

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра хірургії №3

ЛЕКЦІЯ: “ ГРИЖІ ЖИВОТА.”

Лекцію обговорено на методичній нараді кафедри
« » _____ 2020 р. Протокол № 1
Зав. кафедрою _____ проф. Ткаченко О.І

Одеса - 2020

1. Актуальність теми. Обґрунтування теми.

Грижі живота займають значне місце в структурі хірургічної захворюваності населення. Вони зустрічаються у 6-7% чоловіків і у 2-3% жінок. Частіше спостерігаються грижі у дітей перших років життя і у людей похилого віку. Проте, нерідко хворіють на грижі люди молодого і середнього віку. В загальнохірургічних стаціонарах хворі на киби складають біля 10% від загальної кількості хворих.

Звичайний перебіг будь-якої грижі не загрожує людині, однак, ускладнена грижа веде до летального виходу.

Ось чому, лікарі будь-якої спеціальності, мають бути знайомі з цією патологією.

Матеріал, який викладається в лекції має важливе значення у професійній підготовці фахівця:

- студенти медичного факультету у майбутній практичній роботі повинні діагностувати грижу та її ускладнення, знати методи діагностики і орієнтуватися в організаційній та лікувальній тактиці;
- студенти стоматологічного факультету мають орієнтуватися в цих питаннях, у зв'язку з тим, що патологія ротової порожнини, зубів має безпосередній вплив на виникнення і клінічний перебіг грижі.

2. Цілі лекції:

- навчальні

Знати:

- топографічну анатомію слабких місць передньої черевної стінки;
- класифікацію гриж;
- загальний клінічний перебіг та симптоматику ;
- методи обстеження хворих на грижі;
- показання до консервативного і хірургічного методів лікування хворих грижозносіїв;
- методи оперативного лікування хворих на грижі;
- можливі ускладнення під час і після операції;
- питання непрацездатності і інвалідності.

- виховні

Матеріал лекції спрямовані на формування у студентів логічного і клінічного професійного мислення, відповідальності лікаря за стан хворої людини. Освітлюються питання медичної етики і деонтології.

3. План та організаційна структура лекції.

№№ п. п.	Основні етапи лекції та їх зміст.	Цілі у рівнях абстракції.	Тип лекції, оснащення лек- ції.	Розподіл часу.
1	2	3	4	5
	Підготовчий етап			
1.	Визначення навчальних цілей.	I-II		3%
2.	Забезпечення позитивної мотивації.	I-II	тематична лекція	2%
	Основний етап			
3.	Викладення лекційного матеріалу. План:		Таблиці, схеми,	90%
	1.Топографо-анатомчні дані будови слабких місць передньої черевної стінки.	I-II	кодограми,	
	2.Загальні відомості про захворюваність населення України.	I-II	слайди. Відеофільм.	
	3. Класифікація гриж.	I-II		
	4. Методи обстеження хво- рих та діагностика.	I-II		
	5. Клінічний перебіг захво- рювання.	I-II		
	6.Лікування різноманітних гриж. Показання до кон- сервативного і хірургіч- ного лікування.	I-II		
	7. Ускладнення .	I-II		
	8.Питання працездатності.	I-II		
	Заключний етап			
4.	Резюме лекції			5%
5.	Відповіді лектора на мож- ливі запитання.		Список літера- тури	
6.	Завдання для самопідгото- вки		Питання. За- вдання.	

4. Зміст лекційного матеріалу:

структурно-логічна схема змісту теми;



ЧЕРЕВНІ ГРИЖІ

Грижа живота - захворювання, клініко-морфологічним проявом якого є вихід черевних органів під шкіру чи в інші міжтканеві простори через отвори, які з'єднують ці грижі з черевною порожниною.

Грижі живота займають значне місце в структурі хірургічної захворюваності населення. Вони зустрічаються у 6-7% чоловіків і у 2-3% жінок. Частіше спостерігаються грижі у дітей перших років життя і у людей похилого віку. Проте, нерідко хворіють на грижі люди молодого і середнього віку. В загальнохірургічних стаціонарах хворі на киля складають біля 10% від загальної кількості хворих.

Грижі живота можуть бути зовнішніми, коли органи черевної порожнини виходять з неї через які-небудь отвори в м'язево-апоневротичному шарі черевної стінки в більш поверхневі її шари, і внутрішніми, коли органи черевної порожнини виходять в наявні в ній сумки і кармани. До внутрішніх гриж відносяться і діафрагмальні грижі.

Отвори, через які виходить грижа, називаються грижовими воротами. При зовнішніх грижах - це патологічне розширені природні щілини в черевній стінці (паховий, стегновий канали, пупкове кільце і ін.), або щілини, утворені в результаті травми черевної стінки. Розміри грижових воріт можуть бути різними — від вузького отвору до широкого дефекту черевної стінки, через який може одночасно пройти декілька черевних органів.

При зовнішніх грижах, органи, які вийшли з черевної порожнини, покриті парієтальним листком очеревини, який, випинаючись через грижові ворота утворює грижовий мішок різних розмірів і форми. Грижовий мішок може складатись з декількох порожнин, які не завжди з'єднані між собою. В грижовому мішку розрізняють вічко, шийку, тіло і верхівку. Вічко - це місце, де грижовий мішок сполучається з черевною порожниною; шийка починається від вічка і, поступово розширюючись переходить в найбільш широку частину грижового мішка — тіло. У випадках, коли через грижові ворота виходить частина органу, стінка якого розміщена заочеревинно (напр. Позаочеревинна частина сечового міхура чи сліпої кишки) грижовий мішок може частково чи повністю бути відсутнім. Такі грижі називаються ковзними.

Тканини, які накривають грижове випинання складають грижові оболонки. Характер їх залежить від виду грижі. Переважно грижовий мішок накритий шаром передочеревинної клітковини, розтягнутими м'язовими волокнами, поверхневою фасцією, підшкірне-жировою клітковиною, шкірою. Органи, які виходять в грижовий мішок, називаються грижовим вмістом. Ним можуть бути сальник, петлі кишок, заочеревинні органи, додатки матки.

Можливість розвитку зовнішніх гриж живота зумовлена особливістю будови м'язево-апоневротичної частини черевної стінки, яка визначає слабкість її в ділянці природних каналів і щілин (паховий, стегновий, пупковий, затулений канали, біла лінія живота, спігелева лінія, сідничний отвір, трикутники ПТІ, Грінфелта, і інші). Всі ті моменти, які викликають надмірне підвищення внутрішньочеревного тиску, а також процеси, які спричиняють послаблення тонуусу черевної стінки (виснаження, важкі загальні захворювання, вагітність, хвороби легень) приводять до того, що тканини черевної стінки в найбільш слабких місцях розтягуються, а щілини і канали розширюються і стають грижовими воротами.

Бувають грижі вправимі, коли при достатньому зниженні внутрішньочеревного тиску грижовий вміст повністю вправляється в черевну порожнину і невправимі, коли в зв'язку з розвитком зрощень між грижовим мішком і його вмістом він повністю не вправляється в черевну порожнину навіть тоді, коли грижові ворота є широкі. Невправимі грижі зустрічаються рідше, проте при них частіше розвиваються різні ускладнення (защемлення, запалення, пошкодження грижі, пухлини грижі, кишкова непрохідність, сторонні тіла в грижі).

Класифікація гриж проводиться по багатьох критеріях і ознаках.

По походженню бувають вроджені і набуті. По розміщенню гриж відносно черевної стінки поділяють на зовнішні і внутрішні. По конкретному місцю виникнення або топографії виділяють грижі пахові, стегнові, сідничні, промежинні, пупкові, навколо пупкові, білої лінії живота, спігелевої лінії,

трикутників ПТІ і Лесгафта-Грюнфельта, мечовидного відростка (зовнішні) і діафрагмальні (внутрішні).

В залежності від патогенезу набуті грижі діляться на травматичні і дистрофічні або грижі слабості. До травматичних відносять грижі зумовлені пошкодженням тканин тої анатомічної ділянки, де вони виникли - як при випадковій травмі так і цілеспрямованій, в тому числі і операційній (після операційні грижі).

Грижі поділяють також на неускладнені, або вільні і ускладнені. З ускладнень виділяють невправимість, защемлення, запалення, пошкодження, розвиток пухлин в грижі, сторонні тіла в грижі, кишкова непрохідність. Існує поділ гриж і по їх розмірах: малі (грижові ворота до 2 см), середні (до 4 см) і великі -коли грижові ворота більше 4 см. Великі грижі називають ще величезними чи гігантськими. Слід відмітити, що паралелізму між величиною грижових воріт і розмірами гриж нерідко не буває.

Пахові грижі.

Пахові грижі — захворювання, при якому через пахові ямки в паховий канал через незарошений піхвовий відросток очеревини чи в заново утворений грижовий мішок, який розміщений в сім'яному канатику чи поза ним, відбувається виходження внутрішніх органів.

Найбільша кількості пахових гриж приходиться на самий ранній дитячий вік (1-2 роки), коли з'являються косі вроджені кили. Потім кількість їх зменшується, а потім поступово наростає і особливо збільшується у віці від 40 до 70 років. Паховою грижею частіше хворіють чоловіки (85-90%) і набагато рідше жінки. У жінок в більшості випадків бувають косі грижі; прямі грижі у жінок рідкість. Співвідношення пахових гриж у чоловіків і жінок від 5:1 до 10:1.

Анатомо-фізіологічні дані. Пахові грижі виникають в паховому проміжку, який знаходиться в межах пахової ділянки. Топографоанатомічні шари цієї ділянки складають частину передньої черевної стінки. Ними є шкіра, підшкірна основа, поверхнева фасція, глибока фасція (Томпсона), апоневроз зовнішнього косоного м'яза живота, внутрішній косий і поперечний м'язи, поперечна фасція, передочеревинна клітковина і очеревина.

Апоневроз зовнішнього косоного м'яза складається з сухожильних волокон, які йдуть косо зверху вниз і ззовні до середини. Нижнім своїм краєм апоневроз підвертається донизу і всередину, лягає на кісткову дугу переднього відділу тазового кільця і утворює апоневротичний жолоб відкритий доверху і до заду, над яким розміщений нижній край внутрішнього косоного і поперечного м'язів живота. Частина апоневрозу, яка прикріплюється з однієї сторони до передньо-верхньої ості здухвинної кістки, а з другої до донного бугорка, утворює пахову зв'язку. В нижньому куті пахової ділянки волокна апоневрозу зовнішнього косоного м'яза розщеплюються на дві ніжки: внутрішню (верхню) (*crus mediale*), яка прикріплюється до верхнього краю донного з'єднання і зовнішню (нижню) (*crus laterale*), яка прикріплюється до донного бугорка своєї сторони. Між ніжками утворюється отвір, який називається зовнішнім кільцем пахового каналу. Величина його не постійна і коливається поздовжньо від 2 до 3 см і поперек від 1 до 1,5 см,

Внутрішній косий і поперечний м'язи живота представляють собою один м'язовий пласт, який розміщений в жолобі пахової зв'язки і не прилягає до неї лише в медіальному відділі. Таким чином, в нижньому куті пахової ділянки є обмежений простір в передній стінці живота, який не заповнений м'язами. Цей простір називається паховим проміжком. (рис 2)

Довжина **пахового проміжки** зумовлена місцем відходження внутрішнього косоного м'яза від пахової зв'язки. Паховий проміжок може мати овальну чи трикутну форми, які зумовлені напрямком нижніх волокон внутрішнього косоного і поперечного м'язів. Довжина овального проміжку 3-7 см, а висота 1-2 см. Розміри трикутного проміжку більші і складають: довжина 4-10 см, висота 1,5-5 см.

Поперечна фасція в ділянці пахової зв'язки і зовнішнього краю прямого м'яза живота має більш щільну будову і підкріплена апоневротичними волокнами: зсередини — *falx inguinale*, ззовні — *lig. interfoveolare*. Вільна від усіх апоневротичних пучків частина поперечної фасції живота, відмежована знизу паховою зв'язкою відповідає зовнішньому отвору пахового каналу.

Безпосередньо до заду від поперечної фасції в передочеревинній клітковині проходить стовбур нижньої надчеревної артерії, медіальніше якого розміщується фіброзний тяж - облітерована пуп-

кова артерія і редукований сечовий протік *urachus*. Очеревина, покриваючи ці утвори, утворює три складки: серединну, медіальну і латеральну. Ці складки відмежовують над паховою зв'язкою важливі в практичному відношенні ямки: медіальну, латеральну і надміхурову.

Паховий канал. Безпосередньо над паховою зв'язкою розташований паховий канал.

В ньому виділяють чотири стінки і два отвори. Верхньою стінкою пахового каналу є нижній край внутрішнього косоного і поперечного м'язів живота, переднього - апоневроз зовнішнього косоного м'яза живота, нижнього — жолоб пахової зв'язки і задньо-поперечна фасція живота. Зовнішній отвір пахового каналу знаходиться над паховою зв'язкою в апоневрозі зовнішнього косоного м'яза живота. Внутрішній отвір представляє собою заглибину в поперечній фасції і відповідає зовнішній паховій ямці. Довжина пахового каналу у чоловіків досягає 4 см, а у жінок вона дещо менша.

Форма пахового проміжку і його розміри відображаються на анатомії пахового каналу. Так, при овальних проміжках передня стінка пахового каналу утворюється за рахунок апоневрозу зовнішнього косоного, а в латеральній частині — і внутрішнього косоного м'яза. Верхня стінка утворена за рахунок дугоподібно розміщених внутрішнього косоного і поперечного м'язів. Задня стінка каналу утворена з поперечної фасції, яка укріплена рідше м'язовою частиною внутрішнього косоного, частіше сухожилковими волокнами цього м'яза і переважно апоневрозом поперечного м'яза живота. Нижня стінка утворена жолобом пахової зв'язки. Паховий канал при такій будові утворює в черевній стінці три вузьких місця: 1) глибокий отвір (кільце) пахового каналу, який до того ж спереду прикритий внутрішнім косим м'язом; 2) звуження середнього відділу каналу, яке розміщене під нижнім краєм внутрішнього косоного і поперечного м'язів; 3) поверхневий отвір (кільце) пахового каналу. При паховому проміжку трикутної форми передня стінка пахового каналу утворюється апоневрозом зовнішнього косоного м'яза. Верхня стінка утворюється високо і горизонтально розміщеними внутрішнім косим м'язом і апоневрозом поперечного м'яза. Задня стінка утворена або тільки за рахунок поперечної фасції або ще в верхній частині слабкими сухожилковими волокнами поперечного м'яза. Глибокий і поверхневий отвори часто розширені, в середньому відділі звуження немає. Паховий канал у жінок часто має форму щілини, краще укріплений м'язовими і сухожилковими шарами і дещо довший ніж у чоловіків. Глибокий і поверхневий отвір завжди вузькі і менших розмірів.

Фізіологічну функцію пахового каналу складає складний захисний механізм рефлекторної діяльності стінок каналу і його отворів, який виникає при напруженні черевного пресу у відповідь на підвищення внутрішньочеревного тиску. Внутрішній косий і поперечний м'язи живота скорочуються і зближуються з паховою зв'язкою відіграють роль сфінктера, який при напруженні черевного пресу закриває паховий канал. Другим важним захисним механізмом пахового каналу при підвищенні внутрішньочеревного тиску є його косе розміщення. При фізичних зусиллях внутрішні органи тиснуть на задню стінку каналу, притискають її до передньої стінки. Таким чином, задня стінка ніби утворює клапан, створюючи опір при скороченнях бокових м'язів живота прямому тиску внутрішніх органів. Певне значення при цьому має форма тазу: при вузькій, фронтальній частіше виникають косі грижі, бо канал розміщений ближче до напрямку внутрішньочеревного тиску, а при плоскій, сагітальній переважають прямі пахові кили.

Хірургічна анатомія пахових гриж.

При косих пахових грижах випинання передньої черевної стінки відбувається в ділянці латеральної ямки. В своєму розвитку грижа йде косо, до низу і до середини вздовж пахового каналу, а потім через зовнішній отвір - в підшкірну жирову клітковину чи в калитку. В залежності від ступеню розвитку розрізняють такі види косих пахових кил. При прямих пахових грижах випинання передньої черевної стінки наступає в ділянці медіальної ямки. Прямі грижі виходять в підшкірну клітковину через зовнішній отвір пахового каналу.

Положення нижніх надчеревних судин і сім'яного канатика по відношенню до грижового мішка при прямій і косій пахових грижах різне. При косій паховій грижі нижні надчеревні судини розміщені досередини від грижового мішка, а при прямій - ззовні від нього. Елементи сім'яного канатика при косій паховій грижі розпластані на грижовому мішку, чи лежать під ним, тоді як при прямій паховій грижі вони розміщені ззовні від нього.

Прямі пахові кили можуть бути тільки набутими, тоді як косі — набутими і вродженими. При вроджених пахових грижах - мішок утворений вагінальним відростком очеревини, який випинається в процесі опущення яєчка і утворює серозний покрив яєчка.

Якщо вагінальний відросток залишається незарощеним на всьому протязі від внутрішнього отвору пахового каналу до яєчка, то він є одночасно і грижовим мішком і власною оболонкою яєчка.

Рідко зустрічаються ковзні пахові грижі. При їх утворенні частиною грижового мішка є стінка мезоперитонеально розміщеного органу (сліпа кишка, висхідна товста кишка, сечовий міхур).

Класифікація. По анатомічній будові та відповідно місцю їх виходу з черевної порожнини виділяють два види гриж: косі і прямі.

В залежності від походження грижового мішка пахові грижі бувають вродженими і набутими.

В зв'язку з різними варіантами розміщення грижового мішка рідко можуть спостерігатись інші різновидності пахових гриж: косі з прямим каналом, передочеревинні, внутрішньостінкові, осумковані, навколо пахові, надміхурові, комбіновані.

Клінічна симптоматика.

Діагноз головним чином ставиться на підставі об'єктивних симптомів. Суб'єктивні ознаки грижі зводяться в основному до больових відчуттів, особливо при фізичному навантаженні. Виникнення болю співпадає з моментом виходження внутрощів в грижовий мішок. При ковзних і рецидивуючих грижах біль має постійний характер. Окрім болю грижа може супроводжуватись нудотою, блювотою, закрепамми, здуттям живота, дизуричними проявами (при ковзній грижі, коли вмістом її є сечовий міхур).

Об'єктивною ознакою грижі є вип'ячування в тих місцях, які по анатомічному розміщенню є типові для цієї патології.

Підтвердженням може бути зникнення даної пухлини самостійно, або ж після вправлення внутрощів в черевну порожнину та поява її знов при кашлі.

Другою об'єктивною ознакою пахової кили є наявність розширеного зовнішнього отвору пахового каналу та відчуття “кашлевого поштовху” при пальцевому дослідженні пахового каналу. Огляд та пальпація пахової ділянки дозволяють відрізнити косу від прямої та стегнової кили, а також від хвороб, які можуть проявлятись симптомами, характерними для пахової кили.

Пряма грижа має овальну форму властиву для людей майже виключно похилого віку, частіше буває двобічною і майже ніколи не опускається в калитку. При косій грижі випинання має продовговату форму, часто зустрічається в середньому віці, розміщена по ходу пахового каналу і часто опускається в калитку. При цьому половина калитки, куди опускається грижа, збільшена, шкіра її розтягнута, а статевий член зміщений в протилежну сторону.

Крім огляду та пальпації в дослідженні грижі входять перкусія і аускультация, які дозволяють визначити в вмісті грижі наявність порожнистого органу (кишки), який при перкусії дає тимпанічний звук, і відчуття перистальтики при вислуховуванні. У випадках знаходження в грижовому мішку сальника чи сечового міхура перкусія дає тупий звук.

Диференційний діагноз.

Косу від прямої грижі можна відрізнити при огляді по їх локалізації, формі, відношенню до калитки. Окрім того дослідження пахового каналу введеним пальцем в зовнішній отвір дозволяє виявити пульсацію нижньої епігастральної артерії ззовні від грижового мішка при прямій грижі, і до середини від нього -при косій грижі.

Відмінність пахової грижі від стегнової легко виявити, бо перша розміщується над паховою зв'язкою, а друга - під нею.

З других захворювань, від яких слід відрізнити пахову грижу є ліпома, пухлини і запалення пахових лімфатичних вузлів, водянка оболонок яєчка і сім'яного канатика, натічний абсцес. Ліпома по своїй консистенції хоч і нагадує грижу, але вона як правило лежить латеральніше підшкірного пахового кільця, не продовжується в черевну порожнину бо виходить з підшкірної жирової тканини.

Збільшені лімфатичні вузли мають щільну консистенцію, чітко відмежовані від зовнішнього отвору пахового каналу, не змінюють своїх розмірів при напруженні черевного пресу і кашлі. Гострий паховий лімфаденіт має короткотривалий анамнез, характеризується опухом і почервонінням шкіри над вузлами, болючістю їх, наявністю інфекційного вогнища як причини лімфаденіту.

Водянка оболонки яєчка має чітку межу в ділянці зовнішнього отвору пахового каналу, ця пухлина не вправляється в черевну порожнину, не збільшується при надуванні живота і кашлі. При пахово-калітковій грижі яєчко пальпується в глибині калитки чи збоку кили, а при водянці оболонки яєчка воно не пальпується.

Для натічного абсцесу характерним є більш латеральне його розміщення по відношенню до зовнішнього отвору пахового каналу, тупий звук при перкусії, флюктуація і не болючість опуху, відсутність змін розмірів його при кашлі.

Водянка сім'яного канатика нерідко поширюється і на паховий канал і цим нагадує пахову килу. Проте, водянка канатика не змінює своєї величини при підвищенні внутрішньочеревного тиску, не вправляється в черевну порожнину.

Лікувальна тактика та вибір методу лікування.

Лікування пахових гриж виключно хірургічне. Операція протипоказана лише людям старечого віку з великими чи множинними грижами, які поєднуються з важкою патологією внутрішніх органів, головним чином органів кровообігу та дихання.

Операція переслідує дві цілі: ліквідацію грижового випинання і закриття грижових воріт. Перша ціль вирішується виділенням, розкриттям грижового мішка, вправленням грижового вмісту, перев'язуванням грижового мішка біля шийки з послідовним відсіченням його. Друга ціль - закриття грижових воріт має три групи існуючих способів: 1) звуження пахового каналу без його розкриття; 2) відновлення пахового каналу до нормального його стану; 3) створення нового ложе для сім'яного канатика і ліквідація пахового каналу.

Положення хворого на операційному столі звичайне - на спині, доцільно з при піднятим тазом. Для знеболення використовують місцеву анестезію чи наркоз. Для виконання операції з приводу пахової грижі застосовують косий розріз шкіри довжиною 10-12 см паралельно і на 2-2,5 см вище пахової зв'язки, який починається від рівня середньої і верхньої її третини і опускається на 1,5-2,0 см нижче поверхневого кільця пахового каналу.

Ретельно виділяють апоневроз зовнішнього косоного м'яза від підшкірної клітковини і фасції до чіткого визначення пупартової зв'язки.

I. Операції звуження пахового каналу без його розкриття.

1. Спосіб Черні. Після перев'язки і видалення мішка, не розкриваючи апоневрозу зовнішнього косоного м'яза накладають шви на його ніжки. Потім накладають 3-4 шви захвачуючи зверху утворену складку апоневрозу зовнішнього косоного м'яза, а знизу апоневроз вище пахової складки.

2. Спосіб Ру. Після виділення перев'язки і видалення грижового мішка не розкриваючи апоневроз зовнішнього косоного м'яза, починаючи від зовнішнього отвору пахового каналу накладають 4-5 швів, захвачуючи зверху апоневроз зовнішнього косоного м'яза разом з розташованими під ним м'язами, а знизу пахову зв'язку.

II. Операції відновлення пахового каналу до його нормального стану.

Відновлення пахового каналу може здійснюватись укріпленням передньої чи задньої стінок пахового каналу.

Операції укріплення передньої стінки пахового каналу. До цих операцій відносяться методи Мартинова, Луки-Шампіонера, Боброва, Вольфлера, Жирара, Спасокукоцького, Герцена, Кімбаровського. Суть цих операцій полягає в високій перев'язці і видаленні грижового мішка та укріпленні передньої стінки пахового каналу клаптями апоневрозу зовнішнього косоного м'яза без підшивання чи з підшиванням нижнього краю бокових м'язів живота до пахової зв'язки.

1. Спосіб Мартинова. Після видалення грижового мішка накладають 4-5 швів між краєм верхнього клаптя апоневрозу зовнішнього косоного м'яза і паховою зв'язкою. Нижній клапоть апоневрозу зовнішнього косоного м'яза накладають поверх верхнього і фіксують швами без особливого натягу.

2. Спосіб Жирара. Після видалення грижового мішка край внутрішнього косоного і поперечного м'язів пришивають до пахової зв'язки спереду сім'яного канатика. Після цього окремо край верхнього клаптя апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота пришивають до пахової зв'язки. Нижній клапоть фіксують поверх верхнього декількома швами, утворюючи дублікатуру.

Нижній край внутрішнього косоного і поперечного м'язів зшиті з паховою зв'язкою попереду сім'яного канатика, окремо зшивається верхній клапоть апоневрозу зовнішнього косоного м'яза з паховою зв'язкою.

3. Спосіб Спасокукоцького. Все виконують так, як при способі Жирара, але нижній край м'язів і верхнього клаптя апоневрозу зовнішнього косоного м'язу пришивають разом, щоб не розволокнувати і не травмувати пахову зв'язку двійним рядом швів.

4. Спосіб Кімбаровського. Це видозмінений метод Спасокукоцького. Суть його полягає в тому, що відступивши 1 см від краю круглою голкою прополюють верхній клапоть апоневрозу разом з нижнім краєм внутрішнього косоного і поперечного м'язів і, провівши шов знову ззаду наперед біля самого краю апоневрозу пришивають до пахової зв'язки. Нижній клапоть апоневрозу підшивають до верхнього без особливого натягу.

I. Операції укріплення задньої стінки пахового каналу.

1. Спосіб Басіні. Після розрізу шкіри і апоневрозу зовнішнього косоного м'язу і високого видалення грижового мішка повністю виділяють і відводять до переду сім'яний канатик. Потім накладають так звані глибокі шви. В них захвачують зверху нижній край внутрішнього косоного і поперечного м'язів, поперечну фасцію. В два перших від лобкового з'єднання шва захвачують і край прямого м'язу разом з його піхвою і пришивають на протязі 5-7 см до пахової зв'язки, причому в перший шов захвачують і надкисницю в ділянці лобкового бугорка. Вкладають сім'яний канатик на створене м'язове ложе і поверх нього увивають рядом вузликів швів край апоневрозу зовнішнього косоного м'язу.

2. Спосіб Кукуджанова. Використовується в основному для трудних форм пахових гриж: прямих, великих косих з прямим каналом, рецидивних. Після видалення грижового мішка і виділення та відведення до переду сім'яного канатика видаляють жирову клітковину з поперечної фасції оголюючи її. Поздовжньо розсікають поперечну фасцію, відділяють задню її поверхню від підсерозної оболонки і внизу цього проміжку виділяють зв'язку Купера (верхньою лобкову). Над куксою грижового мішка зшивають кисетним швом чи 2-3 вузликівими швами підсерозну оболонку. Надлишки поперечної фасції висікають. В медіальному відділі високого пахового проміжку захвачують 3-4 швами край виділеного глибокого листка піхви прямого м'язу живота. Знизу прошивають верхню лобкову і частково жімбернатову зв'язки. В латеральному відділі пахового проміжку зверху 3-5 швами прошивають апоневроз поперечного м'язу разом з краєм поперечної фасції, а знизу потовщену частину поперечної фасції (здухвинно-лобковий тяж) чи, якщо він недостатньо розвинутий, задній верхній відділ пахової зв'язки. Всі накладені шви зав'язують позаду сім'яного канатика.

В випадках явного натягу до зав'язування швів в медіальному відділі глибокого листка піхви прямого м'язу спереду прямого м'язу роблять косий послаблюючий розріз піхви довжиною 2-2,5 см. Вкладають сім'яний канатик і поверх нього зшивають дублікатурою апоневроз зовнішнього косоного м'язу.

IV. Операції створення нового ложа для сім'яного канатика і ліквідації пахового каналу.

1. Спосіб Постемпського. Розсікають апоневроз зовнішнього косоного м'язу ближче до пахової зв'язки. Виділяють сім'яний канатик. Потім розсікають внутрішній косий і поперечний м'язи в латеральну сторону від глибокого отвору пахового каналу для того, щоб сім'яний канатик перемістити в верхній латеральний кут цього розрізу. Після цього м'язи зашивають. Зверху захвачують в шов 4 шари: верхній клапоть апоневрозу зовнішнього косоного м'язу, край внутрішнього косоного і поперечного м'язів живота і поперечну фасцію; в перші два медіальних шви захвачують край прямого м'язу і пришивають під сім'яним канатиком до пахової зв'язки разом з нижнім клаптем апоневрозу зовнішнього косоного м'язу. Поверхневу фасцію зашивають поверх сім'яного канатика.

V. Способи, при яких проводиться ауто-, гомо-, гетеро- чи аллопластика для укріплення передньої чи задньої стінки пахового каналу.

Застосовуються ці методи пластики при великих, рецидивних грижах у випадках неможливості пластики пахового каналу місцевими тканинами. В цих випадках застосовують вільну пластику широкою фасцією стегна (метод Кіршнера, клапоть шкіри (метод Барнова, чи з використанням аллопластичного матеріалу (танталової сітки, тканини з капрону, нейлону і інших хімічних матеріалів).

Ускладнення інтраопераційні та раннього післяопераційного періоду.

Серед цих ускладнень можна відмітити наступні:

1. Пошкодження крупних судин (стегнової вени чи артерії з послідуною

- кровотечею).
2. Пошкодження судин сім'яного канатика.
 3. Операційні і післяопераційні кровотечі в черевну порожнину із судин чіпця чи інших органів після роз'єднання злук.
 4. Гематоми в ділянці післяопераційної рани чи калитки.
 5. Поранення сечового міхура.
 6. Нагноєння післяопераційної рани.
 7. Здавлення сім'яного канатика, набряк яєчка чи калитки.
 8. Післяопераційні епідидіміт, орхіт, рання атрофія яєчка.
 9. Післяопераційні неврити, невралгії з іррадіюючим болем в калитку, стегно.
 10. Післяопераційні пневмонії та тромбоемболічні ускладнення.

Частота кожного з окремих ускладнень невелика і складає від 0,01% до 1% (пошкодження судин, сечового міхура, тромбоемболічні процеси та пневмонії) чи від 1% (гематоми калитки), до 3- 6% (поранення судин сім'яного канатика, нагноєння післяопераційної рани, орхіт, епідидіміти) та набряк яєчка від 5 до 25%.

Лікування в ранньому післяопераційному періоді. Ранній післяопераційний період характеризується больовим синдромом і зв'язаним з ним кардіоваскулярними і метаболічними порушеннями. В зв'язку з цим, першим завданням післяопераційного періоду є купування болю, нормалізація волемічних порушень інфузійною терапією. Для профілактики легеневих і тромбоемболічних ускладнень необхідна рання фізична активність: раннє (1-2 доба) вставання, дихальна гімнастика, лікувальна фізкультура. З ціллю попередження набряку яєчка і калитки застосовують суспензорій для калитки. Догляд за раною включає в себе застосування вантажу чи холоду на неї впродовж двох годин після операції; асептична пов'язка; з 2-3 дня УВЧ на рану. Шви знімають на 6-8 день. Після виписки з стаціонару хворий продовжує лікування в амбулаторних умовах (фізіотерапевтичні процедури, масаж, лікувальна фізкультура). Хворому рекомендують обмеження фізичної та трудової активності впродовж 1,5-2 місяців.

Результати і наслідки лікування.

Рецидиви пахових кил є показником ефективності їх хірургічного лікування. Число рецидивів з кожним роком після операції зростає. Впродовж першого року рецидив складають 1-3%, а через 5 років - від 5 до 12%. Разом з тим, при невеликих косих грижах рецидиви становлять від 2 до 8%, а при великих, складних — 15-35%. При прямих грижах рецидиви загалом складають від 6 до 37% і більше. Основними факторами, які сприяють рецидивам пахових кил є: 1) неправильний вибір способу операції для конкретного випадку; 2) помилки оперативної техніки; 3) фактори, що сприяють раневим ускладненням; 4) фактори, що сприяють раптовому чи систематичному, тривалому підвищенню внутрішньочеревного тиску. Певне значення, зрозуміло, мають розміри і складність кили, вік пацієнта, супутні хвороби.

Стегнові грижі.

Серед черевних гриж, стегнові грижі по частоті займають друге місце після пахових гриж. Вони часто ускладнюються защемленням, нерідко з тяжкими наслідками.

Стегнові грижі виникають найбільш часто на четвертому- шостому десятиріччях життя. Ці грижі як правило набуті і у жінок зустрічаються в 3 рази частіше ніж у чоловіків.

Анатомо-фізіологічні дані.

Стегнова грижа виходить нижче пупартової зв'язки в ділянці стегового трикутника. До пахової зв'язки спереду прикріплюється глибокий листок поверхневої фасції, знизу — широка фасція стегна, ззаду

- поперечна фасція живота і здухвинна фасція. Ці анатомічні утвори міцно відділяють нижній відділ черевної порожнини від верхньої частини стегна. Глибокий листок широкої фасції стегна прикріплюється спереду до пахової зв'язки, а ззаду - до гребеня здухвинної кістки, утворюючи здухвинно-гребенчасту дугу, яка ділить простір між паховою зв'язкою і кістками тазу на два відділи: зовнішній - м'язовий і внутрішній - судинний. Зовнішній відділ містить здухвинно-поперековий

м'яз та стегновий нерв. Внутрішній відділ відмежований спереду — паховою зв'язкою, ззовні — здухвинне- гребінчастою дугою, зсередини - напівмісяцевою зв'язкою Жімберната і знизу — надкісницею горизонтальної вітки лонної кістки, яка покрита потужними сухожилковими волокнами (зв'язка Купера). В судинному відділі проходять стегнова артерія (латеральне) і стегнова вена (медіально).

Стегновий канал в топографоанатомічному відношенні є умовно виділеним. Канал має місце лише у випадках стегнової грижі. Його стінками є спереду - пахова зв'язка, ззаду - горизонтальна вітка лонної кістки, ззовні - стегнова вена і зсередини — край жімбернатової зв'язки.

Кровообіг ділянки пахово-стегнового згину здійснюється поверхневою епігастральною артерією, поверхневою артерією, що окружує здухвинну кістку, зовнішні статеві артерії і їх пахові вітки. Артерії супроводжують відповідні вени.

В підшкірній клітковині стегнового трикутника на 3- 5 см нижче пахової зв'язки локалізуються поверхневі і глибокі лімфатичні вузли і судини.

Інервація ділянки здійснюється закінченнями ХП міжреберного нерва, здухвинно- гіпогастральним, здухвинно-паховим та вітками стегнового нерва.

Хірургічна анатомія.

Стегнові грижі виходять під паховою зв'язкою і розміщені в верхньому відділі передньої поверхні стегна. Грижові ворота стегнових гриж можуть розміщуватись на рівні внутрішньої, середньої чи зовнішньої частин пахової зв'язки. Грижове випинання проходить досередини від стегнової вени в стегновий канал і далі, через зовнішнє кільце каналу виходить в підшкірну клітковину передньої поверхні стегна. Грижовий мішок покритий шкірою, жировою клітковиною і поверхневою фасцією.

Стегнові грижі можуть виходити спереду чи ззаду від стегнових артерій і вени. Грижа лакунарної зв'язки проходить до середини від внутрішнього отвору стегнового каналу через щілину в ліг. Іасшіаге. М'язова стегнова кила розміщується ззовні від стегнових судин і проходить через . Грижовим вмістом стегнової грижі можуть бути ті ж органи, що і при паховій грижі.

Етіологія і патогенез.

Основні причинні фактори стегнових гриж характерні для всіх видів черевних гриж. Проте, причини виникнення стегнових кил, крім загальних, мають свої особливості. Єдиною причиною виникнення стегнової грижі пацієнти називають важку фізичну працю (65-70%) та важкі пологи (17-20%). Правобічні кили зустрічаються у 2/3 пацієнтів і лівобічні - у третини. Двобічні кили спостерігаються у 3- 5%. В деяких випадках вирішальну роль в виникненні стегнової грижі відіграє попередньо виконана операція з приводу пахової вени на тій же стороні.

Очевидно, що переважає стегнових гриж у жінок зумовлено також особливостями будови жіночого тазу та більшим нахилом його до переду.

Класифікація.

Найбільше визнання отримала класифікація Кримова, в основі якої лежить анатомічний принцип. Згідно неї стегнові грижі поділяють на два види:

1. Судинного відділу:

а) займає всю ширину судинного відділу.

б) займає тільки частину судинного відділу (медіальну, серединну, зовнішню, виходить через дефект в жімбернатовій зв'язці).

2. М'язового відділу.

Клінічна симптоматика.

Симптоматика стегнової вени практично не відрізняється від інших гриж. Хворих турбує біль в ділянці грижі, біль в животі на стороні грижі, біль іррадіює в поперек чи турбує ниючий біль на передне внутрішній поверхні стегна на стороні грижі. При огляді видно випинання овальної форми нижче пупартової зв'язки в типовому місці. При вправленні грижі можна пальцем визначити грижові ворота і кашлевий поштовх. В рідких випадках при стегновій грижі, яка тисне на варикозне розширену велику підшкірну вену стегна швидко прогресує варикоз і виникають його ускладнення.

Диференційний діагноз.

Найбільш часто стегнову грижу приймають за пахову. Основною відмінністю між ними є те, що пахова кила виходить під шкіру вище пахової зв'язки і не має ніякого відношення до стегнових судин, а при її вправленні визначається її зовнішній отвір пахового каналу.

При диференціальній діагностиці слід враховувати, що стегнова грижа ніколи не буває вродженою, ніколи не поширюється в калитку, рідко буває у дітей.

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

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

Лікувальна тактика та вибір методу лікування.

Кожен хворий з стегною грижею після відповідної передопераційної підготовки підлягає хірургічному лікуванню. Проти покази до операції є ті ж, що і для інших видів черевних гриж.

Способи хірургічного лікування стегнових кил поділяються на чотири групи: 1). Способи закриття грижових воріт з сторони стегна; 2). Способи закриття грижових воріт з сторони пахового каналу; 3). Аутопластичні способи; 4). Гетеропластичні способи.

Розрізи шкіри проводять вертикально над грижею. Початок розрізу розміщується на 2- 3 см вище пахової зв'язки. Довжина розрізу 10-12 см. З операцій зі сторони стегна застосовують методи Локвуда і його модифікації (Бассіні, Кримов) та Абражанова.

За Локвудом після розсічення шкіри і підшкірної основи виділяють грижовий мішок, розкривають його, вміст вправляють в черевну порожнину, Грижовий мішок перев'язують і відсікають. Закриття стегнового каналу здійснюють шляхом підшивання пахової зв'язки до надкисниці лонної кістки 2-3 вузликівими швами.

Модифікація Бассіні заключається в тому, що після підшивання пахової зв'язки до надкисниці лонної кістки накладають другий ряд швів на півмісяцевий край овальної ямки стегна та гребінчикову фасцію.

Для закриття стегнових грижових воріт через паховий канал застосовують метод Руджі. Розкривають паховий канал, вміст його відводять доверху. Розсікають задню стінку пахового каналу. Грижовий мішок переводять в паховий канал, обробляють і видаляють. Стегнове грижове кільце закривають шляхом підшивання задньої сторони пахової зв'язки до здухвинне-лонної зв'язки 3- 4 швами. Відновлюють паховий канал.

Пластичні способи застосовують у випадках великих грижових воріт, коли їх складно закрити звичайними методами. Із багатьох запропонованих аутопластичних способів практичне застосування знайшли лише деякі. Спосіб Караванова — після обробки грижового мішка проводять пластику грижових воріт клаптем апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота. Клапоть викроюють довжиною 2- 4 см, відступивши на 1,5 см вище пахової зв'язки, проводять його через стегновий канал і підшивають до надкисниці лонної кістки, лонної зв'язки та лакунарної зв'язки.

Аллопластичні та гетеропластичні способи закриття стегнових грижових воріт на сьогодні майже не використовуються.

Післяопераційний період у хворих на стегнові грижі не має специфічних особливостей. Режим після операції активний, шкірні шви знімають на 7-8 день. Звільнення від роботи від двох тижнів до місяця.

За даними літератури рецидиви стегнових кил складають 6-33%. Рецидивів тим більше, чим складніший і травматичніший спосіб операції.

Пупкові грижі.

Пупковими грижами називають випинання, які виходять через пупкове кільце або передню черевну стінку ділянки пупка.

Пупкові грижі у дорослих складають 5-12% від числа всіх гриж передньої черевної стінки. Частіше зустрічаються у жінок і у людей похилого віку.

Причини пупкових гриж у дітей і дорослих різні. У дітей вони є наслідком недорозвитку пупочного кільця, в першу чергу черевної фасції, яка покриває зсередини пупочне кільце. Найслабшою ді-

лянкою пупочного кільця є його верхній відділ, де проходить пупкова вена, яка не має м'язової оболонки. Ці анатомічні передумови і слабкі місця в ділянці пупкового кільця в поєднанні з факторами і хворобами, які викликають чи супроводжуються підвищенням внутрішньочеревного тиску сприяють утворенню черевних пупкових гриж у дітей.

Значне переважання частоти пупкових гриж у жінок пояснюється анатомо-фізіологічними особливостями - більш широка біла лінія живота і слабкість в ділянці пупкового кільця, вагітність і пологи. Утворенню пупкових кил сприяють важка фізична праця, закрепи, виснажуючі хвороби, ожиріння. Пупкові грижі часто поєднуються з відвислим животом, з діастазом прямих м'язів живота.

Класифікація. Розрізняють: 1) грижі пуповини (ембріональні грижі); 2) пупкові грижі у дітей; 3) пупкові грижі у дорослих

Пупкові грижі дорослих розділяють на прямі і косі. Прямі пупкові грижі виникають у разі витонченої поперечної фасції в ділянці пупкового кільця. В таких випадках внутрішні органи випинають очеревину відповідно пупковому кільцю, виходять в підшкірну клітковину черевної стінки найбільш коротким шляхом. Косі пупкові грижі утворюються в тих випадках, коли поперечна фасція стовщена відповідно пупковому кільцю. В цих випадках грижове випинання починає утворюватись вище чи нижче пупкового кільця, і грижовий мішок проходить між поперечною фасцією і білою лінією живота, утворюючи так званий пупковий канал, а потім через пупкове кільце виходить в підшкірну клітковину передньої черевної стінки.

Грижовий мішок пупкових кил покритий шкірою, підшкірною клітковиною і поперечною фасцією. (рис.42)

Клінічна симптоматика. Клініка пупкових гриж у дітей проявляється неспокоєм дитини, болем в животі внаслідок подразнення органів в грижових воротах. Грижове випинання в ділянці пупка з'являється при натужуванні чи у вертикальному положенні. Вміст грижі — петля тонкої кишки, легко вправляється в черевну порожнину. В горизонтальному положенні дитини пальпується розширене пупочне кільце.

Лікування пупкових гриж у дітей може бути консервативне і хірургічне. У випадках, коли грижа особливо не турбує дитину в перші три роки життя застосовують консервативне лікування. Воно включає:

масаж черевної стінки, лікувальну гімнастику, пов'язку з липким пластиром. Якщо до віку 5 років виліковування не настає - показане хірургічне лікування. Операцію виконують під загальним знечуленням. Після обробки грижового мішка пластику грижових воріт проводять по Лексеру накладанням кисетного шва по краях апоневротичного дефекту .

При великих грижах у дітей пластику грижових воріт виконують по Сапежко, тобто з створенням дублікатури апоневрозу. Операцію виконують з вертикального розрізу з висіченням пупка.

Нерідко застосовується поперечна пластика грижових воріт при пупковій грижі за способом Мейо. Операція виконується з двох поперечних оперізуючих розрізів з видаленням пупка.

У дорослих клініка пупкових гриж залежить від величини випинання, характеру вмісту грижового мішка, наявності чи відсутності ускладнень, супутньої патології. Основний симптом - біль може виникати при фізичному навантаженні, кашлі, блювоті, і інших станах, які супроводжуються підвищенням внутрішньочеревного тиску внаслідок здавлення вмісту грижі в вузьких грижових воротах. При великих грижах часто хворих турбує біль в ділянці випинання, нудота, затримка стільця, блювота.

При огляді відмічається випинання в ділянці пупка. Пальпаторно визначається розширене пупкове кільце. При невправимій грижі випинання має форму багатокammerного мішка, в якому можуть контуруватись петлі кишок. Випинання має м'якоеластичну консистенцію. З додаткових методів діагностики застосовують рентгенографію живота в боковій проекції для визначення характеру вмісту.

Лікувальна тактика та вибір методу лікування.

Хворі на пупкову килу підлягають виключно хірургічному лікуванню. Вибір методу операції повинен бути чітко індивідуалізований в кожному конкретному випадку.

Передопераційна підготовка включає адаптацію серцево-судинної і дихальної систем. Важливим є дотримання безшлакової дієти і очищення кишечника, що зменшує вірогідність різного підвищення внутрішньочеревного тиску після операції,

Для знечулення частіше застосовують ендотрахеальний наркоз з міорелаксантами. Він дозволяє створити оптимальні умови для закриття гризових воріт. Розріз шкіри і підшкірної клітковини проводять з урахуванням величини грижі, а також супутнього розходження прямих м'язів живота. Доцільно при наявності діастазу прямих м'язів робити вертикальний розріз по середній лінії, а пластику гризових воріт - по способу Сапежко. У випадках великого жирового фартуха розріз проводять поперечно з урахуванням його висічення, а пластику гризових воріт виконують за методом Мейо.

В післяопераційному періоді з успіхом застосовується активна тактика. Після операції на живіт накладається бандаж. 32-3 дні хворі ходять, проводиться інфузійна терапія до відновлення перистальтики. Шви знімають на 7- 8 дні. Ускладнення операцій загальні, властиві всім операціям з приводу гриж інфільтрат в рані, нагноєння, гематоми, кровотеча в черевну порожнину.

Рецидиви захворювання при малих пупкових грижах складають 15- 20%, а при великих - 30%. Летальність після планових операцій становить в межах 1%.

Грижі білої лінії живота.

Грижі білої лінії живота (*hernia linea alba*) складають 11% від загального числа черевних гриж. Вони можуть виникати в різних ділянках білої лінії.

У чоловіків частіше бувають надчеревні, а у жінок навколо пупкові грижі. В дитячому віці грижі білої лінії майже не бувають.

В більшості випадків апоневротичні волокна, які утворюють білу лінію живота тісно прилягають один до одного і тому зі сторони черевної порожнини біла лінія має рівну і гладку поверхню. В інших випадках апоневротичні волокна на окремих ділянках щільно не прилягають один до одного і тоді в білій лінії утворюються різної величини проміжки (щілини). При цьому на задній поверхні білої лінії утворюються заглибини, через які випинається очеревина.

В розвитку гриж білої лінії має значення підвищення внутрішньочеревного тиску, яке сприяє проникненню передочеревинної жирової клітковини в щілині білої лінії. Спочатку утворюється передочеревинна ліпома, яка, збільшуючись в розмірах, з часом затягує за собою очеревину, з якої в послідуєчому формується гризовий мішок.

Грижі білої лінії здебільшого невеликих розмірів - від 1 до 10 см.

Вмістом гриж білої лінії буває великий чепець, петлі тонкої кишки чи товста кишка. У випадках підчеревних гриж їх вмістом може бути сечовий міхур чи його дивертикули.

Гризовий мішок білої лінії покритий підшкірною клітковиною, поперечною фасцією і передочеревинною клітковиною.

Серед факторів, які сприяють розширенню та витонченню білої лінії, а отже, і утворенню гриж, суттєве значення має важка фізична праця та вагітність.

Класифікація. По локалізації розрізняють надчеревні, біля пупкові і підчеревні. Найбільш поширені надчеревні грижі (81,5%), рідше -біля пупкові (15,1%), підчеревні грижі виявляються у 0,3% хворих. Множинні грижі різних локалізацій виявляються у 3,1% хворих на грижі білої лінії живота.

Клінічна симптоматика. В більшості випадків клініка гриж білої лінії живота мало виражена. Для передочеревинних ліпом характерна відсутність клінічної симптоматики. При справжніх грижах хворі відмічають біль в ділянці гризового випинання, який підсилюється при фізичному навантаженні, напруженні передньої черевної стінки та пальпації. Нерідко спостерігається також нудота, відрижка, печія, відчуття тиснення в епігастральній ділянці, іррадіація болі в підребер'я. У хворих з ожирінням, коли невеликі грижі визначити складно, такі симптоми гриж білої лінії оцінюють помилково як прояви захворювань шлунка, дванадцятипалої кишки, печінки, жовчних шляхів, підшлункової залози і навіть червоподібного відростка.

При огляді у випадках великих гриж можна бачити випинання у відповідній ділянці білої лінії.

Проте часто на око ці грижі не видні особливо у штучних індивідуумів.

Для діагностики гриж білої лінії живота слід використовувати такий спосіб. Пацієнта положити горизонтально на спину. Ретельно пальпувати пальцями ділянку білої лінії у спокої, а потім при

напруженні м'язів передньої черевної стінки. У випадках наявних гриж вони відносно легко у такий спосіб виявляються.

Диференційний діагноз.

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

Лікувальна тактика та вибір методу лікування.

Грижі білої лінії живота підлягають хірургічному лікуванню.

Характер і об'єм оперативних втручань при грижах білої лінії живота залежить від локалізації і розмірів гриж, анатомічних змін білої лінії живота. Слід враховувати також наявність супутнього таким грижам діастазу прямих м'язів живота. Ці ж самі фактори впливають і на вибір методу знечулення.

При малих і середніх розмірів грижах і передочеревинних ліпомах застосовується місцеве знечулення інфільтраційною анестезією або поєднання її з нейролептаналгезією. У випадках великих, множинних чи рецидивних гриж кращим варіантом є ендотрахеальний наркоз з використанням міорелаксантів.

Розріз шкіри проводять в повздовжньому чи поперечному напрямках. Виділяють грижовий мішок і обробляють його звичайним способом. Апоневроз білої лінії розсікається поздовжньо і, відступаючи від країв на 2 см, звільняють від жирової клітковини. Пластику грижових воріт проводять по Сапежко -Дьяконову, тобто створюють дублікатуру апоневрозу.

У випадках передочеревинної ліпоми операцію починають з виділення її з оточуючої жирової клітковини і від країв апоневрозу, а потім розсікають для встановлення наявності чи відсутності грижового мішка.

В разі його відсутності ніжку ліпоми занурюють під апоневроз, краї якого зашивають кисетним швом чи вузликовими швами.

Рецидиви грижі білої лінії рідкісні.

Діафрагмальні грижі.

Діафрагмальна грижа - переміщення органів черевної порожнини в грудну порожнину через дефекти в природних отворах і слабких зонах діафрагми.

В діафрагмі розрізняють сухожилкову частину, яка розміщена на периферії. М'язова частина діафрагми відповідно місцю початку м'язових волокон розділяється на 3 відділи: грудний, реберний і поперековий. Між м'язовими частинами діафрагми є щілини у формі трикутників, вершина яких обернена до сухожильного центру, а основа — до периферії діафрагми. Відсутність в цих ділянках м'язових волокон робить їх найбільш слабкими місцями діафрагми, де можуть утворюватись грижі. Виділяють грудинно-реберний трикутник Ларрея, попереково-реберний трикутник Богдалека. В межах діафрагми знаходиться ряд отворів: нижньої порожнистої вени, аорти і стравоходу.

Класифікація.

Грижі діафрагми по походженню можна поділити на травматичні і не травматичні. В залежності від наявності чи відсутності грижового мішка відповідно розподіляються на справжні і не справжні.

Травматичні грижі практично завжди бувають не справжніми, бо вони виникають внаслідок розриву діафрагми.

Серед нетравматичних гриж діафрагми виділяють не справжні вроджені грижі або дефекти діафрагми. Решта нетравматичних гриж діафрагми є справжніми і можуть бути розділені на грижі слабких ділянок діафрагми, грижі атипової локалізації і грижі природних отворів діафрагми.

Справжні грижі слабких зон діафрагми виникають в результаті тих чи інших умов, які сприяють підвищенню внутрішньочеревного тиску, зниженню тонуусу тих відділів діафрагми, які представляють собою ділянку з'єднання різних її відділів. Це є зона грудинно-реберного трикутника, роз-

міщеного в місці з'єднання грудинного і реберного відділів м'язової частини діафрагми і щілини Богдалека - попереково-реберного трикутника, розміщеного між відповідними її відділами. Серед гриж природних отворів діафрагми найбільш поширені грижі стравохідного отвору. До рідких форм гриж природних отворів відносяться грижі отвору нижньої порожнистої вени, а також щілини аорти. Проте вони зустрічаються настільки рідко, що практичного значення не мають.

Клінічна симптоматика.

Клініка гриж діафрагми залежить від здавлення і перегинів у грижових воротах черевних органів, які переміщені в грудну порожнину, здавлення легені чи зміщення середостіння випавшими через отвори діафрагми утворами і від порушення функції самої діафрагми.

Тому всі симптоми гриж діафрагми можна розділити на гастроінтестинальні, зумовлені порушенням діяльності переміщених органів черевної порожнини і кардіоресаторні, зв'язані з здавленням легень і зміщенням середостіння.

Найбільш характерними симптомами діафрагмальної грижі є: поява чи підсилення болю в підложечній ділянці, відповідної половини грудної клітки чи підребер'я, а також відчуття важкості, задишка і серцебиття зразу після їди, особливо в значній кількості. Це змушує хворих стримуватись в їжі, що, в ряді випадків, приводить до виснаження. Часто після їди виникає блювота, після якої настає полегшення. Типовим симптомом є відчуття булькання і бурчання в грудній клітці на стороні грижі, а також посилення задишки при переході хворих в горизонтальне положення. При огляді відмічається зменшення рухомості грудної клітки на стороні грижі, зглаження міжреберних проміжків. При довготривалих грижах може відмічатись западання живота. Перкуторно над грудною кліткою на стороні ураження відмічається притуплено-тимпанічний звук; аускультативно - послаблення чи і відсутність дихальних шумів, замість яких вислуховуються перистальтичні шуми і шум плескоту.

Лабораторні та інструментальні методи діагностики.

Точний діагноз діафрагмальної грижі можливий лише при рентгеновському дослідженні. При рентгеноскопії чи графії вище діафрагми визначається газовий міхур шлунка чи петлі кишечника у вигляді дифузного затемнення легеневих колів з ділянками просвітлення чи, на фоні газу, гаустрацією.

При контрастному дослідженні шлунково-кишкового тракту контрастовані органи знаходяться вище діафрагми, а місце їх проходження через діафрагму визначається як "симптом грижових воріт" чи "симптом обтікання".

Лікувальна тактика та вибір методу лікування.

У хворих на грижі діафрагми можливість защемлення є прямим показом до операції. Передопераційна підготовка заключається в призначенні за 2-3 дні до операції дієти, яка дає мало шлаків, проносних препаратів та в переддень операції і рано в день операції очисних клізм. Знечулення - ендотрахеальний наркоз з релаксантами. При парастернальних грижах застосовується латеротомія. При операціях на правому чи лівому куполі діафрагми використовують торакотомію.

Ціллю операції при діафрагмальній грижі є опущення переміщених органів на своє анатомічне місце та зашивання дефекту в діафрагмі. Краї дефекту в діафрагмі зшиваються вузликowymi товстими шовковими нитками з створенням дублікатури.

Ведення післяопераційного періоду мало чим відрізняється від такого після операцій на шлунково-кишковому тракті.

Грижі стравохідного отвору діафрагми.

Грижі стравохідного отвору діафрагми є поширеним захворюванням. Рентгенологічне вона діагностується у 5-10% хворих при рентгеноскопії шлунка з приводу "шлункових скарг".

Частіше хворіють люди похилого віку. Хворі, молодші 40 років становлять 19%. Ковзні або аксіальні грижі стравохідного отвору діафрагми зустрічаються найчастіше і складають 80-90% всіх діафрагмальних гриж.

Анатомо-фізіологічні дані. Стравохід проходить через отвір в діафрагмі — і нижче неї входить в шлунок під гострим кутом (кут Гіса). Відповідно вершині цього кута в просвіт шлунка вдаються складки слизової оболонки, які виконують функцію кардіального клапана (клапан Губарева). Ок-

рім клапана в ділянці кардії є також жом, роль якого виконує циркулярний шар м'язової оболонки термінального відділу стравоходу. Поза ковтанням цей жом помірно спастичне скорочений. Це скорочення разом з дією клапана Губарева попереджують затікання в стравохід шлункового вмісту. Під час ковтка стравохідне-кардіальний жом рефлекторно розслаблюється і пропускає вміст стравоходу в шлунок.

Класифікація.

Найбільш вживаною є класифікація діафрагмальних гриж, запропонована Б.В. Петровським. .

Класифікація гриж стравохідного отвору діафрагми.

I. Ковзні (аксіальні) грижі стравохідного отвору.

Без вкорочення стравоходу 3 вкороченням стравоходу

1 — кардіальна

2 - кардіофундальна

3 - субтотальна шлункова

4 - тотальна шлункова

II. Параезофагеальні грижі стравохідного отвору.

1 — фундальна

2 - антральна

3 - кишечна

4 - кишечно-шлункова

5 - чепцева

Клінічна симптоматика.

Внаслідок слабкого тонуусу кардіального жому і розвитку шлункове-стравохідного рефлюкса і рефлюкс-езофагіту хворих турбує біль в надчеревній ділянці, відчуття печії за грудиною, біль іррадіює в ділянку серця, в ліве підребер'я чи в міжлопатковий простір. Біль виникає через 20-40 хвилин після їди, підсилюється в горизонтальному положенні, при фізичному навантаженні і підвищенні внутрішньочеревного тиску. Тривала регургітація шлункового вмісту в стравохід спричиняє розвиток езофагіту з виразкуванням та рубцевим стенозуванням. Не виключенням є кровотечі з утворених виразок і, як наслідок, розвиток анемії.

Параезофагеальна грижа характеризується тим, що вона схильна до защемлення.

Кінцевий діагноз встановлюється після рентгенологічного дослідження, особливо в положенні Тренделенбурга і з компресією передньої черевної стінки. Основна рентгенологічна ознака грижі стравохідного отвору діафрагми є наявність якої-небудь частини шлунка над діафрагмою.

Лікувальна тактика та вибір методу лікування.

Лікування грижі стравохідного отвору діафрагми залежить від характеру грижі. При параезофагеальній грижі показане хірургічне лікування в зв'язку з вірогідною можливістю (50%) її защемлення. Ковзні грижі в більшості випадків не потребують хірургічного лікування. Таким хворим рекомендують часте і не великими порціями харчування (5-6 разів на день) з виключенням подразнюючих і гарячих страв, спазмолітики, рослинну олію перед їдою. Тільки при відсутності, ранні (до 6 місяців від операції), пізні (після 6 місяців від операції).

По наявності ефекту від консервативного лікування хворим з вираженими симптомами рефлюкс-езофагіта рекомендують хірургічне лікування. Показами до операції також є анемізуючі кровотечі, пептичний стеноз стравоходу, заворот шлунка, підозра на розвиток злоякісної пухлини.

Знеболення - ендотрахеальний наркоз з релаксантами.

Хірургічний доступ може бути через плевральний чи трахеоабдомінальний. Операція при ковзній грижі повинна вирішувати два питання: ліквідація самої грижі і, в першу чергу, відновлення клапанної функції кардії. Основним етапом операції, який може бути виконаний як через живіт так і через плевральну порожнину є зшивання позаду стравоходу одну до одної медіальних ніжок діафрагми. Таку операцію прийнято називати крурорафія. Її виконують тільки в поєднанні з тим чи іншим втручанням, спеціально направленим на відновлення клапанної функції кардії.

Для відновлення кардіального клапана виконують езофагофундорафію, тобто зшивання дна шлунка з стравоходом, внаслідок чого відновлюється гострий кут Гіса.

У випадках, коли функція стравохідне-шлункового жому значно порушена, езофагофундорафія неефективна. Таким хворим показана операція створення навкруг стравоходу вентильного клапану -фундоплікація.

Операцію фундоплікацію слід доповнювати пілоропластикою, бо внаслідок здавлення блукаючих нервів може розвиватись пілороспазм.

При застосуванні по показах і правильному технічному виконанні езофагофундорафія і фундоплікація у 90% забезпечують добрі і задовільні результати.

Післяопераційні грижі.

Післяопераційні грижі утворюються після оперативних втручань на органах черевної порожнини в ділянці післяопераційного рубця.

Післяопераційні (вентральні) грижі ускладнюють 6-10% лапаротомій і зустрічаються до 26% серед гриженосіїв. Результати лікування післяопераційних гриж не можна вважати задовільними через високу частоту рецидивів, що сягає 15,2-45,2% і летальності після планових операцій в межах 3-7%.

Етіологія і патогенез.

Ріст кількості операцій на органах черевної порожнини, ріст післяопераційної раневої інфекції, збільшення в числі оперованих кількості хворих на ожиріння, цукровий діабет, імунодефіцитні стани. Радіаційна травма і інші причини зумовили в останнє десятиріччя ріст кількості післяопераційних гриж.

Серед причин, які сприяють виникненню післяопераційних гриж є глибоке нагноєння ран, лігатурні нориці, евентерація, нерациональний лапаротомний доступ. Причиною можуть бути і технічні помилки хірурга - зшивання неоднорідних тканин, дренажування черевної порожнини через основну рану, накладання надмірно частих чи рідких швів на апоневроз.

У людей похилого і старечого віку факторами, що спричиняють розвитку післяопераційних гриж є дряблість тканин черевної стінки, супутні хвороби серцево-судинної та дихальної систем.

Класифікація.

Існуючі класифікації післяопераційних гриж передбачають розподіл їх на слідуючі групи:

7. По стану грижового вмісту: защемлені вправимі, частково невправимі, невправимі.

2. По розмірах: малі - до 5 см, середні - від 6 до 15 см, великі - від 16 до 25 см, величезні - від 26 до 40 см, гігантські — більше 40 см.

3. По локалізації грижового випинання: верхньо серединні; середньо серединні; нижньо серединні; бокові.

4. По формі грижового випинання:

Однокамерні, багатоканальні.

5. По числу грижових випинань:

Одинокі, множинні.

6. По частоті і часу виникнення грижі:

7. Первинні, рецидивні супутніх захворювань:

Без супутньої патології;

З супутньою патологією.

8. По ступеню порушення працездатності:

Без порушення працездатності;

З обмеженням працездатності;

З втратою працездатності.

Клінічна симптоматика.

Клінічний перебіг і симптоматика післяопераційної вентральної кири залежить від величини грижового випинання, локалізації характеру вмісту, супутньої патології.

Постійною скаргою є випинання в ділянці післяопераційного рубця. Окрім випинання хворих турбує біль в ділянці грижі, диспепсичні розлади, дискомфорт в черевній порожнині, розлади стільця. У хворих з великими грижами постійним симптомом є закрепи. Дизуричні розлади можуть бути у хворих з нижньо серединною лапаротомією і втягненням в грижу сечового міхура.

Огляд хворих слід проводити в положенні хворого на спині з приведеною до грудини головою і стоячи. Звертають, увагу на локалізацію грижового випинання, його форму, величину. При пальпації грижі визначають її форму, величину, вправимість чи невправимість, розміри грижових воріт. З інструментальних методів дослідження суттєве значення має рентгеноскопичне і рентгенографічне симптом кашлевого поштовху.

Невправимість грижі вимагає хірургічного лікування для попередження більш грізних (гострих) ускладнень.

Пухлини грижі

Пухлини грижі можуть виходити з різних елементів грижі: грижового мішка, вмісту грижі, оболонок грижі. По відношенню до грижового мішка пухлини грижі поділяються на пухлини грижового вмісту, пухлини самого мішка і пухлини ззовні мішка. Пухлини грижового вмісту - це різні пухлини органів, що можуть бути вмістом грижі: чепець, тонка чи товста кишка, шлунок, додатки матки, сечовий міхур. Частіше в грижі виявляються пухлини тонкої чи товстої кишки.

Найбільш частими пухлинами грижового мішка можуть бути ліпома, фіброма, папілома чи мезотеліома. Ззовні грижового мішка можуть бути переважно неінкапсульована ліпома в паховій грижі, сполучнотканинні пухлини - фіброми шкіри, ліпоми, невуси шкіри.

Защемлення грижі

Защемленням грижі називають такий стан, при якому в грижовому мішку випавші органи сильно здавлюються з послідувачим порушенням функції, кровопостачання, іннервації. Защемлення грижі є частим ускладненням, яке вимагає невідкладної допомоги. Воно спостерігається у 15- 20% хворих грижами.

Етіологія і патогенез. Суть защемлення є різке здавлення вмісту грижі в грижових воротах або (рідко) в шийці грижового мішка.

По патогенезу розрізняють три форми защемлення: еластичне, калове, змішане. Найбільш часте **еластичне защемлення**. Воно розвивається внаслідок раптового підвищення внутрішньочеревного тиску, в результаті якого грижові ворота надмірно розтягуються, а після зменшення внутрішньочеревного тиску — скорочуються і здавлюють органи, які при підвищеному тиску, вийшли в грижовий мішок. Защемлення переважно відбувається при наповненому кишечнику. Факторами, які сприяють еластичному защемленню можуть бути малі розміри защемлюючого кільця (малі грижові ворота), знижена еластичність і податливість тканин грижових воріт, впровадження в грижовий мішок яких-небудь інших органів. Узагальнюючи причинні фактори можна сказати, що защемлення зумовлюється невідповідністю об'єму випавших нутрощів з розмірами пропустившого їх защемлюючого отвору.

Калове защемлення, спостерігається рідше, розвивається повільно, особливо у хворих похилого віку, які схильні до закрєпів. Це защемлення часто розвивається при невправимих грижах. Основною умовою утворення калового защемлення є накопичення в кишечній петлі значної кількості рідкого чи твердого калу. При цьому виникає або калове защемлення по типу странгуляційної непрохідності без рідкого здавлення або калове защемлення по типу флексійної непрохідності від перегину відповідної частини кишкової петлі по відношенню до надмірно розтягнутого привідного відділу.

Змішане защемлення. У випадках коли калове защемлення своєчасно не ліквідоване, воно може закінчуватись еластичним.

Цьому сприяє швидкий перебіг калового защемлення та зволікання з його ліквідацією. Калове і змішане защемлення частіше зустрічають у людей похилого і старечого віку, схильних до тромбоутворення, а тонус і трофіка кишкової стінки часто знижені і тому змертвіння кишкової петлі розвивається швидко.

Описані защемлення майже всіх внутрішніх органів: петель кишок, чепця, шлунка, селезінки, долей печінки, жовчного міхура, яєчника, маткових труб, матки. Защемлення тонкої кишки зустріча-

ється у 63-68%, товстої - у 6-8%, тонкої і товстої - у 3-4%, чепця — у 16-20%, сальника і кишечника - у 4-5%. Інші органи защемлюються в одиноких випадках.

По формах защемлення виділяють ретроградне і пристінкове.

Ретроградне защемлення таке защемлення, коли защемленню піддається не та частина петлі, яка лежить в грижовому мішку, а той відділ, який знаходиться в черевній порожнині.

При цьому защемленні петлі тонкої кишки розміщуються у вигляді букви \У, тобто дві петлі розміщені внизу, в самому грижовому мішку, а з'єднуюча їх середня петля розміщена вверху, в черевній порожнині.

Ретроградні защемлення зустрічаються у 3-6% від усіх защемлених гриж, біля 80% їх приходиться на пахові грижі.

Пристінкове защемлення таке, при якому в вузьке защемлююче кільце впроваджується і здавлюється не вся стінка кишки, а тільки невелика частина переважно по вільному від брижі краю. Пристінкове защемлення зустрічається у 2-4% переважно у осіб молодого і середнього віку, рідше у чоловіків, ніж у жінок (1:3).

Класифікація.

По патогенезу:

1. Еластичне
2. Калове
3. Змішане

По клінічному перебігу:

1. Гостре
2. Хронічне

По формах защемлення:

1. Ретроградне
2. Пристінкове

Клінічна симптоматика.

Клініка защемленої грижі характеризується гострим раптовим болем в ділянці грижі. Біль настільки сильний, що хворі стогнуть і кричать. Може спостерігатись рефлекторна блювота. Через 2-3 години у випадках защемленої кишки розвивається клінічна картина кишкової непрохідності.

Місцеве відмічається значне (проти звичайного у конкретного хворого) збільшення грижового випинання, стабільність розмірів його при зміні положення тіла. Пальпація грижового випинання підсилює біль, дослідження грижових воріт неможливе як через біль так і через значне напруження грижі. Кашлевий поштовх від'ємний, при кашлі розміри грижі не змінюються. При перкусії у випадках защемлення порожнистого органу визначається тимпаніт і тупість - при защемленні сальника, сечового міхура. Аускультативно в защемленій петлі кишки визначаються шуми переміщення рідини.

В перші години після защемлення грижі живіт м'який, болючий в ділянці воріт грижі. В послідує розвивається клінічна картина кишкової непрохідності, а пізніше — і перитоніту.

Не завжди грижове випинання видно. Хворий до розвитку защемлення грижі може не знати про наявність її у нього і при поступленні в хірургічний відділ з ознаками гострого живота, вказує на симптоми загального характеру чи кишкової непрохідності. Тому для диференційної діагностики кожного хворого з симптомами гострого живота обов'язково слід оглянути типові місця виходу черевних гриж. У незрозумілих, складних для діагностики випадках, при підозрі на пристінкове защемлення слід використовувати УЗД оглядову рентгенографію живота.

Лікувальна тактика та вибір методу лікування.

Лікувально-тактична установка при защемлених грижах заключається в наступному: **незалежно від термінів, різновидності і місцезнаходження защемлення защемлена грижа підлягає екстреному оперативному лікуванню.**

Люба спроба вправлення грижі є недопустимою. Виключенням є хворі, які знаходяться у вкрай важкому стані через супутні захворювання, у яких з моменту защемлення пройшло не більше 2 годин. В цих випадках, поскільки операція для хворого представляє значно більший ризик ніж вправлення грижі, можна зробити спробу обережно вправити грижовий вміст в черевну порожнину.

Перед вправленням слід в такій послідовності провести наступні маніпуляції:

1. Підшкірно ввести 1 мл 0,1% розчину атропіну;
2. Спорожнити сечовий міхур;
3. Зондом промити шлунок;
4. Поставити очисну клізму;
5. Зробити теплу ванну.

Якщо після цього грижа не вправилась, слід хворого покласти горизонтально з дещо опущеною головою, запропонувати йому зробити кілька глибоких вдихів і обережним натисканням поблизу гризових воріт спробувати проштовхнути вміст в черевну порожнину.

Якщо ці заходи безрезультатні, то хворого, незважаючи на важкість стану, після відповідної передопераційної підготовки, слід оперувати.

Можуть бути випадки несправжнього вправлення, варіанти якого представлені на

У випадках, коли защемлення грижі ліквідувалось консервативними заходами хворого необхідно госпіталізувати в хірургічний відділ не менше як на 2 доби для спостереження, щоб своєчасно виявити прогресування некрозу вправленої після защемлення кишкової петлі і розвиток перитоніту. Індивідуально слід вирішувати питання оперативного лікування осіб з защемленням грижі, у яких при поступленні в стаціонар чи після передопераційної підготовки (санітарна обробка, премедикація) наступило самовільне вправлення грижі. Таких хворих, при відсутності серйозних супутніх захворювань, необхідно оперувати в ті ж терміни, що і хворих з защемленням, тобто екстрено.

Особи з значним ризиком для них екстреної операції, у яких немає ознак перитоніту, повинні знаходитись під спостереженням і обстежуватись. При виникненні ознак перитоніту хворого необхідно оперувати в невідкладному порядку. Якщо ускладнення зі сторони черевної порожнини відсутні, то хворого оперують в плановому порядку після відповідного обстеження і передопераційної підготовки.

Хворі з защемленою грижею, ускладненою флегмоною та хворі з запаленням грижі чи її пошкодженням також підлягають невідкладній операції.

Важливим також є положення про те, що всі грижі з підозрою на защемлення необхідно вважати защемленими. У відповідності з такою оцінкою проводяться і лікувальні заходи. Така тактика дозволяє уникнути помилок в діагностиці і лікуванні защемлених кил.

Хірургічне втручання і знечуження при ускладненій грижі має свої особливості.

Хворим у важкому стані внаслідок інтоксикації при багатогодинному защемленні чи важкої супутньої патології необхідна інтенсивна передопераційна підготовка: введення серцевих препаратів, розчинів Рінгер-Локка, глюкози, вітамінів, плазми, Рефортану, альбуміну.

Операція ускладненої грижі може бути виконана під любым видом знечуження при володінні ним хірургом.

Місцева анестезія відповідає вимогам знечуження при операціях з приводу невправимих і невеликих защемлених гриж у молодих людей. У всіх інших випадках показане загальне знечуження (внутрішньовенний з нейролептаналгезією, ендотрахеальний). Конкуруючим способом з загальним знечуженням для людей похилого віку з ускладненнями гриж і осіб з великими вентральними грижами любого віку може бути перидуральна анестезія.

Екстрена операція при защемленій грижі має ряд принципових відмінностей від планової операції при вільній грижі.

При защемленій грижі першочерговим завданням хірурга є швидке відкриття гризового мішка і фіксація защемленого органу. Послідуючий етап - звільнення защемленого органу. Він реалізується розсіченням защемлюючого кільця. Напрямо розсічення гризового кільця повинен вибиратись з урахуванням топографоанатомічних взаємовідношень його з оточуючими судинами, нервами і іншими анатомічними утворами. (рис.69) Наступний етап - оцінка життєздатності защемленого органу. Вона визначається по таких ознаках:

1. Відновлення звичайного рожевого кольору серозної оболонки;
2. Відновлення перистальтики кишки;
3. Відновлення пульсації судин, які втягнуті в странгуляцію брижі.

Якщо вказані ознаки є, то кишка оцінюється як життєздатна і погружається в черевну порожнину. В сумнівних випадках в брижу кишки вводять 100-150 мл 0,25% розчину новокаїну і зігрівають

защемлену ділянку впродовж 10-15 хвилин серветками, змоченими теплим фізіологічним розчином. Якщо після цього відсутня хоч одна з вищезазначених ознак петля кишки визначається як життєздатною і виконують її резекцію в межах здорових тканин. По відношенню до странгуляційної борозни, яку добре видно на звільненій від защемлення кишці ці межі складають 10-15 см в сторону відвідного відділу і 20-30см в сторону привідного відділу кишки. Прохідність кишки відновлюють анастомозом по типу кінець в кінець чи бік в бік.

При **флегмоні грижового мішка** операцію починають з середньої лапаротомії під загальним знечуленням. Після лапаротомії підходять до защемленого органу зсередини. Якщо защемлена кишка, то виконують резекцію кишки за наведеними вище правилами і накладають анастомоз. Кінці защемленої частини кишки герметизують. Після накладання анастомозу черевну порожнину зашивають наглухо і переходять до операції в ділянці грижового випинання. Розсікають шкіру, підшкірну жирову клітковину, розкривають дно грижового мішка, надсікають защемлююче кільце рівно настільки, щоб можна було видалити з черевної порожнини защемлений орган, включаючи і сліпі кінці, залишені в черевній порожнині. На грижовий мішок в ділянці шийки, не виділяючи його з оточуючих тканин, накладають кисетний шов. Операцію закінчують дрениванням порожнини грижового мішка. Пластика грижових воріт в умовах гнійної інфекції категорично протипоказана не тільки тому, що вона приречена на невдачу, а ще й тому, що вона може бути причиною розвитку важких флегмон черевної стінки.

Післяопераційний період при защемленій грижі вимагає серйозної уваги і включає наступне:

1. Знеболюючі препарати.
2. Гемодинамічні середники, серцеві препарати, дихальні аналептики.
3. Дезінтоксикаційна терапія (сольові розчини, розчини глюкози, суха, нативна плазма).
4. Парентеральне харчування.
5. Антибактеріальна терапія по строгих показах. Вона особливо показана при грижовій флегмоні, некрозі кишки, супутньому перитоніті.

Для профілактики легеневих та тромбоемболічних ускладнень необхідний активний ліжковий режим, масаж, лікувальна і дихальна гімнастика, раннє вставання з ліжка.

Шви знімають на 9-10 дні. Термін непрацездатності після операції з приводу защемленої грижі 4-6 неділей.

Запалення грижі.

Запалення грижі називається такий стан, коли виникаючий від різних причин запальний процес поширюється на грижовий мішок, його вміст, або на обидва разом. Гостре запалення грижі може бути різного походження:

1. Від запального процесу в органах, що знаходяться в грижі (термінальний ілеїт, виразки шлунка, червоподібного відростка, дивертикулу Меккеля, маткової труби чи яєчника, сальника);
2. Від запального процесу в самому грижовому мішку (криптогенна інфекція, туберкульоз);
3. Від запального процесу в органах, розміщених по сусідству (епідидіміт, орхіт, лімфаденіт), а також при поширенні інфекції зі сторони шкіри (піодерміти, фурункули, виразкування).

Випадки запалення грижі зустрічаються рідко - до 1% до всіх випадків гриж. Частіше запалення буває з серозним чи серозно-фібринозним випотом. Хворих турбує незначний постійний біль в грижі, що посилюється при її пальпації чи вправленні. Для лікування в таких випадках призначають ліжковий режим, на 3-4 дні, місцеве холод і антибіотики чи сульфаніламід.

Запалення грижі, викликане гноєрідною, гнилісною інфекцією з внутрішніх органів перебігає важко, погіршується загальний стан хворих, супроводжується високою температурою, пропасницею, блювотою, гикавкою, інколи затримкою стільця і газів, болючістю, набряком і почервонінням і інфільтрацією шкіри. Грижове випинання значно збільшується в розмірі, розвивається парез кишечника. Такі випадки запалення грижі вимагають невідкладного хірургічного втручання. При виконанні операції розкриття флегмони, наскільки можливо треба старатись обмежити попадання інфекції в черевну порожнину. Обґрунтованою при абсцесах, флегмонах грижового мішка і оточуючих тканин є хірургічна тактика адекватна такій при защемленні грижі.

Копростаз.

Копростаз, каловий завал, **закупорка брижі** називають такий стан, коли просвіт кишкової петлі в брижі закривається каловими масами з розвитком порушення прохідності кишки. Частіше спостерігається у осіб з ослабленою 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 закупорки кишки є надмірна їда, в'ялість перистальтики кишечнику, фіксація защемленого органу. Послідує етап - звільнення защемленого органу. Він реалізується розсіченням защемлюючого кільця. Напрям розсічення грижового кільця повинен вибиратись з урахуванням топографоанатомічних взаємовідношень його з оточуючими судинами, нервами і іншими анатомічними утворами. (рис.69) Наступний етап - оцінка життєздатності защемленого органу. Вона визначається по таких ознаках:

1. Відновлення звичайного рожевого кольору серозної оболонки;
2. Відновлення перистальтики кишки;
3. Відновлення пульсації судин, які втягнуті в странгуляцію брижі.

Якщо вказані ознаки є, то кишка оцінюється як життєздатна і погружається в черевну порожнину. В сумнівних випадках в брижу кишки вводять 100-150 мл 0,25% розчину новокаїну і зігрівають защемлену ділянку впродовж 10-15 хвилин серветками, змоченими теплим фізіологічним розчином. Якщо після цього відсутня хоч одна з вищезазначених ознак петля кишки визначається як життєздатною і виконують її резекцію в межах здорових тканин. По відношенню до странгуляційної борозни, яку добре видно на звільненій від защемлення кишці ці межі складають 10-15 см в сторону відвідного відділу і 20-30см в сторону привідного відділу кишки. Прохідність кишки відновлюють анастомозом по типу кінець в кінець чи бік в бік.

При **флегмоні грижового мішка** операцію починають з серединної лапаротомії під загальним знечуженням. Після лапаротомії підходять до защемленого органу зсередини. Якщо защемлена кишка, то виконують резекцію кишки за наведеними вище правилами і накладають анастомоз. Кінці защемленої частини кишки герметизують. Після накладання анастомозу черевну порожнину зашивають наглухо і переходять до операції в ділянці грижового випинання. Розсікають шкіру, підшкірну жирову клітковину, розкривають дно грижового мішка, надсікають защемлююче кільце рівно настільки, щоб можна було видалити з черевної порожнини защемлений орган, включаючи і сліпі кінці, залишені в черевній порожнині. На грижовий мішок в ділянці шийки, не виділяючи його з оточуючих тканин, накладають кисетний шов. Операцію закінчують дренажуванням порожнини грижового мішка. Пластика грижових воріт в умовах гнійної інфекції категорично протипоказана не тільки тому, що вона приречена на невдачу, а ще й тому, що вона може бути причиною розвитку важких флегмон черевної стінки.

Післяопераційний період при защемленій грижі вимагає серйозної уваги і включає наступне:

1. Знеболюючі препарати.
2. Геодинамічні середники, серцеві препарати, дихальні аналептики.
3. Дезінтоксикаційна терапія (сольові розчини, розчини глюкози, суха, нативна плазма).
4. Парентеральне харчування.

5. Антибактеріальна терапія по строгих показах. Вона особливо показана при грижовій флегмоні, некрозі кишки, супутньому перитоніті.

Для профілактики легеневих та тромбоемболічних ускладнень необхідний активний ліжковий режим, масаж, лікувальна і дихальна гімнастика, раннє вставання з ліжка.

Шви знімають на 9-10 дні. Термін непрацездатності після операції з приводу защемленої грижі 4-6 неділь.

Пошкодження грижі.

Знаходження органів черевної порожнини при грижі в грижовому мішку тобто під шкірою не виключає можливості їх травмування. Це може бути забій вмісту грижі чи порушення цілості стінки кишки (розрив), які можуть спричинити розвиток перитоніту, внутрішньочеревну кровотечу чи гематому і запалення грижі. Розриву піддаються петлі кишок, сечовий міхур, а забою - як порож-

нисті органи так і чепець і паренхіматозні органи. Зустрічаються самовільні розриви кишки в грижі, а також розриви внаслідок закритої чи відкритої травми грижі.

Пошкодження кишки в грижі викликає розвиток перитоніту. Отже, клінічне пошкодження грижі проявляється ознаками гострого живота, що вимагає екстреного хірургічного втручання.

Профілактика гриж.

Існуючі уяви про етіологію, патогенез і лікування гриж дають можливість визначити профілактичні заходи.

Основою профілактики гриж є створення відповідних умов в державі, суспільстві для здорового способу життя. Цими умовами є організація фізичної і розумової праці на засадах гігієнічної науки, працевлаштування відповідно стану здоров'я, заняття фізичною культурою, своєчасне і систематичне лікування захворювань, які викликають підвищення внутрішньочеревного тиску (закрепи, аденома передміхурової залози, хвороби легень).

Важливу роль в профілактиці гриж відіграє дотримання норм гігієни харчування, гігієни вагітності.

В попередженні ятрогенних травматичних гриж суттєве значення має дотримання норм асептики та антисептики, застосування адекватних хірургічних доступів та методів пластики грижових воріт, бережливе відношення до тканин, раціональне дренивання рани.

В попередженні ускладнень гриж провідна роль належить профілактичним оглядам і диспансеризації, своєчасному оздоровленню грижозосіїв.

5. Матеріали активізації студентів під час викладення лекції.

Матеріал лекції в процесі читання зв'язується з питаннями медичної етики та деонтології.

6. Загальне матеріальне та методичне забезпечення лекції:

На лекції використовуються таблиці!, схеми, малюнки, слайди, кодограми, слайдоскоп, кодоскоп, затемнена аудиторія, шкільна дошка.

7. Матеріали для самопідготовки студентів:

А) з теми викладеної лекції /, питання, література, завдання /.

Контрольні питання:

- Дайте визначення грижі;
- Як підрозділяються грижі за походженням?;
- Як підрозділяються грижі за локалізацією?;
- Як підрозділяються грижі за клінічним перебігом?;
- Які складові частини грижі?;
- Назвіть клінічні прояви грижі;
- Перелічіть ускладнення грижі;
- Сформулюйте показання до хірургічного лікування грижі;
- Як називається операція з приводу грижі?;
- Який клінічний перебіг защемленої грижі?;
- Як називається операція з приводу грижі?;
- З яких етапів складається хірургічне втручання у хворих на грижу?;

Список літератури:

1. Кузин М.И. Хирургические болезни. М.: Медицина, 1995.- С. 331-369.

Б) з теми наступної лекції / література, перелік основних питань /.

Наступна лекція не пов'язана з викладеною.

Список літератури.

8. Література, яка використана лектором для підготовки лекції.

1. Загальна хірургія. – Желіба М.Б., Хіміч С.Д. – 2010р.

Методичні рекомендації склав проф. Грубнік Ю.В.