ки у 38 пациентов по предложенной методике. Все пациенты – мужчины. Возраст больных составил от 21 до 82 лет. В 13 случаях грыжи были прямые, в 30 случаях косые, одна грыжа носила комбинированный характер. Пахово-мошоночных и больших грыж было 11. У шести пациентов грыжесечение одномоментно выполнено с двух сторон. Рецидивных грыж было 8. Разволокнение и слабость паховой связки отмечена в 7 случаях. Во всех случаях выполняли дренирование раны установкой резиновой полоски до передней стенки пахового канала через отдельный прокол.

Результаты.

При использовании предлагаемого способа пластики осложнение в раннем послеоперационном периоде возникло у двух больных. В области послеоперационной раны в подкожной клетчатке в одном случае возникла серома, в другом гематома как следствие неадекватного интраоперационного гемостаза. Осложнения ликвидированы дренированием и установкой резиновых выпускников в подкожную клетчатку. Отеков семенного канатика и яичка не отмечено. Во всех случаях удалось сформировать надежную структуру для фиксации дистального отдела сетчатого протеза. Средняя продолжительность операции заметно не отличалась от таковой при использовании методики I.L.Lichtenstein. Болевой синдром в раннем послеоперационном периоде был слабо выражен во всех случаях.

Для оценки отдаленных результатов планируется провести в дальнейшем специальное исследование.

Обсуждение.

Предлагаемый способ герниопластики дает возможность

снизить количество послеоперационных осложнений при паховых грыжах, в первую очередь связанных с семенным канатиком и яичком. Многочисленными исследованиями выявлена роль данных осложнений в снижении репродуктивной функции у мужчин. Способ технически прост и не занимает много времени. Наши первые результаты показали, что описанная техника герниопластики может достойно конкурировать с распространенными в настоящее время операциями при паховых грыжах. Однако, для окончательных выводов требуется большее количество наблюдений и изучение отдаленных результатов.

Выводы.

1. Предложенный способ герниопластики при паховых грыжах обладает всеми достоинствами существующих ныне ненавязчивых методик.

2. Способ позволяет уменьшить количество ранних послеоперационных осложнений.

3. Техника выполнения операции полностью исключает натяжение тканей, компрессию семенного канатика.

4. В ходе операции формируется плотный ригидный тяж для надежной фиксации дистальной части сетчатого протеза, что бывает важно при слабости или разрушении паховой связки.

5. Методика предусматривает полное восстановление косо направленного и длины пахового канала.

6. Способ прост в исполнении, занимает не много времени и может быть с успехом применен в практической хирургии.

S.V.Shalashov, A. L.Mikhailov, Y.K.Usoltcev, S.G.Tcibikov, I.A.Egorov, R.V.Oleksevich
METHOD OF TENSION-FREE INGUINAL HERNIOPLASTY

*The Railway clinic on Irkutsk-Passazhirskii station
Irkutsk, Russia*

The modification of tension-free inguinal hernioplasty was offered. Unlike I. L. Lichtenstein operation it innovates a number of changes. They are the following: the incision of aponeurosis of abdominal external oblique muscle is done in 0,7 - 1 centimeter from inguinal ligament, the uninterrupted suture from pubic tubercle includes not only inguinal ligament, but also full-width of lateral flap of aponeurosis of abdominal external oblique muscle, and mesh is underrun by the line above its bottom brim turning this brim anterversionally. The anterior wall of the inguinal canal restores unstrained, under-running the bottom brim of the mesh with the medial flap of aponeurosis of the abdominal external oblique muscle by uninterrupted suture. This method is aimed at full implementation of the «tension-free» principle, universalization of intervention in repair of inguinal hernias, safer fixation of the mesh bottom part, decreasing postoperative complications.

There were carried out 44 repairs of hernia by the proposed method. All the 38 patients are males at age from 21 to 82 years old. In all the cases, even at faint inguinal ligament laxity, the mesh was stabilized safely. 2 patients, operated by the proposed method, had postoperative complications at an early postoperative period. The one had seroma in the adipocellular zone of the postsurgical wound. The second patient had hematoma in consequence of inadequate intraoperative hemostasis.

© В.А.Юдин, С.В.Мостыка, 2006.

В.А.Юдин, С.В.Мостыка

КРИСТАЛЛОГРАФИЯ ЖЕЛУДОЧНОГО СЕКРЕТА ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО – КИШЕЧНОГО ТРАКТА

*Кафедра хирургических болезней с курсом урологии РГМУ имени академика И.П.Павлова
Рязань, Россия*

Аннотация

У 115 больных изучена кристаллография желудочного секрета. Кристаллография желудочного секрета произведена на 115 больных разделенных на две группы. Первая группа больных с хронической абдоминальной ишемией (ХАИ) 26 человек, в которой было 4 (15%) женщины и 22 (85%) мужчины в возрасте от 55 до 78 лет. Вторая группа 89 человек с различной патологией ЖКТ, 28 (32%) мужчин и 61 (68%) женщина в возрасте от 20 до 70 лет.

В первой группе пониженная секреция СОЖ была у 18 (69%) человек, нормальная – у 3 (12%), повышенная – у 5 (19%). В контрольной группе повышенная секреция СОЖ была у 30 человек (34%), нормальная у 25 (28%) и пониженная у 34 (38%). У больных с ХАИ у 69% отмечена пониженная секреция СОЖ. У больных с язвами и эрозиями луковицы ДПК в 95% случаев отмечена повышенная секреция СОЖ. У больных с ДГР повышенная секреция СОЖ отмечена у 30%. В группе больных с эзофагитами у 30% больных отмечена понижен-

ная секреция СОЖ. При язвах желудка чаще (в 60%) отмечается пониженная секреция СОЖ. При «хронических» эрозиях желудка в различной стадии их активности четкой закономерности нет: отмечается повышенная (28%), нормальная (33%) и пониженная (39%) секреция СОЖ.

Ключевые слова: кристаллография, желудочный секрет, желудочная секреция, хроническая абдоминальная ишемия, язвенная болезнь, гастрит, эзофагит.

E-mail: vyudin@post.rzn.ru

Кристаллография и применяемый нами метод клиновидной дегидратации - это способ исследования самоорганизации биологической жидкости, позволяющий визуализировать молекулярно - биохимический уровень организации биологических систем, переводя его в область морфологических исследований.

Материалы и методы.

Изучалась фацция - сухая структурированная пленка капли желудочного секрета, получаемая с помощью метода клиновидной дегидратации из материала, взятого во время эндоскопического обследования с помощью полихлорвинилового катетера РW - 1L фирмы "Olympus" путем аспирации стерильным одноразовым шприцом, помещенная в объеме 0,1 мл на обезжиренное предметное стекло и дегидратированная в течении 18-25 часов при температуре 25°C и относительной влажности воздуха 65 - 70% в горизонтальном положении. Исследование структурообразующих элементов дегидратированной капли проводились с помощью стереомикроскопа "Zelss" с увеличением x15, x40, x70 и x90.

Кристаллография желудочного секрета произведена 115 больным, которые были разделены на две группы. Первая группа больных с хронической абдоминальной ишемией (ХАИ) в сочетании с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей (ОАСНК) и атеросклерозом брюшного отдела аорты составила 26 человек, в которой было 4 (15%) женщины и 22 (85%) мужчины в возрасте от 55 до 78 лет. Вторая контрольная группа больных составила 89 человек с различной патологией ВОЖКТ, 28 (32%) мужчин и 61 (68%) женщина в возрасте от 20 до 70 лет.

Результаты и обсуждение.

В первой группе пониженная секреция СОЖ была у 18 (69%) человек, нормальная - у 3 (12%), повышенная - у 5 (19%). В контрольной группе повышенная секреция СОЖ была у 30 человек (34%), нормальная у 25 (28%) и пониженная у 34 (38%) (Таблица 1).

При тщательном анализе по нозологиям выявлены определенные закономерности. В группе больных с ХАИ с атрофическим гастритом различной протяженности из 15 больных у 13 была пониженная секреция СОЖ (86%), у 1 - нормальная (7%) и 1 - повышенная (7%).

У больных с язвами луковицы ДПК (17 больных) и эрозиями (5) у 21 была повышенная секреция СОЖ (95%), у одного больного с эрозивным по-

стбурбарным дуоденитом была нормальная секреция СОЖ (5%). В группе с ХАИ из 4 больных с язвой луковицы ДПК у 3 была повышенная секреция СОЖ, у 1 - пониженная, причем в стадии рубцевания у всех них секреция была понижена.

При эрозивном гастрите без атрофии слизистой оболочки из 6 больных у 3 (50%) была повышенная секреция СОЖ и у 3 (50%) - нормальная. При эрозивном гастрите с атрофией СОЖ и ХАИ из 7 больных у 4 - пониженная секреция СОЖ (58%), у 2 - нормальная (28%), у 1 - повышенная (14%) (Таблица 2).

При язве желудка (5 больных) у одной больной (20%) с локализацией в средней трети желудка была повышенная секреция СОЖ, у 1 больной (20%) - нормальная и у 3 (60%) больных с язвой в верхней трети тела желудка (1) и привратника (2) - пониженная секреция СОЖ.

У больных с «хроническими» эрозиями желудка в различной стадии проявления, их число составило 18 человек, выявлены: у 2 больных афтозные папулы, у 2 - геморрагические папулы, у 6 - пупковидные папулы и у 8 - простые папулы. В этой группе повышенная секреция СОЖ была у 5 (28%), нормальная у 6 (33%), пониженная у 7 (39%). У больных с геморрагическими папулами: 1 - повышенная, 1 - нормальная секреция СОЖ. У больных с афтозными папулами: 1 повышенная, 1 - пониженная секреция СОЖ.

Число больных с дуодено-гастральным рефлюкс (ДГР) в контрольной группе составило 20 человек: у 6 (30%) была

Таблица 1.

Данные кристаллографии желудочного секрета в двух группах больных

Группы	Всего	Повышенная секреция СОЖ	Нормальная секреция СОЖ	Пониженная секреция СОЖ
Группа с ХАИ и ОАСНК	26	5 (19%)	3 (12%)	18 (69%)
Группа контрольная	89	30 (34%)	25 (28%)	34 (38%)
Всего	115	35 (30%)	28 (24%)	52 (46%)

Таблица 2.

Данные кристаллографии желудочного секрета у больных двух групп с атрофией СОЖ, язвами ДПК и эрозиями СОЖ

Группы	Всего	Повышенная секреция СОЖ	Нормальная секреция СОЖ	Пониженная секреция СОЖ
Гастрит с атрофией СО в группе больных с ХАИ	15	1 (7%)	1 (7%)	13 (86%)
Язва луковицы ДПК у больных с ХАИ	4	3 (75%)	0	1 (25%)
Язва луковицы и эрозии ДПК в контрольной группе	22	21 (95%)	1 (5%)	0
Эрозивный гастрит у больных с ХАИ	7	1 (14%)	2 (28%)	4 (58%)
Эрозивный гастрит в контрольной группе	6	3 (50%)	3 (50%)	0

Таблица 3.

Данные кристаллографии желудочного секрета у больных с «хроническими» эрозиями СОЖ, язвами СОЖ, эзофагитами и ДГР

Группы	Всего	Повышенная секреция СОЖ	Нормальная секреция СОЖ	Пониженная секреция СОЖ
«Хронические» эрозии СОЖ	18	5 (28%)	6 (33%)	7 (39%)
Язва желудка	5	1 (20%)	1 (20%)	3 (60%)
Эзофагит	33	10 (30%)	13 (40%)	10 (30%)
ДГР	20	6 (30%)	11 (55%)	3 (15%)

повышенная секреция СОЖ, из них у 4 – язва ДПК, 1 – язва средней трети тела желудка, 1 – эрозивный гастрит; у 11 (55%) – нормальная секреция СОЖ, из них у 1 – язва луковицы ДПК, 2 – с эрозиями желудка, 2 – с папулами желудка; у 3 (15%) – пониженная секреция СОЖ, у 1 – пупковидные папулы желудка.

Число больных контрольной группы с эзофагитами составило 33 человека (28 – катаральный, 4 – эрозивный, 1 – кандидозный): у 10 (30%) была повышенная секреция СОЖ, из них у 3 выявлена ГПОД, у 1 – эрозивный эзофагит; у 13 (40%) – нормальная секреция СОЖ, из них у 3 – ГПОД, у 2 – эрозивный эзофагит; у 10 (30%) – пониженная секреция СОЖ, из них 1 – эрозивный и 1 – кандидозный эзофагит (Таблица 3).

Выводы.

1. У больных с ХАИ в 69% отмечена пониженная секреция СОЖ, с атрофией слизистой оболочки - у 86% больных. Повышенная секреция в этой группе сопровождает язву луковицы ДПК в активной фазе.

V.A.Yudin, S.V.Mostyka

CRYSTALLOGRAPHY THE GASTRIC SECRET AT ENDOSCOPIC INSPECTION OF TOP DEPARTMENTS GASTROINTESTINAL PATH

Ryazan, Russia

At 115 patients it is investigated кристаллография gastric secret Кристаллография of a gastric secret it is made 115 patients divided on two groups. The first group of patients with chronic abdominal ischemia (CAI) 26 person, in which was 4 (15 %) women and 22 (85 %) men in the age of from 55 till 78 years. The second group 89 person with various pathology ЖКТ, 28 (32 %) men and 61 (68 %) the woman in the age of from 20 till 70 years.

In the first group the lowered secretion MMS was at 18 (69 %) the person, normal – at 3 (12 %), increased – at 5 (19 %). In control group the increased secretion MMS was at 30 person (34 %), normal at 25 (28 %) and lowered at 34 (38 %). At patients with CAI at 69 % lowered secretion MMS is marked. At patients with a ulcer and erosion of bulb duodenum in 95 % of cases increased secretion MMS is marked. At patients with DGR increased secretion MMS is marked at 30 %. In group of patients with esophagitis at 30 % of patients lowered secretion MMS is marked. At stomach ulcers is more often (in 60 %) lowered secretion MMS is marked. At "chronic" erosion of a stomach in a various stage of their activity of precise law is not present: it is marked increased (28 %), normal (33 %) and lowered (39 %) secretion MMS.

2. У больных с язвой и эрозиями луковицы ДПК в 95% случаев отмечена повышенная секреция СОЖ.
3. При эрозивном гастрите отмечается повышенная или нормальная секреция СОЖ и не встречалась пониженная, а при эрозивном гастрите с атрофией СОЖ чаще (58%) отмечается пониженная секреция СОЖ.
4. У больных с ДГР повышенная секреция СОЖ отмечена у 30%, у всех были язвенные или эрозивные дефекты СОЖ или луковицы ДПК, пониженная секреция СОЖ при ДГР встречается у 15% больных и дефектов слизистой ни в одном из этих случаев не найдено.
5. При язвах желудка чаще (в 60%) отмечается пониженная секреция СОЖ.
6. При «хронических» эрозиях желудка в различной стадии их активности четкой закономерности нет: отмечается повышенная (28%), нормальная (33%) и пониженная (39%) секреция СОЖ.