

НПДР характеризуется повышением линейных параметров кровотока и индексов резистентности в ГА, ЦАС и зависит от уровня гликемии. Определена положительная уме-

ренная корреляционная связь между параметрами скоростных показателей кровотока в ГА и ЦАС и уровнем гликемии ($r=0,33$, $r=0,43$ соответственно).

Сведения об авторах статьи:

Габдрахманова Аня Фавзиевна – д.м.н., профессор кафедры офтальмологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8(347) 275-97-65.

Галлямова Гузель Рустамовна – ассистент кафедры офтальмологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8(347) 275-97-65.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балашевич, М.И., Измайлов, А.С. Диабетическая офтальмопатия. – СПб.: Изд-во «Человек», 2012. – 396 с.
2. Галлямова, Г.Р. Особенности гемодинамики глаза при диабетической ретинопатии / Б.М. Азнабаев, А.Ф. Габдрахманова, Г.Р. Галлямова, А.А. Александров // Медицинский вестник Башкортостана. – 2013. – Т. 8, № 4. – С. 21-24.
3. Галлямова, Г.Р. Состояние гемодинамики глаза при диабетической ретинопатии и офтальмоангиопатии / А.Ф. Габдрахманова, Г.Р. Галлямова, А.А. Александров // Медицинский вестник Башкортостана. – 2014. – Т. 9, № 2. – С. 110-114.
4. Катькова, Е.А. Диагностический ультразвук//Офтальмология. – М.: ООО «Фирма СТРОМ», 1993. – 160 с.
5. Глазной кровоток и его изменения у больных сахарным диабетом / А.А. Колчин [и др.] //Вестник офтальмологии. – 2012. – Т.128, №2. – С.60-65.

УДК 618.6:618.164.1-008.22-07

© И.И. Мусин, А.Г. Яшук, А.А. Казихинуров, Р.Р. Ямалитдинова, Т.Н. Ибрагимов, 2014

И.И. Мусин, А.Г. Яшук, А.А. Казихинуров, Р.Р. Ямалитдинова, Т.Н. Ибрагимов
СТРУКТУРНОЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СФИНКТРА
МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ЖЕНЩИН В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа

С целью изучения влияния естественных родов на структурное и функциональное состояние сфинктера мочевого пузыря у женщин в раннем послеродовом периоде нами выполнена уретроцистоскопия и лазерная доплеровская флоуметрия у 53 рожениц. Причем 32 женщины перенесли естественные роды, а 21 женщине выполнено кесарево сечение. В исследовании учитывались паритет родов и масса новорожденных.

Установлено отсутствие значимых функциональных изменений сфинктера мочевого пузыря у первородящих. Однако после повторных родов, особенно в головном предлежании плода, зачастую выявляются структурно-функциональные изменения зоны сфинктера, приводящие в ряде случаев к функциональной декомпенсации, проявляющейся недержанием мочи. Кесарево сечение является опосредованным фактором риска в возникновении недержания мочи при напряжении.

Полученные нами данные свидетельствуют о непосредственном влиянии естественного родоразрешения на структурно-функциональное состояние сфинктерного аппарата роженицы, что обуславливает необходимость разработки алгоритма ведения женщин в пред- и послеродовом периодах, способствующего снижению частоты развития недержания мочи.

Ключевые слова: недержание мочи, роды, сфинктерная недостаточность мочевого пузыря, уретроцистоскопия, лазерная доплеровская флоуметрия.

I.I. Musin, A.G. Yashuk, A.A. Kazikhinurov, R.R. Yamalitinova, T.N. Ibragimov
STRUCTURAL AND FUNCTIONAL STATE OF BLADDER SPHINCTER
IN WOMEN IN THE EARLY POSTPARTUM

To study the effect of vaginal delivery on the structural and functional state of the bladder sphincter in women in the early postpartum period, we have completed urethrocytostocopy and laser Doppler flowmetry in 53 women. 32 women underwent a natural childbirth, and 21 women - a caesarean section. The study took into account the parity of birth and weight of newborns.

No significant functional changes of the sphincter of the bladder in nulliparous were noticed. However, after repeated childbirth, especially in the main presentation of the fetus, structural and functional changes in the area of the sphincter are often revealed, leading in some cases to functional decompensation, manifested by urinary incontinence. A caesarean section is an indirect risk factor in the occurrence of the stress incontinence.

The obtained data indicate the direct influence of natural delivery on structural-functional state of the sphincter apparatus, which necessitates the development of the algorithm for managing women in the pre- and postpartum period, reducing the incidence of urinary incontinence.

Key words: urinary incontinence, childbirth, sphincter bladder failure, urethrocytostocopy, laser Doppler flowmetry.

По данным европейской и американской статистики около 45% женского населения в той или иной степени отмечают симптомы непроизвольной потери мочи. Согласно результатам отечественных исследований симптомы недержания мочи встречаются у 38,6% женщин [6,7]. Среди русских ученых

Н.К. Лысенков (1943), А.М. Мажбиц (1964), Д.В. Кан (1986) обратили внимание на анатомо-топографические особенности шейки мочевого пузыря и уретры, которые интимно прилегают к половым органам [1,3]. В последующем мало кто из отечественных ученых обращал пристальное внимание на состояние

сфинктера мочевого пузыря при стрессовом недержании мочи.

К предрасполагающим факторам относят возраст, роды, ожирение [2,5,8]. Однако, по мнению многих авторов, недержание мочи в репродуктивном возрасте обусловлено родами через естественные родовые пути [4,8,9].

Целью нашей работы стало изучение анатомических особенностей и влияния родов через естественные родовые пути на сфинктер мочевого пузыря у женщин в раннем послеродовом периоде.

Материал и методы

На клинической базе кафедры акушерства и гинекологии №2 ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России методом случайного отбора исследованы 53 роженицы в возрасте 30±12 лет. Всем пациенткам в раннем послеродовом и послеоперационном периодах, а также через 3 и 6 месяцев после родов для оценки функционального состояния уретрального сегмента проводилось измерение показателей микроциркуляции в трех точках наружного отверстия уретры с использованием лазерного анализатора капиллярного кровотока «ЛАКК-01» (НПФ «ЛАЗМА», Россия). В раннем послеродовом периоде была проведена цистоскопия роженицам, из них у 32 были роды через естественные родовые пути и у 21 – путем кесарева сечения.

Статистическая обработка результатов проводилась в операционной среде Windows XP с использованием статистической программы "Statistica 6.0".

Результаты и обсуждение

Согласно литературным данным женщины, имеющие в анамнезе двое и более родов через естественные родовые пути, находятся в группе риска по развитию недержания мочи [6]. В нашем исследовании после первых своевременных родов мы не наблюдали недержания мочи.

Данные о количестве родов у обследованных нами пациенток представлены в табл. 1.

Таблица 1
Распределение пациенток с недержанием мочи по количеству родов

Количество родов	Группа женщин после родов через естественные родовые пути (n=32)	Группа женщин после кесарева сечения (n=21)
Двое	15 (46%)	13 (61,9 %)
Трое	11 (34 %)	8 (38 %)
Четверо	3 (9,3 %)	-
Пятеро	3 (9,3 %)	-

С целью определения возможного влияния на развитие стрессового недержания мочи у рожениц проведен анализ массы новорожденных. Результаты представлены на рис. 1 и 2.

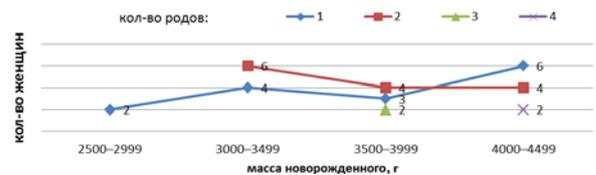


Рис. 1. Масса новорожденных в группе пациенток после родов через естественные родовые пути

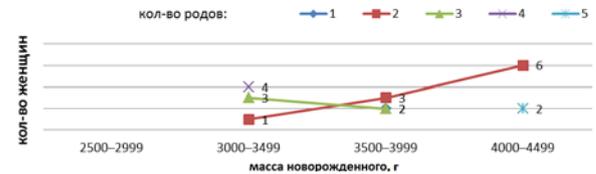


Рис. 2. Масса новорожденных в группе пациенток после кесарева сечения

У пациенток после влагалищных родов масса новорожденных варьировала от 2500 до 4499 г, после кесарева сечения от 3000 до 4499 г. Нам не удалось выявить определенную весовую категорию новорожденных, которая достоверно влияет на целостность сфинктера мочевого пузыря.

У всех исследованных было зафиксировано незначительное снижение показателя микроциркуляции, что обусловлено давлением плода на органы малого таза во время беременности. Среднее значение показателя микроциркуляции (ПМср.) до родов составило 5,1±0,7 пф.ед., что соответствует спастической форме нарушения микроциркуляции.

При измерении микроциркуляции слизистой уретры у пациенток после родов через естественные родовые пути было выявлено резкое ее угнетение. Минимальное значение ПМср. 1,93±0,3 пф.ед. наблюдалось у пациенток после родов при головном предлежании плода (табл. 2).

При измерении микроциркуляции слизистой уретры у пациенток после абдоминального кесарева сечения было выявлено незначительное изменения микроциркуляции. Минимальное значение ПМср 4,9±0,3 пф.ед. наблюдалось за счет характерной кровопотери при данном виде оперативного вмешательства (табл. 3).

У женщин после родов через естественные родовые пути при головном предлежании плода в ходе эндоскопического исследования были обнаружены характерные изменения: отмечалась отечная и гиперемированная слизистая в области заднего отдела уретры, в проекции слизистой сфинктера мочевого пузыря визуализировались криптообразные надрывы (рис. 3).

Слизистая в области треугольника Льето отечна, покрыта творожистым налетом размером до 1,5 см с элементами отторжения и десквамации эпителия и с резко выраженным со-

судистым рисунком. В данной области отмечаются петехиальные высыпания различных размеров в диаметре. Устья мочеточников распо-

ложены симметрично, соединены межмочеточниковой складкой с ярко выраженной гиперемией. Емкость мочевого пузыря достаточная.

Таблица 2

Сроки наблюдения		Показатель микроциркуляции, пф.ед.	Среднеквадратичное отклонение, δ	Коэффициент вариации, Kv
До родов		5,1±0,7	0,6±0,5	11,76±0,6
После родов	Головное предлежание	1,93±0,3	0,21±0,4	10,88±0,3
	Ягодичное предлежание	3,5±0,2	0,41±0,3	11,71±0,3
Через 3 месяца после родов		4,1±0,3	0,42±0,6	10,24±0,4
Через 6 месяцев после родов		4,2±0,3	0,5±0,5	11,66±0,3

Таблица 3

Сроки наблюдения		Показатель микроциркуляции, пф.ед.	Среднеквадратичное отклонение, δ	Коэффициент вариации, Kv
До оперативного родоразрешения		5,1±0,7	0,6±0,5	11,76±0,6
После кесарева сечения		3,4±0,3	0,4±0,5	11,76±0,6
Через 3 месяца после кесарева сечения		3,7±0,4	0,34±0,6	9,03±0,4
Через 6 месяцев после кесарева сечения		4,2±0,3	0,4±0,5	9,4±0,3



Рис. 3. Уретра после родов при головном предлежании плода

Уретроцистоскопическая картина после родов в тазовом предлежании характеризуется отсутствием отека и гиперемии слизистой в области заднего отдела уретры. Устья мочеточников, расположенные в обоих углах основания треугольника Лъето с равномерно выраженным сосудистым рисунком. Слизистая сфинктера имеет волнообразный тип строения (рис. 4). Не выявлено патологических изменений сфинктера и треугольника Лъето, показатель микроциркуляции ПМСр. составил 3,5±0,2 пф.ед., что соответствует спастико-атоническому типу нарушения микроциркуляции (табл. 3).



Рис. 4. Уретра после родов при чисто ягодичном предлежании плода

Мы считаем, что механизм родов при чисто ягодичном предлежании плода менее травматичен для тканей тазового дна, чем при головном предлежании, независимо от вида и позиции плода. Расположение ножек превращает тело плода в конус, расширяющийся по направлению к головке. Данный конус достигает своего максимума на уровне плечевого пояса, что намного превышает объем головки плода на доношенном сроке. Идущие медленно ягодички бережно расправляют слизистую

оболочку влагалища и промежность. При рождении плечевого пояса головка новорожденного начинает проходить тазовое дно, фиксируясь подзатылочной ямкой под лонным сочленением, и прорезывается малым косым размером. С нашей точки зрения, данное давление кратковременное, что, соответственно, не повреждает сфинктер. Бережное ведение родов при чисто ягодичном предлежании способствуют меньшей травматизации сфинктера мочевого пузыря.

Через 3 и 6 месяцев после родов пациенткам было проведено повторное исследование микроциркуляции слизистой уретры, которое показало, что в отдаленном послеродовом периоде показатель микроциркуляции вырос и приблизился к дородовому уровню (табл. 2 и 3). Только у троих пациенток после повторных родов в головном предлежании средней массой плода 3700 г без травматизации тазового дна в родах, с установленными надрывами сфинктера мочевого пузыря и резким угнетением микроциркуляции до стазического типа было выявлено недержание мочи при напряжении. Данной группе женщин была предложена оперативная коррекция недержания мочи с использованием биопластического коллагенового материала.

Таким образом, в исследовании продемонстрировано, что в случае родов через естественные родовые пути в головном предлежании, сопровождающихся давлением головкой плода на сфинктер мочевого пузыря и снижением показателя микроциркуляции уретрального сегмента до критически низкого уровня, можно прогнозировать развитие недержания мочи. Исходя из полученных результатов становится очевидным факт, что после родов сохраняется целостность сфинктера мочевого пузыря. Однако после повторных родов функ-

ционально приспособительная перестройка тканей (возникает, как правило, в период изгнания плода), может привести к развитию декомпенсации с проявлением соответствующих клинических симптомов. Мы не выявили подобных нарушений после родов при чисто ягодичном предлежании плода и после оперативного родоразрешения путем кесарева сечения. Считаем, что это связано с кратковременным давлением предлежащей части плода на мягкие ткани тазового дна роженицы.

Нарушения микроциркуляции уретрального сегмента могут быть прогностическим показателем развития недержания мочи после родов через естественные родовые пути. Выявленные нарушения должны учитываться совместно с особенностями течения беременности и состоянием тканей тазового дна до родов. Значительное снижение показателей микроциркуляции выявлено при родах через естественные родовые пути при головном предлежании

плода. Недержание мочи не всегда возникает сразу после родов, а зачастую распознается через длительный промежуток времени.

Выводы

1. Одной из причин недержания мочи является травма в родах, приводящая к нарушению структурно-функционального состояния сфинктера. В исследовании выявлены значительные отличия в выраженности анатомического состояния сфинктера и треугольника мочевого пузыря в группах пациенток после кесарева сечения и после родов через естественные родовые пути.

2. Полученные данные исследования микроциркуляции сфинктера мочевого пузыря подтверждают гипотезу сфинктерной недостаточности мочевого пузыря, связанной с родами через естественные родовые пути в головном предлежании, что должно быть учтено при оптимизации тактики лечения недержания мочи у женщин репродуктивного возраста.

Сведения об авторах статьи:

Мусин Ильнур Ирекович – аспирант кафедры акушерства и гинекологии № 2 ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина 3. E-mail: ilnur-musin@yandex.ru.

Яцук Альфия Галимовна – д.м.н. профессор зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 2 ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина 3. E-mail: alfiya_galimovna@mail.ru.

Казихинов Альберт Альфредович – д.м.н. профессор кафедры урологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина 3.

Ямалитдинова Регина Рифовна – ассистент кафедры урологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина 3.

Ибрагимов Тагир Наильевич – клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии № 2 ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клеточные технологии в лечении стрессового недержания мочи у женщин / А.В.Макаров [и др.]// Акушерство и гинекология.- 2012.- № 8.- С. 53-59.
2. Разработка тканеинженерной конструкции на основе декстраномера и гиалуроновой кислоты для лечения стрессового недержания мочи у женщин / И.В. Арутюнян [и др.]//Акушерство и гинекология.- 2013.- № 10.- С. 63-68.
3. Русских, А.Н. Конституциональные особенности строения уретры и шейки мочевого пузыря у женщин / А.Н. Русских, П.А. Самотёсов, Н.С. Горбунов // Сибирское медицинское обозрение.- 2009. - № 6.-С. 56-62.
4. Коршунов, М.Ю. Симптомы дисфункций тазового дна у женщин, страдающих выпадением половых органов / Коршунов М.Ю // Журнал акушерства и женских болезней.- 2011.- № 4.-С. 62-67.
5. Способ диагностики и прогноза развития недержания мочи при напряжении у женщин / А.Н. Русских [и др.] // Медицина и образование в Сибири.-2013.-№ 1.- С. 13.
6. Пушкарь, Д.Ю. Тазовые расстройства у женщин /Д.Ю. Пушкарь, Л.М. Гумин. – М.:МЕДпресс-информ, 2006. - С.210-236.
7. Аляев, Ю.Г. Расстройства мочеиспускания / Ю.Г. Аляев, В.А. Григорян, З.К. Гаджиева. – М.:Литтерра, 2006. – С.58-74.
8. Contribution of the second stage of labour to pelvic floor dysfunction: a prospective cohort comparison of nulliparous women / R. Rogers, L. Leeman, N. Borders [et al.] // BJOG. - 2014. – Vol. 121, № 9. – P. 1145-53.
9. Sajadi, Kamran P. Neurogenic aspects of stress urinary incontinence./ Sajadi, Kamran P; Gill, Bradley C; Damaser, Margot S //Current Opinion in Obstetrics & Gynecology- 2010. vol-22. №5- P 425-42924.

УДК 616. 831 - 005 - 036. 2 : 613.1 (470. 57)

© А.Р. Хамитова, А.С. Рахимкулов, Н.А. Борисова, И.У. Хужин, 2014

А.Р. Хамитова, А.С. Рахимкулов, Н.А. Борисова, И.У. Хужин
**АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА
 В САЛАВАТСКОМ И КАРАИДЕЛЬСКОМ РАЙОНАХ БАШКОРТОСТАНА**
*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
 Минздрава России, г. Уфа*

В статье представлены данные изучения показателей заболеваемости сосудистыми заболеваниями головного мозга (СЗГМ), в том числе и острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), в Салаватском и Караидельском районах Республики Башкортостан (РБ). Проведенное исследование показало, что имеются существенные различия частоты сосудистых заболеваний головного мозга в Салаватском и Караидельском районах РБ, что отражает сопряженность заболеваемости СЗГМ с состоянием среды обитания, в частности с содержанием химических элементов в природных средах.