

уретропластик) является наиболее значимым фактором риска неудачи лечения и существенно увеличивает наступление повторного рецидива заболевания. С учетом этого адекватный выбор варианта уретропластики при первичной реконструкции уретры следует считать одним из ключевых факторов оптимизации результатов лечения таких пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *McAninch, J. W.* Reconstruction of extensive urethral strictures: circular fasciocutaneous penile flap / *J. W. McAninch* // *J. Urol.* 1993. Vol. 149, № 3. P. 488–491.
2. *Morey, A. F.* Q-flap reconstruction of panurethral strictures / *A. F. Morey, L. K. Tran, L. M. Zinman* // *BJU Int.* 2000. Vol. 86, № 9. P. 1039–1042.
3. Clinical and Patient-reported Outcomes of 1-sided Anterior Urethroplasty for Long-segment or Panurethral Strictures / *J. Spencer* [et al.] // *Urology.* 2018. Vol. 111. P. 208–213.
4. One-sided anterior urethroplasty: a new dorsal onlay graft technique / *S. Kulkarni* [et al.] // *BJU Int.* 2009. Vol. 104, № 8. P. 1150–1155.
5. Management of Panurethral Stricture / *S. Kulkarni* [et al.] // *Urol. Clin. North. Am.* 2017. Vol. 44, № 1. P. 67–75.

УДК 616.62-008.222-055.2:618.1

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Князюк А. С.¹, Князюк Е. В.², Леонкова А. И.², Лобов А. В.³

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение здравоохранения

«Гомельская городская клиническая больница № 2»,

³Учреждение здравоохранения

«Костюковичская центральная районная больница»,

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Недержание мочи при напряжении у женщин — одна из наиболее распространенных и трудных проблем в современной урологии и гинекологии [1, 2]. Стрессовое недержание мочи (недержание мочи при напряжении) — неконтролируемая потеря мочи при физическом усилии (кашель, смех, натуживание и т. п.), когда давление в мочевом пузыре превышает давление закрытия уретры. Из обратившихся к урологу или гинекологу женщин каждая 4 предъявляет жалобы на симптомы стрессового недержания мочи [3, 4, 5].

Группу риска по стрессовому недержанию мочи составляют женщины, имеющие в анамнезе затяжные или стремительные роды, 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 [1, 3, 5, 6].

Лечением стрессового недержания мочи занимаются урологи и гинекологи. В большинстве случаев данной патологии эффективным способом лечения является хирургический. В настоящее время известно более 250 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, осложнений либо рецидива заболевания [4–7].

Необходимо отметить, что многие пациентки, страдающие стрессовым недержанием мочи, имеют сопутствующие гинекологические заболевания, требу-

ющие хирургической коррекции. В большинстве стационарах при сочетанных заболеваниях оперативные вмешательства проводятся последовательно. При этом существенно возрастают прямые затраты на проведение лечения, увеличивается срок временной нетрудоспособности, требуется проведение повторного анестезиологического пособия [3].

Перспективным решением этой проблемы является проведение симультанных операций по хирургическому лечению стрессового недержания мочи и гинекологической патологии, что позволяет устранить сочетанную патологию в рамках одного анестезиологического пособия, избавляет от повторных операций и связанных с ними операционных, послеоперационных и анестезиологических осложнений и эмоциональных нагрузок, повышает качество жизни пациенток.

Симультанные операции – это хирургическое вмешательство, одновременно производимое на двух или более органах, по поводу этиологически не связанных между собой заболеваний.

Цель

Оценить результаты оперативного лечения пациенток со стрессовой формой недержания мочи и сопутствующих гинекологических заболеваний, требующих оперативного лечения.

Материал и методы исследования

На базе гинекологического отделения УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2» за 10 лет (2010–2019 гг.) симультанные операции были выполнены 36 пациенткам.

Все пациентки проходили стандартные обследования для оперативного лечения, при сборе анамнеза выявлены жалобы на недержание мочи при напряжении.

Дополнительно пациентки консультированы у уролога. 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 др. физической нагрузке;
- положительный кашлевой тест;
- отсутствие воспалительных изменений в общем анализе мочи;
- минимальный объем остаточной мочи после микции.

Всем пациенткам выполнялась экстирпация матки с придатками или без придатков матки по поводу узловой миомы матки — 25 (69,4 %) пациенток, сочетания миомы матки и кистом яичника — 8 (22,2 %) пациенток или двусторонних кист яичника в постменопаузе — 3 (8,3 %). По поводу стрессового недержания мочи проводили операцию Мазурека — 27 (75 %) пациенткам или позадилобная кольпосуспензия по Берчу — 9 (25 %) пациенткам.

Для оценки результатов оперативного лечения недержания мочи и сопутствующей гинекологической патологии мы использовали следующие критерии:

- 1) время выполнения оперативного вмешательства;
- 2) число койко-дней, проведенных пациентками 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;
- 5) при сохранении симптома недержания мочи учитывали частоту эпизодов недержания мочи и количество потерянной мочи за сутки.

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

Результаты исследования и их обсуждение

На базе гинекологического отделения УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2» за 10 лет (2010–2019 гг.) симультанные операции были выполнены 36 пациенткам. Средний возраст составил 51,8 лет (44–64 года). По поводу стрессового недержания мочи выполняли операцию Мазурека — 27 (75 %) пациенток, либо позадилонную кольпосуспенсию по Берчу — 9 (25 %) пациенткам, и удаление матки с или без придатков по поводу гинекологической патологии. Длительность оперативного вмешательства составила $145 \pm 37,4$ мин. Во время операций осложнений не было. В ближайшем послеоперационном периоде у одной пациентки (0,03 %) перенесшей позадилонную кольпосуспенсию по Берчу развилась острая задержка мочи, купированная установкой уретрального катетера на более длительный срок. Число койко-дней, проведенных пациентками в клинике после операции, составило $12,6 \pm 3,5$. Отдаленные результаты удалось оценить у 32 пациенток. Из них довольны результатами операции 25 (78,1 %) пациенток, у которых полностью устранены эпизоды недержания мочи. У 2 (6,3 %) пациенток развился рецидив заболевания через 2–3 года после операции на фоне регулярных поднятий тяжестей и у 2 (6,3 %) пациенток отмечено сохранение симптома недержания мочи с уменьшением частоты эпизодов недержания мочи и количества потерянной мочи за сутки, что позволяет считать результат лечения положительным. По экспресс-диагностике — смешанный тип недержания мочи. У 3 (9,4 %) пациенток после операции улучшения не получено. По экспресс-диагностике типов недержания мочи у двух из них диагностирован гиперактивный мочевого пузыря, что требует дальнейшей медикаментозной терапии, а у одной из них — стрессовое недержание мочи, что потребовало выполнения операции TVT-O в последующем.

Выводы

Показанием к выполнению симультанной операции является: сочетание заболеваний органов малого таза, требующих хирургического лечения, и недержания мочи.

При проведении симультанных операций абсолютный эффект операции Мазурека и операции Берча в отдаленном периоде достигнут в 25 (78,1 %) случаях, частичный — в 2 (6,3 %).

Считаем необходимым уделять большое внимание детальной диагностике недержания мочи у пациенток с гинекологической патологией, требующей хирургического лечения, что позволит одновременно и эффективно решать обе проблемы.

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.: Изд. дом СПб МАПО, 2006. 92 с.
3. Симультанные операции при сочетании стрессового недержания мочи и гинекологической патологии / А. С. Князюк [и др.] // VIII Гродненские урогинекологические чтения: сб. науч. ст. респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием, Гродно, 27–28 нояб. 2014 г. Гродно, 2014.
4. Недержание мочи при напряжении у женщин / А. С. Князюк [и др.] // Новости хирургии. 2007. № 2(15). С. 106–111.
5. Князюк, А. С. Опыт лечения недержания мочи у женщин / А. С. Князюк, М. Б. Лемтюгов, А. Н. Сивакова // Тезисы III Полесского урологического форума, Гомель, 6–7 июня 2019 г. // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. 2019. № 3. С. 359–360.
6. Тактика лечения женщин при сочетании пролапса гениталий с недержанием мочи / А. Н. Нечипоренко [и др.] // Журн. Гродн. гос. мед. ун-та. 2006. № 2. С. 34–35.
7. Современные методы лечения недержания мочи и пролапса органов малого таза: пособие для врачей / О. Б. Лоран [и др.]. М., 2006. 43 с.