

**КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ ДИСФУНКЦИИ ОРГАНОВ
МАЛОГО ТАЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Малых А.Л.

*МУЗ «Центральная клиническая
медико-санитарная часть,
Ульяновск*

Дисфункция органов малого таза – собирательная группа заболеваний, объединяющая в себя различные нарушения резервуарной и эвакуаторной функций мочевого пузыря и толстой кишки.

Распространенность данных заболеваний в педиатрической практике крайне высока. Основную часть дисфункций у детей составляют энурез и эпкопрез, на которые приходится соответственно 95%-90% и 2,5-3% соответственно. Частота распространенности недержания мочи у детей 7 летнего возраста, по данным различных авторов и по собственным наблюдениям, составляет от 10% до 7% (И.В. Брызгунов, 1995; А.Л. Малых, 2001; Д.Б. Кольбе, 2003) недержание кала – 1,3-3,5% у детей от 3 до 5 лет (Э.И. Алиева, 1998; 2002 R.Fotter, 1998).

Целью данной работы явилось изучение клинико-патологических особенностей дисфункций и условий эффективности лечения в зависимости от форм заболевания и типа дисфункции мочевого пузыря у детей.

В 1988 году была принята классификация предложения International Continence Society (ICS). Она всесторонне охватывает основные причины возникновения дисфункций, однако не объясняет главным образом: чрезвычайно высокую заболеваемость недержанием мочи и резистентность его к проводимости терапии. Объем выборки составил 355 детей и подростков от 3 до 18 лет, контрольная группа – 45 детей. Критерии исключения из исследования – больные с врожденными неудержанием мочи и кала, на фоне болезни Гишпрунга и атрезии сфинктеров мочевого пузыря. Все они прошли обследование общеклиническое и специальное. Последнее включало в себя ретроградную цистометрию, урофлоуметрию, электромиографию, УЗИ внутренних органов и мочевого пузыря, биохимические исследования крови, рентгенографию позвоночника, ЭЭГ, проктодефектоскопию.

В зависимости от причины энуреза больные были разделены на 3 группы: 1 группа - 278 пациентов с первичным моносимптомным энурезом; 2 группа – 46 с вторичным невропатическим энурезом; 3 группа -31 ребенок с сочетанием дневного и ночного недержания мочи.

Большим проводились следующие методы лечения: иглорефлектотерапия (ИРТ) 32 пациентам, 25-лазеротерапия, 20- монотерапия миниральная, 189-комплексная терапия, включающая ГБО и ИРТ, 89-разнообразные методы лечения.

Катамнез заболевания составил от 3 до 15 лет.

Полученные результаты и обсуждение.

Проведенные исследования показали, что несмотря на разнообразные клинико-патологические проявления, определенное сходство в общеклинических проявлениях дисфункция мочевого пузыря проявляется в двух основных формах: истинный, слож-

ный энурез и простое ночное недержание мочи. Ко второму виду дисфункции близок термин нарушение «зрелого типа мочеиспускания» (Е.Л. Вишневский, 1997, 2002).

Выделение этих двух форм имеет принципиальное значение для объема обследования, программы реабилитации, прогноза тактики диспансерного наблюдения.

У пациентов со сложным энурезом, по сравнению с детьми контрольной группы, отмечено уменьшение среднего эффективного объема мочевого пузыря $127,8 \pm 8,6$ и $240,6 \pm 18,5$ и увеличение числа мочеиспусканий в сутки $8,2 \pm 0,5$ и $5,9 \pm 0,35$ соответственно ($P < 0,05$). Для данной группы было также характерно наличие гиперрефлекторного типа дисфункции мочевого пузыря в 78% и отсутствие норморефлекторного состояния пузыря. Больные с этим видом расстройства мочеиспускания имеют в 71% сопутствующую патологию желудочно-кишечного тракта, снижение кожного максимального потенциала мышц тазового дна $16,8 \pm 5,9$ мкВ, контрольная группа $48,4 \pm 10,6$ ($P < 0,001$). Течение заболевания у детей с этим видом энуреза, без «светлых периодов», со склонностью к возникновению запоров, увеличению щелочности фосфатазы $458,6 \pm 45,3$ ($P < 0,001$), крайней резистентностью к проводимой терапии, слабой реакцией на применение у этих детей минирима даже в предельно допустимой терапевтической дозе $0,4-0,45$ мг в сутки. Срок выздоровления затягивается до 12-16 лет, в ряде случаев заболевание переходит во взрослый возраст.

У больных с простым ночным недержанием мочи все эти изменения выражены в легкой или средней степени. Среднеэффективный объем мочевого пузыря составил $158,9 \pm 11,6$ мл ($P < 0,05$), число мочеиспусканий $7,2 \pm 0,45$. Для данного вида энуреза характерен гипорефлекторный (53%) и норморефлекторный (21%) тип дисфункции, но встречается и гиперрефлекторный вариант (26%).

Уровень внутриреактивного максимального давления повышен $75,3 \pm 11,8$ гПА (контрольная группа $48,9 \pm 10,6$ гПА) ($P < 0,05$). Отсутствуют изменения в биохимических анализах крови. Пациенты в 43% имеют сопутствующую неврологическую патологию (невроз навязчивых движений, синдром повышенной двигательной активности). Не отмечаются изменения во внутренних органах, прежде всего в толстой кишке, селезенке, печени, отсутствуют изменения в биохимических показателях крови. Отмечается высокая эффективность проводимой комплексной терапии – 82%, монотерапии миниримом: у 58% происходит прекращение недержания мочи.

Таким образом, проведенное исследование показало, что нейрогенная дисфункция мочевого пузыря имеет два различных патогенетических механизма: в виде системного расстройства мочевой, кровеносной системы, желудочно-кишечного тракта, т.е. органический энурез является лишь одним из признаков системной дисфункции. Второй вариант – простое ночное недержание мочи (функциональный энурез), в основе которого лежит незрелость механизма нормального акта мочеиспускания.

В процессе исследования установлены значимые корреляции между состоянием нижних мочевых путей и толстой кишки, проявляющиеся формированием органической патологии в толстой кишке, внутренних органах.

Два типа патогенетических механизма энуреза требуют принципиально различных подходов к обследованию, лечению и диспансеризации.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТАКТИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЭНУРЕЗОМ И ЭНКОПРЕЗОМ

Малых А.Л.

*МУЗ "Центральная клиническая медико-санитарная часть", кафедра семейной медицины Ульяновского государственного университета,
Ульяновск*

Принятие программы Государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ и внедрение бюджетно-страховой модели здравоохранения, потребовало разработки протоколов обследования и лечения основных распространенных заболеваний. Это в полной мере относится к энурезу и энкопрезу. Авторы публикаций по данной проблеме предполагают различные варианты протокола этой патологии (Н.А. Коровина с соавторами 2001; И.В. Казанская, Н.Н. Заваденко, 2005). Несмотря на высокую степень детализации, в них не учитывается ряд важных диагностических моментов, в т.ч. взаимовлияние м взаимосвязь расстройств моче и каловыделения, а излишняя громоздкость диагностических программ делает их применение неудобным в практической деятельности и значительно повышает стоимость предлагаемого объема обследования.

В связи с этим, цель настоящего исследования определить дифференцированную программу обследования пациентов с энурезом и энкопрезом.

Объем выборки - 300 (основная группа - 250 пациентов с дисфункцией, контрольная группа 50 детей), в возрасте от 5 до 18 лет, соотношение мальчиков и девочек 3,5 : 1. Критерии исключения из исследования - пациенты с тотальным недержанием мочи (частота энуреза 4 -5 раз в сутки), тяжелая форма болезни Гиршпрунга.

Дизайн исследования. В обеих группах анализировали анамнез заболевания и результаты обследования. Протокол, которого включал в себя, УЗИ органов брюшной полости, мочевого пузыря, доплерографию почечных артерий и чревного ствола, нейросонографию, колокопроктодефектоскопию (КПДС), динамическую электромиографию с определением 3-х параметров внутриректального давления, биохимические исследования крови.

Катамнез исследования составил от 5 до 10 лет.

А. В процессе обследования 4-хкратно оценивали показатели гемодинамики тонуса почечных сосудов и состояние кровенаполнения по доплеровским показателем: индекс резистентности, пульсационный индекс, средняя и максимальная скорости тока крови.

Акушерский и генетический анамнез анализировался по медицинской документации и специальному

опроснику у детей с различными формами энуреза и энкопреза и степенью тяжести заболевания.

Статистическая обработка результатов исследования включала методы описательной и сравнительной статистики, корреляционный анализ. Обработку данных проводили с помощью непараметрических тестов (пакет статистических программ "Statistica 6.0").

Полученные результаты и обсуждение.

Анализ проведенного обследования показал, что 68,5 % пациентов для установки основных патогенетических проявлений заболевания было достаточно базового уровня обследования. Вторая группа - 31,5 % пациентов требовали расширенного (повышенного) уровня диагностики. В данный протокол обследования необходимо было включить дополнительные методы: КПДС, внутриректальную манометрию и электромиографию, биохимическое исследование крови. Все это повысило стоимость обследования на 27,3 %.

Кроме того, проводимая неэффективная терапия у 25,7 % пациентов с базовым уровнем обследования, потребовала дополнительных методов диагностики, а выявленная у них в 64,2 % патология толстой кишки и других органов, требовала коррекции в программе лечения. Эти пациенты были переведены в группу повышенного уровня диагностики.

Анализ зависимости индекса резистентности от максимального внутриректального давления по Фалгерстрему была достаточно выражена ($8,9 \pm 2,76$ балла) и значительно выражена между размерами печени и уровнем щелочной фосфатазы у детей с повышенным объемом обследования ($9,7 \pm 2,93$ балла). После проведенного обследования и лечения у детей I диагностической группы, достоверно снижался индекс резистентности и повышался уровень кожных потенциалов мышц тазового дна при гиперрефлекторном типе дисфункции мочевого пузыря ($P < 0,05$).

Выводы: Проведенное исследование позволило выделить II типа протокола обследования у детей с энурезом и энкопрезом. Первая группа больных - 68,5 % требовала только базового объема обследования. Эти пациенты могут проходить лечение у педиатра, течение данного типа заболевания доброкачественное, стоимость диагностического протокола на 27,3 % ниже, чем у больных II группы. Наличие у обследованных детей наследственной отягощенности, в анамнезе натальной травмы, гиперрефлекторного типа дисфункции мочевого пузыря, сопутствующая патология желудочно-кишечного тракта, сопровождающаяся повышением биохимических показателей крови, прогностически неблагоприятна для прогноза заболевания и требует углубленного обследования по II типу и соответствующей программы реабилитации у врача-уролога.