

Субуретральный sling в лечении анатомического типа стрессового недержания мочи у женщин

С.П. Даренков¹, А.А. Проскоков², М.Д. Павлюк²

¹Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, кафедра урологии лечебного факультета, Москва
(зав. кафедрой – проф. С.П.Даренков)

²«Клиническая больница» Управления Делами Президента Российской Федерации, Москва
(Главный врач – Е.Р. Яшина)

Стрессовое недержание мочи (СНМ) – одно из наиболее распространенных заболеваний среди женщин. Основным методом лечения СНМ является оперативное вмешательство. В последнее время широкое распространение получили slingовые операции с использованием синтетической (проленовой) петли, которую устанавливают субуретрально. В нашем исследовании мы использовали субуретральный проленовый sling DALLOP NM у 23 женщин с СНМ. Особенность этого slingа состоит в легкости и крупнокачественности, что позволило устранить СНМ и обеспечить хорошие показатели уродинамики нижних мочевыводящих путей у 95,7% больных. Таким образом, субуретральный проленовый sling DALLOP NM является эффективным методом лечения женщин с анатомическим типом СНМ

Ключевые слова: стрессовое недержание мочи, субуретральный проленовый sling

Suburethral sling in the treatment of anatomical type of stress urinary incontinence in women

S.P. Darenkov¹, A.A. Proskokov², M.D. Pavlyuk²

¹N.I.Pirogov Russian National Research Medical University, Department of Urology of Medical Faculty, Moscow
(Head of the Department – Prof. S.P.Darenkov)

²Clinical Hospital of the Presidential Administration of the Russian Federation, Moscow
(Head of the Hospital – E.R.Yashina)

Stress urinary incontinence (SUI) is one of the most common diseases among women. The main treatment of it is a surgical intervention. Recently sling operations with a suburethrally set synthetic (prolene) loop have become widely spread. In the study the authors used a prolene suburethral sling in 23 women with SUI. The main characteristic of this tape was lighness. It made possible to eliminate SUI symptoms and provide good urodynamic results in 95,7% of patients. Thus the operative technique with suburethral prolene sling is an effective method in treatment of anatomic type of SUI in women.

Key words: stress urinary incontinence, suburethral prolene sling

Стрессовое недержание мочи (СНМ), или недержание мочи при напряжении, определяют как состояние, которое характеризуется произвольной утечкой мочи из наружного отверстия уретры при повышении внутрибрюшного давления в отсутствие сокращений детрузора, что вызывает социальные или гигиенические проблемы [1]. СНМ у женщин часто встречается как в амбулаторной, так и в клинической практике. Считают, что по поводу этого заболевания лечатся примерно 15–20% больных урогинекологических отделений. При этом СНМ входит в десятку самых распространенных нарушений у женщин и, по данным различных исследований, имеет место более чем у 46% женщин Европы и Америки [2]. Установлено значительное негативное влияние симптомов СНМ на качество жизни, в том числе на социальные, физические, психологические и сексуальные аспекты. В настоящее время не вызывает сомнений тот факт, что основным методом лечения СНМ у женщин является оперативное вмешательство [3]. В конце прошлого столетия для коррекции данного нарушения стали использовать так называемые slingовые операции (англ. sling – ремень, петля). Суть последних заключалась в применении различных материалов в виде ленты (петли), которую располагали под шейкой мочевого пузыря и выводили на переднюю брюшную стенку. Сначала использовали аутологичные материалы, такие как кожа, апоневроз передней стенки живота, стенка влагалища и др. В настоящее время этот вид оперативного вмешательства называют традиционным slingом. В 1996 г. в клиническую практику была внедрена операция свободной синтетической петли (tension-free vaginal tape – TVT), которая заключается в расположении синтетического slingа из пролена в области средней части уретры. Предложенная методика привела к появлению целого класса операций, получивших название субуретрального проленового slingа [4]. В 2001 г. E.Delorme et al. предложили использовать транс-обтураторный доступ (transobturator tape – TOT) для установки свободной

синтетической петли, обосновав это необходимостью снизить число повреждений мочевого пузыря, составлявших более 7% при операции TVT [5]. В опубликованном в 2010 г. исследовании R. Angioli et al. показано, что через 5 лет наблюдения эффективность TVT составила 71,4%, а TOT – 72,9% [6]. Достоверная информация о частоте развития осложнений после оперативного вмешательства по поводу СНМ отсутствует, что связано с недостаточным числом стандартизированных методов оценки результатов исследований. Однако известно, что после открытой кольпосуспензии по Берчу и операций TVT и TOT примерно у 15% больных сохраняется СНМ, а также нередко появляется обструктивное или вновь возникшее urgentное и учащенное мочеиспускание [7–9].

Задачей нашего исследования была оценка результатов применения нового субуретрального проленового слинга в лечении СНМ у женщин.

Пациенты и методы

После комплексного клинико-лабораторного и инструментального обследования оперативное лечение в виде субуретрального проленового слинга выполняли 23 женщинам с первичной формой и анатомическим типом СНМ в возрасте от 32 до 76 лет (средний возраст – 56,7 года). Средняя продолжительность заболевания составила 8,2 года (от 1 до 18 лет). В предоперационном периоде всем больным было проведено обследование, включавшее: сбор анамнеза с указанием длительности недержания мочи, физикальное обследование с определением массы тела, общий анализ мочи и анализ мочи на стерильность, тест с прокладкой в течение 1 ч, дневник мочеиспусканий, кашлевую пробу с наполненным до цистометрической емкости (но не более 400 мл) мочевым пузырем, Q-тип тест, ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи, комплексное уродинамическое исследование (урофлоуметрию, профилометрию уретры, цистометрию наполнения и опорожнения с определением абдоминального давления в точке утечки мочи и стресс-профиль). Уродинамическое исследование выполняли в соответствии с реко-мендациями Международного общества по удержанию мочи (ICS). Объективным показателем положительного результата операции считали отрицательный тест с прокладкой (потерю не более 1 г мочи в течение 1 ч) и отсутствие утечки мочи при кашле во время цистометрии наполнения. В тех случаях, когда у больных сохранялось СНМ, но объем утечки мочи составлял не более 50% дооперационных значений, результат лечения оценивали как улучшение. Субъективно эффективность оперативного вмешательства оценивали со слов больных на основании наличия или отсутствия недержания мочи при физической активности: положительный результат – отсутствие СНМ, отрицательный – сохранение данного нарушения. Объективные и субъективные результаты лечения оценивали непосредственно в раннем послеоперационном периоде после удаления уретрального катетера и через 6 мес после операции.

Характеристика слинга и методика оперативного вмешательства. Субуретральный слинг DALLOP NM представляет собой крупнопористую проленовую монофиламентную неэластичную ленту (имплант) шириной 1,0 см и длиной 45 см. Для установки импланта используют многоразовые троакары. Методика операции по установке регулируемого субуретрального слинга obturatorным доступом принципиально не отличается от рутинной выполняемой TOT. При этом троакары проводят снаружи внутрь. Стоит отметить, что существует модификация импланта для установки надлобковым доступом, когда троакары проводят из надлобковой области во влагалище. На расстоянии около 1 см от наружного отверстия уретры выполняли разрез передней стенки влагалища длиной 1,5–2 см. Под углом примерно 45° от средней линии в горизонтальной плоскости тупым и острым путем формировали парауретральные каналы до нижней ветви лобковой кости. Троакары проводили снаружи внутрь через копьевидные разрезы кожи в области obturatorных отверстий. Проленовую ленту проводили в обратном направлении, располагая ее под уретрой без натяжения. Разрез влагалища ушивали над лентой. Концы ленты, выведенные через obturatorные отверстия, отсекали. Мочевой пузырь дренировали уретральным катетером Фолли №16 по Шарьеру. На следующие сутки после операции уретральный катетер удаляли после наполнения мочевого пузыря стерильным раствором до 2/3 его цистометрического объема. Через 30–60 мин проводили кашлевую пробу в положении лежа и стоя. Затем оценивали качество мочеиспускания на основании показателей урофлоуметрии и объема остаточной мочи.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам дооперационного обследования все женщины имели объективно доказанную утечку мочи из наружного отверстия уретры во время повышения внутрибрюшного давления (кашель, натуживание) при отсутствии сокращений детрузора. При этом максимальное давление закрытия уретры в покое у всех больных было более 30 см водн. ст. (от 37 до 74), абдоминальное давление в точке утечки мочи превышало 60 см водн. ст. (от 64 до 136), а Q-тип тест составил более 30°. Представленные данные указывали на гипермобильность уретры. Таким образом, все 23 женщины имели анатомический тип СНМ, и им был

установлен субуретральный проленовый слинг. Во всех случаях операция была выполнена под эпидуральной анестезией. Продолжительность операции в среднем составила 34 мин (от 28 до 55), средний объем интраоперационной кровопотери – 52 мл (от 0 до 150), средний период госпитализации – 3,5 дня (от 1 до 7). Интраоперационных осложнений, связанных с установкой слинга, отмечено не было. У всех больных результаты лечения оценивали на следующие сутки после операции, непосредственно после удаления уретрального катетера. По результатам субъективной и объективной оценки полное отсутствие СНМ отмечено у 18 из 23 (78,3%) оперированных женщин, улучшение – у 4 (17,4%), у 1 (4,3%) больной сохранялось недержание мочи при напряжении легкой степени. Всех 23 женщин с СНМ, которым выполняли операцию с использованием субуретрального проленового слинга, наблюдали в отдаленном периоде в сроки от 6 до 36 мес (средний период наблюдения – 14 мес). На основании данных объективного обследования рецидив СНМ в позднем послеоперационном периоде выявлено не было.

Заключение

На основании изложенного можно сделать вывод, что имплантация субуретрального проленового слинга DALLOP NM представляет собой малоинвазивное вмешательство с отсутствием специфических осложнений и противопоказаний, которое оказалось эффективным у 95,7% женщин, страдавших анатомическим типом недержания мочи при напряжении. Наши данные показывают, что оперативная коррекция недержания мочи при напряжении у женщин с использованием субуретрального проленового слинга может быть операцией выбора при данном заболевании.

Литература

1. Abrams P., Cardozo L., Fall M. et al. The standartization of terminology in lower urinary tract function // *Neurol. Urodyn.* 2002. V.21. P.167–178.
2. Botlero R., Urquhart D.M., Davis S.R., Bell R.J. Prevalence and incidence of urinary incontinence in women: review of the literature and investigation of methodological issues // *Int. J. Urol.* 2008. V.15. P.230–234.
3. Serati M., Salvatore S., Uccella S. et al. Surgical treatment for female stress urinary incontinence: what is the gold-standard procedure? // *Int. Urogynecol. J.* 2009. V.20. P.619–621.
4. Ulmsten U., Henriksson L., Johnson P., Varhos G. An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence // *Int. Urogynecol. J.* 1996. V.7. P.81–86.
5. Delorme E. Transobturator urethral suspension: miniinvasive procedure in the treatment of stress urinary incontinence in women // *Prog. Urol.* 2001. V.11. P.1306–1313.
6. Angioli R., Plotti F., Muzii L. et al. Tension-free vaginal tape versus transobturator suburethral tape: five-year follow-up results of a prospective, randomised trial // *Eur. Urol.* 2010. V.58. P.671–677.
7. Al-Badr A., Ross S., Soroka D. et al. Voiding patterns and urodynamics after a tensionfree vaginal tape procedure // *J. Obstet. Gynecol. Can.* 2003. V.25. P.725–730.
8. Mazouni C., Karsenty G., Bretelle F. et al. Urinary complications and sexual function after tension-free vaginal tape procedure // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2004. V.83. P.955–961.
9. Gateau T., Faramarzi-Roques R., Le Normand L. et al. Clinical and urodynamic repercussions after TVT procedure and how to diminish patients complaints // *Eur. Urol.* 2003. V.44. P.372–376.

Информация об авторах:

Даренков Сергей Петрович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой урологии лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова; заведующий НИЛ инновационных технологий в урологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 119049, Москва, Ленинский пр-т, 10, к. 12
Телефон: (495) 952-4345
E-mail: darenkov@list.ru