

Optimization of the treatment of hypospadias in children in the Kyrgyz Republic Esembaev B.

Оптимизация лечения гипоспадии у детей в Кыргызской Республике Эсембаев Б. И.

*Эсембаев Болот Исмаилович / Esembaev Bolot - научный сотрудник,
Национальный центр охраны материнства и детства, г. Бишкек, Кыргызская Республика*

Аннотация: в статье приведены результаты хирургической коррекции у 263 пациентов в возрасте от 1 до 16 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении урологии Национального центра охраны материнства и детства городской клинической больницы скорой помощи г. Бишкек Кыргызской Республики. Определена методика, которая позволила снизить послеоперационные осложнения.

Abstract: the article presents the results of surgical correction in 263 patients aged 1 to 16 years who were hospitalized in the Department of urology, National center of maternity and childhood, city clinical hospital of first aid of Bishkek of the Kyrgyz Republic. Defined methodology, which allowed to reduce postoperative complications.

Ключевые слова: гипоспадия, дети.

Keywords: hypospadias, children.

УДК. 616-053.2-616.64(575.2)

Актуальность. Из числа врожденных аномалий мочеполовой системы гипоспадия является частым пороком, при которой всегда требуется хирургическая коррекция. В связи с отсутствием общепринятых методов лечения, коррекция гипоспадии и на сегодняшний день остается актуальной проблемой, детской хирургии и урологии. За последние 40-50 лет современные эпидемиологические данные утверждают повсеместное увеличение рождаемости детей с гипоспадией и составляют в среднем 1:125 - 1:150 новорожденных мальчиков [1, 2, 5]. Увеличение врожденных пороков мочеполовой системы у детей многие авторы связывают с широким применением гормональных препаратов у беременных женщин, использованием в повседневной жизни продуктов питания, содержащих дизрапторы, а также влиянием неблагоприятных факторов окружающей среды [3, 4, 6]. Изучение частоты рождаемости детей с гипоспадией среди мальчиков в Кыргызской Республике до настоящего времени не проводилось.

Цель исследования: Изучить частоту обращаемости детей с гипоспадией в Кыргызстане и провести анализ результатов лечения за последние 10 лет.

Материалы и методы. За период с 2004 по 2015 гг. было обследовано и оперировано 263 мальчика с различными формами гипоспадии в отделении урологии на базе Национального центра охраны материнства и детства и в городской детской клинической больнице скорой медицинской помощи г. Бишкек. Возраст детей от 1 года до 16 лет (табл.1).

Таблица 1. -Распределение больных по возрасту и по формам гипоспадии

Возраст пациентов	Форма гипоспадии и количество пациентов						Всего
	Головчатая и венечная форма	Стволовая форма	Членомошоночная	Мошоночная	Промежностная	Гипоспадия типа хорды	
1-3 года	9 (3,4%)	28 (10,6%)	11 (4,1%)	5 (1,9%)	5 (1,9%)	4 (1,5%)	62(23,5%)
4-7 лет	22 (8,3%)	48 (18,2%)	30 (11,4%)	17 (6,4%)	4 (1,4%)	4 (1,4%)	125 (47,5%)
8-11 лет	1 (0,3%)	37 (14%)	20 (7,6%)	8 (3%)	1 (0,3%)	1 (0,3%)	68(25,8%)
До 16 лет	-	3 (1,1%)	3 (1,1%)	2 (0,7%)	-	-	8 (3%)
всего	32 (12,1%)	116(44,1%)	64(24,3%)	32(12,1%)	10(3,8%)	9(3,4%)	263(100%)

Показанием для проведения хирургической коррекции являлись все формы гипоспадии (искривление полового члена, дистопия наружного отверстия мочеиспускательного канала и отсутствие возможности мочиться ребенку по мужскому типу). При проведении оперативного лечения, были использованы этапные методы Савченко, Duplay, Landerer, а также одномоментные методики по Snodgrass, Mathu, MAGPAI. Обследование больных включало: сбор анамнестических данных, клинический осмотр, общие клинические анализы и УЗИ внутренних органов, кариотипирование с определением гормонального статуса, рентген

контрастное обследование мочевых путей - экскреторная урография и цистоскопия. Для определения частоты обращаемости детей с гипоспадией, мы использовали данные Республиканского Фонда Обязательного Медицинского Страхования: НЦОМид, ОМОДКБ, ГДКБсмп и др., где проводилось лечение гипоспадии. Как видно на представленной диаграмме (рис. 1).

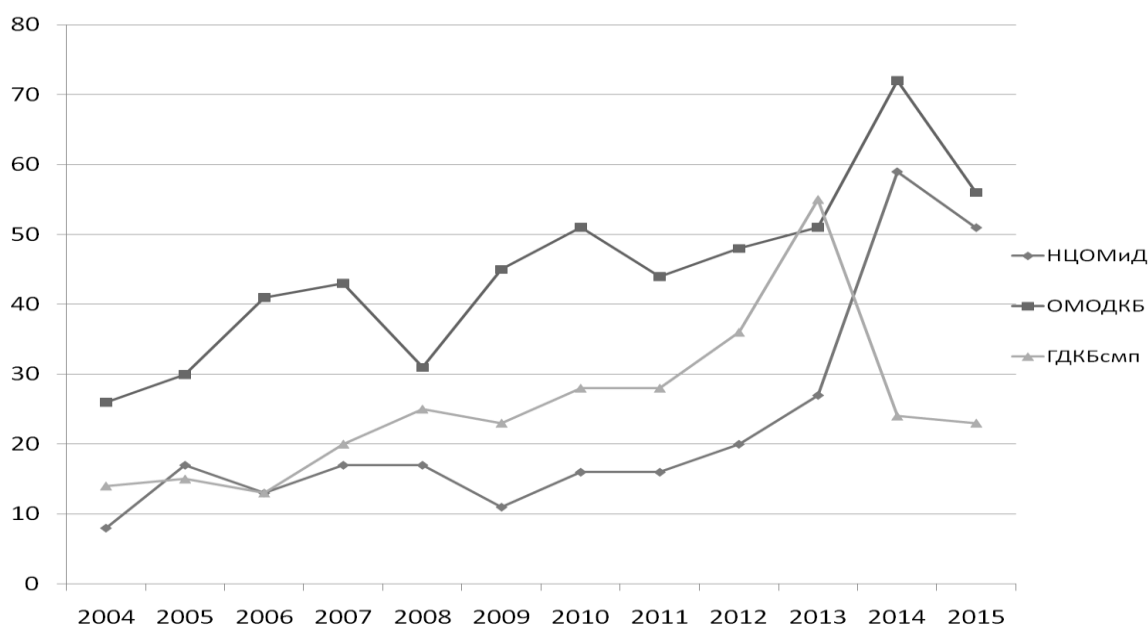


Рис. 1. Динамика частоты обращаемости детей с гипоспадией

Если в 2004 г. число обратившихся было всего 47 больных, то в 2015 г. это число достигло 130. Больные были распределены на две группы: первая группа включала 120 больных, прооперированных с 2004 по 2009 г. с применением этапных методов Савченко, Duplay, Landerer. Вторую группу составили 143 пациента. При дистальных формах были использованы одномоментные методы по Snodgrass, Mathu, MAGPAI. При сложных формах, когда имелся дефицит пластического материала, и не было возможности одним этапом создать искусственную уретру с выведением наружного отверстия уретры на верхушку головки, коррекцию производили поэтапно по методике Thyearsh-Duplay или по Bracka.

Результаты и их обсуждения. В первой группе больных до 2009 г. проводилась оперативная коррекция врожденного порока уретры в несколько этапов: I этап – коррекция кавернозных тел – у 103 (85,8%) пациентов, II этап – формирование искусственной уретры из местных тканей у 80 (66,7%), за счет тканей мошонки у 32 (26,7%) мальчиков, III этап – соединение вновь сформированной уретры и устья мочеиспускательного канала у 8 (6,7%). Разъединение члено-мошоночного анастомоза проведено у 32 (26,7%) детей.

Надо отметить, что коррекция кавернозных тел выполнялась детям в возрасте от 1 до 5 лет, II этап – 3-6 лет, III этап до 7 лет. Неудовлетворительные результаты и позднее обращение требовало проведения коррекции в более поздние возрастные сроки отдельным больным.

В нижеприведенной таблице 2, из применяемых методов лечения гипоспадии нами наиболее часто использовался метод Thiersch-Duplay и Ландерера. По методике Thiersch-Duplay у 58 (88%) больных хирургическое лечение проводилось в II этапа, и у 8 (12%) пациентов – в III этапа, при этом удовлетворительные результаты были получены у 47 (71,2%) больных, а неудовлетворительные у 19 (28,8%) мальчиков.

Таблица 2. Методы оперативного лечения и их результаты до 2009 г.

№	Метод хирургического лечения	Количество во больных	Этапы коррекции патологии			Результаты лечения	
			I	II	III	удовл.	не удовл.
1	Thiersch-Duplay	66 (55%)	-	58 (88%)	8 (12%)	47 (71,2%)	19 (28,8%)
2	Ландерера	32 (26,7%)	-	-	32 (100%)	27 (84,4%)	5 (15,6%)
3	Thiersch-Duplay с нашей	22 (18,3)	-	22 (100%)	-	19 (86,4%)	3 (13,6%)

	<i>модификацией</i>						
4	<i>Итого</i>	120 (100%)	-	80 (66,7%)	40 (33,3%)	93 (77,5%)	27 (22,5%)

По методике Ландерера всем больным применялось хирургическое лечение в III этапа. Осложнения в виде сформированного свища, образования мелких конкрементов по ходу искусственной уретры отмечено только у 5 (15,6%) больных. Положительные результаты были получены: по Thiersch-Duplay у 47 (71,2%) детей, по Ландереру у 27 (84,4%) пациентов и по Duplay с нашей модификацией у 19 (86,4%). Отрицательные результаты были получены после пластики уретры по Thiersch-Duplay 19 (28,8%) пациентов, тогда как при применении методики Ландереру 5 (15,6%) пациентов, а по методике Duplay с нашей модификацией 3 (13,6%) пациентов. Результаты считались удовлетворительными, когда ребенок мочился без натуживания с отсутствием остаточной мочи в мочевом пузыре и показатели урофлоуграммы в пределах допустимой нормы. К неудовлетворительным результатам лечения были отнесены: сужение устья вновь сформированной уретры, наличие свищей, расхождение швов на протяжении уретры и мочевые затеки (табл. 3).

Таблица 3. Методы оперативного лечения гипоспадии и их осложнения с 2009 по 2015 гг.

Метод хирургического лечения	Кол-во больных	Удовлетворительные результаты	Осложнения				
			Кожно-уретральный свищ	Структура уретры	Расхождение швов, нагноение	Меатостеноз	всего
Thiersch-Duplay I-II этап	58	43(74%)	12 (20,7%)	-	3 (5,1%)	-	15 (25,8%)
Snodgrass	49	41 (83,6%)	4 (8,2%)	-	1 (2,1%)	3 (6,1%)	8(16,3%)
Mathieu	11	8 (72,8%)	-	3 (27,3%)	-	-	3 (27,2%)
MAGPI	10	5 (50%)	-	3 (30%)	2 (20%)	-	5 (50%)
Bracka-I,II-этап	7	7 (100%)	-	-	-	-	-
Коррекция при гипоспадии типа хорды	8	8 (100%)	-	-	-	-	-
всего	143	112 (78,3%)	16 (11,1%)	6 (4,1%)	6 (4,1%)	3 (2,0%)	31 (21,6%)

Во второй группе применения методики Thiersch-Duplay в II-этапа, как видно из таблицы 3. удовлетворительные результаты были получены у 41 (83,6%). Осложнения в виде расхождения уретры и кожно-уретральные свищи составили 15 (25,8%). По методу Mathieu прооперировано 11 детей, из которых удовлетворительные результаты получены у 8 (72,8%), неудовлетворительные у 3 (27,3%) детей, в виде сужения наружного отверстия уретры. При выполнении операции MAGPI осложнения в виде структуры уретры и расхождение швов составили до 50%. Наиболее успешные результаты были получены при применении методики Snodgrass. С выздоровлением выписаны 41 (86,6%) детей из 49 пациентов. Развитие кожно-уретрального свища отмечено у 4 (8,2%) больных. Нагноение и расхождение сформированной уретры наблюдалась у 1-го (2,1%), сужение наружного отверстия уретры у 3 (6,1%) детей. Всего осложнения составили 8 (16,3%) детей. Гипоспадия типа хорды была скорректирована декутанизацией полового члена. Проведения этой процедуры было достаточно для выпрямления кавернозных тел у 8 детей. Методика Bracka применялась при сложных мошоночных и промежностных формах гипоспадии. Во время I этапа свободный кожный лоскут пересаживался на вентральную поверхность полового члена. II этап операции выполняли спустя 6 месяцев. По данной методике прооперировано 7 больных. Все больные выписаны с хорошим косметическим эффектом. Сравнительный анализ результатов лечения гипоспадии во второй группе больных достоверно лучше ($p < 0,05$), чем у больных, которым проводился традиционный способ лечения.

Выводы:

1. По результатам проведенных исследований обращаемость детей с гипоспадией за последние 10 лет увеличилось в два раза.
2. При лечении дистальных форм гипоспадии показаны только одномоментные методы коррекции.
3. Лечение по методике Snodgrass позволяет добиться минимальных осложнений и хороших косметических результатов.
4. Метод оперативного лечения по Враска при проксимальных формах гипоспадии у детей является методом выбора.

Литература

1. *Каганцов И. М.* Модификация пластики уретры тубуляризированной рассеченной уретральной площадкой при лечении гипоспадии у детей / И.М. Каганцов // Андрология и генитальная хирургия. 2010. № 4. С. 87–90.
2. *Рудин Ю. Э.* Способ одномоментной коррекции проксимальной гипоспадии диэпителизированным лоскутом крайней плоти. Тушинская детская городская больница святого Владимира, Москва урология, 2002. № 7. С. 58-63
3. *Рудин Ю. Э.* Реконструктивно-пластические операции при лечении гипоспадии в детском возрасте : автореф. дис....д-ра. мед. наук: 14.00.35 / Ю. Э. Рудин / Рос. мед. акад. последипл. образования. М., 2003. 360 с.
4. *Файзулин А. К.* Современные аспекты хирургического лечения гипоспадии у детей // дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.35 / А. К. Файзулин. М., 2003. 261 с.
5. *Ширяев Н. Д., Каганцов И. М.* Коми филиал ГБОУ ВПО Кировская государственная академия «Очерки реконструктивной хирургии наружных половых органов у детей», 2012.
6. *Snodgrass W.* Tubularized incised plate urethroplasty for distal hypospadias / W. Snodgrass, N. Bush, N. Cost // J. Pediatr. Urol., 2010. Vol. 6, № 4. P. 408–413.