

© Евсюкова Л.В., Рязанцев Е.Л., 2006
УДК616.62-008.222-055.2-089

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Л.В.Евсюкова, Е.Л.Рязанцев

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова

В работе представлена модификация слинговой операции Гебеля-Штеккеля при лечении стрессовой инконтиненции у женщин, выполненная у 85 женщин в возрасте от 36 до 68 лет. Отдалённые результаты прослежены в период от 2 до 20 лет методом анкетирования с последующим осмотром в условиях женской консультации. Отмечена высокая её эффективность и доступность для пациенток регионов с низким материальным достатком.

Стрессовая инконтиненция у женщин является одной из актуальных проблем современной урогинекологии. По данным ВОЗ этой патологией на земном шаре страдает около 160 миллионов женщин. Стressовое недержание мочи резко снижает качество жизни, ведёт к нарушению трудоспособности и делает этих пациенток социально нетерпимыми. По данным отечественных авторов [1,2,3,4,и др.] около 40% женщин страдает недержанием мочи. Однако не все своевременно обращаются за врачебной помощью. Это обусловлено не только повышенной стеснительностью женщин, но и недостаточной компетентностью в этой области врачей женских консультаций.

Наиболее часто это заболевание встречается у женщин 40-60 лет, но не является редкостью и у женщин молодого возраста, перенесших травматичные роды; оперативные вмешательства по поводу грыж различной локализации; страдающих варикозной болезнью нижних конечностей и имеющих неблагополучную наследственность по материнской линии (опущения и выпадения внутренних половых органов, грыжесечения и т.д.).

Гинекологическая клиника РязГМУ им. ак. И.П.Павлова более 25 лет занимается хирургической коррекцией стрессо-

вой инконтиненции у женщин. За этот период было опробовано несколько различных методик (операция Ингельмана-Зумберга; Олдриджка; Гебеля-Штеккеля и др.). Наиболее отработанной и эффективной, по нашему мнению, является слинговая операция Гебеля-Штеккеля в нашей модификации (Е.Л.Рязанцев).

Целью настоящей работы явилось краткое описание предложенной модификации и отдалённых результатов проведённых операций, которые были выполнены у 85 пациенток в возрасте от 36 до 68 лет. Наиболее многочисленной была группа пациенток в возрасте 48-60 лет.

Материалы и методы

При поступлении всем больным проводилось комплексное клиническое обследование, куда входило: стандартное лабораторное обследование, изучение характера жалоб и длительности их существования, анамнеза, том числе и семейного, дневников мочеиспускания. Проводились функциональные пробы (кашлевая, Вальсальвы), цистоуретрография, цистоскопия, измерялся уретро-вазикальный угол. По завершению обследования всем пациенткам была выполнена операция Гебеля-Штеккеля в нашей модификации.

Сущность модификации состояла в следующем:

- - апоневротическо-мышечный лоскут из футляра прямых мышц живота выкраивался не прямоугольной, а куполообразной формы с вершиной, обращённой в сторону пупка, что давало возможность более лёгкого и качественного ушивания апоневроза передней брюшной стенки и служило профилактикой возникновения вентральных грыж.
- - для облегчения ушивания дефекта в апоневрозе прямых мышц живота у некоторых больных использовались продольные насечки длиной 0,8-1,0 см, которые наносились в 1,5 см от краёв раны,
- - концы апоневротическо-мышечных лоскутов не только сшивались между собой под уретрой, но и фиксировались к луковично-пещеристым мышцам узловыми викриловыми швами.

Операция начиналась с разреза передней брюшной стенки до апоневроза. Последний освобождался от подкожножировой клетчатки на 2-3 см в обе стороны и только после этого мы приступали к выкраиванию апоневротическо-мышечного лоскута шириной 2 см и длиной 8-10 см. Вершина лоскута захватывалась зажимом Кохера и при постепенном смещении вниз тонко подсекались прямые и пирамидальные мышцы. Затем на вершину лоскута накладывался такой же зажим и после этого лоскут продольно рассекался до симфиза на 2 равные части. Тупо разделялись прямые мышцы живота и разводились ранорасширителем. Клетчатка ретицева пространства расслаивалась разгибательными движениями пальцев правой руки до нижнего края симфиза, что позволяло пальпировать уретру и шейку мочевого пузыря. Значительно кровотечения при этом не наблюдалось.

Второй этап операции выполнялся в положении для влагалищных операций. Малые половые губы узловыми капроно-выми швами фиксировались к внутренней поверхности бёдер, что в дальнейшем облегчало работу ассистентов.

При отсутствии цистоцеле на обнажённую переднюю стенку влагалища на середине расстояния между наружным отверстием мочеиспускательного канала и шейкой матки накладывались две лигатуры-держалки в 3 см друг от друга. После этого из передней стенки влагалища выкраивался лоскут слизистой оvoidной формы размерами 3 на 6 см. Предпузырная фасция рассекалась после введения под неё 10-20 мл 0,9% раствора натрия хлорида с адреналином. Уретра выделялась острым путём. Мочеполовая диафрагма рассекалась скальпелем по сторонам от уретры, после чего длинным, изогнутым кровеостанавливающим зажимом под контролем пальцев левой руки введённых в ретицово пространство производилось тоннелирование. При выполнении этого этапа операции конец зажима должен скользить по внутренней поверхности лонных костей. В созданные каналы низводились апоневротическо-мышечные лоскуты и после их перекрёста под уретрой сшивались между собой 3-4 викриловыми швами, а их концы фиксировались к луковично-пещеристым мышцам. Пластика предпузырной фасции производилась методом дубликатуры. На слизистую влагалища накладывался викриловый шов по Ривердену. Перед ушиванием передней брюшной стенки в ретицово пространство вводился резиновый выпускник на сутки, а передняя стенка мочевого пузыря фиксировалась к лонному сочленению 2-3 проленовыми швами.

Завершающим этапом операции у большинства больных являлась пластика мышц тазового дна. Продолжительность операции килебалась от 60 до 80 минут, а кровопотеря не превышала 200 мл.

Результаты и их обсуждение

Отдалённые результаты слинговой операции Гебеля-Штеккеля в нашей модификации прослежены в период от 2 до 20 лет.

Изучение проводилось методом анкетирования и последующим амбулаторным

осмотром. Обращалось внимание не только на функцию мочевыделительной системы, но и на состояние сексуальной функции и трудоспособность.

Всего было разослано 85 анкет. Ответ получен от 57 пациенток. При анализе полученных данных было установлено, что все пациентки хорошодерживают мочу. У 11 из них в течение первого года после операции было чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, что заставило их обратиться к урологу по месту жительства. Катетеризация мочевого пузыря не выявила остаточной мочи. Эти ощущения прошли после противовоспалительного лечения. У 17 женщин, вступивших в постменопаузальный период, некоторое время отмечалось учащённое мочеиспускание.

Пациентки, утратившие трудоспособность в результате инконтиненции, возвратились к трудовой деятельности. У 10 женщин в послеоперационном периоде исчез дискомфорт при половой близости. При гинекологическом исследовании у большинства пациенток определялось вдавление слизистой под уретрой. Пролабирование уретры выявлено у 3 женщин из 57, однако жалоб на недержание мочи они не предъявляли. У всех обследованных больных функциональные пробы были отрицательными.

Выводы:

1. Слинговая операция Гебеля-Штеккеля в нашей модификации является высокоэффективным хирургическим вмешательством при лечении стрессовой инконтиненции у женщин.

2. Использование аутотканей для создания сфинктера мочевого пузыря полностью исключают реакцию тканевой несогласимости.

3. Финансовые затраты при выполнении этой операции не превышают стоимости влагалищных операций.

4. Операция доступна широкому кругу пациенток, проживающих в регионах с низким материальным достатком.

ЛИТЕРАТУРА

1. Принципы выбора методов хирургической коррекции пролапса гениталий и недержания мочи. / Буянова С.Н. //Материалы II Рос. форума «Мать и Дитя». М., 2000. - С.191-192.
2. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. /Кан Д.В// 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1986. — 488 с.
3. Эпидемиология, этиология, патогенез, диагностика недержания мочи /Лоран О. Б. //Материалы Пленума Правления Рос. о-ва урологов. — М., 2001. — С.21 41.
4. Хирургическое лечение неосложнённых форм стрессового недержания мочи./ Попов А.А. // Акушерство и гинекология – 2000. - №1. – С. 26-28.
5. Диагностика и лечение сложных форм недержания мочи у женщин. / Пушкарь Д.Ю. // Акушерство и гинекология – 2000. - №1. – С.3-7.
6. Лечение относительного недержания мочи у женщин. /Рязанцев Е.Л., Лобанов В.А., Юдина Н.В., Евсюкова Л.В., Маркович В.В. // 2-ая Рос. науч.-практ. конф. «Недержание мочи у женщин». – СПб., – 2001. – С.71-72.

OUR EXPERIENCE IN SURGICAL TREATMENT OF FEMALE STRESS URINARY INCONTINENCE

L.V.Yevsyukova, Ye.L.Ryazantsev

The modification of Gebel-Shtekkel sling operation in the treatment of female stress urinary incontinence is presented in the article. The operations were performed on 85 women at the age from 36 to 68. The remote results were observed by means of questionnaire with the following examination at the female hospital. This method is noted to be effective and affordable for patients with low material standard of living.