**Гнилоскуренко Ганна Валеріївна. Клінічне значення урофлоуметрії та міографії для діагностики енурезу у дітей : дис... канд. мед. наук: 14.01.10 / Національний медичний ун-т ім. О.О.Богомольця. — К., 2007. — 167арк. — Бібліогр.: арк. 144-167.**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Гнилоскуренко Г.В. Клінічне значення урофлоуметрії та міографії для діагностики енурезу у дітей.- Рукопис.Дисертація на здобуття вченого ступеня кандидата медичних наук із спеціальності 14.01.10. – педіатрія. Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця МОЗ України, Київ, 2007.Дисертація присвячена вивченню особливостей нервово-м`язової передачі у дітей з різними клінічними формами нетримання сечі. Визначено клінічне значення методу поверхневої стимуляційної електронейроміографії та розроблено трьохетапний алгоритм діагностики порушень нервово-м`язової передачі з урахуванням неврологічного статусу. В роботі також досліджено стан уродинаміки сечових шляхів у дітей з енурезом і встановлено особливості їх порушень залежно від клінічної форми захворювання. Доведено переваги методу урофлоуметрії за добовим моніторуванням для діагностики прихованих порушень уродинаміки сечових шляхів та контролю за динамікою основних показників при енурезі. Розроблено діагностичну пробу з метрономом методом біологічного зворотного зв`язку на основі урофлоуметрії та доведено необхідність її застосування при всіх клінічних формах нетримання сечі для визначення функціонального стану м`язів тазового дна, характеру обструкції сечових шляхів, наявності детрузорно-сфінктерної диссінергії. |

 |
|

|  |
| --- |
| В роботі проведено теоретичне обґрунтування і запропоновано нове вирішення проблеми удосконалення діагностики енурезу з урахуванням особливостей уродинаміки нижніх сечових шляхів та стану нервово-м`язової передачі за методами урофлоуметрії та стимуляційної міографії при різних клінічних формах енурезу у дітей.1. У дітей з енурезом клінічні прояви дисфункцій сечового міхура (імперативні позиви, нетримання сечі під час фізичного навантаження, рідкі сечовипускання), порушення вегетативного гомеостазу та зміни мінерального обміну у вигляді гіпермагніємії (59,6%) та гіпокальціємії (21,1%) поєднувались з порушенням неврологічного статусу (глибокий сон – у 84,9%), гіпотонія м`язів нижніх кінцівок, зниження або підвищення шкірних та сухожильних рефлексів, стомлюваність ніг), що вказує на роль нервово-м`язової передачі та функціонального стану сечових шляхів у патогенезі захворювання.
2. Встановлено, що показники поверхневої стимуляційної електроміографії різняться при різних клінічних формах енурезу. Так, у дітей з ізольованим нічним енурезом виявлено збільшення в 2-2,5 раза латентного періоду М – відповіді m gastrocnemicus та m. abductor hallucis, асиметрію латентного періоду М – відповіді m. abductor hallucis, псевдополіфазні комплекси з нормальною тривалістю М–відповіді m. gastrocnemicus (40,7%), що свідчить про ураження центральних рівнів регуляції сечовипускання. У хворих з нічним нетриманням сечі поєднаним з денним, відмічено незначне збільшення (у 1-1,3 раза) латентного періоду М–відповіді m. abductor hallucis, псевдополіфазні розтягнуті комплекси М–відповіді m. gastrocnemicus (23,6%;Р<0,05), що вказує на втягнення в патологічний процес структур периферійного рівня регуляції.
3. Аналіз стану уродинаміки сечових шляхів у дітей з енурезом за добовим моніторуванням урофлоуметрії у сукупності з оцінкою скарг виявлених за експрес–опитувальником, реєстрацією добового ритму сечовипускання, УЗД сечового міхура показав, що у 1/3 хворих відмічено ознаки дисфункцій сечових шляхів з переважанням гіперрефлекторного типу та детрузорно-сфінктерної диссінергії.
4. Виявлення ДСШ залежить від віку та клінічної форми захворювання. Так, значну поширеність змін уродинаміки сечових шляхів встановлено при вторинній формі енурезу (57,2%) середнього ступеня тяжкості, поєднаному з денним нетриманням сечі (40,9%), та у хворих віком 8-11 років (47,2%), що підтверджує затримку встановлення “зрілого типу сечовипускання” у хворих з енурезом.
5. Використання розробленої нами діагностичної проби з метрономом за методом біологічного зворотного зв`язку на основі урофлоуметрії у дітей з різними клінічними формами енурезу порівняно із здоровими дітьми показало, що у хворих з первинною формою ізольованого нічного енурезу відмічено збільшення в 3 рази латентних періодів t1, t2 та відсутність 3-4х графіків-урофлоуграм на кожну серію ударів метроному. У хворих з вторинною формою енурезу та поєднаного з денним нетриманням сечі виявлено ознаки дисфункцій сечових шляхів із збільшенням показника t3 (0,5±0,02) с проти (0,2±0,01) с в контролі (Р<0,05), що сприяє виявленню прихованих порушень уродинаміки.
6. Встановлено кореляційні зв`язки між показниками урофлоуметрії (максимальною об`ємною швидкістю) та кардіоінтервалографії (АМо та індексом Баєвського) з r=0,45±0,021 (Р<0,05), а також початковою об`ємною швидкістю і Мо з r=0,54±0,01 (Р<0,05), що свідчить про вплив порушень вегетативного гомеостазу та напруження компенсаторних механізмів на виникнення дисфункцій сечових шляхів при енурезі у дітей.
7. У дітей з первинною формою ізольованого нічного енурезу виявлено кореляційний зв`язок (r=0,465±0,01, Р<0,01) між змінами показників периферійної гемодинаміки (реовазографічний діастолічний індекс) та урофлоуметрії (початкова об`ємна швидкість), який підтверджується у 54,5% “піками” на урофлоуграмах – ознаками гіпоксії детрузора, що необхідно враховувати при призначенні адекватної терапії.
 |

 |