

Исследование проводилось в стационарных условиях у больных со сроком возникновения заболевания не менее 3-х лет (по данным анамнеза и медицинской документации).

#### Результаты и их обсуждение

Все наблюдаемые призывники были разделены на две группы: 36(45%) пациентов, у которых диагноз энурез был подтвержден клинически и экспертно, и вторая - 44(55%), у которых ночное недержание мочи не было установлено.

Данные анамнеза показали, что у 65% призывников энурез появился с рождения и протекал в тяжелой и средней тяжести форме. 27 пациентов в течении 3-10 лет проходили амбулаторное и стационарное лечение у невролога и уролога. На момент обследования тяжелая форма энуреза отмечалась у 2 призывников, средняя степень тяжести (недержание мочи 2-3 раза в неделю) – у 7 и легкое течение (1 раз в неделю и реже) - у 71 пациента.

В группе (условно здоровые) различная патология была выявлена у 42 пациентов: в ее структуре преобладали: Spina Bifida S1-S2- у 28; везикоптоз – I-II степени – у 8, их сочетание – у 3, нефроптоз I-II степени – у 2 больных. Урологически и соматически здоровыми были признаны 2 подростка.

По данным ЭЭГ, у призывников данной группы очаговых, эпилептических и пароксизмальных форм эпиактивности не было зарегистрировано, лишь у 2 обследованных отмечались умеренно выраженные общемозговые изменения.

Наследственная отягощенность на энурез была выявлена у 3 пациентов. По оценке биохимических анализов крови отклонений от нормы не отмечалось: креатинин 78,3±6,3 мк моль/л, мочевины 5,3±0,4 ммоль/л, лактат дегидрогеназа 254,3±26,8 Ед/л, щелочная фосфатаза 175,3±15,8 Ед/л.

Показатели доплерографии почечных вен показали некоторую асимметрию в размерах сосудов и в состоянии гемодинамики: правая почечная вена Vmax=21,6±0,98 см/сек, TAMX=21,3±1,7 см/сек, диаметр сосуда составил d=6,9±0,47 мм; левая почечная вена: Vmax=28,4±1,6 см/сек, TAMX=18,6±1,9 см/сек, диаметр сосуда составил d=5,4±0,6 мм.

Кроме того, мы провели анализ гемодинамики в междолевой артерии – сосуде переходного уровня, позволяющего оценить регионарное и местное кровообращение.

В правой междолевой артерии показатели крови не отличались от возрастной нормы, кроме индекса резистентности, который был достоверно ниже, чем в контрольной группе: IR=0,574±0,012 (P<0,02).

В I группе пациентов, у которых диагноз энуреза был клинически подтвержден на основании комплексных данных, наследственная отягощенность (достоверно установлено) отмечалась у 15 пациентов. Клиническое обследование выявило меньшую степень распространенности уронефрологической патологии: нефроптоз I-II степени отмечен у 6 пациентов, везикоптоз I-II степени у 4 пациентов, Spina Bifida S1-S2- у 24, аномалии развития почек у 1, хронический неспецифический уретрит – у 2, отсутствие какой-либо соматической патологии отмечалось у 12 обследованных.

По данным ЭЭГ умеренное изменение биоэлектрической активности мозга регуляторного характера было выявлено у 8 призывников.

Показатели биохимического анализа крови составили: лактат дегидрогеназа 328,6±29,4 Ед/л, щелочная фосфатаза 547,6±43,4 Ед/л, других изменений нами не установлено. Они были достоверно выше, чем в группе здоровых призывников (P<0,001)

Показатели доплерографии в правой почечной вене составили: Vmax = 29,6 ± 0,47 см/сек, TAMX = 20см/сек; диаметр сосуда d = 4,2±0,28мм; в левой почечной вене: Vmax = 17,6 ± 1,3 см/сек, TAMX = 1 1,5 ± 0,56см/сек, d=4,3±0,39мм.

В междолевых артериях достоверных различий в состоянии гемодинамики между I и II группами нами установлено не было, кроме показателей индекса резистентности : он составил: IR слева: 0,610±0,009; IR справа: 0,625±0,012 (P<0,02).

Проведенное комплексное исследование, диагностика, экспертиза показали неоднородность обследованных больных. Состояние венозной гемодинамики показывает наличие асимметрии кровообращения в левой и правой почках, что подтверждается различными диаметрами почечных сосудов.

Причем у больных I группы с подтвержденным диагнозом энуреза – отмечалось усиление почечного кровотока - справа, а во II группе – слева (P<0,05).

Уровень щелочной фосфатазы и лактат дегидрогеназа у призывников I группы достоверно выше, чем у пациентов II группы (P<0.001).

Состояние ЭЭГ не может быть частью экспертного заключения у больных данного профиля.

Таким образом, при проведении экспертизы заболевания необходимо в протоколах обследования включать ультразвуковые исследования почек для изучения нарушений венозной, а в ряде случаев и артериальной гемодинамики.

Показатели асимметрии кровообращения и уровня TAMX и IR могут подтвердить наличие хронического расстройства гемодинамики и мочеиспускания, что должно учитываться при составлении экспертного заключения при освидетельствовании призывников.

### ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ФУНКЦИЙ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

Малых А.Л.

*Муниципальное учреждение здравоохранения  
«Центральная клиническая медико-санитарная  
часть» ГОУ УлГУ  
Ульяновск*

Актуальность патологии мочеиспускания и каловыделения обусловлена их высокой распространенностью и социально-гигиеническими аспектами. К 3-4 годам жизни физиологически у ребенка должен быть установлен полный контроль над актом мочеиспускания, сформироваться «зрелый-тип мочеиспускания» (Вишневецкий Е.Л. с соавт. 1997-2001 гг.) Однако даже в 7-летнем возрасте энурез обнаруживается у 5-7% детей. К 15-17 годам у 80-85% подростков энурез прекращается, но у остальных пациентов развиваются

различные осложнения с формированием системной дисфункции органов малого таза (Малых А.Л. 2003-2004 гг.)

В связи с этим целью данной работы являлось определение алгоритма обследования и диспансеризации больных с расстройствами выделительных функций, с определением в последующем дифференцированной программы профилактики.

Объем выборки составил 100 детей и подростков в возрасте от 5 до 16 лет, из них 34 девочки и 66 мальчиков. Критериями исключения из исследования было наличие у больных сочетанного врожденного недержания кала и мочи.

Все пациенты прошли комплексное обследование, которое состояло из общеклинического и специального обследования, последнее включало в себя доплерографию почечных артерий 4-х уровней, электромиографию с определением уровня и динамики внутриректального давления, УЗИ внутренних органов, ЭЭГ. Обследование проводилось до лечения, через 1 месяц после завершения курса терапии, а затем через 1-2 года.

Больные были разделены на три группы. Первая группа - 27 пациентов, у которых в течении 1 года удалось добиться 83% прекращения или в 2 и более раз урежения ночного недержания мочи. Вторая группа - 38 детей, программа реабилитации была продлена до 2-х лет. Третья группа - 35 больных, у которых энурез имел рецидивирующее течение и протекал с явлениями хронического запора или энкопреза.

Пациенты 1 группы имели физиологические изменения гемодинамики в почечных сосудах, носивших симметричный характер, проявившиеся повышением индекса резистентности (IR) в стволе почечной артерии  $IR=0,703\pm 0,006$ , средней скорости кровотока (ТАМХ)  $43,4\pm 2,8$  см/сек. По данным ЭЭГ у 63% определили умеренное изменение БЭА головного мозга, биохимические анализы крови не отличается от возрастной нормы. По типу НДМП: незначительное преобладание гиперрефлекторного мочевого пузыря.

У пациентов 2 группы отмечались более выраженные изменения гемодинамики, связанные с типом НДМП, что является начальной стадией формирования дисфункции органов малого таза (А.Л.Малых 2000г.). Это подтвердилось асимметричным состоянием почечного кровотока в сегментарной и междолевой артериях, с преобладанием в левых сосудах спастических процессов ( $IR = 0,714 \pm 0,009$ ; ТАМХ =  $18,6\pm 1,1$  см/сек), а в правых снижением тонуса ( $IR=0,573\pm 0,012$ ; ТАМХ= $12,6\pm 0,95$  см/сек).

У 7 детей отмечалось увеличение размеров печени до 1 см реберной дуги. По данным электромиографии: уровень внутриректального давления (Pmax) составил  $43,6\pm 5,4$  Па, а суммарный потенциал мышц тазового дна (Umax):  $76,7\pm 8,3$  мкВ. Показатели лактат дегидрогеназы носили пограничный характер. Программа лечения носила комплексный характер. В нее были включены: иглорефлексотерапия, миелорефлексотерапия, глицин, ноотропил в возрастных дозировках, гепатопротекторы. В процессе 2-х летнего лечения показатели доплерографии, электромиографии приблизились к нормативу ( $P<0,05$ ).

В третьей группе течение энуреза сопровождалось рядом особенностей: у 13 (37%) был выражен невроз навязчивых движений, у 15 (42%) отмечались нарушения внимания, замкнутость, тревожность быстро сменялась ничем не мотивируемой агрессивностью. По данным ЭЭГ, были выявлены умеренно выраженные и выраженные общемозговые изменения у 73% детей, у 25% детей отмечались признаки дисфункции срединных структур мозга. Увеличение печени было установлено у 17 (49%) больных, экзогенные изменения в поджелудочной железе у 11 (31%), увеличение размеров селезенки у 9 (25%). Явления периодических нестойких запоров выявлялись у этих больных (по данным анамнеза и клиники) уже через год после установления стойкого нарушения мочеиспускания. Биохимические показатели крови характеризовались увеличением уровня лактат дегидрогеназы до  $328,6\pm 29,4$  Ед/л, щелочной фосфатазы -  $589,4\pm 42,5$  Ед/л, что достоверно выше, чем в 1 и 2 группах пациентов ( $P<0,001$ ). По данным урофлоуметрии у обследованных преобладал гиперрефлекторный тип мочевого пузыря и гипорефлекторный тип дисфункции прямой кишки ( $P_{max} = 18,3 \pm 4,6$  Па,  $U_{max} = 35,8\pm 4,3$  мкВ).

По данным доплерографии в левой почечной артерии (ствол) показатели гемодинамики составили:  $IR=0,735\pm 0,012$ ;  $T_{amx}=53,6\pm 4,7$  см/сек; в сегментарной артерии  $IR=0,687\pm 0,02$ ;  $T_{amx}=13,8\pm 2,9$  см/сек; междолевая артерия:  $IR = 0,63 \pm 0,015$ ;  $T_{amx} = 10,5 \pm 0,96$  см/сек; дуговой артерии  $IR=0,659\pm 0,009$ ;  $T_{amx}=5,6\pm 0,3$  см/сек. Эти показатели достоверно отличались от показателей в правых почечных сосудах на всех уровнях ( $P<0,05$ ). Лечение носило комплексный характер, проводилось только в условиях стационара.

Таким образом, группу больных с энурезом следует с момента обследования разделить на 3 группы: с «незрелым типом мочеиспускания» или физиологической незрелостью - наиболее прогностически благоприятная группа больных. Вторая группа - с наличием ряда отклонений в состоянии органов малого таза, они требуют диспансерного наблюдения не менее 4 раз в год, мониторинга функции толстой кишки и сосудов почек и двухкратной профилактики можно в амбулаторно-поликлинических условиях. Третья группа больных с истинным энурезом, для которой характерно быстрое вторичное развитие системной дисфункции органов малого таза, проявление патологии нервной системы, желудочно-кишечного тракта, печени, селезенки, нарушения обменных процессов, расстройств сосудистой системы. Данные больные требуют непрерывного профилактирования (до 4-х курсов в год) в поликлинических условиях и 2 раза в год - в стационарном обследовании и лечении.