

**СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО
ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ ЗАДНЕЙ ФОРМЫ ГИПОСПАДИИ У
МАЛЬЧИКОВ.**

Ибрагимов Ж.Х., Абдурахимов С.О.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан,
Узбекистан

Резюме. Гипоспадия это порок мочеиспускательного канала у мальчиков. Это патология составляет значительный удельный вес и остается сложным разделом реконструктивной детской хирургии и урологии-андрологии. Тяжесть порока так же зависит от наличия деформаций полового члена, диспластических изменений его кожи и степени дистопии наружного отверстия мочеиспускательного канала. Лечение только хирургический коррекции.

Ключевые слова. Гипоспадия, порок, мочеиспускательный канал, мальчик

**COMPARATIVE DATA ON THE RESULTS OF SURGICAL
TREATMENT OF CHILDREN WITH POSTERIOR HYPOSPADIAS IN
BOYS.**

Ibragimov J.Kh., Abdurahimov S.O.

Andizhan state medical institute, Andizhan, Uzbekistan

Summary. Hypospadias is a malformation of the urethra in boys. This pathology makes up a significant proportion and remains a complex section of reconstructive pediatric surgery and urology-andrology. The severity of the defect also depends on the presence of penile deformities, dysplastic changes in its skin and the degree of dystopia of the external opening of the urethra. The only treatment is surgical correction.

Keywords. Hypospadias, defect, urethra, boy

Гипоспадия - врожденное недоразвитие мочеиспускательного канала

с дистопией наружного отверстия. Порок сопровождается расщеплением крайней плоти по вентральной поверхности и вентральной девиацией полового члена. Термин hypospadiā исходит от греческого hupo — книзу или вниз, spadon - трещина или разрыв, т.е. нижняя расщелина мочеиспускательного канала [1, 3, 4, 9].

В структуре заболеваемости детей урологического профиля гипоспадия составляет значительный удельный вес и остается сложным разделом реконструктивной детской хирургии и урологии-андрологии. Эта проблема обусловлена, прежде всего, многообразием клинических форм заболевания, частотой его развития, большим количеством послеоперационных осложнений, сочетанием с аномалией развития других органов. Тяжесть порока так же зависит от наличия деформаций полового члена, диспластических изменений его кожи и степени дистопии наружного отверстия мочеиспускательного канала [2, 11, 12, 13].

Материалы и методы исследование. Результаты реконструктивно-пластических операций изучены у 30 детей с задней формой гипоспадии в зависимости от генитометрического статуса и соответствующей предоперационной подготовки. С этой позиции пациенты разделены на 2 группы (рис. 1.).

В **1 группе** пациентов (15 детей) послеоперационные осложнения в виде стеноза и дивертикула уретры, меатального стеноза, расхождение головки не отмечены. Уретральнокожный свищ сформировался у 2 (13,3%) больных.

В **II группе** пациентов (15детей) осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 8 (53,3%) больных: формирование уретрально кожного свища у 4, лизис кожного лоскута - 1, стеноза уретры - 2, дивертикул уретры у 1.

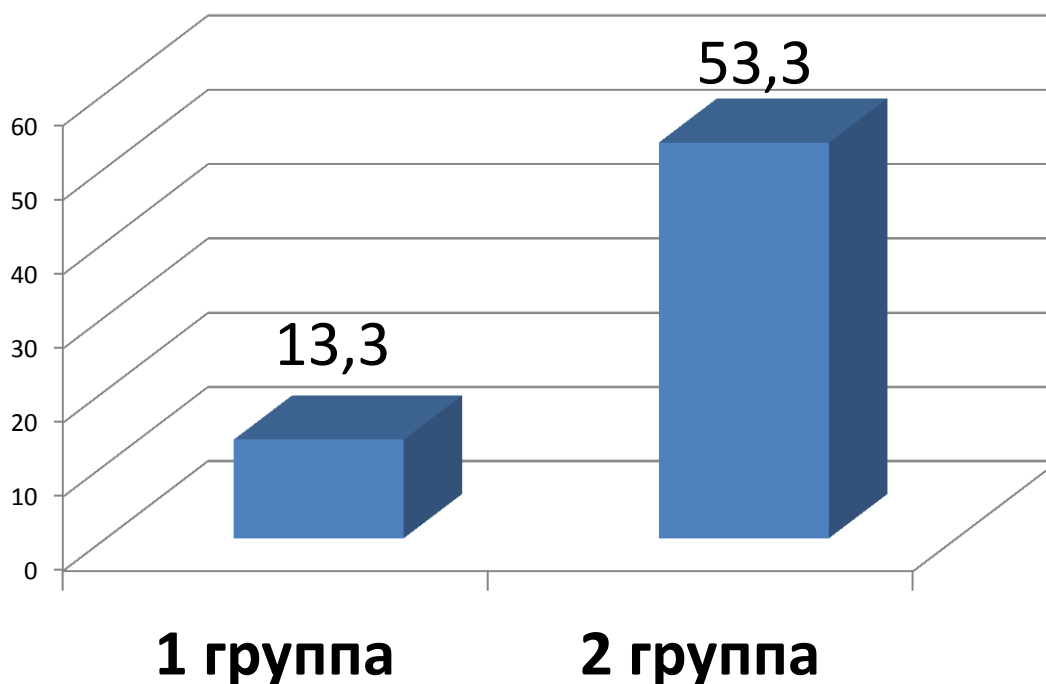


Рис.1. Послеоперационные осложнения у детей с задней формой гипоспадии I и II группы

Таким образом, у больных с задней формой гипоспадии получившие местную гормональную терапию, мы выявили значительное уменьшение частоты послеоперационных осложнений и следовательно улучшение функциональных результатов операции, что позволяет рекомендовать этот способ предоперационной подготовки у детей с пороком развития задней уретры (табл. 1.).

Таблица 1.

Сравнительные данные результатов оперативного лечения при задних формах гипоспадии

Группы	Кол-во больных	Предоперационная подготовка	Послеоперационные осложнения

			Свищи	Дивертикул	Лизис кожи	Стеноз неоуретры
1	15	проводилась	2	-	-	-
2	15	не проводилась	4	1	1	2

Приводим пример больного с пеноскротальной формой гипоспадии

Клинический пример №1.

Больной К, 4 года, при поступлении диагноз: Гипоспадия, стволовая форма.

Из анамнеза: ребенок родился доношенным от первых срочных родов, вес при рождении 3150, длина тела 49 см, оценка по шкале Апгар 7/8.

При осмотре: состояние средней тяжести по основному заболеванию, телосложение ребенка не нарушено, подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная.

Наружные половые органы сформированы по мужскому типу, половой член длиной 3,5 см, значительно вентрально искривлен, меат открывается в средней ее трети. Края крайней плоти вентрально расщеплена, по дорзальной части хорошо развита, 1,9 см. яички в мошонке D=S—2 мл, половое развитие соответствует I стадии по шкале. Tanner.



Ребёнок К. 4 года: Вид до операции.

Ребенок обследован:

УЗИ + ДГ мошонки и паховых каналов.

Правое яичко в мошонке, размеры 1,8x0.7x1.2 см, объем яичка 0.79 см³, кровоток в яичке не нарушен, IR — 0.66. Левое яичко выявляется в мошонке, размеры 1,6x0.8x1.2 см, объем яичка 0.8 см³, кровоток не нарушен, IR — 0,68. простата 12,2x7,2x1, 4мм, однородная. УЗИ почек без патологии.

Выполнено оперативное вмешательство по принципу Ходсон III с гланулопластикой,. Особенностью этой операции явилось то, что после декутанизации полового члена и устранения его деформации меат оказался на уровне пеноскротального угла, тем самым порок стал соответствовать в задней форме гипоспадии.

Уретральный катетер удален на 12 сутки, послеоперационный период протекал без осложнений.

При контрольном осмотре через 6 месяцев половой член без деформаций, меат расположен на головке полового члена, не сужен. Мочится широкой струей. Данные урофлоуметрии: Максимальная скорость: 16 мл/с, средняя скорость: 11 мл/с, время мочеиспускания: 18 с, эффективный объем мочи: 200 мл.

Заключение. Более проксимальное перемещение меата после устранения деформации полового члена изменил форму заболевания,

превращая его в тяжелую форму. Поэтому окончательный диагноз устанавливается во время оперативного лечения. Это обстоятельство диктует необходимость консультации эндокринолога при средних формах гипоспадии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М.: Детская хирургия. - Т.Ш. Санкт-Петербург, 1999.-С.28-50, 79-105
2. Возианов А.Ф., Люлько А.В.: Атлас - руководство по урологии. В 3-х томах. - Днепропетровск. 2001. - 1905 с.
3. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г.: Детская урология: Руководство. -М., 1986. - С. 217-242.
4. Люлько А.В.: Хирургическая андрология. - М., 2005. — С. 159-212.
5. Продеус П.П., Староверов О.В.: Гипоспадия. - М., 2003. - 147 с.
6. Русаков В.И.: Хирургия мочеиспускательного канала. - Ростов-на-Дону, 1998.-С.34-109.
7. Chertin B, Koulikov D, Fridmans A, Farkas A.: Dorsal tunica albuginea plication to correct congenital and acquired penile curvature: a long-term follow-up. *BJU Int.*: 93(3):379-81. Feb, 2004.
8. Dean GE, Burno DK, Zaontz MR.: Chordee repair utilizing a novel technique ensuring neurovascular bundle preservation. *Tech Urol.*: 6(1):5-8. Mar,2000.
9. Hayashi Y, Kojima Y, Mizuno K, Tozawa K, Sasaki S, Kohri K.: Modified technique of dorsal plication for penile curvature with or without hypospadias. *Urology.*: 59(4):584-6; discussion 586-7. Apr., 2002.
10. Hayashi Y, Kojima Y, Mizuno K, Nakane A, Kurokawa S, Kohri K.: Novel technique for correcting penile curvature with severe hypospadias; ventral lengthening with tunica vaginalis flap patching. *Int J Urol.*: 12(2):234-8. Feb., 2005.
11. Kajbafzadeh AM, Arshadi H, Payabvash S, Salmasi AH, Najjaran-Tousi V, Sahebpor AR.: Proximal hypospadias with severe chordee: single stage repair

using corporeal tunica vaginalis free graft. J Urol.: 178(3 Pt 1):1036-42. Sep, 2007.

12. Soygur T, Filiz E, Zumrutbas AE, Arikan N.: Results of dorsal midline plication in children with penile curvature and hypospadias. Urology.: 64(4):795-8. Oct, 2004.

13. Tang DX, Wu DH, Yan SH, Tao C, Xu S, Huang Y, Zhang C, Li MJ.: Surgical approaches to the correction of congenital penile curvature. Zhonghua Nan Ke Xue.: 12(7):622-4. Jul, 2006.