

**ПЛАСТИКА МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА У ПАЦИЕНТОВ
С ПРОКСИМАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ГИПОСПАДИИ**

**А.Ч. Усупбаев¹, Р.Е. Кузубаев¹, Р.М. Курбаналиев¹, М.Б. Абдыкалыков²,
М.К. Байсалов¹, Асилбек уулу У.²**

¹ Кафедра урологии и андрологии до- и последиplomного обучения КГМА им. И.К. Ахунбаева,

² Кафедра специализированной хирургической помощи

Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В работе представлены результаты хирургического лечения 96 больных с проксимальными формами гипоспадии, в возрасте от 3 до 26 лет. Всех больных (96) мы разделили на три группы: 1-я группа 30 больных произведена операция буккальная уретропластика в модификации клиники, 2-я 35 пациентов оперированные методом Дюплея и 3-я группа 31 больных оперированные методом Ландерера. При анализе осложнений в трех группах пациентов установлено следующее, нами были отмечены как ранние, так и поздние послеоперационные осложнения. Основные осложнения, которые наблюдались у наших пациентов это: свищи уретры, рост волос в просвете уретры, уретрит и в отдаленном послеоперационном периоде встречалось психогенная эректильная дисфункция. Подводя итог оценке результатов хирургического лечения гипоспадии важно отметить следующие моменты. Применяя три методики для хирургической коррекции гипоспадии, мы получили достоверно большее количество осложнений при операции Дюплея и Ландерера, в сравнении с операцией буккальная уретропластика с применением непрерывного вворачивающегося герметичного шва.

Ключевые слова: уретропластика, гипоспадия.

АРТКЫ ГИПОСПАДИЯ МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРДЫН УРЕТРАПЛАСТИКАСЫ

**А.Ч. Усупбаев¹, Р.Е. Кузубаев¹, Р.М. Курбаналиев¹, М.Б. Абдыкалыков²,
М.К. Байсалов¹, Асилбек уулу У.²**

¹ И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,
дипломго чейинки жана кийинки урология жана андрология кафедрасы,

² Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана адистикти жогорулатуу институту,
атайын адистештирилген хирургиялык жардам кафедрасы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул макалада 3 жаштан 26 жашка чейинки курактагы арткы гипоспадия менен жабыркаган 96 бейтаптардын хирургиялык дарылоонун жыйынтыгы көрсөтүлгөн. Бардык бейтаптар (96) үч топко бөлүндү: 1-топтогу 30 бейтапка буккалдык уретропластика ыкмасы колдонулган, 2-топто 35 бейтапка Дюплея жана 3-топто 31 бейтапка Ландерер ыкмасы колдонулган. 3-топтогу бейтаптардын кабылдоолорун анализ кылууда төмөнкүлөр аныкталды, эрте жана кеч операциядан кийинки кабылдоолор кездешти. Биздин бейтаптарда кездешкен негизги кабылдоолор булар: уретранын свищи, уретранын ичине жүн өсүү, уретрит жана кечки операциялык мезгилде психогендүү эректилдик дисфункция. Гипоспадия оорусун дарылоодо 3 хирургиялык ыкмасын колдонуп биз буккалдык уретропластикага салыштырмалуу Дюплея жана Ландерер ыкмаларында көбүрөөк кабылдоолорду кездештирдик.

Негизги сөздөр: уретропластика, гипоспадия.

URETHRAL PLASTIC IN PATIENTS WITH PROXYMAL FORMS OF HYPOSPADIAS

**A.Ch. Usupbaev¹, R.E. Kuzebaev¹, R.M. Kurbanaliev¹, M.B. Abdalykov²,
M.K. Baisalov¹, Asylbek uulu U.²**

^{1,2} Department of Urology and Andrology of the Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev,

² Department of Specialized Surgical Care, Kyrgyz State Medical Institute
for Advanced Training and Retraining,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. In the work were presented the results of surgical treatment of 96 patients with paroxysmal forms of hypospadias, aged from 3 to 26 years. Of all patients, we divided into 3 groups: the first group of 30 patients was operated with the method of buccalurethroplasty in the modification of the clinic, the second group of 35

patients was operated by the Dupley method and the third group of 31 patients were operated using the Landerer method. In the analysis of complications in 3 groups of patients, the next were established, we noted both early and late postoperative complications. The main complications that have been observed in patients are: urethral fistulas, hair growth in the urethral lumen, urethritis and the remote postoperative period there was psychogenic erectile dysfunction. Summing up the evaluation of the results of surgical treatment of hypospadias, it is important to note the next. Using three techniques for surgical correction of hypospadias, we obtained a significantly greater number of complications in the Dupley and Landerer operation compared with the operation of buccalurethroplasty with the use of a continuous screw-in sealed joint.

Keywords: Urethroplasty, Hypospadias.

Введение

Гипоспадия является актуальной проблемой в урологии, поскольку частота данной патологии в последние годы значительно увеличилась, а их клинические проявления характеризуются тяжестью течения, нарушением качества жизни, ранней инвалидизацией больных [8,9].

Гипоспадия – наиболее распространенный порок развития полового члена у мальчиков. Частота встречаемости гипоспадии, прежде всего, зависит от формы последней. В настоящее время порок встречается 1: 150, 1: 200 новорожденных мальчиков [1,11].

Причины, приводящие к гипоспадии являются многофакторными: генные мутации, эндокринные факторы и экологические факторы, действующие на плод в период развития мочеполовой системы с 7 по 14 неделю эмбрионального развития [4,6].

Лечение гипоспадии остается одним из сложных и до конца не решенной проблемой в урологии. У большей части пациентов удается успешно корригировать порок, но при изучении результатов хирургического лечения гипоспадии по данным зарубежных и отечественных хирургов показала, что осложнения в послеоперационном периоде достигает 50 % и более [2,3].

К настоящему времени известно около 300 методов уретропластики. При знакомстве с многочисленными оперативными методами можно убедиться, что многие из них представляют лишь модификации какой-либо известной уретропластики [5, 7, 10].

Материалы и методы

В период с 2004 по 2015 годы в Республиканском Научном Центре Урологии при НГ МЗ КР наблюдали 96 пациентов с гипоспадией, ввоз-

расте от 3 до 26 лет. Критерии включения: мальчики со стволовой, стволо-мошоночной и мошоночной формой гипоспадии уретры. Критерием исключения было наличие у пациента головчатых форм гипоспадии. Всех больных (96) мы разделили на три группы. В первую вошли 30 пациентов, оперированные по новой методике - буккальная уретропластика с применением непрерывного герметичного вворачивающегося шва. Вторую группу составили пациенты (35), оперированные по методике Дюплея и третью группу (31) составили пациенты, оперированные по методике Ландерера.

Среди пациентов всех групп: 76 пациентов (79,1%) - первичные больные, ранее оперированы в других лечебных учреждениях с неудовлетворительным результатом – 20 (20,8%) пациентов. В первой группе ранее одну и более операций перенесли 14 пациентов, во второй группе все 35 больных были первичные и в третьей группе 6 чел. - рецидивные больные, которым произведена ранее одна и более операций.

Предоперационное обследование пациентов не отличалось от общепринятых исследований для плановых хирургических вмешательств. Пациентам, которым предстояла операция буккальная уретропластика, была назначена консультация стоматолога. В послеоперационном периоде проведены уродинамические исследования, ретроградная уретрография.

Анализ результатов оперативного лечения.

Оценка результатов уретропластики в раннем послеоперационном периоде проводили с момента операции до 6 месяцев и в отдаленном послеоперационном периоде от 1,5 года до 2 лет, где частота встречаемости послеоперационных осложнений указана на рис. 1.

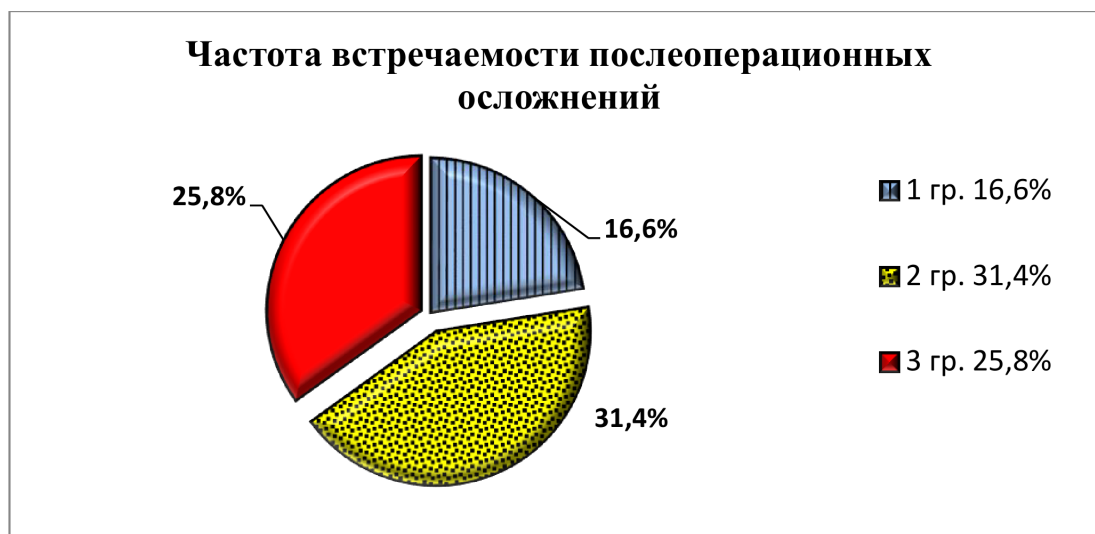


Рис. 1. Частота встречаемости послеоперационных осложнений.

При анализе осложнений в трех группах пациентов установлено следующее, нами были отмечены как ранние, так и поздние послеоперационные осложнения. Следует отметить, что общее

число осложнений было выше в раннем послеоперационном периоде.

Основные осложнения, которые наблюдались у наших пациентов показано в таблице 1.

Таблица 1

Характер послеоперационных осложнений

Характер осложнения	1 группа	2 группа	3 группа
Уретрит		3 (8,5%)	2 (6,4%)
Свищи уретры	3 (10%)	5 (14,2%)	3 (9,6%)
Рост волос в уретре			2 (6,4%)
Эректильная дисфункция	2 (6,6%)	3 (8,5%)	1 (3,2%)

Отдаленные результаты хирургической коррекции пациентов с гипоспадией.

Отдаленные результаты прослежены в сроки от 1,5 года до 2 лет у 80 (83,3%) пациентов. В основной группе отдаленные результаты прослежены, у 27 (90%) пациентов, во второй группе 28 (80%) пациентов, в третьей группе у 25 (80,6%)

пациентов. Все пациенты, пришедшие на контрольный осмотр, прошли амбулаторное обследование.

При контрольном обследовании оценивали косметические результаты реконструктивной операции, проводили уродинамическое исследование, восходящую уртрографию (рис. 2-3) и проверяли эректильную функцию.

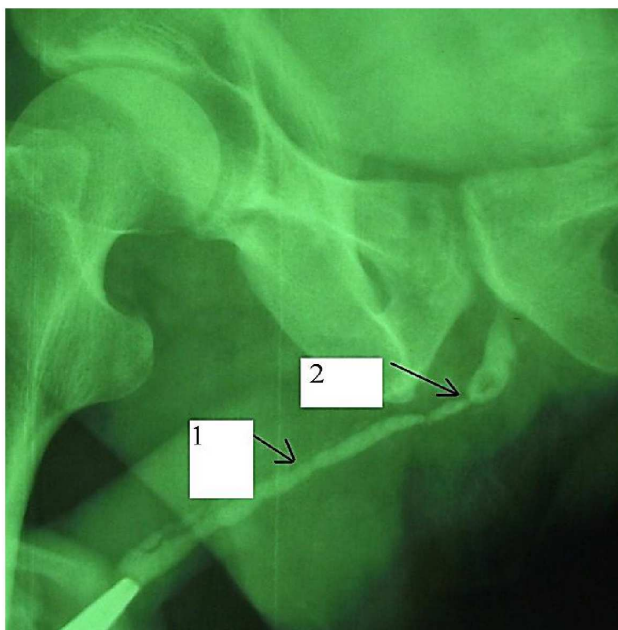


Рисунок 2. Восходящая уретрография в отдаленном послеоперационном периоде у пациента А., перенесшего буккальную уретропластику.

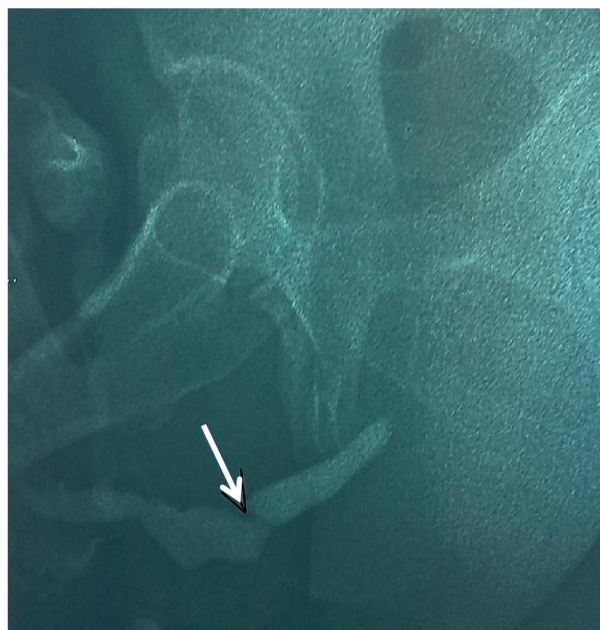


Рисунок 3. Восходящая уретрография в отдаленном послеоперационном периоде у пациента А., перенесшего буккальную уретропластику.

Косметические результаты у пациентов оценивали объективным критерием внешнего вида полового члена, производимым хирургом.

Как видно из таблицы 2, наиболее высокий косметический результат получен у пациентов первой группы, которым произведена операция буккальная уретропластика по нашей методике.

Таблица 2

Группы больных	Косметический результат операции			Всего
	Хороший	Удовлетворительный	Неудовлетворительный	
1-я группа(N-30)	11(40,7%)	16(59,2%)		27
2-я группа(N-35)	5(17,8%)	23(82,1%)		28
3-я группа(N-31)	6(24%)	19(76%)		25

При обследовании у 2 (6,4%) пациентов, которым в качестве пластического материала использовали кожу мошонки в отдаленном послеоперационном периоде (1,5-2 года) встречали характерное осложнение для этой группы пациентов - рост волос в просвете уретры. Комок волос в просвете уретры у этих пациентов нарушал акт мочеиспускания, и требовал эндоскопического удаления. После эндоскопической коррекции у пациентов свободное мочеиспускание восстановилась.

Эректильную функцию изучали у 35 пациентов в возрасте от 16 до 26 лет. Пациенты первой

(основной) группы, оперированные по предложенному нами методике составило 19 больных и пациенты контрольных групп оперированные по методу Duplay 7 пациентов и оперированные методом Ландерера 9 больных. Состояние эректильной функции оценивали с использованием анкеты МИЭФ-5 (международный индекс эректильной функции-5). Частота возникновения эректильной дисфункции представлено в таблице 3.

Частота возникновения эректильной дисфункции

Группы	Степени эректильной дисфункции			
	Тяжелая 10 баллов	Умеренная 11-15 баллов	Легкая 16-20 баллов	Норма 21-25баллов
Первая (основная)			2(6,6%)	
Вторая группа			3(8,5%)	
Третья группа			1(3,2%)	

Пациенты с эректильной дисфункцией были обследованы, у них ночные спонтанные эрекции не изменены. У пациентов наблюдались эмоциональные расстройства, в виде страха неудачи, стыд перед половым актом, из-за перенесенной ранее операции и это был пусковым звеном эректильной дисфункции.

В связи выше изложенным, мы пришли к выводу, что вид операции не оказывает влияния на эректильную функцию.

Функциональный результат оценивали путем проведения урофлоуметрии, где показатели максимальной скорости мочеиспускания во всех группах были в пределах минимального значения номограммы, только у 2 пациентов, у которых наблюдался рост волос в просвете неоуретры отмечался обструктивный тип урофлоуметрии.

Заключение

Подводя итог оценке результатов хирургического лечения гипоспадии важно отметить следующие моменты. Применяя три методики для хирургической коррекции гипоспадии, мы получили достоверно большее количество осложнений при операции Дюплей и Ландерера, в сравнении с предложенной нами операцией буккальной уретропластики.

Учитывая полученные данные, предложенная нами буккальная уретропластика является операцией выбора при хирургической коррекции гипоспадии.

Литература:

1. Каганцов И.М. Модификация пластики уретры тубуляризированной рассечённой уретральной площадкой при лечении гипоспадии у детей // Андрол. и генитал. хир. - 2010. - №4. - С. 87-91.
2. Москалева Н., Рудин Ю., Яровой С. Лечение гипоспадии у детей // Врач. 2013. - №1. С. 8-12.
3. Шарабидзе Г.Г. Пред- и послеоперационное лечение мальчиков с гипоспадией // Автреф. УФА-2010. С. 23.
4. Эсембаев Б.И. Методы отведения мочи уретральным способом у детей с гипоспадией // Вестник КГМА. 2013. - №4. С.46-48.
5. Baskin L.S. Hypospadias: a critical analysis of cosmetic outcomes using photography. Br. J. Urol. Int. 2001; 87: 534—9.-
6. Baskin L.S., Erol A., Li Y. et al. Urethral seam formation and hypospadias. Cell Tissue Res. 2001; 305: 379-87.
7. Barbagli G., Palminteri E., Guazzoni G. et al. One-stage and multi-stage penile urethroplasty in 60 adult patients after failed hypospadias repair: comparison between penile skin and buccal mucosa grafts // J. Urol. 2005. Vol. 173. P. 89 (abs. 322).
8. Belman A. B. Hypospadias and chordee. Clinical pediatric urology. – Martin Dunitz, 2002. P. 1061–1092.
9. Laurence S., Baskin L.S., Michele B. Ebbers Hypospadias: anatomy, etiology, and technique. J. Pediatr. Surg. 2006; 41 (3): 463-72.
10. Snodgrass W., Villanueva C., Bush N.C. Duration of follow-up to diagnose hypospadias urethroplasty complications // J. Pediatr. Urol. 2014. Vol. 10 (2). P. 208-211.
11. Tsutomu, Ogata. A New Gene Involved in Hypospadias / Ogata Tsutomu, Jocelyn Laporte, Maki Fukami // HO RMONE RESEA RCH. - 2009. - Vol; 71:245-252.

