Since 1999
P - ISSN 2226-7425
E - ISSN 2412-9437
The journal of scientific articles
Health & millennium Education
Журнал научных статей
Здоровье и в XXI веке образование

УДК 617-089.844
http://dx.doi.org/10.26787/nydha-2226-7425-2019-21-1-99-102

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВЫХ РАН У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Стяжкина С.Н., Федоров В.Г., Емельянова А.М., Матусевич А.Е., Иноземцева Е.А., Субаев Ф.Ф.
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия», г. Ижевск, Российская Федерация

Аннотация*. Проблема синдрома дисплазии соединительной ткани в настоящее время становится все более и более актуальна по причине ее высокой распространенности. Проблема синдрома дисплазии соединительной ткани подразумевает под собой системность поражения, то есть различной степени выраженности изменения в структуре живых тканей, влекущие за собой серьезные последствия, что обусловливает актуальность данной патологии для многих областей медицины. Данная патология стала объектом внимания у больных с глубокими, крайне тяжело заживающими, послеожоговыми ранами, ввиду того что дисплазия соединительной ткани, как правило, оказывает неблагоприятное влияние на заживление послеожоговых ран. Такие больные нуждаются в более длительной комплексной терапии и реабилитации в стационарных условиях, чем пациенты с послеожоговыми ранами без синдрома дисплазии соединительной ткани.*
В научной работе представлено гистологическое исследование степени тяжести дисплазии соединительной ткани на примере микроскопического исследования расщепленного кожного лоскута, взятого в ходе аутодермопластики у больных с глубокими ожогами, установлены корреляционные связи между выявленными изменениями и степенью тяжести дисплазии соединительной ткани и описание клинического случая послеожоговой раны.
Ключевые слова*: комбустиология, кожный лоскут, дисплазия соединительной ткани, ожог, аутодермопластика.*

ACTUAL PROBLEMS OF TREATMENT OF BURN WOUNDS IN CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA SYNDROME

Stjazhkina S.N., Fedorov V.G., Emel'janova A.M., Matusevich A.E., Inozemceva E.A., Subaev F.F.
Izhevsk state medical academy, Izhevsk, Russian Federation

Annotation. *The problem of connective tissue dysplasia syndrome is now becoming more urgent due to its high prevalence. This problem of connective tissue dysplasia syndrome implies a systemic lesion, that is, varying degrees of severity of changes in the structure of living tissues, leading to serious consequences. This causes the spread of this pathology in many areas of medicine. This pathology has become the object of attention in patients with deep burns, due to the fact that connective tissue dysplasia usually has an adverse effect on the healing of burn wounds. These patients need longer complex therapy and rehabilitation in stationary conditions than patients with burn wounds without connective tissue dysplasia syndrome. The article presents a histological study of the severity of connective tissue dysplasia on the example of microscopic examination of a split skin flap taken during autodermoplasty in patients with deep burns, establishment of correlations between the revealed changes and severity of connective tissue dysplasia and description of the clinical case of burn wound.*
Key words: *combustiology, skin flap, connective tissue dysplasia, burn, autodermoplasty.*

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

[1] Яковлев В.М., Нечаев Г.И., Мартынов А.И., Викторова И.А. Дисплазия соединительной ткани в практике врачей первичного звена здравоохранения: Руководство для врачей. М.: КСТ Интерфорум. 2016; 520
[2] Аббакумова Л.Н. Клинические формы дисплазии соединительной ткани у детей / Л.Н. Абакумова. - СПб.: ГПМА, 2006. - 36 с.
[3] Нечаева Г.И., Мартынов А.И. Дисплазия соединительной ткани: сердечно-сосудистые изменения, современные подходы к диагностике и лечению. Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство». 2017; 400.

REFERENCES

[1] Jakovlev V.M., Nechaev G.I., Martynov A.I., Viktorova I.A. Connective tissue dysplasia in the practice of primary care physicians: a guide for physicians. M.: KST Interforum. 2016; 520
[2] Abbakumova L.N. Clinical forms of connective tissue dysplasia in children / L.N. Abakumova. - SPb.: GPMA, 2006. - 36.
[3] Nechaeva G.I., Martynov A.I. Connective tissue dysplasia: cardiovascular changes, modern approaches to diagnosis and treatment. Moscow: OOO «Izdatel'stvo «Medicinskoe informacionnoe agentstvo». 2017; 400.

[4] Нечаева Г.И., Дрокина О.В., Мартынов А.И., Логинова Е.Н., Друк И.В., Лялюкова Е.А., Вершинина М.В. Основы курации пациентов с дисплазией соединительной ткани в первичном звене здравоохранения. Терапия. 2015; 1:29—36.

[5] Мартынов А.И., Нечаева Г.И., Акатова Е.В., Вершинина М.В., Викторова И.А., Громова О.А., Дрокина О.В., Друк И.В., Дубилей Г.С., Ильиных А.А., Кудинова Е.Г., Лисиченко О.В., Логинова Е.Н., Лялюкова Е.А., Нагаева Т.А., Надей Е.В., Плотникова О.В., Пономарева Д.А., Семенкин А.А., Смольнова Т.Ю., Степура О.Б., Суворова А.В., Трошин И.Ю., Шупина М.И., Яковлев В.М. Национальные рекомендации Российского научного медицинского общества терапевтов по диагностике, лечению и реабилитации пациентов с дисплазиями соединительной ткани // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2016. №1.

[4] Nechaeva G.I., Drokina O.V., Martynov A.I., Loginova E.N., Druk I.V., Ljaljukova E.A., Vershinina M.V. Fundamentals of curation of patients with connective tissue dysplasia in primary health care. Therapy. 2015; 1:29—36.

[5] Martynov A.I., Nechaeva G.I., Akatova E.V., Vershinina M.V., Viktorova I.A., Gromova O.A., Drokina O.V., Druk I.V., Dubilej G.S., Il'inyh A.A., Kudinova E.G., Lisichenko O.V., Loginova E.N., Ljaljukova E.A., Nagaeva T.A., Nadej E.V., Plotnikova O.V., Ponomareva D.A., Semenkin A.A., Smol'nova T.Ju., Stepura O.B., Suvorova A.V., Troshin I.Ju., Shupina M.I., Jakovlev V.M. National recommendations of the Russian scientific medical society of therapists on diagnosis, treatment and rehabilitation of patients with connective tissue dysplasia // Medicinskij vestnik Severnogo Kavkaza. 2016. №1.

Дисплазия соединительной ткани — это генетически детерминированное состояние, характеризующееся дефектами волокнистых структур и основного вещества соединительной ткани, приводящее к нарушению формообразования органов и систем, имеющее проградиентное течение, что определяет особенности ассоциированной патологии, а также фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных средств [1].

Дисплазия соединительной ткани является актуальной проблемой современного общества, данная патология диагностируется в России достаточно часто: соотношение здоровых людей к лицам, страдающих дисплазией соединительной ткани составляет около 1:5, 8,5% в выборке из 400 человек [3-5].

Критическим периодом проявлений дисплазии соединительной ткани является подростковый возраст, когда прирост количества признаков несостоятельности соединительной ткани может составлять более 300%. Как правило, у абсолютного большинства пациентов с дисплазией соединительной ткани в возрасте старше 35 лет риск появления нового признака минимален: в данной возрастной группе основную проблему составляют осложнения диспластических синдромов, определяющие инвалидизацию пациентов и летальные потери в группе. Для оценки степени тяжести дисплазии соединительной ткани в клинической практике используются сводные таблицы оценки степени тяжести мезенхимальной дисплазии, где конкретным внешним фенотипическим проявлениям диспластического процесса присвоен балл. Сумма баллов формирует целое число, которое и является математическим проявлением степени тяжести дисплазии соединительно ткани [4].

При анализе литературных источников нами не было выявлено данных о закономерностях между гистологической картиной кожного лоскута у больных с глубокими ожогами и степенью тяжести дисплазии соединительной ткани. Изучение данных связей представляет клинический интерес, так как больные с дисплазией соединительной ткани требуют особого комплексного подхода к лечению, более длительной и серьезной реабилитации.

Цель исследования. Изучить гистологическую картину дисплазии соединительной ткани различной степени тяжести на примере микроскопического исследования расщепленного кожного лоскута, взятого входе аутодермопластики у больных с глубокими ожогами. Установить связь между выявленными гистологическими изменениями и степенью тяжести дисплазии соединительной ткани. Определить возможность применения полученных результатов в практической деятельности ожогового отделения.

Материалы и методы. Нами обследовано 63 больных с глубокими ожогами кожных покровов различной локализации и площадью в пределах 9-18%. Средний возраст больных составил 53,57±3,52 года. В программу исследования пациентов вошло патогистологическое исследование расщепленного кожного лоскута, взятого в ходе аутодермопластики интраоперационно и изучение внешних фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани и их оценка по балльной шкале Л.Н. Аббакумовой [2]. Для окраски микропрепаратов использовалась импрегнация серебром и окраска гематоксилин – пикрофуксином.

Балльная шкала оценки значимости отдельных фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани Л.Н. Аббакумовой включает в себя 40 признаков. Определение степени выраженности дисплазии производится по сумме баллов этих признаков. При первой степени тяжести дисплазии соединительной ткани сумма баллов не превышает 12, умеренная степень тяжести от 12 до 23 баллов. Выраженная степень тяжести определяется при сумме баллов 24 и более.

Результаты и их обсуждение. В нашем исследовании было выделено 2 группы пациентов. В первую группу вошли лица у кого отсутствуют

фенотипичсские проявления дисплазии. Во второй группе оказались пациенты с дисплазией соединительной ткани различной степени тяжести. Обе группы были подвергнуты общему осмотру. При общем осмотре группы пациентов с дисплазией соединительной ткани нами были выявлены фенотипические признаки дисплазии соединительной ткани в виде малых аномалий развития и врожденных пороков развития органов и систем. Всего выявлено 127 признаков (в среднем 4,12 признака на одного больного), наиболее часто встречаются такие признаки как: готическое небо, приросшая мочка, плоскостопие, неправильный рост зубов.

При оценке степени тяжести дисплазии соединительной ткани выявлено, что у 20 пациентов феномен дисплазии соединительной ткани выражен в крайней степени («тяжелая» дисплазия, более 24 баллов по шкале Л.Н. Аббакумовой, 2006), у 16 больных дисплазия соединительной ткани выражена умеренно (от 12 до 23 баллов, включительно по шкале Л.Н. Аббакумовой, 2006), у 7 больных дисплазия соединительной ткани выраженна в легкой степени (менее 12 баллов по шкале Л.Н. Аббакумовой, 2006).

При патогистологическом исследовании расщепленного кожного лоскута, взятого в ходе аутодермопластнки у больных с глубокими ожогами с дисплазией соединительной ткани выраженной степени тяжести слабо развита аргирофильная сеть, отсутствие придатков кожи, атрофия эпидермиса, фиброз дермы. При патогистологическом исследовании биоптатов расщепленного кожного лоскута, взятого в ходе аутодермопластики у больных с глубокими ожогами с дисплазией соединительной ткани средней степени тяжести отмечается: превалирование молодой грануляционной ткани, разная ориентированность коллагенновых волокон дермы, преобладает сглаженность сосочкового слоя дермы. У пациентов с легкой степенью тяжести дисплазии соединительной ткани при микроскопическом исследовании в биоптате обнаруживается преобладание грануляционной ткани, многослойный плоский ороговевающий эпителий.

Таким образом, по результатам нашего исследования можно сказать, что существует явная зависимость между степенью выраженности дисплазии соединительной ткани и гистологической картиной при ожогах. Имея представление об этом, можно говорить о том, что наша работа может найти широкое применение в практической медицине.

Среднее количество койко-дней составило 41,95±4,77. Нахождение пациентов с дисплазией выраженной степени тяжести составило 48,44±2,23 койко-дней. Пациенты с дисплазией средней и легкой степенью тяжести провели в стационаре 39,0±1,53 и 35,5±1,17 соответственно. Из этого делаем выводы, что пациенты с выраженной степенью дисплазии нуждаются в более длительном лечении и реабилитации в стационарных условиях. Антибиотиком выбора был цефтриаксон, он применялся в 63% случаев.

Также рассмотрим клинический случай длительно не заживающей послеожоговой язвы.

Больная К., 1956 года рождения, поступила 11.08.14 в БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» с диагнозом:

Основной: Гнойно-некротическая длительно не заживающая послеожоговая язва левой ягодичной области.

Сопутствующие заболевания: Артериальная гипертензия III стадии, 3 степени, риск 3. ИБС. Стабильная стенокардия напряжения, функциональный класс 2. ХСН I-IIA. Сахарный диабет 2 типа. Деформирующий остеоартроз левого коленного сустава II-III стадии. Деформирующий остеоартроз левого тазобедренного сустава II-III стадии. Ожирение 2 стадии (ИМТ – 38,2 кг/м^2). Состояние после радикальной тиреоидэктомии. Состояние после комплексного лечения лучевой терапии метастазов костей таза.

Предъявляла жалобы на наличие длительно не заживающей язвы левой ягодичной области с гнойным отделяемым, на стойкую интенсивную боль в ягодичной области, без иррадиации, колющего характера. Повышение температуры тела до 37°С.

В 1999 году находилась на хирургическом лечении БУЗ УР «РКОД им. С.Г. Примушко МЗ УР» по поводу опухоли правой молочной железы. Там же была проведена экстирпация правой молочной железы, с последующим наблюдением в онкологическом диспансере.

В 2010 году было обнаружено объемное образование в щитовидной железе. Был проведен курс лучевой терапии, в том числе на кости таза по причине гематогенного метастазирования. Произведена тиреоидэктомия по поводу рака щитовидной железы.

В ноябре 2013 года после термического ожога в области левой ягодичной области появился рана, которая позже увеличилась в размерах и приобрела форму послеожоговой не заживающей язвы.

Для верификации диагноза были выполнены:

1. Обзорная рентгенография костей таза от 31.09.2014 г:

На рентгенограмме костей таза в прямой проекции отмечается дефект костной ткани крыла левой подвздошной кости размером 10х4,5 см, контуры четкие, неровные, овальной формы. В проекции правой и левой подвздошных костей неоднородные склерозированные очаги, склонные к слиянию, справа размером 5,5х8,0 см и слева 3,0х4,0 см. В мягких тканях на уровне верхней левой передней подвздошной ости определяется секвестр размерами 10х3,5 см.

Заключение: необходимо дифференцировать между метастазами и остеомиелитом крыла подвздошной кости.

2. КТ-исследование области таза от 07.10.14 г:

В мягких тканях с обеих сторон выявляются фиброзные изменения, на фоне которых множественные обызвествления – постинъекционные изменения. Справа отмечается неравномерное утолщение кожи, послеоперационные дефект мягких тканей, заполненный негомогенным жидкостным содержимым, отмечается умеренная инфильтрация окружающих мягких тканей. В костях таза, крестце, нижнепоясничном отделе позвоночника на уровне обследования очаговых изменений, подозрительных на метастазы не выявлено.

Заключение: убедительных данных за онкопатологию в зоне исследования не выявлено. Постинъекционные изменения обеих ягодичных областей. Послеоперационные изменения левой ягодичной области, не исключается нагноение, абсцедирование процесса.

Локальный статус: имеется рана в левой ягодичной области с гнойно-серозным отделяемым. Размеры 9х11 см. Глубина 5-7 см. Имеется некроз в дне раны – раневой детрит. Дном являются жизнеспособные мышцы с налетом фибрина. Некроз мышцы отсутствует.

Полный анализ крови от 12.08.2014 г: Эритроциты $3{,}8x10^{12}$/л, Гемоглобин 101 г/л, Лейкоциты $6{,}7x10^{9}$, ЦП 1,06, Эозинофилы 2%, Палочкоядерные нейтрофилы 0%, Сегментоядерные нейтрофилы 60%, Лимфоциты 32%, Моноциты 6%, СОЭ 3 мм/ч, Тромбоциты $241x10^{9}$/л

Биохимический анализ крови от 12.08.2014: Билирубин общий 11,0 мкмоль/л, АСТ 12,4 ЕД/л, АЛТ 12 ЕД/л, Креатинин 73 мкмоль/л, Мочевина 4,4 ммоль/л.

Полный анализ мочи от 12.08.2014 г: Диастаза 16 ЕД, Цвет – желтый, прозрачный, Удельный вес 1015 г/л, Белок 0 г/л, Лейкоциты 1-2 в поле зрения, Эпителиальные клетки 1-2 в поле зрения.

При осмотре данной пациентки были выявлены следующие фенотипические признаки дисплазии соединительной ткани: сколиоз грудного отдела позвоночника, двустороннее поперечное плоскостопие 2 степени, вальгусная деформация I плюснефаланговых суставов обеих стоп, участки депигментации кожи на передней поверхности голени левой нижней конечности.

На основании данного клинического примера можно сделать следующее заключение:

1) Гнойно-некротическая длительно не заживающая послеожоговая язва левой ягодичной области развилась на фоне дисплазии соединительной ткани, сахарного диабета 2 типа и применения лучевой терапии.
2) Проведена иммуномодулирующая терапия «Ронколейкином» подкожно 0,5 мг 1 раз в сутки каждые 3 дня, курсом на 3 инъекции.
3) Проведено хирургическое лечение: некроэктомия мягких тканей левой ягодичной области.

Выводы:

1) Проблема синдрома дисплазии соединительной ткани приобретает все большую актуальность, в связи со своей широкой распространенности, и является одной из ведущих причин хронических заболеваний XXI века.
2) Установлено, что существует явная зависимость между степенью выраженности дисплазии соединительной ткани, клиникой и гистологической картиной при ожогах.
3) Пациенты с выраженной степенью дисплазии соединительной ткани по шкале Л.Н. Аббакумовой нуждаются в более длительном лечении и реабилитации в стационарных условия.
4) Комплексное лечение при ожогах у больных с дисплазией соединительной ткани должно в себя включать иммуномодулирующий компонент. В нашем исследовании использовался «Ронколейкин» подкожно 0,5 мг 1 раз в сутки каждые 3 дня, курсом на 3 инъекции.