

Винахід належить до медицини, здебільшого до урології та неврології і може використовуватися для відновлення відтоку сечі з сечового міхура при захворюваннях та пошкодженнях головного і спинного мозку.

Для лікування спастичної інфравезикальної обструкції центрального генезу відомий спосіб катетеризації сечового міхура (Неотложная урология. - К.: Здоров'я, 1996. - С.28 - 35), яка, в залежності від ступеню тяжкості, може бути періодичною (1 - 2 рази за добу), або тривале встановлення катетера Фолі в порожнину сечового міхура по сечівнику. Недоліками цього способу є ризик пошкодження слизової оболонки нижніх відділів сечового тракту, розвитку запальних процесів цієї ділянки, уросепсису тощо.

Також відомий спосіб троакарцистостомії (Неотложная урология. - М.: Медицина, 1985. - С.56 - 57), яке проводиться шляхом надлобкової пункції сечового міхура при виразних явищах уретриту, простатиту або гострого епідидимоорхиту, ускладнюючих перебіг спастичної інфравезикальної обструкції. Але цей спосіб є нефізіологічним і може приводити до стійкого порушення функції детрузора, мікроцисту, тощо.

Найбільш близьким до пропонуємого є спосіб медикаментозного лікування (Шевцов І.П. Нейрогенные расстройства мочеиспускания // Военная урология. - Л.: Медицина, 1988. - С.430 - 440), який проводиться шляхом впливу на гладку мускулатуру шийки сечового міхура, передміхурової залози і задньої уретри при застосуванні новокаїнових пресакральних і сакральних блоkad або прийому внутрішньо неселективно діючих антихолінергічних (атропін, скополамін, платифілін, проциклідин) або гангліоблокуючих (пентамін, триметафан) препаратів.

При використанні цього способу ефективно відновлення відтоку сечі досягається лише у хворих з легким ступенем спастичної інфравезикальної обструкції, яка розвивається після незначного ураження центральної нервової системи, або при функціональних нервових розладнаннях, що складає лише біля 25 - 30% випадків. Крім того, неселективно діючі на гладку мускулатуру шийки сечового міхура, передміхурової залози і задньої уретри вищезгадані фармакологічні засоби мають багато побічних ефектів, як стійкі запори, імпотенція - внаслідок блокади як симпатичних, так і парасимпатичних гангліїв, сухість у роті, нечіткість сприймань зору, галюцинації і психози у літніх осіб тощо.

До основи винаходу було поставлено завдання підвищити ефективність лікування спастичної інфравезикальної обструкції центрального генезу, а також запобігти прояви побічних негативних ефектів вищезгаданих способів.

Поставлене завдання вирішується тим, що на α_1 -адренорецептори спазмованих м'язів шийки сечового міхура, передміхурової залози і задньої уретри цілеспрямовано впливають препаратами групи селективних α_1 -адреноблокаторів.

Спосіб здійснюється таким чином.

Хворим із спастичною інфравезикальною обструкцією, яка розвинулася внаслідок інсульту головного мозку (бчол.), синдрому Шильдера

(1чол.), травматичних пошкоджень центральної нервової системи (бчол.) призначається внутрішньо селективні α_1 -адреноблокатори. При виборі конкретного препарату ми виходили із даних про ступінь вираженості спазму м'язів шийки сечового міхура і уретри, тривалості порушення відтоку сечі, а також величин артеріального тиску. При гострих, виразних або гіпертензивних синдромах призначали α_1 -адреноблокатори групи квіназолінів: доксазозин - бчол., празозин - 1чол., при тривалій течії, нормальному або зниженому артеріальному тиску призначали тамсулозин - бчол., дія якого, згідно з літературними даними, не приводить до гіпотонії і виключно направлена на α_{1a} -адренорецептори гладких м'язів передміхурової залози і шийки сечового міхура.

Приклади конкретного виконання способу.

1. Хворий М., 58 років, протягом 9 - и місяців страждає на синдром Шильдера. Спастична затримка сечовипускання наступила через 3 місяці від початку захворювання. Протягом наступного місяця, 1 - 2 рази на добу хворому проводилася катетеризація сечового міхура. Подальше хворому було постійно встановлено по сечівнику в сечовий міхур катетер Фолі №20 за шкалою Шар'єру. Призначення хворому антихолінергічного препарату скополаміну та новокаїнові пресакральні блокади не відновлювали відтоку сечі із сечового міхура. Після призначення внутрішньо тамсулозину (по 0,4мг один раз на добу після їжі вранці) через 10 днів з'явилася самостійне сечовипускання. За даними урофлоуметрії через 2 тижні від початку прийому тамсулозину максимальна обсягова швидкість сечовипускання складала 15мл/сек. За даними ультразвукового дослідження залишкової сечі не відзначалося.

2. Хворий П., 54 роки. Діагноз: Геморагічний інсульт. Гіпертонічна хвороба. Спастична затримка сечі розвинулася на другий день після інсульту. Щоденна катетеризація сечового міхура протягом 5 - и днів і призначення атропіну по 0,5мл в/м не призводили до відновлення відтоку сечі. Після прийому внутрішньо протягом 4 - х днів по одному разу на добу по 2мг доксазозину відновилося самостійне сечовипускання. Обсягова швидкість сечовипускання складала 12мл/с. Залишкової сечі не виявлялося.

3. Хворий З., 31 рік. Діагноз: Забиття м'яких тканин спини і хребта. Закрита травма спинного мозку на рівні Th-7.

Відразу після одержання травми настала спастична затримка сечовипускання. Щоденна катетеризація і прийом гангліоблокатора пентаміну, а також пресакральні новокаїнові блокади не досягли відновлення відтоку сечі. Після призначення хворому селективного α_1 -адреноблокатора празозину (по 5мг 2 рази на добу) відток сечі із сечового міхура відновився вже через 4 дні від початку лікування.

Позитивну дію селективних α_1 -адреноблокаторів при спастичній затримці сечі центрального генезу було відмічено у 10 з 12 вищезгаданих хворих у строк з 4 - ї до 12 - ї доби від початку прийому. Ускладнень від застосування α_1 -адреноблокаторів, в тому числі значного зниження артеріального тиску або колапсу не відмічалось.

Виявилось неефективним використання α_1 -адреноблокаторів у двох хворих. Один з них до

розвитку ішемічного інсульту страждав аденомою передміхурової залози II ступеню. Цьому хворому була проведена троакарцистостомія, а через 4 місяці після порушення мозкового кровообігу виконана трансуретральна резекція часток аденоми, які порушували відток сечі. У другого хворого із спинальною травмою було виявлено структуру уретри, яка розвинулася внаслідок частих катетеризацій сечового міхура у перший місяць після отримання травми. Цьому хворому також була накладена троакарцистостома і в подальшому виконана оптична уретротомія, після чого відток мочі було відновлено.

Таким чином, застосування селективних α_1 -адреноблокаторів при спастичній інфравезикальній обструкції центрального генезу, при відсутності супутньої аденоми передміхурової залози і структури уретри, адекватне відновлення відтоку сечі із сечового міхура може бути досягнуто у всіх хворих.