

СКРЫТОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ У ЖЕНЩИН: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА

Нечипоренко А.Н., Юцевич Г.В.

УО "Гродненский государственный медицинский университет"

Актуальность. У женщин, с генитальным пролапсом (ГП) весьма часто наблюдаются различные расстройства мочеиспускания, среди которых наиболее значимым является недержание мочи при напряжении (НМпН). В силу значительной распространенности этого состояния, отсутствия надежных методов лечения и высокой их стоимости НМпН представляет актуальную медицинскую и социальную проблему.

У части женщин с ГП в виде полного выпадения матки, выпадения купола культы влагалища или цистоцеле III-IV степени НМпН может носить скрытый характер (скрытое НМпН). Этот вид НМпН характеризуется тем, что эпизодов непроизвольной потери мочи при физическом напряжении, характерных для манифестных форм НМпН, у таких пациенток с ГП не наблюдается, а, после проведенной операции, восстанавливающей физиологическое положение матки, влагалища и МП, недержание мочи начинает манифестировать. Эта специфическая ситуация создает у женщины впечатление неудачно выполненного вмешательства, корригировавшего ГП, а оперировавшие хирурги объясняют возникновение клинически значимого НМпН после операции как вновь возникший симптом (симптом *de novo*). В то же время, эта ситуация зачастую является следствием невыявленного в процессе предоперационного обследования скрытого НМпН [1, 2].

Цель. Оценить возможности диагностики скрытого НМпН, а так же лечебную тактику при нем.

Методы исследования. Наблюдали 105 женщин с различными видами и степенями выраженности ГП, осложненного различными расстройствами мочеиспускания, но, при сохраненной континенции.

Все женщины обследованы. Обследование включало осмотр промежности, гинекологическое исследование при наполненном мочевом пузыре, выполнение стандартной «кашлевой» пробы.

Для выявления скрытого НМпН проводили специальный тест. В передний свод влагалища вводили ложку влагалищного зеркала и матку смещали вверх. При этом передняя стенка влагалища и мочевой пузырь поднимались вверх и смещались кпереди. Уже этот маневр влагалищным зеркалом у части пациенток сопровождается непроизвольным выделением мочи из уретры – признак скрытого НМпН. Если этот маневр не сопровождался непроизвольным выделением мочи, то женщине, в моделированном положении передней

стенки влагалища и МП, предлагали кашлять. Выделение мочи на высоте кашлевых толчков в условиях моделированного анатомического положения передней стенки влагалища и МП свидетельствовало в пользу скрытого НМпН.

Все 105 женщин были оперированы. Проведен анализ результатов хирургического лечения пациенток.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного обследования 105 женщин положение внутренних половых органов оценено как полное выпадение матки у 46, выпадение купола культы влагалища – у 6; опущение матки II-III ст., цистоцеле II-IV ст., ректоцеле II-III ст. – у 48 и цистоцеле I-III ст., ректоцеле III ст. – у 5 женщин. У всех 105 пациенток имели место различные расстройства мочеиспускания: обструктивное мочеиспускание – 61, обструктивное мочеиспускание + "сухой" гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) – 6; "сухой" ГАМП – 38.

Всем проведена моделирующая физиологическое положение передней стенки влагалища и МП проба с помощью влагалищного зеркала. Скрытое НМпН этой пробой было выявлено у 10 человек (9,5%): с выпадением матки и обструктивным мочеиспусканием было 5 женщин, с выпадением купола культы влагалища и обструктивным мочеиспусканием – 1; с опущением матки II-III ст., цистоцеле II-III ст., ректоцеле II-III ст. и "сухим" ГАМП – 4.

После обследования все были оперированы с учетом особенностей ГП и состояния механизма удержания мочи. Женщинам со скрытым НМпН выполнены следующие операции (Таблица):

Таблица. Операции, выполненные пациенткам со скрытым НМпН.

Выпадение матки + скрытое НМпН – 5	Кольпопексия протезами по принципу Prolift anterior и posterior	2
	Кольпопексия протезами по принципу Prolift anterior и posterior + уретропексия по принципу TVT	2
	Кольпопексия протезами по принципу Prolift anterior и posterior + уретропексия по принципу TVT-O	1
Выпадение купола культы влагалища + скрытое НМпН – 1	Кольпопексия протезами по принципу Prolift anterior и posterior	1
Опущение матки. II-III ст., цистоцеле II-III ст., ректоцеле II-III ст. + скрытое НМпН – 4	Кольпопексия протезами по принципу Prolift anterior и posterior	2
	Кольпопексия протезами по принципу Prolift anterior и posterior + уретропексия по принципу TVT	1
	Кольпопексия протезами по принципу Prolift anterior + кольпоперинеолеваторопластика	1

Через 1 месяц после кольпопексии протезами по принципу Prolift anterior и posterior среди 5 женщин у которых до операции было диагностировано скрытое НМпН у 2 оно стало клинически значимым, а у 3 была отмечено полная континенция. И у 1 женщины с опущением матки и скрытым НМпН, которой выполнена кольпопексия протезом по принципу Prolift anterior + кольпоперинеолеваторопластика, через 1 месяц после операции клинических проявлений НМпН не отмечено.

А среди 4 женщин с ГП и диагностированным скрытым НМпН была выполнена кольпопексия протезами по принципу Prolift anterior и posterior + уретропексия по принципу TVT (3) или TVT –O (1) клинических проявлений НМпН после операции не было отмечено.

Через 1-2 года после операции среди 5 женщин со скрытым НМпН, которым была выполнена операция в объеме кольпопексии протезами по принципу Prolift anterior и posterior, клинических проявлений НМпН не было у 1, а у 4 имело место клинически значимое НМпН.

Через 3-5 лет среди 5 женщин со скрытым НМпН, которым была выполнена операция в объеме только кольпопексии протезами по принципу Prolift anterior и posterior у всех отмечено клинически значимое НМпН.

В то же время, среди женщин, которым по поводу скрытого НМпН была выполнена и уретропексия лентой по принципу TVT или TVT-O признаков НМпН не отмечено.

Вместе с тем, у всех 10 женщин отмечались расстройства мочеиспускания в виде поллакиурии – 4, "сухого" ГАМП – у 3 и болезненного учащенного мочеиспускания – у 3.

А среди 95 женщин с ГП при сохраненной континенцией после операции, корригирующей ГП через 1 месяц после операции была отмечена адекватная континенция и, у большинства пациенток имевшие место расстройства мочеиспускания отсутствовали.

Через 1-2 года при контрольном обследовании 22 женщин, которые отмечали полную континенцию, анатомическое положение матки и стенок влагалища соответствовало опущению I-II степени, при выполнении пробы, моделирующей физиологическое положение передней стенки влагалища, скрытое НМпН диагностировано у 2.

И у 3 женщин через 1-2 года после операции появилось клинически значимое НМпН, что явилось причиной выполнения уретропексии по принципу TVT. Через 3-5 лет после операции еще у 2 женщин возникло манифестное НМпН.

Выводы. 1. Скрытое НМпН, диагностированное у женщины с ГП до корригирующей ГП операции, тоже требует коррекции.

2. Антистрессовая операция выполняется одновременно с, корригирующей ГП операцией, или через какое-то время после хирургического восстановления положения матки, передней стенки влагалища и МП.

Литература

1. Нечипоренко, Н.А. Хирургическое лечение переднего ректоцеле / Н.А. Нечипоренко [и др.] // Актуальные проблемы урогинекологии : сб. науч. труд. респ. науч.-практ. конф. с междунар. уч., Гродно, 27-28 ноября 2014 г. – С. 120 – 125.

2. Нечипоренко, А.Н. Хирургические осложнения после операций по поводу генитального пролапса и стрессового недержания мочи с использованием синтетических протезов / А.Н. Нечипоренко, Н.А. Нечипоренко // Акушерство и гинекология. – 2014. – N 8. – С. 117-121.

ДИАГНОСТИКА ЦИСТОЦЕЛЕ МЕТОДОМ РЕНТГЕНОВСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ.

Нечипоренко А.С.^{1,2}, Овчинников В.А.¹, Волкова Е.Т.²

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Актуальность. Генитальный пролапс (ГП) в настоящее время представляет актуальную медицинскую, социальную и экономическую проблему. Это объясняется, с одной стороны, тем, что ГП является весьма распространенным заболеванием (от 34,1 до 56,3% женщин в возрасте 50 лет и старше страдают генитальным пролапсом) [1], а, с другой, – отсутствием объективной и документирующей диагностики и надежных методов лечения.

Отсутствие объективных методов диагностики ГП является причиной недостатков в классификациях этого страдания.

В настоящее время диагностика генитального пролапса у женщин основывается на жалобах пациентки, анализе дневника мочеиспусканий, результатах гинекологического исследования (опущение стенок влагалища и матки, гипермобильность уретры, положительная «кашлевая проба»), результатах ультразвукового исследования, рентгеновских методов и уродинамического исследования [2,3]. Применяемые методики обследования пациенток с данной патологией не позволяют получить четкую информацию о степени подвижности пузырно-уретрального сегмента и состояния уретры, в связи с этим проблема диагностики остается во многом не решенной.

Цель. Объективизация диагностики генитального пролапса у женщин с помощью рентгеновской компьютерной томографии, выявление и документальная фиксация степени опущения органов малого таза. Оценка значения данной методики в уточнении особенностей нарушения статики мочевого пузыря у пациенток с опущением или выпадением внутренних половых органов перед хирургической коррекцией.