

были выделения из влагалища с неприятным запахом, у 35,7% – вульвовагинальный зуд и жжение, усиливающиеся в тепле. После полового акта жжение и болезненность усиливались у 38,9% пациенток. У 59% женщин наружные половые органы были отекшими, гиперемированными, в 33,3% случаев отмечены дизурические явления. Таким образом, возникновение вульвовагинального кандидоза на фоне заболеваний органов пищеварения еще раз подтверждает роль состояния микробиоценоза пищеварительного тракта в патогенезе заболевания и указывает на необходимость своевременного выявления сопутствующих заболеваний, комплексного подхода в лечении кандидоза. Тот факт, что у 16 пациенток кандидоз развивался на спровоцированном частыми ОРВИ преморбидном фоне, свидетельствует о нарушении иммунного гомеостаза у этой группы пациенток, что говорит о необходимости своевременного проведения иммунодиагностики с последующей иммунокоррекцией.

### *Литература*

1. Белобородова, Н. В. «Кандидоз и этиотропная терапия» / Н. В. Белобородова // –2000. –№ 3. – с. 10-15.
2. Guadet L. The effect of maternal class III obesity on neonatal outcomes: a retrospective matched cohort study / L. Guadet, X. Tu, D. Fell et al. // J. Matern. Fetal Neonatal Med. – 2012. – Vol. 25. – № 11. – P. 2281–2286.

## **ДИАГНОСТИКА ДИСФУНКЦИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН**

**Прибушня И. И. (мл.)<sup>1</sup>, Ниткин Д. М.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ГУ «Республиканский клинический медицинский центр» УД Президента Республики Беларусь, г. Минск, Беларусь

<sup>2</sup>УО «Белорусская Академия последипломного образования», г. Минск, Республика Беларусь

**Актуальность.** Дисфункция нижних мочевых путей (ДНМП) встречается нередко в практике уролога и обозначается в виде жалоб на приме у акушера-гинеколога. К ДНМП могут приводить стриктуры уретры, неврологические заболевания, диабет, осложнения фармакотерапии, многократные роды и/или прерывания беременности, роды крупным плодом, травмы родовых путей, лейомиомы матки и др. [1]. Для гинекологических пациентов особая проблема – недержание мочи, обусловленное гиперактивным мочевым пузырем, воспалительными процессами. Недержание мочи у женщин – сложная, актуальная и не до конца решенная проблема современной урогинекологии. Согласно данным российских авторов, недержание мочи встречается у 50% женщин старше 60 лет и у 24% пациенток в возрасте от 30 до 60 лет [2]. Нарушение функции мочеиспускания у женщин в

основном связано с анатомическими изменениями, обусловленными ранее перенесенными гинекологическими операциями, травмами во время родов, что приводит к несостоятельности мышц тазового дна и опущению стенок влагалища. В последнее десятилетие исследование функции мочевого пузыря и нижних мочевых путей позволяет сделать более эффективным оказание помощи таким пациенткам [3].

Оценка урофлоуметрии – важный начальный этап диагностики, которая помогает оценить объем наполнения мочевого пузыря, время мочеиспускания, среднюю и пиковую скорость потока. Не стоит пренебрегать и ультразвуковым исследованием (УЗИ) для оценки остаточной мочи у данных пациентов.

**Цель** работы – оценить структуру ДНМП путей у женщин по результатам УЗИ мочевого пузыря с остаточной мочой и урофлоуметрии на начальном этапе диагностики и принятия решения о целесообразности проведения цистометрии у женщин.

**Материалы и методы.** Группу исследования составили 34 женщины, средний возраст которых – 49±18,7 года. Женщины репродуктивного возраста (18-49 лет) составили 59% (n=20). Таким образом, в структуре женщин с жалобами на патологию нижних мочевых путей преобладают женщины репродуктивного возраста.

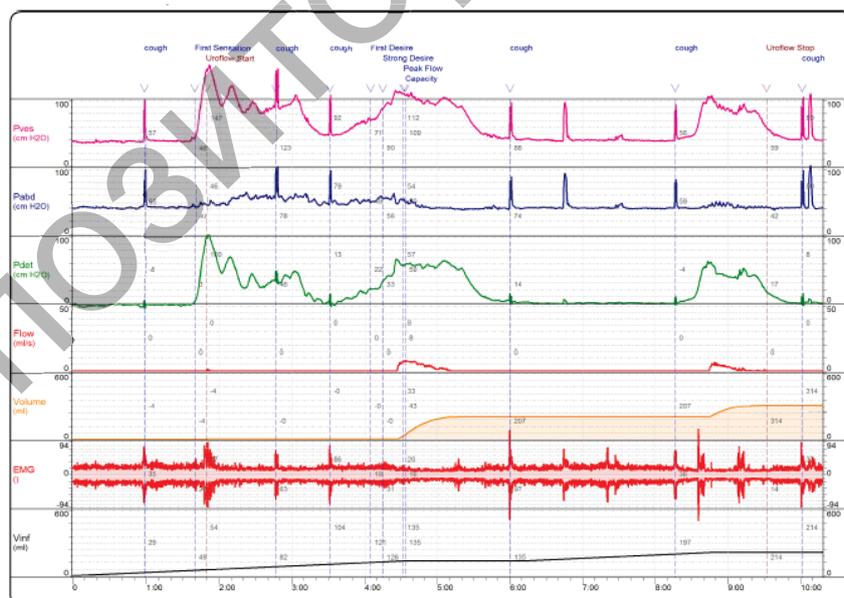
Исследование функции мочеиспускания выполнялось в период с 2018 по 2021 гг. в ГУ “Республиканский клинический медицинский центр” УД Президента РБ. Этапы исследования включали: оценку анамнеза и жалоб пациента, анализ дневника мочеиспускания, лабораторную диагностику, урофлоуметрию, УЗИ органов малого таза с оценкой остаточной мочи, цистометрию. В зависимости от жалоб и анамнеза применялся персонализированный алгоритм обследования.

Ультразвуковое исследование выполнялось на аппарате General Electric ViVid 90 с использованием трансабдоминального датчика 4-7 Mhz. Урофлоуметрия и цистометрия выполнялась с использованием оборудования Laborie. Цистоскопия проводилась на оборудовании Wolf. Статистическая обработка данных выполнялась с применением программы Excel и Статистика 10.0.

**Результаты и их обсуждение.** Нами оценена структура окончательных диагнозов по результатам цистометрии. Наиболее частыми видами ДНМП были гипоконтрактильность мочевого пузыря 13 (38,2±8,33%) и гиперактивный мочевой пузырь – 11 (32,4±8,02%,  $p>0,05$ ). Патология мочеиспускания не установлена у 4 (11,8±5,53%). У 6 пациенток были определены иные гетерогенные типы нарушения мочеиспускания, в 4 случаях в сочетании с циститом. Таким образом, ДНМП подтверждена у 88,2% обратившихся женщин. В нашем исследовании пациентки репродуктивного возраста составили 59%. Для данной группы пациенток исключительно важна социальная адаптация, которая серьезно ограничивается при патологии нижних мочевых путей. Так, А. В. Сивков с соавт. (2016 г.) обследовали пациенток молодого возраста – 38 (25-51) лет с целью оценки уродинамики и диагностики

сексуальной функции при диагнозе «гиперактивный мочевой пузырь» на фоне лечения диспортом (ботулотоксином). Авторами установлено, что нейрогенная дисфункция мочевого пузыря независимо от тяжести течения заболевания сопряжена со значительным ухудшением качества жизни как у мужчин, так и у женщин, в том числе со значительным ухудшением сексуальной функции. Наихудшие показатели в сексуальной сфере установлены у пациенток с гиперактивным мочевым пузырем по императивному типу. Однако у женщин на фоне применения ботулотоксина, несмотря на положительную тенденцию, как уродинамических показателей, так и показателей сексуальной функции достоверно значимых различий авторами не получено. Авторы считают, что качество жизни у женщин, несмотря на некоторое улучшение клинической картины на фоне гиперактивного мочевого пузыря, остается ниже, чем у мужчин. Это говорит о том, что своевременная диагностика и качественная коррекция дисфункции мочеиспускания имеет важное значение для женщин молодого возраста, для которых сексуальная активность и возможность к деторождению – необходимый критерий социализации [4].

Частота гиперактивного мочевого пузыря в нашем исследовании составила  $32,4 \pm 8,02\%$ . Согласно данным литературы, частота встречаемости гиперактивного мочевого пузыря составляет у 10-15% взрослого населения [5, 6]. Основные симптомы гиперактивного мочевого пузыря: ургентное недержание мочи, императивные позывы, учащенное мочеиспускание, перманентное чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. С момента применения КУДИ накапливаются новые данные о результатах исследования. Нарушение мочеиспускания при гиперактивном мочевом пузыре представлено на рисунке.



**Рисунок – Изображение показателей мочеиспускания при гиперактивном мочевом пузыре**

По мнению других авторов, высокую предсказательную способность гиперактивного мочевого пузыря имеет амплитуда повышения

внутрипузырного давления более 9.5 см Н<sub>2</sub>О. Нейрогенная гиперактивность детрузора при цистометрии наполнения имеет большую диагностическую значимость, чем идиопатическая амплитуда и чаще сопровождается ургентным недержанием мочи [7].

Дисфункция нижних мочевых путей может манифестировать после проведения оперативного лечения по поводу лейомиомы матки. О. М. Прощенко (2020 г.) провел оценку результатов КУДИ у женщин после экстерпаций матки, выполненных трансвагинальным или трансабдоминальным доступом. Авторами установлено что основными факторами риска, которые учитываются при выборе оперативного доступа, должны быть: данные акушерско-гинекологического анамнеза (рождение крупных плодов, проведение эпизиотомий, родовой травматизм, высокий паритет родов), оперативные вмешательства на яичниках, применение агонистов гонадотропин-рилизинг-гормонов, хронические заболевания дыхательной системы и пищеварительного тракта, сопровождающиеся повышением внутрибрюшного давления, наличие признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани, клинические проявления несостоятельности тазового дна и функциональных нарушений сфинктерного аппарата мочеиспускательного канала [8].

Алгоритм обследования женщин должен включать: оценку жалоб при сборе анамнеза, что позволяет (до 80% случаев) установить тип нарушения мочеиспускания; клиническое обследование с оценкой общего и неврологического статуса, качества жизни и отношения к лечению; заполнение дневника мочеиспускания и опросника; осмотр малого таза с оценкой эстрогенного статуса; УЗИ органов малого таза и данные лабораторных исследований. Уретроцистоскопия выполняется после аналитической оценки всех предварительно полученных данных. Оценку качества жизни рекомендуется проводить с применением разработанных стандартизированных анкет-опросников.

**Выводы.** Таким образом, оценка нарушения мочеиспускания – важный, социально значимый вопрос современной медицины, так как в 59% случаев это женщины репродуктивного возраста, для которых вопрос сексуальной дисфункции и планирования деторождения – важные факторы качества жизни. Среди установленных методом КУДИ нарушений мочеиспускания наиболее часто встречались гиперактивный мочевой пузырь и гиперконтрактильность. В целом у 88,2% пациентов, обратившихся для проведения КУДИ, был установлен тип ДНМП.

### *Литература*

1. Rosier, P., Contemporary diagnosis of lower urinary tract dysfunction. F1000Res, 2019. 1-8.
2. Неймарк, А. И, Раздорская М. В., Алгоритмы недержания мочи у женщин. Вопросы урологии и андрологии, 2014: р. 72-76.

3. Drake, M. J., et al., Fundamentals of urodynamic practice, based on International Continence Society good urodynamic practices recommendations. *Neurourol Urodyn*, 2018. 37(S6): p. S50-S60.

4. Сиваков, А. В., et al., Состояние сексуальной функции у пациентов с нейрогенной гиперактивностью мочевого пузыря до и после лечения ботулиническим токсином типа А. *Экспериментальная и клиническая урология* 2016. № 2 p. 88-93.

5. Coyne, K. S., et al., The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) in the USA, the UK and Sweden: results from the Epidemiology of LUTS (EpiLUTS) study. *BJU Int*, 2009. 104 (3): p. 352-60.

6. Аль-Шукри, С. Х., Кузьмин И. В., Шабудина Н. О., Клинико-уродинамические параллели при идиопатической гиперактивности мочевого пузыря: результаты 341 наблюдения. *Вестник урологии*, 2017: p. 12-18.

7. Филипова, Е. С. и др. Гиперактивный мочевой пузырь: Уродинамические особенности гиперактивности детрузора в зависимости от причины нарушений мочеиспускания. *Урология*, 2021. 3: p. 39-44.

8. Проценко, О. М., Урогенітфльні розлади у жінок репродуктивного віку, які перенесли радикальні операції з приводу міоми матки, - оптимізація діагностичного алгоритму. *Репродуктивное здоровье женщины*, 2020. № 5 (45): p. 29-32.

## НАШ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ В ЗАПАДНОМ РЕГИОНЕ БЕЛАРУСИ

Савоневич Е. Л.<sup>1</sup>, Степура Т. Л.<sup>1</sup>, Горустович О. А.<sup>1</sup>, Кулик О. А.<sup>2</sup>,  
Матвейчик Н. В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
г. Гродно, Беларусь

<sup>2</sup>УЗ «Гродненская университетская клиника», г. Гродно, Беларусь

**Актуальность.** Важный клинический аспект проблемы наследственной предрасположенности к раку яичников на сегодняшний день – доступность диагностики герминальных мутаций в генах, ассоциированных с развитием опухолей репродуктивной системы. Носительство наследственного дефекта в генах системы репарации ДНК требует модификации лечебных мероприятий [1]. В частности, убедительные данные получены для гена BRCA1, наследственные мутации в котором обуславливают резистентность опухоли к таксанам и высокую чувствительность к препаратам платины и PARP-ингибиторам [2]. Таким образом, молекулярно-генетический анализ в данном случае становится компонентом индивидуализации химиотерапии. Выявление мутации в генах BRCA1/2 позволяет индивидуализировать лекарственную терапию новообразований, а также предупреждать развитие