

целого комплекса механизмов переработки информации в головном мозге с обеспечением различных форм когнитивной и перцептивно-моторной деятельности человека. Сравнительные показатели ПДТ до и после проведенного лечения с использованием цераксона имели существенные отличия с улучшением показателей оперативной памяти, концентрации внимания слухоречевого восприятия.

Использование цераксона дает возможность уже на начальных этапах развития хронической цереброваскулярной недостаточности корректировать когнитивные нарушения, уменьшая сопутствующие эмоционально-аффективные расстройства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Веденко Б. Г. К критериям оценки качества лечебного процесса в отделениях стационара // Сов. здравоохранение – 1989. – № 12. – С. 14–15.
2. Гнездицкий В. В., Корепина О. С. Атлас по вызванным потенциалам мозга: Практик. рук-во. – Иваново, 2011. – С. 528.
3. Дамулин И. В. Хроническая сосудистая мозговая недостаточность у пожилых // Тез. докладов VII Всероссийского съезда неврологов. – Н. Новгород, 1995. – № 213.
4. Зеньков Л. Р., Ронкин М. А. Функциональная диагностика нервной системы. – М.: Медицина, 2001.
5. Захаров В. В., Яхно Н. Н. Синдром умеренных когнитивных расстройств в пожилом возрасте: диагностика и лечение // Рус. мед. журн. – 2004. – № 10. – С. 573–576.
6. Одинак М. М., Емелин А. Ю., Лобзин В. Ю. Нарушение когнитивных функций при цереброваскулярной патологии. – СПб: ВМедА, 2006. – 158 с.
7. Adibhatla R. M., Hatcher J. F. Cytidine 5-diphosphocholine (CDP-choline) in stroke and other CNS disorders // Neurochem res. – 2005. – № 30. – P. 15–23.
8. Adibhatla R. M., Hatcher J. F., Larsen E. C. et al. CDP-choline significantly restores phosphatidylcholine levels by differentially affecting Phospholipase A2 and CTP: phosphocholine cytidyltransferase after Stroke // J. biol. chem. – 2006. – Vol. 281. № 10. – P. 6718–6725.
9. Alonso de Lecinana M., Gutierrez M. et al. Effect of combined therapy with thrombolysis and citicoline in a rat model of embolic stroke // J. neurol. sci. – 2006. – № 247. – P. 121–129.
10. Karpov S. M., Gerasimova M. M. Evoked potential in diagnostic of craniocerebral trauma in children // European journal of neurology. – September 2006. – Vol. 13. Sup I.2. – P. 1343.

Поступила 28.09.2012

**Н. А. КРАВЦОВА, В. А. КРУТОВА, Л. В. МАКАРЕНКО, А. В. ЕФИМЕНКО,
Е. Г. ПИРОЖНИК, И. Ф. НЕБАСУЙ, Н. С. ТЮТЮННИКОВА, А. П. СТОРОЖУК**

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЦИСТОЦЕЛЕ ТЯЖЕЛОЙ СТАДИИ И СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ С ПРИМЕНЕНИЕМ СЕТЧАТЫХ ТРАНСПЛАНТАТОВ

*Базовая акушерско-гинекологическая клиника ГОУ ВПО КубГМУ Минздравсоцразвития России,
Россия, 350072, г. Краснодар, ул. Зиповская, 4/1,
тел. (861) 257-04-53. E-mail: klinika@bagk-med.ru*

В работе представлены результаты хирургического лечения 81 больной с наличием тяжелой стадии цистоцеле, с рецидивами пролапса после предыдущих пластических операций и с наличием признаков дисплазии соединительной ткани. Показана целесообразность использования синтетических материалов из полипропилена для коррекции пролапса гениталий. При сопутствующем недержании мочи стрессового генеза подтверждена эффективность уретропексии свободной синтетической петлей.

Ключевые слова: пролапс гениталий, тазовая хирургия, пропиленовые сетки, TVM по системе Prolift.

**N. A. KRAVTSOVA, V. A. KRUTOVA, L. V. MAKARENKO, A. V. EFIMENKO,
E. G. PIROGNIK, I. F. NEBASUY, N. S. TYUTYUNNIKOVA, A. P. STOROZHUK**

THE EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF CYSTOCELE OF HEAVY DEGREE AND URINARY INCONTINENCE OF STRESS GENESIS WITH MESH PROSTHESES

*Basic obstetric-gynecological clinic Kuban state medical university,
Russia, 350072, Krasnodar, Zipovskaya str., 4/1, tel. (861) 257-04-53. E-mail: klinika@bagk-med.ru*

The results of surgical treatment of 81 patients with cystocele of heavy degree, relapses of prolapse after the previous plastic operations and with signs of dysplasia of connective tissue are presented in this work. Reasonability of the use of synthetic materials from polypropylene for genitals prolapse correction is showed. Efficiency of urethropexies of trans-vaginal tapings is confirmed by concomitant urinary incontinence of stress genesis.

Key words: genitals prolapse, pelvic surgery, prolene meshes, TVM by Prolift system.

В настоящее время пролапс гениталий остается достаточно распространенным гинекологическим заболеванием и представляет собой не только медицинскую, но и серьезную социальную проблему. Частота встречаемости пролапса тазовых органов в структуре гинекологической заболеваемости достигает 30%. Частота рецидивов пролапса после хирургической коррекции при использовании классических методик доходит до 40%. Ведущей причиной рецидивирующего течения этого заболевания является генетически детерминированная системная несостоятельность – дисплазия соединительной ткани, которая у пациенток с пролапсом гениталий составляет 38% [3]. Роль соединительной ткани в этиологии пролапса гениталий изучается давно. Отмечено, что чем ярче проявления дисплазии на полиорганном уровне, тем в более молодом возрасте возникает пролапс гениталий, тем сложнее поддается хирургической коррекции и обуславливает высокую частоту рецидивов [12]. Роль соединительной ткани в создании опоры тазового дна неопровержима, поскольку мышцы не могут нормально функционировать без надежной фиксации: убедительно доказано, что потеря точки опоры мышц промежности при акушерских травмах приводит к дальнейшему развитию несостоятельности мышц тазового дна [7]. Число женщин, страдающих пролапсом гениталий, не имеющих родов в анамнезе, составляет 0,96% [6]. Соответственно у 99% пациенток пролапс наступил после родов, которые отличались стремительным и быстрым течением (до 50,3%), что обуславливает повышенный травматизм [5]. В хирургии опущения и выпадения гениталий и стрессового недержания мочи сетчатые протезы применяются около 20 лет, а при влагалищном доступе коррекции пролапса гениталий – в течение последних 15 лет [13]. С развитием и усовершенствованием синтетических материалов эффективность различных методик коррекции пролапса гениталий постоянно растет, однако концепция этих операций различна. При вагинальном доступе используется технология TVM (trans-vaginal mesh) с применением синтетического протеза по системе Prolift. Концепция оперативного вмешательства состоит в «замене» несостоятельной тазовой фасции сетчатым протезом с созданием надежного каркаса для органов малого таза [5]. При абдоминальном доступе с выполнением сакровагинопексии создается надежная фиксация сетчатым протезом влагалища к поперечной связке крестца. При этом результатом оперативного вмешательства является горизонтализация влагалища, при которой сила внутрибрюшного давления противодействует костная воронка таза [4].

Нельзя не отметить, что отдельное место среди операций с применением сетчатых протезов занимает уретропексия свободной синтетической петлей позадилоном или обтураторным доступом, которая на сегодняшний день имеет довольно низкий процент осложнений (0,1–1%) и высокую эффективность (до 96%) [15]. Эта методика получила широкое распространение благодаря доступности техники выполнения, малоинвазивности, безопасности. Важным условием применения синтетических протезов в хирургии тазового дна является необходимость не только осуществить механическую поддержку, но и обеспечить хорошие функциональные результаты работы тазовых органов (накопительная и эвакуаторная функции кишки, мочевого пузыря и уретры, половая функция).

Наиболее частой проблемой у больных с пролапсом тазовых органов является формирование цистоцеле при опущении передней стенки влагалища, которое нередко сочетается с недержанием мочи при напряжении. Развитие функциональной хирургии таза на основе современных технологий предоставляет возможности для профилактики послеоперационных рецидивов путем использования современных синтетических материалов для замещения дефектов тазовой фасции, что снижает рецидивы пролапса до 4%. Применение проленовой системы Prolift+M для хирургического лечения пролапса тазовых органов прочно занимает одно из ведущих мест среди современных методов коррекции этой патологии [1].

Однако использование новых технологий в оперативной гинекологии неизбежно влечет возникновение интра- и послеоперационных осложнений. Так, по данным Федерального агентства США по надзору за использованием пищевых и лекарственных средств, на 30 тысяч операций возникает 18,2% осложнений различной степени тяжести [14].

Цель исследования – изучить эффективность коррекции цистоцеле III–IV стадии синтетическим трансплантатом Prolift+M, частоту и характер послеоперационных осложнений, эффективность коррекции сопутствующего стрессового недержания мочи.

Материалы и методы

В отделении 81 пациентке с пролапсом гениталий III–IV стадии (классификация POP-Q) проведено хирургическое лечение. При этом критериями отбора пациенток явились наличие тяжелой стадии цистоцеле, рецидивы пролапса после предыдущих пластических операций и наличие признаков дисплазии соединительной ткани. У всех женщин наблюдались опущение задней стенки влагалища, ректоцеле II стадии. Сочетание цистоцеле и стрессового недержания мочи наблюдалось у 27 пациенток (33,3%).

У 41 (50,6%) больной цистоцеле сочеталось с наличием патологии матки (миомой, аденомиозом, патологией эндометрия), в связи с этим были выставлены показания для проведения гистерэктомии. У 10 пациенток (22,3%) наблюдалась элонгация шейки матки, у 9 (11%) – рецидив пролапса после предыдущих пластических операций, в 10 (22,3%) случаях была обнаружена патология культи шейки матки, что явилось показанием для ее удаления. Средний возраст больных составил $57,8 \pm 3,4$ года.

81 пациентке была проведена забрюшинная влагалищная кольпопексия облегченным трансплантатом Prolift anterior.

У 27 больных при сочетании цистоцеле и стрессового недержания мочи дополнительно проводилась уретропексия свободной синтетической петлей TVT-O. В 41 случае при сочетании цистоцеле и миомы матки, аденомиоза, патологии эндометрия, т. е. когда выставлялись показания для удаления матки, проводилась вагинальная гистерэктомия.

У 10 пациенток с элонгацией шейки матки и отсутствием показаний для гистерэктомии дополнительно проводилась ампутация шейки матки.

10 женщинам дополнительно проведена вагинальная экстирпация культи шейки матки, т. к. диагностирована ее патология (гипертрофия, рубцовая деформация, дисплазия).

9 женщин оперированы в связи с рецидивом пролапса. Из них у 5 пациенток проведены только

забрюшинная кольпопексия системой Prolift anterior+M, задняя кольпоррафия, леваторопластика, а у 4 – тот же объем оперативного вмешательства и дополнительно проведена ампутация шейки матки в связи с ее элонгацией.

Всем больным коррекция опущения задней стенки влагалища проводилась собственными тканями: кольпоррафия с формированием неофасции из слизистой влагалища (неофасция формировалась из слизистой, оставленной на прямой кишке).

Преимущества трансплантата Prolift anterior +M в том, что он состоит из равных частей рассасывающегося моноволокна из полигликапрона-25 и нерассасывающегося полипропиленового моноволокна. После рассасывания компонента из полигликапрона-25 в течение 3–5 месяцев остается только полипропиленовая сетка, что снижает риск развития эрозий влагалища, болевого синдрома в послеоперационном периоде.

При проведении перфоратора неизбежно происходит травматизация мелких венозных сосудов, что может быть причиной кровотечения и образования гематом.

С целью снижения риска образования гематом при широкой диссекции тканей во время установки трансплантата после проведения гемостаза мы использовали материал SURGICEL FIBRILLAR – это гемостатический волокнистый рассасывающийся материал, который ускоряет свертывание крови и также обладает бактерицидными свойствами по отношению к широкому спектру микроорганизмов. Возникновение эрозии слизистой влагалища над полипропиленовой сеткой связано с нарушением процессов заживления и является распространенным осложнением. Частота возникновения эрозий при использовании сетчатых трансплантатов составляет 5,0–30% [9]. Факторами риска возникновения эрозий, по данным литературы, являются особенности хирургической техники. Это и выполнение Т-образного разреза, сопутствующая гистерэктомия, избыточное иссечение тканей влагалища, расположение сетки над пузырно-влагалищной фасцией, использование коагулятора при рассечении слизистой существенно повышает риск возникновения эрозии [2].

Кроме того, пролапс гениталий в основном ассоциируется с женщинами пожилого и старческого возраста, у которых имеются эстрогенный дефицит, а также дисбиоз влагалища, что является факторами, влияющими на репаративные возможности тканей в послеоперационном периоде.

С целью снижения риска эрозирования слизистой влагалища и создания оптимальных условий для приживления импланта и эпителизации влагалищной раны всем женщинам в менопаузе в плане предоперационной подготовки назначались свечи с эстриолом, мест-

ные антибактериальные, антисептические препараты и препараты, восстанавливающие микрофлору влагалища (зубиотики). Учитывая, что в послеоперационном периоде всем пациенткам проводилась антибактериальная терапия в течение 3–5 дней, что, в свою очередь, приводит к угнетению роста лактобактерий и является ключевым моментом в развитии дисбиоза влагалища, в послеоперационном периоде со 2-х суток после операции и в течение 30 дней назначались антибактериальные – свечи. Затем для восстановления биоциноза влагалища свечи с лактобактериями в течение 30 дней. И одновременно для коррекции гипоестрогении – свечи с эстриолом в течение 30 дней ежедневно, затем длительно 2–3 раза в неделю.

Результаты

Результаты хирургической коррекции пролапса прослежены в течение 4–20 месяцев после операции.

Общее количество осложнений, обусловленных оперативным вмешательством, составило 8 случаев (9,9%) (табл. 1).

Интраоперационные осложнения наблюдались в 2 случаях (2,5%). У одной пациентки произошло ранение мочевого пузыря в связи с тем, что она ранее перенесла операцию по удалению парауретральной кисты с нагноением. Произведены интраоперационно ушивание стенки мочевого пузыря, катетеризация мочевого пузыря в течение 7 дней, в дальнейшем послеоперационный период протекал без осложнений. У второй пациентки интраоперационно возникло массивное кровотечение из расширенных вен малого таза с кровопотерей до 1,5 литра, что потребовало проведения гемотрансфузии. Кровотечение было остановлено интраоперационно. В дальнейшем послеоперационный период у этой больной протекал удовлетворительно.

Ранние послеоперационные осложнения также наблюдались в 2 (2,5%) случаях: образование клинически значимых гематом. У первой пациентки – между стенкой мочевого пузыря и трансплантатом (в объеме 250 мл), гематома проведена консервативно. У второй – в рецидивном пространстве в объеме 600 мл, трансплантат был удален в связи с инфицированием. Гематома опорожнена и дренирована. Период наблюдения за этими пациентками составил 18 и 6 месяцев соответственно, эрозии стенки влагалища и рецидивов пролапса не наблюдалось.

Поздние послеоперационные осложнения возникали через 3–6 месяцев после операции. Mesh-ассоциированные осложнения наблюдались у 4 (4,9%) пациенток. Эрозия слизистой 1-й степени (0,5 см³) у одной пациентки – проведена консервативно, 2-й степени (более 1 см³) у трех пациенток – проведены иссечение сетки и наложение вторичных швов.

Таблица 1

Частота осложнений в результате хирургической коррекции пролапса гениталий

Тип осложнений	Частота	% от общ. кол-ва оперированных (n=81)
Интраоперационные	2	2,5
Ранние послеоперационные осложнения	2	2,5
Поздние послеоперационные осложнения	4	4,9
Всего осложнений	8	9,9

Изменения качества жизни пациенток до и после хирургического лечения

Жалобы	До лечения (n=81)		После лечения (n=81)	
	Абс.	%	Абс.	%
Хроническая тазовая боль	75	92,6	13	16,0
Физиологический дискомфорт	73	90,1	4	6,2
Невозможность интимной жизни	29	35,8	14	17,3

Рецидивов пролапса III–IV ст., стрессового недержания мочи за период наблюдения не было.

Кроме того, в данном исследовании производилась оценка психосоциальной сферы женщин до и после лечения. Большинство пациенток основной группы до лечения отмечали ухудшение качества жизни, которое выражалось в наличии хронических тазовых болей – у 75 пациенток (93,5%), снижении комфорта физиологической жизнедеятельности – у 73 (90,1%), невозможности интимной жизни – у 29 (35,8%), что влекло за собой множество личных проблем и разочарований (табл. 2).

Как видно из таблицы, проведенное лечение показывает очень высокую эффективность, в том числе и в направлении повышения качества жизни больных. Так, отмечается снижение жалоб на хроническую тазовую боль, которая перестала беспокоить подавляющее число женщин (отмечено снижение жалоб на 76,6%), а на повышение комфорта физиологической жизнедеятельности указали почти все пациентки (снижение жалоб на 83,9%). Радость интимной жизни обрели около половины из числа пациенток, испытывавших до лечения проблемы в этой сфере (снижение жалоб на 18,5%).

Таким образом, использование облегченного трансплантата Prolift anterior+M для коррекции цистоцеле III–IV стадии, в том числе при рецидиве пролапса, по нашим наблюдениям, достаточно эффективно (за период наблюдения рецидивов пролапса не было). Небольшой процент (4,9%) эрозирования слизистой влагалища в течение 20 месяцев наблюдения говорит о высоком качестве трансплантата. Эффективно сочетание коррекции цистоцеле трансплантатом Prolift anterior+M и одновременно стрессового недержания мочи петлей TVT-O (рецидивов стрессовой инконтиненции не наблюдалось). Применение рассасывающегося гемостатического материала SURGICEL FIBRILLAR с целью снижения риска образования гематом в месте диссекции при установке трансплантата достаточно эффективно (клинически значимые гематомы наблюдались в 2,4% случаев). Местное лечение в послеоперационном периоде антибактериальными, эстрогенсодержащими свечами, восстановление влагалищной микрофлоры дают хорошие отдаленные результаты. Результаты лечения также оказывают положительное влияние на психологическое состояние и качество жизни больных.

Обсуждение

Возникновение интраоперационных осложнений в основном связано с техникой операции, которая предусматривает этапы «слепого» проведения перфораторов через фасциальные структуры малого таза. Доскональное знание топографо-анатомических ориентиров в оперируемой области даст возможность избежать

интраоперационных осложнений. В то же время при проведении перфоратора полностью избежать травмы мелких венозных сосудов не представляется возможным, что, в свою очередь, требует тампонирования места кровотечения в ходе диссекции, быстрого завершения операции и введения тугого тампона во влагалище. Наиболее высокий риск интраоперационного кровотечения имеется у женщин с варикозным расширением вен малого таза. В связи с этим операция не должна выполняться только с косметической целью.

К осложнениям, непосредственно связанным с использованием сетчатых протезов (так называемым mesh-ассоциированным осложнениям) относят эрозии слизистой влагалища с обнажением части протеза, эрозии мочевого пузыря, уретры или прямой кишки, раневую инфекцию, отторжение имплантата. На частоту возникновения эрозий в большей степени влияет способность тканей к заживлению (она связана с возрастом пациенток, гормональным статусом, наличием заболевания обмена веществ), а также с количеством имплантируемого материала.

Современные сетчатые протезы являются физически и химически инертными, неиммуногенными и нетоксичными. Однако они не являются инертными в биологическом отношении. В отличие от своей физической и химической устойчивости современные сетчатые протезы инициируют множество неблагоприятных реакций, включая воспаление, фиброз, кальцификацию, тромбоз и инфекцию. Характер воспалительной реакции заключается в быстром накоплении огромных количеств фагоцитов, особенно моноцитов и тканевых макрофагов [13]. На сегодняшний день до конца не ясно, почему инертные и неиммуногенные материалы индуцируют это воспаление, известное под названием реакции на чужеродные тела. При этом широкое распространение в области исследований биоматериалов имеет теория абсорбции белков как основного патофизиологического процесса, ответственного за этот тип хронического воспаления. Цель этого процесса состоит в изоляции чужеродного тела или биоматериала от тканей хозяина за счет образования некоего искусственного внешнего пространства в области имплантации. Этот же механизм имеет место, например, при туберкулезе, когда организм-хозяин не в состоянии избавиться от воспалительного агента, то есть от туберкулезных микобактерий. Реакция носит типовой характер и протекает относительно единообразно с формированием гранулем на поверхности контакта тканей с имплантированным биоматериалом. Эти гранулемы представляют собой скопление многоядерных гигантских клеток, образующихся в результате слияния макрофагов и моноцитов, откладывающихся на поверхности контакта

чужеродного тела с тканями организма реципиента. Имплантируемые материалы очень быстро после имплантации абсорбируют слой белков реципиента еще до того, как становятся заметны начальные признаки клеточного ответа. Хирургические сетки следует считать источником типичной воспалительной реакции. Эта воспалительная реакция зависит не только от свойств полимера, но также от площади поверхности, находящейся в контакте с тканями реципиента [10].

Исходя из полученного нами опыта, данных литературы, на сегодняшний день применение синтетических протезов доказательно обосновано при выполнении сакрокольпопексии и слинговых операций в объеме уретропексии свободной синтетической петлей позадилоном и obturatorным доступом [16]. Использование проленовой системы Prolift для хирургического лечения пролапса гениталий оставляет открытым множество вопросов. С одной стороны, применение системы Prolift воссоздает непрерывность поддерживающего аппарата тазовых органов за счет восстановления одновременно всех имеющихся дефектов, их соединения с фиксированными структурами малого таза. Тазовая фасция — уникальное образование, отличающееся от других соединительно-тканых образований. В гистологическом отношении структуры, которые она образует, сходны тем, что помимо коллагена и эластина, характерных для любой соединительной ткани, они содержат большое количество хаотично расположенных гладкомышечных волокон. В связи с чем, испытывая чрезмерную нагрузку, тазовая фасция не растягивается, как считалось раньше, а разрывается в одном или нескольких участках [8]. Перекрыть границу каждого дефекта в отдельности не представляется возможным. В связи с чем патогенетически обоснованным является подход дублирования сетчатым протезом несостоятельной лобково-шеечной и прямокишечно-влагалищной фасций. С другой стороны, использование больших объемов имплантированных сеток влечет за собой такие mesh-ассоциированные осложнения, как эрозии, сморщивание импланта, раневая инфекция, хроническая боль.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э. К., Беженарь В. Ф., Цуладзе Л. К. Возможности реконструктивно-пластических операций на тазовом дне с использованием системы Prolift // Ж. акуш. и жен. бол. — 2007. —

Т. LVII, спецвып. — С. 189–190 (Новые технологии в акушерстве и гинекологии: Тез. докл. 3-й междунар. конф. — СПб, 2007).

2. Беженарь В. Ф., Богатырева Е. В. Новые возможности хирургической коррекции тазового пролапса с использованием синтетических имплантов: пути профилактики послеоперационных осложнений // Акушерство, гинекология, репродукция. — 2012. — Т. 6. № 2. — С. 10–11.

3. Буянова С. Н., Савельев С. В., Федоров А. А. Роль ДСТ в патогенезе пролапса гениталий // Рос. вестн. акуш.-гин. — 2008. — Спецвыпуск. — С. 8–11.

4. Попов А. А. Современные аспекты диагностики, классификации и хирургического лечения опущения и выпадения женских половых органов: Дис. д-ра мед. наук. — М., 2001. — 171 с.

5. Радзинский В. Е. Перинеология. — М.: МИА, 2006. — С. 153.

6. Смольнова Т. Ю., Буянова С. Н., Савельев С. В., Петрова В. Д. Дисплазия соединительной ткани как одна из причин недержания мочи у женщин с пролапсом // Урология. — 2001. — № 2. — С. 25–30.

7. Токтар Л. Р. Хирургическая коррекция тазового дна после акушерской травмы промежности: Автореф. дис. канд. мед. наук. — М., 2005. — 25 с.

8. Херт Г. Оперативная урогинекология. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. — С. 41.

9. Altman D. Perioperative morbidity using transvaginal mesh in pelvic organ prolapse repair // Falconer. ch. for the nordic transvaginal mesh group.

10. Beets G., van Mameren H., Go P. Long-term foreign body reaction to preperitoneal polypropylene mesh in the pig. *Hernia* 2, 153–155 (1998) // *Obstetrics & gynecology*. — 2007. — Vol. 109. № 2. — Part 1.

11. Bhardwaj R. S., Henze U., Klein B. et al. Monocyte-biomaterial interaction inducing phenotypic dynamics of monocytes: a possible role of monocyte subsets in biocompatibility // *J. mater. sci. mater. med.* — 1997. — № 8. — P. 737–742.

12. Cervigni M., Natale F. The use of synthetics in the treatment of pelvic organ prolapsed // *Cur. opin. urol.* — 2001. — Vol. 11. № 4. — P. 429–435.

13. Cosson M., Debodinance P., Boukerrou M. et al. // *Int. urogynecol. j.* — 2003. — Vol. 14. — P. 169–178.

14. Falconer Ch. The use of mesh in prolapse surgery. Science and experience from Scandinavia. Annual meeting of the Austrian urogynecology working group. *Austria-Graz*. 14-15/XL. — 2008.

15. Nilsson C. G., Kuuva N. The tension-free vaginal tape procedure is successful in the majority of women with indications for surgical treatment of urinary stress incontinence // *BJOG*. — 2001. — Vol. 108. № 4. — P. 414–419.

16. Walters M. D. // *Int. urogynecol. j.* — 2003. — Vol. 14. — P. 365–366.

Поступила 08.09.2012

**В. А. КРУТОВА, Л. В. МАКАРЕНКО, О. В. АВАГИМОВА,
И. И. КРАВЦОВ, Н. А. КРАВЦОВА, Т. Г. МЕЛКОНЬЯНЦ,
А. Н. ТИТОВА, Н. С. ТЮТЮННИКОВА, А. П. СТОРОЖУК**

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ БЕСПЛОДИЕМ, ПЕРЕНЕСШИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Базовая акушерско-гинекологическая клиника ГОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,
Россия, 350072, г. Краснодар, ул. Зиповская, 4/1, тел. (861) 257-04-53. E-mail: klinika@bagk-med.ru

В работе представлены результаты хирургического лечения 62 бесплодных пациенток с НГЭ с применением противоспаечного геля «мезогель». Опытным путем доказана эффективность данного средства в профилактике спайкообразования при реконструктивно-пластических операциях у пациенток с бесплодием, обусловленного наружным генитальным эндометриозом (НГЭ), восстановлении фертильности этих пациенток, повышении качества их жизни после операции.