

Девочек в данной группе было 144 (52,94%), а мальчиков 133 (48,9%). По возрастам больные распределились следующим образом: до 3 лет - 13 (4,78%), 4-7 лет – 61 (22,43%), 8-13 лет – 70 (25,74%), старше 14 лет – 128 (47,06%).

Всем больным было проведено стандартное обследование, включавшее в себя: регистрацию ритма спонтанных мочеиспусканий, сонографию мочевого пузыря, общий анализ мочи, посев мочи на степень бактериурии, урофлоуметрию, ретроградную цистометрию, профилометрию уретры, электромиографию тазового дна. Помимо этого дополнительно 148 пациентам проводилось электро-нейрофизиологическое обследование, включавшее в себя глобальную электромиографию и стимуляционную ЭМГ длинных нервов нижних конечностей.

Результаты основных исследований грубых отклонений не имели. Частота мочеиспусканий, эффективный объем мочевого пузыря, внутрипузырное давление, соответствовали возрастным нормам. Характерным являлось наличие остаточной мочи у большинства больных 210 (77,21%), у 74 из них объем остаточной мочи составлял от 50 до 250 мл. Несмотря на значительное количество больных с большим объемом остаточной мочи пузырно-мочеточниковый рефлюкс, был выявлен только в 14 случаях, притом его степень в основном не превышала II степени.

Показатели профилометрии уретры, так же укладывались в нормативные рамки, однако при пристальном рассмотрении обращает на себя внимание, что практически у всех больных на профилограммах уретры отмечаются участки повышенного давления предшествующие наружному сфинктеру, что красноречиво свидетельствует о напряжении как шейки мочевого пузыря, так и мышц тазового дна. Кроме того о несвоевременном расслаблении мышц тазового дна свидетельствует запаздывание ЭМГ ответа на несколько секунд, а иногда полное его отсутствие.

Наиболее характерны нарушения, выявляемые при проведении урофлоуметрического мониторинга – наличие задержки начала мочеиспускания, удлинение общего времени мочеиспускания, многократные резкие изменения скорости мочетока, при сохранении нормальных максимальных значений, средняя же скорость тока мочи, как правило, ниже нормативных.

Интересным и важным, на наш взгляд, является тот факт, что у 123 из 148 пациентов, которым были проведены дополнительные электронейромиографические исследования, были выявлены признаки нарушений возбудимости и проводимости нервов. В подавляющем большинстве случаев (103) были выявлены признаки нейропатии по аксональному типу длинных нервов ног, а у 20 пациентов выявлялись корешковые нарушения в виде парасизмов переднервовой активности, или выпадение проводимости по корешкам нижнегрудных и поясничных нервов.

Методы определения объема остаточной мочи и корреляция их результатов

Алешин И.В., Шевляков А.С., Орлова Т.Н.

БУЗОО «Областная детская клиническая больница»

Центр патологии тазовых органов. г. Омск

Остаточная моча - это моча, которая остается в мочевом пузыре после акта мочеиспускания. Помимо того, что данный симптом один из наиболее тревожных в детской урологии, он еще и наиболее ярко иллюстрирует собой диалектический принцип перехода количества в качество, поскольку симптоматичным является не сам факт наличия остаточной мочи, а её количество.

Причинами появления остаточной мочи в детском возрасте являются нарушения опорожнительной функции мочевого пузыря. Они могут быть связаны либо с недостаточной