

кишечная палочка составляла — 56,3 %, энтерококки — 25,3 %, стафилококки — 9,2 %, бактерии других групп — 9,2 %. Через 3 месяца в I гр. всего у 5 (12,8 %) больных определялся клинически значимый возбудитель (у 3 — энтерококки, у 2 — стафилококк, кишечная палочка не выявлялась). Во II гр. через 3 месяца возбудитель определялся у 12 (30,7 %) пациентов: у 4 (10,2 %) вновь обнаружена кишечная палочка, у 5 (12,8 %) энтерококки, у 2 (5,1 %) стафилококк и у 1 (2,6 %) — протей. Аллергических реакций и других нежелательных эффектов у пациентов, принимавших Уро-Ваксом, за все время исследования зарегистрировано не было.

Обсуждение. Проведенное исследование продемонстрировало, что применение препарата Уро-Ваксом в комплексе лечения боль-

ных ХБП и в течение дальнейших 2 месяцев способствует сохранению стабильных полужительных изменений в отношении болей, нарушений мочеиспускания и качества жизни, отсутствия воспалительных изменений в СПЖ по сравнению с больными, получавшими только стандартную терапию. В группе приема Уро-Ваксома отмечена высокая эффективность в отношении элиминации первоначального возбудителя.

Заключение. Данные проведенного исследования являются предварительными и требуют дальнейшего изучения на большем количестве пациентов и при более длительных сроках наблюдения. Полученные результаты позволяют сделать вывод о целесообразности включения данного препарата в схемы комплексного лечения и профилактики у больных ХБП.

УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОК ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА

© С.О. Сухих, М.Ю. Гвоздев, Д.Ю. Пушкарь

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ (г. Москва)

Введение. Проблема наступления у женщин менопаузы является довольно обсуждаемой в настоящее время. Менопауза приводит к дисбалансу гормональной системы организма, что запускает различные каскадные реакции, которые отрицательно влияют на качество жизни женщин. Атрофические и дистрофические процессы в эстрогензависимых тканях и структурах нижней трети мочевого тракта, мочевом пузыре, уретре, влагалище, связочном аппарате малого таза и мышцах тазового дна приводят к возникновению различных форм недержания мочи и пролапса органов малого таза. Эти расстройства требуют не только медикаментозной терапии, но и адекватного хирургического лечения, в котором нельзя отказывать пациенткам только по критерию их возраста.

Цель исследования и задачи. Повышение эффективности хирургического лечения пролапса гениталий и недержания мочи у женщин в постменопаузе. Оценка динамики менопаузальных урогенитальных симптомов

у женщин при хирургической коррекции недержания мочи и/или пролапса гениталий и терапией препаратом Триожиналь (Эубиотик + Эстриол + Прогестерон).

Материалы и методы. На кафедре урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова было проведено проспективное исследование, в которое вошли женщины в пери- и постменопаузе в возрасте 45–80 лет на момент включения в исследование, не получавшие системной менопаузальной гормонозаместительной терапии в течение 6 месяцев, предшествовавших исследованию, и которым планировалась операция хирургической коррекции пролапса тазовых органов или недержания мочи. Пациентки были разделены на две группы, одна из которых принимала препарат Триожиналь (Эубиотик + Эстриол + Прогестерон) в предоперационном периоде (за 1 месяц) и в послеоперационном периоде (1 месяц).

Результаты. В группе пациенток, принимавших исследуемый препарат, было отмечено

но уменьшение расстройств мочеиспускания, а также уменьшение симптомов урогенитальной атрофии и улучшение биоценоза влагалища. Было отмечено улучшение показателей качества жизни пациенток. Однако данный препарат не оказывал влияния на сроки восстановления мочеиспускания и продолжительность пребывания в стационаре.

РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ УРОГИНЕКОЛОГИЯ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД

© С.О. Сухих, К.Б. Колонтарев, А.О. Васильев, Д.Ю. Пушкарь

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ (г. Москва)

Введение. В настоящее время робот-ассистированная хирургия стремительными темпами интегрируется в повседневную жизнь хирурга. Так, одной из областей применения роботических технологий является урогинекология, в которой такие операции, как сакрокольпопексия, реимплантация мочеточников или фистулопластика, могут выполняться с помощью роботической ассистенции. Пациенткам с передним и апикальным пролапсом гениталий больших размеров, а также пациенткам с рецидивирующим пролапсом тазовых органов или пролапсом культи влагалища можно рекомендовать выполнение робот-ассистированной сакрокольпопексии, имеющей ряд существенных преимуществ, таких как минимальная интраоперационная кровопотеря, незначительный послеоперационный болевой синдром, а также короткий периоперационный период.

Материалы и методы. В период с 2010 по 2016 г. в клинике урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова было прооперировано 28 пациенток с пролапсом гениталий (POP-Q 3–4-й степеней). Техника выполнения робот-ассистированной сакрокольпопексии была модифицирована, использовалась система da Vinci S/Si. Были проанализированы основные интра- и послеоперационные результаты. Произведен анализ мировой литературы (в библиотеках PubMed и Scopus) и сравнение данных.

Выводы. Пациенткам с урогенитальным синдромом в постменопаузальном периоде показан комплексный подход к лечению. Использование препарата Триожиналь (Эубиотик + Эстриол + Прогестерон) в предоперационной подготовке и послеоперационном периоде поможет добиться лучших результатов лечения, а также улучшить качество жизни больных.

Результаты. Средняя продолжительность операции составила 120 (110–150) минут, кровопотеря — 50 (35–100) мл. Уретральный катетер всем пациенткам удалялся на 2-е сутки после операции. После восстановления самостоятельного, а также контроля уровня остаточной мочи при помощи ультразвукового исследования пациентку выписывали из стационара, средний период нахождения в котором составил 3 суток.

Выводы. С момента активного внедрения в клиническую практику роботических технологий, робот-ассистированная хирургия тазового дна выходит на лидирующие позиции. Выбор специалиста зависит от многих факторов: желания пациентки, опыта хирурга и возможностей самой клиники. Стоит не забывать о качестве жизни и ожиданиях пациентки отличных функциональных результатов операции. Проведенные ранее исследования, а также анализ собственных данных показали отличные результаты в снижении кровопотери, уменьшении сроков госпитализации, а также снижении общих затрат по сравнению с открытой методикой операции.

Работа выполнена при поддержке РНФ, соглашение № 16-15-00233.