

УДК 616-018.2-007.17:55-007.43-02-037

В.П. Польовий,**Р.І. Сидорчук,*****В.В. Арсенюк,****С.І.Райляну,****А.С. Паляниця,****О.О. Карлійчук**

ВДНЗ України "Буковинський
державний медичний університет",
м. Чернівці
*Кам'янець-Подільська міська лікарня
№1

РОЛЬ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ В РОЗВИТКУ ПОЄДНАНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Ключові слова: сполучна тканина,
дисплазія, грижі, варикозна
хвороба вен, симультанні операції.

Резюме. Дисплазія сполучної тканини є багаторівневим процесом, що зумовлений кількісними і якісними змінами екстрацелюлярного матрикса. Мета роботи - встановити зв'язок між варикозною хворобою вен нижніх кінцівок та грижовою хворобою. У дослідженні брали участь 215 осіб, з яких у процесі скринінгу були відібрані 80 (37,21%).

Причиною поєднання варикозної хвороби нижніх кінцівок та грижової хвороби є вроджена недиференційована дисплазія сполучної тканини. Симультанні операції стосовно варикозу вен та гриж черевної стінки добре переносяться хворими, дозволяють одночасно позбавити двох захворювань, значно зменшують період реабілітації.

Вступ

Усе більшого значення у формуванні патологічних станів, у тому числі гриж та варикозної хвороби вен нижніх кінцівок, надають дисплазії сполучної тканини (ДСТ), яка становить собою багаторівневий процес, що зумовлений кількісними і якісними змінами екстрацелюлярного матрикса. За даними літератури, ДСТ виявляють у 20-80 % населення. Недиференційована дисплазія сполучної тканини, на думку ряду авторів, є одним з важливих факторів виникнення гриж і їх рецидивів в післяопераційному періоді. Під терміном "дисплазія сполучної тканини" розуміють аномалію тканинної структури, що проявляється в зниженні вмісту окремих видів колагену і порушенням їх співвідношення. Клінічно цей стан проявляється порушенням механічних властивостей, "слабкістю" сполучної тканини більшості органів і систем [2, 4].

У хворих на ДСТ, що є поліорганною та полісистемною патологією з проградієнтним перебігом, в основі якої лежать дефекти синтезу або катаболізму компонентів позаклітинного матриксу або регуляторів морфогенезу сполучної тканини, виділяють диференційовані і недиференційовані форми ДСТ. Диференційована ДСТ достатньо вивчена і характеризується певним типом успад-

кування, чітко окресленою клінічною картиною, а в ряді випадків установленим і добре вивченим генним або біохімічним дефектом. Недиференційована ДСТ (НДСТ) - це не єдина нозологічна одиниця, а гетерогенна група, при якій набір клінічних ознак не вкладається в жодне із спадкових моногенних захворювань. Останнім часом зросла кількість повідомлень різних авторів про перегляд традиційних поглядів на етіологію, патогенез гриж, перебіг захворювання, пояснення причин виникнення рецидивної грижі навіть після виконання операції висококваліфікованими хірургами та після застосування сучасних алопластичних методик операцій. Пропонується виділення принципово різних понять "грижа" та "грижова хвороба", які визначають різну оперативну техніку та профілактичні заходи. Зменшується значення тяжкої фізичної праці та підвищення внутрішньо-очеревинного тиску як основного етіологічного чинника виникнення гриж. Вплив урбанізації, стан гіпокінезії як для вагітних, так і дітей раннього віку, у поєднанні з нераціональним харчуванням, дефіцитом білка та вітамінів, зумовлює клінічні прояви захворювань сполучної тканини у вигляді її недиференційованої дисплазії, клінічними проявами якої є патологія серця, варикозна хвороба нижніх кінцівок, неспроможність апоневрозу у

вигляді грижоутворення тощо [1, 3, 5].

Мета дослідження

Аналіз частоти та взаємозв'язку виникнення гриж черевної стінки у хворих з варикозною хворобою нижніх кінцівок, оскільки серед основних причин виникнення варикозної хвороби та гриж вважається вроджена неповноцінність сполучної тканини.

Матеріал і методи

У дослідженні взяли участь 215 осіб, з яких у процесі скринінга відібрані 80 (37,21%). Питання про поєднання подібних за патогенезом патологічних станів вивчено ретроспективно, за медичними картами стаціонарних хворих чоловіків, які поступили до хірургічного відділення для лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок. Жінки до дослідження не залучались, оскільки в патогенезі варикозної хвороби в них безперечно значення мають особливості гормонального фону та венозна гіпертензія в період вагітності.

Під час виконання даного дослідження керувались загальноприйнятими світовими та вітчизняними нормами відповідно до Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (від 04.04.1997 р.), Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини (1964-2000 рр.) і наказу МОЗ України № 281 від 01.11.2000р.

Симптоми недиференційованої дисплазії сполучної тканини визначали за фенотипічними ознаками сполучнотканинної дисплазії [2]:

- конституційні особливості (астенічна статура, дефіцит маси);

- синдром ДСТ (особливості розвитку лицьового черепа і скелета, кінцівок, включаючи кіфосколіоз, деформацію грудної клітки, суглобів гіпермобільність, гіпереластичність шкіри, плоскостопість);

- малі аномалії розвитку, які само собою не мають клінічного значення, але виступають у ролі додаткових стигм.

Гістологічні зрізи вивчали, аналізували і фотографували за допомогою системи аналізу зображень на базі комп'ютерної системи, що містила світловий мікроскоп Olympus CX-21 і цифрову камеру Olympus C450. Забарвлення за Van Gieson-Weighert, пікросиріусом червоним для виявлення еластичних та колагенових волокон. Обробку отриманих баз даних проводили методом варіаційної статистики з використанням програмних пакетів комп'ютерного базування (Primer of Biostatistics 3.0, MS Excel 2010).

Обговорення результатів дослідження

За період 2004-2008 р. обстежено 80 чоловіків. У 5 (6,25%) хворих з варикозною хворобою за цей період діагностовано грижі черевної стінки (правобічна коса пахова грижа - 2, лівобічна стегова - 1, пупкова - 1, білої лінії живота - 1). При аналізі медичних карт стаціонарного хворого виявлено, що ще в 11 (13,75%) хворих, операції стосовно гриж передньої черевної стінки, виконані раніше (пахова грижа - 9, стегова - 2). Чіткого, достовірного взаємозв'язку з локалізацією грижі не прослідковується. Таким чином, з 80 хворих у 16 (20,17%), виявлена поєднана патологія у вигляді грижі передньої черевної стінки, що може пояснюватись вродженою неповноцінністю сполучної тканини (таблиця).

Таблиця

Кількісні морфометричні параметри медіального та латерального відділів поперечної фасції у практично здорових і хворих на пахвинну грижу (n=15)

	Латеральний відділ ПФ			Медіальний відділ ПФ		
	Здорові	pM	pL	Здорові	pM	pL
Товщина (мкм)	365,57 ± 110,42	300,464 ± 97,06	290,33 ± 89,01**	500,7 ± 121,75*	406,26 ± 79,49*;**	427,398 ± 2,31*
К-сть KB (на 10000 мкм ²)	71,6 ± 7,72	66,53 ± 8,75	63,87 ± 7,33**	98 ± 8,28*	91,6 ± 7,84*;**,**	97,93 ± 8,35*
Діаметр KB, мкм	7,06 ± 2,72	7,18 ± 2,6	7,25 ± 3,08	7,89 ± 2,80	8,04 ± 2,2	7,97 ± 2,86
Діаметр EB, мкм	0,87 ± 0,36	0,77 ± 0,24	0,78 ± 0,27	0,92 ± 0,39	0,81 ± 0,26	0,82 ± 0,25

Примітки: * – p<0,05 при порівнянні параметрів латерального відділу з медіальним; ** – p<0,05 при порівнянні параметрів відповідних відділів поперечної фасції у хворих на пахвинну грижу зі здоровими; *** – p<0,05 при порівнянні параметрів відповідних відділів поперечної фасції у хворих на пряму і косу пахвинну грижу; KB – колагенові волокна; EB – еластичні волокна; pM – пряма (медіальна) пахвинна грижа; pL – коса (латеральна) пахвинна грижа.

Отримані дані підтверджуються результатами морфологічних досліджень (рис. 1-2)

Контрольну групу становила така ж кількість пацієнтів, які лікувалися з приводу іншої хірургічної патології (жовчнокам'яна хвороба, виразкова

хвороба ДПК, гострий апендицит тощо). В одного хворого виявлено пахову грижу (1,25%) і тільки 2 (2,5%) перенесли в минулому операцію стосовно пахових гриж.

Усім 5 хворим проведені симультанні операції

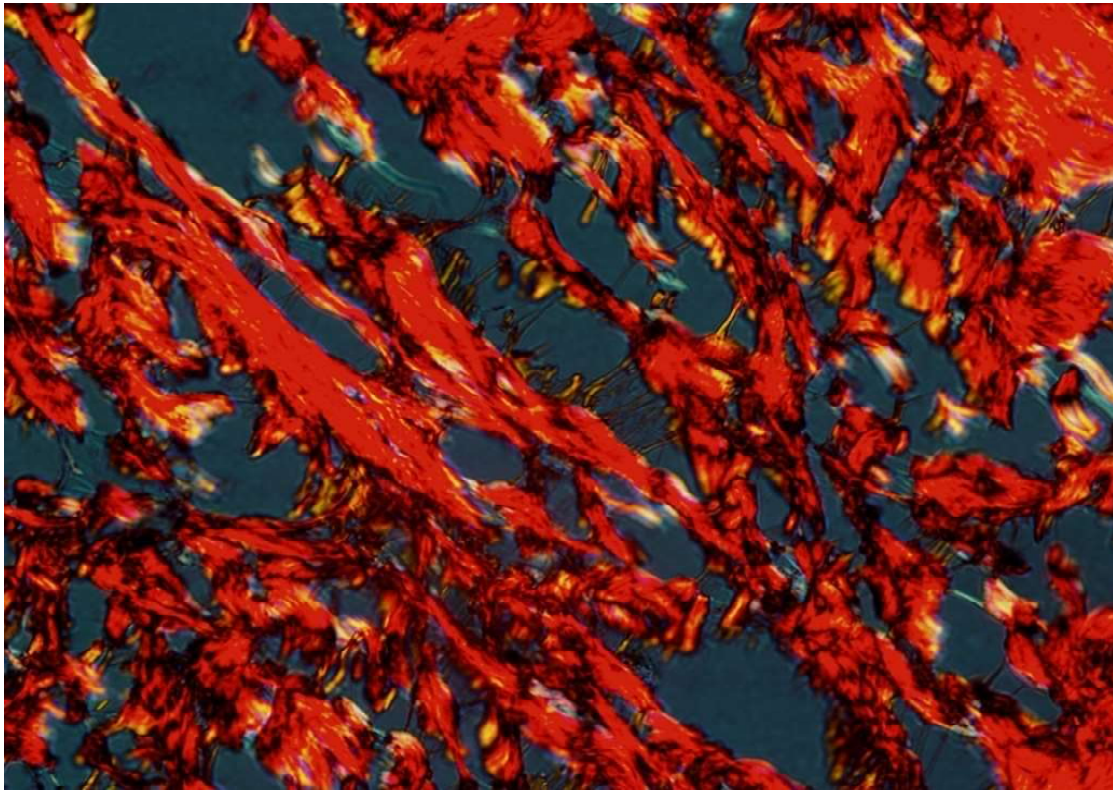


Рис. 1. Медіальний відділ поперечної фасції пацієнта без паховинної грижі: значне переважання об'ємної частки колагену I типу над часткою колагену III типу. Заб. пікросиріусом червоним . 36. x 100.

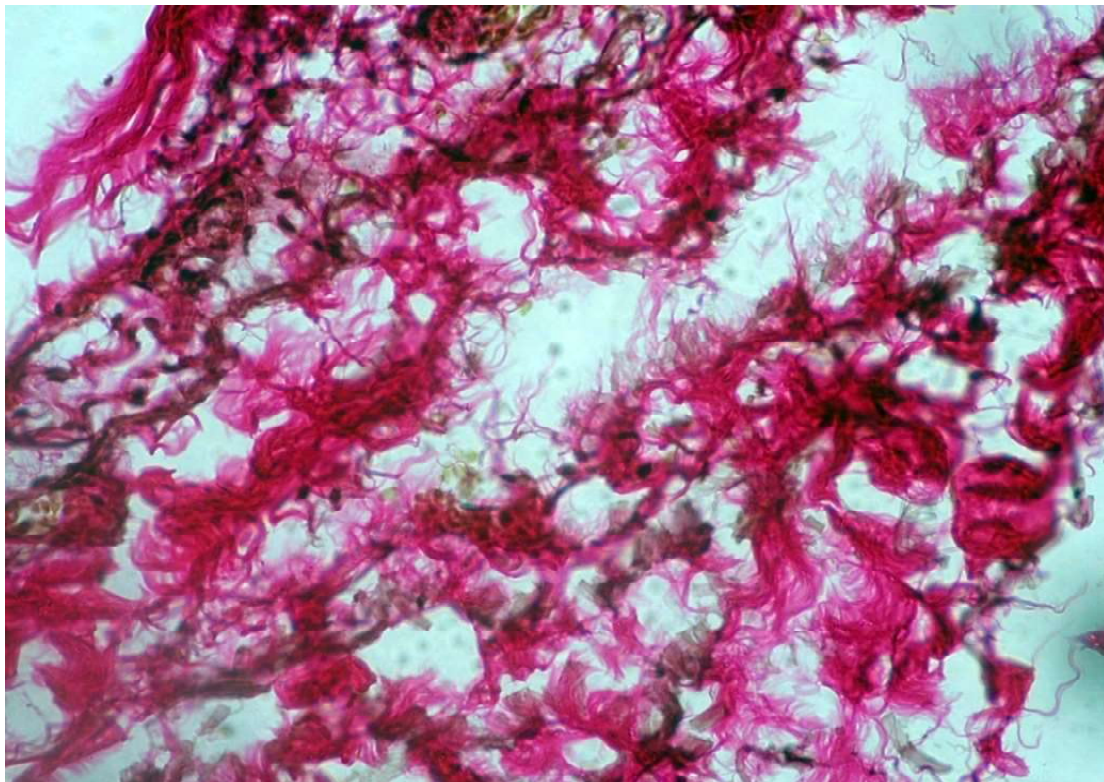


Рис. 2. Латеральний відділ поперечної фасції у хворого на паховинну грижу: колаген переважає над еластичними волокнами. Заб. за Van Gieson-Weighert. 36. x100.

під загальним знеболенням. Першим етапом симультанної операції була венектомія, а потім операція з приводу грижі (2 - герніопластики, 3 - герніоалопластики). Післяопераційний ліжко-день становив 7-8 діб. Летальних випадків, післяопераційних ускладнень не спостерігалось.

Висновки

1. Вірогідно причиною поєднання варикозної хвороби нижніх кінцівок та грижової хвороби може бути вроджена неповноцінність сполучної тканини (недиференційована дисплазія), на що вказують отримані нами результати.

2. Чоловіки з варикозною хворобою повинні цілеспрямовано обстежуватись щодо наявності гриж передньої черевної стінки різної локалізації.

3. Симультанні операції з приводу варикозу вен та гриж черевної стінки добре переносяться хворими, дозволяють одночасно позбавитися двох захворювань, значно зменшують період реабілітації.

Перспективи подальших досліджень

Питання патології сполучної тканини в етіології виникнення гриж потребує подальшого дослідження.

Література. 1. Грижі живота / Монографія / За ред. В.П. Польового, Р.І. Сидорчука, В.В. Власова. - Чернівці: Медуніверситет, 2015. - 300 с. 2. Дисплазія сполучної тканини, як предиктор виникнення гриж передньої черевної стінки / Монографія / За ред. В.П. Польового, В.В. Власова, В.В. Арсенюка. - Чернівці: Медуніверситет, 2016. - 288 с. 3. Moreno-Egea A. Sobre el uso depegamento en la cirugía de las hernias. Tne snica defijacion combinada en laev entroplastia laparoscopica / A. Moreno-Egea // Cir. Esp. - 2014. - Vol.92. - P. 57-58. 4. Short-term outcomes of inguinal hernia repair in octogenarians and nonagenarians / P.K. Pallati, P.K. Gupta, S. Bichala [et al.] // Hernia. - 2013. - Vol.17(6). - P. 723-727. 5. The use of falbumin sealant in the inguinal hernioplasty / R.P. Knut, R.I. Sydorчук, O.O. Karliychuk [et al.] // Eur. J. Med. Res. - 2007. - Vol. 12, Suppl. IV. - P. 195.

РОЛЬ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В РАЗВИТИИ СОЧЕТАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

*В.П. Полевой, Р.И. Сидорчук, *В.В. Арсенюк, С.И. Райляну, А.С. Паляница, О.О. Карлійчук*

Резюме. Дисплазия соединительной ткани - многоуровневый процесс, который обусловлен количественными и качественными изменениями экстрацеллюлярного матрикса. Цель данной работы - определить связь между варикозной болезнью вен нижних конечностей и грыжевой болезнью. В исследовании приняли участие 215 пациентов, с которых в процессе скрининга были отобраны 80 (37,21%).

Причиной сочетания варикозной болезни нижних конечностей и грыжевой болезни считаем врожденную недифференцированную дисплазию соединительной ткани. Симультанные операции по поводу варикоза вен и грыж брюшной стенки нормально переносятся больными, разрешают одновременно избавиться от двух заболеваний, значительно уменьшают период реабилитации.

Ключевые слова: соединительная ткань, дисплазия, грыжи, варикозная болезнь вен, симультанные операции.

ROLE OF CONJUNCTIVE TISSUE DYSPLASIA IN DEVELOPMENT OF SURGICAL PATHOLOGY

*V.P. Polyovyy, R.I. Sydorчук, *V.V. Arsenyuk, S.I. Raileanu, A.S. Paljanytsa, O.O. Karliychuk*

Abstract. Dysplasia of the connective tissue is a multilevel process, caused by quantitative and qualitative changes in the extracellular matrix. The aim was to establish a link between varicose veins of the lower extremities and hernia. The study involved 215 individuals, with 80 (37.21%) patients selected after the screening.

The reason for the combination of varicose veins of the lower extremities and hernia is congenital undifferentiated connective tissue dysplasia. Simultaneous surgery for varicose veins and hernias of the abdominal wall is well tolerated by patients, and can relieve both two diseases, significantly reduce the rehabilitation period.

Keywords: connective tissue dysplasia, hernia, varicose veins, simultaneous operation.

HSEE of Ukraine "Bukovina State Medical University"

* **Кам'янець-Подільський госпіталь №1**

Clin. and experim. pathol. - 2016. - Vol.15, №4 (58). - P.79-82.

Надійшла до редакції 10.10.2016

Рецензент – проф. І.С. Давиденко

© В.П. Польовий, Р.І. Сидорчук, В.В. Арсенюк, С.І. Райляну, А.С. Паляница, О.О. Карлійчук, 2016