

В этой же группе женщин через 3-5 лет после операции расстройств мочеиспускания не было только у 6 (20,0%), а у 24 (80,0%) отмечались различные расстройства мочеиспускания: рецидив НМпН – 3, "мокрый" ГАМП – 4; "сухой" ГАМП – 1; поллакиурия – 6; императивные позывы – 10.

Выводы.

1. Коррекция ГП кольпопексией протезами по принципу Prolift total позволяет надежно восстановить анатомическое положение органов малого таза.

2. По критерию восстановления удержания мочи лучшие результаты в симультанной коррекции ГП и НМпН дает уретропексия по принципу TVT.

3. Сочетание НМпН с симптомами императивности до симультанного хирургического лечения ГП и НМпН не позволяет надеяться на полную ликвидацию расстройств мочеиспускания после операции, даже при полном восстановлении механизма удержания мочи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оперативное лечение больных с опущением и выпадением матки в сочетании с недержанием мочи при напряжении /А.И. Ищенко [и др.] // Акуш. и гин. – 2000. - №1. – С.32-36.
2. Недержание мочи при напряжении после хирургического лечения пролапса тазовых органов / Н.В. Тупикина [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. – 2014. - №2. – С.82-87.

МРТ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИИ ПО УДАЛЕНИЮ МАТКИ

Нечипоренко А.С.¹, Михайлов А.Н.²

¹Гродненская областная клиническая больница,

²Белорусская медицинская академия последипломного образования

Актуальность. Генитальный пролапс у женщин в настоящее время представляет актуальную медицинскую, социальную и экономическую проблему. Рутинные рентгеновские методики обследования пациенток с генитальным пролапсом не позволяют получить четкую информацию о степени подвижности пузырно-

уретрального сегмента, в связи с этим проблема диагностики остается во многом не решенной и требует поиска новых, качественных и доказательных методик [1,2].

Магнитно-резонансная томография, в настоящее время, является наиболее точным методом визуализации патологических образований органов таза. Использование этого метода у женщин, перенесших операции по поводу опухолевых образований матки позволяет визуализировать и оценить степень нарушения статики тазовых органов женщины и документально в изображении зафиксировать моменты недержания мочи при напряжении.

Цель. Объективизация диагностики генитального пролапса у женщин, перенесших оперативное лечение по поводу опухолевых заболеваний матки, оценка значения магнитно-резонансной томографии (МРТ) в уточнении особенностей нарушения статики мочевого пузыря у пациенток с опущением или выпадением внутренних половых органов перед хирургической коррекцией.

Методы исследования. МРТ позволяет уточнить и документировать положение тазовых органов по отношению к костным структурам таза в покое и при проведении пробы Вальсальвы.

Нами выполнялась МРТ таза на МР-аппарате Philips Ingenia 1,5 Тс 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. Мочевой пузырь предварительно заполняли 200 мл жидкости. Первым этапом получали T2 взвешенные изображения в трех ортогональных плоскостях с помощью турбо спин-эхо последовательностей. Вторым этапом, проводилось получение динамических изображений с помощью последовательностей «Single Shot» и «Realtime». Процедура длится около 20 мин. Фиксированные ориентиры определения генитального пролапса разнятся в зависимости от авторов [3,4,5].

Результаты и их обсуждение. Выполнение исследования в спокойном состоянии и на высоте пробы Вальсальвы необходимо для оценки степени подвижности мочевого пузыря, уретры, стенок влагалища и матки. На срезах в сагиттальной плоскости через лобковый симфиз мы получали изображение мочевого пузыря, внутренних половых органов и прямой кишки, что позволило

оценить и сопоставить их положение в спокойном состоянии и на высоте пробы Вальсальвы, относительно линии, соединяющей нижний край лонного сочленения и копчик (лонно-копчиковая линия - ЛКЛ). В спокойном состоянии задняя стенка мочевого пузыря находится всегда выше ЛКЛ. При наличии генитального пролапса задняя стенка мочевого пузыря опускается, мочевой пузырь меняет свою форму, что и фиксируется на томограммах. Степень опущения задней стенки мочевого пузыря определяется по расстоянию от нижней точки стенки до ЛКЛ.

Проведена обработка данных МР-исследований у 51 пациентки. Средний возраст обследуемых составил 56,6 года.

По результатам измерений опущения внутренних половых органов относительно ЛКЛ в исследуемой группе определено: цистоцеле II степени в 15 случаях (29,4%, средний возраст 57,6 лет), цистоцеле III степени в 25 случаев (49,02 %, средний возраст 53,9 года), и цистоцеле IV степени у 11 пациенток (21,6%, средний возраст 64 года).

Из всех обследованных пациенток у 13 ранее были оперативные вмешательства по поводу опухолевых образований матки. В этой группе цистоцеле II степени было определено у 5 пациенток, причем у трех из них в сочетании с НМпН и у двух с ректоцеле. Цистоцеле III степени было выявлено у 3 пациенток в сочетании с энтероцеле в 2 случаях и в сочетании с НМпН в 2 случаях; а в 1 случае в сочетании с ректоцеле. Цистоцеле IV степени определено у 5 пациенток, причем в сочетании с ректоцеле у 1 пациентки, в сочетании с энтероцеле у 2 пациенток и в сочетании с НМпН у 3 пациенток.

Выводы. Магнитно-резонансная томография в варианте динамического исследования обладает высокой разрешающей способностью в доказательстве генитального пролапса у женщин, оперированных ранее по поводу опухолевых образований матки, позволяя документально оценить и зафиксировать подвижность органов малого таза, провести оценку структур подвешивающе-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. Нечипо-

ренко, А.Ю. Прудко, Ф.К. Осей, А.С. Нечипоренко // ARSmedica. – 2013. – № 5. – С. 94 – 97.

2. Нечипоренко, А.Н. Генитальный пролапс / А.Н. Нечипоренко, Н.А. Нечипоренко, А.В. Строчкий. — Минск : Вышэйшая школа, 2014.

3. Gufler, H. Pelvic floor descent: dynamic MR imaging using a half-Fourier RARE sequence. / H. Gufler [et al.] // Journal of Magnetic Resonance Imaging. – 1999. – Vol. 9. – P. 378–383.

4. Healy, J.C. Patterns of prolapse in women with symptoms of pelvic floor weakness: assessment with MR imaging. / J.C. Healy [et al.] // Radiology. – 1997. – Vol. 2003. – P. 77–81.

5. Kelvin, F.M. Female pelvic organ prolapse: diagnostic contribution of dynamic cystoproctography and comparison with physical examination. / F.M. Kelvin [et al.] // American Journal of Roentgenology. – 2009. – Vol. 173. – P. 31–37.

ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЛЕЙКОПЛАКИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ЖЕНЩИН

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

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Среди заболеваний слизистой мочевого пузыря (МП) наименее изученным является лейкоплакия.

Лейкоплакия МП представляет собой участок слизистой, в котором здоровый переходный эпителий замещен клетками плоского ороговевающего эпителия. Излюбленной локализацией лейкоплакии МП является мочепузырный треугольник (треугольник Лъето) [1].

Этиология и патогенез лейкоплакии МП на сегодняшний день не могут считаться установленными.

Возникновение очага лейкоплакии сопровождается часто повторяющимися эпизодами учащенного и болезненного мочеиспускания и болей внизу живота, что, зачастую, расценивается как рецидивирующий хронический цистит.

Дело в том, что в очаге лейкоплакии стенка МП лишается защитного барьера от воздействия мочи. Моча начинает проникать в подслизистый слой стенки пузыря, раздражая нервы и вызывая постоянный дискомфорт в виде частых позывов и болей при мочеиспускании. Кроме того, в очаге лейкоплакии не вырабатывается слизь, что позволяет бактериям фиксироваться к из-