

Выводы:

1. Эпидуральная анестезия способствует более комфортному течению родов, что отражается в эффективном анальгетическом эффекте последней.
2. Значимого влияния ЭА на показатели гемодинамики рожениц не выявлено.
3. ЭА способствует уменьшению общей продолжительности родов, что особенно отражается на длительности I периода. На II период ЭА оказывает незначительное пролонгирующее действие, однако в рамках нашего исследования это не привело к инструментальному завершению родов. Влияния ЭА на III период родов не выявлено.

ЛИТЕРАТУРА

1. Неймарк, М.И. Современные аспекты обезболивания самопроизвольных родов / М.И. Неймарк, В.Ю. Геронимус, А.И. Ковалев // Журнал акушерства и женских болезней. – 2011. – Том LX. – № 3. – С. 110-115.
2. Куликов, А.В. Регионарная анестезия в акушерстве / А.В. Куликов // Уральский государственный медицинский университет. – 2014. – С. 62.
3. Малевич, Ю.К. Акушерство / Ю.К. Малевич – Минск: «Беларусь», 2017. – С. 511 .

ВОЗРАСТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЫШЕЧНО-АПОНЕВРОТИЧЕСКИХ СТРУКТУР БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ЛИЦ МУЖСКОГО ПОЛА

¹Новицкая В.С., ²Михайлов А.Н., ³Гаврилик А.А., ¹Смотрин С.М.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²Белорусская медицинская академия последипломного образования

³УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г.Гродно»

Актуальность. Хирургическое лечение грыж живота не имеет альтернатив. В настоящее время многие авторы придерживаются принципа дифференцированного подхода к выбору метода герниопластики, особенно при паховых грыжах у мужчин, требующих оценки состояния мышечно-апоневротических структур брюшной стенки [1, 2, 5, 6].

Цель. Дать оценку состояния мышечно-апоневротических структур брюшной стенки у лиц мужского пола по результатам МРТ.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ результатов МРТ брюшной стенки у 24 пациентов не имеющих наружных грыж живота в T₁ и T₂ в аксиальной проекции. Все пациенты, согласно классификации ВОЗ были разделены на 3 группы (молодого, среднего и пожилого возраста) по 8 человек в каждой группе. Измерялись: толщина прямой мышцы живота, ширина прямой мышцы живота, площадь поперечного сечения прямой мышцы живота, ширина белой линии живота, совокупная толщина мышц боковой стенки живота, совокупная толщина внутренней косой и поперечной мышцы живота на уровне почечных артерий. Данные обрабатывали с помощью лицензионной

компьютерной программы Statistica 6.0 для Windows (StatSoft, Inc., США, серийный номер 31415926535897) с применением описательной статистики. Для каждого показателя определяли значение медианы (Me) и интерквартильного диапазона (IQR). Сравнение групп по одному признаку проводили с помощью критерия Манна-Уитни для независимых выборок (Mann-Whitney, U-test) [3]. Различия между группами считали статистически значимыми, если вероятность ошибочной оценки не превышала 5% ($p < 0,05$) [4].

Результаты и их обсуждение. Результаты проведенных исследований представлены в таблице 1. Установлено, что метрические характеристики прямой мышцы живота существенно отличаются в разных возрастных группах. Так в среднем и пожилом возрасте толщина прямой мышцы живота существенно меньше толщины прямой мышцы живота у молодых пациентов, а ширина ее достоверно увеличивается. Следует обратить внимание и на тот факт, что площадь поперечного сечения прямой мышцы живота у лиц пожилого возраста существенно уменьшается по сравнению с молодыми ($Z=2,24$; $p=0,02$) и лицами среднего возраста ($Z=2,32$, $p=0,02$). Рассматривая метрические характеристики других мышечных структур брюшной стенки, четко прослеживается их зависимость от возраста человека.

Таблица 1. – Характеристика мышечно-апоневротических структур брюшной стенки по результатам МРТ

Исследуемые показатели	Возрастные группы		
	Пациенты молодого возраста	Пациенты среднего возраста	Пациенты пожилого возраста
Толщина прямой мышцы живота, мм	15,50 (14,00; 17,00)	11,50* (11,00; 13,50)	9,25*# (8,00; 10,00)
Ширина прямой мышцы живота, мм	65,25 (64,00; 70,00)	84,75* (80,50; 87,00)	89,00* (78,00; 92,00)
Площадь поперечного сечения прямой мышцы живота, мм ²	834,50 (790,00; 936,00)	843,50 (797,50; 850,00)	642,50*# (618,00; 702,00)
Ширина белой линии живота, мм	12,00 (11,00; 13,00)	15,50 (11,50; 16,75)	21,00*# (17,00; 25,00)
Совокупная толщины мышц боковой стенки живота, мм	29,00 (26,00; 31,00)	21,50* (18,00; 23,50)	19,00* (16,00; 20,50)
Совокупная толщина внутренней косой и поперечной мышцы живота, мм	6,00 (6,00; 7,00)	5,50 (4,50; 6,00)	3,50* (3,00; 5,00)

Примечание – * – $p < 0,05$ при сравнении с пациентами молодого возраста;
– $p < 0,05$ при сравнении с пациентами среднего возраста.

Наряду с этим, обращает на себя внимание и то, что ширина белой линии живота у пожилых значительно превышает ширину белой линии у лиц молодого ($Z=-2,80$; $p=0,00$) и среднего возраста ($Z=-2,38$; $p=0,01$). Увеличение

ширины белой линии живота, на наш взгляд, может сопровождаться и увеличением межсухожильных щелей, что является предрасполагающим фактором в возникновении грыж белой линии живота, а истончение, увеличение ширины прямых мышц живота и уменьшение площади их поперечного сечения предрасполагает к диастазу прямых мышц живота.

Вывод.

У лиц пожилого возраста имеет место истончение всех мышечных структур передней брюшной стенки и белой линии живота. Истонченные мышечно-апоневротические структуры являются предрасполагающим фактором к образованию грыж и требуют дифференцированного подхода к выбору методов пластики брюшной стенки при их наличии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жебровский, В.В. Хирургия грыж живота / В.В. Жебровский // М.: МИА. – 2005. – 400 с.

2. Индивидуальные особенности строения пахового промежутка: продолжение трудов Т.Ф.Лавровой / А.В.Черных, Е.Н.Любых, В.Г.Витчинкин, Ю.В.Малеев, Е.И.Закурдаев // Журнал анатомии и гистопатологии. – 2014. – Т. 3, № 1.– С.55–58.

3. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва // М., МедиаСфера. – 2002. – 312 с.

4. Рокицкий, П.Ф. Биологическая статистика : учеб. пособие / П.Ф. Рокицкий. – М. : Высш. шк., 1967. – 328 с.

5. Рычагов, Г.П. Индивидуальные особенности пластики косых паховых грыж с использованием собственных методик / Г.П. Рычагов, Н.А. Вальчук, А.И. Лемешевский, Ф.М. Высоцкий, В.А. Гинюк // Хирургия Восточная Европа. – 2016. – Т. 5. – С. 335-347.

6. Смотрин С.М., Визгалов С.А. Хирургическое лечение паховых грыж в Гродненском регионе // Актуальные проблемы медицины: материалы итоговой научно-практической конференции (25-26 января 2018 г.) [Электронный ресурс] / отв. Ред. В.А. Снежицкий – Гродно: ГрГМУ, 2018. – С. 702-704.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ И МОРФОМЕТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПАХОВОГО КАНАЛА ПРИ ГРЫЖАХ У ПАЦИЕНТОВ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Новицкая В.С., Смотрин С.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Наружные грыжи живота входят в число самых распространенных хирургических заболеваний человека и встречаются у 5-6% населения европейских стран. Операции по поводу грыж брюшной стенки