

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.*