

УДК 616.62-0008.222-0555.2-0,89 (575.2) (04)

## ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ

*Д.А. Шукурова, Г.С. Чернецова*

Представлены результаты оперативного лечения больных со стрессовым недержанием мочи в сочетании с пролапсом гениталий.

*Ключевые слова:* оперативное лечение; стрессовое недержание мочи; пролапс гениталий.

Стрессовое недержание мочи – это состояние непроизвольной потери мочи вследствие пассивного повышения давления в мочевом пузыре, превышающего внутриуретральное давление при отсутствии активности мочевого пузыря [1].

Около 20 % больных женщин обращаются за помощью к гинекологам, 30 % – к урологам, а 5 % пациенток вследствие ряда морально-этических причин вовсе не обращаются к врачу. Вероятно, поэтому частота этого синдрома по данным разных авторов колеблется от 50 до 67 %, причем из общего числа больных, поступающих на лечение в стационар, пациентки со стрессовой инконтиненцией (СИ) составляют 15–20 % [2]. По данным зарубежных авторов, частота СИ у женщин старше 40 лет достигает 75 %.

Не угрожая жизни больных, это заболевание вызывает тяжелые физические и моральные страдания, снижает социальную активность.

Становится очевидным не только медицинское, но и социальное значение проблемы. Оптимизация современных и поиск новых, эффективных методов лечения СИ у женщин – одна из актуальных задач не только в гинекологии, но и в урологии. В настоящее время под СИ могут скрываться различные нозологические формы недержания мочи.

Многими авторами отмечено, что недержание мочи часто сочетается с опущением либо выпадением половых органов [3].

Сочетание пролапса гениталий с СИ встречается в 60 % случаев [2].

В настоящее время хирургическое лечение считается ведущим и часто единственным эффективным методом коррекции стрессовой инконтиненции, причем число операций, предложенных для

коррекции данной патологии превышает 300 способов [4].

Частота осложнений и рецидивов заболевания, по данным различных авторов, колеблется от 15 до 48 % [5].

Среди существующих методов оперативного лечения опущений и выпадений гениталий, сопровождающихся СИ, наиболее часто применяются передняя кольпоррафия, кольпоперинеолеваторопластика, операции: Гебеля – Штеккеля (R. Goebel, 1910; W. Stoeckel, 1917), К.М. Фигурнова (1921), Маршалла – Марчетти – Кранца (V. Marchall, A. Marchetti, K. Kranz, 1949), Берча (J.C. Burch 1958), Перейра (A.J. Perejra, 1959) или многочисленные их модификации, а также влагалищная гистерэктомия матки. Основным методологическим принципом лечения при этом остаются: коррекция заднего пузырно-уретрального угла (ЗПУУ), сужение проксимального отдела уретры, ликвидация цистоцеле [6].

Для хирургического лечения подходят пациентки с чисто анатомической или смешанной формой инконтиненции, где ведущим фактором являются именно анатомические дефекты везико-уретрального аппарата. Только в этом случае возможна реальная оценка эффективности методов хирургического лечения [7].

Противоречивы сведения, касающиеся характера изменений уродинамических параметров в зависимости от степени недостаточности замыкательного аппарата мочевого пузыря на дооперационном этапе и в отдаленные послеоперационные сроки. Следовательно, возникает необходимость обоснования хирургической тактики лечения больных с СИ у женщин с пролапсом гениталий в зависимости от типа недержания мочи, особенностей его клинического течения и уродинамических по-

Таблица 1 – Виды оперативных вмешательств у женщин с СИ, выполненных в научном центре урологии и андрологии им. М.Т. Тыналиева

Объем оперативного вмешательства	Количество прооперированных больных (n = 139)	
	абс. число	%
Передняя кольпоррафия с ушиванием уретры и укреплением фасции мочевого пузыря и леваторопластикой	20	14,4
Кольповезикопексия по Лернеру в модификации клиники	18	12,9
Операция крестовидного укорочения круглых и крестцово-маточных связок с передней кольпорафией и леваторопластикой	97	69,8
Гистерэктомия с пластикой стенок влагалища и леваторопластикой	4	2,9
Всего	139	100

казателей для обеспечения рационального выбора оперативного пособия и создания с его помощью близкой к физиологической синтопии уретры и шейки мочевого пузыря для восстановления нормального мочеиспускания.

Цель исследования – совершенствование методов оперативного лечения стрессовой инконтиненции у пациенток с пролапсом гениталий.

**Материалы и методы.** В период с 2003 по 2010 г. в Национальном центре урологии и андрологии обследовано и проведено оперативное лечение 154 больных в возрасте от 25 до 83 лет (средний возраст  $53,4 \pm 1,8$  года), страдающих стрессовой инконтиненцией с пролапсом гениталий. В структуре гинекологической заболеваемости женщин, проходивших лечение в нашей клинике, СИ встречалась в 3,3 % случаев. У 55 % больных с пролапсом гениталий была выявлена СИ.

**Полученные результаты и обсуждение.** Из 154 обследованных женщин хирургическая коррекция была выполнена у 139 (90,3 %). Пациенты были разделены на три группы. Объем операции зависел от степени опущения стенок влагалища, положения дна мочевого пузыря, величины заднего пузырно-уретрального угла (ЗПУУ), степени недостаточности замыкательного аппарата мочевого пузыря.

20 (12,9 %) больным I группы была выполнена операция – передняя кольпоррафия с ушиванием уретры и задняя кольпоперинеоррафия с леваторопластикой.

18 (12,9 %) больным подгруппы II а была выполнена операция кольповезикопексии по Лернеру в модификации клиники. 97 (69,8 %) пациенткам подгруппы II б была выполнена операция крестовидного укорочения круглых и крестцово-маточных связок, передней кольпоперинеоррафией и леваторопластикой, одновременно с ушиванием разошедшихся волокон сфинктера мочевого пузыря и ликвидацией цистоцеле.

4 (2,9 %) пациенткам III подгруппы проведена операция гистерэктомии с пластикой стенок влагалища.

14 (43,8 %) женщинам контрольной группы, у которых было выявлено опущение стенок влагалища I степени, была выполнена передняя кольпоррафия с леваторопластикой, 8 (25,0 %) пациенткам со II степенью опущения стенок влагалища производилось крестовидное укорочение круглых и крестцово-маточных связок, с передней кольпоперинеоррафией и леваторопластикой; 10 (31,2 %) пациенткам III степени пролапса гениталий выполняли гистерэктомию с пластикой стенок влагалища и леваторопластикой. Операция везикокольпопексии по Лернеру в модификации клиники не выполнялась, так как женщины контрольной группы не страдали СИ.

Структура оперативных вмешательств, проведенных у женщин трех основных групп, представлена в таблице 1.

#### Выводы

Анализируя результаты хирургического лечения 139 больных с СИ в отдаленном периоде (3 года), оценили эффективность вышеуказанных методов оперативного вмешательства с учетом комплекса данных рентгенологического и уродинамического методов исследования, а также по двухбалльной системе:

- положительные – в результате операции пациентки полностью удерживают мочу;
- отрицательные – в результате операции пациентки мочу не удерживают.

Положительные результаты были получены у 113 из 139 пациенток, что составляет 82 % прооперированных больных различными методами.

Таким образом, сравнивая различные результаты оперативного лечения СИ, можно сделать заключение: рассмотренные методики операций весьма эффективны при лечении СИ у женщин с пролапсом гениталий.

Критериями эффективности результатов хирургического лечения являются субъективная (отсутствие потери мочи) и объективная клинические оценки: восстановление анатомических параметров, улучшение уродинамических характеристик.

Полученные результаты убедительно показывают, что у женщин, перенесших оперативное вмешательство по поводу СИ, отмечается положительная динамика в изменении показателей рентгенологических и уродинамических исследований в отдаленном послеоперационном периоде.

#### *Литература*

1. *Джавад-Заде М.Д.* Уродинамика нижних мочевых путей и механизмы ее регуляции / М.Д. Джавад-Заде, Е.Л. Вишневский, В.М. Державин // *Нейрогенные дисфункции мочевого пузыря.* М., 1989. С. 37–100.
2. *Савицкий Г.А.* О некоторых принципиальных вопросах хирургического лечения недержания мочи при напряжении у женщин / Г.А. Савицкий, А.Г. Савицкий // *Журнал акушерства и женских болезней.* 1999. Т. 48. Вып. 1. С. 12–17.
3. *Краснопольский В.И.* Малоинвазивные методы коррекции пролапса гениталий / В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, М.Н. Иоселиани и др. // *Акушерство и гинекология.* 2000. № 2. С. 23–24.
4. *Кремлинг Х.* Недержание мочи при напряжении / Х. Кремлинг // *Гинекологическая урология и нефрология.* М.: Медицина, 1985. С. 294–319.
5. *Фигурнов К.М.* О недержании мочи у женщин как следствие родовой травмы и методы его лечения / К.М. Фигурнов. Л., 1959. 46 с.
6. *Кан Д.В.* Руководство по акушерской и гинекологической урологии. 2-е изд., перераб. и доп. / Д.В. Кан. М.: Медицина, 1986. С. 382–439.
7. *Переверзев А.С.* Клиническая урогинекология / А.С. Переверзев. Харьков: Акт, 2000. 360 с.