

© В.М.Майлыбаев, В.М.Лозовой, А.С.Ботабаева et al., 2007

**В.М.Майлыбаев, В.М.Лозовой, А.С.Ботабаева, Е.А.Лозовая, Г.Б.Бураев,  
М.В.Ходоровская**

## **КОРРЕКЦИЯ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ**

*Казахская государственная медицинская академия  
Астана, Республика Казахстан*

### **АБСТРАКТ**

*В статье проведен анализ диагностики и лечения у 39 детей с гипоспадией с 2000 по 2006 год.*

### **Ключевые слова:**

*мочеиспускательный канал, половой член, гипоспадия, дети*

Гипоспадия – один из наиболее частых пороков развития полового члена у мальчиков. Встречается у 1: 200 – 1: 400 новорожденных мальчиков. Патология характеризуется различной степенью эктопии наружного отверстия мочеиспускательного канала и деформации кавернозных тел, часто сопровождается нарушением мочеиспускания и половой функции. Характерными симптомами заболевания являются расщепление головки полового члена и фартукообразная крайняя плоть с избытком кожи на дорсальной и дефицитом вентральной поверхности. Тяжесть порока и сложность его коррекции в большей степени определяет деформация кавернозных тел, которая встречается у ограниченного числа (25%) больных с гипоспадией. Основную часть пациентов (73%) составляют дети с легкими и средними формами порока.

Оперативное лечение порока начинают в возрасте – от 10 месяцев до 2-4 лет, желательно завершить коррекцию в дошкольном возрасте, учитывая психологические аспекты заболевания.

Для формирования мочеиспускательного канала используются различные ткани – полового члена (препуциальный мешок, ткани ствола полового члена), мясистая оболочка мошонки, влагалищная оболочка яичка, слизистая губы и щеки, венозный аутоотрансплантат.

Основными осложнениями при оперативной коррекции гипоспадии являются формирование мочевого свищей уретры, ее стриктуры, вторичная деформация кавернозных тел полового члена, что требует повторных, подчас неоднократных хирургических вмешательств с целью устранения осложнений. Частота послеоперационных осложнений гипоспадии составляет от 15% до 45%.

Цель настоящего исследования – анализ результатов обследования и лечения детей с гипоспадией в г. Астана.

### **Материал и методы исследования**

С 2000 по 2006 годы в ГДБ №2 г. Астана оперировано 39 мальчиков с различными формами гипоспадии в возрасте от 2 до 14 лет.

Для коррекции гипоспадии применялись методы по А.А. Лимбергу, Вауер, Дюплея, Дюплея в модификации Н.Е.Савченко, Cecil- Culp- Backnell, Рудину- Алексеву.

### **Результаты и обсуждение**

Первый этап оперативной коррекции проводился по способу Дюплея, Дюплея в модификации Савченко Н.Е, отмечены у 3-х - уретральный свищи, у 2-х - стеноз сформированной уретры.

Формирование мочеиспускательного канала из кожи паховой области применялось у 3 детей. В послеоперационном периоде у 1-го развился некроз вновь сформированного мочеиспускательного канала, вследствие вторичного заживления ран сформировались грубые рубцы, приведшие к вторичному искривлению полового члена.

Неудовлетворенность результатами лечения послужила поводом для изменения тактики лечения детей с гипоспадией.

Выбор способа хирургического вмешательства зависит от места расположения мочеиспускательного канала на протяжении тела полового члена, мошонки, наличия или отсутствия искривления полового члена, степени развития волярной поверхности полового члена, количества пластического материала (кожи) для формирования мочеиспускательного канала.

Для оценки этих параметров нами разработан способ определения развития свободной волярной поверхности и степени искривления кавернозных тел полового члена для выбора адекватной операционной коррекции гипоспадии. Использование предлагаемого способа позволяет не только исследовать степень искривления кавернозных тел полового члена, но и одновременно оценить степень развития свободной волярной поверхности полового члена, что способствует выбору оптимального способа нанесения первичных разрезов.

Для определения наиболее адекватного пластического материала для формирования уретральной трубки проводилось исследование оксигенации используемых тканей. Исследования показали, что наиболее адаптированным (с точки зрения пластических свойств) материалом для формирования уретры являются кожа крайней плоти, ствола полового члена, мошонки. Заимствование пластического материала из отдаленных участков тела исключено.

Венечная форма гипоспадии у 7 (18 %) где наружное отверстие мочеиспускательного канала располагалось в области венечной борозды, отмечалось незначительное вентральное искривление головки полового члена, что не требует коррекции.

Стволовая форма гипоспадии у 14 детей (36 %). Наружное отверстие мочеиспускательного канала расположено на протяжении полового члена и отмечалось выраженное искривление кавернозных тел.

В 17 (43,5 %) случаях наблюдений - мошоночная форма, у одного (2,5 %) – промежностная. Наружное отверстие мочеиспускательного канала располагалось в области мошонки, промежности. Мошонка расщеплена, резко выражено искривление кавернозных тел полового члена, процесс мочеиспускания осуществляется по женскому типу.

### **Contact Information:**

Dr. В.М.Майлыбаев

E-Mail: gdb2\_astana@mail.ru

В последние 2 года стали использовать уретропластику по способу, описанному Рудиным Ю.Э. – Алексеевым для коррекции дистальных форм гипоспадии. В послеоперационном периоде осложнений не отмечалось. Преимуществом данного метода по сравнению с традиционными (Дюплея, Дюплея в модификации Н.Е. Савченко) являлись возможность одномоментной хирургической коррекции, относительная простота технического исполнения, отсутствие осложнений в раннем и позднем послеоперационных периодах.

При тяжелых форм гипоспадии (стволовая в проксимальной трети ствола полового члена, мошоночная, промежностная формы), чаще стали использовать способ Cecil-Culp-Backnell. В послеоперационном периоде осложнений не отмечалось.

Таким образом, изменение тактики в выборе способов коррекции и адекватного пластического материала позволило, нам снизить количество послеоперационных осложнений.

**B.M.Maylibaev, V.M.Lofovoy, A.S.Botabaeva, E.A.Lofovaya, G.B.Buraev, M.V.Hodorovskaya**  
**CORRECTION HIPOSPADIA AT CHILDREN**

*Astana, Republic of Kazakhstan*

**ABSTRACT:**

*In clause the analysis of observation and treatment 39 children with hypospadias for the period from 2000 to 2006 is carried out.*

© G.A.Maximov, 2007

**Г.А.Максимов**

**ОСОБЕННОСТИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ**

*ГУ РК «Кардиологический диспансер», Сыктывкар, Россия*

**АБСТРАКТ**

*Проблема расстройств церебрального кровообращения, основу которых составляют сосудистые поражения нервной системы, продолжает оставаться одной из самых важных в современной медицине. цереброваскулярная патология от начальных проявлений недостаточности мозгового кровообращения до острых нарушений мозгового кровообращения регулярно встречается при СКВ, что требует обязательного неврологического обследования больных с использованием современных методов диагностики.*

Проблема расстройств церебрального кровообращения, основу которых составляют сосудистые поражения нервной системы, продолжает оставаться одной из самых важных в современной медицине. Инсульт занимает третье место среди причин смерти во всем мире [2]. Социальная значимость проблемы возрастает в связи с развитием инсультов у лиц молодого возраста [3].

В работах последних лет показано, что при относительной функциональной сохранности больных с хронической ишемической болезнью мозга у них развивается генерализованная аутоиммунизация к структурным компонентам нервной ткани. Аутоантитела могут проникать в мозг через гематоэнцефалический барьер и усугублять нарушение жизнедеятельности клеток мозга. Ревматические заболевания характеризуются развитием аутоиммунных процессов против антигенов почти всех органов и тканей организма, что нередко сочетается с образованием аутоантител с органонеспецифическими свойствами. При этих заболеваниях потенциальными мишенями для иммунной агрессии могут быть различные антигены нервной ткани. Аутоиммунные процессы принимают активное участие в формировании “фонового” сосудистого повреждения мозга (энцефалопатии) и предрасположенности церебральной ткани к развитию инфаркта в ответ на острое снижение мозгового кровотока [1, 4, 5, 6, 7].

На базе ГУ РК «Кардиологический диспансер» в

**Contact Information:**

Dr. Grigoriy Maximov

E-Mail: g6917@rambler.ru

рамках программы изучения развития и течения сосудистой патологии центральной нервной системы (ЦНС) у пациентов с различными нозологиями проводилось исследование, целью которого явилось установление особенностей церебральной гемодинамики и структурных изменений головного мозга на разных этапах хронической церебральной ишемии у больных системной красной волчанкой (СКВ). Всем больным проводилось комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование, включая нейровизуализационное исследование позволявшее визуализировать структуры головного мозга и сосуды на протяжении. Для оценки состояния церебральной гемодинамики и структур головного мозга использовался аппарат MAGNETOM OPEN SIMENS.

Поражение ЦНС в виде дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) в нашем исследовании наблюдалось у всех больных с СКВ, причем в группе было 25 пациенток, имеющих в анамнезе эпизоды острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и 15 пациенток в острейшем и остром периодах ОНМК ишемического характера.

Основными клиническими синдромами, характеризующими вовлечение ЦНС в патологический процесс у пациентов с СКВ, были следующие: астенический (72,5%), цефалгический (92,2%), вестибулярно-мозжечковый (100%), базально-оболочечный (74,5%), диссомнический (58,8%) синдромы, синдром вегетативной дисфункции (54,9%) и мнестические нарушения (5,7% и 15,7%). В острейшем и остром периодах ОНМК ишемического характера основными клиническими синдромами являлись цефалгический (98,2%), вестибуляр-