

мальное мочеиспускание у 41% больных, в то время как последующее выполнение операций по коррекции недержания мочи при напряжении позволяет достигнуть успеха у 85% пациенток.

Обсуждение и выводы. Травма

уретры у женщин остается наиболее сложной среди всех ятрогенных повреждений в урогинекологии. Этапные операции приводят к успешному созданию искусственного мочеиспускательного канала у 91% пациенток, но не всегда бес-

печивают формирование механизма удержания мочи. Последующие операции по коррекции недержания мочи позволяют достигнуть успешного результата у 85% пациенток. Предпочтение следует отдавать slingовым операциям.

НОВИКОВ Е.И., ДЯЧУК А.В.,
БИТЮКОВ Н.Н., СОРОКА И.В.
ВМедА, НИИ СП
им.И.И.Джанелидзе, ЦМСЧ № 122,
Санкт-Петербург

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ ДИСЛОКАЦИИ НЕИЗМЕНЕННОЙ УРЕТРЫ И ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Одной из главных причин стрессового недержания мочи являются посттравматические изменения тазовых органов, возникающие, как правило, после осложненных родов. Гормональная дискоррекция в перименопаузальном периоде также может быть этиологическим фактором этой патологии. Нельзя не выделить нейрогенную форму недержания мочи, при которой возможно только консервативное лечение. Инфекционные заболевания мочевыводящих путей так же нередко приводят к нарушениям мочеиспускания. В связи с этими положениями нами перед хирургическим лечением недержания мочи у женщин проводится определенный алгоритм диагностики: использование модифицированного вопросника, проведение функциональных проб, бактериологических анализов мочи, уродинамических ис-

следований, цистоскопии и цистоуретрографии (Краснопольский В.И. 1996).

Особое значение мы придаем проведению стоп-теста, ректальной пробы в модификации Г.А.Савицкого (1986), пробы Мазурка.

На наш взгляд особого внимания заслуживает группа больных с опущением неизменной уретры и шейки мочевого пузыря без цистоцеле или ректоцеле, с средней и тяжелой формами недержания мочи.

Проследив отдаленные результаты влагалищных операций и проанализировав несколько случаев комбинированных хирургических операций у этих больных (влагалищным и лапароскопическим доступами) сделан вывод об их сравнительно низкой эффективности.

За последние годы при дислокации уретры и шейки мочевого пузыря

сопровождающимися тяжелыми степенями недержания мочи выполнено 16 "слинговых" операций по Геббелю-Штекелю и Олдриджу-Краснопольскому.

Возраст больных был от 34 до 52 лет, длительность заболевания составила от 2 до 7 лет. На основании непосредственных и отдаленных результатов в 13 случаях из 16 отмечено полное восстановление процесса нормального мочеиспускания. По нашим данным у больных после "слинговых" операций отмечен продолжительный койко-день (11-14), обусловленный длительным восстановлением процесса мочеиспускания.

Сделан вывод о том, что данные операции являются наиболее эффективными у больных с дислокацией уретры и мочевого пузыря с тяжелыми степенями недержания мочи.

ПЕТРОВА В.Д., БУЯНОВА С.Н.,
ШАГИНЯН Г.Г., КАШИНА Е.А.,
БАЛАШОВ В.И.
МОНИИАГ,
Москва, Россия

ПРИНЦИПЫ ВЫБОРА МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ И НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

Цель: Патогенетически обосновать выбор метода хирургической коррекции при пролапсе гениталий, осложненным недержанием мочи.

Методы: Обследованы 201 пациентка с пролапсом гениталий различной степени тяжести. НМПН выявлено у 151 (75,1%) из них. 50 женщин мочу удерживали, но у 29 (58%) выявлены нарушения функции мочеиспускания: поллакиурия – у 11 (22%), императивные позывы – у 9 (18%), затрудненное мочеиспускание у 14 (28%), никтурия – у 8 (16%). Часто отмечалось сочетание симптомов. По данным КУДИ и

УЗИ стрессовое недержание мочи I-II типа диагностировано у 118 (58,7%). НМПН III типа выявлено у 26 (12,9%), среди них только 12 имели в анамнезе оперативные вмешательства по поводу пролапса гениталий или недержания мочи. У 14, ранее не оперированных больных, продолжительность заболевания составила от трех до пяти лет. Все больные с пролапсом гениталий и стрессовым недержанием мочи оперированы. В качестве "базовой" гинекологической операции нами проводилась апоневротическая вагинопексия (утеропексия) в зависимости

от возраста и сопутствующей патологии гениталий, которая была дополнена одной из антистрессовых операций – при НМПН I-II типа – операцией Берча или Перейры – у 53 женщин, слинговой операцией – у 31 больной.

Результаты: Частота рецидива НМПН через год после "базовой" гинекологической операции в комбинации со слинговой составила 6,5% (две пациентки) из 31. Эффективность комбинированного лечения (отсутствие недержания мочи при напряжении) лечения через два года после операции соответствовала