

УДК 616.62-008.222-089-055.2

ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ У ЖЕНЩИН

А. Н. Нечипоренко

УЗ «Гродненская клиническая больница скорой медицинской помощи»

В работе проводится сравнительная характеристика кольпоуретропексии по методу Берча при недержании мочи при напряжении у женщин и кольпоуретросуспензии нитями по Лоренцу. Операции позволяют добиться идентичных результатов, но операция Лоренца относится к малоинвазивным, что позволяет отдать ей предпочтение.

Ключевые слова: недержание мочи при напряжении, хирургическое лечение.

The article comprises comparative characteristic features of colpo-urethropexy by Burch in cases of enuresis upon exertion in females vs. colpo-urethrosuspension with threads by Laurentz. Such operative techniques enable to achieve similar results. However, the Laurentz technique is known to be of lower invasive nature and it should, therefore, prevail.

Key words: enuresis upon exertion, surgical treatment.

Недержание мочи при напряжении (НМпН) у женщин встречается весьма часто. До 18% женщин в возрасте 40 лет и старше страдают НМпН. Под НМпН следует понимать непроизвольное выделение порции мочи из уретры, возникающее в момент внезапного повышения внутрибрюшного давления - кашель, смех, бег, прыжки, подъем тяжести.

Наиболее частой причиной НМпН является нарушение функции сфинктера мочевого пузыря и уретры, возникающие при изменении нормальных уретро-везикальных взаимоотношений. При этом шейка мочевого пузыря смещается из зоны гидродинамической защиты, нарушается механизм передачи внутрибрюшного давления на проксимальный отдел уретры [3]. Это приводит к тому, что при повышении внутрибрюшного давления давление в мочеиспускательном канале оказывается ниже, чем в мочевом пузыре, и моча свободно изливается по уретре наружу.

Различают 3 степени НМпН:

I степень - выделение мочи при внезапном повышении внутрибрюшного давления (при кашле, чиханьи, смехе);

II степень - выделение мочи при движениях с незначительным повышением внутрибрюшного давления (при беге, быстром спуске по лестнице, вставании);

III степень - постоянное отхождение мочи, независимо от уровня внутрибрюшного давления.

Наиболее частыми причинами возникновения НМпН у женщин являются патологические процессы в женской половой сфере: естественные роды с повреждениями мышц тазового дна, объемные процессы тела и шейки матки.

Лечение НМпН зависит от степени выраженности недержания мочи. При I-II степени могут быть использованы методы консервативного лечения, при III степени НМпН показано исключительно оперативное вмешательство [1, 2].

Хирургические:

• надлобковый доступ (открытые операции)

1) операция Marschall-Marchetti-Krantz;

2) операция Burch.

• влагалищный доступ

1) укрепление сфинктера мочевого пузыря (операции типа Лукича);

2) игольчатая суспензия шейки мочевого пузыря

(операция Пускариу);

3) слинг передней влагалищной стенки;

4) свободная влагалищная петля (TVT)

Наибольшее распространение в настоящее время получили открытые надлобковые операции методами Маршала-Марчетти-Кранца и Берча и слинговые операции, выполняемые комбинированным доступом (влагалищный + надлобковый) – методика TVT.

Основными принципами хирургического лечения НМпН являются:

• коррекция взаимоотношений уретра - шейка мочевого пузыря – лонное сочленение;

• стабилизация функции мочевого пузыря;

• повышение уретрального сопротивления.

В настоящее время известно более 200 методов операций и их модификаций при НМпН [2]. Однако, испытание временем выдержали только вмешательства, сущностью которых является изменение заднего уретровезикального угла с уменьшением расстояния от шейки пузыря до лонного сочленения. Базовой операцией является кольповезикопексия по методу Маршала-Марчетти-Кранца и Берча. В последние годы операции при НМпН у женщин выполняются и с использованием лапароскопа.

Кольповезикопексия методом Маршала-Марчетти-Кранца осуществляется путем подшивания передней стенки влагалища справа и слева от пузырно-уретрального сегмента к лонным костям или к Куперовой связке (операция Берча). Такой же эффект достигается при выполнении слинговых операций – подтягивание вверх проксимального отдела уретры тесьмой из аутоканей или из синтетических материалов [1, 2]. Наибольшей популярностью в настоящее время пользуется слинговая операция по методике, получившей название «свободная влагалищная петля» (TVT) (под термином «свободная» подразумевается проведение петли под уретрой без натяжения) [2, 3]. Сущность операции сводится к проведению под проксимальным отделом уретры синтетической тесьмы в виде петли и два конца этой тесьмы выводят на переднюю брюшную стенку, где и фиксируются. Тесьма, проведенная под уретрой, создает надежную подпорку шейке мочевого пузыря и проксимальной уретре и удерживает их в зоне гидродинамической защиты, что и обеспечивает удержание мочи

при внезапном повышении внутрибрюшного давления.

К недостаткам ставшего весьма популярным лечения недержания мочи при напряжении (НМпН) у женщин методом TVT следует отнести относительно высокую стоимость используемого набора приспособлений и самой тесьмы и весьма тяжелые условия для хирургической коррекции в случае послеоперационного осложнения в виде обструкции уретры за счет значительного перегиба уретры натянутой лентой.

В этом отношении весьма интересна модификация операции TVT предложенная J. Lorenz [1, 4]. Простота выполнения, дешевизна используемых материалов, малая инвазивность вмешательства и хорошие результаты позволяют высоко оценить этот метод хирургического лечения НМпН у женщин.

J. Lorenz назвал свою операцию суспензия уретры нитями методом «3-2-1».

Операция выполняется под перидуральной анестезией. Обезболивание должно отвечать следующим требованиям. Пациентка должна быть в сознании для контакта с хирургом, а сила мышц передней брюшной стенки должна быть сохранена. Для этого уменьшается количество вводимого анестетика. Эти моменты должны обеспечить пациентке возможность адекватно кашлять по требованию хирурга.

В мочевой пузырь вводится катетер Фолея и моча полностью эвакуируется, баллончик катетера заполняется раствором в объеме 5 мл. Раздутый баллончик катетера позволяет пальпаторно определить положение шейки мочевого пузыря. Затем под слизистой влагалища на уровне шейки мочевого пузыря на расстоянии 1 см друг от друга проводятся 3 нити («3»). Вкол и выкол иглы с нитью находится между передней и боковой стенками влагалища. Наиболее высоко проходящая нить находится на уровне внутреннего отверстия уретры (ориентир – баллончик катетера Фолея). Проведенные три нити на расстоянии 1 см друг от друга выполняют роль ленты набора TVT. (Автор использует шовный материал Novafil 1 фирмы Sherwood-Paris Geck (prolen)). После этого момента операции по три нити выходят из правого и левого углов влагалища между его передней и боковыми стенками.

Затем выполняется один поперечный разрез («1») кожи длиной 5 см на 2 см выше от лонного сочленения строго по середине. Рассекается кожа и клетчатка до апоневроза. Для выполнения следующего этапа операции необходимы 2 перфоратора («2»). Перфораторы диаметром 2-3 мм длиной 30-35 см с ушком на конце. Конец перфоратора устанавливается в углу кожного разреза на апоневрозе прямой мышцы живота и под контролем пальца, введенного во влагалище, перфорируется апоневроз прямой мышцы живота и сам перфоратор продвигается сверху вниз так, чтобы его конец вышел через переднюю стенку влагалища в месте выхода трех нитей. Перфораторы проводятся параллельно внутренней поверхности лонных и седалищных костей. При продвижении перфоратора хирург ощущает два препятствия: первое при

перфорации апоневроза прямой мышцы живота, второе при перфорации диафрагмы таза. Один перфоратор выводится через переднюю стенку влагалища справа, другой слева от уретры.

Проведенные перфораторы оставляются в таком положении и хирург приступает к оценке целостности мочевого пузыря. Выполняется цистоскопия. Изучается состояние шейки мочевого пузыря и его боковые стенки. В случае проведения иглы через просвет мочевого пузыря, последняя извлекается и, после опорожнения мочевого пузыря, вновь проводится латеральнее с повторным последующим цистоскопическим контролем. При перфорации мочевого пузыря после операции мочевой пузырь дренируется в течение недели катетером Фолея. Если цистоскопией подтверждена целостность мочевого пузыря, то концы трех нитей проводятся в ушки обоих перфораторов и выводятся в углы раны на передней брюшной стенке.

Мочевой пузырь заполняется 250-300 мл физиологического раствора, нити выведенные в рану передней брюшной стенки завязываются одним захлестом (1/2 узла) и этот «узел» удерживается двумя пальцами у дна раны над апоневрозом. Пациентке предлагается кашлять. Нити под давлением опускающегося при кашле тазового дна и передней стенки влагалища натягиваются и узел распускается. Когда кашель уже не сопровождается распусканием узла, на узел накладывается зажим Пеана. В этот момент натяжения нитей нет. Узел свободно лежит на апоневрозе.

Опять пациентке предлагается кашлять, и при выделении из уретры раствора, введенного в пузырь, узел постепенно затягивается туго - до момента прекращения выделения из уретры жидкости при кашле. В таком положении узел окончательно завязывается. Рана брюшной стенки ушивается.

Во время кашля или натуживания напряжение мышц живота вызывает смещение сформированной петли вперед. При этом оказывается давление на шейку мочевого пузыря и проксимальный отдел уретры в передне-заднем направлении, что и вызывает сужение просвета шейки пузыря и уретры в поперечном направлении и обеспечивает континенцию.

Мы располагаем результатами операции Лоренца у 40 больных. Неудачные исходы отметили при выполнении первых пяти вмешательств. Последующие операции прошли успешно.

Операцию Лоренца можно рекомендовать для внедрения в практику.

Вообще хирургическое лечение НМпН дает хорошие отдаленные результаты в 80-95% случаев.

Литература

1. Нечипоренко, Н.А., Кажина, М.В., Спас, В.В. Урогинекология. – Минск, 2005. – 204 с.
2. Переверзев, А.С. Актуальные проблемы оперативной урогинекологии // Современные проблемы урологии: материалы научных трудов 6-го Международного конгресса урологов, посвященного 75-летию Харьковсакого института усовершенствования врачей. – Харьков, 1998. – С. 3-29.
3. Савицкий, Г.А., Савицкий, А.Г. Недержание мочи в связи с напряжением у женщин. – СПб, 2000. – 136 с.
4. Diugopolski, S., Fortuna, M., Matusyewski, A., Paperz, M., Waczczyk, T. Operacyjne leczenie wysiikowego nietrzymania moczu metodą Lorenza // Urologia Polska. – 2003. – 56/2a. – S. 89.