

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, 24 апреля 2019 г.

Москва
Российский университет дружбы народов
2019

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, 24 апреля 2019 г. / отв. за вып. Н. В. Лебедев. – Москва : РУДН, 2018. – 27 с.

ISBN 978-5-209-09403-6

Работы представлены в авторской редакции, орфографии и пунктуации.

УДК 617-089(063)
ББК 53/57

ISBN 978-5-209-09403-6

© Коллектив авторов.
Отв. за вып. Н.В. Лебедев, 2019
© Российский университет
дружбы народов, 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

Секундова М.А., Самсонян Э.Х., Курганов И.А., Богданов Д.Ю., Урываев М.Ю. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ КАК ВАРИАНТ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОПУХОЛЯМИ ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ	5
Тархани Мохаммед К.М., Аль-Арики Малик К.М., Ахмедов Т.З., Азимов Р.Х. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ТИТАНОВЫМ СЕТЧАТЫМ ИМПЛАНТОМ	7
Ниезбеков Б.М., Рзаев Т.З. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ-АССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ УРГЕНТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ	9
Горшунова Е.М., Корчемкина Е.Ю. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ТРЕТИЧНОГО ПЕРИТОНИТА ВСЛЕДСТВИЕ НЕКРОЗА СТЕНКИ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ	12
В.А. Петухов, В.О. Фон Ратенау ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВЕННЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ	15
Подольский М.Ю., Джабиев А.А., Кулакова А.Л. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ	18

Джабиев А.А., Евлоева Л.А., Подольский М.Ю.,
Кулакова А.Л.

**ПРИМЕНЕНИЕ САМОФИКСИРУЮЩЕГОСЯ
ИМПЛАНТАТА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ**

21

Тураходжаев Ф.А., Фаррухи Н., Прадхан П.,
Ках М. Алсмади Я.М.

**КРОВОСБЕРЕГАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ
АМИНОКАПРОНОВОЙ КИСЛОТЫ У ПАЦИЕНТОВ
ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ
ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА**

24

М.А. Секундова, Э.Х. Самсомян, И.А. Курганов,
Д.Ю. Богданов, М.Ю. Урываев

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ КАК ВАРИАНТ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОПУХОЛЯМИ ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Московский государственный медико-стоматологический
университет А.И. Евдокимова, Москва

Актуальность. В настоящее время эндоскопическое стентирование (ЭС) является одной из широко применяемых методик паллиативной помощи пациентам со стенозирующими нерезектабельными опухолями выходного отдела желудка и 12-перстной кишки.

Цель исследования. Изучить результаты выполнения ЭС выходного отдела желудка и 12-перстной кишки.

Материалы и методы. Нами было выполнено внутриспросветное ЭС выходного отдела желудка и 12-перстной кишки у 78 пациентов со стенозирующими нерезектабельными опухолями в качестве паллиативной помощи (4 стентирования (5,1%) средней трети тела желудка, 74 (94,9%) – непосредственно выходного отдела желудка и 12-перстной кишки). Мы применяли металлические непокрытые саморасширяющиеся стенты типа Wallflex

Duodenal (Boston Scientific). 73 стентирования было проведено эндоскопически под рентгеноскопическим контролем, а 5 – только под эндоскопическим контролем.

Результаты. Болевой синдром в раннем послеоперационном периоде после ЭС выходного отдела желудка и 12-перстной кишки наблюдался у 18 пациентов (23,1%), в то время как формирование хронического болевого синдрома было отмечено у 4 больных (5,1%). В

раннем послеоперационном периоде, таких осложнений, как кровотечение, перфорация, миграция стента зафиксировано не было. Рецидив дисфагии вследствие обструкции стента опухолью через 6 месяцев наблюдения в послеоперационном периоде был зафиксирован у 16 пациентов (20,5%). Шестимесячная выживаемость пациентов после ЭС выходного отдела желудка и 12-перстной кишки составила 80,7%.

Выводы. Внутрипросветное ЭС у пациентов со стенозирующими нерезектабельными опухолями выходного отдела желудка и 12-перстной кишки при оказании паллиативной помощи является эффективным малоинвазивным хирургическим вмешательством, позволяющим разрешить симптомы дисфагии; характеризуется низкой частотой осложнений и способствует

повышению качества жизни и ее продолжительности в соответствующей группе пациентов.

Тархани Мохаммед К.М., Аль-Арики Малик К.М.,
Т.З. Ахмедов, Р.Х. Азимов

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ТИТАНОВЫМ СЕТЧАТЫМ ИМПЛАНТОМ

Российский университет дружбы народов. Центральная
клиническая больница Российской Академии наук. Москва.

Цель: оценить результаты применения титанового сетчатого импланта при лапароскопической герниопластике паховых грыж.

Материалы и методы. Выполнен сравнительный ретроспективный анализ результатов лечения 31 пациента с паховыми грыжами за период с 01 сентября 2017 г. по 30 октября 2018 г. Все больные разделены на 2 группы: в 1 группе (15 больных) применяли титановый сетчатый имплант «Титановый шелк» (НПФ «Темп», Россия), во 2 группе (16 больных) – полипропиленовый сетчатый имплант «Эсфил» (ЗАО «Линтекс», Россия). Больным обеих групп выполняли лапароскопическую трансабдоминальную

преперитонеальную герниопластику (ТАРР). Все пациенты оперированы в плановом порядке.

Средний возраст оперированных пациентов в 1 группе составил $45,9 \pm 13$ лет, во 2 – $49,6 \pm 18,6$ лет ($p > 0,05$). В обеих группах были только мужчины.

В обеих группах степень риска анестезии по шкале американского общества анестезиологов (ASA) варьировала от I до III ($1,7 \pm 0,6$ в 1 группе и $1,7 \pm 0,8$ во 2) и статистически значимо не отличалась ($p > 0,05$).

Результаты. Средняя продолжительность операции была статистически значимо больше в 1 группе ($79,7 \pm 10,6$ мин.), чем во 2 группе ($68,1 \pm 17,2$ мин.) ($p < 0,05$). Интраоперационных осложнений в обеих группах не было. Конверсии доступа не потребовалось.

Во 2 группе у 1 больного (6,3%) отмечено образование подкожной гематомы в области троакарной раны

в правой мезогастральной области, которая вылечена консервативно. Других послеоперационных осложнений у больных обеих групп не отмечали. Летальных исходов в обеих группах не было.

Длительность послеоперационного периода у больных 1 группы была статистически значимо больше, чем у больных 2 группы ($4 \pm 1,1$ и $2,9 \pm 1,2$ суток соответственно, при $p < 0,05$), что

было обусловлено контрольным обследованием пациентов 1 группы на 3-и сутки после операции.

Вывод: использование сетчатых титановых имплантов при лапароскопической герниопластике не сопровождалось увеличением частоты специфических осложнений. А большая продолжительность операции была обусловлена меньшей пластичностью титанового импланта.

Б.М. Ниёзбеков., Т.З. Рзаев

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ-АССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ УРГЕНТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Российский университет дружбы народов. Центральная клиническая больница Российской Академии наук. Москва.

Цель: оценка результатов малоинвазивного хирургического лечения при ургентных заболеваниях толстой кишки.

Материалы и методы. Произведена ретроспективная оценка результатов хирургического лечения 36 больных с ургентными заболеваниями толстой кишки за период с 01 января 2016 г. по 31 декабря 2017 г. Больных, которым выполняли лапароскопически-ассистированные вмешательства, включили в 1 группу (20 больных);

оперированных открытым доступом – во 2 группу (16 больных).

Средний возраст пациентов 1 группы составил $69,6 \pm 16$ лет, 2 группы – $72,7 \pm 17$ лет ($p > 0,05$). В 1 группе мужчин и женщин было поровну, во 2 преобладали мужчины (56%). 13 (65%) больных 1 группы оперированы с симптоматикой осложнений рака толстой кишки /кровотечение, непроходимость/ и 7 (35%) – с осложнённым течением дивертикулярной болезни /перфорация дивертикула, кровотечение/. У больных 2 группы показания к операции были те же (69% и 25% соответственно). Больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью было статистически значимо больше во 2 группе (63% против 15% в группе сравнения, при $p < 0,05$).

В обеих группах степень риска анестезии по шкале американского общества анестезиологов (ASA) варьировала от II до IV ($3,15 \pm 0,7$ в 1 группе и $3,25 \pm 0,7$ во 2) и статистически значимо не отличалась ($p > 0,05$).

Различные варианты резекции кишки выполнены у 95% больных 1 группы и у 75% - 2 группы ($p > 0,05$). Остальным выполняли колостомию без резекции кишки.

Результаты. Среднее время операции у больных 1 группы составило 147 ± 55 мин., у больных 2 группы 151 ± 40 мин.. Статистически значимых отличий этого показателя между

группами не выявлено ($p>0,05$). Интраоперационных осложнений не отмечали. Конверсий доступа в 1 группе не было.

У 2 (10%) больных 1 группы с раком ободочной кишки на 4-е и 6-е сутки после резекции кишки с первичным анастомозом отмечено развитие несостоятельности швов анастомоза. Одному из них выполнена ререзекция кишки с илио-трансверзоанастомозом, второму – разобщение десцендо-сигмоанастомоза с выведением концевой десцендостомы. Во 2 группе у 1 (6,3%) пациента на 3-и сутки после резекции сигмы отмечали нагноение лапаротомной раны, на фоне консервативного лечения явления гнойно-некротического процесса были купированы. Летальных исходов в обеих группах не было.

Продолжительность послеоперационного периода у больных 1 группы (без учёта 2 больных, оперированных повторно) составила $8,4\pm 2,5$ суток, 2 группы – $8,1\pm 2,1$ суток. Статистически значимых отличий этого показателя между группами не выявлено ($p>0,05$).

Вывод: выполнение лапароскопически-ассистированных вмешательств в ургентной хирургии ободочной кишки возможно и не приводит к увеличению длительности операции. Местными противопоказаниями к выполнению лапароскопически-ассистированных операций являются

дилатация петель тонкой кишки более 4 см при кишечной непроходимости и распространённый перитонит.

Е.М. Горшунова, Е.Ю. Корчемкина

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ТРЕТИЧНОГО
ПЕРИТОНИТА ВСЛЕДСТВИЕ НЕКРОЗА СТЕНКИ
СИГМОВИДНОЙ КИШКИ**

Кафедра факультетской хирургии Российского Университета
Дружбы Народов, Москва

(Руководитель — д.м.н., профессор Н.В. Лебедев)

В последние годы в привычную классификационно-диагностическую схему перитонита (Савельев, Филимонов, Гельфанд 2000) был включен еще один вид перитонита – третичный, трактуемый как воспалительный процесс в брюшной полости, продолжающийся несмотря на адекватно санированный очаг спустя двое суток или более после операции. Частота диагностирования третичного перитонита достигает 10%, а летальность достигает 60-70%.

Мы представляем клиническое наблюдение пациента С., 64-лет, поступившего в ГКБ №64 25.11.18 с жалобами на боли в правых отделах живота с иррадиацией в левое яичко и тошноту, нараставшие в течение 5 дней. При поступлении состояние тяжелое. Живот напряжен в правых отделах,

умеренно вздут, при пальпации болезненный в правых отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный в правом мезогастрii. Лейкоцитоз 16.4×10^9 /л, прокальцитонин 15.55 нг/мл. Было сделано предположение о перфорации опухоли восходящей ободочной кишки или некрозе жирового подвеса, пациент взят на диагностическую лапароскопию. При её проведении во всех отделах живота, в основном, справа и в полости таза обнаружен мутный гнойно-фибринозный выпот, в связи с невозможностью определить источник выполнена срединная лапаротомия. Эвакуировано до 300 мл выпота с характерным колибацилярным запахом. В малом тазу обнаружен рыхлый инфильтрат 20x20x10 см (петли и брыжейка тонкой кишки, восходящей ободочной кишки, большой сальник, сигмовидная кишка), при разделении его вскрылся абсцесс, содержащий до 200 мл гноя. Выявлен участок некроза брыжеечного края сигмовидной кишки 7x4см с перфорационным отверстием 1x1см и поступлением толстокишечного содержимого. Брыжейка сигмовидной кишки отечна, имбибирована гноем. Выставлен диагноз: некроз стенки сигмовидной кишки, флегмона брыжейки сигмовидной кишки, абсцесс малого таза с прорывом в брюшную полость, распространённый фибринозно-гнойный перитонит. Выполнена обструктивная резекция сигмовидной кишки. Выведение колостомы

невозможно в связи со значительным отеком толстой кишки, операция завершена наложением лапаростомы и ВАК-системы.

В последующие дни были выполнены этапные санации брюшной полости. Через двое суток ВАК-система снята, произведено выведение концевой сигмостомы и дренирование брюшной полости - при ревизии обнаружено до 500 мл мутного выпота с фибрином и ихорозным запахом, полость абсцесса, образованная стенкой прямой кишки и некротически измененной париетальной брюшиной малого таза. Лапаростому сохранили, так как перитонит персистировал; взяли повторный посев. На фоне антибиотикотерапии, интенсивной терапии состояние улучшилось. Еще через сутки произведена очередная этапная санация - выпот сменил характер на серозный, количество его скудное; полость абсцесса малого таза очистилась, сократилась. Перитонит признан купированным, полость малого таза дренирована, апоневроз ушит амортизирующими швами.

При первичном посеве получены *Enterobacter cloacae*, *Enterococcus faecalis*, *Stragalactiae*, чувствительные к большинству распространенных антибиотиков. Затем флора сменилась, была получена гемолитическая культура *E.coli*, устойчивая к бета-лактамам антибиотикам. Третий посев

отметил появление *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter lwoffii*.

Длительность госпитализации составила 26 койко-дней. Пациент выписан с улучшением под наблюдение хирурга поликлиники. Закрытие сигмостомы планируется через 6 месяцев.

Данный случай иллюстрирует эффективность этапной санации брюшной полости у больного с третичным перитонитом.

В.А. Петухов, В.О. Фон Ратенау

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВЕННЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Кафедра факультетской хирургии Российского Университета
Дружбы Народов (Москва)

(Руководитель — д.м.н., профессор Н.В. Лебедев)

Цель исследования: Изучить возможности неоперативного гемостаза у больных с гастродуоденальными кровотечениями язвенного генеза.

Задачи исследования: Провести сравнительный анализ различных методов эндоскопического гемостаза у больных с гастродуоденальными кровотечениями.

Материал и методы исследования: Работа основана на анализе результатов лечения 469 больных поступивших в клинику с клинической картиной язвенного гастродуоденального кровотечения. Возраст больных варьировал от 15 до 97 лет (средний возраст $58,1 \pm 19,1$ года). Соотношение мужчин и женщин 2,5 : 1. Кровотечения из язвы двенадцатиперстной кишки наблюдали у 261 больных (55,7%), из язвы желудка у 208 (44,3%). Продолжающееся кровотечение (Forrest Ia и Ib) выявлено у 112 (24%) больных. С эндоскопическими признаками Forrest IIa и IIb поступило 148 (31,5%) пациентов. У остальных 209 (44,5%) больных эндоскопическая картина при первичном осмотре соответствовала язвенному кровотечению Forrest IIIc.

Для эндоскопического гемостаза у 162 больных использовали аргоно–плазменную коагуляцию (АПК), у 11 больных инъекционные способы в виде периульцерозного введения спирт–новокаиновой смеси и у 87 комбинацию этих методов.

Первичный эндоскопический гемостаз был успешно проведён у 110 пациентов из 112 с продолжающимся кровотечением (98,2%). В двух случаях, при отдельном применении АПК и инъекционного гемостаза кровотечение остановить не удалось, и больные были оперированы в связи с продолжающимся кровотечением.

Консервативное лечение больных после эндоскопического гемостаза включало в себя восполнение кровопотери, введение ингибиторов протонной помпы 80 мг болюсно с последующей постоянной инфузией 8 мг/ч в течении трех суток, терапия сопутствующей патологии, динамическая ЭГДС.

После успешно проведенного эндоскопического гемостаза, а также у больных с превентивным гемостазом (Forrest IIa и IIb) рецидив геморрагии возник у 50 больных из 260 (19,2%). При использовании АПК рецидив кровотечения возник у 20,4% больных (33 наблюдения), после использования инъекционного гемостаза у 3 (27,3%), после комбинированного эндоскопического гемостаза у 14 (16,1%).

Выводы: Таким образом, при наличии морфологического субстрата кровотечения – зоны ишемического некроза в проекции язвенного кратера – добиться окончательного гемостаза различными видами коагуляции дна язвы, инфильтрацией периульцеральной зоны или их сочетанием невозможно. Продолжающиеся деструктивные процессы в зоне язвы определяют высокую частоту рецидивов кровотечения после эндоскопического гемостаза. Вместе с тем комбинированный гемостаз имеет преимущества перед другими способами остановки и профилактики язвенного кровотечения.

М.Ю. Подольский, А.А. Джабиев, А.Л. Кулакова

**ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ
БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А
В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ
ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ**

Кафедра оперативной хирургии и клинической анатомии им.
И.Д. Кирпатовского ФГАОУ ВО РУДН, Москва.

Научный руководитель: Протасов Андрей Витальевич, д-р
мед. наук, профессор, заведующий кафедрой оперативной
хирургии и клинической анатомии им. И.Д. Кирпатовского.

Актуальность: Послеоперационные срединные
вентральные грыжи (ПОВГ) остаются одной из самых
сложных проблем современной герниологии, встречаются они
в 22 – 24% случаев грыж передней брюшной стенки.
Количество осложнений и развития компартмен-синдрома
чрезвычайно велико, достигает 20-25%. Попытка закрытия
дефекта стандартными методиками приводит к резкому
уменьшению объем брюшной полости, вызывая развитие
абдоминального компартмен синдрома. Изучив литературу,
мы пришли к заключению, что для решения данной проблемы
необходимо предотвратить контрактуру косых и поперечной
мышц и восстановить функцию передней брюшной стенки.

Наиболее подходящий способ – введение ботулинического токсина типа А (БТА) в эти мышцы.

Цель работы: Клиническая оценка данного метода и определение результатов послеоперационного лечения.

Материалы и методы: Для первой операции выбрана пациентка без потери домена. На момент обращения имеется невраваемая грыжа, размер грыжевого мешка 30 x 17 см. По данным КТ - в нижнем отделе брюшной стенки и в околопупочной области по средней линии отмечаются дефекты размерами 50x58 мм и 28x50 мм с выходящими через них петлями кишечника и брыжейки. Выше пупка по средней линии, также имеется дефект брюшной стенки размерами 42x27мм. Расстояние между медиальными краями прямых мышц – 23 см. Классификаций по Шевре-Рату – M3W4R0.

Под контролем УЗИ выполнена маркировка передней брюшной стенки и введено 300 ед ботокса, в 11 точках. В 5 точек для внутренней косой мышцы и 6 для наружной косой. Через 1,5 месяца после введения ботокса произведена герниопластика самофиксирующимся имплантантом по типу Sublay. Для пластики использован имплант BARD ADHESIX размерами 30x30 см. При ушивании передней брюшной стенки сопоставление краев апоневротического дефекта натяжение тканей не отмечено.

Результаты: Послеоперационный период протекал без осложнений, признаков дыхательной недостаточности не отмечено. Больная выписана на 6 сутки, кожные швы сняты на 10 сутки. Больная находилась под наблюдением 6 месяцев, на 1, 3 и 6 месяцев выполнялась КТ передней брюшной стенки – восстановление проходило без особенностей. На 4 месяца восстановилась двигательная функция косых мышц.

Выводы: Использование БТА при лечении больных с большими и гигантскими вентральными грыжами позволяет восстановить анатомию передней брюшной стенки, вернуть косые и поперечные мышцы к нормальному функционированию, медиализировать прямые мышцы, т.е. восстановить нормальную биомеханику передней брюшной стенки. Конечно, единичный пример не может являться доказательством эффективности методики, требуются длительные исследования с обязательной миографией мышц передней брюшной стенки, но сам принцип данной методики, на наш взгляд, имеет большие перспективы.

ПРИМЕНЕНИЕ САМОФИКСИРУЮЩЕГОСЯ ИМПЛАНТАТА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

А.А. Джабиев, Л.А. Евлоева, М.Ю. Подольский,
А.Л. Кулакова

Руководитель – профессор А.В. Протасов
Российский Университет Дружбы Народов.
Москва.

Цель: Показать положительные эффекты использования имплантатов нового поколения. Представить обзор исследований, посвященных опыту применения самофиксирующегося имплантата ProGripх в хирургической практике.

Актуальность:

Одна из причин развития осложнений и рецидивов в послеоперационный период связана с недостаточно надежной фиксацией имплантатов, которая ведет к смещению последних и возникновению рецидивов; с внедрением в организм дополнительных материалов для фиксации имплантатов, влияющих на частоту и степень воспалительных реакций и послеоперационных невралгий. Что и обуславливает выбор применения имплантатов нового

поколения при оперативном лечении послеоперационных вентральных грыж.

Материалы и методы:

Положительным эффектом использования имплантатов нового поколения является то, что их применение не требует дополнительной фиксации нитью, позволяет сократить время оперативного вмешательства, ведет к снижению количества местных послеоперационных осложнений и сроков пребывания в стационаре.

Интерес представляет опыт применения самофиксирующегося имплантата ProGrip, который представляет собой полурассасывающуюся сетку из полипропиленовой мононити, оснащенную с одной стороны рассасывающимися крючками из полимолочной кислоты, облегчающий размещение и фиксацию сетки к прилегающим тканям. В большинстве случаев прочность фиксации крючками позволяет дополнительно не подшивать сетку, а отсутствие швов исключает травму нервов и сосудов. Также самофиксирующийся имплантат Parietene ProGrip обладает наилучшими прочностными характеристиками фиксации за счет всей поверхности имплантата и не повреждает подлежащие ткани за счет микроструктуры фиксационных крючков и их резорбции в отдаленном послеоперационном периоде, предупреждая развитие геморрагических

осложнений, хронического болевого синдрома. Отмечаются положительные результаты лапароскопической пластики грыж Parietene ProGrip. В частности, не требуется использование герниостеплеров при интраабдоминальной фиксации имплантата, отмечена высокая скорость фиксации сетки к передней брюшной стенке, незначительный болевой синдром после операции,

небольшое количество послеоперационных осложнений и низкий процент рецидива грыж, составляющий 1,9% случаев.

Результаты: При хирургическом лечении послеоперационных вентральных грыж использование имплантата Parietene ProGrip для бесфиксационной аллогерниопластики позволяет снизить частоту возникновения хронического болевого синдрома в среднем в 5,34 раза, улучшить показатели качества жизни пациентов по сравнению с пациентами со стандартными имплантатами, снижая болевые ощущения/«чувство инородного тела» в среднем на сроках 1 месяц послеоперационного периода соответственно в 4,43 раза и 7,48 раза, на сроках 1 год – 1,34 раза и 2,18 раза. Разработанный оригинальный способ размещения имплантата Parietene ProGrip уменьшает время выполнения оперативного пособия в среднем в 1,4 раза.

Заключение: Таким образом, анализ опыта применения имплантатов нового поколения, а именно сетчатых

самофиксирующихся имплантатов ProGrip показывает, что их использование при лечении послеоперационных вентральных грыж оказывает благоприятное воздействие на пациентов, сокращает риски оперативного вмешательства, улучшая течение послеоперационного периода и послеоперационных осложнений, а также сроки нетрудоспособности и медико-социальной реабилитации пациентов.

Ф.А. Тураходжаев, Н. Фаррухи, П. Прадхан,
Ках М. Алсмади Я.М.

**КРОВОСБЕРЕГАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ
АМИНОКАПРОНОВОЙ КИСЛОТЫ У ПАЦИЕНТОВ
ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ
ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА**

Кафедра травматологии и ортопедии Медицинского
Института Российского Университета Дружбы Народов.
Москва. Россия

Введение. В статье отражены результаты обследований 65 пациентов, после эндопротезирования тазобедренного сустава с применением эpsilon-аминокапроновой кислоты, с целью получения кровосберегающего эффекта. На сегодняшний день операция эндопротезирования тазобедренного сустава, зарекомендовала себя как операция выбора при коксартрозе любой этиологии. Высокая эффективность и явное

преимущество операции, перед консервативным лечением, а также положительные результаты отдаленных результатов, все же не исключают эндопротезирование из ряда тяжелых и объемных оперативных вмешательств с большой кровопотерей. Многие лекарственные средства имеют большое значение в уменьшении интраоперационной кровопотери, а также лечении различных нарушений свертывания крови. К ним относятся витамин К, эстрогены, рекомбинантный эритропоэтин человека, а также антифибринолитики - транексамовая кислота (АМСА) и эпсилон-аминокапроновая кислота (ЕАСА).

Цель работы: изучение клинического материала, посвященного использованию эпсилон-аминокапроновой кислоты с целью уменьшения интраоперационной кровопотери, при эндопротезировании тазобедренного сустава. Проследить по данным лабораторного анализа влияния эпсилон-аминокапроновой кислоты на свертываемость крови, на фоне применения низкомолекулярных гепаринов.

Материал и методы: исследовано 2 группы пациентов, 65 человек с различными причинами поражения тазобедренного сустава. Все пациенты оперированы одни хирургом, прямым боковым или транслютеальным доступом к тазобедренному суставу. На дооперационном этапе, пациенты получали

антикоагулянтную терапию низкомолекулярными гепаринами. В нашем исследовании приняли участие 65 пациенты, которые были разбиты на 2 группы, 18 мужчин и 47 женщин, средний возраст пациентов 63,3 лет. Пациентам первой группы, 20 пациентам, во время операции мягкие ткани вокруг тазобедренного сустава прокололи препаратом-эпсилон-аминокапроновой кислоты. Во второй группе пациенты 45 человек не проводились вышеуказанные манипуляции. Транексамовую кислоту вводили перед ушиванием раны. Во время операции эпсилон-аминокапроновую кислоту использовали непосредственно местно, в ране в течении 3-5 минут. Производился контроль гемодинамических показателей свертываемости: МНО, протромбиновое время, тромбиновое время, показатели гемоглобина и фибриногена, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ). Во второй группе гемодинамические показатели находились в пределах нормы. Во первой группе, гемодинамические показатели на фоне применения эпсилон-аминокапроновой кислоты, отмечается гиперкоагуляция, ослабление фибринолитической активности, уменьшение кровопотери во время и после операции. Следовательно, анализ пациентов первой группы, показывает эффективное действие эпсилон-аминокапроновой кислоты, как кровесберегающего препарата. Количество

послеоперационных кровопотери в первые сутки после операции по дренаже: в первой группе составило в среднем 169 мл, во второй группе 212 мл. Все пациенты с первых суток от момента операции, получали антикоагулянтную терапию (прадакса 220 мг 1 раз/сут (2 капс. по 110 мг).

Выводы: таким образом, на основании исследования двух групп, во второй группе отмечается уменьшение кровопотери после операции на 20-25%, уровень гемоглобина крови выше контрольных групп, отсутствие показаний к переливанию донорской плазмы. Что позволяет, применяя данную тактику и отказаться от переливаний кровозаменяющих средств. Отмечен стойкий положительный кровосберегающий эффект, при применении эпсилон-аминокапроновой кислоты местно, заливанием его в рану с 3 – 5 минутной экспозицией.

Научное издание

ВИНОГРАДОВСКИЕ ЧТЕНИЯ

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

Издание подготовлено в авторской редакции

Подписано в печать 28.03.2019 г. Формат 60×84/16.
Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура Таймс.
Усл. печ. л. 1,63. Тираж 100 экз. Заказ 555.

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. 952-04-41