

С.А. Лихачев, А.В. Строчкий, Г.В. Заброец, А.А. Рагузин. **Применение препарата ботулотоксина типа А в лечении нейрогенной дисфункции нижних мочевых путей при патологии спинного мозга.** // Актуальные вопросы специализированной медицинской помощи, новые направления в медицине: материалы Республиканской научно-практической конференции, посвященной 50-летию УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко», Минск, 30 окт. 2010 г. / БГМУ; под ред. А.А. Троянова [и др.]. – Минск: УП «Донарит», 2010. – С. 199–201.

Введение. При широком спектре заболеваний нервной системы наряду с двигательными и чувствительными нарушениями развивается нейрогенная дисфункция нижних мочевых путей (НДНМП). При нарушении взаимосвязи корковых и стволовых центров контроля над мочеиспусканием со спинальными центрами характерно развитие синдрома гиперактивного мочевого пузыря (ГМП). В данной ситуации эффективным является применение антихолинэргических препаратов (АХП). Однако в ряде случаев лечение не приносит ожидаемого эффекта, имеется непереносимость или противопоказания к применению АХП. Наибольшие сложности диагностики и лечения отмечаются при НДНМП, обусловленной поражением спинного мозга.

Цель Разработать технологию отбора, лечения препаратом ботулотоксина типа А (БТ-А) и динамического наблюдения пациентов с синдромом ГМП вследствие патологии спинного мозга.

Материалы и методы Обследовано 16 больных (12 женщин, 4 мужчин) с патологией спинного мозга травматического или сосудистого характера. Средний возраст $39,8 \pm 4,4$ лет. Во всех случаях давность патологии была свыше 1 года. Неврологические изменения носили стойкий характер и соответствовали рангам А-В-С по шкале тяжести повреждения Стандартов неврологической классификации для больных с повреждением спинного мозга. Критерием включения в обследование являлось выраженное снижение качества жизни связанное с недержанием мочи (шкалы I-QOL, IPSS, визуальная аналоговая шкала) и признаки синдрома ГМП на основе анализа дневника мочеиспусканий за 3 суток после предварительного инструктирования пациента, а также отсутствие значимого клинического улучшения на фоне приема АХП. Всем больным проводилось квалифицированное неврологическое обследование. Диагноз подтверждался данными нейровизуализации. Следующим шагом диагностики являлось проведение комплексного уродинамического обследования (ретроградная водная цистометрия, профилометрия уретры, урофлоуметрия). Выполнялось трансабдоминальное УЗИ почек и мочевого пузыря, а также трансперинеальное УЗИ с режимом цветного доплеровского

картирования и выполнением пробы Вальсальвы с целью исключения органической патологии мочевого пузыря и пузырно-уретрального сегмента. При наличии частых обострений мочевого инфекции проводилась ретроградная цистография для определения пузырно-мочеточникового рефлюкса.

Результаты Было отобрано 2 женщины с подтвержденным ГМП вследствие травматической болезни спинного мозга в позднем периоде. Под седацией сибазоном 0,5% 2 мл внутривенно эндоскопически Диспорт вводился в 20 точек детрузора, исключая устья мочеточников и треугольник Льео, в суммарной дозе 500 Ед. Предварительно флакон Диспорта (500 Ед) был разведен в 10 мл физиологического раствора хлорида натрия. Разовая инъекция содержала 25 Ед (0,5 мл). С целью дренирования мочевого пузыря был установлен катетер Фолея на период 10-18 часов. Незначительное геморрагическое отделяемое в моче отмечалось на протяжении первых суток. Осложнений от введения препарата не было. Больные были выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Действие препарата БТ-А проявилось через 2 недели после инъекции и достигло наибольшей эффективности через 1 месяц: выраженность императивных позывов значительно уменьшилась; средняя частота мочеиспускания – 7-8 раз в сутки, никтурии не отмечено; длительность удержания мочи после появления позыва увеличилась до 30-60 минут; отмечались единичные эпизоды недержания мочи в дневное время. Стресс-недержания мочи не было. При выполнении контрольной цистометрии через 1 и 6 месяцев после инъекций в первом случае гиперактивности детрузора не отмечалось, во втором случае непроизвольные сокращения детрузора появлялись позже (при 350мл наполнения вместо 240мл) и с меньшим внутридетрузорным давлением (25 смН₂O вместо 85 смН₂O).

Учитывая распространенность НДНМП, их выраженное влияние на качество жизни больных, применение препаратов БТ-А является перспективным направлением