

МОДИФИКАЦИЯ СЛИНГОВОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ У ЖЕНЩИН С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРУБЧАТОГО ВЛАГАЛИЩНОГО ЛОСКУТА

В статье приводится описание техники новой модификации slingовой операции, предусматривающей использование трубчатого лоскута из слизистой оболочки передней стенки влагалища, фиксированного в зоне уретровезикального сегмента. Данная операция, на наш взгляд, наиболее показана при II типе недержания мочи, когда дислокация неизменной уретры сочетается с цистоцеле и имеется «избыток» влагалищной стенки, которую легко можно использовать в качестве пластического материала. Разработанная авторами операция выполняется исключительно влагалищным доступом, что позволяет снизить травматичность и число осложнений, повысить косметический эффект, упростить хирургическое вмешательство. Ближайшие результаты лечения по данной методике позволяют надеяться на ее эффективность и в более отдаленные сроки.

Число урогинекологических больных не имеет тенденции к снижению. Не представляя непосредственной угрозы здоровью больной, недержание мочи (НМ), тем не менее, оказывает серьезное отрицательное влияние на психику, существенно осложняет производственные проблемы, в тяжелых случаях лишает женщину трудоспособности, часто осложняет семейные отношения [7, 8].

Больные с выраженной формой стрессового НМ, подлежат хирургическому лечению, успех которого определяется адекватной диагностикой и индивидуальным выбором способа операции, который должен производиться с учетом возраста женщины, степени пролапса гениталий, тяжести и типа НМ, данных комбинированного уродинамического обследования [1, 3, 6, 7, 10].

Общепризнанной является обоснованность применения петлевых операций при стрессовой инконтиненции у женщин с использованием как собственных тканей организма, так и различных синтетических материалов [1, 4, 11, 12].

В этом году исполняется 150 лет с момента выполнения первой операции по поводу НМ (М. Sims в 1852). С тех пор предложено более 200 различных видов и модификаций операций, многие из которых в настоящее время представляют историю и интересны лишь с точки зрения познавательного процесса и расширения кругозора, так как давно не используются на практике.

Совершенствование хирургической техники и научно-технические достижения на современном этапе привели к созданию на

основе высоких медицинских технологий так называемых «новых» оперативных пособий, отличающихся низкой травматичностью, минимальным объемом хирургического вмешательства при сохранении высокой эффективности [5, 6, 11, 12].

При всех достоинствах существенным «недостатком» этих операций, особенно для условий нашей страны, является очень высокая стоимость. Так, например, набор для операции TVT стоит более 1000 USD, а сама лента более 500 USD.

Хотя при сравнительном подсчете экономической эффективности операции TVT и передней кольпоррафии с учетом стоимости койко-дня, анестезиологического пособия, затрат на лекарства в послеоперационном периоде, операция TVT оказывается дешевле и экономически выгоднее, но она не входит в программу ОМС, а затраты на лечение ложатся на плечи пациенток. А если учесть, что пациентки с недержанием мочи относятся, как правило, к социально незащищенной части населения с низким материальным уровнем, это значительно снижает возможности широкого использования современных методик в России.

Появление новых, но более дешевых способов, таких как интравагинальная sling-пластика (IVS), к сожалению, не получило пока широкого распространения.

Использование трупных аллотрансплантатов в качестве основы для slingовых операций (Tutoplast Fascia lata и др.) и их безопасность требуют дальнейшего изучения [5].

В этой связи по-прежнему актуальными, на наш взгляд, оста-

ются более дешевые методики, предусматривающие использование аутоканей, так как практически ничего не стоят и на протяжении уже достаточно длительного времени доказали свою эффективность и безопасность [1, 3, 4, 7].

С учетом этого, нами в начале 2000 года была разработана модификация слинговой операции (приоритетная справка № 2001135674 от 24.12.01 на патент РФ) с использованием слизистой оболочки передней стенки влагалища, которая выполняется исключительно влагалищным доступом, без разрезов (проколов) кожи и подкожной клетчатки. Она предусматривает выкраивание прямоугольного лоскута из слизистой оболочки передней стенки влагалища, пластику цистоцеле и уретры, формирование валика из выкроенного лоскута передней стенки влагалища, расположение его в зоне шейки мочевого пузыря и

проксимальной уретры, проведение через края сформированного валика поддерживающих лигатур с фиксацией последних к надкостнице лонных костей. В результате формируется своего рода мини-слинг, благодаря чему устраняется гипермобильность уретровезикального сегмента и проксимальной уретры и создается достаточно мощная поддержка уретры с восстановлением заднего уретровезикального угла, что позволяет вернуть ей физиологическое положение [2].

В пользу трансвагинальных вмешательств высказывались многие как зарубежные, так и отечественные ученые. В частности, профессор Д. В. Кан отдавал предпочтение (при наличии условий) вагинальным операциям, указывая на их низкую травматичность и лучшие функциональные результаты.

Идея использования стенки влагалища для подвешивания и

поддержания уретры не нова и не раз использовалась при разработке различных методик операций многими авторами [4, 7, 9]. Оригинальность предложенной нами методики обусловлена способом подвешивания влагалищного лоскута (соответственно проксимальной уретры и шейки мочевого пузыря), а точнее способом фиксации подвешивающих лигатур.

Техника операции

После антисептической обработки, влагалище широко обнажают зеркалами и выполняют гидропрепаровку тканей. Для уменьшения кровотока и улучшения локального гемостаза использовался питуитрин на физиологическом растворе.

Далее разрезом в виде перевернутой буквы «П», отступив на 1,5–2 см от наружного отверстия уретры из передней стенки влагалища выкраивают прямоугольный лоскут на сосудистой ножке

Рис. 1а

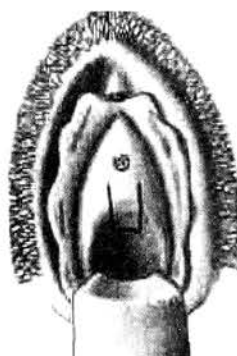


Рис. 1б

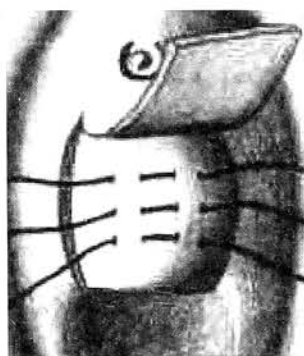


Рис. 1в

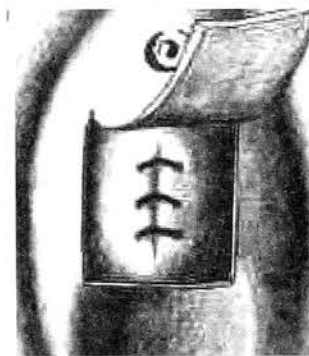


Рис. 1г

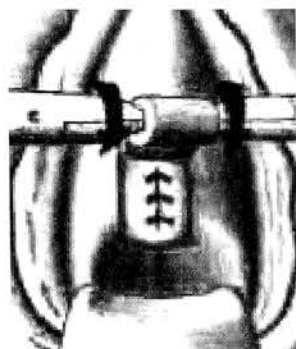
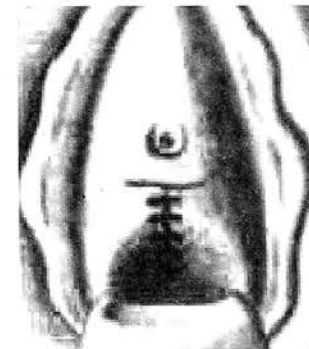


Рис. 1д

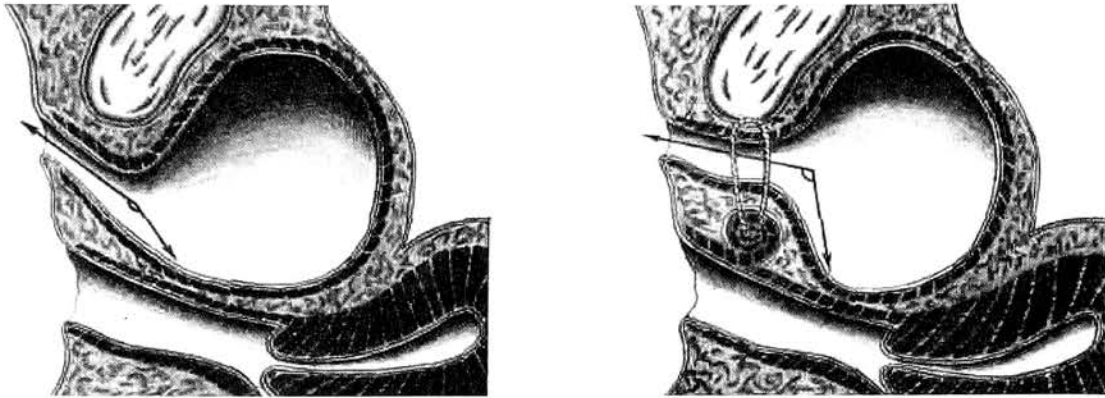


Рис. 1е



а — намечены линии выкраивания лоскута; б, в — устранение цистоцеле; г, д — формирование трубчатого лоскута; е — вид после операции

Рис. 2. Положение уретровезикального сегмента относительно лона



а — до операции;

б — после операции

размерами $6 \times 2,5 - 3$ см, основание которого приходится на зону уретровезикального сегмента (рис. 1а). Лоскут отделяют от задней стенки мочевого пузыря и мочеиспускательного канала, после чего справа и слева от уретры проделывают боковые парауретральные каналы по направлению к нижним ветвям лонных костей (для удобства наложения в дальнейшем подвешивающих лигатур). Мобилизуют пубоцервикальную фасцию и выполняют пластику цистоцеле и, при необходимости, уретры отдельными швами из викрила № 2/0 (рис. 1б, в). Следует отметить, что мы используем современный шовный материал, изготовленный на основе полипропилена, который подвергается гидролитическому расщеплению, вызывая минимальную тканевую реакцию. Далее выкроенный лоскут обрабатывают 70% раствором спирта и на зажимах Бильрота сворачивают в виде валика-трубки слизистой оболочкой наружу. Края валика справа и слева для предупреждения раскручивания прошивают викрилом 2/0—3/0 (рис. 1г, д). После чего, сформированный трубчатый лоскут в виде валика фиксируют в зоне уретровезикального сегмента, через концы лоскута проводят лигатуры из викрила № 0—1, которые с помощью крутой иглы фиксируют к надкостнице лонных костей с двух сторон и выводят свободные концы

во влагалище. Свободные концы лигатур, фиксированные к краям трубчатого лоскута и надкостнице лонных костей, связывают между собой отдельно с каждой стороны, формируя петлю и подтягивая таким образом проксимальную уретру и шейку мочевого пузыря кверху (рис. 2).

Важным моментом является степень натяжения подвешивающих лигатур, которая считалась достаточной, когда катетер Фолея № 12 по Шарьеру испытывал легкое сопротивление при прохождении зоны уретровезикального сегмента. После основного этапа операции выполняют типичную кольпоррафию (рис. 1е).

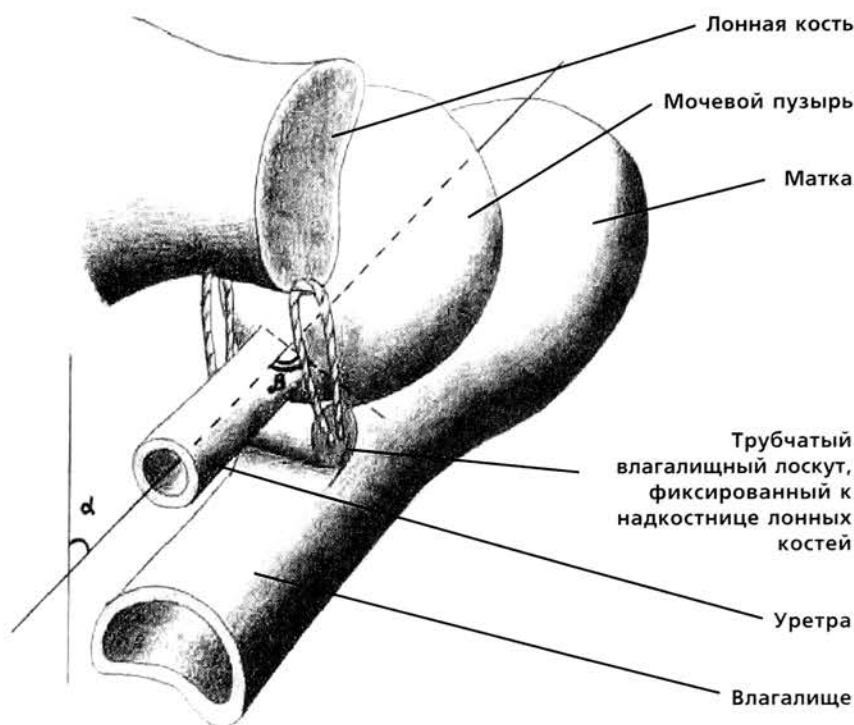
В результате операции (рис. 3) суживается просвет мочеиспускательного канала, укрепляются разорванные или гипотоничные мышцы в области сфинктера мочевого пузыря, восстанавливаются нормальные анатомические соотношения мочеиспускательного канала и мочевого пузыря, корригируется задний пузырно-уретральный угол (угол β), уменьшается угол наклона уретры к лобковому симфизу (угол α) при одновременном поднимании шейки мочевого пузыря, таким образом создается эластическая опора, о которую шейка мочевого пузыря и проксимальная уретра будут сдавливаться при подъемах интраабдоминального давления.

За период 2000/2002 гг. по

предложенной методике оперированы 22 пациентки с НМ при напяржении в основном II типа. Средний возраст составил $49,1 \pm 10,1$ лет. Длительность заболевания от 1 года до 9 лет. Сроки наблюдения — от 1 до 19 месяцев. В послеоперационном периоде проводилась ранняя активизация больных, направленная на быстрое восстановление функции кишечника и самостоятельного мочеиспускания, последнее происходило в среднем на 3-и сутки. Используемый после операции катетер Фолея удаляли на 2-е сутки после операции, что предупреждало развитие атонии мочевого пузыря. До восстановления мочеиспускания всем больным моча выпускалась тонким катетером, измерялось количество остаточной мочи. Обязательной являлась гигиена влагалища с применением антисептических средств. Больным рекомендовалось ограничение физических нагрузок и половое воздержание в течение двух месяцев с момента операции.

В раннем послеоперационном периоде в 3-х случаях отмечены следующие осложнения: послеоперационное затруднение мочеиспускания (2), потребовавшее интермитирующей катетеризации мочевого пузыря в течение 10 и 14 суток соответственно, с последующим самостоятельным восстановлением мочеиспускания; в одном случае отмечена умеренная

Рис. 3. Схема континентного механизма действия операции



гематома мягких тканей в области правой большой половой губы, не потребовавшая оперативного лечения.

В 1 случае через 8 месяцев после хирургического лечения возник рецидив инконтиненции. Все остальные пациентки отмечают отсутствие подтекания мочи при физических нагрузках.

На наш взгляд, преимуществами данной операции являются минимальная травматичность, относительная простота, экономическая доступность, хороший косметический эффект (отсутствие разрезов и швов на коже), прекрасная сочетаемость с реконструктивно-пластическими операциями на тазовом дне и промежности. Операция может быть рекомендована больным с недержанием мочи, осложненным циститом и пролапсом гениталий.

Первые результаты исследования позволяют надеяться на то, что предложенная операция пока-

жет свою эффективность в более отдаленные сроки и займет свое место в ряду современных методов коррекции стрессовой инконтиненции.

Литература

1. Кан Д. В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. — М.: Медицина, 1986. — 488 с.
2. Кира Е. Ф., Петров С. Б., Безменко А. А. Модификация слинговой операции при недержании мочи у женщин с использованием трубчатого влагалищного лоскута // Недержание мочи у женщин: диагностика, лечение, результаты (Сборник тезисов II Российской научно-практической конференции). — СПб., 13–14 декабря 2001. — С. 62.
3. Краснопольский В. И., Радзинский В. Е., Буянова С. Н., Манухин И. Б., Кондриков Н. И. Патология влагалища и шейки матки. — М.: Медицина, 1999. —

С. 231–247.

4. Лоран О. Б., Пушкарь Д. Ю., Лабазанов Г. А. Оперативное лечение недержания мочи при напряжении у женщин с использованием трубчатого лоскута из влагалища // Урол. и нефрол. — 1996. — № 5. — С. 19–21.
5. Лоран О. Б., Пушкарь Д. Ю., Бебуров Ю. М., Шамов Д. А. Перспективы использования трупных трансплантатов у больных недержанием мочи при напряжении // Журнал акушерства и женских болезней. — 2000. — Вып. 1. — С. 33.
6. Попов А. А. Современные аспекты диагностики, классификации и хирургического лечения опущения и выпадения женских половых органов // Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — М., 2001. — 38 с.
7. Савицкий Г. А., Савицкий А. Г. Недержание мочи при напряжении у женщин. СПб., 2000. — 136 с.
8. Hodgkinson C. P. Recurrent stress urinary incontinence. // Am. J. Obstet-Gynecol. — 1978. — N. 132. — P. 844.
9. Kraatz H., Fischer W. Gynakologisch-urologische Operationen. Leipz. — 1972. — S. 15–134.
10. McGuire E. J., Bennett C. J., Konnak J. A., Sonda E. P., Savastano J. A. Experience with pubovaginal slings for urinary incontinence at the University of Michigan // J Urol. — 1987. — N 138. — P. 525–26.
11. Petros P. E. P., Ulmsten U. I. The combined intravaginal sling and tuck operation. An ambulatory procedure for cure of stress and urge incontinence // Acta Obstet et Gynecol Scand(suppl). — 1990. — N 153. — P. 53–59.
12. Ulmsten U., Johnson P., Rezapour M. A three-year follow up of tension free vaginal tape for surgical treatment of female stress urinary incontinence // Brit. J. Obstet. Gynecol. — 1999. — V. 106. — P. 345–350.