

УДК 617.55-007.43-089

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

А.С. Ермолов, Д.А. Благовестнов, А.В. Упырев, В.А. Ильичев,

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, кафедра неотложной и общей хирургии,
Российская медицинская академия последипломного образования, г. Москва

Благовестнов Дмитрий Алексеевич – e-mail: [pub_tel.: \(495\) 621-01-77, sklifkafedra@mail.ru](mailto:pub_tel.: (495) 621-01-77, sklifkafedra@mail.ru)

Улучшение результатов хирургического лечения ущемленных грыж брюшной стенки тесно связано с необходимостью соблюдения общих принципов подхода к проблеме. Хирургическая тактика при ущемленной грыже брюшной стенки диктует необходимость выработки чётких и коротких путей к достижению главной цели – спасению жизни больного и ликвидации грыжи. Необходимо использовать рациональные протоколы диагностики и лечения ущемленной грыжи, в которых должны быть отражены: 1) алгоритм предоперационного периода (диагностика, подготовка к операции, выбор обезболивания); 2) алгоритм хирургического вмешательства (устранение ущемления и его осложнений, показания к пластике брюшной стенки, выбор объема и способа пластики); 3) алгоритм ведения послеоперационного периода. Использование вышеуказанных протоколов позволило существенно улучшить средние показатели лечения по городу Москве. Общую и послеоперационную летальность при ущемленной грыже удалось снизить в два раза.

Ключевые слова: ущемленная грыжа, протоколы диагностики и лечения.

Improvement of surgical treatment outcomes in strangulated abdominal hernia has been closely related to the requirement to follow the general principles of the treatment approach. The surgical tactics in strangulated abdominal hernia dictates the necessity to develop clear-cut and precise measures to reach the main goals, namely, patient's life saving and hernia elimination. It is necessary to use optimal diagnostic and treatment protocols for strangulated hernia that should contain: 1) the algorithm for preoperative period (the diagnostic measures, preparation for surgery, anesthesia selection); 2) the algorithm of surgical intervention (elimination of strangulation and its complications, indications to abdominal wall plastic surgery, the choice of the extent and the method of plastic surgery; 3) the algorithm of management in the postoperative period. The use of the above-mentioned algorithms has allowed a considerable improvement of the average treatment outcomes in the city of Moscow. Total and postoperative mortality rates in strangulated hernia have decreased two-fold.

Key words: strangulated hernia, diagnostic and treatment protocols.

Введение. Грыжи остаются одной из самых распространенных хирургических патологий. Заболеваемость населения наружными грыжами живота составляет 4–7%. Ущемленная грыжа осложняет течение заболевания у 10–17% грыженосителей и находится на 4–5-м месте среди всех госпитализированных больных с острой хирургической патологией, а среди неотложных вмешательств, занимает 3-е место после аппендэктомии и холецистэктомии [1, 2]. Соотношение плановых грыжесечений к операциям, выполняемым при ущемленной грыже в экономически развитых странах Европы и Америки, составляет 15:1. В России это соотношение колеблется от 4:1 [3] до 5:1 [2], и это обстоятельство выглядит как отсутствие должной санитарно-

просветительской деятельности учреждений здравоохранения и медицинской «грамотности» населения [3, 4, 5].

В последние десятилетия изменилась структура ущемленной грыжи. Если в середине двадцатого века более половины (57,3%) больных оперировались с ущемленной паховой грыжей, с пупочной и послеоперационной грыжей – 8,8%, то уже в конце XX и в начале XXI века количество оперированных пациентов с ущемлением пупочной и послеоперационными грыжами возросло до 35–38,1% [6, 7, 8, 9], а по отдельным публикациям достигало 46,2% [8].

Статистика ведущих научно-исследовательских и лечебных учреждений страны свидетельствует, что несмотря на достигнутые успехи, результаты хирургического лечения

больных ущемленными грыжами брюшной стенки не могут считаться удовлетворительными. Так, сохраняются высокие цифры послеоперационных осложнений, достигающие 50% [10, 11]. Послеоперационная летальность колеблется в пределах 2,6–11,0%. В сравнении с плановыми грыжесечениями летальность при ущемленной грыже возрастает в 16,2 раза [12]. Если у больных молодого и среднего возраста летальность составляет 2,8–3% [13, 14], то в возрасте от 60–70 лет она достигает 5,6–7,4%, а в возрасте старше 70 лет 15–18% [15, 16]. Следует обратить внимание на то, что в последние годы, по данным Московской статистики, половину умерших после операции больных составили пациенты с ущемленной пупочной и послеоперационной грыжей. Более трети больных с ущемленной грыжей госпитализируются позже 24 часов от начала заболевания, что также влияет на уровень общей и послеоперационной летальности [17].

В проблеме ущемленной грыжи сконцентрировался ряд принципиальных положений различных разделов хирургии, анестезиологии и реаниматологии. Ургентность ситуации при ущемленной грыже диктует необходимость выработки четкого и короткого пути к достижению главной цели – спасению жизни больного. К сожалению, в этом вопросе еще много нерешенного и спорного. Не вызывает сомнения, что необходимы научно обоснованные и ясные протоколы ведения этих пациентов. Они есть, но, разработанные ведущими клиниками и применяемые в крупных городах и регионах страны, они различны. Иногда эти различия существенны. Оценить результаты лечения затрудняет и наша недоговоренность по принципиальным подходам к проблеме. На каких принципах мы должны строить классификацию обсуждаемых вопросов? Какими терминами и понятиями мы обозначаем изучаемые процессы? Договоренность в классификационных подходах и понятиях упрощает общение, укорачивает путь к достижению цели. Правильное название рождает правильное действие!

Таким образом, актуальность темы хирургического лечения ущемленных грыж брюшной стенки сохраняется по многим позициям. Данное сообщение посвящено обоснованию общих принципов подхода к лечению этой сложной категории больных. По нашему мнению, должны быть выделены следующие положения: 1) классификации, термины и понятия; 2) предоперационный период (диагностика, подготовка к операции, выбор обезболивания); 3) алгоритм хирургического вмешательства (устранение ущемления и его осложнений, показания к пластике брюшной стенки, выбор объема и способа пластики); 4) ведение послеоперационного периода.

Классификации, термины и понятия. Говоря об ущемленной грыже брюшной стенки, нам следует определить место ее в общей системе классификационной характеристики грыж живота в целом. По происхождению следует различать грыжи в потенциально ослабленных анатомических слоях брюшной стенки (паховые, бедренные, пупочные

и т. п.), в зоне хирургического доступа (послеоперационные) и в местах травматического повреждения мышечно-апоневротического слоя (посттравматические). Каждая из перечисленных групп имеет свою классификацию. Подчеркнем два важных момента, которые должны быть обязательно отображены в классификации грыжи – это локализация её и ущемление.

Наибольшие споры вызывают предложения по классификации послеоперационной грыжи. Какой она должна быть? Клинической, а потому в разумных пределах развернутой? Или короткой, сжатой? Первое направление, как правило, отстаивают отечественные хирурги, второе – зарубежные. Наиболее используемыми отечественными классификациями в нашей стране являются: классификация, предложенная К.Д. Тоскиным и В.В. Жебровским, а также базовая классификация Н.В. Воскресенского – С.Л. Горелика, дополненная В.Н. Яновым и нами. Эти классификации достаточно полно и в то же время емко отображают современное состояние герниологии. В них предусмотрены характеристики основных параметров грыжи: локализация, величина, ширина грыжевых ворот, вправимость, ущемление и рецидив. Что же касается предложения зарубежных коллег R.M. Rath и J. Chevrel (2000 г.) классифицировать послеоперационную грыжу всего по трем показателям – SWR (локализация, ширина грыжевых ворот, рецидив), то, по нашему мнению, она неоправданно упрощает проблему. Ее несовершенство признается даже иностранными коллегами. Имеются публикации по внесению дополнительных классификационных признаков.

Ущемление является неизбежным спутником клинического течения грыжи брюшной стенки. Поэтому классификации, не предусматривающие эту позицию, представляются неполными.

Рассматривая заявленную тему по ее основному признаку – наличию грыжевого дефекта в слоях брюшной стенки, в своих рассуждениях мы должны исходить из точных и правильных понятий, сформулированных в классических и современных руководствах по анатомии человека (Р.Д. Синельников, В.В. Кованов и Ю.М. Бомаш, Иоганес В. Роем и др.). Напомним, что в соответствии с этим брюшная стенка делится на 3 отдела: передний (передняя брюшная стенка), боковой (боковая брюшная стенка) и задний (задняя брюшная стенка). Для клинициста важно, что в основе такого деления лежат характеристики функциональных и топографических особенностей, отличающих каждый из названных отделов. В хирургическом плане это означает, что классификация грыж и предлагаемые методы пластического закрытия дефекта в том или ином отделе брюшной стенки должны учитывать эти особенности. Однако на практике мы встречаемся с вольной трактовкой названных анатомических понятий. Наиболее характерным примером тому служит нередко встречаемая в журнальных публикациях и программах научных форумов формулировка: «грыжи

передней брюшной стенки». На самом же деле под этим понимаются не только срединные грыжи (грыжи передней брюшной стенки), но и боковые (грыжи боковой брюшной стенки). То есть в понятие «передняя брюшная стенка» в данном случае вкладывается неточная анатомическая формулировка. Смешение понятий вносит путаницу и делает неясным сам факт оценки результатов операции. В таких случаях правильней будет использовать общее название и говорить о грыже «брюшной стенки», или «грыже живота».

Отдельного рассмотрения требуют понятия и термины, используемые нами для определения принципиальных подходов к пластическим операциям при грыже брюшной стенки. Здесь много неопределенного, путанного. Предлагаем различать термины и понятия, относящиеся к объему пластики, способам (технологиям) пластики и пластическим материалам.

Под объемом пластики мы понимаем тот объем вмешательства, который будет функционально переносим больным. Здесь возможны два варианта: или полная адаптация краев грыжевых ворот, или частичная их адаптация с сохранением заданного диастаза и даже с его увеличением. При этом могут быть использованы различные технические приемы (способы) укрепления мышечно-апоневротического слоя. Понятие объема пластики наиболее актуально при операциях по поводу послеоперационных грыж (ПОГ). Какой в данном случае придерживаться терминологии, единой точки зрения нет. Соответственно, наиболее распространены два понятия: реконструктивные и корригирующие пластики, натяжные и ненатяжные. Мы придерживаемся первого определения. Реконструктивной операцией называем пластику с полной адаптацией грыжевых ворот. При этом полностью восстанавливается функция брюшного пресса. При корригирующей операции края грыжевых ворот не адаптируются, сохраняется диастаз. Функция брюшной стенки восстанавливается лишь частично. В англоязычной литературе это понятие прямо не выделено и с применением современных полипропиленовых сетчатых материалов объем пластики увязан с местом размещения эндопротеза. Наиболее обозначенным термином, предусматривающим оставление диастаза грыжевых ворот, является термин «inlay».

Под способом (технологией) пластики мы понимаем различные технические приемы (методы) устранения грыжи. Причем каждый из способов может быть применен при том или ином объеме пластики. Тема технологии пластики напрямую увязывается с терминами и понятиями пластических материалов, используемых в герниологии. Следует различать пластику собственными тканями – аутопластику. Она может быть осуществлена за счет местных тканей и тканей, взятых с донорского участка (аутофасция, аутодерма). И необходимо различать пластику брюшной стенки дополнительным пластическим материалом – трансплантатом.

Нам следует окончательно определиться с встречающейся, к сожалению, терминологической путаницей в понятиях,

связанных с названиями трансплантатов. К примеру, нередко старым термином аллотрансплантат называют современные синтетические сетчатые эндопротезы, что неверно. Здесь следует придерживаться Международной классификации, принятой трансплантологами в Вене еще в 1967 году. Предложено делить трансплантаты в зависимости от их происхождения на: 1) аутологичные (взятые в пределах одного и того же организма – аутокожа, аутофасция); 2) аллогенные (взятые в организме того же вида, что и организм реципиента – консервированные ткани человека); 3) ксеногенные (взятые в организме другого вида – консервированные ткани животного); 4) эксплантаты (небиологические материалы). Изначально в герниологии под термином «эксплантаты» понимались синтетические сетчатые материалы. В последние годы в связи с широким внедрением современных полипропиленовых сеток дополнительно с этим термином используются и другие названия. Например, «сетчатый синтетический материал», «синтетическая сетка», «сетчатый синтетический имплантат», «сетчатый эндопротез» и т. п. Коротко саму методику пластики чаще всего называют протезированием. Таким образом, современные полипропиленовые синтетические (небиологические) ткани следует называть не аллотрансплантатами, а использовать перечисленные выше названия. Саму же методику пластики с их применением надо именовать не аллопластикой, а протезированием или другими терминами с использованием названия соответствующего имплантата.

И, наконец, последнее, касающееся терминологии размещения трансплантата в слоях брюшной стенки при ее пластике по поводу послеоперационной грыжи. На сегодня здесь много путаницы. Известны и широко используются англоязычные термины: «onlay», «inlay», «sublay», «intraabdominal», а также их комбинация. Нам представляется, что в практической хирургии нежелательно применять указанные выше англоязычные термины. Целесообразно использовать аналогичные русские понятия и размещение эндопротеза именовать: вместо «onlay» – «поверх апоневроза в подкожной клетчатке»; вместо «sublay» (поскольку существуют два варианта) – «под апоневрозом на брюшине» или «под мышцей на апоневрозе»; вместо «intraabdominal» – «внутрибрюшинно»; вместо «inlay» – «корригирующая» или «ненатяжная пластика» с указанием места расположения сетки.

Итак, мы рассмотрели общие, наиболее значимые принципиальные положения классификационных подходов, терминов и понятий, без определения отношений к которым трудно оценить хирургическую тактику и результаты лечения ущемленных грыж брюшной стенки.

Рассмотрим с этих позиций особенности клинического течения ущемленной грыжи брюшной стенки.

1. По происхождению следует различать: первичные, посттравматические, послеоперационные ущемленные грыжи.

2. По локализации следует различать ущемленные грыжи: паховые, бедренные, белой линии живота, пупочные и

редкие формы (спигелиевой линии, внутренние грыжи и т. п.). Послеоперационные: срединные (верхне-, средне- или нижнесрединные); боковые (верхние право- и левосторонние, нижние право- и левосторонние).

3. По клиническим вариантам течения:

а) характер ущемления: эластическое, каловое, пристеночное, ретроградное;

б) наличие осложнения: осложненная и неосложненная ущемленная грыжа. Под неосложненным течением ущемленной грыжи понимается такое состояние, при котором не требуется каких-либо дополнительных вмешательств, кроме устранения ущемления. Осложненное течение характеризуется более выраженными изменениями ущемленного органа и требует дополнительных вмешательств;

в) характер осложнения: острая кишечная непроходимость (ОКН); некроз ущемленного органа; флегмона грыжевого мешка; перитонит; кишечные свищи;

г) вправившаяся ущемленная грыжа.

Предоперационный период (диагностика, подготовка к операции, выбор обезболивания). В диагностике ущемленной грыжи по-прежнему ведущим является клиническая картина. Следует дифференцировать истинное ущемление от спастической кишечной непроходимости в самом грыжевом мешке, которая может протекать без ущемления кишки! Диагностический поиск должен быть оптимальным и идти от простого к сложному методу диагностики. В диагностический алгоритм может входить: клиническая диагностика ущемления, лучевая диагностика (полипозиционная рентгенография органов брюшной полости, УЗИ брюшной полости и грыжевого выпячивания. По показаниям – КТ с герниоабдоминометрией или лапароскопия.

Диагноз «вправившаяся ущемленная грыжа» может быть установлен только тогда, когда имеются четкие указания самого пациента на факт ущемления ранее вправлявшейся грыжи, промежуток времени «невправления» и факт самостоятельного ее вправления. Вправившейся ущемленной грыжей следует также считать грыжу, факт самостоятельного вправления которой произошел на догоспитальном этапе или в стационаре в присутствии медицинского персонала.

Диагностический поиск должен укладываться в сроки не более 1 часа. Установленный диагноз ущемленной грыжи служит показанием к экстренной операции в сроки не более 2 часов после поступления больного в стационар и при необходимости – после соответствующей предоперационной подготовки.

Тактика хирурга при вправившейся ущемленной грыже.

1. При длительности ущемления менее 2 часов показана госпитализация с последующим динамическим наблюдением в течение 24 часов. При ухудшении общего состояния больного в процессе наблюдения и при появлении перитонеальной симптоматики – показана диагностическая лапароскопия или лапаротомия.

2. При самостоятельном вправлении ущемленной грыжи, если факт ущемления не вызывает сомнения, а длительность ущемления составила 2 и более часов, – также показана госпитализация с последующим динамическим наблюдением в течение 24 часов и/или диагностическая лапароскопия или лапаротомия при ухудшении общего состояния больного и появлении перитонеальной симптоматики.

Интенсивной медикаментозной подготовки требуют больные с декомпенсацией жизненно важных систем организма, сопутствующей патологией, а также с осложненной ущемленной грыжей и выраженными водно-электролитными нарушениями на фоне острой кишечной непроходимости или перитонита. Как правило, коррекция водно-электролитных нарушений должна проводиться не более 2 часов в отделении реанимации или непосредственно в операционной. Проводится инфузионная коррекция органических функциональных нарушений. Должен быть установлен назогастральный зонд. Назначаются антибиотики широкого спектра действия.

Выбор обезболивания. У пациентов молодого и среднего возраста без ущемления полого органа, при небольшой по объему грыже возможно выполнение инфильтрационной анестезии. Перидуральная или спинномозговая анестезия предпочтительна при локализации грыжи в нижних отделах живота. В других ситуациях методом выбора является современный многокомпонентный эндотрахеальный наркоз.

Алгоритм хирургического вмешательства (устранение ущемления и его осложнений, показания к пластике брюшной стенки, выбор объема и способа пластики).

Следует различать общехирургические подходы и принципы пластической хирургии.

Алгоритм хирургического вмешательства строится на указанном выше классификационном подходе и является дифференцированным.

При неосложненной ущемленной грыже главными задачами операции являются: осмотр ущемленного органа и подтверждение диагноза неосложненной ущемленной грыжи; ликвидация ущемления; пластика брюшной стенки. Последовательность действий хирурга строго определена.

1. Разрез выполняется в соответствии с локализацией грыжи.

2. Производится вскрытие грыжевого мешка и фиксация ущемленного органа. Рассечение ущемляющего кольца до вскрытия грыжевого мешка недопустимо! **3.** Рассекается ущемляющее кольцо, оценивается состояние ущемленного органа и при его жизнеспособности он вправляется в брюшную полость. **4.** Выполняется пластика брюшной стенки.

При ущемлении грыжи, осложненной кишечной непроходимостью, начальные этапы операции соответствуют положениям, изложенным в хирургической тактике при неосложненной ущемленной грыже. При необходимости резекции доступ к ущемленной кишке может быть выполнен путем герниолапаротомии или из отдельного лапаротомного разреза. Основными задачами операции являются:

1. устранение ущемления;
2. определение жизнеспособности кишки и определение показаний к ее резекции;
3. установление границ резекции измененной кишки и ее выполнение;
4. определение показаний и способа дренирования кишки (предпочтительным способом дренирования тонкой кишки является назогастроинтестинальная интубация из отдельно-го срединного лапаротомного доступа);
5. санация и дренирование брюшной полости;
6. пластика грыжевых ворот в зависимости от возраста, сопутствующей патологии и общего состояния больного и конечно от размеров, характера и локализации грыжи.

При ущемленной грыже, осложненной флегмоной грыжевого мешка.

1. Оперативное вмешательство начинается со срединной лапаротомии. При ущемлении петель тонкой кишки выполняется ее резекция с наложением анастомоза. Вопрос о способе завершения резекции толстой кишки решается индивидуально. Концы кишки, подлежащей удалению, зашиваются наглухо и отграничиваются от брюшной полости. Затем накладывается кисетный шов на брюшину вокруг внутреннего кольца грыжевых ворот. По показаниям выполняется назоэнтеральная интубация. Дренируется брюшная полость.

2. Выполняется герниотомия.

3. Ущемленная некротизированная часть кишки удаляется через герниотомический разрез. В герниотомической ране производится некрэктомия с последующим ее рыхлым тампонированием и дренированием.

4. Первичная пластика грыжевых ворот не выполняется.

При вправившейся ущемленной грыже, осложненной перитонитом, операция начинается с широкой лапаротомии. Устраняется источник перитонита путем резекции ущемленного органа и ликвидации ущемления. Пластика брюшной стенки не проводится в связи с инфицированностью раны и развивающимся при перитоните синдромом повышенного внутрибрюшного давления (компармент-синдромом).

При ущемленной грыже, осложненной кишечными свищами, тактика хирурга схожа с тактикой при ущемленной грыже, осложненной флегмоной грыжевого мешка (в случае отсутствия перитонита) или осложненной перитонитом (при его наличии). Герниотомическая рана ведется открыто, пластика брюшной стенки не выполняется. Вопрос о ликвидации кишечных свищей и наложении первичного анастомоза решается по общим правилам хирургии с учетом отдела кишки, несущей свищ.

Показания к пластике брюшной стенки, выбор объема и способа пластики. Современные достижения хирургии и герниологии, в частности, позволяют пересмотреть традиционные подходы к пластике брюшной стенки при ущемленной грыже. Одним из таких решений является возможность про-

ведения переносимых по объему пластик брюшной стенки и выполнения их в условиях относительного инфицирования. Противопоказанием к пластике является флегмона брюшной стенки, перитонит, а также синдром внутрибрюшной гипертензии с полиорганной недостаточностью. Во всех остальных случаях возможно применение методик пластики местными тканями или с использованием современных протезирующих материалов. Объем пластики при ущемленной грыже будет зависеть от величины грыжи и степени повышения внутрибрюшного давления, развития полиорганной недостаточности (абдоминального компартмент-синдрома). Как показали наши исследования, за период с 2005 по 2008 год (таблица) наряду с аутопластикой местными тканями при ущемленной грыже более чем в 44,2% удается выполнить операции с применением синтетических эндопротезов.

ТАБЛИЦА.

Объем и методика пластики брюшной стенки у больных с ущемленными грыжами живота

Объем пластики	ПОГ (n=40)	Паховые грыжи (n=250)	Бедренные грыжи (n=8)	Пупочные грыжи (n=104)	Всего (n=404)
Реконструктивная ауто-пластика брюшной стенки местными тканями	13	113	7	89	222* (55,80%)
Операции с применением синтетических сетчатых эндопротезов	25	135	1	15	176* (44,20%)
Включая: Реконструктивное протезирование брюшной стенки	21	-	-	15	36
Корректирующее протезирование брюшной стенки	4	-	-	-	4
Операция Лихтенштейна	-	135	-	-	135
Предбрюшинное размещение эндопротеза	-	-	1	-	1
Без пластики	2	2		2	6

* пластика брюшной стенки выполнена у 398 больных с ущемленными грыжами.

Ведение послеоперационного периода.

1. Антибиотики применяются в объеме профилактики или терапии в зависимости от выраженности инфекционной составляющей. Причем в том и другом случае ведение антибиотика должно быть произведено на операционном столе.

2. Инфузионная терапия проводится с учетом выраженности дегидратации и суточных потерь жидкости, показателей гемодинамики, белковых нарушений, электролитно-щелочного состояния. С целью борьбы с ишемическими и реперфузионными повреждениями тонкой кишки вводятся субстратные антиоксиданты и антигипоксанта. Проводится профилактика образования острых язв ЖКТ, тромбозомических осложнений и нарушений микроциркуляции.

3. Энтеральное питание начинается с момента появления кишечной перистальтики посредством введения в

интестинальный зонд глюкозо-электролитных смесей. В последующие дни добавляются энтеральные полисубстратные изокалорические питательные смеси (Нутризон стандарт, Нутриент стандарт, Клинутрен и другие). Извлечение назогастроинтестинального зонда осуществляется после восстановления устойчивой перистальтики и самостоятельного стула на 3–4-е сутки. После удаления зонда больной переводится на щадящую диету.

Создание протоколов ведения больных с ущемленной грыжей брюшной стенки и выполнение принципиальных положений на практике позволило существенно улучшить средние показатели лечения по Москве. Так, за последние 5 лет в Москве пролечено 15 729 больных. При этом, как общую, так и послеоперационную летальность при ущемленной грыже удалось снизить в два раза. Если в 2004 году общая летальность была равной 3,8%, то в 2008 году она составила 1,6%. Соответственно послеоперационная летальность с 3,7% в 2004 году снизилась до 1,7% в 2008 году.

Таким образом, улучшение результатов хирургического лечения ущемленных грыж брюшной стенки тесно связано с необходимостью соблюдения общих принципов подхода к проблеме. Они складываются из двух составляющих: сохранение жизни больного и ликвидация грыжи. Сочетание этапа операции по устранению ущемления и его последствий с одновременной пластикой брюшной стенки должны быть обязательным элементом алгоритма действий хирурга. В то же время, научные исследования должны быть направлены на выработку объективных критериев использования различных методик устранения грыжевого дефекта при ущемленной грыже.



ЛИТЕРАТУРА

1. Ветшев П.С., Крылов Н.Н. Анализ причин смерти больных с острой болью в животе. //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2005. № 4. Т. 15. С. 50–56.

2. Зорькин А. А. Лечение ущемленных грыж брюшной стенки. //Хирург: ежемесячный научно-практический журнал. 2005. № 8. С. 6–8.

3. Каншин Н. Н., Воленко А. В., Пометун В. В. Герниопластика при прямой паховой грыже без вскрытия и иссечения грыжевого мешка. //Вестн. хир. 1993. № 1–2. С. 126–129.

4. Славин Л.Е., Фёдоров И.В., Сигал Е.И. Осложнения хирургии грыж живота. М.: Профиль, 2005. 175 с.

5. Чугунов А.Н., Славин Л.Е., Замалеев А.З. Современное состояние вопроса о методах хирургического лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами. //Анналы хирургии. 2007. № 4. С. 14–17.

6. Лобачев С.В., Виноградова О.Н. Ущемленные грыжи и их лечение. М.: Медгиз. 1958.

7. Нестеренко Ю.А., Гринберг А.А., Приказчиков А.В. Ущемленная грыжа: пути улучшения результатов хирургического лечения. Анализ летальности при ущемленных грыжах по материалам стационаров г. Москвы. //Материалы городской научно-практической конференции. Т. 123. М.: НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, 1998. С. 17–25.

8. Швачко С.А. Использование полипропиленовых эксплантатов в неотложной хирургии грыж брюшной стенки. Автореф. дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук. Москва. 2008. 24 с.

9. Martinez-Serrano M.A., Pereira J.A., Sancho J.J., Lopez-Cano M., Bombuy E., Hidalgo J Risk of death after emergency repair of abdominal wall hernias. Still waiting for improvement. Langenbecks Arch Surg. 2009. Jun 10. [Epub ahead of print].

10. Шевченко П.В. Лечение послеоперационных грыж живота. //Клин. хирургия. 1989. № 2. С. 4–6.

11. DiBello J.N., Moore J.H. Sliding myofascial flap of the rectus abdominus muscles for the closure of recurrent ventral hernias. Plast Reconstr Surg. 1996. V. 98. № 3. P. 464–469.

12. Белоконев В.И., Замятин В.В., Пушкин С.Ю., Ковалева З.В., Супильников А.А., Пономарева Ю.В., Заводчиков Д.А. Тенденции в оказании помощи больным с грыжами за период 1995–2005 годы в Самарской области. // Вестник герниологии (сборник научных статей). Вып. 2. (Под ред. А.Д. Тимошина, А.Л. Шестакова). Москва. 2006. С. 37–42.

13. Андросова Т.П. Хирургическое лечение больных старше 60 лет при ущемленных грыжах живота. //Вести хир. 1974. № 5. С. 51–54.

14. Козлов И.З., Андросова Т.П. Анализ летальных исходов у больных, оперированных по поводу ущемленных грыж. //Хирургия. 1972. № 10. С. 75–79.

15. Постолов М.П., Антипина В.П., Ташбеков Ф.Б. Пути снижения летальности при ущемленной грыже. //Хирургия. 1984. № 3. С. 68–73.

16. Самойлов М.А., Карлов М.М., Мажара Т.П. Об исходах ущемления грыж. //Вести хир. 1975. № 1. С. 135–138.

17. Борисов А.Е., Левин Л.А. Об итогах работы хирургической службы города в 2003 г. http://www.farosplus.ru/index.htm?/mtmi/mt_3_20/ob_itogah.htm