

Пушкарь Д.Ю., Дьяков В.В., Годунов Б.Н.,
Гумин Л.М.

Кафедра урологии МГМСУ, Россия

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРАУРЕТРАЛЬНЫХ КИСТ

Введение и цели. Парауретральные кисты, которые можно отнести к доброкачественным кистозным поражениям влагалища, часто встречаются в урогинекологической практике. Наряду с ними, в силу схожести клинических проявлений можно рассматривать и такое редкое заболевание, как дивертикул уретры. Клинически кисты могут проявлять себя воспалением, болевым симптомом, диспареунией, обструктивным мочеиспусканием. Подобные состояния требуют решения вопроса об оперативном лечении. Мировой опыт показывает, что экстирпация парауретральных кист в отличие от марсупиализации является более предпочтительным методом лечения, в силу большей радикальности.

Материал и методы. В исследуемую группу включены 67 пациенток в возрасте от 21 до 55 лет, перенесших оперативное лечение в период с 2001 по 2004 год. При наличии показаний, в отсутствие воспалительного процесса больным выполнялось оперативное лечение – экстирпация кисты. Все операции проводились под общим обезболиванием, оперативное время составило от 35 до 80 минут. Длительность операции зависит от размеров удаляемой кисты и степени воспалительных изменений окружающих тканей. Необходимо отметить, что в ходе операции у 19 больных вскрывался мочеиспускательный канал, что на наш взгляд не является серьезным осложнением, а при наличии дивертикула уретры является эта-

пом операции. Своевременная диагностика, наличие современного шовного материала позволяет достаточно просто справиться с данной проблемой. В послеоперационном периоде уретральный катетер устанавливался на срок от 1 до 12 суток, что зависело от объема вмешательства.

Результаты. В послеоперационном периоде пациенты получали стандартную антимикробную терапию. Все пациенты выписаны из стационара в период от 3 до 14 суток после операции. Мочеиспускание восстановлено полностью, остаточной мочи не было. Период наблюдения за больными составил от 12 до 24 месяцев. Болевой симптом прекратился через две-три недели, в этот же срок пациентки возобновили половую жизнь. У больных с обструктивным мочеиспусканием, диагностированным до операции, урофлоуметрия, проводимая один раз в три месяца, не выявила признаков обструктивного мочеиспускания.

Выводы. Парауретральные кисты, проявляющие себя воспалением, болевым симптомом, диспареунией, обструктивным мочеиспусканием, требуют оперативного лечения. В оперативном лечении парауретральных кист экстирпация в силу своего радикализма является предпочтительным методом. Своевременно диагностированный и правильно ушитый дефект мочеиспускательного канала не является серьезным осложнением и требует более длительного дренирования мочевого пузыря в послеоперационном периоде.

Пушкарь Д.Ю., Щавелева О.Б.

Кафедра урологии МГМСУ, Россия

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СМЕШАННОЙ ФОРМЫ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

Актуальность, цель исследования. Смешанная форма недержания мочи – произвольная потеря мочи как после императивного позыва, так и при физической нагрузке, при кашле, смехе. При уродинамическом исследовании, как правило, выявляется комбинация уродинамических признаков стрессового недержания мочи и гиперактивности детрузора. Целью настоящего исследования было изучения распространенности смешанной формы недержания мочи в урологическом стационаре. Также нами проанализированы результаты хирургического лечения пациенток со смешанной формой недержания мочи.

Материал и методы исследования. В период за март 2004-го по май 2005 года нами обследовано

363 пациентки, средний возраст 52,3 года (39 – 67 лет) поступившие в клинику с жалобами на недержание мочи. При ретроспективном анализе историй болезни данных пациенток было отобрано 269 женщин (74 %), перенесших операции по поводу недержания мочи при напряжении. Клиническое исследование включало беседу с пациенткой, сбор анамнеза, физикальный осмотр, заполнение дневника мочеиспусканий в течение 3-х дней, заполнение опросника расстройств мочеиспускания. Уродинамическое исследование выполнялось у 27 % пациенток и включало в себя выполнение урофлоуметрии, исследования давление-поток, цистометрии, электромиографии, профилометрии уретры. Уродинамическое тестирование выполнялось на машинах

Duet MultiP (Medtronic) и Bonito (Laborie). Все уродинамические исследования выполнялись согласно рекомендациям международного общества по проблеме удержания мочи (ICS).

Результаты. Симптоматически смешанная форма недержания мочи выявлена у 99 пациенток (27 %). Гиперактивность детрузора подтверждена при уродинамическом исследовании у 42 пациенток (42,4 %). Остальным больным были выполнены различные антистрессовые операции по поводу недержания мочи. Императивная симптоматика имела место у 12 (21 %) пациенток после хирургического лечения. 8 из них были не удовлетворены результатом операции.

Пушкаръ Д.Ю., Дьяков В.В., Годунов Б.Н., Гумин Л.М.

Кафедра урологии Московского государственного медико-стоматологического университета, Россия

Заключение. Распространенность смешанной формы недержания мочи согласно нашим данным составила 27 %. Гиперактивность детрузора была подтверждена при уродинамическом тестировании у 42 пациенток (42,4 %) со смешанной формой недержания. На настоящий момент уродинамическое исследование является единственным методом объективной оценки недержания мочи. Наш опыт показал, что при лечении смешанной формы недержания мочи следует корректировать гиперактивный мочевого пузырь до оперативного лечения недержания мочи, чтобы избежать рецидива императивной симптоматики после операции.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК, СТРАДАЮЩИХ КОМБИНИРОВАННЫМИ УРЕТЕРО-ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫМИ СВИЩАМИ

Актуальность. Комбинированные уретеро-пузырно-влагалищные свищи встречаются достаточно редко и зачастую вызывают значительные трудности в диагностике и лечении.

Цель: Обобщить опыт лечения пациенток, страдающих комбинированными уретеро-пузырно-влагалищными свищами за период с 1998-го по 2005 год.

Материал и методы. За указанный период времени в клинике урологии МГМСУ оперирована 171 пациентка, страдающая вышеуказанным заболеванием. Средний возраст пациенток составил 41,9 лет. Все случаи явились осложнениями акушерско-гинекологических вмешательств. С целью подтверждения диагноза выполнялась цистоскопия с катетеризацией мочевого пузыря с пораженной стороны. Всем больным выполнялась трансвезикальная

фистулопластика с одновременной пластикой мочевого пузыря с формированием прямого анастомоза по методике Боари. Мочевой пузырь дренировался катетером Фоли в течение 8 суток. Верхние мочевые пути на стороне поражения дренировались J-J стентом в течение 3 недель.

Результаты. У всех больных отмечено полное излечение от основного заболевания. У 6 % пациенток в послеоперационном периоде отмечена нестабильность детрузора. Данные явления исчезли в течение 12 месяцев произвольно или на фоне холитической терапии.

Выводы. Сочетанные трансабдоминальные операции при комбинированных уретеро-пузырно-влагалищных свищах на сегодняшний день остаются операциями выбора.

Рыкин П.А., Комяков Б.К., Сингаевский С.Б.

Санкт-Петербургская многопрофильная Клиника им. Н.И. Пирогова, Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, Россия

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ (СНМ) У ЖЕНЩИН

Цель исследования: сравнение результатов хирургического лечения больных с СНМ при использовании петлевых операций с проленовой сеткой.

Материал и методы. В период с 2000-го по 2003 год было обследовано и оперировано 59 больных со СНМ. В зависимости от выполненной антистрессовой операции, все пациентки были разделены на две сопоставимые по основным статистическим характеристикам группы. I группу составила 31 больная, которым была выполнена петлевая операцияTVT. II группа (28 пациенток) оперированы по разработанному методу лонно-влагалищной пет-

левой операции с использованием сетки "Prolen". Наиболее распространенным в обеих группах больных являлся II тип СНМ: 57,1 % – в первой группе и 51,6 % – во второй. Основная часть пациенток были со средней степенью тяжести заболевания, соответственно, 18 (58,1 %) и 21 (72,4 %). Тяжелая степень диагностирована у 13 (41,9 %) больных в I группе и у 8 (27,6 %) во II группе. Средний возраст женщин в I группе составил $47,1 \pm 1,64$ год, во II группе – $52,7 \pm 1,84$. Одновременно с хирургической коррекцией СНМ были выполнены другие оперативные вмешательства. У 25 (80,6 %) больных из I группы нами