

УДК 618.1-007.43-06:616.62-008.222]-08

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНОМ ПРОЛАПСЕ

И.Н. ЯГОВДИК*, М.В. Кажина*, Л.П. Амбрушкевич**

Кафедра акушерства и гинекологии

УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

УЗ «ГКБСМП», г. Гродно**

Приведен обзор современных литературных данных по проблеме недержания мочи при урогенитальном пролапсе.

Ключевые слова: урогенитальный пролапс, недержание мочи.

Review of current reference data on the issue of enuresis upon urogenital prolapse is presented in the article.

Key words: urogenital prolapse, enuresis.

Проблема недержания мочи при урогенитальном пролапсе заслуживает особого внимания. До настоящего времени бытует представление о наличии чуть ли не прямой связи между опущением стенок влагалища и матки и недержанием мочи при напряжении (НМПН). Вопреки распространенному убеждению, эти патологические состояния не всегда взаимосвязаны, просто отмечается высокая частота их сочетания. В структуре гинекологических заболеваний опущение и выпадение матки и влагалища составляют 1,7-28%. Среди женщин, оперированных в гинекологических стационарах, на долю генитального пролапса приходится до 15% [3, 5]. Более чем у половины больных пролапс гениталий сочетается с нарушением функции мочевого пузыря [5].

На ранних этапах опущения и выпадения матки больные жалуются на учащенное мочеиспускание за счет неполного опорожнения мочевого пузыря. По мере увеличения степени пролапса возникает затрудненное мочеиспускание, нарастает количество остаточной мочи. Однако наиболее значимым симптомом у данного контингента пациенток является недержание мочи. По данным ряда авторов [7, 12, 13], частота недержания мочи достигает 45%, причем у 57,3% больных оно носит постоянный характер.

Хорошо известно, что жалобы на недержание мочи при напряжении предъявляют не более 25-30% женщин с опущением стенок влагалища и матки и большая часть из них имеет небольшие степени урогенитального пролапса [6, 11].

Для оценки степени пролапса используется принцип «ведущей точки». На переднюю стенку влагалища с помощью ватного шарика наносятся зеленкой три точки: 1-я в месте перехода уретры в мочевой пузырь - 3,5-4,0 см от наружного отверстия уретры; 2-я - в центре передней стенки влагалища и 3-я - в переднем своде влагалища. Степень пролапса передней стенки влагалища оценивается в литотомической позиции больной в момент натуживания. При натуживании каждая из точек смещается по направлению к плоскости входа во влагалище. При уретроцеле ведущей точкой будет 1-

я, при цистоцеле - 2-я, при значительном опущении стенок влагалища - 3-я, если она достигнет входа во влагалище. Девиации «ведущих точек» до входа во влагалище на высоте натуживания расцениваются как значительное опущение конкретного сегмента передней стенки влагалища, маркированного конкретной точкой. Если «ведущие точки» при натуживании опускаются кзади и вниз на половину этого расстояния, то опущение каждого участка влагалища можно оценить как умеренное.

Если «ведущие точки» во время натуживания преодолевают плоскость входа во влагалище, то речь идет уже о выпадении части передней стенки влагалища: полном, если «ведущие точки» ранжируются по порядку 3, 2, 1, или частичном, если по порядку 3, 2 или 2, 3. Исключительно важно следить за перемещением 1-й точки, ибо ее девиации характеризуют величину уретроцеле. Именно в тех случаях, когда «ведущей точкой» смещения сегментов влагалища является 1-я точка, наблюдаются наиболее выраженные нарушения трансмиссии. Различают:

- умеренное и значительное опущение передней стенки влагалища с уретроцеле;
- умеренное и значительное опущение передней стенки влагалища с уретроцеле и цистоцеле;
- умеренное и значительное опущение передней стенки влагалища с цистоцеле без уретроцеле;
- выпадение передней стенки влагалища с цистоцеле, но без уретроцеле;
- полное выпадение передней стенки влагалища с цистоцеле и уретроцеле [10, 11].

Десятки лет многие гинекологи обращали внимание на, казалось бы, «парадоксальные» явления: у больных с очень умеренным опущением передней стенки влагалища и со столь же умеренным ослаблением мышц тазового дна чаще выявлялись органические виды недержания мочи при напряжении, а женщины с выраженным урогенитальным пролапсом редко жалуются на недержание мочи. Только углубленное изучение этого вопроса с помощью уродинамических методов исследования позволило решить этот «парадокс». Когда пациен-

тки в положении на спине начинали процесс натуживания, выпадающие за пределы входа во влагалище гениталии оказывали давление на уретру, что и служило причиной повышения внутриуретрального, а следовательно, и запирающего давления. При изолированном цистоцеле у женщин с ненарушенным фиксирующим аппаратом уретры поперечный вектор силы, сдавливающей уретру продолжает действовать независимо от степени опущения или выпадения стенок влагалища [1, 6, 10, 11].

Женщины, у которых наблюдается выраженный пролапс половых органов, редко предъявляют жалобы на недержание мочи [6, 10, 11]. Этому имеется весьма логичное объяснение: даже при наличии несостоятельности сфинктерного аппарата мочеиспускательного канала значительное опущение половых органов, во-первых, приводит к повышению давления на мочеиспускательный канал и, тем самым, к функциональной компенсации дефекта, а во-вторых, мочеиспускательный канал при значительном опущении стенок влагалища может просто находиться в состоянии перегиба. В данной ситуации и возникают более характерные для значительного опущения и выпадения половых органов клинические проявления затрудненного мочеиспускания. Не случайно при хирургической коррекции выпадения в послеоперационном периоде может развиваться недержание мочи, поскольку перестают действовать эти невольно возникающие компенсаторные механизмы.

При невыраженном опущении стенок влагалища частота недержания мочи выше, поскольку ничто не мешает проявиться анатомической или функциональной недостаточности сфинктерного аппарата мочеиспускательного канала, происхождение которой патогенетически вполне может быть связано с генезом самого пролапса. Впрочем, возникающие при несостоятельности мышц тазового дна трансмиссионные нарушения имеют непосредственное отношение к развитию недержания мочи при напряжении [6, 11].

Данные литературы позволяют констатировать, что урогенитальный пролапс может маскировать первичную анатомическую уретральную недостаточность, а не быть ее причиной или находиться с ней в той или иной зависимости. Тем не менее, некоторые факторы, например, родовая или операционная травма, гормональная недостаточность и т.д. могут оказывать повреждающее действие на обе системы и способствовать развитию параллельно текущих патологических процессов. Однако надо помнить, что урогенитальный пролапс не является непосредственной причиной утяжеления течения симптома НМпН. Более того, его ликвидация может спровоцировать развитие недержания мочи при напряжении у больных со сниженными параметрами резистентности уретры [6, 11].

В основе недержания мочи при пролапсе гениталий в большинстве случаев лежит дислокация пузырно-уретрального сегмента и, как следствие этого, нарушение функции сфинктерного аппарата

[5, 9, 12]. Как правило, пациентки предъявляют жалобы на непроизвольное выделение мочи, однако стрессовая инконтиненция при данном заболевании не всегда однозначна. В большинстве случаев упоминается urgentное мочеиспускание с укорочением периодов времени между возникновением позывов к мочеиспусканию. Поэтому ситуации, когда имеет место только изолированное стрессовое недержание мочи, встречаются достаточно редко, и у 85-90% больных диагностируется смешанный тип инконтиненции [17].

Внутрипузырное давление не имеет прямой зависимости от наличия пролапса. Некоторыми авторами показано, что при развитии опущения шейки мочевого пузыря и уретры возникает функциональная инфравезикальная обструкция [5, 12], что вызывает повышение микционного давления для более эффективного сокращения детрузора при опорожнении мочевого пузыря. Результатом является гипертрофия детрузорных миоцитов и их циркуляторная ишемия. Гипоксия детрузора может вызывать ирритативную симптоматику. Снижение компенсаторных возможностей детрузора ведет к появлению остаточной мочи, вызывая уменьшение функциональной емкости мочевого пузыря. Вследствие этого создаются условия для внутрипузырной гипертензии, что клинически проявляется поллакиурией, наличием urgentных позывов к мочеиспусканию. Непроизвольные и некоординированные сокращения детрузора усугубляют имеющуюся ишемию, усиливая ирритативную симптоматику. Кроме того, повышение внутрипузырного давления может способствовать прогрессии цистоцеле.

Хорошо известно, что механизмы анатомической поддержки проксимальной уретры и шейки мочевого пузыря регулируются макроанатомическими структурами таза: лонно-уретрально-пузырными связками, субуретральной влагалищной стенкой, соединительной тканью, тазовыми мышцами. Несостоятельность одного из данных компонентов может привести к пролапсу гениталий и недержанию мочи [1, 2, 4, 11, 14].

На сегодняшний день понятно, что недержание мочи при пролапсе гениталий в равной степени связано с нарушением как сфинктерного аппарата, так и факторов уретральной поддержки, приводящим к смещению уретровезикального сегмента. В некоторых случаях взаимоотношения урогенитального пролапса и недержания мочи не имеют причинно-следственных связей и они являются совершенно самостоятельными симптомами одного заболевания - дисплазии соединительной ткани. Недержание мочи у таких больных носит комбинированный характер и объясняется нейромышечной дисфункцией на уровне тазовых органов, проявляясь нестабильностью пузырно-уретрального комплекса и тазовой диафрагмы [6, 11, 12, 13].

Наличие цистоцеле не дает возможности врачу судить ни о состоянии механизма трансмиссии, ни о состоянии сфинктерного аппарата уретры. Од-

нако нельзя недооценивать одно очень важное обстоятельство. Пролабирование стенки влагалища и мочевого пузыря может наблюдаться при нормальном морфологическом состоянии слизистой влагалища, подслизистых тканей, фиброзного, эластичного и мышечного каркаса самой влагалищной трубки. Смещение сегмента влагалища в таком случае происходит из-за повреждения паравагинальных фиксирующих и поддерживающих структур - это цистоцеле смещения. У другой, как правило, большей части больных пролабирование мочевого пузыря происходит на фоне резкого истончения соответствующего сегмента передней стенки влагалища, сопровождающегося атрофией слизистой, и дезинтеграцией фиброзно-эластичного каркаса влагалищной трубки в месте пролабирования мочевого пузыря - это цистоцеле растяжения. Цистоцеле смещения чаще сочетается с опущением матки, цистоцеле растяжения - намного реже. Цистоцеле растяжения в 1,5-2,0 раза чаще встречается у женщин с вариантами органической недостаточности сфинктеров уретры и в 3,0-4,0 раза чаще при наличии у них признаков нестабильности мочевого пузыря. Цистоцеле смещения наиболее характерно для женщин, перенесших тяжелую родовую травму, очень часто сочетается с уретроцеле и у многих больных, жалующихся на НМпН, в основе дефекта механизма континенции лежит не органическая слабость сфинктеров уретры, а нарушение механизма трансмиссии. У многих больных с цистоцеле растяжения, несмотря на снижение резистентности уретры, механизм трансмиссии функционирует удовлетворительно именно благодаря наличию цистоцеле. Величина угловых смещений оси уретры, т.е. «величина» уретроцеле не является признаком, имеющим прямую связь с выраженностью недостаточности сфинктеров уретры, но величина смещения уретры прямо связана с нарушением механизма трансмиссии только при наличии изолированного уретроцеле и отсутствии девиаций стенок влагалища и матки. Наличие сопутствующего цистоцеле и опущения матки часто маскирует и истинную недостаточность сфинктеров уретры и «восстанавливает» механизм трансмиссии импульса повышенного внутрибрюшного давления. Вот почему наиболее тяжелые случаи НМпН наблюдаются у больных с изолированным уретроцеле и недостаточностью мышц тазового дна или при синдроме рубцовой уретры. В мировой практике для оценки степени опущения шейки мочевого пузыря и верхней трети уретры широко используется, так называемый, Q-tip тест, позволяющий определить угол инклинации уретры. По информативности и значимости Q-tip тест не превышает тест «ведущей точки» и приблизительно соотносится с информативностью цистоуретрографии [6, 7, 10, 11, 14, 16].

Трансформация уретры в рубцовую, фиксированную в определенном положении трубку является одной из наиболее частых причин тяжело текущих вариантов недержания мочи при напряже-

нии. Особенно если рубцовая уретра сочетается с короткой рубцовой передней стенкой влагалища. Последнее обстоятельство нередко является следствием операции по поводу цистоцеле [11].

Цистоцеле не есть фактор, обуславливающий возникновение симптома НМпН, скорее наоборот - это фактор часто маскирующий анатомическую уретральную недостаточность, но надо помнить, что цистоцеле очень часто сочетается с нестабильным мочевым пузырем. И оперативное вмешательство, предпринимаемое по поводу цистоцеле, сопровождающегося клиникой нестабильного мочевого пузыря, одним из проявлений которой часто бывает симптом НМпН, может стать причиной ятрогенного развития комбинированной патологии, в которой будут сочетаться элементы фиброзно-мышечной дистрофии запирающего аппарата уретры и мочевого пузыря, как следствие хирургической травмы, и еще более выраженных функциональных нарушений, которые связаны с наступающим после вмешательства углублением нейромышечной дисфункции мочевого пузыря и уретры [11, 12].

Для выполнения операции по поводу выпадения тазовых органов хирург должен «... точно знать анатомию и патологию тазовых органов и правильно представлять их физиологию. Он должен обладать значительными техническими навыками и интуицией, так как в пластической хирургии нет двух одинаковых случаев... Ему следует знать, что целью операции является не удаление, а восстановление пораженных органов и тканей и возвращение им, по возможности, того совершенства, которым первоначально наделил их Творец». Именно этой цитатой из статьи J. Emmet, ассистента Дж. Мариона Симса и историка медицины, написанной более 100 лет назад, начал свою книгу «Цистоцеле в Америке» James Ricci. Это утверждение справедливо и в наши дни. Единственное, что может сделать хирург в операционной, - это устранить анатомические изменения. Восстановление тазового дна у пациенток с выпадением тазовых органов - это прежде всего его механическая реконструкция, устранение, насколько это возможно, нарушенных анатомических взаимоотношений [14].

Хирург, оперирующий женщину по поводу опущения стенок влагалища и цистоцеле, должен помнить, что чем обширнее будет иссечена ткань растянутой или смещенной передней стенки влагалища за счет уменьшения длины иссеченных верхнего и среднего сегментов, тем короче становится расстояние от внутреннего отверстия уретры до свода влагалища, тем сглаженнее задний уретровезикальный угол, тем меньше угол инклинации уретры и, следовательно, хуже условия гидравлической защиты. Если же при этом еще производятся хирургические манипуляции на уретре, не сопровождающиеся реальной уретроагинопексией, то условия для нарушения механизма трансмиссии и развития рубцово-дистрофических про-

цессов еще более возрастают.

Около половины женщин, страдающих НМПН, имеют те или иные степени опущения стенок влагалища, корригировать которое без кольпоррафии практически невозможно. Кольпоррафия должна быть подкреплена операцией на тазовом дне (перинеоррафия с леваторопластикой) и обязательным вмешательством на мышцах урогенитальной диафрагмы. Передняя кольпоррафия, перинеоррафия с леваторопластикой при сопутствующем цистоцеле должны остаться в арсенале современной оперативной гинекологии как высокоэффективная методика при правильном выполнении операций. Всегда следует помнить, что эффективность любого варианта передней кольпоррафии зависит от того, насколько успешно хирург восстановит механизм трансмиссии импульса повышенного внутрибрюшного давления на уретру. А успешное восстановление механизма трансмиссии в этом случае зависит от:

- а) создания мощной и довольно жесткой структуры, поддерживающей верхнюю уретру;
- б) ликвидации цистоуретральной воронки;
- в) профилактики гиперкоррекции цистоцеле [11, 15].

Для осуществления оптимального оперативного лечения урогенитального пролапса с недержанием мочи необходимо научно обосновать хирургическую тактику в зависимости от степени тяжести заболевания, особенностей клинического течения и показателей уродинамики, обеспечить рациональный выбор оперативного пособия для создания близкого к физиологическому положения уретры и шейки мочевого пузыря [12]. Основными задачами оперативного лечения являются:

- Коррекция заднего уретровезикального угла (создание нужной ангуляции цервико-уретральной области, возникающей в момент напряжения),
- Сужение проксимального отдела уретры при сохранении ее свободной проходимости,
- Удлинение уретры и ликвидация цисто-уретроцеле (ректоцеле).

В противном случае может возникнуть ятрогенная органическая некорректируемая инфравезикальная обструкция.

Оперативное пособие, сочетающее в себе субуретральный слинг и укрепление тазовой диафрагмы, полностью удовлетворяет выдвигаемым требованиям. Изолированное применение субуретрального слинга или надлобковой везикоцервикопексии без укрепления диафрагмы таза и устранения цисто-уретроцеле (ректоцеле) может привести к появлению ирритативной симптоматики и императивному недержанию мочи за счет увеличения количества остаточной мочи. Цистоцеле само по себе является очагом хронического воспаления в нижних мочевых путях, сохранение которого при-

водит к нестабильности детрузора. Напротив, укрепление диафрагмы таза при низком профиле внутриуретрального сопротивления, т.е. при функциональной несостоятельности уретры, без создания нужной ангуляции цервико-уретральной области не может привести к полному устранению недержания мочи [12].

В результате оперативного лечения должны быть восстановлены анатомо-топографические взаимоотношения в пузырно-уретральной области, а также укреплена диафрагма таза путем мышечной пластики, что позволит обеспечить трансмиссию повышенного абдоминального давления на мочевой пузырь и уретру, фиксируя последнюю в том месте, где передача давления адекватна, и потери мочи не возникает. Комбинированные методы лечения, действующие на все звенья патогенеза, приводят к нормализации топографо-анатомического положения уретровезикального сегмента и проксимальной уретры, восстанавливая единый сфинктерный механизм [4, 8, 9, 11, 12].

Литература

1. Кан, Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. - М.: Медицина, 1986. - 488 с.
2. Кремлинг, Х., Лутцайер, В., Хайнц, Р. Гинекологическая урология и нефрология: Пер. с нем. - М.: Медицина, 1985. - 560 с.
3. Макаров, О.В. Оперативное лечение больных с опущением и выпадением матки и влагалища // Акуш. и гин. - 2001. - № 3. - С. 59-60.
4. Нечипоренко, Н.А. Урогинекология: учеб. пособие / Н.А. Нечипоренко, М.В. Кажина, В.В. Спас. - Мн.: Выш. шк., 2005. - 205 с.
5. Петрова, В.Д. Диагностика и оценка эффективности лечения недержания мочи у женщин с пролапсом гениталий: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2000. - 19 с.
6. Подзолкова, Н.М., Глазкова, О.Л. Симптом. Синдром. Диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. - 448 с.
7. Пушкарь, Д.Ю. Диагностика и лечение сложных и комбинированных форм недержания мочи у женщин: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1996. - 48 с.
8. Пушкарь, Д.Ю., Лоран, О.Б., Берников, А.Н. Диагностика недержания мочи при напряжении у женщин и операция TVT. - М., 2000. - 30 с.
9. Ряполова, М.В., Литвиненко, Л.Я., Неймарк, А.Н., Фадеева, Н.И. Сравнительная характеристика методов лечения стрессового недержания мочи у женщин // Урология. - 2000. - № 3. - С. 28-31.
10. Савицкий, А.Г. Доуродинамическая диагностика симптома недержания мочи в связи с напряжением у женщин (в помощь практическому врачу). - СПб.: «Альвис», 1993. - 44 с.
11. Савицкий, Г.А., Савицкий, А.Г. Недержание мочи в связи с напряжением у женщин. - СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2000. - 136 с.
12. Семенюк, А.А., Битюков, Н.Н., Поспелов, И.В. Лечение больных с урогенитальным пролапсом и недержанием мочи // Урология. - 2006. - № 1. - С. 61-64.
13. Смольнова, Т.Ю., Буянова, С.Н., Савельев, С.В., Петрова, В.Д. Дисплазия соединительной ткани как одна из возможных причин недержания мочи у женщин с пролапсом гениталий // Урология. - 2001. - № 2. - С. 25-30.
14. Хёрт, Г. Оперативная урогинекология: Руководство для врачей: Пер. с англ. / Под ред. Н.А. Лопаткина, О.И. Аполихина. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. - 276 с.
15. Хирш, Х., Кезер, О., Икле, Ф. Оперативная гинекология: атлас. Пер. с англ. / Под ред. В.И. Кулакова, И.В. Федорова. - М.: ГЭОТАР, Медицина, 1999. - 656 с.
16. Abrams, P., Blaivas, I., Stanton, S., Anderssen, T. Standardisation of terminology of lower urinary function // World urol. - 1989. - № 6. - P. 233-245.
17. Ballanger, Ph., Rishmann, P. Female urinary incontinence // Eur. Urol. 1999. - № 36. - P. 165-174.