

троим больным, оперативное вмешательство проводилось после раннее перенесенных операций на органах малого таза. В этих случаях использовали наборы TVT-O. После удаления уретрального катетера на 2-е сутки послеоперационного периода лишь у 40% больных наблюдались явления дизурии и незначительное подтекание мочи. На момент выписки (5–6-е сутки) данные симптомы сохранялись только у 5 % больных. Через год лишь у одной пациентки сохранялись признаки недержания мочи, но объем потери мочи был значительно меньше, чем до операции.

Выводы. Таким образом, использование стандартных одноразовых хирургических наборов для лечения инконтиненции значительно снижает риск осложнений. Методом выбора при рецидивах недержания мочи после перенесенных ранее слинговых операций является набор TVT-O. Для повышения качества слинговых методик при инконтиненции, необходим рациональный подход в вопросе объема хирургического вмешательства.

Ботулинический токсин типа а в лечении больных с синдромом хронической тазовой боли

Кривобородов Г.Г., Шумило Д.В.

ГОУ ВПО «Российский Государственный Медицинский Университет» Росздрава.
Кафедра урологии. г.Москва.

Введение. Синдром хронической тазовой боли (СХТБ) часто встречается в клинической практике врачей и включает различные заболевания, проявляющиеся болью в области таза. Известно, что в мире от различных видов боли страдают до 64% людей. Среди лиц пожилого возраста этот показатель составляет 78%. По данным разных авторов распространенность хронического простатита колеблется от 5% до 16%, при этом более 90% таких больных имеют хронический простатит ассоциированный с синдромом хронической тазовой боли (ХП/СХТБ).

Цель работы. Улучшить эффективность лечения и качество жизни больных с СХТБ.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 12 больных с СХТБ: 8 мужчин и 4 женщины. Средний возраст больных составил $46,3 \pm 9$ лет (31-61). Все 12 больных ранее неоднократно получали консервативную терапию по поводу СХТБ без эффекта. Выполняли инъекции 100 ЕД ботулинического токсина типа А (Ботокс, Allergan) в мышцы тазового дна и наружный сфинктер уретры. Болевой синдром и эффективность лечения оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) следующим образом: снижение болевых ощущений по ВАШ на 75% и более – хороший результат, от 50 до 75% - удовлетворительный, менее 50% - отрицательный. Эффективность лечения оценивали на 10-й, 30-й и 90-й дни после введения ботулинического токсина типа А. Также в указанные дни мужчинам выполняли урофлоуметрию.

Результаты. Из 8 мужчин 3 (25%) имели изолированный СХТБ в виде синдрома простатической боли (ХП/СХТБ), 5 (41,7%) – ХП/СХТБ в сочетании с обструктивным мочеиспусканием. У 3 (25%) женщин СХТБ был представлен в виде уретрального синдрома. У 1 пациентки (8,3%) был выявлен уретральный синдром в сочетании с синдромом вульварной боли. На 10-й день после инъекции у 3 (25%) больных (1 мужчина и 2 женщины) отмечен хороший результат, еще 3 мужчин (25%) отмечали удовлетворительный результат, у 6 (50%) пациентов (2 женщины и 4 мужчины) результат был отрицательный. При контроле через 1 и 3 мес хороший результат наблюдали у 5 (41,7%) больных (2 женщины и 3 мужчины), удовлетворительный эффект отметили у 5 (41,7%) пациентов (2 женщины и 3 мужчины), у 1 мужчины и 1 женщины (16,6%) результат отрицательный. Отмечено снижение среднего балла по ВАШ с $7,17 \pm 1,2$ (5,5-9,5) до $2,4 \pm 2,1$ (0-7). У всех 5 мужчин,