

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 зависимос-

ти 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, slingовой операцией – у 31 больной.

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

93,1%, через три года - 87,1%.

Частота рецидива НМПН через год после комбинированных вмешательств – гинекологическая операция (“базовая” или влагалищная гистерэктомия) и операция Берчу – составила 6,8% (трое больных) из 44. Через два года после оперативного лечения эффективность оставалась высокой и составила 95,1%, через три года - 92,3%.

ПОПОВ А.А., ГОРСКИЙ С.Л.,
МАНАННИКОВА Т.Н.,
ШАГИНЯН Г.Г., ПЕТРОВА В.Д.,
ЧЕЧНЕВА М.А.
МОНИИАГ,
Москва, Россия

Под малоинвазивными методами хирургического лечения мы понимаем пособия, выполненные в условиях эндоскопии, трансвагинальным или чрезкожным доступом без широкого вскрытия кожи, апоневроза, брюшной полости. Развитие малоинвазивной хирургии на сегодня является наиболее перспективным направлением во всех разделах медицины, гинекологии в частности. Наиболее полно преимущества малоинвазивных технологий проявляются при операциях на труднодоступных для традиционной хирургии областях, какой являются клетчаточные пространства малого таза, область уретровезикального сегмента. Этот факт совместно с высокой частотой пролапса гениталий и неудовлетворенностью результатами раннее предложенных методов лечения и определил наш интерес к данной проблеме.

С 1993 года в эндоскопическом отделении МОНИИАГ оперировано 264 больных с различными формами пролапса гениталий в возрасте от 28 до 86 лет (средний 56,8), которым выполнены различные малоинвазивные хирургические пособия. Показанием к операции были следующие заболевания: опущение, неполное и полное выпадение матки и стенок влагалища – 137 больных, опущение и выпадение стенок влагалища с симптомами стрессовой инконтиненции – 127 больных.

Мы не останавливаемся на симптомокомплексе данной патологии, большее внимание обращаем на на-

Обсуждение: Применение комбинированного метода лечения является патогенетически обоснованным и позволяет проводить одновременно и коррекцию пролапса, и ликвидировать недержание мочи. При цистоцеле значительных размеров необходимо выполнение гистерэктомии, что дает возможность надежной коррекции нарушенной анатомии малого таза.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

рушение функции смежных органов (нижние мочевые пути, прямая кишка), что по нашим данным наблюдается соответственно у 40% и 20% пациенток. Следует отметить важность выявления начальных функциональных нарушений, так как неадекватное оперативное лечение в этих случаях может усугубить данные расстройства. Это еще раз подчеркивает важность предоперационного обследования данной категории больных.

Обязательным считаем проведение комплексного уродинамического обследования и ультразвукового исследования с использованием абдоминального, вагинального, промежностного сканирования, трехмерной реконструкции изображения. Последняя позволяет неинвазивным путем производить осмотр шейки мочевого пузыря “изнутри”, оценить состояние и структуру тканей, позволяет визуализировать внутренний “сфинктер” мочевого пузыря, образованный S-образными волокнами внутреннего мышечного слоя стенки мочевого пузыря.

Все виды малоинвазивных операций мы подразделяем на корректирующие пролапс, корректирующие недержание мочи, реконструирующие промежность и ректовагинальную перегородку, сопутствующие операции по устранению патологии внутренних половых органов. Были выполнены следующие виды вмешательств:

Лапароскопическая MESH апо-невротическая вагинопексия - 127

Выводы: Высокая эффективность хирургического лечения пролапса гениталий, осложненного недержанием мочи может быть обеспечена применением комбинированных методов лечения этой патологии, позволяющих ликвидировать пролапс гениталий, гипермобильность уретровезикального сегмента, восстановить адекватный акт мочеиспускания.

MESH сакровагинопексия - 12
Ушивание паравагинальных дефектов - 4

Вагинальная гистерэктомия по Мейо (+ вагинопексия по МакКоллу) - 21

Лапароскопическая кольпопексия по Берчу - 126

Предбрюшинная кольпопексия по Берчу под контролем лапароскопа - 5

Операция Перейры - 11

Петлевая уретропексия с использованием разл. материалов (кожа, слизистая, мерсерлен, широкая фасция бедра) - 17

Трансвагинальная позадилоная MESH уретропексия (TVT) - 5

Кольпоперинеолевавторопластика, сфинктеропластика - 69

Пластика дефектов ректовагинальной перегородки - 8

Лапароскопическая облитерация маточно-прямокишечного пространства - 14

Различные варианты лапароскопической гистерэктомии (ампутация матки, интрафасциальная гистерэктомия, лапароскопически ассистированная вагинальная гистерэктомия, лапароскопическая гистерэктомия) - 115

Вагинальная гистерэктомия - 37

Операции на придатках матки, хирургическая стерилизация - 29

**Количество операций не совпадает с количеством пациенток в связи с применением нескольких методик у одной и той же больной.