

Материал и методы

Нами проведен анализ осложнений хирургического лечения 88 пациенток, оперированных по поводу стрессового недержания мочи. Всем больным выполнялось хирургическое лечение с использованием свободной синтетической петли (TVT — 33, TVT-O — 55). Средний возраст больных составил $52,1 \pm 7,3$ года. У всех пациенток клинический диагноз был подтвержден при комбинированном уродинамическом исследовании. Сроки послеоперационного наблюдения составили от 6 месяцев до 7 лет.

Результаты

В ходе ретроспективного анализа послеоперационных осложнений установлен один случай (1,13%)

инфравезикальной обструкции (у пациентки после операции TVT-O). Возникшее осложнение было устранено путем рассечения сетчатого протеза. Следует отметить, что пациентка продолжает удерживать мочу (срок наблюдения два года), что можно, видимо, объяснить прочной фиксацией ленты в парауретральных тканях и устранением, таким образом, гипермобильности уретры.

Заключение

Исходя из проведенного анализа следует сказать, что инфравезикальная обструкция является нечастым осложнением операции TVT, а соблюдение техники операции во время установки свободной синтетической петли позволяет минимизировать такого рода осложнения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЛАГАЛИЩНЫХ СРЕДНЕУРЕТРАЛЬНЫХ СЛИНГОВ (TVT, TVT-O, TVT-SECUR) ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

© И. В. Берлев, А. А. Безменко

Кафедра акушерства и гинекологии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования

Оценить результаты влагалищных slingовых операций, выполненных по поводу стрессового недержания мочи у женщин.

Материал и методы

За период с 2002 по май 2009 г. в клинике акушерства и гинекологии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова обследованы 269 пациенток в возрасте 27–79 лет с жалобами на недержание мочи. Из общего числа больных 94 подвергнуты хирургическому лечению с использованием свободной синтетической петли. В зависимости от проведенной операции, больные были разделены на 3 группы: в первую группу вошли 33 пациентки, которым была выполнена операция TVT, вторую группу составили 55 больных, перенесших операцию TVT-O, и третья группа, 6 женщин оперированы по методике TVT-Secure. Объем обследования включал: интерпретацию жалоб, сбор анамнеза, заполнение специального вопросника и дневника мочеиспусканий, проведение функциональных проб (кашлевой, Вальсальвы, Vonn и др.), комбинированное уродинамическое исследование и ультразвуковое исследование (у части больных цистографию). Средний возраст больных составил $53,5 \pm 8,1$ года. Жалобы на эпизоды потери

мочи при физическом напряжении предъявляли все обследованные пациентки. Смешанная форма недержания мочи была выявлена у 12 (12,7%) больных, которые дополнительно предъявляли жалобы на учащенное мочеиспускание, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, никтурию. По поводу недержания мочи ранее к врачам обращались 27 (28,7%) пациенток, при этом 8 (8,5%) подверглись оперативному лечению с рецидивом заболевания от 1 месяца до 2 лет после операции. 42 (44,7%) пациентки на момент обращения за медицинской помощью находились в менопаузальном возрасте, в связи с чем им проводилась предоперационная подготовка местно свечами «Овестин».

Результаты

Операции по устранению стрессового недержания мочи выполнялись под внутривенным обезболиванием, однако более чем у трети пациенток коррекция недержания мочи сочеталась с устранением сочетанной гинекологической патологии (проlapsa гениталий, миомы матки, аденомиоза, образований яичников), что потребовало использования эндотрахеального наркоза или спинальной анестезии. Средняя продолжительность операций по устранению стрессового недержания мочи группам со-

ставляла: $34,6 \pm 4,7$ мин, $20 \pm 5,2$ мин и $15 \pm 3,1$ мин, соответственно. Объем кровопотери — $50,4 \pm 10,1$ мл, $31,2 \pm 5,4$ мл, $35,8 \pm 3,4$ мл. Всем пациенткам на сутки в мочевой пузырь устанавливали катетер Фолея и выполняли тампонаду влагалища на 10–12 часов. Интраоперационных осложнений не было. Осложнения в раннем послеоперационном периоде были у двух больных первой группы (гематома предпузырной клетчатки). Оба случая разрешились в результате консервативного лечения. В одном случае развилась инфравезикальная обструкция (у пациентки второй группы), потребовавшая рассечения сетчатого протеза. Из поздних послеоперационных осложнений в четырех случаях отмечено эрозивное повреждение стенки влагалища в месте расположения протеза, что потребовало повторного хирургического вмешательства и в одном случае иссечения части петли. Следует отметить, что две пациентки, у которых потребовалось выполнить рассечение и удалением части протеза, продолжали удерживать мочу, что можно, видимо, объяснить прочной фиксацией ленты в парауретральных тканях и устранением их гипермобильности вместе с уретрой. Рецидивы недержания мочи за

время наблюдения отметили четыре пациентки, что составляет 4,3 %.

Заключение

Полученные результаты подтверждают эффективность (95,7%) sling-операций в лечении стрессового недержания мочи, а также в устранении стрессового компонента у больных комбинированными формами недержания. Данная группа операций позволяет одновременно выполнять сочетанные вмешательства по устранению несостоятельности тазового дна и гинекологической патологии, не ограничивая выбор, оптимальный объем и этапность вмешательства. Операции, выполняемые трансобтураторным доступом (TVT-O), не уступая операции TVT в эффективности, представляются более предпочтительными ввиду существенно меньшего риска ранения мочевого пузыря, не требуют проведения во время операции цистоскопии, что отражается на уменьшении времени операции и интраоперационной кровопотери. Операция TVT-Secure, на наш взгляд, не совсем укладывается в принцип свободной от натяжения петли, а техника ее выполнения и оценка результатов требуют дальнейшего изучения.

ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ (ДСТ) КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

© С. А. Гаспарян, Е. П. Афанасова, Л. В. Стариченко

Кафедра акушерства и гинекологии ФПО СГМА, Ставрополь, Россия

Актуальность проблемы

Данные о распространенности ДСТ разноречивы, что связано с различными классификационными и диагностическими подходами. Одной из основополагающих характеристик в установлении ДСТ как фонового заболевания являются фенотипические признаки, которые могут отсутствовать при рождении, проявляясь в течение всей жизни. Учитывая распространение соединительной ткани в организме человека, ее дисплазия определяет полиорганность поражений, не укладывающихся в структуру наследственных синдромов. В таких случаях используется термин «недифференцированная дисплазия соединительной ткани».

Цель исследования

Выявление фенотипических признаков «недифференцированной дисплазии соединительной ткани», явившихся причиной развития пролапса гениталий.

Материал и методы

За период с 2007 по 2009 год проведен анализ результатов хирургического лечения 85 больных с простыми и осложненными формами пролапса гениталий, с использованием синтетических материалов следующих фирм-производителей: AMS и Johnson & Johnson. Комплексное обследование включало: анализ жалоб, сбор анамнеза, данные гинекологического осмотра, результаты проведения специальных проб, а также инструментальные методы исследования.

Результаты

Все больные были систематизированы по синдромам «недифференцированной дисплазии соединительной ткани» в шесть следующих групп. Больные с сосудистым синдромом — 64,7% (варикозное расширение вен верхних и нижних конечностей, геморроидальных вен, телеангиоэктазии). Больные с синдромом неврологических