

Можливості хірургічного лікування нейрогенного сечового міхура у дітей

Данилов О.А., Сеймівський Д.А., Шевчук Д.В.

Нервово-м'язева дисфункція сечового міхура (нейрогенний сечовий міхур) – поліетіологічне та багатогранне захворювання, основними проявами якого є порушення накопичувальної та/або евакуаторної функції сечового міхура, яке, в результаті, потребує ретельної діагностики та тривалого комплексного лікування, що не завжди виявляється достатньо ефективним.

Особливої уваги заслуговують т.зв. рефрактерні до терапії нейрогенні дисфункції сечового міхура у дітей. До найчастіших причин такої дисфункції відносяться переважно вроджені вади розвитку (мієлодисплазії, екстрофія/епіспадія тощо). У США мієлодисплазія зустрічається із частотою 1 на 1000 народжених та у 95% супроводжується нейрогенною дисфункцією сечового міхура (Bauer SB, 1987). Хоча до 30% дітей із розладами сечопуску при мієлодисплазії до первинного оперативного втручання не мали порушень уродинаміки та інших асоційованих із вадою спинного мозку ускладнень (Николаев С.Н. и соавт., 2005). Великої проблеми набуває вказана патологія у тих країнах, де законом заборонено штучне переривання вагітності навіть при антенатально діагностованій аномалії хребта та спинного мозку (наприклад, Польща). Щороку у США на лікування НСМ витрачається 26,3 мільярди доларів, що говорить про величезне економічне значення вказаної патології (Wagner TH, Hu TW, 1998).

Вищевказані аспекти даної патології, відсутність всього комплексу стандартизованих (окрім консервативної терапії) методів лікування, обумовлюють актуальність пошуку додаткових методів комплексного лікування нейрогенної дисфункції сечового міхура. Все частіше проводяться наукові заходи з питань нетримання сечі, все більшого поширення набуває нейроурологія. Триває пошук методів лікування вказаної патології, які б дозволили досягнути тривалої нормалізації сечопуску, що призведе до

фізіологічної та соціальної адаптації хворого (Шмыров О.С., 2007; Гусева Н.Б., 2007).

Протокол дослідження нейрогенної дисфункції сечового міхура у дітей повинен включати в себе ультразвукове дослідження нирок та сечового міхура, мікційну цистографію, уродинамічні дослідження. При комбінації нейрогенної дисфункції із рецидивуючою інфекцією сечових шляхів повинна проводитись динамічна реносцинтиграфія для встановлення ступеня пошкодження нирок. Велике значення надається нейровізуалізаційним методам діагностики тазового дна (КТ та МРТ). Так, встановлено, що лише 37,2% дітей із мієлодисплазією не мають патології нирок, а 78% із тих у кого відмічалась патологія верхніх сечовивідних шляхів мали міхурово-сечовідний рефлюкс (переважно високого ступеню). (Joao Luiz Pippi Salle, 2002; Еликбаева Г.М., 2009; Гаджиев Т.В., 2006; Осипов И.Б. и соавт., 2008).

Враховуючи поліетіологічний характер нервово-м'язевої дисфункції сечового міхура, можна відмітити, що у 37% - це недостатність сфінктерного апарату сечового міхура та дефіцит його ємності, в 22% - лише недостатність сфінктерного апарату, в 11% - високий внутрішньоміхуровий тиск на фоні спастичного скорочення сфінктера, в 4% - гіперактивність детрузора і у 26% причини нетримання сечі були змішані. Виявлено, що 69,4% хворих на мієлодисплазію дітей мають нетримання сечі (Бурханов В.В., 2009).

Порушення інервації сечового міхура призводить до важких гіпоксичних змін у стінці сечового міхура, що погіршує результативність застосування медикаментозних засобів для корекції патології уродинаміки (Осипов И.Б. и соавт., 2008; Гусева Н.Б. 2007).

Результати лікування хворих із нервово-м'язевою дисфункцією відображають необхідність комплексного підходу до вирішення проблем лікування важких форм нетримання сечі у дітей (Бурханов В. В. и др., 2008; Еликбаева Г.М. 2009; Осипов И.Б. и соавт., 2008).

Найважливішим аспектом лікування нейрогенної дисфункції сечового міхура є попередження пошкодження нирок. Уродинамічні дослідження показують, що 62% пацієнтів із мієлодисплазією мають дискоординацію скорочення детрузора і сфінктера і в ряді випадків достатнє застосування перманентної катетеризації та антихолінергічні препарати. У 45% хворих відмічається порушення замикальної властивості сфінктера (Гусева Н.Б., 2007). Деякі автори вказують на переваги виконання урофлоуметрії у домашніх умовах, що дає можливість отримати кращі результати дослідження (Данилов В.В., Вольных И.Ю., 2004). У близько 10% лікування неефективне та потребує хірургічної корекції. В ранньому віці доцільне використання везікостомії (наприклад, по методиці Blocksom), в подальшому можна застосовувати реконструктивні операції (Gerald C. et al., 2003).

До вибору методу хірургічного лікування потрібно підходити строго індивідуально, враховуючи тип нетримання сечі, стан стінки сечового міхура та центральної нервової системи та методів лікування, які були застосовувані у конкретного хворого (Schulte-Baukloh H et al., 2002).

Лише 22,1% хворих із мієлодисплазією для соціальної адаптації достатньо комплексної консервативної терапії, решта хворих потребують різноманітних хірургічних корекцій (не лише урологічних, а й нейрохірургічних) (Осипов И.Б. и др., 2008). Інші автори (Гусева Н.Б. 2007) стверджують, що позитивного ефекту від консервативної терапії вдається досягнути у 72% хворих, однак цей позитивний ефект розцінюється як адекватна передопераційна підготовка. Ряд авторів стверджують, що при відсутності ефекту від консервативної терапії нейрогенної дисфункції сечового міхура у дітей із мієлодисплазією протягом 18 місяців, виникає необхідність у хірургічному лікуванні даної проблеми (Еликбаева Г.М., 2009).

При збереженій скоротливій функції детрузора та детрузорно-сфінктерній диссинергії проводиться блокада детрузора шляхом введення ботулотоксина, етанолу та інших анестетиків (Осипов И.Б. и соавт., 2008).

Найбільш поширеним методом комплексної терапії нейрогенного сечового міхура є перманентна катетеризація сечового міхура. Однак, при неможливості проведення катетеризації, виникає необхідність стомування сечового міхура (в т.ч. методика Mitrofanoff).

Окремої уваги заслуговують методи реконструкції шийки сечового міхура. Однією із найпоширеніших методик при нетриманні сечі є периуретральні ін'єкції об'ємоутворюючих речовин. Однак, згідно літературних даних, вказаний метод є досить малоефективним (до 30%) та утруднює застосування інших методів реконструкції шийки сечового міхура в подальшому (Guys JM et all, 2006; Осипов И.Б. и др, 2008). Також, деякі автори відмічають успішне застосування такого методу оперативного лікування нетримання сечі у хворих із мієлодисплазією як петльова сфінктеропластика аутоканинами (васкуляризованим мязево-апоневротичним клаптом прямого м'язу живота) у комбінації із плікацією шийки сечового міхура, яка дає хороший ефект у 61,7% хворих (Шмыров О.С., 2007).

Існує ряд інших хірургічних методик реконструкції шийки сечового міхура, до яких відносяться:

- Методика Young-Dees-Leadbetter (YDL) (в ряді модифікацій Tanagho, Mollard, Jones);
- Процедура Kropp (модифікації Pippi-Sale, Snodgrass, Koyle);
- Методика Koff та інші.

Перед вибором методу хірургічного лікування нетримання сечі при нерогенній дисфункції сечового міхура у дітей необхідно враховувати ступінь пошкодження іннервації сечового міхура. Так, при збереженій іннервації (наприклад, при екстрофії сечового міхура із епіспадією), доцільне застосування методики YDL. Ефективність застосування вказаної методики (утримання сечі та сечопуск через уретру) – від 75 до 89% (Surer I. et al., 2001, Вака-Jabubiak M, 2000). Однак, на даний час не існує способів радикального хірургічного лікування нейрогенної дисфункції сечового

міхура при порушенні його іннервації (наприклад, як наслідок перенесеної операції з приводу вродженої мієлодисплазії). Розроблені методи сакральної нейростимуляції є виключно паліативними, які дають недостатній клінічний ефект. Тому існує пошук методів хірургічного лікування нейрогенного сечового міхура при порушенні його іннервації для покращення евакуаторної та скоротливої функції сечового міхура, ліквідацію детрузорно-сфінктерної диссинергії.

Для успішного лікування нейрогенної дисфункції сечового міхура, особливо при мієлодиспазії, необхідна клопітка робота уролога, особливо корисною є співпраця з нейрохірургом.

Лише коли пацієнти та/або їх родичі усвідомлюють необхідність, важливість та складність хірургічного лікування нейрогенної дисфункції сечового міхура, лише тоді може бути задовільний результат лікування.