

увеличение интервала между мочеиспусканием и самим измерением. Методологически верным является интервал не превышающий 10 минут.

Второй по значимости ошибкой является нарушение питьевого режима или прием мочегонных средств. Известно, что при применении диуретиков, как и при значительной водной нагрузке диурез может возрасти до 10 мл./мин. В данной ситуации за 10 минут в мочевом пузыре может скопиться до 100 мл. мочи.

Третья группа ошибок связана с несоблюдением нормальных для больного условий мочеиспускания, таких как отсутствие нормального позыва на мочеиспускание, неприемлемые условия для мочеиспускания и т.д.

Нами было проведено исследование с целью определения корреляции данных измерений объема остаточной мочи полученных методом УЗИ и прямой катетеризации. В исследовании участвовали 55 пациентов от 4 до 14 лет. Сначала проводилось определение

объема остаточной мочи методом УЗИ, а следом с интервалом от 2 до 5 минут, моча отводилась катетером. Показатели объемов распределились в диапазоне от 5 до 250 мл. Точность измерения методом УЗИ составила в среднем $\pm 39,2\%$, причем величина погрешности измерения находилась в обратной зависимости от объема остаточной мочи. Так при остаточных объемах порядка 20мл. ошибка составляла около 42%, а при объемах менее 10 мл. доходила до 79%.

Столь значительная разница результатов измерения не позволяет использовать УЗИ как метод контроля объема остаточной мочи в условиях клиники и оставляет за ним нишу скринингового исследования.

Последовательность применения и выбор эндоскопических методов лечения обструктивного мегауретера у детей

Бабанин И.Л.¹⁾, Казанская И.В.¹⁾, Ростовская В.В.¹⁾, Шкляр В.Н.²⁾

1) Московский научно-исследовательский институт педиатрии и детской хирургии, Отдел урологии и нефроурологии. г. Москва

2) Детская областная больница, Отделение урологии.

Отдел урологии. г. Краснодар

Благодаря развитию эндоскопических технологий в коррекции обструктивных нарушений уродинамики широкого мочеточника наместились новые перспективы улучшения результатов эндоскопического лечения обструктивного мегауретера у детей. Однако вопросы последовательности применения и выбор эндоскопических методов требуют дальнейших разработок. За период 2000-2008 гг. проведено эндоскопическое лечение 247 детей с обструктивным мегауретером в возрасте от 1 месяца до 7 лет. Всем пациентам была выполнена трансуретральная уретероцистика уретеровезикального сегмента (УВС) с использованием «низкого» универсального буж-стента размером 5 Ch., как первый этап эндоскопического лечения. Длительность трансуретрального дренирования мочеточника и мочевого пузыря составляло 2-4 недель.

Эффективность лечения оценивали через 6-12 месяцев после вмешательства методом динамической рентгенопланиметрии с использованием компьютерной программы расчета 60 показателей характеризующих функциональное состояние обструктивной почки и степень ретенционных изменений верхних мочевых путей с учетом индивидуальных нормативных параметров пациента. Положительная динамика отмечена у 165 пациентов (66,8% случаев). Сохраняющаяся в 33,2% случаях ретенция верхних мочевых путей явилась показанием к проведению второго этапа эндоскопического лечения.

Выбор метода повторного эндоскопического вмешательства зависил от локализации зоны обструкции в уретеровезикальном сегменте (УВС), которая определялась методом жидкостной профилометрии УВС. При профилометрии УВС в 56 % случаев обструкция УВС