

## АНАЛИЗ ВЕРОЯТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И НЕУДАЧ ПРИ УСТАНОВКЕ СУБУРЕТРАЛЬНЫХ СЛИНГОВ У ЖЕНЩИН

Д.М. Ниткин, В.И. Вошула

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск

За период 2005 – 2012 годы в клинике урологии и нефрологии БелМАПО пролечено 211 женщин со стрессовым недержанием мочи. Средний возраст пациенток составил  $57,3 \pm 9,4$  года. При оценке степени недержания мочи по E. McGuire и J. Blaivas 1 тип недержания мочи диагностирован у 16 (7,6%) больных, 2а тип – у 60 (28,4%) больных, 2б тип – у 101 (47,9%) больных и 3 тип – у 34 (16,1%) больных. У всех пациенток наблюдалось непроизвольное выделение мочи при напряжении. 41 (19,4%) женщины имели смешанное недержание мочи с элементами гиперактивности детрузора, что потребовало приёма антихолинергических препаратов. 24 (11,4%) больных имели сочетание недержания мочи с пролапсом гениталий.

Хирургическое лечение стрессового недержания мочи выполнено всем пациенткам, при этом в 101 (47,9%) случаях выполнена операция Бёрча, в 8 (3,8%) – выполнена установка субуретральной петли по методике TVT, в 82 (38,9%) – выполнена установка субуретральной петли по методике TVT-O, в 6 (2,8%) – выполнена установка субуретральной петли по методике минислинг (TVT-SECUR или MIVT), в 5 (2,4%) – выполнена игольчатая кольпосуспензия и в 9 (4,2%) случаях у женщин с пролапсом гениталий выполнена реконструкция тазового дна сетчатым эндопротезом по методике PROLIFT (при этом у 3 женщин с одновременной установкой петли по методике TVT-O). У 3 женщин был установлен передний PROLIFT, у 1 – задний и у 5 – тотальный. У одной женщины выполнено подслизистое введение Deflux.

В целом малоинвазивные методики хирургического лечения стрессового недержания мочи выполнены у 110 (52,1%) женщин с тенденцией увеличения их количества за последние 2 года. За этот промежуток времени лидирующим методом оказания помощи женщинам с данной патологией является установка субуретральной сетчатой петли по методике TVT-O. Так за последние 2 года в клинике БелМАПО выполнено 65 операций по методике TVT-O, 12 других малоинвазивных операций (TVT, TVT-SECUR, MIVT, PROLIFT, интрауретральные подслизистые инъекции) и только 17 открытых кольпосуспензий по методике Бёрча.

Результаты хирургического лечения (Таблица) нами оценивались по следующим критериям: интраоперационные осложнения (повреждение мочевого пузыря (ПМП)), ранние и поздние после-

операционные осложнения (гематомы (ГЕМ), нагноение раны (НР)), сохранение недержания мочи (НМ), обструктивное (задержка) мочеиспускание и наличие остаточной мочи (ЗМ), обострение инфекции мочевых путей (ИМП), длительность пребывания больной в стационаре после операции.

Таблица – Результаты хирургического лечения стрессового недержания мочи у женщин

Вид оперативного вмешательства	N	П/опер койко– день	Осложнения					
			ИМП	НМ	ИМП	ГЕМ	НР	ЗМ
Операция Бёрча	101	13,9	2	3	3	4	2	11
Кольпосуспензия	5	6,3	–	1	–	–	–	–
TVT	8	5,3	2	–	–	–	–	–
TVT–О	82	3,2	–	2	–	–	–	2
TVT–Secur	6	2,5	–	–	–	–	–	–
Prolift + TVT–О	3	7,0	–	–	–	–	–	–
Prolift	6	7,5	1	1	–	–	–	–
Подслизистые инъекции	1	3	–	1				

При анализе полученных данных наиболее безопасным с позиции интраоперационных и послеоперационных осложнений являются все методики установки субуретральной петли, в особенности по методике TVT–О. Также все методики TVT отличаются менее длительным пребыванием в стационаре. Однако и данные методики имеют свой процент вероятных осложнений и неудач. На наш взгляд все проблемы с установкой субуретральных слингов можно разделить на 2 группы. Первая группа связана с неэффективностью указанных методик, когда в послеоперационном периоде сохраняется недержание мочи. Это обстоятельство может быть объяснено нарушением методики установки, анатомическими особенностями пациентки, неправильной позицией петли (не под средним отделом уретры) или её дислокацией, а также неправильным выбором пациентки для данного типа операций и оценки показаний (например, у женщин с нейрогенным или гиперактивным мочевым пузырём). Мы наблюдали сохранение недержания мочи у 2 пациенток после TVT–О, при этом у одной женщины степень недержания мочи усилилась. Причинами неудач у этих пациенток стали анатомические особенности уретры, когда расположить слинг под средней уретрой не удалось с первого раза вследствие врождённой аномалии – легкой формы эписпадии. Коррекция недержания мочи достигнута путём повторной слинговой операции. Вторая группа неудач связана с осложнениями данных операций, к которым можно отнести: задержку или обструктивный тип мочеиспускания, усиление гиперактивности детрузора, дизурию, инфекционные осложнения, кровотечение, миграцию петли в уретру или мочевой пузырь вследствие их повреждений или трофических расстройств, а также чувство инородного тела и сексуальные дисфории. Из указанных выше осложнений мы столкнулись у двух пациенток с задержкой мочеиспускания после удаления уретрального катетера в раннем послеоперационном периоде, что связываем с излишним натяжением петли при установке. Обструктивный характер мочеиспускания был купирован повторной катетеризацией мочевого пузыря, бужированием уретры книзу с целью ослабления петли и назначением холинэргических препаратов. Используя указанную методику, мочеиспускание было восстановлено, и пациентки были выписаны без остаточной мочи. Удаление петли не проводилось.

Кольпоуретропексия по методике Бёрча является признанным «золотым стандартом» хирургического лечения стрессового недержания мочи у женщин, однако данная методика сопряжена как с вероятными хирургическими осложнениями, так и большим послеоперационным койко–днём вследствие инвазивности данной операции. Кроме того, у некоторых больных в послеоперационном периоде наблюдалось обструктивное мочеиспускание, требующее бужирования уретры и ослабления фиксации, а также усиление степени пролапса гениталий. Таким образом, несмотря на удовлетворительные результаты операции Бёрча в плане удержания мочи, те или иные осложнения наблюдаются относительно часто (по нашим данным в 24,8% случаев). Данные результаты получены у больных оперированных открытым способом. Учитывая развитие лапароскопии в урологии, активно внедряется метод лапароскопической кольпосуспензии по Бёрчу, у которого,

несомненно, будет своя оценка эффективности и безопасности при лечении стрессового недержания мочи у женщин.

### **Литература**

1. Вошула В.И., Ниткин Д.М., Барсуков А.Н., Тарендь Д.Т. Недержание мочи у женщин: этиопатогенез, диагностика, лечение: учебно–методическое пособие / БелМАПО. – Минск: БелМАПО, 2010. – 28с.
2. Кулаков В.И., Аполихина Н.А. Недержание мочи у женщин: новые возможности в диагностике и лечении // Гинекология. – 2004. – Т. 4, № 3. – С. 103–105.
3. Лоран О.Б. Эпидемиология, этиология, патогенез, диагностика недержания мочи. // Материалы Пленума Правления Российского общества урологов. – М., 2001. – С. 21–41.
4. Пушкарь Д.Ю. Диагностика и лечение сложных и комбинированных форм недержания мочи у женщин: дис. докт. мед. наук. – М., 1996. 258 с.
5. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Недержание мочи при напряжении у женщин. – СПб.: ЭЛБИС СПб., 2000. – С. 136.
6. Alvarez R.P., Pons E.M. Current status of the diagnosis and treatment of urinary incontinence in. // Arch. Esp. Urol. – 2003. – Vol.56 (7). – P. 755–774.
7. Karram M.M., Segal J.L., Vassallo B.J. et al. Complications and untoward effects of the tensionfree vaginal tape procedure // Obstet Gynecol. – 2003. – Vol. 101(5). – P. 929–932.
8. Prados V.F., Cozar Olmo J.M, Martinez Morcillo A. et al. Urinary incontinence. Evaluation and classification methods // Arch. Esp.Urol. – 2002. – Vol. 55(9). – P. 1015–1034.
9. Tsivian A., Mogutin B., Kessler O. et al. Tensionfree vaginal tape procedure for the treatment of female stress urinary incontinence: longterm results // J. Urol. – 2004. – Vol. 172(3). – P. 998–1000.