

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 обследо-

вание, 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 кафедра
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, сопровождавшиеся 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