

дней кольпоррафией и перинеолеваторопластикой в 21,9 % наблюдений, в сочетании с передней кольпоррафией в 62,5 % наблюдений и в сочетании с задней кольпоррафией, перинеолеваторопластикой в 15,6 % наблюдений.

Результаты. Интраоперационных осложнений в наших наблюдениях не зарегистрировано. Наиболее отдаленные результаты прослежены у 30 (18,8 %) пациенток – длительность наблюдения составила 2 года 7 месяцев. Все пациентки в послеоперационном периоде отмечают хорошее качество жизни, отсутствие явлений недержания мочи

при объективном обследовании.

Выводы. Эффективность операций уретропексии по методу TVT в сочетании с реконструктивно-пластическими операциями во влагалище и на промежности достаточно высока. Применение данной операции при стрессовом недержании мочи у женщин позволяет в значительной степени улучшить качество жизни пациенток. Соблюдение стандартов предоперационного обследования и техники оперативного вмешательства позволяет свести к минимуму процент интра- и послеоперационных осложнений.

**Буянова С.Н., Савельев С.В., Петрова В.Д.,
Муравьева Т.Г., Путиловский М. А.**

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии,
Москва, Россия

РОЛЬ ДСТ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

Актуальность. Роль дисплазии соединительной ткани (ДСТ) в патогенезе пролапса гениталий в настоящее время общепризнанна. Исследованиями, проведенными в гинекологической клинике МОНИИАГ доказана наследственная предрасположенность частого сочетания опущения и выпадения внутренних половых органов с грыжами иных локализаций, спланхноптозом, варикозной болезнью, пороками сердца, которые являются тяжелыми признаками проявления ДСТ на экстрагенитальном уровне. А пролапс гениталий, особенно у молодых женщин после единственных неотяженных родов при сохраненном гормональном фоне и отсутствии факторов, препятствующих повышению внутрибрюшного давления, является проявлением генерализованной дисплазии соединительной ткани на уровне репродуктивной системы. Недифференцированные дисплазии соединительной ткани диагностируются тогда, когда у пациента набор фенотипических признаков не укладывается ни в одно из дифференцированных заболеваний, таких как наследственные коллагенопатии – синдром Марфана, Элерса-Данлоса, несовершенный остеогенез и синдром вялой кожи (Cutis laxa). Как показывает опыт, гораздо чаще распространены недифференцированные формы ДСТ, к которым относится и пролапс гениталий.

Материал и методы. Наследование дефектов соединительной ткани касается в первую очередь синтеза коллагена, как основного структурообразующего компонента соединительной ткани. В МОНИИАГ совместно с отделом эмбриологии НИИ морфологии человека РАМН (зав. лабораторией, д.б.н., профессор С.В.Савельев) проведено иммуногистохимическое исследование операционного материала – фрагментов сосудистого пучка (сосуды и окружающие ткани), лобково-шеечной фасции, апоневроза наружных косых мышц живота, крестцово-маточных связок, круглых

связок матки с целью оценки морфологической структуры связочного аппарата и качественного состава коллагенового каркаса. При помощи моноклональных антител проводили специализированные иммуногистохимические реакции для выявления коллагенов I, III, IV типов. Материал изучали в светооптическом микроскопе Leica DMB с видеосистемой Sony SSC-DC50P, YS-W150 и цифровым видеонализатором.

Результаты. Гистологическое исследование фрагментов сосудистого пучка, круглых, крестцово-маточных связок, апоневроза и фрагментов тазовой фасции у 21 пациентки с ДСТ показало, что макроскопически исследуемые ткани не были изменены у 61,9 % больных с ДСТ различной степени тяжести, у 38,1 % – они были истончены и перерастянуты.

Имуногистохимическое исследование показало, что коллаген I и III типов изученных связок экспрессировался у всех пациенток с ДСТ различной степени тяжести, но оба коллагена имели атипичную пространственную структуру и не формировали выраженных пучков волокон. Как правило, они располагались диффузно, вокруг фибробластов и во внеклеточном матриксе. Вместо коллагена I и III типов в больших количествах экспрессировался коллаген IV типа, эластические свойства которого были реализованы в связках и обуславливали нарушение механических свойств связочного аппарата. Связки становились эластичными, высокоэластичными, что приводило к глубоким нарушениям механических характеристик конструкции органов малого таза.

Клинические и конституциональные признаки дисплазии соединительной ткани выявлены нами у 104 (24,1 %) из 432 обследованных пациенток с различными формами недержания мочи: ДСТ легкой степени у 47 (10,9 %), средней – 31 (7,2 %), тяжелой – 26 (6,0 %), в 81,5 % мочевого инконтиненция сочетались с анатомической диспозицией тазовых органов.

Частота соматических заболеваний – маркеров ДСТ у исследуемых пациенток определялась значительно чаще: так, заболевания сердечно-сосудистой системы диагностировались в 3,8 раза чаще, грыжи различной локализации – в 3,2 раза, варикозная болезнь и поливалентная аллергия – чаще более чем в 2 раза по сравнению со всей группой (432 женщины). Обращала на себя внимание высокая частота угрозы прерывания беременности и преждевременных родов у 57,7 % женщин с ДСТ, а также быстрых и стремительных родов у 53,8 %.

Выводы. Таким образом, наиболее значимыми и часто встречающимися клиническими признаками ДСТ у пациенток с недержанием мочи и пролапсом гениталий были следующие: грыжи различных локализаций (60,9 % случаев), пролапс митрального клапана, нарушение ритма сердца или проводимости, ВСД (65,2 %), варикозная бо-

лезнь (78,3 %), гипермобильность суставов (56,7 %), хронические бронхолегочные инфекции и/или хронический тонзиллит (69,6 %), аллергические реакции, включая поливалентную аллергию и анафилактический шок (69,6 %), наследственный характер коллагенопатии (39,1 %). Вместо разработанной ранее шкалы критериев выраженности ДСТ для верификации соединительнотканной дисплазии у больных с ОиВВПО мы предлагаем использовать перечень наиболее распространенных и значимых признаков ДСТ. Выявление трех и более из выше перечисленных клинических признаков свидетельствует о недифференцированной дисплазии соединительной ткани у больной. При выборе лечебной тактики необходимо рассматривать пролапс гениталий как проявление системного процесса, на что указывают патологическая наследственность, фенотипические маркеры ДСТ и сопутствующая экстрагенитальная патология.

Ермолинский И.И., Мелько А.И., Зарубенко И.П., Кира Е.Ф.

Национальный медико-хирургический центр
им. Н.И. Пирогова МЗиСР РФ, Москва, Россия

ПРИМЕНЕНИЕ КУЛЬТУР АЛОГЕННЫХ КЛЕТОК КОЖИ ЧЕЛОВЕКА В ЛЕЧЕНИИ ГЕНИТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

Мочевые свищи являются серьезным осложнением после тяжелых сочетанных травм, ранений, радикальных хирургических вмешательств. Нами предложен метод консервативного лечения данной патологии с помощью культур аллогенных клеток.

Цель исследования: оценить первый опыт и возможность применения аллогенных культур клеток человека в лечении генитальных свищей.

Материал и методы. Нами проведено лечение 12 больных в возрасте от 38 до 56 лет (в среднем – 44 года) с генитальными свищами, длительность которых варьировала от 3 до 12 месяцев. У 9 больных имелись единичные пузырно-влагалищные и у 3 – ректо-вагинальные фистулы (у одной пациентки – сразу три свищевых хода). Диаметр свищей колебался от 1 до 4 мм (по фистулограммам). Происхождение всех свищей было посттравматическим после ятрогенных осложнений в ходе хирургических вмешательств. Все пациентки до обращения к нам получали консервативную антибактериальную, противовоспалительную, симптоматическую терапию, им проводилась медикаментозная и физиотерапевтическая активация регенерации. У 4 больных ранее были выполнены оперативные пособия по закрытию свищей, которые оказались безрезультатными. В нашем клиническом исследовании были использованы фибробласты и кератиноциты,

выращенные на микроносителях.

Результаты исследования. Данные, которые были получены и проанализированы, показали, что фистулы с извитым ходом закрывались и эпителизировались на 5 – 7-е сутки после применения культуры клеток (n=5). Напротив, свищи с прямым ходом рецидивировали, что требовало проведения повторной трансплантации: после повторного применения (n=3) фибробластов заживление наступило на 12 – 14-е сутки. Трехкратная трансплантация была выполнена у 4 больных. При этом закрытие свища наступило лишь у одной пациентки. Безрезультатным, то есть сохранение свищей, констатировано у трех больных: в двух случаях при пузырно-влагалищных и в одном – при ректо-вагинальном свищах. Отмечено, что в двух неэффективных случаях пузырно-влагалищных свищей имелись прямые фистулы и их исходные диаметры свищевых ходов со стороны влагалища были около 4 мм. В случае с неудачным ректо-вагинальным свищем мы встретились с тремя свищевыми ходами, два из которых открывались во влагалище, а один в области промежности между задней спайкой и сфинктером прямой кишки.

Вывод. Таким образом, использование аллогенных клеток кожи человека в лечении генитальных свищей может явиться эффективным методом. Необходимы дальнейшие исследования данного метода.