

На правах рукописи

ПЕРМЯКОВ Артемий Сергеевич

**СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ
ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ У ЖЕНЩИН В
АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ**

14.01.01 - Акушерство и гинекология

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Москва

2012

Работа выполнена на клинической базе кафедры женских болезней и репродуктивного здоровья ИУВ ФГУ «Национальный медико-хирургический центра им. Н.И.Пирогова» Росздрави и на базе клиники «Лера» (главный врач – д. м. н., профессор Здановский В. М.).

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор
клиники женских болезней,

Главный акушер-гинеколог НМХЦ им.Н.И.Пирогова,

академик РАЕН, заслуженный врач РФ

Евгений Федорович Кира

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор

кафедры семейной медицины
ГБОУ ВПО «Первый Московский

государственный медицинский

университет им. И.М. Сеченова»

Минздравсоцразвития России

Клара Георгиевна Серебренникова,

доктор медицинских наук, профессор

кафедры акушерства и гинекологии

педиатрического факультета ГБОУ

ВПО РГМУ им. Н.И. Пирогова

Минздравсоцразвития России

Лаура Магомедовна Каппушева

Ведущая организация:

ГУЗ МО «Московский областной научно- исследовательский институт акушерства и гинекологии»

Защита диссертации состоится

" ____ " _____ 2011 г.

в ____ часов на заседании диссертационного совета Д.212.203.01 в Российском университете дружбы народов по адресу: 117333, г. Москва, ул. Фотиевой, д.6

С диссертационной работой можно ознакомиться в Научной библиотеке Российского университета дружбы народов (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д.6)

Автореферат разослан " ____ " _____ 2012 г.

Учёный секретарь

диссертационного совета

доктор медицинских наук, профессор

Ирина Михайловна Ордянц

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ.

Актуальность проблемы

Недержание мочи является одним из ключевых симптомов расстройств тазового дна у женщин. По международной статистике около 24% женщин в возрасте от 30 до 60 лет, а также более 40% женщин в постменопаузе отмечают стрессовое недержание мочи [В. Е. Балан, 2005; Ю. П. Серняк, 2008; J. GarsiaSaord, D. Mongiano, 2007]. В РФ 38,6% женщин предъявляют жалобы на подтекание мочи при напряжении [Д. Ю. Пушкарь, 2008]. Данное заболевание не угрожает жизни больной, однако приводит к тяжелым физическим и моральным страданиям, ухудшает качество жизни пациентки.

По данным многих зарубежных исследователей недержание мочи при напряжении в 80% случаев связано с пролапсом гениталий [M. Torrens, 2005; H. Huland, 2007; В. Blancetal., 2009]. Однако, обращаясь к результатам ретроспективных исследований, можно проследить наличие отдельных групп больных, имеющих истинное недержание мочи при напряжении вне связи с пролапсом внутренних половых органов и наоборот, существует достоверно значимая группа больных, удерживающих мочу, но имеющих опущение стенок влагалища различной степени.

Несмотря на то, что предложено более 300 видов коррекции данного состояния, частота рецидивов составляет от 5,7% до 30% [В.Е. Радзинский, 2006; С. Н. Буянова и соавт., 2008; Н. Akrinar, В. Cetinel, 2007]. В 1996 году UlfUlmsten предложил абсолютно новый метод лечения стрессовой инконтиненции – метод уретропексии синтетической петлейTVT. Эффективность этих оперативных вмешательств, по данным различных авторов, достигает 85-90% [В. И. Краснопольский, 2008; А. А. Попов и соавт., 2009; P. Brophy, 2006]. Со временем методика slingовых операций усовершенствовалась. С целью снижения травматизации Ретциева пространства был предложен новый метод уретропексии синтетической петлейTVT трансобтураторным доступом. Однако и здесь отношение многих специалистов к различным видам оперативного доступа оставалось неоднозначным.

В настоящее время при лечении стрессовой инконтиненции предложен и введен в практику новый метод уретропексии синтетической петлейTVT-Secur. Опыт использования этой операции невелик, однако полученные первые клинические результаты показали ее высокую эффективность.

На сегодняшний день актуально, экономически обосновано и целесообразно внедрение в амбулаторную практику малоинвазивных антистрессовых операций, реализация которых не требует привлечения значительных материальных затрат и подразумевает хороший экономический эффект.

Цель исследования: улучшение результатов лечения стрессовой инконтиненции у гинекологических больных за счет применения и оптимизации хирургической техники реконструктивно-пластических операций на мочеполовых органах в амбулаторно-поликлинических условиях.

Задачи исследования:

1. Оценить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения НМПН у женщин при использовании сетчатых и бессетчатых технологий.
2. Оценить экономическую эффективность миниинвазивных операций у женщин при стресс-инконтиненции в амбулаторных и стационарных условиях.
3. Оценить клиническую эффективность современных миниинвазивных операций у женщин при стресс-инконтиненции.
4. Оценить изменение качества жизни пациенток после хирургического лечения НМПН с использованием миниинвазивных методик в условиях поликлиники и стационара.

Научная новизна исследования

Патогенетически обоснованы миниинвазивные операции при лечении стрессового недержания мочи у женщин в амбулаторных условиях. Впервые доказано, что методом выбора при лечении стрессового недержания мочи у женщин в амбулаторно-поликлинических условиях является реконструктивно-пластическая операция на мочеполовых органах: уретропексия синтетической петлейTVT-Secur (высокая эффективность, отсутствие риска перфорации мочевого пузыря, минимальная кровопотеря, быстрое восстановление мочеиспускания, меньшая продолжительность операции).

Установлено, что амбулаторная оперативная гинекология по сравнению со стационарной имеет ряд преимуществ, среди которых наибольшее значение имеют раннее и быстрое восстановление адекватного мочеиспускания, улучшение качества жизни; экономически выгодно, как для пациента, так и для лечебно-профилактического учреждения в виду сокращения койко-дня.

Впервые определены показания и противопоказания для выполнения миниинвазивных операций в лечении стрессовой инконтиненции у женщин в амбулаторно-поликлинических условиях на основании комплексного обследования.

Практическая значимость работы

В результате проведенного исследования разработаны наиболее рациональные методики хирургического лечения больных со стрессовой инконтиненцией. Сравнительный анализ современных методов лечения позволил индивидуализировать лечебный подход для каждой группы больных.

Проведенные исследования позволяют значительно повысить эффективность комплексной терапии женщин со стресс-инконтиненцией в амбулаторно-поликлинических условиях, сократить сроки лечения, количество применяемых препаратов и инфузионных сред, что имеет значительный экономический эффект.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Качество жизни женщины, перенесшей антистрессовую операцию в

амбулаторно-поликлинических условиях, значительно выше, чем у женщин после стационарного лечения.

2. Клиническая эффективность sling-операций в амбулаторно-поликлинических условиях сопоставима с эффективностью уретропексииTVT, TVT-O, TOT у женщин в стационарных условиях, но имеет значительные экономические преимущества.

3. У больных со стрессовой инконтиненцией в амбулаторно-поликлинических условиях целесообразно использование петлевой операции TVT-Secur.

Внедрение в практику

Разработанные методики хирургической коррекции стрессовой инконтиненции у женщин в амбулаторно-поликлинических условиях внедрены в практическую деятельность отделения гинекологии с кабинетом пренатальной диагностики поликлиники ФГУ «НМХЦ им Н.И. Пирогова».

Диссертационная работа апробирована 29.03.2011г. на научно-практической кафедральной конференции сотрудников кафедры женских болезней и репродуктивного здоровья ИУВ ФГУ «НМХЦ им Н.И. Пирогова» Росздрава.

Данная работа проведена в рамках основного направления научной деятельности кафедры женских болезней и репродуктивного здоровья ИУВ ФГУ «НМХЦ им Н.И. Пирогова» Росздрава. Основные положения диссертации и теоретические основы тематики внедрены в учебный процесс кафедры в виде методических и практических занятий в учебном плане клинических ординаторов, аспирантов и курсантов сертификационного и тематического усовершенствования «Оперативная гинекология».

Работа выполнена на клинической базе кафедры женских болезней и репродуктивного здоровья (заведующий кафедрой – д. м. н., профессор Е. Ф. Кира) ИУВ ФГУ «НМХЦ им Н.И. Пирогова» Росздрава (генеральный директор – д. м. н., академик РАМН Ю. Л. Щевченко) и на базе клиники «Лера» (главный врач – д. м. н., профессор Здановский В. М.).

Публикации

По материалам диссертации опубликовано 8 печатных работ, в том числе одно учебное пособие для врачей. Основные положения работы доложены на заседании кафедры акушерства и гинекологии

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 135 страницах машинописи, содержит 64 отечественных и 89 иностранных источников, иллюстрирована 13 таблицами, 25 рисунками и состоит из введения, 5 глав (литературного обзора, главы материала и методов исследования и 2-х глав результатов собственного исследования), обсуждения результатов исследования, выводов и практических рекомендаций.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования

Работа выполнена на кафедре женских болезней и репродуктивного здоровья ИУВ ФГУ «НМХЦ им Н.И. Пирогова» Росздрава (заведующий кафедрой - д. м. н., профессор Кира Е. Ф.) и на базе клиники «Лера» (главный врач – д. м. н., профессор Здановский В. М.).

С учетом поставленной цели и намеченных нами задач за период 2006-2009 гг. на базе клиники женских болезней и репродуктивного здоровья ИУВ ФГУ «НМХЦ им Н.И. Пирогова» Росздрава, а также на базе клиники «Лера» проведено обследование и оперативное лечение 121 пациентки в возрасте от 45 лет до 61 года, средний возраст которых составил $55,1 \pm 3,1$ лет. Все больные были разделены на три группы. В свою очередь в связи с особенностями течения и применяемых методов оперативного лечения они распределены на подгруппы.

Первая группа - 43 больных с недержанием мочи, оперированных методом TVT-O.

Из них основная подгруппа составила 16 (13,2%) пациенток, которым проведена уретропексия синтетической петлей TVT-O в амбулаторно-поликлинических условиях. Подгруппу сравнения составили 27 (22,3%) больных, оперированных в стационаре.

Вторая группа - 41 больная со стресс-инконтиненцией, после уретропексии синтетической петлей TVT-S. Из них основная подгруппа составила 21 (17,4%) пациенток, которым проведена TVT-S в амбулаторно-поликлинических условиях. Подгруппу сравнения составили 20 (16,5%) больных, оперированные в стационаре.

Третья группа - 37 пациенток с уретровезикопексией влагалищным лоскутом по методу Е.Ф. Кира. Методика операции: на передней стенке влагалища делают окаймляющий П-образный разрез слизистой оболочки приблизительно 4-5 см, формируют слизистый лоскут на ножке с основанием 1,5 см, скручивают раневой поверхностью внутрь. На задней поверхности лобковой кости с обеих сторон освобождают начало arcustendineus fasciae pelvis и через него в вертикальном направлении проводят синтетическую нить с подшиванием к слизистому валику с формированием субуретральной петли. Согласно данным автора, фиксация передней стенки влагалища у лобкового сращения облегчает смыкание выхода из мочевого пузыря и удержание в нем мочи.

Из 37 пациенток 3 группы основную подгруппу составили 13 (10,8%) пациенток, оперированных в условиях поликлиники. Подгруппу сравнения составили 24 (19,8%) больных, которым проведена операция в стационаре.

Критериями включения в группы были наличие мочевого инконтиненции, требующей хирургического вмешательства, отсутствие симптомов опущения и выпадения матки и стенок влагалища, желание женщины сотрудничать с врачом, вести дневник, заполнять опросник.

Критериями исключения являлись: наличие пролапса гениталий; сопутствующая гиперактивность мочевого пузыря; беременные или планирующие беременность; наличие острого инфекционного заболевания; наличие хронической системной инфекции; системные заболевания, нарушающие функции мочевого пузыря и прямой кишки (такие как, болезнь Паркинсона, склероз, травматическое повреждение спинного мозга, spinabifida и др.); иммуносупрессия; злокачественные заболевания органов таза, в том числе в анамнезе; гиперчувствительность к полипропилену; неконтролируемый сахарный диабет; отсутствие информированного согласия на участие в исследовании.

Нами были изучены анамнестические и катамнестические данные, жалобы больных, результаты осмотра (общий и гинекологический статус).

Анамнестические данные включали в себя информацию о длительности заболевания, количестве, особенностях течения родов, наличии травм промежности в родах, весе детей при рождении; перенесенных урологических, гинекологических заболеваниях; связь заболевания с постменопаузой, тяжелым физическим трудом, проведенные ранее оперативные вмешательства.

Характер акта мочеиспускания анализировали по дневнику мочеиспускания, в котором пациентки отражали частоту мочеиспускания и количество выделяемой мочи.

Подробно изучали особенности менструальной и репродуктивной функции, в том числе на фоне выявления стрессовой инконтиненции и в процессе проводимых ранее лечебных мероприятий.

При гинекологическом осмотре оценивали состояние кожи промежности, слизистой влагалища, позицию мочевого пузыря и шейки матки по отношению к интроитусу, выявление цисто-, ректоцеле, состояние мышц тазового дна, патологию шейки матки, матки и придатков. Всем пациенткам производилась расширенная кольпоскопия для уточнения патологии шейки матки и объема оперативного лечения.

Для подтверждения факта недержания мочи и его связи с физической нагрузкой проводили следующие функциональные пробы: «Pad-тест», «стоп-тест», кашлевой тест, проба Valsalva, одночасовой прокладочный тест, проба с пальцевой элевацией.

Лабораторные методы исследования проводились по общепринятой методике в амбулаторных условиях и включали клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмму, анализ мочи по Нечипоренко, кровь на RW, HBS, HCV, ВИЧ, ЭКГ и консультацию специалистов (терапевт, анестезиолога).

Всем больным проводили бактериоскопическое, бактериологическое исследование отделяемого из цервикального канала, заднего свода влагалища и уретры. Во всех случаях положительных посевов определяли чувствительность выделенных штаммов к антибиотикам методом стандартных дисков.

Для уточнения характера генитальной патологии, выбора хирургического пособия производили эхографические исследования органов малого

таза, мочевого пузыря и уретры с использованием линейного датчикаFUT-LG386-9АитрансвагинальногодатчикаFUT-TVG114-7А с диапазоном частоты 5,0-7,0 МГц ультразвукового аппарата FukudaDenshi UF 850ХТ. Всем пациенткам проводилось влагалищное и промежностное сканирование.

Поперечное и продольное ультразвуковое сканирование над лоном позволило получить скрининговую информацию о состоянии нижних отделов мочевой системы, оценить объем и наличие деформации мочевого пузыря и уретры, объем остаточной мочи у пациенток со стрессовой инконтиненцией после проведенной операции.

Промежностное исследование позволило получить детальную информацию о состоянии мочеиспускательного канала, дна мочевого пузыря, а также отношении их к окружающим тканям и органам. Определялась анатомическая длина мочеиспускательного канала (от дистального визуализируемого участка до шейки мочевого пузыря). За норму принималась длина уретры 3,9-4,2 см при сокращении мышц тазового дна, при расслаблении – соответственно 4,4-4,7 см. Оценивали ширину уретры при поперечном сканировании на трех уровнях – на уровне шейки мочевого пузыря, в средней трети и в дистальном отделе (в норме 8-12 мм). Определяли наличие цистоцеле.

Проводили измерение угла отклонения уретры при поперечном сканировании от вертикальной оси тела (угол α – в норме 5-15°) и угла, образованного задней стенкой уретры и задней стенкой мочевого пузыря (угол β , при отсутствии патологии составляет 90° и более). Для каждой пациентки данные параметры оценивались в покое, в положении лежа на спине и при выполнении пробы Вальсальва.

Проводилось анкетирование пациенток путем заполнения ими модифицированного дневника мочеиспускания, а также опросника качества жизни.

При заполнении учитывались количество выпитой жидкости, частота и объем мочеиспусканий, наличие императивных позывов и эпизодов недержания мочи. Продолжительность ведения подобных дневников зависела от частоты встречаемости у пациентки эпизодов недержания мочи. Средняя продолжительность заполнения дневника мочеиспусканий пациенток составила 36 часов (24-72 часа).

Для оценки качества жизни до и после оперативного лечения использовался модифицированный опросник”SF-36 Health Status Survey”(SF-36).

Задачи опросника качества жизни женщин с недержанием мочи оценить не только медицинскую эффективность лечения, но и изменения качества жизни пациентки (физическую активность, психическое состояние, социальное, ролевое, сексуальную функцию, субъективную оценку своего здоровья) до и после лечения.

Рубрика «до лечения» подразумевает ощущения пациентки от начала заболевания до лечения. Рубрика «после лечения» включала 3 этапа: спустя 3, 6 и 12 месяцев после лечения. Результаты проведенной оценки позволили оптимизировать используемые методы лечения.

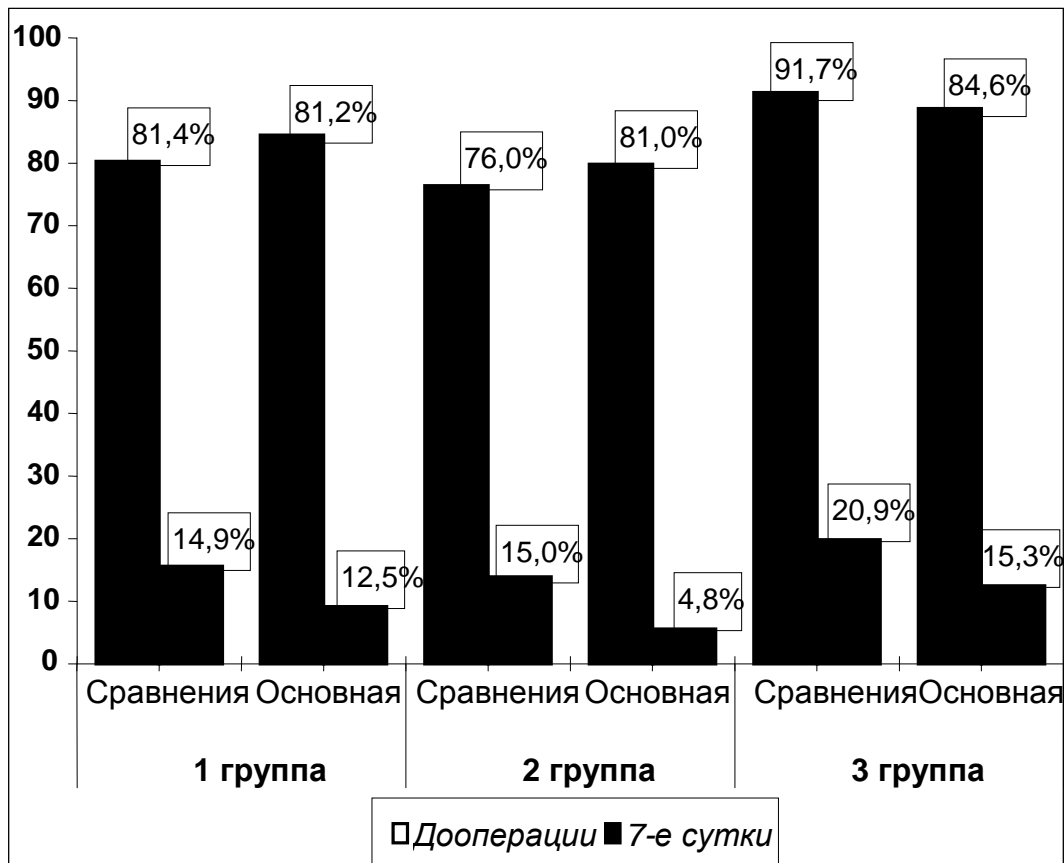
Клиническим проявлением сложных взаимодействий эндокринной, центральной нервной и иммунной систем являются адаптационные реакции организма – общая система неспецифических реакций на действие раздражителей малой, сверхмалой и средней интенсивности.

Нами оценены общие реакции всего организма, местные, специфические и неспецифические. Последние рассматривались как антистрессорные неспецифические адаптационные реакции организма (НАРО).

Адаптационные реакции организма оценены при различных методах оперативного лечения больных при стресс-инконтиненции, которые отражены на таблице №1.

Таблица. 1

Динамика адаптационных реакций у больных при стресс-инконтиненции до и после оперативного лечения



Продуктивным оказалось использование показателей адаптационных реакций для оценки эффективности проводимого в клинике лечения и прогноза заболеваний. Показана зависимость между эффективностью лечения и типом реакции, а также уровнем реактивности, на котором она развивается. Наилучший эффект отмечался при развитии в организме реакций спокойной и, особенно повышенной активации высоких уровней реактивности. (Гаркави Л. Х., 2006).

Таблица 2.

Изменения типа адаптационных реакций у больных со стресс-инконтиненцией до и на 7 сутки после операции

Тип реакций	До операции						7 сутки					
	1 группа		2 группа		3 группа		1 группа		2 группа		3 группа	
	Основная	Сравнения	Основная	Сравнения	Основная	Сравнения	Основная	Сравнения	Основная	Сравнения	Основная	Сравнения
Спокойная активация	7 43,8%	11 40,7%	8 38,0%	9 45,0%	5 38,4%	10 41,7%	10 62,5	17 63,0%	15 71,4%	13 65,0%	7 53,9%	14 58,3%
Повышенная активация	2 12,5%	3 11,1%	1 4,8%	2 10,0%	2 15,3%	2 8,3%	4 25,0%	8 29,7%	5 23,9%	5 25,0%	4 30,8%	6 25,0%
Хронический стресс	2 12,5%	5 18,5%	3 14,2%	3 15,0%	4 30,8%	5 20,9%	1 6,2%	2 7,4%	0 0%	1 5,0%	1 7,7%	1 4,1%
Острый стресс	3 18,8%	3 11,1%	3 14,2%	2 10,0%	3 23,0%	5 20,9%	1 6,2%	0 0%	0 0%	0 0%	1 7,7%	0 0%
Напряженные реакции	1 6,2%	2 7,4%	2 9,5%	4 20,0%	2 15,3%	4 16,7%	0 0%	1 3,8%	0 0%	0 0%	1 7,7%	1 4,1%

*Примечание: * - $p < 0,01$ (по отношению к исходным данным).*

Восстановление функции желудочно-кишечного тракта и заживление послеоперационных ран у больных исследуемых групп происходили в одни и те же сроки.

Продолжительность послеоперационного пребывания больных в стационаре составила в 1 группе $4,3 \pm 0,8$ суток, во 2 группе – $3,4 \pm 0,6$ и в 3 группе – $5,9 \pm 1,2$.

Уровень послеоперационных осложнений в основных подгруппах не превышал такового в подгруппах сравнения. Летальных исходов не было ни в одной группе (таблица 3).

Таблица 3.

Эффективность оперативного лечения больных со стресс-инконтиненцией

Группы больных		Положительный результат		Рецидивы	
		абс	%	абс	%
1 группа (n=43)	Основная (n=16)	16	100,0	---	---
	Сравнения (n=27)	26	96,2	1	3,8
2 группа (n=41)	Основная (n=21)	20	95,2	1	4,8
	Сравнения (n=20)	20	100,0	---	---
3 группа (n=37)	Основная (n=13)	13	100,0	---	---
	Сравнения (n=24)	23	95,9	1	4,1

Таким образом, хирургическое лечение при стресс-инконтиненции сопровождается определенным комплексом изменений, свидетельствующим о снижении общей резистентности организма, выраженным в большей степени среди пациенток, которым операция была выполнена в стационарных условиях.

Все обследованные женщины находились в возрасте от 45 лет до 61 года, средний возраст которых составил $52,6 \pm 3,6$ лет.

При изучении анамнеза исследованных больных было установлено, что длительность заболевания колебалась от 1 года до 20 лет. Клинические проявления недержания мочи сопровождались большим многообразием симптомов в виду частого сочетания инконтиненции с патологией внутренних половых органов.

Наиболее частыми жалобами в группе обследованных женщин были подтекание мочи при физической нагрузке, тянущие боли внизу живота и пояснице, диспареуния, ноктурия, сухость во влагалище и снижение полового влечения.

Анализ анамнестических данных показал высокую частоту хронических экстрагенитальных заболеваний, имеющих в основном воспалительный генез (ОРЗ, ОРВИ, пневмонии). Следует отметить, что клинические проявления данных заболеваний, наряду с ожирением, способствовали повышению внутрибрюшного давления и, следовательно, прогрессированию основного

заболевания. Следует обратить внимание на достаточно высокую частоту варикозной болезни, что могло быть свидетельством системной несостоятельности соединительной ткани.

При анализе генеративной функции отмечено, что каждая третья из обследованных женщин имели в анамнезе одну и более беременностей.

Установлено, что в 112 (92,5%) случаях беременность закончилась родами, из них у 88,4% двое и более родов, в 30 (24,8%) случаях произведен медицинский аборт, у 5 (4,1%) женщин одна из беременностей прервалась самопроизвольно, в 4 (3,3%) наблюдениях – трубной беременностью, а в 2 (1,7%) случаях диагностирована неразвивающаяся беременность. Эти факторы сыграли свою роль для возникновения в последующем воспалительного заболевания гениталий (5,8%). Большое значение имели роды крупным плодом (масса более 4000,0 граммов) у 24 (19,9%) пациенток, быстрые и стремительные роды у 27 (22,3%) пациенток. Существенных различий в группах по количеству родов нами не выявлено ($p < 0,05$).

Травма промежности (разрыв при родах, эпизиотомия, перинеотомия), акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода были у 88 (72,8 %) пациенток.

Были обобщены возможные причины развития стрессовой инконтиненции, изученные на основании опроса пациенток и анамнеза.

Из представленных данных обращает на себя внимание, что большая часть пациенток связывала развитие заболевания с осложненными родами и тяжелым физическим трудом, меньшая часть - с наступлением климактерия и, соответственно, наступившей эстрогенной недостаточностью и предшествующими оперативными вмешательствами на органах малого таза.

Таким образом, больные были сопоставимы по клиническому течению, характеру основного и сопутствующих гинекологических и соматических заболеваний.

В каждом случае с учетом возраста имеющейся основной и сочетанной гинекологической патологии и наличием экстрагенитальных заболеваний нами составлялась дооперационная индивидуальная хирургическая программа, основным принципом которой являлось выполнение адекватного хирургического пособия по коррекции недержания мочи и проведение, по возможности, одномоментной коррекции других выявленных нарушений.

С целью уточнения возможности, целесообразности и определения условий для выполнения оперативных вмешательств для коррекции НМПН нами были выбраны следующие мини-инвазивные методики:

С целью уточнения возможности, целесообразности и определения условий для выполнения оперативных вмешательств для коррекции НМПН нами были выбраны следующие мини-инвазивные методики:

Все выполненные вмешательства мы разделили на 3 основные группы:

1. Петлевые операции –TVT-O - 43 наблюдения;
2. Петлевые операции –TVT-S – 41 наблюдение;
3. Уретровезикопексия влагалитным лоскутом по методу Е.Ф. Кира – 37 наблюдений;

Группы больных		абс	%
1 (n=43)	Основная	16	13,2
	Сравнения	27	22,3
2 (n=41)	Основная	21	17,4
	Сравнения	20	16,5
3 (n=37)	Основная	13	10,8
	Сравнения	24	19,8

Кровопотеря во время операции варьировала от 20 до 100 мл и составила в среднем $46,4 \text{ мл} \pm 3,8 \text{ мл}$.

Продолжительность операций варьировала от 9 до 40 минут. Средняя продолжительность операций составила $19,6 \pm 2,4$ минут.

Продолжительность послеоперационного койко-дня в среднем (медиана) у больных с НМПН, пролеченных в стационарных условиях – составила 3 койко-дня.

У большинства пациенток в 1 и 2 группах (75,5%) использовалась однократная катетеризация мочевого пузыря. Самостоятельное мочеиспускание восстановилось через 4-6 часов после оперативного вмешательства. У остальных 24,5% пациенток, которым была выполнена уретровезикопексия ввиду характера операции, после катетеризации мочевого пузыря постоянным катетером мочеиспускание восстановилось на 1-2 сутки.

Длительность наблюдения после операции варьировала от 3 месяцев до 3-х лет. Эффективность операций оценивалась с помощью анкетирования – изучения субъективных (наличие жалоб, их характер) и объективных критериев удержания мочи (путем определения количества остаточной мочи, проведения тестов).

Критериями положительной оценки операции считались отсутствие признаков рецидива заболевания и восстановление адекватного мочеиспускания.

За время наблюдения отмечено 3 рецидива недержания мочи. По одному случаю в каждой группе. У одной пациентки, которой проводилась уретропексия синтетической петлей TVT-S, через месяц после операции. У двух пациенток, которым проводилась уретропексия TVT-O, уретровезикопексия влагиалищным лоскутом, – через 4 и 6 месяца соответственно. В последствие данные рецидивы были устранены путем установки синтетической петлепозадилонным (TVT) доступом.

Результаты оперативного лечения больных со стресс-инконтиненцией

Группы больных		Время операции (мин.)	Кровопотеря(мл)	Койко-день	Послеоперационные боли	Острая задержка мочи	Объективное улучшение	Субъективное улучшение
1 (n=43)	Основная (n=16)	12,6±2,2	38,6±4,2	1±1 (1-2)	62,5%	1	93,8%	93,8%
	Сравнения (n=27)	12,9±2,4	35,2±4,7	3±1 (3-4)	63,0%	2	92,5%	92,5%
2 (n=41)	Основная (n=21)	9,3±1,7	17,9±3,4	1±1 (1-2)	23,9%	--	95,2%	95,2%
	Сравнения (n=20)	9,2±1,3	18,3±3,5	2±1 (2-3)	25,0%	--	95,0%	95,0%
3 (n=37)	Основная (n=13)	36,1±3,8	83,3±3,9	1±1 (1-2)	61,5%	1	92,3%	92,3%
	Сравнения (n=24)	37,5±3,4	85,6±3,6	3±1 (3-4)	62,5%	3	91,7%	91,7%

Таким образом, петлевая уретропексия синтетической петлей имеет в настоящее время лучшие ближайшие и отдаленные результаты в сравнении с уретровезикопексией, менее травматична и малокровна, а также легка в использовании и значительно сокращает время анестезиологического пособия, что бесспорно является критерием миниинвазивности. На основании проведенного клинического исследования нами установлена высокая клиническая эффективность оперативного лечения (95%) с использованием синтетических протезов, а также безпетлевых операций собственными тканями.

Альтернативное лечение в амбулаторно-поликлинических условиях и предпочтение в выборе мини-инвазивных техник добавило также и экономическую эффективность по сравнению со стационарным лечением, что в условиях современных торгово-экономических отношений является одним из ведущих критериев в выборе метода операции и позволяет рекомендовать его для широкого внедрения в практику лечения НМПН для российских женщин.

Для анализа экономического преимущества уретропексии имплантатом безпетлевых методов лечения НМПН нами было проведено сравнительное исследование стоимости синтетических протезов с уретровезикопексией влажным лоскутом в стационарных и амбулаторных условиях.

Стоимость синтетической петли «TVT» с сентября 2011г - 30000 рублей, «TVT-secur» - 32000 рублей.

Использование безпетлевых антистрессовых операций исключает стоимость расходного материала.

Нами использован описательный анализ затрат на ведение больных - простое сложение всех использованных средств: составление перечня использованных препаратов и медицинских материалов, измерение их

количественных показателей, оценка экономической эффективности. Оценка стоимости лекарственных препаратов, импортных синтетических протезов производилась в рублях.

Сопутствующая терапия в послеоперационном периоде во всех группах существенно не различалась и включала общий режим, по показаниям – инфузионную, дезагрегационную и дезинтоксикационную терапию, десенсибилизирующие средства, противовоспалительную терапию. Местная терапия (обработка послеоперационных швов) проводилась в необходимом объеме по показаниям во всех группах.

В связи с тем, что конечные клинические результаты данного исследования в трех группах были одинаковы, экономическое исследование проведено как CostMinimizationAnalysis (CMA) или анализ минимизации затрат (сравнение методов лечения, дающих одинаковые клинические результаты). В этом случае сравнение сводилось к оценке суммарной стоимости лечения в каждой группе и подгруппе, где учитывалась стоимость синтетического материала – синтетической петли TVT-O, TVT-Si уретровезикопексии влагалищным лоскутом.

Анализ полученных результатов показал, что способ коррекции недержания мочи в амбулаторно-поликлинических условиях является не только надежным и эффективным методом лечения данной патологии, позволяющим значительно повысить качество жизни пациенток, но и экономически более выгодным методом в сравнении со стационарным лечением. Однако, оценивая экономическую эффективность в каждой группе, мы пришли к выводу, что уретровезикопексия имеет превосходство перед слинговыми аналогами.

Учитывая проведенное исследование, нами выявлено значительное снижение стоимости оперативного вмешательства в 3-й группе двух подгрупп при проведении уретровезикопексии влагалищным лоскутом.

ВЫВОДЫ

1. Уретропексия синтетической петлей имеет лучшие ближайшие и отдаленные результаты в сравнении с альтернативными методами лечения НМПН, менее травматична и малокровна и значительно сокращает время анестезиологического пособия, что является критерием мини-инвазивности и может быть использована в амбулаторно-поликлинических условиях.
2. Внедрение миниинвазивных вмешательств позволяет в 2,5 раза повысить эффективность комплексной терапии у женщин со стресс-инконтиненцией в амбулаторно-поликлинических условиях, сократить сроки лечения, количество применяемых препаратов и инфузионных сред.
3. TVT-secur является обоснованной альтернативой проленовой синтетической петли TVT-O, позволяющей добиться стойких положительных результатов хирургической коррекции стрессовой инконтиненции у 95% пациенток при сроке наблюдения до 3-х лет.

4. Состояние пациенток в раннем послеоперационном периоде и через три года после операции характеризуется более высоким уровнем качества жизни по всем анализируемым параметрам, однако наилучший эффект отмечался при развитии в организме реакций спокойной и, особенно, повышенной активации высоких уровней реактивности в амбулаторно-поликлинических условиях.

5.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Больным со стрессовой инконтиненцией показано выполнение петлевой пластики свободной синтетической петлей, как наиболее эффективной. В качестве слинга целесообразно использованиеTVT-secur, позволяющего существенно сократить финансовые затраты на лечение НМПН в амбулаторно-поликлинических условиях.

2. Для больных со стрессовым недержанием мочи характерны следующие УЗ признаки: уменьшение анатомической длины уретры, расширение уретры в проксимальном отделе и дислокация уретро - везикального сегмента (увеличение расстояния от шейки мочевого пузыря до лона), а также ротация переднего и заднего уретровезикальных углов α и β при пробе Вальсальва.

3. Значительное снижение экономических затрат и высокая клиническая эффективность антистрессовой операции уретровезикопексии влагалищным лоскутом свидетельствуют о состоятельности метода и позволяют добиться стойкого положительного эффекта у 87,5% больных с I и II типами недержания мочи.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Е.Ф. Кира, А.С. Пермяков, Е.В. Гамирова «Клиническая эффективность уретропексии TVT-SECUR в амбулаторно-поликлинических условиях» // Материалы II регионального научного форума «МАТЬ И ДИТЯ» Сочи 2008 г с. 149-152
2. Е.Ф. Кира, А.С. Пермяков, Е.В. Гамирова «Современная коррекция стресс-инконтиненции у женщин в стационаре одного дня» // Всероссийская научно-практическая конференция Амбулаторно-поликлиническая практика – платформа женского здоровья М., 2009 – с.105-107
3. Е.Ф. Кира, А.С. Пермяков, Е.В. Гамирова «Взгляд амбулаторной хирургии сквозь призму тазового дна» // материалы 4-го Международного научного конгресса «Оперативная гинекология – новыетехнологии», Санкт-Петербург, 11-13 ноября 2009 года / **Журнал акушерства и женских болезней**, Спб– 2009 – Том 58, N 5. – с. 32-33.
4. Е.Ф. Кира, А.С. Пермяков, Е.В. Гамирова «Оперативная урогинекология в стационаре одного дня. За и против» // материалы Третьего съезда амбулаторных хирургов Амбулаторная хирургия. Стационар замещающие технологии и российский ежеквартальный научно-практический тематический журнал— 2009 — N ¾ - с. 82-83
5. Е.Ф. Кира, А.С. Пермяков, К.Е. Кира «Сравнительная характеристика эффективности хирургического лечения стресс-инконтиненции у женщин различными методами». // **Вестник Российского университета дружбы народов**, Серия "Медицина, акушерство и гинекология". – 2010 - №6. – с. 180-189.
6. Кира Е.Ф., Беженарь В.Ф., Пермяков А.С., Кира К.Е. «Этапы становления и перспективы развития урогинекологии в России» // **Журнал Акушерства и женских болезней**, Спб –2011 – выпуск 1, том LIX – с. 112-115.
7. Кира Е.Ф., Кохно Н.И., Пермяков А.С. // «Недержание мочи у женщин» - Пособие для врачей, 2010 – стр. 45

**Современные возможности миниинвазивных операций при лечении
стрессовой инконтиненции у женщин в амбулаторно-поликлинических
условиях.**

Пермяков Артемий Сергеевич

(Россия)

Работа посвящена сравнительному анализу хирургического лечение недержания мочи у женщин в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях.

Оценены преимущества амбулаторной оперативной гинекологии по сравнению со стационарной при лечении недержания мочи/

Разработаны наиболее рациональные методики хирургического лечения стрессовой инконтиненции в поликлинических условиях.

Доказана клиническая эффективность операции с использованием синтетической петли TVT-S в амбулаторно-поликлинических условиях.

Оценена экономическая эффективность миниинвазивных операций при лечении недержания мочи у женщин в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях.

The modern possibilities of miniinvasive operations performed in clinical outpatient conditions among women treated by stress incontinence.

Permykov Artemiy Sergeevich

(Russia)

This work is about the comparative analyses of stress incontinence surgical treatment in hospital environment and in the clinical outpatient departments.

The advantages of ambulatory operative gynecology were evaluated in comparison with the treatment of stress incontinence in hospital environment.

It was worked out the most rational method of surgical treatment among women with stress incontinence in clinical outpatient conditions.

The clinical effectiveness of operations using the sling technology TVT-S in the clinical outpatient departments was proved.

We estimated the cost-effectiveness of mini-invasive operations in the clinical outpatient departments compared to women with urinary incontinence in the hospitals.