ной железы у больных хроническим бактериальным простатитом не выявлено какой-либо закономерности ни с наличием и характером высеваемой микрофлоры из секрета предстательной железы или эякулята, полученных накануне операции, ни с наличием и характером высеваемой микрофлоры непосредственно из

ткани простаты. Обращал на себя внимание тот факт, что в 93 случаях (73,2 %) выраженность морфологических изменений ткани предстательной железы в различных ее долях была не одинаковой, вплоть до развития выраженного фиброза в одной доле и наличия легкой степени воспаления в другой.

ГИБРИДНАЯ МЕТОДИКА РЕКОНСТРУКЦИИ ТАЗОВОГО ДНА НА ОСНОВЕ АПИКАЛЬНОГО СЛИНГА

© *Н.Д. Кубин¹, Д.Д. Шкарупа^{1,2}, Е.А. Шановалова¹, А.О. Зайцева¹*

¹ ФГБУ «Санкт-Петербургский многопрофильный центр» МЗ РФ (г. Санкт-Петербург);

² ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» (г. Санкт-Петербург)

Актуальность. Проплапс тазовых органов (ПТО) поражает женщин среднего и пожилого возраста по всему миру. Распространенность его, согласно данным зарубежных и отечественных авторов, в возрасте старше 50 лет достигает 40 %, увеличиваясь к старческому возрасту. Основными проявлениями заболевания наряду с анатомическим дефектом являются нарушение эвакуаторной функции мочевого пузыря, вплоть до острой задержки мочи, и хроническая инфекция нижних мочевых путей. На сегодняшний день доказана ведущая роль дефекта поддерживающих структур апикального компартмента (крестцово-маточных связок, I уровень по DeLancey) в развитии и прогрессировании ПТО. Данное обстоятельство указывает на необходимость одновременного восстановления дефекта крестцово-маточных связок и лобково-шеечной/ректовагинальной фасции (II уровень по DeLancey) при коррекции генитального пролапса. Целью данного исследования явилось изучение эффективности гибридной методики реконструкции тазового дна, обеспечивающей симультанную коррекцию дефектов поддержки на I (билатеральная крестцово-остистая фиксация сетчатым эндопротезом) и II (субфасциальная кольпоррафия) уровнях по DeLancey.

Материалы и методы. В данное проспективное исследование вошли 218 женщин, страдающих пролапсом тазовых органов, про-

оперированных в соответствии с разработанной методикой в период с сентября 2014 по май 2015 года. Пациентки были разделены на 2 группы: I — женщины с постгистерэктомическим выпадением купола влагалища (65), II — пациентки, страдающие апикальным пролапсом в комбинации с опущением передней/задней стенки влагалища (153). Во всех случаях выраженность пролапса соответствовала III–IV стадиям по классификации Baden-Walker. Для оценки результатов оперативного лечения использовались данные влагалищного осмотра (по системе POP-Q), урофлоуметрии, УЗИ мочевого пузыря, определяемые до операции и на контрольных визитах. Оценка изменения качества жизни производилась сравнением баллов по вопросам PFDI-20, PFIQ-7, PISQ-12. Оперативная техника: после предварительной гидропрепаровки стенки влагалища производился вертикальный разрез через ведущую точку пролапса. Затем производилась субфасциальная диссекция паравагинальных тканей тупым путем в направлении сакроспинальных связок с каждой стороны. Установка апикального слинга (полипропиленовый сетчатый эндопротез УроСлинг 1, ООО «Линтекс», Санкт-Петербург) производилась типично — эндопротез фиксировался в сакроспинальных связках билатерально. Ключевым этапом реконструкции являлось наложение на внутреннюю поверхность фасции шва по Холстеду — Золтану

или кисетного шва у пациенток I и II групп соответственно. Субфасциальный шов фиксировался к эндопротезу, в результате чего при «подтягивании» последней стенки влагалища занимали анатомическое положение и происходило одновременное восстановление двух уровней поддержки.

Результаты. Средняя продолжительность операции в обеих группах составила 34 ± 11 минут, длительность пребывания в стационаре $3,2 \pm 0,65$ койко-дня. Случаев интраоперационного повреждения смежных органов и клинически значимого кровотечения отмечено не было. Данные 12-месячного контроля удалось получить у 57 (88,5 %) пациенток I группы и 140 (91,5 %) II группы. Сравнение до- и послеоперационных показателей POP-Q выявило статистически значимые ($P < 0,05$) улучшения у всех женщин. Анатомическая эффективность оперативного лечения у пациенток I группы составила 100, 94,7 и 100 % для апикального, переднего и заднего компартментов соответственно. За время наблюдения у пациенток II группы анатомический рецидив в переднем отделе выявлен в 3,1 % (4/128), в заднем в 8,3 % (1/12) и в апикальном в 2,1 % (3/140). При

этом лишь у 2 пациенток стадия пролапса превышала 2 (POP-Q). Пролапс *de novo* был отмечен у 1 (0,7 %) пациентки из II группы. Важно отметить увеличение максимальной скорости потока и снижение объема остаточной мочи у пациенток, имевших цистоцеле ($P < 0,001$). По прошествии 12 месяцев контроля послеоперационными осложнениями были: ургентность *de novo* у 2 (1,4 %) пациенток II группы и стрессовое недержание мочи *de novo* у 3 (2,1) женщин из II группы и 4 (7,0 %) из I. Ввиду незначительной выраженности стрессового недерхания мочи пациентки от оперативного лечения по данной нозологии отказались. Сравнение баллов по вопросникам выявило значимое улучшение качества жизни женщин в послеоперационном периоде. На всех сроках наблюдения не выявлено ни одного случая экстррузии эндопротеза.

Заключение. Гибридная методика реконструкции тазового дна обеспечивает высокие анатомические и функциональные результаты при коррекции постгистерэктомического пролапса и комбинации апикального пролапса с опущением передней/задней стенок влагалища.

АНАТОМИЧЕСКИЕ И ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИИ ИЗ ПОДПАХОВОГО ДОСТУПА

© С.Н. Куликов^{1,3}, А.В. Куренков^{2,3}

¹ СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница» (г. Санкт-Петербург);

² ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» (г. Санкт-Петербург);

³ ООО «Ай-Клиник Северо-Запад» (г. Санкт-Петербург)

Введение. Варикоцеле — одна из самых распространенных причин мужского фактора бесплодия в браке, составляя 20–40 % при первичном и 80 % при вторичном бесплодии. Несмотря на существующие незначительные противоречия, большинство экспертов склоняются к мнению, что хирургическое лечение клинически значимых варикоцеле у мужчин с нарушением фертильности приводит к улучшению показателей спермограммы, повышению уровня тестостерона,

снижению ДНК-фрагментации сперматозоидов с увеличением шансов зачать ребенка естественным путем, а также при применении вспомогательных репродуктивных технологий. Микрохирургическая варикоцелэктомия из подпахового доступа набирает популярность среди специалистов в мужской репродуктивной медицине как метод выбора лечения варикоцеле вследствие более высокой результативности данной методики (Сауан, 2009). Методика об-