

УДК 618.131/.138-007.43/.44-036.87-092-07-089-036.83

© Колектив авторів, 2012.

РОЛЬ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ В РОЗВИТКУ РЕЦИДИВУ ГЕНІТАЛЬНОГО ПРОЛАПСУ

В. О. Потапов, Р. М. Банахевич, Д. Л. Золотарьов, К. Б. Акімова, А. В. Єчин*Кафедра акушерства та гінекології (зав. – професор В. О. Потапов), Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ.*

ROLE OF CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA IN GENITAL PROLAPSE

V. A. Potapov, R. M. Banakhevych, D. L. Zolotarev, K. B. Akymova, A. V. Echin

SUMMARY

This article provides an analysis of data on the effects of connective tissue dysplasia on the development of recurrent genital prolapse. During the period from 2003 to 2011 were examined and operated on 600 patients with gynecologic symptoms of undifferentiated connective tissue dysplasia and without transvaginal access using their own tissue or allograft, performed a morphological study of tissues and immunohistochemical. These data indicate a change in the structure of tissue in women with connective tissue disorders, an increase in this group of patients the frequency of recurrence of genital prolapse in more than 2.5 times. The use of synthetic grafts for diseases of the connective tissue decreases the incidence of recurrent disease in 2 times and it is justified.

РОЛЬ ДИСПЛАЗИЇ СОЄДИНИТЕЛЬНОЇ ТКАНИ В РОЗВИТКУ РЕЦИДИВА ГЕНІТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА

В. О. Потапов, Р. М. Банахевич, Д. Л. Золотарев, К. Б. Акімова, А. В. Єчин

РЕЗЮМЕ

В статті приводиться аналіз даних, присвячених впливу дисплазії соединительной ткани на розвиток рецидива генітального пролапса. За період з 2003 по 2011 рік було обстежено і прооперовано 600 гінекологічних пацієнтів з ознаками недиференційованої дисплазії соединительной ткани і без неї трансвагінальним доступом з використанням власних тканин або аллотрансплантата, проведено морфологічне і імуногістохімічне дослідження тканин. Отримані дані вказують на зміну структури тканин у жінок з захворюванням соединительной ткани, збільшення у цій групі пацієнток частоти рецидиву генітального пролапса більше ніж в 2,5 рази. Використання синтетичних протезів при соединительнотканній патології знижує частоту рецидиву захворювання в 2 рази і є обґрунтованим.

Ключові слова: дисплазія сполучної тканини, генітальний пролапс, рецидив, аналіз.

В останні роки приділяється багато уваги спадковим захворюванням сполучної тканини, як фактора, що провокує розвиток первинних порушень з боку внутрішніх органів і систем та обумовлює більш важкий перебіг основного захворювання [1, 4, 7, 8, 10].

Сучасна класифікація ділить сполучнотканну дисплазію на диференційовану та недиференційовану синдроми [5, 12].

Генералізована гіпермобільність суглобів характерна для дисплазії сполучної тканини та може бути основною ознакою недиференційованої дисплазії сполучної тканини та частиною диференційованих синдромів [6, 7].

Встановлено, що у осіб з гіпермобільним синдромом у другій половині життя спостерігається розвиток гриж різних локалізацій раніше і частіше, ніж в осіб без такого синдрому [4]. Ряд авторів вказують на зв'язок дисплазії сполучної тканини з розвитком гриж передньої черевної стінки та малого тазу [9]. Клінічно це проявлялося в збільшенні частки післяопераційних гриж у 6 разів, рецидивуючих гриж

– у 7 разів в порівнянні з пацієнтами без патології сполучної тканини [10].

На сьогодні основною причиною розвитку гриж вважають різке короткочасне або тривале постійне підвищення внутрішньочеревного тиску, рецидивуючих гриж – неефективне виконання першого оперативного втручання. Проте розглядати появу рецидивів генітального пролапсу як наслідок дій хірурга також не коректно, оскільки вони зустрічаються після операцій в різних клініках, у висококваліфікованих хірургів, практично з однаковою частотою і становлять від 17,0% до 67,0% [2, 4]. Таким чином, реальна основа формування рецидивів генітального пролапсу і роль дисплазії сполучної тканини в цьому процесі остаточно не визначена.

Мета: дослідити стан сполучної тканини у жінок з генітальним пролапсом, визначити взаємозв'язок недиференційованої дисплазії сполучної тканини з патологією інших органів та її роль у розвитку рецидиву генітального пролапсу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

За період з 2003 по 2011 рр. обстежено 600 гінекологічних пацієнтів, оперованих в гінекологічному відділенні трансвагінальним доступом із застосуванням власних тканин та проленового алотрансплантату для закриття дефекту або повного заміщення фасцій тазу.

Пацієнтів з генітальним пролапсом було розділено на 2 групи. Першу групу склали 273 пацієнтки з генітальним пролапсом та клінічними проявами недиференційованої дисплазії сполучної тканини, групу II – 327 пацієнток з генітальним пролапсом без ознак дефекту сполучної тканини. Контрольну третю групу – 50 жінок без ознак генітального пролапсу та недиференційованої дисплазії сполучної тканини. Проаналізовано анамнез та скарги, наявність екстрагенітальної та гінекологічної патології, наявність та ступінь дисплазії сполучної тканини, локалізацію та вид дефекту в кожному сегменті піхви окремо за класифікацією POP-Q [4]. Для визначення наявності, ступеня важкості дисплазії сполучної тканини та об'єктивної оцінки генералізованої гіпермобільності суглобів використовували бальну шкалу критеріїв Brighton, 1998 р. [1].

Показанням для відбору в I досліджувану групу стало виявлення від 4 до 9 специфічних фенотипічних ознак, в II групу – від 0 до 3 ознак. Контрольну групу склали 50 пацієнток без ознак генітального пролапсу та дисплазії сполучної тканини.

В ході операції у пацієнтів досліджуваних груп брали ділянку (фрагмент) тканин матки і кардинальних зв'язок для морфологічного та імуногістохімічного дослідження. Дослідження проведено у 60 пацієнток.

Морфологічні дослідження тканин проводились за стандартними методиками [3, 11]. Для визначення

та диференціювання сполучнотканинних структур забарвлення препаратів проводили за методами Вейгертома та Ван Гісона. Функціональну активність компонентів сполучної тканини визначали за допомогою комплексу гістохімічних методик за Браше та реакцією Фельгена-Росенбека.

Імуногістохімічні дослідження проводили на парафінових зрізах товщиною 5-6 мкм непрямим методом Кунса за методикою М. Brosman (1979). Типування колагенів здійснювали моноклональними антитілами до колагенів I, III, IV типів (Novocastra Laboratories, LTD).

Статистична обробка матеріалу проводилась за допомогою статистичних програм MS Excel 2010.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОГОВОРЕННЯ

Середній вік хворих I-ї групи складав 56 ± 7 років, 2-ї групи – 54 ± 6 років, 3-ї групи – 53 ± 7 років. Тривалість захворювання в групах становила від 1-го до 12 років (в середньому – 3 ± 2 роки).

У пацієнток I досліджуваної групи найбільш частим та маніфестним симптомом гіпермобільності суглобів було перерозгинання ліктьового суглоба понад 10 градусів – 83,2%, нахил вперед при фіксованих колінних суглобах – 94,8% та перерозгинання колінного суглоба понад 10 градусів – 43,6%. Ураження суглобів було полісегментарним, враховуючи системність захворювання. У жінок II групи виявлялися тільки окремі ознаки дисплазії сполучної тканини у вигляді гіпермобільності суглобів: перерозгинання колінного суглоба понад 10 градусів – 6,7% та досягання підлоги при нахилі вперед – 21,7%.

У пацієнток з генітальним пролапсом додатково відмічались скринінгові клінічні ознаки сполучнотканинної недостатності (рис. 1).

Рис. 1. Клінічні прояви недиференційованої дисплазії сполучної тканини у жінок генітальним пролапсом.

Примітки: 1 – вальгусна деформація стопи; 2 – окружність живота більше 111 см; 3 – гіперрозтяжимість шкіри; 4 – варикозне розширення вен; 5 – діастаз прямих м'язів живота; 6 – грижі інших локалізацій.

Аналіз результатів морфологічного та імуногістохімічного дослідження показали, що у пацієнтів II групи основна речовина та фібробластичні клітини відповідали анатомічній нормі. У пацієнтів I групи спостерігалось порушення колагенової будови.

У 65,3% пацієнтів I групи спостерігалось: порушення пучкового складу – 73,4%, фрагментація – 51,7%, гомогенізація – 20,2%, пікрінофілія – 18,0%, локальний лізис та склероз колагенових волокон кардинальних зв'язок – 57,3%, зменшення гіалуронової кислоти, хондроїтинсульфату, сульфатованих глікозаміногліканів, зниження функціональної активності фібробластів, що свідчило про втрату властивостей колагену. А при важкій недиференційованій дисплазії сполучної тканини ці зміни прогресували, в кардинальних зв'язках відзначався значний склероз, формування ангиоматозних структур, в тканинах матки – виражена атрофія та замісний фіброз.

Виявлені зміни свідчили про системні зміни в тканинах фасціально-лігаментарного апарату мат-

ки та становили морфологічну основу формування сполучнотканинної недостатності, яка порушує стійкість тканин при фізичних навантаженнях, що клінічно проявляється у вигляді формування гриж різних локалізацій та післяопераційних гриж, незалежно від кваліфікації хірурга та стану шовного матеріалу.

У 46,7% пацієток першої клінічної групи корекція генітального пролапсу проводилася з використанням проленового сітчастого протеза, у 53,3% – за рахунок власних тканин. У групі без ознак дисплазії сполучної тканини – у 41,4% і 58,6% відповідно.

Оцінка результатів оперативних втручань проводилася в період 3, 6, 12, 24 місяців. Аналізуючи результати, частота рецидиву генітального пролапсу у першій групі склала 57,8%, у II групі – 22,0%. При застосуванні проленового протезу частота рецидиву у I групі становила 37,1%, за рахунок власних тканин – 62,9%, II групі – 11,0% та 89,0% відповідно (рис. 2).

ε

Рис. 2. Частота рецидиву генітального пролапсу.

У 45,5% пацієток мала місце недиференційована дисплазія сполучної тканини, яка стала морфологічною основою розвитку неспроможності зв'язкового апарату та сформувала передумови для розвитку рецидиву захворювання у 2,6 рази частіше в I-й досліджуваній групі (57,8%), ніж у 2-й групі (22,0%).

ВИСНОВКИ

Виявлення ознак недиференційованої дисплазії сполучної тканини (4-9 ознак) у пацієнтів з генітальним пролапсом є обґрунтуванням для використання сітчастого імплантату при реконструктивно-відновних операціях на тазовому дні, що зменшує частоту випадків виникнення рецидивного пролапсу у 2 рази – з 62,9% до 31,1%.

ЛІТЕРАТУРА

1. Биохимические маркеры соединительной ткани в диагностике недифференцированной дисплазии соединительной ткани: доказательная база / Н. Я. Доценко, В. О. Дедова, С. С. Боев [и др.] // Диагностический практикум. – 2010. – № 2. – С. 27–31.
2. Деякі аспекти патогенезу випадіння матки та стінок піхви у жінок, хірургічна корекція / Ю. П. Вдовиченко, А. П. Григоренко, В. М. Бойчук [та ін.] // Репродуктивное здоровье женщины. – 2005. – № 1 (21). – С. 198–199.
3. Диагностика дисплазии соединительной ткани с использованием биомаркеров / Л. С. Эверт, С. В. Бороздун, Е. И. Боброва [и др.] // Журнал Сибирского

федерального университета. Химия. – 2009. – Т. 2, №4. – С. 385-390.

4. Эффективність оперативних втручань при пролапсі тазових органів / В. І. Пирогова, М. В. Томич, І. В. Верніковський [та ін.] // Вагинальна хірургія сьогодні і завтра : матеріали науч.-практ. конф. – Вінниця, 2005. – С. 31–32.

5. Захарьян Е. А. Роль системного поражения соединительной ткани в развитии варикозной болезни нижних конечностей [Электронный ресурс] / Крымский гос. мед. университет им. С.И. Георгиевского. – Симферополь. – Режим доступа: <http://studentdoctorprofessor.com.ua/ru/node/639>

6. Кадурина Т. И. Наследственные коллагенопатии. Клиника, диагностика, лечение, диспансеризация / Т. И. Кадурина. – СПб. : Невский диалект, 2000. – 270 с.

7. Клинико-прогностические критерии дисплазии соединительной ткани / И. А. Викторова, Г. И. Нечаева, В. П. Конев [и др.] // Рос. мед. вестник. – 2009. – Т. XIV, № 1. – С. 76–85.

8. Маршал В. Дж. Клиническая биохимия / В.

Дж. Маршал. – М. : Медицина, 2002. – 383 с.

9. Милиця К. М. Методологія виявлення хворих на дисплазію сполучної тканини серед хворих хірургічного стаціонару як захід попередження гриж черевної стінки / К. М. Милиця // Укр. мед. альманах. – 2009. – №3. – С. 103–105.

10. Милиця К. М. Реконструктивно-відновлювальні операції на передній черевній стінці при синдромі недиференційованої системної дисплазії сполучної тканини : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.03 / Милиця К. М. ; Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України. – Запоріжжя, 2009. – 18 с.

11. Наследственные нарушения соединительной ткани : российские рекомендации ВНОК 2009 г. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. – № 8 (6), Прилож. № 5. – С. 1–24.

12. Проявления неклассифицированной дисплазии соединительной ткани в зависимости от возраста. Прогноз / Н. Я. Доценко, Л. В. Герасименко, С. С. Боев [и др.] // Терапия. – 2011. – № 11 (63). – С. 31–34.