

4-24-2018

DYSFUNCTION OF PELVIC ORGANS IN CHILDREN WITH MYELOYDYSPLASIA AND COMBINATIONS OF OSTEONEURAL PATHOLOGY WITH COLOPROCTOLOGICAL AND UROGENITAL ANOMALIES

N.N. Ergasheva

Tashkent pediatric medical institute

Follow this and additional works at: <https://uzjournals.edu.uz/pediatrics>

Recommended Citation

Ergasheva, N.N. (2018) "DYSFUNCTION OF PELVIC ORGANS IN CHILDREN WITH MYELOYDYSPLASIA AND COMBINATIONS OF OSTEONEURAL PATHOLOGY WITH COLOPROCTOLOGICAL AND UROGENITAL ANOMALIES," *Central Asian Journal of Pediatrics*: Vol. 1 : Iss. 1 , Article 4.

Available at: <https://uzjournals.edu.uz/pediatrics/vol1/iss1/4>

This Article is brought to you for free and open access by 2030 Uzbekistan Research Online. It has been accepted for inclusion in Central Asian Journal of Pediatrics by an authorized editor of 2030 Uzbekistan Research Online. For more information, please contact sh.erkinov@edu.uz.

**DYSFUNCTION OF PELVIC ORGANS IN CHILDREN WITH MYELOYDYSPLASIA AND
COMBINATIONS OF OSTEONEURAL PATHOLOGY WITH COLOPROCTOLOGICAL
AND UROGENITAL ANOMALIES**

Cover Page Footnote

Tashkent pediatric medical institute

ЭРГАШЕВА Н.Н.

ДИСФУНКЦИЯ ОРГАНОВ ТАЗА У ДЕТЕЙ ПРИ МИЕЛОДИСПЛАЗИЯХ И СОЧЕТАНИЯХ ОСТЕОНЕВРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ С КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИМИ И УРОГЕНИТАЛЬНЫМИ АНОМАЛИЯМИ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Улучшить результаты комплексного лечения, возможность социальной адаптации детей с дисфункциями тазовых органов при миелодисплазиях и сочетаниях остео-невральной патологии с колопроктологическими и урогенитальными аномалиями, повысить качество их жизни.

Материалы и методы. Мы наблюдали 321 ребенка в возрасте от 1 дня до 18 лет (мальчики — 156 (48,6%), девочки — 165 (51,4%) с остео-невральными аномалиями позвоночника и спинного мозга. 219 (68,2%) больных были со спинномозговыми грыжами spina bifida aperta, 102 (31,8%) — со скрытой расщелиной позвоночника: изолированной — 8 (7,84%); аноректальной — 51 (50%); урогенитальными — 13 (12,75%) и — 30 (29,41%) аномалиями толстой кишки — с сочетанными остео-невральными патологиями в виде скрытого спинального дисрафизма, сопровождались различными явлениями дисфункции тазовых органов.

Результаты. Дана подробная характеристика расстройств мочеиспускания и дефекации. Установлена зависимость частоты и выраженности дисфункций от характера основной патологии. Освещены основы базисной терапии и особенности лечения отдельных форм расстройств акта мочеиспускания и дефекации. Подчеркнута целесообразность раннего целенаправленного лечения нарушений.

Тазовые расстройства в виде нарушения мочеиспускания и дефекации считаются важными клиническими проявлениями остео-невральных аномалий позвоночника и спинного мозга, зачастую определяют степень адаптации больного, тяжесть и прогноз заболевания. Дисфункция возникает в результате нарушений в надсегментарном (супра) и сегментарном нервном аппарате спинного мозга. Анатомо-физиологические особенности прямой кишки, мочевого пузыря и нижних мочевых путей, их тесная взаимосвязь, общность иннервации являются причиной развития сочетанных нарушений функции тазовых органов органического и функционального характера [2,3]. Неустойчивость в акте мочеиспускания или дефекации может быть обусловлена морфо-функциональной незрелостью нервно-мышечного аппарата у детей раннего возраста [1,8]. Однако не вызывает сомнения значение остео-невральных аномалий позвоночника и спинного мозга в возникновении аномалий и прогрессировании функциональных явлений со стороны мочеполовой системы и аноректальной зоны, что объясняется общностью их патогенетических механизмов [10,13,14]. Частота дисфункций тазовых органов, по литературным данным, колеблется в пределах 68%. В отдельных работах освещены лишь нарушения мочеиспускания или акта дефекации без подробного анализа сочетанных расстройств [4,8,9]. Учитывая синхронность, единство и взаимосвязь выполняемых функций, нельзя отдельно рассматривать патофизиологические процессы в урогенитальной и колопроктологической системах. Результаты комплексного лечения не всегда утешительны. Из-за безуспешности операций и медикаментозной терапии большинство детей нуждаются в повторных корректирующих операци-

ях. Необходимо изучение характера и проявлений дисфункций органов таза в зависимости от вида, тяжести остео-невральной патологии, представленной основной нозологической формой или их присутствию в колопроктологических и урогенитальных аномалиях в материале одной клиники.

Цель работы — улучшить результаты комплексного лечения, возможность социальной адаптации детей с дисфункциями тазовых органов при миелодисплазиях и сочетаниях остео-невральной патологии с колопроктологическими и урогенитальными аномалиями, повысить качество их жизни.

Материалы и методы

321 ребенок в возрасте от 1 дня до 18 лет (мальчики — 156 (48,6%), девочки — 165 (51,4%)) наблюдались в клиниках кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ и отделения нейрохирургии детского возраста научного центра нейрохирургии МЗ РУз с остео-невральными аномалиями позвоночника и спинного мозга. 219 (68,2%) больных были со спинномозговыми грыжами (СМГ) spina bifida aperta, 102 (31,8%) — со скрытой расщелиной позвоночника: изолированной — 8 (7,84%); аноректальной — 51 (50%); урогенитальными — 13 (12,75%) и — 30 (29,41%) аномалиями толстой кишки — с сочетанными остео-невральными патологиями в виде скрытого спинального дисрафизма (ССД), сопровождались различными явлениями дисфункции тазовых органов.

Скрытый спинальный дисрафизм был установлен по результатам общеклинического, неврологического осмотра и обследования позвоночного столба с помощью МСКТ, МРТ и цифровой спондилографии. Больным с нарушениями акта дефекации и мочеиспускания для выявления анатомических нарушений дополнительно проведены контрастные МСКТ

исследования толстой кишки и мочевого тракта. Характер и выраженность нарушений акта мочеиспускания и дефекации оценивали по установленным критериям и результатам специальных исследований. Больным группы сравнения в основном использованы традиционные методы диагностики; больным основной группы проводили комплексные (МСКТ, МРТ, электронейромиография, УЗД) исследования.

Результаты и обсуждение

Миелодисплазии или скрытый спинальный дисрафизм в 83% случаев локализовались в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Явления дисфункций тазовых органов наблюдались у 270 (84,1%) больных: у 217 (80,4%) основной группы и 53 (19,6%) — группы сравнения. Основными проявлениями были запоры, недержание кала, недержание или задержка мочи в отдельности или их сочетание (табл.1). У 51 (15,9%) больного на момент обследования дисфункции тазовых органов не наблюдались (24 (47%) больных группы сравнения и 27 (53%) — основной группы).

Морфологические варианты остевнеральных аномалий при СМГ и различных вариантах сочетания с урогенитальными и колопроктологическими пороками развития (n=270)

Морфологические варианты остевнеральных аномалий	Характер спинальной патологии				
	Различные формы СМГ (n= 168)	ССД с аноректальными аномалиями (n=51)	ССД с урогенитальными аномалиями (n=13)	ССД с аномалиями толстой кишки (n=30)	ССД без сопутствующих аномалий (n=8)
менингорацидулоцеле	21*(12,5%)	-	-	-	-
менингомиелоцеле	42* (25%)				
миелоцистоцеле	8 (4,8%)	-	-	-	-
рахишизис	3(1,8%)				
Spina bifida complicata	28*(16,6%)				
менингомиелоцеле + спинальная мальформация	66*(39,3%)	-	-	-	-
Spina bifida occulta	-	9 (17,6%)	-	3 (10%)	2 (25%)
Spina bifida occulta протяженные (более 1-2 позв.)	-	27 (53%)	6 (46,2%)	17 (56,7%)	6 (75%)
Spina bifida occulta в сочетании с аномалией развития крестца	-	3 (5,9%)	2 (15,4%)	2 (6,7%)	-
Spina bifida occulta в сочетании с аномалией развития кончика	-	4 (7,8%)	3 (23%)	4 (13,3%)	-
Сложные, сочетанные формы Spina bifida occulta	-	8 (15,7%)	2 (15,4%)	4(13,3%)	-
Всего	168(100%)	51(100%)	13(100%)	30(100%)	8(100%)

Примечание: * при всех вариантах СМГ присутствует патология позвоночника.

Как видно из таблицы, частота и вид дисфункций различны в зависимости от характера основной патологии, преобладания вида нарушений. Поражение органа объясняется наличием аномалий, отражающихся на их функциональном состоя-

нии. В зависимости от вида остевнеральной аномалии и тяжести миелодисплазии интенсивность функциональных нарушений усугубляется (табл.2).

Общий клиничко-неврологический осмотр, оценка данных сонографии мочевого пузыря (частота, ритм мочеиспусканий, объём мочевого пузыря в фазе накопления и опорожнения, возможности ребёнка по удержанию мочи) и других исследований стали основой верификации следующих расстройств мочеиспускания у 84 (38,7%) из 217 детей основной группы с тазовыми нарушениями.

Гиперрефлекторный тип нарушения выявлен у 39 (46,4%) больных. Для него характерны позывы — нередко, императивные; учащение мочеиспусканий, превышающих возрастные нормы на 3-4 мочеиспускания; уменьшение разового объёма выделяемой мочи, длительный акт мочеиспускания несмотря на небольшое количество мочи. Уменьшение возрастного эффективного объёма мочевого пузыря, наличие остаточной мочи свыше 10% от ёмкости мочевого пузыря.

Гипорефлекторный тип нарушения выявлен у 19

(22,6%) больных с харак-

терным урежением мочеиспускания; нередко акт мочеиспускания осуществляется путем надавливания на мочевой пузырь родителями. Объём детрузора превышает возрастной. Порог чувствительности детрузора на изменение объёма мочевого пузыря снижен. Капельное выделение мочи при переполненном мочевом пузыре, поток увеличивается при надавливании на мочевой пузырь и перемене положения тела ребёнка. Наблюдаются недержание мочи при стрессовых состояниях (плач или смех, натуживание, кашель), наличие остаточной мочи свыше 30% от ёмкости мочевого пузыря.

Детрузорно-сфинктерная диссинергия у 26 (31%) больных проявляется сокращением мочевого пузыря, направленным на его опорожнение; сфинктер действует противоположно, пытаясь предотвратить этот акт.

Данный вид дисфункции мочевого пузыря часто остается нераспознанным из-за сходства с гиперрефлекторным типом нарушения. Позывы у этих детей часто императивные, мочеиспускания — учащённые с меньшим объёмом выделяемой мочи.

Дисфункции тазовых органов в зависимости от характера основной патологии (n=270)

Вид нарушений	Характер патологии				
	Различные формы СМГ n = 168	ССД с аноректальными аномалиями n=51	ССД с урогенитальными аномалиями n=13	ССД с аномалиями толстой кишки n=30	ССД без сопутствующих аномалий n=8
Хронический запор	5 (4,27) / 4 (7,8)	8 (15,7) / -	-	14 (46,6) / -	-
Хронический запор с парадоксальным педержанием кала	5 (4,27) / -	12(23,5) / -	-	2(6,7) / -	-
Недержание кала	1 (0,85) / 1(2)	16(31,4) / -	-	-	-
Недержание мочи	64 (54,71) / 20 (39,2)	5(9,8) / -	10(76,9) / -	1(3,3) / -	4(50) / -
Хронический запор и недержание мочи	4(3,4) / -	6(11,8) / -	-	8(26,7) / -	-
Недержание кала и мочи	38(32,5) / 26(51)	4(7,8) / -	3(23,1) / -	5(16,7) / -	2(25) / 2(25)
Всего	117(100) / 51(100)	51(100) / -	13(100) / -	30(100) / -	6(75) / 2(25)

Примечание: в числителе — основная группа, в знаменателе — группа сравнения; в скобках % значения показателей.

Наблюдается прерывистое выделение мочи. У некоторых больных прекращается акт мочеиспускания при надавливании на мочевоу пузырь. Остаточная моча больше 20% от ёмкости детрузора.

Для определения характера расстройства акта дефекации оценивали состояние запирающего аппарата прямой кишки на основании клинического осмотра, определяя состояние промежности и ануса (сомкнут, частично сомкнут, зияет) и по степени выраженности анального рефлекса. В норме анус сомкнут. О полной сохранности анального рефлекса свидетельствует тоническое сокращение мышц произвольного сфинктера, сопровождающееся втяжением заднего прохода при раздражении кожи внутренней поверхности бедер или вокруг ануса. При грубых нарушениях иннервации тазового дна и промежности наблюдается отсутствие втяжения заднего прохода при раздражении, выглядит провисающим, порою очень выраженное, в виде «грыжи промежности». Изолированное нарушение акта дефекации выявлены у 63 (29%) больных основной группы из 217 с тазовыми нарушениями.

Нарушение акта дефекации наблюдалось в виде хронического запора у 27 (42,8%) больных; у 28 он сочетался с нарушением мочеиспускания. Запоры сочетающиеся с парадоксальным недержанием отмечены у 19 (30,2%) больных, у 26 — в сочетании с дисфункцией акта мочеиспускания. Недостаточность анального сфинктера с недержанием кала изолированно — у 17 (27%) больных (у 16 в сочетании с дисфункцией мочеиспускания). Хронический запор при миелодисплазиях может быть обусловлен колосфинктерной диссинергией вследствие «ригидности» тазовой диафрагмы, которая неадек-

ватно участвует в реф-

лекторной деятельности опорожнения толстой кишки; нарушением иннервации мышц брюшного пресса из-за поражения зон симпатической и парасимпатической иннервации или дистальных отделов спинного мозга. У этих больных анус сомкнут, снижены брюшные, анальные и ахилловы рефлексы; возможны затруднения при волевом повышении тонуса анального сфинктера во время ректального осмотра, при котором у больных наблюдается задержка самостоятельного стула в течение 3-4 дней. Для опорожнения кишечника этим детям применяют очистительные клизмы или слабительные средства.

При хронических запорах с парадоксальным недержанием кала позывы к дефекации отсутствуют или редки. Из-за скопления каловых масс образуются каловые камни. Обычно у таких детей наблюдается периодическое каломазание, связанное с нарушением иннервации сфинктеров прямой кишки.

При недостаточности анального сфинктера с недержанием кала I степени (у 11 больных) — наблюдаются регулярные чувство позыва и физиологический акт дефекации с произвольным эпизодическим выделением каловых масс малыми порциями. При II степени (5 детей) сохраняется чувство позыва, временами бывает осознанный акт дефекации. Однако ежедневно непроизвольно выделяются фекалии в большем или в меньшем объеме. Промежность и ягодицы постоянно запаханы калом, вокруг ануса отмечается раздражение кожи, от больного исходит неприятный запах, на который негативно реагируют окружающие. Ребенка по несколько раз в день приходится подмывать, менять ему белье. При III степени (1 больной), отсутствует чувство позыва и осознанного акта дефекации постоянным непроизвольным выделением фекальных масс.

Результаты обследования показали, что у детей с последствиями СМГ наряду с параличами и парезами отмечаются выраженные соматические заболевания. В связи с нарушением функций тазовых органов — недержанием мочи и кала — выявляются пиелонефриты, хроническая почечная недостаточность, дисбактериоз кишечника, гипотрофия.

Больным проводили комплексное базисное лечение препаратами, влияющими на нейромеди-

аторные системы мозга и детрузорно-сфинктерные отношения. Это уменьшало выраженность или прекращало расстройства мочеиспускания и акта дефекации на центральном и периферическом уровне. В зависимости от возраста и массы тела больным назначали нейромедиаторы (энцефабол, церебролизин, кортексин, глутаминовая кислота), витамины (группы В, С, А, Е), улучшающие кровообращение (циннаризин, никотиновая кислота, цитохром), биостимуляторы, рассасывающие препараты (алоз, лидаза). Нейромедиаторные аминокислоты в начале назначали парентерально (кортексин 5-10 мг, пирацетам 50 мг/кг в сутки) 10 дней в инъекциях, далее в таблетках. Глутаминовую кислоту в таблетках 0,02 г 2 раза в день в течение 3-4 недель; пикамилон по $\frac{1}{4}$ таблетки 0,02 г 2 раза в день в течение 3-4 недель; глицин- 50 мг/кг в сутки в течение 30-40 дней.

Терапия дисфункций мочевого пузыря (ДМП) направлена на снижение давления в гипертоничном мочевом пузыре или увеличение резистентности его выходного отдела для удержания мочи. При гипотоничном мочевом пузыре следует усиливать сократительную способность детрузора. Если гипотоничный нейрогенный мочевой пузырь не способен к сокращению, развивается дисфункция мочевого пузыря, трудно поддающаяся терапии.

При гипорефлекторной дисфункции стимулировали детрузорную активность мочевого пузыря галантамин — гидробромидом внутримышечно в течение 10 дней; в последующем — в виде таблеток 30-40 дней. Детям в возрасте до года проводили электрофорез с нивалином в область мочевого пузыря. Нивалин способствует повышению интенсивности нервного импульса, идущего к мышечной ткани, усиливает сокращение мышц и его длительность, стимулирует детрузорную функцию мочевого пузыря, снижает внутрипузырное давление за счет блокирования гипертонических сокращений. Больным также назначали синусоидальные модулированные токи на область мочевого пузыря, ЛФК, общий массаж.

В комплекс медикаментозной терапии при гиперрефлекторном мочевом пузыре включали М-холинолитики, атропин путем электрофореза на область мочевого пузыря по 5 дней; дриптан по 2,5-5 мг 2-3 раза в сутки в течение 1-2 месяцев; седативную терапию перед сном (биопассит, новопассит, пустырник) в возрастной дозировке.

Медикаментозную терапию сочетали с физиотерапевтическим лечением (электрофорез с атропином или эуфиллином, синусоидальные модулированные токи, воздействие низкоэнергетическим лазером, аппликация парафина или озокерита на область мочевого пузыря и пояснично-крестцовую область), тормозящим воздействие на ганглии и миоциты мочевого пузыря.

Как показали наши исследования, при ДМП отмечается высокая частота нестабильности детрузора. Поэтому местное лечение, направленное на восстановление адаптационной способности мочевого пузыря, имеет большое значение в комплексной терапии.

При гипорефлекторной дисфункции детрузора для уменьшения ёмкости пузыря, повышения его чувствительности к растяжению и своевременного появления позыва к мочеиспусканию ребенка необходимо приучить к опорожнению мочевого пузыря в определенное время суток в два приема. Данный подход эффективен для детей, которые осознанно могут регулировать акт мочеиспускания, то есть в старшем возрасте. Детям раннего возраста с этой целью проводили периодическую катетеризацию с опорожнением мочевого пузыря 2-3 раза в день. При выраженной атонии мочевого пузыря в течение первой недели прибегали к постоянному отведению мочи через катетер, оставленный в полости детрузора. В течение следующих 7 дней пузырь опорожняли каждые 4 часа, открывая мочевой катетер. Данная тактика способствует сокращению размера мочевого пузыря, уменьшает объём накопленной и остаточной мочи.

При гиперрефлекторном типе и детрузорно-сфинктерной диссинергии, когда ёмкость мочевого пузыря ниже возрастных показателей при относительном повышении внутрипузырного давления, эффективна постоянная катетеризация, для адаптации органа к нарастанию высокого исходного внутрипузырного давления на фоне повышения гидравлического давления. В мочевой пузырь вставляли катетер, через который вводили физиологический раствор с антибиотиками или раствор фурациллина 1:5000 в количестве 50% от возрастной вместимости органа. Катетер закрывали на четыре часа, затем полностью опорожняли мочевой пузырь и измеряли общее количество содержимого. По разнице введенной и выделенной жидкости определяли вместимость пузыря и объём диуреза у ребенка за четыре часа. С 8 до 24 часов манипуляции повторяли каждые 4 часа, увеличивая вводимую жидкость на 10 мл больше предыдущей. С 24 до 8 часов утра катетер закрывали. Сеансы дозированного повышения внутрипузырного давления проводили в течение 7-10 дней. При помощи ультразвукового исследования ежедневно в начале и конце манипуляции проверяется размер мочевого пузыря, возникновение пузырно-мочеточникового рефлюкса. Каждые 3-4 дня меняли уретральный катетер. Курс лечения повторяли через три месяца.

Микробно-воспалительный процесс мочевых путей купировали антибиотиками и уросептиками.

В лечении запоров главное значение отводится регулярному опорожнению прямой кишки, диетотерапии, индивидуальному подбору режима питания. Прием 4-5 столовых ложек (чайных ложек для маленьких детей) минеральных масел (оливковое, льняное, подсолнечное, касторовое), способствует нормализации дефекации и консистенции каловых масс. Детей старше 3 лет приучали к регулярному произвольному опорожнению кишечника каждый день в одно и то же время в течение 10-20 минут. Лучше это делать вскоре после сытной еды, чтобы воспользоваться возникающим после еды желудочно-толстокишечным рефлексом. При отсутствии самостоятельного стула использовали очистительные клизмы. При гипорефлекторной

дисфункции проводили курс стимуляции галантамином-гидробромидом внутримышечно в течение 10 дней, в последующем - в виде таблеток продолжительностью 30-40 дней. Проводили лечебную гимнастику для укрепления мышц брюшного пресса и промежности, тонизирующий массаж передней брюшной стенки, длинных мышц спины и поясничной области и лазеротерапию, по показаниям — коррекцию дисбактериоза.

При расстройствах акта дефекации с явлениями недостаточности анального сфинктера особое значение имеют лечебные мероприятия, направленные на тренировку и укрепление удерживающего аппарата прямой кишки в виде очистительно-тренировочных клизм, постепенно увеличивая количество вводимой жидкости и удлиняя сроки удержания в прямой кишке. Проводили электростимуляцию сфинктерного аппарата и механотренировку на резиновой трубке. Вставляя газоотводную трубку в анальный канал на глубину 4-5 см, обучали ребенка сжимать и расслаблять сфинктер не ягодичными мышцами, а анальным жомом. Продолжительность манипуляции — 2-3 мин повторяли 4 раза в день.

Динамика дисфункции тазовых органов при естественном течении заболевания или после операции по поводу спинальной патологии может проявляться по-разному: оставаться без изменений, с положительным или отрицательным результатом. Поэтому больные должны находиться под диспансерным наблюдением с лечением в условиях поликлиники или стационара курсами 10-15 дней в течение 2 лет каждые 3-4 месяца, в последующем — 2 раза в год.

Дисфункция тазовых органов при спинальной па-

тологии наблюдается на ранних этапах жизни ребенка, может стать причиной вторичных изменений в мочевыводящей системе или пищеварительном тракте. На фоне других неврологических нарушений возможно ухудшение качества жизни ребенка. Поэтому ранняя идентификация расстройства и целенаправленное лечение позволяют улучшить непосредственные и отдаленные результаты комплексного лечения.

Выводы

1. Нарушения функции тазовых органов являются наиболее частым тяжелым проявлением остео-невральных мальформаций, представляют сложную цепь диагностических, комплексных лечебно-реабилитационных методов, остаются социально значимой проблемой педиатрии.

2. Основными проявлениями дисфункции тазовых органов являются запоры, недержание кала, недержание или задержка мочи в отдельности или в сочетании. Для диагностики и идентификации вида дисфункции необходимо участие соответствующих специалистов, проведение комплексного исследования.

3. Проявления дисфункции толстой кишки и мочевого пузыря зависят от формы миелодисплазии. Комплексное лечение после операции не всегда обеспечивает желаемый результат. Нередко наблюдаются резидуальные неврологические расстройства или выраженные функциональные нарушения со стороны тазовых органов.

4. Проведение лечебных мероприятий в ранние сроки в зависимости от характера функциональных расстройств и типа дисфункции тазовых органов предупреждает их прогрессирование и развитие вторичных органических изменений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурханов В.В., Осипов И.Б., Лебедев Д.А. Результаты хирургического лечения недержания мочи у детей с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря. Вестник Санкт-Петербургского университета. 2008; 11. Прил. к вып. 1: 184-195.
2. Вишневецкий Е.Л. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря. В книге Детская хирургия: национальное руководство под ред. Ю.Ф.Исакова, А.Ф.Дронова. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2009: 634-643.
3. Колесникова Н.Г. Аноректальные дисфункции при незаращении дуг позвонков пояснично-крестцового отдела. Автореф. дисс. к.м.н. СПб 2011.
4. Лазишвили М.Н. Эфферентные методы лечения нейрогенной дисфункции мочевыводящих путей у детей с синдромом миелодисплазий. Автореф. дис. к.м.н. Москва. 2014.
5. Морозов В.И., Ахунзянов А.А. Значение неврологических факторов в развитии запоров у детей. Педиатрия. 2003; 5: 43-45.
6. Николаев С.Н. Спинальный мочевой пузырь. В книге Детская хирургия: национальное руководство под ред. Ю.Ф.Исакова, А.Ф.Дронова. М.:ГЕОТАР-Медиа 2009: 625-634.
7. Осипов И.Б., Хачатрян В.А., Сарычев С. А., Еликбаев Г.М. Диагностика и лечение миелодисплазии у детей с урологическими осложнениями. Педиатрия и детская хирургия Казахстана. 2008; 1:14-17.
8. Павлов А.Ю., Ромых В.В., Москалева Н.Г. Дисфункция мочевого пузыря у детей: некоторые вопросы диагностики и пути эффективной терапии. Педиатрия. 2007; 86(5): 51-54.
9. Пугачев А.Г., Пугачева В.И. Недержание мочи. В книге Детская урология: Руководство для врачей. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2009: 521-531.
10. Садыкова Г.К. Эргашева Н.Н., Нурмухамедов Б.М. Диагностика и лечение расстройств акта дефекации при спинномозговых грыжах у детей. Журнал теоретической и клинической медицины. 2010; 3: 28-131.
11. Садыкова Г.К. Эргашева Н.Н., Дияров Н.А. Диагностика и лечение дисфункции мочевого пузыря при спинномозговых грыжах у детей. Врач — аспирант Воронеж, 2010; 3,2(40): 202-210.
12. Эргашев Н.Ш., Отамуродов Ф.А., Эргашева Н.Н. Аномалии позвоночника и спинного мозга у детей с аноректальными мальформациями. Педиатрия. 2016; 3: 34-67.
13. Bao Quan Qi — Spencer W. Beasley. Dejan Arsic Abnormalities of the vertebral column and ribs associated with anorectal malformations Pediatr Sura Int 2004; 20: 529-533

14. Cesare A. Di., Leva E., Macchini F., et al. Anorectal malformations and neurospinal dysraphism: is this association a major risk for continence? *Pediatr Surg Int* 2010; 26: 1077-1081.

Эргашева Н.Н.

МИЕЛОДИСПЛАЗИЯ ҲАМДА КОЛОПРОКТОЛОГИК ВА УРОГЕНИТАЛ НУҚСОНЛАР ОСТЕОНЕВРАЛ ПАТОЛОГИЯ БИЛАН БИРГА КЕЧГАН БОЛАЛАРДА ЧАНОҚ АЪЗОЛАРИ ФАОЛИЯТИНИНГ БУЗИЛИШИ

Калит сўзлар: чаноқ аъзолари фаолиятининг бузилиши, миелодисплазия, остеоневрал патология, болалар. Мақолада спинал малформация ҳамда колопроктологик ва урогенитал нуқсонлар яширин спинал дисрафизм билан кечган 1 кунликдан 18 ёшгача бўлган болаларни ташхислаш ва даволаш натижалари келтирилган. Сийдик ажратиш ва ахлат тута олмаслик бузилишларининг тавсифи келтирилган. Бузилишларнинг учраши ва яққоллиги асосий нуқсонга боғлиқлиги исботланган. Сийдик ажратиш ва ахлат тутаолмаслик бузилишларининг алоҳида турларини даволаш асослари ёритилган. Даволашни эрта бошлашнинг самарадорлиги кўрсатилган.

Ergasheva N.N.

DYSFUNCTION OF PELVIC ORGANS IN CHILDREN WITH MYELOYDYSPLASIA AND COMBINATIONS OF OSTEOEURAL PATHOLOGY WITH COLOPROCTOLOGICAL AND UROGENITAL ANOMALIES

Key words: dysfunction of pelvic organs, myelodysplasia, osteoneural pathology, children.

The article presents the results of diagnosis and treatment children with pelvic disorders with spinal malformations, coloproctological and urogenital anomalies in combination with latent spinal dysraphism. 321 children aged from 1 day to 18 years were observed. The detailed description of disorders for nation and defecation was given. The frequency and severity of dysfunctions depended on nature of pathology. The bases of main therapy and features of treatment certain forms of disorders (urination and defecation) were covered. The expediency of early targeted treatment for disorders was necessary.