

На правах рукописи

АЛИМОВ ЧЫНЫБЕК БАЙЫШЕВИЧ

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН
НА ФОНЕ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ**

14.01.17 – хирургия
14.01.23 – урология

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек-2011

Работа выполнена на кафедре частных хирургических дисциплин
ГОУ ВПО Кыргызско-Российского Славянского университета.

Научные руководители: доктор медицинских наук
Чернецова Галина Степановна,

доктор медицинских наук, профессор
Эсекеев Базарбай Сатыбалдиевич

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Мадаминов Абдумуталиб Моминович

кандидат медицинских наук
Кылычбеков Марлен Бекташевич

Ведущее учреждение: Алтайский медицинский университет
Федерального агентства по
Здравоохранению и социальному
развитию

Защита диссертации состоится «22» «сентябрь» 2011 г.
в 14⁰⁰ часов на заседании диссертационного совета Д 730.001.03
при Кыргызско-Российском Славянском университете по адресу:
720000, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Киевская 44.
e-mail: dissovvetkrsu@mail.ru

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Кыргызско-
Российского Славянского университета (720000, Кыргызская Республика,
г. Бишкек, ул. Киевская 44).

Автореферат разослан «14» «июля» 2011 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук, профессор



ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность работы. Недержание мочи – это специфическая медицинская проблема, возникающая у женщин в два раза чаще, чем у мужчин; факторами риска считаются роды, дисплазия соединительной ткани, заболевания сопровождающиеся повышением внутрибрюшного давления, ожирение, эстрогенная недостаточность (Е.В. Пискунова, 2006). Стрессовое недержание мочи, или недержание мочи при напряжении, у женщин является одним из наиболее распространенных заболеваний, которое возникает в любом возрасте и не зависит от условий жизни и характера труда (О.Б. Лоран и соавт., 1998). Так, этим недугом страдают до 34% женщин европейских стран (S.Hunnskaar Et al., 2004), 38,6% женского населения России (Д.Ю. Пушкарь 1996). Недержание мочи не угрожает жизни больных, но приводит к значительному снижению её качества, не позволяя нормально жить и трудиться. (Е.Б. Мазо, В.В. Иремашвили, 2004). Очевиден тот факт, что современные женщины не желают мириться с состоянием, которое существенно снижает качество их жизни, степень социальной активности, а также требует материальных затрат (В.И. Кулаков и соавт., 2005).

В настоящее время проводятся многочисленные работы по изучению данного заболевания, а также разрабатываются новые методы лечения, которые позволяют в большинстве случаев добиться улучшения состояния больных или выздоровления (И.А. Аполихина и соавт., 2005). Лечение недержания мочи включают в себя поведенческую терапию, фармакотерапию, физиотерапию, а также хирургическое лечение. Методы лечения недержания мочи подбирают индивидуально в зависимости от клинических проявлений заболевания с учетом показаний и противопоказаний. У больных с тяжелыми формами недержания мочи прибегают к комбинации этих методов (С.С. Janssen, et al., 2001; McDowell B. et al., 1999; И.А. Аполихина, и соавт., 2005). Стрессовое недержание мочи имеет место у 78% больных, в том числе у 49% изолированно и у 29% в сочетании с ургентным НМ (L. Hampel et al., 1997). На сегодняшний день не существует методов медикаментозного лечения стрессового недержания мочи с доказанной клинической эффективностью. Основным методом лечения больных со стрессовым недержанием мочи является оперативный, однако его применение ограничено из-за возможностью развития осложнений, и поэтому не все больные подвергаются оперативному лечению (J. S. Brown et al. 2002). Вместе с тем показания к консервативному или оперативному лечению – один из главных задач при диагностировании этого заболевания, частые рецидивы требуют повторных вмешательств, выполнение которых бывает сложным и

небезопасным (И.А. Абоян и соавт. 2000).

Результаты исследований многих авторов лежат в широком диапазоне в вопросах эпидемиологии, методов диагностики и лечения недержания мочи у женщин. В то же время по структуре недержания мочи многие авторы подчеркивают, что преобладают женщины с симптомами стрессового недержания мочи у женщин. Все вышеизложенное указывает на необходимость дальнейшего изучения проблемы недержания мочи у женщин, что послужило основанием для выполнения данного исследования.

Цель работы:

Улучшить результаты оперативного лечения стрессового недержания мочи у женщин на фоне опущения мочевого пузыря и пролапса гениталий.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности клинического течения стрессового недержания мочи у женщин на фоне опущения мочевого пузыря и пролапса гениталий.
2. Разработать новую модификацию операции при стрессовом недержании мочи у женщин на фоне пролапса гениталий.
3. Определить показания и противопоказания к оперативному лечению стрессового недержания мочи у женщин на фоне пролапса гениталий по методу Лернера в нашей модификации.
4. Изучить ближайшие и отдаленные результаты (катамнез) оперативного лечения стрессового недержания мочи у женщин на фоне пролапса гениталий предложенным методом.

Научная новизна:

1. В результате научного исследования были выявлены характерные клинические симптомы у больных женщин со стрессовым недержанием мочи на фоне пролапса гениталий, такие как недержание мочи при незначительной физической нагрузке, кашле, чихании, смехе; опущение мочевого пузыря и органов гениталий; раздражительность, плохой сон и другие.
2. На основе комплексного обследования женщин со стрессовым недержанием мочи на фоне опущения мочевого пузыря и гениталий разработана новая модификация операции по Лернеру для устранения этих патологий.
3. Во время изучения больных женщин со стрессовым недержанием мочи у женщин на фоне пролапса гениталий определены показания и противопоказания к операции по предложенному методу модификации. Показания – стрессовое недержание мочи на фоне пролапса

мочевого пузыря и гениталий. Противопоказания – наличие гиперактивности мочевого пузыря на фоне стрессового недержания мочи; наличия в анамнезе оперативных вмешательств на органах брюшной полости и органах малого таза, наличие сопутствующих общих патологий являющихся противопоказанием для любых оперативных вмешательств.

4. При изучении ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения стрессового недержания мочи у женщин на фоне пролапса гениталий по новой модификации было получено значительное преимущество эффективности (97%) по сравнению с традиционными методами (88,4%).

Практическая значимость полученных результатов.

Представлены практические рекомендации для урологов, акушер-гинекологов и семейных врачей по своевременной диагностике и показанию и противопоказания к оперативному лечению стрессового недержания мочи у женщин на фоне пролапса генитальных органов.

Операция в новой модификации предлагается как один из эффективных методов оперативного лечения недержания мочи при напряжении у женщин на фоне пролапса генитальных органов.

Разработана и научно обоснована новая методика выбора хирургического лечения больных с недержанием мочи на фоне пролапса органов гениталий.

Экономическая значимость полученных результатов – включает возможность получения медико-социальной эффективности при использовании разработанной модификации операции Лернера при лечении больных с недержанием мочи при напряжении за счет малозатратности данного вида оперативного вмешательства, сокращения сроков лечения и снижения числа рецидивов и ликвидации пролапса генитальных органов.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Эффективность оперативного лечения стрессового недержания мочи зависит от обоснованности показаний к данному виду операции.
2. Оперативное лечение стрессового недержания мочи должно быть направлено на восстановление нормального заднего уретропузырного угла, а также на восстановление топографии органов при опущении мочевого пузыря и половых органов.
3. Применение предложенной модифицированной операции дает возможность устранения стрессового недержания мочи у женщин на фоне опущения мочевого пузыря и гениталий. Предложенный метод имеет высокую эффективность в раннем послеоперационном периоде и в катамнезе.

Личное участие диссертанта в полученных результатах исследования:

Личное участие автора диссертации охватывает все разделы общеклинических, специальных и дополнительных методов исследования, обработку клинического материала, разработку модифицированной методики оперативного вмешательства. Участвовал в большинстве проведенных оперативных вмешательств. Всех больных обследовал в катамнезе самостоятельно. Самостоятельно проведены статистическая обработка всего материала исследования и научный анализ полученных результатов.

Апробация результатов исследования:

Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на:

научных конференциях медфакультета Кыргызско-Российского Славянского Университета «Физиология, морфология и патология человека и животных в климатогеографических условиях Кыргызстана» (Бишкек, 2006, 2007, 2008);

IX Международной конференции молодых ученых-медиков стран СНГ (Алматы, 2008);

объединенном заседании сотрудников кафедры частных хирургических дисциплин КРСУ, кафедры общей и факультетской хирургии КРСУ, кафедры урологии и андрологии КГМА, а также КГМИ П и ПК, урологических отделений, и хирургов Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики (Бишкек, 2010).

Внедрение результатов исследования:

Полученные в работе результаты внедрены в клиническую практику деятельности отделений Республиканского Научного Центра Урологии НГ при МЗКР и в ГКБ №1.

Публикации по теме диссертации: По теме диссертации опубликовано 8 научных работ, в том числе 2 статьи в рецензируемом журнале (перечень ВАК РФ).

Объем и структура диссертации:

Диссертационная работа изложена на 120 страницах электронного набора шрифтом Times New Roman, Кириллица (размер 14, интервал 1,5). Работа состоит из введения, четырех глав, выводов, практических рекомендаций и списка литературы.

Библиографический указатель включает 182 источников, в том числе 100 отечественных и стран ближнего и 82 дальнего зарубежья. Диссертация иллюстрирована 28 таблицами, 19 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования: Основу исследования составили 96 женщин, страдающих недержанием мочи I, II и III типа при напряжении, прошедших обследование и лечение в урологических отделениях Национального Госпиталя при МЗ Кыргызской Республики и ГКБ №1 г. Бишкек за период с 2002 по 2009г.

Условиями включения пациенток в исследование были: отсутствие врожденной неврологической патологии, отсутствие указаний на наличие сотрясений головного мозга и перенесенных травм, переломов позвоночника с повреждением спинного мозга, а также отсутствие проведенных операций на головном и спинном мозге, а также отсутствие проведенных ранее операций по поводу опущения половых органов и недержания мочи.

Все больные были разделены на 3 группы: первую составили пациенты, которым произведена операция Лернера в нашей модификации – 45 больных, вторую группу – 26 больных которым были произведены другие виды оперативных вмешательств и третья группа – 25 больных которым проведена консервативная терапия.

I группа – 45 женщин страдающие стрессовым недержанием мочи и опущением половых органов, была сформирована по мере обращения пациенток. Вторая и третья группы больных были сформированы на основе архивных данных и по мере обращения из пациенток, которым антистрессовая операция была произведена другим методом (II группа) или проведена консервативная терапия (III группа) в связи с наличием противопоказаний к хирургическому вмешательству или отказом от операции самих больных.

Возраст больных колебался от 27 до 80, составляя в среднем $53,5 \pm 2,3$ лет (в первой группе – $53,2 \pm 2,1$, во второй группе – $54,1 \pm 2,2$ и в третьей группе – $53,6 \pm 2,2$). Распределение больных по возрасту и по группам представлено в табл. 1.

Таблица 1

Возрастная характеристика обследованных больных по группам.

Возраст, годы	I группа		II группа		III группа		Всего	
	Абс.	(%)	Абс.	(%)	Абс.	(%)	Абс.	(%)
Моложе 50 л.	31	68,9	18	69,2	16	64	65	67,7
50 – 59 лет	8	17,8	5	19,25	4	16	17	17,7
60 – 69 лет	3	6,65	2	7,7	2	8	7	7,3
Старше 70 лет	3	6,65	1	3,85	3	12	7	7,3

Всего	45	100	26	100	25	100	96	100
-------	-----------	-----	-----------	-----	-----------	-----	-----------	-----

Большинство женщин всех групп (более 60% женщин) оказались в возрастной группе моложе 50 лет. Жителями города Бишкек и Чуйской области явились 72 женщины (75%). При сборе анамнеза, никто из пациенток не отметил наличие профессиональных вредностей, ни в настоящее время, ни в течение ближайших 10 лет.

При сборе анамнеза длительность заболевания составила от 3х до 15 лет (табл. 2).

Таблица 2

Распределение больных по длительности заболевания.

Длительность заболевания	от 3-х до 5 лет	от 5 до 10 лет	от 5 до 15 лет	Всего
Абс. число	5	24	67	96
%	5,2	25	69,8	100,0

Длительность заболевания больше 5 лет был более чем у 90% больных. Почти все пациенты длительное время лечились консервативно с временным или недостаточным эффектом. Лечение было проведено по поводу хронического цистита с частыми обострениями и с кратковременными ремиссиями. Больным в постменопаузе проводилась заместительная гормональная терапия – эстрогенами.

Для решения поставленных задач больные обследовались в динамике до и непосредственно после лечения, а также в ближайшие и отдаленные сроки – 6 и 12 месяцев, 2 и 5 лет после оперативного вмешательства.

До начального этапа обследования всем пациенткам выполняли общий анализ мочи и крови, при обнаружении признаков воспаления и эритроцитурии в обследование включали бактериологическое исследование мочи и цистоскопию для исключения новообразований мочевого пузыря. В случае обнаружения признаков мочевого инфекции первым этапом проводили антибактериальную терапию под соответствующим бактериологическим контролем. При обнаружении объемных образований больные не включались в данное исследование, а направлялись к онкоурологу.

Клиническое обследование больных начиналось, как правило, с выяснения жалоб и анамнеза. Оценка жалоб и анамнеза является первым, начальным этапом обследования. При опросе больных на наличие расстройств мочеиспускания нами применялась активная тактика, которая заключалась в выяснении исчерпывающего анамнеза, провоцирую-

щих и способствующих факторов недержания мочи, время появления и продолжительность эпизодов инконтиненции, а также количество теряемой мочи. Вопросы при беседе также были направлены на дифференциальную диагностику императивного и стрессового недержания мочи.

Следующий основной этап исследования включал в себя: влагалищное исследование, ультразвуковое исследование почек и органов малого таза, обзорная и экскреторная урография почек и мочевыводящих путей стоя и лежа, консультация гинеколога. Кроме того больным проводили ЭКГ, рентгенографию органов грудной клетки, коагулограмму и консультация терапевта для исключения противопоказаний к оперативному вмешательству.

Результаты исследований обработаны методом вариационной статистики по Стьюденту с помощью пакета прикладных программ на персональном компьютере определением ошибок репрезентативности ($\pm m$) для средних и относительных величин и уровня достоверности p . Уровень достоверности определяется при сравнении показателей до и после операции. Статистически достоверные различия принимались при $p < 0,05$.

Результаты собственных исследований

Использование доступных методов обследования больных, таких как общие анализы крови и мочи, бактериологическое исследование мочи, цистоскопия, позволяло нам исключить наличие инфекционного генеза заболевания и/или новообразования мочевого пузыря, и не включать такую категорию больных в группы исследования. Так общие анализы крови и мочи показали отсутствие острого воспалительного процесса в организме, данные общего анализа крови были в пределах нормы во всех группах пациенток. У 18 пациенток (8 из первой, 10 из второй групп) в общем анализе мочи была выявлена лейкоцитурия, в связи с чем этим больным первым этапом проводили антибактериальную, противовоспалительную терапию под соответствующим бактериологическим контролем. После курса антибактериальной терапии с учетом чувствительности микрофлоры, проводились контрольные общие анализы мочи, и анализ мочи по Нечипоренко, где лейкоцитурии выявлено не было.

Таким образом исключив предварительно возможный инфекционный генез заболевания, наличие тяжелой неврологической или онкологической патологии, мы установили обоснованность следующих жалоб больной при стрессовом недержании мочи.

При **ультразвуковом исследовании** почек и мочевыводящих путей у пациенток выявились следующие данные. Расположение почек в типичном месте у 100 % пациенток трех групп, аномалий со стороны почек и верхних мочевых путей выявлено не было. Деформация чашечно-лоханочной системы выявлена у 41 (91,1%) пациенток первой группы, у 24 (92,3%) второй и 21 (84%) больной третьей группы. Нарушения оттока мочи не было выявлено ни у одной из пациентки всех групп. При ультразвуковом исследовании нижних мочевых путей определяли наличие объемных образований и смещение шейки мочевого пузыря (табл. 3).

Таблица 3

Данные ультразвукового исследования нижних мочевых путей до операции ($M \pm m$).

Средние показатели	I гр. n = 45	II гр. n = 26	III гр. n = 25	все группы
Смещение шейки мочевого пузыря вдоль вертикальной оси, мм	15,7 \pm 2,3	15,8 \pm 2,9	16,4 \pm 2,1	16,0 \pm 2,4

Всем больным 3-х групп были проведены **рентгенологические исследования** почек и мочевыводящих путей. На экскреторных урограммах снятых на 7 минуте введения контрастного вещества в положении больной «лежа» – расположение почек типичное у всех пациенток, функция почек удовлетворительная, аномалий развития не выявлено. На экскреторных урограммах снятых в положении больной «стоя» на 15 минуте введения контрастного вещества – картина со стороны почек повторяется, отмечается опущение мочевого пузыря ниже лона различной степени выраженности.

При анализе наполнения, деформации и положения мочевого пузыря по данным рентгенограмм были выявлены следующие данные, табл. 4:

Таблица 4

Распределение больных всех групп по рентген признакам на типы недержания мочи.

Тип недержания мочи	I группа		II группа		III группа		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Тип 0	1	2,2	0	0	1	4	2	2,1
Тип 1	4	8,9	2	7,7	4	16	10	10,4
Тип 2А	28	62,2	16	61,5	18	72	62	64,6
Тип 2Б	8	17,8	5	19,2	2	8	15	15,6
Тип 3	4	8,9	3	11,6	0	0	7	7,3

В результате проведения **цистоскопий** выявлены следующие данные. Средний объем мочевого пузыря в первой группе 250 ± 25 мл, во второй – 265 ± 30 мл и в третьей 245 ± 20 мл. Признаки хронического цистита (гипертрофия и трабекулярное изменение слизистой оболочки) выявлено у 42-х пациенток первой группы, 23-х пациенток второй группы и 20 пациенток третьей группы. Сосудистый рисунок сохранен у пациенток всех групп. У всех пациенток обнаружена деформация мочевого пузыря различной степени выраженности, связанная с опущением передней стенки влагалища (цистоцеле).

Данные урофлоуметрии приведены в табл.5

Таблица 5

Данные урофлоуметрии больных до операции ($M \pm m$).

Параметр	I группа	II группа	III группа	Всего
Максимальная скорость потока мочи (Q_{max}), мл/с	$24 \pm 2,2$	$22,1 \pm 2,3$	$20,2 \pm 2,5$	$22,1 \pm 2,3$
Средняя скорость потока мочи, мл/с	$15,0 \pm 2,4$	$14,5 \pm 2,0$	$14,8 \pm 1,9$	$14,8 \pm 2,1$
Время до максимальной скорости потока мочи, сек.	$13,8 \pm 5,1$	$14,3 \pm 4,2$	$15,4 \pm 6,1$	$14,5 \pm 5,1$
Общее время мочеиспускания, сек.	$34 \pm 9,6$	$31 \pm 10,1$	$30,2 \pm 11,2$	$31,7 \pm 10,3$
Объем выделенной мочи, мл	$356 \pm 38,2$	$378 \pm 51,5$	$352 \pm 45,1$	$362 \pm 44,9$
Остаточный объем мочи, мл	$77,3 \pm 23,8$	$89,1 \pm 38,3$	$85,4 \pm 51,2$	$83,9 \pm 37,8$

Уродинамическое обследование удалось сделать 57 пациенткам, из первой группы данная процедура произведена 28 (62,2%) пациенткам, из второй 15 (57,7%), из третьей группы 14 (56%).

Основным параметром при оценке урофлоуметрии является максимальная скорость тока мочи (Q_{max}). В норме скорость тока мочи колеблется в пределах 15-30 мл/сек. Снижение Q_{max} ниже 15 мл/сек. обычно связано с инфравезикальной обструкцией, реже со снижением сократительной способности детрузора. В наших исследованиях данные урофлоуметрии соответствуют норме. Кроме этого обращает внимание на себя остаточный объем мочи, в норме он не превышает 50 мл. У наших пациенток остаточный объем мочи превышал 50 мл, вероятно, что это связано с наличием цистоцеле.

Полученные результаты исследований подвергали статистической обработке методом вариационной статистики с определением средней арифметической величины (M), средней квадратичной (ξ) и ошибки ряда (m). Степень достоверности вычисляли по таблице Стьюдента с использованием персонального компьютера «Pentium-IV». Различия считали достоверными при $P < 0,05$. При статистической обработке показателей лабораторных исследований, данных ультразвукового и рентгенологического исследований и данных урофлоуметрии не обнаружено статически достоверных отличий в группах между средними величинами.

Данные оперативного лечения наших больных

У больных недержанием мочи 1 и 2 типов основной целью оперативного лечения является – восстановление измененных топографо-анатомических соотношений уретры, мочевого пузыря и влагалища путем перемещения и фиксации уретро-везикального сегмента в нормальном анатомическом положении. Пациентки с недержанием мочи 3 типа нуждаются в формировании дополнительной опоры мочеиспускательному каналу и шейке мочевого пузыря, а также в создании пассивного удержания мочи путем компрессии уретры, так как функция сфинктера у данных больных полностью утрачена.

Поскольку у подавляющего большинства женщин всех групп помимо недержания мочи при напряжении была диагностирована сопутствующая гинекологическая патология – опущение половых органов, это оправдывало нашу тактику оперативного вмешательства – операция Лернера в модификации клиники. Суть операции заключается не только в коррекции цистоцеле, но и в коррекции опущения половых органов пациенток.

Длительность операции Лернера в модификации клиники у пациенток основной группы колебалась от 50 до 75 минут, составляя в среднем 62,5 минут. Операции проводились под общим обезболиванием у 32 и под перидуральной анестезией у 13 пациенток. Разрез производили доступом по Пфаненштилю.

После предоперационного обследования и подготовки больных, пациенткам первой группы (45) произведена операция Лернера в модификации клиники. Суть операции сводится к фиксации выкроенных из апоневроза прямой мышцы живота встречных лоскутов к сводам влагалища и к шейке мочевого пузыря под контролем введенного в уретру катетера Фоллея и пальцев оперирующего хирурга введенных во влагалище и подающих своды влагалища вверх.

Техника операции. Доступом по Пфаненштилю разрез кожи (длина разреза 12-15см), гемостаз. Обнажается апоневроз прямых мышц живота. Из апоневроза выкраивается 2 встречных лоскута на ножках, мышцы раздвигаются тупо по срединной линии. Брюшина и предпузырная клетчатка отодвигается кверху. В уретру вводится катетер Фоллея, бимануально выделяются левый и правый своды влагалища и шейка мочевого пузыря. Сформированные лоскуты перекрестно фиксируются к сводам влагалища узловыми швами. Мы использовали нити из капрона и дексона. При этом степень натяжения контролируется постоянно. После этого шейка мочевого пузыря также фиксируется узловыми швами, нитью из кетгута и дексона. В превезикальную клетчатку устанавливаются три резиновых выпускника: в правый и левый своды по обе стороны от шейки мочевого пузыря и по центру. Послойное ушивание раны. Асептическая повязка.

Второй группе пациентов оперативное вмешательство проводилось следующими методами: операция Маршала-Марчетти-Кратца, передняя кольпоррафия, кольпоперинеоррафия. Техника операций проводилась общепринятыми методами с (10 больным) или без (16 больным) надвлагалищной ампутацией матки в зависимости от показаний и противопоказаний.

Группа пациентов получивших консервативное лечение принимала дриптан 5мг по 1 таблетке 2 раза в день в течение 1-3 месяцев. Кроме медикаментозного лечения пациенткам второй группы назначалась тренировка мышц тазового дна, изменение жизненных стереотипов, при необходимости противовоспалительная и антибактериальная терапия.

Данные наблюдения больных I и II групп в раннем послеоперационном периоде

Как показали наши наблюдения за больными I – группы в раннем послеоперационном периоде, результаты операции Лернера в нашей модификации достаточно хорошие. Все больные отмечали отсутствие дискомфорта в области уретры и гениталий, несмотря на 10 дневное стояние катетера Фоллея в мочевом пузыре. Все больные первой группы были «сухие», «кашлевой тест» был отрицательным, улучшилось настроение больных, изменилось качество жизни в лучшую сторону.

Послеоперационная рана зажила первичным натяжением на 7-8 сутки после операции у 100 % больных.

При проведении одночасового теста с прокладками через 1 месяц после операции – тест был отрицателен у всех пациенток первой группы.

При анализе дневника мочеиспускания после операции через месяц, нами обнаружено статистически достоверное снижение количества мочеиспусканий в сутки (см. ниже табл. 3.9).

При ультразвуковом исследовании нижних мочевых путей у пациенток в I группе после операции через 1 месяц получены следующие данные (табл. 6):

Таблица 6

Данные ультразвукового исследования нижних мочевых путей у пациенток I группы до и после операции (n =45) (M±m).

	До операции	Через 1 мес. после операции
Смещение шейки мочевого пузыря вдоль вертикальной оси, мм	15,7 *±2,3	4,5 *±1,2

Примечание: *p<0.05

По данным ультразвукового исследования нижних мочевых путей после операции в первой группе – величина смещения шейки мочевого пузыря относительно вертикальной оси не превышает 5 мм, в то время как до операции этот показатель был более 10 мм. Что было достигнуто за счет фиксации во время операции верхней уретры и шейки мочевого пузыря в зоне манометрической впадины, тем самым нормализуя давления на верхнюю уретру во время повышения давления в брюшной полости, при напряжении (физической нагрузки).

Таблица 8

Объем остаточной мочи спустя 1 месяц после операции – отсутствовал, что связано с ликвидацией цистоцеле у пациенток.

При обследовании больных II группы были выявлены следующие данные – послеоперационная рана зажила первичным натяжением на 7-8 сутки у всех больных. У 6 больных второй группы периодически отмечались эпизоды подтекания мочи при физической нагрузке – резком вставании с кровати при наполненном мочевом пузыре, 1 – 2 раза в сутки. Кашлевой тест был отрицательным у 21 (80,7%) пациентки. При проведении одночасового теста с прокладками через 1 месяц после операции – тест был отрицателен у 23 (88,4%) пациенток второй группы.

При гистологическом исследовании биопсийных материалов (в случаях, когда проводились ампутации матки у пациенток во второй группе) ни в одном случае не диагностировано злокачественных изменений.

При анализе дневников мочеиспускания пациенток первой и второй групп отмечено статистически достоверное снижение эпизодов подтекания мочи, количества мочеиспусканий в день. Кроме того значительно снизилось количество использованных прокладок. Отмечается некоторое увеличение минимального объема выделяемой мочи при мочеиспускании (см. табл. 7, 8).

Таблица 7

Данные дневника мочеиспусканий больных I группы в раннем послеоперационном периоде (M+m).

Показатели	I группа (45 женщин)			
	M	m	□	p
Количество мочеиспусканий за день	5	1,3	0,19	<0,05
Количество мочеиспусканий за ночь	1,2	0,4	0,06	<0,05
Среднее число эпизодов подтекания мочи	0	0	0,00	<0,05
Максимальное число эпизодов подтекания мочи	0	0	0,00	<0,05
Минимальный объем выделяемой мочи, мл	85	15	2,24	<0,05
Максимальный объем выделяемой мочи, мл	305	45	6,71	<0,05
Средний объем выделенной за сутки мочи, мл	1560	120	17,89	<0,05
Минимальное количество использованных прокладок	0	0	0,00	<0,05
Максимальное количество использованных прокладок	0	0	0,00	<0,05
Среднее количество использованных прокладок	0	0	0,00	<0,05

Данные дневника мочеиспусканий больных II группы в раннем послеоперационном периоде (M+m).

Показатели	II группа (26 женщин)			
	M	m	□	p
Количество мочеиспусканий за день	7,4	1,1	0,22	<0,05
Количество мочеиспусканий за ночь	2	0,3	0,06	<0,05
Среднее число эпизодов подтекания мочи	2,4	0,2	0,04	<0,05
Максимальное число эпизодов подтекания мочи	2,4	0,4	0,08	<0,05
Минимальный объем выделяемой мочи, мл	78	15	2,94	<0,05
Максимальный объем выделяемой мочи, мл	200	25	4,90	<0,05
Средний объем выделенной за сутки мочи, мл	1800	130	25,50	<0,05
Минимальное количество использованных прокладок	1,1	0,2	0,04	<0,05
Максимальное количество использованных прокладок	3,1	0,2	0,04	<0,05
Среднее количество использованных прокладок	0,5	0,1	0,02	<0,05

При ультразвуковом исследовании нижних мочевых путей у пациенток в II группе после операции через 1 месяц получены следующие данные (табл. 9):

Таблица 9

Данные ультразвукового исследования нижних мочевых путей у пациенток II группы до и после операции (n =26) (M+m).

	До операции	Через 1 мес. после операции
Смещение шейки мочевого пузыря вдоль вертикальной оси, мм	15,8*±2,9	4,8*±1,1

Примечание: *p<0.05

По данным ультразвукового исследования нижних мочевых путей после операции во второй группе – величина смещения шейки мочевого пузыря относительно вертикальной оси, также как и в первой группе не превышает 5 мм, в то время как до операции этот показатель был более 10 мм. Объем остаточной мочи спустя 1 месяц после операции – также был в пределах нормы (т.е. не более 50 мл), что связано с ликвидацией цистоцеле у пациенток.

При контрольной явке больных просили субъективно оценить проведенное оперативное лечение. 97,8 % больных первой группы и 88,4% больных второй группы оценили проведенное лечение положительно. Мнение пациенток приведено на диаграмме 1.

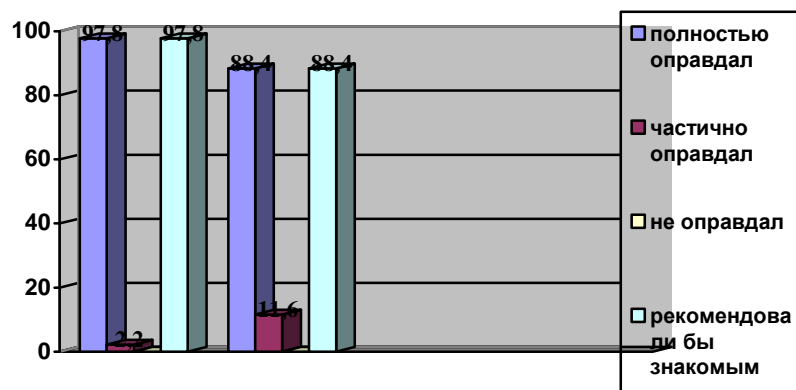


Диаграмма 1. Мнение пациенток относительно операции

По данным диаграммы можно отметить, что пациенты оценившие результат операции как положительный, могли бы рекомендовать оперативное лечение своим знакомым страдающим недержанием мочи при напряжении. При этом субъективная положительная оценка результатов операции у пациенток первой группы превышает на 11,4 % чем, второй группы.

Результаты катamnестических исследований больных после оперативного лечения недержания мочи у женщин I и II групп.

Обследование начиналось с выявления жалоб на данном этапе исследования. При котором у всех пациенток отмечается значительное снижение количества эпизодов подтекания мочи при физической на-

грузке и как следствие нормализации образа жизни, улучшения качества жизни.

Эффективность операции в устранении основных жалоб недержания мочи имели стойкий характер и сохранялись в течение всего периода катamnестического обследования прооперированных больных. Примечателен тот факт, что вместе с нормализацией акта мочеиспускания у прооперированных пациенток отмечается нормализация сна, в связи, с чем и уменьшение усталости и нервозности.

При анализе дневника мочеиспусканий у пациенток первой группы в катamnезе, достоверное снижение количества мочеиспусканий, использование прокладок, эпизодов недержания мочи, которые были зафиксированы в раннем послеоперационном периоде, сохранялись и спустя 6, 12, 24 месяцев.

Тест, проведенный с прокладками в течение 1 часа (одночасовой тест с прокладками) был отрицателен у 41 пациентки из первой группы спустя 6 месяцев. Через 1 и 2 года после операции одночасовой тест с прокладками был отрицателен у всех обследованных больных первой группы.

Кашлевой тест также был отрицателен у всех пациенток первой группы на всех этапах катamnеза.

Общеклинические и биохимические анализы – развернутый анализ крови, общий анализ мочи, посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, почечные тесты были в пределах нормы у всех пациенток первой группы.

При ультразвуковом исследовании почек и мочевыводящих путей выявлены следующие данные. Почки и верхние мочевые пути без изменений, у большинства пациенток сохранялась умеренная деформация чашечно-лоханочной системы, что объясняется длительным течением воспалительного процесса в почках в анамнезе, тем не менее отток из почек и верхних мочевых путей не был нарушен ни одного из пациенток первой группы.

Сохранялись достоверные показатели изменение после операции смещения шейки мочевого пузыря относительно вертикальной оси, который определяли при ультразвуковом исследовании. В таблице 10 приведены показатели смещения шейки мочевого пузыря при напряжении определяемое при ультразвуковом исследовании в разных периодах катamnеза.

Таблица 10

Ультразвуковое исследование нижних мочевых путей оперированных пациенток (I группа) в катамнезе (M±m).

Смещение шейки мочевого пузыря вдоль вертикальной оси, мм	До операции n I гр. = 45	Через 6 месяцев после операции n I гр. =42	Через 1 год после операции n I гр. = 38	Через 2 года после операции n I гр. =35
Средние показатели для I группы	15,7*±2,3	4,8*±1,3	4,7*±1,1	4,8*±1,1

Примечание: *p<0,05.

Объем остаточной мочи при ультразвуковом исследовании не превышал 30 мл, у пациенток первой группы.

Рентгенологическое обследование в катемнезе включало проведение обзорной и экскреторной урографии, нисходящей цистографии в положении лежа и стоя при напряжении. Функция почек на 7 минуте после введения контрастного вещества удовлетворительная, признаков нарушения оттока мочи нет, что свидетельствует об отсутствии инфравезикальной обструкции, которая является одной из возможных осложнений антистрессовых операций. При этом отмечается восстановление нормальной топографии мочевого пузыря по отношению к лонному сочленению – скелетотопии. О чем говорило расположение дна мочевого пузыря выше лонного сочленения. На нисходящих цистограммах сделанных лежа и стоя определяется обычный округлый мочевой пузырь расположенный над лонном, что соответствует нормальному расположению мочевого пузыря у здоровых женщин.

В результате проведения **цистоскопий** выявлены следующие данные. Средний объем мочевого пузыря в первой группе 260±20мл. Не обнаружено патологических образований в мочевом пузыре, патологии со стороны устьев мочеточников. Такие признаки хронического цистита как гипертрофия и трабекулярное изменение слизистой оболочки имевших место до операции у 42-х пациенток первой группы, были выявлены всего у 6 пациенток у первой группы. Сосудистый рисунок сохранен

у всех пациенток первой группы. Ликвидация деформации мочевого пузыря различной степени выраженности, связанная с опущением передней стенки влагалища (цистоцеле) также имела стойкий характер, и отсутствие этой деформации подтверждалась при контрольных цистоскопиях в катамнезе.

Необходимо отметить, что обследуя больных второй группы в катамнезе, отмечено медленное улучшение функции мочевого пузыря и уменьшения частоты эпизодов НМ. Операции на органах малого таза перенесенные ранее повышали распространенность НМ у женщин и сказывались на результатах лечения. У 17 женщин II группы отмечались эпизоды неконтролируемой потери мочи на фоне наличия у них миомы матки в 1,5 раза, чем без таковой. На удовлетворительных результатах II группы больных сказывались и воспалительные заболевания мочеполовой системы у женщин до и после операции (пиелонефрит, цистит).

Во второй группе удалось обследовать в катамнезе 24 больных через 6 месяцев, 20 больных через год и 18 больных спустя 2 года. Алгоритм обследования сохранялся и был идентичен алгоритму обследования в катамнезе больных первой группы. Т.е. обследование начиналось с выявления жалоб, при котором отмечается снижение количества эпизодов подтекания мочи при физической нагрузке и как следствие улучшение качества жизни и нормализации образа жизни. Тем не менее через 6 мес. у 4-х больных сохранялись эпизоды подтекания мочи, у 5 имело место учащенное мочеиспускание.

Также пациентам предлагалось заполнить дневник мочеиспускания в течение суток. Тест, проведенный с прокладками в течение 1 часа (одночасовой тест с прокладками) был отрицателен у 41 пациенток из первой группы и у 23 пациенток, у второй группы спустя 6 месяцев.

Через 1 и 2 года после операции одночасовой тест с прокладками был отрицателен у всех обследованных больных и первой и второй групп.

Кашлевой тест также был отрицателен у всех пациенток обеих групп на всех этапах катамнеза.

Общеклинические и биохимические анализы – развернутый анализ крови, общий анализ мочи, посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, почечные тесты были в пределах нормы у всех пациенток первой и второй групп.

При ультразвуковом исследовании почек и мочевыводящих путей выявлены следующие данные. Почки и верхние мочевые пути без изменений, у большинства пациенток сохранялась умеренная деформация чашечно-лоханочной системы, что объясняется длительным течением

воспалительного процесса в почках в анамнезе, отток их почек и верхних мочевых путей не был нарушен ни одного из пациенток прооперированных групп. Нормализация смещения шейки мочевого пузыря имело стойкий характер (табл.11).

Таблица 11

Ультразвуковое исследование нижних мочевых путей оперированных пациенток (II группа) в катамнезе (M+m).

Смещение шейки мочевого пузыря вдоль вертикальной оси, мм	До операции n II гр. = 26	Через 6 месяцев после операции n II гр. = 24	Через 1 год после операции n II гр. = 20	Через 2 года после операции n II гр. = 18
Средние показатели для II группы	15,8*±2,9	4,4*±1,1	4,9*±1,0	5,1*±1,2

Примечание: *p<0,05.

В результате проведения **цистоскопий** выявлены следующие данные. Средний объем мочевого пузыря у пациенток второй группы составил 270±30мл. Не обнаружено патологических образований в мочевом пузыре, патологии со стороны устьев мочеточников. Такие признаки хронического цистита как гипертрофия и трабекулярное изменение слизистой оболочки имевших место до операции у 23-х пациенток второй группы, были выявлены всего у 4 пациенток у второй групп. Сосудистый рисунок сохранен у пациенток всех групп. Ликвидация деформации мочевого пузыря различной степени выраженности, связанная с опущением передней стенки влагалища (цистоцеле) также имела стойкий характер, и отсутствие этой деформации подтверждалась при контрольных цистоскопиях в катамнезе.

Уродинамическое исследование проведенное в отдаленные послеоперационные периоды были в пределах нормы, табл. 12.

Таблица 12

Средние показатели урофлоуметрии больных первой и второй групп в катамнезе (M+m).

Параметр	Через 6 месяцев после операции (24 больных)	Через 1 год после операции (20 больных)	Через 2 года после операции (18 больных)
Максимальная скорость потока мочи (Q _{max}), мл/сек.	24*±2,1	23,1*±2,3	24,2*±2,5
Средняя скорость потока мочи, мл/сек.	18,0*±2,4	16*±2,0	15,1*±1,9
Время до максимальной скорости потока мочи, сек.	12,4*±5,1	13,3*±4,2	12,1*±6,1
Общее время мочеиспускания, сек.	37*±9,6	34*±10,1	35,1*±11,2
Объем выделенной мочи, мл	322*±30,2	334*±52,1	330*±48,4
Остаточный объем мочи, мл	38,3*±9,8	45,1*±8,3	32,4*±10,2

Примечание: *p<0,05.

Обращает на себя внимание и тот факт, что объем остаточной мочи так же как и в первой группе не превышал 50 мл, что соответствует норме.

Результаты проведенного нами катамнестического анализа больных со стрессовым НМ показали, что роды и их количество, оперативные вмешательства на органах малого таза, менопауза, воспалительные заболевания мочеполовой системы, особенно цистит играют важную роль в развитии НМ и в значительной степени влияют на результаты оперативного и консервативного лечения данной патологии.

Необходимо отметить, что проведенная нами больным первой группы операция Лернера в модификации позволила добиться положительного результата по устранению стрессового НМ и пролапса гениталий у женщин одномоментно. Проведение операции Лернера в нашей модификации позволило устранить опущение мочевого пузыря и НМ, а также поднять и фиксировать опущенное влагалище и матку. Учитывая полученные результаты можно сделать вывод, что операция Лернера в нашей модификации позволила получить положительный результат у 97,8% оперированных больных.

ВЫВОДЫ

1. Особенности клинических проявлений недержания мочи у женщин на фоне опущения мочевого пузыря и органов гениталий являются недержание мочи при физической нагрузке, кашле чихании, акте дефекации, смехе, дискомфорте связанный с опущением органов гениталий.

2. Разработанная нами модификация операции Лернера при недержании мочи у женщин на фоне пролапса гениталий и мочевого пузыря позволяет устранить как недержание мочи так и нормализовать топографию пузырно-уретрального угла и органов гениталий.

3. Во время изучения больных женщин со стрессовым недержанием мочи у женщин на фоне пролапса гениталий определены показания и противопоказания к операции по предложенному методу модификации. Показания – стрессовое недержание мочи на фоне пролапса мочевого пузыря и гениталий. Противопоказания – наличие гиперактивности мочевого пузыря на фоне стрессового недержания мочи; наличия в анамнезе оперативных вмешательств на органах брюшной полости и органах малого таза, наличие сопутствующих общих патологий являющихся противопоказанием для любых оперативных вмешательств.

4. Эффективность операции Лернера в нашей модификации доказана на основании катamnестического обследования оперированных больных (клинико-лабораторных и рентгеноурологических исследований). Положительный эффект достигнут у 97% больных оперированных данным методом. Отмечено полное восстановление мочеиспускания у женщин I группы, улучшение качества жизни этих больных и возвращение их к полноценной трудовой деятельности.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При стрессовом недержании мочи у женщин необходимо осуществить детальное обследование больных по перечисленной схеме и заполнением дневника мочеиспускания.

2. Для выявления недержания мочи необходимо раннее клинико-лабораторное обследование и УЗИ.

3. Необходимо проводить диспансеризацию всех больных с недержанием мочи как до, так и после оперативного лечения.

4. Полученные результаты исследования будут способствовать разработке научно обоснованных методов лечебных пособий при недержании мочи на фоне пролапса генитальных органов с целью повышения эффективности лечения этой тяжелой патологии у женщин.

Список работ, опубликованных по теме диссертации:

- 1 Усупбаев А.Ч., Алимов Ч.Б., Абаралиев А.К., Мурзалиев Б.Б., Монолов Н.К. Применение бактерицидной жидкости в лечении хронического цистита у женщин. //Физиология, морфология и патология человека и животных в условиях Кыргызстана: Ежегодный сб. научн. статей мед. фак. КРСУ. – Бишкек, 2006. – С. 437-440. (статья)
- 2 Алимов Ч.Б., Чернецова Г.С., Адиев А.Т., Караибрагимов А.А. Опыт оперативного лечения недержания мочи у женщин //Центрально-Азиатский медицинский журнал. – 2007. – Т. 8 (прил. 2). – С. 106–107. (статья)
- 3 Алимов Ч.Б. Дифференциальный подход в лечении недержания мочи у женщин //Физиология, морфология и патология человека и животных в условиях Кыргызстана: Ежегодный сб. научн. статей мед. фак. КРСУ. – Бишкек, 2007. – С. 339–341. (статья)
- 4 Алимов Ч.Б., Чернецова Г.С. Опыт оперативного лечения недержания мочи у женщин //Современные проблемы теоретической и клинической медицины: Сб. научн. тр. IX Конф. молодых ученых-медиков стран СНГ. – Алматы, 2008. – С. 126–128. (статья)
- 5 Алимов Ч.Б., Чернецова Г.С. Наши успехи в лечении недержания у женщин //Хирургия Кыргызстана. – 2009. – №1. – С. 73–75. (статья)
- 6 Алимов Ч.Б. Эффективность оперативного лечения недержания мочи у женщин модифицированным методом Лернера //Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2009. – Т. 9, №10. – С. 72–74. (статья)
- 7 Чернецова Г.С., Алимов Ч.Б. Результаты катамнестического исследования женщин с недержанием мочи после хирургического лечения //Хирургия Кыргызстана. – 2010. – №3. – С. 35–37. (статья)
- 8 Чернецова Г.С., Эсекеев Б.С., Алимов Ч.Б. Эффективность оперативного лечения недержания мочи у женщин в катамнезе // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2010. – Т. 10, №7. – С. 161–164. (статья)

Соискатель:

Алимов Ч.Б.

Подписано в печать 7.07.11. Формат 60x84^{1/16}
Офсетная печать. Объем 1,5 п.л.
Тираж 100 экз. Заказ 348.

Отпечатано в типографии КРСУ
720048, г. Бишкек, ул. Горького, 2.