

операции на толстой кишке // Тезисы докладов I съезда колопроктологов России с международным участием – Актуальные вопросы колопроктологии. – Самара, 2003. – С. 358–359.

8. Мельник В. М., Пойда А. И. Реабилитация больных, оперированных на толстой кишке // Анналы хирургии. – 2002. – № 5. – С. 11–16.

9. Тимербулатов В. М., Афанасьев С. Н., Гайнутдинов Ф. М., Мехдиев Д. И., Галимов О. В., Куляпин А. В., Галлямов А. Х. Хирургическая реабилитация больных со стомами // Колопроктология. – 2004. – № 1 (7). – С. 3–6.

Поступила 20.02.2013

С. Е. ГУМЕНЮК, Р. А. БАТЧАЕВА, М. В. ПЕРКОВ, А. Г. ГРИГОРЬЕВ

ОСОБЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Кафедра хирургии педиатрического и стоматологического факультетов
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет»,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. 89284113596. E-mail: rbatchaeva@mail.ru

Обследованы 132 больных желчекаменной болезнью в возрасте от 29 до 77 лет. У 63 (47,7%) больных с желчекаменной болезнью выявлены клинические признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани. У 24,8% больных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани обнаружены разнообразные аномалии формы или положения желчного пузыря, что может способствовать появлению билиарного сладжа и конкрементов в желчном пузыре и являться одним из вариантов развития желчекаменной болезни. В ходе исследования определены наиболее специфичные признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани у больных с желчекаменной болезнью, а также установлен высокий риск развития сопутствующей хирургической патологии, что объясняется системностью поражения соединительной ткани.

Ключевые слова: недифференцированная дисплазия соединительной ткани, желчекаменная болезнь.

S. E. GUMENYUK, R. A. BATCHAeva, M. V. PERKS, A. G. GRIGORYEV

FEATURES OF EXAMINATION OF PATIENTS WITH GALLSTONE DISEASE AGAINST THE BACKGROUND OF THE ACCOMPANYING UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA

Department of surgery of pediatric and stomatological faculties state budgetary educational institution of higher professional education «The Kuban state medical university»,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedin str., 4. Tel. 89284113596. E-mail: rbatchaeva@mail.ru

The study included 132 patients with gallstone disease at the age of 29 to 77 years. In 63 (47,7%) patients with cholelithiasis clinical signs of undifferentiated connective tissue dysplasia. In 24,8% of patients with undifferentiated connective tissue dysplasia detected various anomalies of the shape or position of the gall bladder, which could spark bilirnogo sludge and stones in the gall bladder and one of the options for the development of cholelithiasis. The study identified the most specific features of undifferentiated connective tissue dysplasia in patients with cholelithiasis and has higher risk of concomitant surgical pathology, due to systemic connective tissue.

Key words: undifferentiated connective tissue dysplasia, cholelithiasis.

Введение

В последние десятилетия желчекаменная болезнь (ЖКБ) приобрела характер эпидемии и занимает одну из лидирующих позиций среди заболеваний населения в экономически развитых странах, а холецистэктомия является вторым по частоте (после аппендэктомии) хирургическим вмешательством. В России данное заболевание выявляется у 13–20% населения, причем женщины страдают в 5 раз чаще, чем мужчины. Билиарная патология является чрезвычайно распространенной и среди детей – до 5% [1, 2, 7].

В настоящее время высказываются мнения о том, что желчекаменная болезнь встречается в сочетании с другими внутренними и внешними аномалиями тканей, органов и систем. В частности, у больных с синдромом дисплазии соединительной ткани (ДСТ) [5, 6, 8].

ДСТ – это полиорганная и полисистемная патология с прогрессирующим течением, в основе которой лежит аномалия тканевой структуры, которая проявляется уменьшением содержания отдельных видов коллагена или нарушением их соотношения, что приводит к снижению прочности соединительной ткани [3, 4].

ДСТ подразделяют на дифференцированные и недифференцированные формы. Дифференцированная ДСТ достаточно изучена и характеризуется определенным типом наследования, отчетливо очерченной клинической картиной, а в ряде случаев установленным и хорошо изученным генным или биохимическим дефектом. Наиболее распространенные заболевания из этой группы – синдром Марфана, 10 типов синдрома Элерса-Данло, несовершенный остеогенез, синдром гипермобильности суставов и синдром вялой кожи. Недифференцированная ДСТ (НДСТ) – это не единая

нозологическая единица, а гетерогенная группа заболеваний мультифакториальной природы, при которой набор клинических признаков не укладывается ни в одно из наследственных моногенных заболеваний [4].

Особый интерес при изучении НДСТ для нас представляет патология желудочно-кишечного тракта, потому что 80% соединительной ткани локализуется именно там, что составляет до 9 м².

Полноценная моторная функция пищеварительной системы обеспечивается адекватной работой коллагено-эластинового комплекса кишечной трубки, выполняющего роль каркаса желудочно-кишечного тракта и обеспечивающего полноценное сокращение мышечного аппарата. Таким образом, перистальтика кишечника, эвакуация желудочного содержимого, сократительная функция желчного пузыря обеспечиваются производными соединительной ткани, а аномалии формы или положения внутренних органов, в том числе и билиарной системы, могут явиться признаком «несостоятельности» соединительной ткани.

Цель – оценить клинко-функциональное значение недифференцированной дисплазии соединительной ткани и ее влияние на формирование патологии желчного пузыря.

Задачи исследования:

1. Определить распространенность синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани у обследуемых больных с ЖКБ.
2. Установить частоту сочетания недифференцированной дисплазии соединительной ткани с хирургической патологией иной локализации.

Методика исследования

В исследование включено 132 больных с желчекаменной болезнью (108 женщин и 24 мужчины) в возрасте от 29 до 77 лет.

Проявление дисплазии соединительной ткани оценивались по разработанной карте, включающей анамнестические данные, осмотр по системам и органам с выявлением астенического типа конституции, арахнодактилии, гипермобильности суставов, грыж различных локализаций, долихостеномелии, плоскостопия, фенотипических микроаномалий и т. д., инструментальные методы обследования: ЭКГ (синусовая аритмия, синусовая брадикардия, суправентрикулярная экстрасистолия и т. д.), Эхо-КС (пролапс митрального клапана, дополнительные хорды, трабекулы в полости левого желудочка и т. д.), ЭФГДС (дивертикулы пищевода, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, эзофагит, дуоденогастральный и гастродуоденальный рефлюксы), УЗИ органов брюшной полости (висцероптоз, дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу, аномалии желчного пузыря и т. д.), колоноскопия (долихоколон, мегаколон, долихосигма и т. д.).

Выявление у одного пациента 6 и более стигм дисэмбриогенеза считали подтверждением синдрома дисплазии соединительной ткани [3, 4].

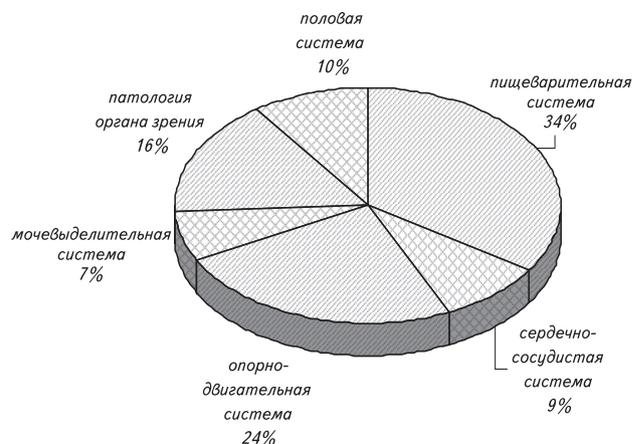
Результаты исследования

У 63 (47,7%) больных с желчекаменной болезнью выявлены клинические признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани различной степени выраженности.

Характерного признака для НДСТ, который встречался бы у всех больных с этой патологией, не было установлено. Однако нами были выявлены наиболее

специфические признаки НДСТ: hallux valgus, плоскостопие (преимущественно поперечное), искривление мизинцев, сколиоз, тонкая кожа с выраженной подкожной венозной сетью, гипермобильность суставов, келоидные рубцы, голубые склеры.

У обследованных нами больных с НДСТ отмечается поражение практически всех систем органов с преимущественным вовлечением в патологический процесс пищеварительной системы и опорно-двигательного аппарата (диаграмма).



Системная патология у больных с признаками НДСТ

НДСТ: «аномалии развития желчного пузыря – билиарные дисфункции – хронический бескаменный холецистит – билиарный сладж – желчно-каменная болезнь – холецистэктомия – последствия холецистэктомии». Таким образом, ЖКБ является не просто «локальным» заболеванием, а следствием генерализованного нарушения структуры соединительной ткани.

Обсуждение

Установлено, что у 24,8% больных желчекаменной болезнью, ассоциированной с ДСТ, выявляется то или иное нарушение анатомии формы или положения желчного пузыря, что может затруднять пассаж желчи, способствовать появлению билирного сладжа и конкрементов в желчном пузыре и являться одним из вариантов развития ЖКБ. В свою очередь, выявление у пациента ДСТ должно насторожить в отношении наличия аномалий формы и положения ЖП, что может быть основой для формирования билиарной патологии.

Больных желчекаменной болезнью на фоне сопутствующей недифференцированной дисплазии соединительной ткани следует рассматривать как пациентов группы риска по развитию иных заболеваний хирургического профиля (грыжи различных локализаций, геморрой, варикозная болезнь нижних конечностей), что объясняется системностью поражения соединительной ткани при синдроме недифференцированной дисплазии соединительной ткани. Данные пациенты нуждаются в диспансерном наблюдении для своевременного выявления и адекватного лечения сопутствующей патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Екимова Н. В. К вопросу прогнозирования желчекаменной болезни // Вестник современной клинической медицины. – 2008. – № 1. – С. 32–37.

2. Еремина Е. Ю. Билиарная патология: возможности профилактики / Е. Ю. Еремина, Ю. Н. Кондратенко // Медицинский альманах. – 2011. – № 2. – С. 130–133.
3. Земцовский, Э. В. Соединительно-тканые дисплазии сердца. – Санкт-Петербург: изд. «Политекс», 2004. – 94 с.
4. Кадурина Т. И. Дисплазия соединительной ткани (руководство для врачей) / Т. И. Кадурина, В. Н. Горбунова. – СПб: изд. «Элби», 2009. – 650 с.
5. Лялюкова Е. А. Аномалии панкреатодуоденальной зоны у пациентов с дисплазией соединительной ткани: клинические проявления, тактика ведения пациентов // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – № 3. – С. 74–76.

6. Осипенко М. Ф. Функциональная патология билиарного тракта и недифференцированная дисплазия соединительной ткани / М. Ф. Осипенко, М. И. Скалинская, А. Н. Рыжичкина // Справочник поликлинического врача. – 2011. – № 1. – С. 48–53.
7. Сердечно-сосудистые заболевания как факторы операционного риска в хирургии желчекаменной болезни / О. В. Булашова [и др.] // Практическая медицина. – 2010. – № 5. – С. 102–105.
8. Фенотипические маркеры аномалий анатомии треугольника Кало / Г. В. Фомов, А. С. Мухин, Г. И. Подолинный и др. // Медицинский альманах. – 2011. – № 2. – С. 58–61.

Поступила 14.02.2013

**С. Е. ГУМЕНЮК, Е. Ю. ГЛАДКИЙ, А. В. ГУБИШ, А. Б. ЯРЫШ,
М. В. ПЕРКОВ, А. Г. ГРИГОРЬЕВ**

ПРОФИЛАКТИКА ЭВЕНТРАЦИЙ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ ПРИ УШИВАНИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

*Кафедра хирургии педиатрического и стоматологического факультетов
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет»,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. 89284153638. E-mail: alex151283@mail.ru*

Одной из актуальных проблем завершающего лечения перитонита, больших вентральных грыж является надежное закрытие брюшной полости. Предложенный метод зарекомендовал себя как эффективный способ закрытия лапаротомной раны у данных больных, а также у тучных больных, обеспечивающий эффективную профилактику несостоятельности швов.

Ключевые слова: грыжа, эвентрация, профилактика, абдоминопластика.

S. E. GUMENYUK, E. Yu. GLADKIY, A. V. GUBISH, A. B. YARISH, M. V. PERKOV, A. G. GRIGORIEV

PREVENTION OF THE EVENTRATION AND THE POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIATION AFTER CLOSURE OF THE ABDOMINAL CAVITY

*Department of surgery of pediatric and stomatological faculty of the Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedin str., 4.
Tel. 89284153638. E-mail: alex151283@mail.ru*

The proper closure of the abdominal cavity as a final step of treatment of peritonitis and giant abdominal hernias is one of the major problem of modern surgery. The introduced method of surgical treatment has established a reputation as an effective way for closure of a laparotomy wound in this group of patients and patients who suffer from obesity.

Key words: hernia, eventration, prophylaxis, abdominoplasty.

Введение

Одной из актуальных проблем завершающего лечения перитонита, больших вентральных грыж являются надежное закрытие брюшной полости, укрепление передней брюшной стенки и профилактика эвентраций и грыж в послеоперационном периоде [3]. Традиционные способы закрытия брюшной полости отдельными узловыми швами, особенно в условиях нагноения раны и/или избыточной внутрибрюшной гипертензии, приводят, как правило, к прорезыванию лигатур и несостоятельности наложенного шва. Как метод профилактики этого осложнения традиционно применяется дополнителное наложение П-образных швов, обычно на каком-либо синтетическом каркасе. Такой способ позволяет несколько снизить нагрузку на ткани, уменьшить нарушения кровообращения в области операционной раны. Однако полностью этот метод проблемы

не решает: плечо П-образного шва по протяженности составляет обычно не более 1–2 см, при завязывании лигатуры давление на ткани, расположенные в этом шве, приводит к ишемии и возникновению некроза, что создает опасность нагноения и несостоятельности послеоперационной раны. Частота послеоперационных и рецидивных послеоперационных вентральных грыж, по данным различных авторов, и в настоящее время остается достаточно большой и составляет до 10% от числа всех прооперированных грыж живота при аллопластике и до 50% при аутопластике, а частота рецидивных грыж около 7% рассматривается во многих странах как хороший результат [1, 2].

Методика

С целью создания условий для хорошего кровоснабжения шва, повышения его механической прочности и