

СОСТОЯНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И УРЕТРЫ ПРИ СТРЕССОВОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ У ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ ДО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Д.А. Шукурова, Г.С. Чернецова

Дана оценка функционального состояния мочевого пузыря и уретры у женщин с недержанием мочи в сочетании с пролапсом гениталий в предоперационном периоде.

Ключевые слова: функциональное состояние; мочевого пузыря; уретра; недержание мочи; предоперационный период.

До недавнего времени считалось, что диагностика стрессовой инконтиненции (СИ) у женщин не представляет особых трудностей. Демонстрация непроизвольной потери мочи при повышении внутрибрюшного давления расценивалась как доказательство наличия у больной этой патологии [1].

Основной жалобой больных с СИ является непроизвольное истечение мочи при физическом напряжении в широком смысле этого слова, однако этот признак может быть общим для разных форм недержания мочи [2].

Проведение цистоуретроскопии признано целесообразным у всех больных, обращающихся с жалобами на недержание мочи [3].

При проведении цистоскопии у женщин, страдающих СИ при пролапсе гениталий, выявлена поперечная складчатость слизистой. Вследствие смещения задней стенки пузыря и прилегающей части мочепузырного треугольника в дне мочевого пузыря определяется углубление в части, расположенной позади устьев мочеточников [4].

У больных с недержанием мочи и опущением половых органов определяется неполное смыкание шейки мочевого пузыря (симптом Шрама – Алексеева), снижение емкости мочевого пузыря и опущение основания мочевого пузыря в 36 % случаев обследований. При уретроскопии у больных с СИ часто определяются неровные контуры и расслабление внутреннего отверстия уретры [5].

В нормальных условиях оно округлое и имеет ровные контуры. Под действием мускулатуры дна таза в норме внутреннее отверстие уретры сразу замыкается и просвета не остается. При недержании мочи вследствие напряжения задняя стенка уретры приподнимается незначительно и выход из мочевого пузыря полностью не замыкается [6].

При уретроскопии исключают или выявляют воспалительные заболевания или язвенные изменения, которые могут привести к непроизвольному истечению мочи [7].

Материалы и методы исследования. В период с 2003 по 2010 г. в Республиканском научном центре урологии и андрологии обследовано и проведено оперативное лечение 154 больных в возрасте от 25 до 83 лет (средний возраст $53,4 \pm 1,8$ года), страдающих стрессовой инконтиненцией с пролапсом гениталий. Пациентки были разделены на две группы – основную и контрольную. В структуре гинекологической заболеваемости женщин, проходивших лечение в нашей клинике, СИ встречалась в 3,3 % случаев. У 55 % больных с пролапсом гениталий была выявлена СИ.

Результаты и обсуждение. При обследовании 154 пациенток основной группы у всех женщин были обнаружены выраженные анатомические признаки опущения половых и мочевого органов. Опущение передней стенки влагалища выявлено у 154 (100 %), а передней и задней стенок влагалища одновременно у 57 (37,01 %) пациенток. У 17 (11,03 %) больных имело место неполное и у 3 (1,94 %) больных – полное выпадение матки.

При осмотре наружных половых органов нами было установлено зияние половой щели у 115 (74,7 %) пациенток, у 119 (77,3 %) женщин определена недостаточность мышц тазового дна, что является следствием травматических повреждений тканей промежности при патологических родах. Зияние уретры было выявлено у 46 (29,9 %) больных, при этом тяжелая степень стрессовой инконтиненции (СИ) имела место в 29 (18,8 %) случаях. Мацерирование и гиперемия кожных покровов внутренней поверхности бедер и наружных половых органов обнаружены у 22 (14,3 %) женщин вследствие длительного взаимодействия кожных покровов с мочой.

Выраженность цистоцеле определялась по отношению его к бульварному кольцу по трем степеням. Первая степень определялась в тех случаях, когда стенка влагалища находилась выше входа во влагалище. Для второй степени характерно опущение цистоцеле до входа во влагалище. При третьей степени передняя стенка влагалища выходит за пределы бульварного кольца. Выраженность ректо-

целе определялась аналогично, как и при цистоцеле (первая, вторая и третья степени), но только по отношению к бульварному кольцу задней стенки влагалища.

У обследованных женщин было выявлено цистоцеле в 141 (91,6 %) случае. Первая степень установлена у 45 (32,1 %), вторая и третья степени, соответственно, у 75 (53,2 %) и 21 (14,9 %) пациенток. У пациенток контрольной группы цистоцеле было выявлено: первой степени – у 16 (53,3 %), второй – у 10 (33,3 %), третьей – у 6 (20 %).

Особое значение при обследовании больных с жалобами на СИ придается различным тестам и пробам. Для визуального подтверждения потерь мочи мы проводили кашлевую пробу и пробу Вальсальва. Кашлевая проба была положительной у всех обследованных, т. е. в 100 % исследований, а проба Вальсальва – в 83 (53,6 %) случаях. При этом ни одна из женщин контрольной группы не продемонстрировала потерь мочи при проведении провокационных проб.

Положительный результат проводимых проб позволяет сделать заключение относительно факта недержания мочи, но, к сожалению, еще не дает точного представления о типе имеющегося недержания мочи.

Функциональное состояние *m. bulbocavernosus*, *m. ishiocavernosus* определяли путем введения указательного пальца во влагалище с последующей попыткой большой произвольно его сузить. О хорошем состоянии мышц судили по ощущению легкого сжатия пальца. Из числа всех обследованных лишь в 26 (16,9 %) случаях была отмечена сохраненная функция исследуемых мышц, в большинстве случаев это были пациентки с легкой степенью СИ.

Состояние *m. bulbocavernosus*, *m. ishiocavernosus* определяли также по возможности прерывания акта мочеиспускания, так называемый “стоп-тест”, позволяющий судить о сократительной способности поперечно-полосатых мышц тазового дна, участвующих в образовании мочевого пузыря и уретры. Акт мочеиспускания могли произвольно прекратить только 44 (28,6 %) пациентки. “Стоп-тест” свидетельствует не только о неспособности сфинктера к произвольному сокращению, но и, возможно, о наличии нестабильности детрузора.

На основании проведенного исследования 154 пациенток с опущением и выпадением половых органов, сопровождающимся СИ, было сделано заключение, что характерными признаками СИ у женщин могут являться: зияние наружного отверстия мочеиспускательного канала и зияние половой щели, недостаточность мышц тазового дна,

наличие цистоцеле различной степени тяжести, что должно подтверждаться положительной кашлевой пробой или пробой Вальсальва.

Важную роль в выявлении воспалительного процесса и степени его распространенности играют эндоскопические исследования. Проведение цистоуретроскопии признано целесообразным у всех пациенток, обращающихся с жалобами на недержание мочи. Она дает возможность выявить и подтвердить характерные для воспалительного процесса изменения слизистой мочевого пузыря и уретры. Все больные с воспалительными процессами уретры и мочевого пузыря должны предварительно пройти курс лечения у уролога.

Цистоуретроскопия в предоперационном периоде произведена у 154 женщин. Остаточная моча в количестве от 10 до 50 мл выявлена у 36 (23,4 %) больных. При этом оценивалась емкость мочевого пузыря, которая колебалась от 250 до 550 мл. Слизистая оболочка мочевого пузыря и уретры в основном имела нормальный неизменный вид. В 68 (44,2 %) случаях было установлено наличие гиперемии слизистой оболочки шейки мочевого пузыря и пузырного треугольника, отечность в области шейки мочевого пузыря. При этом у 14 (43,7 %) больных контрольной группы были выявлены подобные изменения.

У больных с цистоуретроцеле было выражено западение задней стенки и дна мочевого пузыря, при этом определялась продольная, уходящая вниз складчатость задней стенки пузыря. Причем у больных с выпадением половых органов западение и складчатость слизистой оболочки задней стенки мочевого пузыря были выражены значительно, чем у больных с опущением гениталий, что было выявлено, соответственно, у 94 (61,1 %) и 20 (12,9 %) пациенток соответственно. При физическом напряжении (кашле) у 67 (43,5 %) больных отмечались опущение и значительная подвижность основания мочевого пузыря.

При проведении уретроскопии было выявлено неполное смыкание шейки мочевого пузыря (симптом Шрама – Алексеева) в покое у 35 (22,7 %) пациенток. При физической нагрузке раскрытие

внутреннего сфинктера было определено у 125 (81,1 %) обследуемых, причем незначительное его раскрытие ($< 1/2$) диагностировано у 88 (70,4 %), а значительное, сопровождающееся истечением мочи ($> 1/2$), – у 37 (29,6 %) больных. Незначительное раскрытие внутреннего сфинктера мочевого пузыря было обнаружено и у 11 (61,1 %) пациенток контрольной группы. Последние имели II и III степени опущения стенок влагалища. Вышеперечисленные признаки, а именно, выраженное западение задней стенки и дна мочевого пузыря с уходящей вниз складчатостью задней стенки пузыря, раскрытие внутреннего сфинктера уретры при физической нагрузке, сопровождающееся истечением мочи, можно отнести в разряд патогномичных для СИ.

Литература

1. *Атабеков Д.Н.* Очерки по урогинекологии / Д.Н. Атабеков. М., 1963. 144 с.
2. *Байков Н.Н.* Оперативное лечение недержания мочи при напряжении у женщин / Н.Н. Байков, Х.М. Тихане // Урология и нефрология. 1983. № 1. С. 43–46.
3. *Уразаев А.З.* Недержание мочи и кала у женщин при акушерско-гинекологической патологии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.З. Уразаев. Казань, 1974. 30 с.
4. *Фрумкин А.П.* Цистоскопический атлас / А.П. Фрумкин. М.: Миклош, 1995. 119 с.
5. *Джавад-Заде М.Д.* Уродинамика нижних мочевых путей и механизмы ее регуляции / М.Д. Джавад-Заде, Е.Л. Вишневецкий, В.М. Державин // Нейрогенные дисфункции мочевого пузыря. М., 1989. С. 37–100.
6. *Karram M.M., Angel Koonings P., Tabor B., Bergman A., Bhatia N.* The modified Pereyra procedure: A clinical and urodynamic review // Br. J. Obstet Gynecol. 1992. Vol. 99. № 1. P. 656–658.
7. *Bergman A., Ballard C.A., Platt L.D.* Ultrasonic evaluation of urethrovesical junction in women with stress urinary incontinence // J. Clin. Ultrasound. 1988. Vol. 20. № 6. P. 295–300.