

## **«НЕЙРОГЕННЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ» ПРИ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫХ ОПУХОЛЯХ (КЛИНИКА И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ДИНАМИКА)**

### **Г.Ю Евзиков**

**Клиника нервных болезней им. А.Я. Кожевникова ММА им. И.М. Сеченова**

Интрамедуллярные опухоли составляют 2 - 4% от всех опухолей центральной нервной системы и 10 - 20% спинальных опухолей у взрослых (3). По данным кооперативного гистологического исследования 1117 случаев интрамедуллярных опухолей эпендимомы составляют 35%, астроцитомы - 30%, липомы - 7%, гемангиобластомы - 7%, метастазы - 5%, олигодендроглиомы - 3%, дермоидные кисты - 3%, кавернозные гемангиомы - 3%. Прочие гистологические формы встречаются крайне редко и представляют собой казуистические находки (4). Развитие симптоматики может носить прогрессивный и ремиттирующий характер, что связано с влиянием сосудистого компонента на клиническую картину опухоли (1). Динамика клинических проявлений при интрамедуллярных опухолях носит, как правило, следующий характер: первым возникает болевой синдром, далее развиваются двигательные нарушения, чувствительные и в последнюю очередь - тазовые расстройства. Представленная схема не является универсальной, т.к. клиническая картина может включать в себя разнообразные варианты вышеперечисленных симптомов. Различными могут быть и клинические проявления дебюта заболевания. W.E. Stein (5), предложивший приведенную выше схему очередности клинических проявлений, в 4% наблюдений отмечал тазовые расстройства в качестве первых признаков заболевания.

В настоящее время в связи с широким распространением в нейрохирургии микрохирургической техники, методов ультразвуковой и лазерной деструкции опухолей результаты хирургического лечения интрамедуллярных опухолей значительно улучшились (2). После микрохирургического удаления опухолей полного функционального восстановления удается добиться не всегда, но большинство больных после операции способны к самообслуживанию и не нуждаются в постоянном постороннем уходе (4). При этом, после удаления эпендимом 10-ти летняя выживаемость составляет 90%, при астроцитомах низкой степени злокачественности 5-ти летняя выживаемость также 90% (3).

Учитывая длительность срока безрецидивного проживания после операции качество жизни и ее продолжительность во многом определяется наличием расстройств мочеиспускания - одного из наиболее тяжелых инвалидизирующих факторов, который при сопутствующих нарушениях уродинамики может приводить к хронической уроинфекции и быть причиной смерти больных.

**Материал и методы.** Проведен анализ группы из 66 больных, которые были оперированы по поводу интрамедуллярных опухолей. Соотношение мужчины / женщины - 1,3/1. Средний возраст пациентов - 37 лет. Средний срок от момента первых клинических проявлений до операции составил 3,3 г. В анализируемой группе эпендимом - 36, астроцитом - 17, липом - 3, гемангиобластом - 3, дермоидные кисты - 2, по одному наблюдению олигодендроглиома, меланома, кавернозная гемангиома, эктопические менингиома и невринома. Опухоли располагались в шейном отделе спинного мозга в 12 наблюдениях, в шейном и верхне - грудном отделах в 13, в грудном отделе в 10, в нижне - грудном и поясничном в 10, в поясничном и конусе в 18. В 3 наблюдениях опухоли располагались практически на всем протяжении спинного мозга. На момент операции двигательные нарушения были выявлены у 63 больных (95%), нарушения чувствительности у 65 больных (98%). В ходе операций у больных с нарушениями мочеиспускания радикальное удаление опухолей произведено в 21 наблюдении, субтотальное удаление в 4 наблюдениях, парциальное удаление в 3 наблюдениях, биопсия опухоли в сочетании с пункцией опухолевых кист в 8 наблюдениях, биопсия опухоли в 9 наблюдениях. Результаты операций оценивались на момент выписки пациентов из стационара через 3-5 нед. после операции.

**Результаты и их обсуждение.** Частота встречаемости нарушений мочеиспускания составила 68% (45 из 66 больных). Они были представлены затруднением самостоятельного мочеиспускания (необходимость натуживаться при мочеиспускании) - 29 наблюдений (64%), задержка мочеиспускания - 9 наблюдений (20%), императивные позывы - 6 наблюдений (13%), истинное недержание мочи - 3 наблюдения (7%). Указанные расстройства не были первичными симптомами заболевания ни в одном наблюдении. В большинстве случаев они появлялись на фоне уже имевшихся двигательных и чувствительных нарушений. Гистологическая природа опухоли не оказывала значимого влияния на частоту развития расстройств мочеиспускания. При эпендимомах они отмечались в 26 наблюдениях (72%), при астроцитомах - в 10 наблюдениях (55%), при редко встречаемых опухолях в 9 наблюдениях (69%) (таблица №1).

Характер нарушений мочеиспускания в зависимости от локализации опухоли представлен в таблице №2. При опухолях всех локализаций, кроме опухолей нижне-грудного отдела спинного мозга, распространявшихся на поясничное утолщение, но не распространявшихся на конус. Наиболее часто встречаемым видом было затруднение мочеиспускания. При опухолях нижне грудного отдела спинного мозга распространявшихся на поясничное утолщение, но не распространявшихся на конус наиболее часто встречались императивные позывы (при анализе исключены 3 наблюдения, в которых границы опухоли не были точно определены).

При опухолях верхне шейной и нижне шейно - верхне грудной локализации частота нарушений составила 8 из 23 наблюдений (35%), при опухолях грудного отдела спинного мозга и поясничного утолщения - 31

из 37 наблюдений (84%) ( при анализе исключены 3 наблюдения тотального распространения опухоли и 3 наблюдения , в которых границы опухоли не были точно определены ).

Частота встречаемости "нейрогенного мочевого пузыря" определялась характером поперечного поражения спинного мозга. При опухолях, вызывавших симметричное поражение спинного мозга ( симметричный характер распределения чувствительных и двигательных нарушений на правой и левой половине тела ) частота тазовых нарушений составила 28 из 36 наблюдений (78%), при асимметричном поражении спинного мозга (асимметричный характер распределения чувствительных и двигательных нарушений на правой и левой половине тела ) частота нарушений мочеиспускания составила 16 из 25 наблюдений (64%), при половинном поражении спинного мозга - 1 из 5 наблюдений (20%).

На момент выписки из стационара улучшение тазовых функций отмечено в 12 наблюдениях (27%) , отсутствие динамики после операций - в 28 наблюдениях (61%), ухудшение - в 5 наблюдениях ( 12%).

При проведении анализа результатов вмешательств операции сгруппированы следующим образом : изолированные биопсии в группу наружных декомпрессий - 9 наблюдений, парциальное удаление и опорожнение опухолевых кист - внутренние декомпрессии - 11 наблюдений, радикальное и субтотальное удаление - в группу удалений опухоли - 25 наблюдений. Результат операции определялся видом нарушения мочеиспускания и видом проведенной операции. После наружных декомпрессий динамики ни в одном наблюдении не отмечалось. После проведения внутренней декомпрессии в 9 наблюдениях динамики не наблюдалось , в 2 наблюдениях отмечалось нарастание нарушений. После удаления опухоли в 12 наблюдениях отмечалась положительная динамика , в 10 наблюдениях динамики не отмечалось, в 3 наблюдениях отмечалось нарастание нарушений. Таким образом, проведение декомпрессий не позволило добиться регресса тазовых нарушений ни в одном наблюдении, при удалении опухолей положительная динамика была достигнута в половине наблюдений. Результаты операций при различных видах расстройств мочеиспускания представлены в таблице № 3. Положительная динамика отмечалась при всех видах тазовых расстройств кроме истинного недержания мочи. В случаях затрудненного мочеиспускания и при императивных позывах наблюдался полный регресс симптоматики. При восстановлении самостоятельного мочеиспускания после его задержки во всех наблюдениях в пузыре сохранялась остаточная моча, самостоятельное опорожнение пузыря на момент выписки пациентов из стационара было неадекватно.

#### **Выводы:**

1.Нейрогенные нарушения мочеиспускания при интрамедуллярных опухолях встречаются в 68% наблюдений. Они возникают, как правило, позже двигательных и чувствительных нарушений. Нейрогенные нарушения мочеиспускания возникают чаще при симметричном характере поперечного поражения спинного мозга опухолевым процессом. Наиболее частым видом нейрогенного нарушения мочеиспускания является затрудненное мочеиспускание - 64% наблюдений.

2. После операции на момент выписки пациентов из стационара улучшение мочеиспускания возникает в 27% наблюдений, ухудшение - в 12%, динамика отсутствует в 61%. Исход операции определяется ее видом и видом нарушения мочеиспускания.Положительные исходы отмечались при всех видах нейрогенных нарушений кроме истинного недержания мочи.Регресс отмечался только после удаления опухолей. Проведение декомпрессий не привело к положительным результатам.