

УДК 617-089: 618.1]-007.17

РОЛЬ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ С УЧЕТОМ ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ПРАКТИКЕ ХИРУРГА И ГИНЕКОЛОГА

С. Н. Стяжкина^{1}, Т. Е. Чернышова¹, А. Ю. Михайлов¹, Н. А. Ребро¹, М. Л. Черненко²,
Е. М. Виноходова¹, М. В. Султанова², Е. Л. Порываева¹, И. Н. Пахомова¹*

¹Ижевская государственная медицинская академия

²Первая Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения
Удмуртской Республики, г. Ижевск, Россия

ROLE OF COMORBID PATHOLOGY IN SURGICAL AND GYNECOLOGICAL PRACTICE TAKING INTO ACCOUNT DYSPLASTIC SYNDROME

S. N. Styazhkina^{1}, T. E. Chernysbova¹, A. Yu. Mikbailov, N. A. Rebro¹, M. L. Chernenkova¹,
E. M. Vinokhodova², M. V. Sultanova¹, E. L. Poryvaeva², I. N. Pakhomova¹*

¹Izhevsk State Academy of Medicine,

²First Republican Clinical Hospital, Izhevsk, Russia Federation

Цель. Изучить коморбидную патологию у больных хирургического и гинекологического профиля с учетом дисплазии соединительной ткани.

Материалы и методы. Проведено обследование 100 пациентов гинекологического и хирургического отделений 1-й РКБ. Основная хирургическая патология, по поводу которой пациенты находились на стационарном лечении, – послеоперационные вентральные грыжи, основная гинекологическая – угроза прерывания беременности в сроке до 22 недель. Для оценки степени коморбидности использовали индекс Чарльсона и кумулятивную шкалу рейтинга заболеваний (*CIRS*).

Результаты. У хирургических больных индекс Чарльсона – 4,9; *CIRS* – 6,4, у гинекологических – 1,5 и 3,2 соответственно. Наиболее значимыми и часто встречающимися клиническими проявлениями дисплазии соединительной ткани (60% и более) у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами и угрозой прерывания беременности являются синдромы: клапанный, астенический, вертеброгенный, висцеральный, косметический. Частота дисплазии сердца составляет 86% среди лиц с первичной недифференцированной дисплазией соединительной ткани.

Выводы. Различные проявления недифференцированной дисплазии соединительной ткани среди пациентов с послеоперационными вентральными грыжами и у женщин с угрозой прерывания бере-

© Стяжкина С. Н., Чернышова Т. Е., Михайлов А. Ю., Ребро Н. А., Черненко М. Л., Виноходова Е. М., Султанова М. В., Порываева Е. Л., Пахомова И. Н., 2014

e-mail: AnnaVLed@yandex.ru

тел. 89508205110

[Стяжкина С. Н. (*контактное лицо) – доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии; Чернышова Т. Е. – доктор медицинских наук, профессор кафедры врача общей практики и внутренних болезней с курсом скорой медицинской помощи; Михайлов А. Ю. – аспирант кафедры факультетской хирургии; Ребро Н. А. – кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры анатомии; Черненко М. Л. – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии; Виноходова Е. М. – кандидат медицинских наук, заведующая гинекологическим отделением; Султанова М. В. – заведующая женской консультацией; Порываева Е. Л. – врач-хирург; Пахомова И. Н. – клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии].

менности – это достаточно распространенный синдром, который является причиной основного заболевания или коморбидной патологии.

Ключевые слова. Коморбидность, дисплазия соединительной ткани.

Currently, comorbidity has become a very serious problem of medicine including surgery and gynecology.

Aim. To study the comorbid pathology in patients of surgical and gynecological profile taking into account connective tissue dysplasia.

Materials and methods. 100 patients of gynecological and surgical profile were examined at The First Republican Clinical Hospital. The basic surgical pathology, the cause of patients' hospital staying, was postoperative hernia, gynecological – threat of abortion before 22 weeks. To assess the comorbidity degree, Charlson index and cumulative illness rating scale (CIRS) were used.

Results. Charlson index was 4,9; CIRS – 6,4 in surgical patients and in gynecological patients – 1,5 and 3,2, respectively. The most significant and frequently occurring clinical manifestations of connective tissue dysplasia (60% and >) among patients with postoperative ventral hernia and threat of abortion are the following: valve, asthenic, vertebrogenic, visceral, cosmetic. Heart dysplasia rate is 86% in patients with primary undifferentiated connective tissue dysplasia.

Conclusion. Different manifestations of undifferentiated connective tissue dysplasia among patients with postoperative ventral hernias and women with threat of abortion is a rather widespread syndrome causing the basic disease or comorbid pathology.

Key words. Comorbidity, connective tissue dysplasia.

Коморбидность – сосуществование двух и/или более синдромов (транссиндромальная коморбидность) или заболеваний (транснозологическая коморбидность) у одного пациента, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени (хронологическая коморбидность) [1]. Коморбидность сегодня становится очень серьезной проблемой медицины в целом, хирургии и гинекологии в частности в связи с демографическим старением населения мира [4]. По оценкам ООН, население мира в возрасте 60 лет и старше насчитывало в 2000 г. 600 млн человек, что почти втрое превышало численность этой возрастной группы в 1950 г. (205 млн человек). В 2009 г. эта цифра превысила 737 млн, а к 2050 г. составит более 2 млрд человек, еще раз утроившись за период времени в 50 лет. Коморбидность повышается с 10% в возрасте пациентов до 19 лет до 80% у лиц 80 лет и старше. Как считают геронтологи, обычно у больных старше 60 лет даже при обследовании в поликлинике выявляют не менее трех заболеваний, причем у женщин больше, чем у мужчин [3]. Среднее число болезней на одного больного с каждым годом

явно возрастает. Эту проблему нельзя считать только геронтологической, так как постоянно растет количество лиц молодого и среднего возраста, имеющих хроническую патологию.

Хроническая патология у молодых пациентов часто связана с диспластическим синдромом, то есть недифференцированной дисплазией соединительной ткани. Выделяют синдромы, связанные с диспластико-зависимыми изменениями и патологическими состояниями: синдром неврологических нарушений, астенический, клапанный, торакодиафрагмальный, сосудистый, аритмический синдромы, синдром внезапной смерти; бронхолегочный синдром; синдром иммунологических нарушений; висцеральный синдром; синдром патологии органа зрения; геморрагические гематомезенхимальные дисплазии; синдром патологии стопы; синдром гипермобильности суставов; вертеброгенный, косметический синдромы, нарушения психической сферы [2, 7]. Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) становится основной причиной многих хирургических и гинекологических заболеваний, таких как варикозная болезнь, грыжи наружные и внутренние, в том числе послеоперационные вентральные,

дискинезия желчевыводящих путей с развитием желчно-каменной болезни, птозы внутренних органов, дуоденогастральные и гастроэзофагеальные рефлюксы с образованием язв желудка, двенадцатиперстной кишки и их осложнений, дивертикулы пищевода и кишечника, несостоятельность сфинктеров, пролапс гениталий у женщин, геморрой, спаечная болезнь брюшной полости, сахарный диабет I–II типа с диабетической полинейропатией и многие другие.

В хирургии и гинекологии коморбидные заболевания внутренних органов способны существенно изменить течение послеоперационного периода и оказать влияние на прогноз. Существующие на сегодняшний день стандарты и подходы в хирургии и гинекологии включают анализ сопутствующей патологии при выборе методов анестезии, объема и вида оперативного вмешательства. Достаточно часто хирургическая патология является следствием или крайним проявлением хронической патологии внутренних органов, неблагоприятный прогноз и высокую смертность при которой обуславливает не только течение основного заболевания, но и сопутствующих.

Цель исследования – изучить коморбидную патологию с учетом дисплазии соединительной ткани у больных хирургического и гинекологического профиля.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено обследование 100 пациентов гинекологического и хирургического отделений 1-й РКБ, среди них 72 женщины, 28 мужчин. Основная хирургическая патология, по поводу которой пациенты находились на стационарном лечении, – послеоперационные вентральные грыжи (ПОВГ) (68 человек: 28 мужчин и 40 женщин), основная гинекологическая патология – угроза прерывания беременности в сроке до 22 недель (32 женщины), причиной которой были чаще всего хронический аднексит, истмико-

цервикальная недостаточность. Возраст пациентов варьировался от 24 до 83 лет при хирургическом профиле, от 18 до 37 лет – в гинекологическом отделении.

Причинами появления послеоперационных вентральных грыж явились следующие ранее перенесенные больными операции (табл. 1).

Таблица 1

Виды ранее перенесенных операций у больных с послеоперационными вентральными грыжами

Предшествующая операция	Количество	
	абс.	%
Экстирпация матки	15	22,1
Холецистэктомия	12	17,6
Предшествующие грыжесечения (пупочные, белой линии)	9	13,2
Аппендэктомия	5	7,4
Операции по поводу травм живота	4	5,9
Кесарево сечение	4	5,9
Панкреонекроз	5	7,4
Удаление придатков матки	4	5,9
Нефрэктомия	1	1,5
Острая кишечная непроходимость	2	2,9
Лапароскопическая холецистэктомия	1	1,5
Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	1	1,5
Удаление опухолей желудка	1	1,5
Удаление опухолей толстой кишки	2	2,9
Холецистэктомия из мини-доступа	1	1,5
Всего	68	100

Все пациенты, поступившие в хирургическое отделение на плановое оперативное лечение, в гинекологическое отделение для сохранения беременности были обследованы на догоспитальном этапе. Больным выполнялись: полные анализы крови и мочи, биохимические анализы крови, определение группы крови и резус-фактора, исследование свертывающей системы крови, анализы крови на наличие ВИЧ, гепатита, сифилиса, электрокардиография, флюорография или рентгенограмма лёгких (кроме беременных женщин), исследование функции внешнего

дыхания – всем больным с ПОВГ, кроме пациентов молодого возраста с грыжами малых размеров, ультразвуковое исследование органов брюшной полости – всем пациентам с ПОВГ для выявления патологии, требующей хирургической коррекции одновременно с грыжесечением, а также для уточнения размеров и количества грыжевых дефектов в апоневрозе у тучных больных и при невраваемых грыжах, консультация терапевта, у беременных женщин определение уровня хорионического гонадотропина крови, УЗИ матки, плода, придатков. При необходимости более полного обследования некоторым пациентам с ПОВГ выполнялись также: ЭхоКГ, холтеровское мониторирование, спиральная компьютерная томография органов грудной клетки и брюшной полости, фиброгастродуоденоскопия, исследование уровня гликемии в течение суток (гликемический профиль), ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов нижних конечностей, проводились консультации кардиолога, пульмонолога, эндокринолога, онколога (при развитии грыжи после перенесенной ранее операции по поводу злокачественного новообразования), ангиохирурга.

Для оценки степени коморбидности использовали индекс Чарлсона (Charlson Index), предназначенный для прогноза летальности, и кумулятивную шкалу рейтинга заболеваний (Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)) [5, 6]. Баллы вычислялись на основании информации, полученной при обследовании пациентов, а также содержащейся в медицинской документации – амбулаторных картах, справках, выписках из историй болезни.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Чаще всего среди хирургических и гинекологических пациентов встречалась следующая коморбидная патология (табл. 2).

Индекс Чарльсона – 4,9; CIRS – 6,4 у больных с хирургической патологией, с гинекологической – 1,5 и 3,2 соответственно. Индексы

Таблица 2

Виды коморбидной патологии у исследуемых пациентов

Сопутствующее заболевание	Больные с ПОВГ, n=68		Женщины с угрозой прерывания беременности, n=32	
	абс.	%	абс.	%
Ожирение I–III ст.	53	77,9	4	12,5
Артериальная гипертония 1–3-й ст.	47	69,1	3	9,4
ИБС (аритмии, стенокардия, ПИКС)	30	44,1	1	3,1
Гастрит, дуоденит	15	22,1	3	12,5
Варикозная болезнь	15	22,1	4	12,5
Артриты, артрозы, остеохондроз	14	20,6	1	3,1
Сахарный диабет I–II типа	14	20,6	0	0
Хронический бронхит, ХОБЛ	12	17,6	1	3,1
Хронический панкреатит	7	10,3	1	3,1
ЖКБ	7	10,3	2	6,3
Кисты почек, печени, поджелудочной железы	7	10,3	0	0
Хронический пиелонефрит	6	8,8	10	8,26
Бескаменный холецистит	6	8,8	6	18,8
Грыжа ПОД, недостаточность кардии	6	8,8	0	0
Грыжи других локализаций	11	16,2	0	0
Эутиреоидный зоб	11	16,2	1	3,1
Бронхиальная астма	10	14,7	0	0
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ремиссия	8	11,8	0	0
Недостаточность митрального клапана	6	8,8	0	0
Аутоиммунный тиреоидит	5	7,4	0	0
Мочекаменная болезнь	5	7,4	0	0
Хронический вирусный гепатит	5	7,4	1	3,1
Цирроз печени	3	4,4	0	0
Железодефицитная анемия	3	4,4	7	21,9
Другие заболевания	19	27,9	7	21,9

коморбидности выше у «хирургических» пациентов в связи с большим количеством людей пожилого возраста в этой группе.

Среди больных, оперированных в хирургическом отделении 1-й РКБ по поводу послеоперационных вентральных грыж, и среди пациенток гинекологического отде-

**Частота выявления синдромов ДСТ
у исследуемых пациентов**

Синдром	Частота встречаемости синдромов ДСТ	
	абс.	%
Астенический	61	61
Клапанный	86	86
Торакодиафрагмальный	24	24
Иммунологический	20	20
Аритмический	15	15
Бронхолёгочный	43	43
Висцеральный	65	65
Сосудистый	45	45
Миопия	31	31
Геморрагический	36	36
Гипермобильности суставов	60	60
Вертеброгенный	76	76
Косметический	78	78

ления с угрозой прерывания беременности признаки недифференцированной ДСТ были выявлены у 100%, а наличие шести и более внешних или (и) висцеральных признаков ДСТ (что является основанием для установления диагноза «недифференцированная дисплазия соединительной ткани») обнаружено у 67 (67%) человек. Наиболее значимыми и часто встречающимися клиническими проявлениями дисплазии соединительной ткани (60% и более) у больных с послеоперационными вентральными грыжами и угрозой прерывания беременности являются синдромы: клапанный, астенический, вертеброгенный, висцеральный, косметический (табл. 3).

Особого внимания требуют пациенты с сопутствующим сахарным диабетом I–II типа при подготовке их к оперативному лечению и родам, а также в послеоперационном и послеродовом периоде. Считаем целесообразным применение препаратов калия, мочегонных, гепатопротекторов, препаратов для иммунокоррекции в профилактике и лечении таких больных. Комплексное воздействие в этом плане принадлежит препарату «Реосорбилакт», показавшему хорошие результаты в лечении этой категории больных, а также пациентов с диабетической полинейропатией и другими сосудистыми осложнениями сахарного диабета. Реосорбилакт обладает выраженным детоксикационным, гемодинамическим действием, корригирует водно-электролитный баланс, нормализует микроциркуляцию и кислотно-основной баланс.

Кардиальные аспекты ДСТ среди пациентов исследуемых групп были наиболее значимы, что связано с большим риском развития таких осложнений, как нарушения ритма и проводимости сердца, инфекционный эндокардит, тромбоз эмболия сосудов и внезапная сердечная смерть в послеоперационном и периоде при ПОВГ, а также во время беременности и родов, в послеродовом периоде. Частота дисплазии сердца составляет 86% среди лиц с первичной недиф-

ференцированной ДСТ. Под дисплазией соединительной ткани сердца подразумевается аномалия его тканевой структуры – конституциональные, топографические, анатомические и функциональные особенности сердца, в основе которых лежит генетически детерминированный дефект внеклеточного матрикса [2]. По современным представлениям, к синдрому ДСТ относят пролапсы клапанов сердца, аневризмы межпредсердной перегородки синусов Вальсальвы, эктопически крепящиеся хорды митрального клапана и другие аномалии сердца. Кардиальные варианты ДСТ у лиц молодого возраста являются наиболее значимыми прогностическими факторами на этапах диспансерного наблюдения при профессиональной ориентации, определении возможности занятия спортом, при медицинской экспертизе, планировании беременности и родов, оценке противопоказаний к оперативным вмешательствам.

Выводы

1. Различные проявления недифференцированной дисплазии соединительной ткани среди пациентов с послеоперацион-

ными вентральными грыжами и у женщин с угрозой прерывания беременности – это достаточно распространенный синдром, который является причиной основного заболевания или коморбидной патологии.

2. Отягощенный коморбидный фон и наличие ДСТ должны учитываться при выборе способов оперативного вмешательства при послеоперационных вентральных грыжах и родоразрешения у беременных женщин.

3. Дисплазия соединительной ткани сердца – самый распространенный и значимый синдром в плане послеоперационных и послеродовых осложнений у пациентов хирургических и акушерско-гинекологических стационаров.

4. Пациенты с кардиальными вариантами ДСТ должны находиться под наблюдением на диспансерном учете для предотвращения тяжелых и смертельных осложнений.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. *Белялов Ф.И.* Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности. Иркутск: РИО ИГИУВа 2011; 305.
2. *Земцовский Э.В.* Диспластические синдромы и фенотипы. Диспластическое сердце. СПб.: Ольга 2007; 80.
3. *Лазебник Л.Б.* Здоровье, болезнь и промежуточные состояния. Геронтология 2009; №1: 3–9.
4. *Braithwaite R. S. Concato J, Chang C. C.* A Framework for tailoring clinical guidelines to comorbidity at the point of care. Arch Intern. Med. 2007; 167 (21): 2361–2365.
5. *Charlson M. E., Pompei P., Ales K. L.* A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J. Chron. Dis. 1987; 40 (5): 373–383.
6. *Hudon C.* Cumulative Illness Rating Scale was a reliable and valid index in a family practice context. J. Clin. Epidemiol. 2005; 58: 603–608, available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15878474?dopt=AbstractPlus>.
7. *Morales A. B., Romanelli B., Boucek R. J.* Myxoid heart disease: an assessment of extravalvular cardiac pathology in severe mitral valve prolapsed. Hum. Pathol. 1992; 23 (2): 129–137.

Материал поступил в редакцию 14.12.2013