

чалось нарушение его опорожнения, что проявлялось затрудненным мочеиспусканием и появлением остаточной мочи.

Все женщины оперированы. Нарушенную статику тазовых органов восстанавливали имплантацией сетчатых протезов по технике Prolift, а континенцию восстанавливали имплантацией подуретральной синтетической ленты по технике TVT.

После хирургической коррекции нарушений статики передней стенки влагалища и мочевого пузыря и восстановления континенции на цистограммах отмечалось значимое снижение степени опущения мочевого пузыря относительно лонного сочленения. После операции TVT нижний контур мочевого пузыря был расположен горизонтально.

Заключение. Рентгеновские исследования (РЦ и МСКТ) у женщин с опущением и(или) выпадением матки или передней стенки влагалища позволяют оценить анатомическое состояние мочевого пузыря. Исследования, выполненные после операции, позволяют оценить анатомический эффект проведенного вмешательства по степени восстановления положения мочевого пузыря.

СОСТОЯНИЕ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН С ОПУЩЕНИЕМ ИЛИ ВЫПАДЕНИЕМ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

*Нечипоренко А.Н.¹, Прудко А.Ю.²,
Нечипоренко А.С.², Мятлева И.А.²*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»²,

Гродно, Республика Беларусь

Актуальность проблемы. Уточнение состояния мочевой системы у женщин с различными стадиями опущения матки и передней стенки влагалища представляется чрезвычайно важным, поскольку мочевая система в этой ситуации страдает в первую очередь.

Цель исследования. Показать разрешающие возможности экскреторной урографии (ЭУ) и магнитно-резонансной томогра-

фии (МРТ) в оценке состояния мочевого системы у женщин с опущением или выпадением внутренних половых органов.

Материал и методы. Наблюдали 76 женщин в возрасте 35–80 лет с ГП I ст. – 8; II ст. – 19; III ст. – 28; IV ст. – 21 (классификация POP-Q). Всем женщинам выполнены ЭУ, 36 пациенткам – статическая и динамическая (МРТ) таза.

Результаты. По результатам МРТ таза мы выделили 4 степени опущения мочевого пузыря (цистоцеле).

Цистоцеле I степени. На МРТ таза в сагиттальной плоскости нижний контур мочевого пузыря находится между верхним краем и серединой лобкового симфиза.

Цистоцеле II степени. На МРТ нижний контур мочевого пузыря находится ниже середины лобкового симфиза, но не опускается ниже лонно-копчиковой линии.

Цистоцеле III степени. На МРТ нижний контур мочевого пузыря опускается не более чем на 3 см ниже лонно-копчиковой линии (рис. 1).

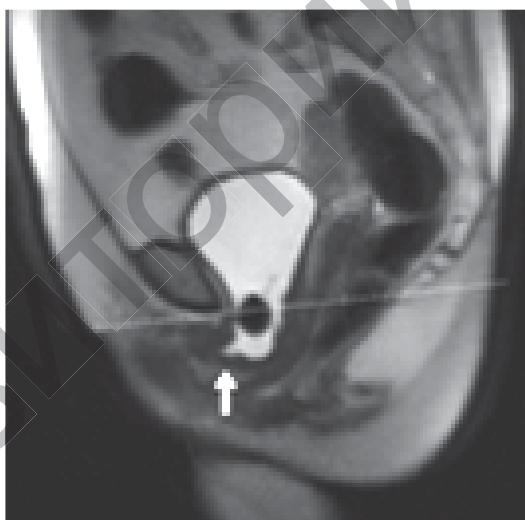


Рис. 1 – МРТ таза пациентки с цистоцеле III степени и недержанием мочи при напряжении

Исследование в сагиттальной плоскости на высоте пробы Вальсальвы. Нижний контур мочевого пузыря находится на 2,8 см ниже лонно-копчиковой линии (обозначена прямой). Просвет уретры открыт (показано стрелкой).

Цистоцеле IV степени. На МРТ таза нижний контур мочевого пузыря опускается ниже лонно-копчиковой линии больше, чем на 3 см.

Состояние уретры также оценивали по результатам динамиче-

ческой МРТ таза в сагиттальной плоскости при кашле. Кроме четкой визуализации органов малого таза, удалось зафиксировать и открытие уретры при кашле, что объективно подтверждало наличие у пациентки именно недержания мочи при напряжении (рис. 1).

Опущение мочевого пузыря I и II степени не вызывало изменений в верхних мочевыводящих путях у обследованных нами женщин.

Среди 49 женщин с опущением мочевого пузыря III и IV степени отсутствие изменений со стороны верхних мочевыводящих путей по данным ЭУ отмечено только у 5 женщин. У 44 отмечено сужение просвета интрамуральных отделов мочеточников, что у 11 пациенток на момент обследования сопровождалось односторонней атонией лоханки почки и мочеточника, у 12 – аналогичные изменения выявлены с обеих сторон; у 13 женщин диагностирован односторонний уретерогидронефроз и у 8 пациенток – двусторонний уретерогидронефроз (рис. 2).

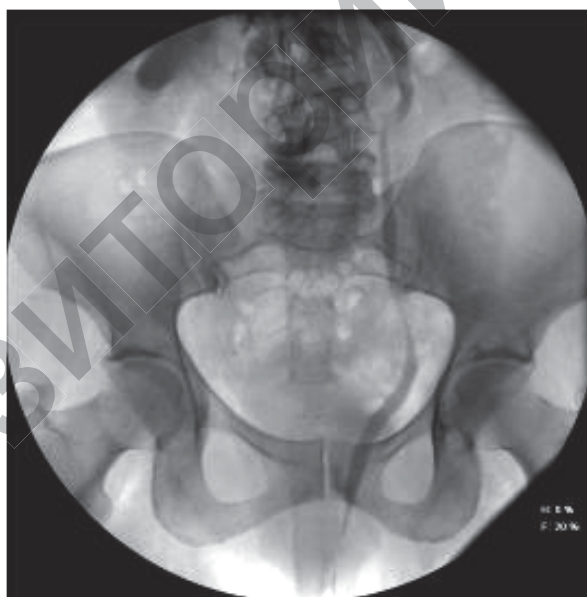


Рис. 2 – Экскреторная урограмма больной с полным выпадением матки. Гидронефроз справа

Область устья левого мочеточника находится ниже нижнего края лонного сочленения. Сужение дистального отдела левого мочеточника с формированием уретерогидронефроза

У 5 пациенток с двусторонним гидроуретеронефрозом отмечено повышение мочевины и креатинина в сыворотке крови, соответствовавшее ХПН III ст.

Заключение. Состояние мочевой системы у женщин с опущением матки и передней стенки влагалища должно уточняться методами ЭУ и МРТ таза, что позволяет, выявив изменения в системе мочевыделения, установить показания для адекватной хирургической коррекции ГП, а при необходимости провести и адекватную реконструкцию мочевыводящих путей. Кроме того, эти методы исследования мочевой системы позволяют оценить эффект проведенного хирургического лечения женщин с генитальным пролапсом III–IV ст.

РЕКТО- И ЭНТЕРОЦЕЛЕ: ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКОГО ПРОТЕЗА

*Нечипоренко Н.А.¹, Нечипоренко А.Н.¹, Мицкевич В.А.²,
Можейко М.А.¹, Юцевич Г.В.²*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»²,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность проблемы. Радикальным методом лечения ректоцеле с энтероцеле или без такового является хирургическое вмешательство с использованием синтетических сетчатых протезов. В настоящее время разработана оригинальная сетчатая система Gynekar Prolift posterior, позволяющая провести реконструкцию задней стенки влагалища за счет замещения несостоятельной прямокишечно-влагалищной фиксации сетчатым протезом. Недостатком оригинальных протезов является их высокая стоимость.

Цель исследования. В настоящем сообщении представляем наш опыт диагностики ректоцеле с энтероцеле или без такового и собственную технологию хирургического лечения этой патологии с использованием синтетического сетчатого протеза по принципу Prolift posterior, позволившую снизить стоимость операции в 13 раз при полном сохранении эффективности оригинальной системы Gynekar Prolift posterior.

Материал и метод. Наблюдали 97 женщин с ректоцеле. У 23