

Сопоставление результатов оперативного лечения недержания мочи с применением мобилизованного и немобилизованного участков передней стенки влагалища

А.Г.Иванов, В.В.Красулин, Ю.В.Терентьев

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Ключевые слова: влагалище, слинг, лоскут.

Актуальность. Известно более 100 различных операций, направленных на лечение недержания мочи (НМ). [4] Такое количество операций свидетельствует об отсутствии единых подходов в этом вопросе. Частота осложнений и рецидивов заболевания после хирургического лечения колеблется от 8 до 43,5%. [1, 5] Среди способов оперативного лечения особый интерес представляют слинговые операции с применением влагалищного лоскута.[3]

Целью работы являлась оценка результатов хирургического лечения НМ у женщин, сопоставить результаты, полученные при применении мобилизованного и немобилизованного участков передней стенки влагалища в качестве опорной пластинки для слинга.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты обследования и лечения 332 пациенток в возрасте от 38 до 68 лет, страдающих НМ и находившихся на лечении в отделении урологическом РостГМУ и Лечебно-диагностическом центре «Здоровье» с января 2000 по июль 2005 года.

Стрессовый тип НМ выявлен у 88 (26,5%) пациенток, смешанный тип – у 102 (30,7%) больных, императивный тип – у 142 (42,8%) пациенток. Из 190 больных, имеющих стрессовый и смешанный тип заболевания I степень тяжести НМ отмечена у 144 больных (75,8%), II степень тяжести – у 25 пациенток (13,2%), у 21 пациентки (11,1%) – III степень тяжести НМ.

Пациенткам, имеющим III степень тяжести НМ, предложено оперативное лечение, на проведение которого согласились 19 из них. Всем 169 пациенткам с I и II степенью тяжести НМ проведен курс консервативной терапии в течение 6 месяцев, на фоне которого у 18 пациенток (10,7%) отме-

чена положительная динамика. Однако у 151 пациенток (89,3%) стойкого положительного эффекта не достигнуто.

Таким образом, из 190 пациенток, страдающих стрессовым или смещенным типом НМ, выявлено 172 (90,5%) пациентки, у которых консервативное лечение не привело к желаемому результату или имеющих III степень тяжести заболевания. Этим больным было показано оперативное лечение. Из них лишь 165 (86,8%) согласились на проведение оперативного вмешательства.

Оперированные больные были разделены на 3 группы:

В I группу вошли 45 (27,3%) пациенток, у которых применялись оперативные методики, не предусматривающие использование участка передней стенки влагалища в качестве опорной площадки для слинга.

II группа – больные, которым выполнялись уретропервикопексии с использованием мобилизованного лоскута передней стенки влагалища – 53 пациенток (32,1%),

III группа – больные, которым выполнялась управляемая уретроцервикопексия комбинированным пубовагинальным доступом по методу клиники (Патент на изобретение № 2190977 от 20 октября 2002г.) с применением устройства для регулирования степени натяжения лигатур в послеоперационном периоде (Свидетельство на полезную модель № 24361 от 10 августа 2002 г.) – 67 пациенток (40,6%).

Результаты. Для стандартизации оценки результатов лечения нами использована бальная система SEAPI предложенная S.Ras, D.R.Ericson в 1992 году [2]. В соответствии с этой системой нами оценено анатомическое положение половых орга-

Таблица

Сравнение отдалённых результатов хирургического лечения оперированных больных

Отсутствие НМ	I группа	II группа	III группа
Сразу после операции	36 (80,0%)	45 (84,9%)	57 (85,1%)
Через 1 год	33 (73,3%)	44 (83,0%)	56 (83,6%)
Через 2 года	31 (68,9%)	42 (79,2%)	54 (80,6%)

нов, возможность опорожнения мочевого пузыря, функция мочевого пузыря, проявление стрессового НМ, необходимость использования прокладок (таблица).

Обращено внимание, что у 20 пациенток II группы (37,7%) были зарегистрированы признаки нестабильности детрузора, причём у 16 (35,6%) из них имела место императивная симптоматика. В то же время среди пациенток III группы лишь у 10 (14,9%) отмечены периодические императивные позывы, сопровождающиеся инконтиненцией.

При реализации предложенного способа, лоскут из передней стенки влагалища, не отсекается от подлежащих тканей, а, следовательно, не нарушается его собственная ангиоархитектоника и не развивается гипоксия в лоскуте, что, в свою очередь, минимизирует последующие рубцовые изменения. Отсутствие прямого хирургического контакта с уретрой минимизирует риск развития денервационных процессов в зоне операции и последующей дизурии.

Важным преимуществом нового способа является возможность при необходимости изменять степень натяжения слинга в ближайшем послеоперационном периоде, создавая наиболее выгодное для конкретной больной функциональное положение нижних мочевых путей, позволяющее достигнуть оптимальных результатов в лечении стрессовой инконтиненции.

Выводы. Результаты лечения в I и II группах вполне сопоставимы. Это обусловлено идентичностью групп оперированных больных, единой тактикой в определении показаний к оперативному

лечению, близостью техники осуществления хирургического приёма. Однако отказ от мобилизации участка передней стенки влагалища, сохранение ангиоархитектоники и иннервации зоны пузырноуретрального сегмента позволило минимизировать риск развития денервационных осложнений, что обусловило меньшее количество императивных проявлений в послеоперационном периоде в III группе больных. Прослеживаемая разница в показателях свидетельствует о том, что новый метод, будучи более физиологичным и морфологически обоснованным является более прогрессивным.

Литература

1. Журавлёв В.Н., Баженов И.В., Камчазов А.А., Бершадский В.А. К хирургическому лечению стрессового недержания мочи у женщин. // *Материалы пленума правления Российского общества урологов.* – М., 2001.
2. Киржибаева Б.Т. Совершенствование диагностики и лечения недержания мочи у женщин. Дисс. ... канд. мед. наук. Алматы., 2006.
3. Лоран О.Б., Пушкарь Д.Ю., Амизель Ж. Слинговые операции с использованием короткого кожного лоскута у больных недержанием мочи при напряжении. // *Материалы пленума правления Российского общества урологов.* – М., 2001.
4. Переверзев А.С. Клиническая урогинекология. – Харьков, 2000 г.
5. Losif C.S. Results of various operation for urinary stress incontinence // *Arch. Gynecol.* 1983. No. 233. P. 93.

Comparing results of surgical treatment of urine incontinence (UI) using mobilised and nonmobilised portion of the anterior vaginal wall (AVW)

A.G. Ivanov, V.V. Krasulin, J.V. Terentev

Rostov State Medical University, Rostov-on-Don

Key words: vagina, sling, flap.

Surgical treatment of UI though many, complication and recurrence still stands high (8-43,5%). We studied 332 patients with UI; stress UI – 88; urge – 142; mixed – 102. 165 were operated comprising of stage III and stage I and II with failed conservative management. Methods used: Grp I – AVW not used; Grp II – mobilised AVW; Grp III – Adjustable urethrocervicopekxy and pubovaginal flap worked out by our clinic. Conclusion. Our results shows the advantage of using the nonmobilised adjustable urethrocervicopekxy and pubovaginal flap.