

угнетение лимфопоза несомненно сказывается на состоянии других органов и систем и в целом организма,

усугубляя основное заболевание и продляет течение патологического процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия. – М.: Медицина, 1990. – 384 с.
2. Алехнович А.В., Ельков А.Н., Ливанов А.С., Ильяшенко К.К. Компенсаторные механизмы и приспособительные процессы при острых отравлениях // 3-й съезд токсикологов России: Тезисы докладов. – М., 2008. – С.358-359.
3. Барабой В.А., Брахман И.И., Голотин В.Г. и др. Перекисное окисление и стресс. – СПб., 1992. – 149 с.
4. Белова М.В. и др. Особенности окислительно-го стресса в остром периоде химической болезни // Токсикологический вестник. – 2007. – № 2. – С.12-15.
5. Белькова Т.Ю. Патогенетические аспекты острой химической травмы веществами прижигающего действия // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2001. – № 4. – С.13-17.
6. Березина Т.П., Овсянников В.И. Сократительная

активность гастродуоденальной и илеоцекальной зон у кроликов во время стресса // Бюл. экспериментальной биологии и медицины. – 2001. – Т. 132. № 2. – С.727-730.

7. Григорьев Е.Г., Апарцин К.А., Белых Г.К. Хирургия повреждений селезенки. – Иркутск, 1996. – 126 с.

8. Диагностика и лечение заболеваний печени, поджелудочной железы, селезенки и двенадцатиперстной кишки: Тез. докл. конф. хирургов (в честь 25-летия каф. общ. хирургии ТГМИ), 12-14 сент. 1990 г.: в 2 т. / Отв. ред. Д.В. Усов. – Тюмень, 1990. – Т. 2. – 373 с.

9. Dagnino-Subiabre A. Chronic stress induces upregulation of brain-derived neurotrophic factor (BDNF) mRNA and integrin alpha-5 expression in the rat pineal gland // Brain research. – 2006. – № 1. – P.27-34.

10. D'Elia M., et al. Corticosterone binding globulin regulation and thymus changes after thermal injury in mice // American Journal of Physiology, Endocrinology and Metabolism. – 2005. – Vol. 288. № 5. – P.852-860.

Адрес для переписки: 664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, Иркутский государственный медицинский университет, кафедра анатомии человека, Шашкова Ольга Николаевна – ассистент, к.м.н. Тел. (3952) 240772, Колесников Сергей Иванович – академик РАМН, Изатулин Владимир Григорьевич – д.м.н., профессор

© ШАЛАШОВ С.В., КУЛИКОВ Л.К., ЕГОРОВ И.А., СМИРНОВ А.А., БУСЛАЕВ О.А. – 2009

ОРИГИНАЛЬНЫЙ СПОСОБ ОБРАБОТКИ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА ПРИ КОСЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

С.В. Шалашов², Л.К. Куликов¹, И.А. Егоров², А.А. Смирнов¹, О.А. Буслаев²

(¹Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрых;

²Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-пассажирский ОАО «Российская железная дорога», гл. врач – к.м.н. Е.А. Семенищева)

Резюме. Предложен способ обработки грыжевого мешка при косых паховых грыжах. Он показан в случаях выраженного рубцового процесса и прочной фиксации грыжевого мешка в тканях семенного канатика. Отличием способа от принятых методик является то, что грыжевой мешок не иссекают. В работе подробно изложена техника операции. По предложенной методике выполнено 26 операций. Во всех случаях послеоперационных осложнений не отмечено. Сроки наблюдения за больными составили до 2,5 лет.

Ключевые слова: грыжа, паховый, грыжевой мешок, способ.

ORIGINAL METHOD OF HERNIAL SAC TREATMENT IN INDIRECT INGUINAL HERNIA

S.V. Shalashov², L.K. Kulikov¹, I.A. Egorov², A.A. Smirnov¹, O.A. Buslaev²

(¹Irkutsk State Institute for Medical Advanced Studies, ²Railways Hospital at Station Irkutsk-Passenger)

Summary. The method of treatment of the hernial sac in indirect inguinal hernia is presented. It can be used in the expressed cicatricial process and strong fixing of a hernial sac in tissues of spermatic cord. At this method a hernial sac is not dissected. In this article the technics of operation is stated in detail. By the offered technique 26 operations have been executed. In all cases there were no any postoperative complications. Remote results were investigated within the period of 2,5 years.

Key words: indirect hernia, inguinal, hernial sac, method.

Обработке грыжевого мешка при паховых грыжах в отечественной медицинской литературе, до недавнего времени, уделялось достаточно мало внимания. Очевидной считалась техника его высокого выделения и иссечения после прошивания и перевязки в области шейки. Мотивировкой таких требований были взгляды некоторых крупных хирургов, считающих, что при отказе от удаления грыжевого мешка неизбежны рецидивы грыж [3,4,6]. Особенности при обработке грыжевого мешка указывались только при скользящих и больших пахово-мошоночных грыжах. При скользящих грыжах предлагалось накладывать изнутри на стенку мешка кисетный шов без захвата заинтересованного органа и иссекать только свободную часть брюшины [1]. При больших пахово-мошоночных грыжах некоторые авторы предлагали следующую технику. Грыжевой мешок пересекается в верхней трети пахового канала с последующим выделением до шейки, прошиванием и перевязыванием проксимальной его части. Дистальную часть

мешка без выделения оставляли на месте после продольного ее рассечения для профилактики гидроцеле [1]. Следует заметить, что оставление серозной ткани в паховом канале при выполнении пластики с использованием синтетической сетки вряд ли целесообразно. Чаще всего это приводит к формированию инфильтрата. Мы имеем такой опыт. Кроме того, при пахово-мошоночных грыжах выделение даже проксимальной части грыжевого мешка может быть излишне травматичным для семенного канатика. Это существенно для больных репродуктивного возраста.

Несмотря на принятые подходы, целесообразность полного удаления грыжевого мешка при паховых грыжах оспаривалась рядом авторов [2,8].

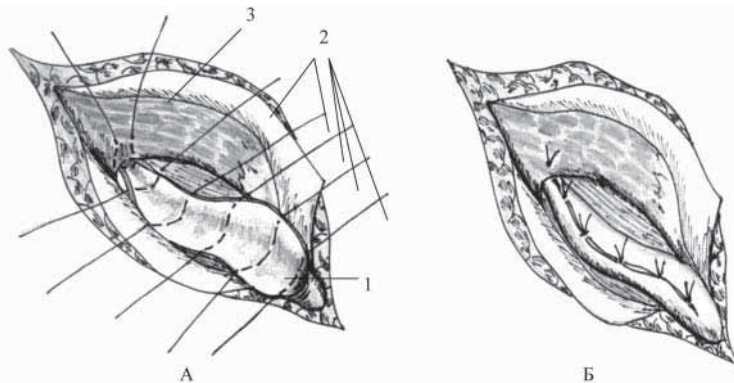
Говоря о популярной в настоящее время методике операции I.L.Lichtenstein, необходимо отметить, что автор полностью отказался от высокой перевязки и иссечения грыжевого мешка во всех случаях косых паховых грыж у взрослых. Автор пропагандирует технику

инвагинации мешка в брюшную полость. При пахово-мошоночных грыжах I.L.Lichtenstein предлагает пересекать грыжевой мешок примерно посередине пахового канала, при этом дистальная его часть остается на месте после ее продольного рассечения [10].

Следует отметить, что если в отношении прямых паховых грыж позиция отказа от иссечения грыжевого мешка признается сейчас большинством авторов [9,10,13], то этого нельзя сказать применительно к косым паховым грыжам.

Материалы и методы

При косых паховых грыжах, особенно когда грыжевой мешок в прочных сращениях, мы используем оригинальную технику его обработки (патент РФ №2314048, С.В.Шалашов и соавт.) [11]. Методика направлена на уменьшение травматичности вмешательства и сокращение времени операции. При II типе грыжи по L.M. Nyhus переднюю стенку грыжевого мешка рассекали от верхушки до шейки без выделения. Содержимое мешка при его наличии вправляли в брюшную полость. Затем ликвидировали полость грыжевого мешка следующим образом (рис. 1). Накладывали одиночные узловые гофрирующие поперечные швы из тонкого рассасывающегося материала с прошиванием краев рассеченных оболочек семенного канатика и стенки мешка от края до края. Расстояние между швами составляет 1-1,5см. Самый проксимальный шов накладывали в области шейки мешка, которую им же фиксировали аналогично приему Barker [7]. Не требуется тугого затягивания ни-

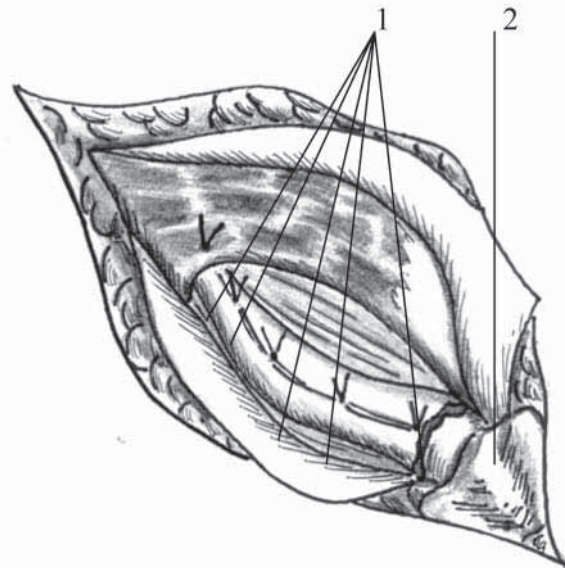


Обозначения: А – наложены поперечные гофрирующие швы через оболочки семенного канатика и стенку грыжевого мешка: 1 – стенка грыжевого мешка; 2 – гофрирующие швы; 3 – проксимальный гофрирующий шов; Б – гофрирующие швы заведены.

Рис. 1. Способ обработки грыжевого мешка при косых паховых грыжах в случае его трудного выделения.

тей. Для удобства под заднюю стенку мешка по всей его длине вводили раствор новокаина. Это так же предупреждает возможность захвата в шов семявыносящего протока. Бывает удобной фиксация зажимом дна грыжевого мешка и подтягивание его в дистальном направлении. Предложенная техника имитирует естественный процесс облитерации влагалищного отростка брюшины.

При пахово-мошоночных грыжах грыжевой мешок после продольного рассечения пересекали несколько выше наружного пахового кольца. Проксимальную часть мешка обрабатывали по указанной выше методике, дистальную же часть или удаляли, если это было просто, или оставляли на месте (рис. 2). Изложенные варианты обработки грыжевого мешка предпочтительны для больных молодого возраста. При затруднениях, возникающих уже в процессе выделения грыжевого мешка, можно иссечь уже выделенную его часть, а оставшуюся гофрировать по предложенной нами методике. При обнаружении в липоме семенного канатика, она, обычно легко, может быть удалена.



Обозначения: 1 – завязанные гофрирующие швы на проксимальной части грыжевого мешка; 2 – оставленная дистальная часть грыжевого мешка.

Рис. 2. Способ обработки грыжевого мешка при пахово-мошоночных грыжах.

В клинике хирургии Иркутского ГИДУВа на базе хирургического отделения НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-пассажирский» ОАО «РЖД» с 2005 года по настоящее время у 314 больных выполнено 352 паховых герниопластики. Мужчин было 301 (95,9%), женщин – 13 (4,1%). Аутопластические методики операции имели место в 13 случаях. По способу I.L.Lichtenstein или в его модификации выполнено 339 операций. Возраст больных составил от 19 до 85 лет, сроки заболевания от 2 недель до 20 лет. Косые паховые грыжи (типы II, IIIB, IVB по классификации L.M. Nyhus) наблюдались в 221 (62,8%) случаев. При прямой паховой грыже грыжевой мешок без вскрытия погружали в брюшную полость, ушивая над ним непрерывным швом поперечную фасцию. При косой грыже обработку мешка чаще производили с его выделением. Традиционно с иссечением грыжевого мешка выполнили 156 (70,7%) операций, с инвагинацией мешка в брюшную полость – 44 (19,9%). В 41 (18,5%) случае при косых паховых грыжах грыжевой мешок был достаточно прочно фиксирован рубцами в тканях семенного канатика. Это были длительно существующие, рецидивные, большие косые паховые грыжи. Все операции выполнены в варианте пластики «без натяжения» с использованием техники I.L. Lichtenstein или ее модификации [5,10]. Из указанной 41 операции 21 (51,2%) выполнили с обработкой грыжевого мешка по предложенной нами методике гофрирования. Больные, у которых была использована указанная техника, составили основную группу (ОГ). В ОГ у 10 больных грыжа носила пахово-мошоночный характер и мошоночная часть грыжевого мешка после продольного рассечения была оставлена на месте. Еще у 20 (48,8%) больных с косой паховой грыжей и прочной фиксацией грыжевого мешка в тканях было выполнено иссечение грыжевого мешка. Они составили группу клинического сравнения (ГКС). В данной группе в девяти случаях грыжа носила пахово-мошоночный характер. Дистальная часть грыжевого мешка при этом была оставлена на месте после продольного рассечения, проксимальная иссечена.

Показатели представлены в виде медианы с верхним

и нижним квадрантами. Различия между показателями оценивали с применением критерия Манна-Уитни и χ^2 , считали их значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В одном случае (4,7%) при невправимой пахово-мошоночной грыже (тип IIIВ), когда использовали предложенный нами способ обработки грыжевого мешка (ОГ), на третьи сутки отмечен инфильтрат в области послеоперационных швов. Осложнение купировано консервативными средствами. Во всех случаях для диагностики возможных осложнений использовано УЗИ-исследование. В ГКС с техникой традиционного иссечения грыжевого мешка отмечено 5 (25%) ранних послеоперационных осложнений. В одном случае имел место отек мошонки, в двух случаях – ее гематома. Серому в зоне операции наблюдали в одном случае, отек яичка на стороне операции обнаружен также у одного больного. Таким образом, в ГКС частота осложнений была достоверно выше, чем в ОГ ($p < 0,05$). Все осложнения были купированы консервативными способами, в двух

случаях с использованием пункций. Других ранних послеоперационных осложнений в исследуемых группах, формирования гидроцеле, рецидивов заболевания в отдаленном периоде при сроках наблюдения до 2,5 лет не отмечено.

Средняя длительность обработки грыжевого мешка в группе клинического сравнения составила 18 мин, в основной группе – 12 мин ($p < 0,05$).

Таким образом, представленная техника обработки грыжевого мешка, направленная на снижение травматичности и уменьшение времени вмешательства, может быть использована в широкой практике.

Предложенный способ обработки грыжевого мешка при косых паховых грыжах оправдан во всех случаях плотного сращения мешка с тканями семенного канатика. Способ снижает травматичность оперативного вмешательства и позволяет уменьшить количество ранних послеоперационных осложнений при косых паховых грыжах. Методика особенно оправдана у больных молодого возраста, так как уменьшает травму семенного канатика. Способ прост в исполнении и сокращает время оперативного вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егизов В.Н., Лядов К.В., Воскресенский П.К. и др. Атлас оперативной хирургии грыж. – М.: Медпрактика, 2003. – 228 с.
2. Барышников А.И. Критические замечания по поводу простых способов паховых грыжесечений // Вестн. хир. – 1961. – №5. – С.74-78.
3. Булыгин И.И. Наружные грыжи живота. – Ставрополь, 1968. – 232 с.
4. Воскресенский Н.В. Аномалии и болезни грыжевого мешка паховой грыжи // Нов. хир. арх. – 1926. – №37-38. – С.221-225.
5. Шалашов С.В., Куликов Л.К., Михайлов А.Л. и др. Выбор способа пластики при паховых грыжах // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2008. – №6. – С.96-98.
6. Горелик М.М. К хирургической анатомии пахового канала // Клини. хир. – 1963. – №8. – С.76-81.
7. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота. – М.:

МИА, 2005. – 384 с.

8. Канишин Н.Н. Многослойная паховая герниопластика // Вест. хир. – 1973. – №5. – С.101-106.

9. Егизов В.Н. Натяжная герниопластика. – М.: Медпрактика, 2002. – 148 с.

10. Шалашов С.В., Куликов Л.К., Усольцев Ю.К. и др. Оригинальный способ герниопластики при паховых грыжах // Герниология. – 2007. – Т. 13. №1. – С.41-43.

11. Шалашов С.В., Усольцев Ю.К., Егоров И.А., Михайлов А.Л. Способ обработки грыжевого мешка при косых паховых грыжах // Пат. 2314048 РФ, МКИ⁶ А 61В 17/00. – 2006.

12. Чижов Д.В., Шурыгин С.Н., Воскресенский П.К., Филаткина Н.В. Пластика пахового канала по Лихтенштейну и ее модификации // Герниология. – 2004. – №1. – С.43-51.

13. Тимошин А.Д. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки. – М.: Триада-Х, 2003. – 144 с.

Адрес для переписки: 664013 г. Иркутск, а/я 81, Шалашов Сергей Владимирович – врач-хирург НУЗ «ДКБ на ст. Иркутск-пассажирский» ОАО «РЖД», e-mail: Sha62@bk.ru. Тел. (3952) 63-81-26, Куликов Леонид Константинович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой

© ЦЫБИКОВ Н.Н., ЗУЕВА А.А., ЖИГЖИТОВА Е.Б., ПРУТКИНА Е.В. – 2009

УРОВЕНЬ ЦИТОКИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ С РАЗЛИЧНЫМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Н.Н. Цыбиков¹, А.А. Зуева², Е.Б. Жигжитова¹, Е.В. Пруткина¹

(¹Читинская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н., проф. А.В. Говорин; кафедра патофизиологии, зав. – д.м.н., проф. Н.Н. Цыбиков; кафедра терапии ФПК и ППС, зав. – д.м.н., доц. Н.В. Ларева; ²Краевая клиническая больница г. Читы, гл. врач – И.Д. Лиханов)

Резюме. Исследовали уровень цитокинов у больных аутоиммунным тиреоидитом (АИТ). Выявлено значительное увеличение содержания ИФ- γ , ИЛ-8, ФНО- α , более выраженное у больных АИТ с манифестным гипотиреозом. Что вероятно, свидетельствует в пользу выраженности деструктивного процесса, и подтверждает теорию аутоиммунного воспаления в щитовидной железе.

Ключевые слова: аутоиммунный тиреоидит, цитокины, гипотиреоз.

THE LEVEL OF CYTOKINES IN SERUM OF PATIENTS HAVING AUTOIMMUNE THYROIDITIS WITH VARIOUS FUNCTIONAL CONDITION OF THE THYROID GLAND

N.N. Tsybikov, A.A. Zueva, E.B. Zhigzhitova, E.V. Prutkina
(Chita State Medical Academy)

Summary. The level of cytokines in serum of patients with autoimmune thyroiditis was explored. The noticeable extension of IFN- γ , IL-8, TNF- α was detected, more expressed with (АИТ) manifestic thyroid hypofunction patients. That probably testifies to the expression of destructive process and confirms the theory of autoimmune inflammation inside the thyroid gland.