# АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ВПРАВИМОЙ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖИ У ПАЦИЕНТА С ДИСПЛАСТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

ANALYSIS OF A CLINICAL CASE OF A VALID UMBILICAL HERNIA IN A PATIENT WITH DYSPLASTIC SYNDROME

**Стяжкина Светлана Николаевна** - доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии, Ижевская государственная медицинская академия, г.Ижевск

**Уракова Анастасия Витальевна** - студент, Ижевская государственная медицинская академия, г.Ижевск

**Теркулова Айна Айдеровна** - студент, Ижевская государственная медицинская академия, г.Ижевск

**Styazhkina S.N.** phac-surg@igma.udm.ru

**Urakova A.V.** Panterikan@mail.ru

**Terkulova A.A.** terkulova.ayna@mail.ru

**Аннотация**

Дисплазия соединительной ткани представляет собой уникальную аномалию развития организма, включающую большую гетерогенную группу состояний, которая относится к числу сложных вопросов современной медицины. В статье представлен обзор литературы, посвященной определению, патогенезу, классификациям, общим подходам к диагностике и лечению дисплазии соединительной ткани. Рассматриваются причины развития дисплазии соединительной ткани, описываются клинические формы. Приводятся данные о распространенности дисплазии соединительной ткани в зависимости от поражения органов и систем. Системность поражения обусловлена широким распространением в организме самой соединительной ткани. Ведущее место

отводится клинической оценке недифференцированной формы соединительнотканной дисплазии. Описан клинический случай пациента с этой патологией [1, с. 13].

**Annotation**

Connective tissue dysplasia is a unique developmental abnormality of the body, including a large heterogeneous group of conditions, which is one of the complex issues of modern medicine. The paper provides an overview of the literature on the definition, pathogenesis, classifications, general approaches to the diagnosis and treatment of connective tissue dysplasia. Causes of connective tissue dysplasia development are considered, clinical forms are described. Data are given on the prevalence of connective tissue dysplasia depending on organ and system lesions. The systemic nature of the lesion is due to the wide spread in the body of the connective tissue itself. The leading position is given to clinical evaluation of undifferentiated form of connective tissue dysplasia. Described is a clinical case of a patient with this pathology [1, p. 13].

**Ключевые слова:** дисплазия соединительной ткани, грыжа передней брюшной стенки, вправимая пупочная грыжа.

**Keywords:** connective tissue dysplasia, anterior abdominal wall hernia, adjustable umbilical hernia.

Исследование охватывает детальное изучение истории болезни пациента, находящегося на лечении в хирургическом отделении в БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница» МЗ УР в 2021 году с подтверждённой частично вправимой пупочной грыжей.

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) – генетически детерминированное нарушение развития соединительной ткани, приводящее к изменению ее структуры и функций и реализующееся в клиническом многообразии фенотипических признаков и органных проявлений [2, с. 80].

Клинические проявления ДСТ во многом связаны с ведущим клиническим синдромом, затрагивающим ту или иную систему организма. Одни из самых

часто встречаемых синдромов при ДСТ: синдромы патологии пищеварительной системы, синдром гипермобильности суставов, синдром остеопатии [3].

Патология мышечной системы проявляется гипотрофией, гипотонией мышц, диастазом прямых мышц живота, абдоминальными грыжами [4].

Основным клиническим проявлением гипермобильности суставов является поражение опорно-двигательного аппарата в виде артралгий (полиартралгий), ассоциированных с физической нагрузкой. Наиболее часто в процесс вовлекаются коленные и голеностопные суставы [5].

Клинический пример: Больной Б., 62 года обратился за помощью 01.04.2021 в БУЗ УР «РКБ 1» МЗ УР с жалобами на объёмное образование в области пупка. Считает себя больным около 2 лет, когда стал замечать выпячивание в области передней стенки живота. За медицинской помощью не обращался, с течением времени образование увеличилось, появились ноющие боли, усиливающиеся после нагрузки. В 2021 году проходил консультацию у хирурга с последующим выставлением диагноза и рекомендацией планового оперативного лечения. 01.04.2021 поступил в хирургическое отделение БУЗ УР «РКБ 1» МЗ УР на плановую операцию, где находился на стационарном лечении в течение 6 дней.

Из анамнеза известно, что у пациента Б. есть проявления диспластического синдрома: полиостеоартроз; артралгия правого коленного сустава, по поводу чего было произведено тотальное эндопротезирование правого коленного сустава в 2017 году в г. Санкт-Петербург; также спустя 2 года было сделано тотальное эндопротезирование левого коленого сустава. Пациент связывает данную патологию со спортивной травмой юности.

Также пациент Б. имеет сопутствующий диагноз – артериальная гипертония 2 степени, хроническая болезнь сердца, стенокардия нагрузки.

При поступлении состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет. Перкуторный звук легочной, ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 130/80 мм.рт.ст., пульс 72 удара в мин. Язык влажный, налёта нет. Живо не вздут, участвует в акте дыхания, при

пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги, не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Лепене, Ортнера отрицательные. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Шумы кишечной перистальтики выслушиваются. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон. Отёков нет.

St. localis: в области пупка грыжевое выпячивание 10*8*6 см, мягко-эластической консистенции, безболезненное при пальпации, частично вправимое в брюшную полость. Симптом кашлевого толчка положительный. Грудные железы, лимфатические узлы, щитовидная железа без особенностей. Ректальное исследование: объёмных образований не пальпируется, кал коричневого цвета.

Перед плановой госпитализацией были найдены следующие изменения в биохимическом анализе крови: повышены мочевая кислота, креатинин, щелочная фосфатаза. В анализе мочи все показатели в пределах нормы.

23.03.2021 больным Б. пройдена рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции, в который выявилось: изменение миокарда; атеросклероз аорты; перибронхиальный фиброз; признаки врождённого короткого пищевода.

На основании жалоб и анамнеза 02.04.2021 в 09:20 была произведена плановая аллогерниопластика.

В процессе операции под комбинированной анестезией выполнен разрез кожи и клетчатки, окаймляющей пупок, над грыжевым выпячиванием, обнажён апоневроз. Выделен грыжевой мешок, 6*6*5 см, иссечён. Дефект в апоневрозе до 2*2 см. Выполнена пластика грыжевых ворот сетчатым эндопротезом IPOM. Контроль гемостаза – сухо. Рана послойно ушита, обработана спиртовым раствором, наложена асептическая повязка.

Были назначены препараты, купирующие болевой синдром. Была проведена дезинтоксикационная терапия, антибиотикотерапия.

Проведенный комплекс лечения дал положительную динамику. Состояние пациента улучшилось: отсутствие выпячивания в области передней брюшной

стенки. Показаний к дальнейшему пребыванию в стационаре нет. Пациент выписан на этапе восстановления здоровья.

Заключение: дисплазия соединительной ткани является часто встречающейся патологией среди пациентов хирургического отделения, так как именно при данном нарушении возникают осложнения, которые требуют хирургического лечения. Но и после хирургических вмешательств крайне высок риск рецидивов. ДСТ характеризуется множеством фенотипических признаков, у одного пациента может быть несколько проявлений этой патологии. Дисплазия соединительной ткани имеет благоприятный прогноз при условии своевременной диагностики и правильного лечения [6].

**Литература:**

1. Викторова И.А. Дисплазия соединительной ткани: особенности амбулаторного ведения пациентов в различных возрастных периодах. Лечащий врач. 2017; 9: 13.
2. Земцовский Э.В. Диспластические синдромы и фенотипы. Диспластическое сердце. СПб.: Ольга; 2015: 80.
3. Стяжкина С.Н., Егорова Э.Е. Статистика заболеваемости дисплазией соединительной ткани // Международный студенческий научный вестник. – 2016. – № 6.; URL: http://eduherald.ru/ru/article/view?id=16764 (дата обращения: 13.04.2021).
4. Стяжкина С.Н., Никитина Е.Г., Корякина А.И. Дисплазия соединительной ткани у больных хирургического профиля // Современные научные исследования и инновации. 2019. № 4 [Электронный ресурс]. URL: https://web.snauka.ru/issues/2019/04/89031 (дата обращения: 13.04.2021).
5. Кандакова А.М., Печникова М.В., Валиева М.Х. [и др.] Послеоперационные грыжи в хирургии // Интернаука: электрон. научн. журн. 2017. № 4(4). URL: https://internauka.org/journal/stud/nauchnyy-zhurnal-(дата обращения: 13.04.2021).
6. Кадурина, Т. И. Дисплазия соединительной ткани: руководство для врачей / Т. И. Кадурина, В. Н. Горбунова. – СПб.: Элби-СПб, 2009

**Literature**

1. Viktorova I.A. Connective tissue dysplasia: features of outpatient management of patients in various age periods. The attending physician. 2017; 9: 13-21.
2. Zemtsovsky E.V. Dysplastic syndromes and phenotypes. Dysplastic heart. St. Petersburg: Olga; 2015: 80.
3. Styazhkina S.N., Egorova E.E. Statistics of the incidence of connective tissue dysplasia//International Student Scientific Bulletin. – 2016. – № 6.; URL: http://eduherald.ru/ru/article/view?id=16764 (case date: 13.04.2021).
4. Styazhkina S.N., Nikitina E.G., Koryakina A.I. Connective tissue dysplasia in patients of surgical profile//Modern scientific research and innovations. 2019. No. 4 [Electronic Resource]. URL: https://web.snauka.ru/issues/2019/04/89031 (case date: 13.04.2021).
5. Kandakova A.M., Pechnikova M.V., Valieva M.H. [and others] Postoperative hernias in surgery//Internauka: electron. scientifically. magazine. 2017. № 4(4). URL: https://internauka.org/journal/stud/nauchnyy-zhurnal- (case date: 13.04.2021).
6. Kadurina, T. I. Dysplasia of connective tissue: a guide for doctors/T. I. Kadurina, V. N. Gorbunova. - St. Petersburg: Elby-St. Petersburg, 2009