

(на 13%) и перебор пальцев (на 18%), так и в пробе на речепроходимость координацию (на 13%). У больных БАТТ не обнаружено статистически значимых изменений.

Итак, у больных хронической энцефалопатией при БАТТ ABC способствует улучшению самочувствия и регрессу когнитивных и эмоциональных расстройств, улучшению выполнения нейропсихологических тестов. После лечения повысилась умственная работоспособность. Увеличение активности психических процессов проявилось также в речевой сфере, возрос объем запоминания. Кроме того, уменьшилось время выполнения мнестических заданий, что свидетельствовало о положительном влиянии на динамические аспекты мнестиче-

ской функции. Повысился уровень произвольного внимания, то есть готовности головного мозга к решению когнитивных задач. Результаты нейропсихологического тестирования позволили установить, что курс медикаментозного лечения с включением курса ABC существенно не влияет на когнитивные функции больных БА тяжелого течения.

Таким образом, результаты нейропсихологического тестирования показывают благоприятное влияние медикаментозного лечения с включением курса ABC на клинико-нейрофизиологические показатели, когнитивные процессы больных БА среднетяжелого течения.

V.N.Tsuryupa, T.L.Vizilo, I.V.Vlasova

AUDIOVISUAL INITIATION AND NEUROPHYSIOLOGICAL INDICES DURING CHRONIC ENCEPHALOPATHY

*Federal state medical prophylactic institution «Scientific clinical center of the miner's health protection»
Leninsk-Kuznetskiy, Russia*

The course of the audiovisual initiation in patients with encephalopathy during bronchial asthma of mild and middle severity rate contribute to recession of cognitive and emotional disorders, a increase in results of the neuropsychological scales, results in a decrease in evidence of cephalagic, agrypic, dysmnestic syndromes. On the electroencephalogram (EEG) is noted a frank decrease in relatively spectral power of theta-range in frontal, bregmatic, cervical leads and an increase of spectral power of a-range with a peak evidence in posterior hypothalamus.

Key words: audiovisual initiation, encephalopathy, bronchial asthma, neuropsychological scales, electroencephalogram.

© С.В.Шалашов, А.Л.Михайлов и соавт., 2006.

**С.В.Шалашов, А.Л.Михайлов, Ю.К.Усольцев, С.Г.Цибиков, И.А.Егоров,
Р.В.Олексевич**

СПОСОБ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ «БЕЗ НАТЯЖЕНИЯ»

*НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-пассажирский
Иркутск, Россия*

Аннотация

Предложена модификация паховой герниопластики «без натяжения», при которой в отличие от операции I.L.Lichtenstein разрез апоневроза наружной косой мышцы живота выполняют в 0,7 - 1 см от паховой связки, в непрерывный шов от лонного бугорка захватывают не только паховую связку, но и латеральный лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота на всю ширину, а сетчатый протез прошивают по линии выше его нижнего края, отворачивая этот край кпереди. Переднюю стенку пахового канала восстанавливают без натяжения, сшивая непрерывным швом нижний край сетчатого протеза с медиальным лоскутом апоневроза наружной косой мышцы живота. Способ направлен на полную реализацию принципа «без натяжения», универсализацию вмешательства при паховых грыжах, более надежную фиксацию нижней части сетчатого протеза, снижение числа послеоперационных осложнений.

Выполнено 44 герниопластики у 38 пациентов по предложенной методике. Все пациенты – мужчины. Возраст больных составил от 21 до 82 лет. Во всех случаях, в том числе при выраженной слабости паховой связки, удалось надежно фиксировать сетчатый протез. При использовании предлагаемого способа пластики осложнения в раннем послеоперационном периоде возникли у двух больных. У одного в области послеоперационной раны в подкожной клетчатке сформировалась серома, у другого вследствие неадекватного интраоперационного гемостаза гематома.

Ключевые слова: паховая грыжа, герниопластика, операция I.L.Lichtenstein, модификация.

E-mail: Sha62@bk.ru

Введение.

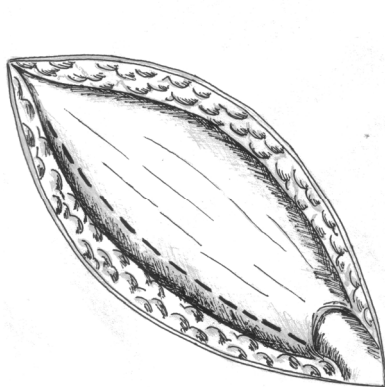
Предложенная в 1989 году американским хирургом I.L.Lichtenstein паховая герниопластика «без натяжения» с использованием полипропиленовой сетки является сейчас, пожалуй, самой распространенной операцией при паховых грыжах. По сборным статистикам европейских и американских авторов, в настоящее время свыше 70% операций по устранению паховых грыж выполняется по способу I.L.Lichtenstein (Rutkow I.M., Robbins A.W., 1993; Малиновский Н.Н. и соавт., 2001).

Операция выполняется из пахового доступа и заключается в расположении рассеченного с латеральной стороны сетчатого протеза позади семенного канатика и фиксации его непрерывным швом к паховой связке и отдельными швами к внутренней косой мышце живота. Семенной канатик при этом располагается между браншами сетки. Верхняя

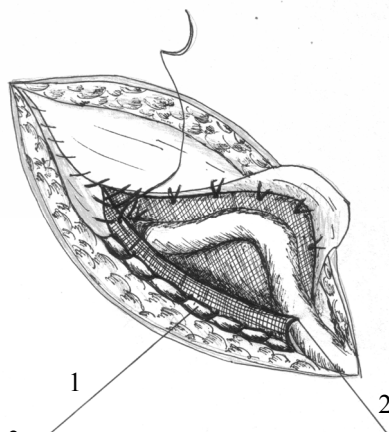
бранша фиксируется отдельными швами латеральнее глубокого пахового кольца к паховой связке.

Методика явила ряд очевидных преимуществ перед традиционными видами паховых грыжепластик. Автор продемонстрировал великолепные результаты – 0,2% процента рецидивов. Значительно сократилось количество послеоперационных осложнений. По данным отечественных и зарубежных авторов их количество составляет 4,5 - 6 % (Forte A. et al., 2002; Борисов А.Е. и соавт., 2002). Операция занимает немного времени, проста в исполнении и вполне приемлема по себестоимости.

Однако, нередко паховая связка настолько разволокнена, что навряд ли может быть надежным местом для фиксации протеза. Возникает необходимость в его дополнительной фиксации. Использование для этого связки Соорег, как рекомендуют многие авторы, лишь частично решает пробле-

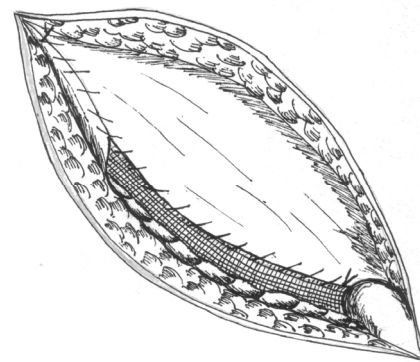
**Рис.1.**

Линия рассечения апоневроза наружной косой мышцы живота

**Рис.2.**

Пластика задней стенки пахового канала завершена.

1 – сформированный тяж из паховой связки и наружного лоскута апоневроза наружной косой мышцы живота,
2 – нижний край сетчатого протеза

**Рис.3.**

Вид передней стенки пахового канала после завершения пластики

му, а методики Козлова с формированием искусственной паховой связки и Fletching с использованием «трехслойной сетки» сложны в техническом отношении.

Кроме того, соблюдения принцип «без натяжения» при методике I.L.Lichtenstein не всегда представляется возможным. Встречаемая слабость паховой связки заставляет для более прочной фиксации протеза прибегать к захвату в непрерывный шов и части апоневроза наружной косой мышцы живота. Кроме того, захватывание в шов связки Соорег смещает паховую связку книзу. Сшивание лоскутов апоневроза наружной косой мышцы живота, в результате, невозможно без натяжения. Возникающий в послеоперационном периоде хоть незначительный отек тканей приводит к еще большему натяжению передней стенки пахового канала. Неполное восстановление целостности передней стенки пахового канала с оставлением большого по размерам наружного пахового кольца приводит к выпрямлению пахового канала и нарушению его клапанной функции.

Следует также отметить, что возникающая в результате операционной травмы и в ответ на протез, как инородное тело, экссудация может привести к скоплению жидкости в полости пахового канала, отеку семенного канатика и яичка. Применение различных видов дренажей освобождает от гематом и выпотной жидкости часто только подкожную клетчатку, в паховом же канале выпот при этом остается.

Несмотря на снижение количества послеоперационных осложнений по каждому конкретному виду, совокупный уровень осложнений остается существенным. Без сомнения, он будет выше в сети общехирургических стационаров. Проблема становится более очевидной при учете того, что грыжесечение является одной из самых распространенных операций в хирургической практике и нередко выполняется молодыми хирургами.

Материалы и методы.

Нами предложена и внедрена в практику модификация операции I.L.Lichtenstein. Через разрез в паховой области обнажают апоневроз наружной косой мышцы живота до нижнего края. Разрез апоневроза выполняют в 0,7 - 1 см от паховой связки (рис. 1). Вскрывают паховый канал. Выделяют семенной канатик. При проведении операции волокна m.cremaster пересекают до уровня внутреннего отверстия пахового канала. После выделения и обработки грыжевого мешка выполняют пластику с использованием полипропиленового сетчатого протеза, который после предварительного рассечения с латерального края, размещают позади семенного канатика и фиксируют непрерывным швом проленом 2/0 вначале к влагалищу пирамидальной мышцы, затем к лонно-

му бугорку, не захватывая надкостницу. Для профилактики рецидивов протез фиксируют к указанным образованиям не край в край, а располагают поверх них на 1- 1,5 см за линию шва. В отличие от пластики по I.L.Lichtenstein, далее в непрерывный шов от лонного бугорка захватывают не только паховую связку, но и латеральный лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота на всю ширину, а сетчатый протез прошивают по линии выше его нижнего края, отворачивая этот край кпереди (рис.2). Шов продолжают до наружного края внутреннего пахового кольца. Расстояние между швом и нижним краем протеза у лонного бугорка составляет около 1 см и уменьшается в латеральном направлении. 3-4 отдельными проленовыми швами протез фиксируют поверх внутренней косой мышцы. Сшивают бранши сетчатого протеза латеральнее семенного канатика и заправляют под апоневроз. После этого восстанавливают переднюю стенку пахового канала без натяжения, сшивая непрерывным швом нижний край сетчатого протеза с медиальным лоскутом апоневроза наружной косой мышцы живота (рис.3). При таком исполнении операции по нижнему краю пахового канала формируется плотный ригидный соединительнотканый тяж и сетка фиксируется значительно прочнее. При значительном разрушении паховой связки захват в непрерывный шов связки Соорег повышает надежность пластики. Восстановление косого направления и достаточной длины пахового канала возвращает ему клапанную функцию. В случае появления экссудата в паховом канале он свободно дренируется через сетчатую часть его передней стенки в подкожную клетчатку, не опускаясь в мошонку. При отсутствии замкнутого пространства не происходит отека, повышения давления в паховом канале, не нарушается кровоток в семенном канатике. Через отдельный прокол устанавливается резиновый выпускник до передней стенки пахового канала, отводя поступающее из его полости кровь или экссудат наружу. Таким образом, обладая всеми преимуществами пластики по I.L.Lichtenstein, предлагаемый способ позволяет практически во всех случаях надежно фиксировать сетчатый протез. Другое его достоинство направлено на снижение количества послеоперационных осложнений. Пластика во всех случаях носит полностью «ненатяжной» характер. Методика проста в исполнении и не занимает много времени. Следует отметить, что, как и при других способах пластики «без натяжения», в данном случае требуется подбор оптимальных размеров сетки.

В 1-ом хирургическом отделении НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-пассажирский с февраля 2005 года по настоящее время выполнено 44 герниопласти-

ки у 38 пациентов по предложенной методике. Все пациенты – мужчины. Возраст больных составил от 21 до 82 лет. В 13 случаях грыжи были прямые, в 30 случаях косые, одна грыжа носила комбинированный характер. Пахово-мошоночных и больших грыж было 11. У шести пациентов грыжесечение одномоментно выполнено с двух сторон. Рецидивных грыж было 8. Разволокнение и слабость паховой связки отмечена в 7 случаях. Во всех случаях выполняли дренирование раны установкой резиновой полоски до передней стенки пахового канала через отдельный прокол.

Результаты.

При использовании предлагаемого способа пластики осложнение в раннем послеоперационном периоде возникло у двух больных. В области послеоперационной раны в подкожной клетчатке в одном случае возникла серома, в другом гематома как следствие неадекватного интраоперационного гемостаза. Осложнения ликвидированы дренированием и установкой резиновых выпускников в подкожную клетчатку. Отеков семенного канатика и яичка не отмечено. Во всех случаях удалось сформировать надежную структуру для фиксации дистального отдела сетчатого протеза. Средняя продолжительность операции заметно не отличалась от таковой при использовании методики I.L.Lichtenstein. Болевой синдром в раннем послеоперационном периоде был слабо выражен во всех случаях.

Для оценки отдаленных результатов планируется провести в дальнейшем специальное исследование.

Обсуждение.

Предлагаемый способ герниопластики дает возможность

снизить количество послеоперационных осложнений при паховых грыжах, в первую очередь связанных с семенным канатиком и яичком. Многочисленными исследованиями выявлена роль данных осложнений в снижении репродуктивной функции у мужчин. Способ технически прост и не занимает много времени. Наши первые результаты показали, что описанная техника герниопластики может достойно конкурировать с распространенными в настоящее время операциями при паховых грыжах. Однако, для окончательных выводов требуется большее количество наблюдений и изучение отдаленных результатов.

Выводы.

1. Предложенный способ герниопластики при паховых грыжах обладает всеми достоинствами существующих ныне ненавязчивых методик.

2. Способ позволяет уменьшить количество ранних послеоперационных осложнений.

3. Техника выполнения операции полностью исключает натяжение тканей, компрессию семенного канатика.

4. В ходе операции формируется плотный ригидный тяж для надежной фиксации дистальной части сетчатого протеза, что бывает важно при слабости или разрушении паховой связки.

5. Методика предусматривает полное восстановление косоного направления и длины пахового канала.

6. Способ прост в исполнении, занимает не много времени и может быть с успехом применен в практической хирургии.

S.V.Shalashov, A. L.Mikhailov, Y.K.Usoltcev, S.G.Tcibikov, I.A.Egorov, R.V.Olekseovich
METHOD OF TENSION-FREE INGUINAL HERNIOPLASTY

*The Railway clinic on Irkutsk-Passazhirskii station
Irkutsk, Russia*

The modification of tension-free inguinal hernioplasty was offered. Unlike I. L. Lichtenstein operation it innovates a number of changes. They are the following: the incision of aponeurosis of abdominal external oblique muscle is done in 0,7 - 1 centimeter from inguinal ligament, the uninterrupted suture from pubic tubercle includes not only inguinal ligament, but also full-width of lateral flap of aponeurosis of abdominal external oblique muscle, and mesh is underrun by the line above its bottom brim turning this brim anteverisionally. The anterior wall of the inguinal canal restores unstrained, under-running the bottom brim of the mesh with the medial flap of aponeurosis of the abdominal external oblique muscle by uninterrupted suture. This method is aimed at full implementation of the «tension-free» principle, universalization of intervention in repair of inguinal hernias, safer fixation of the mesh bottom part, decreasing postoperative complications.

There were carried out 44 repairs of hernia by the proposed method. All the 38 patients are males at age from 21 to 82 years old. In all the cases, even at faint inguinal ligament laxity, the mesh was stabilized safely. 2 patients, operated by the proposed method, had postoperative complications at an early postoperative period. The one had seroma in the adipocellular zone of the postsurgical wound. The second patient had hematoma in consequence of inadequate intraoperative hemostasis.

© В.А.Юдин, С.В.Мостыка, 2006.

В.А.Юдин, С.В.Мостыка

КРИСТАЛЛОГРАФИЯ ЖЕЛУДОЧНОГО СЕКРЕТА ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО – КИШЕЧНОГО ТРАКТА

*Кафедра хирургических болезней с курсом урологии РГМУ имени академика И.П.Павлова
Рязань, Россия*

Аннотация

У 115 больных изучена кристаллография желудочного секрета. Кристаллография желудочного секрета произведена 115 больными разделенных на две группы. Первая группа больных с хронической абдоминальной ишемией (ХАИ) 26 человек, в которой было 4 (15%) женщины и 22 (85%) мужчины в возрасте от 55 до 78 лет. Вторая группа 89 человек с различной патологией ЖКТ, 28 (32%) мужчин и 61 (68%) женщина в возрасте от 20 до 70 лет.

В первой группе пониженная секреция СОЖ была у 18 (69%) человек, нормальная – у 3 (12%), повышенная – у 5 (19%). В контрольной группе повышенная секреция СОЖ была у 30 человек (34%), нормальная у 25 (28%) и пониженная у 34 (38%). У больных с ХАИ у 69% отмечена пониженная секреция СОЖ. У больных с язвами и эрозиями луковицы ДПК в 95% случаев отмечена повышенная секреция СОЖ. У больных с ДГР повышенная секреция СОЖ отмечена у 30%. В группе больных с эзофагитами у 30% больных отмечена понижен-