

6. Reoperation after fresh homograft replacement: years experience with 655 patients / J. Sadowski [et al.] // Eur. J. Cardiothorac. Surg. — 2003. — Vol. 23. — P. 998–1001.
7. Mathew, J. Clinical features, side involvement, bacteriology findings and outcome in infective endocarditis in intravenous drug users / J. Mathew, T. Adday, A. Anand // Arch. Intern. Med. — 1995. — Vol. 155(15). — P. 1641–1648.
8. Delahaye, F. Epidemiology of infectious endocarditis / F. Delahaye, V. Goulet, C. Leport // Rev. Prat. — 1998. — Vol. 48. — № 5. — P. 486–490.
9. Буткевич, О. М. Основные особенности течения и лечения инфекционного эндокардита (анализ 135 случаев заболевания в 1990–1999 гг.) / О. М. Буткевич, Т. Л. Виноградова // Российский медицинский журнал. — 2001. — Т. 9, № 10. — С. 392–395.
10. Хабиб, О. Н. Роль анаэробов в этиопатогенезе инфекционного эндокардита / О. Н. Хабиб, Н. В. Белобородова // Инфекц. болезни. — 2004. — № 2. — С. 74–81.
11. Diagnosis and management of infective endocarditis and its complication / A. S. Bayer [et al.] // Circulation. — 1998. — Vol. 98. — P. 2936–2948.
12. Mylonakis, E. Infective endocarditis in adults / E. Mylonakis, S. Calderwood // N. Eng. J. Med. — 2001. — Vol. 345. — P. 1318–1330.
13. Идов, Э. М. Клапанный инфекционный эндокардит: Монография / Э. М. Идов, И. И. Резник. — Екатеринбург, 2009. — С. 307.
14. Hoen, B. Pathogenesis of infective endocarditis / B. Hoen, C. Selton-Suty // In 5th International Symposium on concepts in endocarditis and cardiovascular infections. — Abstract book. — 1999. — P. 28.
15. Авраам, Г. Х. Особенности современного течения инфекционного эндокардита у инъекционных наркоманов / Г. Х. Авраам, Г. А. Пичко, Е. Н. Николаевский // Актуальные вопросы кардиологии: тез. докл. XII научно-практической конференции с международным участием. — Тюмень, 2005. — С. 4–5.
16. Белобородова, Н. В. Современные представления об этиопатогенезе и антибактериальной терапии инфекционного эндокардита / Н. В. Белобородова, Ю. Н. Хабиб // Анналы хирургии. — 1999. — № 6. — С. 67–77.
17. Якушин, С. С. Инфекционный эндокардит: эволюция болезни / С. С. Якушин, С. П. Филоненко, И. Н. Косов // Российский медицинский журнал. — 1996. — № 5. — С. 14–17.
18. Fibrinogen and fibronectin binding cooperate for valve infection and invasion in Staphylococcus aureus experimental endocarditis / Y. A. Que [et al.] // J. Exp. Med. — 2005. — Vol. 201. — P. 1627–1635.
19. Дземешкевич, С. Л. Болезни аортального клапана. Функция, диагностика, лечение: монография / С. Л. Дземешкевич, Л. У. Стивенсон, В. В. Алекси-Месхишвили. — М.: ГЭОТАР-Медицина, 2004. — С. 328.
20. Кнышев, Г. В. Инфекционный эндокардит: монография / Г. В. Кнышев, В. Н. Коваленко — Киев: Морион, 2004. — С. 256.
21. Udecem, Y. Tricuspid valve repair for tricuspid valve endocarditis after repair / Y. Udecem, T. Sluysmans, J. Rubay // Ann. Thorac. Surg. — 1997. — Vol. 63, №3. — P. 830–832.
22. Поляков, В. П. Инфекционный клапанный эндокардит (Современный взгляд на проблему): монография / В. П. Поляков, С. Е. Шорохов. — Самара: Офорт; СамГМУ, 2004. — С. 138.
23. Шевченко, Ю. Л. Инфекционный эндокардит правых камер сердца: Монография / Ю. Л. Шевченко, Г. Г. Хубулава. — СПб.: Наука, 1996. — С. 170.
24. Резник, И. И. Инфекционный эндокардит наркоманов: особенности течения в зависимости от этиологии клапанной локализации / И. И. Резник, А. В. Михайлов, Э. М. Идов // Совершенствование высокотехнологичной медицинской помощи населению Свердловской области: сб. науч. трудов. — Екатеринбург, 2006. — С. 62–65.
25. Тюрин, В. П. Инфекционный эндокардит: монография / В. П. Тюрин — М.: ГЭОТАР-Мед, 2002. — С. 224.
26. Piper, C. Prosthetic valve endocarditis / C. Piper // Heart. — 2001. — Vol. 85. — P. 590–593.
27. Horstrotte, D. Late prosthetic valve endocarditis / D. Holstrotte, C. Piper, R. Niehues // Europe Heart J. — 1995. — Vol. 16, Suppl. B. — P. 39–47.
28. Шихвердиев, Н. Н. Диагностика и лечение осложнений у больных с искусственными клапанами сердца: монография / Н. Н. Шихвердиев, Г. Г. Хубулава, С. П. Марченко. — СПб.: Фолиант, 2006.
29. Evangelista, A. Echocardiography in infective endocarditis / A. Evangelista, M. T. Gonzalez-Ahuja // Heart. — 2004. — Vol. 90. — P. 614–617.
30. Proposed modification to the Duke criteria for the diagnosis of infective endocarditis / J. S. Li [et al.] // Clin Infect Dis. — 2000. — Vol. 30. — P. 633–638.
31. Отдаленный прогноз подострого инфекционного эндокардита / В. П. Куличенко [и др.] // Научно-практическая ревматология. — 2004. — № 2. — С. 5–9.
32. Асаулюк, И. К. Эволюция клинического течения инфекционного эндокардита / И. К. Асаулюк, С. И. Загородний // Врачебное дело. — 1999. — № 3. — С. 59–62.
33. Возможности хирургического лечения больных септическим эндокардитом с острыми нарушениями мозгового кровообращения / А. А. Силаев, Д. А. Бесараб, В. В. Портненко // XI Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов: тез. докл. — М., 2005. — С. 29.
34. Шумаков, В. И. Протезирование аортального клапана при инфекционном эндокардите / В. И. Шумаков, М. Л. Семеновский, А. В. Асмоловский // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 1999. — № 4. — С. 14–20.
35. Вопросы хирургического лечения инфекционного эндокардита митрального клапана / Р. Ш. Саитгареев, И. Д. Пец // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 2003. — № 6. — С. 56–61.
36. Демин, А. А. Профилактика и лечение инфекционного эндокардита с позиций доказательной медицины в свете рекомендаций Европейского общества кардиологов / А. А. Демин // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2005. — Т. 4, № 4. — С. 60–65.
37. Белобородова, Н. В. Новые тенденции антимикробной терапии. Поиск методов оптимизации антимикробной терапии / Н. В. Белобородова // Бактериальные инфекции в стационаре: поиск новых решений: сб. науч. ст.; под ред. Н. В. Белобородовой. — М., 2005. — С. 87–89.
38. Шевченко, Ю. Л. Хирургическое лечение инфекционного эндокардита: монография / Ю. Л. Шевченко. — СПб.: Наука, 1995. — С. 230.

Поступила 09.10.2014

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 617.582+617.557]:616-007.43:612.751.3-007.17

ВИЗУАЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАХОВЫМИ И БЕДРЕННЫМИ ГРЫЖАМИ

В. В. Берещенко, А. Н. Лызиков, Н. Г. Шебушев, М. И. Чернобаев

Гомельский государственный медицинский университет

Проведен анализ частоты визуальных признаков дисплазии соединительной ткани (ДСТ) у пациентов с паховыми и бедренными грыжами. Более 30 % пациентов с паховыми грыжами имеют внешние проявления ДСТ. Чаще других органов поражается позвоночник и стопы.

Ключевые слова: дисплазия соединительной ткани, паховые грыжи, бедренные грыжи.

THE VISUAL SIGNS OF CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA IN PATIENTS WITH INGUINAL AND FEMORAL HERNIA

V. V. Bereschenko, A. N. Lyzikov, N. G. Shebushev, M. I. Chernobayev

Gomel State Medical University

The frequency of the visual signs of connective tissue dysplasia (CTD) in patients with inguinal and femoral hernia has been analyzed. More than 30 % of patients with inguinal hernia have symptoms of CTD. The spine and feet are affected most often than other organs.

Key words: connective tissue dysplasia, inguinal hernia, femoral hernia.

Введение

На сегодняшний день в плановой хирургии грыжесечение остается одной из самых распространенных операций и составляет до 24 % всех хирургических вмешательств [1, 2]. Грыжи встречаются у 2–7 % взрослого населения. Широкое внедрение современных методов герниопластики позволило снизить частоту рецидивов до 0,1–2 % [2, 3].

Основной причиной образования грыж передней брюшной стенки и их рецидивов является несоответствие внутрибрюшного давления и прочности мышечно-апоневротического каркаса передней брюшной стенки. В настоящее время, ряд авторов указывает на то, что в формировании грыж различных локализаций, в том числе и их рецидивов имеет значение состояние соединительной ткани больного. У пациентов с грыжами имеется дисбаланс в соотношении коллагена первого и третьего типа [4]. В связи с этим представляет интерес изучение маркеров ДСТ у людей с грыжами живота. Длительное время считалось, что эти признаки проявляются в детском и юношеском возрасте и носят врожденный характер [5, 6]. Однако по мере накопления результатов исследований пришло понимание, что ДСТ имеет место во всех возрастных группах и с возрастом частота ее увеличивается [7, 8]. В процессе роста и развития организма накапливаются дефекты в системе соединительной ткани: белках внеклеточного матрикса, ферментных системах, клетках и др. [9]. В то же время отдельные авторы считают образование грыжи как проявление ДСТ [10, 11, 12, 13].

Материалы и методы

Исследование проводилось среди пациентов с паховыми и бедренными грыжами, находящихся на лечении в хирургическом отделении ГУЗ «Гомельская городская больница № 4» в 2011–2013 гг. Пациенты были распределены

по полу, возрасту, рецидивам заболевания. Оценка ДСТ проводилась на основании внешних проявлений: астенического типа конституции, арахнодактилии, деформации грудной клетки и позвоночника, гипермобильности в суставах, наличия плоскостопия и варикозного расширения вен нижних конечностей. Изучены отдаленные результаты хирургического лечения данных пациентов на протяжении 2011–2014 гг.

Результаты и обсуждение

В течение 2011–2013 гг. в хирургическом отделении ГУЗ «Гомельская городская больница № 4» в плановом порядке оперировано 398 пациентов с различными грыжами передней брюшной стенки, что составило 66,89 % от общего числа операций в отделении на органах брюшной полости. Большинство пациентов (57,79 %) с паховыми и бедренными грыжами были лица трудоспособного возраста от 20 до 60 лет (таблица 1). Женщин — 39 (15,98 %), мужчин — 205 (84,02 %). По нозологическим формам имелось следующее распределение: косые паховые грыжи были у 19 (7,78 %) женщин и у 128 (52,46 %) мужчин; прямые паховые грыжи встречались у 18 (7,38 %) женщин и у 63 (25,82 %) мужчин. 13 (5,33 %) мужчин имели двухсторонние паховые грыжи. У женщин такая локализация грыж выявлена лишь в 1 случае (0,41 %). Пациентов с бедренными грыжами было только 2 (0,82 %), по 1 в обоих полах. У 2 пациентов было сочетание паховых и пупочных грыж.

Рецидивные паховые грыжи были у 22 (9,02 %) пациентов. Они чаще встречались у мужчин — 19 (86,36 %). Следует отметить, что 15 пациентам были до этого проведены операции с укреплением передней стенки пахового канала, у 7 пациентов выполнялась пластика задней стенки пахового канала (по Бассини или по Постемски). Большинство рецидивов (59,09 %) приходилось на возрастную категорию пациентов старше 61 года (таблица 2).

Таблица 1 — Распределение пациентов по полу и возрасту

| Возраст, лет | Мужчины | Женщины | Всего |
|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 20–25 | 3 (1,46 %) | 1 (2,56 %) | 4 (1,64 %) |
| 26–30 | 3 (1,46 %) | 1 (2,56 %) | 4 (1,64 %) |
| 31–40 | 18 (8,78 %) | 3 (7,69 %) | 21 (8,61 %) |
| 41–50 | 35 (17,07 %) | 7 (17,95 %) | 42 (17,21 %) |
| 51–60 | 63 (30,73 %) | 7 (17,95 %) | 70 (28,69 %) |
| 61–70 | 55 (26,83 %) | 8 (20,51 %) | 63 (25,82 %) |
| 71 и старше | 28 (13,67 %) | 12 (30,78 %) | 40 (16,39 %) |
| Всего | 205 (100 %) | 39 (100 %) | 244 (100 %) |

Таблица 2 — Рецидивные паховые грыжи

| Возраст, лет | Мужчины | Женщины |
|--------------|---------|---------|
| 20–40 | 1 | — |
| 41–60 | 6 | 2 |
| 61 и старше | 12 | 1 |
| Всего | 19 | 3 |

Изучение внешних проявлений ДСТ у пациентов с паховыми и бедренными грыжами позволило выявить определенные закономерности. Так, основные признаки ДСТ были у лиц старше 40 лет (таблица 3). Частота встречаемости не зависела от пола. У 92 (37,7 %) пациентов с грыжами

имелись внешние проявления ДСТ. У 27 (11,07 %) пациентов с ДСТ их было более двух. В совокупности, значительно преобладали поражения позвоночника и стопы (71,78 %), что можно связать со значительной механической нагрузкой на эти органы в процессе жизнедеятельности.

Таблица 3 — Внешние проявления ДСТ у пациентов с паховыми и бедренными грыжами

| Признак | Мужчины | | | Женщины | | |
|---|------------|--------------|---------------|------------|--------------|---------------|
| | 20–40 лет | 40–60 лет | старше 60 лет | 20–40 лет | 40–60 лет | старше 60 лет |
| Астенический тип конституции | 1 | 5 | 2 | — | 1 | 4 |
| Арахнодактилия | — | 2 | — | — | 1 | — |
| Воронкообразная деформация грудной клетки | — | 1 | — | — | — | — |
| Килевидная деформация грудной клетки | — | — | 3 | — | — | — |
| Сколиоз позвоночника | 1 | 11 | 7 | 1 | 15 | 12 |
| Гиперкифоз грудного отдела позвоночника | — | — | 2 | — | 1 | 2 |
| Гиперлордоз поясничного отдела | — | 2 | 4 | — | 3 | 3 |
| Синдром прямой спины | — | — | 1 | — | — | — |
| Спондилолистез | — | 2 | 6 | — | 8 | 7 |
| Гипермобильность суставов | — | 2 | — | 1 | 1 | — |
| Стрии на коже | — | — | 2 | — | 7 | 1 |
| Продольное или поперечное плоскостопие | 4 | 12 | 14 | 1 | 12 | 14 |
| Варикозно расширенные вены нижних конечностей | 1 | 7 | 6 | — | 5 | 4 |
| Всего | 7 (3,47 %) | 44 (21,78 %) | 47 (23,27 %) | 3 (1,49 %) | 54 (26,73 %) | 47 (23,27 %) |

Все пациенты были оперированы в плановом порядке. При паховых грыжах применялась пластика пахового канала по Лихтенштейну с использованием полипропиленового сетчатого эндопротеза («Эсфил», «Surumesh», «Арма-Тура»). При бедренных грыжах использовали пластику бедренного канала по Руджи-Парлаваччио с укреплением задней стенки пахового канала у мужчин по Лихтенштейну. За время наблюдения в 2011–2014 гг. рецидивов грыж не отмечено.

Заключение

Наиболее часто грыжи встречаются у мужчин в трудоспособном возрасте.

Более 30 % грыженосителей имеют различные признаки ДСТ, что должно учитываться при выполнении оперативного вмешательства.

При обнаружении признаков ДСТ необходимо провести углубленное предоперационное обследование пациентов с целью выявления висцеральных

проявлений ДСТ, особенно со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, снизив тем самым риск послеоперационных осложнений.

Определение признаков ДСТ у населения позволит сформировать группы риска диспансерного наблюдения с целью предупреждения и раннего выявления заболеваний, в основе которых лежат возрастные нарушения образования соединительной ткани.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Осложнения пластики пахового канала по Лихтенштейну / В. Н. Егиев [и др.] // Хирургия. — 2002. — № 7. — С. 37–40.
2. Laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) hernia repair. A 7-year two center experience in 3017 patients / S. A. Kapiris [et al.] // Surg. Endosc. — 2001. — Vol. 15. — P. 972–975.
3. Хирургическое лечение паховых грыж / А. А. Бочкарёв [и др.] // Сибирский медицинский журнал. — 2008. — № 4. — С. 53–55.
4. Classification and surgical treatment of incisional hernia. Results of an expert's meeting / M. Korenkov [et al.] // Langenbecks Arch. Surg. — 2001. — Vol. 386, № 1. — P. 65–73.
5. *Верещагина, Г. Н.* Системная дисплазия соединительной ткани. Клинические синдромы, диагностика, подходы к лече-

нию: метод. пособие для врачей / Г. Н. Верещагина. — Новосибирск: НГМУ, 2008. — 37 с.

6. Мутафьян, О. А. Пороки и малые аномалии сердца у детей и подростков / О. А. Мутафьян. — СПб.: СПбМАПО, 2005. — 480 с.

7. Кадурин, Т. И. Дисплазия соединительной ткани: рук-во для врачей / Т. И. Кадурин, В. Н. Горбунова. — СПб.: ЭЛБИ, 2009. — 714 с.

8. Нечаева, Г. И. Диагностика дисплазии соединительной ткани у лиц среднего и пожилого возраста в практике семейного врача / Г. И. Нечаева, И. А. Викторова, И. Ю. Калинина. // Рос. сем. врач. — 2004. — № 2(8). — С. 47–54.

9. Серов, В. В. Соединительная ткань (функциональная морфология и общая патология) / В. В. Серов, А. Б. Шехтер // М.: Медицина, 1981. — 312 с.

10. Дисплазия соединительной ткани: тактика ведения пациентов в условиях общей врачебной практики. Проект клинических рекомендаций. — М., 2013. — 20 с.

11. Диагностика и лечение наследственных и мультифакториальных нарушений соединительной ткани. Национальные клинические рекомендации. — Минск, 2014. — 69 с.

12. Дисплазия соединительной ткани и полиорганная патология у детей школьного возраста / К. Ю. Николаев [и др.] // Педиатрия. — 2006. — № 2. — С. 89–92.

13. Наследственные и многофакторные нарушения соединительной ткани у детей. Алгоритмы диагностики. Тактика ведения. Проект российских рекомендаций. — 2014. — 60 с.

Поступила 12.11.2014

УДК 618.2:616-008.9

ВЫЯВЛЕНИЕ И ОЦЕНКА КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БЕРЕМЕННЫХ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

О. Н. Кононова

Гомельский государственный медицинский университет

В настоящее время ожирение приняло масштабы эпидемии, в том числе у женщин молодого возраста. С целью изучения структуры и степени выраженности компонентов метаболического синдрома обследованы 143 беременные женщины с признаками абдоминального ожирения. Несмотря на большое количество научных изысканий, проблема МС у беременных нуждается в серьезных дальнейших исследованиях, направленных на раннюю диагностику, перинатальную профилактику и лечение для снижения сердечно-сосудистого риска.

Ключевые слова: метаболический синдром, абдоминальное ожирение, инсулинорезистентность.

THE IDENTIFICATION AND EVALUATION OF THE METABOLIC SYNDROME COMPONENTS IN PREGNANT WOMEN WITH ABDOMINAL OBESITY

O. N. Kononova

Gomel State Medical University

Currently, obesity has taken epidemic proportions, especially among young women. 143 pregnant women with signs of abdominal obesity have been examined in order to study the patterns and evidence levels of the metabolic syndrome components. Despite the large number of scientific studies, the problem of metabolic syndrome in pregnant women needs serious further research aimed at the early diagnosis, perinatal prevention and treatment to reduce cardiovascular risks.

Key words: metabolic syndrome, abdominal obesity, insulin resistance.

Введение

Экстрагенитальные заболевания у беременных представляют собой особую проблему как для терапевтов, так и для акушеров-гинекологов. Участие терапевта в ведении беременных является необходимым. Одновременно вынужденно повысился интерес акушеров к знанию патологии внутренних органов, поскольку наличие экстрагенитальных заболеваний не только определяет во многих случаях состояние женщины в период беременности, но, по данным разных авторов, с ними связаны 12–20 % материнской смертности и до 40 % перинатальной заболеваемости и смертности [1–4].

Исследователи все чаще обращают внимание на изучение проблемы метаболического синдрома (МС) как одной из основ множества социально значимых патологических состояний. В 2005 г. в Берлине на I Международном конгрессе по предиабету МС был назван пан-

демией XXI века. История изучения МС начинается с 1968 г., когда В.Н. Серов впервые ввел понятие «послеродовый нейро-эндокринный синдром», дав его объяснение. Лишь 20 лет спустя, в 1988 г. G. Reaven описал так называемый X-синдром, включающий артериальную гипертензию (АГ), дислипидемию, нарушение углеводного обмена и инсулинорезистентность (ИР) [5–7].

Позднее в понятие МС было включено ожирение [8], поскольку результаты проведенных в дальнейшем популяционных и эпидемиологических исследований показали выраженную связь между ожирением и другими компонентами МС. Все составляющие МС являются факторами риска возникновения заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Актуальность проблемы МС определяется как широкой его распространенностью — от 14 до 40 %, так и высоким риском развития сахарного диабета 2 типа (СД 2 типа), АГ, коро-