

ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

В работе проанализированы данные обследования и результаты хирургического лечения пациенток с такой распространенной патологией как стрессовая инконтиненция. Данные литературы и результаты собственных исследований позволяют авторам считать, что лечение стрессового недержания мочи должно основываться на индивидуальном подборе методов хирургической коррекции с учетом обширности поражения тазовой диафрагмы, степени пролапса гениталий, степени и типа недержания мочи, а также возраста больных, и может потребовать пересмотра стандартов хирургического лечения стрессовой инконтиненции.

В 1928 г. известный доктор *Howard Kelly*, первый профессор гинекологической клиники медицинской школы *Johns Hopkins*, так определил недержание мочи при напряжении: «Нет более тягостного страдания, чем недержание мочи. Постоянное подтекание омерзительной мочи, промачивающей насквозь одежду, делает пациентку противной для себя и семьи, изгоняет ее из общества». По данным европейской и американской статистики, около 45% женского населения в возрасте 40-60 лет отмечают симптомы непроизвольного выделения мочи. По данным Д.Ю. Пушкаря, симптомы недержания мочи встречаются у 38,6% женщин Российской Федерации. История хирургического лечения стрессовой инконтиненции насчитывает более 130 лет, и к настоящему времени предложено более 200 различных видов операций. Наиболее благоприятные результаты хирургического лечения недержания мочи при напряжении отмечены после проведения позадилоной кольпопексии (методики Раза, Берча). В 1991 г. опубликованы первые сообщения о лапароскопической версии кольпопексии по Берчу. Анализ отдаленных результатов показал высокий процент успешной коррекции стрессовой инконтиненции после лапароскопической позадилоной кольпопексии по Берчу или сочетания данной операции с вагинопексией синтетическими материалами (MESH). Несмотря на достаточно большое число хирургических клиник, где выполняется оперативная коррекция стрессовой инконтиненции, отношение к различным видам операций неоднозначно. Подвергаются сомнению преимущества того или иного вида операции, не

разрешены вопросы выбора доступа, способа фиксации тканей. Противоречиво отношение различных авторов к интерпретации роли анамнестических данных в механизме возникновения и развития недержания мочи при напряжении, также как и значение данных уродинамического исследования в выборе метода оперативного лечения. Отсутствие четкого алгоритма обследования больных и, как следствие, – четких показаний к выполнению именно данного вида вмешательства, недооценка важности уродинамического обследования, анамнестических данных – все это приводит к существенному количеству рецидивов инконтиненции и/или появлению специфических осложнений, связанных с неадекватной методикой операции.

С 1994 г. нами прооперированы 126 больных с наличием стрессовой инконтиненции, из которых у 62 выполнена операция Берча, 39 больных произведена вагинопексия синтетическим лоскутом (или MESH-вагинопексия), 11 – чрескожная позадилобковая уретровезиковагинопексия типа операции Перейры, 14 – вариант sling-операции – минимизированный sling (*min. sling*).

Возраст больных колебался от 34 до 72 лет, средний возраст пациенток составил 58 лет. Больных в постменопаузе было 72 (62,1%). Длительность заболевания составила от 3 до 25 лет. Из анамнеза было выяснено, что не у всех больных были травматичные роды (58%), а 47% больных связывают развитие заболевания с перименопаузой. Обследование больных включало общеклинические анализы, гинекологический осмотр, УЗИ малого таза

с использованием вагинального и промежуточного датчиков с обязательным измерением уретровезикального угла. Уродинамическое обследование предполагало изучение функции детрузора и уретры для исключения их нестабильности, измерение максимального внутриуретрального давления, функциональной длины уретры. В некоторых случаях выполнялась цистография.

В интерпретации полученных данных мы пользуемся общепринятой классификацией стрессовой инконтиненции, предложенной E.D. McGuir et al. в 1978 г. В нашем наблюдении больных с I типом (т.е. с опущением неизменной уретры и шейки мочевого пузыря) было 41, пациенток со II типом инконтиненции (т.е. с дислокацией неизменной уретры с образованием цистоцеле или ректоцеле) – 56, с III типом (т.е. с нарушением структуры уретры и шейки мочевого пузыря, связанных с вмешательством по поводу стрессового недержания мочи) – 29.

У всех больных показанием к операции было стрессовое недержание мочи. Выбор типа операции зависел от типа недержания мочи, возраста больных, наличия заболеваний внутренних половых органов. При выявлении в процессе обследования заболеваний внутренних половых органов у 114 больных (92%) объем проводимой операции был расширен. Одновременно с операцией, устраняющей стрессовую инконтиненцию, выполнялась супрацервикальная или тотальная гистерэктомия лапароскопическим или вагинальным доступом. В 80 случаях дополнительно произведена кольпоперинеолеваторопластика. Лапароскопическая позадилобковая кольпопексия по Берчу проводилась после вскрытия ретциева пространства, мобилизации куперовых связок и fascia antevesicae. Нерассасывающейся нитью (например, SURGIPRO 0) одним-двумя швами с каждой стороны выполнялась уретровагинофиксация к основа-

нию куперовых связок. Применяемый передний доступ к ретциеву пространству связан с широкой мобилизацией передней стенки и шейки мочевого пузыря, приводит к его денервации с вторичным (иногда не поддающимся лечению) нарушением моторики нижних мочевых путей.

Нами внедрен доступ к ретциеву пространству путем формирования латеральных тоннелей, позволяющий снизить травматичность операции, интраоперационную кровопотерю, время операции, частоту инфекционных осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде, интраоперационную травму мочевого пузыря, уретры, уменьшить период послеоперационной реабилитации больных, получить возможность использовать способ у ранее оперированных больных и в комплексном хирургическом лечении при одновременном производстве радикальных операций на матке.

С целью упрощения техники операции при одновременном повышении надежности фиксации передней стенки влагалища к куперовым связкам нами разработан и применяется оригинальный П-образный шов с двойной фиксацией к связке и передней стенке влагалища.

В МОНИИАГ разработана и с 1980 г. широко применяется операция фиксации шейки матки или купола влагалища апоневротическим лоскутом у больных с пролапсом гениталий и с симптомами недержания мочи при напряжении. Мы адаптировали данную методику к лапароскопии, заменив апоневротический лоскут синтетическим. При лапароскопической MESH-вагинопексии использовался синтетический лоскут (мерсилен, пролен) размером 2,0x35,0 см, центр которого фиксировался к крестцово-маточным связкам или куполу влагалища нерассасываемым шовным материалом. Далее лоскут проводился экстраперитонеально и в состоянии умеренного натяжения фиксировал-

ся к апоневрозу наружной косой мышцы живота. Минимизированный слинг (min. sling) занимает промежуточное место между чрескожной позадилобковой уретровагинопексией и типичной «петлевой» операцией типа Олдриджа. «Опорной площадкой» для уретровезикального сегмента может служить кожный лоскут, слизистая оболочка передней стенки «влагалища, фрагмент мерсценовой сетки. Мы подвергли некоторым изменениям минимизированный слинг, предложенный проф. О.Б. Лораном и Д.Ю. Пушкарем, а именно: кожный лоскут фиксируем двумя мерсценовыми лигатурами стежками 1-2 мм по длиннику прямоугольника. Это позволяет предотвратить прорезывание лигатурой края лоскута в отдаленном послеоперационном периоде. Для позадилобкового введения нитей используем эндоскопический иглодержатель, что упрощает процедуру. Длительность операции колебалась от 35 мин до 2 ч 45 мин и зависела от объема выполняемого вмешательства.

Сроки пребывания в стационаре были от 2 до 10 сут. Используемый при всех типах операций катетер Фолея удаляли на 2-е сутки послеоперационного периода, что предупреждало развитие атонии мочевого пузыря. Из 126 операций в 9 случаях отмечались осложнения: гранулема послеоперационного рубца – 2 случая; острая задержка мочеиспускания – 2; интраоперационное ранение мочевого пузыря – 4; гематома левого параметрия, не потребовавшая оперативного лечения, – 1 случай. Отдаленные результаты изучены при сроке наблюдения до 4 лет. Результаты операции оценены как хорошие и удовлетворительные у 110 (88%) пациенток. 16 (12%) пациенток изменений в функции нижних мочевых путей не отметили.

Неожиданно хорошим оказался операционный обзор при эндоскопическом подходе к уретровезикальному сегменту, что позво-

лило анатомично и атравматично выполнить традиционные операции в эндоскопической версии. Однако первые неудачи показали, что требуется дифференцированный подход к лечению стрессовой инконтиненции. При операции Берча не устраняется пролапс передней стенки влагалища, а в ряде случаев операция способствует прогрессированию опущения за счет широкой интраоперационной мобилизации паравагинального пространства. При сочетании инконтиненции с пролапсом гениталий требуется другой вид операции, направленный на укрепление фиксирующего аппарата матки и стенок влагалища.

Позадилобковая кольпопексия проводилась у больных с I типом недержания мочи при отсутствии цистоцеле. При опущении передней и задней стенок влагалища, выраженном опущении или выпадении матки, при повышенной подвижности шейки мочевого пузыря предпочтение отдавали MESH-вагинопексии в сочетании с кольпоперинеолеваторопластикой.

Мы убеждены, что леваторы ануса играют важную роль в состоятельности тазовой диафрагмы, поэтому коррекция несостоятельности мышц промежности является обязательным элементом операции, особенно у больных с II и III типами стрессовой инконтиненции. Несмотря на высокую эффективность, операция Берча не может быть «золотым стандартом» в хирургическом лечении стрессовой инконтиненции. Особенно это относится к комбинированным формам недержания мочи. У всех больных с неудовлетворительными результатами хирургического лечения выявлялись значительные отклонения функциональных показателей (нестабильность детрузора и уретры, резкое снижение параметров профилометрии), которые только у 40% больных были зарегистрированы до операции. Хотим отметить изменения характера жалоб в этой группе боль-

ных. Если до операции имелись четкие указания на подтекание мочи при напряжении, то после операции недержание носило чаще императивный характер, сопровождаясь выраженной цисталгией, и с трудом поддавалось медикаментозной терапии. Такая особенность прослеживается у больных, которым выполнялась комбинированная сочетанная операция гистерэктомии и позадилонной кольпопексии по Берчу. Широкая мобилизация передней и задней стенок мочевого пузыря, видимо, приводит к определенному нарушению иннервации последнего.

Выполнение чрескожной позадилобковой уретрокольповезикопексии типа Перейры позволяет получить 90% положительных результатов в ранние (до 3-5 лет) сроки наблюдения за больными. Операция технологически проста и малотравматична. Анализ отдаленных результатов наблюдения выявил перспективность применения данной методики и у больных старшего возраста.

На основании анализа данных литературы и результатов собственных исследований нами были разработаны показания к хирургической коррекции недержания мочи при напряжении. При I типе недержания (McGuir) в группе больных среднего возраста предпочтение отдавали операции Берча при лапароскопии, у пожилых больных – операции Перейры. У пациенток среднего возраста со II типом инконтиненции выполняли MESH-вагинопексию, у пожилых больных – операцию Перейры. Кольпография выполнялась по показаниям. При III типе инконтиненции выполнялся вариант слинговой операции – минимизированный слинг (min. sling).

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

Лечение стрессового недержания мочи должно основываться на индивидуальном подборе методов хирургической коррекции с учетом обширности поражения тазовой диафрагмы, степени пролапса матки и влагалища, степени и

типа недержания мочи, а также возраста больных.

Операция Берча не может быть «золотым стандартом» в хирургическом лечении стрессовой инконтиненции. При сочетании с пролапсом гениталий требуется другой вид операции, направленный на укрепление фиксирующего аппарата матки и стенок влагалища.