

С.В.Кузьмина, Л.Г. Заславский, И.В. Кузьмин

К ВОПРОСУ О ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НАРУШЕНИЙ
МОЧЕИСПУСКАНИЯ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМСанкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова,
Ленинградская областная клиническая больница

Реферат. Обследованы по разработанному алгоритму 37 больных с достоверным рассеянным склерозом по критериям Poser, имеющих жалобы на нарушение мочеиспускания. На основании клинических и урометрических исследований (урофлуометрия) были выделены три основные группы по видам дисфункций мочевого пузыря. Применена комбинация лекарственных препаратов в зависимости от типа дисфункции нижних мочевых путей. Через один месяц наблюдения у больных всех 3 групп отмечено значительное улучшение. У больных 1-й группы частота мочеиспускания снизилась на 35%, во 2-й — на 34% и количество остаточной мочи достоверно уменьшилось на 48%. У пациентов 3-й группы количество остаточной мочи приблизилось к норме, снизившись достоверно на 55%.

С.В.Кузьмина, Л.Г.Заславский, И.В.Кузьмин

ТАРКАУ СКЛЕРОЗ БЕЛЭН АВЫРУЧЫЛАРДА СИДЕК
ЧЫГАРУ БОЗЫЛУЛАРЫН ДИФФЕРЕНЦИЯЛЕ
ДЭВАЛАУ МӘСЬӘЛӘСЕНӘ КАРАТА

Реферат. Төзөлгән алгоритм нигезендә Poser критерийлары буенча таркау склероз белән авыруы ачыкланган 37 авыру тикшерелгән. Аларның һәрберсе дә сия алмау белән җәфаланган. Клиник һәм урометрик тикшеренүләр (урофлуометрия) нигезендә сидек куыгының функциясе бозылу төре буенча авыручылар өч төркемгә бүленгән. Аскы сидек юлларының дисфункциясенә төрәнә карап, дару препаратлары комбинациясе кулланылган. Бер айдан соң барлык 3 төркемдәге авыруларның хәле ярышсыз уңайшыруы күзәтелгән. 1 нче төркемдәге авыруларның сию ешлыгы — 35 % ка, икенчесендә 34 % ка кимегән. Калган сидек күләме 38 % ка кимегән. 3 нче төркемдәге пациентларның калган сидек күләме 55 % ка кимеп, нормага якынлашкан.

S.V. Kuzmina, L.G. Zaslavsky, I.V. Kuzmin

TO THE QUESTION OF DIFFERENTIATED
THERAPY OF URINATION DISFUNCTIONS IN
MULTIPLE SCLEROSIS PATIENTS

37 patients with multiple sclerosis who had complaints of urination dysfunction have been investigated according to Poser criteria. On the basis of clinical and urometric studies (urofluometry) three main dysfunctions of urinary bladder were determined. According to the type of urinary tract dysfunctions a combination of medicinal preparations had been used. In a month patients of all the three groups had a significant improvement. In patients of the 1-st group urination frequency decreased by 35%, of the 2nd group — by 34% and the quantity of residual urine reduced by 48%. In patients of the 3rd group quantity of residual urine came close to a norm, being decreased by 55%.

Нарушения мочеиспускания наблюдаются, по данным литературы [1, 2, 6, 8], у 60—80% больных рассеянным склерозом (РС), в том числе почти у 96% с давностью заболевания более 10 лет. Дисфункции нижних мочевых путей дифференцируют на супра- и инфрасакральные [3] в зависимости от уровня повреждения нервной системы относительно центра мочеиспускания в крестцовом отделе спинного мозга в сегментах S2-S4. Супрасакральные, в свою очередь, подразделяются на спинальные и церебральные в зависимости от локализации относительно мочеиспускания в области моста мозга. Супрасакральное церебральное поражение сопровождается изолированной координированной гиперрефлексией мочевого пузыря, супрасакральное спинальное — некоординированной гиперрефлексией мочевого пузыря (детрузорно-сфинктерная диссинергия), а инфрасакральное — гипорефлексией или арефлексией детрузора мочевого пузыря. Диапазон расстройств со стороны нижних мочевых путей варьирует в очень широких пределах: от учащения, императивных позывов (31—85%) и ургентного недержания мочи (37—72%) до обструктивных симптомов (2—52%) [6, 8]. Наличие или отсутствие симптомов со стороны нижних мочевых путей является ненадежным симптомом наличия дисфункции мочевого пузыря [8]. Известно [4], что только 47% пациентов с повышенным количеством остаточной мочи чувствовали неполное опорожнение мочевого пузыря. В то же время у 83% больных с жалобами на неполное опорожнение мочевого пузыря объем остаточной мочи был 100 мл [7]. Обнаружены уродинамические доказательства дисфункции мочевых путей у 100% больных РС с урологическими симптомами и у 52% больных без урологических симптомов [8]. Хотя только у 2—2,5% лиц заболевание начинается с урологических симптомов, высокая частота РС обуславливает необходимость обследования по этому поводу любых молодых больных с

необъяснимыми дисфункциями мочевого пузыря даже без неврологических нарушений [5]. Успех лечения зависит от точной диагностики нижних мочевых путей, поскольку каждая из них требует особого, достаточно специфического лечения. К сожалению, широко применяющиеся в настоящее время клинические методы обследования больных РС не позволяют в полной мере определить конкретный вид нарушения функции мочевого пузыря. В этой связи мы предлагаем алгоритм обследования больных с РС, осложненным мочевыми дисфункциями, в целях выбора наиболее адекватного их лечения.

В неврологическом отделении Ленинградской областной клинической больницы под нашим наблюдением находились 37 больных (16 мужчин и 21 женщина) в возрасте от 22 до 54 лет (в среднем $42,0 \pm 1,4$ года) с определенным по критериям Poser РС, подтвержденным результатами МРТ. Длительность заболевания составляла от одного года до 12 лет (в среднем $5,0 \pm 0,9$ года). Все больные при тщательном опросе жаловались на нарушение мочеиспускания: 23 — на учащение мочеиспускания и наличие императивных позывов, 8 — на недержание мочи, 11 — на чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, задержку перед началом мочеиспускания.

Всех больных обследовали по достаточно простой схеме, предлагаемой в качестве алгоритма.

1. Оценка жалоб больного — учащение мочеиспускания (более 8 раз в сутки), императивные позывы, трудности при мочеиспускании (задержка перед началом мочеиспускания, слабость струи мочи, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря), эпизоды недержания мочи — все это дает основание заподозрить нейрогенную дисфункцию нижних мочевых путей.

2. Исключение инфекционно-воспалительных заболеваний нижних мочевых путей по результатам проведения общего анализа мочи и посева на микрофлору.

3. Исключение ХПН по результатам биохимического анализа крови (креатинин, мочевины).

4. Исключение аномалии и внешней обструкции нижних мочевых путей по результатам проведения УЗИ почек и мочевого пузыря с обязательным определением количества остаточной мочи, УЗИ предстательной железы (мужчины), осмотра гинекологом (женщин).

5. Оценка неврологического дефицита больных с определением степени инвалидизации по шкале EDSS.

6. Проведение урофлоуметрии с определением максимальной объемной скорости потока мочи (Q_{\max}).

7. Ведение пациентом дневника мочеиспускания (по крайней мере в течение 3 дней) с указанием частоты и объема мочеиспусканий в сутки, количества императивных позывов в сутки и эпизодов недержаний мочи в сутки.

Проведение комплексного обследования по указанной схеме позволило выделить три основные группы больных по видам дисфункций мочевого пузыря (табл. 1).

Таблица 1
Основные виды дисфункций мочевого пузыря

Показатели	Изолированная гиперрефлексия детрузора	Гиперрефлексия в сочетании с детрузорно-сфинктерной диссинергией	Гипорефлексия мочевого пузыря
Симптомы гиперактивности мочевого пузыря (учащение мочеиспускания, императивные позывы и/или недержание мочи)	+	-	-
Количество остаточной мочи (по данным УЗИ)	Норма (< 100 мл)	Повышено (>100 мл)	Повышено (>100 мл)
Максимальная объемная скорость потока мочи (Q_{\max})	Норма (> 15 мл/с)	Снижена (<15 мл/с)	Снижена (<15 мл/с)
Уровень поражения НС	Супра-сакральный церебральный	Супра-сакральный церебральный	Инфра-сакральный

К 1-й группе ($n = 19$) отнесены пациенты с максимальной объемной скоростью потока мочи (Q_{\max}), по результатам урофлоуметрии, более 15 мл/с, количеством остаточной мочи менее 100 мл и наличием симптомов гиперактивности мочевого пузыря (учащение мочеиспускания, императивные позывы и/или недержание мочи). 2-ю группу ($n=12$) составили больные с симптомами гиперактивности мочевого пузыря, имевшие при этом повышение количества остаточной мочи более 100 мл и /или снижение Q_{\max} менее 15 мл/с. В 3-ю группу вошли 6 пациентов, у которых не было учащения мочеиспускания и/или императивных позывов, но в то же время уровень остаточной мочи превышал 100 мл, а Q_{\max} был менее 15 мл/с. Несмотря на то что в данном исследовании не были использованы достаточно трудоемкие и дорогостоящие уродинамические методы обследования, выполнение указанных выше диагностических процедур позволило предположить у больных РС наличие наиболее часто встречающихся конфигураций расстройств нижних мочевых путей. Симптомы,

наблюдаемые у больных 1, 2 и 3-й групп были характерны соответственно для изолированной гипер-рефлексии детрузора, гиперрефлексии в сочетании с детрузорно-сфинктерной диссинергией и, наконец, для гипорефлексии мочевого пузыря. Количество баллов по шкале EDSS у больных всех трех групп существенно не различалось (соответственно в среднем $4,0 \pm 0,2$, $3,5 \pm 0,3$ и $3,5 \pm 0,2$), что указывало на незначительное влияние выраженности неврологического дефицита на тип дисфункции нижних мочевых путей у больных РС.

Выявление типа дисфункции нижних мочевых путей являлось основанием для выбора тактики лечения (табл.2). Больные 1-й группы принимали антихолинергический препарат дриптан (оксибутинин) в дозе от 2,5 до 5 мг 2 раза в день. Пациентам 2-й группы антихолинергическую терапию дополняли назначением альфа-адреноблокатора дальфаз-ретард (альфузозин) в дозе 5 мг 1-2 раза в день.

Таблица 2

Основные способы лечения дисфункции мочевого пузыря

Изолированная гиперрефлексия детрузора	Гиперрефлексия в сочетании с детрузорно-сфинктерной диссинергией	Гипорефлексия мочевого пузыря
дриптан 2,5 мг 2 раза в день	дриптан 2,5 мг 2 раза в день + дальфаз-ретард 5 мг 2 раза в день	дальфаз-ретард 5 мг 2 раза в день + калимин-60 60 мг 2 раза в день

Для восстановления оттока мочи из мочевого пузыря у больных 3-й группы, наряду с альфа-адреноблокаторами (дальфаз-ретард в дозе 5 мг 1-2 раза в день) использовали антихолинэстеразный препарат калимин в дозе 60 мг 2 раза в день.

Через один месяц наблюдения у больных всех трех групп отмечено улучшение. Исследования показали, что в 1-й группе за истекший период частота мочеиспускания в сутки снизилась достоверно на 35% ($p < 0,05$) с $13,7 \pm 0,4$ до $8,9 \pm 0,2$ (рис.1) и уменьшилось количество императивных позывов.

Во 2-й группе, наряду с уменьшением частоты мочеиспускания на 34% с $13,3 \pm 0,4$ до $8,7 \pm 0,3$ (рис.1), отмечено уменьшение количества остаточной мочи достоверно на 48% со $181,3 \pm 7,7$ мл до $93,8 \pm 4,1$ мл (рис.2). У пациентов 3-й группы количество остаточной мочи (рис.2.) приблизилось к нормальным показателям, снизившись достоверно на 55% с $215,8 \pm 10,7$ мл до $95,8 \pm 6,8$ мл.

Таким образом, применение предложенного алгоритма для определения вида нейрогенной дисфункции нижних мочевых путей у больных РС позволило оптимизировать тактику лечения этого

состояния и существенно улучшить качество их жизни. Исследования в этой области будут продолжаться.

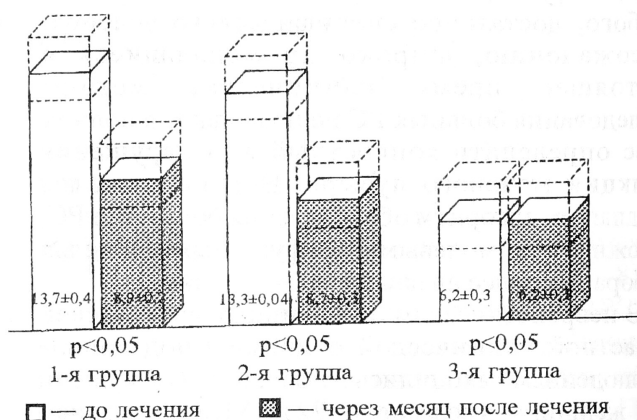


Рис. 1. Динамика частоты мочеиспусканий в сутки

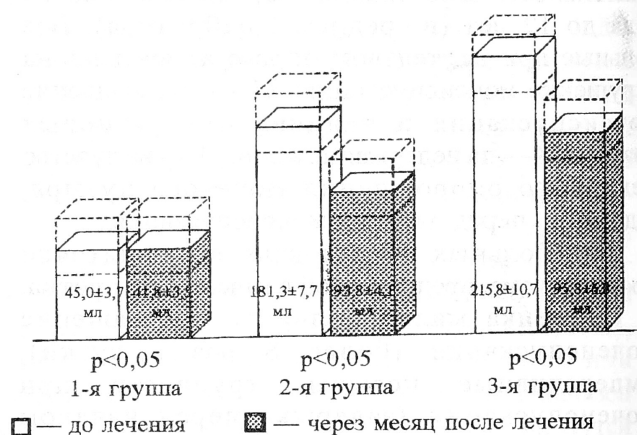


Рис. 2. Динамика количества остаточной мочи в процессе лечения

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев Е.И., Демина Т.Л., Бойко А.Н. Рассеянный склероз. — М., 1997.
2. Гусев Е.И., Бойко А.Н. Рассеянный склероз: от изучения иммунопатогенеза к новым методам лечения. — М., 2001.
3. Мазо Е.Б., Завалишин И.А., Кривобородов Г.Г., Шварц П.Г. // Неврол. журн. — 2002. — № 4. — С. 4—7.
4. Betts C.D., D'Mellow M.T., Fowler C.J. // J. Neurol. Neurosurg Psychiat. — 1993. — P. 56—245.
5. Fowler C.J. // J. Neurol. Neurosurg Psych. — 1996. — P. 6—60.
6. Goldstein I., Siroky M., Sax S., Krane R.J. // J. Urol. — 1982. — P. 128—541.
7. Huber S.J., Paulson G.W., Chakeres D. et al. Magnetic resonance imaging and clinical correlations in multiple sclerosis // J. Neurol. Sci. — 1988. — Vol.1. — P.86.
8. Koldewijn E.L., Hommes O.R., Lemmens W.A. et al. // J. Urol. — 1995. — P. 154—169.

Поступила 10.01.03.