

Через 3-5 лет после операции анатомическое положение матки и стенок влагалища оценено у 34 женщин и оно соответствовало опущению I-II ст. у 32 (94,1%), а расстройства мочеиспускания отмечены у 21 (61,8%) женщины. Среди женщин с расстройствами мочеиспускания у 17 (80,9%) отмечались симптомы гиперактивности мочевого пузыря, причем у 5 из них симптомы гиперактивности, имевшие место до коррекции ГП сохранились, а у 12 симптомы гиперактивности мочевого пузыря возникли de novo (Таблица).

Всем женщинам с симптомами гиперактивности мочевого пузыря после операции назначали солифенацин (везикар) в дозе 5 мг 1 раз в сутки. Лечение в течение 2-3 месяцев позволило у половины больных снизить выраженность гиперактивности.

Выводы.

1. Среди всех расстройств мочеиспускания у женщин с ГП в 30,4% случаев отмечен ГАМП.

2. Через 1 месяц после операции гиперактивность мочевого пузыря отмечается в 5,3%.

3. Через 1-2 года после коррекции ГП признаки гиперактивности мочевого пузыря выявляются у 40,9% оперированных.

3. Через 3-5 лет после операции симптомы гиперактивности мочевого пузыря наблюдаются у 50,0% оперированных женщин.

Литература

1. The Standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the ICS. /P.H. Abrams [et al.] // Neurourol. Urodin. - 2003. – Vol. 61. – P. 37-49.

2. Ромих В.В. Гиперактивный мочевой пузырь: на перекрестке урологии и гинекологии / В.В. Ромих // Гинекология. – 2007. - №4. – Т.9. – С.34-37.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА СО СТРЕССОВЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ: ВОЗМОЖНОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИМПОРТЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Нечипоренко Н.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. В настоящее время для хирургической коррекции ГП разработаны и успешно применяются системы сетчатых протезов по принципу GYNECARE Prolift, включающие сетчатые протезы и приспособления для их установки в нужном положении влагалищным доступом. А для восстановления континенции при СНМ предложен ряд петлевых операций, предполагающих использование ряда оригинальных систем: TVT, TOT, TVT-O и их модификации. [1, 2, 3, 4, 5]. Основным недостатком оригинальных систем GYNECARE Prolift и TVT и является их высокая стоимость, что

сдерживает широкое внедрение этих систем в практику урологического и гинекологического стационаров нашей страны.

Цель. Анализ результатов симультанного хирургического лечения женщин страдающих ГП, осложненным СНМ, с использованием синтетических протезов по принципу GYNECARE Prolift и TVT нашими технологиями.

Методы исследования. Наблюдали 49 женщин с ГП, осложненным СНМ. Все женщины оперированы - проведена симультанная коррекция ГП и СНМ.

Коррекция ГП проведена протезами по принципу Prolift anterior и posterior влагалищным доступом по разработанной нами технологии. Протезы готовились самим хирургом во время операции с учетом индивидуальных параметров пациентки из хирургической сетки «ЭСФИЛ ES3535 бело-синий». Передний протез устанавливали между задней стенкой мочевого пузыря и передней стенкой влагалища и фиксировали четырьмя рукавами, проводя их через запираемые отверстия. Задний протез устанавливали между передней стенкой прямой кишки и задней стенкой влагалища, протез фиксировали двумя рукавами, проводя их через крестцово-остистые связки. Таким образом ликвидировалось цисто- и ректоцеле, восстанавливалось положение МП и передней стенки прямой кишки. После восстановления положения матки и стенок влагалища выполняли уретропексию лентой по принципу TVT.

Восстановление континенции достигалось уретропексией синтетической лентой по принципу TVT (лента готовилась во время операции из сетки «ЭСФИЛ»). Для установки подуретральной ленты использовались собственные инструменты.

Результаты и их обсуждение. В результате обследования у 49 пациенток было установлено следующее. Возраст женщин 35-84 года, положение матки и стенок влагалища соответствовало опущению III-IV ст. по классификации POP-Q. СНМ женщины отмечали в течение 5-15 лет, причем у всех вначале возник ГП, а затем присоединилось СНМ. Длительность опущения или выпадения половых органов у пациенток составляла 7-19 лет.

Положительная кашлевая проба отмечена у 41 у 8 диагностировано скрытое недержание мочи. У 28 женщин выявлены признаки детрузорной гиперактивности, подтвержденной дневником мочеиспусканий и у этих пациенток недержание мочи расценено как смешанное.

На экскреторных урограммах двусторонний уретерогидронефроз II стадии имел место у 3-х женщин, односторонний – у 2, нефроптоз – у 9.

На цистограммах в вертикальном положении у всех пациенток отмечено опущение мочевого пузыря ниже лонного сочленения.

Инфекция мочевыводящих путей выявлена у 16 женщин, что потребовало в предоперационном периоде проведения антибактериальной терапии.

Все женщины оперированы: 1) кольпопексия сетчатым протезом по принципу Prolift anterior с уретропексией лентой по принципу TVT –18; 2) кольпопексия по принципу Prolift anterior и posterior с уретропексией лентой по принципу TVT – 28; кольпопексия сетчатым протезом по принципу Prolift anterior с уретропексией лентой по принципу TVT–obturator – 3.

В ходе выполнения 49 операций по коррекции ГП сетчатыми протезами по принципу Prolift anterior и posterior осложнений не было. При выполнении уретропексии по принципу TVT в двух случаях цистоскопически выявили повреждение мочевого пузыря перфоратором. Перфоратор был извлечен и повторно проведен латеральнее первоначального хода.

В раннем послеоперационном периоде осложнений связанных с пластикой ГП не было.

У 4-х больных развилась острая задержка мочеиспускания, связанная с избыточной компрессии уретры лентой, что потребовало в двух случаях ослабления натяжения подуретральной ленты и в 2 случаях натяжение ленты оказалось недостаточным, что потребовало увеличения натяжения ленты что было возможным благодаря особенностям техники операции.

Результаты вмешательств оценивали по критериям анатомического положения органов малого таза через 1 и 3 года после операции и по эффективности восстановления континенции.

У 49 женщин через 1 год после операции рецидива пролапса нет. Положение матки и стенок влагалища соответствует опущению I-II степени. Континенция была восстановлена у 47 пациенток (95,9%)

Через 3 года после операции положение матки и стенок влагалища соответствовало I-II ст. опущения у 46 (93,8%) и у 3 (6,1%) отмечено опущение передней стенки влагалища III ст., что расценено как рецидив. Континенция была сохранена в полном объеме у 45 (91,8%) женщин и у 4 (8,2%) отмечалось НМпН I ст.

Результаты, выполненных нами 49 операции по симультанной коррекции ГП сочетающегося со СНМ сетчатыми протезами по принципу Prolift anterior et posterior и TVT или TVT-О по нашим технологиям позволяют положительно оценить эту хирургическую тактику.

Использование нашей технологии хирургической коррекции ГП протезами по принципу Prolift позволил добиться хорошего анатомического результата в 93,8% случаев и снизить стоимость вмеша-

тельства в 10 раз по сравнению с использованием оригинальной системы GYNECARE Prolift.

Уретропексия лентой по принципу TVT и TVT-О, выполняемые по нашим технологиям, позволила сохранить полную континенцию через 3 года после операции у 91,8% оперированных, а стоимость уретропексии лентой по принципу TVT или TVT-О, выполняемой по нашей технологии в 100 (!) раз меньше по сравнению со стоимостью оригинального набора системы TVTили TVT-О.

Вывод. Симультанное хирургическое лечение женщин с ГП, осложненным СНМ, с использованием сетчатых протезов по принципу TVT или TVT-О, проводимое по нашим технологиям, позволяет восстановить нарушенную статику половых органов в 93,8% случаев и добиться адекватной континенции у 91,8% оперированных женщин.

Литература

1. Краснопольский В.И., Попов А.А., Буянова С.Н., Петров В.Д. TVM (transvaginal MESH) – новый взгляд на хирургию генитального пролапса // V Всероссийская конференция «Расстройства мочеиспускания у женщин». – Москва, 22-23 мая 2006. – С.9-11.
2. Перинеология (ред. В.Е. Радзинский), Москва, 2006. – 330с.
3. Пушкарь Д.Ю., Тевлин К.П. Диагностика и лечение недержания мочи при напряжении у женщин // Consilium medicum. – 2001. – Т.3. - №7.
4. Olsen A.L., Smith V.J., Bergstrom J.O. Epidemiology of surgical managed pelvic organ prolapsed and urinary incontinence // Obstet. Gynecol.. – 1997. – Vol. 89. – P.501-506.
5. Rechberger T., Tomaszewski J. Prolift anterior, posterior i total – uniwersalne systemy do operacyjnej rekonstrukcji zaburzeń statyki narządów miednicy mniejszej kobiety // Uroginiekologia praktyczna (red. Tomasz Rechberger). – Lublin, 2007. – S.279-282.

ЛУЧЕВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ СОЧЕТАННОГО ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Овчинников В.А.¹, Довнар О.С.², Жмакина Е.Д.², Амурский В.О.²

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

²УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Сочетанная лучевая терапия (СЛТ) с применением высокодозной внутритканевой брахитерапии (ВДБ) является предпочтительным методом лучевого лечения для пациентов с клинически локализованным и местно-распространенным раком предстательной железы (РПЖ) [3]. ВДБ имеет ряд преимуществ перед другими способами лечения: точность доставки дозы к опухоли, минимальное количество побочных эффектов, отсутствие миграции источников излучения, отсутствие радиационного воздействия на других людей, короткий курс лечения, однородное распределение дозы в предстательной железе, устранение проблемы перемещения органа во время облучения. Эти преимущества ВДБ обусловлены избирательным подведением дозы излучения к облучаемому объему, включающему макро- и микроскопические проявления злокаче-