

давления до 15 см H_2O 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 расстройства мочеиспускания и определяют клиническую картину.

Выводы: колебания МВУД существуют как самостоятельный уродинамический показатель. Колебания МВУД до 15 см H_2O выявляются

у 30% здоровых женщин без нарушения мочеиспускания. Колебания МВУД более 15 см H_2O 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 разном 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. Красовского ВМедА обследовано и проведено оперативное лечение у 152 женщин в возрасте от 25 до 83 лет (средний возраст $53,2 \pm 1,9$ года), страдающих опущением стенок влагалища и/или выпадением матки, сопровождающихся недержанием мочи при напряжении (НМПН). Изучены этиологические и патогенетические факторы заболевания, проведено комплексное клинико-инструментальное обследование, включающее клинические наблюдения, эндоскопические, рентгенологические и уродинамические методы исследования.

При проведении цистоуретроскопии у больных с цистоуретроцелем 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 патомоничными для НМПН.

При анализе цистоуретрограмм симптом "везикулизации" уретры был положительным у 87 женщин (58,2%). Изменение длины уретры выявлено у 138 пациенток (90,8%), средняя длина уретры составила $2,7 \pm 0,3$ см. При напряжении длина уретры уменьшалась и составила в среднем $2,3 \pm 0,2$ 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 $129,3 \pm 7,0^\circ$, при напряжении $154,7 \pm 5,5^\circ$.

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 "везикулизации" уретры).

При проведении ретроградной цистометрии внутрипузырное давление колебалось от $4,7 \pm 0,4$ до $10,8 \pm 0,3$ 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 $42,3 \pm 5,7$ см. вод. ст. Среднее значение максимального уретрального давления закрытия (МУДЗ) составило $30,2 \pm 4,6$ см. вод. ст. Функциональная длина уретры (ФДУ) была меньше нормы, в среднем составляла $24,6 \pm 2,5$ 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 $32,1 \pm 3,2$ мл/сек. (норма 15-25 мл/сек.), при объеме мочеиспускания $312,3 \pm 20,5$ мл, времени мочеиспускания $18,6 \pm 1,5$ сек. Средняя объемная скорость потока мочи составила $25,3 \pm 1,3$ 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.