

ПРОБЛЕМИ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

УДК 611.018.2:616–008.9–07:616–089

DOI: 10.26779/2522-1396.2017.10.05

ЧАСТОТА ТА КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ ХІРУРГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ

О. Ю. Усенко, Я. Ю. Войтів

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України,
Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, м. Київ

THE RATE AND CRITERIA OF DIAGNOSIS OF UNDIFFERENTIATED DYSPLASIA OF CONNECTIVE TISSUE IN STATIONARY PATIENTS

O. Yu. Usenko, Ya. Yu. Voytiv

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv,
Shalimov National Institute of Surgery and Transplantology, Kyiv

Реферат

Обстежені 126 пацієнтів, яких з приводу хірургічних захворювань органів черевної порожнини лікували у відділенні хірургії стравоходу, шлунка та кишечника у 2016 - 2017 рр. Визначено частоту виявлення фенотипових синдромів ураження сполучної тканини, на основі яких розроблена оцінювальна скринінг-шкала, що дозволяє діагностувати та визначити вираженість недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ), використовуючи загальнодоступні методи обстеження. Розроблений спосіб діагностики НДСТ для оцінки найбільш інформативних фенотипових та вісцеральних ознак ураження сполучної тканини, що необхідно для вибору адекватної та ефективної тактики лікування пацієнтів.

Ключові слова: недиференційована дисплазія сполучної тканини; критерії діагностики; хірургічні захворювання органів черевної порожнини.

Abstract

There were examined 126 patients for surgical diseases in Department of Esophageal, Gastric and Intestinal Surgery in 2016 - 2017 yrs. The rate of revealing of the connective tissue phenotypic syndromes affection was determined, basing on which the estimating screening-scale was elaborated, permitting to diagnose and determine the severity of the connective tissue undifferentiated dysplasia, using commonly accessible methods of examination. The diagnostic method for the connective tissue of undifferentiated dysplasia was elaborated for estimation of mostly informative phenotypic and visceral signs of the connective tissue affections, what is necessary for selection of an adequate and effective tactics of treatment in the patients.

Keywords: undifferentiated dysplasia of connective tissue; diagnostic criteria; surgical abdominal diseases.

Дисплазія сполучної тканини (ДСТ) – це поліорганна та полісистемна патологія з прогресивним перебігом, в основі якої лежать дефекти синтезу чи катаболізму компонентів позаклітинного матриксу або регуляторів морфогенезу сполучної тканини, що проявляються морфофункціональними порушеннями різних систем і органів [1].

Виділяють диференційовані і недиференційовані форми ДСТ. Диференційована ДСТ достатньо вивчена, характеризується певним типом успадкування, чітко окресленими клінічними проявами, у деяких спостереженнях – встановленим і добре вивченим генним або біохімічним дефектом. НДСТ – це не

єдина нозологічна одиниця, а гетерогенна група, в якій клінічні ознаки не вкладаються в жодне з спадкових моногенних захворювань [2].

У хірургії формування багатьох захворювань асоціюється з ураженням сполучної тканини: різні види грижі, варикозна хвороба нижніх кінцівок, дискінезія жовчовивідних шляхів з жовчнокам'яною хворобою та її ускладненнями, гастро-езофагеальний та дуоденогастральний рефлюкс з утворенням виразок шлунка, дванадцятипалої кишки, пептичного рефлюкс-езофагіту, вісцероптоз, дивертикули порожнистих органів, геморой тощо [2, 3].

Дані про поширення НДСТ суперечливі, що пов'язане з різними

класифікаційними й діагностичними підходами. Деякі автори відзначають, що поширення ДСТ співвідноситься з частотою основних соціально значущих неінфекційних захворювань та становить від 20 до 80% [2, 4]. Для діагностики НДСТ необхідний комплексний підхід з використанням клінічно-генеалогічних методів, ретельного аналізу анамнезу хвороби і життя пацієнта, обстеження пацієнта і членів його сім'ї з використанням лабораторно-інструментальних та молекулярно-генетичних методів діагностики.

Проте, на початковому етапі діагностики ураження сполучної тканини можна виявити за зовнішніми фенотиповими ознаками [5].

Мета дослідження: покращення результатів лікування пацієнтів з приводу хірургічних захворювань органів черевної порожнини шляхом оцінки їх поширення та виявлення інформативних критеріїв скринінг –діагностики НДСТ.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Обстежені 126 пацієнтів (основна група), яких з приводу хірургічних захворювань органів черевної порожнини лікували у відділенні хірургії стравоходу, шлунка та кишечника у 2016 – 2017 рр., та 20 практично здорових осіб (контрольна група). Чоловіків було 53, жінок – 73. Вік хворих від 28 до 74 року, у середньому (56,3 ± 7,43) року.

Післяопераційна грижа черевної стінки діагностована у 30 пацієнтів, пахвинна, стегнова, пупкова грижа – у 30, грижа стравохідного отвору діафрагми – у 26, геморої – у 16, дивертикули кишечника – у 8, стравоходу – у 6, доліхосигма, мегаколон – у 6, кишка нориця – у 4.

Статистична обробка результатів дослідження проведена з використанням електронних таблиць Microsoft® Excel 2016 та програми для статистичної обробки Statgraphics Plus Professional 16.0.03. Free.

Для перевірки гіпотези про рівність середніх використовували критерій Ст'юдента – для нормально розподілених виборок і критерій Уїлкоксона–Манна–Уїтні – для виборок, розподіл яких відрізнявся від нормального. Довірчий інтервал визначали за точним біноміальним методом.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В обстежених пацієнтів найчастіше виявляли такі фенотипові синдроми НДСТ [2].

1. Вісцеральний синдром (птоз органів травлення, органів малого таза, нефроптоз, дискінезія порожнистих органів травлення, дуоденогастральний і гастроєзофагеальний рефлюкс, недостатність сфінктерів, дивертикули стравоходу, грижа стравохідного отвору діафрагми, грижа передньої черевної стінки, випадіння прямої кишки; птоз, пролапс статевої системи у жінок) – у 84,2%.

2. Торакодіафрагмальний синдром (астенічна форма грудей, деформація грудної клітки, деформація хребта, зміни стояння та екскурсії діафрагми) – у 66,7%.

3. Судинний синдром (ураження артерій еластичного, м'язового і змішаного типів: аневризма, патологічна звивистість артерій; ураження вен: патологічна звивистість, варикозне ураження вен верхніх і нижніх кінцівок, гемороїдальних, вен стравоходу, варикоцеле; телеангіектазія) – у 65%.

4. Астенічний синдром (зниження працездатності, погіршення переносності фізичного і психоемоційного навантаження, підвищена стомлюваність) – у 62%.

5. Вертебральний синдром (остеохондроз хребта, нестабільність, міжхребцеві грижі, вертебробазиллярна недостатність; спондилолітез) – у 55,5%.

6. Синдром імунних розладів (алергічний синдром, синдром імунodefіциту, аутоімунний синдром) – у 51,6%.

7. Синдром ураження суглобів (гіпермобільність суглобів за Р. Beighton, клишоногість, плоскостопість поздовжня, поперечна) – у 49,2%.

8. Синдром неврологічних розладів (синдром вегетативної дисфункції) – у 44,4%.

9. Аритмічний синдром (шлуночкова екстрасистолія різної градації; екстрасистолія передсердь; пароксизмальна тахіаритмія; міграція водія ритму; атріовентрикулярна і внутрішньошлуночкова блокада; синдром подовження інтервалу QT) – у 42%.

10. Бронхолегеневий синдром (трахеобронхіальна дискінезія, трахеобронхомегалія, вентиляційні порушення: обструктивні, рестриктивні, змішані) – у 40%.

11. Дермальний синдром (тонка, легко ранима шкіра, атрофічні стрії, підвищена розтяжність шкіри, рубці у вигляді «папіросного паперу» або з утворенням грубої рубцевої тканини, келоїдні рубці) – у 38%.

12. Синдром порушення органа зору (міопія, астигматизм, страбизм, ністагм, відшарування сітківки) – у 34,1%.

13. Серцевий клапанний синдром (ізолюваний та комбінований про-

лапс клапанів серця, міксоматозна дегенерація клапанів) – у 23%.

14. Синдром раптової смерті (зміни серцево –судинної системи при ДСТ, що визначають патогенез раптової смерті – клапанний, судинний, аритмічний синдроми) не спостерігали.

На підставі аналізу даних клінічного матеріалу обрані найбільш інформативні показники, на основі яких розроблена оцінювальна скринінг –шкала, що дозволила чітко діагностувати та визначити вираженість НДСТ з використанням загальнодоступних методів обстеження одразу після госпіталізації хворого.

В оцінювальній скринінг –шкالی основну увагу приділено ознакам, що характеризують вісцеральні прояви ДСТ, особливо функціонально –морфологічні зміни органів травлення, що вкрай важливо в абдомінальній хірургії. Лабораторне підтвердження порушення обміну сполучної тканини достатньо специфічне, потребує застосування спеціального обладнання і реактивів, дотримання хворим спеціального режиму перед обстеженням. Крім того, зміни концентрації біохімічних маркерів сполучної тканини у сироватці крові або сечі спостерігали не тільки при ДСТ, а й при хворобах ендокринної системи, пухлинах, використанні деяких лікарських засобів.

Сума балів до 8 відповідала легкій (незначній) НДСТ, від 9 до 16 балів – середньої тяжкості (помірній); 17 балів і більше – тяжкій (вираженій).

Оцінивши отримані дані, ми розробили спосіб діагностики НДСТ для оцінки найбільш інформативних фенотипових та вісцеральних ознак ураження сполучної тканини, за даними ультразвукового дослідження (УЗД) аналізували ширину білої лінії живота, оцінювали стан органів черевної порожнини та заочеревинного простору, виявляли діастаз прямих м'язів живота та спланхноптоз.

Під час обстеження пацієнта одразу після госпіталізації оцінювали наявність фенотипових та вісцеральних ознак ураження сполучної тканини, що розділяли на малі (1 бал), середні (2 бали) та великі (3 бали). Отримані цифрові показники підставляли в оцінювальну скринінг –шкалу діагностики НДСТ. Додатково за даними УЗД з використанням ви-

сокочастотного лінійного датчика (з частотою 8 МГц/42 мм) аналізували ширину білої лінії живота, що становила у середньому (7 ± 5) мм – у надчеревній ділянці, ($13 \pm 7,3$) мм – над пупком, ($8 \pm 6,2$) мм – під пупком (за Coldron та співавт., 2007), оцінювали стан органів черевної порожнини та заочеревинного простору за допомогою конвексного датчика (з частотою 3,5 МГц/60°/60 мм). За наявності діастазу прямих м'язів живота та спланхноптозу діагностували ДСТ.

Розроблений спосіб діагностики НДСТ апробований у відділенні хірургії стравоходу, шлунка та кишеч-

нику. На підставі аналізу ефективності використання запропонованого способу встановлено, що його доцільно використовувати для діагностики НДСТ у пацієнтів при хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини, що необхідне для вибору адекватної та ефективної тактики їх лікування.

ВИСНОВКИ

1. НДСТ – це досить поширена патологія у хворих хірургічного профілю, що може проявлятися багатьма фенотиповими синдромами: вісцеральним, торакодіафрагмальним, судинним, вертебральним та інши-

ми, як правило, з переважанням одного з них. Необхідний комплексний, мультидисциплінарний підхід до діагностики та лікування таких пацієнтів.

2. Розроблений спосіб діагностики НДСТ передбачає точну й швидку кількісну характеристику фенотипових ознак ураження сполучної тканини з можливістю оцінки вираженості НДСТ, що спрощує скринінг – діагностику ДСТ та передбачає можливість широкого використання в практичній медицині, зокрема, в абдомінальній хірургії.

REFERENCES

1. Hromova OA, Torshyn YYu. Dysplaziya soedynitelnoi tkany, kletochnaia byolohiia y molekuliarnye mekhanyzmy vozdeistviia mahnyiia. Rus med zhurn. 2008;1(16):110. [In Russian].
2. Kaduryina TY, Horbunova VN. Dysplaziya soedynitelnoi tkany. SPb.: Elby; 2009. 714 p. [In Russian].
3. McKusick VA. Mendelian inheritance in man: a catalog of human genes and genetic disorder. 2006. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/OMIM/>.
4. Volovar OS. Phenotypic characteristics of connective tissue dysplasia in patients with diseases of temporomandibular joint. Ukr Med J. 2013;2(94):188–92. [In Ukrainian].
5. Spinillo A, Beneventi F, Epsis O. The effect of newly diagnosed undifferentiated connective tissue disease on pregnancy outcome. Am J Obstet Gynecol. 2016;199:632–35.