XVII Конгресс педиатров России

**590**

**КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ МЕЖДУ**

**НЕЙРОГЕННЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ И АНОРЕКТАЛЬНЫМИ**

**ПОРОКАМИ У ДЕТЕЙ**

**Шевчук Д. В., Данилов А. А., Рыбальченко В. Ф., Русак П.С., Гончар В. В.,**

**Белей Р. П.**

*Житомирская областная детская клиническая больница, Украина*

*Житомирский государственный университет имени И. Франко, Украина*

*Национальная медицинская академия последипломного образования*

*им. П. Л. Шупика, Киев*

**Актуальность.** Среди больных с расстройствами мочеиспускания около 10% имеют аноректальные

пороки в комбинации с дисплазией крестцовых костей и копчика. До 70% больных с расстройствами моче-

испускания при миелодисплазии страдают запорами (Осипов И. Б. и др., 2008).

**Материалы и методы.** В ходе работы проанализированы результаты обследования и лечения 30 боль-

ных с аноректальными пороками, которые находятся на диспансерном учете у проктолога Житомирской

областной детской клинической больницы. Срок наблюдения за больными 3 года.

**Результаты.** Среди всех больных с аноректальными пороками: 20 (66,6%) — атрезия ануса (из них

15 (75%) — свищевые формы), 10 (33,3%) — низкие формы болезни Гиршпрунга. У 5 (16,5%) имели место

разной степени дизрафии и миелодисплазии. Все дети оперированы по отработанным в клинике методике.

Средний возраст обследованных больных составил 7 лет. У 8 (26,7%) больных были жалобы на нарушение

мочеиспускания. По предложенной нами методике, все больные с аноректальными пороками проходили

урологическое обследование с целью диагностики скрытых форм дисфункции мочевого пузыря. Таким

образом, установлено, что у 13 (43,3%) детей имели место различного рода нейрогенная дисфункция

мочевого пузыря (9 (69,2%) гипотоничный или атоничный мочевой пузырь, и 4 (30,8%) гипертоничный).

100%-ная дисфункция наблюдалась у детей с миелодисплазией.

Все больные помимо физиотерапевтического лечения получали медиаторную терапию согласно про-

фильному Протоколу, 3 больных находятся на перманентной катетеризации. При отсутствии эффекта

от комплексной консервативной терапии, нарастании явлений почечной недостаточности, больным пред-

лагалось хирургическое лечение сопутствующей патологии мочевыводящих путей. Так, 3 больных с анорек-

тальным пороком в комплексе с миелодисплазией прооперированы (1 больному выполнена везикостома,

2 операции по реиннервации мочевого пузыря), 1 больному выполнена эндоскопическая резекция клапа-

на задней уретры и 1 больному периуретеральное введение полиакриламидного гидрогеля «Нубиплант»

с целью купирования пузырно-мочеточникового рефлюкса. В результате комплексной терапии отмечено

улучшение уродинамических показателей и, соответственно, социальной адаптации больных и их семей.

**Заключение.** Таким образом, в комплекс этапного обследования больных с аноректальными порока-

ми должно обязательно входить урологическое обследование с целью раннего выявления дисфункции

мочевого пузыря, своевременной ее коррекции до наступления необратимых нарушений функции почек

и гибели больного.\_\_