

лее чем на 3 см, при этом пузырь приобретает форму шляпки пластинчатого гриба, что более наглядно видно на мультипланарных корональных реконструкциях и реконструкциях с восстановлением объема и цветным картированием; четвертая степень – опущение нижней стенки мочевого пузыря ниже лоно-копчиковой линии более чем на 3 см, мочевой пузырь приобретает форму «песочных часов».

Выводы. Компьютерная томография дает достаточную информацию о состоянии статики органов малого таза женщины и позволяет выявить специфические признаки цистоцеле – опущение шейки мочевого пузыря ниже лонно-копчиковой линии. Однако, оценка связочно-фасциального аппарата таза при этом исследовании невозможна.

Оценка положения мочевого пузыря у женщин с опущением матки и передней стенки влагалища методом рентгеновской компьютерной томографии должна проводиться обязательно, поскольку результаты данных исследований позволяют объективно установив стадию цистоцеле, степень опущения матки и прямой кишки определить показания для хирургической коррекции генитального пролапса, а после операции – уточнить ее анатомический эффект по степени восстановления положения органов малого таза.

Литература

1. Нечипоренко, А.Н. Генитальный пролапс / А.Н. Нечипоренко, Н.А. Нечипоренко, А.В. Строцкий. – Минск: Вышэйшая школа, 2014.
2. Нечипоренко, А.Н. Малоинвазивные технологии в диагностике и хирургическом лечении недержания мочи при напряжении / А.Н. Нечипоренко, А.Ю. Прудко, Ф.К. Осей, А.С. Нечипоренко // ARSmedica. – 2013. – № 5. – С. 94 – 97.
3. Нечипоренко, А.С. Роль рентгеновской компьютерной томографии в обследовании женщин с недержанием мочи при напряжении и генитальным пролапсом / А.С. Нечипоренко, А.Н. Нечипоренко // Современные диагностические технологии нейровизуализации : материалы респ. науч.- практ. конф., Минск, 14 нояб. 2014г. / Минск БелМАПО ; Е.А. Руцкая (отв. ред.) [и др.]. – Минск, 2014. – С. 61 – 62.

РОЛЬ УРОЛОГА В РАБОТЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Нечипоренко Н.А., Бут-Гусаим Л.С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
УО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»

Актуальность. Анатомическая близость органов женской половой сферы к тазовым отделам мочеточников, мочевому пузырю и уретре объясняет сравнительно частое развитие патологических изменений в мочевой системе, вызванных заболеваниями внутренних женских половых органов и гинекологическими операциями. [1, 2, 3]. Это и диктует необходимость взаимодействия гинекологов с урологами при обследовании и лечении ряда женщин, находящихся в гинекологическом стационаре.

Цель. Определить место и роль уролога в обследовании и лечении некоторых гинекологических больных.

Метод исследования. Проведен анализ клинических ситуаций, потребовавших активного участия уролога в обследовании и лечении женщин, находившихся в гинекологической клинике.

Результаты и их обсуждение. Участие уролога в обследовании и лечении гинекологических больных оказалось необходимым в следующих случаях:

- сопутствующих заболеваний мочевой системы,
- генитального пролапса (ГП) с или без расстройств мочеиспускания;
- миомы матки с расстройствами мочеиспускания;
- инфильтративных формы эндометриоза с вовлечением в процесс нижних мочевыводящих путей;
- повреждения органов мочевой системы в ходе гинекологических операций;
- осложнений со стороны мочевой системы после гинекологических операций;
- инфекции мочевыводящих путей;
- рака шейки и тела матки, рака яичников;
- нарушений мочеиспускания в ходе лучевой терапии по поводу рака шейки матки;
- диспансерного наблюдения за женщинами перенесшими комбинированное лечение по поводу рака шейки или тела матки, рака яичников.

Одной из наиболее частых причин расстройств мочеиспускания у женщин явились различные виды ГП. В основе таких расстройств как поллакиурия, гиперактивный МП; обструктивное мочеиспускание, НМпН, смешанные формы недержания мочи (НМ) лежат изменения анатомического положения мочевого пузыря (формирование цистоцеле) и уретры (уретроцеле). В подобных ситуациях уролог должен оценить анатомическое и функциональное состояние органов мочевой системы и прогнозировать функциональный эффект хирургической коррекции ГП.

Наиболее значимым расстройством мочеиспускания у женщин с ГП является НМпН и смешанные формы НМ. Но если манифестные формы НМпН у женщин с ГП не представляют трудностей в диагностике и выборе лечебной тактики, то у 10-15% женщин с ГП имеют место так называемые скрытое НМпН и НМпН с минимальными объемами теряемой мочи, диагностика которых представляет определенные трудности.

Поэтому перед операцией по поводу ГП все пациентки должны быть обследованы урологом на предмет выявления этих форм НМпН.

При полном выпадении матки страдают не только МП, но и тазовые отделы мочеточников. Может развиваться сужение тазовых отделов мочеточников с формированием двустороннего гидроуретеронефроза с исходом в ХПН. Поэтому при полном выпадении матки уролог должен уточнить состояние почек, верхних и нижних мочевыводящих путей.

В случаях большой миомы матки, или когда миоматозный узел исходит из шейки матки, значительно изменяется положение МП и часто изменяется ход мочеточников. В такой ситуации выполнение хирургического вмешательства по поводу миомы чревато повреждением МП или мочеточника. В этих случаях урологическое обследование, уточняя анатомическое положение МП и мочеточников, снижает риск интраоперационного повреждения этих органов. А в случаях повышенного риска интраоперационного контакта с мочеточниками уролог может помочь гинекологу предоперационной катетеризацией мочеточников, а иногда и участием в операции.

В случаях инфильтративного эндометриоза, перед операцией необходима детальная оценка состояния МП и мочеточников, поскольку вовлечение этих органов в инфильтраты отмечается не редко. Участие уролога в операции при инфильтративном эндометриозе весьма желательно, а в случаях диагностированного вовлечения в процесс мочевого пузыря или мочеточников – просто необходимо, поскольку может потребоваться вмешательство и на органах мочевой системы.

Если в ходе операции произошло повреждение в области задней стенки у шейки МП или повреждение мочеточника, то в операционную должен быть приглашен уролог для коррекции повреждения.

Нарушения мочеиспускания в виде затрудненного мочеиспускания, вплоть до полной задержки мочеиспускания, нередко наблюдаются у женщин после гинекологической операции. Привлечение уролога в такой ситуации так же необходимо для проведения оптимальной терапии.

Расстройства мочеиспускания в виде поллакиурии, болезненного мочеиспускания с макрогематурией наблюдаются у женщин страдающих раком шейки матки с прорастанием опухоли в МП и у женщин на высоте лучевой терапии или после лучевой терапии по поводу рака шейки матки. Уролог должен сделать заключение о состоянии мочевого пузыря и верхних мочевыводящих путей, что позволит уточнить причину расстройств мочеиспускания и определить адекватное лечение.

В ходе диспансерного наблюдения за женщинами, которым было проведено радикальное лечение по поводу рака шейки или тела матки, рака яичников урологом обязательно должно контроли-

роваться состояние мочевого системы. Своевременное выявление гидроуретеронефроза, постлучевого хронического цистита позволит провести соответствующее лечение, и тем самым улучшить результат лечения по поводу основного заболевания.

После гинекологической операции в раннем послеоперационном периоде консультация уролога потребовалась в случаях:

- острой задержки мочеиспускания,
- появления болей в поясничной области;
- снижения суточного диуреза до уровня олигурии (600-500 мл);
- развития анурии;
- появления крови в моче;
- выделения мочи из влагалища;
- болей в области операционной раны и гектической температуры.

Приведенные ситуации требуют немедленного исключения повреждения органов мочевого системы не замеченного в ходе выполнения операции.

Вывод. Эффективная и качественная работа гинекологической клиники требует тесного контакта с урологами для полного использования возможностей в диагностике и лечении сочетанных гинекологических и урологических заболеваний, снижения риска ятрогенных повреждений мочевого органов и адекватного лечения случайных повреждений органов мочевого системы в ходе гинекологических вмешательств.

Литература

1. Нечипоренко Н.А. Урогинекология / Н.А. Нечипоренко, М.В. Кажина, В.В. Спас . - Минск: "Вышэйшая школа", 2005. – 205с.
2. Дивакова Т.С. Пролапс внутренних половых органов и стрессовое недержание мочи у женщин: патогенез, клиника, диагностика, современные подходы к лечению / Т.С. Дивакова, Е.А. Мицкевич // Репродуктивное здоровье в Беларуси. – 2009. - № 5. – С. 21-37.
3. Ищенко А.И. Работа гинекологического стационара / А.И. Ищенко, Ю.В. Чушков // Междисциплинарные проблемы в урологии: руководство для врачей; под ред. В.П. Глыбочко и Ю.Г. Аляева. – М., "Медфорум", 2015. – Гл. 11. – С. 433-435.

ГЕНИТАЛЬНЫЙ ПРОЛАПС И ГИПЕРАКТИВНЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ

Нечипоренко Н.А., Юцевич Г.В., Лотошинская Н.С.
УО "Гродненский государственный медицинский университет"

Актуальность. Гиперактивный мочевого пузырь (ГАМП) – одно из наиболее частых расстройств мочеиспускания у женщин с генитальным пролапсом (ГП).

Под ГАМП в настоящее время следует понимать «синдром, представленный симптомами императивности с или без императивного недержания мочи, обычно в сочетании с учащением моче-