

Федеральное государственное автономное  
образовательное учреждение высшего образования  
«РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ»  
Кафедра факультетской хирургии

---

# ВИНОГРАДОВСКИЕ ЧТЕНИЯ

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИИ**

*Материалы  
конференции молодых учёных*

*Москва, 21 апреля 2022 г.*

Москва  
Российский университет дружбы народов  
2022

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** : материалы конференции молодых учёных. Москва, 21 апреля 2022 г. / отв. за вып. Н. В. Лебедев. – Москва : РУДН, 2022. – 20 с.

ISBN 978-5-209-11051-4

Работы представлены в авторской редакции, орфографии и пунктуации.

УДК 617-089(063)  
ББК 53/57

ISBN 978-5-209-11051-4

© Оформление. Российский университет  
дружбы народов, 2022

## СОДЕРЖАНИЕ

<i>Пауткин Ю.Ф.</i> ВИНОГРАДОВ ВЛАДИМИР ВЛАДИМИРОВИЧ (1920–1986).....	4
<i>Шадрина В.С.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИСТЕМ ТЯЖЕСТИ ПЕРИТОНИТА В ВЫБОРЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ.....	7
<i>Сванадзе Г.Т.</i> ИНФОРМАТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ПРОГНОЗА ИСХОДА ПЕРИТОНИТА.....	10
<i>Пашазаде Н.М.</i> ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ.....	12
<i>Мирзоев С.И., Курбанов И.К.</i> ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ...	14
<i>Карабаев Б.Д.</i> ЭНДСКОПИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ.....	17
<i>Узома Ч.Ч.</i> ИСТОРИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДИВЕРТИКУЛИТА.....	19

## **ВИНОГРАДОВ ВЛАДИМИР ВЛАДИМИРОВИЧ (1920–1986)**

Доктор медицинских наук, профессор,  
заведующий кафедрой хирургии с 1963 по 1986 гг.

Владимир Владимирович Виноградов родился 24 января 1920 г. в семье известного ученого и врача, академика АМН СССР В.Н. Виноградова. В 1941 г. он окончил сокращенный в связи с войной курс 1-го Московского медицинского института им. И.М. Сеченова. До 1945 г. работает в Центральном институте переливания крови, принимая активное участие в организации службы переливания крови в Советской Армии. С 1942 по 1945 г. В.В. Виноградов находится в действующей армии, выполняет работу по заготовке крови, испытывает различные кровезаменители, занимается организацией армейской станции переливания крови, изучает проблему травматического шока. За работу во фронтовых условиях он был награжден орденом Красной Звезды и медалями.

В 1947 г. В.В. Виноградов досрочно заканчивает аспирантуру и защищает кандидатскую диссертацию на тему «Опыт переливания сыворотки при шоковых состояниях», в которой обобщен опыт, приобретенный им на фронте.

С 1947 г. В.В. Виноградов работает в факультетской хирургической клинике им. С.И. Спасокукоцкого 2-го медицинского института под руководством академика А.Н. Бакулева, где последовательно занимает должности ординатора, ассистента, доцента. В 1957 г. успешно защищает докторскую диссертацию «Опухоли и кисты поджелудочной железы».

В 1959 г. В.В. Виноградов стажировается в Италии и Франции, где в клиниках Вольдони, Дольотти, Мале-Ги специализируется по хирургии печени, желчных путей, поджелудочной железы.

С 1960 г. он работает старшим научным сотрудником Института хирургии им. А.В. Вишневского и одновременно является научным руководителем хирургического отделения Центральной больницы Минздрава РСФСР.

С 1963 г. до последнего дня жизни В.В. Виноградов возглавлял созданную им кафедру хирургии в Университете дружбы народов.

Владимир Владимирович Виноградов был одним из ведущих хирургов СССР, занимающихся проблемой хирургии печени, желчных путей и поджелудочной железы. Поэтому основной научной тематикой кафедры стало совершенствование методов диагностики и хирургической техники при лечении заболеваний печени, желчных путей и поджелудочной железы. Под его руководством были разработаны и внедрены в клиническую практику различные методики лечения этих органов.

- чреспеченочной холангиографии;
- операционной диагностики патологических изменений желчных протоков (холангиографии, манометрии, кинезиметрии, фиброхоледоскопии);
- эндоскопической холангиографии; лапароскопической диагностики заболеваний печени, желчных путей и поджелудочной железы;
- ангиографического исследования (целиакографии) для выявления заболеваний поджелудочной железы;
- были начаты попытки использования ультразвукового исследования (одномерного) для выявления камней в желчном пузыре;
- одновременно разрабатывались методики операций на желчных протоках и начато лечение больных со стриктурами желчных протоков воспалительной этиологии.

Накопленный на кафедре клинический материал позволил выработать лечебную тактику при холедо-холитиазе, стенозе БДС, дать оценку операциям холедохотомии,

папиллосфинктеротомии, гепатикохоледохостомии и холедоходуностомии.

Одним из направлений научной работы кафедры стала разработка тактики лечения больных с механической желтухой как доброкачественной, так и злокачественной этиологии. Накопленный большой клинический материал позволил сформулировать основные рекомендации по лечению этих больных для практической медицины.

Много внимания было уделено вопросам диагностики и тактики лечения заболеваний поджелудочной железы. Так, для лечения острого панкреатита была проведена большая работа по внедрению в клиническую практику метода местной желудочной гипотермии, а для диагностики опухолевых процессов в ткани поджелудочной железы была разработана методика контрастирования ее сосудов – целиакография.

Под руководством профессора В.В. Виноградова на кафедре было защищено 3 диссертации на соискание доктора медицинских наук и 18 – на соискание кандидата медицинских наук.

Кафедра развивала широкие связи с зарубежными хирургами. Ее гостями были хирурги из Италии, Франции и Юго-Восточной Азии.

В.В. Виноградова отличали яркий талант ученого-хирурга и педагога, широкая эрудиция, сочетавшееся с умением выделить главное звено в решении научных проблем, целеустремленность, трудолюбие и постоянное стремление направить научную деятельность на решение задач практической хирургии.

Труды В.В. Виноградова оказали значительное влияние на развитие хирургии органов гепатобилиарной и панкреатодуоденальной зоны в СССР и получили широкое признание за рубежом.

Сегодня многие ученики и последователи В.В. Виноградова успешно работают во многих областях России, в странах СНГ, а также более чем в 100 странах

дальнего зарубежья, воплощая в жизнь и развивая его идеи. Под его руководством защищено более 40 кандидатских и 20 докторских диссертаций. Он неоднократно награждался медалями ВДНХ СССР. В 1977 г. ему присвоено звание заслуженного деятеля науки Узбекской ССР.

Много сил и энергии отдавал В.В. Виноградов деятельности в общественных организациях хирургов. В течение многих лет он был членом правления Всесоюзного общества гастроэнтерологов и председателем ревизионной комиссии хирургического общества России и Москвы. Выражением уважения зарубежных хирургов и признание вклада Владимира Владимировича в развитие хирургии является избрание его действительным членом Международного общества хирургов, членом-корреспондентом Международного общества хирургов-гастроэнтерологов, почетным членом Общества хирургов Лигурии (Италия).

*Профессор Ю.Ф. Пауткин*

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИСТЕМ ТЯЖЕСТИ ПЕРИТОНИТА В ВЫБОРЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ**

*В.С. Шадрин*

**Актуальность.** В настоящее время важными проблемами лечения больных с распространенным перитонитом являются выбор оперативного доступа и вариант завершения операции. В связи с этим вызывает интерес использование шкал (систем) определения тяжести перитонита и вероятности наступления смертельного исхода, как критериев выбора хирургической тактики. Наиболее распространенными системами тяжести перитонита в настоящее время являются Мангеймский перитонеальный

индекс (MPI), оценка тяжести сепсиса Всемирного общества неотложной хирургии (WSESSS) и система прогноза перитонита (СПП).

Целью данного исследования является изучение возможности использования объективных систем тяжести перитонита и вероятности смерти больного (MPI, WSES SS и СПП) в качестве критерия выбора хирургической тактики лечения.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов лечения 502 больных с вторичным распространенным перитонитом, поступивших в клиники кафедры факультетской хирургии Российского университета дружбы народов на базе ГКБ им В. В. Виноградова в период с мая 2017 г. по сентябрь 2021 г. Из исследования были исключены больные с панкреонекрозом и нарушением мезентериального кровообращения. Средний возраст больных  $54,1 \pm 8,8$  лет. Соотношение мужчин и женщин 1,2:1 (276:226). Наиболее частой причиной перитонита был деструктивный аппендицит (187 наблюдений, 37,3%), перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки (127 наблюдений, 25,3%), перфорация толстой кишки различного генеза (76 наблюдений, 15,1%). Из общего количества пациентов 175 больных (35%) поступило в срок от 24 до 48 часов от начала заболевания. Давность заболевания свыше 72 часов отмечена у 89 (17,7%) больных. В качестве первого этапа хирургического лечения 337 (67,1%) больным проводили диагностическую лапароскопию, оценка результатов которой у 205 (60,8%) пациентов позволила выполнить полноценное оперативное вмешательство лапароскопически. Конверсию доступа пришлось выполнить 132 (39,2%) больным. Изначально срединная лапаротомия произведена 165 больным (32,9%) была. Умерло 73 (14,5%) пациента. Основная причина смерти – сепсис (58 наблюдений).

**Результаты и обсуждения.** Анализ результатов лечения 502 больных с распространенным перитонитом



показал, что преимущества лапароскопических доступов при вторичном распространенном перитоните отчётливо проявляются у больных с тяжестью перитонита от 0 до 10 баллов по СПП, от 0 до 29 баллов по MPI и от 0 до 8 баллов по WSESS. В этой группе больных с применением лапароскопического доступа летальность на 20–25% ниже, чем при использовании лапаротомии. Оперативный доступ не влияет на исход заболевания при баллах свыше 11 по СПП, свыше 30 по MPI и выше 9 по WSESS. Летальность при данной тяжести перитонита колеблется от 25 до 100% в зависимости от ранжирования по баллам. При анализе результатов завершения лапаротомии у больных с распространенным перитонитом (закрытый метод – лапаротомия по плану – лапаростомия) выявлено, что преимущества дренирования брюшной полости с ушиванием раны передней брюшной стенке особенно ярко проявляются у больных имеющих баллы ниже 10 по СПП, ниже 30 по MPI и ниже 8 по WSESS. Применение полуоткрытого и открытого способов лечения у этих больных приводит к увеличению летальности в 1,5–2 раза. Какой-либо способ завершения операции при баллах, выше указанных значений, преимуществ не имеет – летальность варьирует от 50 до 100%.

В выборе хирургической тактики у больных с распространенным перитонитом нельзя основываться только на показатель (балл) систем прогноза перитонита. Необходимо учитывать тяжесть состояния пациента, особенности данной патологии (например диаметр перфорационного отверстия), выраженность пареза кишечника, оценить возможность обеспечения полноценной санации брюшной полости, уровень подготовленности хирурга и оснащенность операционной.

**Выводы.** Шкалы прогноза исхода перитонита СПП, MPI, WSESS могут быть использованы для определения тактики лечения больных с распространенным перитонитом.

# ИНФОРМАТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ПРОГНОЗА ИСХОДА ПЕРИТОНИТА

*Г.Т. Сванадзе*

ФГАОУВО «Российский университет дружбы народов»,  
кафедра факультетской хирургии.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Н.В. Лебедев

**Актуальность.** В настоящее время важными проблемами лечения больных с распространенным перитонитом являются выбор оперативного доступа и вариант завершения операции. В связи с этим вызывает интерес использование шкал (систем) определения тяжести перитонита и вероятности наступления смертельного исхода, как критериев выбора хирургической тактики. Наиболее распространенными системами тяжести перитонита в настоящее время являются Мангеймский перитонеальный индекс (MPI), оценка тяжести сепсиса Всемирного общества неотложной хирургии (WSESS) и система прогноза перитонита (СПП).

Целью данного исследования является изучение возможности использования объективных систем тяжести перитонита и вероятности смерти больного (MPI, WSES SS и СПП) в качестве критерия выбора хирургической тактики лечения.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 502 больных с вторичным распространенным перитонитом, поступивших в клиники кафедры факультетской хирургии Российского университета дружбы народов на базе ГКБ им В. В. Виноградова в период с мая 2017 г. по сентябрь 2021 г. Из исследования были исключены больные с панкреонекрозом и нарушением мезентериального кровообращения. Средний возраст больных  $54,1 \pm 8,8$  лет. Соотношение мужчин и женщин 1,2:1 (276:226). Наиболее

частой причиной перитонита был деструктивный аппендицит (187 наблюдений, 37.3%), перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки (127 наблюдений, 25.3%), перфорация толстой кишки различного генеза (76 наблюдений, 15.1%). Из общего количества пациентов 175 больных (35%) поступило в срок от 24 до 48 часов от начала заболевания. Давность заболевания свыше 72 часов отмечена у 89 (17,7%) больных. В качестве первого этапа хирургического лечения 337 (67,1%) больным проводили диагностическую лапароскопию, оценка результатов которой у 205 (60,8%) пациентов позволила выполнить полноценное оперативное вмешательство лапароскопически. Конверсию доступа пришлось выполнить 132 (39,2%) больным. Изначально срединная лапаротомия произведена 165 больным (32,9%) была. Умерло 73 (14,5%) пациента. Основная причина смерти – сепсис (58 наблюдений).

**Результаты и обсуждения.** Анализ результатов лечения 502 больных с распространенным перитонитом показал, что преимущества лапароскопических доступов при вторичном распространенном перитоните отчётливо проявляются у больных с тяжестью перитонита от 0 до 10 баллов по СПП, от 0 до 29 баллов по MPI и от 0 до 8 баллов по WSESS. В этой группе больных с применением лапароскопического доступа летальность на 20–25% ниже, чем при использовании лапаротомии. Оперативный доступ не влияет на исход заболевания при баллах свыше 11 по СПП, свыше 30 по MPI и выше 9 по WSESS. Летальность при данной тяжести перитонита колеблется от 25 до 100% в зависимости от ранжирования по баллам. При анализе результатов завершения лапаротомии у больных с распространенным перитонитом (закрытый метод – лапаротомия по плану – лапаростомия) выявлено, что преимущества дренирования брюшной полости с ушиванием раны передней брюшной стенке особенно ярко проявляются у больных, имеющих баллы ниже 10 по СПП, ниже 30 по MPI

и ниже 8 по WSESS. Применение полуоткрытого и открытого способов лечения у этих больных приводит к увеличению летальности в 1,5–2 раза. Какой-либо способ завершения операции при баллах, выше указанных значений, преимуществ не имеет – летальность варьирует от 50 до 100%.

В выборе хирургической тактики у больных с распространенным перитонитом нельзя основываться только на показатель (балл) систем прогноза перитонита. Необходимо учитывать тяжесть состояния пациента, особенности данной патологии (например диаметр перфорационного отверстия), выраженность пареза кишечника, оценить возможность обеспечения полноценной санации брюшной полости, уровень подготовленности хирурга и оснащенность операционной.

**Выводы.** Шкалы прогноза исхода перитонита СПП, MPI, WSESS могут быть использованы для определения тактики лечения больных с распространенным перитонитом.

## **ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ**

*Н.М. Пашазаде*

Кафедра факультетской хирургии РУДН.  
Научный руководитель - д.м.н. профессор А.Е. Климов  
Российский университет дружбы народов. Москва.

**Актуальность.** Осложнения ДБ составляют 5-7% в структуре экстренной госпитализации в хирургические стационары. Хирургические вмешательства по поводу осложнения ДБ связаны с летальностью на уровне 12-18%. Тактика и стратегия лечения ДБ за последние 20 лет неоднократно пересматриваются в связи с неопределенностью показаний к отсроченным хирургическим вмешательствам после развития осложнений (дивертикулита, перфорации, кровотечения).

**Цель исследования.** Определить факторы влияющие на развитие осложнений дивертикулярной болезни в группе пациентов хирургического стационара.

**Материал и методы.** Проведено ретроспективное исследование группы пациентов, госпитализированных в хирургический стационар ГКБ №64 им. В.В. Виноградова в экстренном порядке с диагнозом дивертикулярной болезни толстой кишки, в период с 01.09.2020 г. до 01.11.2021 г. Всего пациентов было 141. Мужчин 32, женщин 109. Возраст пациентов колебался от 29 до 100 лет. Критерии диагностики (клиническое обследование: УЗИ и КТ) дивертикулярной болезни использовали из клинических рекомендаций 2021 г. Изучили особенности развития осложнений заболевания в зависимости от наличия факторов анамнеза, клинической картины, зафиксированной в период госпитализации, данных лабораторных и инструментальных методов исследования. «Благоприятным» развитием заболевания считали отсутствие показаний к хирургическому лечению в период госпитализации, а также отсутствие показаний к повторной госпитализации по поводу осложнений дивертикулярной болезни в течение 12 месяцев. Группа 1 – 110 человек (без операций и рецидивов). «Неблагоприятным» развитием дивертикулярной болезни считали необходимость хирургического вмешательства в период госпитализации, а также необходимость повторных госпитализаций в течение 12 месяцев. Группа 2 – 31 человек (23 оперированы, 8 – рецидивы в течение года).

**Результаты.** Пол пациента, наличие в анамнезе дивертикулов, гипертермия выше 38 °С, размер инфильтрата более 10 см не оказывали влияния на риск развития осложнений. Возраст пациентов 60 лет и старше, наличие в анамнезе атак дивертикулита, лейкоцитоз и повышение уровня СРБ, а также наличие признаков перфорации увеличивало риск осложнений.

**Выводы.** Пациенты с наличием факторов риска нуждаются в тщательном наблюдении в период госпитализации и после выписки из стационара в связи с вероятностью развития осложнений. При определении показаний к отсроченной операции наличие этих критериев необходимо учитывать.

## **ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ**

*С.Т. Мирзоев, И.К. Курбанов*

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»  
Научный руководитель – д.м.н., профессор А.Е. Климов

**Введение.** Несмотря на значительные успехи, достигнутые в клинической практике, лечения послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) остается по-прежнему актуальной. За последние 25 лет количество пациентов с ПОВГ увеличилось более чем в 9 раз, а частота встречаемости ПОВГ занимает второе место из числа всех вентральных грыж, составляя 20-30%. Известно, что после 3% лапаротомий уже в ближайшие сроки происходит формирование грыжевого выпячивания, в то время как, через 3 и более года частота ПОВГ достигает 15%. По статистике оперативные вмешательства, направленные на устранение ПОВГ, составляют ~10% от количества всех операций, выполняемых в общехирургическом стационаре. Основными причинами увеличения числа пациентов с ПОВГ являются неуклонный рост оперативной активности и расширение объема хирургического пособия, высокий удельный вес среди оперированных лиц пожилого и старческого возраста с тяжелым коморбидным фоном (патологией органов дыхания и кровообращения), наличие других факторов риска – избыточной массы тела, сахарного диабета, инфекции

в области вмешательства и т.д. Важность проблемы обусловлена не только ее медицинской составляющей, но также и социально-экономическими аспектами, поскольку 56-63% пациентов с ПОВГ являются лицами трудоспособного возраста. Наличие ПОВГ оказывает негативное влияние на общее состояние пациента, снижает его работоспособность и нередко приводит к серьезным осложнениям, наиболее грозным из которых является ущемление (в 15-18% случаев). Общая послеоперационная летальность при ущемлении ПОВГ достигает 3-12%, а у пациентов старше 60 лет составляет 16-20%.

**Цель исследования:** провести ретроспективный анализ хирургического лечения пациентов с ПОВГ, определить частоту осложнений и исходы различных видов операций. Сравнение и оценка двух различных методов пластики: лапароскопической и открытой пластики в условиях ургентной хирургии.

**Материал и методы.** Выполнен анализ результатов лечения 75 пациентов с ПОВГ, оперированных на базе ГКБ № 64 им. В.В. Виноградова в период с 2020 по 2022 года. Средний возраст пациентов варьировал от 48 до 73 лет. Мужчин было 22 (29,3%), 53 женщин (70,6%). Рецидивные грыжи встречались в 17 (22,6%) случаях, по классификации ENS: R1-14, R2-2, R3-2. В экстренном порядке были оперированы 28 пациентов, остальные 47 – в плановом порядке.

**Результаты и обсуждение.** В 1-й группе, 62 пациентам с ПОВГ были выполнены открытые методы герниопластики: 31 пациентом (41,3%) ретромускулярная пластика, 26 (29,3%) пациентам пластика местными тканями, 15 пациентам (20%) предбрюшинная пластика, 3 пациентам (4%) метод разделения компонентов. Средняя продолжительность операции составила  $86,2 \pm 18,5$  минут. Длительность послеоперационного койко-дня составила в среднем  $5,36 \pm 1$  суток. Послеоперационное

осложнение наблюдалось у 17 (22,6%) пациентов. Раневая инфекция в 12, компартмент-синдром в 2, ТЭЛА в 1 и хронический послеоперационный болевой синдром в 2 случаях. Рецидив грыжи выявлены в 6 случаях, пять из которых относятся к подгруппе аутопластика и 3 из них были рецидивными. Данные о серомах и гематомах нет. В 6 случаях пациенты переведены в ОРИТ, в связи с ранними послеоперационными осложнениями.

Во 2-ю группу вошли 13 пациентов, оперированных лапароскопическим доступом: PROM – 4 пациента, (TAPP+) – 6 пациентов и eTер – 2 пациента. Средняя продолжительность операции составила  $128 \pm 31,7$ . Длительность послеоперационного койко-дня в среднем составила  $2 \pm 1$  суток. Послеоперационных осложнений и рецидивов в подгруппе Eтер и (TAPP+) не наблюдалось. В подгруппе PROM поздние осложнения в виде хронического болевого синдрома наблюдалось в 2 случаях и 1 случае рецидива.

**Выводы.** ПОВГ следует рассматривать не только как изолированный патологический процесс, но и как самостоятельное полиэтиологическое заболевание с нарушением функций органов и систем, изменением структурно-функциональной целостности мышечно-апоневротических образований и снижением качества жизни пациента. Таким образом, в лечении пациентов с ПОВГ применение лапароскопических методов герниопластики является приоритетным в связи с минимальной инвазивностью, хорошим косметическим эффектом, меньшим сроком нахождения в стационаре, а также меньшим количеством послеоперационных осложнений. При ПОВГ от методов аутопластики стоит воздержаться, особенно у пациентов с сопутствующим коллаген-ассоциированных патологий и хроническими заболеваниями приводящие к повышению внутрибрюшного давления, также при рецидивных грыжах.



# ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

*Б.Д. Карабаев*

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»  
Научный руководитель: зав. каф. факультетской хирургии,  
д.м.н., профессор Климов А.Е.

**Актуальность.** Проблема хирургического лечения больных с вентральными грыжами не теряет своей актуальности в связи с чрезвычайной распространенностью этой патологии. По различным данным, распространенность вентральных грыж составляет от 90 до 2000 случаев на 10 тыс. населения. [AhmedAlenazi A. et al., 2017; Сажин А. и соавт., 2019]. В России ежегодно выполняется от 100 до 200 тысяч операций по поводу грыж. [Винник Ю.С. с соавт., 2013]. Даже при таком большом практическом опыте хирургического лечения при вентральных грыжах частота рецидива, по данным литературы, составляет 12–54% при аутопластиках и 2–36% – при герниопластиках с использованием сетчатых имплантов. [Sanders DL et al., 2012]. В настоящее время сохраняются нерешенные вопросы лапароскопической герниопластики: рациональный выбор эксплантата, методика размещения и фиксации эндопротеза, проблема отграничения эксплантата от органов брюшной полости, определение показаний и противопоказаний к данному виду пластики.

**Цель работы.** Определить оптимальные лечебно-тактические подходы, применяемые в лечении вентральных грыж эндоскопическими способами, позволяющие улучшить результаты лечения пациентов.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 88 (79,5% (n=70) мужчин и 20,5% (n=18) женщин) пациентов с вентральными грыжами находившихся на лечении в ГКБ им. В.В. Виноградова за 2021 г. Были прооперированы 88 больных с грыжами: у 45,5% (n=40) правосторонняя паховая грыжа, у 20,5% (n=18) левосторонняя

паховая грыжа, у 22,7% (n=20) двусторонняя паховая грыжа, у 11,3% грыжа белой линии живота (n=10). Возраст пациентов варьировал от 20 до 80 лет, средний возраст 49 лет.

**Результаты.** Пациентам были выполнены трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика (ТАРР), eTEP-герниопластика. Среднее время операции составило 76,5 мин. Ни в одном случае конверсия не потребовалась. Интраоперационных осложнений не было. Мы использовали у 94% (n=83) пациентов моделированный плоский сетчатый имплантат 10x15см, у 6% (n=5) пациентов сетчатый имплантат 6x11 см (облегченная полипропиленовая сетка Coviden Parietene). Имплантат фиксировался эндоскопическим степлером, интракорпоральным швом в стандартных точках – куперовская связка, подвздошно-лонный тракт и задняя поверхность прямой мышцы живота либо вовсе не фиксировался. Перитонизация имплантанта происходила при помощи эндоскопического степлера или интракорпоральным прошиванием. У 1,1% (n=1) ранний послеоперационный период осложнился острой задержкой мочи, которая была разрешена установкой уретрального катетера. У 4,5% (n=4) пациентов наблюдается хроническая послеоперационная боль. Следует отметить, что данным пациентам фиксация/ перитонизация сетчатого импланта была произведена интракорпоральным прошиванием. К тому же, время оперативного вмешательства было больше при использовании методики интракорпорального шва. Среднее пребывание пациентов в стационаре 4 дня. Данных за рецидив за период наблюдения не было обнаружено.

**Выводы.** Эндоскопические методики лечения вентральных грыж зарекомендовали себя как безопасные методы лечения грыж, с минимальным количеством осложнений и минимальной хирургической травмой, что соответствует современному представлению о хирургии. Однако следует отдавать предпочтение фиксации/ перитонизации сетчатого импланта методике с использованием степлера.

# ИСТОРИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДИВЕРТИКУЛИТА

*Ч.Ч. Узома*

ФГАОУВО «Российский университет дружбы народов»,  
кафедра факультетской хирургии, Москва, Россия

Дивертикулез толстой кишки является наиболее часто встречающимся нарушением структурной архитектоники кишки, обнаруживаемым при проведении колоноскопии. Тем не менее, только у 20% пациентов развиваются симптомы дивертикулярной болезни (ДБ), а у 15% из них развиваются осложнения, такие как острый дивертикулит. Спектр острого дивертикулита варьируется от дивертикулита легкого течения до диффузного калового перитонита. В связи с ростом выявляемых случаев ДБ и острого дивертикулита среди общего населения, ежегодно увеличивается количество пациентов, нуждающихся в хирургическом лечении, растет число осложнений, ухудшающих прогноз и увеличивающих риск летального исхода.

Не смотря на интенсивные научные работы, направленные на изучение данного заболевания, в настоящее время отсутствует универсальный, оптимальный алгоритм лечения. Интересен тот факт, что некоторые ранее описанные «старые» методы лечения, такие как применение перитонеального лаважа и дренирования брюшной полости или этапное хирургическое лечение остаются актуальными на сегодняшний день. Этому способствует ряд причин – новые и более эффективные противомикробные лекарственные препараты; улучшенная работа и возможности отделения интенсивной терапии; более широкое использование чрескожного дренирования; и совершенствующий опыт лапароскопической хирургии. Анализ истории развития хирургического лечения необходим для всестороннего понимания возможных способов лечения при данных осложнениях.

Хирургическое лечение острого дивертикулита, осложненного генерализованным перитонитом было описано еще в 1910 Локхарт-Маммери. Его способ представляет собой «промывание» (санация) и дренирование брюшной полости, при возможности, ушивание перфорации толстой кишки. В том же десятилетии Микулич описал свою двухэтапную технику резекции кишечника, заканчивающейся двустольной колостомой; и последующее, анастомоз в более позднее время. В 1930, была стандартизирована трехэтапная процедура Мейо. Первый этап состоял из перитонеального лаважа, дренирования любого абсцесса и проксимальной, разгрузочной колостомы. Второй этап, через 2–4 месяца, включал резекцию сигмовидной кишки с анастомозом конец-в-конец. Третий этап заключался в закрытии разгрузочной колостомы через несколько недель, чтобы обеспечить адекватное заживление анастомоза.

В 1970-х годах в связи с ростом, среди специалистов, опасения неадекватного контроля над источником сепсиса, все больше стали выполнять резекцию пораженного сегмента толстой кишки с образованием колостомы (операция Гартмана).

В дальнейшем развитие тактики лечения было обусловлено осознанием высокой заболеваемости (послеоперационные осложнения, сниженное качество жизни) и смертности, связанной с операцией Гартмана, и низкими показателями реконструкции кишки после него. Это привело, в 1990-х годах, к более широкому применению резекционных операций с наложением первичного анастомоза. Более того, в настоящее время во избежание отрицательных моментов наложения стом, все больше выполняется перитонеальный лаваж и дренирование брюшной полости, в том числе, с помощью лапароскопической техники. При этом окончательная операция выполняется в плановом порядке с первичным анастомозом либо полностью отменяется.