

Староверов О.В.

ПРЕПУЦИОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ФИМОЗА У ДЕТЕЙ

Детская клиническая городская больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва

Staroverov O.V.

PREPUTIOPLASTY IN THE TREATMENT OF PHIMOSIS IN CHILDREN

Children's City Hospital № 9 named after G.N. Speransky

Резюме

В статье приводится собственный опыт выполнения препуциопластики у больных фимозом. С 2005 по 2010 г. в ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского пластика препуция была выполнена 45 мальчикам с относительным сужением крайней плоти. Возраст пациентов от 3-х до 17 лет (средний возраст – 9,5 лет). В данной группе больных сужение было ликвидировано одним разрезом у 20 больных (44%). Если сужение оставалось, проводили аналогичные разрезы последовательно на 3–9–6 часах, до ликвидации сужения (14 больным потребовалось 2 разреза (31%), 8 – 3 (18%), 3 – 4 (7%)). Повязку не накладывали. Раны велись открытым способом с обработкой швов йодопионом. Во всех случаях был получен хороший косметический и функциональный результат.

Ключевые слова: фимоз, пластика крайней плоти, препуциопластика

Abstract

In this paper we perform our own experience phimosi preputioplasty patients. From 2005 to 2010. Children's City Hospital №9 named after G.N. Speranskogo plastic prepuce was performed 45 boys with a relative narrowing of the foreskin. The age of patients from 3 to 17 years (see age of 9,5 years). In this group of patients with the elimination of the restriction was achieved by one incision in 20 patients (44%). If the narrowing of the left, then held a similar cuts 3–9–6 in sequence on the clock, to eliminate the restriction (14 patients took two of the cut (31%), 8 – 3 (18%), 3 – 4 (7%)). The bandage is not superimposed. The wounds were open to the processing of joints yodopiron. In all cases, was obtained by a good cosmetic and functional result.

Key words: phimosi, the foreskin of plastic, preputioplastika

Введение

Фимоз (от греч. *phimosi* – стягивание, сжатие) – сужение крайней плоти, препятствующее выведению головки полового члена.

Фимоз принято делить на врожденный и приобретенный, а врожденный фимоз, в свою очередь, делится на физиологический и патологический (рис. 1). Термин «физиологический фимоз» обозначает абсолютно нормальное состояние крайней плоти у детей раннего возраста. У новорожденного мальчика внутренний листок крайней плоти, как правило, сращен с головкой полового члена, отсутствует препуциальное пространство, что исключает свободное выведение головки. После рождения происходит созревание структур полового члена. Вначале в результате десквамации эпителия между внутренним листком крайней плоти и головкой появляются небольшие полости, которые, сливаясь, увеличиваются в размере, формируя препуциальное пространство. Постепенно внутрен-

ний листок крайней плоти отделяется от головки полового члена. Только 4% мальчиков рождается с полностью открывающейся головкой. Однако уже к 2-м годам обнажить головку невозможно лишь у 20% детей, а к 3-м – только у 10%. Эти данные приводятся в фундаментальной статье D. Gairdner [8], вышедшей в 1949 г., на которых основывался срок выжидательной тактики до 3-летнего возраста ребенка, приводимый во многих отечественных и зарубежных руководствах по детской хирургии [2, 5]. В настоящее время эту границу следует признать условной, так как процесс отделения крайней плоти, хотя и медленнее, происходит и далее, и к 17 годам фимоз встречается только у 1% мальчиков. При патологическом врожденном фимозе выделяют атрофическую и гипертрофическую формы. Первая характеризуется гипоплазией, истончением крайней плоти, плотно охватывающей головку полового члена (рис. 2а), во втором случае имеется избыток крайней плоти, так называемый «хоботок», пре-

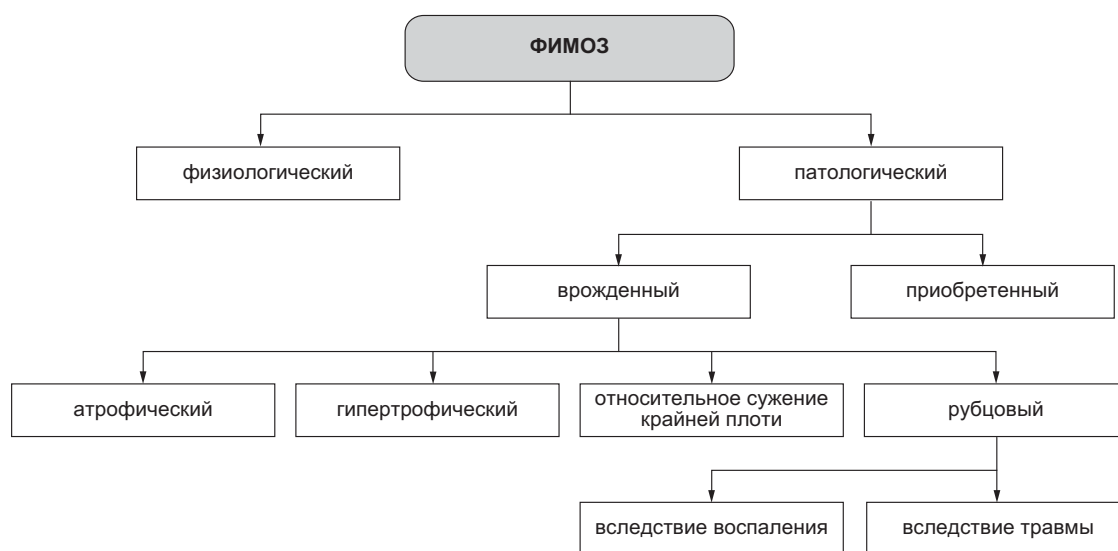


Рис. 1. Классификация фимоза

пятствующий выведению головки (рис. 2б). На наш взгляд, такие формы фимоза не всегда неизбежно требуют хирургического лечения, и у ряда больных проблема решается в процессе роста и созревания тканей головки полового члена. В зависимости от клинических проявлений возможны выжидательная тактика, консервативное или оперативное лечение. Существует еще один вид фимоза, когда внутренний листок крайней плоти сужен относительно ствола полового члена (рис. 3). В этом случае обнажить головку можно, но при отведении крайней плоти образуется кольцо, сдавливающее кавернозные тела. Наружный листок крайней плоти при этом хорошо развит и не мешает обнажению головки. В том, что причиной данной патологии является именно внутренний листок крайней плоти, доказывается тем, что при рассечении этого суживающего кольца зона швов оказывается внутри препуциального мешка. Б.Н. Хольцов так описывал подобное патологическое состояние: «При гипертрофической форме фимоза самая узкая часть, препуциальное кольцо, помещается не в конце крайней плоти, а он находится в глубине воронкообразного вдавления наружного листка крайней плоти» [6]. В раннем возрасте относительное сужение крайней плоти приводит к болезненным ощущениям при попытках обнажить головку, что часто трактуется как гипертрофический фимоз: подростки жалуются на боль во время эрекции, а у взрослых такое патологическое состояние делает невозможной половую жизнь.

Приобретенный фимоз характеризуется выраженным рубцовым сужением крайней плоти (рис. 4), причинами которого являются рецидивирующий баланит и травма крайней плоти (наиболее часто вследствие необоснованных попыток выведения головки полового члена у детей раннего возраста). Приобретенный рубцовый фимоз требует обрезания крайней плоти.

Операция при фимозе может быть осуществлена двумя способами – рассечением крайней плоти или ее обрезанием. При рассечении крайней плоти косметический результат операции неудовлетворительный, так как остаются два больших кожных лоскута. Для того чтобы улучшить косметические результаты вмешательства, были разработаны методы пластики крайней плоти: операции Госсе (спиральная пластика крайней плоти), Розера, Шлоффера, Гагедорна, Вельша и др. [3]. Эти операции трудоемки и часто не приводят к желаемому косметическому эффекту или осложняются рубцеванием крайней плоти. При относительном сужении крайней плоти возможна пластика крайней плоти путем рассечения сдавливающего препуциального кольца.

Материал и методы исследования

С 2005 по 2010 г. в Детской городской клинической больнице №9 им. Г.Н. Сперанского пластика препуция была выполнена 45 мальчикам с гипертрофическим фимозом, относительным сужением



Рис. 2. а — атрофический фимоз,



б — гипертрофический фимоз



Рис. 3. Относительное сужение крайней плоти: при выведении головки образуется кольцо, сдавливающее ствол полового члена



Рис. 4. Рубцовый фимоз

крайней плоти. Возраст пациентов – от 3-х до 17 лет (средний возраст – 9,5 лет).

Методика операции. Оперативное лечение выполняли под наркозом или местной анестезией (у старших детей) (рис. 5). Москитом аккуратно разделяли синехии крайней плоти (если они имеются), после чего обнажали головку полового члена и оценивали сдавливающее половой член узкое кольцо внутреннего листка крайней плоти. Первоначальный разрез всегда проводили на 12 часах условного циферблата суживающего кольца. Длина разреза кожи колебалась от 5 до 15 мм. Москитом раздвигали подлежащую мясистую оболочку так, что становилась видимой фасция Буск. Гемостаз осуществляли электрокоагуляцией. В тех случаях, когда разрез приводил к ликвидации суживающего кольца и свободному обнажению головки, операцию заканчивали сшиванием разреза кожи в поперечном направлении

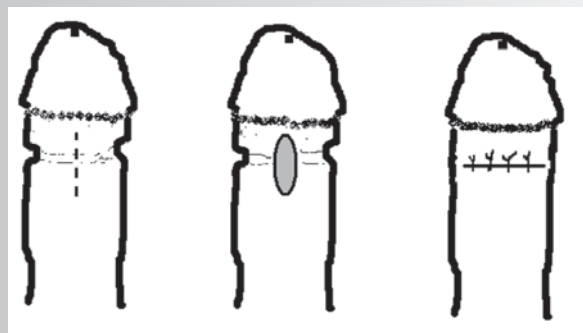


Рис. 5. Схема операции препуциопластики: в зоне сужения проводят продольный разрез кожи, образовавшийся дефект зашивают в поперечном направлении

нии (швы узловые Vicril-rapid 5/0). В данной группе больных (20 человек, 44%) сужение ликвидировали одним разрезом. Если сужение оставалось, проводи-

ли аналогичные разрезы последовательно на 3–9–6 часах, до ликвидации сужения (14 (31%) больным потребовалось 2 разреза, 8 – 3 (18%), 3 – 4 (7%)). Повязку не накладывали. Раны велись открытым способом с обработкой швов йодопираном.

Данная методика у 17 (38%) больных сочеталась с одновременным проведением других оперативных вмешательств: у 10 детей – с пластикой короткой уздечки крайней плоти, у 2-х – с операцией Иванисевича и по одному пациенту – с пластикой перепончатого полового члена, иссечением гигромы сустава, коррекцией пузырно-мочеточникового рефлюкса (эндоколлагенопластика), пластикой пупочной грыжи и водянки оболочек яичка.

Во всех случаях был получен хороший косметический и функциональный результат. У 10 детей отмечался умеренный отек крайней плоти, который проходил в течение 2–3-х суток. Таким детям в послеоперационном периоде назначали магнитотерапию на половой член.

Обсуждение результатов исследования

Крайняя плоть – одно из древнейших анатомических образований у живых существ на Земле. Она развилась у приматов (к которым относится человек и некоторые обезьяны), по меньшей мере, 65 млн лет назад (Martin R.D., 1990). Крайняя плоть – это органичная часть полового члена, служащая для защиты кожи головки и слизистой meatуса от внешнего воздействия, также препуциум является как бы запасом кожи, который требуется при увеличении полового члена во время эрекции. В коже крайней плоти огромное количество тактильных (реагирующих на прикосновение) рецепторов, относящихся к классу наиболее чувствительных, характерных, например, для кончиков пальцев, а головка полового члена обладает значительно меньшей чувствительностью, сравнимой с чувствительностью подошвы. Уменьшение количества и качества тактильных рецепторов продлевает половой акт за счет снижения интенсивности ощущений. Крайняя плоть хорошо кровоснабжается, там есть гладкомышечные клетки, способные сокращаться или расслабляться при изменении окружающей температуры. При понижении температуры они сокращаются, и крайняя плоть плотно охватывает и закрывает головку, выполняя защитную функцию. Этому процессу способствует наличие большого количества эластических волокон, благодаря которым крайняя плоть возвращается

на свое место после сдвигания или эрекции. У северных народов нет традиции обрезания крайней плоти. В условиях низких температур крайняя плоть защищает головку полового члена от поражения холодом [4]. В препуциальном пространстве содержится небольшое количество жидкости, состоящей из секрета уретральных желез, семенных пузырьков и простаты. Благодаря этой жидкости облегчаются смещение кожи препуция с головки полового члена и фрикционные движения во время полового акта. Воспаление крайней плоти не характерно для детей раннего возраста: когда внутренний листок крайней плоти сращен головкой, препуциальное пространство отсутствует, что препятствует проникновению инфекции. Исключение составляют дерматиты промежности, в том числе на половых органах, вследствие ношения памперсов. Баланопоститы более характерны для мальчиков, у которых головка полового члена уже открывается, при несоблюдении гигиенических мероприятий. Сmegма, накапливающаяся между крайней плотью и головкой, у мальчиков служит причиной воспаления, так как она ограничена от контакта с наружной средой сращениями внутреннего листка крайней плоти с головкой. Более того, smegma играет положительную роль в процессе отделения внутреннего листка крайней плоти от головки, накапливаясь, она отодвигает крайнюю плоть. Положительную роль в постепенном выведении головки оказывают и эрекции, присущие мальчикам с самого раннего возраста, которые за счет постепенного растяжения и сдвигания крайней плоти с головки приводят к ее освобождению. Учитывая физиологическое значение крайней плоти, желательно стремиться к ее сохранению, что вполне возможно при некоторых формах фимоза. Появились рекомендации по сохранению крайней плоти у больных с другими заболеваниями полового члена, в частности при операциях по поводу гипоспадии, даже в том случае, если проводится декutánизация (смещение кожи со ствола полового члена к его основанию), как правило, сопровождающаяся отеком крайней плоти [10]. В последнее десятилетие различные варианты препуциопластики активно разрабатываются и получают распространение, особенно широко в европейских странах. Препуциопластику выполняют в разных модификациях: применяют различные формы разреза, меняют зону его проведения, есть рекомендации не накладывать швы на операционную рану, что, по мнению авто-

ров, улучшает косметический эффект операции [7, 9, 11–14]. При использовании данного вида вмешательства уменьшается операционная травма, сокращается время операции, практически отсутствует кровотечение, значительно легче протекает послеоперационный период, сохраняется крайняя плоть.

Выводы

При лечении фимоза желательно сохранять крайнюю плоть. При всех формах врожденного фимоза при отсутствии осложнений необходимо наблюдение минимум до 3-летнего возраста. Показанием к операции является рецидивирующий баланит. Истинное нарушение уродинамики при врожденном фимозе встречается редко, оно характерно для выраженного рубцового сужения препуциального кольца. Раздувание крайней плоти во время мочеиспускания при гипертрофическом фимозе не наносит вреда вы-

шележащим мочевым путям и не является показанием к проведению обрезания [15]. После 3-летнего возраста в зависимости от выраженности фимоза и желания родителей возможны наблюдение, консервативная гормональная терапия [15] или оперативное лечение. При относительном сужении крайней плоти оптимально проведение препуциотомии.

Пластика крайней плоти при лечении фимоза позволяет получить хорошие функциональные и косметические результаты при минимальном количестве осложнений и позволяет сохранить крайнюю плоть у больных. Операция проста технически, малотравматична, у старших детей выполняется под местной анестезией. Препуциопластика может быть рекомендована как операция выбора при лечении таких больных.

Противопоказанием к проведению препуциопластики является рубцовое изменение крайней плоти, которое требует проведения обрезания.

Список литературы

1. Оперативная урология/Под ред. Н.А. Лопаткина, И.П. Шевцова. – Л., 1986.
2. Биезинь А.П. Детская хирургия. – М., 1964.
3. Лопаткин Н.А., Даренков А.Ф., Горюнов В.Г. Урология. – М., 1992.
4. Староверов О.В. У вас родился мальчик. – М., 2007.
5. Терновский С.Д. Хирургия детского возраста. – М., 1959.
6. Хольцов Н. Частная урология. – Л., 1928.
7. Dissanti A., Ginesu G., Iannuccelli M. et al. Phimosi. Preputial plasty using transversal winder on dorsal side with EMLA local anesthetic cream // J. Pediatr. Surg. – 2005. – Vol. 40, №4. – P. 713–715.
8. Gairdner D. The fate of the foreskin // BMJ. – 1949. – Dec. 24. – P. 1433–1437.
9. Efstratios Christianakis. Sutureless prepuceplasty with wound healing by second intention: An alternativesurgical approach in childrens phimosi treatment // BMC Urol. – 2008. – Vol. 8. – P. 6.
10. Haseebuddin M., Brandes S.B. The prepuce; preservation and reconstruction // Curr. Opin. Urol. – 1999. – Vol. 18, №6. – P. 575–582.
11. He Y., Zhou X.H. Balloon dilatation treatment of phimosi in boys // Clin. Med. J. (Engl.). – 1991. – Vol. 104, №6. – P. 491–493.
12. Holmlund D.E. Dorsal incision of the prepuce and skin closure with Dexon in patients with phimosi // Scand. J. Nephrol. – 1973. – №7. – P. 97–99.
13. Impellizzeri P., Turiaco N., Anytonuccio P. et al. Preputioplasty in the treatment of phimosi in pediatric age. Indications and results // Minerva Pediatr. – 2006. – Vol. 58, №1. – P. 15–19.
14. Lane T.M., South L.M. Lateral preputioplasty for phimosi // J. Coll. Surg. Edinb. – 1999. – Vol. 44, №5. – P. 310–312.
15. Paddy A. Dewan. Treating phimosi // MJA. – 2003. – Vol. 178, №4. – P. 148–150.

Авторы

Контактное лицо:
СТАРОВЕРОВ
Олег Васильевич

Кандидат медицинских наук, врач отделения урологии ГБУЗ ДГКБ №9
им. Г.Н. Сперанского. 121087, Москва, ул. Новозаводская, д. 8, корп. 3, кв. 164.
Тел.: 8 (910) 436-26-08. E-mail: staroverov2002@mail.ru.