

чение А1х, А51), более выраженные при III степени артериальной гипертензии.

3. Достоверные корреляционные взаимосвязи имеют место между показателями цитокинового профиля и параметрами жесткости артериального русла при гипертоническом варианте хронического гломерулонефрита.

4. Зофеноприл и фелодипин обладают сопоставимыми по эффективности противовоспалительным и вазопротективным действиями при I степени артериальной гипертензии у больных гипертоническим вариантом хронического гломерулонефрита.

5. Применение зофеноприла в комбинации с фелодипином при II-III ст. АГ характеризуется увеличением корригирующего влияния на провоспалительную цитокинемию и нарушения эластичности свойств артериального русла при гипертоническом варианте хронического гломерулонефрита.

Литература

1. Боровкова, Н. Ю. Артериальная гипертензия при хроническом гломерулонефрите с сохранной функцией почек. Вопросы патогенеза. Терапия. Автореф. дисс. на соискание уч. ст. д.м.н. / Н. Ю. Боровкова. – Нижний Новгород, 2010. – 50 с.
2. Ващурина, Т.В. Цитокины и адгезивные молекулы в патогенезе хронического гломерулонефрита / Т.В. Ващурина, Т.В. Сергеева // Нефрология и диализ. – 2002. – Т.4. – №3. – с. 171–181.
3. Динамика показателей упругости сосудистой стенки у больных сердечной недостаточностью, перенесших острый инфаркт миокарда. / С.В. Недогода [и др.] // Сердечная недостаточность. – Т. 4. – №2. – 2009. – С.95–98.
4. Кетлинский, С.А. Цитокины / С.А. Кетлинский, А.С. Симбирцев. – СПб, 2008. – 552 с.
5. Кисляк, О. А. Значение определения артериальной жесткости и центрального давления для оценки сердечно-сосудистого риска и результатов лечения пациентов с артериальной гипертензией / О. А. Кисляк, А. В. Стародубова // Consillium medicum. – 2009. – Т.11. – №10. – С. 42–47.
6. Адашева, Т.В. Клинические преимущества и плейотропные эффекты антагонистов кальция / Т.В. Адашева, В.С. Задион-

ченко, Н.Ю. Тимофеева, Н. В. Данилова // Актуальные вопросы болезни сердца и сосудов. – №4. – 2010. – С. 52–58.

7. Кобалава, Ж.Д. Высокое систолическое давление: акцент на эластические свойства артерий / Ж.Д. Кобалава, Ю.В. Котовская, Б.А. Баркова, С.В. Виллеваеца // Кардиоваск. терапия и профилактика. – 2006. – №5. – С.10–16.

8. Князева, Л. И. Динамика показателей цитокинового статуса, факторов роста и эластичности сосудистого русла у больных ревматоидным артритом на фоне лечения ритуксимабом / Л.И. Князева, Н. С. Мещерина, И. И. Горяинов // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2012. – №2. – С.60–66.

9. Лопатин, Ю.М. Эластичность артерий и скорость пульсовой волны у больных с хронической сердечной недостаточностью различной этиологии / Ю.М. Лопатин, О.В. Илюхин, М.В. Илюхина // Журн. сердечная недостаточность. – 2004. – Т5. – №4. – С 130–131.

10. Лукьянов, М.М. Жесткость артериальной стенки как фактор сердечно-сосудистого риска и прогноза в клинической практике / М.М. Лукьянов, С.А. Бойцов // Сердце. – 2010. – №3(53). – Т. 9. – С. 156–164.

11. Марков, Х.М. Оксидантный стресс и дисфункции эндотелина / Х. М. Марков // Патол. физиология и эксперим. терапия. – 2005. – №4. – С. 5–9.

12. Мартынов, С.А. Синдром артериальной гипертензии у больных хроническим гломерулонефритом: дис. канд. мед. наук. / С.А. Мартынов. – М, 2004. – 172 с.

13. Факторы риска сердечно-сосудистых осложнений у больных на додиализной стадии хронической почечной недостаточности / И.М. Кутырина [и др.] // Терапевт. арх. – 2006. – №5. – С. 45–50.

14. Principles of interleukin [IL]-6-type cytokine signalling and its regulation / P. C. Aicher [et al.] // Biochem. J. – 2003. – v. 374. – P. 1–20.

15. Savoia, C. Inflammation in hypertension / C. Savoia, E. L. Schiffrin // Curr Opin. Nephrol. Hypertens. – 2006. – 15 (2). – P. 152–158.

УДК – 617.557:616-007.43:616-089.884

РЕГЕНЕРАТИВНАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПАХОВЫХ ГРЫЖЬ БИОЛОГИЧЕСКИМ МАТЕРИАЛОМ АЛЛОПЛАНТ

Б.Б.КАПУСТИН, Г.Ф. МИНГАЗОВА, А.В.АНИСИМОВ, И.В.ЕЛХОВ

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России», ул. Коммунаров, 281, г. Ижевск, 426034

Аннотация: разработан способ регенеративной герниопластики с протезированием задней стенки пахового канала, основанный на принципе послойного восстановления глубоких анатомических структур пахового канала. Задняя стенка формируется за счет укрепления или замещения поперечной фасции эндопротезом-пластиной из биологического материала технологии Аллоплант, произведенного из твердой мозговой оболочки; затем выполняется ненапряжная герниопластика по Лихтенштейну с перемещением семенного канатика в подкожно-жировую клетчатку. Способ реализован пациентам с первичными и рецидивными паховыми грыжами. Результаты применения способа сопоставлены с традиционными герниопластиками местными тканями и способом Лихтенштейна. Преимуществом способа герниопластики биоматериалом Аллоплант является возможность формирования соединительнотканного регенерата задней стенки пахового канала.

Ключевые слова: паховая грыжа, герниопластика, биологический материал.

THE REGENERATIVE HERNIOPLASTY INGUINAL HERNIA BY MEANS OF BIOLOGICAL MATERIAL ALLOPLANT

B.B. KAPUSTIN, G.F. MINGAZOVA, A.V. ANISIMOV, I.V. ELHOV

Izhevsk State Medical Academy

Abstract: the way regenerative hernioplasty with prosthetics of a back wall of the inguinal channel is developed, based on a principle of level-by-level restoration of deep anatomic structures of the inguinal suited. The back wall is formed at the expense of strengthening or replacement of a cross-section fastsiya by an endoprothesis-plate of a biological material of technology of Alloplant made from a firm brain cover; then it is carried out not tension hernioplasty across Lichtenstein with moving seed spermatic cord in subcutaneous fat. The way is realized to patients with primary and recurrent inguinal hernias. Results of application of a way are compared with traditional hernioplasty local fabrics and in the way of Lichtenstein. Advantage of a way hernioplasty a biomaterial of Alloplant is possibility of formation from connective tissue a back wall of the inguinal channel.

Key words: inguinal hernia, hernioplasty, biological material.

Выбор способа оперативного лечения больных с паховыми грыжами по-прежнему остается дискуссионной и нерешенной проблемой [1,3,5,6]. Несмотря на внедрение современных синтетических протезирующих материалов и усовершенствование аутопластических способов хирургической коррекции, в сложных

клинических ситуациях рецидивы паховых грыж достигают 5,0–24,0% [2,4,7].

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения пациентов за счет разработки и внедрения способа реконструктивной операции при первичных паховых грыжах и

рецидивах заболевания после различных аутогерниопластик.

Материалы и методы исследования. Учитывая принцип использования при аутопластических методах одноименных тканей с послойным восстановлением глубоких анатомических структур пахового канала, нами разработан способ регенеративной герниопластики с протезированием задней стенки пахового канала (заявка на патент РФ № 2012100962 от 11.01.2012 г.). Условием для реализации способа является частичная сохранность (при первичной операции) или возможность выделить из рубцовой ткани (при повторном грыжесечении) поперечную фасцию и мышцы задней стенки пахового канала. Предложенный способ в двух вариантах осуществляется следующим образом: после обработки грыжевого мешка, выделения стенок пахового канала и элементов семенного канатика производится препаровка и сшивание краев поперечной фасции. Эндопротез-пластина из биологического материала технологии Аллоплант (разработан в соответствии с ТУ42-2-537-2002 и произведен из твердой мозговой оболочки в тканевом банке Всероссийского Центра глазной и пластической хирургии, г.Уфа) укладывается на восстановленную заднюю стенку пахового канала с фиксацией отдельными швами. Далее осуществляется протезирующая герниопластика сетчатым полипропиленовым эндопротезом по способу Лихтенштейна с перемещением семенного канатика в подкожную клетчатку и сшиванием рассеченного апоневроза наружной косой мышцы живота над сеткой-эндопротезом.

При невозможности сшивания поперечной фасции «край в край», эндопротез-пластину из биоматериала технологии Аллоплант устанавливают и фиксируют без натяжения к краям выделенной поперечной фасции живота на всем протяжении задней стенки пахового канала. Элементы семенного канатика переводят в подкожную клетчатку и производят ненапряжную герниопластику полипропиленовым эндопротезом по Лихтенштейну.

Результаты и их обсуждение. Проанализированы результаты 325 операций по поводу первичных паховых грыж, выполненных в клинике госпитальной хирургии. Среди пациентов преобладали мужчины трудоспособного возраста с прямой паховой грыжей (218 больных; 67,1%) и давностью заболевания 2 года и более.

Регенеративная технология биологическим материалом Аллоплант реализована 12 пациентам с хорошим непосредственным результатом и отсутствием рецидива заболевания в течение 2 лет активного динамического наблюдения с ультразвукографическим контролем.

Герниопластика без натяжения по Лихтенштейну с применением сетчатого полипропиленового протеза выполнена 108 больным. Рецидив паховой грыжи у 2 больных (1,8%) наступил вследствие деформации сетки-эндопротеза с расширением внутреннего отверстия пахового канала.

Остальным 205 больным оперативные вмешательства предусматривали пластику задней стенки пахового канала местными тканями: по Бассини оперировано у 87 (40,1%) больных; по Мак-Вею – у 39 (17,9%) пациентов; по Постемпскому – 50 (23,0%) больных; по Шолдису – 41 (19,0%). За аналогичный период наблюдения рецидив заболевания после традиционных аутопласти-

ческих способов выявлен у 11 (5,4%) больных, из них у 9 – после пластики по Бассини (10,3%) и в 2 случаях после герниопластики по Постемпскому (5,1%). Группу пациентов с рецидивом паховой грыжи дополнили 14 пациентов, ранее оперированных способом Жирара-Спасокукоцкого-Кимбаровского. Основной причиной рецидивов после традиционных аутогерниопластик интраоперационно выявлена несостоятельность задней стенки пахового канала с ее частичным (в проекции внутреннего отверстия пахового канала) или полным разрушением.

В процессе реконструктивного вмешательства у всех пациентов с рецидивом паховой грыжи возможным было выделить фрагменты поперечной фасции, мышцы и глубокие медиальные волокна пупартовой связки, что позволило осуществить регенеративную герниопластику пахового канала биологическим материалом Аллоплант. Рецидивов заболевания не выявлено.

Выводы:

1. Классический принцип глубокой анатомической пластики задней стенки пахового канала можно реализовать технологией регенеративного замещения дефицита местных тканей.

2. Регенеративная герниопластика биологическим материалом Аллоплант рекомендована пациентам с первичными и рецидивными паховыми грыжами.

3. Преимуществом заявленного способа является сочетание формирования соединительно-тканного регенерата на поперечной фасции с возможностью выполнения ненапряжной герниопластики по Лихтенштейну.

Литература

1. Адамян, А.А. Комбинированная пластика при паховых грыжах / А.А.Адамян, Р.Х. Магоматов, А.А. Кутин, С.С. Наумов // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* – 2007. – № 2. – С.74–79.

2. Алиев, С.А. Эволюция методов хирургического лечения паховых грыж / С.А. Алиев // *Вестник хирургии им. И. И. Грекова.* – 2010. – Т. 169. – № 5. – С. 109–113.

3. Борисов, А.Е. Современные методы лечения паховых грыж / А. Е.Борисов, С. Е. Митин // *Вестник хирургии им. И.И. Грекова.* – 2006. – Т. 165. – № 4. – С. 45–48.

4. Егив, В.Н. Ненапряжная герниопластика / В.Н.Егив. – М.: БИНОМ, Лаборатория знаний, 2005. – 144 с.

5. Милоков, В.Е. О влиянии паховой грыжи и ее оперативного лечения традиционными способами на репродуктивную функцию мужчин / В.Е.Милоков, А.М. Кисленко // *Анналы хирургии.* – 2006. – № 3. – С.13–17.

6. Нестеренко, Ю.А. Паховые грыжи. Реконструкция задней стенки пахового канала / Ю.А. Нестеренко, Р.М. Газиев. – М.: БИНОМ, Лаборатория знаний, 2008. – 143 с.

7. Островский, В.К. Метод пластики задней стенки пахового канала при паховых грыжесечениях / В.К. Островский // *Казанский мед. журнал.* – 2009. – №3 (10). – С. 434–435.

УДК 616.61-78, 616-01/09

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕПЕРFUЗИОННОЙ ТРАВМЫ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА

А.Б. ЗУЛЬКАРНАЕВ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области Московский областной научно-исследовательский институт им. М.Ф. Владимирского, ул. Щепкина, 61/2, г. Москва

Аннотация: в обзоре литературы освещено современное представление отечественных и зарубежных авторов на проблему ишемического и реперфузионного повреждения почечного трансплантата. Описаны основные механизмы фильтрационных и сорбционных методов экстракорпоральной гемокоррекции на гуморальные факторы патогенеза реперфузионного синдрома.

Ключевые слова: ишемия, реперфузия, трансплантация почки, трансплантат, цитокины, гемофильтрация, сорбция.

PATHOGENETIC SUBSTANTIATION OF EFFICIENCY EXTRACORPOREAL THERAPY FOR REPERFUSION INJURY OF RENAL TRANSPLANT

A.B. ZULKARNAYEV

State institution of health of the Moscow region, Moscow Regional Research Institute named after M.F. Vladimirsky

Abstract: in the literature review covered the modern concept of domestic and foreign authors on the problem of ischemic and reperfusion injury of kidney transplant. The basic mechanisms of impact of filtration and sorption methods of extracorporeal blood correction on humoral factors of the pathogenesis of reperfusion syndrome are described.