

ДИАГНОСТИКА СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН С ГЕНИТАЛЬНЫМ ПРОЛАПСОМ МЕТОДАМИ ЛУЧЕВОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ

¹ Нечипоренко А. С., ² Михайлов А. Н.

(¹salejanna@mail.ru, ²sakura33@bk.ru)

¹ Учреждение здравоохранения «Гродненская областная клиническая
больница», г. Гродно, Беларусь

² Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования», г. Минск, Беларусь

Введение. Генитальный пролапс (ГП) – одно из самых распространенных заболеваний тазовых органов у женщин. Наиболее частым видом ГП является цистоцеле с развитием дизурических расстройств (ДР) в виде стрессового недержания мочи (СНМ) и обструктивного мочеиспускания (ОМ) [1, 2, 3]. Расширение знаний и представлений о патогенезе ГП и СНМ повлекло за собой потребность в разработке объективных и документирующих методов диагностики этих заболеваний [1, 6, 7, 8, 9].

Цель исследования. Повышение эффективности диагностики цистоцеле и СНМ методами лучевой визуализации.

Материал и методы. Работа основана на результатах статической МРТ (сМРТ) и динамической МРТ (дМРТ), результатах модифицированного часового Pad-test'a.

С целью диагностики минимального СНМ применили модифицированный часовой Pad-test: после самостоятельного опорожнения мочевого пузыря (МП) пациентке внутривенно вводят 40 мл йодсодержащего контрастного препарата и 5,0 мл 0,4% раствора индигокармина. Пациентка укладывает гигиеническую прокладку в белье и проводится часовой Pad-test. Появление на прокладке голубого или синего пятна после окончания теста является признаком СНМ. Рентгенограмму прокладки выполняют в случае, если пятно на прокладке бесцветное. Контрастная тень на рентгенограмме прокладки является документальным подтверждением потери именно содержимого МП – признак СНМ [10].

Проводили сМРТ органов таза по стандартным протоколам сканирования. Методика дМРТ позволяет получить большое количество изображений через один срез в режиме реального

времени, с использованием модифицированных программ Single Short T2/TSE или Balanced FFE. Повышающееся внутрипузырное давление у пациенток с СНМ при проведении пробы Вальсальвы вызывает открытие внутреннего просвета уретры с непроизвольным заполнением ее содержимым МП – патогномоничный признак СНМ, что четко фиксируется на дМРТ-сканах [11].

Морфометрические ориентиры и показатели для диагностики цистоцеле и гипермобильности уретры: при оценке данных сМРТ – сУИУ (значения угла инклинации уретры); при оценке данных дМРТ – дУИУ (значения угла инклинации уретры).

Результаты и обсуждение. Методика модифицированного часового Pad-test'a применена у 21 (28,8%, ДИ 18,4–39,2%) пациентки. По окончании теста на прокладке у 16 (76,2%, ДИ 58,0–94,4%) женщин визуально определялось голубое пятно, а на рентгенограммах прокладок определялась слабоконтрастная тень – признак СНМ. У 3 (14,3%, ДИ 0,7–29,3%) пациенток по окончании теста на прокладке зафиксировано влажное бесцветное пятно, что ставило под сомнение СНМ минимальных объемов. На рентгенограммах прокладок определялась слабоконтрастная тень – признак СНМ. У 2 (9,5%, ДИ 3,0–22,0%) женщин на прокладке было бесцветное влажное пятно, на рентгенограмме прокладки не отмечено тени контрастного вещества – модифицированный часовой Pad-test отрицательный. Операционные характеристики Pad-test'a: Se=100%, Sp=100%, Pv+=100%, -Pv=100% и точность = 100%.

Изолированного повреждения связок уретры не встречается, любой вид несостоятельности парауретральных и периуретральных связок уретры, обеспечивающих ее физиологическое положение, сопровождается стрессовым недержанием мочи (Se=76,2%, Sp=100%, точность = 79,4, общая информативность Jxi = 3,1, ДК=9,3).

Значения показателя УИУ по результатам сМРТ более 30° обладают высокой специфичностью в диагностике цистоцеле (100%), но недостаточной чувствительностью (52,4%), общая диагностическая информативность теста велика (5,62), что позволяет применять сУИУ только в качестве одного из первых этапов диагностики цистоцеле методом сМРТ.

При дМРТ факт наличия СНМ зафиксирован у 48 пациенток (65,8%, ДИ 54,9%–76,7%) из 73. Все 48 пациенток имели жалобы на непроизвольную потерю мочи при физическом напряжении.

Данный факт подтверждается высокими показателями чувствительности ($Se=100\%$), специфичности ($Sp=100\%$) и других операционных характеристик ($Pv+=100\%$, $-Pv=100\%$ и $точность=100\%$) метода МРТ в диагностике СНМ. При этом у 19 (39,6%, ДИ 25,8-53,4%) пациенток была минимальная форма СНМ, подтвержденная ранее с помощью модифицированного Pad-test'a.

Разработанный метод дМРТ позволяет объективно диагностировать цистоцеле по показателю дУИУ ($Se=76,2\%$, $Sp=100\%$, $Jx_i=7,98$). На основании данного критерия представляется возможным классифицировать цистоцеле по степеням: цистоцеле I степени – значения $\geq 35^\circ$ и $\leq 75^\circ$; цистоцеле II степени – значения $>75^\circ$. При цистоцеле I степени ДР проявляются только в виде СНМ, при цистоцеле II степени частота расстройств в виде СНМ уменьшается ($\chi^2=4,17$, $p<0,04$), а появляется и преобладает ОМ.

Выводы. Модифицированный Pad-test позволяет получить документальное подтверждение минимального СНМ по контрастному пятну на рентгенограмме гигиенической прокладки ($Se=100\%$, $Sp=100\%$).

Любой тип несостоятельности парауретральных и периуретральных связок уретры, обеспечивающих ее физиологическое положение, сопровождается СНМ ($Se=76,2\%$, $Sp=100\%$). Значения показателя УИУ по результатам сМРТ более 30° обладают высокой специфичностью в диагностике цистоцеле – 100% , но недостаточной чувствительностью – $52,4\%$, при этом общая диагностическая информативность теста – $5,62$.

Разработанная методика дМРТ таза позволяет выявить и документировать все случаи наличия СНМ у женщин с ГП. Данный факт фиксируется в изображении и является документальным подтверждением СНМ ($Se=100\%$, $Sp=100\%$). Метод динамической МРТ таза позволяет объективно диагностировать цистоцеле по показателю УИУ ($Se=76,2\%$, $Sp=100\%$, $Jx_i=7,98$). Данный критерий позволяет классифицировать цистоцеле по степеням: цистоцеле I степени – значения $\geq 35^\circ$ и $\leq 75^\circ$; цистоцеле II степени – значения $>75^\circ$. При I степени цистоцеле ДР проявляются только в виде СНМ, при цистоцеле II степени частота расстройств в виде СНМ уменьшается ($\chi^2=4,17$, $p<0,04$), а появляется и преобладает ОМ.

Литература

1. Нечипоренко, А. Н. Генитальный пролапс / А. Н. Нечипоренко, Н. А. Нечипоренко, А. В. Строчкий. – Минск : Выш. шк., 2014. – 399 с. + 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).
2. Проплапс гениталий / С. Н. Буянова [и др.] // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2017. – Т. 17, № 1. – С. 37–45.

Summary

DIAGNOSIS OF URINARY INCONTINENCE IN WOMEN WITH GENITAL PROLAPSE BY METHODS OF RADIATION IMAGING

*Nechiporenko A. S., 2 Mikhailov A. N.
(¹salejanna@mail.ru, ²sakura33@bk.ru)*

¹ *Grodno regional clinical hospital, Grodno*

² *Belarusian medical Academy of postgraduate education, Minsk*

The modified hour Pad-test confirms and documents the minimum volume stress urinary incontinence. An MRI of the pelvis detects and documents all cases of the presence of stress urinary incontinence in women with genital prolaps, allows for an objective diagnosis of the cystocele, and for its stage.

АЛГОРИТМ ВЫБОРА МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

¹*Новицкая В. С., ²Жук С. А.*

¹*Гродненский государственный медицинский университет,
г. Гродно, Беларусь*

²*Городская клиническая больница скорой медицинской помощи,
г. Гродно, Беларусь
Vera.nov@inbox.ru*

Введение. Современная концепция лечения паховых грыж предусматривает применение как натяжных, так и атензионных методов герниопластики [2, 4]. Однако четких критериев, позволяющих выбрать метод атензионной или натяжной паховой герниопластики, базирующийся на оценке состояния топографо-анатомических параметров и мышечно-апоневротических структур паховой области, до настоящего времени не разработано [3].