

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРИЗНАКАМИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Мурга В.В., Иванов Ю.Н., Аринчев Р.С., Рыбакова М.В., Жуков С.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Тверь, e-mail: tgma-nauka@mail.ru

Синдром соединительно-тканной дисплазии является одним из врожденных состояний, значительно осложняющих хирургическое лечение пациентов. С целью изучения отдаленных результатов хирургического лечения пациентов с признаками дисплазии соединительной ткани для обоснования необходимости изменения существующих подходов к лечению и реабилитации данной группы пациентов был обследован 281 пациент, перенесший оперативное вмешательство десять лет назад. Из них у 142 молодых пациентов были выявлены признаки дисплазии соединительной ткани. Выявлено, что для хирургических больных, имеющих признаки дисплазии соединительной ткани, характерна высокая вероятность ухудшения здоровья и снижение качества жизни в отдаленном анамнезе. Болевой синдром у таких пациентов характеризуется большей длительностью и интенсивностью, чем у обычных больных, а также может сохраняться в течение 5–10 лет после операции, что значительно превосходит сроки сохранения болевого синдрома у аналогичной группы пациентов, не имевших признаков дисплазии соединительной ткани. Следует отметить тот факт, что нарушение общего самочувствия у хирургических больных с признаками дисплазии соединительной ткани наступает только на пятый год после операции и максимально нарастает через 10 лет после операции. Выявленные закономерности требуют значительного изменения подходов к послеоперационной реабилитации и диспансерному наблюдению за хирургическими больными, имеющими признаки дисплазии соединительной ткани.

Ключевые слова: хирургия, соединительно-тканная дисплазия, качество жизни, отдаленные последствия, реабилитация.

THE REMOTE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH SYMPTOMS OF A DYSPLASIA OF CONNECTING FABRIC

Murга V.V., Ivanov Yu.N., Arinchev R.S., Rybakova M.V., Zhukov S.V.

Public budgetary educational institution of higher education "Tver state medical academy" of Ministry of Health of the Russian Federation, Tver, e-mail: tgma-nauka@mail.ru.

The syndrome of a connective tissue dysplasia is one of the congenital states considerably complicating surgical treatment of patients. For the purpose of studying of the remote results of surgical treatment of patients with symptoms of a dysplasia of connecting fabric for justification of need of change of the existing approaches to treatment and rehabilitation of this group of patients was 281 patients who transferred an operative measure ten years ago are examined. From them at 142 young patients symptoms of a dysplasia of connecting fabric were revealed. It is revealed that the high probability of deterioration in health and decline in quality of life in the remote catamnesis is characteristic of the surgical patients having symptoms of a dysplasia of connecting fabric. The pain syndrome at such patients is characterized by the larger duration and intensity, than at ordinary patients, and can also remain within 5-10 years after operation that considerably surpasses terms of preservation of a pain syndrome at similar group of the patients who did not have symptoms of a dysplasia of connecting fabric. It should be noted the fact that violation of overall health at surgical patients with symptoms of a dysplasia of connecting fabric comes only for the fifth year after AND operation as much as possible accrues in 10 years after operation. The revealed regularities demand the considerable change of approaches to postoperative rehabilitation and a dispensary observation for the surgical patients having symptoms of a dysplasia of connecting fabric.

Keywords: surgery, connective tissue dysplasia, quality of life, remote consequences, rehabilitation.

Актуальность

Увеличение доступности высокотехнологической медицинской помощи для населения позволило добиться положительного эффекта при ряде заболеваний, хирургическое лечение которых ранее было затруднено [1, 2]. После послеоперационной

реабилитации такие пациенты поступают под наблюдение хирургов и терапевтов по месту жительства [3]. Существующие до настоящего времени схемы диспансеризации населения не учитывают появление таких больных на уровне городских и районных больниц [4]. Возникает угроза развития тяжелых послеоперационных осложнений в отдаленном послеоперационном периоде, обусловленных недостаточной или неэффективной реабилитацией таких больных по месту жительства [5].

Одним из врожденных состояний, значительно осложняющих хирургическое лечение пациентов, является синдром соединительно-тканной дисплазии [6]. Вероятность развития осложнений в отдаленном послеоперационном периоде у таких больных возрастает в разы [5, 7]. В то же время при своевременной и правильно подобранной схеме реабилитации большинства тяжелых осложнений удается избежать [8]. Это в основном касается появления рубцовых осложнений, отсроченного нарушения подвижности при оперативных вмешательствах на суставах и развития деструктивных изменений хрящевой и костной ткани, как на стороне операции, так и контралатеральной стороне [9]. Все вышеперечисленное свидетельствует о необходимости изменения существующих подходов к диспансеризации лиц, имеющих признаки соединительно-тканной дисплазии и подвергавшихся хирургическому лечению.

Цель исследования – изучить отдаленные результаты хирургического лечения пациентов с признаками дисплазии соединительной ткани для обоснования необходимости изменения существующих подходов к лечению и реабилитации данной группы пациентов.

Материалы и методы

Для получения информации о состоянии здоровья и клинических особенностях хирургического заболевания была использована выкопировка данных из медицинской документации, дистанционное анкетирование пациентов, непосредственный опрос пациентов, клиническое, инструментальное и лабораторное обследование. Был изучен анамнез на первый, пятый и десятый год с момента операции. Из числа хирургических больных, проходивших лечение в ДОКБ г. Твери, была выделена основная группа наблюдения, куда вошли 142 молодых пациентов, имевших признаки дисплазии соединительной ткани. В контрольную группу вошли 139 пациентов, не имевших признаков дисплазии соединительной ткани.

Для оценки достоверности полученных результатов использовался непараметрический критерий – метод угловых отклонений Фишера, позволяющие оценить достоверность различий при виде распределения отличным от нормального [10].

Результаты и обсуждение

Поводом для госпитализации в хирургическое отделение у 33,1 % пациентов была

острая гнойная хирургическая патология, в том числе острый живот (аппендицит, перитонит), остеомиелит, гнойные пневмонии, гнойные заболевания кожи и подкожно-жировой клетчатки. У каждого четвертого пациента поводом для обращения за хирургической помощью было наличие хирургической патологии, требующей планового вмешательства, а именно паховой грыжи, водянки яичка, варикоцеле или крипторхизма. На третьем месте (16,01 %) была хирургическая патология костно-мышечной системы, в том числе травматические переломы костей, заболевания коленного сустава; 15,3 % пациентов обращались по поводу ранений мягких тканей и органов, а 11,03 – по поводу ожогов (рис.1).



Рис. 1. Нозологическая структура обследованных пациентов

Учитывая разнородность хирургической патологии обследованных пациентов, мы постарались объединить все данные клинико-anamnestического и объективного обследования в группы усредненных симптомов. Кроме того, сравнение полученных данных проводилось с эталонным, усредненным для данной патологии значением того или иного показателя, что позволило оценить малозаметные на первый взгляд изменения клинической картины у пациентов с дисплазией соединительной ткани.

Сравним усредненные характеристики болевого синдрома в основной и контрольной группе, через год после хирургического вмешательства (табл. 1). Половина хирургических больных, имевших признаки дисплазии соединительной ткани, отмечали сохранение выраженного болевого синдрома через год после операции, что было в 1,93 раза чаще, чем в контрольной группе ($p < 0,001$). В то же время в контрольной группе 41,73 % обследованных либо не отмечали наличие болевого синдрома, либо характеризовали его как слабо выраженный ($p < 0,001$). Для пациентов основной группы в 2,77 раза чаще была характерна атипичная локализация боли ($p < 0,05$), в то время как в контрольной в 1,16 раза чаще

встречалась типичная для данного заболевания локализация боли ($p < 0,01$).

Таблица 1

Особенности болевого синдрома у пациентов с хирургической патологией, в зависимости от наличия признаков дисплазии соединительной ткани (%)

Признак и его градации	катамнез						Достоверность различий между осн. и контр. гр.		
	1 год		5 лет		10 лет		1 год	5 лет	10 лет
	Осн.гр n=142	Контр n=139	Осн.гр n=142	Контр n=139	Осн.гр n=142	Контр n=139			
Интенсивность болевого синдрома (в самооценке)									
отсутствует или слабо выражен	11,97	41,73	56,34	84,89	45,77	90,65	0,001	0,001	0,001
умеренно выраженный	38,73	33,09	25,35	12,95	30,28	7,91	-	0,01	0,001
значительно выраженный	48,59	25,18	19,01	2,16	23,94	0,72	0,001	0,001	0,001
Локализация боли									
типичная	76,76	89,21	68,31	95,68	48,59	95,68	0,01	0,001	0,001
атипичная	11,97	4,32	14,08	0,72	33,80	0,72	0,05	0,001	0,001
типичная и атипичная	11,27	7,19	18,31	2,88	18,31	2,88	-	0,001	0,001
Иррадиация боли									
отсутствует	22,54	41,01	66,20	68,35	66,20	68,35	0,001	-	-
имеется, область характерна для данного заболевания	37,32	36,69	11,97	28,78	11,97	28,78	-	0,001	0,001
имеется, область не характерна для данного заболевания	40,14	22,30	21,83	2,88	21,83	2,88	0,001	0,001	0,001

У пациентов контрольной группы через год после операции боль или не имела иррадиации, или область иррадиации была типична для данного заболевания ($p < 0,001$). В то время как для лиц с дисплазией соединительной ткани, перенесших хирургическое вмешательство, в 1,8 раза чаще, по сравнению с контрольной группой, была характерна атипичная иррадиация боли ($p < 0,001$).

Через пять лет после хирургического вмешательства различия в самооценке болевого синдрома в основной и контрольной группе становятся заметнее (табл. 1). Пациенты основной группы в 8,81 раза чаще, чем в контрольной группе, отмечали значительно выраженный болевой синдром ($p < 0,001$). Большинство пациентов контрольной группы указывали на отсутствие болевого синдрома или его слабую выраженность ($p < 0,001$). Как видно из данных, представленных в табл. 1, через 5 лет после хирургического лечения атипичная локализация боли в 19,58 раза чаще встречалась у молодых пациентов с признаками дисплазии соединительной ткани, по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$). В контрольной группе таких пациентов практически не было ($p < 0,001$). Более половины обследованных в обеих группах указывали на отсутствие иррадиации боли через 5 лет после операции. Однако среди пациентов, у которых сохранялась иррадиация боли, в основной группе в 7,59 раза чаще встречалась атипичная иррадиация боли, по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$).

Через десять лет после перенесенной хирургической операции только 9,35 % молодых пациентов контрольной группы указывали на сохраняющийся болевой синдром, в то время как в основной группе таких пациентов было в 1,98 раза больше. Следует отметить, что каждый четвертый пациент из основной группы указывал на наличие значительно выраженного болевого синдрома, что в 33,28 раза больше, чем в контрольной группе ($p < 0,001$).

Через 10 лет после перенесенной операции у трети хирургических больных, имевших признаки дисплазии соединительной ткани, была отмечена атипичная локализация боли (табл. 1). Таких пациентов было в 46,99 раза больше, чем в контрольной группе ($p < 0,001$). Распределение пациентов по характеру иррадиации боли не претерпело значительных изменений, по сравнению с данными пятилетнего катамнеза. Так же более половины обследованных в обеих группах указывали на отсутствие иррадиации боли. Атипичная иррадиация боли в 7,59 раза чаще встречалась в основной группе, чем в контрольной ($p < 0,001$).

Рассмотрим динамику самооценки общего самочувствия пациентов в зависимости от наличия у них признаков диспластического процесса. Как видно из данных, представленных в табл. 2, через год после хирургического вмешательства самочувствие и самооценка качества жизни у пациентов основной и контрольной группы не имели достоверных различий.

Таблица 2

Особенности самооценки самочувствия и качества жизни у пациентов с хирургической патологией, в зависимости от наличия признаков дисплазии соединительной ткани (%)

Признак и его градации	катамнез						Достоверность различий между осн. и контр. гр.		
	1 год		5 лет		10 лет		1 год	5 лет	10 лет
	Осн.гр n=142	Контр n=139	Осн.гр n=142	Контр n=139	Осн.гр n=142	Контр n=139			
Нарушение общего самочувствия									
нет	21,83	17,27	33,80	51,80	11,27	63,31	-	0,001	0,001
незначительное	42,96	53,96	37,32	33,09	31,69	28,78	-	-	-
умеренное	16,90	15,11	21,83	13,67	35,21	5,04	-	-	0,001
выраженное	18,31	13,67	7,04	0,72	21,83	2,88	-	0,001	0,001
Нарушение трудовых функций									
нет	12,68	10,79	38,03	54,68	40,85	61,87	-	0,01	0,001
незначительное	49,30	51,80	33,10	40,29	28,87	33,09	-	-	-
умеренное	33,10	27,34	21,83	2,88	21,83	4,32	-	0,001	0,001
выраженное	4,93	10,07	7,04	2,16	7,75	0,72	-	0,05	0,001
Нарушение бытовых функций									
нет	68,31	61,87	66,20	87,05	59,15	82,73	-	0,001	0,001
незначительное	19,01	27,34	19,72	9,35	25,35	13,67	-	0,01	0,05
умеренное	11,27	7,91	9,86	2,88	14,08	2,88	-	0,01	0,001
выраженное	2,11	2,88	4,23	0,72	2,11	-	-	0,05	-

Нарушение социальных функций									
нет	69,01	71,94	37,32	69,06	35,92	74,10	-	0,001	0,001
незначительное	19,72	20,86	42,25	20,86	30,99	23,02	-	0,001	-
умеренное	4,93	2,88	11,97	5,04	23,94	2,16	-	0,05	0,001
выраженное	6,34	4,32	9,15	5,04	9,15	0,72	-	-	0,001

Однако через пять лет после хирургического лечения произошло достоверное ухудшение самочувствия и снижение качества жизни у пациентов основной группы. В основной группе в 1,53 раза реже встречались пациенты, не имевшие нарушения общего самочувствия ($p < 0,001$). В то время как выраженное нарушение общего самочувствия у пациентов, имевших признаки дисплазии соединительной ткани, встречалось в 9,79 раза чаще, чем в контрольной группе ($p < 0,001$).

Об отсутствии нарушения трудовых функций через 5 лет после оперативного вмешательства указывали только 38,03 % обследованных из основной группы, что в 1,44 раза реже, чем в группе контроля ($p < 0,01$). В основной группе значительно, в 7,59 раза, увеличилась доля лиц, жаловавшихся на умеренное нарушение трудовых функций ($p < 0,001$). В 3,26 раза чаще в основной группе встречались пациенты с выраженным нарушением трудовых функций ($p < 0,05$).

В основной группе существенно сократилось число пациентов, отрицавших наличие у себя нарушение бытовых функций – их было в 1,32 раза меньше, чем в группе контроля ($p < 0,001$). Через пять лет после перенесенного хирургического лечения пациенты с дисплазией соединительной ткани в 5,87 раза чаще отмечали у себя выраженное нарушение бытовых функций ($p < 0,05$). Незначительное или умеренное нарушение бытовых функций чаще встречалось в основной группе (увеличение доли, по сравнению с контрольной группой в 2,11 и в 3,43 раза соответственно).

Следует отметить, что в основной группе в 1,85 раза чаще, чем в контрольной, встречалось нарушение социальной функции индивидуума, что может свидетельствовать о значительном нарушении социальной адаптации у таких больных (табл. 2). При этом большинство пациентов с признаками дисплазии соединительной ткани отмечали у себя незначительное нарушение социальных функций ($p < 0,001$).

Через десять лет после операции у пациентов с дисплазией соединительной ткани продолжилось ухудшение самочувствия и самооценки качества жизни (табл. 2). В основной группе в 5,62 раза меньше было пациентов, не жаловавшихся на ухудшение своего самочувствия, по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$). При этом умеренное ухудшение самочувствия встречалось в 6,99 раза чаще, а выраженное – в 7,59 раза чаще, чем в группе пациентов, не имевших признаков дисплазии соединительной ткани ($p < 0,001$). Пациенты, имевшие признаки дисплазии соединительной ткани, в 1,51 раза чаще жаловались

на наличие у себя нарушения трудовых функций, чем хирургические больные из контрольной группы ($p < 0,001$). Для обследованных из основной группы было характерно выраженное и умеренное нарушение трудовых функций – в 10,77 раза чаще и в 5,06 раза чаще, чем в контрольной группе ($p < 0,001$). В то же время доля пациентов, отмечавших незначительное нарушение трудовых функций, была в 1,15 раза меньше, чем в группе контроля, однако, достоверность данного показателя была низкой ($p > 0,01$).

Только 59,15 % опрошенных из основной группы не отмечали у себя нарушение бытовых функций через десять лет после перенесенного хирургического вмешательства, это в 1,4 раза меньше, чем в группе контроля ($p < 0,001$). Незначительное нарушение бытовых функций в основной группе встречалось в 1,85 раза чаще, чем в контрольной ($p < 0,05$). Для хирургических больных, имевших признаки дисплазии соединительной ткани было характерно увеличение в 4,89 раза доли пациентов, отмечавших у себя умеренное нарушение бытовых функций через десять лет, после перенесенной операции ($p < 0,001$).

Негативная динамика была характерна и для самооценки пациентом качества выполнения им своих социальных функций через десять лет, после перенесенного хирургического лечения (табл. 2). Две трети пациентов с дисплазией соединительной ткани отмечали у себя нарушение социальных функций, в то время как в контрольной группе таких больных было в 2,06 раза меньше ($p < 0,001$). Выраженное нарушение социальных функций в основной группе встречалось в 12,73 раза чаще, чем в контрольной ($p < 0,001$). Было выявлено достоверное увеличение в 11,09 раза доли пациентов, жаловавшихся на умеренное нарушение социальных функций, по сравнению с группой больных, не имевших признаков дисплазии соединительной ткани ($p < 0,001$).

Заключение

Таким образом, для хирургических больных, имеющих признаки дисплазии соединительной ткани, характерна высокая вероятность ухудшения здоровья и снижение качества жизни в отдаленном анамнезе. Болевой синдром у таких пациентов характеризуется большей длительностью и интенсивностью, чем у обычных больных, а также может сохраняться в течение 5–10 лет после операции, что значительно превосходит сроки сохранения болевого синдрома у аналогичной группы пациентов, не имевших признаков дисплазии соединительной ткани. Следует отметить тот факт, что нарушение общего самочувствия у хирургических больных с признаками дисплазии соединительной ткани наступает только на пятый год после операции и максимально нарастает через 10 лет после операции. Выявленные закономерности требуют значительного изменения подходов к послеоперационной реабилитации и диспансерному наблюдению за лицами молодого возраста, перенесшими хирургическое вмешательство, как экстренного, так и планового

характера, и имеющих признаки дисплазии соединительной ткани.

Список литературы

1. Региональные особенности медико-демографических процессов в Тверской области / Е.Г. Королюк, С.В. Жуков, Э.С. Акопов, М.В. Рыбакова, В.П. Петров, Ю.Е. Степанова, А.В. Зайцева // Вестник новых медицинских технологий (электронный журнал). – 2014. – № 2. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4768.pdf> (дата обращения: 28.03.2017).
2. Современные критерии отбора пациентов для успешной совместной работы хирургического и анестезиологического звена в условиях центра амбулаторной хирургии, травматологии-ортопедии / И.В. Крестьяшин, Д.Ю. Выборов, В.М. Крестьяшин, А.О. Домарев, С.М. Степаненко, А.В. Исаков, В.В. Индиенко // Детская хирургия. – 2015. – Т. 19, № 3. – С. 40-43.
3. Дисплазия соединительной ткани: современные подходы к клинике, диагностике и лечению / Р.О. Демидов, С.А. Лапшина, С.П. Якупова, Р.Г. Мухина // Практическая медицина. – 2015. – № 4-2. – С. 37-40.
4. Кононова Н.Ю., Иванова И.Л., Чернышова Т.Е. Анализ показателей качества жизни у пациентов с недифференцированной дисплазией соединительной ткани / Н.Ю. Кононова, И.Л. Иванова, Т.Е. Чернышова // Архивъ внутренней медицины. – 2015. – № 3 (23). – С. 23-25.
5. Черепанова Ю.А., Мальчиков А.Я. Результаты лечения паховых грыж у пациентов с синдромом дисплазии соединительной ткани / Ю.А. Черепанова, А.Я. Мальчиков // Хирургическая практика. – 2016. – № 2. – С. 11-13.
6. Волчкова Н.С., Субханкулова С.Ф., Субханкулова А.Ф. Наследственные нарушения соединительной ткани: основные диспластические синдромы и фенотипы, тактика ведения больных / Н.С. Волчкова, С.Ф. Субханкулова, А.Ф. Субханкулова // Ульяновский медико-биологический журнал. – 2016. – № 1. – С. 8-16.
7. Оценка качества жизни детей с ортопедической патологией на фоне дисплазии соединительной ткани / Л.Г. Григоричева, С.С. Харченко, А.В. Ларина, В.В. Кожевников // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. – 2016. – № 11. – С. 68-73.
8. Показатели качества жизни при дисплазии соединительной ткани / И.С. Сесорова, Е.В. Шниткова, Т.В. Лазоренко, М.А. Здорикова // Международный научно-исследовательский журнал. – 2016. – № 11-3 (53). – С. 159-161.

9. Орлова Н.И. Нарушения микроциркуляции у пациентов с дисплазией соединительной ткани: механизмы формирования, клиническое значение // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 6.; URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=26001>.
10. Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов / Е.В. Гублер. – Л.: Медицина, Ленинградское отделение, 1978. – 296 с.