

**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

На правах рукописи

УДК: 616-089.34-007.43-031.053

Бабажанов Нурбек Махсудович

**ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ
ГРЫЖАХ У ДЕТЕЙ**

Специальность 5А720202- детская хирургия

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание академической степени магистра

**Научный руководитель-
проф. Атакулов Д. О.**

Самарканд 2016 год

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр
ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ У ДЕТЕЙ С УЩЕМЛЕННЫМИ ГРЫЖАМИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	7
1.1. Патологические аспекты ущемленных грыж у детей.....	7
1.2. Принципы диагностики и тактические аспекты хирургического лечения у детей с ущемленными грыжами на современном этапе.....	9
1.3. Анализ причин послеоперационных осложнений и летальности при ущемленных грыжах у детей старшего и младшего возраста.....	16
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	20
2.1. Общая характеристика больных.....	20
2.2. Характеристика методов исследования.....	22
2.2.1. Клинические и лабораторные методы исследования.....	22
2.2.2. Инструментальные методы исследования.....	24
2.2.3. Методы статистической обработки полученных результатов.....	26
ГЛАВА 3 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ.....	27
3.1. Непосредственные результаты лечения.....	27
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	35
Алгоритм лечебной тактики при ущемленных грыжах	39
ВЫВОДЫ.....	48
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	49
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	50
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	51

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность

В детских хирургических стационарах одно из первых мест занимают операции по поводу ущемленных грыж, которые достигают до 8-20% всех оперативных вмешательств, а в ургентной хирургии занимает второе место после острого аппендицита (190; 191; 192). У мальчиков данная патология встречается значительно чаще, чем у девочек в соотношении от 8:1 до 10:1 (193; 194). Согласно данным С.Я.Долецкого, из всех поступивших детей раннего возраста с хирургической патологией 55% были дети с паховыми грыжами. Наиболее часто грыжи диагностируются в первые три месяца жизни. (195, 196, 197, 198). Частота врожденных косых паховых грыж среди новорожденных детей составляет от 1 до 15% (199; 200). У недоношенных детей данная патология выявляется в два раза чаще, чем у доношенных (201; 202; 203). Грыжесечение в детском возрасте - ответственное, сложное, но необходимое оперативное вмешательство, так как его раннее проведение является профилактикой возможных дальнейших осложнений. (204; 205). До сих пор остаётся не ясным вопрос, в каком возрасте и в какие сроки проводить оперативное лечение паховой грыжи у детей раннего возраста (206; 207). Ранее, в связи со сложностью адекватного обезболивания у этих детей, большинство авторов рекомендовали оперировать детей начиная с 6 месячного возраста. Учитывая развитие анестезиологической службы и техники оперативного вмешательства, возрастной ценз значительно снизился, но четкие сроки, и показания не определены. (208; 209; 210; 211). Ряд авторов утверждали, что операция должна проходить в, более позднем возрастном периоде, в связи с чем рекомендовали наблюдение в поликлинических условиях. (212). На современном этапе определено, что трудно вправимые паховые грыжи у детей раннего возраста обоих полов без.

признаков ущемления, но при наличии в грыжевом мешке какого-либо органа, является абсолютным показанием к проведению операции. (213; 214). Не решено много вопросов в отношении техники операционного доступа (215), в частности необходимость рассечения апоневроза, особенно у детей раннего возраста. (216; 217; 218; 219; 220; 221; 222; 223). Остаются дискуссионными протяженность, резекции грыжевого мешка, пластики пахового канала и проведения одномоментной операции при двусторонней паховой грыже у детей раннего возраста, частота у которых до шести месячного возраста составляет - 33,8%. (224; 225; 226). До настоящего времени четко не определены сроки проведения грыжесечения, тактика и методы оперативного вмешательства у детей раннего возраста. Остаются не до конца изученными ведение раннего и позднего послеоперационного периода, влияние операции на рост и развитие яичка, тактика хирурга при выявлении осложнения. Решение данных вопросов позволит выбрать новые подходы к лечению паховых грыж у детей раннего возраста.

Таким образом, пути улучшения результатов лечения ущемленных грыж у детей заключается в совершенствовании лечения и диагностики и требуют дальнейшей разработки и уточнения. Для этого необходимы углубленные клинические исследования, единые методические подходы, обеспечивающие достоверность сравнения полученных данных с позиций доказательной медицины.

Цель исследования.

Улучшить результаты лечения детей с ущемленной грыжей путем улучшения диагностики и хирургического вмешательства.

Задачи

1. Провести анализ результатов лечения детей с ущемленными грыжами оперированных в период с 2005 по 2015 гг.

2. Выявить причины возникновения и клинические особенности

ущемленных грыж у детей.

3. Оценить эффективность ультразвукового исследования со цветной доплерографией для определения дальнейшей тактики лечения при ущемленных грыжах у детей.

4. Разработать алгоритм диагностико-лечебных мероприятий для улучшения результатов лечения ущемленных грыж у детей.

Научная новизна

Проведенный анализ результатов лечения детей с ущемленными грыжами показал, что наиболее частой причиной развития данной патологии является диаррейный синдром (72%), реже простудные заболевания (9%) и копростаз (3%). В подавляющем большинстве случаев он происходит в возрасте до года 77,2%. Проведенное доплеровское картирование поступивших показала, что оно является одним из основных критериев оценки дальнейшей тактики лечения. Разработанный алгоритм диагностическо-лечебных мероприятий позволяет значительно улучшить результаты лечения ущемленных грыж у детей.

Практическая значимость

При ущемленных грыжах у детей в комплекс диагностических мероприятий необходимо включать ультразвуковое исследование со цветной доплерографией, так как не всегда можно выяснить точный срок со времени ущемления. Применение разработанной диагностической тактики позволяет оценить степень ишемии, состояние содержимого ущемленного грыжевого мешка, что позволяет определить дальнейшую тактику лечения.

Внедрение результатов исследования.

Основные тактические подходы, разработанные в диссертации, внедрены в работу во 2-клинике СамМИ, где лечатся все дети

Самаркандской, Джиззакской, Навоийской, Кашкадарьинской областях с ущемленными грыжами. Результаты проведенных исследований используются в учебном процессе на кафедре детской хирургии Самаркандского государственного медицинского института.

Публикации

Результаты научных исследований изложены в 7 печатных работах, из них 3 опубликованы в журналах издаваемых на территории республики Узбекистан, 2 за пределами республики.

Апробация работы

Основные положения диссертации доложены на заседании сотрудников кафедры детской хирургии Самаркандского Государственного медицинского института на базе 2-клиники СамМИ.

Объем и структура работы

Диссертация изложена на 76 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, 3 глав, изложения собственных наблюдений, заключения, выводов, практических рекомендаций.

Библиографический список включает __ названий, в том числе __ отечественных и __ зарубежных.

Диссертация иллюстрирована 9 таблицами, 21 рисунками.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ У ДЕТЕЙ С УЩЕМЛЕННЫМИ ГРЫЖАМИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Патологические аспекты ущемленных грыж у детей

Эластическое ущемление является наиболее частым видом ущемления грыж брюшной стенки и возникает при внезапном резком повышении внутрибрюшного давления (ВБД). При этом происходит перерастяжение узких грыжевых ворот, проникновение в грыжевой мешок внутренних органов с последующим их сдавливанием снаружи, компрессией брыжеечных сосудов и нервов с нарушением крово- и лимфоснабжения. Каловое ущемление наиболее характерно для больных старших возрастных групп у детей со склонностью к запорам при наличии относительно широких грыжевых ворот. Оно возникает в результате избыточного скопления кишечного содержимого в находящейся в грыжевом мешке приводящей петле, которое сдавливает отводящую петлю с брыжейкой. При усилении компрессии со стороны грыжевых ворот происходит сочетание калового и эластического ущемления содержимого грыжи, что приводит к возникновению комбинированного ущемления [36, 47].

Ущемленные грыжи у детей, как и прочие urgentные хирургические абдоминальные заболевания и травмы, в 83,6% случаев осложняются развитием внутрибрюшной гипертензии (ВБГ). В 16,8% наблюдений развивается абдоминальный компартмент-синдром (АКС) [38]. Л.Б. Гинзбург (2009) при измерении внутрибрюшного давления у больных с острой кишечной непроходимостью (ОКН), причиной которой в 38,7% случаев были ущемленные грыжи различных локализаций, выявил его повышение у 48,0% пациентов с развитием АКС у 4,4% исследуемых больных [21]. С.Д. Шеянов и соавт. (2009) установили существенное повышение ВБД у пациентов с ущемленными грыжами в до- и послеоперационном периодах по сравнению

со здоровыми людьми [118]. К аналогичному выводу в своей работе пришла Е.А. Харитоновна (2010) касаясь больных, оперированных по поводу различных видов ОКН [108]. Ю.М. Стойко и соавт. (2010) при обследовании больных с ОКН, причиной, которой в 39,9% случаев являлись ущемленные грыжи, выявили наличие повышения ВБД у 72,62% пациентов, среди которых в 6,55% развился АКС [94].

Не получили должного освещения вопросы интраабдоминальной гипертензии, иммунитета и функции внешнего дыхания, которые самым непосредственным образом влияют на течение послеоперационного периода, его исходы и частоту рецидивов.

Патологическое влияние повышенного внутрибрюшного давления на морфофункциональное состояние организма зависит от степени его выраженности и сроков воздействия [17]. Основные изменения отмечаются:

- со стороны сердечно-сосудистой системы: в результате замедления кровотока по нижней полой вене происходит снижение возврата венозной крови. Дислокация диафрагмы в грудную полость приводит к уменьшению выраженности диастолического заполнения желудочков, повышению давления в легочных капиллярах, уменьшению ударного объема сердца, снижению венозного возврата и сердечного выброса, увеличению общего периферического сопротивления сосудов. При уровне ВБД до 30 мм рт. ст. прекращается лимфоотток по грудному протоку [18, 140];
- со стороны дыхательной системы: в результате дислокации диафрагмы в грудную полость наблюдается уменьшение внутригрудного пространства, приводя к коллапсу альвеол и появлению ателектазов, ухудшению вентиляционно-перфузионных соотношений, возникновению и нарастанию метаболических сдвигов [48, 183];
- со стороны пищеварительной системы: повышение ВБД приводит к ухудшению кровоснабжения органов брюшной полости и забрюшинного пространства за исключением надпочечников. В результате снижения

перфузионного давления происходит отек слизистой оболочки кишечника, развитие ацидоза, снижение процессов всасывания перитонеальной жидкости. В результате утраты барьерной функции со стороны слизистой оболочки кишки увеличивается транслокация бактерий, приводя к их прорыву в системный кровоток и свободную брюшную полость и являлась пусковым механизмом развития абдоминального сепсиса. Наряду с этим, нарушается синтетическая функция печени, увеличиваются сроки заживления послеоперационных ран [117, 159];

- со стороны мочевыделительной системы происходит повышение почечного сосудистого сопротивления, сдавливание почечных вен и паренхимы, нарастание уровня антидиуретического гормона, альдостерона и ренина, уменьшение почечного кровотока и скорости клубочковой фильтрации, способствуя развитию почечной недостаточности. При уровне ВБД свыше 30 мм рт. ст. и более наблюдается анурия [29];

- со стороны центральной нервной системы: нарушение оттока крови по яремным венам приводит к развитию внутричерепной гипертензии, усиливая отек и дисфункцию головного мозга, что повышает риск вторичного ишемического повреждения нейронов [76, 83].

Другие органные изменения при АКС обусловлены комплексным влиянием всех вышеперечисленных патологических факторов. Ранняя и поздняя диагностика АКС позволяют снизить летальность соответственно на 20,0% и 43,065,0% [23]. При отсутствии лечения АКС смертность может достигать 100,0% [79, 117].

1.2. Принципы диагностики и тактические аспекты хирургического лечения больных с ущемленными грыжами у детей на современном этапе

Наиболее характерными клиническими признаками ущемления наружных грыж брюшной стенки у детей являются:

- появление боли в области ранее существовавшей или остро

возникшей грыже;

- напряжение и резкая болезненность грыжевого выпячивания;
- невозможность вправления ранее вправимой грыжи;
- отсутствие передачи кашлевого толчка [47].

Клинические проявления могут варьировать в зависимости от механизма ущемления и ущемленного органа. Так, для эластического ущемления характерно бурное и быстро прогрессирующее развитие клинической картины, тогда как при каловом ущемлении она развивается значительно медленнее. Клиническая симптоматика менее выражена при ущемлении органов без развития острой кишечной непроходимости (дивертикул Меккеля, червеобразный отросток, жировые подвески толстой кишки, большой сальник). Для ущемления мочевого пузыря при скользящих грыжах характерны боли над лоном и частое болезненное мочеиспускание, для ущемления придатков матки - выраженные боли с иррадиацией в промежность и малый таз. При Рихтеровском ущемлении в связи с отсутствием симптоматики острой кишечной непроходимости болевой синдром может быть выражен незначительно. При ретроградном ущемлении обычно отсутствует характерная клиническая картина [47, 62, 109].

Наряду с клиническим осмотром пациентов, инструментальные методы исследования играют значительную роль в диагностике ущемленных грыж у детей, особенно в сомнительных случаях. Общеизвестно, что ущемленные грыжи являются одной из основных причин развития острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости [144, 150, 161]. В связи с этим большое значение имеет проведение рентгенологического исследования, что позволяет выявить наличие пневматоза петель кишок и чаш Клойбера. При выполнении рентгенограмм в боковой позиции у детей с многокамерными и гигантскими грыжами уровни жидкости и арки могут определяться в самом грыжевом выпячивании [72]. Актуальными методами диагностики, позволяющими значительно снизить количество тактических ошибок, являются ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерная

томография органов брюшной полости. Данные виды исследования способны окончательно подтвердить наличие ущемления, оценить состояние апоневроза передней брюшной стенки, с точностью до 94,0-95,0% обнаружить наличие свободной жидкости (в объеме менее 200 мл) в брюшной полости и в просвете кишечника, выявить изменения со стороны кишечной стенки, определить степень ишемии ущемленного органа, дифференцировать воспалительный процесс, что в конечном итоге позволяет определить объем предстоящего оперативного вмешательства [24, 41, 85, 95, 107, 124, 125, 154, 180, 189]. По данным С.В. Кириллова (2010), выполнение УЗИ позволяет диагностировать ущемление с точностью до 89,0% [50]. Также преимуществом УЗИ органов брюшной полости является быстрота выполнения, отсутствие противопоказаний, а также лучевой нагрузки на пациента [57]. Ультразвуковое доплеровское исследование сосудов брюшной полости позволяет выделить 4 стадии ВБГ, что определяет дифференцированный лечебный подход и позволяет снизить количество летальных исходов на 20,0% [51].

Особенно ценно применение хирургической технологии для ранней диагностики острой кишечной непроходимости с целью выяснения ее причины и определения оперативной тактики [92]. Значительную роль играют ультразвуковые методы диагностики и в выявлении ранних послеоперационных осложнений, в частности, перитонита и острой кишечной непроходимости [22, 61, 78, 98, 101, 106].

Выбор анестезиологического пособия строго индивидуален и зависит от возраста детей, локализации грыжевого выпячивания, длительности ущемления, наличия сопутствующих заболеваний. В настоящее время при осложненных ущемленных грыжах широко используется общая анестезия. По данным J.A. Alvarez и соавт. (2004), применение общего обезболивания не приводит к увеличению количества послеоперационных осложнений по сравнению с другими видами анестезии [128].

Тактика хирургического лечения зависит от времени ущемления и

выраженности гомеостатических нарушений. С.А. Колесников и соавт. (2004) на основании многолетнего опыта считают необходимым соблюдение следующего временного алгоритма:

- длительность ущемления до 2 часов предполагает выполнение экстренного хирургического вмешательства без предоперационной подготовки;
- при длительности ущемления от 2 до 12 часов в случае наличия признаков функциональной недостаточности кишечника проводится предоперационная подготовка с использованием инфузионной терапии в объеме 30,0% ОЦК;
- в сроки 12 и более часов при наличии признаков перитонита и функциональной недостаточности кишечника применяется противошоковая терапия в объеме не менее 50,0% ОЦК [53].

Оперативная тактика при ущемленных грыжах у детей в настоящее время достаточно хорошо разработана и основана на следующих принципах:

1. при неосложненной грыже:
 - разрез в соответствии с локализацией грыжевого выпячивания;
 - вскрытие грыжевого мешка с фиксацией ущемленного органа;
 - рассечение ущемляющего кольца с оценкой состояния ущемленного органа;
2. при грыже, осложненной острой кишечной непроходимостью:
 - срединная лапаротомия/герниолапаротомия;
 - ревизия с определением жизнеспособности ущемленного органа;
 - резекция кишки при ее нежизнеспособности либо запрограммированная релапаротомия через 12 часов в сомнительных случаях;
 - назоинтестинальная интубация кишечника (при наличии показаний);
3. при грыже, осложненной флегмоной грыжевого мешка:
 - срединная лапаротомия;

- резекция кишки с зашиванием и отграничением от брюшной полости ее концов;
- герниотомия с удалением некротизированного участка кишки через герниотомический разрез;
- некрэктомия и дренирование герниотомической раны, кишки (по показаниям) и брюшной полости;

4. при грыже, осложненной перитонитом:

- срединная лапаротомия;
- резекция ущемленного органа с ликвидацией ущемления и источника перитонита;
- дренирование кишки (по показаниям) и брюшной полости;

5. при грыже, осложненной кишечными свищами, тактика зависит от наличия перитонита (схожа с тактикой при УГ, осложненной перитонитом) или его отсутствия (схожа с тактикой при УГ, осложненной флегмоной грыжевого мешка) [34].

Ликвидация кишечных свищей, формирование первичного анастомоза происходит в зависимости от состояния отдела кишки, несущей свищ. Ряд авторов оптимальным вариантом считает формирование анастомоза «конец-в-конец» однорядным непрерывным швом, в том числе при наличии перитонита [43, 86, 97]. В.Н. Егиев и соавт. (2002) при выполнении оперативных вмешательств по поводу тонкокишечной непроходимости при использовании однорядного кишечного шва анастомоза наблюдали наличие его несостоятельности в 2,9% случаев, тогда как при использовании двухрядного шва - в 14,1% случаев [31]. По мнению Э.Х. Байчорова и соавт. (2006), при высоких тонкокишечных свищах на фоне купирующегося перитонита показана резекция несущей свищ петли с формированием разгрузочной еюностомы, что снижает уровень летальности с 56,0% до 33,3%. При низких тонкокишечных свищах на фоне перитонита показана резекция петли кишки со свищом и формированием разгрузочной илеостомы, что приводит к снижению уровня летальности с 25,5% до 15,2%

[8]. Резекция кишечника во избежание несостоятельности швов анастомоза во всех случаях должна заканчиваться назоинтестинальной интубацией для декомпрессии, что снижает общую летальность с 35,0-70,0% до 33,5% [4, 5]. Противопоказаниями к выполнению назоинтестинальной интубации являются технические трудности, обусловленные анатомическими особенностями больного (сужение или искривление носовых ходов, деформация пилороантрального отдела, двенадцатиперстной или тощей кишки в зоне связки Трейца) [20].

При резекции терминальной части подвздошной кишки возможно формирование первичных илео-илео-, илео-цеко- и илео-асцендоанастомозов [3]. При ущемлении пряди большого сальника необходима его резекция. В случае нахождения в грыжевом мешке червеобразного отростка, жировых подвесков толстой кишки, а также ущемления дивертикула Меккеля производится их удаление. Обязательному ушиванию подлежат десерозированные участки, а также странгуляционные борозды при кратковременном ущемлении и уверенности в жизнеспособности кишки. В случае пристеночного ущемления без повреждения кишечной стенки также возможно ограничиться ушиванием ущемленного участка. При скользящих грыжах с ущемлением и некрозом стенки слепой кишки производится правосторонняя гемиколэктомия с формированием илеотрансверзоанастомоза. При некрозе стенки мочевого пузыря необходима его резекция либо тампонада околопузырной клетчатки с обязательной эпицистостомией [36, 37].

Вопрос о способе закрытия грыжевых ворот после устранения ущемления требует дифференцированного подхода в каждом клиническом случае. До недавнего времени считалось, что герниопластику нужно производить местными тканями, особенно в условиях инфицирования, что может привести к развитию гнилостной флегмоны передней брюшной стенки. В настоящее время отмечается значительный рост публикаций, посвященных использованию ненатяжных способов закрытия грыжевых ворот при

ущемленных грыжах у детей.

Комплекс профилактических мероприятий для предупреждения послеоперационных осложнений при использовании хирургических методов закрытия грыжевых ворот должен включать в себя антибактериальную терапию, физиотерапевтические и иммунобиологические методы [35, 105, 116, 133, 155, 167, 172, 187].

При ущемленных послеоперационных грыжах у детей, осложненных острой кишечной непроходимостью, распространенным перитонитом, а также у детей раннего и среднего возраста имеется высокий риск развития АКС. В данной ситуации для нормализации уровня внутрибрюшного давления, предотвращения эндогенной интоксикации, профилактики ишемического поражения кишечника и несостоятельности швов анастомоза необходимо проведение назоинтестинальной интубации с декомпрессией и лаважом кишечника, а завершение оперативного вмешательства возможно без пластики грыжевых ворот либо с использованием метода лапаростомии [6, 9, 32, 94, 135, 173, 179]. В случае несостоятельности швов тонкокишечного анастомоза на фоне послеоперационного распространенного перитонита наиболее предпочтительно использование обструктивной резекции тонкой кишки, кишечной декомпрессии и последующего формирования отсроченного анастомоза [60].

Тактика при разущемившихся грыжах у детей заключается в обязательной госпитализации больного. При длительности ущемления менее 2 часов либо самостоятельном вправлении грыжевого выпячивания при длительности ущемления 2 и более часов проводится активное динамическое наблюдение в течение 24 часов. В сомнительных случаях при ухудшении состояния больного, а также появлении симптомов перитонита необходимо выполнение диагностической лапароскопии или лапаротомии [34, 64].

1.3. Анализ причин послеоперационных осложнений и летальности при ущемленных грыжах у детей.

Несмотря на постоянное развитие герниологии как одного из актуальнейших разделов хирургии, результаты лечения ущемленных грыж у детей в настоящее время нельзя считать удовлетворительными. При анализе медицинской литературы выделены основные отягчающие факторы:

1. Поздние сроки госпитализации, составляющие в среднем по Узбекистане 30,0-35,0%. По данным А.А. Коваленко и соавт. (2007), только 35,0-40,0% больных ущемленными грыжами поступают в стационары до 6 ч с момента заболевания, в то время как 35,0-41,0% из них госпитализируются в сроки свыше 24 часов [52]. При этом если риск резекции тонкой кишки в сроки госпитализации до 12 часов с момента ущемления равен 14,3%, то у больных, госпитализированных позднее 12 часов от начала заболевания, он составляет уже 50,0% [184]. При поступлении в хирургические стационары больных с неотложными абдоминальными заболеваниями свыше суток от начала заболевания вероятность летального исхода увеличивается в 2,1-7,5 раз [67]. По данным М. Ohene-Yeboah и соавт. (2006), отмечается значительное увеличение послеоперационной летальности в зависимости от сроков оперативного вмешательства (от 2,6% в сроки 48 часов с момента ущемления до 22,5% в сроки 72 часа с момента ущемления) [171]. В исследованиях, проведенных М.Н. Abbas (2005), послеоперационная летальность в сроки ущемления до 24 часов составляла 2,86%, от 24 до 48 часов - 40,0% и свыше 48 часов - 50,0% [120];

2. Значительное количество лиц раннего и среднего возраста у детей, которые составляют более 60,0% от всех больных, поступающих в стационар [12, 162]. Причинами отказа от планового оперативного вмешательства являются страх перед оперативным вмешательством, рецидив грыжи, наличие тяжелых сопутствующих заболеваний, отсутствие клинических проявлений грыжи при наличии грыжевого выпячивания [119, 123, 130, 137, 170];

3. диагностические и лечебные ошибки. В этой группе можно выделить несколько причин:

- сложность дифференциальной диагностики [15]. Ретроспективный анализ В.Ф. Озерова и соавт. (2001) причин летальных исходов у больных с ущемленными грыжами показал, что диагностические и тактические ошибки на догоспитальном этапе составили 5,0%, в стационарах - 13,0% [77]. В.Л. Шелест и соавт. (2008) при анализе клинического материала установили, что правильный диагноз ущемленной грыжи врачами скорой медицинской помощи был установлен в 2,6% наблюдений, а расхождение догоспитального и клинического диагноза составило 29,4% [115];

- отсутствие острого начала заболевания, латентное или атипичное течение с минимальными клиническими проявлениями у лиц раннего и среднего возраста [25, 28]. Так, ретроспективный анализ результатов релапаротомий, проведенный У.М. Абдуллаевым (2008), показал, что у 60,0-70,0% больных данных возрастных групп послеоперационный распространенный перитонит протекает стерто и атипично [2];

- гипо/гипердиагностика либо чрезмерно длительное наблюдение за больным, «закон парных случаев» при наличии схожей клинической симптоматики у нескольких пациентов, усталость хирурга [28, 87, 127];

- неправильная оценка жизнеспособности ущемленного органа, техника выполнения оперативного вмешательства. Так, при анализе историй болезни пациентов с экстренными абдоминальными хирургическими заболеваниями А.В. Татаринцев (2011) установил, что дефекты диагностики и хирургического лечения составили соответственно 33,3% и 25,51% случаев [99]. Данная проблема особенно актуальна для малых городов и сельских местностей, где порой используются шаблонные методики и игнорируются современные подходы к лечению ущемленных грыж [63];

4. наличие сопутствующих заболеваний, что наиболее актуально по отношению к больным раннего и среднего возраста [111, 126, 130, 160, 182, 190]. В исследовании, проведенном С.Г. Гореликом (2011), показано, что 7,9

% осложнений послеоперационного периода и 18,4 % летальных исходов у данной категории больных связано с нарушениями, вызванными сопутствующими заболеваниями и возрастными изменениями [25]. По данным G. Gurleyik и соавт. (2002), смертность у детей, перенесших экстренное хирургическое вмешательство, колеблется от 5,3% до 25,0% [148].

Таким образом, анализ данных медицинской литературы показывает, что если число публикаций об ущемленных грыжах у детей достаточно велико, то вопросы сочетания УГ, так и в зарубежной литературе и носят в основном характер описаний клинических случаев. В западноевропейских странах и США это связано с более благоприятной санитарно-гигиенической обстановкой и с гораздо большими возможностями своевременной диагностики. Для нашей страны данная проблема остается достаточно актуальной в связи с сохраняющимся высоким уровнем заболеваемости населения УГ, обусловленным в первую очередь ухудшением экологической ситуации, возрастанием миграции населения, неудовлетворительным контролем над качеством продуктов питания, а также несоблюдением норм их хранения. Тактика лечения при ущемленных грыжах во многом зависит от возраста и времени, прошедшего с момента ущемления. Если прошло менее 12 часов, то производится попытка консервативного лечения. При неэффективности консервативных мер и при ущемлении более 12 часов показано грыжесечение в экстренном порядке. При большой давности ущемления и наличии симптомов сдавления содержимого грыжевого мешка к операции приступают немедленно без попыток консервативного лечения.

На основании анализа периодической медицинской литературы выявлены следующие нерешенные проблемы:

1. практически не изучен механизм развития УГ у детей;
2. отсутствуют какие-либо рекомендации и алгоритмы по рациональной

диагностике УГ у детей, поступающих или уже находящихся на лечении;

3. не разработаны четкие указания по использованию различных лечебных методов у больных с УГ у детей.

Таким образом, установлено, что данная проблема освещена недостаточно, не в полной мере изучены аспекты сочетания этих патологических состояний, что и послужило основанием для формулирования цели и задач настоящего исследования.

ГЛАВА 2 МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Общая характеристика больных

В основу работы положены результаты лечения 114 больных с ущемленной грыжей, прооперированных в отделениях неонатальной и общей хирургии 2-клиники СамМИ с периодом 2005 по 2015 года. Возраст больных колебался от периода новорожденности до 14 лет (таблица 2.1).

Распределение больных по возрасту и полу

Таблица 2.1

Возраст	До 1 года	1-3 года	4-7 лет	7-14 лет	всего
Мальчик	73	16	5	2	96(84,2%)
Девочка	15	1	2		18(15,8%)
Всего	88 (76,2%)	17 (14,9%)	7 (6,1%)	2 (1,8)	114 (100%)

Как видно из таблицы 2.1. большинство больных было мужского пола 96 (84,2%), девочек было 18 (15,8%). Превалировали дети до одного года 88 (77,2%), это связано с тем, что в этом возрасте дети подвержены простудным заболеваниям и дисбактериозу, а паховое кольцо очень часто в этом возрасте узкое, что является основными причинами ущемления грыжевого мешка. Следует отметить, что только 2 (1,8%) больных с ущемленной грыжей были в возрасте старше 7 лет, у них причиной ущемления послужила чрезмерная физическая нагрузка.

Распределение больных по месту жительства

таблица 2.2

	мальчик	Девочка	Всего
сельские	83 (72,8%)	12 (10,6%)	95(83,4%)
городские	13 (11,4%)	2 (5,3%)	19(16,6%)
всего	96 (84,2%)	18 (15,8%)	114 (100%)

Из приведенных данных таблицы 2.2 видно, что в основном поступали дети из сельской местности 83,4%, городские составили 16,6%. Хирургическая тактика при ущемленной грыже в основном зависит от давности заболевания (таблица 2.3).

Сроки от начала заболевания таблица 2.3

пол	Давность ущемления			всего
	До 12 часов	До суток	Более 1 суток	
Мальчик	55 (48,3%)	20 (17,5%)	21 (18,4%)	96(84,2%)
Девочка	5 (4,3%)	7 (6,1%)	6 (5,3%)	18(15,8%)
всего	60 (52,6%)	27 (23,6%)	27 (23,7%)	114 (100%)

Судя по данным из таблицы 2.3 видно, что половина больных 70 (52,6%) поступила в сроки до 12 часов от начала заболевания, в сроке до суток поступило 27 (23,6%) пациентов. Треть больных поступила в сроке более суток, практически все они были из сельской местности, причиной поздней обращаемости послужила несвоевременная диагностика и невнимательность родителей больных детей. Из всех 114 ущемленных грыж 111 были паховыми или паховошоночными. В нижеследующей таблице 2.4 приведены данные по локализации врожденной патологии.

Локализация ущемленных грыж таблица 2.4

	мальчик	Девочка	всего
Справа	66(59,4%)	10(9%)	76 (68,4%)
Слева	29(26,2%)	6(5,4%)	35 (31,6%)
Всего	95(85,6%)	6(14,4%)	111(100%)

При анализе данных таблицы 2.4 видно, что, несмотря на половую принадлежность, правостороннее расположение грыжевого мешка было в 2 раза больше, чем слева и практически равноценным, что соответствует литературным данным.

Виды ущемленных грыж таблица 2.5

	мальчик	Девочка	всего
Пахомошоночная	68 (59,7%)		68(59,7%)
Паховая	27 (23,6%)	16 (14,1%)	43(37,7%)
Пупочная	1 (0,9%)	2 (1,7%)	3(2,6%)
всего	96 (84,2%)	18 (15,8%)	114 (100%)

Судя по данным вышеизложенной таблицы 2.5 более половины больных (59,7%) составили больные с пахомошоночными грыжами, следует отметить, что очень редко встречается ущемление пупочной грыжи, среди всех больных их было всего 3 (2,6%). Это объясняется тем, что размер пупочного кольца при такой форме грыжи часто бывает большим и ущемление встречается редко.

2.2. Характеристика методов исследования

2.2.1. Клинические и лабораторные методы исследования

Основными симптомами ущемления явились наличие болезненного несправимого, напряженного грыжевого выпячивания и отрицательный симптом кашлевого толчка. При выявлении явной или сомнительной картины ущемления больные в зависимости от возраста госпитализировались в плановой или неонатальной хирургии для выполнения оперативного вмешательства или активного динамического наблюдения. При наличии сопутствующих соматических заболеваний больные осматривались педиатром, неонатологом и другими специалистами.

Во время сбора жалоб обращалось внимание на наличие нарушений со стороны органов сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной и других систем. Среди анамнестических данных отмечались перенесенные ранее заболевания, как общесоматические, так и хирургические травмы. Далее проводилось тщательное объективное обследование по органам и системам с целью выявления острых и хронических соматических заболеваний. Осмотр грыжевого выпячивания проводился в положениях пациента стоя и лежа, при этом оценивались размеры и содержимое грыжевого мешка, возможность его вправления в брюшную полость, а также наличие симптома «кашлевого толчка».

Клинический анализ крови определялся по унифицированной методике: определение гемоглобина, подсчет лейкоцитов и эритроцитов производились на гематологический анализаторе с ручным подсчетом лейкоцитарной формулы. Нормальными показателями считались: гемоглобин - 110-130 г/л, эритроциты - $4,2-4,9 \cdot 10^9$ /л, лейкоциты - $4,0-9,0 \cdot 10^9$ /л.

Все биохимические исследования выполнялись на аппарате «SINNOWA B300». Общий белок сыворотки крови определялся методом биуретовой реакции, нормальные показатели составляли 65-85 г/л.

Определение общего билирубина крови осуществлялось при помощи тест- системы для определения общего билирубина сыворотки крови фирмы «SINNOWA B300», нормальными значениями считались 8,5-20,5 мкмоль/л.

Для определения концентрации мочевины использовалась тест-система фирмы «SINNOWA B300», нормальные показатели составляли 2,5-8,3 ммоль/л.

Концентрацию креатинина изучалась при помощи тест-системы фирмы «SINNOWA B300», нормальными показателями считались: у женщин - 53-97 мкмоль/л, у мужчин - 61-115 мкмоль/л.

Для оценки состояния свертывающей системы крови производилось определение протромбинового индекса набором реагентов со стандартизированным растворимым тромбопластином с кальцием

«Техпластин ТМ-тест», нормальным показателем считался уровень 95-105%.

2.2.2. Инструментальные методы исследования

Для уточнения диагноза ущемленной грыжи в сомнительных случаях, а также с целью выявления сопутствующих абдоминальных заболеваний применялось УЗИ ущемленного грыжевого мешка, при этом определялось ее содержимое и степень ущемления за счет выраженности отека окружающих тканей. Исследование проводилось на аппарате «EDAN dus» (Рис 2.2.1) с применением секторного и линейного датчика 2,5 МГц (Рис 2.2.2). В начале исследования датчик устанавливался в продольной и поперечной проекциях в области паховой складки, затем, медленно перемещался проксимально, на монитор выводилось изображение пахового канала. Ориентирами для расположения пахового канала служили: лонная кость, семенной канатик, бедренные и наружные подвздошные сосуды, мышцы передней брюшной стенки. При напряжении передней брюшной стенки определяли наличие расширения ВОБ и оценивали его содержимое. Исследование продолжали в клиностазе, при этом ребенок лежал на спине со слегка согнутыми разведенными ногами.

Рис 2.2.1



Рис 2.2.2



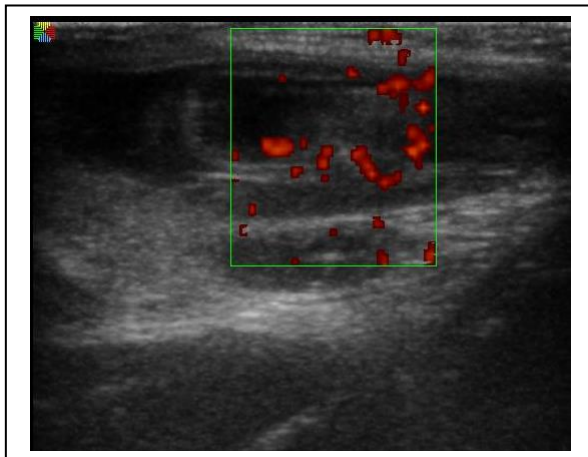
Кроме этого пациентам основной группы ультразвуковое обследование проводилось на аппарате «Sono Scape SSI-5000» с линейными датчиками 7,5 МГц с приставкой цветного доплеровского картирования (Рис 2.2.3.), последнее позволило получить дополнительные сведения: оценить функциональное состояние содержимого грыжевого мешка за счет определения скорости кровотока (Рис 2.2.4, Рис 2.2.5.) и ишемии ущемленного органа. Цветовая доплерография позволяла оценивать степень васкуляризации содержимого грыжевого мешка по количеству сосудистых сигналов. При импульсно-волновой доплерографии изучались абсолютные показатели (пиковая систолическая и конечная диастолическая скорость кровотока) и относительные количественные показатели (индекс резистентности) сосудов в ходе триплексного сканирования.

Рис 2.2.3.



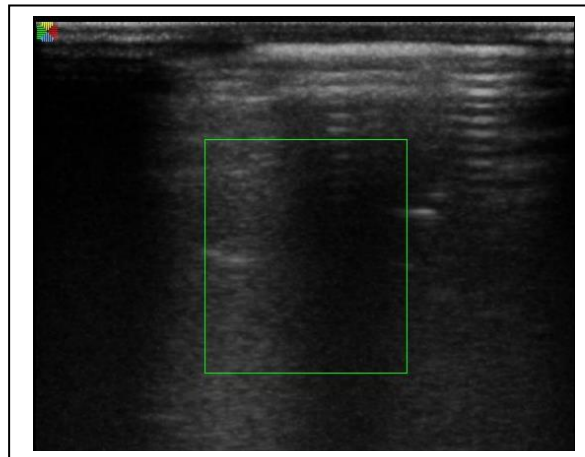
Степень васкуляризации содержимого грыжевого мешка по количеству сосудистых сигналов

Рис 2.2.4



НАЛИЧИЕ КРОВОТОКА В
СОДЕРЖИМОМ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА

Рис 2.2.5



ОТСУТВИЕ КРОВОТОКА В
СОДЕРЖИМОМ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА

Цветовая доплерография позволяла оценивать степень васкуляризации содержимого грыжевого мешка по количеству сосудистых сигналов. При импульсноволновой доплерографии изучались абсолютные показатели (пиковая систолическая и конечная диастолическая скорость кровотока) и относительные количественные показатели (индекс резистентности) сосудов в ходе триплексного сканирования.

2.2.3. Методы статистической обработки полученных результатов

Статистическая обработка материала проводилась на компьютере Pentium IV, ОЗУ 2000 Мб, HDD 512 Gb с использованием прикладных программ Office 2007, Statistica 5.5, SPSS 10.0, Биостат. Вычислялась средняя арифметическая (M), её ошибка (m), среднее квадратичное отклонение (σ), достоверность отличий устанавливалась при помощи критерия Стьюдента (t).

ГЛАВА 3

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ

Непосредственные результаты лечения

Лечение ущемленных грыж у детей продолжает оставаться одной из наиболее сложных проблем в детском хирургическом стационаре. Успешный исход заболевания зависит от наличия множества сопутствующих факторов и правильного выполнения основных принципов лечебного процесса при данном заболевании. В настоящее время существуют хирургические стандарты ведения больных с ущемленными грыжами, но каждый случай индивидуален, что диктует необходимость обособленного подхода к решению вопроса о выборе адекватного метода лечения.

Важную роль в успехе лечения ущемленных грыж у больных в хирургическом стационаре играют оценка тяжести состояния, своевременная диагностика ущемления, адекватная предоперационная подготовка и выполнение оперативного вмешательства в кратчайшие сроки. Основную роль в этом играет тщательное собрание анамнеза, полное клинико-лабораторное обследование. Не всегда родители помнят истинное начало заболевания, хотя от этого зависит тактика хирургической помощи этому контингенту больных. Поэтому решающая роль отводится осмотру внешнего вида ущемленной грыжи (наличие или отсутствие гиперемии и отека окружающих тканей), признаков катастрофы брюшной полости (вздутие живота, наличие перитонеальных симптомов, неукротимая рвота, отсутствие отхождения стула и газов). Внедренная в клиническую практику ультразвуковое исследование со цветной доплерографией в значительной степени позволяет, на основании степени нарушения кровотока в ущемленном грыжевом содержимом, более точно установить давность заболевания и выработать правильную хирургическую тактику.

В отделениях неонатальной и общей хирургии 2 клиники СамМИ в период с 2005 по 2015 года пролечено 114 больных с диагнозом: ущемленная паховая или пупочная грыжа. Больные были распределены на 2 группы: 1 (контрольная) 78 больных, которые были обследованы и пролечены по традиционной методике в период с 2005 по 2012 года и 2 (основная) 36 больных, прооперированные в период с 2013 по 2016 года, которым в комплекс обследования и диагностики было применено ультразвуковое исследование со цветной доплерографией.

Сроки от начала заболевания таблица 3.1

пол	Давность ущемления						всего
	До 12 часов		До 24 часов		Более 1 суток		
	ОГ	КГ	ОГ	КГ	ОГ	КГ	
Мальчик	17 (15%)	32 (28,1%)	5 (4,4%)	15 (13,1%)	9 (7,9%)	18 (15,8%)	96(84,2%)
Девочка	2 (1,7%)	3 (2,6%)	2 (1,7%)	5 (4,4%)	1 (0,9%)	5 (4,4%)	18(15,8%)
всего	19 (16,7%)	35 (30,7%)	7 (6,1%)	20 (17,5%)	10 (8,8%)	23 (20,2%)	114 (100%)

Судя по данным из таблицы 3.1 видно, что около половины больных 54 (47,4%) поступила в сроки до 12 часов от начала заболевания, показатели по группам было практически идентичным. В сроке до суток поступило 27 (23,6%) пациентов, следует отметить, что большинство из них 17,5% было из контрольной группы, что говорит о недостаточном уровне своевременной диагностики на первичном этапе оказания медицинской помощи или низком уровне хирургической настороженности родителей пациентов. То же самое видно при анализе данных больных поступивших в сроки ущемления более 1 суток 8,8% основной группы против 20,2% контрольной. В последние года благодаря проводимой государством политики повышения уровня медицинской квалификации, улучшению оказания медицинской помощи на

первичном звене здравоохранения и санитарно-просветительской работе среди населения, оказало позитивную роль в диагностике и своевременной госпитализации больных детей. Это видно из приведенных данных таблицы

3.1.

После полного клинико-лабораторного обследования у больных в сроках ущемления до суток было предпринята попытка консервативного разущемления грыжевого содержимого (таблица 3.2).

Количество больных с разущемленными грыжами в сроке до 12 часов
таблица 3.2

пол	ОГ(n=19)	КГ(n=35)	всего
Мальчик	14 (73,7%)	20 (57,1%)	34
Девочка	1 (5,3%)	2 (5,7%)	3
Всего	15 (79%)	22 (62,8%)	37 (68,5%)

Как видно из таблицы 3.2. из 54 больных поступивших в сроке ущемления до 12 часов у 37 (68,5%) ущемленное содержимое грыжевого мешка было консервативно разущемлено. Следует отметить, что из 32 мальчиков контрольной группы только у 20 (57,1%) удалось консервативно разущить грыжевое содержимое, в основной этот показатель был значительно выше 73,7%, то есть у 14 из 19. У девочек из контрольной группы из 3 у 2 грыжа была консервативно разущемлена, в основной группе этого удалось добиться у 1 пациентки из двух.

Также был проведен анализ этих показателей в сроках ущемления до 24 часов (таблица 3.3)

Количество больных с разущемленными грыжами в сроке до 24 часов
таблица 3.3

пол	ОГ(n=7)	КГ(n=20)	всего
Мальчик	3 (42,9%)	5 (25%)	8 (72,7%)
Девочка		3 (15%)	3 (27,3%)
Всего	3 (42,9%)	8 (40%)	11 (100%)

В сроке ущемления до суток эффект от консервативного разущемления был значительно ниже, что видно из вышеприведенной таблицы 3.3. У мальчиков основной группы только у 3 из 7 удалось консервативно разущемить содержимое грыжевого мешка, в контрольной этот показатель был еще ниже-25%. Среди девочек основной группы обеим 2 пациенткам консервативные мероприятия не дали успеха, в контрольной эти мероприятия принесли успех только 3 больным из 5, в процентном соотношении это составило 15% из всех поступивших больных с ущемленной паховой грыжей. Больным контрольной группы в сроке ущемления более 1 суток консервативные мероприятия не проводилось, в отличии у этого контингента больных основной группы, если не было местных признаков воспаления и симптомов катастрофы брюшной полости, на основании ультразвукового исследования со цветной доплерографией, проводилась попытка консервативного разущемления. Она была проведена у 6 больных, при этом у 4 грыжевое содержимое было вправлено в брюшную полость, в дальнейшем они были прооперированы в плановом порядке.

После консервативного разущемления больные после устранения причин приведших к ущемлению были оперированы в плановом порядке. Технология выполнения классических «открытых» операций проводилась по описанным в литературе методикам, без каких-либо усовершенствований. Грыжесечение по Краснобаеву без рассечения апоневроза наружной косой мышцы проводилось следующим образом: Выполняли кожный разрез длиной до 6 см выше паховой связки и параллельно ей. Рыхлую клетчатку, покрывающую апоневроз наружной косой мышцы, сдвигали тупым путем, чтобы обнажить переход апоневроза на паховую связку и ножки поверхностного пахового кольца. После ревизии, обнаружения и выделения грыжевого мешка от семенного канатика и яичка вместе с покрывающей их брюшиной, производилось наложение кисетного шва на шейку грыжевого мешка с последующей перевязкой и отсечением грыжевого мешка. Далее накладывали узловый шов нерассасывающимся шовным материалом на ножки поверхностного пахового кольца. На образовавшуюся складку апоневроза наружной косой мышцы накладывали 2-3 узловых шва, которые суживали и укрепляли переднюю стенку пахового канала. Грыжесечение по Мартынову с рассечением апоневроза наружной косой мышцы проводилось следующим образом: Все этапы до достижения апоневроза наружной косой мышцы живота выполнялись как описаны в предыдущей методике. Далее производилось рассечение апоневроза вдоль по апоневротическим волокнам. Затем выполнялись манипуляции на грыжевом мешке, идентичные грыжесечению по Краснобаеву. Различие состояло в пластике апоневроза наружной косой мышцы живота: внутренний (верхний) листок апоневроза наружной косой мышцы подшивали к паховой связке над семенным канатиком. Наружный (нижний) листок апоневроза наружной косой мышцы подшивали узловыми швами к верхнему листку апоневроза, уже подшитого к паховой связке. У девочек проводился разрез в паховой области, после чего рана послойно вскрывалась тупым путем и под поверхностной фасцией находился грыжевой мешок, который после ревизии содержимого у шейки

перевязывался, прошивался и отсекался. Далее рана послойно ушивалась, пластики пахового канала не проводилось. Следует отметить, что очень часто, во время операции у девочек содержимым грыжевого мешка явились придатки матки без признаков некроза.

Из 114 больных у 48 (42,1%) грыжевое содержимое было консервативно разущемлено. Остальные 62 больных были оперированы по экстренным показаниям. После кратковременной предоперационной подготовки больным проводилась херниолапаротомия с ревизией содержимого ущемленного грыжевого мешка, от которой зависела дальнейшая хирургическая тактика (таблица 3.4).

Результаты экстренной херниолапаротомии

таблица 3.4

	мальчик		девочка		всего
	ОГ	КГ	ОГ	КГ	
без признаков некроза ущемленного органа	8 (12,9)	34 (54,8%)	3 (4,8%)	3 (4,8%)	48 (77,5%)
некроз тонкого кишечника	1 (1,6%)	2 (3,2%)		2 (3,2%)	5 (8,1%)
некроз придатков матки			1 (1,6%)	3 (4,8%)	4 (6,4%)
ущемление и некроз аппендикулярного отростка	1 (1,6%)	1 (1,6%)			2 (3,2%)
ущемление участка сальника		3 (4,8%)			3 (4,8%)
Всего	10 (16,1%)	40 (64,5%)	4 (6,5%)	8 (12,9%)	62 (100%)

Из приведенных данных таблицы 3.4 видно, что в большинстве случаев 48 (77,5%) ущемленные органы грыжевого мешка были без признаков некроза и хирургическая тактика заключалась в вправлении грыжевого содержимого в брюшную полость с последующей пластикой пахового канала. В 5 (8,1%) случаях во время операции было выявлен некроз ущемленного участка тонкого кишечника, что потребовало провести резекцию некротизированного участка кишечника и наложения межкишечного анастомоза «конец в конец» 4 больным. У одного анастомоз был не наложен, так как ребенок поступил на 3 сутки от начала заболевания и у него уже развился разлитой гнойно-каловый перитонит, ему после санации брюшной полости, была выведена илеостома. Из 12 (19,4%) девочек поступивших с клиникой ущемленной паховой грыжи у 4 содержимым грыжевого мешка оказались некротизированные придатки матки, последние в ходе операции были резецированы. Следует отметить, что у 2 больных содержимым грыжевого мешка был воспаленный аппендикс – им была проведена аппендэктомия, у 3 был выявлен ущемленный в грыжевых воротах участок большого сальника, который был резецирован в пределах здоровой ткани.

Таким образом, в зависимости от методов обследования больные с ущемленными грыжами были распределены на 2 группы: 1 (контрольная) 78 больных, которые были обследованы и пролечены по традиционной методике в период с 2005 по 2012 года и 2 (основная) 36 больных, прооперированные в период с 2013 по 2016 года, которым в комплекс обследования и диагностики было применено ультразвуковое исследование со цветной доплерографией. Около половины больных 54 (47,4%) поступила в сроки до 12 часов от начала заболевания, показатели по группам было практически идентичным. В сроке до суток поступило 27 (23,6%) пациентов, следует отметить, что большинство из них 17,5% было из контрольной группы, что говорить о недостаточном уровне своевременной диагностики на первичном этапе оказания медицинской помощи или низким

уровне хирургической настороженности родителей пациентов. То же самое видно при анализе данных больных поступивших в сроки ущемления более 1 суток 8,8% основной группы против 20,2% контрольной. 60 больных поступивших в сроке ущемления до 12 часов у 37 (68,5%) ущемленное содержимое грыжевого мешка было консервативно разущемлено. Следует отметить, что из 32 мальчиков контрольной группы только у 20 (57,1%) удалось консервативно разущемить грыжевое содержимое, в основной этот показатель был значительно выше 73,7%, то есть у 14 из 19. У девочек из контрольной группы из 3 у 2 грыжа была консервативно разущемлена, в основной группе этого удалось добиться у 1 пациентки из двух. Больным контрольной группы в сроке ущемления более 1 суток консервативные мероприятия не проводилось, в отличии у этого контингента больных основной группы, если не было местных признаков воспаления и симптомов катастрофы брюшной полости, на основании ультразвукового исследования со цветной доплерографией, проводилась попытка консервативного разущемления. Она была проведена у 6 больных, при этом у 4 грыжевое содержимое было вправлено в брюшную полость. После консервативного разущемления больные после устранения причин приведших к ущемлению были оперированы в плановом порядке. Технология выполнения классических «открытых» операций проводилась по описанным в литературе методикам, без каких-либо усовершенствований. Из 114 больных у 48 (42,1%) грыжевое содержимое было консервативно разущемлено. Остальные 62 больных были оперированы по экстренным показаниям. После кратковременной предоперационной подготовки больным проводилась херниолапаротомия с ревизией содержимого ущемленного грыжевого мешка, от которой зависела дальнейшая хирургическая тактика.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В детских хирургических стационарах одно из первых мест занимают операции по поводу ущемленных грыж, которые достигают до 8-20% всех оперативных вмешательств, а в ургентной хирургии занимает второе место после острого аппендицита (190; 191; 192). У мальчиков данная патология встречается значительно чаще, чем у девочек в соотношении от 8:1 до 10:1 (193; 194). Согласно данным С.Я.Долецкого, из всех поступивших детей раннего возраста с хирургической патологией 55% были дети с паховыми грыжами. Наиболее часто грыжи диагностируются в первые три месяца жизни. (195, 196, 197, 198). Частота врожденных косых паховых грыж среди новорожденных детей составляет от 1 до 15% (199; 200). У недоношенных детей данная патология выявляется в два раза чаще, чем у доношенных (201; 202; 203). Грыжесечение в детском возрасте - ответственное, сложное, но необходимое оперативное вмешательство, так как его раннее проведение является профилактикой возможных дальнейших осложнений. (204; 205). До сих пор остаётся не ясным вопрос, в каком возрасте и в какие сроки проводить оперативное лечения паховой грыжи у детей раннего возраста (206; 207). Ранее, в связи со сложностью адекватного обезболивания у этих детей, большинство авторов рекомендовали оперировать детей начиная с 6 месячного возраста. Учитывая развитие анестезиологической службы и техники оперативного вмешательства, возрастной ценз значительно снизился, но четкие сроки, и показания не определены. (208; 209; 210; 211). Ряд авторов утверждали, что операция должна проходить в, более позднем возрастном периоде, в связи с чем рекомендовали наблюдение в поликлинических условиях. (212). На современном этапе определено, что трудно вправимые паховые грыжи у детей раннего возраста обоих полов без признаков ущемления, но при наличии в грыжевом мешке какого-либо органа, является абсолютным показанием к проведению операции. (213;

214). Не решено много вопросов в отношении техники операционного доступа (215), в частности необходимость рассечения апоневроза, особенно у детей раннего возраста. (216; 217; 218; 219; 220; 221; 222; 223). Остаются дискуссионными протяженность, резекции грыжевого мешка, пластики пахового канала и проведения одномоментной операции при двусторонней паховой грыже у детей раннего возраста, частота у которых до шести месячного возраста составляет - 33,8%. (224; 225; 226). До настоящего времени четко не определены сроки проведения грыжесечения, тактика и методы оперативного вмешательства у детей раннего возраста. Остаются не до конца изученными ведение раннего и позднего послеоперационного периода, влияние операции на рост и развитие яичка, тактика хирурга при выявлении осложнений. Решение данных вопросов позволит выбрать новые подходы к лечению паховых грыж у детей раннего возраста.

В основу работы положены результаты лечения 114 больных с ущемленной грыжей, прооперированных в отделениях неонатальной и общей хирургии 2-клиники СамМИ с периодом 2005 по 2015 года. Возраст больных колебался от периода новорожденности до 14 лет. Большинство больных было мужского пола 96 (84,2%), девочек было 18 (15,8%). Преобладали дети до одного года 88 (77,2%), это связано с тем, что в этом возрасте дети подвержены простудным заболеваниям и дисбактериозу, а паховое кольцо очень часто в этом возрасте узкое, что является основными причинами ущемления грыжевого мешка. Следует отметить, что только 2 (1,8%) больных с ущемленной грыжей были в возрасте старше 7 лет, у них причиной ущемления послужила чрезмерная физическая нагрузка. В основном поступали дети из сельской местности 83,4%, городские составили 16,6%. Половина больных 70 (52,6%) поступила в сроки до 12 часов от начала заболевания, в сроке до суток поступило 27 (23,6%) пациентов. Треть больных поступила в сроке более суток, практически все они были из сельской местности, причиной поздней обращаемости послужила

несвоевременная диагностика и невнимательность родителей больных детей. Из всех 114 ущемленных грыж 111 были паховыми или паховошоночными. Несмотря на половую принадлежность, правостороннее расположение грыжевого мешка было в 2 раза больше, чем слева и практически равноценным, что соответствует литературным данным. В зависимости от методов обследования больные с ущемленными грыжами были распределены на 2 группы: 1 (контрольная) 78 больных, которые были обследованы и пролечены по традиционной методике в период с 2005 по 2012 года и 2 (основная) 36 больных, прооперированные в период с 2013 по 2016 года, которым в комплекс обследования и диагностики было применено ультразвуковое исследование со цветной доплерографией. Около половины больных 54 (47,4%) поступила в сроки до 12 часов от начала заболевания, показатели по группам было практически идентичным. В сроке до суток поступило 27 (23,6%) пациентов, следует отметить, что большинство из них 17,5% было из контрольной группы, что говорит о недостаточном уровне своевременной диагностики на первичном этапе оказания медицинской помощи или низком уровне хирургической настороженности родителей пациентов. То же самое видно при анализе данных больных поступивших в сроки ущемления более 1 суток 8,8% основной группы против 20,2% контрольной. 60 больных поступивших в сроке ущемления до 12 часов у 37 (68,5%) ущемленное содержимое грыжевого мешка было консервативно разущемлено. Следует отметить, что из 32 мальчиков контрольной группы только у 20 (57,1%) удалось консервативно разущемить грыжевое содержимое, в основной этот показатель был значительно выше 73,7%, то есть у 14 из 19. У девочек из контрольной группы из 3 у 2 грыжа была консервативно разущемлена, в основной группе этого удалось добиться у 1 пациентки из двух. Больным контрольной группы в сроке ущемления более 1 суток консервативные мероприятия не проводилось, в отличии у этого контингента больных основной группы, если не было местных признаков воспаления и симптомов

катастрофы брюшной полости, на основании ультразвукового исследования со цветной доплерографией, проводилась попытка консервативного разущемления. Она была проведена у 6 больных, при этом у 4 грыжевое содержимое было вправлено в брюшную полость. После консервативного разущемления больные после устранения причин приведших к ущемлению были оперированы в плановом порядке. Технология выполнения классических «открытых» операций проводилась по описанным в литературе методикам, без каких-либо усовершенствований, у мальчиков в зависимости от возраста по Ру-Краснобаеву или Мартынову, у девочек грыжесечение проводилось без пластики пахового канала. Следует отметить, что очень часто, во время операции у девочек содержимым грыжевого мешка явились придатки матки без признаков некроза.

Из 114 больных у 48 (42,1%) грыжевое содержимое было консервативно разущемлено. Остальные 62 больных были оперированы по экстренным показаниям. После кратковременной предоперационной подготовки больным проводилась херниолапаротомия с ревизией содержимого ущемленного грыжевого мешка, от которой зависела дальнейшая хирургическая тактика. В большинстве случаев 48 (77,5%) ущемленные органы грыжевого мешка были без признаков некроза и хирургическая тактика заключалась в вправлении грыжевого содержимого в брюшную полость с последующей пластикой пахового канала. В 5 (8,1%) случаях во время операции было выявлен некроз ущемленного участка тонкого кишечника, что потребовало провести резекцию некротизированного участка кишечника и наложения межкишечного анастомоза «конец в конец» 4 больным. У одного анастомоз был не наложен, так как ребенок поступил на 3 сутки от начала заболевания и у него уже развился разлитой гнойно-каловый перитонит, ему после санации брюшной полости, была выведена илеостома. Из 12 (19,4%) девочек поступивших с клиникой ущемленной паховой грыжи у 4 содержимым грыжевого мешка оказались некротизированные придатки матки, последние в

ходе операции были резецированы. Следует отметить, что у 2 больных содержимым грыжевого мешка был воспаленный аппендикс – им была проведена аппендэктомия, у 3 был выявлен ущемленный в грыжевых воротах участок большого сальника, который был резецирован в пределах здоровой ткани.

Таким образом, пути улучшения результатов лечения ущемленных грыж у детей заключаются в совершенствовании лечения и диагностики и требуют дальнейшей разработки и уточнения. Применение ультразвукового исследования со цветной доплерографией в значительной степени позволяет, на основании степени нарушения кровотока в ущемленном грыжевом содержимом, более точно установить давность заболевания и выработать правильную хирургическую тактику.

Ниже приводится предложенный алгоритм ведения больных детей с клиникой ущемленной грыжи.

Алгоритм лечебной тактики при ущемленных грыжах

С момента поступления больного с ущемленной грыжей в первую очередь следует проводить диф. диагностику с другой патологией пахового канала (киста семенного канатика, киста Нукка, паховый лимфаденит, перекрут яичка). В этом помогает визуальный и пальцевой осмотр, несомненную помощь оказывает ультразвуковое обследование. Дальнейшая тактика зависит от вида ущемленного органа, если это петля кишечника и кровоснабжение не нарушено вне зависимости от сроков ущемления следует произвести попытку консервативного разущемления, дальнейшая тактика зависит от эффективности консервативных мероприятий. Показаниям к экстренной операции является отсутствие кровотока в ущемленном участке кишечника или если содержимым грыжевого мешка является придаток матки у девочек.

Алгоритм лечебной тактики при ущемленных грыжах



Пример 1. Больной: А.А., 1 года 2 мес. поступил в отделение общей хирургии 29.05.2015г. (№ истории болезни 3520) с жалобами, со слов матери, на наличие выпячивания в правой пахово-мошоночной области, рвоту и беспокойство ребенка.

Из анамнеза у ребенка с момента рождения имеется выпячивание в правой пахово-мошоночной области, которое за 8 часов до поступления перестало свободно вправляться в брюшную полость, отмечалась двукратная рвота. По поводу чего обратились в клинику.

Местно: при осмотре в правой пахово-мошоночной области имеется овальной формы выпячивание размером 4,0 x 4,0 см, кожа над припухлостью не изменена. Пальпаторно тугоэластической консистенции, болезненная, не вправляется в брюшную полость. Размер наружного отверстия пахового канала определить не удается.

***Диагноз:** Ущемленная пахово-мошоночная грыжа справа (8 часовой давности) (Рис.3.1.1.) На ультразвуковом исследовании с цветной доплерографией кровотоков ущемленных органов не нарушен (Рис.3.1.3.).*

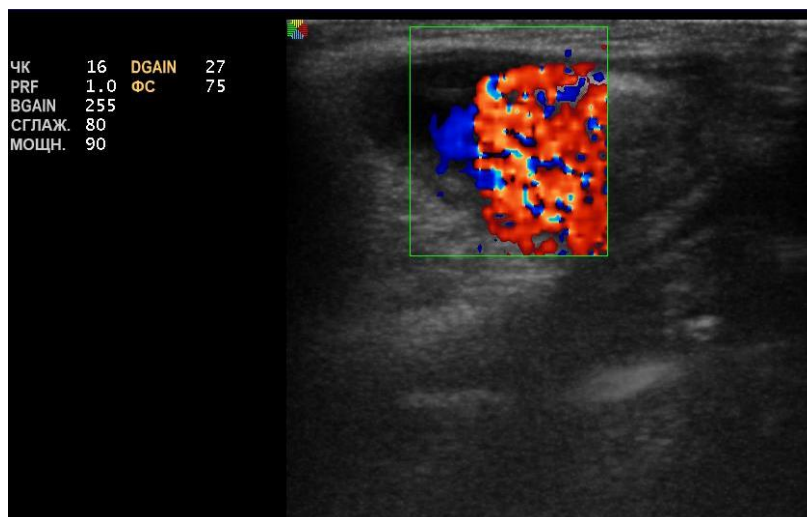
Учитывая давность ущемления произведено консервативное разущемление грыжевого содержимого. (Рис.3.1.2.) После полного клинического обследования 02.06.2015 года произведена операция: Грыжесечение справа с пластикой пахового канала по Ру-Краснобаеву.

Рис.3.1.1. до разущемление

Рис.3.1.2. После разущемление



Рис.3.1.3.



Пример 2. Больной: Э.С., 10 мес. поступил в №2 клиника СамМИ в отделении общей хирургии 15.06.2013 (№ истории болезни. 3792/873) с жалобами, со слов матери, на наличие выпячивания в правой пахово-мошоночной области, рвоту и беспокойство ребенка.

Из анамнеза у ребенка с момента рождения имеется выпячивание в правой пахово-мошоночной области, которое за 30 часов до поступления перестало свободно вправляться в брюшную полость, отмечалась двухкратная рвота. По поводу чего обратились в клинику.

Местно: при осмотре в правой пахово-мошоночной области имеется овальной формы выпячивание размером 5,0 x 4,5 см, кожа над припухлостью не изменена. Пальпаторно тугоэластической консистенции, болезненная, не вправляется в брюшную полость. Размер наружного отверстия пахового канала определить не удается.

***Диагноз:** Ущемленная пахово-мошоночная грыжа справа (30 часовой давности) (Рис.3.1.4.)*

Больному в клинике произведено УЗИ с цветной доплерографией, при этом кровотоков в содержимом грыжевого мешка не визуализируется

Учитывая это больному проведена экстренная херниолапаротомия .

Рис.3.1.4.



Рис.3.1.5.

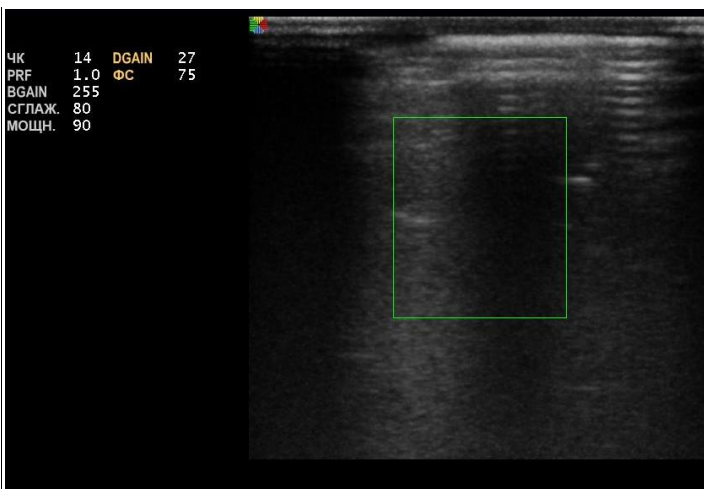
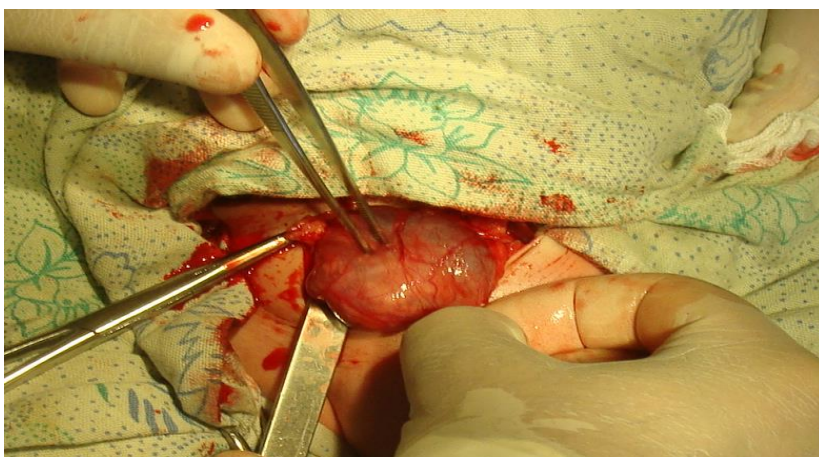
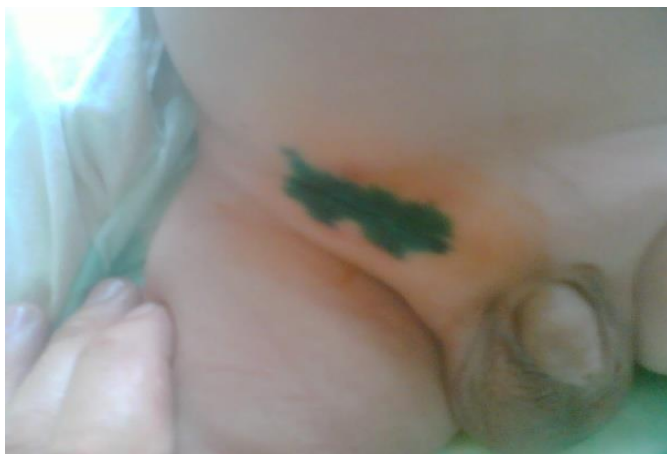


Рис.3.1.6.



Во время операции обнаружена ущемленная петля тонкого кишечника без признаков некроза. Ущемленная петля кишечника вправлена в брюшную полость после чего произведена пластика пахового канала по Мартынову (Рис.3.1.6.). Состояние больного улучшилось, швы сняты на 7 сутки, рана зажила первичным натяжением.(Рис.3.1.7.)

Рис.3.1.7.



Пример 3. Больной: Н. Ж., 2 мес. поступил в отделение неонатальной хирургии 4.10.2015 (№ и.б. 6896) с жалобами, со слов матери, на наличие выпячивания в правой паховошоночной области, рвоту и беспокойство ребенка.

Из анамнеза у ребенка с момента рождения имеется выпячивание в правой паховошоночной области, которое за 3 дня до поступления перестало свободно вправляться в брюшную полость, отмечалась двукратная рвота. По поводу чего обратились в клинику.

Местно: при осмотре в правой паховошоночной области имеется овальной формы выпячивание размером 4,0 x 3,0 см, кожа над припухлостью гиперемирована. Пальпаторно тугоэластической консистенции, болезненная, не вправляется в брюшную полость. Размер наружного отверстия пахового канала определить не удается.

Диагноз: Ущемленная паховошоночная грыжа справа 3суточной давности). (Рис.3.1.7).

Больного давность ущемление содержимое грыжевого мешка был велико, по поводу чего больному проведена экстренная херниолапаротомия.

Рис.3.1.7.



При вскрытии грыжевого мешка содержимое оказалось некротизированный (Рис.3.1.8.) с участком перфорации (Рис.3.1.8.) отдел тонкого кишечника. Больному произведена резекция некротизированного участка тонкого кишечника и с наложением анастомоза "конец в конец". (Рис.3.1.8.)(Рис.3.1.9.).

Рис.3.1.8.



Рис.3.1.9.



Рис.3.1.10.



Рис.3.1.11.



Состояние больного улучшилось, швы сняты на 10 сутки, рана зажила первичным натяжением.(Рис.3.1.13.)

Рис.3.1.13.



Пример 1. Больной: Н.Ф., 4 дня. поступил в отделении неонатальной хирургии 14.06.2014 (№ истории болезни 1589) с жалобами, со слов матери, на наличие выпячивания в левой паховошоночной области, рвоту и беспокойство ребенка.

Из анамнеза у ребенка с момента рождения имеется выпячивание в левой паховошоночной области, которое за 32 часов до поступления перестало свободно вправляться в брюшную полость, отмечалась трехкратная рвота. По поводу чего обратились в клинику.

Местно: при осмотре в левой паховошоночной области имеется овальной формы выпячивание размером 5,0 x 5,5 см, кожа над припухлостью гиперемирована. Пальпаторно тугоэластической консистенции, болезненная, не вправляется в брюшную полость. Размер наружного отверстия пахового канала определить не удается.

Диагноз: Ущемленная паховошоночная грыжа слева (32 часовой давности) (Рис.3.1.14.) На ультразвуковом исследовании с цветной доплерографией кровотоков ущемленных органов не нарушен (Рис.3.1.15.).

Учитывая произведено консервативное разужемление грыжевого содержимого. (Рис.3.1.16.) После полного клинического обследования 16.06.2014 года произведена операция: Грыжесечение слева с пластикой пахового канала по Ру-Краснобаеву.

Рис.3.1.14

Рис.3.1.15

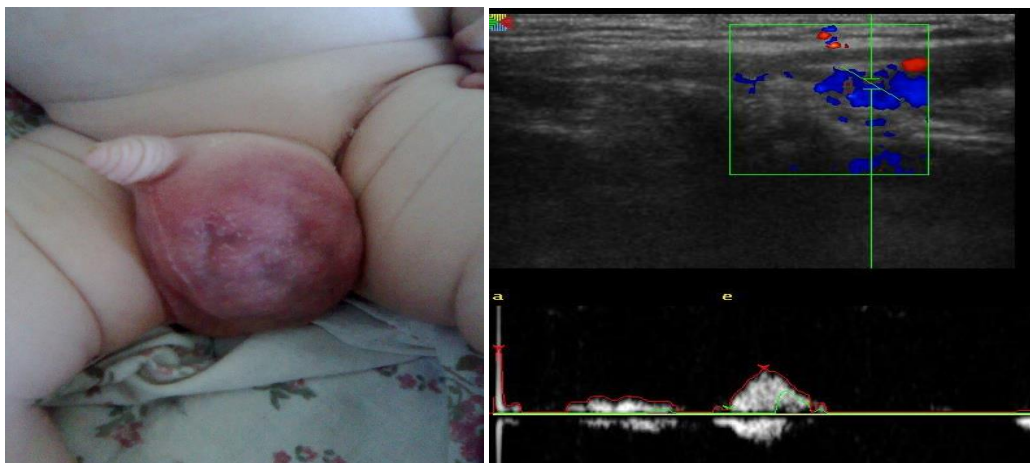


Рис.3.1.16



ВЫВОДЫ

- 1) Проведенный анализ результатов лечения детей с ущемленными грыжами показал, что наиболее частой причиной развития данной патологии является диаррейный синдром (72%), реже простудные заболевания (9%) и копростаз (3%). В подавляющем большинстве случаев ущемления происходит в возрасте до года - 77,2%, чаще ущемляются грыжи малых размеров.
- 2) Проведенная доплеровское картирование поступивших показало, что оно является одним из основных критериев оценки дальнейшей тактики лечения вне зависимости от сроков давности ущемления.
- 3) Разработанный алгоритм диагностическо-лечебных мероприятий позволяет значительно улучшить результаты лечения ущемленных грыж у детей.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

При ущемленных грыжах у детей в комплекс диагностических мероприятий необходимо включать ультразвуковое исследование со цветной доплерографией, так как не всегда можно выяснить точный срок со времени ущемления. Применение разработанной диагностической тактики позволяет оценить степень ишемии, состояние содержимого ущемленного грыжевого мешка, что позволяет определить дальнейшую тактику лечения.

При ущемленных грыжах у девочек рекомендуется тактика экстренного оперативного вмешательства, независимо от сроков ущемления, так как очень часто содержимым являются придатки матки. У мальчиков в поздние сроки от начала ущемления, при отсутствии признаков перитонита и воспаления окружающих тканей, ультразвуковое исследование со цветной доплерографией позволяет решить вопрос о попытке консервативного разущемления.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

УГ	ущемленная грыжа
ВОБ	влагалищный отросток брюшины
ВБГ	внутрибрюшной гипертензии
АКС	абдоминальный компартмент-синдром
ОКН	острой кишечной непроходимость
ВБД	внутрибрюшного давления
УЗИ	ультразвуковое исследование
УЗД	ультразвуковая диагностика
ЦДК	цветовое доплеровское картирование
ОНК	осложнение некроз кишечника

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абакшин, Н.С. Клинические аспекты ущемленных грыж: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.17 / Абакшин Николай Сергеевич. - Ярославль, 2010. - 21 с.
2. Абдуллаев, У.М. Диагностика, профилактика и лечение послеоперационного распространенного перитонита у больных пожилого и старческого возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Абдуллаев Умалат Меджидович. - М., 2008. - 30 с.
3. Агаев, Э.К. Оптимальная хирургическая тактика при резекции терминального отдела подвздошной кишки / Э.К. Агаев // Клш. хірургія. - 2009. - № 2. - С. 19-21.
4. Агаев, Э.К. Профилактика несостоятельности швов анастомоза после неотложной резекции кишечника / Э.К. Агаев // Клш. хірургія. - 2009. - № 3. - С. 19-23.
5. Архаров, А.В. Роль длительной интестинальной интубации в неотложной хирургии органов брюшной полости: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Архаров Александр Владимирович. - М., 2007. - 28 с.
6. Ахкубеков, Р.А. Возможности программированной лапаростомии в лечении абдоминального компартмент-синдрома у больных с разлитым перитонитом: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.17 / Ахкубеков Рустам Анатольевич. - Нальчик, 2011. - 23 с.
7. Багдасарова, Е.А. Влияние интраабдоминальной гипертензии на выбор хирургической тактики при распространенном перитоните / Е.А. Багдасарова,
В. В. Багдасаров, А.И. Чернооков [и др.] // Инфекции в хирургии. - 2010. - № 4. - С. 47-52.
8. Байчоров, Э.Х. Комплексное лечение несформированных

тонкокишечных свищей / Э.Х. Байчоров, А.З. Вафин, Ф.А. Куджева // Мед. вестн. Сев. Кавказа. - 2006. - № 3. - С. 7-9.

9. Белоконев, В.И. Способы профилактики абдоминального компартмент- синдрома у больных с острой кишечной непроходимостью и перитонитом / В.И. Белоконев, Л.Б. Гинзбург, С.А. Катков [и др.] // Вестн. С.-Петербур. ун-та. - 2008. - № 11 (2). - С. 128-134.

10. Бондарев, Г.А. Анализ ошибок при лечении больных с ущемленными грыжами в Курской области / Г.А. Бондарев // Материалы научной конференции, посвященной 70-летию кафедры хирургических болезней № 1 «Актуальные вопросы хирургии». - Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава. - 2009. - С. 11-12.

11. Борисов, А.Е. Проблемы современной герниологии / А.Е. Борисов, С.Е. Митин // Материалы конференции «Актуальные вопросы герниологии». - М.: РАМН РНЦХ. - 2002. - С. 6-7.

12. Брискин, Б.С. Абдоминальная боль и дифференциальная диагностика неотложных хирургических состояний у пожилых / Б.С. Брискин, О.В. Ломидзе // Клин. геронтология. - 2009. - № 4-5. - С. 64-68.

13. Брискин, Б.С. Полиморбидность пожилых и хирургические проблемы / Б.С. Брискин // Клин. геронтология. - 2007. - № 5. - С. 3-7.

14. Бухарин, А.Н. Сравнительная характеристика традиционной и «ненатяжной» герниопластики при лечении ущемленных грыж передней брюшной стенки / А.Н. Бухарин, А.И. Сапанюк, С.Х. Мамедов [и др.] // Материалы VII конференции «Актуальные вопросы герниологии». - М.: ЗАО «Издательство ИКАР». - 2010. - С. 56-58.

15. Верхулецкий, И.Е. Трудности в диагностике и лечении ущемленных послеоперационных вентральных грыж / И.Е. Верхулецкий, Ф.К. Папазов, А.Ф. Медведенко [и др.] // Укр. журн. хірургії. - 2011. - № 6 (15). - С. 129-133.

16. Власов, А.П. Хирургическое лечение ущемленных грыж / А.П. Власов, В.К. Константинов, С.Н. Земсков [и др.] // Материалы конференции

«Актуальные вопросы герниологии». - М.: РАМН РНЦХ. - 2002. - С. 9-10.

17. Волкович, О.В. Влияние повышенного внутрибрюшного давления на функциональное состояние организма (клинико-экспериментальное исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.16 / Волкович Олег Викторович. - Бишкек, 2007. - 27 с.

18. Г аин, Ю.М. Синдром абдоминальной компрессии в хирургии / Ю.М. Г аин, С.А. Алексеев, В.Г. Богдан // Белорус. мед. журн. - 2004 . - №3. - С. 20-31.

19. Гарески, Р. Дифференцированный подход в хирургическом лечении больных с ущемленными и невправимыми грыжами передней брюшной стенки: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Гарески Роберт. - Рязань, 2009. - 24 с.

20. Гельфанд, Б.Р. Синдром интраабдоминальной гипертензии: состояние проблемы / Б.Р. Гельфанд, Д.Н. Проценко, П.В. Подачин [и др.] // Мед. алфавит. Неотложная медицина. - 2010. - № 3. - С. 36-43.

21. Гинзбург, Л.Б. Профилактика и лечение повышенного внутрибрюшного давления у больных с перитонитом и острой кишечной непроходимостью: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27, 14.00.15 / Гинзбург Леонид Борисович. - Самара, 2009. - 23 с.

22. Головкова, И.Г. Роль лапароскопии в диагностике и лечении послеоперационного перитонита в неотложной абдоминальной хирургии: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Головкова Ирина Геннадьевна. - Хабаровск, 2006. - 26 с.

23. Гольбрайх, В.А. Клинико-диагностические аспекты интраабдоминальной гипертензии и абдоминального компартмент-синдрома (обзор литературы)/ В.

А. Гольбрайх, И. Б. Федулова, В. А. Голуб, О. А. Косивцов // Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН. - 2010. - № 2. - С. 17-19.

24. Гон, И.Ч. Возможности ультразвуковых технологий в диагностике

ущемления у больных с наружными брюшными грыжами: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Гон Ин Чан. - М., 2005. - 22 с.

25. Г о р е л и к, С.Г. Влияние полиморбидности на диагностику, тактику лечения и исход заболевания в абдоминальной хирургии у лиц старческого возраста / С.Г. Г о р е л и к // Фундам. исследования. - 2011. - № 10. - С. 283-287.

26. Госпитальная хирургия: Руководство для врачей-интернов / Под ред. Л.Н. Бисенкова, В.М. Трофимова. - СПб.: Изд-во «Лань», 2005. - 896 с.

27. Г р е я с о в, В.И. Возможности применения сетчатых трансплантатов в лечении ущемленных вентральных грыж / В.И. Г р е я с о в, С.П. Щепкин, В.М. Чугуевский // Материалы Выездного пленума Проблемной комиссии «Неотложная хирургия» и Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 65-летию научного хирургического общества и 20-летию Ассоциации врачей хирургического профиля на Кавказских Минеральных Водах «Актуальные вопросы неотложной хирургии». - Пятигорск: РИА-КМВ. - 2011. - С. 109-109.

28. Г р и н ц о в, А.Г. О диагностических и тактических ошибках при лечении ущемленных грыж живота / А.Г. Г р и н ц о в, В.Н. Буценко, Ю.Л. Куницкий [и др.] // Актуальш проблеми сучасно! медицини: Вюн. Укр. мед. стомат. академп. - 2009. - Т. 9, вып. 1 (25). - С. 62-65.

29. Г у б а й д у л л и н, Р.Р. Внутрибрюшная гипертензия, клинические аспекты / Р.Р. Г у б а й д у л л и н, И.Н. Пасечник // Вестн. Башк. гос. мед. ун-та. - 2012. - Т. 1, № 1. - С. 126-139.

30. Д е с я т н и к о в а, И.Б. Опыт применения полипропиленового эндопротеза при пластике передней брюшной стенки в условиях инфицирования / И.Б. Десятникова, М.А. Сидоров, А.П. Медведев, Л.Е. Березова // Мед. альманах. - 2008. - Спецвыпуск. - С. 170-172.

31. Е г и е в, В.Н. Однорядный непрерывный шов анастомозов в абдоминальной хирургии / В.Н. Е г и е в, С.С. Маскин, В.И. Егоров, П.К.

Воскресенский; под ред.

В.Н. Егиева. - М.: ИД Медпрактика-М, 2002. - 100 с.

32. Ермолов, А.С. Выбор оптимального метода пластики при ущемленных послеоперационных грыжах / А.С. Ермолов, В.А. Ильичев // Материалы Всероссийского форума «Пироговская хирургическая неделя». - СПб.: Изд-во С.- Петерб. ун-та. - 2010. - С. 127-127.

33. Ермолов, А.С. К вопросу о применении синтетических имплантатов в хирургическом лечении ущемленных пупочных грыж (УПГ) / А.С. Ермолов, В.А. Ильичев, А.В. Гришин [и др.] // Материалы Выездного пленума Проблемной комиссии «Неотложная хирургия» и Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 65-летию научного хирургического общества и 20- летию Ассоциации врачей хирургического профиля на Кавказских Минеральных Водах «Актуальные вопросы неотложной хирургии». - Пятигорск: РИА-КМВ. - 2011. - С. 92-94.

34. Ермолов, А.С. Общие принципы хирургического лечения ущемленных грыж брюшной стенки / А.С. Ермолов, Д.А. Благовестнов, А.В. Упырев, В.А. Ильичев // Мед. альманах. - 2009. - № 3. - С. 23-28.

35. Жебровский, В.В. Особенности оперативного лечения осложненных форм послеоперационных грыж брюшной стенки / В.В. Жебровский, А.В. Косенко, Н.В. Воронов [и др.] // Клш. хірургія. - 2010. - № 3 - С. 31-34.

36. Жебровский, В.В. Хирургия грыж живота / В.В. Жебровский. - М.: ООО «Мед. информ. агентство», 2005. - 384 с.

37. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота и эвентраций / В.В. Жебровский, Мохамед Том Эльбашир. - Симферополь: Бизнес-Информ, 2002. - 440 с.

38. Забелин, М.В. Синдром внутрибрюшной гипертензии в неотложной абдоминальной хирургии: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук: 14.01.17 / Забелин Максим Васильевич. - М., 2010. - 46 с.

39. Зайцева, О.Б. Предоперационная коррекция интраабдоминальной гипертензии у пациентов с экстренной хирургической патологией: автореф.

дис. ... канд. мед. наук: 14.01.17 / Зайцева Ольга Борисовна. - Ульяновск, 2011. - 22 с.

40. Захарова, Е.Г. Применение сетчатых аллотрансплантатов в экстренной хирургии: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.17 / Захарова Елизавета Геннадьевна. - М., 2010. - 24 с.

41. Зезарахова, М.Д. Выбор рационального способа лечения паховых грыж у больных с факторами риска: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Зезарахова Марият Джамбулетовна. - Краснодар, 2007. - 15 с.

42. Землянова, Е.В. Анализ динамики смертности населения в России и странах Европы с использованием сведений из Европейской базы данных «Здоровье для всех» [Электронный ресурс] / Е.В. Землянова, В.Г. Семенова // Соц. аспекты здоровья населения [Электронный научный журнал]. - 2007. - №1 (1). - Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/22/41/>.

43. Зубрицкий, В.Ф. Особенности формирования энтеро-энтероанастомоза в условиях перитонита / В.Ф. Зубрицкий, И.С. Осипов, Е.В. Шадривова [и др.] // Хирургия. - 2009. - № 12. - С. 25-28.

44. Зубцов, В.Ю. Использование полипропиленовых аллотрансплантатов в экстренной хирургии паховых грыж / В.Ю. Зубцов, Р.М. Мецатурян, С.А. Швачко [и др.] // Сборник научных трудов к Юбилейной конференции, посвященной 120-летию кафедры хирургии им. Н.Д. Монастырского СПб МАПО и 10-летию центра неотложной эндовидеохирургии Александровской больницы «Современные технологии в хирургии» / Под ред. проф. А.Е. Борисова. - СПб.: Издательский дом СПб МАПО. - 2006. - С. 123-124.

45. Иванов, А.В. Хирургическое лечение ущемленных грыж передней брюшной стенки с использованием сетчатого эксплантата: автореф. дис. . канд. мед. наук: 14.01.17 / Иванов Алексей Владимирович. - СПб., 2011. - 18 с.

46. Иванова, А.Е. Тенденции и региональные особенности здоровья взрослого населения России [Электронный ресурс] / А.Е. Иванова, Н.Б. Павлов, А.Ю. Михайлов // Социальные аспекты здоровья

населения [Электронный научный журнал]. -2011. - №3 (19). -
<http://vestnik.mednet.ru/content/view/323/30/lang,ru/>.

47. Иоскевич, Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии: Болезни пищеварительного тракта, брюшной стенки и брюшины / Н.Н. Иоскевич; под ред. П.В. Гарелика // Мн.: Изд-во «Вышэйшая школа», 2001. - 685 с.

48. Исаев, Г.Б. Синдром повышенного внутрибрюшного давления (compartment syndrome). Обзор литературы / Г.Б. Исаев, Т.Х. Серхетов // Georg. Med. News. - 2012. - № 3 (204). - С. 11-17.

49. Кабанов, Е.Н. Структура летальных исходов при ущемленных грыжах / Е.Н. Кабанов, В.Н. Серебряков, А.В. Тевяшов [и др.] // Сборник научных трудов «Актуальные вопросы диагностики и хирургического лечения заболеваний органов брюшной полости» / Под ред. Н.И. Глушкова. - СПб: Издательский дом СПб МАПО. - 2005. - С. 159-162.

50. Кириллов, С.В. Роль сонографии в диагностике ущемленных грыж живота / Кириллов С.В. // Материалы VII конференции «Актуальные вопросы герниологии». - М.: ЗАО «Издательство ИКАР», 2010. - С. 134-135.

51. Ковалев, А.Н. Тактика лечения больных синдромом абдоминальной ишемии: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.17 / Ковалев Алексей Николаевич. - Краснодар, 2010. - 21 с.

52. Коваленко, А.А. Структура летальности при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости и роль эндовидеохирургической технологии в ее снижении / А.А. Коваленко, Ю.Е. Веселов, Л.А. Левин [и др.] // Вестн. С.-Петерб. ун-та. - 2007. - Сер. 11, вып. 3. - С. 80-95.

53. Колесников, С.А. Тактика лечения ущемленных грыж / С.А. Колесников, М.В. Дуганова, А.Д. Мясников, С.Г. Горелик // Материалы V Российского научного форума «ХИРУРГИЯ 2004». - М.: «МЕДИ Экспо». - 2004. - С. 79 - 80.

54. Кондратенко, П.Г. Продленная эпидуральная анестезия - один из путей снижения операционно-анестезиологического риска у больных при острой

хирургической патологии / П.Г. Кондратенко, А.А. Стеценко // Укр. Журн. Хірургіі. - 2009. - №4. - С. 83-87.

55. Красильников, Д.М. Ненатяжная аллопластика послеоперационных ущемленных гигантских грыж брюшной стенки / Д.М. Красильников, И.М. Фатхутдинов // Материалы Всероссийского форума «Пироговская хирургическая неделя». - СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та. - 2010. - С. 131-132.

56. Кубачев, К. Г. Хирургические осложнения острых кишечных инфекций: автореф. дис. . д-ра мед. наук / Кубачев Кубач Гаджимагомедович. - СПб., 2005. - 45 с.

57. Кушнеров, А.И. Ультразвуковое исследование в диагностике тонкокишечной непроходимости / А.И. Кушнеров // Новости луч. диагностики. - 2002. - №1-2. - С. 32-34.

58. Ларин, В.В. Диагностика при грыжах передней брюшной стенки / В.В. Ларин, А.А. Авхадеева, Н.В. Рылова // Успехи соврем. естествознания. - 2011. - № 8. - С. 115.

59. Левин, Л.А. Ущемленные грыжи живота: диагностическая и лечебная тактика с позиций лапароскопической хирургии / Л.А. Левин // Материалы Выездного пленума Проблемной комиссии «Неотложная хирургия» и Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 65-летию научного хирургического общества и 20-летию Ассоциации врачей хирургического профиля на Кавказских Минеральных Водах «Актуальные вопросы неотложной хирургии». - Пятигорск: РИА-КМВ. - 2011. - С. 98-99.

60. Лубянский, В.Г. Хирургическая тактика у больных с послеоперационным распространенным перитонитом, связанным с перфорацией тонкой кишки / В.Г. Лубянский, А.Н. Жариков // Инфекции в хирургии. - 2010. - № 4. - С. 64-67.

61. Мазурова, О.И. Особенности диагностики и лечения послеоперационного перитонита: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.17 / Мазурова Ольга Игоревна. - М., 2011. - 29 с.

62. Майстренко, Н.А. Неотложная абдоминальная хирургия: практикум / Н.А. Майстренко, К.Н. Мовчан, В.Г. Волков. - СПб.: Питер, 2002. - 304 с.

63. Макалатия, Л.Г. Пути улучшения результатов лечения больных ущемленной послеоперационной вентральной грыжей в больницах, расположенных вне административных центров регионов: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.17 / Макалатия Лаша Гурамович. - СПб., 2010. - 22 с.

64. Малкова, С.К. К вопросу о тактике хирурга при вправившихся грыжах / С.К. Малкова, А.И. Сидоров, Б.Х. Мусаев // Сборник трудов юбилейной конференции, посвященной 160-летию Александровской больницы. Часть 1. - СПб.: ООО «Полиграфист». - 2002. - С. 77-79.

65. Медико-демографические показатели Российской Федерации. 2010 год. Статистические материалы. - М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздравсоцразвития России, 2011. - 164 с.

66. Милица, Н.Н. Грыжа и грыжевая болезнь: новый взгляд на патогенез заболеваний / Н.Н. Милица, Ю.Д. Торопов, К.Н. Милица // Клш. хірургія. - 2009. - №1. - С. 35-37.

67. Муравьев, К.А. Причины летальных исходов от болезней органов пищеварения в стационарах хирургического профиля в Российской Федерации, Северо-Кавказском федеральном округе и Ставропольском крае в динамике за 10 лет [Электронный ресурс] / К.А. Муравьев, Д.Н. Сергеев // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». - 2011. - №3. - Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/318/30/>.

68. Муравьев, С.Ю. Преперитонеальное протезирование в лечении больных с ущемленными паховыми грыжами: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Муравьев Сергей Юрьевич. - Рязань, 2008. - 27 с.

69. Мусаев, Б.Х. Особенности практического применения лапароскопического лечения при ущемленных грыжах / Б.Х. Мусаев // Материалы научно-практической конференции ассоциации хирургов Санкт-

Петербурга / под ред. А.Е. Борисова, А.К. Рыбкина. - СПб.: НИИ Химии СПбГУ.

- 2001. - С. 152-155.

70. Намазов, Б.Б. Особенности диагностики и лечения острой кишечной непроходимости у больных с острой кишечной инфекцией: автореф. дис. . канд. мед. наук: 14.01.17 / Намазов Бехизод Бейдуллаевич. - СПб., 2010. - 19 с.

71. Нахумов, М.М. Диагностика и объем оперативных вмешательств при флегмоне и перфорации кишечника на фоне сальмонеллеза и дизентерии: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Нахумов Михаил Михайлович. - СПб., 2001. - 23 с.

72. Нестеренко, Ю.А. Ущемленная грыжа - пути улучшения результатов хирургического лечения / Ю.А. Нестеренко, А.А. Гринберг, А.В. Приказчиков // Рос. мед. журн. - 2000. - № 4. - С. 17-21.

73. Никуленов, С.Ю. Хирургическая тактика при ущемленных вентральных грыжах / С.Ю. Никуленов, Б.Б. Тхоржевский, Н.М. Щеглов // Материалы Выездного пленума Проблемной комиссии «Неотложная хирургия» и

Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 65-летию научного хирургического общества и 20-летию Ассоциации врачей хирургического профиля на Кавказских Минеральных Водах «Актуальные проблемы неотложной хирургии». - Пятигорск: РИА-КМВ. - 2011. - С. 88-89.

74. Нурмуханов, Б.М. Факторы, влияющие на исход операций у больных с ущемленными грыжами / Б.М. Нурмуханов // Вестн. Мед. центра Упр. делами Президента Респ. Казахстан. - 2010. - № 2. - С. 79-84.

75. Овчаренко, С.И. Кашель: симптом легочных и внелегочных заболеваний /

С. Овчаренко // Врач. - 2012. - № 2. - С. 2-5.

76. Овчинников, В.А. Абдоминальный компартмент-синдром / В.А. Овчинников, В.А. Соколов // Современ. технологии в медицине. - 2013. - Т. 5,

№ 1. - С. 122-129.

77. Озеров, В.Ф. Врачебные ошибки в структуре летальности при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости / Озеров В.Ф., Негрей В.А. // Материалы научно-практической конференции Ассоциации хирургов Санкт-Петербурга / под ред. А.Е. Борисова, А.К. Рыбкина А.К. - СПб.: НИИ Химии СПбГУ. - 2001. - С. 170-175.

78. Озманов, Ю.М. Возможности ультразвукового исследования в диагностике и выборе тактики лечения больных с острой кишечной непроходимостью в раннем послеоперационном периоде: автореф. дис. . канд. мед. наук: 14.00.27 / Озманов Юрий Мамиконович. - М., 2003. - 28 с.

79. Панова, Н.Г. Влияние измерения внутрибрюшного давления на прогнозирование течения заболевания у больных с острой кишечной непроходимостью / Н.Г. Панова, М.А. Онегин // Фундамент. исслед. - 2007. - №

10. - С. 120-121.

80. Паршиков, В.В. К вопросу о применении сетки в инфицированной ране /

В.В. Паршиков, А.П. Медведев, А.В. Самсонов [и др.] // Материалы Всероссийского форума «Пироговская хирургическая неделя». - СПб.: Изд-во С.- Петерб. ун-та. - 2010. - С. 138-139.

81. Паршиков, В.В. Оперативное лечение ущемленных грыж с применением сетчатых эндопротезов / В.В. Паршиков, А.А. Самсонов, Р.В. Романов [и др.] // Нижегород. мед. журн. - 2008. - № 6. - С. 19-22.

82. Паршиков, В.В. Современные технологии в хирургии грыж передней брюшной стенки / В.В. Паршиков, В.В. Петров, В.А. Ходак [и др.] // СТМ. - 2009. - № 1. - С. 32-38.

83. Пасечник, И.Н. Синдром внутрибрюшной гипертензии в хирургии: этиология, патогенез, методы диагностики и лечения / И.Н. Пасечник, Р.Р. Губайдуллин // Тольяттинский мед. консилиум. - 2012. - № 3-4. - С. 74-81.

84. Пешехонов, С.И. Стратегия совершенствования оказания неотложной

эндовидеохирургической помощи в условиях многопрофильного стационара: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Пешехонов Сергей Игоревич. - СПб.,

2009. - 24 с.

85. Раджабов, А.М. Оптимизация хирургической тактики при разущемившихся паховых грыжах: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Раджабов Аваз Миралиевич. - Душанбе, 2009. - 22 с.

86. Рыбачков, В.В. О хирургической тактике при ущемленных грыжах / В.В. Рыбачков, Е.Н. Кабанов, А.В. Тевяшов, Н.С. Абакшин // Хирургия. - 2011. - №

12. - С. 55-58.

87. Рябков, И.А. Субъективные факторы диагностических ошибок в неотложной хирургии [Электронный ресурс] / И.А. Рябков, Н.Д. Томнюк, В.Р. Кембель // Электронный научный журнал «Современные проблемы науки и образования». - 2009. - № 6. - С. 86-88. - Режим доступа: www.science-education.ru/34-1347.

88. Садыкова, Н.У. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж / Н.У. Садыкова, П.Г. Бронштейн, М.А. Шляхова, Ю.А. Демченко // Тезисы докладов Всероссийск. науч.-технич. конференции «Инновационные наукоемкие технологии: теория, эксперимент и практические результаты». - Тула: Изд-во «ТулГУ». - 2011. - С. 74-76.

89. Сажин, В.П. Ненатяжная пластика передней брюшной стенки при ущемленных послеоперационных вентральных грыжах / В.П. Сажин, Д.Е. Климов, И.В. Сажин [и др.] // Хирургия. - 2009. - № 7. - С. 4-6.

90. Самсонов, А.А. Атензионная аллопластика в хирургическом лечении ущемленных грыж передней брюшной стенки: автореф. дис. . канд. мед. наук:

14.0. 27 / Самсонов Антон Алексеевич. - Н. Новгород, 2009. - 27 с.

91. Сиразиев, И.Ш. Диагностика и объем операции при перитоните на фоне кишечных инфекций: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 /

Сиразиев Ильдар Шамилович. - СПб., 2001. - 24 с.

92. Соболев, В.Е. Лапароскопия при острой непроходимости кишечника / В.Е. Соболев // Эндоскоп. хирургия. - 2007. - № 2. - С. 18-20.

93. Стойко, Ю.М. Профилактика и лечение абдоминального компартмент-синдрома у больных с острой кишечной непроходимостью / Ю.М. Стойко, В.Ф. Зубрицкий, М.В. Забелин [и др.] // Вестн. НМХЦ им. Н.И. Пирогова. - 2010. - Т. 5, № 4. - С. 73-75.

94. Ступин, В.А. Ультразвуковая диагностика кишечной непроходимости / В.А. Ступин, С.В. Михайлузов, Р.Р. Мударисов [и др.] // Вестн. РГМУ. - 2007. - № 5 (58). - С. 13-19.

95. Суковатых, Б.С. Качество жизни больных после грыжесечения по поводу ущемленных вентральных грыж / Б.С. Суковатых, А.Н. Нетяга, Н.М. Валуйская, Н.В. Праведникова // Материалы VII конференции «Актуальные вопросы герниологии». - М.: ЗАО «Издательство ИКАР». - 2010. - С. 231-234.

96. Счастливец, И.В. Биомеханика кишечной стенки и кишечного шва, их роль в обеспечении надежности кишечных анастомозов (клинико-экспериментальное исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Счастливец Илья Вениаминович. - М., 2002. - 28 с.

97. Таймаскина, М.Т. Диагностика интраабдоминальных инфекционных осложнений после неотложных операций на органах брюшной полости: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Таймаскина Мария Тимофеевна. - М., 2007. - 27 с.

98. Татаринцев, А.В. Дефекты оказания медицинской помощи больным с острой абдоминальной хирургической инфекцией / А.В. Татаринцев // Материалы международной заочной научно-практической конференции «Вопросы современной медицины» (Часть II). - Новосибирск: Издательство «Сибирская ассоциация консультантов». - 2011. - С. 22-29.

99. Тедорадзе, В.О. Наш опыт хирургического лечения ущемленных грыж брюшной стенки / В.О. Тедорадзе, Д.М. Менабде, А.Л. Беридзе, К.Н.

Кашибадзе // Междунар. научн. журн. «Научные новости Грузии». - 2009. - № 4. - С. 62-64.

100. Тимербулатов, В.М. Ультразвуковое исследование у больных с перитонитом / В.М. Тимербулатов, И.В. Верзакова, Р.Г. Каланов Р.Г. [и др.] // Хирургия. - 2000. - № 1. - С. 22-24.

101. Томнюк, Н.Д. Анализ причин неудовлетворительных результатов хирургического лечения ущемленных грыж и пути их улучшения [Электронный ресурс] / Н.Д. Томнюк, И.А. Рябков, А.Н. Черных // Электронный научный журнал «Современные проблемы науки и образования». - 2009. - № 6. - С. 88-90. - Режим доступа: www.science-education.ru/34-1348.

102. Фатхутдинов, И.М. Выбор способа герниопластики у больных с ущемленными обширными и гигантскими послеоперационными грыжами [Электронный ресурс] / И.М. Фатхутдинов, Д.М. Красильников // Электронный научный журнал «Современные проблемы науки и образования». - 2008. - № 2. - С. 41-43. - Режим доступа: www.science-education.ru/21-687.

103. Федоров, А.Л. Выбор способа хирургического лечения ущемленных грыж брюшной стенки: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.17 / Федоров Алексей Леонидович. - Казань, 2012. - 21 с.

104. Федоров, А.Л. Применение антибиотиков и озонотерапии в лечении больных с ущемленными грыжами / А.Л. Федоров, Г.Г. Варченко, Д.В. Пасынков, И.В. Федоров // Материалы IX конференция «Актуальные вопросы герниологии». - М. - 2012. - С. 205-207.

105. Халилов, А.Д. Ультразвуковое исследование в диагностике послеоперационного перитонита / Халилов А.Д., Гадиев С.И., Сафаров А.О. // Хирургия. - 2000. - № 1. - С. 28-29.

106. Харитонов, С.В. Современные технологии в диагностике и определении тактики лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.27 / Харитонов

Сергей Викторович. - М.,

2005. - 46 с.

107. Харитонов, Е.А. Внутрибрюшное давление и его значимость при острой кишечной непроходимости: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.17 / Харитонов Елена Александровна. - СПб., 2010. - 19 с.

108. Харнас, С.С. Грыжи передней брюшной стенки (клиника, диагностика, лечение). Учебное пособие для студентов медицинских вузов / С.С. Харнас, А.В. Самохвалов, Л.И. Ипполитов. - М.: Издательский дом «Русский врач», 2009. - 84 с.

109. Хаткова, М.Д. Ошибки и осложнения оперативного пособия при паховых грыжах у гериатрических больных / М.Д. Хаткова, Ю.П. Савченко, С.Р. Федосов // Куб. науч. мед. вестн. - 2007. - № 4-5. - С. 163-165.

110. Чернов, В.Н. Социальные вопросы заболеваемости и летальности больных пенсионного, пожилого и старческого возраста при острой хирургической патологии / В.Н. Чернов, И.Е. Толстов // Клин. геронтология. - 2007. - Т. 13, № 5. - С. 63-68.

111. Чуб, Р.В. Лечение больных с портальной гипертензией и грыжей передней брюшной стенки: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Чуб Руслана Викторовна. - М., 2008. - 22 с.

112. Шапошников, Ю.Ю. Сравнительная оценка результатов операции Lichtenstein и традиционных способов аутопластики в плановой и экстренной хирургии паховых грыж: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.17 / Шапошников Юрий Юрьевич. - Астрахань, 2010. - 24 с.

113. Швачко, С.А. Использование полипропиленовых эксплантатов в неотложной хирургии грыж брюшной стенки: автореф. дис. ... канд. мед. наук:

14.0. 27 / Швачко Сергей Александрович. - М., 2008. - 25 с.

114. Шелест, В.Л. Особенности диагностики острых хирургических заболеваний органов брюшной полости на догоспитальном этапе / В.Л.

Шелест, А.П. Шелест, В.И. Миронов // Сиб. мед. журн. - 2008. - № 5. - С. 59-62.

115. Шестаков, Е.В. Влияние лазеротерапии на результаты применения сетчатых эндопротезов в urgentной хирургии вентральных грыж / Е.В. Шестаков // Материалы докладов Всероссийской конференции с международным участием «Молодые ученые - медицине». - Самара: ООО Издательство «Книга». - 2011. - С. 62-64.

116. Шеянов, С.Д. Острая кишечная непроходимость и внутрибрюшная гипертензия (обзор литературы) / С.Д. Шеянов, Е.А. Харитоновна // Вестн. С.- Петерб. ун-та. - 2009. - Сер. 11, вып. 4. - С. 150-160.

117. Шеянов, С.Д. Синдром интраабдоминальной гипертензии у пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости / С.Д. Шеянов, Я.Н. Кравчук, Е.А. Харитоновна // Вестн. С.-Петербург. ун-та. - 2009. - Сер. 11, вып. 3. - С. 151-163.

118. Шулутко, А.М. Некоторые геронтологические аспекты хирургического лечения паховых и пупочных грыж / А.М. Шулутко // Клин. геронтология. - 2006. - Т. 12, № 6. - С. 3-6.

119. Abbas, M.H. Outcome of strangulated inguinal hernia / M.H. Abbas // Pak. J. Med. Sci. - 2005. - Vol. 21, No. 4. - Pp. 445-450.

120. Abd Ellatif, M.E. Feasibility of mesh repair for strangulated abdominal wall hernias / M.E. Abd Ellatif, A. Negm, G. Elmorsy [et al.] // Int. J. Surg. - 2012. - Vol. 10, Iss. 3. - Pp. 153-156.

121. Abdel-Baki, N.A. Comparison of prosthetic mesh repair and tissue repair in the emergency management of incarcerated para-umbilical hernia: a prospective randomized study / N.A. Abdel-Baki, S.S. Bessa, A.H. Abdel-Razek // Hernia. - 2007. - Vol. 11, Iss. 2. - Pp. 163-167.

122. Abi-Haidar, Y. Risk Factors and Outcomes of Acute Versus Elective Groin Hernia Surgery / Y. Abi-Haidar, V. Sanchez, K.M.F. Itani // J. Am. Coll.

Surg. - 2011. - Vol. 213, No. 3. - Pp. 363-369.

123. Aguirre, D.A. Hernias: Imaging Features, Complications, and Diagnostic Pitfalls at Multi-Detector Row CT / D.A. Aguirre, A.C. Santosa, G. Casola, C.B. Sirlin // Radiographics. - 2005. - Vol. 25, No. 6. - Pp. 1501-1520.

124. Akcakaya, A. Comparison of Mechanical Bowel Obstruction Cases of Intraabdominal Tumor and Non-tumoral Origin / A. Akcakaya, M. Sahin, A. Coskun, S. Demiray // World J. Surg. - 2006. - Vol. 30, Iss. 7. - Pp. 1295-1299.

125. Akinci, M. Risk factors related with unfavorable outcomes in groin hernia repairs / M. Akinci, Z. Ergul, B. Kulah [et al.] // Hernia. - 2010. - Vol. 14, Iss. 5. - Pp. 489-493.

126. Alani, A. Prospective study on the presentation and outcome of patients with an acute hernia / A. Alani, B. Page, P. J. O'Dwyer // Hernia. - 2006. - Vol. 10, Iss. 1. - Pp. 62-65.

127. Alvarez, J.A. Incarcerated groin hernias in adults: Presentation and outcome / J.A. Alvarez, R. F. Baldonado, I. G. Bear [et al.] // Hernia. - 2004. - Vol. 8, Iss. 2. - Pp. 121-126.

128. Ammar, S.A. Management of complicated umbilical hernias in cirrhotic patients using permanent mesh: randomized clinical trial / S.A. Ammar // Hernia. - 2010. - Vol. 14, Iss. 1. - Pp. 35-38.

129. Arenal, J.J. Mortality associated with emergency abdominal surgery in the elderly / J.J. Arenal, M. Bengoechea-Beeby // Can. J. Surg. - 2003. - Vol. 46, No. 2. - Pp. 111-116.

130. Beltran, M.A. Abdominal compartment syndrome in patients with strangulated hernia / M.A. Beltran, R.A. Villar, K.S. Cruces // Hernia. - 2008. - Vol. 12, Iss. 6. - Pp. 613-620.

131. Bessa, S.S. Early results from the use of the Lichtenstein repair in the management of strangulated groin hernia / S.S. Bessa, K.M. Katri, W.N. Abdel-Salam, N.A. Abdel-Baki // Hernia. - 2007. - Vol. 11, Iss. 3. - Pp. 239-242.

132. Campanelli, G. Prosthetic abdominal wall hernia repair in emergency

surgery: from polypropylene to biological meshes [Электронный ресурс] / G. Campanelli, F. Catena, L. Ansaloni // World J. Emerg. Surgery. - 2008. - 3:33. - Режим доступа: <http://www.wjes.org/content/3/1/33>.

133. Carbonell, A.M. Poor outcomes in cirrhosis-associated hernia repair: a nationwide cohort study of 32,033 patients / A.M. Carbonell, L.G. Wolfe, E.J. DeMaria // Hernia. - 2005. - Vol. 9, Iss. 4. - Pp. 353-357.

134. Chiara, O. Surgical management of abdominal compartment syndrome / O. Chiara, S. Cimbanassi, S. Boati, G. Bassi // Minerva Anesthesiol. - 2010. - Vol. 77, No. 4. - Pp. 457-462.

135. Chiu, Y.-H. d-Dimer in patients with suspected acute mesenteric ischemia / Y.-H. Chiu, M.-K. Huang, C.-K. How [et al.] // Am. J. Emerg. Med. - 2009. - Vol. 27, Iss. 8. - Pp. 975-979.

136. Davies, M. Emergency presentation of abdominal hernias: outcome and reasons for delay in treatment - a prospective study / M. Davies, C. Davies, G. Morris- Stiff, K. Shute // Ann. R. Coll. Surg. Engl. - 2007. - Vol. 89, No. 1. - Pp. 47-50.

137. De Laet, I.E. Current insights in intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome: open the abdomen and keep it open! / I.E. De Laet, M. Ravyts, W. Vidts [et al.] // Langenbeck's Arch. Surg. - 2008. - Vol. 393, Iss. 6. - Pp. 833-847.

138. Deeba, S. Laparoscopic Approach to Incarcerated and Strangulated Inguinal Hernias / S. Deeba, S. Purkayastha, P. Paraskevas [et al.] // JSLS. - 2009. - Vol. 13, No. 3. - Pp. 327-331.

139. Deenichin, G.P. Abdominal Compartment Syndrome / G.P. Deenichin // Surg. Today. - 2008. - Vol. 38, Iss. 5. - Pp. 5-19.

140. Derici, H. Factors affecting morbidity and mortality in incarcerated abdominal wall hernias / H. Derici, H.R. Unalp, A.D. Bozdogan [et al.] // Hernia. - 2007. - Vol. 11, Iss. 4. - Pp. 341-346.

141. Douard, R. Operative risks of digestive surgery in cirrhotic patients /

R. Douard, C. Lentschener, Y. Ozier, B. Dousset // Gastroenterol. Clin. Biol. - 2009. - Vol. 33, Iss. 6-7. - Pp. 555-564.

142. Friedman, L.S. Surgery in the Patient with Liver Disease / L.S. Friedman // Trans. Am. Clin. Climatol. Assoc. - 2010. - Vol. 121. - Pp. 192-205.

143. Ge, B.-J. Risk factors for bowel resection and outcome in patients with incarcerated groin hernias / B.-J. Ge, Q. Huang, L.-M. Liu [et al.] // Hernia. - 2010. - Vol. 14, Iss. 3. - Pp. 259-264.

144. Good, D.W. Umbilical hernia rupture with evisceration of omentum from massive ascites: a case report [Электронный ресурс] / D.W. Good, J.E. Royds, M.J. Smith [et al.] // J. Med. Case Rep. - 2011. - 5:170. - Режим доступа: <http://www.jmedicalcasereports.com/content/5/1/170>.

145. Gray, S.H. Umbilical Herniorrhapy in Cirrhosis: Improved Outcomes with Elective Repair / S.H. Gray, C.C. Vick, L.A. Graham [et al.] // J. Gastrointest. Surg. - 2008. - Vol. 12, Iss. 4. - Pp. 675-681.

146. Gurita, R.E. Umbilical hernia alloplastic dual-mesh treatment in cirrhotic patients / R.E. Gurita, F. Popa, C. Balalau, R.V. Scaunasu // J. Med. Life. - 2013. - Vol. 6, Iss. 1. - Pp. 99-102.

147. Gurleyik, G. Abdominal surgical emergency in the elderly / G. Gurleyik, E. Gurleyik, S. Unalmiser // Turk. J. Gastroenterol. - 2002. - Vol. 13, No. 1. - Pp. 47-52.

148. Hur, Y.H. Inguinal hernia repair in patients with liver cirrhosis accompanied by ascites / Y.H. Hur, J.C. Kim, D.Y. Kim [et al.] // J. Korean Surg. Soc. - 2011. - Vol. 80, Iss. 6. - Pp. 420-425.

149. Ihedioha, U. Hernias are the most common cause of strangulation in patients presenting with small bowel obstruction / U. Ihedioha, A. Alani, P. Modak [et al.] // Hernia. - 2006. - Vol. 10, Iss. 4. - Pp. 338-340.

150. Ikoz, G. Is D-dimer a predictor of strangulated intestinal hernia? / G. Ikoz, O. Makay, M. Sozbilen [et al.] // World J. Surg. - 2006. - Vol. 30, Iss. 12. - Pp. 2165-2169.

151. Inagaki, M. «Tension-free» Herniorrhaphy for Groin Hernias in Patients with Cirrhosis: Report of Four Cases / M. Inagaki, J. Goto, T. Okayama [et al.] // Surg. Today. - 2009. - Vol. 39, Iss. 6. - Pp. 540-543.

152. Iqbal, A. A study of intragastric and intravesicular pressure changes during rest, coughing, weight lifting, retching, and vomiting / A. Iqbal, M. Haider, R.J. Stadlhuber [et al.] // Surg. Endosc. - 2008. - Vol. 22, Iss. 12. - Pp. 2571-2575.

153. Jancelewicz, T. Predicting Strangulated Small Bowel Obstruction: An Old Problem Revisited / T. Jancelewicz, L.T. Vu, A.E. Shawo [et al.] // J. Gastrointest. Surg. - 2009. - Vol. 13, No. 1. - Pp. 93-99.

154. Khaled, A. Clinical outcome of use of mesh in acute hernia / A. Khaled, A. Abd Al-Latief, A.A. Mohamed, B. Taha // EJS. - 2013. - Vol. 32, No. 1. - Pp. 37-41.

155. Kim, S.H. MELD-Based Indices as Predictors of Mortality in Chronic Liver Disease Patients Who Undergo Emergency Surgery with General Anesthesia / S.H. Kim, Y.D. Han, J.G. Lee [et al.] // J. Gastrointest. Surg. - 2011. - Vol. 15, Iss. 11. - Pp. 2029-2035.

156. Kobayashi, S. Effectiveness of Diagnostic Paracentesis and Ascites Analysis for Suspected Strangulation Obstruction / S. Kobayashi, K. Matsuura, K. Matsushima [et al.] // J. Gastrointest. Surg. - 2007. - Vol. 11, Iss. 3. - Pp. 240-246.

157. La Mura, F. Emergency treatment of complicated incisional hernias: a case study [Электронный ресурс] / F. La Mura, R. Cirocchi, E. Farinella [et al.] // Ann. Surg. Innov. Res. - 2009. - 3:15. - Pp. 1-5. <http://www.surgicaljournal.com/content/3/1/15>.

158. Lee, R.K. Intra-abdominal Hypertension and Abdominal Compartment Syndrome: A Comprehensive Overview / R.K. Lee // Crit. Care Nurse. - 2012. - Vol. 32, No. 1. - Pp. 19-31.

159. Leubner, K.D. What is the risk of bowel strangulation in an adult with an untreated inguinal hernia? / K.D. Leubner, W.M. Chop, B. Ewigman, B. Loven // J. Fam. Pract. - 2007. - Vol. 56, Iss. 12. - Pp. 1039-1041.

160. Lo, O.S.H. Early outcomes of surgery for small bowel obstruction:

analysis of risk factors / O.S.H. Lo, W.L. Law, H.K. Choi [et al.] // *Langenbeck's Arch. Surg.* -

2007. - Vol. 392, Iss. 2. - Pp. 173-178.

161. Martinez-Serrano M.A. Risk of death after emergency repair of abdominal wall hernias. Still waiting for improvement / M.A. Martinez-Serrano, J.A. Pereira, J. Sancho [et al.] // *Langenbeck's Arch. Surg.* - 2010. - Vol. 395, Iss. 5. - Pp. 551-556.

162. Martinez-Serrano, M.A. Specific improvement measures to reduce complications and mortality after urgent surgery in complicated abdominal wall hernia / M.A. Martinez-Serrano, J.A. Pereira, J. Sancho [et al.] // *Hernia.* - 2012. - Vol. 16, Iss. 2. - Pp. 171-177.

163. McKay, A. Umbilical hernia repair in the presence of cirrhosis and ascites: results of a survey and review of the literature / A. McKay, E. Dixon, O. Bathe, F. Sutherland // *Hernia.* - 2009. -Vol. 13, Iss. 5. - Pp. 461-468.

164. Morris-Stiff, G. Hernioscopy: a useful technique for the evaluation of incarcerated hernias that retract under anaesthesia / G. Morris-Stiff, A. Hassn // *Hernia.*

- 2008. - Vol. 12, Iss. 2. - Pp. 133-135.

165. Neeff, H. Perioperative Mortality After Non-hepatic General Surgery in Patients with Liver Cirrhosis: an Analysis of 138 Operations in the 2000s Using Child and MELD Scores / H. Neeff, D. Mariaskin, H.-C. Spangenberg [et al.] // *J. Gastrointest. Surg.* - 2011. - Vol. 15, Iss. 1. - Pp. 1-11.

166. Nieuwenhuizen, J. The use of mesh in acute hernia: frequency and outcome in 99 cases / J. Nieuwenhuizen, G.H. van Ramshorst, J.G. ten Brinke [et al.] // *Hernia.* -

2011. - Vol. 15, Iss. 3. - Pp. 297-300.

167. Nilsson, H. Mortality after groin hernia surgery: delay of treatment and cause of death / H. Nilsson, E. Nilsson, U. Angeras, P. Nordin // *Hernia.* - 2011. - Vol. 15, Iss. 3. - Pp. 301-307.

168. Oh, H.-K. Inguinal Hernia Repair in Patients with Cirrhosis is not

Associated with Increased Risk of Complications and Recurrence / H.-K. Oh, H. Kim, S. Ryoo [et al.] // World J. Surg. - 2011. - Vol. 35, Iss. 6. - Pp. 1229-1233.

169. Ohana, G. Inguinal hernia: Challenging the traditional indication for surgery in asymptomatic patients / G. Ohana, I. Manevitch, R. Weil [et al.] // Hernia. - 2004.

- Vol. 8, Iss. 2. - Pp. 117-120.

170. Ohene-Yeboah, M. Acute intestinal obstruction in adults in Kumasi, Ghana / M. Ohene-Yeboah, E. Adippah, K. Gyasi-Sarpong // Ghana Med. J. - 2006. - Vol. 40, No. 2. - Pp. 50-54.

171. Papaziogas, B. Tension-free repair versus modified Bassini technique (Andrews technique) for strangulated inguinal hernia: a comparative study / B. Papaziogas, Ch. Lazaridis, J. Makris [et al.] // Hernia. - 2005. - Vol. 9, Iss. 2. - Pp. 156-159.

172. Pavlovic, D.B. Intraabdominal hypertension and abdominal compartment syndrome in the intensive care unit / D.B. Pavlovic, V.M. Kogler // Signa Vitae. -

2006. - Vol. 1, No. 1. - Pp. 13-15.

173. Peker, Y. Correlation of Biochemical Markers with Histopathological Findings in Experimental Strangulated Hernia / Y. Peker, F. Yildiz, N. Zeybek [et al.] // Trakya Univ. Tip. Fak. Derg. - 2010. - Vol. 27, Iss. 3. - Pp. 287-291.

174. Podymow, T. Spontaneous paracentesis through an umbilical hernia / T. Podymow, C. Sabbagh, J. Turnbull // CMAJ. - 2003. - Vol. 168, No. 6. - P. 741.

175. Radle, J. Operative Risk in Patients with Liver and Gastrointestinal Diseases / J. Radle, B. Rau, S. Kleinschmidt, S. Zeuzem // Dtsch. Arztebl. - 2007. - Vol. 104, Iss.

26. - Pp. 1627-1634.

176. Rebuffat, C. Laparoscopic repair of strangulated hernias / C. Rebuffat, A. Galli, M.S. Scalambra, F. Balsamo // Surg. Endosc. - 2006. - Vol. 20, Iss. 1. - Pp. 131

134.

177. Sarit, C. Minimally Invasive Repair of Recurrent Strangulated Umbilical Hernia in Cirrhotic Patient With Refractory Ascites / C. Sarit, A. Eliezer, S. Mizrahi // *Liver Transpl.* - 2003. - Vol. 9, No. 6. - Pp. 621-622.
178. Schachtrupp, A. Intra-abdominal pressure: a reliable criterion for laparostomy closure? / A. Schachtrupp, J. Hoer, C. Tons [et al.] // *Hernia.* - 2002. - Vol. 6, Iss. 3. - Pp. 102-107.
179. Schein, M. Small Bowel Obstruction - Who Needs an Operation? / M. Schein, A. Assalia // *World J. Surg.* - 2010. - Vol. 34, Iss. 5. - Pp. 920-922.
180. Scorza, K. Evaluation of Nausea and Vomiting / K. Scorza, A. Williams, D.J. Phillips, J. Shaw // *Am. Fam. Physician.* - 2007. - Vol. 76, No. 1. - Pp. 76-84.
181. Shakya, V.C. A prospective study on clinical outcome of complicated external hernias / V.C. Shakya, C.S. Agrawal, S. Adhikary // *Health Renaissance.* - 2012. - Vol. 10, No. 1. - Pp. 20-26.
182. Sieh, K.-M. Intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome / K.-M. Sieh, K.-M. Chu, J. Wong // *Langenbeck's Arch. Surg.* - 2001. - Vol. 386, No. 1. - Pp. 53-61.
183. Tanaka, N. Clinical Study of Inguinal and Femoral Incarcerated Hernias / N. Tanaka, N. Uchida, H. Ogihara [et al.] // *Surg. Today.* - 2010. - Vol. 40, Iss. 12. - Pp. 1144-1147.
184. Tong, P. Fibrin glue and porcine-derived mesh repair of ruptured umbilical hernia in a patient with ascites / P.Tong, J.Ha, H. Chandraratna // *Eur. Surg.* - 2011. - Vol. 43, Iss. 1. - Pp. 55-57.
185. Triantos, C.K. Incarcerated Umbilical Hernia after Large Volume Paracentesis for Refractory Ascites / C.K. Triantos, I. Kehagias, V. Nikolopoulou, A.K. Burroughs // *J. Gastrointest. Liver Dis.* - 2010. - Vol. 19, No. 3. - P. 245.
186. Wysocki, A. Use of polypropylene prostheses for strangulated inguinal and incisional hernias / A. Wysocki, M. Pozniczek, J. Krzywon, L. Bolt // *Hernia.* - 2001. - Vol. 5, Iss. 2. - Pp. 105-106.

187. Zafar, H. Emergency incisional hernia repair: a difficult problem waiting for a solution [Электронный ресурс] / H. Zafar, M. Zaidi, I. Qadir, A.A. Memon // Ann. Surg. Innov. Res. - 2012. - Vol. 6, No. 1. - Режим доступа: <http://www.asir-journal.com/content/6/1/1>.

188. Zalzman, M. Helical CT Signs in the Diagnosis of Intestinal Ischemia in Small-Bowel Obstruction / M. Zalzman, M. Sy, V. Donckier [et al.] // AJR. - 2000. - Vol. 175, No. 6. - Pp. 1601-1607.

189. Zerbib, Ph. Emergency Major Abdominal Surgery in Patients over 85 Years of Age / Ph. Zerbib, J.F. Kulick, G. Lebuffe [et al.] // World J. Surg. - 2005. - Vol. 29, Iss. 7. - Pp. 820-825.

190. .Мезенев С.А. Грыжи детского возраста и их оперативное лечение, -нов. хир. арх.,- 1931,-Т.25, кн. I, - С.79.

191. Литтман И. Оперативная хирургия. Будапешт 1981. перевод с Вингерского. - С.35. '61 .Лобачёв С.В.,Виноградова О.И. Ущемлённые грыжи и их лечение. М, - 1958. - С.45-50.

192. Х.Никифоров А.Н. Результаты лечения > паховых грыж у детей. // Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины. -Минск,- 1975. -С.317-372.

193. Holder T.M. Ashcraft K.V. Groin hernias and hydroceles. In Holder TM, Ashcraft KV (Editors), Textbook of Pediatric Surgery. WB Saunders, Philadelphia. 1980. - С.594.,

194. Steinau G., Schleaf J., Lambertz M., Schumpelick V. Incidence of contralateral inguinal hernias in infancy and childhood. // Langenbecks Arch Chir. 1997. - Т.382. - № 5. - С.252-6.

195. Вайнштейн А. С., Бутов С.П. Отдалённые результаты грыжесечения с пластикой пахового канала по Спасокукоцкому. // Вестник, хир., 1961. - Т.86, - № 5. - С.57-58.

196. Бокастова О.С. Паховые грыжи у детей. // Хирургия, 1937.- № 6. С.55-67.

197. Звягинцев Н.А. Труды первого пленума Всероссийского

научного медицинского общества хирургов. Красноярск, - 1958.

198. Фрезер Р.Н. Ошибки и опасности в диагностике и лечении сущемлёнными паховыми грыжами. // Материалы^ научно-практической конференции врачей. Хмельницкой области. 1972.- С.44-45.

199. Powell T.G., Hallows J.A., Cooke RWI. Pharoah POD. Why do so many small infants develop an inguinal hernia? // Arch. Dis. Child. -1986. Т.61. - С.991-995.

200. Tank E.S., Hatch PA. Hernias complicating chronic ambulatory peritoneal dialysis in children. // J Pediatr Surg. 1986. - Т.21.- С.41-42.

201. Harper R.G., Garcia A., Sia C. Inguinal hernia: A common problem of premature infants weighing 1000 grams or less at birth. // Pediatrics.- 1975.- Т.56.-С.112-115.

202. Powell T.G., Hallows J.A., Cooke RWI. Pharoah POD. Why do so many small infants develop an inguinal hernia? // Arch. Dis. Child. -1986. Т.61. - С.991-995.

203. Steinau G., Schleef J., Lambertz M., Schumpelick V. Incidence of contralateral inguinal hernias in infancy and childhood. // Langenbecks Arch Chir. 1997. - Т.382. - № 5. - С.252-6.

204. Fonkalsrud EW., de Lorimier AA., Clatvorthy HW. Femoral and direct Inguinal hernia in infants and children. I I JAMA. 1965.- Т. 192. С.597-599.

205. Cox JA. Inguinal hernias of childhood. // Pediatr. Clin. Nort. Am. 1985.-Т. 65. - С.1331-1342.

206. Kiesewetter W.B. The Timing of Elective Surgery. // Z. kinderchir.- 1972. Т.11. - № 2. - С.153-160.

207. Morse G.S. Pediatric outpatient surgery. I I Pediatric Surg. 1972.- Т.7. № 3. - С.283-286.

208. Harouna Y., Vanneuville G. Inguinal hernia in pediatric practice. // Arch Pediatr. 2000. - Т.7. -№11.- С. 1235-7.

209. Ameh E.A. Morbidity and mortality of inguinal hernia in the newborn. Paediatric Surgery Unit, Department of Surgery, Ahmadu Bello
210. Omar A.M., Shaheen AN., Geryani MH. Treatment strategy of inguinal hernia in infants and children in Eastern Libya. // Saudi Med J. 2004. - T.6. - C.753-5.
211. Timmers L., Hamming JF., Oostvogel HJ. Non-incarcerated inguinal hernia in children: operation within 7 days not necessary. Ned Tijdschr Geneesk. 2005. - T.149. - №5. - C.247-50.
212. Marinkovic S., Bukarica S., Cvejanov M., Pekovic-Zrnic V., Jokic R., Dobanovacki D. Inguinal herniotomy in prematurely born infants. // Med Pregl. 1998. - T.51. - № 5-6. - C.228-30.
213. Palmer B. V. Incarcerated inguinal hernia in children. // Ann Roy Coll Surg Engl. 1978. - T.9. - № 1. - C.37-42.
214. Misra D. Inguinal hernias in premature babies: wait or operate? 11 Acta Paediatr. 2001. - T.90. - № 4. - C:370-1.
215. Баиров Г.А. Неотложная хирургия новорожденных. Л., — 1963. - С. 126-131.
216. Бокастова О.С. Паховые грыжи у детей. // Хирургия, 1937.- № 6. С.55-67.
217. Терновский С Д. О показаниях к, операции паховой грыже в детском возрасте. Вопросы социальной гигиены, физиологии и патологии детского возраста. — М., — 1953. — С.145-146.
218. Бакшеев Ю.А. Оперативное лечение паховых грыж у детей по способу Краснобаева. // Дис. . канд.мед.наук. Хабаровск, - 1967.
219. Булыгина Н.В. Каплина Э.М. Оценка ближайших результатов после грыжесечения у детей. // Актуальные вопросы педиатрии и детской хирургии. Караганда, 1971. - С.102-105.
220. Гисак С.Н. Особенности телосложения, ирургическая анатомия и оперативное лечение паховых грыж у детей // Дис. .канд. мед. наук. 1973.
221. Keeley J.L. Isolation and Management of the sac of Hernias in infant

and small children. // Surg Clin N Amer. 1971. - Т.51. № 6.-С. 1377-1382.

222. Moosman D.A. Oelrich T.M. Prevention of Accidental Trauma to the ilioinguinal nerve during inguinal Herniorrhaphy. // Amer. Surg. 1977. - Т.133. - № 2. - С.146-148.

223. Hogger C. Schädigung Hodens und des Ovar bei eingeklemmten Leistenbrüchen im Säuglings und Kleinkindesalter. // Z. Kinderchir.- 1978. Т.23. № 3. - С.293-302.

224. Венгеровский И.С., Земляков Ю.К. О методике операции паховой грыжи у маленьких детей. // Хирургия, - 1967 - Т.1, 6. - С.59-61.

225. Мыш В.М. Processus vaginalis в детском возрасте. Дис. - СПб,- 1898. С.38-40.

226. Tackett L.D., Breuer C.K., Luks FJ., Caldamone A.A, Breuer J.G, DeLuca F.G, Caesar R.E, Efthemiou E, Wesselhoeft C.W. Jr. Incidence of contralateral inguinal hernia: a prospective analysis. // J Pediatr Surg.- 1999. Т.34. - № 5. - С.684-7; 687-8.