

**Полынский А.А., Богданович И.И.**

#### ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СКОЛЬЗЯЩИХ ГРЫЖ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Полынский А.А., к.м.н., доцент

Скользящие грыжи занимают небольшое место среди других грыж брюшной стенки. Однако, трудности в их диагностике, оперативной технике и частые опасные осложнения при их хирургическом лечении привлекают к этой проблеме повышенный интерес многих хирургов. Цель исследования – установить зависимость выбора способа операции от разновидности скользящей грыжи, её величины, характера грыжевого мешка и его содержимого. Методы и материалы. Мы провели анализ лечения больных с паховыми грыжами в клинике общей хирургии за 2008-2010 годы. Всего прооперированно было 604 человека, 276 (45,7%) пациентам произведена пластика пахового канала натяжными методами, при этом 150 (54,4%) больным выполнена пластика задней стенки по методикам Бассини, Постемского, Макарича, 126 пациентам (45,6%) осуществлена пластика передней стенки пахового канала по способам Жирара, Спасокукоцкого, Мартынова, Кимбаровского. 328 (54,3%) пациентам выполнены методы ненатяжной пластики пахового канала, при этом 265 (80,7%) больным произведена лапароскопическая предбрюшная трансабдоминальная герниопластика и 63 (19,3%) ненатяжная герниопластика по методике Лихтенштейна. При этом использована полипропиленовая сетка для закрытия грыжевых ворот. При скользящих грыжах использованы следующие оперативные методы лечения – способ Savario – в 10 случаях, в 6 – способ Morestina, в 2 случаях способ Zardenois, в трёх случаях методика Bakera-Hartmana. Результаты и обсуждения. У 391 (64,7%) пациента имели место косые паховые грыжи, а у 213 (35,3%) – прямые. У 21 (9,4%) больного во время операции диагностированы скользящие грыжи, при этом у 16 пациентов они были косые, а у 5 – прямые. Правосторонних было 14, 7 – левосторонних. Из оперированных пациентов со скользящими грыжами у 17 человек имели место параперитонеальные грыжи, у 3 – интраперитонеальные грыжи и у 1 – экстраперитонеальная грыжа. В 19 случаях грыжи были свободными, у двух пациентов имели место ущемленные грыжи. У 12 пациентов грыжевым содержимым была слепая кишка, в 6 случаях сигмовидная кишка и у трёх больных имела место скользящая грыжа мочевого пузыря. Заключение. Выбор способа операции зависит от разновидности скользящей грыжи. При небольших вправимых грыжах можно ограничиться восстановлением целостности рассечённого брюшинного листа, вправлением грыжевого выпячивания и надёжным закрытием пахового канала. При больших трудновправимых грыжах целесообразно расширить доступ, освободить соскользнувшую кишку от сращений и закончить операцию одним из способов восстановления нормальных анатомических соотношений.

**Боева В.В.**

#### СЕРОСОДЕРЖАЩИЕ АМИНОКИСЛОТЫ В ЛИМФОЦИТАХ КРЫС ПРИ ЭКЗОГЕННОМ ВВЕДЕНИИ АМИНОКИСЛОТ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Павлюковец А.Ю.

В настоящее время очевидно, что ряд аминокислот выполняют функции регуляторов иммунных процессов, включая экспрессию генов и продукцию цитокинов, активацию лимфоцитов, медиаторов миграции лейкоцитов и фагоцитоза, участвуют в формировании внутриклеточного окислительно-восстановительного потенциала. Поскольку для стимуляции анаболических процессов требуется создание определенного окислительно-восстановительного состояния, в формировании которого важную функцию выполняют серосодержащие аминокислоты. В организме человека основной серосодержащей аминокислотой является метионин. Метионин участвует в синтезе белков иммунной системы, является донором метильной группы, которая участвует в метилировании ДНК и синтезе полиаминов спермидина и спермина, которые важны для пролиферации и дифференцировки лимфоцитов. Метионин служит субстратом для синтеза холина и, следовательно, фосфатидилхолина участвующего в образовании мембранных фосфолипидов. Продукт