

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИМОЗА

Доц. А. В. Бухмин, проф. И. М. Антонян, проф. В. В. Россихин, доц. С. Я. Мысько

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Проведена оценка медикаментозного лечения фимоза. Отмечена высокая эффективность консервативной терапии при применении мази «Пимафукорт» (85,7%). Показано, что консервативная терапия фимоза у детей оправдана с точки зрения физиологии развития полового члена и обоснована морфологически, так как строение крайней плоти имеет гистологически не измененную картину. Положительный результат при лечении фимоза у мальчиков на фоне декомпенсированного сахарного диабета свидетельствует о необходимости применения мази «Пимафукорт».

ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ФІМОЗУ

Доц. А. В. Бухмін, проф. І. М. Антонян, проф. В. В. Россіхін, доц. С. Я. Мисько

Проведено оцінку медикаментозного лікування фімозу. Доведено високу ефективність консервативної терапії у разі застосування мазі «Пімафукорт» (85,7%). Консервативна терапія фімозу в дітей виправдана з погляду фізіології розвитку статевого члена, а також морфологічно обґрунтована, оскільки будова крайньої плоти має гістологічно не змінену картину. Отриманий позитивний результат під час лікування фімозу в хлопчиків на тлі декомпенсованого цукрового діабету свідчить про необхідність застосування мазі «Пімафукорт».

EFFICACY OF MEDICAL TREATMENT OF PHIMOSIS

A. V. Bukhmin, I. M. Antonyan, V. V. Rossikhin, S. Ya. Mysko

The article presents an estimation of medical therapy for phimosis. The high efficacy (85,7%) of conservative therapy with the use of Pimafukort cream is presented. The conservative therapy in children with phimosis is well-grounded in the context of physiology of development of penis, as well it is morphologically justified since the structure of the foreskin is histologically unchanged. The positive result obtained during the treatment of the boys with phimosis and concurrent decompensated diabetes suggests the need for application of Pimafukort.

Фимоз — патологическое сужение крайней плоти, при котором невозможно обнажить головку полового члена. Это состояние часто встречается у новорожденных мальчиков, а также может проявляться как осложнение острого и хронического баланопостита или являться результатом грубых попыток насильственного растяжения крайней плоти [9, 18].

Стандартный подход к проблеме фимоза подразумевает выбор именно оперативной тактики лечения, причем обрезание проводится практически во всех случаях.

Распространенность фимоза говорит о физиологичности и функциональности этого состояния, которое разрешается естественным путем. При рождении половой член сформирован не окончательно и процесс его развития занимает около двух десятков лет, при этом

крайняя плоть не должна рассматриваться как патологическое образование [20, 21, 22].

Согласно данным наших исследований, крайняя плоть имеет морфологически не измененную картину при лечении врожденного фимоза циркумцизией или после ритуального обрезания [1].

Наиболее распространенным видом хирургических вмешательств является циркумцизия, но неизменная гистологическая картина крайней плоти оправдывает проведение пластических операций. К тому же, при этом снижается риск осложнений, связанных с обрезанием [2, 8, 10]. Вместе с тем, учитывая отсутствие дисрегенераторных изменений эпидермиса крайней плоти и физиологические стадии развития полового члена, в последние годы как альтернатива хирургии проводится

консервативное лечение фимоза стероидными противовоспалительными средствами [15, 17].

До настоящего времени экономическая рентабельность различных методов лечения фимоза является малоизученной проблемой. Стоимость хирургического лечения фимоза в государственных клиниках Франции составила 815 евро, без учета расходов на возможные осложнения. Кроме того, у 27% больных потребовалось проведение френулопластики и, соответственно, стоимость лечения возросла на 9,7%. Для сравнения, стоимость консервативной терапии составляет 60 евро. Медикаментозное лечение на протяжении 8 недель позволяет уменьшить расход материальных средств до 75%, что составляет ежегодную экономию в 25 млн евро. При этом данный вид лечения не требует госпитализации [5].

Кроме того, после операции возможно рецидивирование фимоза в результате формирования грубых послеоперационных рубцов [3]. Частота таких осложнений составляет от 2 до 5% [8, 12]. Встречаются также гораздо более серьезные осложнения: кровотечение 1–7% [7], местная или общая инфекция 4–8,5% [12], меатостеноз 8–11% [6]. Некоторые другие осложнения, такие, как уретральный свищ, ампутация головки и члена, электрокоагуляционная ишемия и некроз члена, смерть пациента, к счастью, встречаются редко [23].

Ретроспективная оценка циркумцизий в Швеции показала, что различные проблемы послеоперационного периода возникли у 34% детей. Для 1/3 больных потребовалась госпитализация, а повторные оперативные вмешательства произведены в 6% [13]. В Англии только 56% обрезаний проходит без осложнений. Одну половину осложнений составили кровотечение, тошнота, рвота, острая задержка мочи, а другую — рубцевание наружного отверстия уретры, требующее меатотомии [12].

Также у детей имеется риск, связанный с местной и общей анестезией и травмирующими психическими аспектами такого вмешательства [11].

Доказано, что крайняя плоть является эрогенной зоной, связанной с осязательными центрами головного мозга, и играет важную роль в механическом возбуждении полового члена. Скудность протопатической чувствительности головки хорошо дополняется высокой чувствительностью эрогенной ткани крайней плоти [4].

Обрезание неизбежно приводит к потере чувствительности полового члена. Результатом этого является снижение живого отклика на половое возбуждение. Постоянное раздражение головки вызывает кератинизацию эпителия, что ведет к ее гипосенсибилизации. В связи с этим обрезание является наименее желательным выбором при лечении фимоза, особенно в детском возрасте [19].

Во Франции эффективность консервативного лечения была доказана с точки зрения терапевтического эффекта, пользы, риска и рентабельности финансовых затрат больного и национального бюджета [5].

Успешное лечение фимоза при использовании стероидных мазей достигается в 85–97% случаев, а частота рецидивов составляет до 2–11%. Возможность проведения повторных курсов, несомненно, является еще одним преимуществом перед хирургическим методом лечения [14, 16, 17]. Механизм действия стероидных средств, вероятно, связан с противовоспалительным, иммуноподавляющим эффектом, восстановлением баланса синтеза коллагена фибробластами [16, 17].

Однако проведенные среди врачей анкетные исследования выявили, что консервативное лечение фимоза не имеет широкого распространения.

Цель работы — изучение эффективности стероидной мази «Пимафукорт» при консервативном лечении фимоза у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучена эффективность стероидной мази «Пимафукорт» при лечении фимоза у 253 детей. Возраст пациентов составлял от 1 до 15 лет: 1–3 года — 82 (32,4%), 4–7 лет — 123 (48,6%), 8–10 лет — 31 (12,3%), 11–15 лет — 17 (6,7%). В 27 (10,7%) случаях дети поступили в клинику с проявлением баланопостита, у 15 (5,9%) сопутствующим заболеванием явился сахарный диабет I типа.

Пимафукорт (Astellas) — комбинированный препарат, в состав которого входят натамицин, неомицина сульфат, гидрокортизон микронизированный. Компоненты, входящие в его состав, оказывают противомикробное, противогрибковое, местное противовоспалительное действие, вызывают иммуноподавляющий эффект и способствуют восстановлению баланса синтеза коллагена фибробластами.

Консервативная терапия фимоза в основной группе проводилась по следующей методике: в течение 4–8 недель 3 раза в сутки после щадящей тракции на кожу крайней плоти наносилась мазь «Пимафукурт».

Оценку результатов терапии проводили через 4 и 8 недель от начала лечения. В группу сравнения вошли 75 детей, сопоставимых по возрасту, которым проводилась «традиционная» терапия, то есть постепенное принудительное растягивание крайней плоти.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В большинстве случаев фимоз был выявлен при проведении профилактических осмотров в поликлиниках, в детских дошкольных и школьных учреждениях. В 185 (73,1%) наблюдениях крайняя плоть имела «хоботкообразный» вид, в остальных при ее натягивании обнажалась небольшая часть головки полового члена в области наружного отверстия уретры.

В 27 (10,7%) случаях имел место баланопостит, в том числе гнойный, при этом в 11 (40,7%) наблюдениях сопутствующей патологией явился сахарный диабет.

У детей с сахарным диабетом крайняя плоть в области наружного отверстия имела рубцовые изменения. Несмотря на то, что при сахарном диабете общепринятым методом лечения является обрезание [1], особенности течения сахарного диабета не всегда позволяют прибегнуть к оперативному вмешательству. В этой связи в нашем исследовании в основную группу были включены также пациенты, страдающие сахарным диабетом.

В основной группе уже через 4 недели от начала терапии фимоза в 187 (75,5%) случаях был достигнут положительный эффект: крайняя плоть стала более эластичной и податливой к растяжению, а головка полового члена стала обнажаться на 1/3 и более. Этим детям в дальнейшем в амбулаторных условиях было выполнено бескровное расправление крайней плоти.

У 48 детей основной группы головка полового члена не «открылась», однако было

отмечено, что через 4 недели крайняя плоть стала более эластичной, а длина «хоботка» крайней плоти уменьшилась. У этих пациентов лечение было продолжено. Оценка результатов лечения через 8 недель показала, что еще у 30 детей головка полового члена стала обнажаться, то есть общее число положительных результатов составило 217 (85,7%) (табл.).

В группе сравнения, где проводилось «традиционное» лечение, положительный результат через 4 недели был достигнут у 12 (16%) пациентов, а через 8 недель — у 26 (34,6%). Кроме того, в 5 (6,7%) случаях «усердные» попытки растянуть крайнюю плоть закончились парафимозом.

Применение мази «Пимафукурт» при лечении баланопостита показало, что уже на вторые сутки имелся выраженный терапевтический эффект, на пятые сутки воспаление не определялось. При лечении баланопостита мазь «Пимафукурт» оказалась одинаково эффективной как при сахарном диабете, так и при его отсутствии. Кроме этого, при сахарном диабете применение мази «Пимафукурт» оказалось эффективным у 8 (53,3%) детей, что позволило избежать оперативного лечения.

У 36 пациентов основной группы ожидаемый терапевтический эффект от проводимой консервативной терапии не достигнут, детям проведено оперативное лечение, а при гистологическом исследовании выявлены дисрегенераторные изменения эпидермиса: атрофия или гиперплазия, пара- или гиперкератоз в различных сочетаниях [1].

ВЫВОДЫ

Консервативная терапия фимоза у детей оправдана с точки зрения физиологии развития полового члена и морфологически обоснована. Положительный эффект консервативной терапии фимоза у детей при использовании мази «Пимафукурт» составляет 85,7%, что позволяет рекомендовать данный *перспективный* метод лечения к внедрению в клиническую практику.

Таблица

Консервативное лечение фимоза

Группа больных	Количество больных	Эффективность лечения		Осложнения
		Через 4 недели	Через 8 недель	
Основная группа	253	187 (75,5%)	217 (85,7%)	-
Группа сравнения	75	12 (16%)	26 (34,6%)	5 (6,7%)

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Бухмін А. В. Морфология крайней плоти у детей / А. В. Бухмін // Проблеми медичної науки та освіти. — 2009. — № 2. — С. 44–49.
2. Бухмін А. В. Обряд обрезания: история, мифы, реальность / А. В. Бухмін, В. В. Россихин, А. Е. Соловьев / Запорожье: БелГУ, 2007. — 320 с.
3. Brown M. R. Common office problems in pediatric urology and gynecology / M. R. Brown, P. C. Cartwright, B. W. Snow // *Pediatr. din North Am.* — 1997. — Vol. 44. — P. 1091–1115.
4. Cold C. J. The prepuce / C. J. Cold, J. R. Taylor // *B. J. U. Int.* — 1999. — Vol. 83 (Suppl 1). — P. 33–34.
5. Conservative treatment of phimosis in childhood / D. Berdeu, L. Sauze, P. Ha-Vinh, C. Blum-Boisgard // *BJU International.* — 2001. — Vol. 87. — P. 239–244.
6. Clinical presentation and pathophysiology of meatal stenosis following circumcision / R. Persad, S. Sharma, J. McTavish [et al.] // *Br. J. Urol.* — 1995. — Vol. 75. — P. 91–93.
7. Cooper G. G. Therapeutic retraction of the foreskin in childhood / G. G. Cooper, G. J. Thomson, P. A. Raine // *Br. Med. J.* — 1983. — Vol. 286. — P. 186–187.
8. Cuckow P. M. Preputial plasty: a good alternative to circumcision / P. M. Cuckow, G. Rix, P. D. Mouriquand // *J. Pediatr. Surg.* — 1994. — Vol. 29. — P. 561–563.
9. Davenport M. ABC of general surgery in children problems with the penis and prepuce / M. Davenport // *Br. Med. J.* — 1996. — Vol. 312. — P. 299–301.
10. Dewan P. A. Phimosis: Is circumcision necessary? / P. A. Dewan, H. S. Tien, D. S. Chieng // *J. Pediatr. Child. health.* — 1996. — Vol. 32. — P. 285–289.
11. Goldman R. The psychological impact of circumcision / R. Goldman // *B. J. U. Int.* — 1999. — Vol. 83 (Suppl 1). — P. 93–102.
12. Griffiths D. M. A prospective survey of the indications and morbidity of circumcision in children / D. M. Griffiths, J. D. Atwell, N. V. Freeman // *Eur. Urol.* — 1985. — Vol. 11. — P. 184–187.
13. Heinius J. Phimosis — ett övervärderat problem? / J. Heinius, A. Hansson, J. Jarhult // *Liikartidningen.* — 1993. — Vol. 90. — P. 4107–4108.
14. Lindhdgen T. Topical clobetasol propionate compared with placebo in the treatment of unretractible foreskin / T. Lindhdgen // *Eur. J. Surg.* — 1996. — Vol. 162. — P. 969–972.
15. Meulen Ph. H. A Conservative Treatment of Phimosis in Boys / Ph. H. Meulen, K. R. J. Delaene // *Europ. Urol.* — 2001. — Vol. 40. — P. 196–200.
16. Monsour M. A. Medical management of phimosis in children: our experience with topical steroids / M. A. Monsour, H. H. Rabinovitch, G. E. Dean // *J. Urol.* — 1999. — Vol. 162. — P. 1162–1164.
17. Orsola A. Conservative treatment of phimosis in children using a topical steroid / A. Orsola, J. Cafaratti, J. M. Garat // *Urology.* — 2000. — Vol. 56. — P. 307–310.
18. Shankar K. R. The incidence of phimosis in boys / K. R. Shankar, A. M. K. Rickwood // *BJU Int.* — 1999. — Vol. 84. — P. 101–102.
19. Taylor J. R. The prepuce: specialized mucosa of the penis and its loss to circumcision / J. R. Taylor, A. P. Lockwood, A. J. Taylor // *Br. J. Urol.* — 1996. — Vol. 77. — P. 291–295.
20. Weiss G. N. The distribution of Langerhans cells in the human prepuce: site of diminished immune response? / G. N. Weiss, M. Sanders, K. C. Westbrook // *Isr J. Med. Sci.* — 1996. — Vol. 29. — P. 42–43.
21. The conservative treatment of phimosis in boys / Z. Golubovic, D. Milanovic, V. Vukadinovic [et al.] // *Br. J. Urol.* — 1996. — Vol. 78 — P. 786–788.
22. Weiss G. N. Prophylactic neonatal surgery and infectious diseases / G. N. Weiss // *Pediatr. Infect. — Dis J.* — 1997. — Vol. 16. — P. 727–734.
23. Williams N. Complications of circumcision / N. Williams, L. Kapila // *Br. J. Surg.* — 1993. — Vol. 80. — P. 1231–1236.