

клетчатку седалищно-прямокишечной ямки на кожу перианальной области.

Результаты. Не отмечено интра- и послеоперационных осложнений. Сроки наблюдения за больными составили от 6 мес. до 2-х лет. Мы не отметили рецидивов ректоцеле. При вагинальном исследовании обращало на себя внимание высокое стояние купола влагалища, анатомически правильное расположение стенок, отсутствие дефекта брюшинно-промежностного апоневроза. Отмечено улучшение эвакуаторной функции прямой кишки у

больных с ее нарушением после пластики ректоцеле, что подтверждено дефектографией, динамической скинтидефектографией.

Заключение. Пластика сложных, рецидивных форм ректоцеле позволяет создать синтетический каркас, укрепляющий тазовую диафрагму в условиях несостоятельности собственной соединительной ткани. Применение «мягких» синтетических протезов, современных малоинвазивных технологий устранило в большинстве случаев (98 %) как анатомические, так и функциональные дефекты тазовой диафрагмы.

Прохорова В.С., Беженарь В.Ф., Павлова Н.Г.

ГУ НИИ Акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта, РАМН,
Санкт-Петербург, Россия

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ ЭХОГРАФИИ УРЕТРОВЕЗИКАЛЬНОГО СЕКМЕНТА В ДИАГНОСТИКЕ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Диагностика и лечение различных типов недержания мочи у женщин в настоящее время является основной проблемой урогинекологии. При этом наряду с традиционными методами клинического, уродинамического и эндоскопического обследования все шире используется неинвазивная методика двух- и трехмерного ультразвукового сканирования.

Цель исследования: Оценить значение трансвагинальной эхографии в диагностике типа стрессового недержания мочи и выборе метода лечения.

Материалы и методы. Обследовано 29 пациенток отделения оперативной гинекологии НИИ АГ им. Отта Д.О. в возрасте от 36 до 82 лет с недержанием мочи при напряжении. С целью установления типа недержания мочи и степени его выраженности всем обследуемым проводилось исследование уретровезикального сегмента с использованием многократного трансвагинального датчика (Чечнева М.А., 2000 г.) на ультразвуковом диагностическом приборе Voluson-730 expert (GE). В положении пациентки на спине в покое измерялись величины угла между условной продольной осью тела и продольной осью, проведенной через центр уретры (угол α), и угла, образованного пересечением оси уретры и задней стенкой мочевого пузыря на уровне его шейки (угол β). В дальнейшем проводилась проба Вальсальвы, при которой оценивали степень ротации угла α и наличие цистоцеле. При выявлении признаков везикализации выполнялось измерение ширины проксимального отдела уретры с последующей динамической трехмерной реконструкцией, при которой оценивались площадь поперечного сечения уретры и ширина сфинктера, затем рассчитывалось их соотношение.

Результаты. Средние величины углов α и β в покое у обследованных пациенток составили 31,6°

и 112,7°, соответственно. У 8 из них были выявлены ультразвуковые признаки гипермобильности уретры (недержание мочи II типа) – ротация угла α составила более 20°. У 9 обследованных обнаружены признаки недостаточности сфинктера уретры (недержание мочи III типа). При этом величина отношения площади поперечного сечения уретры и ширины сфинктера превышала 0,74. Еще у трех пациенток выявлено сочетание ультразвуковых признаков недержания мочи II и III типа. У остальных 9 женщин не было обнаружено ультразвуковых признаков нарушения топографоанатомических взаимоотношений уретры и мочевого пузыря.

На основании данных ультразвукового обследования 17 пациенткам проведено хирургическое лечение. При недержании мочи II типа выполнялись антистрессовые операции (TVT и TVT-O). При недержании мочи III типа проводилась уретропексия петлей IVS, а также Gyne-Mesh и Gyne-Mesh soft пластика стенок влагалища. Всем пациенткам операцию дополняли кольпоперинеолеваторопластикой.

Ультразвуковая оценка динамики топографоанатомических взаимоотношений уретры и мочевого пузыря, а также положения проленовых трансплантов проводилась в ближайшем послеоперационном периоде (на 3-й и 10-й день). Положительная динамика зарегистрирована у всех прооперированных пациенток.

Заключение. Использование трансвагинальной двух- и трехмерной эхографии в комплексном обследовании пациенток с недержанием мочи при напряжении позволяет объективно оценить анатомию уретровезикального сегмента и оптимизировать тактику лечения. В настоящее время проводится анализ отдаленных результатов проведенного хирургического лечения.