

гениталий (3), неполном выпадении матки (14), стрессовым недержанием мочи (35). Средний возраст женщин составил 51 ± 5 лет (от 46 до 60 лет). Всем пациенткам было выполнено хирургическое лечение с применением синтетических материалов.

Методы исследования. При дефектах пузырно-влагалищной фасции выполняли переднюю кольпотомию с пластикой стенки влагалища и коррекцией дефекта проленовой сеткой Gynemesh® или Gynemesh PS® («Gynecare» Johnson & Johnson, США) (n = 17), при цистоцеле II–III ст. использовали систему Prolift anterior (n = 2), Gynemesh PS® трансплантат, который дважды проводили через запирательное отверстие по в оригинальной модификации GynATOM (n = 10) или проленовую сетку SerATOM® (n = 10) (Serag Wiessner, Германия). При дефектах ректо-вагинальной фасции выполняли заднюю кольпоперинеолеваторопластику, дополненную задним IVS® slingом (Тусо, США) в сочетании с коррекцией дефекта сеткой Gynemesh PS® (n = 17), коррекцию ректоцеле сеткой Gynemesh PS® с фиксацией к сакро-спинальной связке в оригинальной модификации или проленовой сеткой Seratom® (n = 6). При выпадении матки (полном или неполном) выполняли влагалищную гистерэктомию в сочетании с операцией Prolift total® (n = 3), SerATOM® anterior-posterior (n = 9). В случаях выпадения культи влагалища или при выполнении лапароскопической субтотальной гистерэктомии на втором этапе

предпочитали MESH-сакровагинопексию (n = 8) или MESH-апоневровагинопексию (n = 22). При выявлении стрессовой инконтиненции операцию у 6 больных дополняли субуретральным slingом TVT® («Gynecare» Johnson & Johnson, США), IVS® (Тусо, США) (n = 8) или субуретральным транссобутураторным slingом TTVT-O® (Johnson & Johnson, США) (n = 30), TOT® (Тусо, США) (n = 2), Serasis® (n = 5) (Serag Wiessner, Германия).

Результаты исследования. Эффективность результатов оперативного лечения оценивалась с учетом субъективных и объективных критериев восстановления анатомических параметров и функциональных показателей, а также оценивалось качество жизни пациенток при динамическом наблюдении в сроки от 3 месяцев до 8 лет. Нами отмечена высокая эффективность хирургического лечения тазового пролапса, а также стрессового недержания мочи с использованием синтетических материалов. При применении проленовых имплантантов отмечалось полное восстановление анатомической и функциональной состоятельности тазового дна. Следует также отметить отсутствие рецидивов стрессового недержания мочи. При динамическом наблюдении за прооперированными пациентками в течение до 8 лет рецидивов пролапса не отмечали. Рецидивов стрессового недержания мочи также отмечено не было. Все пациентки отмечали удовлетворенность результатом операции и улучшение качества жизни.

¹Беженарь В.Ф., ¹Цуладзе Л.К., ¹Иванова Р.Д.,
¹Цыпурдеева А.А., ¹Павлова Н.Г.,
¹Прохорова В.С., ²Кравцова Н.А., ¹Рулов М.В.

¹ГУ НИИ акушерства и гинекологии имени Д.О. Отта РАМН, Санкт-Петербург;

²Южно-Российский центр косметологии и пластической хирургии, Краснодар, Россия

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ TVT® И TTVT-O® В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ

Актуальность проблемы. Недержание мочи при напряжении (НМПН) на сегодняшний день остается актуальной медицинской и социальной проблемой. В среднем, каждая четвертая женщина в возрасте старше 40 лет испытывает дискомфорт, вследствие данного расстройства мочеиспускания (Краснопольский В.И., и др., 1999; Abrams P., et al., 2002).

Целью исследования была оценка эффективности полипропиленовых имплантантов TTVT® и TTVT-O® («Gynecare» Johnson & Johnson, США) при хирургическом лечении НМПН.

Материал и методы. За период с октября 2004

года по октябрь 2006 года нами проведено лечение 30 пациенток с НМПН, которым было проведено оперативное лечение с использованием TTVT-O® (1-я группа) и 8 пациенток, которым была выполнена операция TTVT® (2-я группа). У всех пациенток клинический диагноз НМПН, был подтвержден при комплексном уродинамическом обследовании (КУДИ) (Dantec Menet) и 3D-УЗИ (Voluson-730 expert, GE). Оценивались как субъективные, так и объективные параметры эффективности лечения НМПН. КУДИ, а также УЗИ уретровезикального сегмента с измерением углов α и β до и после операции выполняли всем обследованным.

Результаты исследования. Возраст пациенток колебался от 29 до 66 лет (средний возраст составил $47,5 \pm 18,5$ лет). У пациенток обеих групп после операции наблюдалось полное излечение. Средняя длительность операции TTVT-O® составила $22 \pm 4,5$ мин, операции TTVT® — $31 \pm 8,5$ мин ($p > 0,05$). В течении 1-х суток после операции в мочевом пузыре оставляли катетер Фоллея, влагалище тампонировали. Самостоятельное мочеиспускание наблюдалось со вторых суток после операции. Мы не наблюдали никаких осложнений во время проведения уретропексий. В послеоперационном периоде отмечен один случай (3,3 %) развития эрозии стенки влагалища у больной 1-й группы. При проведении контрольного УЗИ уретровезикального сегмента после

операции признаков гипермобильности уретровезикального сегмента и (или) везикализации уретры не было отмечено в обеих группах. Все пациентки отметили улучшение качества жизни. При динамическом наблюдении в течение 2 лет рецидивов заболевания также не отмечали.

Заключение. Анализируя полученные результаты, следует отметить высокую эффективность и безопасность проленовых имплантантов TTVT-O®, TTVT® при лечении НМПН, а также техническую простоту при проведении операций. Отсутствие необходимости проведения интраоперационной цистоскопии, а также безопасность в отношении ранения мочевого пузыря, на наш взгляд определяет основные преимущества операции TTVT-O®.

**Беженарь В.Ф., Цуладзе Л.К.,
Цыпурдеева А.А., Кравцова Н.А.**

¹ГУ НИИ акушерства и гинекологии имени Д.О. Отта РАМН, Санкт-Петербург;

²Южно-Российский центр косметологии и пластической хирургии, Краснодар, Россия

СПОСОБ КОРРЕКЦИИ ЦИСТОЦЕЛЕ ИМПЛАНТОМ ИЗ ПОЛИПРОПИЛЕНА GYNEMESH PS®

Актуальность проблемы. До 45 % всех гинекологических операций проводится в связи с опущением и выпадением внутренних половых органов, осложненных цистоцеле. Особую сложность для хирургической коррекции представляют пациентки молодого возраста, живущие активной половой жизнью и планирующие реализовать репродуктивную функцию.

Целью нашего исследования была разработка и оценка эффективности оригинального полипропиленового имплантанта для коррекции цистоцеле.

Материал и методы. За период с октября 2004 года по ноябрь 2006 года нами проведено лечение 67 пациенток с генитальным пролапсом. Среди них с цистоцеле (21), цисторектоцеле (12), выпадением купола влагалища (12), полным выпадением матки (22), пролапс сочетался со стрессовым недержанием мочи у 38 больных. Средний возраст женщин составил $54 \pm 3,4$ года (от 46 до 67 лет). Всем пациенткам было выполнено хирургическое лечение в объеме передняя кольпоптомия с Gynemesh® пластикой по методике A.Pigné (n = 17), задняя кольпоперинеолеваторопластика (n = 42), TTVT® (n = 8), TTVT-O® (n = 30), MESH-сакровагинопексия (n = 6), MESH-апоневровагинопексия (n = 12). Мы использовали проленовые сетки Gynemesh® и Gynemesh PS®, а также полипропиленовые петли TTVT® и TTVT-O® («Gynecare», Johnson & Johnson, США).

Результаты исследования. В ходе отработки

и модернизации методики коррекции цистоцеле по методу A.Pigné мы обратили внимание на следующие ее недостатки: недостаточные размеры сетчатого протеза, не позволяющие ликвидировать дефекты пузырно-влагалищной фасции при боковом цистоцеле, отсутствие возможности транспозиции протеза после его установки на мочевой пузырь и ушивания стенки влагалища, а также необходимость наложения погружных швов на мочевой пузырь при большом цистоцеле. Нами разработана методика коррекции цистоцеле сеткой Gynemesh PS® («Gynecare», Johnson & Johnson, США), позволяющая устраниить вышеуказанные недостатки. Способ заключается в применении протеза с максимальными размерами, которые возможно выкроить из сетки Gynemesh PS® (7,6 x 15 см). Форма протеза подразумевает наличие двух пар рукавов по верхнему и нижнему краю протеза, а также сетку размерами по верхнему краю 5 см и по нижнему краю 8 см. Протез укладывается на переднюю стенку мочевого пузыря после отсепаровки его от стенки влагалища без фиксации. Рукава протеза проводятся через запирательное отверстие с перфорацией arcus tendineus fasciae pelvis (ATFP). Разработанная методика названа нами GynATOM, где Gyn — сетка Gynemesh PS®, A — anterior (передний), T — trans (через), O — obturator (запирательный), M — MESH. По описанной методике проведено хирургическое лечение 32 пациенток. Нами от-