

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

П.В. Чабанов

ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

У статті представлені результати діагностики та лікування пацієнтів з поєднаною нейрогенною патологією нижніх сечових шляхів та дистального відділу товстої кишки за гіпотонічним типом. Оцінювання ефективності проводили за допомогою аналізу динаміки зміни скарг, даних опитувальників, урофлоуметрії, електроміографії. Отримані дані дозволили розробити та оптимізувати методи лікування хворих з поєднаною нейрогенною патологією нижніх сечових шляхів та дистального відділу товстої кишки за гіпотонічним типом.

Ключові слова: нейрогенні розлади сечовипускання, нейрогенна дисфункція кишкової м'язової стрічки, детрузор, електроміографія.

Відомо, що нижні сечові шляхи і товста кишка мають стислий анатомо-функціональний зв'язок за рахунок однакового ембріонального походження, іннервації, кровопостачання, спинномозкової і коркової регуляції функцій. Сечовий міхур і пряма кишка виконують однотипні функції, такі, як адаптація, евакуація, замикання, які забезпечуються однотипними рефлексами [1, 2].

Діагностика та лікування нейрогенної дисфункції сечового міхура і дистального відділу товстої кишки представляє одну із складних і до кінця не вирішених завдань сучасної медицини [3–5].

Усе це свідчить про актуальність проблеми та необхідність розроблення методів одночасного лікування поєднаної патології нижніх сечовивідних шляхів та дистального відділу товстої кишки [6].

Мета дослідження: підвищення ефективності лікування хворих гіперактивним сечовим міхуром, гіперкінетичним тонусом детрузора та поєднаною нейрогенною патологією дистального відділу товстої кишки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для виключення органічних захворювань нирок, сечовивідних шляхів, травного тракту та центральної нервової системи в осіб з нейрогенною патологією нижніх сечових шляхів і дистальних відділів товстої кишки, такі хворі повинні бути всебічно досліджені урологічно, неврологічно, рентгенологічно, електроміографічно, уродинамічно.

Консервативна терапія включала проведення електростимуляції за стимулювальною методикою. З метою контролю ефективності лікування усім хворим до початку та після першого, третього та шостого курсів проводили урофлоуметрію (УФМ). Кожен хворий заповнював опитувальник для оцінювання стану сечового міхура та дистальних відділів товстої кишки.

Комплексна діагностика та консервативне лікування було проведено хворим гіпотонічним сечовим міхуром з поєднаною патологією дистальних відділів товстої кишки у 28 чоловіків та 29 жінок.

Середній вік у чоловіків становив $53,8 \pm 2,2$ року, у жінок – $58,4 \pm 2,8$ року. Тривалість захворювання у чоловіків – $19,6 \pm 1,5$ міс та $21,2 \pm 1,4$ міс у жінок.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час оцінювання симптомів клінічних проявів патології дистальних відділів товстої кишки у чоловіків до лікування спостерігали наступне: закреп – $4,5 \pm 0,2$ разу, нетримання газів – $4,6 \pm 0,2$ разу, нетримання рідкого калу – $2,7 \pm 0,1$ разу, нетримання твердого калу – $1,6 \pm 0,1$ разу. За даними опитувальника CRADI-8 було отримано у цій групі хворих до лікування $18,8 \pm 0,2$ бала.

Під час проведення урофлоуметрії у хворих цієї групи ми отримали наступне середнє значення основних показників, а саме: об'єм сечовипускання (V) становив $452 \pm 7,1$ мл, час сечовипускання (T) – $35 \pm 1,5$ с, максимальна об'ємна швидкість потоку сечі (Q_{max}) – $15,3 \pm 1,4$ мл/с, середня швидкість сечовипускання (Q_{ave}) – $12,9 \pm 1,3$ мл/с, час досягнення максимальної швидкості (TQ_{max}) – $8,2 \pm 0,7$ с.

Показник полакіурії після першого курсу лікування становив $6,4 \pm 0,9$ разу ($p > 0,2$), яке зменшилось на 18%, ніктурії – $3,2 \pm 0,6$ разу на добу ($p > 0,2$), що відповідає зменшенню на 28%, імперативних покликів – $1,7 \pm 0,4$ разу на добу ($p > 0,2$), що відповідає 23,5%, а імперативне нетримання сечі відзначено $1,5 \pm 0,1$ разу на добу ($p > 0,2$), тобто на 26,7%. При оцінюванні результатів опитувальника РРВС зафіксовано покращення на 37,5%, а саме – $3,2 \pm 0,3$ бала ($p < 0,05$).

При оцінюванні симптомів патології дистальних відділів товстої кишки у хворих групи чоловіків були зафіксовані наступні зміни: кількість закрепів зменшилась до $4,1 \pm 0,1$ разу (9,8%; $p < 0,1$), нетримання газів – до $3,9 \pm 0,1$ разу (17,9%; $p < 0,01$), нетримання рідкого калу – до $2,5 \pm 0,1$ разу (8%; $p < 0,2$), нетримання твердого калу – до $1,5 \pm 0,1$ разу (7%; $p > 0,2$). За даними опитувальника CRADI-8 було встановлено зменшення до $17,1 \pm 0,2$ бала (9,9%; $p < 0,01$).

Що стосується динаміки змін показників УФМ, було отримано наступне: об'єм сечовипускання (V) становив $413 \pm 6,8$ мл (9,5%; $p < 0,01$), час сечовипускання (T) – $29,5 \pm 1,4$ с (18,6%; $p < 0,01$), максимальна об'ємна швидкість потоку сечі (Q_{max}) – $16,5 \pm 1,3$ мл/с (7,3%; $p > 0,2$), середня швидкість сечовипускання (Q_{ave}) – $14,0 \pm 1,4$ мл/с (7,6%; $p > 0,2$), час досягнення максимальної швидкості (TQ_{max}) – $9,3 \pm 1,1$ с (11,8%; $p > 0,2$).

Після третього курсу лікування отримані наступні клінічні зміни. Стосовно полакіурії покращення становило $7,2 \pm 1,1$ разу на день (27,8%; $p > 0,2$), ніктурії – $2,6 \pm 0,1$ разу (57,7%; $p > 0,2$), імперативних покликів на сечовипускання – $1,4 \pm 0,3$ разу на добу (50%; $p > 0,2$), нетримання сечі – $1,2 \pm 0,2$ разу (58,3%; $p < 0,1$).

На підставі оцінювання ефективності лікування після третього курсу за допомогою опитувальника РРВС отримано 2,6±0,9 бала (69,2%; p<0,05).

Аналізуючи динаміку змін симптомів патології дистальних відділів товстої кишки у хворих групи чоловіків було зафіксовано: кількість закрепів зменшилась до 3,6±0,1 разу (25%; p<0,01), нетримання газів – до 3,5±0,1 разу (31,4%; p<0,01), нетримання рідкого калу – до 2,1±0,1 разу (28,6%; p<0,01), нетримання твердого калу – 1,3±0,1 разу (23,0%; p<0,05). За даними опитувальника CRADI-8 було отримано зменшення до 14,3 бала (31,5%; p<0,01).

Показники УФМ після третього курсу лікування були наступні: об'єм сечовипускання (V) становив 367±6,3 мл (23,2%; p<0,01), час сечовипускання (T) – 24,3±1,4 с (44%; p<0,001), максимальна об'ємна швидкість потоку сечі (Q_{max}) – 17,3±1,4 мл/с (11,6%; p>0,2), середня швидкість сечовипускання (Q_{ave}) – 15,1±1,4 мл/с (14,6%; p>0,2), час досягнення максимальної швидкості (TQ_{max}) – 9,8±1,1 с (16,3%; p>0,2).

Після завершення шести курсів лікування у групі чоловіків зафіксовано, що полакіурія зменшилась до 8,1±0,95 разу на день (35,8%; p<0,05), ніктурія – до 2,2±0,1 разу (86,4%; p<0,05), імперативні позиви – до 1,2±0,1 разу на добу (75%; p<0,05), нетримання сечі – до 1,1±0,1 разу (72,7%; p<0,05). Що стосується оцінювання ефективності лікування на підставі опитувальника РРВС, то покращання становило 2,3±0,1 бала (91%; p<0,001).

Відносно симптомів дистальних відділів товстої кишки у хворих цієї групи ми відзначено, що кількість закрепів зменшилась до 2,4±0,1 разу (87,5%; p<0,05), нетримання газів – до 2,6±0,1 разу (77%; p<0,05), нетримання рідкого калу – до 1,5±0,1 разу (80%; p<0,05), нетримання твердого калу – до 0,9±0,01 разу (77,8%; p<0,05). За даними опитувальника CRADI-8 було визначено зменшення до 10,1±0,1 бала (86,1%; p<0,05).

Показники УФМ після шостого курсу лікування наступні: об'єм сечовипускання (V) становив 321±5,9 мл (40%; p<0,02), час сечовипускання (T) – 18,1±1,2 с (93,4%; p<0,001), максимальна об'ємна швидкість потоку сечі (Q_{max}) – 25,3±1,5 мл/с (39,6%; p<0,05), середня швидкість сечовипускання (Q_{ave}) – 17,7±1,5 мл/с (27,1%; p<0,05), час досягнення максимальної швидкості (TQ_{max}) – 10,7±1,0 с (23,4%; p<0,05). Динаміка змін показників урофлоуметрії у чоловіків після першого та після шостого курсів лікування наведена на мал. 1.

У групі жінок середній показник полакіурії до лікування становив 4,4±1,1 разу, ніктурії – 3,9±0,6 разу на добу, імперативні позиви – 3,2±0,5 разу на добу, а імперативне нетриман-

ня сечі відзначалось 2,7±0,5 разу на добу. Показник оцінювання опитувальника РРВС становив 4,2±0,7 бала.

Оцінювання симптомів клінічних проявів патології дистальних відділів товстої кишки у жінок до лікування засвідчило, що закреп спостерігався у хворих 5,8±0,3 разу, нетримання газів – 4,9±0,3 разу, нетримання рідкого калу – у 3,1±0,2 разу, нетримання твердого калу – 1,8±0,1 разу. За даними опитувальника CRADI-8 було отримано у цій групі хворих до лікування 20,2±1,5 бала.

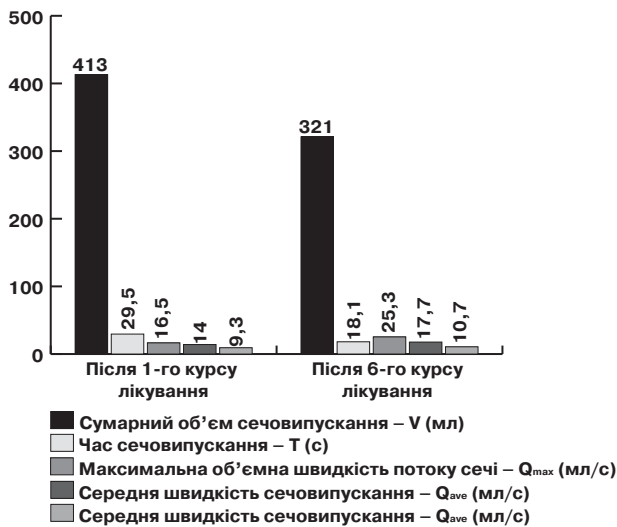
УФМ у хворих жіночої групи засвідчила, що середнє значення основних показників наступне: об'єм сечовипускання (V) становив 493±7,5 мл, час сечовипускання (T) – 37,1±1,6 с, максимальна об'ємна швидкість потоку сечі (Q_{max}) – 14,5±1,3 мл/с, середня швидкість сечовипускання (Q_{ave}) – 13,3±1,33 мл/с, час досягнення максимальної швидкості (TQ_{max}) – 9,1±1,1 с.

Показник полакіурії після першого курсу лікування становив 5,1±0,9 разу (p>0,2), що відповідає зменшенню на 13,7%, ніктурії – 3,2±0,7 разу на добу (p>0,2), що відповідає зменшенню на 21,9%, імперативних позивів – 2,7±1,1 разу на добу (p>0,2), що відповідає 18,5%, а імперативне нетримання сечі – 1,9±0,8 разу на добу (p>0,2), що менше на 42,1%. За даними опитувальника РРВС ми отримали покращання на 10,5%, а саме – 3,8±1,1 бала (p>0,2).

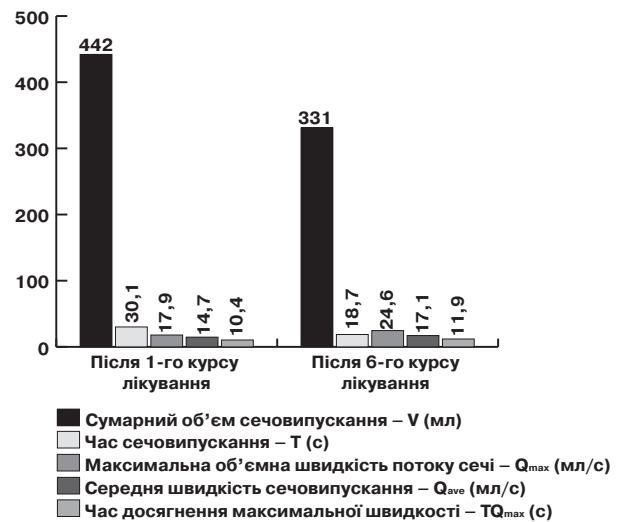
Під час оцінювання симптомів дистальних відділів товстої кишки у хворих даної групи були зафіксовані наступні зміни: кількість закрепів зменшилась до 5,2±0,2 разу (11,5%; p<0,1), нетримання газів – до 4,3±0,2 разу (14%; p<0,1), нетримання рідкого калу – до 2,8±0,2 разу (10,7%; p>0,2), нетримання твердого калу – до 1,7±0,1 разу (5,9%; p>0,2). За даними опитувальника CRADI-8 було отримано зменшення до 17,4±1,2 бала (16,1%; p<0,2).

Щодо динаміки змін показників УФМ, було отримано наступні результати: об'єм сечовипускання (V) становив 442±6,8 мл (11,5%; p<0,05), час сечовипускання (T) – 30,1±1,5 с (23,3%; p<0,05), максимальна об'ємна швидкість потоку сечі (Q_{max}) – 17,9±1,4 мл/с (19%; p<0,05), середня швидкість сечовипускання (Q_{ave}) – 14,7±1,3 мл/с (9,5%; p<0,2), час досягнення максимальної швидкості (TQ_{max}) – 10,4±1,2 с (12,5%; p>0,2).

Після третього курсу лікування за клінічними змінами спостерігалось наступне. Стосовно полакіурії покращання становило 6,3±1,2 разу на день (30,2%; p>0,2), ніктурії – 2,4±1,1 разу (62,5%; p>0,2). Щодо імперативних позивів на сечовипускання покращання становило 2,1±1,1 разу на добу (52,4%; p>0,2), нетримання сечі – 1,7±0,8 разу (58,9%; p>0,2).



Мал. 1. Динаміка змін показників УФМ у чоловіків у результаті лікування



Мал. 2. Динаміка змін показників УФМ у жінок у результаті лікування

На підставі оцінювання ефективності лікування після третього курсу за допомогою опитувальника РРВС отримано $2,9 \pm 1,2$ бала, що становить 44,8% ($p > 0,2$).

Аналізуючи динаміку змін симптомів дистальних відділів товстої кишки у хворих групи жінок було зафіксовано: кількість закрепів зменшилась до $4,3 \pm 0,1$ разу (34,9%; $p < 0,05$), нетримання газів – до $3,5 \pm 0,2$ разу (40%; $p < 0,05$), нетримання рідкого калу – до $2,3 \pm 0,1$ разу (34,8%; $p < 0,05$), нетримання твердого калу – до $1,5 \pm 0,1$ разу (20%; $p < 0,05$). При оцінюванні даних опитувальника CRADI-8 отримано зменшення до $16,8 \pm 1,2$ бала (20,2%; $p < 0,05$).

Показники УФМ після третього курсу лікування наступні: об'єм сечовипускання (V) становив $391 \pm 6,7$ мл (26,1%; $p < 0,05$), час сечовипускання (T) – $24,5 \pm 1,3$ с (51,4%; $p < 0,05$), максимальна об'ємна швидкість потоку сечі (Q_{\max}) – $18,8 \pm 1,3$ мл/с (22,9%; $p < 0,05$), середня швидкість сечовипускання (Q_{ave}) – $16,1 \pm 1,1$ мл/с (17,4%; $p < 0,2$), час досягнення максимальної швидкості (TQ_{\max}) – $11,1 \pm 1,2$ с (18%; $p > 0,2$).

Після завершення шести курсів лікування хворих цієї групи відзначали значне покращення як клінічних, так і лабораторних результатів УФМ. Було зафіксовано, що полакіурія зменшилась до $7,8 \pm 1,1$ разу на день (43,6%; $p < 0,05$), ніктурія – до $2,1 \pm 1,1$ разу (85,7%; $p < 0,05$), імперативні позиви – до $1,8 \pm 0,7$ разу на добу (77,8%; $p < 0,05$), нетримання сечі – до $1,4 \pm 0,6$ разу (92,6%; $p < 0,05$).

Щодо оцінювання ефективності лікування на підставі опитувальника РРВС, то покращення становило $2,3 \pm 1,1$ бала (82,6%).

Диагностика и лечение больных с сочетанной нейрогенной патологией нижних мочевых путей и дистального отдела толстой кишки по гипотоническому типу

П.В. Чабанов

В статье представлены результаты диагностики и лечения пациентов с сочетанной нейрогенной патологией нижних мочевых путей и дистального отдела толстой кишки по гипотоническому типу. Оценку эффективности проводили с помощью анализа динамики изменения жалоб, данных опросников, урофлоуметрии, электромиографии. Полученные данные позволили разработать и оптимизировать методы лечения больных с сочетанной нейрогенной патологией нижних мочевых путей и дистального отдела толстой кишки по гипотоническому типу.

Ключевые слова: нейрогенные расстройства мочеиспускания, детрузор, электромиография.

Щодо симптомів патології дистальних відділів товстої кишки у хворих групи жінок було відзначено, що кількість закрепів зменшилась до $3,2 \pm 0,1$ разу (81,3%; $p < 0,05$), нетримання газів – до $2,6 \pm 0,1$ разу (88,5%; $p < 0,05$), нетримання рідкого калу – до $1,7 \pm 0,1$ разу (82,4%; $p < 0,05$), нетримання твердого калу – до $1,1 \pm 0,1$ разу (63,6%; $p < 0,05$). При оцінюванні даних опитувальника CRADI-8 було отримано зменшення до $10,8 \pm 1,1$ бала (87%; $p < 0,05$).

Показники УФМ після шостого курсу лікування наступні: об'єм сечовипускання (V) становив $331 \pm 6,2$ мл (48,9%; $p < 0,001$), час сечовипускання (T) – $18,7 \pm 1,2$ с (98,4%; $p < 0,05$), максимальна об'ємна швидкість потоку сечі (Q_{\max}) – $24,6 \pm 1,4$ мл/с (41%; $p < 0,05$), середня швидкість сечовипускання (Q_{ave}) – $17,1 \pm 1,2$ мл/с (22,2%; $p < 0,05$), час досягнення максимальної швидкості (TQ_{\max}) – $11,9 \pm 0,85$ с (23,5%; $p < 0,05$). Динаміка змін показників урофлоуметрії у жінок після першого та після шостого курсів лікування наведена на мал. 2.

ВИСНОВКИ

Для виключення органічних захворювань нирок, сечовивідних шляхів, травного тракту та центральної нервової системи особи, у яких діагностовано нейрогенну патологію нижніх сечовивідних шляхів і дистальних відділів товстої кишки, повинні бути всебічно обстежені за допомогою урологічних, неврологічних, рентгенологічних, електроміографічних, уродинамічних методів.

Diagnosis and treatment of patients with combined neurogenic pathology of the lower urinary tract and distal colon of the hypotonic type

P.V. Chabanov

The article presents the results of diagnosis and treatment of patients with a combined neurogenic pathology of the lower urinary tract and distal colon of the hypotonic type. The evaluation of effectiveness was carried out by assessing the dynamics of changes in complaints, questionnaires, uroflowmetry and electromyography. The obtained data allowed to develop and optimize the methods of treatment of patients with combined neurogenic pathology of the lower urinary tract and the distal colon of the hypotonic type.

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

Сведения об авторе

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

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- 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.
- Blandon R.E., Bharucha A.E., Melton L.J., 3rd, Schleck C.D., Zinsmeister A.R., Gebhart J.B. Risk factors for pelvic floor repair after hysterectomy. *Obstet Gynecol*. 2009. 113(3): 601–8.
- Fritel X. [Pelvic floor and pregnancy]. *Gynecol Obstet Fertil*. 2010. 38(5): 332–46.
- 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.
- Shin E.J. Surgical treatment of rectal prolapse. *J Korean Soc Coloproctol*. 2011. 27(1): 5–12.
- Glasgow S.C., Birnbaum E.H., Kodner I.J., Fleshman J.W., Dietz D.W. Preoperative anal manometry predicts continence after perineal proctectomy for rectal prolapse. *Dis Colon Rectum*. 2006. 49(7): 1052–8.

Статья поступила в редакцию 15.09.17