

лікування стресового нетримання сечі найпопулярнішим сьогодні є малоінвазивний трансобтураторний слінг (субуретральна петльова пластика, в гінекологічній літературі – уретропексія) [4-9,11-13]. В останні роки трансобтураторний слінг застосовують як операцію першого вибору для всіх типів нетримання сечі за наявності чи відсутності гіпермобільності уретри. Концепція операції базується на інтегральній теорії австралійського вченого Р.Е. Petros та шведського вченого U.I. Ulmsten [10], а також теорії “гаммака” J.O. DeLancey [13]. Згідно цим теоріям місцем прикладання операції є середній відділ уретри, який відповідає за утримання сечі; достатня підтримка уретри сприяє її стисненню при підвищенні внутрішньочеревного тиску; субуретральна петля встановлюється без натягу. Принцип слінгової операції заключається у стисненні уретри, сфінктерний апарат якої перестав функціонувати. Майже кожна розвинена країна випускає свій набір для трансобтураторного слінга.

Метою нашого дослідження було вивчення безпосередніх та віддалених результатів виконання трансобтураторного слінга вітчизняним набором «УКРТЕХМЕДСЛІНГ» у жінок із стресовим нетриманням сечі.

Матеріали та методи. За останні 3 роки трансобтураторний слінг набором «УРОТЕХМЕДСЛІНГ» (методика inside-out) виконано 21 жінці із стресовим нетриманням сечі. Вік хворих коливався від 36 до 72 років, середній – 46,3. Нетримання сечі I ступеня (нетримання сечі лише у вертикальному положенні) відмічено у 16 (76,2%) пацієнток, II ступеня (нетримання сечі у вертикальному та лежачому положеннях) – 5 (23,8%). Початкові ступені пролапсу тазових органів (цистоцеле, ректоцеле) відмічені у 2 (9,5%) жінок. В якості слінга використовували поліпропіленову сітку «УКРАЇНСЬКА КОЛЬЧУГА» довжиною 45см та шириною 1,2см.

Результати. Ускладнень під час виконання операції (пошкодження сечового міхура, уретри, гематома та кровотеча із рани та ін.) не спостерігали. Із 21 жінки 20 (95,2%) виписано із відділень повністю утримуючи сечу, 1 (4,8%) – із покращенням (втрачала сечі значно менше, ніж до операції). У віддаленому післяопераційному періоді рецидиву нетримання сечі та ерозії стінки піхви не спостерігали, гіперактивність детрузора de novo виникала у 2 (9,5%) хворих. Результати трансобтураторного слінга набором «УКРТЕХМЕДСЛІНГ» відповідають даним літератури [4,6,9,11-13].

Висновки. Перші безпосередні та віддалені результати застосування трансобтураторного слінга вітчизняним набором «УКРТЕХМЕДСЛІНГ» з використанням поліпропіленової сітки «УКРАЇНСЬКА КОЛЬЧУГА» у жінок із стресовим нетриманням сечі задовільні, що дозволяє рекомендувати дану методику для ширшого використання в практиці оперуючих урологів та гінекологів.

Література

1. Горювий В.І., Толочкін В.В., Воронін М.І. Слінгові операції в хірургічному лікуванні жінок зі стресовим нетриманням сечі // Здоров'я жінчини. - 2009. - №9(45). - С. 202 – 205.
2. Горювий В.І. Сучасні підходи до діагностики та лікування нетримання сечі у жінок. Деякі аспекти класифікації та лікування стресового нетримання сечі у жінок // Урологія. – 2012. – Т. 16, №1(60). – С. 21 – 33.
3. Горювий В.І. Місце залонної кольпопексії та кольпосуспензії в хірургічному лікуванні стресового нетримання сечі у жінок // Урологія. – 2012. – Т. 16, №3(62). – С. 12 – 19.
4. Попов А.А., Петрова В.Д., Шагинян Г.Г. и др. Оценка эффективности различных вариантов уретропексий у женщин с недержанием мочи при напряжении // Российский вестник акушер-гинеколога. – 2005. – № 3. – С. 43–46.
5. Проценко О.О., Горювий В.І. Трансобтураторний субуретральний слінг - малоінвазивний метод лікування стресового нетримання сечі у жінок // Андрологія та сексуальна медицина. – 2011. – № 1. – С. 45 – 46.
6. Пушкарь Д.Ю., Дьяков В.В., Годунов Б.Н., Касян Г.Р. Лечение недержания мочи свободной синтетической петлей при напряжении у женщин: сравнительный анализ послеоперационных осложнений // Урология. – 2006. – № 5. – С. 30–34.
7. Сучасні принципи діагностики та лікування нетримання сечі у жінок без пролапсу тазових органів (методичні рекомендації) / Горювий В.І., Мазорчук Б.Ф., Чайка Г.В. та ін. – Вінниця: Вінницька обласна друкарня, 2014. – 148 с.
8. Abrams P., Artibani W. Understanding stress urinary incontinence. – Liege, Belgium: Ismar Healthcare, 2004. – 96 p.
9. Dmochowski R., Athanasiou S., Reid F. et al. Surgery for urinary incontinence in women // Incontinence / Abrams P. et al. – 5th ed. – Com.14. – ICUD – EAU, 2013. – P. 1307 - 1376.
10. Petros P.E., Ulmsten U.I. An integral theory of female urinary incontinence: experimental and clinical consideration // Acta Obstet. Gynecol. Scand. Suppl. – 1990. - Vol.153. - P. 7 - 32.
11. Smith A.R.B., Daneshgari F., Dmochowski et al. Surgery for urinary incontinence in women // Incontinence / Abrams P., Cardozo L., Khoury S., Wein A. – 3rd ed. – Vol. 2. – Ch. 20. - Plymouth: Plymbridge Distributors Ltd. – 2005. – P. 1297 – 1370.
12. Walters M.D., Karram M.M. Sling procedures for stress urinary incontinence / Urogynecology and reconstructive pelvic surgery. – 3rd ed. – Mosby Inc., 2007. – P. 196 – 212.
13. Waltregny D., Gaspar Y., Reul O. et al. TVT – O for treatment of stress urinary incontinence: results of a prospective study after 3 – year minimum follow – up // Eur. Urol. – 2008. – Vol. 53. – P. 401 – 4010.

ЛІКУВАННЯ СЕЧОМІХУРОВО-ПІХВОВИХ НОРИЦЬ ЗА O'CONOR

Демченко В.М., Гарагатий І.А., Шукін Д.В., Антонян І.М.

Харьковский национальный медицинский университет

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

г. Харьков

Харківська медична академія післядипломної освіти

Матеріали та методи. У дослідження увійшли 9 пацієток з тригональними та супратригональними сече міхуров о-піхвовими норицями, оперовані за методикою O'Conor з 1992 по 2013 роки. У всіх пацієток в анамнезі було перенесене хірургічне лікування в гінекологічних стаціонарах: 2 - кесарів розтин, 7 - екстирпація матки. У 4 спостереженнях в анамнезі була променева терапія в терміни від 8 до 36 місяців до моменту надходження. Трьом жінкам були проведені попередні спроби оперативного закриття нориці один або більше разів.

Розміри нориць були від 12 до 43 мм (в середньому 22 мм). Час від встановлення діагнозу до операції в середньому становив 12 місяців (від 6 до 46 місяців).

Техніка операції включала нижне-серединну лапаротомію з повним сагітальним розтином сечового міхура, починаючи від передньої поверхні до його задньої стінки, огинаючи краї нориці з обох сторін. При цьому сечовий міхур повністю відокремлювався від піхви для зменшення натягу між краями дефекту стінки сечового міхура при його ушиванні.

Дефект стінки піхви та розтин стінки сечового міхура роздільно ушивали вікриловими швами 2-0. Між ними поміщали пасмо сальника (2 пацієтки), або пластину "Тахокомб" (7 хворих). У трьох спостереженнях знадобилася катетеризація обох сечоводів протягом 7-10 днів. Сечовий міхур дрениувався постійним катетером, який видалявся на 14 добу.

У двох випадках разом з мобілізацією всієї задньої стінки міхура була необхідна мобілізація обох сечоводів. В одному випадку проведена одностороння уретероцистонеостомія. Серед інтраопераційних ускладнень відзначено пошкодження клубової кишки у пацієтки після променевої терапії та численних операцій на органах тазу.

Результати.

Загальний рівень успіху при використанні цієї техніки склав 66,7% (6 з 9 пацієток). Рецидив нориці у 3 пацієток був пов'язаний з недостатньо повною мобілізацією задньої стінки сечового міхура з інтрамуральними відділами сечоводів (2 випадки), а також з розвитком некротичного циститу у однієї хворої, яка перенесла променеву терапію. У однієї з пацієток в подальшому розвинувся мікроцист, що можливо пов'язано з погіршенням кровопостачання сечового міхура після цієї операції.

Висновки.

1. Трансперитонеальна техніка O'Conor є високоефективним способом хірургічної корекції складних міхурово-вагінальних свищів.
2. Але її необхідно з обережністю використовувати у пацієток із зменшеним об'ємом сечового міхура та з перенесеною раніше променевою терапією (у зв'язку з погіршенням кровообігу міхура після його субтотальної мобілізації).

ОТСРОЧЕННАЯ (ДВУХЭТАПНАЯ) ОРТОТОПИЧЕСКАЯ НЕОЦИСТОПЛАСТИКА ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Зеленский А.И., Антонян И.М., Винник Ю.А., Налбандян Т.А., Гранкин И.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Харьковский областной клинический онкологический центр

Актуальность. Рак мочевого пузыря (РМП), как и другая онкоурологическая патология, на протяжении последних лет показывает стабильный рост (онкорегистр Украины). Это заболевание характеризуется частыми рецидивами и достаточно быстрым прогрессированием. На высокую частоту рецидивов не повлияли и препараты для системной и внутривезикулярной химио- и иммунотерапии. В этой связи, обсуждение хирургических аспектов лечения РМП, особенно его мультифокальных, часто рецидивирующих форм, характеризующихся инфильтрирующим инвазивным характером роста, остается весьма актуальным.

Одной из самых технически сложных и длительных по исполнению операций является радикальное удаление мочевого пузыря и последующее формирование на его месте нового мочевого резервуара из различных отделов кишечника при сохранении управляемого мочеиспускания. Однако наряду с опытом проведения подобных операций, к сожалению, возрастает и опыт «осложнений». Отчеты клиник с опытом в тысячи радикальных цистэктомий (РЦЭ) и ортотопической нецистопластики (ОНЦП) указывает на 80% осложнений у пациентов с первые 12 недель после операции, при этом в 35% случаев это серьезные осложнения.