

Методика «симуляционной операции» разработана с лечебной и диагностической целями и направлена на выбор пациентов с опущением стенок влагалища 1–2-й стадий и ГАМП, кому с целью лечения ГАМП может быть проведено хирургическое лечение (пликация крестцово-маточных/кардинальных связок).

Цель. Определить роль «симуляционной операции» в выборе тактики лечения пациенток с ГАМП.

Материалы и методы. В исследование включены 56 пациенток с опущением передней или задней стенок влагалища 1–2-й стадий ГАМП, в анамнезе не получивших эффекта от применения М-холинолитиков. Всем больным выполнялась «симуляционная операция», заключающаяся в тампонировании влагалища стерильной марлевой салфеткой. С помощью салфетки достигалась механическая поддержка тазовых органов и стенок влагалища, что сопровождалось уменьшением натяжения связок и, как следствие, подавлением механизма, активирующего рецепторы растяжения и запуск рефлекса мочеиспускания. Предполагается тот же механизм действия и при хирургической операции (пликации крестцово-маточных/кардинальных связок). Оценка результатов пробы производилась через 24 часа от момента установки салфетки во влагалище на основании регистрации субъективных изменений и результатов заполнения 24-часовых дневников

мочеиспускания до и после установки тампона. В случае уменьшения частоты мочеиспускания, частичном или полном устранении ургентности и ноктурии проба считалась положительной и пациенткам в дальнейшем проводилось хирургическое лечение (пликация кардинальных/утеросакральных связок). Оценка эффективности операции проводилась через 1 месяц после хирургического лечения по результатам заполнения 48-часовых дневников мочеиспускания.

Результаты. За исследуемые 24 часа во время проведения пробы с тампонированием частота мочеиспускания в дневное время снизилась с 12,78 (8–22) до 7,16 (5–11), ночью с 2,84 (1–9) до 0,81 (0–2). При этом у 48 (85,7 %) из 56 пациенток полностью исчезли эпизоды неудержания мочи на фоне императивного позыва. Сравнимы с полученными результаты дневников мочеиспускания через 1 месяц после хирургического лечения: частота мочеиспускания в дневное время составила 7,25 (5–10), ночью 1,06 (0–3). Эпизоды неудержания мочи на фоне императивного позыва устранены у 52 (92,9 %) пациенток.

Выводы. «Симуляционная операция» может быть использована как лечебно-диагностическая процедура, позволяющая уменьшить эпизоды ургентности у женщин с ПТО 1–2-й стадий и ГАМП, а также спрогнозировать результат хирургического лечения ГАМП у данной категории пациенток.

НОВЫЙ СТАНДАРТ ЛЕЧЕНИЯ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН: РЕГУЛИРУЕМЫЙ ТРАНСОБТУРАТОРНЫЙ СУБУРЕТРАЛЬНЫЙ СЛИНГ

© Д.Д. Шкарупа^{1,2}, Н.Д. Кубин¹, А.О. Зайцева¹, Е.А. Шаповалова¹, О.Ю. Старосельцева¹

¹ ФГБУ «Санкт-Петербургский многопрофильный центр» МЗ РФ (г. Санкт-Петербург);

² ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» (г. Санкт-Петербург)

Введение. Синтетические субуретральные слинги для лечения стрессового недержания мочи (СНМ) используются уже более 20 лет и завоевали широкую популярность среди хирургов всего мира благодаря простоте техники и высокой эффективности. Тем не менее

исход операции порой зависит от степени натяжения слинга: величины, выбираемой хирургом зачастую умозрительно. Нарушение баланса между излишне свободным положением петли и ее чрезмерным натяжением приводит к недостаточной результативности

операции или, напротив, развитию инфравезикальной обструкции. Это подтверждается широким разбросом показателей объективной эффективности (62–98 %) и высокой частотой развития обструктивного мочеиспускания — в среднем 7,3 % (0–33,9), причем до 2,3 % случаев требуют повторного оперативного вмешательства. Существующие регулируемые системы для лечения СНМ в настоящее время не получили широкого распространения и в основном используются в осложненных случаях. **Целью** нашего исследования явилась оценка объективных и субъективных результатов оперативного лечения СНМ с использованием регулируемого субуретрального слинга Урослинг (Линтекс).

Материалы и методы. Проспективное нерандомизированное исследование проводилось в период с января 2015 по июнь 2016 г. Имплантация регулируемого субуретрального слинга трансобтураторным доступом была выполнена 157 женщинам с уродинамически подтвержденным СНМ. Операция проводилась по классической методике in-out, описанной D. Leval. На завершающем этапе операции концы ленты не обрезались и прятались под повязку. Простая конструкция слинга позволяет осуществлять регулировку его положения в течение 2 дней после операции. Увеличение натяжения производится путем подтягивания дистальных концов эндопротеза, а уменьшение — при помощи тракции за специальные регулировочные петли в центральной части протеза, выведенные через основной разрез на передней стенке влагалища. На следующий день после операции на основании кашлевой пробы и данных урофлоуметрии выполнялась окончательная регулировка положения протеза до полного удержания. Пред- и послеоперационное обследование включало анамнез заболевания, влагалищный осмотр, оценку кашлевой пробы в кресле и стоя, уродинамическое исследование, выполнение урофлоуметрии с последующим определением объема остаточной мочи и заполнение опросников UDI-6, UIQ-7, ICIQ-SF, PISQ-12. Средний срок послеоперационного наблюдения составил $12,25 \pm 2,25$ месяца.

Результаты. Средняя длительность операции составила $12,68 \pm 3,37$ мин. Средний объем интраоперационной кровопотери —

$57,3 \pm 16,7$ мл (10–80). Средняя длительность госпитализации составила $2,71 \pm 0,62$ (2–4) койко-дня. На следующий день после операции 65 (41,40 %) пациенткам была выполнена регулировка эндопротеза. В 53 случаях (33,7 %) потребовалось увеличение степени натяжения слинга в связи с сохраняющимся подтеканием мочи при проведении кашлевой пробы, причем у 7 (4,45 %) пациенток кашлевая проба была положительная только в положении стоя. У 12 (7,64 %) пациенток по данным урофлоуметрии наблюдался обструктивный тип кривой, пиковая скорость мочеиспускания была < 12 мл/с, а объем остаточной мочи составлял > 100 мл. После ослабления натяжения ни у одной из пациенток не было признаков инфравезикальной обструкции. За время наблюдений не зафиксировано случаев интраоперационного повреждения уретры или мочевого пузыря, а также клинически значимого кровотечения. Объективная эффективность операции составила 96,17 % ($n = 151$). Развитие *de novo* ургентности и *de novo* ургентного недержания мочи наблюдалось у 4 (2,54 %) и 4 (2,54 %) пациенток соответственно. Случаев инфицирования и эрозий эндопротеза выявлено не было. Через 12 месяцев наблюдения не было отмечено значимого снижения пиковой скорости мочеиспускания ($p = 0,899$). При оценке субъективных результатов наблюдалось улучшение показателей UDI-6, UIQ-7, ICIQ-SF ($p < 0,001$). Абсолютное большинство пациенток (154, 98,09 %) отметили значительное улучшение качества жизни после операции.

Заключение. Методика установки регулируемого субуретрального слинга не отличается от классического способа проведения этой операции, не усложняет его и не увеличивает продолжительность операции. Она позволяет хирургу даже с небольшим опытом достичь оптимального натяжения слинга, получив максимальный результат, и избежать таких серьезных осложнений, как обструктивное мочеиспускание и задержка мочи. Наш опыт показывает, что возможность настройки слинга может в значительной степени улучшить результаты даже в неосложненных случаях. По мнению авторов, подобные системы в будущем могут стать новым стандартом лечения стрессового недержания мочи у женщин.