

рецидива НМпН не отмечено.

Выводы. 1. Первично не излеченное НМпН требует ранней хирургической коррекции. 2. Рецидивы НМпН требуют хирургической коррекции сразу после манифестации рецидива. 3. Повторная уретропексия синтетической лентой по принципу TVT является надежным методом восстановления континенции у женщин с первично не излеченным НМпН и с рецидивом НМпН.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гвоздев, М.Ю. Рецидивные формы недержания мочи / М.Ю. Гвоздев // Экспериментальная и клиническая урология. – 2014. - №3. - С. 80-87. 2. Ashok, K. Recurrent urinary stress incontinence: an overview / K. Ashok, A. Wang // J. Obstet. Gynaecol. Res.- 2010. - Vol. 36. - № 3. - P. 467-473.

ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДИАПАЗОНА СМЕЩЕНИЯ НИЖНЕЙ ТОЧКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ЖЕНЩИН С ЦИСТОЦЕЛЕ И РАССТРОЙСТВАМИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ

Нечипоренко А.С.¹, Вакульчик В.Г.², Михайлов А.Н.³, Нечипоренко А.Н.²

*УЗ "Гродненская областная клиническая больница"¹,
Гродненский государственный медицинский университет²,
ГУО "Белорусская медицинская академия последипломного образования"³*

Актуальность. Цистоцеле и стрессовое недержание мочи у женщин являются актуальной медицинской, социальной и экономической проблемой. У пациенток, страдающих цистоцеле, нарушенная статика мочевого пузыря отрицательно сказывается на его функциональном состоянии и осложняется появлением сопутствующих заболеваний: стрессовое недержание мочи; гиперактивность мочевого пузыря, проявляющаяся императивными позывами к мочеиспусканию; задержка мочеиспускания [1, 2, 3]. Таким образом, исследования мочевыделительной системы у таких пациенток должны проводиться в обязательном порядке, так как именно эта сфера в наибольшей мере страдает при опущении и выпадении внутренних женских половых органов. В настоящее время вопрос документирующей диагностики цистоцеле и стрессового недержания мочи по-прежнему остается открытым. МРТ является эффективным методом визуализации, позволяющим оценить состояние тазового дна и в варианте динамического исследования провести детальную оценку цистоцеле без воздействия ионизирующего излучения.

Цель. Разработать критерии диагностики цистоцеле у женщин на основании данных МР-исследования.

Методы исследования. Проведен комплексный анализ результатов обследования пациенток с различными клиническими степенями цистоцеле и с

наличием либо отсутствием дизурических расстройств в виде стрессового недержания мочи либо обструктивного мочеиспускания.

Проводили статическую МРТ органов малого таза в трех ортогональных плоскостях с применением T2-взвешенных изображений и динамическую МРТ (запись положения и подвижности мочевого пузыря и уретры) проводили в сагиттальной плоскости на высоте пробы Вальсальвы и при кашле пациенток. Для проведения динамической МРТ использовали программу BalancedFFE, позволяющую получать изображения в реальном времени – Realtime. При проведении динамических исследований на высоте пробы Вальсальвы фиксировался объективный признак стрессового недержания мочи – при повышении внутрипузырного давления у пациенток со стрессовым недержанием мочи происходило открытие внутреннего просвета уретры и непроизвольное заполнение ее содержимым мочевого пузыря.

Выполнено МРТ таза по разработанной методике 73 пациенткам. В возрасте менее 40 лет было 2 пациентки (2,7%), 40-49 лет – 13 (17,8%), 50-59 лет – 35 (47,9%), 60-69 лет – 14 (19,2%) и 70 лет и старше – 9 (12,4%).

Выделены две группы пациенток: I – с жалобами на наличие дизурических расстройств (N =63) , II – без жалоб на наличие дизурических расстройств (N =10).

Проводили измерения положения нижней точки мочевого пузыря относительно оси x, проведенной горизонтально через нижний край лонного сочленения перпендикулярно линии томографического стола в спокойном состоянии и в момент проведения пробы Вальсальвы. Далее проводилось вычисление диапазона смещения нижней точки мочевого пузыря относительно указанной оси с получением показателя «диапазон смещения нижней точки мочевого пузыря» – ДиаНТМП в мм.

Статистическая обработка данных проводилась методами непараметрической статистики (медиана (Me), 25 и 75 процентиля). Диагностическая значимость рассчитывалась согласно критериев доказательной медицины – чувствительность (Se), специфичность (Sp), прогностическая ценность положительного (+ Pv) и отрицательного (- Pv) результатов. Расчет информационной меры согласно критерию (J_{x_i}) Kulback.

Результаты и их обсуждение. По результатам проведенного анализа очевидна разница в показателях ДиаНТМП: когда в I группе значения ДиаНТМП выше (Me=24,7; 25%=17,2; 75%=32,5), чем во II группе (Me=12,5; 25%=6,9; 75%=17,3) , что свидетельствует о повышенной подвижности нижних отделов мочевого пузыря в группе пациенток с наличием дизурических расстройств.

При точке разделения 20 мм, чувствительность показателя ДиаНТМП в диагностике цистоцеле составила 68,2%; специфичность – 90%. Информативность диапазона выше 20 мм относительно оси x ($J_{x_i}=2,4$) – очень высока, что позволяет отнести его к группе высокоинформативных тестов.

Пример, подтверждающие возможность использования показателя ДиаНТМП.

Пациентка В., 59 лет, поступила с жалобами на непроизвольное выделение мочи при физической нагрузке, учащенное, болезненное мочеиспускание, ночью мочится более 2 раз. При обследовании пациентки на гинекологическом кресле определялось опущение передней стенки влагалища, при этом нижняя точка передней стенки влагалища находилась на 1 см выше гименальной плоскости (опущение передней стенки влагалища II ст. по классификации POP-Q), кашлевая проба положительная. Данные изменения положения передней стенки влагалища не требуют специального лечения, однако, наличие дизурических расстройств, отсутствие эффекта от их медикаментозного и физиотерапевтического лечения (лечебная физкультура) явилось показанием к дальнейшему обследованию пациентки.

Выполнена динамическая МРТ таза по описанной методике. По результатам МРТ получен показатель ДиаНТМП равный 22,3 мм, что свидетельствует о наличии у пациентки цистоцеле. На основании проведенного исследования выставлен диагноз: цистоцеле (N81.1), стрессовое недержание мочи (N39.4), гиперактивность мочевого пузыря (N32.8). Выполнена операция: дубликатура передней стенки влагалища, уретропексия синтетической лентой по принципу TVT. Послеоперационный период протекал гладко. Осмотрена через 1 и 3 месяца: через месяц отмечает снижение признаков гиперактивности мочевого пузыря и полное восстановление континенции; через 3 месяца признаков императивного недержания нет. При обследовании на гинекологическом кресле через 1 и 3 месяца отмечается удовлетворительное анатомическое положение передней стенки влагалища, кашлевая проба отрицательная. При проведении контрольной МРТ через 3 месяца после операции смещение нижней точки мочевого пузыря ниже аксиальной линии не происходит, показатель ДиаНТМП составил 12,6 мм, что свидетельствует о восстановлении анатомического положения мочевого пузыря.

Выводы. Динамическая МРТ позволяет не только визуально фиксировать момент смещения мочевого пузыря относительно осей координат, но и произвести количественную оценку данных изменений.

1. Показатель ДиаНТМП характеризуется высокой чувствительностью (68,2%) и информативностью ($Jx_i = 2,4$), что позволяет применять его в диагностике цистоцеле. Значения ДиаНТМП более 20 мм относительно оси x ($Jx_i = 2,4$) свидетельствуют о наличии цистоцеле.

2. При ДиаНТМП более 20 мм относительно оси x ($Jx_i = 2,4$) – вероятность возникновения дизурических расстройств является очень высокой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нечипоренко, А. Н. Генитальный пролапс / А. Н. Нечипоренко, Н. А. Нечипоренко, А. В. Строчкий. – Минск : Вышэйшая школа, 2014. – С.8-10.
2. Papa Petros, P. E. An integral theory and its method for the diagnosis and management of female urinary incontinence / P. E. Papa petros, U. Ulmsten // Scand. J. Urol. Nephrol. – 1993. – Suppl. – P. 153-160.

З. Нечипоренко, А.Н. Генитальный пролапс / А.Н. Нечипоренко, Н.А. Нечипоренко, А.В. Строцкий. – Минск : Вышэйшая школа, 2014. – С.8-10.

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА МИНИМАЛЬНОГО СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОДИФИЦИРОВАННОГО PAD-TEST'A

Нечипоренко А.С.¹, Михайлов А.Н.², Нечипоренко А.Н.³

*УЗ "Гродненская областная клиническая больница"¹,
ГУО "Белорусская медицинская академия последипломного образования"²,
Гродненский государственный медицинский университет³*

Актуальность. Стрессовое недержание мочи минимальных объемов у женщин вызывает наибольшие трудности в диагностике. При традиционном обследовании таких пациенток стандартная "кашлевая" проба оказывается отрицательной, а дискомфорт, вызванный ощущением влаги на белье, объясняется выделениями из влагалища, а не потерей мочи [1]. Известен способ количественной оценки потерь мочи у женщин со стрессовым недержанием мочи – Pad-test, впервые предложенный James et al. в 1971 году [2].

Однако проводимый по стандартной методике Pad-test в 14-31% случаев не позволяет зафиксировать произвольно теряемую мочу. Кроме того, его невозможно воспроизвести в случае отсутствия фиксированного объема мочи в пузыре перед началом исследования, можно не зафиксировать эпизод произвольно теряемой мочи в минимальном объеме. Эти недостатки и лежат в основе частых ложно-отрицательных результатов теста и приводят к запоздалой диагностике стрессового недержания мочи минимальных объемов.

Цель. Разработать метод документирующей диагностики минимальных форм стрессового недержания мочи у женщин, и классифицировать их.

Методы исследования. Разработана модификация Pad-test'a (уведомление о положительном результате предварительной экспертизы по заявке на выдачу патента на изобретение №а 20170205 от 27-07-2017г.): после самостоятельного опорожнения мочевого пузыря пациентке внутривенно вводят 40 мл йодсодержащего контрастного препарата и 5,0 мл 0,4% раствора индигокармина. Взвешивают гигиеническую прокладку с точностью до 1 грамма, пациентка укладывает ее в белье и проводится часовой Pad-test по разработанной программе:

- Тест продолжается 1 час и начинается с момента 0 (момент помещения прокладки в белье).
- В течение первых 15 минут пациентка выпивает 500 мл воды и остается в горизонтальном положении.
- Следующие 30 минут пациентка ходит, поднимается и спускается по