



Міністерство освіти і науки України  
Сумський державний університет  
Медичний інститут

**4772 Методичні вказівки**  
до практичних занять із теми «**Грижі живота**»  
з курсу «*Хірургія*»  
для студентів спеціальності 222 «Медицина»  
денної форми навчання

Суми  
Сумський державний університет  
2020

Методичні вказівки до практичних занять із теми «Грижі живота» з курсу «Хірургія» / укладач І. М. Лукавенко. – Суми : Сумський державний університет, 2020. – 48 с.

Кафедра хірургії, травматології, ортопедії та фтизіатрії  
Медичного інституту

## ЗМІСТ

	С.
<b>Практичне заняття 1. Грижі черевної стінки: класифікація, анатомія, патогенез, клініка.....</b>	<b>6</b>
1.1. Анатомія, етіологічні чинники та патогенез розвитку.....	6
1.2. Класифікація гриж передньої черевної стінки.....	7
1.3. Диференціальна діагностика гриж.....	10
1.4. Лікування гриж.....	13
1.5. Ускладнення зовнішніх черевних гриж.....	14
<b>Практичні заняття 2, 3. Грижі різних локалізацій: діагностика, способи операцій, профілактика.....</b>	<b>23</b>
2.1. Пахвинна грижа .....	23
2.2. Пупкова грижа.....	31
2.3. Післяопераційні (рубцеві) грижі.....	34
2.4. Грижі білої лінії живота .....	38
2.5. Рекомендації для студентів щодо курації хворих із підозрою на грижі живота.....	42
<b>Ситуаційні задачі.....</b>	<b>43</b>
<b>Список використаної літератури.....</b>	<b>46</b>

### **Навчальна мета практичних занять:**

✓ ознайомити студентів з етіологічними чинниками захворювання, класифікацією гриж передньої черевної стінки, клінічною симптоматикою, методами діагностики, лікування та ускладненнями;

✓ вивчити основні причини виникнення гриж, клінічні ознаки типового перебігу й ускладнень, діагностичне значення лабораторних та інструментальних методів обстеження хворих і принципи сучасного консервативного та хірургічного лікування;

✓ навчити студентів з'ясовувати й аналізувати скарги пацієнтів та анамнез захворювання, методично виконувати фізикальне обстеження, визначати послідовність найбільш інформаційних методів діагностики і здійснювати їх інтерпретацію, встановлювати та правильно формулювати клінічний діагноз, обґрунтовувати показання до хірургічного втручання та вибору адекватного методу герніопластики;

✓ розвивати творчу активність студентів щодо вирішення складних клінічних ситуацій, які передбачають визначення оптимальної діагностичної та лікувальної програми у хворих на ускладнені грижі живота, визначення оптимальних термінів та способів хірургічного лікування.

### **Завдання:**

- вивчити питання етіології, патогенезу, методи клінічної діагностики гриж живота;
- одержати уявлення про основні види герніопластики;
- розібрати можливі ускладнення гриж живота;
- мати уявлення про сучасні методи оперативного лікування гриж: ненатяжні види пластик, вибір і методику використання алопластичних матеріалів під час герніопластики.

### **Студент повинен знати:**

- визначення поняття «грижі живота» та основні анатомічні елементи грижі;
- механізм виникнення грижі живота;
- хірургічну анатомію типових для гриж ділянок живота і самих гриж (пахової, пупкової, білої лінії живота);
- класифікацію гриж живота;
- клінічну картину неускладнених гриж;
- показання до хірургічного лікування неускладнених гриж;
- показання і методи консервативного лікування гриж;
- методика і техніку герніопластики в разі найбільш поширених видів гриж;
- защемлення, запалення, невправність, розрив нутрощів у грижі;
- принципи ведення хворих після операції видалення грижі;
- клінічну картину можливих ускладнень гриж.

### **Студент повинен уміти:**

- правильно та поетапно проводити опитування хворого, виявляти ознаки, час початку захворювання, характер і локалізацію болів, основні етапи догоспітального лікування;
- оцінити зовнішній вигляд хворого, виявити симптоми, що підтверджують діагноз;
- на підставі анамнезу, клінічних ознак захворювання, даних додаткових досліджень правильно встановити клінічний діагноз та визначити тактику лікування хворого;
- розпізнавати можливі ускладнення післяопераційного періоду, проводити профілактику та лікування;
- проводити диференціальний діагноз за різних видів гриж;
- діагностувати особливості пупкової грижі та грижі білої лінії живота.

**Практичне заняття 1**  
**ГРИЖІ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ:**  
**КЛАСИФІКАЦІЯ, АНАТОМІЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛІНІКА**

**1.1. Анатомія, етіологічні чинники та патогенез розвитку**

Передня черевна стінка обмежена зверху реберними дугами, знизу – паховими зв'язками і верхнім краєм симфізу. Від задньої черевної стінки вона відокремлена лініями, що йдуть від передніх кінців XII ребер вертикально вниз до гребенів клубових кісток. Передню черевну стінку поділяють на три основні ділянки: надчеревну, черевну та підчеревну. Межами між цими ділянками є дві горизонтальні лінії, одна з яких з'єднує кінці X ребер, а інша – передні верхні ості клубових кісток. Кожну із зазначених основних ділянок поділяють ще на три ділянки двома вертикальними лініями, що йдуть уздовж зовнішніх країв прямих м'язів живота.

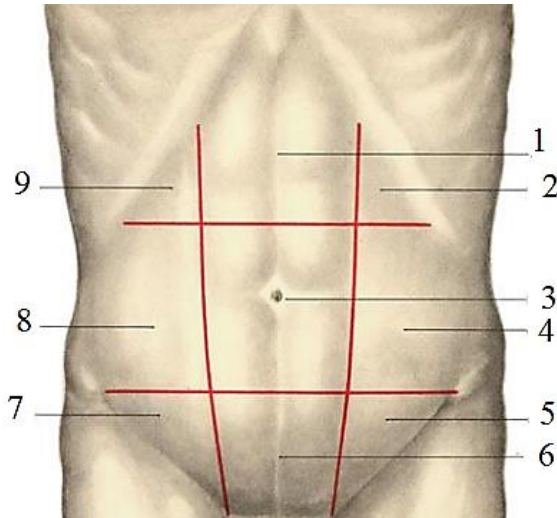
Таким чином, розрізняють дев'ять ділянок: regio epigastrica, regio hypochondriaca dextra et sinistra, regio umbilicalis, regio lateralis dextra et sinistra, regio pubica, regio inguinalis dextra et sinistra (рис. 1).

**Грижі** – вихід внутрішніх органів за межі анатомічної порожнини під загальні покриви тіла або в сусідню порожнину.

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, що утворюються всередині черевної порожнини, коли клапоть великого чепця, петлі тонкої або відрізок товстої кишки чи їх стінка защемлюються в черевних карманах і складках або проникають у



**Рисунок 1** – Ділянки живота: 1 – regio epigastrica; 2 – regio hypochondriaca sinistra; 3 – regio umbilicalis; 4 – regio lateralis sinistra; 5 – regio inguinalis sinistra; 6 – regio pubica;  
 7 – regio inguinalis dextra; 8 – regio lateralis dextra;  
 9 – regio hypochondriaca dextra

грудну порожнину (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.

## 1.2. Класифікація гриж передньої черевної стінки

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

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

**За клінічним перебігом:** вправні та ускладнені.

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

- 1) пахвинну грижу (код К 40);
- 2) стеговну грижу (код К 41);
- 3) пупкову грижу (код К 42);
- 4) грижу черевної стінки (код К 43);
- 5) діафрагмальну грижу (код К 44);
- 6) інші види гриж черевної порожнини (код К 45);
- 7) неуточнену грижу черевної порожнини (код К 46).

***Фактори, що спричинюють утворення гриж:***

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

Усі причини, що викликають надмірне підвищення внутрішньочеревного тиску, а також процеси, які спричинюють 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 із 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 не має 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 із грижовим мішком випинається й орган, лише частково покритий очеревиною або розміщений у позаочеревинній клітковині (сечовий міхур, товста кишка). У цих випадках однією зі стінок грижового мішка є орган, частково покритий очеревиною. Такі грижі називають ковзними, вони бувають навколо- і позаочеревинними.

*Грижовим вмістом* може бути будь-який орган черевної порожнини. Переважно це великий чепець, тонка, товста кишки. Основною умовою є мобільність органів. Грижовий вміст спочатку вільно переходить із черевної порожнини в грижовий мішок і зворотно. Такі грижі називаються вільними або вправними (*hernia reponibilis*). Проте під дією механічних подразників утворюються зрощення між грижовим мішком та його вмістом. Як наслідок, грижа перетворюється на нерухому (*hernia accreta*) або невправну.

### 1.3. Диференціальна діагностика гриж

До поняття «грижа» наближаються поняття «евентрація» і «випадання».

*Евентрація* – гостро розвивається дефект в очеревині і м'язово апоневротичному шарі передньої черевної стінки, що гостро розвивається, в результаті цього створюються умови для розгерметизації черевної порожнини і виходу нутрощів за її межі. Евентрації бувають уродженими, травматичними і післяопераційними.

*Випадання* (prolapsus) – стан, за якого відбувається випинання органа або його частини, не покритої очеревиною, наприклад випадання матки через піхву. Основною відмінністю грижі від евентрації і випадання є наявність грижового мішка.

#### ***Від зовнішніх гриж необхідно відрізнити:***

✓ закриту евентрацію: випадання внутрішніх органів, не покритих очеревиною, під шкіру (випадання нутрощів через рану передньої черевної стінки назовні називається відкритою евентрацією);

✓ ліпому – доброякісну жирову пухлину, що характеризується рухливістю м'яко-еластичної консистенції, безболісністю, відсутністю зв'язку з оточуючими тканинами;

#### ***Від пахово-каліткових гриж:***

✓ варикоцеле (варикозне розширення вен сім'яного канатика), що виявляється неприємними відчуттями і тягнучими болями в яєчках та пахових ділянках, що посилюються під час статевого і фізичного навантаження, збільшенням відповідної половини калитки. Пальпаторно в калитці визначаються розширені венозні вузли, які при натисканні спадаються;

✓ гідроцеле (водянка оболонки яєчка), що виявляється м'яко-еластичним грушоподібним збільшенням відповідної половини калитки, верхівкою, поверненою до зовнішнього отвору пахового каналу, іноді проникаючого в нього. Може

визначатися симптомом флюктуації. Яечко зазвичай не прощупується. При відтискуванні утвору донизу визначаються вільні зовнішні пахові кільця, що відрізняє гідроцеле від грижі. Крім того, просвіт не вправляється в черевну порожнину, при перкусії прослуховується тупий звук і просвічується при діафаноскопії (огляд у світлі);

***Від пахових і стегнових гриж:***

✓ збільшення лімфатичних вузлів: а) запального характеру – лімфаденіт (біль, гіперемія шкіри над вузлами, підвищення шкірної температури, наявність запального вогнища в зоні, для якої ці лімфатичні вузли є регіонарними); б) метастатичного характеру (щільні, безболісні, неспаяні чи спаяні між собою та оточуючими тканинами окремі лімфатичні вузли або їх конгломерат, шкіра над ними зазвичай не змінена).

***Найбільш типовими скаргами хворих*** є болі та 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 в разі підвищення внутрішньочеревного тиску (під час фізичних навантажень, бігу, підстрибувань, акту дефекації та ін.). Через деякий час у вертикальному положенні під час напруження у хворого з'являється випинання, що зникає в спокої або в горизонтальному положенні, пальпуються грижові ворота. Згодом у зв'язку з поширенням грижового кільця біль стає менш вираженим або зникає. Грижовий вміст вільно вправляється в черевну порожнину.

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

*При ковзних грижах сечового міхура* можливий феномен подвійного сечовиділення.

Огляд хворого потрібно виконувати в горизонтальному і вертикальному положеннях, 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 під час кашлю, натуження і залежать від переміщення вмісту з черевної порожнини в грижовий мішок і назад. При невправній грижі цей симптом є негативним. Другим кардинальним симптомом є наявність симптому «кашльового поштовху», що відчувається пальцем, уведеним за ходом випинання грижі до місця розміщення грижових воріт.

*Характерною ознакою зовнішньої неускладненої грижі* є також визначення дефекту черевної стінки на місці вправленого в черевну порожнину випинання. У цьому разі 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, уведеним у пахвинний канал, вдається пальпувати стінку товстої кишки у вигляді м'якої складки, що збільшується під час напруження хворого.

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

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

Метод перкусії та аускультатії дозволяє визначити грижовий вміст – щільний орган або кишка.

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

У разі підозри на ковзну грижу обстеження доцільно доповнити цистографією, іригоскопією, бімануальним гінекологічним дослідженням. Якщо є підозра на залучення сечовода або нирки, то необхідна інфузійна урографія.

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

#### **1.4. Лікування гриж**

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

##### ***Протипоказання до операції:***

- грижі в дуже маленьких дітей;
- гострі інфекційні захворювання;
- загострення хронічних захворювань;
- наявність вогнища хронічної інфекції до його ліквідації;
- наявність невиліковних хвороб;
- вагітність у другій половині;
- інфаркт;
- інсульт на гострій стадії;
- декомпенсація діяльності серцево-судинної, легеневої та інших систем.

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

***Основні етапи операції:***

- ◆ пошаровий анатомічний розтин тканин над грижовим випинанням;
- ◆ виділення грижового мішка;
- ◆ розкриття грижового мішка, звільнення від зрощень грижового вмісту і вправлення його в черевну порожнину;
- ◆ видалення грижового мішка;
- ◆ пластика грижових воріт.

*Методи пластики:* фасціально-апоневротична, м'язово-апоневротична, м'язова, алопластика, експлантація, комбінована.

## **1.5. Ускладнення зовнішніх черевних гриж**

Ускладнення виникають у пацієнтів із тривалим грижоносійством. Їх поділяють на гострі (защемлення, запалення, капростаз, пошкодження) та хронічні (невправність, пухлини).

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

Найпоширеніше еластичне защемлення (*incarceratio herniae elastica acuta*). Воно розвивається внаслідок раптового підвищення внутрішньочеревного тиску, внаслідок якого грижові ворота надмірно розтягуються, а після зменшення

внутрішньочеревного тиску – скорочуються і стискають органи, які в разі підвищеного тиску виходять у грижовий мішок.



**Рисунок 2** – Защемлення грижі

Калове защемлення (*incarceratio herniae stercoralis*) трапляється рідше, розвивається повільно, особливо у хворих похилого віку, схильних до запорів. Це защемлення часто розвивається при невправних грижах. Основною умовою утворення калового защемлення є накопичення в кишковій петлі значної кількості рідкого чи твердого калу. В цьому разі виникає або калове защемлення за типом странгуляційної кишкової непрохідності, або калове защемлення від перегину відповідної частини кишкової петлі 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, й 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 защемлюються в поодиноких випадках.

Поряд із типовими формами защемлення трапляються й інші варіанти. Отже, в разі пристінкового защемлення (*hernia Richter*) стискується не вся кишка, а лише частина її стінки, вільної від брижі. Грижове випинання має невеликі розміри і його важко визначити, особливо у хворих із надмірною вагою. Частіше пристінкове защемлення виникає при грижах лінії *Spiegelhel*, стегових грижах. Переважно защемлюється 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 защемлюється не лише брижа петлі кишки, яка знаходиться в грижовому мішку, а й брижа петлі кишки, розміщеної в черевній порожнині. Типова форма ретроградного защемлення – W-подібна. Патологічні зміни настають швидше в петлі кишки, яка знаходиться в черевній порожнині.

Грижу, при якій защемлюється дивертикул *Mekkel*, називають грижею *Littre*. При стисненні судин брижі в защемлених петлях спочатку розвивається набряк. Венозний застій та ексудація призводять до накопичення в порожнині грижового мішка прозорої рідини, що згодом набирає геморагічного характеру. Некротичні зміни в защемленій петлі кишки супроводжуються проникненням бактерій через стінку кишки та інфікуванням трансудату – «грижової води», що каламутніє, набуває гнилісного запаху. Гнійно-некротичні зміни поширюються на оточуючі тканини. У цьому разі утворюється флегмона грижового мішка, а після її розкриття нерідко в защемленій петлі виникає кишкова нориця.

**Клінічна картина** защемлення характеризується гострим раптовим інтенсивним болем у ділянці грижі. Майже завжди біль супроводжується нудотою, гикавкою, блюванням. Швидкість



появи цих симптомів залежить від умісту грижового мішка і виду защемлення. Місцево відзначається збільшення грижового випинання, стабільність його розмірів у разі зміни 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 натуженні розміри грижі не змінюються. Під час перкусії у випадках защемлення порожнистого органа визначається тимпаніт, а при защемленні сальника, сечового міхура – тупість. Аускультативно в защемленій петлі кишки визначаються шуми переміщення рідини.

Симптом **Мельника** – в положенні стоячи хворий відхиляє тулуб дозад і в бік, протилежний локалізації грижі. Виникає посилення болю в ділянці грижі, і хворий нахилиється в 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 поверхнях стегна з іррадіацією в передню черевну стінку або кінцівку.

У перші години після защемлення грижі живіт м'який, болючий у ділянці воріт грижі.

**При защемленні кишки** в клінічному перебігу можна відзначити *три періоди*:

I. До некрозу кишки – тяжких патологічних змін в організмі немає.

II. Некроз кишки – наявні симптоми кишкової непрохідності без перитоніту.

III. Явища перитоніту і тяжкої інтоксикації (найчастіше через 8–10 годин із часу защемлення).

Необхідно відзначити, що затримка випорожнень і газів не є постійним та обов'язковим симптомом защемленої грижі. У разі защемлення 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 змінитися некрозом кишки з перитонітом. Під час рентгенологічних обстежень відсутні чаші Kloiber.

Для диференціальної діагностики кожного хворого із симптомами гострого живота обов'язково необхідно 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 в осіб із надмірною вагою, а пристінкове защемлення – навіть у худорлявих. Для пацієнтів із пристінковим защемленням гриж характерні пізня госпіталізація і несвоєчасна операція.

**Лікування.** Вправляти защемлену грижу категорично не можна, тому що може відбутися несправжнє вправлення. У таких випадках защемлена петля кишки з цілим гризовим мішком або лише з гризовими воротами виводяться з черевної стінки і потрапляють у черевну порожнину. У цьому разі 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. Потрібно індивідуально вирішувати питання операційного лікування осіб із защемленням грижі, в яких під час госпіталізації до стаціонару або після передопераційного приготування (зокрема, операційного поля, премедикація) настало мимовільне вправлення грижі. Пацієнти зі значним ризиком для них екстреної операції, в яких немає ознак перитоніту, повинні спостерігатися і дообстежуватися. У разі виникнення ознак перитоніту хворого необхідно оперувати в ургентному порядку. При виражених явищах кишкової непрохідності та інтоксикації проводять 1–2-годинне приготування.

Під час операційного втручання пластику гризових воріт виконують залежно від місця розміщення грижі. Розтин шкіри і підшкірної клітковини проводять над гризовим випинанням. Після виділення гризового мішка його розкривають і, утримуючи защемлений орган, розрізають защемлювальне кільце. Після цього визначають життєздатність органів.

***На користь життєздатності кишки свідчать:***

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

Якщо ці ознаки наявні, то кишка оцінюється як життєздатна і занурюється в черевну порожнину.

***Беззаперечними ознаками нежиттєздатності кишки є:***

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

У разі сумніву щодо життєздатності кишки необхідно виконати її резекцію, відступивши від межі некрозу 30–40 см у проксимальному напрямку і 15–20 см – у дистальному.

При флегмоні гризового мішка операцію починають із серединної лапаротомії (операція Samter). Після резекції кишки і накладання ентероентероанастомозу черевну порожнину зашивають наглухо. Потім роблять розтин над грижею і розкривають гризовий мішок, видаляють гнійний ексудат, а гризовий мішок не виділяють. Розрізають защемлювальне кільце і видаляють резековану защемлену петлю кишки. Шийку гризового мішка зашивають, а його порожнину дрениують. Пластику гризових 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 та лікування ускладнень із 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'язування і контроль рани, антибіотикотерапію – 5–6 діб, фізіотерапевтичні процедури, в разі великих гриж використовують вакуумне дренивання.

**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 Меккелі – 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 (епідидиміт, орхіт, лімфаденіт), а також у разі поширення інфекції з боку шкіри (піодерміти, фурункули, виразкування).

Запалення грижі, спричинене гнійною або гнилісною інфекцією з внутрішніх органів, має тяжкий перебіг. У разі запалення грижа значно збільшується, з'являються 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 невправною. У разі погіршення процесу можливий розвиток флегмони грижового мішка.

Лікування – невідкладне операційне втручання. Тактика в операційній така сама, як і при защемленій грижі. Необхідно попередити (обмежити) потрапляння вмісту до черевної порожнини.

Ускладненням невправної грижі у хворих старечого віку може бути **копростаз** (*obstruatio herniae*). Основою цього явища є розлади моторно-евакуаційної функції товстої кишки, зумовлені зниженням тонусу кишкової стінки. Копростаз розвивається поступово. У клінічній картині переважають симптоми наростаючої obturaційної кишкової непрохідності. Порушення кровопостачання в кишці зазвичай не розвивається. Рекомендується проводити легкий масаж грижового випинання, застосовувати холод на ділянку грижі. Використовують також малі клізми з гіпертонічним розчином або гліцериним, повторні сифонні клізми. За відсутності ефекту – операційне втручання.

**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, що можуть спричинити розвиток перитоніту, внутрішньочеревну кровотечу або гематому і запалення грижі. У разі розвитку перитоніту показане невідкладне операційне втручання з ліквідацією причини перитоніту (усунення дефекту кишки), дренажуванням черевної порожнини.

**Невправність.** Це найчастіше ускладнення. Виникає при тривалому перебуванні вмісту грижі в грижовому мішку. Причиною є спайковий процес між грижовим умістом і грижовим мішком. Невправність грижі характеризується неможливістю як пасивного, так і активного вправлення грижового вмісту в черевну порожнину. Важливим симптомом, що відрізняє

невправну грижу від защемленої, є позитивний симптом кашльового поштовху. Він при невправній грижі свідчить про вільне розміщення вмісту в грижових воротах, а також про те, що вміст грижі може переміщуватися в грижових воротах і збільшуватися в об'ємі. Лікування – операційне в плановому порядку для запобігання грізнішим ускладненням.

**Пухлини грижі** можуть виходити з різних елементів грижового мішка, грижового вмісту, оболонок грижі.

Пухлини грижі класифікують на пухлини грижового вмісту, пухлини самого мішка і пухлини ззовні мішка. *Пухлини грижового вмісту* – це різні пухлини органів: чепець, тонка або товста кишка, шлунок, придатки 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.

**Практичні заняття 2, 3**  
**ГРИЖІ РІЗНИХ ЛОКАЛІЗАЦІЙ:**  
**ДІАГНОСТИКА, СПОСОБИ ОПЕРАЦІЙ, ПРОФІЛАКТИКА**

**2.1. Пахвинна грижа**

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

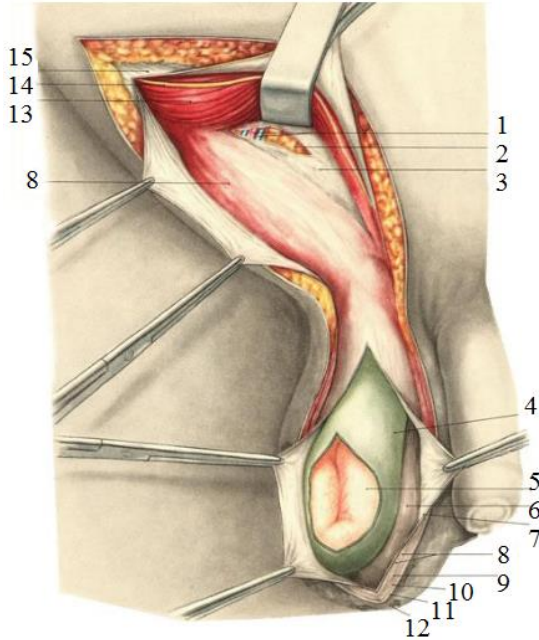
**Класифікація.** За анатомічною будовою та відповідно до місця виходу з черевної порожнини виділяють два види пахвинних гриж: косі (*hernia inguinalis externa s. obliqua*), прямі (*hernia inguinalis interna s. directa*). Залежно від походження грижового мішка пахвинні грижі бувають природженими (*hernia congenitalis*) та набутими (*hernia aegvisita*).

**Відповідно до ступеня розвитку косих гриж:** початкова грижа (*hernia inguinalis obliqua incipiens*), канална грижа (*hernia obliqua canalis inguinalis*), коса пахвинна грижа сім'яного канатика (*hernia inguinalis obliqua funicularis*), коса пахвинно-каліткова 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-каліткова (*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 Соорер;
- навколопахвинна грижа (*hernia parainguinalis*);
- зовнішня надміхурова пахвинна грижа (*hernia supravesicalis*).



**Рисунок 3** – Топографія прямої пахвинної грижі:

1 – n. ilioinguinalis; 2 – m. obliquus internus abdominis; 3 – fascia transversalis; 4 – передчеревна жирова клітковина; 5 – грижовий мішок; 6 – тонка кишка; 7 – funiculus spermaticus; 8 – a. et v. epigastrica inferior; 9 – апоневроз m. obliqui externi abdominis

**Клінічна картина.** В основному діагноз встановлюють на підставі об'єктивних симптомів. Суб'єктивні ознаки грижі зводяться в основному до больових відчуттів, особливо під час фізичного навантаження. Виникнення болю збігається з моментом випадання внутрішніх органів у грижовий мішок. У разі ковзних і рецидивних гриж біль має постійний характер.

Окрім болю, грижа може супроводжуватися нудотою, блюванням, запорами, 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 наявні характерне бурчання, перистальтичні рухи, перкусійно визначається тимпаніт. Якщо вмістом є великий чепець, характерними є щільність під час пальпації і тупий звук під час перкусії.

Косу і пряму пахвинні грижі можна відрізнити під час огляду за їх локалізацією, формою, відношенням до калитки.

Відмінність пахвинної грижі від стегнової полягає в тому, що перша розміщується над пахвинною зв'язкою, а друга – під нею. З інших захворювань, від яких необхідно відрізнити пахвинну грижу, є ліпома, пухлини і запалення пахвинних лімфатичних вузлів, водянка оболонки яєчка та сім'яного канатика, напливний абсцес.

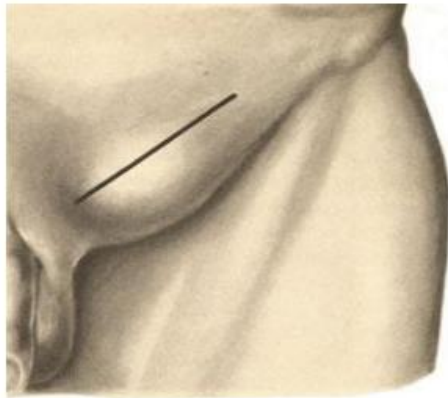
Ліпома розміщена латеральніше від підшкірного пахвинного кільця, не продовжується в черевну порожнину, оскільки виходить із підшкірної жирової тканини. Збільшені лімфатичні вузли мають щільну консистенцію, чітко відмежовані від зовнішнього отвору пахвинного каналу, не змінюють своїх розмірів під час напруження черевного пресу і кашлю. Гострий пахвинний лімфаденіт має короткотривалий анамнез, характеризується набряком і почервонінням шкіри над вузлами, їх болочістю, наявністю інфекційного вогнища як причини лімфаденіту. Водянка оболонки 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 оболонки яєчка воно не пальпується. Для напливного абсцесу характерними є більш латеральне його розміщення щодо зовнішнього отвору пахвинного каналу, тупий звук під час перкусії, флюктуація і неболючість набряку, відсутність змін його

розмірів при кашлі. Водянка сім'яного канатика нерідко поширюється й на пахвинний канал і цим нагадує пахвинну грижу. Проте водянка канатика не змінює своєї величини в разі підвищення внутрішньочеревного тиску, не вправляється в черевну порожнину.

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

***Основні етапи операції:***

- ◆ доступ до пахвинного каналу, розсічення його передньої стінки, візуалізація клубово-пахвинного нерва, пошаровий анатомічний розтин тканин над грижовим випинанням;
- ◆ виділення грижового мішка та його оброблення;
- ◆ пластика пахвинного каналу.



**Рисунок 4** – Лінія розрізу шкіри при операції пахвинної грижі

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 в 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 його скручування; 6) прошивання шийки грижового мішка кисетним швом ізсередини; 7) пересічення грижового мішка при великих і гігантських пахвинно-калиткових грижах.

Принципи оброблювання грижового мішка при ковзних грижах: накладення касетного шва дистальніше від ковзного органа (кишки); висічення надлишків грижового мішка; вправлення грижового випинання в черевну порожнину «en bloc» (спосіб Zimmerman – Laufman, спосіб Zencer); перитонізація стінки кишки та її брижі, не вкритих очеревиною, шляхом вивертання грижового мішка (способи Walton I-II, спосіб La Rogue); фіксація товстої кишки в черевній порожнині або залишення її без фіксації; розсічення грижового мішка по задній поверхні 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).

Найпоширенішими є методи за Bassini, Shouldice, Lotheissen – McVay.

Пластика за **Bassini**. Після видалення грижового мішка сім'яний канатик беруть на тримачі. Між краями внутрішнього косоного 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 надкисницю 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 по всій довжині до зв'язки Соорег (медіально) і з піхвою стегнових м'язів (латерально). Глибоке пахвинне кільце формують ушиванням поперечної фасції. По краю прямого м'яза роблять послаблювальний розріз. На сформоване ложе накладають сім'яний канатик і над ним зшивають апоневроз зовнішнього косоного м'яза живота, формуючи поверхнєве 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 гризовий 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 двома рядами). Другий безперервний шов починають від глибокого пахвинного кільця, з'єднуючи внутрішній косий м'яз з апоневрозом зовнішнього косоного м'яза безпосередньо під пахвинною зв'язкою (накладають двома рядами). На утворене ложе накладають сім'яний канатик і над ним зшивають краї апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота. Герніопластика з натяганням тканин має явні недоліки. По-перше, вона призводить 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 натягання (*tension free repair*). Усі способи герніопластики передбачають застосування сучасного синтетичного матеріалу.

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 (ТАРР), або позаочеревинного простору – тотальна екстраперитонеальна герніопластика (ТЕР).

***Лапароскопічна герніопластика показана при:***

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

***Противпоказання до виконання лапароскопічної герніопластики:***

- невправні пахвинні грижі;
- пахвинні грижі великих розмірів;
- вагітність;
- защемлені пахвинні грижі;
- наявність супутніх захворювань серцево-судинної та дихальної систем на 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 цей час застосовують шість методик:***

1. Трансабдомінальне високе перев'язування грижового мішка та шовне закриття внутрішнього пахвинного кільця (R. Ger, 1982).
2. Трансперитонеальні шовні методи закриття грижових воріт (M. Gazayerli, 1992).

3. Пломбування гризових воріт, або пломба в поєднанні з сіткою-латкою – «plug and path» (Schultz, 1990).
4. Інтраабдомінальне закриття гризових воріт внутрішньочеревинною сіткою – «onlay mesh» (L. Popp, 1990).
5. Трансабдомінальна передочеревинна герніопластика «patch-техніка» (L. Popp, 1991).
6. Тотальна екстраперитонеальна техніка (E. Phillips, 1993).

Поширення набули дві останні техніки. Це універсальні методи лікування всіх видів пахвинних та стегових гриж.

***Ускладнення інтраопераційні та раннього післяопераційного періодів:***

- пошкодження магістральних судин (стегової вени, артерії) з кровотечею, пошкодження судин сім'яного канатика;
- операційні та післяопераційні кровотечі в черевну порожнину із судин чепця, органів, у разі роз'єднання спайок;
- гематоми в ділянці операційної рани або калитки, пошкодження сечового міхура, стиснення сім'яного канатика, набряк яєчка або калитки;
- нагноєння післяопераційної рани, післяопераційні епидидиміти, 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 гризові ворота фіброзно ущільнені, потовщені. Такі грижі легше закрити obturującym імплантатом, розробленим Lichtenstein. Автор пропонував виготовляти obturator із поліпропіленової сітки, складаючи її. На сьогодні вже існують obturatori різних форм та

розмірів. Гарні результати одержано при лапароскопічній герніопластиці.

## **2.2. Пупкова грижа**

Пупковою грижею називають вихід органів черевної порожнини через дефект черевної стінки в ділянці пупка (рис. 5).

Пупкові грижі трапляються переважно в літніх осіб, особливо жінок, і становлять приблизно 2 % від усіх гриж передньої черевної стінки. У виникненні пупкових гриж у дорослих, як і в генезі інших гриж, відіграють роль сприяючі й утворювальні фактори. Важливими обставинами в генезі пупкових гриж є мала рухомість очеревини в ділянці пупка і повільне збільшення грижового мішка, що відбувається в основному за рахунок розтягнення очеревини. У зв'язку з цим наростання процесу пов'язане з надривами грижового мішка, утворенням спайок, зрощень і перетинок. Усе це призводить до утворення багатокамерних грижових мішків. Вміст грижі травмується, внаслідок цього утворюються спайки зі стінками грижового мішка, і це призводить до невірності й защемлення.



**Рисунок 5** – Топографія пупкової грижі

Це необхідно враховувати під час операційного втручання. Невеликі вправні пупкові грижі можуть бути безсимптомними. Інколи перші скарги з'являються при защемленні грижі. У разі великих гриж виникає біль у ділянці пупка, що може посилюватися після їди і фізичного навантаження. Розміри грижових воріт можуть бути значно менші, ніж грижове випинання. Це створює 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, що покриває випинання, можна помітити перистальтичні хвилі кишок. При вправних грижах визначають краї і величину грижових воріт. Чітко визначається симптом кашльового поштовху.

**Клініка, діагностика, диференціальна діагностика.** Діагностика пупкових гриж нескладна, але необхідно знати, що невелике ущільнення в ділянці пупка може бути метастазом раку



шлунка в пупок. Усім хворим на пупкову грижу необхідно проводити рентгенологічне дослідження шлунка і дванадцятипалої кишки й гастродуоденоскопію з метою виявлення супутніх захворювань, що спричиняють біль у верхній половині живота.

**Лікування** лише хірургічне (рис. 6), якщо немає протипоказань до операції. Після видалення грижового мішка і зашивання парієтальної очеревини виконують автопластику черевної стінки за методом К. М. Сапежка.

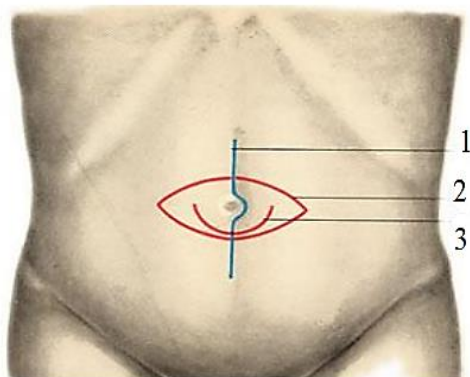
Метод К. М. Сапежка полягає в такому. Розріз шкіри проводять над грижовим випинанням у вертикальному напрямку. Виділяють грижовий мішок із підшкірної жирової клітковини, яку відшрובують від апоневрозу в боки на 10–15 см. Грижове кільце розсікають догори та донизу по білій лінії живота (рис. 7 а). Після цього поряд із вузловими шовковими швами підшивають край розсіченого апоневрозу з одного боку до задньої стінки піхви прямого м'яза живота з протилежного боку (рис. 7 б). Вільний край апоневрозу, що залишився, накладають на передню стінку піхви прямого м'яза живота з протилежного боку і також фіксують вузловими шовковими швами (рис. 7 в).

У результаті цього піхви прямих м'язів живота нашаровуються одна на одну по білій лінії, як поли пальта. Операцію закінчують накладанням швів на шкіру. За необхідності декількома швами з'єднують підшкірну жирову клітковину.

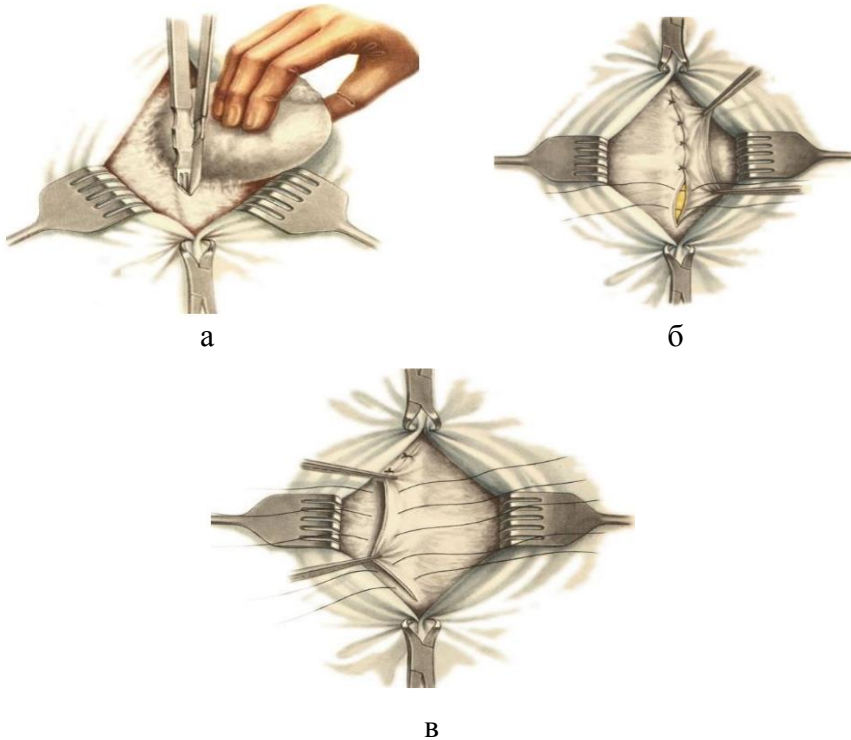
У разі великих, гігантських і рецидивних пупкових гриж використовують сітчасті імплантати. Оперувати ендовідеоскопічним методом можна лише пупкові грижі малих та середніх розмірів. Імплантат можна розміщувати як інтраабдомінально, так і екстраабдомінально. При екстраабдомінальному розміщенні імплантата останній прикривають очеревиною.

**Ускладнення лапароскопічних методик:** інтраопераційні ускладнення (пошкодження анатомічних структур),

післяопераційні інтраабдомінальні ускладнення (абсцес, гематома, кровотеча, перитоніт), післяопераційні екстраабдомінальні захворювання (інфаркт міокарда; ранові ускладнення: серома, гематома; поєднання пошкоджень).



**Рисунок 6** – Розрізи шкіри при операції пупкових гриж: 1 – розріз по середній лінії живота на рівні пупка; 2 – овальний розріз; 3 – напівмісячний розріз, що облямовує пупок знизу



**Рисунок 7** – Метод К. М. Сапезька: а – розсічення грижового кільця по зонду Кохера; б – підшивання краю правого клаптя апоневрозу до задньої стінки піхви лівого прямого м'яза живота; в – підшивання лівого клаптя апоневрозу до передньої стінки піхви правого прямого м'яза живота

### 2.3. Післяопераційні (рубцеві) грижі

Поряд зі зростанням хірургічної активності збільшується кількість післяопераційних гриж. Післяопераційні грижі не становлять значних утруднень для діагностики. Проте операційне втручання часто спричиняє значні труднощі, особливо у разі великих гриж, через зрощення грижового вмісту з грижовим мішком і значні дефекти черевної стінки, що потребують інколи складних пластичних операцій.

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

У ділянці післяопераційного рубця розміщені грижові ворота, утворені краями м'язів та 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 – невправною.

**Класифікація післяопераційних (рубцевих) гриж.** *За станом грижового вмісту:* вправні, частково невправні, невправні, защемлені. *За розмірами:* малі – до 5 см; середні – від 6 см до 15 см; великі – від 16 см до 25 см; величезні – від 26 см до 40 см; гігантські – понад 40 см. *За локалізацією грижового випинання:* верхньосерединні, середньосерединні, нижньосерединні, бокові. *За формою грижового випинання:* однокамерні, багатокамерні. *За кількістю грижових випинань:*

поодинокі, множинні. *За часом виникнення грижі*: ранні, пізні. *За ступенем порушення працездатності*: без порушення працездатності, з обмеженням працездатності, з втратою працездатності.

***Клініка, діагностика, диференціальна діагностика.***

Скарги залежать від величини грижового випинання, локалізації, характеру вмісту, супровідної патології. Постійною скаргою є випинання в ділянці післяопераційного рубця. Крім того, хворих турбують біль у ділянці грижі, диспептичні розлади, дискомфорт у черевній порожнині, розлади випорожнення. У хворих із великими грижами постійним симптомом є запори. Дизуричні розлади можуть бути у хворих після нижньосерединної лапаротомії і втягнення в грижу сечового міхура.

Огляд хворих необхідно проводити в положенні на спині з приведеною до груднини головою і стоячи. Звертають увагу на локалізацію грижового випинання, його форму, величину. Під час пальпації грижі визначають її форму, величину, вправність або невправність, розміри грижових воріт. З інструментальних методів дослідження важливе значення мають рентгеноскопічне і рентгенографічне дослідження травного каналу, спірографія, ЕКГ, ультрасонографія та комп'ютерна томографія. Обстеження спрямоване на фіксування супутньої патології, спайкового процесу, наявності додаткових грижових воріт.

***Розрізняють три варіанти 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.* Відзначається не лише руйнування білої лінії, а 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 й відносні показання до операції. Абсолютні – защемлені грижі, спайкова кишкова непрохідність; відносні – вправні, невправні 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 із приводу післяопераційних гриж є:***

- супровідні хвороби серцево-судинної і дихальної систем у стані декомпенсації;
- вагітність;
- грижі великих розмірів у хворих старечого віку з в'ялою передньою черевною стінкою.
- неефективність передопераційного підготування.

Передопераційне підготування передбачає: компенсацію супровідної патології, підготування черевної порожнини до вправлення в неї органів, які випали, підготування травного каналу.

Вправлення органів, які випали, в зменшену в об'ємі черевну порожнину є необхідною складовою, оскільки в післяопераційному періоді змінюються режим дихання і діяльність серцево-судинної системи. Підготування травного каналу передбачає очищення кишок від умісту послаблявальними препаратами та за 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 гризових воріт за допомогою клаптів, викроєних з апоневрозу. М'язово-апоневротична пластика передбачає закриття гризових воріт із використанням апоневрозу і м'язів (метод Сапежко,

Вознесенського та ін.). У разі великого дефекту й неможливості звести краї апоневрозу для мобілізації використовують операцію Ramirez, що передбачає звільнення передніх листків піхв прямих м'язів живота до лінії Spieghelel.

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

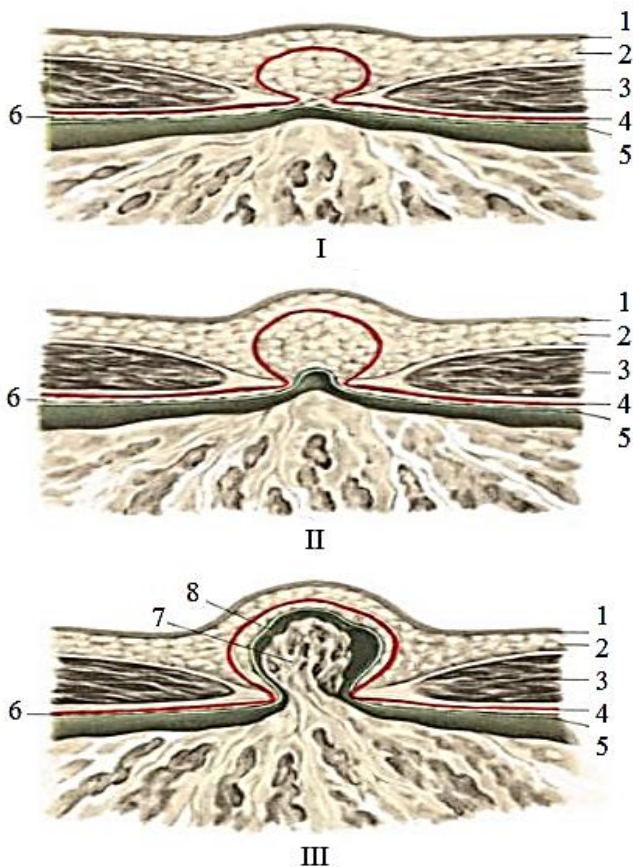
## **2.4. Грижі білої лінії живота**

Грижі білої лінії живота (*hernia lineae albae*) становлять 11 % від загальної кількості черевних гриж. Вони можуть утворюватися в різних ділянках білої лінії живота. У розвитку гриж білої лінії живота має значення підвищення внутрішньочеревного тиску, що сприяє проникненню передочеревинної жирової клітковини в щілину білої лінії живота. Спочатку утворюється передочеревинна ліпома, яка, збільшуючись у розмірах, із часом затягує за собою очеревину, з якої в подальшому формується грижовий мішок. Вмістом гриж білої лінії живота бувають великий чепець, петлі тонкої кишки або товста кишка. У випадках підчеревних гриж їх вмістом може бути сечовий міхур або його дивертикули. Серед чинників, що сприяють розширенню та витонченню білої лінії живота, а отже, й утворенню гриж, істотне значення мають важка фізична праця та вагітність.

***Класифікація гриж білої лінії живота.*** За локалізацією розрізняють надчеревні (*hernia epigastrica*), біляпупкові (*hernia paraumbilicalis*) і підчеревні (*hernia hypogastrica*) грижі.

***Клінічна картина. Діагностика.*** Здебільшого клініка гриж білої лінії живота маловиражена. Найчастіше вона є типовою, як і при інших видах гриж. Часто виникають нудота, відрижка, печія, відчуття тиснення в епігастральній ділянці, іррадіація болю в підребер'я. У хворих з ожирінням, якщо

невеликі грижі визначити складно, такі симптоми гриж білої лінії живота оцінюють помилково як прояви захворювань шлунка,



**Рисунок 8** – Схема формування гриж білої лінії живота:  
 I – передочеревинна ліпوما; II – грижа на початковій стадії;  
 III – грижа, що сформувалася; 1 – шкіра; 2 – підшкірна жирова клітковина; 3 – m. rectus abdominis; 4 – fascia transversalis;  
 5 – peritoneum; 6 – передочеревинна жирова клітковина;  
 7 – сальник; 8 – грижовий мішок



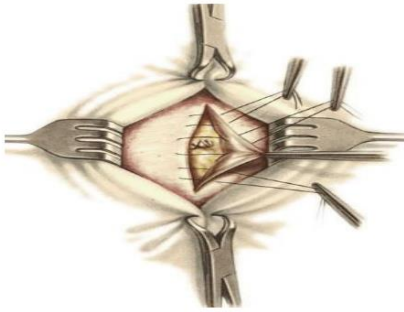
дванадцятипалої кишки, печінки, жовчних шляхів, підшлункової залози і навіть червоподібного відростка. Для кращої діагностики гриж білої лінії живота пацієнта потрібно покласти горизонтально на спину. Ретельно пальпувати ділянку білої лінії в спокої, а потім – під час напруження м'язів передньої черевної стінки. У випадках наявних гриж вони таким чином відносно легко виявляються.

**Диференціальна діагностика.** Грижі білої лінії живота можуть симулювати ліпоми, фіброліпоми, нейрофіброми. Загальними ознаками цих пухлин є їх вільне зміщення разом із 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.

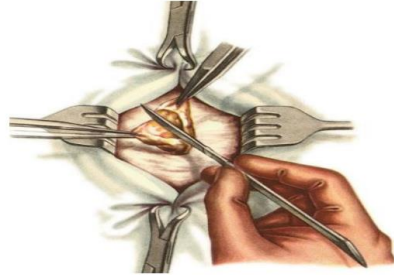
**Лікувальна тактика.** Лікування є лише операційним. Пластику можна проводити як власними тканинами, так і з використанням сітчастих імплантатів. Пластику грижових воріт власними тканинами проводять методом Сапежка – Дьяконова, тобто створюють дублікатуру апоневрозу. Методика операційного втручання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

Операції в разі гриж білої лінії живота частіше виконують під місцевим знеболюванням. Розріз шкіри проводять над грижовим випинанням у поздовжньому або поперечному напрямку. Виділяють грижовий мішок та обробляють його звичайним способом. Навколо грижових воріт довжиною 2 см апоневроз звільняють від жирової клітковини, після цього грижове кільце розсікають по білій лінії живота.

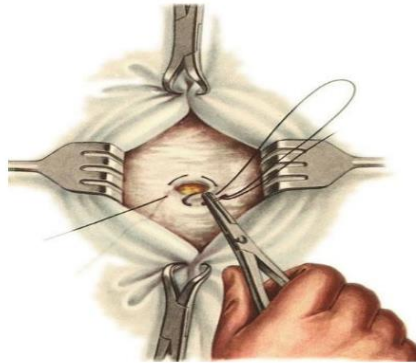
Метод Сапежка – Дьяконова полягає в такому. Створюють дублікатуру з клаптів апоневрозу білої лінії живота у вертикальному напрямку шляхом накладання спочатку 2–4 П-подібних швів із подальшим підшиванням вузловими швами краю вільного клаптя апоневрозу до передньої стінки піхви прямого м'яза живота.



а



б



в

**Рисунок 9** – Метод Сапежка – Дьяконова: а – накладання П-подібних швів; б – операція з приводу передочеревинної ліпони (розсічення ліпони); в – операція з приводу передочеревинної ліпони (накладання кисетного шва на апоневроз білої лінії)

Якщо операцію проводять із приводу передочеревинної ліпони, то останню відокремлюють від зовнішньої підшкірної клітковини і країв апоневрозу, а потім розсікають, щоб переконатися, чи немає в ній гризового мішка (рис. 9 б). За відсутності гризового мішка ліпому перев'язують біля основи ніжки і відсікають. Культю її занурюють під апоневроз, краї якого зашивають кисетним або вузловими швами (рис. 9 в).

## 2.5. Рекомендації для студентів щодо курації хворих із підозрою на грижі живота

**Скарги:** зверніть увагу на посилення болю після фізичного навантаження та одночасне збільшення грижового випинання. Кишковий дискомфорт, біль в епігастрії можуть бути істотними скаргами при внутрішній грижі. При ковзній грижі може бути прискорене сечовипускання.

**Анамнез захворювання:** зв'язок супутніх захворювань, фізичних навантажень із появою грижового випинання. Наявність оперативних втручань на органах черевної порожнини.

**Анамнез життя:** перенесені операції, травми, важка фізична праця.

**Об'єктивне дослідження:** частіше хворіють чоловіки. В'ялість м'язової системи. Захворювання серцево-судинної і дихальної систем, наявність асцити.

**Місцеве обстеження:** звернути увагу на наявність післяопераційних рубців, грижового випинання, його розміри, розміри грижових воріт. Можливість вправлення грижового вмісту в положенні лежачи, стоячи. Наявність симптому «кашльового поштовху». Провести аускультацию, перкусію, пальпацію грижового вмісту.

**Додаткові методи дослідження:** R-скопія, R-графія грудної клітки і черевної порожнини в разі підозри на внутрішню грижу. УЗД органів черевної порожнини, грижового випинання.

**Лабораторні дослідження:** загальноприйнятий стандарт, спеціальні дослідження за показаннями.

**Клінічний діагноз** з урахуванням походження, анатомії, вправлюваності, наявності ускладнень.

## Ситуаційні задачі

**Задача 1.** З терапевтичної клініки до хірургічного стаціонару переведений хворий 56 років із діагнозом правобічної прямої та пахової гриж. Упродовж 25 років страждає на хронічний бронхіт із частими загостреннями. За останні три роки загострення бронхіту почастишали, схуд на 12 кг. Грижові випинання з'явилися один рік тому. Які причини виникнення гриж можна відзначити у цього хворого?

**Задача 2.** Хворий 29 років, вантажник за професією, госпіталізований зі скаргами на випинання черевної стінки, яке опускається в калитку, в лівій паховій ділянці. Під час обстеження лікар відзначив, що в паховій ділянці є овальне випинання 8 см х 4 см, яке з'являється в положенні стоячи, а при кашлі опускається в калитку. Зовнішній отвір пахового каналу діаметром 2 см. Задня стінка пахового каналу міцна, палець за лобкову кістку не заводиться. У разі натискання місця проекції внутрішнього отвору лівого пахового каналу і напруження випинання не виникає. Сформулюйте повний діагноз.

**Задача 3.** У хворого 42 років, який упродовж 10 років страждає правобічною паховою грижею, після підняття вантажу раптово виникли інтенсивні болі в правій пахвинній ділянці, випинання збільшилося в розмірах, не вправляється в черевну порожнину. Незабаром з'явилися переймоподібні болі в животі, здуття живота. Хворий звернувся до дільничного терапевта. Про яке ускладнення грижі можна говорити? Яка тактика лікаря?

**Задача 4.** У хворого 80 років у паховій ділянці визначається щільний хворобливий утвір, в черевну порожнину не вправляється. Тривалість захворювання – дві доби, ознак непрохідності кишечника немає. Виражені зміни з боку легенево-серцевої системи. Ваш діагноз та дії хірурга?

**Задача 5.** Хворий із защемленою паховою грижею госпіталізований на третю добу від початку захворювання. Різка

гіперемія, інфільтрація і набряк шкіри в місці защемлення. Діагноз та дії хірурга?

**Задача 6.** Після розтину грижового мішка хірург не виявив защемленої петлі, з черевної порожнини надходить геморагічний вміст. Від початку защемлення до операції минуло дві доби. Які дії хірурга?

**Задача 7.** Під час видалення грижі з приводу защемлення хірург виявив у черевній порожнині значну кількість світло-жовтої рідини без запаху. Яка тактика хірурга?

**Задача 8.** Після розтину черевної порожнини у хворого з тридобовим защемленням грижі виявлені некроз ілеоцекального кута та перитоніт. Який обсяг операції? Як повинна бути закінчена операція?

**Задача 9.** Хворий 68 років оперується з приводу защемленої косої пахової грижі. У грижовому мішку виявлені дві петлі тонкої кишки з помірним венозним стазом, незначною кількістю серозної рідини, перистальтика відсутня. Пульсація артерій збережена. Утримуючи петлі кишки, було розсічене ущільнювальне кільце. Після зігрівання ущемлених петель колір кишки нормалізувався, з'явилася перистальтика. Петлі кишки визнані життєздатними і були вправлені в черевну порожнину. Пластика виконана за Басіні. На другий день після операції з'явилися симптоми перитоніту. Проведена лапаротомія. Виявлена петля тонкої кишки з явними ознаками некрозу. Проведена резекція кишки в межах здорових тканин. Яку тактичну помилку допустив хірург під час першої операції? Як називається защемлення, що призвело в цьому випадку до некрозу кишки?

**Задача 10.** Оперується хворий 42 років із приводу прямої пахової грижі. Під час виділення грижового мішка виявилось, що однією зі стінок його є сечовий міхур. З яким видом грижі зіштовхнувся хірург?

## Еталони відповідей

**Задача 1.** Тривалий кашель сприяє підвищенню внутрішньочеревного тиску, що є одним з основних факторів в утворенні грижі.

**Задача 2.** Лівобічна коса пахово-калиткова грижа, що вправляється.

**Задача 3.** Про защемлення пахової грижі. Защемленим органом є одна з петель кишечника, про що свідчать явища кишкової непрохідності.

**Задача 4.** У хворого защемлена пахова грижа. Защемленим органом може бути сальник. Хворому показана операція під місцевою або спинномозковою анестезією.

**Задача 5.** Защемлена грижа ускладнена флегмоною черевної стінки. Показана екстрена операція: з нижньосерединного лапаротомного доступу виконують резекцію некротичних змін кишки, міжкишковий анастомоз. З пахового доступу видаляють некротизовану кишку і здійснюють дренивання флегмони передньої черевної стінки.

**Задача 6.** Швидше за все, сталося мимовільне вправлення ущемленого органу з явищами його некрозу і розвитком перитоніту. Показані серединна лапаротомія, пошук некротизованого органа, його резекція, санація і дренивання черевної порожнини.

**Задача 7.** Серединна лапаротомія, ревізія органів черевної порожнини. Подальші дії будуть залежати від «знахідки».

**Задача 8.** Правобічна геміколектомія, залежно від поширеності та форми перитоніту можливе накладання міжкишкового анастомозу або виведення колостом. Дренивання черевної порожнини.

**Задача 9.** Хірург виконав не всі етапи і послідовність огляду вмісту грижового мішка та петель кишки, що містяться в черевній порожнині. Під час повторної операції в черевній порожнині була виявлена некротично змінена кишка в результаті так званого ретроградного защемлення.

**Задача 10.** Ковзна грижа сечового міхура.

## Список використаної літератури

1. Факультетська хірургія / за ред. В. О. Шідловського, М. П. Захараша. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2002. – 544 с.
2. Шимко В. В. Грыжи живота : учебное пособие / В. В. Шимко, А. А. Сысолятин. – Благовещенск : Амурская медицинская академия, 2010. – 150 с.
3. Черенько М. П. Загальна хірургія / М. П. Черенько, Ж. М. Ваврик. – Київ : Здоров'я, 1999. – 616 с.
4. Чуклін С. М. Черевні грижі : методичні рекомендації для студентів медичного факультету / С. М. Чуклін, Т. М. Іванків. – Львів : Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, 2009. – 37 с.

Навчальне видання

**Методичні вказівки**  
до практичних занять із теми «Грижі живота»  
з курсу «Хірургія»  
для студентів спеціальності 222 «Медицина»  
денної форми навчання

Відповідальний за випуск І. Д. Дужий  
Редактори: Н. З. Клочко, С. М. Симоненко  
Комп'ютерне верстання І. М. Лукавенка

Формат 60×84/16. Ум. друк. арк. 2,79. Обл.-вид. арк. 3,02.

Видавець і виготовлювач  
Сумський державний університет,  
вул. Римського-Корсакова, 2, Суми, 40007  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3062 від 17.12.2007.