

УДК 616.62'008.22'055.2'07/08

В.В. Данилов, И.Ю. Вольных, О.М. Бахарева

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ АСПЕКТЫ РАССТРОЙСТВ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЖЕНЩИН

Владивостокский государственный медицинский университет,
Краевой клинический центр «Патология мочеиспускания» (г. Владивосток)

Ключевые слова: расстройства мочеиспускания у женщин, диагностика, консервативное и оперативное лечение.

Симптомокомплекс, который Ю.А. Пытель весьма точно назвал «старость мочевого пузыря», встречается как у мужчин, так и у женщин [22]. Но подход, в точности повторяющий диагностику инфравезикальной обструкции при доброкачественной гиперплазии простаты у мужчин, к сожалению, невозможен [4, 16, 20, 27]. Относительно эпидемиологии расстройств мочеиспускания у женщин известно сравнительно немного. Так, исследования, проведенные в период 70'90'х годов, позволяют считать, что в действительности распространенность симптомов, составляющих широкое понятие «дизурии», крайне вариабельна и сильно зависит от возраста [23, 25, 26, 29, 30]. Встречаемость поллакиурии, императивных позывов и ургентного недержания мочи растет с годами и в среднем в популяции составляет от 8 до 14% [10, 13, 15].

Как известно, расстройства мочеиспускания сопровождают не менее 92% урологических заболеваний. Частота возникновения неосложненных инфекций мочевых путей у женщин довольно высока и, например, для пациенток в возрасте от 20 до 40 лет составляет 25'35%. Наиболее частым проявлением неосложненных инфекций является острый цистит. При нем поражается только слизистая оболочка мочевого пузыря без глубокой инвазии микроорганизмов. Ежегодно у 20'30% женщин отмечается один или более эпизодов дизурии, большинство из которых обусловлено острым циститом. Его распространенность в России составляет 26'36 млн случаев в год [13]. Сам по себе цистит формирует микционные расстройства, так называемые транзиторные, но при этом достоверно происходят изменения и в самой стенке мочевого пузыря. Из поля зрения врача часто ускользает тот важный факт, что циститы приводят к алгическому синдрому, который во многом похож на проявление хронического цистита. Назначение в дальнейшем антибактериальных средств не только не дает улучшения, а, наоборот, приводит к изменениям слизистой мочевого пузыря, а страдания становятся настолько выраженными, что меняют радикально к худшему жизнь женщины.

Тем не менее нарушения микционного цикла формируются не только вследствие местных (пузырных и уретральных) причин. Весомый «вклад» имеют неврологические стороны заболевания, в частности рассеянный склероз, остеохондроз. Нейроурологический аспект радикально меняет не только динамику клинической картины заболевания, но и ухудшают прогноз [24]. При этом обструктивное мочеиспускание, как проявление детрузорно-сфинктерной диссинергии, становится весьма широко встречающимся явлением [27]. Неврологическим сторонам проблемы посвящены целый ряд зарубежных публикаций за последние 20 лет, стали появляться и отечественные наблюдения [14].

Принято считать, что для мужчин более значима инфравезикальная обструкция, тогда как для женщин существенно инконтиненция и поллакиурия [18, 21]. Однако диапазон расстройств мочеиспускания у женщин в действительности весьма широк и не ограничивается лишь учащенными микциями, скорее поллакиурия – только наиболее часто встречающийся симптом, сопровождающий синдром императивного мочеиспускания [29, 30]. Более правильно признать, что редкая урологическая патология не сопровождается микционными нарушениями. В зарубежной литературе можно встретить следующие, несомненно важные в плане клинической значимости синдромы: обструктивное мочеиспускание, ургентное мочеиспускание, болевой синдром, сопровождающий хронические воспалительные заболевания урогенитальной сферы («синдром тазовой боли»), недержание мочи и комбинированные варианты микционных нарушений.

Интерес клиницистов к диагностике микционных расстройств у женщин продолжает оставаться стабильным вот уже три десятилетия [2, 4, 11, 18, 24, 28]. Объясним данный факт тем, что сегодня в урогинекологии нет определенного и завершенного диагностического алгоритма для женщин с расстройствами мочеиспускания. Разработка аппаратных (уродинамических) методик исследования функционального состояния нижних мочевых путей практически была завершена к началу 90'х, но интерпретация и анализ данных, к сожалению, остались далеки от совершенства [5, 8, 9, 16, 20]. Неопределенность количественной оценки и субъективизм характерны также и для клинической интерпретации, представленной в работах по данной теме [5, 16, 20].

Расстройства мочеиспускания у женщин представляют собой проблему достаточно сложную и, исходя из литературных данных, далеко не решенную. Основываясь на эпидемиологических исследованиях, можно сделать вывод о бесспорной актуальности вопроса, особенно в свете тенденции к обеспечению качества жизни как одной из важнейших составляющих результативности терапии [6, 23, 26]. Выполненные за последние годы, во многом беспрецедентные попытки решения вопросов диагностики

и установления основных патогенетических звеньев заболевания открыли принципиально новые возможности терапии, в частности с использованием средств медиаторного воздействия как на мочевой пузырь, так и на сфинктерный механизм, систему органного кровообращения мочевого пузыря [8, 12, 14, 15].

Как указывалось выше, причин, вызывающих микционные нарушения, достаточно много. Не останавливаясь на традиционных диагностических приемах, следует более детально рассмотреть специальные методы объективизации нарушений уродинамики.

Все диагностические исследования нижних мочевых путей можно вкратце определить как клинические и аппаратные [8]. К первым относятся формализованное заполнение симптоматики с последующей оценкой в баллах, фиксация ритмов спонтанных мочеиспусканий, работа с анкетами и опросниками [18, 24]. И тем не менее приходится признать, что даже очень большой клинический опыт не гарантирует выявления целого ряда состояний, скрыто протекающих до момента хирургического вмешательства, но проявляющихся негативно после него. Наиболее ярким примером может служить инконтиненция, особенно смешанная форма, протекающая в виде «чистого стресса». Указания на трудности, принципиально решаемые, но обязательно возникающие и приводящие к неэффективности хирургического вмешательства, можно встретить в литературе [19].

Еще одной стороной является формализованная оценка симптомов со стороны нижних мочевых путей. Сложилось так, что этот вопрос рассматривался применительно только к мужскому населению, страдающему доброкачественной гиперплазией простаты [6, 18, 22, 23]. Вполне конкретная задача – оперировать или нет – и сейчас стоит перед урологом, при этом «в чистом виде» она остается нерешенной [6]. Оценка по табличной шкале, применяемой при гиперплазии предстательной железы, проводилась также у женщин, и, нужно отметить, не без результата. Возможно, именно это обстоятельство и определило поиск адекватной таблицы у женщин, продолжающийся и сегодня [8].

Появление монографии Е.Л. Вишневого и др. [6], посвященной сугубо прикладным задачам объективизации симптоматики, можно с уверенностью отметить как вполне закономерное и ожидаемое, востребованное явление. Рассмотрение целого ряда вопросов, начиная с терминологии и кончая клинической интерпретацией определяемых некоторым стандартным способом состояний, позволяет в принципе говорить об обоснованной клинкоуродинамической оценке симптомов в современной урологии. В работе не только обобщен большой опыт зарубежных коллег, но представлены отечественные исследования в весьма оригинальном виде, что делает приемы использования результатов рядовым вра-

чом, не владеющим аппаратной диагностикой или при ее недоступности. Здесь нелишне отметить, что данная работа во многом уникальна, не имеет аналогов за рубежом и представляет собой весьма ценный труд, призванный решать проблемы клинической диагностики без применения специализированных приборов и сложной измерительной техники.

Одним из направлений, достаточно специфичным в плане диагностики, является уродинамическая оценка [4, 5, 9, 11, 20]. Особенно это актуально для решения вопросов определения тактики лечения больных с недержанием мочи. Несмотря на все неудобства инвазивной технологии проведения цистометрии, данный метод остается на вооружении урологов вот уже более 80 лет. Являясь единственным достоверным, этот способ выявления нестабильного детрузора у женщин (ретроградная цистометрия) выгодно отличается среди всех вариантов урологической функциональной диагностики. Именно поэтому, «уродинамическое моделирование» гиперактивного детрузора по-прежнему занимает ведущее место при постановке диагноза и назначении холинолитиков [29, 30]. В связи с этим получили распространение так называемые атропиновые пробы, выполняемые на довольно сложном уродинамическом оборудовании [9]. По сути дела, с помощью таких диагностических приемов удается не только установить атропиночувствительность мочевого пузыря, но определить прогноз и лечение. Фармакоуродинамическая диагностика в настоящее время становится основным методом функционального тестирования, достоверно позволяющая подобрать терапию [8, 9].

Разработка методик, предназначенных для изучения замыкательного аппарата мочевого пузыря (профилометрия, стресс-проба, сфинктерометрия), как бы это ни казалось странным, не дала весомых результатов. Поэтому постепенный отказ от широкого применения и замена более достоверными способами получения воспроизводимых данных, такими, как видеоцистография и видеоуродинамика, определило направление исследований с середины 80-х по настоящее время [18].

Инвазивные методы при этом хотя и более точны, но имеют естественные ограничения. Среди них большого числа методик не так много диагностических способов, не имеющих противопоказаний к применению. К ним относится измерение потока мочи, выполняемое с помощью специальной измерительной аппаратуры – микциометрия. Традиционно прижился термин урофлоуметрия. Если быть более точным, то скорость мочеиспускания на самом деле физически трудноизмеряемый показатель. В действительности под урофлоуметрией принято понимать регистрацию объемной скорости потока мочи, а соответственно оценивать расход в единицу времени. Проблема отличия патологии от нормы не находит четкого определения, так как происходит «перекрытие» областей микционных

показателей у больных и здоровых, а уродинами'ческое заключение строится на основании получен'ных измерений [28]. Именно несоответствие дан'ных уродинамического и клинического статуса приводит к парадоксу, и, как справедливо отметил J.G. Blaivas, нельзя впадать в заблуждение при оценке результатов урофлоуметрии, рассматривая диаграмму. Выход был найден в виде выполнения серии исследований, при которой с определенной достоверностью можно было сделать вывод о нали'чии патологии и выраженности функциональных нарушений, отражением которой и является кривая потока мочи [24].

На основе вышеуказанного метода выполнены уникальные исследования, результатом которых ста'ло появление номограмм для оценки неинвазивного аппаратного исследования: Liverpool, Siroky, Bristol и т.д. В частности, разработана пока что единствен'ная в своем роде номограмма Liverpool для оценки «нормальности» флоуграм для женщин [28]. Отказ от статической оценки и переход к «живым» зависи'ностям потока от выпущенного объема, выполнен'ный у женщин без урологической симптоматики, представляет инструмент скрининг изучения, в част'ности женщин с обструктивным мочеиспусканием.

Уродинамические исследования проводятся на множестве приборов. Необходимость использования довольно сложных и дорогостоящих образцов пользо'ватели представляют как плату за уникальную инфор'мацию, получаемую в результате. Однако наиболее важным звеном является не получение информации при проведении исследования, а алгоритм оптималь'ного исследования и оценка данных. Так, приборы, имеющиеся в клинике (например, уросистемы типа Dantec или «Рельеф»), в плане измерения мало отли'чаются. Отличия определяются возможностями, пре'доставляемыми компьютерными программами, кото'рые обрабатывают принимаемые от датчиков сигнала. Использование компьютерной технологии с эле'ментами искусственного интеллекта в уродинамике позволило отработать технологию применения фар'макологических препаратов, например, пикамилаона в урологической практике у больных с нарушением мочеиспускания [8, 9]. Широкое внедрение специа'лизированной аппаратуры в свою очередь потребова'ло своего рода стандартизации терминологии и по'казателей, получаемых на различной технике [20]. Понимание того, что расстройства мочеиспуска'ния формируются под воздействием целого ряда фак'торов,

таких, как стресс, воспаление, дисбаланс сим'патического и парасимпатического отделов вегета'тивной нервной системы, локальные поражения цен'тров, отвечающих за микционный цикл и т.д., определило и направление изучения в конце XX — на'чале XXI века рядом исследователей проблемы [1, 2, 3]. Достаточно сравнить приоритетные, с точки зре'ния клиницистов, стороны патогенеза, привлекавшие внимание специалистов 80'х годов прошлого и нача'

ла нынешнего века, как становится понятным стрем'ление к фармакологической, несомненно более адек'ватной терапии в сравнении с физиотерапевтичес'кой, основанной сугубо на электрическом стимуля'ционном локальном воздействии ранее [8].

Эндоскопическая диагностика, как наиболее ста'рый способ изучения состояния нижних мочевых пу'тей, не претерпел больших изменений и продолжает оставаться на вооружении современного уролога так же, как и столетие назад.

Разумеется, появление новых и весьма эффектив'ных лекарственных препаратов сказалось на техно'логии терапии, что привело к изменению удельного веса консервативных и малоинвазивных процедур в сочетании с приемами лекарственной терапии. Роль хирургии радикально уменьшилась, уступив место более прогрессивным и щадящим технологиям, осно'ванным на принципах консервативной терапии. Практически можно видеть изменение психологии врача-уролога — с появлением новых возможностей регуляции микционного цикла интерес к консерва'тивной терапии перешел в плоскость сравнения ва'риантов применения тех или иных средств медиато'ров или их комбинации для получения клинического эффекта. И дело не столько в числе новых препара'тов, сколько в новых возможностях лекарств. Не слу'чайно что известный специалист уродинамики наше'го времени J. Blaivas указывает на то, что атропин не применяется в современной нейроурологии, как пре'парат с достаточно большими побочными эффекта'ми, непригодный для решения вопроса нормализа'ции акта мочеиспускания или коррекции фазы накоп'ления у больных с расстройствами мочеиспускания [12, 14, 15, 17, 24]. Не случаен интерес к уродинам'ике, который можно обозначить как второе рождение функциональной урологической диагностики, обус'ловленный потребностью оценки результатов лечения и определения прогноза применения препарата у конкретного индивидуума, что ранее было практи'чески невыполнимо. Именно поэтому только благо'даря отмеченному спросу на мониторинговые иссле'дования, целый ряд фирм, производителей диагнос'тического оборудования, откликнулись, и в результа'те на рынке появилось новое поколение аппаратов уродинамической диагностики, позволяющих изучать состояние мочевой системы не одномоментно, а в те'чение некоторого промежутка времени.

Усилиями Международного общества по пробле'мам удержания мочи (ICS) в 2001 г. определена еди'ная терминология, в контексте которой обозначено стандартизированное клиническое понятие гиперак'тивного мочевого пузыря как синдрома, отражающе'го состояние дисфункционального мочеиспускания: поллакиурии, наличия императивных позывов и (или) императивного недержания мочи. В отличие от уродинамического понятия «детрузорной активно'сти» или «гиперактивного детрузора», данный син'дром не подразумевает количественной оценки

внутрипузырного давления и является сугубо клиническим понятием, объединяющим терминологический «вавилон»: «нестабильный детрузор», «гиперрефлексия мочевого пузыря», «неадаптированный мочевой пузырь» и т.д. Вне зависимости от того, какая причина привела к формированию синдрома, последний достаточно полно определяется составляющими его симптомами императивного мочеиспускания [30].

Проблема консервативной терапии микционных расстройств в действительности еще более актуальна, так как нарушения уродинамики нижних мочевых путей, сопровождающиеся «назойливой» симптоматикой, присущи и лицам более молодого возраста. Проведение консервативной терапии в большинстве случаев помогает справиться с недугом, но у части больных результаты лечения, к сожалению, более чем скромные, а иногда эффективность не отличается от нулевой [8, 9, 30].

Развитие заболевания, присоединение к микционным нарушениям болевого синдрома резко ухудшают качество жизни женщины, лишают последнюю трудоспособности и иногда приводят к инвалидности, завершаясь формированием картины интерстициального цистита. Но не менее значим и сам по себе синдром хронической тазовой боли как проявление неблагополучия в малом тазу. Больные связывают изменения в болевом синдроме с менструальным циклом, что вполне закономерно. Изменение кровеносного наполнения меняет клинику. Симптомы, также наиболее частые, следующие: поллакиурия, никтурия, императивные позывы, дискомфорт перед или после мочеиспускания, боли при микции, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. Как указывалось нами выше, подобная клиническая картина может быть практически в любом возрасте. Снижение емкости мочевого пузыря весьма характерно для этого состояния, а невозможность осуществить нормальное мочеиспускание серьезно беспокоит больных [7]. Синдром «малого мочевого пузыря», как следует из литературы, достаточно сильно меняет качество жизни пациенток [7]. Нечувствительность к м'холинолитикам (атропинорезистентность) требует или повышения дозировки применения, или длительно-сти назначения препаратов. Следует отметить, что по сей день м'холинолитики остаются, пожалуй, единственным средством, направленным непосредственно на детрузор, и поэтому применяемы при данном состоянии.

Исследования, выполненные в период 1994–1997 гг. во Владивостоке, убедительно доказали факт атропинорезистентности у каждого пятого пациента с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря [8, 9]. Но интересно то, что после недельного лечения пикамилоном менялась чувствительность детрузора к атропину таким образом, что терапия оказывалась неэффективной только у 11% больных [8]. Аналогичные данные можно найти и у зарубежных коллег [24].

Вторая причина неэффективности терапии расстройств мочеиспускания у женщин связана напрямую с нейроурологией. Аномалии развития позвоночника и спинного мозга, которые начинают проявляться у молодых женщин, довольно скоро приобретают характер назойливой симптоматики, формируя синдром императивного мочеиспускания [8, 30].

В лечении микционных расстройств, несмотря на весьма «длительный стаж» специалистов, по-прежнему нет единого мнения о порядке применения лекарственных и физиотерапевтических средств. Практически остается открытым вопрос о целесообразности и роли функциональных методик. Интересна дискуссия о причинах и патогенетических звеньях такого известного и при этом малоизученного заболевания, как интерстициальный цистит. Создается впечатление, что помогает все и не действует ничего. Способов воздействия на мочевой пузырь предложено так много, что одно только перечисление займет несколько страниц. Что важно, нет каких-либо стабильных и повторяемых результатов лечения.

Отдельно болевому синдрому посвящено большое количество публикаций, затрагивающих разные стороны этиопатогенеза: поиск причин, поддерживающих воспаление, характер проявления, вопросы лечения и прогноза.

Интересным с точки зрения обобщения проблемы можно отметить мнение авторов, обоснованно считающих поллакиурию одним из вариантов течения нестабильного детрузора у женщин, а клинические проявления заболевания – отражением несостоятельности периферической иннервации [4]. Так или иначе, но блокада холинэргических структур, снимающая спазм мочевого пузыря, представляется более перспективным делом, так как происходит разрыв патогенетической цепи.

Попыток усилить действие атропина, особенно для устранения синдрома малого мочевого пузыря, предпринято достаточно. Но факт есть факт – кроме получения обструктивного мочеиспускания в результате, других значимых эффектов мало. Интересны работы проф. Е.Л. Вишневого в этом направлении: исходя из концепции, что в основе нарушений лежат глубокие нарушения биоэнергетики на клеточном уровне, автор предложил искать решение в улучшении обменных процессов в мышце мочевого пузыря [6]. Как клиническое доказательство правильности такого подхода можно привести ряд работ, выполненных у детей с тяжелой патологией мочевой системы, в которых удалось существенно повысить чувствительность к лечению и снизить атропинрезистентность [8, 9].

Рассмотрение расстройств мочеиспускания у женщин будет неполным, если не коснуться такой стороны, как обструктивное мочеиспускание. В отличие от исследований у мужчин, следует учитывать то обстоятельство, что анатомическая (морфологическая) обструкция у женщин встречается значительно реже,

а дисфункция или дискоординация детрузора и сфинктерного аппарата в сочетании со снижением сократительной активности или без таковой встречается несравненно чаще. И поэтому для выявления нижних границ «нормы» или, более точно, референтной величины потока в норме имеет смысл использовать рассчитанные зависимости «объем/поток» у здоровых женщин. К сожалению, применимых для этой цели исследований предпринято сравнительно немного. Наиболее известна здесь номограмма Liverpool.

Анализ разнообразных методов лечения расстройств мочеиспускания у женщин традиционно следует начинать с фармакологических вариантов. В действительности, если оставить за скобками те или иные формы выпуска лекарственных средств, придется признать, что существенное значение по-прежнему имеют только холинолитики (оксибутинин, толтеродин, атропин, тропиум). Именно воздействие на повышенную активность детрузора в виде блокады холиноэргических структур в сочетании со спазмолитическим эффектом применяется для устранения симптомов синдрома императивного мочеиспускания.

Интересной публикацией можно отметить работу, в которой рассмотрены подробно результаты применения агонистов альфа-блокаторов. Как известно, активация сфинктера мочевого пузыря (поперечнополосатая мускулатура) происходит при непосредственном воздействии препаратов, усиливающих влияние симпатической ветви вегетативной нервной системы [1].

Среди других направлений в терапии микционных расстройств следует отметить FreeStep терапию, упражнения Кегеля и т.д. Тренировка мышц тазового дна и применение устройств для контроля за их сокращением, а также за работой сфинктерного аппарата мочевого пузыря выглядит весьма перспективно [3]. Это связано не только с относительной дешевизной методов, но и с тем, что такая терапия более физиологична. В тех случаях, когда дислокация органов не выражена, существует объективно возможность контроля над механизмом удержания мочи без применения хирургической коррекции. Здесь важно отметить рекомендации авторов по активной работе с пациенткой и правильному выполнению упражнений, что обеспечивает хороший результат в 70% случаев [3, 10].

Длительная тренировка мышц тазового дна оказывает существенное влияние на активность детрузора, по всей видимости в связи с тем, что активация сфинктерных структур (аутлет механизма) рефлексивно тормозит мочевой пузырь [14]. Нарушение функционального состояния, следствием чего можно отметить поллакиурию и наличие императивных позывов, косвенно свидетельствует о неполном синдроме императивного мочеиспускания, сопутствующем стрессовой инконтиненции. При выполнении рекомендаций, цель которых – усиление сокращений

сфинктера, происходит деактивация детрузора, снижение тонуса мочевого пузыря и соответственно уменьшение выраженности симптомов [5].

За последние 100 лет было предложено большое количество способов оперативного вмешательства у женщин с расстройствами мочеиспускания. Львиную долю здесь имеют варианты лечения недержания мочи, которых насчитывается более двух сотен. Однако практически более или менее значимыми являются несколько основных способов, показавших свою эффективность на протяжении более полувека [10, 19]. Следует отметить, что объем хирургического воздействия за последние десять лет значительно снизился, а на смену обширным и травмирующим операциям пришли менее инвазивные способы лечения расстройств мочеиспускания, в частности недержания мочи. Появление методики синтетического слинга значительно изменило не только временные рамки операции у больных с недержанием мочи, но и отдаленные результаты хирургической коррекции [19]. Развитие таких процедур, как гелевые уретральные инъекции, малоинвазивные трансобтурационные и вперидилонные вмешательства также представляются весьма перспективными, заслуживающими внимания и дальнейшего изучения.

Однако остается малоизученной проблема отбора пациенток на тот или иной метод лечения, показания к вмешательству по-прежнему основываются на формальных признаках [18]. Как показывает опыт оперативного лечения недержания мочи, отдаленные результаты, например спустя 3 и более лет, эффективность практически всех вариантов снижается [24]. Кроме того, увеличение выраженности ургентной инконтиненции с возрастом приводит к ухудшению качества жизни, при этом определить достоверно тип недержания становится значительно труднее, а проявление императивных форм все более напоминает стрессовые. Так, даже у неоперированных женщин до 25% случаев ургентная инконтиненция протекает как «чистый стресс», и единственным способом дифференциальной диагностики может выступать только инвазивная ретроградная цистометрия [2, 5].

Таким образом, проблема диагностики и лечения расстройств мочеиспускания у женщин остается труднорешаемой и требует выполнения следующих задач:

1. Определение оптимального диагностического алгоритма, с помощью которого врач сможет с высокой степенью достоверности поставить диагноз и определить прогноз заболевания;
2. Разработка системы клинической (догоспитальной) системы оценки симптомов у женщин для объективизации степени тяжести микционных расстройств;
3. Разработка методики амбулаторной неинвазивной диагностики (мониторинг расстройств мочеиспускания) у женщин после проведенного ранее оперативного вмешательства;

4. Разработка системы оценки эффективности консервативной коррекции нарушений уродинамики нижних мочевых путей у женщин и сравнение отдельных видов лечения.

Исходя из имеющихся в нашем распоряжении материалов и данных мировой и отечественной литературы, можно сделать вывод о том, что диагностика расстройств мочеиспускания пока остается далеко нерешенной проблемой и требует более детального изучения. На сегодняшний день намечены основные направления исследований, перспективность которых не вызывает сомнения ввиду их социальной и фармакоэкономической значимости. Создание универсальной системы диагностики и оценки степени тяжести микционных нарушений у женщин позволит с одной стороны рано выявлять заболевания, которые проявляются соответствующей клинической картиной, а с другой – более конкретно и количественно оценивать эффективность терапии, определять показания к хирургическому лечению или фармакологической коррекции.

Литература

1. Авакян О.М. Симпато-адреналовая система. – Л.: Наука, 1997.
2. Аль-Шукри С.Х., Кузьмин И.В. Гиперактивность детрузора и ургентное недержание мочи. – СПб, 2001.
3. Аль-Шукри С.Х., Кузьмин И.В.// Урология. – 1999. – № 5. – С. 44_47.
4. Берников А.Н., Пушкар Д.Ю.// Урология. – 1997. – № 3. – С. 31_34.
5. Васильев А.И., Савченко Н.Е.// Ночное недержание мочи. – Л, 1954. – С. 138_148.
6. Вишневецкий Е.П., Лоран О.Б., Вишневецкий А.Е. Клиническая оценка расстройств мочеиспускания. – М.: ТЕРРА, 2001.
7. Голигорский С.Д. Малый мочевой пузырь: Вопросы интестинальной пластики. – Кишинев: Картия молдовеняскэ, 1959.
8. Данилов В.В. Критерии тяжести расстройств уродинамики нижних мочевых путей у детей с дисфункциями мочевого пузыря и обоснование их дифференцированной тактики лечения: Автореф. дис... канд. мед. наук. – М., 1999.
9. Данилов В.В., Данилова Т.И. Атропиновая проба. Методика, оценка и прогноз применения М-холинотиков у детей с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря гиперрефлекторного типа. – Владивосток, 1999.
10. Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. – М.: Медицина, 1978.
11. Краснополянский В.И., Титченко Л.И.// Вестник. – 2000. – № 3. – С. 54_60.
12. Лоран О.Б., Пушкар Д.Ю., Тевлин К.П.// Урология и нефрология. – 1998. – № 6. – С. 21_24.
13. Лоран О.Б., Зайцев А.В.// Акушерство и гинекология. – 2000. – № 3. – С. 40_43.
14. Лоран О.Б., Тевлин К.П.// Урология и нефрология. – 1999. – № 3. – С. 31_33.
15. Лоран О.Б., Пушкар Д.Ю.// Врач. – 1998. – № 11. – С. 27_28.
16. Мохорт В.А., Севастьянов Н.С.// Урология и нефрология. – 1985. – № 3. – С. 33_35.
17. Нейрогенные дисфункции мочевого пузыря/ Под ред. М.Д. Джавад_Заде и В.М. Державина. – М.: Медицина, 1989.
18. Пушкар Д.Ю.// Акушерство и гинекология. – 2000. – № 1. – с.3_7.
19. Пушкар Д.Ю., Шамов Д.А.// Материалы пленума правления Рос. общества урологов. – Ярославль, 2001. – С. 143_144.
20. Ретроградная цистометрия и ее значение в диагностике нарушений уродинамики нижних мочевых путей/ Методические рекомендации МЗ РФ, 1995.
21. Трапезникова М.Ф., Базеев В.В., Голубев Г.В. и др.// Урология и нефрология. – 1996. – № 2. – С. 2_4.
22. Bartch G., Kirby R.S., Lepor H.// Pharmanual. – 1997. – P. 1_51.
23. Brown J.S., Posner S.F., Stewart A.L.// J. Am. Geriatr. Soc. – 1999. – Vol. 47, No. 8. – P. 980_988.
24. Chancellor M., Blaivas J.G.// Practical NeuroUrology. – 1995. – P. 285_290.
25. Costa P., Mottet N.// European Urology. – 1997. – Vol. 32. – P. 25_27.
26. Kelleher C.J., Cardozo L.D., Tooze Hobson P.M.// Curr. Opin. Obstet. Gynecol. – 1995. – Vol. 7, No. 5. – P.404_408.
27. Lemack G.E., Zimmern P.E.// European Urology. – 2001. – Vol. 39. – P. 36_41.
28. Rollem H.J.// Clinical NeuroUrology/ R.J. Rrane, M.B. Siroky. – 1991. P. 201_244.
29. Stamey T.A.// Campbell's Urology/ Walsh P.C., Retik A.B., Stamey T.A. et al. – Philadelphia: WB Saunders, 1992. – P. 2829.
30. Steers W.D.// UEA J. Urology. – 2002. – Vol. 1, No. 4. – P. 3_10.

Поступила в редакцию 22.07.03.

DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC ASPECTS OF WOMEN' URINATION DISORDERS

V.V. Danilov, I.Yu. Volnyikh, O.M. Bakhareva
Vladivostok State Medical University
Regional Clinical Centre «Urination Pathology» (Vladivostok)
Summary – The authors present the survey of the literature dedicated to the women' urination disorders and show that thus far there is no unified well-grounded for women treatment and diagnostic algorithm which could be analogous to that exists for men with benign prostatic hypertrophy. In view of a great range of urodynamics disorders, by no means all the methods turn out to be effective, and furthermore, the therapeutic measures, disregarding the impact on leading or important pathogenetic link, are of little success. To apply the up-to-date medications of transmitter and vascular therapy is more effective, when a doctor has a good chance to estimate evenly the clinic picture and make necessary changes of the treatment regimen. It will allow early and for certain to diagnose and treat patients, soundly fulfill conservative therapy or surgical operation.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 2, P. 20_25.