

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00191&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00191. Грижі у дорослих

Автор: Mikko Tuuliranta
Редактор оригінального тексту: Jukka Pekka Jousimaa
Дата останнього оновлення: 2017-03-28

Основні положення

- Діагноз грижі недостатній сам по собі, щоб призначати хірургічне лікування. Лише симптоматичні грижі та ті, у яких є ризик защемлення, потребують хірургічного лікування.

Пахвинні та стегові грижі [Доказ 04260 | A↓]

Поширеність

- Пахвинні грижі переважно виникають у чоловіків: приблизно 95% – пацієнти чоловічої статі. Пожиттєвий ризик розвитку пахвинної грижі у чоловіків становить приблизно 27%, тоді як у жінок цей ризик становить лише 3%.

Типи

- *Непряма (латеральна) пахвинна грижа* спускається уздовж сім'яного канатика або круглої зв'язки матки до мошонки або статевих губ. Непряма грижа може навіть збільшуватися і спричиняти симптоми.
- *Пряма (медіальна) грижа* випинає через основу пахвинного каналу. Зазвичай вона зустрічається у чоловіків похилого віку, може розвиватися безсимптомно і рідко призводить до ускладнень
- *Стегнова грижа* проходить через стеговий канал під пахвинною зв'язкою. Стегнова грижа зустрічається рідко і зазвичай виникає лише у жінок похилого віку. Ризик защемлення високий.

- Грижа у дорослих вважається зацмленою, якщо вона спричиняє біль при пальпації, у пацієнта болить живіт і він вже не в змозі самостійно вправити грижу.

Клінічне обстеження

- Проведіть обстеження пацієнта (огляд і пальпація) в положенні стоячи та лежачи на спині.
 - Грижу найбільше помітно, коли пацієнт стоїть.
 - Якщо додатковий тиск зменшує/вправляє грижу – діагноз підтверджено.
- У пацієнта чоловічої статі невелику грижу можна виявити здійснюючи обстеження шляхом проходження пальця через мошонку в отвір пахвинного каналу і попросивши пацієнта покашляти.
- Випинання стегнової грижі помітно в паху, біля лобкової кістки безпосередньо під пахвинною зв'язкою. Грижа буде невеликою і зазвичай не буде вправлятися.
- Ультразвукове дослідження не слід використовувати для підтвердження діагнозу, оскільки інтерпретація результатів пахвинного дослідження є складною, а помилкові позитивні результати надто часті. Проте, ультразвукове дослідження може бути використане для виключення тестикулярних змін.

Показання до операції [доказ|B] [02804] [доказ|A] [02179] [доказ|A] [06141]

- Хірургічне лікування слід призначати, якщо
 - грижа болюча і негативно впливає на якість життєдіяльності (слід зазначити, що пахвинні грижі можуть бути болючими впродовж декількох тижнів відразу після розвитку, але часто стають безсимптомними або спричиняють лише кілька симптомів після появи. Тому направлення не дають на ранній стадії);
 - грижа спричиняє дискомфорт через свої великі розміри;
 - є підозра на стегову грижу.
- Хірургічне лікування мінімально симптоматичної пахвинної грижі можна безпечно відкласти і виконати тільки при загостренні симптомів [доказ|B] [04980].

- Спробувати вправити защемлену грижу утримуючи її кінчиками пальців і стискаючи її досить довго, щоб зменшити кількість рідини в грижовому мішку і зробити вправлення можливим. Якщо вправити не вдалося, пацієнта слід негайно направити на операцію. Якщо вправити вдалося лише із зусиллям, пацієнта потрібно направити на операцію, яку слід виконати протягом декількох днів.
- Грижа мошонки, що виявляється при пальпації, завжди є непрямую пахвинною грижею, яка має тенденцію збільшуватися. Рекомендується оперувати грижу, коли вона виросла до розміру близько двох кулаків, не пізніше. Невелика грижа, яка проникає лише у верхню частину мошонки, зазвичай не потребує операції.
- Якщо при пальпації у чоловіка пахвинна грижа в мошонці не відчутна, або така грижа виявлена у жінки, неможливо клінічно класифікувати грижу як пряму або непряму, що в принципі і не потрібно - рішення про лікування визначається симптомами. Тільки грижі, що спричиняють тяжкі симптоми потребують хірургічного втручання/усунення дефекту. Пацієнту слід порадити звернутися за допомогою, якщо грижа опуститься до основи мошонки (потрібне буде направлення для консультації фахівця).
- Пацієнта із стегною грижею слід завжди направляти на хірургічне обстеження.
- Грижу, як правило, усувають імплантуючи підтримуючу сітку в черевну стінку.
- Лапароскопічна пластика часто має перевагу через трохи швидший період відновлення, а хронічні післяопераційні болі виникають значно рідше [доказ 161678 | A]. На практиці перевага лапароскопічної пластики над відкритою хірургічною операцією є незначною і суперечливою.
 - Лапароскопічну процедуру застосовують при усуненні двосторонньої грижі у хворих працездатного віку та при рецидивній грижі.

Черевні грижі

Типи

- *У хірургічних рубцях розвивається післяопераційна (вентральна) грижа.*
- *Пупкова грижа*

- *Епігастральна грижа* (через білу лінію між пупком і мечоподібним відростком)
- *Грижа спігелієвої лінії* (що виходить через серповидну лінію по зовнішньому краю прямого м'язу живота); вкрай рідко
 - Невелику грижу спігелієвої лінії досить важко виявити при пальпації, так як вона залишається під апоневрозом зовнішнього косоного черевного м'язу і не випинається з-під шкіри, як інші грижі.

Клінічне обстеження

- Черевні грижі найкраще виявляються і пальпуються коли пацієнт стоїть. Успішне вправлення підтверджує діагноз.
- На відміну від пахвинних гриж, ультразвукове дослідження з використанням лінійного датчика у пацієнта в положенні стоячи є корисним методом візуалізації в незрозумілих випадках. За необхідності пацієнту повторюють обстеження в положенні лежачі. Рекомендується використовувати ультразвукове дослідження, особливо якщо є підозра, що грижа є причиною болю в животі.

Показання до хірургічної операції

- У дорослої людини тільки симптоматична пупкова грижа потребує хірургічного втручання/усунення дефекту. У хворого на ожиріння хірургічне усунення дефекту великої пупкової грижі має схильність до ускладнень.
- Післяопераційні грижі мають здатність ставати дуже великими. Тому пацієнтів, у яких задовільний стан, слід рано направляти на хірургічну діагностику. У пацієнтів похилого віку та у осіб із поганим загальним здоров'ям слід уникати хірургічного відновлення великих післяопераційних гриж через високий ризик ускладнень.
- Під хірургічним відновленням мається на увазі імплантація підтримуючої сітки через черевну стінку відкритою хірургічною операцією чи лапароскопічно.
- У пацієнтів із цирозом печінки і асцитом часто розвивається пупкова чи пахвинна грижа або обидві. Тому хірургічного відновлення слід уникати, оскільки грижовий мішок у більшості випадків містить тільки рідину, ризик защемлення низький, а ризики, пов'язані з операцією, високі. Проте операція неминуча, якщо асцит витікає через розрив у пупку.

Інші грижі

- Замикальні та сідничні грижі тазового дна і поперекові грижі у поперековій зоні - рідкісні.

Діастаз білої лінії

- Розтягнення білої лінії у верхній частині живота, пов'язане зі старістю, ожирінням або декількома вагітностями.
- Виглядає як вертикальна опуклість, коли пацієнт скорочує/напружує м'язи живота лежачи.
- Це не грижа або причина скарг у верхній частині живота. Зазвичай лікування не потрібно.
 - Діастаз після вагітності можна лікувати за допомогою вправ для м'язів живота. Іноді розтягнуту білу лінію помітно після вагітності, особливо вагітності двійнею, її вже можна вважати вентральною грижею, яка потребує хірургічного втручання/усунення дефекту. Це може бути пов'язано з дисбалансом м'язів тулуба і болісним поперековим лордозом.

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [\[пов'язані 00021\] | Hernias in adults – Rela...](#)
- Література [\[пов'язані 00021\] | Hernias in adults – Rela...](#)

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 04260](#). Antibiotic prophylaxis for hernia repair.
Дата оновлення: 2015-09-01
Рівень доказовості: A↓
Резюме: Antibiotic prophylaxis has some clinically unimportant effect in reducing infection rates in elective inguinal hernia repair.
Рекомендація: Administration of antibiotic prophylaxis for elective inguinal hernia repair cannot be suggested because of questionable cost-effectiveness.
- [Доказовий огляд 02804](#). Shouldice technique versus other open techniques for inguinal hernia repair.
Дата оновлення: 2012-10-10
Рівень доказовості: B
Резюме: Shouldice technique appears to be the best non-mesh method of inguinal hernia repair in terms of recurrence. The use of mesh reduces recurrence even more.

- [Доказовий огляд 02179](#). Open mesh versus non-mesh repair of inguinal hernia.
Дата оновлення: 2006-12-04
Рівень доказовості: A
Резюме: Use of mesh during open groin hernia repair is associated with a considerable reduction in the risk of hernia recurrence, with no apparent disadvantages.
- [Доказовий огляд 06141](#). Open surgical procedures for incisional hernias.
Дата оновлення: 2011-02-16
Рівень доказовості: A
Резюме: Open mesh repair of incisional hernias in adults is superior to suture repair in terms of recurrences, but inferior when considering wound infection.
- [Доказовий огляд 04980](#). Watchful waiting vs repair of inguinal hernia in men.
Дата оновлення: 2006-03-23
Рівень доказовості: B
Резюме: A strategy of watchful waiting appears to result in similar quality of life outcomes at 2 years compared with quick surgical repair in minimally symptomatic men with inguinal hernia. Complications during watchful waiting are very rare.
- [Доказовий огляд 01678](#). Laparoscopic versus open inguinal hernia repair.
Дата оновлення: 2006-11-29
Рівень доказовості: A
Резюме: Laparoscopic inguinal hernia repair is associated with less postoperative pain and more rapid return to normal activities. However, it takes longer to perform and is associated with rare complications. Laparoscopic repair (with use of mesh) is associated with fewer recurrences when compared with open non-mesh methods.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00191 Ключ сортування: 008.085 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-03-28

Автор(и): Mikko Tuuliranta Редактор(и): Jukka Pekka Jousimaa Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe
Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Surgery Gastroenterology

Ключові слова індексу

mesh: Hernia, Diaphragmatic mesh: Child mesh: Morgagni's hernia mesh: Hernia, Umbilical mesh: Scrotum
mesh: Hernia, Femoral mesh: Hernia, Inguinal mesh: Bockdalek's hernia mesh: sliding hernia mesh: incarcerated hernia
mesh: Hernia, Ventral mesh: surgical therapy mesh: paraesophageal hernia mesh: indirect inguinal hernia
mesh: Spigel's hernia mesh: direct inguinal hernia mesh: Hernia mesh: Hernia, Abdominal icpc-2: D89 icpc-2: D90
icpc-2: D91 speciality: Gastroenterology speciality: Surgery