

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ, СТРАДАЮЩИХ СИНДРОМОМ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.К., Гобеджишвили В.В., Владимирова О.В., Юсупова Т.А.

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения России», Ставрополь, Россия (355017, Ставрополь, ул. Мира, 310), e-mail: postmaster@stgmu.ru.

В работе представлены результаты лечения 152 пациента с послеоперационными вентральными грыжами. В зависимости от примененной лечебной тактики все больные разделены на 3 группы. В первую группу вошли 30 (19,7 %) пациентов без синдрома дисплазии соединительной ткани (СДСТ). Вторую группу составили 54 (35,6 %) человека, страдающих СДСТ. У пациентов этих групп использовались традиционные натяжные виды пластик грыжевых ворот (Мейо, Сапежко, по Янову). В третью группу включены 68 (44,7 %) больных, страдающих СДСТ, которым выполнена ненатяжная герниопластика (по методикам «on lay», «sub lay», и «in lay»). Методы исследования: изучение внешних фенотипических признаков синдрома дисплазии соединительной ткани, мониторинг внутрибрюшного давления в динамике. Осуществлен комплексный подход к выбору метода пластики грыжевых ворот, что позволило уменьшить число ранних послеоперационных осложнений в 4,5 раза, исключить развитие рецидивов заболевания.

Ключевые слова: послеоперационные вентральные грыжи, синдром дисплазии соединительной ткани, внутрибрюшное давление, хирургическое лечение.

TREATMENT OF PATIENTS WITH VENTRAL HERNIAS SUFFERING WITH SYNDROM OF CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA

Lavreshin P.M., Gobedzhishvili V.K., Gobedzhishvili V.V., Vladimirova O.V., Usupova T.A.

Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia (355017. Mira street, 310), e-mail: postmaster@stgmu.ru

The research presented results of treatment the 152 patients with postoperative ventral hernias. Based on the treatment type all patients divided on 3 groups. In to the first group included 30 (19,7%) patients without syndrome of connective tissue dysplasia. Second group consisted from 54 (35,6 %) patients with syndrome of connective tissue dysplasia. In treatment of patients from bouth groups was used traditional technics of tension hernia plasty (Meyo, Sapejko, Yanov). In third group included 68 (44,7 %) patients with syndrome of connective tissue dysplasia, for whom was done the nontension hernioplasty (by methods of «on lay», «sub lay», «in lay»). Methods of investigation: studying of external phonotypical signs of syndrome of connective tissue dysplasia, monitoring intraabdominal pressure in dynamic. Complex approach in choosing the type of hernia plasty lead to reduce the quantity of early postoperative complications in 4,5 times and to exclude the recurrence of hernia.

Keywords: postoperative ventral hernia, syndrome of connective tissue dysplasia, intaabdominal pressure, surgical treatment.

В последнее время проблема синдрома дисплазии соединительной ткани (СДСТ) привлекает пристальное внимание исследователей в первую очередь по причине своей распространенности. СДСТ представляет собой генетически детерминированный системный проградентный процесс, который формирует фенотипические признаки наследственной патологии и служит фоном при ассоциированных заболеваниях [2,3,5]. Дисплазии соединительной ткани, обусловленные мутациями в генах, ответственных за формирование первичных структур коллагенов, компонентов экстрацеллюлярного матрикса, многочисленных ферментов и их кофакторов, принимающих участие во внутри- и внеклеточном созревании коллагена, фибриногенеза, образовании коллагеновых волокон [1,4,6].

Цель работы заключалась в предварительной оценке результатов лечения пациентов с по-

слеоперационными и вентральными грыжами (ПОВГ), имеющих СДСТ, с применением при грыжесечении сетчатого эндопротеза и прооперированных по традиционным методикам.

Материал и методы. Обследованы 152 пациентов, страдающих грыжами передней брюшной стенки. Мужчин было 50 (32,9 %), женщин – 102 (67,1 %), подавляющее большинство пациентов находилось на лечении в возрасте более 40 лет. Соотношение мужчин и женщин составило примерно 1:2. В зависимости от примененной лечебной тактики все пациенты разделены на 3 группы. В первую группу вошли 30 (19,7 %) пациентов без СДСТ. Им выполнены следующие виды пластик грыжевых ворот: по Мейо – 16 (53,3 %) человек, по Сапежко 8 (26,7 %) больных, аутодермопластика по Янову – 6 (20,0 %) пациента. Вторую группу составили 54 (35,6 %) человека, страдающие СДСТ. У пациентов этой группы также использовались традиционные виды пластик грыжевых ворот: по Мейо – 22 (40,8 %), по Сапежко – 26 (48,1 %), аутодермопластика по Янову – 6 (11,1 %) человека. В третью группу включены 68 (44,7 %) больных, страдающих СДСТ, которым выполнена пластика грыжевых ворот сетчатым эндопротезом: у 22 (32,3 %) по методике «on lay», у 32 (47,1 %) – «sub lay», в 14 (20,6 %) случаях – по «in lay». С целью профилактики развития синдрома интраабдоминальной гипертензии и выбора пластики грыжевых ворот при больших и гигантских грыжах у пациентов этой группы на этапах оперативного вмешательства контролировали внутрибрюшное давление (ВБД), используя специальную закрытую систему Unometer Abdo-Pressure.

Для выявления синдрома дисплазии соединительной ткани и изучения распространенности ее признаков в популяции пациентов с грыжами они обследованы по методике, предложенной Калмыковой А.С. с соавт. (2008). Регистрация материала, статистическая обработка данных произведены с использованием программы «Biostatic» и программ пакета «Microsoft Office»: «Microsoft Excel» и «Microsoft Word».

Результаты исследования и обсуждение. У 54 больных второй группы при осмотре обнаружены клинично-фенотипические признаки СДСТ, дающих в сумме более 13 баллов. «Большие» признаки СДСТ наблюдались у 24 (44,4 %) человек (варикозная болезнь вен нижних конечностей – 10 (18,5 %), хронический геморрой – 12 (22,2 %), тонзилэктомия – 12 (22,2 %), сколиоз – 8 (14,8 %), плоскостопие II ст. – 6 (11,1 %) пациента), те или иные «малые» признаки СДСТ имелись у всех пациентов исследуемой группы («сандалевидная» щель – 22 (40,7 %), второй палец стопы больше первого – 24 (44,4 %), тонкая просвечивающая кожа – 26 (48,1 %) пациентов).

Фенотипические признаки и уже известные соматические заболевания, свидетельствующие о наличии СДСТ, выявлены у 68 больных 3-й группы, среди которых у 14 (20,6 %) пациентов имелись рецидивные грыжи. Фенотипические признаки СДСТ: «большие» признаки СДСТ наблюдались у 40 (58,8 %) человек (варикозная болезнь вен нижних конечностей – 16 (23,5 %), хронический геморрой – 14 (20,6 %), тонзилэктомия – 16 (23,5 %), сколиоз – 14 (20,6 %), плоскостопие II ст.

– 8 (11,8 %) пациентов), «малые» признаки СДСТ имелись у всех пациентов исследуемой группы («сандалевидная» щель – 20 (29,4 %), второй палец стопы больше первого – 28 (41,2 %), тонкая просвечивающая кожа – 24 (35,3 %) пациента. При этом у больных с рецидивными грыжами выраженность фенотипических признаков СДСТ была выше.

В выборе метода хирургического лечения у больных первой и второй групп учитывали локализацию грыж, размеры и форму грыжевых ворот, степень натяжения тканей при пластике. У пациентов третьей группы применяли комплексный подход к лечению, который включал тщательную предоперационную подготовку, выбор метода пластики грыжевых ворот с учетом факторов риска развития ПОВГ. С целью выбора пластики грыжевых ворот при больших и гигантских грыжах и профилактики развития синдрома интраабдоминальной гипертензии на этапах оперативного вмешательства контролировали внутрибрюшное давление. При проведении пробного сведения краев апоневроза повышение внутрибрюшного давления до 15,0 мм рт. ст. определяло у 54 (79,4 %) пациентов выполнение «ненатяжной» пластики передней брюшной стенки с применением синтетического эксплантата по методике «onlay» или «sublay». У 14 (20,6 %) пациентов при пробном сведении краев грыжевых ворот ВБД превышало 15,0 мм рт. ст. Этим больным выполняли аллопластику грыжевых ворот по методике «inlay». В послеоперационном периоде проводилась консервативная терапия, включающая прием препаратов магния, витаминотерапию, физиолечение.

Послеоперационные осложнения являются одним из критериев качества выполненной хирургической операции и ведения послеоперационной раны. Осложнения (36–23,7 %) в ближайшие сроки после операции возникли у 30 (19,7 %) больных. У пациентов первой группы в раннем послеоперационном периоде отмечено образование сером послеоперационной раны у 3 больных (10,0 %), образование инфильтратов послеоперационной раны у 4 пациентов (13,3 %). У больных второй группы в раннем послеоперационном периоде отмечено образование сером послеоперационной раны у 10 пациентов (18,5 %), образование инфильтратов послеоперационной раны у 6 больных (11,1 %). В третьей группе в раннем послеоперационном периоде из осложнений отмечено образование сером у 4 (5,9 %) пациентов.

В позднем послеоперационном периоде у больных без СДСТ образование лигатурных свищей имело место у 3 пациентов (10,0%), рецидив грыжи зафиксирован у 2 (6,6 %) больных после грыжесечения с применением пластики грыжевых ворот по Мейо. Во второй группе рецидив грыжи зафиксирован у 6 оперированных (11,1 %), отмечено образование лигатурных свищей у 7 больных (13,0 %). В группе больных, которым применен комплексный подход к выбору метода операции и послеоперационного лечения, лигатурный свищ был у 2 (3,0 %) пациентов, рецидивов заболевания не наблюдалось. Ощущение инородного тела в области нахождения сетчатого эндопротеза отмечали 16 больных (23,5 %), в более поздние сроки это ощущение ис-

чезло.

Результаты определения доверительного интервала, полученные для каждого результата лечения, и достоверность различий между группами представлены в таблице 1.

Таблица 1

**Доверительный интервал и достоверность различий в результатах лечения
у изучаемых больных**

Результат	1 группа (n=30)	2 группа (n=54)	3 группа (n=68)	t ₁₋₂	t ₂₋₃	P ₁₋₂	P ₂₋₃
Осложнение	23,3±7,7	29,6±6,6	5,9±2,8	0,65	3,24	< 0,001	< 0,001
Лигатурные свищи	6,6±4,5	11,1±4,2	3,0±0,47	0,73	1,17	< 0,001	< 0,001
Рецидив	6,6±4,5	13±6,1	-	0,84	-	< 0,001	-

Таким образом, разработанный комплекс диагностических, тактических и лечебных мероприятий позволил улучшить результаты лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами, страдающих синдромом дисплазии соединительной ткани: уменьшить число ранних послеоперационных осложнений в 4,5 раза, формирование лигатурных свищей в 3,5 раза, исключить развитие рецидивов заболевания.

Выводы

1. Полученные данные свидетельствуют о предрасположенности пациентов с СДСТ к формированию ПОВГ.
2. Измерение в динамике ВБД при операциях по поводу ПОВГ является важным критерием в выборе варианта герниопластики и развитии синдрома интраабдоминальной гипертензии.
3. У пациентов с СДСТ для профилактики рецидивов грыж передней брюшной стенки следует использовать аллопластику сетчатыми эндопротезами.

Список литературы

1. Калмыкова А. С., Ткачева Н. В., Федько Н. А. Синдром дисплазии соединительной ткани у детей. – Ставрополь, 2009. – 318 с.
2. Лаврешин П. М., Киселев А. Н., Тотфалушин А. А. Лечение больных с вентральными грыжами, страдающих дисплазией соединительной ткани // Актуал. вопр. соврем. хирургии : сб. ст. – М., 2008. – С. 290-292.
3. Седов В. М., Тарбаев С. Д., Чухловин А. Б. Неспецифическая дисплазия соединительной ткани как фактор развития послеоперационных вентральных грыж // Научные исследования в реализации программы «Здоровье населения России»: III Междунар. хирург. конгр. – М., 2008. – С. 62-62.

4. Яковлев В. М., Глотов А. В., Ягода Ф. В. Иммунопатологические синдромы при наследственной дисплазии соединительной ткани. – Ставрополь, 2005. – 234 с.
5. Conze J., Binnebosel M., Junge K. Incisional hernia – how do I do it? standard surgical approach // Chirurg. – 2010. – Vol. 3. – P. 192-200.
6. Nieuwenhuizen J., van Ramshorst G. H., ten Brinke J. G. The use of mesh in acute hernia: frequency and outcome in 99 cases // Hernia. – 2011. – Vol. 15. – P. 297-300.
7. Tollens T., Struyve D., Aelvoet C. Introducing the proceed ventral patch as a new device in surgical management of umbilical and small ventral hernias: preliminary results // Surg. Technol. Int. – 2010. – Vol. 19. – P. 99-103.

Рецензенты:

Суздальцев И.В., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения России», г. Ставрополь.

Гуменюк С.Е., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургии педиатрического и стоматологического факультетов ГБОУ ВПО «Кубанского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения России», г. Краснодар.