

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 ограниченным 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-

бинировали с антистрессовыми операциями (Берча при I-II типе НМПН или слингом при III типе).

**Выводы:** Предложенная нами схема в виде трехэтапного комплексного обследования больных с ин-

континенцией и императивными расстройствами мочеиспускания способствует правильной постановке диагноза на ранних этапах, выбору рациональной лечебной тактики, позволяет избежать необос-

нованных хирургических вмешательств, дает возможность контролировать изменения уродинамики после операций и своевременно провести коррекцию выявленных нарушений.

ГАДЖИЕВА З.К., ЛОКШИН К.Л.,  
ЧАЛЫЙ М.Е., АЛЯЕВ Ю.Г.,  
БАЛАН В.Е.

Урол. клиника ММА  
им. И.М.Сеченова и НЦАГиП РАМН,  
Москва, Россия

## РОЛЬ ПРОФИЛОМЕТРИИ УРЕТРЫ И ДОППЛЕРОГРАФИИ СОСУДОВ УРЕТРЫ В КОМПЛЕКСНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОК СО СТРЕССОВЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

Удержание мочи - многофакторный, сложный, до конца не изученный механизм. Полагают, что 2/3 внутриуретрального давления обусловлены сосудистыми артериальными сплетениями уретры. Эстрогенный дефицит отрицательно влияет на состояние сосудистой сети мочевого тракта.

**Цель исследования:** определение сосудистого компонента в механизме удержания мочи с использованием профилометрии уретры и доплерографии сосудов уретры в обследовании женщин с расстройствами мочеиспускания в климактерическом периоде.

**Материалы исследования:** обследовано 99 женщин в возрасте от 44 до 80 лет в климактерии с длительностью пери- и постменопаузы от 0,5 до 30 лет. Стрессовое недержание мочи наблюдалось у 54 (54,5%) женщин.

**Результаты:** у 10 (10,1%) обследованных пациенток выявлена сосудистая пульсация при проведении профилометрии уретры. По сравнению с пациентками без сосудистой пульсации на профилограммах они находятся в более молодом возрасте (52,8 и 58 лет соответственно) и с меньшей длительностью менопаузы (3,8 и 7,5 лет соответственно). Профилограммы с сосудистой пульсацией регистрируют большее давление закрытия уретры (38,9 и 30,1 см вод.ст. соответственно) и большую функциональную длину уретры (2,6 и 2,3 см соответственно). В сравнении с показателями доплерографического исследования у пациенток с вышеописанной пульсацией отмечаются более высокие показатели скорости кровотока, систоло-диастолического соотношения, пульсацион-

ного индекса. Допплерографическое исследование сосудов уретры показало достоверное увеличение максимальных скоростей кровотока и пульсационного индекса на фоне применения ЗГТ и альфа-адреномиметика Гутрона селективно и в сочетании их. На фоне проведения комбинированной терапии вышеуказанные показатели изменяются соответственно в среднем в 2,09 и 2,01 раза.

**Выводы:** положительная субъективная симптоматика и объективное увеличение максимального уретрального давления одновременно с увеличением показателей кровотока уретры на фоне комбинированной терапии (ЗГТ совместно с препаратами адренергического действия) подтверждают значительную роль сосудистого компонента в механизме удержания мочи.

ДОЛГОВ Г.В., МАРЧАК А.А.,  
ОРБЕЛИ М.А., ДМИТРИШЕН Р.А.,  
РЕДЬКО О.А., ГАСПЕР И.П.,  
МАРТЫНОВ С.А., ЯКУШЕВ В.А.  
Военно-медицинская академия,  
Санкт-Петербург

## КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЙ "ПОРТРЕТ" БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С ОПУЩЕНИЕМ СТЕНОК ВЛАГАЛИЩА И НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

Обследовано 89 пациенток с опущением стенок влагалища и недержанием мочи до и после хирургического лечения. Течение послеоперационного периода у всех женщин было неосложненным (саногенетическим). Средний возраст женщин составил - 55,5±10,6 лет, масса тела - 71,4±1,2 кг и рост 162,0±0,53 см.

Заболевания почек у пациенток встречались в 45,0% случаев, ожирение в 43,1% патология сердечно-сосудистой системы в 40,9% случаев, заболевания легких и желудочно-кишечного тракта в 19,3%, эн-

докринная патология в 18,5%, патология печени в 15,9%, варикозная болезнь в 14,8%, заболевания нервной системы в 10,2%, анемия в 9,1% и аллергия в 6,8% случаев соответственно. Пластика стенок влагалища была выполнена в 50,0% случаев, влагалищная экстирпация матки в 31,9%, манчестерская операция в 9,3% и операция К.М.Фигурнова в 8,8% случаев. В подавляющем большинстве случаев длительность операций не превышала 2-часов (64,8%).

Возмещение кровопотери было про-

изведено 12,5% пациенток, у которых до операции была выявлена анемия различной степени тяжести.

Температура у больных только 2-е суток после операции были субфебрильной, а затем оставались в пределах нормальных значений, что, очевидно, может быть связано с возрастными особенностями иммунологической реактивности этих пациенток. Длительность болевого синдрома у женщин как правило не превышала 5 суток. Длительность койко-дня до и после операции составила 13,4±0,4 и 9,9±0,6 дня соответственно.