

Литература

1. Бородин Е.А., Аксенова Т.В., Анищенко Н.И. Пищевые продукты из сои. Новая роль // Вестник ДВО РАН. 2000. № 5. С. 72–85.
2. Бородин Е.А., Бородин Г.П., Штарберг М.А. и др. Исследование влияния питательных соевых коктейлей и витамина Е на биохимические показатели сыворотки крови у здоровых молодых людей // Дальневост. мед. журн. 2003. № 3. С. 14–17.
3. Моссе Дж., Пернолле Дж. К. Химия и биохимия бобовых. М.: Агропромиздат, 1986. 248 с.
4. Нартикова В.Ф., Пасхина Т.С. Унифицированный метод определения α_1 -антитрипсина и α_2 -макроглобулина в сыворотке крови // Вопр. мед. химии. 1979. № 4. С. 494–499.
5. Оглоблина О.Г., Малиев Б.М. Активность протеиназ гранулоцитов и их кислотостабильных ингибиторов в бронхиальном секрете больных впервые выявленным туберкулезом легких, осложненным неспецифическим бронхитом // Пробл. туберкулеза. 1983. № 2. С. 33–37.
6. Памирский И.Э., Штарберг М.А., Белоглазова И.Г., Бородин Е.А. Влияние трипсина и ингибитора трипсина соевых бобов на свертывание крови, фибринолиз, агрегацию тромбоцитов и гемолитическую активность комплемента *in vitro* // Дальневосточный мед. журнал. 2008. № 1. С. 98–100.
7. Anderson R.L., Wolf W.J. Compositional changes in trypsin inhibitors, phytic acid, saponins and isoflavones related to soybean processing // J. Nutr. 1995. Vol. 125, No. 3. P. 581S–588S.
8. Kennedy A.R. Chemopreventive agents: protease inhibitors // Pharmacol. Ther. 1998. Vol. 78, Issue 3. P. 167–209.

Поступила в редакцию 17.11.2008.

STUDY OF THE INFLUENCE OF THE INHIBITOR TRYPSIN FROM SOYBEAN ON PROTEOLYTIC AND INHIBITOR ACTIVITY OF THE BLOOD SERUM

I.E. Pamirsky, R.A. Blocky, R.N. Podolko, N.V. Shatohin, M.A. Shtarberg, S.A. Starberg, E.A. Borodin
Amur State Medical Academy (103 Gorkogo St. Blagoveshchensk 675000 Russia)

Summary – Consumption of cookies enriched with soy protein isolate by healthy adults within 2 month (daily dose 30 g of soy protein) is followed by the 22% decrease of total proteolytic activity and 22% increase of trypsin-inhibiting activity of blood serum.

Key words: trypsin, cookies, soy protein isolate.

Pacific Medical Journal, 2010, No. 1, p. 72–73.

УДК 617.55-007.43-02-089.844:616-002.5-06-089

А.А. Григорюк¹, С.А. Белов²

¹ Владивостокский государственный медицинский университет (690950 г. Владивосток, пр-т Острякова, 2),

² Приморский краевой противотуберкулезный диспансер (690000 г. Владивосток, ул. Пятнадцатая, 2)

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОКОВЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ С ВНЕЛЕГочНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Ключевые слова: вентральная грыжа, имплантат, внелегочной туберкулез.

В отделении урогенитального туберкулеза Приморского краевого противотуберкулезного диспансера с 2005 г. 7 пациентам проведены хирургические вмешательства по поводу больших боковых послеоперационных вентральных грыж. Дефект брюшной стенки закрывали мышечно-апоневротической дубликатурой, с наложением поверх линии швов полипропиленовой сетки SURGIPRO Mesh. В послеоперационном периоде осложнений заживления операционной раны не было. При изучении отдаленных результатов герниопластики в сроки от 1 до 4 лет рецидивов грыж не обнаружено. Авторы рекомендуют данный способ аллопластики как метод выбора при лечении вентральных грыж у лиц с внелегочным туберкулезом.

Туберкулез не ликвидирован ни в одной стране мира и продолжает оставаться сложной социально-экономической и медико-биологической проблемой. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в России из-за ухудшения экономического положения населения сохраняет свое значение и, по мнению многих авторов, становится все более существенной [6]. Особое внимание привлекает группа лиц с запущенными формами мочевого туберкулеза, с тяжелыми анатомо-функциональными последствиями заболевания. Их эффективное лечение возможно лишь путем применения различного рода радикальных операций, направленных на устране-

ние специфического процесса в пораженном органе [8]. Доступы к органам брюшинного пространства (по Федорову, Бергману–Израэлю и др.) производятся с перпендикулярным рассечением мышечных волокон и нервных стволов, что приводит к образованию боковых послеоперационных вентральных грыж (ПВГ) [1].

Одной из причин образования ПВГ являются гнойно-воспалительные процессы в послеоперационной ране. Для возникновения инфекций в области хирургического вмешательства имеют значение возраст, наличие хронического инфекционного заболевания, недостаточность кровообращения, анемия, избыточный вес, длительная предоперационная подготовка, продолжительность операции более 2 часов, избыточное применение электрокоагуляции, дренирование раны, характер имплантата и шовного материала и др. [3, 7, 9]. Особое значение придается персистенции дремлющей инфекции в рубцах. Достоверно установлено, что микрофлора в рубцовых тканях может сохранять вирулентность многие годы, а при активизации служить причиной раневых осложнений с последующим образованием ПВГ [2, 4, 5].

Настоящее сообщение основано на изучении исходов пластики больших боковых грыж живота с использованием полипропиленовой сетки SURGIPRO Mesh у больных с внелегочным туберкулезом.

В отделении урогенитального туберкулеза Приморского краевого противотуберкулезного диспансера с начала 2005 г. проведено 7 хирургических вмешательств по поводу больших боковых ПВГ. Пациенты страдали кавернозным туберкулезом почек с длительностью заболевания от 5 до 15 лет и ранее перенесли нефрэктомиию лумботомическим доступом по Федорову. Формирование боковой послеоперационной грыжи происходило в течение 1–2 лет. Среди сопутствующей соматической патологии — ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь и ожирение II–III ст. Размеры грыжевого дефекта колебались от 10 до 25 см, размеры выпячивания — от 20 до 30 см. Все больные абациллированы.

Предоперационная подготовка заключалась в назначении противотуберкулезных препаратов — изониазид и рифампицин, коррекции соматической патологии и обязательном бандажировании живота при вправимых грыжах. Операции проводили под эндотрахеальным наркозом (длительностью 1,5–2 часа). Двумя окаймляющими разрезами иссекали весь послеоперационный рубец с разросшейся грубой соединительной тканью, излишки кожи и подкожной клетчатки [8]. (При исследовании мазков-отпечатков с поверхности разреза рубца, гистологическом исследовании тканей рубца признаков туберкулезного поражения не зарегистрировано.) Далее выделяли грыжевой мешок из сращений и проводили тщательный гемостаз. Мешок вскрывали, выполняли ревизию органов брюшной полости, разделяли спайки. Грыжевые ворота закрывали мышечно-апоневротической дубликатурой, поверх линии швов укладывали полипропиленовую сетку SURGIPRO Mesh необходимого размера, для чего подкожную клетчатку дополнительно отсепааровывали на 5–6 см в каждую сторону. Имплантат фиксировали узловыми швами к апоневрозу через 1–1,5 см. Рану послойно ушивали, в подкожной клетчатке оставляли дренажи по Родену на 4–6 суток до прекращения сукровичного отделяемого.

После операции особое внимание уделяли стимуляции функции кишечника, профилактике легочно-сердечных расстройств и тромбоэмболических осложнений, а также осложнений заживления операционной раны. Все больные получали антибактериальные противотуберкулезные препараты и антикоагулянтную терапию (фраксипарин в дозе 30 мг 2 раза в сутки) в течение 4 дней. В послеоперационном периоде осложнений зарегистрировано не было. При изучении отдаленных результатов герниопластики (в срок от 1 до 4 лет) рецидивов ПВГ не обнаружено. Все пациенты вели активный образ жизни, не ограничивая физических нагрузок. Болевых ощущений и дискомфорта, связанных с пластикой грыжевых ворот, не отмечено.

Таким образом, полученные клинические и морфологические данные показали допустимость приме-

нения полипропиленового имплантата для пластики грыжевых ворот при больших боковых послеоперационных вентральных грыжах у больных, страдающих внелегочным туберкулезом. Имплантат создает прочный рубец, препятствующий рецидиву грыжи, а специфические противотуберкулезные антибактериальные препараты уменьшают вероятность возникновения осложнений заживления операционной раны. Считаем возможным рекомендовать аллопластику полипропиленовой сеткой как метод выбора при лечении данной патологии у лиц с внелегочным туберкулезом.

Литература

1. Белоконев В.И., Ковалева З.В., Пушкин С.Ю. и др. Варианты хирургического лечения боковых послеоперационных грыж живота комбинированным способом // *Хирургия*. 2002. № 6. С. 38–40.
2. Бородин И.Ф., Скобей Е.В., Акулик В.П. *Хирургия послеоперационных грыж живота*. Минск: Беларусь. 1986. 160 с.
3. Гостищев В.К. *Рациональные подходы к профилактике инфекционных осложнений в хирургии*. М.: Универсум Паблшинг. 1997. 120 с.
4. Давыдов Ю.А., Ларичев А.Б., Абрамов А.Ю. *Заживление ран в условиях вакуумного дренирования* // *Хирургия*. 1992. № 7–8. С. 21–26.
5. Курбанов Г.Б. *Возможности улучшения результатов хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж*. // *Казанский медицинский журнал*. 1991. № 2. С. 111–113.
6. Левашев Ю.Н., Гарбуз А.Е. *Внелегочный туберкулез: проблемы и перспективы* // *Здравоохранение Северо-Запада*. СПб. 2002. С. 52–54.
7. Рудин Э.П., Богданов А.В., Шевченко П.В. *Лечение послеоперационных вентральных грыж* // *Вестник хирургии*. 1991. № 12. С. 76–78.
8. *Руководство по легочному и внелегочному туберкулезу / под ред. Ю.Н. Левашова, Ю.М. Репина*. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2006. 516 с.
9. *Хирургические инфекции: руководство / под ред. Е.А. Ерухина, Б.Р. Гельфанда, С.А. Шляпникова*. СПб.: Питер. 2003. 280 с.

Поступила в редакцию 17.04.2009.

SURGICAL TREATMENT OF LATERAL POST-OPERATIVE VENTRAL HERNIA IN PATIENTS WITH EXTRAPULMONARY TUBERCULOSIS

A.A. Grigoryuk¹, S.A. Belov²

¹ Vladivostok State Medical University (2 Ostryakova Av. Vladivostok 690950 Russia), ² Primorsky Regional TB dispensary (2 Pyatnadtsataya Street Vladivostok 690000 Russia)

Summary — Since 2005 the Urinogenital Tuberculosis Department of the Primorsky regional TB dispensary has operated 7 patients for large lateral post-operative hernia. The abdominal wall defects were closed with musculo-aponeurotical duplicate and imposition of polypropylene SURGIPRO Mesh above the suture line. None complications of operative wound healing were observed during the post-operative period. The follow-up observation of hernioplasty results during 1 to 4 years has not revealed any recurrence of hernias. The authors recommend this method of alloplasty as a method of choice when treating ventral hernia in patients with extrapulmonary tuberculosis.

Key words: ventral hernia, implant, extrapulmonary tuberculosis.