

Коршунов М.Ю., Каплан Е.В., Сазыкина Е.И.,
Измайлов Р.М.

Кафедра акушерства и гинекологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, Санкт-Петербург; Всеволожская центральная районная больница, Всеволожск, Россия;
Центр тазовой медицины и передовых технологий в гинекологической хирургии, Сан-Франциско, США

КОЛЬПОПОЭЗ ЦЕЛЬНЫМ КОЖНЫМ ЛОСКУТОМ ПРИ СИНДРОМЕ МАЙЕРА-РОКИТАНСКОГО-КЮСТЕРА: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Введение. Аплазия влагалища является редкой патологией, оказывающей, однако, серьезное инвалидизирующее воздействие на пациенток. Примерно 90 % случаев врожденного отсутствия влагалища обусловлено синдромом Майера-Рокитанского-Кюстера. Пациентки могут жить полноценной половой жизнью только после создания искусственного влагалища. Чаще всего применяется одна из четырех хирургических методик кольпопоза: операция Abbe-Wharton-McIndoe с использованием расщепленного кожного лоскута, реконструкция влагалища при помощи цельного кожного лоскута, операция Vecchietti и пластика влагалища из толстой кишки. Также могут использоваться мобилизация брюшины по Давыдову, транспозиция кожных лоскутов малых половых губ по Friedberg и Knapsten. Все методики имеют свои преимущества и недостатки, и выбор вмешательства зависит от многих факторов, в том числе от предпочтений самой пациентки.

Цель. Представим случай успешного кольпопоза цельным кожным лоскутом. **Клинический случай.** 18-летняя пациентка с синдромом Майера-Рокитанского-Кюстера обратилась в клинику с целью иметь возможность жить половой жизнью. Ей была предоставлена полная информация о возможностях реконструкции влагалища, включая консервативные методики, и предложено сделать выбор. Пациентка отдала предпочтение методике кольпопоза из цельного кожного лоскута. В области будущего входа во влагалище произведен

U-образный разрез кожи промежности. Произведена диссекция тканей между мочевым пузырем и прямой кишкой. Три кожных лоскута иссечены из кожи передней стенки живота и внутренней поверхности левого бедра и соответствующим образом подготовлены. Края кожных лоскутов сшиты на влагалищном стенке при помощи рассасывающихся швов № 4-0. Затем стент помещен в ранее подготовленное ректо-везикальное пространство. Края кожного трансплантата фиксированы к коже вульвы. U-образный кожный лоскут, выкроенный ранее из кожи вульвы, использован для создания задней спайки. Этот технический прием призван уменьшить возможную диспареунию при будущей половой жизни. Стент был оставлен во влагалище на 10 дней, затем извлечен, после чего произведена ревизия вновь созданного влагалища. При осмотре отмечено хорошее приживление кожных лоскутов. Непрерывно в течение двух месяцев пациентка использовала специальный влагалищный дилататор, помещенный во влагалище. В настоящий момент, по истечении трех месяцев после операции, пациентка чувствует себя хорошо. Половая жизнь будет разрешена через полгода после операции. Размеры и эластические свойства влагалища оцениваются как достаточные.

Заключение. В описанном случае мы получили хорошие результаты кольпопоза цельным кожным лоскутом, что может свидетельствовать в пользу данной методики, как альтернативы более инвазивному методу кишечного кольпопоза.

Проценко А.С., Авраменко Н.В., Стрелко О.В.,
Ходак Г.П., Проценко В.Н.

Запорожский областной центр реабилитации репродуктивной функции человека, Украина

РОЛЬ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (ЦМВИ) У ДЕВУШЕК ПРИ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ЯИЧНИКОВ (РЯ)

Цель: Определить влияние ЦМВ на развитие РЯ, разработать комплекс диагностических и лечебных мероприятий при данной патологии.

Материалы и методы. Обследовано 32 пациентки в возрасте от 17 до 23 лет с гипоменструальным синдромом (ГПС) и аменореей. Группа не отличалась по уровню и качеству жизни. Тщательный сбор анамнеза, данные УЗД (фолликулярная структура слабо выражена, фолликулы размерами 1-2-3 мм), гормонального исследования (у всех пациенток отме-

чался высокий уровень ФСГ, ЛГ и низкий уровень E_2 , коэффициент $E_2/ФСГ$ меньше 20) позволили предположить отсутствие активации эстрогенных рецепторов яичников.

Для постановки окончательного диагноза 24 пациенткам произведена лапароскопия с биопсией гонад. При лапароскопии выявлено: форма яичников, приближающаяся к округлой, фолликулярный аппарат слабо выражен. В биоптатах яичников при ПГИ определялись примордиальные и преантральные

фолликулы. На наличие ДНК ЦМВ проведена ПЦР – диагностика перитонеальной жидкости, биоптатов яичников, во время лапароскопии, отделяемого мочевого тракта, а также ИФА для определения АТ CMV IgM и АТ CMV IgG. ДНК ЦМВ была выявлена у 7 человек в биоптатах яичников (21,8 %), у 5 пациенток в перитонеальной жидкости (15,6 %) IgM к ЦМВ у 4 (12,5 %), диагностический титр IgG у 28 (87,5 %). Колебания титра IgG составляли от 1,47 до 10,9, при референтных значениях титра IgG до 0,9. Нами отмечена закономерность, что у пациенток с наличием ДНК ЦМВ в исследуемом материале, диагностический титр IgG к ЦМВ, или IgM, более выраженные клинические проявления ГМС и изменение уровня гормонов. Вся группа пациенток получала терапию, включающую следующие препараты: иммуноглобулин антицитомегаловирусный человека по 1,5 мл в/м № 5, через каждые 4 дня, лаферон 2 млн.МЕ в/м № 10, тиотриазолин 2,5% по 2 мл в/м, витамин Е по 100 мг № 10, настойка эхинацеи по 2,75 мл 3 раза в день, Солкотриховак по 1 дозе, виферон – 3 по 2 свечи (через 12 ч.) per rectum №10, УФО крови №5. Было проведено 3 курса терапии с интервалом 15 дней. У данной группы пациенток патогенетически обоснованным было использование активного эстрогена – эстрадиола, для создания конкурентной реакции со стороны органов-мишеней. Предпочтение было отдано трансдермальному препарату дивигель. Доза составляла 1 мг в сутки. Длительность приема препарата составляла 21 день, гестагены были подключены в схему с 15-го дня приема дивигеля в минимальной терапевтической дозе на протяжении 10 – 12 дней.

Результаты. Через 1 месяц лечения в группе было произведено контрольное обследование, при

котором: ДНК к ЦМВ была обнаружена у 2 больных (6,2 %), АТ CMV IgM не выявлены, АТ CMV IgG выявлены у 11(34,3 %). Колебания титра IgG составляло от 1,34 до 4,47. При гормональном исследовании отмечалось снижение ФСГ, ЛГ у 23 человек, уровень E_2 приближался к нижней границе нормы, коэффициент $E_2/ФСГ$ увеличился и составил 22 – 34 (в 1-ю фазу цикла). Повторное контрольное обследование проводилось через 3 месяца после окончания терапии, при котором: ДНК к ЦМВ не выявлялось во всей группе, АТ CMV IgM не выявлены, АТ CMV IgG у 2 (6,2 %), титр – 1,8 – 2,2. Колебания титра АТ CMV IgG составляло от 0,4 до 0,9 у 30 человек (93,7 %).

При гормональном исследовании уровень ФСГ, ЛГ и уровень E_2 – в пределах нормы у 25 пациенток, коэффициент $E_2/ФСГ$ 27-40 (в 1-ю фазу цикла). При УЗ-исследовании структура яичников соответствовала возрастным нормам.

Заключение. Учитывая полученные результаты, можно сделать выводы:

- ЦМВ оказывает негативное влияние на репродуктивную систему; – ЦМВ, один из факторов развития РЯ; – целесообразно обследование пациенток с ГПС на ЦМВИ методом ПЦР и ИФА; – для подтверждения диагноза СРЯ; – для постановки окончательного диагноза необходимо проводить лапароскопию с биопсией гонад и забором материала из брюшной полости для ПЦР – диагностики ЦМВ; – патогенетически обоснованным является применение эстроген-гестагенной терапии при формирующейся РЯ, как одного из этапов лечения этой патологии, при этом предпочтительно назначение трансдермального препарата дивигель; – предложенная нами методика лечения РЯ у больных с ЦМВИ является высоко эффективной

Русина Е.И.

ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН, Санкт-Петербург, Россия

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МАЛОГО ТАЗА

Актуальность. Варикозное расширение вен малого таза не только сопровождается различными гинекологическими заболеваниями (миома матки, опухоли яичников, эндометриоз и др.), но может являться самостоятельной патологией и причиной хронических тазовых болей, бесплодия. Выяснение роли патологии соединительной ткани в развитии варикоза – область активных научных поисков.

Цель исследования: изучить особенности проявлений дисплазии соединительной ткани (ДСТ) у больных с варикозным расширением вен малого таза.

Материалы и методы. Проведено лапароско-

пическое, морфо-функциональное обследование 25 женщин в возрасте $32 \pm 5,5$ лет с жалобами на боли в области малого таза более 6 месяцев. По разработанному нами алгоритму оценивались 65 признаков ДСТ.

Результаты. При лапароскопии у всех пациенток обнаружено одно- или двустороннее расширение вен параметриев, у 9 женщин (36 %) – истончение или дефекты в широких маточных связках. Другая патология репродуктивных органов не была найдена. У 24 больных (96 %) выявлены признаки ДСТ. Наиболее часто наблюдались следующие проявления ДСТ: мигрень