

## ВИСЦЕРАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

*Кафедра хирургии педиатрического и стоматологического факультетов  
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России,  
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4; тел. 89284113596. E-mail: rbatchaeva@mail.ru*

В исследование включено 132 больных с желчно-каменной болезнью (108 женщин и 24 мужчины) в возрасте от 29 до 77 лет. Средний возраст обследуемых больных – 53,9±12,8 года. У 63 (47,7%) обследованных с желчно-каменной болезнью выявлены клинические признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани различной степени выраженности. Из них у 34% больных обнаружена патология желудочно-кишечного тракта. У 26,9% больных ЖКБ с диагностированной НДСТ выявлены разнообразные аномалии формы и положения желчного пузыря.

*Ключевые слова:* недифференцированная дисплазия соединительной ткани, желчнокаменная болезнь.

**S. E. GUMENYUK, R. A. BATCHAEVA, A. G. GRIGORYEV, P. G. STOROZHUK,  
V. A. AVAKIMYAN, A. G. POKHOTKO, A. M. MANUYLOV**

VISCERAL MANIFESTATIONS UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE  
DYSPLASIA IN PATIENTS WITH CHOLELITHIASIS

*Department of pediatric surgery and dental faculties KubGMU,  
Russia, 350063, Krasnodar, Sedin str., 4; tel. 89284113596. E-mail: rbatchaeva@mail.ru*

The study included 132 patients with cholelithiasis (108 women and 24 men) aged 29 to 77 years. Mean age of patients 53,9 ± 12,8 years. In 63 (47,7%) patients with cholelithiasis clinical signs undifferentiated connective tissue dysplasia of varying severity. Of these, 34% of patients detected abnormality of the gastrointestinal tract. In 26,9% of patients with cholelithiasis diagnosed NDCTD anomalies identified various shapes and positions of the gallbladder.

*Key words:* undifferentiated connective tissue dysplasia, cholelithiasis.

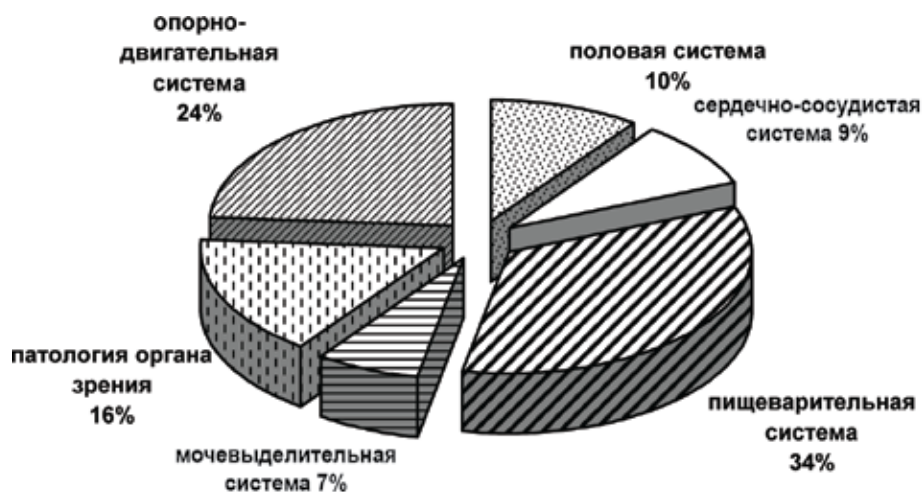
### **Введение**

В структуре острой хирургической патологии органов брюшной полости острый холецистит занимает второе место после острого аппендицита, составляя от 10% до 20% в общей популяции. При этом прослеживается явная тенденция к увеличению заболеваемости. За каждое последующее десятилетие число больных увеличивается примерно в два раза [2, 4, 7]. Однако в настоящее время основной круг вопросов, связанных с этой патологией, ограничивается, как правило, поиском и усовершенствованием различных способов хирургического лечения. В то время как некоторые аспекты этиологии и патогенеза данного заболевания до настоящего времени остаются малоизученными.

Общеизвестно, что желчно-каменная болезнь является полиэтиологическим заболеванием, и в ее развитии можно выделить несколько основных причин, среди которых немаловажное значение

имеет нарушение пассажа желчи вследствие атипичной анатомии желчного пузыря и желчевыводящих путей. Вышеизложенные особенности строения билиарного тракта могут наблюдаться у пациентов с различной патологией соединительной ткани, в частности, дисплазией соединительной ткани (ДСТ) [2, 3, 4, 7].

Дисплазия соединительной ткани представляет собой онтогенетическую аномалию развития организма, которая относится к числу сложных, далеко не изученных вопросов современной медицины. Под этим термином следует понимать аномалию тканевой структуры, проявляющуюся в уменьшении содержания отдельных видов коллагена или нарушении их соотношения, что приводит к снижению прочности соединительной ткани, образующей строу органов и систем. Следствием этого является расстройство гомеостаза на тканевом, органном и организменном уровнях [1, 5, 6].



Системная патология у больных ЖКБ с признаками НДСТ

Выделяют дифференцированные и недифференцированные формы ДСТ. Дифференцированная ДСТ достаточно изучена и характеризуется определенным типом наследования, отчетливо очерченной клинической картиной, а в ряде случаев установленным и хорошо изученным генным или биохимическим дефектом. Недифференцированная ДСТ (НДСТ) – это не единая нозологическая единица, а гетерогенная группа, при которой набор клинических признаков не укладывается ни в одно из наследственных моногенных заболеваний [1, 5].

До настоящего времени практически не существует единого мнения о роли НДСТ в формировании патологии желчного пузыря и желчевыводящих путей. Между тем своевременное выявление фенотипических признаков НДСТ, уточнение особенностей течения билиарных дисфункций в зависимости от выраженности дисплазии позволят прогнозировать или диагностировать на более ранних этапах дисфункцию билиарного тракта.

Все вышеизложенное послужило основанием для настоящего исследования, целью которого явилось оптимизировать диагностику НДСТ и определить ее роль в развитии патологии желчного пузыря и желчевыводящей системы.

### Материалы и методы исследования

В исследование включено 132 больных с желчно-каменной болезнью (108 женщин и 24 мужчины) в возрасте от 29 до 77 лет. Средний возраст обследуемых больных  $53,9 \pm 12,8$  года.

Диагностика НДСТ производилась по разработанной карте, которая включала:

– общеклиническое обследование: сбор анамнеза, осмотр по системам и органам (астенический тип конституции, арахнодактилия, гипермобильность суставов, грыжи различных локализаций, долихостеномелии и т. д.), патология челюстно-лицевой области (нарушение прикуса, скученность, тремы, диастемы зубов, готическое

небо, искривление носовой перегородки), плоскостопие, сколиоз, О- и Х-образная деформация конечностей, «сандалевидная щель» стопы, «двузубец», «трезубец» стопы и другие фенотипические микроаномалии и т. д.;

– инструментальные методы обследования: ЭКГ, Эхо-КС, ЭФГДС, УЗИ органов брюшной полости, УЗДС вен нижних конечностей, колоноскопия.

Наличие у одного пациента 6 и более стигм (маркеров) считали подтверждением синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани [3, 7].

### Результаты исследования

У 63 (47,7%) обследованных с желчно-каменной болезнью выявлены клинические признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани различной степени выраженности. Средний возраст больных с дисплазией соединительной ткани  $54,3 \pm 12,8$  года.

Фенотипическими признаками НДСТ с высокой диагностической ценностью оказались: hallux valgus, плоскостопие (преимущественно поперечное), искривление мизинцев, сколиоз, тонкая кожа с выраженной подкожной венозной сетью, гипермобильность суставов, келоидные рубцы, голубые склеры.

У больных с НДСТ отмечается поражение практически всех систем органов с преимущественным вовлечением в патологический процесс пищеварительной системы и опорно-двигательного аппарата (рисунок).

Из сопутствующих заболеваний хирургического профиля у пациентов с ЖКБ, ассоциированной с НДСТ, выявлены: варикозная болезнь нижних конечностей – 42,8%, геморрой – 60,3%, грыжи различных локализаций – 43,8%. Из них: грыжи пищеводного отверстия диафрагмы – 28,2%, паховые – 10,2%, белой линии – 10,2%, пупочные – 43,5%, бедренные – 5,1%, вентральные – 5,1%.

У 34% больных обнаружена патология желудочно-кишечного тракта: висцероптоз – 10%, гастродуоденит – 68,2%, синдром хронического колостазы – 25,3%, дуоденогастральный рефлюкс (ДГР) – 57,3%, гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) – 4,7%, недостаточность кардии – 12,6%, долихосигма – 6,3%, мегаколон – 5,7%.

У 26,9% больных ЖКБ с диагностированной НДСТ выявлены разнообразные аномалии формы и положения желчного пузыря (перегибы, перетяжки, вытянутая форма ЖП, внутривнутрипеченочное расположение, S-образная форма ЖП). В 6,7% случаев обнаружены полипы желчного пузыря.

### Обсуждение

Установлено, что у 26,9% больных желчно-каменной болезнью, ассоциированной с НДСТ, выявляется то или иное нарушение анатомии формы или положения желчного пузыря, которое может являться одним из вариантов развития ЖКБ. Исходя из вышеизложенного, выявление фенотипических признаков НДСТ должно являться основанием для целенаправленного обследования пациента на наличие аномалий желчного пузыря и желчевыводящих путей.

Вследствие высокой вероятности развития билиарной патологии у пациентов с выявленными аномалиями строения желчного пузыря и желчевыводящих путей эти больные нуждаются в динамическом наблюдении, этапном лечении и профилактических мероприятиях, объем которых определяется исходя из характера сформировавшейся патологии, сопутствующих заболеваний и ассоциированных с НДСТ состояний, а также сложившихся факторов риска.

Недооценка значимости НДСТ ведет к несвоевременной диагностике прогностически важных состояний, неполноценности профилактических мероприятий, неверному выбору тактики ведения пациентов, что в конечном счете отрицательно сказывается на состоянии здоровья значительной части популяции и наносит существенный социально-экономический ущерб.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Викторова И. А. Клинико-прогностические критерии дисплазии соединительной ткани // Российские медицинские вести. – 2009. – № 1. – С. 76–85.
2. Винник Ю. С., Серова Е. В., Андреев Р. И., Лейман А. В., Струзик А. С. Консервативное и оперативное лечение желчнокаменной болезни // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 9. – С. 954–958.
3. Григорьева И. Н. Основные факторы риска желчно-каменной болезни // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 2007. – № 6. – С. 17–22.
4. Екимова Н. В., Лифшиц В. Б., Субботина В. Г., Папицкая Н. Ю., Сулковская Л. С. К этиопатогенезу желчно-каменной болезни и холестероза желчного пузыря // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. – № 3. – С. 337–341.
5. Кадурина Т. И., Горбунова В. Н. Дисплазия соединительной ткани (руководство для врачей). – СПб: изд. «Элби», 2009. – 650 с.
6. Нечаева Г. И., Яковлев В. М., Конев В. П., Друк И. В., Морозов С. Л. Дисплазия соединительной ткани: основные клинические синдромы, формулировка диагноза, лечение // Лечащий врач. – 2008. – № 2. – С. 53–55.
7. Приворотский В. Ф., Луппова Н. Е. Желчнокаменная болезнь у детей: старая новая болезнь // Педиатрия. – 2012. – № 4. – С. 9–16.

Поступила 27.04.2014

*С. Е. ГУМЕНЮК, А. Ю. СИДЕЛЬНИКОВ, Р. А. БАТЧАЕВА, П. Г. СТОРОЖУК,  
А. П. СТОРОЖУК, В. М. БЕНСМАН, Ю. П. САВЧЕНКО,  
Г. К. КАРИПИДИ, О. А. АЛУХАНИЯ*

## СТРУКТУРНЫЕ ФЕНОМЕНЫ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ КОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

*Кафедра хирургии педиатрического и стоматологического факультетов  
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России,  
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4; тел. +79183303446. E-mail: alsidelnik@gmail.com*

Представленный в статье способ коррекции метаболических расстройств может быть использован в интенсивной терапии хирургических больных с синдромом диабетической стопы. Сущностью способа являются восстановление нормальной кристаллоскопической структуры сыворотки крови у больных с СДС, улучшение процессов микроциркуляции в тканях и нормализация показателей обменных процессов в организме в процессе непрямого электрохимического окисления крови.