

Саволюк Сергій Іванович - доктор медичних наук, доцент кафедри хірургії №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 67-07-15; savoluk@meta.ua.

Вовчук Ігор Миколайович - к.мед.н., асистент кафедри хірургії №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 097 251-75-60

Ярмак Олег Анатолійович - аспірант кафедри хірургії №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 54-94-00; ole_jik@i.ua.

Лосев Владислав Олександрович - аспірант кафедри хірургії №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 098 950-83-04

© Власов В.В., Калиновський С.В.

УДК: 616.34-007.43:616-018.2-007.7

Власов В.В., Калиновський С.В.

Кафедра хірургії ФПО ВНМУ імені М.І. Пирогова (вул. Пілотська, 1, м. Хмельницький, 29000, Україна), Хмельницька обласна лікарня (вул. Пілотська, 1, м. Хмельницький, 29000, Україна)

ФЕНОТИПОВІ ПРОЯВИ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ПУПКОВУ ГРИЖУ

Резюме. *Фенотипові ознаки недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) визначені у 208 хворих на пупкову грижу. Найчастіше спостерігали порушення моторної функції травного каналу (91,4 %), порушення постави (87,02 %), зниження тону м'язів живота (86,5 %), плоскостопість (82,69 %). Згідно критеріїв Т.Ю. Смольнової (2003) найбільше було пацієнтів з ознаками НДСТ середнього ступеня тяжкості (51,4 %), яка була у осіб з мезоморфним, ендоморфним та ендеомезоморфним соматотипами. Найбільше було пацієнтів з MASS-подібним фенотипом (63,5 %), НДСТ з марфаноїдним і елерсоподібним фенотипами спостерігали у 15,9 % і 23,1 % хворих відповідно. НДСТ тяжкого ступеня мали переважно особи брахіморфного типу статури (18,28 %). Часто у пацієнтів з ознаками НДСТ середнього ступеня тяжкості спостерігали підвищену масу тіла (45,68 %).*

Ключові слова: *пупкова грижа, недиференційована дисплазія сполучної тканини, соматотип, тип статури, грижовий дефект.*

Вступ

Під терміном "дисплазія сполучної тканини" розуміють аномалію тканинної структури, що проявляється в зниженні вмісту окремих видів колагена або порушенні їх співвідношення. Клінічно цей стан проявляється зміною механічних властивостей, "слабкістю" сполучної тканини більшості органів і систем [Аббакулова, 2006; Смирнова и др., 2006; Кадурина, 2009; Kucharz, 1992]. Грижа передньої черевної стінки, як відомо, є важким проявом недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) [Шиляев, Шальнова, 2003; Кадурина, 2009; Воловар, 2013]. Досвід, що був накопичений в світі за останні роки диктує необхідність цілеспрямованого вивчення проблеми НДСТ в герніологічній практиці. В доступних нам публікаціях ми не зустріли опису клінічних особливостей прояву синдрому НДСТ у хворих на пупкову грижу (ПГ). Тому вважаємо це вивчення доцільним.

Матеріали та методи

Обстежено 208 хворих на ПГ віком від 20 до 80 років (56,78±13,8 років). За кількістю переважали жінки (74,52 %).

Для виявлення характерних фенотипових ознак НДСТ у хворих на ПГ вивчали наступні критерії: тип статури (ТС), 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, гемо-рою, пролапсу статевих органів, грижі передньої черев-

ної стінки, порушення прикусу і розвитку зубів, готичного піднебіння, синдрому блакитних склер, деформації вушної раковини, спланхноптозу, порушення моторної функції травного тракту, що підтверджені ендоскопічними дослідженнями. ТС визначали за В.Н. Шевкуненко (1936) [Шапаренко, 2000]. Дослідження м'язевого тону проводили в умовах повного розслаблення м'язів пацієнта в горизонтальному положенні. Для його оцінки використовували метод визначення резистентності т. біцепс і глибини вдавлення пальців лікаря в м'яз. Гіпотрофію м'язів оцінювали візуально і пальпаторно. Зниження тону м'язів передньої черевної стінки оцінювали візуально за профілем живота (фотодокументували), виявляючи діастаз прямих м'язів живота. Довжину стопи вимірювали лінійкою від кінчика першого пальця до зовнішньої поверхні горба п'яти. Висоту стопи: вимірювали від підлоги до верхньої поверхні човноподібної кістки. Ознаками поперечної плоскостопості є натоптиші і hallus valgus - відхилення І-ї пальця стопи назовні, аж до розміщення над іншим пальцем. Подовжню плоскостопість визначали з анамнезу і по подометричному індексу. Синдром блакитних склер оцінювали візуально.

Усі хворі розподілені на групи за розмірами грижового дефекту (ГД) згідно класифікації EHS [Muysoms et al., 2009] масою тіла згідно індексу Кетле, соматотипом та ТС. Для визначення соматотипів була використана математична схема соматотипування за J.L. Carter, В.Н. Heath [Carter, 1990], згідно якої визначали ендоморф-

ний (характеризує ступінь розвитку жирової тканини), мезоморфний (визначає відносний розвиток м'язів і кісткових елементів) та ектоморфний (визначає відносну витягнутість тіла) компоненти.

Визначення фенотипових проявів НДСТ проводили згідно рекомендацій Т.И. Кадуриной [2009]. Виділені групи пацієнтів (згідно критеріїв Т.Ю. Смольной, 2003) з проявами НДСТ легкого, середнього та тяжкого ступеней тяжкості. Виділені групи пацієнтів, що мали марфаноподібний, елерсоподібний та МАСС-подібний фенотипи НДСТ.

Результати. Обговорення

Хоча дані літератури свідчать, що більшість осіб (72,1 %), які мають НДСТ - астеники [Воловар, 2013], серед хворих на ПГ такої закономірності ми не виявили. Згідно В.М. Шевкуненко пацієнтів з доліхоморфним ТС було лише 31 (14,9 %), навпаки серед хворих на ПГ більше спостерігали мезоморфів (63,47 %) та брахіморфів (21,63 %).

У 172 (82,69 %) обстежених виявлена плоскостопість. Поздовжня її форма була у 18 (10,47 %) пацієнтів, поперечна - у 11 (6,39 %). Більшість пацієнтів мали комбіновану форму плоскостопості (83,14 %). Сандалевидну щілину між I і II пальцями ступні виявили у 127 (61,06 %) оглянутих, з них 14 (6,73 %) - чоловіки. Вальгусну (Х-подібні ноги) та варусну деформацію (О-подібні ноги) нижніх кінцівок встановили при огляді у 82 (39,42 %) хворих на ПГ. 81 хворих на ПГ (38,94 %) відмітили в анамнезі схильності до застудних захворювань, наявність алергії, насамперед до медикаментів.

Досить часто у хворих на ПГ виявляли варикозну хворобу нижніх кінцівок (37,02 %). Окрім цього вони часто мали гіпотонію та гіпотрофію м'язів (по 26,44 %), порушення прикусу і розвитку зубів (25,48 %), комбінований геморої (21,16 %).

Гіпермобільність суглобів була лише у 48 (23,08 %) пацієнтів. З них лише у 2 хворих виявлені ознаки вираженої гіпермобільності суглобів (сума балів за шкалою Р. Beighton від 6 до 9). Інші 46 хворих мали помірну гіпермобільність суглобів (від 3 до 5 балів). Пацієнтів з генералізованою гіпермобільністю суглобів не було. Так рухливість суглобів при пасивному розгинанні мізинців кисті більше 900 була у 31 (14,9 %) обстеженого, позитивна ознака пасивного притискання великих пальців кисті до внутрішнього боку передпліччя - у 44 (21,54 %) осіб, перерозгинання в ліктьових суглобах більше 100 - у 11 (5,29 %) 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 критеріїв Р. Beighton у більшості хворих на ПГ (76,92 %) рухливість суглобів ми оцінили як варіант норми.

Арахнодактилію виявили серед 34 (16,35 %) 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.

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

Досить рідко серед усіх досліджуваних виявляли синдром голубих склер (10,58 %). Лише у 20 жінок (9,62 %), що мали в анамнезі пологи відмітили відсутність стрій на передній черевній стінці. Зміни еластичності шкіри виявлені у 15 (7,21 %) хворих на ПГ. Жодний хворий на ПГ не мав готичного піднебіння.

Фенотипові ознаки НДСТ виявлені у всіх хворих на ПГ. Згідно критеріїв Т.Ю. Смольной (2003) найбільше було пацієнтів з ознаками НДСТ середнього ступеня тяжкості (51,44 %), решта хворих майже порівну розподілені між легким та тяжким ступенями тяжкості (табл. 2).

Таблиця 1. Частота зустрічаємості фенотипових ознак НДСТ у хворих на пупкову грижу.

Клінічна ознака	Частота ознаки
1. Грижа передньої черевної стінки	208 (100 %)
2. Сколіоз, кіфоз, кіфосколіоз	181 (87,02 %)
3. Зниження тону м'язів ПБСЖ	180 (86,54 %)
4. Порушення моторної функції травного каналу, щр підтверджена рентгенологічними та ендоскопічними даними	176 (84,62 %)
5. Плоскостопість	172 (82,69 %)
6. "О" або "Х" подібна деформація нижніх кінцівок	82 (39,42 %)
7. Схильність до застудних і алергічних захворювань	81 (38,94 %)
8. Варикозна хвороба	77 (37,02 %)
9. Гіпотонія м'язів	55 (26,44 %)
10. Гіпотрофія м'язів	55 (26,44 %)
11. Порушення прикусу і розвитку зубів	53 (25,48 %)
12. Гіпермобільність суглобів	48 (23,08 %)
13. Геморої	44 (21,16 %)
14. Арахнодактилія	34 (16,35 %)
15. Астенічний тип тілобудови	31 (14,9 %)
16. Деформація вушної раковини	31 (14,9 %)
17. Пропалс статевих органів	27 (12,98 %)
18. Спланхноптоз	26 (12,5 %)
19. Синдром голубих склер	22 (10,58 %)
20. Відсутність на шкірі ПБСЖ стрій у жінок, щр мали пологи в анамнезі	20 (9,62 %)
21. Гіперрозтягнення шкіри	15 (7,21 %)

Таблиця 2. Залежність ступеня вираженості НДСТ (Т.Ю. Смольнова, 2003) від статі хворих на пупкову грижу.

	Чоловіки		Жінки		Усього	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
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

Таблиця 3. Залежність ступеня вираженості НДСТ (Мілковська-Дмитрієва, 1985) від статі хворих на пупкову грижу.

	Чоловіки		Жінки		Усього	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Легкий	14	6,73	24	11,54	38	18,27
Середній	34	16,35	87	41,83	121	58,17
Тяжкий	5	2,4	44	21,15	49	23,56
Усього	53	25,48	155	74,52	208	100,0

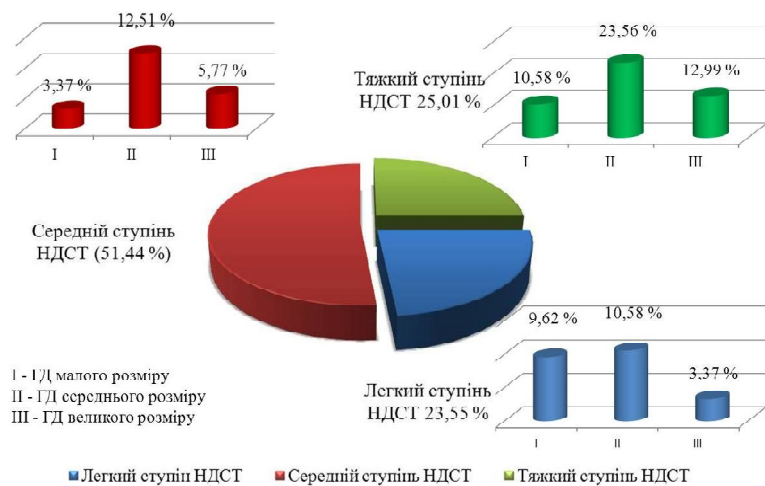


Рис. 1. Діаграма. Залежність ступеня тяжкості НДСТ (Т.Ю. Смольнова 2003) від розміру грижового дефекту пупкової грижі.

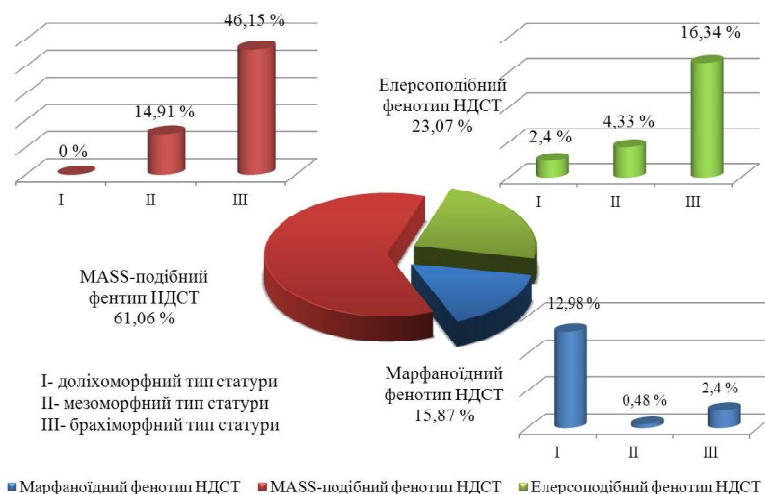


Рис. 2. Діаграма. Залежність між фенотиповими проявами НДСТ (Т.І. Кадурина, 2000) та типом тілобудови (В.М. Шевкуненко, 1936).

При розподілі хворих за статтю та за ступенем тяжкості НДСТ виявлено, що НДСТ тяжкого ступеня мали переважно жінки (24,04 %), і лише 2 чоловіка (0,97 %). Кількість жінок зі середнім ступенем тяжкості НДСТ була в тричі більшою, ніж чоловіків (38,94 % та 12,5 % відповідно). НДСТ легкого ступеня тяжкості спостерігали приблизно у однакової кількості чоловіків і жінок.

При аналізі залежності ступеня тяжкості фенотипових проявів НДСТ від розміру ГД ПГ (рис. 1) відмічено, що серед обстежених найбільше було жінок з НДСТ середньої тяжкості, які мали середні розміри ГД (36).

Переважно у чоловіків (14) спостерігали ГД малих розмірів і НДСТ середнього ступеня тяжкості. Серед жінок було мало пацієнтів (3,37 %) з ГД великих розмірів та ознаками НДСТ легкого ступеня тяжкості. У чоловіків не спостерігали поєднання тяжкого ступеня фенотипових проявів НДСТ та ГД малих і великих розмірів. Лише два чоловіки мали ГД великих розмірів і прояви НДСТ середнього ступеня тяжкості.

Лише серед осіб з ГД великих розмірів не виявили чоловіків з MASS-подібним і елерсоподібним фенотиповими проявами НДСТ. Серед осіб з ГД ПГ малих розмірів найменше було жінок з марфаноїдним (0,96 %) та чоловіків з елерсоподібним фенотипом (1,44 %). Серед осіб з ГД середніх розмірів окрім превалюючої за кількістю групи осіб з MASS-подібним фенотипом (27,88 %) досить багато було чоловіків з марфаноїдним (4,8 %) та жінок з елерсоподібним (9,13 %) фенотиповим проявом НДСТ. Лише 1 чоловік (0,48 %) з ГД середніх розмірів мав елерсоподібний фенотип. В групі пацієнтів з великим ГД найбільше спостерігали жінок з MASS-подібним фенотипом (12,5 %), найменше - чоловіків і жінок з марфаноїдним фенотипом (2,88 %). 2 чоловіка з великим ГД мали марфаноїдний фенотип.

При вивченні залежності ступеня вираженості НДСТ за Т.Ю. Смольнової від ТС за В.М. Шевкуненко встановлено, що серед усіх обстежених найбільше було жінок з брахіморфним ТС, які мали прояви НДСТ середнього (26,92%) та тяжкого (17,31%) ступеня тяжкості. НДСТ тяжкого ступеня спостерігали в основному серед осіб брахіморфного ТС. Не було чоловіків з тяжким ступенем НДСТ, які б мали доліхоморфний та мезоморфний ТС. Серед осіб з доліхоморфним ТС переважали жінки і чоловіки з НДСТ середнього ступеня тяжкості (5,29 % і 4,33 % відповідно). Серед пацієнтів з мезоморфним ТС було більше жінок з НДСТ середнього ступеня тяжкості (6,73 %), а чоловіків здебільшого з легкою НДСТ (2,88 %).

Виявлено, що найбільше пацієнтів (46,15

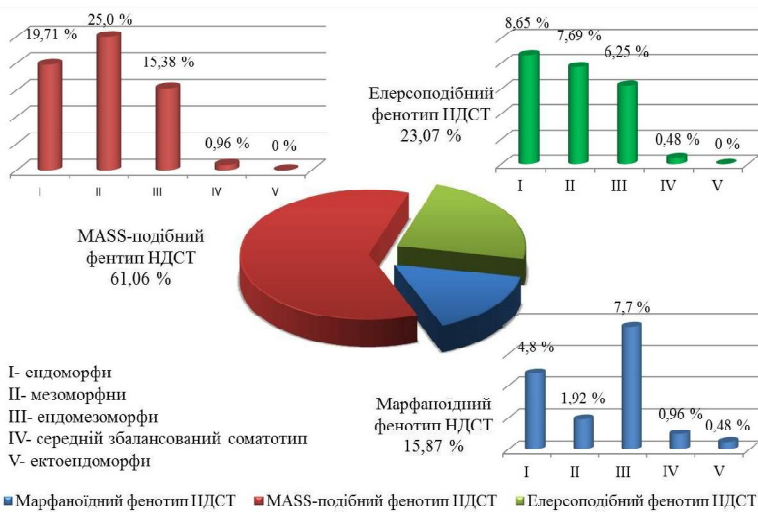


Рис. 3. Діаграма. Залежність ступеня вираженості НДСТ (Т.І. Кадурина, 2000) від соматотипа хворих на пупкову грижу [Carter, Heath, 1990].

%) мало брахіморфний ТС і MASS-подібний фенотип НДСТ (рис. 2). Ця закономірність була серед чоловіків і жінок. Переважна більшість (13,47 %) хворих на ПГ доліхоморфного ТС за В.М. Шевкуненко мала марфаноподібний фенотип НДСТ за Т.І. Кадуриною. Не виявлено чоловіків та жінок доліхоморфів з MASS-подібним фенотипом, та чоловіків мезоморфів з елерсоподібним фенотипом. Часто спостерігали жінок мезоморфного ТС з MASS-подібним фенотипом НДСТ (9,62 %). Зовсім незначна частка хворих з марфаноїдним фенотипом була серед мезоморфів (0,48 %) та брахіморфів (2,4%). Хоча марфаноїдний фенотип передбачає астеничний ТС, ці хворі (мезоморфи і брахіморфи) віднесені до нього через наявність ознак доліхостеномелії.

Часто виявляли пацієнтів з НДСТ середнього ступеня тяжкості та надлишковою масою тіла (16,35 %), ожирінням I (17,31 %) та III ступеней (10,1 %). Це було характерно для осіб обох статей. Зовсім рідко зустрічали чоловіків з проявами НДСТ важкого ступеня в поєднанні з ожирінням різних ступеней.

Серед хворих з MASS-подібним фенотипом більшість склали жінки з надлишковою масою тіла (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 (7,21 %) та I ст (6,73 %). Незначна кількість чоловіків з елерсоподібним фенотипом мала нормальну (0,48 %), надлишкову масу тіла (0,96 %) та ожиріння I ст (0,48%). Не виявлено пацієнтів з MASS-подібним та елерсоподібним фенотипом і недостатньою масою тіла, а також

Список літератури

Аббакулова Л.Н. Клинические формы дисплазии соединительной ткани у детей / Л.Н. Аббакулова // Учебное пособие. - СПб. - 2006. - 36 с.
 Воловар О.С. Фенотипові ознаки дисплазії сполучної тканини у пацієнтів

із захворюванням скронево-нижньощелепного суглоба / О.С. Воловар / Український медичний часопис. - 2013. - Т. 2, № 94. - С. 188-192.
 Кадурина Т.И. Дисплазия соединительной ткани / Т.И. Кадурина, В.Н. Гор-

бунова // Руководство для врачей. - СПб.: Элби-СПб, 2009. - 704 с.
 Недифференцированные дисплазии соединительной ткани и их значение в акушерско-гинекологической практике (обзор литературы) /

чоловіків з елерсоподібним фенотипом і ожирінням II і III ст. Серед хворих з марфаноїдним фенотипом переважна більшість мала надлишкову масу тіла та ожиріння I ст. Це стосувалось і чоловіків і жінок.

У хворих на ПГ з різними соматотипами за Хіт-Картер прояви НДСТ середньої тяжкості переважали у пацієнтів з мезоморфним (19,71 %), ендоморфним (16,81 %), та ендомезоморфним (13,95 %) соматотипами. Без врахування статі ознаки НДСТ легкого та важкого ступеня мали порівну пацієнти вказаних соматотипів. Проте, якщо кількість жінок ендоморфів з легким (6,25%) та важким (7,69%) ступенем НДСТ була приблизно однакова і значно переважала чоловіків, то жінок мезоморфів з НДСТ важкого ступеня (8,17%) було більше, ніж з легким ступенем тяжкості (2,88 %). У чоловіків з мезоморфним соматотипом проявів НДСТ важкого ступеня не виявлено.

Встановлено, що більшість хворих з ендоморфним, мезоморфним та ендомезоморфним соматотипами (рис. 3) мали MASS-подібний фенотип НДСТ (за Кадуриною Т.І.). Серед жінок найбільше було мезоморфів (19,71 %) та ендомезоморфів (9,62 %) з MASS-подібним фенотипом. Це було характерно і для чоловіків, яких було відповідно 5,29 % та 5,76 %. Також досить багато було жінок ендоморфів з елерсоподібним фенотипом (7,21 %).

Серед пацієнтів з марфаноїдним фенотипом було найбільше ендомезоморфів обох статей (по 3,85 %).

Висновки та перспективи подальших розробок

1. У хворих на пупкову грижу, грижа є фенотиповим проявом недиференційованої дисплазії сполучної тканини, інші фенотипові прояви зустрічаються з різною частотою. 2. Серед хворих на пупкову грижу переважав MASS-подібний фенотип (65,5 %) недиференційованої дисплазії сполучної тканини. 3. Недиференційовану дисплазію сполучної тканини середнього ступеня тяжкості спостерігали у половини (51,4 %) хворих на пупкову грижу мезоморфного (19,7 %), ендоморфного (16,8 %) і ендомезоморфного (13,95 %); 43,75 % мали підвищену масу тіла.

Перспективою наукового пошуку є встановлення морфологічних маркерів диспластичних процесів у сполучнотканинних структурах передньої черевної стінки.

- [Смирнова М.Ю., Строев Ю.И., Наури Д.А и др.] // Вестник Санкт-Петербургского университета. - 2006. - сер. 11. - Вып. 4. - С. 95 - 104.
- Шапаренко П.П. Антропометрия / П.П. Шапаренко. - Вінниця, 2000. - 71 с.
- 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.
- Carter J.L. Somatotyping - development and applications / J.L. Carter, B.H. Heath. - Cambridge University Press, 1990. - 504 p.
- Classification of primary and incisional abdominal wall hernias. Hernia / [Muysoms F.E., Miserez M., Berrevoet F. et al.] // Vol. 13. - № 4. - Aug. 2009. - P. 409 - 414.
- Kucharz E. The Collagens: Biochemistry and Pathophysiology / E. Kucharz // New York: Springer-Verlag. - 1992. - 430 p.

Власов В.В., Калиновський С.В.

ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖЕЙ

Резюме. Фенотипические признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) изучены у 208 больных пупочной грыжей. Чаще наблюдали нарушения моторной функции пищеварительного тракта (91,3 %), нарушения осанки (87,02 %), снижение тонуса мышц живота (86,5 %), плоскостопие (82,7 %). Согласно критериям Т.Ю. Смольновой (2003) больше было пациентов с признаками НДСТ средней степени тяжести (51,4 %), которая была у пациентов с мезоморфным, эндоморфным и эндомезоморфным соматотипами. Больше всего было пациентов с MASS-подобным фенотипом (63,5 %), НДСТ с марфановидным и елерсоподобным фенотипами наблюдали у 15,9 % и 23,1 % больных соответственно. НДСТ тяжелой степени наблюдали преимущественно среди лиц брахиморфного типа телосложения (18,3 %). Часто у пациентов, которые имели НДСТ средней степени тяжести наблюдали повышенную массу тела (45,7 %).

Ключевые слова: пупочная грыжа, недифференцированная дисплазия соединительной ткани, соматотип, грыжевой дефект.

Vlasov V.V., Kalinovsky S.V.

PHENOTYPIC OF UNDIFFERENTIATED DYSPLASIA OF CONNECTING TISSUE IN PATIENTS WITH UMBILICAL HERNIA

Summary. Phenotypic of undifferentiated dysplasia of connecting tissue was determined in 208 patients with umbilical hernia. Disturbances in motor function was the most common for this patients (91,4%), incorrect posture (87,02%), lowering the tone of abdominal muscles (86,5%), flatfoot (82,69%). According to the criteria of T.Y. Smolnova (2003) most patients were with undifferentiated dysplasia of connecting tissue of average degree (51,4%). This sign was determined in persons with mesomorphic, endomorphic and endomesomorphic somatotypes. Most patients have MASS-type phenotype (63,5%), 15,9% of patients have marfan - type phenotype and 23,1 of them - Ehlers-type phenotype. The patients with brachimorphic stature (18,28 %) have undifferentiated dysplasia of connecting tissue of weighty degree. Obesity (45,68 %) was the most common feature in patients with undifferentiated dysplasia of connecting tissue of average degree.

Key words: umbilical hernia, undifferentiated dysplasia of connecting tissue, somatotype, type of stature, hernia defect.

Стаття надійшла до редакції 28.11.2013р.

Власов Василь Володимирович - д.мед.н., кафедра хірургії факультету післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, Хмельницька обласна лікарня, доцент кафедри хірургії ФПО, м. Хмельницький, лікар-хірург відділення хірургії підшлункової залози з центром шлунково-кишкових кровотеч; vvlasov@mail.ru

Калиновський Сергій Валерійович - кафедра хірургії факультету післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, аспірант кафедри; Kalina_sv@ukr.net, Україна

© Харченко О.В.

УДК: 616.33-006:611.018.7 :[616-052]

Харченко О.В.

Кафедра медико-біологічних дисциплін ПНПУ імені В.Г. Короленка (вул. Остроградського, 2, м. Полтава, 36003, Україна)

ДИСПЛАСТИЧНІ ЗМІНИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА, ЩО ВИЯВЛЕНІ ЗА ДОПОМОГОЮ МЕТОДУ ISSR-PCR У ПАЦІЄНТІВ ХВОРИХ НА РАК ШЛУНКА

Резюме. Проведена діагностика за допомогою реакції ISSR-PCR, яка показала зміни ДНК епітелію слизової оболонки характерні для дисплазії епітелію різного ступеня тяжкості в слизовій оболонці шлунка у пацієнтів, які хворіють на виразково-інфільтративний рак шлунка. У випадках із указаними дисплазіями відбулися зміни у вигляді збільшення розмірів ампліконів, які характерні ознакам малігнізації. Описані зміни мають характер мікросателітних експансій. Ампліфікаційні профілі периферичної крові пацієнтів, що не мали візуальних метастазів дали позитивний результат в 27,8% випадків. Це вказує на здатність первинної пухлини до десимінації та ризик раннього метастазування.

Ключові слова: ДНК, амплікони, фенотип.

Вступ

Дослідження є фрагментом науково-дослідної роботи Харківського національного медичного універси-

тету "Формування сучасних методів хірургічного лікування і профілактики ускладнень захворювань і травм