

**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, 26 апреля 2020 г.

**Москва
Российский университет дружбы народов
2020**

УДК 617-089(063)
ББК 53/57
В49

У т в е р ж д е н о
Р И С У ч е н о г о с о в е т а
Р о с с и й с к о г о у н и в е р с и т е т а
д р у ж б ы н а р о д о в

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, 26 апреля 2020 г. / отв. за вып. Н. В. Лебедев. – Москва : РУДН, 2020. – 36 с.

ISBN 978-5-209-10587-9

Работы представлены в авторской редакции, орфографии и пунктуации.

УДК 617-089(063)
ББК 53/57

ISBN 978-5-209-10587-9

© Коллектив авторов.
Отв. за вып. Н.В. Лебедев, 2020
© Российский университет
дружбы народов, 2020

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Солод Э.И., Алсмади Я.М., Абдулхабиров М.А.</i> КОНВЕРСИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА НА ФОНЕ ПОЛИТРАВМЫ.....	5
<i>Попов В.С., Сванадзе Г.Т., Имоматов Ф.А.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СИСТЕМ ПРОГНОЗА ИСХОДА ПЕРИТОНИТА.....	7
<i>Самара М.</i> ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ.....	9
<i>Колчева М.А. Зохидов З.У.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА.....	11
<i>Колчева М.А. Олейников Б.И.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРАНИОСИНОСТОЗОВ.....	16
<i>Лядов Д.А.</i> ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ..	20
<i>Подольский М.Ю., Кулакова А.Л., Переведенцева А.М., Навид М.Н., Гаграманян А.А.</i> ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТАРП В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ.....	22

<i>Подольский М.Ю.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А В ПРЕОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ У ПАЦИЕНТА С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ.....	24
<i>Щеглов Б.О.</i> ОДНОЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ПРИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ КОНТРОЛЕ РОСТА ОПУХОЛИ.....	27
<i>Плотникова А.И., Навид М.Н., Гусейнов И.И., Титаров Д.Л., Гориунова Е.М., Халыева О.Н.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ГЕРНИОПЛАСТИК ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИМПЛАНТАТА PARIETENE PROGRIP И ПОЛИПРОПИЛЕНОВОГО ИМПЛАНТАТА С ШОВНОЙ ФИКСАЦИЕЙ.....	29
<i>Узома Ч.Ч.</i> ИСТОРИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДИВЕРТИКУЛИТА.....	31
<i>Джуманов А.К., Аль-Арики Малик К.М., Тархани Мохаммед К.М., Ахмедов Т.З., Азимов Р.Х.</i> АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТОВ ИЗ ТИТАНОВОЙ НИТИ ПРИ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ.....	33
<i>Рзаев Т.З., Ниёзбеков Б.М.</i> МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	35

КОНВЕРСИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА НА ФОНЕ ПОЛИТРАВМЫ

Солод Э.И., Алсмади Я.М., Абдулхабирова М.А.
РУДН, ГКБ им. А.К. Ерамишанцева, Москва, Россия

Актуальность темы исследования.

Лечение переломов длинных костей конечностей приобретает особую актуальность в современной травматологии из-за высокой частоты пострадавших с политравмой, а также частотой инвалидности и летальными исходами после этих повреждений. Существуют разные концепции лечения пациентов с политравмой.

Цель нашего исследования разработка алгоритма лечения пациентов с изолированными и множественными переломами длинных костей при политравме.

Материалы и методы исследования

Данное исследование основано на анализе клинического материала конверсионного остеосинтеза у 120 пациентов с переломами длинных костей конечностей за 2017 по 2018 года. Из них 66 (55%) женщин и 54 (45%) мужчин в возрастной группе от 25-75 лет.

Пациентам первой группы 44 случаях (36,7%) в день поступления в качестве противошоковой терапии в сочетании с локальным обезболиванием и инфузионной терапией производили срочную фиксацию поврежденного сегмента стержневыми аппаратом внешней фиксации. При компоновке стержней и дизайна аппарата учитывали локализацию и характер перелома. Такой подход обеспечивал возможность эффективного ухода и наблюдения за пострадавшим с целью профилактики развития у пациентов травматического шока, жировой эмболии и тромбозов вен поврежденного сегмента, а также повреждения магистральных сосудов и нервов. После улучшения общего состояния в сроки 3-10 дней вторым

этапом этим пациентам производили конверсию на погружной заключительный остеосинтез блокируемыми стержнями (36) или пластинами (84) в зависимости от характера и локализация переломов. Учитывали также наличия имплантов в больнице или возможность их приобретения пациентами при необходимости. На первом этапе мы не старались к обязательному достижению идеального сопоставления отломков.

Пациентам второй группы 76 (63,3%) производили первичный остеосинтез стержневыми аппаратами при наличии выраженного отека и множественных ссадин кожных покровов, что не позволяло проведению погружного остеосинтеза сразу же при поступления их в стационар. Фиксация отломков в аппаратах внешней фиксации позволяла жестко стабилизировать отломки, что давала возможность пациентам до второго этапа операции передвигаться и ухаживать за собой. Аппаратная фиксация также способствовала динамическому наблюдению за состоянием мягких тканей. Дополнительное преимущество аппарата наружной фиксации заключалось в стабильной фиксации перелома, что препятствовало ретракцию мышц травмированного сегмента.

При таком подходе через 3-7 дней уменьшался отек и не были пролежни и гипостатические осложнения. В подобных условиях выполнение погружного остеосинтеза сопровождалось меньшими техническими трудностями, что положительно повлияло на уменьшение продолжительности выполнения окончательного остеосинтеза, снижению числа интра -и послеоперационных осложнений.

Результаты

Проведенное исследование подтвердило целесообразность конверсионного остеосинтеза в лечении больных с диафизарными переломами. Использование методики перевода фиксации отломков аппаратом наружной фиксации на внутренний остеосинтез (конверсия)

способствовало сокращению сроков стационарного лечения пациентов.

Таким образом, наши исследования показали клиническую целесообразность фиксации диафизарных переломах с использованием стержневого аппарата внешней фиксации на первичном этапе с последующим переходом (конверсия) в надкостный или внутрикостный остеосинтез.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СИСТЕМ ПРОГНОЗА ИСХОДА ПЕРИТОНИТА

Попов В.С., Сванадзе Г.Т., Имоматов Ф.А.

Кафедра факультетской хирургии РУДН.

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

Актуальность. В настоящее время для определения лечебной тактики и оценки результатов лечения больных с распространенным перитонитом в России и за рубежом хирурги используют несколько систем оценки вероятности летального исхода. Наиболее распространенными являются шкала АРАСНЕ II, шкала оценки тяжести сепсиса и прогнозирования летальности у больных с осложненными интраабдоминальными инфекциями (WSES) и Мангеймский перитонеальный индекс (MPI). Каждая из этих систем имеет свои преимущества и недостатки. Целью нашей работы стала сравнительная оценка эффективности вышеперечисленных систем и системы прогноза перитонита (СПП) разработанной на нашей кафедре.

Материал и методы. Работа основана на изучении результатов лечения 352 больных, поступивших в клинику с распространенным перитонитом. Из анализа были исключены больные с острым панкреатитом и нарушением мезентериального кровоснабжения (тромбоз, эмболия). Наиболее частой причиной перитонита был деструктивный

аппендицит (122 наблюдения), перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки (85 наблюдений), перфорация толстой кишки различного генеза (58 наблюдений), деструктивные формы холецистита (36 наблюдений). Средний возраст больных $55,8 \pm 9,1$ года.

Полученные результаты. С помощью построения ROC-кривых проведен сравнительный анализ прогностической точности СПП, WSES, MPI и APACHE II в определении вероятности летального исхода при перитоните. Система прогноза перитонита ориентирована на физиологические и патофизиологические параметры. Возраст до 60 лет - 0 баллов, 61-70 лет - 3 балла, 71-80 лет - 4 балла, старше 80 - 5 баллов; 2. Наличие злокачественного новообразования – 5 баллов; 3. Экссудат: гнойный – 3 балла, каловый – 5; 4 Системная воспалительная реакция; Сепсис – 5 баллов, Септический шок – 7 баллов; 5. Органная недостаточность не связанная с перитонитом (сопутствующая патология) 4 балла. Сепсис фиксировали по 2 и более баллам шкалы органных дисфункций gSOFA. Септический шок при потребности вазопрессорной поддержки для достижения среднего артериального давления >65 мм.рт.ст и лактата крови >2 ммоль/л. при отсутствии гиповолемии. Таким образом, основными факторами, влияющими на исход лечения больных с перитонитом являются возраст, характер экссудата, наличие сепсиса и тяжесть сопутствующих заболеваний.

Прогнозируемая летальность по СПП: 0-3 балла – 0,5%; 4-6 баллов – 15%; 7-10 баллов – 41%; 11-14 баллов – 75%; 15 баллов и выше – 100%.

В результате проведенного по всем шкалам ROC-анализа получен показатель AUC (Area Under Curve) для каждой из систем прогноза, который показывает вероятность наступления прогнозируемого события. Показатель AUC для СПП составил 92,6%, для WSES – 86,4%, для APACHE II – 84,1%, для MPI – 89,6%. Таким образом, показано, что СПП

достоверно выше прогнозирует летальный исход, чем WSES и APACHE II.

Обсуждение. Все анализируемые системы имеют высокие прогностические возможности, однако наилучшими показателями выявления вероятности летального исхода обладают СПП и МРІ.

Выводы. В сравнительном ROC-анализе шкала СПП с AUC 0,926 продемонстрировала себя в качестве достоверного метода прогнозирования летального исхода ($p < 0,05$).

Рекомендации. Для определения лечебной тактики и оценки результатов лечения больных с распространенным перитонитом целесообразно использовать систему прогноза перитонита (СПП) и МПИ.

Шкалы WSES и APACHE II обладают меньшими прогностическими возможностями.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

М. Самара

Кафедра факультетской хирургии РУДН.

Научный руководитель – д.м.н., профессор А.Е. Климов

Актуальность

В настоящее время проблема лечения больных с тяжелым острым панкреатитом (ТОП) является одной из наиболее актуальных в неотложной абдоминальной хирургии. Прежде всего это объясняется постоянным увеличением частоты развития острого панкреатита, в том числе его тяжелых форм. Одной из наиболее актуальных проблем лечения ТОП остается выбор оптимальной тактики хирургического пособия в стадии гнойно септических осложнений. Большинство современных авторов отмечают полную неэффективность подхода к лечению ТОП, подразумевающего консервативную тактику ведения больных.

Материалы и методы исследования

Нами проведен анализ результатов лечения 180 больных с ТОП. В связи с выявлением инфицированного некроза и/или панкреатического абсцесса 68 больным проведены открытые хирургические вмешательства (санация очагов инфекции, различные варианты дренирования). 74 пациентам выполнены миниинвазивные вмешательства; чрескожное дренирование панкреатических абсцессов под ультразвуковым наведением (33 наблюдения) и/или лапароскопическую санацию и дренирование сальниковой сумки (41 наблюдение). У 38 пациентов с ТОП и развитием полиорганной недостаточности в связи с отсутствием жидкостных (гнойных) образований проводили многокомпонентное консервативное лечение.

Частота выполнения миниинвазивных вмешательств составила 41,1% от общего числа пациентов.

Результаты исследования

Общая летальность у больных с ТОП составила 34.4%. Из 68 больных с открытыми вмешательствами 42 умерло (61.7%). В группе больных после проведения миниинвазивных вмешательств умерло 27 больных из 74 (36.5%).

В ходе проведения исследования выявлены следующие причины неэффективности миниинвазивных вмешательств у больных ТОП: дальнейшее распространение патологического процесса на брюшинное пространство, поражение большого сальника, брыжейки ободочной кишки и/или тонкой кишки, множественные участки гнойного процесса в поджелудочной железе и брюшинном пространстве, наличие многокамерных инфицированных жидкостных скоплений в поджелудочной железе, крупные секвестры, одновременное созревание и отторжение секвестров.

Обсуждение

Применение миниинвазивных вмешательств показано при лечении больных ТОП с ограниченным или хорошо организованным панкреонекрозом. При этом следует

учитывать, что миниинвазивные методики не во всех случаях эффективны при применении для лечения инфицированного панкреонекроза. Миниинвазивные вмешательства эффективны при отграниченных, одиночных, организованных инфицированных жидкостных скоплениях, не имеющих четкой перифокальной капсулы, без инфильтрации парапанкреатического пространства, имеющих диаметр не более 5-7 см и объем 70-100 мл.

Выводы и рекомендации

В качестве критериев выбора миниинвазивных или открытых методов оперативного вмешательства при ТОП следует считать выявление отграниченного или распространенного патологического процесса, размер, характер и объем отграниченного жидкостного скопления, а также наличие или отсутствие полиорганной недостаточности.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Колчева М.А. Зохидов З.У.

*Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов», медицинский институт,
Кафедра нервных болезней и нейрохирургии, г. Москва*

Артериовенозная мальформация (АВМ) – это аномалия развития сосудов, представляющая собой патологически связанные артерии и вены, сплетенные в довольно плотный, иногда достигающий гигантских размеров клубок. Зачастую АВМ не имеют своей капиллярной сети, вследствие чего осуществляется прямой сброс из артерий бассейна головного мозга (ГМ) в систему глубоких вен. На сегодняшний день частота встречаемости АВМ около 19 случаев на 100,000 населения в год. Одним из наиболее серьезных осложнений

АВМ является разрыв, вероятность возникновения которого увеличивается ежегодно и составляет 1,5-3%, случаи повторного кровоизлияния 6% и увеличивается с возрастом. В патогенезе нетравматических субарахноидальных кровоизлияниях или внутримозговых кровоизлияниях доля АВМ 5-10% от общего числа всех зарегистрированных случаев. Серьезный неврологический дефицит после разрыва отмечается в 56-81% случаев. Смертность при разрыве АВМ составляет около 29% и растет с каждым годом.

Классический вариант АВМ представляет собой три основных компонента: 1.Приводящие сосуда(афференты), клубок патологически переплетенных сосудов или ядро, дренирующие вены(эфференты). Питающие артерии могут иметь два варианта участия в АВМ: терминальными, то есть вся кровь попадает только в мальформацию или же транзиторными, когда артерия преимущественно участвует в кровоснабжении ГМ, отдавая к АВМ отдельные ветви. Ядро, как уже говорилось выше, представляет собой клубок переплетенных сосудов, разного диаметра, являющиеся прямыми анастомозами, без микроциркуляторного русла. Ядро может иметь форму шара, пирамиды, усеченной пирамиды, двояковыпуклой линзы или же цилиндра.Анатомически выделены три основных варианта строения ядра: – 1. Фистульный (артерия непосредственно переходит в вену, как правило, с выраженной эктазией переходного участка) – 11% 2. Плексиформный (связь артерий с венами осуществляется через клубок диспластических сосудов) – 36% 3. Смешанный (сочетание фистульного варианта с плексиформным) – 53%. Локализация АВМ неспецифична в супратенториальных структурах локализуются 86% АВМ (в области мозгового плаща – 47%, лимбической системы – 9%, глубинных структур – 30%); субтенториальных - 14% (мозжечка – 12%, ствола – 2%).

Для определения тактики хирургического вмешательства и определения хирургических рисков

наиболее информативной является система градации Spetzler-Matrin(1986).

Баллы

Размеры АВМ

<3 см S1

3-6 см S2

> 6 см S3

Локализация

Вне функционально значимой зоны A0

В пределах функционально значимой зоны A1

По характеру дренирования

Не имеет «глубоких» дренирующих вен V0

Имеет «глубокие»

дренирующие вены V1

Таким образом, каждая мальформация наделяется определенным количеством баллов, сумма которых указывает ее градационную степень от I до V. Система градации используется не только для характеристики конкретной АВМ, но и для облегчения определения хирургической тактики. Так, пациентам I-II градации показано микрохирургическое удаление, III – комбинированное лечение, IV-V – только при геморрагическом варианте течения – комбинированное лечение, включающее эмболизацию и удаление АВМ.

Полная хирургическая резекция остается золотым стандартом лечения АВМ, если это возможно при минимальном уровне заболеваемости. Быстрое развитие микрохирургических технологий сделало этот метод лечения самым быстрым и наиболее полным методом достижения полной резекции АВМ. Существуют три способа удаления АВМ: 1) от артерий к венам (классический); 2) от вен к артериям (при внутримозговом расположении клубка); 3) комбинированный (попеременное выключение артерий и вен). Наиболее предпочтителен первый вариант, поскольку

ограничение притока крови к АВМ существенно снижает риск кровотечения. Выключение артерий осуществляется путем коагуляции и пересечения (для сосудов малого калибра); коагуляции (на протяжении нескольких миллиметров), клипирования и пересечения (для артерий калибра более 2 мм). Для клипирования питающих сосудов АВМ следует применять МР-совместимые «титановые» клипсы. Удаление мальформации осуществляется путем тщательной диссекции клубка по периметру (с периодической сменой флангов) в пределах глиального рубца, обычно окружающего АВМ. В первую очередь, следует локализовать и выключить из кровотока основные афференты АВМ, что позволяет редуцировать кровоток и снизить риск кровотечения при дальнейшем выделении мальформации. Далее АВМ последовательно выделяется от конвекситальных отделов к более глубоким, при этом подходящие к ней артерии поэтапно выключаются. Наиболее ответственным участком является глубинная часть АВМ, куда обычно впадают тонкостенные питающие артерии из субэпендимарного слоя - ветви перфорантных ворсинчатых артерий. Эти сосуды достаточно сложны для коагуляции и выключения, для их лигирования предпочтительнее пользоваться несъемными титановыми миниклипсами либо пользоваться техникой коагуляции с захватом окружающей мозговой ткани. В последнюю очередь после выделения всех афферентов и клубка АВМ выключается депонирующая вена. В процессе выделения клубка АВМ категорически не рекомендуется входить в сам узел и пытаться его фрагментировать, это серьезный риск разрыва и возникновения массивного кровотечения. При удалении больших АВМ полезна методика временного клипирования артерий на отдалении с последующим перемещением клипс ближе к клубку, по мере выделения непосредственных питающих сосудов. Общим требованием к качеству гемостаза после удаления АВМ является коагуляция или клипирование всех источников кровотечения.

Одним из методов лечения является радиохирugia. Показано, что радиохирugia поддерживает облитерацию АВМ, не вызывая новых неврологических нарушений в глубоко локализованных АВМ, или АВМ в функционально значимых зонах, которые являются труднодоступными при выборе тактики микрохирургической операции. Мишенью радиохирургического воздействия является клубок АВМ, который выявляется при проведении церебральной ангиографии. Аfferентные артерии и дренирующие вены не включаются в зону облучения. Методика радиохирургического лечения артериовенозных мальформаций предусматривает проведение церебральной ангиографии в стереотаксическом режиме. Последние исследования показали, что ключевым моментом в достижении облитерации АВМ является краевая доза облучения в 20 Гр, составляющая 50-70% от дозы в центре мишени. При небольших объёмах узла мальформации (1 – 3 см³) возможно увеличение краевой дозы до 24-25 Гр, что повышает эффективность облитерации. Адекватная доза должна обеспечивать облитерацию узла мальформации и в тоже время позволять избежать лучевого повреждения тканей мозга. Относительно новым методом для лечения АВМ в детском возрасте является эндоваскулярная эмболизация. Эндоваскулярная эмболизация приобрела значительную роль в комплексном лечении АВМ головного мозга в качестве вспомогательной терапии другими методами лечения. Большая серия из 1246 случаев АВМ головного мозга показала, что полная облитерация после эмболизации составила всего 5%. Частота осложнений составила 7,3%, и ни у одного из пациентов не было постоянного неврологического дефицита или заболеваемости.

Частота осложнений после эндоваскулярной эмболизации остается довольно высокой. Ни один из зарегистрированных случаев не имел постоянного неврологического дефицита или не умер, и все осложнения со

временем исчезли. Эти осложнения могут быть связаны с особенностями проведения самой процедуры, такими как перфорация сосуда или гематома в месте прокола

Заключение: Оптимальная тактика лечения для решения проблематики АВМ остается спорной. Пожизненный риск возникновения спонтанного кровотечения и возможного неврологического дефицита относительно. Технологии по оптимальному лечению все еще развиваются. Междисциплинарный подход в проведении комплексной терапии зарекомендовал себя как положительный метод в лечении АВМ. Микрохирургическая резекция остается золотым стандартом для лечения всех доступных АВМ. Эмболизация и радиохирургия должны рассматриваться как дополнительная терапия.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРАНИОСИНОСТОЗОВ

Колчева М.А. Олейников Б.И.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов», медицинский институт, Кафедра нервных болезней и нейрохирургии, г. Москва

Краниосиностозы (КС) - врожденная аномалия развития основания черепа и лицевого скелета, представляющая собой первичное внутриутробное синостозирование (заращение) одного и более швов свода черепа.

Частота встречаемости несиндромальных краниосиностозов составляет 1/1600-1/2500 новорожденных.

Частота встречаемости разных форм КС различна: скафоцефалия составляет около 40%; лобная плагиоцефалия - 20%; тригоноцефалия –15%; брахицефалия-20%; затылочная плагиоцефалия –менее 5%.

Широко распространено мнение, что в основе этиологического фактора лежит дефект в передаче L1CAM-FGFR[1]. Патологическое влияние на развитие головного мозга и швов свода черепа осуществляется опосредованно, через ингибирование индуцированной FGFR передачи L1CAM, что приводит к нарушению проходимости факторов индукции и ингибирования остеогенеза через ТМО.

L1CAM является одним из необходимых факторов формирования белого вещества головного мозга. Отсутствие данного фактора приводит к гипоплазии структур головного мозга, характерных для синдромальных краниосиностозов (дисгенезия и агенезия мозолистого тела, пирамидная гипоплазия и др.), а также к сигнализации через ТМО о том, что слияние швов уже должно произойти.

К простым видам краниосиностозов относятся: 1) Скафоцефалия - синостоз сагитального шва. 2) Лобная плагиоцефалия - синостоз односторонний синостоз коронарного шва. 3) Затылочная плагиоцефалия – односторонний синостоз коронарного шва. 4) Тригоноцефалия- синостоз метопического шва.

Сложные или вариабильные (синостоз двух швов): 1) Брахицефалия – двусторонний синостоз лямбдовидных швов. 2) Туррибрахицефалия – двусторонний синостоз коронарных швов.

При данной патологии велик риск развития осложнений, значительно ухудшающих качество жизни ребенка. Ассоциированные неврологические осложнения у больных с краниосиностозами включают в себя ВЧГ, мальформацию Арнольда-Киари I, вентрикуломегалию, гидроцефалию, страбизм и астигматизм. Renier D., описал 2137 пациентов с краниосиностозами и выявил, что у больных со скафоцефалией ВЧГ была обнаружена в 12% случаев, тригоноцефалией в 9%, плагиоцефалией в 10%, брахицефалией в 37%, 62.5% с синдромом Крузона, 45% с синдромом Аперта. Anderson F.M. выявил, что среди 107

пациентов тригоноцефалия встречается у 27%, а нарушение интеллекта среди них составляет 17,9%. Суфиянов А. А., исследуя клиническую картину больных детей с несиндромальными краниосиностозами, отметил пирамидные нарушения в виде повышения сухожильных рефлексов, и задержку исчезновения возрастных рефлексов у 18 (32%) детей, 14 (28%) из которых были со скафоцефалией.

Диагносцировать краниосиностоз можно в пренатальном периоде. При скрининговом УЗИ плода в третьем триместре можно выявить деформацию головки плода, подтвердить диагноз возможно при помощи 3D УЗ-сканирования. Диагностирование данного состояния является показанием для оперативного родоразрешения для исключения интранатальной травмы ЦНС

В постнатальном периоде диагностика так же не представляет существенных сложностей. Диагноз краниосиностоз можно выставить сразу после рождения ребенка, при физикальном осмотре, обнаружив характерную деформацию головы новорожденного.

При выписке из роддома формируется список диагностических и лечебных мероприятий для подтверждения/исключения данного диагноза. Поставить диагноз краниосиностоз без инструментальных методов исследования можно в 98% случаев. Для этого необходимо просто обратить внимание на форму головы

Золотым стандартом диагностики краниосиностозов в России является КТ черепа / головного мозга. При помощи КТ можно получить точную 3D-модель черепа, оценить степень синостозирования шва, провести компьютерную краниометрию, продумать технику операции, подобрать индивидуальные импланты и дистракционные устройства. Однако стоит принимать во внимание, что всем мире отходят от применения КТ для диагностики краниосиностозов, так как этот метод несет высокую лучевую нагрузку, и должен

использоваться строго по показаниям, если есть спорные моменты в постановке диагноза.

Наименее инвазивным методом диагностики краниосиностозов, позволяющий со 100% уверенностью поставить диагноз – УЗИ швов черепа. Данный метод является золотым стандартом во всем мире.

Тактика хирургического вмешательства предусматривает три вида оперативных вмешательств: Краниотомия, реконструктивная операция, комбинированная операция. С целью коррекции краниосиностозов используют следующие типы оперативного вмешательства: 1. Лоскутная краниоэктомия синостозированного шва. Данная техника косметически целесообразна пациентам до 3-х месяцев, до формирования экстенсивной деформации фронтальной кости.

2. Лоскутная краниоэктомия синостозированного шва в сочетании с бипариетальной дистракцией, достигаемой при помощи различных модификаций пи-пластик 3. Эндоскопическая сутурэктомия синостозированного шва 4. Лобно-орбитальное ремоделирование у больных с передней плагиоцефалией, тригоноцефалией 5. Более радикальные вмешательства, такие как тотальная реконструкция костей свода черепа (пи-платиска, «Н» пластика по Реньеру, Z-остеотомии) 6. Динамическая дистракция с имплантированием систем внешней и внутренней фиксации (титановых краниальных пружин), которые, не ограничивая увеличения размеров головы, позволяют проводить коррекцию в динамике после достижения 6 месяцев. Данная методика не увенчалась успехом, ввиду частых транслокаций пружин и пластин транскарниально с пенетрацией ТМО.

Статистические исследования показали, что способы коррекции изолированных несиндромальных краниосиностозов, демонстрируют сравнительную эффективность, однако статистически значимое различие при оценке эстетического результата по ЦИ, указывает на

преимущество после выполнения тотальной реконструкции свода черепа ($p < 0,01$).

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Лядов Д.А.

*Кафедра госпитальной хирургии ФГБОУ ВО
Московский государственный медико-стоматологический
университет имени А. И. Евдокимова Министерства
здравоохранения России, г. Москва*

Несмотря на бурное развитие лапароскопической хирургии, в настоящее время большое количество операций выполняется лапаротомным доступом, исходом которого, частотой до 20,6%, является формирование послеоперационных грыж брюшной стенки. Стремления хирургов к малоинвазивным операциям привело к возникновению нового направления – лапароскопической (LS) пластики послеоперационных грыж.

С 2016 г. на базе ГКБ №40 г. Москвы внедрена методика лапароскопических герниопластик с использованием имплантов Реперен зарегистрированных в России, Европе и США, особенностью которых является отсутствие усадки, оптимальная интеграция и высокая биосовместимость.

Целью работы было сравнить и проанализировать два основных метода аллогерниопластики, применяемые при лечении послеоперационных вентральных грыж: лапароскопическая герниопластика IPOM и открытая аллогерниопластика sub-lay.

За 2019 г. в исследовании приняли участие 72 пациента, сопоставимых по возрасту и полу (средний возраст 54+/- 4,6 года), размер грыжевого дефекта у которых не превышал 10 см в диаметре (для IPOM пластики применяется bridging методика (M-любое, R-0-2. W-1-2). У 30 пациентов выполнена LS IPOM

пластика, 32 пациентам герниолапаротомия с герниопластикой sub-lay, и 10 пациентам - открытая IPOM аллогерниопластика. Исследуемые параметры: среднее время операции, длительность пребывания в стационаре, выраженность болевого синдрома, осложнения в послеоперационном периоде и частота рецидивов. Операции проводились под ЭТН. После низведения грыжевого мешка и выполнения гемостаза, в брюшную полость вводился и устанавливался заранее размеченный имплант. Сетка фиксировалась трансабдоминально сквозными швами, укреплялась герниостеплером или отдельными узловыми швами. Дренирование брюшной полости не проводилось. В ходе исследования проводилась предоперационная антибиотикопрофилактика однократным введением цефалоспоринов 2-го поколения, а после стандартное обезболивание.

Результаты. Сравнительный анализ длительности операций: среднее время операции при IPOM пластике составило 96 минут в сравнении с 124 минутами при установке сетки sub-lay (длительность, в основном, колебалась от наличия и тяжести спаечного процесса, при отсутствии которого среднее время фиксации сетки составило 45 минут, в сравнении с 75 минутами при открытой герниопластике sub-lay). Среднее число пребывания в стационаре: при LS герниопластике 3,4 койко-дня, а при открытой герниопластике sub-lay 6,3 койко-дня. Каждые шесть часов оценивали выраженность болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде на протяжении 72 часов. Болевой синдром при LS пособия в первые сутки составил 3,3 балла по десятибалльной шкале, а ко вторым 1,4. У пациентов, перенесших открытое пособие, болевой синдром был выше - 4,5 балла в первые 24 часа и 2,3 балла к концу 2-х суток. Полной отмены обезболивающих средств в группе IPOM удалось достигнуть к концу 2-х суток, в группе перенесших sub-lay пластику длительность была вдвое выше. Наиболее частое осложнение в обеих группах - образование

послеоперационных сером, благополучно спунктированных под контролем УЗИ. Отдаленные результаты: в группе, перенесших IPOM пластику, был выявлен один (2,4%) рецидив вследствие недостаточного перекрытия грыжевого дефекта. В группе перенесших sub-lay герниопластику выявлен также один рецидив (3,1%), имеющий место из-за нарушения пациентом режима. У одного пациента после IPOM пластики отмечался хронический болевой синдром (2,4%), обусловленный нерассасывающимися клипсами.

Заключение: LS IPOM пластика является альтернативным методом у пациентов с малыми и средними послеоперационными вентральными грыжами. Преимущества: косметический эффект, уменьшение болевой синдром и длительности стационарного лечения. Метод является безопасным, простым в освоении и может быть рекомендован к широкому применению в повседневной клинической практике.

ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТАРР В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

**Подольский М.Ю., Кулакова А.Л., Переведенцева А.М.,
Навид М.Н., Гаграманян А.А.**

(научный руководитель - д.м.н., проф. Протасов А.В.)

*Российский Университет Дружбы Народов, НУЗ "Дорожная
клиническая больница имени Н.А. Семашко на станции
Люблино ОАО "РЖД". Москва, Россия*

Введение: По последним данным, приведенным на 4 Всероссийском Съезде Герниологов, операции по поводу грыж передней брюшной стенки занимают 2 место по числу выполняемых хирургических операций, уступая только операциям по поводу острого аппендицита. На паховые грыжи приходится около 75% от всех операций по поводу грыж передней брюшной стенки. Начиная с 1986 года, в

хирургическую практику внедрена ненатяжная протезирующая герниопластика по Лихтенштейну. Следующим этапом, с учетом внедрения эндоскопического оборудования, была разработана лапароскопический вариант операции – Трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика (ТАРР). На сегодняшний день, ТАРР является альтернативой открытой методикой, т.к. обладает меньшей травматичностью и возможностью проведения операции по поводу двусторонней грыжи из единого доступа, для быстрого восстановления пациентов и ранней выписки из стационара.

Цель исследования: Провести ретроспективный анализ данных за пятилетний период времени и оценить полученные результаты по методике ТАРР.

Материалы и методы: Мы провели ретроспективный анализ результатов лечения 254 (95% (n=241) мужчин и 5% (n=13) женщин) пациентов с паховыми грыжами в университетской клинике с 2015г по 2019г. В исследование включены пациенты с первичными паховыми грыжами. Из 100% (n=254) пациентов у 42,1% (n=107) правосторонние паховые грыжи, у 31,5% (n=80) левосторонние паховые грыжи, у 26,4% (n=67) двусторонние паховые грыжи. Возраст пациентов варьировал от 23 до 82 лет, средний возраст 52,3 года. Средний срок грыженосительства до операции 35,2 месяца.

Результаты: Всем пациентам была выполнена трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика (ТАРР). Среднее время операции составило 56,8 мин. Ни в одном случае конверсия не потребовалась. Интраоперационных осложнений не было. Мы использовали у 70,5% (n=179) пациентов моделированный плоский сетчатый имплантат 10x15см, у 29,5% (n=75) пациентов анатомический сетчатый имплантат 8,5x13,7см (BARD 3DMax). Имплантат фиксировался эндоскопическим степлером в стандартных точках – куперовская связка, подвздошно-лонный тракт и задняя поверхность прямой мышцы живота. Перитонизация имплантанта происходила также при

помощи эндоскопического степлера. У 1,9% (n=5) пациентов послеоперационный период осложнился образованием сером. С учетом клинической картины во всех случаях, произведена эвакуация жидкостного компонента пункцией под УЗИ контролем. Среднее пребывание пациентов в стационаре 3 дня. Рецидивов и хронической послеоперационной боли, за период наблюдения, мы не обнаружили.

Выводы: Методика TAPP зарекомендовала себя как безопасный метод лечения паховых грыж, с минимальным количеством осложнений и минимальной хирургической травмой, что соответствует современному представлению о fast track хирургии. Миниинвазивная хирургия паховых грыж помогает быстрой реабилитации пациентов после операции, что позволяет вернуть пациентов к привычному образу жизни в максимально короткие сроки.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А В ПРЕОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ У ПАЦИЕНТА С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ

Подольский М.Ю.

(научный руководитель д.м.н., проф. Протасов А.В.)

*Российский Университет Дружбы Народов,
Видновская районная клиническая больница. Москва, Россия.*

Введение: Проблема послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) как никогда актуальна в наше время с учетом развития хирургии и анестезиологии в целом. Около 3-5% всех лапаротомий в плановой хирургии и около 10% в экстренной хирургии осложняется образованием ПОВГ. Этот процент повышается при развитии гнойно-некротических осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периоде. Использование сетчатых имплантатов и

сепарационных техник позволило закрывать дефекты апоневроза, которые ранее считались неоперабельными. Однако тенденция использования сепарационных техник, которая заключается в пересечении одной или двух широких мышц живота в корни меняет биомеханику передней брюшной стенки и не всегда позволяет избежать развития компартмент-синдрома. В данной работе мы приводим краткий обзор методики, которая на наш взгляд имеет очень большой потенциал в решении данной проблемы.

Цель работы: Оценить влияние ботулотоксина типа А на широкие мышцы живота в предоперационной подготовке у пациента с ПОВГ и «потерей домена».

Материалы и методы: Пациент С. 70 лет. В анамнезе перенесенная операция по поводу травматического разрыва двенадцатиперстной кишки(ДПК) 16.03.2019. Пациент доставлен в районную ЦРБ. Экстренная операция была выполнена из лапаротомного доступа – ушивание разрыва ДПК, санация и дренирование. Послеоперационный период осложнился несостоятельностью швов, в связи с чем, была выполнена релапаротомия 28.03.19, и в последующем санационные релапаротомии 01.04.19, 06.04.19, 08.04.19. Дефект в апоневрозе в области послеоперационного рубца был обнаружен через месяц после последней санации. К нам пациент обратился через 12 месяцев после выписки с жалобами на наличие грыжевого выпячивания в области послеоперационного срединного рубца.

Данные пациента: Рост - 164 см., Вес - 50кг., ИМТ – 18,6. Локальный статус - в проекции послеоперационного рубца по средней линии, имеется грыжевое выпячивание размерами 30x15см. Ширина грыжевых ворот 14см. Выпячивание мягко-эластической консистенции, безболезненное. С-м кашлевого толчка положительный. Был выставлен клинический диагноз: ПОВГ M1-5W3 R0. В предоперационном обследовании было выполнено КТ органов брюшной полости без контраста в положении

пациента лежа. По данным КТ расхождении медиальных краев прямых мышц живота 13,0 см. Учитывая антропометрические данные пациента и данные КТ, можно заключить, что данная картина полностью соответствует термину «потеря домена».

Далее мы выполнили игольчатую электромиографию широких мышц живота для оценки структурных изменений в миоцитах и определения контрактуры мышечного волокна. По полученным данным - при проведении игольчатой миографии концентрическим электродом определялась умеренно выраженная спонтанная активность в наружной косой мышце, внутренней косой мышце и поперечной мышце с двух сторон. По данным УЗИ передней брюшной стенки в широких мышцах живота определялись множественные точечные гиперэхогенные включения. Нами было принято решение использовать внутримышечное введение в широкие мышцы живота ботулотоксина типа А, как первый этап предоперационной подготовки.

Пациенту введено 300ЕД ботулотоксина типа А под контролем УЗИ в широкие мышцы живота.

Через 6 недель повторно выполнена электромиография, по данным которой отмечалось уменьшение выраженности спонтанной активности. Эти данные позволяют судить об эффекте БТА, как о положительно достигнутой химической денервации мышечного волокна.

Далее проведено оперативное пособие – герниопластика с использованием самофиксирующего сетчатого имплантата Adhesix по типу Sublay (методика Rives-Stoppa) без применения сепарационных техник. Интраоперационного повышения внутрибрюшного давления после закрытия дефекта не отмечено. Послеоперационный период протекал без осложнений: дыхательной недостаточности не отмечалось, не говоря уже о компартмент-синдроме. Пациент выписан из стационара на 7-е.

Результаты: На контрольном осмотре через месяц данных за рецидив нет. На выполненном КТ, также данных за рецидив не наблюдается. Движения пациента сохранены в полном объеме. Пациент соблюдает рекомендации по ношению бандажа и ограничению физических.

Вывод: Мы получили первые результаты по использованию БТА в предоперационной подготовке пациента с ПОВГ с «потерей домена». Химическая денервация позволяет избежать компартмент-синдрома в послеоперационном периоде, а возможность не применять сепарационные техники помогает сохранить нормальную биомеханику передней брюшной стенки. Конечно, пока рано утверждать о широком применении БТА. Необходимо дальнейшее наблюдение и разработка четкого алгоритма, но на наш взгляд методика имеет большой потенциал в применении у пациентов с ПОВГ.

ОДНОЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ПРИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ КОНТРОЛЕ РОСТА ОПУХОЛИ

Щеглов Б.О.

*Федеральное государственное автономное образовательное
учреждение высшего образования «Дальневосточный
федеральный университет» г. Владивостока*

Введение. Исходя из методологии Breslow есть функциональная зависимость хирургического края меланомы от толщины гистологического среза в диапазоне от 5 мм до 1 или 2 см. Данный подход обычно требует двух хирургических шагов: проведение эксцизионной биопсии и дальнейшее повторное удаление опухоли в соответствии с толщиной гистологии. Систематические обзоры данного вопроса показывают, что исследование толщины меланомы с помощью ультразвукового оборудования высокого

разрешения хорошо коррелирует с гистологическим измерением толщины меланомы. Поэтому для выполнения резекции меланомы в один шаг определялась при помощи сонографической эхо-семиотики толщина меланоцитарных образований кожи.

Цель исследования. Изучение доли пациентов, получающих одностадийную операцию с соответствующими хирургическими краями по методологии Breslow, на основе предоперационного сонографического измерения толщины меланомы для определения предикторов возникновения различий между этими двумя измерениями.

Материалы и методы. Рассмотрение особенностей проведения хирургических операций пациентов с меланомой, у которых толщина была измерена ультразвуком (20 МГц) с июля 2006 года по декабрь 2017 года до операции в отделении нейрохирургии Медицинского центра Токайского университета (Япония).

Результаты. Рассмотрены 89 меланом, из которых 67 были удалены за один этап с хирургическими краями на основе сонометрических измерений толщины; 61 из них (91%, 95%) не требовали повторного удаления, 4 имели чрезмерную наценку, а 2 имели недостаточную наценку по методологии Breslow. Основываясь на двумерном анализе, было показано, что значительная абсолютная разница между сонометрическими и гистометрическими измерениями была связана с толщиной (единственный значимый фактор), изъязвлением и размером опухолей.

Вывод. Определение толщины меланомы с помощью оборудования для ультразвуковой визуализации с высоким разрешением позволяет удалить меланому в один шаг с достаточными хирургическими краями в большинстве.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ
ГЕРНИОПЛАСТИК ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИМПЛАНТАТА PARIETENE
PROGRIP И ПОЛИПРОПИЛЕНОВОГО ИМПЛАНТАТА
С ШОВНОЙ ФИКСАЦИЕЙ**

**Плотникова А.И., Навид М.Н., Гусейнов И.И., Титаров Д.Л.,
Горшунова Е.М., Халлыева О.Н., Бархударов А.А.**
Российский университет дружбы народов, г. Москва

Введение: Паховая грыжа является одной из наиболее обсуждаемых проблем в общей хирургии. Частота паховых грыжесечений составляет 10-25% от общего числа всех абдоминальных операций. Ежегодно в мире выполняется более 20 миллионов паховых герниопластик.. Согласно рекомендациям Европейского общества герниологов, пластика по Лихтенштейну является «золотым стандартом» хирургического лечения паховой грыжи открытым методом. Однако, с другой стороны, внедрение имплантатов сопряжено с развитием местных раневых осложнений вследствие реакции тканей пациента на синтетический материал, а также воспалительной реакции на границе «нить-ткань» при фиксации сетки.

Цель: Сравнить непосредственные и отдаленные результаты паховых герниопластик по Лихтенштейну с применением безфиксационных имплантатов и имплантатов, требующих фиксации к тканям.

Материалы и методы: Мы проанализировали результаты 243 паховых грыжесечений с пластикой Лихтенштейна, проведенных в период с 2010 по 2015 год, основываясь на данных историй болезни. 135 из них были проведены с применением полипропиленового имплантата, фиксированной отдельными швами к тканям (1 группа), и 108 – с самофиксирующимся имплантатом Parietene Progrid (2 группа). Средний возраст пациентов составил 62,4 лет. Грыжа

носила первичный характер в 91,1% в первой группе и 87,0% во второй, пластика по поводу рецидивной грыжи была выполнена в 9,0% и 13,0% случаев соответственно. Грыжи L-типа выявлены в 56,8% в первой группе и 35,8% - во второй, на долю грыж M-типа приходилось 43,2% и 64,2% соответственно. Методом случайной выборки мы отобрали 100 пациентов, перенесших паховую герниопластику для оценки качества жизни в разные сроки после операции. Опрос пациентов проводился по телефону. Данные удалось получить только от 64 пациентов: 41 первой группы и 23 - второй. Для оценки качества жизни пациентов мы использовали специфический опросник EuraHS QoI, рекомендованный Европейским обществом герниологов. Статистический анализ был представлен с использованием SPSS.

Результаты: Мы не получили статистически значимых различий между операциями с использованием двух видов имплантатов в отношении ранних послеоперационных осложнений. Полученный спектр осложнений был представлен: отеком яичка и мошонки (OR 0.243, CI 95% 0.028-2.112, p = 0.166), серомой (OR 0.171, CI 95% 0.021-1.441, p = 0.064), гематомой (OR 0.83, CI 95% 0.136-5.059, p = 0.84), орхитом (OR 0.80, CI 95% 0.051-12.634, p = 0.874). Однако, продолжительность оперативного вмешательства в группе герниопластик с применением Parietene Progrid была существенно меньше в сравнении с группой фиксационных пластик ($42 \pm 1,658$ vs $59 \pm 2,424$ минут; p < 0.001). А средняя продолжительность приема НПВС в раннем послеоперационном периоде во второй группе составила $2.92 \pm 0,098$ дней против $4.03 \pm 1,121$ в первой группе (p < 0.001). Проанализировав отдаленные результаты лечения, мы также не получили статистически значимых различий в группах сравнения по всем показателям качества жизни опросника EHS (p=0,543). Однако, после герниопластики с применением полипропиленового имплантата с фиксацией швами, в более поздние сроки наблюдения (более 3-х лет) имелась тенденция к

повышению качества жизни за счет снижения выраженности болевого синдрома ($p=0,015$) и увеличения двигательной активности пациентов ($p=0,01$). У 8 опрошенных пациентов (12,1%) был отмечен рецидив заболевания. При этом статистически значимой разницы в группах сравнения получено не было. Причинами развития рецидивов после открытых пластик паховых грыж являлись тактические и технические ошибки хирурга, связанные с выбором способа пластики, размера сетчатого имплантата, неверным его позиционированием и ненадежной фиксацией.

Заключение: Герниопластика по методике Лихтенштейна имеет хорошие результаты в хирургическом лечении паховых грыж передним доступом. Результаты применения самофиксирующегося имплантата сопоставимы с таковыми при использовании шовной фиксации полипропиленового имплантата в отношении частоты раневых осложнений, рецидивов заболевания и качества жизни в отдаленном периоде наблюдения. Однако, имплантат Parietene Progrid имеет явные преимущества, связанные с сокращением времени оперативного вмешательства и сроков приема анальгетиков в раннем послеоперационном периоде.

ИСТОРИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДИВЕРТИКУЛИТА

Узома Ч.Ч.

*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 конеч-

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.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТОВ ИЗ ТИТАНОВОЙ НИТИ ПРИ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ

**Джуманов А.К., Аль-Арики Малик К.М.,
Тархани Мохаммед К.М., Ахмедов Т.З., Азимов Р.Х.**
*Российский университет дружбы народов. Центральная
клиническая больница Российской Академии наук. Москва.*

Цель: оценить результаты применения сетчатого импланта из титановой нити в лечении паховых грыж.

Материалы и методы. Выполнен сравнительный ретроспективный анализ результатов лечения 35 пациентов с

паховыми грыжами за период с 01 января 2018 г. по 30 декабря 2019 г. Все больные разделены на 2 группы: в 1 группе (19 больных) применяли титановый сетчатый имплант «Титановый шелк» (НПФ «Темп», Россия), во 2 группе (16 больных) – полипропиленовый сетчатый имплант «Эсфил» (ЗАО «Линтекс», Россия). Все пациенты оперированы в плановом порядке.

Средний возраст оперированных пациентов в 1 группе составил $61,6 \pm 15,6$ лет, во 2 – $63,6 \pm 16,5$ лет ($p > 0,05$). В обеих группах были только мужчины. По длительности грыженосительства, размерам грыжевого мешка значимых различий между больными обеих групп не выявлено ($p > 0,05$). Доля больных, которым выполняли лапароскопическую трансабдоминальную преперитонеальную герниопластику (ТАРП) была значимо больше в 1 группе (42% против 19%, при $p < 0,05$), остальным больным выполняли герниопластику по Лихтенштейн. В обеих группах степень риска анестезии по шкале американского общества анестезиологов (ASA) варьировала от II до III. В 1 группе 37% больных имели III степень риска анестезии, во 2 – 25%. Статистически значимых отличий по этому показателю между группами не выявлено ($p > 0,05$).

Результаты. По продолжительности операции статистически значимых отличий между группами не выявлено (61 ± 20 мин. в 1 группе и 57 ± 28 мин. – во 2, $p > 0,05$). Интраоперационных осложнений в обеих группах не было.

По частоте послеоперационных осложнений (5,3 против 6,3%) и длительности послеоперационного периода ($5,2 \pm 1,6$ против $4,9 \pm 1,3$ суток) статистически значимых отличий между группами не выявлено ($p > 0,05$). Летальных исходов в обеих группах не было.

Через 6 мес. после операции 4 больных 1 группы и 1 больной 2 группы отмечали дискомфорт в зоне выполненного вмешательства. Через 1 год после операции указанные жалобы отмечали только 2 пациента 1 группы.

При оценке качества жизни (SF-36) через 6 мес. после операции в обеих группах не выявлено статистически

значимых отличий по показателям Психического здоровья и Ролевого эмоционального функционирования ($p > 0,05$). Кроме этого, у пациентов 1 группы также не отмечено значимых изменений Жизнеспособности, а 2 группы – Социального функционирования и Общего здоровья ($p > 0,05$). По остальным показателям качества жизни через 6 мес. после операции в обеих группах отмечено статистически значимое улучшение ($p < 0,05$). Межгрупповое сравнение качества жизни пациентов через 6 мес. после операции не выявило статистически значимых различий ($p > 0,05$).

Вывод: использование сетчатых имплантов из титановой нити при паховой герниопластике не сопровождалось увеличением частоты специфических осложнений. Через 6 мес. после операции качество жизни не зависит от материала применяемого импланта (титановая нить или полипропилен).

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Рзаев Т.З., Ниёзбеков Б.М.

*Российский университет дружбы народов.
Центральная клиническая больница РАН. Москва.
Центральная районная больница. Видное.*

Цель: оценка результатов малоинвазивного хирургического лечения осложнений дивертикулярной болезни толстой кишки.

Материалы и методы. Произведена ретроспективная оценка результатов хирургического лечения 19 больных с осложнениями дивертикулярной болезни толстой кишки за период с 01 января 2013 г. по 31 декабря 2018 г. Больных, которым выполняли лапароскопически-ассистированные вмешательства, включили в 1 группу (8 больных); оперированных открытым доступом – во 2 группу (11 больных).

Средний возраст пациентов 1 группы составил $58,8 \pm 13$ лет, 2 группы – $62,7 \pm 15$ лет ($p > 0,05$). По гендерному составу различий между группами не выявлено. Основная часть больных обеих групп оперирована с симптоматикой осложнений дивертикулярной болезни /перфорация дивертикула, кровотечение/.

В обеих группах степень риска анестезии по шкале американского общества анестезиологов (ASA) варьировала от II до IV ($2,9 \pm 0,5$ в 1 группе и $3,1 \pm 0,6$ во 2) и статистически значимо не отличалась ($p > 0,05$).

Всем больным выполняли различные варианты резекции кишки. Первичный анастомоз сформирован у 2 больных (25%) 1 группы, у остальных больных выводили проксимальную колостому.

Результаты. Среднее время операции у больных 1 группы составило 135 ± 35 мин., у больных 2 группы 148 ± 45 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 (18%) больных 2 группы на 3-и сутки после обструктивной резекции сигмы отмечали нагноение лапаротомной раны, на фоне консервативного лечения явления гнойно-некротического процесса были купированы. В 1 группе у 1 (12,5%) больного отмечали развитие серомы параумбиликальной троакарной раны, которую вылечили консервативно. Летальных исходов в обеих группах не было.

Продолжительность послеоперационного периода у больных 1 группы была статистически значимо меньше, чем во 2 группе ($8,1 \pm 2,3$ против $10,5 \pm 2,1$ суток, при $p < 0,05$).

Вывод: выполнение лапароскопически-ассистированных вмешательств при осложнениях дивертикулярной болезни ободочной кишки возможно и не приводит к увеличению длительности операции. Местными противопоказаниями к выполнению лапароскопически-ассистированных операций является распространённый перитонит.