

УРОДИНАМІЧНИЙ МОНІТОРИНГ НЕЙРОГЕННИХ РОЗЛАДІВ СЕЧОВИПУСКАННЯ

Ю.М. Дехтяр, Ф.І. Костєв, К.А. Залива, І.О. Главацький

Одеський національний медичний університет

Вступ. Проблема нейрогенних порушень акту сечовипускання є актуальною як у жінок, так і у чоловіків. Порушення функції нижніх сечових шляхів і розлади сечовипускання викликані гіперактивністю сечового міхура призводять до важких фізичних та моральних страждань, зумовлених глибокою психічною травмою, сексуальним конфліктом, розвитком неврозу і неврастенії.

Мета дослідження: визначення уродинамічних патернів, характерних для нейрогенних порушень акту сечовипускання в залежності від локалізації ураження нервової системи.

Матеріали і методи. Комбіноване уродинамічне дослідження було проведене 41 хворому з судинними захворюваннями головного та спинного мозку та 37 хворим, які страждають на різні форми дисциркуляторної енцефалопатії (ДЕ) і мають функціональні порушення акту сечовипускання.

Результати. Встановлено, що у більшості хворих (69%) присутність більш ніж одного уродинамічного симптому (УС). Поширеність окремих УС або їхнє сполучення у хворих, що перебувають під впливом розладів нейрорегуляції НСШ в залежності від локалізації ураження нервової системи, була наступною. Для

коркових порушень сечовипускання в тім'яних долях більш характерні моторні сфінктерні розлади сечовипускання: детрузорно-сфінктерна диссинергія та псевдодиссинергія у 47% хворих. Для порушень сечовипускання в лобових долях більш характерні сенсорні розлади: нейрогенний сечовий міхур (СМ) без детрузорної гіперактивності (гіперсенсорна форма) – з 54%; гіпо-сенсорна форма нейрогенного СМ – 17%. Підкіркові розлади сечовипускання проявляються зниженням скоротливої активності детрузора (гіпотонія) – 36% та сфінктерними розладами – 28%. Для мозжечкових розладів сечовипускання найбільш характерні моторні детрузорні розлади – 43%.

Висновки. Порушення уродинаміки у хворих з ураженням нервової системи характеризуються зниженням здатності СМ до накопичення й утримання сечі за нормального або низького внутрішньоміхурового тиску, чому головною причиною є гіперсенсорність СМ. Вона визначає наполегливу потребу випорожнити СМ одразу після появи позиву. Другою особливістю є часте сполучення нестабільності СМ з ознаками обструктивного сечовипускання. Останнє найчастіше обумовлено первинною обструкцією шийки СМ.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З М'ЯЗОВО-НЕІНВАЗИВНИМ РАКОМ СЕЧОВОГО МІХУРА, ЩО ОТРИМУЮТЬ ВНУТРІШНЬОМІХУРОВУ ГІПЕРТЕРМІЧНУ ХІМІОТЕРАПІЮ

Р.С. Чистяков, Ф.І. Костєв, О.І. Ткаченко, В.В. Лисенко

Одеський національний медичний університет

Вступ. EUA 2019 Guidelines рекомендують хворим на м'язово-неінвазивний рак сечового міхура високого ризику (МНРСМ) проводити або внутрішньоміхуровий курс БЦЖ-терапії як ад'ювантного лікування після ТУР, або виконувати радикальну цистектомію. Крім ефективності, якість життя (QoL) – це один із факторів при виборі

методу лікування. Гіпертермічна інтравезикальна хіміотерапія (HIVES) може бути альтернативним методом для цієї категорії хворих.

Мета дослідження: оцінка якості життя пацієнтів, яким проводилася внутрішньоміхурова гіпертермічна хіміоперфузія за допомогою системи COMBAT BRS.