

Организация нейроурологической помощи больным с нейрогенными расстройствами акта мочеиспускания в условиях неврологического стационара и поликлиники

Шварц П.Г., Глазунова Т.И., Завалишин И.А., Кадыков А.С., Шведков В.В., Федин П.А., Кошурникова Е.Е., Плотников А.Н.

Organizing neuro-urologic aid to patients having neurogenic disturbances of the uresis act in neurologic hospitals and out-patient departments

Shvarts P.G., Glazunova T.I., Zavalishin I.A., Kadykov A.S., Shvedkov V.V., Fedin P.A., Koshurnikova Ye.Ye., Plotnikov A.N.

НИИ неврологии РАМН, г. Москва

© Шварц П.Г., Глазунова Т.И., Завалишин И.А. и др.

УДК 616.62-008.22:616.8

Введение

Нейрогенные расстройства акта мочеиспускания являются одним из распространенных осложнений заболеваний центральной и периферической нервной системы. Своевременная диагностика и корректная симптоматическая терапия этого осложнения является важным этапом комплексной реабилитации неврологических больных. Использование новейших уродинамических, ультразвуковых и нейрофизиологических технологий позволяет установить форму нарушений акта мочеиспускания и своевременно начать адекватное лечение.

Цель создания нейроурологической службы в НИИ неврологии РАМН (г. Москва) – проведение комплексного обследования, лечения и профилактического наблюдения больных с нейрогенными нарушениями акта мочеиспускания.

Материал и методы

За период с 2002 по 2006 г. обследован 741 больной с нейрогенными расстройствами акта мо-

чеиспускания (547 пациентов – стационарно, 194 – амбулаторно), в том числе 258 мужчин и 483 женщины в возрасте от 19 до 76 лет (средний возраст $(47,6 \pm 20,3)$ года). На этапе диагностики больные опрашивались по шкалам IPSS, LISS, вели дневники мочеиспусканий, а также выполнялся посев мочи, проводилось ультразвуковое сканирование мочевого пузыря (аппарат «Aloka-5500», Япония). Формы нарушения акта мочеиспускания устанавливали по данным уродинамических тестов (MMS Alfa, Голландия) и соматосенсорных вызванных потенциалов *n. tibialis* и *n. pudendus*.

Результаты и обсуждение

Оказание нейроурологической помощи проводилось в несколько этапов. На начальном этапе реабилитации 34 больным с мочевыми дренажами (12 пациентам с цистостомическими дренажами и 22 – с уретральными катетерами) было восстановлено самостоятельное мочеиспускание. С этой целью с первых дней пребывания в стацио-

наре производилась тренировка мочевого пузыря путем пережатия дренажей на 3–4 ч в дневные часы в зависимости от наполнения. У 7 больных с цистостомическими дренажами, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), самостоятельное мочеиспускание восстановилось без дополнительных назначений, что позволило заживить им надлобковый свищ. У 27 больных потребовалось назначение лекарственных препаратов в зависимости от предполагаемой формы нарушения уродинамики. Дистигмина бромид, убретид в дозе 5 мг через день в сочетании с доксазозина мезилатом, артезин в дозе 2 мг/сут у 21 больного со снижением сократительной способности детрузора и монотерапия доксазозина мезилатом у 6 больных с детрузорно-сфинктерной диссинергией позволили избежать их от мочевого дренажа в среднем за 9,7 дня (от 7 до 16).

На втором этапе 72 больным произведена эрадикация катетерассоциированной микрофлоры, выявленной у пациентов, перенесших дренирование мочевых путей (34 пациентам в остром периоде и 32 согласно анамнестическим данным). Антибактериальный препарат подбирали индивидуально, согласно результатам посева мочи. *E. coli* была выявлена у 43 (59%), *Klebsiella spp.* у 12 (17%), *Proteus spp.* – у 6 (8%), *Enterococcus spp.* – у 4 (6%), *Enterobacter spp.* – у 3 (4%) и у 4 (6%) больных в различных сочетаниях.

На третьем этапе (коррекция симптомов нижних мочевых путей (СНМП)) 707 пациентам проводилась фармакотерапия препаратами различных групп согласно их формам нарушения функции НМП. У 347 больных была выявлена нейрогенная детрузорная гиперактивность (НДГ), причиной которой послужили: у 215 больных – рассеянный склероз (РС), у 76 – ОНМК, у 41 – болезнь Паркинсона (БП) и у 15 больных – дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП).

С целью симптоматического лечения больным назначались препараты антихолинергического механизма действия: толтеродин тартрат (детрузитол) в дозе 4 мг/сут ($n = 131$), оксibuтинина гидрохлорид (дриптан) в дозе 10 мг/сут ($n = 45$), тропиума хлорид (спазмекс) по 15 мг/сут

($n = 107$), тропацин в дозе 6 мг/сут ($n = 36$), amitриптилин в дозе 25 мг/сут ($n = 28$). На фоне приема антихолинергических препаратов хороший эффект (купирование СНМП более чем на 60%) отмечен у 241 (69%) больного. У 94 больных наблюдались побочные эффекты в виде сухости во рту ($n = 45$), атонического запора ($n = 9$), купирования спастического запора ($n = 15$), приступа закрытоугольной глаукомы ($n = 2$), тахикардии ($n = 4$), появления остаточной мочи ($n = 13$), прекращения слюнотечения у пациентов с БП ($n = 8$). Следует отметить, что больные, у которых на фоне приема антихолинергических препаратов отмечалось уменьшение СНМП, продолжали самостоятельно выполнять назначения. Максимальное наблюдение – 6 больных, получавших толтеродин тартрат в дозе 4 мг/сут без побочных эффектов и снижения эффективности лечения в течение 4 лет.

Развитие побочных эффектов, как правило, приводило к самостоятельному прекращению терапии. В ряде случаев хорошее самочувствие больного также являлось причиной отказа от дальнейшего лечения. Однако через 2–3 нед после отмены препарата большая часть пациентов отмечала появление прежних СНМП. 15 больным с НДГ выполнялись сеансы тибвиальной электростимуляции аппаратом «BIOBRAVO»: частота 30 Гц, длительность импульса 200 мс, амплитуда от 6 до 24 мА по ощущениям. Частота сеансов – 1 раз в неделю. Курс лечения – до 25 сеансов. Хороший эффект отмечен у 11 больных.

Больным с детрузорно-сфинктерной диссинергией (ДСД) ($n = 153$), обусловленной РС ($n = 84$), НМК на спинальном уровне ($n = 15$), болезнью Штрюмпеля ($n = 6$), другими заболеваниями ($n = 48$), был назначен α -1-адреноблокатор доксазозина мезилат, артезин в дозе 2 мг/сут ($n = 127$), баклофен – 20 мг/сут ($n = 26$). Хороший эффект (купирование СНМП более чем на 60%) отмечен у 98 больных, принимавших доксазозина мезилат. Баклофен оказался неэффективным у больных с ДСД.

У пациентов с нарушением сократительной способности детрузора ($n = 115$), (не считая

больных с дренажами), на фоне синдрома Гийена–Барре ($n = 13$), НМК ($n = 56$), РС ($n = 41$), НМК на спинальном уровне ($n = 4$) применяли дистигмина бромид, убретид в дозе 5 мг через день в сочетании с доксазозина мезилатом, артезин – 2 мг/сут.

Хороший эффект (купирование СНМП более чем на 60%) отмечен также у 108 (92%) больных, принимавших доксазозина мезилат в сочетании с дистигмина бромидом. Отмечено восстановление дефекации у больных с атоническим запором ($n = 76$), который сочетался у этих больных с нарушением мочеиспускания.

Доксазозина мезилат в той же дозе применяли у 126 больных с нарушением произвольного расслабления поперечно-полосатого сфинктера уретры, обусловленного РС ($n = 56$), НМК ($n = 48$), эссенциальным тремором (ЭТ) ($n = 12$), полинейропатией (ПНП) ($n = 10$). Хороший эффект (купирование СНМП более чем на 60%) отмечен у 78 (62%) больных.

На четвертом этапе по результатам терапии и сочетанию цена – качество были отобраны препараты для централизованных закупок аптекой НИИ неврологии РАМН: артезин 2 мг, спазмекс 5, 15 мг, убретид 5 мг в необходимых для стационарного лечения количествах.

На пятом этапе было составлено занятие с ординаторами-неврологами по теме «Нейрогенные нарушения акта мочеиспускания».

Заключение

Таким образом, своевременная диагностика и лечение нарушений акта мочеиспускания должна осуществляться с первых дней пребывания неврологического больного в стационаре или по обращению в поликлинику. Качество диагностики определяется с помощью специальных шкал, инструментальных методов и, что самое главное, образовательной программы среди врачей неврологов и урологов. Лекарственное обеспечение медицинских учреждений необходимыми медикаментами позволяет своевременно начать лечение и оценить основные и побочные эффекты препаратов уже в период госпитализации.

Поступила в редакцию 10.03.2006 г.

На страницах журнала размещается реклама о медицинских и оздоровительных организациях и учреждениях, информация о новых лекарственных препаратах, изделиях медицинской техники, продуктах здорового питания.

Приглашаем вас поместить информацию о деятельности вашего учреждения на страницах журнала в виде научной статьи, доклада или в форме рекламы. Авторский гонорар за опубликованные статьи не выплачивается.

Тарифы на размещение рекламного материала

Площадь на полосе	Черно-белая печать, руб.	Полноцветная печать, руб.
1/1 210 × 280 мм (A4)	5000	15000
1/2	2500	10000
1/4	1000	5000
1/8	700	2500
1/16	500	1000
Текстовая реклама	50 руб. за 1 кв. см	

Скидки: 2 публикации – 5%, 4 публикации – 10%, 6 публикаций – 15%