

## ЛИТЕРАТУРА

1. Нечипоренко, А.Н. Рентгеновская оценка степени опущения мочевого пузыря у женщин с генитальным пролапсом / А.Н. Нечипоренко, А.С. Нечипоренко, И.Н. Шапоров // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии: материалы Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвященной 50-летию каф. акушерства и гинекологии УО «ГрГМУ», Гродно, 20-21 окт. 2011 г. / Гроднен. гос. мед. ун-т ; редкол.: Т. Ю. Егорова (отв. ред.) [и др.]. – Гродно, 2011. – С.101 – 103.

2. Нечипоренко, А.Н. Цистография как метод оценки степени опущения мочевого пузыря у женщин с генитальным пролапсом / А.Н. Нечипоренко, А.С. Нечипоренко, И.Н. Шапоров // ARSmedica. – 2011. – № 14 (50). – С. 290 – 291.

## СКРЫТОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ У ЖЕНЩИН С ГЕНИТАЛЬНЫМ ПРОЛАПСОМ

*Нечипоренко А.Н.<sup>1</sup>, Строчкий А.В.<sup>2</sup>, Нечипорено Н.А.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>*Гродненский государственный медицинский университет,*

<sup>2</sup>*Белорусский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Под скрытым недержанием мочи при напряжении (НМпН) следует понимать "недержание мочи при напряжении после репозиции пролапса" [1]. То есть, после восстановления положения мочевого пузыря (МП) при влагалищном исследовании фиксируется положительная кашлевая проба. Соответственно при проведении кашлевой пробы в ближайшее время после проведенной операции, корригировавшей ГП, у 26-29% оперированных женщин начинает проявляться НМпН.

С учетом сказанного выявление скрытого НМпН у пациенток до хирургического лечения ГП представляется необходимым как для выбора метода хирургического лечения, так и для прогноза результатов вмешательства.

**Целью** работы является ознакомление урологов и гинекологов со скрытым НМпН у женщин с ГП.

**Методы исследования.** Наблюдали 105 женщин с различными видами и степенями выраженности ГП с сохраненным удержанием мочи.

В ходе гинекологического исследования для выявления скрытого НМпН всем 105 женщинам провели специальный тест

для выявления скрытого НМпН [2, 3]. При заполненном МП (200-250 мл) в передний свод вводили ложку влагалищного зеркала и смещали его кверху и кпереди, т.е. проводили временную репозицию положения МП. Женщине предлагали кашлять. При этом выделение мочи из уретры свидетельствовало в пользу скрытого НМпН. Среди 105 пациенток таким методом скрытое НМпН было диагностировано у 10 (9,5%).

Всем 105 женщинам проведена хирургическая коррекция ГП методом влагалищной внебрюшинной кольпопексии сетчатыми протезами по принципу Prolift anterior и (или) posterior.

4 женщинам с ГП и скрытым НМпН хирургическую коррекцию ГП дополнили уретропексией синтетической лентой по принципу TVT и 6 пациенткам со скрытым НМпН выполнили только операцию, корригировавшую ГП.

Проведен анализ результатов хирургического лечения 95 пациенток по поводу ГП с сохраненной континенцией и 10 женщин с ГП и скрытым НМпН в сроки 1 месяц, 1-2 года и 3-5 лет после операции по критерию состояния континенции.

**Результаты и их обсуждение.** Результаты хирургической коррекции ГП у 95 женщин с сохраненной до операции континенцией оказались следующими.

Через 1 месяц после операции у всех 95 женщин анатомическое положение органов малого таза соответствовало опущению I ст., континенция у всех была сохранена.

Через 1-2 года после операции анатомическое положение органов малого таза соответствовало опущению I ст. у 13, II ст. – у 71 и III ст. – у 11. Континенция была сохранена у 93 женщин (97,9%) и у 2-х (2,1%) отмечалось клинически значимое НМпН.

Через 3-5 лет после коррекции ГП положение органов малого таза соответствовало опущению I-II ст. у 22 и II-III ст. у 73 женщин. У 7 (7,4%) женщин с опущением органов малого таза II-III ст. отмечено клинически значимое НМпН.

Результаты хирургического лечения 10 женщин по поводу ГП при скрытом НМпН по критерию восстановления континенции выглядели следующими образом.

Континенция через 1 месяц после операции была полностью восстановлена у 8. Причем у 4 из них коррекция ГП была дополнена уретропексией по принципу TVT и у 4 восстановление положения органов малого таза ликвидировало и скрытое НМпН.

Только у 2 пациенток после влагалищной кольпопексии протезами по принципу Prolift anterior и posterior стало клинически проявляться НМпН.

Через 1-2 года после операции у 4 женщин с ГП и скрытым НМпН, которым была проведена симультанная коррекция ГП и уретропексия лентой по принципу TVT континенция была сохранена в полном объеме.

Среди 6 женщин с ГП и скрытым НМпН, которым была проведена коррекция только ГП, у 2 (33,3%) удержание мочи сохранялось в полном объеме и у 4 (66,7%) развилось клинически значимое НМпН.

Через 3-5 лет после операции у 4 женщин, которым в ходе коррекции ГП с целью восстановления континенции симультанно была выполнена и уретропексия по принципу TVT, удержание мочи было сохранено в полном объеме. Континенция была сохранена и у 1-ой женщины, которой операция TVT по поводу клинически значимого НМпН была выполнена через 1-2 года после первого вмешательства и у 2 женщин, которым была выполнена только операция, корригировавшая ГП.

У 3-х женщин развилось клинически значимое НМпН.

**Результаты и их обсуждение.** Анализ публикаций российских исследователей по проблемам ГП и НМпН [1, 2, 3] показывает, что частота выявления скрытого НМпН у женщин с ГП колеблется от 7,8 до 40,4%, по нашим данным 9,5%. Это свидетельствует, с одной стороны, о необходимости проводить диагностику скрытого НМпН у женщин с ГП, готовящихся к хирургической коррекции ГП лечению, а, с другой, – о необходимости оценки состояния механизма удержания мочи у женщин, у которых до операции было диагностировано скрытое НМпН.

Относительно лечебной тактики у женщин с ГП при скрытом НМпН нет единой точки зрения. Одни специалисты [1] считают целесообразным симультанную хирургическую коррекцию ГП и скрытого НМпН, что значительно снижает риск развития клинически значимого НМпН после операции. Другие [2, 3] считают, что при сочетании ГП и скрытого НМпН вначале необходимо восстановить анатомическое положение органов малого таза и через 2-3 месяца, в случае развития клинически значимого НМпН, выполнить операцию, восстанавливающую удержание мочи. Это связано с тем, что примерно у 35% женщин [2], а по

нашим данным у 33,3% пациенток с ГП и скрытым НМпН, после только хирургического восстановления положения органов малого таза, восстанавливается и механизм удержания мочи. Таким образом, наши наблюдения показывают, что у женщин с ГП и скрытым НМпН хирургическая коррекция ГП, дополненная операцией, восстанавливающей континенцию, надежно восстанавливает механизм удержания мочи. А у 66,7% пациенток с ГП и скрытым НМпН после коррекции только ГП после операции развивается клинически значимое НМпН

#### **Выводы.**

1. Все женщины, которым планируется хирургическая коррекция ГП, должны быть обследованы на предмет выявления скрытого НМпН.

2. Вариант хирургического лечения женщин с ГП и скрытым НМпН в виде симультанной хирургической коррекции обоих страданий должен обсуждаться с пациенткой, поскольку восстановление только положения органов малого таза в 33,3% случаев может избавить женщину и от НМпН.

4. Выбор варианта хирургического лечения женщин с ГП при скрытом НМпН должен основываться на принципиальном отношении врача к методам лечения таких женщин и на пожелании самой пациентки.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

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

2. Недержание мочи при напряжении после хирургического лечения пролапса тазовых органов / Н.В. Тупикина [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. – 2014. - № 2. – С.82-87.

3. Шульгин А.С. Хирургическая тактика при пролапсе тазовых органов и стрессовом недержании мочи у женщин / А.С. Шульгин // Урология. – 2014. - № 4. – С.25-29.