

С. А. Мельникова, Л. Г. Основин, П. Л. Основин, С. Г. Сысоев

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОСПАДИИ*Детская городская клиническая больница №9
г. Екатеринбург***Аннотация**

Оперативные вмешательства по поводу различных форм гипоспадии выполнены за 5 лет 163 мальчикам в основном в возрасте от 1 года до 7 лет. Анализ непосредственных и отдаленных результатов показал высокую эффективность применяемых способов хирургической коррекции сложного порока полового члена у детей.

Ключевые слова: гипоспадия, хирургическая коррекция, дети.

Гипоспадия — один из самых частых пороков развития мочеиспускательного канала у мальчиков. Встречается у 1:125-150 новорожденных мальчиков [1, 2]. На сегодняшний день известно более 200 методик оперативного лечения порока. Несмотря на 170-летний опыт хирургии гипоспадии, процент послеоперационных осложнений остается высоким и достигает, по данным разных авторов, до 50% [1, 2, 3, 4].

Цель работы — оценить эффективность результатов одноэтапной уретропластики при различных формах гипоспадии у детей.

В нашем отделении мальчики с заболеваниями и пороками развития наружных половых органов составляют до 48,2% в структуре пролеченных больных. За период с 2011 по 2014 год в уроandroлогическом отделении было оперировано 163 мальчика с гипоспадией в возрасте от 1 года 9 мес. до 15 лет. От 1 до 3 лет — 65 (39,9%), 4-7 лет — 73 (44,8%), от 8 до 15 лет — 25 (15,3%) пациентов.

Первичных пациентов было 155 (95,1%), оперированных ранее — 8 (4,9%) детей. С передними формами гипоспадии нами было пролечено 79 (48,5%) мальчиков, со средней (среднестволовая) — 74 (45,4%) ребенка, и с задней формой — 10 (6,1%). У 96 (58,9%) мальчиков выявлена деформация кавернозных тел: локальное искривление — 86 детей, тотальная деформация у 10, максимальное количество детей (43) было в младшей возрастной группе. В возрасте от 4-7 лет грубая тотальная деформация ствола диагностирована в 3 случаях. В старшей возрастной группе варианты деформации были равными (2).

В процессе операции проводилась тщательная мобилизация кожи ствола полового члена до его основания, для исключения кожной торсии и создания мобильного кожного лоскута. При этом было отмечено, что в большинстве случаев причиной искривления и ротации полового члена являлись выраженные рубцовые сращения кожи и фасции Buck' s. После их рассечения и диссекции кожи проксимальнее меатуса удавалось достичь полного выпрямления и удлинения полового члена. Выраженная хорда имелась только у 2 (%) больных с мошоночной формой гипоспадии, она иссекалась полностью. Линия шва неоуретры укрывалась диэпителизированным кожным лоскутом. Для формирования неоуретры используется монофиламентная нить PDS 6/0 и 7/0, но предпочтение отдается последней. В послеоперационном периоде деривация мочи осуществлялась с помощью ПВХ катетера возрастного диаметра, но не менее 8 Fr. Операция завершается наложением давящей, шинирующей глицириновой противоотечной повязкой с использованием эластичного бинта сроком на 7 дней. Уретральный катетер удаляли на 8-9 сутки. Двухэтапные методики применялись у 10 детей при задней форме гипоспадии с выраженным искривлением полового члена. Использовались такие методики, как Snodgrass, — 121 (74,2%), Mathieu — 12 (7,4%), MAGPI — 3 (1,8%), Duplau в модификации — 27 (16,6%).

Детей после операции осматривали через 1 месяц, обращали внимание на расположение меатуса, степень рубцового процесса на коже ствола полового члена, характеристики струи

при мочеиспускании, через 3 месяца дополнительно выполняли урофлоуметрию, УЗИ и УЗДГ органов мошонки и полового члена и оценку косметического результата. Всем мальчикам на линию шва проводились аппликации тизоль с лидазой 64 ЕД в течение 2 месяцев. Ухудшения гемодинамических показателей, уменьшения размеров полового члена и гонад не выявлено ни у одного ребенка.

Осложнения в виде стриктуры уретры наблюдались при использовании методики Snodgrass — 2 (1,6%) со среднестоловой и задней формой гипоспадии. Стеноз головчатого отдела устранен бужированием уретры. Показатели тока мочи при контрольном исследовании были у всех детей в пределах нормы. Свищи неоуретры встречались при первичной операции — 9 (5,5%) и 2 при повторной — (1,2%) при применении методики Mathieu — 5 (41,6%), Snodgrass — 6 (4,9%). Наибольшее количество осложнений наблюдалось у детей

старшего возраста. Осложнения в виде свищей устранены укрыванием линии швов диэпителизированным лоскутом. Несмотря на нередкое несоответствие взглядов со стороны хирурга и родителей на косметические данные, не было получено ни одного осложнения в виде отрицательного результата.

Проведя анализ использованных в нашей клинике уретропластик при различных формах гипоспадии, мы пришли к выводу, что достичь полного выпрямления полового члена, минимального процента осложнений, хорошего косметического и функционального результата во всех группах детей удалось с применением наиболее эффективных одноэтапных методик — Snodgrass и Duplau в модификации, высококачественного шовного материала, а также благодаря длительному динамическому наблюдению уролога в послеоперационном периоде с оценкой параметров тестикулярного кровотока и показателей тока мочи.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Детская хирургия: национальное руководство/под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1168 с.
2. Лопаткин Н. А. Руководство по урологии/Н. А. Лопаткин. — М.: Медицина, 2009. — 1024 с.
3. Рудин Ю. Э. Алгоритм лечения гипоспадии в детском возрасте. Опыт 294 наблюдений/Ю. Э. Рудин // Новое в диагностике и лечении андрологических больных: тез. докл. регион. науч.-практ. конф./Под ред. В. Н. Журавлева. — Екатеринбург, 2001. — С. 113.
4. Файзулин А. К. Одноэтапная коррекция гипоспадии у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.35/Файзулин Айвар Карибович; РГМУ. — М., 1995. — 24 с.

С. А. Мельникова, Л. Г. Основин, И. В. Карпачева, С. Г. Сысоев

ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА МАЛЬЧИКАМИ СО СКРЫТЫМ ПОЛОВЫМ ЧЛЕНОМ

*Детская городская клиническая больница № 9
г. Екатеринбург*

Аннотация

Скрытый половой член (СПЧ) относится к редким порокам развития наружных половых органов (0,6%) у детей. Представлены результаты лечения 35 мальчиков с СПЧ, обоснован алгоритм диагностики на до- и послеоперационном этапе. Разработана собственная методика оперативной коррекции СПЧ.

Ключевые слова: скрытый половой член, оперативное лечение, дети.

Скрытый половой член (СПЧ) — порок развития полового члена (ПЧ), характеризующийся нормально развитыми каверноз-

ными телами, но аномально расположенными в окружающих тканях лобковой области или мошонки, проявляющийся в визуальном