

## BLOOD FATTY ACID COMPOSITION IN PATIENTS WITH CHRONIC RENAL INSUFFICIENCY

E.K.Krasiuk, N.J.Alexieieva, T.S.Briuzgina

**Abstract.** The results of a chromatographic analysis of the fatty acid composition in the blood and plasma lipids of patients with chronic renal insufficiency have been presented. The obtained findings may be used in the clinic for the purpose of developing therapeutic modalities in order to raise the efficacy of treatment.

**Key words:** lipids, serum, plasma, fatty acids, chronic renal insufficiency.

O.O.Bohomolets' National Medical University (Kyiv)  
City Scientific – Practical Centre of Nephrology and Hemodialysis (Kyiv)

Рецензент – проф. І.Ф.Мещишен

Buk. Med. Herald. – 2007. – Vol.11, №2. - P.53-55

Надійшла до редакції 13.03.2007 року

УДК 617.557-007.43: 611.746.3

Ф.Г.Кулачек, Р.П.Кнут, Р.І.Сидорчук, О.В.Михайловський, Н.Г.Ковальчук, М.В.Дикий

## ТОПОГРАФО-АНАТОМІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ВИБОРУ АЛОТРАНСПЛАНТАТА В ОПЕРАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ ПАХВИННИХ ГРИЖ

Кафедра загальної та оперативної хірургії з топографічною анатомією (зав. – проф. Ф.Г.Кулачек)  
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

**Резюме.** Здійснено поглиблений аналіз топографо-анатомічних співвідношень пахвинної ділянки 69 хворих на пахвинні грижі. Дослідження показало, що застосування алотрансплантатів у хірургічному лікуванні пахвинних гриж потребує індивідуального підходу у виборі їх форми та розмірів, відповідно до особливостей топографо-анатомічної будови пахвинної ділянки

хворих. Алотрансплантати стандартної форми та розмірів не завжди відповідають топографо-анатомічним співвідношенням пахвинної ділянки хворих, що зумовлює виникнення рецидивів.

**Ключові слова:** пахвинна грижа, пахвинна ділянка, топографо-анатомічні співвідношення, рецидив грижі, післяопераційні ускладнення.

**Вступ.** Щорічно в Україні виконується близько 20 000 операцій з приводу гриж, що становить від 10 до 15% усіх хірургічних втручань [8]. Незважаючи на успіхи сучасної герніології, виникнення рецидивів за даними різних авторів становить 6-14% [2,6,7]. На думку багатьох авторів, важливу роль у патогенезі пахвинних гриж відіграють особливості анатомічної будови пахвинної ділянки [1-5,9]. Нами не виявлено достатньо обґрунтованих публікацій стосовно топографо-анатомічних аспектів створення методів пластики з приводу пахвинних гриж (вивчення топографо-анатомічних відношень морфометричних параметрів пахвинної ділянки, визначення розмірів алотрансплантата залежно від індивідуальних особливостей будови).

**Мета дослідження.** Обґрунтувати вибір адекватних розмірів та форм алотрансплантатів в оперативному лікуванні пахвинних гриж.

**Матеріал і методи.** Визначено топографо-анатомічні взаємовідношення структур пахвинної ділянки 69 хворих на пахвинні грижі. У всіх хворих визначали [1,4] показники вертикального та горизонтального індексів живота, *distantia spinarum*, висоти гіпогастрію, відстані від лобкового симфізу до *spina iliaca anterior superior*, відстані від лобкового горбика до глибокого пахвинного кільця. На основі отриманих результатів розраховано оптимальні розміри алотрансплантатів для герніопластики залежно від статури та статі [1].

Статистичну обробку отриманих результатів проводили методом порівняльної статистики із застосуванням критерію Стьюдента.

**Результати дослідження та їх обговорення.**

За результатами визначення вертикального та горизонтального індексів живота (табл. 1) усі хворі розподілені на три групи, відповідно до статури.

- Особи з величиною горизонтального індексу живота в чоловіків від 90,0 і більше та в жінок від 100,0 і більше (24 особи – 34,7%) віднесені до брахіморфного типу.
- Особи, в яких вертикальний індекс живота складав для чоловіків 65,0 і більше, а для жінок 65,0 і менше (19 осіб – 27,5%), віднесені до доліхоморфного типу.
- До мезоморфного типу віднесено 26 (37,6%) осіб, в яких горизонтальний індекс живота складав у чоловіків менше 90,0, а в жінок – менше 100,0; і вертикальний індекс живота складав у чоловіків менше 65,0, а в жінок – більше 65,0.

Антропометричні показники осіб із брахіморфним типом будови тіла (табл. 2) виявили, що середні величини *distantia spinarum* в даній групі складала  $36,17 \pm 2,88$  см, висоти гіпогастрію –  $10,98 \pm 0,41$  см, відстані від лобкового симфізу до *spina iliaca anterior superior* –  $21,19 \pm 0,96$  см та відстані від лобкового горбика до глибокого пахвинного кільця –  $7,63 \pm 0,23$  см.

Таблиця 1

## Середні показники вертикального та горизонтального індексів живота хворих на пахвинні грижі (n=69)

Показник	Чоловіки (M±m)	Жінки (M±m)	Середнє (M±m)
Вертикальний індекс живота	62,55±3,97	65,43±3,92	63,56±3,97
Горизонтальний індекс живота	88,94±6,04	74,46±5,01	83,87±7,48

Таблиця 2

## Антропометричні показники хворих із брахіморфним типом будови тіла (n=24)

Стать	Показник	<i>Distantia spinarum</i>	Висота гіпогастрію	Відстань від лобкового симфізу до <i>spina iliaca anterior superior</i>	Відстань від лобкового горбика до внутрішнього пахвинного кільця
Чоловіки	M±m	33,94±1,09	11,25±0,31	20,52±0,61	7,55±0,24
	p	<0,01	>0,05	<0,05	>0,05
Жінки	M±m	40,29±1,16	10,49±0,42	22,41±0,62	7,77±0,12
	p <sub>1</sub>	>0,05	<0,05	<0,005	<0,05
	p <sub>2</sub>	>0,05	<0,005	<0,001	<0,05
Середнє		36,17±2,88	10,98±0,41	21,19±0,96	7,63±0,23

Примітка. p – коефіцієнт вірогідності в порівнянні показників чоловічої групи із середніми показниками; p<sub>1</sub> – коефіцієнт вірогідності в порівнянні показників жіночої групи із середніми показниками; p<sub>2</sub> – коефіцієнт вірогідності в порівнянні показників чоловічої та жіночої груп

Таблиця 3

## Антропометричні показники хворих із доліхоморфним типом будови тіла (n=19)

Стать	Показник	<i>Distantia spinarum</i>	Висота гіпогастрію	Відстань від лобкового симфізу до <i>spina iliaca anterior superior</i>	Відстань від лобкового горбика до внутрішнього пахвинного кільця
Чоловіки	M±m	26,42±1,06	8,98±0,28	15,72±0,61	5,89±0,22
	p	<0,01	<0,05	<0,05	<0,05
Жінки	M±m	32,79±1,27	7,76±0,39	18,31±0,64	6,71±0,13
	p <sub>1</sub>	>0,05	<0,005	<0,001	>0,05
	p <sub>2</sub>	>0,05	<0,001	>0,05	>0,05
Середнє		28,65±2,9	8,56±0,56	16,63±1,22	6,18±0,4

Примітка. p – коефіцієнт вірогідності в порівнянні показників чоловічої групи із середніми показниками; p<sub>1</sub> – коефіцієнт вірогідності в порівнянні показників жіночої групи із середніми показниками; p<sub>2</sub> – коефіцієнт вірогідності в порівнянні показників чоловічої та жіночої груп

Таблиця 4

## Антропометричні показники хворих із мезоморфним типом будови тіла (n=26)

Стать	Показник	<i>Distantia spinarum</i>	Висота гіпогастрію	Відстань від лобкового симфізу до <i>spina iliaca anterior superior</i>	Відстань від лобкового горбика до внутрішнього пахвинного кільця
Чоловіки	M±m	30,26±0,97	10,13±0,36	18,16±0,64	6,75±0,2
	p	<0,01	<0,05	<0,05	<0,05
Жінки	M±m	36,47±1,05	9,04±0,36	20,31±0,7	7,29±0,16
	p <sub>1</sub>	>0,05	<0,005	<0,005	<0,005
	p <sub>2</sub>	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Середнє		32,44±2,83	9,75±0,54	18,92±1,03	6,94±0,28

Примітка. p – коефіцієнт вірогідності в порівнянні показників чоловічої групи із середніми показниками; p<sub>1</sub> – коефіцієнт вірогідності в порівнянні показників жіночої групи із середніми показниками; p<sub>2</sub> – коефіцієнт вірогідності в порівнянні показників чоловічої та жіночої груп

Таблиця 5

## Оптимальні розміри алотрансплантатів для хворих із різними типами будови тіла (см)

Стать	Тип будови тіла		
	Брахіморфний	Мезоморфний	Доліхоморфний
Чоловіча	16×8	14×6	12×5
Жіноча	17×9	16×8	14×6

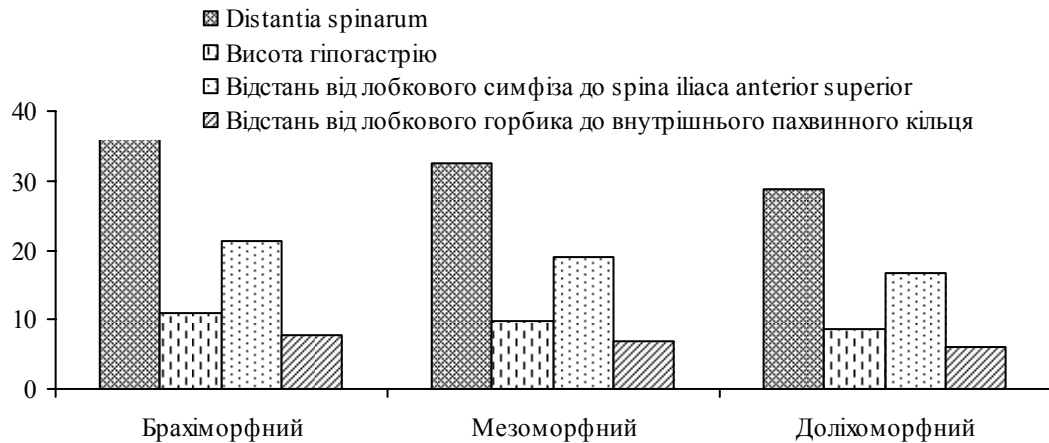


Рис. 1. Антропометричні показники хворих із різними типами будови тіла (n=69)

Показники, наведені в таблиці 3, свідчать, що у хворих чоловічої та жіночої статі з доліхоморфним типом будови тіла, у порівнянні із брахіморфним, вірогідно зменшуються показники *distantia spinarum* (36,17±2,88 та 28,65±2,9 см відповідно), висоти гіпогастрію (10,98±0,41 та 8,56±0,56 см відповідно), відстані від лобкового симфізу до *spina iliaca anterior superior* (21,19±0,96 та 16,63±1,22 см відповідно) та відстані від лобкового горбика до глибокого пахвинного кільця (7,63±0,23 та 6,18±0,4 см відповідно).

Антропометричні показники, наведені в таблиці 4, свідчать про те, що величина *distantia spinarum* в осіб із мезоморфним типом будови тіла (32,44±2,83 см) менша, ніж в осіб із брахіморфним (36,17±2,88 см), та більша, ніж в осіб із доліхоморфним типом будови тіла (28,65±2,9 см). Ця тенденція зберігається також і при дослідженні висоти гіпогастрію (9,75±0,54, 10,98±0,41 та 8,56±0,56 см відповідно), відстані від лобкового симфізу до *spina iliaca anterior superior* (18,92±1,03, 21,19±0,96 та 16,63±1,22 см відповідно) та відстані від лобкового горбика до глибокого пахвинного кільця (6,94±0,28, 7,63±0,23 та 6,18±0,4 см відповідно).

Наведені антропометричні показники свідчать, що топографо-анатомічні співвідношення, залежно від типу будови тіла (рис. 1), відіграють важливу роль у виборі форми та розмірів алотрансплантата, оскільки форма та розміри пахвинної ділянки відрізняються не тільки в осіб із різним типом будови тіла, але й в осіб різних статей. У зв'язку з цим, ми вважаємо, що використання сітчастих протезів стандартної форми та розмірів в хірургічному лікуванні пахвинних гриж є недостатньо ефективним.

Беручи до уваги індивідуальні особливості будови пахвинної ділянки хворих, нами розраховано оптимальні розміри алотрансплантата для герніо-пластики відповідно до типу будови тіла. Наведені в таблиці 5 дані свідчать про те, що алотрансплантати стандартних розмірів не завжди

відповідають топографо-анатомічним співвідношенням пахвинної ділянки хворих, що може бути причиною виникнення рецидивів.

### Висновки

1. Застосування алотрансплантатів у хірургічному лікуванні пахвинних гриж потребує індивідуального підходу у виборі форми та розмірів алотрансплантатів, згідно з особливостями топографо-анатомічної будови пахвинної ділянки хворих.

2. Алотрансплантати стандартної форми та розмірів не завжди відповідають топографо-анатомічним співвідношенням пахвинної ділянки хворих, що зумовлює виникнення рецидивів.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у розробці нових ефективних методів пластики пахвинних гриж за допомогою алотрансплантатів.

### Література

1. Белянский Л.С., Манойло Н.В. Патогенетическое обоснование выбора и оценка методов открытой пластики паховой и бедренной грыжи // Клін. хірургія. – 2003. – №11. – С. 7.
2. Османов А.О., Газиев Р.М. Герниопластика у больных с паховыми грыжами // Рос. мед. ж. – 2004. – №5. – С. 16-19.
3. Панцырев Ю., Шаповальянц С., Линберг А. Обоснование метода выбора пластики пахового канала // Рос. мед. ж. – 2005. – №2. – С. 11-13.
4. Рудин Э.П., Олейников П.Н. Выбор способа операции при паховых грыжах // Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. – 2002. – №1. – С. 21-23.
5. Сахаутдинов В., Галимов О., Сендерович М. Выбор метода оперативного лечения больных с паховыми грыжами // Хирургия. – 2002. – №1. – С. 45-48.
6. Тимошин А., Юрасов А., Шестаков А., Фёдоров Д. Современные подходы к лечению паховых грыж // Анналы хирургии. – 2000. – №5. – С. 13-16.
7. Тутченко М.І., Слонецький Б.І., Лисенко В.М. та ін. Місце герніопластики без натягу в хірургії защемленої грижі черевної стінки // Клін. хірургія. – 2003. – № 11. – С. 32.

8. Фурманов Ю.А., Белянский Л.С., Фёдорова Н.А. Опыт создания отечественных сеток-эндопротезов // Клін. хірургія. - 2006. - №3. - С. 64.
9. Шевченко Ю., Харпас С., Егоров А., Бекшочков А. Выбор метода пластики передней брюшной стенки при паховой грыже // Анналы хирургии. - 2003. - №1. - С. 20-23.

### ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА АЛЛОТРАНСПЛАНТАТА В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

*Ф.Г.Кулачек, Р.П.Кнут, Р.И.Сидорчук, А.В.Михайловский, Н.Г.Ковальчук, М.В.Дикий*

**Резюме.** Осуществлен анализ топографо-анатомических соотношений паховой области 69 больных с паховыми грыжами. Исследования позволили выявить, что применение аллотрансплантатов в хирургическом лечении паховых грыж требует индивидуального подхода в выборе их формы и размеров, в соответствии с особенностями топографо-анатомического строения паховой области больных. Аллотрансплантаты стандартной формы и размеров не всегда отвечают топографо-анатомическим соотношениям паховой области, что обуславливает развитие рецидивов.

**Ключевые слова:** паховая грыжа, паховая область, топографо-анатомические соотношения, рецидив грыжи, послеоперационные осложнения.

### TOPOGRAPHO-ANATOMICAL SUBSTANTIATION OF ALLOGRAFT CHOICE IN SURGICAL TREATMENT OF INGUINAL HERNIA

*F.H.Kulachek, R.P.Knut, R.I.Sydorchuk, O.V.Mykhaïlovs'kyi, N.G.Koval'chuk, M.V.Dyki*

**Abstract.** The authors performed an analysis of regional-anatomical correlations of the inguinal region in 69 patients with inguinal hernias. The investigation showed that the use of allografts in surgical treatment of inguinal hernias requires an individual approach in choosing their form and size according to the peculiarities of topographo-anatomical structures of the inguinal region of patients. Allografts of a standard form and size do not always conform to regional-anatomical correlations of the inguinal region of patients, resulting in the development of relapses.

**Key words:** Inguinal hernia, inguinal region, regional-anatomical correlations, recurrence of hernia, postoperative complications.

Рецензент – проф. Ю.Т.Ахтемічук

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Buk. Med. Herald. – 2007. – Vol.11, №2. - P.55-58

Надійшла до редакції 6.02.2007 року

УДК 616.21-002.3-053.2-085.281-07

*С.А.Левицька*

### МОЖЛИВОСТІ ТА ПЕРСПЕКТИВИ АНТИМІКРОБНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ГНІЙНОГО СИНУЇТУ В ДІТЕЙ

Кафедра дитячої хірургії, ЛОР та стоматології (зав. – проф. Б.М.Боднар)  
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

**Резюме.** У 98 дітей, хворих на гнійний синусит, вивчена ефективність безпункційного консервативного лікування. Встановлено, що діти, які за останній рік отримали три і більше курсів антибактеріальних препаратів, мали найменші шанси на ефективність безпункційного лікування. Попередня антибактеріальна терапія

виявилася високоінформативним фактором ризику отримання незадовільного результату лікування гнійного синуситу в дітей.

**Ключові слова:** гнійний синусит, діти, безпункційне лікування, антибіотики, фактори ризику.

**Вступ.** Гнійні форми синуситів є одними з найчастіших захворювань, які вимагають призначення антибактеріальних засобів для елімінації мікрофлори, що стали збудником запального процесу [2]. Клінічна реальність лікування гнійних синуситів складається як із досвіду цілком успішного, так і повністю провального застосування антибіотиків [6].

Дослідження американських отоларингологів свідчать, що в половині випадків призначають антибіотики пацієнтам із застудою, в яких помилково діагностують синусит [5]. Потужна, часто

необґрунтована терапія засобами з протимікробною активністю здатна змінити класичну клінічну картину захворювання, що може призвести до запізнілої діагностики синуситу [8]. Окрім того, кожен курс антибактеріальної терапії провокує ріст антибіотикорезистентності мікрофлори, робить її нечутливою до загальноновживаних препаратів [9].

Часто діти з ексудативними формами синуситів до поступлення в стаціонар проходять декілька курсів антибактеріальної терапії, що признача-