

МІСЦЕ ЗАЛОННОЇ КОЛЬПОПЕКСІЇ ТА КОЛЬПОСУСПЕНЗІЇ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ СТРЕСОВОГО НЕТРИМАННЯ СЕЧІ У ЖІНОК

В.І. Горовий

Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова

Серед всіх видів нетримання сечі у жінок на стресову інконтиненцію (нетримання сечі при напруженні) припадає близько 50-80%, імперативну (ургентну) – 10-20%, змішану – 15-30%, на всі інші види – до 5% [5,12,15,17]. Згідно рекомендацій Європейської асоціації урологів та Міжнародного товариства з утримання сечі (ICS), хірургічне лікування стресового нетримання сечі (СНС) у жінок без пролапсу тазових органів показане лише після безуспішності проведеного консервативного лікування [26]. При виражених ступенях пролапсу тазових органів, який вимагає хірургічної корекції, та супутнього СНС необхідно поряд із усуненням пролапсу виконати антиінконтинентну операцію. В Україні хірургічним лікуванням стресового нетримання сечі без пролапсу тазових органів займаються урологи, рідше гінекологи [6]; при наявності пролапсу тазових органів – гінекологи, рідше – урологи сумісно з гінекологами [9,10]. Серед стаціонарних урологічних хворих із СНС – пролапс тазових органів відмічають лише у 6-12% жінок і то на початкових стадіях [2,5]. Відомо більше 200 операцій хірургічного лікування СНС, але, на жаль, не існує того «золотого стандарту», який би давав 100% ефективність за відсутності післяопераційних ускладнень. А тому пошук нових та ефективних хірургічних методів лікування стресового нетримання сечі є актуальним питанням урогінекології. З патофізіологічної точки зору стресове нетримання сечі розділяють на два види: 1) анатомічне – обумовлене опущенням (гіпермобільністю) міхурово-уретрального сегмента і непошкодженого сфінктерного апарату уретри та шийки сечового міхура в результаті послаблення м'язово-фасціальної підтримки цих органів (зустрічається у 90-95% хворих із СНС); 2) недостатність сфінктерного апарату уретри (з гіпермобільністю уретри чи без неї) в результаті ендокринної атрофії підслизового шару уретри у жінок в постмено-

паузі чи пошкодження сфінктерного апарату уретри після хірургічних втручань на органах таза, травми, променевої терапії, нейрогенних захворювань (зустрічається у 5-10% хворих із СНС) [11,12,15,24,25]. Якщо при другому виді СНС найкращі результати дають субуретральні слінгові операції для стиснення уретри, то операцією вибору при хірургічному лікуванні анатомічного СНС залишається залонна кольпопексія за Marshall-Marchetti-Krantz (1949) (ММК) та залонна кольпосуспензія за Burch (1961) [7,14,18,20,21,26,29]. Утримання сечі при цих операціях досягається шляхом посилення піхвової підтримки уретро-везикального сегмента та підняття його у високе залонне положення для корекції дефіциту затульного тиску уретри [11,15,18,29]. Принцип операції за ММК полягає у фіксації передньої стінки піхви із адвентційним шаром уретри до лобкового симфізу, а передньої стінки сечового міхура – до апоневрозу прямих м'язів живота за допомогою похромованих кетгутових швів [23]. А.А. Marchetti та співавт. (1957) [22] запропонували не накладати шви на передню стінку уретри з метою виключення пошкодження її м'язового шару, а Г.А. Антонов [1] запропонував в якості шовного матеріалу застосовувати капрон та не фіксувати сечовий міхур. Принцип операції за Burch (1961) полягає у фіксації передньої стінки піхви до клубово-гребінцевої зв'язки Купера з обох боків за допомогою похромованих кетгутових швів [16]. Операція також зазнала зміни: застосовують лігатури, що не розсмоктуються; виключають маніпуляції в ділянці міхурово-уретрального сегмента з метою профілактики травмування м'язів уретри та шийки сечового міхура; передню стінку піхви не фіксують, а лише підвищують до зв'язки Купера для виключення затримки сечі у післяопераційному періоді [28]. Широко застосовується і лапароскопічна кольпосуспензія [13,18,26,27,29]. При виконанні операції за ММК

ми зустрічались із випадками погано вираженої надкисниці лонних кісток, що призводило до прорізування лігатур, а при виконанні операції за Burch – недостатнє відновлення лобково-уретральних зв'язок. Тому ми почали поєднувати принципи операцій за ММК та Burch за допомогою проленових (лавсанових) лігатур (декларційний патент на винахід України №50319А, бюл. №10 від 15.10.2002) (Рис.1). При зав'язуванні лігатур між передньою стінкою піхви та

Куперовою зв'язкою не повинно бути сильного натягу та повинен залишатись простір, який пропусає вказівний палець, що профілактує прорізування лігатур на піхві та затримку сечі у післяопераційному періоді (Рис.2). На передню стінку піхви накладали П- чи 8-подібний шов, у разі проколу та кровотечі із вен Santorini – лігатури зав'язували, а лише потім прошивали лобковий симфіз чи зв'язку Купера.

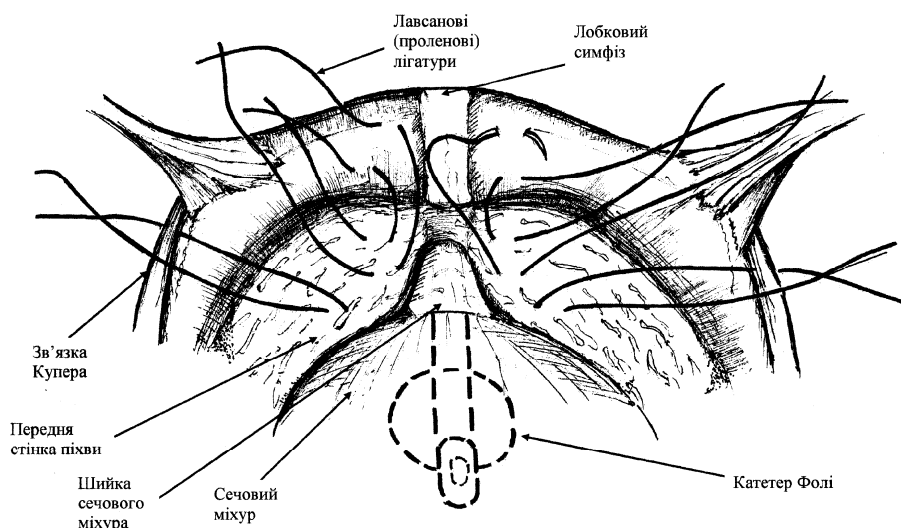


Рис.1. Методика залонної кольпопексії та кольпосуспензії при хірургічному лікуванні стресового нетримання сечі у жінок

За допомогою двох (при короткій уретрі – однієї) пар лігатур (пролен №0 або №1 за USP) фіксують передню стінку піхви в ділянці проксимального відділу уретри (відступивши від неї на 0,5-1,0см) до лобкового симфізу, ще однією парою лігатур в ділянці шийки сечового міхура (відступивши від неї на 1,5-2,0см) підвішують піхву до зв'язки Купера з обох боків

Мета роботи – визначити показання та протипоказання до залонної кольпопексії та кольпосуспензії при хірургічному лікуванні стресового нетримання сечі у жінок, а також оцінити

та порівняти безпосередні та віддалені результати залонних операцій за Marshall-Marchetti-Krantz в модифікації Антонова з поєднаною методикою за Marshall-Marchetti-Krantz та Burch.

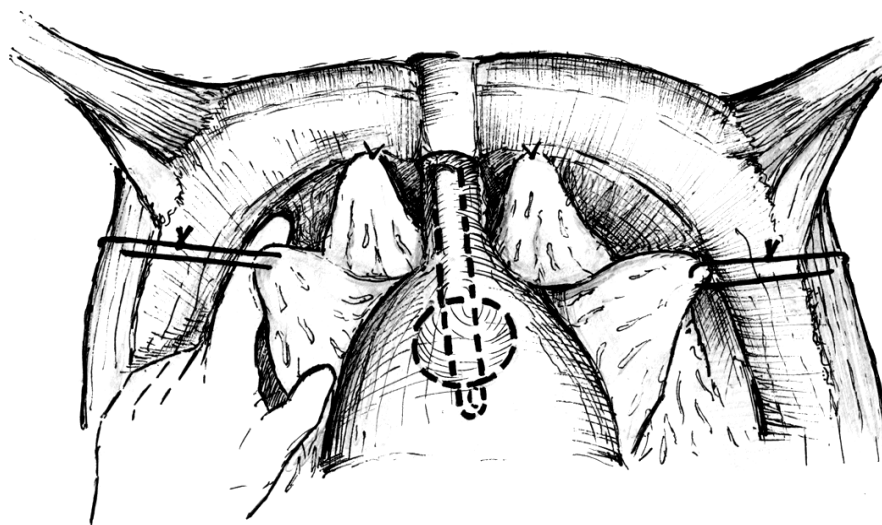


Рис.2. Кінцевий вигляд залонної кольпопексії та кольпосуспензії

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

За останні 35 років (1977-2011рр.) в урологічному відділенні Вінницької обласної лікарні виконано 64 залонні операції жінкам з приводу стресового нетримання сечі: 35 – за методикою Marshall-Marchetti-Krantz в модифікації Антонова (залонна кольпопексія), 2 – за Burch (залонна кольпосуспензія), 27 – за поєднаною методикою Marshall-Marchetti-Krantz та Burch (залонна кольпопексія та кольпосуспензія). Проаналізовані безпосередні та віддалені результати операції за Marshall-Marchetti-Krantz в модифікації Антонова (35 хворих) з поєднаною методикою Marshall-Marchetti-Krantz та Burch (25 хворих). Для виявлення анатомічного СНС у жінок та гіпермобільності уретри використовували паличковий (Q-tip) тест, для виключення недостатності сфінктерного апарату уретри – сфінктерометрію за Л.Ю. Сакалаускене (1962) [8], а з 2006р. – уродинамічну систему Gynecare Monitorr (Johnson & Johnson) [3]. За допомогою цієї системи визначали стан сфінктерного апарату уретри за тиском зворотного опору уретри та порогового абдомінального тиску підтікання сечі, а для виключення змішаного та імперативного нетримання сечі – за цистотометрією наповнення. Нетримання сечі I ст. за Тетрадовим (нетримання сечі лише у вертикальному положенні) виявлено у 31 (88,6%) хворих I групи та 22 (88%) – другої, нетримання сечі II ст. (нетримання сечі і у горизонтальному положенні) відповідно у 4 (11,4%) та 3 (12%) пацієнок.

Вік хворих, яким виконана операція за ММК в модифікації Антонова (I група) коливався від 35 до 71 року (середній вік – 51,3); вік хворих, яким була виконана операція за ММК-Burch (II група) коливався від 27 до 73 років (середній вік – 52,4). Цистоцеле I ст. (пролапс

передньої стінки піхви до її середньої частини) виявлено у 4 (11,4%) хворих I групи, та у 3 (12%) – II. У кожній групі по одному випадку антиінконтинентна операція поєднувалась із абдомінальною гістеректомією через фіброміому матки. Безпосередні результати хірургічного лікування у цих групах хворих визначали на основі суб'єктивної оцінки жінками свого стану після операції: видужанням вважали випадки повного утримання сечі; покращенням – зменшення мимовільного виділення сечі по кількості використаних протягом дня чи доби гігієнічних прокладок; без змін або погіршення – пацієнтки втрачали таку ж кількість сечі чи більше, ніж до операції.

Віддалені результати хірургічних втручань з приводу СНС проаналізували у 44 хворих (25 – I групи, 19 – II групи) шляхом анкетування (30 хворих), повторного звернення на амбулаторний прийом (10) та стаціонарного обстеження (4). Статистичну обробку матеріалу проводили методом варіаційної статистики із застосуванням критерію Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Інтраопераційних ускладнень (кровотечі із вен залонного простору, пошкодження уретри чи сечового міхура) в обох групах не було відмічено, як і нагноєння післяопераційної рани та остейту лобкових кісток. За даними літератури [14,21,26,29] остейт лобкових кісток має місце у 0,9-3,2% хворих після залонних кольпопексій та кольпосуспензій, пошкодження сечового міхура та уретри – у 0,3-0,7%, нагноєння післяопераційної рани – у 3,4-5,5%, затримка сечі більше 4 тижнів – у 5%, виникнення гіперактивності детрузора – у 7-27% пацієнтів. Безпосередні післяопераційні ускладнення та результати лікування жінок із СНС представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

Безпосередні післяопераційні ускладнення та результати лікування жінок із СНС

Ускладнення та результати лікування	I група (35 хворих)	II група (25 хворих)
Ускладнення:		
Гостра затримка сечі	3 (8,6%)	–
Дизуричні симптоми	5 (14,3%)	–
Гіперактивність детрузора (de novo)	2 (5,7%)	1 (4%)
Всього:	10 (28,6%)	1 (4%)*
Результати:		
Видужання	32 (91,4%)	24 (96%)
Покращення	1 (2,9%)	–
Без змін	2 (5,7%)	1 (4%)

* – p < 0,001

У хворих II групи безпосередні післяопераційні ускладнення (особливо дизуричні симптоми) зустрічались значно рідше, ніж у хворих I групи, що було доведено статистично. Безпосередні післяопераційні ускладнення у хворих I

групи були пов'язані з накладенням швів на передню стінку піхви поряд з уретрою та її адвентиційний шар. Віддалені результати хірургічних втручань представлені в таблиці 2.

Таблиця 2

Віддалені результати хірургічного лікування жінок із СНС

Віддалені результати лікування	I група (25 хворих)	II група (19 хворих)
Опущення матки, стінок піхви	3 (12%)	2 (10,5%)
Рецидив нетримання сечі через 1-10 років	9 (36%)	5 (26,3%)

Якщо пролапс стінок піхви та матки однаково часто зустрічався в обох групах хворих, то рецидив нетримання сечі – частіше у хворих I групи (фактична перевага, але не статистична), що пов'язано з більш частим ураженням сфінктерного апарату уретри через накладення швів поряд з уретрою. Пролапс матки, стінок піхви, а також рецидив нетримання сечі склали такий же відсоток, як і за даними літератури [14,18,26,29]. Залонна кольпопексія та кольпосуспензія дозволяють усунути незначний пролапс передньої стінки піхви, але зміщують вісь піхви і тому можуть призводити до опущення матки (купола піхви у разі виконаної гістеректомії) та задньої стінки піхви. За даними літератури [18,21,29], рецидив СНС після залонної кольпопексії чи кольпосуспензії обумовлений прорізуванням лігатур на піхві та/чи ураженням сфінктерного апарату уретри, а повторна залонна операція технічно складніша через рубцевий процес у залонному просторі та ефективність її не перевищує 25-70%. Хворих із рецидивом нетримання сечі ми жодного разу повторно не оперували залонним доступом, а рекомендували їм пубо-вагінальний чи трансобтураторний слінг (одна хвора була успішно прооперована виконанням трансобтураторного слінгу).

При виборі залонної кольпопексії та кольпосуспензії враховують наявність пролапсу тазових органів у жінки, функціональний стан сфінктерного апарату та гіпермобільність уретри, патологію та попередні акушерсько-гінекологічні втручання на органах таза (у тому числі і антиінконтинентні), вік та конституційний склад хворої, супутні захворювання, інформованість хворої про сучасні хірургічні методи лікування

СНС та можливі ускладнення, досвід хірурга та його вибір виду хірургічного втручання, вартість сучасних наборів для виконання слінгових операцій. Хірургічне втручання повинен виконувати хірург (уролог, гінеколог), який має досвід виконання антиінконтинентних операцій. За даними літератури [18,26,29], ефективність операцій за ММК та Vurch однакова. У жінок з надлишковою вагою залонне хірургічне втручання провести складніше через глибину рани. Наявність хірургічних втручань на органах таза в анамнезі, у тому числі і антиінконтинентних, граничні та низькі показники функціонального стану сфінктерного апарату уретри повинні схилити хірурга до виконання слінгової операції. Якщо за кордоном вартість відкритих та лапароскопічних кольпопексій та кольпосуспензій в 1,5 рази перевищує вартість малоінвазивних слінгових операцій, то в Україні вартість сучасних закордонних наборів для виконання слінгових операцій (пубо-вагінальних та трансобтураторних субуретральних пластик – операцій TVT та TOT) складає близько 1000 у.о. [13]. Майже кожна країна випускає набір для виконання трансобтураторного слінгу. В 2009р. сумісно з ПП «Укртехмед» ми впровадили набір урологічний «Укртехмедслінг» для виконання трансобтураторного слінгу (inside-out техніка), ціна якого в 3 рази менша закордонних аналогів [4]. За даними літератури [26,27], ефективність первинно виконаних малоінвазивних операцій TVT та TOT така ж сама, як і залонної кольпосуспензії.

Особистий досвід та дані літератури дозволяють встановити наступні показання до залонної кольпопексії та кольпосуспензії у жінок із СНС: 1) відсутність пролапсу тазових органів та ураження сфінктерного апарату уретри; 2) як

симультанна операція у жінок, яким показана абдомінальна гінекологічна операція; 3) як первинна операція у жінок із СНС при безуспішності консервативного лікування. Протипоказана залонна кольпопексія та кольпосуспензія у наступних випадках: 1) при порушенні функції сфінктерного апарату уретри та відсутності гіпермобільності уретри; 2) як монооперація при значному пролапсі тазових органів; 3) при рецидиві СНС після залонної кольпопексії чи кольпосуспензії; 4) при попередніх хірургічних втручаннях на піхві (у тому числі і антиінконтинентних) та після променевої терапії органів таза.

Таким чином, залонна кольпопексія та кольпосуспензія є операцією вибору у жінок із СНС без пролапсу тазових органів та відсутності ураження сфінктерного апарату уретри. Необхідно перед хірургічним втручанням обов'язково проводити уродинамічне дослідження, яке може встановити стан сфінктерного апарату уретри, при ураженні останнього необхідно виконувати слінгову операцію. Деякі автори [19] рекомендують до хірургічного втручання визначати

об'єм сфінктерного апарату уретри, що дасть змогу виключити його функціональну неспроможність.

ВИСНОВКИ

Поєднання принципів операцій ММК та Burch при лікуванні СНС у жінок дозволяє надійно фіксувати та підвішувати піхву у високому залонному положенні, відновити уретролобкові зв'язки, уникнути затримки сечі та дизуричних симптомів у ранньому післяопераційному періоді, а також порушення функції сфінктерного апарату уретри з рецидивом нетримання сечі у віддаленому післяопераційному періоді.

Перспективи подальших досліджень:

Необхідно провести уродинамічні дослідження (визначення тиску зворотного опору уретри, абдомінального порогового тиску підтікання сечі) для визначення функції сфінктерного апарату уретри після залонних кольпопексій та кольпосуспензій з метою вивчення причин рецидиву нетримання сечі та їх профілактики.

Список літератури

1. Антонов Г.А. Позадилонная уретроцервикопексия как метод лечения функционального недержания мочи у женщин: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Хабаровск, 1975. – 20с.
2. Залобковий та вагінальний доступи в хірургічному лікуванні жінок зі стресовим нетриманням сечі / [Горовий В.І., Барало І.В., Головенко В.П. та ін.]. – Здоров'я жінчини, 2009. – №9(45). – С.188-190.
3. Горовий В.І. Досвід застосування портативної та малоінвазивної уродинамічної системи Gynecare Monitorr для діагностики нетримання сечі у жінок / В.І. Горовий, В.П. Головенко, О.А. Сміюха – Урологія, 2010. – №2(53). – С.63-69.
4. Горовий В.І. Сучасні підходи до діагностики та лікування нетримання сечі у жінок / В.І. Горовий. – Медицинские аспекты здоровья жінчини, 2012. – №2(53). – С.41-50.
5. Переверзев А.С. Недержание мочи у жінчин /Актуальные проблемы урогинекологии. – Матеріали трудов IX областной конференции урологов и гинекологов с международным участием. – Харьков, 2001. – С.8-37.
6. Проценко О.О. Хірургічне лікування та інтраопераційна профілактика генітального пролапса: Автореф. дис. ... док. мед. наук. – Одесса, 2007. – 37с.
7. Роль кольпосуспензії при лікуванні нетримання сечі з перспективи Української дійсності / [Пташник Т., Дурманенко С., Томич М., Шеремета Р.]. – Матеріали з'їзду асоціації урологів України, м.Одеса, 16-18 вересня 2010р. – Урологія, 2010. – Том 14, додаток (54). – С.229-230.
8. Сакалаускене Л.Ю. Диагностика частичного недержания мочи у жінчин: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Каунас, 1962. – 20с.
9. Одноэтапная коррекция пролапса половых органов и стрессового недержания мочи у жінчин с применением малоинвазивных методов / [Серняк Ю.П., Литвинов А.И., Роцин Ю.В. и др.]. – Здоров'я мужчини 2009. – №3(30). – С.140-143.

10. Ухаль М.І. Відновлення сексуальної функції у жінок із пролапсом органів малого таза після симультанних операцій / М.І. Ухаль, Е.М. Ухаль, Ю.Ю. Петровський. – *Здоров'я чоловіка* 2009. – №2(29). – С.169-171.
11. Херт Г. Оперативная урогинекология: Пер. с англ. / Под ред. Н.А. Лопаткина, О.И. Аполихина. – М: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 276с.
12. Abrams P. Understanding stress urinary incontinence / P. Abrams, W. Artibani. – *Lier, Belgium: Ismar Healthcare*, 2004. – 96p.
13. Comparison of health care cost for open Burch colposuspension, laparoscopic colposuspension and tension-free vaginal tape in the treatment of female urinary incontinence/ [Ankardal M., Jarbrink K., Milson J. et al.]. – *Neurourol. Urodyn.*, 2007. – Vol.27. – P. 761-766.
14. Guideline for the surgical management of female stress urinary incontinence: 2009 update / [Appell R.A., Dmochowski R.R., Blaivas J.M. et al.]. – *The American Urological Association*, 2009. – 45p.
15. Blaivas J.G. Urinary incontinence: pathophysiology, evaluation, treatment, overview and nonsurgical management / J.G. Blaivas, L.J. Romauzi, D.M. Heritz. – *Campbell's Urology* / [Walsh P.C. et al.]. – 7th ed. – Vol.1. – Philadelphia: W.B. Saunders, 1998. – P.1007-1043.
16. Burch J.C. Urethrovaginal fixation to Cooper's ligament for the correction of stress incontinence, cystocele and prolapse / J.C. Burch. – *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1961. – Vol.81. – № 2. – P.281-292.
17. Chapple C.R. Urinary incontinence and pelvic prolapse: epidemiology and pathophysiology / C.R. Chapple. – *Campbell-Walsh Urology*. – [Kavoussi L.R. et al.]. – 10th ed. – Ch.63. – Elsevier Saunders, 2012. – P.1871-1895.
18. Chapple C.R. Retropubic suspension surgery for incontinence in women / C.R. Chapple *Campbell-Walsh Urology*. – [Kavoussi L.R. et al.] – 10th ed. – Ch.71. – Elsevier Saunders, 2012. – P.2047-2068.
19. Tree dimensional ultrasound of the urethral sphincter predicts continence outcome / [Digesu G.A., Robinson D., Cardoso L., Khullar V.]. – *Neurourol. Urodyn.*, 2009. – Vol.28. – P.90-94.
20. Gilleran J.P. An evidence-based approach to the evaluation and management of stress incontinence in women / J.P. Gilleran, P. Zimmern. – *Current Opinion in Urology*, 2005. – Vol.15. – P.236-243.
21. Lapitan M.C.M. Open retropubic colposuspension for urinary incontinence in women: a short version Cochrane review / M.C.M. Lapitan, J.D. Cody, A. Grant. – *Neurourol. Urodyn.*, 2009. – Vol.28. – P.472-480.
22. Marchetti A.A. Simple vesicourethral suspension: a survey / A.A. Marchetti, V.F. Marshall, L.D. Shultis. – *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1957. – Vol.74. – P.57-63.
23. Marshall V.F. The correction of stress incontinence by simple vesicourethral suspension / V.F. Marshall, A.A. Marchetti, K.E. Krantz. – *Surg. Gynecol. Obstet.*, 1949. – Vol.88. – P.509-518.
24. Pathophysiology of urinary incontinence, fecal incontinence and pelvic organ prolapse / [Mostwin J., Bourcier A., Haab F. et al.]. – *Incontinence*. – [Abrams P. et al.]. – 3rd ed. – Ch.8. – Plymouth: Plymbridge Distributors Ltd, 2005. – P.423-484.
25. Raz S. Vaginal reconstructive surgery for incontinence and prolaps. / S. Raz, L. Slothers, A. Chopra. – *Campbell's Urology*. – [Walsh P.C. et al.]. – 7th ed. – Vol.1. – Philadelphia: W.B. Saunders, 1998. – P.1059-1094.
26. Surgery for urinary incontinence in women / [Smith A.R.B., Dmochowski R., Hilton P. et al.]. – *Incontinence*. – [Abrams P. et al.]. – 4th ed. – Vol.2. – Heath Publication Ltd, 2009. – P.1191-1272.
27. Strgulc M. Comparison of laparoscopic colposuspension and tension-free vaginal tape in the treatment of stress urinary incontinence in terms of long term subjective assessment / M. Strgulc, A. Lucanovic, M. Barlic. – *Joint Annual meeting of the International Continent Society and International Urogynecological Association (23-27 August, 2010, Toronto, Canada)*. – Abstract №803.
28. Tanagho E.A. Colpocystourethropexy: the way we do it / E.A. Tanagho. – *J.Urol.*, 1976. – Vol.116. – P.751-753.
29. Walters M.D. Retropubic operations for stress urinary incontinence. – *Urogynecology and reconstructive pelvic surgery* / M.D. Walters, M.M. Karram – 3rd ed. – Ch.16. – Mosby and Elsevier Inc., 2007. – P.187-195.

Реферат

МЕСТО ПОЗАДИЛОННОЙ КОЛЬПОПЕКСИИ И КОЛЬПОСУСПЕНЗИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

В.И. Горовой

Цель работы – определить показания и противопоказания к позадилонной кольпопексии и кольпосуспензии при хирургическом лечении стрессового недержания мочи у женщин, а также оценить и сравнить непосредственные и отдаленные результаты позадилонных операций.

Материалы и методы исследований. За последние 35 лет (1977-2011 гг.) в урологическом отделении Винницкой областной клинической больницы выполнено 64 позадилонных операций женщинам со стрессовым недержанием мочи: 35 – по методике Marshall-Marchetti-Krantz в модификации Антонова (позадилонная кольпопексия), 2 – по Burch (позадилонная кольпосуспензия), 27 – по сочетанной методике Marshall-Marchetti-Krantz и Burch (позадилонная кольпопексия и кольпосуспензия). Проанализированы непосредственные и отдаленные результаты операций Marshall-Marchetti-Krantz в модификации Антонова (35 больных) и сочетанной методике Marshall-Marchetti-Krantz и Burch (25 больных). Средний возраст женщин, которым выполнена операция Marshall-Marchetti-Krantz в модификации Антонова (I группа) составил 51,3 года, Marshall-Marchetti-Krantz-Burch (II группа) – 52,4 года. Цистоцеле I ст. обнаружено у 4 (11,4%) пациенток I группы и у 3 (12%) – II.

Результаты и их обсуждение. Ранние послеоперационные осложнения статистически реже встречались после операции по методике Marshall-Marchetti-Krantz-Burch (4%), чем после Marshall-Marchetti-Krantz в модификации Антонова (28,6%), особенно дизурические симптомы. Меньшее количество осложнений во II группе было связано с наложением лигатур на переднюю стенку влагалища на расстоянии от уретры и без прошивания её адвентициального слоя. Отдаленные результаты операций статистически не отличались.

Выводы. Сочетание принципов операций MMK и Burch при хирургическом лечении стрессового недержания мочи у женщин позволяет надежно фиксировать и подвесить влагалище в

Summary

THE PLACE OF RETROPUBIC COLPOPEXY AND COLPOSUSPENSION IN SURGICAL TREATMENT FEMALE STRESS URINARY INCONTINENCE

V.I. Gorovyy

Objective. To estimate indications and contraindications to retropubic colpopexy and colposuspension in surgical treatment of female stress urinary incontinence and compare early and late results of retropubic operations.

Materials and methods. For the last 35 years (1977-2011) in urologic department of Vinnitsa Regional Hospital 64 retropubic operations were performed in female with stress urinary incontinence: 35 – Marshall-Marchetti-Krantz operations in Antonov's modification (retropubic colpopexy), 2 – Burch operation (retropubic colposuspension), 27 – combined Marshall-Marchetti-Krantz and Burch method (retropubic colpopexy and colposuspension). Early and late results of Marshall-Marchetti-Krantz operations in Antonov's modification (35 patients) and combined Marshall-Marchetti-Krantz-Burch operations (25 patients) were analyzed. The average age of patient who were operated by MMK-Antonov's method (I group) was 51.3 year, MMK-Burch method (II group) was 52.4 year. Cystocele (I-st grade) was noted in 4 (11.4%) patients of I group and in 3 (12%) patients of II group.

Results and discussion. Immediate postoperative complications, especially dysuria, were noted statistically less frequently after MMK-Burch operation (4%) than after MMK-Antonov's operation (28.6%). The less complication rate in the group II was due to technique of putting the sutures on anterior vaginal wall in distance from urethra without capturing of external layer of urethra. There were not statistically differences between late results of operations.

Conclusions. Combining the principles operation MMK and Burch in surgical treatment female stress urinary incontinence permits reliable fixing and suspending of vagina in high retropubic position, preventing retention of urine and dysuria symptoms in early postoperative period, disorder of urethral sphincter function with recurrence urine incontinence in late postoperative period.

Key words: female stress urinary incontinence,

высоком позадилонном положении, исключить задержку мочи и дизурические симптомы в раннем послеоперационном периоде, а также нарушение функции сфинктерного аппарата уретры с рецидивом недержания мочи в отдаленном послеоперационном периоде.

Ключевые слова: стрессовое недержание мочи у женщин, позадилонная кольпопексия и кольпосуспензия, непосредственные и отдаленные результаты.

retropubic colpopexy and colposuspension, early and late results.