

резекции. - Хирургия, 1995, № 3

3. Гальперин Э. И. Актуальные вопросы резекции печени. – Хирургия, 1980

4. Ефименко Н. И. Послеоперационный перитонит. – Автореф. докт. дисс., М., 1995

5. Журавлёв В. А. Решённые и нерешённые вопросы хирургии печени. – Хирургия, 1996, № 6

6. Корнилов А. Г. Хирургия очаговых образований печени. – Автореф. докт. дисс., Иркутск, 2005

7. Радзиховский А. П., Бобров О. Е., Ткаченко А. А. Релапаротомия. – Киев, 2001

8. Смирнов Е. В., Мжельский В. С. Ошибки и опасности при операциях на печёночном и общем жёлчном протоках. – Хирургия, 1968, № 9

### Хулоса

## РАВАНДҲОИ МУОСИРИ ТАШХИСИ КОМПЛЕКСӢ ВА ИЛОЧИ ҶАРРОҲИИ ИЛТИҲОБИ САФРОИИ БАӢДИҶАРРОҲИИ СИФОҚ

**Н. М. Даминова, К. М. Курбонов**

Дар мақола натиҷаҳои ташхиси маҷмӯӣ ва илочи ҷарроҳии 140 беморони гирифтори илтиҳоби сафроии баъдиҷарроҳии сифоқ оварда шудааст.

Муаллифон муайян намуданд, ки дар 81,1% мавридҳо сабаби пайдоиши оризаи зикршуда саҳҳои таботатии услубию усулӣ мебошанд.

Тарзи самараноки ташхиси бармаҳали аворизи зикршуда ташхисҳои фавқусадой ва лапароскопӣ мебошанд, ки барои сари вақт гузаронидани релапаротомия (шикамбурии такрорӣ) имконият фаро меоранд.

### Summary

## CONTEMPORARY ASPECTS OF COMPLEX DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT POSTOPERATIVE BILIARY PERITONITIS

**N.M. Daminova, K.M. Kurbonov**

In the work the results of complex diagnostics and surgical treatment of 140 patients with postoperated biliar peritonitis were analyzed. The authors showed that in 81,1% of cases the cause of postoperated biliar peritonitis was tactic and technic medical mistakes. Effective method of yearly diagnostics of this complication is USR and laparoscopy wich allows to make relaparotomy opportunely.

---

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ПРИ РАЗУЩЕМИВШИХСЯ ГРЫЖАХ ЖИВОТА

**А.М. Раджабов**

Кафедра хирургических болезней №1

**Введение.** Спорным и дискуссионным до настоящего времени остаётся вопрос хирургической тактики при разущемившихся грыжах живота. Однозначного решения тактики в этих случаях быть не может, поскольку оно предопределено характером морфологических изменений в ущемлённых органах, тяжестью состояния больного, наличием сопутствующих заболеваний, возможно, квалификацией хирурга [1,2]. С внедрением в хирургическую практику современных технологий в значительной степени изменилась и хирургическая тактика при указанной патологии [3-5].

**Цель исследования:** разработка хирургической тактики при разущемившихся грыжах живота с учётом современных достижений медицинской технологии.

**Материалы и методы.** Располагаем опытом диагностики и лечения 180 больных с разущемившимися грыжами живота, находившихся на лечении в клинике с 1995 по 2005 гг.: мужчин было 102 (56,6%), женщин - 78 (43,4%). Наиболее часто (51,1%) к самостоятельному вправлению были предрасположены паховые и срединные грыжи (31,6%). В большом количестве наблюдений

разущемление наблюдалось у больных женского пола при бедренных (92,8%) и срединных (58,3%) грыжах, тогда как у мужчин чаще всего имело место разущемление паховых грыж (75 или 81,5%).

Для диагностики грыж живота и их осложнений наряду с объективными методами исследования проведены УЗИ и эндовидеохирургические исследования с помощью аппарата «Lewton», а также клинично-лабораторные исследования.

**Результаты и их обсуждение.** Больные с разущемившимися грыжами живота разделены на две группы. В первую, контрольную группу включены 120 человек (66,7%), лечившихся в клинике с 1995 по 2000 гг., к которым применялась общепринятая тактика. Во вторую основную группу включены 60 пациентов (33,3%), находившихся на лечении с 2000 по 2005 гг., у которых хирургическая тактика зависела от результатов проведённых УЗИ грыжевых ворот и брюшной полости, а также лапароскопических вмешательств в том или ином объёме.

Из 120 наблюдений больных контрольной группы оперативное вмешательство было выполнено у 74 человек (61,7%), при этом наиболее часто оперировались больные с паховыми и бедренными разущемившимися грыжами. Во время операции у 52 больных (70,3%) выявлено наличие деструктивного процесса в тонком кишечнике и в большом сальнике, требовавшего соответствующей хирургической коррекции. У 22 больных (29,7%) во время операции патологических изменений в органах брюшной полости не выявлено. В послеоперационном периоде произошло в 5 летальных исходов, причиной которых были инфаркт миокарда (2), острая сердечно-сосудистая недостаточность (2) и двухсторонняя бронхопневмония (1). Все пациенты были пожилого и старческого возраста, имевшие сопутствующую патологию.

Практический интерес представляют ещё 22 больных (18,3%) контрольной группы, у которых на 2-3 сутки после разущемления грыжи выявлены симптомы перитонита, потребовавшие выполнения лапаротомии, где причиной были деструктивные изменения в тонком и толстом кишечнике. В послеоперационном периоде случилось 2 летальных исхода, причиной которых оказались продолжающийся послеоперационный перитонит (1) и тромбоз мезентериальных сосудов (1). Следует отметить, что причинами низкой операбельности больных с разущемившимися грыжами живота являются: тяжесть общего состояния пациента, вызванная сопутствующими заболеваниями в стадиях декомпенсации; отказ самих больных от вмешательства из-за боязни операции; «привычка» к имеющемуся заболеванию, что в общей сложности обусловлено невысокой медицинской осведомлённостью больных пожилого и старческого возраста; нерациональное использование хирургами дополнительных исследований, в частности, современных технологий.

С внедрением в хирургическую практику современных медицинских технологий, начиная с 2000 г., 60 (33,3%) больным с разущемившимися грыжами живота для диагностики и лечения широко использовали ультразвуковую, лапароскопическую локальную спектроскопию и эндовидеохирургическое исследование с диагностической и лечебной целью. На УЗИ у 29 (48,3%) больных из 60 диагностировали наличие в брюшной полости свободной жидкости: геморагической - у 16 пациентов; серозной - у 13, требовавшей выполнения герниолапаротомии, резекции тонкой кишки и традиционной герниопластики. У 17 больных (28,3%) выявили наличие раздутых петель тонкой кишки с наличием жидкостью в её просвете. В послеоперационном периоде наблюдалось 2 летальных исхода, причиной которых явилось нарушение мозгового кровообращения (1) и послеоперационный перитонит (1). Использование лапароскопии с локальной спектроскопией у 31 больного с разущемившимися грыжами живота в 14 случаях выявлено нарушение жизнеспособности ущемлённых органов (тонкой кишки и большого сальника). При этом у 6 больных установлен некроз участка большого сальника. Им выполнена лапароскопическая резекция пряди сальника с устранением грыжи, а при некрозе тонкой кишки 8 больным выполнили герниолапаротомию, резекцию тонкой кишки с герниопластикой. Осложнения с летальным исходом наблюдались у 2 больных, причинами которых явились интоксикация (1), продолжающийся перитонит с острой печёочно-почечной недостаточностью (1). У 17 больных, которым лапароскопия выполнялась после самостоятельного вправления ущемлённых органов, нарушений их жизнеспособности не выявлено, при этом во всех случаях произведено лапароскопическое устранение грыж.

После эндовидеохирургических вмешательств осложнение наблюдалось в 2 случаях с нагноением ран в проекции введённых троакаров. Летальных исходов при этом не наблюдалось.

#### **Выводы**

1. В комплекс диагностических мероприятий при разущемившихся грыжах целесообразно включение УЗИ, лапароскопии в сочетании с локальной спектроскопией.

2. Применение видеоэндоскопических технологий при разущемившихся грыжах оптимизирует хирургическую тактику, уменьшает частоту осложнений и летальных исходов, особенно у больных с высоким операционным риском.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Борисов А.Е. и др. Проблемы острого живота. //СПб, 2003
2. Борисов А.Е., Левин Л.А. Возможности эндохирургической технологии при ущемлённых грыжах. //Вестник хирургии им. И.И. Грекова, 2004
3. Мохнюк Ю.Н., Пугачёв А.Д., Яремчук А.Я. Анализ летальных исходов при ущемлении наружных грыж живота. //Клиническая хирургия, 1984
4. Мирошников Б.И. Экстренная абдоминальная хирургия. //СПб, 1994
5. Milkhan K.W., Deziel D.J. The management of hernia. Considerations in costeffectiveness //Surg Clin N/Amer - 1996

#### **Хулоса**

### **МУНОСИБАТИ МУОСИР ДАР МАВРИДИ ЧУРРАИ АЗ ҚИССӢ ОЗОДШУДАИ ШИКАМ**

**А.М. Раҷабов**

Муаллиф таҷрибаи ташхиси маҷмӯӣ ва табобати ҷарроҳии 180 беморони ҷурраи аз қиссӣ озодшудаи шикамро таҳлил ва ҷамъбаст кардааст.

Муайян гардидааст, ки истифодаи усулҳои ташхисии фавқусадой ва наззораи лапароскопӣ имконият медиҳанд ҳолати узви баъд аз қиссӣ озодшударо муайян карда, тарзи табобати самараноки созгор интихоб шавад.

#### **Summary**

### **CONTEMPORARY APPROACHS UNDER DISSTRANGULATED ABDOMEN HERNIA**

**A.M. Rajabov**

In the work the experience of complex diagnostics and surgical treatment of 180 patients with disstrangulated abdomen hernia was analyzed. The author achieved that method USI and videolaparoscopy allows to determinate the state of disstrangulated organ choosing the most optimal therapy in time.

---

### **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КРИОГЕННЫХ МЕТОДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕМАНГИОМ ПОКРОВОВ ТЕЛА**

**А.М. Ходжаева, А.А. Азизов, М.Н. Шакиров, М.М. Шакиров**

Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реанимации

**Введение.** Гемангиома – доброкачественная сосудистая опухоль, встречающаяся у детей чаще других. Гемангиомы занимают около 60% всех опухолей детского возраста, причём из общего количества - 60% их локализуется в области головы и шеи (2,3). Несмотря на распространённость данной патологии, проблема её диагностики и тактики лечения различных форм продолжает оставаться одной из актуальнейших в хирургии. Это подтверждается тем, что