

TVT-О имели изолированную антистрессовую операцию. У остальных одновременно выполнялись одна или более операции по поводу пролапса тазовых органов. По данным послеоперационного осмотра, включающего кашлевую пробу, не наблюдалось никаких различий между группами в частоте излечения от СНМ (100 % в обеих группах). Субъективное излечение также наблюдалось практически с одинаковой частотой в группах TVT и TVT-О (96,8 % и 95 %, $p=0,674$). В группе TVT несколько чаще отмечались симптомы обструктивного мочеиспускания (9,7 % и 5 %, $p=0,903$) и императивные позывы (12,9 % и 5 %, $p=0,657$). Шкалы оценки опросника по качеству жизни до и после операции показали значительное улучшение качества жизни в обеих группах.

Костючек Д. Ф., Клюковкина А. С.

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И. И. Мечникова, Россия

Средние различия между шкалами до и после операции составили 53,25 % в группе TVT и 61,5 % в группе TVT-О ($p=0,220$).

Заключение. Операции TVT и TVT-О имеют практически одинаковые как объективные, так и субъективные результаты. Кроме того, TVT-О может иметь некоторые преимущества, связанные с меньшей частотой послеоперационных осложнений, таких как обструктивное мочеиспускание и императивные позывы, что, в свою очередь, может улучшать показатели качества жизни. Для более достоверной оценки результатов необходимо проведение дальнейших, особенно рандомизированных контролируемых исследований, с вовлечением большего числа пациентов и более длительным послеоперационным наблюдением.

ЗНАЧЕНИЕ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЭЛОНГАЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Актуальность. Пролапс гениталий (ПГ) – актуальная клиническая и хирургическая проблема. Частота рецидивов при хирургическом лечении осложненных форм достигает 33 %. Элонгация шейки матки (ЭШМ), как одна из форм ПГ не диагностируется на ранних этапах. Имеются данные о значении недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) в развитии ПГ.

Материал и методы. Проведено клиничко-морфологическое, иммуногистохимическое исследование с изучением значения НДСТ в развитии ЭШМ. Обследовано 158 больных с ЭШМ 1 – 3 степени в двух возрастных группах (до и после 45 лет). Оперативное лечение: манчестерская операция – 122 наблюдения, влагалищная экстирпация матки – 26, экстирпация культи шейки матки – 10.

Результаты. Анкетированием у всех больных выявлены главные и второстепенные признаки НДСТ. Главные признаки ДСТ (пролапс гениталий у родственников первой линии, варикозная

болезнь, геморрой, аллергопатия, стремительные роды) выявлены у 50 % больных I группы и у 100 % – 2 гр. При 1 – 2 степени ЭШМ имелась 1 степень, при 3 – 2 степень ДСТ. Гистологическим исследованием шейки матки установлено нарушение архитектоники, топографии соединительной, мышечной тканей, сосудов, коллагенизация аргирофильных волокон, атрофия мышечной ткани. Иммуногистохимически установлены качественные и количественные нарушения накопления и распределения коллагенов I, III, IV типов. Комплекс данных процессов подтверждает наличие НДСТ и приводит к неполноценности шейки матки.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о патогенетическом значении НДСТ в развитии ЭШМ, что определяет необходимость выявления ее клинических признаков для коррекции, стабилизации процесса, улучшения результатов оперативного лечения.

Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Петрова В.Д., Муравьева Т.Г., Евсюкова Л.В., Путиловский М. А.

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии, Москва, Россия

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ И НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ

Актуальность. Пролапс гениталий, особенно у молодых женщин после единственных неотягощенных родов при сохраненном гормональном фоне и отсутствии факторов, препятствующих повышению внутрибрюшного давления, является частым про-

явлением генерализованной дисплазии соединительной ткани на уровне репродуктивной системы. Наследование дефектов соединительной ткани касается в первую очередь синтеза коллагена, как основного структурообразующего компонента соеди-

нительной ткани. Механические свойства связок определяются наличием коллагенов разных типов. Основную структурную роль играют коллагены I и III типов. Иммуногистохимическое исследование связок при ДСТ различной выраженности, показало, что коллаген I и III типов экспрессировался в достаточном количестве и выявлялся иммуногистохимически. Однако оба основных структурных коллагена не образовывали типичной пространственной структуры. У большинства пациенток, особенно при ДСТ тяжелой и средней степени выраженности, коллаген I и III типов замещался коллагеном IV типа, который становился структурным элементом исследуемых структур - связок и апоневроза. Эластические свойства коллагена IV типа, как нового структурообразующего коллагена, вызывало нарушение механических свойств связок, которые становились эластичными, высокоэластичными.

Материал и методы. Метод оперативного лечения у женщин со сниженной прочностью фиксирующего аппарата матки предполагал ликвидацию пролапса гениталий и профилактику его рецидива в будущем. Выполняя «базовую» гинекологическую операцию - экстирпацию матки, вагинопексию производили синтетическим (проленовым) материалом (Gyne Mesh или Gyne Mesh soft). MESH-вагинопексия, в качестве базовой операции, произведена у 14(13,5%) из 104 пациенток с ДСТ. У 16 (15,4%) произведена влагалищная экстирпация матки, пластика передней стенки влагалища с применением синтетического протеза и петлевая пластика TVT (или TVT-O). У 17(16,3%) производилась пластика передней стенки влагалища с применением синтетического протеза (проленовая сетка Gyne Mesh или Gyne Mesh soft) с кольпоперинеолеваторопластикой и петлевой пластикой TVT (TVT-O). У 3(2,9%) пациенток произведена Манчестерская операция и петлевая пластика TVT. У 7(6,7%) больных произведена пластика передней стенки влагалища, TVT и кольпоперинеолеваторопластика. Таким образом, у 10 пациенток с ДСТ, планирующих беременность и роды, произведены нерадикальные хирургические вмешательства.

Результаты. Мы считаем целесообразным использование синтетических материалов у пациенток с ДСТ, что объясняется несостоятельностью собственных тканей, выраженностью пролапса гениталий (у 61,9 % женщин – полное и неполное выпадение матки), высоким риском развития рецидива ОиВВПО. Выполнение нерадикальных оперативных вмешательств у пациенток с врожденной несостоятельностью соединительной ткани объяснялось молодым возрастом женщин, желанием сохранить менструальную и репродуктивную функции.

Для профилактики прогрессирования ректоцеле после основного этапа операции, при чре-

восечении производилась облитерация Дугласова пространства и кольпоперинеолеваторопластика. Известно, что серьезной проблемой в отдаленный период после гистерэктомии у больных с несостоятельностью тазового дна и опущением стенок влагалища являлось прогрессирование ректо-цистоцеле или энтероцеле. Поэтому при выборе метода оперативного лечения у больных с ДСТ, предпочтение отдавалось методам коррекции с более жесткой фиксацией с обязательным выполнением дополнительного (второго) этапа операции.

При влагалищных вмешательствах антистрессовая операция выполнялась одномоментно, пациенткам после чревосечения – в отсроченном периоде. Влагалищную гистерэктомию у пациенток с ДСТ целесообразно дополнять пластикой стенок влагалища с применением синтетических протекторов или сакровагинопексией, в связи с высоким риском выпадения купола влагалища в течение ближайших первых трех лет после операции. Эффективность оперативного лечения высокая. Нами оценены результаты оперативной коррекции через 1, 3 и 5 лет. Рецидивов пролапса гениталий после вагинопексии синтетическим лоскутом не выявлено ни в одном случае.

Оценка эффективности Манчестерской операции и TVT произведена через 3 года после лечения у трех женщин. Все пациентки мочу удерживают, рецидива пролапса не выявлено. У 7 больных после пластики передней стенки влагалища, TVT и кольпоперинеолеваторопластики прослежены результаты лечения в сроках от 1 года до 4 лет. У двух больных имеется умеренное опущение передней стенки влагалища. Симптомов стрессовой инконтиненции не выявлено, показаний для хирургической коррекции по поводу пролапса гениталий нет.

Результаты оперативного лечения у 16 пациенток после пластики передней стенки влагалища с применением синтетического протектора и влагалищной гистерэктомии с пластикой передней стенки влагалища с применением синтетических материалов прослежены в течение 1-3 лет. Все пациентки мочу удерживают. У 6 больных имеются симптомы гиперактивного мочевого пузыря, по поводу чего проводится соответствующая терапия. У 3 диагностирована эрозия передней стенки влагалища, что потребовало наложения вторичных швов. У 17 женщин, после перенесенной пластики передней стенки влагалища с применением синтетического протеза (проленовая сетка Gyne Mesh или Gyne Mesh soft), кольпоперинеолеваторопластики и петлевой пластикой TVT эффективность операции высокая и через год после операции составляет 100 %. У 2 пациенток из 17 в связи с эрозией передней стенки влагалища, произведено иссечение фрагментов синтетического протеза Gyne Mesh и наложение вторичных швов. Рецидива недержания мочи при напряжении и цистоцеле не отмечено.