

Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение высшего образования
«РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ»
КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

ВИНОГРАДОВСКИЕ ЧТЕНИЯ

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИИ,
ТРАВМАТОЛОГИИ, АНЕСТЕЗИОЛОГИИ
И РЕАНИМАТОЛОГИИ**

*Материалы
конференции молодых учёных*

Москва, 21 апреля 2023 г

Москва
Российский университет дружбы народов
2023

УДК 617-089(063)
ББК 53/57
В49

Утверждено
РИС Ученого совета
Российского университета
дружбы народов

Ответственный за выпуск –
доктор медицинских наук, профессор *Н.В. Лебедев*

В49 Виноградовские чтения. Актуальные проблемы хирургии, травматологии, анестезиологии и реаниматологии : материалы конференции молодых учёных. Москва, 21 апреля 2023 г. / отв. за вып. Н. В. Лебедев. – Москва : РУДН, 2023. – 22 с.

ISBN 978-5-209-12039-1

Работы представлены в авторской редакции, орфографии и пунктуации.

УДК 617-089(063)
ББК 53/57

ISBN 978-5-209-12039-1

© Коллектив авторов.
Отв. за вып. Н.В. Лебедев, 2023
© Оформление. Российский университет
дружбы народов, 2023

СОДЕРЖАНИЕ

<i>В.С. Шадрина, А.П. Беляков, Н.В. Лебедев</i> О ВЫБОРЕ СПОСОБА ЗАВЕРШЕНИЯ ЛАПАРОТОМИИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ	5
<i>С.И. Мирзоев, Б.Д. Карабаев, К.И. Саидзода, А.Е. Климов</i> ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ РИСКА УЩЕМЛЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ	7
<i>А.А. Артемьев, Е.М. Горишунова, Н.С. Коломиец, Аль-М.К.М. Арики, Н.А.К. Перера</i> КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА ЛОКАЛЬНОГО ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ.....	9
<i>И.Р. Мухаев, М.В. Косаченко, А.А. Бархударов</i> ПРИМЕНЕНИЕ ICG ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА КРАТКОВРЕМЕННОГО ПРЕБЫВАНИЯ	11
<i>М.Ш.Ф. Мекхаэль, А.А. Джабиев, А.В. Протасов</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ САМОФИКСИРУЮЩИХСЯ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТАТОВ ПРИ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ ПЕРЕДНИМ ДОСТУПОМ	13

<i>М.Ш.Ф. Мекхаэль, А.А. Джабиев, А.В. Протасов</i> ПОДБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ФИКСАЦИИ СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТАТА ПРИ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ	15
<i>А.А. Джабиев, М.Ш.Ф. Мекхаеэль, А.В. Протасов</i> СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ САМОФИКСИРУЮЩЕГОСЯ И ПОДШИВАЕМОГО СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТАТОВ ПРИ ПЕРЕДНЕЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ	17
<i>А.А. Джабиев, М.Ш.Ф. Мекхаеэль, А. В. Протасов</i> СРАВНЕНИЕ ШОВНОГО МАТЕРИАЛА И ГЕРНИОСТЕПЛЕРА КАК МЕТОДЫ ФИКСАЦИИ СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТАТА ПРИ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ	19
<i>Н.М. Пашазаде, А.Е. Климов</i> СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ГРУППЕ ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	21

О ВЫБОРЕ СПОСОБА ЗАВЕРШЕНИЯ ЛАПАРОТОМИИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ

В.С. Шадрина, А.П. Беляков, Н.В. Лебедев
Кафедра факультетской хирургии Медицинского института
Российского университета дружбы народов, Москва

Введение. В настоящее время в практической хирургии применяется три способа завершения первичной лапаротомии при распространенном перитоните: 1. закрытый метод (ушивание раны передней брюшной стенки наглухо) 2. этапные планируемые операции (релапаротомия «по плану»), 3. методика открытого живота (лапаростомия). Выбор варианта завершения лапаротомии зависит от связанных с перитонитом изменений в брюшной полости и тяжести состояния больного, зачастую основывается на личном опыте хирурга. В настоящее время отсутствуют рандомизированные контролируемые исследования, определяющие показания, преимущества одного способа над другим.

Цель исследования. Определить наиболее значимые критерии для выбора способа завершения лапаротомии при распространенном вторичном перитоните.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 686 больных, поступивших с клинической картиной распространенного вторичного перитонита в клинику факультетской хирургии Российского университета дружбы народов на базе ГКБ им. В.В. Виноградова в период с мая 2015 г. по декабрь 2022 г. Возраст больных варьировал от 16 до 95 лет (в среднем $53,4 \pm 8,7$ года). Соотношение мужчин и женщин - 1,2:1 (377:309). Закрытый метод завершения лапаротомии применен у 345 больных (умерло 77, 22.3%), этапные планируемые операции у 28 (умерло 18, 64.3%), методика открытого живота у 11 (умерло 5, 45.5%). Релапаротомия по требованию выполнена 44 больным (умерло 21, 47.7%). Общая летальность составила

15.0% (умерло 103 больных). Основными причинами смерти являлся сепсис/септический шок (67 наблюдений, 65,0%), острая сердечно сосудистая и дыхательная недостаточность (15 больных, 14,6%).

Результаты. Проведен анализ факторов, влияющих на исход лечения 686 больных в зависимости от способа завершения лапаротомии. Результаты качественных признаков были выражены в абсолютных числах с указанием долей (%). При помощи сравнения номинальных данных в группах (использованы критерии χ^2 Пирсона, χ^2 с поправкой Йейтса, точный критерий Фишера) и относительных показателей (использован показатель отношения шансов (ОШ), рассчитаны границы 95% доверительного интервала [95% ДИ]) нами был отобран ряд показателей, являющихся наиболее значимыми для определения хирургической тактики при распространенном перитоните (статистически значимыми считались различия при $p \leq 0,05$): характер наложения фибрина, распространенность перитонита, продолжительность перитонита более 24 часов, экссудат, наличие системной воспалительной реакции, возраст, наличие злокачественной опухоли ЖКТ, невозможность полноценной санации очага инфекции, внутрибрюшное давление более 20 мм рт. ст.

Заключение. Отобранные с учетом значимости критерии будут использованы для разработки интегральной системы выбора тактики лечения больных с распространенным вторичным перитонитом.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ РИСКА УЩЕМЛЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

С.И. Мирзоев, Б.Д. Карабаев, К.И. Саидзода, А.Е. Климов
Кафедра факультетской хирургии Медицинского института
Российского университета дружбы народов, Москва

Актуальность. Наиболее часто встречающимся и опасным осложнением послеоперационной вентральной грыжи (ПОВГ) является ущемление. Экстренная хирургическая пластика сопровождается высокой частотой осложнений. Одним из способов улучшить результаты оказания помощи пациентам с ПОВГ является выявление больных с высоким риском ущемления и своевременное выполнение плановых операций.

Цель исследования. Разработка прогностических критерий для оценки риска ущемления послеоперационных вентральных грыж.

Материалы и методы. Были изучены данные 66 пациентов, госпитализированных с диагнозом: ущемленная ПОВГ или состояние после ущемление с 2019г по 2023г на базе ГБУЗ ГКБ им. В.В. Виноградова ДЗМ. Анализ полученных данных, позволил выделить факторы, имеющие значение при расчете риска ущемления послеоперационных вентральных грыж. К данным факторам были отнесены: возраст (старше 55 лет), локализация грыжи (M1, M2 по классификации EHS), ширина грыжевых ворот (W1 по классификации EHS), индекс массы тела (более 30 кг/м²), клинические симптомы (болевого синдром, признаки хронического нарушения кишечного пассажа в грыжевом мешке), ранние сроки грыженосительство (первые 2,5 лет), пол (женский), количество предшествующих рецидивов, хронические заболевания повышающие внутрибрюшное давление. Далее была произведена статистическая обработка и ранжирование установленных

факторов риска по их значимости в зависимости от частоты встречаемости у пациентов. Затем вычислен коэффициент значимости для каждого фактора и найдено две медианы из полученных данных. Выведены прогностические критерии с учетом степени их выраженности для каждого пациента.

Результаты. Полученные данные были представлены в виде критерии: 1 – выраженность фактора риска незначительная; 2 – умеренно выраженный фактор риска; 3 – высокая выраженность фактора риска.

Выводы. Разработанная прогностические критерии позволяет выделить пациентов с высоким, умеренным и низким риском ущемления ПОВГ. В зависимости от степени риска ущемления следует рекомендовать оптимальные сроки хирургического вмешательства. Так, пациентам с высоким риском ущемления должно быть выполнено плановое устранение ПОВГ в первую очередь. Таким образом, выбор сроков оперативного вмешательства с применением прогностических критерий и определение вероятности ущемления ПОВГ может способствовать снижению негативных последствий экстренных операций при данном заболевании.

КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА ЛОКАЛЬНОГО ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

**А.А. Артемьев, Е.М. Горшунова, Н.С. Коломиец,
Аль-М.К.М. Арики, Н.А.К. Перера**

Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения
Городская Клиническая Больница им А.К. Ерамишанцева
Департамента Здравоохранения Москвы,
Российский Университет Дружбы Народов, Москва.

Актуальность: Раневые осложнения после пластики послеоперационных грыж передней брюшной стенки занимают лидирующие позиции (К.В.Пучков с соавт., 2005, J.E. Janis at al., 2016).

Цель: улучшить результаты лечения гнойных осложнений после протезирующих герниопластик рецидивных послеоперационных грыж передней брюшной стенки в позднем и отдаленном послеоперационном периодах.

Материалы и методы: Выполнен анализ результатов лечения 25 женщин и 5 мужчин в возрасте от 50 до 72 лет, сроки: от 2 месяцев до 3 лет после операции. Применялась классификация осложнений А.С.Ермолова с соавт. (2019) с дополнениями. В позднем послеоперационном периоде: у 3 больных выявлена инфицированная серома, у 3 - некроз подкожно - жировой клетчатки, у 7 - флегмона передней брюшной стенки, у 2 - абсцесс послеоперационного рубца. В отдаленном периоде: разрыв импланта с нагноением гематомы – у 2 больных; у 6 - свищи, из них 3 кишечных; у 3 - флегмона и у 2 - абсцесс передней брюшной стенки; у 2 - лимфоцеле с нагноением. На 2-3 сутки после хирургической обработки гнойного очага монтировалась вакуум - ассистированная повязка (система) на срок до

3-7 суток, в зависимости от течения раневого процесса. При необходимости такой этап лечения повторялся 5-8 раз. При обильной экссудации в постоянном режиме от 80 до 120 мм.рт.ст., далее в переменном режиме 125/65 мм.рт.ст. После перехода во вторую фазу раневого процесса, снижении контаминации - накладывали поэтапно вторичные швы. Антибактериальное лечение назначалось с учетом микробного пейзажа гнойной раны. Отменялось при снижении контаминации и купировании воспалительного процесса по лабораторным данным.

Результаты: Объем первичной раневой полости колебался в диапазоне от 1500 до 5000 см³. У 3 пациентов имплант был удален полностью, у 3 - частично. Отдаленные результаты оценивались через 3, 6, 9, 12 месяцев с УЗИ - контролем. У 1 пациента произошёл повторный разрыв импланта с нагноением – имплант удален полностью. У остальных - миграции имплантов и рецидива инфекционного процесса не отмечено. Одна пациентка умерла через год от рака щитовидной железы IV стадии.

Вывод: Применение метода локального отрицательного давления в комплексном лечении у ряда пациентов позволяет сохранять имплант даже в позднем послеоперационном периоде при местных гнойно - септических осложнениях герниопластики.

ПРИМЕНЕНИЕ ICG ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА КРАТКОВРЕМЕННОГО ПРЕБЫВАНИЯ

И.Р. Мухаев, М.В. Косаченко, А.А. Бархударов
Кафедра факультетской хирургии Медицинского института
Российского университета дружбы народов, Москва

Введение: Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) является «золотым стандартом» лечения хронического калькулезного холецистита. Ежегодно проводится сотни тысяч оперативных вмешательств. Однако, несмотря на накопленный опыт, частота повреждения желчных протоков во время ЛХЭ сохраняется на уровне от 0,5 до 2,7%. В связи с этим, в последнее время проводится все больше исследований, направленных на поиск новых методов, приемов и средств визуализации, способствующих снижению риска интраоперационных осложнений. Одной из подобных технологий является флюоресцентная холангиография с использованием индоцианина зеленого (ICG).

Цель исследования: Оценка целесообразности использования индоцианина зеленого для повышения «безопасности» лапароскопической холецистэктомии у пациентов с хроническим калькулезным холециститом в условиях стационара кратковременного пребывания или стационара одного дня.

Материалы и методы: Обзор мировой литературы.

Результаты: Лапароскопическая холецистэктомия является одним из самых часто выполняемых оперативных вмешательств в абдоминальной хирургии. Так же в последнее время наблюдается стремление хирургических учреждений к выполнению ЛХЭ, при хроническом калькулезном холецистите, в условиях стационара кратковременного пребывания (СКП), что создает необходимость в большей

надежности и безопасности выполнения оперативного вмешательства.

По данным мировой литературы, использование флюоресцентной холангиографии во время лапароскопической холецистэктомии дает возможность выполнять манипуляции под визуальным контролем, помогает идентифицировать структуры билиарного тракта при «сложной» анатомии, облегчает ход оперативного вмешательства при перипузырном инфильтрате, а также позволяет контролировать истечение желчи в случае повреждения желчевыводящих путей, либо при наличии ходов Люшке.

Выводы: Таким образом, использование индоцианина зеленого позволяет в режиме реального времени контролировать ход лапароскопической холецистэктомии, снижает риск развития осложнений, связанных с выполнением манипуляций, а так же помогает оценить объем и безопасность оперативного вмешательства. Применение интраоперационной флюоресцентной холангиографии может уменьшить время послеоперационного нахождения пациентов в лечебном учреждении и использоваться в отделении СКП.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ САМОФИКСИРУЮЩИХСЯ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТАТОВ ПРИ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ ПЕРЕДНИМ ДОСТУПОМ

М.Ш.Ф. Мекхаэль, А.А. Джабиев, А.В. Протасов
Кафедра оперативной хирургии и клинической анатомии
Медицинского института
Российского университета дружбы народов, Москва

Введение. Грыжа – это «выпячивание внутрибрюшного содержимого через слабые места передне-боковой стенки живота». Наиболее часто в общей хирургии встречаются паховые грыжи. Исторически общепринятой техникой устранения грыжевого дефекта была "натяжная пластика", в основе которой лежит укрепление передней стенки пахового канала собственными тканями нерассасывающимися швами по Бассини. Применение ненапряжного метода герниопластики по Лихтенштейну произвело революцию в герниологии при лечении пациентов с данной патологией. С выходом новых сетчатых имплантатов на рынок, которые использовались при лапароскопических операциях, показали оптимальные результаты, поэтому мы решили сравнить результаты использования данных самофиксирующихся сетчатых имплантатов при открытой герниопластики по Лихтенштейну.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения у пациентов с паховыми грыжами передним доступом по Лихтенштейну с использованием различных самофиксирующихся сетчатых имплантатов.

Материалы и методы. Проведено рандомизированное клиническое исследование на 50 пациентах, которые были разделены на 2 группы: группа А - пациенты, прооперированные по Лихтенштейну с использованием самофиксирующихся сетчатых имплантатов (Adhesix™) и группа В – пациенты прооперированные по Лихтенштейну с использованием самофиксирующихся сетчатых имплантатов (ProGrip™). В группе А средний возраст пациентов составил

51,9 год, из которых 23 пациента мужского пола и 2 - женского пола. Из них 19 пациентов с диагнозом левосторонняя паховая грыжа и 6 пациентов - с правосторонней паховой грыжей. Среднее время операции в этой группе составило 25,7 минут, а среднее время пребывания в больнице - 4,7 дней. В группе В средний возраст составил 57,2 лет, из которых: 23 пациента мужского пола и 2 пациента - женского пола. В этой группе у 15 пациентов была левосторонняя паховая грыжа, а у 10 пациентов - правосторонняя паховая грыжа. Среднее время операции в этой группе заняло 30,6 мин, а среднее время пребывания в стационаре составило 4,6 дня. В группе А в послеоперационном периоде нами было выявлено 2 пациента с послеоперационной невралгией, устойчивая к анальгетикам. У всех остальных пациентов этой же группе боль постепенно уменьшалась под воздействием НПВС. В группе В - обнаружено в послеоперационном периоде 2 пациента с послеоперационной невралгией, устойчивая к анальгетикам, у остальных же пациентов боль регрессировала при приеме НПВС.

Наблюдение через 6 месяцев. В группе А и В – все пациенты чувствовали себя удовлетворительно. При контрольном осмотре в обеих группах без значимых осложнений и рецидивов.

Результаты. Использование самофиксирующих сетчатых имплантатов как ProGrip™, так и Adhesix™ сократило время оперативного вмешательства, уменьшило время пребывания в больнице, так же уменьшилось количество ранних и поздних послеоперационных осложнений.

Заключение. Использование самофиксирующихся сетчатых имплантатов в настоящее время может быть рекомендовано как модификация классической герниопластики по Лихтенштейну в клинической практике.

ПОДБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ФИКСАЦИИ СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТАТА ПРИ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ

М.Ш.Ф. Мекхаэль, А.А. Джабиев, А.В. Протасов
Кафедра оперативной хирургии и клинической анатомии
Медицинского института
Российского университета дружбы народов, Москва

Введение. В проспективном клиническом исследовании проведено сравнение и оценка трех различных методов фиксации сетчатого имплантата: шовная фиксация, самофиксирующийся сетчатый имплантат и фиксация с помощью герниостеплера при хирургическом лечении пациентов с паховыми грыжами по Лихтенштейну.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения при открытой паховой герниопластике по Лихтенштейну, путем использования различных методов фиксации сетчатого имплантата.

Материалы и методы. Проведено проспективное клиническое исследование на 150 пациентах, прооперированных по Лихтенштейну, данные пациенты были разделенные на 3 группы по типу фиксации сетчатого имплантата: группа А – пациенты с использованием фиксации шовным материалом, группа В - с использованием самофиксирующегося сетчатого имплантата, и группа С - с использованием герниостеплера.

В группе А - средний возраст составил 54,2 г, 47 пациентов мужского пола и 3 - женского, из них 28 пациентов с диагнозом левосторонняя паховая грыжа и 22 - с правосторонней паховой грыжей. Среднее время операции в этой группе составило 46,4 минут и средний срок пребывания в стационаре 4,6 дня.

В группе В - средний возраст пациентов 54,6 г, 46 пациентов мужского пола и 4 - женского. Из них 34 пациента с диагнозом левосторонняя паховая грыжа и 16 - с правосторонней паховой грыжей. Среднее время операции

в этой группе составило 36,3 минуты и средний срок пребывания в стационаре 4,6 дня.

В группе С - средний возраст пациентов 50,1 лет, 48 пациентов мужского пола и 2 - женского. Из них 36 пациентов с диагнозом левосторонняя паховая грыжа и 14 с правосторонней паховой грыжей. Среднее время операции в этой группе: 28,1 минут, среднее время пребывания в стационаре - 4,5 дня.

Ранний послеоперационный период. В группе А - 6 пациентов испытывали послеоперационную боль, которая была устойчива к анальгетикам, но купируемая при использовании НПВС.

В группе В - 4 пациента с послеоперационной болью - устойчивая к анальгетикам, купируемая при использовании НПВС.

Группа С - 18 пациентов с послеоперационной болью, устойчивая к анальгетикам - купируемая при использовании НПВС.

Поздний послеоперационный период. В группе А - 5 пациентов с хронической болью и 2 пациента с серомой, без каких-либо рецидивов.

В группе В - все пациенты удовлетворительно себя чувствовали без каких-либо осложнений, также без рецидивов.

В группе С - 17 пациентов с ощущением инородного тела, без рецидивов.

Результаты. Пациенты в группе В лучше перенесли операцию и имели меньше осложнений по сравнению с двумя другими группами. Непосредственно в качестве второго выбора будут предпочтительнее результаты группы С, чем результаты пациентов в группе А.

Заключение. Использование самофиксирующегося сетчатого имплантата остается оптимальным методом выбора по сравнению с фиксацией сетчатого имплантата шовным материалом или фиксацией сетчатого имплантата герниостеплером. Последний метод показал оптимальный

результат по времени операции и по послеоперационным осложнениям, по сравнению с методом, где сетчатый имплантата фиксировался шовным материалом.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ САМОФИКСИРУЮЩЕГОСЯ И ПОДШИВАЕМОГО СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТАТОВ ПРИ ПЕРЕДНЕЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ

А.А. Джабиев, М.Ш.Ф. Мекхаеэль, А.В. Протасов

Кафедра оперативной хирургии и клинической анатомии
Медицинского института

Российского университета дружбы народов, Москва

Введение. Ретроспективное клиническое исследование было использовано для сравнения и оценки двух различных методов фиксации сетчатого имплантата при открытой паховой герниопластики по Лихтенштейну у пациентов с паховой грыжей.

Цель исследования. Сравнить шовный и бесшовный методы фиксации сетчатого имплантата при открытой герниопластике паховой грыжи по Лихтенштейну.

Справочная информация. Ненатяжной метод лечения грыж впервые был описан Лихтенштейном. Является золотым стандартом хирургического лечения паховой грыжи передним доступом. Поскольку при таком подходе частота рецидивов значительно ниже - от 0,3% до 2,2%, по сравнению с 4,4%-17% при классической герниопластике. При этой операции хирург устанавливает сетчатый имплантат для укрепления задней стенки пахового канала и проводит реконструкцию данной области. Существуют различные виды исполнения данной методики.

Материалы и методы. Проведено клиническое исследование на 100 пациентах с ретроспективным исследованием прооперированных нашей командой.

Пациенты были разделены на 2 группы: группа А - пациенты, оперированные по Лихтенштейну с использованием самофиксирующегося сетчатого имплантата и группа В - пациенты, оперированные по Лихтенштейну с фиксацией сетчатого имплантата шовными материалами.

В группе А средний возраст пациента составил 54,6 года, из которых 46 пациентов мужского пола и 4 - женского. У 34 пациентов диагноз левосторонняя паховая грыжа и у 16 - правосторонняя паховая грыжа. Среднее время операции в данной группе составило 28,1 минут, среднее пребывание в стационаре 4,6 дней. Во группе В средний возраст составил 54,2 года: 47 пациентов мужского пола и 3 - женского, из них 28 пациентов с диагнозом левосторонняя паховая грыжа и 22 – с правосторонней паховой грыжей. Среднее время операции в этой группе составило 46,4 минут и среднее пребывание в стационаре 4,6 дней.

Ранний послеоперационный период. В группе А - в послеоперационном периоде у 4 пациентов наблюдалась послеоперационная невралгия, которая была устойчива к анальгетикам, но купируемая с помощью НПВС. В то время как в группе В - послеоперационная невралгия наблюдалась у 44 пациентов, так же устойчивая к анальгетикам, но купируемая с помощью НПВС.

Поздний послеоперационный период. В группе А - состояние всех пациентов было удовлетворительным, без осложнений и рецидивов. В группе В - у 5 пациентов выявлена хроническая невралгия, у 2 пациентов – серома и у 43 пациентов - без каких-либо других осложнений, также без рецидивов.

Результаты. Использование самофиксирующегося сетчатого имплантата, значительно сокращает время операционного вмешательства и количество послеоперационной невралгии, так же уменьшает количество осложнений в позднем послеоперационном периоде по сравнению с

методом, где сетчатый имплантат фиксировался шовным материалом. Время пребывания в стационаре в обеих группах остается одинаковым.

Заключение. Использование самофиксирующегося сетчатого имплантата предпочтительнее, чем использование сетчатого имплантата, который необходимо фиксировать шовным материалом. Что может привести к широкому использованию ее в качестве модификации техники Лихтенштейна. Тем самым позволить достичь нашей главной цели - улучшить качество жизни пациента.

СРАВНЕНИЕ ШОВНОГО МАТЕРИАЛА И ГЕРНИОСТЕПЛЕРА КАК МЕТОДЫ ФИКСАЦИИ СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТАТА ПРИ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ

А.А. Джабиев, М.Ш.Ф. Мекхаезль, А. В. Протасов
Кафедра оперативной хирургии и клинической анатомии
Медицинского института
Российского университета дружбы народов, Москва

Введение. В нашем клиническом проспективном исследовании проведено сравнение и оценка двух различных методов фиксации сетчатого имплантата при открытой герниопластике по Лихтенштейну.

Цель исследования. Оценить результаты фиксации сетчатого имплантата: шовным материалом и герниостеплером при хирургическом лечении по Лихтенштейну у пациентов с паховыми грыжами.

Материалы и методы. Проведено клиническое проспективное исследование на 100 пациентах, оперированных по методике Лихтенштейна и разделенные на 2 группы по методу фиксации сетчатого имплантата: группа А - с использованием шовного материала и группа В - с использованием герниостеплера. В группе А средний возраст

пациентов составил 54,2 года, 47 пациентов мужского пола и 3 - женского. Из них 28 пациентов с диагнозом левосторонняя паховая грыжа и 22 - с правосторонней паховой грыжей. Среднее время операции в данной группе составило 46,4 минуты и среднее пребывание в стационаре 4,6 дня. В группе В средний возраст пациентов составил 50,1 лет, из них 48 пациентов мужского пола и 2 – женского. У 36 пациентов диагноз левосторонняя паховая грыжа и у 14 - правосторонняя паховая грыжа. Среднее время операции в данной группе составило 36,3 минуты и среднее пребывание в стационаре 4.5 дня.

Ранний послеоперационный период. В группе А - выявили 6 пациентов с послеоперационной невралгией, устойчивая к анальгетикам, но купируемая под действием НПВС. В группе В - мы наблюдали у 18 пациентов послеоперационную невралгию, устойчивая к анальгетикам, но которая уменьшалась под действием НПВС.

Поздний послеоперационный период. В группе А – у 5 пациентов - хроническая боль и у 2 пациентов выявили серому, без рецидива грыжевого выпячивания. В группе В – у 17 пациентов ощущение инородного тела, без рецидива грыжевого выпячивания и других осложнений.

Результаты. Оба метода имеют свои преимущества и недостатки. Если сравнивать по времени оперативного вмешательства, то фиксация сетчатого имплантата с помощью таккеров занимает на 10 минут меньше времени, чем при фиксации шовным материалом. При этом время пребывания в больнице в обеих группах примерно одинаковое, так же как и наличие невралгии в раннем послеоперационном периоде в обеих группах. В позднем послеоперационном периоде фиксация герниостеплером вызывает меньше хроническую боль, чем при использовании шовного материала. Но стоит отметить, что при использовании герниостеплера появилось новое осложнение - ощущение инородного тела.

Заключение. Фиксация сетчатого имплантата при паховой герниопластики по Лихтенштейну с помощью герниостеплера предпочтительнее, чем фиксация шовным материалом.

СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ГРУППЕ ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Н.М. Пашазаде, А.Е. Климов

Кафедра факультетской хирургии Медицинского института
Российского университета дружбы народов, Москва

Актуальность. В настоящее время ДБ является одним из наиболее распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Многие принципы, тактика и стратегия лечения, использовавшиеся ранее, потеряли свою актуальность в настоящий момент. Несмотря на множество проведенных клинических исследований и опубликованных рекомендаций, вопросы выбора метода хирургического лечения остаются открытыми.

Цель исследования. Проанализировать факторы, влияющие на выбор метода хирургического лечения, включая тяжесть текущего заболевания, сопутствующую патологию и опыт хирурга.

Материал и методы. Проведен обзор современной литературы, основное внимание уделено хирургическим методам лечения дивертикулярной болезни.

Результаты: Лапароскопическая сигмоидэктомия является золотым стандартом плановой хирургии у пациентов с сохраняющимися симптомами после консервативного лечения или с рецидивирующим дивертикулитом. Тем не менее, выбор пациента и опыт хирурга играют решающую роль в определении успеха этого

подхода. Для пациентов с серьезными сопутствующими заболеваниями или повышенным риском осложнений может быть более подходящим сегментарная резекция толстой кишки для удаления пораженного участка. При перфоративном дивертикулите с перитонитом или при нестабильной гемодинамике пациента наиболее часто выполняется операция Гартмана. Для гемодинамически стабильных пациентов с ограниченным перитонитом и без тяжелой сопутствующей патологии может рассматриваться как альтернатива резекция пораженного сегмента толстой кишки с наложением первичного анастомоза. Предварительные исследования применения NOTES и роботизированной хирургии показали многообещающие результаты с уменьшением послеоперационной боли, сокращением пребывания в больнице, уменьшением кровопотери и более быстрым выздоровлением.

Выводы. В свете постоянно развивающихся технологий в области хирургии, таких как минимально инвазивные методы и роботизированная хирургия, необходимо продолжать исследования и оптимизацию лечения пациентов с дивертикулярной болезнью. Персонализированные планы хирургического лечения и учет индивидуальных факторов пациента, таких как возраст, сопутствующая патология и опыт хирурга, помогут достичь максимальной эффективности лечения и минимизировать возможные риски.

Научное издание

ВИНОГРАДОВСКИЕ ЧТЕНИЯ

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИИ,
ТРАВМАТОЛОГИИ, АНЕСТЕЗИОЛОГИИ
И РЕАНИМАТОЛОГИИ**

Издание подготовлено в авторской редакции

Технический редактор *Е.В. Авдеева*

Подписано в печать 06.04.2023. Формат 60×84/16.
Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура Таймс.
Усл. печ. л. 1,40. Тираж 50 экз. Заказ 545.

Российский университет дружбы народов
115419, ГСП-1, г. Москва, ул. Орджоникидзе, д. 3

Типография РУДН
115419, ГСП-1, г. Москва, ул. Орджоникидзе, д. 3
Тел.: 8 (495) 952-08-74; E-mail: publishing@rudn.ru