

УДК 618.131/.138-007.43/.44-036.87-092-07-089-036.83

© Колектив авторів, 2012.

НЕТРИМАННЯ СЕЧІ У ЖІНОК З РЕЦИДИВОМ ГЕНІТАЛЬНОГО ПРОЛАПСУ

Р. М. Банахевич, К. Б. Акімова, К. В. Воронін, А. В. Єчин, Д. Л. Золотарьов

Кафедра акушерства та гінекології (зав. – професор В. О. Потапов), Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ.

URINARY INCONTINENCE IN WOMEN WITH RECURRENT GENITAL PROLAPSE

R. M. Banahevysh, K. B. Akymova, K. V. Voronin, A. V. Echin, D. L. Zolotarev

SUMMARY

The results of treatment of 123 patients with recurrent genital prolapse. For the correction of recurrent prolapse forms used technology with the use of mesh prostheses class «soft». It was established 123 prosthesis: 86 – «Gynemesh soft» on its own shape and developed installation technology, 8 – «Prolift anterior», 6 – «Prolift Posterior», 23 – «Prolift Total», 17 systems «TVT-O». Severe intraoperative and early postoperative complications were not. The success of treatment of urinary incontinence in women with recurrent genital prolapse depends on the adequacy of the individual selection of the form of conservative therapy and surgical intervention. The most simple and versatile operation for correction of stress urinary incontinence surgery can be considered as TVT-O.

НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ У ЖЕНЩИН С РЕЦИДИВОМ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА

Р. М. Банахевич, К. Б. Акімова, К. В. Воронін, А. В. Єчин, Д. Л. Золотарьов

РЕЗЮМЕ

Представлены результаты лечения 123 пациенток с рецидивом генитального пролапса. Для коррекции рецидивных форм пролапса применили технологии с использованием сетчатых протезов класса «soft». Установлено 123 протеза: 86 – «Gynemesh soft» по собственной разработанной форме и технологии установки, 8 – «Prolift anterior», 6 – «Prolift Posterior», 23 – «Prolift Total», 17 систем «TVT-O». Тяжелых интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений не было. Успех лечения недержания мочи у пациенток с рецидивом генитального пролапса зависит от адекватности индивидуального подбора вида консервативной терапии и оперативного вмешательства. Наиболее простой и универсальной операцией для коррекции стрессового недержания мочи можно считать операцию TVT-O.

Ключові слова: генітальний пролапс, рецидив, нетримання сечі, аналіз.

Пролапс тазових органів зустрічається у 15-30% жінок і є однією з актуальних проблем сучасної гінекології [2, 8, 9]. Анатомічні зміни, що відбуваються в органах малого тазу, зумовлюють значні функціональні порушення з боку цих органів. Пролапс часто ускладнюється проблемами сечовипускання. Захворювання завжди носить прогресуючий характер. Часто саме цей симптом змушує хворих з генітальним пролапсом вдаватися до оперативного лікування [1, 2, 3, 8].

До 26% дорослих жінок страждають від проблеми нетримання сечі, та більш ніж 40% жінок час від часу відчувають цю проблему [2, 3, 7]. Так, за даними Г.А. Савицького та співавторів (2000) нетримання сечі при напрузі в 25-30% спостережень поєднується з опущенням та випаданням внутрішніх статевих органів, за даними Московського обласного НДІ акушерства та гінекології, даний показник досягає 47,3% [1, 7].

Статистичні дані по Росії вкрай суперечливі. Д. Ю. Пушкар (2000) вказує, що близько 45% жінок в постменопаузі мають різні розлади сечовипускання [4, 6]. За медичною допомогою звертаються далеко не всі пацієнтки із-за загальновідомої точки зору про

неефективність більшості методів лікування цього захворювання [6, 10]. Так, в Україні тільки 2-3% жінок в постменопаузі відвідують гінеколога з приводу урогенітальних розладів у порівнянні з 30-40% жінок у розвинених країнах [7, 9, 10].

Доведено, що успіх хірургічного лікування стресової інконтиненції набагато перевищує успіх консервативних дій та дозволяє в 75-80% випадків отримати позитивний результат. При рецидиві тільки 50% операцій мають успіх та тільки 20% при третьому втручанні [2, 3].

В практиці хірурга-гінеколога однією з актуальних є проблема реконструкції фасціально-лігаментарного апарату внутрішніх статевих органів з приводу рецидиву генітального пролапсу, коли лікар та пацієнт вирішують питання доцільності повторного оперативного втручання. Незважаючи на те, що для корекції пролапсу запропоновано багато базових оперативних втручань та їх модифікацій, рецидиви захворювання зустрічаються в 6-72% випадків та залежать від багатьох факторів [3, 4, 7, 11, 12]. Широке впровадження сітчатих протезів в гінекологічну практику останнім часом значно

збільшило ефективність лікування пролапсу, особливо його рецидивних форм, де використання власних тканин для корекції дефекту виявилось недостатнім [1, 5, 6, 7].

Додатковою проблемою, що ускладнює перебіг основного захворювання, є проблема нетримання сечі. Вона може виявлятися до оперативного втручання та спостерігатися в післяопераційному періоді як продовження захворювання або розвиток нового (de novo) [5]. Таким чином, діагностика, прогнозування та лікування нетримання сечі у пацієток з рецидивом генітального пролапсу є особливо важливим питанням та вимагає додаткових досліджень. В даний час добре відомо, що ізольоване оперативне лікування не завжди призводить до зникнення симптомів інконтиненції. Особливо це відноситься до ускладнених форм захворювання, що включає в себе стресову інконтиненцію в поєднанні з нейром'язовою дисфункцією сечового міхура при рецидивній формі пролапсу [4, 10, 11, 12]. Впровадження в медичну практику сучасних методів комбінованого уродинамічного дослідження дає можливість комплексно оцінити функцію сечовипускання, встановити причину та вид порушень, визначити перспективи лікування.

Мета: покращити результати хірургічного лікування рецидиву генітального пролапсу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено ретроспективний аналіз анамнезу, скарг, екстрагенітальної та гінекологічної патології, ступеню дисплазії сполучної тканини, результати оперативних втручань 123 пацієток, оперованих з приводу рецидиву генітального пролапсу, які були розділені на дві групи. Всім пацієнткам виконано реконструктивно-пластичні операції на тазовому дні з використанням синтетичних імплантів (Gyne Mesh Soft, Prolift-Total, Anterior, Posterior, (ETHICON «Women's Health & Urology» Johnson & Johnson Company, США). При виявленому стресовому нетриманні сечі виконувалася супутня слінгова операція TVT-O із використанням системи Gynecare TVT Obturator System Tension-free Support for Incontinence (ETHICON, inc. Johnson & Johnson Company, США). Групу №1 склали 86 пацієток з рецидивом генітального пролапсу, яким було проведено оперативне втручання з використанням імпланту, запропонованої нами форми (патент України на корисну модель № 58958, А61F2/02), групу №2 – 37 пацієток з рецидивом захворювання, яким виконано трансвагінальний неофасціогенез

системою «Prolift» за технологією її встановлення [2]. У 8 пацієток 1-ї групи та у 9 пацієток 2-ї виконано уретропексію синтетичною петлею (операція TVT-O). Операція виконувалася за стандартною методикою, що описана у відповідних дослідженнях [2]. До та після оперативного втручання проведено оцінку результатів трансабдомінального дослідження уретри та сечового міхура. Ультразвукова діагностика органів малого тазу та стану тазового дна проводилася на апаратах «ALOKA SSD-4000SV» і «TOSHIBA XARIO XG» у режимі двовимірної та трьохвимірної довільної реконструкції [2]. Для диференційної діагностики форм нетримання сечі використовували функціональні проби (проба із скороченням м'язів промежини та проба Вальсальви), анкетування за А.С. Переверзевим (2000) [9], проведено комплексне уродинамічне дослідження на пристрої «Uroscreen» (виробник tic Medizintechnik, Німеччина): цистометрія, профілометрія, урофлоуметрія, дослідження «тиск-потік», профіль центрального тиску в спокійному стані та при підвищенні внутрішнього очеревиного тиску [9]. Статистична обробка матеріалу проводилася за допомогою статистичних програм MS Excel 2010.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік хворих 1-ї групи склав 56 ± 7 років, 2-ї групи – 54 ± 6 років. Тривалість захворювання в групах становила від 1-го до 12 років (в середньому – $3,0 \pm 2,4$ років).

Для корекції рецидивних форм пролапсу застосували технології з використанням сітчатих протезів класу «soft». Встановлено 123 імпланти: 86 – «Gynemesh soft», 8 – «Prolift Anterior», 6 – «Prolift Posterior», 23 – «Prolift Total». Крім того, для лікування супутнього стресового нетримання сечі застосовано 17 систем «TVT-O». Перевагою такого методу було виконання всього об'єму операції з одного доступу (вагінального), можливість поєднання з іншими операціями, виконання операцій у хворих з ожирінням, а також у пацієток, які мали в анамнезі безуспішні абдомінальні, трансвагінальні та/або антистресові втручання. Тривалість операцій із застосуванням технології систем «TVT-O» в середньому була довшою на 10-15 хв. та достовірно не відрізнялася від тривалості операції без її застосування (табл. 1). У 32 (26,0%) хворих виявлена різна органічна патологія матки або шийки матки, у зв'язку з чим об'єм операції був розширений до гістеректомії.

Таблиця 1

Результати оперативних втручань при рецидиві генітального пролапсу

Група №	1 (n=86)	2 (n=37)
Тривалість операції, хв., (M±m)	38,1±8,9**	75,8±12,7
Встановлено систем «TVT-O», n (%)	8 (9,3%)	9 (24,3%)
Тривалість встановлення системи «TVT-O»	12,1±4,1	15,8±7,6
Операція з екстирпацією матки, n (%)	24 (27,9%)	8 (21,6%)
Крововтрата (мл)	126,1±44,1*	363,1±123,8
Перебування в стаціонарі після операції (M±m)	5,0±0,8	5,4±0,5

Примітка: * – критерій Стьюдента, $p < 0,01$, ** – $p < 0,05$.

Етапність виконання операції залежала від клінічної ситуації в кожному випадку окремо. В одних випадках встановлювали систему «TVT-O» до початку вагінальної гістеректомії та корекції пролапсу, а після закінчення піхвової операції визначали рівень натягу системи. В інших випадках найбільш доцільним був наступний порядок: гістеректомія (за необхідності), корекція пролапсу, встановлення системи «TVT-O» та реконструкція промежини. Така послідовність дозволяла уникнути надлишкове навантаження на систему після проведення антистресової операції та дозволяла зберегти індивідуально підібраний натяг проленової стрічки. Тривалість перебування в стаціонарі після операції із застосуванням систем «Prolift» та TVT-O становила $5,4 \pm 0,5$ діб та суттєво не відрізнялась від терміну перебування пацієнтів групи №1.

Аналіз показав, що операції з використанням синтетичних протезів «Gynemesh soft» (86 спостережень) були високоефективними, рецидивів цистоцеле не відзначено. Важких інтра- та післяопераційних ускладнень не було.

В 2-й групі пацієнтів відзначено 1 (2,7%) інтраопераційне ускладнення. При виконанні дисекції у раніше оперованої пацієнтки (в анамнезі вагінальна гістеректомія з передньою кольпорафією) відбулася травма сечового міхура. Поранення усунуто шляхом накладання дворядного шва Вікріл Рапід 2-0, встановлено систему TVT-O із наступною катетеризацією постільним катетером Фоллея до 7-ми діб, з успішним результатом. При подальшому спостереженні ускладнень не відзначено.

Необхідно відзначити 3 (16,7%) випадки обструкції сечовипускання – специфічного післяопераційного ускладнення, що спостерігається при використанні систем TVT-O. Ерозії стінки сечового міхура або слизової піхви не спостерігалося. Для лікування обструкції сечовипускання застосовувалася консервативна терапія (Доксазозин 2 мг 1 раз на добу) та періодична катетеризація сечового міхура.

За результатами комплексного уродинамічного дослідження, до оперативного втручання встановлено, що патологія сечовипускання спостерігалася у хворих 1-ої групи в 17 (19,8%), 2-ї групи – 14 (37,8%) випадках. Характер патології також достовірно не відрізнявся. У 1-ій групі стресове нетримання сечі виявлено в 9 (10,5%) випадках, стресове нетримання сечі в поєднанні з нейроім'язовою дисфункцією – у 4 (4,7%) хворих. Тільки нейроім'язову дисфункцію – у 4 (4,7%) пацієнток. У 2-ій групі, відповідно, у 9 (24,3%), 3 (8,1%) та 2 (5,4%) випадках. Для лікування нейроім'язової дисфункції сечового міхура призначалася терапія спазмолітиками М-холіноблокуючої та міотропної дії, препаратами для місцевого застосування, що містять естроген до та після оперативного лікування.

При комплексному уродинамічному обстеженні нетримання сечі виявлено, що гіпермобільність

уретро-везікального сегмента, величина максимального внутрішньо-уретрального тиску найчастіше відповідала нормі. Функціональна довжина уретри в середньому не перевищувала 20 мм. При «чистому» стресовому нетриманні сечі відзначено зменшення функціональної довжини уретри менше 15 мм, зниження максимального внутрішньо-уретрального тиску нижче межі вікової норми. Спостерігалися ознаки недостатності сфінктера – внутрішньо-уретральний тиск близький до нуля при кашлі.

В післяопераційному періоді у пацієнтки 1-ї групи в 1 випадку (1,2%) через 6 місяців після корекції генітального пролапсу виникла необхідність встановлення системи TVT-O у зв'язку з появою ознак стресового нетримання сечі de novo. У 2 (2,4%) пацієнток 1-ї групи з ознаками нейроім'язової дисфункції сечового міхура медикаментозна терапія не принесла бажаного результату.

Встановлено, що 94,1% хворих були задоволені результатами лікування стресового нетримання сечі протягом першого року спостереження. Аналогічні результати тестування відзначені через 2 роки після перенесеної операції. Для оцінки результатів через 3-5 років – інформації недостатньо.

Аналіз найближчих та віддалених результатів застосування малоінвазивних методів корекції стресового нетримання сечі у пацієнток з рецидивом генітального пролапсу показав, що успіх операції залежить від адекватності індивідуального підбору виду операції, від віку хворої та патології внутрішніх статевих органів.

ВИСНОВКИ

1. Успіх використання тієї чи іншої методики корекції нетримання сечі у пацієнток з рецидивом генітального пролапсу залежить від адекватності індивідуального підбору виду консервативної терапії та оперативного втручання.

2. Найбільш простою та універсальною операцією для корекції стресового нетримання сечі можна вважати слінгову операцію TVT-O.

ЛІТЕРАТУРА

1. Буянова С. Н. Диагностика и лечение недержания мочи у женщин / С. Н. Буянова, В. Д. Петрова, М. А. Чечнева // Российский журнал акушерства и гинекологии. – 2002. – № 4. – С. 52–61.

2. Оперативная гинекология / В. И. Краснополянский, С. Н. Буянова, Н. А. Щукина, А. А. Попов. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 320 с.: ил.

3. Попов А. А. Лапароскопическая позадилонная кольпопексия в лечении стрессовой инконтиненции / А. А. Попов, С. Л. Горский, О. С. Славутская // Журнал акушерства и женских болезней. – 2001. – Т. L, вып. III. – С. 61–62.

4. Попов А. А. Современные аспекты диагностики и хирургического лечения опущения и выпадения женских половых органов / А. А. Попов, М.

- Р. Рамазанов, О. С. Славутская // Эндоскопическая хирургия. – 2002. – № 5. – С. 13–15.
5. Попов А. А. Хирургическое лечение неосложненных форм стрессового недержания мочи / А. А. Попов, С. Л. Горский, Т. Н. Мананникова [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2000. – № 1. – С. 26–29.
6. Пушкарь Д. Ю. Оперативное лечение сложных форм недержания мочи / Д. Ю. Пушкарь, К. П. Тевлин, О. Б. Лоран // Акушерство и гинекология. – 2000. – № 1. – С. 23–25.
7. Савицкий Г. А. Недержание мочи в связи с напряжением у женщин / Г. А. Савицкий, А. Г. Савицкий. – С-Петербург : Элби-СПб, 2000. – 124 с.
8. Стандарты обследования больных с опущением и выпадением внутренних половых органов, осложненных недержанием мочи : методические указания № 97/144 / [В. И. Краснопольский, С. Н. Буянова, В. Д. Петрова и др.]. – М., 1998. – 18 с.
9. Стресове нетримання сечі у жінок / В. І. Горвий, В. П. Головенко, О. О. Процепко [та ін.]. – Вінниця : РВВ ВАТ «Вінобл-друкарня», 2003. – 304 с.
10. Reszapour M. Tension-free vaginal tape (TVT) in women with mixed urinary incontinence – a long-term follow-up / M. Reszapour, U. Ulmsten // *Int. Urogynecol. J.* – 2001. – Vol. 12, № 4. – P. 615–618.
11. Ulmsten U. A multicenter study of Tention-Free Vaginal Tape (TVT) for surgical treatment of stress urinary incontinence / U. Ulmsten, C. Falconer, P. Jonson // *Int. Urogynecol. J.* – 1998. – № 9. – P. 210–213.
12. Ulmsten U. A three-year follow up of tension free vaginal tape for surgical treatment of female stress urinary incontinence / U. Ulmsten, P. Jonson, M. Reszapour // *Br. J. Obstet. Gynecol.* – 1999. – Vol. 106, № 4. – P. 345–350.