



мочеточникового рефлюкса и как следствие рефлюкс-нефропатии.

В настоящее время достигнуты определенные успехи в лечении ГАМП. Наиболее широко применяется медикаментозная коррекция — антагонисты М-холинорецепторов. Традиционно на фоне медикаментозного лечения или самостоятельно применяют физические факторы, оказывающее воздействие на различные центры иннервации мочевого пузыря, устраняющие гипоксию и активизирующие метаболические процессы в стенке мочевого пузыря (электростимуляция, лазерная терапия, теплолечение, ультразвук).

Под наблюдением находилось 97 детей с гиперрефлекторным типом дисфункции мочевого пузыря.

У большинства обследованных детей выявлялись поллакиурия (34%) и больше половины детей из этой группы были младше 5 лет, что указывает на необходимость ранней диагностики патологии и своевременное лечение для предотвращения осложнений со стороны верхних мочевых путей. Ночное недержание, ургентное недержание мочи и ургент-

ные позывы встречались реже: в 24%, 6,1% и 4,2% соответственно.

Выделены 3 группы детей, получавших физиолечение (лазерную терапию, импульсные токи и теплолечение), фармакотерапию (дриптан) и сочетанную терапию (дриптан в сочетании с физическими методами).

Анализ полученных результатов статистически достоверно свидетельствует об улучшении в группе больных получавших фармакотерапию и физиолечение, что проявлялось урежением или исчезновением клинических проявлений дисфункции мочевого пузыря у 30% детей, отмечалось повышение показателей среднего эффективного объема мочевого пузыря, характеризующие резервуарную функцию мочевого пузыря, урежение числа мочеиспусканий, уменьшение эпизодов неудержания.

Таким образом, включение в программу реабилитации больных с ГАМП таких факторов как лазерное излучение, импульсные токи и теплолечение позволяет усилить терапевтический эффект фармакотерапии.

Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря у детей с миелодисплазией

В. И. МОРОЗОВ, Р. З. СУЛТАНОВА, Д. В. МОРОЗОВ
Казанский государственный медицинский университет,
Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ г. Казань.

УДК 611.621-053.2

Из 133 обследованных детей с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря (НДМП) у 31 диагностирована миелодисплазия как первопричина заболевания. 10 из 31 ребенка (30,3%) ранее были оперированы по поводу спинно-мозговой грыжи пояснично-крестцового отдела спинного мозга. Мальчиков было 13 (41,9%), девочек 18 (59,1%). В возрасте от 3 до 7 лет было 7 детей, от 8 до 11 лет — 12 детей, от 12 до 14 лет — 12 детей.

18 из 31 ребенка (58,1%) родились от первой беременности, 22 ребенка (71,0%) заметно отставали в моторном развитии, у 10 из них с рождения имели место различные нейроортопедические проблемы. В неврологическом статусе у этих детей определялось: негрубый смешанный парез нижних конечностей, снижение анального, кремастерного и ахилового рефлексов. У 22 детей (71,0%) на спондилограммах пояснично-крестцового отдела спинного мозга была выявлена spina bifida sacralis различной степени выраженности. У всех больных с миелодисплазией и вторичной НДМП данные ЭМГ с мышц выпрямителей спины в области ромбовидного треугольника свидетельствовали о поражении передних мотонейронов S2-S4 сегментов спинного мозга. По результатам МРТ исследования в одном наблюдении была диагностирована грыжа Шморля на уровне L1-L2 и L4-L5 сегментов спинного мозга. В другом наблюдении — пролапс межпозвоночного диска на уровне L5-S1 позвонков. Еще у одного больного был выявлен дисгенез задней поверхности позвоночника: липоменингоцеле копчиковой области.

При проведении уронефрологического обследования у всех больных отмечены редкие мочеиспускания. У 10 больных (32,2%) — снижение чувствительности к микции. У 12 из 31 больных (38,7%) имело место истинное постуральное (в вертикальном положении) дневное недержание мочи. У 16 де-

тей (51,6%), наряду с расстройством акта мочеиспускания, периодически отмечался энкопрез. По данным урофлоуметрии у 28 из 31 больных (90,3%) отмечался гипокинетический вариант микции, у 3 детей — нормокинетический (9,7%). При проведении УЗИ почек у 23 из 31 больного (74,2%) отмечены признаки каликоэктазии. По данным УЗИ мочевого пузыря до и после микции, у 3 из 31 больного (8,7%) остаточной мочи не определялось. У 16 больных (51,6%) остаточная моча определялась в объеме менее 15% от исходного уровня. У 6 больных (19,35%) объем остаточной мочи колебался в пределах 16-19%. Еще у 6 детей (19,35%) — в объеме 50,0% и более от исходного уровня. У всех больных данной клинической группы, по результатам цистографии, определялись рентгенологические симптомы инфравезикальной обструкции (ИВО). У 15 из 31 больных (48,4%) диагностирован ПМЛР (у 4 — односторонний, у 11 — двухсторонний). У 3 из них рефлюкс был третьей степени, у 12 — четвертой степени. По данным ретроградной цистометрии у 28 из 31 больных (90,3%) имела место гипорефлексия детрузора с большими объемами остаточной мочи (50% и более). На момент их обследования проводилась периодическая катетеризация мочевого пузыря. По данным профилометрии уретры у 14 из 31 больных зафиксировано снижение внутриуретрального давления (45,2%), у остальных 17 детей оно соответствовало возрастной норме.

Таким образом, у больных детей с миелодисплазией дистальных отделов спинного мозга, в отличие от других вариантов поражения ЦНС (церебральный, цервикальный), наиболее часто НДМП сопровождается признаками микционной недостаточности, что является реальной угрозой развития у этой группы детей различных уронефрологических осложнений.