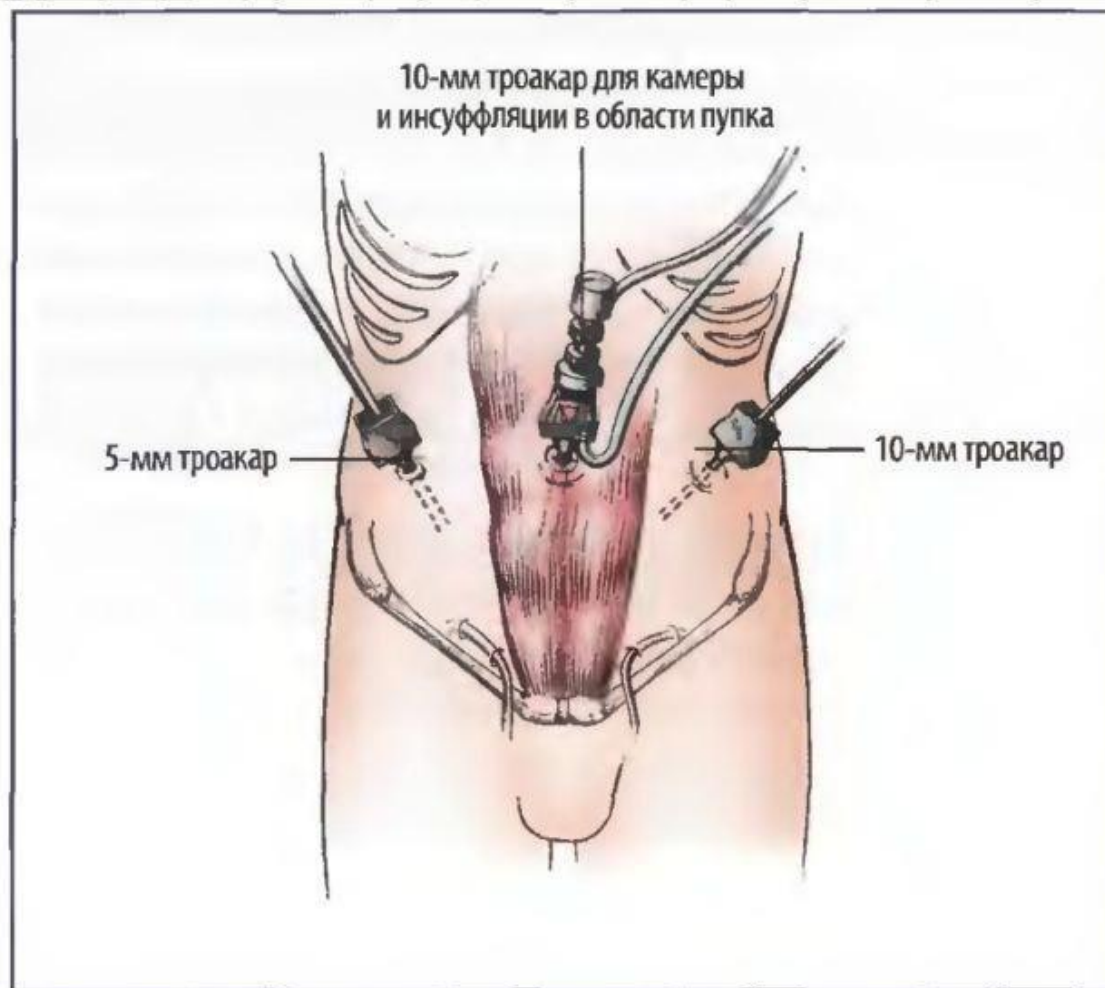


Рис. 3–7. Установка троакаров для лапароскопической паховой герниорафии слева. Обычно используют три троакара. Камеру вводят через 10-миллиметровый пупочный порт. На стороне грыжи на уровне пупка устанавливают 12-миллиметровый троакар, на противоположной стороне — 5-миллиметровый троакар, оба латеральнее прямой мышцы живота. Следует избегать повреждения нижних эпигастральных сосудов. При двусторонней герниорафии вместо комбинации 5/12-миллиметровых троакаров используют комбинацию 12/12-миллиметровых.

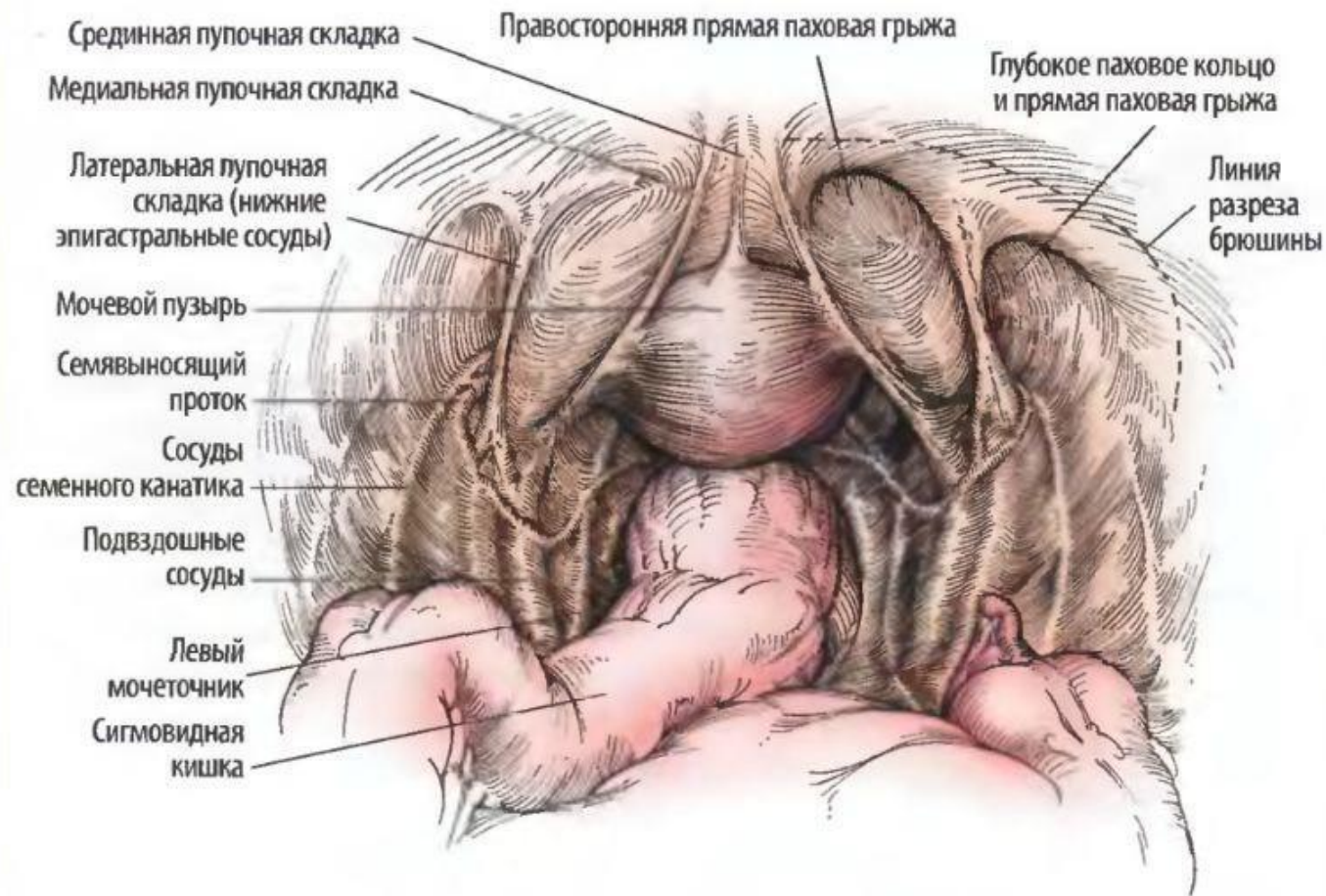


Рис. 3–8. Вид при лапароскопии сразу после введения камеры. Необходимо идентифицировать следующие структуры: срединную и медиальные пупочные складки, мочевой пузырь, латеральную пупочную складку (над эпигастральными сосудами), семявыносящие протоки, сосуды семенного канатика, подвздошные сосуды, прямую и непрямую паховые грыжи. Пунктирной линией обозначен планируемый разрез брюшины.

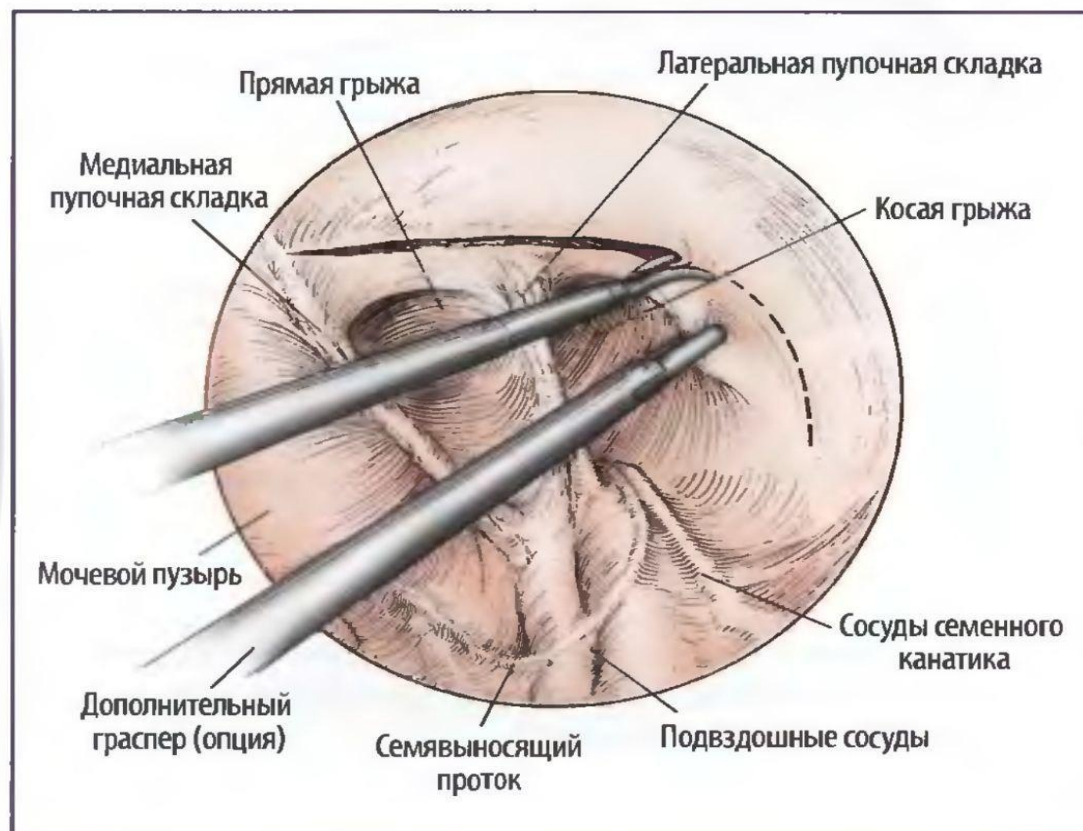


Рис. 3–9. Разрез брюшины. Разрез начинают от медиальной пупочной складки, но не медиальнее, и проводят в латеральном направлении через латеральную пупочную складку по дуге поперечной мышцы живота по направлению к передней верхней подвздошной ости.

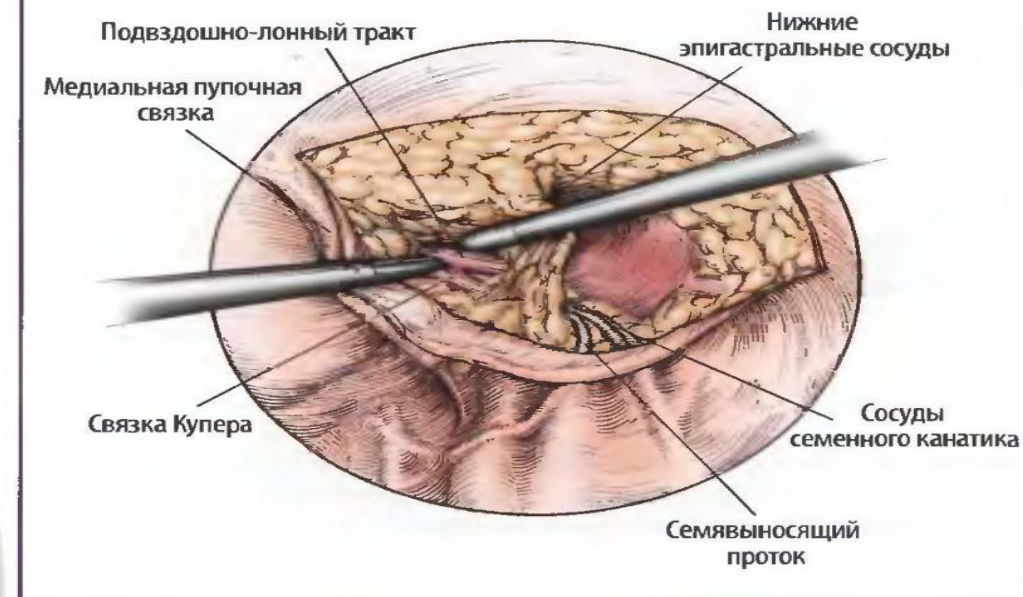


Рис. 3–10. Диссекция дна пахового канала. После разреза брюшины и редукции грыжевого мешка необходима дальнейшая диссекция, чтобы мобилизовать лоскут брюшины и идентифицировать дно паховой области и нужные для пластики структуры. Основные (если не все) этапы диссекции должны быть проведены тупым путем. Как и при открытой герниорафии, семенной канатик необходимо полностью выделить, чтобы выявить косую паховую грыжу. Связку Купера очищают от прилежащего предбрюшинного жира. Латеральнее диссекция продолжается вдоль мышечно-апоневротической дуги поперечной мышцы живота до уровня передней верхней подвздошной ости. Иногда в диссекции грыжевых мешков и сопутствующих структур могут помочь манипуляции снаружи.

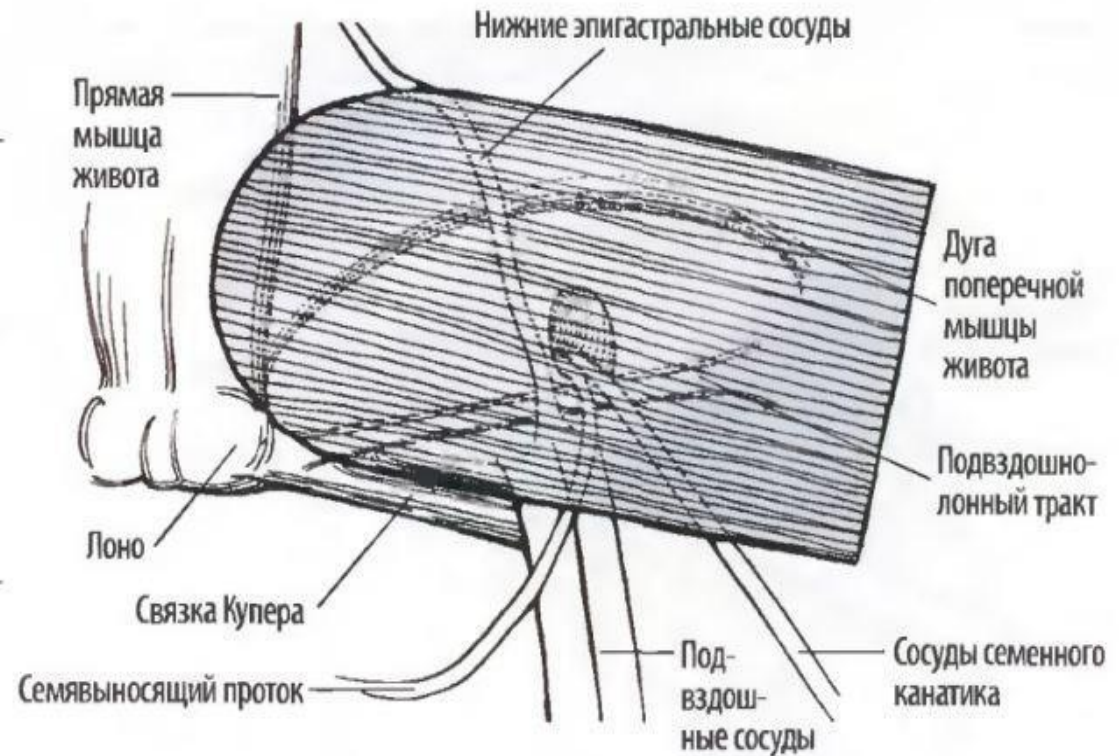
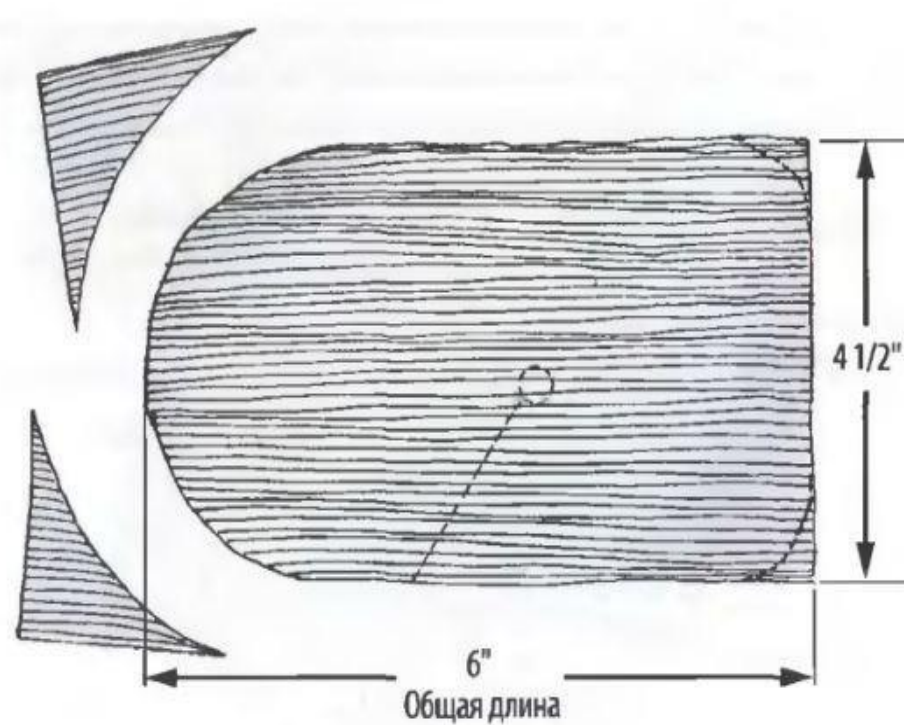


Рис. 3-12. Приготовление сетки. Полипропиленовую сетку размером 4,5 × 6 дюймов вырезают, как показано на рисунке. Необходимо только скругление медиальных углов для более

удобной установки. Скругление латеральных углов и вырезание отверстия для семенного канатика являются опционной модификацией (пунктирная линия).

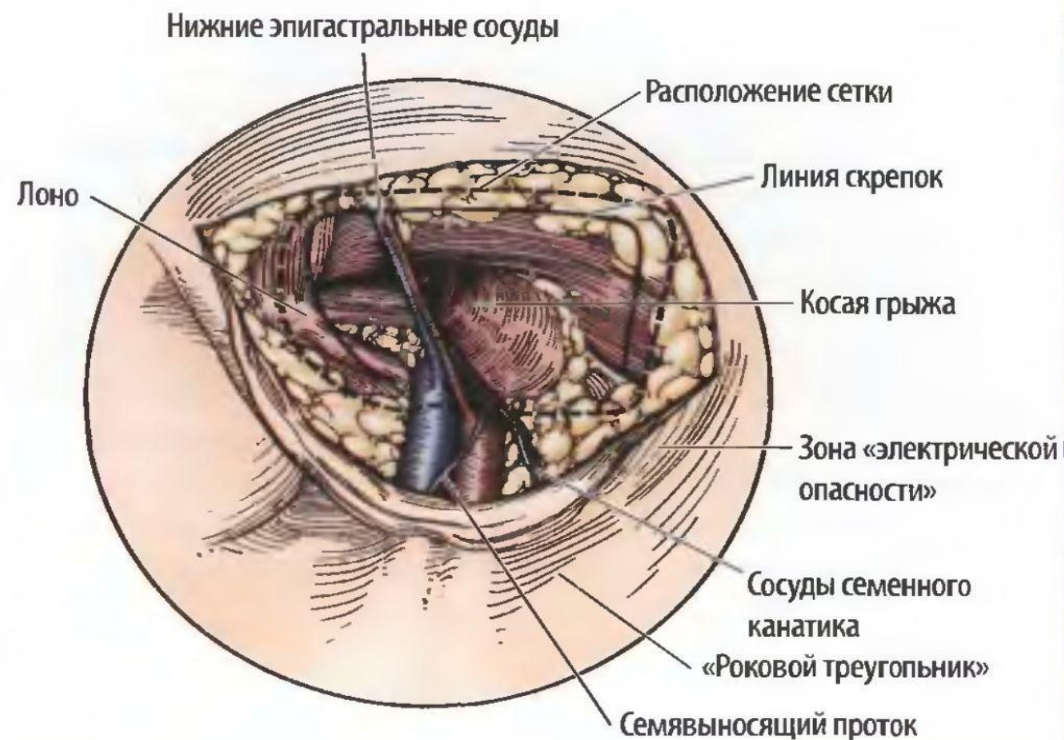


Рис. 3–13. Планируемое расположение сетки и линии скобок справа. Сетка закроет грыжевые дефекты любых прямых, косых и бедренных грыж. Линия скобок проходит по часовой стрелке с 7 до 4-часовой позиции относительно сетки. Нижнелатеральную часть сетки не фиксируют скобками, чтобы избежать повреждения зон «рокового треугольника» и «электрической опасности».



Рис. 3–14. Фиксация сетки к дну пахового канала справа. Сетку скатывают от ровного края к закругленному, вводят в брюшную полость через 12-миллиметровый порт рядом со связкой Купера и расправляют ее в латеральном направлении. Наложение скобок начинают с медиального края, используют эндоскопический сшивающий аппарат («Multifire Endohernia Stapler»; Auto Suture, Norwalk, CT). Обычно скобки накладывают по часовой стрелке: связка Купера, лоно, латеральный край прямой мышцы живота, медиальная мышечно-апоневротическая дуга и латеральная мышечно-апоневротическая дуга. Сетка закрывает эпигастральные сосуды. Следует осторожно работать степлером, чтобы не повредить эти сосуды.



Рис. 3–15. Эндоскопическое наложение скобок. Процесс прикрепления сетки скобками осуществляют следующим образом: сетку захватывают одной ножкой частично выдвинутой из степлера скобки, придавливают к месту фиксации, после чего выстреливают скобку.

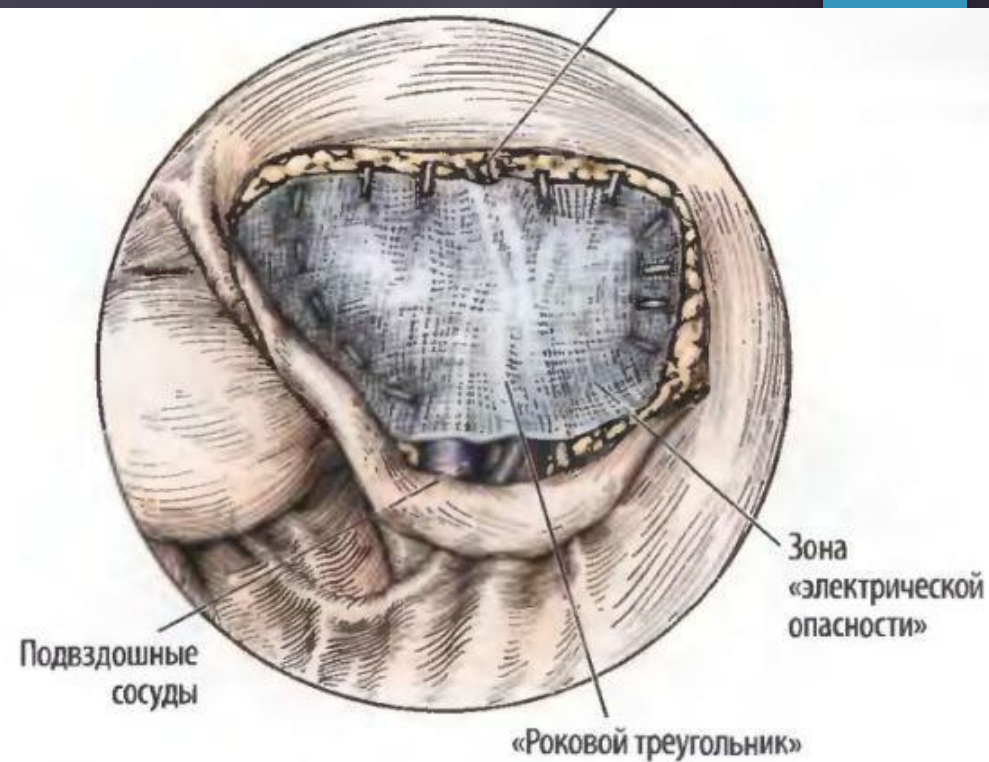
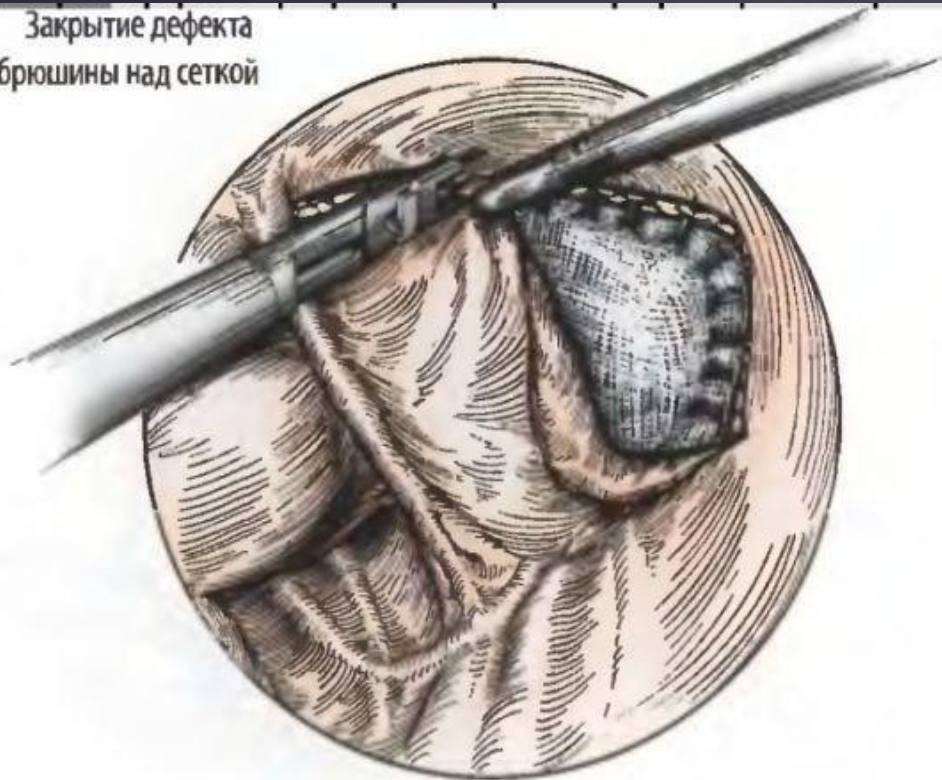


Рис. 3–16. Пластика правосторонней паховой грыжи завершена. Обратите внимание, что в нижнелатеральной части сетки, в области «рокового треугольника» и зоны «электрической опасности», скобки отсутствуют.

Закрытие дефекта
брюшины над сеткой



Дефект брюшины
над сеткой закрыт



Рис. 3–17. Закрытие дефекта брюшины. После орошения и проверки гемостаза дефект брюшины закрывают скобками. Необходимо около восьми скобок. При двусторонней пластике закрытие дефектов откладывают до момента завершения операции с двух сторон.

Рис. 3–18. Дефект брюшины закрыт.

Ускладнення гриж

Є наступні ускладнення гриж: защемлення, невправимість, копростаз, флегмона, малігнізація.

Защемлення грижі – найбільш часте та грізне ускладнення гриж, яке зустрічається в 15-20 % хворих на грижу. Защемлення – це стан, при якому в грижовому мішку органи, які випали, стискаються з наступним порушенням кровообігу в защемленому органі, порушенням функції цього органу та загальними клінічними явищами, які залежать від ролі защемленого органу для організму. В основі защемлення лежить різке стиснення вмісту грижі в грижових воротах або в шийці грижового мішка. За механізмом розрізняють три форми защемлення: еластичне, калове та змішане.

Еластичне защемлення виникає внаслідок раптового підвищення внутрішньочеревного тиску, в результаті якого грижові ворота надмірно розтягуються, а після зменшення тиску – скорочуються і стискають органи, які при збільшенні тиску вийшли в грижовий мішок. Защемлення відбувається переважно при наповненому кишківнику. До факторів, які сприяють еластичному защемленню відносять малі розміри защемлювального кільця (малі грижові ворота) та зниження еластичності і піддатливості тканин грижових воріт. Всі ці фактори призводять до невідповідності між об'ємом нутрощів, які випали в грижовий мішок та розмірами защемлювального отвору, через який вони вийшли.



Калове защемлення зустрічається рідше, розвивається повільніше, особливо у осіб літнього віку, які схильні до закрепів. Це защемлення часто розвивається у хворих з невправимими грижами. Основною умовою його є накопичення в кишкової петлі значної кількості рідкого чи твердого калу. При цьому виникає або калове защемлення за типом странгуляційної кишкової непрохідності без різкого стиснення, або калове защемлення за типом флексійної кишкової непрохідності від перегину відвідної частини кишкової петлі відносно помірно розтягнутої привідної петлі кишківника.

Змішане защемлення. Якщо калове защемлення своєчасно не ліквідувати, воно може закінчуватися еластичним. Цьому сприяє швидкий перебіг калового защемлення та зволікання з його ліквідацією. Калове та змішане защемлення частіше зустрічаються у людей літнього і старечого віку, схильних до тромбоутворення. Оскільки у таких пацієнтів м'язовий тонус і кровопостачання кишкової стінки нерідко знижені, то змертвіння петлі розвивається швидко.



Найчастіше защемлюється тонка тишка (63-68 %), товста кишка (6-8 %), тонка і товста кишка (3-4 %), великий чепець (16-20 %), чепець разом з кишківником (4-5 %). Інші органи защемлюються в поодиноких випадках.

В защемленій кишці розрізняють:

- привідний кінець;
- відвідний кінець;
- защемлену частину;
- странгуляційну борозну.

За формою виділяють защемлення ретроградне та пристінкове. Ретроградне защемлення або *грижа Майдля* виникає тоді, коли йому некротизується не та частина петлі, яка лежить в гризовому мішку, а петля, розташована в черевній порожнині. При цьому защемленні петлі тонкої кишки розміщуються у формі букви "W", тобто дві петлі розташовані в гризовому мішку, а з'єднувальна петля – в черевній порожнині. Цей вид защемлення зустрічається у 3–6 % випадків від усіх защемлених гриж, причому близько 80 % припадає на пахові грижі.

Пристінкове защемлення, або *Ріхтерівське* – це такий вид защемлення, коли вузьке защемлювальне кільце стискає не всю стінку кишки, а тільки її невелику частину, переважно вільну від брижі. Цей вид защемлення зустрічається у 2–4 %, переважно у осіб молодого та середнього віку, співвідношення між чоловіками і жінками становить 1 до 3.

В 1700 році Літре описав защемлення дивертикула Меккеля в паховій грижі. Тому таке защемлення називають *грижею Літре* і воно зустрічається у 0,5 % від загальної кількості защемлених гриж.

За клінічними формами перебігу защемлення розрізняють гостру, підгостру, хронічну та приховану форму.

Місцеві клінічні ознаки защемлення.

Найголовнішою серед них є наявність грижового опуху, який стає невправимим, різко напруженим і щільним. Іноді ця ознака защемлення діагностується тільки при ретельному обстеженні. Часто грижовий опух не є різко виражений, наприклад, коли є защемлення пахової грижі передочеревинного типу або защемлення грижі затульного отвору.

Другою ознакою защемлення є зникнення кашлевого поштовху через відмежування грижового вмісту від черевної порожнини. Одночасно спостерігається флюктуація внаслідок накопичення грижової води або внаслідок напруження грижового мішка. При перкусії грижового опуху спостерігається притуплення або тимпаніт (перфорація кишки в грижовому мішку).

Загальні клінічні ознаки защемлення.

Спостерігається біль різного характеру та інтенсивності. Біль може бути постійним, тупим, поширюватися на весь живіт, або гострим, зосередженим, переважно, в місці защемлення і з іррадіацією в поперек. Цей гострий приступ болю триває доти, поки в защемленій петлі переважають явища венозного застою. Біль припиняється тоді, коли кишка вже змертвіла, і таке явище нерідко призводить до діагностичної помилки.

У хворого наростає нудота, гикавка і блювання. Ці явища виникають внаслідок подразнення очеревини в черевній порожнині, очеревини самого мішка і навколо гризових воріт.

У перші години захворювання блювотні маси складаються з залишків їжі у шлунку. Потім в блювотних масах з'являється слиз, домішки жовчі і крові. В подальшому додається каловий запах. Одночасно розвиваються явища, пов'язані з закриттям просвіту кишок: гази не відходять або відходять в дуже незначній кількості і лише з нижнього відділу кишок (нижче місця защемлення). Не відходить кал, випорожнень немає. Дуже рідко буває пронос, який найчастіше спостерігається в тому випадку, коли прохідність по кишці не порушена, наприклад, при рихтерів-ському защемленні, коли через подразнення залоз підсилюється їхня секреція.

Затримка газів призводить до високого стояння діафрагми, що затруднює дихання й серцеву діяльність. Очі хворого западають, риси обличчя загострюються, кінцівки холонуть. Пацієнти перебувають у стані пригнічення, або збудження. Температура спадає нижче норми. Спрага, сухий язик, зменшення погодинного і добового діурезу – це характерна картина тривалого защемлення грижі, при якій явища шоку можуть бути настільки вираженими, що викликають смерть хворого. Якщо смерть пацієнта від шоку не наступила, то виникають різні ускладнення – перитоніт, перфорація кишки і калова флегмона, в результаті яких хворі гинуть.

Лікування защемлення. Незалежно від термінів, різновидності і локалізації грижового защемлення, хворі підлягають екстремному оперативному лікуванню. Будь-яка спроба вправлення грижі є недопустимою. Виняток роблять для хворих, які перебувають у вкрай тяжкому стані через супутні захворювання, за умови, що з моменту защемлення пройшло не більше двох годин. Перед вправленням підшкірно вводять 1 мл 0,1 % розчину атропіну, спорожнюють сечовий міхур, зондом промивають шлунок, проводять очисну клізму та теплу ванну.

Якщо защемлення ліквідувалося при транспортуванні хворого в стаціонар, чи з приймального відділення в хірургічне, то такий пацієнт підлягає госпіталізації з динамічним спостереженням хірурга. Якщо впродовж кількох годин не з'являються ознаки подразнення очеревини чи кишкової непрохідності, то хворий підлягає плановому оперативному лікуванню грижі. Якщо з'являється клініка перитоніту чи непрохідності кишківника – екстремна операція лапаротомії, ревізії органів черевної порожнини з резекцією некротизованих петель кишки та пластикою грижі.

Етапи операції при защемленій грижі: розтин шкіри і підшкірної основи над грижою → розкриття грижового мішка та видалення грижової води → фіксація защемленого органа → розсічення грижових воріт → ліквідація защемлення → оцінка життєздатності защемленого органа (зігрівання петлі кишки, введення в корінь брижі новокаїну) → видалення нежиттєздатних тканин (резекція кишки) → видалення грижового мішка → пластика грижових воріт (перевагу надають найбільш простому методу).

Ознаки життєздатності кишки

Ознака	Кишка життєздатна	Кишка нежиттєздатна
Запах	Відсутній	Неприємний
Колір	Темно-червоний	Синюватий або чорно-зелений
Вигляд серозної оболонки	Блискуча і гладка	Без блиску, тьмяна, з великими ділянками крововиливів
Стан брижі	Набрякла, судини пульсують	Відсутність пульсації судин
Реакція кишки на зігрівання та введення новокаїну в корінь брижі	Рожевіє, з'являються перистальтичні рухи	Колір не змінюється, перистальтика не відновлюється

Несправжнє защемлення. В клінічній практиці зустрічаються такі ситуації, які називають несправжнім защемленням Брока. В це поняття включають симптомокомплекс, який нагадує загальну картину защемлення, однак він є викликаний яким-небудь іншим гострим захворюванням органів черевної порожнини. Клінічна картина дозволяє виставити діагноз защемленої грижі, тоді як основна причина захворювання залишається невстановленою. Найчастіше в грижовому мішку виникають вторинні запальні зміни, внаслідок поступлення в нього випоту з черевної порожнини при гострому апендициті, перфоративній виразці, завороті кишківника, запаленні придатків матки, лімфатичних вузлів брижі та ін. Вправима грижа стає напруженою, болючою, невправимою. Для постановки правильного діагнозу слід добре зібрати анамнез. При псевдозащемленні біль в животі з'являється раніше, ніж вторинні патологічні зміни в грижовому мішку.



Копростаз – це каловий завал. При цьому ускладненні просвіт кишкової петлі закривається каловими масами з розвитком порушення прохідності кишки. Найчастіше копростаз виникає у осіб з послабленою перистальтикою товстої кишки. Ознаки кишкової непрохідності при копростазі розвиваються повільно, грижове випинання збільшується поступово. Розлади кровообігу в кишці, як правило, не розвиваються. Факторами, що сприяють розвитку копростазу є надмірне вживання їжі, в'ялість перистальтики, хронічні закрепи, невправимість грижі, зрощення в ділянці грижового мішка.

В більшості випадків копростаз розвивається в невправимій грижі, яка містить товсту кишку. Застій калових мас може поширюватися і на тонку кишку. В такому випадку поступово нарастають явища кишкової непрохідності. Хворих турбують загальна слабкість, спрага, нудота, блювання, розлади серцевої діяльності. В подальшому з'являється біль в животі, затримка газів, калу та інші ознаки кишкової непрохідності.

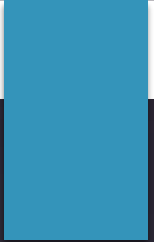


Випадки запалення грижі зустрічаються рідко – до 1 % від усіх гриж. Хворих турбує незначний постійний біль у грижі, що підсилюється при її пальпації чи вправленні. Для лікування призначають ліжковий режим на 3-4 дні, антибіотики, сульфаніламід, місцево – холод.

Запалення грижі, викликане гноєрідною чи гнильною інфекцією з внутрішніх органів, перебігає тяжко: загальний стан хворого погіршується, підвищується температура тіла, з'являються пропасниця, блювання, гикавка, затримка стільця та газів, болючість, набряк, почервоніння та інфільтрація шкіри над грижею. Грижове вип'ячування значно збільшується в розмірах, розвивається парез кишечника. Такі випадки запалення грижі вимагають невідкладного оперативного втручання.

Пошкодження грижі. Як правило це забій вмісту грижі чи порушення цілісності стінки кишки (розрив), які спричиняють розвиток перитоніту, внутрішньочеревинну кровотечу чи гематому і запалення грижі. Розриву частіше піддаються петлі кишок і сечовий міхур, забою – великий чепець та перенхіматозні органи. Деколи зустрічаються самовільні розриви кишки в грижі, або розриви внаслідок закритої чи відкритої травми грижі. Пошкодження кишки в грижі викликає розвиток перитоніту з характерною клінічною картиною гострого живота, що вимагає екстреного хірургічного лікування.

Новоутвори грижі. Пухлини можуть виходити з різних елементів грижі: грижового мішка, вмісту грижі, оболонок грижі. Відносно грижового мішка вони поділяються на: пухлини грижового вмісту, пухлини самого мішка, пухлини ззовні мішка. Пухлини грижового вмісту – це різні пухлини органів, які можуть бути вмістом грижі: великий чепець, тонка чи товста кишка, шлунок, додатки матки, сечовий міхур, товста чи тонка кишка. Найбільш частими пухлинами грижового мішка бувають ліпома, фіброма, папілома чи мезотеліома. Ззовні грижового мішка розвиваються переважно неінкапсульована ліпома, сполучнотканинні пухлини (фіброми, ліпоми), невуси шкіри. Лікування – оперативне видалення.



Дякую за увагу