

Результати лікування хворих з поєднаною нейрогенною патологією нижніх сечових шляхів та дистального відділу товстої кишки за гіпотонічним типом з електроміографічним контролем

П.В. Чабанов

ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

У статті наведені результати лікування хворих з поєднаною нейрогенною патологією нижніх сечових шляхів і дистального відділу товстої кишки за гіпотонічним типом з електроміографічним контролем. Дані електроміографічних досліджень дозволили розробити і оптимізувати методи лікування залежно від тонуусу нервово-м'язових структур нижніх сечових шляхів і дистальних відділів товстої кишки.

Проведене консервативне лікування пацієнтів даної категорії за допомогою електростимуляції за стимулюючою методикою є ефективним, забезпечує позитивний ефект в 87,1% випадків.

Ключові слова: нейрогенні розлади сечовитускання, нейрогенна дисфункція кишечника, детрузор, електроміографія.

Поєднання нейрогенної дисфункції сечового міхура і товстого кишечника посилює тяжкість стану хворих і зумовлює несприятливий вплив одного органу на інший [1]. При калостазі калові камені здавлюють сечовий міхур, що спричинює гемо- та лімфостаз, інфікування сечових шляхів, нетримання сечі або, навпаки, утруднення сечовипускання. Калові камені ініціюють незагальмовані коливання тиску у сечовому міхурі, що може привести до міхурово-сечовідного рефлюксу [2, 3]. Це зумовлює розвиток важких форм пієлонефриту, а з часом і хронічну ниркову недостатність. До сьогодні поєднаним дисфункціям не надавали належної уваги ні в теоретичному, ні в практичному аспектах. Усе це свідчить про актуальність проблеми і необхідність розроблення методів одночасного їхнього лікування [4–6].

Мета дослідження: підвищення ефективності лікування хворих гіпотонічним нейрогенним сечовим міхуром з поєднаною нейрогенною патологією дистального відділу товстої кишки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Комплексна діагностика та консервативне лікування були проведені хворим гіпотонічним сечовим міхуром з поєднаною патологією дистальних відділів товстої кишки. У дослідженні взяли участь 28 чоловіків та 29 жінок. Середній вік чоловіків становив 53,8±2,2 року, жінок – 58,4±2,8 року. Тривалість захворювання чоловіків – 19,6±1,5 міс, жінок – 21,2±1,4 міс.

Усім хворим з метою діагностики та контролю ефективності лікування до початку та після першого, третього та шостого курсів проводили електроміографію (ЕМГ) сечового міхура та дистального відділу товстої кишки та їх сфінктерного апарату. Консервативна терапія включала проведення електростимуляції за стимулюючою методикою.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час проведення ЕМГ м'язових структур сечового міхура та товстої кишки у чоловіків було отримано середнє значення різниці біопотенціалів, а саме: детрузора – 26,6±1,2 мкВ, стінки товстої кишки – 45,2±1,9 мкВ, на внутрішньому сфінктері сечового міхура – 22,4±1,3 мкВ, на зовнішньому сфінктері – 39,3±1,4 мкВ. Під час оцінювання сфінктерного апарату товстої кишки ми спостерігали на внутрішньому сфінктері 41,1±1,8 мкВ, на зовнішньому сфінктері – 51,4±2,1 мкВ.

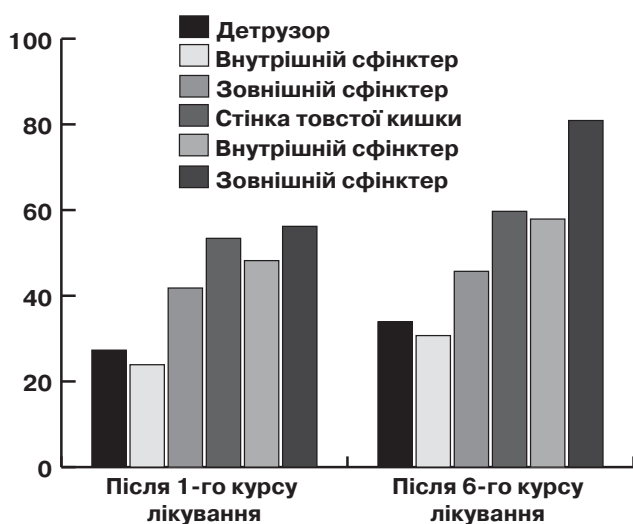
Після першого курсу лікування нами отримано наступне середнє значення різниці біопотенціалів: детрузора – 27,3±1,3 мкВ, де покращення становило 2,6% (p>0,2), стінки товстої кишки – 53,4±2,1 мкВ, 15,4% (p>0,1), на внутрішньому сфінктері сечового міхура – 23,9±1,4 мкВ, 6,3% (p>0,2), на зовнішньому сфінктері 41,8±1,5 мкВ, 6,0% (p>0,2). Під час оцінювання сфінктерного апарату товстої кишки спостерігали на внутрішньому сфінктері 48,2±2,1 мкВ, 14,7% (p<0,05), а на зовнішньому сфінктері – 56,2±2,3 мкВ, 8,5% (p<0,02) відповідно.

За результатами третього курсу лікування були отримані наступні показники різниці біопотенціалів м'язових структур сечового міхура та товстої кишки: детрузора – 29,8±1,2 мкВ, де покращення становило 10,7% (p<0,1), стінки товстої кишки – 57,2±2,3 мкВ, 21% (p<0,01), на внутрішньому сфінктері сечового міхура – 26,1±1,2 мкВ, 14,2% (p<0,05), на зовнішньому сфінктері – 43,2±1,3 мкВ, 9% (p<0,05). Під час оцінювання сфінктерного апарату товстої кишки спостерігали на внутрішньому сфінктері 54,7±2,2 мкВ, 24,9% (p<0,01), на зовнішньому сфінктері – 62,3±2,6 мкВ, 17,5% (p<0,2) відповідно.

По завершенню шести курсів лікування хворих цієї групи були отримані наступні показники різниці біопотенціалів м'язових структур сечового міхура та товстої кишки: детрузора – 33,9±1,4 мкВ, де покращення становило 21,5% (p<0,05), стінки товстої кишки – 59,7±2,5 мкВ, 24,3% (p<0,05), на внутрішньому сфінктері сечового міхура – 30,7±1,5 мкВ, 27% (p<0,05), на зовнішньому сфінктері – 45,7±1,7 мкВ, 14% (p<0,05). Під час оцінювання сфінктерного апарату товстої кишки спостерігали на внутрішньому сфінктері 57,9±2,4 мкВ, 29% (p<0,05), а на зовнішньому сфінктері – 80,9±3,9 мкВ, 36,5% (p<0,05) відповідно.

Динаміка змін показників електроміографії у чоловіків після першого та після шостого курсів лікування наведена на мал. 1.

У групі жінок, ЕМГ м'язових структур сечового міхура та товстої кишки визначила середнє значення різниці біопотенціалів: детрузора – 23,4±1,2 мкВ, стінки товстої кишки – 42,3±1,9 мкВ, на внутрішньому сфінктері сечового міхура –



Мал. 1. Динаміка змін показників ЕМГ у чоловіків у результаті лікування, мкВ

19,6±1,2 мкВ, на зовнішньому сфінктері – 34,7±1,8 мкВ. Під час оцінювання сфінктерного апарату товстої кишки спостерігали на внутрішньому сфінктері 38,1±1,9 мкВ, на зовнішньому сфінктері – 49,2±2,1 мкВ.

Після першого курсу лікування показників ЕМГ м'язових структур сечового міхура та товстої кишки було отримано наступне середнє значення різниці біопотенціалів: детрузора – 24,8±1,4 мкВ, де покращення становило 5,6% ($p>0,2$), стінки товстої кишки – 45,5±2,0 мкВ, 7,0% ($p>0,2$), на внутрішньому сфінктері сечового міхура – 22,3±1,5 мкВ, 12,1% ($p<0,2$), на зовнішньому сфінктері – 35,1±1,7 мкВ, 1,1% ($p>0,2$). Під час оцінювання сфінктерного апарату товстої кишки на внутрішньому сфінктері спостерігали 42,8±2,1 мкВ, 11% ($p<0,2$), а на зовнішньому сфінктері – 51,7±2,1 мкВ, 4,8% ($p>0,2$) відповідно.

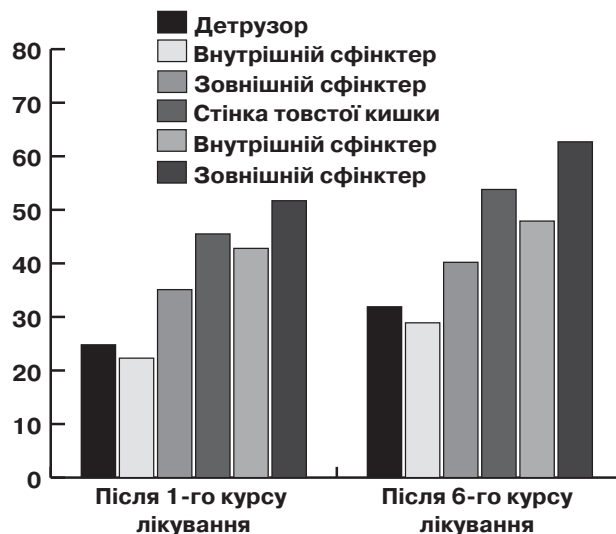
За результатами третього курсу лікування були отримані наступні показники різниці біопотенціалів м'язових структур сечового міхура та товстої кишки: детрузора – 26,5±1,3 мкВ, де покращення становило 11,7% ($p<0,1$), стінки товстої кишки – 49,7±2,1 мкВ, 14,9% ($p<0,05$), на внутрішньому сфінктері сечового міхура – 25,7±1,2 мкВ, 23,7% ($p<0,05$), на зовнішньому сфінктері – 37,8±1,8 мкВ, 8,2% ($p>0,2$). Під час оцінювання сфінктерного апарату товстої кишки спостерігали на внутрішньому сфінктері

Результаты лечения больных с сочетанной нейрогенной патологией нижних мочевых путей и дистального отдела толстой кишки по гипотоническому типу с электромиографическим контролем П.В. Чабанов

В статье представлены результаты лечения больных с сочетанной нейрогенной патологией нижних мочевых путей и дистального отдела толстой кишки по гипотоническому типу с электромиографическим контролем. Данные электромиографических исследований позволили разработать и оптимизировать методы лечения в зависимости от тонуса нервно-мышечных структур нижних мочевых путей и дистальных отделов толстой кишки.

Проведенное консервативное лечение пациентов данной категории с помощью электростимуляции по стимулирующей методике является эффективным, обеспечивает положительный эффект в 87,1% случаев.

Ключевые слова: нейрогенные расстройства мочеиспускания, детрузор, электромиография.



Мал. 2. Динаміка змін показників ЕМГ у жінок у результаті лікування, мкВ

44,5±2,0 мкВ, 14,4% ($p<0,05$), а на зовнішньому сфінктері – 53,4±2,2 мкВ, 7,9% ($p<0,2$) відповідно.

По завершенню шести курсів лікування хворих цієї групи різниця біопотенціалів м'язових структур сечового міхура та товстої кишки становила: детрузора – 31,9±1,5 мкВ, 26,6% ($p<0,05$), стінки товстої кишки – 53,8±2,0 мкВ, 21,4% ($p<0,05$), на внутрішньому сфінктері сечового міхура – 28,9±1,4 мкВ, 32,2% ($p<0,05$), на зовнішньому сфінктері – 40,2±2,0 мкВ, 13,7% ($p<0,05$). Під час оцінювання сфінктерного апарату товстої кишки на внутрішньому сфінктері спостерігали 47,9±2,1 мкВ, 20,5% ($p<0,05$), а на зовнішньому сфінктері – 62,7±2,3 мкВ, 21,5% ($p<0,05$) відповідно. Динаміка змін показників електромиографії у жінок після першого та після шостого курсів лікування наведена на мал. 2.

ВИСНОВКИ

1. Дані електромиографічних досліджень дозволили розробити та оптимізувати методи лікування залежно від стану тонусу нерво-м'язових структур нижніх сечових шляхів та дистальних відділів товстої кишки.

2. Комплексний диференційний підхід до консервативного лікування спрямований на корекцію виявлених при електромиографічному обстеженні порушень функціонального стану нижніх сечовивідних шляхів і дистальних відділів товстої кишки.

Results of treatment of patients with combined neurogenic pathology of the lower urinary tract and distal colon of the gut by hypotonic type with electromyographic control P.V. Chabanov

The article presents the results of treatment of patients with combined neurogenic pathology of the lower urinary tract and distal part of the colon according to the hypotonic type with electromyographic control. The data of electromyographic studies made it possible to develop and optimize the methods of treatment depending on the tone of the neuromuscular structures of the lower urinary tract and the distal parts of the large intestine.

The conservative treatment of patients of this category with the help of stimulation by electro stimulation is effective, provides a positive effect in 87.1% of cases.

Key words: neurogenic bladder disorders, neurogenic bowel dysfunction, electromyography, detrusor.

Чабанов Павел Викторович – лаборатория нейроурологии ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9-А; тел.: (044) 486-55-52

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Lukacz E.S., Lawrence J.M., Contreras R., Nager C.W., Luber K.M. Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders // *Obstet Gynecol.* – 2006. – 107 (6): 1253–60.
2. Abrams P., Andersson K.E., Birder L. et al. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2010; 29:213–240.
3. De R.J., Benco M., Kolarovszki B., Luptak J, Svihra J. Urinary incontinence in degenerative spinal disease. *Acta Chir Orthop Traumatol Cech* 2011;78:67–70.
4. Samaranyake C.B., Luo C., Plank A.W., Merrie A.E., Plank L.D., Bissett I.P., 2010. «Systematic review on ventral rectopexy for rectal prolapse and intussusception». *Colorectal disease : the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland* 12 (6): 504–12.
5. Stohrer M, Castro-Diaz D, Chartier-Kastler E, Kramer G, Mattiasson A, Wyndaele JJ. Guidelines on neurogenic lower urinary tract dysfunction. *Prog Urol.* 2007 May; 17:703–55.
6. Nygaard I., Shaw J., Egger M.J. Exploring the association between lifetime physical activity and pelvic floor disorders: study and design challenges. *Contemp Clin Trials.* 2012. 33(4): 819–27.

Статья поступила в редакцию 15.09.17

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

ОТКАЗ ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТРАНСЖИРОВ
ПОНИЗИТ РИСК ИНСУЛЬТА

Исследователи из Йельского университета обнаружили, что отказ от употребления продуктов с высоким содержанием трансжиров может снизить риск возникновения инсульта и сердечного приступа.

Трансжирные кислоты или трансжиры содержатся в таких продуктах, как чипсы, крекеры, жареные продукты и хлебобулочные изделия.

Такие выводы ученые сделали после изучения статистики госпитализации людей в штате Нью-Йорк с 2002 по 2013 годы. В тех округах штата Нью-Йорка, где население в течение трех последних лет сократило употребление

трансжиров, число обращений в медицинские учреждения из-за случаев сердечного приступа и инсульта в среднем сократилось на 6,2 процента (по сравнению с соседними регионами).

"Сведение к минимуму или исключение из рациона трансжиров может значительно снизить риск возникновения инсульта и сердечного приступа... Запрет трансжиров на государственном уровне может стать настоящей победой для миллионов людей", - заявил один из авторов исследования.

Трансжирные кислоты или трансжиры содержатся в таких продуктах, как чипсы, крекеры,

жареные продукты и хлебобулочные изделия. Употребление продуктов с высоким содержанием трансжиров повышает риск сердечно-сосудистых заболеваний, которые являются основной причиной смерти во всем мире. В последние годы в Нью-Йорке и других американских городах принимаются меры по сокращению трансжиров в ресторанах и закусочных. Управление по контролю над продуктами и лекарствами США (FDA) заявило о решении исключить трансжиры из продуктов питания полностью к 2018 году.

Источник : riaami.ru