

гала допустимого уровня только к началу вторых суток после операции. Интенсивность боли при кашле снижалась через 3-6-9 часов после анальгезии во всех подгруппах пациентов, затем умеренно нарастала в связи с активацией пациентов и снижалась через 24 часа от начала анальгезии, не превышая в дальнейшем допустимого уровня при использовании разработанного нами метода обезболивания, в то время как при использовании наркотических лекарственных средств эта динамика была менее выражена, а интенсивность боли при кашле выше. Это свидетельствует о более высокой эффективности послеоперационного обезболивания путем подапневротического введения бупивакаина в сочетании с кеторолак трометаминном по сравнению с традиционным режимом системной опиоидной анальгезии.

Литература

1. Михайлович, В.А. Болевой синдром / В.А. Михайлович, Ю.Д. Игнатов. – Л. : Медицина, 2009. – 336 с.

ВОЗМОЖНОСТИ РЕНТГЕНОВСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ОБСЛЕДОВАНИИ ЖЕНЩИН С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ И ГЕНИТАЛЬНЫМ ПРОЛАПСОМ

Нечипоренко А.Н., Нечипоренко А.С.

УО "Гродненский государственный медицинский университет"

Актуальность. Около 50% женщин в возрасте от 45 до 60 лет отмечали когда-либо непроизвольное недержание мочи. У женщин в возрасте старше 65 лет непроизвольная потеря мочи наблюдалась у 36% опрошенных. Среди видов недержания мочи у женщин старше 45 лет, преобладает недержание мочи при напряжении. 75% женщин в возрасте 55 лет и старше страдают различными степенями выраженности опущения внутренних половых органов - генитальным пролапсом [1].

В настоящее время диагностика генитального пролапса и недержания мочи при напряжении у женщин основывается на жалобах пациентки, анализе дневника мочеиспусканий, результатах гинекологического исследования (опущение стенок влагалища и матки, гипермобильность уретры, положительная «кашлевая

проба»), результатах ультразвукового исследования, рентгеновских методов и уродинамического исследования [2,3]. Применяемые методики обследования пациенток с данной патологией не позволяют получить четкую информацию о степени подвижности пузырно-уретрального сегмента и состояния уретры, в связи с этим проблема диагностики остается во многом не решенной.

Цель. Объективизация диагностики недержания мочи при напряжении и генитального пролапса у женщин с помощью рентгеновской компьютерной томографии, выявление и документальная фиксация степени опущения органов малого таза и открытия уретры при физическом напряжении – признак недержания мочи при напряжении. Оценка значения данной методики в уточнении особенностей нарушения статики мочевого пузыря у пациенток с опущением или выпадением внутренних половых органов перед хирургической коррекцией.

Методы исследования. Рентгеновская компьютерная томография позволяет уточнить и документировать положение тазовых органов по отношению к костным структурам таза в покое и при проведении пробы Вальсальвы. Нами выполнялась рентгеновская компьютерная томография таза на многосрезовом рентгеновском компьютерном томографе GE "LightSpeed Pro 32" 11 пациенткам с опущением или выпадением матки и передней стенки влагалища, осложненным различными расстройствами мочеиспускания.

Исследование выполнялось по стандартной методике сканирования органов малого таза при заполненном мочевом пузыре раствором фурацилина с контрастным веществом в спокойном состоянии и на высоте пробы Вальсальвы с согнутыми нижними конечностями под углом 45 градусов в коленных и тазобедренных суставах и разведенных до угла 70 градусов. Объем вводимого в мочевой пузырь контрастного раствора составлял 200 мл, у 4 пациенток из 11 вместо водного раствора использовался атмосферный воздух.

Впоследствии проводилась реконструкция полученных изображений в сагиттальной плоскости, а также построение других мультипланарных и 3D реконструкций. Проведен анализ полу-

ченных данных, что позволило оценить диагностическую ценность метода.

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. Мы выбирали срез в сагиттальной плоскости через лобковый симфиз. На нем 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). В спокойном состоянии задняя стенка мочевого пузыря находится всегда выше лонно-копчиковой линии. При наличии недержания мочи на высоте пробы Вальсальвы содержимое мочевого пузыря поступает в уретру, заполняя ее, задняя стенка мочевого пузыря опускается, мочевой пузырь меняет свою форму, что и фиксируется на рентгеновских компьютерных томограммах. Степень опущения задней стенки мочевого пузыря определяется по расстоянию от нижней точки стенки до лонно-копчиковой линии, а также по форме самого мочевого пузыря.

По результатам проведенных исследований нами выделено 4 степени недержания мочи при напряжении: признаками первой степени являются опущение нижнего контура мочевого пузыря ниже верхнего края лобкового симфиза, но не ниже его середины; второй степени – опущение нижнего контура мочевого пузыря до уровня лонно-копчиковой линии, но не ниже ее; третьей степени – опущение мочевого пузыря ниже лонно-копчиковой линии, но не более 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; четвертой степени – опущение нижней стенки мочевого пузыря ниже лонно-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 недержания мочи при напряжении – опущение шейки мочевого пузыря ниже лон-

но-копчиковой линии и открытие просвета уретры с заполнением ее содержимым мочевого пузыря на высоте пробы Вальсальвы. 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 и недержания мочи при напряжении, 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. Строчкий. - Минск: Вышэйшая школа, 2014.

2. Малоинвазивные технологии в диагностике и хирургическом лечении недержания мочи при напряжении / А.С. Нечипоренко [и др.] // ARS medica. - 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 республиканской науч.-практ. конф. ; под ред. Е.А.Рущкой. – Минск, 2014. – С. 61 – 62.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ЖЕНЩИН О СПОСОБАХ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

Новикова А.В., Лука М.Ф., Тищенко Е.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Операция кесарево сечение является самой распространенной в акушерстве. Частота ее не имеет тенденции к снижению. По данным статистики в Республике Беларусь частота кесарева сечения составляет 14 % в родовспомогательных учреждениях. Однако проблемы, связанные с операцией кесарева сечения остаются по - прежнему актуальными. Среди них инфекция, кровотечение, осложнения анестезии. Отдельной проблемой становится родоразрешение женщин с рубцом на матке вследствие ра-