

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ГИПОСПАДИИ — ОПЫТ 10 ЛЕТ РАБОТЫ

Щедров Д.Н.¹, Шорманов И.С.², Морозов Е.В.¹, Гарова Д.Ю.²

¹ Областная детская клиническая больница, Ярославль, Россия;

² Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия

Обоснование. Гипоспадия один из наиболее часто встречающихся пороков развития полового члена, по данным литературы частота встречаемости составляет 1 на 300 новорожденных мальчиков, данные пороки развития достаточно часто встречаются в практике врача уролога как амбулаторного, так и стационарного звена.

Цель: проанализировать результаты оперативного лечения пациентов с различными формами гипоспадии и дать характеристику основным тенденциям их лечения в специализированном отделении по мере накопления опыта.

Методы. За период 2011–2021 гг. (с момента создания отделения детской урологии-андрологии) на базе ГБУЗ ЯО ОДКБ оперировано 402 пациента (первичных) с различными формами гипоспадии. Из них: с головчатой формой — 67, дистальной стволовой — 328, проксимальной стволовой — 7 пациентов.

Результаты. Отмечено ежегодное увеличение числа пациентов, получающих лечение по поводу гипоспадии — от 19 человек в 2011 г. до 44 пациентов в 2021 г. Снижается средний возраст первичных пациентов с $5,2 \pm 1,9$ до $2,9 \pm 0,9$ года.

Характер хирургических вмешательств разнообразен. Выполнялись уретропластики по следующим методикам: Duplay — 56, MAGPI — 41, Snodgrass — 110, TIP — 89, TIP onlay — 7, Duckett — 9, Bracka — 6, Hodgson — 12, операции продвижения уретры — 4.

Характерно, что в первый период существования специализированного отделения выполнялись преимущественно операции по методу Duplay, реже — по методу Hodgson, Bracka, Duckett, MAGPI. С 2013 г. основным методом являются операции по Snodgrass, что позволило снизить число осложнений и получить максимально приемлемый внешний вид полового члена. Данная операция применялась при всех формах вплоть до среднестволовой. С 2018 г. активно применяется операция по методу TIP ($n = 89$) и реже — TIP onlay ($n = 7$), являясь основным методом хирургического вмешательства при дистальных формах гипоспадии. В коррекции головчатой гипоспадии наиболее рациональной нам представляется операция продвижения уретры с не расчленяющей корпоропластикой.

Проанализирована частота ранних осложнений при основных применяемых методах. При применении уретропластики по Duplay осложнения констатированы у 14 пациентов (25 %), по Snodgrass — у 7 (6,36 %), по TIP — у 4 (4,49 %).

Отмечена концентрация пациентов на базе консультативно-диагностического центра ГБУЗ ЯО ОДКБ, позволившая организовать динамическое наблюдение пациентов оперировавшими урологами и необходимую диспансеризацию.

Пациенты осматриваются через 2 нед. после выписки из стационара, через 3 мес., через 1 год и 5 лет. В послеоперационном периоде проводится обязательная урофлоуметрия, при необходимости бужирование уретры.

Заключение. Таким образом, за время существования специализированного отделения изменилась маршрутизация пациентов с гипоспадией уретры на территории Ярославской области. При этом, концентрация таких больных в одной МО с последующей диспансеризацией, позволяет мониторить результаты лечения как в ближайшем, так и в отдаленном периодах наблюдения. Накопление хирургического опыта позволило существенно расширить возрастные рамки для лечения пациентов с данной нозологией.

Ключевые слова: гипоспадия; уретропластика; хирургическая коррекция; методы коррекции.