

С декабря 2006 года функционирует эндоурологический комплекс фирмы STORZ, позволяющий проводить высокотехнологические методы лечения и диагностики.

Применение методики постоянного катетера при пузырно-мочеточниковом рефлюксе у детей раннего возраста.

Лямзин С.И., Никонов В.М., Кишкин В.Р., Федотов К.В., Черкасов А.Г., Копнин Д.Л., Кудренко С.К.

МУЗ «Городская детская клиническая больница №3». г. Омск

Основной причиной развития пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) у детей является врожденная функциональная и морфологическая неполноценность или незрелость нервно-мышечного аппарата мочевого пузыря, замыкательного аппарата устьев и нижних цистоидов мочеточников. Как следствие этого состояния возникает порочный круг: фиброзное перерождение мышечной стенки мочевого пузыря, что приводит к изменению и укорочению интрамурального отдела мочеточника и соответственно к разрушению замыкательного механизма устьев. Значительная роль в возникновении рефлюкса принадлежит высокому внутрипузырному давлению, которое усугубляет все звенья патологического процесса при ПМР.

Лечение детей с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря представляет сложную проблему урологии. Оперативная коррекция на незрелом мочевом пузыре у детей раннего возраста нежелательна, в связи, с чем была предложена методика постоянного катетеризирования мочевого пузыря / Кауе К., 1981/ для создания адекватного оттока мочи и снижения внутрипузырного давления. По этой методике в нашем отделении проведено лечение 37 больных, в возрасте от 1 до 6 мес. Нами использовался катетер Folley для постоянного катетеризирования мочевого пузыря сроком от 2 недель до 6 месяцев, с заменой катетера один раз в две недели. Установка и замена катетера производилась в стерильных условиях перевязочной, в последующем дети находились дома с периодическим осмотром и амбулаторным контролем анализов мочи и УЗИ. У некоторых детей отмечалась небольшая лейкоцитурия, которая купировалась приемом уросептиков почечных трав. Общее состояние детей не страдало. Проведение контрольных цистограмм показало уменьшение степени ПМР у 19 пациентов и в 12 случаях исчезновение ПМР. Пять детей, все старше пяти месяцев без положительной динамики через 5-6 недель оперированы.

Клинический пример. Больная Р. поступила в отделение в возрасте 1 месяца, из анамнеза известно, что внутриутробно, при УЗИ, у плода, в сроке 28 недель, выявлена двусторонняя пиелозктазия, в периоде новорожденности на контроле УЗИ отмечается пиелозктазия (лоханка слева – 12мм, справа 11мм). На цистограммах выявлен ПМР двусторонний активно-пассивный III степени. Экскреторная урография – патологии не выявлено. Анализы мочи и биохимические показатели крови в пределах возрастной нормы. Установлен постоянный катетер Folley № 6. Ребенок выписан домой под амбулаторное наблюдение. Замена катетера производилась с интервалом в 10 – 14 дней. На протяжении всего времени нахождения ребенка на постоянном катетере (7,5мес.) общее состояние его не страдало, температура была нормальной, в анализах мочи периодически возникала лейкоцитурия до 20–30 в поле зрения, которая проходила после назначения Канефрона Н в возрастной дозировке. При контрольном обследовании, в возрасте 10 месяцев на УЗИ пиелозктазии нет, на цистограммах ПМР справа отсутствует, слева I степени. В дальнейшем ребенок получал медикаментозное лечение и электростимуляцию мочевого пузыря. В возрасте 1,5 лет ПМР не определялся.

Таким образом, методику ведения пациентов с ПМР на постоянном катетере можно считать целесообразной и обоснованной как самостоятельный метод лечения, а так же как