

## РЕДКИЕ ФОРМЫ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

<sup>1</sup>Нечипоренко А.Н., <sup>1</sup>Нечипоренко Н.А., <sup>1</sup>Юцевич Г.В., <sup>2</sup>Войтехович А.И.

<sup>1</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет»

<sup>2</sup>УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Актуальность. Среди расстройств мочеиспускания у пациенток с генитальным пролапсом (ГП), наиболее значимым является стрессовое недержание мочи (СНМ). В большинстве случаев (80-85% случаев) СНМ проявляется непроизвольной потерей мочи при кашле, чихании, поднятии тяжестей. Диагностика проста: проведение кашлевой пробы (при осмотре в гинекологическом кресле пациентке предлагается кашлять). На высоте кашлевых толчков из уретры непроизвольно выделяется моча – кашлевая проба положительная.

Более редкой клинической формой СНМ (до 10-15%) является, так называемое, скрытое СНМ, характеризующееся тем, что эпизодов непроизвольной потери мочи при физическом напряжении у пациенток не наблюдается, кашлевая проба у них отрицательная, и только в состоянии временной репозиции ГП или после хирургического восстановления анатомического положения органов малого таза, появляется манифестное СНМ [1, 2, 3].

Третья клиническая форма СНМ у женщин с ГП характеризуется минимальным объемом непроизвольно теряемой мочи при физическом напряжении – минимальное СНМ (до 5% случаев). Основной жалобой пациенток при минимальном СНМ является ощущение влажного белья. Непроизвольная потеря минимальных объемов мочи, как причина влажного белья после первого контакта женщины с врачом отвергается, а жалоба пациентки объясняется выделениями из влагалища. Однако, сохраняющийся дискомфорт заставляет женщину через некоторое время вновь обращаться за медицинской помощью.

Диагностика скрытого и минимального СНМ представляет определенные трудности, поскольку требует специальных приемов. А по вопросу лечения таких форм СНМ вообще нет каких-либо четких рекомендаций.

**Цель.** Привести методы диагностики и нашу лечебную тактику при скрытом и минимальном СНМ.

**Методы исследования.** Наблюдали 105 женщин с ГП при сохраненном удержании мочи и 19 женщин предъявляли жалобы на ощущение влаги на белье в конце рабочего дня.

У 105 женщин с ГП при сохраненной континенции для выявления скрытого СНМ проводили кашлевую пробу при заполнении мочевого пузыря 250 мл фурацилина в условиях временной репозиции ГП (восстанавливали положение матки и мочевого пузыря влагалищным зеркалом, введенным в передний свод).

Положительная кашлевая проба в условиях временной репозиции ГП свидетельствовала в пользу скрытого НМпН.

Для выявления минимального НМпН, которое было заподозрено у 19 женщин, использовали часовой PAD-test, по методу Versi et al. [4], дополнив его приемами, позволявшими документально зафиксировать непроизвольную потерю минимальных объемов мочи. PAD-test в нашей модификации проводится следующим образом.

После самостоятельного опорожнения МП внутривенно пациентке вводили 40 мл 76% рентген-контрастного вещества и 5,0 мл индигокармина. Взвешивали гигиеническую прокладку с точностью до 1 грамма и пациентка укладывала ее в белье. Затем пациентке предлагалось в течение 1 часа выполнить ряд нагрузок по программе часового Pad-test'a.

После окончания теста появление на прокладке голубого или синего пятна подтверждает непроизвольно теряемую мочу. Количество непроизвольно теряемой мочи составляло разницу между массой прокладки после теста и до теста.

Для документального подтверждения непроизвольно теряемого минимального объема мочи может быть выполнена рентгенограмма прокладки. В случае попадания содержимого МП на прокладку, на рентгенограмме четко определяется пятно контрастного вещества.

**Результаты и их обсуждение.** У всех 105 пациенток с ГП при сохраненной континенции методом кашлевой пробы в условиях временной репозиции МП скрытое СНМ было выявлено у 10 (9,5%).

Все 10 женщин с ГП и скрытым СНМ оперированы: ГП корригировали протезами по принципу Prolift, а удержание мочи восстанавливали синтетической лентой по принципу TVT. Во всех случаях было восстановлено анатомическое положение органов малого таза и полностью было восстановлено удержание мочи.

Среди 19 женщин с ГП, которые жаловались на ощущение влаги на белье, положение внутренних половых органов соответствовало опущению матки и стенок влагалища II-III ст. (классификация POP-Q). Кашлевая проба у всех в горизонтальном и вертикальном положениях была отрицательной.

Всем этим 19 женщинам проведен часовой Pad-test по нашей методике.

По окончании теста на прокладке у всех 19 женщин визуально определялось голубое пятно, а на рентгенограммах прокладок определялась слабо контрастная тень – результат непроизвольной потери мочи, содержащей контрастное вещество. Взвешивание прокладки позволило установить объем потерянной мочи за время проведения теста: 1-2 г – 3, 2-3 г – 6; 3-4 г – 10.

Всем 19 женщинам предложено хирургическое лечение: коррекция ГП с последующей оценкой степени состоятельности механизма удержания мочи. И если кашлевая проба окажется положительной, то будет предложена уретропексия лентой по принципу TVT.

На хирургическую коррекцию ГП согласились 8 пациенток. Им была выполнена кольпопексия протезами по принципу Prolift. И 11 пациенток от операции отказались, отдав предпочтение поведенческой терапии.

Среди оперированных женщин через 2 месяца после операции у 3 механизм удержания мочи был полностью восстановлен, а у 5 кашлевая проба стала положительной. Этим пациенткам выполнена уретропексия по принципу TVT с хорошим результатом.

#### **Выводы:**

1. Все женщины, которым планируется хирургическая коррекция ГП должны быть обследованы на предмет исключения скрытого СНМ путем проведения кашлевой пробы в условиях репозиции ГП.

2. При выявлении у женщины с ГП скрытого СНМ целесообразно выполнить симультанное вмешательство: коррекция ГП и уретропексия лентой по принципу TVT.

3. Подтвердить минимальное СНМ позволяет часовой Pad-test с предварительным внутривенным введением индигокармина и водорастворимого контрастного вещества для визуального и рентгеновского подтверждения непроизвольной потери мочи при физическом напряжении.

4. Метод лечения женщин с ГП и минимальным СНМ зависит от степени опущения МП: при опущении МП III-IV ст. показана хирургическая коррекция ГП, через 2-3 месяца после операции, в случае сохраняющегося СНМ – операция, восстанавливающая континенцию.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Касян, Г. Р. Пропалс тазовых органов и скрытое недержание мочи при напряжении / Г. Р. Касян [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. – 2014. – № 1. – С. 98-102.

2. Нечипоренко, А. Н. Генитальный пролапс / А. Н. Нечипоренко, Н. А. Нечипоренко, А. В. Строчкий. – Минск: "Высшая школа", 2014. – 399 с.

3. Goeschen, K. Der weibliche Beckenboden Funktionelle Anatomie, Diagnostik und Therapie nach der Integraltheorie / K. Goeschen, P.P. Petros // Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2009.

4. Versi, E. Evaluation of the home pad test in the investigation of female urinary incontinence / E. Versi [et al.] // Br. J. Obstet Gynaecol. – 1996. – Vol. 103. – P. 162-167.

### **ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ЦИСТИТ У ЖЕНЩИН: ПРИЧИНЫ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ**

***Нечипоренко А.Н., Нечипоренко Н.А., Сытый А.А., Якимович Г.Г.***

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»  
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»*

**Актуальность.** Наиболее распространенным инфекционно-воспалительным заболеванием органов мочевой системы у женщин является цистит. Заболеваемость циститом среди женщин 20–40 лет составляет 25–35%.

Особенностью цистита у женщин является склонность к хронизации