

**Скобеус И.А., Шкутов А.О., Меньшиков С.А.,
Дубров В.И.**

*Республиканский центр детской урологии,
Минск, Республика Беларусь*

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ДЕТЕЙ.

Актуальность. Среди причин, приводящих к недержанию мочи в детском возрасте, большее значение имеют врожденные пороки мочеполовой системы (экстрофия мочевого пузыря, эписпадия) и нервной системы (миелодисплазия). У таких пациентов недержание мочи является не только медицинской, но и социальной проблемой.

Для лечения таких пациентов предложено значительное количество реконструктивно-пластических операций с использованием местных тканей, ауто- и аллотрансплантатов. Однако, сложность коррекции нарушений уродинамики, отсутствие стандартизированного подхода и высокая частота неудовлетворительных результатов обуславливают необходимость поиска новых способов лечения инконтиненции. Одним из современных методов лечения является эндоскопическая инъекция объемообразующих субстанций в парауретральное пространство.

Цель. Оценить результаты эндоскопической коррекции недержания мочи у детей при врожденных аномалиях мочеполовой и нервной систем.

Материалы и методы. В республиканском центре детской урологии за период с 2009 по 2014 годы эндоскопическая коррекция недержания мочи проводилась 21 пациенту (14 мальчиков и 7 девочек) в возрасте от 2 до 17 лет. Основными причинами инконтиненции являлись: экстрофия мочевого пузыря – 3 человека (14,3%, все мальчики), тотальная эписпадия – 8 (38,1%, из которых 7 мальчиков и 1 девочка), спинномозговая грыжа – 10 (47,6%, из них 4 мальчика и 6 девочек). По типу недержания мочи у одиннадцати детей (52,4%) оно было охарактеризовано как тотальное, у четырех (19%) как смешанное и у шести (28,6%) как стрессовое. Трем пациентам до коррекции проводилась илеоцистоаугментация с континентной кишечной стомой или аппендикостомой, 8 – первичная пластика мочевого пузыря с пластикой полового члена и уретры, 3 – пластика полового члена и уретры, 2 – пластика шейки мочевого пузыря по Державину или Янгу-Дису-Леадбеттеру с пластикой полового члена и уретры, 1 – введение ботулотоксина в стенку мочевого пузыря.

Объемообразующий биodeградирующий имплант (декстраномер с гиалуроновой кислотой – «Дефлюкс») вводили парауретрально во время уретроцистоскопии по эндоскопической игле через рабочий канал цистоскопа. Имплантацию препарата выполняли в области наружного сфинктера в 2 или 3 точках до полного смыкания стенок уретры. Объем введения зависел от возраста пациента и ширины уретры и составлял от 1 до 2 мл. Длительность процедуры 10-20 минут. Дренирование мочевого пузыря после операции не проводилось.

Результаты и обсуждение. Для оценки полученных результатов коррекции использовали субъективную оценку состояния самого пациента или родителей и данные уродинамического обследования. Период наблюде-

ния составил от 1 года до 5 лет.

Только у одного мальчика с тотальной эписпадией, отмечена полная ликвидация симптомов недержания мочи на протяжении 4 лет наблюдения после операции. У 8 пациентов в течении 1-2 месяцев после коррекции наблюдалось значительное улучшение или полное исчезновение инконтиненции. Однако через 3 месяца отмечено возобновление симптомов недержания мочи до прежнего уровня. У остальных 12 детей улучшение континенции не достигнуто даже в раннем послеоперационном периоде. Повторная эндоскопическая коррекция по аналогичной методике в связи с неэффективностью первичной процедуры проведена 5 пациентам, но положительный результат не был достигнут.

Результаты уродинамического исследования, в том числе показатели урофлоуметрии, до и после эндоскопической коррекции не отличались. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдали.

Таким образом, у большинства пациентов получен неудовлетворительный результат эндоскопической коррекции недержания мочи при применении биodeградирующей субстанции. Возможно, необходимо проведение дальнейших исследований с применением «стабильных» имплантов.

Выводы. Эндоскопическая коррекция является малоинвазивным, простым и безопасным методом хирургического лечения недержания мочи у детей. Однако полученные нами результаты при применении биodeградирующего импланта «Дефлюкс» свидетельствуют о нецелесообразности его изолированного применения.