

ОТЗЫВ

На автореферат диссертации Попова Сергея Витальевича «Нейрогенная задержка мочи (этиология, диагностика, лечение)», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальностям 14.01.11 – нервные болезни и 14.01.23 – урология.

Диссертация посвящена весьма актуальным и малоизученным вопросам уродневрологии, касающимся этиологии, диагностики и лечения задержки мочи у больных с распространенными неврологическими диагнозами. Острая и хроническая задержка мочи является весьма распространенным и характерным осложнением сосудистых, опухолевых, нейродегенеративных и воспалительных заболеваний центральной и периферической нервной системы.

Научная новизна данной работы заключается:

В сопоставлении клинических и уродинамических проявлений нейрогенной задержки мочи у больных, перенесших ишемический инсульт, страдающих миелитом, инсультом, опухолью спинного мозга, рассеянным склерозом, синдромом Гийена-Барре;

В уточнении локализации отделов головного и спинного мозга и в соответствии их с определенными уродинамическими формами нейрогенной задержки мочи;

В описании феномена лобной апраксии мочеиспускания при ишемии правой поясной извилины;

В изучении особенностей инфицирования нижних мочевых путей при нейрогенной задержке мочи и лечения мочевой инфекции;

В оценке роли центральных и периферических холинергических, адренергических и ГАМК-ергических препаратов в коррекции механизмов формирования нейрогенной задержки мочеиспускания.

В доступной литературе отсутствует воссоздание последовательности возникновения симптомов, вариантов течения и прогноза нейрогенной задержки мочеиспускания.

Автором описан новый метод для оценки функционального состояния ядра Баррингтона на основании исследования акустических стволовых вызванных потенциалов.

Сравнения клинической и уродинамической картины нейрогенной задержки мочи при нарушении спинального кровообращения и при рассеянном склерозе цереброспинальной формы, ремиттирующего течения позволили вычленить спинальный и церебральный компоненты «сфинктерной» и «детрузорной» задержки мочи, а также сенсорную и моторную ее составляющую.

Материал основан на 200 наблюдениях больных 4 групп и 13 подгрупп, то есть достаточен для проведения анализа. Неврологическое обследование позволило выявить основные неврологические симптомы заболевания и предположить механизм формирования того или иного вида мочепузырной

дисфункции в связи с поражением конкретного отдела ЦНС или нервного тракта.

Важным условием восстановления самостоятельного мочеиспускания, по обоснованному мнению автора, явилась сохранность центров мочеиспускания головного и спинного мозга, не затронутых заболеванием. Это позволило сделать вывод о том, что в основе регуляции мочеиспускания лежат не периферические механизмы (как считалось ранее), а центральные (спинальные и церебральные).

Наиболее ранняя адаптация, по материалам автора, наступала при поражении правой поясной извилины и заключалась в восстановлении мочеиспускания в полном объеме. Восстанавливался утерянный на время острого периода ишемического инсульта навык мочеиспускания. Длительный период восстановления чувствительности отмечался при повреждении таламуса и занимает от 3 месяцев до года. При мозжечковых повреждениях восстановления мочеиспускания не наблюдалось. Корковые расстройства приводили к развитию ирритативных сенсорных нарушений, а поражения мозжечковых ножек и червя к «позиционным нарушениям» в виде стойких явлений псевдодиссинергии.

Таким образом, нейрогенная острая и/или хроническая задержка мочи является характерным клиническим синдромом, сопровождающим демиелинизирующие, опухолевые и сосудистые заболевания головного и спинного мозга, и является следствием специфического повреждения центров и ассоциативных зон, регулирующих нормальное мочеиспускание, а также центральных проводников афферентных и эфферентных импульсов, обеспечивающих реализацию рефлексов мочеиспускания.

В результате Комплексного Уродинамического исследования автором были выявлены 10 уродинамических вариантов (форм) нарушения акта мочеиспускания.

Несмотря на сходные лекарственные эффекты: возникновение позыва на самостоятельное мочеиспускание, уменьшение объема остаточной мочи – более выраженным и избирательным действием на детрузор (по данным уродинамических тестов) оказался дистигмина бромид. В первую очередь это касалось спинальных поражений. Пиридистигмина бромид оказывал действие на скелетную мускулатуру. Уродинамические тесты показали, что применение пиридистигмина бромида облегчает начало мочеиспускания не за счет усиления сократительной активности детрузора (как полагалось ранее), а за счет облегчения сократительной активности мышц тазового дна.

Результаты обследований и их анализ иллюстрированы 14 таблицами, 6 рисунками и 2 Приложениями.

Практические рекомендации отражают общую значимость работы.

Особенный интерес представляет рекомендация использования для оценки функционального состояния ядра Барриногтона акустических стволовых потенциалов с оценкой параметров амплитуды 3 и 4 пика потенциалов и межпикового интервала.

