

периоде проведено ВОУТ, троим пациентам проведено заместительную буккальную пластику уретры. Первичная эффективность – 75,7%.

3. Пластика кожно-фасциальным лоскутом – из 14 пациентов – у 10 хороший результат, другим 4 пациентам проведено заместительную буккальную пластику уретры. Первичная эффективность – 75,2%.

4. Заместительная буккальная пластика уретры – из 35 пациентов хороший результат отмечено у 26, другим 5 пациентам выполняли ВОУТ, 3 больным в послеоперационном периоде проведено повторную заместительную буккальную пластику уретры, одному пациенту – уретропростатоанастомоз. Первичная эффективность – 70,1%.

СТРЕССОВОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ У ЖЕНЩИН: РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

С.А. Возианов, С.Н. Шамраев, М.А. Ридченко

ГУ «Институт урологии НАМН Украины»

Цель. Оценить непосредственные результаты современных методов хирургического лечения стрессового недержания мочи (СНМ) у женщин.

Материалы и методы. Ретроспективно оценены результаты хирургического лечения 84 женщин со СНМ в период с 2013 по 2019 г. Согласно виду оперативного вмешательства женщины разделены на 3 группы: первая группа – 52 (61,9%) пациентки, которым был установлен трансобтураторный слинг по методике TVT-O (Gynecare, Ethicon, США), вторая группа – 21 (25,1%), перенесших коррекцию СНМ объемообразующим агентом Urolastik (Urogyn, Голландия), третья группа – 11 (13,1%) больных, которым выполняли позадилобковую везикопексию по методике Burch.

Результаты и их обсуждение. Пациенты были разделены согласно классификации по степени тяжести СНМ Canabathi K. (1994). I ст. СНМ во всех трех группах наблюдался у 14 пациенток (16,7%), II ст. – у 44 больных (52,4%), III ст. – у 26 (30,9%). Возраст больных варьировал от 35 до 86 лет. Операцию TVT-O выполняли с помощью набора Gynecare из одного разреза передней стенки влагалища (1 см) и 2 разрезов кожи на бедре в проекции на 2 см ниже горизонтальной линии, проходящей через головку клитора и проецирующихся на медиальную верхнюю четверть foramen obturatoria. На бедре слева перфоратор проводили «in-out», справа – «out-in». Далее ленту фиксировали к проводникам и без фиксации свободно располагали слинг под средней третью уретры. Во второй группе операцию проводили под местной инфильтрационной анестезией (1%-ный лидокаин 5 мл). После сборки системы доставки объемообразующего агента,

последний вводили парауретрально в объеме 0,4–1,4 мл по периметру уретры, избегая его инъекции в сосудистые зоны уретры. Контроль степени натяжения ленты и количества введенного объемообразующего агента проводили путем проведения пробы Вальсальвы при наполнении мочевого пузыря более 200 мл. Позадилобковую везикопексию по методике Burch выполняли путем подшивания паравагинальной фасции к Куперовым связкам с обеих сторон двумя лигатурами ETHIBOND 2/0. Время операции варьировало от 15 до 120 минут и в среднем составило: в первой группе – 53,4±4,2 мин., во второй группе – 28,9±2,1 мин. и в третьей группе – 105,7±6,1 мин. ($p < 0,05$ для 2-й и 1-й, 2-й и 3-й, 1-й и 3-й групп). Кровопотеря при TVT-O в среднем составляла 75,4±8,9 мл, при введении Urolastik 5,1±0,8 мл, при использовании методики Burch 138,0±17,8 мл ($p \geq 0,05$). Средний койко-день составил в первой группе 5,8±1,2 суток, во второй группе – 1,1±0,6 суток, в третьей группе – 10,1±1,4 суток. Период восстановления составил в 1-й и 2-й гр. от 1 до 4 суток, в 3-й группе от 5 до 10 суток. Кровотечений, ранений внутренних органов, а также нагноения ран не выявлено. У трех женщин (3,6%) второй группы введение объемообразующего агента проводили после неудачных операций по установке слинга. В 7 наблюдениях (8,3%) (по три пациентки – в 1-й и 3-й группах и одна – во 2-й группе) в послеоперационном периоде возникла острая задержка мочеиспускания (Clavien II), что было купировано уретральным дренированием на протяжении дополнительно еще 1 недели. Рецидив СНМ был у 5 (5,9%) больных. Две женщины получали селективные МЗ-холинолитики курсом 12 недель с позитив-

ным эффектом, одной женщине повторно вводили Urolastik для коррекции недержания мочи – также с хорошим эффектом.

Выводы. Первичная эффективность slingовых операцийTVT-O составила 84,4%, введения объемообразующих агентов – 87,9%, позадилобковой везикуэксии по методике Burch – 70,0%. Выбор метода коррекции СНМ

основывается на степени недержания и желании пациентки перенести тот или иной вид операции. Знание этапов операций, обеспечение лечебного заведения необходимым оборудованием и опыт операционной бригады являются обязательными условиями по предупреждению осложнений хирургического лечения СНМ.

МОНОПОЛЯРНАЯ ЭНУКЛЕОРЕЗЕКЦИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.Н. Шамраев, М.А. Ридченко, Д.Н. Шамраева

ГУ «Институт урологии НАМН Украины»

Цель исследования: оценить непосредственные результаты лечения гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) методом трансуретральной монополярной энуклеорезекции.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно оценены результаты хирургического лечения 52 мужчин ДГПЖ, в ГУ «Институт урологии НАМН Украины», методом монополярной трансуретральной энуклеорезекции в период с января 2016 по март 2019 г. Трансуретральная энуклеорезекция предстательной железы мополярной петлей является одним из начальных методов лечения в спектре эндоскопических технологий, позволяющих удалять аденому больших размеров, однако не получивший дальнейшего применения в клинической практике ввиду длительной кривой обучения для хирургов. Суть метода сводится к «холодному» вылушиванию гиперплазированной ткани в пределах хирургической капсулы предстательной железы, что позволяет коагулировать сосуды на «протяжении», тем самым снижая риск интраоперационного кровотечения. Операцию выполняли используя обычный петлевой электрод для монополярной резекции толщиной 0,35 мм. Создавали круговой надрез слизистой оболочки в области наружного сфинктера уретры, отступив от него на 3–5 мм с обеих сторон по периметру уретры. С помощью тубуса резектоскопа, в качестве толкателя, отодвигали гиперплазированную ткань тупо от хирургической капсулы, по направлению от наружного сфинктера уретры к шейке мочевого пузыря и проводили ее резекцию монополярной петлей. При этом стремились разделить весь объем ткани на 3 блока: центральный от 5 до 7 часов условного циферблата, левый – от 5 до 12 часов условного циферблата и против

часовой стрелки, правый – от 7 до 12 часов условного циферблата и по часовой стрелке. Оставляли вылущенную дистальным концом резектоскопа ткань простаты на тканевом мостике в области шейки мочевого пузыря (в виде «гриба») – в бескровном хирургическом поле, и выполняли ее резекцию как в антеградном, так и в ретроградном направлении для ускорения процесса резекции ткани. В процессе диссекции также проводили коагуляцию сосудов хирургической капсулы. В 2018 году в 4 урологическом отделении ГУ «Институт урологии НАМН Украины» было выполнено 2 трансуретральных резекции простаты с применением биполярного резектоскопа с хорошим результатом.

Результаты и их обсуждение. Возраст больных варьировал от 59 до 82 лет. Операцию проводили под спинальной анестезией. Время операции варьировало от 85 до 170 минут и в среднем составило $120,3 \pm 4,7$ мин. Кровопотеря в среднем составляла $59,5 \pm 2,6$ мл. Средний койко-день составил $6,7 \pm 1,9$ суток. Период уретрального дренирования мочевого пузыря составил в среднем $6,2 \pm 0,6$ суток. До хирургического вмешательства сумма баллов международного опросника I-PSS составила в среднем $30,8 \pm 0,9$; индекс качества жизни составил $6,1 \pm 0,4$ балла; среднее значение до операции максимальной объемной скорости мочеиспускания составило $4,4 \pm 0,5$ мл/с; объем предстательной железы определялся по формуле Terris-Stamey (1991) и в среднем равнялся $85,5 \pm 6,1$ мл; количество остаточной мочи в среднем составило $80,2 \pm 19,9$ мл, обструктивные симптомы нижних мочевых путей присутствовали у всех пациентов исследуемой группы.