

диагностическая эффективность – 82,4%.

Выводы. Таким образом, способ оценки риска развития ЮРА позволяет существенно улучшить качество выявления ЮРА у детей при первичном обращении за медицинской помощью без длительного динамического наблюдения. Данный способ может быть применен в работе кардиоревматологических и соматических отделений педиатрических стационаров для ранней диагностики артритов у детей, не имеет противопоказаний, прост в исполнении, основан на принципах доказательной медицины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ревматология: национальное руководство / под ред. Е. Л. Насонова, В. А. Насоновой. – Москва : ГЭО-ТАР-Медиа, 2010. – 720 с.
2. Беляева, Л. М. Болезни суставов у детей : метод. пособие / Л. М. Беляева, И. Д. Чижевская. – Минск: ДокторДизайн, 2015. – 112с.
3. One year in review 2016 : pathogenesis of rheumatoid arthritis / E. Bellucci [et al.] // ClinExpRheumatol. – 2016. – Vol. 34. – P. 793–801.
4. Наумов, А. В. Определение гомоцистеина методом ВЭЖХ с предколоночной дериватизацией в микрообъемах биологических жидкостей / А. В. Наумов, Е. М. Дорошенко // Аналитика РБ – 2010 : сб. тезисов докладов республикан. науч. конф. по аналит. химии с междунар. участием. – Минск, 2010. – С. 138.
5. Мысливец, М. Г. Роль гомоцистеина в развитии ювенильного ревматоидного артрита / М. Г. Мысливец, А. В. Наумов, Н. С. Парамонова // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2017. – Т. 15, № 2. – С. 144–148.

РЕЦИДИВЫ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ УРЕТРОПЕКСИИ СИНТЕТИЧЕСКОЙ ЛЕНТОЙ ПО ПРИНЦИПУ TVT

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

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. В специальной литературе термином «рецидив недержания мочи при напряжении» (НМпН) обозначается как сохраняющееся недержание мочи сразу после хирургического лечения, так и повторно возникшее НМпН по истечению какого-то периода полностью восстановленной континенции [1,2]. Однако, с учетом причин этих двух состояний и с позиции смыслового значения термина «рецидив» объединять не излеченное хирургическим вмешательством НМпН и вновь возникшее НМпН, после периода полного удержания мочи, одним термином «рецидив» в принципе не верно.

Цель. По этому мы считаем правильным называть сохраняющееся сразу

после операции НМпН «первично не излеченным НМпН» в силу ошибок в диагностике вида НМ или в силу погрешностей в проведенной операции, а повторно возникшее НМпН, после клинического выздоровления пациентки, продолжавшегося не менее 1 месяца после операции, называть «рецидивом НМпН». Этими дефинициями мы и будем пользоваться при последующем изложении материала. Анализ публикаций, посвященных лечению рецидивных форм НМпН, показывает, что в таких случаях только хирургическое вмешательство может восстановить механизм удержания мочи.

Методы исследования. Среди наших 209 оперированных по поводу НМпН пациенток у 5 ($2,4 \pm 1,0\%$) наблюдали первично не излеченное НМпН и у 11 ($5,3 \pm 1,5\%$) через 6 месяцев – 5 лет полной континенции развился рецидив НМпН. Причиной первично не излеченного НМпН было недостаточное натяжение подуретральной ленты и невозможность увеличить степень натяжения ленты после операции не прибегая к хирургической интервенции. Причиной возникновения рецидива НМпН было ослабление давления ленты на уретру в силу ряда причин: у 5 женщин отмечена избыточная масса тела, у 3 выраженные атрофические изменения слизистой влагалища и уретры и у 3 – не соблюдение рекомендованных ограничений физических нагрузок. Таким образом частота неудачных операций (первично не излеченное НМпН и рецидивы НМпН) в наших наблюдениях составила 7,6%, что статистически не отличается от приводимых в литературе о результатах операций выполненных оригинальной системой TVT. Всем женщинам с первично не излеченным НМпН и с рецидивами НМпН была предложена хирургическая коррекция. На операцию согласились 3 пациентки с первично не излеченным НМпН и 9 женщин с рецидивом НМпН.

Результаты и их обсуждение. Женщины с первично не излеченным НМпН оперированы через 2-3 месяца после первичной операции. Восстановление механизма удержания мочи у женщин с первично не излеченным НМпН и рецидивом НМпН достигли повторной уретропексией по принципу TVT. Операцию начинали с удаления подуретрального сегмента ранее установленной ленты. Затем имплантировали ленту по разработанной нами методике. Только перфораторы проводили из точек в надлобковой области расположенных на 1-1,5 см латеральнее первоначальных. Вмешательства прошли без осложнений. Континенция восстановлена во всех случаях, однако у 3 пациенток на вторые сутки пришлось провести коррекцию степени натяжения подуретральной ленты, поскольку в одном случае была выявлена избыточная обструкция уретры лентой, а у 2 пациенток отмечено недостаточное натяжение ленты, что проявилось положительной кашлевой пробой. Коррекцию степени натяжения ленты удалось провести благодаря сохраненным под повязкой концам ленты выведенной на кожу надлобковой области. У этих трех пациенток было восстановлено полное удержание мочи и адекватное мочеиспускание. Продолжительность наблюдения за пациентками, перенесшими повторные операции по поводу первично не излеченного НМпН и рецидивов НМпН составила 11 месяцев – 3 года. Признаков

рецидива НМпН не отмечено.

Выводы. 1. Первично не излеченное НМпН требует ранней хирургической коррекции. 2. Рецидивы НМпН требуют хирургической коррекции сразу после манифестации рецидива. 3. Повторная уретропексия синтетической лентой по принципу TVT является надежным методом восстановления континенции у женщин с первично не излеченным НМпН и с рецидивом НМпН.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гвоздев, М.Ю. Рецидивные формы недержания мочи / М.Ю. Гвоздев // Экспериментальная и клиническая урология. – 2014. - №3. - С. 80-87. 2. Ashok, K. Recurrent urinary stress incontinence: an overview / K. Ashok, A. Wang // J. Obstet. Gynaecol. Res.- 2010. - Vol. 36. - № 3. - P. 467-473.

ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДИАПАЗОНА СМЕЩЕНИЯ НИЖНЕЙ ТОЧКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ЖЕНЩИН С ЦИСТОЦЕЛЕ И РАССТРОЙСТВАМИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ

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

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

Актуальность. Цистоцеле и стрессовое недержание мочи у женщин являются актуальной медицинской, социальной и экономической проблемой. У пациенток, страдающих цистоцеле, нарушенная статика мочевого пузыря отрицательно сказывается на его функциональном состоянии и осложняется появлением сопутствующих заболеваний: стрессовое недержание мочи; гиперактивность мочевого пузыря, проявляющаяся императивными позывами к мочеиспусканию; задержка мочеиспускания [1, 2, 3]. Таким образом, исследования мочевыделительной системы у таких пациенток должны проводиться в обязательном порядке, так как именно эта сфера в наибольшей мере страдает при опущении и выпадении внутренних женских половых органов. В настоящее время вопрос документирующей диагностики цистоцеле и стрессового недержания мочи по-прежнему остается открытым. МРТ является эффективным методом визуализации, позволяющим оценить состояние тазового дна и в варианте динамического исследования провести детальную оценку цистоцеле без воздействия ионизирующего излучения.

Цель. Разработать критерии диагностики цистоцеле у женщин на основании данных МР-исследования.

Методы исследования. Проведен комплексный анализ результатов обследования пациенток с различными клиническими степенями цистоцеле и с