

DOI: 10.17238/issn2072-3180.2020.2.36-40

УДК: 616-089.844

© Луцевич О.Э., Алибеков К.Б., Урбанович А.С., 2020

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ: РЕЦИДИВ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ХРОНИЧЕСКИЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ

О.Э. ЛУЦЕВИЧ<sup>1</sup>, К.Б. АЛИБЕКОВ<sup>1</sup>, А.С. УРБАНОВИЧ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Кафедра факультетской хирургии № 1 ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А.И.Евдокимова», г. Москва, Россия.

### Резюме:

**Введение.** Одним из основных факторов, снижающих качество жизни у больных после хирургического вмешательства по поводу паховых грыж, являются рецидив заболевания и развитие хронического болевого синдрома.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты хирургического лечения 1897 пациентов с паховыми грыжами, которым была выполнена лапароскопическая герниопластика методом TAPP. Цель исследования – выявление связи вида и размера сетки, а также технических особенностей хирургического вмешательства с вероятностью развития хронического болевого синдрома и рецидива паховой грыжи. 1 группа – 842 больных, перенесшие TAPP с использованием самофиксирующей сетки ProGrip™, 2 группа – 1054 больных, оперированных по методике TAPP с использованием легкой композитной сетки VYPROII.

**Результаты.** В 1 группе рецидив заболевания имел место у 1 из 842 больных (0,12%) при использовании сетки площадью менее 120 см<sup>2</sup>, во 2 (контрольной) группе рецидивы отмечены у 7 из 1054 пациентов (0,66%), при этом даже относительно большой размер сетки (более 140 см<sup>2</sup>) не всегда гарантировал отсутствие рецидива. Причина рецидива – смещение нижнего края сетки вверх, миграция ее медиального или латерального края внутрь вновь формирующегося грыжевого канала вследствие недостаточности ее размера или фиксации. Хронический болевой синдром отмечен у 1 пациента основной группы, тогда как в контрольной группе таких больных было 13 на 1054 наблюдений. Причины развития этого осложнения напрямую связаны со способом фиксации сетки: непосредственный контакт металлической скобки с веточкой нерва, или развитие соединительнотканного рубца в области интракорпорального шва или фиксирующего элемента.

**Выводы.** Самофиксирующийся имплант достаточного размера (10x15 см), обеспечивающий «прилипание» сетки по всей поверхности, надежно защищает пациента как от развития хронического болевого синдрома, так и от рецидива заболевания.

**Ключевые слова:** герниопластика, рецидив паховой грыжи, болевой синдром, самофиксирующийся имплант.

## QUALITY OF LIFE IN PATIENTS AFTER LAPAROSCOPIC HERNIOPLASTY: RECURRENCE OF THE DISEASE AND CHRONIC PAIN SYNDROME

O. E. LUTSEVICH<sup>1</sup>, K. B. ALIBEKOV<sup>1</sup>, A. S. URBANOVICH<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of faculty surgery no. 1, Moscow state medical University named after A. I. Evdokimov

### Abstract:

**Background.** One of the main factors that reduce the quality of life in patients after surgery for inguinal hernias is the recurrence of the disease and the development of chronic pain syndrome.

**Material and methods.** The results of surgical treatment of 1897 patients with inguinal hernias who underwent laparoscopic hernioplasty using the TAPP method were analyzed. The aim of the study is to determine the relationship between the type and size of the mesh, as well as the technical features of surgical intervention, with the probability of developing chronic pain syndrome and recurrent inguinal hernia. Group 1 – 842 patients who underwent TAPP using the ProGrip™ self-fixing mesh, group 2 – 1054 patients operated using the TAPP method using the vypro II light composite mesh.

**Results.** In group 1, relapse occurred in 1 out of 842 patients (0.12%) when using a mesh area of less than 120 cm<sup>2</sup>, in group 2 (control), relapses were observed in 7 out of 1054 patients (0.66%), while even a relatively large mesh size (more than 140 cm<sup>2</sup>) did not always guarantee the absence of recurrence. The cause of recurrence is a shift of the lower edge of the mesh up, migration of its medial or lateral edge into the newly formed hernial canal due to insufficient size or fixation. Chronic pain syndrome was detected in 1 patient of the main group, whereas in the control group of such patients there were 13 for 1054 observations. The causes of this complication are directly related to the method of fixing the mesh: direct contact of a metal brace with a nerve twig or the development of a single-tissue scar in the area of the intracorporeal suture or a fixing element.

**Conclusions.** A self-fixing implant of sufficient size (10x15 cm), which provides “sticking” of the mesh over the entire surface, reliably protects the patient from both the development of chronic pain syndrome and recurrence of the disease.

**Key words:** hernioplasty, recurrent inguinal hernia, pain syndrome, self-fixing implant.

## Введение

Лечение грыж паховой локализации является одной из самых обсуждаемых проблем современной хирургии. Неудовлетворенность результатами лечения этой широко распространенной патологии побуждает хирургов искать новые, более эффективные способы решения этой проблемы, включая использование современных технологий и материалов. Сегодня лапароскопическая герниопластика является ведущим методом лечения паховых грыж и вытесняет открытые оперативные вмешательства. Преимущества лапароскопической герниопластики бесспорны и хорошо известны. В периодической печати имеется много работ, подтверждающих этот факт [3,5,7,9,10,13,15,16].

Эффективность любого хирургического вмешательства оценивается по нескольким факторам, ведущим из которых является качество жизни пациента после операции [7,9,10]. Одним из основных факторов, снижающих качество жизни у больных после хирургического вмешательства по поводу паховых грыж, является рецидив заболевания и развитие хронического болевого синдрома [6,9,15].

## Материал и методы исследования

Работа основана на исследовании результатов хирургического лечения 1897 пациентов мужского пола в возрасте от 18 до 89 лет с паховыми грыжами, которым в период 2004 - 2018 гг. на клинических базах кафедры факультетской хирургии №1 ГБОУ ВПО «Московского государственного медико-стоматологического университета» имени А.И. Евдокимова Минздрава РФ (ЗАО ЦЭЛТ г. Москва, хирургическом отделении ГБУЗ ГКБ № 52 ДЗМ, ЦКБ РЖД № 2 г. Москва) была выполнена лапароскопическая герниопластика методом TAPP (transabdominal preperitoneal plasty). При анализе результатов операций учитывали влияние типа и размера грыжи, а также технических особенностей хирургического вмешательства, на вероятность развития интра- и послеоперационных осложнений. Все показатели подвергали статистической обработке по стандартным методикам. Исследование носило ретроспективно-проспективный характер. Мы также провели анализ качества жизни больных после перенесенных видеохирургических герниопластик с помощью формализованной анкеты, предложенной Российским обществом герниологов. Анкету заполняли во время контрольных осмотров пациентов в послеоперационном периоде – через 6 месяцев, 1 и 3 года. Целью исследования было выявление связи вида и размера сетчатого аллотрансплантата, использованного во время операции, с вероятностью развития хронического болевого синдрома и рецидива паховой грыжи.

Наблюдаемые больные были разделены на две группы: в 1 (основной) группе мы использовали самофиксирующиеся имплантаты, у которых фиксация с тканями происходила по всей поверхности сетки за счет особенностей ее структуры (наличия фиксирующих элементов в виде мелких крючков

на основе молочной кислоты по типу «застежки-липучки»). Пациенты 2 группы (контрольной) получали хирургическое пособие с использованием сетчатых имплантатов с «точечной фиксацией» интракорпоральным швом или 5-10 мм герниостеплером. В основную группу вошли 842 больных, перенесшие TAPP с использованием самофиксирующейся сетки Parietene™ ProGrip™. Размер имплантируемой сетки подбирали в соответствии с рекомендуемыми на тот момент общепринятыми стандартами и экономической целесообразности. Первоначально использовали сетки размером 12-13x7,5 см (фирма-производитель выпускала сетку 15x15 см, ее разрезали пополам), последние годы использует стандартный размер импланта 15x10 см (выпускаемая производителем сетка 30x15 см позволяет получить из одного полотна 3 импланта). Контрольную группу составили 1054 больных, оперированных также по методике TAPP, но с использованием легкой композитной сетки VYPROII (таблица 1). Размеры имплантируемых сеток подбирались по тем же критериям, что и в основной группе.

Таблица 1

### Отдаленные (свыше 3х недель) послеоперационные осложнения

Осложнения	ProGrip™ (n=842)		*VIPRO II (n=1054)	
	Абс.	%	Абс.	%
	Хронический болевой синдром	1	0,12	13*
Рецидив грыжи	1	0,12	7	0,66

\*Повторно оперированы 3 больных.

Обе группы были сопоставимы по характеру патологии, срокам грыженосительства и возрастному составу (средний возраст 42±9,1 года). Больные пожилого и старческого возраста составили 21,5%, при этом практически все они имели от одного до трех и более сопутствующих заболеваний других органов и систем. Хирургическое вмешательство (герниопластику) выполняли под общим обезболиванием после стандартного предоперационного амбулаторного обследования.

### Результаты исследования

Сравнительный анализ выявил достоверное снижение вероятности ( $p<0,005$ ) развития рецидива заболевания в основной группе, при этом сроки наблюдения составили от 3 месяцев до 10 лет. В основной группе рецидивы имели место у 1 из 842 больных (0,12%), тогда как в контрольной группе рецидивы отмечены у 7 из 1054 пациентов (0,66%). При ретроспективном анализе протоколов и видеозаписей

оперативных вмешательств нами были выявлены условия, способствующие более частому развитию рецидива при использовании обычных аллотрансплантатов с точечной фиксацией. В контрольной группе рецидивы наблюдались при всех стандартно применяемых размерах сетчатых имплантов, однако большая их часть пришлась на случаи, когда был использован имплантат площадью до 100см<sup>2</sup> (12-13x7,5 см). Достоверной разницы в частоте развития рецидива между сетками площадью 125-140 см<sup>2</sup> и более в этой группе выявлено не было. В основной группе рецидив грыжи отмечен при использовании сетки площадью менее 120 см<sup>2</sup>. Таким образом, следует признать, что на вероятность развития рецидива грыжи оказывает не только тип сетчатого имплантата, но и его размер. При использовании сеток площадью более 130 см<sup>2</sup> в основной группе больных рецидивов не наблюдалось, даже у пациентов, которые значительно набрали массу тела за время, прошедшее с момента операции. В контрольной группе из 7 случаев рецидива у 6 больных отмечено увеличение массы тела на 15-24%, при этом увеличение по всей группе контроля было недостоверным, и составило 5-7% от исходных значений. В основной группе пациент с рецидивом увеличил массу тела на 8%, что также представляется недостоверным и колеблется в пределах среднестатистической погрешности. Наши данные согласуются с литературными данными [4,8,13].

Предположительно причиной рецидива заболевания у больного основной группы явилось смещение нижнего края сетки кверху вследствие недостаточного ее размера. В контрольной группе варианты транслокации сетки были значительно разнообразнее, наблюдались как смещение нижнего края сетки кверху, так и миграция ее медиального или латерального края внутрь вновь формирующегося грыжевого канала. При этом даже относительно большой размер сетки (более 135 см<sup>2</sup>) не всегда гарантировал отсутствие рецидива заболевания. У двух больных в контрольной группе имело место «сморщивание» сетки в зоне отсутствия фиксирующего элемента (нижний край сетки). Недостаточный размер сетки у больных контрольной группы был достоверной причиной рецидива в 4 наблюдениях, в остальных случаях транслокация и «сморщивание» сеток, как причина рецидива, были связаны с недостатками «точечной» фиксации импланта.

В свою очередь, анализируя случаи развития хронического болевого синдрома, мы выявили, что вероятность его развития не связана с размерами сетчатого имплантата. Основным фактором риска развития этого осложнения в наших наблюдениях был способ фиксации сетчатого имплантата. В основной группе мы наблюдали всего один случай развития хронического болевого синдрома, тогда как в контрольной группе этих случаев было 13 на 1054 наблюдения. При повторном оперативном вмешательстве у пациента основной группы с хроническим болевым синдромом источником боли была признана лигатурная гранулема апоневроза в области

наложения швов, суживающих наружное паховое кольцо (у больного с большой пахово-мошоночной грыжей была применена разработанная нами методика комбинированной лапароскопической герниопластики, предполагающей использование 2-3 см разреза в проекции наружного пахового кольца для прецизионного выделения грыжевого мешка и ушивания расширенного наружного кольца). После иссечения рубцовой ткани и инкапсулированной лигатуры больной был выписан в удовлетворительном состоянии. Наблюдение за отдаленными результатами проводилось в течение 6 месяцев, повторных жалоб не было. Этот единственный случай развития хронического болевого синдрома в основной группе нельзя считать связанным с типом сетчатого имплантата, он был обусловлен рубцовыми изменениями в области ушивания наружного пахового кольца (Рис. 1). В дальнейшем мы стали использовать резорбирующуюся нить и других случаев, связанных именно с этим вариантом дополнения герниопластики, мы не наблюдали.



Рис. 1. Рубцовая ткань в области фиксирующего элемента после лапароскопической герниопластики (больной Г. 64 лет, 8 месяцев после операции по методике TAPP с применением сетки VYPROII)

Иная ситуация наблюдалась у больных контрольной группы: из 13 больных необходимость повторной операции возникла у 3 пациентов, в том числе у 2 – по поводу выраженного болевого синдрома в результате травматизации П-образной металлической скобкой надкостницы лонной кости при фиксации сетки к Купферовской связке. В обоих случаях развившееся травматическое воспаление надкостницы потребовало снятия фиксирующего элемента в сроки от 3 до 5 недель после первой операции. Еще у одного больного через 8 месяцев после операции было произведено иссечение рубцовой ткани в области фиксации сетки и удаление фиксирующего элемента (Рис 1). В других наблюдениях хронический болевой синдром уда-

лось купировать или значительно снизить его интенсивность консервативными мероприятиями с использованием методов физиотерапии и периодического приема ненаркотических анальгетиков.

Отдаленные результаты были прослежены у всех 3 больных на протяжении от 6 месяцев до 4 лет. Результаты повторного оперативного вмешательства были признаны удовлетворительными. На основании анализа всех случаев развития хронического болевого синдрома в основной и контрольной группах можно сделать вывод, что причиной развития этого осложнения является формирование соединительнотканного рубца в области интракорпорального шва или фиксирующего элемента сетки или непосредственный контакт фиксирующей металлической скобки с веточкой нерва. Различия в технике оперативных вмешательств сравниваемых групп были минимальны, и отличия заключались только в способах фиксации сетки. В свою очередь различия в способах фиксации стандартной облегченной несамостоятельной сетки не показали сколь-нибудь значимой зависимости развития хронического болевого синдрома от способа фиксации сетки. Это осложнение наблюдалось как у больных, которым во время операции фиксация проводилась герниостеплером, так и у больных с интракорпоральным швом нерасасывающейся нитью. Мы считаем, что основной и, возможно, единственной причиной развития хронического болевого синдрома, является сдавление нервных волокон в месте фиксации сетчатого импланта металлическими скобками, интракорпоральным швом или грубым рубцово-воспалительным процессом вокруг нерасасывающегося фиксирующего элемента (нить, скобка).

### Выводы

Исходя из своего опыта, мы считаем, что успех оперативного лечения паховых грыж сегодня определяется не только выбором эндовидеохирургической методики операции, но и качеством имплантируемой сетки: самофиксирующийся имплант достаточного размера (10x15 см), обеспечивающий «прилипание» сетки по всей поверхности, надежно защищает пациента как от развития хронического болевого синдрома, так и рецидива заболевания.

### Список литературы:

1. Бондарев Г.А., Логачев С.В., Мосолова А.В. Анализ рецидивов грыж передней брюшной стенки после хирургического лечения // Альманах Института хирургии им. А. В. Вишневского. 2017. № 1. С. 318-320.
2. Быков А.В., Мяконький Р.В. Оценка частоты рецидива паховых грыж в зависимости от опыта оперирующего хирурга / Сборник тезисов V Съезда Юга России. Ростов-на-Дону. 2017. С. 124-125.
3. Павлюк Г.В., Бужор П.В., Морару В.А. и др. Использование ауто- и аллопластических материалов в лечении рецидивных паховых

вых грыж // Альманах Института хирургии им. А. В. Вишневского. 2017. № 1. С. 701-702.

4. Пахомова А.Р., Кочетова Л.В., Петрушко С.И. и др. Конституционные особенности больных с паховыми грыжами [Электронный ресурс] // Современные проблемы науки и образования. 2016. № 6.

5. Магомедов М.М., Магомедбеков Р.Э. К вопросу оценки выбора оптимального варианта герниопластики у мужчин репродуктивного возраста / Сборник тезисов V Съезда Юга России. Ростов-на-Дону. 2017. С. 197.

6. Ильченко Ф.Н., Артемов Ю.В., Аблаев Э.Э. и др. Обоснование лечебно-диагностического алгоритма у больных с паховой грыжей с использованием данных УЗИ брюшной стенки // Вестник неотложной и восстановительной хирургии. 2016. Т. 1. 2. С. 191-193.

7. Беребицкий С.С., Беляков Ю.Н., Андреев В.А. и др. Особенности лечения рецидивных паховых грыж / Актуальные вопросы хирургии: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 85 -летию НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Пенза ОАО «РЖД». Пенза. 2015. С. 88 -90.

8. Оценка частоты рецидивов после операций грыжесечения в зависимости от индивидуальных особенностей соединительной ткани пациентов / И. Ю. Борисова, Л. Е. Славин, Р. Р. Алиуллова [и др.] / Актуальные вопросы герниологии: материалы конференции. Москва. 2013. С. 25-26.

9. Григорьев С.Г., Кривошеков Е.П., Иванов С.А., Григорьева Т.С. Паховые грыжи. Самара : ООО «Книга», 2013. 160 с.

10. Тимербулатов В.М., Тимербулатов Ш.В., Гатауллина Э.З. и др. Послеоперационные вентральные грыжи: современное состояние проблемы // Медицинский вестник Башкортостана. 2013. Т. 8. 5. С. 101 -110.

11. Хорава В.Г., Торгунаков А.П., Демидов Д.Г. и др. Преимущества предбрюшинной герниопластики из полулунного параректального доступа при хирургическом лечении рецидивных паховых грыж / Многопрофильная больница: интеграция специальностей: материалы XVIII Всероссийской научно-практической конференции. Москва. 2014. С. 166 -167.

12. Раимханов А.Д., Аймагамбетов М.Ж., Носо Й. Результаты хирургического лечения рецидивных и больших пахово-мошоночных грыж // Наука и здравоохранение. 2016. № 1. С. 89 -97.

13. Топурия Г., Топузов Э.Э., Абдулаев М.А. Выбор метода герниопластики при развитии рецидива после удаления паховой грыжи с использованием сетчатого аллотрансплантата // Успехи современной науки и образования. 2016. Т. 6. 10. С. 131-137.

14. Калиш Ю. И., Аметов Л. З., Шаусупов А. Р. и др. Хроническая парапротезная инфекция после аллогерниопластики // Медицинские перспективы. 2016. Т. 21. 4. С. 62-66.

15. Амирджанова В.Н., Горячев Д.В., Коршунов Н.И., Ребров А.П., Сороцкая В.Н. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «Мираж») // Научно-практическая ревматология. 2008. 1. С. 36-48.

16. Кукош М.В., Власов А.В., Гомозов Г.И. Профилактика ранних послеоперационных осложнений при эндопротезировании ventralных грыж // Новости хирургии. 2012. Т. 20. 5. С. 32-37.

References:

1. Bondarev G.A., Logachev S.V., Mosolova A.V. Analysis of recurrences of anterior abdominal wall hernias after surgical treatment. *Al'manah Instituta hirurgii im. A. V. Vishnevskogo*, 2017, № 1, pp. 318-320. (In Russian)

2. Bykov A.V., Myakon'kij R.V. Evaluation of the frequency of inguinal hernia recurrence depending on the experience of the operating surgeon. *Sbornik tezisov V S"ezda YUga Rossii. Rostov-na-Donu*, 2017, pp. 124-125. (In Russian)

3. Pavlyuk G.V., Buzhor P.V., Moraru V.A. et al. The use of auto-and alloplastic materials in the treatment of recurrent inguinal hernias. *Al'manah Instituta hirurgii im. A. V. Vishnevskogo*, 2017, № 1, pp. 701-702. (In Russian)

4. Pahomova A.R., Kochetova L.V., Petrushko S.I. et al. Constitutional features of patients with inguinal hernias [Electronic resource]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*, 2016, № 6. (In Russian)

5. Magomedov M.M., Magomedbekov R.E. On the issue of evaluating the choice of the optimal variant of hernioplasty in men of reproductive age. *Sbornik tezisov V S"ezda YUga Rossii. Rostov-na-Donu*, 2017, pp. 197. (In Russian)

6. Il'chenko F.N., Artemov YU.V., Ablaev E.E. et al. Justification of the treatment and diagnostic algorithm in patients with inguinal hernia using abdominal wall ultrasound data. *Vestnik neotlozhoj i vosstanovitel'noj hirurgii*, 2016, Vol. 1. 2, pp. 191-193. (In Russian)

7. Berebickij S.S., Belyakov Yu.N., Andreev V.A. et al. Features of treatment of recurrent inguinal hernias. *Aktual'nye voprosy hirurgii: Materialy Vserossijskoj nauchno-prakticheskoj konferencii s mezhdunarodnym uchastiem, posvyashchennoj 85 -letiyu NUZ «Otdelencheskaya klinicheskaya bol'nica na stancii Penza OAO «RZHD»*. Penza, 2015, pp. 88 -90. (In Russian)

8. I.Yu. Borisova, L. E. Slavin, R. R. Aliullova et al. Evaluation of the frequency of relapses after hernia repair operations depending on the individual characteristics of connective tissue of patients. *Aktual'nye voprosy gerniologii: materialy konferencii*, Moskva, 2013, pp. 25-26. (In Russian)

9. Grigor'ev S.G., Krivoshchekov E.P., Ivanov S.A., Grigor'eva T.S. *Inguinal hernias*. Samara : OOO «Kniga», 2013, pp. 160. (In Russian)

10. Timerbulatov V.M., Timerbulatov SH.V., Gataullina E.Z. et al. Post-operative ventral hernias: current state of the problem. *Medicinskij vestnik Bashkortostana*, 2013, Vol. 8. 5, pp. 101-110. (In Russian)

11. Horava V.G., Torgunakov A.P., Demidov D.G. et al. Preimushchestva predbryushinnoj gernioplastiki iz polulunnogo pararektal'nogo dostupa pri hirurgicaleskom lechenii recidivnyh pahovyh gryzh. *Mnogoprofil'naya bol'nica: integraciya special'nostej: materialy XVIII Vserossijskoj nauchno-prakticheskoj konferencii*. Moskva, 2014, pp. 166 -167. (In Russian)

12. Raimhanov A.D., Ajmagambetov M.ZH., Noso J. Results of surgical treatment of recurrent and large inguinal-scrotal hernias. *Nauka i zdavoohranenie*, 2016, № 1, pp. 89 -97. (In Russian)

13. Topuriya G., Topuzov E.E., Abdulaev M.A. The Choice of a hernioplasty method for the development of relapse after inguinal hernia removal using a mesh allograft. *Uspekhi sovremennoj nauki i obrazovaniya*, 2016, Vol. 6. 10, pp. 131-137. (In Russian)

14. Kalish YU. I., Ametov L. Z., SHausupov A. R. et al. Pariprasna chronic infection after allohernioplasty. *Medicinskie perspektivy*, 2016, Vol. 21. 4, pp. 62-66. (In Russian)

15. Amirdzhanova V.N., Goryachev D.V., Korshunov N.I., Pebrov A.P., Sorockaya V.N. Population indicators of quality of life according to the SF-36 questionnaire (results of a multicenter study of quality of life "Mirage"). *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya*, 2008, Vol. 20. 5, pp. 32-37. (In Russian)

16. Kukosh M.V., Vlasov A.V., Gomozev G.I. Prevention of early post-operative complications during endoprosthesis of ventral hernias. *Novosti hirurgii*, 2012, Vol. 20. 5, pp. 32-37. (In Russian)

Сведения об авторах:

**Луцевич Олег Эммануилович** – доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, Залуженный врач РФ, Лауреат Премии Правительства РФ, заведующий кафедрой факультетской хирургии №1 ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова», главный хирург ЗАО ЦЭЛТ. 127473, г. Москва, ул. Делегатская, д.20, стр.1, oleglutsevich@gmail.com

**Урбанович Андрей Станиславович** – к.м.н., ассистент кафедры факультетской хирургии №1 МГМСУ им. А.И.Евдокимова. Россия. 127473, г. Москва, ул. Делегатская, д.20, стр., uasuasuas@mail.ru

**Алибеков Кубанычбек Тилебалдыевич** – аспирант кафедры факультетской хирургии N 1 МГМСУ им. А.И. Евдокимова. 127473, г. Москва, ул. Делегатская, д.20, стр.1, vashdoctora@mail.ru

Authors:

**Lutsevich Oleg Grabar** - doctor of medical Sciences, Professor, corresponding member of the Russian Academy of Sciences, Honored doctor of Russia, Laureate of RF Government Prize, head of Department of faculty surgery №1 of FSBEI "Moscow state medical dental University. A. I. Evdokimov", chief surgeon, ZAO TSELT. 20 Delegatskaya str., Moscow, 127473, str.1, oleglutsevich@gmail.com.

**Urbanovich Andrey Stanislavovich** – candidate of medical Sciences, assistant of the Department of faculty surgery No. 1 of the Moscow state medical University. Russia. 127473, Moscow, Delegatskaya str., 20, p., uasuasuas@mail.ru

**Alibekov Kubanychbek Tilebaliev** – postgraduate student of the Department of faculty surgery N 1

**MGMSU named after A. I. Evdokimov**. 127473, Moscow, Delegatskaya str., 20, p. 1, ashdoctora@mail.ru