

УДК 618&14-089.87:616.62-008

© Коллектив авторов, 2013.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНКОНТИНЕНЦИИ У ЖЕНЩИН С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

А. А. Железная, В. В. Гайдадым, С. А. Дорошенко, О. М. Бабенко*Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФИПО (зав. – член-корр. АМН Украины, профессор В. К. Чайка), Донецкий национальный медицинский университет; 83114, Украина, г. Донецк, пр. Ильича, 16; E-mail: чайка@dsmu.edu.ua*

COMPLICATIONS OF TREATMENT FOR INCONTINENCE IN WOMEN WITH GYNECOLOGICAL PATHOLOGY DEPENDING ON INCONTINENCE

A. A. Zheleznaia, V. V. Gaidadym, S. A. Doroshenko, O. M. Babenko

SUMMARY

The aim of this study was to investigate the treatment of complications of incontinence, depending on the type of women with gynecological pathology against connective tissue dysplasia (CTD). The study group included 60 patients with urinary incontinence (UI), the group consisted of 64 of these patients, and the control group consisted of 35 healthy women. All patients performed surgical treatment of gynecological pathology, but special attention was given to patients with stress and mixed urinary incontinence, as Combined they performed surgery to correct stress incontinence. Intraoperative complications such as perforation of the bladder needles were observed in the study group in 3 cases, and in the comparison group – in 6 cases. Erosive changes in the vaginal area of the implant under the urethra with or without excision of it occurred in the study group for stress incontinence in 3 (10,0%) women, in the comparison group – 8 patients (32,0%), $p < 0,05$; with mixed incontinence, respectively, 2 (6,7%) versus 10 (25,6%), $p < 0,04$. The high rate of complications in the control group due to the fact that the traditional treatment of women with incontinence does not account for background in the form of heavy CTD and mineral imbalance. In the study group correction of these states has reduced the incidence of complications. Excision of the grid in the main group took only one patient compared to 15 in the comparison group. In 4 women healing erosions without excision of synthetic implant was achieved by reapplying plazmoliftinga over 3-11 months, depending on the time of appearance of erosion, as in the comparison group – in 3 to 15 who required excision of the implant due to the ineffectiveness of conservative treatment. Thus, the use of optimal techniques and new surgical techniques of loop operations has improved outcomes in patients with stress incontinence, especially against the background of severe CTD.

УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ІНКОНТИНЕНЦІЇ У ЖІНОК З ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЄЮ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТИПУ НЕТРИМАННЯ СЕЧІ

Г. О. Железна, В. В. Гайдадым, С. А. Дорошенко, О. М. Бабенко

РЕЗЮМЕ

Метою даної роботи було вивчити ускладнення при лікуванні інконтиненції в залежності від її типу у жінок з гінекологічною патологією на тлі дисплазії сполучної тканини (ДСТ). В основну групу увійшли 60 пацієнок з нетриманням сечі (НС), групу порівняння склали 64 таких пацієнок, а контрольну групу склали 35 здорових жінок. Всім пацієнткам проводилося оперативне лікування гінекологічної патології, але особливу увагу було приділено пацієнткам із стресовим і змішаним нетриманням сечі, тому їм виконувалися поєднані операції з корекції стресової інконтиненції. Інтраопераційні ускладнення у вигляді перфорації голками сечового міхура спостерігалися в основній групі в 3 випадках, а в групі порівняння – у 6 випадках. Ерозивні зміни слизової піхви в області імпланту під уретрою з висіченням його або без спостерігалися в основній групі при стресовому НС у 3 (10,0%) жінок, а в групі порівняння – у 8 (32,0%), $p < 0,05$; при змішаному НС відповідно 2 (6,7%) проти 10 (25,6%), $p < 0,04$. Високий відсоток ускладнень у групі порівняння пов'язаний з тим, що традиційне лікування жінок з інконтиненцією не враховує фон у вигляді важкої ДСТ та мінеральний дисбаланс. В основній групі корекція цих станів дозволила знизити відсоток ускладнень. Висічення сітки в основній групі було потрібно лише 1 пацієнтці проти 15 в групі порівняння. У 4 жінок загоєння ерозій без висічення синтетичного імпланту було досягнуто шляхом повторного застосування плазмоліфтингу через 3-11 місяців в залежності від часу появи ерозії, а в групі порівняння – у 3 проти 15, яким знадобилося висічення імпланту, зважаючи на неефективність консервативного лікування. Таким чином, використання оптимальної техніки та нових хірургічних прийомів петльових операцій дозволило поліпшити результати лікування пацієнок з НС при напрузі, особливо на тлі важкої ДСТ.

Ключевые слова: недержание мочи, дисплазия соединительной ткани, осложнения лечения.

Расстройства мочеиспускания и недержание мочи (НМ) у женщин в настоящее время остается серьезной проблемой ввиду недостаточной изученности этиопатогенетических звеньев заболевания и отсутствия единого диагностического и лечебного

алгоритмов [1]. Около 15-20% больных гинекологического профиля обращаются за медицинской помощью именно в связи с несогласием мириться с произвольной потерей мочи, а по результатам опросов эта цифра значительно больше. Различные

формы недержания мочи, в частности при напряжении, императивное и смешанные варианты, требуют внимательного исследования причин, приводящих к некомпетентности механизма удержания мочи.

Одной из немаловажных причин тяжести НМ является дисплазия соединительной ткани (ДСТ). Нарушение структуры соединительной ткани имеет прямую связь с развитием НМ, пролапсом тазовых органов и возникновением паравагинальных дефектов. Наличие ДСТ изменило клинические симптомы многих заболеваний и способствует формированию тяжелых осложнений с вовлечением диспластико-зависимых органов [2-4].

Однако, несмотря на высокую эффективность хирургических вмешательств, частота рецидивов недержания мочи остается высокой (от 6 до 38%). Кроме того, выполнение оперативного лечения стрессового недержания мочи может сопровождаться рядом серьезных осложнений, таких как ранение мочевого пузыря, уретры, кишечника, сосудов малого таза, обструкция мочевых путей, инфекции мочевых путей, остеомиелит лонных костей, образование спаек в полости малого таза [2, 5]. Вследствие этого усилия урогинекологов, занимающихся данной проблемой, направлены на поиск причин неэффективного лечения и новых малоинвазивных, но эффективных методов лечения НМ.

Целью данной работы было изучить осложнения при лечении инконтиненции в зависимости от ее типа у женщин с гинекологической патологией на фоне дисплазии соединительной ткани.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами изучались осложнения лечения у женщин с недержанием мочи до и после лечения. В основную группу вошли 60 пациенток с НМ и гинекологической патологией на фоне дисплазии соединительной ткани, группу сравнения составили 64 такие пациентки, а контрольную группу составили 35 здоровых женщин. Основная и группа сравнения разделены на подгруппы в зависимости от типа НМ, в данной работе рассматривались стрессовое и смешанное НМ.

Возраст обследованных женщин с НМ колебался от 18 до 83 лет и в среднем составил $52,52 \pm 1,49$ лет в группе сравнения ($50,59 \pm 2,81$ года – в подгруппе с ургентным НМ, $52,13 \pm 2,16$ года – в подгруппе со смешанным НМ и $54,84 \pm 3,10$ года – в подгруппе со стрессовым НМ) и $55,76 \pm 1,34$ года – в основной груп-

пе ($52,20 \pm 2,16$ года – в подгруппе с ургентным НМ, $56,43 \pm 2,41$ года – в подгруппе со смешанным НМ и $58,63 \pm 2,38$ года – в подгруппе со стрессовым НМ). В контрольной группе среднее значение показателя возраста равнялось $53,03 \pm 1,97$ года. Статистически значимого различия между возрастными показателями групп обследования не наблюдалось ($p > 0,05$). Все пациентки имели очевидную взаимосвязь НМ с наличием соединительнотканной недостаточности, вызванной дистрофическими нарушениями и системной дисплазией. Статистическую обработку проводили на персональном компьютере с помощью пакета статистических программ.

Все женщины основной группы в комплексном лечении получали препараты кальция, магния, плазмолифтинг парауретральный (1-5 сеансов).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Всем пациенткам проводилось оперативное лечение гинекологической патологии, но особое внимание было уделено пациенткам со стрессовым и смешанным недержанием мочи, т.к. им выполнялись сочетанные операции по коррекции стрессовой инконтиненции (табл. 1).

Интраоперационные осложнения в виде перфорации иглами мочевого пузыря наблюдались в основной группе в 3 случаях (2 случая при стрессовом и 1 случай при смешанном НМ), а в группе сравнения – в 6 случаях (табл. 2). Данное осложнение легко диагностировалось интраоперационно во время проведения цистоскопии. Иглы извлекали и проводили повторно латеральнее. При проведении повторной цистоскопии убеждались в том, что иглы прошли экстравезикально. Визуализировалось место ранения мочевого пузыря, кровотечение отсутствовало во всех случаях. В мочевом пузыре оставляли постоянный катетер на 24-72 часа. Послеоперационный период у данных больных протекал без осложнений, через 3-8 часов после удаления катетера восстанавливалось самопроизвольное мочеиспускание. Кровопотеря во время операции варьировала от 50 до 450 мл и в среднем составила 150 мл. Продолжительность операций варьировала от 17 до 150 минут. Продолжительность комбинированных операций зависела от их объема. Средняя продолжительность операции TVT составила 37 минут. Операция TOT была значительно короче по времени, средняя ее продолжительность составила 24 минуты.

Таблица 1
Виды оперативных вмешательств у пациенток с НМ и гинекологической патологией, n (%)

Виды операции	Основная группа		Группа сравнения	
	стрессовое НМ, n=30	смешанное НМ, n=30	стрессовое НМ, n=25	смешанное НМ, n=39
Консервативная миомэктомия с операцией Берча	2 (6,7%)	1 (3,3%)	1 (4,0%)	2 (5,1%)
Надвлагалищная ампутация матки с операцией Берча	1 (3,3%)	2 (6,7%)	1 (4,0%)	2 (5,1%)

Продолжение таблицы 1

Виды операции	Основная группа		Группа сравнения	
	стрессовое НМ, n=30	смешанное НМ, n=30	стрессовое НМ, n=25	смешанное НМ, n=39
Простая экстирпация матки с операцией Берча	3 (10,0%)	7 (23,3%)	2 (8,0%)	6 (15,4%)
Лапароскопическая экстирпация матки с операцией Берча	2 (6,7%)	5 (16,7%)	1 (4,0%)	4 (10,3%)
Вагинальная гистерэктомия со слингом TVT/TOT	7 (23,3%)	9 (30,0%)	6 (24,0%)	9 (23,1%)
Влагалищная экстирпация матки с передней кольпоррафией/кольпоперинеолеваторопластикой и со слингом TVT/TOT	11 (36,7%)	5 (16,7%)	12 (48,0%)	14 (35,9%)
Влагалищная экстирпация матки с Prolift anterior/posterior и со слингом TVT/TOT	4 (13,3%)	1 (3,3%)	2 (8,0%)	2 (5,1%)

Эрозивные изменения слизистой влагалища в области импланта под уретрой с иссечением его (рис. 1, 2) или без (рис. 3) наблюдались в основной группе при стрессовом НМ у 3 (10,0%) женщин, а в группе сравнения – у 8 (32,0%), $p < 0,05$; при смешанном НМ соответственно 2 (6,7%) против 10 (25,6%), $p < 0,04$ (табл. 2). В целом, в основной группе эрозивные осложнения наблюдались у 5 (8,3%) против 18 (28,1%) группы сравнения, $p < 0,005$. Высокий процент осложнений в группе сравнения связан с тем, что традиционное лечение женщин с инконтиненцией не учитывает фон в виде тяжелой ДСТ

и минеральный дисбаланс. В основной группе коррекция этих состояний позволила снизить процент осложнений.

Иссечение сетки в основной группе потребовалось лишь 1 пациентке против 15 в группе сравнения. У 4 женщин заживление эрозий без иссечения синтетического импланта было достигнуто путем повторного применения плазмолифтинга через 3-11 месяцев в зависимости от времени появления эрозии, а в группе сравнения – у 3 против 15, которым потребовалось иссечение импланта ввиду неэффективности консервативного лечения.

Таблица 2

Осложнения оперативной коррекции стрессовой инконтиненции, n (%)

Операции по коррекции НМ и осложнения	Основная группа		Группа сравнения	
	стрессовое НМ, n=30	смешанное НМ, n=30	стрессовое НМ, n=25	смешанное НМ, n=39
Операция Берча	8 (26,7%)	15 (50,0%)	5 (20,0%)	14 (35,9%)
Слинг TVT/TOT	22 (73,3%)	15 (50,0%)	20 (80,0%)	25 (64,1%)
Интраоперационная травма мочевого пузыря	2 (6,7%)	1 (3,3%)	3 (12,0%)	3 (7,7%)
Эрозия слизистой влагалища без иссечения сетки	2 (6,7%)	2 (6,7%)	1 (4,0%)	2 (5,1%)
Эрозия слизистой влагалища с иссечением сетки	1 (3,3%)	-	7 (28,0%)	8 (20,5%)
Всего эрозий	3 (10,0%)	2 (6,7%)	8 (32,0%)	10 (25,6%)
Атония мочевого пузыря	1 (3,3%)	1 (3,3%)	4 (16,0%)	5 (12,8%)
Рецидив заболевания	-	-	1 (4,0%)	2 (5,1%)

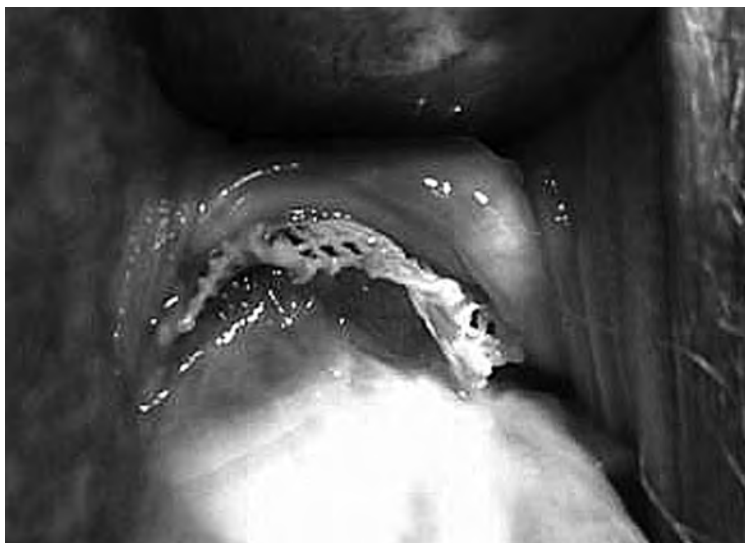


Рис. 1. Эрозия слизистой под уретрой с выпячиванием сетчатого импланта.

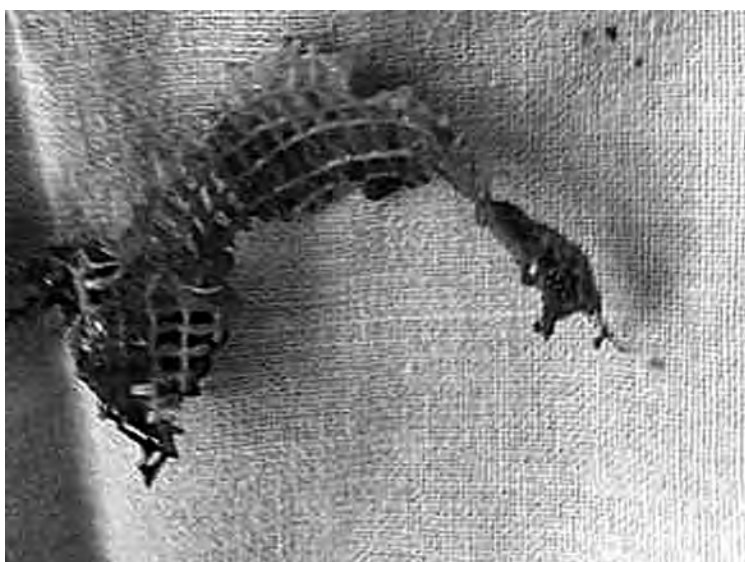


Рис. 2. Иссеченный сетчатый имплант.

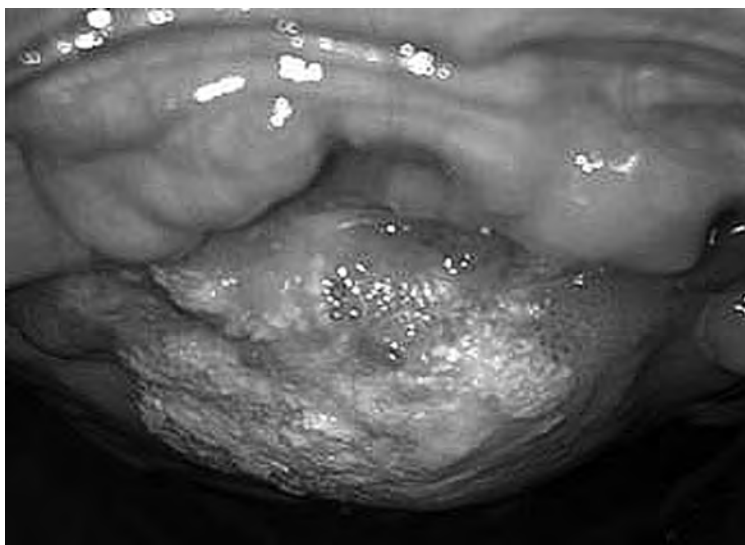


Рис. 3. Эрозивное изменение слизистой под уретрой без выпячивания сетчатого импланта.

У большинства пациенток основной группы – 51 (85,0%) – самостоятельное мочеиспускание восстановилось на 1-2 сутки, у остальных – на 3-4 (8,3%) и 5-10 сутки (6,7%), а в группе сравнения соответственно у 47 (73,5%), у 7 (10,9%), у 10 (15,6%).

Лечение данных осложнений было консервативным: назначение прозерина инъекционно или в виде электрофореза, иглорефлексотерапии.

Критериями положительной оценки операции считались и отсутствие признаков рецидива заболевания (как НМ), и восстановление адекватного мочеиспускания. За время наблюдения отмечено 3 рецидива НМ (у одной – через месяц после операции, у двух – через 4 месяца) в группе сравнения.

ВЫВОДЫ

Таким образом, использование оптимальной техники и новых хирургических приемов петлевых операций позволило улучшить результаты лечения пациенток с НМ при напряжении, особенно на фоне тяжелой ДСТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буянова С. Н. Диагностика и лечение недержания мочи у женщин / С. Н. Буянова, В. Д. Петрова, М. А. Чечнева // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2002. – № 4. – С. 52–61.
2. Гавалов С. М. Дистморфогенез соединительной ткани и его влияние на течение некоторых хронических заболеваний у детей / С. М. Гавалов, В. В. Зеленская // Консилиум. – 2000. – № 1 (11). – С. 27–32.
3. Егорова Л. В. Клинико-генеалогические особенности при дисплазии соединительной ткани / Л. В. Егорова // Консилиум. – 2000. – № 1 (11). – С. 38–42.
4. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани, метаболический синдром и артериальная гипертензия у лиц молодого возраста / Г. Н. Верещагина, Л. А. Донская, М. А. Висковатых [и др.] // Консилиум. – 2000. – № 1 (11). – С. 6–11.
5. Попов А. А. Результаты хирургического лечения недержания мочи при напряжении / А. А. Попов, М. Р. Рамазанов, О. С. Славутская // Акушерство и гинекология. – 2003. – № 6. – С. 39–41.