

## НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ У ЖЕНЩИН. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛАССИФИКАЦИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

АЛЕКСАНДРОВ В.П.,  
КУРЕНКОВ А.В., ПЕЧЕРСКИЙ А.В.  
Кафедра урологии и андрологии  
МАПО, Санкт-Петербург

### УРОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

**Цель:** Анализ результатов цистометрии у женщин с жалобами на недержание мочи с тем, чтобы установить его причину.

**Материал и методы:** Цистометрия была выполнена у 130 женщин, предъявлявших жалобы на потерю мочи. Возраст больных составлял от 41 года до 76 лет (средний 58,5). Ретроградная жидкостная цистометрия дополнялась в ряде случаев фармакоцистометрией, изменением скорости инфузии жидкости.

**Результаты исследований:** Из 130 женщин у 76 (58,5%) в результате проведенного цистометрического исследования не было выявлено никаких нарушений накопительной функции мочевого пузыря. Незаторможные детрузорные сокращения регистрировались у 25 больных (19,2%), снижение цистометричес-

кого объема и увеличение тонуса детрузора отмечалось у 29 пациенток (22,3%). Применение фармакоцистометрии с прозеринном, увеличение скорости инфузии жидкости позволило выявить у 7 пациенток (5,3%) скрытую дисфункцию мочевого пузыря.

**Обсуждение:** Неконтролируемая потеря мочи не всегда связана с истинным стресс-недержанием мочи. Цистометрия является основным методом исследования, позволяющим дифференцировать расстройство накопительной функции мочевого пузыря и исключить нестабильность детрузора как причину недержания мочи. Существуют комбинированные формы недержания мочи у женщин, при которых имеется сочетание стресс-недержания с дисфункцией мочевого пузыря.

АЛЕКСАНДРОВ В.П., КУЗИН Г.Г.,  
КУРЕНКОВ А.В., СКРЯБИН Г.Н.  
Кафедра урологии и андрологии  
МАПО, Санкт-Петербург

### УРОДИНАМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НЕЙРОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЖЕНЩИН

Нейрогенные нарушения функции мочевого пузыря вызываются разрывом рефлекторной дуги мочеиспускания. Выявление основного патологического звена - диагностическая задача, для решения которой подключаются невропатологи, урологи, нейрохирурги и т.д.. Помимо этого необходима сложная диагностическая аппаратура, не всегда доступная в клинике.

**Цель:** Разработка системы мероприятий с использованием простых диагностических манипуляций и доступного оборудования.

**Материал и методы:** Обследовалось 33 женщины с нейрогенным (спинальным) нарушением мочеиспускания. Основным критерием для

обследования и дальнейшего лечения были стойкие двигательные и чувствительные нарушения. Диагностические мероприятия были направлены на выявление вариантов нарушений, заключающихся в увеличении или уменьшении тонуса детрузора, увеличении или уменьшении тонуса наружного или внутреннего сфинктера. Различные сочетания этих компонентов формируют тип нейрогенного нарушения мочеиспускания.

**Результаты исследований:** Тщательный сбор анамнеза заболевания указывает на причину, вызвавшую нарушение. Изменение тонуса, рефлексов, объема мочевого пузыря, а также сфинктерометрия



ЖУРНАЛЬ  
АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

уточняют степень нарушений и длительность последующего лечения.

**Выводы:** Измерение объема мочевого пузыря, тонуса детрузора

при постоянном или дискретном его наполнении, и при опорожнении, а также сфинктерометрия (профилометрия) – мероприятия достаточно точные для определения типа на-

рушения мочеиспускания, не требуют специальных навыков и не представляют трудностей при изготовлении измерительной аппаратуры в любой из клиник.

**АЛЕКСАНДРОВ В.П.,  
КУРЕНКОВ А.В., УЧВАТКИН Г.В.**  
Кафедра урологии и андрологии  
МАПО, Санкт-Петербург

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

**Цель исследования:** Анализ результатов различных видов оперативного лечения по поводу стресс-недержания мочи, сочетающегося с ургентным синдромом.

**Материал и методы исследования:** В исследование были включены 45 женщин с комбинированным недержанием мочи, подвергнутых хирургическому лечению. Из них 12 (26,7%) пациенткам выполнена кольпосуспензия (операция Stamey и Raz) – 1-я группа и 33 (73,3%) – короткий или средний слинг дакроновым лоскутом – 2-я группа. Спустя 6 месяцев всем больным выполнялось контрольное обследова-

ние, включающее опрос, влагалищное и уродинамическое обследование, цистотографию.

**Результаты обследования:** Из 45 пациенток 37 (82,2%) были излечены от стрессового недержания мочи. Ургентный синдром сохранился у 12 (26,7%) больных, среди пациенток 1-й группы – 9 (75%), 2-й группы – 3 (9%). У всех больных с ургентным синдромом после оперативного лечения на цистограммах выявлялась “везикализация, зияние” шейки мочевого пузыря.

**Обсуждение:** “Релаксированный” внутренний сфинктер, соответствующий на цистограммах “зияющей”

шейке мочевого пузыря, вызывает детрузорную гиперактивность, которая проявляется учащенным, повелительным мочеиспусканием, никтурией и ургентным недержанием мочи, так называемым ургентным синдромом. При кольпосуспензии, несмотря на устранение гипермобильности уретры, сохраняется открытая в покое шейка мочевого пузыря, что обуславливает часто сохраняющийся ургентный синдром. При корректно выполненной слинговой операции коаптация уретры обеспечивает релаксирующее действие на детрузор и исчезновение ургентного синдрома.

**АЛЬ-ШУКРИ С.Х.,  
АЙЛАМАЗЯН Э.К., КУЗЬМИН И.В.,  
АМДИЙ Р.Э., КОРШУНОВ М.Ю.,  
КОНОНОВ П.А.**  
Кафедра урологии и кафедры  
акушерства и гинекологии СПбГМУ  
им. акад. И.П.Павлова

## РОЛЬ УРОДИНАМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

Дисфункции нижних мочевых путей, проявляющиеся недержанием мочи, наблюдаются у 10-30% женщин. Они приводят к значительному снижению качества жизни этих больных, что имеет существенную социальную значимость.

Повышение эффективности лечения больных с недержанием мочи остается весьма актуальной проблемой. Для выбора оптимальной тактики лечения необходима точная диагностика типа дисфункции. При этом наибольшее диагностическое значение имеют уродинамические методы исследования.

В клинике урологии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова проведено комплексное уродинамическое обследование 128 женщин с недержанием мочи в возрасте от 23 до 72 лет. Задачей настоящего исследования было выявление типа дисфункции нижних мочевых путей, являющейся причиной недержания мочи.

Всем больным на этапе уродинамической диагностики выполняли цистометрию наполнения и профилометрию (измеряли профиль уретрального давления) в покое и при стресс-провокации.

Сопоставление результатов уродинамических исследований с клинической симптоматикой позволило нам выделить две группы больных. В 1-й группу ( $n=60$ ) вошли пациенты с признаками гиперактивности мочевого пузыря. В этой группе оказались все больные с ургентным и смешанным недержанием мочи, а также 2 женщины с стрессовым недержанием мочи. Гиперактивность мочевого пузыря была представлена двумя формами – моторной ( $n=21$ ) и сенсорной ( $n=39$ ). При моторной форме гиперактивности детрузора отмечались произвольные сокращения детрузора в фазу наполнения, сопровождающиеся императивным позывом на мочеиспускание. При сенсорной фор-

ме произвольной активности мочевого пузыря не отмечалось, однако максимальная цистометрическая емкость мочевого пузыря не превышала 150 мл. Тактика лечения женщин с гиперактивностью мочевого пузыря заключалась в назначении медикаментозной терапии, преимущественно М-холинолитических препаратов. К 2-й группе больных относились больные с нормальными данными цистометрии. У всех из них клинически отмечалось стрессовое недержание мочи.

Результаты профилометрии показали, что при изолированном ургентном недержании мочи максимальное уретральное давление было значительно выше, чем у больных с стрессовым и смешанным недержанием мочи (соответственно  $79,4 \pm 8,5$  см водного столба и  $57,4 \pm 8,4$  см водного столба). Кроме того, у этих больных наблюдалась значительно более высокая степень передачи