

**Concluzii**

1. La copii cu dereglări micționale (polachiurie, incontinență urinară, reziduu vezical), infecție urinară recidivantă, dilatarea căilor urinare superioare, e necesar de exclus obstrucția infra-vezicală.
2. Metodele de bază în diagnosticul OIV sunt: cistouretrografia micțională, uretoscopia și calibrarea uretrei,
3. La băieții cu reflux vezico-renal bilateral este neapărat indicată uretoscopia și calibrarea uretrei cu bujii olivare.
4. La fetițele cu OIV clinic predomină infecția urinară recidivantă, la băieții – dereglările micționale.
5. Tratamentul obstrucției și consecințelor ei constă în excizia transuretrală a segmentului stenozat, valvulelor și apoi restabilirea căilor urinare superioare.
6. După înlăturarea obstrucției, dereglările uretrei suprastenotice, colul vezical, vezica urinară, precum și refluxul vezico-renal gradul I-II sunt reversibile și necesită doar un tratament conservator. Căile urinare superioare, în caz de ureterohidronefroză, reflux vezico-renal gradul III-IV se supun unui tratament chirurgical nu mai devreme de 6 luni – un an după înlăturarea obstrucției și numai după normalizarea actului micțional și a funcției detrusorului vezical.
7. Dereglările suprastenotice ale colului vezical după înlăturarea obstrucției revin la normal și nu necesită intervenție chirurgicală.
8. Dilatarea căilor urinare superioare (ureterele, cavitățile renale) în faza precoce sunt reversibile, în faze avansate, chiar și după operații plastice, practic nu revin la normal.
9. Pacienții cu OIV în fază avansată necesită tratament medicamentos, fizioterapeutic îndelungat sub supravegherea urologului, nefrologului.

**Bibliografie**

1. Ashken M.H European experience with the uretral well steut for uretrar strictures. *Europ.Urology*, 1991, 19, 3, 181, 183.
2. Dragan P.Miclea E, și al., Rezultatele imediate și tardive ale uretrotomiei interne pentru stricturile uretrale. Al VI Simpozion Național de endourologie, Oradea-Băile Felix, 1-4 mai 1996, p.6.
3. Nicolescu D. *Urologie*, București, 1999.
4. Moorman J.G. Angeborene bulbare Harnrohrehege bulbarer Pathogenese and Klinik des Eranocungen des Blasen Halses und der urogenitalen. *Urol.Int*, 1975, 30.2, 129-144.
5. Николаев В.В., Кулаев В.Т., Тенкин С.И., Клапаны задней уретры у детей. *Урология, Нефрология*, 1975, 26 19-21.

**TRATAMENTUL REFLUXULUI VEZICO-RENAL LA COPIL**

**V.Dzero, B.Curajos, V.Roller, J.Bernic, A.Curajos, I.Zaharia, E.Ghețeu**

*Catedra de Chirurgie, Ortopedie, Anesteziologie și Reanimare  
Pediatrică a USMF «Nicolae Testemițanu»*

**Summary**

*The paper presents how 753 children with the vezico-ureteral reflux and urinary tract infections of disturbed urine passage. Presented recommendations for treatment of urinary tract infections and vezico-renal reflux, conservation and operation. Presented data evidenced of greater offence of complex therapy compared with pure antibiotic therapy.*

**Actualitatea**

Refluxul vezico-renal (RVR) este o problemă de mare importanță a urologiei pediatrică. Dereglarea urodinamicii favorizează apariția pielonefritei recidivante cu afectarea parenchimului renal. Problema tratamentului refluxului vezico-renal nu este pe deplin rezolvată. Rezultatele nesatisfăcătoare ale tratamentului conservator și intervențiile chirurgicale antireflux foarte traumatizante impun urologii să caute noi metode de tratament (A.Nemenova 1993). Depistarea tardivă a RVR duce atrofia parenchimei renale chiar și după efectuarea corecției chirurgicale. Din alt punct de vedere corecția chirurgicală nu este indicată, deoarece cu vârsta, are loc și maturizarea ureterului terminal, unghiul de incidență se oblicizează (I. Kayanskaia 1998).

Asocierea cistitei, a disfuncției neurogene a vezicii urinare, obstrucția infravezicală complică tratamentul RVR la copii (A. Ceskis 1994).

Actualmente este cunoscut că, RVR este o stare patologică a organismului, la baza căreia este

scurtarea congenitală a ureterului intramural și beața congenitală a ostiumului ureteral, care se întâinește fie ca o malformație izolată unilaterală sau bilaterală. De acela alegerea unei metode de tratament optimal capătă o importanță actuală din cauza complicațiilor majore și invalidității copiilor.

### **Material și metode**

Clinica noastră se ocupă de problemele diagnosticului și tratamentului RVR mai mult de 30 ani. Pe măsura modernizării metodelor de diagnostic, profunzimea cunoștințelor noastre în domeniul stării funcționale ale vezicii urinare se schimbau și tehnicile de tratament al RVR.

Studiul nostru se bazează pe analiza unui lot de 753 copii în vârstă de la nou-născuți și până la 15 ani, tratați în secția de urologie pe parcursul anilor 1996-2000, fetițe 499 (66,3%), băieți 254 (33,7%). RVR unilateral s-a depistat la 502 (66,6%) pacienți, bilateral la 251 (33,4%).

Studiul a fost efectuat conform unui protocol standard de examinare, care a inclus examenul clinic, de laborator, ultrasonografic, ritmul urinării, urofluometria mecanică și radioizotopă, cistoadaptometria, urografia, cistouretrografia micțională, scintigrafia dinamică, cistoscopia.

În majoritatea cazurilor RVR gr. I-III, la copiii de vârstă mică, s-a tratat conservativ.

Tratamentul conservativ a inclus

- normalizarea urodinamicii;
- diminuarea proceselor inflamator-microbiene;
- acțiune asupra statusului imunologic al organismului.

Normalizarea pasajului urinar a depins de caracterul disfuncției neurogene a vezicii urinare (hiperreflexie, normoreflexie, hiporeflexie) care a inclus tratament medicamentos și fizioterapeutic. În caz de hipotonie pronunțată considerăm obligatorie aplicarea sondei permanente în vezica urinară timp de 1-2 luni. În caz de obstrucție infravezicală - înlăturarea obstrucției.

De o mare importanță este asanarea infecției urinare. Aceasta poate avea consecințe neașteptate asupra RVR în sensul că, în urma sterilizării urinei, refluxul poate dispărea prin retrocedarea fenomenelor inflamatorii ale vezicii urinare și ureterelor.

Antibioticoterapia se indică conform sensibilității microflorei urinare. Se utilizează preparate din grupa cefalosporinelor sau aminoglicozidelor timp de 7-10 zile, apoi se administrează uroantiseptici care se schimbă la fiecare 10-14 zile, în dependență de evoluția infecției.

Acești pacienți sunt sub evidență dinamică (USG fiecare 6 luni, cistografia 1-2 ori pe an, la necesitate - cistoscopia). În caz de dinamică pozitivă, copiii sunt la evidență timp de 3-5 ani.

Indicațiile către tratament chirurgical sunt:

- pierderea funcției renale mai mult de 15% în caz de reflux gr. I-II;
- reflux gr. III-IV cu prezența schimbărilor organice în segmentul uretero-vezical (lateralizarea și ectopia ureterelor, rigiditatea orificiului ostial) și ineficacitatea tratamentului conservator al RVR gr. III pe parcurs de 12-16 luni.

Intervenția chirurgicală se efectuează numai după normalizarea disfuncției vezicii urinare sau înlăturarea obstrucției infravezicale.

Pe parcursul ultimilor 5 ani s-au efectuat intervenții chirurgicale la 274 copii, pe 362 uretere. Tehnica lui Gregoir s-a efectuat la 191 copii, ureterocistoneoanastomoză tehnica Mebel - 45 copii, alte tehnici la 38 copii.

### **Rezultate și discuții**

Tratamentul chirurgical anti-reflux se efectuează numai după înlăturarea obstrucției infravezicale și ameliorarea cistitei dacă sunt prezente.

Tehnica Gregoir a fost aplicată în caz de reflux gr. II-III și la reflux mai avansat când nu-i necesară rezecția ureterului sinuos.

În beața congenitală a ostiumului, având în vedere existența leziunilor nervoase, care poate fi dedusă din megaureterul asociat cu megavezică, tratamentul trebuie să rezolve atât, problema refluxului cât și a megaureterului. Reimplantarea ureterului va fi, în mod obligatoriu, asociată cu rezecția de scurtare a ureterului, în cazul în care acesta este sinuos.

După procedeul chirurgical considerăm obligator aplicarea sondei permanente în vezica urinară timp de 2-3 zile, tot odată se administrează tratament antibacterian, de dezintoxicare și simptomatic.

Alte tehnici nu practicăm pe larg din cauza traumatizării majore și menținerea cistitei în perioada postoperatorie.

Metoda endoscopică de tratament a RVR cu introducerea soluției de colagen noi o practicăm, iar conform datelor literaturii ea se folosește tot mai rar, din cauza sclerozării țesutului paraureteral și procentului înalt de recidive (25%).

Analiza retrospectivă a pacienților operați a depistat următoarele complicații: recidiva refluxului - la 8% copii (tehnica Gregoir), după alte tehnici - 4%. În 3 cazuri s-a depistat obstrucție în segmentul intramural cu ureterohidronefroză.

### Concluzii

Se poate afirma că cheia dezlegării acestei importante suferințe a aparatului urinar constă în executarea corectă și sistematică a examenului funcțional radiologic ce va stabili și atitudinea terapeutică.

Refluxul vezico-renal de gr. I-III fără dereglarea funcției renale se tratează conservativ. Dacă sunt dereglări de funcție este indicat tratament chirurgical.

Considerăm ca operația de selecție utilizarea tehnicii Gregoir, la pacienții cu reflux de gr. II-III. Avantajul acestui procedeu constă în faptul că se execută extravezical și nu se atinge sistemul fibromuscular al ostiumului și al trigonului. În caz de reflux gr. IV-V cu ureter sinusoid se efectuează rezecția ureterului în 1/3 inferioară fără modelarea lui și ureterocistoneoanastomoză cu procedeu antireflux.

Pacienții cu RVR necesită o supraveghere cel puțin pe parcurs de 5 ani.

### Bibliografie

1. Schaeffer A. J. Infection of urinary tract. Campbell's Urology, 7-th Edition, 1998, v.1, P. 533-614
2. McCarty J.M., Richard G., Huck W. et al. A randomized trial of short-course ciprofloxacin, ofloxacin or trimethoprim/sulfamethoxazole for the treatment of acute urinary tract infection in women. Am J Med. 1999; 106: 292-9.
3. Вишнеvский Е.А., Гусев Н.Б. Обоснование лечения нейрогенного мочевого пузыря пикамелоном у детей с миелодисплазией. Детская хирургия. 1998, № 3. С. 22-25.
4. Зоркин С.Н., Сенцова Т.Б. Роль микрофлоры кишечника в развитии пиелонефрита у детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом. Детская хирургия. 1998, № 4. С. 17-21.
5. Козанская И.В., Бабанин И.А. и др. // Актуальные проблемы детской урологии. - Харьков, 2000. - С. 35-39.
6. Лопаткин Н.А. Пугачёв А.Г. Кудрявцев Ю.В. // Урология. - М., 2002. - С. 47-50.
7. Осипов И.Б. и др. // Актуальные проблемы детской урологии. - Харьков, 2000. - С. 151-154.
8. Пугачёв А.Г. // Материалы 3-го Российского форума «Хирургия 2001». - М., 2001. - С. 424-428.

## NOSOLOGIA CLINICĂ A ENUREZISELOR COPILULUI ȘI EVALUAREA BOLNAVILOR ÎN MEDICINA PRIMARĂ

P. Mogoreanu, N. Iahimovici, A. Curajos

Catedra Pediatrie FPM, USMF «N. Testemițanu»

### Summary

*Study of 1181 children with enuresis show an existence of enuresis's, but not enuresis. Distinguish 5 groups: enuresis caused by anomalies of development of kidneys and urinary path's (38,6%), enuresis caused by disorders of nervous system (33,3%), enuresis caused by primary pielonephritis (24,2%), enuresis caused by dismetabolic disorders of water-salt exchange (2,9%), primary hereditary enuresis (1%). Diagnostic algorithm is described.*

### Actualitatea

Enurezele prezintă afecțiuni frecvente la copii, fiind definite ca emisie involuntară a urinei la copil în vârstă de peste 5 ani. Metodele terapeutice existente în prezent sunt efective numai la un număr mărginit de copii. Una din concepțiile ultimilor ani ai secolului trecut privind enurezele constă în individualizarea tratamentului diferitor forme a enurezisului (P. Cochat, P. Meunier, 1995; H. Conda, P. Cochat 1995; V. Hurdiuc, D. Băjenaru, 1995; G. Lasfargues, 1997). Individualizarea tratamentului necesită în primul rând un diagnostic cauzal precis.

**Scopul lucrării** constă în stabilirea structurii nosologice a enureziselor la copii, care ar permite și individualizarea tratamentului.

### Material și metode

În acest scop au fost investigați 1181 bolnavi cu enureze, aflați la tratament în clinicele de nefrologie, neurologie și urologie timp de trei ani. Au fost studiate minuțios anamneza și împrejurările heterocolaterale ale copiilor, datele obiective, rezultatele investigațiilor obișnuite, a imagisticii re-