

Результаты исследования. Анкетированием у всех больных основной группы в среднем выявлялось по 5–6 основных маркеров НДСТ. При 1–2 степени ЭШМ имелась 1 степень, при 3–2 степень НДСТ. При исследовании магния в слюне и волосах у этих больных установлено: среднее содержание магния в слюне по логарифмическим единицам — 0,100 (в контрольной группе — 0,210), по интенсивности — 1,180 (в контрольной гр. — 1,625); в волосах — по логарифмическим единицам — 0,175 (в контрольной группе — 0,330), по интенсивности — 1,210 (в контрольной гр. — 2,070). 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 гистологических и иммуногистохимических процессов подтверждает наличие НДСТ, свидетельствующее о патогенетическом ее значении в развитии ЭШМ, что

определяет необходимость выявления ее клинических признаков для стабилизации процесса, улучшения результатов оперативного лечения. В свою очередь, при исследовании магния в основной группе без учета возраста больных получены показатели, свидетельствующие о достоверном, в сравнении с контрольной группой, снижении магния, как в слюне, так и в волосах ($p < 0,05$). При расчете различий по содержанию магния в слюне и волосах между двумя возрастными группами (до и после 45 лет), получены данные о том, что возраст не влияет на изученные показатели ($p > 0,05$).

Выводы. Постоянство снижения содержания магния не зависит от возраста и степени ЭШМ и ДСТ. Это подтверждает высокую связь снижения содержания магния с нарушением формообразовательных процессов в соединительной ткани шейки матки при ЭШМ. Таким образом, мы можем рекомендовать использование препарата магния “Магнерот” не только при компенсаторной заместительной терапии ЭШМ, но и для профилактики ПГ у больных с проявлениями НДСТ.

Краснопольский В.И., Попов А.А., Буянова С.Н., Петрова В.Д.

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии
Минздравсоцразвития, Россия

TVM (TRANSVAGINAL MESH) – НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ХИРУРГИЮ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА

Цель: В статье представлен опыт использования нового синтетического протеза в хирургическом лечении опущения и выпадения внутренних половых органов у женщин.

Методы исследования: с июня 2005 года выполнено 45 операции по коррекции пролапса гениталий с использованием метода вагинальной экстраперитонеальной кольпопексии под торговой маркой PROLIFT (J&J, США). Принципиальные отличия от применяемых ранее методик фиксации состоят в следующем: для пластики цистоцеле был использован трансобтураторный доступ с фиксацией свободных час-

тей протеза за дистальную и проксимальную части arcus tendineus; задняя стенка влагалища укреплялась протезом, проведенным через lig. sacrospinus при помощи оригинального перфоратора.

Результаты исследования: преимущества данной методики в универсальности ее использования у различной категории больных, включая рецидивные формы генитального пролапса, у ранее оперированных больных, пациенток с экстрагенитальной патологией. Операция может быть проведена вместе с удалением матки, а также в случаях ее сохранения.

Лузина Л. В., Абулхаирова О. С.

ГКБ №18,
Уфа, Республика Башкортостан, Россия

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БИОГЕННЫХ МАТЕРИАЛОВ

Актуальность проблемы. В последние десятилетия отмечается увеличение продолжительности жизни, в связи, с чем женщины заинтере-

сованы сохранить женственность и сексуальный потенциал. Одним из наиболее препятствующих этим целям заболеваний является опущение сте-

нок влагалища вплоть до выпадения внутренних половых органов. Частота заболевания достигает 28 %. В последние годы отмечается тенденция к «омоложению» и возникновению осложненных и тяжелых рецидивных форм генитального пролапса. Поэтому проблема десценции тазового дна продолжает оставаться в центре внимания врачей смежных специальностей, проктологов и урологов. Основными жалобами, предъявляемыми пациентками, являются ноющие боли внизу живота, ощущение тяжести внизу живота, чувство инородного тела во влагалище, диспареуния. Часто наблюдается сопутствующее опущение мочевого пузыря и выпадение прямой кишки, чем объясняется недержание мочи и газов при физической нагрузке, учащенное мочеиспускание. На сегодня отсутствует единая точка зрения на причины развития тазовой десценции. Признание родовой травмы, как главного фактора генитального пролапса не объясняет патогенеза заболевания у молодых и нерожавших женщин. Определенную роль в генезе опущения и выпадения стенок влагалища и матки играют возрастная гипоэстрогения, длительное повышение внутрибрюшного давления вследствие тяжелой физической работы, хронической экстрагенитальной патологии (запор, продолжительный кашель), перенесенные операции на гениталиях и пр. Буянова С.Н. (1999) предложила гипотезу о влиянии на патологический процесс системной недостаточности соединительной ткани в виде сочетанного поражения других органов (грыжи, опущения, варикозная болезнь, геморрагические диатезы и др.). Таким образом, в основе опущения и выпадения стенок влагалища и матки у женщин лежит дефект соединительной ткани, приводящий к несостоятельности связочного аппарата матки и стенок влагалища. На долю гинекологических операций по поводу опущения и выпадения внутренних половых органов приходится 15–20 %. Известно более 300 способов хирургического лечения этой патологии (Кулаков В.И. и соавт., 2005; Глебова Н.Н., и соавт., 2005). Однако, многие исследователи высказывают неудовлетворенность функциональными результатами существующих операций. По данным многих исследователей рецидивы развиваются практически у каждой третьей больной в течение ближайших трех лет после операции. В связи с высокой частотой рецидивов заболевания после оперативного лечения пролапса гениталий высок интерес к применению имплантированных материалов для восстановления фасциальных дефектов тазового дна. В реконструктивной тазовой хирургии разработаны методы лечения с использованием нерассасывающихся синтетических материалов для постоянного восстановления

тканевых дефектов. Однако использование нерассасывающихся синтетических материалов может вызвать хроническую воспалительную реакцию у реципиента, с чем связано возникновение ряда необычных реакций вплоть до отторжения имплантата (Хирш, 2000). Эти обстоятельства способствуют разработке новых подходов к выбору хирургической тактики, оптимизации оперативных вмешательств и противорецидивных технологий.

Целью исследования явились разработка и изучение ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения пролапса гениталий с использованием биоинертных материалов.

Материалы и методы исследования. В поиске оптимальных технологий лечения пролапса гениталий и с целью дальнейшей профилактики развития рецидива заболевания мы внедрили биоинертные материалы «Аллоплант» в хирургию тазового дна. Для хирургической коррекции пролапса гениталий, в частности для укрепления стенок влагалища, мы использовали биоматериал в виде диспергированной твердой мозговой оболочки (ТМО). Биоматериал «Аллоплант», приготовленный из твердой мозговой оболочки головного мозга, имеет структуру свойственную плотной оформленной соединительной ткани, но лишенную клеток. После имплантации биоматериал подвергается медленному лизису макрофагами реципиента и фрагментации. Одновременно с деградацией биоматериала постепенно замещается плотной оформленной соединительной тканью (Шангина О.Р., 1999 г.). Технология ликвидации цистоуретроцеле, создание и укрепление влагалищной стенки заключается в следующем: из передней стенки влагалища выкраивается продольный лоскут различных размеров, в зависимости от той или иной формы дефекта, иногда проводится продольный разрез слизистой без иссечения тканей слизистой оболочки влагалища. Затем слизистая оболочка отсепаровывается в обе стороны, формируется тоннель между слизистой влагалища и тазовой фасцией, куда помещается готовый биоматериал ТМО, далее слизистая оболочка сшивается непрерывным викриловым швом. При наличии ректоцеле аналогичным способом ликвидируется дефект задней стенки влагалища, целостность промежности так же восстанавливается непрерывным викриловым швом. В послеоперационном периоде осуществляется ранняя активизация больных, разрешается садиться на вторые третьи сутки.

Результаты исследования. Нами обследовано 150 женщин страдающих опущением внутренних половых органов вплоть до их полного выпадения. Ощущение «тяжести» внизу живота, в поясничной области отмечено у 149 (99 %). Ощущение

инородного тела в области промежности у 105 (70 %), появление опухолевидного выпячивания из половых путей при натуживании, физической нагрузке, после длительной ходьбы у 113 (75 %). Частое мочеиспускание — у 107 (63 %), снижение сексуальной функции у 97 (57 %), стрессовое недержание мочи у 15 (10 %) диспареуния — у 45 (26,6 %). При объективном осмотре выявлено: зияние половой щели без натуживания; расхождение лобково-копчиковых мышц в области прикрепления их к стенкам прямой кишки и наружному сфинктеру; наличие кольпоцистоцеле; кольпоуретральный пролапс; гипермобильность матки наблюдалась у 68 (40 %), на стенках влагалища и шейки матки в 70 % случаев выявлены декубитальные язвы. С использованием биоматериала ТМО было прооперировано 38 пациенток в возрасте от 30 до 65 лет (средний возраст 36 ± 4 года). После комплексного обследования больные были выделены в три группы. Первую группу составили 12 пациенток с опущением стенок влагалища и формированием цисто — и ректоцеле, вторую группу — 18 женщин с неполным выпадением матки, третью группу 8 больных с полным выпадением матки. Осложнений во вре-

мя операции и в раннем послеоперационном периоде не отмечалось. При изучении отдаленных материалов через 6, 12, 48 месяцев у всех пациенток наблюдалось формирование стойкого рубца с сохранением эластичности и растяжимости влагалища, отсутствие дизурических явлений. Все женщины отмечали значительное улучшение качества жизни.

Выводы. 1. Применение биоматериала ТМО значительно улучшают результаты оперативного лечения пролапса гениталий, в связи с формированием полноценного анатомо-морфофункционального рубца, и отсутствием рецидива заболевания. 2. Реконструкция тазового дна применением биогенного материала ТМО по своему качеству не уступает пластическим операциям с использованием проленовой сетки. 3. Аллотрансплантация создает широкую возможность забора тканей (трупный материал); 4. Биогенные материалы просты в использовании и дешевы по сравнению с синтетическими аналогами. 5. Применение ТМО является клинически и экономически оправданным способом коррекции пролапса гениталий; открывает новое направление в регенеративной хирургии в гинекологической практике.

Петров С.Б., Куренков А.В., Шкарупа Д.Д.

Военно-медицинская академия, кафедра урологии,
Россия

ПРИМЕНЕНИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЭНДОПРОТЕЗА-ЛЕНТЫ «УРОСЛИНГ» ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Цель: Изучить эффективность и безопасность оперативного лечения стрессового недержания мочи у женщин с применением отечественного эндопротеза-ленты УроСлинг.

Материалы и методы: УроСлинг (ООО «Линтекс», Санкт-Петербург) — отечественный эндопротез-лента, разработанный для выполнения операций по установке синтетического субуретрального слинга. Лента выполнена из биологически инертных полипропиленовой и поливинилиденфторидной (ПВДФ) мономеров, имеет минимальную материалоемкость (60 г/м^2), объемную пористость порядка 70 % и структуру, устойчивую к растяжению. Важным свойством УроСлинга являются атравматичные края, выполненные в виде петель, что позволяет устанавливать ленту как в позадилонном, так и в трансобтураторном положении без использования специальных защитных чехлов. За период с марта 2005 года по сентябрь 2006 года на кафедре урологии ВМедА было обследовано 42 пациентки с

жалобами на непроизвольную потерю мочи при кашле, чихании и физической нагрузке. Все пациентки прошли комплексное обследование, включавшее в себя: выяснение анамнеза, заполнение специальных опросников (ICIQ — SF, UDI-6, KIQ), влагалищное исследование, кашлевую пробу, уродинамическое исследование, УЗИ органов малого таза. Во всех случаях был поставлен диагноз уродинамически подтвержденного стрессового недержания мочи и принято решение об оперативном лечении. Операция заключалась в установке синтетической субуретральной петли УроСлинг в позадилонном положении под регионарной анестезией. Для установки ленты использовался набор инструментов УроФикс ПЛ (ООО «Линтекс», Санкт-Петербург). Катетер Фоли извлекался на следующие сутки.

Результаты. При выполнении операций осложнений не наблюдалось. В раннем послеоперационном периоде у 4 пациенток на УЗИ были обнаружены гематомы позадилонного простран-