

КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Цель-повышение эффективности хирургической коррекции стрессового недержания мочи у женщин с опущением стенок влагалища путем использования патогенетически обоснованного комбинированного метода лечения, состоящего из передней кольпорафии с пластикой мышц уrogenитальной диафрагмы, фиксации шейки мочевого пузыря к прямым мышцам живота и апоневрозу посредством трех капроновых лигатур, задней кольпорафии, перинеолеваторопластики.

В условиях отделения с 1995-1999гг были обследованы, подвергнуты хирургическому лечению и наблюдались в динамике 150 женщин со стрессовым недержанием мочи и опущением стенок влагалища.

Возраст женщин с недержанием мочи колебался от 30 до 70 лет, чаще всего страдали женщины в возрасте 41-50 лет. Ос-

новной причиной возникновения заболевания в 52% явились осложненные роды, причем пациенток, в анамнезе которых 2 и более родов было 65%. Согласно классификации Кана Д.В. по степени тяжести, основное количество пациенток - 73% были со средней степенью недержания мочи. Из сопутствующей урологической патологии чаще выявлялся хронический цистит у 12% больных. Гинекологический осмотр у всех больных выявил опущение стенок влагалища преимущественно II-III степени, отсутствие или слабую фиксацию области уретротригонального сфинктера к симфизу и несостоятельность мышц тазового дна.

В результате комбинированного метода операции задний пузырьно-уретральный угол уменьшался на 10-15 гр, уретра удлинялась на 4-5 мм как в покое, так и при напряжении, отмечалось

увеличение силы и максимальной силы сфинктера на 20-30 мг, значительное снижение максимальной объемной скорости потока мочи при увеличении времени мочеиспускания, что подтверждалось параклиническими методами обследования.

Клиническая оценка эффективности оценивалась на основании анкетирования и показала хороший результат у 91,2% больных, удовлетворительный у 6,8%, неудовлетворительный у 1,7%.

Таким образом, комбинированный метод оперативного лечения посредством чрезвлагалищного и трансабдоминального доступов решает основные задачи оперативного лечения больных с недержанием мочи, восстанавливая «единный сфинктерный механизм таза» и дает выздоровление у 91,2% больных.

ПЕРЕВЕРЗЕВ А.С.

Медицинская академия
последипломного образования,
Харьков, Украина

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

Цель: В процессе анализа лечения 192 пациенток с изолированными формами стрессового недержания мочи, проведена оценка ближайших и отдаленных результатов. Сравнивалась эффективность надлонных, влагалищных и слинговых операций.

Методы: Разнонаправленная тактика использовалась в зависимости от выраженности потери мочи, выделяя две степени - легкую и тяжелую. Преимущество отдавалось "золотому стандарту" лечения уретрального гиперподвижности - уретроцистопексия по методу Marschall-Marchetti-Krantz'a (87 операций), кольпосуспензия по Birch (46 операций). Различные виды влагалищных вмешательств, включая

игольчатые, выполнены у 16 пациенток. При слабости тазовой диафрагмы или в случаях рецидивного недержания применяли слинговые операции: криоконсервированную твердую мозговую оболочку (31 операция), фасциальный слинг из апоневроза прямых мышц живота (9 операций), использование в качестве подвешивания fascia lata (3 операции).

Результаты: Высокой степенью эффективности отличаются методы надлонной кольпосуспензии, при которых излечение достигнуто у 96,6% пациенток со сроками наблюдения от 12 лет до 6 месяцев. Слинговые процедуры дали прекрасные исходы у 98% оперированных. Влагалищные методы оказались результатив-

ными у 76,9% оперированных.

Выводы: Использование надлобковых суспензионных и слинговых операций обеспечивает высокий уровень результатов лечения стрессового недержания мочи. Менее результативны оказываются влагалищные процедуры.