

Лукьянов А. В., Белан Ю. Б., Морозова Т. А.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Адрес статьи: www.gramota.net/materials/1/2007/6/24.html

Статья опубликована в авторской редакции и отражает точку зрения автора(ов) по рассматриваемому вопросу.

Источник

Альманах современной науки и образования

Тамбов: Грамота, 2007. № 6 (6). С. 71-74. ISSN 1993-5552.

Адрес журнала: www.gramota.net/editions/1.html

Содержание данного номера журнала: www.gramota.net/materials/1/2007/6/

© Издательство "Грамота"

Информация о возможности публикации статей в журнале размещена на Интернет сайте издательства: www.gramota.net

Вопросы, связанные с публикациями научных материалов, редакция просит направлять на адрес: almanac@gramota.net

спринтеров, ведущими энергопоставляющими процессами у которых являются анаэробные.

Выводы

1. Велоэргометрическое тестирование позволило выявить у легкоатлетов три типа энергообеспечения: анаэробный, смешанный и аэробный.

2. В ходе проведённого соматотипирования выявлено три типа конституции: астено-торакальный, мышечный и дигестивный.

3. Самый низкий уровень общей физической работоспособности характерен для нетренированных юношей. Среди легкоатлетов общая физическая работоспособность выше у стайеров по сравнению со спринтерами. Спортсмены стайеры, характеризующиеся самым высоким уровнем физической работоспособности, имеют аэробный тип энергетика, а спринтеры, имеющие более низкие значения общей физической работоспособности, являются представителями анаэробного типа энергопродукции.

4. Аэробный тип энергообеспечения стайеров соответствует более развитому аппарату внешнего дыхания, а анаэробный тип энергообмена спринтеров – менее развитому аппарату внешнего дыхания.

Список литературы

Аулик И. В. Определение физической работоспособности в клинике и спорте. - М.: Медицина, 1979. – 192 с.

Волков Н. И. Закономерности биохимической адаптации в процессе спортивной тренировки: Учебное пособие для слушателей ВШТА ГЦОЛИФКа. – М.: ГЦОЛИФК, 1986. – 64 с.

Волков Н. И., Несен Э. Н., Осипенко А. А., Корсун С. Н. Биохимия мышечной деятельности. – Киев: Олимпийская литература, 2000. – 503 с.

Корниенко И. А., Тамбовцева Р. В., Панасюк Т. В., Сонькин В. Д. Индивидуальные особенности соматотипа и энергетика скелетных мышц девочек в возрасте 7-11 лет // Физиология человека. – 2000. – Т. 26. – № 2. – С. 87 - 92.

Коцарь Ю. А. Оценка динамики показателей функциональных резервов легкоатлетов в спринтерских и стайерских двигательных режимах с помощью автоматизированных программ: Дис. ... канд. биол. наук. – Кемерово, 1997. – С. 5 - 42.

Озолин Э. С. Спринтерский бег. – М.: Физкультура и спорт, 1986. – 156 с.

Расланас А. Особенности анаэробных и аэробных процессов в организме гребцов высокого спортивного класса // Физиология человека. – 1999. – Т. 25. № 4. – С. 106 - 108.

Смирнов М. Р. Теоретические основы беговой нагрузки. – Новосибирск, 1996. – 216 с.

Суздальницкий Р. С., Меньшиков И. В., Модера Е. А. Специфические изменения в метаболизме спортсменов, тренирующихся в разных биоэнергетических режимах в ответ на стандартную физическую нагрузку // Теория и практика физической культуры. – 2000. – № 3. – С. 16 - 20.

Тамбовцева Р. В. Связь энергетика мышечной деятельности с типологией у школьников от 7 до 17 лет // Тезисы докладов на XVIII съезде физиологического общества им. И.П. Павлова. – Казань, 2001. – С. 237.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Лукьянов А. В., Белан Ю. Б., Морозова Т. А.
ГОУ ВПО «ОмГМА РОСЗДРАВА»

Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря (НДМП) проявляется разнообразными формами нарушений его накопительной и эвакуаторной функции вследствие поражений нервной системы на её различных уровнях от коры головного мозга до интрамурального аппарата [Джавад-Заде 1989: 9]. Распространенность НДМП в популяции детского населения составляет от 8,0 до 12,0% по данным различных исследователей. [Папаян 1998: 11].

Хронические формы НДМП, сопровождающиеся невозможностью произвольного контроля мочеиспускания, включены в список заболеваний, усугубляющих степень инвалидности. Поэтому вопросы диагностики, экспертной оценки, объективизации и лечения НДМП являются серьезной медико-социальной проблемой. Кроме того, НДМП может служить первопричиной формирования пузырно-мочеточникового рефлюкса, мегауретера, гидронефроза, хронических форм цистита, пиелонефрита.

Вместе с тем, в практике чаще анатомического дефекта в нервной системе нет, а расстройства акта мочеиспускания и уродинамики обусловлены задержкой созревания высших центров вегетативной регуляции нижнего отдела мочевого тракта [Вишневецкий 2001: 4; Джавад-Заде 1989: 9].

Если в 60-70-х годах прошлого столетия предметом детального изучения служили денервационные формы НДМП, то в настоящее время акцентируется внимание на нейрогуморальных аспектах регуляции функции мочевыводящей системы. С этих позиций ведущая роль отводится функциональной недостаточности гипоталамо-гипофизарной системы, задержке созревания центров системы регуляции акта мочеиспускания [Осипов 2001: 10; Исмагилов 1995: 7].

Целью нашего исследования было определение патогенетической роли исходного неврологического статуса и психологических особенностей личности детей с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря.

На базе нефрологического отделения ГДКБ№3 г. Омска было обследовано 108 детей (47 мальчиков и 61 девочка) в возрасте от 4 до 15-ти лет с НДМП. В комплексное обследование детей входили: ультразвуковое и уродинамическое (урофлоуметрия, цистоманометрия, профилометрия, электромиография поверхностными электродами) исследования, оценка неврологического статуса детей включала: оценку вегетативного статуса по таблицам Вейна, реоэнцефалографию, электроэнцефалографию, МРТ головного и спинного мозга. Для оценки психологического статуса детей использовались: тест тревожности Р.Теммла, М.Дорки и Ф.Амен для детей от 4 до 7 лет, шкала депрессии Т.И.Балашовой, кинетический рисунок семьи, рисунок «дом-дерево-человек» по Р.Ф.Беляускайте, лестницы самооценки.

Результаты и их обсуждение: Гиперрефлекторный тип нейрогенной дисфункции мочевого пузыря выявлен у 73,2% обследованных, гипорефлекторный тип – у 11,6%, норморефлекторный тип – у 15,2% детей. У большинства больных (91,0%) клиническая картина дисфункции мочевого пузыря отличалась довольно большим многообразием симптомов расстройств акта мочеиспускания, у остальных она протекала субклинически и выявлялась исключительно методами функциональной диагностики при урологическом обследовании по поводу инфекции мочевых путей. К ведущим симптомам нарушений акта мочеиспускания относились: поллакиурия – 33,1%, императивные позывы – 73,6%, ургентное недержание мочи – 49,3%, энурезом страдали 43,0% обследованных детей. Сочетанная патология тазовых органов установлена у 15,6% обследованных детей. Неврологическую патологию имели 68,6% детей в виде минимальной мозговой дисфункции с синдромом гиперактивности – 32,2%, тикозные гиперкинезы – 11,6%, астено-невротический синдром – 10,2%. В анамнезе у детей с НДМП имелись указания на наследственную отягощенность по патологии почек, перинатальное поражение ЦНС, шейного либо поясничного отдела позвоночника, гидроцефальный синдром, задержку психического и речевого развития.

При оценке вегетативного статуса выявлено, что у 50,0% пациентов преобладает исходный ваготонический тонус вегетативной нервной системы (ВНС), соответственно симпатический у 35,7%, нормальный у 14,3%. Причём, в большинстве случаев (47,6%) у детей с исходной ваготонией реакция на ортостатическую пробу оказалась гиперсимпатикотонической, что указывало на скрытую недостаточность ВНС у детей из этой группы.

По результатам ЭЭГ установлено, что для детей с НДМП характерны негрубые, общемозговые нарушения биоэлектрической активности головного мозга в 79,5% случаев. Наиболее часто встречались: дезорганизация альфа-ритма, дизритмия среднего и низкого вольтажа, смена видов фоновой активности, увеличение периодов медленных колебаний тета-дельта диапазонов в передне-центральных отделах мозга, без признаков латерализованной пароксизмальной активности или других очаговых изменений на ЭЭГ.

По результатам реоэнцефалографии (РЕГ) наиболее часто (в 71,4% случаях) были отмечены нарушения гемодинамики в вертебро-базилярном бассейне с затруднением венозного оттока. Магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга в некоторых случаях позволила выявить резидуально-органическое поражение ЦНС в виде внутренней либо сочетанной гидроцефалии, кистозных образований; со стороны спинного мозга в 5,6% случаев отмечалась *spine bifida*.

Изучение патогенеза нейрогенной дисфункции мочевого пузыря у детей не может считаться полным, без исследования психологических особенностей личности ребенка, его социального окружения и, прежде всего, роли семьи в формировании и поддержании этого патологического состояния. Уровень тревожности высоко коррелирован с данными, полученными на основании отзывов родителей, воспитателя и медицинского персонала. Средний уровень тревожности (20,0-50,0%) имели 63,0% детей, высокий (выше 50,0%) показали 37,0%. При качественном анализе наибольший уровень тревожности проявлялся в ситуациях, моделирующих отношение «ребенок-ребенок» (Объект агрессии. Агрессивное нападение. Изоляция.). Здесь имело место наибольшее число отрицательных эмоциональных выборов - 82,3%. При оценке шкалы депрессии установлено, что уровень депрессии от 20 до 29 баллов встречался у 17,4%; от 30 до 39 баллов – у 43,5%; от 40 до 49 баллов – у 34,8% пациентов. Это свидетельствует о пограничном с депрессивным состоянием детей, страдающих НДМП. При оценке кинетического рисунка семьи выявлено, что всего у 20,5% обследованных детей была благоприятная семейная ситуация (1,0 и более баллов), зато установлен довольно высокий уровень тревожности – 26,4%, враждебности – 15% и конфликтности в семейной ситуации – 12%.

Тестирование при помощи рисунка «дом-дерево-человек» показало, что 56,0% детей имели высокий уровень тревожности и по 32,0% с высоким уровнем незащищенности и чувством неполноценности, причем один и тот же ребенок имел высокий уровень нескольких критериев. Данные теста лестницы самооценки детей показали, что 88,5% детей не считали себя больными, а 73,0% – позиционировали себя красивыми и счастливыми. Таким образом, уровень тревожности у детей с НДМП был высоким. Среди причинных факторов на первый план выступали враждебность, конфликтность, недостаток внимания в семейной ситуации, а также незащищенность и чувство неполноценности в окружающем мире.

Выводы

1. Проблема коррекции нейрогенной дисфункции мочевого пузыря многогранна, а для её решения необходимы объединенные усилия не только детских нефрологов, урологов, но и неврологов, нейрохирургов, а также психоневрологов для работы с ребенком и его семьей.

2. Формирование научно-практических центров патологии тазовых органов, систематизация критериев диагностики, оптимизация комплексного лечения, направленного на улучшение качества жизни юных пациентов с НДМП, позволит значительно эффективнее решать эту проблему у детей.

Список литературы

Аль-Шукри С. Х., Кузьмин И. В. Метод биологической обратной связи в лечении больных с недержанием мочи // Урол. — 1999. — № 5. — С. 44 - 47.

- Аль-Шукри С. Х., Кузьмин И. В.** Гиперактивность детрузора и ургентное недержание мочи: Пособие для врачей. — Санкт-Петербург, 2001. - 40 с.
- Астапов В. М.** Тревожность у детей. 2-е изд. - СПб.: Питер, 2004. -224 с.: ил. – (Серия «Детскому психологу»).
- Вишневский Е. Л.** Клиническая оценка расстройств мочеиспускания / Е. Л. Вишневский, О. Б. Лоран, А. Е. Вишневский. - М.: ТЕРРА, 2001. – 96 с.
- Данилов Т. И.** Значение коррекции уродинамики в комплексной терапии детей с инфекцией мочевыводящих путей / Т. И. Данилова, В. В. Данилов // Урология. - 2004. № 2. – С. 65 - 69.
- Дифференциальная диагностика нервных болезней: руководство для врачей** / Под ред. Г. А. Акимова и М. М. Одинака. — Спб.: Гиппократ, 2001. - 664 с.
- Исмагилов М. Ф., Балялов М. Г., Ахунзянов А. А., Сиразетдинова Э. Б.** Уровеgetологические аспекты нейрогенной дисфункции мочевого пузыря у детей // Неврол. вестн. - 1995. - Т. 27. Вып. 1-2. - С. 11 - 15.
- Косилов К. В.** Функциональное состояние нижних мочевых путей у детей с энурезом/ К. В. Косилов, Ф. Ф. Антоненко, А. И. Ицкович // Урология. - 2003. № 5. – С. 49 - 57.
- Нейрогенные дисфункции мочевого пузыря** / Под ред. М.Д. Джавад-Заде, В.М. Державина. – М., 1989.
- Осипов И. Б.** Нейрогенный мочевой пузырь у детей / И. Б. Осипов, Л. П. Смирнова. – СПб.: Питер, 2001.- 96 с. – (Серия «Современная медицина»).
- Папаян А. В.** Энурез у детей / А. В. Папаян. – СПб.: Фолиант, 1998. - 88 с.
- Трошин В. М.** Расстройства мочеиспускания у детей / В. М. Трошин, Т. М. Радаева, С. А. Куркина. - Н. Новгород, 1998. – 22 с.
- Abrams P., Cardozo L., Fall M. et al.** The Standardisation of Terminology of lower urinary tract function: Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodynamics* 2002. - 21: 167-178.

ВОСПРОИЗВОДИТЕЛЬНАЯ СПОСОБНОСТЬ НОРОК, ЗАРАЖЕННЫХ ВИРУСОМ АЛЕУТСКОЙ БОЛЕЗНИ

Майорова Т. В.

ФГОУ ВПО «Московская академия ветеринарной медицины и биотехнологии им. К. И. Скрябина»

Алеутская болезнь (АБ) норок, гипер-гаммаглобулинемия или вирусный плазмоцитоз (*Morbis aleutica lutreolarum, Plasmocytosis of mink*) - вирусное инфекционное заболевание, распространенное в ряде регионов России среди разводимых в неволе норок. В отдельных звероводческих хозяйствах России заболевание норок АБ достигает 70-100% [Илюха В.А., Узембаева Л.Б. и др. 1996: 165-167; Кузнецов А.Ф., Короткой В.М. 1999: 9; Слугин В.С. 2005: 24-29]. В настоящее время в РФ пораженность зверей АБ на отдельных норководческих фермах превышает 50%. Ущерб наносимый АБ огромен и складывается из нескольких элементов: 1. затраты на ветеринарно-санитарные мероприятия; 2. высокая смертность зверей; 3. снижение воспроизводительной способности. В литературе имеется ряд сообщений указывающих на снижение воспроизводительной способности норок зараженных АБ [Дукур И.И., Чижов В.А. 1969: 261-264; Шайхов Р.Т. 1989: 43-44; Мартынов В.Ф. 1994: 2], но приводимые данные весьма противоречивы. По данным Дукур И.И. и Чижова В.А. (1969) воспроизводительная способность норок снижается на 26% по отходу молодняка до регистрации. Шайхов Р.Т. (1989) пришел к выводам, что АБ подавляет спермио- и овогенез в гонадах, вследствие чего снижается плодовитость и возрастает число бесплодных самок (пропустование достигает 50%). Слугин В.С. (1975) приводит данные, что 39% самок остаются пропустовавшими.

Существует несколько методов диагностики АБ. Наибольшее признание во всем мире получила реакция иммуноэлектроосмофореза (РИЭОФ).

Целью нашей работы стало оценить показатели воспроизводительной способности норок, зараженных вирусом АБ, в современных условиях клеточного разведения.