

ставляла: $34,6 \pm 4,7$ мин, $20 \pm 5,2$ мин и $15 \pm 3,1$ мин, соответственно. Объем кровопотери — $50,4 \pm 10,1$ мл, $31,2 \pm 5,4$ мл, $35,8 \pm 3,4$ мл. Всем пациенткам на сутки в мочевой пузырь устанавливали катетер Фолея и выполняли тампонаду влагалища на 10–12 часов. Интраоперационных осложнений не было. Осложнения в раннем послеоперационном периоде были у двух больных первой группы (гематома предпузырной клетчатки). Оба случая разрешились в результате консервативного лечения. В одном случае развилась инфравезикальная обструкция (у пациентки второй группы), потребовавшая рассечения сетчатого протеза. Из поздних послеоперационных осложнений в четырех случаях отмечено эрозивное повреждение стенки влагалища в месте расположения протеза, что потребовало повторного хирургического вмешательства и в одном случае иссечения части петли. Следует отметить, что две пациентки, у которых потребовалось выполнить рассечение и удалением части протеза, продолжали удерживать мочу, что можно, видимо, объяснить прочной фиксацией ленты в парауретральных тканях и устранением их гипермобильности вместе с уретрой. Рецидивы недержания мочи за

время наблюдения отметили четыре пациентки, что составляет 4,3 %.

Заключение

Полученные результаты подтверждают эффективность (95,7%) sling-операций в лечении стрессового недержания мочи, а также в устранении стрессового компонента у больных комбинированными формами недержания. Данная группа операций позволяет одновременно выполнять сочетанные вмешательства по устранению несостоятельности тазового дна и гинекологической патологии, не ограничивая выбор, оптимальный объем и этапность вмешательства. Операции, выполняемые трансобтураторным доступом (TVT-O), не уступая операции TVT в эффективности, представляются более предпочтительными ввиду существенно меньшего риска ранения мочевого пузыря, не требуют проведения во время операции цистоскопии, что отражается на уменьшении времени операции и интраоперационной кровопотери. Операция TVT-Secure, на наш взгляд, не совсем укладывается в принцип свободной от натяжения петли, а техника ее выполнения и оценка результатов требуют дальнейшего изучения.

ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ (ДСТ) КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

© С. А. Гаспарян, Е. П. Афанасова, Л. В. Стариченко

Кафедра акушерства и гинекологии ФПО СГМА, Ставрополь, Россия

Актуальность проблемы

Данные о распространенности ДСТ разноречивы, что связано с различными классификационными и диагностическими подходами. Одной из основополагающих характеристик в установлении ДСТ как фонового заболевания являются фенотипические признаки, которые могут отсутствовать при рождении, проявляясь в течение всей жизни. Учитывая распространение соединительной ткани в организме человека, ее дисплазия определяет полиорганность поражений, не укладывающихся в структуру наследственных синдромов. В таких случаях используется термин «недифференцированная дисплазия соединительной ткани».

Цель исследования

Выявление фенотипических признаков «недифференцированной дисплазии соединительной ткани», явившихся причиной развития пролапса гениталий.

Материал и методы

За период с 2007 по 2009 год проведен анализ результатов хирургического лечения 85 больных с простыми и осложненными формами пролапса гениталий, с использованием синтетических материалов следующих фирм-производителей: AMS и Johnson & Johnson. Комплексное обследование включало: анализ жалоб, сбор анамнеза, данные гинекологического осмотра, результаты проведения специальных проб, а также инструментальные методы исследования.

Результаты

Все больные были систематизированы по синдромам «недифференцированной дисплазии соединительной ткани» в шесть следующих групп. Больные с сосудистым синдромом — 64,7% (варикозное расширение вен верхних и нижних конечностей, геморроидальных вен, телеангиоэктазии). Больные с синдромом неврологических

нарушений — 21 % (вегетососудистая дистония). Больные с висцеральным синдромом — 34 % (дискинезии органов желудочно-кишечного тракта, дуоденогастральные и гастроэзофагеальные рефлюксы). Больные с синдромом патологии органа зрения — 16,4 % (миопия различной степени выраженности, астигматизм). Больные с вертеброгенным синдромом — 9,5 % (ювенильный остеохондроз позвоночника, межпозвонковые грыжи) и с бронхолегочным синдромом — 7 % (трахеобронхиальная дискинезия, вентиляционные нарушения).

Анализ показал высокую частоту синдромов «недифференцированной дисплазии соединительной ткани» у пациенток, что свидетельствует об определенной ее роли в развитии пролапса гениталий.

Заключение

При выполнении реконструктивно-пластических операций на тазовом дне в план реабилитации пациенток в послеоперационном периоде необходимо включать комплекс лечебной физкультуры, препараты метаболического действия и коллагенстимулирующую терапию.

АКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТОВ ФАЗЫ II СИСТЕМЫ ДЕТОКСИКАЦИИ (*NAT2*, *GST*) КАК НЕЗАВИСИМЫЙ ФАКТОР РИСКА ПТО

© Ю. А. Дегтярева¹, Т. Э. Иващенко¹, Ю. А. Насыхова², В. Ф. Беженарь¹, В. С. Баранов¹

¹ НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗО РАМН;

² Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность проблемы

Наиболее частым проявлением патологии тазового дна является пролапс тазовых органов (ПТО), состояние, при котором органы малого таза (мочевой пузырь, тело и шейка матки, влагалище и передняя стенка прямой кишки) образуют грыжевое выпячивание в просвет влагалища, выходящее на поздних стадиях за пределы половой щели.

Несмотря на многочисленные теории развития ПТО, ни одна из них полностью не объясняет этиологию и патогенез заболевания. Нами высказано предположение, что в генезе данного заболевания имеет значение активность ферментов фазы II системы детоксикации эндо- и экзогенных соединений.

Цель исследования

Выявить особенности полиморфизма генов фазы II системы детоксикации эндо- и экзогенных соединений (*NAT2*, *GST T1* и *GST M1*) у пациенток с ПТО.

Материал и методы

В период с 2007 по 2008 гг. обследовано 70 женщин в возрасте от 32 до 87 лет, жителей Северо-Западного региона России, представительниц европеоидной расы. Все женщины обследованы и проходили лечение в отделении оперативной гинекологии НИИ акушерства и гинекологии имени Д. О. Отта СЗО РАМН.

Образцы ДНК, полученные стандартным методом из лимфоцитов периферической крови,

были использованы для проведения ПЦР генов *NAT2*, *GST T1* и *GST M1*.

Контрольную группу для анализа полиморфизма гена *NAT2* составили 89, а для анализа генотипов *GST T1* и *GST M1* 62 здоровых женщин, проживающих в Северо-Западном регионе России.

Результаты

Достоверных различий в распределении генов *GST T1* и *GST M1* и частоте возможных вариантов их комбинации между популяционной выборкой и группой ПТО выявлено не было. Анализ распределения исследуемых генов *GST* в зависимости от стадии ПТО также не обнаружил достоверных различий. В то же время отмечено достоверное преобладание среди пациенток с III и IV стадиями ПТО сочетанной делеции обоих исследуемых генов семейства *GST*.

Также, в группе пациенток с ПТО отмечено повышение соотношения «медленные/быстрые ацетиляторы» практически в 2 раза по сравнению с популяционной выборкой. При этом среди пациенток — «медленных ацетиляторов», страдающих тяжелой стадией ПТО, отмечено достоверное преобладание частоты делеции обоих генов *GST* по сравнению с пациентками, имеющими начальные стадии заболевания.

Заключение

Генетически обусловленная активность ряда ферментов фазы II системы детоксикации (*NAT2*, *GST*) является дополнительным независимым фактором формирования ПТО.