

Наибольшей материалоемкостью и прочностью, но наименее стабильной структурой при растяжении обладал TVT (поверхностная плотность – 94 г/м², разрывная нагрузка – 80 Н, разрывное удлинение до 178 %). Материалоемкость образца №1 была значительно меньше, чем у TVT (56 г/м²), однако он имел значительно большую стабильность структуры при растяжении (разрывное удлинение – 35 %) при несколько меньшей прочности на разрыв (57 Н). У остальных сетчатых образцов были определены промежуточные значения аналогичных показателей. Гистологическое и морфометрическое исследование выявило в целом схожие показатели воспалительной реакции при установке

всех образцов, однако имплантация Obtape в 9 % случаев сопровождалась образованием абсцессов. Были обнаружены значительные отличия в показателях ширины зоны рубцевания и интенсивности фиброза вокруг имплантата. Наиболее тонкая, равномерная и нежная зона рубцевания была выявлена при использовании Obtape и образца №1, наиболее широкая и грубая – у образцов №2 и №3, в случае TVT наблюдались промежуточные значения.

Вывод: Нами было получено экспериментальное подтверждение влияния структурно-механических свойств синтетических имплантатов на тканевую реакцию при их установке.

**Попов А.А., Шагинян Г.Г., Мачанските О.В.,
Рамазанов М.Р., Кирюшкина О.Г.**

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии
МЗиСР РФ, Россия

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ TVT И TVT-OBT

Цель исследования: сравнить эффективность хирургического лечения НМПН у женщин при применении двух вариантов петлевых уретропексий – позадилоном (TVT) и трансобтураторным (TVT-obt) доступами.

Методы исследования. У 265 больных с недержанием мочи при напряжении после клинического, ультразвукового и уродинамического исследований применены различные виды петлевых уретропексий (операция TVT и операция TVT-obt). Отдаленные результаты изучены в сроки от 6 месяцев до 4-х лет с использованием анкет, ультразвукового и уродинамического исследований.

Результаты исследования. Отмечены опреде-

ленные осложнения в 11 % случаев, требующие медикаментозного и хирургического лечения. После хирургической коррекции стрессовой инконтиненции методом петлевой пластики TVT-obt мы не наблюдали ни одного случая развития рецидива стрессового недержания мочи в сроки наблюдения до 6 месяцев.

Заключение. Операция уретропексия, независимо от типа доступа, имеет сегодня лучшие ближайшие и отдаленные результаты, однако обтураторный доступ более предпочтителен в связи с описанными преимуществами: отсутствует риск перфорации мочевого пузыря, быстро восстанавливается самостоятельное мочеиспускание, минимальны симптомы дизурии.

**Попов А.А., Мананникова Т.Н., Шагинян Г.Г.,
Мачанските О.В., Рамазанов М.Р., Кирюшкина
О.Г., Чаусова Н.А.**

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии
МЗиСР РФ, Россия

ПРОЛЕНОВЫЕ ПРОТЕЗЫ GYNE MESH SOFT В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ

Цель данного сообщения – представить результаты применения синтетического протеза для пластики задней стенки влагалища при ее опущении с образованием ректоцеле и проинформировать о новой модификации пластики задней стенки влагалища проленовой сеткой Gynemesh soft.

Материалы и методы. В отделении эндоскопической хирургии МОНИИАГ с 2002 года оперировано 34 пациентки в возрасте от 42 до 69 лет с рецидивными формами ректоцеле с использованием синтетических материалов (технология IVS posterior). Для этого по задней стенке влагалища выкраивали и отсепааровывали лоскут, соответ-

ствующий размерам ректоцеле. Использовали протез из пролена (Gynemesh soft, J&J, USA) T-образной формы. После выделения дефекта протез укладывался и фиксировался к паравагинальным тканям. Далее, используя IVS tunneler, горизонтальные части протеза выводили в обе стороны на кожу перианальной области в точке, латеральнее на 4 см и ниже на 1 см от ануса. С ноября 2004 года 7 пациенткам по поводу выпадения купола влагалища и ректоцеле после гистерэктомии применена методика укрепления купола влагалища с использованием двух протезов 1х10 см, фиксированных к куполу влагалища и выведенных через

клетчатку седалищно-прямокишечной ямки на кожу перианальной области.

Результаты. Не отмечено интра- и послеоперационных осложнений. Сроки наблюдения за больными составили от 6 мес. до 2-х лет. Мы не отметили рецидивов ректоцеле. При вагинальном исследовании обращало на себя внимание высокое стояние купола влагалища, анатомически правильное расположение стенок, отсутствие дефекта брюшинно-промежностного апоневроза. Отмечено улучшение эвакуаторной функции прямой кишки у

больных с ее нарушением после пластики ректоцеле, что подтверждено дефектографией, динамической скинтидефектографией.

Заключение. Пластика сложных, рецидивных форм ректоцеле позволяет создать синтетический каркас, укрепляющий тазовую диафрагму в условиях несостоятельности собственной соединительной ткани. Применение «мягких» синтетических протезов, современных малоинвазивных технологий устранило в большинстве случаев (98 %) как анатомические, так и функциональные дефекты тазовой диафрагмы.

Прохорова В.С., Беженарь В.Ф., Павлова Н.Г.

ГУ НИИ Акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта, РАМН,
Санкт-Петербург, Россия

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ ЭХОГРАФИИ УРЕТРОВЕЗИКАЛЬНОГО СЕКМЕНТА В ДИАГНОСТИКЕ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Диагностика и лечение различных типов недержания мочи у женщин в настоящее время является основной проблемой урогинекологии. При этом наряду с традиционными методами клинического, уродинамического и эндоскопического обследования все шире используется неинвазивная методика двух- и трехмерного ультразвукового сканирования.

Цель исследования: Оценить значение трансвагинальной эхографии в диагностике типа стрессового недержания мочи и выборе метода лечения.

Материалы и методы. Обследовано 29 пациенток отделения оперативной гинекологии НИИ АГ им. Отта Д.О. в возрасте от 36 до 82 лет с недержанием мочи при напряжении. С целью установления типа недержания мочи и степени его выраженности всем обследуемым проводилось исследование уретровезикального сегмента с использованием многократного трансвагинального датчика (Чечнева М.А., 2000 г.) на ультразвуковом диагностическом приборе Voluson-730 expert (GE). В положении пациентки на спине в покое измерялись величины угла между условной продольной осью тела и продольной осью, проведенной через центр уретры (угол α), и угла, образованного пересечением оси уретры и задней стенкой мочевого пузыря на уровне его шейки (угол β). В дальнейшем проводилась проба Вальсальвы, при которой оценивали степень ротации угла α и наличие цистоцеле. При выявлении признаков везикализации выполнялось измерение ширины проксимального отдела уретры с последующей динамической трехмерной реконструкцией, при которой оценивались площадь поперечного сечения уретры и ширина сфинктера, затем рассчитывалось их соотношение.

Результаты. Средние величины углов α и β в покое у обследованных пациенток составили $31,6^\circ$

и $112,7^\circ$, соответственно. У 8 из них были выявлены ультразвуковые признаки гипермобильности уретры (недержание мочи II типа) – ротация угла α составила более 20° . У 9 обследованных обнаружены признаки недостаточности сфинктера уретры (недержание мочи III типа). При этом величина отношения площади поперечного сечения уретры и ширины сфинктера превышала 0,74. Еще у трех пациенток выявлено сочетание ультразвуковых признаков недержания мочи II и III типа. У остальных 9 женщин не было обнаружено ультразвуковых признаков нарушения топографоанатомических взаимоотношений уретры и мочевого пузыря.

На основании данных ультразвукового обследования 17 пациенткам проведено хирургическое лечение. При недержании мочи II типа выполнялись антистрессовые операции (TVT и TVT-O). При недержании мочи III типа проводилась уретропексия петлей IVS, а также Gyne-Mesh и Gyne-Mesh soft пластика стенок влагалища. Всем пациенткам операцию дополняли кольпоперинеолеваторопластикой.

Ультразвуковая оценка динамики топографоанатомических взаимоотношений уретры и мочевого пузыря, а также положения проленовых трансплантатов проводилась в ближайшем послеоперационном периоде (на 3-й и 10-й день). Положительная динамика зарегистрирована у всех прооперированных пациенток.

Заключение. Использование трансвагинальной двух- и трехмерной эхографии в комплексном обследовании пациенток с недержанием мочи при напряжении позволяет объективно оценить анатомию уретровезикального сегмента и оптимизировать тактику лечения. В настоящее время проводится анализ отдаленных результатов проведенного хирургического лечения.