



ДИАГНОСТИКА И АКТИВНО КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ С МИЕЛОДИСПЛАЗИЕЙ

Арбаналиев М.К., Адамалиев К.А., Порощай В.Н.
ГДКБ СМП г. Бишкек и КГМА им. И.К. Ахунбаева.

Корутунду: Эмгекте табарсыктын дисфункция кесели бар 66 балдар изилденген. Детрузордун спастикалык гипертонус түрү 30,3% ооруларда аныкталган. Гипотомиялык түрү 21,2% балдарда такталган. Табарсыктын дисфункциясынын 50% стресстик заараны кармай албоо түзгөн. Алардын баарысы бел-куймулчак омурткалардын тубаса дисплазияларында кездешкен. Жамбаш ойдунон булчуңдарынын базалык тонусунун бузулушу табарсыктын дисфункциясынын негиздүү бөлүгүн түзөт. Дриптан менен дарылоо оорулардын 86,3% он таасирди алууга көмөк берген.

Өзөктүү сөздөр: балдар, табарсыктын дисфункциясы, дриптан менен дарылоо.

Резюме: В работе анализированы результаты исследования у 66 больных с дисфункцией мочевого пузыря в детском возрасте. Установлено, что спастические формы с гипертонусом детрузора встречаются у 30,3%, парадоксальная ишурия на фоне гипотонии детрузора у 21,2% и стрессовое недержание мочи у 50% больных с миелодисплазией. Нарушение базового тонуса мышц тазовой диафрагмы является существенным звеном при дисфункции мочевого пузыря. Лечение дриптаном позволяет у 86,3% больных достичь положительных результатов.

Ключевые слова: дети, дисфункция мочевого пузыря, лечение, дриптан.

Abstract: The results of examination of 66 patients with urinary bladder dysfunction in child's age were analyzed in this work. It was identified that spastic forms with detrusor hyper-tonus occur among 30.3%, incontinence with overflow secondary to detrusor hypotonia among 21.2% and stress urinary incontinence among 50% of patients with myelodysplasia. Abnormality of base tonus of pelvic diaphragm muscle is a significant element upon urinary bladder dysfunction. Treatment with Driptane allows 86.3% of patients to reach positive results.

Key words: children, urinary bladder dysfunction, treatment, driptane.

Актуальность проблемы. Расстройства функции мочевого пузыря (МП) в большинстве случаев связаны с миелодисплазией, параличом или парезом детрузора (детрузорной недостаточностью) вследствие нарушения его парасимпатической иннервации.

В течение ряда лет ведущее место в лечении нейрогенных расстройств МП занимали оперативные методы коррекции: реиннервация, илеovesикоректопексия, ремускуляризация МП прямыми мышцами живота, оментовезикопексия и другие способы пластики [1,3,6,7]. Несмотря на многочисленные модификации реиннервации, лечение, в большинстве случаев, было не эффективным, больные дети продолжали страдать истинным недержанием мочи. Другие способы оперативных вмешательств преследовали цель укрепить сфинктерную систему МП,

для чего использовалась петлевая сфинктеропластика из сухожильной ткани *Liniae albae*, применялись различные полимерные кольца и устройства, которые имплантировали в шейку МП. Однако, их несовместимость с биотканью, грубые структурно-функциональные нарушения МП, нагноение и отторжение, не позволяют широко использовать эти методы в клинической практике. В последние годы при наличии сфинктерной недостаточности доказана высокая эффективность коррекции эндоскопическим способом шейки МП гидрогелем [2,4,5].

Целью настоящей работы явилось изучение наиболее эффективных методов диагностики дисфункции мочевого пузыря у детей с миелодисплазией для улучшения результатов лечения.

Материал и методы исследования. Рабо-

основана на результатах исследования 66 детей в возрасте от 1 года до 15 лет с дисфункцией мочевого пузыря (ДМП), находящихся на лечении в отделении урологии ГДКБ СМП с 2007 по 2008 гг. Дети были разделены на 2 группы: основную и группу сравнения. В основную группу вошел 51 (77,3%) пациент с незараще-

нием межпозвоночных дужек и наличием спинномозговых грыж, контрольную группу составили 15 (22,7%) больных. Ниже, в таблице 1, представлена структура пороков развития каудального отдела позвоночника у основной группы больных.

Таблица 1

Структура пороков развития позвоночника в основной группе

Аномалии позвоночника	мальчики				девочки			
	1-3 г	4-7 л	8-11 л	12-15л	1-3 г	3-7 л	8-11 л	12-15л
Незаращение межпозвоночных дужек	1 1,9%	2 3,9%	5 9,8%	3 5,9%	-	3 5,9%	5 9,8%	1 1,9%
Аплазия крестца и копчика	2 3,9%	5 9,8%	1 1,9%	4 7,8%	-	3 5,9%	1 1,9%	2 3,9%
Спинномозговые грыжи	2 3,9%	1 1,9%	-	2 3,9%	3 5,9%	3 5,9%	2 3,9%	-
Всего:	5 9,9%	8 15,7%	6 11,7%	9 17,6%	3 5,9%	9 17,6%	8 15,7%	3 5,9%

Как видно из таблицы 1, большую часть больных составили дети с незаращением межпозвоночных дужек - 20 (39,2%), аплазией крестца и копчика - 18 (35,3%), со спинномозговыми грыжами - 13 (25,5%) человек. Чаще аномалии развития позвоночника выявлялись в возрастных группах старше 4-х лет. Мальчиков было 28 (55%), девочек - 23 (45%).

Недержание мочи являлось ведущим симптомом в клинике миелодисплазии и отмечалось в наших наблюдениях у 51 (77,3%) больного. Лишь 6 (9%) детей в ночной период могли удерживать мочу до 2-4 часов, а утром можно было наблюдать почти нормальную микцию с удовлетворительным напором струи. Утренняя порция мочи наиболее точно позволяла оценить эффективный объем МП. Дневное недержание мочи при физической нагрузке (по типу стрессового) имело место у 20 (30,3%) детей. Снижение эффективного объема с наличием оста-

точной мочи было у 13 (19,7%) обследованных.

Результаты исследования и их анализ. Для определения объемной скорости потока мочи во время акта мочеиспускания, тонуса сократительной активности детрузора и проходимости уретры, нами была проведена урофлоуметрия у 23 (45,1%) больных основной группы. При этом у 14 (60,9%) пациентов выявлен обструктивный тип мочеиспускания. Снижение тонуса детрузора отмечено у 19 (82,6%) пациентов, у 4 (17,4%) больных количественные показатели объема и скорости потока мочи, а также время мочеиспускания были в пределах физиологической нормы. Прерывистая струя при мочеиспускании выявлена у 12 (23,5%) пациентов.

Ниже, в таблице 2, представлены показатели урофлоуметрии в зависимости от эффективного объема МП у обследованных больных в основной группе

Показатели урофлоуметрии в зависимости от эффективного объема МП у обследованных больных основной группы

Параметры	девочки		мальчики	
	13 до 200 мл	10 более 200 мл	15 до 200 мл	13 более 200 мл
	M±m	M±m	M±m	M±m
Время мочеиспускания (сек)	11,0±1,7	16,5±1,2	11,8±0,6	22,7±2,0
Средняя V тока мочи (мл/с)	11,0±1,6	17,8±1,4	8,4±0,5	14,9±1,6
V тока мочи за 1 сек (мл/с)	9,7±1,6	9,2±1,6	10,0±1,1	9,7±1,4
Время достижения максимальной V тока мочи (мл/с)	3,9±0,7	5,8±1,0	4,2±0,3	8,7±1,5
Максимальная V тока мочи (мл/с)	19,7±2,0	31,0±1,0	19,6±0,7	26,2±1,8

Примечание: V - скорость тока мочи.

Анализ урофлоуграммы по основным параметрам, в сочетании с кашлевой пробой, объективно отражал не только анатомическое строение сфинктерного аппарата в покое, но и при напряжении, что позволяет судить о стрессовом компоненте недержания мочи.

Анализ результатов урофлоуметрических исследований у детей с недержанием мочи при мнелодисплазии позволяет заключить, что во всех случаях нарушения способности МП удерживать мочу связаны с недостаточностью сфинктерного аппарата. При спинномозговой грыже пояснично-крестцового отдела позвоночника у детей от 4 до 11 лет часто встречалась арефлекторная форма ДМП со сниженным порогом чувствительности пузырного рефлекса, что характерно для паралитической формы. При аномалии позвоночника в основном встречалась гиперрефлекторная форма с высоким порогом чувствительности, внутри пузырной гипертензией, что характерно для спастической формы. При spina bifida у детей встречались гиперрефлекторные и гипорефлекторные формы.

По результатам электромиографии спастичес-

кое тазовое дно установлено у 46 (69,6%) детей, из них 28 (61,5%) мальчиков и 18 (38,5%) девочек. Клиническая картина проявлялась парадоксальной ишурией, снижением эффективного объема. У этой группы больных нарушения выделительной функции МП были более выраженными, чем у детей с функциональными расстройствами.

При спастической форме базовый тонус мышц тазового дна в прямой мышце живота был повышен у 33 (71,7%) пациентов и у 13 (28,3%) детей - с аномалией позвоночника.

При паралитической форме ДМП базовый тонус тазового дна прямой мышцы живота был снижен у 9 (45%) пациентов и у 11 (55%) детей данная форма была выявлена при наличии спинномозговой грыжи.

Выявленные нарушения базового тонуса мышц тазовой диафрагмы являются существенным звеном в механизме развития недержания мочи с нарушением резервуарной и эвакуаторной функции МП. Нами разработана методика лечения детей с нарушением функции МП с использованием дриптана.



Детям старше 6 лет (51 пациент) назначали дриптан (оксибутина гидрохлорид) по 5 мг два раза в день в течение месяца. Состояния функции МП и эффективность лечения оценивали по результатам объективного исследования больного, урофлоуметрии, ритма спонтанных мочеиспусканий, ультразвукового исследования МП с определением остаточной мочи. Применение дриптана в таблетках у 26 (50,9%) больных с незначительными нарушениями уродинамики нижних мочевых путей сопровождалось нормализацией показателей объемной скорости потока мочи и тонуса сократительной активности детрузора с восстановлением проходимости. У 19 (37,2%) детей отмечено существенное улучшение данных показателей и у 6 (11,9%) пациентов мочеиспускание полностью не восстановлено, хотя отмечалась тенденция к улучшению. У большинства больных количество мочеиспусканий за сутки сократилось с 16-14 до 6 раз, а также уменьшилась императивность позывов.

Заключение. Таким образом, у детей при миелодисплазии, в большинстве случаев, у 46 (69,6%) пациентов, имелись различные клинические формы недержания мочи: спастическая, с гипертонусом детрузора МП - у 20 (30,3%) больных, парадоксальная ишурия на фоне гипотонии детрузора - у 14 (21,2%) и стрессовое недержание - у 33 (50%) человек, что требовало специальной лечебной тактики.

Нарушение базового тонуса мышц тазовой диафрагмы является существенным звеном в механизме развития вышеописанных форм недержания мочи с нарушением резервуарной и эвакуаторной функции МП. При паралитической форме дисфункции МП базовый тонус мышц тазового дна снижается у 84,6% детей со спинномозговой грыжей, при спастической форме базовый тонус повышается у 65% детей с аномалией позвоночника.

Использование консервативных методов лечения ДМП в обеих группах больных в сочетании с дриптаном суммарно позволило получить у 28 (54,9%) детей хорошие, у 16 (31,4%) - удовлетворительные и у 7 (13,7%) больных - неудовлетворительные результаты.

Литература:

1. Абдуллаев К. И., Акперов Т. Р., Гусейнов Э. Я. Лечение нейрогенных дисфункций мочевого пузыря у детей. // Азербайджанский медицинский журнал. - 2000. - № 4. - С. 46-48.
2. Абдурахманов Х.И., Казанская И.В., Ерышев Л.Б. Влияние консервативного лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса на рост и размеры почек у детей. // Вопр. охр. мат. и дет. - 1990.- № 3.- С. 43-45.
3. Аюбасв А. С., Кабдолжин К. Н., Жантелева Л. А., Султангазина С. А. Рентгенопланиметрическая оценка состояния почечной паренхимы и обоснование выбора лечения при пузырно-мочеточниковом рефлюксе у детей. // Материалы III конгресса урологов РК.- Алматы. - 2000. - С. 227-228.
4. Вишневский Е.Л. Диагностика и лечение нейрогенной дисфункции мочевого пузыря у детей. // Педиатрия. - 1997. - № 3. - С. 27-30.
5. Джавад-Заде М. Д., Державин В. М., Вишневский Е. Л., Гусев Б. С. Диагностика урологических заболеваний у детей. // Л.: Медицина. - Киев. - 1984. - С. 214.
6. Есырев О.В., Ващенко В.И., Смагулова З.Ш. Механизм нейрогуморальной регуляции сократительной активности гладких мышц. // Материалы II съезда физиологов РК. - 1992. - С. 22-24.
7. Куражос Б.М., Коровина Н.А. О внутрипузырном давлении у детей. // В кн.: Урологические заболевания у детей. М. - 2003. - Т. II. - С. 56-58.
8. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г. // Детская урология. М. - 1986.- С. 242-252.
9. Червонцев В. П. Диагностика и лечение дисфункции мочевого пузыря у детей. // Методические рекомендации. - Киев. - 2007. - 26 с.
10. Юдин Я.Б., Ткаченко А.П., Валот-Фогель Н.В. Функциональное исследование мочевого пузыря как критерий выбора метода лечения. // Вопросы охраны материнства и детства. - 1990. - № 3.- С. 43-45.
11. Claude J. M., Faligaut B. W., Curkez L les stenoses uzethzales distales des perites tilles. // J. Urol. - 1999. - Vol. 92. - № 8. - P. 137-154.
12. Dospopressin response of enuretic children. Effect of age frequency of enuresis. // Am. J. Dis. child. - 2003.- Vol. 310. - P. 902-963.
13. Foxman B., Valter R. B., Brook R. A. Childhood enuresis: prevalence impact prescribed treatment. // Pediatrics. - 2004. - Vol. 86. - № 2. - P. 470-477.