

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.

Оценка иммунологических показателей у пациенток до операции выявила незначительный дисбаланс и нарушения функциональной активности иммунокомпетентных клеток. В послеоперационном периоде у больных отмечалась Т- и В-умеренная депрессия, с медленным восстановлением показателей до исходных к выписке.

При изучении до операции биохимических показателей обращало на себя внимание в исходных значениях высокие значения щелочной фосфатазы и Na. На 1-е сутки послеоперационного периода были выявлены снижение АЛТ, непрямого билирубина и Na, а также общего белка и калия. Протромбиновый индекс был достоверно более высоким (по

отношению к уровню до операции) еще на 5-е сутки послеоперационного периода.

Характер неблагоприятных адаптационных реакций по Л.Х.Гаркави (1990) был представлен одним пиком на 1 сутки после операции, а затем медленно начал формироваться второй пик, так и не достигнув исходного, более низкого уровня до операции.

Показатели клинического анализа крови исследуемых групп больных до операции отличались низкими значениями лейкоцитов. После операции в наибольшей степени подверглись изменениям значения СОЭ и лимфоциты, которые к 12-м суткам послеоперационного периода не достигли исходных значений до операции.

Таким образом, большая часть больных хирургического профиля с опущением стенок влагалища и недержанием мочи входит в группу старшего возраста с наличием выраженной экстрагенитальной патологии. Для профилактики послеоперационных осложнений они нуждаются в тщательном обследовании до операции и подготовке к хирургическому лечению с привлечением терапевта. В раннем послеоперационном периоде, в связи с медленным восстановлением показателей естественной резистентности у этих больных, целесообразно большее внимание уделять клинико-лабораторной оценке их состояния с активным наблюдением после операции еще на протяжении месяца.

ДЬЯКОВ В.В., ПУШКАРЬ Д.Ю.

МГМСУ,
Москва, Россия

НЕСТАБИЛЬНОСТЬ УРЕТРЫ И НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Цель: нестабильность уретры в некоторых случаях приводит к недержанию мочи в зависимости от характера, амплитуды, сочетания колебаний максимального внутриуретрального давления и давления в мочевом пузыре, что позволяет выделить два типа нестабильности уретры.

Методы: в ходе анализа уродинамических данных и клинических проявлений 61 пациентки, обратившихся по поводу недержания мочи было выделено две клинические группы. Всем больным проводилось комплексное урологическое обследование, не выявившее у них признаков сфинктерной недостаточности.

Результаты: при обследовании 1-ой группы (17 женщин) было установлено, что нестабильность уретры сочетается с нестабильностью детрузора, в клинической картине у пациенток данной группы преобладала поллакиурия и редкие эпизоды императивной инконтиненции. Во 2-ой группе (44 женщины) колебания максимального внутриуретрального давления носили кратковременный характер и имели отрицательную амплитуду, больных беспокоило проявления ургентной инконтиненции.

Обсуждение: результаты проведенного исследования позволяют вы-

делить 2 типа нестабильности уретры. В связи с чем комбинированное уродинамическое исследование с измерением колебаний МВУД является обязательным в диагностике недержания мочи у женщин без признаков сфинктерной недостаточности.

Выводы: 1-ый тип нестабильности уретры (нестабильность уретры в сочетании с нестабильностью мочевого пузыря) – проявляется поллакиурией и реже императивной инконтиненцией. 2-ой тип нестабильности уретры (стремительное падение давления) – проявляется ургентной инконтиненцией.

ДЬЯКОВ В.В., ПУШКАРЬ Д.Ю.

МГМСУ,
Москва, Россия

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НЕСТАБИЛЬНОСТИ УРЕТРЫ У ЖЕНЩИН

Цель: у некоторых пациенток с расстройствами мочеиспускания клиническая картина и симптоматика определяется колебаниями максимального внутриуретрального давления или нестабильностью уретры, что диктует необходимость в ходе комбинированного уродинамического исследования во время профилометрии уретры измерения давления в максимальной его

точке. Целью исследования было изучение клинического значения колебаний максимального внутриуретрального давления у женщин.

Методы: анализ результатов уродинамических исследований 1500 пациенток, страдающих различными расстройствами мочеиспускания, выявил, что у 102 женщин (6,8%), при уродинамическом исследовании были зарегистрированы колебания макси-

мального внутриуретрального давления. Всем больным с нестабильностью уретры проводилось комплексное уродинамическое обследование, включившим в себя комбинированное уродинамическое исследование, уродинамический мониторинг.

Результаты: при обследовании пациенток с нестабильностью уретры установлено, что колебания максимального внутриуретрального