

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

давления до 15 см H₂O встречаются у 30% женщин без жалоб на расстройство мочеиспускания, у остальных (6,8%) выявлены различные расстройства мочеиспускания: поллакиурия, ургентная инконтиненция, причиной которых являлась нестабильность уретры.

Обсуждение: полученные резуль-

таты свидетельствуют о том, что колебания максимального внутриуретрального давления вызывают расстройство мочеиспускания и определяют клиническую картину.

Выводы: колебания МВУД существуют как самостоятельный уродинамический показатель. Колебания МВУД до 15 см H₂O выявляются

у 30% здоровых женщин без нарушения мочеиспускания. Колебания МВУД более 15 см H₂O у 6,8% пациенток с расстройствами мочеиспускания и определяются как нестабильность уретры.

КИРА Е.Ф., ПЕТРОВ С.Б.,
ТЫЧКОВА Л.А.

Военно-медицинская академия,
кафедра акушерства и гинекологии,
Санкт-Петербург

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ У ЖЕНЩИН С ОПУЩЕНИЯМИ ИЛИ ВЫПАДЕНИЯМИ ВЛАГАЛИЩА/МАТКИ

Недержанием мочи при напряжении женщины страдают в различном возрасте, но преимущественно от 40 до 50 лет, частота этого синдрома колеблется от 5% до 30% в структуре общей гинекологической патологии.

В клинике акушерства и гинекологии им. акад. А.Я. Красковского ВМедА обследовано и проведено оперативное лечение у 152 женщин в возрасте от 25 до 83 лет (средний возраст 53,2±1,9 года), страдающих опущением стенок влагалища и/или выпадением матки, сопровождающихся недержанием мочи при напряжении (НМПН). Изучены этиологические и патогенетические факторы заболевания, проведено комплексное клиничко-инструментальное обследование, включающее клинические наблюдения, эндоскопические, рентгенологические и уродинамические методы исследования.

При проведении цистоуретроскопии у больных с цистоуретроцеле было выражено западение задней стенки и дна мочевого пузыря, при этом определялась продольная, уходящая вниз складчатость задней стенки пузыря, что было соответственно выявлено у 93 (61,2%) пациенток. При физическом напряжении (кашле) у 67 (44,1%) больных отмечалось опущение и значительная подвижность основания мочевого пузыря.

При уретроскопии было выявлено неполное смыкание шейки мочевого пузыря (симптом Шрама-Алексева) в покое у 35 (24,0%) пациенток. Физическая нагрузка приводила раскрытию внутреннего сфинктера у

125 (81,25%) обследованных. Перечисленные признаки являются патогномоничными для НМПН.

При анализе цистоуретрограмм симптом "везикализации" уретры был положительным у 87 женщин (58,2%). Изменение длины уретры выявлено у 138 пациенток (90,8%), средняя длина уретры составила 2,7±0,3 см. При напряжении длина уретры уменьшалась и составила в среднем 2,3±0,2 см, также определялось опущение дна мочевого пузыря относительно лонного сочленения.

У всех обследованных женщин страдающих недержанием мочи было выявлено увеличение заднего пузырно-уретрального угла (ЗПУУ), в покое он составил в среднем 129,3±7,0°, при напряжении 154,7±5,5°.

На основании проведенных исследований были выявлены рентгенологические признаки недержания мочи. К ним относятся: опущение дна мочевого пузыря, уменьшение анатомической длины уретры, увеличение ЗПУУ, зияние шейки мочевого пузыря (симптом "везикализации" уретры).

При проведении ретроградной цистометрии внутрипузырное давление колебалось от 4,7±0,4 до 10,8±0,3 см вод. ст. Появление первого позыва на мочеиспускание возникало при объеме введенной жидкости от 110 до 160 мл. Максимальный цистометрический объем пузыря, при котором возникал нестерпимый позыв к мочеиспусканию, колебался от 350 до 700 мл.

Определение профиля уретрального давления показало: максималь-

ное уретральное давление (МУД) снижалось в некоторых случаях в среднем 42,3±5,7 см. вод. ст. Среднее значение максимального уретрального давления закрытия (МУДЗ) составило 30,2±4,6 см. вод. ст. Функциональная длина уретры (ФДУ) была меньше нормы, в среднем составляла 24,6±2,5 мм.

При проведении провокационного стресс-теста величина МУДЗ снижалась, пузырно-уретральный градиент становился отрицательным, что клинически проявлялось подтеканием мочи из уретры. При анализе урофлоуметрии выявлено увеличение максимальной объемной скорости потока мочи в среднем до 32,1±3,2 мл/сек. (норма 15-25 мл/сек.), при объеме мочеиспускания 312,3±20,5 мл, времени мочеиспускания 18,6±1,5 сек. Средняя объемная скорость потока мочи составила 25,3±1,3 мл/сек.

Выводы:

1. Диагностика НМПН основывается на проведении комплексного обследования больных, включающего эндоскопические, рентгенологические и уродинамические исследования.

2. Уродинамические исследования являются основным диагностическим методом в выявлении различных форм недержания мочи, с целью определения оптимальной тактики профиля уретрального давления с наибольшей достоверностью характеризует функциональные нарушения уретры и ее сфинктерного аппарата, а также с помощью них мы можем выявить ургентный синдром, при котором оперативное лечение противопоказано.