

Эти данные могут быть использованными при изучении механизмов патогенеза внутриутробных и неонатальных инфекций и интоксикаций.

Верхние мочевые пути: сфинктерная анатомия и транспорт мочи

Белый Л.Е.

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Ульяновск

Физиологическая уродинамика верхних мочевых путей (ВМП) не является пассивным процессом. Своеобразная мышечная архитектура чашечек и лоханки, спиральное расположение мышечных сфинктеров, богато снабженных нервными волокнами, обеспечивают гармоничную деятельность ВМП.

Целью исследования явилось определение типа нормального транспорта мочи ВМП, изучение особенностей пассажа мочи по ВМП в условиях их обструкции.

Методы исследования: для решения поставленных задач проведена интерпретация экскреторных урограмм у 30 здоровых и 95 больных с острой обструкцией ВМП.

Результаты исследования: На экскреторных урограммах здоровых обследуемых отмечен цистоидный тип пассажа мочи по ВМП. Изучив экскреторные урограммы 95 больных с признаками обструкции ВМП, мы отметили, что всех больных в зависимости от состояния мочеточника можно разделить на 3 группы. В 1-й группе определялась дилатация проксимального отдела мочеточника до уровня обструкции. Ниже места стояния конкремента мочеточник контрастировался цистоидами, но его расширения не наблюдалось. Группа состояла из 51 (53,7%) больного. Во 2-й группе - определялись расширение мочеточника проксимальнее уровня обструкции. Дистальнее конкремента мочеточник не определялся, т.е. имел место "симптом указующего перста". В группу вошли 24 (25,3%) пациента. При анализе урограмм 20 (21%) больных 3-й группы определялась дилатация мочеточника как проксимальнее, так и дистальнее уровня обструкции.

Полученные данные, по нашему мнению, имеют следующее объяснение. При возникновении обструкции появляется повышение гидравлического давления в почечной лоханке, а, следовательно, и в мочеточнике. По мере прогрессирования уродинамических нарушений мочеточник теряет свое цистоидное строение и наступает его гипокинезия и гипотензия, что демонстрируется на урограммах в виде заполнения мочеточника контрастным веществом до уровня обструкции. Отсутствие контрастирования мочеточника ниже уровня обструкции с наличием симптома "указующего перста" свидетельствует на сохраняющуюся гиперкинезию. В силу прогрессирования патологического процесса кинетические возможности проксимальных отделов мочеточника иссякают, но повышенный тонус еще сохраняется дистальнее уровня обструкции. Проникновение контрастного вещества дистальнее места стояния конкремента обу-

словлено гипокинезией мочеточника в месте стояния камня. На экскреторных урограммах это находит отражение в виде расширенного выше уровня обструкции и контрастирование нерасширенного дистального по отношению к месту стояния камня отдела мочеточника. При сохранении обструкции присоединяется дилатация мочеточника дистальнее уровня стояния камня.

Кроме нарушений уродинамики ВМП на стороне обструкции мы обращали внимание на особенности пассажа мочи из противоположной почки. У 14,7% больных с обструкцией было отмечено контрастирование мочеточника противоположной почки на всем его протяжении, а у 3,2% кроме того и дилатация лоханки. Вероятно, из-за функциональных перегрузок, обусловленных односторонней обструкцией верхних мочевых путей, контрастное вещество выделяется продолжительнее, что является защитной реакцией здоровой почки на повышенную нагрузку. В связи с последней развиваются дискинезия полостной системы и мочеточника, умеренная их дилатация и гипотония. Мочеточник теряет свое цистоидное строение.

Таким образом, в основе физиологической уродинамики ВМП лежит цистоидный тип сокращения, а перистальтика мочеточника возникает при нарушении оттока мочи или возложении на мочеточник повышенной функциональной нагрузки.

Межтканевые отношения в бульбоуретральных железах детей и подростков

Боронихина Т.В.

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Москва

Проведено морфометрическое исследование бульбоуретральных желез, полученных при судебно-медицинском вскрытии детей (от грудного возраста до 12 лет) и подростков (13 – 16 лет). На срезах органов, окрашенных по методу Маллори, оценивали относительные площади железистого эпителия, внутридольковой и междольковой соединительной ткани, гладкой и поперечнополосатой мышечных тканей.

В бульбоуретральных железах детей грудного возраста (11 дней – 12 месяцев) средние значения относительной площади паренхимы минимальны. Большая часть площади срезов занята стромой, в которой преобладает доля междольковой соединительной ткани, содержащей пучки гладких миоцитов и поперечнополосатых мышечных волокон. В период раннего детства (1 – 3 года) имеет место существенный прирост относительной площади железистого эпителия. Очередное статистически значимое увеличение данного показателя отмечено во втором периоде детства (8 – 12 лет). К концу пубертатного периода (16 лет) относительная площадь паренхимы желез характеризуется максимальными значениями.

Динамика изменений морфометрических параметров стромы, локализованной в различных участках бульбоуретральных желез, имеет разнонаправленный характер. В частности, площади, занятые на срезах желез междольковой соединительной тканью, а также гладкой и скелетной мышечными тканями, прогрес-