
Г.В. Дружинин ^{1,2}, Ю.Г. Дегтярёв ¹, Никифоров ¹, А.А. Свирский ²
1 – г. Минск, УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
2 – г. Минск, ГУ РНПЦ детской хирургии,

СОЧЕТАННЫЕ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ (ТО) У ДЕТЕЙ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Актуальность. Анализ отдаленных результатов лечения пациентов с аноректальными пороками, спинно-мозговой грыжей и др. выявил сочетанные нарушения функции тазовых органов (СНФТО), что требует использования системного функционального подхода к диагностике и лечению детей с этой патологией.

Цель. Разработать объективные методы оценки сочетанных нарушений функции тазовых органов с получением количественных характеристик для проведения комплексного лечения.

Материал и методы. Обследовано 24 пациента с нарушениями функции тазовых органов с жалобами на недержание мочи – 7 (29%), частое мочеиспускание – 5 (20,8%), затруднение при мочеиспускании – 2 (8,5%), запоры – 12 (50,5%), каломазание – 18 (75%). В раннем возрасте 22 пациента перенесли хирургическую коррекцию ВПР аноректальной области либо спинного мозга:

Патология:	n	%
Аноректальная патология	14	58,5
Функциональный мегаколон	2	8,5
Болезнь Гиршпрунга	3	12,5
Экстрофия мочевого пузыря	2	8,5
Спинно-мозговая грыжа	2	8,5
Персистирующая клоака	1	4
Всего:	24	100

Исследование включало в себя: общеклинические анализы, заполнение дневника физиологических отправлений с оценкой тяжести нарушений по разработанной нами балльной шкале, УЗИ мочевого пузыря, комплексное уродинамическое исследование, ирригоскопия, сфинктероманометрия, колоноскопия с выполнением биопсии слизистой толстой кишки. В уродинамическом исследовании учитывались: объём мочевого пузыря, давление детрузора, compliance (V/P), потоковая скорость мочеиспускания с миографией диафрагмы таза. При аноректальной манометрии фиксировали следующие группы показателей: а) показатели покоя – максимальное и среднее базальное давление покоя, определялась длина анального канала; б) показатели давления (попытка дефекации), при которой определялись остаточное анальное давление, процент анальной релаксации, интраректальное давление при этом и градиент ректо-анального давления; в) показатели сокращения, сжатия анальных сфинктеров – определялись максимальное давление и длительность при их произвольном контролируемом сокращении; г) пробы с наполнением баллона, введенного в прямую кишку – определялся ректоанальный ингибиторный рефлекс, ректальная чувствительность по определению первых ощущений заполнения баллона, позыва к дефекации, интенсивный позыв и максимально переносимый объем. В заключении исследования проводили тест на выдавливание баллона: тест оценивает возможность пациента осуществить дефекацию, регистрирует динамику дефекации. Определялся тип нарушения акта дефекации.

Выявлены следующие нарушения функции тазовых органов:

СНФТО	Нарушения функции мочеиспускания	Нарушения функции дефекации	Всего:
13 (54%)	2 (8%)	9 (38%)	24 (100%)

Пациентам с изолированным снижением контрактильной способности мочевого пузыря (4 пациента) или толстой кишки (14 пациентов) имели НФТО 1 степени тяжести по балльной шкале. Им давались следующие рекомендации: периодическая катетеризация мочевого пузыря, диета, регулярные очистительные клизмы. Дети со сфинктерно-детрузорной диссинергией и диссинергической дефекацией (8 детей) (1-2 степень нарушения функции ТО) выполняли тренировки по типу биологической обратной связи (БОС). Было проведено от одного до трёх курсов БОС-тренировок по 3 – 5 сеансов. Родители двух пациентов отказались от БОС-терапии в связи с необходимостью проводить повторные курсы тренировок и отсутствием возможности приехать для этого в РНПЦ ДХ.

Результаты. При лёгкой степени нарушений функции ТО непрерывно выполняемые рекомендации по регулярному опорожнению мочевого пузыря, толстой кишки дали хорошие результаты. Все пациенты, выполнявшие БОС-тренировки и продолжавшие выполнять рекомендации по опорожнению мочевого пузыря и прямой кишки между курсами лечения, хорошо удерживали мочу и кал, не пользовались прокладками. Снижение эффективности приобретенных при БОС-терапии навыков происходило через 1-3 месяца после последней тренировки.

Двум пациентам с экстрофией мочевого пузыря наложены катетеризационные цистоаппендикостомы для периодического отведения мочи в связи с неэффективностью терапии. Результат операций хороший.

Выводы. У пациентов, перенесших хирургическую коррекцию ВПР – спинного мозга, аноректальной области и органов таза, в отдалённом периоде выявлены нарушения функции мочевого пузыря и прямой кишки. Большинство из них имеют СНФТО. Системный подход в обследовании детей с нарушениями функции тазовых органов позволяет оптимизировать диагностику и оценивать эффективность ранее проведенного хирургического лечения.

Позволяет комплексно оказывать помощь пациентам, Консервативное лечение и БОС-тренировки дают хорошие результаты при регулярном выполнении. Пациентам с 3-й степенью тяжести НФТО необходимо выполнять хирургическую коррекцию.
