

подчеркнутого индивидуализма. Выбор 5+2, характерный для 63,4% пациентов женского пола и 44,4% мужчин, определил повышенную обидчивость, ранимость, некоторую недоверчивость, потребность в привлечении к себе внимания, признании своего авторитета. Позиция 2+6, характерная для 57,3% обследованных женщин и 55,6% пациентов мужского пола, в большей степени свидетельствовала о снижении их коммуникативных способностей.

**Вывод.** Таким образом, выявленные отклонения в функциональном состоянии организма пожилых пациентов в стационарном учреждении государственной системы социального обслуживания определяет необходимость разработки и внедрения комплекса адаптационно-реабилитационных мероприятий.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Краснова, О. В. Качество жизни пожилых людей в доме-интернате / О. В. Краснова, Н. Н. Солнцева // Психол. зрел. и стар. – 2007. – № 4. – С. 40–66.
2. Максимова, С. Г. Особенности функционирования и развития системы социального обслуживания лиц пожилого и старческого возраста / С. Г. Максимова // Соц. обслуживание. – 2008. – № 2. – С. 5–24.
3. Motives for and barriers to physical activity among older adults with mobility limitations / M. Rasinaho [et al.] // J. Aging. Phys. Act. – 2007. – № 15(1). – P. 90–102.

## ГЕНИТАЛЬНЫЙ ПРОЛАПС С МИНИМАЛЬНЫМ СТРЕССОВЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

*Нечипоренко А.С.<sup>1</sup>, Нечипоренко А.Н.<sup>2</sup>, Трепачко В.С.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>*Гродненская областная клиническая больница,*

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

**Актуальность.** У женщин, с генитальным пролапсом (ГП) стрессовое недержание мочи (СНМ) отмечается в 40-63% случаев [1]. Причем, объем произвольно теряемой мочи на высоте физического напряжения может быть настолько малым, что возникают значительные трудности в подтверждении этого вида СНМ.

**Цель.** Предложить метод документирующей диагностики минимального СНМ у женщин.

**Методы исследования.** Мы наблюдали 269 женщин с различными формами и степенями выраженности ГП, осложненного

СНМ. У 21 из них (7,8%) объем непроизвольно теряемой мочи был настолько мал, что единственной жалобой пациенток было ощущение "влажного белья", появляющееся после физической нагрузки. Эта жалоба позволяла заподозрить минимальное СНМ.

В настоящее время для оценки объема непроизвольно теряемой мочи рекомендуется проведение часового Pad-test'a [2], суть которого сводится к определению массы гигиенической прокладки до и после истечения 1 часа выполнения специальных нагрузок. Увеличение максы прокладки в граммах по окончании теста является показателем объема непроизвольно теряемой мочи.

Для выявления минимального СНМ мы модифицировали часовой PAD-test и проводим его следующим образом. После самостоятельного опорожнения МП внутривенно пациентке вводится 40 мл 76% йод-содержащего контрастного вещества и 5,0 мл индигокармина. Взвешивается гигиеническая прокладка с точностью до 1 грамма, прокладка укладывается в белье и пациентке проводится часовой Pad-test. Появление на прокладке голубого или синего пятна через 1 час проведения теста, подтверждает факт непроизвольно теряемой мочи, то есть это говорит о СНМ. Увеличение массы прокладки на 1-2 гр. – минимальное СНМ I степени. Увеличение массы прокладки на 3-4 гр. – минимальное СНМ II степени. Увеличение массы прокладки на 4-10 гр. – клинически значимое СНМ. Для документального подтверждения непроизвольной потери мочи выполняется и рентгенограмма прокладки. В случае непроизвольного выделения содержимого МП и попадания его на прокладку, на рентгенограмме прокладки четко определялось пятно контрастного вещества.

**Результаты и их обсуждение.** Всем 21 женщинам проведен часовой Pad-test по нашей методике. У 8 пациенток отмечено увеличение массы прокладки на 1-2 гр. (минимальное СНМ I степени) и у 13 масса прокладки увеличилась на 3-4 гр. (минимальное СНМ II степени). По окончании теста на прокладке у всех женщин визуально определялось голубое пятно, а на рентгенограммах прокладок определялась слабо контрастная тень – результат непроизвольной потери мочи, содержащей контрастное вещество в процессе проведения Pad-test'a. Таким образом, проведенным обследованием у 21 женщины было подтверждено минимальное СНМ.

Женщинам с опущением матки и стенок влагалища II ст. (8 человек) при объеме теряемой мочи в часовом Pad-test'e 1-2 гр. было рекомендовано лечение в виде укрепления мышц тазового дна упражнениями Кегеля и поведенческая терапия. В течение 2 и 3 месяцев упражнения Кегеля регулярно ежедневно выполняли только 2 пациентки. Через 2 и 3 месяца обе пациентки отметили значительное улучшение состояния: ощущение влажного белья отмечалось 1 день в неделю. 6 пациенток не регулярно выполняли упражнения Кегеля и не смогли добиться восстановления механизма удержания мочи. Пациентки отметили увеличение объема теряемой мочи. От предложенной уретропексии по принципу TVT эти 6 женщин отказались.

11 женщинам с опущением матки и стенок влагалища II ст. и 2 с опущением передней стенки влагалища III ст. с объемом теряемой мочи 3-4 гр. было предложено хирургическое лечение в объеме коррекции ГП с последующим обследованием на предмет оценки состояния механизма удержания мочи.

Операции в виде кольпопексии синтетическими протезами по принципу Prolift anterior и posterior выполнены 2 женщинам с опущением матки и стенок влагалища III ст. и 2 женщинам с опущением стенок влагалища II ст. Через 1 месяц после операции континенция восстановилась у 1 женщины с опущением матки и стенок влагалища II ст. (до операции с потерей мочи в часовом Pad-test'e 3 гр.). И у 3 женщин коррекция ГП не позволила восстановить механизм удержания мочи. Эти 3 женщины были оперированы, им выполнена уретропексия лентой по принципу TVT. После этого вмешательства непроизвольная потеря мочи была ликвидирована.

9 женщин от предложенного хирургического лечения воздержались. Наблюдение в течение 1 года показало прогрессирование СНМ до клинически значимого у 5 и у 4 объем теряемой мочи 3-4 мл оставался.

### **Выводы.**

1. Диагностировать минимальное СНМ у женщин позволяет часовой Pad-test с предварительным внутривенным введением индигокармина и водорастворимого контрастного вещества для визуального и рентгеновского подтверждения минимальной потери мочи.

2. Не леченное минимальное СНМ в течение 1 года имеет тенденцию к прогрессированию, что подтверждает необходимость специального лечения, не дожидаясь развития манифестной формы СНМ.

## ЛИТЕРАТУРА

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

2. Нечипоренко А.Н. Генитальный пролапс / А. Н. Нечипоренко, Н. А. Нечипоренко, А.В. Строчкий. – Минск: "Вышэйшая школа", 2014. – 399с.

## РЕНТГЕНОВСКОЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ PAD-TEST'A ПРИ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ НИЗКОЙ СТЕПЕНИ У ЖЕНЩИН

*Нечипоренко А.С.<sup>1</sup>, Михайлов А.Н.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>*Гродненская областная клиническая больница*

<sup>2</sup>*Белорусская медицинская академия последипломного образования*

**Актуальность.** В диагностике недержания мочи при напряжении (НМпН) у женщин в настоящее время господствует визуальное наблюдение непроизвольного выделения мочи из мочевого пузыря на высоте пробы Вальсальвы или при кашле. Одним из критериев выраженности НМпН у женщин является определение количества непроизвольно теряемой мочи на высоте физического напряжения [1,2]. Признанным способом регистрации количества теряемой мочи в эпизодах недержания является Pad-test.

Этот тест позволяет подтвердить непроизвольную потерю мочи и определить количество теряемой мочи в течение часа. Методика проста: прокладка, укладываемая в белье, взвешивается до и после серии физических упражнений. Увеличения веса прокладки в граммах через 1 час является количеством теряемой мочи.

Этот тест отражает состояние сфинктера уретры в момент обследования. Часовой Pad-test, проводимый по стандартной методике, имеет ряд недостатков: невозможность воспроизведения по причине отсутствия выбранного объема мочи в пузыре перед началом исследования, можно не зафиксировать эпизод НМпН с