

РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВЫХ ТРАВМАХ



Юлдашев Шавкидин Сайпиевич¹, Шодиев Амиркул Шодиевич², Аллазов Салах Аллазович²

1 – Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Самарканд;

2 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

УМУРТҚА ПОҒОНАСИ ВА ОРҚА МИЯ ШИКАСТЛАНИШЛАРИДА ЮЗАГА КЕЛАДИГАН УРОЛОГИК АСОРАТЛАРНИ КОНСЕРВАТИВ ВА ХИРУРГИК УСУЛДА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Юлдашев Шавкидин Сайпиевич¹, Шодиев Амиркул Шодиевич², Аллазов Салах Аллазович²

1 – Республика шошилинич тез ёрдам илмий Маркази Самарканд филиали,

Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.;

2 - Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

RESULTS OF CONSERVATIVE AND SURGICAL METHODS OF TREATMENT OF UROLOGICAL COMPLICATIONS IN SPINAL INJURIES

Yuldashev Shavkidin Saipievich¹, Shodiev Amirkul Shodievich², Allazov Salah Allazovich²

1 - Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Муаммонинг долзарблиги. Кейинги йилларда умуртқа погонаси ва орқа миё шикастланишларида юзага келадиган урологик асоратлар муаммосига, айниқса, марказий ва периферик иннервация бузилишларида сийдик чиқариш фаолиятининг тикланиши ҳолатига қизиқишлар кузатишмоқда. Ҳозирги вақтда тиббиётда умуртқа погонаси ва орқа миё шикастланишларида асосан, сийдик чиқаришининг бир нечта усуллари - қовуқ устига қул билан босиш, вақт вақти билан сийдик пуфагини катетеризация қилиш ва доимий эпицистостомия қўйиш усуллари қўлланилиб келинмоқда, Илмий адабиётларни ўрганиш шуни кўрсатдики, ҳозирги вақтгача умуртқа погонаси ва орқа миё шикастланишларида сийдик йўлларида юзага келган асоратларни бартараф қилиш ёки сийдик чиқариш ҳолатини тиклашга қаратилган самарали урологик ёрдам кўрсатишининг «идеал» тури мавжуд эмас. Илмий тадқиқот мақсади. Беморларда умуртқа погонаси ва орқа миё шикастланишларида юзага келадиган урологик асоратларни консерватив ва оператив даволаш натижаларини ўрганиш. Тадқиқот материаллари ва усуллари. РШТЎИМ Самарканд филиалининг урология бўлимида 2017-2021 йилларда умуртқа погонаси ва орқа миё шикастланишларидаги урологик асоратлар билан 55 нафар бемор стационар шароитида даволанган. Тадқиқот натижалари. Умуртқа погонаси ва орқа миё шикастланишларида келиб чиққан урологик асоратлар билан даволанган умумий беморларнинг 89,1% уни эркактар ва 10,9% ни аёллар ташкил қилган. 41-50 ёшдаги - 17 (30,9%) ва 31-40 ёшдаги - 14 (25,4%) беморлар кўпчиликни ташкил қилган. 67,3% беморларда орқа миё фаолиятининг қисман, 32,7% - беморларда эса орқа миё фаолиятининг тўлиқ бузилиши қайд қилинган. Нейроген қовуқ билан - 12 (21,8%) нафар бемор, ўткир сийдик тутилиши билан - 23 (41,8%), қийналиб сийдик чиқариш билан - 11 (20,0%) ва сийдик тўтолмаслик ҳолати билан 9 (16,4%) нафар бемор даволанган. 6 (10,9%) нафар беморга вақти вақти билан сийдик пуфаги катетеризацияси, 25 (45,5%) нафар беморга қовуққа доимий катетер ўрнатиш, 13 (23,6%) нафар беморга перкутан цистостомия ва 11 (20,0%) нафар беморга эпицистостомия операцияси ўтказилган. Ўтказилган даволаш муолажааларидан сўнг 38,2% нафар беморда сийдик чиқаришининг оптимал тикланиши даражаси, 20,0% нафар беморда сийдик чиқаришининг қониқарли тикланиши даражаси, 25,4% нафар беморда сийдик чиқаришининг минимал тикланиши даражаси кузатишган. 16,4% нафар беморда эса ўтказилган даволаш муолажааларига қарамасдан ижобий натижалар кузатишмаган. Хулоса. Шундай қилиб, ҳозирги вақтгача умуртқа погонаси ва орқа миё шикастланишларида келиб чиқадиган сийдик чиқариш фаолиятидаги асоратларни тиклашга қаратилган «идеал» турдаги урологик усуллар йўқ. Бизнинг фикримизча, вақти вақти би-

Abstract. Recently, there has been a great interest in the problems of urological complications in spinal injuries, especially the restoration of bladder functions in disorders of its central and peripheral innervation. Currently, various methods of diversion of urine are used in urination disorders in patients with spinal injuries, ranging from pressure in the suprapubic region and periodic catheterization of the bladder up to life-long epicystostomy. But, to date, there is no "ideal" option or method for providing urological care for the restoration or diversion of urine in patients with spinal injuries, which allows preventing complications in the urinary system and restoring impaired urination. Purpose of the study. To study the results of conservative and surgical treatment of urological complications in patients with spinal injuries. Material and research methods. In the Samarkand branch of RCSEM in 2017-2021, in the Department of Urology, 55 patients with urological complications of spinal injuries were hospitalized. Research results. 89.1% of patients with urological complications were male and 10.9% of patients were female. The largest number of patients were observed at the age of 41-50 years - 17 (30.9%) and 31-40 years - 14 (25.4%). In 67.3% of cases, patients with spinal injuries had partial and 32.7% - complete dysfunction of the spinal cord. Patients with neurogenic bladder were 12 (21.8%), acute urinary retention - 23 (41.8%), difficulty urinating - 11 (20.0%) and urinary incontinence - 9 (16.4%). 6 (10.9%) patients underwent periodic bladder catheterizations, 25 (45.5%) - indwelling bladder catheter, 13 (23.6%) - percutaneous cystostomy and 11 (20.0%) patients were installed epicystostomy. After the treatment, 38.2% of patients had an optimal degree of urination compensation, 20.0% of patients had a satisfactory degree of urination compensation, 25.4% of patients had a minimum degree of urination compensation, and 16.4% of patients had unsatisfactory results. Conclusion. Thus, at present, there is no "ideal" option or method of providing urological care for the recovery or diversion of urine in patients with spinal injuries. In our opinion, intermittent catheterization and percutaneous cystostomy (if necessary) is currently an acceptable method in the treatment of urinary complications in patients with spinal injuries.

Keywords: urological complications, spine, spinal cord, trauma.

Актуальность проблемы. Позвоночно-спинномозговая травма (ПСМТ) продолжает оставаться одной из сложнейших проблем современной медицины, в связи с увеличением частоты, распространения и негативными медико-социальными последствиями. ПСМТ по частоте среди всех видов травм занимают третье место [2,3].

В последнее время проявляется большой интерес к проблемам урологических осложнений при ПСМТ, особенно, когда у больных из-за нарушения центральной и периферической иннервации отмечаются нарушение мочеиспускания различного типа. При нарушениях функции мочевого пузыря у больных при ПСМТ, ухудшается проходимость мочевых путей. Длительное нахождение цистостомы или постоянного мочевого катетера у больных значительно увеличивает риск инфекций мочевыводящих путей (МВП) [4,6,7].

По данным ряд авторов, частота инфекций МВП составляет в пределах 40-45% [5,6], в то же время другие авторы указывают количество уро-

логических осложнений при ПСМТ намного ниже (9-24%) [1].

В основном при нарушениях мочеиспускания применяются метод надавливания в надлобковой области кулаком, периодическая или постоянная катетеризация мочевого пузыря или эпицистостомия.

Анализ литературных данных показал, что до сих пор не имеется «идеальный» вариант или способы оказания специализированной урологической помощи для восстановления нарушенной функции мочевого пузыря у больных с ПСМТ. Поэтому, проблема урологических осложнений при ПСМТ является наиболее актуальной.

Цель исследования. Изучить результаты консервативного и оперативного методов лечения урологических осложнений у больных с позвоночно-спинномозговыми травмами.

Материал и методы исследования. В Самаркандском филиале РНЦЭМП в 2017-2021 гг. в отделении урологии находились на стационарном лечении 55 больных с урологическими осложнениями ПСМТ.

Таблица 1. Распределение больных с урологическими осложнениями после ПСМТ по полу и по годам

Годы	Мужчины		Женщины		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2017	10	20,4	4	66,6	14	25,4
2018	8	16,3	1	16,7	9	16,4
2019	6	12,2	1	16,7	7	12,7
2020	10	20,4	-	-	10	18,2
2021	15	30,6	-	-	15	27,3
всего	49	100	6	100	55	100
Из всех больных в %		89,1		10,9		100

Таблица 2. Распределение больных по нарушению функции спинного мозга и по возрасту

№	Возраст больных	Количество больных с частичным нарушением функции спинного мозга.		Количество больных с полным нарушением функции спинного мозга.		Всего	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1	До 17 лет	1	2,4	-	-	1	1,8
2	18-20 лет	2	4,8	1	7,1	3	5,4
3	21-30 лет	5	12,2	2	14,3	7	12,7
4	31-40 лет	10	24,4	4	28,6	14	25,4
5	41-50 лет	13	31,7	4	28,6	17	30,9
6	51-60 лет	7	17,1	2	14,3	9	16,4
7	60 лет и <	3	7,3	1	7,1	4	7,4
	Всего	41	100	14	100	55	100
	% из всех больных		74,5		25,5		

Из таблицы 1 видно, из всех больных в 89,1% случаях больные с урологическими осложнениями были мужского, а только 10,9% больных - женского пола. Наибольшее количество больных мужского пола были в 2021 году - 15 больных (30,6%). В 2017 и 2020 году находились по 10 больных (по 20,4%) мужского пола. Эти показатели в 2019 году были - 6 (12,2%), в 2018 году - 8 (16,3%) и в 2020 году - 10 (20,4%) больных. Наибольшее количество больных женского пола были в 2017 году - 4 (66,6%). В 2018-2019 годах были по одной больной (по 16,7%) женского пола, а 2020-2021 годах пострадавших женщин не отмечались.

Больные с урологическими осложнениями после ПСМТ по возрасту распределились в следующем образом: до 17 лет - 1 (1,8%), 18-20 лет - 3 (5,4%), 21-30 лет - 7 (12,7%), 31-40 лет - 14 (25,4%), 41-50 лет - 17 (30,9%), 51-60 лет - 9 (16,4%), 60 лет и старше - 4 больных (7,4%). Всего было 55 больных.

Как видно, что наибольшее количество больных отмечались в возрасте 41-50 лет - 17 (30,9%) и 31-40 лет - 14 (25,4%). Наименьшее количество был больной в возрасте до 17 лет - 1 (1,8%) и 17-20 лет - 3 (5,4%) больных.

Больные по виду нарушения функции спинного мозга были выделены на 2 группы. В 67,3% случаях у больных отмечались частичное и в 32,7% - полное нарушение функции спинного мозга.

Из таблицы 2 видно, что наибольшее количество больных с частичным нарушением функции спинного мозга отмечены у больных в возрасте 41-50 лет (13 больных), а наименьше - в возрасте до 17 лет (1 больной). Среди больных с полным нарушением функции спинного мозга наибольшее количество больных были в возрасте 31-40 и 41-50 лет - по 4 больных. Наименьшее количество больных были в возрасте 17-20 лет и 60 лет и старше - по одной больной.

Из общего количество больных (55 больных) наибольшее количество составляли больные в возрасте 41-50 лет (30,9%) и 31-40 лет (25,4%).

Урологические осложнения у этих больных наблюдались в основном четырем видам симптомов. Больные с нейрогенным мочевым пузырем были - 12 (21,8%), острой задержкой мочеиспускания - 23 (41,8%), затрудненным мочеиспусканием - 11 (20,0%) и недержанием мочи - 9 (16,4%).

По способам урологических манипуляций больные были распределены в следующем: 6 (10,9%) больным были проведены периодические катетеризации мочевого пузыря, 25 (45,5%) - постоянный катетер на мочевой пузырь, 13 (23,6%) - перкутанные цистостомии и 11 (20,0%) больным были установлены эпицистостомии.

При задержке мочеиспускания у больных с ПСМТ для выведения мочи была использована периодическая катетеризация мочевого пузыря (ПКМП), или приливно-отливный дренаж (система Монро). Периодическая катетеризация мочевого пузыря больным была проведена 4 - 6 раз в сутки.

Приливно-отливная система Монро, состоит из стерильного сосуда, которая заполняется антисептическим раствором (фурацилин 1:5000), мочеприемника и мочевого катетера. Они при помощи специального тройника соединяется между собой. Скорость подачи антисептического раствора в мочевой катетер управляется с помощью регулятора. Антисептический раствор из резервуара редкими каплями (40-60 в мин) поступает на мочевой пузырь. Её отводящее колено устанавливается на высоту, необходимую для удержания выработки нормального тонуса детрузора. Самым оптимальным давлением в полости мочевого пузыря, необходимым для выработки пузырного рефлекса, является 150 мм водного столба. Для этого, отводящий конец трубки надо поднимать на 15 см выше уровня мочевого пузыря. При этом моча механически вымывается из мочевого

пузыря вместе с дезинфицирующим раствором. При гипотонии детрузора отводящее колено устанавливается на высоте не более 5-7 см над тройником, а при резко выраженной гипертонии колено поднимают до 25-30 см. (рис. 1).

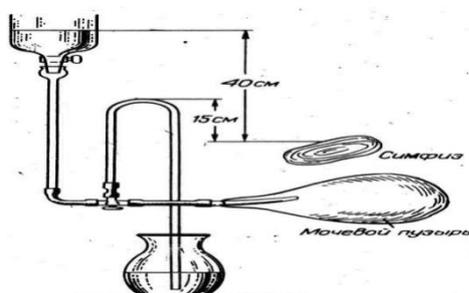


Рис. 1. Приливно-отливная система Монро

Преимуществом системы Монро при нарушениях мочеиспускания у больных с ПСМТ в сравнении с периодической катетеризацией мочевого пузыря заключаются в том, что не требуется несколько раз в сутки катетеризировать мочевой пузырь и в мочевом пузыре всегда содержится антисептический раствор. Это, с одной стороны, препятствует сморщиванию стенок мочевого пузыря, несколько раз уменьшает риск развития мочевой инфекции. Объем жидкости, содержащийся в мочевом пузыре под давлением 150 мм вод. ст., достаточно раздражает стенку, вызывая ее рефлекторное сокращение и способствуя выработке пузырного рефлекса.

Использование способов выведения мочи зависит сроков восстановления функций тазовых органов. Периодическая катетеризация мочевого пузыря обычно используется при частичном нарушении проводимости спинного мозга, т.е. когда имеется надежда на быстрое восстановление рефлекторного или произвольного мочеиспускания. Система Монро - очень часто применяется при более грубых нарушениях функции спинного

мозга, когда требуется длительное время для выработки рефлекторного мочеиспускания.

Эффективности коррекции урологических осложнений у больных с ПСМТ можно определить достигнутой степени компенсации. Имеется 4 степени компенсации мочеиспускания.

1. Оптимальная степень компенсации мочеиспускания. Больные могут удерживать мочу в течение 4-5 часов при емкости мочевого пузыря 250-350 мл. Остаточной мочи нет. Больные чувствуют наполнение мочевого пузыря или тяжесть внизу живота, покалывание, жжение в области мочевого пузыря. У них может быть покраснение лица, потливость, после чего происходит акт мочеиспускания.

2. Удовлетворительная степень компенсации. Больные удерживают мочу в течение 2-2,5 часов. Процесс мочеиспускания наступает произвольно или с легким натуживанием. Емкость мочевого пузыря состоит 200-250 мл, а остаточная моча в мочевом пузыре составляет 50-70 мл. Позыв и ощущение прохождения мочи по уретре слабо выражены.

3. Минимальная степень компенсации. Наблюдается у больных с недостаточным контролем мочеиспускания. При этом мочевой пузырь опорожняется часто (через 30-60 мин), часто при интенсивном натуживании, но выделяется малое количество мочи (40-70 мл). У больных отсутствует позыв, чувство наполнения и прохождения мочи по уретре. Часто мочеиспускание у больных наступает непроизвольно или императивно. При физическом напряжении, перемене положения тела больные мочу не могут удерживать. Емкость мочевого пузыря и количество остаточной мочи, зависят от тонуса детрузора и сфинктера (при гипотонии детрузора в пределах 500- 700 мл, при гипертонии - 20-125 мл).

Таблица 3. Динамика лечения урологических осложнений у больных с позвоночно-спинномозговыми повреждениями

Осложнения	При поступлении		Степень компенсации мочеиспускания после лечения							
			Оптималь. степени компенсации		Удовлет. степени компенсации		Минимал. степени компенсации		Неудовлетворительно	
	абс.	%	Абс	%	Абс	%	Абс.	%	Абс	%
Нейрогенный мочевой пузырь	12	21,8	4	19,0	2	18,2	4	28,6	2	22,2
Острая задержка мочеиспускания	23	41,8	9	42,8	5	45,4	6	42,8	3	33,3
Затруднённое мочеиспускание	11	20,0	5	23,8	2	18,2	2	14,3	2	22,2
Недержание мочи	9	16,4	3	14,4	2	18,2	2	14,3	2	22,2
Всего	55	100	21	100	11	100	14	100	9	100
Из всех больных в %			38,2		20,0		25,4		16,4	

Таблица 4. Результаты лечения больных с ПСМТ в зависимости от проведенных операций

№	Виды урологических манипуляций	При поступлении		Результаты после лечения (Количество больных)					
				Восстановление		улучшение		Без изменений	
		абс	%	абс	%	абс	%	абс.	%
1	Периодическая катетеризация	3	100	1	33,3	1	33,3	1	33,3
2	Периодическая катетеризация с системой Монро	3	100	2	66,7	1	33,3	-	-
3	Постоянный катетер	13	100	2	15,4	9	69,2	2	15,4
4	Перкутанная цистостомия	25	100	11	44,0	7	28,0	7	28,0
5	Эпицистостомия	11	100	3	27,3	6	54,5	2	18,2
	Всего	55	100	19	100	23	100	13	100
	Из всех больных в %	55	100	19	34,5	23	41,8	13	23,7%

4. Неудовлетворительная степень компенсации. Отмечается у больных, у которых акт мочеиспускания полностью не контролируется, непроизвольное мочеиспускание происходит либо каждые 10-30 мин, либо наблюдается полное недержание мочи, либо ее полная задержка. У них не имеется чувство наполнения, позыв и прохождение мочи и катетера по уретре. Емкость пузыря при гипотонии детрузора 500-800 мл, остаточной мочи - 500-700 мл, при гипертонии детрузора емкость 20-50 мл.

Из таблицы 3 видно, после проведенного лечения 38,2% больных имели оптимальной степени компенсации мочеиспускания, 20,0% больных удовлетворительной степень компенсации мочеиспускания, 25,4% больных - минимальной степени компенсации мочеиспускания и у 16,4% больных были неудовлетворительные результаты.

Из таблицы 4 видно, что из всех больных у 34,5% больных отмечалось восстановление мочеиспускания, 41,8% больных улучшение и 23,7% больных в период стационарного лечения особых положительных изменений не наблюдались.

Из 3 больных, которые при поступлении имели периодические катетеризации мочевого пузыря, после лечения по 1 (33,3%) больному отмечались восстановление и улучшение мочеиспускания, а у 1 больного положительного изменения не отмечалось.

При поступлении 3 больные имели периодические катетеризации мочевого пузыря. После проведения периодической катетеризации мочевого пузыря с использованием систему Монро у 2 (66,7%) отмечались восстановление, у 1 (33,3%) больного - улучшение мочеиспускания, у 1 (33,3%) больного положительного результата не отмечалось.

Из 13 больных, которые имели постоянного катетера при поступлении, после проведенного лечения у 2 (15,4%) больных отмечалось восстановление мочеиспускания, у 9 (69,2%) - улучшение и у 2 (15,4%) больных особых положительных изменений не наблюдались.

Из всех 25 больных, которые имели перкутанной эпицистостомии при поступлении, после

проведенного комплексного лечения у 11 (44,0%) больных отмечалось восстановление самостоятельного мочеиспускания, у 7 (28,0%) - улучшение мочеиспускания и 7 (28,0%) больных особых изменений не были выявлены.

У больных с эпицистостомией (11 больных) после проведенного лечения у 3 (27,3%) отмечалось восстановление, у 6 (54,5%) улучшение мочеиспускания и у 2 (18,2%) больных положительных изменений не отмечались.

Вывод. Таким образом, в настоящее время отсутствует «идеальный» вариант или способ оказания урологической помощи по восстановлению функции мочевого пузыря у больных с ПСМП, позволяющего предотвратить осложнения в мочевой системе и восстановить нарушенное мочеиспускание.

Имеются ряд нерешенных проблем в определении сроков нахождения мочевых катетеров у больных с ПСМТ, вопросы перехода их к самостоятельному мочеиспусканию, а также способы его восстановления без ущерба не только мочевому тракту, но и неврологическому статусу.

Мы считаем, что настоящая время периодическая катетеризация мочевого пузыря и перкутанная цистостомия является самым эффективным и физиологическим методом лечения при урологических осложнениях у больных ПСМТ.

Литература:

1. Аллазов С.А., Тошаев Х.С., Аллазов Х.С. Аспекты урологической помощи больным с позвоночно-спинномозговой патологией. Журнал экстренной медицины. Ташкент. 2017. XI (3). с.47-50.
2. Абдурахмонов, Ф. Р., Боймуратов, Ш. А., Ризаев, Ж. А., & Ибрагимов, Д. Д. (2021). Положительное воздействие озона на лечение РАН сочетанной травмы челюстно-лицевой области. Актуальные вопросы науки, (72), 21-23.
3. Исакулов Ш. Р., Ризаев Ж. А. Краниофациал жарохатларда тиббий ёрдამни ташкиллаштиришни такомиллаштириш ва даволаш усулларини яхшилашга замонавий

ёндашув //Журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 1.

4. Махкамов К.Э., Исраилов Д.У., Кузибаев Ж.М. Оказание медицинской помощи больным с позвоночно-спинномозговой травмой в системе экстренной медицинской помощи. Вестник экстренной медицины. Ташкент. 2011. №1. С.28-32

5. Поселюгина О.Б. Ключевые моменты в развитии инфекции мочевыводящих путей у пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой. Современные аспекты диагностики и лечения. /О.Б.Поселюгина, Е.С.Медведева, Л.Н.Аль-Гальбан //Тверской медицинский журнал. - 2018. - № 2. - С. 20-24.

6. Marion T.E. Previously Identified Common Post-Injury Adverse Events in Traumatic Spinal Cord Injury-Validation of Existing Literature and Relation to Selected Potentially Modifiable Comorbidities: A Prospective Canadian Cohort Study / T.E.Marion, C.S. Rivers, D. Kurban [et al.] // Journal of Neurotrauma. - 2017. - Vol. 34, №20. - P. 2883–2891.

7. Welk B. Urinary tract infections, urologic surgery, and renal dysfunction in a contemporary cohort of traumatic spinal cord injured patients: Urologic Morbidity Among TSCI Patients / B. Welk, K. Liu, J. Winick-Ng, S.Z. Shariff // Neurourology and Urodynamics. - 2017. - Vol. 36, № 3. - P. 640–647.

8. Hwang, S.I. Factors Related to the Occurrence of Urinary Tract Infection Following a Urodynamic Study in Patients With Spinal Cord Injury /S. - I. Hwang, B.-S. Lee, Z.-A. Han [et al.] // Annals of Rehabilitation Medicine. - 2016. - Vol. 40, № 4. - P. 718–724.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВЫХ ТРАВМАХ

Юлдашев Ш.С., Шодиев А.Ш., Аллазов С.А.

Резюме. В последнее время проявляется большой интерес к проблемам урологических осложнений при позвоночно-спинномозговых травмах (ПСМТ),

особенно когда у больных из-за нарушения центральной и периферической иннервации отмечаются нарушения мочеиспускания различного типа. При нарушениях мочеиспускания у больных с ПСМТ в основном применяются надавливание в надлобковой области кулаком, периодическая или постоянная катетеризация мочевого пузыря или эпицистостомия. Анализ литературных данных показал, что до сих пор не имеется «идеальный» вариант или способы оказания специализированной урологической помощи для восстановления нарушенной функции мочевого пузыря у больных с ПСМТ. Цель исследования. Изучить результаты консервативного и оперативного методов лечения урологических осложнений у больных с позвоночно-спинномозговыми травмами. Материал и методы исследования. В Самаркандском филиале РНЦЭМП в 2017-2021 гг. в отделении урологии находились на стационарном лечении 55 больных с урологическими осложнениями ПСМТ. Результаты исследования. 89,1% больные с урологическими осложнениями были мужского и 10,9% больных - женского пола. Наибольшее количество больных отмечались в возрасте 41-50 лет - 17 (30,9%) и 31-40 лет - 14 (25,4%). В 67,3% случаях у больных с ПСМТ отмечались частичное и в 32,7% - полное нарушение функции спинного мозга. Больные с нейрогенным мочевым пузырем были - 12 (21,8%), острой задержкой мочеиспускания - 23 (41,8%), затрудненным мочеиспусканием - 11 (20,0%) и недержанием мочи - 9 (16,4%). 6 (10,9%) больным были проведены периодические катетеризации мочевого пузыря, 25 (45,5%) - постоянный катетер на мочевой пузырь, 13 (23,6%) - перкутанная цистостомия и 11 (20,0%) больным были установлены эпицистостомии. После проведенного лечения 38,2% больных имели оптимальной степени компенсации мочеиспускания, 20,0% больных удовлетворительной степень компенсации мочеиспускания, 25,4% больных - минимальной степени компенсации мочеиспускания и у 16,4% больных были неудовлетворительные результаты. Заключение. Таким образом, в настоящее время отсутствует «идеальный» вариант или способ оказания урологической помощи по восстановлению или отведению мочи у больных с ПСМТ. Мы считаем, что проведение периодической катетеризации и перкутанной цистостомии является самым эффективным методом при урологических осложнениях у больных ПСМТ.

Ключевые слова: Урологические осложнения, позвоночник, спинной мозг, травма.