

Materials and Methods. 120 women with benign hormone-dependent diseases of the genitals and chronic pelvic pain (CPP) were examined. The patients were divided into 3 clinical groups, depending on the presence and intensity of pelvic pain. The choice of treatment tactics was determined on the basis of: estrogen receptors (ER), progesterone (PGR), proliferation index (Ki-67), vasculoendothelial growth factor (VEGF), cyclooxygenase-2 (COX-2) in the eutopic endometrium (EE), psychoemotional characteristics and intensity of pelvic pain. The dynamics of the pain level by VAS in the examined women with CPP, characterizing on the chosen therapeutic tactic, helped to eliminate the pain syndrome already during the first month of therapy. In the examined women, a significant ($p < 0.05$) shift towards a weak pain level, both in the short-term and long-term prospects was revealed. Three months after the treatment, none of the women experienced severe pain by VAS, however, 77.65% indicated a moderate level of pain syndrome. This index is gradually decreasing and after a year it made up only 16.47%, the remaining 83.53% fall on a low level of pain ($p < 0.05$). This confirms the effectiveness of the chosen treatment approach.

The proposed therapeutic tactics contributed to the regress of pain syndrome in 1, 3 and 6 months, by VAS by 34.61%; 62.84% and 100% respectively. The improvement of the psycho-emotional and general condition, normalization of sleep was noted in 88.3% of women. Reducing reactive anxiety and depressive disorders was determined in 84.7% of patients, testifying to the clinical efficacy of the proposed treatment and maybe recommended for implementation in clinical practice.

Key words: benign hormone-dependent diseases of the genitals, chronic pelvic pain, markers of morphogenesis, treatment.

*Рецензент – проф. Тарасенко К. В.
Стаття надійшла 04.01.2021 року*

DOI 10.29254/2077-4214-2021-2-160-96-100

УДК 617.55-007.43-089.844-085.849.19

Дубченко В. С., Кришень В. П.

БЕЗПОСЕРЕДНІ ТА ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ СЕРЕДИННОЇ ТА НИЖНЬОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ МЕТОДОМ ТРАНСАБДОМІНАЛЬНОЇ ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНОЇ ГЕРНІОПЛАСТИКИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ЙОГО ЗАСТОСУВАННЯ У КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ Дніпропетровська медична академія (м. Дніпро)

Dubchenko12@i.ua

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Дослідження є оригінальним, на його основі розроблена оригінальна методика оперативного втручання (повідомлення про завершення формальної експертизи за заявкою на винахід 16.06.2020 року № 13476/3А/20).

Вступ. Оперативне втручання часто являється основним методом лікування, особливо, якщо це стосується гриж. Реконструкція передньої черевної стінки у пацієнтів з грижами серединної та нижньої локалізації залишається актуальним питанням на протязі тривалого часу. Найбільш важливим є досягнення максимального результату лікування з використанням найменш інвазивних методик, оскільки, хірургічну техніку потрібно індивідуалізувати відповідно до розміру грижі, анатомічного розташування дефекту, індивідуальних особливостей пацієнта [1]. Аутопластичні методи не завжди є надійним та радикальним методом лікування гриж [2].

Проблема ефективного лікування черевних гриж залишається особливо вагомим, оскільки є розповсюдженою серед працездатного віку пацієнтів. Беззаперечним є високий ризик виникнення рецидивів і ускладнень при застосуванні «відкритих» операцій у лікуванні гриж, що нерідко супроводжуються розвитком хронічного абдомінального болю та злукової хвороби [3]. Класичні техніки оперативного лікування гриж супроводжуються травматизацією м'яких тканин, що призводить до вираженого больового синдрому та втрати працездатності на термін не менш від 4 до 6 тижнів [4]. Ранні післяопераційні

ускладнення часто є причиною смерті пацієнтів, пізні ускладнення часто погіршують якість життя хворих та є причиною значних матеріальних витрат чи не у всіх світових системах медичного забезпечення [5]. Рівень летальності при планових оперативних втручаннях є відносно низьким (близько 0,05%), але даний показник значно зростає за наявності великих рецидивуючих вентральних та імпульсних гриж і досягає 10-20% [6]. Це особливо вірно для пацієнтів старшого віку з супутньою серцево-судинною та легеневою патологією, ожирінням, а також спостерігається при пізній госпіталізації [7, 8, 9]. Не менш важливим є термін перебування пацієнта в стаціонарі, адже період відновлення при виконанні відкритих операцій займає значно більше часу, що вимагає значно більших матеріальних витрат [10].

Мета дослідження: аналіз та обґрунтування переваг лапароскопічної герніопластики TAPP методом, його удосконалення, вивчення безпосередніх та віддалених результатів хірургічного лікування гриж серединної та нижньої локалізації.

Об'єкт і методи дослідження. Робота виконана на базі хірургічного відділення ДЗ «СБЛ №1 МОЗ України» м. Дніпро. Здійснено аналіз результатів оперативного лікування пацієнтів з вентральними, пупковими та післяопераційними грижами двома способами: лапароскопічним трансабдомінальним з преперитонеальним розміщенням сітчастого протезу (TAPP) та відкритим преапоневротичним (SUBLAY).

Загальна кількість пацієнтів становила 405 осіб, серед яких 286 жінок, 119 чоловіків. Супутнім фак-

тором виступила надлишкова маса тіла, оскільки середній індекс маси тіла (ІМТ) становив 29.

Дослідження проводилося згідно з принципами Гельсінської декларації охорони прав людини, конвенції Ради Європи про права людини і біомедицину та положенням відповідних законів України. Протокол дослідження погоджено Локальним етичним комітетом для всіх, хто брав участь. На проведення дослідження, а також збір та обробку даних про пацієнтів було отримано інформовану згоду учасників.

Пацієнтам проводилось анкетування згідно з формою SF-36, для оцінки фізичного та психоемоційного стану перед операцією та у віддаленому післяопераційному періоді. Усім пацієнтам при госпіталізації проводився загальний огляд, збір анамнезу, визначення ІМТ, лабораторні обстеження: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові, коагулограма, визначення групи крові та резус фактору, серологічна діагностика на ВІЛ, гепатит В і С, сифіліс. Серед інструментальних досліджень було проведено УЗД органів черевної порожнини та грижового мішка, ехо-кардіографія, ЕКГ. Пацієнти, віком від 40 років були оглянуті суміжними спеціалістами.

Сітчасті протези які використовувались при герніопластиці: Duzeymesh (Турція), Ultrapro J&J (США), PromeshT Surgical IOS (Фрація) та інші, виробництва в країнах ЕС або США. Фіксація сітчастих протезів та перитонезація виконувалась герніостеплерами Covidien AbsorbAttack, BARD SORBAFIX, Ethicon SECURESTRAP.

Лапароскопічна преперитонеальна пластика (TAPP – Transabdominal Preperitoneal Plastic) виконувалась під ендотрахеальним наркозом. Положення хворого на операційному столі стандартне з подальшим переводом у положення Тренделенбурга, при розташуванні грижі М2-3 – М5, чи у положення Фоллера при розташуванні грижі М1-2 за SWR класифікацією. Після обробки операційного поля розчином антисептику при грижах М2-3 – М5, L3, перший троакар вводився в епігастральній області по серединній лінії, виконувалась CO2 перитонеум до 12 мм.рт.ст., після цього, під контролем зору вводяться один чи два троакари в латеральних областях, згідно з принципом триангуляції інструментів в черевній порожнині. Після ревізії органів черевної порожнини виконувалось, за потреби переміщення вмісту грижового мішку в черевну порожнину. Наступний етап – розсічення парієтальної очеревини напівколом по шийці грижового мішка, та на деяку відстань радіально від нього в поздовжній площині. Виконувалась сепарація очеревини та переміщення грижового мішка в черевну порожнину. Середня лінія передньої черевної порожнини та клубові ділянки М1-5, L3, відповідно, мають анатомічну особливість – виражений шар передочеревинної жирової клітковини, що дозволяє під час оперативного втручання досить легко виконати сепарування очеревини з формуванням карману для постановки сітчастого імпланту. При дефіциті очеревини для перитонізації протеза також використовувався грижевий мішок. При локалізації грижового випинання під пупком і маючи технічні складнощі при перитонізації протезу – використовується відсепарована очеревина здухвинних ділянок разом з сечовим міхуром, який досить легко мобілізується. Парієтальна очеревина розсікається від очість здух-

винних кісток у напрямку лонного зчленування, розріз закінчується на 3 см вище. Техніка ідентична сепарації очеревини при оперуванні пахової грижі, протез об'єм відсепарованої очеревини значно більший, з одного чи двох боків. Дана техніка дозволяє перитонізувати досить велику площу протезу, переміщуючи лоскіт очеревини, а також дозволяє виконати протезування всіх слабких місць пахових та здухвинних ділянок з двох боків єдиним великим сітчастим протезом.

Відкрита преапоневротична пластика проводилась під ендотрахеальним наркозом та під спинномозковою анестезією. Після обробки операційного поля розчином антисептику виконувалась розріз шкіри над грижевим мішком, з висіченням післяопераційного рубця при післяопераційній вентральній грижі, потім виділявся грижевий мішок до шийки з оточуючих тканин. При грижах невеликого розміру та невеликим діаметром грижевих воріт W1 за SWR класифікацією, а саме в тих випадках, коли без зусиль можливо звести краї грижевих воріт, зазвичай, це діаметр до 2 см, розміщення протезу – преперитоніально (SPP – sublay preperitoneal). Фіксація протезу виконувалась якірними швами через всі шари апоневрозу до підшкірної жирової клітковини. Після чого, ушивалась дефект апоневрозу, рана пошарово ушивалась наглухо. При грижах більшого розміру та об'єму виконувалось ретромускулярне розміщення протезу (SRM – sublay retromuscular). При цьому, після відсічення грижевого мішка виконувалось розсічення піхв прямих м'язів, виділялися задні листки та зшивалися між собою непереривним швом, після чого, на них розташовувався сітчастий протез, який через м'язи та передній листок фіксувався якірними швами до підшкірно-жирової клітковини. Наступним кроком зшивалися передні листки, післяопераційна рана ушивалась наглухо. Вивчали вихідні дані, частоту ускладнень, тривалість госпіталізації. Отримані дані оброблено методом описової статистики з використанням методу порівняння.

Результати дослідження та їх обговорення. Вихідні клініко-анамнестичні дані суттєво не відрізнялись серед обох груп прооперованих пацієнтів: вони є однорідними за віком, статтю, ІМТ. При аналізі безпосередніх результатів (табл.), отримано наступні дані: середня кількість перебування пацієнтів в стаціонарі при застосуванні лапароскопічного методу склала 4 дні, відкритої преапоневротичної герніопластики – 7 днів. У ранньому післяопераційному періоді (5-7 доба) та у віддаленому післяопераційному періоді (6 місяців – 4 роки) пацієнтам проводилась УЗД органів черевної порожнини з оцінкою зони оперативного втручання. Розглядалось розташування протезу, тип васкуляризації за допомогою ультразвукової доплерографії, фіброзні зміни в області протезу, наявність злукового процесу в зоні оперативного втручання, еластографію зони післяопераційного рубця.

Таблиця – Безпосередні результати операції у пацієнтів прооперованих методами TAPP і SUBLAY

Показник	TAPP	SUBLAY
Середня тривалість госпіталізації (дні)	4	7
Загальна частота ускладнень (%)	9.24	11.25

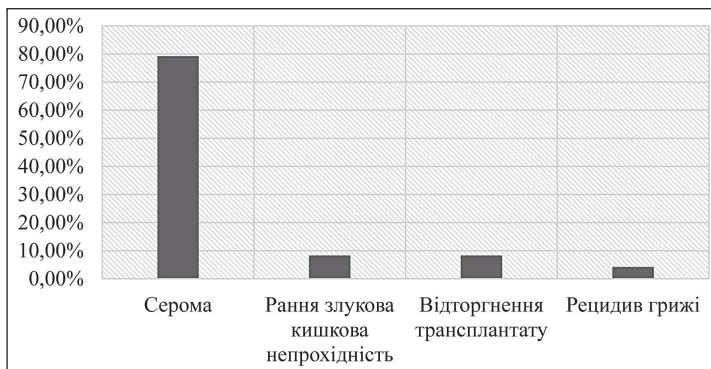


Рисунок 1 – Частота ускладнень серед прооперованих пацієнтів методом TAPP.

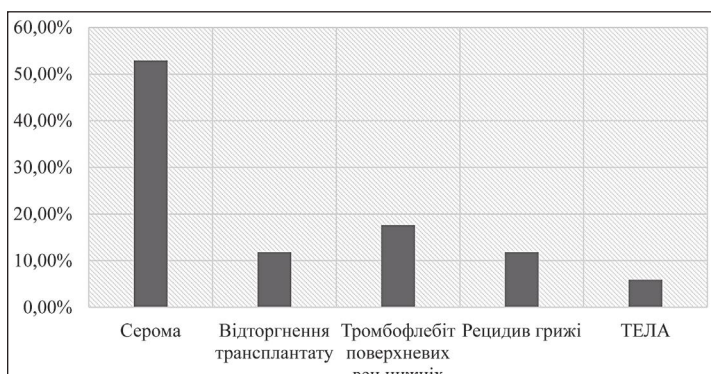


Рисунок 2 – Частота ускладнень серед пацієнтів прооперованих методом SUBLAY.

Загальна кількість ускладнень серед 405 прооперованих пацієнтів становила 10,12%. Серед пацієнтів, прооперованих методом лапароскопічної преапоневротичної перитонеальної пластики (TAPP) частота ускладнень є меншою та склала 9,24% (24 випадки). Найбільш частим ускладненням являвся розвиток сероми області грижевого мішка 79,2% (19 випадків), частка розвитку ранньої злукової кишкової непрохідності та відторгнення протезу становила по 8,3%, рецидив грижі розвинувся у 1 пацієнта (4,2%) (рис. 1).

Серед операцій проведених методом відкритої преапоневротичної пластики, частота ускладнень становила 11,25% (17 випадків). Найбільш частим ускладненням став розвиток сероми 52,9% (9 випадків), відторгнення трансплантату спостерігалось у 2 пацієнтів (11,8%). Тромбофлебіт поверхневих вен нижніх кінцівок розвинувся у 3 випадках серед усіх пацієнтів, прооперованих «відкритим» способом SUBLAY, склав 17,6%. Рецидив грижі спостерігалось у 2 пацієнтів (11,8%). Тромбоз дрібних гілок легеневої артерії розвинувся у 1 пацієнта та склав 5,9% із загальної кількості ускладнень серед пацієнтів прооперованих методом SUBLAY (рис. 2).

Картина УЗД в ранньому післяопераційному періоді була схожою серед обох груп прооперованих пацієнтів – в області фіксованого протезу визначалась серома. В групі пацієнтів прооперованих TAPP методом, ширина комплексу «очеревина-сітчастий протез-апоневроз» була меншою, ніж у пацієнтів, прооперованих відкритим преапоневротичним методом.

За даними УЗД, що виконувалась у віддаленому післяопераційному періоді, при порівнянні зони оперативного втручання у пацієнтів, оперованих TAPP

методикою до пацієнтів, що оперувались SUBLAY методикою, визначався більш повноцінний і функціональний розвиток сполучної тканини в зоні розташування сітчастого протезу. Товщина асоційованого з трансплантатом фіброзного шару, була більш тонкою та рівномірною, васкуляризація меншою та рівномірною. Також, в меншій кількості спостерігалось виникнення злукового процесу в зоні операції, частота зміщення сітчастого імплантату була значно меншою при використанні лапароскопічного методу оперативного втручання.

Термін спостереження пацієнтів прооперованих методами відкритої преапоневротичної та лапароскопічної герніопластики склав 4 роки. На основі проведеного дослідження, розроблена оригінальна методика оперативного втручання, яка полягає у лапароскопічному відсепаруванні великого лоскуту очеревини з обох сторін від окістя здухвинних кісток у медіальному напрямку з відсепарацією сечового міхура для перитонезації сітчастого поліпропіленового протезу. Дана методика дозволяє на більш якісному рівні вирішити тактичні та технічні питання лікування вентральних гриж нижньої та середньої локалізації, фактично до рівня параумбілікальної ділянки (МЗ).

Отримані результати свідчать про порівняно низький рівень розвитку ускладнень серед обох застосовуваних методів. Хоча, розвиток сероми спостерігалось у більшості випадків при застосуванні лапароскопічного методу, розвиток загрозливих ускладнень для життя хворих спостерігалось при операціях методом SUBLAY (тромбофлебіт вен нижніх кінцівок, ТЕЛА). Суттєвою перевагою TAPP методикою є скорочення терміну перебування на госпіталізації, як результат — скорочення періоду реабілітації та зменшення фінансових витрат.

За результатами аналізу публікацій, отримані відомості співзвучні зі схожими дослідженнями проведеними у країнах Європи, що підтверджує суттєве переважання застосування TAPP методикою у лікуванні вентральних гриж, для зменшення кількості ускладнень, виникнення рецидиву, скорочення часу перебування у стаціонарі та швидкому поверненню до звичного життя пацієнтів. Безпосередні результати хірургічного лікування вказують на певні переваги використання TAPP методу, а саме: частота ускладнень є меншою, перебіг післяопераційного періоду та характер ускладнень є більш легкими. Проведений аналіз результатів хірургічного лікування у віддаленому післяопераційному періоді свідчить про більш значущі переваги лапароскопічної герніопластики, на що вказує менша частота ускладнень та вища якість життя з боку фізичного та емоційного здоров'я згідно з формою SF-36 анкетування пацієнтів. Аналіз результатів лікування пацієнтів з грижами середньої та нижньої локалізації доводить, що виконання TAPP методу вигідно відрізняється від SUBLAY методикою за рахунок: меншої частоти ранніх та пізніх ускладнень; характер і важкість ускладнень після лапароскопічної герніопластики більш прогнозований; ускладнення легко

піддаються корекції; скорочений термін перебування в стаціонарі та період реабілітації.

Висновки. Таким чином, отримані дані свідчать, що у пацієнтів із наявністю вентральних, пупкових чи післяопераційних гриж застосування лапароскопічного методу оперативного втручання є альтернативною методикою, що може використовуватися навіть у запущених випадках, при наявності хронічної патології, незалежно від віку пацієнта. У порівнянні із відкритими лапаротомними техніками, TAPP метод дозволяє зменшити кількість ранніх післяопера-

ційних ускладнень та уникнути загрозливих станів, пов'язаних з операцією.

Перспективи подальших досліджень. Вивчення технічних особливостей проведення лапароскопічних методів лікування гриж нижньої та середньої локалізації, їх вплив на безпосередні та віддалені результати, уніфікація доступу для отримання найкращих умов для здійснення комбінованих оперативних втручань при наявності коморбідного стану є перспективним напрямком розвитку подальших досліджень та герніології зокрема.

Література

1. Wijerathne S, Malik S, Usmani F, Lomanto D. Minimally invasive repair for lateral ventral hernia: tailored approach from a hernia centre at a tertiary care institution. *Hernia*. 2021;(25):399–410.
2. Skvorcov MB. Plastika recidivnoj posleoperacionnoj gryzhi perednej brjushnoj stenki. Kliniko-anatomicheskoe nabljudenie pacienta cherez 13 let posle plastiki. *Zhurnal im. N.V. Sklifosovskogo «Neotlozhnaja medicinskaja pomoshh'»*. 2013;3:55-57. [in Russian].
3. Husain M, Sachan PK, Khan S, Lama L, Khan RN. Role of diagnostic laparoscopy in chronic and recurrent abdominal pain. *Tropical Gastroenterology*. 2013;34(3):170–173.
4. Shidlovs'kyj VO, Zaharash VP. Fakul'tets'ka hirurgija. Ternopil': Ukrmedknyga; 2002. 545 s. [in Ukrainian].
5. Boiko VV, Parkhomenko KY, Feskov OE, Gavrikov AY, Kursov SV, Piatnochka VI. Fast-track surgery and enhanced recovery after surgery concepts after their application in hernia repair. *Romanian Medical Journal*. 2021;68(1):10-16.
6. Kroese F, Kleinrensink GJ, Lange J, Gillion JF. External Validation of the European Hernia Society Classification for Postoperative Complications after Incisional Hernia Repair: A Cohort Study of 2,191 Patients. *Journal of the American College of Surgeons*. 2017;226(3):223-229.
7. Shamsiev AM, Davlatov SS, Sajdullaev ZJ. Optimizacija lechenija bol'nyh s posleoperacionnymi ventral'nymi grizhami. *Nauka, tehnika i obrazovanie*, 2017;3:109-116. [in Russian].
8. Piatnochka VI. Nevirisheni pitannja hirurgichnogo likuvannja hvorih na pisljaoperacijnu ventral'nu grizhu za umov komorbidnosti. *Visnik naukovih doslidzhen'*. 2017;1:11-15. [in Ukrainian].
9. Froylich D, Segal M, Weinstein A, Hatib K, Shiloni E, Hazzan D. Laparoscopic versus open ventral hernia repair in obese patients: a long-term follow-up. *Surgical Endoscopy*. 2017;31:1305–1310.
10. Felix E, Scott S, Crafton B, Geis P, Duncan T, Sewell R, et al. Causes of recurrence after laparoscopic hernioplasty. *Surgical Endoscopy*. 2014;12(3):226–231.

БЕЗПОСЕРЕДНІ ТА ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ СЕРЕДИННОЇ ТА НИЖНЬОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ МЕТОДОМ ТРАНСАБДОМІНАЛЬНОЇ ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНОЇ ГЕРНІОПЛАСТИКИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ЙОГО ЗАСТОСУВАННЯ У КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Дубченко В. С., Кришень В. П.

Резюме. Метою цього дослідження було вивчення та обґрунтування особливостей застосування лапароскопічної герніопластики TAPP методом, аналіз безпосередніх та віддалених результатів застосування даного методу у лікуванні гриж середньої та нижньої локалізації.

Об'єкт і методи дослідження. В процесі даного наукового дослідження використовувався метод порівняння з використанням описової статистики, заснований на результатах хірургічного втручання, виконаного у 405 пацієнтів методами TAPP та SUBLAY.

Результати дослідження. Вихідні клініко-анамнестичні дані суттєво не відрізнялись серед обох груп оперованих пацієнтів: вони є однорідними за віком, статтю, ІМТ. Усі дані збирались виключно за інформованою згодою пацієнта з дотриманням міжнародних етичних норм. Опитувальник пацієнтів згідно з формою SF-36 проводився для оцінки їх фізичного та психоемоційного стану перед операцією та у віддаленому післяопераційному періоді. Вивчали вихідні дані, частоту ускладнень, тривалість госпіталізації. У результаті, значними перевагами застосування лапароскопічного методу лікування методом TAPP у порівнянні з відкритою герніопластиком, став порівняно менший рівень ускладнень (відповідно 9.24% та 11.25%), характер ускладнень є також меншим, значно коротшим є термін перебування пацієнта на госпіталізації (4 дні TAPP, 5-7 днів SUBLAY), повернення до звичної фізичної та трудової діяльності є значно швидшим.

Висновки. Оперативне лікування пацієнтів вентральних, пупкових та післяопераційних гриж методом TAPP має більш сприятливі результати у пацієнтів у порівнянні із відкритими техніками герніопластики, завдяки меншій кількості ранніх та пізніх ускладнень, їх характеру і важкості. Дані ускладнення є більш прогнозованими, легше піддаються корекції, не є загрозливими станами для життя пацієнтів, що спричинює значне вкорочення періоду госпіталізації та реабілітації пацієнтів. Також, суттєвими перевагами лапароскопічної герніопластики TAPP методом є можливість його застосування при великих та запущених грижах, коморбідній патології, незалежно від віку і наявності хронічних захворювань у пацієнтів.

Ключові слова: лапароскопічна герніопластика, післяопераційна грижа, пупкова грижа, вентральна грижа, рецидив.

IMMEDIATE AND LONG-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF VENTRAL HERNIAS OF MIDDLE AND LOWER LOCALIZATION BY TRANSABDOMINAL PREPERITONEAL HERNIOPLASTY AND FEATURES OF ITS APPLICATION IN CLINICAL PRACTICE

Dubchenko V. S., Krishen V. P.

Abstract. Goal. The purpose of this research was to study and substantiate the peculiarities of the performance of laparoscopic hernioplasty by using TAPP method, as well as to analyze the immediate and long-term results of its application in the treatment of middle and lower localization hernias.

Objects and methods. In the course of this scientific study, the comparison method using descriptive statistics was used based on the results of the TAPP and SUBLAY surgical intervention performed on 405 patients.

Results and discussion. The initial clinical and anamnestic data did not differ significantly between the two groups of operated patients since the participants were homogeneous in age, sex, and BMI. The data was collected only with the informed consent of the patient in compliance with international ethical standards. The patients were questioned according to SF-36 form in order to assess their physical and psychoemotional state before surgical intervention and in the remote postoperative period.

The authors studied the initial data, the incidence of complications, and the duration of hospital stay. The significant advantages of performing laparoscopic treatment by using the TAPP method over open hernioplasty include relatively low complication rates (9.24% and 11.25% respectively), easier nature of complications, shorter hospital stay (4 days for TAPP and 5-7 days for SUBLAY), and quicker return to habitual activities.

Administration of operative treatment to patients with ventral, umbilical and postoperative hernias by using the TAPP method shows more favorable results as compared to open hernioplasty techniques due to less incidence of early and late complications and the specificity of their nature and severity.

Conclusions. Importantly, these complications are associated with high predictability and require less effort to correct. Additionally, they are not life-threatening conditions, which significantly reduces hospitalization and rehabilitation periods. Another significant advantage of using the TAPP method in performing laparoscopic hernioplasty is the possibility of its application for massive and advanced hernias and in cases of comorbid pathology, regardless of patients' age and the presence of chronic conditions.

Key words: laparoscopic hernioplasty, postoperative hernia, umbilical hernia, recurrence.

Рецензент – проф. Дудченко М. О.

Стаття надійшла 24.12.2020 року

DOI 10.29254/2077-4214-2021-2-160-100-104

УДК 616.12-005.4+616-056.52)-038-06:616.127-005.8

Лабінська О. Є., Кияк Ю. Г., Галькевич М. П., Барнетт О. Ю.

ВПЛИВ НАДМІРНОЇ МАСИ ТІЛА ТА ІНШИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ НА ВИНИКНЕННЯ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (м. Львів)

olga.romanyuk25@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Дана робота виконана в межах НДР «Вплив факторів ризику та інвазивних методів лікування на перебіг гострих і хронічних форм ішемічної хвороби серця», № державної реєстрації 0116U004512 та «Вплив артеріальної гіпертензії, цукрового діабету 2 типу, надмірної маси, куріння та субклінічного гіпотиреозу на виникнення гострих і хронічних форм ішемічної хвороби серця», № державної реєстрації 0120U105778.

Вступ. На сьогоднішній день інфаркт міокарда (ІМ) залишається найчастішою причиною смерті у всьому світі. Варто зазначити, що після перенесеного гострого інфаркту міокарда (ГІМ) кожен п'ятий пацієнт помирає упродовж першого року [1]. За результатами INTERHEART STUDY провідними модифікованими факторами ризику виникнення ГІМ є артеріальна гіпертензія (АГ), цукровий діабет (ЦД), висцеральне ожиріння (Ож), гіподинамія, куріння, дисліпідемія, психосоціальні фактори, нераціональне харчування та надмірне вживання алкоголю [2]. Також важливе місце серед етіологічних факторів виникнення серцевої недостатності належить ксенобіотикам (свинець, мідь, кобальт, залізо) [3].

Надмірна маса тіла (НМТ) займає одне із провідних місць поміж модифікованих факторів ризику ГІМ. Серед населення України поширеність її складає 81% [4]. Згідно даних ВООЗ поширеність надваги та ож зростає щороку і вони діагностовані у понад

25% населення працездатного віку. Від Ож страждає 15-25% дорослого населення у багатьох розвинених країнах Європи, серед яких знаходиться і Україна [5-7]. Ож займає друге місце після куріння серед причин передчасної смерті за даними міжнародної колаборації (The Global BMI Mortality Collaboration). У чоловіків з НМТ ризик передчасної смерті втричі більший, ніж у жінок [8].

Вплив Ож на розвиток ішемічної хвороби серця (ІХС) в осіб молодого віку при довготривалому спостереженні вивчали в рамках дослідження MELANY, за результатами якого Ож сприяє підвищенню ризику цього захворювання, навіть за наявності нормальних показників метаболічного профілю [9]. Літературні дані свідчать про те, що у пацієнтів молодого віку з ГІМ визначається вищий індекс маси тіла (ІМТ) та більш виражене абдомінальне Ож у порівнянні з групою контролю того ж віку і статі [10-11]. Також, літературні джерела свідчать про роль Ож у розладах адаптації організму до змін навколишнього середовища, до появи та поглиблення вегетативних та тривожно-депресивних порушень, що стають все більше поширеними у сучасному світі [12].

ІМТ – це показник, що уніфікований ВООЗ з метою діагностики Ож та НМТ [5-6, 13]. Відомо, що особи з незначним Ож, порівняно із людьми з нормальною масою тіла, живуть на 3-5 років менше, а виражене Ож призводить до скорочення тривалості життя аж до 15 років. Згідно з даними літератури причиною