

© Е.Г.Ершов, И.И.Котов, 2008

Е.Г.Ершов, И.И.Котов

СТРУКТУРА ГРЫЖ ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ И ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ У ЛИЦ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Окружная Клиническая больница, Ханты - Мансийск, Омская Государственная медицинская академия, Омск, Россия

Аннотация:

В статье дан краткий обзор по проблеме дисплазии соединительной ткани применительно к хирургическим больным. Выполнен анализ обследования 104 пациентов с недифференцированной дисплазией соединительной ткани на наличие и структуру грыж паховой области, а также результаты обследования 148 пациентов с паховыми грыжами на наличие у них проявлений недифференцированной дисплазии соединительной ткани. Показана важность дифференцированного подхода в выборе хирургической тактики. Приведена новая модификация пластики пахового канала сетчатым эндопротезом.

Ключевые слова:

паховая грыжа, дисплазия соединительной ткани, герниопластика, межфасциальная герниопластика, полипропиленовый эндопротез

По литературным данным герниопластика является второй по распространенности операцией в мире, около 4% жителей Земли страдают грыжами брюшной стенки. С возрастом частота возникновения грыж передней брюшной стенки возрастает. У мужчин старше 75 лет грыжи встречаются у 45%. При этом на паховые грыжи (ПГ) приходится до 75% из всех грыж, из них 90 – 95% у мужчин. [8,13,14]. Процент рецидивов заболевания после хирургического вмешательства, варьирует от 2 до 47 %, что не позволяет считать проблему хирургического лечения ПГ решенной [1,3,4,9,10,15,16,17]. О необходимости дифференцированного подхода в выборе пластики пахового канала у лиц с паховыми грыжами при различных конституциональных особенностях была высказана еще в XIX в. К.Груммом, а анкетирование, проведенное ещё в 80-х гг. XX в., на территории СССР, Б.Э.Линбергом, С.М.Рубашевым и др., показало недостаточное внедрение принципов индивидуализации в практическую работу хирургов [12].

В последнее время большое внимание уделяется изучению фенотипических особенностей у лиц с дисплазией соединительной ткани (ДСТ). ДСТ – генетически детерминированное заболевание, характеризующееся нарушением развития соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах, вследствие измененного фибриллогенеза и внеклеточного матрикса, приводящее к расстройству гомеостаза на тканевом, органном и организменном уровнях в виде различных морфофункциональных нарушений висцеральных и локомоторных органов с прогрессивным течением. Достаточно точных данных о распространенности ДСТ в настоящее время не существует. Можно предполагать, что частота распространения этого синдрома достаточно велика, а данные, получаемые различными авторами, по этому вопросу, во многом зависят от используемых ими методических подходов и технической оснащенности [5].

Наследственные заболевания соединительной ткани подразделяют на дифференцированные (ДДСТ) и недифференцированные (НДСТ) соединительнотканые дисплазии [6].

ДДСТ – характеризуются определенным типом наследования, отчетливо очерченной клинической картиной, а в ряде случаев – установленными и достаточно хорошо изученными генными или биохимическими дефектами. Наиболее частые представители этой группы –

синдром Марфана, 10 типов синдрома Элерса-Данлоса, несовершенный остеогенез и синдром вялой кожи (Cutis laxa). Эти заболевания относятся к группе наследственных заболеваний коллагена – коллагенопатиям [7]. Они редкие и диагностируются генетиками довольно быстро.

НДСТ – диагностируются тогда, когда у пациента набор фенотипических признаков не укладывается ни в одно из дифференцированных заболеваний. Как показывает опыт, такая патология распространена очень широко. НДСТ – это не единая нозологическая единица, а нозологически гетерогенная группа. Данная патология встречается с частотой от 26 до 80% [2]. Чаще всего НДСТ проявляется тремя известными фенотипами: марфаноидным, MASS-подобным и элерсоподобным [7]. Для клиники НДСТ с марфаноидным фенотипом характерно астеническое телосложение, долихостеномелия, арахнодактилия, деформации грудной клетки, позвоночника, плоскостопие с поражением клапанного аппарата сердца, возможно дилатацией аорты и нарушением зрения. НДСТ с MASS-подобным фенотипом присущи признаки нарушения сердечно-сосудистой системы (пролабирование створок клапанов, расширение корня аорты), скелетные аномалии, а также разнообразные кожные изменения. При НДСТ с элерсоподобным фенотипом отмечается сочетание множественных признаков соединительнотканной дисплазии с тенденцией к гиперэластичности кожи и разной степени выраженности гипермобильности суставов.

Материал и методы.

На базе Омской государственной медицинской академии с 2004 по 2005гг. способом анкетирования выполнялось обследование 104 больных, которые составили 1-ю группу, из них 36(34,6%)–женщин и 68(65,4%)–мужчин в возрасте от 18 до 48 лет (средний возраст 32±3,2 года), с диагностированными фенотипическими проявлениями признаков НДСТ и состояний ассоциированных с ДСТ, в дальнейшем проходивших лечение по основному заболеванию.

Задачей исследования было выявление у данных лиц структуры грыж паховой области. Распределение по фенотипам с клинически выраженными признаками в данной группе оказалось следующим (Таблица 1).

В данной группе ПГ были у 20(19,2%) пациентов, у 3 женщин и 17 мужчин; двухсторонние ПГ отмечались у 3 мужчин, у 4 обследованных отмечался рецидив грыжи. Всем этим пациентам ранее выполнялась герниопластика, классическими способами с натяжением тканей (по Бассини, Кукуджанову и др.).

Contact Information:

Д-р Ершов Евгений Геннадьевич
E-Mail: evgenruff@mail.ru

Вторую группу составили 148 пациентов лечившихся в хирургическом отделении МУЗ ГК БСМП № 1 г. Омска по поводу ПГ в период с декабря 2004 по апрель 2006 года. Среди них было 136(91,9%) – мужчин в возрасте от 26 до 79 лет (55,7лет) и 12(8,1%) – женщин в возрасте от 32 до 55 лет (44,3 лет). По неотложной помощи с ущемлением доставлено 7(4,72%) б-х, из них: 1(14,3 %) женщина и 6(85,7%) мужчин. Из поступивших б-х 141 (95,28%) оперированы в плановом порядке, у 3(2,13%) из них были двух сторонние косые ПГ, а у 17(11,5%) – рецидивные ПГ. Таким образом в этой группе больных была выполнена 151 герниопластика.

С конца 2004 года стали использовать при герниопластике грыж передней брюшной стенки синтетические полипропиленовые эндопротезы. При герниорафии ПГ в клинике применен метод, предложенный в 1989 году Лихтенштейном[11,18]. Данным способом оперировано 38(25,68%) пациентов мужского пола 39(25,8%), отмечалось 1 осложнение в виде гематомы разрешенная консервативными способами лечения. Из способов «натяжением» тканей предпочтение отдаём методу Е.Шолдиса(1945) [19], выполнено 54(35,8%) герниопластики.

Всем пациентам проводилось объективное обследование на наличие у них фенотипических проявлений НДСТ, в результате в данной группе отмечались следующие проявления: астеническое телосложение у 76 (51,35%) б-х, повышенная эластичность кожных покровов у 12(8,11%), искривления позвоночного столба различной степени у 42(28,37%), деформации грудной клетки 10(6,76%), плоскостопие у 79(53,38%), гипермобильность суставов у 62(41,9%), дефицит мышечной массы у 51(34,46%), индекс Варги менее 1,5- у 63 (42,57%), у 80(54,05%) отмечалась варикозная болезнь, нарушения со стороны зрения отмечались у 36(24,32%). Больных только с одним из признаков было выявлено 30(20,27%), с двумя 43(29,05%), три и более у 75 (50,7%).

Таким образом, на основании проведения подсчёта коэффициентов информативности по диагностическим таблицам и вычисления диагностического коэффициента диагноз недифференцированной ДСТ с диспластикозависимой паховой грыжей целесообразно было бы выставить 118(79,7%) пациентам, 116 мужчинам и 2 женщинам. Среди них были выделены лица с марфанодным фенотипом – 74(62,7%) пациента, с элерсоподобным фенотипом – 44(37,3%)пациента. Структура грыж в данной группе составила: косые – 82(69,5%), прямые – 36(30,5%), рецидивные грыжи отмечались у 16(13,6%) пациентов. Из них у 2 отмечался повторный рецидив, с так называемыми «трудными» формами у 17(14,4%) б-х [4].

По нашему мнению основными причинами рецидивов грыж паховой области у лиц с НДСТ могут быть: укрепление только передней стенки пахового канала; сшивание гистологически неоднородных тканей; чрезмерное натяжение сшиваемых тканей, как дополнительная причина их дальнейшего разрушения; игнорирование длины пахового канала и размеров внутреннего (глубокого) пахового кольца. А также к причинам мы относим интрооперационно регистрируемые нами при герниорафии у лиц с НДСТ: увеличение высоты пахового промежутка; истончение и разволокнение апоневроза наружной косой мышцы живота; объективно снижена общая мышечная масса передней брюшной стенки, с атрофией соединительнотканых и мышечных волокон;

Таблица 1.

Тип ДСТ n=104	Виды паховых грыж (n=20(19,2%))			
	Косые	Прямые	Рецидивные	2-х сторонние
Мужчины	10	7	4	3
Элерсоподобный24(35,3%)	6	3	3	3
MASS-подобный7(10,3%)	1	0	0	0
Морфаноподобный37(54,4%)	3	4	1	0
Женщины	1	2	0	0
Элерсоподобный10(27,8%)	1	2	0	0
MASS-подобный6(16,7%)	0	0	0	0
Морфаноподобный20(5,6%)	0	0	0	0
Всего:	11(55%)	9(45%)	4(20%)	3(15%)

истончение и разволокнение поперечной фасции.

Данные обстоятельства побудили нас к разработке новой модификации пластики пахового канала сетчатым эндопротезом адаптированного к изменениям вышанных ДСТ.

Методика заключается в следующем. что полипропиленовую сетку укладывают между поперечной фасцией и задним листком фасциального футляра поперечной мышцы живота и латеральным краем прямой мышцы живота и фиксируют к окружающим мышцам и тканям П-образными, непрерывными и отдельными швами. (Патент РФ на способ № 2299691 от 27.05.2007 по заявке № 2006100994 с приоритетом от 10.01.06 г. «Способ межфасциальной пластики паховой грыжи при синдроме дисплазии соединительной ткани»). Способ опробован при операциях на 7 труппах мужчин с антропометрическими признаками недифференцированной ДСТ.

Результаты и обсуждение.

По данным обследования 1-й группы и анализа полученных данных можно констатировать, что у лиц с фенотипическими проявлениями признаков недифференцированной ДСТ и состояниях ассоциированных с ДСТ возможность наличия грыж паховой области составляет 19,2%, при этом рецидивный характер носят 20% данных грыж, что должно настораживать врача при выборе способа герниопластики у данной категории больных, для этого необходимо более тщательно выполнять объективное обследование, более прицельно обращать внимание на состояние паховой области пациента, а также более подробно собирать анамнез жизни.

Не стоит забывать, что дисплазия соединительной ткани – это диагноз вписанный в тело больного, просто необходимо уметь его читать, особенно врачам хирургического профиля не уделяющих данному заболеванию должного внимания, что наглядно видно по результатам 2-й группы.

В 79,7% пациентам необходимо было выставлять паховую грыжу на фоне диспластикозависимого состояния, рецидивы в этой группе также достаточно высоки в 13,6% и большой процент трудных форм 14,4% диктует более дифференцированно осуществлять выбор способа герниопластики.

Выводы.

- ⇒ Дисплазия соединительной ткани является одним из основных факторов возникновения грыж паховой области.
- ⇒ Игнорирование наличия у пациента с паховой грыжей дисплазии соединительной ткани влечет за собой выбор неадекватного способа пластики пахового канала и значительно повышает риск возникновения рецидива заболевания.
- ⇒ При герниопластике паховых грыж у лиц с ДСТ целесообразны не натяжные способы с применением синтетических протезов, в частности из полипропилена.

Список литературы

1. Антонов А.М., Хаматзянов З.Х., Григоренко Н.Н., Григорьева М.В. Глубокая паховая аутобрюшинная герниопластика. – СПб.: Эскулап, 2001. – 101с.
2. Викторова И.А. Методология курации пациентов с дисплазией соединительной ткани семейным врачом в аспекте профилактики ранней и внезапной смерти. – Автореф. дисс. ... докт. мед.наук. – Омск. - 2004. – 43 С.
3. Гринёв М.В., Стойко Ю.М., Силищев С.Н., Тарасенко М.Ю. Анализ хирургического лечения паховых грыж // Вестн. хир. – 1986. - № 12. – С. 88 – 91.
4. Землянкин А.А. Отдалённые результаты грыжесечения // Клин.хир. – 1991. - № 2. – С.15 – 16.
5. Земцовский Э.В. Соединительно-сосудистые дисплазии сердца. СПб.: ТОО «Политекс-Норд-Вест»; 1998; с.96
6. Кадурина Т.Н. Поражение сердечно-сосудистой системы у детей с различными вариантами наследственных болезней соединительной ткани Вести аритмологии; 2000; 18:87.
7. Кадурина Т.И., Горбунова В.Н. Вопросы терминологии и классификации дисплазии соединительной ткани. прил.к журналу «Омский научный вестник»; №5(32), 2005; стр. 5-7.
8. Межаков СВ., Клинико – морфологическая оценка некоторых способов профилактики осложнений при хирургическом лечении паховых грыж: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – 1992. – 24 с
9. Нестеренко ЮА., Балов Ю.Б., Серочкин Г.Г. Причины рецидивирования паховых грыж // Хирургия. – 1980. - № 7. – С. 24 – 29.
10. Стойко Ю.М., Силищев С.Н. Сравнительная оценка некоторых методов оперативного лечения паховых грыж // Вестн. хир. – 1989. - №8. – С. 137 – 139
11. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л., Федоров Д.А. "Современные методики хирургического лечения паховых грыж" РНЦХ. Методические рекомендации. Москва – 2002, стр.4-5
12. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. « Грыжи живота» М.: Медицина 1983; с.238
13. Янов ВН. Реконструкция пахового канала с помощью аутодермального имплантата при трудных формах паховых грыж: Автореф. дис. ...канд.мед.наук. – М., 1970. – 24с.
14. Abrahamson J. Hernias. Maingot's Abdominal Operations. – 10th ed. – Vol. 1. – 1997.
15. Bendavid R. The Shouldice Repair. In: Hernia. / edited by L.M.Nyhus, R.E.Condon; with 75 contributors; foreword by K.Kelly.- 4th ed. 1995.- P.217-227.
16. Fingerhut A. Inguinal hernioplasty by Shouldice: gold standard. Results of randomized prospective trials. // Тезисы III Международного конгресса по новым технологиям // Люксембург.- 1995.- Эндохирургия сегодня.- 1995.- №3.- С.34-35.
17. Gilbert A.I. Pitfalls and complications of inguinal hernia repair. In: Arregui M.E., Nagan R.F., eds. Inguinal Hernia: Advances or Controversies? Oxford, England:Radcliffe Medical Press Ltd., 1994.
18. Lichtenstein I.L., Shulman A.G., Amid P.K., Montllor M.M. The tension - free hernioplasty.// Am. J. Surg.- 1989.- v.157.- P.188-193.
19. Shouldice E.E. The treatment of hernia // Out. Mod. Rev. – 1953. – Vol. 5. – P. 1 – 5

E.G.Ershov, I.I.Kotov

EPIDEMIOLOGY OF INGUINAL HERNIAS AND SPECIALTIES OF SURGERICAL TACTICS IN PATIENTS WITH NON – DIFFERENTIATED CONJUNCTIVE TISSUE DYSPLASIA

Omsk, Russia

Abstract:

The article offers the view to the problem of dysplasia conjunctive tissue of the surgical patients. The analysis of investigation of 104 patients with non – differentiated conjunctive tissue dysplasia on the presence and structure of inguinal hernias have done. And also the results of investigation of 148 patients with inguinal hernias on the presence the signs of non – differentiated conjunctive tissue dysplasia are presented. It's important to have differentiated approach in the choice of surgical tactics. The new modification of plastic of inguinal canal by nets – endoprosthesis is shown .

Key words:

inguinal hernia, conjunctive tissue dysplasia, hernioplasty, interfascial hernioplasty, polypropylene implant.

© Е.Г.Ершов, И.И.Котов, 2008

Е.Г.Ершов, И.И.Котов

ОБ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНЬЮ

Окружная Клиническая больница, Ханты - Мансийск, Омская Государственная медицинская академия, Омск, Россия

Аннотация:

В статье дан краткий обзор по проблеме дисплазии соединительной ткани применительно к хирургическим больным. Результаты обследования 148 пациентов с паховыми грыжами на наличие у них проявлений недифференцированной дисплазии соединительной ткани. Показана важность дифференцированного подхода в выборе хирургической тактики. Приведена новая модификация пластики пахового канала сетчатым эндопротезом .

Ключевые слова:

паховая грыжа, дисплазия соединительной ткани, герниопластика, межфасциальная герниопластика, полипропиленовый эндопротез

По литературным данным герниопластика является второй по распространенности операцией в мире, около 4% жителей Земли страдают грыжами брюшной стенки. С возрастом частота возникновения грыж передней

брюшной стенки возрастает. У мужчин старше 75 лет грыжи встречаются у 45%. При этом на паховые грыжи (ПГ) приходится до 75% из всех грыж, из них 90 – 95% у мужчин. [3, 5, 7],

По данным различных авторов процент рецидивов заболевания после хирургического вмешательства, варьирует от 2 до 47 %, что не позволяют считать проблему хирургического лечения ПГ решенной [1,8]. В настоящее

Contact Information:

Д-р Ершов Евгений Геннадьевич
E-Mail: evgenruff@mail.ru