

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ, ОСЛОЖНЕННЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

В работе проанализированы данные обследования и результаты хирургического лечения пациенток с такой патологией как опущение и выпадение внутренних половых органов в сочетании с нарушением мочеиспускания. Авторы считают, что наиболее эффективным методом хирургической коррекции пролапса гениталий различной степени в сочетании с недержанием мочи 2 типа является апоневротическая вагинопексия в модификации МОНИИАГ или ее лапароскопическая версия. При тяжелых видах недержания мочи показаны комбинированные операции.

Проблема лечения недержания мочи у женщин с пролапсом гениталий приобретает особую актуальность ввиду постоянной тенденции к «омоложению» этой патологии, сопровождаемой тяжелыми дисфункциональными изменениями соседних органов. В наших наблюдениях 47% женщин с опущением и выпадением внутренних половых органов (ОиВВПО) были трудоспособного возраста. Нарушения функции нижних мочевыводящих путей выявлены у 43% среди них. Диагностика и лечение больных с ОиВВПО в сочетании с нарушением мочеиспускания (недержание мочи при напряжении, нестабильность детрузора и уретры, рецидивные формы недержания мочи) представляют большие трудности, несмотря на широкий арсенал медикаментозных средств и методик хирургического вмешательства, разработанных в современной медицине. Сложность лечения этих пациенток обусловлена рядом факторов, среди которых выделяются следующие:

- Увеличение числа больных с выпадением купола влагалища, культи шейки матки и влагалища в сочетании с цисторектоэнтероцеле, недержанием мочи после гинекологических операций (экстирпация, надвлагалищная ампутация матки) в возрасте перименопаузы.

- Увеличение числа больных с рецидивными формами пролапса, особенно после вагинальной гистерэктомии, пластики стенок влагалища, различных вариантов венотрофиксации.

- Сочетание пролапса гениталий с различными формами недержания мочи, в ряде случаев не корригируемыми хирургическим путем.

Выбор метода и доступа хирургической реконструкции пролапса с устранением инконтиненции усложняется рубцово-спаечными изменениями в брюшной полости, малом тазе и парауретральных тканях. Эффективность лечения зависит от правильной диагностики имеющихся нарушений, в частности, формы и типа недержания мочи.

За 3 последних года нами обследованы и прооперированы 856 больных с пролапсом гениталий. У 368 из них наряду с опущением и выпадением внутренних гениталий имелись различные нарушения мочевого выведения. Возраст больных колебался от 22 до 79 лет. Наряду с общепринятыми методами исследования (сбор анамнеза, оценка гинекологического статуса, проведение функциональных проб, лабораторное исследование) всем больным производилось ультразвуковое исследование на аппарате «Acuson 128/XP 10» и уродинамическое исследование на установке «Wiest Jupiter 8000 video» (Германия). Кроме того, для исключения заболеваний мочевого пузыря и нейромышечной дисфункции у больных с опущением и выпадением внутренних половых органов нами использовался модифицированный вопросник. В своей практической работе мы пользовались как международной классификацией типов недержания мочи, рекомендованной ICS (International Committee Society), так и классификацией Д. В. Кана.

На основании клинических, функциональных и уродинамических исследований больные были распределены следующим образом. 51 больная страдала недержанием мочи тяжелой степени, средняя степень недержания мочи

диагностирована у 223 пациенток, легкая – у 94. Тяжелая степень недержания мочи, т.е. состояние, при котором пациентка полностью не удерживает мочу при перемене положения тела, диагностирована нами у больных с пролапсом гениталий II-III степени, наличием цисто- и ректоцеле, несостоятельностью мышц тазового дна. Симптом везикализации проксимального отдела уретры отмечался у всех больных. При ультрасонографическом исследовании этих пациенток выявлено опущение шейки мочевого пузыря, проксимальный отдел уретры имел вид воронки, расстояние от лобка до шейки пузыря было увеличено. При уродинамическом исследовании отмечены укорочение функциональной длины уретры менее 16 мм (в одном случае до 9 мм), снижение максимального внутриуретрального давления, депрессия внутриуретрального давления при кашле ниже нуля, укорочение времени и высокая скорость мочеиспускания. Эту группу составили пациентки с III (18 больных) и IIб (33 пациентки) типами недержания мочи.

Всем больным с недержанием мочи тяжелой и средней степени тяжести при пролапсе гениталий произведено хирургическое лечение. Больные с легкой степенью недержания мочи оперированы в связи с наличием патологии матки или выраженной степенью пролапса. «Базовыми» гинекологическими операциями, позволяющими восстановить анатомические взаимоотношения в малом тазу и ликвидировать пролапс гениталий, являлись апоневротическая вагинопексия или ее лапароскопическая версия (MESH-вагинопексия) и вагинальная гистерэктомия с использованием противоречивых хирургических технологий. Выбор метода операции определялся с учетом возраста больной, степени тяжести пролапса и недержания мочи, характера экстрагенитальной патологии. Для устранения инконтиненции основную операцию дополня-

ли различными вариантами позадилобковой уретровезиковагинопексии или слинговой операцией (операция по Берчу открытым методом или лапароскопически, операции типа Раза, Перейры, Олдриджа в собственной модификации, использование короткого кожного лоскута или мерсиленовой сетки), пластикой передней стенки влагалища с укреплением шейки мочевого пузыря по Кели, кольнопериноеолевавторопластикой. Так, пациенткам в возрасте до 65 лет (208 женщин) с опущением матки и стенок влагалища II-III степени, наличием цистоцеле I-II степени, без признаков сфинктерной недостаточности мы производили операцию с использованием апоневротического лоскута в модификации В.И. Краснопольского, позволяющую укрепить наиболее мощный и легко доступный при чревосечении участок – крестцово-маточные связки. При этой операции создается возможность одновременной фиксации и репозиции уретровезикального сегмента и стенок влагалища. У 33 пациенток с пролапсом гениталий II-III степени, цистоцеле IV степени или энтероцеле, недержанием мочи II типа, тяжелой степенью недержания мочи при выполнении апоневротической вагинопексии была дополнительно произведена позадилобковая уретровезиковагинопексия или операция по Берчу абдоминальным доступом и пластика цистоцеле.

Пациенткам старше 65 лет (18 больных) с пролапсом гениталий II-III степени и наличием признаков сфинктерной недостаточности произведена влагалищная гистерэктомия в сочетании с операцией Олдриджа в модификации, разработанной в МОНИИАГ, или другие варианты слинговых операций, обеспечивающих надежную компрессию в области шейки пузыря и проксимального отдела уретры.

Всем пациенткам в обязательном порядке выполнялся второй этап операции – кольнопериноеоле-

вавторопластика (КПП). Эта операция производилась одновременно с апоневротической вагинопексией или в отсроченном периоде.

Произведенное уродинамическое исследование через 3, 6, 12, 24 мес после операции показало наличие положительной динамики уродинамических параметров: повышение максимального внутриуретрального давления, отсутствие депрессии внутриуретрального давления при кашле, хотя функциональная длина уретры увеличивалась незначительно (в среднем на 2-4 мм). У пациенток со средней и легкой степенью недержания мочи (I-II тип) эффективность произведенной апоневротической вагинопексии составила 97,5%. Эффективность апоневротической вагинопексии в сочетании с позадилобковой уретровезиковагинопексией или операцией Берча через 3 года после операции составила 96,9%.

У 30 пациенток с опущением матки и стенок влагалища II-III степени, наличием цистоцеле I-II степени, без признаков сфинктерной недостаточности произведена лапароскопическая кольнопексия по Берчу в сочетании с MESH-вагинопексией. 38 пациенткам с пролапсом гениталий I-II степени, цистоцеле, недержанием мочи II типа (легкой и средней степени тяжести по классификации Д.В. Кана) произведена только лапароскопическая операция по Берчу и кольнопериноеолевавторопластика. После лапароскопической кольнопексии по Берчу рецидив опущения стенок влагалища и недержания мочи диагностирован у 4 (10,5%) женщин через год после операции и еще у 3 (7,9%) через 2 года после операции. У пациенток, которым производилась кольнопексия по Берчу в сочетании с MESH-вагинопексией, отдаленные результаты были значительно лучше: рецидивов в течение первого года после операции не было. Через 2 года после операции у 26 (86,7%) пациенток рецидивов пролапса и недерж-

жания мочи не было. У 28 женщин пожилого возраста (старше 65 лет) по поводу указанной патологии нами произведены только позадилобковая уретровезико-вагинопексия, пластика цистоцеле и кольпоперинеолеваторопластика. Рецидив недержания мочи и пролапса (цистоцеле) диагностирован через 1 год у 6 женщин. Эффективность операции через 3 года составила 78,6%. У 8 молодых женщин репродуктивного возраста с пролапсом гениталий II степени и элонгацией шейки матки, недержанием мочи I-II типа нами произведена манчестерская операция.

Пожилым больным с тяжелой экстрагенитальной патологией (5 в наших наблюдениях), пролапсом гениталий, требующим хирургической коррекции, осложненным недержанием мочи, обусловленным гипермобильностью уретровезикального сегмента, без сфинктерной недостаточности, не живущим половой жизнью, мы производили срединную кольпографию. В случаях повреждения сфинктерного аппарата эта операция противопоказана.

Больным с легкой степенью недержания мочи при наличии опущения стенок влагалища I степени и цистоцеле I-II степени оперативное вмешательство проводилось только в случаях, когда имелась сопутствующая гинекологическая патология, требующая хирургического лечения. В отсутствие гинекологической патологии, требующей оперативной коррекции, производилось консервативное лечение недержания мочи легкой степени. Выявленные в послеоперационном периоде при уродинамическом исследовании новые расстройства мочеиспускания: нестабильная уретра у 39 (10,6%) пациенток, гиперрефлексия детрузора у 5 (1,4%), детрузорно-сфинктерная диссинергия у 2 (1,1%) больных, – требовали назначения оксибутинина или мелипрамина.

Таким образом, анализируя полученные данные, следует подчер-

кнуть, что наиболее эффективным методом хирургической коррекции пролапса гениталий различной степени в сочетании с недержанием мочи II типа является апоневротическая вагинопексия в модификации МОНИИАГ или ее лапароскопическая версия – MESH-вагинопексия. При тяжелой степени недержания мочи или недержания мочи III типа показаны комбинированные операции.