

РЕЗУЛЬТАТЫ «ДВУХМОМЕНТНОЙ» ТАКТИКИ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ГИПОСПАДИИ

*М.Ф. Трапезникова, В.В. Дутов, А.Б. Соболевский, Д.В. Романов,
А.Г. Долгов, К.В. Поздняков, А.Н. Шibaев
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва, Россия*

Гипоспадия известна человечеству на протяжении многих веков. Впервые описал этот порок развития и дал ему название Гален (I-II в. н. э.). Несмотря на многовековую историю вопроса, до сих пор нет определения, которое однозначно описывало бы этот порок и включало бы в себя все его клинические формы. Учитывая его разнообразные клинические проявления, мы в своей работе под термином «гипоспадия» понимаем следующее. Гипоспадия является аномалией развития мочеполовой системы. Она представляет собой недоразвитие дистальной части уретры и выражается в искривлении полового члена и/или проксимальной дистопии меатуса. Это распространённая аномалия, ее частота составляет 1-4% у пациентов урологического профиля [1, 2, 3, 7, 8].

Многие авторы отмечают выраженное возрастание частоты этого порока на фоне общей тенденции ухудшения репродуктивного здоровья населения, особенно заметной в регионах с развитой и активно развивающейся экономикой. По данным Минздрава Московской области, с 1996 по 2001 г. число заболеваний мочеполовой системы увеличилось с 26,9 до 36,9 случаев на 1000 детей в возрасте до 14 лет. На этом фоне отмечен рост частоты врождённых аномалий с 12,7 до 16,2 случаев на 1000 детей.

Несмотря на значительное число публикаций в отечественной и зарубежной литературе, некоторые важные вопросы диагностики и лечения гипоспадии остаются нерешёнными. Множество предложенных методов оперативной коррекции порока свидетельствует о неудовлетворённости авторов результатами лечения. По разным данным, частота осложнений варьирует от 10 до 60% [11]. Некоторые важные аспекты ведения больных в послеоперационном периоде, вопросы отведения мочи изучены недостаточно, а рекомендации разных исследователей носят противоречивый характер [4, 6, 9].

Выработка рациональной тактики своевременного и адекватного лечения является обязательным условием, позволяющим достичь хороших результатов реабилитации этой тяжёлой категории больных [10].

Основной целью оперативного лечения гипоспадии является устранение функционального и косметического дефектов, связанных с искривлением полового члена и проксимальной дистопией меатуса. Лечение гипоспадии включает в себя два последовательных этапа: выпрямление полового члена и реконструкцию недостающего участка уретры.

Перед началом оперативного лечения составляется перспективный план лечения, в соответствии с которым определяются задачи каждого этапа оперативной коррекции и происходит выбор метода для их реализации. Определяющими показателями при выборе методов лечения являются размеры полового члена, расположение его головки, количество крайней плоти и кожи полового члена, перимеатальные ткани, сосудистый рисунок, степень искривления и выраженность хорды, анатомо-топографические особенности мошонки (расщепление, транспозиция), наличие сочетанных аномалий развития.

При составлении перспективного плана лечения необходимо соблюдать преемственность методов, используемых на различных этапах коррекции. Поэтому каждый этап лечения создает условия для выполнения последующего или является логичным продолжением предыдущего.

С 1980 по 2003 г. проведено лечение 127 пациентов в возрасте от 9 мес. до 40 лет, страдающих различными формами гипоспадии. У 106 из них лечение закончено, и они выписаны с выздоровлением, остальные (21 пациент) проходят лечение в настоящее время. Дошкольники составили лишь 45,67%, пациенты в возрасте от 7 до 20 лет – 47,24%, старше 20 лет – 3,15%, старше 30 лет – 3,94%.

Лёгкие формы гипоспадии – головчатая и околочленчатая – отмечены у 39 пациентов (30,71%). Чаще всего встречалась стволовая гипоспадия (36,22%), реже – более тяжёлые формы – пеноскротальная (11,02%), мошоночная (11,81%), промежностная (2,36%). Гипоспадия типа хорды отмечена в 7,87% наблюдений.

Выбор лечения напрямую зависел от формы заболевания. Меатотомия выполнялась сразу по выявлении меатостеноза (51 операция). У 38 пациентов с головчатой или околочленчатой формами гипоспадии с отсутствием искривления и нарушения мочеиспускания дальнейшая коррекция не проводилась.

Выпрямление кавернозных тел (89 операций) во всех случаях осуществлялось посредством иссечения фиброзных тканей через продольный разрез по вентральной поверхности полового члена. Послеоперационная рана ушивалась продольно (60 наблюдений) или с формированием встречных треугольных лоскутов по Лимбергу – Савченко (29 больных).

Использованные на этапе выпрямления кавернозных тел методы закрытия образовавшегося дефекта в большинстве своём не позволяли создать достаточных кожных ресурсов для последующей уретропластики из тканей полового члена. Поэтому для формирования недостающего отдела уретры большой протяжённости часто использовался метод Сесил, привлекающий ткани мошонки (63 пациента). При достаточных кожных ресурсах использовалась методика Duplay (70 операций). Выбор используемого метода определялся протяжённостью недостающего отдела уретры после полноценного выпрямления кавернозных тел и количеством пластического материала.

Из 348 операций 78 протекали с осложнениями. В послеоперационном периоде 26 осложнений было купировано, и они не повлияли на результаты лечения.

Дополнительные оперативные вмешательства были проведены в связи с 48 развившимися осложнениями, из них в 16 наблюдениях (33,33%) нарушение заживления раны и воспалительные изменения сопровождались латентной бактериурией при отсутствии изменений в общем анализе мочи. У 7 больных (43,75%) развитие этих осложнений носило повторный характер. В посеве выявлена сапрофитная и неспецифическая грамотрицательная микрофлора в низком диагностическом титре и дрожжевые грибки. Во всех наблюдениях осложнения носили гнойно-воспалительный характер. Из 48 осложнившихся операций 17 (35,42%) выполнялись по поводу осложнений повторно.

На первом этапе лечения гипоспадии – выпрямлении кавернозных тел – основным осложнением являлась повторная деформация полового члена (13,48%). Всего проведено 77 первичных операций выпрямления кавернозных тел и 12 повторных.

Развитие рецидива меатостеноза наблюдалось у 5 пациентов (9,62%). Три операции выполнены повторно по поводу рецидива этого осложнения при околоренальной форме гипоспадии. При стволовой форме гипоспадии рецидив меатостеноза развивался почти вдвое чаще (16,67%), чем при головчатой или околоренальной формами (7,69%).

На втором этапе лечения – при реконструктивно-пластических операциях по формированию неоуретры – образование свищей уретры являлось самым частым и типичным осложнением, оно отмечено у 22 больных. Наибольшее число послеоперационных осложнений наблюдалось при выполнении уретропластических операций по методу Duplay. Они составили от 8,33% при формировании небольших участков неоуретры до 83,33% при формировании висячей уретры на всём протяжении.

Осложнения после уретропластических операций по методу Сесил отмечались реже, несмотря на большую протяжённость создаваемого отдела уретры. На этапе формирования неоуретры осложнения составили 11,11%, тогда как на этапе разъединения кавернозных тел и уретры – 12,7%. При этом лишь в половине наблюдений они были связаны с вновь сформированным мочеиспускательным каналом (6,35%).

Среди наиболее частых и характерных осложнений при лечении гипоспадии следует отметить свищи искусственной уретры, рецидив деформации кавернозных тел и стеноз наружного отверстия неоуретры. В совокупности они составили 80,77% всех наблюдавшихся нами осложнений. К общим причинам их развития следует отнести нарушения регенерации местного характера, в первую очередь – нарушения трофики и ишемию тканей вследствие их избыточного сдавления, а также нарушения микроциркуляции. Предпринимае-

мые по этому поводу действия должны быть направлены на устранение этих патогенетических факторов. Следует соблюдать технику наложения швов, при необходимости выполнять частичное снятие швов с целью декомпрессии, адекватно дренировать рану.

Количество осложнений при реконструктивно-пластических операциях на уретре тесно связано с протяжённостью формируемого участка уретры. Влияние этого фактора особенно заметно при анализе причин осложнений уретропластических операций по методике Duplay. Десятикратный рост числа осложнений происходит по мере увеличения длины формируемой уретры, что сводит на нет эффективность этой методики при протяжённых уретропластиках. В таких случаях гораздо более эффективной и стабильной по количеству осложнений показала себя методика Сесил: в наших наблюдениях применение этой методики повлекло за собой развитие 11,11% осложнений, что, по данным литературы, соответствует хорошим результатам при реконструктивных операциях подобного объёма [5].

Результаты формирования неоуретры на значительном протяжении, как и результаты лечения осложнённых форм гипоспадии, во многом зависят от выбора метода деривации мочи в послеоперационном периоде. В таких случаях преимущество должно отдаваться цистостомическому дренажу, поскольку другие методы не могут обеспечить адекватной деривации [4].

Основной причиной рецидива деформации являлся гипертрофический рубец в зоне предшествовавшей операции. Развитие вторичных рубцовых изменений с деформацией проявлялось в более позднем послеоперационном периоде и обычно было связано с ранними осложнениями. Анализируя причины рецидива искривления кавернозных тел, отметим, что необходимость повторных операций чаще возникала после продольного ушивания раны (16,98%), чем после выполнения кожной пластики встречными треугольными лоскутами (12,5%).

При стволовой форме гипоспадии рецидив меатостеноза развивается вдвое чаще (16,67%), чем при головчатой или околорубчатой формах (7,69%). Это различие мы связываем с объёмом оперативного вмешательства, так как при стволовой форме меатотомия сопровождалась выпрямлением кавернозных тел и проксимальным перемещением меатуса.

Рост волос в неоуретре выявлен у пациентов в подростковом возрасте и связан с неадекватным выполнением предварительной эпиляции при использовании в качестве пластического материала кожи мошонки. Остальные осложнения являлись практически единичными, в связи с чем проследить закономерности их развития затруднительно.

Таким образом, основными причинами развития послеоперационных осложнений при «двухмоментной» тактике коррекции гипоспадии являются недостаточная оценка хирургом кожных ресурсов и технические погрешности в процессе выполнения операции, а также

своевременно не выявленные воспалительные изменения мочевых путей и нарушения регенераторных способностей тканей. Анализ причин развития осложнений, разработка эффективных методов их профилактики и лечения позволяют значительно улучшить результаты оперативной коррекции гипоспадии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Люлько А.В., Волкова Л.Н., Горев Б.С. // Урология (Киев). – 1981. – Вып. 15. – С. 96-100.
2. Лопаткин Н.А., Люлько А.В. Аномалии мочеполовой системы. – Киев, 1987. – 416 с.
3. Трапезникова М.Ф., Соболевский А.Б., Уренков С.Б. // Актуальные проблемы медицины. – М., 1993. – С. 52-55.
4. Arda I.S., Mahmutoglu M. // J. Pediatr. Surg. – 2001. – V. 36, №12. – P. 1829-1831.
5. Baskin L.S. // Brit. J. Urol. Int. – 2001. – V. 87, № 6 – P. 534-539.
6. Elbakry A. // Brit. J. Urol. Int. – 2001. – V. 88, № 6. – P. 590-595.
7. Gallentine M.L., Morey A.F., Thompson I.M. Jr. // Urology. – 2001. – V. 57, № 4. – P. 788-790.
8. Retik A.B., Atala A. // Urol. Clin. North Amer. – 2002. – V. 29, № 2. – P. 329-339.
9. Samuel M, Capps S, Worthy A. // Brit. J. Urol. Int. – 2002. – V. 90, №1. – P. 88-91.
10. Sandberg D.E., Meyer-Bahlburg H.F., Hensle T.W. // J. Pediatr. Psychol. – 2001. – V. 26, №8. – P. 465-475.
11. Uygur M.C., Unal D., Tan M.O. et al. // Pediatr. Surg. Int. – 2002. – V. 18, № 2-3. – P. 142-146.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕШЕНИИ АКТУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ ДЕТСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

Н.И. Урсова, Г.В. Римарчук

МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва, Россия

Динамика заболеваемости и распространенности болезней органов пищеварения у детей и подростков в России в значительной мере отражает благосостояние страны, уровень экономики, размер национального дохода, материальное и жилищно-бытовое положение граждан, образование, культуру, а также доступность квалифицированной медицинской помощи и общегосударственные оздоровительные мероприятия.

Сегодня стало очевидным, что условия жизнедеятельности детей изменились. Ухудшилось, прежде всего, качество питания, возросла гиподинамия, значительно увеличилось загрязнение окружающей среды, повысились школьные нагрузки, сопровождающиеся стрессовыми состояниями, участились вредные привычки, алкоголизм и наркомания, в плачевном состоянии общая и санитарная культура.

В последнее 10-летие частота болезней органов пищеварения у детей и подростков увеличилась в 2,5-3 раза, и в настоящее время она составляет, в зависимости от региона, – 130-160 на 1000 детского населения. По итогам Всероссийской диспансеризации детей за