

## ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ У ДЕТЕЙ С ДИСФУНКЦИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

*Соттаева З.З., Меновщикова Л.Б., Гуревич А.И., Джаватханова Р.И.*

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

**Актуальность.** Дисфункция мочевого пузыря — эвакуаторное нарушение, которое чаще всего встречается в детском возрасте, при которой отсутствуют различные проявления миелодисплазии. Чаще всего эти нарушения проявляются затруднением мочеиспускания и запорами, в сочетании с недержанием мочи и каломазанием, что в детском возрасте является актуальной медико-социальной проблемой.

В патогенезе эвакуаторных расстройств органов малого таза большое значение имеет состояние тазового дна как единой структурно-функциональной единицы в интегрированной функции актов мочеиспускания и дефекации. Поэтому поиск новых, неинвазивных методов оценки функции тазового дна является актуальным. Таким методом является динамическая трансперинеальная ультрасонография. Метод основан на измерении заднего уретровезикального угла в покое и во время проведения функциональных проб с удержанием и с натуживанием. Отклонение шейки мочевого пузыря к крестцу при натуживании, уменьшение заднего уретро-везикального угла с укорочением уретры, отсутствие движения шейки мочевого пузыря с уретрой или неумение выполнять волевые упражнения рассматривались как признаки парадоксальных движений тазового дна.

**Цель исследования:** обосновать использование динамической трансперинеальной ультрасонографии у детей с дисфункцией мочевого пузыря для определения дальнейшей тактики лечения.

**Материалы и методы.** Диагностический протокол помимо динамической трансперинеальной ультрасонографии включает трехкратную урофлоуметрию с ЭМГ мышц промежности с обязательным определением остаточной мочи. Средний возраст пациентов составил  $8,9 \pm 3,1$  года. Клинически нарушения проявлялись натуживанием, напряжением мышц передней брюшной стенки во время мочеиспускания и дефекации у 55 детей (42,9 %), увеличением продолжительности мочеиспускания, ощущением «препятствия» во время микции у 58 детей (45,3 %), прерывистым мочеиспусканием или мочеиспусканием типа «стакато» в сочетании с повышением активности мышц тазового дна по данным ЭМГ у 87 детей (68 %). У всех детей по данным УЗИ определялась остаточная моча от 20 до 40 %. У 40 (31,2 %) детей отмечалось снижение объемной скорости мочеиспускания (в среднем на  $37 \pm 12$  %). Запоры/каломазание, чувство неполного опорожнения кишечника выявлено у 64 (50 %) детей.

У всех детей, страдающих дисфункцией мочеиспускания, независимо от пола и возраста, исходно задний уретровезикальный угол в покое был увеличен до  $135 \pm 5^\circ$ . Во время исследования при функциональной пробе с натуживанием происходило отклонение шейки мочевого пузыря к крестцу, задний уретровезикальный угол уменьшался, уретра укорачивалась. Это объясняется неправильными сокращениями мышц тазового дна. Некоторые дети не умели выполнять упражнения волевого сокращения мышц, что также расценивалось как дисфункция мышц тазового дна.

**Вывод.** Метод динамической трансперинеальной ультрасонографии является обязательным для проведения при дисфункциональных нарушениях функции тазовых органов для определения дальнейшей тактики лечения.