

Лечение комбинированного недержания мочи у женщин

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Резюме. Под наблюдением находились 273 пациентки в возрасте 27–79 лет с жалобами на недержание мочи. Комбинированная форма недержания мочи была выявлена у 54 (19,7%) больных, которым проводилось комплексное лечение. Показано, что при соблюдении алгоритма лечения и проведении в качестве первого этапа адекватного курса консервативной терапии у 27,7% женщин с комбинированным недержанием мочи дальнейшее хирургическое лечение не потребовалось. В то же время у 13% пациенток из числа подвергшихся хирургическому лечению возникли послеоперационные императивные нарушения различной степени выраженности.

Ключевые слова: недержание мочи, комбинированное недержание мочи, смешанное недержание мочи, тазовая дисфункция, императивные расстройства мочеиспускания.

Введение. Недержание мочи (НМ) отмечают примерно 24% женщин от 30 до 60 лет и более 50% женщин после 60 лет [3, 5]. Наиболее трудными в плане лечения являются сложные формы НМ, к которым относится комбинированное НМ. По данным ряда авторов, коррекция симптомов НМ удается лишь у 30–60% больных данной группы. У специалистов нет единого мнения, что первично лежит в основе патофизиологического механизма комбинированного НМ, как нет и единой точки зрения о выборе метода лечения комбинированной инконтиненции [1, 2, 5]. Так, у ряда пациенток хирургическое лечение, направленное на устранение стрессового компонента комбинированного НМ и выбранное как первая линия терапии, приводит к исчезновению и ургентного НМ [6]. Однако у многих пациенток после хирургического лечения не происходит улучшения ургентной симптоматики, а у ряда больных даже отмечается ухудшение, что сводит на нет даже самые блестящие с точки зрения хирургической техники результаты.

Цель исследования. Оценить возможности комбинированного лечения недержания мочи у женщин.

Материалы и методы. Под наблюдением в период с 2000 по 2010 г. находились 273 пациентки в возрасте 27–79 лет с жалобами на недержание мочи. Средний возраст пациенток составил 53±2,1 года. Длительность заболевания от одного года до 18 лет. Все пациентки обследовались в соответствии с принятым на кафедре диагностическим алгоритмом, включающим: анкетирование с помощью специальных вопросников, заполнение дневника мочеиспусканий, клиническое обследование, ультрасонографическое исследование, рентгенологическое исследование, комбинированное уродинамическое исследование, по показаниям – магнитно-резонансная томография (МРТ).

Независимо от преобладания ургентного или стрессового компонента НМ лечение начинали с фармакотерапии, а хирургическое лечение выполняли вторым этапом. Такой подход представляется наиболее оправданным с точки зрения минимализации возможных осложнений и неудовлетворительных результатов лечения. В качестве медикаментозного лечения использовались антимускариновые препараты и препараты смешанного действия – везикар, детрузитол, дриптан, спазмекс, обладающие парасимпатолитическим действием на гладкую мускулатуру, блокирующие постганглионарные М-холинорецепторы, что приводило к уменьшению гиперактивности детрузора и повышению емкости мочевого пузыря. Пациенткам в постменопаузе одновременно с М-холинолитиками назначались препараты местного применения в форме свечей или крема, содержащие натуральные эстрогены (овестин).

Вместе с медикаментозной терапией всем пациенткам рекомендовалась поведенческая терапия с целью тренировки мочевого пузыря, лечебная физкультура, направленная на укрепление мышц промежности и тазового дна, а также проводилась тренировка мышц тазового дна с помощью метода биологической обратной связи на аппарате «Проктор». Длительность консервативной терапии (первого этапа лечения) составляла от одного до трех месяцев и зависела от скорости купирования императивных симптомов.

В связи со значительным улучшением самочувствия на фоне проводимой консервативной терапии 15 (27,7%) пациенток отказались от хирургического лечения (второго этапа). Обращает на себя внимание тот факт, что у 9 (60%) женщин из числа отказавшихся от хирургического лечения и изъявивших желание продолжить консервативную терапию сохранились симптомы стрессового НМ, но, как отмечали все пациентки, эпизоды НМ при напряжении беспокоили

их значительно реже и практически не оказывали отрицательного влияния на качество жизни. 39 (73,3%) пациенткам со смешанной формой НМ после выполнения мероприятий консервативной терапии и стабилизации состояния (достижении количества мочеиспусканий 6–8 за сутки, увеличении максимального цистометрического объема и отсутствии спонтанных колебаний детрузорного давления более 15 см. вод. ст.) проводилось хирургическое лечение. В качестве антистрессовых операций были выполнены различные виды уретровезикопексий и малоинвазивные слинговые операции (табл.).

Таблица

Виды выполненных антистрессовых операций

Операция	Количество больных
Уретровезикопексии	
Операция К.М. Фигурнова	9
Операция Маршалла – Марчетти – Крантца	2
Подлонная уретровезикопексия влагалищным лоскутом	5
Слинговые операции	
TVT	6
TVT-O	15
TVT-secur	2

Результаты и их обсуждение. Комбинированная форма недержания мочи была выявлена у 54 (19,7%) больных. Показано, что стрессовое НМ было успешно купировано у 13 (81,1%) пациенток, которым были выполнены уретровезикопексии, и у 22 (95,6%) перенесших слинговые операции. Отмечено, что императивные нарушения в послеоперационном периоде проявлялись лишь у 2 (12,5%) пациенток, перенесших уретровезикопексию, и были успешно купированы назначением М-холинолитиков в течение 1–3 месяцев после операции. Во время как в группе больных, перенесших слинговые операции, императивные нарушения возникли у 8 (34,7%) женщин и отмечались в более сильной форме, что проявлялось учащенным мочеиспусканием, появлением императивных позывов, симптомов императивного недержания мочи и потребовало более длительного применения (6–8 мес.) М-холинолитиков и повторных курсов физиотерапии. Причем, у 3 (13%) больных проводимое комплексное лечение оказалось недостаточно эффективным, так как симптомы императивности сохранялись.

Более выраженные императивные расстройства, наблюдавшиеся в группе пациенток после выполнения слинговых операций, по-видимому, можно объяснить тем, что, во-первых, часто после субуретрального проведения петли имеется компрессия уретры в той или иной степени выраженности, во-вторых, как свидетельствуют некоторые работы [4], у больных, перенесших операцию TVT, имеется местный тканевой

ответ в виде нарушения микроциркуляции, венозного застоя в слизистой уретры, сохраняющийся длительное время. Искусственно созданная обструкция у больных с комбинированной инконтиненцией, естественно, ухудшает прогноз.

Для того, чтобы свести к минимуму подобного рода осложнения, считаем необходимым строгое соблюдение техники операции, что для больных комбинированным НМ является особенно принципиальным:

1. Разрез слизистой оболочки передней стенки влагалища необходимо начинать строго на границе наружной и средней трети уретры.

2. Стремиться к тому, чтобы длина разреза соответствовала ширине синтетической ленты и не превышала 1,5 см, что позволит предотвратить смещение ленты к шейке мочевого пузыря.

3. Правильное расположение петли (в зоне средней трети уретры, по возможности ближе к границе с наружной третью уретры, а не к шейке мочевого пузыря).

4. Отсутствие натяжения и механической компрессии уретры.

5. При необходимости одновременного выполнения других объемов оперативного лечения установка свободной синтетической петли должна проводиться в последнюю очередь.

Заключение. Установлено, что хирургическое лечение комбинированных форм НМ не противопоказано. Однако лечение должно проводиться в два этапа, при строгом соблюдении их последовательности. Первый этап – консервативная терапия, направленная на устранение императивных нарушений мочеиспускания (медикаментозная терапия, поведенческая терапия, тренировка мышц тазового дна, метод биологической обратной связи, физиотерапия). Второй этап – хирургическое лечение стрессового компонента НМ (различные виды хирургических вмешательств в зависимости от типа НМПН: уретровезикопексии, субуретральные слинги, периуретральные инъекции объемообразующих агентов и др.). Мероприятия первого этапа должны быть продолжены и после выполнения второго.

Эта тактика предполагает, что в силу «двойственности» причин комбинированного НМ у части больных может наступить улучшение настолько, что хирургическое лечение (второй этап) не потребуется. Действительно, если urgentный компонент преобладает, то эффективная медикаментозная терапия приводит к тому, что жалобы пациенток становятся минимальными и им можно рекомендовать комплекс упражнений для мышц промежности и физиотерапевтическое лечение. В нашем исследовании 27,7% женщин отказались от хирургического лечения после проведения консервативной терапии.

У ряда больных с комбинированными формами НМ, по данным уродинамического исследования, выявляется преобладание стрессового компонента, тем не менее, и в этих случаях считаем целесообразным

начинать лечение с мероприятий первого этапа. Даже при таком подходе, как следует из проведенного исследования, у 47,2% пациенток возникают послеоперационные императивные нарушения, которые у 13% носят стойкий характер и плохо поддаются лечению.

Литература

1. Адамян, Л.В. Тактика лечения больных с комбинированной формой недержания мочи / Л.В. Адамян [и др.] // Росс. вестн. акушера-гинеколога. – 2008. – Спец. вып. – С. 2–3.
2. Айламазян, Э.К. Алгоритмы диагностики и хирургического лечения больных с недержанием мочи / Э.К. Айламазян [и др.] // Акуш. и гин. – 2007. – № 1. – С. 34–39.
3. Балан, В.Е. Урогенитальные расстройства в климактерии (клиника, диагностика, заместительная гормонотерапия): дис. ... д-ра мед. наук / В.Е. Балан. – М., 1998. – 200 с.
4. Колонтарев, К.Б. Изучение местной тканевой реакции у женщин после оперативной коррекции недержания мочи при напряжении / К.Б. Колонтарев, А.Б. Мацаев // Росс. вестн. акушера-гинеколога. – 2008. – Спец. вып. – С. 31.
5. Пушкарь, Д.Ю. Диагностика и лечение сложных и комбинированных форм недержания мочи у женщин: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук / Д.Ю. Пушкарь. – М., 1996. – 52 с.
6. Урологическая гинекология (практическое руководство для врачей) / под ред. проф. Ю.В. Цвелева и проф. С.Б. Петрова. – СПб., 2006. – 229 с.

A.A. Bezmenko, N.B. Tymofeeva

Treatment of combined urinary incontinence in women

Abstract. Under the supervision we had 273 patients of 27–79 years old complaining of urinary incontinence; combined form of incontinence was detected in 54 (19,7%) patients who have integrated treatment; the study shows that while respecting the treatment algorithm and adequate course of conservative therapy as the first step for 27,7% of women with incontinence further surgical treatment was required; at the same time, 13% of patients underwent surgical treatment sprang postoperative mandatory breach of varying degrees of manifestation.

Key words: urine incontience, combined incontience of urine, mixed incontience of urine, pelvic dysfunction, imperative frustration of urination.

Контактный телефон: 913-21-46; e-mail: bezmenko@yandex.ru)