

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ НЕТРИМАННЯ СЕЧІ У ЖІНОК. ДЕЯКІ АСПЕКТИ КЛАСИФІКАЦІЇ ТА ЛІКУВАННЯ СТРЕСОВОГО НЕТРИМАННЯ СЕЧІ У ЖІНОК

В.І. Горовий

Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова

Згідно з рекомендаціями комітету по стандартизації термінології Міжнародного товариства з вивчення утримання сечі (International Continence Society – ICS), під нетриманням сечі (НС) розуміють будь-яке мимовільне (неконтрольоване вольовими зусиллями та не зв'язане з бажанням пацієнта) виділення сечі [21]. Кожна четверта жінка після 30 років відмічає симптоми нетриманням сечі [1,2,10,22,30], у тому числі і в Україні [19]. Нетримання сечі є тяжким стражданням для жінки, пригнічує її психіку, знижує працездатність, не дає можливості перебувати в громадських місцях, а також є однією з причин розлучень. Недостатня інформованість населення стосовно нетримання сечі у жінок, а також брак знань урологів, гінекологів та лікарів суміжних спеціальностей про сучасні методи діагностики та лікування призводять до того, що лише одна із 10-25 жінок звертається за допомогою до лікаря і тільки 10-30% отримують кваліфіковану допомогу. Мимовільне виділення сечі через уретру відносять до уретрального НС, якщо ж виділення сечі відбувається не через уретру, тоді говорять про екстрауретральне НС (зустрічається при екстрофії сечового міхура, сечоміхурово-піхвових норицях, ектопії вічка сечоводу подвоєної нирки в присінок піхви та ін.). ICS виділяє наступні види нетримання сечі у жінок: стресове (нетримання сечі при напруженні), імперативне (ургентне), змішане, енурез (нічне нетримання сечі), постійне та інші види нетримання сечі, які можуть бути ситуаційними (під час статевих зносин, сміху) [21]. Blaivas J.G. та співавт. [26] додають до вищевказаних видів НС ще 3 види: несвідоме (рефлекторне), яке зустрічається при нейрогенному сечовому міхурі; нетримання сечі від перенаповнення сечового міхура (парадоксальне НС) та підтікання сечі після закінчення акту сечо-

випускання (зустрічається при дивертикулі уретри).

Частота основних видів НС за даними літератури (в дужках – відсоток серед усіх жінок із НС) [1,2,10,18,22]:

1. Стресове НС (50-80%).
2. Імперативне (ургентне) НС (10-15%).
3. Змішане НС (15-20%).
4. НС від перенаповнення сечового міхура (парадоксальне НС).
5. Нічне НС (енурез).
6. Постійне НС (постійне виділення сечі із уретри після перенесених операцій на уретрі, передній стінці піхви, променевої терапії та ін.; сечовідно-піхвові, сечоміхурово-піхвові, уретро-піхвові нориці, які виникають у хворих після акушерсько-гінекологічних операцій в результаті пошкодження сечоводу, сечового міхура чи уретри).

На останні три види припадає близько 5%.

Необхідно відмітити, що згідно рекомендацій ICS нетримання сечі є симптоматичним діагнозом, враховується скарга хворої. Визначення основних видів НС представлено в таблиці 1.

За кордоном нетриманням сечі у жінок займаються як урологи, так і гінекологи та урогінекологи, в пострадянських країнах – в основному урологи. Останні лікують жінок із НС без пролапсу тазових органів (початкові стадії пролапсу тазових органів не перевищують 10-15% у стаціонарних урологічних пацієнток із НС) [11,18]. Гінекологи лікують жінок із НС та пролапсом тазових органів, який вимагає хірургічної корекції.

В своїй роботі ми користуємось діючим протоколом надання допомоги хворим із стресовим нетриманням сечі [13]; рекомендаціями Міжнародної консультації з нетримання сечі

(ICI) [23,33], в яких висвітлено останній досвід близько 700 науковців різних спеціальностей по

проблемам нетримання сечі, у тому числі і у жінок.

Таблиця 1

Визначення 3-х основних видів нетримання сечі у жінок за даними ICS [1,21,22,23]

Вид нетримання сечі	Симптом	Ознака	Уродинамічне спостереження
Стресове нетримання сечі	Скарга на мимовільне виділення сечі при фізичному напруженні, чханні чи кашлю	Спостереження мимовільного виділення сечі при фізичному напруженні, чханні чи кашлю	Уродинамічно стресове нетримання сечі – мимовільне виділення сечі при підвищенні внутрішньоміхурового тиску та за відсутності скорочень детрузора
Імперативне (ургентне) нетримання сечі	Скарга на мимовільне виділення сечі при раптовому поклику до сечовипускання	Не визначено ICS	Нетримання сечі при детрузорній гіперактивності, обумовлене мимовільним скороченням детрузора при цистометрії наповнення
Змішане нетримання сечі	Скарга на мимовільне нетримання сечі, яке виникає при раптовому поклику до сечовипускання, а також при фізичному напруженні, чханні чи кашлю	Не визначено ICS	Уродинамічне спостереження стресового нетримання сечі та нетримання сечі при детрузорній гіперактивності одночасно при тестуванні

Остання консультація відбулась 5-8 червня 2008р. в Парижі і закінчилась виданням в 2009р. двотомного керівництва «Incontinence». В 2010р. рекомендації ICI щодо діагностики та лікування НС були використані та опубліковані Європейською асоціацією урологів (EUA) [35], а також були видані в Росії [36]. Подібні рекомендації щодо нетримання сечі були опубліковані в Україні ще в 2006р. [16]. ICI та EUA рекомендують наступний алгоритм первинного обстеження та лікування жінок із різними видами нетримання сечі (Рис.1). Згідно рекомендацій, первинне обстеження та лікування жінок із різними видами нетримання сечі може проводити лікар будь-якої спеціальності. Тривалість первинного лікування становить 9-12 тижнів, при безуспішності його проводять спеціалізоване обстеження та лікування за наступною схемою (Рис.2). На нашу думку, нелогічно витрачати 3-4 місяці, а краще одразу направити хвору до спеціаліста з нетримання сечі, що дасть змогу заощадити час хворі та витрати на лікування. ICI виділяє високорекомендовані тести для діагностики різних видів нетримання сечі. В першу чергу до них відносять збір скарг та анамнезу захворювання. Виявляють вид нетримання сечі – стресове, імперативне чи змішане, а також ступінь тяжкості захворювання; його тривалість;

вплив на сексуальну функцію у жінок, які ведуть статеве життя; оцінку якості життя та бажання лікуватись; попереднє консервативне чи хірургічне лікування; акушерський та гінекологічний анамнез, патологічні пологи. Доречно використовувати щоденник сечовипускання та опитувальник. ICI рекомендує застосовувати коротку форму опитувальника ICI-SF, який дозволяє встановити вид НС, частоту епізодів НС та кількість втраченої сечі, а також якість життя по 10-бальній шкалі [16,35,36]. Лікар збирає інформацію про спосіб життя та харчування хворі, паління, вживання кави, фізичну активність, які можуть впливати на НС та бути провокуючими факторами. До високорекомендованих об'єктивних методів відносять оцінку загального статусу, у тому числі і ментального, наявність ожиріння (індекс маси тіла). При абдомінальному обстеженні виявляють післяопераційні рубці, пухлини, при тазовому – чутливість піхви при вагінальному огляді, пухлини таза, оцінюють функції м'язів тазового дна, пролапс тазових органів, стрес-тест, неврологічний статус. До високорекомендованих методів відносять також лабораторне обстеження, яке включає загальний аналіз та посів сечі для виключення інфекції сечових шляхів.

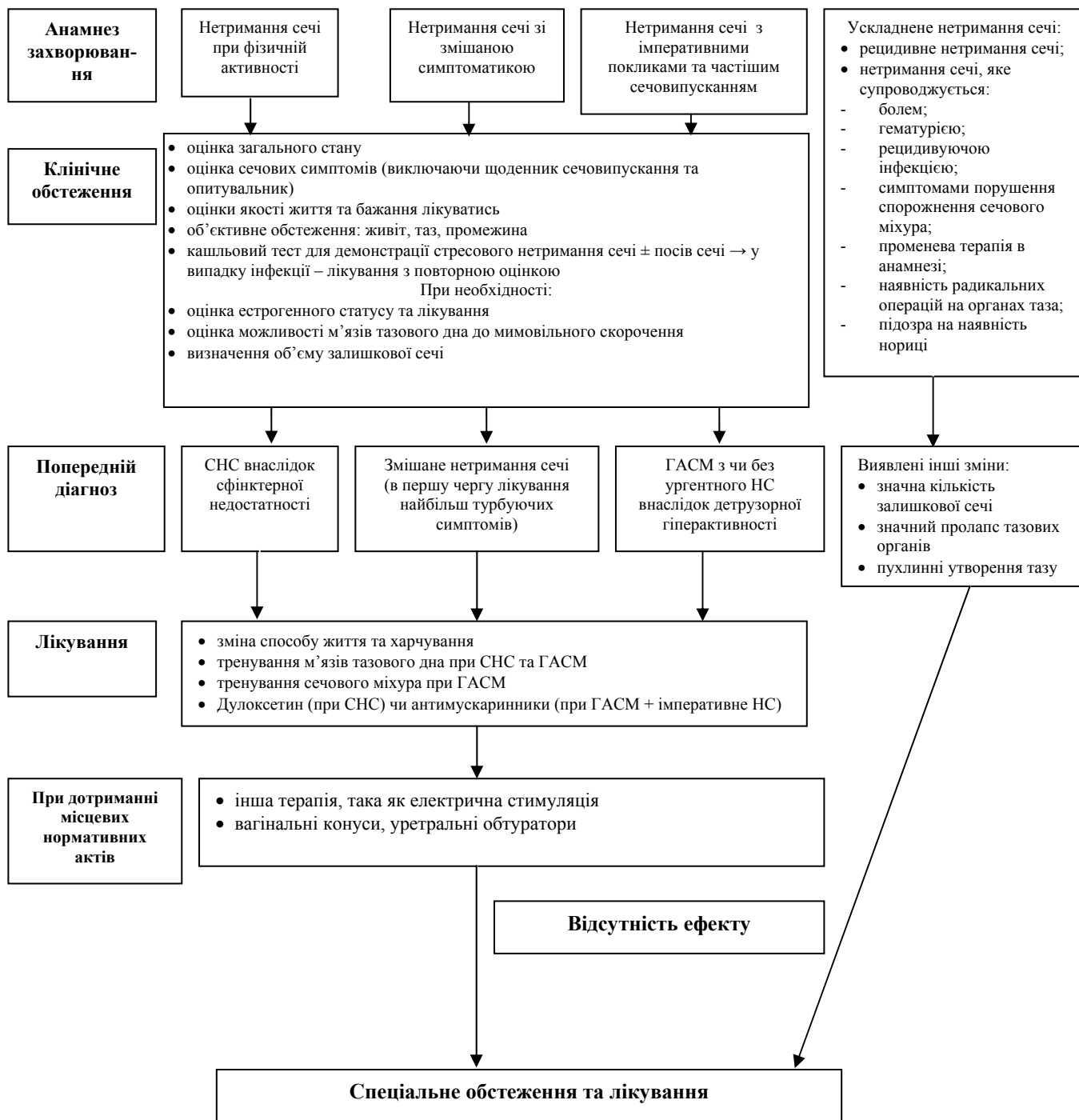


Рис.1. Початкове обстеження та лікування жінок із нетриманням сечі

До рекомендованих методів відносять визначення функціонального стану нирок за біохімічними показниками (сечовина та креатинін крові), урофлоуметрію з визначенням залишкової сечі (для виключення нейрогенного гіпоактивного сечового міхура). При ускладненому нетриманні сечі рекомендовано використати методи візуалізації нижніх сечових шляхів (ультразвукове дослідження, екскреторну урографію, магнітно-резонансну томографію таза), а також ендоскопічні методи (уретроцистоскопію) у разі гематурії, при хронічній інфекції нижніх сечових

шляхів, сечоміхуровій нориці. До рекомендованих методів відносять і уродинамічні дослідження, які застосовують при неефективності початкового консервативного лікування, перед хірургічним втручанням для визначення функціонального стану сфінктерного апарату уретри та вибору виду хірургічного втручання, а також при гіперактивному сечовому міхурі (ГАСМ). Мета уродинамічного дослідження – кореляція клінічних симптомів у хворі з уродинамічними даними, виявлення гіперчутливого та ГАСМ, гіпоактивності детрузора, функціонального стану

сфінктерного апарату уретри, наявність залишкової сечі. Ми в своїй практиці до 2006р. з метою визначення сфінктерної недостатності уретри застосовували сфінктерометрію за Сакалаускене Л.Ю. (1962) [17], а з 2006р. використовуємо портативну та малоінвазивну уродинамічну систему Gynecare MoniTorr (Johnson & Johnson) з метою визначення гіперчутливого та ГАСМ, а також функціонального стану сфінктерного апарату уретри за тиском зворотного опору уретри

(URP) та абдомінального порогового тиску підтікання сечі (ALPP) [5]. До *оптимальних* методів діагностики НС відносять відеоуродинамічні дослідження, які дають додаткову інформацію про анатоμο-функціональний стан нижніх сечових шляхів. Повторні уродинамічні дослідження та амбулаторна уродинаміка, прокладковий тест, оцінка неврологічного статусу є також оптимальними методами дослідження у жінок із НС.

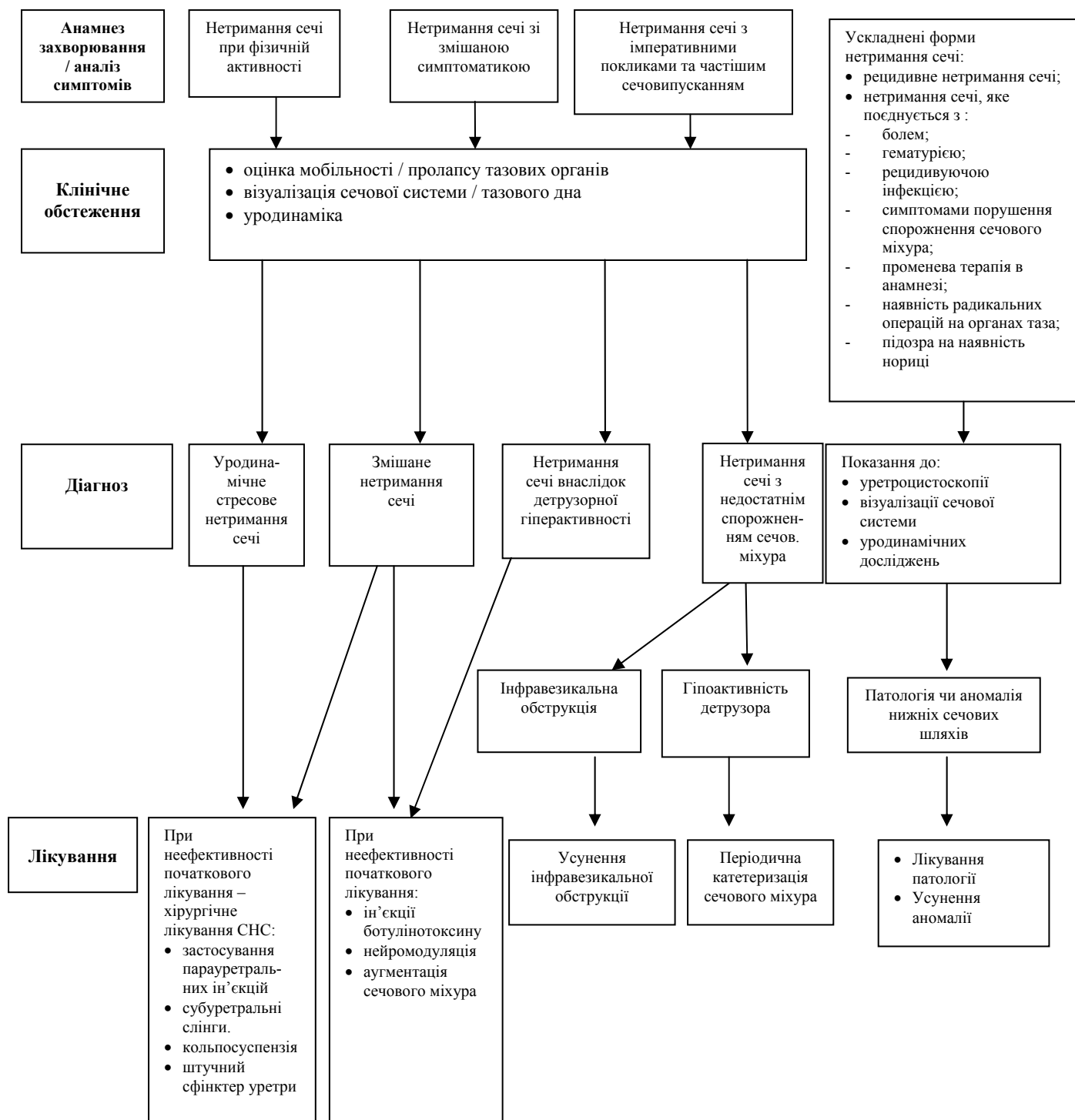


Рис.2. Обстеження та лікування жінок із нетриманням сечі при наданні спеціалізованої медичної допомоги

Ультразвукове дослідження, комп'ютерну томографію, магнітно-резонансну томографію тазових органів доцільно використовувати при дисфункції тазового дна, після невдалих слінгових операцій, уретроцистоскопію – при ускладненому НС.

З патофізіологічної точки зору стресове нетримання сечі розділяють на два види: 1) анатомічне – обумовлене опущенням (гіпермобільністю) міхурово-уретрального сегмента і непошкодженого сфінктерного апарату уретри та шийки сечового міхура в результаті послаблення м'язово-фасціальної підтримки цих органів (зустрічається у 90-95% хворих із СНС); 2) недостатність сфінктерного апарату уретри в результаті ендокринної атрофії підслизового шару уретри у жінок в постменопаузі чи пошкодження сфінктерного апарату уретри після хірургічних втручань на органах таза, травми, променевої терапії, нейрогенних захворювань (зустрічається у 5-10% хворих із СНС). Необхідно відмітити, що у хворих із гіпермобільністю уретри може мати місце і недостатність сфінктерного апарату уретри. Саме тому всім хворим перед хірургічним втручанням необхідно провести уродинамічне дослідження для визначення функціонального стану сфінктерного апарату уретри та вибору відповідного хірургічного втручання. При неефективності консервативної терапії та відсутності у хворої сфінктерної недостатності уретри застосовують «підвішуючі» піхву і проксимальний відділ уретри операції (абдомінальні кольпосуспензії та кольпопексії – операції за Burch та за Marchall-Marchetti-Krantz). Утримання сечі при цих операціях досягається шляхом посилення піхвової підтримки уретровезикального сегмента та підняття його у високе залонне положення для корекції дефіциту затульного тиску уретри. При наявності у хворої сфінктерної недостатності уретри – застосовують слінгові операції (субуретральні пластики) для стиснення уретри (в гінекологічній літературі відомі як уретропексії).

Класифікація стресового нетримання сечі. Сучасні класифікації стресового нетримання сечі враховують дані об'єктивного обстеження, уродинамічні та рентгенологічні показники. Популярними були та залишаються 3-х ступеневі класифікації СНС, запропоновані у свій час як урологами, так і гінекологами (Ingelman-Sudberg A., 1952 [31]; Кан Д.В., 1986 [7]; Лернер Г.А., 1990 [8]; Stamey T.A., 1992 [34]). В зв'язку з

нечіткістю визначення різниці між I та II ступенями цих класифікацій через суб'єктивне визначення тяжкості фізичного навантаження рекомендуємо користуватись 2-х ступеневою класифікацією СНС Тетрадова А.Н. (1968) [20].

I ступінь. Нетримання сечі виникає лише у вертикальному (стоячи) положенні.

II ступінь. Нетримання сечі виникає як у вертикальному, так і в горизонтальному (лежачи) положеннях.

Міжнародна класифікація стресового нетримання сечі (Blaiwas J.G., Olsson C.A., 1988) [25] побудована лише на рентгенологічних даних та не враховує уродинамічні показники і пролапс тазових органів, який часто супроводжує стресове нетримання сечі. За даними Кана Д.В. (1986) [7], уретроцистографія в діагностиці СНС має другорядне значення, а за даними Stamey T.A. (1992) [34], Переверзева А.С. (2000) [10], – уретроцистографія в бічних проекціях має невелике значення у виборі показань до того чи іншого виду хірургічного втручання. Класифікація СНС за McGuire та спіавт. (1980) [32] базується на рентгенологічних та уродинамічних даних. Для практичного застосування пропонуємо нашу класифікацію стресового нетримання сечі (Табл.2), яка є модифікованою класифікацією Ganabathi K. та спіавт. (1994) [29] та враховує як клінічні прояви, пролапс тазових органів, так і уродинамічні дані.

Тип 0. Жінки скаржаться на нетримання сечі при напруженні, але при обстеженні на гінекологічному чи урологічному кріслі лікар не виявляє у жінки виділення сечі із зовнішнього отвору уретри в момент натужування чи кашлю (негативний стрес-тест, проба Вальсальви). Рентгенологічно чи за допомогою паличкового (Q-tip) тесту виявляють підвищену рухливість шийки сечового міхура та проксимального відділу уретри (при цьому зовнішній кінчик палички відхиляється вверх більш ніж на 30° за рахунок опущення міхурово-уретрального сегмента, що свідчить про погану м'язово-фасціальну підтримку сечового міхура та уретри). Відсутній пролапс тазових органів.

Тип I. У хворої при обстеженні виявляють виділення сечі із зовнішнього отвору уретри в момент кашлю чи натужування, гіпермобільність уретри, але відсутній пролапс тазових органів.

Тип II. У хворих з візуальним підтвердженням стресового нетримання сечі та гіпермобільністю уретри виявляють також пролапс

тазових органів (уретроцеле – опущення передньої стінки піхви із уретрою, цистоцеле – опущення передньої стінки піхви із сечовим міхуром, уретроцистоцеле – опущення передньої стінки піхви із сечовим міхуром та уретрою, метроцеле – опущення матки, ентероцеле –

опущення очеревини з її вмістом на рівні склепіння піхви, ректоцеле – опущення задньої стінки піхви), які не виходять за межі вульварного кільця (тип ІІА), або ж виходять (тип ІІБ) (Рис.3-8).

Таблиця 2

Класифікація стресового нетримання сечі

Тип	Характеристика
0	Типові ознаки гіпермобільності уретри при напруженні, але без документального підтвердження нетримання сечі, незважаючи на проведені проби (стрес-тест, проба Вальсальви). Відсутній пролапс тазових органів
I	Типові ознаки гіпермобільності уретри при напруженні з документальним підтвердженням нетримання сечі, але без пролапсу тазових органів
II	Теж саме, що при типі I, але з наявністю пролапсу тазових органів
II A	Стресове нетримання сечі з наявністю пролапсу тазових органів у межах піхви (вульварного кільця)
II Б	Стресове нетримання сечі з наявністю пролапсу тазових органів за межі піхви (вульварного кільця)
III	Недостатність функції сфінктерного апарату уретри. Звично відмічається виражене нетримання сечі при мінімальному напруженні
III A	Недостатність функції сфінктерного апарату уретри без гіпермобільності уретри та пролапсу тазових органів чи з гіпермобільністю уретри та наявністю пролапсу тазових органів в межах піхви (вульварного кільця)
III Б	Недостатність функції сфінктерного апарату уретри з гіпермобільністю уретри та наявністю пролапсу тазових органів за межі піхви (вульварного кільця)

Тип III. Недостатність сфінктерного апарату уретри, яка пов'язана з пошкодженням сфінктерного апарату уретри під час попередніх хірургічних втручань на піхві (у тому числі антистресових), тазових органах (видалення матки, яєчників), в результаті перенесених травматичних пологів, променевої терапії, нейрогенних уражень, гормональних змін чи вродженою недостатністю сфінктерного апарату уретри. При уродинамічному дослідженні виявляють низькі показники затульного тиску уретри, абдомінального порогового тиску підтікання сечі (ALPP) та зворотного тиску уретри (URP).

Тип IIIA характеризується недостатністю функції сфінктерного апарату уретри без гіпермобільності уретри та пролапсу тазових органів чи з гіпермобільністю уретри та наявністю пролапсу тазових органів в межах вульварного кільця і не вимагає хірургічної корекції пролапсу, а лише слінгової операції. **Тип IIIB** характеризується недостатністю функції сфінктерного апарату уретри з гіпермобільністю уретри та наявністю пролапсу тазових органів за межі вульварного кільця і вимагає хірургічної корекції пролапсу одночасно із слінговою операцією.

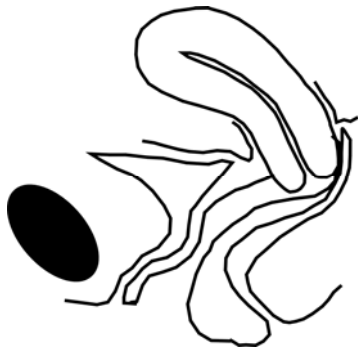


Рис.3. Схематичне зображення уретроцеле

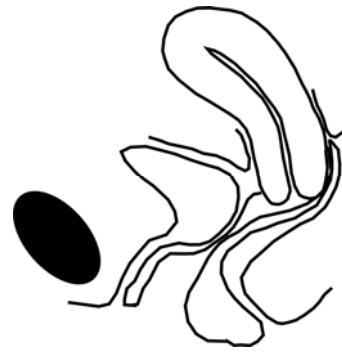


Рис.4. Схематичне зображення цистоцеле I ст.

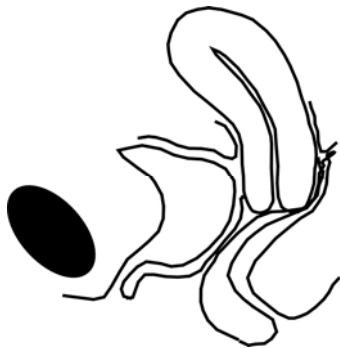


Рис.5. Схематичне зображення уретроцистоцеле II ст.

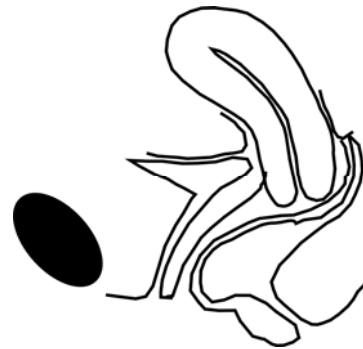


Рис.6. Схематичне зображення ректоцеле II ст.



Рис.7. Схематичне зображення метроцеле III ст.

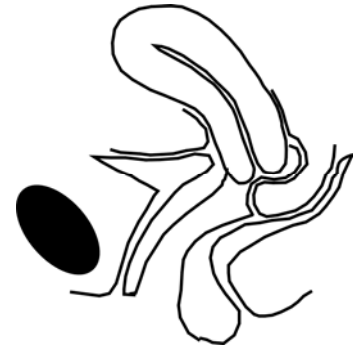


Рис.8. Схематичне зображення ентероцеле I ст.

Виявлення недостатності сфінктерного апарату уретри важливе для вибору методу хірургічного лікування. Якщо при типах 0, I, ПА стресового нетримання сечі достатньо відновити розташування шийки сечового міхура та проксимального відділу уретри у високому залобковому положенні, то при недостатності сфінктерного апарату уретри необхідно підвищити внутрішньоуретральний тиск шляхом стиснення уретри за допомогою субуретральних слінгів (Рис.10), ін'єкцій в підслизовий шар уретри блокуючих агентів або ж встановлення штучного сфінктера уретри. Тип ПБ вимагає хірургічної корекції пролапсу одночасно із антистресовою операцією

(застосовують «підвішуючі» піхву та проксимальний відділ уретри операції – абдомінальні кольпосуспензії та кольпопексії чи субуретральні слінги – трансобтураторний або ж пубо-вагінальний). Тип ПБ вимагає хірургічної корекції пролапсу одночасно із антистресовою операцією – виконанням субуретрального слінгу. Загальною тенденцією сьогодні є виконання субуретрального слінгу навіть при типах 0, I, ПА СНС, тому що не завжди за допомогою уродинамічних досліджень вдається достовірно встановити недостатність сфінктерного апарату уретри і немає гарантії, що цей стан не виникне після «підвішуючих» піхву та проксимальний відділ уретри

операцій. В Україні гінекологи користуються як Міжнародною 4-х ступеневою класифікацією пролапсу тазових органів [14], так і 3-х ступеневою за Маліновським [9]. У зв'язку зі складністю застосування для урологів Міжнародної класифікації пролапсу тазових органів POP – Q (Bump R.C. та співавт., 1996) [27], пропонуємо використовувати класифікацію за Baden W.F. – Walker T.A. (1972) [24] (Рис.9).

Класифікація пролапсу тазових органів за Baden-Walker (1972):

Ступінь 0. Нормальне положення тазових органів.

Ступінь 1. Опущення тазових органів на половину відстані до вульварного кільця.

Ступінь 2. Опущення тазових органів до вульварного кільця.

Ступінь 3. Опущення тазових органів на половину відстані нижче вульварного кільця.

Ступінь 4. Повне (максимальне) опущення тазових органів.

Пропонуємо записувати діагноз у хворі зі стресовим нетриманням сечі наступним чином з урахуванням нашої класифікації та за Тетрадовим А.Н. (1968) [20] (в дужках вказується вид пролапсу тазових органів за Baden-Walker [24]). СНС I ст., тип I – хвора втрачає сечу лише у вертикальному положенні, відсутній пролапс тазових органів. СНС I ст., тип ІА (цистоцеле І ст., ректоцеле І ст.) – хвора втрачає сечу лише у

вертикальному положенні та має початкові ступені пролапсу передньої та задньої стінок піхви. СНС II ст., тип ІІА – хвора втрачає сечу у вертикальному та горизонтальному положеннях, уродинамічні показники сфінктерного апарату уретри нижче норми, відсутній пролапс тазових органів. СНС II ст., тип ІІА (цистоцеле II ст., ректоцеле II ст., метроцеле II ст.) – хвора втрачає сечу у вертикальному та горизонтальному положеннях, уродинамічні показники сфінктерного апарату уретри нижче норми, відмічено пролапс передньої та задньої стінок піхви, а також матки до вульварного кільця.

Ретроспективний аналіз 265 жінок із СНС, які знаходились на стаціонарі в урологічному відділенні Вінницької обласної лікарні за останні 30 років, показав, що I ст. СНС за Тетрадовим А.Н. (1968) мала місце у 194 (73,2%) жінок, II ст. – 71 (26,8%); тип 0 зустрічався у 13 (4,9%) пацієнток, тип I – 201 (75,8%), тип ІА – 32 (12,1%), тип ІБ – 1 (0,4%), тип ІІА – 17 (6,4%), тип ІІБ – у 1 (0,4%). Змішане НС з переважанням стресового компонента відмічено у 36 (13,6%) жінок, пролапс тазових органів мав місце у 38 (14,3%) пацієнток. Стосовно консервативного лікування жінок із СНС без пролапсу тазових органів необхідно відмітити, що, згідно рекомендацій ІСІ, вони показані всім жінкам, незважаючи на ступінь тяжкості захворювання.

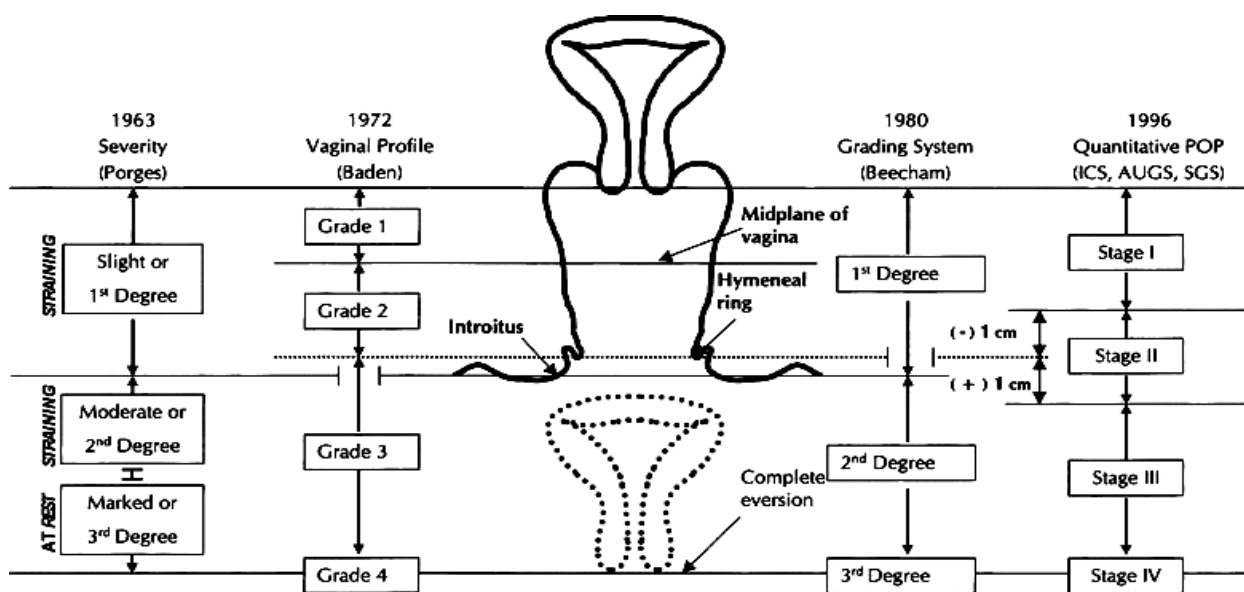


Рис.9. Схематичне зображення основних класифікацій пролапсу тазових органів [37]

Ми в своїй практиці неодноразово зустрічались із випадками одужання після консервативної терапії жінок із II ст. СНС за Тетрадо-

вим А.Н. (1968), а тому обов'язково проводимо скринінгове консервативне лікування всіх жінок із СНС, яке дозволяє приблизно у 50% досягти

одужання, у 25-30% – покращення і вибрати кандидатів для хірургічного втручання [4,18].

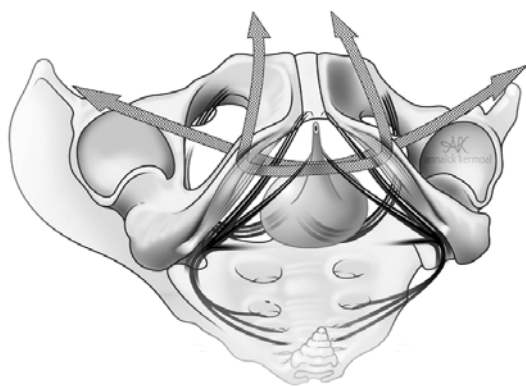


Рис.10. Схематичне зображення проведення проленової стрічки під уретрою за лоном в надлобкову ділянку (операція TVT) та через затульний отвір на стегно (операція TOT) при хірургічному лікуванні стресового нетримання сечі

При виборі виду хірургічного втручання з приводу СНС враховують наявність пролапсу тазових органів у жінки, функціональний стан сфінктерного апарату та гіпермобільність уретри, патологію та попередні акушерсько-гінекологічні втручання на органах таза (у тому числі і антистресові), вік та конституцію хворої, інформованість хворої про сучасні хірургічні методи лікування СНС та можливі ускладнення, досвід хірурга та його вибір виду хірургічного втручання, вартість сучасних наборів для виконання слінгових операцій. За даними літератури [28,30,33], ефективність слінгових операцій та операцій за Marchall-Marchetti-Krantz (ММК) (залонна кольпопексія) і Burch (залонна кольпосуспензія) однакова. Для покращення результатів хірургічного лікування жінок із СНС ми поєднуємо принципи операцій за ММК та Burch [18]. Особистий досвід та дані літератури дозволяють встановити наступні показання до залонної кольпопексії та кольпосуспензії у жінок із СНС: 1) відсутність пролапсу тазових органів та ураження сфінктерного апарату уретри; 2) як симультанна операція у жінок, яким показана абдомінальна гінекологічна операція; 3) як первинна операція у жінок із СНС при безуспішності консервативного лікування. Протипоказана залонна кольпопексія та кольпосуспензія у наступних випадках: 1) при порушенні функції сфінктерного апарату уретри та відсутності гіпермобільності уретри; 2) як монооперація при значному пролапсі тазових органів (III та IV ст. за

Baden-Walker); 3) при рецидиві СНС після залонної кольпопексії чи кольпосуспензії. У жінок з підвищеним індексом маси тіла залонне хірургічне втручання провести складніше через глибину рани. Наявність хірургічних втручань на органах таза в анамнезі, у тому числі і антистресових, граничні та низькі показники функціонального стану сфінктерного апарату уретри повинні схилити хірурга до виконання слінгової операції. За даними літератури [3,33,35], ефективність первинно виконаних малоінвазивних операцій TVT (Tension-free Vaginal Tape) та TOT (Transobturator Tape) така ж сама, як і залонної кольпопексії та кольпосуспензії. В останні роки віддають перевагу операції TOT, яка в порівнянні з операцією TVT дає значно менший відсоток інтраопераційних ускладнень (пошкодження сечового міхура, кишечника, судин та нервів, обструкції уретри) [3,12,33]. Для зменшення ускладнень створені міні-інвазивні набори для хірургічного лікування СНС (TVT-Secure, miniArc та ін.). Майже кожна країна має змогу випускати набір для виконання трансобтураторного слінгу. В Росії широке застосування знайшов набір УроСлінг (Линтекс, Санкт-Петербург) [12]. В 2009р. сумісно з ПП «Укртехмед» ми впровадили набір урологічний «Укртехмедслінг» для виконання трансобтураторного слінгу (inside-out техніка) [3,15]. Методика проведення стрічки представлена на рисунках 11-14 (*патент України на корисну модель №47332 «Спосіб проведення поліпропіленової стрічки при виконанні трансобтураторного слінгу у жінок із нетриманням сечі». Дата публікації 25.01.2010, бюл. №2*). Після проведення гвинтового перфоратора через рану піхви на стегно до дзьоба перфоратора прикріплюють поліхлорвінілову трубку та фіксують її шляхом прошивання атравматичною голкою з лавсановою лігатурою через отвір на дзьобі перфоратора. Зворотнім рухом виводять перфоратор в рану піхви, при цьому поліхлорвінілова трубка проводиться по рановому каналу. Від'єднують перфоратор від трубки шляхом пересічення лавсанової лігатури. Прошивають поліпропіленову стрічку (поліпропіленова сітка «Українська кольчуга» довжиною 45см та шириною 1,2см) одною із подвійних голок, а потім голки проводять через поліхлорвінілову трубку з внутрішнього боку на зовнішню поверхню, зрізають голки з лігатури, підтягуючи за кінці лігатури вводять стрічку в просвіт поліхлорвінілової трубки, зав'язують кінці лігатури ззовні трубки.

Тягнуть стегновий кінець поліхлорвінілової трубки, при цьому стрічка легко проводиться по каналу на стегно, де її від'єднують від трубки (Рис. 13). Повторюють подібну процедуру з лівого боку, при цьому використовують лівий перфратор та інший кінець поліпропіленової стрічки (Рис.14). Наповнюють сечовий міхур 250-300мл розчину фурациліну, підтягують кінці стрічки до припинення виділення сечі із зовнішнього отвору уретри при поштовхоподібних натисканнях надлобкової ділянки, зрізують кінці стрічки. Перший позитивний досвід, а саме відсутність ерозії піхви, загоєння рани піхви, рецидиву НС після виконання 7 трансобтураторних слінгів набором «Укртехмедслінг» в ранньому та пізньому (до 2 років) післяопераційному періодах дає оптимістичні сподівання на цю операцію з використанням поліпропіленової сітки (стрічки) українського виробника.

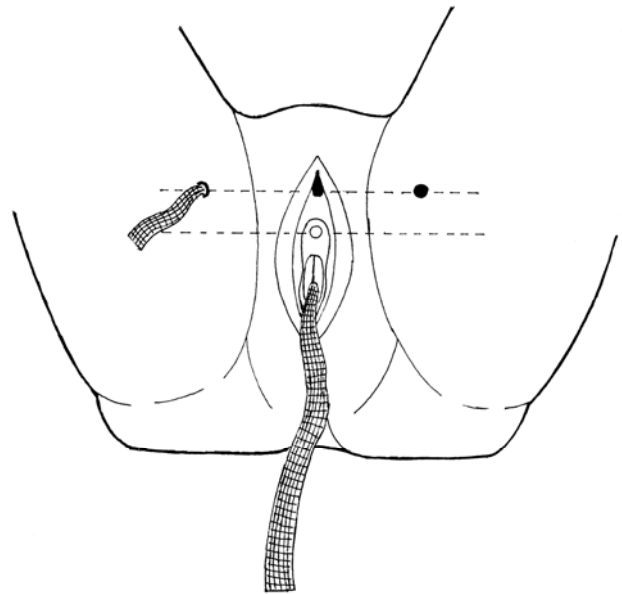


Рис.13. Проведення стрічки на стегно з правого боку

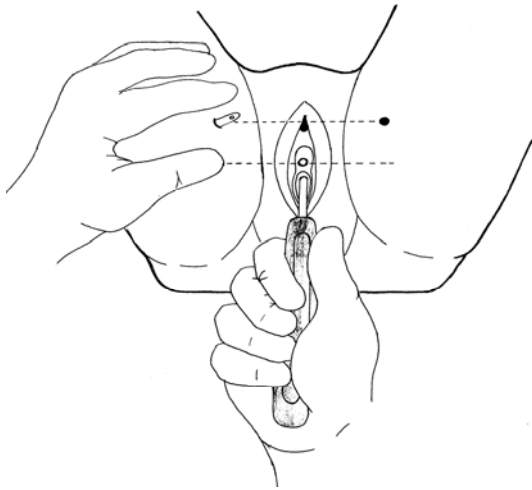


Рис.11. Проведення гвинтового перфратора через рану піхви на стегно

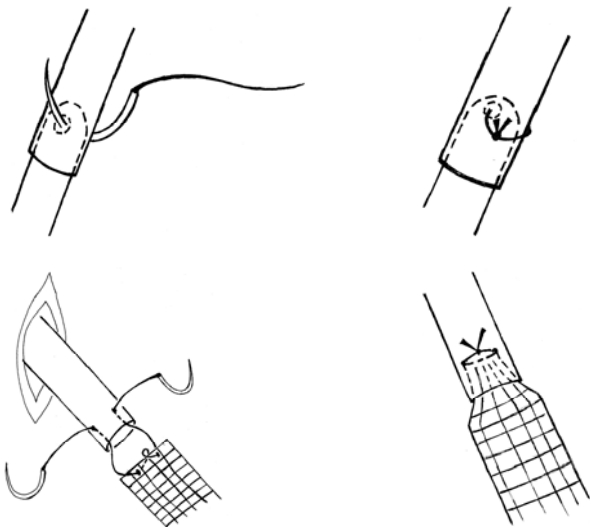


Рис.12. Схематичне зображення фіксації та проведення стрічки через затульний отвір

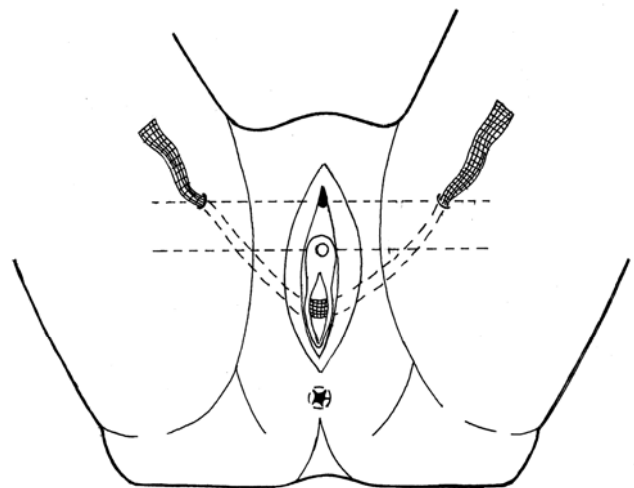


Рис.14. Проведення стрічки на стегно з обох боків

Список літератури

1. Александров В.П. Стрессовое недержание мочи у женщин / В.П. Александров, А.В. Куренков, Е.В. Николаева. – Санкт-Петербург: Издательский дом СПб МАПО. – 94с.
2. Аполихина И.А. Клиническая эпидемиология недержания мочи у женщин / И.А. Аполихина, А.И. Железнякова. – Клиническая гинекология: избранные лекции. (Под ред. проф. В.Н. Прилипской). – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – С.421 - 433.
3. Горовий В.І. Слінгові операції в хірургічному лікуванні жінок зі стресовим нетриманням сечі / В.І. Горовий, В.В. Толокін, М.І. Воронін. – Здоровье женщины, 2009. – №9(45). – С.202-205.
4. Горовий В.І. Застосування ендоуретральної та інтравагінальної електростимуляції сфінктерного апарату уретри та м'язів тазового дна при консервативному лікуванні стресового нетримання сечі у жінок / В.І. Горовий. – Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія, 2009. – №4(60). – С.24-26.
5. Горовий В.І. Досвід застосування портативної та малоінвазивної уродинамічної системи Gynecare Monitorr для діагностики нетримання сечі у жінок / В.І. Горовий, В.П. Головенко, О.А. Сміюха. – Урологія, 2010. – №2(53). – С.63-69.
6. Зайцев В.І. Нетримання сечі та гіперактивний сечовий міхур / В.І. Зайцев, Б.Ф. Мазорчук, В.І. Горовий. – Акушерство і гінекологія: Підручник для сімейних лікарів. (Мазорчук Б.Ф., Жученко П.Г.). – К.: ДП Редакція журналу «Землепорядний вісник», 2007. – Розділ 16. – 2т. – С.389-420.
7. Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии / Д.В. Кан. – 2-е изд. – М.: Медицина, 1986. – С.382 - 439.
8. Лернер Г.Я. Оперативное лечение частичного недержания мочи у женщин методом позадилонной вагинопексии (Методические рекомендации) / Г.Я. Лернер. – Тюмень, 1990. – 18с.
9. Хирургическая коррекция пролапса гениталий / [Памфамиров Ю.К., Рыбалка А.Н., Заболотнов В.А., Карапетян О.В.]. – Медицинские аспекты здоровья женщины, 2011. – №2(41). – С.74-76.
10. Переверзев А.С. Клиническая урологинекология / А.С. Переверзев. – Харьков: Факт, 2000. – 360с.
11. Переверзев А.С. Недержание мочи у женщин / А.С. Переверзев. – Актуальные проблемы урогинекологии: Материалы трудов IX областной конференции урологов и гинекологов с международным участием. – Харьков, 2001. – С.8-37.
12. Петров С.Б. Урослинг в позадилонном и трансобтураторном положении: трехлетний опыт малоинвазивного хирургического лечения стрессового недержания мочи у женщин / С.Б. Петров, А.В. Куренков, Д.Д. Шкарупа. – Журнал акушерства и женских болезней, 2009. – Том LVIII, выпуск 1. – С.33-37.
13. Пирогов В.О. Протокол надання допомоги. Інше уточнене нетримання сечі. Стресове нетримання сечі / В.О. Пирогов, Н.А. Севастьянова. – Урологія. Діючі протоколи надання медичної допомоги. (За редакцією проф. С.П. Пасєчникова). – К.: Тов. «Доктор-Медіа», 2011. – С.406-409.
14. Проценко О.О. Проблема стандартизації термінології випадіння жіночих статевих органів та розладів тазового дна / О.О. Проценко, М.И. Драчевська. – Педіатрія, акушерство та гінекологія, 2002. – №5. – С.81-85.
15. Проценко О.О. Трансобтураторний субуретральний слінг – малоінвазивний метод лікування стресового нетримання сечі у жінок / О.О. Проценко, В.І. Горовий. – Андрологія та сексуальна медицина, 2011. – № 1. – С.45-46.
16. Рекомендації Європейської Асоціації урологів / Рекомендації щодо нетримання сечі. – Видання Асоціації урологів України, 2006. – С.66-76.
17. Сакалаускене Л.Ю. Динагностика частичного недержания мочи у женщин: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.Ю. Сакалаускене. – Каунас, 1962. – 20с.
18. Стресове нетримання сечі у жінок / [Горовий В.І., Головенко В.П., Проценко О.О. та ін.]. – Вінниця: РВВ ВАТ «Віноблдрукарня», 2003. – 304с.
19. Терещенко А.С. Рациональные средства реабилитации недержания мочи у женщин / А.С. Терещенко. – Concilium medicum Ukraina, 2010. – Т.4, №6. – С. 23-24.

20. Тетрадов А.Н. Недержание мочи при напряжении у женщин / А.Н. Тетрадов. – Кишинев: Картя Молдовеняскэ, 1968. – 208с.
21. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from standardization subcommittee of the International Continence Society / [Abrams P., Cardozo L., Fall M. et al.]. – *Neurourology and urodynamics*, 2002. – Vol.21. – P.167-178.
22. Abrams P. Understanding stress urinary incontinence / P. Abrams, W. Artibani. – Liege, Belgium: Ismar Healthcare, 2004. – 96p.
23. Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapsed and faecal incontinence / [Abrams P., Andersson K.E., Birder L. et al.]. – *Incontinence*. (Abrams P., Cardozo L., Khoury S., Wein A.). – 4 th. ed. – Health Publication Ltd., 2009. – P.1767-1820.
24. Baden W.F. Physical diagnosis in the evaluation of vaginal relaxation / W.F. Baden, T.A. Walker. – *Clin. Obstet. Gynecol.*, 1972. – Vol.15. – P.1055-1069.
25. Blaivas J.G. Stress incontinence: classification and surgical approach / J.G. Blaivas, C.A. Olsson. – *J. Urol.*, 1988. – Vol.139. – P.727-731.
26. Blaivas J.G. Urinary incontinence: pathophysiology, evaluation, treatment, overview and nonsurgical management // *Campbell's Urology* / J.G. Blaivas, L.J. Romauzi, D.M. Heritz. – Philadelphia: W.B. Saunders, 1998. – P.1007-1043.
27. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction / [Bump R.C., Mattiasson A., Brubaker L.P. et al.]. – *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1996. – Vol.175. – P.7-10.
28. Chapple C.R. Retropubic suspension surgery for incontinence in women / C.R. Chapple. – *Walsh Urology*, 2007. – CD, Elsevier Saunders.
29. Ganabathi K. Evaluation of voiding dysfunction / K. Ganabathi, P. Zimmern, G.E. Leach. – *Geriatric Urology*. – O'Donnell P.D. – Boston: Little, Brown and Company, 1994. – P.203-219.
30. Guideline for the surgical management of female stress urinary incontinence: 2009 update / [Appell R.A., Dmochowski R.R., Blaivas J. M. et al.]. – American Urological Association, 2009. – 44p.
31. Ingelman Sundberg A. Urinary incontinence in women, excluding fistulas / A. Ingelman Sundberg. – *Acta. Obstet. Gynec. Scand.*, 1952. – Vol.31. – P.266 - 273.
32. The value of urodynamic testing in stress urinary incontinence / [McGuire E.J., Lytton B., Korhorn E.I., Pepe V.]. – *J. Urol.*, 1980. – Vol.124. – P.256-258.
33. Surgery for urinary incontinence in women / [Smith T., Chang D., Dmochowski R. et al.]. – Health Publication Ltd., 2009. – P.1191-1272.
34. Stamey T.A. Urinary incontinence in female: the Stamey endoscopic suspension of the visical neck for stress urinary incontinence / T.A. Stamey. – *Campbell's Urology*. (Edited by Walsh P.C. et al.) – Vol.3. – Philadelphia: W.B. Saunders, 1992. – P.2829-2850.
35. Guidelines on urinary incontinence / [Thuroff S., Abrams P., Andersson K.E. et al.]. – EAU Guidelines, 2010. – 56p.
36. Недержание мочи / [Thuroff S., Abrams P., Andersson K.E. et al.]. – Клинические рекомендации Европейской Ассоциации Урологов, 2010. – С.3-40.
37. Silva W.A. Vaginal surgery for incontinence and prolapse / W.A. Silva, M.M. Karram. – Springer, 2006. –vol.4. – P.35-54.

Реферат

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КЛАССИФИКАЦИИ И ЛЕЧЕНИЯ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

В.И. Горовой

В статье представлен алгоритм первичного

Summary

MODERN PRINCIPLES OF DIAGNOSTIC AND TREATMENT OF WOMEN WITH URINARY INCONTINENCE. SOME ASPECTS OF CLASIFFICATION AND TREATMENT WOMEN WITH STRESS URINARY INCONTINENCE

V.I. Gorovy

Algorithm of initial and specialized investigation

и специализированного обследования и лечения женщин с недержанием мочи, рекомендованный Международной консультацией по недержанию мочи (ICI), а также определение основных видов недержания мочи Международным обществом по изучению удержания мочи (ICS). Дана собственная классификация стрессового недержания мочи с учетом тяжести клинического проявления заболевания, пролапса тазовых органов и уродинамических данных, а также тактика лечения пациенток согласно типам стрессового недержания мочи. Описаны основные виды и степень пролапсов тазовых органов по классификации Baden-Walker (1972). Пролапс тазовых органов отмечен у 38 (14,3%) из 265 больных, которые лечились в урологическом отделении за последние 30 лет. Описаны современные методы хирургического лечения стрессового недержания мочи и трансобтураторный субуретральный слинг набором «Укртехмедслинг», разработанным совместно с ЧП «Укртехмед». Выполнено 7 трансобтураторных слингов набором «Укртехмедслинг» без осложнений в раннем и позднем (до 2 лет) послеоперационном периодах.

Ключевые слова: недержание мочи у женщин, стрессовое недержание мочи, алгоритм обследования и лечения, трансобтураторный субуретральный слинг «Укртехмедслинг».

and treatment of women with urinary incontinence recommended by International Consultation on Incontinence (ICI) and definition of basic types of urinary incontinence recommended by International Continence Society (ICS) were shown in article. Own classification stress urinary incontinence with using clinical severity of disease, prolapse of pelvic organs, urodynamic records and treatment tactic according different types of stress urinary incontinence were given. Basic types of pelvic organs prolapse according classification Baden – Walker (1972) were written. Prolapse of pelvic organs was noted in 38 (14.3%) from 265 patients who were treated in urological department for the last 30 years. Modern methods of surgical treatment of stress urinary incontinence and using unit “Ukrtechmedsling” for performing of transobturator sling which was produced together with “Ukrtechmed” were written. Seven transobturator sling operations were performed by using unit “Ukrtechmedsling” without complications in early and late (for 2 years) period.

Key words: urinary incontinence in women, stress urinary incontinence, algorithm of investigation and treatment, transobturator suburethral sling “Ukrtechmedsling”.