

С.О. Купряков, Н.Ф. Степанюк, В.А. Саввина, В.А. Григорьев,
А.Р. Варфоломеев, В.Н. Николаев, Я.Г. Павлов

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УРЕТРОПЛАСТИКИ ПО СНОДГРАССУ

УДК 616.643-089.844

В представленной работе проанализировано внедрение в клинической практике урологического отделения ПЦ РБ №1-НЦМ нового метода уретропластики.

Ключевые слова: гипоспадия, детская урология, уретропластика.

The paper presents an analysis of introduction into clinical practice of a new method of urethroplasty in the PC RH №1-NCM.

Keywords: hypospadias, children's urology, urethroplasty.

Введение. Тема рассматриваемого метода является актуальной, так как посвящена современным хирургическим аспектам лечения больных с таким пороком развития органов мочевыделительной системы, как гипоспадия. Хирургическое лечение этого заболевания претерпело значительные перемены, и до настоящего времени нет единого подхода к лечению данного врожденного порока развития [3, 4]. Количество различных способов уретропластик превышает 500 вариантов, это свидетельствует о том, что нет «золотого стандарта» в лечении гипоспадии. Но несмотря на это, в последнее десятилетие значительно улучшились результаты лечения гипоспадии. Конечно, в первую очередь это связано с применением микрохирургического инструментария, современного ультратонкого синтетического материала и оптического увеличения [1, 2, 5]. Но и поиски новых вариантов уретропластик имеют место быть.

Революцией в уретропластике стал метод американского профессора Уоррена Снодграсса, который в 1996 г. предложил расщепить уретральную площадку и формировать из нее уретру (TIP - tubularized incized plate), а образованный дефект заживал вторичным натяжением. В настоящее время операция по Снодграссу представляет собой новейшее достижение хирургии, перенять которое под силу не каждому врачу.

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения детей с гипоспадией путем внедрения в практику современных методов коррекции порока развития, в частности методики уретропластики по Снодграссу.

Материалы и методы исследования. С января 2013 г. в урологическом отделении Педиатрического центра РБ №1-НЦМ внедрен новый вид уретропластики по Снодграссу. На январь

2016 г. проведено 27 уретропластик по этому методу детям с гипоспадиями головчатых и стволых форм. Возраст детей от 18 мес. до 6 лет.

Жалобы при поступлении: деформация полового члена, косметический дефект крайней плоти, атипичное мочеиспускание (по женскому типу), затрудненное мочеиспускание.

Предоперационное обследование включало: общеклинический минимум (анализы крови, мочи), ультразвуковое исследование мочевыводящей системы и органов малого таза.

Дополнительно по показаниям проводились: мочевые пробы, посев мочи на стерильность; определение полового хроматина и содержание 17 КС в моче с последующей консультацией в медико-генетической лаборатории; микционная цистография; уретроскопия; урофлоуметрия.

Сочетание гипоспадии с врожденными аномалиями мочевыводящей системы отмечено у 3 больных: паховая грыжа и водянка оболочек яичка – у 2, крипторхизм – у 1.

Проведенное предоперационное обследование изменило тактику лечения у ряда больных с гипоспадией.

Все операции по пластике мочеиспускательного канала были выполнены после устранения сопутствующей патологии (таблица).

Двум пациентам проводились вторные операции.

Показанием к оперативной коррекции гипоспадии являлось устранение функционального и косметического дефекта полового члена. К р и т е р и и оценки результатов оперативного лечения больных:

1) наличие жалоб пациента и родителей;

2) уродинамические характеристики: направление струи мочи и её характеристики (напряжение, длительность мочеиспускания, и др.);

3) косметические: внешний вид по-

лового члена (наличие деформации, форма головки, место и форма наружного отверстия уретры и др.);

4) социально-психологические (кри-тика пациента к себе, проблемы в коллективе и др.).

Целью операции при гипоспадии являются:

1) полное устранение искривления полового члена и восстановление нормальной эрекции;

2) формирование недостающей части уретры, свободной от волос, стриктур и свищей, и перемещение наружного отверстия уретры на головку полового члена;

3) восстановление пассажа мочи по уретре;

4) восстановление внешнего вида полового члена;

5) восстановление нормальной половой функции.

Основным принципом всех одноэтапных пластик, применяемых в клинике, является полное обнажение кавернозных тел полового члена, позволяющее более тщательно иссечь фиброзные тяжи, оценить степень дисплазии кожи и подготовить запас пластического материала для основного и завершающего этапа операции – пластики уретры и закрытия полового члена.

Уретропластика по Снодграссу заключается в выкраивании и мобилизации лоскута на уретральной площадке с окаймлением меатуса (по типу Дюпюи), после чего выполняется продольное рассечение уретральной площадки на глубину до кавернозных тел,

Распределение оперированных больных с различными формами гипоспадии

Форма	Кол-во пациентов, абс. число (%)	Кол-во операций
Головчатая	17 (63)	17
Стволовая	10 (37)	12
Всего:	27 (100)	29

что в свою очередь приводит к значительному увеличению общей площади уретральной площадки (до 2-3 раз). Далее выполняется уретропластика на катетере возрастного калибра без какого-либо натяжения тканей неоуретры и без риска свищеобразования в этом месте. В дальнейшем образовавшийся дефект уретры полностью эпителизируется, что снижает вероятность образования свища. Затем ствол полового члена закрывается кожными лоскутами с крайней плоти.

Все операции были выполнены под оптическим увеличением с использованием атравматического шовного материала.

В послеоперационном периоде с целью отведения мочи мы использовали полихлорвиниловые уретральные катетеры. Оптимальным считалось введение катетера на 1-2 см проксимальнее внутреннего сфинктера мочевого пузыря, что позволяло производить длительное дренирование мочевого пузыря без признаков цисталгии. Трансуретральная деривация проводилась в течение 10 дней.

По окончании операции накладывалась марлевая салфетка, пропитанная глицерином. После чего накладывалась компрессионная повязка марлевым или эластичным бинтом спиралевидно, от головки полового члена до основания. Швы в послеоперационном периоде не снимались, ввиду лизиса шовного материала, в течение 2-3 мес.

Результаты исследования. Было выполнено 27 уретропластик по Снодграссу. Средний возраст мальчиков – 4 года. Предпочтительным возрас-

том для проведения уретропластики считается возраст 2 года, поскольку в этом случае половой член становится несколько больше и пребывание в стационаре дети переносят легче. Продолжительность операции в среднем составила 55 мин. Эластичная повязка накладывается на 5 сут. Продолжительность катетеризации мочевого пузыря 10 дней. Антибактериальная терапия в послеоперационном периоде проводилась с применением антибиотиков широкого спектра. Лечение антибиотиками длится до удаления катетера, при этом первую инъекцию антибиотика проводили перед операцией с целью периоперационной антибиотикопрофилактики. Через неделю переходили на уросептики, сроком на 10-14 дней. Средняя продолжительность нахождения в стационаре после операции 12 дней (перевязки, физиолечение). Осложнения имели место у двух пациентов (7,4%) в виде свища уретры (1 случай) и меатостеноза (1 случай). Этим детям выполнялись операции по ушиванию свища и меатотомия (рассечение наружного отверстия уретры). В последующем осложнений не наблюдалось.

Выводы:

1. Метод одноэтапной коррекции гипоспадии по Снодграссу позволяет устранить порок развития в ранние сроки практически при любой дистальной и средней форме порока.
2. Коррекция гипоспадии с помощью уретропластики по Снодграссу вызывает послеоперационные осложнения с низкой частотой (7,4%).
3. Для послеоперационного отведе-

ния мочи эффективным методом является трансуретральная деривация мочи.

Литература

1. Каганцов И.М. Хирургическая коррекция тяжелых форм гипоспадии у детей / И.М. Каганцов // Казанский мед журнал. – №2. – 2012. – С. 255-260.
2. Kagantsov I.M. Surgical correction of severe forms of hypospadias in children / I.M. Kagantsov // Kazan Medical Journal (Rus.). – №2. – 2012. – P. 255-260.
3. Оперативное лечение проксимальных форм гипоспадии у детей с использованием бокового кожного лоскута на сосудистой ножке / Файзуллин А.К., Коварский С.Л., Меновщикова Л.Б. [и др.] // Дет. хир. – №5. – 2003. – С. 34-35.
4. Operative treatment of proximal forms of hypospadias in children using a lateral cutaneous flap on the vascular pedicle / A.K. Faizullin, S.L. Kovarsky, L.B. Menovshchikova // Pediatric surgery (Rus.). – №5. – 2003. – P. 34-35.
5. Рудин Ю.Э. Реконструктивно-пластические операции при лечении гипоспадии в детском возрасте / Ю.Э. Рудин. – 2004.
6. Rudin Yu.E. Reconstructive plastic surgery in the treatment of hypospadias in childhood / Yu.E. Rudin. – 2004.
7. Рудин Ю.Э. Способ одномоментной коррекции проксимальной гипоспадии деэпителизованным лоскутом крайней плоти / Ю.Э. Рудин // Урология. – 2002. – №5. – С. 59-63.
8. Rudin Yu.E. Method of simultaneous correction of proximal hypospadias with de-epithelialized flap of foreskin / Yu.E. Rudin // Urology (Rus.). – 2002. – №5. – P. 59-63.
9. Ширяев Н.Д. Хирургическая коррекция дистальных форм гипоспадии у детей методом Snodgrass / Н.Д. Ширяев, Т.И. Кыркалова, И.Ю. Савенков // Дет. хир. – 2011. – №3. – С. 4-8.
10. Shiryayev N.D. Surgical correction of distal forms of hypospadias in children by Snodgrass method / N.D. Shiryayev, T.I. Kirkalova, I.Yu. Savenkov // Pediatric surgery (Rus.). – 2011. – №3. – P. 4-8.

В.А. Саввина, А.Ю. Тарасов, В.Н. Николаев, А.Р. Варфоломеев, Н.Е. Петрова, К.К. Божедонов

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТЕРАТОМ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ

УДК 617.559-006.2-08

В статье представлены результаты лечения крестцово-копчиковых тератом у новорожденных за период с 2001 по 2015 г. У большинства новорожденных патология выявлена антенатально. В 30% случаев имеет место злокачественное течение крестцово-копчиковой тератомы.

Ключевые слова: тератома, озлокачествление.

The article presents the results of treatment of sacro-coccygeal teratomas in newborn in the period from 2001 to 2015. In the majority of the newborns the pathology was detected prenatally. In 30% of cases there is a malignant course of sacro-coccygeal teratoma.

Keywords: teratoma, malignancy.

Тератома крестцово-копчиковой области является одним из частых пороков развития, чаще выявляется в периоде новорожденности или антенатально. При тератомах больших

размеров проводится пренатальный консилиум для определения способа родоразрешения. Тератомы преимущественно забрюшинного расположения могут проявиться позже клиникой

сдавления прямой кишки или дисурическими симптомами. В большинстве случаев диагностика крестцово-копчиковых тератом не вызывает затруднений, как правило, выполняется ран-