

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С ГЕНИТАЛЬНЫМ ПРОЛАПСОМ И НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ, С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ САМИХ ПАЦИЕНТОК

Н.С. Михальчук; Н.А. Нечипоренко, д.м.н., профессор

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Представлены результаты анкетирования 27 пациенток, оперированных по поводу недержания мочи при напряжении, и 23 – оперированных по поводу генитального пролапса, методами с использованием синтетических сетчатых протезов, разработанными на курсе урологии ГрГМУ. Общий положительный результат операции дали, соответственно, в 88,9±6,0% и в 82,6±7,9% случаев.

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

The results of the questioning of 27 patients operated for stress incontinence and 23 patients operated for genital prolapse by the methods using synthetic mesh prostheses developed at the Department of Urology of the GrSMU are presented in this article. The overall positive results of the operation were observed in 88.9±6.0% and 82.6±7.9% of cases respectively.

Key words: genital prolapse, stress incontinence, surgical treatment.

В настоящее время наиболее эффективным методом лечения женщин с манифестными формами генитального пролапса (ГП) и недержанием мочи при напряжении (НМпН) является хирургическое вмешательство с использованием синтетических сетчатых протезов. Так, коррекция опущения или выпадения внутренних половых женских органов проводится сетчатыми протезами по технике Prolift anterior et posterior [1, 4, 7], а восстановление континенции осуществляется подуретральной петлевой пластикой синтетической лентой по технике TVT [2, 3, 5, 6].

Приводимые в литературе результаты этих операций основываются на оценке самих хирургов, что, несомненно, привносит в них определенную долю желая авторов уменьшить проявления негативных последствий выполненных ими операций. В связи с этим мы попытались провести анализ эффекта операций по поводу ГП и НМпН, основываясь на оценке самих пациенток.

Оперированным женщинам были разосланы анкеты с предложением ответить на ряд вопросов, касающихся результатов выполненных операций.

Материал и метод

Анкеты с вопросами были заполнены 50 женщинами (23 были оперированы по поводу ГП и 27 по поводу НМпН). Пациентки отвечали на следующие вопросы:

1. Беспокоят ли Вас боли внизу живота (в покое, при физических нагрузках)?
2. Какова частота мочеиспускания: днем и ночью?
3. Бывают ли у Вас эпизоды недержания мочи при напряжении?
4. Бывают ли императивные позывы к мочеиспусканию?
5. Отмечаете ли Вы возникновение позыва к мочеиспусканию при звуке льющейся воды?
6. Можете ли Вы волевым усилием задержать мочу при мочеиспускании?
7. Какое количество мочи Вы теряете за эпизод НМпН?
8. Не появились ли у Вас симптомы расстройств мочеиспускания, которых не было до операции?
9. Последний осмотр гинеколога и его результаты.
10. Как Вы оцениваете результат выполненной Вам операции (операция помогла, операция не помогла)?
11. Выполняете ли Вы физическую работу, если да, то какую?

12. Не считаете ли Вы нужным пройти обследование у уролога в настоящее время?

Возраст женщин, оперированных по поводу ГП, составил 37-68 лет, по степени ГП пациентки распределились следующим образом: ГП III степени – 15, IV степени – 8. ГП сопровождался: болями в тазу и крестце – 9; затрудненным мочеиспусканием – 11; императивными позывами к мочеиспусканию – 14; эпизодами императивного недержания – 2; НМпН I ст. – 3.

До операции, в результате обследования женщин, были выставлены диагнозы: выпадение матки + обструктивное мочеиспускание – 7, опущение матки и стенок влагалища III ст. + гиперактивность мочевого пузыря – 16.

Всем женщинам проведена хирургическая коррекция ГП синтетическими сетчатыми протезами по принципу Prolift anterior et posterior в модификации курса урологии ГрГМУ. Операции прошли без осложнений и на 5-6 сутки женщины были выписаны домой.

Возраст женщин, оперированных по поводу НМпН (27 человек), колебался от 28 до 74 лет, у всех основной жалобой были эпизоды недержания мочи при физическом напряжении (кашель, чихание, поднятие тяжести). Указанные расстройства мочеиспускания отмечались в течение 3-11 лет. В результате обследования пациенток были выставлены следующие диагнозы: НМпН II ст. – 3; смешанное недержание мочи (НМпН III ст. + императивное недержание) – 5; цистоцеле II ст. + ректоцеле II ст. + НМпН II-III ст. – 10; цистоцеле II ст. + НМпН II ст. + императивные позывы – 5; рак левой почки + НМпН III ст. – 1; миома матки + НМпН III ст. – 1; НМпН II-III ст. после коррекции ГП синтетическими протезами Prolift – 2.

С учетом невыраженности ГП (II степень) 25 пациенткам выполнено хирургическое вмешательство, направленное только на восстановление континенции и двум женщинам выполнена симультанная операция: резекция почки + антистрессовая операция и экстирпация матки + антистрессовая операция.

В качестве антистрессовой операции выполнялась подуретральная петлевая пластика синтетической сетчатой лентой по принципу операции TVT в модификации курса урологии ГрГМУ. Операции прошли без осложнений, и все пациентки после операции TVT были выписаны домой на 3-5 сутки с адекватным мочеиспусканием у

23, у 4 женщин констатировано наличие остаточной мочи в объеме 60-80 мл.

Анкетирование пациенток проведено в сроке 12-48 месяцев после операции. На основании ответов и оценки результатов операции самими пациентками были сделаны выводы об эффективности проведенного хирургического вмешательства.

Результаты и обсуждение

Анализ анкет, заполненных женщинами, которым сделана операция по поводу ГП, показал следующее.

На вопрос: «Беспокоят ли Вас боли внизу живота после операции?» – ответили «да» 9 пациенток, «нет» – 14. До операции боли в животе отмечали 9 женщин, причем после операции у 5 из них боли прошли, у 4 сохранились. У 3 женщин боли в животе появились *de novo*.

У 23 пациенток до операции частота мочеиспусканий днем составляла 8-12 раз, ночью у 15 женщин частота мочеиспусканий составляла 2-4 раза. Затрудненное мочеиспускание отмечалось у 11 пациенток. После операции частота мочеиспусканий изменилась следующим образом:

Днем	Ночью
5-6 раз – у 16	1-2 раза – у 15
7-10 раз – у 5	3 раза – у 5
Более 10 раз – у 2	более 3 раз – у 3

Таким образом, признаки гиперактивности мочевого пузыря до операции отмечались у 15 женщин, после операции – у 10, причем у 5 из них гиперактивность возникла *de novo*.

На вопрос: «Бывают ли у Вас эпизоды недержания мочи?» – ответили «да» 6 женщин, «нет» – 17. У 5 женщин эпизоды недержания мочи связаны с физическими нагрузками, у 3 из них эпизоды недержания мочи имели место и до операции, однако количество теряемой мочи после операции стало меньше и возникало только при интенсивных физических нагрузках. У одной женщины недержание мочи расценено как смешанное. Вольным усилием начавшееся недержание мочи могли остановить 5 женщин. Количество теряемой мочи за эпизод недержания 5 женщин определили как небольшое, и 1 – как обильное.

После операции у 7 (30,4±9,6%) женщин появились симптомы, которых не было до операции. Так, гиперактивность мочевого пузыря возникла у 5, НМпН – у 3, боли в прямой кишке – у 2; боли внизу живота – у 3.

После операции у гинеколога обследовались 7 пациенток, 16 к гинекологу после операции не обращались. При гинекологическом обследовании патологии не было выявлено у 4 женщин и у 3 отмечено опущение матки и стенок влагалища II степени (до операции у них было полное выпадение матки).

На вопрос: «Как Вы оцениваете результат операции?» – ответили «операция мне помогла» – 19 (82,6±7,9%); «результат операции неопределенный» – 3 (13,0±7,0%); «операция не помогла, и стало хуже, чем было до операции» – 1 (4,3±4,2%). Интересно отметить то, что 4 женщины, которые указывали на эпизоды недержания мочи после операции, считают, что «операция помогла».

На вопрос: «Выполняете ли Вы работу по дому?» – ответили «да» 18 женщин (78,3±8,6%), «нет» – 5 (21,7±8,6%). Эти 5 женщины жалуются на: императивные позывы с эпизодами недержания мочи – 1; на боли в животе – 3; на эпизоды НМпН – 1.

На вопрос: «Считаете ли Вы целесообразным обследоваться в урологическом отделении?» – ответили «да» 13 женщин, «нет» – 10. Причем желают обследоваться в урологическом отделении: 4 женщины с жалобами на боли в животе, 6 с жалобами на эпизоды недержания мочи и 3 с императивными позывами к мочеиспусканию.

Результаты анкетирования пациенток, оперированных по поводу НМпН, оказались следующими.

До операции боли внизу живота отмечали только 4 женщины. После операции боли внизу живота при физической нагрузке отмечали уже 9 женщин, причем у них имело место опущение матки и стенок влагалища II степени до операции. У 7 из этих женщин за 1-2 месяца до заполнения анкеты гинеколог диагностировал цистоцеле и ректоцеле II степени.

Частота мочеиспусканий у анкетированных женщин составляла:

Днем	Ночью
4-5 раз – 10	1-2 раза – 19
6-7 раз – 8	3-4 раза – 6
8 раз и более – 9	ночью не мочатся – 2

Эпизоды недержания мочи при напряжении отметили 8 женщин (29,6±8,8%), однако у 5 из них количество теряемой мочи было в объеме нескольких капель и возникало при интенсивных физических нагрузках (поднятие ведра воды). Эпизоды недержания мочи после операции у этих 8 женщин появились спустя 8-24 месяца после операции, т.е. у этих женщин имеет место рецидив НМпН. НМпН отсутствует у 19 женщин (70,4±8,8%).

У 6 женщин с рецидивом НМпН в сроки 1-3 месяца после операции появились симптомы нарушения мочеиспускания, которых не было до операции: болезненное мочеиспускание – 4; императивные позывы с эпизодами императивного недержания – 2. У всех этих 6 женщин имело место опущение стенок влагалища II степени. По сравнению с дооперационным состоянием гиперактивность мочевого пузыря *de novo* возникла у 6 женщин.

Все 27 женщин за 2-4 месяца до заполнения анкет посетили гинеколога, которым после осмотра было сделано следующее заключение: «здорова» – 17; «опущение матки и стенок влагалища II-III степени» – 10.

На вопрос: «Помогла ли Вам выполненная операция по поводу НМпН?» – ответили «да» 24 (88,9±6,0%), «нет» – 3 (11,1±6,0%).

После операции домашнюю работу, работу в огороде, в саду выполняют 23 женщины, не работают 4 из-за недержания мочи.

На вопрос: «Желаете ли Вы обследоваться в урологическом отделении в связи с расстройствами мочеиспускания?» – «да» ответили 11, «нет» – 16.

Таким образом, среди 27 анкетированных пациенток, перенесших операцию по поводу НМпН, у 8 (29,6±8,8%) отмечены эпизоды НМпН, появившиеся спустя 8-24 месяца после операции, т.е. развился рецидив. Но только 3 из них заявили, что операция им не помогла. Общий положительный эффект операции составил 88,9±6,0%.

Количество теряемой мочи у 5 женщин с рецидивом НМпН было значительно меньше, чем до операции. У всех 8 женщин с рецидивом НМпН отмечено прогрессирование (до III степени) опущения матки и стенок влагалища.

Заключение

Среди 23 анкетированных женщин, оперированных по поводу ГП с использованием сетчатых протезов по принципу операции Prolift, положительно оценили результат операции 19 (82,6±7,9%).

Вместе с тем, после операции у 7 (30,4±9,6%) женщин появились симптомы расстройства функции тазовых органов, которых не было до операции, что заставляет пристальнее анализировать местный статус у каждой пациентки и результаты специального обследования женщин с ГП.

Подуретральная петлевая пластика синтетической сетчатой лентой по принципу операции TVT позволила в 70,4±8,8% полностью восстановить континенцию, которая сохраняется в течение 12-48 месяцев. Результат операции по восстановлению континенции как плохой отмечен 3 пациентками (11,1±6,0%). У них симптомы недержания мочи были аналогичными таковым до операции.

Обращает на себя внимание факт появления в 23,0% случаев симптомов нарушения мочеиспускания, которых не было до операции (*de novo*), что можно связать с не проведением коррекции ГП одновременно с коррекцией недержания мочи или с прогрессированием ГП. Малое количество проанализированных анкет не позволяет делать окончательные выводы о результатах хирургического лечения ГП и НМпН у женщин. Однако и полученные результаты позволяют положительно оценить применяемые методики хирургического лечения этих заболеваний.

Результаты хирургического лечения женщин с генитальным пролапсом и недержанием мочи при напряжении позволяют сделать вывод о целесообразности выполнения этих вмешательств методами, разработанными на курсе урологии ГрГМУ.

Литература

1. TVM (transvaginal MESH) – новый взгляд на хирургию генитального пролапса / В.И. Краснопольский [и др.] // V Всероссийская конференция «Расстройства мочеиспускания у женщин». Москва, 22-23 мая 2006 года. Российская академия медицинских наук. – Москва, 2006. – С. 9-11.
2. Оценка эффективности влагалищных slingовых операций (TVT, TOT, TVT-O) при хирургическом лечении стрессового недержания мочи у гинекологических больных / Кулаков В.И. [и др.] // V Всероссийская конференция «Расстройства мочеиспускания у женщин». Москва, 22-23 мая 2006 года. Российская академия медицинских наук. – Москва, 2006. – С. 11-12.
3. Нечипоренко Н.А. Урогинекология / Н.А. Нечипоренко, М.В. Кажина, В.В. Спас – Минск: Высшая школа, 2005. – 204 с.
4. Перинеология / В.Е. Радзинский [и др.]; под общ. ред. В.Е. Радзинского. – Москва: Медицина, 2006. – 330 с.
5. Пушкарь Д.Ю. Диагностика и лечение недержания мочи при напряжении у женщин / Пушкарь Д.Ю., Тевлин К.П. // Consilium medicum. – 2001. – Т.3. – №7.-23-27.
6. Савицкий Г.А. Недержание мочи в связи с напряжением у женщин / Г.А. Савицкий, А.Г. Савицкий. – СПб: «ЭЛБИ-СПб», 2000. – 136 с.
7. Prolift mesh (Gyneka re) for pelvic organ prolapse. Surgical treatment using the TVM-Group technique: a retrospective study of 687 patients / M. Cosson [et al.] // J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. – 2004. – Vol. 33. – P. 577-587.

Поступила 12.02.2012