

КОРРЕКЦИЯ АНОМАЛИИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПРИ ЭПИСПАДИИ И ЭКСТРОФИИ, ОПЫТ 187 ОПЕРАЦИЙ. МЕТОДЫ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ

Алиев Д.К., Рудин Ю.Э., Марухненко Д.В.

НИИ урологии и интервенционной радиологии имени Н.А. Лопаткина — филиал НМИЦ радиологии, Москва

Аномалия полового члена при эписпадии и экстрофии характеризуется незаращением уретры (частичным или тотальным), укорочением полового члена, дорсальной деформацией кавернозных тел, а также в некоторых случаях инконтиненцией. Частыми осложнениями после оперативного лечения являются свищи и стриктуры уретры, остаточная деформация кавернозных тел, сохранение недержания мочи. Достичь искомым результатов удается только при комплексном подходе и соблюдении этапности хирургического лечения.

За период с 2010 по 2019 годы в детском отделении НИИ урологии оперировано 187 мальчика: 108 (57,8 %) с экстрофией и 79 (42,2 %) с эписпадией в возрасте от 1 до 17 лет. Первичных больных было 146 (78,1 %), ранее оперированных — 41 (21,9 %). У больных с экстрофией первым этапом выполняли закрытие пузыря с пластикой шейки, мобилизацией ножек полового члена и сведением лонных костей. В возрасте 1–2 лет выполняли пластику уретры по Cantwell с применением техники неполной разборки полового члена (дизэмблинг), нанесением множественных поверхностных насечек на белочную оболочку и мобилизации ножек кавернозных тел от седалищных костей.

С целью профилактики вторичной деформации кавернозных тел выполнялось полное выделение кавернозных тел, иссечение остатков дорсальной хорды, а также устранение диспропорции дорсальной и вентральной частей кавернозных тел путем нанесения множественных поперечных послабляющих насечек или вставки лоскутов препуция на дорсальной поверхности. При выполнении неполного дизэмблинга пенис разделялся на 3 части: правое и левое кавернозные тела, а также головка с уретральной площадкой, подлежащим спонгиозным телом и сосудистой ножкой. В последующем кавернозные тела ротировались внутрь и сводились путем сшивания по дорсальной поверхности. Так как пенис разделен на составляющие, внутренней ротации кавернозных тел было достаточно для коррекции девиации. Формировали уретры из уретральной площадки при первичных операциях или тубуляризованным лоскутом крайней плоти при замещении дефицита уретры. Уретру перемещали под кавернозные тела. Важным этапом операции считается сохранение сосудисто-нервного пучка, отвечающего за кровоснабжение головки пениса и эрекцию. Далее формировали контур полового члена. Мочевой пузырь дренировали уретральным катетером.

Осложнения в виде свищей уретры наблюдали у 39 пациентов (20,9 %). Повторные операции были успешны. Отдаленные результаты прослежены в сроки от 6 мес. до 8 лет. Мы сравнили длину пениса у больных, которым не сводили лонные кости и не проводили представленный комплекс лечения, с нашими результатами. Размер полового члена у больных получивших комплексное лечение оказался длиннее в среднем на 27 %.

Таким образом, мобилизация кавернозных тел на протяжении пенильного отдела уретры с устранением деформации с помощью множественных насечек или графтинга в сочетании с пластикой уретры тубуляризованным лоскутом в случае дефицита уретры позволяет снизить число осложнений и увеличить длину члена на 27 %.