

отсутствовала дифференцировка связки с одной стороны и в 5 случаях отсутствовала дифференцировка лонно-уретральных связок с обеих сторон; у 11 пациенток повреждений данных связок не выявлено.

В группе 23 пациенток с сохраненной континенцией повреждение лонно-уретральных связок было выявлено в 18 случаях (78,3%): асимметрия связок выявлена у 9 пациенток и у 9 отсутствовала дифференцировка связки с одной стороны; у 5 пациенток не было повреждения связок.

Выводы. Таким образом, МРТ таза у женщин с ГП и СНМ позволяет выявить несостоятельность связок тазового дна, формирующих подвешивающий аппарат органов малого таза и обеспечивающих функцию механизма удержания мочи. Наличие дефектов в связках тазового дна подтверждает необходимость их замещения синтетическими протезами для восстановления анатомического положения органов малого таза и нормализации функции механизма удержания мочи.

Литература

1. Пушкарь, Д. Ю. Диагностика и лечение сложных и комбинированных форм недержания мочи у женщин: автореф. дисс. д-ра, мед. наук. / Д. Ю. Пушкарь, – М., 1996.
2. Нечипоренко, А. Н. Диагностика генитального пролапса и вызванных им расстройств мочеиспускания: монография / А. Н. Нечипоренко, А. С. Нечипоренко. – Гродно : ГрГМУ, 2016. – 120 с.

КЛАССИФИКАЦИЯ ЦИСТОЦЕЛЕ У ЖЕНЩИН С ГЕНИТАЛЬНЫМ ПРОЛАПСОМ

Нечипоренко А. С.¹, Нечипоренко А. Н.²

¹УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

²УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Гродно, Беларусь

Актуальность. Проблема генитального пролапса – одна из ведущих и актуальных в урогинекологии. Одним из наиболее частых клинических проявлений опущения или выпадения женских внутренних половых органов (генитального пролапса – ГП) являются расстройства акта мочеиспускания [1, 2]. Это связано с тем, что опускающаяся передняя стенка влагалища увлекает за собой заднюю стенку мочевого пузыря, его шейку и уретру. Современные клинические классификации основываются только на результатах осмотра женщины в гинекологиче-

ческом кресле, делят ГП на 3, 4 и даже 5 степеней и рассматривают опущение или только матки, или матки и стенок влагалища, не имеют объективных критериев и не учитывают степень опущения мочевого пузыря. В настоящее время существует практическая потребность в разработке методики объективной, документально подтверждаемой оценки степени опущения мочевого пузыря, которая могла бы быть повторена и другими специалистами как для постановки показаний к хирургической коррекции цистоцеле, так и для объективной оценки анатомического эффекта проведенного вмешательства [3].

Цель. Разработать рентгеновскую классификацию цистоцеле как объективный критерий показаний к хирургической коррекции и оценке эффективности проведенной операции.

Материалы и методы исследования. Наблюдали 85 женщин в возрасте 35-80 лет с опущением внутренних половых органов разной стадии по классификации POP-Q: I ст. – 9; II ст. – 21, III ст. – 33; IV ст. – 22. Всем женщинам выполнены ретроградные цистограммы (РЦ) при заполнении мочевого пузыря 200 мл раствора, содержащего йодсодержащее контрастное вещество, в спокойном их состоянии и на высоте пробы Вальсальвы. Анализ полученных цистограмм позволил нам выделить 4 степени опущения мочевого пузыря (цистоцеле) по отношению к лонному сочленению.

Результаты и их обсуждение. *Опущение мочевого пузыря (цистоцеле) I степени.* (При влагалищном исследовании – опущении передней стенки влагалища I или II ст.). На цистограмме, выполненной в спокойном состоянии пациентки, мочевой пузырь занимает физиологическое положение. На цистограмме, выполненной на высоте пробы Вальсальвы, нижний контур мочевого пузыря находится ниже верхнего края лонного сочленения и может доходить до его середины.

Опущение мочевого пузыря II степени. (При влагалищном исследовании – опущение передней стенки влагалища II или III ст.). На цистограмме, выполненной в спокойном состоянии пациентки, нижний контур мочевого пузыря находится ниже верхнего края лонного сочленения, но не опускается ниже его середины. На цистограмме, выполненной на высоте пробы Вальсальвы, нижний контур мочевого пузыря опускается ниже середины лонного сочленения, но не выходит за его нижнюю границу.

Опущения мочевого пузыря III степени (При влагалищном исследовании – опущение передней стенки влагалища и матки II или III ст.). На цистограмме, выполненной в спокойном состоянии, нижний контур мочевого пузыря находится ниже верхнего края лонного

сочленения. На цистограмме, выполненной на высоте пробы Вальсальвы, нижний контур мочевого пузыря опускается ниже нижнего края лонного сочленения, но не более чем на 3 см, мочевой пузырь приобретает форму шляпки пластинчатого гриба.

Опущение мочевого пузыря IV степени (При влагалищном исследовании – полное выпадение матки). На цистограмме, выполненной в спокойном состоянии при вправленной матке, нижний контур мочевого пузыря находится ниже середины лонного сочленения. На цистограмме, выполненной на высоте пробы Вальсальвы, нижний сегмент мочевого пузыря опускается ниже нижнего края лонного сочленения более чем на 3 см. Мочевой пузырь приобретает форму песочных часов.

Приведенные изменения в положении мочевого пузыря нашли свое отражение на его функции, причем функциональные расстройства, в виде целого ряда нарушений мочеиспускания нарастали по мере увеличения степени опущения пузыря. Так, у наших пациенток с опущением мочевого пузыря I степени имело место недержание мочи при напряжении (НМпН) II степени; среди женщин с опущением мочевого пузыря II степени НМпН II-III степени отмечено у 8, смешанное недержание мочи (НМ) – у 5 и тазовые боли имели место у 5. У пациенток с опущением мочевого пузыря III степени НМпН II-III степени было у 8, смешанное НМ – у 15; тазовые боли отмечали 15 пациенток. У 16 женщин с опущением мочевого пузыря IV степени отмечалось обструктивное мочеиспускание, у 8 из них имелись признаки гиперактивности мочевого пузыря с императивным недержанием мочи или без такового, скрытое недержание мочи выявлено у 6 женщин, тазовые боли имели место у 9 пациенток.

РЦ, выполненная после операции, позволяет по положению мочевого пузыря, сравнивая его с положением до операции, объективно оценить и анатомический эффект хирургической коррекции опущения передней стенки влагалища и мочевого пузыря.

Цистоцеле I и II степени не требует замещения ослабленной лобково-шеечной фасции таза, поскольку в большинстве случаев это состояние не сопровождается расстройствами функции мочевого пузыря. В таких случаях показана поведенческая терапия и динамическое наблюдение за женщиной.

Цистоцеле III и IV степени требует замещения несостоятельной лобково-шеечной фасции синтетическим сетчатым протезом по типу Proliftanterior, поскольку в этих случаях, как правило, отмечается нарушение функции мочевого пузыря в виде обструктивного мочеиспускания или недержания мочи.

Вывод. Ретроградная цистография у женщин с ГП позволяет оценить степень опущения передней стенки влагалища и классифицировать цистоцеле, обоснованно определить показания для хирургической коррекции и оценить анатомический эффект проведенной операции по восстановлению положения мочевого пузыря.

Литература

1. Нечипоренко, А. Н. Генитальный пролапс / А. Н. Нечипоренко, Н. А. Нечипоренко, А. В. Строчкий. – Минск : Вышэйшая школа, 2014. – 399 с.
2. Нечипоренко, А. Н. Диагностика генитального пролапса и вызванных им расстройств мочеиспускания: монография / А. Н. Нечипоренко, А. С. Нечипоренко. – Гродно: ГрГМУ, 2016. – 120 с.
3. Недержание мочи при напряжении после хирургического лечения пролапса тазовых органов / Н. В. Тупикина и др. // Экспериментальная и клиническая урология. – 2014. – № 2. – С. 98-102.

РОЛЬ РЕНТГЕНОВСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПОЧЕК

*Нечипоренко А. С.¹, Нечипоренко А. Н.², Волкова Е. Т.¹,
Генечко В. И.³, Аплевич С. В.³*

¹УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

²УО «Гродненский государственный медицинский университет»

³УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи
г. Гродно», Гродно, Беларусь

Актуальность. Высокой эффективностью в распознавании повреждений внутренних органов при закрытой травме живота обладает компьютерная томография (КТ), позволяющая выявить нарушения анатомической структуры органа и возникающие при этом внутренние кровотечения, достичь значительного сокращения диагностического периода и резкого снижения потребности в традиционных инвазивных методах исследования [1, 2].

Травмы органов мочеполовой системы занимают важное место в ургентной урологии. Выбор метода лечения пациента и дальнейшая его судьба во многом зависят от своевременной и верной диагностики. За последние десятилетия появились новые методы диагностики, совершенные консервативные и оперативные способы лечения. На сегодняшний день ведущее место среди повреждений органов мочеполовой системы занимают закрытые травмы почек. Закрытой, непроникающей травме почки посвящены многочисленные публикации, однако точки зрения на объем обследования и тактику лечения пациентов