

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 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 повторно оперативного вмешательства.

Выводы. Комбинированное уродинамическое исследование - 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., ОБСЮК 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, тяжелая 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 ее 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 объема хирургического лечения больных с НМПН.