

прокладку мочи, содержащей контрастное вещество. Это позволило определить и у этих пациенток природу влажного пятна на прокладке – непроизвольно теряемую мочу, то есть минимальное СНМ. Отсутствие синего пятна на прокладке у этих 3-х женщин можно объяснить замедленной функцией почек, что явилось причиной незначительного и замедленного поступления индигокармина в мочевой пузырь и отсутствия визуально определяемого синего окрашивания мочи.

У 2 женщин с цистоцеле III ст., у которых на прокладке было бесцветное влажное пятно, а масса прокладки увеличилась по окончании теста до 3-4 гр на рентгенограмме прокладки не отмечено тени контрастного вещества. Это позволило исключить СНМ, а появление влажного пятна на прокладке объяснить выделениями из влагалища.

Таким образом, среди обследованных 21 женщин минимальное стрессовое недержание мочи было документально подтверждено и зафиксировано у 19 (90%) и исключено у 2 (10%).

Выводы. Описанный способ диагностики минимального стрессового недержания мочи, методом модифицированного часового Pad-test'a и рентгенографии использованной гигиенической прокладки, по сравнению с традиционным Pad-test'ом имеет преимущества: визуальное подтверждение непроизвольной потери мочи по окрашиванию прокладки; документальное подтверждение минимального объема непроизвольно теряемой мочи по контрастному пятну на рентгенограмме гигиенической прокладки.

Таким образом, метод позволяет подтвердить и документировать минимальное количество непроизвольно теряемой мочи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика генитального пролапса и вызванных им расстройств мочеиспускания: монография / А. Н. Нечипоренко, А. С. Нечипоренко. – Гродно : ГрГМУ, 2016. – 120 с.
2. Homsí, C. The pad test for urinary incontinence in women / C. Homsí [et.al.] // J of Physiotherapy. – 2015. – Vol. 61, № 2. – P. 98.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОЛОЖЕНИЯ УРЕТРЫ У ЖЕНЩИН С ГЕНИТАЛЬНЫМ ПРОЛАПСОМ И РАССТРОЙСТВАМИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ

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

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

Актуальность. Генитальный пролапс и стрессовое недержание мочи у женщин в настоящее время представляют актуальную медицинскую, социальную

и экономическую проблему. Стрессовое недержание мочи приводит к значительным психологическим и гигиеническим проблемам [1, 2]. Это объясняется, с одной стороны, тем, что генитальный пролапс и стрессовое недержание мочи являются весьма распространенными заболеваниями (от 34,1 до 56,3% женщин в возрасте 50 лет и старше страдают генитальным пролапсом и от 30 до 47% в этой возрастной группе имеют различные виды недержания мочи), а, с другой, – отсутствием объективной и документирующей диагностики и надежных методов лечения [3]. Ослабление дна таза широко распространено во всем мире и встречается более чем у половины женщин старше 50 лет, имеющих в анамнезе повторные роды [4, 5]. Это является медицинской проблемой и в США, которая относится примерно к 30% женщин в менопаузе [6]. Генитальный пролапс связан с широким спектром функциональных нарушений, которые возникают в результате нарушения анатомической структуры связок, фасций и мышц, участвующих в поддержке органов малого таза. Эти изменения клинически могут проявляться болью в области таза, дискомфортом, давлением на промежность, ощущением и наличием инородного тела в области промежности, недержанием мочи и кала, запорами, сексуальной дисфункцией. Эти расстройства более чем в 10% случаев являются показаниями для проведения хирургического лечения. Постановка правильного диагноза только путем клинического обследования сложна и требует междисциплинарного комплексного подхода. Широко применяемые в настоящее время методы лучевой диагностики имеют низкую чувствительность и специфичность. Сложившаяся ситуация заставляет идти по пути поиска и применения новых, качественных и доказательных методик.

Цель. Оценка информативности и диагностической значимости положения внутреннего отверстия уретры у женщин с генитальным пролапсом и дизурическими расстройствами в виде затрудненного мочеиспускания и непроизвольной потери мочи при физическом напряжении.

Методы исследования. Проведен комплексный анализ результатов обследования пациенток с различными клиническими степенями генитального пролапса и с наличием либо отсутствием дизурических расстройств, проходивших лечение в клинике урологии учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет». Проводили статическую МРТ органов таза в трех ортогональных плоскостях с применением T2-взвешенных изображений и динамическую МРТ, 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: Группа 1. Пациентки с сохраненным свободным произвольным мочеиспусканием на непроизвольную потерю мочи при физическом напряжении (n=10); Группа 2. Пациентки с жалобами на затрудненное мочеиспускание и непроизвольную потерю мочи при физическом напряжении (n=63). Считаем целесообразным проведение детальной оценки мобильности уретровезикального сегмента, поскольку восстановление анатомического положения мочеиспускательного канала является одним из определяющих моментов в хирургическом лечении пациенток, страдающих стрессовым недержанием мочи. Данный вопрос решали путем измерения двух показателей: положение внутреннего отверстия уретры относительно оси У – дВОУ/осьУ, в мм, и положение внутреннего отверстия уретры относительно аксиальной линии – дВОУ/АЛ, 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 (Jxi) Kulback.

Результаты и их обсуждение. В Группе 2 значения показателя дВОУ/осьУ (Me=12,6; 10/15,2 (25%/75%)) ниже, чем во Группе 1 (Me=15,1; 12,9/16,8 (25%/75%)), что свидетельствует о более близком положении ВОУ к лонно-копчиковому сочленению относительно осиУ в Группе 2, но статистически не значимо (p=0,052). Очевидна разница в значениях показателя дВОУ/АЛ (p=0,00001), когда в Группе 2 показатели стремятся в сторону отрицательных значений: Me=-8,0; -19,6/0,0 (25%/75%). При точке разделения 5 мм, чувствительность показателя дВОУ/АЛ в диагностике цистоцеле составила 96,8%; специфичность – 40%. Информативность диапазона ниже 5 мм относительно оси х (Jxi =3,74) – очень высока, что позволяет отнести его к группе высокоинформативных тестов.

Выводы. Динамическая МРТ позволяет не только визуально фиксировать момент смещения мочевого пузыря и уретры относительно осей координат, но и произвести количественную оценку данных изменений. 1. Показатель дВОУ/АЛ характеризуется высокой чувствительностью (96,8%) и информативностью (Jxi =3,74), что позволяет применять его в диагностике цистоцеле. 2. При положении ВОУ ниже 5 мм относительно оси АЛ (Jxi =3,74) – вероятность возникновения дизурических расстройств в виде затрудненного мочеиспускания и непроизвольной потери мочи при физическом напряжении является очень высокой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Abrams, P. The standardization of terminology of lower urinary tract function. / P. Abrams et al. // Scand J of Urol Nephrol. – 1998. – Vol.114, №5– P. 19.
2. Kelvin, F.M. Female pelvic organ prolaps: diagnostic contribution of dynamic

cystoproctography and comparison with physical examination. / F.M. Kelvin [et al.] // Am J of Roentgenology. – 2009. – Vol. 173. – P. 31–37.

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

4. Maccioni, F. Introduction to the feature section on functional imaging of the pelvic floor / F. Maccioni // Abdominal Imaging. – 2013. – Vol. 38. – P. 881–883.

5. Olsen, Al. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. / Al. Olsen [et al.] // Am J of Obstetrics and Gynecology. – 1997. – Vol. 89. – P. 501–506.

6. 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.

ЧАСТОТА И ОСОБЕННОСТИ РЕЦИДИВОВ ГП ПОСЛЕ КОЛЬПОПЕКСИИ ПРОТЕЗАМИ ПО ПРИНЦИПУ PROLIFT

Нечипоренко А.Н., Нечипоренко Н.А., Юцевич Г.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. По данным ряда авторов после передней кольпорафии частота рецидива ГП отмечается в 24-31% случаев, после задней кольпорафии – в 25-35%, после влагалищной гистерэктомии рецидив в виде выпадения купола влагалища наблюдали с частотой до 43% [5]. А после операций с использованием синтетических сетчатых протезов частота развития рецидивов колеблется в пределах 3,7-10% [2, 4, 6]. С учетом сказанного вопрос о рецидивах генитального пролапса (ГП) не теряет актуальности и сегодня.

Цель. Изучить частоту развития рецидивов ГП после операций корригирующих ГП с использованием синтетических сетчатых протезов по принципу Prolift, метод и результаты хирургического лечения рецидивов.

Методы исследования. После 57 передних кольпопексий протезом по принципу Prolift anterior через 5 лет после операции рецидив цистоцеле развился у 5 (8,8%) и прогрессирование опущения задней (не оперированной) стенки влагалища с формированием ректоцеле отмечено у 20 (35,1%) женщин. После 24 задних кольпопексий протезом по принципу Prolift posterior через 5 лет после операции рецидив ректоцеле развился у 1 (4,2%) женщины, а прогрессирование опущения передней стенки влагалища с формированием цистоцеле отмечено у 13 (54,2%) женщин. И после 85 симультанных передних и задних кольпопексий протезами по принципу Prolift total через 5 лет после операции рецидив диагностирован у 10 (11,8%). 7 женщин с рецидивом ГП оперированы методом абдоминальной кольпосакропексии синтетической лентой.