

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ *SPINA BIFIDA*

Сарычев С.А., Осипов И.Б., Соснин Е.В., Красильников Д.Е., Осипов А.И.,
Лебедев Д.А., Алексеева Л.А., Щедрина А.Ю.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия

Обоснование. Основными способами минимизировать потери мочи у детей со *Spina bifida* является периодическая катетеризация мочевого пузыря (МП) и антихолинергическая фармакотерапия (АХТ). Однако даже в тех случаях, когда проведение регулярной трансуретральной периодической катетеризации (ПК) и АХТ возможно, нередко сохраняется недержание мочи (НМ) в промежутках между катетеризациями, что требует хирургической коррекции.

Цель: оценить достижимость социально значимых «сухих» промежутков после катетеризации МП у пациентов 4–17 лет с последствиями *spina bifida* после хирургических операций.

Материалы и методы. Ретроспективно рассмотрены отдаленные (не менее 1 года) результаты хирургического лечения 120 детей от 4 до 17 лет со *spina bifida*, резистентными к консервативному лечению НМ, подразумевающему ПК и АХТ. У всех пациентов данной группы отмечалась недостаточность сфинктера и снижение емкости МП. Показанием к хирургической коррекции НМ являлись потери мочи, возникающие ранее 2 часов после опорожнения МП с помощью ПК. Малоинвазивная хирургическая коррекция (ХК) НМ подразумевала эндоскопические инъекции объем-образующего полиакриламидного агента в область шейки мочевого пузыря (от 1 до 3 процедур) и инъекции препаратов ботулотоксина А (от 2 до 5 процедур). К среднеинвазивной ХК относилось формирование континентной везикостомы (КВС) из червеобразного отростка или кишечного сегмента, выполненного у 80 детей. Высокоинвазивной ХК признаны «открытые» вмешательства на шейке МП (просвет сохраняющие сфинктеропластики), закрытие шейки МП (35 детей), аугментационная кишечная пластика МП (25 детей). Оценивались минимальные «сухие» промежутки спустя 1 месяц (ближайшие результаты) и спустя 1 год (отдаленные) после завершения операционных этапов. Хирургические вмешательства проводились поэтапно, от использования малоинвазивных до высокоинвазивных методов. Социально значимым промежутком считался дневной интервал в 3 часа, позволяющий пациенту оставаться сухим при условии соблюдения режима ПК 6 раз в течение суток. При оценке результатов учитывалось также трансстомическое НМ.

Результаты. Малоинвазивная ХК НМ, проведенная у всех 120 пациентов на 1-м этапе лечения, показала высокую эффективность ближайших результатов (77 %) и низкую эффективность (25 %) при отдаленной оценке. Среднеинвазивная ХК (т. е. формирование КВС) оказалась эффективной в 50 % случаев. У 40 пациентов с наличием КВС выполнены вмешательства на шейке МП ± кишечная пластика. Сухой период более 3 часов зафиксирован в отдаленном периоде у 92 % детей.

Заключение. Хирургические вмешательства у детей с последствиями *spina bifida*, направленные на укрепление сфинктерного механизма и увеличение емкости МП, способствуют устранению НМ у пациентов данной группы, существенно повышая их социальную адаптацию. В большинстве таких случаев контроль над мочеиспусканием может быть реализован за счет формирования КВС и перехода в режим трансстомической самокатетеризации. Необходимо также считаться с высоким риском осложнений при выборе высокоинвазивных методов ХК.

Ключевые слова: недержание мочи; периодическая катетеризация; антихолинергическая терапия; мочевой пузырь; хирургическая коррекция.