

С.А. Лихачев, А.В. Строчкин, Г.В. Забродец, А.А. Рагузин. **Использование уродинамических исследований в комплексной диагностике нарушений мочеиспускания при патологии нервной системы** // Современные диагностические технологии, внедрение в практику : сб. материалов науч.-практ. конф., посвящ. 15-летию Витеб. обл. диаг. центра, Витебск, 18–19 марта 2010 г. / Витеб. обл. диаг. центр ; сост. В.И. Орехова, Г.И. Наумова, А.П. Пилант. – Витебск: Витеб. обл. тип. 2010. – С. 114–116.

Нарушение мочеиспускания вследствие патологии нервной системы наиболее часто встречается при поражении спинного мозга различного генеза (травма, воспаление, нарушение кровообращения, опухолевая компрессия и пр.) и демиелинизирующих заболеваниях. При этом нарушение мочеиспускания является одной из основных причин, затрудняющих жизнедеятельность и приводящих к значительному снижению качества жизни. Вторичные урологические осложнения являются одним из главных поводов для обращения за медицинской помощью среди данной категории больных. Однако лечение, направленное только на уничтожение патогенной флоры в моче не является полноценным, так как именно нарушение иннервации мочевого пузыря приводит к нарушению уродинамики и появлению вторичных урологических осложнений. Современная уродинамическая диагностика у неврологических больных позволяет уточнить характер функциональных нарушений мочеиспускания и сформировать адекватное дифференцированное лечение на различных этапах заболевания.

РНПЦ неврологии и нейрохирургии совместно с кафедрой урологии БГМУ и 4 городской клинической больницей им. Н.Е. Савченко с 2007 года занимается комплексной диагностикой и лечением заболеваний нервной системы с нарушением функции мочеиспускания. Ретроспективный анализ 534 случаев заболеваний различной патологии с поражением спинного мозга показал, что у 89% пациентов заболевание сопровождалось расстройством мочеиспускания, связанным с нарушением иннервации мочевого пузыря. При этом доля больных, предъявляющих жалобы на нарушение мочеиспускания и подлежащих дообследованию для назначения полноценного лечения или решения экспертных вопросов достигала 58%.

Внедрение в диагностические схемы нейроурологического обследования с уродинамическим исследованием позволяет оценить функцию детрузора и сфинктеров мочевого пузыря, мышц тазового дна и выделить до восьми возможных детрузорно-сфинктерных функциональных нарушений (Madersbacher, 1990).

Наиболее упрощенной уродинамической методикой является одноканальная водная цистометрия с водным манометром. Нами было обследовано 80 больных (20 женщин, 60 мужчин), поступивших на курс лечения и реабилитации при сохраняющейся задержке мочи вследствие тяжелой спинальной патологии различного генеза. Средний возраст больных составил $41,6 \pm 16,1$ лет, давность развития заболевания 7,4; 2,9-12 недели (медиана; 25-75%). Критериями исключения из исследования являлись наличие предшествующего заболеванию нарушения функции мочеиспускания, декомпенсация соматической патологии. На момент поступления в стационар у всех больных отведение мочи осуществлялось с помощью уретрального катетера Фолея. Предшествующие попытки восстановления уретрального мочеиспускания были безуспешны. Для

определения тактики дальнейшего лечения больным проводили одноканальную водную цистометрию в динамике. Выявление произвольных сокращений детрузора указывало на сохранность крестцовых сегментов спинного мозга и являлось прогностическим признаком восстановления уретрального мочеиспускания в 91% случаев с надсакральным уровнем поражения спинного мозга. Ложноотрицательные результаты уродинамического исследования объяснялись торможением произвольных сокращений детрузора за счет выраженной спастичности в нижних конечностях и мышцах тазового дна. Ни в одном случае поражения мотонейронов крестцового центра мочеиспускания произвольных сокращений детрузора зафиксировано не было, что подтверждает высокую специфичность теста. Тактика лечения определялась результатами исследования. При выявлении признаков гиперактивности детрузора стимулирующее медикаментозное и физиотерапевтическое лечение прекращалось.

Возможность комплексного обследования функции детрузора и сфинктерной системы на уродинамической станции с цифровой обработкой данных, считываемых с электронных датчиков давления, позволяет более достоверно и детально проводить исследование. Дополнительное комплексное ультразвуковое исследование пузырно-уретрального сегмента и профилометрия уретры помогают уточнить состоятельность механизма закрытия уретры, обеспечивающего удержание мочи вне зависимости от перепадов внутрибрюшного давления.

Терапия при нейрогенной гиперактивности детрузора направлена на удержание мочи и нормализацию внутрипузырного давления. Эффективно применение антихолинэргических препаратов. Однако при использовании среднетерапевтических доз в 30% случаев сохраняются признаки гиперактивности детрузора. В 2009 году впервые в Беларуси нами пролечено 2 больных с недержанием мочи вследствие нейрогенной детрузорной гиперактивности с помощью препарата ботулотоксина Диспорт. Инъекции препарата проводились в 4 городской клинической больнице им. Н.Е. Савченко по строгим показаниям после комплексного нейроурологического исследования.

Ботулотоксин необратимо блокирует транспортные белки, что приводит к нарушению высвобождения ацетилхолина из пресинаптических терминалей. Развивающаяся хемоденервация способствует расслаблению мышцы. После эндоскопических инъекций ботулотоксина в детрузор клинический эффект развился в течение первых 2 недель. По литературным данным длительность действия препарата сохраняется в среднем 6–12 месяцев. При контрольной цистометрии через 30 дней после инъекций препарата уродинамические параметры улучшились более, чем в 2 раза. Стабильно низкое внутридетрузорное давление без признаков гиперактивности детрузора сохранялось вплоть до окончания исследования с наполнением мочевого пузыря до 400 мл.

Внедрение комплексного нейроурологического обследования в практическую деятельность позволяет расширить объем помощи неврологическим больным с нарушением функции мочеиспускания.