

Трансвагинальные реконструктивные операции в лечении стресс недержания мочи и пролапса тазовых органов у женщин

Миронов В.Н. кафедра урологии и андрологии Уральской государственной медицинской академии дополнительного образования, г. Челябинск

Transvaginal reconstructive surgery for the treatment stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women

Mironov V.N.

Резюме

Цель этого исследования состояла в том, чтобы оценить анатомическую и функциональную эффективность, а также возможные осложнения трансвагинальной реконструктивной хирургии. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ: в 2001-2009 гг. 181 пациентка со стресс-недержанием мочи и/или пролапсом гениталий II-IV стадии были прооперированы. 96 женщин с изолированным стресс-недержанием мочи была выполнена операция по имплантации синтетической петли под среднюю треть уретры. У 85 женщин с влагалищным пролапсом для пластики использовалась синтетическая сетка-эндопротез. Недержание мочи при напряжении было выявлено у 57,6% пациенток с цистоцеле. РЕЗУЛЬТАТЫ: Хороший результат хирургического лечения при установке субуретрального слинга отмечен у всех оперированных больных. Эффективность хирургического лечения влагалищного пролапса составляла 73,3% при выполнении передней кольпорафии с имплантацией синтетической сетки-эндопротеза и 94,5% - при реконструкции тазового дна по методике TVM. Ранние послеоперационные осложнения (эрозия стенки влагалища) были отмечены у 17,6% пациентов. ЗАКЛЮЧЕНИЕ: трансвагинальные операции с использованием синтетических сеток-имплантов высокоэффективны в лечении стресс-недержания мочи и влагалищного пролапса. Однако, на фоне увеличивающейся потребности в хирургическом лечении, следует отметить, что в настоящее время пока только накапливаются данные о послеоперационных осложнениях, обусловленных синтетическими эндопротезами. Требуются дальнейшие исследования с целью определения отдаленных результатов трансвагинальных Mesh-операций, и сравнения их с ранее принятыми хирургическими процедурами. **Ключевые слова:** недержание мочи, пролапс гениталий, эндопротезы и импланты, синтетическая петля, трансвагинальная хирургия.

Summary

The aim of this study was to evaluate the anatomical and functional mediumterm efficacy and possible complications of transvaginal reconstructive surgery. MATERIAL AND METHOD: 181 women with urinary incontinence or/and stage II - IV prolapse underwent surgery in 2001-2009. 96 women with only stress urinary incontinence underwent the procedure implantation polypropylene midurethral tapes. 85 females with genital prolapse corrected using transvaginal synthetic kits. Urinary incontinence of effort was detected in 57,6% patients with cystocele. RESULTS: Objective success rates (100%) were midurethral tapes. Efficacy of surgical treatment of vaginal prolapse was 73,3% in use of anterior colporrhaphy with implantation of synthetic mesh and 94,5% in reconstruction of pelvic fundus by TVM technique. Early postoperative complications (vaginal wall erosion) occurred in 17,6% patients. CONCLUSION: Overall objective success using transvaginal mesh kits in restoring urinary incontinence and vaginal prolapse is high. However, an increasing number of women require surgical intervention for mesh-related complications based on limited data quality and short follow up. Further studies are warranted to determine long-term outcome and to compare this Mesh-surgery with previously accepted surgical procedures.

Key words: urinary incontinence, genital prolapse, prostheses and implants, synthetic mesh, transvaginal surgery.

Ответственный за ведение переписки -
Миронов Виктор Николаевич
г. Челябинск, проспект Победы 287.
Служебный телефон: (351) 749-97-44.
Контактный телефон: (351) 270-19-42.
e-mail: mirurology@mail.ru, mir-uro74@yandex.ru

Введение

Пролапс тазовых органов (POP) и недержание мочи при напряжении (SUI) у женщин – весьма распространенные заболевания, которые оказывают значительное отрицательное влияние на качество жизни пациенток [1, 2]. В настоящее время среди гинекологов и урологов пришло понимание того, что оба этих патологи-

ческих состояния имеют общие патогенетические механизмы развития, заключающиеся в повреждении связочно-мышечных структур малого таза, происходящих, как правило, во время влагалищного родоразрешения. В литературе приводятся данные о том, что оба эти состояния могут встречаться до 65% женщины после родов через естественные пути, а в 10-20% эти нарушения имеют выраженную стадию, требующую оперативного лечения [1-4]. В США каждая девятая женщина в течение жизни переносит реконструктивную операцию по восстановлению нормальной анатомии таза [5]. В этой стране ежегодно выполняется около 150 000 операций при стресс-недержании мочи и свыше 300 000 операций по поводу генитального пролапса [6, 7]. В руководствах Европейской ассоциации урологов (EAU) и Американской урологической ассоциации (AUA) [8, 9] для лечения недержания мочи при напряжении предлагаются различные по типу и характеру оперативные пособия, такие как слинговые операции, кольпосуспензия, применение объемных агентов, внедрение искусственного сфинктера уретры и другие пособия. Отсутствуют и единые стандарты (протоколы) хирургической коррекции пролапса тазовых органов. Традиционная передняя кольпорафия, которая и в настоящее время большинством гинекологов воспринимается как стандартная процедура для коррекции пролапса передней стенки влагалища, характеризуется плохими результатами. Частота рецидива цистоцеле достигает 63-75% [3]. Таким образом, обоснование выбора метода лечения стресс-недержанием мочи и пролапса гениталий представляет сложную и нерешенную проблему, требующую дальнейшего изучения, что явилось целью настоящего исследования.

Материал и методы

В период 2001-09 гг. нами было проведено обследование и хирургическое лечение 181 женщины с клиникой недержания мочи при напряжении и/или пролапса тазовых органов. Диагноз устанавливался на результатах осмотра на гинекологическом кресле, в том числе при проведении нагрузочных (кашлевых) тестов. Для оценки стадии влагалищного пролапса мы использовали систему Baden-Walker, согласно которой степень выраженности пролапса органа малого таза (дна мочевого пузыря, матки или стенки прямой кишки) зависит от расположения его по отношению к преддверию влагалища – анатомической границей являются остатки девственной плевы. Стадия 1 классифицируется как дислокация органа в незначительной степени. Стадия 2 – при проведении пробы Вальсальва орган смещается к входу во влагалище. Стадия 3 – при натуживании отмечается опущение, выходящее за пределы преддверия влагалища. Стадия 4 – в состоянии покоя большая часть органа находится вне полости влагалища. Для выявления скрытой инконтиненции на фоне цистоцеле оценка проводилась после устранения/вправления тупфером пролапса, без оказания какого-либо давления на шейку мочевого пузыря.

Для дифференциальной диагностики расстройств мочеиспускания пациентки заполняли дневник мочеиспускания в течение 3 суток, а также использовались различные анкеты-опросники (LISS, UDI-6, ICIQ-SF, Short Form IIQ-7, SEAPI и другие). В комплекс обязательных исследований были включены лабораторные анализы крови и мочи, цистоскопия, цистография, уродинамическое исследование, а также ультразвуковое сканирование почек и мочевого пузыря, по показаниям (наличие расширения ЧЛС почек) выполнялась экскреторная урография. Все пациентки были консультированы гинекологом для исключения профильной патологии и принятия согласованного решения о методе оперативной коррекции пролапса гениталий.

У 96 (53%) из 181 пациенток со стресс-недержанием мочи без нарушения анатомии тазового дна была выполнена уретропексия с имплантацией синтетической петли под среднюю треть уретры. В 21 (21,9%) случае имплантат проводился в позадилоном пространстве, в 75 (78,1%) – трансобтураторным доступом.

85 (47%) пациенткам с пролапсом гениталий были проведены трансвагинальные реконструктивные операции с применением сетчатых имплантатов. Для анализа результатов мы разделили этих больных на 2 группы в зависимости от вида хирургической коррекции цистоцеле. Первая группа включала 30 (35,3%) из 85 пациенток с цистоцеле 2 и 3 стадией, которым была выполнена передняя кольпорафия с имплантацией полипропиленовой сетки «Gynemesh®», с фиксацией её в 6 точках к паравагинальным тканям. В группу не были включены больные с цистоцеле 4 стадии, пролапсом матки и ректоцеле 2 и более стадии. Данные состояния служили критериями исключения.

Во второй группе 55 (64,7%) пациенткам с сочетанными формами пролапса тазовых органов (цистоцеле, опущение матки и ректоцеле) 3-4 стадии была выполнена реконструкция влагалища с имплантацией TVM-протеза (Trans Vaginal Mesh) (рисунок 1). Техника



Рис. 1. Пациентка 62 лет с выраженной клиникой пролапса тазовых органов. Цистоцеле 4 стадии. Полное выпадение матки. Ректоцеле 4 стадии.



Рис. 2. Та же пациентка на 7 день после операции. Достигнут хороший результат по анатомическим критериям. На коже видны следы от проведения троакарков при выполнении полной реконструкции тазового дна.



Рис. 3. Осмотр в зеркалах подтверждает хороший эффект хирургического лечения: цистоцеле/ректоцеле и опущения матки нет, кроме того отсутствуют послеоперационные осложнения – эрозия стенки влагалища или экзтрузии синтетической сетки-импланта.

этой операций предусматривает проведение “рукавов” передней части полипропиленовой сетки через запираемые отверстия таза на внутреннюю поверхность бедра. По показаниям (ректоцеле 2 \geq стадии) выполнялась пластика ректовагинальной фасции с фиксацией сетки к крестцово-остистой связке. В 47 наблюдениях у женщин отсутствовало ректоцеле выраженной стадии, им была выполнена только передняя реконструкция влагалища с перинеолеваторопластикой, 8 пациенткам со сложно-комбинированной патологией была проведена полная реконструкция влагалища.

У 49 (57,6%) из 85 больных, у которых пролапс тазовых органов сочетался со стресс-недержанием мочи, реконструктивная операция была дополнена антистрессовым пособием – уретропексией синтетической петлей.

Результаты

У пациенток со стресс-недержанием мочи без нарушения анатомии тазового дна хороший послеоперационный результат был достигнут у 93 (96,9%) женщин. В последние годы мы отдаем предпочтение трансобтураторному методу, так как полагаем, что он обеспечивает создание более физиологичного механизма опоры для уретры и сопровождается меньшим количеством осложнений.

Хороший результат хирургического лечения пролапса тазовых органов, восстановление нормальной анатомии таза или бессимптомное цистоцеле 1 стадии, в I группе больных был достигнут у 22 (73,3%) из 30 больных. Реконструкция тазового дна с фиксацией сетки-импланта к связочно-сухожильным структурам таза характеризовалась более высоким показателем эффективности – в 52 (94,5%) из 55 наблюдений (рисунки 2 и 3). У 3 женщин на этапе накопления опыта оперативной техники отмечено развитие рецидива пролапса матки 2-3 стадии, в последующем им с успехом была выполнена цервикопексия к верхнему краю сетки-импланта. Среди

осложнений раннего послеоперационного периода нами отмечены эрозия стенки влагалища – у 15 (17,6%) из 85 больных и болезненный половой акт – у 11 (12,9%).

Обсуждение

Анализ результатов хирургического лечения женщин с недержанием мочи при напряжении и/или пролапсом гениталий позволяет заключить, что трансвагинальные реконструктивные операции с использованием синтетических материалов характеризуются более высокими показателями эффективности. Накопленный в настоящее время международный опыт позволяет сделать вывод о том, что предложенная шведскими урологами Ulmsten U. и Petros P. операция трансвагинальной уретропексии стала универсальным методом лечения стресс-недержания мочи [10, 11]. Высокая эффективность и небольшое количество осложнений, позволило включить операции по имплантации синтетической петли в «Стандарт медицинской помощи больным с непроизвольным мочеиспусканием», утвержден приказом Минздрава России от 30 ноября 2005 года №707.

Желание разработать простую и эффективную методику восстановления анатомии тазового дна при пролапсе, учитывающую все три возможных уровня повреждения (цистоцеле, опущение матки, ректоцеле), обусловило то, что во Франции в 2004 году был предложен новый метод Trans Vaginal Mesh (TVM) [12]. В 2007 году коллектив авторов опубликовал результаты 3-летнего опыта, согласно которым эффективность лечения тазового пролапса по анатомическому критерию составляла 85-96% [13]. Однако в литературе пока только накапливаются сведения о возможных послеоперационных осложнениях, наиболее частыми из которых являются эрозия стенки влагалища – до 45% наблюдений и диспареуния, болезненный половой акт отмечают до 60% оперированных женщин, а также гофрирование/сминание синтетической сетки-импланта [14-17].

Заключение

Применение синтетических материалов-имплантов позволяет значительно повысить эффективность трансвагинальных реконструктивных операций. При выраженной и комбинированной форме пролапса тазовых органов операцией выбора считаем реконструкцию тазового дна с имплантацией синтетической сетки-эндопротеза по методике TVM, обеспечивающей надежную фиксацию всех органов малого таза, в том числе

матки, что позволяет в большинстве наблюдений отказать от выполнения гистерэктомии. Наиболее частыми послеоперационными осложнениями являются – эрозия стенки влагалища и болезненный половой акт, что требует дальнейшего изучения и совершенствования оперативной техники. При наличии симптомов стресс-недержания мочи при пролапсе гениталий считаем целесообразным выполнять одномоментное хирургическое пособие. ■

Литература:

1. Kovac SR, Zimmerman CW. *Advances in reconstructive vaginal surgery*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
2. Pauls RN, Silva WA, Rooney CM, et al. Sexual function after vaginal surgery for pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol*. 2007 Dec; 197(6): 622. 1-7.
3. Maher C, Baessler K, Glazener CM, Adams EJ, Hagen S. Surgical management of pelvic organ prolapse in women: a short version Cochrane review. *NeuroUrol Urodyn*. 2008; 27(1): 3-12.
4. Panayi DC, Khullar V. Urogynaecological problems in pregnancy and postpartum sequelae. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2009; 21(1): 97-100.
5. Marinkovic SP, Stanton SL. Incontinence and voiding difficulties associated with prolapse. *J Urol*. 2004; 171(3): 1021-1028.
6. Shan AD, Kohly N, Rajan SS, Hoyte L. The age distribution, rates, and types of surgery for pelvic organ prolapse in the USA. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008; 19(1): 89-96.
7. Shan AD, Kohly N, Rajan SS, Hoyte L. Surgery for stress urinary incontinence in the United States: does race play a role? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008; 19(8): 1085-1092.
8. Thuroff J, Abrams P, Andersson KE, et al. Guidelines on Urinary Incontinence. Guidelines EAU. 2008 edition. www.uroweb.org
9. Leach GE, Dmochowski RR, Appell RA, et al. The American Urological Association. Female Stress Urinary Incontinence Clinical Guidelines Panel. 1997. www.auanet.org
10. Ulmsten UL, Petros PE. Intravaginal slingplasty (IVS): an ambulatory surgical procedure for treatment of female urinary incontinence. *Scand J Urol Nephrol*. 1995; 29(1): 75-82.
11. Novara G, Ficarra V, Boscolo-Berto R, Secco S, Cavalleri S, Artibani W. Tension-Free Midurethral Slings in the Treatment of Female Stress Urinary Incontinence: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials of Effectiveness. *Eur Urol*. 2007; 52(3): 663-678.
12. Debodinance P, Berrocal J, Clavij H, et al. Évolution des idées sur le traitement chirurgical des prolapsus gynitaux: Naissance de la technique TVM. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2004; 33(7): 577-588.
13. Fatton B, Amblard J, Debodinance P, Cosson M, Jacquetin B. Transvaginal repair of genital prolapse: preliminary results of a new tension-free vaginal mesh (Prolift technique) - a case series multicentric study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2007; 18(7): 743-752.
14. Debodinance P, Cosson M, Collinet P, Boukerrou M, Lucot JP, Madi N. Les prothèses synthétiques dans la cure de prolapsus gynitaux par la voie vaginale: bilan en 2005. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2006; 35(1): 429-454.
15. Tunn R, Picot A, Marschke J, et al. Sonomorphological evaluation of polypropylene mesh implants after vaginal mesh repair in women with cystocele or rectocele. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2007; 29(4): 449-452.
16. Abdel-Fattah M, Ramsay I. Retrospective multicentre study of the new minimally invasive mesh repair devices for pelvic organ prolapse. *BJOG*. 2008; 115(1): 22-30.
17. Feiner B, Jelovsek J, Maher C. Efficacy and safety of transvaginal mesh kits in the treatment of prolapse of the vaginal apex: a systematic review. *BJOG* 2009; 116:15-24.