

А.А. Люлько

ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

Лечение недержания мочи у женщин с пролапсом органов малого таза симультанно и лапароскопически

Цель исследования: улучшить результаты лечения пролапса органов малого таза и ассоциированного с ним недержания мочи без проведения органоуносящей операции.

Материалы и методы: Всего было обследовано и прооперировано 17 пациенток в возрасте от 40-78 лет с цистоцеле 1-3 степени и недержанием мочи 2а-3 типов.

Результаты лечения: все пациентки удерживают мочу.

Выводы:

1. При укреплении лигаментарного аппарата малого таза при пролапсе органов малого таза и недержании мочи выполнение симультанного лечения пролапса органов малого таза и недержания мочи без использования mesh-системы дает высокий процент эффективности.

2. Данная операция может выполняться как лапароскопически (предпочтительно), так и открытым доступом.

3. Использование одномоментных операций не имеет возрастных ограничений.

Ключевые слова: пролапс органов малого таза, недержание мочи, симультанные лапароскопические операции.

На сегодняшний день пролапс органов малого таза (ПОМТ) является часто встречаемым и трудно-излечимым заболеванием, которым болеют женщины всех возрастным групп. Распространенность пролапса значительно увеличивается с возрастом. По данным J.Awwad at al. (2012) [10] ПОМТ выявляется у 20,4% женщин в возрасте 20-29 лет, у 50,3%- в возрасте 30-39 лет, у 77,2%- в возрасте 40-49 лет [6].

При столь широкой распространенности ПОМТ обращает на себя внимание, с одной стороны - развитие его у женщин любого возраста, а с другой - широкий спектр функциональных нарушений смежных органов: недержание мочи (НМ) - у 70,1% пациенток, диспареуния - у 53,3%, нарушение дефекации - 36,5%. Однако, при тяжелых степенях ПОМТ на фоне НМ может возникнуть задержка мочеиспускания, вплоть до острой задержки [15,5,12]. Частота недержания мочи при пролапсе гениталий варьирует от 25 до 80% [1]. Данное заболевание значительно снижает качество жизни пациенток, приводя к снижению работоспособности и к серьезной социальной дезадаптации [9,13,16,17,18,19].

К основным методам лечения ПОМТ относят: консервативную терапию, хирургическое вмешательство, комбинированное лечение (совмещение консервативных и хирургических методов). Консервативная терапия заключается в применении упражнений по Кегелю, pessaries, заместительной гормонотерапии (ЗГТ). Однако, упражнения по Кегелю и ЗГТ в виде монотерапии малоэффективны (не являются патогенетическим лечением и используются на начальных стадиях заболевания), а pessaries зачастую приводят к появлению пролежней [2,3,14].

Вероятно, именно поэтому, наиболее эффективным и часто применяемым методом лечения ПОМТ и ассоциированного с ним НМ является оперативное вмешательство. ПОМТ и ассоциированное с ним НМ – проблема, которая стоит на стыке двух специальностей: гинекологии и урологии. Разработано около 500 операций по поводу ПОМТ и НМ. Однако попытки самостоятельного лечения ПОМТ либо НМ не увенчались успехом.

Так длительное время для лечения ПОМТ выпол-

нялась гистерэктомия. Данная операция является органоуносящей. Имеет ряд недостатков: возможность рецидива в виде энтероцеле, прекращение менструальной и репродуктивной функций у больных репродуктивного возраста, нарушение архитектоники малого таза, возможность прогрессирования нарушений функции соседних органов (мочевого пузыря, прямой кишки). Влагалищная экстирпация матки рекомендуется пациенткам пожилого возраста, не живущим половой жизнью. Рецидив ПОМТ после гистерэктомии проявляется в виде выпадения купола влагалища в 43% случаев. Однако, по данным различных авторов в отдаленные сроки после радикальных операций на матке у 70-71% больных отмечают нарушение уретровезикальной функции, затрудненное мочеиспускание или недержание мочи. Данная операция не только не устраняет НМ, а и вызывает вторичные изменения (рецидив ПОМТ в виде цистоцеле), приводящие к НМ.

Из хирургических методов лечения ПОМТ и частично НМ, которое с ним ассоциировано, самым эффективным методом, достигающего 78-100%, является сакрокольпопексия. При этом частота формирования цистоцеле в послеоперационном периоде у пациенток сакрокольпопексией mesh-системой в различных исследованиях имеет широкий диапазон (от 1,3 до 92%) (M. Hefni, V. Dietz, 2008), что в дальнейшем приводит к появлению НМ. Серьезными осложнениями данного вида оперативного вмешательства являются: люмбосакральный спондилит, эрозий влагалища (частота осложнений составляет от 0 до 30 %) [7], гнойно-воспалительные процессы, стеноз влагалища, а также риск послеоперационного отторжения сетки, синдром хронической тазовой боли. Высокая эффективность сакрокольпопексии наряду с большим процентом осложнений после операции вынуждает врачей усовершенствовать хирургические методики.

Так современным и перспективным направлением является проведение лапароскопических операций. Данный вид операций имеет следующие преимущества: малая травматичность, что проявляется в виде снижения послеоперационных болей, быстрого (1-2 сут)

восстановления физиологических функций; короткий госпитальный период; снижение срока утраты трудоспособности от 2 до 5 раз; косметический эффект (следы от 5-10 мм проколов); риск развития послеоперационных грыж уменьшается за счет отсутствия широкого рассечения тканей; экономическая эффективность (хотя стоимость операции выше, лечение выходит дешевле за счет экономии медикаментов, уменьшения длительности госпитального периода и сроков реабилитации самого пациента), отмечается меньшая кровопотеря, риск образования послеоперационных спаек и болевой синдром.

Использование лапароскопических технологий значительно снижает травматичность хирургического вмешательства, что позволяет расширить объем оперативного пособия у больных гинекологического профиля до 2–3 симультанных операций без существенного ущерба для здоровья пациента.

Несколько десятилетий подряд ряд авторов указывает на целесообразность проведения симультанных операций. По мнению многих авторов стремительное развитие в медицине эндовидеохирургических операций позволило выявить ряд важных преимуществ данного метода по сравнению с лапаротомным доступом: малая травматичность; минимальный объем интраоперационной кровопотери и осложнений со стороны операционной раны; ранние сроки восстановления моторики кишечника; предупреждение развития спаечного процесса в брюшной полости; уменьшение потребности в обезболивающих препаратах; минимальные сроки реабилитации и выписки из стационара [4,8,11].

Несмотря на большое количество операций и их модификаций, ни одна из них не является «золотым стандартом», обеспечивающий максимальный эффект лечения.

Цель исследования: улучшить результаты лечения пролапса органов малого таза и ассоциированного с ним недержания мочи не проводя оргоуносящую операцию.

Материалы и методы: Всего было обследовано и прооперировано 17 пациенток в возрасте от 40-78 лет с цистотеле 1-3 степени и недержанием мочи 2а-3 типов. Пациенткам были проведены следующие методы диагностики:

- анкетирование, заполнение большой дневника мочеиспускания в течение суток;
- осмотр на гинекологическом кресле, функциональные пробы, которые позволяют визуально доказать наличие недержания мочи: «кашлевая проба», проба Вальсальвы;
- определение остаточной мочи (более 50 мл.) и объема мочевого пузыря (не менее 300 мл \pm 25.);
- лабораторные исследования (анализы мочи и крови, б/х анализ, бактериурия, RW, коагулограмма, свертываемость);
- инструментальные методы (урофлоуметрия, УЗИ, цистоскопия, цистогамма стоя и лежа).

Женщины предъявляли жалобы на подтекание мочи при кашле, смехе, чихании, поднятии тяжести, физической нагрузке, вставании с кровати и в покое.

При проведении функциональных проб выявлено:

- 1) кашлевая проба: пациенткам с полным мочевым

пузырём (150–200 мл) в положении на гинекологическом кресле предлагалось покашлять — 3 кашлевых толчка 3–4 раза с промежутками между сериями кашлевых толчков на полный вдох. Результат: у всех пациенток проба была положительная — отмечалось подтекание мочи при кашле;

2) проба Вальсальвы, или проба с натуживанием: женщине с полным мочевым пузырьём в положении на гинекологическом кресле предлагали сделать глубокий вдох и, не выпуская воздух, потужиться. Результат: у всех пациенток из наружного отверстия уретры появлялась моча (у больных с пролапсом гениталий кашлевой тест и пробу Вальсальвы проводили с барьером. В качестве барьера использовали заднюю ложку зеркала Симпса).

При проведении инструментальных методов диагностики выявлено:

При проведении урофлоуметрии у всех пациенток первичный объем составлял от 150-250мл. У всех пациенток остаточная моча- 10-15 мл. Максимальная скорость мочеиспускания - 20 -23 мл/сек. Средняя скорость мочеиспускания -10-15 мл/сек. При цистоскопии у всех пациенток при цистоскопии не было выявлено образований в мочевом пузыре, визуальное слизистая мочевого пузыря и устья без особенностей. При цистоскопии задняя стенка мочевого пузыря легко поддается элевации. Определяется везикализация-2-4 степени.

До проведения оперативного лечения на цистогаммах у пациенток выявлена везикализация 2-4 степени, расширение диаметра внутреннего сфинктера, «лейкообразная» форма шейки мочевого пузыря.

При УЗИ были получены следующие результаты: задний уретро-везикальный угол (ЗУВУ) - увеличен у всех пациенток и варьировал от 116-125 градусов; пубоуретальный угол- увеличен у всех пациенток и варьировал от 65-80 градусов. Внутренний диаметр уретры - увеличен у всех пациенток и варьировал от 1,7-1,9 см. Форма шейки мочевого пузыря у всех пациентов-воронкообразная.

Всем пациенткам было проведено лечение согласно собственной патентованной методики (патент на полезную модель № 109201): Комбинированное лапароскопическое оперативное вмешательство путем фиксации лигаментарного аппарата малого таза с одновременной анатомической коррекцией шейки мочевого пузыря. Первый этап выполнялся согласно собственной методике. Вторым этапом выполнялась операция по Берчу: операция проводится под общим наркозом, лапароскопическим доступом. Швы накладывают на периуретральные ткани и куперову связку.

Результаты. Длительность пребывания в стационаре после оперативного лечения составило 3-5 дней. Всем пациенткам проводился контроль на 3-5 сутки после операции, через 1 мес, 3 мес, 6 мес.

Оценка результатов лечения:

1. При кашлевой пробе и Вальсальвы — все пациентки удерживают мочу. При осмотре на гинекологическом кресле — опущения органов малого таза не выявлено.

2. Урофлоуметрия-у всех пациенток первичный объем составлял от 150-250мл. У всех пациенток оста-

точная моча- 0-5 мл. Максимальная скорость мочеиспускания - 24 -29 мл/сек. Средняя скорость мочеиспускания -13-19 мл/сек

3. УЗИ: Задний уретро-везикальный угол (ЗУВУ) - у всех пациенток достиг нормативных показателей и варьировал от 92-100 градусов

4. Внутренний диаметр уретры - у всех пациенток достиг нормативных показателей и варьировал от 1,2-1,5 см. Форма шейки мочевого пузыря у всех пациенток сформирована.

5. Пубоуретальный угол - у всех пациенток достиг нормативных показателей и варьировал от 45-50 градусов.

6. Цистоскопия - везикализация мочевого пузыря отсутствует.

7. На цистограммах - везикализация отсутствует.

Шейка мочевого пузыря сформирована.

Контроль планируется провести через 1 и 3 года после оперативного вмешательства.

Выводы:

1. При укреплении лигаментарного аппарата малого таза при пролапсе органов малого таза и недержании мочи необходимо выполнение симультанного лечения пролапса органов малого таза и недержания мочи без использования mesh-системы дает высокий процент эффективности.

2. Данная операция может выполняться лапароскопически (предпочтительно) и открытым доступами.

3. Использование одномоментных операций не имеет возрастных ограничений.

Список литературы

1. Гинекология: национальное руководство / под общ. ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 1088 с.
2. Дорош Т. Н. Влияние оперативного лечения опущений и выпадений внутренних половых органов на качество жизни женщины. Диссертация ... кандидата медицинских наук, Томск, 2009 159 с.
3. Железнякова А.И. Оптимизация лечения- стрессового недержания мочи у женщин с помощью метода экстракорпоральной магнитной стимуляции Текст.: автореф. дисс. канд. мед. наук. — М., — 2011. —С. 24.
4. Луцевич О.Э., Вторенко В.И., Галлямов Э.А., и др. Лапароскопия в неотложной хирургии: современное состояние проблемы. // Здоровье столицы. VII Московская ассамблея.: Сб. Науч. Трудов. М., 2008г. -М.: ГЕОС, 2008.
5. Михальчук Н.С., Прудко А.Ю., Нечипоренко Н.А. Анатомическое и функциональное состояние мочевыводящих путей и почек у женщин с генитальным пролапсом// Журнал Гродненского государственного медицинского университета. — 2012. — №4. — С. 46-49.
6. Тигиева А.В. Несостоятельность тазового дна у женщин репродуктивного возраста // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Москва., 2014. — 20 с.
7. Фон Теобальд Питер. Опушение матки и влагалища: вагинальная или лапароскопическая операции? Журнал акушерства и женских болезней, 2006, с. 89-91.
8. Хатьков И.Е., Цвиркун В.К., Агапов В.К., Израйлов Р.Е. Лапароскопические панкреатодуоденальные резекции.// Анналы хирургической гепатологии. М., 2008. Т. 13, - 3. - С. 78.
9. Abrams, P. The impact of urinary incontinence on health-related quality of life (HRQoL) in a real-world population of women aged 45-60 years: results from a survey in France, Germany, the UK and the USA / P. Abrams, A.P. Smith, N. Cotterill // BJU Int. 2014 Jun 23. doi: 10.1111/bju.12852. [Epub ahead of print] URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bju.12852/full> (assessed 01.12.2014)
10. Awwad J., Sayegh R., Yeretizian J. et al. Prevalence, risk factors, and predictors of pelvic organ prolapse: a community-based study. // Menopause. — 2012. — Vol. 19. — № 11. — P.1235 – 1241
11. Bretagnol F., Hatwell C., Farges O. et al. Benefit of laparoscopy for rectal resection in patients operated simultaneously for synchronous liver metastases: preliminary experience. // Surgery. 2008 Sept.; 144(3);436-41.
12. Dubowitch E, Cahn D, Ross C, Husain A, Harkaway R, Metro M, Ginsberg P. Procidentia as a cause of obstructive uropathy and acute kidney injury// Curr Urol. — 2014. — Vol.7. — №4. — P. 207-9.
13. Gynecology: urinary incontinence - mini-review and case reports / D. Scheiner, D. Perucchini, D. Fink, C. Betschart // Praxis (Bern 1994). — 2012. — Vol.101, N 9. — P.585-592.
14. Incontinence: 4th International Consultation on Incontinence / P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury, A. Wein // Paris, France: Health Publications, 2009. — 1820p.
15. Lowder JL, Frankman EA, Ghatti C, Burrows LJ, Krohn MA, Moalli P, Zyczynski H. Lower urinary tract symptoms in women with pelvic organ prolapse// Int Urogynecol J. —2010. — Vol.21. — № 6. — P. 665-72.
16. The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women: results from the EPIC study / K.S. Coyne, C.C. Sexton, D.E. Irwin [et al.] // BJU Int. — 2008. — Vol.101, N 11. — P.1388-1395.
17. Urinary incontinence and its relationship to mental health and health-related quality of life in men and women in Sweden, the United Kingdom, and the United States / K.S. Coyne, M. Kvasz, A.M. Ireland [et al.] // Eur. Urol. — 2012. — Vol.61, N 1. — P.88-95.
18. Urinary incontinence in French women: prevalence, risk factors, and impact on quality of life / A. Lasserre, C. Pelat, V. Guérault [et al.] // Eur. Urol. — 2009. — Vol. 56, N 1. — P.177-183.
19. Yazdany, T. Association of Depression and Anxiety in Underserved Women With and Without Urinary Incontinence / T. Yazdany, N. Bhatia, A. Reina // Female Pelvic. Med. Reconstr. Surg. — 2014. — Vol.20, N 6. — P.349-353.

Симультанні лапароскопічні оперативні втручання у жінок з пролапсом органів малого тазу і нетриманням сечі

Мета дослідження: поліпшити результати лікування пролапсу органів малого тазу і асоційованого з ним нетримання сечі без виконання органовидаляючої операції.

Матеріали і методи: Всього було обстежено та прооперовано 17 пацієнток у віці від 40-78 років з цистоцеле 1-3 ступеня і нетримання сечі 2а-3 типів.

Результати лікування: всі пацієнтки утримують сечу.

Висновки:

1. При зміцненні лігаментарного апарату малого тазу при пролапсі органів малого тазу і нетриманні сечі виконання симультаного лікування без використання mesh-системи дає високий відсоток ефективності.

2. Дана операція може виконуватися лапароскопічно (переважно) і відкритим доступами.

3. Використання одномоментних операцій не має вікових обмежень.

Ключові слова: пролапс органів малого тазу, нетримання сечі, симультанні лапароскопічні операції.

A.O. Lyulko

Zaporizhzhia Medical Academy of Postgraduate Education Ministry of Health of Ukraine

Simultaneous laparoscopic surgery in women with prolapse of pelvic organs and associated with it urinary incontinence

Purpose of the study: to improve outcomes of curing prolapse of pelvic organs and associated with it urinary incontinence by strengthening ligaments and anatomic correction of the bladder neck.

Materials and methods: In whole there were 17 patients aged 40-78 years with a 1-3 degree cystocele and incontinence 2a-3 types examined and operated.

The results of treatment, all patients hold urine.

Conclusion.

1. Strengthening of the ligaments of pelvic floor in women with prolapse of pelvic organs and urinary incontinence, performed simultaneously by treatment of pelvic organ prolapse and urinary incontinence, without using a mesh-system, gives a high percentage of effectiveness.

2. This operation can be performed laparoscopically (preferably) and open accesses.

3. The use of simultaneous operations has no age restrictions.

Keywords: prolapse of pelvic, urinary incontinence, simultaneous laparoscopic surgery.