

технические погрешности операций.

3. Повторные операции после неудачного первичного вмешательства по поводу ГП и (или) СНМ должны выполняться только опытных хирургом.

Литература

1. Беженарь В.Ф. и др. Новые возможности хирургической коррекции тазового пролапса с использованием синтетических имплантов: пути профилактики послеоперационных осложнений // *Акушерство. Гинекология. Репродукция.* - 2012. – Том 6. - №2. - С. 6—13.
2. Краснопольский В.И. и др. Осложнения Mesh-вагинопексии: результаты многоцентрового исследования // *Урология.* – 2012. - №1.– С.29-32.
3. Argirović R. et al. Transvaginal mesh in repair of pelvic organs prolapse as a minimally invasive surgical procedure // *Vojnosanit. Pregl.* – 2011. – V. 687. – P.583-588.
4. R. Banach R. et al. Ocena bezpieczeństwa i wczesnych wyników leczenia zaburzeń statyki narządów płciowych (ZSNP) w zależności od rodzaju zastosowanej siatki i techniki jej zakładania // *Ginekologia polska.* - 2013. - №7. – S.596-602.

РАССТРОЙСТВА МОЧЕИСПУСКАНИЯ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА

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

УО "Гродненский государственный медицинский университет"

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Актуальность. Одной из ведущих причин расстройств мочеиспускания у женщин является генитальный пролапс (ГП). Хирургическая коррекция ГП синтетическими протезами позволяет добиться хороших анатомических результатов, однако влияние восстановления анатомического положения органов малого таза на состояние мочеиспускания практически не изучено.

Цель. Оценить влияние корригирующих ГП операций с использованием синтетических сетчатых протезов по принципу Prolift на качество мочеиспускания.

Методы исследования. Изучили результаты хирургической коррекции различных видов ГП в сочетании с различными расстройствами мочеиспускания без манифестных форм НМ методом влагалищной кольпопексии сетчатыми протезами по принципу Prolift у 56 женщин. У 37 из них было полное выпадение матки, у 13 опущение матки II-III ст. с опущением стенок влагалища и у 6 отмечено выпадение купола культи влагалища. У 34 женщин имело место обструктивное мочеиспускание, обструктивное мочеиспускание в сочетании с гиперактивным мочевым пузырем (ГМП) без императивного недержания мочи ("сухой" ГМП) – у 6; "сухой" ГМП – у 9; скрытое недержанием мочи при напряжении (НМпН) – у 4, императивное недержание мочи (НМ) – у 2 и обструктивное мочеиспускание + скрытое НМпН – у 1. Всем выполнена влагалищная внебрюшинная кольпопексия с использованием синтетических протезов по принципу Gynecar Prolift anterior и posterior. Состояние мочеиспускания изучили в сроки 1 месяц, 1-2 и 3-5 лет после операции.

Результаты и их обсуждение. Через 1 месяц после операции у всех 56 оперированных женщин анатомическое положение органов

малого таза оценено как опущение стенок влагалища I-II ст., при этом мочеиспускание нормализовалось у 46 женщин (82,1%), у 7 (12,5%) женщин проявилось НМпН; "сухой" ГМП имел место у 2 (3,6%) и болезненное мочеиспускание имело место у 1 (1,8%) пациентки. Т.о. непосредственный результат восстановления анатомического положения органов малого таза позволил у 82,1% оперированных нормализовать мочеиспускание.

Через 1-2 года после операции изучили состояние 22 женщин. Анатомически положение органов малого таза расценено как опущение матки или стенок влагалища II ст. – у 8 и у 14 анатомическое положение органов малого таза оценено как опущение матки и стенок влагалища I ст. До операции среди этих 22 женщин обструктивное мочеиспускание имело место у 14 и ГМП у 8 (у 7 «сухой» ГМП). Через 1-2 года после операции расстройств мочеиспускания не отмечали 11 женщин (50,0%), «сухой» ГМП имел место у 8 (36,4%); манифестное НМпН появилось у 2 (9,0%) и ГМП с эпизодами императивного НМ («мокрый ГМП») – у 1 (4,5%).

Спустя 1-2 года после операции только 50,0% оперированных женщин отмечали нормальное мочеиспускание, наиболее часто отмечался «сухой» ГМП, причем у 6 из 8 женщин с клиническими проявлениями «сухого» ГМП до операции имели место проявления гиперактивности мочевого пузыря.

Таблица. Положение матки и состояние мочеиспускания у женщин через 3-5 лет после кольпопексии

Состояние до операции		Через 3-5 лет после операции		
Вид ГП	Мочеиспускание	Анатомия	Функция	
Выпадение матки - 22	"Сухой" ГМП + обструкт. моч. - 4	Опущение матки II ст- 2	Поллакиурия - 2	
		N-2	НМпН - 1	
			N-1	
	"Сухой" ГМП - 1	Опущение матки II ст. - 1	Обструктивное Моч. - 1	
	Скрытое НМ -2	Опущение матки II ст. - 2	N-2	
		N-6	Поллакиурия – 5.	ГМП - 1
			N-2.	
Ноктурия – 1.			Поллакиурия - 3	
Обструктивное мочеиспускание - 14	Опущение матки II ст. 6	N-1		
	Рецидив выпад матки – 1	N - 1		
Императивное НМ-1	Сужение влагалища - 1	Ректоцеле II ст. - 1	N - 1	
		Сужение влагалища - 1	N - 1	
Выпадение купола культи влагалища - 4	Обструктивное мочеиспускание – 2	N - 2	N- 1	
			De novo ГМП с НМ - 1	
	Обструктивное мочеиспускание + скрытое НМ – 1	Опущение стенок влагалища - 1	De novo ГМП с НМ - 1	
Обструктивное мочеиспускание + "сухой" ГМП – 1	Опущение стенок влагалища - 1	НМпН - 1		

Опущение матки II-III ст., цистоцеле II-III ст., ректоцеле II-III ст. - 8	Скрытое НМ - 2	N- 1	НМпН - 1
		Цистоцеле II ст - 1	N - 1
	Обструктивное мочеиспускание - 3	Боковое цистоцеле – 1	N-1
		N - 2	"Сухой" ГАМП-1 N - 1
	Сухой ГАМП - 2	Цисто-ректоцеле I-II ст.-1	Поллакиурия- 1
		N- 1	Поллакиурия - 1
Обструктивное мочеиспускание – 1	N - 1	N - 1	

Через 3-5 лет после операции состояние мочеиспускания изучили у 34 женщин. (Таблица). Как видно из таблицы, анатомическое положение матки и стенок влагалища у 15 (44,1%) женщин после операции оценено как опущение матки и стенок влагалища I ст. (в таблице - N). Опущение матки II ст. диагностировано у 11 женщин, опущение стенок влагалища I-II ст. - у 6; сужение влагалища - у 1 и рецидив выпадения матки - у 1 женщины.

Среди 34 женщин через 3-5 лет после кольпопексии по принципу Prolift anterior и posterior только 13 (38,2%) женщин не отмечали расстройств мочеиспускания. У 17 (50,0%) отмечались признаки ГАМП, а манифестное НМпН отмечено у 3 (8,8%).

Таким образом, с увеличением срока после операции отмечается снижение ее эффекта относительно качества мочеиспускания, достигнутого непосредственно после вмешательства с 82,1% через 1 месяц после операции, до 50,0% через 1-2 года и до 38,2% через 3-5 лет. В то же время, анатомическое положение органов малого таза через 3-5 лет после операции практически не отличается от анатомического положения органов таза через 1-2 года после операции и его можно оценить, как вполне удовлетворительное.

РЕНТГЕНОВСКАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ОБСЛЕДОВАНИИ ЖЕНЩИН С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ

Нечипоренко А.Н.¹, Нечипоренко А.С.²

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет»

² УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Актуальность. Проблема стрессового недержания мочи одна из ведущих и актуальных в урогинекологии. Применяемые в настоящее время стандартные рентгеновские методики обследования пациенток с недержанием мочи при напряжении не позволяют получить четкую информацию о степени подвижности пузырно-уретрального сегмента и состояния уретры, в связи с этим разработан метод оценки состояния мочевого пузыря и уретры с помощью рентгеновской компьютерной томографии таза [1].

Цель исследования. Представление разработанного нами метода рентгеновской компьютерной томографии, задачей которого является объективно диагностировать недержание мочи при напряжении и