

среднем составило: в 1 гр. - $53,4 \pm 4,2$ мин, во 2 гр. - $28,9 \pm 2,1$ мин и в 3 гр. - $105,7 \pm 6,1$ мин ($p < 0,05$ для 2 и 1, 2 и 3, 1 и 3 групп, соответственно). Кровопотеря при TVT-О в среднем составляла $75,4 \pm 8,9$ мл, при введении Urolastik $5,1 \pm 0,8$ мл, при использовании методики Burch $138,0 \pm 17,8$ мл ($p < 0,05$). Средний койко-день равнялся в 1 гр. $5,8 \pm 1,2$ суток, во 2 гр. - $1,2 \pm 0,6$ суток, в 3 гр. - $10,1 \pm 1,4$ суток. Период восстановления составил в 1 и 2 гр. от 1 до 4 суток, в 3 гр. от 5 до 10 суток. Кровотечений, ранений внутренних органов, а также нагноения ран не выявлено. У трьох женщин (4,5%) 2 гр. введение объёмобразующего агента проводили после неудачных операций по установке слинга. В пяти наблюдениях (7,5%) из 67 женщин (по две пациентки в 1 и 3 группах и одна во 2 группе) в послеоперационном периоде возникла острая задержка мочеиспускания (Clavien II), что было купировано уретральным дренированием на протяжении 1 недели. Рецидив СНМ через 3-9 месяцев после хирургического лечения отмечен у 3 (4,5%) больных (по одной в каждой группе). Две женщины получали селективные М3-холинолитики в течение 12 недель с позитивным эффектом, одной женщине повторно вводили Urolastik – коррекция недержания мочи также была успешной.

Выводы. Первичная эффективность слинговых операций TVT-О составила 91,0 %, введения объёмобразующих агентов – 90,9%, позадилобковой везикопексии по методике Burch – 70,0%. Выбор метода коррекции СНМ основывается на степени недержания мочи и желании пациентки перенести тот или иной вид операции. Знание этапов операций, обеспечение лечебного заведения необходимым оборудованием и опыт хирургической бригады являются обязательными условиями по предупреждению осложнений хирургического лечения СНМ.

НОВАЯ МЕТОДИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У МУЖЧИН

Щукин Д.В., Турчин О.А., Гарагатый А.И., Антонян И.М., Лийченко В.А

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала»

Введение. Ятрогенные формы стрессового недержания мочи достаточно часто встречаются в клинической практике в связи с активным ростом числа радикальных простатэктомий и значительно влияют на зависимое от здоровья качество жизни пациентов. Хотя для коррекции этого заболевания предложено большое количество методов, ни один из них не считается идеальным при рассмотрении собственно эффективности, стоимости и выраженности осложнений. Главной проблемой слинговой хирургии недержания у мужчин является необходимость жесткой фиксации слинга и осуществления высокой степени его натяжения. Мы проанализировали начальный опыт использования оригинальной слинговой методики хирургической коррекции стрессового недержания мочи у мужчин.

Материал и методы В исследование были включены 18 пациентов, у которых использовался оригинальный трансобтураторный слинг с фиксацией к лонным костям. Для оценки степени недержания, а также для анализа успешности операции применяли суточный прокладочный тест. Уровень успеха оценивался, как процент "полностью сухих" пациентов, а также пациентов, отмечающих "улучшение" (одна прокладка в сутки).

Методика хирургического вмешательства включала формирование слингового приспособления: к середине полипропиленовой ленты, имеющей длину 50 см и ширину 2,0 см, капроновыми нитями фиксировали полипропиленовый цилиндрический пелот размерами 2,0x1,5 см. Данный пелот создавали из полипропиленовой ленты аналогичной по размерам слинговой ленте. Слинг проводили через продольный разрез промежности над бульбозной частью уретры с помощью специальных проводников по методике "снаружи внутрь". Для осуществления уретральной компрессии пелот располагали непосредственно под луковицей уретры. Концы слинга выводили в паховых областях с обеих сторон. Далее выполняли

срединный продольный разрез длиной 5-6 см над передней поверхностью лонного сочленения и выделяли верхне-переднюю поверхность лонных костей с обеих сторон. В лонную кость ввинчивали титановый шуруп на глубину 2,0-2,5 см. Концы слинга проводили под семенными канатиками, выводили в подкожную клетчатку надлобковой раны и завязывали на шурупе при максимальном натяжении. Раны дренировали перчаточными дренажами и послойно ушивали. Уретральный катетер удаляли на следующий день после операции.

Результаты Медиана наблюдения составила 28 (4-52) месяцев. Среди всех 18 оперированных пациентов недержание мочи возникло после радикальной простатэктомии у 2 (11,1%), после открытой позадилобной аденомэктомии у 10 (55,6%) и после ТУР простаты у 6 (33,3%). Тотальное недержание мочи было зафиксировано у 10 (55,6%) больных, выраженное недержание (более 400 мл/сутки) у 6 (33,3%), умеренное (менее 400 мл/сутки) - у 2 (11,1%).

Костная фиксация с помощью одного шурупа была выполнена в 4 (22,2%) наблюдениях. У остальных 14 (77,8%) пациентов использовали два шурупа. Каких-либо интраоперационных осложнений, связанных с проведением слинга или с его костной фиксацией выявлено не было. В послеоперационном периоде 12 (66,7%) больных предъявляли жалобы на боли в области семенных канатиков, которые купировались приемом НПВС в течение 3 дней после операции. Острая задержка мочи имела место после удаления уретрального катетера у 3 (16,7%) пациентов. Данное осложнение разрешалось спонтанно через 2-3 дня. Признаков остеоита лонных костей не было зафиксировано ни в одном из наблюдений. Среди поздних осложнений у 2 (11,1%) больных выявлено нагноение тканей промежности в области слинга, что привело к необходимости его удаления. В дальнейшем, одному из них выполнена повторная слинговая операция.

Оценка эффективности представленной слинговой методики показала, что полностью сухими через 12 месяцев после данного вмешательства оставались 10 (55,6%) пациентов. Значительное улучшение зафиксировано у 6 (33,3%) больных, которые использовали только 1 прокладку в сутки.

Заключение Представленная методика хирургической коррекции стрессового недержания мочи продемонстрировала высокий суммарный уровень успеха (88,9%) у мужчин с тотальным и выраженным недержанием мочи. Потенциальной проблемой остается инфицирование слинга.