

# ВОЗРАСТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЫШЕЧНО-АПОНЕВРОТИЧЕСКИХ СТРУКТУР ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Новицкая Э. Д.

Гродненский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Смотрин С. М.

**Актуальность.** На современном этапе развития плановой и экстренной абдоминальной хирургии знание возрастной характеристики мышечно-апоневротических структур передней брюшной стенки играет важное значение для практикующего хирурга [1,2].

**Цель.** Дать оценку мышечно-апоневротическим структурам передней брюшной стенки в различных возрастных группах.

**Методы исследования.** Изучены метрические данные мышечно-апоневротических структур передней брюшной стенки по результатам МРТ-исследования 23 пациентов (7 пациентов молодого, 8 среднего и 8 пожилого возрастов). Изучали: ширину белой линии живота (ШБЛ-мм), ширину прямой мышцы живота (ШПМ – мм), толщину прямой мышцы живота (ТПМ – мм) и площадь поперечного сечения прямой мышцы живота (СПм – мм<sup>2</sup>). 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.

**Результаты и их обсуждение.** Исследования показали, что у пациентов молодого возраста ШБЛ составляет 12,00 (11,00; 13,00) мм, у пациентов среднего возраста достигала 15,50 (11,50; 16,75) мм, а у пожилых – 21,00 (17,00; 25,00) мм и существенно превышала ШБЛ как у молодых, так и пациентов среднего возраста ( $p < 0,05$ ). Установлено, что ШПМ живота также зависит от возраста пациента. Если у пациентов молодого возраста ШПМ живота она составляла 65,25(64,00; 70,00) мм, то у пациентов среднего ШПМ живота увеличилась до 84,75(80,50; 87,00) мм ( $p < 0,05$ ), а у пожилых – до 89,00(78,00; 92,00) мм ( $p < 0,05$ ). Аналогичная закономерность отмечена и при анализе ТПМ живота. Так у пациентов молодого возраста она достигала 15,50(14,00;17,00) мм, у пациентов среднего возраста – 11,50(11,00;13,50) мм ( $p < 0,05$ ) и пожилого возраста – 9,25(8,00; 10,00) мм ( $p < 0,01$ ). При этом, если площадь поперечного сечения прямой мышцы живота у молодых составляла 834,50(790,00; 936,00) мм<sup>2</sup>, то у пациентов пожилого возраста – 642,50(618,00;702,00) мм<sup>2</sup> ( $p < 0,01$ ), что свидетельствует о наличии выраженных атрофических процессов в мышечной ткани.

**Выводы.** У пациентов пожилого возраста наблюдаются атрофические изменения мышечно-апоневротических структур передней брюшной стенки, которые следует рассматривать как один из предикторов возникновения послеоперационных грыж и грыж белой линии живота.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Смотри́н, С. М. Паховые грыжи у пациентов пожилого возраста. Новый метод атензионной герниопластики / С. М. Смотри́н, С. А. Жук, В. С. Новицкая // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2021. – Т. 19, № 3. – С. 280-284.
2. Превентивное эндопротезирование брюшной стенки у экстренных больных с риском развития эвентрации / Б. С. Суковатых, Н. М. Валуйская, А. А. Дубонос [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2021. – № 12. – С. 81-86.

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДА РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ОСНОВАНИИ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

**Обухович А. Р.<sup>1</sup>, Антухевич Е. И.<sup>2</sup>, Дайнович В. А.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Гродненский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Гродненская университетская клиника

**Научный руководитель:** д-р мед. наук, проф. Иоскевич Н. Н.

**Актуальность.** Неинфекционные заболевания в настоящее время являются основной причиной заболеваемости, инвалидности и преждевременной смертности населения [1]. К ним относятся облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей (ОА) и сахарный диабет (СД) 2 типа. Лечение пациентов с хронической критической ишемией нижней конечности (ХКИНК) вследствие сочетания ОА и СД 2 типа является нелегкой задачей. Приоритетное значение должно отдаваться реваскуляризации. Однако и она не гарантирует успеха. В ранние сроки с момента реваскуляризации теряют прооперированную нижнюю конечность 60% пациентов. В 80-90% случаев наступает рецидив ее хронической ишемии в течение года [2].

**Цель.** Разработать метод прогнозирования исхода реваскуляризирующей операции на основе биохимических показателей.

**Методы исследования.** В исследование включены 78 пациентов с ОА, сочетающимся с СД 2 типа, которым выполнялась реваскуляризирующая операция. В послеоперационном периоде пациенты наблюдались в течение 24 месяцев. Содержание ОПГ и ЭТ-1 определялось в плазме крови из локтевой вены, полученной утром натощак до реваскуляризации, через 14 дней и 3 месяца после операции. Количественное определение уровня ОПГ ЭТ-1 в плазме венозной крови проводилось иммуноферментным методом. Статистический