

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

внутрибрюшного давления на уретру при стресс-провокации (кашле). В свою очередь, в группе больных с стрессовым недержанием мочи мы выделили группу женщин, имевших очень низкие показатели максимального уретрального давления (менее 30 см водного столба). При этом у этих больных не отмечали признаков выраженной релаксации мышц тазового дна, опущения передней стенки влагалища. Причиной недержания мочи у этих женщин состояла в несостоятельности сфинктерного аппарата уретры. У женщин с высокими значени-

ями максимального уретрального давления наблюдали отмечали значительное опущение передней стенки влагалища, иногда в сочетании с цистоцеле.

Тактика лечения женщин с стрессовым недержанием мочи в большой мере определяется результатами уродинамического исследования. При наличии уретральной недостаточности показаны инъекционные методы лечения (например, периуретральное введение коллагена), либо выполнение слинг-операций. При наличии выраженной релаксации тазового дна при сохранности фун-

кции наружного сфинктера показаны консервативные мероприятия (упражнения для тазовых мышц с использованием метода биологической обратной связи), а при их безуспешности - оперативное лечение, направленное на нормализацию анатомических соотношений в малом тазу (позадилонная кольпосуспензия, влагалищные подвешивающие операции и др.).

Таким образом, уродинамические исследования являются весьма важными в определении тактики лечения женщин с недержанием мочи.

БУЯНОВА С.Н., ПЕТРОВА В.Д.,
ТИТЧЕНКО Л.И., ЧЕЧЕВА М.А.,
ПОПОВ А.А.,
РИЖИНАШВИЛИ И.Д.
МОНИИАГ,
Москва, Россия

МОЧЕВАЯ ИНКОНТИНЕНЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ. (ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ)

Цель: Оптимизировать диагностику, профилактику, методы лечения пролапса гениталий и недержания мочи.

Методы: Стрессовое недержание мочи является частным случаем недержания мочи вообще. Известны другие клинические варианты недержания мочи, которые необходимо дифференцировать на самых ранних этапах обследования пациенток, поскольку от этого зависит лечебная тактика. Ургентное недержание мочи, т.е. состояние когда больные не могут противостоять императивному позыву к мочеиспусканию, встречается в 25%, в 10% - недержание мочи обусловлено нарушением функции опорожнения, в 25% случаев диагностируются комбинированные формы (сочетание НМПН и нестабильности детрузора или уретры), стрессовое (или НМПН) встречается в 40% случаев. Стрессовое недержание мочи часто сопутствует пролапсу гениталий, лечебная тактика в такой ситуации, как правило, хирургическая. Ургентная инконтиненция лечится медикаментозно. В случае комбинированных форм - лечение необходимо начинать с преобладающего симптома

Результаты: Параллельно оценивая ценность клинического, ультразвукового и уродинамического методов исследования в опреде-

лении типа НМПН и различных форм инконтиненции, необходимо подчеркнуть важность клинического метода. Это связано с ограниченными использованием в диагностике КУДИ. Включение в существующий алгоритм обследования специального опросника с таблицей "рабочих" диагнозов и дневника мочеиспускания позволяет решить эту проблему и способствует правильному выбору адекватного метода лечения.

Нами разработана трехэтапную схему обследования больных.

I этап - клиническое обследование, включающее гинекологический осмотр с проведением функциональных проб, сбор анамнеза со специализированным опросником и таблицей "рабочих" диагнозов, заполнением дневника мочеиспускания. Уже на I этапе обследования больных при получении убедительных данных, свидетельствующих об ургентном характере инконтиненции или императивных расстройствах без недержания мочи, мы рекомендовали медикаментозное лечение, тренировочный курс, предусматривающий упражнения для мышц промежности

II этап - УЗИ. Показаниями для эхоскопического исследования являются исключение или подтверждение наличия патологии гениталий, исследование уретровезикального

сегмента и определение состояния уретры у больных со стрессовым недержанием мочи.

III этап - КУДИ с исследованием колебаний максимального внутриуретрального давления, депрессии внутриуретрального давления при нагрузке, порога абдоминального давления, объема остаточной мочи, детрузорного давления, максимального внутриуретрального давления, функциональной длины уретры. Такая последовательность обследования больных оправдана, поскольку эхографическое исследование более доступно в отличие от КУДИ.

Обсуждение: На основании клинического метода (I этап) можно дифференцировать стрессовую и ургентную инконтиненцию, при УЗИ (II этап) - определить наличие изменений сфинктерного аппарата уретры, т.е. диагностировать II или III типы недержания мочи, что является определяющим в выборе антистрессовой технологии. Выбор метода лечения зависит от степени пролапса, типа недержания мочи, сопутствующей патологии гениталий, возраста, социальной и жизненной активности пациентки. В качестве "базового" хирургического вмешательства нами производилась апоневротическая вагинопексия (утеропексия) или ее лапароскопическая версия MESH-вагинопексия, которую ком-