

ской системе «Duet logic».

С целью нивелирования негативной реакции ребенка на катетеризацию мочевого пузыря, катетеризация проводилась за 2-6 часов до проведения исследования, что позволяло ребенку адаптироваться к катетеру. Невозможность оценки субъективных ощущений пациента, исключала возможность фиксировать пороговый объем мочевого пузыря и вынуждала нас проводить заполнение мочевого пузыря до начала мочеиспускания, оценивая тем самым только эффективный объем мочевого пузыря, с непрерывной регистрацией детрузорного давления.

В первой группе были выявлены следующие результаты: среднее количество мочеиспусканий составило 28 (24-32) в сутки, эффективный объем мочевого пузыря в среднем составлял 22 (12-29) мл, детрузорное давление не превышало 48 см. Н2О, признаков дезадаптации выявлено не было и только у одного пациента выявлены признаки сфинктерно-детрузорной диссинергии. Объем остаточной мочи не превышал 2 мл. Суммарная электромиография тазового дна наложными электродами с перинальной области, не выявила грубых отклонений от аналогичных показаний у детей старших возрастных групп. Отмечается только умеренное повышение общей амплитуды электропотенциалов.

Во второй группе, у всех больных была выявлена гиперрефлексия мочевого пузыря, частота спонтанных мочеиспусканий составила в среднем 42 (36-52) в сутки, эффективный объем составлял в среднем 6 (2-9) мл., при этом у всех больных отмечалась дезадаптация детрузора. Кроме того, у всех больных со спинномозговыми грыжами, имелась сфинктерно-детрузорная диссинергия различной степени выраженности. Наличие сфинктерно-детрузорной диссинергии обуславливало и наличие у этих больных остаточной мочи, объем которой варьировался от 2 до 21 мл. При проведении электронейромиографии выявлены разнообразные, выраженные нарушения, виде многократных пиковых подъемов амплитуды электропотенциалов, участков «электроомолчания», задержка или отсутствие электроответа при стимуляции шейки мочевого и сфинктеров.

Полученные данные позволили своевременно начать осмысленную и целенаправленную терапию нейрогенных расстройств мочеиспускания и определить план дальнейшей реабилитации данных больных. В частности определить адекватные мероприятия по разгрузке мочевого пузыря у пациентов со значительными объемами остаточной мочи, что в значительной мере снижает риск развития ретенционных изменений верхних мочевых путей и снижения функции почек, возникновения воспалительных процессов в мочевом пузыре и в почках и образования камней.

Диагностика сфинктерно-детрузорной диссинергии у детей

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

Долгое время в среде нейроурологов диссинергия нижних мочевых путей рассматривалась исключительно как, патогенетический механизм развития расстройств мочеиспускания, однако в последние 5-7 лет понятие сфинктерно-детрузорная диссинергия, де-факто получила статус самостоятельного диагноза. В данной трактовке, под сфинктерно-детрузорной диссинергией понимается состояние, когда при нормальных возрастных показателях резервуарной функции детрузора и нормальном внутриуретральном давлении, имеется дискоординация их совместной деятельности, что ведет к нарушению опорожнения мочевого пузыря.

За период 2006-2008 гг. нами была выявлена сфинктерно-детрузорная диссинергия у 272 больных, что составило 11,69% от общего числа обследованных больных.