

**БИЛЯЛОВ М.Г., АХУНЗЯНОВ А.А., ОСИПОВ А.Ю., ФАДЕЕВА О.В.**

УДК 616.62-008.22:612.816-07-053.2

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань

Казанская государственная медицинская академия, г. Казань

## Краниография в диагностике нервно-мышечной дисфункции мочевого пузыря у детей

Несмотря на значительные достижения в вопросах диагностики и лечения детей с расстройствами мочеиспускания функционального характера, в МКБ-10 обозначенные как нервно-мышечная дисфункция мочевого пузыря по типу незаторможенности (N31.0) и др., проблема эта остается актуальной. Обусловлена она тем, что этиология заболевания до сих пор неизвестна, нет полной ясности в вопросах патогенеза и проблема носит социальный характер.

Нами анализированы данные 92 пациентов (мальчиков — 50, девочек — 42) в возрасте от 4 до 14 лет с расстройством мочеиспускания без урологических осложнений. У всех больных исключены органические заболевания нервной системы и психические расстройства. Обследование проводили с помощью общеклинических (соматический и неврологический статус, включая вегетативный гомеостаз, лабораторное исследование крови и мочи), лучевых (УЗИ и рентгенологических исследований почек и мочевых путей, а также краниографии), электрофизиологических (ЭКГ, КИГ), нейрофизиологических (Рео-ЭГ, ЭЭГ, Эхо-ЭС и др.), уродинамических (регистрация суточного ритма спонтанных мочеиспусканий, урофлоуметрия, ретроградная цистометрия и профилометрия уретры) исследований.

Расстройство мочеиспускания у больных проявлялось такими признаками, как недержание мочи во время ночного сна у 81 больного (88,0%), недержание мочи во время дневного сна у 6 (6,5%), императивные позывы у 57 (61,9%), поллакиурия у 59 (64,1%), императивное недержание мочи у 46 (50,0%), нелокализованные боли в животе у 3 (3,3%) и увеличение утреннего эффективного объема мочевого пузыря у 57 (61,9%), недержание кала у 3 (3,3%).

В результате уродинамического (ретроградная цистометрия) обследования выявлены следующие варианты дисфункции мочевого пузыря: неадаптированный мочевой

пузырь гиперрефлекторный у 43 больных (46,7%), в т.ч. постуральный у 9 (9,8%); неадаптированный мочевой пузырь норморефлекторный у 30 (32,6%), в т.ч. постуральный у 7 (7,6%); неадаптированный мочевой пузырь гипорефлекторный у 19 (20,6%), в т.ч. постуральный у 5 (5,4%).

Учитывая, что у всех больных в результате вегетологических и нейрофизиологических исследований были выявлены выраженные нарушения мозгового кровообращения (по РЭГ) и проявления вегетативной дисфункции в целом, всем больным была также проведена краниография. По данным анализа снимков, черепа 73 больных можно отметить, что у них нарушены формы черепа, изменений костей свода черепа, черепных швов и турецкого седла не выявлено. А были выявлены такие рентгенологические признаки, как: выраженность пальцевых вдавлений в разных областях черепа у 36 больных (49,3%); подчеркнутость сосудистых борозд, таких как диплоических вен у 13 (17,8%), ямок пахионовых грануляций у 11 (15,1%), поперечного синуса у 5 (6,8%), клиновидно-теменного синуса у 2 (2,7%), а. meningia media у 2 (2,7%), сигмовидного синуса у 1 (1,4%), боковых лакун у 1 (1,4%), лентовидное просветление теменных канальцев вен-выпускников (эмиссариев) у 1 (1,4%), большое теменное отверстие у 1 (1,4%).

Выявленные при краниографии данные позволяют отметить, что у больных с нервно-мышечной дисфункцией мочевого пузыря высок уровень патологических изменений со стороны черепа, в среднем у 50,0% пациентов, характерных для интракраниальной гипертензии, косвенно свидетельствующих о нарушении мозгового кровообращения. Этот метод расширяет возможности изучения надсегментарных механизмов патогенеза дисфункций мочевого пузыря и способствует поиску адекватных методов диагностики и лечения их.