

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТКАНЕЙ ПРИ ПРОЛАПСЕ ГЕНИТАЛИЙ

HISTOLOGICAL CHARACTERISTICS OF TISSUES IN PROLAPSE OF THE GENITALS

■ Каримова Ф.Д.

■ Гиясова М.Г.

■ Ташкентский институт усовершенствования
врачей
Узбекистан

■ Karimova F.D.

■ Gyasova M.G.

■ Tashkent institute for advanced training of
doctors
Uzbekistan

Резюме

В настоящее время тазовый пролапс представляет собой опасное заболевание, сопряженное с необратимым развитием патологии органов малого таза. Основными причинами возникновения данного патологического состояния являются ослабление или повреждение соединительнотканно-мышечных структур тазового дна.

Ключевые слова: органы малого таза, пролапс гениталий, морфология

Summary

Currently, pelvic prolapse is a dangerous disease associated with the irreversible development of the pathology of the pelvic organs. The main cause of this pathological condition is the weakening or damage of the connective tissue-muscle structures of the pelvic floor.

Key words: pelvic organs, genital prolapse, morphology

Библиографическая ссылка на статью

Каримова Ф.Д., Гиясова М.Г. Гистологическая характеристика тканей при пролапсе гениталий // Innova. - 2019. - № 2 (15). - С.14-19.

References to the article

Karimova F.D., Gyasova M.G. Histological characteristics of tissues in genital prolapse // Innova. - 2019. - No. 2(15). -P.14-19.

DOI: 10.21626/innova/2018.3/02

Введение

Тазовый пролапс – синдром опущения тазового дна и органов малого таза изолированно или в сочетании (A.G. Parks и соавт. 1966; M.M. Henry и соавт., 1988; S. Jackson и соавт., 1997 и др.). По современным представлениям (J.C. Goligher, 1988; M.M. Henry, 1988 и др.), понятие «тазовое дно», кроме мышц леваторов и диафрагмы таза, включает также наружный и внутренний сфинктер заднего прохода. Синдром тазового пролапса всегда сочетается с патологическими изменениями со стороны органов малого таза. Высокая частота этой сочетанной патологии у женщин всех возрастов определяет актуальность данной проблемы (S.P. Marinovic и соавт., 2004).

Изучение результатов профилактических осмотров, проведенных в Узбекистане, показало, что у 60% женщин выявляются такие проявления тазового пролапса, как ректоцеле, опущение стенок влагалища и матки, недержание мочи при напряжении, деформация промежности и шейки матки, хронические запоры, геморрой,

хронические трещины заднего прохода и др.

Причинами этих заболеваний являются ослабление или повреждение соединительнотканно-мышечных структур тазового дна, которые в норме служат поддерживающим каркасом для тазовых органов (J.O. Delancey, 1992; S. Jackson и соавт., 1997 и др.). К факторам, провоцирующим пролапс, относятся многократные и травматичные роды, гистерэктомия, тяжелый физический труд, врожденная слабость соединительной ткани, старческая атрофия, повышение внутрибрюшного давления при ожирении, хронических респираторных заболеваниях (S.J. Snooks и соавт., 1984; A.R. Smith и соавт., 1989; R.E. Allen и соавт., 1990; A.H. Sultan и соавт., 1993; P.D. Wilson и соавт., 1996 и др.).

К сожалению, единая проблема сочетанной патологии в виде синдрома опущения тазового дна, органов малого таза и связанных с этим заболеваний расчленена. Ее решением занимаются урологи, гинекологи, колопроктологи,

что служит причиной недооценки всех специфических симптомов этой патологии в комплексе и, несомненно, влияет на качество и исходы лечения.

Кроме того, на определенных стадиях заболевания существует возможность консервативной коррекции, что заключается в комплексном воздействии на соединительную

ткань методами лазерной коррекции, применением средств, оказывающих стимулирующий местный эффект. С целью разработки данного комплекса консервативных методов лечения необходимым, на наш взгляд, явилось изучение гистологической характеристики тканей генитального тракта.

Материалы и методы

Гистологическое исследование проведено в патоморфологической лаборатории Ipsum pathology.

Исследовали ткань передней и задней стенок влагалища, полученную при выполнении реконструктивно-пластических операций на

тазовом дне или во время влагилицной гистерэктомии у 40 женщин. Основную группу составили пациентки с различными стадиями ПТО (ПТО I — n = 11; ПТО II — n = 13; ПТО III — n = 12; ПТО IV — n = 4).

Средний возраст пациенток данной выборки составил 54,3±1,6 года.

Таблица 1. Средний возраст пациенток в группах ПТО

ПТО (стадия)	I (n=П)	II (n=13)	III (n=12)	IV (n=4)	P
Возраст, лет (M±t)	50,1±1,6	50,8±2,4	58,6±2,4	63,5±9,2	P _{mi} >0,05; P _{mi} =0,01; P _{i-iv} >0,05; P _{i-ш} =0,03; p _{„iv} >0,05; p _{„iy} >0,05

Пациентки с тяжелыми стадиями ПТО (III и IV по системе POP-Q) были старше пациенток с I и II стадиями заболевания. При этом достоверное различие в возрасте обнаружено только при сравнении группы пациенток III

стадии ПТО с большими, имеющими I и II стадии заболевания (p<0,05). Распределение пациенток в группах ПТО в зависимости от возрастного периода представлено в таблице 2.

Таблица 2. Распределение пациенток в группах ПТО в зависимости от возрастного периода

Возрастной период	ПТО (стадии)			
	I n (M±t%)	II n (M±t%)	III n (M±t%)	IV n (M±t%)
Репродуктивный	1 (9,1±8,7)	2 (15,4±10,0)	0	0
Пременопауза	8 (72,7±13,4)	8 (61,5±13,5)	6 (50±14,4)	2 (50±25)
Постменопауза	2 (18,2±11,6)	3 (23,1±11,7)	6 (50±14,4)	2 (50±25)
Всего	11	13	12	4

Группы ПТО I–II стадий в большинстве случаев были представлены пациентками пременопаузального возрастного периода, тогда как в группы ПТО III–IV стадий с одинаковой

частотой были включены женщины пременопаузального и постменопаузального возрастов. При этом достоверных различий между группами выявлено не было.

При морфологическом анализе тканей стенки влагалища пациенток с ПТО оценивались следующие параметры: состояние соединительнотканного компонента собственной пластинки эпителия, выраженность мышечного

слоя стенки влагалища, состояние кровеносных сосудов собственной пластинки эпителия и адвентиции.

Результаты морфологического исследования представлены в таблице 3.

Таблица 3. Характеристика морфологических изменений стенки влагалища пациенток с ПТО

Признак	ПТО (стадии)				P
	I n (M±T%)	II n (M±T%)	III n (M±T%)	IV n (M±T%)	
Разволокнение собственной пластинки эпителия	СТ 1 (9,1±8,7)	4 (30,8±12,8)	12 (100)	4 (100)	Pi-p>0,05; Pi,ii-iii,iv<0,01
Дезорганизация мышечного (истончение, разволокнение)	слоя 4 (36,4±14,5)	6 (46,2±13,8)	12 (100)	4 (100)	Pmi>0,05; Pi,n-ш<0,01; P,,,mv>0,05
Дилатация кровеносных сосудов	5 (45,5±15,0)	9 (69,2±12,8)	12 (100)	4 (100)	Pi-и>0,05; Pi-ш<0,01; Pн- ммуX^Об; p.-v>0,05
p	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	
Всего	I (100)	13(100)	12(100)	4(100)	

Морфологические изменения стенки влагалища у женщин с ПТО I и II стадий были выявлены во всех случаях и были сходными (рис. 4, 5). Наиболее часто отмечалось расширение просвета кровеносных сосудов (артериол и венул) собственной пластинки эпителия и адвентиции стенки влагалища. Этот признак наблюдался в 45,5±15,0% случаев. Соединительнотканый компонент собственной

пластинки эпителия и мышечный слой стенки влагалища характеризовались компактным расположением волокон; разволокнение волокон соединительной ткани либо отсутствовало, либо было слабо выражено. В 36,4±14,5% случаев мышечный слой стенки влагалища был истончен. В то же время достоверных различий в частоте встречаемости исследуемых признаков выявлено не было.

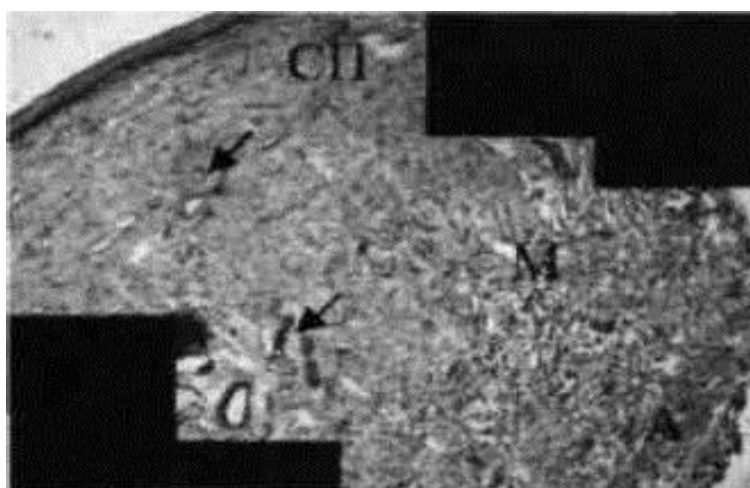


Рисунок 1. № 210, пациентка О., 58 лет, постменопауза 16 лет. ПТО I стадии.

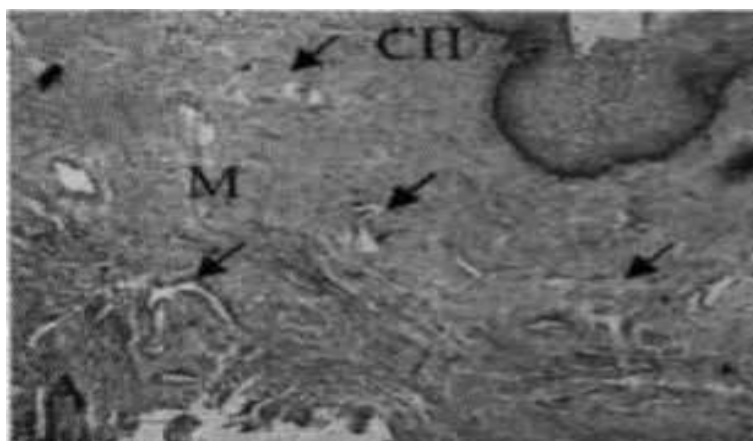


Рисунок 2. № 231, пациентка Б., 44 года, менструальный цикл сохранен. ПТО II стадии.

У пациенток с ПТО III и IV стадий изучаемые структурные изменения стенки влагалища также были выявлены во всех случаях. Однако их выраженность была значительно большей, чем при ПТО начальных (I и II) стадий. Так, в 100% случаев отмечалась выраженная дезорганизация

соединительной ткани: истончение волокон, отек ткани, дилатация просвета кровеносных сосудов собственной пластинки эпителия и адвентиции стенки влагалища. Мышечный слой во всех случаях был истончен (рис. 3, 4, 5).

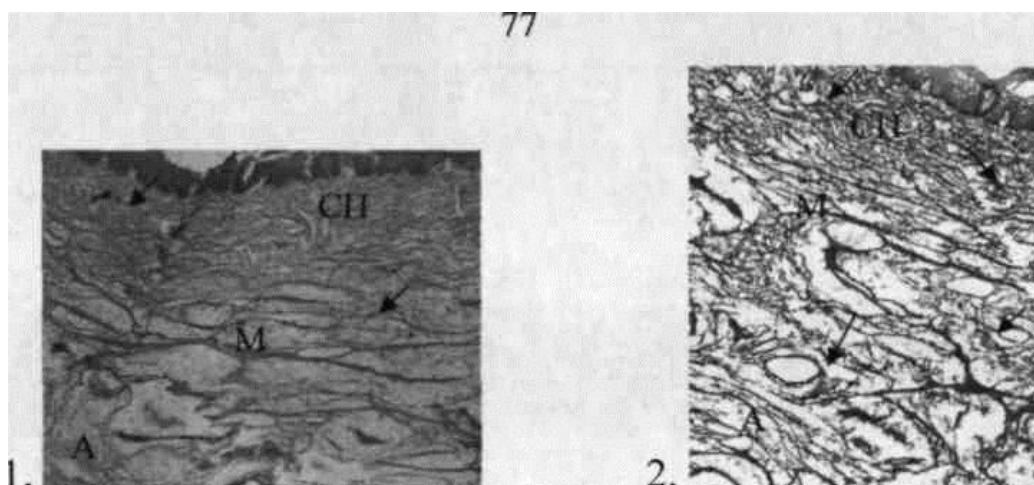


Рисунок 3. №168, пациентка Г., 51 год, пременопауза. ПТО III стадии.

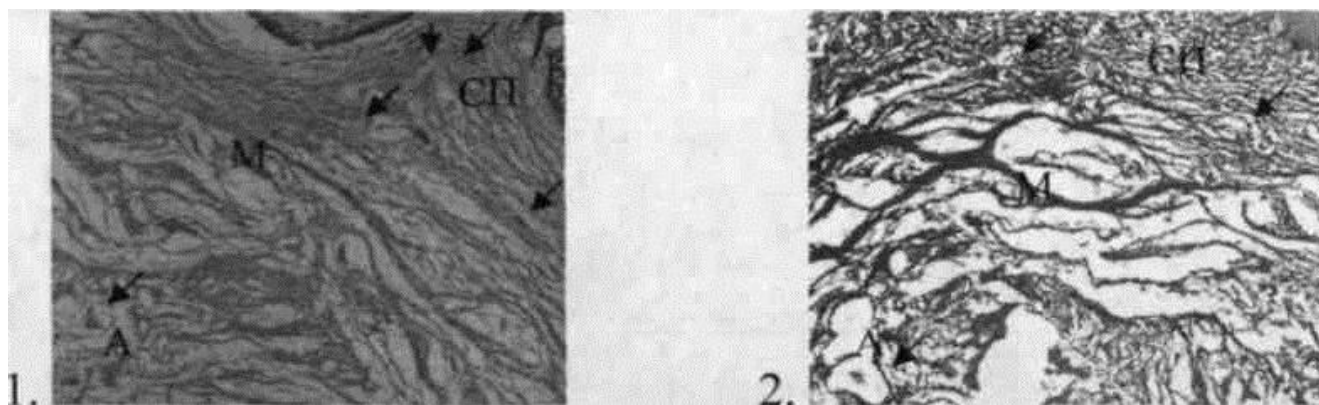


Рисунок 4. № 206, пациентка Д., 61 год, постменопауза 14 лет. ПТО III стадии.

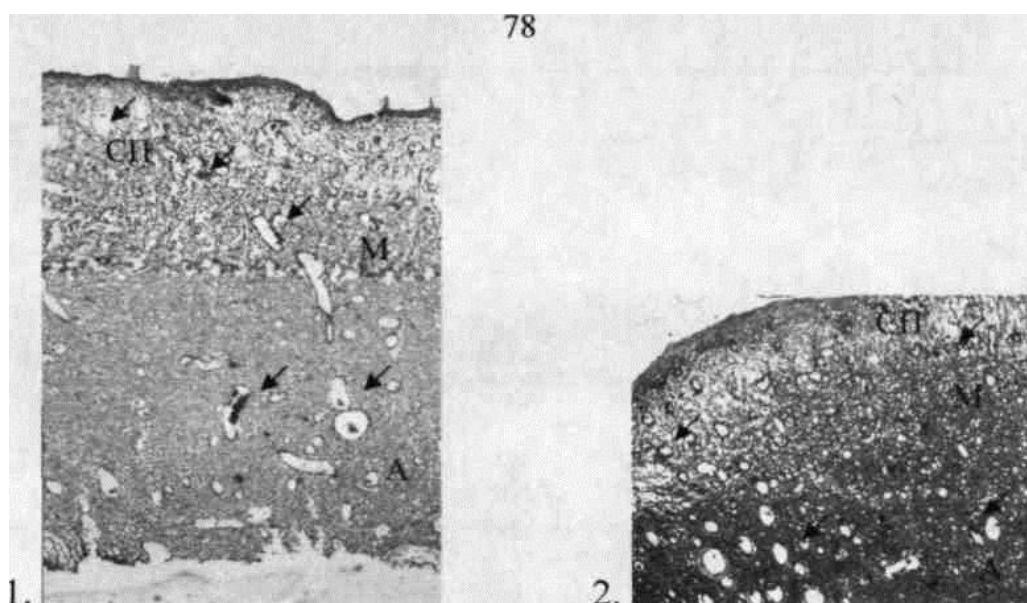


Рисунок 5. № 205, пациентка Б., 69 лет, постменопауза 23 года. ПТО IV стадии.

Следует отметить, что выраженность патологических изменений соединительнотканного и мышечного компонентов стенки влагалища женщин определялась стадией ПТО. Достоверных отличий в зависимости от возрастного периода пациенток нами выявлено не было.

Таким образом, ПТО характеризуется определенными морфологическими изменениями стенки влагалища. Явления процессов деструкции соединительнотканного и мышечного компонентов стенки влагалища наблюдаются при всех стадиях заболевания. Наибольшая выраженность морфологических изменений тканей влагалища при ПТО поздних стадий указывает на постепенное их прогрессирование и необратимость.

Возможно, это объясняется недостаточной активностью репаративных процессов в тканях, что обуславливает несостоятельность ткани и, соответственно, уменьшение резистентности поддерживающих структур влагалища к действию механических факторов (например, возрастающего давления на стенки влагалища пролабируемых органов малого таза (мочевого пузыря, прямой кишки)).

Очевидно, что триггерные механизмы развития ПТО могут быть различными, но при этом имеют общие последующие и завершающие этапы, морфологически проявляющиеся деструкцией соединительнотканного и мышечных компонентов, в частности, стенки влагалища и тазового дна.

Нарушение механических свойств соединительнотканного компонента, а также вероятное снижение тонуса и сократительной

активности мышечного компонента стенок влагалища, обусловленные гистологическими изменениями, могут определять неэффективность классических методов оперативной коррекции ПТО и способствовать увеличению частоты рецидивов заболевания после реконструктивных операций с применением нативных тканей. Это необходимо принимать во внимание при выполнении реконструктивно-пластических операций. В то же время при выборе метода и вида оперативной коррекции ПТО важно учитывать, что компенсаторные возможности соединительной ткани зависят от активности ферментов, регулирующих процессы ее биосинтеза и регенерации.

Литература

1. Abbas S.M., Bissett P., Neill M.E. et al. Long-term results of the anterior Delorme's operation in the management of symptomatic rectocele // *Dis Colon Rectum*. - 2015. - Vol. 48. - № 2. - P. 317-322.
2. Abramov Y., Gandhi S., Goldberg R.P. Site-Specific Rectocele Repair Compared With Standard Posterior Colporrhaphy // *Obstet Gynecol*. - 2009. - Vol. 105. - № 2. - P. 314-318.
3. Adhoute F., Soyeur L., Pariente J.L. et al. Use of transvaginal polypropylene mesh (Gynemesh) for the treatment of pelvic floor disorders in women. Prospective study in 52 patients // *Prog Urol*. - 2004. - Vol. 14. - № 2. - P. 192-196.
4. Agachan F., Chen T, Pfeifer J., Reisman P., Wexner S.D. A constipation scoring system to simplify evaluation and management of

- constipated patients // *Dis Colon Rectum*. - 1996. – Vol. 39. - № 6. - P. 681-5.
5. Agildere A.M., Tarhan N.C., Ergeneli M.H. et al. MR rectography evaluation of rectoceles with oral gadopentetate dimeglumine and polyethylene glycol solution // *Abdom Imaging*. - 2003. - Vol. 28. - № 1. – P. 28-35.
6. Altman D., Mellgren A., Zetterstrom J. Rectocele repair using biomaterial augmentation: current documentation and clinical experience // *Obstetrical & gynecological survey*. - 2005. - Vol. 60. - № 11. - P. 753-760.
7. Altman D., Zetterstrom J., Mellgren A. et al. A three-year prospective assessment of rectocele repair using porcine xenograft // *Obstet Gynecol*. - 2006. - Vol. 107. - № 1. - P. 59-65.