

морфофункционального состояния, применять теоретические знания на практике, овладевать методами поиска новых знаний, вводить новые знания, умения и навыки в область физического самовоспитания.

Оптимальными условиями формирования здорового стиля жизни студентов являются: учёт гендерных особенностей при предоставлении права свободы выбора видов физкультурно-оздоровительной деятельности; введение интегративных занятий по физическому воспитанию в процесс организованного физического воспитания; реализация идеи индивидуальной ценности здоровья как цели и средства достижения жизненных успехов, карьерного роста, социального статуса и семейного благополучия.

Критериями здорового стиля жизни молодежи определены: постоянные позитивные изменения в уровне физической и функциональной подготовленности; уровень знаний в области физического самовоспитания, навыков самоконтроля и самокоррекции; рациональное распределение бюджета свободного времени; ценностное отношение к средствам оздоровления и ориентации, учащихся в образовательной деятельности на «процесс субъективный идеал».

Внедренная программа интегративных занятий является эффективным средством формирования здорового стиля жизни студентов, стимулирует личностно-значимую добровольную физкультурно-оздоровительную активность и решает образовательные запросы молодежи, предъявляющие повышенные требования к качеству образования, открытости и доступности образовательных услуг в сфере «Физической культуры».

#### **ОСОБЕННОСТИ И ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ**

Вахрушев Я.М., Волкова А.А., Хохлачева Н.А.

*Ижевская государственная медицинская академия  
Ижевск, Россия*

**Цель:** комплексное изучение частоты и особенностей поражения желчного пузыря в зависимости от особенностей течения хронического панкреатита.

##### **Материалы и методы**

Под наблюдением находилось 156 больных хроническим панкреатитом (ХП). Мужчин было 57, женщин -99, в возрасте от 25 до 67 лет. Группу сравнения составили 86 больных неосложненным ХП, группу наблюдения – 70 больных ХП, осложненным сахарным диабетом.

В обследовании больных, наряду с общеклиническими данными, использован ряд современных лабораторно-инструментальных исследований. В верификации диагноза, помимо анамне-

стических и физикальных данных, использованы результаты ультразвукового исследования (УЗИ) поджелудочной железы, показатели экзокринной (липаза, амилаза) и эндокринной (инсулин, С-пептид) функций поджелудочной железы. Всем больным проводилось УЗИ желчного пузыря, многофракционное дуоденальное зондирование с последующим макроскопическим, микроскопическим и биохимическим исследованием желчи. Результаты лабораторно-инструментальных исследований сравнивались с данными 30 практически здоровых лиц (контрольная группа).

##### **Результаты исследований**

Жалобы на боли или чувство дискомфорта в области правого подреберья предъявляли в группе наблюдения 43,3% пациентов, в группе сравнения – 37,4% пациентов, горечь во рту – 45,1% и 22,8% , тошноту 34,3% и 16,2%, рвоту – всего 4,49% и 2,56% соответственно. При УЗИ желчного пузыря уплотнение и утолщение стенки желчного пузыря наблюдалось у 89,5% пациентов группы наблюдения и у 54,3% - группы сравнения, деформация желчного пузыря – у 36,28% и у 22,19%, наличие билиарного сладжа – у 69,1% и у 35,2% соответственно. При микроскопии желчи у 85,4% пациентов группы наблюдения и у 53,7% - группы сравнения найдены кристаллы холестерина и билирубината кальция, характерные для первой, докаменной стадии ЖКБ. В желчи, в сравнении с контролем, было повышено содержание холестерина и снижены уровни желчных кислот и холато-холестеринового коэффициента как в порции «В», так и в порции «С», причем, наибольшие изменения отмечены в группе наблюдения.

##### **Заключение**

У большинства больных ХП, особенно осложненным сахарным диабетом, наблюдается поражение желчного пузыря, протекающее, как правило, в клинически неманифестированной форме и выявляемое лишь при проведении комплексного исследования.

#### **ВЛИЯНИЕ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ ГЭРБ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

Вахрушев Я.М., Афанасьева Т.С., Быкова Э.Р.

*Ижевская государственная медицинская академия  
Ижевск, Россия*

##### **Цель исследования**

Изучить влияние эрадикационной терапии при язвенной болезни на симптомы и течение гастроэзофагиальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) по данным ближайших и отдаленных наблюдений.

##### **Материалы и методы**

Под наблюдением находилось 60 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперст-

ной кишки с сопутствующей ГЭРБ. В обследовании больных в динамике их лечения использованы, помимо общеклинических данных, результаты фиброэзофагогастродуоденоскопии. Изучение инфицированности *Helicobacter pylori* (НР) производилось с использованием уреазного, ПЦР и морфологического методов. У всех больных был выявлен НР, что являлось основанием для стандартной 7 дневной эрадикационной терапии - кларитромицин 0,5 г. 2 раза в день, амоксициллин 1,0 г. 2 раза в день, омез 20 мг. 2 раза в день.

#### **Результаты**

У 17 (28,3%) пациентов был диагностирован эрозивный эзофагит, у 43 (71,7%) – неэрозивная форма эзофагита. В ходе лечения отмечено исчезновение или уменьшение изжоги у 45 (75%) больных, отсутствие динамики – у 12 (20%), усиление изжоги – у 3 (5%) пациентов. При повторном эндоскопическом исследовании в динамике, через 4 недели после эрадикационной терапии, эрозии в пищеводе эпителизировались у 15 (88,2%) больных, признаки катарального эзофагита уменьшились у 31 (72%) пациентов. При обследовании через 4 года после проведенной терапии язвенной болезни с сопутствующей ГЭРБ у 52 (86,7%) пациентов отмечены периодические приступы изжоги, проходящие на фоне приема ингибиторов протонной помпы.

#### **Заключение**

Эрадикационная терапия больных язвенной болезнью при наличии сопутствующей ГЭРБ приводит к уменьшению/исчезновению изжоги у 75% больных и положительной эндоскопической динамике у 88,2% больных эрозивным эзофагитом. Следовательно, применение эрадикационной терапии больных язвенной болезнью способствует не только заживлению гастродуоденальной язвы, но также оказывает положительное влияние на течение сопутствующей ГЭРБ.

### **НОВЫЙ СПОСОБ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ**

Винник Ю.С., Петрушко С.И., Миллер С.В., Назарьянц Ю.А., Орлов А.С.

*Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Красноярск, Россия*

Проблема выбора безрецидивного способа хирургического лечения больных с паховыми грыжами была и остается актуальной, что обусловлено широким распространением заболевания и преимущественным поражением лиц трудоспособного возраста (3-7% мужского трудоспособного населения).

За последние 40 лет предложено около 50 новых способов грыжесечения, а общее число методов и модификаций устранения паховых грыж приблизилось к 300. Это свидетельствует о

продолжающемся поиске новых, более эффективных способов лечения.

Цель исследования: улучшить эффективность хирургического лечения паховых грыж за счет усовершенствования технологии укрепления задней стенки пахового канала.

Работа выполнена на клинических базах кафедры общей хирургии МУЗ ГКБ № 7, с 2003 по 2007 гг. Всего прооперировано 87 больных. Средний возраст для мужчин составил  $51 \pm 14,5$  года, для женщин  $50 \pm 12,2$  года.

Все больные были прооперированы по разработанному нами способу пластики задней стенки пахового канала «перемещенным лоскутом поперечной фасции». Способ осуществляют следующим образом: после вскрытия пахового канала семенной канатик берут на держалки, затем выделяют и вскрывают на зажимах грыжевой мешок, содержимое которого вправляют в брюшную полость, при ущемленных грыжах оценивают жизнеспособность, прошивают у шейки грыжевой мешок, иссекают грыжевые оболочки. Поперечную фасцию рассекают в продольном направлении ближе к подвздошно-лонному тяжу от глубокого пахового кольца до лонного бугорка. Медиальный листок поперечной фасции острым и тупым путем отделяют от предбрюшинной жировой клетчатки и мышечно-апоневротической части объединенного сухожилия и прямой мышцы живота. Затем в поперечном направлении от лонного бугорка на 4-5 см в медиальную сторону рассекают поперечную фасцию, а у края прямой мышцы живота ее рассекают в продольном направлении на протяжении 4-6 см., формируют лоскут, который затем перемещают в паховый канал. Затем латеральный край перемещенного лоскута подшивают к подвздошно-лонному тяжу мононитью 5/00 от лонного бугорка до глубокого пахового кольца с формированием последнего диаметром 2 см. Медиальный край перемещенного лоскута, так же, начиная от лонного бугорка и до глубокого пахового кольца на всем протяжении, подшивают без натяжения к объединенному сухожилию. Затем на перемещенный лоскут поперечной фасции укладывают семенной канатик, поверх которого ушивают апоневроз наружной косой мышцы живота «край в край» и послойно ушивают послеоперационную рану.

В ближайшем послеоперационном периоде осложнения отмечены у 3 больных: у двух инфилтрат в области послеоперационного рубца и у одного отек мошонки. Средний срок пребывания в стационаре после операции у пациентов с не осложненным течением послеоперационного периода составил  $6 \pm 0,3$  дня.

При анализе отдаленных результатов у 83 оперированных нами больных показал, что в зоне соединительнотканного регенерата рецидива грыжи не зафиксировано.

Таким образом, предложенная методика пластики пахового канала перемещенным лоску-