

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

исследований в послеоперационном периоде.

**Результаты.** Наши исследования показали, что императивные расстройства мочеиспускания, связанные с нестабильностью детрузора возникли, у 17 (14,7%), нестабильностью уретры - у 11 (5,8%) и детрузорно-сфинктерной диссинергией - у 9 пациенток (4,7%). В большинстве случаев подобные расстройства возникают в период от 3 до 6 месяцев после оперативного вмеша-

тельства и проявляются частыми позывами к мочеиспусканию, неудержанием мочи, явлениями обструктивного мочеиспускания у 28 пациенток (75,7%).

**Обсуждение.** Вновь возникшие расстройства мочеиспускания не являются следствием неадекватного оперативного лечения и могут быть устранены правильно подобранной медикаментозной терапией. Исключение составляют рецидивы недержания мочи при напряжении. В этих случаях

требуется выполнение повторного оперативного вмешательства.

**Выводы.** Комбинированное уродинамическое исследование - диагностическая процедура, необходимая для объективной оценки расстройств мочеиспускания, возникающих в разные сроки после оперативного лечения НМПН у женщин. Наиболее целесообразно выполнять данное исследование в период от 3 до 6 месяцев в послеоперационном периоде.

ЦВЕЛЕВ Ю.В., ОВСЮК Е.А.

Кафедра акушерства и гинекологии  
Военно-медицинской академии,  
Санкт-Петербург

## О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ДИАГНОСТИКИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ У ЖЕНЩИН

Нами изучались некоторые этиологические и патогенетические факторы недержания мочи при напряжении (НМПН) у 132 пациенток. У 78 (59,5%) из них причиной заболевания являлись быстрые или затяжные роды, тяжёлая физическая работа; травмы - у 26 (19,7%) и гормональные нарушения - у 19 (14,3%) пациенток. Все больные были подвергнуты комплексному обследованию, включавшему цитологическое исследование влагалищных мазков с определением кариопикнотического индекса, цистоуретроскопию, ретроградную цистоуретрографию и уродинамические исследования.

На основании рентгенологического исследования установлено, что характерными диагностическими признаками недержания мочи при напряжении являются: изменение положения мочевого пузыря (везикоптоз), наличие симптома "везикализации" уретры, укорочение уретры, изменение заднего пузырно-уретрального угла.

В покое по данным цистоуретрограмм положение дна мочевого пузыря в 1-й позиции (Л.Н.Тетрадов, 1968) было зафиксировано у 13 пациенток (10%), во 2-й позиции - у 99 (75%), а в 3-й и 4-й позиции соответственно у 16 (12%) и 4 (3%) больных. у 35%

больных выявлена патологическая подвижность (изменение положения дна мочевого пузыря при напряжении на две и более позиции). Симптом "везикализации" уретры - зияние шейки мочевого пузыря - был положительным у 76 женщин (57,5%). Уменьшение длины уретры в покое и при напряжении выявлено у 109 пациенток (82,6%). Величина заднего пузырно-уретрального угла у всех больных превышала норму и составила в покое  $130,3 \pm 12,0^\circ$ , а при напряжении  $153,7 \pm 15,0^\circ$ .

Ретроградная цистометрия показала, что у абсолютного большинства больных был норморефлекторный мочевой пузырь, лишь у 3-х больных была выявлена гипотония и гипорефлексия детрузора. При её проведении внутрипузырное давление повышалось равномерно, в среднем на 1,2 см вод.ст. на каждые 100 мл вводимой жидкости.

Максимальное внутриуретральное давление снижалось (в среднем до 42,3 см вод.ст. в покое и до 46,1 см вод.ст. - при напряжении). Среднее значение максимального давления закрытия уретры составило 30,2 см вод.ст., а функциональная длина уретры была уменьшена на 30-35% от нормальных значений (в среднем  $24,6 \pm 2$  мм).

Данные рентгенологического и

уродинамического исследований дают возможность выделить 2 группы больных с НМПН:

- больные с нарушением целостности мышц тазового дна при нормально функционирующем сфинктерном механизме;

- больные, у которых нарушение целостности мышц тазового дна сочетается с недостаточностью сфинктера мочевого пузыря.

Следовательно, данные исследования являются необходимыми при комплексном обследовании, поскольку позволяют получить объективные критерии для выбора рационального метода и объёма хирургического лечения больных с НМПН.