

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 повреждений 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 использовали результаты уродинамических