

**Міністерство охорони здоров'я України
Національний медичний університет
ім. О.О.Богомольця**

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
до практичних занять для студентів 4 курсу
Тема заняття : Грижі живота**

**Навчальна дисципліна Хірургія
Напрямок підготовки Медицина
Спеціальність 222 Медицина
Кафедра хірургії №1**

Київ 2024

Затверджено на засідання кафедри від 26.03.2024р., протокол № 15

Розглянуто та затверджено: ЦМК з хірургічних дисциплін
від «29» березня 2024року, протокол №1

Методичні розробки створені колективом кафедри хірургії № 1:

Укладачі:

- Білянський Л.С., д.мед.н., професор;
- Галузинська О.І., к. мед. н., асистент.

Тема заняття : **Грижі живота**

Компетенції:

1. інтегральні: здатність розв'язувати складні задачі та практичні проблеми у галузі професійної діяльності 22 “Охорона здоров'я”, що передбачає застосування певних теоретичних знань, вмій, практичних навичок та методів відповідного професійного спрямування;

2. загальні:

- здатність застосовувати знання у реальних клінічних ситуаціях; проводити дослідження на відповідному рівні;
- демонструвати здатність до адаптації та дій в нових ситуаціях,
- діяти в автономному і командному режимах,
- оцінювати та забезпечувати якість виконуваних робіт;
- спілкуватися державною мовою як усно, так письмово, з
- знаходити, опрацьовувати та аналізувати інформацію з різних джерел;
- виявляти та вирішувати проблеми;
- приймати обґрунтовані рішення, формувати базові уявлення, що сприяють розвитку загальної культури й соціалізації особистості, підтримці етичних цінностей, знанню важливих етапів вітчизняної історії,
- спроможності усвідомлення причинно-наслідкових зв'язків розвитку суспільства з використанням їх у професійній і соціальній діяльності на основі положень фундаментальних наук
- діяльності у відповідності із основними безпечними та етичними принципами (мотивами) .

3. спеціальні (фахові, предметні):

- проведення збору та аналізу інформації від пацієнта (скарги, анамнез захворювання, анамнез життя) у пацієнтів з різними видами гриж живота);

- проведення загального огляду пацієнта з урахуванням найбільш типових місць формування гриж живота (фізіологічних отворів – пупок, пахові ділянки, біла лінія живота);
- проведення додаткових діагностичних методів обстеження пацієнтів – фізичні навантаження, УЗД, КТ та інтерпретація їх результатів;
- проведення диференціальної діагностики гриж з доброякісними та злоякісними пухлинами черевної стінки, живота та лімфаденопатіями ;
- виконання пальцевого дослідження поверхневого кільця пахового каналу, пахового проміжку;
- оволодіння методиками фізикального обстеження пацієнтів з зовнішніми грижами живота, визначення симптому «кашльового поштовху», диференціація вправної (вільної) та фіксованої грижі, прямої та косої пахової грижі, стегнової грижі, їх відмінності, гендерні відмінності пахових гриж;
- вибір методу хірургічного лікування пацієнтів з грижами живота різних локалізацій, визначення понять натяжної та ненатяжної протезної пластики грижових дефектів;
- планування та проведення профілактичних заходів з метою попередження виникнення гриж черевної стінки, визначення поняття внутрішньочеревної гіпертензії, заходи її профілактики;
- накладання та зняття швів;

Мета: Навчити студентів діагностиці і лікуванню гриж живота, їх патогенезу, особливостям локалізації, клінічної симптоматики, класифікації, методам діагностики, диференційної діагностики різних видів гриж та особливостям їх лікування, відмінностям у хірургічній тактиці при защемлених, невправимих (фіксованих) та вільних грижах, визначенню показань до різних методів хірургічного втручання.

Обладнання: ноутбук, проектор.

План та організаційна структура заняття:

Назва етапу	Зміст етапів	Освітня мета етапу	Час (у хвиликах)
Загальні поняття про грижу живота	Визначення понять грижі живота	Навчити діагностиці грижі живота	хв.
Анатомія пахової ділянки	Анатомічна будова паху, особливості анатомії пахової ділянки з боку черевної порожнини	Навчити пальпації зовнішнього кільця пахового каналу, диференціація пахових ямок з боку черевної порожнини – лапароскопічні особливості та орієнтири	
Діагностика гриж живота	Скарги, зовнішня будова, пальпація, фіксована, защемлена чи вправна (вільна)	Визначити наявність грижі, провести диференційну діагностику з пухлинами	
Пахова грижа	Визначити наявність з урахуванням будови пахового каналу у чоловіків та жінок, пряма чи коса грижа	Навчити діагностиці пахової грижі у чоловіків та жінок	
Стегнова грижа	Визначити наявність стегнової грижі	Вміти розпізнати стегнову грижу, диференціювати структури верхньої третини стегна, трикутника Скарпа	
Лікування пахової грижі	Принципи та методики хірургічного лікування пахових гриж. Анатомічний принцип	Навчити методикам відкритої натяжної та ненатяжної пластики пахового каналу, сучасним принципам і	

	хірургічного лікування, довести принципи методик E.Bassini та R.Stoppa	методам лапароскопічної пластики пахового каналу	
Хірургічне лікування стегнової грижі	Особливості анатомічної будови – Lacuna vasorum et musculorum	Навчити методикам відкритої та лапароскопічної пластики стегнового каналу	
«Слабкі» місця передньої та бокових ділянок черевної стінки, які можуть сприяти виникненню первинних та післяопераційних гриж черевної стінки	Особливості анатомічної будови черевної стінки над та під пупком, Спінгелева та дугоподібна (Дугласа) лінії	Анатомічні шари черевної стінки, преперитонеальний та позаочеревинний простори	
Вентральна та післяопераційна грижа	з обґрунтуванням методів її реконструкції Визначення понять «малої», «середньої», «великої» та «гігантської» грижі живота	Довести необхідність урахування анатомічної будови шарів черевної стінки для її реконструкції з застосуванням синтетичних протезних матеріалів	
Хірургічне лікування гриж черевної стінки	Показання до застосування синтетичних протезів для пластики гриж живота. Класифікація Європейської асоціації герніологів відносно розташуванню синтетичних	Навчити поняттям пластики синтетичними алопротезами черевної стінки	

	протезів в шарах черевної стінки		
Післяопераційний період у пацієнтів після пластики черевної стінки	Види перистальтики кишечника, поняття внутрішньо-черевної гіпертензії	Навчити студентів моніторингу внутрішньо-черевного тиску	

Зміст теми заняття (коротко):

2. Базові знання, вміння, навички необхідні для вивчення теми.

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
Нормальна та патологічна анатомія	Знати анатомію черевної стінки та органів черевної порожнини, застосовувати знання анатомії у поясненні процесу формування гриж, розвитку їх ускладнень, обґрунтуванні вибору тактики лікування.
Нормальна та патологічна фізіологія	Знати фізіологію очеревини, біохімічні процеси в очеревині. Знати фізіологію травної системи, патофізіологічні аспекти ускладнень грижі. Вміти використовувати знання у патогенетичному лікуванні ускладнені гриж, підготовці хворих до оперативного лікування та веденні хворих у післяопераційному періоді.
Оперативна хірургія та топографічна анатомія	Знати основи топографічної анатомії передньої черевної стінки, способи оперативного лікування гриж, їх основні етапи. Використовувати навички у асистенціях при оперативних утручаннях з приводу гриж. Визначати топографічну анатомію передньої черевної стінки, карманів черевної порожнини, пахового каналу;
Рентгенологія	Знати основні рентгенологічні ознаки ускладнених та неускладнених гриж.

3. Організація змісту навчального матеріалу.

Загальне вчення про грижі

Визначення	Грижа це виходження внутрішніх органів з будь-якої порожнини через фізіологічні або патологічні отвори чи щілини під шкіру, в кармани, щілини та суміжні порожнини. Переміщені нутрощі покриті оболонкою, яка вистилає порожнину: для черевної порожнини - це очеревина, для грудної - плевра, для черепної - тверда мозкова оболонка. Найчастіше на практиці зустрічаються грижі живота, котрі поділяються на зовнішні та внутрішні Зовнішня грижа живота - хірургічне захворювання, коли через отвори у м'язево-апоневротичному прошарку черевної стінки, або тазового дна відбувається вихід внутрішніх органів, що покриті пристінковим листком очеревини, під шкіру. Внутрішня грижа живота - це випинання органів черевної порожнини в різні «кишені» черевної порожнини та отвори у діафрагмі.
Елементи грижі	1. Грижові ворота - отвори в м'язево-апоневротичному прошарку черевної стінки. Вони можуть бути вродженими і набутими. 2. Грижовий міхур - частина пристінкової очеревини, що вийшла через грижові ворота. Складається з шийки, дна та тіла. 3. Грижовий вміст - органи черевної порожнини, які вийшли через грижові ворота (петлі тонкої та товстої кишок, чепець, придатки матки, шлунок і т.д.) 4. Грижові оболонки - шари черевної стінки (шкіра, підшкірна клітковина, фасція)
Етіопатогенез	Виникнення грижі спричиняють місцеві та загальні фактори. Місцеві - слабкі місця черевної стінки (паховий та стегновий канал, пупоче кільце, біла лінія живота, трикутник Петіта, ромб Лесгафта), отвори в діафрагмі, післяопераційні рубці. Загальні: сприяючі - похилий вік, схуднення, природжена слабкість тканин, перенесена хіміотерапія, тютюнопаління; викликаючі - підвищення внутрішньочеревного тиску в результаті закріпів, фізичного навантаження кашлю, пологів, фімозу і т.д.
Класифікація	1. За локалізацією: внутрішні; зовнішні. 2. За походженням: вроджені; набуті (грижі слабкості, післяопераційні, травматичні); 3. За анатомічними ділянками: пахові; стегові; пупкові; білої лінії живота; поперекові; діафрагмальні та ін. 4. За ступенем розвитку: початкові; каналні; повні. 5. За клінічними ознаками: неускладнені; ускладнені
Клініка	Основні клінічні ознаки неускладненої грижі: випинання в характерному місці, біль в області випинання, збільшення розмірів випинання вертикальному положенні та при підвищенні внутрішньочеревного тиск (кашель, фізичне напруження), випинання легко вправляється в черевну порожнину, наявність дефекту черевної стінки в місці випинання (через грижові ворота), наявність симптому "кашльового поштовху". Клінічні прояви залежать від розмірів грижі та

	характеру грижового вмісту.
Діагностика	Діагностика зовнішньої черевної грижі ґрунтується на скарга хворого, анамнезі, загальному огляді і обстеженні передньої черевної стінки. При внутрішніх черевних грижах необхідно застосовувати додаткові методи обстеження: рентгенологічні, ендоскопічні, лабораторні. Формулювання діагнозу проводиться з урахуванням анатомічних, етіологічних та клінічних ознак. Приклад діагнозу: правобічна набута вправна пряма пахова грижа.
Диференційна діагностика	Диференційну діагностику необхідно проводити з пухлиноподібними випинаннями іншої етіології, котрі розташовані в ділянках можливої локалізації гриж. Це можуть бути збільшені лімфатичні вузли, туберкульозні напливи, доброякісні пухлини, водянка яєчка чи сім'яного канатика та інші подібні захворювання. Основними диференційно-діагностичними ознаками неускладнених гриж є: а) зміна розмірів випинання при зміні положення тіла та підвищенні внутрішньочеревного тиску; б) наявність грижових воріт в місці випинання; в) позитивний симптом "кашльового поштовху".
Лікувальна тактика	Лікування гриж лише оперативне. Показанням до операції є наявність грижі. Протипоказаннями до хірургічного лікування неускладнених гриж можуть бути важкі супутні захворювання, які можуть привести до фатальних наслідків, або тимчасові, які передбачають необхідність передопераційної підготовки. Загальні принципи хірургічного лікування неускладнених гриж полягають в ліквідації грижі (розтин грижових оболонок і воріт, видалення та розтин грижового міхура, вправлення вмісту грижі в черевну порожнину, прошивання і перев'язка грижового міхура біля шийки і відсічення його) та пластики слабкого місця місцевими тканинами або поліпропіленовими сітками. Оперативні втручання виконують традиційним "відкритим" способом або застосуванням лапароскопічних технологій. Можливі інтраопераційні ускладнення - пошкодження органів, котрі знаходяться в грижовому міхурі та поруч з ним, кровотеча при пораненні судин; післяопераційні - нагноєння рани, гематома.

Пахові грижі

Анатомія пахового каналу	Довжина 4-5 см. Має 4 стінки і 2 отвори. Стінки: передня - апоневроз зовнішнього косого м'яза, задня - поперечна фасція, верхня - нижній край внутрішнього косого м'яза живота, нижня - пахова (пупартова) зв'язка. Отвори: поверхневий (<i>anulus inguinalis superficialis</i>), утворений двома
--------------------------	---

	<p>ніжками апоневрозу зовнішнього косого м'яза, котрі прикріплюються до лонного горбика та лонного з'єднання; глибоке кільце пахового каналу у вигляді заглиблення в поперечній фасції, яке знаходиться в глибокій паховій ямці (anulus inguinalis profundus). Анатомічні особливості будови пахового каналу дають підставу стверджувати, що причиною виникнення пахової грижі є недостатність задньої стінки пахового каналу, зміни у структурі поперечної фасції, якою представлена його задня стінка.</p>
Класифікація	<p>Коса пахова грижа (вроджена або набута) представляє собою випинання, яке завжди проходить через глибоке кільце пахового каналу. Вона буває початкова, канална та повна. Випинання може опускатись в калитку - пахово-калиткова грижа. При вродженій грижі грижовий мішок представлений паховим відростком очеревини, а яєчко знаходиться у грижовому мішку. Пряма пахова грижа завжди розташовується в паховому проміжку і, як правило, в мошонку не опускається. Проте грижі великих розмірів формують канал в мошонку. По відношенню до сім'яного канатика: при прямій паховій грижі грижове випинання розташовується медіально відносно ходу канатика, тобто, канатик розташовується латерально, а при косій - випинання розташовується латерально, тобто, кантик розташовується медіально, або за його ходом.</p>
Скарги	<p>Наявність випинання в паху, біль в області випинання або в животі</p>
Анамнез	<p>Випинання може бути вродженим, або з'явилося після важкого фізичного навантаження.</p>
Огляд	<p>Загальний огляд (вік, статура, розвиток підшкірної жирової клітковини м'язів). Огляд передньої черевної стінки (проводять в горизонтальному та вертикальному положенні): випинання в паховій ділянці з однієї або з обох сторін, збільшення розмірів випинання у вертикальному положенні та при підвищенні внутрішньочеревного тиску (у вертикальному положенні та при напінанні). Пальпація: випинання м'яко-еластичної консистенції, легко вправляється в черевну порожнину, наявність дефекту черевної стінки в місці випинання (розширене поверхнєве пахове кільце), наявність симптому "поштовху при кашлі". Перкусія над випинанням: картина залежить від грижового вмісту (порожнистий орган - тимпаніт, паренхіматозний та чеpecь - притуплений звук).</p>
Діагностика	<p>Діагностика пахової грижі ґрунтується на скаргах хворого анамнезі, загальному огляді і обстеженні передньої черевної стінки. Додаткові методи обстеження (рентгенологічні, ендоскопічні, лабораторні застосовують, як правило, при підготовці хворого до операції. Формулювання діагнозу проводиться з урахуванням анатомічний)</p>

	етіологічних та клінічних ознак. Приклад діагнозу: правобічна набута вправна (вільна) пряма пахова грижа.
Диференційна діагностика	Диференційну діагностику необхідно проводити з пухлиноподібним випинаннями іншої етіології, котрі розташовані в паховій ділянці. Ці можуть бути стегова грижа, збільшені лімфатичні вузли, туберкульоз напливи, доброякісні пухлини, водянка та варикозне розширення вен сім'яного канатика, водянка яєчка. Стегнові грижі знаходяться нижче пупартової зв'язки. При водянці, варикозному розширенню вен та новоутвореннях випинання не зв'язані з черевною порожниною, симптом "кашльового поштовху" негативний, грижові ворота відсутні.
Лікувальна тактика	Лікування пахових гриж лише оперативне. Показанням до операції є наявність грижі. Протипоказаннями до хірургічного лікування може бути наявність важких супутніх захворювань, які можуть стати причиною фатальних ускладнень (тромбоемболії, гостра дихальна недостатність, фатальні кровотечі), або тимчасові (для передопераційної підготовки). Принципи хірургічного лікування пахових гриж базуються на усуненні патогенетичного чинника її розвитку - укріплення задньої стінки пахового каналу. Як при косій, так і при прямій грижі найбільш ефективною є натяжна пластика задньої стінки пахового каналу за способами Bassini, Halsted, Shouldice. Серед сучасних відкритих методик із застосуванням синтетичних протезів ненатяжна пластика за Liechtenstein (Ліхтенстайн). При вродженій грижі необхідно роз'єднати сполучення між яєчком та очеревиною порожниною, по суті, виконують 2 операції - ліквідація грижі і операція Вінкельмана, як при водянці яєчка. Наразі, широкого розповсюдження набули оперативні втручання з застосуванням лапароскопічних технологій – операція TAPP (transabdominal preperitoneal plastic) та TEP (total extraperitoneal plastic).
Профілактика	Заняття фізкультурою, правильна робота з підйомом вантажів.

Стегнові грижі

Анатомія стегнового каналу	<p>Стегновий канал має трикутну форму. Стінки стегнового каналу) передня- задньонижня поверхня пахової (пупартової) зв'язки та задня поверхня ділянки поверхневого листка широкої фасції стегна; задня - глибокий листок широкої фасції; зовнішня - медіальна стінка стегнової вени та фасціальна піхва. Внутрішнім отвором стегнового каналу є стегнове кільце. Його межами є зверху - пахова зв'язка, знизу - гребінець лобкової кістки, ззовні стегнова вена, зсередини - жимбернатова зв'язка. Зовнішній отвір стегнового каналу - овальна ямка - отвір в широкій фасції стегна, через який проходить велика підшкірна вена стегна. Овальна ямка обмежена верхнім та нижнім рогами поверхневого листка широкої фасції стегна.</p>
Класифікація	<ul style="list-style-type: none"> • неускладнена • ускладнена
Скарги	<p>Наявність випинання під паховою зв'язкою, болі в області випинання або животі</p>
Анамнез	<p>Випинання є від народження або з'явилося після важкого фізичного навантаження.</p>
Огляд	<p>Загальний огляд (вік, статура, розвиток підшкірної жирової клітковим м'язів). Огляд передньої черевної стінки (проводять в горизонтальному та вертикальному положенні): випинання під паховою зв'язкою з однієї або обох сторін, збільшення розмірів випинання у вертикальному положенні та при підвищенні внутрішньочеревного тиску. Пальпація: випинання м'якоеластичної консистенції, легко вправляється в черевну порожнину наявність дефекту поверхневого листка широкої фасції стегна в місці випинання, наявність симптому "поштовху при кашлі". Перкусія над випинанням: картина залежить від грижового вмісту (порожнистий орган тимпаніт, сечовий міхур або чепець - притуплений звук).</p>
Діагностика	<p>Діагностика стегнової грижі ґрунтується на скаргах хворого, анамнезі, загальному огляді і обстеженні передньої черевної стінки. Додаткові методи обстеження (рентгенологічні, ендоскопічні, лабораторні) застосовують, як правило, при підготовці хворого до операції. Формулювання діагнозу проводиться з урахуванням анатомічних) етіологічних та клінічних ознак. Приклад діагнозу: правобічна набута вправна (фіксована, защемлена) стегнова грижа.</p>

Диференційна діагностика	Диференційну діагностику необхідно проводити з пухлиноподібними випинаннями іншої етіології, котрі розташовані в паховій ділянці. Це можуть бути пахова грижа, збільшені лімфатичні вузли, туберкульозні напливи, доброякісні пухлини, варикозно розширена велика підшкірна вена стегна. Пахові грижі знаходяться вище пупартової зв'язки. При водянці яєчка, варикозній хворобі, новоутвореннях, лімфаденітах та при варикозному розширенні підшкірної вени стегна випинання не пов'язані з черевною порожниною симптом "кашльового поштовху" негативний, грижові ворота відсутні.
Лікувальна тактика	Лікування стегнових гриж лише оперативна. Показанням до операції є наявність грижі. Протипоказання до хірургічного лікування можуть бути лише тимчасові (для передопераційної підготовки). Принципи хірургічного лікування стегнових гриж аналогічні загальним принципам оперативного лікування гриж - ліквідація грижі стегового каналу. Всі способи доступу до грижового випинання при операції з приводу стегнових грижах поділяють на дві групи: стегові (Бассіні) та пахові (Руджі-Парлавеччо). В теперішній час набувають широкого розповсюдження оперативні втручання з застосуванням лапароскопічних технологій, а саме операція TAPP, яку виконують для пластики задньої стінки пахового каналу і яка передбачає імплантацію синтетичного протезу, з його розташуванням нижче рівня стегового каналу, який утворився внаслідок формування стегової грижі. Можливі інтраопераційні ускладнення - пошкодження органів, котрі знаходяться в грижовому міхурі та поруч з ним, кровотеча при пораненні судин; післяопераційні - нагноєння рани, гематома.
Профілактика	Заняття фізкультурою, правильна робота з підйомом вантажів. Заслуговує на увагу самостійний огляд пахових ділянок під час гігієнічних процедур, який допомагає проводити діагностику грижоподібних випинань на ранніх стадіях розвитку.

Пупкові грижі

Скарги	Наявність випинання в ділянці пупка, вправного чи фіксованого, біль в області випинання або в животі.
Анамнез	Випинання може бути вродженим, або з'явилося після важкого фізичного навантаження, часто у жінок після пологів.

Огляд	Загальний огляд (вік, статура, розвиток підшкірної жирової клітковини, м'язів). Огляд передньої черевної стінки (проводять в горизонтальному та вертикальному положенні): випинання в ділянці пупка, збільшення розмірів випинання у вертикальному положенні та при підвищенні внутрішньочеревного тиску. Пальпація: випинання м'яко-еластичної консистенції, легко вправляється в черевну порожнину, наявність розширеного пупкового кільця в місці випинання, наявність симптому "поштовху при кашлі". Проте, випинання може бути фіксованим, або защемленим. Перкусія над випинанням: картина залежить від грижового вмісту (порожнистий орган - тимпаніт, чепець - притуплений звук).
Діагностика	Діагностика пупкової грижі ґрунтується на скаргах хворого, анамнезі, загальному огляді і обстеженні передньої черевної стінки. При огляді, пальпуючи пупкове кільце, слід звертати увагу на розміри дефекту, особливо його ширину у вертикальному положенні хворого та лежачи, можливо оцінити характеристику органу, який виходить через випинання. Додаткові методи обстеження (рентгенологічні, ендоскопічні, лабораторні) застосовують, як правило, при підготовці хворого до операції. Формулювання діагнозу проводиться з урахуванням анатомічних, етіологічних та клінічних ознак. Приклад діагнозу: набута вправна (фіксована, защемлена) пупкова грижа.
Диференційна діагностика	Диференційну діагностику необхідно проводити з пухлино подібними випинаннями іншої етіології, котрі розташовані в навколо-пупковій ділянці. Це можуть бути доброякісні та злоякісні пухлини, метастатичні ураження. При новоутвореннях та лімфаденітах випинання не зв'язані з черевною порожниною, симптом "кашльового поштовху" негативний, грижові ворота відсутні.
Лікувальна тактика	Лікування пупкових гриж у дітей перших місяців життя - консервативне, у дорослих - лише оперативне. Показанням до операції є наявність грижі. Протипоказання до хірургічного лікування не відрізняються від основних вимог до хірургічного лікування гриж живота. Принципи хірургічного лікування пупкових гриж аналогічні загальним, ліквідація грижі та пластика грижових воріт. Відкриті операції при пупкових грижах - це способи Мейо, Сапезко, у випадках, коли ширина грижових воріт не перевищує 2 см. При більших розмірах грижових воріт необхідно застосовувати синтетичні протезні матеріали, або спеціальні протезні конструкції. При дефектах грижових воріт більше 4 см у ширину, застосовуються методики з імплантацією синтетичного протезу.

Грижі білої лінії живота

Скарги	Наявність випинання по середній лінії живота, болі в області випинання або в животі
Анамнез	Випинання може бути вродженим, або з'явилося після важкого фізичного навантаження, часто у жінок після пологів.
Огляд	Загальний огляд (вік, статура, розвиток підшкірної жирової клітковини, м'язів). Огляд передньої черевної стінки (проводять в горизонтальному та вертикальному положенні): випинання по середній лінії живота, збільшення розмірів випинання у вертикальному положенні та при підвищенні внутрішньочеревного тиску. Пальпація: випинання м'яко-еластичної консистенції, легко вправляється в черевну порожнину, наявність дефекту білої лінії живота в місці випинання, наявність симптому "кашльового поштовху". Перкусія над випинанням: картина залежить від грижового вмісту (порожнистий орган - тимпаніт, чеpecь - притуплений звук).
Діагностика	Діагностика грижі білої лінії живота базується на скаргах хворого, анамнезі, загальному огляді і обстеженні передньої черевної стінки. Додаткові методи обстеження (рентгенологічні, ендоскопічні, лабораторні) застосовують, як правило, при підготовці хворого до операції. Формулювання діагнозу проводиться з урахуванням анатомічних, етіологічних та клінічних ознак. Приклад діагнозу: набута вправна грижа білої лінії живота.
Диференційна діагностика	Диференційну діагностику необхідно проводити з пухлиноподібними випинаннями іншої етіології, котрі розташовані по середній лінії живота. Це можуть бути доброякісні та злоякісні пухлини. При новоутвореннях випинання не пов'язані з черевною порожниною, симптом "кашльового поштовху" негативний, грижові ворота відсутні.
Лікувальна тактика	Лікування гриж білої лінії живота - лише оперативне. Показанням до операції є наявність грижі. Протипоказання до хірургічного лікування аналогічні загальним принципам, перерахованим вище. Принципи хірургічного лікування гриж білої лінії живота аналогічні загальним принципам оперативного лікування гриж - ліквідація грижі та пластика грижових воріт. Основними способами операцій при грижах білої лінії є методики преперитонеальної відкритої чи лапароскопічної імплантації протезу (більш детально дивись у методиках лікування післяопераційних гриж).

Післяопераційні грижі

Скарги	Наявність випинання в ділянці післяопераційного рубця, болі в області випинання або в животі
Анамнез	Випинання з'явилося після операції (через будь-який час, але найчастіше через 8-10 місяців).Провокуючі фактори: нагноєння післяопераційної рани, перитоніт, передопераційна хіміотерапія, закрепи, кашель.

Огляд	Загальний огляд (вік, статура, розвиток підшкірної жирової клітковини, м'язів). Огляд передньої черевної стінки (проводять в горизонтальному та вертикальному положенні): випинання в ділянці післяопераційного рубця, збільшення розмірів випинання у вертикальному положенні та при підвищенні внутрішньочеревного тиску. Пальпація: випинання м'якоеластичної консистенції, легко вправляється в черевну порожнину, наявність дефекту черевної стінки в ділянці післяопераційного рубця, наявність симптому "кашльового поштовху". Перкусія над випинанням: картина залежить від грижового вмісту (порожнистий орган - тимпаніт, паренхіматозний - притуплений звук).
Діагностика	Діагностика післяопераційних гриж ґрунтується на скаргах хворого, анамнезі, загальному огляді і обстеженні передньої черевної стінки. Додаткові методи обстеження (рентгенологічні, ендоскопічні, лабораторні) застосовують, як правило, при підготовці хворого до операції. Формулювання діагнозу проводиться з урахуванням анатомічних, етіологічних та клінічних ознак. Головним критерієм вибору методики пластики є ширина грижових воріт та анатомічна ділянка черевної стінки. Приклад діагнозу: післяопераційна вправна вентральна грижа (за Європейською класифікацією - M ₂ W ₃ R ₀ – первинна рубцева (післяопераційна) серединна епігастральна велика вентральна грижа).
Диференційна діагностика	Диференційну діагностику необхідно проводити з пухлино-подібними утворами іншої етіології, котрі розташовані в ділянці післяопераційного рубця. Це можуть бути доброякісні та злоякісні пухлини. При новоутвореннях випинання не пов'язані з черевною порожниною, симптом "кашльового поштовху" негативний, грижові ворота відсутні.
Лікувальна тактика	Лікування післяопераційних гриж оперативне. Протипоказання до хірургічного лікування обумовлені супутньою патологією, яка може стати причиною фатальних ускладнень. Принципи хірургічного лікування післяопераційних гриж живота полягають алопластиці синтетичними протезами, які можуть розташовуватися в різних шарах черевної стінки. Європейська асоціація герніологів пропонує наступну класифікацію розташування синтетичних протезних матеріалів – методика: 1. on lay – коли протез розташовується над апоневрозом зовнішнього косоного м'яза живота, тобто під підшкірно-жировим шаром, методика: 2. in lay – коли протез розташовується безпосередньо в грижових воротах і вшивається в краї дефекту; 3. sub lay submuscularis – протез вшивається під прямими м'язами живота і розташовується на поверхні апоневрозу поперечного м'яза, або на поперечній фасції; 4. sub lay preperitonelis – коли протез розташовується на поверхні

	<p>сепарованої очеревини, між поперечною фасцією та очеревиною; intraperitoneal – коли спеціальний, покритий захисним шаром протез розташовується в черевній порожнині. В клінічній практиці найбільш поширеними є синтетичні протези, які виготовляються з інертного сполучення – поліпропілену, чи поліаміду. В залежності від товщини нитки, розмірів чарунків та характеру плетення вони поділяються на такі типи: ультралегкі – 35 г/м^2, легкі ≥ 35 и $\leq 70 \text{ г/м}^2$, стандартні $\geq 70 \text{ г/м}^2 \leq 140 \text{ г/м}^2$, важкі $\geq 140 \text{ г/м}^2$. Крім того, застосовуються протези з «пам'яттю форми», «самофіксуючі», та протези з покриттями, які можна імплантувати в черевну порожнину. Найбільш розповсюдженою і вживаною в плановій хірургії вентральних гриж є методика Rives-Stoppa, яка передбачає принцип sub lay submuscularis. Сучасні лапароскопічні втручання при вентральних грижах передбачають аналогічне розташування протезу, проте найбільш вживаною є методика intraperitoneal.</p>
Профілактика	Профілактика післяопераційних гнійно-септичних та бронхо-легеневих ускладнень, заняття фізкультурою, правильна робота з підйомом вантажів.

Рекомендована література (з обов'язковим зазначенням конкретних сторінок по даній темі) основна, додаткова.

1. «Хірургія» за редакцією Я.С.Березницького, Нова книга, Вінниця, ст.22 – 37 - основна
2. Фактор внутрішньочеревного тиску в абдомінальній хірургії /Усенко О.Ю., Тодуров І.М., Білянський Л.С. та співавт., 2016, Київ, Самміт-книга, стор.13-22, та 59-79 – **додаткова**
3. Реконструктивная и эстетическая хирургия передней брюшной стенки / Галич С.П., Пинчук В.Д., Бемянский Л.С.; Киев, «Книга-плюс» 2013, стр. 88-110 – **додаткова**

Питання для самопідготовки студента до практичного заняття.

1. Що характеризує синдром грижового випинання?
2. Які локалізації грижі ви знаєте?
3. У чому полягає важливість проблеми вивчення захворювань, що відносяться до гриж живота?
4. Які причини розвитку гриж?
5. Які умови життя і праці можуть вплинути на виникнення і перебіг грижі

передньої черевної стінки?

6. Які фактори сприяють виникненню грижі? їх характеристика.

7. Який механізм розвитку грижі?

8. Які варіанти клінічного перебігу гриж живота ви знаєте?

9. У чому важливість послідовного обстеження хворого із грижею, яке включає вивчення скарг хворого, анамнезу захворювання і життя?

10. Які основні скарги хворого із вправною грижею?

11. Які об'єктивні фізикальні ознаки виявляються у хворого з неускладненою грижею?

12. Який основний метод лікування неускладненої грижі?

13. Які протипоказання до операції з приводу неускладненої грижі?

14. Які принципи хірургічного втручання при неускладненій грижі?

15. Де локалізуються пахові грижі?

16. Які види пахових гриж ви знаєте?

17. Чим характеризується коса пахова грижа?

18. Чим характеризується пряма пахвинна грижа?

19. З якими захворюваннями слід проводити диференційний діагноз при паховій грижі?

20. Які методи хірургічного лікування пахових гриж?

21. Де локалізується стегнова грижа?

22. З якими захворюваннями проводиться диференційний діагноз стегнової грижі?

23. Які методи лікування стегнової грижі?

24. Де локалізується пупкова грижа і грижа білої лінії живота?

25. З якими захворюваннями проводиться диференційний діагноз при пупковій грижі?

26. Які принципи хірургічного лікування пупкової грижі та грижі білої лінії живота?

27. Яка грижа називається вентральною?

28. Які причини розвитку вентральних гриж?

29. З якими захворюваннями необхідно проводити диференційний діагноз при

вентральній грижі?

30. Які принципи хірургічного лікування вентральних гриж?

31. Які стани належать до хронічних ускладнень грижі?

32. Які стани належать до гострих ускладнень грижі?

33. Які клінічні прояви невправної грижі?

34. Які зміни відбуваються в защемленому органі?

35. Які клінічні прояви защемленої грижі?

36. Які принципи хірургічного лікування защемленої грижі?

37. На яких принципах базується обґрунтування попереднього діагнозу при синдромі грижового випинання?