

Новітні технології в діагностиці та хірургічній корекції причин нервово-м'язової дисфункції сечового міхура у дітей

Д.В. Шевчук, Данилов О.А., Jurkiewicz В., Русак П.С.

Житомирська обласна дитяча клінічна лікарня, Україна

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Україна

Житомирський державний університет імені І. Франко, Україна

Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. "Dzieci Warszawy" w Dziekanowie Leśnym, Poland

Вступ. Основним проявом нервово-м'язової дисфункції сечового міхура (НМДСМ) є розлад сечовипускання, що полягає у частому/рідкому сечовипусканні, нетриманні сечі тощо. Як правило, НМДСМ є наслідком порушення іннервації сечового міхура, однак значне місце у розвитку НМДСМ займає й інфравезикальна обструкція, причиною якої у дитячому віці є клапани задньої уретри, пролабує уретероцеле та стриктура уретри.

Клапани задньої уретри (КЗУ) – результат формування тонкої, клапаноподібної мембрани із тканин Вольфової протоки, яка проходить у простатичній частині уретри. КЗУ часто асоціюються із хромосомними аномаліями (наприклад, хвороба Дауна), атрезією товстої кишки та краніоспінальними дефектами [Chudleigh P et al., 2004]. При антенатальному ультразвуковому обстеженні КЗУ зустрічаються із частотою 1 на 1250 плодів, тоді як після народження – 1 на 5000-12500 живих новонароджених [Atwell JD., 1983; Gunn TR et al., 1995]. Osama M. Sarhan et al. (2013) довели, що у випадку антенатальної діагностики КЗУ, кращі результати лікування та менш виражені явища хронічної хвороби нирок у подальшому. Уретероцеле – шароподібне випинання інфравезикальної частини сечоводу, найчастіше пов'язаного із верхнім сегментом подвоєної нирки. Частіше зустрічається у дівчаток, із частотою 1 на 4000 народжень. [S. Tekgül et al., 2009].

Успішне застосування мінінвазивних ендуроологічних втручань при КЗУ відмічають і вітчизняні автори (Наконечний А.Й., Наконечний Р.А., 2011).

Таким чином, враховуючи складність патології, високу ступінь враження сечового міхура та нирок при інфравезикальній обструкції у дітей, обумовлюють актуальність запропонованого дослідження з метою більш ширшої діагностики та якомога ранішої хірургічної корекції причини нервово-м'язової дисфункції сечового міхура.

Мета роботи: Встановити місце новітніх технологій в діагностиці та хірургічному лікуванні вроджених та набутих захворювань нижніх сечовивідних шляхів у дитячому віці, що призводять до інфравезикальної обструкції та нервово-м'язової дисфункції сечового міхура.

Матеріали і методи. На базі Житомирської обласної дитячої клінічної лікарні широко впроваджені новітні методи діагностики та лікування вродженої та набутої патології нижніх сечовивідних шляхів які призводять до інфравезикальної обструкції у дітей. Починаючи із 2011 р. проводиться ендоскопічна резекція КЗУ, з 2014 р. – ендоскопічне розсічення уретероцеле та стриктур уретри. Вік хворих від 1 місяця до 18 років.

Результати та обговорення. У 57 (24,4%) хворих, яким була проведена уретроцистоскопія, виявлено КЗУ (I та III тип по Young). Всім цим хворим виконано резекцію клапану по класичній методиці на 5 та 7 годин умовного циферблату із застосуванням резектоскопа фірми «Karl Storz» (11 Ch) та оптичного уретротому фірми «Olympus» (9,5 Ch). 12 (21,1%) хворим проведена контрольна уретроцистоскопія у терміни не раніше 6 місяців. Цим хворим по результатам контрольної уретроцистоскопії була проведена додаткова резекція резидуального КЗУ. В ході контрольного дослідження встановлено, що у 51 (89,5%) хворих, яким проводилась резекція КЗУ відмічалась клінічна та функціональна позитивна динаміка.

Починаючи із 2014 року виконується ендоскопічне розсічення уретероцеле. Всього виконано таких операцій 3 дітям. У 1 випадку процес двобічний. Співвідношення хлопчики:дівчатка становило 2:1. Середній вік хворих 2,2 роки. Оперативне втручання в даних випадках полягало у розсіченні стінки уретероцеле із застосуванням оптичного уретротому фірми «Olympus»

(9,5 Ch) із холодним ножом та/або коагуляцією. Контрольне ультразвукове дослідження у терміні до 6 місяців вказало на зменшення розмірів уретероцеле та зменшення явищ обструктивної уропатії верхній сечовивідних шляхів, ліквідації явищ інфравезикальної обструкції та, як наслідок, покращення процесу сечовипускання. Протягом 2014 р. 1 хворому було виконано ендоскопічне розсічення посттравматичної стриктури уретри (двічі із інтервалом 6 місяців). Подальше спостереження відмітило покращення уродинаміки.

Висновки. 1. Інфравезикальна обструкція повинна бути виключена у всіх хворих із дисфункцією сечового міхура та двобічною патологією нирок та сечоводів чи при комбінації однобічного процесу із нервово-м'язовою дисфункцією сечового міхура (незалежно від віку). 2. Застосування новітнього ендоскопічного обладнання для діагностики та хірургічного лікування вродженої та набутої патології сечовивідних шляхів повинно бути пріоритетним для кожного дитячого хірурга/уролога при ознаках порушення уродинаміки.

Автор: Шевчук Дмитро Володимирович,

к.мед.н., лікар-хірург дитячий хірургічного відділення №2 Житомирської обласної дитячої клінічної лікарні, обласний позаштатний дитячий уролог Департаменту охорони здоров'я Житомирської ОДА, доцент кафедри медико-біологічних основ фізичного виховання та спорту Житомирського державного університету імені І.Франко, асистент кафедри дитячої хірургії НМАПО імені П.Л. Шупика.

12400, Житомирський р-н, с. Станишівка, шосе Сквирське, 6.

Тел.: 0412-34-24-84, e-mail: shevchukdmi@rambler.ru