

РОЛЬ СИСТЕМНОГО ПОРАЖЕНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ГЕНЕЗЕ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН МАЛОГО ТАЗА У ПОДРОСТКОВ

В.Г. Мозес

*Кафедра акушерства и гинекологии №1 (зав. – проф. Г.А. Ушакова) ГОУ ВПО
«Кемеровская государственная медицинская академия»*

Одной из актуальных проблем акушерства и гинекологии являются вопросы этиологии и патогенеза варикозного расширения вен малого таза (ВРВМТ). На сегодняшний день установлена связь заболевания с перенесенными воспалительными процессами внутренних гениталий, условиями труда, беременностью и родами, особенностью половой жизни и контрацепции. Однако полученные результаты исследований не могут объяснить многие вопросы этиологии и патогенеза ВРВМТ, в частности становление заболевания в подростковом возрасте.

В последнее десятилетие появилась новая концепция варикозной болезни, главную роль в которой отводят дисплазии соединительной ткани (ДСТ) [1], представляющей нарушение развития органов и тканей в эмбриогенезе и в постнатальном периоде. Морфологической ее основой служит снижение содержания отдельных видов коллагена или нарушение соотношения между ними, что ведет к снижению прочности соединительной ткани многих органов и систем. Различают два вида ДСТ: клинически выраженные и хорошо изученные наследственные заболевания со множественным стигм и нарушений метаболизма соединительной ткани (синдром Морфана и Элерса–Данлоса) и наименее изученные недифференцированные формы ДСТ [2, 8].

Подтверждением гипотезы о роли ДСТ в генезе варикозной болезни служат данные о том, что поражение вен нижних конечностей, которое нередко встречается уже в подростковом возрасте, является одним из частых системных проявлений ДСТ [8]. Таким образом, изучение состояния соединительной ткани у подростков с ВРВМТ представляется чрезвычайно актуальным.

Цель настоящего исследования: изучение роли дисплазии соединительной ткани в генезе варикозного расширения вен малого таза у подростков.

Было проведено обследование 150 подростков. Все пациентки были разделены на две группы. В основную группу вошли 100 подростков в возрасте от 15 до 18 лет с выявленным ВРВМТ. Группу сравнения составили 50 подростков без ВРВМТ. Патологию венозной системы малого таза обнаруживали при помощи ультразвуковой сонографии, доплерографии и чрезматочной флебографии. Состояние соединительной ткани у всех пациенток изучали путем клинической оценки ее состояния, предложенной В.М. Яковлевым и Г.И. Нечаевой [8]. Определялись содержание сиаловых кислот в сыворотке крови и суточная экскреция метаболитов соединительной ткани – оксипролина и гликозаминогликанов. Концентрацию сиаловых кислот сыворотки крови устанавливали по методу Гесса [5], содержание оксипролина в суточной моче – по П.Н. Шараеву [7], гликозаминогликанов – по А.С. Логинову и др. [6].

Для проверки нормальности распределения показателей применялся критерий Колмогорова–Смирнова. После контроля нормальности распределения равенство выборочных средних проверялось при помощи коэффициента Стьюдента, критерия Манна–Уитни и при помощи однофакторного дисперсионного анализа. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05, что считается достаточным для медицинских исследований.

Ретроспективный анализ анамнеза показал, что у подростков с ВРВМТ преобладают соматические заболевания (табл. 1), которые, по некоторым данным, относят к системным проявлениям ДСТ [2, 3, 4, 8]: вегетососудистая дистония, гастродуоденит, нефроптоз, миопия, общий инфантилизм.

У подростков с ВРВМТ прослеживались особенности конституции, которые присущи людям, страдающим ДСТ [2, 3, 8]. Пациентки с ВРВМТ были достоверно

Таблица 1

Перенесенные соматические заболевания у подростков с ВРВМТ		
Заболевания	ВРВМТ, %	Здоровые, %
Заболевания сердечно-сосудистой системы		
Анемия	2,0 ± 1,4	0
Варикоз нижних конечностей	21,0 ± 4,1	0
Геморрой	5,0 ± 2,2	0
Вегетососудистая дистония	40,0 ± 4,9**	20,0 ± 5,7
Гипертоническая болезнь	3,0 ± 1,7	0
Пролапс митрального клапана	8,0 ± 2,7	6,0 ± 3,4
Дополнительная хорда левого желудочка	11,0 ± 3,1	4,0 ± 2,8
Заболевания желудочно-кишечного тракта		
Аппендэктомия	9,0 ± 2,9	2,0 ± 2,0
Холецистит	3,0 ± 1,7	28,0 ± 6,3
Гастродуоденит	51,0 ± 5,0**	4,0 ± 2,8
Панкреатит	1,0 ± 1,0	0
Язвенная болезнь	3,0 ± 1,7	0
Долихосигма	4,0 ± 2,0	0
Диафрагмальная грыжа	1,0 ± 1,0	0
Заболевания мочевыделительной системы		
Мочекаменная болезнь	2,0 ± 1,4	2,0 ± 2,0
Нефроптоз	12,0 ± 3,2**	8,0 ± 3,8
Пиелонефрит	15,0 ± 3,6	2,0 ± 2,0
Цистит	7,0 ± 2,6	2,0 ± 2,0
Аномалии почек	1,0 ± 1,0	0
Прочие заболевания		
Гипоталамический синдром	1,0 ± 1,0	6,0 ± 3,4
Миопия средней и легкой степени	16,0 ± 3,7**	2,0 ± 2,0
Остеохондроз	6,0 ± 2,4	0
Гиперплазия щитовидной железы	30,0 ± 4,6	16,0 ± 5,2
Ожирение	2,0 ± 1,4**	10,0 ± 4,2
Общий инфантилизм	31,0 ± 4,6*	2,0 ± 2,0
Паховая грыжа	2,0 ± 1,4	0
Спиномозговая грыжа	1,0 ± 1,0	0

* $p < 0,001$, ** $p < 0,05$. То же в табл. 2 и 3.

выше, чем подростки группы сравнения, а их масса тела была достоверно ниже (табл. 2). Подобные особенности конституции и тенденция к дефициту массы тела определялись у подростков с ВРВМТ по данным индекса Варги.

Обязательным критерием состояния соединительной ткани являются выявление и клиническая оценка стигм дизэмбриогенеза – внешних проявлений ДСТ, достоверным критерием которой служит наличие у пациента 5 и более стигм [2, 8]. В отличие

Таблица 2

Средний рост, масса тела и росто-весовые индексы Варги у подростков с ВРВМТ (M±m)		
Показатели	ВРВМТ	Здоровые
Средний рост, см	166,1 ± 0,7**	161,6 ± 0,9
Средняя масса тела, кг	54,8 ± 0,9**	59,1 ± 1,5
Росто-весовой индекс Варги		
До 1,5, %	17,0 ± 3,8	6,0 ± 3,4
1,6, %	14,0 ± 3,5	14,0 ± 4,9
1,7, %	21,0 ± 4,1*	8,0 ± 3,8
1,8 и выше, %	48,0 ± 5*	72,0 ± 6,3

Таблица 3

Экскреция метаболитов соединительной ткани и содержание сиаловых кислот в сыворотке крови у подростков с ВРВМТ (M±m)		
Показатели	ВРВМТ	Здоровые
Содержание сиаловых кислот, у/е	230,1 ± 1,4*	157,8 ± 2,8
Экскреция оксипролина в суточной моче, мкг/мл	6,3 ± 0,4**	4,5 ± 0,4
Экскреция гликозаминогликанов в суточной моче, мкг/мл	2,7 ± 0,7**	1,2 ± 0,2

от пациентов группы сравнения, у подростков с ВРВМТ отмечалось преобладание 5 и более стигм – 88 ± 4,8% в основной и 2 ± 2 в группе сравнения ($p > 0,001$).

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о поражении соединительной ткани у подростков с ВРВМТ. Гипотезу о роли ДСТ в генезе ВРВМТ у подростков подтверждает более высокая суточная экскреция метаболитов соединительной ткани и сиаловых кислот в сыворотке крови у девочек основной группы (табл. 3).

Проведенное исследование позволяет сформулировать следующий вывод: в формировании ВРВМТ у подростков ведущую роль играет системное поражение соединительной ткани – ДСТ. Следует особо отметить тот факт, что изначально нарушение закладки соединительной ткани происходит на этапе раннего эмбриогенеза человека, то есть девочка рождается уже запрограммированной на болезнь [1]. Таким образом, понимание того, что варикозная болезнь является лишь «верхушкой айсберга», под которой скрывается огромный пласт системной патологии, позволяет найти новые подходы к осмыслению патогенеза, клиники, диагностики и лечению заболевания у женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев А.А., Ларионова И.С., Дудина Н.А. Системная медицина (от чего погибнет человечество). – М., 2000. – С. 12–16.
2. Головский Б.В., Усольцева Л.В., Орлова Н.С. // Росс. семейный врач. – 2000. – № 4. – С. 52–55.
3. Гофман О.М. Дифференциально-диагностическое значение малых аномалий развития в оценке состояния здоровья детей: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1987.
4. Земцовский Э.В. Соединительнотканые дисплазии сердца. – СПб, 1988.
5. Колб В.Г., Камышников В.С. Клиническая биохимия. – Минск, 1976. – С. 145–146.
6. Логинов А.С., Приваленко М.Н., Скобелева Т.В. // Лабораторное дело. – 1980. – С. 93–96.
7. Шараев П.Н., Пищиков В.Н., Зубарев О.Н. Биохимические методы анализа показателей обмена биополимеров. – Ижевск, 1990.

8. Яковлев М., Нечаева Г.И. Кардиореспираторные синдромы при дисплазии соединительной ткани. – Омск, 1994.

Поступила 14.09.05.

THE ROLE OF CONNECTIVE TISSUE
SYSTEMIC DISORDERS IN THE GENESIS
OF VARICOSE DILATION OF SMALL PELVIS'
VEINS IN ADOLESCENTS
V.G. Mozes

S u m m a r y

The study was carried out on 150 adolescents. In girls with varicose dilation of small pelvis veins the signs of connective tissue dysplasia were clinically determined. The increase in excretion of connective tissue metabolites (oxyproline and glycosaminoglycans) with urine and the increase of cialic acids' serum levels were determined as a consequences of systemic disorder of connective tissue. It was established that varicose dilation of small pelvis' veins in adolescents is the evidence of connective tissue dysplasia. The results are important for development of new approaches of prophylaxis and treatment of this disorder.

УДК 616.411 – 001 – 089.87

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ХИРУРГА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ СЕЛЕЗЕНКИ

Р.А. Ибрагимов, В.Ф. Чикаев, Ю.В. Бондарев, С.В. Курочкин

Кафедра травматологии, ортопедии и хирургии экстремальных состояний
(зав. – проф. И.Ф. Ахтямов) Казанского государственного медицинского университета

При травмах живота повреждение селезенки встречаются в 18–30% случаев [7, 10]. В 1911 г. Теодор Кохер утверждал, что «поврежденная селезенка должна быть удалена, поскольку нет побочных эффектов этой операции, при этом угроза кровотечения надежно предотвращается». И в настоящее время при ее травме чаще выполняется спленэктомия (СЭ), которая производится в 90% случаев [3, 4, 7, 15]. Анализ литературы свидетельствует о крайне редком выполнении органосохраняющих операций (ОСО) при повреждении селезенки – всего лишь в 5,3–8,4% случаев [3, 7]. Накопленный клинический опыт убеждает в том, что абсолютные показания к ОСО на селезенке имеют место у 39,4% оперированных, относительные же – у 31,8%, к СЭ с аутоотрансплантацией селезеночной ткани – у 19,7%, к спленэктомии – у 9,1% [2]. Хирургическая тактика при повреждениях селезенки зависит от степени анатомического разрушения. Наиболее распространены два вида ОСО – резекция и спленорафия. Методика резекции зависит от особенностей кровоснабжения органа после удаления поврежденной его части [1, 16, 17] и способа гемостаза культи.

Другое направление – сохранение функций удаляемой селезенки за счет аутоотрансплантации ее ткани, основанное на феномене спонтанной регенерации [5, 6, 11]. Однако такого рода аутоотрансплантация так и не стала общепризнанной в связи с дискуссионной эффективностью [9]. В последние годы появляется все больше сообщений, посвященных консервативному ведению пациентов с повреждениями селезенки [8, 13, 14]. К сожалению, данная тактика не исключает развитие опасных для жизни геморрагических осложнений [12].

Целью нашего исследования являлись внедрение и разработка ОСО на селезенке.

В период с 1997 по 2005 г. мы провели анализ результатов лечения 105 пострадавших с травмами селезенки в БСМП г. Казани. При этом 83,3% составляли закрытые повреждения, 16,7% – открытые (колото-резаные – 15,5%, огнестрельные – 1,2%). Среди пострадавших преобладали мужчины (77,3%). По возрасту основной процент (57,6%) составляли лица от 21 до 40 лет, 21,2% – до 20 лет, 21,2% – старше 40 лет.

У 50% пострадавших кровопотеря достигала более 1000 мл, что могло привести к серьезным гемодинамическим нарушениям, у 21,2% была меньше 1000 мл и у 28,8% – 500 мл и менее. Отсюда следует, что у 50%