

метриоз (92–94 %), однако встречаются и экстрагенитальные локусы (6–8 %), например, пупок, послеоперационные рубцы, кишечник, мочевой пузырь, мочеточники, легкие и другие органы. Диагностический поиск у пациенток с эндометриозными гетеротопиями достаточно сложен ввиду нетипичной клинической картины, которая определяется локализацией патологического процесса, может скрываться под масками различных заболеваний, но всегда характеризуется схожими с эндометрием циклическими процессами. Успех при ведении таких пациенток определяется своевременным назначением специфической терапии.

Клиническое наблюдение. Больная М., 37 лет, госпитализирована в многопрофильный стационар с жалобами на ноющие боли внизу живота, ациклические кровотечения. Пациентка указала, что в течение 6 месяцев менструации стали обильными и продолжительными (до 22 дней), появились дизурические явления (боль, жжение) во время мочеиспускания, гематурия, общая слабость. Из анамнеза: соматические заболевания отсутствуют, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез: 3 медицинских хирургических аборта (в возрасте 20–25 лет), 1 самопроизвольный выкидыш (2015), 2 родов (2013 г., 2017 г., родоразрешение путем кесарева сечения). После медицинских аборт — в течение 10 лет вторичное бесплодие, по поводу которого была проведена лапароскопическая операция с диагностической целью, выявлены аденомиоз, эндометриоз маточных труб. Принимала дидрогестерон (дюфастон) в режиме 10 мг два раза в сутки с 5-го по 25-й день менструального цикла в течение 6 месяцев, затем с целью подготовки к беременности с 14-й по 25-й день в течение 6 циклов. На фоне приема дидрогестерона в 2013 г. наступила беременность, окончившаяся благополучно. Последующие беременности наступили без прегравидарной подготовки.

По результатам общеклинических анализов выявлены железодефицитная анемия средней степени тяжести, макрогематурия, лейкоцитурия. При ультрасонографии мочевого пузыря обнаружено образование с повышенной эхогенностью в области задней стенки мочевого пузыря диаметром 0,9–1,0 см. С диагностической и лечебной целью проведена цистоскопия, образование удалено. При гистологическом исследовании полученного материала верифицирована ткань эндометрия в фазу пролиферации.

Окончательный диагноз. Основной: «Аденомиоз, эндометриоз маточных труб». Осложнение основного заболевания — эндометриоз мочевого пузыря. Назначено лечение: антигонадотропины (даназол) по 200 мг 2 раза в день. Пациентка выписана из отделения с рекомендациями продолжить лечение в течение 6 месяцев, после чего рекомендована повторная консультация гинеколога и уролога с эхографическим контролем.

Заключение. Циклическость клинических проявлений при экстрагенитальном эндометриозе позволяет заподозрить генез патологического процесса, что, безусловно, определяет успех диагностического и лечебного процесса. Однако остается дискуссионным вопрос о выборе препарата для лечения эндометриоза негенитальной локализации. В инструкциях к препаратам, зарегистрированным в РФ для лечения этого заболевания, отсутствует информация об их влиянии на экстрагенитальные гетеротопии. Так как в клинической практике все чаще встречаются пациентки с различными проявлениями эндометриоза, необходимо продолжить научные исследования в направлении совершенствования методов диагностики и лечения экстрагенитального эндометриоза. Необходимо внесение дополнительной информации в действующий клинический протокол «Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация» (2013) по диагностике и терапии экстрагенитальных форм эндометриоза.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ МЕТОДУ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ КАТЕТЕРИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОГЕННЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ

© Р.В. Салюков^{1, 2}, Г.Е. Тищенко², А.В. Самко², Ю.Р. Салюкова³

¹ ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Министерства образования и науки РФ (Москва);

² АО «Реабилитационный центр для инвалидов «Преодоление» (Москва);

³ ФГБУ «Российский научный центр рентгенодиагностики» Минздрава РФ (Москва)

Основным методом лечения нарушения функции опорожнения мочевого пузыря при неврологических состояниях признана периодическая катетеризация (ПК) (EAU, 2018). К известным пре-

имуществам метода относятся: возможность самостоятельного и достаточно комфортного проведения современного катетера для ПК по уретре в мочевой пузырь, низкий процент осложнений метода при

правильном режиме и технике исполнения, снижение зависимости пациента от обслуживающего персонала, улучшение сексуальной функции и общее улучшение качества жизни. Регулярное дренирование мочевого пузыря при нарушении его функции опорожнения коррелирует со снижением частоты осложнений со стороны верхних мочевыводящих путей (Кривобородов Г.Г., Салюков Р.В. и др., 2018).

Известно, что при отсутствии медицинского сопровождения около 50 % пациентов отказывается от метода ПК мочевого пузыря в течение первых 5 лет его применения (Cameronetal A.P., 2010). Нами проведено исследование комплаентности пациентов с нарушением функции опорожнения мочевого пузыря к методу ПК мочевого пузыря.

Исследование проведено на основании анкетирования 240 пациентов по телефону и во время амбулаторного посещения. Все 240 пациентов проходили специализированное лечение в стационаре реабилитационного центра «Преодоление» с 2012 по 2017 г., где им была назначена ПК мочевого пузыря. В исследование вошли 164 мужчины и 76 женщин, средний возраст которых составил $36 \pm 7,4$ года. Травму спинного мозга перенесли 182 (75,8 %) пациента, а 58 (24,2 %) имели другие неврологические заболевания, сопровождающиеся нарушением функции опорожнения мочевого пузыря.

При изучении результатов анкетирования было установлено, что 162 пациента (67,5 %) продолжают использовать метод ПК для опорожнения мочевого пузыря, а 78 (32,5 %) отказались от него

по тем или иным причинам. Из этих 78 больных 54 (69,3 %) отказались от метода в течение 1 года после назначения им ПК.

Выявленные причины отказа от применения метода ПК могут быть классифицированы как медицинские, социальные и выздоровление. Выздоровление подразумевает отказ от ПК из-за восстановления самостоятельного произвольного мочеиспускания, мы его наблюдали у 21 пациента (26,9 %) из 78. К медицинским причинам относили противопоказания к проведению ПК, которые возникали на фоне выраженных инфекционно-воспалительных изменений, травмы уретры, невозможности применения метода из-за ухудшения неврологического статуса. По медицинским показаниям от ПК отказались 11 пациентов (14,1 %). Социальные причины отказа от ПК, которые мы установили у 46 пациентов (59,0 %), были связаны с невозможностью использования метода самостоятельно и отсутствием ухаживающих лиц, с отрицательным отношением к методу лечащего врача пациента, а также сложностями, возникавшими при бесплатном получении катетеров. Чаще от метода ПК отказывались пациенты мужского пола ($p < 0,05$).

Исследование демонстрирует достаточно высокую приверженность методу ПК наших пациентов, что соотносится с данными о том, что комплаентность выше у тех больных, которых переводят на метод ПК в условиях реабилитационных центров и которые находятся под регулярным медицинским наблюдением.

НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ПРИ СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

© Р.В. Салюков^{1, 2}, Ф.А. Бушков², И.Н. Новоселова³, И.С. Юрасов⁴

¹ ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Министерства образования и науки РФ (Москва);

² АО «Реабилитационный центр для инвалидов «Преодоление» (Москва);

³ ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии» ДЗ г. Москвы;

⁴ ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко» Минздрава РФ (Москва)

Нарушения мочеиспускания возникают практически у 90 % пациентов со спинальной травмой (СТ). В основе механизма развития таких нарушений лежит обрыв коммуникаций между сакральным центром мочеиспускания и вышележащими, например, стволовыми и корковыми центрами микции или нижележащими спинномозговыми и периферическими нервными структурами.

Европейская ассоциация урологов (2018) предлагает разделить возможные нарушения мочеиспускания в зависимости от уровня поражения спинного мозга. Выделяют расстройства моче-

испускания при поражении спинного мозга выше сакрального центра микции (супрасакральный тип) и расстройства при поражении на уровне сакрального центра мочеиспускания или ниже его (инфрасакральный тип). Для нейрогенной дисфункции мочеиспускания (НДМ) при СТ характерен клинический полиморфизм, который как раз и связан с возможными различиями в уровне, глубине и характере повреждения центров мочеиспускания и нервных проводников, а также с продолжительностью восстановительных процессов после травмы.