

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ М.І. ПИРОГОВА**

На правах рукопису

Калиновський Сергій Валерійович

УДК 617.55-007.43-089-07

**ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ І ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ
ПЕРВИННИХ ГРИЖ БІЛОЇ ЛІНІЇ ЖИВОТА**

14.01.03 - хірургія

Дисертація
на здобуття наукового степеня
кандидата медичних наук

Науковий керівник:
доктор медичних наук, доцент
Власов Василь Володимирович

Вінниця - 2015

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	4
ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПЕРВИННУ ГРИЖУ БІЛОЇ ЛІНІЇ ЖИВОТА (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	12
1.1 Аналіз сучасних методів лікування первинної грижі білої лінії живота.....	12
1.2 Аналіз сучасних даних про будову передньо-бічної стінки живота та методів дослідження білої лінії живота	19
1.3 Сучасна оцінка якості життя, антропометричного дослідження та недиференційованої дисплазії сполучної тканини у хворих на грижу білої лінії живота	25
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	30
2.1 Об'єкти дослідження.....	30
2.2 Метод антропометричного дослідження.....	32
2.2.1 Визначення соматотипу	33
2.3 Дослідження недиференційованої дисплазії сполучної тканини.....	34
2.4 Метод макроскопічного дослідження.....	36
2.5 Метод гістологічного дослідження.....	36
2.6 Методи клінічного дослідження.....	37
2.7 Інструментальні методи.....	38
2.8 Метод визначення якості життя пацієнтів.....	39
2.9 Метод статистичного аналізу.....	41
РОЗДІЛ 3. АНТРОПОМЕТРИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТІЛОБУДОВИ ХВОРИХ НА ПЕРВИННУ ГРИЖУ БІЛОЇ ЛІНІЇ ЖИВОТА.....	42
3.1 Особливості тілобудови хворих на первинну пупкову грижу	42
3.2. Особливості тілобудови хворих на первинну грижу білої лінії живота	60
РОЗДІЛ 4. АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БІЛОЇ ЛІНІЇ ЖИВОТА І М'ЯЗІВ ПЕРЕДНЬО-БІЧНОЇ СТІНКИ ЖИВОТА У ХВОРИХ НА ПЕРВИННУ ГРИЖУ БІЛОЇ ЛІНІЇ ЖИВОТА.....	82

4.1 Особливості ультразвукового дослідження структур передньо-бічної стінки живота у хворих на первинну грижу білої лінії живота	82
4.2 Коп'ютерна томографія передньо-бічної стінки живота	89
4.3 Морфофункціональний стан апоневрозу білої лінії живота у хворих на грижу білої лінії живота та осіб без грижі	94
РОЗДІЛ 5. ДОСЛІДЖЕННЯ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ПЕРВИННУ ПУПКОВУ ГРИЖУ.....	107
РОЗДІЛ 6. ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПЕРВИННУ ГРИЖУ БІЛОЇ ЛІНІЇ ЖИВОТА	117
6.1. Загальна характеристика хворих на первинну грижу білої лінії живота.....	117
6.2. Розширення грижового дефекту первинної грижі білої лінії живота	121
6.3. Алопластичні методи закриття грижового дефекту первинної грижі білої лінії живота	129
6.4 Оперативне лікування множинних грижових дефектів білої лінії живота, симультанні оперативні втручання	139
6.5 Ускладнення та рецидиви після оперативного лікування хворих на первинну грижу білої лінії живота	143
РОЗДІЛ 7. ОЦІНКА «ЯКОСТІ ЖИТТЯ» ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПЕРВИННУ ГРИЖУ БІЛОЇ ЛІНІЇ ЖИВОТА	149
АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	173
ВИСНОВКИ.....	188
РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПРАКТИЧНОГО ВИКОРИСТАННЯ ОДЕРЖАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ.....	190
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ.....	192
Додатки.....	223
ДОДАТОК А.....	223
ДОДАТОК Б.....	234
ДОДАТОК В.....	244
ДОДАТОК Г.....	261
ДОДАТОК Д.....	263

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

Ав	- автопластичний;
Ал	- алопластичний;
АТ	- артеріальний тиск;
БЛЖ	- біла лінія живота;
Бтс	- брахіморфний тип статури;
ВЖ	- вертикальний індекс живота;
ГБЛЖ	- грижа білої лінії живота;
ГД	- грижовий дефект;
ГМ	- грижовий мішок;
ГК	- грудна клітка;
ДСТ	- дисплазія сполучної тканини;
Дтс	- доліхоморфний тип статури;
ЕВ	- еластичні волокна;
Ер	- еритроцити;
ЖКХ	- жовчево-кам'яна хвороба;
ЗП	- задня пластинка;
ЗКМЖ	- зовнішній косий м'яз живота;
КВ	- колагенові волокна;
КТ	- комп'ютерна томографія;
ЛХЕ	- лапароскопічна холецистектомія;
МТ	- маса тіла;
Мтс	- мезоморфний тип статури;
НДСТ	- недиференційована дисплазія сполучної тканини
Ож	- ожиріння;
ОЧП	- органи черевної порожнини;
ПБСЖ	- передньо-бічна стінка живота;
ПГ	- пупкова грижа;
ПД	- пупкова ділянка;
ПЖК	- підшкірно-жирова клітковина;

ПК	- пупкове кільце;
ПМЖ	- прямий м'яз живота;
По	- передочеревинний;
ПП	- передня пластинка;
Рм	- ретромускулярний;
СМА	- спинномозкова анестезія;
СІ	- сітчастий імплантат;
СТ	- ступінь тяжкості;
ТС	- тип статури;
Ту	- тулуб;
УЗД	- ультразвукове дослідження;
ФЖ	- форма живота;
ФТ	- форма тулуба;
ФЕГДС	- фіброезофагогастродуоденоскопія;
ЧП	- черевна порожнина;
ЯЖ	- якість життя;
ВР _{ст}	- інтенсивність болю;
ЕНС	- європейське товариство герніологів;
GH _{ст}	- загальний стан здоров'я;
Нь	- гемоглобін;
lbc	- linia bicostalis;
lbs	- linia bispinalis;
МН _{ст}	- психічне здоров'я;
РF _{ст}	- фізичне функціонування;
RE _{ст}	- рольове функціонування, обумовлене емоційним станом;
RP _{ст}	- рольове функціонування, обумовлене фізичним станом
SF _{ст}	- соціальне функціонування;
VT _{ст}	- життєва активність;

ВСТУП

Актуальність теми. Пластика гризових дефектів (ГД) є найбільш часто виконуваною операцією в загальній і пластичній хірургії, на думку різних авторів складає від 7% до 10-15% від кількості всіх планових оперативних втручань [33, 142, 174, 203]. В Україні щорічно виконується понад 9000 операцій з приводу грижі, їх кількість не зменшується [213]. Пупкова грижа (ПГ) у дорослих складає 11,7% від кількості всіх зовнішніх гриж черевної стінки, за частотою посідає третє місце після пахвинної та післяопераційної грижі [7, 43, 177].

Проблема хірургічного лікування ПГ та гриж білої лінії живота (ГБЛЖ) існує протягом багатьох віків, у хворих, яких оперують з приводу нескладних форм грижі часто виникають рецидиви [2, 20, 176]. Відомо понад 150 способів пластики при ПГ і ГБЛЖ, однак їх наслідки за даними літератури не задовільні [4, 166]. Класичні методи автопластики з формування дуплікатури тканин (Lusa-Championniere, 1882; Mayo, 1899; К.М. Сапежко, 1900; П.И. Напалков, 1939 та ін.) та їх модифікації (К.М. Тоскин і В.В. Жебровский, 1982) [69, 83, 84, 151, 168] не забезпечують надійного зміцнення передньо-бічної стінки живота (ПБСЖ) без натягу тканин, що призводить до виникнення рецидиву грижі, який виявляється у 2,8-22%, а за даними окремих авторів – 32% або 45% [73, 277].

Нові методи пластики ГД з використанням сіткових імплантатів (СІ), що встановлюються як відкритим так і лапароскопічним шляхом, відповідають принципу «tension free» і за своєю ефективністю перевищують автопластичні (Ав) методи [49, 170, 175, 203]. Застосування алопластики (Ал) покращило результати лікування, зменшило частоту рецидиву грижі до 6%, а за даними деяких авторів до 1,1–2,2%, що було виявлено навіть при защемлених грижах [29, 49, 73, 174, 189]. Але результати Ал методів лікування хворих на ГБЛЖ в повній мірі не задовільняють хірургів.

Лапароскопічна пластика ГД, за певні переваги, несе в собі ряд небезпечних ситуацій, потребує використання спеціально призначених для цього

дороговартісних СІ та апаратури, інструментарію [59, 149, 184, 221, 291]. Існують дані про робот-лапароскопічну хірургію в герніології [128, 243, 272].

Однією з причин розвиток рецидиву, є неадекватна, патогенетично необгрунтована операція [209]. Недостатня увага під час герніопластик приділяється первинній слабкості анатомічних структур ПБСЖ [125]. Існують топографо-анатомічні передумови виникнення гриж [37, 165], тому виникає необхідність детальніше дослідити структуру ПБСЖ, а саме БЛЖ. Упродовж останніх років у герніології все частіше виявляється такий термін, як недиференційована дисплазія сполучної тканини (НДСТ), оскільки однією з її ознак є грижа [104, 105, 187, 188, 209]. У хворих на ПГ і ГБЛЖ ознаки НДСТ не досліджені.

У науковій літературі не висвітлюється залежність вибору методу оперативного втручання від конституційних особливостей будови тіла хворого на первинну ГБЛЖ. Адже існують певні індивідуальні особливості тілобудови при грижах різної локалізації, які можна використати в прогнозуванні виникнення грижі та її лікуванні [36, 52, 119]. Невирішеним залишається питання щодо якості життя (ЯЖ) хворих на первинну ГБЛЖ, оздоровлених різними методами.

Зазначене вказує на необхідність створення чіткого алгоритму обстеження хворого до операції, індивідуального вибору способу закриття ГД, подальшого вдосконалення існуючих методів лікування та розробки нових більш ефективних методик пластики ГД, які б дозволили поєднати низький відсоток рецидиву грижі з високою якістю життя прооперованих хворих на первинну ГБЛЖ.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота є фрагментом планової науково-дослідної роботи кафедри хірургії факультету післядипломної освіти лікарів Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова „Профілактика транслокації мікроорганізмів та її корекція при невідкладних станах – проривній виразці, защемленій килі, порушенні мезентеріальної прохідності з інфарктом кишки, ускладнених перитонітом та кишковою непрохідністю“, державний

реєстраційний номер № 0104U003541. Тема дисертації затверджена Вченою радою Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова 12 квітня 2012 р (протокол № 6), проблемною комісією МОЗ і НАМН України „Хірургія“ 6 березня 2012 р (протокол № 2).

Мета і завдання дослідження: покращити результати хірургічного лікування хворих на первинну ГБЛЖ шляхом удосконалення доопераційної діагностики і застосування індивідуальних хірургічних методів лікування.

Завдання дослідження:

- 1) Встановити особливості конституціональної будови тіла у хворих на первинну грижу білої лінії живота;
- 2) Обґрунтувати морфологічні особливості будови білої лінії живота у осіб з первинною грижою білої лінії живота та людей без грижі;
- 3) Дослідити особливості анатомії черевної стінки за допомогою УЗД, комп'ютерної томографії у хворих на первинну грижу білої лінії живота;
- 4) Визначити діагностичну цінність фенотипових ознак недиференційованої дисплазії сполучної тканини у хворих на первинну грижу білої лінії живота;
- 5) Розробити та обґрунтувати нові методи хірургічного лікування хворих на первинну грижу білої лінії живота, довести їх ефективність шляхом порівняння результатів з такими в контрольній групі;
- 6) Оптимізувати лікування хворих на первинну грижу білої лінії живота шляхом індивідуалізації вибору способу закриття грижового дефекту;
- 7) Встановити та порівняти «якість життя» хворих на первинну грижу білої лінії живота після хірургічного лікування.

Об'єкт дослідження – первинна грижа білої лінії живота з ускладненим і неускладненим перебігом.

Предмет дослідження – закономірності розвитку, хірургічного лікування та профілактики вентральних гриж живота.

Методи дослідження – антропометричний, макроскопічний, гістологічний, метод ультразвукового та КТ-дослідження, клінічний, метод визначення якості життя пацієнтів і метод статистичного аналізу.

Наукова новизна отриманих результатів.

Вперше виокремлені особливості тілобудови, соматотипу, компонентного складу тіла хворих на ГБЛЖ; визначені особливості будови БЛЖ, закономірності в кількості та діаметрі колагенових і еластичних волокон БЛЖ осіб з грижою. Вивчені особливості анатомії передньо-бічної стінки живота (ПБСЖ) хворих на первинну ГБЛЖ за допомогою ультразвукової діагностики (УЗД) та комп'ютерної томографії (КТ), доведено достовірність отриманих результатів, шляхом порівняння їх з морфологічним дослідженням.

Вперше вивчена частота фенотипових проявів НДСТ та ступені її тяжкості у хворих первинну ГБЛЖ.

Створений алгоритм діагностики хворих на первинну ГБЛЖ, що об'єднав в собі весь комплекс доопераційного обстеження пацієнтів, чітко визначив чинники для вибору методу оперативного втручання.

Розроблені та обґрунтовані нові методи хірургічного лікування хворих на первинну ГБЛЖ: відпрацьований експериментально та впроваджений в практику спосіб розширення ГД БЛЖ, який не послаблює міцність ПБСЖ; удосконалений спосіб фіксації СІ при передочеревинній алопластиці ГД первинної ГБЛЖ; описані технічні особливості виконання алопластики ГД БЛЖ з ретромускулярним розташуванням СІ; вперше індивідуалізовані способи закриття множинних ГД БЛЖ; визначені технічні особливості виконання симультанних оперативних втручань; обґрунтовані методи вибору способу закриття ГД у конкретного пацієнта та розроблений алгоритм лікування даної категорії хворих.

Вивчена ЯЖ хворих на первинну ГБЛЖ, оздоровлених авто- та алопластичними методами.

Практичне значення отриманих результатів.

На підставі проведених антропометричного, макроскопічного, клінічного методів та методу ультразвукового і КТ-дослідження створений алгоритм лікування хворих на первинну ГБЛЖ, який забезпечує оптимізацію їх обстеження і лікування: алгоритм діагностики первинної ГБЛЖ дозволяє

виявити і врахувати фактори, які б могли спричинити певні незручності для хірурга при проведенні операції; алгоритм лікування хворих на первинну ГБЛЖ дозволяє індивідуально підібрати спосіб закриття ГД і уникнути рецидиву грижі, що дає об'єктивні підстави до впровадження його в широку хірургічну практику. Розроблений спосіб розширення ГД дає можливість вільно вправити вміст грижового мішка в черевну порожнину, не зменшує міцність ПБСЖ, бо є перемінним доступом, спосіб спрощеної фіксації СІ скорочує тривалість операції.

Основні положення і результати наукових досліджень дисертаційної роботи впроваджено в практичну діяльність хірургічних відділень Хмельницької обласної лікарні, центральних районних лікарень Хмельницької та Вінницької областей. Матеріали дослідження впроваджені в навчальний процес кафедр оперативної хірургії та топографічної анатомії, студентам та інтернам хірургам хірургічних кафедр Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова і ВДНЗ України Буковинського державного медичного університету.

Особистий внесок здобувача. Дисертант особисто окреслив мету і завдання дослідження, обрав необхідні методи дослідження, провів патентно-інформаційний пошук, а також комплексне обстеження хворих на первинну ГБЛЖ включаючи антропометрію, метод визначення ЯЖ до операції та в післяопераційний період, провів макроскопічне дослідження БЛЖ. Самостійно виконав та брав участь в якості асистента у більшості хірургічних втручань. Автор провів статистичну обробку отриманих результатів та їх аналіз разом з науковим керівником д. мед. н., доцентом В.В. Власовим. Дисертантом написано всі розділи дисертації, здійснено узагальнення, сформульовано висновки, підготовлено наукові матеріали до публікацій та виступів. У наукових працях опублікованих у співавторстві, а також актах впровадження, що стосуються науково-практичної новизни, викладено дані, що отримано в процесі виконання дисертаційної роботи.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертації і результати проведених досліджень були оприлюднені: на научно-практической конференції студентів и молодих учених, посвященной 200-летию со дня рождения Н.И. Пирогова (Челябинск, 2011), VIII конференции «Актуальные вопросы герниологии» (Москва, 2011), III науковій конференції молодих вчених (Вінниця, 2012), международной конференции «Трудные грыжи» (Москва, 2012), науково-практичній конференції з нагоди 75-річчя проф. Ф.Г. Кулачека «Актуальні питання хірургії» (Чернівці, 2013), IV міжнародній науково-практичній конференції молодих вчених (Вінниця, 2013), 35th international congress of the European Hernia Society (Gdansk, Poland, 2013), X конференции «Актуальные вопросы герниологии» (Москва, 2013), XVIII міжнародному медичному конгресі студентів та молодих вчених (Тернопіль, 2014), V міжнародній науково-практичній конференції молодих вчених (Вінниця, 2014), VIII науково-практичній конференції “Сучасні технології у хірургічному лікуванні гриж живота» (Київ, 2014), 1st World Conference on Abdominal Wall Hernia Surgery (Milan, Italy, 2015), XIX міжнародному медичному конгресі студентів та молодих вчених (Тернопіль, 2015), VI міжнародній науково-практичній конференції молодих вчених (Вінниця, 2015).

Публікації. За темою дисертації опубліковано 30 наукових праць, із них 11 – статі у фахових наукових виданнях України, 5 – патенти на корисну модель, 14 – тези у матеріалах конференцій і з’їздів.

Обсяг і структура дисертації. Дисертація викладена на 280 сторінках, складається із вступу, 7 розділів власних досліджень, аналізу і узагальнення результатів досліджень, висновків, рекомендацій щодо практичного використання одержаних результатів, списку використаних літературних джерел (всього 304 найменувань: 240 кирилицею, 64 латиницею) та додатків, ілюстрована 76 рисунками і 70 таблицями.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПЕРВИННУ ГРИЖУ БІЛОЇ ЛІНІЇ ЖИВОТА (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

1.1. Аналіз сучасних методів хірургічного лікування первинної грижі білої лінії живота

Грижу живота традиційно відносять до захворювань хірургічного профіля [63, 233, 273]. Пластика ГД є найбільш часто виконуваною операцією в хірургії, складає за думкою різних авторів від 7% до 10-15% від планових операцій [7, 86, 131, 142, 203]. ПГ у дорослих складає 11,7% від всіх зовнішніх гриж ПБСЖ, займає третє місце після пахвинної і післяопераційної [43, 76, 204, 211, 213]. У літературі досить мало спеціальних робіт, присвячених цій проблемі. А.В. Федосеев та співавтори (2013) інформацію про ПГ за 10 років зібрали лише з 32 робіт з 554 публікацій у рамках Російського товариства герніологів, що за підрахунком авторів склало 5,8% від усіх публікацій [181, 211]. В окремих монографіях (М.К. Бобков, І.І. Булигін, Г.А. Мачаваріані, В.Г. Тищенко) дослідженням про ПГ та ГБЛЖ відводиться незначне місце. Однак проблема хірургічного лікування ПГ та ГБЛЖ залишається актуальною часте виникнення рецидиву [2, 175, 212, 277].

Не зважаючи на застосування СІ, багато питань щодо вибору метода пластики ГД не вирішені [12, 25, 159, 162]. Однією із таких проблем є неможливість вправити вміст ГМ при защемлених, або фіксованих ГБЛЖ, коли об'єм ГМ значно перевищує діаметр ГД, що провокує хірурга на виконання розширення ГД [97, 198]. Особливо небезпечним прийомом є насильне вправлення вмісту ГМ. Після цього спостерігаються крововиливи у м'які тканини, стінку кишки, брижу, тромбоз судин, перфорація кишки та ін. [198]. У літературі не чітко вказується можливість розсічення пупкового кільця (ПК) доверху та донизу, або розширення ГД в обидві сторони у поперечному напрямку [97, 198]. Однак автори вказують, що при цьому знижується міцність ПБСЖ.

У наш час відомо понад 150 способів пластики при ПГ і ГБЛЖ, однак немає жодного універсального [4, 166, 244]. Широко застосовуються лапароскопічна та відкрита пластики ГД [69, 83, 151, 186]. Лапароскопічна пластика передбачає застосування СІ з певними характеристиками [58, 218, 274, 291]. Відкрита пластика ГД це: Ав, Ал та комбінації цих методів [162, 176]. Факторами, що визначають вибір тактики лікування є: ширина ГД, локалізація грижового випинання, діастаз прямих м'язів живота (ПМЖ), об'єм органів, що знаходяться у черевній порожнині (ЧП), рівень внутрішньочеревного тиску [167, 258].

При порівнянні відкритих способів герніопластики з лапароскопічними у літературі є різні думки [57, 263]. З'являється все більше доказів переваг лапароскопічної герніопластики над традиційною [101, 102, 109, 258]. Н.М.А. Каафарані (2010) повідомляє про достовірно більшу кількість ускладнень при відкритих методах пластики ГД, ніж при лапароскопічних [270]. Інші автори (Franklin, 2004; Naveen Ballem et al., 2008; Parketal., 2006) – про майже однакове число рецидиву [57]. Так, за даними хірургічної клініки Клівленда (Naveen Ballem et al., 2008) частота рецидиву після лапароскопічної герніопластики через 1 рік склала 15%, після відкритої – 11%, через 5 років після лапароскопічної операції – 29%, після відкритої – 28% [57]. Tagaya N. et all. вказують на частоту рецидиву після лапароскопічної герніопластики впродовж 40 місяців 20% [14, 296].

В.В. Грубник (2011) демонструє переваги лапароскопічних методів пластики ГБЛЖ, хоча, автор стверджує, що не у всіх випадках є адекватним їх застосування [58, 59]. Висока вартість матеріалів, необхідність використання лише спеціальних СІ, важкі ускладнення, пов'язані з розвитком спайкового процесу, необхідність спеціальних знань і апаратури, обмежують впровадження лапароскопічної пластики ГД [41, 54, 96, 184]. Після лапароскопічних пластик ГБЛЖ описані ускладнення: нагноєння рани – 2,3%, сероми – 5,8%, підшкірна гематома 2,5%, інтраопераційне пошкодження кишки 0,8%, конверсія 1,1% [61, 253, 269].

Р.А. Алибегов (2013) описує ПРОМ-методику (інтраперитнеальне розташування СІ в onlay-позиції, з фіксацією степлерами і накладанням трансфасціальних швів) у лікуванні хворих на ПГ [7]. За думкою ряду авторів на сьогодні це

один з самих надійних способів. Запропоновані та введені у практику як лапароскопічний варіант цієї методики, так і відкритий [55, 126, 171, 185, 265].

Робот-лапароскопічна хірургія в герніології представлена пристроєм Master Robotic. В.І. Мамчич, аналізуючи роботу V міжнародного конгресу герніологів вказує, що ГБЛЖ є складними для лапароскопічних операцій, що пов'язано з чисельністю ГД БЛЖ. Robotic-assisted-лапароскопія з Rives-Stoppe midline реконструкцією – це новий метод лікування таких гриж [128, 243, 272].

Ряд авторів вважають що найбільш фізіологічною у лікуванні ГБЛЖ є Ав [176]. Невеликі ГД «провокують» хірурга використовувати для пластики спосіб К.М. Сапежко або його аналоги [8, 122, 159]. Деякі автори найбільш зручним способом Ав ГБЛЖ вважають спосіб Мейо, використовують його у хворих з ГД більше 5 см [32, 83, 84, 265]. Результати біомеханічного моделювання, які знайдені у літературі, свідчать про перевагу пластики Мейо у порівнянні зі способом К.М. Сапежко [208]. Хоча, А.А. Ботезату (2012), U. Muschaweck (2003) вказують на рецидив після Ав Мейо в 20-28% хворих [28, 188, 207].

Л.І. Василенко (2009) вказує на власну модифікацію способу Мейо, яка полегшує виконання операції з приводу ПГ, але не дає віддалені результати [32]. У молодих пацієнтів з невираженою підшкірно-жировою клітковиною (ПЖК), ГД до 1,5 см, при виконанні симультанних лапароскопічних холецистектомій (ЛХЕ) ряд хірургів виконують пластику за Лекснером [8, 83]. При поєднанні ГБЛЖ з діастазом ПМЖ I-II ступеня А.В. Самойлов застосовував методику Lusa-Championniere [28, 177]. Окрім зазначених пластик виконується також пластика по Напалкову [49]. В.А. Абрамов, А.С. Мухін пропонують свій спосіб Ав ГБЛЖ з використанням однорядного шва, автори стверджують, що отримується міцна дуплікатура, що складається з передніх і ЗП піхв ПМЖ шириною 2,5 – 3,0 см [4].

Традиційні оперативні втручання з приводу ГБЛЖ не позбавлені цілого ряду недоліків [125, 202]. Порівняно великі розрізи з відсепаровкою шкірного лоскута і пупка супроводжуються порушенням кровопостачання пупкової ділянки (ПД), що нерідко призводить до нагноєнь і рецидиву [75, 245]. За даними О.Є. Каніковського (2011), натяг тканин у зоні пластики призводить до ішемії,

зниження механічної міцності тканин і розвитку рецидиву захворювання [106]. Серед хворих яким виконували Ав описані ускладнення: інфільтрат (5,2%), серома (2,3%), гематома (1,7%), нагноєння рани (1,7%), [193, 203]. Ускладнений перебіг в післяопераційний період після Ав защемленої ГБЛЖ відмічений у 5,9-7,2% пацієнтів [192]. Ряд авторів вказують на рецидив 14-20% після застосування класичних методів пластики ГД ПГ [89, 137].

В останні роки кардинально змінилися принципи і методи лікування хворих з грижою ПБСЖ [25, 170, 175, 203]. Нові технології, сучасні СІ та шовні матеріали дозволяють досягнути у лікуванні первинної ГБЛЖ кращих результатів [133, 246, 257]. Пластика без натягу (*tension free*) ефективніша, ніж Ав [17, 203, 280]. Іноземні автори наводять повідомлення про застосування лише цього методу [239, 252, 265, 276, 289]. Більшість вітчизняних авторів також вважає, що золотим стандартом у лікуванні ГБЛЖ є *tension free* [61, 254, 235]. О.В. Пиптюк застосовує СІ для пластики ГД защемлених гриж без явищ перитоніту [130, 163].

У літературі є думки про те, що показом до Ал є ГБЛЖ більша 5 см, ожиріння (Ож), на яке страждає 30% (за даними О.Ю. Йоффе, 2011) населення України [74, 103, 138, 292]. У хворих з підвищеним ризиком рецидиву (морфо-функціональна неспроможність тканин, тривале грижоносійство, множинні грижі, старечий вік, Ож) показана Ал навіть при невеликих розмірах ГД [44, 140, 250, 281].

Важливим значенням при Ал є розташування СІ по відношенню до м'язово-апоневротичного шару ПБСЖ: над ним (*onlay*), у ньому (*inlay*) і під ним (*sublay*) [13, 26, 77, 201, 215]. Крім того можлива комбінація цих технологій [179, 200]. В.В. Паршиков (2012) вважає, що необхідно розрізняти варіанти розташування СІ в анатомічних просторах ПБСЖ: над м'язами (підапоневротично), між ПМЖ і задньою пластиною (ЗП) із піхв (*sublay retromuscular*), По (*preperitoneal*), у черевній порожнині (ІРОМ – *intraperitoneal onlay mesh*) [155].

Багато авторів рахують, що немає універсального способу Ал ГБЛЖ, кожен спосіб має свої покази і протипокази [25, 245, 247, 293]. Відсутня думка про те, яке розташування СІ необхідно застосувати у кожному конкретному випадку і відповідно – чіткі покази [65, 255, 261, 266]. S.N. Sinha описує спосіб

закриття ГД ГБЛЖ використовуючи СІ у вигляді воланчика [293]. С. Polat вказує на досвід використання prolene hernia systeme у хворих на ПГ [290].

Рідше використовуються onlay та inlay методики [60, 65]. Автори стверджують, що спосіб onlay слід використовувати при ГД до 3 см, спосіб дозволяє розташовувати СІ необмежених розмірів, доводять, що СІ раніше проростає КВ і капілярами, тісніше приростає до ПБСЖ, ніж при використанні техніки sublay [49, 140, 179]. Фіксацію СІ ряд авторів виконують до апоневрозу ПБСЖ вузловими швами в шахматному порядку [210]. Недоліки onlay методики: контакт СІ з ПЖК, підвищується вірогідність утворення «підпротезних» гриж [179]. Ряд авторів, серед них В.Ф. Саєнко, відмовились від onlay методики і застосовують її лише при пластиках, які потребують комбінації різних методик [236, 237].

Техніка inlay по частоті рецидиву не відрізняється від Ав, застосовується тоді, коли немає інших альтернативних способів усунення ГД [140, 174]. За даними А.В. Самойлова inlay методика в наш час не використовується через високий рецидив грижі [177, 179]. В.В. Жебровський, Ф.М. Ільченко при вентральних грижах залежно від топографо-анатомічних умов у кожного конкретного хворого диференційовано виконували відомі методи пластики з імплантацією СІ переважно sublay – 61%, У 7,5% хворих при незначних ГД, а також у випадках діастазу ПМЖ виконували герніорафію безперервним двохранним [85].

При застосуванні методики sublay при лікуванні ГБЛЖ СІ розташовується в По просторі, позаду апоневроза [60, 284]. При цій методиці укріплюються ЗП піхв ПМЖ, уникається контакт СІ з ПЖК [29]. За думкою більшості авторів, розташування СІ способом sublay супроводжується кращими результатами [29, 174, 233, 284]. В.В. Петрушенко, та співавтори (2011) вказують, що По розташування СІ є найбільш фізіологічне для організму [161]. У цьому положенні рідше розвиваються ускладнення у післяопераційній рані [60, 140]. О.В. Бранець, (2009) вважає цей спосіб методом вибору і застосовує його у 92% пацієнтів, ці дані підтверджуються в роботах В.Ф. Саєнко, Л.С. Білянського [21, 174]. Однак спосіб sublay має недоліки: не завжди вдається без натягу ушити краї ГД, мобілізація очеревини затруднена (обмежує розміри СІ), більш виражена адгезія ОЧП [140].

Одним з найбільш ефективних при серединних вентральних грижах ряд авторів вважає імплантацію СІ між ПМЖ і ЗП їх піхв способом Rives-Stoppa [21, 140, 275]. Технічно він простіший, ніж спосіб По розташування, дозволяє усунути не лише ГД, а й діастаз ПМЖ, що часто супроводжує грижу [140]. В.В. Паршиков (2012), G. Kubalak (2011), П.А. Ярцев (2010), А.В. Юрасов, А.Л. Шестаков (2006), також вважають найбільш фізіологічним Рм розташування СІ [221, 236, 237, 275]. В.В. Паршиков вказує на 1 рецидив після Рм пластики ГД, його виникнення пов'язує з міграцією СІ через неадекватно мобілізований Рм простір [156].

При гігантських грижах О.В. Бранець і Я.І. Клецко (2009) вважають за доцільне виконувати комбіновану герніоалопластику зі застосуванням СІ і максимально можливим використанням тканин (2 поліпропіленові СІ і м'язово-апоневротичний шар між ними) [29].

Вважається, що метод фіксації СІ до ПБСЖ є важливим фактором, який впливає на частоту рецидиву грижі, виникнення больового синдрому. Основна мета – профілактика міграції СІ [235, 267]. Важливим моментом у профілактиці післяопераційних ускладнень є вибір шовного матеріалу для фіксації СІ [5, 46, 51, 87, 217]. О.В. Чиньба (2009), рекомендує для фіксації СІ використовувати поліпропіленову монопіткву [225]. У літературі є дані про велику частоту ускладнень після використання капронових, лавсанових, нейлонових ниток [50, 256].

Існує багато способів фіксації СІ. У наш час не існує чітких рекомендацій до вибору способу фіксації СІ при герніопластиці [173]. При лапароскопічних герніоалопластиках використовуються трансабдомінальні шви фіксації, герніотейкери, скобки, фібриновий клей [3, 173, 267, 279, 291]. Однак хірурги, що повідомляють про використання кліпс, металевих скобок, поряд з легкістю виконання, вказують на високу вартість метода, ненадійність, больовий синдром у післяопераційний період [173, 206, 248, 262].

Фіксацію СІ при відкритих методах ряд авторів виконують вузловими швами по його краю до ЗП піхви ПМЖ [235]. В.В. Паршиков вважає, що при лікуванні ПГ, СІ, розташований в Рм просторі можна не фіксувати швами [156]. А.В. Федосеев (2013) СІ, що розташований По, фіксує 4 П-подібними швами,

рецидиву грижі після такого способу фіксації автор не виявив [204]. С.Є. Подпрятков (2011) також рекомендує СІ фіксувати багатьма швами [164]. Р.А. Алибегов (2013) при IPOM-пластиці в лікуванні ПГ СІ фіксував вузловими П-подібними швами до очеревини [7].

В останній час все більше повідомлень про безшовну фіксацію СІ. Досвід таких повідомлень поки що малий. Stopa став основоположником цього метода, однак він вказав на недоліки: зморщування СІ, часта міграція його в ранні терміни після операції [206]. А.В. Аболмасов (2013) описуючи методи клейової фіксації, вказує на такі недоліки фібринового клею, як висока вартість та його біологічна основа (зберігається ризик передачі вірусних захворювань) [3]. Є.Д. Смирнова та співавтори (2011) наводять досвід алогерніопластики з використанням безфіксаційного імпланту Parietene™ Progrid™ [186]. В.Є. Вансович та співавтори описують застосування системи G-QUR™ V-PATCH під час По пластики ГД малих та середніх ПГ. Автори описують фіксацію СІ за допомогою V-PATCH – двох вузьких стрічок з поліпропілену, прикріплених до центру СІ [31].

Застосування Ал призвело до зменшення частоти рецидиву гриж до 6%, а за деякими даними до 1,1-2,2% [29, 49, 157, 172, 216]. Основним недоліком стандартних методик пластики ПГ є необхідність мобілізації та натягу місцевих тканин, що створює стоншення ПБСЖ і послаблення її [50].

Багаторічний досвід використання СІ призвів до ускладнень, які раніше не відмічались в герніології: міграція СІ у ЧП, спайкова кишкова непрохідність, утворення пролежнів стінки кишки біля СІ, утворення сером, інфікування [86, 221, 256]. Про усі ці ускладнення автори згадують, коли в загальному описують методики лікування, але у статистику власних оперативних втручань вносять їх неохоче, наводять дані частіше про серому. Після алопластики ГД ускладнення виникають в 8 – 17% випадків [48, 81, 82, 169]. У ранній післяопераційний період після алопластики ГБЛЖ описують ускладнення у 13,8% хворих, у тому числі серома – 1,75-19%, інфільтрат – 1,3-10%, гематома – 0,8-8,6%, внутрішньо-очеревинні кровотечі – 1,1%, лімфорей – 2,1%, нагноєння рани – 0,8-12%, крайовий некроз шкіри у 2% [66, 107, 172, 216, 224]. Міграції СІ не відмічено в

жодному випадку [203]. У віддалений період після алопластики ПБСЖ відчуття стороннього тіла було у 4%, обмеження рухливості ПБСЖ – 6%, лігатурна нориця – 5%, кишкова нориця – 0,6-4%, відторгнення СІ не було [175, 178, 214, 216].

Ряд авторів вказують на відсутність рецидиву після алопластики ПГ. Виникнення ж рецидиву вони пов'язують зі способами фіксації СІ на початкових етапах застосування цього метода [68]. Основною причиною утворення сером автори вважають залишені порожнини між клітковиною і СІ [299]. Тому у ПЖК ряд авторів рекомендують встановлювати активний аспіраційний дренаж типу Редона [108, 112, 136]. У цілому, частота рецидиву після алопластики досягла 7%, при використанні стандартних методик без СІ від 5-10% до 39,6% [174].

Ряд авторів у своїх працях вказують на виконання симультанних операцій при лікуванні хворих на ПГ або осіб з патологією ЧП, у яких ГБЛЖ є супутнім захворюванням [76, 91, 100, 111, 141]. Багато хірургів наводять великий досвід симультанного лікування ЖКХ та ПГ [91, 150, 291]. Не дивлячись на широке розповсюдження, технічні особливості виконання ЛХЕ за наявності ПГ не визначені [42, 76, 271]. Ускладнення після симультанних операцій: в 0,1% хворих – кровотеча з ложа міхура, яка ліквідована за допомогою лапаротомії, в 0,3% – жовчовиділення по дренажу з кукси міхурової протоки [111].

Таким чином, проблема хірургічного лікування хворих на первинну ГБЛЖ залишається актуальною. Недостатньо висвітлені в літературі способи розширення ГД, вибору методу закриття ГД у конкретній ситуації, фіксації СІ при По алопластиці. Високий відсоток рецидиву грижі обумовлює подальший науковий пошук в цьому напрямку.

1.2. Аналіз сучасних даних про будову передньо-бічної стінки живота та методів дослідження білої лінії живота

Використання у хірургічній практиці знань анатомічної будови ПБСЖ дозволяє зменшити частоту ускладнень після пластики ГД [120, 135, 268]. ПБСЖ є багатошаровою частиною тіла людини, основна її функція – опорна [37].

М'язово-апоневротичний шар ПБСЖ складається з 10 м'язів: 6 широких м'язів живота (правих і лівих ЗКМЖ, внутрішніх косих і поперечних), їх сухожилків (апоневрозів), у передньому відділі вздовж БЛЖ розташовані 2 ПМЖ, підкріплені внизу ще й пірамідальними м'язами. Всі ці утворення функціонально і анатомічно тісно пов'язані: вони інервуються одними і тими ж нервами; апоневрози широких м'язів живота утворюють піхви для ПМЖ. Т.Ф. Лаврова та А.Н. Максименков стверджують, що передня пластинка (ПП) піхв ПМЖ щільно зростається з сухожильними перемичками м'язів, а з ЗП перемички з'єднуються пухкою сполучною тканиною [119, 127]. По серединній лінії живота апоневрози широких м'язів з'єднуються і утворюють БЛЖ, яка є одним з найслабших місць ПБСЖ [37, 147]. В епі- та мезогастрії БЛЖ більш широка і тонка, у гіпогастрії вона перетворюється у вузьку і товсту смужку, яка зрощується позаду з поперечною фасцією. А.А. Дешин спостерігав у жінок ширину БЛЖ від 2 до 5 см, у чоловіків – від 1,5 до 2,5 см. У жінок БЛЖ ширша на рівні ПК, у чоловіків – на середині відстані між пупком і мечоподібним відростком [119].

За даними І.Г. Марченка донизу від пупка ширина БЛЖ зменшується і біля лобка вона має вигляд тонкого тяжа, який повністю розташовується перед ПМЖ, а останні своїми внутрішніми краями дотикаються. У більшості випадків звуження БЛЖ відбувається поступово донизу і вона має форму, що нагадує конус, обернений основою до пупка. Рідше за даними І.Г. Марченко зустрічаються веретеноподібні і циліндричні форми БЛЖ [127].

Т.Ф. Лаврова (1979) виділяє 4 форми БЛЖ, за її даними остання має форму витягнутого веретена з найбільшим розширенням: у ділянці пупка – I форма, вище пупка – II форма або нижче пупка – III форма, рідше БЛЖ має форму вузької рівної стрічки – IV форма, що звужується в гіпогастрії. У половини чоловіків і майже у 2/3 жінок виявлена I форма БЛЖ. III форма зустрічається край рідко, майже виключно у жінок; IV форму БЛЖ Т.Ф. Лаврова спостерігала у 15-16% чоловіків і жінок, вона характерна для циліндричної ФЖ [37, 119]. У літературі підтверджуються ці дані, а також автори стверджують, що розміри БЛЖ на рівні пупкового кільця не залежно від статі завжди більші, ніж на інших

ділянках ПБСЖ і залежать від розмірів пупкового кільця. Тільки у чоловіків Бтс ширина БЛЖ наближається до її розмірів у жінок з Дтс і Мтс [37]. З віком БЛЖ розширюється: у жінок в I зрілому періоді, у чоловіків – після 50-60 років. У чоловіків вона розширюється вище і на рівні пупка, у жінок – вище і нижче пупка. [119].

У монографії А.Н. Максименкова [127] є дані, що П.Н. Напалков розрізняє 3 відділи БЛЖ: верхній, середній і нижній. У верхньому відділі – за даними П.Н. Напалкова апоневроз БЛЖ має «сагітально-лінійний тип» будови, а донизу від рівня IX ребра розширюється і стоншується («фронтально-лінійний тип» будови). На висоті лінії Дугласа відбувається зближення країв ПМЖ, звуження апоневрозу БЛЖ, який знову приймає «сагітально-лінійний тип» будови [127].

Найбільш слабким місцем БЛЖ є ПК [193, 264]. Зсередини ПК прикриває пупкова фасція і очеревина. У ділянці пупка немає ні ПЖК ні По клітковини. Пупкова фасція є частиною внутрішньо-очеревинної фасції, вона завжди краще виражена у чоловіків. По даним М.А. Горелова, добре виражена пупкова фасція зустрічається в 60,7 % [119]. Зважаючи на зазначене можна припустити існування топографічних передумов виникнення гриж ПБСЖ [11, 37, 243]. До цих пір хірурги, оперуючи ГБЛЖ не враховують її біомеханічних властивостей. Данні про деякі анатомічні тканини, а саме про БЛЖ, досить незначні. Тому вибір методу оперативного втручання проводиться «на око» [121].

Морфологічні та гістологічні методи дослідження стану ПБСЖ застосовував К.М. Міліца [285]. Є ряд робіт, в яких висвітлюється питання анатомо-функціональної недостатності ПБСЖ. При обстеженні хворих Б.С. Суковатих, А.А. Нетяга виявляли ознаки деформації ПБСЖ: дряблість, птоз живота, куполоподібний живіт з вираженим діастазом ПМЖ, ПГ [30, 185, 190].

Останні роки все більше уваги хірургів приділяється вивченню та корекції діастазу ПМЖ у хворих на грижу [123]. У більшості доступних джерел автори частіше посилаються на класифікації діастазу ПМЖ за Б.А. Барковим, Р.П. Аскерхановим, G.M. Veer [158, 247, 251, 278]. А.В. Юрасова (2013) діастазом ПМЖ вважає розширення БЛЖ більше ніж 22 мм у точці на 3 см вище ПК. Автор висвітлює класифікацію Р.П. Аскерханова: I ступінь – до 50 мм, II ступінь –

50-80 мм і III ступінь > 80 мм [238]. У працях В.В. Жебровського (2005), Н.К. Тарасової (2013) вказується класифікація діастазу ПМЖ, що розроблена Б.А. Барковим. Згідно з нею розрізняють діастаз ПМЖ I ступеня (не перевищує ширину долоні), II (відстань між ПМЖ на ширину долоні і килевидне випинання ПБСЖ) та III ступеня (відвисання ПБСЖ не тільки до переду, але й донизу) [194].

Лише в поодиноких роботах вказані дані про нормальну ширину БЛЖ. За даними G.M. Veer БЛЖ можна вважати «нормальною» при її ширині <15 мм під мечоподібним відростком, < 22 мм у точці на 3 см вище ПК і < 16 мм на 2 см нижче ПК у жінок, що не народжували [247, 251, 278]. А.В. Федосеев (2013) вказує, що ширина БЛЖ збільшується до пупка, а донизу – значно звужується. У епігастральній ділянці ширина БЛЖ дорівнює $1,9 \pm 0,3$ см, у мезогастрії – $2,3 \pm 0,7$ см. Окрім цього автор вказує залежність ширини БЛЖ від статі. Так у жінок БЛЖ досягає найбільшої ширини на рівні пупка (до 2,5-3,5 см), у чоловіків – на середині між пупком і мечоподібним відростком (1,5-2,5 см) [208, 211].

Дані С.М. Лазарева (2009) вказують на значне зниження міцності тканини БЛЖ у хворих на ГБЛЖ у порівнянні з людьми без грижі [121]. В.В. Жебровський (2007) вказує, що розвиток ПГ у пацієнтів старших вікових груп, пов'язаний із структурними змінами сполучної тканини, зниженням її міцності [85].

У роботах В.А. Ступіна і співавторів (2009) вказується, що технічні або інші суб'єктивні фактори не грають важливої ролі у патогенезі рецидиву вентральних гриж, а має значення індивідуальне порушення колагеногенеза у конкретного пацієнта [188]. Автори не відхиляють причини рецидиву, що вже встановлені, але й вважають, що істотним є порушення властивостей колагену у конкретного хворого. Аналіз віддалених результатів дозволив авторам виявити більшу частоту рецидиву у пацієнтів з патологією колагену [15, 22, 188, 234].

Серед методів виявлення КВ найбільш доступними є гістологічне забарвлення Sirius red [188, 234]. Вивчення препаратів, забарвлених Sirius Red, у поляризованому світлі виявило характерні особливості сполучної тканини. КВ I типу представлені червоними, щільно запакованими між собою фібрилами. Незрілі КВ III типу виглядає тонше, має зелене забарвлення. У зв'язку з цим, за думкою

авторів, цікавою ідеєю є тестування системи колагену у пацієнтів з грижами. Це може дати більш достовірне обґрунтування необхідності встановлення СІ [188].

Визначення співвідношення КВ I і III типів є одним із способів вирішення цієї актуальної для сучасної хірургії проблеми. Прийнято вважати, що співвідношення КВ I і III типу, близьке до 3,74 характерне для норми. У пацієнтів зі зниженим співвідношенням КВ I/III типів виявлена більш висока частота супутніх гриж [6, 188, 234]. Зниження цього показника свідчить про незрілість сполучної тканини і порушення каркасних властивостей ПБСЖ [188, 234].

За даними В.А. Ступіна (2009) у групах хворих з низьким вмістом КВ I та III типів при використанні алопластики рецидив не виявлений ні в одному випадку. Вказана особливість, за думкою авторів, потребує подальшого вивчення, але дозволяє припустити, що алопластика є одним із позитивних рішень у хворих з недостатністю КВ. Доказом цьому є виявлення авторами 38,5% рецидиву після пластик гриж невеликих розмірів у пацієнтів з патологією КВ [188].

Сучасний розвиток медицини дозволяє роздивитись можливість використання у герніології інструментальних методів дослідження [78, 196]. Так, за даними Б.Ш. Гогія, в 5% випадків неможливо пальпаційно визначити розмір ГД до операції [144]. У літературі багато авторів вказує на доцільність використання УЗД [12, 30, 88, 169], КТ [78, 144, 239], а також поєднання цих методів дослідження [21, 94, 231] у комплексному обстеженні хворих на грижу ПБСЖ. Робіт, де б окремо вивчалася ПБСЖ хворих на ПГ або ГБЛЖ у літературі ми не виявили. Більшість авторів застосовували УЗД та КТ [125, 169] у хворих на післяопераційну вентральну грижу. На етапах обстеження хворих Б.С. Суковатих та співавтори проводили УЗД ПБСЖ (ПГ спостерігали у 16,1%), під час якого вимірювали товщину ПЖК, ширину БЛЖ, ехоструктуру ПМЖ [191, 231].

Метод УЗД дозволяє виявити та уточнити параметри грижі (локалізацію, величину ГМ, його вміст, розміри ГД), зони склерозування апоневрозу у тканинах, що оточують ГД, виявити додаткові ГД, які не діагностовано пальпаційно (ряд авторів такі дефекти виявили у 6 – 29% хворих на післяопераційну вентральну грижу) [63, 200, 231]. Ф.Н. Ільченко, М.М. Сербул використовували УЗД для вибору

ендоскопічного доступу, враховуючи спайковий процес в ЧП [182]. Можливості УЗД в доопераційному діагностуванні ГБЛЖ у пацієнтів з ускладненою постбульбарною виразкою дванадцятипалої кишки використовували В.В. Власов, А.І. Суходоля, І.О. Козак [112]. Т.І. Тамм та співавтори за допомогою УЗД у 14% пацієнтів диференціювали хибне защемлення від істинного [192].

Н.М. Валуйская [30] та Б.С. Суковатих [190] при проведенні УЗД відмітили критичні параметри, що свідчать про анатомо-функціональну недостатність ПБСЖ. Це: неоднорідна структура ПЖК з наявністю сполучнотканинних включень і товщиною більше за $3,5 \pm 1,0$ см; ширина БЛЖ більше за $1,2 \pm 0,3$ см; неоднорідна структура ПМЖ з підвищеною ехогенністю товщиною $< 1,4 \pm 0,15$ см, шириною більше $10,65 \pm 1,0$ см [30, 190].

При оцінці параметрів грижі авторами виявлені невідповідності між клінічними даними і результатами КТ. Це виражалось в більш точних і об'єктивних результатах КТ [78]. УЗД є інформативним методом у діагностиці ГБЛЖ малих та середніх розмірів, що дозволяє вивчити їх параметри та оцінити зміни ПБСЖ [112]. Проте, його можливості обмежені невеликою зоною сканування, що є недоліком під час дослідження великих та гігантських гриж ПБСЖ [231]. КТ, навпаки, дає можливість оцінити стан ПБСЖ, локалізацію грижі, розміри ГД та вміст ГМ, оцінити вміст ГМ, виміряти об'єм грижі, ЧП і визначити їх процентне співвідношення, не зважаючи на товщину ПЖК та розміри ГД. Никитаєв Н.С. вважає, що показом до КТ дослідження гриж і ПБСЖ є великі і рецидивні грижі, особливо у людей з надлишковою МТ [143].

Л.С. Білянський вказує на використання КТ-герніографії [21]. В роботах А.С. Єрмолова, Ю.В. Варшавського (2006), Юрасова А.В. (2006), В.А. Шуляренко, Т.Ю. Пилипенко (2009) вказується про впровадження для більш точної та об'єктивної характеристики розмірів грижі методу КТ – герніоабдомінометрії – визначення «відносного об'єму грижі» відповідно до об'єму ЧП, як параметра, що найбільш повно відповідає завданням сучасної герніології [78, 231, 236].

Отже, УЗД та аксіальна КТ – інформативні методи у діагностиці первинної ГБЛЖ. Багато вітчизняних та закордонних авторів висловлюються за доціль-

ність використання цих методів в комплексному обстеженні хворих на грижу, однак більшість використовують їх для обстеження хворих на післяопераційну вентральну грижу. Дослідження параметрів ПБСЖ *in vivo* у хворих на первинну ГБЛЖ за допомогою УЗД та КТ, а також подальші морфологічні пошуки змін структури БЛЖ дозволять покращити результати лікування цих пацієнтів.

1.3. Сучасна оцінка якості життя, антропометричного дослідження, недиференційованої дисплазії сполучної тканини у хворих на грижу білої лінії живота

Традиційно критеріями ефективності лікування хворих на грижу у клінічних дослідженнях є відсутність рецидиву, фізикальні дані та лабораторні показники, але вони не відображають самопочуття хворого і його функціонування в повсякденному житті. У наш час загальновідомо, що при оцінці важкості захворювання і виборі методів лікування необхідно враховувати не тільки соматичні показники здоров'я, але і критерії ЯЖ. Неможливо в повному обсязі оцінити переваги або недоліки будь-якого оперативного втручання, не вивчивши його вплив на ЯЖ [38, 117, 152, 189].

Згідно з визначенням World Health Organization, ЯЖ – це інтегральна характеристика фізичного, психологічного, емоційного та соціального функціонування хворого, заснована на його суб'єктивному сприйнятті [304].

Інструменти для оцінки ЯЖ – це загальні і спеціальні опитувальники, що розроблені експертами провідних світових клінік у відповідності до принципів доказової медицини [253]. Спеціальні опитувальники найбільш чутливі до конкретного захворювання, містять в собі специфічні для них компоненти. Так для визначення ЯЖ у онкологічних хворих застосовується опитувальник EORTC QLQ – C 30 [241], в офтальмологічній практиці – опитувальник NEIVFQ [303]. Описані результати дослідження ЯЖ хворих на пахвинну грижу за допомогою опитувальника EuraHS-QoI [19]. Спеціальні опитувальники для визначення ЯЖ хворих на ПГ на сьогодні ще не розроблені. Одним із найбільш широко

розповсюджених загальних опитувальників для оцінки ЯЖ є Short Form Medical Outcomes Stide (SF-36). Цей опитувальник у наш час використовується в 95% наукових досліджень [95, 301, 302].

Методика оцінки ЯЖ за допомогою короткої форми опитувальника SF-36 призначена для вивчення всіх компонентів ЯЖ. Опитувальник складається з 36 питань і включає 8 шкал. Відповіді виражаються у балах від 0 до 100 [152]. В.Н. Амірджанова, демонструючи результати багатоцентрового дослідження ЯЖ «МІРАЖ» опитувальником SF-36, стверджує, що середні значення показників ЯЖ значно відрізняються від 100% рівня «ідеального здоров'я», а їх розподіл не був нормальним для більшості шкал. Для наближення розподілу результатів до нормальних і створення можливості прямої інтерпретації результатів авторами була проведена стандартизація значень кожної шкали SF-36 [9].

Робіт, де б досліджувалась ЯЖ хворих лише на ПГ або ГБЛЖ серед доступних джерел досить мало. ЯЖ хворих на ПГ або ГБЛЖ вивчається різними авторами в структурі інших гриж. Ряд авторів при вивченні ЯЖ порівнюють групи пацієнтів після Ав та алопластичних способів пластики ГД. Інші порівнюють ЯЖ у хворих, яким імплантують різні види СІ [297]. У переважній більшості ЯЖ вивчається у хворих на пахвинну та післяопераційну вентральну грижу. Серед них слід виокремити праці В.В. Власова, О.О. Грешило, Р.А. Краснолобова, В.В. Паршикова, Б.С. Суковатих та інших [38, 117, 152, 153, 189].

В.В. Паршиков та співавтори доводять до загального відома, що ЯЖ хворих після герніопластики у віддаленому післяопераційному періоді є високою. Наявність рецидиву грижі погіршує ЯЖ [152]. Б.С. Суковатих та А.А. Нетяга, порівнюючи ЯЖ хворих після Ав і алопластичних методів закриття ГД ПГ і ГБЛЖ, стверджують, що ендопротезування ПБСЖ дозволяє покращити ЯЖ цих хворих [189]. Подібні результати отримали і В.В. Паршиков та співавтори [288]. Р.А. Краснолобов та Н.В. Рухляда дотримуються думки, що спосіб пластики ПБСЖ не впливає на показники шкал SF-36 [117].

Отже в доступній вітчизняній і іноземній літературі ще не в повній мірі висвітлене питання ЯЖ хворих на ГБЛЖ. Однак питання ЯЖ пролікованих

пацієнтів має важливе значення для соціальної і трудової реабілітації.

За останніми даними літератури вважається, що люба грижа ПБСЖ є не просто локальним захворюванням, а наслідком генералізованого або регіонарного порушення структури сполучної тканини. Упродовж останніх років у літературі все частіше згадують термін дисплазії сполучної тканини (ДСТ) [209]. ДСТ клінічно проявляється «слабкістю» сполучної тканини в більшості органів і систем. За даними літератури, ДСТ виявляють в 20-80% населення [1, 15, 223]. Аналіз даних літератури і власний досвід дозволили Т.И. Кадуриной виділити диференційовані ДСТ, що обумовлені конкретним генним дефектом і мають чіткий симптомокомплекс (синдром Марфана, синдром Елера-Данлоса) і НДСТ, що діагностуються в тих випадках, коли у пацієнта набір фенотипових ознак не вкладаються ні в одне з захворювань [104, 105, 187].

На сьогодні лише поодинокі дослідження присвячені вивченню ознак НДСТ при грижах ПБСЖ. Усі вони стосуються, в основному, діафрагмальних і пахвинних гриж. Але практично в кожній роботі, що стосується фенотипових проявів НДСТ, є повідомлення про те, що причиною виникнення грижі є порушення структури сполучної тканини, а грижа, поряд з іншими фенотиповими критеріями, є однією з ознак НДСТ [15, 27, 53, 67, 132]. Точних лабораторних методів діагностики НДСТ немає, існуючі методи технічно складні, дорогі і їх проведення можливе лише в спеціальних лабораторіях. Тому основним у діагностиці ДСТ є метод визначення простих фенотипових ознак [15].

Для скринінг діагностики застосовуються критерії Т. Милковской-Димитровой і А. Карташева (1985). Вони виділяють головні і другорядні фенотипові ознаки ДСТ [230]. Визначається легкий (при наявності 2 головних ознак), середній (3 головних і 2-3 другорядних або 3-4 головних і 1-2 другорядних) і тяжкий ступінь НДСТ (5 головних і 3 другорядних ознак) [187, 230].

Т.И. Кадурина пропонує в рамках НДСТ виділяти три фенотипи: марфаноподібний, MASS-подібний і елерсоподібний. Для клініки марфаноподібного фенотипу характерні астенична статура, доліхостеномелія, арахнодактилія, деформації грудної клітки, хребта, плоскостопість, ураження клапан-

ного апарату серця, порушення зору. Елерсоподібний фенотип передбачає поєднання множинних ознак ДСТ з тенденцією до гіперрозтяжності шкіри і різної міри вираженості гіпермобільності суглобів. MASS-подібний фенотип являє собою акронім за першими буквами найбільш частих фенотипічних ознак (Mitral valve, Aorta, Skeleton, Skin), для його клініки характерні ознаки порушення серцево-судинної системи, скелетні аномалії, а також всілякі шкірні зміни [104, 105, 132].

Велика увага у сучасній літературі приділяється вивченню конституції та соматотипу людини. Кожна людина індивідуальна і має свій соматотип. Хворі на ГБЛЖ мають свій соматотип, але відомості про це обмежені. М.В. Черноруцький ще у 1925 р., В.В. Бунак – у 1934 р. констатували без сумніву існуючу неоднакову схильність основних соматичних типів до різних захворювань та неоднаковий перебіг тієї самої хвороби в різних соматотипах [183]. Медична антропологія, свідчить П.П. Шапаренко (2000), стверджує, що з урахуванням конституції людини лікарі мають змогу надійно оцінювати реактивність організму та встановлювати властиві даному соматотипу фактори ризику до окремих захворювань. Автор наводить приклади, що людина Дтс схильна до розвитку виразки шлунка, туберкульозу; брахіморфи – хворіють на гіпертонічну хворобу, діабет. Отже конституція визначає необхідність диференційованого підходу до лікування [227]. У літературі часто зустрічаються дослідження соматотипу хворих з різноманітною патологією. Методики антропометричного дослідження та визначення антропометричних показників описані у працях П.П. Шапаренко, Б.А. Нікітюка, Е.Г. Мартиросова [129, 145, 146, 147]. Індивідуальна анатомічна мінливість тіла людини висвітлена в монографіях Д.Б. Бекова (1998), Лаврової Т.Ф. (1992) [18, 119]. Відомі наукові роботи в яких висвітлюються дані антропометричного дослідження хворих на вентральну грижу [36, 52, 119, 134].

А.Г. Хітарьян (2003) використав антропометричне обстеження хворих на грижу для виділення 3 конституціональних груп пацієнтів по формі живота (ФЖ): плоский, сферичний і відвислий живіт. За думкою автора цей розподіл хворих дозволив визначити об'єктивні показники до протезування ПБСЖ та покращити результати лікування цих хворих. Серед хворих з відвислою ФЖ

відмічено 56,7% грижоносіїв, що дозволяє розглянути цих пацієнтів як групу ризику для розвитку гриж [220].

Більшість авторів для проведення антропометричного дослідження користуються методикою В.В. Бунака (1941) з модифікацією П.П. Шапаренка (1990), дотримуючись рекомендацій та вимог до дослідження Б.А. Нікітюка і А.А. Гладишевої [24, 39, 98, 195]. Для визначення компонентного складу тіла розповсюджений метод J. Mateigka [35, 62, 64].

Існує багато схем визначення соматотипів людини. Більшість із них мають лише історичний інтерес. Використовують методи соматотипування, запропоновані І. Галантом (1927) для жінок, В.В. Бунаком (1937) – для чоловіків; В.П. Чтецовим, М.И. Уткиной (1978, 1979) – для чоловіків і жінок [114]. Популярністю серед лікарів користувалась схема М.В. Черноручького (1925). Він уперше ввів у вітчизняну літературу схему Брайанта (1913) і запропонував свою класифікацію, що включає 3 типа: астенічний, нормостенічний та гіперстенічний [110]. В.Н. Шевкуненко виділив Бтм, Мтс та Дтс. І.Б. Єршова визначала соматотип з використанням схеми В.Г. Штефко і А.Д. Островського (1929), згідно з якою виділяла «слабкий», «середній» та «дигестивний» соматотипи [79]. В останній час увагу дослідників привернула математична схема визначення соматотипу J.Carter і V. Heath [10, 180, 222, 228, 254]. Оцінка соматотипу за нею передбачає трикомпонентний склад тіла: ендоморфний (ступінь жировідкладання); мезоморфний (стан розвитку скелета і м'язів); екторморфний (пропорційність тіла, розвиток кісткового компоненту). Класифікація універсальна, вона пристосована до людей різних вікових, статевих та етнотериторіальних груп [10, 114]. Публікацій, де б досліджувався соматотип у хворих на ГБЛЖ в літературі ми не знайшли.

Таким чином, у доступній вітчизняній і іноземній літературі ще не в повній мірі висвітлено питання ЯЖ, особливостей антропометрії, визначення соматотипу і фенотипових проявів НДСТ у хворих на первинну ГБЛЖ. Врахування зазначеного є одним з шляхів індивідуалізації хірургічного лікування цих пацієнтів, з метою покращення його результатів.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Об'єкти дослідження

Для досягнення мети та вирішення завдань, дослідження проводилось на 32 нефіксованих трупах дорослих людей, з відсутністю або наявністю ГД БЛЖ. Макроскопічні і морфологічні дослідження проведено на базі Державного патологоанатомічного центру України (м. Хмельницький). Клінічна частина роботи виконана з залученням 276 хворих на первинну ГБЛЖ (208 хворих на ПГ – у зв'язку з тим, що ПК входить до складу БЛЖ, і 68 хворих на ГБЛЖ). Дослідження виконано на базі відділення реконструктивної хірургії і гнійних перитонітів з центром гострих шлунково-кишкових кровотеч Хмельницької обласної лікарні і кафедри хірургії факультету післядипломної освіти ВНМУ ім. М.І. Пирогова.

Серед хворих на ПГ виділена основна група – 155 (74,52%) хворих, яким виконано Ал закриття ГД, та група порівняння – 53 пацієнти, яким ГД закрито Ав методами. Хворі на ГБЛЖ за способом закриття ГД розподілені аналогічно: основна група (52) та група порівняння (16).

Жінки, хворі на первинну ГБЛЖ (72,01%) переважали за кількістю над чоловіками (27,99%). Середній вік хворих на ПГ склав $56,8 \pm 13,8$ років, а на ГБЛЖ – $54,7 \pm 12,5$ років. Жінок у вікових групах 51-60 та 61-70 років було значно більше, ніж чоловіків (табл. 2.1.1). Більшість пацієнтів були працездатного віку, особи пенсійного віку становили 39,9%.

Детальне вивчення анатомії ПБСЖ за допомогою УЗД проведено у 139 пацієнтів, які розподілені на основну групу (64 хворих, що мали ГД БЛЖ) і групу порівняння (75 пацієнтів, у яких не виявлено грижі). За допомогою аксіальної КТ обстежено 54 хворих на первинну ГБЛЖ (основна група) та 112 дорослих здорових людей (група порівняння), яким КТ виконували з метою діагностики захворювань ОЧП та поперекового відділу хребта. УЗД та аксіальна КТ виконані на базі Хмельницької обласної лікарні.

Таблиця 2.1.1

Розподіл хворих на первинну пупкову грижу і грижу білої лінії живота
за віком і статтю.

ВІК	СТАТЬ					
	Чоловіки		Жінки		Усього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
ПУПКОВА ГРИЖА						
До 21 року	1	0,48	-	-	1	0,48
21 – 30 років	2	0,96	1	0,48	3	1,92
31 – 40 років	7	3,37	8	3,84	15	7,22
41 – 50 років	17	8,17	15	7,21	32	15,38
51 – 60 років	18	8,65	56	26,94	74	35,57
61 – 70 років	7	3,37	51	24,51	58	27,89
Старше 71 року	1	0,48	24	11,54	25	12,02
Усього	53	25,48	155	74,52	208	100,0
ГРИЖА БІЛОЇ ЛІНІЇ ЖИВОТА						
До 21 року	2	2,94	-	-	2	2,94
21 – 30 років	2	2,94	2	2,94	4	5,88
31 – 40 років	6	8,82	2	2,94	8	11,76
41 – 50 років	8	11,77	2	2,94	10	14,71
51 – 60 років	4	5,88	10	14,71	14	20,59
61 – 70 років	8	11,77	18	26,47	26	38,24
Старше 71 року	-	-	4	5,88	4	5,88
Усього	30	44,12	38	55,88	68	100,0
УСЬОГО	83	27,99	193	72,01	268	100,0

2.2 Метод антропометричного дослідження

Антропометричні виміри виконували, дотримуючись вимог Б.А. Нікітюка і А.А. Гладішевої [169, 170]. Для забезпечення точності вимірювання тіла використовували так звані антропометричні точки, що мають точну локалізацію: кісткові виступи, відростки, бугри, соски грудних залоз, пупок і т.д. Згідно з методикою В.В. Бунака [170] для антропометричного дослідження використовували стандартний набір антропометричних інструментів: антропометр Мартина з ціною поділки 1,0 см; великий ковзний циркуль із міліметровою шкалою ділення; сантиметрова полотняна стрічка з ціною поділки 1 мм, каліпер, медичні ваги з точністю вимірювання 200,0 г.

Вимірювали зріст пацієнтів, МТ, довжину корпусу, окружність грудної клітки (ГК), відстань між яремною вирізкою і лобком, між мечоподібним відростком і лобком, між нижніми точками X ребер, відстань між передніми верхніми остями клубових кісток, обхват та діаметр плеча, передпліччя, стегна, гомілки, товщину підшкірно-жирових складок, та інші згідно протоколу [170].

МТ визначали на медичних вагах, зріст – штангою антропометра, обхватні розміри – тканинною метричною стрічкою. Обхват грудей у чоловіків проводили у стані спокою по сосковій лінії, у жінок – по верхньому краю молочної залози. Обхват плеча визначали у дистальному відділі при опущеній руці на 4-5 см вище надвіростків плеча; обхват передпліччя – при опущеній руці в місці найбільшого розвитку м'язів; обхват стегна – у нижній третині на 7-8 см вище колінного суглоба; обхват гомілки – у місці найбільшого розвитку м'язів. Діаметри дистальних частин тіла вимірювали штангенциркулем: діаметр плеча – між латеральним і медіальним надвіростками плечової кістки; передпліччя – між шилоподібними відростками ліктьової і променевої кісток; стегна – між медіальним і латеральним надвіростками стегнової кістки; діаметр гомілки – між виступаючими точками кісточок великогомілкової та малоомілкової кісток [148].

Визначення товщини шкірно-жирових складок проводили за допомогою каліперометрії: у ділянці спини – під нижнім кутом правої лопатки (d_1); у ділянці

живота – справа, відступаючи 5 см від пупка (d_2); на передній поверхні плеча – приблизно над двоголовим м'язом (d_3); на задній поверхні плеча – приблизно над трьохглавим м'язом (d_4); у верхній третині латеральної поверхні передпліччя (d_5); на передній поверхні правого стегна (d_6); на задній поверхні гомілки – у ділянці литкового м'язу (d_7). Вимірювання шкірно-підшкірних складок виконували за методикою Harrison et al., зі змінами Є.Г. Мартиросова (2006) [148].

Компонентний склад тіла визначали за формулами Я.Матейки [126]. Визначали жировий, кістковий та м'язевий компоненти. Окрім абсолютних значень компонентів МТ визначали відсоткові значення від МТ. Для цього абсолютну величину компонента ділили на МТ і множили на 100.

У дослідження включені визначення типів статури (ТС) за В.М. Шевкуненком і згідно з індексом Бругша; кормічного індексу, форми тулуба (ФТ) та типу розвитку ГК (індекс Ф.Ф. Ерісмана); визначення вертикального індексу живота (ВІЖ) [258]. Окрім того усі хворі розподілені на групи за розмірами ГД згідно з класифікацією EHS [315], за МТ згідно з індексом Кетле.

2.2.1. Визначення соматотипу

У своїй роботі користувались математичною схемою соматотипування по J.L. Carter, B.N. Heath, 1990 [286]. Відповідно до неї під соматотипом розуміють прояв морфологічного статусу в даний момент часу. Соматотип визначається оцінкою, яка складається з трьох чисел. Кожне число (бал) являє собою оцінку трьох первинних компонентів тілобудови, якими визначаються індивідуальні варіації форми і складу тіла людини. Перший компонент – ендоморфний (тобто жировий) – характеризує ступінь розвитку жирової тканини. Другий – мезоморфний (тобто м'язево-кістковий) визначає відносний розвиток м'язів і кісткових елементів тіла. Третій компонент – екторморфний (тобто показник площі поверхні тіла) визначає відносну витягнутість (лінійність тіла).

Для визначення ендоморфного компонента (ЕК) використали формулу:

$$EK = -0,7182 + 0,1451 \times (X) - 0,00068 \times (X^2) + 0,0000014 \times (X^3),$$

де X – сума шкірно-жирових складок на задній поверхні плеча, під лопаткою і на животі.

Для визначення мезоморфного компонента (МК) використали формулу:

$$MK = (0,85 \times EP + 0,601 \times EC + 0,188 \times OP + 0,161 \times OG) - L \times 0,131 + 4,5,$$

де EP – ширина дистального епіфіза плеча (см); EC – ширина дистального епіфіза стегна (см); OP – обхват плеча (см); OG – обхват гомілки (см); L – довжина тулуба (см).

Для визначення ектоморфного компонента (LK) використали формулу:

$$LK = PBK \times 0,732 - 28,58,$$

де PBK – росто-ваговий коефіцієнт, який розраховували за формулою:

$$PBK = \frac{L}{\sqrt[3]{m}},$$

де L – довжина тіла (см); m – маса тіла (кг).

При цьому потрібно враховувати, що якщо PBK варіює від 40,75 до 38,25 то розрахунок здійснювали по формулі:

$$L = PBK \times 0,463 - 17,63,$$

У випадках, коли $PBK \leq 38,25$, ектоморфія складає 0,1 бала.

Таким чином соматотип визначали за величиною 3 чисел: екто-, мезо- і ендоморфії. Якщо одне з цих чисел ≥ 1 , то статура тіла пацієнта відповідала даному соматотипу. В іншому випадку, коли між 2 суміжними компонентами соматотипу різниця у вираженості балів не перевищувала 1, то пацієнтів відносили до проміжних соматотипів (екто-ендоморфів, екто-мезоморфів та енто-мезоморфів). Якщо всі три компоненти були виражені в однаковій мірі, то пацієнтів зараховували до групи з середнім проміжним соматотипом.

2.3 Дослідження недиференційованої дисплазії сполучної тканини

Для виявлення характерних фенотипових ознак НДСТ у хворих на ПГ вивчали наступні критерії: ТС (за В.М. Шевконенком) [227]. тонус і стан м'язів, еластичні властивості шкіри, стан хребта, схильність до алергічних і застудних

захворювань, наявність деформації нижніх кінцівок, арахнодактилії, плоскостопості, варикозної хвороби ніг, геморою, пролапсу статевих органів, грижі передньої черевної стінки, порушення прикусу і розвитку зубів, готичного піднебіння, синдрому блакитних склер, деформації вушної раковини, спланхноптозу, порушення моторної функції травного тракту, що підтверджені ендоскопічно.

Зниження тону м'язів ПБСЖ оцінювали візуально, виявляли діастаз ПМЖ та визначали профіль живота. Відвислий живіт, з шкірно-жировим клаптем вказував на гіпотонію м'язів ПБСЖ. Оцінку розтяжності шкіри проводили на тильній частині кисті, кінчику носа, лобі. Стан хребта оцінювали візуально. Діагностували сколіоз, кіфоз та лордоз хребта [114, 115]. При визначенні форми ніг, пацієнтів просили стати, сполучивши п'яти разом і випрямитись. У нормі ноги дотикалися у ділянках колінних суглобів, при О-подібній деформації колінні суглоби не дотикалися, при Х-подібній – один суглоб заходив за інший. Поздовжню плоскостопість визначали з анамнезу і по подометричному індексу (висота стопи \times 100 / довжина стопи). Довжину стопи вимірювали лінійкою від кінчика першого пальця до зовнішньої поверхні горба п'яти. Висоту стопи визначали від підлоги до верхньої поверхні човноподібної кістки [115].

Для підтвердження арахнодактилії застосовували прості клінічні тести (скринінг тест «великого пальця», тест зап'ястка). Гіпермобільність суглобів визначали по шкалі Бейтона [115]. Наявність варикозної хвороби вен нижніх кінцівок, геморою, пролапсу статевих органів, грижі ПБСЖ виявляли при опитуванні хворого, зборі анамнезу та об'єктивному обстеженні. Порушення прикусу зубів, готичне піднебіння, синдром блакитних склер, деформації вушної раковини – візуально. Порушення моторної функції травного тракту та спланхноптоз діагностували за допомогою апаратних методів дослідження до операції.

Оцінку кожного параметра здійснювали за допомогою цифрових значень (показники, які можна виміряти, реєстрували за числовими значеннями, наявність або відсутність ознаки позначали відповідно, як «1» або «0»).

Визначення фенотипових проявів НДСТ проводили згідно з рекомендаціями Т.И. Кадуриной [114, 115]. Фенотипові ознаки НДСТ та ступінь їх

вираженості оцінювали за методиками Т.Ю. Смольновой (2003) та Т. Милковской (1987). Виділені групи пацієнтів (згідно з критеріями Т.Ю. Смольновой та Милковской-Дмитриевой) з проявами НДСТ легкого, середнього та важкого ступеней тяжкості. Виділені групи пацієнтів, що мали марфаноподібний, елерсоподібний та МАСС-подібний фенотипи. Вивчали залежність розподілу пацієнтів по вказаним групам від їх соматотипу, ТС, МТ та розмірів ГД ПГ.

2.4 Метод макроскопічного дослідження

На ПБСЖ нефіксованого трупа людини проводили розріз від метоподібного відростка до лобка. Розсікали тканини до апоневрозу БЛЖ. Далі гострим шляхом відсепаровували шкіру з ПЖК від передньої пластинки піхви ПМЖ по обидва боки від БЛЖ на відстань 8 – 10 см від неї. Візуально вивчали форму та будову БЛЖ. За допомогою лінійки вимірювали ширину БЛЖ на 5 рівнях: під мечоподібним відростком, *l. bicostralis* (*lbc*), пупка, *l. bispinialis* (*lbs*), над лобком, визначали тип БЛЖ за Лавровою Т.Ф. [136]. На цих рівнях виконували забір шматочків БЛЖ по серединній лінії розміром 1×1 см. Ділянки БЛЖ розправляли на картоні, чітко відмічали краніальний і каудальний краї препарату. Авторський спосіб розширення ГД був експериментально відпрацьований на 8 трупах з метою визначення розміру створеного при цьому операційного доступу.

2.5 Метод гістологічного дослідження

З метою вивчення морфологічних особливостей апоневрозу БЛЖ та виявлення різних типів волокон сполучної тканини використовували гістохімічні методи забарвлення: метод за Вергефом – для диференціювання ЕВ від КВ (ЕВ набувають чорного кольору, КВ – червоного); забарвлення залізним гематоксилином за методом Гейденгайна (для виявлення найтонших деталей структури ядра); комбінований метод забарвлення ШИК + Хейл (ШИК-позитивні речовини забарвлюються в червоний колір різних відтінків; нейтральні мукополісахариди

набувають світло-червоних відтінків, глікоген – більш темних; метод Хейла дозволяв виявити кислі мукополісахариди, які зафарбовувались у зеленувато-блакитний або синьо-зелений колір); метод імпрегнації сріблом за Гордоном-Світсом (дозволяв виявити незрілі КВ, які фарбувались в сіро-чорний колір та зрілі КВ, які набували коричневого кольору); реакція з піросиріусом червоним (за допомогою поляризаційної мікроскопії зрізів диференціюються типи колагену – колаген I типу давав світіння у спектрі червоного світла, колаген III типу – слабе світіння зеленуватого відтінку).

Для морфометричного аналізу використовували комп'ютерний аналізатор зображення "Olympus DP-Soft". За його допомогою визначали: товщину апоневрозу БЛЖ, кількість волокнистих елементів на заданій площі (10000 мкм²), діаметр волокон сполучної тканини, об'ємний вміст КВ і ЕВ.

2.6 Методи клінічного дослідження

Обстеження хворих на ПГ і ГБЛЖ розпочинали з'ясуванням скарг та анамнезу життя і захворювання, детального дослідження стану всіх органів та систем організму, місцевого статусу, виконували обов'язковий перелік клінічних та біохімічних лабораторних досліджень за загально прийнятими методами [250]. При необхідності, хворих оглядали суміжні спеціалісти. Особливу увагу звертали на стан ПБСЖ та ділянки пупка. Візуально виявляли локалізацію і розміри грижового випинання, зміну його розмірів під час напруження та кашлю. При пальпації досліджували вправимість грижі, ГД.

При виявленні ГД, пацієнту проводили УЗД ОЧП для визначення розмірів ГД, ширини БЛЖ, виявлення можливих додаткових ГД та супутньої патології. За необхідності з цією метою також призначали КТ ОЧП. Передопераційну підготовку хворих здійснювали відповідно до описаної [244]. За розмірами ГД, які вимірювали інтраопераційно, ГБЛЖ розподіляли згідно з класифікацією EHS (2009) на грижу малого, середнього та великого розмірів [315].

Вивчаючи методики розширення ГД, виділили 2 групи дослідження: пацієнти, яким ГД розширили вздовж БЛЖ (6), та хворі (12), яким виконано розширення ГД в сторони, з розтинанням піхв ПМЖ (авторське розширення).

При виконанні Ал з По розташуванням СІ порівнювали групи пацієнтів: хворі (52), яким СІ фіксували використовуючи 4 або більше швів, та пацієнти (71), яким СІ фіксували спрощеним методом (з використанням одного шва).

Для профілактики місцевих ускладнень використовували наклеювання на операційне поле плівки «Joban», промивання рани розчинами 0,02% Декасана, фурациліну, ретельний гемостаз за допомогою діатермокоагуляції, використання апарата електрозварювання тканин, монофіламентний шовний матеріал. Для профілактики післяопераційних ускладнень перед операцією хворим призначали антибіотики групи цефалоспоринів II покоління в комбінації з метронідазолом. З метою профілактики ТЕЛА використовували низькомолекулярні гепарини.

2.7 Інструментальні методи

З метою прижиттєвого дослідження ділянки грижового випинання та БЛЖ використовували УЗД та метод аксіальної КТ. УЗД ПБСЖ проводили апаратом TOSHIBA NEMIO XG лінійним датчиком 7,5 МГц у В режимі. Дослідження проводили з мінімальним натискуванням датчика на ПБСЖ. Попередньої підготовки перед обстеженням пацієнти не потребували.

Вивчали анатомічну будову ПБСЖ на 5 рівнях: під мечоподібним відростком, на рівні Івс, пупка, Івс та над лобковим симфізом. При цьому ультразвуковий датчик розташовували перпендикулярно ПБСЖ. У пацієнтів без ГД ПД та БЛЖ чітко візуалізували ПЖК, апоневроз БЛЖ, медіальні краї ПМЖ та очеревину. Вимірювали товщину ПЖК, товщину передочеревинного простору, ширину БЛЖ. Потім датчик переміщали на 3-4 см від БЛЖ вправо та вліво, і на описаних рівнях дослідження визначали товщину ПМЖ.

При вимірюванні ширини БЛЖ виокремлювали хворих з нормальною її шириною та діастазом різних ступенів по G. Veer [279]. Проблематичним було

вимірювання ширини БЛЖ за допомогою УЗД у хворих з діастазом ПМЖ II та III ступенів (ширина БЛЖ перевищувала розміри УЗ датчика). У цих пацієнтів неможливо зафіксувати в одноекранному режимі краї обох ПМЖ, використовували УЗД у двоекранному режимі. Товщину широких м'язів живота вивчали на рівнях Іbc, пупка та Іbs по середньо-ключичним лініям.

Для виявлення ГД БЛЖ простежували впродовж всієї її довжини. Визначали відношення діаметру ГД до ширини БЛЖ, розміри ГД, що дозволяло до проведення операції чітко класифікувати ГД. Інколи, для кращої УЗ діагностики хворих просили покашляти або напружити м'язи ПБСЖ. Вивчали характер грижового вмісту (у випадках наявності в ГМ сальника або петель кишечника чітко вдавалось їх візуалізувати). За наявності, діагностували супутню патологію з боку ОЧП та заочеревинного простору.

При проведенні аксіальної КТ на рівнях Іbc, пупка та Іbs вимірювали товщину ПЖК, ширину БЛЖ, товщину апоневрозу БЛЖ, товщину та ширину ПМЖ, товщину широких м'язів живота. У хворих на ПГ або ГБЛЖ визначали розміри ГД, розміри ГМ, відношення діаметра ГД і ширини БЛЖ, відстань від вершини ГМ до шкіри, грижовий вміст. БЛЖ вивчали на всій протяжності з метою виявлення усіх ГД в ній.

При обробці порівнювали отримані показники на різних рівнях між собою та між обома групами. Під час оцінки даних ширини БЛЖ подібно до УЗД обстеження виокремлювали групи хворих з нормальною шириною БЛЖ та діастазом ПМЖ різного ступеню.

2.8 Метод визначення якості життя пацієнтів

Оцінку ЯЖ проводили за допомогою короткої форми опитувальника „SF-36 Health Status Survey“ [9], який може бути використаним у пацієнтів різних вікових груп, як в нормі так і при різних захворюваннях. Хворі у присутності лікаря заповнювали анкету перед оперативним втручанням, у подальшому – через 1, 6 місяців та 1, 2, 3 роки після операції. В опитувальнику 36 запитань

формують 8 основних груп: фізичне функціонування (PF); рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (RP); інтенсивність болю (BP); загальний стан здоров'я (GH); життєва активність (VT); соціальне функціонування (SF); рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (RE); психічне здоров'я (MH). Обробка результатів дослідження проведена за допомогою інструкції підготовленої компанією «Эвиденс – Клинико-фармакологические исследования» [105]. Для кожного респондента по всім шкалам розраховувався Z-рахунок по відношенню різниці трансформованого показника кожної шкали з його середнім значенням в популяції до стандартного відхилення:

$$PF_z = (PF - 77,02303) / 25,21484$$

$$RP_z = (RP - 53,80532) / 42,36397$$

$$BP_z = (BP - 61,30323) / 26,26724$$

$$GH_z = (GH - 56,55861) / 19,34827$$

$$VT_z = (VT - 55,15550) / 21,97386$$

$$SF_z = (SF - 69,66956) / 23,42670$$

$$RE_z = (RE - 57,23684) / 41,95659$$

$$MH_z = (MH - 58,81938) / 19,96775$$

де PF, RP, BP, GH, VT, SF, RE, MH – трансформовані значення кожної шкали; z-рахунок трансформованих шкал.

Для стандартизації значень кожної шкали був вибраний 50% рівень від «ідеального» здоров'я і однакове стандартне відхилення, рівне 10. Стандартизацію кожної шкали проводили за наступними формулами [9]:

$$PF_{ст} = 50 + (PF_z * 10)$$

$$RP_{ст} = 50 + (RP_z * 10)$$

$$BP_{ст} = 50 + (BP_z * 10)$$

$$GH_{ст} = 50 + (GH_z * 10)$$

$$VT_{ст} = 50 + (VT_z * 10)$$

$$SF_{ст} = 50 + (SF_z * 10)$$

$$RE_{ст} = 50 + (RE_z * 10)$$

$$MH_{ст} = 50 + (MH_z * 10)$$

2.9 Метод статистичного аналізу

Дані, що отримані під час вимірювань окрім розроблених протоколів заносили в електронні таблиці за допомогою програми „Microsoft Excel 2000“. При виконанні статистичного аналізу визначали середню арифметичну величину, середнє квадратичне відхилення, похибку середньої арифметичної величини [141].

Середню величину (M) визначали шляхом ділення суми значень (тобто результатів виміру ознаки у кожного об'єкта – V) на кількість об'єктів (n) в групі:

$$M = \Sigma V / n.$$

Визначали середнє квадратичне відхилення за формулою:
Ошибка! Закладка не определена.

$$\sigma = \pm \sqrt{\Sigma p d^2 / n}, \text{ де}$$

$\Sigma p d^2$ – сума квадратів відхилень за відповідними частотами;

n – кількість об'єктів в групі.
Ошибка! Закладка не определена.

Отримавши значення середнього квадратичного відхилення визначали похибку (m) середньої арифметичної величини:
Ошибка! Закладка не определена.

$$m = \pm \sigma / \sqrt{n}, \text{ де}$$

n – кількість об'єктів в групі.

Достовірність відмінностей параметричних величин із нормальним розподілом оцінювали за допомогою t-критерію Стьюдента. Якщо величина t-критерію дорівнює 2,0 та більше, то можна стверджувати, що різниця показників не випадкова, залежить від певних причин, імовірність помилки виявити неіснуючі відмінності не перевищує 5 % ($p < 0,05$).

Попередній аналіз цифрових даних виконаний за допомогою стандартного програмного інструменту „Microsoft Excel 2000“, остаточний – стандартного пакету „Statistica 5.5“ (належить ЦНІТ ВНМУ, ліцензійний

№АХХР 910А374605FA) і „Statistica 6.1“ (належить ЦНІТ ВНМУ, ліцензійний №ВХХР901Е246022FA).

РОЗДІЛ 3

АНТРОПОМЕТРИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТІЛОБУДОВИ ХВОРИХ НА ПЕРВИННУ ГРИЖУ БІЛОЇ ЛІНІЇ ЖИВОТА

3.1 Особливості тілобудови хворих на первинну пупкову грижу

При розгляді компонентного складу тіла хворих на ПГ (табл. 3.А.1) встановлено, що максимальним був жировий компонент МТ і коливався в межах від 6,64 до 107,08 кг. Він був більшим у жінок ($35,3 \pm 20,6$ кг), ніж у чоловіків ($25,4 \pm 11,0$ кг). У чоловіків м'язевий компонент МТ ($30,06 \pm 7,3$ кг) був більшим ($p < 0,05$), ніж у жінок ($22,1 \pm 8,3$ кг). Цей компонент МТ у хворих на ПГ коливався від 12,1 до 45,04 кг. Найменші показники мав кістковий компонент: від 2,8 до 14,9 кг. Не виявлено достовірної різниці в середніх значеннях кісткового компонента в чоловіків і жінок.

Середні значення індексу А. Кетле у жінок ($34,5 \pm 8,32$ кг/м²) більші, ніж у чоловіків ($31,2 \pm 5,7$ кг/м²) ($p < 0,05$), що свідчить про часте ожиріння (Ож) в жінок. Хворі на ПГ (рис. 3.1.1) переважно мали Ож І ст. (34,1%) і надлишкову МТ (28,4%). Ож ІІІ ст. спостерігали в ¼ частини пацієнтів. Отже, більше половини хворих страждали на Ож І та ІІІ ст., і лише 7,7% - мали нормальну МТ. У чоловіків часто спостерігали Ож І ст. (10,1%) і надлишкову МТ (8,17%). Жінки також, здебільшого, мали ожиріння І (24,04%) та ІІІ (21,6%) ступенів, а також надлишкову (20,19 %) МТ.

Середнє значення ендоморфного компонента в жінок достовірно більше, ніж у чоловіків ($p < 0,05$). Його мінімальний та максимальний показники становлять 2,04 та 12,91. У значеннях мезоморфного компонента достовірної різниці в чоловіків ($6,3 \pm 2,11$) і жінок ($6,71 \pm 3,59$) не виявлено, що підтверджує відсутність відмінності в значеннях їх кісткового компонента. Мінімальне значення екторморфного компонента склало 0,1, максимальне – 4,21. У чоловіків він достовірно більший ($p < 0,05$), ніж у жінок.

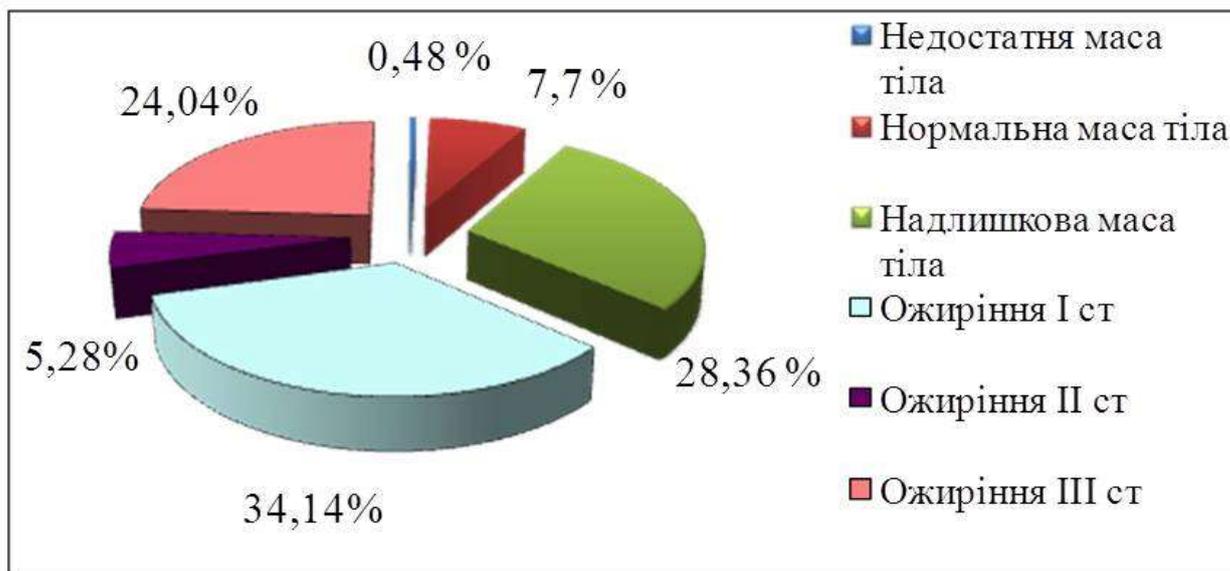


Рис. 3.1.1. Діаграма. Індекс А. Кетле хворих на первинну пупкову грижу.

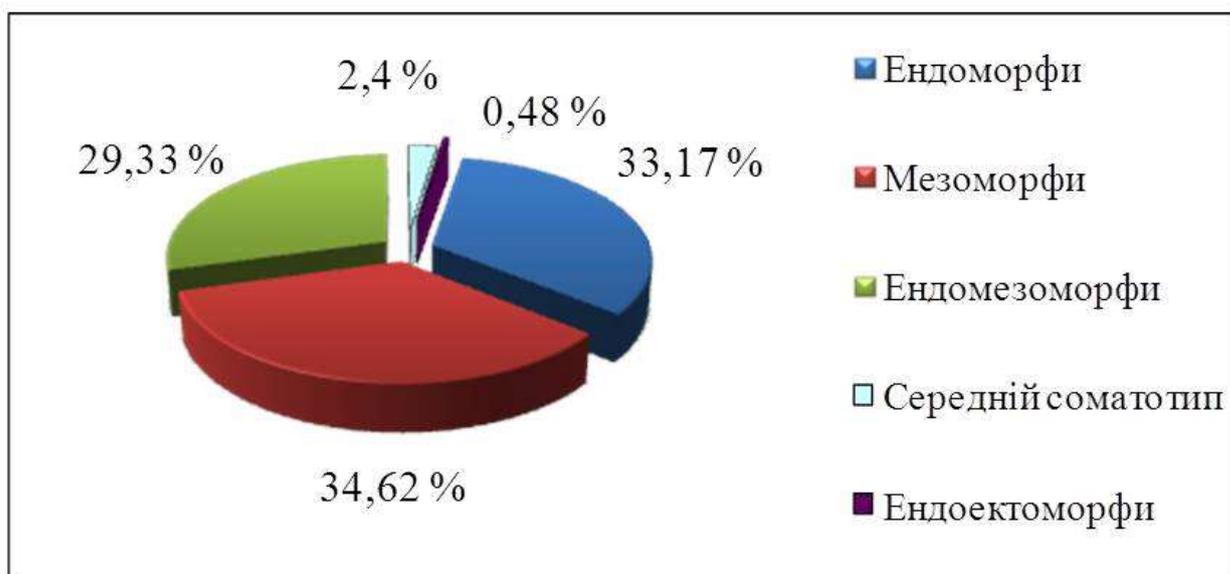


Рис. 3.1.2. Діаграма. Соматип (J.L. Carter, В.Н. Heath, 1990) хворих на первинну пупкову грижу.

ПГ частіше мали пацієнти мезоморфного (34,6%), ендоморфного (33,2%) і ендомезоморфного (29,3%) соматотипів. У ектоморфів та ектомезоморфів ПГ не виявили (рис. 3.1.2). Серед чоловіків, хворих на ПГ, здебільшого спостерігали мезоморфів (9,1%), ендоморфів (8,7%) і ендомезоморфів (7,2%). У жінок, переважали ендоморфи (25,96%), мезоморфи (25,5%) та ендомезоморфи (19,7%). ПГ серед чоловіків ектоендоморфів не виявлено. Також її не спостерігали серед ектоморфів і ектомезоморфів.

Розподіл хворих на ПГ залежно від соматотипу та віку (табл. 3.А.2) співпадає з їх розподілом за віком і статтю (найбільше ендоморфних, мезоморфних та ендомезоморфних соматотипів було віком 51-70 років), відрізняючись тільки незначними коливаннями у вікових групах 41-50 і старше 71 року. Окрім численних соматотипів хворих цих вікових груп, багато виявлено ендоморфів віком 41-50 років, ендомезоморфів (2,88%).

Недостатню МТ спостерігали в однієї жінки з ектоендоморфним соматотипом. Нормальну МТ переважно мали ендоморфи (3,4%). Ож III ст. здебільшого виявляли в мезоморфів (12,02), однак його не виявили у хворих на ПГ середнього та ектоендоморфного соматотипу (табл. 3.А.3).

64,9% хворих на ПГ (рис. 3.1.3) мали Бтс, за В.М. Шевкуненком. Мтс виявляли в 19,7% хворих, а Дтс – у 15,4%. Це характерно для жінок. Натомість у чоловіків, хворих на ПГ, частіше спостерігали Бтс (12,98%), найменше – Мтс (5,3%). Серед хворих на ПГ Бтс найбільше було мезоморфів (28,9%), ендомезоморфів (19,2%) і ендоморфів (15,9%). Серед осіб Мтс здебільшого спостерігали ендоморфів (12,5%), а серед Дтс – хворих з ендомезоморфів (8,2%). Серед хворих Дтс і Мтс не було ендоектоморфів. МТ вище за нормальну спостерігали в осіб Бтс, з них Ож III ст. мали 18,3% (табл. 3.А.4).

При розгляді ТС згідно з індексом Бругша (ІБ) (рис. 3.1.4) переважали пацієнти Бтс (95,7%). Дтс і Мтс становить, відповідно, 2,9 та 1,9%. Серед пацієнтів Мтс і Дтс, за ІБ, переважали жінки. Серед пацієнтів, що згідно з ІБ мали Бтс, було 34,6% мезоморфів, 30,3% ендоморфів і 29,3% ендомезоморфів (табл. 3.А.5). Серед хворих Мтс спостерігали поодиноких ендоморфів (1,9%) і ендоектоморфів (0,5%).

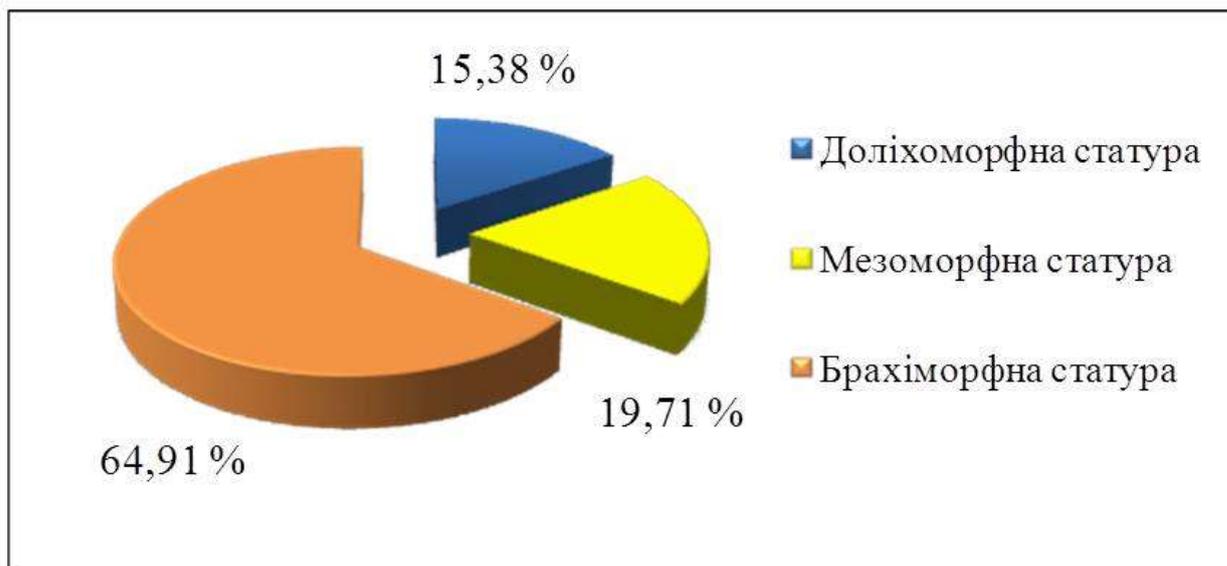


Рис. 3.1.3. Діаграма. Тип статури за В.М. Шевкуненком хворих на первинну пупкову грижу.

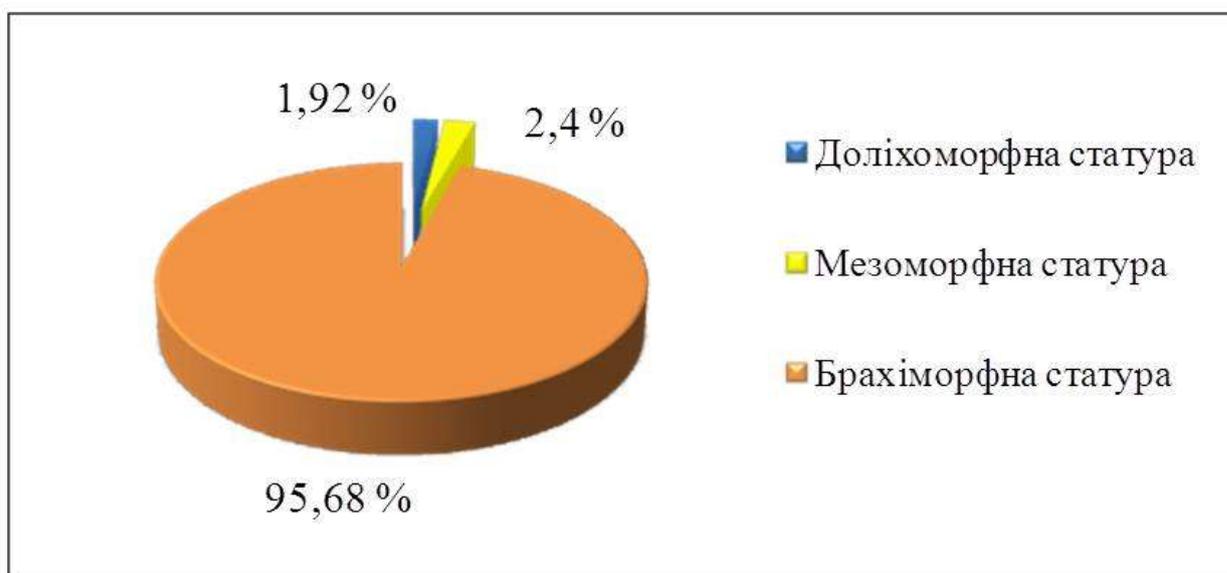


Рис. 3.1.4. Діаграма. Тип статури згідно з індексом Бругша хворих на первинну пупкову грижу.

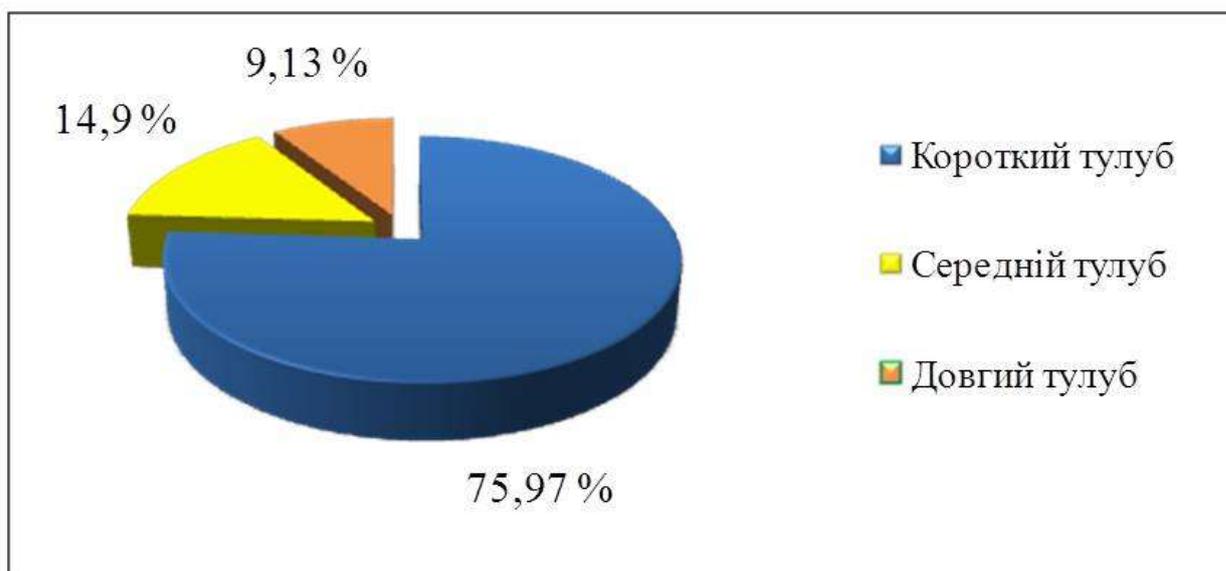


Рис. 3.1.5. Діаграма. Кормічний індекс хворих на первинну пупкову грижу.

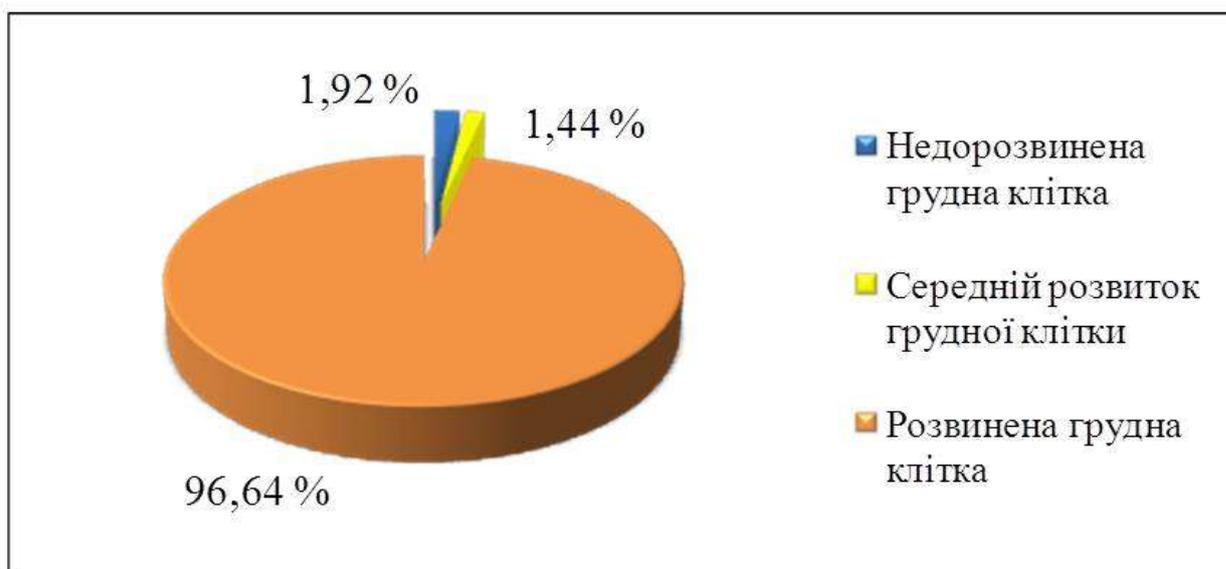


Рис. 3.1.6. Діаграма. Індекс Ф.Ф. Ерісмана у хворих на первинну пупкову грижу.

Серед пацієнтів Дтс було порівну ендоморфів і хворих середнього соматотипу (по 0,96%). Враховуючи те, що, за ІБ, хворі на ПГ переважно мали Бтс, то ці пацієнти, як правило, страждали на надмірну МТ (26,4%), а також на Ож (62,5%). З них Ож III ст. мали 24,04% хворих.

Хворі на ПГ переважно (75,97%) мали короткий тулуб (Ту). Ту середніх розмірів (рис. 3.1.5) був у 14,9%, довгий – у 9,1%. Короткий Ту не спостерігали в ектоморфів і ектомезоморфів. Серед хворих на ПГ, що мали короткий тулуб було 28,4% ендоморфів (табл. 3.А.6) та 23,6% ендомезоморфів. Рідше спостерігали мезоморфів (21,6%), середній соматотип (1,9%) і ендоектоморфів (0,48%). Серед пацієнтів, що мали середній і довгий Ту, не виявлено ектоморфів, ектомезоморфів і ендоектоморфів, а в пацієнтів із довгим Ту – ще й середнього соматотипу.

Короткий Ту був у всіх хворих на ПГ незалежно від ТС за В.М. Шевкуненком (табл. 3.А.6), частіше в осіб Бтс (43,8%), рідше – у пацієнтів Мтс (19,23%) і Дтс (12,98%). Середній Ту частіше спостерігали в осіб Бтс (13,5%) і поодинокі – в пацієнтів Мтс і Дтс. Довгий Ту здебільшого простежували в пацієнтів Бтс (7,69%) і Дтс (1,4%). Короткий Ту виявлено у хворих на ПГ, незалежно від ТС згідно з ІБ (табл. 3.1.1). Здебільшого короткий Ту спостерігали в осіб Бтс (71,7%) і значно рідше в пацієнтів Мтс і Дтс. Середній (14,9%) і довгий (9,13%) Ту у хворих на ПГ був лише в осіб Бтс.

Хворі на ПГ переважно (96,6%) мали розвинуту ГК (рис. 3.1.6). Середній розвиток і недорозвинену ГК спостерігали відповідно в 1,4% і 1,9% випадків. Серед чоловіків недорозвинену ГК спостерігали в 1 (0,48%) пацієнта, в інших – розвинену (25,0%). Серед жінок недостатній і середній розвиток ГК спостерігали по 1,4%. Пацієнти з недорозвиненою ГК мали ендоморфний і середній соматотип (по 0,96%). Особи з середнім розвитком ГК були ендоморфами (0,96%) та ендоектоморфами (0,48%). Хворі на ПГ з розвиненою ГК були мезоморфами (34,6%), ендоморфами (31,3%), і ендомезоморфами (29,3%). Середній соматотип спостерігали лише в 1,4% хворих (табл. 3.А.7). Розвинуту ГК спостерігали у хворих на ПГ, незалежно від ТС. Здебільшого розвинута ГК була в пацієнтів Бтс (62,4%) і майже порівну у хворих Дтс і Мтс. Хворі на ПГ Бтс не мали середнього розвитку та недорозвиненої ГК.

Таблиця 3.1.1

Розподіл хворих на пупкову грижу згідно з індексами Бругша, Ф.Ф. Ерісмана, кормічного індексу, форми тулуба та статтю

Параметри (різні)		Тип статури згідно з індексом Бругша																							
		Доліхоморфний						Мезоморфний						Брахіморфний						Усього					
		Чоловіки			Жінки			Чоловіки			Жінки			Чоловіки			Жінки			Чоловіки			Жінки		
		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%	
Кормічний індекс	Короткий тулуб	1	0,48	3	1,44	1	0,48	4	1,92	41	19,79	108	51,92	43	20,68	115	55,29								
	Середній тулуб	-	-	-	-	-	-	-	-	6	2,88	25	12,02	6	2,88	25	12,02								
	Довгий тулуб	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1,92	15	7,21	4	1,92	15	7,21								
	Усього	1	0,48	3	1,44	1	0,48	4	1,92	51	24,53	148	71,15	53	25,48	155	74,52								
Індекс Ф.Ф.Ерісмана	Недорозвинена ГК	1	0,48	3	1,44	1	0,48	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,48	3	1,44						
	Середній розвиток ГК	-	-	-	-	-	-	3	1,44	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1,44						
	Розвинена ГК	-	-	-	-	-	-	-	-	51	24,53	148	71,15	52	25,0	149	71,64								
	Усього	1	0,48	3	1,44	1	0,48	4	1,92	51	24,53	148	71,15	53	25,48	155	74,52								
Форма тулуба	Трапецієподібна	-	-	1	0,48	1	0,48	1	0,48	35	16,83	57	27,4	36	17,31	59	28,37								
	Проміжна	1	0,48	-	-	-	-	2	0,96	7	3,37	31	14,9	8	3,84	33	15,86								
	Прямокутна	-	-	2	0,96	-	-	1	0,48	9	4,33	60	28,85	9	4,33	63	30,29								
	Усього	1	0,48	3	1,44	1	0,48	4	1,92	51	24,53	148	71,15	53	25,48	155	74,52								

Таблиця 3.1.2

Розподіл хворих на ПГ згідно з кормічним індексом, індексом Ф.Ф. Ерісмана, формою тулуба та статтю

Параметри (різні)		Кормічний індекс															
		Короткий тулуб			Середній тулуб			Довгий тулуб			Усього						
		Чоловіки		Жінки	Чоловіки		Жінки	Чоловіки		Жінки	Чоловіки		Жінки				
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%				
Індекс Ерісмана	Недорозвинена ГК	1	0,48	3	1,44	-	-	-	-	-	-	1	0,48	3	1,44		
	Середній розвиток ГК	-	-	3	1,44	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1,44		
	Розвинута ГК	42	20,2	109	52,41	6	2,88	25	12,02	4	1,92	15	7,21	52	25,01	149	71,63
Усього	43	20,68	115		6	2,88	25	12,02	4	1,92	15	7,21	53	25,48	155	74,52	
Форма тулуба	Трапецієподібна	31	14,92	46	22,12	3	1,44	6	2,88	2	0,96	7	3,37	36	17,31	59	28,37
	Проміжна	6	2,88	20	9,61	2	0,96	9	4,33	-	-	4	1,92	8	3,84	33	15,86
	Прямокутна	6	2,88	49	23,56	1	0,48	10	4,81	2	0,96	4	1,92	9	4,33	63	30,29
Усього	43	20,68	115	55,29	6	2,88	25	12,02	4	1,92	15	7,21	53	25,48	155	74,52	
Параметри (різні)		Індекс Ерісмана															
		Недорозвинена ГК			Середній розвиток ГК			Розвинута ГК			Усього						
		-	-	1	0,48	-	-	-	-	36	17,31	58	27,88	36	17,31	59	28,37
Форма тулуба	Трапецієподібна	1	0,48	-	-	-	-	2	0,96	7	3,37	31	14,9	8	3,84	33	15,86
	Прямокутна	-	-	2	0,96	-	-	1	0,48	9	4,33	60	28,85	9	4,33	63	30,29
	Усього	1	0,48	3	1,44	-	-	3	1,44	52	25,01	149	71,63	53	25,48	155	74,52

Недорозвинену ГК спостерігали (табл. 3.1.1) тільки в осіб Мтс і Дтс. В осіб Бтс (95,7%) і Мтс (0,48%) згідно з ІБ (табл. 3.1.1) спостерігали розвинуту ГК. У пацієнтів Бтс виявляли лише розвинуту ГК. Недорозвинена ГК була в осіб Дтс (1,9%).

Розвинуту ГК простежували незалежно від типу Ту (табл. 3.1.2), здебільшого – у пацієнтів з коротким Ту (72,6%). Недорозвинену ГК спостерігали тільки у пацієнтів з коротким Ту (1,9%). Особи з довгим і середнім Ту мали лише розвинуту ГК.

Хворі на ПГ мали наступні ФТ (рис. 3.1.7): трапецієподібна (45,7%), прямокутна (34,6%), проміжна (19,7%). У чоловіків частіше (17,3%) виявляли трапецієподібну ФТ, у жінок – прямокутну (30,3%).

Хворі на ПГ мезоморфи та ендоморфи мали всі ФТ (табл. 3.А.8). Чоловіки середнього соматотипу не мали трапецієподібної і прямокутної ФТ, а жінки – прямокутної ФТ. Хворі на ПГ ендоекторморфи мали тільки прямокутну ФТ (1 жінка). В ендоморфів переважно спостерігали прямокутну (15,4%) ФТ, дещо рідше – трапецієподібну (12,03%). Мезоморфи частіше мали трапецієподібну ФТ. В ендомезоморфів спостерігали трапецієподібну ФТ (12,9%), рідше – прямокутну (11,9%) і проміжну (4,8%). Хворі Бтс, за В.М. Шевкуненком, переважно мали трапецієподібну ФТ (табл.3.А.8), рідше – прямокутну (24,5%) і проміжну (14,4%). Пацієнти Мтс частіше мали трапецієподібну (11,5%) і вдвічі рідше прямокутну ФТ. У пацієнтів Дтс також частіше спостерігали трапецієподібну ФТ. В осіб Бтс, за ІБ, частіше спостерігали трапецієподібну ФТ, рідше – прямокутну і проміжну (табл. 3.1.1).

У пацієнтів із трапецієподібною і прямокутною ФТ був короткий, середній і довгий Ту (табл. 3.1.2). Чоловіків з проміжною ФТ, що мали довгий Ту, не виявлено. Серед пацієнтів, незалежно від ФТ, переважали особи з коротким Ту: трапецієподібну форму (37,02%) спостерігали частіше, ніж прямокутну (26,4%) і проміжну (12,5%). Прямокутну форму короткого Ту здебільшого (23,6%) виявлено в жінок. Трапецієподібну форму короткого тулуба частіше спостерігали також у жінок (22,1%), кількість яких дещо переважала над чоловіками (14,9%). Незалежно від ФТ, більшість (96,6 %) хворих мала розвинуту ГК (табл. 3.1.2).

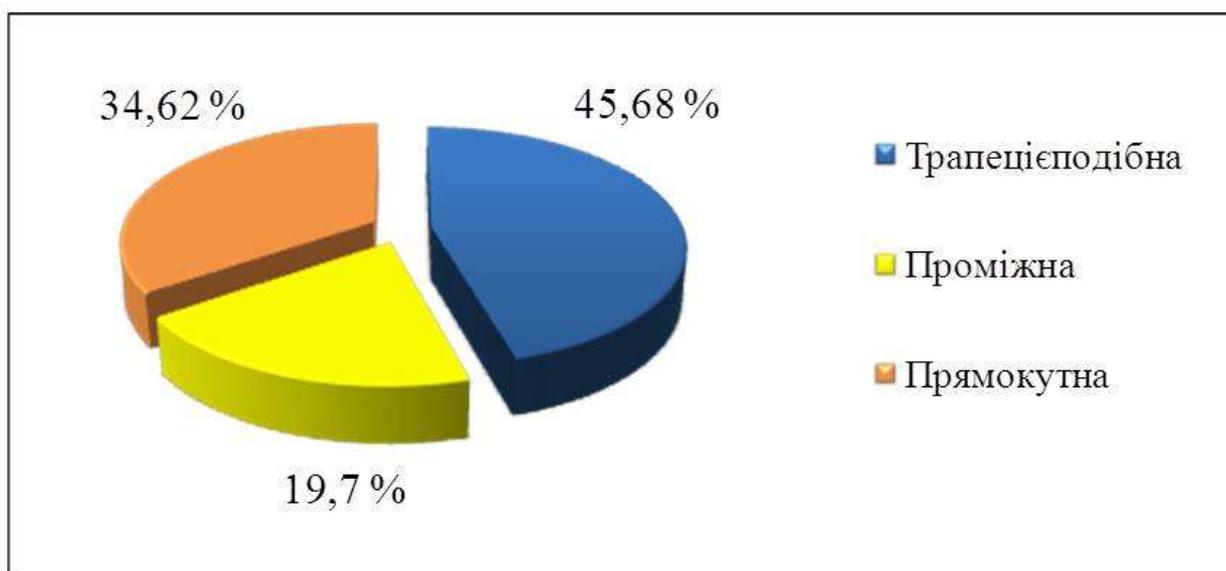


Рис. 3.1.7. Діаграма. Форма тулуба хворих на первинну пупкову грижу.

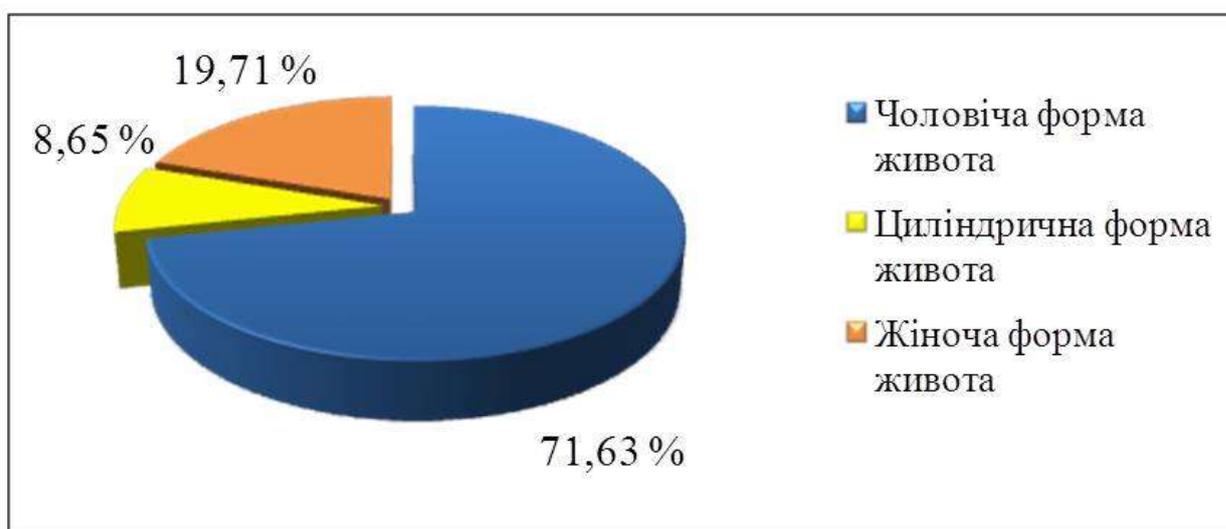


Рис. 3.1.8. Діаграма. Форма живота хворих на первинну пупкову грижу.

Розвинуту ГК жінки мали незалежно від ФТ. У чоловіків розвинуту ГК спостерігали при трапецієподібній ФТ (17,3%).

У хворих на ПГ частіше (71,6%) спостерігали (рис. 3.1.8) чоловічу форму живота (ФЖ), рідше – жіночу (19,7%) і циліндричну (8,7%). Це характерно як для чоловіків так і жінок. Жоден із соматотипів не мав пацієнтів з усіма ФЖ (табл. 3.А.9). Так циліндричну ФЖ виявлено тільки в одного мезоморфа чоловічої статі. В ендоморфів частіше простежували чоловічу (21,2%) і рідше циліндричну (3,4%) ФЖ. Серед мезоморфів переважали особи з чоловічою (29,3%) ФЖ. Серед ендомезоморфів також було більше хворих з чоловічою ФЖ (20,19%), рідше – з жіночою ФЖ (6,7%) і циліндричною (2,4%). Особи середнього соматотипу не мали циліндричної ФЖ, а ендоектоморфи не – чоловічої та циліндричної ФЖ.

Чоловічу ФЖ спостерігали здебільшого при всіх ТС, за В.М. Шевкуненко (табл. 3.А.9). Частіше її мали жінки Бтс. Циліндричну ФЖ простежували частіше в жінок Мтс і Дтс. Жіночу ФЖ спостерігали частіше, ніж циліндричну, і переважно в пацієнтів Бтс. У хворих на ПГ з Бтс згідно з ІБ, виявляли чоловічу ФЖ (71,6%) і рідше циліндричну (табл. 3.1.3). Жіночу ФЖ мали пацієнти всіх ТС, серед яких переважав Бтс.

Чоловічу ФЖ спостерігали здебільшого в пацієнтів з коротким Ту. Довгий Ту простежували лише в пацієнтів з чоловічою ФЖ (9,1%). У чоловіків, що мали короткий Ту і циліндричну ФЖ та середній Ту і жіночу ФЖ, ПГ не спостерігали (табл. 3.1.4). Хворі на ПГ з чоловічою ФЖ переважно мали розвинуту ГК (71,6%). Недорозвинену ГК – 1,9% хворих, що мали жіночу ФЖ (табл. 3.1.5). Недорозвиненої ГК не мали особи з чоловічою і циліндричною ФЖ. Пацієнти з чоловічою і жіночою ФЖ мали всі ФТ (табл. 3.1.6). Чоловіків з циліндричною ФЖ і прямокутною ФТ, хворих на ПГ, не спостерігали. Чоловічу ФЖ здебільшого спостерігали в пацієнтів з трапецієподібною ФТ (38,5%). Хворі на ПГ з жіночою ФЖ здебільшого мали прямокутну ФТ.

У більшості (53,4%) хворих на ПГ (рис. 3.1.9) спостерігали середній ВІЖ. Це стосувалось як чоловіків, так і жінок. За винятком ектоморфів і ектомезоморфів, у пацієнтів всіх соматотипів переважав середній ВІЖ над малим і великим.

Таблиця 3.1.3

Розподіл хворих на пупкову грижу згідно з індексом Бругша, формою живота, вертикальним індексом живота, розмірами грижового дефекту та статтю

Параметри (різні)		Тип статури (індекс Бругша)																					
		Доліхоморфний						Мезоморфний						Брахіморфний						Усього			
		Чоловіки			Жінки			Чоловіки			Жінки			Чоловіки			Жінки			Чоловіки		Жінки	
		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		
Форма живота	Чоловіча ФЖ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
	Циліндрична ФЖ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
	Жіноча ФЖ	1	0,48	3	1,44	1	0,48	4	1,92	4	1,92	4	1,92	4	1,92	51	24,53	148	71,15	53	25,48		
	Усього	1	0,48	3	1,44	1	0,48	4	1,92	4	1,92	4	1,92	4	1,92	51	24,53	148	71,15	53	25,48		
Вертикальний індекс живота	Малий	-	-	1	0,48	-	-	2	0,96	2	0,96	2	0,96	2	0,96	18	8,65	44	21,16	18	8,65		
	Середній	1	0,48	2	0,96	1	0,48	2	0,96	2	0,96	2	0,96	25	12,02	80	38,47	27	12,98	84	40,39		
	Великий	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	3,85	24	11,54	8	3,85		
	Усього	1	0,48	3	1,44	1	0,48	4	1,92	4	1,92	4	1,92	4	1,92	51	24,53	148	71,15	53	25,48		
Розміри грижового дефекту	Малий	1	0,48	1	0,48	1	0,48	2	0,96	2	0,96	2	0,96	20	9,61	40	19,23	22	10,57	43	20,67		
	Середній	-	-	2	0,96	-	-	1	0,48	1	0,48	29	13,95	66	31,73	21	10,57	69	33,17	21	10,57		
	Великий	-	-	-	-	-	-	1	0,48	1	0,48	2	0,96	42	20,2	2	0,96	43	20,69	2	0,96		
	Усього	1	0,48	3	1,44	1	0,48	4	1,92	4	1,92	4	1,92	51	24,53	148	71,15	53	25,48	155	74,52		

Таблиця 3.1.4

Розподіл хворих на пупкову грижу згідно з кормічним індексом, формою живота, вертикальним індексом живота, розмірами грижового дефекту та статтю

Параметри (різні)		Кормічний індекс																							
		Короткий тулуб						Середній тулуб						Довгий тулуб						Усього					
		Чоловіки			Жінки			Чоловіки			Жінки			Чоловіки			Жінки			Чоловіки			Жінки		
		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%	
Форма живота	Чоловіча ФЖ	37	17,8	75	36,06	5	2,4	13	6,25	4	1,92	15	7,21	46	22,12	103	49,52								
	Циліндрична ФЖ	-	-	13	6,25	1	0,48	4	1,92	-	-	-	-	1	0,48	17	8,17								
	Жіноча ФЖ	6	2,88	27	12,98	-	-	8	3,85	-	-	-	-	6	2,88	35	16,83								
	Усього	43	20,68	115	55,29	6	2,88	25	12,02	4	1,92	15	7,21	53	25,48	155	74,52								
Вертикальний індекс живота	Малий	18	8,65	42	20,19	-	-	5	2,41	-	-	-	-	18	8,65	47	22,6								
	Середній	19	9,14	64	30,77	5	2,4	14	6,73	3	1,44	6	2,88	27	12,98	84	40,39								
	Великий	6	2,89	9	4,33	1	0,48	6	2,88	1	0,48	9	4,33	8	3,85	24	11,54								
Усього	43	20,68	115	55,29	6	2,88	25	12,02	4	1,92	15	7,21	53	25,48	155	74,52									
Розміри грижового дефекту	Малий	16	7,69	31	14,9	2	0,96	8	3,85	4	1,92	4	1,92	22	10,57	43	20,67								
	Середній	25	12,03	52	25,01	4	1,92	10	4,81	-	-	7	3,37	21	13,95	69	33,17								
	Великий	2	0,96	32	15,38	-	-	7	3,36	-	-	4	1,92	2	0,96	43	20,69								
Усього	43	20,68	115	55,29	6	2,88	25	12,02	4	1,92	15	7,21	53	25,48	155	74,52									

Таблиця 3.1.5

Розподіл хворих на пупкову грижу згідно з індексом Ф.Ф. Ерісмана, формою живота, вертикальним індексом живота, розмірами грижового дефекту та статтю

Параметри (різні)		Індекс Ф.Ф. Ерісмана																							
		Недорозвинена ГК						Середній розвиток ГК						Розвинута ГК						Усього					
		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки					
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%				
Форма живота	Чоловіча ФЖ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	46	22,12	103	49,52	46	22,12	103	49,52	
	Циліндрична ФЖ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,48	17	8,17	1	0,48	17	8,17	
	Жіноча ФЖ	1	0,48	3	1,44	-	-	-	-	3	1,44	5	2,41	29	13,94	6	2,88	35	16,83	35	16,83	35	16,83		
	Усього	1	0,48	3	1,44	-	-	-	-	3	1,44	52	25,01	149	71,63	53	25,48	155	74,52	53	25,48	155	74,52		
Вертикальний індекс живота	Малий	-	-	1	0,48	-	-	-	-	2	0,96	18	8,66	44	21,15	18	8,65	47	22,6	47	22,6				
	Середній	1	0,48	2	0,96	-	-	-	-	1	0,48	26	12,5	81	38,95	27	12,98	84	40,39	84	40,39				
	Великий	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	3,85	24	11,54	8	3,85	24	11,54	24	11,54				
	Усього	1	0,48	3	1,44	-	-	-	-	3	1,44	52	25,01	149	71,63	53	25,48	155	74,52	53	25,48	155	74,52		
Розміри грижового дефекту	Малий	1	0,48	1	0,48	-	-	-	-	1	0,48	21	10,1	41	19,71	22	10,57	43	20,67	43	20,67				
	Середній	-	-	2	0,96	-	-	-	-	1	0,48	29	13,95	66	31,73	29	13,95	69	33,17	69	33,17				
	Великий	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,48	2	0,96	42	20,19	2	0,96	43	20,69	43	20,69				
	Усього	1	0,48	3	1,44	-	-	-	-	3	1,44	52	25,01	149	71,63	53	25,48	155	74,52	53	25,48	155	74,52		

Таблиця 3.1.6

Розподіл хворих на пупкову грижу з формою тулуба, формою живота, вертикальним індексом живота, розмірами гризового дефекту та статтю

Параметри (різні)		Форма тулуба																							
		Трапецієподібна						Проміжна						Прямокутна						Усього					
		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки					
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%						
Форма живота	Чоловіча ФЖ	32	15,39	48	23,09	5	2,4	22	10,57	9	4,33	33	15,86	46	22,12	103	49,52								
	Циліндрична ФЖ	1	0,48	6	2,88	-	-	3	1,44	-	-	8	3,85	1	0,48	17	8,17								
	Жіноча ФЖ	3	1,44	5	2,4	3	1,44	8	3,85	-	-	22	10,58	6	2,88	35	16,83								
	Усього	36	17,31	59	28,37	8	3,84	33	15,86	9	4,33	63	30,29	53	25,48	155	74,52								
Вертикальний індекс живота	Малий	15	7,21	21	10,1	1	0,48	8	3,85	2	0,96	18	8,65	18	8,65	47	22,6								
	Середній	17	8,18	30	14,42	5	2,4	20	9,61	5	2,4	34	16,35	27	12,98	84	40,39								
	Великий	4	1,92	8	3,85	2	0,96	5	2,4	2	0,96	11	5,29	8	3,85	24	11,54								
	Усього	36	17,31	59	28,37	8	3,84	33	15,86	9	4,33	63	30,29	53	25,48	155	74,52								
Розміри гризового дефекту	Малий	15	7,21	18	8,65	2	0,96	7	3,37	5	2,4	18	8,65	22	10,57	43	20,67								
	Середній	21	10,1	29	13,94	5	2,4	12	5,77	3	1,45	28	13,46	29	13,95	69	33,17								
	Великий	-	-	12	5,78	1	0,48	14	6,73	1	0,48	17	8,18	2	0,96	43	20,69								
	Усього	36	17,31	59	28,37	8	3,84	33	15,86	9	4,33	63	30,29	53	25,48	155	74,52								

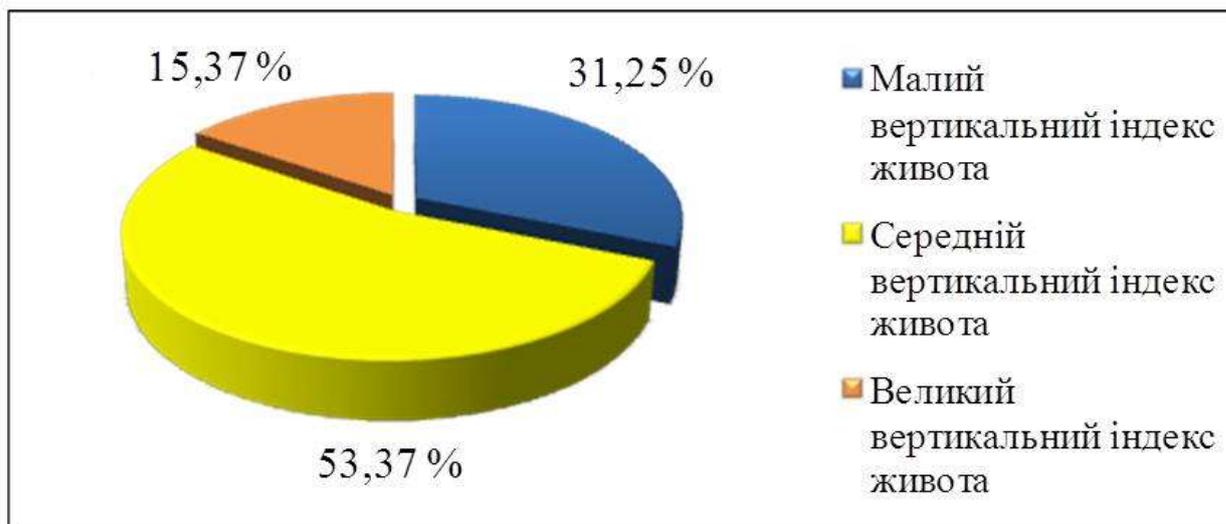


Рис. 3.1.9. Діаграма. Вертикальний індекс живота хворих на первинну пупкову грижу.

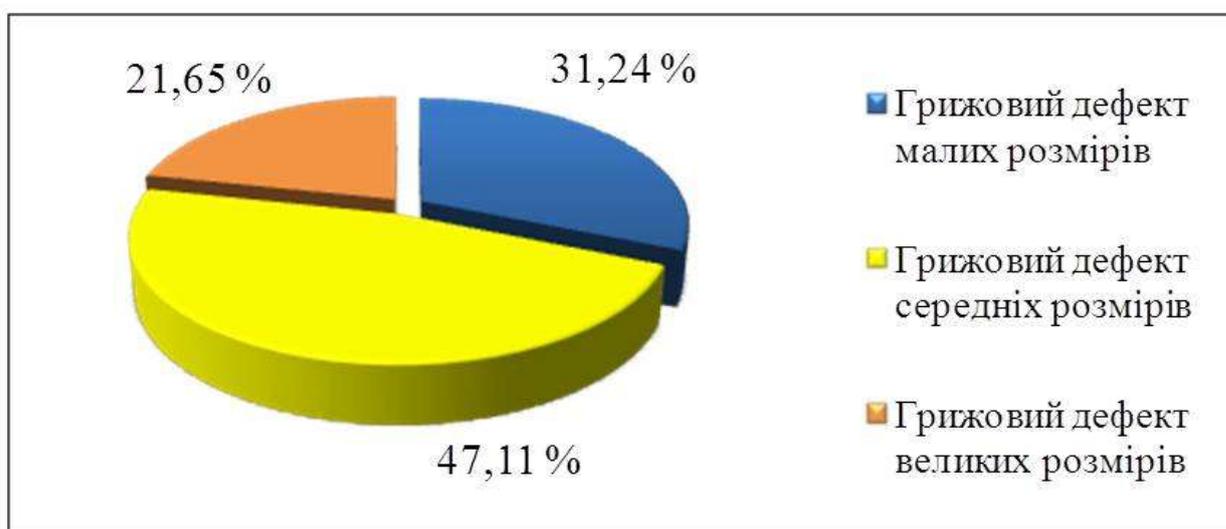


Рис. 3.1.10. Діаграма. Розміри грижового дефекту хворих на первинну пупкову грижу (EHS, 2009).

У пацієнтів із середнім соматотипом і ендоектоморфів не було великого ВІЖ, а в ендоектоморфів також малого (табл 3.А..10). Пацієнти з тим чи іншим ТС, за В.М. Шевкуненком, мали великий, малий і середній ВІЖ. При всіх ТС переважав середній ВІЖ. Наступним за чисельністю був малий ВІЖ у пацієнтів Бтс (20,2%) і Мтс (6,9%).

У пацієнтів усіх ТС згідно з ІБ переважав середній ВІЖ. Серед хворих на ПГ Дтс і Мтс не спостерігали великого ВІЖ, а чоловіки цих ТС не мали малого ВІЖ (табл. 3.1.3). Незалежно від кормічного індексу у хворих на ПГ переважав середній ВІЖ. У хворих на ПГ, що мали довгий Ту, не спостерігали великого ВІЖ (табл. 3.1.4).

У хворих на ПГ з розвинутою і недорозвиненою ГК здебільшого спостерігали середній ВІЖ (відповідно 51,4% і 1,4%). У пацієнтів із середнім розвитком ГК – малий ВІЖ (табл. 3.1.5). У пацієнтів з середнім розвитком і недорозвиненою ГК не було великого ВІЖ, у чоловіків – малого. У чоловіків з середнім розвитком ГК не спостерігали середній ВІЖ. Незалежно від ФТ, частіше виявлено середній ВІЖ. При всіх ФТ (табл. 3.1.6) мали місце всі ВІЖ. При всіх ФЖ переважно простежували середній ВІЖ (табл. 3.1.7). Чоловіки з циліндричною ФЖ, хворих на ПГ, не мали малого і великого ВІЖ.

У хворих на ПГ (рис. 3.1.10) здебільшого спостерігали ГД середнього (47,1%) і малого (31,2%) розмірів. ГД великих розмірів спостерігали в 21,7% пацієнтів, частіше в жінок (20,69%). ГД середніх розмірів виявили у хворих всіх соматотипів крім ектоморфів і ектомезоморфів (табл. 3.А.11). ГД великих розмірів не виявили в ендоектоморфів і хворих середнього соматотипу. Також ендоектоморфи не мали ГД малих розмірів. ГД великих розмірів були частіше в ендоморфів, мезоморфів і ендомезоморфів. У пацієнтів середнього соматотипу кількість ГД малих розмірів дещо переважала над ГД середніх розмірів. Незалежно від ТС, за В.М. Шевкуненком, частіше виявляли ГД середніх розмірів. Великих ГД не спостерігали в чоловіків Мтс і Бтс. В осіб Дтс великих ГД спостерігали порівну по 3,4%. У хворих на ПГ не залежно від ТС згідно з ІБ, завжди виявляли (табл 3.1.3) ГД малого розміру. Великих ГД не мали особи Дтс і чоловіки Мтс.

Таблиця 3.1.7

Розподіл хворих на ПГ згідно з формою живота, вертикальним індексом живота, розмірами ГД та статтю

Параметри (різні)		Форма живота																													
		Чоловіча форма живота						Циліндрична форма живота						Жіноча форма живота						Усього											
		Чоловіки			Жінки			Чоловіки			Жінки			Чоловіки			Жінки			Чоловіки			Жінки								
		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%							
Вертикальний індекс живота	Малий	16	7,69	24	11,54	-	-	10	4,81	2	0,96	13	6,25	18	8,65	47	22,6														
	Середній	23	11,06	61	29,33	1	0,48	6	2,88	3	1,44	17	8,18	27	12,98	84	40,39														
	Великий	7	3,37	18	8,65	-	-	1	0,48	1	0,48	5	2,4	8	3,85	24	11,54														
	Усього	46	22,12	103	49,52	1	0,48	17	8,17	6	2,88	35	16,83	53	25,48	155	74,52														
Розміри ГД	Малий ГД	18	8,65	28	13,46	1	0,48	4	1,92	3	1,44	11	5,29	22	10,57	43	20,67														
	Середній ГД	27	12,99	44	21,15	-	-	9	4,33	2	0,96	16	7,69	29	13,95	69	33,17														
	Великий ГД	1	0,48	31	14,91	-	-	4	1,92	1	0,48	8	3,85	2	0,96	43	20,69														
	Усього	46	22,12	103	49,52	1	0,48	17	8,17	6	2,88	35	16,83	53	25,48	155	74,52														
Параметри (різні)		Вертикальний індекс живота																													
		Малий ВДЖ						Середній ВДЖ						Великий ВДЖ						Усього											
		Малий ВДЖ			Середній ВДЖ			Великий ВДЖ			Малий ВДЖ			Середній ВДЖ			Великий ВДЖ			Усього			Малий ВДЖ			Середній ВДЖ			Великий ВДЖ		
		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%				
Розміри ГД	Малий ГД	6	2,88	14	6,73	12	5,77	23	11,06	4	1,92	6	2,88	22	10,57	43	20,67														
	Середній ГД	12	5,77	20	9,62	13	6,26	36	17,31	4	1,93	13	6,24	21	13,95	69	33,17														
	Великий ГД	-	-	13	6,25	2	0,96	25	12,02	-	-	5	2,42	2	0,96	43	20,69														
	Усього	18	8,65	47	22,6	27	12,98	84	40,39	8	3,85	24	11,54	53	25,48	155	74,52														

Чоловіки Дтс і Мтс не мали ГД середніх розмірів. Переважно хворі на ПГ Бтс мали ГД ПГ середніх розмірів (45,7%), рідше – малі та великі – 28,9% і 21,2%.

Малі ГД у хворих на ПГ спостерігали незалежно від даних кормічного індексу (табл. 3.1.4). Великі ГД не виявили в чоловіків з довгим і середнім Ту, а середні ГД – у чоловіків, що мали довгий Ту. Тільки в чоловіків з прямокутною ФТ не було ГД великих розмірів. Не залежно від ФТ, середні розміри ГД зустрічалися частіше. На відміну від пацієнтів з трапецієподібною і прямокутною ФТ, у хворих на ПГ з проміжною ФТ великі ГД спостерігали в 2 рази частіше, ніж малі (табл. 3.1.5).

Не виявили ГД середніх і великих розмірів у чоловіків з недорозвиненою ГК, а також великих ГД у жінок з недорозвиненою ГК (табл. 3.1.6). У пацієнтів з розвинутою ГК спостерігали середні ГД (45,7%), рідше – малі (29,8%) і великі (21,2%) ГД. У жінок з розвинутою ГК ГД великих розмірів спостерігали в 26 разів частіше, ніж у чоловіків. У чоловіків з циліндричною ФЖ не виявили ГД середніх і великих розмірів. Незалежно від ФЖ, частіше спостерігали ГД середніх розмірів, рідше – малих і великих. Частіше великі ГД простежували в пацієнтів із чоловічою ФЖ. (табл. 3.1.7). Найбільше було хворих на ПГ з середнім ВІЖ та середнім за розмірами ГД (23,6%). Не виявили хворих чоловіків з малим ВІЖ та великими ГД (табл. 3.1.7).

Отже, більшість хворих на ПГ має ендоморфний (33,2%), мезоморфний (34,6%) та ендомезоморфний (29,3%) соматотипи. Також значна більшість (63,5%) хворих на ПГ страждає на Ож різних ступенів. Здебільшого хворі на ПГ мали Бтс (64,9%), трапецієподібну форму (45,7%) короткого Ту (75,97%) і розвинуту ГК (96,6%). У 71,6% спостерігали чоловічу ФЖ і середній ВІЖ (53,4%).

3.2 Особливості тілобудови хворих на первинну грижу білої лінії живота

Серед хворих на первинну ГБЛЖ жировий компонент МТ коливався в межах 9,2 – 78,94 кг (табл. 3.Б.1). Даний компонент у жінок достовірно був біль-

шим, ніж у чоловіків ($p < 0,05$). На відміну від жирового, м'язевий компонент МТ знаходився в межах 11,9-43,3 кг і в чоловіків був достовірно більшим. Кістковий компонент МТ у хворих на первинну ГБЛЖ знаходився в межах 3,6-11,2 кг. У чоловіків ($p > 0,05$) цей компонент чисельно був більшим. Таким чином, у жінок достовірно переважав жировий компонент МТ, а в чоловіків – м'язевий. У той же час кістковий компонент МТ у чоловіків номінально був більшим ніж у жінок ($p > 0,05$). Індекс Кетле у хворих на ГБЛЖ коливався у межах 17,7-49,9 кг/м². У жінок індекс Кетле був достовірно більшим, ніж у чоловіків.

Серед хворих на ГБЛЖ тільки в 11,7% МТ (рис. 3.2.1) була нормальною. Ож III ст. виявили в 15% пацієнтів. Найбільше було хворих із надлишковою МТ і Ож I ст. (64,7%).

Серед хворих на первинну ГБЛЖ (рис. 3.2.2) переважали мезоморфи (35,3%). Менше було ектомезоморфів (32,4%) і ендоморфів (29,4%). Не спостерігали ГБЛЖ в ектоморфів, ендомезоморфів і ектоендоморфів. Середній соматотип був у 2 (2,9%) чоловіків. Серед чоловіків, хворих на ГБЛЖ, переважали мезоморфи, серед жінок – ектомезоморфи. Згідно з отриманими даними, недостатню МТ (табл. 3.Б.2) простежували лише серед жінок ендоморфів (2,9%). Надмірну МТ виявили у ендоморфів, мезоморфів і ектомезоморфів. Ож III ст. – тільки в жінок мезоморфів (10,3%) і ектомезоморфів (4,4%).

Серед хворих на ГБЛЖ переважали пацієнти Бтс, за В.М. Шевкуненком (рис. 3.2.3). Хворі на первинну ГБЛЖ ендоморфи, мезоморфи та ектомезоморфи мали всі ТС (табл. 3.Б.3). Серед осіб середнього соматотипу були лише чоловіки Дтс (2,9%). Серед осіб Бтс, хворих на ГБЛЖ, найбільше було мезоморфів (26,5%), дещо менше ендоморфів (13,2%) та ектомезоморфів (8,8%). Серед пацієнтів Бтс кількісно переважали чоловіки з мезоморфним соматотипом (14,7%). Серед осіб Мтс більше було (14,7%) ектомезоморфів виключно жіночої статі. Особи Бтс мали надмірну МТ (табл. 3.Б.3), із них 8 жінок мали Ож III ст. (11,8%). Серед осіб Мтс тільки двоє чоловіків (2,9%) і одна жінка (1,5%) мали нормальну МТ, решта – надмірну (23,5%), Ож III ст. (2,9%). Серед хворих на ГБЛЖ Дтс у 13,2% спостерігали надмірну МТ, у той же час Ож III ст. не спостерігали.

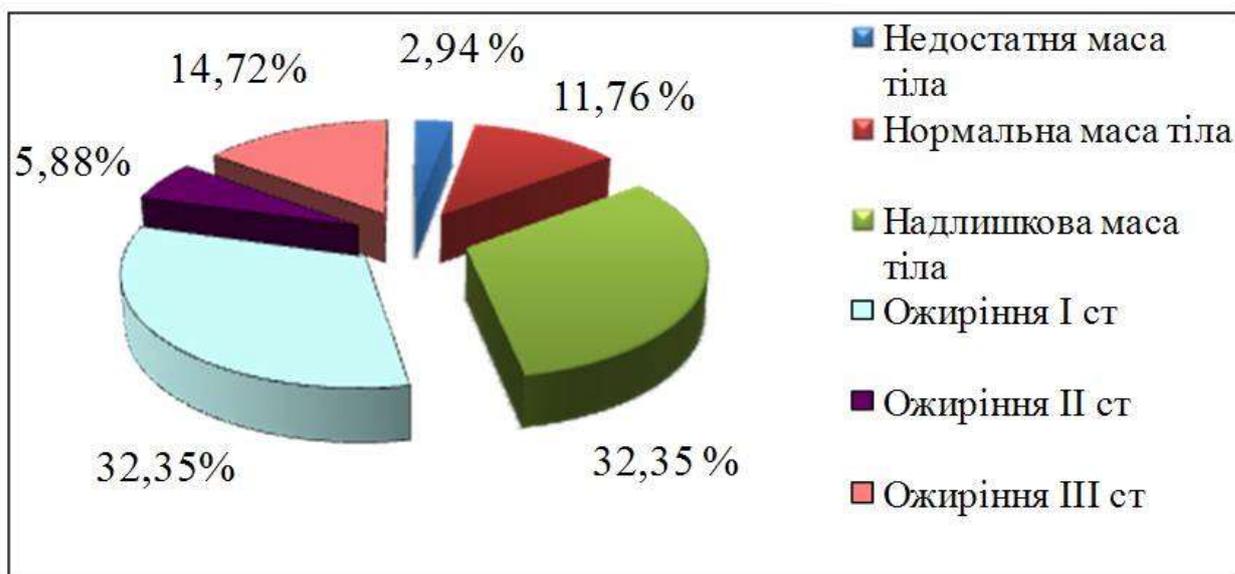


Рис. 3.2.1. Діаграма. Індекс Кетле хворих на первинну грижу білої лінії живота.

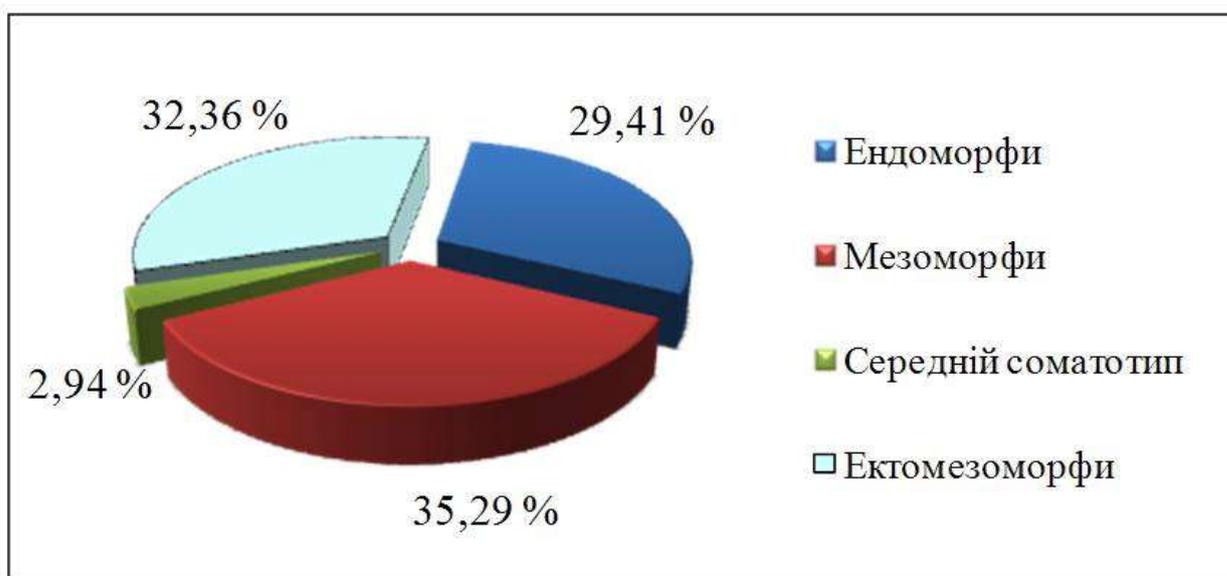


Рис. 3.2.2. Діаграма. Соматотип хворих на первинну грижу білої лінії живота.

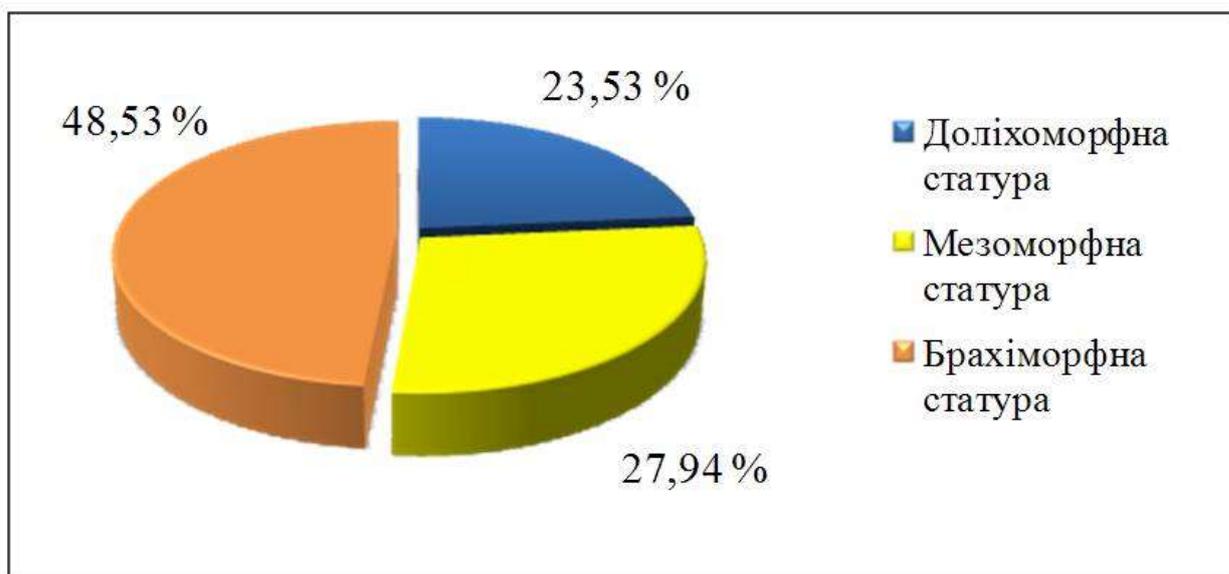


Рис. 3.2.3. Діаграма. Тип статури за В.М. Шевкуненком хворих на первинну грижу білої лінії живота.

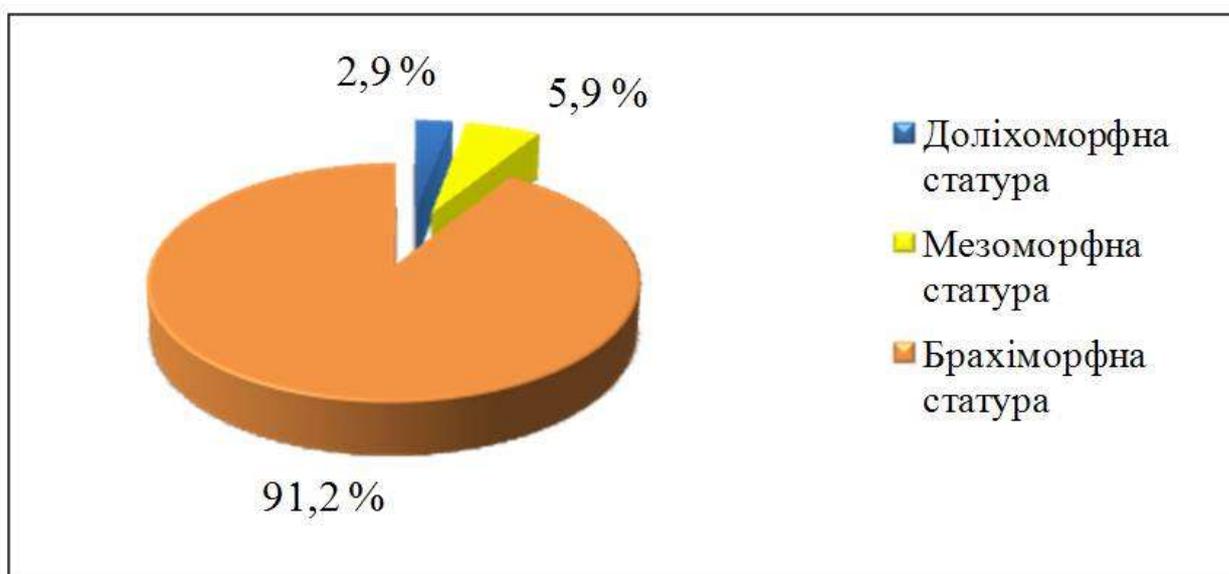


Рис. 3.2.4. Діаграма. Тип статури згідно індекса Бругша хворих на первинну грижу білої лінії живота.

Хворі на первинну ГБЛЖ, згідно з ІБ (рис. 3.2.4), розподілилися таким чином: Бтс – 91,2%, Мтс (5,9%) та Дтс – 2,9%. Хворі Дтс були чоловіками середнього соматотипу (табл. 3.Б.4). Серед хворих Мтс спостерігали ендоморфів (2,9%) і мезоморфів (2,9%). Осіб Бтс відносили до мезоморфів, ектоморфів (по 32,4%) і ендоморфів (26,5 %). Хворі Дтс мали нормальну МТ (табл. 3.Б.5). Серед пацієнтів Мтс спостерігали недостатню (2,9%) і надлишкову МТ. Серед пацієнтів Бтс нормальну МТ мали лише 8,8%, інші – надмірну, з них 14,7% – Ож ІІІ ст.

Згідно з кормічним індексом хворі на первинну ГБЛЖ здебільшого мали короткий Ту (рис. 3.2.5). Відповідно до соматотипу (табл. 3.Б.6), осіб з довгим Ту відносили до мезоморфів (2,9%), хворих з середнім тулубом – до мезоморфів (11,8%) і ектомезоморфів (2,9%). Короткий Ту спостерігали в ендоморфів, ектомезоморфів (29,4%), мезоморфів (29,4%) і пацієнтів середнього соматотипу. В осіб Бтс, за В.М. Шевкуненком (табл. 3.Б.6), переважно спостерігали короткий Ту (36,8%), дещо рідше – середній (8,8%). Таку ж ситуацію виявили у осіб Мтс: короткий тулуб (22,1%) і середній тулуб (5,9%). У той же час, згідно з ІБ (табл. 3.2.1), в осіб Дтс і Мтс спостерігали тільки короткий Ту. Серед осіб Бтс, згідно з ІБ, був короткий (73,5%), середній (14,7%) і довгий Ту (2,9%).

У хворих на ГБЛЖ, згідно з індексом Ф.Ф. Ерісмана (рис. 3.2.6), переважно виявляли розвинуту ГК (94,12 %). Пацієнтів з недорозвиненою ГК відносили до середнього соматотипу (табл.3.Б.7). Середній розвиток ГК мали жінки ендоморфи. Розвинуту ГК спостерігали здебільшого в мезоморфів (35,3%), ектомезоморфів (32,1%) і ендоморфів (26,5%). Недостатній розвиток ГК мала у чоловіків Дтс (табл. 3.Б.7), за В.М. Шевкуненком (2,9%). Середній розвиток ГК мали жінки Дтс. Інші пацієнти незалежно від ТС мали розвинуту ГК (94,1%). Згідно з розподілом хворих на ГБЛЖ, за ІБ, недорозвинену ГК мали чоловіки Дтс (табл. 3.2.1). Середній розвиток ГК спостерігали у жінок Мтс. Розвинуту ГК переважно мали особи Бтс (91,2%), і тільки 2,9% чоловіків Мтс.

Хворі на ГБЛЖ з недорозвиненою ГК (табл. 3.2.2) мали короткий тулуб (2,9%). Такий самий тулуб мали також жінки з середнім розвитком ГК. Розвинуту

Таблиця 3.2.1

Розподіл хворих на грижу білої лінії живота з індексами Бругша, Ф.Ф. Ерісмана, кормічним індексом, формою тулуба та статтю

Параметри (різні)	Тип статури згідно індексу Бругша																
	Доліхоморфний				Мезоморфний				Брахіморфний				Усього				
	Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Кормічний індекс	Короткий тулуб	2	2,94	-	-	2	2,94	2	2,94	24	35,29	26	38,24	28	41,18	28	41,17
	Середній тулуб	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2,94	8	11,76	2	2,94	8	11,76
	Довгий тулуб	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2,94	-	-	2	2,94
	Усього	2	2,94	-	-	2	2,94	2	2,94	26	38,24	36	52,94	30	44,12	38	55,88
Індекс Ф.Ф.Ерісмана	Недорозвинена ГК	2	2,94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2,94	-	-
	Середній розвиток ГК	-	-	-	-	-	-	2	2,94	-	-	-	-	-	-	-	2,94
	Розвинена ГК	-	-	-	-	2	2,94	-	-	26	38,24	36	52,94	28	41,18	36	52,94
	Усього	2	2,94	-	-	2	2,94	2	2,94	26	38,24	36	52,94	30	44,12	38	55,88
Форма тулуба	Трапецієподібна	-	-	-	-	-	-	-	-	20	29,41	6	8,82	20	29,41	6	8,82
	Проміжна	2	2,94	-	-	2	2,94	-	-	6	8,82	8	11,76	10	14,71	8	11,76
	Прямокутна	-	-	-	-	-	-	2	2,94	-	-	22	32,36	-	-	24	35,29
	Усього	2	2,94	-	-	2	2,94	2	2,94	26	38,24	36	52,94	30	44,12	38	55,88

Таблиця 3.2.2

Розподіл хворих на ГБЛЖ згідно з кормічним індексом, індексом Ф.Ф. Ерісмана, формою тулуба та статтю

Параметри (різні)		Кормічний індекс																												
		Короткий тулуб						Середній тулуб						Довгий тулуб						Усього										
		Чоловіки			Жінки			Чоловіки			Жінки			Чоловіки			Жінки			Чоловіки			Жінки							
		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%						
Індекс Ерісмана	Недорозвинена ГК	2	2,94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2,94	-	-	-	-	-	-	-						
	Середній розвиток ГК	-	-	2	2,94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2,94						
	Розвинута ГК	26	38,24	26	38,24	2	2,94	8	11,76	-	-	-	-	-	-	28	41,18	28	41,18	2	2,94	28	41,18	36	52,94					
	Усього	28	41,17	28	41,18	2	2,94	8	11,76	8	11,76	-	-	-	-	2	2,94	30	44,12	2	2,94	38	55,88	38	55,88					
Форма тулуба	Трапецієподібна	18	26,46	2	2,94	2	2,94	4	5,88	-	-	-	-	-	-	20	29,41	20	29,41	-	-	6	8,82	6	8,82					
	Проміжна	10	14,71	8	11,76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	14,71	10	14,71	-	-	8	11,76	8	11,76					
	Прямокутна	-	-	18	26,47	-	-	4	5,88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24	35,29	24	35,29					
	Усього	28	41,17	28	41,18	2	2,94	8	11,76	8	11,76	-	-	-	-	2	2,94	30	44,12	2	2,94	38	55,88	38	55,88					
Параметри (різні)	Індекс Ф.Ф. Ерісмана																													
	Недорозвинена ГК						Середній розвиток ГК						Розвинута ГК						Усього											
	Чоловіки			Жінки			Чоловіки			Жінки			Чоловіки			Жінки			Чоловіки			Жінки			Чоловіки			Жінки		
	абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%				
Форма тулуба	Трапецієподібна	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20	29,42	6	8,82	20	29,41	6	8,82	20	29,41	6	8,82			
Проміжна	2	2,94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	11,76	8	11,76	10	14,71	10	14,71	8	11,76	8	11,76				
Прямокутна	-	-	-	-	-	-	-	2	2,94	-	-	-	-	-	22	32,36	-	-	-	-	-	-	24	35,29	24	35,29				
Усього	2	2,94	-	-	-	-	-	2	2,94	2	2,94	2	2,94	28	41,18	36	52,94	30	44,12	2	2,94	38	55,88	38	55,88					

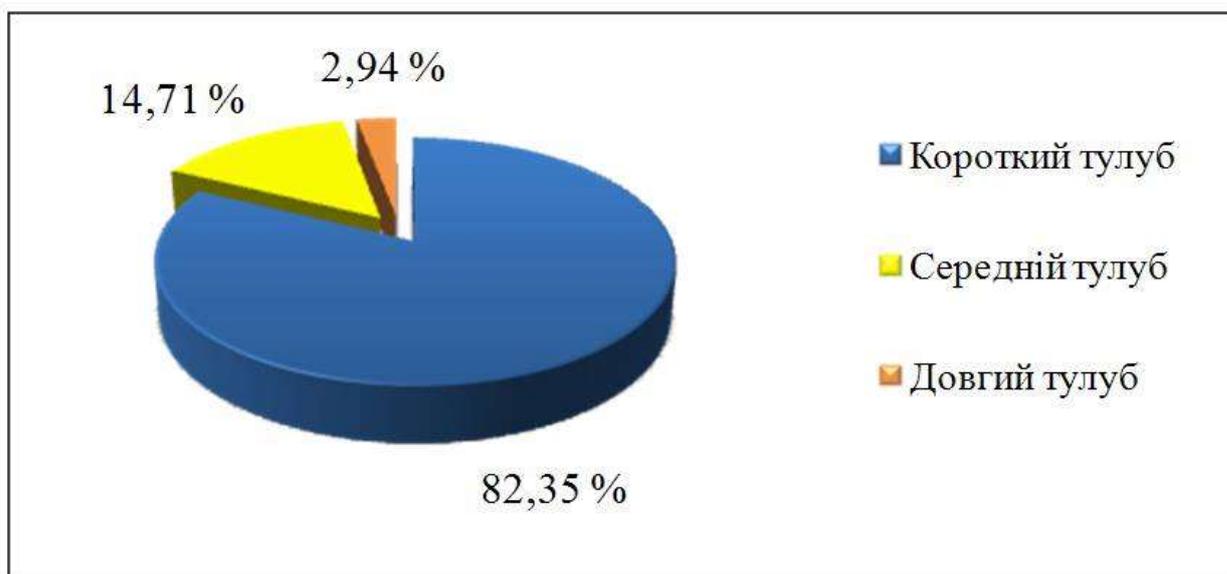


Рис. 3.2.5. Діаграма. Кормічний індекс хворих на первинну грижу білої лінії живота.

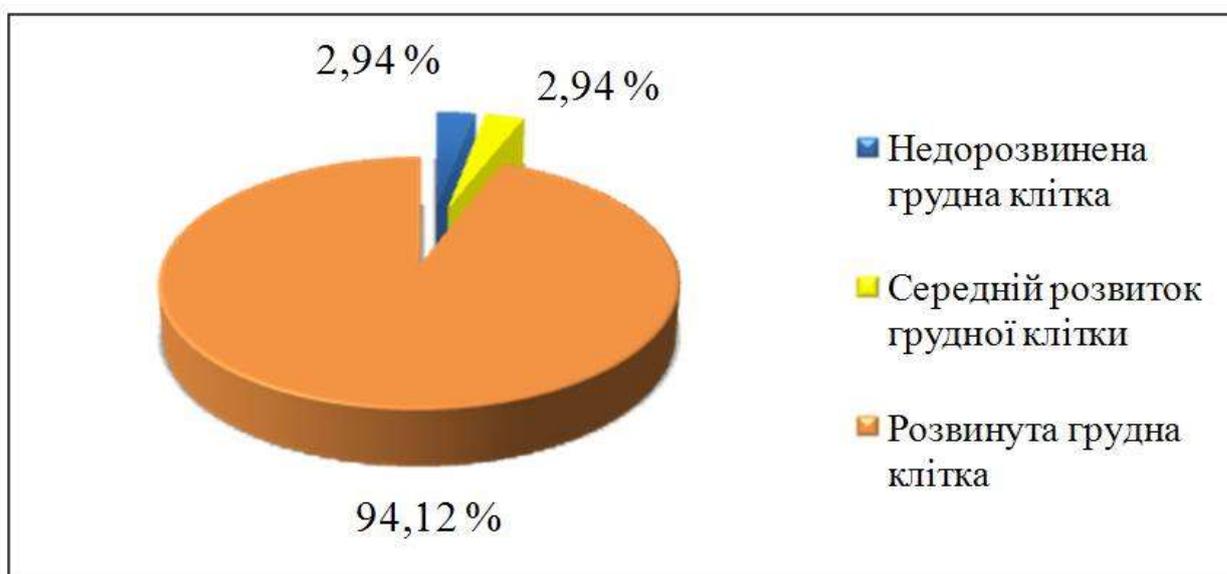


Рис. 3.2.6. Діаграма. Індекс Ф.Ф. Ерісмана хворих на первинну грижу білої лінії живота.

ГК спостерігали у всіх пацієнтів, незалежно від значень кормічного індексу, але чоловіків з довгим тулубом і розвинутою ГК не виявили.

У хворих на ГБЛЖ (рис. 3.2.7) констатували трапецієподібну (38,2%), прямокутну (35,3%) і проміжну ФТ (26,5%). Серед чоловіків переважала трапецієподібна, а серед жінок – прямокутна ФТ (табл. 3.Б.7). У чоловіків середнього соматотипу, хворих на ГБЛЖ, спостерігали проміжну ФТ. Ендоморфи, мезоморфи і ектomezоморфи, хворі на ГБЛЖ, мали всі ФТ, проте ендоморфи жінки не мали трапецієподібної ФТ, а чоловіки – проміжної і прямокутної ФТ. У той же час мезоморфи чоловіки не мали прямокутної ФТ, а жінки – проміжної. Отримані нами дані свідчать, що ендоморфи, мезоморфи та екторморфи чоловіки, хворі на первинну ГБЛЖ, не мали прямокутної ФТ. Серед ектomezоморфів переважно спостерігали прямокутну ФТ. Серед ендоморфів – трапецієподібну.

Незалежно від ТС, за В.М. Шевкуненком, хворі на ГБЛЖ мали всі ФТ (табл. 3.Б.7). Трапецієподібної ФТ не виявили в жінок Дтс. У хворих Бтс частіше виявляли трапецієподібну ФТ (20,6%). Серед хворих Бтс переважно простежували прямокутну ФТ (14,7%), а серед чоловіків – трапецієподібну ФТ (13,2%). У пацієнтів Мтс здебільшого була прямокутна ФТ (16,2%) серед осіб жіночої статі, а серед чоловіків – частіше трапецієподібна (5,9%) ФТ. Серед хворих Дтс частіше спостерігали трапецієподібну ФТ (10,3%) в чоловіків.

Незалежно від ТС, за ІБ, хворі на ГБЛЖ переважно мали проміжну ФТ (табл. 3.2.1). Її не спостерігали в жінок Дтс і Мтс. Трапецієподібну ФТ мали тільки особи Бтс (38,2%). Прямокутну ФТ мали жінки Бтс (32,4%) і Мтс (2,9%).

Прямокутну ФТ (табл. 3.2.2) виявляли в жінок незалежно від кормічного індексу. Здебільшого ця ФТ була в осіб з коротким Ту (26,5%). Трапецієподібну ФТ спостерігали частіше в пацієнтів з коротким Ту (29,4%) і дещо рідше – у пацієнтів із середнім Ту (8,8%). Серед жінок із коротким Ту здебільшого виявляли прямокутну ФТ (26,5%), а серед чоловіків – трапецієподібну (26,5%).

Недорозвинену ГК (табл. 3.2.2) спостерігали в чоловіків (2,9%) із проміжною ФТ. Середній розвиток ГК мали тільки жінки (2,9%) з прямокутною ФТ.

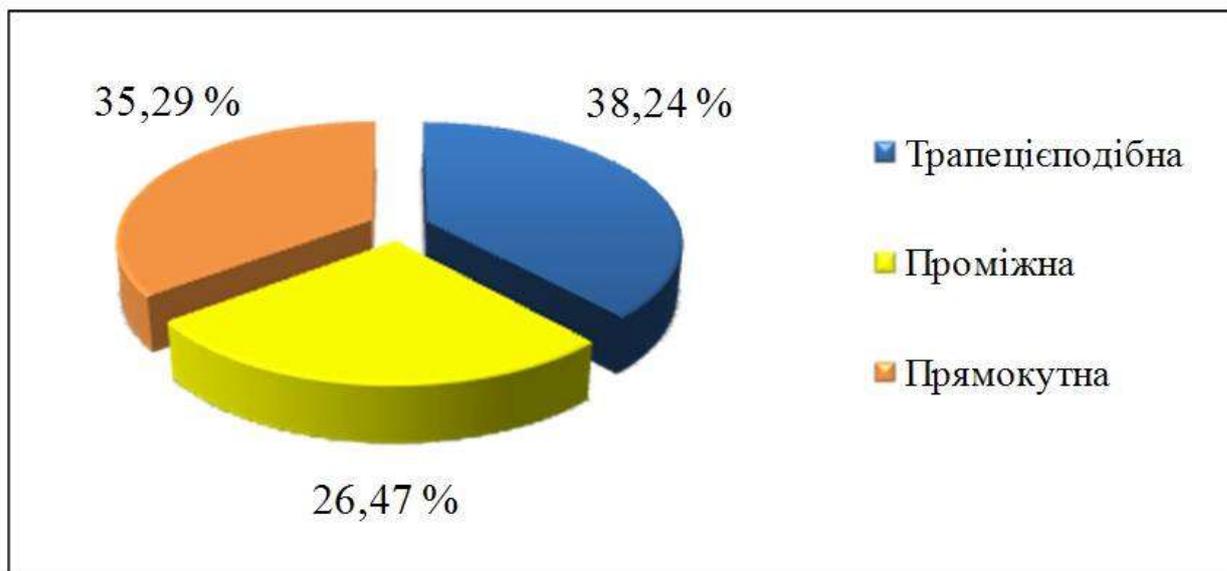


Рис. 3.2.7. Діаграма. Форма тулуба хворих на первинну грижу білої лінії живота.

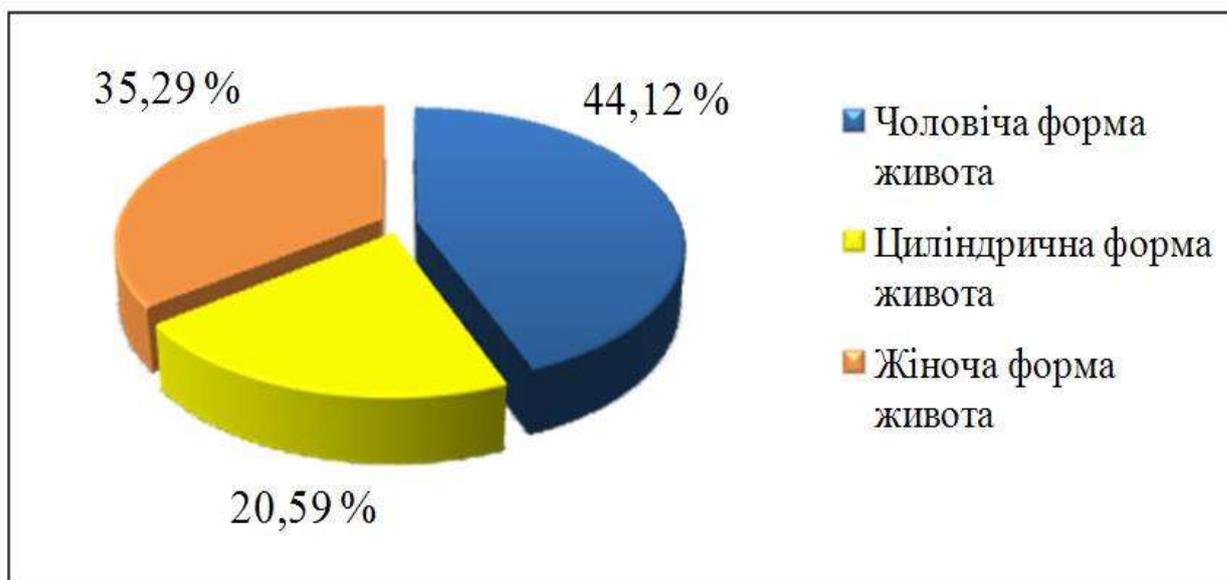


Рис. 3.2.8. Діаграма. Форма живота хворих на первинну грижу білої лінії живота.

ГК спостерігали у всіх пацієнтів, незалежно від значень кормічного індексу, але чоловіків з довгим тулубом і розвинутою ГК не виявили. Проте показовим є факт, що розвинуту ГК частіше мали чоловіки із трапецієподібною ФТ, а прямокутну – лише жінки (32,4%).

Хворі на ГБЛЖ, незалежно від статі, мали всі ФЖ (рис. 3.2.8). Здебільшого спостерігали чоловічу (44,1%) і жіночу (35,3%) ФЖ. Серед чоловіків, хворих на ГБЛЖ, переважно спостерігали чоловічу ФЖ (22,4%). Жінки частіше мали жіночу ФЖ (26,5%) і циліндричну (17,7%). Тільки у мезоморфів, хворих на ГБЛЖ, були всі ФЖ (табл. 3.Б.8). У чоловіків з середнім соматотипом спостерігали жіночу ФЖ (2,9%). Ендоморфи чоловіки не мали циліндричної ФЖ. Також не мали циліндричної ФЖ ектомезоморфи. Первинної ГБЛЖ не було в чоловіків ектомезоморфів з жіночою ФЖ. Чоловічу ФЖ здебільшого мали мезоморфи (22,1%), а жіночу – ендоморфи (14,7%).

Незалежно від, ТС за В.М. Шевкуненком, у пацієнтів, хворих на ГБЛЖ, спостерігали чоловічу і жіночу ФЖ (табл. 3.Б.8). Чоловічу ФЖ – переважно в осіб Бтс (26,5%), а жіночу – у пацієнтів Дтс (16,2%). Водночас циліндричну ФЖ не виявили в пацієнтів Дтс і чоловіків Мтс. Серед жінок Дтс не спостерігали чоловічої ФЖ, а серед чоловіків Бтс – жіночої ФЖ. Чоловічу ФЖ частіше виявляли у хворих на ГБЛЖ Бтс (19,1%). Жіночу ФЖ частіше мали жінки Мтс (10,3%), а циліндричну – жінки Бтс (11,7%).

Серед хворих Дтс, згідно з ІБ, спостерігали тільки жіночу ФЖ (2,9%), і тільки серед чоловіків (табл. 3.2.3). Серед пацієнтів Мтс також простежували тільки жіночу ФЖ порівну серед чоловіків і жінок (по 2,9%). Хворих Дтс і Мтс з чоловічою і циліндричною ФЖ і первинною ГБЛЖ не було. Пацієнти Бтс здебільшого (44,1%) мали чоловічу ФЖ. Однаково часто спостерігали жіночу (26,5%) і циліндричну (20,6%) ФЖ. Серед чоловіків Бтс переважно виявляли чоловічу ФЖ (32,4%). Серед жінок Бтс, навпаки, – частіше жіночу (23,5%) і циліндричну ФЖ (17,7%).

Тільки у двох жінок, що мали довгий Ту (табл.3.2.4), була чоловіча ФЖ (2,9%). Чоловіків, з довгим Ту, хворих на ГБЛЖ, а також пацієнтів із середнім Ту і жіночою ФЖ не було. Частіше пацієнти з середнім Ту мали циліндричну ФЖ

Таблиця 3.2.3

Розподіл хворих на грижу білої лінії живота з індексом Бругша, формою тулуба, вертикальним індексом живота, розмірами гризового дефекту та статтю

Параметри (різні)		Тип статури (індекс Бругша)																			
		Доліхоморфний						Мезоморфний						Брахіморфний						Усього	
		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки	
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Форма живота	Чоловіча ФЖ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Циліндрична ФЖ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Жіноча ФЖ	2	2,94	-	-	2	2,94	2	2,94	2	2,94	2	2,94	2	2,94	2	2,94	2	2,94	2	2,94
	Усього	2	2,94	-	-	2	2,94	2	2,94	2	2,94	2	2,94	26	38,24	36	52,94	30	44,12	38	55,88
Вертикальний індекс живота	Малий	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	8,82	10	14,71	6	8,82	10	14,71
	Середній	2	2,94	-	-	2	2,94	2	2,94	2	2,94	2	2,94	20	29,41	24	35,29	24	35,29	26	38,24
	Великий	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2,94	-	-	2	2,94
	Усього	2	2,94	-	-	2	2,94	2	2,94	2	2,94	2	2,94	26	38,24	36	52,94	30	44,12	38	55,88
Розміри гризового дефекту	Малий	2	2,94	-	-	2	2,94	2	2,94	2	2,94	2	2,94	3	4,41	4	5,88	7	10,29	6	8,82
	Середній	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23	33,82	22	32,36	23	33,82	22	32,36
	Великий	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	14,71	-	-	10	14,71
	Усього	2	2,94	-	-	2	2,94	2	2,94	2	2,94	2	2,94	26	38,24	36	52,94	30	44,12	38	55,88

Таблиця 3.2.4

Розподіл хворих на грижу білої лінії живота згідно з кормічним індексом, формою живота, вертикальним індексом живота, розмірами гризового дефекту та статтю

Параметри (різні)	Короткий тулуб						Середній тулуб						Довгий тулуб						Усього					
	Чоловіки			Жінки			Чоловіки			Жінки			Чоловіки			Жінки			Чоловіки			Жінки		
	абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%	
Форма живота	Чоловіча ФЖ	22	32,36	2	2,94	-	4	5,88	-	2	2,94	-	2	2,94	-	22	32,36	8	11,76					
	Циліндрична ФЖ	-	-	8	11,76	2	2,94	4	5,88	-	-	-	-	-	-	2	2,94	12	17,65					
	Жіноча ФЖ	6	8,82	18	26,47	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	8,82	18	26,47					
Усього	28	41,17	28	41,18	2	2,94	8	11,76	-	2	2,94	-	2	2,94	30	44,12	38	55,88						
Вертикальний індекс живота	Малий	6	8,82	9	13,24	-	-	1	1,47	-	-	-	-	-	6	8,82	10	14,71						
	Середній	22	32,36	19	27,94	2	2,94	7	10,29	-	-	-	-	-	24	35,29	26	38,24						
	Великий	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2,94	-	2	2,94					
Усього	28	41,17	28	41,18	2	2,94	8	11,76	-	2	2,94	-	2	2,94	30	44,12	38	55,88						
Розміри гризового дефекту	Малий	7	10,29	6	8,82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	10,29	6	8,82						
	Середній	21	30,89	14	20,59	2	2,94	6	8,82	-	-	-	-	-	23	33,82	22	32,36						
	Великий	-	-	8	11,76	-	-	2	2,94	-	-	-	-	-	-	-	-	10	14,71					
Усього	28	41,17	28	41,18	2	2,94	8	11,76	-	2	2,94	-	2	2,94	30	44,12	38	55,88						

(8,8%). Тільки жінки з середнім Ту мали чоловічу ФЖ (5,8%). Серед чоловіків з коротким Ту, хворих на ГБЛЖ, не спостерігали циліндричну ФЖ. Чоловіки з коротким Ту здебільшого мали чоловічу ФЖ (32,3%), а жінки – жіночу (26,5%).

Чоловіки з недорозвиненою ГК, хворі на ГБЛЖ, мали тільки жіночу ФЖ (табл.3.2.5). У пацієнтів із середнім розвитком ГК також спостерігали тільки жіночу ФЖ виключно серед жінок (2,9%). У хворих на первинну ГБЛЖ, що мали розвинуту ГК, спостерігали всі ФЖ. Частіше спостерігали чоловічу ФЖ (44,1%), і рідше – циліндричну (20,6%). Звертає на себе увагу, що при розвинутій ГК серед чоловіків частіше спостерігали чоловічу ФЖ (32,4%), серед жінок - жіночу (23,5%) і циліндричну (41,2%).

При розгляді таблиці 3.2.6 помітно, що серед пацієнтів із трапецієподібною ФТ не було жінок з жіночою ФЖ. У цих пацієнтів переважно спостерігали чоловічу ФЖ (26,5%). Проміжну ФТ не мали пацієнти з циліндричною ФЖ і жінки з чоловічою ФЖ. Серед пацієнтів із цією ФТ здебільшого виявлено жіночу ФЖ. Жінки з прямокутною ФТ здебільшого мали жіночу ФЖ (14,7%), рідше – циліндричну (11,8%) і чоловічу (8,8%).

У хворих на ГБЛЖ переважно спостерігали середній ВІЖ (рис. 3.2.9). Він був майже порівну у жінок (38,2%) і чоловіків (35,9%). Великий ВІЖ мали тільки жінки мезоморфи (табл. 3.Б.8). Середній ВІЖ спостерігали в мезоморфів (29,4%), ектоморфів (26,5%), ендоморфів (14,7%) і чоловіків з середнім соматотипом (2,9%). Малий ВІЖ частіше виявляли в ендоморфів (14,7%), ектомезоморфів (5,9%) і у чоловіків мезоморфів (2,9%). При розподілі хворих на ГБЛЖ згідно з ТС, за В.М. Шевкуненком (табл. 3.Б.8), великий ВІЖ спостерігали в жінок Бтс (2,9%). Малий ВІЖ не було в чоловіків Мтс. Малий і середній ВІЖ спостерігали у хворих на ГБЛЖ усіх ТС. В осіб Бтс переважно був середній ВІЖ (33,8%). Малий ВІЖ здебільшого частіше в жінок Бтс (8,8%), а середній – у чоловіків (19,1%). У осіб Мтс також частіше спостерігали середній ВІЖ (25%). Таким чином, незалежно від ТС, у хворих переважно спостерігали середній ВІЖ. Якщо в осіб Мтс середній ВІЖ переважно виявляли в жінок, то у осіб Дтс і Бтс, його переважно простежували в чоловіків (8,8%).

Таблиця 3.2.6

Розподіл хворих на грижу білої лінії живота з формою тулуба, формою живота, вертикальним індексом живота, розмірами грижового дефекту та статтю

Параметри (різні)		Форма тулуба																											
		Трапецієподібна						Проміжна						Прямокутна						Усього									
		Чоловіки			Жінки			Чоловіки			Жінки			Чоловіки			Жінки			Чоловіки			Жінки						
		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%					
Форма живота	Чоловіча ФЖ	16	23,52	2	2,94	6	8,82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	11,76				
	Циліндрична ФЖ	2	2,94	4	5,88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	17,65			
	Жіноча ФЖ	2	2,94	-	-	4	5,88	8	11,76	8	11,76	8	11,76	10	14,71	6	8,82	18	26,47	20	29,41	6	8,82	10	14,71	38	55,88		
Вертикальний індекс живота	Малий	6	8,82	-	-	-	-	5	7,35	5	7,35	5	7,35	3	4,41	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	8,82	10	14,71	
	Середній	14	20,59	6	8,82	10	14,71	10	14,71	3	4,41	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24	35,29	26	38,24		
	Великий	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2,94		
Розміри грижового дефекту	Усього	20	29,41	6	8,82	10	14,71	8	11,76	8	11,76	10	14,71	8	11,76	-	-	-	-	-	-	-	-	24	35,29	30	44,12	38	55,88
	Малий	2	2,94	-	-	5	7,35	1	1,47	5	7,35	1	1,47	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	7,35	7	10,29	6	8,82
	Середній	18	26,47	4	5,88	5	7,35	7	10,29	5	7,35	7	10,29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11	16,18	23	33,82	22	32,36
Розміри грижового дефекту	Великий	-	-	2	2,94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	11,76	-	-	10	14,71
	Усього	20	29,41	6	8,82	10	14,71	8	11,76	8	11,76	10	14,71	8	11,76	-	-	-	-	-	-	-	-	24	35,29	30	44,12	38	55,88

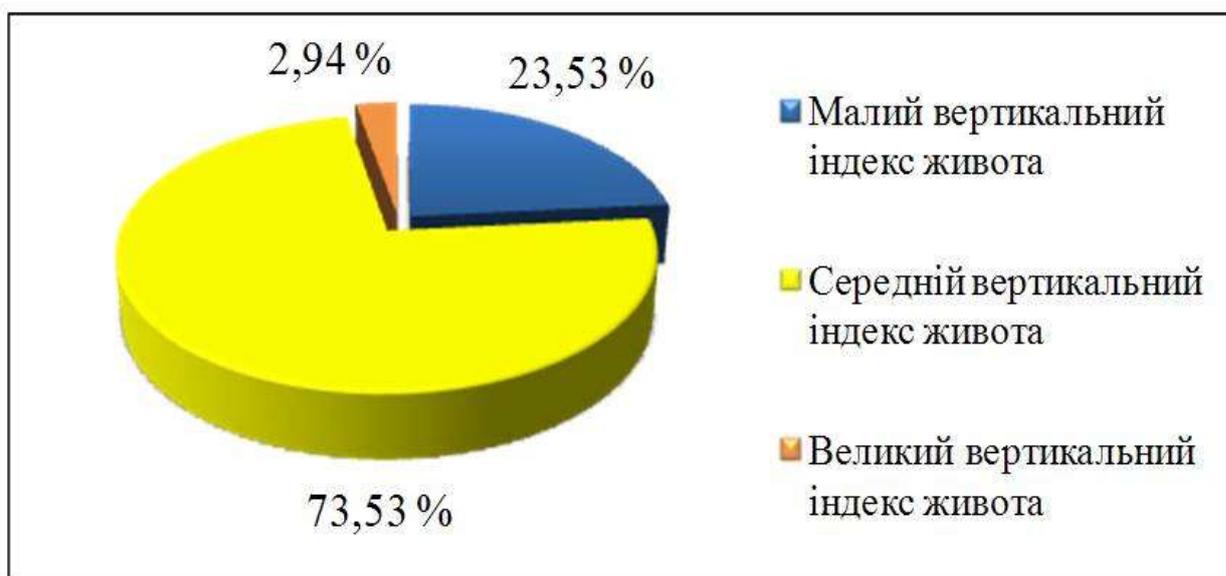


Рис. 3.2.9. Діаграма. Вертикальний індекс живота хворих на первинну грижу білої лінії живота.

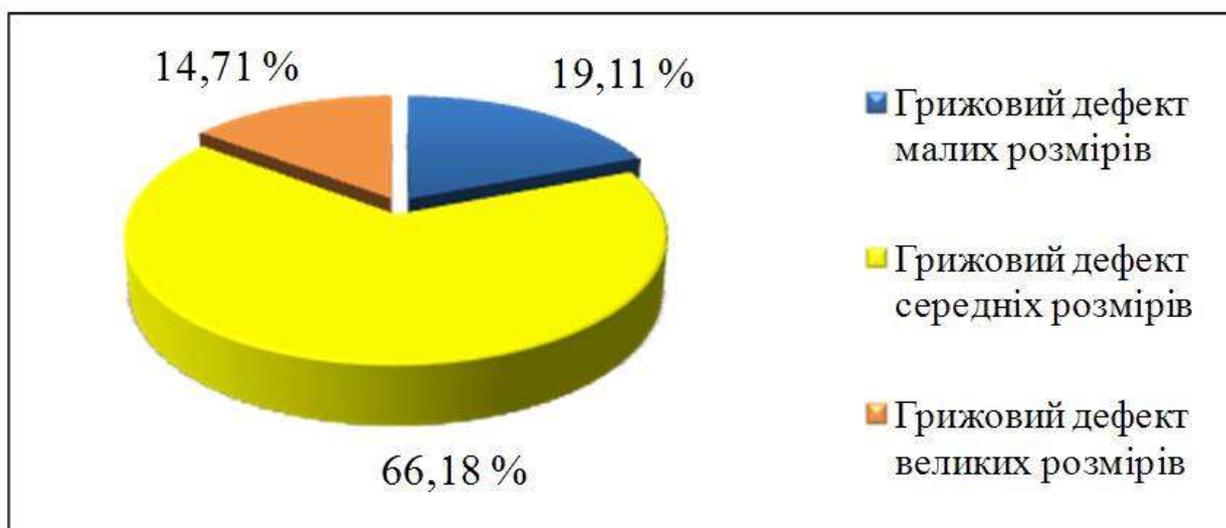


Рис. 3.2.10. Діаграма. Розміри грижового дефекту (EHS, 2009) хворих на первинну грижу білої лінії живота.

Розподіл хворих на ГБЛЖ, згідно з ІБ і ВІЖ, виявив, що в чоловіків Дтс спостерігали середній ВІЖ (табл. 3.2.3). Такий же ВІЖ спостерігали в осіб Мтс. Великий ВІЖ мали лише жінки Бтс (2,9%). Серед осіб Бтс за ІБ частіше спостерігали середній ВІЖ (64,7%).

Тільки в жінок з довгим Ту (табл. 3.2.4) помічали великий ВІЖ (2,9%). У хворих на ГБЛЖ з коротким і середнім Ту переважав середній ВІЖ (73,5%). Малого ВІЖ не було в чоловіків із середнім Ту. Серед осіб із коротким Ту і середнім ВІЖ переважали чоловіки (32,4%), а серед хворих з середнім Ту і середнім ВІЖ – жінки (10,3%). Великий ВІЖ спостерігали в пацієнтів з розвинутою ГК (табл. 3.2.5). Хворі з недорозвинутою ГК мали середній ВІЖ і були чоловіками. Середній ВІЖ спостерігали тільки в жінок із середнім розвитком ГК. Розвинуту ГК спостерігали переважно в пацієнтів із середнім ВІЖ (73,2%).

Великий ВІЖ спостерігали в жінок із прямокутною ФТ (табл. 3.2.6). Серед жінок із прямокутною ФТ переважав середній ВІЖ (25%). Середній ВІЖ частіше спостерігали в пацієнтів з трапецієподібною ФТ (29,4%). Водночас серед пацієнтів з трапецієподібною ФТ середній ВІЖ здебільшого спостерігали в чоловіків (20,6%). Така ж тенденція була серед пацієнтів із проміжною ФТ (14,7%). Малий ВІЖ мали порівну жінки з проміжною і прямокутною ФТ (7,4%) і частіше – чоловіки (8,8%) з трапецієподібною ФТ.

Великий ВІЖ (табл. 3.2.7) спостерігали лише у жінок з чоловічою ФЖ (2,9%). Чоловіки з циліндричною ФЖ, хворі на ГБЛЖ, малого ВІЖ не мали. Малий ВІЖ частіше спостерігали в жінок із жіночою ФЖ (7,4%) і аналогічно у чоловіків з чоловічою ФЖ (5,9%). Середній ВІЖ частіше спостерігали в осіб з чоловічою ФЖ (32,4%) і рідше – в осіб з жіночою (25%) і циліндричною (16,2%) ФЖ. Серед осіб з чоловічою ФЖ і середнім ВІЖ переважали чоловіки (26,5%).

Серед осіб, хворих на ГБЛЖ (рис. 3.2.10), переважно спостерігали середні за розмірами ГД (66,2%), рідше – малі (19,1%) і великі ГД (14,7%). ГД великих розмірів (14,7%) виявляли тільки серед жінок. ГД середніх розмірів були в жінок і чоловіків однаково часто.

Таблиця 3.2.7

Розподіл хворих на ГБЛЖ згідно з формою живота, вертикальним індексом живота, розмірами ГД та статтю

Параметри (різні)		Форма живота																					
		Чоловіча форма живота				Циліндрична форма живота				Жіноча форма живота				Усього									
		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки							
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%						
Вертикальний індекс живота	Малий	4	5,88	2	2,94	-	-	3	4,41	2	2,94	5	7,35	6	8,82	10	14,71						
	Середній	18	26,47	4	5,88	2	2,94	9	13,24	4	5,88	13	19,12	24	35,29	26	38,24						
	Великий	-	-	2	2,94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2,94						
	Усього	22	32,35	8	11,76	2	2,94	12	17,65	6	8,82	18	26,47	30	44,12	38	55,88						
Розміри ГД	Малий ГД	-	-	1	1,47	7	10,29	5	7,35	-	-	-	-	7	10,29	6	8,82						
	Середній ГД	6	8,82	7	10,29	17	25,0	13	19,13	-	-	2	2,94	23	33,82	22	32,36						
	Великий ГД	-	-	2	2,95	-	-	8	11,76	-	-	-	-	-	-	10	14,71						
	Усього	22	32,35	8	11,76	2	2,94	12	17,65	6	8,82	18	26,47	30	44,12	38	55,88						
Параметри (різні)		Вертикальний індекс живота																					
		Малий ВІЖ				Середній ВІЖ				Великий ВІЖ				Усього									
		Малий ВІЖ		Середній ВІЖ		Великий ВІЖ		Малий ВІЖ		Середній ВІЖ		Великий ВІЖ		Усього		Малий ВІЖ		Середній ВІЖ		Великий ВІЖ		Усього	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Розміри ГД	Малий ГД	-	-	1	1,47	7	10,29	5	7,35	-	-	-	-	7	10,29	6	8,82						
	Середній ГД	6	8,82	7	10,29	17	25,0	13	19,13	-	-	2	2,94	23	33,82	22	32,36						
	Великий ГД	-	-	2	2,95	-	-	8	11,76	-	-	-	-	-	-	10	14,71						
	Усього	6	8,82	10	14,71	24	35,29	26	38,24	-	-	2	2,94	30	44,12	38	55,88						

У чоловіків з середнім соматотипом (табл. 3.Б.9) спостерігали ГД малих розмірів (2,9%). ГД великих розмірів не було в чоловіків. Серед пацієнтів ендоморфів, мезоморфів, ектомезоморфів спостерігали ГД від малого до великого розмірів. Так, серед ендоморфів частіше виявляли ГД середніх розмірів і вкрай рідко великих розмірів (1,5%). Серед мезоморфів також частіше спостерігали ГД середнього розміру і рідше великого розміру (2,9%). В той же час у чоловіків мезоморфів частіше (16,2%) спостерігали середні розміри ГД. Серед осіб ектомезоморфів також частіше виявляли ГД середніх розмірів (19,1%), переважно – в жінок (11,8%). Серед осіб з великими ГД більше було ектомезоморфів (10,3%).

Серед хворих на первинну ГБЛЖ, незалежно від ТС, за В.М. Шевкуненком (табл. 3.Б.9), були ГД малих і великих розмірів. Малі ГД частіше спостерігали в осіб Дтс (8,8%) і незначно рідше – в осіб Бтс (7,4%). Середні ГД переважно виявили в осіб Бтс (36,8%) і рідше – в осіб Мтс (16,2%) і Дтс (13,2%). Серед хворих Мтс і Бтс середні розміри ГД частіше спостерігали у жінок, а серед осіб Дтс середні ГД мали чоловіки. Великі ГД переважно були в осіб Мтс (8,8%).

На основі розподілу хворих на ГБЛЖ за ІБ (табл. 3.2.3), встановлено, що малі ГД були тільки в чоловіків Дтс. Також малі розміри ГД були серед пацієнтів Мтс. Серед осіб Бтс частіше спостерігали ГД середніх (66,2%) і дещо рідше – великих (14,7%) і малих (10,3%) розмірів.

Серед осіб з довгим тулубом були ГД середніх розмірів (табл.3.2.4). Серед осіб з середнім Ту переважно – ГД середніх (11,8%) і великих розмірів (2,9%). Хворі з коротким Ту частіше мали ГД середніх розмірів (51,5%) і рідше малі (19,1%) і великі (11,8%) за розмірами ГД. Серед хворих з коротким Ту і середніми ГД переважали чоловіки (39,3%), а серед хворих з середнім Ту і середніми ГД – жінки (8,8%).

Великі ГД (табл. 3.2.5) здебільшого спостерігали в жінок з прямокутною ФТ (11,8%). Жінки з проміжною ФТ великих гриж не мали. У пацієнтів, незалежно від ФТ, здебільшого виявляли ГД середніх розмірів, проте середні розміри ГД частіше – у чоловіків трапецієподібної ФТ (26,5%) та жінок

проміжної (10,3%) і прямокутної (16,2%) ФТ. Малі розміри ГД були частіше в жінок з прямокутною ФТ (7,4%) та чоловіків проміжної ФТ (7,4%).

Малі розміри ГД (табл. 3.2.6) мали чоловіки з недостатнім розвитком ГК. Жінки з середнім розвитком ГК також мали лише ГД малих розмірів. Серед пацієнтів з добрим розвитком ГК частіше спостерігали ГД середніх розмірів (66,2%) і рідше великих (14,7%) і малих розмірів (13,2%). Незалежно від ФЖ, частіше виявляли середні розміри ГД (табл. 3.2.7). Також середні ГД частіше спостерігали в чоловіків з чоловічою ФЖ (27,9%), а в жінок – з жіночою (14,7%) і циліндричною (11,8%) ФЖ. Жінки з великим ВІЖ мали середніх розмірів ГД. Великі ГД переважно були в осіб з середнім ВІЖ (11,8%). Середні ГД частіше були у осіб з середнім ВІЖ (44,1%).

Отже, серед хворих на ГБЛЖ переважали особи з мезоморфним, екто-мезоморфним та ендоморфним соматотипами. Більшість хворих на ГБЛЖ мали Бтс (48,5%), трапецієподібну форму (38,2%) короткого Ту (82,4%) і розвинуту ГК (94,1%). Чоловічу ФЖ спостерігали в 44,1% а жіночу – у 35,29% пацієнтів. У переважної більшості хворих на ГБЛЖ виявили середній ВІЖ (73,5%).

Підсумовуючи, можна твердити, що жінок, хворих на ПГ і на ГБЛЖ, було більше, ніж чоловіків. У пацієнтів, хворих на ПГ, здебільшого спостерігали ГД середнього (47,1%) і малого (31,2%) розмірів. Серед осіб, хворих на ГБЛЖ, переважно виявили середні ГД (66,2%). Як серед хворих на ПГ, так і у хворих на ГБЛЖ жировий компонент МТ ($p < 0,05$) був більшим у жінок, а м'язевий – у чоловіків. ПГ частіше виявляли в пацієнтів ендоморфного (33,2%), мезоморфного (34,6%) і ендомезоморфного (29,3%) соматотипів, за J.L. Carter, В.Н. Heath. Водночас ГБЛЖ – серед осіб з мезоморфним (35,3%), ектомезоморфним (32,4%) та ендоморфним (29,4%) соматотипами. Не мали ПГ ектоморфи та ектомезоморфи. ГБЛЖ не спостерігали в ектоморфів, ендомезоморфів і ектоендоморфів.

63,5% хворих на ПГ страждали на Ож I – III ст. Серед пацієнтів, хворих на ГБЛЖ, тільки в 14,7% була відсутня надмірна МТ. У жінок, хворих на ПГ і ГБЛЖ середні показники індексу Кетле були достовірно більші, ніж у чоловіків, що вказує на часте Ож в обстежених жінок.

Частіше хворі на ПГ мали Бтс, за В.М. Шевкуненко, (64,9%) та згідно з ІБ (95,7%), короткий Ту (75,97%) трапецієподібної форми (45,7%) і розвинуту ГК (96,6%). Подібна закономірність була і у хворих на ГБЛЖ. Чоловіча ФЖ була в 71,6% хворих на ПГ. Серед хворих на ГБЛЖ переважали особи з чоловічою (44,1%) і жіночою (35,3%) ФЖ. У 53,4% хворих на ПГ і 73,5% хворих на ГБЛЖ був середній ВІЖ.

За матеріалами розділу опубліковано праці:

1. Власов В.В. Антропометричне дослідження хворих на пупкову грижу / В.В. Власов, С.В. Калиновський // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2013. - № 1. – С. 54-57.
2. Власов В.В. До соматотипів хворих на пупкову грижу / В.В. Власов, С.В. Калиновський // Biomedical and biosocial anthropology. – 2013. – С. 41-44.
3. Калиновський С.В. До визначення соматотипу у хворих на пупкову грижу / С.В. Калиновський // Матеріали IV міжнародної конференції молодих вчених. – Вінниця. – 2013. – С. 39-40.
4. Калиновський С.В. До вивчення типу статури у хворих на пупкову грижу / С.В. Калиновський // Матеріали V міжнародної конференції молодих вчених. – Вінниця. – 2014. – С. 96.
5. Vlasov V.V. Somatotypes of patients with umbilical hernia / V. Vlasov, S. Kalinovsky, O. Charychin et al. // Hernia.–Vol.17.–Supl. 2. – May 2013. – P. 107.

РОЗДІЛ 4

АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БІЛОЇ ЛІНІЇ ЖИВОТА І М'ЯЗІВ ПЕРЕДНЬО-БІЧНОЇ СТІНКИ ЖИВОТА У ХВОРИХ НА ПЕРВИННУ ГРИЖУ БІЛОЇ ЛІНІЇ ЖИВОТА

4.1 Особливості ультразвукового дослідження передньо-бічної стінки живота у хворих на первинну грижу білої лінії живота

Середній вік осіб групи порівняння ($n = 64$) і основної ($n = 69$) групи, яким вивчено структуру ПБСЖ, склав $53,8 \pm 11,87$ і $56,6 \pm 14,01$ ($p > 0,05$). У групі порівняння жінок було менше (42,2 %), а в основній – жінки переважали (57,9%).

При проведенні УЗД чітко виявляли БЛЖ. М'язева тканина - гіпоехогенна, з вираженими гіперехогенними паралельно розташованими структурами при поздовжньому скануванні або з дрібними вкрапленнями на зразок «зірчастого неба» (прошарки перимізія) – при поперечному (рис. 4.1.1а та 4.1.1б). За наявності ГД вдавалось візуалізувати ПМЖ, дефект в апоневрозі БЛЖ та грушоподібне або мішкоподібне випинання – ГМ. У випадку виявлення в ГМ великого сальника (35) при ультразвуковій картині вміст ГМ мав вигляд неоднорідного гіперехогенного утворення, також просто було виявити петлю ТК (18) (рис. 4.1.2 а і б).

При дослідженні БЛЖ, частіше (208) візуалізували ПГ. У 68 хворих ГД БЛЖ розташовувався вище пупка: в пупковій (27) та епігастральній (41) ділянках. БЛЖ обстежували по всій довжині для виявлення додаткових ГД. У 9 пацієнтів ПГ поєднувалася з ГБЛЖ (рис. 4.1.3). У 4 пацієнтів виявили множинні ГД БЛЖ. При виявленні ГД БЛЖ вище пупка під час УЗД позначали на шкірі локалізацію ГД, що в подальшому використовували для вибору доступу.

У більшості обстежених (78,27%) поперечний розмір ГД був ширший за поздовжній. У 41 (14,86%) хворих на ПГ ці розміри були приблизно однакові. Лише у 6,78 % пацієнтів відмічали переважання поздовжнього розміру ГД над поперечним. Найменші поперечний та поздовжній розміри ГД склали 0,6 см, найбільший поперечний розмір був 6,25 см, а поздовжній 3,2 см.

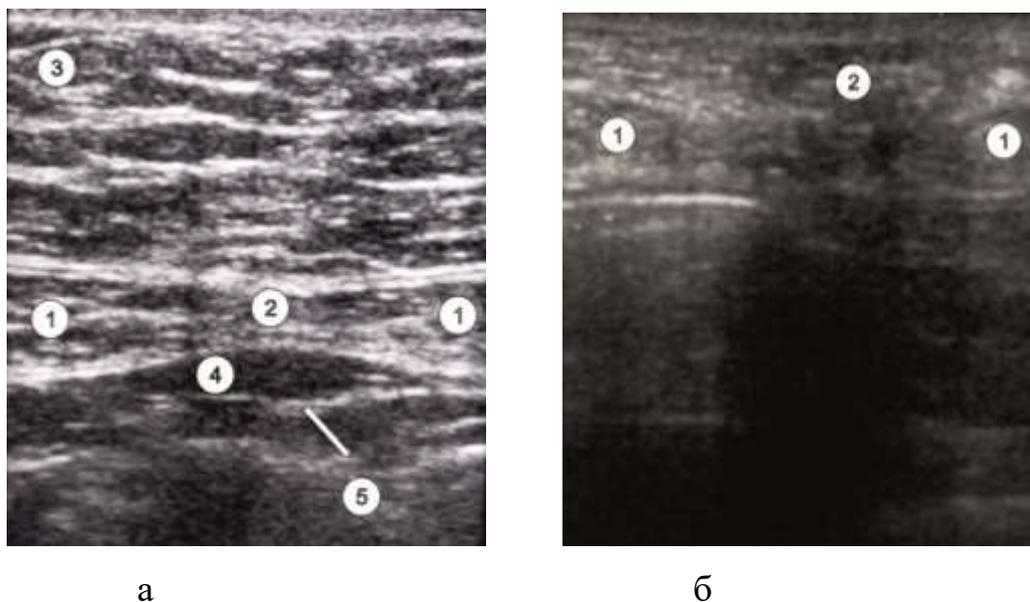


Рис. 4.1.1. Ультразвукове дослідження передньо-бічної стінки живота (фото): а – без грижі; б – пупкова грижа; 1 – прямі м'язи живота; 2 – біла лінія живота; 3 – підшкірно-жирова клітковина; 4 – передочеревинний простір; 5 – очеревина; 6 – грижовий мішок. Збільшення в 1,5 рази.

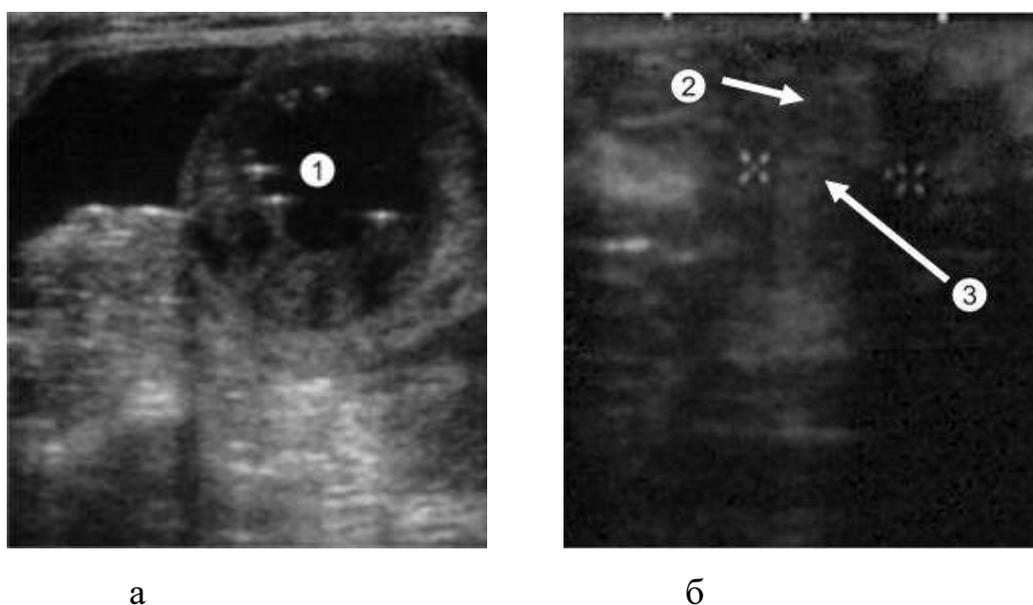


Рис. 4.1.2. Ультразвукове дослідження (фото): грижа білої лінії живота; а – вміст ГМ – кишкова петля (1); б – пасмо сальника (2); 3 – грижові ворота. Збільшення в 1,2 рази.

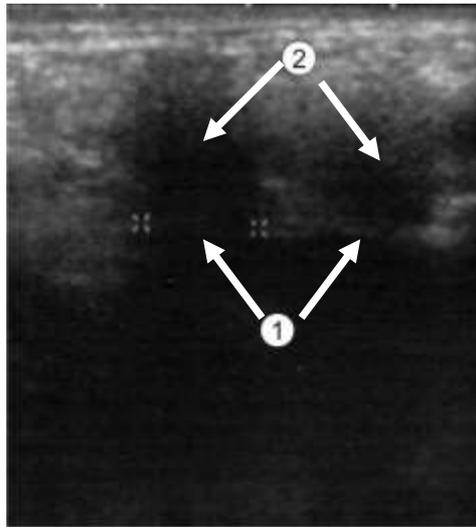


Рис. 4.1.3. Ультразвукове дослідження (фото): поєднання ПГ та ГБЛЖ. Відстань між ГД до 1 см. 1 – грижові ворота; 2 – грижові мішки. Збільшення в 1,15 рази.

Згідно з класифікацією EHS, ГД малих розмірів було 31,2%, середніх – 47,1%, великих – 21,7%. Частіше (66,7%) ГД не перевищував розміри БЛЖ, у 15,9% пацієнтів він співпадав з її шириною, у 17,4% – був ширшим.

Огляд ПБСЖ та ділянки ГД був утруднений у пацієнтів зі значною товщиною ПЖК. У пацієнтів з ГД більше 5-6 см визначення його ширини було технічно важчим через менші розміри датчика, неможливість відтворити на моніторі апарата повну ультразвукову картину ГД. Проведення УЗД ПБСЖ поєднували з обстеженням ОЧП. У 53 пацієнтів виявлено супутню ЖКХ, що вплинуло на подальшу тактику їх оперативного лікування.

Товщина ПБСЖ (табл. 4.1.1) по серединній лінії на всіх рівнях дослідження, крім ділянки під мечоподібним відростком, в основній групі була більшою, ніж у групі порівняння ($p < 0,05$). У пацієнтів без грижі БЛЖ вірогідної відмінності у товщині ПБСЖ по серединній лінії живота на досліджуваних рівнях не виявлено. Найбільша товщина ПБСЖ була на рівні Іbs. У пацієнтів основної групи виявлена різниця ($p < 0,05$) між товщиною ПБСЖ на рівні Іbs ($2,97 \pm 1,32$ см) та під мечоподібним відростком ($2,47 \pm 1,01$ см).

Таблиця 4.1.1.

Параметри передньо-бічної стінки живота, що виміряні по серединній лінії за допомогою ультразвукового методу дослідження

Рівень дослідження	Група порівняння (n = 64)		Основна група (n = 69)		p
	Min – Max, см	M ± m, см	Min – Max, см	M ± m, см	
Товщина передньо-бічної стінки живота					
I	0,42 – 9	2,23 ± 1,21	0,67 – 5,24	2,47 ± 1,01	> 0,05
II	0,48 – 3,9	2,18 ± 0,79	0,65 – 6,0	2,63 ± 1,19	< 0,05
III	0,68 – 3,64	2,11 ± 0,77	0,6 – 5,55	2,57 ± 1,18	< 0,05
IV	0,53 – 5,56	2,28 ± 0,97	0,85 – 6,49	2,97 ± 1,32	< 0,05
V	0,56 – 4,16	2,14 ± 0,88	1,02 – 5,42	2,73 ± 1,22	< 0,05
Відстань від шкіри до апоневрозу білої лінії живота					
I	0,2 – 2,62	1,19 ± 0,6	0,23 – 3,35	1,44 ± 0,72	< 0,05
II	0,26 – 3,01	1,44 ± 0,68	0,46 – 3,94	1,83 ± 0,9	< 0,05
III	0,26 – 2,52	1,27 ± 0,59	0,4 – 3,66	1,78 ± 0,93	< 0,05
IV	0,2 – 3,67	1,44 ± 0,8	0,37 – 5,03	2,11 ± 1,15	< 0,05
V	0,16 – 3,3	1,36 ± 0,72	0,17 – 4,43	1,64 ± 0,98	> 0,05
Відстань від апоневрозу білої лінії живота до очеревини					
I	0,12 – 2,19	0,8 ± 0,51	0,1 – 4,9	0,99 ± 0,78	> 0,05
II	0,08 – 2,29	0,58 ± 0,43	0,12 – 2,34	0,7 ± 0,47	> 0,05
III	0,11 – 2,7	0,71 ± 0,51	0,12 – 1,99	0,75 ± 0,42	> 0,05
IV	0,17 – 2,66	0,7 ± 0,55	0,09 – 1,79	0,74 ± 0,38	> 0,05
V	0,06 – 6,9	0,76 ± 0,91	0,2 – 2,61	0,93 ± 0,57	> 0,05
Товщина апоневрозу білої лінії живота					
I	0,06 – 0,31	0,15 ± 0,05	0,1 – 0,41	0,18 ± 0,06	< 0,05
II	0,09 – 0,29	0,16 ± 0,04	0,1 – 0,33	0,18 ± 0,05	< 0,05
III	0,1 – 0,29	0,17 ± 0,05	0,08 – 0,46	0,19 ± 0,07	> 0,05
IV	0,08 – 0,41	0,19 ± 0,08	0,1 – 0,4	0,19 ± 0,06	> 0,05
V	0,05 – 0,41	0,17 ± 0,07	0,08 – 0,37	0,2 ± 0,07	< 0,05

Примітки: I – рівень під мечоподібним відростком; II – рівень l. bicostalis; III – рівень пупка; IV – рівень l. bispinalis; V – рівень над лобковим симфізом

При порівнянні товщини ПЖК в обох групах спостереження виявили, що у хворих основної групи вона більша ($p < 0,05$) на всіх рівнях, ніж в групі порівняння. Тобто хворі на грижу частіше мають надлишок МТ.

Товщина ПЖК більша на рівнях Іbc ($1,44 \pm 0,68$ см) та Іbs ($1,44 \pm 0,8$ см), ніж під мечоподібним відростком ($1,19 \pm 0,6$ см) у групі порівняння ($p < 0,05$). У ПД ($1,27 \pm 0,59$ см) вона є меншою ніж на рівнях Іbc та Іbs ($p > 0,05$). В основній групі товщина ПЖК під мечоподібним відростком ($1,44 \pm 0,72$ см) та над лобковим симфізом ($1,64 \pm 0,98$ см) не відрізняється. Не виявлено статистичної різниці цього показника на рівнях Іbc ($1,83 \pm 0,9$ см), пупка ($1,78 \pm 0,93$ см) та Іbs ($2,11 \pm 1,15$ см). Але можна стверджувати, що на цих трьох рівнях ПЖК більша, ніж над лобковим симфізом і під мечоподібним відростком ($p < 0,05$).

Відмінностей у товщині По простору між обома групами дослідження не встановлено. У групі порівняння достовірну різницю виявили лише між рівнями під мечоподібним відростком ($0,8 \pm 0,51$ см) та Іbc ($0,58 \pm 0,43$ см). У хворих основної групи товщина По простору не відрізняється на рівнях під мечоподібним відростком ($0,99 \pm 0,78$ см) і над лобковим симфізом ($0,93 \pm 0,57$ см). Майже однакова вона на рівнях Іbc, пупка та Іbs. У надлобковій ділянці По простір товстіший, ніж на рівнях Іbc ($0,7 \pm 0,47$ см) та Іbs ($0,74 \pm 0,38$ см).

Лише під мечоподібним відростком та над лобковим симфізом товщина БЛЖ була більшою в пацієнтів основної групи ($p < 0,05$), а на рівнях Іbc, пупка та Іbs на відрізнялась у пацієнтів обох груп (табл. 4.1.2). У всіх осіб в гіпогастрії БЛЖ товстіша, ніж в епігастрії ($p < 0,05$).

Значення ширини БЛЖ наведені в табл. 4.1.2. На всіх рівнях дослідження, крім ділянки під мечоподібним відростком БЛЖ ширша у хворих на грижу, ніж у здорових ($p < 0,05$). У групі порівняння на рівні пупка та Іbc БЛЖ найширша, звужується на рівнях Іbs та в надлобковій ділянці. В основній групі найменшу ширину БЛЖ спостерігали на рівнях Іbs, під мечоподібним відростком та над лобковим симфізом. Найширша БЛЖ на рівнях пупка і Іbc. Ширина БЛЖ не відрізняється ($p > 0,05$) на рівнях пупка ($2,59 \pm 0,99$ см) та Іbc ($2,26 \pm 0,99$ см), але вона ширша ($p < 0,05$), ніж на інших трьох рівнях. Виявили звуження БЛЖ в

напрямку гіпогастрія ($p < 0,05$), з найменшим її значенням над лобковим симфізом. Отже, доведено: БЛЖ у нижніх відділах ПБСЖ стає вужчою і товстішою ($p < 0,05$).

Таблиця 4.1.2.

Ширина білої лінії живота, що виміряна за допомогою УЗД

Рівень дослідження	Група порівняння (n = 64)		Основна група (n = 69)		p
	Min – Max, см	M ± m, см	Min – Max, см	M ± m, см	
Ширина білої лінії живота					
I	0,22 – 5,2	1,43 ± 0,8	0,39 – 4,91	1,65 ± 0,93	> 0,05
II	0,59 – 4,99	1,86 ± 0,83	0,42 – 6,15	2,26 ± 0,99	< 0,05
III	0,34 – 6,17	2,09 ± 0,96	0,91 – 6,02	2,59 ± 0,99	< 0,05
IV	0,23 – 3,11	1,09 ± 0,68	0,48 – 3,32	1,53 ± 0,67	< 0,05
V	0,16 – 2,81	0,78 ± 0,52	0,12 – 2,82	1,13 ± 0,65	< 0,05

Примітки: I – рівень під мечоподібним відростком; II – рівень l. bicostalis; III – рівень пупка; IV – рівень l. bisprinalis; V – рівень над лобковим симфізом

БЛЖ нормальної ширини була у 82 (39,4%) хворих на ПГ (n = 208) на всіх рівнях дослідження. Діастаз ПМЖ різного ступеня, який проявлявся по всій довжині БЛЖ спостерігали у 48 (23,1%) хворих. У 78 пацієнтів – діастаз ПМЖ різного ступеня виявили лише на окремих рівнях дослідження.

У межах норми розміри БЛЖ під мечоподібним відростком були у більшості (60,1%) обстежених. Діастаз ПМЖ I та II ступенів спостерігали у 36,5% та 3,4% обстежених. На рівні lbc БЛЖ розмірами в межах норми була у 41,8% осіб. Діастаз ПМЖ I – III ступенів виявили у 39,9%, 11,54% та 6,75% хворих на ПГ відповідно. БЛЖ розмірами в межах норми на рівні пупка мали ще менша кількість пацієнтів (20,2%). Діастаз ПМЖ I та II ступенів виявили більше ніж у половини хворих (30,3% та 25,96%). Діастаз ПМЖ III ступеня мали 10,1% хворих.

В обох групах показники товщини ПМЖ і бічних м'язів ПБСЖ не відрізняються (табл. 4.1.3). На рівні ПД та lbc товщина прямих та бічних м'язів живота в пацієнтів групи порівняння дещо більша ($p > 0,05$), ніж в основній.

Таблиця 4.1.4.

Товщина м'язів передньо-бічної стінки живота, що виміряна за допомогою
ультразвукового методу дослідження

Рівень дослідження		Група порівняння (n = 64)		Основна група (n = 69)		p
		Min – Max, см	M ± m, см	Min – Max, см	M ± m, см	
Товщина прямих м'язів живота						
I	справа	0,14 – 1,48	0,63 ± 0,25	0,32 – 2,2	0,79 ± 0,29	< 0,05
	зліва	0,19 – 1,44	0,66 ± 0,24	0,3 – 2,24	0,79 ± 0,27	< 0,05
II	справа	0,19 – 1,83	0,66 ± 0,28	0,14 – 2,15	0,78 ± 0,31	> 0,05
	зліва	0,26 – 1,7	0,72 ± 0,27	0,28 – 2,52	0,79 ± 0,34	> 0,05
III	справа	0,27 – 1,25	0,7 ± 0,22	0,16 – 2,1	0,88 ± 0,32	< 0,05
	зліва	0,29 – 1,24	0,73 ± 0,22	0,19 – 2,62	0,9 ± 0,35	< 0,05
IV	справа	0,23 – 1,32	0,7 ± 0,24	0,3 – 2,79	0,91 ± 0,39	< 0,05
	зліва	0,25 – 1,37	0,75 ± 0,25	0,37 – 2,31	0,95 ± 0,35	< 0,05
V	справа	0,28 – 1,8	0,8 ± 0,29	0,41 – 2,13	0,97 ± 0,38	< 0,05
	зліва	0,31 – 1,9	0,81 ± 0,28	0,21 – 2,27	0,99 ± 0,42	< 0,05
Товщина широких м'язів живота						
II	справа	0,36 – 2,07	0,92 ± 0,32	0,4 – 2,47	1,08 ± 0,39	< 0,05
	зліва	0,38 – 1,46	0,94 ± 0,25	0,42 – 2,25	1,07 ± 0,42	< 0,05
III	справа	0,46 – 1,9	1,01 ± 0,33	0,28 – 2,77	1,18 ± 0,48	< 0,05
	зліва	0,44 – 1,81	0,99 ± 0,31	0,35 – 2,75	1,19 ± 0,48	< 0,05
IV	справа	0,27 – 2,35	0,91 ± 0,35	0,1 – 2,53	1,14 ± 0,45	< 0,05
	зліва	0,3 – 1,63	0,97 ± 0,31	0,28 – 2,57	1,15 ± 0,44	< 0,05

Примітки: I – рівень під мечоподібним відростком; II – рівень l. bicostalis; III – рівень пупка; IV – рівень l. bispinalis; V – рівень над лобковим симфізом

В осіб групи порівняння спостерігали збільшення товщини ПМЖ в гіпогастрії ($p < 0,05$) з найбільшим показником на рівні ІІІ (1,27 ± 0,43 см).

У пацієнтів основної групи найменші показники товщини ПМЖ виявили на рівнях ІІІ (0,3 см), ІІІІ (0,41 см) та пупка (0,46 см). Найтовстіші ПМЖ відмічали на рівні ІІІІІ (2,79 см). Товщина ПМЖ на рівні ІІІІІ та в надлобковій ділянці більша, ніж на рівнях ІІІІІ і під мечоподібним ($p < 0,05$) відростком. Середні показники товщини бічних м'язів живота хворих на ПГ коливались від 1,07 ± 0,42 см на рівні ІІІІІ до 1,19 ± 0,48 см на рівні пупка. Товщина бічних м'язів живота у хворих обох груп більша на рівні пупка ($p < 0,05$).

Підсумовуючи, можна відмітити, що УЗД – ефективний метод діагностики ПГ і ГБЛЖ малих та середніх розмірів. Менша ефективність цього методу виявлена при обстеженні хворих на грижу з супутнім алиментарним Ож та з діаметром ГД більшим за 5-6 см. Товщина ПБСЖ практично не змінна по всій її довжині, залежить від двох показників – товщини ПЖК і По простору. При зменшенні одного з них збільшується інший, що і забезпечує сталість товщини ПБСЖ.

У хворих з ГД БЛЖ остання ширша, ніж в осіб без грижі ($p < 0,05$). Під час дослідження встановлено, що ПМЖ у здорових людей і хворих на ПГ в каудальному напрямку стають товстішими ($p < 0,05$). Товщина широких м'язів живота найбільша на рівні пупка в обох групах дослідження

4.2 Комп'ютерна томографія передньо-бічної стінки живота

Середній вік обстежених групи порівняння склав 53,03 ± 15,29 років, а осіб основної групи – 54,59 ± 12,02 років ($p > 0,05$). Серед пацієнтів групи порівняння було 58 (51,8%) чоловіків і 54 (48,2%) жінки. Результати параметрів структур ПБСЖ представлені в табл. 4.2.1. На всіх рівнях дослідження товщина ПЖК в осіб основної групи була більшою ($p < 0,05$) ніж у пацієнтів групи порівняння. Серед обстежених групи порівняння відмічали достовірне потовщення ПЖК від

Таблиця 4.2.1.

Параметри структур передньо-бічної стінки живота у здорових та осіб,
хворих на пупкову грижу

Рівень дослідження	Група порівняння (n = 112)		Основна група (n = 54)		p
	Min – Max, см	M ± m, см	Min – Max, см	M ± m, см	
Товщина жирової клітковини					
l. bicostalis	0,2 – 4,7	1,73 ± 1,03	0,4 – 4,5	2,44 ± 0,92	< 0,05
пупок	0,1 – 4,5	1,2 ± 0,96	0,2 – 6,71	2,36 ± 1,19	< 0,05
l. bispinalis	0,2 – 7,2	2,04 ± 1,18	0,2 – 7,3	3,14 ± 1,59	< 0,05
Товщина апоневрозу білої лінії живота					
l. bicostalis	0,1 – 0,7	0,24 ± 0,1	0,1 – 0,5	0,17 ± 0,1	< 0,05
пупок	0,1 – 0,6	0,28 ± 0,11	0,2 – 0,7	0,21 ± 0,14	< 0,05
l. bispinalis	0,1 – 0,5	0,23 ± 0,09	0,1 – 0,5	0,27 ± 0,14	> 0,05
Ширина білої лінії живота					
l. bicostalis	0,7 – 7,2	2,22 ± 1,17	0,3 – 5,5	2,79 ± 1,23	< 0,05
пупок	0,6 – 7,3	2,62 ± 1,3	1,16 – 7,5	3,59 ± 1,28	< 0,05
l. bispinalis	0,2 – 4,9	1,64 ± 0,97	0,13 – 6,7	1,95 ± 1,54	> 0,05
Ширина прямих м'язів живота					
l. bicostalis	2,1 – 11,5	6,84 ± 1,54	1,1 – 12,02	7,46 ± 1,65	< 0,05
пупок	3,8 – 10,0	6,48 ± 1,23	1,41 – 9,98	6,66 ± 1,58	> 0,05
l. bispinalis	2,2 – 9,2	6,17 ± 1,68	4,84 – 9,68	6,58 ± 1,06	> 0,05
Товщина прямих м'язів живота					
l. bicostalis	0,2 – 2,9	0,91 ± 0,33	0,4 – 2,2	1,03 ± 0,32	< 0,05
пупок	0,3 – 1,6	0,93 ± 0,25	0,5 – 1,56	0,99 ± 0,34	> 0,05
l. bispinalis	0,3 – 1,6	0,97 ± 0,3	0,7 – 2,22	1,21 ± 0,31	< 0,05
Товщина широких м'язів живота					
l. bicostalis	1,0 – 2,8	1,58 ± 0,39	0,3 – 2,5	1,59 ± 0,49	> 0,05
пупок	0,9 – 3,7	1,84 ± 0,47	0,6 – 3,35	1,72 ± 0,59	> 0,05
l. bispinalis	0,9 – 3,6	1,75 ± 0,44	0,4 – 2,6	1,46 ± 0,48	< 0,05

рівня lbc ($1,7 \pm 1,03$ см) до lbc ($2,1 \pm 1,18$ см). Найбільшу товщину ПЖК ($3,1 \pm 1,59$ см) у пацієнтів основної групи спостерігали на рівні lbc. На рівнях пупка та lbc цей показник був менший ($p < 0,05$).

Товщина апоневрозу БЛЖ на рівнях lbc і пупка у пацієнтів основної групи більша, ніж у хворих без грижі ($p < 0,05$). В групі порівняння вірогідної різниці в товщині апоневрозу БЛЖ на різних рівнях не виявили. Середні показники в основній групі найбільші ($p < 0,05$) на рівні lbc ($0,23 \pm 0,14$ см).

БЛЖ на рівнях пупка і lbc у хворих на ПГ була ширшою, ніж в осіб без грижі ($p < 0,05$). В групі порівняння БЛЖ найширша на рівні пупка ($p < 0,05$), звужується в напрямку гіпогастрія (рис. 4.2.1). У пацієнтів основної групи В ПД цей показник ($3,6 \pm 1,28$ см) також більший ($p < 0,05$), ніж на інших рівнях.

Більшість хворих основної групи (78,3%) мали ПГ, решта – ГБЛЖ (21,7%). Мінімальний діаметр ГД склав 0,8 см, максимальний – 4,6 см. Згідно з класифікацією ENS (2009) переважали (59,3 %) пацієнти з ГД малих розмірів. У 20 (37,1%) обстежених ГД був середніх розмірів. Лише у 2 хворих ГД був великих розмірів, тобто перевищував 4 см (рис. 4.2.2).

При співвідношенні розмірів ГД і ширини БЛЖ спостерігали варіанти: у 28 (51,9%) пацієнтів ГД знаходився в межах БЛЖ, не перевищуючи 50 % її ширини. (за ENS, це ГД малих (26) і середніх (2) розмірів); у 15 (27,8%) пацієнтів ГД перевищував 50 % ширини БЛЖ, але знаходився в її межах, стінки його утворені апоневрозом БЛЖ, що можна віднести до ПГ малих (6) та середніх (9) розмірів; у 10 (18,5%) хворих спостерігали відповідність розмірів ГД ширині БЛЖ та часткове заходження його країв за її межі з одного або з обох боків (за ENS, класифікували як середні (9) і великі - 1); лише в 1 випадку відмітили значний за площею ГД ($4,4 \times 2,7$ см), неправильної форми з вираженими явищами атрофії, стоншенням м'язів і апоневротичних структур ПБСЖ (рис. 4.2.2).

У всіх хворих основної групи встановлені грижові випинання найчастіше мішкоподібної форми. Розмір ГМ у 35 (64,8%) обстежених цієї групи відповідав розмірам ГД, коливаючись від 1,2 до 3,6 см. У решти (35,2%) хворих максимальні розміри ГМ перевищували діаметр ГД. Максимальна ширина ГД становила



Рис. 4.2.1. Комп'ютерна томограма (фото): на рівні L. bispinalis відмічається вузька біла лінія живота та потовщення її апоневроза. 1. – прямі м'язи живота; 2. – біла лінія живота; 3. – широкі м'язи живота. Збільшення в 1,25 рази.



a



б

Рис. 4.2.2. Комп'ютерна томографія (а – горизонтальний зріз; б – реконструкція в сагітальній площині) пацієнтки М., хворої на пупкову грижу великих розмірів (стрілка). 1. – прямі м'язи живота; 2. – грижовий дефект; 3. – широкі м'язи живота. Збільшення в 0,21 рази.

8,63 см. Найбільша висота ГМ становила 6,26 см. У чотирьох пацієнтів вмістом ГМ був сальник та в трьох – петлі кишківника. У двох пацієнтів основної групи під час обстеження підтверджена супутня патологія з боку ЧП – ЖКХ.

Показники, отримані при вивченні прямих та широких м'язів ПБСЖ наведені в табл. 4.2.1. Товщина ПМЖ, серед осіб основної групи більша, ніж у групі порівняння лише на рівні lbs ($p < 0,05$). Товщина ПМЖ у групі порівняння знаходилась в межах 0,2 – 2,9 см на різних рівнях. Товщина ПМЖ у пацієнтів основної групи зростала від $0,99 \pm 0,34$ см та $1,03 \pm 0,32$ см на рівнях пупка та lbs до $1,2 \pm 0,31$ см на рівні lbs. Аналіз середніх значень товщини ПМЖ вказує на зворотну тенденцію щодо ширини цих м'язів: має місце зменшення товщини цих м'язів ($p < 0,05$) від рівня lbs ($0,97 \pm 0,3$ см) до рівня lbs ($0,91 \pm 0,33$ см). У всіх обстежених найбільшу ширину ПМЖ спостерігали на рівні lbs ($7,5 \pm 1,65$ см в основній групі та $6,8 \pm 1,54$ см в групі порівняння), яка поступово зменшується в напрямку до гіпогастрія в обох групах.

При дослідженні розмірів ПМЖ в групі порівняння встановили, що вони мають майже однакові значення з обох боків. Мінімальна ширина ПМЖ (2,1 см) була на рівнях lbs та lbs. Максимальні значення були на рівні lbs (11,5 см). Середні показники ширини ПМЖ були найбільшими на рівні lbs ($6,8 \pm 1,5$ см) і поступово зменшувалися ($p < 0,05$) на рівні пупка ($6,5 \pm 1,28$ см) та в гіпогастрії ($6,2 \pm 1,68$ см). Ширина цих м'язів у пацієнтів основної групи тільки на рівні lbs з обох боків є достовірно ($p < 0,05$) більшою, ніж у осіб групи порівняння.

Тільки на рівні lbs товщина широких м'язів живота в осіб групи порівняння ($1,8 \pm 0,44$ см) більша ($p < 0,05$), ніж в основній групі ($1,5 \pm 0,48$ см). Товщина цих м'язів живота на рівні пупка в основній групі ($1,7 \pm 0,59$ см) та групі порівняння ($1,8 \pm 0,47$ см) більша ($p < 0,05$), ніж на рівнях lbs і lbs. Товщина широких м'язів на рівнях lbs ($1,6 \pm 0,49$ см) і lbs ($1,5 \pm 0,48$ см) у хворих на ПГ не мала достовірної різниці. У пацієнтів групи порівняння товщина широких м'язів живота на цих рівнях коливалась відповідно від $1,6 \pm 0,39$ см до $1,8 \pm 0,44$ см.

Підсумовуючи, можна відмітити, що метод КТ дає змогу чітко і детально вивчити структуру і відмінності в будові ПБСЖ у здорових людей і хворих на ПГ,

чітко класифікувати ПГ до операції. На відміну від УЗД за допомогою КТ можливо досліджувати структури ПБСЖ в осіб, що страждають на аліментарне ожиріння або мають ГД великих розмірів. У таких осіб метод КТ дає чітку та точну інформацію про структуру ПБСЖ та зміни в ділянці ГД.

БЛЖ на рівнях пупка і Івс у хворих на ПГ була ширша, ніж у осіб без грижі ($p < 0,05$). У напрямку до гіпогастрія БЛЖ стає вужчою та товстішає. Ширина БЛЖ у людей з віком збільшується ($p < 0,05$) на всіх рівнях. ПМЖ в каудальному напрямку також звужуються і товстішають. А товщина широких м'язів живота, навпаки, більша на рівні пупка у всіх обстежених.

4.3 Морфофункціональний стан апоневрозу білої лінії живота у хворих на грижу білої лінії живота та осіб без грижі

Враховуючи те, що товщина БЛЖ на різних рівнях ПБСЖ не однакова (сагіто-лінійний тип будови), ми дослідили товщину БЛЖ в сагітальній її частині (від мечоподібного відростка до пупкового кільця). Тут БЛЖ має вигляд стрічки незалежно від її типу за Т.Ф. Лавровою.

Товщина БЛЖ у досліджених осіб становила $2709,74 \pm 100,09$ мкм. Залежно від статі, у чоловіків вона дорівнювала $2826,28 \pm 125,46$ мкм, у жінок – $2546,61 \pm 64,7$ мкм ($p < 0,05$). У чоловіків БЛЖ була товща, ніж у жінок.

Розглядаючи товщину БЛЖ залежно від рівня її вивчення (табл. 4.В.1) звертає увагу те, що у чоловіків вона натовща на рівні Івс. Достовірно найменшою є товщина БЛЖ у чоловіків на рівні пупка ($p < 0,05$). У жінок товщина БЛЖ достовірної відмінності не мала. Потрібно відмітити, що в чоловіків і жінок на рівні пупка товщина БЛЖ не відрізнялась ($p > 0,05$). Товщина БЛЖ в осіб без грижі становила $2824,78 \pm 122,19$ мкм, була більшою ($p < 0,05$), ніж у пацієнтів з грижою ($2479,71 \pm 59,97$ мкм). Подібне спостерігали в чоловіків ($2879,89 \pm 161,27$ мкм) і жінок ($2714,52 \pm 37,77$ мкм) без грижі щодо чоловіків ($2654,7 \pm 26,78$ мкм) і жінок ($2354,71 \pm 102,87$ мкм) з виявленими в них ГД БЛЖ ($p < 0,05$). У людей без грижі БЛЖ вище пупка достовірно товща. У той же час у хворих на ПГ

товщина БЛЖ на досліджених рівнях достовірної різниці не має. У хворих на грижу товщина БЛЖ на рівні мечоподібного відростка і Івс достовірно менша, ніж у здорових, а на рівні пупка достовірної різниці не виявили ($p < 0,05$).

При аналізі товщини БЛЖ залежно від її типу, за Т.Ф. Лавровою, достовірної різниці не виявили ($p > 0,05$). Найбільшу товщину мала БЛЖ I типу ($2701,03 \pm 222,7$ мкм), а найменшу – II типу ($2581,63 \pm 188,42$ мкм). Найбільшу товщину БЛЖ I типу мала на рівні Івс ($3046,96 \pm 324,62$ мкм), БЛЖ II типу – під мечоподібним відростком ($2852,64 \pm 532,41$ мкм). БЛЖ III типу була тонша в ділянці Івс, ніж вище і нижче від неї ($p < 0,05$). При IV типі БЛЖ найбільша товщина її виявлена під мечоподібним відростком по відношенню до її товщини в ПД ($p < 0,05$).

Середня ширина БЛЖ незалежно від рівня склала $1,62 \pm 0,49$ см. Найбільшою вона була в ділянці пупка ($2,17 \pm 0,77$ см), найменшою – над лобковим симфізом ($0,91 \pm 0,27$ см). У жінок БЛЖ ($1,9 \pm 0,56$ см) достовірно ширша ніж у чоловіків ($1,42 \pm 0,44$ см). В осіб без грижі ширина БЛЖ становила $1,49 \pm 0,48$ см і була достовірно вужчою, ніж БЛЖ з виявленими в ній ГД ($1,88 \pm 0,52$ см).

Ширина БЛЖ залежала від типу БЛЖ за Т.Ф. Лавровою і місця в якому виконували вимірювання. Незалежно від типу БЛЖ найвужчою вона була над лобковим симфізом. Найширшу БЛЖ спостерігали в ділянці пупка при I і IV її типах, а рівні Івс ($2,17 \pm 0,64$ см) – при II типі БЛЖ

Враховуючи те, що ширина БЛЖ може знаходитись в межах від 0,12 см над лобковим симфізом до 6,15 см на рівні Івс, нами проведено вивчення товщини БЛЖ залежно від її ширини (табл. 4.В.2). При ширині БЛЖ від 1 до 2 см у ділянці пупка найбільшу товщину її спостерігали під мечоподібним відростком, вона поступово потоншувалася в бік пупка ($p < 0,05$). При ширині БЛЖ 2-3 см найбільшу її товщину спостерігали у ділянці Івс, найменшу – у ПД ($p > 0,05$). При ширині БЛЖ в ПД 3-4 см, товщина її на усіх рівнях дослідження достовірно не відрізнялась. Товщина БЛЖ, незалежно від її ширини в ділянці Івс, відмінностей не мала, становила $2768,14 \pm 27,51$ мкм. Товщина БЛЖ під мечоподібним відростком була достовірно більшою при ширині БЛЖ 1-2 см у ПД ($p < 0,05$).

У ПД товщина БЛЖ була найменша ($p < 0,05$) при її ширині 2-3 см. При ширині БЛЖ на рівні lbs 1-2 см і 3-4 см товщина БЛЖ поступово зменшувалась від мечоподібного відростка до ПД ($p < 0,05$). В той час при ширині БЛЖ 2-3 см на рівні lbs найбільшу товщину ($p < 0,05$) вона мала в ділянці lbs, а найменшу – в ПД. При збільшенні ширини БЛЖ на рівні lbs товщина її під мечоподібним відростком зменшується. Аналогічне спостерігали в ПД. Тільки при ширині БЛЖ 2-3 см на lbs вона товща ($p < 0,05$) в ділянці lbs, ніж при її ширині 1-2 см і 3-4 см.

Отже, розширення БЛЖ в ділянці пупка суттєво не впливає на загальну її товщину, а чим ширша БЛЖ в ділянці lbs, тим більше вона стоншується.

БЛЖ у людей має $127,0 \pm 2,89$ КВ на 10000 мкм^2 . У чоловіків спостерігали $126,67 \pm 2,82$ КВ на одиницю площі, а в жінок $127,61 \pm 48,22$ ($p = 0,467$). Тобто БЛЖ чоловіків і жінок не відрізнялась за кількістю КВ. Найменшу кількість КВ БЛЖ у чоловіків і жінок спостерігали в ділянці пупка (табл. 4.В.3), найбільшу – у ділянці lbs ($p > 0,05$). Жінки мали більше КВ в БЛЖ на рівні lbs ($p < 0,05$), ніж чоловіки. У ділянці пупка кількість КВ в осіб з грижею та без неї була найменша, $120,79 \pm 5,92$ та $124,06 \pm 3,08$ на 10000 мкм^2 відповідно (табл. 4.3.4). Проте в людей без грижі (рис. 4.3.1) кількість КВ була достовірно більшою, ніж в осіб з грижею (рис. 4.3.2). Найбільша кількість КВ ($132,5 \pm 6,25$) у людей без грижі була в ділянці lbs (рис. 4.3.3), в той час, як при виявленні ГБЛЖ найбільшу кількість КВ виявили lbs ($128,5 \pm 5,54$).

При використанні комбінованого методу забарвлення ШИК + Хейл у БЛЖ хворих на грижу виявляли ознаки дезорганізації сполучної тканини (ділянки мукоїдного набухання мають вигляд зеленувато-голубих вогнищ, фібриноїдне вибухання ідентифікується за рахунок червоного кольору). Описані вогнища супроводжуються клітинними реакціями у вигляді інфільтратів з лімфоцитів, гістіоцитів і плазматичних клітин (рис. 4.3.4).

Кількість КВ на одиницю площі, залежно від типу БЛЖ і ділянки дослідження, була не однакою (Табл. 4.В.4). Так, найменшу кількість КВ у ділянці пупка ($122,25 \pm 6,53$, $120,7 \pm 5,24$ та $122,0 \pm 2,32$ на 10000 мкм^2) спостерігали при дослідженні БЛЖ I, III і IV типів відповідно. В БЛЖ I типу відмічали достовірне

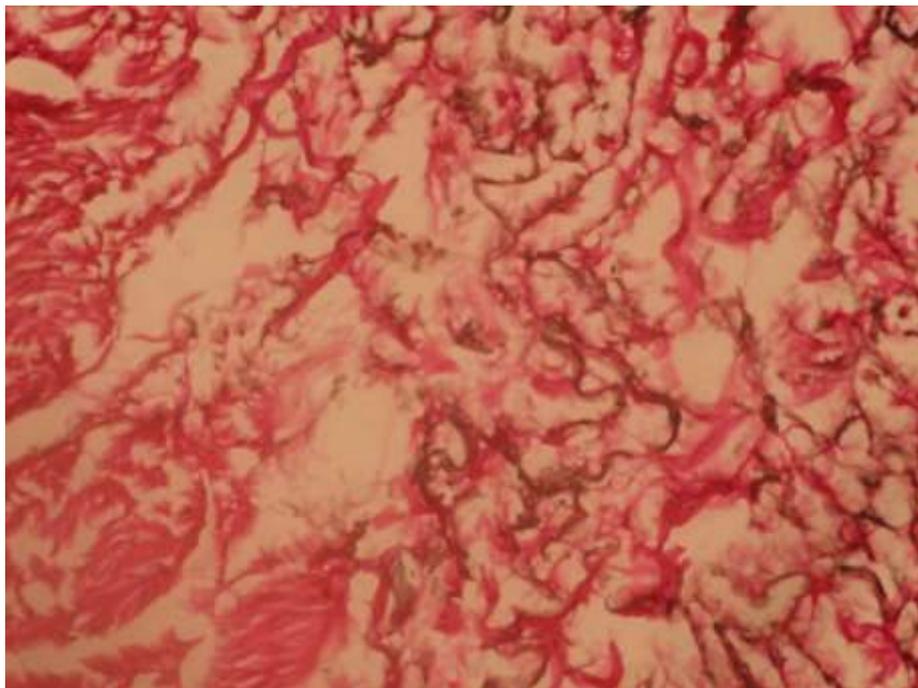


Рис. 4.3.1. Біла лінія живота в ділянці пупка людини без грижі. Заб.: за методом Вергефа. Зб.: x 100

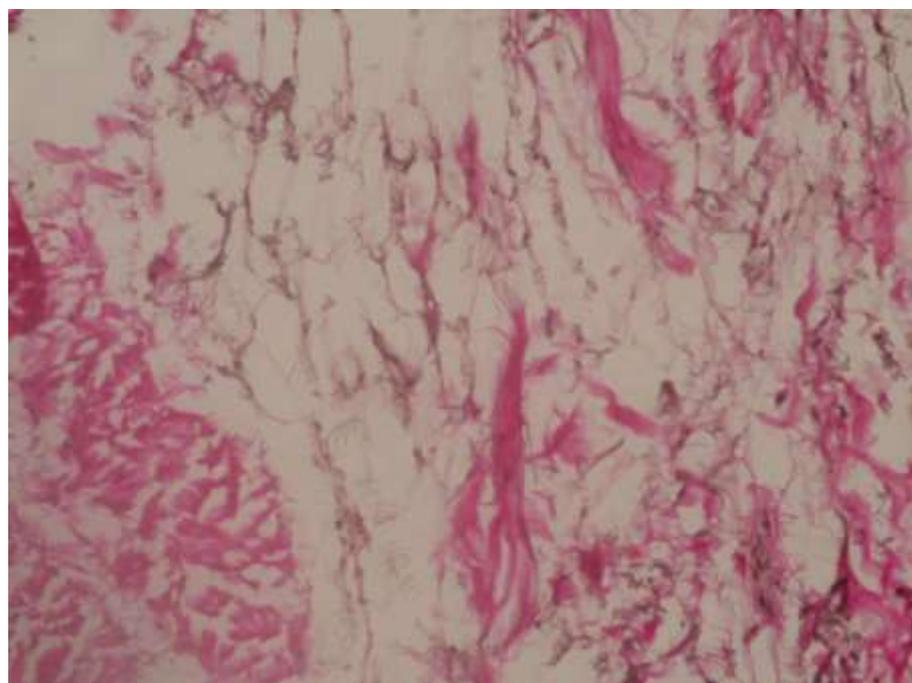


Рис. 4.3.2. Біла лінія живота в ділянці пупка людини з грижею білої лінії живота. Заб.: за методом Вергефа. Зб.: x 100

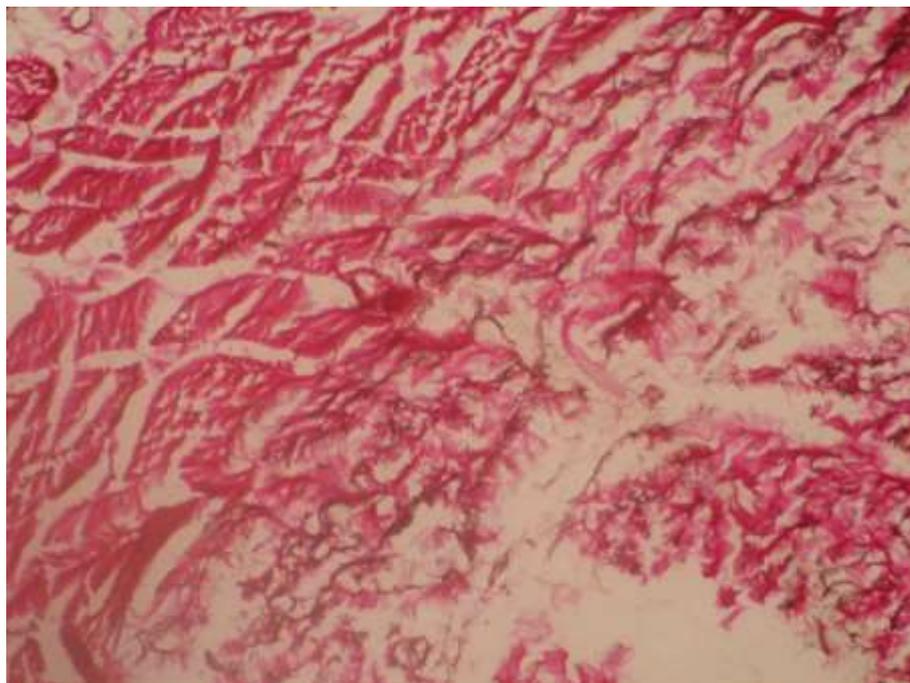


Рис. 4.3.3. Біла лінія живота в ділянці I.bicostalis людини без грижі. Заб.: за методом Вергефа. Зб.: x 100

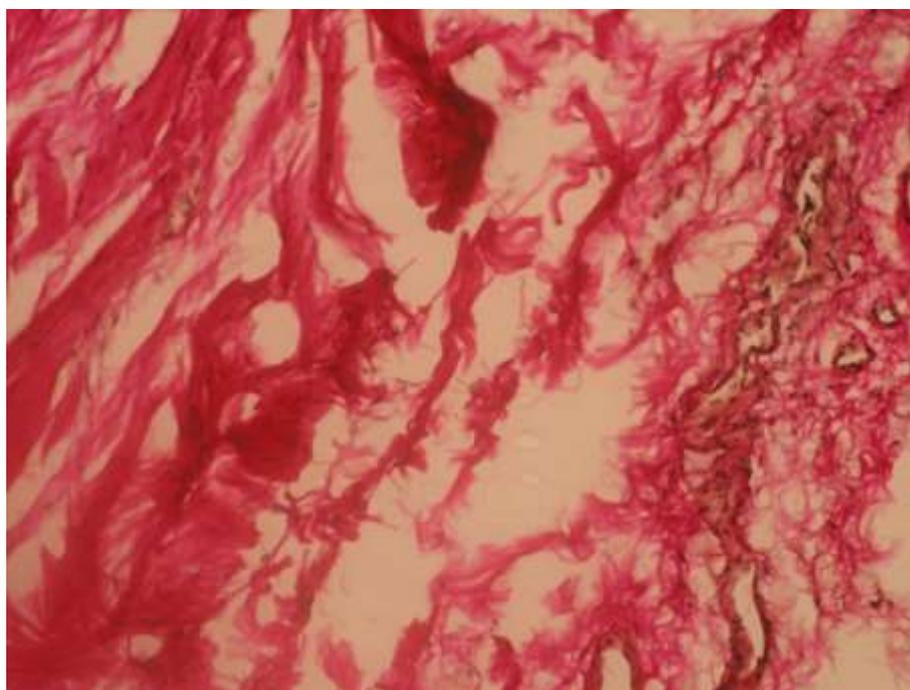


Рис. 4.3.4. Біла лінія живота в ділянці I.bicostalis людини з грижею білої лінії живота. Заб.: за методом Вергефа. Зб.: x 100

зменшення кількості КВ в каудальному напрямку. При дослідженні БЛЖ II і III типів найбільшу кількість ($p < 0,05$) КВ виявили в ділянці Іbc. В БЛЖ IV типу кількість КВ на досліджених рівнях достовірних відмінностей не мала.

Встановили, що на рівні пупка кількість КВ, незалежно від ширини БЛЖ була менша (табл. 4.В.5). При ширині БЛЖ на рівні пупка 1-2 і 3-4 см найбільшу кількість КВ ($131,47 \pm 6,06$ і $137,25 \pm 7,43$ відповідно) спостерігали в ділянці Іbc ($p < 0,05$). Однак, при БЛЖ 2-3 см, на рівні пупка, найбільша кількість КВ була під мечоподібним відростком ($128,38 \pm 7,07$). Незалежно від ширини БЛЖ на рівні пупка різниці в кількості КВ не виявили. БЛЖ шириною 3-4 см на рівні пупка має більшу кількість КВ вище пупка, ніж БЛЖ меншої ширини ($p < 0,05$).

Аналогічне спостерігали при вивченні кількості КВ залежно від ширини БЛЖ на рівні Іbc (табл. 4.В.5). Так, в усіх випадках кількість КВ на рівні пупка була найменшою при різній ширині БЛЖ на рівні Іbc. Найбільшу кількість КВ виявили на рівні Іbc при ширині БЛЖ 1-2 см і 3-4 см, на рівні Іbc: $131,08 \pm 6,13$ і $138,67 \pm 5,49$ відповідно. При ширині БЛЖ 2-3 см найбільше КВ було під мечоподібним відростком ($129,13 \pm 7,7$). Незалежно від ширини БЛЖ на рівні Іbc, на вивчаємих рівнях статистичної відмінності в кількості КВ не встановили.

Діаметр КВ БЛЖ коливався від 1,07 до 11,74 мкм ($7,99 \pm 0,36$ мкм). У чоловіків та жінок відмінностей в їх діаметрі не виявили. Звертає на себе увагу, що діаметр КВ БЛЖ незалежно від статі (табл. 4.В.6) збільшується каудально. Діаметр КВ в ділянці пупка був більшим, ніж вище пупка. Тільки нижче рівня пупка діаметр КВ у людей без грижі достовірно більший, ніж в осіб з грижею ($p < 0,05$).

Діаметр КВ (табл. 4.В.7) на рівні Іbc був меншим, ніж на інших рівнях при I і IV типах БЛЖ ($p < 0,05$). Тоді, як діаметр КВ на цьому рівні при II і III типах БЛЖ був найбільшим серед вивчаємих рівнів. Найбільший діаметр мали КВ в ділянці пупка при IV типі БЛЖ ($8,57 \pm 0,32$ мкм). Найменший діаметр КВ ($p < 0,05$) спостерігали під мечоподібним відростком при II типі БЛЖ ($7,19 \pm 0,18$ мкм).

Із збільшенням ширини БЛЖ, на рівні пупка, діаметр КВ тут достовірно зменшується, у той час як нижче мечоподібного відростка він навпаки достовірно збільшується. На рівні Іbc статистичної відмінності між діаметром КВ не спосте-

рігали, яку б ширину БЛЖ не мала (табл. 4.В.8). Діаметр КВ нижче мечоподібного відростка не залежав від ширини БЛЖ на рівні Івс. На рівні Івс діаметр КВ був достовірно більшим при ширині БЛЖ 3-4 см в цьому місці ($8,58 \pm 1,01$ мкм). На рівні пупка діаметр КВ був достовірно менший при ширині БЛЖ 3-4 см на рівні Івс, ніж при меншій її ширині.

БЛЖ у людей має $27,12 \pm 2,3$ ЕВ на 10000 мкм². У чоловіків ЕВ на одиницю площі спостерігали $26,66 \pm 2,82$, а в жінок – $27,77 \pm 2,05$ ($p = 0,203$). Тобто за кількістю ЕВ, як і за кількістю КВ, БЛЖ у чоловіків і жінок не відрізнялась. Найменшу кількість ЕВ у чоловіків і жінок виявили під мечоподібним відростком, $21,95 \pm 2,84$ і $24,67 \pm 4,37$ на 10000 мкм² (табл. 4.В.9) відповідно.

Найбільшу кількість ЕВ у чоловіків спостерігали на рівні Івс ($28,91 \pm 4,69$ на 10000 мкм²) і над лобковим симфізом ($28,74 \pm 3,04$ на 10000 мкм²). На відміну від цього, у жінок найбільшу кількість ЕВ ($30,17 \pm 5,63$ на 10000 мкм²) виявили в ділянці пупка, і ця кількість була більшою, ніж у чоловіків ($p < 0,05$). Незалежно від статі, вище пупка відмінностей в кількості ЕВ не було. У здорових осіб кількість ЕВ становила $26,88 \pm 2,68$, а у хворих на грижу $27,61 \pm 2,05$ на 10000 мкм² ($p = 0,413$). Кількість ЕВ у осіб з грижою та без неї не відрізнялась.

Незалежно від типу БЛЖ (табл. 4.В.10) кількість ЕВ в ній зростала в каудальному напрямку, тільки при БЛЖ II типу кількість ЕВ на рівні Івс була більшою ($32,25 \pm 4,21$), ніж на інших вивчаємих рівнях ($p < 0,05$). Найбільшу кількість ЕВ спостерігали при II типі БЛЖ. Найменша кількість ЕВ була під мечоподібним відростком при БЛЖ I типу ($20,25 \pm 1,98$).

Незалежно від ширини БЛЖ на рівні пупка кількість ЕВ збільшується в каудальному напрямку (табл. 4.В.11). Найменша кількість ЕВ була під мечоподібним відростком ($21,92 \pm 4,81$) при ширині БЛЖ 3-4 см на рівні пупка, хоча вірогідної відмінності в їх кількості залежно від ширини БЛЖ не спостерігали. При ширині БЛЖ 3-4 см на рівні пупка також виявили достовірно найменшу кількість ЕВ на рівні Івс. Кількість ЕВ незалежно від ширини БЛЖ на рівні Івс зростає в каудальному напрямку. Найменша кількість ЕВ, незалежно від місця дослідження, була при ширині БЛЖ 1-2 см на рівні Івс.

Діаметр ЕВ БЛЖ коливався від 0,21 до 1,92 мкм. ($1,01 \pm 0,06$ мкм). У чоловіків середній діаметр ЕВ ($1,03 \pm 0,06$ мкм) був достовірно більшим, ніж у жінок ($0,98 \pm 0,07$ мкм). У чоловіків діаметр ЕВ достовірно не відрізнявся на різних рівнях дослідження (табл. 4.В.12). У жінок найбільший діаметр ЕВ виявили під мечоподібним відростком ($1,02 \pm 0,09$ мкм). На рівні Івс діаметр ЕВ був меншим у жінок, ніж на рівні пупка ($p < 0,05$). Аналогічну тенденцію спостерігали в осіб з ГБЛЖ та без неї. Проте до пупка статистичних відмінностей в діаметрі ЕВ у здорових та хворих на грижу не було.

Незалежно від ширини БЛЖ на рівні пупка діаметр ЕВ завжди був меншим за діаметр під мечоподібним відростком (табл. 4.В.13). Діаметр ЕВ на рівні Івс, при ширині БЛЖ від 1 до 3 см на рівні пупка, був меншим, ніж під мечоподібним відростком і на рівні пупка. При розгляді діаметру ЕВ БЛЖ, шириною 3-4 см на рівні пупка спостерігали його зменшення в каудальному напрямку. Не зважаючи на ширину БЛЖ на рівні Івс, діаметр ЕВ на рівні пупка був завжди меншим, ніж під мечоподібним відростком. Тільки за ширини БЛЖ 2-3 см на рівні Івс, діаметр ЕВ на цьому рівні був більшим, ніж їх діаметр на рівні пупка і нижче мечоподібного відростка. Незалежно від ширини БЛЖ на рівні Івс діаметр ЕВ нижче мечоподібного відростка і на рівні пупка не відрізнявся.

БЛЖ у людей мала $69,2 \pm 0,9$ та $25,7 \pm 1,36$ КВ I та III типу на 10000 мкм^2 відповідно. КВ I типу було більше, ніж III типу ($p < 0,05$) у чоловіків і жінок. У чоловіків КВ I типу ($p < 0,05$) на одиницю площі було $70,4 \pm 1,74$, а у жінок $67,2 \pm 1,38$. КВ III типу за кількістю, навпаки, було більше ($p < 0,05$) у жінок. Їх кількість у чоловіків та у жінок була $24,4 \pm 2,09$ та $27,6 \pm 1,17$ на 10000 мкм^2 .

У чоловіків кількість КВ I типу збільшується ($p > 0,05$) в краніальному напрямку, а кількість КВ III типу – в каудальному напрямку (табл. 4.В.14). Не зважаючи на від рівня дослідження кількість КВ I типу достовірно була більшою, ніж III типу. У жінок кількість КВ I типу переважала над КВ III типу. Незалежно від рівня дослідження кількість КВ I і III типу не мінялась.

Кількість КВ I типу у чоловіків була достовірно більшою ніж у жінок на рівні нижче мечоподібного відростка і на рівні Івс. На рівні пупка достовірної

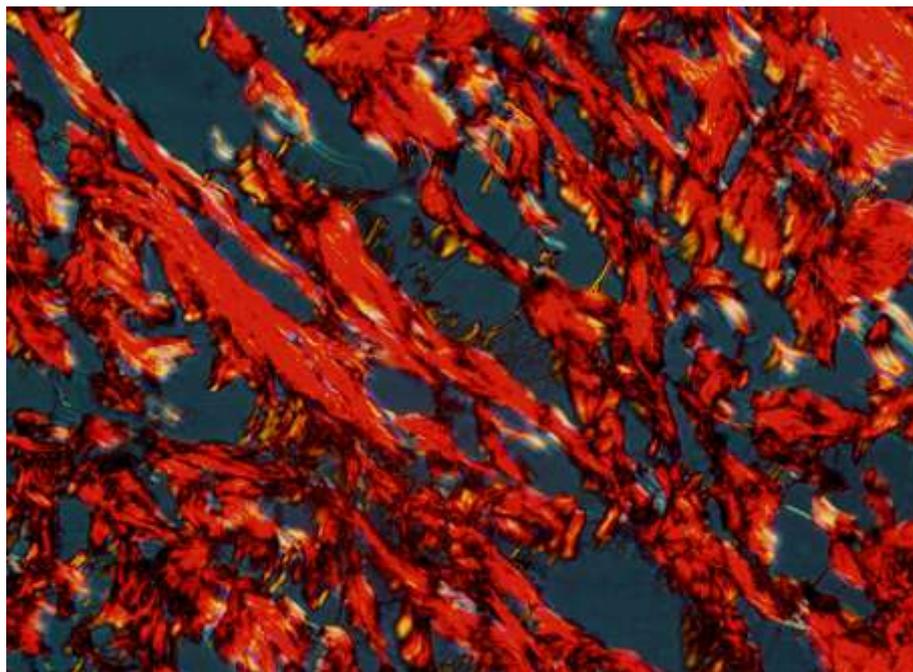


Рис. 4.3.5. БЛЖ здорової людини, ділянка 1. *bicostalis*. Збільшення кількості КВ I типу. Заб.: пікросиріусом червоним. Зб.: x 200

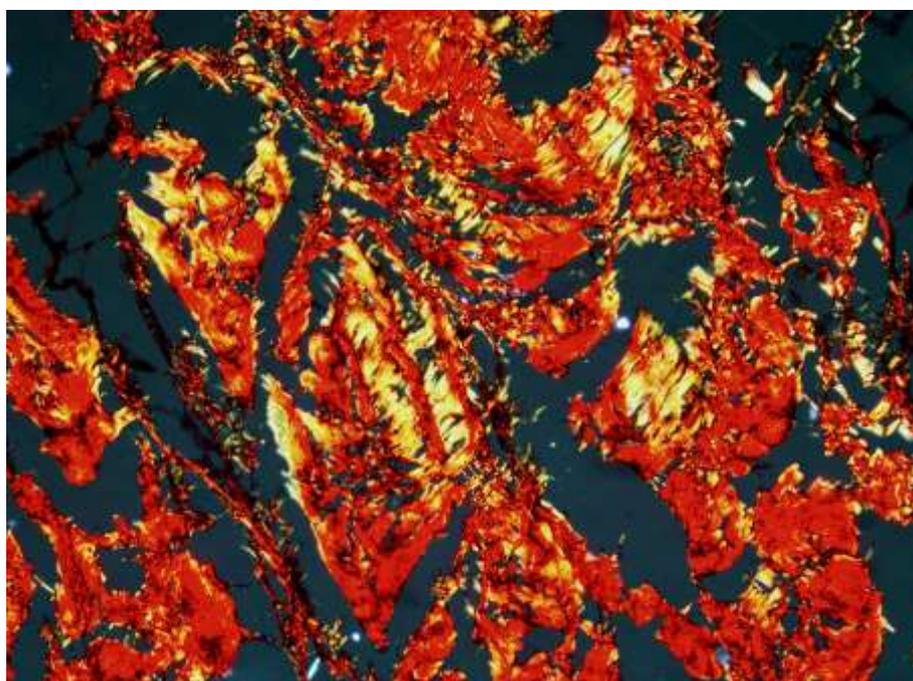


Рис. 4.3.6. БЛЖ хворого на грижу, ділянка 1. *bicostalis*. Збільшення кількості КВ III типу. Заб.: пікросиріусом червоним. Зб.: x 200

відмінності в кількості КВ I типу у чоловіків і жінок не виявили. Кількість КВ III типу у жінок була більшою ніж у чоловіків, але достовірну відмінність спостерігали тільки під мечоподібним відростком.

У пацієнтів без грижі кількість КВ I типу зростала в краніальному напрямку (рис. 4.3.5), а КВ III типу – в каудальному, у той час як у пацієнтів з грижею кількість КВ I типу зростала в каудальному напрямку ($p > 0,05$), а кількість КВ III типу (рис. 4.3.6) – в краніальному ($p > 0,05$). У пацієнтів з грижею і без грижі спостерігали взаємно протилежне зростання КВ I і III типу.

Співвідношення КВ I типу до III типу в пацієнтів без грижі на досліджених рівнях достовірно більше, ніж у хворих на грижу ($p < 0,05$). У пацієнтів без грижі під мечоподібним відростком воно склало $4,14 \pm 1,45$, на рівні Івс $3,61 \pm 1,83$, а на рівні пупка $3,94 \pm 0,65$. Водночас у хворих на грижу співвідношення КВ I типу до КВ III типу склало $2,75 \pm 0,97$, $2,52 \pm 0,39$ та $3,07 \pm 0,84$ відповідно.

Кількість КВ I типу в апоневрозі БЛЖ I, III і IV типів збільшується в каудальному напрямку (табл. 4.В.15). Проте достовірну відмінність відмітили лише в апоневрозі БЛЖ I типу. Кількість КВ I типу в апоневрозі БЛЖ II типу достовірно збільшувалась в краніальному напрямку. Кількість КВ III типу в апоневрозі БЛЖ I і IV типів збільшувалась краніально, а в БЛЖ II типу – каудально.

Кількість КВ I типу в апоневрозі БЛЖ шириною 1-2 см на рівні пупка достовірно збільшувалась в краніальному напрямку (табл. 4.В.16), а в апоневрозі БЛЖ шириною 2-3 см на цьому ж рівні – в каудальному. В апоневрозі БЛЖ шириною 3-4 см на рівні пупка достовірної відмінності в кількості КВ I і III типів на досліджуваних рівнях не виявили.

Кількість КВ I типу в апоневрозі БЛЖ шириною 1-2 см в ділянці пупка на рівні під мечоподібним відростком і на Івс була достовірно більшою, ніж при ширині БЛЖ понад 2 см на рівні пупка. Кількість КВ I типу на рівні пупка в апоневрозі, БЛЖ шириною 2-3 см на рівні пупка була достовірно більшою, ніж при ширині БЛЖ менше 2 см і більше 3 см.

Кількість КВ I типу в апоневрозі БЛЖ шириною 1-2 см на рівні Івс (табл. 4.В.17) збільшувалась в краніальному напрямку ($p > 0,05$). В апоневрозі БЛЖ

шириною 2-3 см на рівні Іbc кількість КВ I типу була найбільшою на рівні Іbc ($p > 0,05$). В апоневрозі БЛЖ шириною 3-4 см на рівні Іbc відмінностей в кількості КВ I і III типів на досліджуваних рівнях не виявили. Таким чином, незалежно від ширини апоневрозу БЛЖ на рівні Іbc достовірної відмінності в кількості КВ I типу на досліджуваних рівнях не встановлено.

Кількість КВ в апоневрозі БЛЖ шириною 1-2 см на рівні Іbc збільшувалась в каудальному напрямку ($p > 0,05$). В апоневрозі БЛЖ шириною 2-3 см та 3-4 см на рівні Іbc найменшу кількість КВ III типу спостерігали на рівні Іbc ($p > 0,05$). Проте незалежно від ширини апоневрозу БЛЖ на рівні Іbc достовірно відмінності кількість КВ I і III типу на досліджуваних рівнях не мала.

Підсумовуючи сказане, можна зазначити, що при проведенні морфологічного дослідження середня ширина БЛЖ незалежно від рівня дослідження становила $1,62 \pm 0,49$ см. Ширина БЛЖ була найбільшою в ділянці пупка ($2,17 \pm 0,77$ см), а найменшою – над лобковим симфізом ($0,91 \pm 0,27$ см). У здорових людей ширина БЛЖ становила $1,49 \pm 0,48$ см і була достовірно вужчою, ніж у хворих на грижу ($1,88 \pm 0,52$ см).

За даними КТ, БЛЖ на рівнях пупка і Іbc у хворих на ПГ була ширшою, ніж у здорових ($p < 0,05$). У пацієнтів основної групи на рівні пупка цей показник ($3,59 \pm 1,27$ см) достовірно більший ($p < 0,05$) ніж на інших рівнях. У групі порівняння БЛЖ достовірно найширша на рівні пупка і звужується в напрямку гіпогастрія. За даними УЗД у хворих на грижу та в осіб без грижі найширшу БЛЖ відмічали на рівнях пупка та Іbc. Спостерігали достовірне зменшення ($p < 0,05$) ширини БЛЖ в напрямку гіпогастрія. На усіх рівнях, крім ділянки під мечоподібним відростком БЛЖ ширша у хворих на грижу, ніж у здорових людей ($p < 0,05$).

Отже, показники ширини БЛЖ, що одержані під час морфологічного дослідження, на більшості рівнях дослідження не відрізнялись достовірно від даних, отриманих при УЗД та за допомогою КТ. Лише на рівні пупка в осіб без грижі виявили достовірно нижчі результати, а в осіб з грижею на рівні Іbc достовірно вищі результати, що отримані під час розтину, ніж під час УЗД. У хворих на грижу лише на рівні пупка при морфологічному дослідженні отримано

нижчі результати, ніж за допомогою КТ. Можливо, це пов'язано з недостатньою кількістю проведених морфологічних досліджень.

Показники товщини БЛЖ, виміряні морфометричним методом, були достовірно більшими, ніж дані, отримані під час УЗД. Результати морфологічного дослідження та КТ показали лише незначну відмінність в товщині апоневрозу БЛЖ на рівні Івс. Усі методи дослідження показали, що БЛЖ в напрямку до гіпогастрія стає вужчою та товстішою.

Отже, УЗД і КТ достовірно відображають структуру ПБСЖ, але УЗД не дає достовірних даних про товщину БЛЖ. Значення ширини БЛЖ, отримані за допомогою УЗД, КТ та морфологічного дослідження майже однакові. БЛЖ у жінок достовірно ширша, ніж у чоловіків. У хворих на ГБЛЖ ширша і тонша, ніж в осіб без грижі ($p < 0,05$).

У ділянці пупка кількість КВ у здорових і хворих на грижу була найменша, проте в здорових людей їх кількість була достовірно більшою ніж у хворих на грижу. Кількість ЕВ у здорових і хворих на грижу на досліджуваних рівнях не відрізнялась. Встановлено, що у хворих на ГБЛЖ кількість КВ БЛЖ живота менша ($p < 0,05$) ніж у здорових, у той же час їх діаметр зі збільшенням ширини БЛЖ зменшується в ділянці пупка ($p < 0,05$). Кількість ЕВ в БЛЖ, незалежно від її типу, зростає в каудальному напрямку, а діаметр їх на рівні пупка менший.

При використанні комбінованого методу забарвлення ШИК + Хейл в БЛЖ хворих на грижу виявляли ознаки дезорганізації сполучної тканини (ділянки мукоїдного і фібриноїдного набухання. Описані вогнища супроводжуються клітинними реакціями у вигляді інфільтратів з лімфоцитів, гістіоцитів і плазматичних клітин.

Кількість КВ I типу в людей більша ніж III типу. Не залежно від ширини апоневрозу БЛЖ на рівні Івс достовірно відмінності в кількості КВ I і III типу на досліджуваних рівнях не встановлено. Співвідношення КВ I типу до III типу у пацієнтів без грижі на досліджених рівнях достовірно більше, ніж у хворих на грижу ($p < 0,05$). У пацієнтів без грижі під мечоподібним відростком дане співвідношення склало $4,14 \pm 1,45$, на рівні Івс та пупка $3,61 \pm 1,83$ і $3,94 \pm 0,65$,

відповідно. Водночас, у хворих на грижу співвідношення КВ I типу до КВ III типу склало $2,75 \pm 0,97$, $2,52 \pm 0,39$ та $3,07 \pm 0,84$ відповідно.

За матеріалами розділу опубліковано праці:

1. Власов В.В. Застосування методу комп'ютерної томографії в вивченні будови передньо-бічної стінки живота у здорових і хворих на пупкову грижу / В.В. Власов, С.В. Калиновський // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2012. – № 1. – С. 59-62.

2. Власов В.В. Ультразвукове дослідження передньо-бічної стінки живота у здорових та хворих на пупкову грижу / В.В. Власов, С.В. Калиновський // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2012. – № 2. – С. 21-25.

3. Боднар Л.В. До вивчення волокнистих структур білої лінії живота у здорових і хворих на пупкову грижу / Л.В. Боднар, С.В. Калиновський, В.В. Власов // Вісник морфології. – 2014. – Т. 20, № 1. – С. 53-57.

4. Калиновський С. До вивчення волокон колагену I і III типу білої лінії живота у хворих на пупкову грижу / С. Калиновський, Л. Боднар // Матеріали XVIII міжнародного конгресу молодих вчених. – Тернопіль, 2014. – С. 57.

5. Калиновський С. До вимірювання ширини білої лінії живота за допомогою УЗД / С. Калиновський // Матеріали XIX міжнародного конгресу молодих вчених. – Тернопіль, 2015. – С. 94.

РОЗДІЛ 5

ДОСЛІДЖЕННЯ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ПЕРВИННУ ПУПКОВУ ГРИЖУ

Під терміном «дисплазія сполучної тканини» розуміють аномалію тканинної структури, в основі якої є зниження вмісту окремих видів колагену і порушення їх співвідношення. Колаген, як відомо, – головний білок позаклітинного матриксу сполучної тканини, який визначає її міцність. Отже, вивчення проявів НДСТ у хворих на ГБЛЖ може вплинути на результати її хірургічного лікування. Фенотипові ознаки НДСТ, що вивчались (ТС, тонус і стан м'язів, еластичні властивості шкіри, стан хребта, схильність до алергічних і простудних захворювань, наявність деформації нижніх кінцівок, арахнодактилії, плоскостопості, варикозної хвороби ніг, геморою, пролапсу статевих органів, грижі ПБСЖ, порушення прикусу і розвитку зубів, готичного піднебіння, синдрому блакитних склер, деформації вушної раковини, спланхноптозу, порушення моторної функції травного тракту, що підтверджені інструментальними дослідженнями), з різною частотою зустрічались у хворих на ПГ (табл. 5.1). ПГ, що є ознакою НДСТ, виявлена у всіх хворих (100%).

Хворих на ПГ Дтс, за В.М. Шевкуненком, які, за даними літератури, частіше мають прояви НДСТ було лише 32 (15,4%), а, навпаки, частіше спостерігали пацієнтів Бтс (64,9%) та Мтс (19,7%).

Хворі на ПГ найчастіше мали наступні фенотипові ознаки: порушення моторної функції травного каналу (84,6%), порушення постави з локалізацією деформації в різних відділах хребта (87,02%), плоскостопість (82,7%). Зниження тону м'язів живота мали 180 (86,5%) хворих на ПГ. Переважно це відображалось за наявності відвислого живота (91) і діастазу ПМЖ (126).

У 172 (82,7%) хворих виявлена плоскостопість. Поздовжня її форма була в 18 (10,5%) пацієнтів, поперечна - в 11 (6,4%). Більшість хворих мали комбі-

Таблиця 5.1

Фенотипові прояви НДСТ у хворих на пупкову грижу

Клінічна ознака	Частота ознаки
Грижа передньої черевної стінки	208 (100 %)
Сколіоз, кіфоз, кіфосколіоз	181 (87,02 %)
Зниження тонусу м'язів ПБСЖ	180 (86,54 %)
Порушення моторної функції травного каналу, що підтверджене інструментальними даними	176 (84,62 %)
Плоскостопість	172 (82,69 %)
«О» або «Х» подібна деформація нижніх кінцівок	82 (39,42 %)
Схильність до застудних і алергічних захворювань	81 (38,94 %)
Варикозна хвороба	77 (37,02 %)
Гіпотонія м'язів	55 (26,44 %)
Гіпотрофія м'язів	55 (26,44 %)
Порушення прикусу і розвитку зубів	53 (25,48 %)
Гіпермобільність суглобів	48 (23,08 %)
Геморой	44 (21,16 %)
Арахнодактилія	34 (16,35 %)
Доліхоморфна статура	32 (15,38 %)
Деформація вушної раковини	31 (14,9 %)
Пролапс статевих органів	27 (12,98 %)
Спланхноптоз	26 (12,5 %)
Синдром голубих склер	22 (10,58 %)
Відсутність стрій на шкірі ПБСЖ у жінок, що мали пологи в анамнезі	20 (9,62 %)
Гіперрозтягнення шкіри	15 (7,21 %)

новану форму плоскостопості (65,8%). Сандалевидну щілину між I і II пальцями ступні виявили в 127 (61,2%) оглянутих, з них 14 (6,7%) – чоловіки. Вальгусну (X-подібні ноги) та варусну деформацію (O-подібні ноги) нижніх кінцівок встановили при огляді в 82 (39,4%) хворих на ПГ. 81 хворих на ПГ (38,94%) зазначили в анамнезі схильність до застудних захворювань, наявність алергії, насамперед до медикаментів. Досить часто у хворих на ПГ виявляли варикозну хворобу вен нижніх кінцівок (37,02%). Окрім цього, вони часто мали гіпотонію та гіпотрофію м'язів (по 26,4%), порушення прикусу і розвитку зубів (25,5%), комбінований геморої (21,2%).

Гіпермобільність суглобів була в 48 (23,08 %) пацієнтів. З них лише у двох хворих виявлені ознаки вираженої гіпермобільності суглобів (сума балів, за шкалою P. Beighton, від 6 до 9). Інші 46 хворих мали помірну гіпермобільність (від 3 до 5 балів). Пацієнтів з генералізованою гіпермобільністю суглобів не було. Так, рухливість суглобів при пасивному розгинанні мізинців кисті більше 90° була в 31 (14,9 %) обстеженого, позитивна ознака пасивного притискання великих пальців кисті до внутрішнього боку передпліччя – у 44 (21,5 %) осіб, перерозгинання в ліктьових суглобах більше 10° – у 11 (5,3 %) пацієнтів, у колінних суглобах - 5 (2,4 %) обстежених, передній нахил тулуба з дотиком долонь до підлоги при прямих ногах – у 8 (3,9 %). Отже, згідно з критеріями P. Beighton, у більшості хворих на ПГ (76,9 %) рухливість суглобів ми оцінили як варіант норми.

Арахнодактилію виявили у 34 (16,4 %) хворих. При цьому у всіх пацієнтів ця ознака була встановлена на основі перевищення довжини III пальця кисті 10 см. Серед хворих з арахнодактилією «позитивний» тест «великого пальця» був у 9 (4,3 %), а «тест зап'ястка» – у 16 (7,7 %) пацієнтів.

Деформацію вушної раковини мали 31 (14,9 %) хворих у вигляді макротії (11), вуха сатира (8), Вільгемута (7), торчащих вух (3), наявності збільшеного бугорка вушної раковини (2). Під час проведення УЗД спланхноптоз виявлений у 26 обстежених (12,5 %), переважно у вигляді одно- або двобічного нефроптозу. У 27 (12,98 %) жінок ПГ поєднувалася з опущенням матки.

Досить рідко серед досліджуваних спостерігали синдром голубих склер (10,6 %). Лише у 20 жінок (9,6 %), що мали в анамнезі пологи, відмітили відсутність стрій на ПБСЖ. Зміни еластичності шкіри виявили у 7,2 % хворих на ПГ. У всіх цих пацієнтів гіперрозтягнення шкіри вдалось визначити лише за умови безболісного відтягування шкіри на 3 см в ділянці тилу кисті. Безболісно здійснити відтягування шкіри на 3 см в ділянці лоба і сформувати складку на кінчику носа не вдалося в жодного хворого. У хворих на ПГ не було готичного піднебіння.

Таблиця 5.2

Залежність ступеня вираженості НДСТ (за Т.Ю. Смольновой та Милковской-Дмитриевої) хворих на пупкову грижу від статі

Ступінь тяжкості	Чоловіки		Жінки		Усього	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Ступінь вираженості НДСТ (Т.Ю. Смольнова, 2003)						
Легкий	25	12,01	24	11,54	49	23,55
Середній	26	12,5	81	38,94	107	51,44
Тяжкий	2	0,97	50	24,04	52	25,01
Усього	53	25,48	155	74,52	208	100,0
Ступінь вираженості НДСТ (Милковская-Дмитриева, 1985)						
Легкий	14	6,73	24	11,54	38	18,27
Середній	34	16,35	87	41,83	121	58,17
Важкий	5	2,4	44	21,15	49	23,56
Усього	53	25,48	155	74,52	208	100,0

Фенотипові ознаки НДСТ виявлені у всіх хворих на ПГ. Згідно з критерієм Т.Ю. Смольновой (2003) найбільше було пацієнтів з ознаками НДСТ середнього СТ (51,44%), решта хворих майже порівну розподілені між легким та тяжким СТ (табл. 5.2). При розподілі хворих за статтю та СТ НДСТ виявили, що НДСТ

тяжкого СТ мали жінки (24,04%) і два чоловіки (0,97%). Кількість жінок зі середнім СТ НДСТ в тричі більша, ніж чоловіків (відповідно 38,9% і 12,5%). НДСТ легкого СТ мала приблизно однакова кількість чоловіків і жінок.

При розподілі хворих за СТ проявів НДСТ згідно з критеріями Милковской-Дмитриевой (1985) виявили подібну ситуацію (табл. 5.2): найбільше спостерігали пацієнтів з ознаками НДСТ середнього (58,2%) СТ, НДСТ тяжкого СТ виявили в 49 (23,6%) хворих на ПГ, найменше (12,3%) було НДСТ легкого СТ. Виявили, що як серед чоловіків, так і серед жінок найбільше було хворих з НДСТ середнього СТ. Серед усіх СТ прояву НДСТ кількість жінок було більшою, ніж чоловіків. Найменше виявлено чоловіків із проявами НДСТ тяжкого СТ (2,4%). Жінок з НДСТ тяжкого СТ було 44 (21,2%).

За даними Т.И. Кадуриной, частіше всього НДСТ виявляється з відомими фенотипами (марфаноподібним, MASS-подібним, елерсоподібним). Найбільше було пацієнтів з MASS-подібним фенотипом (63,45 %), у яких присутні ознаки генералізованого ураження сполучної тканини зі скелетними аномаліями. Найменше (15,87 %) було пацієнтів із фенотиповими ознаками генералізованої НДСТ у поєднанні з Бтс, доліхостеномелією, арахнодактилією (марфаноподібний фенотип). Хворих на ПГ, яким притаманні ознаки генералізованої НДСТ в поєднанні з тенденцією до гіперрозтягнення шкіри і різною ступеню вираженості гіпермобільності суглобів (елерсоподібний фенотип), виявили 48 (23,08 %).

Під час аналізу залежності СТ фенотипових проявів НДСТ від розміру ГД ПГ (рис. 5.1) виявили, що серед обстежених найбільше було хворих на ПГ з НДСТ середньої СТ, які мали середні розміри ГД. Це були значною мірою жінки (36). Переважно в чоловіків (14) спостерігали ГД малих розмірів і НДСТ середнього СТ (Табл. 5.Г.1). Серед жінок було мало пацієнтів (3,37 %) з ГД великих розмірів та ознаками НДСТ легкого СТ. У чоловіків не спостерігали поєднання тяжкого ступеня фенотипових проявів НДСТ та ГД малих і великих розмірів. Лише два чоловіки мали ГД ПГ великих розмірів і прояви НДСТ середнього СТ.

Подібну картину спостерігали при встановленні залежності між розмірами ГД і проявами НДСТ різних СТ, згідно з критеріями Милковской-Дмитриевой

(табл. 3.Г.2). Співвідношення чоловіків з легким, середнім та тяжким ступенями проявів НДСТ у пацієнтів з малим ГД склало 3 : 7 : 1, а жінок – 1 : 3,9 : 1,3. Подібне співвідношення серед чоловіків і жінок з середнім ГД склало відповідно 2,7 : 6 : 1 та 1 : 3,8 : 2,1. У групі обстежених з ГД великих розмірів серед чоловіків було лише 2 хворих з фенотиповими проявами НДСТ середньої СТ. Жінки, які мали великий за розмірами ГД ПГ, найменше мали НДСТ легкого ступеня (3,4%), а найбільше – середнього СТ (10,58%). Виявлено 14 (6,7%) жінок з великим ГД і тяжкими проявами НДСТ, згідно з критеріями Милковской-Дмитриевой.

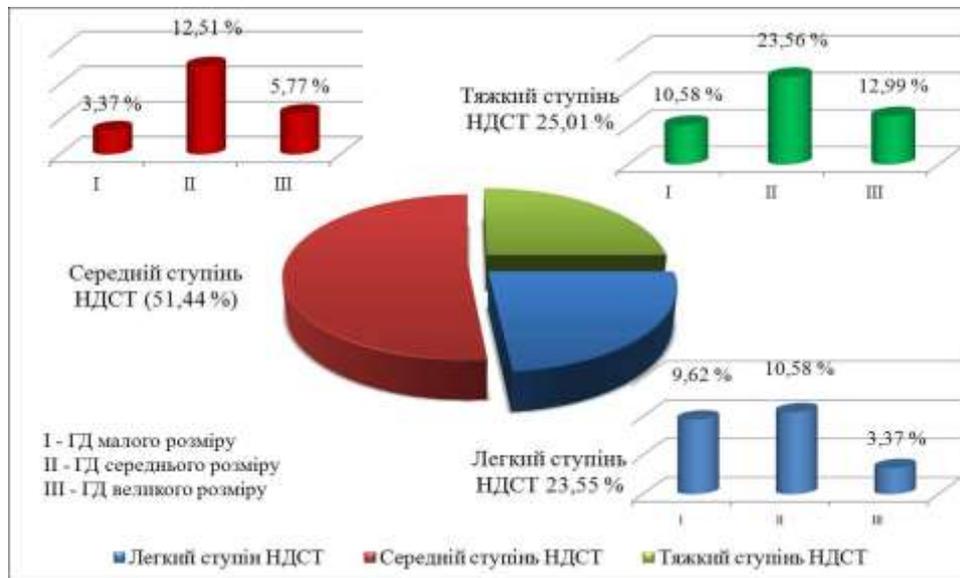


Рис. 5.1. Діаграма. Залежність ступеня тяжкості НДСТ (Т.Ю. Смольнова 2003) від розміру грижового дефекту пупкової грижі.

Лише серед осіб з великим ГД не виявили чоловіків з MASS-подібним і елерсоподібним фенотиповими проявами НДСТ (табл. 3.Г.3). Серед осіб з ГД ПГ малих розмірів найменше було жінок з марфаноподібним (0,96%) та чоловіків з елерсоподібним фенотипом (1,44%). Серед осіб з середнім ГД, окрім переважаючої за кількістю групи осіб з MASS-подібним фенотипом (27,9%), досить багато було чоловіків з марфаноподібним (4,8%) та жінок з елерсоподібним (9,13%) фенотипом НДСТ. Лише 1 чоловік (0,48%) з ГД середніх розмірів мав елерсоподібний фенотип.

Серед хворих з великим ГД найбільше спостерігали жінок з MASS-подібним фенотипом (12,5%), найменше – чоловіків і жінок з марфаноподібним фенотипом (2,88%). Два чоловіки з великим ГД мали марфаноподібний фенотип.

При вивченні залежності ступеня вираженості НДСТ, за Т.Ю. Смольной, від ТС, за В.М. Шевкуненком, (табл. 3.Г.4) встановили, що серед усіх обстежених більше було жінок з Бтс, з проявами НДСТ середнього (26,9%) і важкого (17,3%) СТ. НДСТ важкого СТ спостерігали в основному серед осіб Бтс. Не було чоловіків із важким ступенем НДСТ, які б мали Дтс та Мтс. Серед осіб з Дтс переважали жінки і чоловіки з НДСТ середнього СТ (5,3% і 4,3% відповідно). Серед пацієнтів з Мтс було більше жінок з НДСТ середнього СТ (6,73%), а чоловіків – з легкою НДСТ (2,88%). Подібну картину спостерігали при виявленні залежності між ТС та проявами НДСТ за критеріями Милковской-Дмитриевой (табл. 3.Г.5). Найбільше спостерігали жінок Бтс з середніми (28,85%) та важкими (14,9%) СТ НДСТ, а найменше – чоловіків і жінок Дтс з легкими та важкими СТ НДСТ.

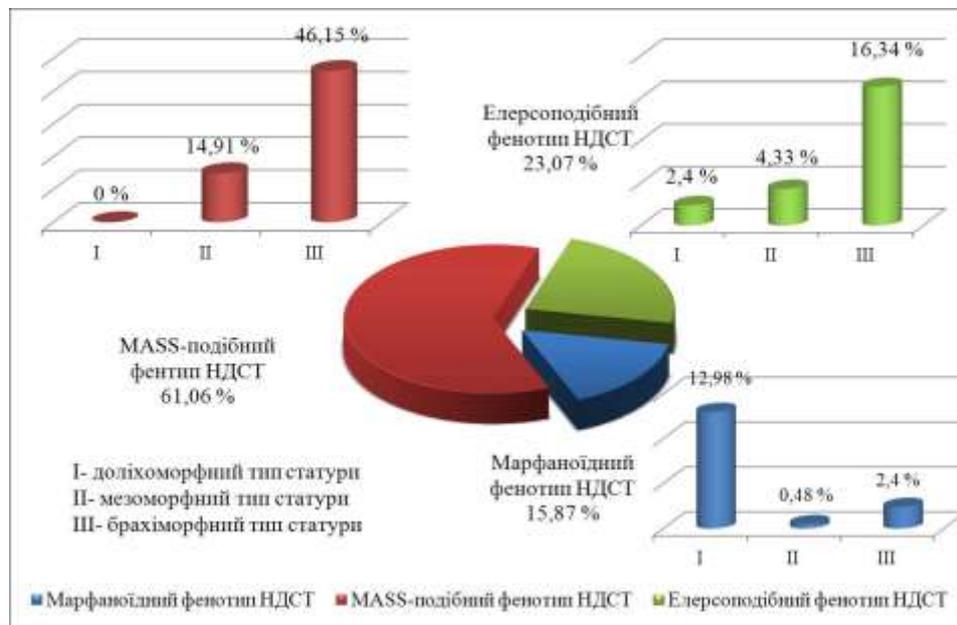


Рис. 5.2. Діаграма. Залежність між фенотиповими проявами НДСТ (Т.И. Кадурина, 2000) та типом статури (В.М. Шевкуненко, 1936).

Найбільше пацієнтів (46,2%) мало Бтс і MASS-подібний фенотип НДСТ (рис. 5.2). Це характерно для чоловіків і жінок (табл. 3.Г.6). Більшість (13,5%)

хворих на ПГ Дтс мала марфаноподібний фенотип НДСТ. Не виявили чоловіків та жінок Дтс з MASS-подібним фенотипом та чоловіків Мтс з елерсоподібним фенотипом. Часто спостерігали жінок Мтс з MASS-подібним фенотипом НДСТ (9,62%). Незначна частка хворих з марфаноподібним фенотипом була серед пацієнтів Мтс (0,48%) та Бтс (2,4%). Хоча марфаноподібний фенотип передбачає наявність у пацієнтів Бтс, ці хворі (мезоморфи і брахіморфи) віднесені до нього через наявність ознак доліхостеномелії.

Часто виявляли пацієнтів обох статей з НДСТ середнього СТ та надлишковою МТ (16,35%), ожирінням I (17,31%) та III ступенів (10,1%). Рідко зустрічали чоловіків з проявами НДСТ тяжкого СТ у поєднанні з ожирінням. Подібну картину спостерігали і при розподілі СТ НДСТ за критеріями Милковской-Дмитриевой, що було характерно для осіб обох статей (табл. 3.Г.7 та табл. 3.Г.8).

Серед хворих з MASS-подібним фенотипом більшість склали жінки з надлишковою МТ (13,46%), ожирінням I (14,9%) та III ст (12,98%) і чоловіки, що страждали на ожиріння I ст (6,25%). Серед пацієнтів з елерсоподібним фенотипом було найбільше жінок, що страждали на ожиріння III (7,2%) та I ст (6,7%). Незначна кількість чоловіків з елерсоподібним фенотипом мала нормальну (0,48%), надлишкову МТ (0,96%) та ожиріння I ст (0,48%). Не виявлено пацієнтів з MASS-подібним та елерсоподібним фенотипом і недостатньою МТ, а також чоловіків з елерсоподібним фенотипом і ожирінням II і III ст. Серед хворих з марфаноподібним фенотипом більшість мала надлишкову МТ та ожиріння I ст. Це стосувалось чоловіків і жінок (табл. 3.Г.9).

У хворих на ПГ з різними соматотипами прояви НДСТ середньої тяжкості (Т.Ю. Смольнова) здебільшого були в мезоморфів (19,7%), ендоморфів (16,8%) та ендомезоморфів (13,95%). Без урахування статі ознаки НДСТ легкого та тяжкого ступенів мали порівну пацієнти вказаних соматотипів. Проте, якщо кількість жінок ендоморфів з легким (6,3%) та тяжким (7,7%) СТ НДСТ була приблизно однакова і значно переважала чоловіків, то жінок мезоморфів з НДСТ тяжкого СТ (8,2%) було більше, ніж з легким СТ (2,9%). У чоловіків з мезоморфним соматотипом проявів НДСТ тяжкого СТ не виявлено. Розподіл у хворих соматотипів і

проявів тяжкості НДСТ згідно з критеріями Милковской-Дмитриевої (табл. 3.Г.11) не відрізнялись від даних щодо НДСТ, за Т.Ю. Смольнової.

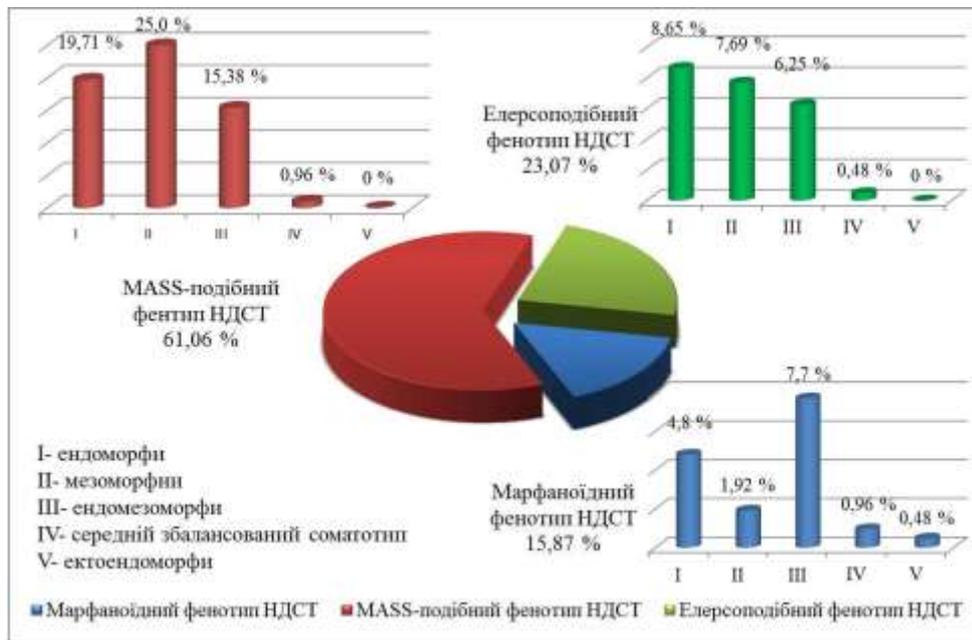


Рис. 5.3. Діаграма. Залежність ступеня вираженості НДСТ (Т.И. Кадурина) від соматотипу хворих на ПГ (J.L. Carter, В.Н. Neath).

Встановили, що більшість хворих з ендоморфним, мезоморфним та ендомезоморфним соматотипами (рис. 5.3) мали МАСС-подібний фенотип НДСТ. Серед жінок найбільше було мезоморфів (19,7%) та ендомезоморфів (9,6%) з МАСС-подібним фенотипом. Це було характерно і для чоловіків, яких було відповідно 5,3% та 5,8 % (Табл. 3.Г.12). Також досить багато було жінок ендоморфів з елерсоподібним фенотипом (7,2%). Серед пацієнтів з марфаноподібним фенотипом було найбільше ендомезоморфів обох статей (по 3,85%).

Підсумовуючи зазначене, встановлено, що у хворих на ПГ, грижа є фенотиповим проявом НДСТ, інші фенотипові прояви зустрічаються з різною частотою. Найчастіше спостерігали порушення постави (87,02%), зниження тону м'язів живота (86,5%), порушення моторної функції травного каналу (91,4%), плоскостопість (82,69 %). Зниження тону м'язів живота переважно спостерігали за наявності відвислого живота і діастазу ПМЖ. Хоча дані літератури свідчать, що більшість осіб, які мають НДСТ - астеники, серед хворих

на ПГ такої закономірності ми не виявили. Навпаки, серед хворих на ПГ спостерігали більше осіб Бтс (64,9%) та Мтс (19,7%). Рідко серед досліджуваних осіб виявляли синдром голубих склер (10,6%). Лише у 20 жінок (9,6%), що мали в анамнезі пологи виявили відсутність стрій на ПБСЖ. Зміни еластичності шкіри виявили в 15 (7,2%) хворих на ПГ. Жодний пацієнт не мав готичного піднебіння.

Згідно з критеріями Т.Ю. Смольновой, найбільше було пацієнтів з ознаками НДСТ середнього СТ (51,4%), яка була в осіб з мезоморфним, ендоморфним та ендомезоморфним соматотипами. НДСТ тяжкого СТ мали переважно особи Бтс (18,3%). Часто в пацієнтів з ознаками НДСТ середнього СТ спостерігали підвищену МТ (45,7%). Серед обстежених також найбільше було хворих на ПГ з НДСТ середньої СТ, які мали середні ГД. Розподіл пацієнтів за СТ НДСТ згідно з критеріями Милковской-Дмитриевой майже не відрізнявся від розподілу згідно з критеріями Т.Ю. Смольновой. Найбільше було пацієнтів (63,5%) з MASS-подібним фенотипом НДСТ, марфаноподібний і елерсоподібний фенотипи спостерігали у 15,9% і 23,1% хворих відповідно. Серед пацієнтів з великим ГД найбільше виявили жінок з MASS-подібним фенотипом (12,5%), найменше – чоловіків і жінок з марфаноподібним фенотипом (2,88%). Серед хворих з MASS-подібним фенотипом більшість склали жінки з надлишковою МТ (13,46%), ожирінням I (14,9%) та III ст (12,98%) і чоловіки з ожирінням I ст. (6,25%).

Виявили, що найбільше пацієнтів (46,2%) мало Бтс і MASS-подібний фенотип НДСТ. Ця закономірність була серед чоловіків і жінок. Переважна більшість (13,5%) хворих на ПГ Дтс мала марфаноподібний фенотип НДСТ. Встановлено, що більшість хворих з ендоморфним, мезоморфним та ендомезоморфним соматотипами мали MASS-подібний фенотип НДСТ.

За матеріалами розділу опубліковано праці:

1. Власов В.В. Фенотипові прояви недиференційованої дисплазії сполучної тканини у хворих на пупкову грижу / В.В. Власов, С.В. Калиновський // *Biomedical and biosocial anthropology*. – 2014. – № 22. – С. 204-208.

РОЗДІЛ 6

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПЕРВИННУ ГРИЖУ БІЛОЇ ЛІНІЇ ЖИВОТА

6.1. Загальна характеристика хворих на первинну грижу білої лінії живота

Серед 276 обстежених, у 208 пацієнтів виявили ПГ, а у 68 – ГБЛЖ. У 27 хворих на ГБЛЖ ГД локалізувався в пупковій ділянці, у 41 – в епігастрії. Поєднання ГБЛЖ, що розташовувалась в пупковій ділянці з власне ПГ відмічено у 9 хворих. У 4 пацієнтів були множинні ГД БЛЖ. Серед пацієнтів переважали жінки (69,93%). Середній вік хворих на ПГ склав $56,8 \pm 13,8$ років, а хворих на ГБЛЖ – $54,7 \pm 12,5$ років. Більшість хворих на ГБЛЖ і ПГ були працездатного віку, особи пенсійного віку становили 39,9%.

Найбільше пацієнтів (табл. 6.Г.1) хворіли на грижу впродовж 1-3 (34,8%) та 3-5 років (22,5%). Найменше було хворих з грижоносійством терміном 1 – 6 місяців (10,8%). У всіх виокремлених групах пацієнтів більшість склали жінки.

Основною скаргою хворих під час госпіталізації була наявність грижі. Періодичний біль в ділянці грижі турбував 66,3% пацієнтів. У 12,3% госпіталізованих хворих був постійний біль у ділянці грижі. Деякі пацієнти (3,99%) звертали увагу на періодичні тимчасові защемлення грижі та суттєве зниження працездатності. В окремих випадках (38), за наявності ГД малих розмірів випинання виявляли лише при фізичному навантаженні, під час огляду пацієнта в вертикальному положенні або в його положенні лежачи з припіднятим головним кінцем. Саме в цьому положенні легко діагностувати діастаз ПМЖ.

У більшості пацієнтів – 190 (68,8%) грижові випинання були вправимими в черевну порожнину. У п'ятої частини (19,2%) хворих вправити грижу перед операцією не вдалось. У решти – 33 (11,96%) грижа вправлялась частково.

Супутню патологію виявили у 86,4 % хворих. У більшості (68,5%) це була кардіальна патологія (табл. 6.Г.2). Багато (176) хворих на грижу мали супутні

захворювання шлунково-кишкового тракту, які переважно проявлялись у вигляді порушень моторної функції травного каналу. На супутнє аліментране ожиріння III ступеня страждала $\frac{1}{4}$ частина хворих, переважно це були жінки. У 53 хворих мала місце супутня жовчно-кам'яна хвороба, у 16 (5,8%) хворих – грижі ПБСЖ інших локалізацій. Поєднана супутня патологія (ішемічна хвороба серця і гастро-езофагеальна рефлюксна хвороба, кардіосклероз та хронічний панкреатит, аліментране Ож і хронічний холецистит та інші комбінації) виявлена у 18,1% хворих.

Усіх пацієнтів прооперовано. 96,01 % хворим на первинну ГБЛЖ виконано оперативне втручання у плановому порядку, лише 11 (3,99%) пацієнтам – ургентно, з приводу защемленої грижі (рис. 6.1.1). При виконанні хірургічного лікування хворим на первинну ГБЛЖ живота використані різні види знеболення (табл. 6.1.1): 57,6% пацієнтів застосували ендотрахеальний наркоз, 39,1% – спинномозкову анестезію (СМА), 5 (1,8%) хворим пластику ГД виконали під місцевою анестезією у зв'язку з протипоказами до проведення інших видів знеболення (3) та за бажанням самих хворих (2).

Для хірургічного лікування ПГ застосовані доступи зі збереженням та з видаленням пупка – 67,9% та 32,1% відповідно. Серед доступів зі збереженням пупка застосовували: доступ з огинанням пупка зверху (78), знизу (17), збоку (24). При доступах з видаленням пупка застосовували 2 огинальних розрізи в поздовжньому та поперечному напрямках. Вибір доступу до ГМ ПГ визначали після пальпаційного або УЗД ділянки ГД. При поєднанні ПГ з ГБЛЖ пластику обох ГД виконували з одного поперечного доступа: в проекції пупка або ГБЛЖ, залежно від найбільшого ГД.

У хворих на ГБЛЖ живота частіше використовували поперечний доступ до ГМ (45), 8 пацієнтам виконано вертикальний розріз у проекції ГБЛЖ, 1 хворому виконали 2 огинальні розрізи в проекції грижового випинання.

Після інтраопераційного вимірювання ширини грижових воріт ПГ або ГБЛЖ їх розподіляли згідно з класифікацією EHS. У хворих на ПГ здебільшого спостерігали ГД середнього (47,11%) і малого (31,24%) розмірів. ГД великих розмірів спостерігали у 21,65% пацієнтів, здебільшого це були жінки (20,69).



Рис. 6.1.1. Діаграма. Розподіл хворих на первинну та грижу білої лінії живота за терміном виконання оперативного втручання.

Таблиця 6.1.1

Вид знеболення при оперативному лікуванні хворих на первинну грижу білої лінії живота

ВИД ЗНЕБОЛЕННЯ	СТАТЬ					
	Чоловіки		Жінки		Усього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ендотрахеальний наркоз	46	16,66	113	40,95	159	57,61
Спинно-мозкова анестезія	33	11,96	75	27,17	108	39,13
Внутрішньовенна анестезія	3	1,09	1	0,36	4	1,45
Місцева анестезія	1	0,36	4	1,45	5	1,81
Усього	83	30,07	193	69,93	276	100

З них у 8 вони були гігантськими. Серед хворих на ГБЛЖ переважно спостерігали середні за розмірами ГД (66,2%), дещо рідше малі (19,1%) і великі за розмірами ГД (14,7%). ГД великих розмірів спостерігали тільки серед жінок. ГД середніх розмірів спостерігали у жінок і чоловіків однаково часто.

При хірургічному лікуванні хворих на ПГ або ГБЛЖ використовували Ав і Ал методи закриття ГД (табл. 6.1.2). Місцевими тканинами ГД закритий 53 (25,5%) хворим на ПГ і 16 (23,5%) хворим на ГБЛЖ. Ці методики застосовували переважно у хворих із вправимою грижою, з ГД до 1-1,5 см (в яких використання СІ було неможливим без розширення ГД), за відсутності діастазу ПМЖ.

Таблиця 6.1.2

Види пластик грижового дефекту у хворих первинну грижу білої лінії живота

Методи пластики грижового дефекту		Пупкова грижа		Грижа БЛЖ	
		Абс.	%	Абс.	%
Автопластичні методи	Методика Мейо	13	6,25	5	7,35
	Методика Сапежко	15	7,21	3	4,42
	Встик вузловими швами	21	10,1	7	10,29
	Встик лігатурою PDS-II	4	1,92	1	1,47
	Усього	53	25,48	16	23,53
Алопластичні методи	Onlay	4	1,92	-	-
	Sublay (preperitoneal)	125	60,08	43	63,23
	Stoppa-Rives (retromuscular)	26	12,5	9	13,24
	Усього	155	74,52	52	76,47

У 21(10,1%) хворих на ПГ та 7 (10,3%) хворих на ГБЛЖ краї ГД малих розмірів ушиті вузловими лавсановими швами в стик. Закриття ГД за методикою Мейо виконали 13 (6,3%) хворим на ПГ та 5 (7,4%) хворим на ГБЛЖ. Формування дуплікатури за методикою Сапежко застосували у 15 (7,2%) та 3 (4,4%) хво-

рих на ПГ та ГБЛЖ, відповідно. Після виконання герніоалапаротомії 4 пацієнтам, хворим на ПГ великих розмірів, та 1 хворій на ГБЛЖ виконали пошарове зашивання операційної рани в стик за допомогою нитки PDS-II.

Більшості хворих на ПГ (74,5%) ГД закрито алопластично, з переважним (60,1%) розташуванням СІ передочеревинно. У 26 (12,5%) хворих на ПГ СІ розташували ретромускулярно, лише у 4 випадках виконали пластику on lay. Передочеревинна алопластика ГД виконана 63,23% хворим на ГБЛЖ. Лише в 9 випадках спроба мобілізувати передочеревинний простір була не вдалою і СІ розташували в ретромускулярному просторі. Методика on lay не застосовувалась.

Для алопластики ГД грижі застосовували наступні СІ: АРМА-УТМ, АТРМА-ТУРА (Укртехмед, Україна), Есфіл (Лінтекс, Росія), Prolene Mesh, Ultrapro (Ethicon, USA). Для фіксації СІ, зашивання ГД, рани використовували тільки синтетичні поліпропіленові лігатури.

6.2. Розширення гризового дефекту первинної грижі білої лінії живота

При виконанні оперативного втручання з приводу ГБЛЖ хірурги деколи стикаються з певними технічними труднощами, що не описані у сучасній літературі. Одним із таких моментів є неможливість вправити значний вміст ГМ фіксованої (або защемленої) грижі в ЧП через відносно невеликі розміри ГД.

У 18 пацієнтів розміри ГМ значно перевищували діаметр ГД. Під час операції для полегшення вмісту ГМ вдавалися до розширення ГД вздовж БЛЖ в 6 випадках. Пластику ГД у цих пацієнтів виконали за методикою Сапежко (2) та Ал, з По розташуванням СІ (4). У разі алопластики ГД дане розширення призвело до збільшення розмірів СІ, так як він має заступати за краї рани на 4-5 см. Також дане розширення призвело до збільшення розмірів ГД, а в результаті – до послаблення ПБСЖ у цьому місці.

В 12 випадках виконували авторський спосіб розширення ГД (патент на корисну модель № 71375 UA). Більшості (10) виконали однобічне (правобічне

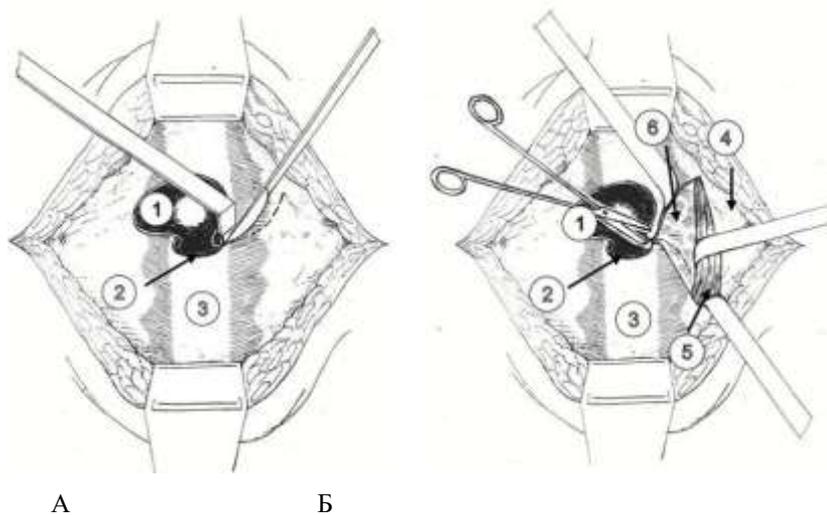


Рис. 6.2.1. Етапи (А, Б) авторського розширення ГД ГБЛЖ: 1 – гризовий мішок; 2 – ГД; 3 – БЛЖ; 4 – передня пластинка піхви ПМЖ; 5 – ПМЖ; 6 – задня пластинка піхви ПМЖ.

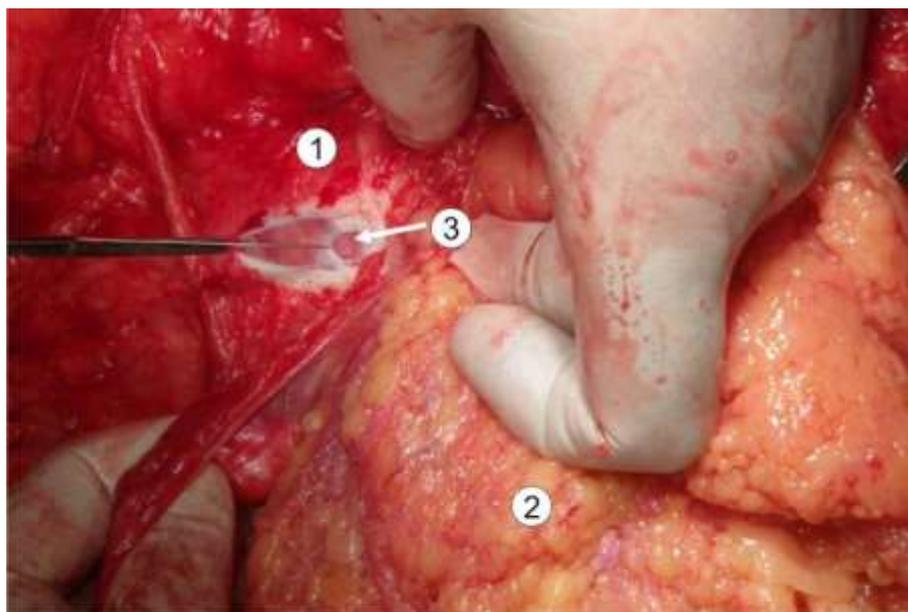


Рис. 6.2.2. Оперативне втручання з приводу фіксованої ПГ: розширення ГД вліво, розтин передньої пластинки піхви ПМЖ. 1 – передня пластинка піхви ПМЖ; 2 – великий сальник; 3 – ПМЖ. Збільшення в 0,83 рази.

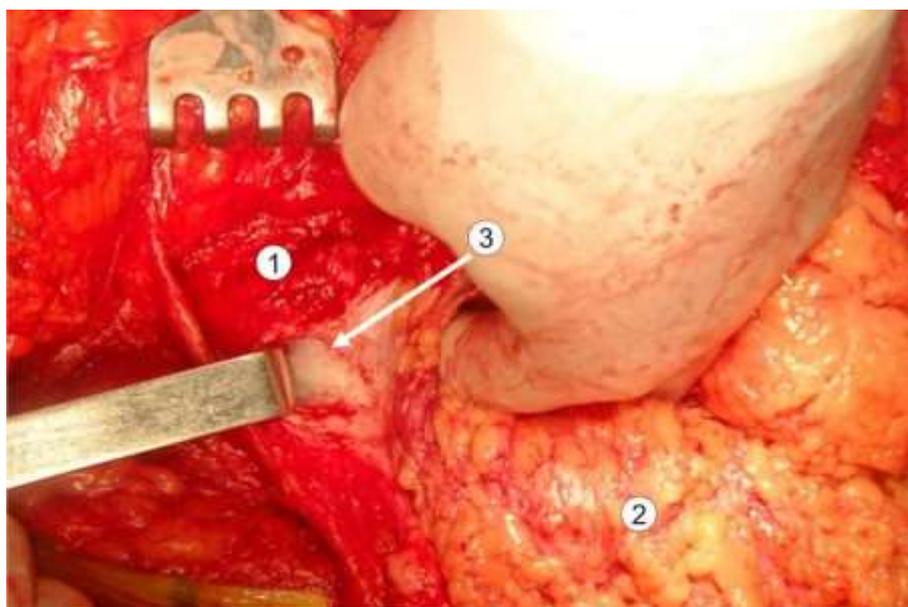


Рис. 6.2.3. Оперативне втручання з приводу фіксованої ПГ: розширення ГД вліво, ПМЖ відведено вбік гачком Фарабефа. 1 – ПМЖ; 2 – великий сальник; 3 – задня пластинка піхви ПМЖ. Збільшення в 0,61 рази.

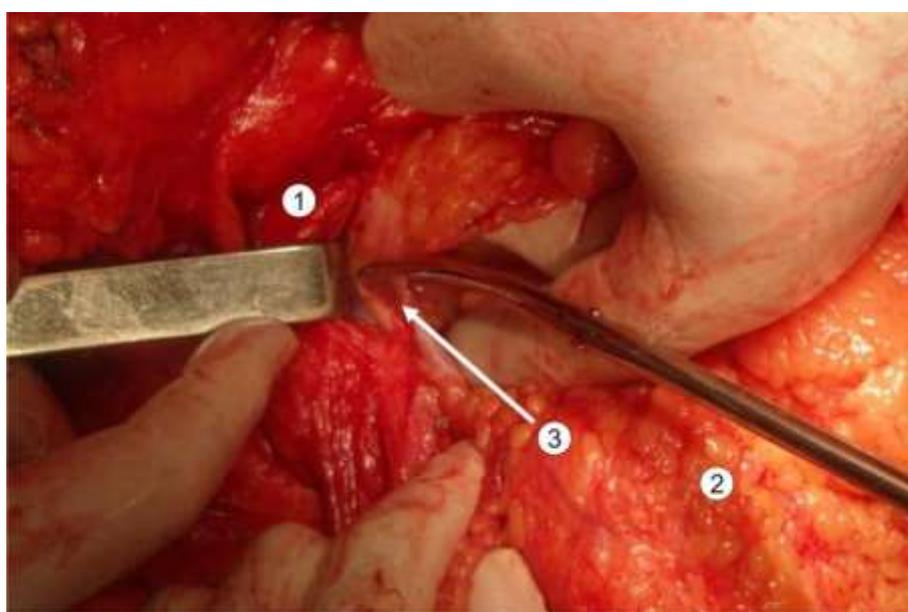


Рис. 6.2.4. Оперативне втручання з приводу фіксованої ПГ: розширення ГД вліво, розтин задньої пластинки піхви ПМЖ. 1 – ПМЖ; 2 – великий сальник; 3 – задня пластинка піхви ПМЖ. Збільшення в 0,59 рази.

або лівобічне) розширення. У двох випадках (через необхідність виконання симультанної холецистектомії, апендектомії) виконали двобічне розширення ГД.

Методика даного розширення була відпрацьована та експериментально обґрунтована (8) при проведенні морфологічної частини роботи (свідоцтво на рацпропозицію № 8 від 2012 р.). Встановлено, що ПМЖ можна відвести в бік за допомогою гачка Фарабефа майже на $2/3$ його ширини. Враховуючи результати проведених морфологічних досліджень і КТ, можливо розширити ГД до розмірів БЛЖ (від 2 до 5,6 см) та ще на 4-5 см (при однобічному розширенні) або приблизно на 8-10 см (при двобічному розширенні). Отже, можна отримати гер-ніолапаротомну рану достатню для вправлення значного вмісту ГМ в ЧП, виконання симультанної операції, або, за необхідності, для резекції защемленої нежиттєздатної петлі тонкої кишки.

Дане розширення виконували наступним чином Від краю ГД до медіального краю ПМЖ поперечно розтинали апоневроз БЛЖ. Далі розтин, у вигляді дуги з центром на серединній лінії і краніальним спрямуванням продовжували на ПП піхви ПМЖ (рис. 6.2.1.А та 6.2.2). Краї ПП ПМЖ розводили в сторони, медіальний край ПМЖ гачком Фарабефа відводили латерально, утворюючи доступ до ЗП піхви ПМЖ (рис. 6.2.3). ЗП піхви ПМЖ розтинали у вигляді дуги (рис. 6.2.1.Б та 6.2.4) з центром на серединній лінії і каудальним спрямуванням. При цьому розширенні не пошкоджуються м'язи, важливі кровоносні судини, не знижується міцність ПБСЖ, бо створюється перемінний доступ.

Авторський спосіб розширення не вимагає використання СІ більших розмірів, оскільки після вправлення вмісту ГМ або виконання певних маніпуляцій в ЧП рану зашивали в зворотному порядку, і розміри ГД відновлювались. При цьому не використовували СІ більший за розміри ГД на 4-5 см. Виконання розширення ГД вздовж БЛЖ збільшувало розміри ГД, це призводило до збільшення розмірів СІ.

Рану після розширення зашивали в зворотній послідовності. Спочатку вікрилом (монокрилом) зашивали очеревину – після попереднього її відшарування в сторони. У 8 пацієнтів в передочеревинний простір встановлювали СІ,

фіксували. Далі зашивали задню пластинку піхви ПМЖ до ГД, забирали гачок. Відведений раніше ПМЖ повертали на місце. Потім поліпропіленовою чи полідаксоною ниткою зашивали рану ПП піхви ПМЖ. У 4 пацієнтів через механічне пошкодження очеревини під час операції зашивалась очеревина і ЗП піхви ПМЖ, СІ встановлювали в Рм простір.

Приклад: (медична картка стаціонарного хворого № 3481). Хвора С., 52 роки, госпіталізована зі скаргами на грижове випинання в надпупкової ділянці, больові відчуття в ділянці грижі, підвищення температури тіла до $37,5^{\circ}\text{C}$. Хворіє на грижу впродовж багатьох років. За медичною допомогою не зверталась. Біль в ділянці грижі з'явилась поступово. Скарги турбують впродовж тижня. Поступово стан погіршувався, у зв'язку з чим звернулася у хірургічне відділення.

При поступленні стан середньої важкості. Шкірні покриви бліді. Рс 92 /хв. АТ 130/80 мм.рт.ст. Т тіла $37,2^{\circ}\text{C}$. Хвора Бтс з мезоморфним соматотипом. Страждає на аліментарне Ож III ступеня (індекс МТ $46,62\text{ кг/м}^2$). Живіт звисає, збільшений за рахунок ПЖК. Навколопупкова ділянка гіперемована, тканини інфільтровані, тут же (на 4-5 см вище пупка) пальпується різко болюче випинання 5 x 4 см. Грижові ворота пропальпувати не вдалось. Перитонеальні симптоми негативні, перистальтика кишківника послаблена.

Під час проведення УЗД спостерігали виражений метеоризм. Органічної патології ОЧП не виявлено. Візуалізований ГМ ГБЛЖ(рис. 6.2.5), вміст гіперехогенний. На оглядовій рентгенограмі ОЧП – справа під XII ребром в паравертебральній ділянці спостерігали наявність парожнистого органа з рівнем рідини (рис. 6.2.6). Аналіз крові: Нв – 101 г/л, Ег – $3,5 \times 10^{12}$ /л, Le – $12,6 \times 10^9$ /л, загальний білок – 62 г/л, білірубін 10,0 мкмоль/л, калій – 4,3 ммоль/л, натрій – 148,0 ммоль/л, хлор – 107,0 ммоль/л. Аналіз сечі: пит.вага- 1020, рН – 6,0, лейкоцити – 2-4 в п/з, циліндри – 1-2 в п/з, солі оксалаты +++, слиз +++++.

Попередній діагноз: защемлена грижа білої лінії живота. Флегмона грижового мішка. Аліментарне ожиріння III ступеня.

Після передопераційної підготовки хвора взята в операційну. Під ендотрахеальним наркозом виконано доступ до ГМ – поперечний над пупком, довжиною

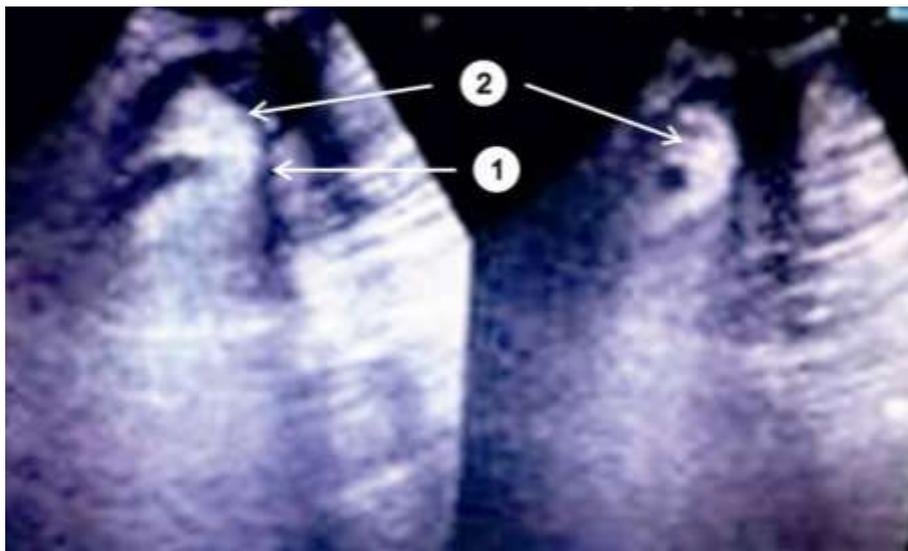


Рис. 6.2.5. Ультразвукове дослідження гризового випинання хворої С. (фото): 1 – гризовий дефект білої лінії живота; 2 – гіперехогенний вміст гризового мішка. Збільшення в 0,61 рази.

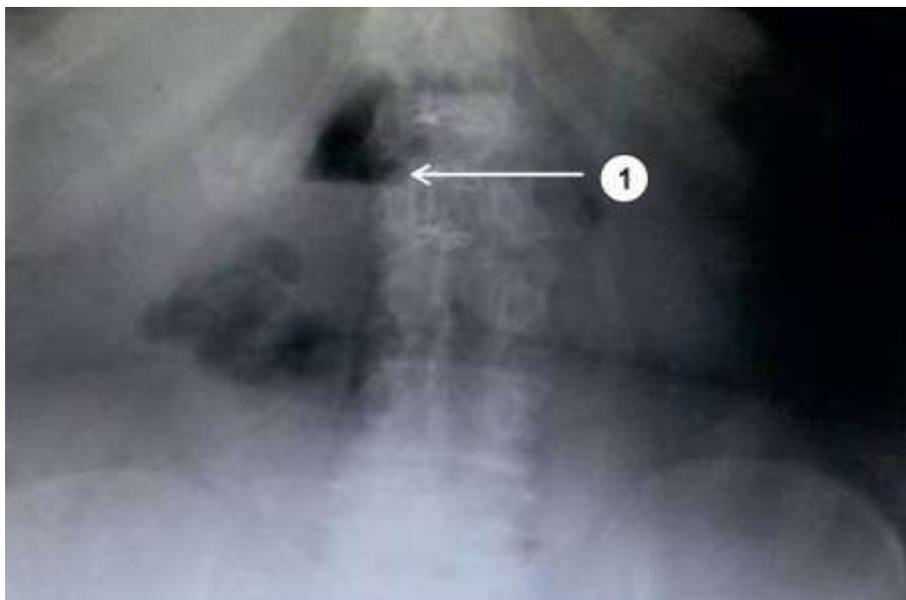


Рис. 6.2.6. Оглядова рентгенорама органів черевної порожнини хворої С. (фото): 1 – рівень рідини в проекції грижі. Збільшення в 0,37 рази.

до 15 см. Розсічено шкіру, ПЖК (товщина до 10-12 см). Виділений запальний ГМ ГБЛЖ діаметром 3,5 см і довжиною до 8 см. Вже при виділенні ГМ відчули непрямий колибацилярний запах. Стінки ГМ ущільнені, запалені, набрякші. Має місце флегмона ГМ. Тканини навколо ГМ з ознаками запалення. При розкритті ГМ виділилось до 25 мл серозно-геморагічного ексудату зі зловонним запахом. Вміст – конгломерат некротизованих тканин, зпаяний зі стінками ГМ. На перший погляд визначити характер грижового вмісту було важко. Тканини, які були в ГМ прийняті за пасмо великого сальника. При виконанні резекції ділянки некроза в центрі конгломерата виявили трубчатую структуру, що подібна гангренозно зміненому червоподібному відростку. Купол сліпої кишки в ГМ не виявлений. Діаметр ГД 2 см (згідно з класифікацією EHS – грижа малих розмірів).

Для ідентифікації трубчатої структури виконано ревізію ОЧП. Для цього виконали розширення ГД ГБЛЖ. Від лівого краю ГМ до медіального краю ПМЖ поперечно розсікли апоневроз БЛЖ, розріз продовжили на ПП піхви ПМЖ. Края ПП піхви ПМЖ розвели в сторони, медіальний краї ПМЖ відвели латерально. Отримали доступ до ЗП піхви ПМЖ, яку розсікли у вигляді дуги з центром по серединній лінії і каудальним спрямуванням. Розширення виконали з обох боків.

Розводячи краї рани отримали операційний доступ до 15 см, який дозволив виконати адекватну ревізію. Встановлено, що трубчатая структура, що була вмістом ГМ – це дійсно гангренозно змінений червоподібний відросток, довжиною 14 см (рис. 6.2.7). Купол сліпої кишки не змінений. Виконана апендектомія з перев'язкою артерії, зануренням кукси червоподібного відростка в купол сліпої кишки кисетним і Z-подібний швами (результат патогістологічного дослідження № 41286-89: гострий гангренозний апендицит). Операційна рана, що утворилась в результаті розширення ГД БЛЖ зашита у зворотному порядку: поліпропіленовою лігатурою ушиті ЗП піхв ПМЖ, забрані гачки Фарабефа, зашиті ПП піхв ПМЖ. Пластику ГД через наявність гнійного запалення навколишніх тканин, виконали шляхом зшивання його країв окремими вузловими (поліпропіленовими) швами встик. ПЖК дренована 3 мікроіригаторами, які виведені через рану. Накладені окремі вузлові шви для зведення країв шкіри.

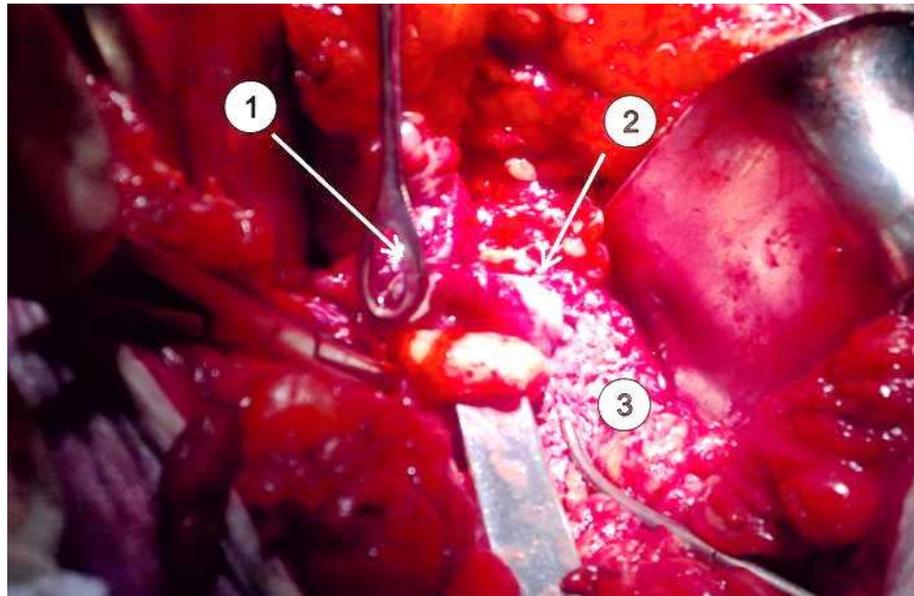


Рис. 6.2.7. Операційна рана хворої С. Вміст ГМ – гангренозно змінений червоподібний відросток. 1 – червоподібний відросток; 2 – купол сліпої кишки; 3 – передня пластинка піхви ПМЖ. Збільшення в 0,59 рази.

Заключний діагноз: гострий гангренозний апендицит. Хибне защемлення грижі білої лінії живота малих розмірів. Флегмона грижового мішка. Аліментарне ожиріння III ступеня.

Перебіг в післяопераційний період без ускладнень. Пацієнтка перебувала в стаціонарі 18 днів. Проводились щоденні перев'язки з санацією після операційної рани розчином Декасана 0,2%, введеннями в мікроіригатори мазі Інфларакс. Оглянута через 3, 6 місяців, 1 та 2 роки після операції. Рецидиву грижі не має.

Наведений приклад свідчить про наявність хибного защемлення ГБЛЖ з флегмоною ГМ, які обумовлені гострим гангренозним апендицитом, а також про можливість використання способу розширення ГД БЛЖ без порушення цілісності БЛЖ.

Отже, при виконанні авторського способу розширення не пошкоджуються м'язи, важливі кровоносні судини, не знижується міцність ПБСЖ, бо створюється перемінний доступ достатніх розмірів для вправлення вмісту ГМ в ЧП, виконання, за необхідності, симультанної операції.

6.3. Алопластичні методи закриття гризового дефекту первинної грижі білої лінії живота

У зв'язку з тим, що техніка та виконання оперативних втручань у хворих на ГБЛЖ та на ПГ не відрізняються в подальшому будемо характеризували методи втручань у цих хворих в цілому.

Алопластично закривали ГД різних розмірів, за наявності у хворих супутнього аліментарного Ож, фенотипових проявів НДСТ середнього та тяжкого ступенів, при встановленні на діагностичному етапі діастазу ПМЖ різних ступенів. В цих випадках слід розташувати СІ переважно По168). Цей метод можна застосовувати у хворих на первинну ГБЛЖ будь-якого розміру без діастазу ПМЖ або з наявністю діастазу ПМЖ лише I ступеня (див. розділ 4.1 та 4.2).

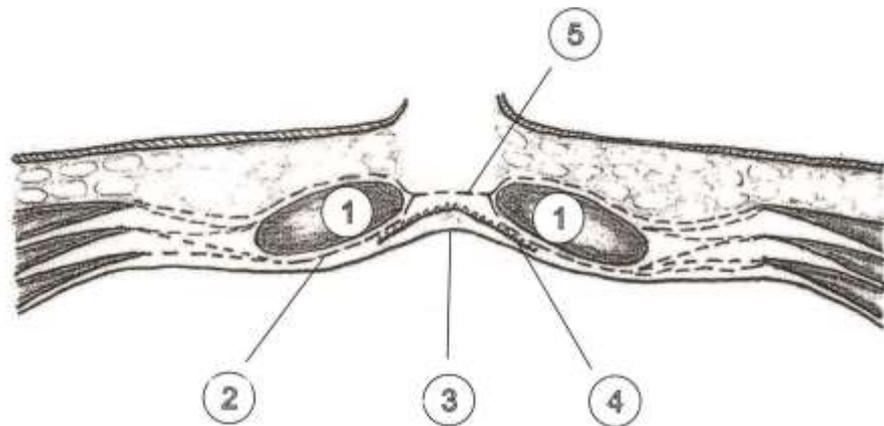


Рис. 6.3.1. Схема горизонтального зрізу передньої черевної стінки в ділянці пупка при виконанні передочеревинної пластики ГД. 1 – ПМЖ; 2 – задній листок піхви ПМЖ; 3 – очеревина; 4 – сітчастий імплантат; 5 – БЛЖ.

При виконанні методики По розташування СІ (рис. 6.3.1), після виконання відповідного доступу виділяли ГМ у основи від апоневроза. При цьому намагалися по можливості зберегти стоншені краї ГД. Їх, у подальшому, використовували для відмежування СІ від ПЖК. Тупим та гострим шляхом відділяли ПЖК від БЛЖ і поверхні ПП піхви ПМЖ на 3,0 – 3,5 см краніальніше за верхній край ГД.

По краю ГД відділяли очеревину від апоневрозу, мобілізуючи По простір та створюючи ложе для СІ. Для кращого відділення очеревини від апоневрозу використовували гідропрепарування. Якщо ГМ не видаляли, то його ввертали в ЧП. Тупим та гострим шляхом відділяли очеревину від ЗП піхви ПМЖ на відстань 4-5 см від країв ГД. З СІ викроювали латку, яка перевищувала діаметр ГД на 4-5 см. Розташовували її між очеревиною і апоневрозом БЛЖ.

При розташуванні СІ По певні труднощі пов'язані з вибором місця фіксації сітки, оскільки остання повинна заступати за краї ГД на 3-4 см. При цьому, часто малий по діаметру ГД зумовлює зменшення оперативного простору для фіксації СІ. Останній має бути фіксованим таким чином, щоб він надійно закривав ГД, був добре розправленим, не викликаючи сумнівів у хірурга щодо можливої зміни його локалізації в післяопераційний період. У 52 хворих СІ фіксували по периметру ГД, використовуючи для цього 4-6 і більше швів, відступивши від краю ГД 2,5-3 см (свідчення на рацпропозицію № 9 від 2011 р.). Середня тривалість операції при використанні цієї методики фіксації становила $56,49 \pm 9,08$ хвилин.

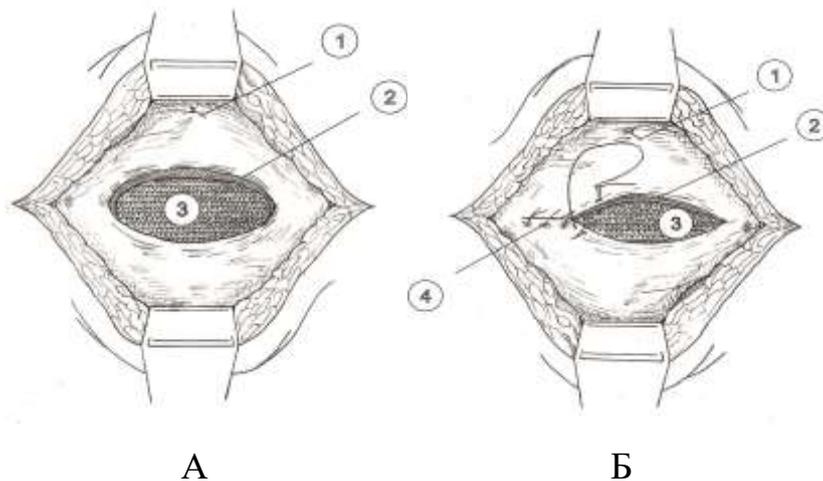


Рис. 6.3.2. Схема фіксації СІ при пластиці ГД ГБЛЖ: А – СІ фіксовано 1 швом краніально; Б – зашивання країв ГД встик з підхопленням в шов СІ. 1- краніальний шов фіксації СІ; 2 - краї ГД; 3 - СІ; 4 - безперервний шов фіксації країв ГД і СІ.

У 71 пацієнта при виконанні По пластики ГД фіксували СІ спрощеним способом (патент на корисну модель № 71377 UA): П-подібним монофіламентним поліпропіленовим швом (2/0) прошивали верхній край СІ відступивши 1 см від його краю. Заводили браншу гачка Фарабефа у По простір, іншим – відкривали верхню поверхню БЛЖ. Обидва кінці нитки, якою був прошитий СІ, надягали на голку. Вкол робили з По простору, голку виколювали на зовнішній поверхні БЛЖ. Шов зав'язували (рис. 6.3.2.А). СІ розправляли у По просторі. Краї ГД у подальшому зашивали встик з підхопленням в шов СІ (рис. 6.3.2.Б). Тривалість операції з застосуванням цієї методики фіксації сітки склала $48,15 \pm 8,16$ хвилин, і була меншою за тривалість операції з застосуванням класичної фіксації СІ ($p < 0,05$). Отже даний спосіб СІ забезпечив зменшення часу фіксації та загалом проведення оперативного втручання. У 6 випадках до СІ підводили дренаж Редона.

Приклад: (медична карта стаціонарного хворого № 5564), Хвора П. 1951 року народження, поступила 17.03.2010 р. з діагнозом пупкова грижа. Пацієнтка скаржилась на наявність грижового випинання в ПД, що вправлялось в ЧП, больових відчуттів у ділянці грижі не відмічала. Хворіє протягом 6 місяців. Початок захворювання ні з чим не пов'язує.

Об'єктивно: загальний стан хворої задовільний. Свідомість ясна. Шкіра, видимі слизові блідо-рожевого забарвлення. Т тіла $36,7^{\circ}$ С. Рс 86 / хв., ритмічний, АТ 110/80 мм. рт. ст. ГК симетрична. Живіт грушовидної форми, в ділянці пупка грижове випинання 2×2 см, шкіра над грижою не змінена. Пальпаторно: живіт м'який, не болючий. Грижа вільно вправляється в ЧП. Хвора ендо-мезоморфного соматотипу, Бтс, з нормальною МТ (індекс Кетле $24,24 \text{ кг/м}^2$), має Ту середніх розмірів, прямокутної форми з розвинутою ГК, жіночу ФЖ з великим ВІЖ. Консультована кардіологом. При УЗД органічної патології з боку ОЧП не виявлено. Ширина БЛЖ коливалась від 2,8 см на рівні пупка, до 3,2 см на рівні Івс. Ширина ГД склала 23×27 мм. Аналіз крові: Нв – 111 г/л, Ег – $3,6 \times 10^{12}$ /л, Le – $4,0 \times 10^9$ /л, глюкоза крові 4,1 ммоль/л, загальний білок 71,5 г/л, загальний білірубін 13,58 мкмоль/г, калій 3,8, натрій 142, хлор 104. Загальний аналіз сечі: рН 10,0, білок -, Le 4-6 в п/з, Ег 0-1 в п/з, солі оксалати ++.

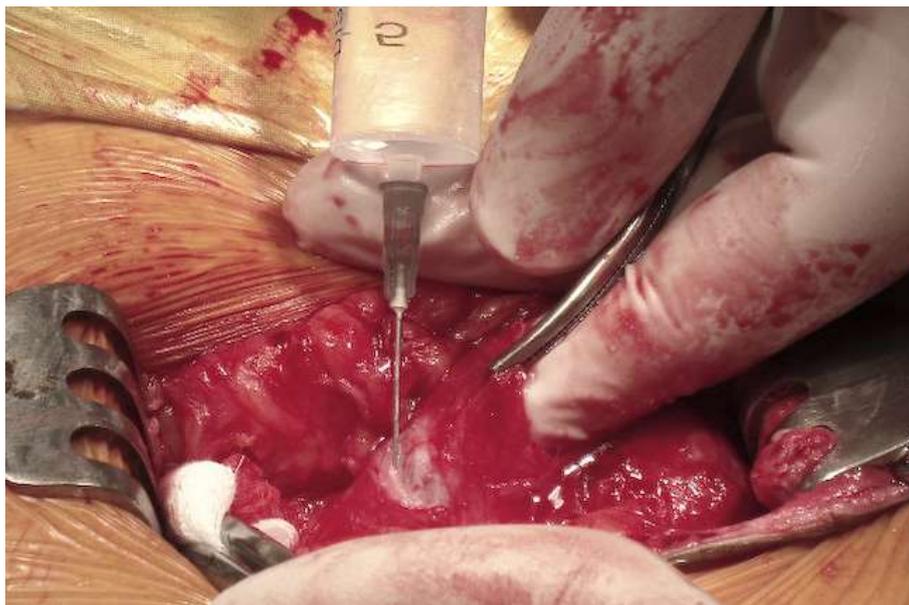


Рис. 6.3.3. Оперативне втручання з приводу ПГ. Використання гідропрепаровки для виділення стінок грижового мішка. Збільшення в 0,68 рази.

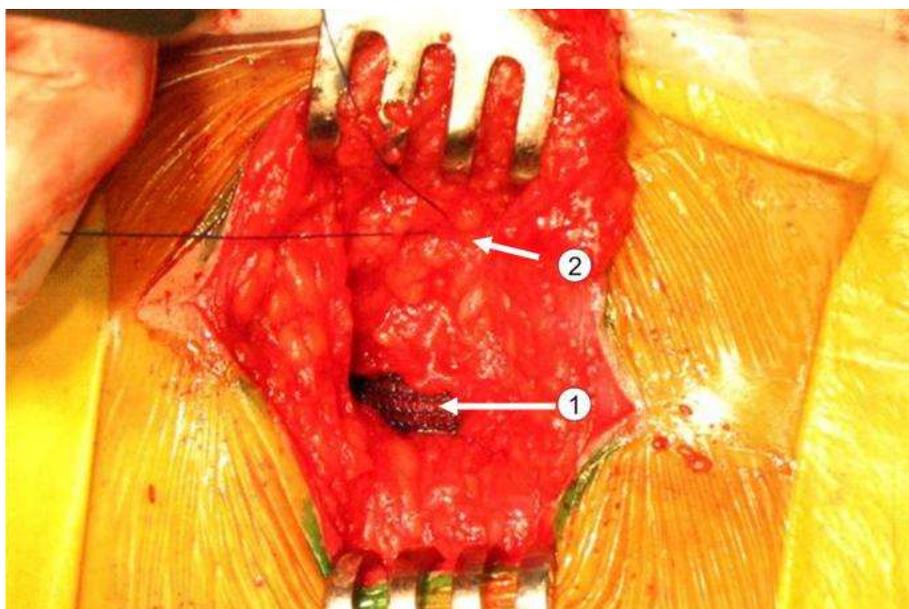


Рис. 6.3.4. Оперативне втручання з приводу пупкової грижі. СІ фіксований одним швом краніально. 1 –СІ; 2 – краніальний шов фіксації СІ. Збільшення в 0,81 рази.

Встановлено діагноз: Первинна вправима пупкова грижа середніх розмірів. Поширений атрофічний гіперпластичний гастрит, поверхневий дуоденіт. ІХС, атеросклеротичний кардіосклероз, СН II А, ФК II. Гіпертонічна хвороба II ст, 2 ступінь, ризик середній.

У плановому порядку виконано оперативне втручання: герніотомія, По алопластика ГД ПГ СІ Ultrapro (Ethicon, USA). Доступ до ГМ ПГ – дугоподібний розріз в поперечному напрямку нижче пупка. Виділено ГМ з використанням гідропрепаровки (рис. 6.3.3). Діаметр ГД 2,2 см. По краю ГД виділено очеревину, мобілізовано передочеревинний простір гострим та тупим шляхом. Для фіксації СІ прошили край сітки П-подібним поліпропіленовим швом (2/0), відступивши 1 см від верхнього краю. Почергово провели обидва кінця нитки через апоневроз БЛЖ, роблячи вкол з внутрішньої поверхні апоневрозу БЛЖ на зовні. По простір поміщено СІ розміром 5×6 см.

Шов зав'язали до співставлення СІ і задньої поверхні апоневрозу БЛЖ. Розправили СІ в По просторі (рис. 6.3.4). Після контролю гемостазу та санації операційного поля краї ГД зашили встик з підхопленням в шов СІ. Операційна рана пошарово зашита. Тривалість операції 45 хвилин. Перебіг в після операційний період без ускладнень. Виписана на 5 добу. Оглянута через місяць, 1-3 роки після операції, рецидиву грижі не має. Почуває себе добре.

Парієтальну очеревину в ділянці гризових воріт ГБЛЖ не завжди вдається легко відділити від апоневротичних структур, оскільки вона легко рветься. У цих випадках, а також якщо за даними УЗД діагностовано діастаз ПМЖ II і III ступеня (див. розділ 4.1 та 4.2), розташовували СІ ретромускулярно (рис. 6.3.5).

Для цього розтинали ЗП піхви ПМЖ з обох боків по медіальному краю ПМЖ. Над і під ГД ЗП піхви ПМЖ відділяли від м'язів у краніальному та каудальному напрямках на 5-6 см. Гачком Фарабефа виконували тракцію ПМЖ в бік та доверху, дещо припіднімаючи ПБСЖ. При цьому чітко візуалізувались місця переходу ЗП піхви ПМЖ (рис. 6.3.6) в БЛЖ. Не пошкоджуючи БЛЖ відсікали ЗП піхви ПМЖ. Гострим та тупим шляхом обережно відділили очеревину від

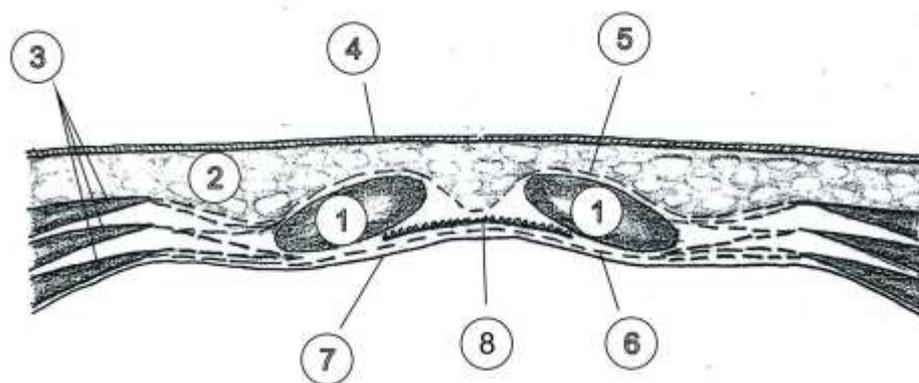


Рис. 6.3.5. Схема горизонтального зрізу передньої черевної стінки в ділянці пупка, виконання ретромускулярної пластики ГД. 1 – ПМЖ; 2 – ПЖК; 3 – широкі м'язи живота; 4 – шкіра; 5 - передній листок піхви ПМЖ; 6 – задній листок піхви ПМЖ; 7 – очеревина; 8 – сітчастий імплантат.

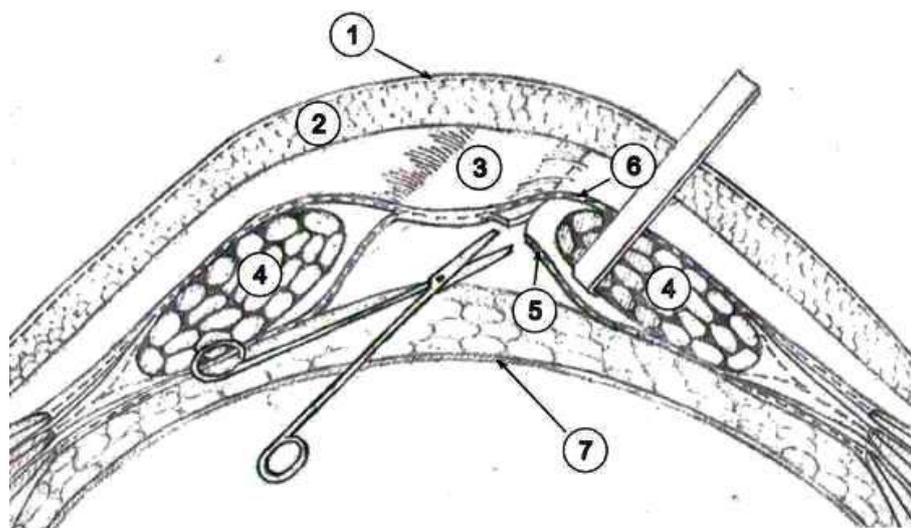


Рис. 6.3.6. Схема проведення ретромускулярної пластики ГД ГБЛЖ. Розтин задньої пластинки піхви ПМЖ (пунктирною лінією показано напрямок розрізу). 1. Шкіра. 2. ПЖК. 3. БЛЖ. 4. ПМЖ. 5. Задній листок піхви ПМЖ. 6. Передній листок піхви ПМЖ. 7. Очеревина.

БЛЖ вище і нижче ГД. Потім зашивали очеревину в ділянці ГД, якщо був відсутній натяг, в шов захоплювали медіальний край розсіченої ЗП піхви ПМЖ. Викроювали СІ необхідних розмірів (на 4-5 см більший за ГД), розташовували його Рм. За необхідності до СІ підводили дренаж Редона. СІ фіксували швом на 3-4 см вище краю ГД по серединній лінії, потім розправляли у Рм просторі, зашивали краї ГД в стик у поперечному напрямку захоплюючи у шов сітку.

Закриття ГД у хворих на ПГ гігантських розмірів (8) здійснювали тільки СІ, розташовуючи його Рм і використовуючи оболонки ГМ. Мобілізація По простору у таких хворих не можлива через велику поверхню відділення очеревини від країв ГД. Після мобілізації Рм простору і ретельного гемостазу зашивали ЗП піхв ПМЖ і оболонки ГМ, розташовували СІ, який фіксували окремими поліпропіленовими вузловими швами (4 – 5) в ділянці зшитих раніше ЗП піхв ПМЖ. Рм у всіх хворих на ПГ гігантських розмірів дренивали за Редоном. З метою попередження компартмент синдрому у 2 пацієнтів виконали послаблюючі розрізи за методом О.М. Ramirez. Утворені дефекти (приблизно 15 x 6 см) були заповнені СІ, які були фіксовані по периметру.

Приклад: Хвора К., 46 років, поступила 02.03.11 року зі скаргами на грижове випинання гігантських розмірів (рис. 6.3.7 А), дискомфорт в ділянці грижі. Хворіє більше 5 років. Виникнення грижі пов'язує з пологами.

Хвора Бтс. Постава порушена (кіфосколиоз). Має Ож II ступеня (ІМТ =36,3 кг/м²). Пульс 78 в хв., АТ – 130/80 мм.рт.ст. Живіт відвислий, асиметричний за рахунок грижового випинання гігантських розмірів. Над пупком є трофічна виразка 1,5 x 3 см. Шкіра в ділянці пупка гіперемована, є мацерація (рис. 6.3.7 Б). Живіт пальпаторно м'який, не болючий. Спроби вправлення вмісту ГМ в ЧП викликають у хворої неприємні болісні відчуття. Виконано УЗД, ФЕГДС, консультована кардіологом. АКТ ЧП та ПБСЖ (рис. 6.3.8). Відмічається ГМ гігантських розмірів, вмістом якого є петлі кишечника, розширена БЛЖ до 7-8 см вище та нижче ГД, виражена атрофія м'язів ПБСЖ.

05.03.11 року хворій під епідуральною анестезією 0,5 % розчином наропіну виконано: герніолапаротомію, алопластику ГД ГБЛЖ sub lay (retromuscular),

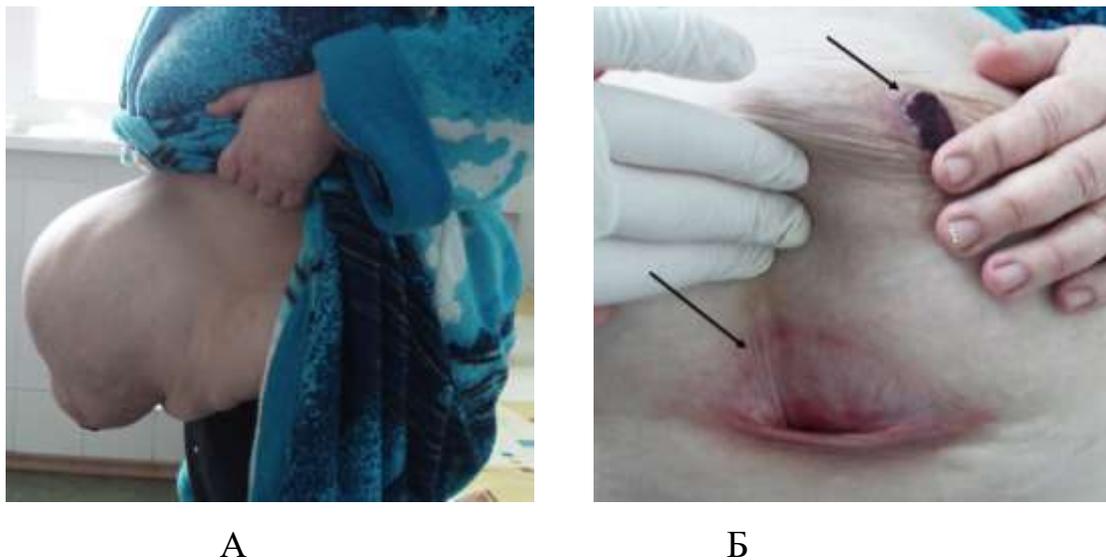


Рис. 6.3.7. Гігантська грижа білої лінії живота (А) у хворої К. Трофічна виразка та мацерація пупка (стрілки) в ділянці грижі (Б). Збільшення в 0,21 рази.

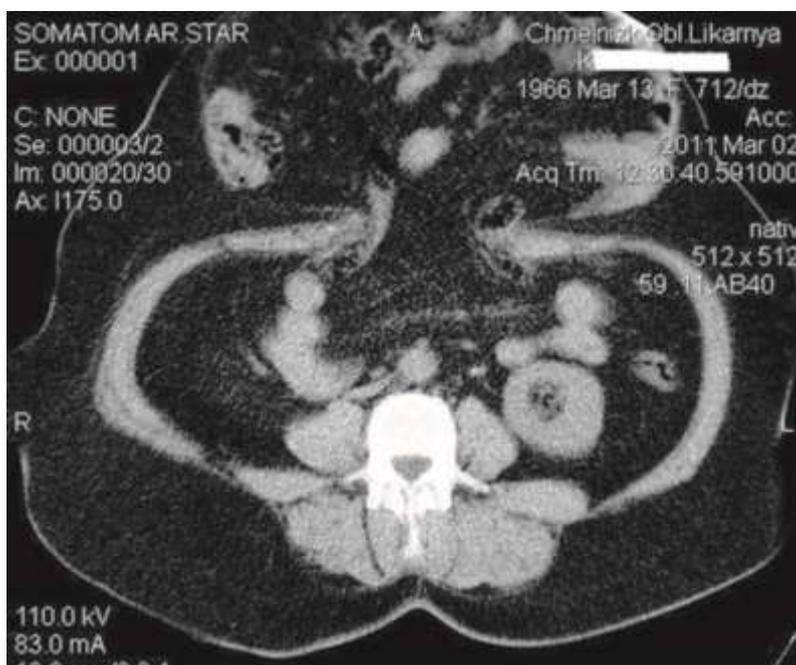


Рис. 6.3.8. КТ черевної порожнини та гризового мішка у хворої К. Збільшення в 1,25 рази.

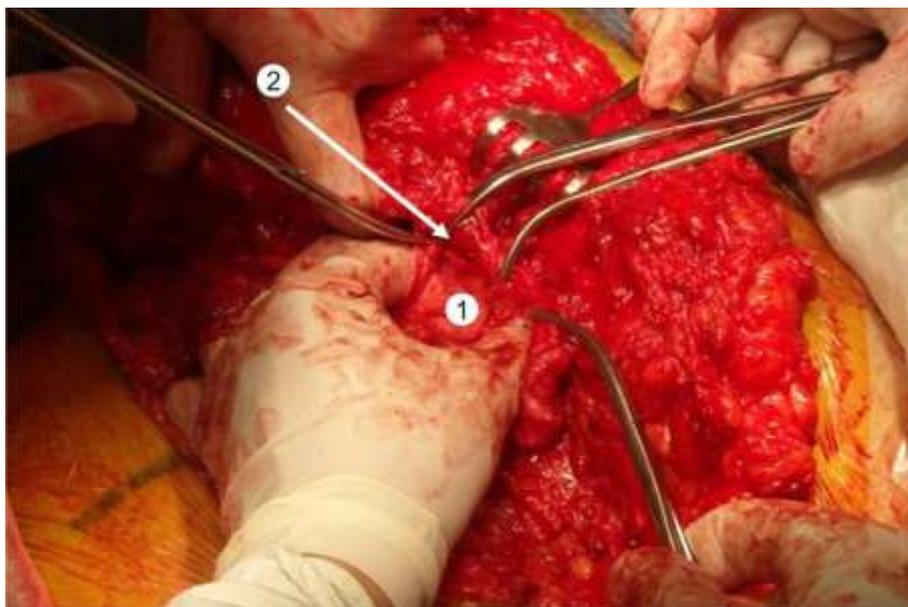


Рис. 6.3.9. Оперативне втручання з приводу гігантської ГБЛЖ. Мобілізація ретромускулярного простору справа. 1– задній листок піхви ПМЖ; 2 – апоневроз БЛЖ. Збільшення в 0,44 рази.

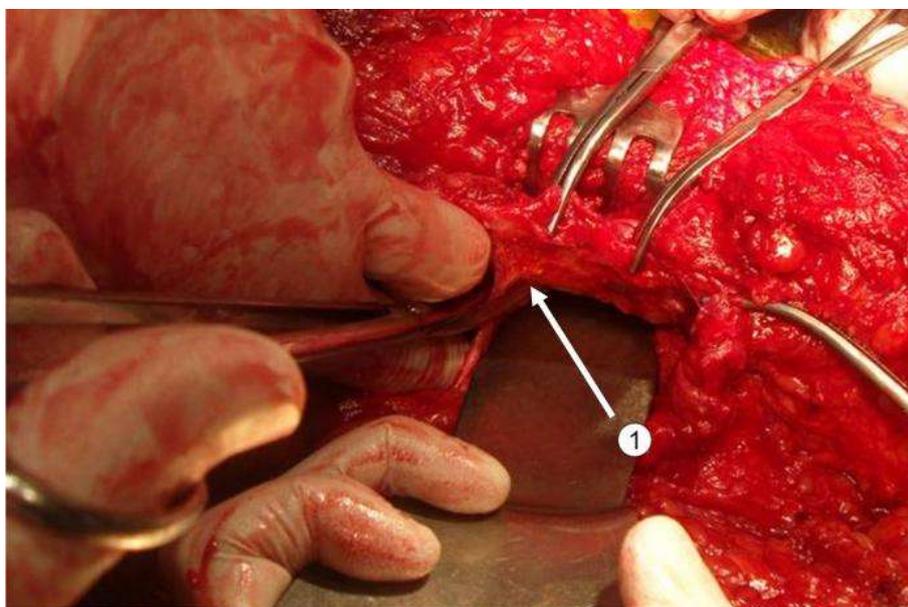


Рис. 6.3.10. Оперативне втручання з приводу гігантської ГБЛЖ. Мобілізація ретромускулярного простору зліва. 1 – місце переходу задньої пластинки піхви ПМЖ в БЛЖ. Збільшення в 0,44 рази.

операцію по типу О.М. Ramirez, дренажування. Двома огинаючими розрізами з витинанням пупка та шкірно-підшкірного клаптя виділено ГМ (15 x 25 см). Стінки ГМ розрізано в сагітальному напрямку. ГМ багатокамерний, містить петлі усього кишечника, великий сальник. ГД розміром 8 x 10 см, розташований в ПД на 2 см вище пупка. Після вправлення в ЧП вмісту ГМ хвору почала турбувати задишка, різко знизилась показники SaO₂. Для усунення проявів компартмент-синдрому виконані послаблюючі розрізи апоневрозу ЗКМЖ за методом О.М. Ramirez.

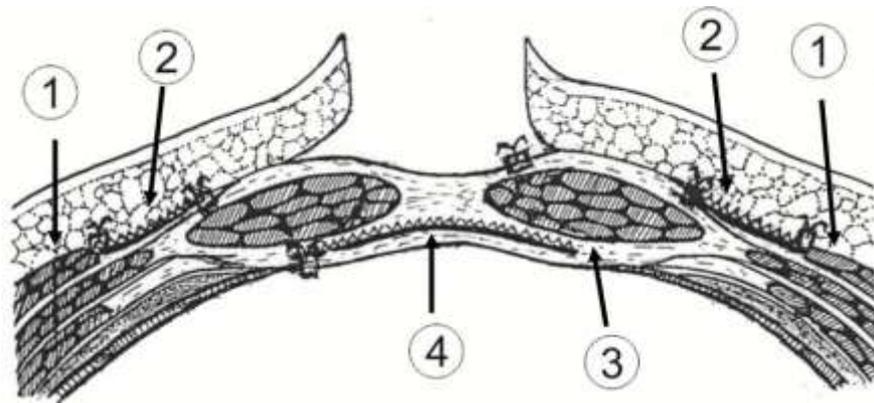


Рис. 6.3.11. Схема операції, виконаної хворий К., 46 років. 1 – ЗКМЖ; 2 – СІ, що закриває дефект в апоневрозі ЗКМЖ; 3 – ретромускулярний простір; 4 – СІ в ретромускулярному просторі.

Розкрито піхву ПМЖ з обох боків. Відділили з обох боків ЗП піхв ПМЖ від самих м'язів. При підніманні догори ПБСЖ чітко візуалізуються місце переходу ЗП піхв ПМЖ в БЛЖ. В цьому місці (рис. 6.3.9) ножицями виконано відсічення ЗП піхв ПМЖ та очеревини від БЛЖ з мобілізацією таким чином Рм простору в краніальному напрямку (рис. 6.3.10). Ушили дефект очеревини разом з ЗП піхв ПМЖ встик монофіламентною поліпропіленовою лігатурою (2/0). Після ретельного гемостазу СІ розташували та розправили в Рм просторі. Фіксували вузловим швом в краніальному кінці СІ до передньої поверхні ЗП піхв ПМЖ проленом 2/0. Зашили ПП піхв ПМЖ з підхопленням в шов СІ. Утворені дефекти (15 x 6 см) апоневрозу ЗКМЖ заповнені СІ, який фіксований по периметру (рис. 6.3.11). Операційна рана зашита з накладанням на шкіру

металевих скобок. Перебіг в післяопераційний період без ускладнень. Хвора виписана в задовільному стані на 7 добу. Пацієнтка оглянута через 1, 2 і 3 роки – рецидиву грижі немає. Скарги відсутні.

Отже, оптимальний спосіб Ал закриття ГД ГБЛЖ – розташування СІ sub laу. Алопластика ГД БЛЖ дозволяє уникнути рецидиву грижі і її застосовували при пластиці ГД БЛЖ середніх і великих розмірів. Передочеревинне розташування СІ можна застосовувати для лікування хворих на ГБЛЖ будь-якого розміру без діастазу ПМЖ або з наявністю діастазу ПМЖ лише І ступеня. Розроблений нами метод фіксації СІ при По його розташуванні (накладання І краніального шва фіксації, та підхоплення в шов СІ при зашиванні країв ГД встик) суттєво скорочує ($p < 0,05$) час проведення операції, не призводить до рецидиву грижі.

У випадках, коли очеревина рветься і неможливо забезпечити надійність відмежування СІ від внутрішніх органів розташовували СІ в Рм просторі (після розкриття піхв ПМЖ слід чітко візуалізувати місця переходу ЗП піхв ПМЖ у БЛЖ, і, саме тут, відсікати ЗП піхви ПМЖ від БЛЖ). Рм розташування СІ застосовували також при діагностуванні у пацієнтів діастазу ПМЖ ІІ-ІІІ ступеня.

6.4. Оперативне лікування множинних гризових дефектів білої лінії живота, симультанні оперативні втручання

У 9 хворих при обстеженні встановили поєднання ГБЛЖ (рис. 6.4.1) з ПГ. У 2 пацієнтів виявили декілька ГД БЛЖ, які розташовувались вище або нижче від «основного» ГД, на який скаржився хворий. У 6 випадках ГД були діагностовані під час проведення УЗД ПБСЖ. Під час проведення оперативного лікування таких пацієнтів ми намагались виконувати пластику декількох ГД з одного оперативного доступу через найбільший ГД.

Під час проведення операцій при поєднанні ГБЛЖ та ПГ (рис. 6.4.2.А), що локалізувалась в ПД проводили поперечний розріз над гризовим випинанням

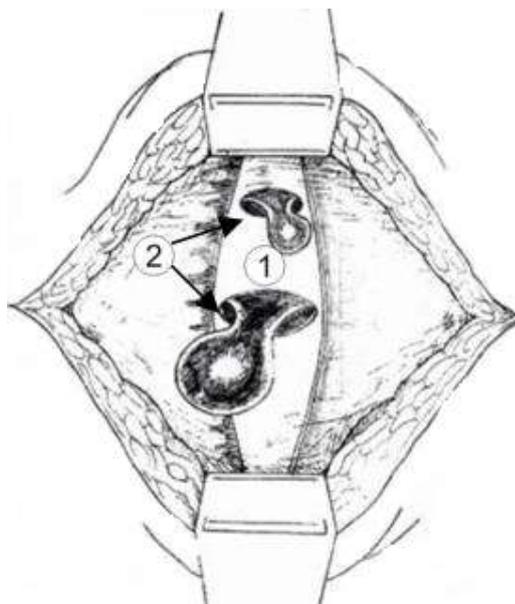


Рис. 6.4.1. Множинні дефекти БЛЖ. 1 – біла лінія живота; 2 – грижові дефекти білої лінії живота.

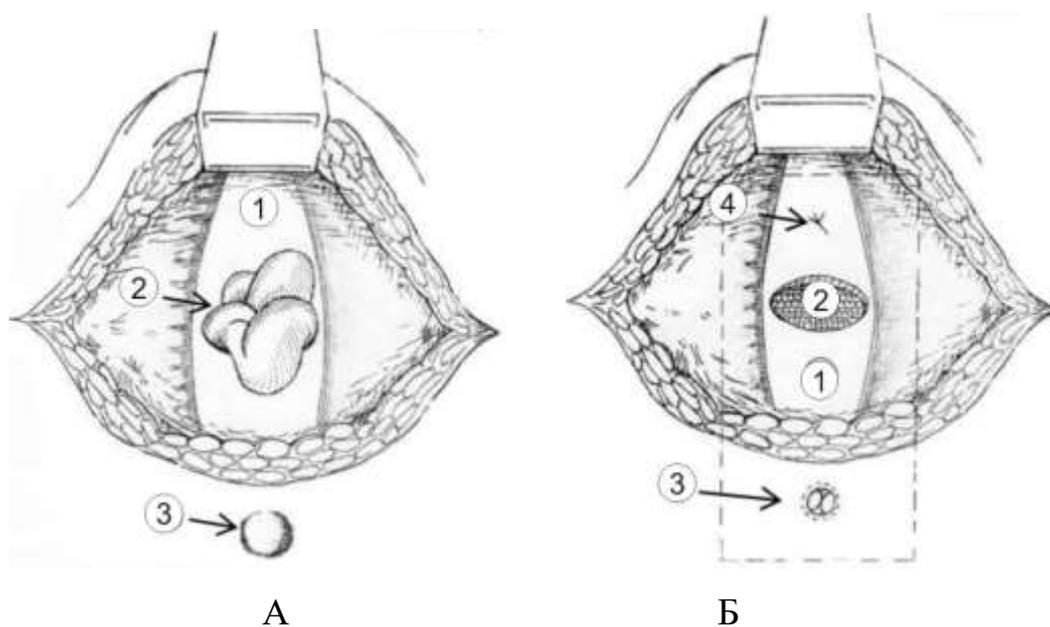


Рис. 6.4.2. Схема лікування поєднаних ГД БЛЖ і пупка (А) сітчастим імплантатом (Б). 1 – біла лінія живота; 2 – грижовий дефект білої лінії живота; 3 – грижовий дефект пупка; 4 – краніальний шов фіксації сітчастого імплантату (позначений пунктирною лінією).

ГБЛЖ. Виділяли ГМ до основи. Занурювали його в ЧП, проводили мобілізацію По простору на 4-5 см від країв ГД. Далі тупим шляхом відшаровували очеревину від внутрішньої поверхні БЛЖ, доходячи до ГМ ПГ. За допомогою пінцету, затискачів обходили цей ГМ зі всіх сторін, відділяли від грижових воріт і занурювали в ЧП. Мобілізацію По простору проводили на 4-5 см каудальніше від нижнього краю ПК. За допомогою затискача типу Мікуліча захоплювали нижній край ПК, що полегшувало фіксацію СІ.

У По просторі розташовували СІ, який за розмірами заходив на 4-5 см в сторону краніально від більшого за розмірами ГД БЛЖ, та на 4-5 см нижче від нижнього краю ПК (рис. 6.4.2.Б). Фіксували СІ поліпропіленовою лігатурою 2/0 двома швами: за верхній та за нижній край СІ, фіксуючи його до нижнього краю ПК. В подальшому зашивали встик краї ГД БЛЖ, підхоплюючи в шов СІ.

При виявленні у хворих «додаткових» ГД, які розташовувались вище від «основного» дефекту БЛЖ, для фіксації СІ використовували спеціальну («скорняжну») голку для проведення лігатур. Виконували поперечний доступ до більшого за розмірами ГД БЛЖ. Гострим шляхом відділяли стінки ГМ від країв ГД. Вправляли ГМ в ЧП. Далі при виявленні додаткових ГД тупим шляхом відшаровували очеревину від БЛЖ заходячи за верхній край останнього. За допомогою пінцету, затискачів обходили ГМ з усіх сторін, вивільняли грижовий вміст з ГМ, занурювали в ЧП. Викроювали СІ необхідних розмірів (заходив на 4-5 см за верхній край верхнього і нижній край нижнього ГД, та на 4-5 см у різні боки від ширшого за розмірами ГД).

Верхній край СІ прошивали поліпропіленовою лігатурою 2/0. Її кінці по черзі проводили через апоневроз БЛЖ, ПЖК та шкіру за допомогою спеціальної «скорняжної» голки (рис. 6.4.3. А). Це виконували наступним чином: робили вкол голки зі сторони шкіри, проколюючи шкіру, ПЖК, апоневроз БЛЖ. У По просторі проводили голку до ГД БЛЖ. В голку вдівали проленову лігатуру, якою був прошитий край СІ, і нитку проводили через апоневроз і шкіру. Аналогічно виконували проведення лігатури, якою був прошитий інший край СІ. Асистент підтягував по черзі обидві лігатури, а хірург розправляв СІ в По просторі. Далі

прошивали один з кінців лігатур через шкіру. Вузли зав'язували до співставлення СІ з задньою поверхнею апоневрозу БЛЖ (рис. 6.4.3.Б), розташовуючи між шкірою і першим вузлом марлевий валик. Перевіряли гемостаз. Зашивали краї ГД встик з підхопленням в шов СІ.

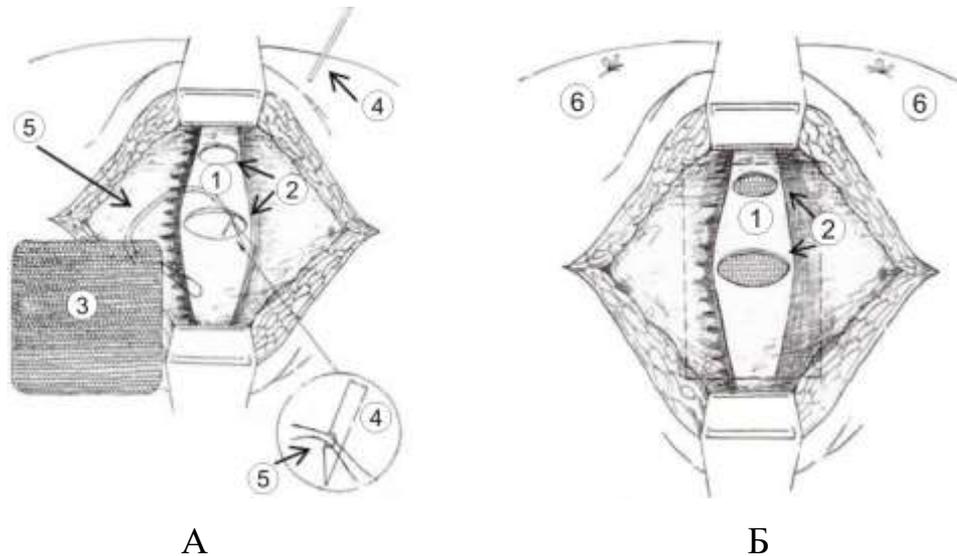


Рис. 6.4.3. Схема лікування поєднаних ГД пупка і БЛЖ з використанням «скроняжної» голки (А), фіксація сітки (Б): 1 – БЛЖ; 2 – ГД БЛЖ; 3 – сітковий імплантат; 4 – «скроняжна» голка; 5 – лігатура для фіксації сіткового імплантату; 6 – шви фіксації сіткового імплантату.

Серед супутніх захворювань, які потребували виконання симультанних оперативних втручань спостерігали: ЖКХ (53), грижі ПБСЖ інших локалізацій (16), міому матки (4), гострий апендицит (1) (див. приклад в розділі 6.2). При виявленні у хворих гриж ПБСЖ інших локалізацій частіше (14) спостерігали пахвинну: однобічну (11) або двобічну (3). Дві пацієнтки скаржились на наявність однобічної стегнової грижі. У всіх випадках пацієнтам виконано симультанні оперативні втручання. Пацієнтки, у яких виявлено міому матки (4) консультовані гінекологом. Симультанні операції їм не проводили. У 53 хворих відмічено поєднання первинної ПГ і ЖКХ. Серед них у 47 хворих був хронічний та у 6 - гострий калькульозний холецистит. При лікуванні ЖКХ ЛХЕ є операцією вибору.

Оперативне втручання в усіх випадках розпочинали з ЛХЕ. Введення голки Вереша для накладання пневмоперитонеуму, та введення троакара лапароскопа виконували по верхньому краю ГД при вправимих ПГ, або над пупком при фіксованих ПГ, коли існувала ймовірна небезпека пошкодження ОЧП. Місце введення троакару для лапароскопу планували так, щоб він в подальшому співпадав із доступом до ПГ. Техніка ЛХЕ була традиційною. Видалення з ЧП жовчевого міхура в усіх хворих проводили переважно (52) через розріз під мечоподібним відростком. Видалення його через рану в ПД може її інфікувати, створити небезпеку виникнення післяопераційних ускладнень та рецидиву грижі. Лише в одному випадку (конкремент 6 × 5 см) жовчевий міхур, попередньо поміщений в гумовий контейнер, був видалений через ГД ПГ. У всіх випадках черевний етап операції завершували дрениванням ложа жовчевого міхура. Після завершення ЛХЕ приступали до виконання пластики ГД. 33 пацієнтам (62,3 %) виконана Ал ГД та 20 хворим (37,7%) – Ав. Методи пластики ГД описані в розділі 6.3.

Отже, при поєднанні ГБЛЖ пупкової ділянки з власне ПГ, а також при множинних ГБЛЖ можлива одночасна пластика ГД СІ. Якщо відстань між цими ГД невелика (4-5 см) можлива пластика їх з одного доступу. Наявність у хворих супутніх ЖКХ, гриж інших локалізацій (пахвинних, стегнових) вимагають виконання симультанних оперативних втручань.

6.5. Ускладнення та рецидиви після оперативного лікування хворих на первинну грижу білої лінії живота

Для профілактики місцевих ускладнень використовували наклеювання на операційне поле плівки «Ioban», промивання рани розчинами фурациліну, 0,02% Декасану, ретельний гемостаз за допомогою діатермокоагуляції, мономіламентний шовний матеріал, який розсмоктується і не розсмоктується. Для профілактики післяопераційних ускладнень перед операцією хворим призначали антибіотики групи цефалоспоринів II покоління в комбінації з метронідазолом. З метою профілактики ТЕЛА використовували низькомолекулярні гепарини.

Таблиця 6.5.1

Післяопераційні ускладнення при лікуванні хворих на первинну грижу білої лінії живота

Ускладнення		Вид пластики					
		Алопластика (n= 207)		Автопластика (n= 69)		Усього (n= 276)	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ранні	Інфільтрат	1	0,48	1	1,45	2	0,72
	Серома	2	0,96	11	15,94	13	4,71
	Нагноєння	–	–	1	1,45	1	0,36
	Гематома	1	0,48	1	1,45	2	0,72
Пізні	Лігатурні нориці	–	–	1	1,45	1	0,36
	Рецидив грижі	–	–	9	13,04	9	3,26
Усього:		4	1,92	24	34,78	28	10,15

Тривалість перебування хворих на ліжку склала $6,4 \pm 4,25$ днів. Серед ускладнень (табл. 6.5.1) спостерігали з різною частотою наступні: інфільтрат, серому та нагноєння післяопераційної рани, гематому ПБСЖ, лігатурні нориці. Ускладнення були найчастіше у жінок. Факорами ризику виникнення ускладнень були найчастіше Ож, цукровий діабет, ненадійний гемостаз, натяг тканин при виконанні Ав. Більшість ускладнень (34,8%) спостерігали в групі хворих, яким ГД ушито Ав. Після Ал ГД спостерігали ускладнення у 1,92% хворих.

Серед ускладнень у ранній післяопераційний період у хворих на ПГ основної групи спостерігали 2 інфільтрата (1,29%), 1 серому (0,65%) післяопераційної рани (у хворої з супутнім Ож), гематому ПБСЖ (0,65%) після По алопластики ГД ПГ. У групі порівняння спостерігали 1 інфільтрат післяопераційної рани (1,89%), у 10 пацієнтів (18,87%) розвинулась серома післяопераційної рани, у 1(1,89%) - нагноєння рани.

Серед хворих на ГБЛЖ у післяопераційний період у 1 пацієнта групи порівняння (6,25%) спостерігали серому післяопераційної рани. Ускладнення були кореговані до виписки хворих з стаціонару.

Пацієнти оглянуті після операції в строк від пів року до 3 років. У 1 пацієнта після пластики ГД ПГ способом Сапежко виявлені лігатурні нориці через 6 місяців після операції. Після Ав закриття ГД рецидив виявлений у 8 хворих (15,09%) на ПГ і у 1 (6,25%) хворого на ГБЛЖ. Так, рецидив виник у пацієнта, якому виконали розширення ГД вздовж БЛЖ (з наступною пластикою за Сапежко), у 3 хворих із супутнім аліментарним Ож, у 5 пацієнтів з ГД великих розмірів та діастазом ПМЖ II-III ст. Ці хворі мали фенотипові прояви НДСТ середнього (6) та тяжкого (3) ступеня тяжкості. Усі рецидиви виявлені в строк до 1 року після операції. Після По Ал ГД, через 1 рік виявлено 1 рецидив при лікуванні ПГ середніх розмірів з діастазом ПМЖ II ступеня. Виникнення цього рецидиву пов'язуємо з використанням СІ за розмірами меншого ніж відстань між медіальними краями ПМЖ.

Підсумовуючи, можна зазначити, що при об'єктивному обстеженні хворого на ГБЛЖ слід оглядати пацієнта в вертикальному положенні або в його положенні лежачи з припіднятим головним кінцем (для діагностики діастазу ПМЖ), виокремлювати пацієнтів з надмірною МТ, наявністю діастазу ПМЖ, з гігантськими ГД, фенотиповими проявами НДСТ тяжкого ступеня.

Лікування хворих на фіксовану (защемлену) ГБЛЖ потребує розширення ГД. Авторський спосіб розширення ГД не знижує міцність ПБСЖ (бо створюється перемінний доступ), не пошкоджує м'язи, важливі кровоносні судини. Виконавши даний спосіб розширення, отримуємо лапаротомну рану достатніх розмірів для вправлення в ЧП грижового вмісту, а за необхідності – забезпечуємо достатній оперативний доступ для можливої резекції защемленої нежиттездатної петлі тонкої кишки, або виконання симультанної операції. Даний спосіб не вимагає використання СІ більших розмірів.

Автопластичні методи (69) закриття ГД (Сапежко – 18, Мейо – 18, зашивання країв ГД встик вузловими швами – 28, пошарове зашивання гернію-лапаротомної рани – 5) застосовували у хворих на первинну ГБЛЖ з малим ГД, лише у пацієнтів без діастазу ПМЖ, у хворих з нормальною МТ, фенотиповими проявами НДСТ легкого ступеня. Алопластику ГД БЛЖ (207) застосовували для закриття ГД різних розмірів за наявності у хворих супутнього аліментарного Ож, фенотипових проявів НДСТ середнього та важкого ступенів, при встановленні на діагностичному етапі діастазу ПМЖ різних ступенів. Передочеревинну алопластику ГД (168) використовували для лікування хворих на первинну ГБЛЖ будь-якого розміру без діастазу ПМЖ або з наявністю діастазу ПМЖ лише I ступеня.

У випадках, коли очеревина рветься (неможливо забезпечити надійність відмежування СІ від внутрішніх органів), за наявності у хворих діастазу ПМЖ II-III ступеня розташовували СІ в Рм просторі (35). При цьому після розкриття піхв ПМЖ слід чітко візуалізувати місця переходу ЗП піхв ПМЖ в БЛЖ і саме тут відсікати ЗП піхви ПМЖ від БЛЖ.

Для профілактики рецидиву грижі особливу увагу приділяли способам фіксації СІ. Розроблений спрощений метод фіксації СІ (73) при По його розташуванні скорочує ($p < 0,05$) час операції, не призводить до рецидиву грижі.

При поєднанні ГБЛЖ пупкової ділянки з власне ПГ (9), а також при множинних ГБЛЖ (4) можлива одночасна пластика ГД СІ з одного найбільшого доступу (якщо відстань між цими ГД не перевищує 4-5 см). При лікуванні хворих на гігантську ГБЛЖ (8) небезпека, у вигляді можливого розвитку компартмент-синдрому профілакується доповненням алопластики ГД операцією О.М. Ramirez (2). Пластику таких ГД виконували з використанням СІ, розміщеного Рм.

Поєднання у хворих первинної ГБЛЖ і хронічного калькульозного холециститу (53), гриж ПБСЖ інших локалізацій (16), гострого апендициту вимагає виконання симультанного оперативного втручання.

Ускладнення в післяопераційний період частіше (20,3%) спостерігали в групі пацієнтів, яким виконано Ав ГД. Після Ал ГД ускладнення спостерігали

у 1,92% хворих. Після Ав закриття ГД рецидив виявлений у 8 хворих (15,09%) на ПГ і у 1 (6,25%) хворого на ГБЛЖ. Після Ал ГД (По) зафіксований 1 (0,48%) рецидив грижі. У всіх пацієнтів з рецидивом грижі на догоспітальному етапі діагностовано ГД середніх (6) та великих (4) розмірів, виявлено фенотипові прояви НДСТ середнього (7), тяжкого (3) СТ. Виникнення рецидиву також пов'язуємо з: виконанням Ав у хворих з супутнім аліментарним Ож (4), у пацієнтів з ГД великих розмірів та діастазом ПМЖ II-III ступеня (5), розширенням ГД вздовж БЛЖ (з наступною пластикою по Сапежко) у пацієнтки, яка окрім великого ГД мала ще й супутнє Ож та діастаз ПМЖ II ступеня, виконанням По Ал (1) у пацієнтки з діастазом ПМЖ II ступеня та фенотиповими проявами НДСТ тяжкого СТ.

За матеріалами розділу опубліковано праці:

1. Власов В.В. Спостереження гігантської грижі білої лінії живота / В.В. Власов, С.В. Калиновський // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2012. – № 3. – С. 108-110.
2. Власов В.В. Спосіб розширення грижового дефекту пупкової грижі / В.В. Власов, С.В. Калиновський // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2012. – № 4. – С. 107-110.
3. Власов В.В. Оптимізація хірургічного лікування хворих із пупковою грижою / В.В. Власов, С.В. Калиновський // Хірургія України. – 2013. – № 1. – С. 38-43.
4. Власов В.В. Ложное ущемление грыжи белой линии живота с флегмоной грыжевого мешка, обусловленное острым гангренозным аппендицитом / В.В. Власов, С.В. Калиновский // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2014. – Т. 173, № 5. – С. 80-82.
5. Пат. № 71374 Україна, МПК А61В17/00. Спосіб алопластики грижового дефекту пупкової грижі / заявники і патентовласники В.В.Власов, С.В. Калиновський. - № u201200064; заявл. 03.01.2012; опубл. 10.07.2012. Бюл. № 13.
6. Пат. № 71375 Україна, МПК А61В17/00. Спосіб розширення пупкового кільця при оперативному лікуванні грижі, яка не вправляється / заявники і

патентовласники В.В.Власов, С.В. Калиновський. - № u201200066; заявл. 03.01.2012; опубл. 10.07.2012. Бюл. № 13.

7. Пат. № 71377 Україна, МПК А61В17/00. Спосіб фіксації сіткового імплантату при передочеревинній алопластиці грижового дефекту пупкової грижі / заявники і патентовласники В.В.Власов, С.В. Калиновський. - № u201200069; заявл. 03.01.2012; опубл. 10.07.2012. Бюл. № 13.

8. Пат. № 72309 Україна, МПК А61В17/00. Спосіб алопластики грижового дефекту білої лінії живота в поєднанні з пупковою грижою / заявники і патентовласники В.В.Власов, С.В. Калиновський. – № u201202139; заявл. 24.02.2012; опубл. 10.08.2012. Бюл. № 15.

9. Пат. № 72310 Україна, МПК А61В17/00. Спосіб пластики множинних грижових дефектів білої лінії живота / заявники і патентовласники В.В.Власов, С.В. Калиновський. – № u201202140; заявл. 24.02.2012; опубл. 10.08.2012. Бюл. № 15.

10. Власов В.В. К лечению больных с грыжей белой линии живота / В.В. Власов, С.В. Калиновский // Герниология. – 2011. - № 1. – С. 11-12.

11. Калиновський С.В. Індивідуальний підхід до хірургічного лікування хворих на пупкову грижу / С.В. Калиновський // Матеріали ІІІ міжнародної НПК молодих вчених – Вінниця, 2012. – С. 41 – 43.

12. Власов В.В. Вибір способу фіксації сітки при пластиці пупкового грижового дефекту / В.В. Власов, С.В. Калиновський // Актуальні питання хірургії: матеріали міжнародної науково-практичної конференції: тези доповідей. – Чернівці, 2013. – С. 25-27.

13. Vlasov V. To the surgical treatment of the patients with umbilical hernia / V. Vlasov, O. Kharyshyn, S. Kalinovskiy // Hernia. – 2014. – N. 18 (Supl 2). – P. 94.

14. Vlasov V. For optimization of diagnostics and treatment of the patients with umbilical hernia / V. Vlasov, O. Kharyshyn, S. Kalinovskiy // Hernia. – 2015. – Vol. 19. – Suppl. 1. – P. 217.

15. Калиновський С.В. До оптимізації діагностики та лікування хворих на пупкову грижу та грижу білої лінії живота / С.В. Калиновський // Матеріали VI міжнародної конференції молодих вчених. – Вінниця, 2015. – С. 90-91.

РОЗДІЛ 7

ОЦІНКА «ЯКОСТІ ЖИТТЯ» ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПЕРВИННУ ГРИЖУ БІЛОЇ ЛІНІЇ ЖИВОТА

Традиційно критеріями ефективності лікування у клінічних дослідженнях є фізикальні дані та лабораторні показники, але вони не відображають самопочуття хворого і його функціонування у повсякденному житті. Дослідження ЯЖ дає важливу додаткову інформацію про вплив захворювання і лікування на стан хворого. Показники фізичного та психологічного компонентів ЯЖ хворих на ПГ наведено в табл. 7.1. З наведених даних видно, що показники фізичного та психологічного компонентів здоров'я у хворих на ПГ до операції склали, відповідно, $44,49 \pm 1,46$ та $51,39 \pm 2,08$ балів.

Результати анкетування хворих через 1 місяць після операції показали, що обидва компоненти здоров'я покращились як в основній групі, так і в групі порівняння ($p < 0,05$). Однак, не виявлено достовірної різниці між показниками фізичного компоненту у пацієнтів обох груп. Психологічний компонент здоров'я в основній групі ($59,6 \pm 6,19$ балів) був вищим ($p < 0,05$), ніж у пацієнтів в групі порівняння ($54,7 \pm 5,48$ балів).

Через 6 місяців в основній групі спостерігали достовірне ($p < 0,05$) покращення показників фізичного і психологічного компонентів здоров'я відносно даних отриманих через 1 місяць після операції. Ці показники склали відповідно $46,8 \pm 2,12$ та $61,2 \pm 5,95$ бали, і були вищими за аналогічні у пацієнтів групи порівняння ($p < 0,05$). Фізичний компонент здоров'я пацієнтів цієї групи збільшився лише до $45,8 \pm 2,33$ балів ($p > 0,05$). Однак психологічний компонент достовірно покращився у порівнянні з даними, отриманими через 1 місяць після операції.

При опитуванні хворих через рік після операції, показники психологічного компоненту здоров'я достовірно стали вищими в обох групах. Показники фізичного здоров'я покращилися ($p < 0,05$) у пацієнтів основної групи

Таблиця 7.1

Загальні показники якості життя хворих на пупкову грижу, оздоровлених за методами автопластики і алопластики

Компоненти якості життя	Термін спостереження										
	До операції	Після операції									
		Група порівняння					Основна група				
		1міс	6міс	1р(ік)	2р	3р	1міс	6міс	1р	2р	3р
	n=208	n=53	n=50	n=46	n=45	n=45	n=155	n=150	n=145	n=141	n=131
Фізичний компонент здоров'я (Physical health–PH)	44,49 ± 1,46	45,59 ± 1,81*	45,82 ± 2,33*	46,81 ± 2,59*	51,23 ± 5,48**	52,73 ± 7,11*	45,67 ± 2,12*	46,83 ± 2,23*	51,73 ± 6,37**	53,27 ± 6,5**	55,54 ± 7,11***
Психологічний компонент здоров'я (Mental health–MH)	51,39 ± 2,08	54,71 ± 5,48*	57,54 ± 5,41*	59,94 ± 6,27**	63,66 ± 3,02**	70,87 ± 8,48**	59,55 ± 6,19***	61,20 ± 5,95**	67,04 ± 8,45**	69,32 ± 7,51***	70,87 ± 6,57***

Примітки: ЯЖ по всіх групах показників наведена в табл. в балах таким чином вища оцінка вказує на вищий рівень ЯЖ; * – $p < 0,05$ відносно даних до операції; ** – $p < 0,05$ з попередніми даними в строчці; *** – $p < 0,05$ до аналогічних даних в порівнянні до автопластики грижового дефекту.

($51,7 \pm 6,37$ балів) у порівнянні з результатами 6-місячного опитування, і незначно покращились ($46,81 \pm 2,59$ балів) в групі порівняння ($p > 0,05$). Показники фізичного і психологічного компонентів здоров'я в цей термін опитування були достовірно вищими у пацієнтів основної групи. Ймовірно, це пов'язано з зафіксованими рецидивами ПГ (8) після автопластики ГД.

Визначення компонентів здоров'я через 2 роки показало покращення обох показників відносно даних попереднього опитування у всіх групах дослідження ($p < 0,05$). Психологічний компонент здоров'я був достовірно вищим у пацієнтів основної групи, ніж у пацієнтів групи порівняння. Фізичний компонент здоров'я достовірно не відрізнявся в цих групах. Це пов'язано з більш стрімким стрибком показників фізичного компоненту здоров'я у хворих групи порівняння (з $46,8 \pm 2,59$ до $51,2 \pm 6,5$ балів). Даний факт пояснюється виключенням з дослідження хворих після автопластики ГД, у яких виникли рецидиви грижі в межах першого року.

Аналізуючи ЯЖ через 3 роки після операції встановили достовірно вищі показники фізичного та психологічного компонентів у пацієнтів основної групи, ніж групи порівняння. Відмічено покращення результатів відносно анкетних даних попереднього року у пацієнтів основної групи ($p > 0,05$).

Динаміка змін показників фізичного компонента здоров'я відображена на рис. 7.1. Помітно незначне, хоча достовірне, зростання фізичного компоненту здоров'я через місяць після операції в обох групах дослідження. В подальшому цей показник в основній групі пацієнтів зростав рівномірно впродовж усіх років, а в групі порівняння до 1 року після операції відмічено незначне його зростання і більш стрімкий стрибок через 2 і 3 роки.

Психологічний компонент здоров'я (рис. 7.2), навпаки, у групі порівняння зростав рівномірно впродовж усіх етапів обстеження, на відміну від показників психологічного компоненту основної групи. Тут відмічається стрімке зростання психологічного компоненту здоров'я одразу після операції до 1 року. У подальшому показники хоча й достовірно відрізнялись від попередніх, але збільшувались незначно.

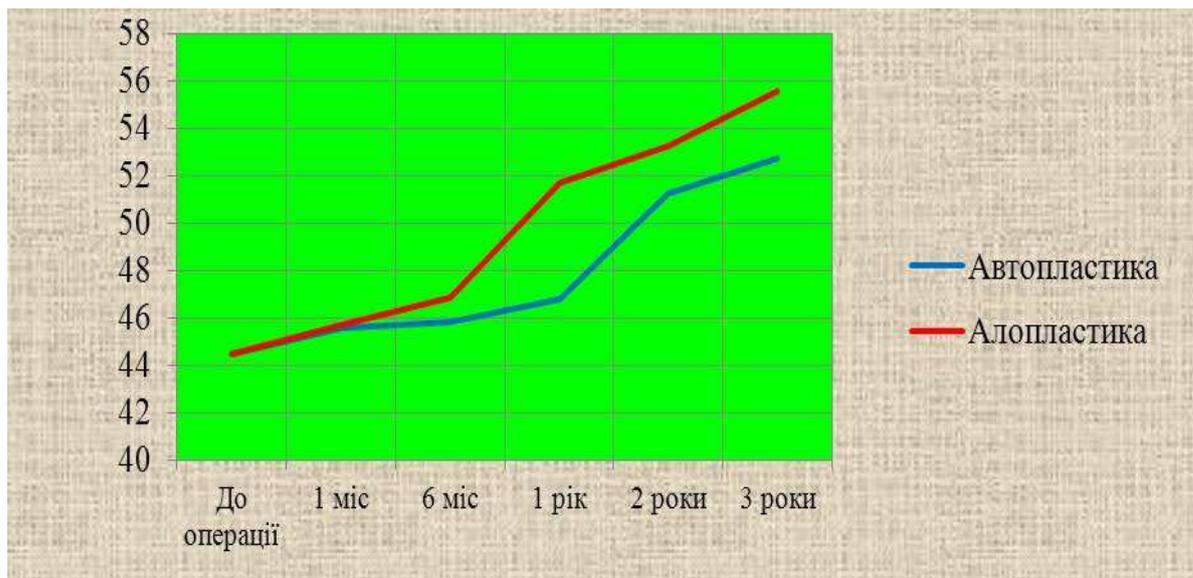


Рис. 7.1. Діаграма. Динаміка показника фізичного компоненту здоров'я (Physical health) у хворих на пупкову грижу до та після хірургічного лікування.

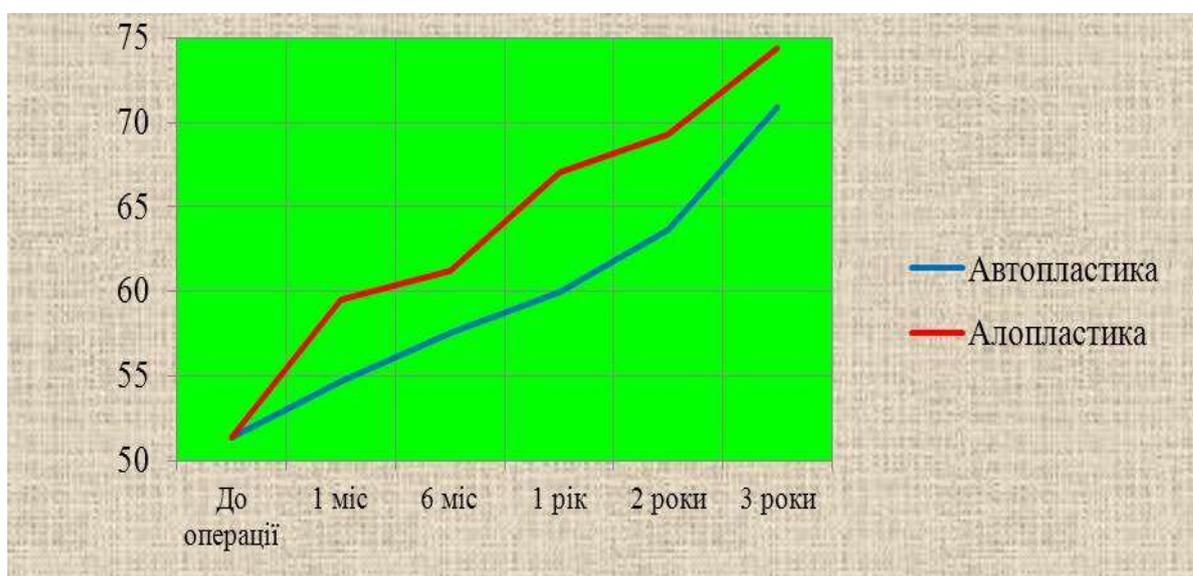


Рис. 7.2. Діаграма. Динаміка показника психологічного компоненту здоров'я (Mental health) у хворих на пупкову грижу до та після хірургічного лікування.

Таблиця 7.2

Стандартизовані показники фізичного компоненту здоров'я хворих на пупкову грижу до і після хірургічного лікування

Стандартизовані показники якості життя		Термін спостереження													
		До операції n = 208	Група порівняння						Після операції						
			1 рік		2 роки		3 роки		1 рік		2 роки		3 роки		
Фізичний компонент здоров'я (Physical health – PH)		1 міс n = 53	6 міс n = 51	1 рік n = 46	2 роки n = 45	3 роки n = 45	1 міс n = 155	6 міс n = 150	1 рік n = 145	2 роки n = 141	3 роки n = 131				
Фізичне функціонування (Physical Functioning – PF ст)	39,06 ± 0,62	39,39 ± 1,22*	39,63 ± 1,24	42,03 ± 1,73*	43,87 ± 0,92*	45,09 ± 0,5*	41,04 ± 0,63***	41,73 ± 0,84***	44,49 ± 1,02***	44,91 ± 0,74***	46,75 ± 1,93***				
Рольове функціонування обумовлене фізичним станом (Role-Physical – RP ст)	48,48 ± 1,82	48,64 ± 1,61	48,87 ± 1,16	50,73 ± 2,67*	52,28 ± 3,79*	52,77 ± 2,89	50,56 ± 2,55***	51,42 ± 2,89***	51,67 ± 2,94	52,28 ± 2,95	52,93 ± 2,83***				
Інтенсивність болю (Bodily pain – BP ст)	47,58 ± 2,74	51,51 ± 1,96*	51,47 ± 1,87	54,06 ± 1,74*	54,78 ± 1,67*	55,48 ± 1,41*	52,71 ± 1,8***	54,38 ± 1,09***	54,55 ± 1,11**	55,7 ± 2,19***	56,09 ± 1,14**				
Загальний стан здоров'я (General Health – GH ст)	50,3 ± 3,14	50,37 ± 1,79	50,48 ± 3,16	52,86 ± 3,66*	54,5 ± 2,61*	54,87 ± 4,38	53,27 ± 1,55***	53,75 ± 1,44***	54,44 ± 0,97***	55,25 ± 4,01*	55,47 ± 2,47				

Примітки: якість життя по всіх групах показників представлена в таблиці в балах таким чином, що вища оцінка вказує на вищий рівень якості життя; * - $p < 0,05$ з попередніми даними в строчці; ** - $p < 0,05$ до аналогічних даних в порівнянні до автопластики грижового дефекту.

При аналізі показників фізичного компоненту здоров'я (табл. 7.2) хворих на пупкову грижу відмічаються вищі результати усіх 4 складових серед хворих основної групи на відміну від пацієнтів групи порівняння ($p < 0,05$). Лише показники «Рольове функціонування, що обумовлене фізичним станом» через 1 та 2 роки, та «Загальний стан здоров'я» через 3 роки після операції серед пацієнтів обох груп майже не відрізнялися ($p > 0,05$).

Показник «Фізичного функціонування» ($PF_{ст}$) хворих на ПГ достовірно покращився через місяць після операції в обох групах дослідження (рис. 7.3). Хоча цей показник в основній групі виріс з $39,1 \pm 0,62$ до $41,04 \pm 0,63$ бала, а в групі порівняння лише до $39,4 \pm 1,22$ бала ($p < 0,05$). В подальшому в основній групі дослідження відмітили зростання $PF_{ст}$ протягом усіх термінів анкетування ($p < 0,05$). У групі порівняння лише в термін через 6 місяців після операції він достовірно не відрізнявся від попереднього в цій групі. Через 3 роки після операції показник склав $46,8 \pm 1,93$ та $45,1 \pm 0,5$ бали у групах після автопластики та алопластики ГД ПГ відповідно. Це свідчить, що незалежно від методу закриття ГД ПГ, фізичний стан пацієнтів суттєво не відрізнявся ($p > 0,05$). Порівняно низькі значення цього та інших стандартизованих показників пояснюються тим, що більшість хворих на ПГ були віком старше 55 років та мали супутні захворювання.

Показник «Рольового функціонування, що обумовлене фізичним станом» ($RP_{ст}$) до операції склав $48,5 \pm 1,82$ бали. У пацієнтів групи порівняння в перші 6 місяців після операції достовірної відмінності цього показника не спостерігали (рис. 7.4). Лише через 1 рік у них значення $RP_{ст}$ ($50,7 \pm 2,67$ бала) відрізнялись від значень до операції ($p < 0,05$) і в подальшому достовірно збільшувались. Через 3 роки значення $RP_{ст}$ у пацієнтів групи порівняння досягло $52,8 \pm 2,89$ бала. У пацієнтів основної групи вже через 1 місяць після операції значення показника склало $50,6 \pm 2,55$ бала ($p < 0,05$). В наступні терміни проведене анкетування показало достовірне покращення фізичного стану у пацієнтів основної групи ($p < 0,05$).

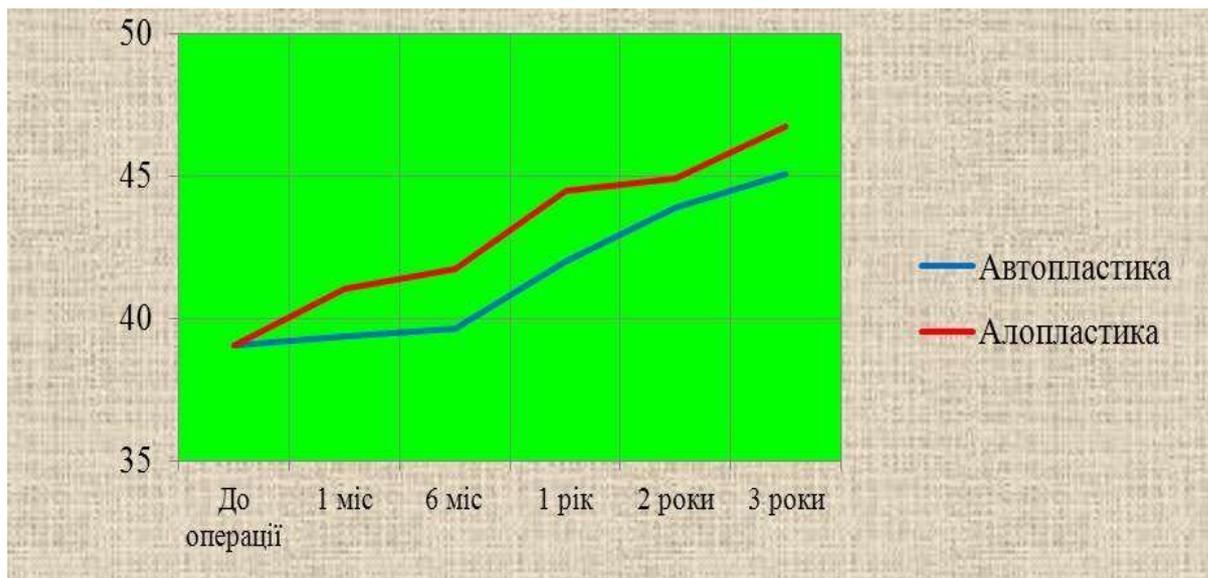


Рис. 7.3. Діаграма. Динаміка показників фізичного функціонування (Physical Function – PF ст) у хворих на пупкову грижу до та після хірургічного лікування.

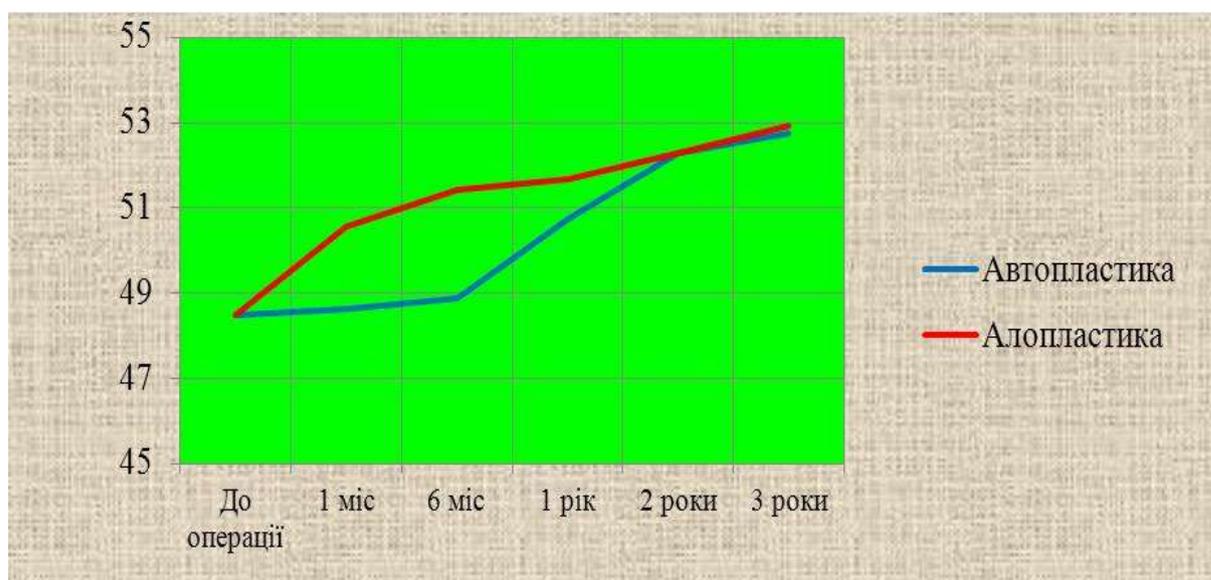


Рис. 7.4. Діаграма. Динаміка показників рольового функціонування, обумовленого фізичним станом (Role-Physical – RP ст) у хворих на пупкову грижу до та після хірургічного лікування.

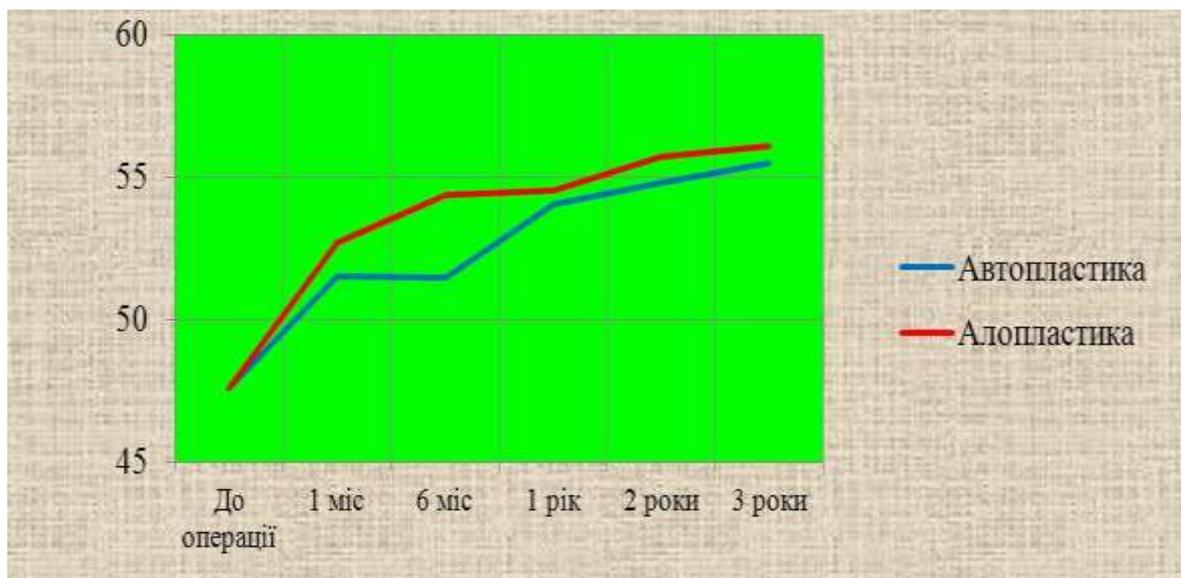


Рис. 7.5. Діаграма. Динаміка показників інтенсивності болю (Vodily pain – VP ст) у хворих на пупкову грижу до та після хірургічного лікування.

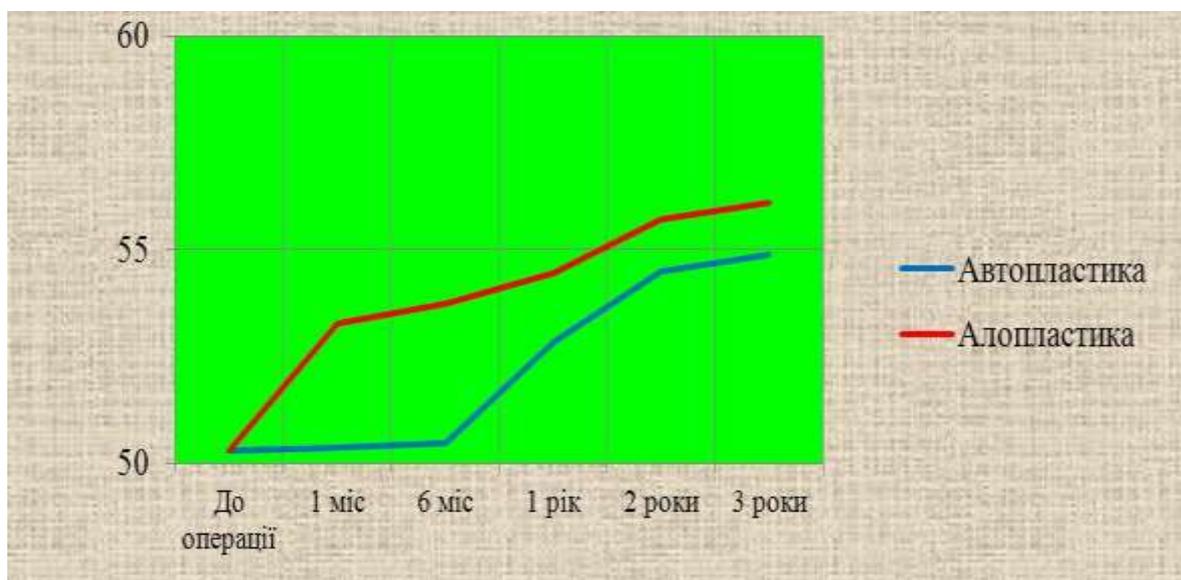


Рис. 7.6. Діаграма. Динаміка показників загального стану здоров'я (General Health – GH) у хворих на пупкову грижу до та після хірургічного лікування.

При аналізі показника «Інтенсивності болю» ($ВР_{ст}$), та його впливу на здатність хворих займатись повсякденною діяльністю (рис. 7.5) достовірних змін не виявлено лише у пацієнтів групи порівняння через 6 місяців, а в основній групі – на 3 рік після операції відносно попередніх результатів. Показник $ВР_{ст}$ у пацієнтів основної групи був достовірно вищим, ніж у групі порівняння. Покращився він від $47,58 \pm 2,74$ бала до операції, до $56,09 \pm 1,14$ бала в основній групі і до $55,48 \pm 1,41$ бала в групі порівняння при анкетуванні пацієнтів через 3 роки після операції ($p < 0,05$). Це свідчить, що як після автопластики, так і після алопластики ГД ПГ больові відчуття пацієнтів не турбували і не обмежували їх активність.

Значення показника «Загального стану здоров'я» ($ГН_{ст}$) у хворих на ПГ (рис. 7.6) до операції становило $50,3 \pm 3,14$ бала. Серед пацієнтів основної групи відмічено достовірне збільшення цього показника через 1, 6 місяців, 1 та 2 роки після операції ($p < 0,05$). Після 2 років показник $ГН_{ст}$ залишався не змінним в цій групі обстежених ($55,25 \pm 4,01$ бала). В групі порівняння його значення були нижчими ніж в основній групі при анкетуванні через 1, 6 місяців та 1 рік ($p < 0,05$), що свідчить про нижчу оцінку стану свого здоров'я пацієнтами після автопластики ГД. Достовірно не відрізнялись значення показника $ГН_{ст}$ у групі порівняння через 1 і 6 місяців після операції відносно даних до операції. Але через 1 рік після операції відмічено підвищення значень показника і подальшому його значення майже сягнули значень групи алопластики ($p > 0,05$). Можливо це пов'язано з тим, що в період до 1 року були виявлені рецидиви грижі після автопластики і в подальшому ці хворі вилучені з обстеження.

При аналізі складових психічного компонента (табл. 7.3) виявлено, що показники «Життєвої активності», «Соціального функціонування», «Рольового функціонування, що обумовлене емоційним станом» достовірно більші у пацієнтів основної групи ($p < 0,05$) упродовж усіх періодів анкетування. Достовірної різниці не встановлено при порівнянні показників «Психічного здоров'я» обох груп при анкетуванні через 6 місяців та 1 рік після операції.

Таблиця 7.3

Стандартизовані показники психологічного компоненту здоров'я хворих на пупкову грижу до і після хірургічного лікування

Стандартизовані показники якості життя		Термін спостереження																							
		До операції n = 208	Група порівняння						Після операції																
			1 рік n = 53		6 міс n = 51		1 рік n = 46		2 роки n = 45		3 роки n = 45		1 рік n = 145		2 роки n = 141		3 роки n = 131								
Психологічний компонент здоров'я (Mental health – MH)	Життєва активність (Vitality – VT ст)	49,54 ± 1,92	50,33 ± 1,81*	51,13 ± 2,19*	52,69 ± 2,01*	54,33 ± 2,67*	54,83 ± 2,87	54,89 ± 1,69***	55,27 ± 2,49**	56,44 ± 3,44***	57,45 ± 3,51***	57,97 ± 2,08**	48,76 ± 4,18	48,93 ± 2,82	49,24 ± 2,67	50,69 ± 3,99*	51,21 ± 2,16	51,68 ± 3,26	51,99 ± 4,22***	53,27 ± 3,35**	53,6 ± 2,31***	54,28 ± 3,69**	55,05 ± 3,06**		
	Соціальне функціонування (Social Functioning – SF ст)	46,14 ± 3,36	46,79 ± 3,72	47,42 ± 3,92*	49,21 ± 3,9*	49,07 ± 4,91	50,84 ± 4,57	48,59 ± 3,97***	49,97 ± 3,6***	50,38 ± 3,38**	51,01 ± 2,89**	51,58 ± 4,29	51,19 ± 2,91	51,89 ± 4,0*	52,71 ± 3,01	53,23 ± 3,78	54,38 ± 2,42	54,73 ± 2,24	53,57 ± 4,49***	53,67 ± 3,84	54,54 ± 4,2	55,66 ± 2,69***	57,24 ± 4,39***		
	Рольове функціонування обумовлене емоційним станом (Role-Emotional – RE ст)																								
	Психічне здоров'я (Mental Health – MH ст)																								

Примітка: якість життя по всіх групах показників представлена в таблиці в балах таким чином, що вища оцінка вказує на вищий рівень якості життя; * - $p < 0,05$ з попередніми даними в строчці; ** - $p < 0,05$ до аналогічних даних в порівнянні до автопластики грижового дефекту.

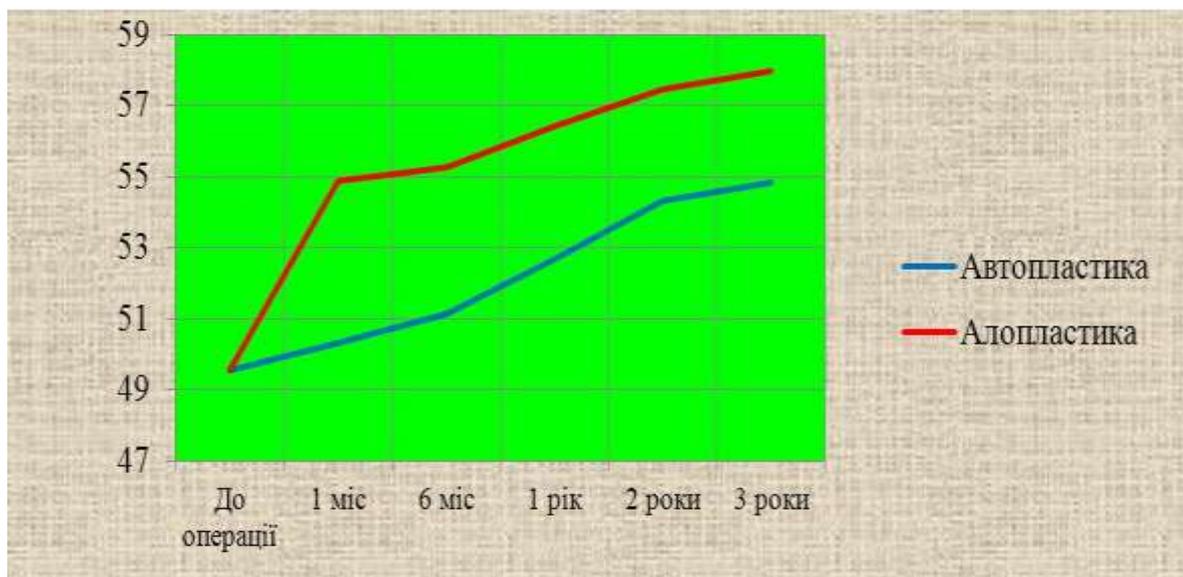


Рис. 7.7. Діаграма. Динаміка показників життєвої активності (Vitality – VT ст) у хворих на пупкову грижу до та після хірургічного лікування.

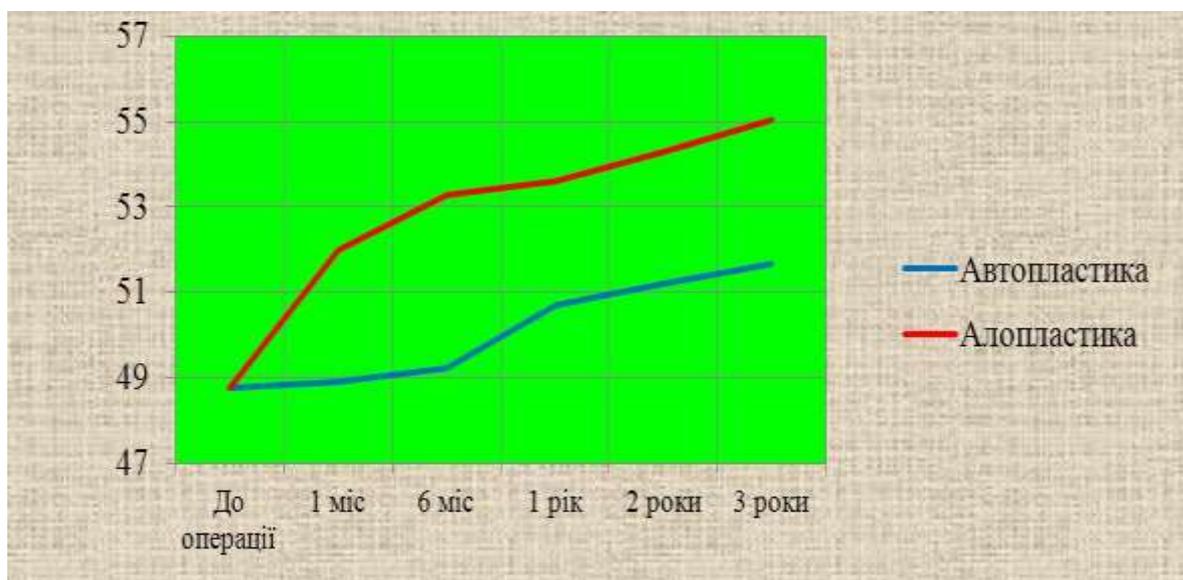


Рис. 7.8. Діаграма. Динаміка показників соціального функціонування (Social Functioning – SF ст) у хворих на пупкову грижу до та після хірургічного лікування.

Показник «Життєвої активності» ($VT_{ст}$) через 1 місяць після операції достовірно збільшився з $49,5 \pm 1,92$ бали до $54,9 \pm 1,69$ бала в осіб основної групи та до $50,33 \pm 1,81$ бала у пацієнтів групи порівняння (рис. 7.7). При наступних анкетуваннях відмічено зростання показника в обох групах дослідження впродовж 2 років після операції. При проведенні анкетування на 3 рік після операції достовірних змін в обох групах дослідження не виявили, проте показники в основній групі були вищими ($p < 0,05$), ніж в групі порівняння.

Показник «Соціального функціонування» ($SF_{ст}$) до операції (рис. 7.8) склав $48,8 \pm 4,18$ бала. Через 1 та 6 місяців після операції опитування хворих групи порівняння не показало його достовірного підвищення. $SF_{ст}$ почав зростати у групі порівняння лише через рік після операції ($p < 0,05$). У пацієнтів основної групи він був достовірно вищим, ніж у групі порівняння та при кожному анкетуванні порівняно з попереднім. Через 3 роки значення показника $SF_{ст}$ склали $55,1 \pm 3,06$ та $51,7 \pm 3,26$ бала в основній групі та групі порівняння відповідно. Це свідчить про те, що операція з приводу ПГ не впливає на рівень спілкування хворих в суспільстві. Не достовірне зростання показника $SF_{ст}$ у хворих після автопластики ГД ПГ грижі в терміни 1 та 6 місяців після операції на нашу думку можна пояснити виявленими рецидивами грижі.

Показники «Рольового функціонування, що обумовлені емоційним станом» ($RE_{ст}$) також поступово підвищувались від $46,1 \pm 3,36$ бала до операції до $51,6 \pm 4,29$ та $50,8 \pm 4,57$ бала у хворих основної групи і групи порівняння відповідно через 3 роки після операції ($p < 0,05$). Тобто незалежно від виду пластики ГД емоційний стан пацієнтів не погіршувався, і в перші 2 роки був достовірно кращим у пацієнтів основної групи (рис. 7.9).

«Психічне здоров`я» ($MH_{ст}$) від $51,19 \pm 2,91$ бала до операції (рис. 7.10) підвищилось через місяць в групі порівняння до $51,9 \pm 4,0$ бала, а в основній групі – до $53,6 \pm 4,49$ бала ($p < 0,05$). У подальшому в групі порівняння показник зростав, але достовірної відмінності в результатах окремих анкетувань не виявлено. В основній групі достовірно підвищились стандартизовані показники $MH_{ст}$ лише через 2 та 3 роки після операції.

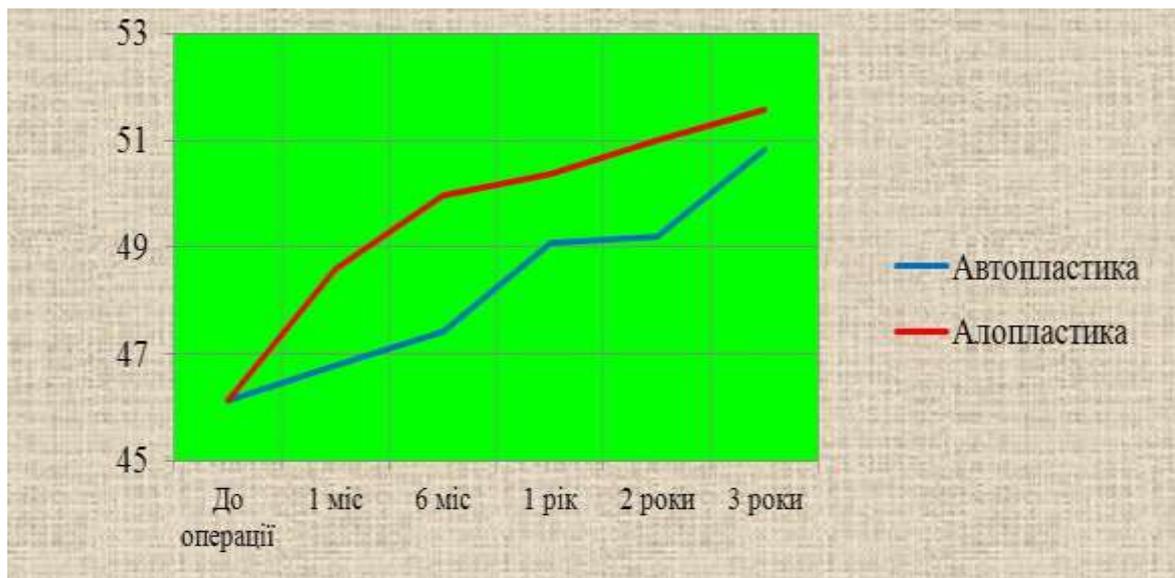


Рис. 7.9. Діаграма. Динаміка показників рольового функціонування, обумовленого емоційним станом (Role-Emotional – RE ст) у хворих на пупкову грижу до та після хірургічного лікування.

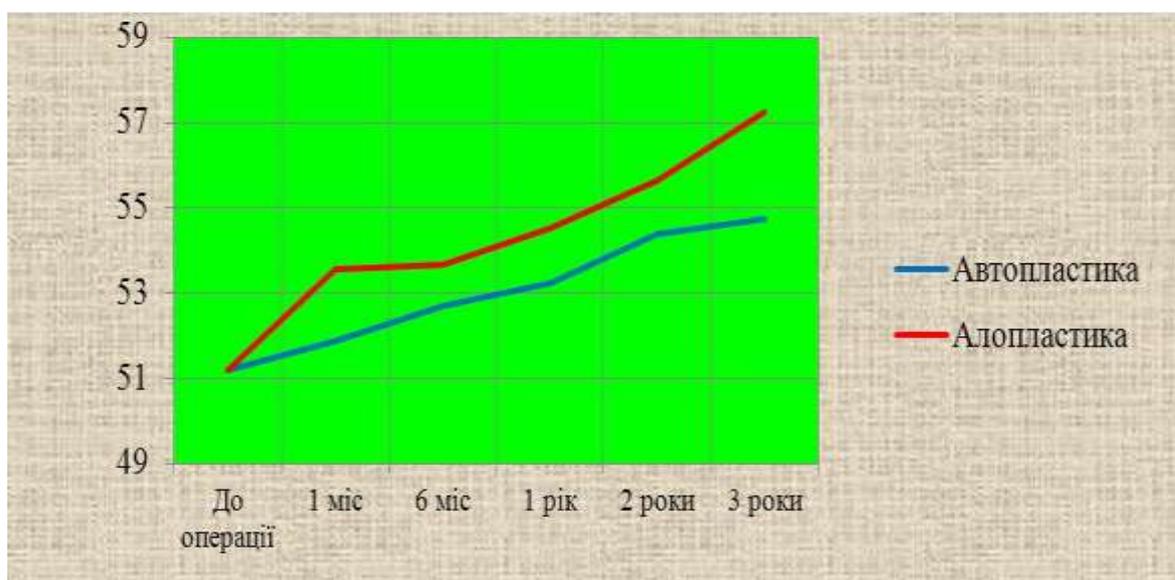


Рис. 7.10. Діаграма. Динаміка показників психічного здоров'я (Mental Health – МН ст) у хворих на пупкову грижу до та після хірургічного лікування.

Таблиця 7.4

Загальні показники якості життя хворих на грижу білої лінії живота,
до і після хірургічного лікування

Компоненти якості життя	Термін спостереження										
	До операції	Після операції									
		Група порівняння					Основна група				
		1міс	6міс	1р(ік)	2р	3р	1міс	6міс	1р(ік)	2р	3р
		n=68	n=14	n=12	n=11	n=11	n=10	n=54	n=51	n=50	n=48
Фізичний компонент здоров'я (Physical health–PH)	45,5 ± 2,26	46,36 ± 2,67	47,23 ± 5,57	50,15 ± 4,43 *	53,13 ± 5,71 *	54,78 ± 4,34 *	46,12 ± 3,01	51,91 ± 5,71 *	54,62 ± 4,98 *	55,78 ± 4,35 *	56,65 ± 2,63 *
Психологічний компонент здоров'я (Mental health–MH)	50,41 ± 2,25	52,06 ± 2,88 *	54,62 ± 4,18 *	56,55 ± 5,53 *	58,08 ± 6,34 *	61,78 ± 5,31 *	54,64 ± 2,97 ***	60,55 ± 5,63 *	61,43 ± 4,37 ***	65,59 ± 4,64 **	68,71 ± 3,95 **

Примітки: ЯЖ по всіх групах показників наведена в табл. в балах таким чином вища оцінка вказує на вищий рівень ЯЖ; * – $p < 0,05$ відносно даних до операції; ** – $p < 0,05$ з попередніми даними в строчці; *** – $p < 0,05$ до аналогічних даних за методами автопластики.

Показники фізичного і психологічного компонентів здоров'я хворих на ГБЛЖ (табл. 7.4) до операції склали $45,5 \pm 2,26$ та $50,4 \pm 2,25$ бала, відповідно. При анкетуванні хворих через місяць відмітили достовірне підвищення обох компонентів здоров'я у пацієнтів основної групи, та психологічного компоненту у пацієнтів групи порівняння ($p < 0,05$). Фізичний компонент здоров'я в групі порівняння через 1 місяці після операції підвищився незначно ($46,4 \pm 2,67$ бала) та достовірної відмінності з даними до операції не мав. Статистичної відмінності між фізичними компонентами здоров'я обох груп через 1 місяць після операції виявлено не було ($p > 0,05$).

Через 6 місяців у пацієнтів групи порівняння показники фізичного і психологічного компонентів здоров'я не покращились у порівнянні з попередніми даними ($p > 0,05$), хоча відрізнялись від передопераційних показників ($p < 0,05$). У пацієнтів основної групи показники фізичного і психологічного компонентів здоров'я покращились по відношенню до аналогічних даних через місяць після операції і були вищими за показники в групі порівняння через 6 місяців після операції ($p < 0,05$).

При аналізі даних анкетувань через рік після операції достовірно покращився лише показник фізичного здоров'я в основній групі по відношенню до попередніх даних ($p < 0,05$). У цій групі обидва компонента здоров'я були достовірно вищими, ніж у групі порівняння. Опитування пацієнтів через 2 роки після операції показало, що у групі порівняння достовірно підвищився лише психологічний компонент здоров'я ($p < 0,05$). Фізичний компонент в групі порівняння та обидва компонента в основній групі підвищились незначно ($p > 0,05$). Але в основній групі були вищими.

Через 3 роки показник фізичного компоненту здоров'я в групі порівняння становив $54,78 \pm 4,34$ бала і був близьким до аналогічного в основній групі ($p > 0,05$). Психологічний компонент здоров'я становив $68,71 \pm 3,95$ та $61,78 \pm 5,31$ бала в основній групі та групі порівняння.

Складові показники фізичного компоненту хворих на ГБЛЖ відображені в таблиці 7.5.

Таблиця 7.5

Стандартизовані показники фізичного компонента здоров'я хворих на грижу білої лінії живота до і після хірургічного лікування

Стандартизовані показники якості життя	Термін спостереження																		
	До операції n = 68	Група порівняння						Після операції						Основна група					
		1 рік		2 роки		3 роки		1 рік		2 роки		3 роки							
		6 міс n = 12	1 рік n = 11	2 роки n = 11	3 роки n = 10	1 рік n = 54	6 міс n = 51	1 рік n = 50	2 роки n = 48	3 роки n = 47									
Фізичний компонент здоров'я (Physical health - PH)	39,95 ± 1,17	40,46 ± 1,07	42,35 ± 1,04*	44,51 ± 1,01*	44,64 ± 1,34	41,34 ± 1,96***	42,55 ± 1,53***	44,68 ± 1,33***	44,86 ± 1,95**	45,15 ± 0,71**	48,67 ± 4,36	50,71 ± 4,64	52,32 ± 4,06	53,96 ± 3,21	50,96 ± 3,21***	51,88 ± 4,15	52,05 ± 4,34	53,54 ± 2,94*	54,37 ± 2,67
Фізичне функціонування (Physical Functioning - PF ст)	47,96 ± 1,66	50,43 ± 0,49*	51,63 ± 1,99*	53,45 ± 3,35	54,21 ± 1,59	53,56 ± 2,46***	54,77 ± 2,65***	55,32 ± 1,63**	56,66 ± 1,99***	57,38 ± 2,08**	49,55 ± 2,21	51,26 ± 2,93	53,79 ± 3,44	54,36 ± 1,63	53,19 ± 2,59***	54,31 ± 3,52**	54,79 ± 3,14	55,18 ± 2,93	56,29 ± 1,74*
Рольове функціонування обумовлене фізичним станом (Role-Physical - RP ст)	49,93 ± 2,27	51,26 ± 2,93	53,79 ± 3,44	54,36 ± 1,63	55,21 ± 1,84	53,56 ± 2,46***	54,77 ± 2,65***	55,32 ± 1,63**	56,66 ± 1,99***	57,38 ± 2,08**	49,55 ± 2,21	51,26 ± 2,93	53,79 ± 3,44	54,36 ± 1,63	53,19 ± 2,59***	54,31 ± 3,52**	54,79 ± 3,14	55,18 ± 2,93	56,29 ± 1,74*
Інтенсивність болю (Bodily pain - BP ст)	49,55 ± 2,21	51,26 ± 2,93	53,79 ± 3,44	54,36 ± 1,63	55,21 ± 1,84	53,56 ± 2,46***	54,77 ± 2,65***	55,32 ± 1,63**	56,66 ± 1,99***	57,38 ± 2,08**	49,55 ± 2,21	51,26 ± 2,93	53,79 ± 3,44	54,36 ± 1,63	53,19 ± 2,59***	54,31 ± 3,52**	54,79 ± 3,14	55,18 ± 2,93	56,29 ± 1,74*
Загальний стан здоров'я (General Health - GH ст)	49,55 ± 2,21	51,26 ± 2,93	53,79 ± 3,44	54,36 ± 1,63	55,21 ± 1,84	53,56 ± 2,46***	54,77 ± 2,65***	55,32 ± 1,63**	56,66 ± 1,99***	57,38 ± 2,08**	49,55 ± 2,21	51,26 ± 2,93	53,79 ± 3,44	54,36 ± 1,63	53,19 ± 2,59***	54,31 ± 3,52**	54,79 ± 3,14	55,18 ± 2,93	56,29 ± 1,74*

Примітки: якість життя по всіх групах показників представлена в таблиці в балах таким чином, що вища оцінка вказує на вищий рівень якості життя; * - $p < 0,05$ з попередніми даними в строчці; ** - $p < 0,05$ до аналогічних даних в порівнянні до автопластики грижового дефекту.

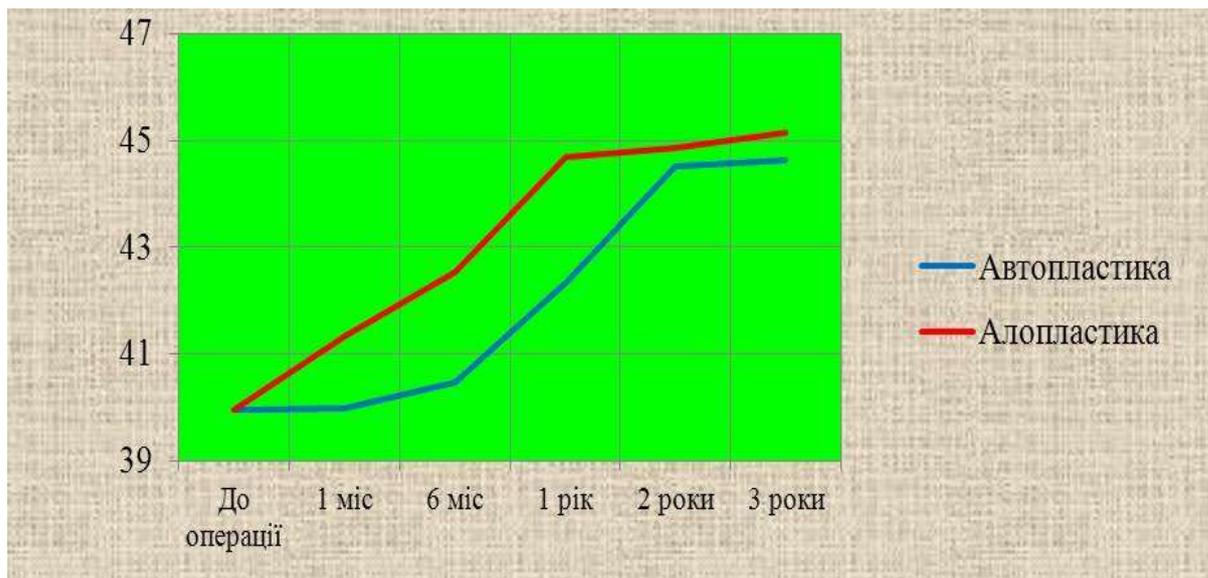


Рис. 7.11. Діаграма. Динаміка показників фізичного функціонування (Physical Function – PF ст) у хворих на грижу білої лінії живота до та після хірургічного лікування.

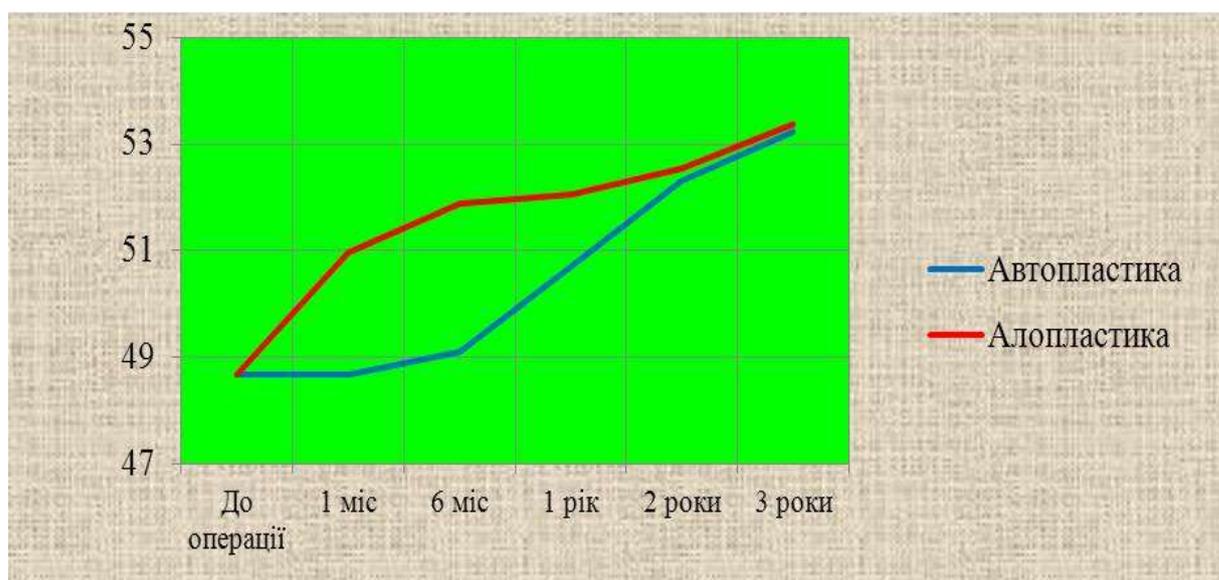


Рис. 7.12. Діаграма. Динаміка показників рольового функціонування, обумовленого фізичним станом (Role-Physical – RP ст) у хворих на грижу білої лінії живота до та після хірургічного лікування.

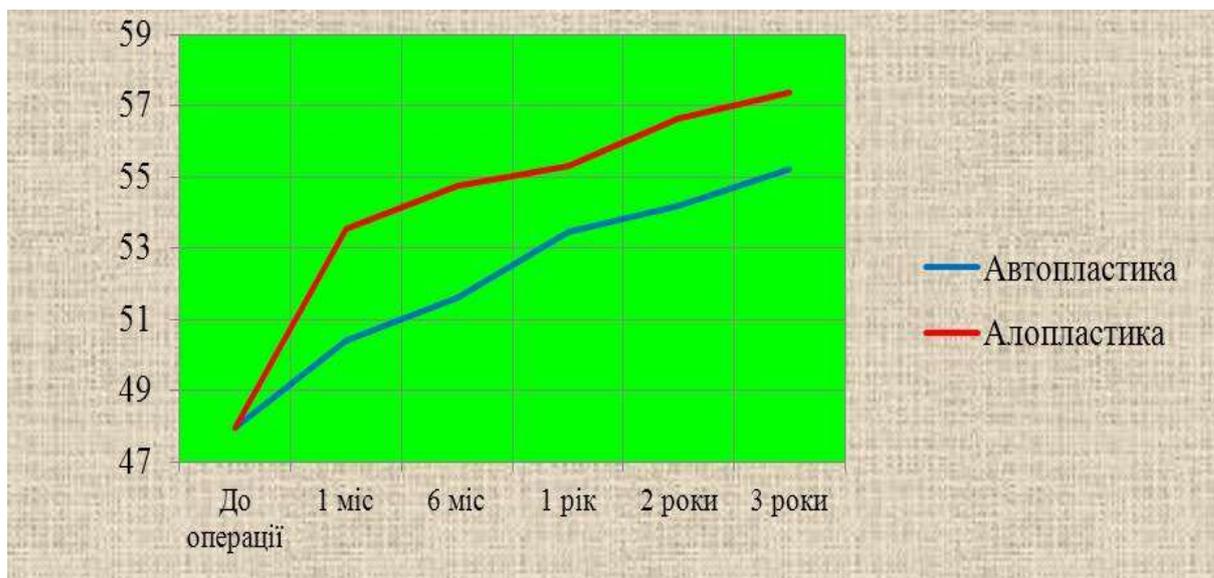


Рис. 7.13. Діаграма. Динаміка показників інтенсивності болю (Vodily pain – VP ст) у хворих на грижу білої лінії живота до та після хірургічного лікування.

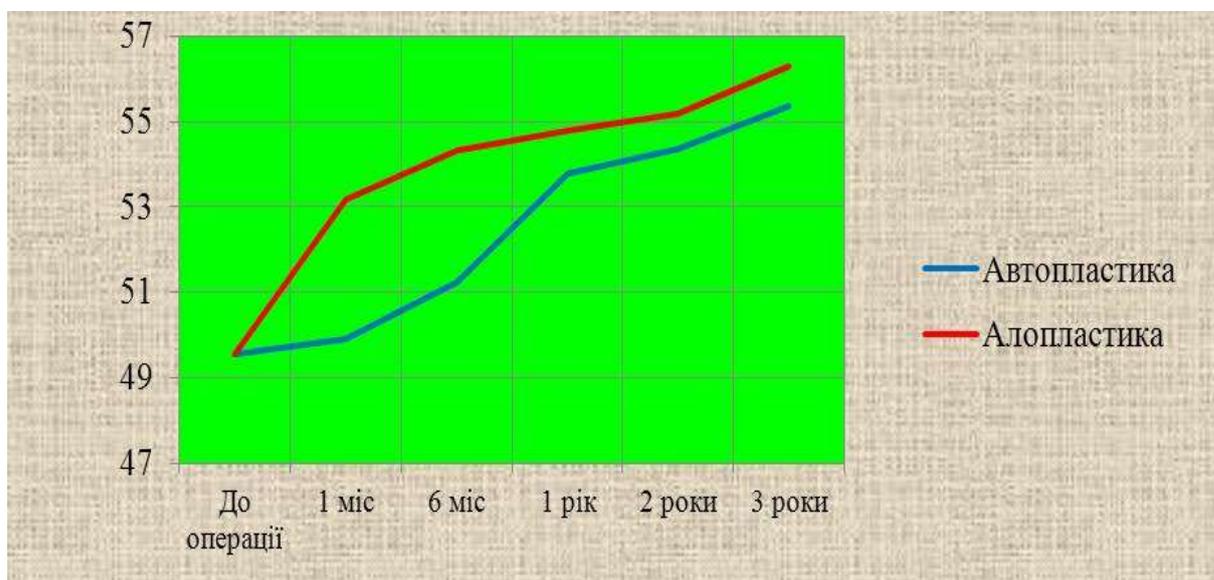


Рис. 7.14. Діаграма. Динаміка показників загального стану здоров'я (General Health – GH) у хворих на грижу білої лінії живота до та після хірургічного лікування.

Показник $PF_{ст}$ хворих на ГБЛЖ до операції становив $39,95 \pm 1,17$ бала (рис. 7.11). Достовірне його підвищення у групі порівняння спостерігали лише через рік після операції ($p < 0,05$) по відношенню до передопераційних даних. В наступному $PF_{ст}$ підвищився на 2 рік після операції ($p < 0,05$), через 3 роки залишився ($p > 0,05$) а такому ж рівні ($44,6 \pm 1,34$ бала). В основній групі виявили підвищення показника $PF_{ст}$ через 1, 6 місяців та 1 рік після операції ($p < 0,05$), у подальшому він змінювався незначно ($p > 0,05$). Впродовж усіх термінів спостереження $PF_{ст}$ в основній групі був вищим, ніж у групі порівняння ($p < 0,05$).

Показник $RP_{ст}$ у пацієнтів групи порівняння впродовж усіх анкетувань достовірно не відрізнявся від попередніх даних (рис. 7.12), лише через рік після операції він був достовірно вищим, ніж до операції ($48,7 \pm 4,36$ бала). У пацієнтів основної групи $RP_{ст}$ протягом усіх термінів анкетування не відрізнявся від попередніх даних та даних групи порівняння ($p > 0,05$). Хоча, в основній групі усі значення $RP_{ст}$ були вищими ніж до операції ($p < 0,05$).

Через місяць після операції з приводу ГБЛЖ показник $BP_{ст}$ достовірно збільшився в обох групах дослідження (рис. 7.13). В подальшому в групі порівняння він підвищувався, але достовірні зміни виявлено лише через 6 місяців. Через 3 роки $BP_{ст}$ досяг $55,2 \pm 1,84$ бала. В основній групі він також підвищувався впродовж усіх термінів анкетувань, достовірно відмінні результати виявлені при порівнянні анкетувань між 1 і 6 місяцями та 1 та 2 роками після операції ($p < 0,05$). Через 3 роки $BP_{ст}$ становив $57,4 \pm 2,08$ бала. Протягом усіх анкетувань був вищим ніж у пацієнтів групи порівняння ($p < 0,05$).

Показник $GH_{ст}$ до операції становив $49,6 \pm 2,21$ бала. В основній групі достовірно він покращився через місяць і 3 роки після операції порівняно до даних попередніх анкетувань (рис. 7.14). У пацієнтів групи порівняння $GH_{ст}$ незначно покращувався ($p > 0,05$). Лише через 6 місяців після операції дані $GH_{ст}$ у хворих групи порівняння були достовірно вищими за передопераційні. У пацієнтів основної групи лише через 1 та 6 місяців після операції показники $GH_{ст}$ були вищими, ніж у групі порівняння ($p < 0,05$).

Таблиця 7.6

Стандартизовані показники психологічного компонента здоров'я хворих на грижу білої лінії живота до і після хірургічного лікування

Стандартизовані показники якості життя		Термін спостереження													
		До операції n = 68	Група порівняння						Після операції						
			1 міс n = 14	6 міс n = 12	1 рік n = 11	2 роки n = 11	3 роки n = 10	1 міс n = 54	6 міс n = 51	1 рік n = 50	2 роки n = 48	3 роки n = 47			
Психологічний компонент здоров'я (Mental health – MH)	Життєва активність (Vitality – VT ст)	48,36 ± 1,97	52,36 ± 1,89*	53,72 ± 2,24	54,07 ± 1,71	55,31 ± 2,74	56,98 ± 2,26	56,71 ± 2,05***	57,56 ± 2,57***	58,62 ± 3,18**	60,88 ± 2,38***	61,84 ± 3,74**			
	Соціальне функціонування (Social Functioning – SF ст)	48,35 ± 3,76	48,85 ± 2,65	50,05 ± 2,75	51,79 ± 1,61	52,76 ± 2,88	54,94 ± 2,81	52,67 ± 4,26***	54,05 ± 2,76**	54,52 ± 2,66**	55,83 ± 2,54*	56,59 ± 2,12***			
	Рольове функціонування обумовлене емоційним станом (Role-Emotional – RE ст)	46,76 ± 3,69	47,14 ± 3,95	46,61 ± 4,09	48,64 ± 4,15	49,36 ± 4,01	49,86 ± 3,84	49,59 ± 3,78***	50,22 ± 3,49**	50,49 ± 3,33	50,92 ± 2,99	51,57 ± 2,24			
	Психічне здоров'я (Mental Health – MH ст)	49,5 ± 2,84	51,31 ± 3,1*	52,76 ± 2,63	53,51 ± 1,78	54,59 ± 3,81	55,39 ± 3,02	52,15 ± 3,68*	55,58 ± 3,26***	56,16 ± 2,75**	57,06 ± 3,36**	58,69 ± 3,64***			

Примітки: якість життя по всіх 8 групах показників представлена в таблиці в балах таким чином, що вища оцінка вказує на вищий рівень якості життя; * - $p < 0,05$ з попередніми даними в створці; ** - $p < 0,05$ до аналогічних даних в порівнянні до автопластики грижового дефекту.

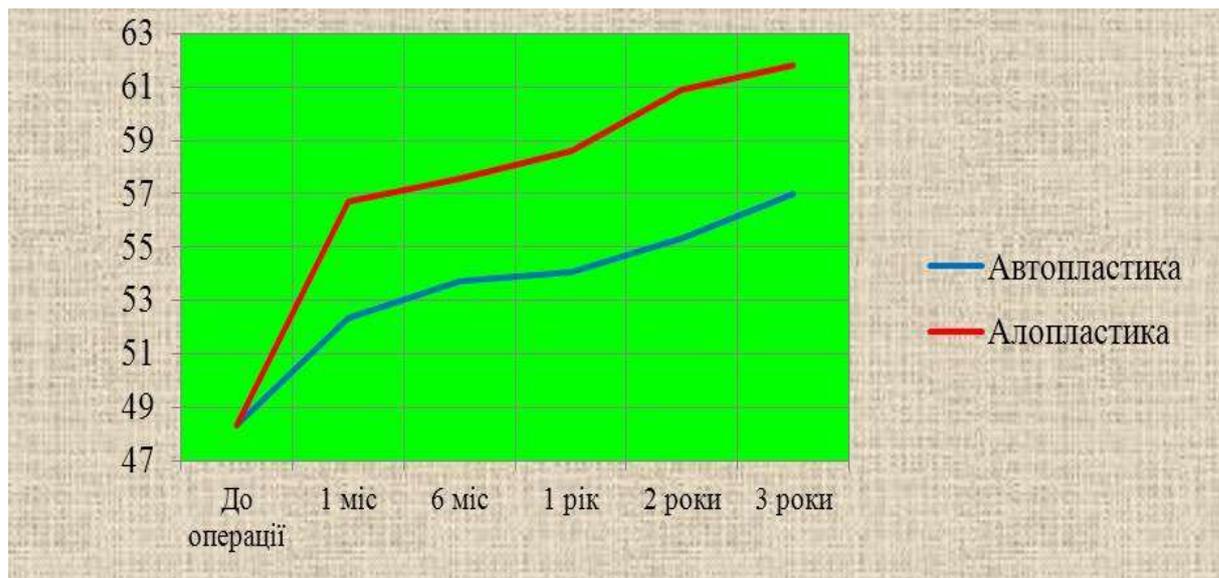


Рис. 7.15. Діаграма. Динаміка показників життєвої активності (Vitality – VT ст) у хворих на грижу білої лінії живота до та після хірургічного лікування.

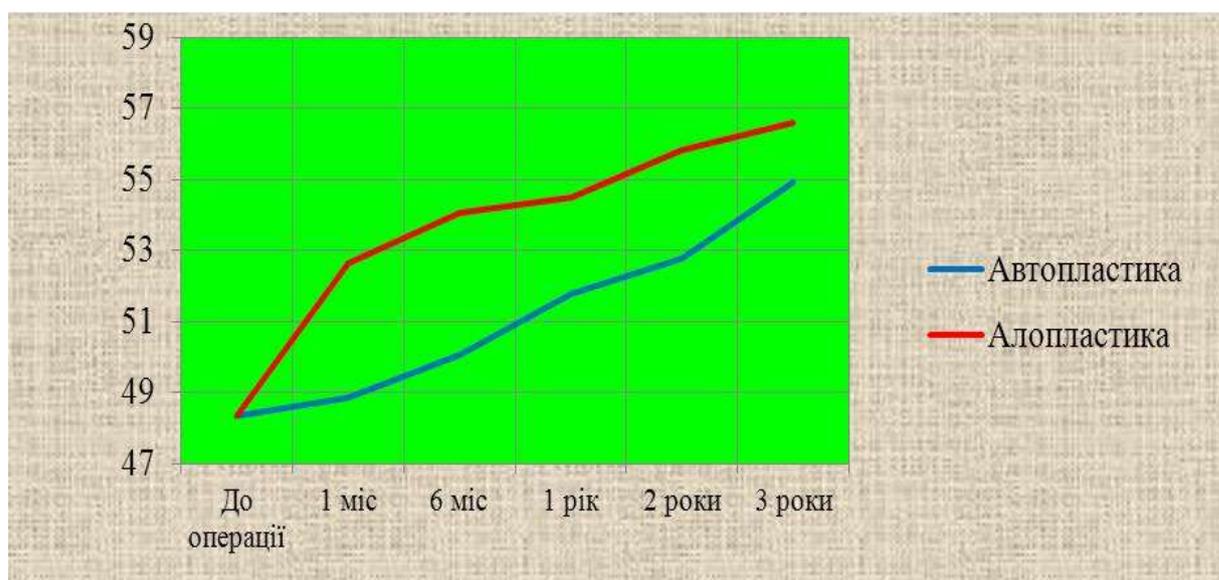


Рис. 7.16. Діаграма. Динаміка показників соціального функціонування (Social Functioning – SF ст) у хворих на грижу білої лінії живота до та після хірургічного лікування.

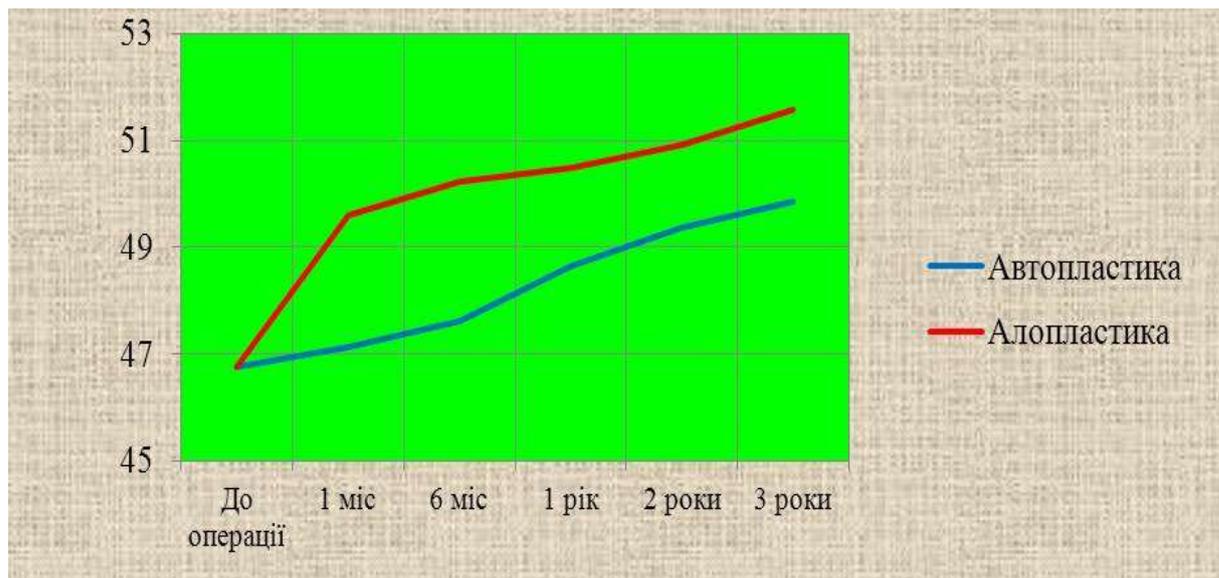


Рис. 7.17. Діаграма. Динаміка показників рольового функціонування, що обумовлене емоційним станом (Role-Emotional – RE ст) у хворих на грижу білої лінії живота до та після хірургічного лікування.

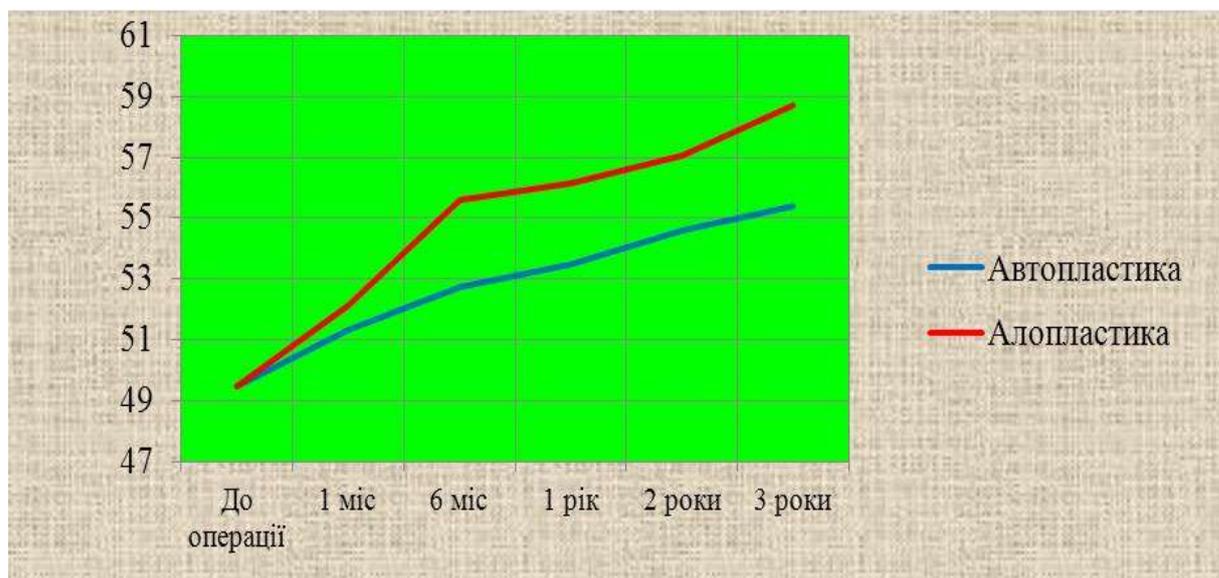


Рис. 7.18. Діаграма. Динаміка показників психічного здоров'я (Mental Health – МН ст) у хворих на грижу білої лінії живота до та після хірургічного лікування.

$VT_{ст}$ підвищився від $48,4 \pm 1,97$ бала перед операцією до $52,4 \pm 1,89$ бала (табл. 7.6) серед пацієнтів групи порівняння та до $56,7 \pm 2,05$ бала у пацієнтів основної групи (рис. 7.15) через 1 місяць після операції ($p < 0,05$). У подальшому цей показник в обох групах дослідження зростав ($p > 0,05$) поступово, лише серед пацієнтів основної групи відмічено достовірне ($p < 0,05$) підвищення $VT_{ст}$ через 2 роки по відношенню до показника через 1 рік після операції. Протягом усіх термінів анкетування цей показник у осіб основної групи був вищим ніж у пацієнтів групи порівняння ($p < 0,05$).

Показник $SF_{ст}$ у хворих на ГБЛЖ до операції становив $48,4 \pm 3,76$ бала (рис. 7.16). В подальшому в групі порівняння він підвищувався без достовірних відмінностей з попередніми анкетуваннями. Через 6 місяців після операції показники $SF_{ст}$ у пацієнтів групи порівняння були достовірно вищими, ніж до операції ($p < 0,05$). У пацієнтів основної групи усі показники $SF_{ст}$ були вищими, ніж доопераційний, та в більшості термінів анкетування вищими за аналогічні в групі порівняння ($p < 0,05$). Достовірне підвищення цього показника по відношенню до попередніх термінів анкетування спостерігали через 1 місяць, 2 та 3 роки після операції.

Показник $RE_{ст}$ достовірно підвищився по відношенню з даними до операції у пацієнтів групи порівняння лише через 2 роки після операції. В той час, як у пацієнтів основної групи відмічено стрімкий стрибок через 1 місяць після операції ($p < 0,05$), а потім поступове підвищення без достовірних відмінностей в результатах (рис. 7.17). Динаміка показника $MN_{ст}$ у пацієнтів групи порівняння була подібною до змін $RE_{ст}$ в цій групі. Серед пацієнтів основної групи $MN_{ст}$ був достовірно вищим, ніж у пацієнтів групи порівняння починаючи з 6 місяців після операції (рис. 7.18).

Підсумовуючи написане можна сказати, що ЯЖ хворих на ГБЛЖ і ПГ після проведеного їм хірургічного лікування покращилась незалежно від виду виконаної пластики. Фізичний і психологічний компоненти здоров'я у хворих на ПГ, а також психологічний компонент здоров'я у хворих на ГБЛЖ обох груп впродовж усіх термінів анкетування були вищими, ніж до операції

($p < 0,05$). Фізичний компонент здоров'я у хворих на ГБЛЖ основної групи достовірно покращився лише через 6 місяців, а у пацієнтів групи порівняння через 1 рік після операції по відношенню до передопераційних показників.

Фізичний компонент здоров'я у всіх обстежених основної групи був вищим, ніж у пацієнтів групи порівняння впродовж усіх термінів анкетування. Хоча достовірних відмінностей не виявлено на термінах 1 місяць і 2 роки у хворих на ПГ, а також на термінах 1 місяць і 3 роки у хворих на грижу білої лінії живота. Психологічний компонент здоров'я у хворих на ПГ і ГБЛЖ в основних групах був вищим, ніж у пацієнтів груп порівняння ($p < 0,05$).

Усі 8 складових показників фізичного та психологічного компонентів здоров'я у хворих на ПГ та ГБЛЖ в основних групах вже через 1 місяць після операції достовірно підвищились порівняно з доопераційними.

Аналізуючи складові фізичного та психічного компонентів здоров'я у хворих на ПГ виявлено, що показники $PF_{ст}$, $BP_{ст}$, $VT_{ст}$, $SF_{ст}$ і $RE_{ст}$ достовірно більші у пацієнтів основної групи ($p < 0,05$) впродовж усіх періодів анкетування. Така ж закономірність виявлена при аналізі $PF_{ст}$, $BP_{ст}$, $VT_{ст}$, $SF_{ст}$, $MH_{ст}$ серед хворих на ГБЛЖ.

Серед хворих на ПГ групи порівняння більшість показників ЯЖ також достовірно підвищилась через 1 місяць після операції. Але показники $RP_{ст}$, $GH_{ст}$, $SF_{ст}$ в цій групі покращились лише через 1 рік після операції ($p < 0,05$). Серед хворих на ГБЛЖ групи порівняння лише показники $BP_{ст}$, $VT_{ст}$ та $MH_{ст}$ достовірно підвищились через 1 місяць після операції ($p < 0,05$).

За матеріалами розділу опубліковано праці:

1. Калиновський С.В. До визначення якості життя у хворих на пупкову грижу / С.В. Калиновський // Хірургія України. – 2014. – № 3(51) додаток. – С. 19.

2. Калиновський С.В. Якість життя у хворих після хірургічного лікування пупкової грижі / С.В. Калиновський // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2014. – Т. 18 (Ч 1), № 1. – С. 99-102.

АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕНЬ

Невтішні результати лікування первинної ГБЛЖ (високий рецидив після використання класичних методів автопластики ГД), відсутність даних про наслідки (ЯЖ) хірургічного лікування хворих з використанням Ав і Ал методів, відсутність єдиної точки зору щодо диференційованого вибору методу пластики первинної ГБЛЖ, недостатньо вивчені особливості конституціональної будови тіла хворих на первинну ГБЛЖ, фенотипові прояви НДСТ у цієї категорії пацієнтів, обумовили мету та завдання дослідження.

Хоча ПГ та ГБЛЖ привертає менше уваги хірургів, однак в лікуванні цієї патології лікар стикається з низкою труднощів, які необхідно вміло подолати для забезпечення якісної та професійної допомоги хворому. ПГ зустрічається частіше у пацієнтів працездатного віку (60%) і в 96% оперується в плановому порядку. Ця патологія потребує оперативного лікування з використанням переважно Ал методів [16, 249, 276, 280, 300].

Метою дослідження є покращення результатів хірургічного лікування хворих на первинну ГБЛЖ шляхом удосконалення доопераційної діагностики і застосування індивідуальних хірургічних методів лікування.

Дослідження 276 хворих на первинну ГБЛЖ показали, що частіше на неї страждали жінки (69,9%). Середній вік хворих на ПГ склав $56,8 \pm 13,8$ років, а на ГБЛЖ – $54,7 \pm 12,5$ років. Такі ж дані наводять інші дослідники [80, 155, 208]. Т.Ф. Лаврова сверджує, що ПГ виникає у чоловіків лише в 5,9%, а ГБЛЖ ще рідше. ПГ у жінок вона спостерігала в 2 рази частіше, ніж у чоловіків. Жінки хворіють на ПГ частіше в віці понад 35 років [119].

У хворих на ПГ частіше виявляли ГД середнього (47,1%) і малого (31,2%) розмірів. Хворі на ГБЛЖ здебільшого мали середні за розмірами ГД (66,2%). Подібні дані висвітлені в роботах Я.П. Фелештинського, А.В. Федосеева [178, 213].

Більшість хворих на ПГ (63,5%) страждали на Ож I-III ст. Серед пацієнтів, хворих на первинну ГБЛЖ тільки 14,7% не мали надмірної МТ. У жінок, хворих на ПГ і ГБЛЖ середні показники індексу Кетле були достовірно більші, ніж у

чоловіків, що вказує на часте Ож у жінок. Про велику кідькість хворих на ПГ з супутнім Ож вказують також С.А. Колесников та співав., М.В. Єжелєв [113]. Однак автори не відображають відмінностей в кількості хворих з Ож різної статі.

Здебільшого хворі на ПГ мали Бтс за В.М. Шевкуненком (64,9%) та згідно з ІБ (95,7%), короткий Ту (75,97%) трапецієподібної форми (45,7%) і розвинуту ГК (96,6%). Подібну закономірність спостерігали і серед хворих на ГБЛЖ. Робіт, в яких досліджували ТС у хворих на ПГ і ГБЛЖ ми не знайшли, однак опубліковані результати: серед хворих на пахвинну грижу переважали також пацієнти Бтс [40, 58]. Т.Н. Гнатюк (2011) у своїх дослідженнях негативний індекс Ерісмана спостерігає у більш, ніж половини обстежених (53,3%). Серед тих, хто має позитивний індекс 35,7% мають розвинуту ГК, а 64,3% - середній розвиток ГК [45].

Чоловічу ФЖ спостерігали у 71,6% хворих на ПГ, переважно у жінок. Серед хворих на ГБЛЖ переважали особи з чоловічою (44,1%) і жіночою (35,3%) ФЖ. Т.Ф. Лаврова дає протилежну статистику, стверджуючи, що у жінок переважає жіноча ФЖ (77%), а чоловіча та циліндрична ФЖ спостерігаються у 15 та 8% пацієнтів відповідно [119]. Середній ВІЖ спостерігали у 53,4% хворих на ПГ і 73,5% хворих на ГБЛЖ. Це підтверджується даними Т.Ф. Лаврової, яка стверджує, що ВІЖ більший у осіб Бтс, і зменшується у доліхоморфів [119].

Антропометричне дослідження хворих на ПГ і на ГБЛЖ дозволило виявити особливості будови тіла цих пацієнтів. Як серед хворих на ПГ так і у хворих на ГБЛЖ жировий компонент МТ був більшим у жінок, а м'язевий – у чоловіків ($p < 0,05$). ПГ частіше була у пацієнтів ендоморфного (33,2%), мезоморфного (34,6%) і ендомезоморфного (29,3%) соматотипів за J.L. Carter, В.Н. Heath, ГБЛЖ – серед осіб з мезоморфним (35,3%), ектомезоморфним (32,3%) та ендоморфним (29,4%) соматотипами. Не мали ПГ ектоморфи, ектомезоморфи, а ГБЛЖ – ектоморфи, ендомезоморфи і ектоендоморфи. В доступній літературі ми не виявили праць, де б автори висвітлювали розподіл соматотипів у хворих на ГБЛЖ.

При проведенні морфологічного дослідження середня ширина БЛЖ незалежно від рівня дослідження становила $1,6 \pm 0,49$ см. Найбільшою шириною БЛЖ була в ділянці пупка ($2,2 \pm 0,77$ см), а найменшою – над лобковим симфізом

($0,9 \pm 0,27$ см). Схожі дані наводить G.M. Beer [292]. У жінок ширина БЛЖ становила $1,9 \pm 0,56$ см, і була достовірно ширша ніж у чоловіків ($1,42 \pm 0,44$ см). У здорових людей ширина БЛЖ становила $1,49 \pm 0,48$ см і була достовірно вужчою, ніж у хворих на грижу ($1,88 \pm 0,52$ см). Є автори, які подібно до наших досліджень стверджують, що БЛЖ у хворих на грижу ширша, а товщина ПМЖ менша [191].

Товщина БЛЖ в ділянці пупка у осіб без грижі становила $2,4 \pm 0,06$ мм, а у хворих на ПГ – $2,7 \pm 0,08$ мм. Ці дані підтверджує А.В. Федосеев, який вказує, що товщина БЛЖ в стані спокою становить 2,0-2,5 мм [211].

Під час морфологічного дослідження, встановлено, що в ПД кількість КВ у всіх обстежених була найменша, проте у людей без грижі їх кількість була достовірно більшою ніж у хворих на грижу. Кількість ЕВ у осіб з грижою та без неї на досліджуваних рівнях не відрізнялась. Встановлено, що у хворих на ПГ кількість КВ БЛЖ менша ($p < 0,05$) ніж у осіб без грижі, в той же час їх діаметр зі збільшенням ширини БЛЖ зменшується ($p < 0,05$) в ділянці пупка. Кількість ЕВ в БЛЖ, незалежно від її типу, зростає в каудальному напрямку, а діаметр їх в ПД менший. Подібні дані в своїх дослідженнях висвітлює А.В. Федосеев [211].

Кількість КВ I типу у людей більша ніж III типу. Не залежно від ширини апоневрозу БЛЖ на рівні Івс достовірної відмінності в кількості КВ I і III типу на досліджуваних рівнях не встановлено. Співвідношення КВ I / III типу у пацієнтів без грижі на досліджених рівнях більше, ніж у осіб з грижою ($p < 0,05$). На цю закономірність вказують А.Н. Айдемиров та А.П. Еттингер [6, 188]. У пацієнтів без грижі під мечоподібним відростком дане співвідношення склало $4,1 \pm 1,45$, на рівні Івс $3,6 \pm 1,83$, а на рівні пупка $3,9 \pm 0,65$. У хворих на грижу співвідношення КВ I / III типу склало $2,8 \pm 0,97$, $2,5 \pm 0,39$ та $3,1 \pm 0,84$, відповідно.

При використанні комбінованого методу забарвлення ШИК + Хейл в БЛЖ хворих на ГБЛЖ виявляли ознаки дезорганізації сполучної тканини (ділянки мукоїдного набухання мають вигляд зеленувато-голубих вогнищ, фібриноїдне вибухання ідентифікується за рахунок червоного кольору). Описані вогнища супроводжуються клітинними реакціями у вигляді інфільтратів з лімфоцитів,

гістіоцитів і плазматичних клітин. Подібну закономірність в будові апоневрозу БЛЖ у хворих на ПГ або ГБЛЖ виявляв Ю.А. Кравцов [116].

При доопераційному дослідженні БЛЖ за допомогою УЗД та КТ встановили ряд особливостей. При УЗД, найширшу БЛЖ відмічали на рівнях пупка та Івс. Одночасно спостерігали зменшення ($p < 0,05$) її ширини в напрямку гіпогастрія. В границях дослідження крім ділянки під мечоподібним відростком БЛЖ ширша у хворих на грижу ніж у здорових людей ($p < 0,05$).

У 82 (39,4%) хворих на ПГ на усіх рівнях дослідження була БЛЖ нормальної ширини. Діастаз ПМЖ різного ступеню, який проявлявся по всій довжині БЛЖ спостерігали у 48 (23,08%) хворих. У 78 (37,5%) пацієнтів –діастаз ПМЖ різного ступеню виявили лише на окремих рівнях дослідження. В межах норми розміри БЛЖ під мечоподібним відростком були у більшості (60,1%) обстежених. Діастаз ПМЖ I та II ступенів спостерігали у 36,5% та 3,4% обстежених. На рівні Івс БЛЖ розмірами в межах норми спостерігали у 41,8% осіб. Діастаз ПМЖ I, II і III ступенів виявили у 83 (39,9%), 24 (11,5%) та 14 (6,8%) хворих на ПГ, відповідно. БЛЖ розмірами в межах норми на рівні пупка мали лише 20,2%. Діастаз ПМЖ I та II ступенів (30,3% та 25,96% відповідно) виявили більше ніж у половини хворих. Діастаз ПМЖ III ступеня мали 21 (10,1%) хворих на ПГ.

Досліджуючи товщину ПМЖ і бічних м'язів ПБСЖ у хворих на ПГ та осіб без грижі спостерігали збільшення ($p < 0,05$) товщини ПМЖ в гіпогастрії, з найбільшим показником на рівні Івс ($1,27 \pm 0,43$ см). Показники товщини бічних м'язів живота коливались від $1,07 \pm 0,42$ см на рівні Івс до $1,19 \pm 0,48$ см на рівні пупка. Товщина бічних м'язів живота у хворих обох груп більша на рівні пупка ($p < 0,05$). Подібні ультрасонографічні показники в працях И.У. Лечиева [123].

БЛЖ на рівнях пупка і Івс за даними КТ у хворих на ПГ була ширшою ніж у здорових ($p < 0,05$). У пацієнтів основної групи на рівні пупка цей показник ($3,59 \pm 1,27$ см) достовірно більший ($p < 0,05$) ніж на інших рівнях.

При співвідношенні розмірів ГД і ширини БЛЖ спостерігали варіанти: у 28 (51,9%) пацієнтів ГД знаходився в межах БЛЖ, не перевищуючи 50% її ширини; у 15 (27,8%) пацієнтів ГД перевищував 50% ширини БЛЖ, але знахо-

дився в її межах, стінки його утворені апоневрозом БЛЖ; у 10 (18,5%) хворих спостерігали відповідність розмірів ГД ширині БЛЖ та часткове заходження його країв за її межі з одного або з обох боків; лише в 1 випадку спостерігали значний ГД, неправильної форми з вираженими явищами атрофії, стоншенням ПБСЖ.

При дослідженні ширини ПМЖ за допомогою КТ встановлено, що вони мають майже однакову ширину з обох боків. Мінімальні значення ширини ПМЖ складали 2,1 – 2,3 см. Максимальні значення – 9,98 см (зліва), 10,09 см (справа). Середня ширина ПМЖ на рівні пупка становила $6,66 \pm 1,58$.

Показники ширини БЛЖ, що одержані під час морфологічного дослідження здебільшого не відрізнялись достовірно від даних, отриманих за допомогою УЗД та КТ. Лише на рівні пупка у осіб без грижі встановлено менші показники, а у хворих на грижу на рівні Івс достовірно більші, ніж під час УЗД ($p < 0,05$). У хворих на грижу лише на рівні пупка при морфологічному дослідженні отримано менші показники, ніж за допомогою КТ. У літературі підтверджуються ці дані, деякі автори [37, 208, 211] стверджують, що розміри БЛЖ на рівні ПК незалежно від статі завжди більші, ніж на інших ділянках ПБСЖ і залежать від розмірів ПК. Подібні результати в свої роботах наводять Б.С. Суковатих, А.А. Нетяга (2006), А.В. Федосеев (2013) [30, 190, 208, 211]. Т.Ф. Лаврова також вважає, що є певні статеві особливості топографії ПБСЖ, які при інших рівних умовах сприяють виникненню гриж однієї локалізації у чоловіків, іншої – у жінок [119].

Показники товщини БЛЖ, отримані морфометрично були достовірно більшими, ніж ті, що отримані під час УЗД. Порівняння результатів морфологічного дослідження та КТ показали лише незначну відмінність в товщині БЛЖ на рівні Івс. Дані усіх методів дослідження свідчать, що БЛЖ в напрямку до гіпогарстрія стає вужчою та товстішою. Отже, УЗД і КТ реально ($p < 0,05$) відображають структуру ПБСЖ, проте УЗД не дає достовірних даних про товщину БЛЖ. На це в своїх працях вказують ряд дослідників [78, 143, 144, 231]. Значення ширини БЛЖ, отримані за допомогою УЗД, КТ та морфологічного дослідження майже однакові. БЛЖ у жінок достовірно ширша, ніж у чоловіків. У хворих на ПГ БЛЖ ширша і тонша, ніж у осіб без грижі.

Аналізуючи фенотипові прояви НДСТ, можна зазначити, що у хворих на ПГ, грижа є фенотиповим проявом НДСТ, інші прояви зустрічаються з різною частотою. Серед хворих на ПГ частіше спостерігали порушення моторної функції травного каналу (91,4%), порушення постави (87,02%), зниження тону м'язів живота (86,5%), плоскостопість (82,69%). Хоча дані літератури свідчать, що більшість осіб (72,1%), які мають НДСТ - астеніки [200], серед хворих на ПГ такої закономірності ми не виявили. Навпаки серед хворих на ПГ більше спостерігали осіб Бтс (64,9%) та Мтс (19,7%).

Зниження тону м'язів живота (83,7%) переважно спостерігали за наявності відвислого живота, діастазу ПМЖ. Плоскостопість виявлено у 82,7% хворих на ПГ. Ці дані абсолютно співпадають з даними О.С. Воловара (2013). Він вказує, що плоскостопість визначається у 82,1% пацієнтів із ДСТ [40].

Досить рідко серед усіх досліджуваних виявляли синдром голубих склер (10,6%). Зміни еластичності шкіри виявлені у 15 (7,2%) хворих на ПГ. А.В. Федосеев також не спостерігав у хворих на грижу підвищеної розтяжності шкіри та високого піднебіння. Згідно даних літератури, до найбільш частих (57%) фенотипових ознак НДСТ відносяться зміни скелета [209]. С.Г. Четверіков та співавтори (2010), досліджуючи НДСТ серед хворих на післяопераційну вентральну грижу, НДСТ виявили у 47,3% пацієнтів [233].

Фенотипові прояви НДСТ різного ступеня тяжкості були виявлені у всіх обстежених. Згідно з критеріями Т.Ю. Смольной (2003) найбільше було пацієнтів з ознаками НДСТ середнього СТ (51,4%), яка була у осіб з мезоморфним, ендоморфним та ендомезоморфним соматотипами. НДСТ тяжкого СТ мали переважно особи Бтс (18,28%). Часто у осіб з ознаками НДСТ середнього СТ спостерігали підвищену МТ (45,68%). Серед обстежених найбільше було хворих на ПГ, що мали НДСТ СТ тяжкості з ГД середніх розмірів. Розподіл хворих на ПГ за ступенями тяжкості НДСТ згідно з критеріями Мілковської-Дмітрієвої майже не відрізнявся від розподілу згідно з критеріями Т.Ю. Смольной.

На відміну від наших досліджень у Н.Н. Велигоцького (2010) [35] хворі на ПГ рівномірно розподілені між трьома СТ НДСТ. Цієї думки притримується і

Н.І. Берндик у своїх працях [21]. Результати, подібні до наших отримані А.В. Федосевим, який виявив грижозосіїв з НДСТ легкого і середнього СТ удвічі більше, ніж осіб без грижі, а НДСТ тяжкого СТ була – у хворих на грижу [205, 210].

Найбільше було пацієнтів з MASS-подібним фенотипом (63,5%), НДСТ з марфаноподібним і елерсоподібним фенотипами спостерігали у 15,9% і 23,1% хворих відповідно. В групі пацієнтів з великим ГД найбільше спостерігали жінок з MASS-подібним фенотипом (12,5%), найменше – чоловіків і жінок з марфано-подібним фенотипом (2,88%). Серед хворих з MASS-подібним фенотипом більшість склали жінки з надлишковою МТ (13,46%), Ож І (14,9%) та ІІІ ст. (12,98%) і чоловіки, що страждали на Ож І ст (6,25%).

Встановлено, що найбільше пацієнтів (46,2%) мало Бтс і MASS-подібний фенотип НДСТ. 13,47% хворих на ПГ Дтс мала марфаноподібний фенотип. Більшість хворих з ендоморфним, мезоморфним та ендомезоморфним соматотипами мали MASS-подібний фенотип НДСТ. В доступній літературі, ми не виявили даних про кількісний розподіл хворих на ПГ з різними фенотипами НДСТ.

Провідною скаргою у хворих під час госпіталізації є наявність випинання в ділянці пупка або по ходу БЛЖ. В окремих випадках (38), за наявності ГД малих розмірів випинання виявляли лише при фізичному навантаженні, під час огляду пацієнта в вертикальному положенні або в його положенні лежачи з припіднятим головним кінцем. Саме в такому положенні легко діагностувати діастаз ПМЖ. Особливу увагу звертали на стан ПБСЖ та ПД. Візуалізували локалізацію і розміри грижового випинання, зміну його розмірів під час напруження та кашлю. Вже при попередньому огляді виокремлювали пацієнтів з надмірною МТ, діастазом ПМЖ, з гігантськими ГД, фенотиповими проявами НДСТ тяжкого ступеня. При пальпаційному дослідженні звертали увагу на вправимість грижі, розміри грижових воріт та наявність або відсутність больових відчуттів в ділянці ГД.

БЛЖ обстежували по всій довжині, для вимірювання її ширини і виявлення додаткових ГД. З цією метою та для діагностики супутньої патології УЗД виконували усім хворим. Найчастіше (208) візуалізували ПГ. У 68 хворих ГД БЛЖ локалізувався вище пупка: у ПД (27) та епігастральній (41) ділянці. У 9 осіб

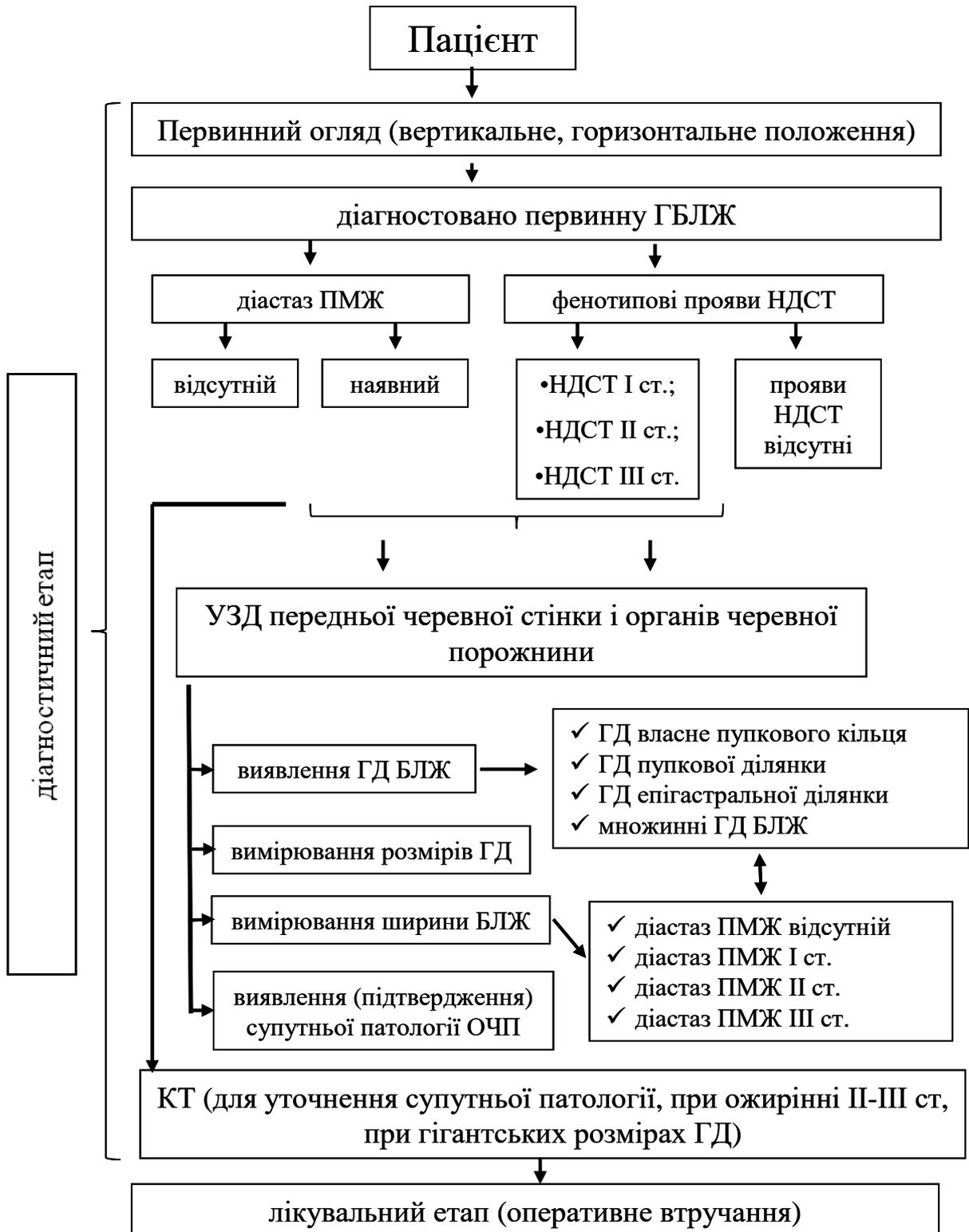
ПГ поєднувалася з ГБЛЖ, у 4 – виявили множинні ГД БЛЖ. Саме за допомогою УЗД у 6 пацієнтів окрім діагностованої при огляді ПГ виявлені ГБЛЖ. У 53 пацієнтів виявлено супутню ЖКХ, яка потребувала виконання симультанних оперативних втручань. На можливість за допомогою УЗД виявити додаткові ГД, які не були виявлені при пальпації, вказує Т.І. Тамм, така ж думка і у В.А. Шуляренко [192, 231]. А.В. Федосеев вказує, що у 40% хворих на ПГ є декілька ГД вище або нижче пупка [208].

Після проведення УЗД ПБСЖ та ЧП виокремлювали осіб, яким призначали КТ. Це були пацієнти з супутнім аліментарним Ож II-III ст., діастазом ПМЖ II-III ступеня (у яких виникали труднощі в дослідженні БЛЖ за допомогою УЗД). У цих пацієнтів КТ дозволяла до операції чітко визначити розміри ГД та БЛЖ, виявити додаткові ГД (1). Окрім цього КТ призначали пацієнтам для діагностики супутньої патології ОЧП. Н.С. Нікітаєв, подібно до наших досліджень вважає, що показом до КТ обстеження є великі грижі, особливо у хворих з надлишковою МТ, доопераційна КТ дає можливість виявити ряд супутніх захворювань [143].

Проведені нами дослідження вказали на необхідність, та дозволили розробити алгоритм діагностики первинної ГБЛЖ. На діагностичному етапі проводили суб'єктивне та об'єктивне обстеження, виконували УЗД та КТ (алгоритм № 1). Основною метою даного алгоритму було виявити у хворих чинники, які можуть спровокувати рецидив грижі. Окрім описаних в літературі [47] частих причин рецидивів грижі (серома, гематома, нагноєння післяопераційної рани, лігатурні нориці), такими чинниками є: діастаз ПМЖ, надмірна МТ, ГД великих і гігантських розмірів, множинні ГД БЛЖ, НДСТ тяжкого СТ [21, 71, 94, 113].

Певні труднощі виникають при лікуванні фіксованих (защемлених) ПГ або ГБЛЖ, коли великий за об'ємом вміст ГМ важко (неможливо) вправити в ЧП через відносно невеликий ГД. Неможливість вправлення грижового вмісту передбачає обов'язкове розширення ГД. У 18 пацієнтів розміри ГМ значно перевищували діаметр ГД. Під час операції вдавалися до розширення ГД по БЛЖ у 6 випадках. У 12 пацієнтів виконаний авторський спосіб розширення ГД (патент на корисну модель № 71375 UA).

АЛГОРИТМ № 1. Оптимізація діагностики хворих на первинну грижу білої лінії живота



Цей спосіб розширення полягає у виконанні 2 бічних різнонаправлених (каудально та краніально) розрізів ПП та ЗП піхв ПМЖ за необхідності з обох боків. При цьому розширенні не пошкоджуються м'язи, важливі кровоносні судини, не знижується міцність ПБСЖ, бо створюється перемінний доступ. А розводячи краї ЗП піхви ПМЖ і очеревини ми отримуємо лапаротомну рану достатніх розмірів для вправлення в ЧП грижового вмісту, а за необхідності – забезпечуємо достатній оперативний простір для можливої резекції защемленої нежиттєздатної петлі тонкої кишки, або виконання симультанної операції.

Авторський спосіб розширення не вимагає використання СІ більших розмірів, оскільки після вправлення вмісту ГМ або виконання певних маніпуляцій у черевній порожнині рану зашивали в зворотному порядку, і розміри ГД відновлювалися. При цьому використовували СІ більший за розміри ГД на 4-5 см. Виконання розширення ГД вздовж БЛЖ збільшувало розміри ГД, це призводило до збільшення розмірів СІ.

Методика цього розширення була відпрацьована та експериментально обґрунтована при проведенні морфологічної частини роботи (свідчення на раціпропозицію № 8 від 2012 р.). Встановлено, що ПМЖ можна відвести в бік за допомогою гачка Фарабефа майже на 2/3 його ширини. Отже, враховуючи результати попередніх морфологічних досліджень і КТ, можливо розширити ГД до розмірів БЛЖ (від 2 до 5,6 см) та ще на 4-5 см (при одnobічному розширенні) або приблизно на 8-10 см (при виконанні двобічного розширення). Загалом можна отримати герніолапаротомну рану достатніх розмірів для вправлення вмісту ГМ у ЧП або виконання симультанної операції. У доступній нам літературі ми не знайшли опису та порівняння методів розширення ГД ПП або ГБЛЖ.

Вибір способу пластики ГД проводили на основі даних, отриманих на діагностичному етапі. Об'єм оперативного втручання доводили до відома пацієнта та отримували згоду на проведення операції.

Автопластично ГД закритий 69 пацієнтам (група порівняння). Серед цих методів застосовували переважно методики Сапежко (18), Мейо (18), зашивання країв ГД встик вузловими лавсановими швами (28) та пошарове зашивання

герніолапаротомної рани (5). Ці методики застосовували переважно у хворих на вправиму ПГ з ГД розміром до 1 – 1,5 см, та лише в тих пацієнтів у яких окрім малого ГД був відсутній діастаз ПМЖ. У цих хворих використання СІ викликало певні труднощі в його По розташуванні і вимагало розширення ГД. Методи закриття ГД власними тканинами застосовували також у пацієнтів з нормальною МТ та з фенотиповими проявами НДСТ легкого ступеня, у хворих з супутньою патологією у занедбаних.

207 пацієнтам (основна група) ГД закритий з використанням СІ. Оптимальний спосіб Ал закриття ГД ПГ – розташування СІ sub lay. Алопластика ГД БЛЖ дозволяє уникнути рецидиву грижі і її застосовували при пластиці ГД БЛЖ та ПГ середніх і великих розмірів. Алопластично закривали ГД різних розмірів за наявності у хворих супутнього аліментарного Ож, фенотипових проявів НДСТ середнього та важкого ступенів. А також при встановленні на діагностичному етапі діастазу ПМЖ різних ступенів. В цих випадках слід розташувати СІ переважно По (168). Використовували СІ більший за ГД на 3-4 см. Цей метод пластики можна застосовувати для лікування хворих на ПГ або ГБЛЖ будь-якого розміру без діастазу ПМЖ або з навністю діастазу ПМЖ лише I ступеня. F.E. Muysoms et all (2011) вважає, що По розташування СІ слід широко застосовувати в практиці, цей метод дає хороші результати [284]. За думкою більшості інших авторів, розташування СІ способом sublay, а саме при По розташуванні, супроводжується кращими безпосередніми і віддаленими результатами [65, 284]. Н.М. Епишин вважає, що СІ повинен заступати за краї ГД на 2 см [75].

Розташування СІ По передбачає відділення очеревини від БЛЖ на 4-5 см від краю ГД. У випадках, коли очеревина рветься і не можливо забезпечити надійність відмежування СІ від внутрішніх органів (35) розташовували СІ в Рм просторі (патент на корисну модель № 71374 UA). При цьому після розкриття піхв ПМЖ слід чітко візуалізувати місця переходу ЗП піхв ПМЖ в БЛЖ. При створенні місця для СІ саме тут відсікали ЗП піхви ПМЖ від БЛЖ. Ретромускулярне розташування СІ застосовували також при діагностуванні у пацієнтів діастазу ПМЖ II-III ступеня. В.В. Паршиков (2012), G. Kubalak (2011), П.А. Яр-

цев (2010), А.В. Юрасов, А.Л. Шестаков (2006), також вважають найбільш фізіологічним Рм розташування протезу [221, 236, 237, 275]. За думкою авторів, цей спосіб технічно простіший, ніж спосіб По розташування СІ і дозволяє усунути не тільки ГБЛЖ, а й діастаз ПМЖ, який часто її супроводжує [45].

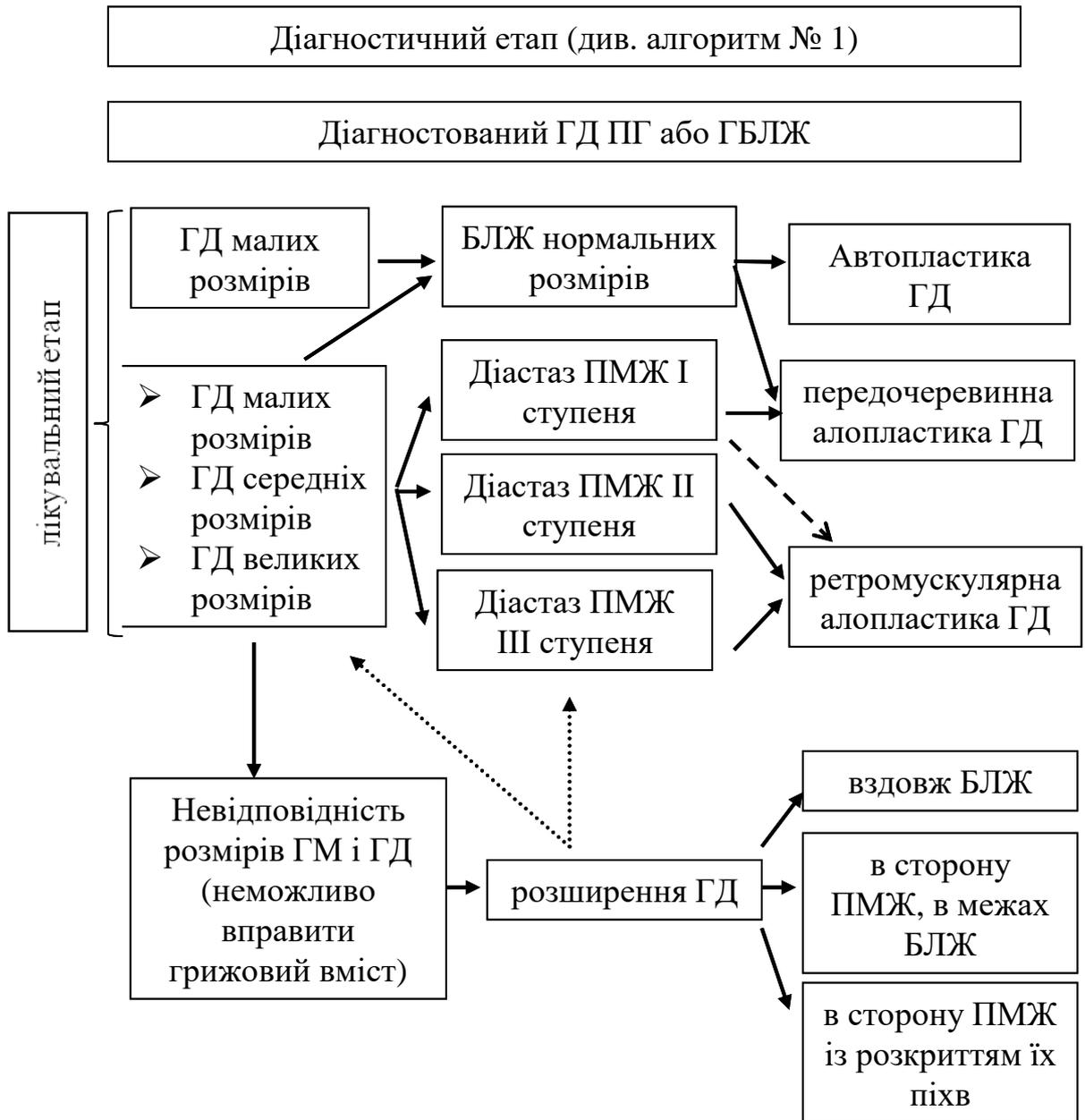
Для профілактики рецидиву грижі особливу увагу приділяли способам фіксації СІ. 52 хворим СІ фіксували 4-6 швами по периметру (тривалість операції становила $56,5 \pm 9,08$ хвилин). Розроблений нами спрощений метод фіксації СІ при По його розташуванні (73) полягає в накладанні 1 краніального шва фіксації, та підхоплення в шов СІ при зашиванні країв ГД встик (патент на корисну модель № 71377 UA). Тривалість операції при використанні даного способу $44,3 \pm 8,16$ хвилин. Отже, спрощений спосіб фіксації суттєво скорочує ($p < 0,05$) час проведення операції. Способам фіксації СІ автори приділяють багато уваги [5, 50, 51, 226, 235]. А.В. Федосеев (2013) СІ, розташований По фіксує 4 П-подібними швами, рецидиву грижі після такої фіксації автор не виявив [204]. С.Є. Подпряттов (2011) також рекомендує СІ фіксувати багатьма вузловими швами [267].

При поєднанні ГБЛЖ ПД з власне ПГ (9), а також при множинних ГБЛЖ (4) можлива одночасна пластика ГД СІ (патент на корисну модель № 72310 UA). Якщо відстань між цими ГД невелика (4-5 см) можлива пластика їх з одного доступу (патент на корисну модель № 72309 UA).

При поєднанні у хворих (53) первинної ГБЛЖ і хронічного калькульозного холециститу одночасно лікували обидва захворювання. Виконання симультанних оперативних втручань з приводу ЖКХ та первинної грижі не ускладнює перебіг в післяопераційний період, зменшує матеріальні витрати хворих. Досвід симультанного лікування ЖКХ та ПГ наводять багато авторів [76, 260].

Особливу увагу приділяли лікуванню хворих на гігантську первинну ГБЛЖ (8). Пластику такого ГД виконували з використанням СІ, розміщеного Рм. Небезпека (можливий розвиток компартмент-синдрому), виникає під час вправлення великого вмісту ГМ в ЧП. Профілактика компартмент синдрому у цих хворих передбачає доповнення Ал операцією О.М. Ramirez (2). А.А. Ботезату при великих ПГ і супутньому Ож також застосовує операцію О. Ramirez [28].

АЛГОРИТМ № 2. Оптимізація лікування хворих на первинну грижу білої лінії живота



Примітка: - - - ➤ - використання ретромулярної алопластики ГД при виникненні технічних труднощів в мобілізації очеревини;

.....➤ - після розширення ГД, вибір пластики базується на розмірах ГД та ширині БЛЖ.

Аналізуючі віддалені наслідки застосування різних способів закриття ГД у кожного конкретного хворого розроблений алгоритм лікування хворих на ПГ або ГБЛЖ (алгоритм 2). А.А. Ботезату (2012) опублікував власний алгоритм хірургічного лікування ПГ [29]. На відміну від нашого алгоритму автор не вказує на необхідність діагностичного етапу. Вибір способу закриття ГД подібно до нашого алгоритму А.А. Ботезату визначає залежно від розмірів ГД, наявності або відсутності діастазу ПМЖ, супутнього ожиріння. Однак автор в алгоритмі використовує лише Ав способи закриття ГД, і лише при великих і рецидивних ПГ з супутнім Ож III-IV ступеня вказує на необхідність операції О. Ramirez [28].

Серед ускладнень у хворих на ПГ основної групи спостерігали 2 інфільтрати (1,29%), 1 серому (0,65%) післяопераційної рани (у хворої з супутнім Ож), гематому ПБСЖ (0,65%) після По Ал ГД ПГ. У групі порівняння спостерігали 1 інфільтрат післяопераційної рани (1,89%), у 11 пацієнтів (15,94%) утворилась серома післяопераційної рани, у 1(1,89%) – нагноєння рани. Ускладнення були кореговані до виписки хворих зі стаціонару. Порівнюючи отримані результати з даними інших авторів, можна відмітити, що А.В. Юрасова (2013) при лікуванні ПГ вказує на такі ускладнення: серома (4,0%), раньова інфекція (1,15%), гематома (1,7%), кишкова непрохідність (1,15%) [238]. А.А. Ботезату вказує про серому післяопераційної рани (1,4%) та лігатурні нориці після Ав ГД ПГ (1,4%) [28].

Пацієнти оглянуті після операції в строк від пів року до 3 років. В 1 (1,89%) пацієнта після пластики ГД ПГ способом Сапезко через 6 місяців після операції виявлені лігатурні нориці. Після автопластичного закриття ГД рецидив виявлений у 8 хворих (15,09%) на ПГ і у 1 (6,25%) хворого на ГБЛЖ. Рецидив грижі після автопластикипластики ГД виник у пацієнта (1), якому виконували розширення ГД вздовж БЛЖ (з наступною пластикою по Сапезко), у хворих з супутнім аліментарним Ож (3), пацієнтів з ГД великих розмірів та діастазом ПМЖ II-III ст. (5). Усі хворі з виявленим рецидивом грижі мали фенотипові прояви НДСТ середнього (6) та тяжкого (3) ступеня тяжкості. Рецидиви грижі виявлені в строк до 1 року після операції. У 1 (0,65%) хворого на ПГ середніх розмірів з діастазом ПМЖ II ступеня після По Ал ГД через рік виявлений рецидив грижі.

В.В. Паршиков вказує на 1 рецидив грижі після Рм пластики ГД, виникнення якого автор пов'язує з міграцією СІ через неадекватно мобілізований Рм простір, вважає, що СІ, розташований Рм можна не фіксувати [156]. Е.Н. Любих та співавтори (2013) вказують на рецидив після лікування хворих на ПГ за методикою Сапежко в 1,4% [125]. Т.А. Мошкова аналізуючи віддалені результати після алопластик ГД ПГ рецидиву грижі не виявила [139]. В.В. Ждановский виявив 1,2% рецидиву при лікуванні ПГ з використанням системи PVP [80].

Вивчивши показники ЯЖ обстежених пацієнтів можна сказати, що ЯЖ у хворих на первинну ГБЛЖ після операції покращилась незалежно від пластики. Обидва компоненти здоров'я у хворих на ПГ, а також психологічний компонент здоров'я у хворих на ГБЛЖ обох груп впродовж усіх термінів анкетування були вищими ($p < 0,05$), ніж до операції.

Усі складові показники фізичного та психологічного компонентів здоров'я у хворих на ПГ та ГБЛЖ в основних групах вже через місяць після операції покращилися ($p < 0,05$) порівняно з доопераційними. У хворих на ПГ показники $RF_{ст}$, $BP_{ст}$, $VT_{ст}$, $SF_{ст}$, $RE_{ст}$ більші ($p < 0,05$) у пацієнтів основної групи впродовж усіх термінів анкетування. Така ж закономірність встановлена при аналізі $RF_{ст}$, $BP_{ст}$, $VT_{ст}$, $SF_{ст}$, $MH_{ст}$ серед хворих на ГБЛЖ. Серед хворих на ПГ групи порівняння більшість показників ЯЖ достовірно підвищились через місяць після операції. Але $RP_{ст}$, $GH_{ст}$, $SF_{ст}$ покращились ($p < 0,05$) лише через 1 рік після операції.

Невелике число авторів [152, 153, 189] вивчали ЯЖ після лікування ПГ та ГБЛЖ в структурі інших гриж ПБСЖ. Подібні з нашими результати отримали В.В. Паршиков, Т. Tollens et all, А.Л. Шестаков, які також стверджують, що наявність рецидиву грижі погіршує ЯЖ хворих [152, 229, 297]. В.В. Паршиков відмічає, що матеріал і структура СІ мають вплив лише на окремі параметри ЯЖ, але не на всі [176]. Б.С. Суковатих та А.А. Нетяги стверджують, що ендопротезування ПБСЖ дозволяє покращити ЯЖ хворих на ПГ та ГБЛЖ [84]. Подібні результати отримали і В.В. Паршиков та співавтори [288]. Р.А. Краснолобов та Н.В. Рухляда вважають, що спосіб пластики ПБСЖ не впливає на показники SF-36, але автори досліджували ЯЖ у хворих на післяопераційну вентральну грижу [117].

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі наведено теоретичне узагальнення та нове вирішення науково – практичного завдання, що полягає у встановленні антропометричних, морфологічних, діагностичних і клінічних параметрів хворих на первинну грижу білої лінії живота, можливості оптимізації їх доопераційної діагностики та хірургічного лікування.

1. Дослідження показали: первинну грижу білої лінії живота частіше виявляли у жінок брахіморфної статури, з трапецієподібною формою короткого тулуба, розвиненою грудною кліткою, чоловічою формою живота з його середнім вертикальним індексом; на грижу білої лінії живота частіше хворіють особи з мезоморфним (35,3%), ектомезоморфним (32,4%) та ендоморфним (29,4%) соматотипами, пупкову грижу частіше виявляли у хворих з ендоморфним (33,2%), мезоморфним (34,6%) та ендомезоморфним (29,3%) соматотипами. Не мали пупкову грижу ектоморфи та ектомезоморфи, а грижу білої лінії живота – ектоморфи, ендомезоморфи і ектоендоморфи.

2. При морфологічному дослідженні апоневрозу білої лінії живота у хворих на первинну грижу білої лінії живота виявили ознаки дезорганізації сполучної тканини у вигляді ділянок мукоїдного і фібриноїдного набухання, інфільтратів з лімфоцитів, гістіоцитів, плазматичних клітин. В осіб з грижою кількість колагенових волокон білої лінії живота менша ($p < 0,05$) ніж у людей без грижі, в той же час їх діаметр зі збільшенням ширини білої лінії живота зменшується в ділянці пупка ($p < 0,05$). Кількість еластичних волокон в білій лінії живота, незалежно від її типу, зростає каудально ($p < 0,05$).

3. Дані отримані під час дослідження передньої черевної стінки свідчать, що ультразвукове дослідження і комп'ютерна томографія вірогідно відображають структуру передньої черевної стінки, що доведено ($p < 0,05$) морфологічно, однак ультразвукове дослідження не дає вірогідних даних про товщину білої лінії живота ($p > 0,05$). Ці методи дослідження дозволяють дослідити білу лінію живота, впродовж усієї її довжини, грижовий дефект та виявити скриті грижові

дефекти. Біла лінія живота у хворих на грижу ширша і тонша, ніж у осіб без грижі ($p < 0,05$).

4. Дослідження фенотипових проявів недиференційованої дисплазії сполучної тканини показало, що грижа є безперечним фенотиповим її проявом, а інші фенотипові прояви виявляються з різною частотою. Серед хворих на грижу переважав MASS-подібний фенотип (65,5%) недиференційованої дисплазії сполучної тканини, а середній ступінь її тяжкості спостерігали у 51,4% цих хворих мезоморфного (19,7%), ендоморфного (16,8%) і ендомезоморфного (12,95%) соматотипу.

5. Розроблений та експериментально відпрацьований спосіб розширення грижового дефекту білої лінії живота створює достатній операційний доступ, дає можливість вільно вправити вміст грижового мішка в черевну порожнину, не зменшує міцність передньої черевної стінки, бо є перемінним. Спосіб спрощеної фіксації сіткового імплантату не впливає на кількість рецидиву грижі, проте скорочує тривалість операції ($p < 0,05$).

6. Створений алгоритм лікування хворих на первинну грижу білої лінії живота забезпечує оптимізацію їх обстеження і лікування. Алгоритм діагностики первинної грижі білої лінії живота дозволяє виявити і врахувати фактори, які можуть спричинити певні незручності для хірурга в проведенні операції. Алгоритм лікування хворих на первинну грижу білої лінії живота дозволяє індивідуально підібрати спосіб закриття грижового дефекту і уникнути рецидиву грижі.

7. Порівняльний аналіз результатів проведеного нами опитування, щодо якості життя хворих на первинну грижу білої лінії живота до та після операції з урахуванням методу лікування показав поступове вірогідне покращання фізичного і психологічного компонентів якості життя ($p < 0,05$).

а. У хворих на пупкову грижу після алопластики показник фізичного і психологічного компонентів здоров'я відповідно був вірогідно ($p < 0,05$) кращим в 6 міс, 1, 3 роки і 6 міс, 1, 2 та 3 роки ніж у пацієнтів після автопластики; у хворих на грижу білої лінії живота пролікованих алопластично ці показники відповідно були кращими в 6 міс, 1, 2 роки і 6 міс, 2, 3 роки ніж у пацієнтів пролікованих автопластично ($p < 0,05$).

б. При застосуванні алопластики грижового дефекту первинної грижі білої лінії живота лише показники «Фізичне функціонування», «Інтенсивність болю», «Життєва активність» та «Соціальне функціонування» у хворих вірогідно ($p < 0,05$) кращі впродовж усього опитування (1 міс – 3 роки).

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПРАКТИЧНОГО ВИКОРИСТАННЯ ОДЕРЖАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

Запобігання виникненню рецидиву первинної ГБЛЖ складається з комплексу перед- та інтраопераційних заходів. При огляді хворих до операції виокремлюються пацієнти з надмірною МТ, наявністю діастаза ПМЖ, гігантськими ГД, фенотиповими проявами НДСТ середнього та тяжкого ступеня. Діастаз ПМЖ визначається при огляді хворого в положенні на спині з наступним припідніманням головного кінця тіла без допомоги рук, у подальшому – за допомогою апаратних методів дослідження. УЗД слід призначати усім хворим на первинну ГБЛЖ. Метод дозволяє дослідити БЛЖ до операції упродовж усієї довжини: виміряти ширину БЛЖ (класифікувати діастаз ПМЖ, якщо він має місце), визначити точні розміри ГД, виявити скриті ГД (які не завжди можна діагностувати при огляді), можливу супутню патологію ОЧП. КТ необхідно призначати пацієнтам з супутнім алиментарним ожирінням II-III ст., діастазом ПМЖ II-III ступеня (у яких є певні труднощі в дослідженні БЛЖ під час УЗД). КТ дає змогу точно визначити розміри ГД та БЛЖ, діагностувати супутню патологію ОЧП.

При виникненні труднощів у вправленні грижового вмісту в черевну порожнину через відносно невеликий ГД, є обов'язковим розширення ГД. При розширенні слід виконувати 2 бічних різнонаправлених (каудально та краніально) розрізи передньої та задньої пластинок піхв ПМЖ. Розроблений спосіб розширення ГД БЛЖ створює достатній оперативний простір, дає можливість вільно вправити вміст грижового мішка в черевну порожнину, не зменшує міцність ПБСЖ, бо є перемінним доступом.

У хворих на первинну вправиму ГБЛЖ з ГД малих розмірів і за відсутності діастаза ПМЖ, з нормальною МТ та фенотиповими проявами НДСТ легкого ступеня можливе застосування автопластичних методів закриття ГД. ГД малих, середніх та великих розмірів у хворих без діастаза ПМЖ або при діастазі ПМЖ I ступеня необхідно закривати алопластично, з передочеревинним розташуванням СІ. Спосіб передбачає збереження цілісності очеревини (для надійного відмежування СІ від органів черевної порожнини) та заходження країв СІ за краї ГД на 4-5 см і медіальні краї ПМЖ на 1-2 см. У хворих на первинну ГБЛЖ з ГД незалежно від розмірів та наявності діастазі ПМЖ II-III ступеня слід застосовувати алопластичне закриття ГД з розташуванням СІ ретромускулярно. Також цей метод розташування необхідно використовувати при пошкодженні парієтальної очеревини.

Спрощений спосіб фіксації СІ при передочеревинному його розташуванні, який полягає у накладанні краніального шва фіксації, та підхопленні в шов СІ при зашиванні країв ГД, суттєво скорочує ($p < 0,05$) час операції, не дає рецидиву грижі.

Пластику гігантського ГД слід виконувати з допомогою СІ, розміщеного в ретромускулярному просторі. Профілактика компартмент синдрому у цих хворих передбачає доповнення алопластики ГД операцією О.М. Ramirez за Я.П. Фелештинським.

При поєднанні ГБЛЖ пупкової ділянки з власне ПГ можлива одночасна пластика їх ГД одним СІ, який повинен заходити на 4-5 см в сторони від більшого за розмірами ГД та краніально від ГД БЛЖ, і на 4-5 см нижче від нижнього краю ГД ПГ.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аббакулова Л.Н. Клинические формы дисплазии соединительной ткани у детей: Учебное пособие. – СПб.: ГПМА, 2006. – 35 с.
2. Абдулаев Э.Г. Использование полипропиленового сетчатого эндопротеза при лечении больных с грыжами передней брюшной стенки / Э.Г. Абдулаев, М.Ю. Суханов, В.В. Федеко и др. // Эндоскопическая хирургия. – 2003. – № 5. – С. 60-61.
3. Аболмасов А.В. Клеевая фиксация сетчатых протезов в лапароскопической хирургии паховых грыж / А.В. Аболмасов // Актуальные вопросы герниологии: мат. конф. – Москва, 2013. – С. 12-13.
4. Абрамов В.А. Новый способ профилактики и лечения грыж белой линии живота / В.А. Абрамов, А.С. Мухин, Б.А. Бровкин и др. // Герниология. – 2005. – № 3(7). – С. 7.
5. Аверьянов М.Ю. Результаты хирургического лечения грыж передней брюшной стенки с применением аутопластических методов и сетчатых эксплантатов / М.Ю. Аверьянов, В.Н. Горохов // Герниология. – 2006. - № 3(11). – С. 7.
6. Айдемиров А.Н. Клинико-морфологические особенности соединительной ткани у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами / А.Н. Айдемиров, А.Н. Абадян, А.К. Машурова и др. // Актуальные вопросы герниологии: мат. конф. – Москва, 2013. – С. 15-16.
7. Алибегов Р.А. Интраперитонеальная атензионная пластика в лечении пупочных грыж / Р.А. Алибегов, С.С. Мелконян // Актуальные вопросы герниологии: мат. конф. – Москва, 2013. – С. 16-19.
8. Алиев К.К. Анализ осложнений после грыжесечения / К.К. Алиев, С.Ю. Сафаров, Н.Н. Магомедов и др. // Герниология. – 2005. - № 3(7). – С. 7.
9. Амирджанова В.Н. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования «Мираж» / В.Н. Амирджанова, Д.В. Горячев, Н.И. Коршунов и др. // Научно-практическая ревматология. – 2008. – № 1. – С. 36-48.

10. Андрійчук В.М. Порівняльна характеристика соматометричних параметрів тіла чоловіків першого зрілого періоду, мешканців різних природно-географічних зон України / В.М. Андрійчук, Р.А. Бондарчук // Матеріали V з'їзду анатомів, гістологів, ембріологів і топографів України. – Вінниця, 2010. – С. 3.
11. Андрющенко В.П. Мікро- та субмікроструктурні зміни тканин передньої черевної стінки як чинник вибору методу герніопластики післяопераційних вентральних гриж / В.П. Андрющенко, Ю.В. Бісярін, М.І. Кушнірчук // Львівський клінічний вісник. – 2013. – № 2 (2). – С. 32-36.
12. Андрющенко В.П. Особливості хірургічного лікування післяопераційних вентральних та пупкових гриж зі збереженням косметичного ефекту втручання шляхом формування нового пупка / В.П. Андрющенко, М.І. Кушнірчук // Хірургія України. – 2009. – № 2. – С. 50-54.
13. Андрющенко В.П. Спосіб профілактики післяопераційних ускладнень алогерніопластики передньої черевної стінки / В.П. Андрющенко, М.І. Кушнірчук // Хірургія України. – 2009. – № 2. – С.51-55.
14. Андрющенко В.П. Структурні зміни тканин передньої черевної стінки, як чинник визначення методу герніопластики післяопераційних вентральних гриж / В.П. Андрющенко, Ю.В. Бісярін, М.І. Кушнірчук / Хірургія України. – 2011. – № 3 (39), додаток № 1. – С. 3 – 5.
15. Ахмедов Н.И. Роль неспецифической дисплазии соединительной ткани в образовании послеоперационных грыж и рецидивных грыж брюшной стенки / Н.И. Ахмедов // Клінічна хірургія. – 2011. – № 4. – С. 28-30.
16. Бабаев А.А. Опыт использования сетчатых эндопротезов при герниопластике / А.А. Бабаев, А.Н. Чикин, Н.А. Дядькин и др. // Герниология. – 2006. – № 1. – С. 7 – 8.
17. Байсиєв А.Х. Сравнительный анализ течения раннего послеоперационного периода у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами после различных способов ненатяжной герниопластики / А.Х. Байсиєв, В.В. Давыденко, А.С. Лапшин и др. // Вестн. хирургии. – 2014. – Т. 173, № 3. – С. 24-27.

18. Беков Д.Б. Индивидуальная анатомическая изменчивость органов, систем и формы тела человека / Д.Б. Беков. – Київ: Здоровье, 1988. – 223 с.
19. Білай А. Оцінка якості життя пацієнтів з пахвинними грижами на підставі опитувальника EuroHS-QoL / А. Білай, А. Клименко, І. Русанов // Матеріали XVIII міжнародного конгресу молодих вчених. – Тернопіль, 2014. – С. 50.
20. Білий В.Я. Оцінка ефективності формування сполучнотканинного каркаса в залежності від топографічного розташування алотрансплантату / В.Я. Білий, Р.В. Гибало / Вісник Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. – 2010. – Т. 14, № 1. – С. 23-24.
21. Білянський Л.С. Особливості хірургічного лікування гігантських дефектів черевної стінки у хворих з масивною втратою м'язових опірних структур / Л.С. Білянський, С.В. Косюхно, А.В. Перехрестенко // Львівський медичний часопис. – 2009. – Т. 15, №3. – С. 54-57.
22. Білянський Л.С. Патогенетичне обґрунтування корекції колагенової недостатності у хворих на грижову хворобу / Л.С. Білянський, О.В. Свисенко, Д.С. Мялковський // Вісник Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. – 2013. – Т. 17, № 2. – С. 327-332.
23. Білянський Л.С. Хірургічна тактика у хворих з гігантськими дефектами черевної стінки / Л.С. Білянський, І.М. Тодуров, С.В. Косюхно та ін. // Український журнал хірургії. – 2011. – № 2(11). – С. 19-24.
24. Бобровська О.А. Характеристика антропометричних розмірів, що визначають варіабельність параметрів центральної гемодинаміки у хлопчиків екто-мезоморфного соматотипу / О.А. Боровська // Матеріали IV міжнародних Пироговських читань. – Вінниця, 2010. – С. 14-15.
25. Бойко В.В. Современные подходы к лечению грыж / В.В. Бойко, Г.Д. Доценко, Д.Г. Доценко // Харківська хірургічна школа. – 2013. - № 1(58). – С. 102-104.
26. Бондарев Р.В. Значение ультразвукового исследования при выборе способа герниопластики послеоперационных вентральных грыж / Р.В. Бондарев, В.И. Бондарев, А.Л. Чибисов и др. // Хірургія України. – 2011. – № 3(39), додаток № 1. – С. 12-14.

27. Борисова И.Ю. Оценка частоты рецидивов после операций грыжесечения в зависимости от индивидуальных особенностей соединительной ткани пациентов / И.Ю. Борисова, Л.Е. Славин, Р.Р. Алиуллова и др. // Актуальные вопросы герниологии: мат. конф. – Москва, 2013. – С. 25-26.
28. Ботезату А.А. Алгоритм хирургического лечения пупочных грыж / А.А. Ботезату // Вестник СПбГУ. – 2012. – Сер. 11. – Вып. 1. – С. 98-105.
29. Брунець О.В. Алопластика черевної стінки пацієнтів з серединними грижами / О.В. Брунець, Я.І. Клецко // Львівський медичний часопис. – 2009. – Т. 15, №3. – С. 101-103.
30. Валуйская Н.М. Показания к превентивному эндопротезированию брюшной стенки во время операции на органах брюшной полости / Н.М. Валуйская, Б.С. Суковатых, А.А. Нетяга и др. // Герниология. – 2005. - №3 (7). – С. 11.
31. Вансович В.Є. Застосування системи C-QURTM V-PATCH під час преперитонеальної алопластики з приводу малих та середніх пупкових гриж / В.Є. Вансович, Ю.М. Котік, П.В. Строганов та ін. // Клін. хірургія. – 2015. – № 15. – С. 15-16.
32. Василенко Л.И. Модификация способа герньоластики по Мэйо / Л.И. Василенко, Ю.Н. Виноградов, А.И. Кобин // Укр. журнал хірургії – 2009. – № 5. – С.27-28.
33. Велигоцкий Н.Н. Комбинированная реконструктивная герньоластика по поводу малой и средней грыжи брюшной стенки / Н.Н. Велигоцкий, Е.В. Комарчук, А.Н. Велигоцкий // Клінічна хірургія. – 2013. – № 5. – С. 24-27.
34. Велигоцкий Н.Н. Роль синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани у пациентов с грижами передней брюшной стенки / Н.Н. Велигоцкий, Е.В. Комарчук, В.В. Комарчук та ін. // Матеріали IV міжнародних Пироговських читань. – Вінниця, 2010. – С. 66.
35. Височанський О.В. Моделювання, за допомогою регресійного аналізу, нормативних показників дикротичного та діастолічного індексу стегна у здорових міських підлітків різних соматотипів в залежності від особливостей

будови тіла / О.В. Височанський, І.В. Сергета, І.В. Гунас // Biomedical and biosocial anthropology. – 2011. - № 17. – С. 46-49.

36. Власов В.В. Антропометричне дослідження хворих на пахвинну грижу / В.В. Власов, І.В. Бабій // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2012. – Т.11, № 4. – С. 81–85.

37. Власов В.В. Особливості анатомії передньо-бічної стінки живота і профілактика післяопераційної грижі / В.В. Власов, Ю.Т. Ахтемійчук // Клінічна хірургія. – 2003. - № 11. – С. 10.

38. Власов В.В. Оценка качества жизни у пациентов после хирургического лечения паховой грыжи / В.В. Власов, А.И. Суходоля, А.А. Грешило и др. // Вестник герниологии: сборник научных статей. – Москва, 2008. – Вып. 3. – С. 42 – 47.

39. Вовчук О.М. Особливості зв'язків показників зовнішнього дихання з антропо-соматометричними параметрами тіла підлітків різних соматотипів / О.М. Вовчук // Матеріали IV Пироговських читань. – Вінниця, 2010. – С. 15-16.

40. Воловар О.С. Фенотипові ознаки дисплазії сполучної тканини у пацієнтів із захворюванням скронево-нижньощелепного суглоба / О.С. Воловар // Український медичний часопис. – 2013. - № 2(94). – С. 188-192.

41. Воровський О.О. Небезпечні ситуації при виконанні лапароскопічної герніопластики / О.О. Вороський // Шпитальна хірургія. – 2013. - № 1. – С. 78-80.

42. Воровський О.О. Симультанна лапароскопічна герніопластика при лапароскопічних втручаннях на органах черевної порожнини у хворих похилого та старечого віку / О.О. Воровський, А.М. Базяк // Хірургія України. – 2011. – № 3(39). – С. 21-23.

43. Вороновський О.О. Вибір методу оперативного лікування гриж передньої черевної стінки у людей похилого віку / О.О. Вороновський, Ф.Ф. Верещагін, Я.В. Карий та ін. // Шпитальна хірургія. – 2005. - № 1. – С. 153-157.

44. Галич С.П. Вплив абдомінопластики на внутрішньо-черевний тиск / С.П. Галич, Є.В. Симулик // Клінічна хірургія. – 2014. – № 8. – С. 59-61.

45. Гнатюк Т.Н. Особенности физического развития юношей-первокурсников / Т.Н. Гнатюк // Физическое воспитание студентов. – 2011. - № 1. – С. 37-39.

46. Годлевський А.І. Вимірювання компресії тканин всередині вузлового шва / А.І. Годлевський, Т.В. Форманук, В.В. Будяк // Вісник Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. – 2010. – № 14(1). – С. 186-189.
47. Годлевський А.І. Інвазивний метод профілактики гнійних ускладнень під час виконання втручань з приводу післяопераційної та рецидивної грижі / А.І. Годлевський, А.В. Даценко // Клінічна хірургія. – 2003. - № 11. – С. 44-45.
48. Годлевський А.І. Профілактика ендовульварних ускладнень при алопластиці вентральних гриж / А.І. Годлевський, Т.В. Форманчук // Шпитальна хірургія. – 2009. - № 1. – С. 32-35.
49. Годлевський А.І. Хірургічне лікування грижі черевної стінки / А.І. Годлевський, Т.В. Форманчук, М.А. Гудзь та ін. // Клінічна хірургія – 2006. – № 11-12. – С. 13-14.
50. Гончар М.Г. Лікування грижі передньої черевної стінки з використанням поліпропіленової сітки / М.Г. Гончар, Л.І. Дмитрієв, І.В. Мельник та ін. // Клінічна хірургія. – 2003. - № 11. – С. 12-13.
51. Гостищев В.К. Новые возможности профилактики послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии / В.К. Гостищев, М.Д. Дибиров, Н.Н. Хачатрян // Хирургия им. Н.И. Пирогова. – 2011. – № 5. – С. 56-60.
52. Грешило О.О. Антропометричне дослідження хворих на пахвинну грижу / О.О. Грешило, В.В. Власов // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2010. – Т.9, № 2. – С. 111-114.
53. Григоренко А.П. Особливості імунітокінового гомеостазу у жінок з пролапсом тазових органів / А.П. Григоренко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2006. - № 6. – С. 76-79.
54. Григорьев С.Г. Новое и старое в проблеме обработки грыжевого мешка при паховых, пупочных и послеоперационных вентральных грыжах / С.Г. Григорьев, Е.П. Кривошеков, Т.С. Григорьева // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2011. – Т. 4, № 2. – С. 264-268.
55. Григорьев С.Г. Особенности внутрибрюшинного эндопротезирования пупочных и послеоперационных вентральных грыж / С.Г. Григорьев, Е.П. Криво-

щекон, Т.С. Григорьева и др. // Саратовский научно-практический медицинский журнал. – 2012. – Т. 8, № 1. – С. 141-145.

56. Григорюк А.А. Структура апоневротических тканей передней брюшной стенки человека в норме / А.А. Григорюк, Ю.А. Кравцов // Современные проблемы науки и образования. – 2008. – № 6. – С. 51.

57. Грубник В.В. Лапараскопические герниопластики вентральных гриж / В.В. Грубник, Р.С. Парфентьев, Аскеров Элмар и др. // Вісник Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. – 2010. - № 14 (1). – С. 95-100.

58. Грубник В.В. Лапараскопические операции при вентральных грижах / В.В. Грубник, Р.С. Парфентьев, К.О. Воротынцева // Хірургія України. – 2009. – №3. – С. 110-115.

59. Грубник В.В. Нові методи лапараскопічної герніопластики вентральных гриж / В.В. Грубник, Р.С. Парфентьев, Аскеров Элмар та ін. // Шпитальна хірургія. – 2011. – № 1. – С. 61-63.

60. Грубник В.В. Пластика вентральных гриж з відновленням функції м'язів черевної стінки / В.В. Грубник, Р.С. Парфентьев, Н.Д. Венгерс // Львівський медичний часопис. – 2009. – Т. 15, № 3. – С. 112-115.

61. Грубник В.В. Перспективні методи лікування вентральных гриж / В.В. Грубник, Р.С. Парфентьев, С.Аскеров та ін. // Львівський медичний часопис. – 2009. – Т. 15, № 3. – С. 47-49.

62. Гунас І.В. Соматотип та компонентний склад маси тіла у здорових та хворих на хронічні вірусні гепатити «В» або «С» міських чоловіків і жінок Поділля / І.В. Гунас, А.Г. Дугельський, С.В. Прокопенко та ін. // Вісник морфології. – 2009. – № 15(2). – С. 391-396.

63. Даценко Б.М. Особенности аллогерниопластики послеоперационных вентральных грыж в первично инфицированных тканях / Б.М. Даценко, Е.В. Кутепова, А.П. Захарчук // Международный медицинский журнал. – 2006. – № 4. – С. 76-81.

64. Даценко Г.В. Моделювання індивідуальних показників реоенцефалограми в здорових міських дівчат Поділля енто-мезоморфного соматотипу в залежності

від особливостей будови й розмірів тіла / Г.В. Даценко // Вісник морфології. – 2011. – № 17(2). – С. 333-338.

65. Деметрашвили З.М. Лечение послеоперационных вентральных грыж / З.М. Деметрашвили, Р.Д. Магалашвили, Г.В. Лобжанидзе та ін. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2008. - № 11. – С. 44-46.

66. Демідов В.М. Профілактика лімфореї у хворих після алопластики грижі передньої черевної стінки / В.М. Демідов, С.М. Демідов, А.В. Левитський та ін. // Клінічна хірургія. – 2003. - № 11. – С. 15.

67. Дженг Ш. Дисплазия соединительной ткани как причина развития рецидива паховой грыжи / Ш. Дженг, С.Р. Добровольский // Хирургия. – 2014. - № 9. – С. 61-63.

68. Дорох Н.Н. Лечение грыж живота с использованием сетчатых имплантатов / Н.Н. Дорох, С.В. Новиков // Герниология. – 2006. - № 3(11) – С. 14-15.

69. Егиев В.Н. Атлас оперативной хирургии грыж / В.Н. Егиев, К.В. Лядов, П.К. Воскресенский. - М.: ИД Медпрактика –М., 2003. – 228 с.

70. Егиев В.Н. Взаимодействие полипропиновых эндопротезов с тканями передней брюшной стенке / В.Н.Егиев, Д.В.Чижов, Н.В.Филаткина // Герниология. – 2005. – № 2(6). – С. 41-48.

71. Егиев В.Н. Герниопластика без натяжения тканей в лечении послеоперационных вентральных грыж / В.Н. Егиев, М.Н. Рудакова, М.В. Сватковский // Хирургия. – 2000. - № 6. – С. 18-22.

72. Егиев В.Н. Первый опыт функциональной оценки брюшной стенки у больных до и после аллопластики вентральных грыж / В.Н. Егиев, В.К. Лядов, В.Т. Закруа // Герниология. – 2011 - № 1. – С. 15.

73. Егиев В.Н. Сравнительная оценка материалов для внутрибрюшинной пластики вентральных грыж: экспериментальное исследование / В.Н. Егиев, В.К. Лядов, С.Ю. Богомазова // Хирургия. – 2010. – № 10. – С. 36-41.

74. Егиев В.Н. Сравнительная оценка степени фиксации фибробластов на синтетических эндопротезах, используемых для пластики дефектов передней брюшной стенки / В.Н. Егиев, В.К. Сологуб // Герниология. – 2006. - № 2. – С. 37-41.

75. Епишен Н.Н. Операции по поводу пупочной грыжи из мини доступа / Н.Н. Епишен / Герниология. – 2005. – №3(7). – С. 16.
76. Ермильчев А.А. Технические особенности выполнения лапароскопической холецистэктомии при наличии пупочной грыжи / А.А. Ермильчев, В.В. Кравченко, Г.А. Попенко // Клін. хірургія – 2004. – № 2. – С. 8-10.
77. Ермолов А.С. О понятиях и терминах в современной герниологии: что следует уточнить? / А.С. Ермолов // Герниология.–2006. - № 3(11) – С. 18-19.
78. Ермолов А.С. Рентгенокомпьютерная герниоабдоминопластика – метод оценки состояния брюшной стенки и параметром послеоперационной грыжи живота / А.С. Ермолов, Ю.В. Варшавский, В.К. Горчакови и др. // Герниология. – 2006. - № 3(11) – С. 17-18.
79. Єршова І.Б. Особливості соматотипу та антропометричні показники у дітей в залежності від віку та інтелектуального розвитку / І.Б. Єршова, Л.М. Осичнюк, Г.О. Мочалова // Современная педиатрия. – 2011. - № 1(35). – С. 92-94.
80. Ждановский В.В. Амбулаторное лечение женщин с грыжами брюшной стенки / В.В. Ждановский, М.Д. Глухих // Актуальные вопросы герниологии: мат. конф. – Москва, 2013. – С. 47-49.
81. Жебровский В.В. Прогнозирование и профилактика послеоперационных осложнений при большой грыже брюшной стенки / В.В. Жебровский, М.С. Салах Ахмед // Клінічна хірургія. – 2003. – № 11. – С. 18.
82. Жебровский В.В. Ранние послеоперационные сердечно-сосудистые и легочно-плевральные осложнения в хирургии грыж живота / В.В. Жебровский, О.Ю. Гербали, И.В. Каминский // Хірургія України – 2011. – № 3(39), додаток № 1. – С. 48-51.
83. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота и эвентраций / В.В. Жебровский, М.Т. Альбашир. – Симферополь: Бизнес-Информ, 2002. – 438 с.
84. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота / В.В. Жебровский. – М.: Медицинское информационное агентство, 2005. – 381с.
85. Жебровський В.В. Досвід лікування гриж передньої черевної стінки у людей похилого та старечого віку / В.В. Жебровський, С.Г. Гривенко, Ф.М. Ільченко та ін. // Шпитальна хірургія. – 2007. – № 3. – С. 84-86.

86. Жуков Б.Н. Оптимизация хирургического лечения больных с ущемленной грыжей брюшной стенки / Б.Н. Жуков, С.А. Быстров, Е.В. Шестаков // Хирургия. – 2014. – № 8. – С. 67-70.
87. Жученко О.П. Комплексний метод лікування післяопераційних ран / О.П. Жученко, М.Д. Желіба // Вісник Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. – 2010. – № 14(1). – С. 209-212.
88. Жученко О.П. Ультразвукове дослідження післяопераційних ран при різних способах зашивання черевної стінки / О.П. Жученко, М.Д. Желіба // Шпитальна хірургія. – 2013. – № 2. – С. 72-74.
89. Загиров У.З. Анатомо-функциональное обоснование нового способа комбинированной пластики срединных вентральных грыж / У.З. Загиров, М.А. Салихов, У.М. Исаев // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2008. – №7. – С. 41-42.
90. Зайнутдинов А.М. Лапароскопическая герниопластика и качество жизни больных с использованием различных сеток / А.М. Зайнутдинов, Р.Ю. Якубов // Актуальные вопросы герниологии: мат. конф. – Москва, 2013. – С. 53-54.
91. Запорожченко Б.С. Применения симультанных операций в хирургии / Б.С. Запорожченко, В.И. Шишлов // Клінічна хірургія. – 1998. - № 12. – С. 10-12.
92. Иванов И.С. Критерии прогнозирования грыжевой болезни / И.С. Иванов, В.А. Лазаренко, В.А. Иванов и др. // Актуальные вопросы герниологии: мат. конф. – Москва, 2013. – С. 61-63.
93. Ильченко Ф.Н. Особенности спектра коллагенов на ранних стадиях формирования кожного патологического рубца / Ф.Н. Ильченко, Ю.Г. Барановский, Е.Ю. Шаповалова и др. // Матеріали наук.-практ. конф. – Вінниця, 2010. – С. 185-186.
94. Ильченко Ф.Н. Факторы риска возникновения и профилактика раневых осложнений при использовании имплантатов в хирургическом лечении послеоперационной грыжи передней брюшной стенки / Ф.Н. Ильченко, В.В. Пузако // Клінічна хірургія. – 2005. - № 11-12. – С. 76.
95. Инструкция по обработке данных, полученных с помощью опросника SF-36. Институт клинико-фармакологических исследований [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.evidence-cpr.com/question/sf-36_guidelines.pdf.

96. Иоффе А.Ю. Лапароскопическая интраабдоминальная герниопластика как операция выбора при лечении паховой грыжи / Клін. хірургія. – 2012. – №1. – С. 26-29.
97. Исаков Ю.Ф. Абдоминальная хирургия у детей. Руководство / Ю.Ф. Исаков, Э.А. Степанов, Т.В. Ирановская // М.: Медицина, 1988. – 466 с.
98. Іваниця А.О. Аналіз регресійних моделей показників гемодинаміки гомінки у здорових юнаків і дівчат Поділля побудованих в залежності від антропометричних параметрів тіла / А.О. Іваниця // Вісн. морфології. – 2011. – Т.17, №3.– С. 616-620.
99. Ільченко Ф.Н. Профілактика ранових ускладнень алогерніопластики / Ф.Н. Ільченко, Д.Ф. Кругляцов, Н.Н. Деркач // Клін. хірургія. – 2010. - № 11-12. – С. 22.
100. Иоффе О.Ю. Лапароскопичне шунтування шлунка як операція вибору у хворих при мор бідному ожирінні та супутньому метаболічному синдромі / О.Ю. Иоффе, Ю.П. Цюра, О.С. Стеценко та ін. // Клін. хірургія. – 2013. - № 11. – С. 17-20.
101. Иоффе О.Ю. Оцінка післяопераційного больового синдрому при різних видах герніопластики пупкових гриж / О.Ю. Иоффе, Т.В. Тарасюк, І.М. Швець та ін. // Хірургія України. – 2014. - № 3. – С. 67-70.
102. Иоффе О.Ю. Формування пупка при лапароскопічній герніопластиці за методикою ПРОМ з приводу неускладнених пупкових гриж / О.Ю. Иоффе, О.П. Стеценко, Т.В. Тарасюк та ін. // Хірургія України. – 2013. - № 3. – С. 51-54.
103. Иоффе О.Ю. Хірургічні методи лікування хворих на аліментарно-конституційне ожиріння / О.Ю. Иоффе, Т.В. Тарасюк, О.П. Стеценко // Клінічна хірургія. – 2011. - № 12. – С. 39-43.
104. Кадурина Т.И. Дисплазия соединительной ткани. Руководство для врачей / Т.И. Кадурина, В.Н. Горбунова. – СПб.: Элби-СПб., 2009. – 704 с.
105. Кадурина Т.И. Наследственные коллагенопатии (клиника, диагностика, лечение, диспансеризация) / Т.И. Кадурина. – СПб.: Элби-СПб., 2000. – 271 с.

106. Каніковський О.Є. Вибір методу лікування післяопераційних і рецидивних гриж залежно від динаміки показників внутрішньочеревного тиску і сили натягу м'язово-апоневротичних структур черевної стінки / О.Є. Каніковський, І.В. Павлик та ін. // Хірургія України. – 2011. - № 3(39), додаток № 1. – С. 51.

107. Каніковський О.Є. Порівняльний аналіз різних способів алопластики післяопераційних вентральних гриж / О.Є. Каніковський, О.І. Гуменюк, О.П. Феджага и др. // Матеріали наук.-прак. конф. – Вінниця, 2010. – С. 195.

108. Кателях О.В. Особливості лікування операційної рани у пацієнтів з ожирінням / О.В. Кателях, С.Д. Хіміч // Клін. хірургія. – 2005. - № 11-12. – С. 31.

109. Каштальян М.А. Использование биоматериала политетрафторэтилен в ходе лапароскопической аллогерниопластики вентральных грыж / М.А. Каштальян, В.Ю. Шаповалов // Хірургія України. – 2011. - № 3(39). – С. 59.

110. Клиорин А.И. Школы конституциологии / А.И. Клиорин, В.П. Чтецов. – СПб.: Элби-СПб., 1979. – 97 с.

111. Ковальчук О.Л. Досвід оперативного лікування хворих жовчно-кам'яною хворобою та грижами передньої черевної стінки / О.Л. Ковальчук, Ф.О. Генеральчук, В.Й. Штримайтіс та ін. // Шпитальна хірургія. – 2004. - № 3. – С.89-90.

112. Козак И.А. Грыжа белой линии и живота у больных с осложненной постбульбарной дуоденальной язвой / И.А. Козак, В.В. Власов, А.И. Суходоля и др. // Герниология. – 2006. - № 3(11) – С. 24-25.

113. Колесников С.А. Альтернатива в клинической и лечебной систематизации вентральных грыж / С.А. Колесников, Д.Г. Петренко, А.А. Копылови др. // Герниология. – 2006. – № 4. - С. 39-42.

114. Костюк А. Л. Клініко-антропологічне прогнозування, профілактика та лікування невиношування вагітності : дис. канд. мед. наук : 14.01.01 / Костюк А. Л. – Вінниця, 2002. – 162 с.

115. Костюк Г.Я. Пластика глубокого стегнового кольца з передньої стінки піхви прямого м'яза живота / Г.Я. Костюк, Д.В. Цигалко, В.Ф. Цигалко та ін. // Львівський медичний часопис. – 2009. – Т. 15, № 3. – С. 10-12.

116. Кравцов Ю.А. Морфологические изменения в структуре апоневроза при различной патологии передней брюшной стенки / Ю.А. Кравцов, А.А. Григорюк // Вопросы морфологии XXI века. – 2011. – № 2. – С. 163-164.

117. Краснолобов Р.А. Дифференцированная хирургическая тактика при малых и средних послеоперационных вентральных грыжах и качество жизни пациентов / Р.А. Краснолобов, Н.В. Рухляда // Герниология. – 2006. – № 3(11) – С. 26.

118. Куликовский В.С. Обоснование променения сетчатых эндопротезов с наноразмерным алмазоподобным углеродным покрытием в хирургии грыж живота / В.С. Куликовский, А.В. Солошенко // Хирургия. – 2015. – № 3. – С. 61-64.

119. Лаврова Т.Ф. Клиническая анатомия и грыжи передней брюшной стенки / Т.Ф. Лаврова // М. – Медицина, 1979. – 104 с.

120. Лазарев С.М. Биомеханические свойства ткани белой линии живота, компьютерное моделирование в герникологии / С.М. Лазарев, П.И. Бегун, Д.К. Бага и др. // Герниология. – 2006. – № 3(11) – С. 27-28.

121. Лазарев С.М. Взгляд на хирургическое лечение грыж белой линии живота с учетом её биомеханических свойств / С.М. Лазарев, Д.К. Бага // Вестн. хирургии. – 2009. – С. 41 – 44.

122. Лебезев В.М. Герниопластики у больных с портальной гипертензией и асцитом / В.М. Лебезев, Р.В. Чуб // Герниология. – 2006. – № 3(11) – С. 28.

123. Лечиев И.У. Пути улучшения результатов хирургического лечения пупочных грыж в сочетании с диастазом прямых мышц живота : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.01 "хирургия" / Лечиев И. У. – Астрахань, 2013. – 22 с.

124. Лучкевич В.С. Основы медицинской статистики / В.С. Лучкевич, И.Л. Самодова, Г.М. Пивоварова и др. // СПб. Изд-во СЗГМУ, 2014. – 32 с.

125. Любых Е.Н. Концепция функциональной герниопластики в лечении грыж брюшной стенки / Е.Н. Любых, Э.Г. Быков, Г.И. Зимарин и др. // Герниология. – 2008. – № 2. – С. 3-6.

126. Лядов В.К. Ранние результаты внутрибрюшинной аллопластики при первичных вентральных грыжах / В.К. Лядов, Д.Р. Пашаева / Герниология. – 2011. – № 1. – С. 28-29.
127. Максименков А.Н. Хирургическая анатомия живота / А.Н. Максименков // Л.: Медицина, 1972. – 688 с.
128. Мамчич В.И. Vмеждународный конгресс герниологов / В.И. Мамчич // Хірургія України. – 2012. – № 4. – С. 119-123.
129. Мартиросов Е.Г. Технология и методы определения состава тела человека / Е.Г. Мартиросов, Д.В. Ніколаєв. – М.: Наука, 2006. – 244 с.
130. Мельник І.В. Експериментальна модель комплексного лікування флегмони грижевого мішка з приміненням алопластики / І.В. Мельник, О.В. Пиптюк, М.І. Мельник та ін. // Український журнал хірургії. – 2011. – № 4(13). – С. 194-197.
131. Мельник І.В. Застосування поліпропіленового ендопротезу при пластиці защемлених вентральних гриж / І.В. Мельник, М.Г. Гончар, О.В. Пиптюк // Львівський медичний часопис. – 2009. – Т. 15, № 3. – С. 35-36.
132. Милиця К.М. Реконструктивно-відновлювальні операції на передній черевній стінці при синдромі недиференційованої дисплазії сполучної тканини : дис. канд. мед. наук : 14.01.01 / Милиця К. М. – Запоріжжя, 2009. – 258 с.
133. Миминошвили О.И. Осложнения хирургического лечения грыж передней брюшной стенки с использованием сетчатого трансплантата / О.И. Миминошвили, С.В. Ярощак, Е.П. Корлагин и др. // Хірургія України. – 2011. – № 3(39). – С. 73-75.
134. Мишоян М.Р. Актуальные аспекты современной герниологии / М.Р. Мишоян, А.Г. Хитарьян, С.А. Ковалёв // Герниология. – 2011. – № 1. – С. 31.
135. Мішалов В.Г. Анатомічні особливості передньої черевної стінки / В.Г. Мішалов, В.В. Храпач, О.В. Балабан та ін. // Клін. хірургія. – 2003. – № 11. – С. 25-26.
136. Міщенко В.В. Профілактика абдомінального компартмент синдрому при хірургічному лікуванні післяопераційних вентральних гриж / В.В. Міщенко, П.І. Пустовойт // Львівський медичний часопис. – 2009. – Т. 15, № 3. – С. 69-71.

137. Модин И.В. Применение миниинвазивной хирургической пластики у больных по поводу пупочной грыжи / И.В. Модин, А.А. Баулин, В.А. Баулин // Клінічна хірургія. – 2013. - № 4. – С. 37-39.

138. Мосиенко Н.И. Лечение грыж живота в амбулаторных условиях / Н.И. Мосиенко, С.С. Наумов, Р.Х. Магомадов и др. // Российский медицинский журнал. – 2005. – № 6. – С. 12-15.

139. Мошкова Т.А. Аллопластика вентральных и пупочных грыж с малыми размерами грыжевых ворот / Т.А. Мошкова // Вестн. хирургии. – 2008. – Т. 165, № 5. – С. 48-50.

140. Мошкова Т.А. Оценка способов размещения полипропиленовых сеток при аллопластике вентральных грыж / Т.А. Мошкова, С.В. Васильев, В.В. Олейник и др. // Вестн. хирургии. – 2007. – Т. 166, № 2. – С. 78-81.

141. Насиров Н.Я. Анализ отдаленных результатов симультанной герноалло-а абдоминопластики у больных с послеоперационными вентральными грыжами и ожирением / Н.Я. Насиров, Т.П. Джамалова, С.Г. Джамалов и др. // Хирургия. – 2015. - № 2. – С. 70-74.

142. Нетяга А.А. Эндопротезирование брюшной стенки в лечении и профилактике наружных грыж живота / А.А. Нетяга, А.И. Бежин / Матеріали IV міжнародних Пироговських читань. – Вінниця, 2010. – С. 57-58.

143. Никитаев Н.С. КТ диагностика грыж брюшной стенки / Н.С. Никитаев, Г.Г. Кармазановский, Б.Ш. Гогия и др. // Герниология. – 2005. - № 3(7). – С. 37-38.

144. Никитаев Н.С. Спиральная компьютерная томографическая диагностика грыж и послеоперационная оценка состояния передней брюшной стенки / Н.С. Никитаев, Г.Г. Кармазановский // Герниология. – 2006. – № 1. – С. 28-30.

145. Никитюк Б.А. Анатомия и спортивная морфология / Б.А. Никитюк, А.А. Гладышева. – М.:Физкультура и спорт, 1997. – 176 с.

146. Никитюк Б.А. Биотехнологические и валеологические аспекты анатомии человека / Б.А. Никитюк. – Винница-Москва, Физкультура и спорт, 1997. – 198 с.

147. Никитюк Б.А. Новая техника соматотипирования / Б.А. Никитюк, А.И. Козлов // Новости спортивной и медицинской антропологии. – №. 3. – С. 121-141.

148. Никитюк Б.А. Теория и практика интегративной антропологии / Б.А. Никитюк, В.М. Мороз, Д.Б. Никитюк. – Киев: Здоров'я, 1998. – 303 с.
149. Ничитайло М.Ю. Симультанні лапароскопічні операції з приводу жовчнокам'яної хвороби та грижі передньої черевної стінки / М.Ю. Ничитайло, М.С. Загрічук, І.І. Булик та ін. // Клінічна хірургія. – 2013. – № 5. – С. 21-23.
150. Ничитайло М.Ю. Симультанні операції в лапароскопічній хірургії / М.Ю. Ничитайло, М.С. Загрічук // Клінічна хірургія. – 2010. – №.11-12. – С. 87.
151. Ороховский В.И. Основные грыжесечения / В.И. Ороховский. – Донецк: Китис, 2000. – 236 с.
152. Паршиков В.В. Качество жизни пациентов после герниопластики / В.В. Паршиков, В.В. Петров, Р.В. Романов и др. // Медицинский альманах. – 2009. - № 1(6). – С. 100-103.
153. Паршиков В.В. Качество жизни после протезирующей пластики / В.В. Паршиков, А.И. Ротков, Е.А. Дектерев и др. // Актуальные вопросы герниологии: мат. конф. – Москва, 2013. – С. 114-115.
154. Паршиков В.В. Ненатяжная пластика в хирургии грыж брюшной стенки / В.В. Паршиков, А.М. Медведев, А.А. Самсонов и др. // Вестн. хирургии. – 2010. – Т. 169, № 5. – С. 74-79.
155. Паршиков В.В. Ретромускулярная пластика брюшной стенки синтетическими эндопротезами по поводу гриж / В.В. Паршиков, В.А. Ходак, В.В. Петров // Вестн. экспериментальной и клин. хирургии. – 2012. – Т. 5, № 1. – С. 213-218.
156. Паршиков В.В. Следует ли фиксировать сетку швами в ходе ретромускулярной пластики? / В.В. Паршиков, В.А. Ходак, А.А. Самсонов // Актуальные вопросы герниологии: мат. конф. – Москва, 2013. – С. 118-119.
157. Паршиков В.В. Экспериментально-клиническое обоснование применения эндопротезов из реперена для пластики брюшной стенки / В.В. Паршиков, Р.В. Романов, В.П. Градусов и др. // Вестн. хирургии – 2010. – Т. 169, № 4. – С. 26-30.
158. Пеев Б.И. Лечение диастаза прямых мышц живота / Б.И. Пеев, А.В. Леонов, Е.П. Яковцов и др. // Харківська хірургічна школа.–2011.- № 5(50). – С. 115-116.

159. Петренко Д.Г. Оценка современных способов герниопластики у пациентов с большими и гигантскими грыжами живота / Д.Г. Петренко, В.А. Сипливый, Г.Д. Петренкои др. // Клінічна хірургія. – 2008. - № 11-12. – С. 62-63.
160. Петров Д.Ю. Дифференцированный подход к выбору метода аллогерниопластики / Д.Ю. Петров, А.И. Ковалев, А.В. Смирнов и др. // Актуальные вопросы герниологии: мат. конф. – Москва, 2013. – С. 119-121.
161. Петрушенко В.В. Преперитонеальна алогерніопластика у відкритому та лапароскопічному варіантах. Переваги та недоліки / В.В. Петрушенко, М.І. Тутченко, С.М. Піотрович та ін. // Вісник Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. – 2011. – № 15(1). – С. 183-186.
162. Петрушенко В.В. Характеристика ускладнень алопластики грижових воріт в залежності від використаних методик / В.В. Петрушенко, Я.М. Пашинський, В.С. Собко // Вісник Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. – 2010. - № 14(1). – С. 137-139.
163. Пиптюк О.В. Пластика грижі живота на фоні спайкової хвороби з ознаками защемлення і непрохідності кишечника / О.В. Пиптюк, І.В. Мельник, В.А. Решетило // Клінічна хірургія. – 2008. - № 11-12. – С. 63-64.
164. Подпрятков С.Є. Найбільш ефективно лікування серединних гриж живота / С.Є. Подпрятков, В.В. Іваха, А.Б. Токунов // Хірургія України. – 2011. - № 3 (39), додаток № 1. – С. 102-103.
165. Польовий В.П. Грижі живота / В.П. Польовий, Р.І. Сидорчук, В.В. Власов // Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 300 с.
166. Протасов А.В. Оперативное лечение больных ventральных грыж с одновременной абдоминопластикой / А.В. Протасов, А.А. Кутин, Д.Ю. Богданов // Герниология. – 2006. – № 3(11) – С. 34-35.
167. Протасов А.В. Особенности классификации грыж в современной хирургии (обзор дитературы) / А.В. Протасов, О.В. Бадма-Горяев, В.А. Мацак и др. // Эндоскопическая хирургия. – 2007. – № 4. – С. 49-52.
168. Протасов А.В. Практические аспекты современных герниопластик / А.В. Протасов, Д.Ю. Богданов, Р.Х. Магомадов. – М.: РУСАКИ. – 2011. – 207 с.

169. Пушкин С.Ю. Методы обследования больных с грыжей и контроля за течением раневого процесса / С.Ю. Пушкин, В.И. Белоконев // Герниология. – 2008. – № 2. – С. 29-31.

170. Пушкин С.Ю. Результаты лечения больных срединной вентральной грыжей с применением синтетических эндопротезов / С.Ю. Пушкин, В.И. Белоконев // Хирургия им. Н.И. Пирогова. – 2010. – № 6. – С. 43-45.

171. Романов Р.В. Современное состояние проблемы интраперитонеальной пластики брюшной стенки синтетическими эндопротезами / Р.В. Романов, А.А. Федаев, В.В. Петров и др. // СТМ. – 2012. - № 4. – С. 161-170.

172. Русин В.І. Профілактика гнійних ускладнень після грижосічення з використанням синтетичних сітчастих матеріалів / В.І. Русин, Ю.Ю. Переста, К.Є. Румянцев та ін. // Клінічна хірургія. – 2005. - № 11-12. - С. 95.

173. Рустамов Э.Г. Выбор синтетического протеза и способа его фиксации при лапароскопической пластике передней брюшной стенки по поводу грыжи // Э.Г. Рустамов. – Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2010. – № 8(76). – С. 76-79.

174. Саенко В.Ф. Актуальные проблемы современной герниологии / В.Ф. Саенко, Л.С. Белянский // Клінічна хірургія. – 2003. - № 11. – С. 3-5.

175. Саенко В.Ф. Выбор метода лечения грыжи брюшной стенки / В.Ф. Саенко, Л.С. Белянский, Н.В. Манойло // Клінічна хірургія. – 2002. - № 1. – С. 5-9.

176. Саенко В.Ф. Современные направления открытой пластики грыжи брюшной стенки / В.Ф. Саенко, Л.С. Белянский, Н.Н. Манойло // Клінічна хірургія. – 2001. - № 6. - С. 59-63.

177. Самойлов А.В. Опыт работы городского герниологического центра / А.В. Самойлов, Н.А. Овчарников // Герниология. – 2006. – № 2. – С. 17-20.

178. Самойлов А.В. Осложнения протезирующей вентропластики / А.В. Самойлов // Герниология. – 2006. – № 3(11) – С. 36-37.

179. Самойлов А.В. Протезирующая вентропластика в onlay технике / А.В. Самойлов, А.М. Овчарников // Герниология. – 2006. – № 2. – С. 11-13.

180. Сарафанюк Л.А. Сомато-вісцеометрична характеристика акробаток і дівчаток, які не займаються спортом : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. біол. наук : спец. 03.00.14 "антропология" / Сарафанюк Л. А. – Тернопіль, 1999. – 18 с.

181. Сахаутдинов В.Г. Хирургическое лечение пупочных грыж у взрослых / Сахаутдинов В.Г., М.В. Тимербулатов, Д.И. Междиев и др. // Клиническая и экспериментальная хирургия. Электронный научно-практический журнал. – 2014. – <http://jecs.ru/view/423.html>.

182. Сербул М.М. Лапароскопические методы хирургического лечения грыж брюшной стенки / М.М. Сербул, Ф.Н. Ильченко, А. Моханта // Харківська хірургічна школа. – 2011. - № 2 (47). – С. 147-148.

183. Сидорченко К.М. Врахування соматотипу школярів при корегуванні їх здоров'я в процесі фізичного виховання / К.М. Сидоренко // Проблеми фізичного виховання і спорту. – 2010. - № 8. – С. 77-79.

184. Славин Д.А. Первый опыт лапароскопической герниопластики с брюшной имплантацией композитной сетки Proceed (Этикон) / Д.А. Славин, Л.Е. Славин, А.Л. Чугунок // Герниология. – 2006. - № 3(11) – С. 38.

185. Славин Л.Е. Интраперитонеальная пластика вентральных грыж / Л.Е. Славин, А.Э. Замалеев, Р.Т. Зимагулов и др. // Герниология.–2011.–№1.– С. 39-40.

186. Смирнова А.В. Аллогерниопластика с использованием безфиксационного импланта ParieteneTM ProgridTM / А.В. Смирнова, А.В. Протасов, Н.Ю. Шухтин и др. // Известия Тульского гос. университета. – 2011. – Вып. 1. – С. 265-272.

187. Смирнова М.Ю. Недифференцированные дисплазии соединительной ткани и их значение в акушерско-гинекологической практике (обзор литературы) / Смирнова М.Ю., Строев Ю.И., Нианури Д.А. // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2006. – сер. 11. – вып. 4. – С. 95-104.

188. Ступин В.А. Особенности соединительной ткани у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами / В.А. Ступин, Э.Т. Джафаров, А.В. Черняков и др. // Российский медицинский журнал. – 2009. - № 4. – С. 17-20.

189. Суковатых Б.С. Качество жизни больных после хирургического лечения лечения наиболее часто встречающихся гриж передней брюшной стенки / Б.С. Суковатых, А.А. Нетяга, Н.М. Валуйская // Герниология.–2006. - №3(11) – С. 40-41.

190. Суковатых Б.С. Превентивная пластика брюшной стенки эндопротезом «Эсфил» при операциях на органах брюшной полости / Б.С. Суковатых, А.А. Нетяга, Н.М. Валуйская // Вестник хирургии. – 2006. – Том 165. - № 3. – С. 61-66.

191. Суковатых Б.С. Профилактика послеоперационных вентральных грыж при помощи полипропиленового эндопротеза / Б.С. Суковатых, Н.М. Валуйская, А.А. Нетяга и др. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2007. - № 9. – С. 46-50.

192. Тамм Т.І. Алогерніопластика при хірургічному лікуванні защемлених гриж передньої черевної стінки / Т.І. Тамм, Б.М. Даценко, С.Г. Беловта ін. // Львівський медичний часопис. – 2009. – Т. 15, №3. – С. 37-38.

193. Тарасов С.Л. Причины и структура послеоперационных осложнений у больных после аллопластики / С.Л. Тарасов, Д.В. Зайцев, А.Э. Халимов и др. // Герниология. – 2011. - № 1. – С. 42 – 43.

194. Тарасова Н.К. Современные подходы к хирургическому лечению больных диастазами прямых мышц живота / Н.К. Тарасова, С.М. Дыньков, А.Ю. Тетерин и др. // Актуальные вопросы герниологии: мат. конф. – Москва, 2013. – С. 146-148.

195. Тарасюк С.А. Роль антропометричних досліджень в оцінці фізичного статусу матері і дитини / С.В. Тарасюк // Biomedical and biosocial anthropology. – 2014. – № 22. – С. 50-53.

196. Теплий В.В. Комплексне ультразвукове обстеження передньої черевної стінки при плануванні хірургічної корекції косметичних дефектів тулуба / В.В. Теплий, Р.А. Сидоренко// Медицина транспорту України. – 2012. – № 4. – С. 10-18.

197. Трабука А.В. Безнатяжная пластика обширных и гигантских вентральных гриж / А.В. Трабука, А.В. Протасов, Ф.К. Хачмамук и др. // Герниология. – 2006. – № 1. – С. 40.

198. Трунин М.А. Ущемленные грыжи, перитониты / М.А. Трунин // С-пб.: ЛСГМИ, 1989. – 48 с.
199. Тутченко М.І. Оцінка результатів алогерніопластики в залежності від місця імплантації сітчастого протезу / М.І. Тутченко, С.М. Піотрович, О.В. Васильчук та ін. // Матеріали IV міжнародних пироговських читань. – Вінниця, 2010. - С. 182-183.
200. Упырев А.В. Ультразвуковой мониторинг протезированной брюшной стенки в раннем послеоперационном периоде и тактика хирурга / А.В. Упырев, Е.Л. Молозина, Д.М. Верещагин и др. // Герниология.– 2006. - № 3(11) – С. 43-44.
201. Федоров И.В. Безшовная герниопластика при вентральных грыжах (международное исследование) / И.В. Федоров, Л.Е. Славин, А.В. Почнев и др. // Герниология. – 2006. - № 3(11) – С. 45-46.
202. Федоров И.В. Отдалённые результаты неотложной хирургии гриж живота: до и после внедрения протезирования / И.В. Федоров, А.В. Воронин, А.В. Кочнев и др. // Герниология. – 2006. - № 3(11) – С. 45.
203. Федорчук О.Т. Оптимізація алогерніопластик при грижах різної локалізації / О.Т. Федорчук, Б.Л. Шевчук // Шпитальна хірургія. – 2011. – № 1. – С. 88-89.
204. Федосеев А.В. Косметические методики лечения больных с попучными грыжами малых и средних размеров / А.В. Федосеев, С.С. Авдеев, С.Ю. Муравьев и др. // Актуальные вопросы герниологии: мат. конф. – Москва, 2013. – С. 161-163.
205. Федосеев А.В. Магнийзависимая диспластическая теория грыжеобразования: совпадение или реальность? / А.В. Федосеев, С.Ю. Муравьев // Актуальные вопросы герниологии: мат. конф. – Москва, 2013. – С. 163-165.
206. Федосеев А.В. На пути к бесшовной фиксации в герниологии / А.В. Федосеев, С.Ю. Муравьев, С.С. Авдеев // Актуальные вопросы герниологии: мат. конф. – Москва, 2013. – С. 165-167.
207. Федосеев А.В. Оценка факторов, влияющих на выбор оперативного вмешательства у больных с грыжами передней брюшной стенки / А.В. Федосеев,

С.Ю. Муравьев, А.С. Инютин и др. // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2011. – Т. 5, № 2. – С. 269-273.

208. Федосеев А.В. Пупочные грыжи и патогенетическое обоснование выбора метода их коррекции / А.В. Федосеев, С.Ю. Муравьев, С.С. Авдеев и др. // Анналы хирургии. – 2013. - № 6. – С. 5-10.

209. Федосеев А.В. Роль дисплазии соединительной ткани в этиопатогенезе грыжевой болезни / А.В. Федосеев, Д.С. Пуяшов, С.Ю. Муравьев // Российский медико-биологический вестник им. И.П. Павлова. – 2008. – № 2. – С. 63-66.

210. Федосеев А.В. Фактор раневого процесса в хирургической тактике лечения больных с вентральными грижами / А.В. Федосеев, С.Ю. Муравьев, А.А. Елманов и др. / Герниология. – 2011. – № 1. – С. 47.

211. Федосеев А.В. Функциональные механизмы белой линии живота и их роль в патогенезе вентральных грыж / А.В. Федосеев, С.Ю. Муравьев, С.С. Авдеев и др. // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2013. – № 4. – С. 154-161.

212. Фелештинський Я.П. Вибір способу алопластики при хірургічному лікуванні пупкових гриж / Я.П. Фелештинський, В.В. Сміщук, В.В. Преподобний та ін. / Хірургія України. – 2011. - № 3(39), додаток № 1. – С. 146-147.

213. Фелештинський Я.П. Комплексне хірургічне лікування защемлених гриж передньої черевної стінки / Я.П. Фелештинський, І.В. Мельник // Хірургія України. – 2011. – № 3(39), додаток № 1. – С. 109-110.

214. Фелештинський Я.П. Особливості хірургічного лікування та профілактики нориць після алогерніопластики / Я. П. Фелештинський, В.Ф. Ватаманюк, С.А. Свиридовський та ін. // Клінічна хірургія. – 2010. – № 11-12. – С.45.

215. Фелештинський Я.П. Сучасні способи хірургічного лікування після операційних гриж живота / Я.П. Фелештинський // Здоров`я Укр. – 2012. – С. 24-27.

216. Фишман М.Б. Вентральные грыжи, перспективы современного лечения / М.Б. Фишман, С.Н. Бурнос, Л. Лантсберг и др. // Герниология. – 2005. – № 3(7). – С. 6.

217. Форманчук Т.В. Оптимізація методики ушивання апоневрозу при пластиці грижових воріт / Т.В. Форманчук, А.І. Годлевський // Вісник Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. – 2007. – № 11(2/2). – С. 735-737.

218. Фурманов Ю.А. Опыт применения в хирургии синтетических материалов и их преобразование в организме / Ю.А. Фурманов, И.М. Савицкая // Клінічна хірургія. – 2010. – № 6. – С. 5-8.

219. Хегглин Ю. Хирургическое обследование / Ю.Хегглин // М. – Медицина. – 1991. – 463 с.

220. Хитарьян А.Г. Протезирование передней брюшной стенки в хирургии вентральных гриж / А.Г. Хитарьян, Х.И. Эль-Сахли, М.Р. Мишоян и др. // Эндо-скопическая хирургия. – 2003. – № 6. – С. 20-25.

221. Хубутія М.Ш. Использование биологического имплантата при герниопластике / М.Ш. Хубутія, П.А. Ярцев, М.Л. Рогаль // Хирургия им. Н.И. Пирогова. – 2011. – № 4. – С. 9-12.

222. Черепаха О.Л. Моделювання нормативних показників реовазограми гомілки у підлітків різних соматотипів в залежності від особливостей будови тіла на підставі використання статистичних моделей / О.Л. Черепаха, І.В. Сергета, В.Т. Жуковський // Вісник морфології. – 2011. – № 17(2). – С. 323-327.

223. Четверіков С.Г. Дисплазія сполучної тканини та реабілітація хворих, оперованих з приводу післяопераційної грижі черевної стінки / С.Г. Четверіков, Ю.В. Єрьомін, В.Ю. Вододюк // Клінічна хірургія. – 2010. – №.11-12. – С.58.

224. Четверіков С.Г. Раціональне ведення хворих після операції з приводу грижі черевної стінки з використанням композитних алотрансплантатів / С.Г. Четверіков, М.А. Каштальян, В.Ю. Вододюк та ін. // Клінічна Хірургія – 2009. – № 9. – С. 10-13.

225. Чиньба О.В. Профілактика ускладнень з боку післяопераційної рани після алогерніопластики / О.В. Чиньба, В.Г. Яцентюк, В.О. Дубенець / Львівський медичний часопис. – 2009. – Т. 15, № 3. – С. 32-34.

226. Шамин В.П. Этиология, профилактика, лечение раневых осложнений после герниопластики / В.П. Шамин, А.А. Баулин, Н.А. Ивачёва и др. // Герниология. -2011. – № 1. – С. 48-49.
227. Шапаренко П.П. Антропометрия / П.П. Шапаренко. – Вінниця. –2000. – 69 с.
228. Шапринський В.О. Визначення соматотипу у пацієнтів з ранньою післяопераційною спайковою хворобою очеревини. / В.О. Шапринський, О.І. Гладченко // Клінічна хірургія. – 2004. – № 11-12. – С. 107-108.
229. Шестаков А.Л. Отдаленные результаты протезирующих герниопластик у больных со срединными грыжами живота / А.Л. Шестаков, И.Я. Иванчик, Е.В. Царенко // Хірургія України. – 2011. – № 3(39), додаток № 1. – С. 150-151.
230. Шиляев Р.Р. Дисплазия соединительной ткани и ее связь с патологией внутренних органов у детей и взрослых / Р.Р. Шиляев, С.Н. Шальнова // Вопросы современной педиатрии. – 2003. – Т. 2, № 5. – С. 61-67.
231. Шуляренко В.А. Використання ультразвукового дослідження і комп'ютерної томографії в діагностиці та виборі методу лікування складних післяопераційних гриж черевної стінки / В.А. Шуляренко, Т.Ю. Пилипенко, В.В. Преподобний та ін. // Клінічна хірургія. – 2009. – № 3. – С. 34-38.
232. Шуляренко В.А. Профілактика раньових ускладнень протезувальної герніопластики / В.А. Шуляренко, Т.Ю. Пилипенко, А.А. Чанкурідзе та ін. // Клінічна хірургія. – 2010. – №. 1-12. – С.65.
233. Шутулко А.М. Некоторые геронтологические аспекты хирургического лечения паховых и пупочных грыж / А.М. Шутулко // Клиническая геронтология. – 2006. – № 6. – С. 3-6.
234. Эттингер А.П. Состояние соединительной ткани у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами / А.П. Эттингер, В.А. Ступин, Ю.А. Амуров и др. // Герниология. – 2006. – № 3(11). – С. 51.
235. Юдин В.Е. Использование сетчатых эндопротезов в хирургическом лечении грыж передней брюшной стенки / В.Е. Юдин, М.В. Мельников, Л.Д. Шкрудневи др. // Военно-медицинский журнал. – 2007. – № 2. – С. 35-37.

236. Юрасов А.В. Алгоритм выбора способа протезирования дефектов брюшной стенки и отечественная терминология / А.В. Юрасов, А.Л. Шестаков, А.К. Алексеев и др. // Герниология. – 2006. – № 3(11) – С. 51-52.

237. Юрасов А.В. Варианты пластики дефектов брюшной стенки и используемая терминология / А.В. Юрасов, А.Х. Алексеев, Д.Н. Курашвили и др. // Герниология. – 2006. – № 1. – С. 48.

238. Юрасов А.В. Способ оперативного лечения пупочных грыж, сочетающихся с диастазом прямых мышц живота / А.В. Юрасов, Л.А. Абовян // Актуальные вопросы герниологии: мат. конф. – Москва, 2013. – С. 184-186.

239. Ярмолов А.С. Рентген-компьютерная томография послеоперационных грыж живота / А.С. Ярмолов, В.К. Горчаков, А.К. Алексеев и др. // Герниология. – 2005. – № 3(7). – С. 16-17.

240. Яцишин І.В. Важливі естетичні аспекти корекції передньої черевної стінки / І.В. Яцишин // Клінічна хірургія. – 2015. – № 2. – С. 22-24.

241. Aaronson N.K. The European Organisation (or Research and Treatment of Cancer (EORTC) modular approach to quality of life assessment in oncology / N.K. Aaronson, A. Cull, S. Kaasa, M. Sprangers // Int. J. Ment. Health. – 1994. – Vol. 23. – P. 75 – 96.

242. Abdel-Baki N.A. Comparison of prosthetic mesh repair and tissue repair in the emergency management of incarcerated para-umbilical hernia: a prospective randomized study / N.A. Abdel-Baki, S.S. Bessa, A.H. Abdel-Razek // Hernia. – 2007. – № 11(2). – P. 163-167.

243. Allison N. Technical feasibility of robot-assisted ventral hernia repair / N. Allison, K. Tien, B. Snider // World J. Surg. – 2012. – Feb. 36(2). – P. 447-452.

244. Anadol A.Z. Laparoscopic primary repair of ventral hernias: early results of a new technique / A.Z. Anadol, E. Tezel, U. Yilmaz et all // Surg Today. – 2010. – № 40(1). – P. 88-91.

245. Bachman S.L. Early results of midline hernia repair using a minimally invasive component separation technique / S.L. Bachman, A. Ramaswamy, B.J. Ramshaw // Am Surg. – 2009. – № 75(7). – P. 572-577.

246. Balique J.G. Intraperitoneal treatment of incisional and umbilical hernias using an innovative composite mesh: four-year results of a prospective multicenter clinical trial / J.G. Balique, S. Benchetrit, J.L. Bouillot et al // *Hernia*.–2005.-№9(1).– P. 68-74.

247. Beer G.M. The normal width of the linea alba in nulliparous women / G.M. Beer, A. Schuster, B. Seifert // *Clin. Anat.* – 2009. – № 22(6). – P. 706-711.

248. Berrevoet F. A systematic review of methods for mesh fixation during laparoscopic ventral hernia repair / F. Berrevoet, E. Reyvoet // *Hernia*. – 2011. – Vol 15. – suppl. 2. – P. 12.

249. Berrevoet F. What can we expect from tissue separating patches for umbilical and ventral hernia repair: 12 month outcomes using the international hernia mesh registry / F. Berrevoet, J. Mitchell, L. Lin et al // *Hernia*.– 2011. – Vol 15. – suppl.2. – P. 17.

250. Bisgaard T. A nationwide study on readmission, morbidity, and mortality after umbilical and epigastric hernia repair / T. Bisgaard, H. Kehlet, M. Bay-Nielsen et al. // *Hernia*. – 2011. - № 3. – P. 512-514.

251. Boissonnault J.S. Incidence of diastasis recti abdominis during childbearing year / J.S. Boissonnault, M.J. Blaschak // *Physical Therapy*. – 1998. – Vol. 68. – Num. 7. – P. 1082-1086.

252. Brancato G. Plug-technique for umbilical hernia repair in the adult / G. Brancato, A. Privitera, L. Gandolfo et al // *Minerva Chir.* – 2002. - № 57(1). – P. 13-16.

253. Bullinger M. Translating Health study questionnaires and evaluating them: the Quality of life a project approach. International of Quality of life assessment / M. Bullinger [et al.] // *Clin. Epidemiol.* – 1998. Vol. 51. – P. 913 – 923.

254. Carter J.L. Somatotyping – development and applications / J.L. Carter, B.H. Heath. – Cambridge University Press, 1990. – 504 p.

255. Choi S.B. Management of umbilical hernia complicated with liver cirrhosis: An advocate of early and elective herniorrhaphy / S.B. Choi, K.D. Hong, J.S. Lee et al // *Dig Liver Dis.* – 2011. - № 25. – P. 341-342.

256. Dumanian G.A. The use of uncoated soft polypropylene for reinforcement of components separation repair of midline ventral hernias / G.A. Dumanian // *Hernia*. – 2011. – Vol 15. – suppl. 2. – P. 11.

257. Dur A.H. Low recurrence rate of a two-layered closure repair for primary and recurrent midline incisional hernia without mesh / A.H. Dur, D. Hartog, W.E. Tuinebreijer et al // *Hernia*. – 2009. – № 13(4). – P. 421-426.

258. Edelman D.S. Umbilical herniorrhaphy reinforced with biologic mesh / D.S. Edelman, C.F. Bellows // *Am Surg*. – 2010. - № 76(11). – P. 1205-1209.

259. Eid G.M. Laparoscopic repair of umbilical hernias in conjunction with other laparoscopic procedures / G.M. Eid [et al.] // *JLS*. – 2006. – № 10(1). – P. 63-65.

260. Ergul Z. A simple modified technique for repair of umbilical hernia in patients undergo laparoscopic cholecystectomy. Report of 10 cases / Z. Ergul, E. Ersoy, H. Kulacoglu et al // *G. Chir*. – 2009. – № 30(10). – P. 437-439.

261. Eryilmaz R. Which repair in umbilical hernia of adults: primary or mesh? / R. Eryilmaz, M. Sahin, M.H. Tekelioglu // *Int Surg*. – 2006. - № 91(5). – P. 258-261.

262. Franney U. Validation of a questionnaire for assessment of pain after ventral hernia repair (VHRQ) / U. Franney, L. Clay, G. Sannarsson et al // *Hernia*. – 2011. – Vol 15. – supplement 2. – P. 40.

263. Germanov G. Laparoscopic repair of umbilical hernias--initial experience / G. Germanov, I. Tsvetkov, M. Radionov // *Khirurgiia (Sofia)*. – 2006. - № (3). – P. 5-8.

264. Good D.W. Umbilical hernia rupture with evisceration of omentum from massive ascites: a case report / D.W. Good, J.E. Royds, M.J. Smith et al // *Journal of Medical Reports*. – 2011. – № 5. – C. 170-173.

265. Hadi H.I. Intraperitoneal tension-free repair of small midline ventral abdominal wall hernias with a Ventralex hernia patch: initial experience in 51 patients / H.I. Hadi, A. Maw, S. Sarmah // *Hernia*. – 2006. – № 10(5). –P. 409-413.

266. Halm J.A. Long-term follow-up after umbilical hernia repair: are there risk factors for recurrence after simple and mesh repair / J.A. Halm, J. Heisterkamp, H.F. Veen // *Hernia*. – 2005. – № 9(4). – P. 334-337.

267. Hilling D.E. Laparoscopic correction of umbilical hernias using a transabdominal preperitoneal approach: results of a pilot study / D.E. Hilling, L.B. Koppert, R. Keijzer et al // *Surg. Endosc.* – 2009. – № 23(8). – P. 1740-1744.
268. Hurwitz Z.M. Pearls and pitfalls of a abdominal wall anatomy in component separation. / Z.M. Hurwitz, J.O'Brien, R.M.Dunn//*Hernia.*–2011.–Vol15.–suppl.2.–P.3.
269. Jitea N. Umbilical hernia in adults: laparoscopic approach with prolene mesh--is it a safe procedure? / N. Jitea, D. Cristian, T. Burcoş et al // *Chirurgia (Bucur).* – 2008. – №103(2). –P. 175-179.
270. Kaafarani H.M.A. Classification and valuation of postoperative complications in randomized trial of open versus laparoscopic ventral herniorraphy / H.M.A. Kaafarani, K. Hur, M. Campasano et al // *Hernia.* – 2010. – Vol. 14. – P. 231-235.
271. Kamer E. Laparoscopic cholecystectomy accompanied by simultaneous umbilical hernia repair: a retrospective study / E. Kamer, H.R. Unalp, H. Dericci et al // *J Postgrad. Med.* – 2007. – № 53(3). – P. 176-180.
272. Kim W. Robotic-assisted laparoscopic prostatectomy in umbilical hernia patients: University of California, Irvine, technique to port placement and repair / W. Kim, C. Abdelshehid, H.J. Lee // *Urology.* – 2012. – 79(6). – P. 1412-1413.
273. Klima D.A. Minimally symptomatic patients undergoing ventral hernia repair have improved quality of life: a prospective international / D.A. Klima, V.T. Tsirlin, I. Belyansky et al // *Hernia.* – 2011. – Vol 15. – supplement 2. – P. 34.
274. Klinge U. Classification of surgical meshes for hernia repair / U. Klinge // *Hernia.* – 2011. – Vol 15. – supplement 2. – P. 5.
275. Kubalak G. Mesh repair for midline ventral hernia without lateral fixation of the mesh / G. Kubalak // *Am Surg.* – 2011. – № 77 (6). – P. 743-746.
276. Kurzer M. Tension-free mesh repair of umbilical hernia as a day case using local anaesthesia / M. Kurzer, P.A. Belsham, A.E. Kark // *Hernia.* – 2004. – №8 (2). – P. 104-107.
277. LeBlanc K.A. Umbilical hernia repair with bioabsorbable plug decreases recurrence rate at 31 months / K.A. LeBlanc // *Hernia.*–2011.–Vol 15. – suppl.2. – P. 16.
278. Lee D. Diastasis rectus abdominis and the implications for returning to sport after pregnancy / D. Lee // *In Touch.* – 2012. – № 139. – P. 26-32.

279. Lovisetto F. Use of human fibrin glue (tissucol) versus staples for mesh fixation in laparoscopic transabdominal preperitoneal hernioplasty / F. Lovisetto, S. Zonta, E. Rote et al // *Annals of surgery*. – 2007. – vol. 245. – № 2. – P. 222-231.

280. Martin D.F. Ventralex mesh in umbilical/epigastric hernia repairs: clinical outcomes and complications / D.F. Martin, R.F. Williams, T. Mulrooney // *Hernia*. – 2008. – № 12(4). – P. 379-383.

281. Moshkova T.A. Alloplasty of ventral and umbilical hernias with small sizes of hernial hilus / T.A. Moshkova // *Vestn Khir Im I I Grek*. – 2008. - № 167 (5). – P.48-50.

282. Muschaweck U. Umbilical and epigastric hernia repair / U. Muschaweck // *Surg. Clin. North Am.* – 2003. – № 83(5). – P. 1207-1221.

283. Muysoms F.E. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias / F.E. Muysoms, M. Miserez, F. Berrevoet et al // *Hernia*. – 2009. – № 13(4). – P. 407-414.

284. Muysoms F.E. Complications mesh devices for intraperitoneal umbilical hernia repair: a word of caution/F.E. Muysoms [et al.] // *Hernia*. – 2011. – № 15. – P.463-464.

285. Mylytsya K.M. Incisional hernia prophylaxis / K.M. Mylytsya, M.M. Mylytsya, N.S. Lutsenko // *Hernia*. – 2011. – Vol 15. – supplement 2. – P. 29.

286. Mylytsya K.M. Systemic injury of aponeurosis as the reason of development of hernia / K.M. Mylytsya // *Hernia*. – 2011. – Vol 15. – supplement 2. – P.15.

287. Oscar J. Umbilical hernia / Oscar J., L.H. Mogles // *Medicine (Kaunas)*. – 2008. – № 44(11). – P. 855-859.

288. Parshikov V.V. Life quality of patients after hernia repair / V.V. Parshikov, V.V. Petrov, V.A. Khodak // *Hernia*. – 2011. – Vol 15. – supplement 2. – P. 41.

289. Perrakis E. A new tension-free technique for the repair of umbilical hernia, using the Prolene Hernia System--early results from 48 cases / E. Perrakis, G. Velimezis, A. Vezakis et al // *Hernia*. – 2003. – № 7(4). – P. 178-180.

290. Polat C. Umbilical hernia repair with the prolene hernia system / C. Polat, A. Dervisoglu, G. Senyurek et al // *Am J Surg*. – 2005. - № 190(1). – P. 61-64.

291. Roberts K.E. Single-port laparoscopic umbilical hernia repair / K.E. Roberts, L. Panait, A.J. Duffy // *Surg Innov*. – 2010. – № 17(3). – P. 256-260.

292. Rodríguez-Hermosa J.I. Incarcerated umbilical hernia in a super-super-obese patient / J.I. Rodríguez-Hermosa [et al.] // *Obes Surg.* – 2008. - №18(7). – P. 893-895.
293. Sinha S.N. Mesh plug repair for paraumbilical hernia / S.N. Sinha, T. Keith // *Surgeon.* – 2004. - № 2(2). – P. 99-102.
294. Stabilini C. Mesh versus direct suture for the repair of umbilical and epigastric hernias. Ten-year experience / C. Stabilini, M. Stella, M. Frascio et al. // *Ann. Ital. Chir.* – 2009. - № 80(3). – P. 183-187.
295. Sutradhar B.C. Comparison between open and closed methods of herniorrhaphy in calves affected with umbilical hernia / B.C. Sutradhar, M.F. Hossain, B.C. Das et al. // *J Vet Sci.* – 2009. – № 10(4). – P. 343-347.
296. Tagaya N. Long-term complications of laparoscopic ventral and incisional hernia repair / N. Tagaya, H. Mikami, H. Aoki // *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* – 2004. – № 14(1). – P. 5-8.
297. Tollens T. Retrospective analysis of umbilical, epigastric, and small incisional hernia repair using the Ventralex™ hernia patch / T. Tollens, M. Hondt, K. Devroe et al. // *Hernia.* – 2011. - № 3. – P. 126.
298. Tsimoyiannis E.C. Seroma and recurrence in laparoscopic ventral hernioplasty / E.C. Tsimoyiannis, K.E. Tsimogiannis, G. Pappas-Gogos et al. // *JSLS.* – 2008. – № 12(1). – P. 51-57.
299. Tsirlina V.B. Subcutaneous Talc lowers the incidence of wound complications after open ventral hernia repair with panniculectomy / V.B. Tsirlina, D.A. Klima, I. Belyansky et al. // *Hernia.* – 2011. – Vol. 15. – supplement 2. – P. 3.
300. Venclauskas L. Umbilical hernia: factors indicative of recurrence/ L. Venclauskas, J.Silanskaite, M.Kiudelis // *Medicina (Kaunas).*– 2008.–№ 44(11). – P. 855-859.
301. Ware J.E. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide / J.E. Ware, K.K. Snow, M. Kosinski, et al. // *The Health Institute, New England Medical Center.* – Boston. – Mass. – 1993. – P. 383-385.
302. Ware J.E. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User`s Manual / J.E. Ware, M. Kosinski, S.D. Keller // *The Health Institute, New England Medical Center.* – Boston. – Mass. – 1994. – P. 628-633.

303. Whitehouse R. Measure of outcome in current clinical trials of eyecare / R. Whitehouse // NIH. – 2001. – P. 1245-1249.

304. World Health Organization. Quality of life group. What is it Quality of life? Wid. Hth. Forum. – 1996. – Vol. 1. – P. 29.

ДОДАТОК А

Таблиця 3.А.1.

Компонентний склад маси тіла (кг), індекс А. Кетле (кг/м²), соматотип хворих на первинну пупкову грижу залежно від статі

Компонент	min - max	Чоловіки (n=53)	Жінки (n=155)	p
Жировий	6,64 – 107,08	25,42 ± 11,0	35,28±20,62	< 0,05
М'язевий	12,06 – 45,04	30,06 ± 7,3	22,13 ± 8,31	< 0,05
Кістковий	2,81 – 14,88	8,02 ± 1,38	7,45 ± 2,32	> 0,05
Індекс Кетле	17,67 – 59,41	31,23 ± 5,7	34,48 ± 8,32	< 0,05
Ендоморфний	2,04 – 12,91	6,19 ± 1,38	6,99 ± 2,39	< 0,05
Мезоморфний	0,11 – 17,88	6,33 ± 2,11	6,71 ± 3,59	> 0,05
Ектоморфний	0,1 – 4,21	0,67 ± 0,85	0,4 ± 0,75	< 0,05

ДОДАТОК А

Таблиця 3.А.2

Розподіл хворих на первинну пупкову грижу згідно з соматотипом (J.L. Carter, V.H. Heath, 1990), віком та

СТАТТЮ

Вік	Соматотип (J.L. Carter, V.H. Heath, 1990)																				Усього	
	Ендоморфи				Мезоморфи				Ендомезоморфи				Середній				Екто-ендоморфи					
	Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%		
До 21 р	1	0,48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,48
21-30 р	1	0,48	-	-	1	0,48	-	-	-	-	1	0,48	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1,44
31-40 р	2	0,96	2	0,96	3	1,45	4	1,92	2	0,96	2	0,96	2	0,96	1	0,48	-	-	-	-	15	7,21
41-50 р	7	3,37	7	3,36	4	1,92	7	3,37	5	2,4	1	0,48	1	0,48	1	0,48	-	-	-	-	32	15,38
51-60 р	2	0,96	20	9,63	9	4,33	17	8,17	7	3,37	18	8,65	18	8,65	-	-	-	-	-	-	74	35,59
61-70 р	1	0,48	17	8,17	-	-	19	9,13	6	2,89	12	5,77	12	5,77	-	-	2	0,96	1	0,48	58	27,88
Ст. 71р.	1	0,48	8	3,84	-	-	8	3,85	-	-	7	3,37	7	3,37	-	-	1	0,48	-	-	25	12,02
Усього	15	7,21	54	25,96	17	8,18	55	26,44	20	9,62	41	19,71	41	19,71	1	0,48	4	1,92	1	0,48	208	100,0

Примітка: не спостерігали хворих на первинну ГБЛЖ чоловіків та жінок ектоморфного, ектомезоморфного, та чоловіків ектоендоморфного соматотипу

ДОДАТОК А

Таблиця 3.А.3

Розподіл хворих на первинну пупкову грижу згідно з соматотипом (J.L. Carter, В.Н. Heath, 1990), індексом Кетле та статтю

Індексе Кетле		Соматотип (J.L. Carter, В.Н. Heath, 1990)																		Усього				
		Ендоморфи				Мезоморфи				Ендомезоморфи				Середній				Екто-ендоморфи						
		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		Чоловіки				Жінки		
абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%			
I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,48
II	4	1,93	3	1,44	1	0,48	1	0,48	1	0,48	2	0,96	1	0,48	3	1,44	1	0,48	3	1,44	-	-	16	7,7
III	5	2,4	16	7,69	4	1,92	16	7,69	8	3,85	10	4,81	8	3,85	10	4,81	15	7,21	15	7,21	-	-	59	28,36
IV	4	1,92	22	10,58	7	3,37	12	5,77	10	4,81	15	7,21	10	4,81	15	7,21	1	0,48	1	0,48	-	-	71	34,14
V	1	0,48	4	1,92	2	0,96	4	1,92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11	5,28
VI	1	0,48	9	4,33	3	1,44	22	10,58	1	0,48	14	6,73	1	0,48	14	6,73	-	-	-	-	-	-	50	24,04
Усього	15	7,21	54	25,96	17	8,18	55	26,44	20	9,62	41	19,71	1	0,48	4	1,92	1	0,48	4	1,92	1	0,48	208	100,0

Примітка: не спостерігали хворих на первинну пупкову грижу чоловіків та жінок ектоморфного, ектомезоморфного та чоловіків ектоендоморфного соматотипу;

I – недостатня маса тіла; II – нормальна маса тіла; III – надлишкова маса тіла; IV – ожиріння I ст.; V – ожиріння II ст.;

VI – ожиріння III ст.

ДОДАТОК А

Таблиця 3.А.4

Розподіл хворих на пулкову грижу згідно з типом статури за В.М. Шевкуненком, соматотипом, індексом

А.Кетле та статтю

	Тип статури (В.М. Шевкуненко)																			
	Доліхоморфний						Мезоморфний						Брахіморфний						Усього	
	Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Соматотипи	Ендоморфи	4	1,92	6	2,88	7	3,37	19	9,14	4	1,92	29	13,94	15	7,21	54	25,96			
	Мезоморфи	3	1,44	1	0,48	3	1,44	5	2,4	11	5,29	49	23,56	17	8,18	55	26,44			
	Ектоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Екто-мезоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Ендомезоморфи	7	3,37	10	4,81	1	0,48	3	1,44	12	5,77	28	13,46	20	9,62	41	19,71			
	Середній	1	0,48	-	-	-	-	3	1,44	-	-	-	-	1	0,48	4	1,92			
	Ендо-ектоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,48	-	0,48			
Індекси Кетле	Недостатня м/т	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,48	-	-	1	0,48		
	Нормальна м/т	4	1,92	2	0,96	3	1,45	6	2,89	-	-	1	0,48	7	3,37	9	4,33			
	Надлишкова м/т	5	2,4	4	1,92	4	1,92	13	6,25	8	3,85	25	12,02	17	8,17	42	20,19			
	Ожиріння I ст.	5	2,41	7	3,37	2	0,96	6	2,88	14	6,73	37	17,79	21	10,1	50	24,04			
	Ожиріння II ст.	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1,44	8	3,84	3	1,44	8	3,84			
	Ожиріння III ст.	1	0,48	4	1,92	2	0,96	5	2,4	2	0,96	36	17,32	5	2,4	45	21,64			
	Усього	15	7,21	17	8,17	11	5,29	30	14,42	27	12,98	108	51,93	53	25,48	155	74,52			

ДОДАТОК А

Таблиця 3.А.5

Розподіл хворих на пупкову грижу згідно з типом статури (індекс Бругша), соматотипом, індексом А. Кетгле та статтю

	Тип статури (індекс Бругша)																
	Доліхоморфний				Мезоморфний				Брахіморфний				Усього				
	Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Соматоти́пи	Ендоморфи	-	-	2	0,96	1	0,48	3	1,44	14	6,73	49	23,56	15	7,21	54	25,96
	Мезоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	17	8,18	55	26,44	17	8,18	55	26,44
	Ектоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Екто-мезоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Ендомезоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	20	9,62	41	19,71	20	9,62	41	19,71
	Середній	1	0,48	1	0,48	-	-	-	-	-	-	3	1,44	1	0,48	4	1,92
Ендо-ектоморфи	-	-	-	-	-	-	-	1	0,48	-	-	-	-	-	-	1	0,48
Індекс Кетгле	Недостатня м/т	-	-	-	-	-	-	1	0,48	-	-	-	-	-	-	1	0,48
	Нормальна м/т	1	0,48	1	0,48	-	-	-	-	6	2,89	8	3,85	7	3,37	9	4,33
	Надлишкова м/т	-	-	2	0,96	1	0,48	1	0,48	16	7,7	39	18,76	17	8,17	42	20,19
	Ожиріння I ст.	-	-	-	-	-	-	2	0,96	21	10,1	48	23,08	21	10,1	50	24,04
	Ожиріння II ст.	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1,44	8	3,84	3	1,44	8	3,84
	Ожиріння III ст.	-	-	-	-	-	-	-	-	5	2,4	45	21,64	5	2,4	45	21,64
Усього	1	0,48	3	1,44	1	0,48	4	1,92	51	24,53	148	71,15	53	25,48	155	74,52	

ДОДАТОК А

Таблиця 3.А.6

Розподіл хворих на пупкову грижу згідно з кормічним індексом, соматотипом, типом статури та статтю

		Кормічний індекс																							
		Короткий тулуб						Середній тулуб						Довгий тулуб						Усього					
		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки					
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%						
Соматотипи	Ендоморфи	13	6,25	46	22,12	2	0,96	7	3,37	-	-	1	0,48	15	7,21	54	25,96								
	Мезоморфи	13	6,25	32	15,38	2	0,96	12	5,77	2	0,96	11	5,29	17	8,18	55	26,44								
	Ектоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
	Екто-мезоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
	Ендомезоморфи	16	7,7	33	15,87	2	0,96	5	2,4	2	0,96	3	1,44	20	9,62	41	19,71								
	Середній	1	0,48	3	1,44	-	-	1	0,48	-	-	-	-	1	0,48	4	1,92								
Ендо-ектоморфи	-	-	1	0,48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,48								
	Усього	43	20,68	115	55,29	6	2,88	25	12,02	4	1,92	15	7,21	53	25,48	155	74,52								
Тип статури	Доліхоморфний	13	6,25	14	6,73	1	0,48	1	0,48	1	0,48	1	0,48	15	7,21	17	8,17								
	Мезоморфний	11	5,29	29	13,94	-	-	1	0,48	-	-	-	-	11	5,29	30	14,42								
	Брахіморфний	19	9,14	72	34,62	5	2,4	23	11,06	3	1,44	13	6,25	27	12,98	108	51,93								
	Усього	43	20,68	115	55,29	6	2,88	25	12,02	4	1,92	15	7,21	53	25,48	155	74,52								

ДОДАТОК А

Таблиця 3.А.7

Розподіл хворих на пупкову грижу згідно з індексом Ф.Ф. Ерісмана, соматотипом, типом статури та статтю

		Індекс Ф.Ф. Ерісмана																							
		Недорозвинена ГК						Середній розвиток ГК						Розвинена ГК						Усього					
		Чоловіки		Жінки		%		Чоловіки		Жінки		%		Чоловіки		Жінки		%		Чоловіки		Жінки		%	
	абс.	%	абс.	%		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Соматотип	Ендоморфи	-	0,96	2	-	-	0,96	2	-	15	7,21	50	24,04	15	7,21	54	25,96	15	7,21	54	25,96	15	7,21		
	Мезоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	17	8,17	55	26,45	17	8,17	55	26,45	17	8,17	55	26,45	17	8,17		
	Ектоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
	Екто-мезоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
	Ендомезоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	20	9,62	41	19,71	20	9,62	41	19,71	20	9,62	41	19,71	20	9,62		
	Середній	1	0,48	1	0,48	-	-	-	-	-	-	-	3	1,44	3	1,44	4	1,92	1	0,48	1	0,48	4	1,92	
Ендо-ектоморфи	-	-	-	-	-	-	0,48	1	0,48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,48	
Усього	1	0,48	3	1,44	-	-	-	3	1,44	52	25,0	149	71,64	53	25,48	155	74,52	53	25,48	155	74,52	53	25,48		
Тип статури	Доліхоморфний	1	0,48	-	-	-	-	-	-	14	6,73	17	8,17	15	7,21	17	8,17	15	7,21	17	8,17	15	7,21		
	Мезоморфний	-	-	3	1,44	-	-	2	0,96	11	5,29	25	12,02	11	5,29	30	14,42	11	5,29	30	14,42	11	5,29		
	Брахіморфний	-	-	-	-	-	-	1	0,48	27	12,98	107	51,45	27	12,98	108	51,93	27	12,98	108	51,93	27	12,98		
	Усього	1	0,48	3	1,44	-	-	3	1,44	52	25,0	149	71,64	53	25,48	155	74,52	53	25,48	155	74,52	53	25,48		

ДОДАТОК А

Таблиця 3.А.8

Розподіл хворих на пупкову грижу згідно з формою тулуба, соматотипом, типом статури та статтю

		Форма тулуба																					
		Трапецієподібна						Проміжна						Прямокутна						Усього			
		Чоловіки			Жінки			Чоловіки			Жінки			Чоловіки			Жінки			Чоловіки		Жінки	
		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		
Соматотип	Ендоморфи	11	5,29	14	6,74	1	0,48	11	5,29	3	1,44	29	13,94	15	7,21	54	25,96						
	Мезоморфи	12	5,77	28	13,46	3	1,44	15	7,21	2	0,96	12	5,77	17	8,17	55	26,45						
	Ектоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
	Екто-мезоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
	Ендомезоморфи	13	6,25	14	6,73	3	1,44	7	3,36	4	1,93	20	9,62	20	9,62	41	19,71						
	Середній	-	-	3	1,44	1	0,48	-	-	-	-	-	-	1	0,48	1	0,48	4	1,92				
Ендо-ектоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
	Усього	36	17,31	59	28,37	8	3,84	33	15,86	9	4,33	63	30,29	53	25,48	155	74,52						
Тип статури	Доліхоморфний	10	4,81	7	3,37	3	1,44	4	1,92	2	0,96	6	2,88	15	7,21	17	8,17						
	Мезоморфний	10	4,81	14	6,73	1	0,48	3	1,44	-	-	13	6,25	11	5,29	30	14,42						
	Брахіморфний	16	7,69	38	18,27	4	1,92	26	12,5	7	3,37	44	21,16	27	12,98	108	51,93						
	Усього	36	17,31	59	28,37	8	3,84	33	15,86	9	4,33	63	30,29	53	25,48	155	74,52						

ДОДАТОК А

Таблиця 3.А.10

Розподіл хворих на пупкову грижу згідно з вертикальним індексом живота, соматотипом, типом статури та статтю

		Вертикальний індекс живота																	
		Малий				Середній				Великий				Усього					
		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки			
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Соматотип		Ендоморфи	6	2,88	22	10,58	7	3,37	26	12,5	2	0,96	6	2,88	15	7,21	54	25,96	
		Мезоморфи	2	0,96	10	4,81	13	6,25	36	17,3	2	0,96	9	4,33	17	8,17	55	26,45	
		Ектоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Екто-мезоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Ендомезоморфи	10	4,81	14	6,73	6	2,88	18	8,65	4	1,93	9	4,33	20	9,62	41	19,71	
Середній		-	-	1	0,48	1	0,48	3	1,44	-	-	-	-	1	0,48	4	1,92		
		-	-	-	-	-	-	1	0,48	-	-	-	-	-	-	-	1	0,48	
Ендо-ектоморфи		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
		18	8,65	47	22,6	27	12,98	84	40,39	8	3,85	24	11,54	53	25,48	155	74,52		
Тип статури		Доліхоморфний	4	1,92	4	1,92	6	2,89	8	3,85	5	2,4	5	2,4	15	7,21	17	8,17	
		Мезоморфний	3	1,44	12	5,47	6	2,88	14	6,73	2	0,97	4	1,92	11	5,29	30	14,42	
		Брахіморфний	11	5,29	31	14,91	15	7,21	62	28,81	1	0,48	15	7,21	27	12,98	108	51,93	
		Усього	18	8,65	47	22,6	27	12,98	84	40,39	8	3,85	24	11,54	53	25,48	155	74,52	

ДОДАТОК А

Таблиця 3.А.11

Розподіл хворих на пупкову грижу з розмірами грижового дефекту, соматотипом, типом статури та статтю

		Розміри грижового дефекту																
		Малий			Середній			Великий			Усього							
		Чоловіки		Жінки	Чоловіки		Жінки	Чоловіки		Жінки	Чоловіки		Жінки					
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%					
Соматотип	Ендоморфи	5	2,4	19	9,13	10	4,81	21	10,1	-	-	14	6,73	15	7,21	54	25,96	
	Мезоморфи	7	3,37	13	6,25	9	4,32	24	11,53	1	0,48	18	8,66	17	8,17	55	26,45	
	Ектоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Екто-мезоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Ендомезоморфи	9	4,32	9	4,33	10	4,81	21	10,1	1	0,48	11	5,29	20	9,62	41	19,71	
	Середній	1	0,48	2	0,96	-	-	2	0,96	-	-	-	-	1	0,48	4	1,92	
Ендо-ектоморфи	-	-	-	-	-	-	-	1	0,48	-	-	-	-	-	-	1	0,48	
	Усього	22	10,57	43	20,67	29	13,94	69	33,17	2	0,96	43	20,69	53	25,48	155	74,52	
Тип статури	Доліхоморфний	5	2,4	2	0,96	9	4,33	9	4,33	1	0,48	6	2,88	15	7,21	17	8,17	
	Мезоморфний	4	1,92	11	5,29	7	3,37	13	6,25	-	-	6	2,88	11	5,29	30	14,42	
	Брахіморфний	13	6,25	30	14,42	13	6,25	47	22,59	1	0,48	31	14,92	2	0,96	43	20,69	
	Усього	22	10,57	43	20,67	29	13,94	69	33,17	2	0,96	43	20,69	53	25,48	155	74,52	

ДОДАТОК Б

Таблиця 3.Б.1

Компонентний склад маси тіла (кг), індекс А. Кетле (кг/м²), соматотип хворих на первинну грижу білої лінії живота залежно від статі

Компонент	min - max	Чоловіки (n=30)	Жінки (n=38)	p
Жировий	9,2 – 78,94	22,05 ± 6,78	37,13 ± 19,18	< 0,05
М'язевий	11,9 – 43,32	30,23 ± 5,75	21,69 ± 7,5	< 0,05
Кістковий	3,59 – 11,19	8,02 ± 1,16	7,82 ± 2,3	> 0,05
Індекс Кетле	17,67 – 49,92	28,72 ± 4,16	32,9 ± 7,56	< 0,05
Ендоморфний	2,04 – 10,58	5,61 ± 1,46	7,39 ± 2,49	< 0,05
Мезоморфний	0,6 – 12,06	5,73 ± 1,42	7,43 ± 3,61	< 0,05
Ектоморфний	0,1 – 4,18	0,99 ± 1,05	0,5 ± 1,02	> 0,05

ДОДАТОК Б

Таблиця 3.Б.2

Розподіл хворих на грижу білої лінії живота з соматотипом (J.L. Carter, В.Н. Heath, 1990), масою тіла (індекс Кетле) та статтю

	Соматотип (Хіт-Картер)														Усього			
	Ендоморфи				Мезоморфи				Екто-мезоморфи				Середній					
	Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%		
Недостатня м/т	-	-	2	2,94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Нормальна м/т	2	2,94	-	-	-	-	-	-	2	2,94	2	2,94	2	2,94	2	2,94	8	11,76
Надлишкова м/м	2	2,94	7	10,29	4	5,88	2	2,94	2	2,94	5	7,35	-	-	-	-	22	32,36
Ожиріння I ст.	5	7,35	2	2,94	9	13,24	-	-	2	2,94	4	5,88	-	-	-	-	22	32,36
Ожиріння II ст.	-	-	-	-	-	-	2	2,94	-	-	2	2,94	-	-	-	-	4	5,88
Ожиріння III ст.	-	-	-	-	-	-	7	10,29	-	-	3	4,41	-	-	-	-	10	14,71
Усього	9	13,24	11	16,18	13	19,12	11	16,18	6	8,82	16	23,53	2	2,94	2	2,94	68	100,0

Примітка: не спостерігали хворих на грижу білої лінії живота чоловіків і жінок ектоморфного, ендоектоморфного, ендоектоморфного соматотипів та жінок середнього соматотипу

ДОДАТОК Б

Таблиця 3.Б.3

Розподіл хворих на ГБЛЖ згідно з типом статури, за В.М. Шевкуненком, соматотипом, індексом А. Кетле та статтю

		Тип статури (В.М. Шевкуненко)															
		Доліхоморфний				Мезоморфний				Брахіморфний				Усього			
		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки	
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Соматотип	Ендоморфи	3	11,41	4	5,88	3	4,41	1	1,47	3	4,41	6	8,82	9	13,24	11	16,17
	Мезоморфи	1	1,47	-	-	2	2,94	3	4,41	10	14,71	8	11,76	13	19,12	11	16,17
	Ектоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Екто-мезоморфи	4	5,88	2	2,94	-	-	10	14,71	2	2,94	4	5,88	6	8,82	16	23,54
	Ендомезоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Середній	2	2,94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2,94	-
Ендо-ектоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Усього	10	14,71	6	8,82	5	7,35	14	20,59	15	22,06	18	26,47	30	44,12	38	55,88	
Індекс Кетле	Недостатня м/т	-	-	2	2,94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2,94
	Нормальна м/т	4	5,88	1	1,47	2	2,94	1	1,47	-	-	-	-	6	8,82	2	2,94
	Надлишкова м/т	1	1,47	2	2,94	2	2,94	6	8,82	5	7,35	6	8,82	8	11,76	14	20,59
	Ожиріння І ст.	5	7,35	1	1,47	1	1,47	3	4,41	10	14,71	2	2,94	16	23,54	6	8,82
	Ожиріння II ст.	-	-	-	-	-	-	2	2,94	-	-	2	2,94	-	-	4	5,88
	Ожиріння III ст.	-	-	-	-	-	-	2	2,94	-	-	8	11,76	-	-	10	14,71
Усього	10	14,71	6	8,82	5	7,35	14	20,59	15	22,06	18	26,47	30	44,12	38	55,88	

ДОДАТОК Б

Таблиця 3.Б.4

Розподіл хворих на ГБЛЖ згідно з типом статури (індекс Бругша), соматотипом, індексом А. Кетле та статтю

	Тип статури (індекс Бругша)																
	Доліхоморфний				Мезоморфний				Брахіморфний				Усього				
	Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Соматотип	Ендоморфи	-	-	-	-	2	2,94	9	13,24	9	13,24	9	13,24	11	16,17		
	Мезоморфи	-	-	-	-	2	2,94	-	-	11	16,18	11	16,18	13	19,12		
	Ектоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
	Екто-мезоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	6	8,82	16	23,52	6	8,82		
	Ендомезоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
	Середній	2	2,94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2,94	-	
Індекс Кетле	Ендо-ектоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
	Недостатня м/т	-	-	-	-	2	2,94	-	-	-	-	-	-	-	2	2,94	
	Нормальна м/т	2	2,94	-	-	-	-	4	5,88	2	2,94	2	2,94	6	8,82	2	2,94
	Надлишкова м/т	-	-	-	-	2	2,94	-	-	6	8,82	14	20,59	8	11,76	14	20,59
	Ожиріння I ст.	-	-	-	-	-	-	16	23,53	6	8,82	6	8,82	16	23,54	6	8,82
	Ожиріння II ст.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	5,88	-	-	4	5,88
Ожиріння III ст.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	14,71	-	-	10	14,71	
Усього	2	2,94	-	-	2	2,94	26	38,24	36	52,94	30	44,12	38	55,88			

ДОДАТОК Б

Таблиця 3.Б.5

Розподіл хворих на грижу білої лінії живота згідно з кормічним індексом, соматотипом, типом статури та статтю

	Кормічний індекс																								
	Короткий тулуб						Середній тулуб						Довгий тулуб						Усього						
	Чоловіки			Жінки			Чоловіки			Жінки			Чоловіки			Жінки			Чоловіки			Жінки			
	абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		
Соматотип	Ендоморфи	9	13,24	11	16,17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	13,24	11	16,17	-	-	
	Мезоморфи	11	16,17	3	4,41	2	2,94	6	8,82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	19,12	11	16,17	-	-	
	Ектоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Екто-мезоморфи	6	8,82	14	10,59	-	-	2	2,94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	8,82	16	23,54	-	-	
	Ендомезоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Тип статури	Середній	2	2,94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2,94	-	-	-	-	-
	Ендо-ектоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Усього	28	41,17	28	41,18	2	2,94	8	11,76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30	44,12	38	55,88	-	-	
	Доліхоморфний	10	14,71	6	8,82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	14,71	6	8,82	-	-
	Мезоморфний	5	7,35	10	14,71	-	-	4	5,88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	7,35	14	20,59	-	-	
Усього	Брахіморфний	13	19,12	12	17,65	2	2,94	4	5,88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15	22,06	18	26,47	-	-	
	Усього	28	41,17	28	41,18	2	2,94	8	11,76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30	44,12	38	55,88	-	-	

ДОДАТОК Б

Таблиця 3.Б.6

Розподіл хворих на грижу білої лінії живота з індексом Ф.Ф. Ерісмана, соматотипом, типом статури та

статтю

		Індекс Ф.Ф. Ерісмана											
		Недорозвинена ГК			Середній розвиток ГК			Розвинена ГК			Усього		
		Чоловіки		Жінки	Чоловіки		Жінки	Чоловіки		Жінки	Чоловіки		Жінки
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Соматотипи	Ендоморфи	-	-	-	-	2	2,94	9	13,24	9	13,24	11	16,17
	Мезоморфи	-	-	-	-	-	-	13	19,12	11	16,18	11	16,17
	Ектоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Екто-мезоморфи	-	-	-	-	-	-	6	8,82	16	23,52	6	8,82
	Ендомезоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Середній	2	2,94	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2,94
Тип статури	Ендо-ектоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Усього	2	2,94	-	-	2	2,94	28	41,18	36	52,94	30	44,12
	Доліхоморфний	2	2,94	-	-	2	2,94	8	11,76	4	5,88	10	14,71
	Мезоморфний	-	-	-	-	-	-	5	7,35	14	20,59	5	7,35
	Брахіморфний	-	-	-	-	-	-	15	22,06	18	26,47	15	22,06
	Усього	2	2,94	-	-	2	2,94	28	41,18	36	52,94	30	44,12

ДОДАТОК Б

Таблиця 3.Б.7

Розподіл хворих на грижу білої лінії живота згідно з формою тулуба, соматотипом, типом статури та статтю

		Форма тулуба																								
		Трапецієподібна						Проміжна						Прямокутна						Усього						
		Чоловіки			Жінки			Чоловіки			Жінки			Чоловіки			Жінки			Чоловіки			Жінки			
		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		
Соматотип	Ендоморфи	9	13,24	-	-	-	6	8,82	-	-	-	5	7,35	9	13,24	11	16,17	-	-	-	24	35,88	38	55,88		
	Мезоморфи	7	10,29	4	5,88	6	8,82	-	-	-	-	7	10,3	13	19,12	11	16,17	-	-	-	20	29,41	30	44,12		
	Ектоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Екто-мезоморфи	4	5,88	2	2,94	2	2,94	2	2,94	2	2,94	2	2,94	2	2,94	2	2,94	2	2,94	2	2,94	2	2,94	2	2,94	
	Ендомезоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Середній	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ендо-ектоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Усього	20	29,41	6	8,82	10	14,71	8	11,76	8	11,76	8	11,76	3	4,41	3	4,41	3	4,41	3	4,41	24	35,29	30	44,12	38	55,88
Тип статури	Доліхоморфний	7	10,3	-	-	3	4,41	3	4,41	3	4,41	3	4,41	-	-	-	-	-	-	-	3	4,41	10	14,71	6	8,82
	Мезоморфний	4	5,88	1	1,47	1	1,47	2	2,94	2	2,94	2	2,94	-	-	-	-	-	-	-	11	16,18	5	7,35	14	20,59
	Брахіморфний	9	13,24	5	7,35	6	8,82	3	4,41	3	4,41	3	4,41	-	-	-	-	-	-	-	10	14,71	15	22,06	18	26,47
	Усього	20	29,41	6	8,82	10	14,71	8	11,76	8	11,76	8	11,76	3	4,41	3	4,41	3	4,41	3	4,41	24	35,29	30	44,12	38

ДОДАТОК Б

Таблиця 3.Б.8

Розподіл хворих на грижу білої лінії живота згідно з формою живота, соматотипом, типом статури та статтю

	Форма живота																							
	Чоловіча форма живота						Циліндрична форма живота						Жіноча форма живота						Усього					
	Чоловіки			Жінки			Чоловіки			Жінки			Чоловіки			Жінки			Чоловіки			Жінки		
	абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%	
Соматотип	Ендоморфи	7	10,29	1	1,47	-	-	2	2,94	2	2,94	8	11,76	9	13,24	11	16,17							
	Мезоморфи	9	13,29	6	8,82	2	2,94	4	5,88	2	2,94	1	1,14	13	19,12	11	16,17							
	Ектоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Екто-мезоморфи	6	8,82	1	1,47	-	-	6	8,82	-	-	9	13,24	6	8,82	16	23,54							
	Ендомезоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Середній	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2,94	-	-	2	2,94	-	-	-	-
Ендо-ектоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Усього	22	32,36	8	11,76	2	2,94	12	17,65	6	8,82	18	26,47	30	44,12	38	55,88								
Тип статури	Доліхоморфний	5	7,35	-	-	-	-	-	-	-	-	5	7,35	6	8,82	10	14,71	6	8,82					
	Мезоморфний	4	5,88	3	4,41	-	-	4	5,88	1	1,47	7	10,29	5	7,35	14	20,59							
	Брахіморфний	13	19,12	5	7,35	2	2,94	8	11,76	-	-	5	7,35	15	22,06	18	26,47							
	Усього	22	32,36	8	11,76	2	2,94	12	17,65	6	8,82	18	26,47	30	44,12	38	55,88							

ДОДАТОК Б

Таблиця 3.Б.9

Розподіл хворих на грижу білої лінії живота згідно з вертикальним індексом живота, соматотипом, типом статури та статтю

		Вертикальний індекс живота																					
		Малий						Середній						Великий						Усього			
		Чоловіки			Жінки			Чоловіки			Жінки			Чоловіки			Жінки			Чоловіки		Жінки	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Соматотип	Ендоморфи	2	2,94	8	11,76	7	10,29	3	4,41	-	-	-	-	-	-	-	9	13,24	11	16,17			
	Мезоморфи	2	2,94	-	-	11	16,18	9	13,24	-	-	2	2,94	2	2,94	13	19,12	11	16,17	-	-		
	Ектоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
	Екто-мезоморфи	2	2,94	2	2,94	4	5,88	14	20,59	-	-	-	-	-	-	-	6	8,82	16	23,54	-	-	
	Ендомезоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Середній	-	-	-	-	2	2,94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2,94	-	-	-	-	
Ендо-ектоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Усього	6	8,82	10	14,71	24	35,29	26	38,24	38,24	-	-	2	2,94	2	2,94	30	44,12	38	55,88	38	55,88		
Тип статури	Доліхоморфний	4	5,88	2	2,94	6	8,82	4	5,88	-	-	-	-	-	-	-	10	14,71	6	8,82			
	Мезоморфний	-	-	2	2,94	5	7,35	12	17,65	-	-	-	-	-	-	-	5	7,35	14	20,59			
	Брахіморфний	2	2,94	6	8,82	13	19,12	10	14,71	-	-	2	2,94	2	2,94	15	22,06	18	26,47	-	-		
	Усього	6	8,82	10	14,71	24	35,29	26	38,24	38,24	-	2	2,94	2	2,94	30	44,12	38	55,88	38	55,88		

ДОДАТОК Б

Таблиця 3.Б.10

Розподіл хворих на грижу білої лінії живота з розмірами грижового дефекту, соматотипом, типом статури та статтю

	Розміри грижового дефекту																	
	Малий				Середній				Великий				Усього					
	Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Соматотипи	Ендоморфи	2	2,94	3	4,41	7	10,29	7	10,29	-	-	1	1,47	9	13,24	11	16,17	
	Мезоморфи	2	2,94	2	2,94	11	16,18	7	10,29	-	-	2	2,94	13	19,12	11	16,17	
	Ектоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Екто-мезоморфи	1	1,47	1	1,47	5	7,35	8	11,76	-	-	7	10,29	6	8,82	16	23,54	
	Ендомезоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Середній	2	2,94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2,94	-	-
	Ендо-ектоморфи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Усього	7	10,29	6	8,82	23	33,82	22	32,36	-	-	10	14,71	30	44,12	38	55,88		
Тип статури	Доліхоморфний	3	4,41	3	4,41	7	10,29	2	2,94	-	-	1	1,47	10	14,71	6	8,72	
	Мезоморфний	1	1,47	1	1,47	4	5,88	7	10,29	-	-	6	8,82	5	7,35	14	20,59	
	Брахіморфний	3	4,41	2	2,94	12	17,65	13	19,12	-	-	3	4,41	15	22,06	18	26,47	
	Усього	7	10,29	6	8,82	23	33,82	22	32,36	-	-	10	14,71	30	44,12	38	55,88	

ДОДАТОК В

Таблиця 4.В.1

Товщина білої лінії живота у осіб з грижою та без грижі білої лінії живота залежно від статі, мкм

	Товщина білої лінії живота		
	Чоловіки (n=21)	Жінки (n=15)	p
Під мечоподібним відростком	2892,76 ± 214,43	2576,27 ± 440,42	< 0,05
l. bicostalis	2904,5 ± 326,86	2591,17 ± 475,88	< 0,05
Пупок	2681,57 ± 66,97	2472,40 ± 591,73	> 0,05
	Без грижі (n=24)	З грижою (n=12)	p
Під мечоподібним відростком	2897,15 ± 199,6	2488,38 ± 453,14	< 0,05
l. bicostalis	2893,48 ± 294,84	2534,88 ± 534,11	< 0,05
Пупок	2683,69 ± 84,37	2415,88 ± 649,27	> 0,05

ДОДАТОК В

Таблиця 4.В.2

Товщина білої лінії живота на різних рівнях залежно від її ширини на рівні

l. bicostalis та пупка, мкм

		Товщина білої лінії живота		
		На 1 см нижче мечоподібного відростка	l. bicostalis	Пупок
Рівень l. bicostalis	БЛЖ 1-2 см (n=25)	2862,64 ± 193,12 ^{**}	2807,54 ± 284,73	2698,06 ± 96,81
	БЛЖ 2-3 см (n=8)	2726,56 ± 329,23	2974,38 ± 344,35 ^{**}	2631,5 ± 102,19
	БЛЖ 3-4 см (n=3)	2004,5 ± 660,78	1959,5 ± 724,86	1631,83 ± 100,43
Рівень пупка	БЛЖ 1-2 см (n=18)	2948,94 ± 193,4 ^{*,**}	2799,0 ± 196,56	2698,03 ± 99,01
	БЛЖ 2-3 см (n=12)	2494,58 ± 458,79	2759,25 ± 686,63	2385,63 ± 628,23
	БЛЖ 3-4 см (n=6)	2729,33 ± 115,71	2746,17 ± 245,17	2701,17 ± 127,9

Примітка: * – достовірна відмінність виявлена між рівнями під мечоподібним відростком і l. bicostalis; ** – достовірна відмінність між рівнями l. bicostalis і пупка; *** – достовірна відмінність виявлена між рівнями під мечоподібним відростком і пупка

ДОДАТОК В

Таблиця 4.В.3

Середня кількість колагенових волокон білої лінії живота в осіб з грижею та без грижі білої лінії живота залежно від статі (на 10000 мкм²)

К-сть КВ на 10000 мкм ²	Чоловіки (n=21)	Жінки (n=15)	p
під мечоподібним відростком	125,17 ± 7,05	126,93 ± 4,74	> 0,05
l. bicostalis	130,64 ± 4,85	131,07 ± 9,97	> 0,05
Пупок	123,59 ± 3,4	122,1 ± 5,59	> 0,05
l. bispinalis	125,62 ± 5,39	131,03 ± 4,16	< 0,05
над лобковим симфізом	128,41 ± 5,75	126,9 ± 5,32	> 0,05
	Без грижі (n=24)	З грижею (n=12)	p
під мечоподібним відростком	126,38 ± 7,08	124,96 ± 3,89	> 0,05
l. bicostalis	132,5 ± 6,25	127,46 ± 8,32	< 0,05
Пупок	124,06 ± 3,08	120,79 ± 5,92	< 0,05
l. bispinalis	127,56 ± 5,54	128,5 ± 5,79	> 0,05
над лобковим симфізом	128,46 ± 5,29	126,42 ± 6,05	> 0,05

ДОДАТОК В

Таблиця 4.В.4

Кількість колагенових волокон білої лінії живота залежно від її типу
(на 10000 мкм²)

		Кількість колагенових волокон на 10000 мкм ²		
		Під мечоподібним відростком	<i>I. bicostalis</i>	Пупок
Тип білої лінії живота	БЛЖ I типу (n=12)	132,71 ± 5,33 ^{***}	129,13 ± 11,04	122,25 ± 6,53
	БЛЖ II типу (n=14)	121,39 ± 2,18 ^{*,***}	134,36 ± 1,42 ^{**}	124,75 ± 0,75
	БЛЖ III типу (n=5)	123,2 ± 4,38 [*]	130,7 ± 0,67 ^{**}	120,7 ± 5,24
	БЛЖ IV типу (n=5)	124,4 ± 1,02	125,1 ± 5,52	122,0 ± 2,32

Примітка: * – достовірна відмінність виявлена між рівнями під мечоподібним відростком і *I. bicostalis*; ** – достовірна відмінність між рівнями *I. bicostalis* і пупка; *** – достовірна відмінність виявлена між рівнями під мечоподібним відростком і пупка

ДОДАТОК В

Таблиця 4.В.5

Кількість колагенових волокон білої лінії живота залежно від її ширини на рівнях пупка і *I. bicostalis* (на 10000 мкм²)

		Кількість колагенових волокон на 10000 мкм ²		
		Під мечоподібним відростком	<i>I. bicostalis</i>	Пупок
Рівень пупка	БЛЖ 1-2 см (n=18)	122,28 ± 2,56 [*]	131,47 ± 5,06 ^{**}	123,67 ± 2,07
	БЛЖ 2-3 см (n=12)	128,38 ± 7,07 ^{***}	126,63 ± 7,89	121,13 ± 6,25
	БЛЖ 3-4 см (n=6)	131,83 ± 5,56	137,25 ± 7,43 ^{**}	124,58 ± 4,91
Рівень <i>I. bicostalis</i>	БЛЖ 1-2 см (n=25)	124,82 ± 5,48 [*]	131,08 ± 6,13 ^{**}	123,22 ± 2,83
	БЛЖ 2-3 см (n=8)	129,13 ± 7,7	127,06 ± 9,29	121,63 ± 8,21
	БЛЖ 3-4 см (n=3)	126,33 ± 6,64	138,67 ± 5,49 ^{**}	124,5 ± 0,87

Примітка: ^{*} – достовірна відмінність виявлена між рівнями під мечоподібним відростком і *I. bicostalis*; ^{**} – достовірна відмінність між рівнями *I. bicostalis* і пупка; ^{***} – достовірна відмінність виявлена між рівнями під мечоподібним відростком і пупка

ДОДАТОК В

Таблиця 4.В.6

Діаметр колагенових волокон білої лінії живота у осіб з грижою та без грижі білої лінії живота залежно від статі (мкм)

Діаметр КВ, мкм	Чоловіки (n=21)	Жінки (n=15)	p
під мечоподібним відростком	7,42 ± 0,57	7,76 ± 0,43	> 0,05
l. bicostalis	7,82 ± 0,61	7,82 ± 0,65	> 0,05
Пупок	7,92 ± 0,39	7,93 ± 0,9	> 0,05
l. bispinalis	8,06 ± 0,73	8,25 ± 1,22	> 0,05
над лобковим симфізом	8,65 ± 0,25	8,31 ± 0,38	< 0,05
	Без грижі (n=24)	З грижою (n=12)	p
під мечоподібним відростком	7,59 ± 0,49	7,49 ± 0,64	> 0,05
l. bicostalis	7,82 ± 0,34	7,83 ± 0,98	> 0,05
Пупок	7,97 ± 0,45	7,83 ± 0,93	> 0,05
l. bispinalis	7,91 ± 0,91	8,59 ± 0,91	< 0,05
над лобковим симфізом	8,66 ± 0,23	8,22 ± 0,38	< 0,05

ДОДАТОК В

Таблиця 4.В.7

Діаметр колагенових волокон білої лінії живота залежно від її типу (мкм)

		Діаметр колагенових волокон, мкм		
		Під мечоподібним відростком	l. bicostalis	Пупок
Тип білої лінії живота	БЛЖ I типу (n=12)	7,57 ± 0,63	7,19 ± 0,18 [*]	7,76 ± 0,48
	БЛЖ II типу (n=14)	7,19 ± 0,18 ^{*,***}	8,02 ± 0,58	7,95 ± 0,79
	БЛЖ III типу (n=5)	8,13 ± 0,06 [*]	8,29 ± 0,3 ^{**}	7,62 ± 0,29
	БЛЖ IV типу (n=5)	7,99 ± 0,29 ^{***}	7,59 ± 0,41 ^{**}	8,57 ± 0,32

Примітка: ^{*} – достовірна відмінність виявлена між рівнями під мечоподібним відростком і l. bicostalis; ^{**} – достовірна відмінність між рівнями l. bicostalis і пупка; ^{***} – достовірна відмінність виявлена між рівнями під мечоподібним відростком і пупка

ДОДАТОК В

Таблиця 4.В.8

Діаметр колагенових волокон білої лінії живота залежно від її ширини (мкм)

		Діаметр колагенових волокон, мкм		
		Під мечоподібним відростком	l. bicostalis	Пупок
Рівень пупка	БЛЖ 1-2 см (n=18)	7,42 ± 0,49 ^{*,**}	7,79 ± 0,39 ^{***}	8,26 ± 0,51
	БЛЖ 2-3 см (n=12)	7,55 ± 0,61	7,92 ± 0,93	7,6 ± 0,66
	БЛЖ 3-4 см (n=6)	7,99 ± 0,29	7,68 ± 0,39	7,55 ± 0,46
Рівень l. bicostalis	БЛЖ 1-2 см (n=25)	7,51 ± 0,59 ^{**}	7,69 ± 0,59 ^{***}	8,04 ± 0,59
	БЛЖ 2-3 см (n=8)	7,64 ± 0,43 ^{**}	7,94 ± 0,26	8,04 ± 0,27
	БЛЖ 3-4 см (n=3)	7,79 ± 0,31	8,58 ± 1,01	7,68 ± 0,45

Примітка: * – достовірна відмінність виявлена між рівнями під мечоподібним відростком і l. bicostalis; ** – достовірна відмінність між рівнями l. bicostalis і пупка; *** – достовірна відмінність виявлена між рівнями під мечоподібним відростком і пупка

ДОДАТОК В

Таблиця 4.В.9

Середня кількість еластичних волокон білої лінії живота в осіб з грижею та без грижі білої лінії живота залежно від статі (на 10000 мкм²)

К-сть ЕВ на 10000 мкм ²	Чоловіки (n=21)	Жінки (n=15)	p
під мечоподібним відростком	21,95 ± 2,84	24,67 ± 4,37	< 0,05
l. bicostalis	28,91 ± 4,69	28,03 ± 4,86	> 0,05
Пупок	27,21 ± 2,71	30,17 ± 5,63	< 0,05
l. bispinalis	26,5 ± 4,05	28,77 ± 5,35	> 0,05
над лобковим симфізом	28,74 ± 3,04	27,23 ± 4,26	> 0,05
	Без грижі (n=24)	З грижею (n=12)	p
під мечоподібним відростком	22,39 ± 3,29	24,46 ± 4,36	> 0,05
l. bicostalis	28,86 ± 4,59	27,92 ± 5,09	> 0,05
Пупок	27,96 ± 4,11	29,42 ± 4,88	> 0,05
l. bispinalis	26,5 ± 4,28	29,33 ± 5,12	> 0,05
над лобковим симфізом	28,71 ± 2,96	26,92 ± 4,59	> 0,05

ДОДАТОК В

Таблиця 4.В.10

Кількість еластичних волокон білої лінії живота залежно від її типу
(на 10000 мкм²)

		Кількість еластичних волокон на 10000 мкм ²		
		Під мечоподібним відростком	<i>I. bicostalis</i>	Пупок
Тип білої лінії живота	БЛЖ I типу (n=12)	20,25 ± 1,98 ^{*,***}	26,25 ± 4,32	25,21 ± 2,97
	БЛЖ II типу (n=14)	25,29 ± 3,02 ^{*,***}	32,25 ± 4,21	31,11 ± 2,47
	БЛЖ III типу (n=5)	23,2 ± 4,64	25,9 ± 2,27	29,0 ± 7,83
	БЛЖ IV типу (n=5)	23,6 ± 4,46	26,3 ± 1,26	28,2 ± 2,17

Примітка: * – достовірна відмінність виявлена між рівнями під мечоподібним відростком і *I. bicostalis*; ** – достовірна відмінність між рівнями *I. bicostalis* і пупка; *** – достовірна відмінність виявлена між рівнями під мечоподібним відростком і пупка

ДОДАТОК В

Таблиця 4.В.11

Кількість еластичних волокон білої лінії живота залежно від її ширини на рівнях пупка і *I. bicostalis* (на 100000 мкм²)

		Кількість еластичних волокон на 10000 мкм ²		
		Під мечоподібним відростком	<i>I. bicostalis</i>	Пупок
Рівень пупка	БЛЖ 1-2 см (n=18)	23,97 ± 2,77 ^{*,***}	30,17 ± 4,52	29,44 ± 2,09
	БЛЖ 2-3 см (n=12)	22,33 ± 4,45 ^{*,***}	28,04 ± 5,02	27,46 ± 4,82
	БЛЖ 3-4 см (n=6)	21,92 ± 4,81	24,67 ± 1,63	27,42 ± 7,76
Рівень <i>I. bicostalis</i>	БЛЖ 1-2 см (n=25)	22,5 ± 3,11 ^{*,***}	27,96 ± 4,39	27,58 ± 3,23
	БЛЖ 2-3 см (n=8)	23,44 ± 3,96 ^{*,***}	29,56 ± 5,59	29,88 ± 5,89
	БЛЖ 3-4 см (n=3)	27,0 ± 6,93	30,67 ± 5,77	31,83 ± 7,22

Примітка: * – достовірна відмінність виявлена між рівнями під мечоподібним відростком і *I. bicostalis*; ** – достовірна відмінність між рівнями *I. bicostalis* і пупка; *** – достовірна відмінність виявлена між рівнями під мечоподібним відростком і пупка

ДОДАТОК В

Таблиця 4.В.12

Діаметр еластичних волокон білої лінії живота у осіб з грижою та без грижі білої лінії живота залежно від статі (мкм)

Діаметр EB, мкм	Чоловіки (n=21)	Жінки (n=15)	p
під мечоподібним відростком	0,99 ± 0,09	1,02 ± 0,09	> 0,05
l. bicostalis	0,98 ± 0,15	0,87 ± 0,13	< 0,05
Пупок	0,97 ± 0,11	0,98 ± 0,13	> 0,05
	З грижою (n=12)	Без грижі (n=24)	p
під мечоподібним відростком	1,02 ± 0,06	1,01 ± 0,11	> 0,05
l. bicostalis	0,8 ± 0,11	1,01 ± 0,12	< 0,05
Пупок	0,99 ± 0,09	0,97 ± 0,13	> 0,05

ДОДАТОК В

Таблиця 4.В.13

Діаметр еластичних волокон білої лінії живота залежно від її ширини на рівнях пупка і *l. bicostalis* (мкм)

		Діаметр еластичних волокон, мкм		
		Під мечоподібним відростком	<i>l. bicostalis</i>	Пупок
Рівень пупка	БЛЖ 1-2 см (n=18)	0,98 ± 0,09	0,95 ± 0,15	0,97 ± 0,13
	БЛЖ 2-3 см (n=12)	1,03 ± 0,05*	0,89 ± 0,16	0,98 ± 0,08
	БЛЖ 3-4 см (n=6)	1,04 ± 0,11	0,97 ± 0,13	0,96 ± 0,12
Рівень <i>l. bicostalis</i>	БЛЖ 1-2 см (n=25)	1,01 ± 0,09*	0,93 ± 0,15	0,99 ± 0,12
	БЛЖ 2-3 см (n=8)	0,97 ± 0,07	1,0 ± 0,12	0,95 ± 0,13
	БЛЖ 3-4 см (n=3)	1,07 ± 0,06 ^{*,***}	0,8 ± 0,14	0,92 ± 0,06

Примітка: * – достовірна відмінність виявлена між рівнями під мечоподібним відростком і *l. bicostalis*; ** – достовірна відмінність між рівнями *l. bicostalis* і пупка; *** – достовірна відмінність виявлена між рівнями під мечоподібним відростком і пупка

ДОДАТОК В

Таблиця 4.В.14

Кількість волокон колагену I та III типу у осіб з грижою та без грижі білої лінії живота залежно від статі

Стать	Тип волокон колагену	Кількість волокон колагену I та III типу		
		Під мечоподібним відростком	I. bicostalis	Пупок
Чоловіки (n=21)	I тип	73,41 ± 8,49	70,39 ± 8,57	69,19 ± 4,91
	III тип	21,11 ± 8,14 ^{***}	23,61 ± 8,14	26,53 ± 5,14
Жінки (n=15)	I тип	66,42 ± 8,33	68,33 ± 6,94	68,47 ± 6,21
	III тип	27,71 ± 7,51	26,32 ± 5,87	27,07 ± 5,57
Без грижі (n=24)	I тип	72,47 ± 9,18 ^{***}	70,54 ± 9,27	67,74 ± 5,29
	III тип	22,48 ± 8,94 ^{***}	23,58 ± 8,59	27,95 ± 5,09
З грижою (n=12)	I тип	66,56 ± 7,52	67,38 ± 3,34	71,18 ± 5,12
	III тип	26,63 ± 7,48	27,07 ± 2,68	24,37 ± 4,91

Примітка: * – достовірна відмінність виявлена між рівнями під мечоподібним відростком і I. bicostalis; ** – достовірна відмінність між рівнями I. bicostalis і пупка; *** – достовірна відмінність виявлена між рівнями під мечоподібним відростком і пупка

ДОДАТОК В

Таблиця 4.В.15

Кількість волокон колагену I та III типу білої лінії живота залежно від її типу

Тип білої лінії живота	Тип волокон колагену	Кількість волокон колагену I та III типу		
		Під мечоподібним відростком	I. bicostalis	Пупок
БЛЖ I типу (n = 12)	I тип	63,65 ± 0,64 ^{***}	63,54 ± 5,86 ^{**}	72,44 ± 3,78
	III тип	29,98 ± 5,7 ^{***}	29,95 ± 4,82 ^{**}	23,7 ± 4,06
БЛЖ II типу (n = 14)	I тип	78,26 ± 7,22 ^{***}	76,19 ± 6,99 ^{**}	64,87 ± 2,4
	III тип	16,8 ± 7,41 ^{***}	19,48 ± 6,78 ^{**}	30,54 ± 3,17
БЛЖ III типу (n = 5)	I тип	68,6 ± 5,42	67,92 ± 7,98	70,8 ± 9,73
	III тип	23,48 ± 6,68	26,08 ± 8,16	24,24 ± 8,5
БЛЖ IV типу (n = 5)	I тип	67,1 ± 4,42	69,36 ± 2,07	69,68 ± 2,06
	III тип	29,32 ± 3,27	25,64 ± 2,57	26,0 ± 2,06

Примітка: * – достовірна відмінність виявлена між рівнями під мечоподібним відростком і I. bicostalis; ** – достовірна відмінність між рівнями I. bicostalis і пупка; *** – достовірна відмінність виявлена між рівнями під мечоподібним відростком і пупка

ДОДАТОК В

Таблиця 4.В.16

Кількість волокон колагену I та III типу білої лінії живота залежно від її ширини на рівнях пупка і l. bicostalis

Рівень визначення ширини БЛЖ	Ширина білої лінії живота	Тип волокон колагену	Рівень дослідження		
			Під мечоподібним відростком	l. bicostalis	Пупок
Рівень пупка	БЛЖ 1-2 см (n=18)	I тип	75,96 ± 7,97 ^{***}	73,71±6,92 ^{**}	66,92 ± 3,74
		III тип	19,38 ± 8,31 ^{***}	20,94±6,77 ^{**}	28,63 ± 3,99
	БЛЖ 2-3 см (n=12)	I тип	65,54 ± 6,68 ^{***}	65,87±5,22 ^{**}	72,24 ± 5,03
		III тип	28,63 ± 7,15 ^{***}	28,65±4,55 ^{**}	23,34 ± 4,99
	БЛЖ 3-4 см (n=6)	I тип	66,03 ± 6,14	64,08 ± 9,07	68,08 ± 7,72
		III тип	27,75 ± 5,11	28,32 ± 8,34	27,97 ± 6,46
Рівень l. bicostalis	БЛЖ 1-2 см (n=25)	I тип	72,08 ± 7,93	69,35 ± 7,66	68,96 ± 4,17
		III тип	22,36 ± 7,88	24,97 ± 7,29	26,49 ± 7,29
	БЛЖ 2-3 см (n=8)	I тип	67,84 ± 12,5	71,39 ± 9,57	69,99 ± 8,83
		III тип	26,14 ± 11,2	22,41 ± 8,27	25,91 ± 7,94
	БЛЖ 3-4 см (n=3)	I тип	64,37 ± 1,09	65,57 ± 5,08	65,37 ± 2,89
		III тип	30,27 ± 0,9	29,1 ± 2,98	31,17 ± 1,1

Примітка: * – достовірна відмінність виявлена між рівнями під мечоподібним відростком і l. bicostalis; ** – достовірна відмінність між рівнями l. bicostalis і пупка; *** – достовірна відмінність виявлена між рівнями під мечоподібним відростком і пупка

ДОДАТОК В

Таблиця 4.В.17

Діаметр еластичних волокон білої лінії живота залежно від її типу і рівня дослідження (мкм)

		Кількість аморфної речовини на 10000 мкм ²		
		Під мечоподібним відростком	<i>I. bicostalis</i>	Пупок
Тип білої лінії живота	БЛЖ I типу (n=12)	16,4 ± 0,78 ^{*,***}	15,62 ± 1,03	14,98 ± 1,49
	БЛЖ II типу (n=14)	14,31 ± 1,86 ^{*,***}	17,08 ± 0,62 ^{**}	16,09 ± 0,86
	БЛЖ III типу (n=5)	15,35 ± 1,62	15,01 ± 0,56	15,62 ± 0,86
	БЛЖ IV типу (n=5)	14,08 ± 1,69	15,57 ± 1,68	14,66 ± 0,91

Примітка: * – достовірна відмінність виявлена між рівнями під мечоподібним відростком і *I. bicostalis*; ** – достовірна відмінність між рівнями *I. bicostalis* і пупка; *** – достовірна відмінність виявлена між рівнями під мечоподібним відростком і пупка

ДОДАТОК Г

Таблиця 6.Г.1

Термін грижозношення у хворих на первинну грижу білої лінії живота

Термін грижозношення	СТАТЬ				Усього	
	Чоловіки		Жінки			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1-6 місяців	8	2,9	22	7,97	30	10,87
6-12 місяців	17	6,16	34	12,32	51	18,48
1-3 роки	32	11,59	64	23,19	96	34,78
3-5 років	19	6,88	43	15,58	62	22,46
більше 5 років	7	2,54	30	10,87	37	13,41
Усього	83	30,07	193	69,93	276	100,0

ДОДАТОК Г

Таблиця 6.Г.2

Супутні захворювання у хворих на пупкову грижу та грижу білої лінії
живота

Супутні захворювання	СТАТЬ				Усього	
	Чоловіки		Жінки		абс.	%
	абс.	%	абс.	%		
Серцево-судинна система	30	10,87	159	57,61	189	68,48
Дихальна система	–	–	2	0,72	2	0,72
Шлунково-кишковий тракт	46	16,67	130	47,1	176	63,74
Жовчево-кам'яна хвороба	11	3,99	42	15,22	53	19,21
Сечостатева система	1	0,36	3	1,09	4	1,45
Ожиріння II-III ступенів	8	2,89	67	24,28	75	27,17
Гінекологічні захворювання	–	–	18	6,52	18	6,52
Поєднання захворювань	7	2,54	43	15,58	50	18,12
Грижі інших локалізацій	8	2,89	8	2,89	16	5,78
Інші	–	–	4	1,45	4	1,45

ДОДАТОК Д



ДОДАТОК Д



ДОДАТОК Д



ДОДАТОК Д



ДОДАТОК Д



ДОДАТОК Д



Вінницький медичний університет ім. М.І.Пирогова

СВІДОЦТВО

на раціоналізаторську пропозицію
СПОСІВ РОЗШИРЕННЯ ГРИЖОВИХ ВОРІТ ПРИ ХІРУР-
ГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ФІКСОВАНИХ ТА ЗАЩЕПЛЕНИХ
ГРИЖ БЕЛОЇ ЛІНІЇ ЖИВОТА

автор (співавтор) Кадировський С.В., Власов В.В.

подану « 22 » 12 2009р.

визнану раціоналізаторською « 22 » 12 2009р.

та зареєстровану в журналі реєстрації
раціоналізаторських пропозицій за № 21

Керівник підприємства
(організації, установи)

М.П.

Д.М.Н. Петрушенко
В.В.

підпис із зазначенням прізвища
ініціалів

ДОДАТОК Д



Вінницький національний медичний
університет ім. М.І.Пирогова

СВІДОЦТВО

НА РАЦІОНАЛІЗАТОРСЬКУ ПРОПОЗИЦІЮ

Спосіб спрощеної фіксації сіткового імплантата при виконанні передочеревинної пластики

пупкових гриж та гриж білої лінії живота

автор (співавтори)

Калиновський С.В., Власов В.В.

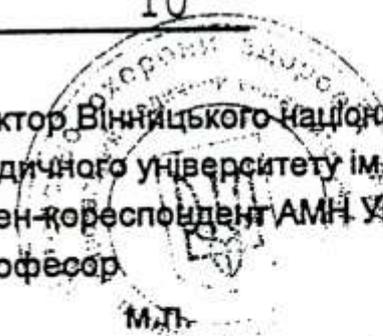
подану "10" 01 2001р.

визнану раціоналізаторською

"10" 01 2001р.

раціоналізаторських пропозицій за
№ 10

Ректор Вінницького національного
медичного університету ім. М.І.Пирогова,
член-кореспондент АМН України,
професор



В.М.Мороз

ДОДАТОК Д



Вінницький медичний університет ім. М.І.Пирогова

СВІДОЦТВО

на раціоналізаторську пропозицію
СПОСІБ ОПЕРАТИВНОГО ЛІДУВАННЯ ПОРІДНАННЯ
ГРИБІ БІЛОЇ ЛІНІЇ ЖУВСТА І ПУПКОВОЇ ГРИБІ

автор (співавтори) Калиновський С.В., Власов В.В.

подану « 22 » 03 2001р.

та зареєстровану в журналі реєстрації
раціоналізаторських пропозицій за № 10

Керівник підприємства
(організації, установи)



[Handwritten signature]

Д.М.П. ПОСТУПЕН

підпис із зазначенням прізвища
ініціалів

ДОДАТОК Д

Вінницький національний медичний
університет ім. М.І.Пирогова

СВІДОЦТВО

НА РАЦІОНАЛІЗАТОРСЬКУ ПРОПОЗИЦІЮ
СПОСІВ МОДЕЛЮВАННЯ РОЗШИРЕННЯ ГРИБОВИХ
БОРІТ ПУПЦОВОЇ ГРИБІ В МОРФОЛОГІЧНОМУ
ЕКСПЕРИМЕНТІ

автор (співавтори) Каличовський С.В.,
Власов В.В., Болдир Л.В., Вітковська С.В.,
Думацький С.В.
подану "14" 05 2002 р.

визнану раціоналізаторською
"14" 05 2002 р.

та зареєстровану в журналі реєстрації
раціоналізаторських пропозицій за
№ 8

Ректор Вінницького національного
медичного університету ім. М.І.Пирогова,
член-кореспондент АМН України,
професор



В.М.Мороз

ДОДАТОК Д



**Вінницький національний медичний
університет ім. М.І.Пирогова**

СВІДОЦТВО

НА РАЦІОНАЛІЗАТОРСЬКУ ПРОПОЗИЦІЮ
СПОСІБ ДОСЛІДЖЕННЯ БІЛОЇ ЛІНІЇ ЖИВОТА В
МОРФОЛОГІЧНОМУ ЕКСПЕРИМЕНТІ

автор (співавтори) Калитовський С.В.,
Власов В.В., Боднар Л.В., Вітковська С.В.,
Калитовський О.О.

подану "14" 05 2002 р.

визнану раціоналізаторською
"14" 05 2002 р.

та зареєстровану в журналі реєстрації
раціоналізаторських пропозицій за
№ 9

Ректор Вінницького національного
медичного університету ім. М.І.Пирогова,
член-кореспондент АМН України,
професор


В.М.Мороз



ДОДАТОК Д



Вінницький національний медичний
університет ім. М.І.Пирогова

СВІДОЦТВО

НА РАЦІОНАЛІЗАТОРСЬКУ ПРОПОЗИЦІЮ

СПОСІБ МОДЕЛЮВАННЯ МОБІЛІЗАЦІЇ РЕТРОМУСЦ
ЛЯРНОГО ПРОСТОРУ ПРИ АДОПЛАСТИЦІ ГРИБОВИ
ВОРІТ ПУНКОВОЇ ГРЯЖІ В МОРФОЛОГІЧНОМУ
автор (співавтори) ЕКСПЕРИМЕНТІ

Селинговський С.В., Власов В.В., Боднар Л.В.,
Вітківська С.В., Фіногеев А.Я.

подану "14" 05 2002 р.

визнану раціоналізаторською

"14" 05 2002 р.

та зареєстровану в журналі реєстрації
раціоналізаторських пропозицій за
№ 10

Ректор Вінницького національного
медичного університету ім. М.І.Пирогова,
член-кореспондент АМН України,
професор



В.М.Мороз

ДОДАТОК Д

ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Проректор з науково-педагогічної роботи
 Буковинського державного медичного
 університету
 доц. І.В. Геруш
 «_____» _____ 2015 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Пропозиції для впровадження: “Метод лікування первинної грижі білої лінії живота”.

Установа-розробник: кафедра хірургії факультету післядипломної освіти (зав. кафедрою – проф. А.І. Суходоля) Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, Хмельницька обласна лікарня, м. Хмельницький, МОЗ України.

Джерела інформації:

1. К ретромускулярной аллопластике грыжевых ворот пупочной грыжи / В.В. Власов, С.В. Калиновский, В.В. Калиновский, О.В. Осипова // Актуальные вопросы герниологии: материалы VIII конференции. – 2011. – С. 44-46.
2. Vlasov V. To the surgical treatment of the patients with umbilical hernia / V. Vlasov, O. Kharyshyn, S. Kalinovskiy // Hernia. – 2014. – N. 18 (Supl 2). – P. 94.
3. Власов В.В. До діагностики і лікування грижі білої лінії живота / В.В. Власов, С.В. Калиновський // Хірургія України. – 2014. – № 3(51) додаток. – С. 8.
4. Vlasov V. For optimization of diagnostics and treatment of the patients with umbilical hernia / V. Vlasov, O. Kharyshyn, S. Kalinovskiy // Hernia. – 2015. – Vol. 19, Suppl. 1. – P. 217.

Базова установа, яка проводить впровадження: Буковинський державний медичний університет, кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії.

Термін впровадження: березень-червень 2015 року.

Форма впровадження: впроваджено в навчальний процес кафедри (у матеріали лекцій та практичних занять) при викладанні розділу “Топографічна анатомія передньої черевної стінки” та “Грижі черевної стінки”.

**Завідувач кафедри анатомії,
 топографічної анатомії та оперативної
 хірургії ВДНЗУ “Буковинський
 державний медичний університет”,
 доктор медичних наук, професор**

О.М. Слободян

ДОДАТОК Д


 ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Проректор з науково-педагогічної роботи
 Буковинського державного медичного
 університету
 Геруш І.В.
 «_____» _____ 2015 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Пропозиції для впровадження: “Особливості будови білої лінії живота у здорових дорослих людей і хворих на грижу”.

Установа-розробник: кафедра хірургії факультету післядипломної освіти (зав. кафедрою – проф. А.І. Суходоля) Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, Хмельницька обласна лікарня, м. Хмельницький, МОЗ України.

Джерела інформації:

1. Власов В. В. Ультразвукове дослідження передньо-бічної стінки живота у здорових та хворих на пупкову грижу / В. В. Власов, С. В. Калиновський // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2012. – № 2. – С. 21-25.

2. Власов В.В. К использованию ультразвукового исследования и компьютерной томографии передней брюшной стенки в диагностике и лечении больных с грыжей белой линии живота / В. В. Власов, С. В. Калиновский // Трудные грыжи: материалы международной конференции. – М., 2012. – С. 3-4.

3. Калиновський С. До вимірювання ширини білої лінії живота за допомогою УЗД / С. Калиновський // Матеріали ХІХ міжнародного конгресу молодих вчених. – Тернопіль, 2015. – С. 94.

Базова установа, яка проводить впровадження: Буковинський державний медичний університет, кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії.

Термін впровадження: березень-червень 2015 року.

Форма впровадження: впроваджено в навчальний процес кафедри (у матеріали лекцій та практичних занять) при викладанні розділу “топографічна анатомія передньої черевної стінки” та “грижі черевної стінки”.

Завідувач кафедри анатомії,
 топографічної анатомії та оперативної
 хірургії ВДНЗУ “Буковинський
 державний медичний університет”,
 доктор медичних наук, професор



О.М. Слободян

ДОДАТОК Д

«Затверджую»

ТВО начальника державного
патолого-анатомічного
центру України
к.мед.н. Боднар Л.В.
« 2015 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Пропозиція для впровадження: «Особливості будови передньої черевної стінки у здорових людей і хворих на грижу білої лінії живота»
2. Установа розробник: кафедра хірургії факультету післядипломної освіти (зав. кафедрою – проф. А.І. Суходоля) Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, Хмельницька обласна лікарня, м. Хмельницький, МОЗ України.
3. Джерела інформації:
 1. Калиновський С. До вивчення волокон колагену I і III типу білої лінії живота у хворих на пупкову грижу / С. Калиновський, Л. Боднар // Матеріали XVIII міжнародного конгресу молодих вчених. – Тернопіль. – 2014. – С. 57.
 2. Боднар Л.В. До вивчення волокнистих структур білої лінії живота у здорових і хворих на пупкову грижу / Л.В. Боднар, С.В. Калиновський, В.В. Власов // Вісник морфології. – 2014. - № 1. – Т. 20. – С. 53-57.
4. Базова установа, яка проводить впровадження: Державний патолого-анатомічний центр України, м. Хмельницький.
5. Форма впровадження: впроваджено в науково-дослідний процес центру.
6. Термін впровадження: 2014 – 2015 рр.
7. Ефективність впровадження: уточнення будови передньої черевної стінки у здорових людей і хворих на грижу.

ТВО начальника державного
патолого-анатомічного



Л.В. Боднар

ДОДАТОК Д



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Пропозиція для впровадження:** «Метод хірургічного лікування поєднання пупкової грижі і грижі білої лінії живота».
2. **Установа розробник:** кафедра хірургії факультету післядипломної освіти (зав. кафедрою – проф. А.І. Суходоля) Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, Хмельницька обласна лікарня, м. Хмельницький, МОЗ України.
3. **Джерела інформації:**
 - 1) Власов В.В. К лечению больных с грыжей белой линии живота / В.В. Власов, С.В. Калиновский // Герниология – 2011 - № 1 – с. 11-12.
 - 2) Власов В.В. Хірургічне лікування поєднання жовчево-кам'яної хвороби і первинних гризових дефектів білої лінії живота / В.В. Власов, О.О. Підмурняк, С.В. Калиновський // Клінічна хірургія – 2011 - № 5 – с. 12-13.
4. **Базова установа, яка проводить впровадження:** хірургічне відділення Славутської ЦРЛ.
5. **Загальна кількість спостережень:** 18 хворих.
6. **Форма впровадження:** впроваджено в лікувальну роботу відділення.
7. **Ефективність впровадження:** естетичний ефект операції (здійснення пластики 2 гризових дефектів з одного доступу, надійність методу, простота фіксації сіткового імплантату, відсутність рецидиву грижі.
8. **Термін впровадження:** 2012 – 2012 рр.
9. **Зауваження, пропозиції:** вказана методика пропонується як альтернативна існуючим методикам пластики гризового дефекту пупкової грижі в поєднанні з грижою білої лінії живота. Рекомендується для впровадження в лікувальну роботу хірургічних відділень, як надійний метод пластики поєднаних гризових дефектів білої лінії живота.

Зав. хірургічним відділенням

Харишин О.М.

ДОДАТОК Д

«Затверджую»
 Головний лікар
 Крижопільської ЦРЛ
 В.І. Рузяк
 2013 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Пропозиція для впровадження: «Спосіб фіксації сіткового імплантату при передочеревинній алопластиці грижових дефектів пупкової грижі або грижі білої лінії живота».
2. **Установа розробник:** кафедра хірургії факультету післядипломної освіти (зав. кафедрою – проф. А.І. Суходоля) Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, Хмельницька обласна лікарня, м. Хмельницький, МОЗ України.
3. **Джерела інформації:**
 - 1) Власов В.В. К лечению больных пупочной грыжей аллопластикой sub lay / В.В. Власов, С.В. Калиновский / Материалы VII Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием // Красноярск – 2012 – с. 286-289.
 - 2) Власов В.В. До одночасного хірургічного лікування жовчевокам'яної хвороби і пупкової грижі / В.В. Власов, О.О. Підмурняк, С.В. Калиновський // Хірургія України – 2011 - № 3(39) – с. 19-21.
4. **Базова установа, яка проводить впровадження:** хірургічне відділення Крижопільської ЦРЛ, Вінницької обл.
5. **Загальна кількість спостережень:** 19 хворих.
6. **Форма впровадження:** впроваджено в лікувальну роботу відділення.
7. **Ефективність впровадження:** технічна простота виконання пластики, надійність методу, простота фіксації сіткового імплантату, відсутність рецидиву грижі.
8. **Термін впровадження:** 2012 – 2013 рр.
9. **Зауваження, пропозиції:** вказана методика пропонується як альтернативна існуючим методикам пластики грижового дефекту пупкової грижі (грижі білої лінії живота). Рекомендується для впровадження в лікувальну роботу хірургічних відділень, як надійний метод пластики грижового дефекту первинної пупкової грижі (грижі білої лінії живота).

Зав. хірургічним відділенням



Дембіцький В.Є.

ДОДАТОК Д



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Пропозиція для впровадження:** «Спосіб розширення грижових воріт при хірургічному лікуванні фіксованих та защемлених пупкових гриж та гриж білої лінії живота»
2. **Установа розробник:** кафедра хірургії факультету післядипломної освіти (зав. кафедрою – проф. А.І. Суходоля) Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, Хмельницька обласна лікарня, м. Хмельницький, МОЗ України.
3. **Джерела інформації:**
 - 1) Власов В.В. Лікування пупкових гриж / В.В. Власов, І.В. Бабій, С.В. Калиновський, О.В. Осипова // Матеріали 2-го наукового симпозиуму – м. Чернівці – 2010 – с 114-115.
 - 2) Калиновський С.В. До методики розширення пупкового кільця при лікуванні грижі / С.В. Калиновський, І.В. Бабій, В.В. Калиновський, О.В. Осипова // Матеріали I наукової конференції молодих вчених з міжнародною участю – м. Вінниця. – 2010 – с. 69.
 - 3) Калиновський С.В. К хирургическому лечению попучной грыжи / С.В. Калиновский // Сборник научных работ международной НПК студентов и молодых ученых, посвященной 200-летию со дня рождения Н.И. Пирогова – Челябинск – 2011 – с. 120-124.
4. **Базова установа, яка проводить впровадження:** хірургічне відділення Шепетівської ЦРЛ.
5. **Загальна кількість спостережень:** 12 хворих.
6. **Форма впровадження:** впроваджено в лікувальну роботу відділення.
7. **Ефективність впровадження:** технічна простота виконання виконання методу розширення пупкового кільця або грижового дефекту білої лінії живота, забезпечення при розширенні умов для збільшення операційного поля, вправлення вмісту грижового мішка не послаблюючи при цьому місність передньої черевної стінки, відсутність рецидиву грижі.
8. **Термін впровадження:** 2012 – 2013 рр.
9. **Зауваження, пропозиції:** вказана методика пропонується до застосування при оперативному лікуванні защемленої (фіксованої) пупкової грижі або грижі білої лінії живота. Рекомендується для впровадження в лікувальну роботу хірургічних відділень, як надійний та простий метод пластики грижового дефекту первинної пупкової грижі та грижі білої лінії живота.

Зав. хірургічним відділенням

Горлюк В.В.

ДОДАТОК Д

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Пропозиція для впровадження: *«Метод ретромускулярної пластики грижового дефекту пупкової грижі».*
2. Установа розробник: кафедра хірургії факультету післядипломної освіти (зав. кафедрою – проф. А.І. Суходоля) Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, Хмельницька обласна лікарня, м. Хмельницький, МОЗ України.
3. Джерела інформації:
 - 1) Власов В.В. Лікування пупкових гриж / В.В. Власов, І.В. Бабій, С.В. Калиновський, О.В. Осипова // Матеріали 2-го наукового симпозиуму – м. Чернівці – 2010 – с 114-115.
 - 2) Калиновський С.В. К хірургическому лечению попуточной грыжи / С.В. Калиновский // Сборник научных работ международной НПК студентов и молодых ученых, посвященной 200-летию со дня рождения Н.И. Порогова – Челябинск – 2011 – с. 120-124.
 - 3) Власов В.В. Хірургічне лікування поєднання жовчево-кам'яної хвороби і первинних грижових дефектів білої лінії живота / В.В. Власов, О.О. Підмурняк, С.В. Калиновський // Клінічна хірургія – 2011 - № 5 – с. 12-13.
 - 4) Власов В.В. До одночасного хірургічного лікування жовчево-кам'яної хвороби і пупкової грижі / В.В. Власов, О.О. Підмурняк, С.В. Калиновський // Хірургія України – 2011 - № 3(39) – с. 19-21.
 - 5) Власов В.В. К лечению больных попуточной грыжей аллопластикой sub laу / В.В. Власов, С.В. Калиновский / Материалы VII Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием // Красноярск – 2012 – с. 286-289.
4. Базова установа, яка проводить впровадження: хірургічне відділення Лєтичівської ЦРЛ.
5. Загальна кількість спостережень: 12 хворих.
6. Форма впровадження: впроваджено в лікувальну роботу відділення.
7. Ефективність впровадження: технічна простота виконання пластики, надійність методу, відсутність рецидиву грижі.
8. Термін впровадження: 2012 – 2013 рр.
9. Зауваження, пропозиції: вказана методика пропонується як альтернативна існуючим методикам пластики грижового дефекту пупкової грижі. Рекомендується для впровадження в лікувальну роботу хірургічних відділень, як надійний метод пластики грижового дефекту первинної пупкової грижі в випадку виникнення технічних труднощів при мобілізації передочеревинного простору.

Зав. хірургічним відділенням

Постернак М.І.