

ЭКСТРОФИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ: ТАКТИКА НЕОНАТОЛОГА И ПЕДИАТРА

Аверин В. И., Дружинин Г. В., Кандратьева О. В.

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр детской хирургии», г. Минск, Беларусь

Ключевые слова: экстрофия мочевого пузыря; неонатолог; педиатр; преимственность.

Введение. В Республике Беларусь экстрофия мочевого пузыря (ЭМП) встречается с частотой 1:44.000 новорожденных. Это наиболее тяжелый порок развития нижних мочевыводящих путей, при котором отсутствует передняя стенка мочевого пузыря и передняя брюшная стенка в его проекции.

Цель исследования. Ознакомить неонатологов и педиатров с пороком, тактикой ведения пациентов в родильном доме и амбулаторно в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Проведен анализ 76 историй болезни пациентов с данной патологией. Показатель выживаемости составляет 100%. Пренатально диагноз ЭМП выставлен лишь у 15%, в остальных случаях клиническая картина порока настолько характерна, что диагноз ставится при рождении.

Результаты и обсуждение. О рождении ребенка с ЭМП врач родильного дома должен в первые 2-3 часа после родов сообщить в ГУ «РНПЦ детской хирургии», куда ребенок доставляется в 1-2е сутки жизни. После рождения экстрофированный мочевой пузырь накрывается стерильной пленкой, ребенок помещается в кувез с температурой 34 - 35°C, влажностью 80-100% и оптимальным содержанием кислорода. Слизистую оболочку мочевого пузыря необходимо обрабатывать теплым (37°C) физиологическим раствором каждые 3-4 часа. При отсутствии пороков желудочно-кишечного тракта новорожденного можно начинать кормить, как здорового ребенка. Транспортировка осуществляется специальной машиной, оборудованной кувезом с оптимальными условиями нахождения и динамического мониторингом пациента. В послеоперационном периоде дети наблюдаются детским хирургом, урологом и педиатром с периодическим контролем функции мочевыводящих путей. При удовлетворительном состоянии ребенка общий анализ мочи выполняется 1 раз в 3 месяца. Ультразвуковая томография почек и биохимический анализ крови с определением мочевины и креатинина 1 раз в 6 месяцев. Также эти пациенты 1 раз в году обследуются в РНПЦ ДХ, где помимо выше перечисленного у них изучаются показатели кислотно-основного состояния и электролитов крови, экскреторной урографии, посева мочи на

микрофлору и чувствительность к антибиотикам, по показаниям микционной цистографии. У пациентов с пересадкой мочеточников в ректосигмоидный резервуар выполняется видеокколоноскопия.

Заключение. Учитывая невысокие показатели пренатальной диагностики ЭМП немаловажным фактором, определяющим успех лечения, является единый тактический подход к ведению пациента на различных этапах оказания ему медицинской помощи, начиная с роддома и заканчивая диспансерным наблюдением оперированных детей

Список литературы.

1. Аверин, В. И. Хирургическая реабилитация детей с недержанием мочи / В. И. Аверин //Хирургия. Восточная Европа. – 2015. – № 3. – С.61-67.

Репозиторий БГМУ