

# Оценка методов лечения недержания мочи у больных с пролапсом органов малого таза (Обзор литературы)

Ю.П. Вдовиченко<sup>1</sup>, Н.С. Луценко<sup>2</sup>, А.А. Люлько<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика», г. Киев

<sup>2</sup>Запорожская медицинская академия последипломного образования Министерства здравоохранения Украины», г. Запорожье

В статье рассматривается проблема пролапса органов малого таза и его осложнений в виде недержания мочи, а также его эпидемиология, этиология, клиника, патогенез, основные методы лечения. Описаны отдаленные последствия каждого приведенного метода лечения.

**Ключевые слова:** пролапс органов малого таза, недержание мочи, методы лечения.

До настоящего времени пролапс органов малого таза (ПОМТ) остается наиболее встречаемым и трудно поддающимся лечению заболеванием у женщин. ПОМТ зачастую проявляется в виде дискомфорта и тянущей боли внизу живота (60–72%), нарушения менструального цикла по типу альгодисменореи (10,1–19,5%), чувства чужеродного тела во влагалище (9–16,4%) [4, 7, 11, 14, 17, 24, 30, 32, 39, 40]. Кроме этого, у женщин с ПОМТ нередко наблюдаются депрессии, сексуальные расстройства [8, 11, 24]. Одним из часто встречающихся и сложно корригируемых осложнений ПОМТ, с частыми рецидивами после оперативного лечения является недержание мочи (НМ), которое выявляется в 50–82% случаев [4, 6, 7, 21, 22, 42].

Причинами ПОМТ являются: осложнения в родах (разрывы миофасциальных структур во время родов или инструментального родовспоможения, эпизиотомия); беременность (изменения гормонального фона, крупный плод, повторные роды); хроническое повышение внутрибрюшного давления (запоры, рецидивирующий кашель, тяжелый физический труд, длительное статическое положение); перенесенные операции на органах малого таза. Указанные выше причины приводят к ослаблению связочного аппарата и миофасциальных структур тазового дна. Вследствие этого могут возникнуть цистоцеле, изменение уретровезикального угла [14, 16]. В большинстве случаев чем выше степень переднего пролапса, тем чаще выявляется НМ, но при изменении уретровезикального угла НМ может быть значительным при начальных стадиях переднего ПОМТ [18]. С возрастом увеличивается частота данного заболевания [6, 11, 24, 45]. Согласно данным авторов, НМ диагностируют у 10–58% женщин как с ПОМТ, так и без него [1, 2, 19, 23, 28, 29, 43, 45].

По литературным данным, акушерско-гинекологические факторы приводят к возникновению пролапс-ассоциированного НМ [28]. Риск развития НМ у женщин до 60 лет зависит от акушерского анамнеза, а после гистерэктомии составляет около 60%. Заболевание развивается у женщин после родов через естественные родовые пути в 21% случаев, у перенесших кесарево сечение – в 15,9%, у нерожавших женщин заболевание развивается в 10,1% случаев [19]. Особое значение расстройства мочеиспускания приобретают у пациенток старших возрастных групп. С возрастом значительно увеличивается число больных с различными нарушениями функции нижних мочевых путей: учащенное мочеиспускание, за-

держка мочеиспускания, но наиболее частое и серьезное – НМ [6, 11, 20, 24, 45, 47]. Так, в возрасте 25–34 лет частота НМ составляет 9%, увеличиваясь после 55 лет до 36% [2]. Согласно другим авторам (Балан В.Е., Вихляева Е.М., Зайдиева Я.З., Кулаков В.И., Прилепская В.Н., Сметник В.П., 2014) в перименопаузальный период развиваются расстройства мочеиспускания у 10% женщин, в 55–60 лет – у 50%. То есть у каждой второй женщины перименопаузального возраста с НМ качество жизни значительно ухудшается из-за урогенитальных расстройств. Частота последних увеличивается с возрастом и после 75 лет превышает 80% в связи с прогрессированием возрастных атрофических изменений (Твердикова М.А., Гависова А.А., 2010).

Некоторые авторы считают [8, 13], что в организме женщины с возрастом происходят значительные изменения вследствие гипоэстрогении. Установлено, что на ткани организма женщины влияет уровень половых стероидов. Недостаточная концентрация гормонов в крови способствует пролабиранию и выпадению половых органов, поскольку в тканях промежности отмечается высокое содержание рецепторов к эстрогенам и прогестерону [1,13]. Гипоэстрогения приводит к уменьшению эластичности соединительнотканых волокон мышц тазового дна, повышению жировой инфильтрации, клеточной атрофии, дегенерации нервных окончаний, снижению тонуса гладкомышечной ткани, уменьшению количества коллагеновых волокон в соединительной ткани связочного аппарата, истончению уретрального эпителия, снижению способности тканей к восстановлению (репарации). Кроме того, гипоэстрогения приводит к нарушению кровообращения и микроциркуляции тканей тазового дна, усугубляет развитие ПОМТ [13, 24].

Большинство женщин с ПОМТ и НМ ограничены в физической и социальной активности, избегают сексуальных отношений из-за страха неконтролируемого мочеиспускания и появления неприятного запаха, что часто приводит к возникновению депрессии различной степени. Этот факт имеет особое значение для женщин трудоспособного возраста, ведущих активный образ жизни [1, 2, 11]. Нередко НМ проявляется отдельными эпизодами, создавая впечатление, что НМ – временное явление, поэтому женщины обращаются за помощью, когда НМ прогрессирует и трудно поддается лечению [19, 47].

Учитывая постоянное нарастание симптоматики при ПОМТ и НМ, данная патология требует коррекции. Существуют как консервативные, так и хирургические методы лечения стрессового НС [2–4, 12, 16].

Консервативное лечение включает:

1) медикаментозную терапию (заместительная гормонотерапия,  $\alpha$ -адреномиметики, антихолинэстеразные препараты, ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина) – применяется при НМ легкой степени и при ГАМП [2];

2) тренировку мышц тазового дна с помощью метода обратной биологической связи, аппаратов Кегеля, Мурашивского – лечение ПОМТ 1–2-й степени в послеродовой период, укрепление мышц промежности и тазового дна для оперативного лечения [3];

3) физиолечение (электрическая стимуляция мышц тазового дна с помощью ректальных, влагалищных, уретральных датчиков) – применяется у пациенток с нейрогенными дисфункциями мочевого пузыря [12];

4) использование пессариев – временный симптоматический метод лечения ПОМТ и НМ (при отсутствии возможности проведения оперативного лечения) [36, 45].

Эти методы могут использоваться как в качестве монотерапии, так и в комбинации друг с другом. Однако консервативная терапия малоэффективна, длительна, неудобна для применения, временная, не устраняет причины НМ [5, 43]. Со временем ПОМТ и НМ прогрессируют. Методом лечения становится хирургическое вмешательство – открытым способом или лапароскопически.

Известно более 200 различных операций и их модификаций, выполненных для коррекции ПОМТ и НМ [7, 17, 32, 37, 39, 47].

Основными методами хирургического лечения ПОМТ и НМ являются:

1) введение объемобразующих препаратов парауретрально;

2) органосохраняющие операции с реконструктивной пластикой влагалища;

3) коррекция шейки мочевого пузыря;

4) вентрофиксации;

5) одновременная фиксация матки и коррекция шейки/мочеиспускательного канала мочевого пузыря.

Инъекционная парауретральная имплантация объемобразующих препаратов – самостоятельный метод лечения НМ, который можно комбинировать с операциями по коррекции ПОМТ. Процедура парауретрального введения геля проста в выполнении, малотравматична. Препарат вводится в подслизистое пространство в проксимальную область мочеиспускательного канала под контролем цистоскопа. Механизм действия геля-полимера сводится к компенсации дефицита мягких тканей в области шейки мочевого пузыря за счет увеличения их объема. Кроме того, препарат вызывает механическую компрессию проксимальной области мочеиспускательного канала и шейки мочевого пузыря, за счет чего происходит повышение давления закрытия мочеиспускательного канала [20]. Требования к современным объемобразующим средствам включают прежде всего биосовместимость и отсутствие воспалительного процесса, аутоиммунной системной реакции и формирования фиброза в области инъекции. Частицы вводимого вещества должны обладать достаточным размером (диаметр не менее 80 мкм), чтобы не мигрировать из места введения, также они не должны распадаться в течение длительного времени [6, 38]. Так, при введении бычьего коллагена эффективность достигала 17–94% [6]. Процедура малотравматична, проводится в амбулаторных условиях под местной анестезией. Учитывая часто возникающие рецидивы, осложнения в виде задержки мочи и нарушений опорожнения мочевого пузыря, низкую эффективность, кратковременность действия препарата (до 2 лет), нередко возникающую болезненность в месте введения, длительные вялотекущие воспалительные процессы с формированием фиброза парауретрально значительно уменьшился интерес к проведению данной процедуры [6, 25, 30, 32]. В настоящее время введение полимера используют редко. По данным ряда авторов, введение геля сопровождается фиксацией матки для коррекции ПОМТ с целью достижения большей эффективности в лечении НМ [6, 32].

В течение нескольких столетий гистерэктомия применялась для коррекции ПОМТ и НМ в случае наличия заболелания матки [7, 17, 21]. Данная операция выполняется трансабдоминально открытым доступом, лапароскопически, трансвагинально. На сегодня она не используется как самостоятельный метод лечения ПОМТ и НМ, так как имеет частые рецидивы в виде цисто- и ректоцеле с НМ. Гистерэктомия была модифицирована и начала выполняться с реконструкцией стенок влагалища. По мнению авторов, наиболее часто гистерэктомия, выполняемая с целью коррекции ПОМТ и НМ, комбинируется с передней кольпорафией [32, 44]. Передняя кольпорафия изначально была предложена для лечения цистоцеле. В дальнейшем после ее модификации начали применять и для лечения НМ. Согласно литературным данным, существуют модификации данной операции: с ушиванием влагалищной фасции без предварительного ее выделения, с выделением и ушиванием фасции влагалища, с выделением и удвоением фасции влагалища (по Вумм), с репозицией мочевого пузыря и ушиванием фасции влагалища (по К.Н. Жмакину) [17, 41]. Следует отметить, что, по мнению авторов, суть данной операции заключается в восстановлении нормальной пузырно-уретральной анатомии [30, 32, 47]. Основная задача такой операции – максимально возможное приближение передней пубоцервикальной фасции к мочеиспускательному каналу. Это способствует восстановлению адекватного давления в мочеиспускательном канале, тем самым позволяя женщине удерживать мочу [20]. Согласно литературным данным, основные показания к передней кольпорафии: при недостаточности уретрального сфинктера; при выраженном уретро-(или) цистоцеле (чаще всего выполняется операция по методу Жмакина); при расширении заднего пузырно-уретрального угла (более 120°); как дополнение к некоторым другим оперативным методам при опущении стенок влагалища [7, 11, 23, 29, 32]. Кольпорафия выполняется следующим образом: шейку матки захватывают плевальными щипцами и низводят ко входу во влагалище, в результате чего становится доступной стенка влагалища. На передней стенке влагалища между наружным отверстием мочеиспускательного канала, отступив от него на 0,5–1 см, и сводом влагалища иссекают лоскут овальной формы. Далее в зависимости от модификации операции производят ушивание влагалищной фасции с либо без ее предварительного выделения. При выполнении передней кольпорафии по методике Вумм отсепаровывают с обеих сторон пластинки фасции влагалища [10, 17]. Полученные пластинки фасции накладывают одну на другую так, чтобы получилась дубликатура, и сшивают их между собой непрерывным кетгутовым швом. При значительном цистоцеле целесообразно ушивать не только фасцию влагалища, но и предварительно произвести репозицию мочевого пузыря [32].

Согласно имеющимся данным, эффективность передней кольпорафии в течение 3 лет наблюдения колеблется от 45% до 91% и снижается с течением времени и в дальнейшем составляет 35–65% [7, 21, 24].

С развитием современной технологии появилась возможность выполнения гистерэктомии лапароскопически: с удалением матки через влагалище (ЛАВГ); субтотальная гистерэктомия (ЛСГ), тотальная лапароскопическая гистерэктомия (ТЛГ), лапароскопическая гистерэктомия с лимфаденэктомией, лапароскопическая радикальная гистерэктомия с лимфаденэктомией, интрафасциальная гистерэктомия по Semm [41]. Согласно литературным данным, наиболее часто используемые операции для коррекции ПОМТ, и как его следствие – НМ, являются ЛАВГ и ЛСГ [29, 41]. ЛАВГ состоит из двух этапов. На первом лапароскопическом этапе операции проводят пересечение верхнего связоч-

ного аппарата (круглые, воронкотазовые или собственные связки яичников), при необходимости – рассечение спаек, иссечение очагов эндометриоза. Все дальнейшие этапы операции, включая лигирование маточной артерии, осуществляются традиционно для влагалищной гистерэктомии. ЛСГ выполняется в случае отсутствия возможности удаления матки через влагалище. Согласно мнению многих авторов, субтотальная ЛСГ (надвлагалищная ампутация матки) показана пациенткам молодого возраста при отсутствии патологии шейки матки [4, 27]. После окончания гистерэктомии у пациенток группы риска развития пролапса половых органов укрепляют связочный аппарат матки с применением модифицированной задней кульдопластики по МакКоллу: прошивают крестцово-маточные связки матки, заднюю стенку влагалища и брюшину маточно-прямокишечного углубления кистным швом, используя нерассасывающийся материал [32, 41, 47].

Гистерэктомия при ПОМТ и НМ является органосохраняющей операцией, исключающей в дальнейшем беременность, выполняется преимущественно у женщин с сопутствующей патологией органов репродуктивной системы [17, 27]. Данная операция – не основная для лечения НМ, так как не является патогенетическим лечением ПОМТ, который приводит к НМ. Гистерэктомия приводит к развитию постгистерэктомического синдрома (ПГС) в 20–80% и зависит от возраста пациентки, преморбидного фона, характера сопутствующей патологии, объема операции, особенностей кровоснабжения яичников [8, 13]. При транзитном ПГС у 80% больных репродуктивного возраста овариальная функция восстанавливается в течение 1 года. Однако через 5 лет после гистерэктомии у 55–69% женщин, оперированных в возрасте 39–46 лет, гормональный профиль соответствует постменопаузальному [13]. Таким женщинам в возрастной период, соответствующий пременопаузе, свойствен стойкий ПГС с гипоэстрогенией длительностью свыше года, то есть у этих пациенток на 4 года раньше, чем в популяции, наступает физиологическая менопауза, сировоцированная гистерэктомией. ПГС встречается в 1,7 раза чаще после экстирпации матки в сравнении с надвлагалищной ампутацией матки. По мнению многих авторов, ПГС является серьезным осложнением гистерэктомии, приводящим к дисгормональным состояниям, требующим заместительной гормонотерапии (ЗГТ) [2, 7, 8, 11, 13, 32, 47]. Дисгормональные состояния и невозможность выполнить репродуктивную функцию приводит к депрессии. Кроме этого, частота рецидива пролапса после гистерэктомии является высокой и составляет 40% [7, 25, 32, 41], а НМ – 20,8% [40].

Несмотря на постоянное совершенствование оперативной техники реконструктивно-пластических операций, как влагалищным, так и трансабдоминальным методами, удельный вес неудовлетворительных результатов хирургического лечения ПОМТ и НМ у женщин достаточно высок и составляет от 20% до 51% [12, 19].

Высокая частота рецидивов цистоцеле и низкий процент восстановления мочеиспускания после открытой гистерэктомии с передней кольпорафией и лапароскопических модификаций гистерэктомии стали причинами разработки нового метода операции по коррекции шейки/мочеиспускательного канала мочевого пузыря.

Данный вид операции – цистоуретропексия (ЦУП) – широко применяется урологами при лечении ПОМТ и НМ с использованием методики изменения уретровезикального угла (УВУ). При данном виде хирургического вмешательства сохраняется репродуктивная функция у женщин. Такие операции могут выполняться как открытым, так и лапароскопическим доступом благодаря развитию современной видеоэндоскопической системы. Наиболее часто используют

ЦУП по методу Burch, являющуюся модификацией операции Маршалла–Марчетти–Крантца. Эффективность операции по Burch достигает 82–91%, по Маршаллу–Марчетти–Крантцу – 68–90% [21, 22, 32]. Кольпосуспензия по Burch – восстановление нормального положения мочеиспускательного канала путем надежной фиксации передней стенки влагалища вместе с паравагинальной фасцией к куперовой связке швами из нерассасывающегося материала. Швы накладывают на стенки влагалища в зоне расположения верхней трети мочеиспускательного канала и шейки мочевого пузыря. Как операция по Burch, так и по Маршаллу–Марчетти–Крантцу может быть выполнена лапароскопически: эффективность варьирует от 58–100%, при этом преимущественно составляет более 80 % [32, 41]. Несмотря на высокую эффективность данная операция является травматичной, часто сопровождается большой кровопотерей. В послеоперационный период отмечается нестабильность детрузора в 17% случаев, пролапс стенки влагалища – в 13% и затруднение мочеиспускания – в 10,3% [25, 32, 47]. Частота рецидивов составляет при этой методике 23,5–38,5% [24].

В последние годы все большую популярность приобретает лечение НМ с помощью слинговых операций, то есть укрепление средней трети мочеиспускательного канала свободной синтетической петлей. В зависимости от метода проведения операции выделяют TVT (Tensionfree Vaginal Tape) – позадилонную уретропексию свободной синтетической петлей и TVT-O (Transobturator Vaginal Tape) – петлевую уретропексию трансобтураторным доступом [4, 7]. Операция показана при II–III типах стрессовой инконтиненции и может быть проведена одновременно либо после операции по устранению ПОМТ. Для проведения лигатур при уретропексии необходимо наличие специальных игл и иглодержателей. Операция выполняется следующим образом: для определения точки выхода инструмента на поверхности бедра проводят две воображаемые линии: на уровне наружного отверстия мочеиспускательного канала, другую – на 2 см выше первой. Производят продольный разрез передней стенки влагалища длиной 1 см, отступив от наружного отверстия мочеиспускательного канала на 1 см. Проводят латеральную диссекцию тканей под углом 45°. Перфорируют обтураторную мембрану. В сформированный туннель вводят направляющую, который удаляют после введения проводников. Ручка проводника вращается по направлению к средней линии. Конец инструмента выводят через разрез кожи на бедре. Проводник удаляют с помощью обратного удаления рукоятки. Пластиковую трубку вытягивают до появления ленты, после установления ленты под мочеиспускательным каналом чехлы, покрывающие ленты, удаляют. Дефект слизистой оболочки влагалища восстанавливается [4, 15, 25, 31, 33–35, 41].

TVT более травматична, чем операция по Burch, но эффективность ее не ниже, чем по Burch, – достигает 84% согласно данным Campbell [32]. Однако при слинговых операциях спустя 5 лет эффективность составляет 50% [34, 35, 42], в то время как по Burch эффективность значительно не снижается. Преимуществами TVT-операций перед другими операциями является менее выраженный послеоперационный синдром, меньшая длительность операции и более быстрый период реабилитации у пациенток. При этом слинговые операции характеризуются более высоким риском возникновения нарушений мочеиспускания в ранний послеоперационный период – от 2% до 50% случаев, ПОМТ – в 33% случаев, инфекционные осложнения выявляются в 2–12% [4, 15, 32]. Наблюдаются повреждение мочеиспускательного канала с формированием свищей над лоном или уретровагинальных, травматизация нервных пучков, воспалительные и аутоиммунные реакции на инородное тело; чрезмерное натя-

жение слинговой петли приводит к задержке мочи, а недостаточное – к НМ, что требует повторной хирургической коррекции [19, 25, 45]. Данные операции по коррекции шейки мочевого пузыря эффективны при лечении НМ, однако не решают проблемы ПОМТ – при его наличии значительно снижается эффективность лечения НМ.

В настоящее время все чаще для лечения ПОМТ и НМ используют операции по фиксации матки. Среди такого вида операций особый интерес представляет интерпозиция матки. Этот вид вмешательства проводится при наличии сочетания резкого опущения стенок влагалища, выпадения матки и частичного НМ. Перемещенные матка и мочевого пузыря после окончания операции взаиморасполагаются таким образом, что матка становится как бы укрепляющим «пелотом» для области дна мочевого пузыря [32, 45]. Первым этапом операции является кольпотомия. Далее вскрывают висцеральную брюшину, выстилающую пузырно-маточную складку, после чего с помощью крючка захватывают переднюю поверхность матки. Затем, смещая ее шейку в глубь влагалища, через образовавшееся отверстие, потягивая на себя крючок, выводят наружу дно и тело матки. На этом этапе операции женщинам репродуктивного возраста выполняют перевязку труб (стерилизацию). Второй этап представляет собой фиксацию матки между передней стенкой влагалища и мочевым пузырем. К задней поверхности матки путем наложения 2–3 кетгутовых швов фиксируют пузырно-маточную складку брюшины. Матка несколько подается в брюшную полость и вследствие этого оказывается прямо под дном мочевого пузыря. Немного расширив в стороны участок отсепаровки влагалищной стенки, справа и слева обнажают луковично-пещеристые мышцы, к которым кетгутовой нитью, по два шва с каждой стороны, прикрепляют в области дна углы матки. Далее уточняют объем избыточной части тканей передней стенки влагалища и удаляют ее; 3–4 отдельные кетгутовые лигатуры проводят через стенку влагалища и матку, стягивая их. В завершение непрерывным швом или отдельными узловатыми кетгутовыми швами соединяют края влагалищной раны. Если речь идет не о частичном, а выраженном НМ, такая операция должна предварительно быть дополнена мышечно-фасциальной пластикой мочевого пузыря и сфинктера мочеиспускательного канала [45].

При модификации данной операции по Wertheim производят укорочение и фиксацию круглых связок, по Alexander–Adams выполняют укорочение круглых связок через паховые каналы, по Dudley–Menge – укорочение круглых связок путем образования из них петель на передней поверхности матки. В течение года после операции наблюдается высокая эффективность лечения ПОМТ и НМ с помощью фиксации матки собственным связочным аппаратом. Однако круглая связка, являясь соединительнотканым тяжем, со временем растягивается, что приводит к частым рецидивам ПОМТ и НМ [9]. В настоящее время уделяется много внимания поиску фиксации матки с помощью собственного связочного аппарата.

Везико-вагинальная интерпозиция матки исключает в дальнейшем процесс деторождения, поэтому обычно ее делают пожилым женщинам. У женщин репродуктивного возраста выполняют трубную стерилизацию во время данной операции. Также недостатком является часто возникающий болевой синдром и нарушение менструального цикла. Модификации интерпозиции матки с укорочением круглых связок дают частые рецидивы [9, 45]. В связи с такими существенными недостатками оперативного вмешательства возникает необходимость поиска методики, сохраняющей репродуктивную функцию женщин и имеющей низкий процент рецидивов [26, 32].

Одним из современных методов лечения ПОМТ и НМ, имеющего высокую эффективность – 85%, является сакрокольпопексия [24, 44]. Данная операция может выполняться как лапароскопически, так и открытым способом. При выполнении лапароскопической вагинопексии могут быть произведены ампутация или экстирпация матки, позадилодная кольпопексия по Burch (недержание мочи при напряжении), зашивание паравагинальных дефектов [24]. Сакрокольпопексия выполняется с помощью современной технологии – mesh-системы, что представляет собой полипропиленовую сетку. Эта операция позволяет устранить ПОМТ за счет сетки, которая играет роль связочного аппарата малого таза. Данная операция имеет следующие противопоказания: выраженные деформации крестца, в анамнезе – сакрокольпопексию, рубцовые изменения в области крестца, низкую бифуркацию брюшного отдела аорты. Осложнения после сакрокольпопексии достаточно серьезные: развитие гнойно-септического процесса вследствие отторжения сетки, выраженный спаечный процесс [38]. Частота формирования цистцеле у пациенток в послеоперационный период после сакрокольпопексии mesh-системой в различных исследованиях имеет широкий диапазон (от 1,3% до 92%) (Hefni M., Dietz V., 2008).

Частые, трудно поддающиеся лечению, осложнения сакрокольпопексии, высокий процент рецидивов требуют повторной операции и использования другого метода лечения ПОМТ и НМ.

Следовательно, эффективность некоторых методов оперативного лечения достаточно высокая, как, например, парауретральное введение объемообразующих препаратов, TVT, операция по Burch. При этом зачастую как врачи, так и пациенты не всегда охотно идут на такие хирургические вмешательства. Так, при парауретральном введении объемообразующих препаратов часто возникают рецидивы (действие объемообразующего вещества длится 1–2 года), эффективность кратковременная; дорогостоящая операция TVT и ее модификации далеко не каждому по карману, при том что осложнения после данной операции серьезные и частые (свищи, задержка мочи); при операции по Burch отмечается нестабильность детрузора, затруднение мочеиспускания и пролапс стенки влагалища у пациенток. Такие операции, как кольпорафия, интерпозиция матки с ее модификациями, сакрокольпопексия, не устраняют НМ, имеют высокий процент рецидивов и нередко требуют повторной операции и применения другого метода коррекции ПОМТ. При цистуретропексии, TVT, парауретральном введении объемообразующих препаратов не решается проблема ПОМТ – при его наличии эффективность данных методов резко снижается. Поэтому возникает необходимость одновременной коррекции ПОМТ и НМ.

Неудовлетворенность практических врачей результатами лечения ПОМТ и НМ вызвало необходимость поиска нового метода оперативного вмешательства, а именно, – симультанных операций.

Симультанные операции могут выполняться открыто и лапароскопически. Данные операции позволяют комбинировать хирургические методы лечения ПОМТ и НМ. По мнению некоторых авторов, наиболее перспективными в лечении ПОМТ и НМ являются лапароскопические операции [29, 41]. Данный вид операций имеет следующие преимущества: малая травматичность, что проявляется в виде снижения послеоперационной боли, быстрого (1–2 сут) восстановления физиологических функций; короткий госпитальный период; снижение срока потери трудоспособности в 2–5 раз; косметический эффект (следы от 5–10 мм проколов); риск развития послеоперационных грыж уменьшается за счет отсутствия широкого рассеечения тканей; экономическая эф-

фективность (хотя стоимость операции выше, лечение выходит дешевле за счет экономии медикаментов, уменьшения длительности госпитального периода и сроков реабилитации) [32, 41]. Кроме того, при лапароскопических операциях, по сравнению с открытыми, отмечается меньшая кровопотеря, меньший риск образования послеоперационных спаек и возникновения болевого синдрома [32]. При этом сочетанная урогинекологическая патология требует одновременного решения проблемы ПОМТ и НМ. Симультантные операции по лечению ПОМТ и НМ имеют меньшее количество осложнений, чем изолированное поэтапное лечение данной патологии. Так, число послеоперационных осложнений после симультантных операций при ПОМТ и НМ составляет 2–6,9%, а при изолированных – до 50%. То есть выполнение симультантных операций уменьшает число послеоперационных осложнений по сравнению с изолированными вмешательствами [41, 47]. По мнению некоторых авторов [38, 46], наиболее эффективным и имеющим меньшее количество осложнений при лечении ПОМТ и НМ является лапароскопический симультантный метод. Так, одновременное использование лапароскопической сакрокольпопексии с операцией по Burch или TVT является наиболее эффективным методом лечения пролапса, ассоциированного с НМ. Однако, по мнению многих авторов, при лапароскопической симультантной операции (сакрокольпопексии и операции по Burch или TVT) сохраняется высокий процент осложнений [38] в свя-

зи с развитием гнойно-септического состояния в результате аутоиммунного ответа на инородное тело (mesh-система). Возникает выраженный болевой синдром, гипертермия, сепсис. В связи с этим необходима повторная операции с извлечением сетки и устранением септического состояния [46]. Поэтому перспективным является поиск новых методов устраниения ПОМТ и НМ.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, НМ при цистоцеле – серьезное, трудно поддающееся лечению, часто встречаемое, постоянно прогрессирующее с возрастом заболевание. Существуют как консервативные, так и оперативные методы лечения. Оперативное лечение является основным методом лечения ПОМТ и НМ. Имеется большое количество операций и их модификаций для лечения пролапса, ассоциированного с НМ. Наибольшую эффективность с наименьшей частотой послеоперационных осложнений имеют лапароскопические симультантные операции по лечению ПОМТ и НМ [21, 22, 29]. Метод одновременного оперативного вмешательства заключается в лапароскопической симультанной фиксации матки и шейки мочевого пузыря. Наличие реакции на шовный материал и высокий процент рецидивов без его использования вызывает необходимость дальнейшей разработки новых простых методов лапароскопической симультанной коррекции цистоцеле и НМ.

## Оцінка методів лікування нетримання сечі у хворих з пролапсом органів малого таза (Огляд літератури)

**Ю.П. Вдовиченко, Н.С. Луценко, А.О. Люлько**

У статті розглядається проблема пролапсу органів малого таза і його ускладнень у вигляді нетримання сечі, а також його епідеміологія, етіологія, клініка, патогенез, основні методи лікування. Описано віддалені наслідки кожного описаного методу лікування.

**Ключові слова:** пролапс органів малого таза, нетримання сечі, методи лікування.

## Evaluation of treatment of urinary incontinence in patients with prolapse of pelvic organs (Literature review)

**Y.P. Vdovichenko, N.S. Lucenko, A.A. Lyulko**

The article concerns the problem of pelvic organ prolapse and its complications such as urinary incontinence. Reviewed: epidemiology, etiology, clinical features, pathogenesis, basic treatments. We described the long-term effects of each discussed method of treatment

**Key words:** pelvic organ prolapse, urinary incontinence, methods of treatment.

## Сведения об авторах

**Вдовиченко Юрий Петрович** – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 205-49-83. E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua

**Луценко Наталия Степановна** – Кафедра акушерства и гинекологии Запорожской медицинской академии последипломного образования Министерства здравоохранения Украины, 69000, г. Запорожье, бульвар Винтера, 20

**Люлько Анастасия Алексеевна** – Кафедра акушерства и гинекологии Запорожской медицинской академии последипломного образования Министерства здравоохранения Украины, 69000, г. Запорожье, бульвар Винтера, 20; тел.: (093) 696-24-27. E-mail: anastasiyalulko@gmail.com

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аляев Ю.Г., Ищенко А.И., Гаджиева З.К., Чушков Ю.В. Расстройства мочеиспускания у женщин – междисциплинарная проблема. – 2012. – № 5–6. – С. 57–63.
2. Аполихина И.А. Возможности консервативного лечения женщин со стрессовым недержанием мочи / И.А. Аполихина, А.И. Железнякова, И.С. Ибинаева // Акуш. и гин. – 2010. – № 2. – С. 17–20.
3. Аполихин О.И., Ромих В.В., Кукушкина Л.Ю., Коршунова Е.С., Захарченко А.В. // Применение метода биологической обратной связи при стрессовом недержании мочи у женщин. – 2010. – № 34. – С. 50–53.
4. Беженарь В.Ф., Богатырева Е.В., Цыпурдеева А.А., Цуладзе Л.К., Русина Е.И., Гусева Е.С. Новые возможности хирурги-

- ческой коррекции тазового пролапса с использованием синтетических имплантов: пути профилактики послеоперационных осложнений. // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2012. – Т. 6, № 2. – С. 6–13.
5. Гаджиева З.К. Нарушения мочеиспускания / Под редакцией Аляева Г.Ю. – М., 2010. – С. 5–7.
6. Гвоздев М.Ю. Рецидивные формы недержания мочи. – 2014. – № 3. – С. 80–87.
7. Гинекология: национальное руководство / Под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой, В.Е. Радзинского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 875 с.
8. Гормональні зміни у жінок пізнього репродуктивного віку, перименопаузи та постменопаузи на тлі урогенітальних по-

- рушень / А.П. Григоренко, О.Г. Горбатюк-Шиманська, В.М. Кучерук, О.А. Польовий // Буковинський медичний вісник. – 2014. – Т. 18, № 3. – С. 53–56.
9. Григоренко А.П. Дослідження стану зв'язковою апарату матки у жінок перименопаузального та постменопаузального віку з урогенітальним пролапсом / А.П. Григоренко // Буковинський медичний вісник. – 2015. – Т. 19, № 1. – С. 49–52.
10. Деякі аспекти патогенезу випадіння матки та стінок піхви у жінок. Хірургічна корекція / Ю.П. Вдовиченко, А.П. Григоренко, В.М. Бойчук [та ін.] // Репродуктивне здоров'я жінщини. – 2009. – № 1. – С. 198–199.
11. Дивакова Т.С., Мицкевич Е.А. Проллапс внутрішніх статевих органів и

- стрессовое недержание мочи у женщин: патогенез, клиника, диагностика, современные подходы к лечению // Репрод. здор. в Беларуси. – 2009. – № 5. – С. 21–37.
12. Железнякова А.И. Оптимизация лечения стрессового недержания мочи у женщин с помощью метода экстракорпоральной магнитной стимуляции Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2011. – С. 24.
13. Калиниченко С.Ю. Выбор оптимального препарата для заместительной гормональной терапии у женщин в перименопаузе и постменопаузе / С.Ю. Калиниченко, С.С. Апетов // Гинекология. – 2010. – Т. 12, № 4. – С. 18–21.
14. Касян Г.Р., Тупкина Н.В., Гвоздев М.Ю., Пушкарь Д.Ю. Проллапс тазо-

- вых органов и скрытое недержание мочи при напряжении. – 2014. – № 1.
15. Качмазов А.А., Журавлев В.Н., Ромик В.В., Журавлев О.В., Баженов А.А. // Опыт применения уретросуспензииTVT-Secur при недержании мочи у женщин. – 2010. – № 2.
16. Комяков Б.К. Урология: учебник / Б.К. Комяков. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 462 с.
17. Краснополский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А., Попов А.А. Оперативная гинекология. – М.: МЕДпресс-информ., 2013. – С. 69–71.
18. Краснополский В.И., Титченко Л.И., Чечнева М.А., Петрова В.Д., Краснополская И.В. Ультразвуковой диагностический алгоритм при стрессовой incontinenции. – 2013. – № 3.
19. Лопаткин Н.А. Урология: учебник / Под ред. Н.А. Лопаткина. – 7-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 816 с.
20. Махмеджанова Ф.Н. Урофлоуметрия при дисфункциях мочеиспускания у женщин / Ф.Н. Махмеджанова // Гинекология. – 2013. – Т. 15, № 1. – С. 76–78.
21. Нечипоренко А.Н. Сравнительный анализ результатов некоторых методов хирургического лечения недержания мочи при напряжении у женщин. // ГрГМУ. – 2010. – № 4. – С. 66–68.
22. Нечипоренко Н.А., Нечипоренко А.Н., Юцевич Г.В. Синтетические протезы в оперативном лечении женщин с недержанием мочи при напряжении, сочетающимся с генитальным пролапсом // Урология. – 2010. – № 1. – С. 25–29.
23. Пасечников С.П., Возианов С.А., Лесовая В.Н. [и др.] Урология: учебник / Под ред. С.П. Пасечникова. – Изд. 2-е. – Винница: Нова Книга, 2015. – 455 с.
24. Радзинский В.Е., Шалаев О.Н., Дурандин Ю.М., Семятов С.М., Токтар Л.Р., Салимова Л.Я. Перинеология. Опущение и выпадение половых органов: Учеб. пособие. – М.: РУДН, 2009. – 82 с.
25. Солянов М.Ю., Любарский М.С., Королева Е.Г., Ракитин Ф.А. Ошибки и осложнения хирургического лечения пролапса тазовых органов с использованием синтетических материалов // Успехи современного естествознания. – 2012. – № 10. – С. 48–52.
26. Тупикина Н.В., Касян Г.Р., Гвоздев М.Ю., Баринаева М.Н., Пушкарь Д.Ю., Недержание мочи при напряжении после хирургического лечения пролапса тазовых органов. – 2014. – № 2.
27. Трушкевич А.Д., Мысенко А.А., Широкова А.А. Довгань // Репродуктивная эндокринология. – 2012. – № 5. – С. 82–84.
28. Урология. Национальное руководство / Под ред. Н.А. Лопаткина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1024 с.
29. Чайка А.М. Периперационная диагностика и дифференциальное лечение недержания мочи у женщин с генитальным пролапсом (клинико-экспериментальное исследование) Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – К., 2016. – С. 1-17.
30. Трушкевич А.Д., Мысенко А.А., Широкова А.А. Довгань // Репродуктивная эндокринология. – 2012. – № 5. – С. 82–84.
31. Урология. Национальное руководство / Под ред. Н.А. Лопаткина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1024 с.
32. Чайка А.М. Периперационная диагностика и дифференциальное лечение недержания мочи у женщин с генитальным пролапсом (клинико-экспериментальное исследование) Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – К., 2016. – С. 1–17.
33. Baggish M.S. Atlas of pelvic anatomy and gynecologic surgery [Текст] / M.S. Baggish, M.M. Karram. – 4th ed. – Philadelphia: Saunders Elsevier, 2015. – 1408 p.
34. Ballert K.N., Biggs G.Y., Isenalmhe A. Managing the urethra at transvaginal pelvic organ prolapse repair: A Urodynamic approach // J Urol. 2009. – Vol. 181. – P. 679–684.
35. Campbell-Walsh / Alan J. Wein, Louis R. Kavoussi, Alan W. Partin, Craig A. Peters. – 11th ed. – Oxford: Elsevier Limited, 2016. – 1936 p.
36. Ennemoser S, Schonfeld M, von Bodungen V, Dian D, Friese K, Jundt K. Clinical relevance of occult stress urinary incontinence (OSUI) following vaginal prolapse surgery: long-term follow-up. // Int Urogynecol J. – 2012. – Vol. 23. – P. 851–855.
37. Groutz A., Levin I., Gold R. et al. «Inside-out» transobturator tension-free vaginal tape for management of occult stress urinary incontinence in women undergoing pelvic organ prolapse repair // Urology. – 2010. – Vol. 76. – P. 1358–1361.
38. Kasturi S., Diaz S.I., McDermott C.D. et al. De novo stress urinary incontinence after negative prolapse reduction stress testing for total vaginal mesh procedures: incidence and risk factors // Am J Obstet Gynecol. – 2011. – Vol. 205, № 5. – P. 487. e1–4.
39. Lamers BH, Broekman BM, Milani AL. Pessary treatment for pelvic organ prolapse and health-related quality of life: a review. Int Urogynecol J. 2011 Jun;22 (6) :637-44. doi: 10.1007/s00192-011-1390-7. Epub 2011 Apr 7.
40. Lensen EJM, Withagen MIJ, Kluijvers KB, Milani AL, Vierhout ME. Urinary incontinence after surgery for pelvic organ prolapse // Neurourol Urodyn. 2013. – Vol. 32. – P. 455.
41. Long-term outcomes following abdominal sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse / I. Nygaard [et al.]. // JAMA. – 2013. – № 309 (19). – P. 2016–2024.
42. Maher C, Baessler K, Barber M, Cheon C, Deitz V, DeTayrac R, Gutman R, Sentilhes L, Karram M. Pelvic organ prolapse surgery. // Incontinence. 5th International Consultation on Incontinence [eds., P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury, A. Wein]. Paris: Health Publication Ltd, 2013. – P. 1377–1442.
43. Mencaglia L., Minelli L., Wattiez A. Manual Of Gynecological Laparoscopic Surgery 11th ed. – Tuttingen, Germany, 2013. – 257 p.
44. Milsom I, Altman D, Cartwright R, Lapitan MC, Nelson R, Sillen U, Tikkinen K. Epidemiology of urinary incontinence and other lower urinary tract symptoms, pelvic organ prolapse and anal incontinence. // Incontinence. 5th International Consultation on Incontinence [eds., P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury, A. Wein]. Paris: Health Publication, Ltd, 2013. – P. 15–107.
45. Outcome of Treatment of Anterior Vaginal Wall Prolapse and Stress Urinary Incontinence with Transobturator Tension-Free Vaginal Mesh (Prolift) and Concomitant Tension-Free Vaginal Tape-Obturator/Ashraf Abou-Elela, Essam Salah, Haitham Torky, and Sameh Azazy // Advances in Urology. – 2009. – V. 4.
46. Paul Abrams, Linda Cardozo, Saad Khoury. – Alan Wein; Incontinence Editors, 2009. – 1870 p.
47. Radzinsky V.E. et al. «After-care therapy of patients after vaginal plastic surgery at genital prolapse.» Gynecology, obstetrics and perinatology questions, 5(9) (2010): 40–46.
48. TeLinde's Operative Gynecology / by John A. Rock , Howard W. Jones, John A. Rock Jr. MD, Howard W. Jones. – 11th ed., 2012. – 1472 p.
49. Van der Ploeg M. Protocol for the CUPIDO trials; multicenter randomized controlled trials to assess the value of combining prolapse surgery and incontinence surgery in patients with genital prolapse and evident stress incontinence (CUPIDO I) and in patients with genital prolapse and occult stress incontinence (CUPIDO II) / M. van der Ploeg, M.G. Dijkgraaf, H. van der Vaart, J.P. Roovers // BMC Womens Health. – 2010. – № 11. – P. 1016.
50. Gornel V. Female Genital Prolapse and Urinary Incontinence, 2009. – Informa Healthcare USA. – 71–80 p.

Статья поступила в редакцию 15.02.2016

## НОВОСТИ . СОБЫТИЯ

### 3 7 квітня 2016 року у Солом'янському районі міста Києва стартує програма безкоштовних медичних оглядів для жінок

7 квітня у Всесвітній день здоров'я у Солом'янському районі столиці стартує програма «Все наживне, крім здоров'я», яка триватиме протягом усього року. У рамках цієї програми жінки району можуть пройти безкоштовний медичний огляд, звернувшись до дільничних лікарів акушерів-гінекологів (гінекологічний огляд, огляд грудних залоз).

Цьогоріч започатковується проведення УЗД, загальних аналізів крові та сечі за направленням лікаря. Програма працює з 2015 року. Її мета: максимальне охоплення жінок онкологічними профілактичними оглядами, своєчасне виявлення патології та її лікування. У 2015 році у рамках програми оглянуто 16 565 жінок: у 3097 (19%) виявлено патологію шийки матки, у 1698 (10%) – патологію тіла матки та придатків, у 792 (5%) – патологію грудної залози. **Це 5587 збережених життів.**

Огляд проводиться в 6 медичних амбулаторіях та в жіночих консультаціях Солом'янського району за наявності паспорта

Відкриття проекту: 7 квітня об 11.00 за адресою вул. **Васильченка, 3** (Амбулаторія загальної практики–сімейної медицини).

**Учасники заходу:** головний лікар пологового будинку № 5 Макаренко Михайло Васильович; заступник головного лікаря пологового будинку № 5 Говсєєв Дмитро Олександрович; зав. жіночою консультацією № 1 Дорошенко Ірина Василівна; директор КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2» Солом'янського району м. Києва Шпильова Валентина Миколаївна; завідувач амбулаторії загальної практики–сімейної медицини № 13 Радичук Вікторія Вікторівна.