

**БИЛЯЛОВ М.Г., ОСИПОВ А.Ю., АХУНЗЯНОВ А.А., ТАХАУТДИНОВА М.Ш.**

616.711.1.62-053.2

ГОУ ВПО «Казанский ГМУ Росздрава», Казанская государственная медицинская академия, ДРКБ МЗ РТ, г. Казань

Роль шейного отдела позвоночника в генезе 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 40 пациентов (мальчики — 22, девочки — 18) в возрасте от 4 до 14 лет с расстройствами 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 головного мозга), 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 38 больных (95,0%), недержание мочи во время дневного сна у 15 (37,5%), императивные позывы у 28 (70,0%), поллакиурия у 26 (65,0%), императивное недержание мочи у 18 (45,0%), нелокализованные боли в животе у 14 (35,0%) и увеличение утреннего эффективного объема мочевого пузыря у 14 больных (35,0%).

В результате уродинамического (ретроградная цистометрия) обследования выявлены следующие варианты дисфункции мочевого пузыря: незаторможенный/неадаптированный мочевой пузырь (нормо-, гипер-, гипорефлекторные формы, включая по-

стуральные) у 27 больных (67,5%) и адаптированный мочевой пузырь (гиперрефлекторная форма, включая и постуральную) у 13 (32,5%).

Учитывая, что у всех больных в результате Рео-ЭГ и доплерографии экстракраниальных сосудов головного мозга были выявлены выраженные нарушения мозгового кровообращения и анатомии сосудов, питающих головной мозг (получен патент на изобретение № 2290069 как способ диагностики нейрогенной дисфункции мочевого пузыря у детей), для выяснения причин этих нарушений всем больным была также проведена спондилография шейного отдела позвоночника в двух проекциях. И как результат, были выявлены следующие рентгенологические признаки: асимметрия расположения зубовидного отростка относительно боковых масс атланта у 21 (52,5%); расширение суставной щели в суставах Крювелье у 8 (20,0%), выпрямление физиологического лордоза у 23 (57,5%); появление экзостозов на уровне межпозвоночного диска / заострение углов тел позвонков у 10 (25,0%); краевые разрастания по краю суставной ямки передней дуги атланта у 12 (30,0%); нестабильность позвонков на одном или нескольких уровнях у 14 (35,0%); снижение высоты тел позвонков и межпозвоночных дисков на одном или нескольких уровнях у 14 (35,0%); аномалия Киммерли у 5 (12,5%); S-образная форма оси шейного отдела позвоночника у 1 (2,5%) и другие признаки у 4 (10,0%) больных. То есть, у всех больных выявлены прямые или косвенные (как правило их сочетание) признаки повреждения позвоночника.

Таким образом, можно отметить, что у всех больных с нервно-мышечной дисфункцией мочевого пузыря выявляется патология шейного отдела позвоночника, приводящая к сосудистым изменениям в этом отделе. Вероятно, что именно этим можно объяснить причину расстройств мочеиспускания у детей и это, в свою очередь, позволяет лучше понять патогенез дисфункций мочевого пузыря и способствовать поиску адекватных методов диагностики и терапии.