

Таблица 1. - Среднесуточное потребление витаминов и минералов обследованными (мг/сут)

Показатели	A	E	D	C	K	Ca	P	Mg	F	I
Норма потребления	0,9 мг/сут	15 мг/сут	10 мкг/сут	90 мг/сут	2500 мг/сут	1000-1200 мг/сут	800 мг/сут	400 мг/сут	4000 мкг/сут	150 мкг/сут
Обследованные	0,2 ± 0,09	10,5 ± 0,91	0,3 ± 0,09	33,6 ± 5,5	1770,0 ± 131,7	376,8 ± 30,1	798,7 ± 44,8	225,5 ± 15,9	207,6 ± 26,2	25,8 ± 3,0

Таким образом, результаты исследования показали, что у 92 % лиц пожилого возраста снижена сила мышц нижних конечностей и у 88% снижена возможность удерживания равновесия, их рацион недостаточно сбалансирован по потреблению основных пищевых продуктов, потребление минералов и витаминов значительно ниже необходимого.

Литература

1. Лесняк, О.М. Остеопороз: диагностика, профилактика и лечение. Клинические рекомендации / О.М. Лесняк, Л.И. Беневолевская // 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Геотар-Медиа – 2009. – 272с.
2. Постановление МЗ РБ № 180 от 20.11.2012г. Санитарные нормы и правила «Требования к питанию населения: нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Республики Беларусь».
3. Янковская Л.В., Поворознюк В.В., Балацкая Н.И., Кежун Л.В., Караулькой.В., Амбрушевич С.Г. Состояние фактического потребления с пищей макро-и микронутриентов жителями западного региона Беларуси // Здоровоохранение, 2012. – №2. – С.48-52.

ОБОСНОВАНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПАХОВОГО КАНАЛА КАК КРИТЕРИЯ КАЧЕСТВА ГЕРНИОПЛАСТИКИ

¹Смотрин С.М., ²Визгалов С.А., ³Сугоняко Ю.В., ¹Новицкая В.С.

¹УО «Гродненский медицинский университет»

²УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

³УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»

Актуальность проблемы. Основные принципы лечения паховых грыж были сформулированы в начале прошлого века. Многочисленные исследования указывают на необходимость восстановления нормальных анатомических соотношений при пластике паховых грыж. За эти годы были разработаны множество методов, а ряд из них доказали свою эффективность и широко применяются в хирургической практике. Тем не менее, частота рецидивов грыж после хирургического лечения колеблется от 5% до 10% (1;3). Лишь в клиниках, специализирующихся в герниологии, частота рецидивов не превышает 2% в строго отобранных группах больных (2). Традиционно эффективность метода грыжесечения оценивается только по количеству рецидивов грыж. Однако больным молодого и среднего возраста при выборе методики герниопластики необходимо учиты-

вать и влияние данного метода на состояние тестикулярной гемодинамики.

Целью настоящего исследования явилось изучение возможности УЗИ как критерия оценки качества комбинированной атензионной герниопластики у мужчин молодого и среднего возраста.

Материалы и методы. Нами были изучены показатели гемодинамики в паренхиме яичка у больных с паховыми грыжами до операции, а также после применения комбинированного атензионного метода герниопластики. В ходе работы обследовано 30 больных мужского пола с наружными паховыми грыжами, средний возраст которых составил 49 лет. Косая паховая грыжа встречалась в 89% наблюдений, а прямая паховая грыжа у 10,5% больных. По локализации чаще всего встречались правосторонние паховые грыжи, чем левосторонние (73,6% и 26,3% соответственно). Всем нашим пациентам в предоперационном периоде проводилось ультразвуковое исследование пахового промежутка на стороне грыжевого выпячивания. Исследование пахового промежутка выполняли после вправления грыжевого выпячивания с помощью прибора Sonoase 5500 с линейным датчиком 7,5 МГц в М-режиме. Исследования осуществляли в положении пациента лежа на спине с помощью аппарата «Sonoalain - G 605» фирмы Simens, оснащенного датчиком с длиной волны 7,5 МГц в режиме доплеровского картирования. Во время исследования, в режиме доплеровского картирования паренхимы яичка, определились максимальная систолическая и максимальная диастолическая скорости кровотока (см/с) в паренхиме яичка, а также рассчитывался индекс резистентности. За контрольные значения принимали данные, полученные с контралатеральной стороны у этих же больных. Полученные результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1. – Изменение гемодинамических показателей в паренхиме яичек у пациентов с паховыми грыжами до оперативного вмешательства

Показатель	Норма (Н) (n=20)	Косые паховые грыжи (КПГ) (n=10)	Прямые паховые грыжи (ППГ) (n=10)	Межгрупповая достоверность различий (P)		
				Н /КПГ	Н/ППГ	КПГ/ППГ
V max sist, см/с	11,96±0,75	6,8±0,56	3,4±0,48	<0,001	<0,001	<0,01
V max diast, см/с	3,65±0,11	2,4±0,12	1,65±0,04	<0,05	<0,01	<0,05
IR	0,64±0,03	0,64±0,02	0,51±0,03	>0,05	<0,05	>0,05

Исследования показали, что среднее значение максимальной систолической скорости кровотока в паренхиме яичка на стороне

грыжевого выпячивания при косых паховых грыжах составило $6,8 \pm 0,56$ см/с, а средняя максимальная диастолическая скорость кровотока $2,4 \pm 0,12$ см/с, что существенно ниже, чем данные значения на здоровой стороне. Аналогичная картина отмечена и при прямых паховых грыжах. На 5 сутки после операции значение максимальной систолической скорости кровотока в паренхиме яичка на стороне грыжевого выпячивания достигало $9,28$ см/с, а уровень средней максимальной диастолической скорости кровотока составил $3,6$ см/с. С контралатеральной стороны этот показатель составил $3,65$ см/с. Индекс резистентности до и после оперативного вмешательства на стороне грыжевого выпячивания составлял $0,61$ и $0,6$ соответственно.

Выводы. При паховых грыжах имеет место нарушения гемодинамики в паренхиме яичка, которые можно достоверно фиксировать с помощью ультразвукового метода исследования. Данный метод позволяет оценивать влияние выбранной методики герниопластики на состояние интратестикулярного кровотока.

Литература

1. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи живота. // М.- Медицина.- 1983.- С.294.
2. Bendavid R. The Shouldice Repair. In: Hernia. / edited by L.M.Nyhus, R.E.Condon; with 75 contributors; foreword by K.Kelly.- 4th ed. 1995.- P.217-227.
3. Hetzer F.H. et al. Gold standard for inguinal hernia repair: Shouldice or Lichtenstein? // Hernia. 1999;3(3):117-120.

ГНОЙНЫЙ ИЛЕОПСОИТ: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Смотрин С.М., Кузнецов А.Г.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность проблемы. Гнойный илеопсоит – гнойное воспаление, локализованное в подвздошной ямке, а именно в фасциальном футляре подвздошно-поясничной мышцы. Это одна из наиболее редких и трудно диагностируемых патологий в практике хирурга, что связано с анатомическими особенностями расположения *m. iliopsoas*, а также ее малой доступностью для клинического обследования. Непосредственная близость мышцы к органам брюшной полости, забрюшинного пространства, поясничного нервного сплетения, сосудов и позвоночника может быть причиной диагностических ошибок в распознавании данного заболевания. *M. iliopsoas* имеет богатое лимфо- и кровоснабжение, что может способствовать распространению инфекции [1,2,3].

Цель исследования: выявить возможные этиологические факторы гнойного илеопсоита, а также оценить клиническую значимость различных методов обследования и эффективность способов лечения указанной патологии.