

## **Редкий клинический случай использования уретрального катетера для отведения мочи.**

**Волков С.В. Корнеев Е.Ю.**

**72-я Центральная поликлиника МЧС РФ Москва.**

Известно, что в урологической практике встречаются клинические случаи редчайшие, казуистические, а потому крайне интересные. Об одном таком случае мы хотели бы рассказать в данной статье. До настоящего момента нами наблюдается пациент Б., 82 года. Пятнадцать лет назад Б. получил закрытую травму позвоночника при падении с высоты 5 метров. Больной был госпитализирован в нейрохирургическое отделение, где был установлен диагноз: закрытый компрессионный перелом первого поясничного позвонка с частичным нарушением функций тазовых органов. В связи с невозможностью самостоятельного мочеиспускания пациенту была предложена троакарная эпицистостомия, от которой он категорически отказался. Самостоятельно освоив технику выведения мочи эластичным катетером, пациент до настоящего времени пользуется этим методом. Неоднократно обследовался в различных клиниках г. Москвы, где из-за опасности инфекции мочевых путей ему предлагалась троакарная эпицистостомия, от которой Б. так же неоднократно отказывался. В 1995 г. В нашей поликлинике больному Б. была проведена микроволновая терапия без какого-либо клинического эффекта. При морфологическом исследовании биоптата предстательной железы - признаки ДГПЖ. В 2000 г. Возник острый правосторонний орхоэпидидимит. Пациент самостоятельно купировал воспаление приемом ципролета в течение 7 дней. В настоящее время частота катетеризации достигает шесть раз в сутки (3-4 раза ночью, 2 раза днем). Больной по-прежнему использует катетер Нелатона 8F, который после отведения мочи промывает водой и после обрабатывает спиртом. В качестве смазывающего средства использует облепиховое масло. Так же раз в сутки больной самостоятельно промывает мочевого пузырь слабым раствором марганцево-кислого калия. При периодических болях в уретре больной принимает ципролет 500 мг/сутки в течение 3-6 дней, в мочевого пузырь вводит 1% р-р диоксидина. В настоящий момент пациент сохраняет работоспособность, имеет половые контакты с супругой 1 раз в месяц. Объем предстательной железы - 130 см. куб. ПСА в динамике - 24 общий, 4,5 свободный. Представленный нами клинический случай, на наш взгляд, является уникальным, в литературе ничего подобного не описано! Не отвергая канонов урологии, роли инвазии при катетеризации мочевого пузыря в возникновении инфекции (уретрита, цистита, орхоэпидидимита, восходящего пиелонефрита и уросепсиса) вероятно, существует относительность наших знаний о защитных возможностях организма. В данном конкретном случае, периодическая катетеризация мочевого пузыря оказалась более предпочтительной по сравнению с постоянным уретральным катетером при длительном отведении мочи.