

О.Б. ЛОРАН,  
А.В. СЕРЕГИН,  
З.А. ДОВЛАТОВ,  
Т.А. МАТВЕЕВСКАЯ

РМАПО, Москва

# Лечение больных недержанием мочи в сочетании с пролапсом гениталий с использованием современных методик

*Опущение и выпадение внутренних половых органов, практически всегда сопровождающееся недержанием мочи, является одной из актуальных проблем урогинекологии, с распространенностью, достигающей, по разным данным, от 28 до 50%. В последние годы отмечается тенденция к «омоложению» заболевания, а также возникновению рецидивных форм (1, 4, 6, 8, 14).*

**Е**сли пролапс гениталий, как правило, имеет стертую клиническую симптоматику до развития выраженных изменений, то влияние недержания мочи на качество жизни может колебаться от значительного до разрушительного. Поэтому проблема десценции тазового дна продолжает оставаться в центре внимания не только гинекологов, но и врачей смежных специальностей, проктологов и урологов (1, 2, 5).

Лечение пролапса органов малого таза, особенно в тяжелой стадии, представляет значительные трудности, обусловленные необходимостью ликвидировать основное заболевание, функциональные нарушения половых органов, прямой кишки, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала, восстановить анатомию малого таза (2, 3, 7).

Известно более 300 способов хирургического лечения этой патологии, однако частота рецидивов тазовой десценции, по данным ряда авторов, достигает 30-40%. Удаление излишков тканей влагалища не останавливает процесс атрофических и дистрофических изменений тканей, которые способствуют рецидиву

заболевания (1, 6). По данным ряда авторов, коррекция симптомов недержания у таких больных удается лишь в 30-60% случаев (8, 13).

В последние годы отмечен увеличивающийся интерес в использовании биологических и синтетических хирургических сеток в тазовой хирургии. Имплантация этих материалов теоретически предполагает дополнительную искусственную поддержку для органов малого таза. Наибольшая активность хирургов в использовании сетчатых протезов относится к 90-м гг. прошлого столетия, когда стал использоваться полипропилен. В 2002 г. во Франции В. Jacquetin с группой тазовых хирургов представили сетчатый имплант для реконструкции тазового дна. В качестве материала был выбран Пролен (GYNEMESH PS). Они создали операционный набор GYNECARE PROLIFT System в трех вариантах для восстановления переднего или заднего отделов, а также полной реконструкции тазового дна. Суть вмешательства состоит в установке одного или двух синтетических неабсорбируемых полипропиленовых (GYNEMESH PS) сетчатых имплантов с применением вагинального доступа (5).

С 1996 года основным методом лечения стрессового недержания мочи является имплантация свободной от натяжения синтетической проленовой петли TVT. Данный метод лечения стрессовой формы недержания мочи был предложен U. Ulmsten. В 2002 году методика имплантации TVT была усовершенствована – проленовая петля стала проводиться через запирающее

отверстие (foramen obturator), в результате техника получила название TVT-Obturator. Имея сходные с TVT результаты, операцию TVT-Obturator отличает минимальное количество интраоперационных, инфекционных и геморрагических осложнений. С 2006 года предложен новый вариант slingовой операции – Gynecare TVT-SEKUR System. Система Gynecare TVT-SEKUR обладает наименьшей инвазией оперативного доступа, следовательно, меньшим количеством осложнений (5).

В настоящее время, согласно литературным данным, традиционные операции значительно уступают новым методикам (системы GYNECARE PROLIFT, TVT-O, TVT-SECUR), характеризуясь меньшим количеством положительных результатов и большим количеством рецидивов (1, 6, 5, 8, 9, 10, 11, 12).

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения больных, страдающих недержанием мочи в сочетании с пролапсом гениталий.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ГКБ им. С.П. Боткина за период с 2006 по 2007 г. обследованы 52 больных пролапсом гениталий, осложненным недержанием мочи. Возраст больных составил от 44 до 80 лет. Необходимо отметить, что 42,3% женщин были трудоспособного возраста.

Схема обследования больных включала:

- традиционные лабораторные анализы;
- сбор анамнеза, тесты-опросники, дневники мочеиспускания;
- влагалищное и ректальное ис-

**Таблица 1. Стадирование пролапса при использовании Системы Количественной Оценки Пролапса Тазовых Органов ICS (POPQ)**

Стадия 0	Отсутствие пролапса. (Точки Aa, Ba, Ap, Bp находятся в -3см, а точки C, D не более чем в – (tvI -2)см)
Стадия I	>1 см над уровнем девственной плевы (Максимальное опущение не менее – 1 см и не более +1 см)
Стадия II	≤1 см проксимальнее или дистальнее уровня девственной плевы. (Максимальное опущение не менее – 1 см и не более +1 см)
Стадия III	>1 см ниже уровня девственной плевы, но опущение не более чем на 2 см меньше tvI. (Максимальное опущение более +1 см, но не менее +(tvI – 2)см)
Стадия IV	Полный выворот наружных половых органов. (Максимальное опущение по крайней мере +(tvI -2)см)

**Таблица 2. Международная классификация недержания мочи при напряжении, рекомендовано ICS (International Committee Society), автор Ed. McGuire и J. Blaivas**

Недержание мочи при напряжении	Клинические проявления
Тип 0	а) в покое дно мочевого пузыря находится выше лонного сочленения б) при кашле в положении стоя определяется незначительный поворот и дислокация уретры и дна мочевого пузыря. При открытии его шейки самопроизвольное выделение мочи не наблюдается.
Тип 1	а) в покое дно мочевого пузыря находится выше лонного сочленения б) при натуживании происходит опущение дна мочевого пузыря приблизительно на 1 см, при открытии шейки мочевого пузыря и уретры происходит непроизвольное выделение мочи. Цистоцеле может не определяться.
Тип 2а	а) в покое дно мочевого пузыря находится на уровне верхнего края лонного сочленения б) при кашле определяется значительное опущение мочевого пузыря и уретры ниже лонного сочленения. При широком открытии уретры отмечается самопроизвольное выделение мочи. Определяется цистоцеле.
Тип 2б	а) в покое дно мочевого пузыря находится ниже лонного сочленения. б) при кашле определяется значительное опущение мочевого пузыря и уретры, что сопровождается выраженным самопроизвольным выделением мочи. Определяется цистоуретроцеле.
Тип 3	В покое дно мочевого пузыря находится несколько ниже верхнего края лонного сочленения. Шейка мочевого пузыря и проксимальная уретра открыты в покое при отсутствии сокращений детрузора. Самопроизвольное выделение мочи отмечается вследствие незначительного повышения внутрипузырного давления.

следование с функциональными пробами;

- ультразвукография;
- комплексное уродинамическое исследование.

При необходимости выполнялись экскреторная урография, цистоскопия, бактериологический анализ мочи.

Критериями включения в исследование являлись наличие стрессового или смешанного недержания мочи в сочетании с пролапсом гениталий II-IV стадии.

Стадирование пролапса определялось с использованием Системы Количественной Оценки Пролапса Тазовых Органов ICS (POPQ) (таблица 1). Тип недержания мочи определялся согласно классификации Международного общества по Удержанию Мочи (таблица 2).

На основании клинических, функциональных и уродинамических исследований больные были распределены следующим образом:

- женщины со II стадией пролапса органов малого таза – 24 пациентки (46,2%);
- женщины с III стадией пролапса органов малого таза – 20 пациенток

(38,5%);

- IV стадия пролапса диагностирована у 8 (15,4%) больных, у 2 из них отмечена затрудненное мочеиспускание, с неполным опорожнением мочевого пузыря, у 6 пациентов – недержание мочи;

- у 36 пациенток (69,2%) отмечался комбинированный пролапс передней и задней стенок;

- у 12 пациенток (23,1%) – пролапс лишь одной анатомической зоны, причем во всех случаях в отношении передней стенки влагалища;

- у 49 (94,2%) исследуемых больных превалировало стрессовое недержание мочи, легкой степени тяжести – 30 пациенток (57,7%);

- преобладали женщины со сфинктерной недостаточностью: со 2б типом недержания мочи – 35 (67,3%) и с 3 типом недержания мочи – 10 (19,2%).

Продолжительность заболевания у всех больных составила от 1 года до 22 лет. Преобладали женщины, которым впервые проводилось лечение по поводу пролапса и недержания мочи – 44 (84,6%). Данное обстоятельство еще раз подчеркивает

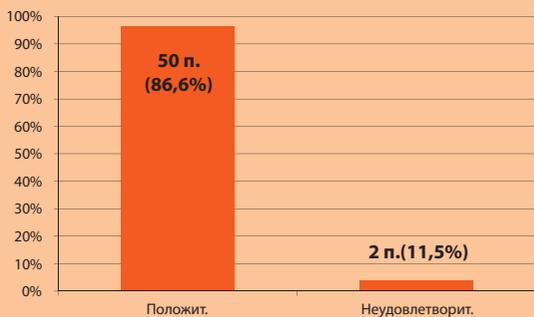
интимность рассматриваемой проблемы для большинства женщин, в связи с чем и в настоящее время отмечается поздняя обращаемость к врачу и несвоевременность оказания квалифицированной медицинской помощи. Рецидив пролапса отмечался у 2 больных после гистеректомии и у 3 больных – после кольпорафии. Рецидив недержания мочи отмечен у 1 больной после установки TVT и у 2 больных после позадилонной уретропексии.

Всем больным произведено оперативное лечение с применением современных синтетических материалов (системы GYNECARE PROLIFT, TVT-O и TVT-S). Объем операции зависел от возраста, анатомической зоны пролапса, сопутствующей гинекологической патологии. Распределение больных в зависимости от проведенного оперативного вмешательства представлено на рисунке 1.

В отношении петлевых антистрессовых операций, у подавляющего большинства больных (51 женщина) была использована имплантация свободной синтетической петли (TVT-O), у 1 больной – TVT-SECUR.

**Таблица 3. Модификации операции в зависимости от стадии пролапса исследуемых больных**

Виды операции	Стадии пролапса			
	II	III	IV	Всего
Гистерэктомия + PROLIFT total + TVT	–	–	8	8 (15,4%)
PROLIFT total (состояние после гистерэктомии) + TVT	–	2	–	2 (3,8%)
PROLIFT total + TVT	14	16	–	30 (57,7%)
PROLIFT anterior + TVT	10	2	–	12 (23,1%)
Всего	24	20	8	52 (100%)



**Рисунок 1. Распределение больных в зависимости от вида проведенного хирургического лечения**



**Рисунок 2. Клиническая картина до операции**



**Рисунок 3. Клиническая картина через 1 месяц после операции**

Отдавая предпочтение вышеназванным методикам, мы основывались на следующих параметрах: использование обтураторного доступа по сравнению с позадилонным технически проще, характеризуется меньшей продолжительностью операции, меньшим количеством интраоперационных (в том числе специфических для классического TVT), а также послеоперационных осложнений (в том числе воспалительных). Устройство TVT-SECUR к тому же не выходит на кожу за счет крепления в тканях при помощи специального полотна из нитей Vicryl и PDS, которое располагается на концах ленты и сначала фиксирует ее механически, а затем, рассасываясь, замещается соединительной тканью.

### КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Больная Н., 65 лет. Клинический диагноз: пролапс тазовых органов IV ст., стрессовое недержание мочи, тип 3, тяжелой степени (рисунок 2).

На основании жалоб, данных анамнеза, результатов клинического осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования больной проведена гистерэктомия, реконструкция тазового дна (GYNECARE PROLIFT total) и имплантация свободной синтетической петли (TVT-O).

В послеоперационном периоде катетер Фоли удален на 3-и сутки. Самостоятельное мочеиспускание восстановилось. При УЗИ обследовании в мочевом пузыре остаточная моча не визуализировалась. Швы сняты на 7 сутки. Больная выписана в удовлетворительном состоянии на 8 сутки. Стенки влагалища приняли нормальное анатомическое положение, культя локализуется в области заднего свода. При натуживании и напряжении данных за

пролапс не выявлено (рисунок 3).

Согласно существующей в настоящее время позиции, статистический анализ результатов уродинамических исследований во многих случаях не коррелирует с клинической картиной заболевания, особенно в отношении оценки эффективности проведенного лечения. Поэтому результаты повторного комплексного уродинамического исследования оценивались нами только в сравнении с клиническими данными больных. В первую очередь определялись наиболее значимые показатели, отражающие степень уменьшения стрессового недержания мочи: максимальное внутриуретральное давление и максимальная объемная скорость мочеиспускания. В нашем исследовании получены статистически значимые результаты увеличения внутриуретрального давления (таблица 4). Возрастание максимального внутриуретрального давления объясняется тем, что в результате операции корректируется задний пузырно-уретральный угол, уменьшается угол наклона уретры к симфизу при одновременной элевации шейки мочевого пузыря.

Анализируя возникшие интра- и послеоперационные осложнения, необходимо отметить, что специфические послеоперационные осложнения, возникающие при использовании синтетических материалов, были отмечены лишь у одной больной – эрозия на передней стенке влагалища и незначительное кровотечение, купированное консервативно. Произведена операция – иссечение сетки, с закрытием дефекта. У 1 больной во время операции возникла перфорация мочевого пузыря, стенка ушита двухрядным швом. Перфорация была обусловлена нарушением анатомических ориентиров и состоянием ткани в связи ранее перенесенными хирургическими вмешательствами. В ближайшем послеоперационном периоде у 1 больной был отмечен выраженный болевой синдром, возможно связанный с индивидуальным порогом болевой чувствительности (таблица 5).

Согласно статистическим данным, большая часть рецидивов пролап-

са гениталий и недержания мочи возникает спустя 6 месяцев после операции. Поэтому срок наблюдения больных в нашем исследовании составлял не менее 6 месяцев. У 46 (88,5%) больных отдаленные результаты прослежены в сроки от 6 месяцев до 2 лет и у 6 (11,5%) больных – от 6 месяцев до 1,5 лет. Рецидив (ректоцеле, 1 стадии) отмечен лишь у 1 больной спустя 6 месяцев после операции, не требующий повторного вмешательства.

Резюмируя вышеизложенные данные, сформирована общая таблица, отражающая все основные параметры проведенного хирургического лечения (таблица 6).

Таким образом, проанализировав ближайшие и отдаленные результаты лечения, можно сделать следующее заключение: хирургическое лечение с применением современных синтетических материалов (системы GYNECARE PROLIFT, TVT-O и TVT-S) оказалось эффективным у 50 (96,2%) больных, страдающих недержанием мочи при напряжении, сочетающимся с пролапсом органов малого таза (рисунок 4). Неудовлетворительный результат операции (сохранение недержания мочи) отмечен лишь у 1 больной с искусственной уретрой и многочисленными операциями в анамнезе. Рецидив заболевания также отмечен лишь у 1 больной.

Применяемые нами методики доказали преимущество по всем основным параметрам, а именно: отличались меньшей длительностью операции, кровопотерей, про-

**Таблица 4. Показатели уродинамики в зависимости до и после лечения**

Сроки	Показатели	P ur. Max (cm H2O)	Q max (ml/sec.)
	До операции	42,2 ± 6,3	35,1 ± 7,4
	Через месяц после операции	70,8 ± 6,88 (p < 0.01)	22,4 ± 7,2 (p = 0,052)

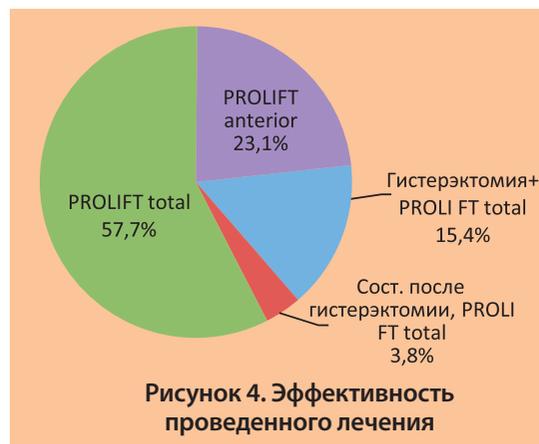
**Таблица 5. Интра- и послеоперационные осложнения при применении систем GYNECARE PROLIFT, TVT-O и TVT-S**

Интраоперационные осложнения	TVT	GYNECARE PROLIFT	Всего операций
Перфорация мочевого пузыря	1		1 (1,9%)
Выраженный болевой синдром		1	1 (1,9%)
Эрозия передней стенки влагалища + умеренное кровотечение		1	1 (1,9%)
Всего	1	2	3 (5,7%)

**Таблица 6. Сравнительный анализ основных параметров оперативного лечения**

Параметр	Результаты
Длительность операции	121,5 ± 5,6 мин.
Средняя кровопотеря	250 ± 30,4 мл
Продолжительность послеоперационного койко-дня	5 ± 1,2 дня
Интра- и послеоперационные осложнения	3 (5,8%)
Среднее время восстановления самостоятельного мочеиспускания	51,2 ± 3,5 часов
Рецидивы заболевания	1 (1,9%)

должительностью послеоперационного койко-дня, меньшим количеством интра- и послеоперационных осложнений, средним временем восстановления самостоятельного мочеиспускания, количеством рецидивов заболевания по сравнению с литературными данными относительно традиционно выполняемых методик (различные модификации кольпорафии, в сочетании с уретроцистоцервикопексией или слингами органического и неорганического происхождения) (5, 8, 9, 10, 11, 12, 13).


**Рисунок 4. Эффективность проведенного лечения**

## Литература

- Буянова С.Н., Петрова В.Д., Шагинян Г.Г., Смольнова Т.Ю. Эффективность различных методов лечения женщин с пролапсом гениталий, осложненных недержанием мочи // Журнал акушерства женских болезней. 2000. Т. XLIX (4). С. 20-22.
- Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Петрова В.Д., Балашов В.И. Диагностика типов недержания мочи у женщин при пролапсе гениталий // Вестник российской ассоциации акушеров-гинекологов. 1999. № 3. С. 12-15.
- Краснопольский В.И., Иоселиани М.Н., Рижинашвили И.Д. и др. // Возможности и перспективы малоинвазивных методов коррекции стрессового недержания мочи // Вестник российской ассоциации акушеров-гинекологов. 1999. № 3. С. 20-23.
- Кремлинг Х., Лутцайтер В., Хайнц Р. Гинекологическая урология и нефрология. М.: Медицина, 1985, 516 с.
- Лоран О.Б., Серегин А.В., Синякова Л.А., Серегин А.А. Современные методы лечения недержания мочи и пролапса органов малого таза: Пособие для врачей. М., 2006, 43 с.
- Лузина Л.В., Ящук А.Г., Абулхаирова О.С. Хирургическое лечение пролапса гениталий с использованием биоинертных материалов // Мать и дитя в Кузбассе. 2005. № 4 (23). С. 15-16.
- Рижинашвили И.Д., Аристов А.С. Корректирующий метод лечения при выпадениях матки и влагалища с применением апоневротического лоскута и его результаты // Диагностика и реконструктивно-хирургические методы лечения заболеваний репродуктивной системы женщины. М. 1998. С. 55-58.
- Шамов Д.А. «Свободная» синтетическая петля в оперативном лечении стрессового недержания мочи у женщин: дис... канд. мед. наук. М., 1990, 163 с.
- Chien G.W., Tawadroas M., Kaptein J.S. et al. Surgical treatment for stress urinary incontinence with urethral hypermobility: what is the best approach? // World J. Urol. 2002. Vol. 20. № 4. P. 234-239.
- Falconer C., Larsson B. New and simplified vaginal approach for correction of urinary stress incontinence in women // Neurourol. Urodyn. 1995. № 14 (4). P. 365-370.
- Farrow G.A., Morgan J.E., Heritz D. Marlex sling for recurrence stress urinary incontinence: late results // J. Urol. 1993. Vol. 149. № 4. P. 291.
- Ingelman-Sundberg A. Urge incontinence in women // Acta Obstet. Gynecol. Scand. 1975. № 54. P. 153-156.
- McGuire E. J. Active and passive factors in urethral continence function // Int Urogynecol J. 1992. № 3. P. 54-60.
- Progetto Menopausa Italia Study Group. Risk factors for genital prolapse in non-hysterectomized women around menopause, results from a large cross-sectional study in menopausal clinics in Italy // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2000. № 93. P. 125-40.