

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОСПАДИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Тимофеев А.Д., Тимофеев Д.В., Соловьев А.А., Степанова Н.М., Воропаева А.В.

Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск, Россия

Обоснование. Лечение гипоспадии остается актуальной проблемой в детской урологии, поскольку в последние годы частота этой патологии увеличилась. Нарушение качества жизни пациентов и послеоперационные осложнения представляют серьезную проблему.

Цель: проведение ретроспективного анализа результатов лечения пациентов с гипоспадией в отделении детской урологии Ивано-Матренинской детской клинической больницы Иркутска.

Материалы и методы. В исследовании представлены данные ретроспективного анализа лечения 628 детей с различными формами гипоспадии за период с 2017 по 2021 г.

По форме патологии больные распределились следующим образом: венечная гипоспадия — 75 (12,0 %); стволовая — 517 (82,3 %); мошоночная — 22 (3,5 %); промежностная — 2 (0,3 %); по типу «рудиментарной хорды» — 12 (1,9 %).

Возраст оперированных больных варьировал от 4 мес. до 17 лет. До 1 года — 37 (5,9 %); 1–3 лет — 283 (45,0 %); 4–6 лет — 253 (40,3 %); 7–10 лет — 40 (6,4 %); 11 и старше — 15 (2,4 %). Средний возраст составил $4,43 \pm 1,0$ года.

После установления диагноза и при имеющихся признаках инфравезикальной обструкции выполнялась меатотомия со стентированием уретры. Первый этап включал ортопластику и уретропластику. Вторым этапом выполнялась кожная пластика. Межэтапный интервал составил от 3 мес. до 1 года. Выбор методики операции определялся в каждом клиническом случае с учетом формы гипоспадии и состоянием местных тканей. При выполнении основного этапа операции (уретропластики) мы придерживались традиционных методик — Duplay, Mathieu, Snodgrass (TIP), Cecil-Culp и модификации. В качестве шовного материала предпочтение отдавали Polydioxanon (PDS) 5/0. При выполнении операции мы применяли временное наложение жгута на основание полового члена, что позволяло исключить использование электрокоагуляции.

Результаты. Удовлетворительный результат наблюдался у 508 (80,9 %) пациентов.

Серьезной проблемой остаются сохранение проходимости уретры (формирование стеноза) и ее целостности (уретральных свищей). В наших наблюдениях у 63 (10 %) больных сформировался стеноз наружного отверстия искусственной неоуреты или на ее протяжении, потребовавший этапного бужирования. Формирование уретрального свища мы наблюдали у 57 (9 %) пациентов, что потребовало дополнительного оперативного лечения.

Выводы. Применение традиционных методик хирургического лечения гипоспадии с соблюдением этапности позволяет достичь хороших ближайших и отдаленных анатомических и косметических результатов. Сохраняющееся значимое количество послеоперационных осложнений служит поводом для дальнейшего поиска модификаций классических методик.

Ключевые слова: гипоспадия; дети; хирургическое лечение.