



Chirurgie - urologie sudostbayern

Детская хирургия/ Детская урология • Шлергхоферштр. 1 • 83278 Траунштайн

Лечебный центр
Нейропедиатрии Фогтаройт
Кранкенхаусштр. 20
83569 Фогтаройт

Др. мед. Марк Й. Йориш Начмед
Врач-специалист детской хирургии-
Хиротерапии –
D-врач – детской травматологии
Др. мед. Бернд Геффкен
Начмед
Врач специалист детской хирургии
детской урологии

Др. мед. Ярослав Кужор Ведущий врач
Врач специалист детской хирургии
детской урологии

Др. мед. Андреас Хофбауер
Ст. врач

Врач специалист детской хирургии -
Врач специалист хирургии, неотложная
помощь

ПД Др. мед. Катарина Хохенфеллнер
Ст. врач

Врач специалист педиатрии – детская
нефрология

Контакт

Траунштайн:

Телефон: 0861 705 1041

Факс: 0861 705 1043

info@kinderchirurgie-traunstein.de

www.kinderchirurgie-traunstein.de

Kindemephrologische Sprechstunde

Телефон: 0861 705 1623

Филиал практики

Место расположения Розенхайм

Телефон: 08031 365 3493

Факс: 08031 365 488

Траунштайн, 10.04.2014

К сведению: Матери

Уважаемая госпожа коллега, уважаемый господин коллега,

мы сообщаем о пребывании в стационаре нашей общей пациентки

Марии Пазыч 09.08.2011

Место жительства 183017 Мурнаск

Ростинская кв. 71

Стационарно с 02.04.2014 до 10.04.2014

Диагноз:

Нейрогенный мочевой пузырь {N31.9}

Врожденный везикоуретральный рефлюкс слева 3 степени (Q62.7)

Неуточненная гидроцефалия с люмбосакральной Spina bifida (Q05.2)

Ликворный цереброспинальный дренаж (Z98.2)

Терапия

Лапароскопическая уретроцистостомия. (Psoas Hitch) слева 03.04.2014.

Анамнез

30-ти месячная девочка с известной менингомиелоцеле. У пациентки внутренняя гидроцефалия (Hydrocephalus internus), которая лечится вентрикулоперитонеальным шунтом. Дополнительно существует нейрогенное нарушение опорожнения мочевого пузыря и нейрогенное нарушение опорожнения кишечника. До настоящего времени антихолинэргическая терапия не проводилась. Мария катетеризируется 4 раза в день. Максимальная порция мочи при этом 300 мл. В промежутках пациентка снова становится мокрой. Рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей, в последнее время синегнойной палочкой (Pseudomonas aeruginosa).

Результат

Видеодинамика от 13.03.2014:

Видеодинамика была проведена в положении лёжа у беспокойного ребёнка с тёплым контрастным веществом со скоростью инфузии 13 мл в минуту. Давление в пузыре в покое составляет 3 см водного столба. Во время всей фазы наполнения были зарегистрированы частичные произвольные сокращения детрузора. Максимальный

подъём давления составляет 7 см водного столба. При наполнении 28 мл был установлен везикоуретральный рефлюкс слева 1 степени. В этот момент был зарегистрирован интравезикулярное давление от 43 см H₂O и давление детрусора от 20 см H₂O, наблюдался везикоуретральный рефлюкс 2 степени, который при наполнении 100 мл и давлении детрусора от 22 см H₂O и интравезикулярном давлении 24 см H₂O, достиг везикоуретрального рефлюкса со 2 до 3 степени. Псевдодивертикул установлен не был. Пузырь гладкой конфигурации. Комплаентность(степень соответствия между поведением пациента и рекомендациями, полученными от врача.) у беспокойного ребёнка и при уже существующем везикоуретральном рефлюксе не возможно точно определить, но кажется возможно хорошей и достигает значения от 6 мл/см H₂O. Максимальное пузырьное давление было достигнуто при плаче и составляло 101 см водного столба. В фазе наполнения был зарегистрирован один координированный ЕМГ образец.

При наполнении 87 мл была зарегистрирована, коротко длившаяся капающая микция. Мало выраженная, диссинергическая конфигурация шейки мочевого пузыря при отчётливой синергии на ЕМГ. Давление открытия 32 см водного столбика. Измеренная ёмкость пузыря составляет 143 мл.

Заключение: гиперактивный, с нормальной ёмкостью нейрогенный пузырь с низким давлением открытия. Хорошая комплаентность. Диссинергия. Изображение везикоуретрального рефлюкса при низком давлении детрусора при низком наполнении говорит о патологическом расположении устья мочеточника.

Назначения

По предыдущей урологической диагностике (видео уродинамики от 13.03.2014) пациентка была принята 02.04.2014 в наш стационар.

03.04.2014 была проведена под наркозом цистоскопия. При этом установлен ортотопно расположенное устье справа и далеко латерализованный, в форме отверстия для гольфа слева. Из-за массивного утолщения стенки пузыря интрамулярная часть дистальной части мочеточника кажется очень жёсткой. Поэтому мы не проводили экстравезикальной антирефлюксной пластики, а провели лапароскопическую уретроцистостомию (Psoas Hitch). Интра и постоперативное течение проходило без осложнений. Моча уже в первый послеоперационный день была прозрачной. К сожалению сонографически установило экстраренальное расширение почечной лоханки первой степени. После шести дней был удалён катетер из пузыря.

В заключении последовала выписка. Удаление швов не нужно.

Опорожнение пузыря при помощи катетера 4-5 раз в день.

Охубутинин по возможности интравезикулярно (непосредственно в мочевой пузырь) в дозировке 0,4-0,6 мг/кг /в двух отдельных дозах. В случае если интравезикулярное введение медикамента не будет возможным, Мария должна принимать Охубутинин орально 0,25 до 0,3 мг/г/ в двух отдельных дозах. Следующий сонографический ультразвуковой контроль через 4 недели. Контрольная цистометрия через шесть месяцев.

С дружественным
коллегиальным приветом


Dr. med. Bernd Geffken
Kinderchirurg


Dr. med. J. Kuzic r
Kinderchirurg