

- ni, G. Frontino, O. De Giorgi, G. Pietropaolo, R. Pasin, P.G. Crosignani // *Obstet. Gynecol. Clin. North. Am.* – 2003. – Vol. 30, №1. – P. 163-180.
17. Vigano, P. Endometriosis: epidemiology and etiological factors / P. Vigano, F. Parazzini, E. Somigliana, P. Vercellini // *Best. Pract. Res. Clin. Obstet.*

- Gynecol.* – 2004. – Vol. 18, №2. – P. 177-200.
18. Weijnenborg, P.T. Intraobserver and interobserver reliability of videotaped laparoscopy evaluations for endometriosis and adhesions / P.T. Weijnenborg, M.M. Kuile, F.W. Jansen // *Fertil. Steril.* – 2007. – Vol. 87, №2. – P. 373-380.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РАННЕГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕЦИДИВОВ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

P.B. ПАВЛОВ, M.C. КУНДОХОВА

IMMUNOLOGICAL CRITERIA FOR EARLY PREDICTION OF EXTERNAL ENDOMETRIOSIS RECURRENCE

PAVLOV R.V., KUNDOKHOVA M.S.

Цель исследования: увеличить эффективность ранней диагностики рецидивов наружного генитального эндометриоза с использованием иммунологического метода обследования.

Определены субпопуляционный состав и цитопроизводящая активность иммунокомпетентных клеток периферической крови у 51 больной наружным генитальным эндометриозом без рецидива и у 42 – с рецидивом заболевания. Установлено, что в случае рецидива наружного генитального эндометриоза в периферической крови больных происходит увеличение количества моноцитов и продукции ими ФНО α , ИЛ6 и ИЛ8 при одновременном снижении количества CD3, CD4, CD16, CD25-лимфоцитов и продукции ИФН γ .

Выявленные иммунологические нарушения позволяют с высокой долей вероятности констатировать рецидив наружного генитального эндометриоза даже без клинических и инструментальных признаков заболевания.

Ключевые слова: эндометриоз, диагностика, иммунология

Objective: to increase the effectiveness of early diagnosis of external endometriosis recurrence using immunological methods of examination.

Subpopulations and cytokine production activity of immunocompetent cells in peripheral blood were evaluated before and after treatment in 51 patients with external endometriosis without relapse and in 42 patients with a recurrent disease.

There was increase in the number of monocytes and production of TNF- α , IL-6 and IL-8 and reduction of the number of CD3, CD4, CD16, CD25-lymphocytes and production of IFN- γ in case of external genital endometriosis recurrence.

The revealed immunological disorders can be detected in case of external endometriosis relapse even without any clinical and instrumental signs of disease.

Key words: endometriosis, diagnostics, immunology

© Коллектив авторов, 2011
УДК 618.1:616-007.44

ПРИМЕНЕНИЕ СЕТЧАТЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ В ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

С.А. Гаспарян¹, Е.П. Афанасова¹, Л.В. Стариченко²

¹Ставропольская государственная медицинская академия

²Ставропольский краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи

Проблема пролапса гениталий остается актуальной как для хирургов-гинекологов, так и врачей смежных специальностей. Опушение и выпадение внутренних половых органов (ОиВВПО) является заболеванием, которое достаточно легко диагностируется, не угрожает непосредственно жизни, но приводит к функциональной не-

достаточности различных органов и систем, снижению качества жизни больных [1].

По данным американских исследователей ОиВВПО встречается лишь у 2-3% женского населения, тогда как в Индии отмечен эпидемический характер этого заболевания – у 85% женского населения старше 55 лет [6,16,17]. В нашей стране, ОиВВПО наблюдается у 15-30% женщин, а у женщин старше 50 лет показатель пролапса возрастает до 40% [7]. Заболевание нередко начинается в репродуктивном возрасте и носит прогрессирующий характер. По мере развития процесса усугубляются функциональные нарушения, которые часто наслаиваясь друг на друга, вызывают не только физические и моральные страдания, но делают больных частично или полностью нетрудоспособными [3,4,19].

В связи с увеличением частоты гинекологической заболеваемости по отдельным нозологическим фор-

Гаспарян Сусанна Арташесовна, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии ИПО СтГМА, тел.: (8652)919121; e-mail: prof.Gasp@yandex.ru.

Афанасова Елена Пантелеевна, аспирант кафедры акушерства и гинекологии ИПО СтГМА, тел.: 89283577373; e-mail: afanasova.el@yandex.ru.

Стариченко Людмила Вадимовна, заведующая гинекологическим отделением СККЦ СВМП, врач высшей категории, тел.: 89624482812.

мам в 2008 году (показатели на 100 тыс. женского населения): эндометриозу - 368,8, новообразованиям тела матки - 23,4, новообразованиям шейки матки - 17,5, злокачественным новообразованиям тела матки - 18,6 и злокачественным новообразованиям шейки матки - 39,6, наиболее частым хирургическим вмешательством в оперативной гинекологии является гистерэктомия, и, как следствие, в большинстве случаев развивается постгистерэктомический синдром, при котором нарушенные анатомические взаимоотношения приводят к денервации мочевого пузыря и несостоятельности тазовой диафрагмы [2,9,14]. В последние годы отмечается «омоложение» данного заболевания, увеличение числа рецидивирующих и осложненных форм [10,11]. В структуре гинекологических вмешательств операции по коррекции выпадения матки и влагалища занимают третье место после доброкачественных опухолей гениталий и эндометриоза [8].

Доказана мультифакториальность ОиВВПО, и установлены главные этиологические факторы: дисплазия соединительной ткани (ДСТ), роды через естественные родовые пути крупным плодом, травма тазового дна в анамнезе, эстрогенная недостаточность, наличие заболеваний, приводящих к повышению внутрибрюшного давления [4,5,12].

Все вышеописанное диктует необходимость поиска адекватных реконструктивно-пластических хирургических вмешательств, в том числе с использованием сетчатых синтетических эндопротезов. Идея их использования для коррекции генитального пролапса не нова, однако до сегодняшнего дня остаются без ответа некоторые вопросы: обоснование использования MESH, тип синтетического материала, частота специфических осложнений (нагноение, эрозия слизистой влагалища, протрузия) [18,20].

Цель исследования: оптимизация хирургического лечения больных с пролапсом гениталий с использованием сетчатых синтетических эндопротезов для восстановления функции тазовых органов.

Материал и методы. За период 2007-2009 гг. проведен анализ результатов хирургического лечения 85 больных с простыми и осложненными формами пролапса гениталий, у которых при реконструкции тазового дна использовали синтетические материалы производства Jonson&Jonson, AMS.

Проводился анализ жалоб, анамнестических данных, результатов гинекологического осмотра и специальных проб, а также инструментальных методов исследования.

Целью применения системы полной реконструкции тазового дна, а также систем реконструкции переднего и заднего отделов у больных с пролапсом гениталий было укрепление тканей с долговременной стабилизацией фасциальных структур при выпадении стенок влагалища для обеспечения механической поддержки либо для имплантации материала, перекрывающего фасциальный дефект. Тип оперативного лечения и вид синтетического материала определялся хирургом индивидуально, с учетом особенностей анатомии [13,14,15]. Больным пожилого возраста с выраженной степенью опущения гениталий, а также в случаях рецидивных форм или высокого риска их развития (при дисплазии соединительной ткани), выполнялась полная тазовая реконструкция с использованием системы Prolift total (Jonson&Jonson) - у 30 (35,2%) больных, передняя и задняя реконструкция с использованием сетчатого эндопротеза Peridgi и Apodgi (AMS) - у 16 (18,8%). Восстановление только переднего отдела таза с использованием сетчатого эндопротеза Prolift

anterior (Jonson&Jonson) проводилось у 16 (18,8%) и Peridgi (AMS) - у 10 (11,7%) пациенток. Восстановление только заднего отдела тазового дна с использованием сетчатого эндопротеза Prolift posterior (Jonson&Jonson) было выполнено у 7 (8,2%) и Apodgi (AMS) - у 6 (7,0%) больных.

Результаты и обсуждение. Средний возраст больных составил $53,1 \pm 3,1$ года: репродуктивного периода было 9 (10,5%) больных, перименопаузального - 30 (35,2%), постменопаузального - 46 (54,3%) больных.

Основными жалобами, побудившими больных обратиться за хирургическим лечением, были: чувство инородного тела в области промежности - 68,8% больных, учащенное или затрудненное мочеиспускание - 62,2%, недержание мочи при кашле и физической нагрузке - 26,2%, ноющие боли в нижних отделах живота - 26,2% больных. У 52 (61,1%) больных имелось 2 и более описанных симптома.

Анализ акушерского анамнеза показал, что 2 и более родов имели 85,3% больных, максимальное количество родов - от 4 до 6 - было у 16,4% пациенток, при этом выявлена положительная корреляция между паритетом и развитием пролапса гениталий.

Традиционное оперативное лечение на тазовом дне было в анамнезе выполнено у 22 (25,8%) больных исследуемой группы: у 4 (18,1%) - кольпоперинеоррафия с леваторопластикой, у 11 (50%) - комбинированная пластика с гистерэктомией, у 7 (31,8%) - опущение стенок влагалища после гистерэктомии. Влагалищная гистерэктомия выполнялась в 70,5% случаев по поводу доброкачественных заболеваний матки: лейомиомы тела больших размеров - у 26,2%, аденомиоза 2-3 ст. - у 34,4%, гиперпластического процесса эндометрия в постменопаузе - у 16,4% больных.

Несостоятельность мышц тазового дна диагностирована у 90,1% больных как результат недифференцированной ДСТ. При этом были исследованы фенотипические признаки соединительнотканной дисплазии, в результате чего больные по преимуществу признаков распределились на 6 групп. Первую составили пациентки с сосудистым синдромом - 64,7% (варикозное расширение вен нижних конечностей, геморроидальных вен, телеангиэктазии); вторую группу - с синдромом неврологических нарушений - 21% (вегето-сосудистая дистония); третью - с висцеральным синдромом - 34% (дискинезии органов желудочно-кишечного тракта, дуоденогастральные и гастроэзофагеальные рефлюксы); четвертую группу составили больные с патологическими изменениями органа зрения - 16,4% (миопия различной степени выраженности, астигматизм); пятую - с вертеброгенным синдромом - 9,5% (ювенильный остеохондроз позвоночника, межпозвонковые грыжи) и шестую - с бронхо-легочным синдромом - 7% (трахеобронхиальная дискинезия, вентиляционные нарушения). Анализ показал высокую частоту синдрома недифференцированной ДСТ у обследованных, что свидетельствует об определеннойотягощающей ее роли в развитии пролапса гениталий.

У 3 (3,5%) больных во время операции были диагностированы осложнения в виде ранения мочевого пузыря (2) и стенки прямой кишки (1). Эти осложнения наблюдались на этапе освоения методики; кроме того, у 2 больных в анамнезе с ранением мочевого пузыря были операции кесарева сечения с осложненным послеоперационным периодом, а у больной с ранением прямой кишки имелся келоидный рубец на промежности, связанный с родовой травмой.

Осложнения были своевременно диагностированы и устранены с последующим установлением сетчатого эндопротеза в рамках одной операции. Осложнений в раннем послеоперационном периоде не наблюдалось. Контрольный осмотр больных проводили через 1,3,6 и 12 месяцев после операции. В позднем послеоперационном периоде отмечены следующие осложнения: у двух (2,3%) больных диагностирована гематома в области операционной зоны при тазовой реконструкции системой Prolift total, потребовавшая ее опорожнения с последующим наложением швов на стенку влагалища. Частичная протрузия фрагмента сетчатого эндопротеза диагностирована у 5 (5,8%) больных, проведено иссечение участка эндопротеза с последующим наложением швов. Эрозия слизистой оболочки влагалища над имплантом отмечена у 2 (2,3%) больных, которым потребовалось повторное зашивание слизистой оболочки влагалища с назначением локально противовоспалительных и эстрогенсодержащих препаратов. Двум (2,3%) больным с целью коррекции рецидива пролапса стенок влагалища при тазовой реконструкции системой Prolift total в последующем выполнялась сакровагинопексия. Вышеперечисленные осложнения зафиксированы при тотальной реконструкции тазового дна с использованием системы Prolift total (Jonson&Jonson).

Можно полагать, что отсутствие таких тяжелых осложнений, как ранение крупных сосудисто-нервных пучков с образованием массивных гематом, травмы уретры, свищей связано с точным выполнением техники отдельных этапов операции, знанием топографической анатомии малого таза и приобретенным опытом.

Специфические осложнения, как правило, связаны с инфекционным агентом. Обследованные больные по риску возникновения послеоперационных инфекционных осложнений распределились следующим образом. Первую группу составили больные с predetermined факторами риска: ожирением 1-2 ст. – 61%; сердечно-сосудистыми заболеваниями, сопровождающимися недостаточностью кровообращения – 49%; сниженным иммунным статусом и возрастом старше 60 лет – 26%. Во вторую группу вошли больные с факторами, связанными с состоянием генитальной сферы: с большим (более 5) числом аборт в анамнезе – 65%; хроническими воспалительными заболеваниями – 57%; бесплодием – 23%; длительным (более 5 лет) использованием внутриматочного контрацептива – 15,3%. В третью группу включены больные с интраоперационными факторами: большим объемом и длительностью оперативного вмешательства – 64%; выраженным спаечным процессом – 18,4%.

Больным с высоким риском инфекционных осложнений проводилась профилактика введением антибактериальных препаратов за 30 минут до начала операции и в течение трех суток после нее. Использовались антибиотики цефалоспоринового ряда 3 или 4 поколений. Соблюдались правила асептики и антисептики (в том числе орошение сетчатого эндопротеза растворами антисептиков перед зашиванием стенок влагалища), во время операции использовался современный шовный материал (викрил, сафил), четко выполнялась техника оперативного вмешательства с соблюдением анатомических структур и бережным отношением к тканям.

Заключение. Использование синтетических эндопротезов в реконструкции таза у больных с пролапсом гениталий – высокоэффективный метод с относительно низкой частотой послеоперационных осложнений при условии безукоризненного соблюдения техники операции. Эти операции в связи с их сложностью

должны выполняться хирургами высокой квалификации, имеющими достаточный опыт тазовой хирургии. Вопрос о преимуществах и недостатках синтетических эндопротезов различных фирм требует дальнейшего изучения.

Литература

1. Адамян, Л.В. Современные концепции хирургического лечения опущения и выпадения женских половых органов / Л.В. Адамян, М.А. Блинова, Б.Е. Сашин // Матер. междунар. конгресса: Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней. - М. - 2000. - С. 622-635.
2. Адамян, Л.В. Репродуктивное здоровье / Л.В. Адамян, Г.Т. Сухих // Матер. междунар. конгресса: Проблемы репродукции. - М., 2010. - С. 5-9.
3. Айламазян, Э.К. Возможности реконструктивно-пластических операций на тазовом дне с использованием системы PROLIFT / Э.К. Айламазян, В.Ф. Беженарь, Л.К. Цуладзе [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. - 2007. - С. 189-190.
4. Буянова, С.Н. Некоторые аспекты патогенеза пролапса гениталий / С.Н. Буянова, С.В. Савельев, В.Л. Гришин, Т.Н. Сенчакова // Акушерство и гинекология. - 2001. - №3. - С. 39-43.
5. Буянова, С.Н. Роль дисплазии соединительной ткани в патогенезе пролапса гениталий и недержания мочи / С.Н. Буянова, С.В. Савельев, В.Д. Петрова, Б.Ж. Шойбонов [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2005. - Реферат №5.
6. Краснополянский, В.И. Вагинальная экстраперитонеальная кольпопексия (метод PROLIFT) – новый взгляд на хирургию опущения и выпадения внутренних половых органов / В.И. Краснополянский, А.А. Попов // Акушерство и гинекология. - 2007. - №2. - С. 51-55.
7. Краснополянский, В.И. Оперативная гинекология / В.И. Краснополянский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина, А.А. Попов. - М: МЕДпресс-информ, 2010. - С. 152-192.
8. Краснополянский, В.И. Синтетические материалы в хирургии тазового дна / В.И. Краснополянский, А.А. Попов, С.Н. Буянова, О.В. Мачанские [и др.] // Акушерство и гинекология. - 2003. - №6. - С. 36-38.
9. Колесникова, Е.И. Отдаленные результаты профилактики постгистерэктомического выпадения купола влагалища у пациенток с пролапсом гениталий: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.И. Колесникова. - М., 2006. - 22 с.
10. Попов, А.А. Сравнительная оценка результатов лапароскопической сакровагинопексии и вагинальной экстраперитонеальной вагинопексии (PROLIFT) в лечении генитального пролапса / А.А. Попов, В.Д. Петрова, Г.Г. Шагинян, Т.Н. Маннанникова [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. - 2006. - Спец. вып. - С. 83.
11. Пушкарь, Д.Ю. Тазовые расстройства у женщин / Д.Ю. Пушкарь, Л.М. Гумин. - М.: МЕДпрессИнформ, 2006. - 254 с.
12. Русина, Е.И. Проявления дисплазии соединительной ткани у больных с опущением и выпадением половых органов / Е.И. Русина, М.В. Кречмар, М.В. Рулев // Журнал акушерства и женских болезней. - 2006. - Спец. выпуск. - С. 84-85.

13. Biller, D.H. Vaginal vault prolapsed: identification and surgical options / D.H. Biller, G.W. Davila // Cleve Clin.J.Med. - 2005. - Vol.72, №4. - P. 1-8.
14. Lang, J.H. Estrogen levels and estrogen receptors in patients with stress urinary incontinence and pelvis organ prolapsed / J.H. Lang, L. Zhu, Z.J. Sun, J. Chen // Int. J. Gynecol.Obstet. - 2003. - Vol.80. - P. 35-39.
15. Mouritsen, L. Classification and evaluation of prolapsed / L. Mouritsen // Best. Pract. Res. Clin. Obstet.Gynaecol. - 2005. - Vol.19. - P. 895-911.
16. Mouritsen, L. Symptoms, bother and POPQ in women referred with pelvic organ prolapsed / L. Mouritsen, J.P. Larsen // Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct. - 2003. - Vol.14. - P. 122-127.
17. Neuman, M. Advanced mesh implants for vaginal pelvic floor reconstruction: report of 150 Prolift operations / M. Neuman, M. Friedman // Abstract International Urogynecological Association Congress, Cancun June 2006.
18. Perioperative outcomes of tension free vaginal mesh procedures following introduction to a teaching servis / M. Alperin, R. Ellison, G. Sutkin, P.A. Moalli [et al.] // Abstract AUGS meeting 2007 in: Journal of Pelvic Medicine & Surgery. - 2007. - Vol.13, №.5. - P. 308.
19. Reisenauer, C. Anatomical conditions for pelvic floor reconstruction with polypropylene implant and its application for the treatment of vaginal prolapsed / C. Reisenauer, A. Krischniak, U. Drews, D. Wallwiener // European Journal of Obstetrics & Gynecology and reproductive Biology. -2007. - Vol.131. - P. 214-225.
20. Transvaginal mesh repair of pelvic organ prolapsed: short term outcomes from a prospective multicenter study / D. Altman, T. Vairynen, M. Ellstrom Engh, C. Falconer [et al.] // Abstract International Continence Society congress, Rotterdam, 2007.

ПРИМЕНЕНИЕ СЕТЧАТЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ В ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

С.А. ГАСПАРЯН, Е.П. АФАНАСОВА,
Л.В. СТАРИЧЕНКО

Проведен анализ результатов оперативного лечения с 2007 по 2009 год 85 больных женщин с простыми и осложненными формами пролапса гениталий с использованием синтетических материалов фирм – производителей АМС, Джонсон и Джонсон с целью определения эффективности хирургического лечения. Показана высокая эффективность реконструктивных пластических хирургических вмешательств с использованием синтетических сетчатых эндопротезов в лечении генитального пролапса, а также относительно низкая частота послеоперационных осложнений. Вопрос о преимуществах и недостатках использования синтетических эндопротезов различных фирм требует дальнейшего изучения.

Ключевые слова: системы Prolift, Peridgi и Apodgi для реконструкции тазового дна, недифференцированная дисплазия соединительной ткани, интра- и послеоперационные осложнения

EXPERIENCE OF GENITALS PROLAPSE TREATMENT USING RETICULAR ENDOPROSTHESES

GASPARYAN S.A., AFANASOVA E.P.,
STARICHENKO L.V.

Analysis of the results of 85 women treatment using AMS and Jonson & Jonson synthetic materials was made to study the effectiveness of surgical correction of simple and complicated forms of genitals prolapse. The data obtained showed the high efficiency of reconstructive plastic surgery in treatment of genitals prolapse using synthetic reticular endoprotheses, relatively low frequency of postoperative complications. Advantages and disadvantages of different synthetic endoprotheses require further accumulation of experience.

Key words: the systems Prolift, Peridgi and Apodgi for the reconstruction of the pelvic floor, «the undifferentiated dysplasia of the connective tissue», intra- and postoperative complications

© Н.В. Левченко, В.И. Ефременко, 2011
УДК 616.901.5:598.2/.9:616-07:581.52

ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА ВИРУСА ГРИППА ПТИЦ В ОБЪЕКТАХ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ, СОДЕРЖАЩИХ ПАТОГЕН В НИЗКИХ КОНЦЕНТРАЦИЯХ

Н.В. Левченко¹, В.И. Ефременко²

¹Ставропольский научно-исследовательский противочумный институт

²Ставропольская государственная медицинская академия

Левченко Наталья Витальевна, младший научный сотрудник Ставропольского научно-исследовательского противочумного института, тел.: 89283217618; e-mail: efremenko26@mail.ru.

Ефременко Виталий Иванович, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, заведующий кафедрой биологической химии СтГМА, тел.: 89624402261.

Проблема возникновения новых и возвращающихся инфекционных болезней, поражающих население государств, расположенных на различных континентах, до настоящего времени не теряет своей актуальности. К таким инфекциям относится грипп птиц, который в начале ХХI века приобрел способность вызывать заболевания человека при контакте с больной птицей [1, 2,