

При анализе амплитуды интерференционной ЭМГ и вызванных мышечных потенциалов во 2 группе выявлено ее увеличение.

При использовании новой технологии выявлено улучшение пульсового кровенаполнения нижних конечностей и процессов микроциркуляции (повышение реографического индекса с $0,052 \pm 0,004$ до $0,068 \pm 0,007$ Ом, снижение модуля упругости с $14,08 \pm 0,56$ до $12,21 \pm 0,83\%$, снижение диастолического индекса с $55,38 \pm 4,22$ до $47,78 \pm 3,17\%$). Влияние на региональную гемодинамику в группе Т было значимым для 38% больных, в группе М — только для 15%. Уменьшение степени асимметрии кожной температуры конечностей в 1 и 2 группах зарегистрировано у 65% больных (максимальный подъем показателя составил $2,4—3,6^{\circ}\text{C}$), в группе Т — у 42% (на $1,6—2,7^{\circ}\text{C}$).

В группе М отсутствие положительной динамики отмечено у 74% пациентов.

Непосредственная эффективность применения тракций в 1 группе составила 85%, во 2 группе — 88%, в группах Т и М — 65 и 56%. Сохранение клинического эффекта в 1 группе составило $14,3 \pm 0,8$ мес., во 2 — $12,6 \pm 0,7$ мес., в контрольных группах Т и М — соответственно $7,2 \pm 0,5$ и $3,7 \pm 0,4$ мес.

Таким образом, результатом применения новой медицинской технологии с использованием установки механотерапевтической «Ормед» является восстановление трудоспособности (снижение количества дней нетрудоспособности в 2,3 раза), повышение бытовой активности больных и соответственно повышение качества их жизни.

Литература

1. Ваганова С. Н., Варсегова Т. Н., Копкова Н. В. и др. // Гений ортопед. - 2001. - № 2. - С. 90-91.
2. Вельховер Е. С., Бадалян Л. О., Скворцов И. А. и др. // Журн. невропатол. и психиатр. — 1985. - № 3. - С. 354-359.
3. Ежов В. В., Андрияшек Ю.И. // Физиотер., бальнеол. и реабил. - 2010. - №3. - С. 33-34.
4. Епифанов В. А., Епифанов А. В. Восстановительное лечение при заболеваниях и повреждениях позвоночника. - М., 2008.
5. Зиняков Н. Н., Зиняков Н. Т. // Вопр. курортол. - 2009. - № 2. - С. 13-15.
6. Креймер А. Я. Вибрационный массаж при заболеваниях нервной системы. - Томск, 1988.
7. Медицинская технология "Вибротракции в лечении деформирующих дорсопатий" (рег. удостоверение № ФС 2009/174). - сайт Росздравнадзора.
8. Мирютова Н. Ф. Физиотерапия дискогенных неврологических синдромов. - Томск, 2010.
9. Петухов В. Н. // Вестн. травматол. и ортопед. - 2000. - № 3. - С. 50-54.
10. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации: рук-во для врачей и научных работников [под ред. А. Н. Беловой, О. Н. Щепетовой]. - М., 2002.
11. Dowd G. C., Rusich G. P., Connolly E. S. // Neurosurg. Quart. - 1998. - Vol. 8, №2. - P. 140-160.
12. Kekosz V. N. // Postgrad. Med. - 1986. - Vol. 80, №8. - P. 187-194.

Координаты для связи с автором: Мирютова Наталья Федоровна – доктор мед. наук, науч. рук. отделения патологии опорно-двигательного аппарата Томского научно-исследовательского института курортологии и физиотерапии, e-mail: ormed@ormed.ru.



УДК 616.62-008.222:612.017.2]-055.2-089.001.8

А.Г. Антонов

КОРРЕКЦИЯ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН ТРАНСОБТУРАТОРНЫМ СЛИНГОМ TVT – О

Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, д. 35,
тел.: 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;
Городская клиническая больница № 10, 680033, ул. Тихоокеанская, д. 213, тел.: 8-(4212)-78-41-52, г. Хабаровск

Резюме

Цель исследования – изучить эффективность хирургической коррекции стресс - инконтиненции у женщин трансобтураторным слингом TVT – О. На основании 80 операций по данной методике проведен анализ ближайших и отдаленных результатов лечения и возникших осложнений. Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности и безопасности операции TVT – О при стрессовом недержании мочи у женщин.

Ключевые слова: стрессовое недержание мочи, операция TVT – О.

STRESS-INDUCED URINE INCONTINENCY IN WOMEN AND ITS CORRECTION BY TRANSOBTURATIVE SLING TVT – O

*The Far Eastern state medical university, Khabarovsk
Municipal hospital № 10, Khabarovsk*

Resume

The goal of the research was to study the efficacy of surgical correction of stress-induced incontinency in women using transobturative sling TVT – O. We have performed 80 operations using this method analyzing postoperative outcomes, remote results and complications. The received results give evidence on a high efficacy of this operation safety in stress-induced urine incontinence in women.

Key words: stress-induced urine incontinence, operation TVT – O.

Одной из актуальных проблем в современной урогинекологии остается диагностика и лечение стрессового недержания мочи (СНМ) или недержания мочи при напряжении у женщин.

Недержание мочи не ведет к летальному исходу или серьезным нарушениям общего состояния; пациентки внешне мало отличаются от окружающих их людей. Однако большое число наших соотечественниц, тем не менее, лишены радостей полноценной здоровой жизни; они не могут длительное время находиться в общественных местах, посещать театр, осуществлять прогулки [2]. Социальная дезадаптация, безусловно, оказывает негативное влияние на качество жизни пациенток и представляет актуальную медико-социальную проблему.

СНМ чаще всего встречается в возрасте от 35 до 60 лет. Среди различных видов недержания мочи у женщин СНМ составляет от 18 до 78% [3, 7, 11]. Однако следует отметить, что в России только около 4% страдающих СНМ женщин обычно обращаются к врачу [4].

Международное общество по проблемам недержания (The International Continence Society) определяет недержание мочи при напряжении, или стрессовое недержание мочи (SUI, stress urinary incontinence), как ее непроизвольное истечение во время физической нагрузки, напряжения, при чихании или кашле. J. Blaivas и С. Olsson (1988) разработали классификацию SUI, которая рекомендована к применению Международным обществом по изучению удержания мочи [8] и состоит из 4 типов.

При 0 и I типе предпочтение отдается консервативному методу лечения. Для коррекции II и III типов СНМ ведущим считается хирургическое лечение [5, 12].

В настоящее время разработано и модифицировано более 200 различных методов хирургической коррекции стресс-инконтиненции, которые можно разделить на 4 основные группы:

- 1) операции, восстанавливающие нормальную пузырно-уретральную анатомию влагалищным доступом;
- 2) операции, относящиеся к так называемым позадилобным уретроцистоцервикопексиям в разных модификациях;
- 3) операции, корректирующие пузырно-уретральную анатомию и фиксирующие мышечно-связочный аппарат;

4) slingовые (петлевые) операции в различных модификациях [1].

В 2003 г. De Leval предложил модификацию трансобтураторного доступа установки петли (техника TVT-O Tension-free vaginal tape-obturator) [11].

Это одна из разновидностей slingовых операций, суть которой заключается в антеградном проведении синтетической проленовой петли в разрез слизистой оболочки влагалища над зоной средней трети уретры через запирающие отверстия на внутреннюю поверхность бедер (рис. 1-5).

В соответствии с материалами клинических наблюдений показатели эффективности лечения или улучшения состояния пациенток от 1 г. до 5 лет после операции TVT – O составляют от 69,6 до 87,4 – 97,4% [6, 9, 13, 14].

Материалы и методы

С 2006 по 2011 г. операция TVT – O, при стрессовом недержании мочи, выполнена 80 пациенткам. Средний возраст 53 г. С целью диагностики стрессового недержания мочи и обоснованности последующего оперативного лечения пациенткам проведено: оценка жалоб и анамнеза, клиническое обследование – дневник мочеиспускания, лабораторные анализы, влагалищное исследование с определением симптома «кашлевого толчка», цистоуретроскопия, восходящая цистография (стоя и лежа с напряжением), ультразвуковое исследование с определением объема остаточной мочи, урофлоуметрия.

Оперативное лечение проводилось по общепринятой методике набором «Johnson and Johnson» у 68 пациенток (85%) и отечественной петлей «Уро-Слинг» инструментом Уро-Фикс объединения «Линтекс» (Санкт-Петербург) у 12 пациенток (15%). Средняя длительность операции – 15-20 мин с установкой катетера Фолея, который удалялся на следующие сутки после операции. Средняя длительность пребывания после операции – 3 дня. Контрольное обследование проводилось на 2, 7 и 30 сут после операции.

Результаты и обсуждение

При диагностике характера недержания мочи установлено, что стрессовое недержание мочи в «чистом» виде было у 64 пациенток (80%). Смешанная форма – у 16 (20%), стрессовое недержание с признаками гиперактивного мочевого пузыря.



Рис. 1. Разметка выкола игл при проведении петли



Рис. 4. Вид после завершения операции

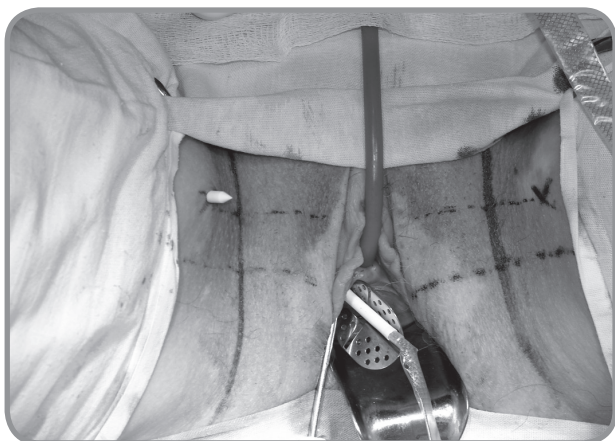


Рис. 2. Проведение петли через правое obturatorное отверстие



Рис. 5. Схематическое расположение петли

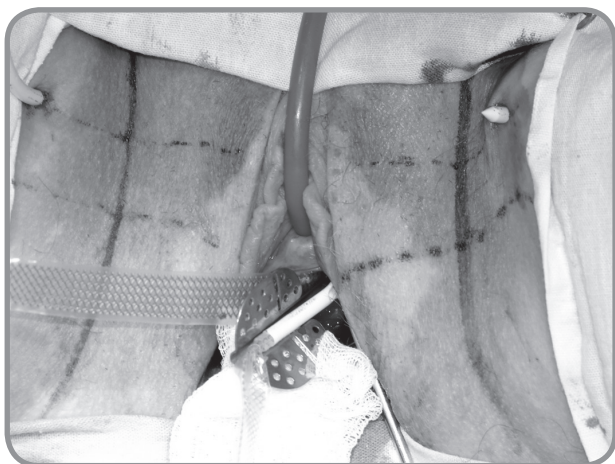


Рис. 3. Петля проведена через оба obturatorных отверстия

Устранение симптомов недержания мочи при напряжении, после операции в течение 1 мес., получено у 98% оперированных. При этом различия эффективности, в зависимости от производителя синтетической петли, не получено. Справедливости ради необходимо отметить, что иглы Уро-Фикс, которыми мы пользовались, технически недоработаны и вызывали дискомфорт во время проведения петли.

В одном случае эффекта не наступило. При ретроспективном анализе клинической картины и техники оперативного лечения объяснения этому факту мы не нашли.

В ряде случаев отмечены осложнения. Так, у одной пациентки (1,3%) произошла перфорация слизистой влагалища в области свода на участке до 1,5 см. Осложнение распознано интраоперационно и устранено рассечением слизистой влагалища под петлей и погружением последней в подслизистый слой. У 8 оперированных (10%) имел место разной степени выраженности болевой синдром в одной из нижних конечностей. Данная ситуация расценена нами как отек obturatorного нерва в результате контакта с ним во время проведения петли. Коррекция проводилась введением препарата «Диклофенак» 1 раз в сут от 1 до 3 дн. с полной ликвидацией последствий. Наличие остаточной мочи от 50 до 100 мл на вторые сутки после операции наблюдалось у 32 больных (40%), более 150 мл – у 4 (5%). Остаточная моча от 50 до 100 мл на седьмые сутки после операции имела место у 12 пациенток (15%) и более 150 мл – у 2 (2,5%). Через месяц после операции остаточная моча не превышала 30 мл у 78 (97,5%) оперированных, у одной – 70 мл и одной – 200 мл.

Через один месяц после операции из 16 пациенток, имевших смешанную форму недержания мочи, у 6 (37,5%) симптомы гиперактивного мочевого пузыря не диагностированы. Потребовалось дополнительное назначение медикаментозного лечения холинолитиками 8 (62,5%) пациенткам.

Инфекционных осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось.

В сроки от 6 мес. до 3 лет после операции повторно были обследованы 23 пациентки (29%). У всех обследованных сохранялся положительный эффект от операции – удержание мочи при напряжении и физической нагрузке. Остаточная моча в пределах нормы – у 22 обследованных. У одной пациентки отмечалось снижение остаточной мочи с 200 мл (1 мес. после операции) до 70 мл (через год), однако сохранялось затрудненное мочеиспускание и невозможность мочеиспускания сидя. У пациентки было диагностировано опущение гениталий 2 стадии по классификации POP-Q и произведена хирургическая коррекция совместно с гинекологами. Признаки обструктивного мочеиспускания ликвидированы.

Выводы

1. У пациенток с инконтиненцией необходимо проводить комплексное обследование для четкого определения типа недержания и обоснованности последующего оперативного лечения.

2. TVT – О при коррекции стрессового недержания мочи у женщин является операцией выбора и имеет ряд преимуществ: достаточная эффективность, безопасность, короткое пребывание в стационаре.

3. Данный вид операции в кратчайшие сроки позволяет восстановить качество жизни пациенток и вернуть их к полноценной социальной жизни.

Литература

1. Ермакова Е.И. Новый подход к лечению стрессового недержания мочи у женщин в менопаузе // *Consilium medicum*. - 2007. - Т. 9, № 6. - С. 57-59.
2. Лоран О.Б. Эпидемиология, этиология, патогенез, диагностика недержания мочи: материалы Пленума Правления Российского общества урологов. - М., 2001. - С. 21-41.
3. Переверзев А.С. Клиническая урогинекология. - Харьков Факт, 2000. - С. 212.
4. Пушкарь Д.Ю., Тевлин К.П. Диагностика и лечение недержания мочи при напряжении у женщин // *Consilium medicum*. - 2001. - Т. 3, № 7. - С. 322-325.
5. Пушкарь Д.Ю., Тевлин К.П., Годунов Б.Н. Недержание мочи у женщин: операция TVT // *Consilium medicum*. - 2002. - Т. 4, № 7. - С. 355-358.
6. Abdel-Fattah M., Ramsay I., Pringle S., Hardwick C., Ali H., Young D., Mostafa A. Evaluation of transobturator tension-free vaginal tapes in management of women with recurrent stress urinary incontinence // *Urology*. - 2011. - Vol. 77(5). - P. 1070-1075.
7. Ambert I., Radu M.T., Constantin T.V., Jinga V., Badescu D. The treatment of the stress urinary incontinence using the “tension free” transvaginal or transobturator tapes – the experience of the Urology Clinic of “Prof. Dr. Th. Burghel” Clinical Hospital, Bucharest, Romania between 2004–2008. *Eur Urol*. - 2009. - Vol. 8. - P. 665-666.
8. Blaivas J.G., Olsson C.A. Stress incontinence: classification and surgical approach // *J. Urol*. - 1988. - Vol. 139(4). - P. 727-731.
9. Cheng D., Liu C. Tension-free vaginal tape-obturator in the treatment of stress urinary incontinence: a prospective study with five-year follow-up // *Eur J. Obstet Gynecol Reprod Biol*. - 2012. - Vol. 161(2). - P. 228-231.
10. De Lancey J.O.L. Practical urogynecology. - Baltimore: Williams & Wilkins, 1996. - P. 399.
11. De Leval J. Novel surgical technique for the treatment of female stress urinary incontinence: transobturator vaginal tape inside-out // *Eur Urol*. - 2003. - Vol. 44(6). - P. 724-730.
12. Nilsson C.G., Kuuva N. The tension-free vaginal tape procedure is successful in the majority of women with indications for surgical treatment of urinary stress incontinence // *Brit J. Obst. Gynaecol*. - 2001. - Vol. 108. - P. 414-419.
13. Palva K., Rinne K., Aukee P., Kivelä A., Laurikainen E., Takala T., Valpas A., Nilsson C.G. A randomized trial comparing tension-free vaginal tape with tension-free vaginal tape-obturator: 36-month results // *Int Urogynecol J*. - 2010. - Vol. 21(9). - P. 1049-1055.
14. Rajendra M., Han H.C., Lee L.C., Tseng L.A., Wong H.F. Retrospective study on tension-free vaginal tape obturator (TVT-O) // *Int Urogynecol J*. - 2012. - Vol. 23(3). - P. 327-334.

Координаты для связи с автором: Антонов Александр Геннадьевич – доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой урологии и нефрологии ДВГМУ, зав. отделением урологии Городской клинической больницы № 10, тел.: 8-(4212)-78-41-52, e-mail: antonovs@rambler.ru.

