

астмаи сабуки бронхиалӣ то 40,74% коҳиш ёфт, ки ин ба афзоиши ҳиссаи беморони миёна (то 44,44%) ва вазнин (14,82%) вобаста аст.

Хулоса. Дар чараёни пурсиш маълум шуд, ки аксари беморон ва волидон намояндагони қонунии

онҳо омодаанд, ки минбаъд маҳсулоти барномавии таҳияшударо барои мониторинги фосилавӣ истифода баранд.

Калимаҳои асосӣ: астмаи бронхиалӣ, назорат, кӯдакон, Астматест, мониторинг.

УДК 617.55-007.43 (075.8)

doi: 10.52888/0514-2515-2024-360-1-79-85

¹Шамсуллозода Ш.Н., ²Сайдалиев Ш.Ш., ¹Тагоймуродов Ю.Ф., ³Ганиев А.Э.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

¹ГУ ГЦСМП г.Душанбе

²ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино», Таджикистан

³ГОУ «ИПО в СЗ» Республики Таджикистан

Шамсуллозода Шерхон Нурали - зав.отд.заболеваний печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы ГУ ГЦСМП г.Душанбе. Республика Таджикистан, Тел.: +992 (918) 79 3030. E-mail: sherxon.yoftakov@mail.ru

Цель исследования - улучшение способов герниопластики вентральных грыж путем применения эндосетки различными вариантами сепарационных пластик.

Материал и методы исследования. Материал основан на результате оперативного лечения 148 больных с ПОВГ. В зависимости от применяемого способа вмешательства все оперированные больные были распределены на 3 группы. В первую группу вошли 58 больных, которым выполнена пластика грыжевых ворот передним сепарационным способом. Во вторую группу вошли 44 пациента, которым выполнена задняя сепарационная пластика. Остальные 46 больных составили третью группу, которым проводились стандартные «натяжные» способы герниопластики по типу Onlay (n=28) и sublay (n=18).

Результаты исследования и их обсуждение. Основными моментами, влияющими на выбор способа операции у больных всех 3-х наблюдаемых групп, являлись показатели интраоперационного исследования уровня внутрибрюшного давления. У пациентов первой группы в ближайшем послеоперационном периоде с использованием передней сепарационной пластики осложнения со стороны раны возникли у 10 (17,2%) больных. Во второй группе оперированных у которых применялась задняя сепарационная пластика, подобное осложнение отмечены у 4 (9,1%) больных. У обследованных третьей группы, у которых применялись натяжные методы герниопластики, осложнение со стороны раны наблюдались в 7 (15,2%) случаях.

Заключение. ПОВГ в 25% случаев остается осложнением лапаротомии особенно у тучного контингента больных с массой сопутствующих соматических патологий. Рецидив грыж и летальность при стандартных натяжных методах герниопластики остается высокими по сравнению с предложенными вариантами сепарационных пластик путем применения эндосеток.

Ключевые слова: послеоперационные вентральные грыжи, эндосетки, лечение.

Shamsullozoda Sh.N., Saidaliev Sh.Sh., Tagoymurodov Yu.F., Ganiev A.E.

FEATURES OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS

GU GTSMP Dushanbe

State Educational Institution "TSMU named after Abuali ibn Sino", Tajikistan

ГОУ «ИПО в СЗ» Республики Таджикистан

Шамсуллозода Шерхон Нурали - зав.отд.заболеваний печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы ГУ ГЦСМП г.Душанбе. Республика Таджикистан, Тел.: +992 (918) 79 3030. E-mail: sherxon.yoftakov@mail.ru

Aim. improvement of methods of hernioplasty of ventral hernias by using endo-mesh with various types of separation plastics.

Material and methods. The material is based on the result of surgical treatment of 148 patients with POVH. Depending on the method of intervention used, all operated patients were divided into 3 groups. The first group included 58 patients who underwent hernia orifice plasty by the anterior separation method. The second group included 44 patients who underwent posterior separation plasty. The remaining 46 patients made up the third group, who underwent standard "stretch" methods of hernioplasty of the Onlay (n=28) and sublay (n=18) types.

Results and discussion. The main points influencing the choice of the method of surgery in patients of all 3 observed groups were the indicators of intraoperative examination of the level of intra-abdominal pressure. In patients of the first group in the immediate postoperative period with the use of anterior separation plasty, complications from the wound occurred in 10 (17.2%) patients. In the second group of patients who underwent posterior separation plasty, a similar complication was noted in 4 (9.1%) patients. In the examined third group, who used tension methods of hernioplasty, complications from the wound were observed in 7 (15.2%) cases.

Conclusion. POVH in 25% of cases remains a complication of laparotomy, especially in obese patients with a lot of concomitant somatic pathologies. The recurrence of hernias and lethality with standard tension methods of hernioplasty remains high compared with the proposed options for separation plastics using endomesh.

Key words: postoperative ventral hernias, endonets, treatment.

Актуальность. Лечение послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) остается актуальной проблемой в абдоминальной хирургии. Послеоперационная вентральная грыжа являются наиболее частым осложнением после лапаротомии и составляет 2-25% [3,5]. Рецидивы грыж после различных пластических методов операции составляет 15-20, а при больших гигантских послеоперационных грыжах нередко достигает 30-45% [1, 2, 4]. Основными этиологическими факторами развития грыжи являются дистрофические нарушения тканей передней брюшной стенки, происходящие в основном, в результате повышения внутрибрюшного давления [1, 5].

Несмотря на достигнутые значительные успехи в области герниологии, в том числе и в лечении больных с послеоперационными вентральными грыжами до сих пор нет более конкретных рекомендаций по выбору того или иного метода операции, что делает данную проблему своевременной и требует проведения дальнейшего исследования. Вопрос, связанный в выбором метода пластики послеоперационных вентральных грыж также остается актуальным. В настоящее время, несмотря на существование более 200 методов пластики передней брюшной стенки, разработка новых способов метода пластики продолжается [2, 4].

Революция в лечении больных с большими и гигантскими послеоперационными грыжами произошёл после 1990 года, когда впервые Ramirez O.M (1990) показал возможность разделения мышечно-фасциальных компонентов с частичным рассечением мышечно-апоневротических каркасов для увеличения объёма брюшной полости. Данный метод позволил провести ушивание даже больших грыжевых ворот брюшной стенки без натяжения. Ramirez O.M впервые свою методику операции апробировал у 10 трупов и применил у 11 больных без рецидива. Однако, такой результат в последующем повторить не удалось. В послеоперационном периоде увели-

чились рецидивы грыж и появился так называемый «лягушачий живот». В связи с этим, для укрепления грыжевых ворот начали применять эндосетки, которые накладывались на место ушивания апоневроза и места дефектов боковых отделов живота.

Цель исследования – улучшение способов герниопластики вентральных грыж путем применения эндосетки различными вариантами сепарационных пластик.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 148 больных находившихся в стационаре на лечение в ГУ ГЦСМП г. Душанбе и в ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» на базе кафедр хирургических болезней №1, общей хирургии №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино за период с 2014 по 2020 гг. Возрастной состав пациентов составил от 23 до 79 лет. Мужчин было 57 (38,5%), женщин 91 (61,5%) больных. Давность заболевания варьировал от 1 года до 10 лет. В зависимости от применяемого способа вмешательств все оперированные больные были распределены на 3 группы:

В первую группу вошли 58 больных, которым выполнена пластика грыжевых ворот передним сепарационным способом.

Во вторую группу вошли 44 пациента, которым выполнена задняя сепарационная пластика. Остальные 46 больных составили третью группу, которым проводились стандартные «натяжные» способы герниопластики по типу Onlay (n=28) и sublay (n=18).

Из анамнеза среди наших больных у 35 грыжи появились после операции на желчном пузыре и желчевыводящих путей; у 31 –на тонкой и толстой кишках; у 11 – при травме живота с повреждением внутренних органов; у 9-после операции на желудке и у 3-при остром панкреонекрозе. Лишь 27 поступивших пациентов к нам с послеоперационными грыжами название раннее перенесённых вмешательств не помнили.

Судя по выявленным обстоятельствам для возникновения вентральных грыж имелись следующие факторы: несоблюдение режима труда (раннее возвращение к тяжелому физическому труду) - у 36 (24,3%); в анамнезе релапаротомия у 25 (16,9%); нагноение ран у -18 (12,2); лигатурные свищи у -11 (7,4%); причины не выявлены у 58 (41,9%) больных.

Многие с послеоперационными вентральными грыжами имели сопутствующие заболевания, которые также увеличили частоту образования ПОВГ. Среди наших больных самыми распространенными сопутствующими болезнями были сердечно-сосудистые заболевания - у 76 (51,4%), наличие ожирения отмечалось - у 77 (52%), заболевания ЖКТ у 72 (48,6%), сахарный диабет у 21 (14,2%) и другие патологии. У 92 (62,2%) больных имелись более одной сопутствующей патологии.

Оценка анестезиолого-операционного риска проводилась по шкале американского общества анестезиологов (ASA). В большинстве случаев у наблюдаемых нами больных имелась III степень риска по шкале ASA. Среди больных первой группы в 28 (46,6%) случаях степень риска по шкале ASA соответствовала II, а III степень анестезиолого-операционного риска была установлена у 30 (51,7%) больных. Во второй группе пациентов II степень операционно-анестезиологического риска была установлена у 20 (45,5%) пациентов, а у 24 (54,5%) пациента установлена III степень данного риска. В третьей группе II степень операционно-анестезиоло-

логического риска была установлена у 22 (47,8%) пациентов, а у 24 (52,2%) пациентов установлена III степень данного риска (табл. 1).

Масса тела играет немаловажную роль в оценке хирургических осложнений, выборе метода хирургического вмешательства, а также при выборе способа анестезиологического пособия. В связи с этим у всех больных исследовались показатели индекса массы тела (ИМТ), которую определяли согласно предложенной в 1997 году экспертами ВОЗ классификации ожирения. В соответствии с указанной классификацией при показателе ИМТ ниже 18,5 кг/м² говорят о низкой массе тела, уровень ИМТ от 18,5 до 24,9 кг/м² свидетельствует о нормальном весе, при ИМТ от 25,0 до 24,9 говорят об избыточном весе, ИМТ от 25,0 до 34,9 кг/м² указывает на наличие ожирения I степени до 34,9 кг/м², при наличии ожирения II степени показатели ИМТ находятся в пределах 35,0-39,9 кг/м², а при наличии ожирения III степени этот показатель превышает 40 кг/м². В нашем исследовании не было пациентов с низкой массой тела (табл. 2).

Таким образом, у большинства больных (n=54, 36,5%) отмечалась избыточная масса тела. В среднем индекс массы тела у больных первой группы составил 33,4±3,5 кг/м², у больных второй группы - 34,1±2,2 кг/м², у больных третьей группы - 32,2±2,2 кг/м², данные различия между группами не имели статистической значимости (p>0,05). Кроме того, мы оценивали риск возникновения у больных тромбоэмболии глубоких вен в соответствии со шкалой

Таблица 1

Оценка анестезиологического риска по шкале ASA

Риск анестезии	I группа (n=58)		II группа (n=44)		III группа (n=46)		P
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	
I степень	0	0	0	0	0	0	>0,05
II степень	28	48,3	20	45,5	22	47,8	>0,05
III степень	30	51,7	24	54,5	24	52,2	>0,05

Примечание: p - статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2 для произвольных таблиц)

Таблица 2

Распределение больных в соответствии с классификацией ожирения по ИМТ

ИМТ	I группа (n=58)		II группа (n=44)		III группа (n=46)		Всего (n=148)		P
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	
Нормальная масса	17	29,3	14	31,8	14	30,4	45	30,4	>0,05
Избыточная масса	21	36,2	16	36,4	17	37,0	54	36,5	>0,05
Ожирение I степени	14	24,1	10	22,7	11	23,9	35	23,6	>0,05
Ожирение II степени	5	8,2	3	6,8	3	6,5	11	7,4	>0,05
Ожирение III степени	1	1,7	1	2,3	1	2,2	3	2,0	>0,05
Всего:	58	100,0	44	100,0	46	100,0	148	100,0	>0,05

Примечание: p - статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2 для произвольных таблиц)

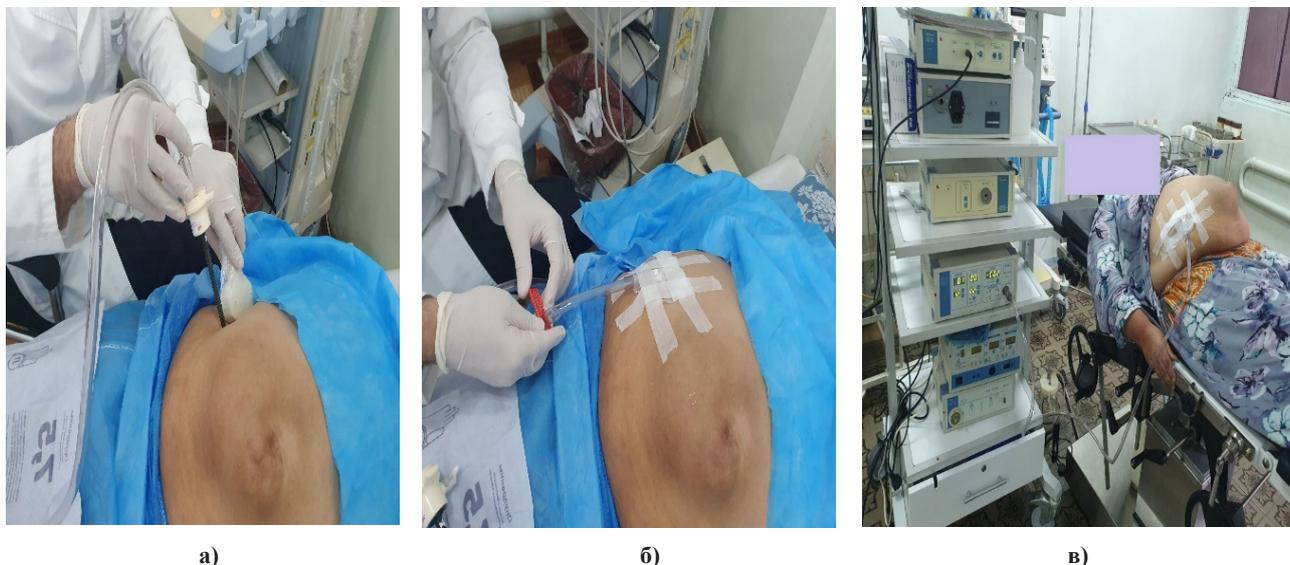


Рис. 1. Этапы наложения искусственного управляемого пневмоперитонеума: а) под УЗ-датчиком после нахождения безопасного «акустического окна»; б) после наложения; в) окончательный вид манипуляции.

Sargini. Было установлено, что в большинстве случаев у наблюдаемых пациентов имелся высокий риск развития данного осложнения. У пациентов первой группы риск развития тромбоэмболических осложнений был высоким у 27 (46,6%) больных, при этом средний балл составил $4,4 \pm 1,2$, во второй группе риск развития тромбоэмболии был высоким у 20 (45,5) больных со средним баллом $4,2 \pm 1,4$, а в третьей группе риск был высоким у 21 (45,7%) больного, при этом средний балл составил $4,3 \pm 1,3$.

При выборе способов пластики грыжевых ворот необходимо было измерять объём брюшной полости. С этой целью у 15 (10,1%) пациентов нами производилось КТ-исследования, при этом нами определены соотношение размеров грыжевого мешка к объёму брюшной полости, с целью прогнозирования и выявления степени риска развития абдоминального компартмент синдрома, как в до и раннем послеоперационном периоде герниопластик. Если при КТ исследовании был обнаружен малый объём брюшной полости, то в таких случаях с целью увеличения объёма брюшной полости выполняли искусственный управляемый пневмоперитонеум под контролем УЗИ (рис.1).

Данный способ применялся у 8 больных. Во всех случаях результаты хирургического лечения были хорошими.

Оценка достоверности научных данных выводов основывалась на пациентах, принявших участие в исследовании, статистической обработке данных и современных методов исследования. Для статистической обработки данных использовались программы Microsoft Office профессиональный плюс (2010), статистический пакет Statistica 10.0 (Statsoft, США). Статистическая обработка данных результатов ис-

следования осуществлялась с точки зрения правил доказательной медицины. В работе представлены качественные показатели, которые описаны в виде абсолютных значений и их процентов. При сравнении качественных показателей между двумя независимыми χ^2 . Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

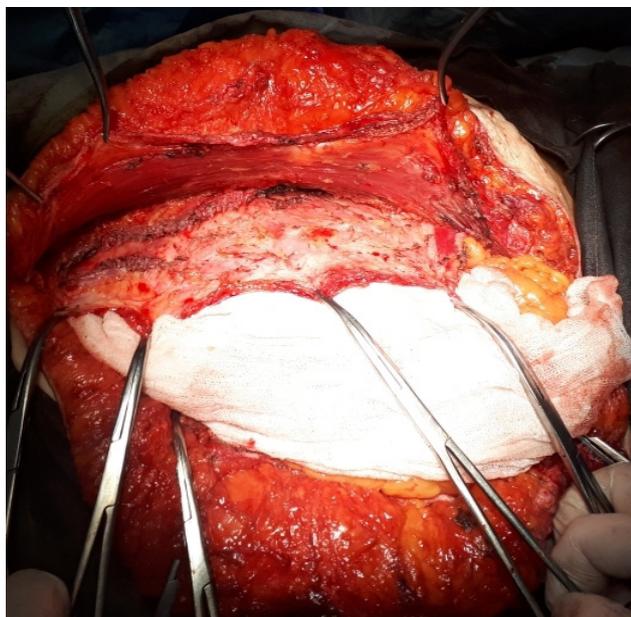
Результаты исследования и их обсуждение.

Хирургические вмешательства проводились под общим обезболиванием. Для закрытия грыжевого дефекта применялись сетки типа Prolene и Ultraro. После герниолапаротомии с частным или полным удалением грыжевого мешка у пациентов первой группы ($n=58$) выполнялась грыжесечение с использованием передней сепарационной техники разделение мышц абдоминальной стенки. У пациентов второй группы ($n=44$) при выполнении герниопластики использовались методики задней сепарационной пластики (рис.2).

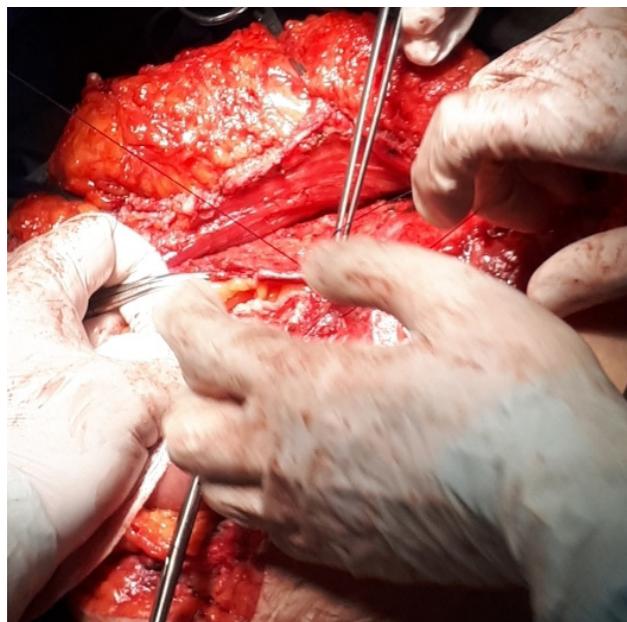
При этом после ушивания брюшины укладывается сетчатый эндопротез под прямыми мышцами живота и подшивается к поперечной фасцией (трансапоневротический), в шести участках над эндопротезом подводят 2 дренажные трубки через отдельные проколы. Затем ушивали края апоневроза (рис.3).

В третьей группе больных ($n=46$) выполняли герниопластику стандартными методами Onlay и Sublay без техники разделения тканей (рис.4).

Основными моментами, влияющими на выбор способа операции у больных всех 3-х наблюдаемых групп, являлись показатели интраоперационного исследования уровня внутрибрюшного давления. После проведения отдельных этапов хирургического вмешательства для решения выбора методов пластики



а)



б)

Рис.2. а) - этапы задней сепарационной пластики; б) восстановление брюшины.

грыжевого дефекта выполнялось пробное соединение краев грыжевых ворот с измерением уровня ВБД.

Анализируя полученные результаты герниопластики, мы отказались от натяжных методов пластики при больших и гигантских грыжах. Данный метод использовали только при грыжах небольших размеров. Кроме того наличие тяжелых сопутствующих соматических заболеваний со стороны сердечно-легочной системы, при сахарном диабете, ожирениях и низких показателей ВБД также являются противопоказанием к натяжным методам герниопластик.

У пациентов первой группы в ближайшем послеоперационном периоде с использованием передней сепарационной пластики осложнения со стороны раны возникли у 10 (17,2%) больных. Во второй группе оперированных у которых применялась задняя

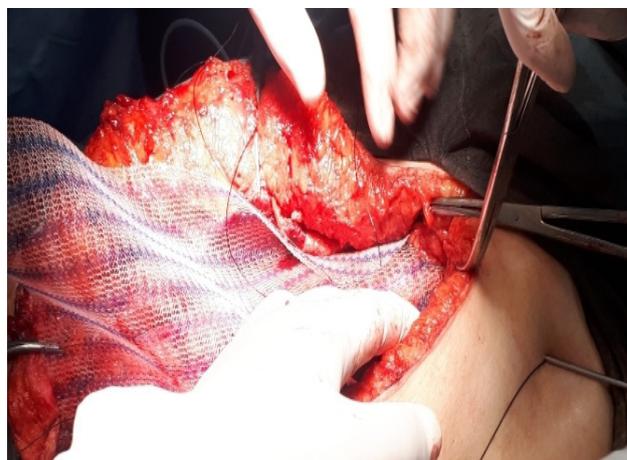
сепарационная пластика, подобное осложнение отмечены у 4 (9,1%) больных. У обследованных третьей группы, у которых применялись натяжные методы герниопластики, осложнение со стороны раны наблюдались в 7 (15,2%) случаях.

Рецидив заболевания в течение от 1 месяца до 4,5 года отмечены у 12 оперированных. Причем частота рецидива грыж оказалась высокой в первой у 5 (8,6%) и третьей группы у 6 (13,0%) больных. Второй группе где применялась задняя сепарационная пластика рецидив болезни наблюдалась у 1 (2,3%) больных. Причиной рецидива были нагноение ран, ожирение и сопутствующие заболевания сердечно-легочной системы, сахарный диабет.

Летальность констатирована у 2 больных. В первой группе у 1 (1,7%) пациента и в третьей группе

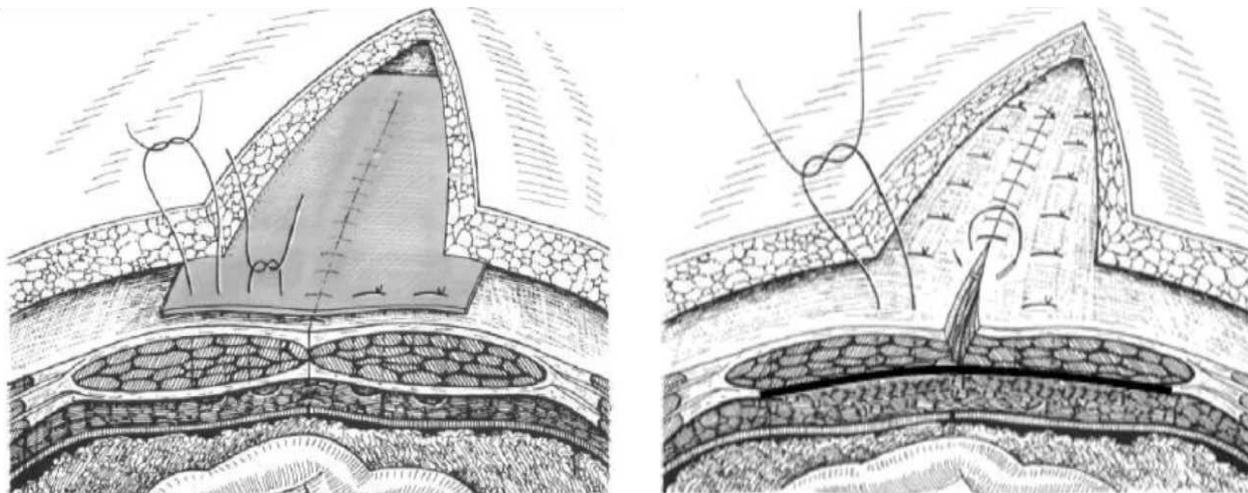


а)



б)

Рис.3. а) фиксации эндопротеза транспоневротическими швами; б) фиксированный эндопротез.



а) б)

Рис. 4. а) пластика по технологии onlay; б) пластика по технологии sublay.

имелся 1 случай (2,8%). Причиной летальных исходов являлись развитие абдоминального компартмент-синдрома с развитием полиорганной недостаточности.

Заключение. Таким образом, ПОВГ являются частым осложнением после лапаротомии (до 25%) особенно у тучных больных с сопутствующими заболеваниями как сахарный диабет, болезни сердечно-сосудистой и легочной системы. Рецидив вентральных послеоперационных грыж при использовании стандартных натяжных методов герниопластики составил 13,0%, при передней сепарационной пластики 8,6%, а при задней сепарационной пластики лишь 2,3%. Послеоперационная летальность составило 1,3%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кулиев С.А. Факторы риска влияющие на развитие осложнений у пациентов с гигантскими послеоперационными грыжами /С.А.Кулиев, А.В.Протасов, М.А.Косович // Журнал имени академика Б.В.Петровского.-2020.-Том 8.- №1. -С.7-11.
2. Маликов М.Х. Факторы развития рецидивных вентральных грыж /М.Х.Маликов [и др.] //Вестник Авиценны.- 2021.- №3.-С.410-417.
3. Назаров Ш.К. Функциональная аллопластика рецидивных послеоперационных грыж передней брюшной стенки /Ш.К.Назаров, С.Г.Али-заде, А.Э.Ганиев //Здравоохранение Таджикистана.- 2022; (2); 66-73.
4. Тарасова Н.К. Анализ причин рецидива послеоперационных вентральных грыж /Н.К.Тарасова // Журнал им Н.И.Пирогова.-2019.-№10.-С.36-42.
5. Егиев В.Н. Результаты задней сепарационной пластики у пациентов со срединными вентральными грыжами /В.Н.Егиев, С.А.Кулиев, И.В.Евсюкова //Клиническая и экспериментальная хирургия.- 2017.- №2 (16). -С.29-32.

REFERENCES

1. Kuliyeв S.A. Faktory riska vliyayushchiye na razvitiye oslozhneniy u patsiyentov s gigantskimi posleoperatsionnymi gryzhami /S.A.Kuliyeв, A.V.Protasov, M.A.Kosovich // Zhurnal imeni akademika B.V.Petrovskogo.-2020.-Tom 8.- №1. -S.7-11.
2. Malikov M.KH. Faktory razvitiya retsidivnykh ventral'nykh gryzh /M.KH.Malikov [i dr.] //Vestnik Avitsenny.- 2021.- №3.-S.410-417.
3. Nazarov SH.K. Funktsional'naya alloplastika retsidivnykh posleoperatsionnykh gryzh peredney bryushnoy stenki /SH.K.Nazarov, S.G.Ali-zade, A.E.Ganiyev //Zdravookhraneniye Tadjikistana.- 2022; (2); 66-73.
4. Tarasova N.K. Analiz prichin retsidiva posleoperatsionnykh ventral'nykh gryzh /N.K.Tarasova // Zhurnal im N.I.Pirogova.-2019.-№10.-S.36-42.
5. Yegiyev V.N. Rezul'taty zadney separatsionnoy plastiki u patsiyentov so sredinnymi ventral'nymi gryzhami /V.N.Yegiyev, S.A.Kuliyeв, I.V.Yevsyukova //Klinicheskaya i eksperimental'naya khirurgiya.- 2017.- №2 (16). -S.29-32.

ХУЛОСА

Шамсуллозода Ш.Ш., Сайдалиев Ш.Ш.,
Тағоймуродов Ю.Ф., Ганиев А.Э.

ХУСУСИЯТҶОИ ТАБОБАТИ ҶАРРОҶИИ БЕМОРОН БО ҶУРРАҶОИ ПАСАЗҶАРРОҶИИ ВЕНТРАЛӢ

Мақсади таҳқиқот: тақмил додани усулҳои герниопластикаи ҷурраҳои вентралӣ бо истифода аз эндосетка бо навъҳои гуногуни пластикаи ҷудоқунанда.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Маводи мазкур дар натиҷаи таоботи ҷарроҳии 148 беморон асос ёфтааст. Вобаста аз усули даҳолати истифодашуда, ҳамаи беморони ҷарроҳӣ ба 3 гурӯҳ тақсим карда шуданд. Ба гурӯҳи якум 58 нафар беморон дохил шуданд, ки бо усули ҷудоқунии пеш аз пластикаи

чурраи сӯроҳӣ гузаронида шуданд. Ба гурӯҳи дуюм 44 нафар беморон дохил шуданд, ки аз ҷарроҳии ҷарроҳии пастериорӣ гузаронида шуданд. 46 нафар беморони боқимонда гурӯҳи сеюмро ташкил медоданд, ки усулҳои стандартӣ «дароз»-и герниопластикаи намуди Онлай (n=28) ва Сублай (n=18) гузаштанд.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи он. Нуктаҳои асосие, ки ба интиҳоби усули ҷарроҳӣ дар беморони ҳамаи 3 гурӯҳи мушоҳидашуда таъсир расониданд, ин нишондиҳандаҳои ташҳиси дохилиҷарроҳии сатҳи фишори дохили шикам буданд. Дар беморони гурӯҳи якум дар давраи фаврии пас аз ҷарроҳӣ бо истифода аз пластикаи чудоқунии пеш, дар 10 (17,2%) беморон мушкилиҳо аз захм ба вучуд омадаанд. Дар гурӯҳи дуюми беморони ҷарроҳӣ, ки аз пластикаи

чудоқунии пасӣ гузаштаанд, дар 4 (9,1%) беморон чунин мушкилӣ мушоҳида шудааст. Дар гурӯҳи сеюми муоинашуда, ки усулҳои шиддатнокии герниопластикаро истифода мебарданд, дар 7 (15,2%) ҳолат аҳвол аз захм мушоҳида карда шуд.

Хулоса. Ҷурраҳои вентралии пасазҷарроҳии дар 25% ҳолатҳо як мушкилии лапаротомия боқӣ мемонад, махсусан дар беморони фарбеҳ бо бисёр патологияҳои соматикӣ. Такроршавии ҷурра ва марговарӣ бо усулҳои стандартӣ шиддатнокии герниопластика дар муқоиса бо вариантҳои пешниҳодшудаи чудоқунии пластикҳо бо истифода аз эндо-меш баланд боқӣ мемонад.

Калимаҳои калидӣ: ҷурраҳои пасазҷарроҳии вентралӣ, эндосеткаҳо, табобати ҷарроҳӣ.

УДК 616.31-084(075.8)

doi: 10.52888/0514-2515-2024-360-1-85-89

Р.И. Юлчиев, Р.Н. Джонибекова

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АУТООСТЕОПЛАСТИКИ ЛОЖА АЛЬВЕОЛЯРНОГО ДЕФЕКТА У БОЛЬНЫХ С ЛУНОЧКОВЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЛАЗМЫ БОГАТОЙ ТРОМБОЦИТАМИ И ПЕРЕВЯЗОЧНОГО МАТЕРИАЛА, ПОКРЫТОГО НАНОЧАСТИЦАМИ ОКСИДА ЖЕЛЕЗЫ

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», кафедра челюстно-лицевой хирургии

Юлчиев Рустам Иброхимович – соискатель кафедры челюстно-лицевой хирургии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»; 734003, г. Душанбе, ул. Сино 29-31; Тел.: +992907300186; E-mail: rustam-dantist@bk.ru

Цель исследования. Совершенствование результатов лечения луночкового кровотечения путем одновременной стимуляции репаративных процессов с применением плазмы богатой тромбоцитами в сочетании с перевязочным материалом, покрытых наночастицами.

Материал и методы исследования. Для остановки луночкового кровотечения у 150 пациентов был использован перевязочный материал, покрытый наночастицами оксида железа, с одномоментным использованием плазмы богатой тромбоцитами. Для получения богатой тромбоцитами плазмы у пациента с постэкстракционными луночковыми кровотечениями забирали из вены 45-60 мл крови. Кровь фракционировали путем двукратного центрифугирования. Из богатой тромбоцитами плазмы, полученной после второго центрифугирования, изготавливали мембрану для изоляции перевязочного материала, покрытой наночастицами оксида железа.

Результаты исследования и их обсуждение. При использовании сочетания вышеупомянутых материалов, у пациентов рентгенологически был зафиксирован более ранний остеогенез, что можно объяснить улучшением остеокондуктивных свойств тромбоцитарного фактора роста и перевязочного материала, покрытый наночастицами оксида железа, благодаря фибриновой сети богатой тромбоцитами плазмы.

Заключение. При использовании аутопластики с применением богатой тромбоцитами плазмы в сочетании с перевязочным материалом, покрытых наночастицами, в отдаленные сроки наблюдения показатель плотности альвеолярного отростка варьировался от 650 до 800 ед. НУ.

Ключевые слова: луночковое кровотечение, наночастица, оксид железа, тромбоцит, плазма.

R.I. Yulchiev, R.N. Dzhanibekova

RESULTS OF THE USE OF ALVEOLAR DEFECT BED AUTO-OSTEOPLASTY IN PATIENTS WITH BULBOUS BLEEDING USING PLATELET-RICH PLASMA AND DRESSING MATERIAL COATED WITH GLANDULAR OXIDE NANOPARTICLES