

лечения. Пациентам с венозными тромбозами в анамнезе либо признаками посттромботических изменений вен по данным инструментальных методов исследования необходимо проводить генетическое исследование врожденных тромбофилий. В выявленной группе высокого риска послеоперационных тромботических осложнений рекомендуется проводить их профилактику низкомолекулярными гепаринами в ближайшем послеоперационном периоде, а в дальнейшем антиагрегантами, обязательную эластичную компрессию обеих нижних конечностей, независимо от объема операции. У пациентов, недавно перенесших тромбоз, либо с трофическими изменениями кожных покровов, особенно трофическими язвами, рекомендуется проводить профилактику инфекционных осложнений введением антибактериальных препаратов, в том числе и лимфотропных. Уменьшение интраоперационной кровопотери и образования послеоперационных гематом достигается редукцией кровотока: элевацией конечностей во время хирургического вмешательства и использованием пневматической манжеты. Кроме того, применение ультразвукового скальпеля для выполнения этапа кроссэктомии позволяет решить проблему надежности и контролируемости гемостаза, выраженности отека в области вмешательства, минимизировать степень повреждения за счет легкого, максимально тонкого разделения тканей, отсутствия эффекта обугливания. Мини-венэктомия по Muller сочетает в себе радикальность и косметичность, кроме того, за счет

уменьшения интраоперационной травмы мягких тканей дает возможность ранней активизации и быстрой реабилитации пациентов. Использование внутрикожных рассасывающихся швов и стерильных пластырных полосок Omnistrip для сведения краев операционных ран позволяет уменьшить количество необходимых перевязок, уменьшает срок нетрудоспособности пациента, устраняет необходимость специальной обработки послеоперационных ран в домашних условиях, позволяет в более ранние сроки начать использовать компрессионный трикотаж вместо эластичных бинтов. Выполнение эндоскопической диссекции недостаточных перфорантных вен с последующим выполнением фасциотомии у пациентов с наличием индуративных изменений мягких тканей, язвенных дефектов исключает травматизацию трофически измененного участка кожных покровов, обеспечивает патогенетическое лечение подобных осложнений варикозной болезни, ускоряет сроки эпителизации даже при наличии длительно не заживающих варикозных язв. Системная терапия современными венотониками позволяет закрепить успех хирургического лечения.

Результатом такого подхода к хирургическому лечению варикозной болезни являются повышение эффективности лечения, снижение риска послеоперационных осложнений, сокращение периода реабилитации пациентов.

Поступила 12.11.2010

А. К. ЖАНЕ, А. Г. ПИЧУГИН, Р. А. ЖАНЕ

ТАКТИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

*Современный медицинский центр им. Х. М. Совмена — Клиника XXI века,
Россия, 385123, Республика Адыгея, Тахтамукайский р-н, а. Афипсин, ул. К. Х. Жанэ, 5,
тел.: +7 (861) 272-59-11, +7 (87771) 46-2-91*

В статье проведен анализ восьмилетнего опыта хирургического лечения паховых грыж в Современном медицинском центре им. Х. М. Совмена — Клинике XXI века. Выбор метода операции основывался на результатах интраоперационной ревизии пахового канала. В случае незначительного разрушения сухожильных структур пахового канала применялась однослойная пластика задней стенки по Нестеренко-Салову, при умеренных изменениях выполнялась пластика по Шоулдайсу. При выраженной и при полном разрушении структур пахового канала — пластика по Лихтенштейну.

Анализ отдаленных результатов показал низкую частоту рецидивов грыжи (1,2%), сопоставимую с приводимой ведущими специализированными герниологическими центрами.

Ключевые слова: паховая грыжа, хирургическое лечение.

A. K. ZHANE, A. G. PICHUGIN, R. A. ZHANE

TACTICS OF SURGICAL TREATMENT INGUINAL HERNIAS

*The modern medical center it. H. M. Sovmena — Clinic of XXI century,
Russia, 385123, Republic Adygea, Area Tahtamukajsky, aul Afipsip, K. H. Zhane st., 5,
tel.: +7 (861) 272-59-11, +7 (87771) 46-2-91*

The article analyzes the eight-year experience of surgical treatment of inguinal hernias in the Contemporary Medical Centre. H. M. Sovmen — Clinic of the XXI century. The choice of method of operation was based on in-traoperatsionnoy audit inguinal canal. In the case of a minor fracture of tendon structures of the inguinal canal used one layer of plastic on the back wall Nesterenko-Salov, with moderate changes are made in plastic Shouldaysu. In marked and full of destruction of structures inguinal canal-plastic on Liechtenstein. Analysis of long-term results showed a low recurrence rate of hernia (1,2%), comparable to that driven by leading specialized gerniologicheskimi centers.

Key words: inguinal hernia surgery.

В настоящее время доля паховых грыж составляет 80% наружных грыж живота. Операции по поводу паховой грыжи являются одними из основных вмешательств в общехирургических стационарах и составляют 10–15% общего объема работы [5, 6]. Возникновение паховых грыж во многом связано с генетическими нарушениями, поэтому их число ежегодно остается неизменным [8, 9]. Проблема безрецидивного лечения паховых грыж остается весьма актуальной. Рецидивы после хирургического лечения выявляются у 15–35% больных и зависят как от общих причин (возраст, характер трудовой деятельности, сопутствующие заболевания), так и от способа укрепления пахового канала [4, 8, 12]. Во время операции хирург не может повлиять на общие причины возникновения рецидива, однако оптимальный способ коррекции имеющихся изменений пахового канала в каждой отдельной ситуации полностью зависит от него. После первых успешных операций Бассини (1892) и Марси (1887), в основе которых была пластика задней стенки пахового канала, и операций Лука-Шампюньер (1892), А. А. Боброва (1892) и Жирара (1894), предложивших укреплять переднюю стенку канала, за сто с лишним лет предложено более 350 вариантов реконструкции пахового канала [2]. Детальное изучение причин рецидивов паховых грыж позволило ряду авторов отказаться от операций на передней стенке и перейти исключительно на укрепление задней стенки пахового канала [1, 7, 10].

В хирургических клиниках предпочитают использовать один из вариантов пластики, не учитывая возраст, анатомию и степень разрушения тканей задней стенки. Шаблонный подход к лечению паховых грыж себя не оправдывает, так как у молодых пациентов с успехом можно использовать собственные ткани, в то время как у пожилых необходимо применение протезов. Только дифференцированный подход к выбору способа реконструкции задней стенки пахового канала

гарантирует надежные ближайшие и отдаленные результаты. Современные представления об этиологии и патогенезе грыжеобразования позволяют выбрать оптимальный способ пластики задней стенки пахового канала с учетом степени его разрушения и возраста пациента.

При выборе метода пластики пахового канала необходимо учитывать следующие факторы:

- вид грыжи: косая, прямая;
- размеры дефекта задней стенки пахового канала;
- возраст больного;
- длительность грыженосительства и сопутствующие заболевания;
- плановая или экстренная операция.

По классификации Nyhus выделяют 4 группы пациентов, у которых следует применять различные методы реконструкции пахового канала в зависимости от степени разрушения задней стенки и возраста (таблица).

1-я группа – пациенты в возрасте от 15 до 25 лет (редко от 25 до 40 лет) с косыми паховыми грыжами. Ткани пахового канала, в том числе и поперечная фасция, сохраняют нормальную структуру. Глубокое кольцо пахового канала незначительно расширено. В этой группе показаны удаление грыжевого мешка и ушивание глубокого кольца пахового канала отдельными швами (операция Марси).

2-я группа – пациенты в возрасте от 25 до 40 лет с косыми паховыми грыжами, небольшим сроком грыженосительства, умеренным разрушением анатомических структур задней стенки пахового канала. В этой группе производят удаление грыжевого мешка и пластику задней стенки пахового канала. С учетом степени разрушения поперечной фасции и расширения глубокого кольца выполняют однослойную пластику (операция Нестеренко – Салова) или

Рекомендуемые операции для различных групп пациентов в зависимости от степени разрушения задней стенки пахового канала и возраста

Группа	Патологические изменения анатомических структур задней стенки пахового канала				Возраст (в годах)	Рекомендуемая операция
	Размер глубокого отверстия пахового канала, см	Состояние поперечной фасции	Наличие и состояние соединенного сухожилия	Состояние подвздошно-лобкового тяжа		
1-я	1,0–1,5	Плотная	Выражено Низкое расположение	Хорошо выражен	15–25	Марси
2-я	1,5–3,0	Умеренно разрушено	Выражено Среднее расположение	Выражен	25–40	Нестеренко – Салова Шоулдайса
3-я	3,0–4,0	Значительное разрушение	Умеренно выражено Высокое расположение	Умеренно выражен	40–75	Шоулдайса
4-я	Более 4	Полное разрушение	Отсутствие	Отсутствие	Любой, старческий	Лихтенштейна

многослойную пластику (операция Шоулдайса) задней стенки пахового канала.

3-я группа – пациенты в возрасте от 40 до 75 лет с длительными сроками грыженосительства, с косыми и прямыми паховыми, пахово-мошоночными и рецидивными грыжами. Наиболее радикальной для этой группы пациентов является операция Шоулдайса, при которой восстанавливается задняя стенка пахового канала с формированием глубокого пахового кольца. При рецидивных и прямых грыжах с большим дефектом задней стенки предпочтительна операция Лихтенштейна.

4-ю группу составляют пациенты любого возраста, в том числе старческого, с рецидивными, гигантскими прямыми и пахово-мошоночными грыжами, с резко выраженными нарушениями топографо-анатомических взаимоотношений элементов и структур пахового канала. Во всех наблюдениях отмечаются полное разрушение поперечной фасции и максимальное растяжение глубокого пахового кольца. При оперативном лечении необходимо использовать сетчатые эндопротезы – операция Лихтенштейна.

Общие принципы грыжесечения при паховых грыжах

Доступ обычный. Идентификацию грыжи (прямая или косая) и ревизию задней стенки производят после выделения семенного канатика, который мобилизуют от лонного бугорка до глубокого отверстия. Выделение семенного канатика не влияет на репродуктивную функцию мужчины. Грыжевой мешок при косой грыже выделяют из элементов семенного канатика до глубокого кольца, где у шейки прошивают, перевязывают и отсекают. При больших косых и рецидивных грыжах грыжевой мешок оставляют в семенном канатике. Выделяют шейку мешка, перевязывают и пересекают, дистальная часть остается в семенном канатике. При прямой грыже грыжевой мешок после отделения от поперечной фасции погружают кисетным швом. Для ревизии сухожильной части поперечной мышцы живота следует отделить, приподнять и оттянуть медиально внутреннюю косую мышцу. Определяют состояние поперечной фасции, ее плотность, степень разрушения. О размерах глубокого кольца пахового канала и связки Гессельбаха позволяет судить его ревизия путем введения в шейку грыжевого мешка пальца. Определяют наличие и состояние подвздошно-лобкового тяжа и соединенного сухожилия, которое встречается у 30% пациентов. Наличие соединенного сухожилия и плотного подвздошно-лобкового тяжа создает идеальные условия для реконструкции задней стенки с помощью однослойной пластики.

Основные элементы операций

Сужение глубокого пахового кольца (операция Марси)

После удаления грыжевого мешка производят сужение внутреннего кольца путем наложения одного или нескольких швов, отступая от краев кольца на 1,5 см, захватывая в шов только поперечную фасцию и ножки связки Гессельбаха. При этом контролируют размер кольца, которое должно пропускать семенной канатик и кончик пальца. Далее семенной канатик укладывают на поперечную фасцию и сшивают края апоневроза наружной косой мышцы с формированием наружного отверстия пахового канала.

Однослойная пластика задней стенки пахового канала (операция Нестеренко – Салова)

Ю. А. Нестеренко и Ю. Б. Саловым в 1977 году предложена оригинальная методика однослойной пластики задней стенки пахового канала. Прототипом этой техники послужили операции Бассини и Ойдемана. Используют два варианта пластики. Если выражено соединенное сухожилие и подвздошно-лобковый тяж, сшиваем под семенным канатиком соединенное сухожилие с подвздошно-лобковым тяжем. Первый шов накладывают между краем апоневроза прямой мышцы и надкостницей лонного бугорка. Последние швы формируют глубокое отверстие, которое должно пропускать семенной канатик и кончик пальца. При отсутствии соединенного сухожилия необходимо мобилизовать и сместить вверх край внутренней косой мышцы живота. Латерально в шов захватывают поперечную фасцию и глубокий отдел пупартовой связки. При прямой паховой грыже ушивают непрерывным швом поперечную фасцию до семенного канатика. Второй ряд швов накладывают, как обычно, с захватом соединенного сухожилия и глубоких отделов паховой связки, формируя двойной слой.

Операция Шоулдайса

При операции Шоулдайса кроме прямой грыжи, когда семенной канатик не утолщен, иссекают гипертрофированный *m. cremaster* на всем протяжении от глубокого отверстия пахового канала до лонного бугорка. Поперечную фасцию рассекают продольно до внутреннего пахового кольца до лонного бугорка параллельно паховой связке. Первым швом восстанавливают в два слоя поперечную фасцию с формированием глубокого отверстия пахового канала. Второй непрерывный двухслойный шов начинают от вновь созданного внутреннего кольца, соединяя внутреннюю косую мышцу и сухожилие поперечной мышцы с паховой связкой. Над семенным канатиком сшивают края апоневроза наружной косой мышцы живота с формированием наружного отверстия пахового канала.

При рассечении поперечной фасции у глубокого кольца возможно повреждение *a. et v. epigastrica inferior*. Края глубокого кольца приподнимают на жимах и заднюю поверхность поперечной фасции указательным пальцем тупо отделяют от предбрюшинной клетчатки вместе с сосудами. Наличие даже незначительного кровотечения приводит к формированию обширной предбрюшинной гематомы.

Операция Лихтенштейна

Сетку моделируют по размеру задней стенки пахового канала и укладывают на поперечную фасцию так, чтобы закрыть всю стенку пахового канала. Она должна покрыть 2 см внутренней косой мышцы и подворачиваться под паховую связку. В верхней части сетки прорезают отверстие для семенного канатика. Сетку фиксируют первым швом к лонному бугорку, затем к паховой связке, сухожильной части внутренней косой мышцы и сшивают края сетки за семенным канатиком. Апоневроз наружной косой мышцы сшивают край в край, формируя наружное отверстие пахового канала.

Материалы и методы

В Современном медицинском центре им. Х. М. Совмена – Клинике XXI века с момента открытия в

2001 году при паховых грыжах применяется пластика только задней стенки пахового канала.

В работе проанализирован опыт лечения 396 пациентов, оперированных в плановом порядке по поводу паховой грыжи за период с 2001 по 2009 г. Большинство пациентов – 364 (92%) – были мужчины. Лиц трудоспособного возраста было 289 (73%). Косые грыжи имелись у 269 (68%), прямые – у 97 (24,6%), рецидивные – у 29 (7,4%) пациентов. Грыжи правосторонней локализации встретились у 209 (53%), левосторонней – у 187 (47%) больных. Зависимость между формированием грыжи и физическими нагрузками выявлена у 240 (60,7%) пациентов. Факторы, вызывающие повышение внутрибрюшного давления, отмечены у 135 (34,1%) пациентов. Значительная часть пациентов – 369 (68%) – обратились за хирургическим лечением более чем через 1 год с момента формирования грыжи. У 61 (15,4%) из них продолжительность грыженосительства составила более 5 лет. Заметная доля больных с ущемлениями в анамнезе – 85 (21,4%) – объясняется поздней обращаемостью за плановым хирургическим лечением.

Этап грыжесечения включал рассечение апоневроза наружной косой мышцы живота, вскрытие и ревизию семенного канатика, иссечение m. cremaster, удаление липом семенного канатика. При косой грыже производилась высокая резекция грыжевого мешка, при прямых грыжах мешок инвагинировался.

Выбор метода пластики пахового канала проводился с учетом визуальной оценки основных анатомических элементов: сухожильной части поперечной мышцы живота, поперечной фасции, подвздошно-лобкового тяжа, наличия и выраженности соединенного сухожилия, размеров глубокого пахового кольца, а также расположения грыжевого мешка по отношению к семенному канатику (таблица).

В отдаленном периоде (более 1 года после операции) пациентов вызывали в клинику, проводили осмотр паховой области и ультразвуковое исследование брюшной стенки с целью выявления рецидива заболевания.

За период с 2001 по 2009 г. в нашей клинике однослойная пластика задней стенки пахового канала по методике Ю. А. Нестеренко и Ю. Б. Салова (1977) выполнена 127 пациентам (32%).

Показанием к операции многослойной пластики задней стенки пахового канала по Шоулдайсу было умеренное разрушение поперечной фасции и подвздошно-лобкового тяжа. По данной методике выполнена 101 (25,5%) операция.

При рецидивной грыже, полном разрушении поперечной фасции, соединенного сухожилия и подвздошно-лонного тяжа мы выполняли операцию Лихтенштейна. За указанный период выполнено 40 (10,2%) операций.

Пластика по Постемпски выполнена 128 (32,3%) больным. Показаниями к данной операции считали значительное разрушение сухожильных структур пахового канала. Однако в связи с нефизиологичностью операции, частыми рецидивами и пересмотром хирургической концепции мы с 2007 г. отдаем предпочтение операции Лихтенштейна.

Результаты и обсуждение

Первым этапом в становлении современных взглядов на хирургическое лечение паховой грыжи стало

внедрение в 1977 г. оригинальной методики однослойной пластики задней стенки пахового канала по Нестеренко – Салову. Уже тогда проявились значительные достоинства этой операции: сохранение косого направления пахового канала, укрепление задней стенки, формирование глубокого кольца за счет соединения однородных сухожильных структур пахового канала, а также относительная техническая простота. Надежность метода подтвердилась высокими по тем временам результатами лечения – показатель рецидивов грыжи снизился с 9% после использования методов пластики передней стенки до 2,4%. Это позволило отказаться от методов пластики передней стенки пахового канала как физиологически и биомеханически порочных. На протяжении многих лет однослойная пластика задней стенки была наиболее универсальным и предпочтительным методом хирургического лечения паховой грыжи.

Анализ результатов 396 наших операций позволил согласиться с рядом авторов, что основной причиной рецидива является неспособность разрушенного объединенного апоневроза и подвздошно-лобкового тяжа быть полноценным материалом для пластики в условиях натяжения и умеренного повышения внутрибрюшного давления.

На основании этого нами была принята современная концепция хирургического лечения, согласно которой показания к однослойной пластике были ограничены сохранностью или незначительным разрушением объединенного апоневроза внутренней косой и поперечной мышц живота, паховой связки и подвздошно-лобкового тяжа. Показатель рецидивов по клинике составил 1,2% (рецидив грыжи возник у 4 больных).

Анализ результатов лечения по методике Шоулдайса выявил многочисленные достоинства этой операции. Основанный на принципах метода Бассини этот способ является анатомичным и биомеханически обоснованным. Благодаря использованию непрерывного шва метод позволяет равномерно распределить нагрузку по линии соприкосновения тканей и избежать натяжения и промежутков, характерных для узлового шва. Сохранение косого направления пахового канала, точное, под визуальным контролем, формирование глубокого кольца исключают сдавление семенного канатика или формирование чрезмерно широкого кольца, при котором возникает рецидив. Дупликатура мышечного слоя дополнительно защищает поперечную фасцию, а плотная задняя четырехслойная стенка пахового канала надежно прикрывает медиальный угол около лонного бугорка, где обычно возникает рецидив. Это позволило определить показания к операции при более значительных изменениях сухожильных структур пахового канала – умеренном разрушении поперечной фасции и подвздошно-лобкового тяжа. Результатом использования операции Шоулдайса стали низкие, сопоставимые с полученными в ведущих мировых герниологических центрах показатели рецидивов.

При незначительном или умеренном разрушении поперечной фасции или подвздошно-лобкового тяжа, что является показанием к операции Шоулдайса, в ряде наблюдений имели место неблагоприятные анатомические варианты, когда отсутствовало соединенное сухожилие или отмечалось значительное разволокнение паховой связки. Это не давало уверенности в надежности третьего и четвертого слоев, и в таких

ситуациях мы сталкивались с необходимостью укрепления задней стенки сетчатым эндопротезом.

У наиболее тяжелого контингента больных со сложными формами грыжи – пахово-мошоночными, большими прямыми и рецидивными, сопровождающимися выраженным разрушением паховой связки, объединенного апоневроза и поперечной фасции, мы применяли пластику по Лихтенштейну. Среди главных достоинств метода следует отметить отсутствие натяжения. Использование эндопротеза позволяет сформировать прочную заднюю стенку пахового канала на всем протяжении. В отдаленном периоде пациенты не ограничивают физическую активность, что является бесспорным преимуществом метода.

В противоположность зарубежным авторам отечественные хирурги-герниологи считают, что полный переход к протезирующей пластике не имеет смысла по нескольким важным причинам. Во-первых, интраоперационная оценка состояния пахового канала свидетельствует о возможности его реконструкции собственными тканями в 84,3% наблюдений, что подтверждается высокими результатами использования традиционных методов пластики. Во-вторых, имеется опыт отторжения эндопротеза в результате глубокого нагноения раны и формирования свищей между эндопротезом и кожей, что привело к возникновению рецидива после операции Лихтенштейна. Трудоемкость и сложность лечения этого осложнения лишили иллюзий относительно безопасности протезирующей пластики. В-третьих, не стоит забывать, что имплантированные сетки являются инородным телом для организма и нет убедительных данных об их судьбе в отдаленные сроки после имплантации. Использование дифференцированной хирургической тактики согласно предложенному алгоритму выбора способа пластики позволило достичь показателя рецидивов (до 1,2%), сравнимого

с результатами оперативного лечения паховой грыжи в ведущих герниологических центрах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абоев А. С., Кульчиев А. А. Хирургическое лечение паховых грыж // Хирургия. – 2006. – № 3. – С. 55–58.
2. Кукуджанов Н. И. Паховые грыжи. – М., 1969. – С. 173, 239.
3. Лебедев Ю. Г. Выбор способа операции при паховой грыже // Вести хир. – 1986. – № 8. – С. 133–136.
4. Мариев А. И., Ушаков Н. Д. Наружные грыжи живота. – Петрозаводск, 1998. – С. 196.
5. Нестеренко Ю. А., Салов Ю. Б. Причины рецидивирования паховых грыж // Хирургия. – 1982. – № 8. – С. 119–123.
6. Нестеренко Ю. А., Сайбулаев С. А. Выбор метода пластики пахового канала при плановых операциях // Хирургия. – 2008. – № 12. – С. 35–39.
7. Нестеренко Ю. А., Газиев Р. М., Мударисов Р. Р. Результаты операции Шоулдайса в плановой и экстренной хирургии // Хирургия. – 2005. – № 2. – С. 49–53.
8. Стойко Ю. М., Силищев С. Н. Сравнительная оценка некоторых методов оперативного лечения паховых грыж // Вестн. хир. – 1989. – № 8. – С. 137–139.
9. Федоров В. Д., Адамян А. А., Гогия Б. Ш. Эволюция лечения паховых грыж // Хирургия. – 2000. – № 3. – С. 51–53.
10. Bendavid R. H. The Shouldice technique a canon of hernia repair // Can. j. surg. – 1997. – V. 40. – P. 199–205.
11. Ghadimi B. M., Langer C., Becker H. The carcinogenic potential of biomaterials in hernia surgery // Chirurgia. – 2002. – V. 73 (8). – P. 833–837.
12. Lichtenstein I. L. et al. The pathophysiology of recurrent hernia // Contemp. surg. – 1992. – V. 35. – P. 13–18.
13. Rosch R., Klinge U., Zhongyi S. A role for the collagen I/III and MMP-1/-13 genes in primary inguinal hernia // BMC med. genet. – 2002. – V. 3. – P. 2–9.

Поступила 26.09.2010

**В. П. ЗЕМЛЯНОЙ, В. Л. КОТЛЯР, С. Л. НЕПОМНЯЩАЯ, Ю. В. ЛЕТИНА,
К. Л. СТАРОСЕЛЬЦЕВ, Б. Б. НАМАЗОВ**

ПРИЧИНЫ ЗАПОЗДАЛОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ

*Кафедра хирургии имени Н. Д. Монастырского Санкт-Петербургской
медицинской академии последипломного образования,
Россия, 191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 4,
тел. +7 (812) 272-34-89. E-mail: decsurg@maps.spb.ru*

В работе дан анализ 85 наблюдений острой кишечной непроходимости (ОКН) на фоне острой кишечной инфекции, которая затрудняет своевременную диагностику ОКН. Авторы рекомендуют шире прибегать к инструментальным методам исследования в динамике.

Ключевые слова: острая кишечная непроходимость, диагностика

**V. P. ZEMLYANOV, V. L. COTLYAR, S. L. NEPOMNYACHYAJ, U. V. LETINA,
K. L. STAROSELCEV, B. B. NAMAZOV**

**THE REASONS FOR OVERDUE DIAGNOSTICS OF SHARP INTESTINAL
IMPASSABILITY IN THE INFECTIOUS HOSPITAL**

*Faculty of the general surgery n. N. D. Monastirskogo of the St.-Petersburg medical academy after-degree formation,
Russia, 191015, St.-Petersburg, street Kirochnaja, 41, tel. +7 (812) 272-34-89. E-mail: decsurg@maps.spb.ru*