

максимального уретрального давления).

**Цель.** Изучение распространенности симптомов императивного недержания мочи и поллакиурии, связанных с нестабильностью детрузора и уретры давления у женщин.

**Методы.** В клинике урологии МГМСУ в период с 1994 по 1999 годы выполнено 27 тысяч уродинамических исследований у женщин. Средний возраст составил 41,2 года. При этом нестабильность детрузора выявлена у 2500 (9%), а нестабильность уретры - у 3000 (10,1%) обследованных женщин. Данные изменения сопровождалась

следующими клиническими симптомами:

- учащенное мочеиспускание;
- императивные позывы к мочеиспусканию;
- императивное недержание мочи;

Симптомы встречались как изолированно, так и в сочетании друг с другом.

**Результаты.** Императивные нарушения мочеиспускания обнаружены в 20% случаев. Нестабильность детрузора выявлена у 40 %, нестабильность уретры - у 45 % больных и у 5 % больных выявлена идиопатическая нестабильность (без признаков нестабильности

детрузора или уретры).

**Обсуждение.** Императивное недержание мочи и поллакиурия являются распространенными клиническими симптомами у женщин, обращающихся к урологам. Данные нарушения приводят к значительному снижению качества жизни пациента.

**Выводы.** Основной целью медикаментозной терапии является снижение частоты мочеиспусканий и исчезновение (или снижение частоты возникновения) императивных позывов и эпизодов недержания мочи, что, в свою очередь, приводит к социальной и физической адаптации пациента.

ПУШКАРЬ Д.Ю.

МГМСУ,  
Москва, Россия

## РЕДКИЕ ФОРМЫ НАРУШЕНИЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЖЕНЩИН

**Цель.** В настоящей работе мы решили познакомить читателей с редкой клинической группой больных, у которых при обследовании выявлены сочетания нескольких клинических и уродинамических симптомов и проявления заболевания не совпадали с результатами дополнительных обследований

**Материалы и результаты.** В данной работе мы ретроспективно оцениваем результаты уродинамических исследований 131 больной (средний возраст 51,2 лет), предъявлявших следующие жалобы:

- затрудненное мочеиспускание - 82%;
  - императивное недержание мочи - 34%;
  - поллакиурия - 87%;
  - непроизвольное выделение мочи при физической нагрузке - 12%;
  - чувство неполного опорожнения мочевого пузыря - 57%;
- Необходимо отметить, что у 79%

больных имелось сочетание нескольких жалоб. Лабораторные исследования обнаружили нормальные показатели у 124 (94,7%) больных. Как видно из вышеизложенного, такое сочетание симптомов достаточно редко и обуславливает полиморфизм жалоб.

Во время стандартного уродинамического исследования или мониторинга уродинамики у больных были обнаружены следующие уродинамические симптомы или их сочетание:

- нестабильность детрузора - 11%;
- снижение максимального потока < 10 мл/с - 44%;
- нестабильность уретры - 38%;
- гипотония детрузора - 56%;
- повышение детрузорного давления при максимальном потоке - 42%;

При детальной оценке характера мочеиспускания с помощью уродинамического мониторинга у больных с признаками обструктивного мочеис-

пускания и нестабильности уретры было обнаружено, что во время мочеиспускания не происходит падения давления в уретре. Это, по-видимому, и обуславливает инфравезикальную обструкцию. У больных с признаками нестабильности детрузора регистрировались спонтанные подъемы и падения детрузорного давления, обуславливающие поллакиурию и императивное недержание, неравномерность давления детрузора отмечалась у данных больных и в момент мочеиспускания, что также могло обуславливать сочетание поллакиурии и обструктивного мочеиспускания.

**Выводы.** Таким образом, вышеуказанные клинические состояния могут обуславливаться различными, порой парадоксальными сочетаниями уродинамических симптомов, что обязательно необходимо учитывать при обследовании этой пациенток группы.

САВИЦКИЙ Г.А., САВИЦКИЙ А.Г.

НИИАГ им. Д.О. Отта РАМН,  
Санкт-Петербург

## СИМПТОМ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ПАТОЛОГИИ МЕХАНИЗМА УДЕРЖАНИЯ МОЧИ: КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ

Конечным звеном патологии, обуславливающим непроизвольную потерю мочи при физическом напряжении, яв-

ляются нарушения механизма адекватной трансмиссии импульса повышенного внутрибрюшного давления на

уретру и мочевого пузыря. Условиями, приводящими к возникновению трансмиссионных нарушений, являются сни-

жение резистентности уретры и выход ее верхней половины из зоны гидравлической защиты.

Каждое из этих условий может быть следствием органической или функциональной патологии. Распознавание конкретного патогенеза симптома непроизвольной потери мочи при физическом напряжении у каждой пациентки является залогом выбора оптимального метода терапии. Авторы приводят следующую классификацию нарушений функционирования механизма удержания мочи, сопровождающихся появлением симптома недержания мочи при напряжении.

**Класс I. Фиброзно-мышечная дистрофия запирающего аппарата уретры и мочевого пузыря**

**Вид А. Гормонозависимые фиброзно-мышечные дистрофии запирающего аппарата мочевого пузыря и уретры.**

**Вид Б. Органические фиброзно-мышечные дистрофии запирающего аппарата мочевого пузыря и уретры.**

Подвиды:

а) гипермобильная уретра

б) органическая недостаточность сфинктеров уретры

в) синдром рубцовой уретры

**Класс II. Нейро-мышечные дисфункции запирающего аппарата моче-**

**вого пузыря и уретры.**

**Вид А. Нестабильность мочевого пузыря.**

**Вид Б. Нестабильность уретры.**

**Вид В. Синдром уретрального плато.**

**Класс III. Смешанные варианты поврежденный запирающего аппарата уретры и мочевого пузыря.**

**Вид А. Комбинация различных видов фиброзно-мышечных дистрофий запирающего аппарата уретры и мочевого пузыря с его нестабильностью.**

**Вид Б. Комбинация различных видов фиброзно-мышечных дистрофий мочевого пузыря и уретры с ее нестабильностью.**

САВИЦКИЙ Г.А., САВИЦКИЙ А.Г.

НИИАГ им. Д.О. Отта РАМН,  
Санкт-Петербург

## ОСОБЕННОСТИ РЕЗИСТЕНТНОСТИ УРЕТРЫ ПРИ ОПУЩЕНИИ СТенок ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ У ЖЕНЩИН БЕЗ УРЕТРОЦЕЛЕ

Обследовано 120 континентных женщин с опущением стенок влагалища и матки без уретроцеле. Уродина-

мическое исследование проводилось в литотомической позиции с использованием «барьера». В первой группе (n=75)

были больные с изолированным цистоцеле, во второй группе (n=45) с цистоцеле и опущением матки. Выявлено:

Исследуемый показатель резистентности уретры	Группы больных			
	I		II	
	с барьером	без барьера	с барьером	без барьера
Функциональная длина, см	2,4±0,3	3,0±0,4	2,6±0,3	3,1±0,6
Максимальное уретральное давление, см вод. ст.	64±8	78±9	51±6	76±11
Запирающее давление, см вод. ст.	52±6	68±12	40±4	79±16
Трансмиссионный индекс, %	97±18	201±36	91±14	222±39

Следовательно, при отсутствии у больной уретроцеле, опущение матки и цистоцеле оказывают положительное влияние на резистентность уретры, повышая ее за счет сдавления просвета уретры или ее перегиба. При обследовании 31 ранее континентных больных, у кото-

рых после операции (кольпорафия с или без гистерэктомии) по поводу опущения или выпадения стенок влагалища и матки появилось недержание мочи при напряжении, установлено низкое запирающее давление (36±12 см вод. ст.) и резкое снижение индекса трансмиссии (81±14%),

что можно связать как с удалением матки, так и гиперкоррекцией цистоцеле. Есть все основания полагать (см. таблицу), что у подобных больных имелась маскированная генитальным пролапсом выраженная недостаточность запирающей функции уретры и мочевого пузыря.

ТЕВЛИН К.П., ПУШКАРЬ Д.Ю.,  
ШАМОВ Д.А.

МГМСУ,  
Москва, Россия

## ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ОЦЕНКА РАССТРОЙСТВ МОЧЕИСПУСКАНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИХ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ (НМПН)

**Цель.** Выявление новых расстройств мочеиспускания у женщин в разные сроки после оперативного лечения НМПН и опреде-

ление путей их медикаментозной коррекции.

**Методы.** Были оценены расстройства мочеиспускания, воз-

никшие у 37 женщин после различных операций по поводу НМПН. Для объективизации использовались результаты уродинамических