

Užpakalinės šlaplės vožtuvai

Informacinis lapelis tėvams



1 pav.

Užpakalinės šlaplės dalies vožtuvai (UŠV) yra pavojinga gyvybei įgimta šlapimo takų anomalija, kuri nepaisant optimalaus gydymo sukelia inkstų nepakankamumą beveik trečdaliui sergančiųjų. Liga diagnozuojama vaisiaus echoskopijos metu 1 iš 1250 atvejų. Ligos dažnis siekia 1 iš 5000-12 500 gimusių gyvų naujagimių. 1 pav. matomas vaizdas per endoskopą – plonasienės burės, uždarančios šlaplės kanalą.

Kada tai galima įtarti?

Vaisiaus echoskopija atliekama 18 (18-20) nėštumo savaitę. Vaisiaus echoskopijos metu UŠV nesimato. UŠV diagnozė vaisiui įtariama, kai echoskopijos metu stebima visada pilna pūslė, dažniausiai abipusė vaisiaus didelės apimties inkstų vandenė, storasienė šlapimo pūslė, išsiplėtusi užpakalinė šlaplės dalis. Sumažėjęs vaisiaus vandenų kiekis echoskopijos metu kartu su prieš tai išvardintais požymiais nurodo didelio laipsnio šlapimo takų nepraeinamumą.

Diagnostika po gimimo

Renkant gyvenimo istoriją (anamnezę) išaiškėja, kad 78 proc. vyresnių vaikų skundžiasi šlapinimosi sutrikimais (šlapimo susilaikymu, nelaikymu), jiems būdingos pasikartojančios šlapimo takų infekcijos, pilvo skausmai; naujagimiai dėl UŠV sąlygotos šlapimo takų obstrukcijos dažnai būna neramūs, prastai valgo.

Apžiūrint pastebimas kvėpavimo nepakankamumas (stebimas pagalbinių kvėpavimo raumenų darbas), esant dideliame šlapimo takų nepraeinamumo laipsniui – sunki paciento būklė.

Čiuopiant pilvą gali būti randami (jaučiami) inkstai ir padidėjusi šlapimo pūslė, pilvo raumenų įtempimas.

Šlapimo organų echoskopija atliekama kuo anksčiau, kai yra įtariama UŠV diagnozė. Echoskopuojant pastebima abipusė, rečiau vienpusė inksto ir šlapimtakio vandenė, įtempta storasienė šlapimo pūslė, liekamasis šlapimas po pasišlapinimo, šlapimo pūslės divertikulai, daugeliui pacientų pastebimas prostatinės šlaplės dalies, kartais net sėklinių latakų išsiplėtimas, esant dideliame inkstų vandens laipsniui – inkstų vystymosi sutrikimai.

Cistouretrografija (cistogramos) – tyrimas, patvirtinantis užpakalinių šlaplės vožtuvų diagnozę, atliekamas visiems pacientams. Stebima, ar šlapimas grįžta iš šlapimo pūslės į šlapimtakius ir inkstus. Šlapinimosi metu galima matyti užpakalinės šlaplės dalies išsiplėtimą ir vožtuvus.

Cistoskopija. Šio tyrimo metu matomi UŠV, tada operuojantis gydytojas gali atlikti endoskopinį UŠV įpvovimą.

Inkstų scintigrafija atliekama pasirinktinai, kai pastebimi prasti inkstų funkcijos rodikliai ir yra nustatytas vezikoureterinis refluksas.

Būtinai laboratoriniai tyrimai:

Bendras šlapimo tyrimas ir šlapimo pasėlis.

Bendras ir biocheminiai kraujo tyrimai – kreatininas, šlapalas ir elektrolitai įtariant UŠV turėtų būti atidžiai stebimi pirmosiomis dienomis po gimimo. Esant pradiniam serumo kreatinino lygiui (angl. nadir) 80µmol/L tikėtina geresnė prognozė. Taip pat, kai po drenavimo sumažėja <60.

Gydymas

Šlapimo pūslės drenavimas

Gimusiam berniukui įtarus užpakalinių šlaplės vožtuvų diagnozę, turi būti atliekamas šlapimo pūslės drenavimas. Galimi du kateterizavimo būdai: per šlaplę ir suprapubiniu būdu – atveriant pūslę virš gaktikaulio. Kateterizacijos būdą, įvertinus vaiko bendrą būklę, parenka gydantis gydytojas. Nustačius UŠV, šlapimo pūslė privalo būti drenuojama iki tol, kol naujagimio būklė bus pakankamai stabili, kad būtų galima atlikti endoskopinę vožtuvų inciziją ar rezekciją.

Vezikostomija

Jei pacientas per mažas ar prasta bendra jo būklė, kaip alternatyva pūslės kateterizavimui suformuojama vezikostoma – operacijos metu prieinama prie šlapimo pūslės, jos priekinė sienelė atveriamą ir prisiuvama prie odos, taip suformuojama anga, pro kurią laisvai bėga šlapimas iš šlapimo pūslės.

Aukšta šlapimo takų stomija

Jei viršutiniai šlapimo takai yra nepakankamai drenuojami, kartojasi pielonefritas, stebimi negerėjantys inkstų funkcijos rodikliai, reikėtų apsvarstyti galimybę viršutinius šlapimo takus – šlapimtakius išvesti ir prisiūti prie odos, kad šlapimas galėtų laisvai pasišalinti. Šlapimo takų stomos tipą pasirenka operuojantis chirurgas, įvertinęs paciento būklę ir individualią situaciją.

Chirurginis gydymas

Chirurginis gydymas – endoskopinis UŠV įpvovimas taikomas visiems pacientams, kuriems yra nustatyta UŠV diagnozė.

Kai paciento būklė yra pakankamai stabili, o kreatinino vertė mažėjanti, galima svarstyti apie vožtuvų įpvovimą. Atliekant procedūrą naudojami pediatriškai cistoskopai ir rezektoskopai, kai šaltu lenktu peiliuku įpjaunami šlaplės vožtuvai. Įpvovimai atliekami ties 4-5 val., 7-8 val., 12 val. ar visose išvardintose vietose, – tai priklauso nuo vožtuvų dydžio, lokalizacijos ir obstrukcijos laipsnio, kuriuos įvertina operuojantis chirurgas operacijos metu.

Komplikacijos

- Kraujavimas
- Šlaplės striktūros
- Šlapinimosi sutrikimai (susilaikymas ar nelaikymas)
- Ligos recidyvas

Paciento stebėjimas po operacijos

Po operacijos pacientas stebimas gydančio gydytojo. Pirmąją / antrą dieną po operacijos atliekamas būklės vertinimas, o po 24 val. pašalinamas šlapimo pūslės kateteris, stebimas paciento šlapinimasis, atliekama šlapimo takų echoskopija. Hospitalizacija dažniausiai trunka 1-2 dienas po operacijos. Dėl antibiotikų skyrimo prevencijos tikslams sprendžia gydantis gydytojas.

Išrašytas į namus pacientas stebimas pediatro (šėimos gydytojo) pagal gyvenamąją vietą, arba Vaikų ligoninės konsultacijų poliklinikoje gydytojų vaikų chirurgų ir urologų. Po operacinio gydymo pakartotinė vaikų urologo konsultacija skiriama 4-12 savaitę, po UŠV įplovimo - atliekamas kreatinino koncentracijos serume tyrimas, skaičiuojamas glomerulų filtracijos greitis. Esant indikacijoms skiriami kiti reikalingi tyrimai. Pakartotinė cistoskopija su užpakalinių šlaplės vožtuvų rezekcija galima 3 ir 6 mėnesiais po operacijos.

Ligoniai su UŠV turėtų būti stebimi ilgai. Paciento stebėjimą po operacijos taip pat turėtų atlikti vaikų nefrologai. Prastas šlapimo pūslės tampumas, šlapimo pūslės nestabilumas, didelis naktinio šlapimo kiekis arba šių simptomų kombinacija sukelia šlapimo pūslės disfunkciją. Dėl dažnos šlapimo pūslės disfunkcijos su dikoordinacija („vožtuvinė pūslė“, angl. valve bladder), gali vystytis funkcinė infravezikinė obstrukcija, dėl to išlieka papildomo inkstų pažeidžiamumo galimybė. Pacientams su šlapimo pūslės raumens nestabilumu funkcijai pagerinti gali būti skiriamas gydymas vaistais. Esant nepakankamam išsišlapinimui, galima taikyti švarų periodinį kateterizavimą (šlapimo išleidimą iš šlapimo pūslės), kateterio palikimą nakčiai ar skirti vaistus, atpalaiduojančius vidinį sfinkterį.

Vis dėlto nepaisant pacientų būklės stebėjimo ir paskirto tinkamo gydymo ilgainiui nuo 10 iki 47 proc. atvejų tokiems pacientams gali išsivystyti galutinės stadijos inkstų nepakankamumas. Aukštas pradinis kreatinino kiekis, sunki šlapimo pūslės disfunkcija yra rizikos veiksniai, dėl kurių vėliau gali reikėti pakaitinės inkstų terapijos. Esant galutinės stadijos inkstų nepakankamumui ir stabiliai šlapimo pūslės funkcijai, pacientams gali būti atliekamas inkstų persodinimas.

Parengė

VUL Santaros klinikų

Vaikų chirurgijos, ortopedijos ir traumatologijos
centras