поддерживающего аппарата малого таза, участвующих в функционировании механизма сохранения органов в физиологическом положении.

Литература:

1. 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.

СЛОЖНОСТИ ВЫБОРА ОПОРНЫХ ТОЧЕК ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЫРАЖЕННОСТИ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА У ЖЕНЩИН

А.С. Нечипоренко
Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии
Научный руководитель – д-р мед. наук, профессор, академик Национальной Академии наук Беларуси, Лауреат Государственной премии Республики Беларусь А.Н. Михайлов

Актуальность. Генитальный пролапс (ГП) – заболевание полифакторное, в его развитии важную роль играют анатомические, физические, генетические и ятрогенные причины. Применяемые в настоящее время рентгеновские методики обследования пациенток с ГП не позволяют получить четкую информацию о степени подвижности пузырно-уретрального сегмента, в связи с этим проблема диагностики остается во многом не решенной.

Цель. Объективизация диагностики ГП у женщин, поиск опорных точек для определения возможности классифицирования ГП в зависимости от степени выраженности по результатам данных магнитно-резонансной томографии (МРТ).

Задачи и методы исследования. МРТ – это эффективный, не инвазивный метод визуализации, который позволяет оценить состояние тазового дна и в варианте динамического исследования провести детальную оценку ГП без воздействия ионизирующего излучения. Ориентиры определения ГП разнятся в зависимости от авторов. Большинство авторов является приверженцами использования лонно - копчиковой линии (ЛКЛ), простирающейся от нижней части лобка до свободной части копчика. Считается, что она представляет собой плоскость фиксации всех основных вспомогательных структур тазового дна, и любое смещение ориентиров ниже этой линии, на динамических последовательностях, следует рассматривать как патологическое изменение. Имеются и приверженцы использования лонно-крестцовой линии (ЛКрЛ), которая связывает нижний край лонного сочленения с крестцово-копчиковым суставом. Пролапсы оцениваются количественно путем проведения перпендикулярной линии к ЛКЛ либо к ЛКрЛ, проходящей через подвижные ориентиры. Подвижными ориентирами считаются: шейка мочевого пузыря, задняя стенка мочевого пузыря; шейка матки или свода влагалища, в случае ранее проведенной экстирпации матки; и передняя стенка прямой кишки.

Результаты и выводы. При проведении измерений смещения тазовых органов относительно ЛКЛ и ЛКрЛ нами было отмечено изменение угла наклона данных линий относительно аксиальной плоскости таза в спокойном состоянии и на высоте пробы Вальсальвы. В связи с этим было проведено измерение вариабельности углов отклонения данных линий (для ЛКЛ – угол 1ах и для ЛКрЛ – угол 2 ах) относительно горизонтальной аксиальной линии проходящей через нижний край лонного-сочленения. Напомним, что нижний край лонного сочленения является первой точкой «опоры» ЛКЛ и ЛКрЛ. Получена более выраженная вариабельность угла 1ах по сравнению с углом 2ах: угол 1ах в среднем изменялся на 5,7 градуса (разница при МРТ в спокойном состоянии и при динамической МРТ); угол 2ах в среднем изменялся на 4,2 градуса (разница при МРТ в спокойном состоянии и при динамической МРТ). При этом отмечается достаточно большое среднее значение угла 2ах (до 20,2 градусов, при мах значении до 40,6 градуса), что при измерениях ГП относительно данной линии будет заведомо увеличивать их степень. Среднее значение угла 1ах – 12,2 градуса (мах значение до 34,4 градуса). Таким образом, широкое распространение МРТ исследования по-

Репозиторий ГрГМУ

прежнему ограничено из-за отсутствия унифицированности техники исследования и определенных референтных линий и опорных точек для определения степеней выраженности ГП.

Литература:

1. Нечипоренко, А.Н. Генитальный пролапс / А.Н. Нечипоренко, Н.А. Нечипоренко, А.В. Строцкий. — Минск : Вышэйшая школа, 2014.

МРТ В ОЦЕНКЕ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ У ЖЕНЩИН С ГЕНИТАЛЬНЫМ ПРОЛАПСОМ

А.С. Нечипоренко
Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии
Научный руководитель – д-р мед. наук, профессор, академик Национальной Академии наук Беларуси, Лауреат Государственной премии Республики Беларусь А.Н. Михайлов

Актуальность. Генитальный пролапс (ГП) и недержание мочи при напряжении (НМпН) у женщин в настоящее время представляет актуальную медицинскую, социальную и экономическую проблему. В связи с отсутствием четкой документирующей диагностики имеются множественные недостатки в клинических классификациях этих страданий.

Цель. Объективизация диагностики ГП и НМпН у женщин, оценка значения магнитно-резонансной томографии (МРТ) в уточнении особенностей нарушения статики мочевого пузыря (МП) у пациенток с опущением или выпадением внутренних половых органов перед хирургической коррекцией.

Задачи и методы исследования. МРТ позволяет уточнить и документировать положение тазовых органов по отношению к костным структурам таза в покое и при проведении пробы Вальсальвы, а также позволяет выявить специфический признак недержания мочи при напряжении – открытие просвета уретры и заполнение ее содержимым мочевого пузыря пузыря в процессе эпизодов повышения давления в брюшной полости, и прекращения выделения содержимого при снижении давления в брюшной полости. Выполнялась МРТ таза на МР-аппарате Philips Ingenia 1,5Тс с поверхностной туловищной катушкой. Обследование пациенток проводилось в положении лежа на спине с согнутыми нижними конечностями под углом 45 градусов в коленных и тазобедренных суставах и разведенных до угла 70 градусов. МП предварительно заполняли 200 мл жидкости. Первым этапом получали Т2ВИ в трех ортогональных плоскостях с помощью турбо спин-эхо последовательностей. Вторым этапом, проводилось получение динамических изображений с помощью последовательностей «Single Shot» и «Realtime».

Результаты и выводы. Выполнение исследования в спокойном состоянии и на высоте пробы Вальсальвы необходимо для оценки степени подвижности МП, уретры, стенок влагалища и матки относительно линии, соединяющей нижний край лонного сочленения и копчик (лонно-копчиковая линия - ЛКЛ). В спокойном состоянии задняя стенка МП находится всегда выше ЛКЛ. При наличии ГП задняя стенка МП опускается, МП меняет свою форму, что и фиксируется на томограммах. Степень опущения задней стенки МП определяется по расстоянию от нижней точки стенки до ЛКЛ. Проведена обработка данных МР-исследований у 44 пациенток. Средний возраст обследуемых составил 57,02 года. По результатам измерений опущения внутренних половых органов относительно ЛКЛ определено: цистоцеле II степени – 15 случаев (34,1%), из них у 9 пациенток имелись признаки НМпН (20,5%); цистоцеле III степени – 21 случай (47,7%) и НМпН отмечалось из них у 15 пациенток (34,1%); и цистоцеле IV степени – 8 случаев (18,2%), из них у 2 женщин имелся специфический признак НМпН (4,5%). Таким образом, НМпН было выявлено у 26 пациенток (59,1%) с различными степенями ГП.

МРТ в варианте динамического исследования обладает высокой разрешающей способностью в доказательстве НМпН у женщин с ГП, позволяя документально зафиксировать специфических признак НМпН.

Литература:

Репозиторий ГрГМУ