

УДК 617.55-007.43-089.8:616-018.2-007.1

*Н.Н. Велигоцкий, В.В. Комарчук, Е.В. Комарчук, К. Касумба***ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖ НА ФОНЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ***Харьковская медицинская академия последипломного образования*

В настоящее время нет четких, научно обоснованных показаний для различных видов пластик, с учетом степени дисплазии соединительной ткани (ДСТ). Цель – улучшить результаты лечения грыж путем выявления ДСТ и применения аллопластики по показаниям. Обследовано 102 больных с грыжами различной локализации и 19 здоровых пациентов. Для диагностики ДСТ учитывались фенотипические признаки, биохимические показатели метаболизма соединительной ткани и морфологические данные. У большей части больных с первичными грыжами передней брюшной стенки и грыжами пищеводного отверстия диафрагмы отмечалось преобладание ДСТ средней степени. При рецидиве грыж преобладали тяжелые формы ДСТ. Всем больным с выраженными признаками ДСТ выполнялась аллопластика. При лёгкой степени ДСТ выполнялись различные виды аутопластик. В послеоперационном периоде назначались нестероидные противовоспалительные препараты, проводилась антибиотикопрофилактика. Отдаленные результаты оперативного лечения изучены в сроки до трёх лет у 89 пациентов с дифференцированным подходом при выборе метода оперативного вмешательства. Ни в одном случае не зарегистрировано рецидива грыжи при условии полного восстановления трудоспособности и физической активности. При выявлении ДСТ средней и тяжелой степени целесообразно использование аллопластических методик для снижения частоты возможных рецидивов.

Ключевые слова: грыжа, дисплазия соединительной ткани, оперативное лечение.

За последние годы наблюдается тенденция к увеличению количества грыж в общей структуре хирургической патологии [2, 5]. Неадекватно выполненная операция по устранению грыжи, приводит к рецидиву заболевания в 14-54% случаев [7, 8]. Нарушения в метаболизме коллагена и заболевания соединительной ткани также способствуют образованию грыж и высокой частоте рецидива [6]. Такие нарушения могут воздействовать на характеристики соединительной ткани, участвующей в репаративных процессах в месте герниопластики, формировании послеоперационного рубца и способствовать образованию и рецидиву грыж.

В настоящее время нет четких, научно обоснованных показаний для различных видов пластик, с учетом степени дисплазии соединительной ткани (ДСТ). В связи с этим остаётся актуальной проблема выбора методики при лечении грыж различной локализации [2, 4, 5].

Цель – улучшить результаты лечения грыж путем выявления степени дисплазии соединительной ткани и применения аллопластики по показаниям.

Материал и методы

За период с 2007 г. по 2010 г. на базе ХГКБСНМП им. проф. А.И. Мещанинова

было обследовано 102 пациента с грыжами различной локализации. Возраст больных колебался от 18 до 75 лет (49 женщин и 72 мужчин). Контрольную группу составили 19 практически здоровых пациентов, которые не нуждались в хирургическом лечении.

При выборе метода оперативного лечения учитывали уровень внутрибрюшного давления, а также отсутствие любой сопутствующей острой и хронической патологии в стадии обострения, влияющих на данные исследования метаболизма соединительной ткани.

Для диагностики ДСТ все пациенты обследовались с применением модифицированной бальной оценки значимости отдельных фенотипических признаков по классификации Т. Милковской-Димитровой в модификации Абакумовой Л.Н. (лёгкая степень ДСТ определяется при сумме до 12 баллов – вариант нормы, умеренная степень – при сумме до 23 баллов включительно, выраженная степень – свыше 23 баллов) [3].

Перед оперативным вмешательством все больные консультировались смежными специалистами, для выявления сопутствующей патологии. Были проведены инструментальные методы исследования (УЗИ, КТ при необходимости); выполнялся забор венозной крови для клинических, биохимических анализов и определения в сыворотке крови гликозами-

ногликансульфатов (ГАГС). В суточной моче проводилось определение уровня экскреции оксипролина. Все биохимические исследования выполнены на базе ЦНИЛ ХМАПО.

Для проведения морфологического исследования использовали интраоперационный материал (участки соединительной ткани в зоне грыжевых ворот), который окрашивали гематоксилин-эозином, резорцин-фуксином и по Ван-Гизону. Также использовали метод поляризационной микроскопии Polmu-A (исследование проводится в поляризованном свете, окраска на коллаген пикросириусом красным по методу Constantine, Moury).

Результаты и обсуждение

Анализируя полученные данные установлено, что самыми частыми признаками ДСТ при грыжах явились: выраженная гипермобильность суставов, сколиоз, астеническое телосложение, слабость мышц живота, плоскостопие, Hallux valgus, долихостеномелия, дефицит массы тела, диспластические изменения кожи. При этом установлено, что ДСТ различной степени тяжести, основываясь на фенотипических признаках, была диагностирована у 102 пациентов и имела общую распространенность при различных видах грыж, а также в контрольной группе.

У 10 человек контрольной группы определялось наличие ДСТ преимущественно легкой степени и в равных долях средней и тяжелой степеней. Приведенные данные соответствуют литературным источникам, и трактуется как вариант популяционной нормы [1].

У больных с грыжами передней брюшной стенки и грыжами пищеводного отверстия диафрагмы отмечалось преобладание средней степени ДСТ и пропорциональное увеличение частоты выраженной степени с увеличением величины грыжевых ворот и частоты рецидива.

У пациентов с рецидивными грыжами преобладали средние и тяжелые формы ДСТ, что говорит в пользу роли поражения соединительной ткани в генезе развития рецидива грыж. Детальный сбор анамнеза болезни и анамнеза жизни позволил определить ряд факторов, которые могли способствовать рецидиву после предыдущих операций. Все рецидивы наступили в сроки от 1 до 5 лет. На момент обследования только у 1 больного не

была диагностирована ДСТ. У остальных пациентов наблюдалась ДСТ различной степени, что не было учтено во время предыдущих операций. Кроме того, стало известно, что 10 больных не выполняли после операции рекомендации хирурга по физическим нагрузкам и использованию бандажа, у 3 больных, которые занимались тяжелым физическим трудом, были выполнены аутопластические методики, у 1 больного имело место нагноение послеоперационной раны.

Для более детальной диагностики соединительно-тканых нарушений при различных видах грыж в предоперационном периоде было проведено изучение некоторых метаболических маркеров ДСТ в биологических жидкостях.

В контрольной группе 17 пациентов имели нормальный уровень выбранных показателей метаболизма соединительной ткани и только у двух пациентов отмечено увеличение и снижение ГАГС сыворотки крови, а также незначительное увеличение суммарного оксипролина за счет связанного.

В группе пациентов с грыжами выявлено повышение суммарного оксипролина в среднем до $48 \pm 2,2$ мг/сутки, что не превышает 22% от нормы. Уровень ГАГС сыворотки крови у 67,6% пациентов находились в пределах нормы, у 18,9% отмечено повышение показателей до 55 у.е., у 13,5% больных – снижение до 20 у.е.

У пациентов с рецидивными грыжами увеличение уровня суммарного оксипролина диагностировано в 81% случаев, в среднем до $49 \pm 3,2$ мг/сутки. Отклонение показателя ГАГС сыворотки крови в обе стороны от нормы определялись также у 81% обследованных. Верхние и нижние границы распределения ГАГС выявлены на уровне 78,5 у.е. и 18,5 у.е. соответственно. Нормальные показатели оксипролина были найдены лишь у 4 пациентов данной группы.

Установленные изменения выбранных показателей у людей с различными видами грыж свидетельствует в пользу выраженных нарушений метаболизма соединительной ткани.

В ходе оперативного вмешательства из зоны грыжевых ворот производился забор участка соединительной ткани размером 3×3 мм.

Наиболее ярко выраженные изменения соединительной ткани обнаружены у больных с

рецидивными грыжами на фоне средней и тяжелой степени ДСТ при определении фенотипических признаков.

При окрашивании гематоксилин-эозинном имеются признаки разволокнения коллагенового матрикса, коллагеновые и эластические волокна в нем неупорядочены, неплотно прилегают друг к другу. Отмечаются очаги некроза, трещины и щели, кровоизлияния (рис. 1.)

При окрашивании резорцин-фуксином обнаруживается густая сеть неплотно упакованных эластических волокон неодинаковой толщины (рис. 2.).

При окраске по методу Constantine, Moury на типы коллагена определяется нарушение должного соотношения I/III типов, увеличение количества незрелого коллагена I типа. (зеленым показан III тип коллагена, красным – зрелый I тип, желтым – незрелый I тип коллагена) (рис. 3.)

Нарушение соотношения I и III типов коллагена в сторону третьего, и увеличение количества незрелых форм I типа в совокупности может изменить качественные характеристики соединительной ткани и способствовать рецидиву.

По результатам фенотипического скрининга, сбора анамнеза, заключениям смежных специалистов всем больным с выраженными признаками ДСТ была предложена аллопластика. Выбор метода аллопластики осуществлялся индивидуально с учетом данных анамнеза, наличием сопутствующей патологии, анатомических условий, состояния соединительной ткани, степени ДСТ. В качестве синтетического материала использовали легкие аллотрансплантаты. При лёгкой степени ДСТ выполнялись различные аутопластические методики. В 5 случаях больные отказались от применения аллопластики в пользу аутопластики.

Всем больным после аллопластики для уменьшения воспалительной реакции, и купирования болевого синдрома назначались нестероидные противовоспалительные препараты, проводилась антибиотикопрофилактика.

Послеоперационный период у большинства пациентов протекал без осложнений. Больным с 1 суток после операции назначалось ношение бандажа. Для профилактики спаечного процесса проводилась ранняя активизация больных. Длительность нахождения пациента в стационаре после герниопластики в среднем составила 8,2 дня.

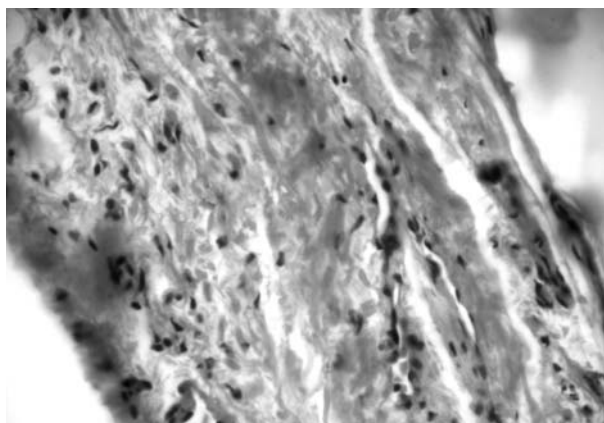


Рис. 1. Гематоксилин и эозин. Ок. 10. Об. 40.

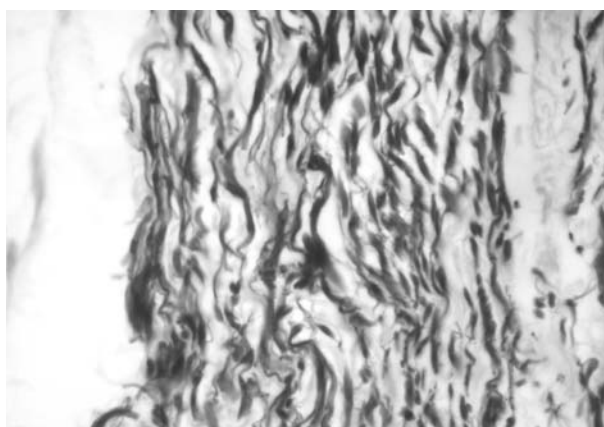


Рис. 2. Резорцин-фуксин. Ок. 10. Об. 40.

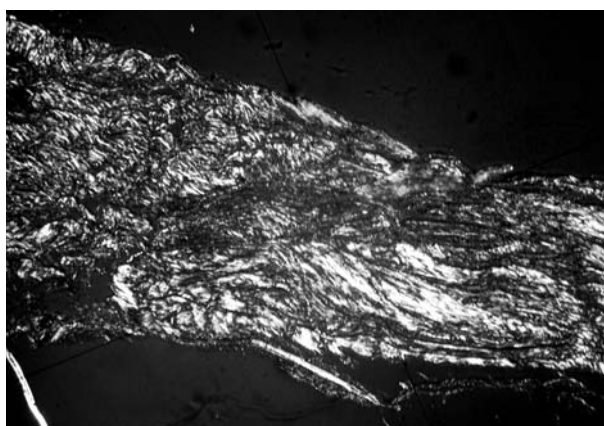


Рис. 3. Метод Constantine, Moury, поляризованный свет. Ок. 10. Об. 40.

Отдаленные результаты оперативного лечения изучены в сроки до трёх лет у 89 пациентов, у которых использовался дифференцированный подход при выборе метода оперативного вмешательства. Ни в одном случае не зарегистри-

стрировано рецидива грыжи при условии полного восстановления трудоспособности и физической активности.

Выводы

Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения фенотипического обследования больных для выявления возможной патологии соединительной ткани, что позволит своевременно назначить дополнительные методы исследования, определить хирургическую и терапевтическую тактику.

При выявлении ДСТ средней и тяжелой степени целесообразно использование аллопластических методик для снижения частоты возможных рецидивов.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГРИЖ НА ТЛІ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

*М.М. Велигоцький, В.В. Комарчук,
Є.В. Комарчук, К. Касумба*

В даний час немає чітких, науково обґрунтованих показань для різних видів пластик, з урахуванням ступеня дисплазії сполучної тканини (ДСТ). Мета – поліпшити результати лікування гриж шляхом виявлення ДСТ та застосування алопластики за показаннями. Обстежено 102 хворих з грижами різної локалізації та 19 здорових пацієнтів. Для діагностики ДСТ враховувалися фенотипічні ознаки, біохімічні показники метаболізму сполучної тканини та морфологічні дані. Результати та їх обговорення. У більшості хворих з первинними грижами передньої черевної стінки і грижами стравохідного отвору діафрагми зазначалося переважання ДСТ середнього ступеня. При рецидиві гриж переважали важкі форми ДСТ. Всім хворим з вираженими ознаками ДСТ виконувалася алопластика. При легкому ступені ДСТ виконувалися різні види аутопластик. У післяопераційному періоді призначалися нестероїдні протизапальні препарати, проводилася антибіотикопрофілактика. Віддалені результати оперативного лікування вивчені в терміни до трьох років у 89 пацієнтів з диференційованим підходом до вибору методу оперативного втручання. Ні в одному випадку не зареєстровано рецидиву грижі за умови повного відновлення працездатності та фізичної активності. При виявленні ДСТ середнього та важкого ступеня доцільно використання алопластичних методик для зниження частоти можливих рецидивів.

Ключові слова: грижа, дисплазія сполучної тканини, оперативне лікування.

SURGICAL TREATMENT OF HERNIA WITH CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA

*N.N. Veligotsky, V.V. Komarchuk, I.V. Komarchuk,
K. Kasumba*

Currently there are no clear, scientifically based evidence for different types of plastics, to the extent of connective tissue dysplasia (CTD). The aim – to improve results of treatment of hernia through the identification of CTD and perform alloplasty on indications. A total of 102 patients with different localization of hernia and 19 healthy patients. For the diagnosis of CTD was used the phenotypic characteristics, biochemical parameters of connective tissue metabolism and morphological data. Most of the patients with primary anterior abdominal wall hernias and hiatal hernia noted the predominance of medium CTD. At relapse hernias predominated severe forms of CTD. All the patients with severe symptoms of CTD performed alloplastics. Mild CTD performed various kinds of auto-plastics. In the postoperative period were appointed non-steroidal anti-inflammatory drugs and antibiotic prophylaxis. Long-term results of surgical treatment were studied in terms of up to three years in 89 patients with a differentiated approach when choosing a method of surgical intervention. In case of identifying the moderate and severe CTD appropriate use of alloplastic techniques for reducing the incidence of possible relapse.

Key words: hernia, connective tissue dysplasia, surgical treatment.

ЛИТЕРАТУРА

1. Головской Б.В. Наследственная дисплазия соединительной ткани в практике семейного врача / Б.В. Головской, Л.В. Усольцева, Н.С. Орлова // Российский семейный врач. – 2002. – № 4. – С. 52-58.
2. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота и эвентраций / В.В. Жебровский. – Москва: МИА, 2009. – 440 с.
3. Кадурин Т.И. Дисплазия соединительной ткани / Т.И. Кадурин, В.Н. Горбунова – Санкт-Петербург, 2009. – 704 с.
4. Кашибадзе К. Анализ и сравнительная оценка результатов хирургического лечения грыж передней брюшной стенки сетчатым эндопротезом / К. Кашибадзе, В. Тедорадзе, Э. Диасамидзе // Хирургия Украины. – 2008. – № 2 (26). – С. 42-45.
5. Фелештинский Я.П. Хирургическое лечение послеоперационной грыжи живота у пациентов пожилого и старческого возраста / Я.П. Фелештинский // Клиническая хирургия. – 1998. – № 7. – С. 35-36.
6. The biology of hernia formation / P.L. Jansen, Pr.P. Mertens, V. Schumpelik et al. // Surgery. – Vol. 136. – P. 1-4.
7. "Components separation technique" for the repair of large abdominal wall hernias / T.S. de Vries Reilinght, H. van Goor, C. Rosman [et al.] // J. Am. Coll. Surg. – 2003. – Vol. 196. – P. 32-37.
8. Classification and surgical treatment of incisional hernia: results of an experts meeting / M. Korenkov, A. Paul, S. Sauerland [et al.] // Langenbacks Arch. Surg. – 2001. – Vol. 386. – P. 65-73.

Стаття надійшла 11.03.2011