

о дисфункции мочевой системы как следствие структурно-функциональной незрелости тканей.

Для третьего - характерна прогрессивная ретенция с постепенной дилатацией мочеточника, а затем и мочевого пузыря. При выраженной деформации лоханки и мочеточника паренхима почки относительно сохранна до рождения пациента. Двухстороннее поражение, тотальная делятация всех мочевыводительных путей, отсутствие сокращений увеличенного в объеме мочевого пузыря, свидетельствует о дисфункции мочевой системы на фоне нейродиспластических нарушений (миелодисплазия).

При первом виде обструкции внутриутробный прогноз обратного развития (матурации) - неблагоприятный, эти дети будут нуждаться в раннем углубленном урологическом обследовании и хирургическом лечении. Наличие второго вида указывает на возможность ликвидации ретенционных изменений консервативным лечением, направленным на стимуляцию сократительной активности мочевых путей и оптимизации биоэнергетических процессов тканей. Третья форма обструкции мало перспективна для проведения всех видов лечения, наличие признаков мегауретера-мегацистиса определяет и подтверждает резкое снижение перспективной функции почек и сомнительный прогноз для дальнейшего развития плода и последующей жизни ребёнка.

Заключение. Антенатальное консультирование детским урологом, выявленных нарушений, позволяет повысить достоверность и эффективность УЗ скрининга по-роков развития мочевыводительной системы, определить тактику ведения беременности, сроки и объем лечебных мероприятий в постнатальном периоде, осуществлять преемственность наблюдения пациентов урологического профиля в ante- и постнатальном периоде.

Особенности функционального состояния нижних мочевых путей у детей периода новорожденности с пороками развития спинного мозга

Алешин И.В., Писклаков А.В., Павленко Н.И., Шевляков А.С.
ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия»
БУЗ ОО «Областная детская клиническая больница» г. Омск

Аномалии развития спинного мозга у детей занимают одно из ведущих мест в детской хирургии. Наиболее частой причиной смерти в данной группе больных является развитие почечной недостаточности, которая развивается на фоне выраженных нарушений уродинамики. Коррекция уродинамических расстройств у больных со спинномозговыми грыжами, как правило, начинает проводиться в возрасте 5 лет и старше. Отказ от проведения методов исследования уродинамики нижних мочевых путей у раннем возрасте обусловлен, техническими сложностями проведения данных исследований, такими как, негативная реакция ребенка на катетеризацию мочевого пузыря, невозможностью оценки пьезы и т.д., так и отсутствием достаточных данных о физиологии мочеиспускания у детей первых лет жизни. Однако настоятельная необходимость ранней коррекции расстройств уродинамики, привело к появлению в последние годы целого ряда исследовательских работ по изучению особенностей уродинамики детей в период новорожденности.

В нашем отделении, проведено обследование уродинамики 29 пациентам в возрасте от семи дней до двух месяцев, которые были распределены на две группы. Первую группу (11 человек) составили больные с различными урологическими заболеваниями (пузырно-мочеточниковый рефлюкс, гидронефроз и т.д.), во вторую группу вошли больные со спинномозговыми грыжами – 18 человек. Мальчиков было 10 человек, девочек – 19.

Обследование включало в себя: регистрацию ритма спонтанных мочеиспусканий, определение остаточного объема мочи, ретроградную жидкостную цистометрию, профилометрию уретры и электромиографию тазового дна, проводилось по стандартным методикам с параметрами адаптированными под данную возрастную группу, на уродинамиче-