РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ЭКСПЕРТИЗЕ ХРОНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ КАЛО -И МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Малых А.Л., Белов В.Г., Лащенков А.С.,
Кудряшов С.И., Малых Д.А., Шавкунов В.А.
МУЗ "ЦК МСЧ", областная детская клиническая больница.
Ульяновский государственный университет, Ульяновск

Расстройства функций органов малого таза чаще всего проявляются различными формами энуреза и энкопреза, распространенность которых достигает 10-12% в дошкольном возрасте и имеют тенденцию к самоизменению к 12-15 годам (А.Ц.Голъбин 1979; И.П.Брязгунов 1995). Однако у 2% мальчиков данная патология приобретает хронический полиорганный характер, вызывая ряд серьезных изменений во многих системах организма (А.Л.Малых 2002,2003гг).

Поэтому, в подростковом возрасте особенно остро встают вопросы экспертизы энуреза и энкопреза на приписной и призывных комиссиях в военных комиссариатах.

В связи с этим, целью данного исследования являлось изучение места и значение ультразвуковой диагностики в структуре экспертизы и диагностики энуреза и энкопреза у призывников в Ульяновской области.

Исследованием было охвачено 75 подростков в возрасте от 14 до 20 лет. Все наблюдаемые прошли комплексное обследование, которое включало в себя ультразвуковое исследование головного мозга, брюшной полости и почек с допплерографией почечных артерий, электромиографию, колонопроктодефектоскопию, ЭЭГ, рентгенографию поясничного отдела позвоночника.

Все пациенты прошли стационарное обследование в урологическом и хирургическом отделениях и были разделены на три группы: пациенты с энурезом - 47; с энкопрезом - 11; с сочетанием энуреза и энкопреза - 17.

В течении года больные получали комплексное лечение, которое включало в себя рефлексотерапию, гипербарическую оксигенацию (ГБО), милрефлексотерапию, комплекс витаминов, электростимуляцию с различными режимами на аппарате "Миомед" (Голландия)} у 28 пациентов - проводилась пресакральная новокаиновая блокада.

Анализ полученных данных проводился раздельно в III нозологических группах. Были установлены ряд закономерностей, позволивших выявить объективные критерии постановки клинического диагноза расстройств кало- и мочевыделения.

Из 47 больных с энурезом, первичная форма заболевания была диагносцирована у 35 пациентов, из них у (27) она возникла с рождения, либо с 3-4 лет. В медицинской документации четко отслеживалась диспансеризация больных данного профиля. У 75% подростков предшествующая исследованию терапия не давала положительного эффекта, либо носила слабоположительную динамику. У всех пациентов энурез протекал в тяжелой форме (недержание мочи 5-7 раз за неделю). Лишь у 14 пациентов к 12-14 годам отмечалось урежение непроизвольного мочеиспускания до 2-3 раз за неделю. У 38 обследованных на электроэнцефалограмме были диагносцированы общемозговые изменения биоэлектрической активности головного мозга разной степени, дисфункция срединных отделов, у 7 - было выявлено повышение порога судорожной готовности, у 19 - локальные знаки в зоне центра - темя в правой доле.

При проведении урофлоуметрии и ретроградной цистометрии из 34 обследованных, у 28 отмечалось явление нейрогенной дисфункции мочевого пузыря по гипер и гипорефлекторному типу, время мочеиспускания составило Т-11,7±3,5сек. (Р<001), по сравнению с группой сравнения.

Инструментальные данные подтверждались клиническими проявлениями дизурии и коррелировались с показателями допплерографии почечных артерий (IR -0,711±0,009) при гиперрефлекторном типе НДМП и IR -0,635±0,024 - при гипорефлекторном (Р>0,02). При рентгенологическом обследовании у 80% (38 пациентов) была выявлена костно-мышечная патология: в виде Spina bifida у 17, сколиоз I-II степени - у 9, аномалия отхождения ребер - у 12; у 14 пациентов - патология носила сочетанный характер.

Из 47 обследованных, только у 28 пациентов во время стационарного лечения, после проведения проб, отмечалось непроизвольное мочеиспускание во сне. При повторной госпитализации, после отмены комплексного лечения диагноз был подтвержден у 9 призывников, остальные были признаны годными к срочной службе, 5 из которых были возвращены из войск, в связи с возобновлением ночного непроизвольного мочеиспускания.

Хронические расстройства каловыделения, после стационарного обследования, были разделены согласно действующей классификации: на хронические запоры, функционального генера - б, хронический энкопрез - 5. После углубленного осмотра было установлено, что у всех больных имеется органическая патология желудочно-кишечного тракта - у 7 долихосигма или долихоколон, у 5 - различные виды ректоцеле. По состоянию внутриректального давления (Р) и кожного потенциала мышц тазового дна (И), < были выделены 2 типа нейрогенной дисфункции прямой кишки, для которых были установлены следующие показатели: Гиперрефлекторный тип (долихоколон) И max-257,6±47 мкВ; Pmax-364,7±75 г.ПА; Р min-135,4 и 524,3 г.ПА; и гипорефлекторный тип (переднее ректоцеле): И max-47,3±15,6 мкВ, Pmax-25,3±9,бг.Па; Pmin-1,5±0,9 г.ПА, статистические различия между группами были достоверными (Р<0,001).

Кроме того, в данной нозологической группе установлены, при ультразвуковом исследовании, полиорганные изменения в поджелудочной железе - у 7, в печени - у 10, спленомегалия - у 5, почек - у 3 больных, которые сопровождались значительными изменениями в биохимических анализах крови: щелочная фосфотаза -495,3Н±52,9, лактатдегидрогеназа - 336,3±37,74 (Р<0,05). Диагностика выявленных изменений позволила правильно установить клинические формы нейрогенной дисфункции прямой кишки. В группе с сочетанной патологией толстого кишечника

и мочевого пузыря были определены сходные изменения в данных органах: на ЭЭГ выявлялись различные формы общемозговых изменений, патология внутренних органов печени и мочевого пузыря.

По данным колонопроктодефектоскопии у 14 больных были установлены различные виды ректоцели, у 4 - цистоцели мочевого пузыря, по данным микционной цистоскопии.

При анализе и сопоставлении данных допплерографии почечных сосудов и электромиографии установлены явления диссинергии: наличие спастического процесса в сосудах почек, сопровождающиеся снижением уровня внутри ректального давления и кожного сопротивления мышц тазового дна. Данные изменения сопровождались воспалительными изменениями желудочно-кишечном тракте (хронический гастродуоденит, дуоденогастралъный рефлюкс) и мочевого пузыря (хронический цистит).

Все изменения показателей носили достоверный характер (P<0,05).

Таким образом, можно сделать следующие выводы: для установления клинического диагноза необходимо наличие объективных критериев первичного энуреза;

1. Анамнез заболевания не менее 7-10 лет;
2. Комплекс специфических изменений на ЭЗГ;
3. Наличие нейрогенной дисфункции мочевого пузыря;
4. Изменения в прямой кишке в виде ректоцели или долихоколона;
5. Диагносцирование различной костной патологии;
5. Полифункциональные изменения во внутренних органах.

Для пациентов с хронической патологией желудочно-кишечного тракта - характерно наличие нейрогенной дисфункции сосудистой системы и прямой кишки, сопровождающиеся соответствующими изменениями в поджелудочной железе и печени.

Ведущая роль в диагностике выявленных изменений играет ультразвуковая диагностика, которая должна быть включена в протокол обследования больных с патологией мочевого пузыря и прямой кишки.

Работа представлена на V научную конференцию «Успехи современного естествознания», 27-29 сентября 2004г., ОК"Дагомыс"(Сочи)

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСНОВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИСФУНКЦИИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАПОРАМИ

Малых А. Л.
МУЗ "ЦК МСЧ", Ульяновский государственный университет, Ульяновск

Проблеме диагностики различных проявлений нейрогенной дисфункции органов малого таза у детей с различными формами нарушения моче- и каловыделения посвящена обширная библиография, в которой рассматриваются, в основном аспекты взаимодействия и взаимовлияния функции мочевого пузыря и прямой кишки (Соловьева Л.А., Амиева Э.И. 2003г.; Лаптев Л,А. 1998г,2003г.;T.Nevens 2001г.) Наши исследования показали, что данная патология затрагивает большинство внутренних органов. Диагностика выявленных изменений должна проводится в скрининговом режиме, основная роль которой должна отводится ультразвуковым исследованиям (А.Л.Малых 2002, 2004гг).

В связи с этим, целью данной работы являлось определение возможностей ультразвукового исследования органов брюшной полости и малого таза в диагностике морфофункциональных изменений у детей с хроническими расстройствами кало- и мочевыделения.

Под нашим наблюдением находилось 45 детей в подростковом возрасте от 12 до 19 лет. Все они прошли комплексное обследование, которое включало в себя ультразвуковое исследование органов брюшной полости, почек с допплерографией почечных артерий, колонопродектодефектоскопию, электромиографию, клиническое и биохимическое исследование крови.

Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате "Simens5" и "Aloka-SD 2000". Подробному изучению были подвергнуты: поджелудочная железа, печень, прямая кишка, почки. При допплерографии определялся объемный кровоток, а также индексы резистентности и пульсационный, средняя скорость.

При электромиографии определялся динамический уровень внутриреакционного давления и состояния кожного потенциала мышц тазового дна.

Биохимическое исследование крови включало в себя определение уровня щелочной фосфатазы, лактатдегидрогеназы, общего билирубина, АЛТ, АСТ, креатинина.

При ультразвуковом исследовании головного мозга оценивалась симметрия объемного кровотока и уровень индекса резистентности. Все показатели изучались до и после лечения.

У большинства больных (33 человек) были жалобы на снижение аппетита, отсутствие стула от 2-х до 7 дней, каломазание. 39 пациентов поступили с диагнозом хронический запор, функционального генеза. У 34 больных заболевание отмечалось с рождения.

В результате обследования, с помощью ультразвукового метода, у 35 пациентов были диагносцирована полиорганная патология: изменение формы, плотности стенки желчного пузыря у 9 детей, увеличение печени от 1,0 до 3,5 см. от края реберной дуги у 28 детей, повышение эхогенности поджелудочной железы у 17 пациентов различные нарушения формы, диаметра, сжатие прямой кишки - у 15 детей. У 25 пациентов отмечалось спастическое состояние почечных артерий: IR-0,725±0,009, PI - 1,35±0,035, Vср-49,2см/сек±11,3. При колонопродетодефектоскопии различные типы ректоцелей были диагносцированы у 21 пациента, долихоколон или долихосигма у 17 больных. У пациентов с данной патологией показатели электромиографии были достоверно выше, чем у больных с формирующимся ректоцелем или функциональным спазмом прямой кишки, P <0,05 и составило G-И min-368,7 Мкв±43,8, И max - 512,3±56,4Мкв И-365,2 Мкв±47,1.