

Горелов А. И., Ниаури Д. А., Беженарь В. Ф.,
Зиятдинова Г. М., Иванов А. В.

НИИ АиГ им. Д. О. Отта РАМН, отделение оперативной гинекологии СПбГУ, медицинский факультет, кафедра акушерства и гинекологии, Россия

КРИТЕРИИ ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ СМЕШАННОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Распространенность смешанного недержания мочи среди известных клинических форм мочевого инконтиненции у женщин варьирует от 12 до 30% (Hampel C. et al., 1997). При необоснованном выборе хирургической тактики лечения смешанного недержания мочи эффективность оперативного вмешательства может снижаться, как правило, в связи с усилением ургентных симптомов (Karram M. M. et al., 1989).

Цель исследования: Определить критерии выбора хирургической тактики лечения смешанного недержания мочи у женщин.

Материалы и методы. Проведено обследование и лечение 83 больных в возрасте от 29 до 66 лет с жалобами на недержание мочи. Группу контроля составили 14 женщин без нарушений мочеиспускания. Диагноз смешанного недержания мочи основывался на сопоставлении данных клинического обследования, цистометрии наполнения, профилометрии уретры и промежностного ультразвукового сканирования. Для того чтобы определить значимость дисфункций мочевого пузыря в патогенезе смешанного недержания мочи, лечение начинали с комплекса консервативных методов, включающих фармакологические препараты селективного действия.

Результаты исследования. Смешанное недержание мочи выявлено у 41 больной. Из них у 15 (36,6%) было диагностировано сочетание гипермобильности уретры с детрузорной гиперактивностью, а у 26 (63,4%) – сочетание гипермобильности уретры с гиперактивным мочевым пузырем без детрузорной гиперактивности. У 32 (78%) женщин достигнутый в результате консервативной терапии

клинический эффект подтвердил преобладание функциональных нарушений в патогенезе недержания мочи, а 9 (22%) больных потребовалось оперативное лечение в связи с сохранением средней и тяжелой степени недержания мочи. Период наблюдения после хирургического вмешательства составил 8 месяцев. Ургентные симптомы возобновились только у 2 женщин, в среднем, через $5,8 \pm 1,1$ месяцев после операции, что потребовало проведения повторного курса фармакотерапии.

Независимо от установленного преобладающего в патогенезе недержания мочи функционального или анатомического компонента, у этих больных были выявлены однотипные изменения параметров профилометрии уретры и промежностного УЗИ по сравнению с группой контроля. Так, величина максимального запирающего давления уретры в группе контроля $82,5 \pm 4,5$ см H_2O , у больных с преобладающими функциональными нарушениями $71,0 \pm 6,4$ см H_2O , а при преобладании анатомических факторов $59,5 \pm 7,6$ см H_2O ; функциональная длина уретры в группе контроля $34 \pm 0,7$ мм, у больных с недержанием мочи $29,0 \pm 0,8$ и $28,0 \pm 2,5$ мм соответственно. Величина угла α в покое – $7,4 \pm 1,1^\circ$, у больных с недержанием мочи $16,0 \pm 2,8$ и $23,6 \pm 5,4^\circ$ соответственно; ротация угла α в группе контроля $4,1 \pm 1,7^\circ$, соответственно $27,0 \pm 5,6$ и $40,9 \pm 4,5^\circ$ в группе больных.

Выводы. При смешанном недержании мочи выбор хирургической тактики, очевидно, должен быть обоснован степенью эффективности комплекса предварительно используемых консервативных методов лечения, что позволит избежать усиления ургентных симптомов в послеоперационном периоде.

Иванов А.Г., Красулин В.В., Терентьев Ю.В.

Кафедра урологии РостГМУ, урологическое отделение, Ростов на-Дону, Россия

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УПРАВЛЯЕМОГО СЛИНГА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН. РЕЗУЛЬТАТЫ 28 ОПЕРАЦИЙ

Цель исследования: Оценить эффективность применения управляемого слинга при лечении стрессового недержания мочи (СНМ) у женщин.

Материал и методы. Клиника урологии РостГМУ располагает опытом применения управляемого слинга у 28 пациенток в возрасте от 40 до 63 лет. У 20 (71,4 %) в анамнезе осложнения родов: разрыв

промежности – у 16 (57,1 %), роды крупным плодом у 3 (10,7 %), плодоразрушающая операция – у 1 (3,6 %) пациентки. Длительность заболевания у 6 (21,4 %) пациенток – от 1 до 3 лет, у 12 (42,9 %) – от 4 до 7 лет, у 10 (35,7 %) – более 10 лет. Ранее 22 (78,6 %) пациентки лечились консервативно без положительного эффекта. 2а тип СНМ по McGuir