

УДК 618.14/.15-007.42:616.62-008.222]-089-055.2

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН ПРИ СОЧЕТАНИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ

А.Н. Нечипоренко*, М.В. Кажина**, С.Ф. Ровбуль*,
Н.А. Нечипоренко**

УЗ «Гродненская клиническая больница скорой медицинской помощи»*
УО «Гродненский государственный медицинский университет»**

В работе анализируются результаты хирургической коррекции пролапса гениталий, сочетающегося с недержанием мочи при напряжении у 45 женщин. Адекватным методом лечения является одномоментное восстановление нормальных взаимоотношений тазовых органов и создание тканевой поддержки задней уретры.

Ключевые слова: пролапс гениталий, недержание мочи при напряжении, хирургическое лечение.

The paper comprises evaluation of the results of surgical correction of prolapse of genitalia, combined with enuresis upon exertion in 45 females. Similar restoration of normal interrelation among pelvic organs and creation of tissue support for the back urethra is considered to be an adequate kind of surgery.

Key words: prolapse of genitalia, enuresis upon exertion, surgical treatment.

Введение

Под пролапсом гениталий понимается смещение матки и влагалища ниже плоскости их обычного положения.

По классификации М.С. Малиновского опущение матки и влагалища делятся на 3 степени.

I степень – опущение матки, при котором наружный зев шейки находится ниже спинальной плоскости и опущение стенок влагалища до входа во влагалище.

II степень – шейка матки выходит за пределы половой щели, а тело располагается выше нее.

III степень – вся матка выходит ниже половой щели.

При смещении матки вниз, всегда опускается и влагалище. Выпадение влагалища может быть частичным или полным. В некоторых случаях опускается или выпадает только одна стенка влагалища (передняя или задняя). При нарушении целостности промежности и прямокишечно-влагалищной перегородки вместе с задней стенкой влагалища выпячивается передняя стенка прямой кишки – ректоцеле. При разрывах промежности и нарушении целостности мочеполовой диафрагмы опускается передняя стенка влагалища и дно мочевого пузыря – цистоцеле.

Этиологическими факторами опущения стенок влагалища являются патологически протекавшие роды или роды крупным плодом, тяжелый физический труд.

Основной причиной выпадения матки является нарушение целостности тазового дна и промежности и повышение внутрибрюшного давления. При разрывах промежности и мочеполовой диафрагмы передняя стенка влагалища с мочевым пузырем лишается своей опоры, образуя цистоцеле. Последнее может существовать отдельно или совместно с выпадением матки, которое происходит в том случае, если при разрывах промежности имеется повреждение m. levator ani. Причем, в этих условиях, резко увеличивается hiatus genitalis. Большую роль в развитии пролапса гениталий играет и слабость соединительнотканых образований.

Опущение или выпадение матки и влагалища изменяют положение мочевого пузыря, уретры, мочеточников, что сопровождается появлением клинических признаков поражения органов мочевой системы. Так, может развиваться задержка мочеиспускания или недержание мочи при напряжении (НМпН), гидроуретеронефроз, цистит, пиелонефрит.

В настоящем сообщении мы остановимся на НМпН, развившемся на фоне пролапса гениталий.

Материал и метод

У 30-40% женщин, страдающих опущением влагалища и матки, развивается и НМпН. Причем НМпН имеет место, как правило, у женщин с I степенью опущения стенок влагалища и матки. При II и особенно III степенях пролапса отмечается выраженный перегиб шейки мочевого пузыря, что

приводит в выходу ее из области действия вектора сил на внутреннее отверстие уретры при повышении внутрибрюшного давления и недержания мочи в таких ситуациях не бывает.

Какой же должна быть лечебная тактика у женщин с пролапсом гениталий и НМпН? В нашей работе мы исходим из того, что лечение больных с пролапсом гениталий и НМпН должно быть только хирургическое и преследовать 2 цели: 1 – перемещение задней уретры и шейки мочевого пузыря в свое физиологическое положение или даже создание ангуляции задней уретры и 2 – создание системы тканевой поддержки задней уретры путем выполнения передней кольпоррафии и укрепления тазового дна путем задней кольпоррафии и леваторопластики [1].

Такое комбинированное хирургическое пособие позволяет восстановить механизм передачи внутрибрюшного и внутрипузырного давления на уретру и, тем самым, будет восстановлено удержание мочи при напряжении.

В урологических отделениях БСМП г. Гродно и Гродненской областной больницы мы наблюдали 45 женщин с НМпН, у которых в ходе обследования было диагностировано опущение матки и влагалища I – II степени. Проводилось комплексное урологическое и гинекологическое обследование. Все женщины оперированы.

Результаты и обсуждение

Наш принципиальный подход к хирургической коррекции НМпН при пролапсе гениталий – одномоментная коррекция пролапса и восстановление континенции мочи. Вначале выполняется влагалищный этап вмешательства: передняя кольпоррафия + задняя кольпоррафия и леваторопластика, затем выполнялась позадилонная кольпоуретропексия по Берчу или слинговая операция Лоренца - суспензия уретры нитями методом «3-2-1» [2]. Сущность операции Лоренца состоит в следующем. Под слизистой передней стенки влагалища на уровне шейки мочевого пузыря от одного бокового свода до другого иглой проводятся монофиламентные нерасщепляющиеся нити на расстоянии 1 см друг от друга. Нити выводятся через разрезы слизистой боковых сводов влагалища длиной до 1 см. Затем, отступая на 1 см от лонного сочленения, строго посредине делается поперечный разрез длиной 5 см

до апоневроза прямых мышц живота. Через края этого разреза по направлению к влагалищу (сверху вниз) проводятся 2 длинные иглы, которые выводятся наружу через ранее выполненные разрезы в сводах влагалища. После этого этапа выполняется цистоскопия для исключения перфорации мочевого пузыря иглами. Иглы на концах имеют ушки, в которые заряжаются три выходящие из разрезов в сводах влагалища нити. Выводя иглы на переднюю брюшную стенку, все три нити оказываются в ране над лоном. Нити, находящиеся в ране над лоном, связываются до степени удержания мочи при проведении кашлевой пробы. (Операция выполняется под низкой перидуральной анестезией с уменьшенным количеством анестетика, что позволяет сохранить пациентке возможность адекватно кашлять). Раны на передней брюшной стенке и во влагалище ушиваются. Мочевой пузырь не дренируется.

Непосредственные результаты обоих видов операций хорошие. Мы оценили результаты вмешательств через 1-2 года у 23 женщин (10 женщин, которым проведено восстановление континенции методом Берча и 13 – методом Лоренца). У одной пациентки (после операции по методу Берча) имеется НМпН I степени (до операции – III степень). У остальных результаты хорошие.

Таким образом, позадилонная кольпоуретропексия по Берчу и операция Лоренца в сочетании с передней и задней кольпоррафией и леваторопластикой является адекватным хирургическим пособием у женщин с пролапсом гениталий и НМпН.

Заключение

Адекватным методом лечения пролапса гениталий, сочетающегося с недержанием мочи при напряжении является симультанное хирургическое восстановление взаимоотношений тазовых органов, перемещение шейки мочевого пузыря в физиологическое положение и создание системы тканевой поддержки задней уретры путем выполнения передней кольпоррафии и укрепления тазового дна путем задней кольпоррафии и леваторопластики.

Литература

1. Нечипоренко, Н.А., Кажина, М.В., Спас, В.В. Урогинекология. – Минск, 2005. – 204 с.
2. Нечипоренко, Н.А., Кажина, М.В., Нечипоренко, А.Н., Ровбуть, С.Ф. Лечение сочетанных хирургических заболеваний органов мочевой и половой систем у женщин / VIII Белорусско-Польский симпозиум урологов, Озеры, 2005. – С. 45-48.