

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  $\alpha$  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  $\alpha$  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

установлен у 6 больных (21,4 %), у 18 (64,3 %) – 26 тип, у 3 (10,7 %) – 3а тип. У 17 пациенток (60,7 %) имело место цистоцеле, у 3 (10,7 %) – ректоцеле. Операция: на переднюю стенку влагалища накладываем два полукусетных шва из пролена, формируя окружность диаметром 5 см. Отступая от линии шва 5 мм, рассекаем стенку влагалища. Латеральные края раны мобилизуем на 2,5 см с каждой стороны. Обходя уретру справа и слева, создаём каналы в позадилобное пространство. Иглу-перфоратор поочерёдно проводим через 2 разреза в надлобковой области через позадилобное пространство и выводим во влагалищную рану. Заводим нити в ушко иглы, при извлечении которой нити выводим в надлобковую область. Для исключения повреждения мочевого пузыря выполняем уретроцистоскопию. При необходимости производим пластику цистоцеле с помощью элементов пубо-цервикальных связок и задней стенки мочевого пузыря. Латеральные края влагалищной раны ушиваем узловыми швами (викрил № 3-0). Таким образом в рану погружаем участок стенки влагалища на собственной питающей ножке. Нити объединяем в дополнительном разрезе, выполненном по средней линии, с фиксацией их в наружном фиксирующем устройстве, исключая контакт лигатур с окружающей средой. Таким образом нити зафиксированы над апоневрозом, формируя петлю.

**Результаты исследования.** У 20 (71,4 %) больных в послеоперационном периоде осуществлялась коррекция натяжения лигатур для достижения оп-

тимального результата. У 22 пациенток (78,6 %) полностью исчезли симптомы недержания мочи, у 4 (14,3 %) – значительно уменьшились. При трансвагинальном УЗИ и осмотре per vaginam у всех пациенток мы не обнаружили грубых рубцовых изменений в зоне проведенной операции (период наблюдения – 2 года). Полная реабилитация достигнута у 21 (75 %) пациентки. У 5 (17,9 %) пациенток степень СИ уменьшилась. У 2 (7,14 %) пациенток СНМ после операции сохранилась. Послеоперационные осложнения: задержка мочи и необходимость катетеризировать мочевой пузырь отмечали 4 (14,3 %) пациентки, активация мочевой инфекции – у 7 (25 %) пациенток, боли в надлобной области – у 10 больных (35,7 %). У одной больной (3,6 %) на фоне неадекватной физической нагрузки рецидивировало недержание. При обследовании обнаружен обрыв пубовагинальных лигатур.

**Заключение.** Отказ от мобилизации участка передней стенки влагалища минимизирует опасность развития дистрофических и рубцовых изменений в области пузырно-уретрального сегмента. Разработанный способ позволяет при необходимости изменять вновь созданные анатомо-физиологические взаимоотношения проксимальной уретры и тазовой диафрагмы в ближайшем послеоперационном периоде, создавая наиболее выгодное для конкретной больной функциональное положение нижних мочевых путей, позволяющее достигнуть оптимальных результатов в лечении СНМ у женщин.

Коркан А.И., Корабельников А.И., Коркан И.П.

Институт последипломного образования акушеров-гинекологов, Казахстан

## КОМБИНИРОВАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЦИСТО- И РЕКТОЦЕЛЕ ПРИ ОПУЩЕНИИ И ВЫПАДЕНИИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

**Цель исследования:** улучшение результатов хирургического лечения цисто- и ректоцеле при пролапсе тазовых органов за счет комбинированной коррекции анатомических и функциональных нарушений с использованием малоинвазивных технологий.

**Материал и методы исследования.** Анализированы результаты лечения у 47 женщин с пролапсом тазовых органов и с жалобами на недержание мочи при напряжении, запоры, чувство неполного опорожнения прямой кишки, недержание кала и газов, необходимость ручного пособия при дефекации (синдром тазовой дисценции). Проводились клинические, лабораторные, ультразвуковые (в том числе трансвагинально), уродинамические, проктографические (в том числе натуживанием) и эндоскопические исследования. По показаниям и методике осуществлялось оперативное лечение, ко-

торая включала: петлевую слинговую уретропластику (TVT и TVTObt), трансвагинальную сакровагинопексию (LS-MESH) и коррекцию пролапса (переднюю и заднюю пластику стенок влагалища, операцию Штурмдорфа и т.д.). Результаты были изучены в сроках от 3 мес. до 3 лет после операции. При этом использовались анкеты, клинические, лабораторные, ультразвуковые исследования.

**Результаты исследования.** Начиная со вторых суток после операции у обследованных больных исчезли жалобы, связанные с проявлением синдрома тазовой дисценции. Прежде всего пациентки, констатировали отсутствие стрессовой инконтиненции, а затем и проблем, связанные с актом дефекации. Вследствие проведенного клинического и лабораторно-инструментального обследования нами не было выявлено ни одного случая рецидива пролапса и проявления синдрома тазовой дисценции.