

Литература

1. Аметов Р.Э. Особенности симптоматики, диагностики и оперативного лечения протяженных, субтотальных и многофокусных стриктур уретры у мужчин. Дис. канд. мед.наук. 2014. 155 с.
2. Кветень А.Г., Ниткин Д.М. Современные аспекты диагностики и хирургического лечения стриктур уретры у мужчин. «Медицина». №1(104), 2019. С 51-56.
3. Коган М.И. Стриктуры уретры у мужчин. Реконструктивно-восстановительная хирургия. М.: Практическая медицина, 2010. 143 с.
4. Котов С.В. Стриктуры уретры у мужчин - современное состояние проблемы. Медицинский вестник Башкортостана. Том 10, № 3, 2015. С. 266-270.
5. Мартов А.Г., Ергаков Д.В. Эндоскопическое лечение ятрогенных стриктур уретры: профилактика рецидивов с помощью препарата Лонгидаза. Эффективная фармакотерапия. 41/2014. С. 4-10.
6. Barbagli G, Sansalone S, Romano G et al. / Bulbar urethroplasty: transecting vs. nontransecting techniques. *Curr Opin Urol.* 2012 Nov; 22(6):474-7. doi: 10.1097/MOU.0b013e32835749be. Review. PMID:22825459
7. Bullock TL, Brandes SB. Adult anterior urethral strictures: a national practice patterns survey of board certified urologists in the United States. *J Urol* 2007; 177: 685–90.
8. Culty T, Boccon-Gibod L. Anastomotic urethroplasty for posttraumatic urethral stricture: previous urethral manipulation has a negative impact on the final outcome. *J Urol.* 2007 Apr;177(4):1374-7. PMID:17382735
9. Lopez J. C., Gomez E. G. et al. / Perineostomy: the last opportunity. *International braz j urol : official journal of the Brazilian Society of Urology*, (2015). 41(1), 91-8; discussion 99-100.
10. Matthias Beysens et al. / Repair versus Free Graft Urethroplasty for Bulbar Strictures: A Focus on the Impact on Sexual Function. *Advances in Urology Volume 2015*, Article ID 912438, 7 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2015/912438>
11. Venkatesan K., Blakely S., Nikolavsky D. Surgical Repair of Bulbar Urethral Strictures: Advantages of Ventral, Dorsal, and Lateral Approaches and When to Choose Them. *Advances in urology*, 2015, 397936.

УДК 616.62-008.222-08-055.2

Князюк А.С., Лемтюгов М.Б., Сивакова А.Н.

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

Опыт лечения недержания мочи у женщин

Введение. Недержание мочи при напряжении у женщин – одна из наиболее распространенных и трудных проблем в современной урологии и гинекологии [1, 2]. Стрессовое недержание мочи – неконтролируемая потеря мочи при физическом усилии (кашель, смех, и т.п.), когда давление в мочевом пузыре превышает давление закрытия уретры [3–6].

Группу риска по стрессовому недержанию мочи составляют женщины, имеющие в анамнезе стремительные роды, нередко крупным плодом, травмы родовых путей с повреждением мышц тазового дна, что сопровождается изменением анатомо-функциональных отношений органов малого таза; женщины занятые тяжелым физическим трудом; женщины климактерического периода, когда на фоне гормональной недостаточности наблюдается ослабление мышц; пациентки с дефектами соединительной ткани [3–5].

Лечением стрессового недержания мочи занимаются урологи и гинекологи. В большинстве случаев эффективным способом лечения данной патологии является хирургический. В

настоящее время известно более 200 различных эффективных оперативных вмешательств и их модификаций, которые можно разделить на 5 групп: интрауретральные подслизистые инъекции; цистоуретропексии; вагинальные синтетические ленты; классические slingовые операции; искусственный сфинктер; применение лазера. При любом из выбранных способов оперативного вмешательства, есть определенный риск возникновения последствий, осложненный либо рецидива заболевания [4–7].

Цель исследования. Оценить результаты оперативного лечения пациенток со стрессовой формой недержания мочи, проходивших лечение на базе УЗ «Гомельская городская клиническая больница №2».

Материалы и методы. На базе урологического отделения УЗ «Гомельская городская клиническая больница №2» за 2 года (2017–2019гг.) хирургическое лечение было выполнено 28 пациенткам. Из них 11 пациенткам была выполнена позадилоная кольпосуспензия по Берчу, 10 пациенткам – операция Мазуреко, 7 пациенткам – трансобтураторная вагинальная субуретральная установка синтетической ленты (TVT-O).

Все пациентки проходили стандартные обследования для оперативного лечения. Выполнена цистоскопия с проведением функциональных проб. Заполнялся дневник мочеиспускания, тест экспресс-диагностики типов недержания мочи.

Диагноз «стрессовое недержание мочи» выставлялся при наличии следующих критериев:

- потеря мочи при кашле, смехе и т. п.;
- положительный кашлевой тест;
- отсутствие воспалительных изменений в анализе мочи;
- минимальный объем остаточной мочи после микции.

Для оценки результатов оперативного лечения недержания мочи мы использовали следующие критерии: 1) время выполнения оперативного вмешательства, 2) число койко-дней, проведенных пациентами в клинике после операции, 3) осложнения, возникшие во время выполнения оперативного вмешательства и в ближайшем послеоперационном периоде, 4) редукцию клинических проявлений недержания мочи после оперативной коррекции в различные сроки и частоту рецидивов недержания мочи в эти сроки.

Результаты оперативного лечения стрессового недержания мочи у наблюдаемых пациенток оценивали при устном опросе, при наличии жалоб – тест экспресс-диагностики типов недержания мочи.

Результаты исследования и их обсуждение. Средний возраст пациенток составил 52,1 лет (30–68 лет). Длительность оперативного вмешательства составила: для операции Бёрча – $82,73 \pm 27,4$ мин, для операции Мазуреко – $72,5 \pm 22,3$ мин, для операции TVT-O – $69,3 \pm 18,3$ мин. Во время операций осложнений не было. Число койко-дней, проведенных пациентами в клинике после операции, составило: для операции Бёрча – $12,1 \pm 6,4$ дней, для операции Мазуреко – $11,5 \pm 2,4$ дней, для операции TVT-O – $6,4 \pm 3,3$ дней. В ближайшем послеоперационном периоде у 4 пациенток (36,4 %) после операции Бёрча отмечали задержку мочеиспускания. Отдаленные результаты удалось оценить у 19 пациенток. Все они были довольны результатами операции (не отмечали рецидивов). Однако, у 2 пациенток (18%) после операции Бёрча сохраняется дизурия. 2 пациентки (28,6%) после операции TVT-O испытывали дискомфорт и болезненность при половой жизни в течение 6 месяцев. У пациенток после операции Мазуреко подобных симптомов не было.

Заключение. Выбор оперативного метода лечения является индивидуальным и зависит от особенностей пациента и предпочтений (умений) уролога. Несмотря на значительные успехи оперативного лечения недержания мочи при напряжении, часть оперативных вмешательств не приводят к устранению недержания или могут привести к появлению других видов расстройств мочеиспускания. Для улучшения послеоперационных результатов требуется детальное и полноценное предоперационное обследование с целью определения типа недержания мочи и выбора тактики лечения.

Литература

1. Аль-Шукри, С. Х. Недержание мочи у взрослых и детей / С. Х. Аль-Шукри, И. В. Кузьмин. СПб.-М., 2001. – 127 с.
2. Александров, В.П. Стрессовое недержание мочи у женщин / В. П. Александров, А. А. Куренков, В. В. Николаева СПб. – Издательский дом СПб МАПО, 2006–92 с.
3. Современные методы лечения недержания мочи и пролапса органов малого таза : пособие для врачей / О. Б. Лоран, А. В. Серегин, Л. А. Синякова, А. А. Серегин. – Москва, 2006. – 43 с.
4. Urinary incontinence. Guideline of EAU, 2009.
5. Пушкарь Д. Ю., Тевлин К.П., Лоран О.Б. Оперативное лечение сложных форм недержания мочи / Д. Ю. Пушкарь, К. П. Тевлин, О. Б. Лоран // Акушерство и гинекология.- 2000. – №1. – С. 23-25.
6. Пушкарь, Д. Ю. Лоран О.Б. Недержание мочи у женщин / Д. Ю. Пушкарь, О. Б. Лоран // Журнал «Здоровье». – 1991. – №9. – С. 21–23.
7. Куликов А.А. / Дифференцированный подход в выборе хирургической тактики ведения пациенток с пролапсом гениталий // Автореф. дис. канд.мед.наук. Минск, 2013.

УДК [378.091.3+378.046-021.68]:618

Корбут И.А., Захаренкова Т.Н., Громыко Н.Л.
УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

Обеспечение преподавания акушерства и гинекологии для слушателей факультета повышения квалификации и переподготовки

Введение. Профессиональное обучение взрослого человека, который уже является специалистом, отличается от обучения ребенка и молодого человека, что отразилось в появлении андрагогики – науки об обучении взрослого человека. необходимости адаптировать профессиональный капитал педагогов к требованиям новой ситуации и попытаться выработать особые методы обучения, максимально отображающие специфику работы с учениками зрелого возраста. Современная социально-экономическая ситуация прогнозирует увеличение значимости повышения квалификации врачей-специалистов, в том числе в части освоения современных хирургических техник.

Цель исследования. Проанализировать формы и методы обеспечения повышения квалификации акушеров-гинекологов на кафедре акушерства и гинекологии с курсом ФПКП Гомельского государственного медицинского университета.

Материал и методы исследования. На кафедре акушерства и гинекологии с курсом ФПКП в 2018 году были проведены следующие циклы повышения квалификации:

- «Нарушения менструальной и репродуктивной функции» (для врачей-акушеров-гинекологов, преподавателей учреждений образования системы здравоохранения) – 2 группы (20 человек);
- «Ведение беременности при экстрагенитальных заболеваниях» (для врачей- акушеров-гинекологов, врачей- терапевтов, врачей-онкологов и врачей общей практики) – 2 группы (20 человек);
- «Ранняя диагностика рака молочной железы. Современные методы лечения» (для врачей- акушеров-гинекологов, врачей- терапевтов, врачей общей практики, преподавателей учреждений образования системы здравоохранения) – 1 группа (7 человек).