

*Кулов Б.Б., Каскеев Д.М., Сулайманов А.Э.*

**МЭЭНИН КАН ТАМЫР ООРУЛАРЫ МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРДА  
ЗААРА ЧЫГУУНУН ҮЗГҮЛТҮКТӨРҮ  
(адабиятка сереп)**

*Кулов Б.Б., Каскеев Д.М., Сулайманов А.Э.*

**НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У БОЛЬНЫХ С СОСУДИСТЫМИ  
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА  
(обзор литературы)**

*B.B. Kulov, D.M. Kaskeev, A.E. Sulaimanov*

**ACRATURESIS FOR PATIENTS WITH THE DISEASES OF CEREBRUM  
(literature review)**

УДК: 613.83:616.62-008.22-02

*Бул макалада заара чыгуунун нейрогендик үзгүлтүктөрүнүн кезделиши, инсультта урологиялык кесепеттерге алып келген факторлору каралган. Ошондой эле ылдыйкы заара жолдорунун симптомдорунун түрлөрү келтирилген. Заара чыгуунун нейрогендик нейрогендик үзгүлтүктөрүнүн консервативтик жана оперативтик дарылоо ыкмалары мисал келтирилген.*

**Негизги сөздөр:** *заара чыгуунун нейрогендик үзгүлтүктөрү, инсульт, дарылоо.*

*В данной статье рассматривается частота встречаемости нейрогенных нарушений мочеиспускания, факторы, приводящие к урологическим осложнениям при инсульте. Описаны формы симптомов нижних мочевых путей. Приведены консервативные и оперативные методы лечения нейрогенных нарушений мочеиспускания.*

**Ключевые слова:** *нейрогенные нарушения мочеиспускания, инсульт, лечение.*

*Frequency of met of neurogenic acraturesiss is examined in this article, factors resulting in urology complications at a stroke. The forms of symptoms of lower urinary ways are described. Conservative and operative methods over of treatment of neurogenic acraturesiss are brought.*

**Key words:** *neurogenic acraturesiss is examined, stroke, treatment.*

Сосудистые заболевания головного мозга являются актуальной медицинской и социальной проблемой. По данным ВОЗ, к 2020 году, инсульт будет в числе пяти наиболее важных причин инвалидности во всем мире [1]. Этот факт приобретает особое значение с учетом тенденции к омоложению инсульта с одной стороны и, увеличением доли лиц пожилого возраста в структуре населения с другой. Реальные же показатели распространенности и заболеваемости хронических нарушений мозгового кровообращения (ХНМК) остаются неизвестными. Однако по данным аутопсии, те или иные сосудистые изменения, чаще всего микроваскулярной природы, обнаруживаются примерно у трети пожилых лиц, что может соответствовать реальной распространенности ХНМК в этой возрастной группе [1].

Одним из серьезных осложнений при острых и хронических нарушениях мозгового кровообращения

являются нейрогенные нарушения акта мочеиспускания. Нарушения акта мочеиспускания значительно снижают качество жизни неврологических больных, их социальную и бытовую адаптацию, способствуют увеличению сроков пребывания в стационаре [2]. У больных с нейрогенными расстройствами мочеиспускания достоверно чаще развиваются повторные нарушения мозгового кровообращения, а в 10% случаев рассматриваются как одна из основных причин смерти пациентов [3].

Частота встречаемости урологических осложнений при острых и хронических нарушениях мозгового кровообращения зависит от выраженности стадии патологического процесса, характера поражения головного мозга, пола и возраста пациентов [4].

Согласно современным представлениям, нейрогенные нарушения акта мочеиспускания развиваются вследствие поражения участков серого вещества головного мозга, отвечающих за реализацию функций мочевого пузыря и уретры, а также в результате десинхронизации работы этих центров вследствие хронической сосудистой недостаточности, отмечаемой при дисциркуляторной энцефалопатии [5,6].

В настоящее время остаются недостаточно изученными роль ишемического повреждения центров мочеиспускания расположенных в лобных, височных долях головного мозга и перивентрикулярных областях. Небольшое количество исследований посвящены роли симметричности поражения центров головного мозга в развитии нейрогенных нарушений акта мочеиспускания. Наиболее изученными центрами, влияющими на возникновение различных форм нарушения акта мочеиспускания, у больных перенесших инсульт, являются стволовые центры - ядро Баррингтона сторожевой центр мочеиспускания [7,8].

Острая и хроническая задержка мочи, а также катетер-ассоциированная инфекция, связанная с интермиттирующим или постоянным дренированием нижних мочевых путей, часто приводят к развитию хронических очагов инфекции и септических осложнений в острый и последующие периоды инсульта.

По мнению Wagenletner F. и соавт., 2000, среди госпитальных инфекций инфекции мочевых путей являются самыми распространенными (40% всех случаев). Около 80% всех инфекций мочевых путей связаны с использованием мочевых катетеров и инструментальными вмешательствами на нижних мочевых путях. До настоящего времени нет единого алгоритма восстановления самостоятельного мочеиспускания и эрадикации катетер-ассоциированной микрофлоры у пациентов, перенесших инсульт. Расстройства мочеиспускания проявляются симптомами нижних мочевых путей (СНМП). СНМП подразделяются на ирритативные и обструктивные [9]. Ирритативная симптоматика проявляется недержанием мочи, учащенным мочеиспусканием, ноктурией и императивными позывами. Обструктивные симптомы – это прерывистое мочеиспускание, вялая струя мочи, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря и необходимость натуживаться перед мочеиспусканием. Мартовым А.Г. и соавт., доказано (10), что у больных, перенесших инсульт, в 91% случаях отмечаются симптомы нижних мочевых путей, из них ирритативные симптомы – у 44% пациентов, обструктивные симптомы – в 23% случаев, смешанная симптоматика – у 14% пациентов. Kong K.H и соавт., отмечают, что на частоту распространенности расстройств мочеиспускания влияет характер сосудистых заболеваний головного мозга. Так при субарахноидальном кровоизлиянии у 3,1% больных выявлено недержание мочи, при внутримозговом кровоизлиянии у 5,2%, при ишемическом инсульте у 6,7%, а при транзиторных ишемических атаках у 2,0% больных. Отмечено, что на период 3-10-х суток СНМП наблюдается у 40 % пациентов, на 16-е сутки – у 32%, а на 90-е сутки - у 19% (11).

До настоящего времени реабилитация и лечение нейрогенных расстройств мочеиспускания остается тяжелой нерешенной задачей современной нейроурологии. Это обусловлено многообразием видов и форм нарушений функции мочевого пузыря нейрогенной природы.

По мнению Верещагина Н.В., и соавт., (2002) восстановительное лечение урологических осложнений у пациентов с острыми и хроническими сосудистыми заболеваниями головного мозга должно занимать особое место уже на ранних сроках заболевания. В настоящее время лечению нейрогенных расстройств мочеиспускания уделяется все большее внимание, особенно у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией. Минатуллаева Ш.А. и соавт., (2008) указывают на то, что патогенетическое медикаментозное лечение дисциркуляторной энцефалопатией не оказывает положительного воздействия на нарушения функции мочевого пузыря, что требует назначения дополнительных видов симптоматической терапии расстройств мочеиспускания у этой категории пациентов [6].

Лечение нейрогенного мочевого пузыря может быть, как консервативным так и оперативным. К

консервативной терапии нейрогенных расстройств мочеиспускания, кроме фармакологической терапии, относятся периодическая катетеризация, методика обратной биологической связи, физиотерапевтические процедуры, в том числе различные виды электростимуляции [12,13]. При слабой эффективности консервативной терапии применяются хирургические методики лечения. К оперативным методам лечения относят денервацию мочевого пузыря, миктотомию детрузора, кишечную пластику мочевого пузыря, ремускуляризацию мочевого пузыря мышцами передней брюшной стенки, оментовезикопексию, аутоцистодубликатуру [14]. В основном, пациенты с нейрогенными расстройствами мочеиспускания подвергаются хирургическим методам лечения при возникновении вторичных урологических осложнений. В настоящее время наиболее перспективными малоинвазивными видами оперативных методов лечения нейрогенных расстройств мочеиспускания являются: эндоскопическое рассечение сфинктера и шейки мочевого пузыря, инъекции ботулинического токсина в наружный сфинктер мочевого пузыря и детрузор, сакральная нейромодуляция.

Таким образом, при расстройствах акта мочеиспускания у больных с острыми и хроническими нарушениями мозгового кровообращения существует необходимость специализированного урологического комплекса мероприятий. Большая распространенность нейрогенных нарушений мочеиспускания у пациентов с острыми и хроническими сосудистыми заболеваниями головного мозга, требует междисциплинарный подход и тесное сотрудничество невролога и уролога, для успешного решения проблем диагностики и лечения.

#### Литература:

1. Consortium for Spinal Cord Medicine. Bladder management for adults with spinal cord injury: a clinical practice guideline for health-care providers. *J Spinal Cord Med.* 2006; 29 (5): 527-3.
2. Kamouchi M, Ibayashi S, Takaba H et al. Urinary incontinence in elderly patients in the chronic stage of stroke (Japanese) *Jpn J Geriatr.* 1995; 32: 741-46.
3. Brittain K.R, Peet SM, Castleden CM. Stroke and incontinence. *Stroke.* 1998; 29: 524-528.
4. Nakayama H, Jorgensen HS, Pedersen PM, et al. Prevalence and risk factors of incontinence after stroke: the Copenhagen stroke study. *Stroke* 1997; 28: 58-62.
5. Stohrer M, Castro-Diaz D, Chartier-Kastler E, et al. Guidelines on neurogenic lower urinary tract dysfunction. *Prog Urol.* 2007;17:703-55.
6. Минатуллаева Ш.А. Хронические сосудистые заболевания головного мозга и функциональные нарушения мочеиспускания: Автореф. дис. канд.мед.наук. - М., 2008. - 25 с.
7. Barrington. The effect of lesions of the hind and midbrain on micturition in the cat. *Q J Exp Physiol.* 1925;15: 81-102.
8. Holstege G et al. Anatomical and physiological observations on supraspinal control of bladder and urethral sphincter muscles in cats. *J Comp Neurol.* 1986; 250: 449-461.
9. Abrams P.H. Standardization of terminology of lower urinary tract function. *Neururj. Urodyn.* 1988; 7: 403-428.

10. Мартов А.Г., Кильчуков З.И. Интерстициальная лазерная коагуляция у больных с аденомой предстательной железы. Урология и нефрология. 1996; 5: 19-32.
11. Kong K.H, Young S. Incidence and outcome of poststroke urinary retention: a prospective study. Arch Phys Med Rehabil. 2000; 81: 1464-1467.
12. Chapple CR, Khullar V, Gabriel Z, et al. The effects of anti-muscarinic treatments in overactive bladder: an update of a systematic review and meta-analysis. Eur Urol. 2008; 54:543-62.
13. Novara G, Galfano A, Secco S, et al. A systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials with anti-muscarinic drugs for overactive bladder. Eur Urol. 2008; 54:740-63.
14. Fowler CJ, O'Malley KJ. Investigation and management of neurogenic bladder dysfunction. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2003; 74(Suppl 4):27-31.

**Рецензент: к.м.н., доцент Рысбаев Б.А.**

---