

Возможности консервативной терапии фимоза у детей

А.В. Бухмин, И.М. Антонян, Н.Б. Полякова

Харьковская медицинская академия последипломного образования

В статье проанализирована возможность консервативной терапии фимоза у 253 детей. Показана высокая эффективность консервативной терапии при применении крема Пимафукорт, которая составляет 85,7%.

Консервативная терапия фимоза у детей оправдана с точки зрения физиологии развития полового члена, и обоснована морфологически, так как строение крайней плоти имеет гистологически неизменную картину.

Положительный результат при лечении фимоза у мальчиков на фоне декомпенсированного сахарного диабета свидетельствует о необходимости применения Пимафурорта в качестве консервативной терапии больных сахарным диабетом.

Ключевые слова: фимоз, баланопостит, консервативное лечение фимоза, Пимафукорт.

Фимоз – патологическое сужение крайней плоти, при котором невозможно обнажить головку полового члена. Это состояние часто наблюдают у новорожденных мальчиков, а также может проявляться как осложнение острого и хронического баланопостита или являться результатом грубых попыток насильственного растяжения крайней плоти [1, 2].

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

Однако распространенность фимоза свидетельствует о физиологичности и функциональности этого состояния, которое разрешается естественным путем. При рождении половой член сформирован неокончательно, и процесс его развития занимает около 2 десятков лет, а относительно большую длину крайней плоти не следует расценивать как патологию [3].

Согласно данным наших исследований, при лечении врожденного фимоза обрезанием или после ритуального обрезания строение крайней плоти имеет морфологически неизменную картину [6].

Неизменная гистологическая картина крайней плоти оправдывает использование пластических операций. К тому же при этом снижается риск осложнений, связанных с обрезанием [7–9].

Однако при отсутствии атрофии и склероза крайней плоти возможен и терапевтический подход, особенно, если принять во внимание физиологические стадии развития полового члена.

Наиболее распространенным видом хирургических вмешательств является циркумцизия и пластика крайней плоти. Вместе с тем, в последние годы как альтернативу хирургии проводят лечение стероидными и нестероидными противовоспалительными средствами [10, 11].

До настоящего времени экономическая рентабельность различных методов лечения фимоза является малоизученной проблемой.

Во Франции эффективность консервативного лечения была доказана с точки зрения терапевтического эффекта, пользы, риска и рентабельности финансовых затрат больно-го и национального бюджета [14].

Успех лечения фимоза при использовании топических стероидов достигается в 85–97% случаев, а частота рецидивов составляет до 2–11%. Возможность проведения успешных повторных курсов, несомненно, является еще одним преимуществом перед хирургическим лечением [10, 12, 13].

Механизм действия стероидных и нестероидных средств, вероятно, обусловлен противовоспалительным, иммуноподавляющим эффектом, восстановлением баланса синтеза коллагена фибробластами [10, 13].

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

Одно из немногих исследований сравнительной оценки материально-экономических показателей лечения фимоза проведено во Франции. 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. Таким образом, медикаментозное лечение на протяжении 8 нед позволяет уменьшить расход материальных средств до 75%, что составляет ежегодную экономию в 25 млн евро. При этом, данный вид лечения не требует госпитализации [14].

Кроме того, после операции возможно рецидивирование фимоза в результате формирования грубых послеоперационных рубцов [15]. Частота таких осложнений составляет 2–5% [16, 17].

Отмечают также гораздо более серьезные осложнения: кровотечение 1–7% [18], местная или общая инфекция 4–8,5% [16], меатостеноз 8–11% [19]. Некоторые другие осложнения, такие, как уретральный свищ, ампутация головки и члена, электрокоагуляционная ишемия и некроз члена, смерть пациента, к счастью, встречаются редко [20].

Ретроспективная оценка циркумцизий в Швеции показала, что различные проблемы послеоперационного периода возникли у 34% детей. У 1/3 детей потребовалась госпитализация, а повторные оперативные вмешательства произведены в 6% [21].

В Англии только 56% обрезаний происходит без осложнений. Одну половину осложнений составили кровотечение, тошнота, рвота, острая задержка мочи, а другую – рубцевание наружного отверстия мочеиспускательного канала, требующее меатотомии [16].

Также у детей существует риск, связанный с местной и общей анестезией и травмирующими психическими аспектами такого вмешательства [22].

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 [24].

Обрезание неизбежно приводит к потере чувствительности полового члена. Результатом этого является снижение живого отклика на половое возбуждение. Постоянное раз-

Консервативное лечение фимоза

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

дражение 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 [23].

Целью данного исследования является изучение эффективности стероидной мази Пимафукорт при консервативном лечении фимоза у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ходе исследования изучена эффективность комбинированного топического стероида – крема «Пимафукорт» при лечении фимоза у 253 детей. Возраст изучаемых 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.

Консервативную терапию фимоза в основной группе проводили по следующей методике: на протяжении 4–8 нед 3 раза в сутки после шадящей тракции на кожу крайней плоти наносили крем Пимафукорт.

Оценку результатов терапии проводили через 4 и 8 нед от начала лечения. В группу сравнения вошли 75 детей, сопоставимых по возрасту, которым проводили «традиционную» терапию, т.е. постепенное принудительное растягивание крайней плоти.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ 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 (4,7%) 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 [6], 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 нед 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 по Кеферу.

У 48 детей основной группы головка полового члена не «открылась», однако было отмечено, что через 4 нед крайняя плоть стала более эластичной, а длина «хоботка» крайней плоти уменьшилась. У этих пациентов лечение было продолжено. Оценка результатов лечения через 8 нед показала, что еще у 30 детей головка полового члена стала обнажаться, т.е. общее число положительных результатов составило 217 (85,7%) (табл. 1).

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

Применение крема Пимафукорт при лечении баланопостита показало, что уже на 2-е сутки имелся выраженный терапевтический эффект, на 5-е сутки воспаление не определялось. При лечении баланопостита крем Пимафукорт оказалась одинаково эффективной как при сахарном диабете, так и при его отсутствии. Кроме этого при сахарном диабете применение Пимафурорта 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 [6].

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 крема Пимафукорт составляет 85,7%, что позволяет рекомендовать данный метод лечения для внедрения в клиническую практику.

При фимозе на фоне сахарного диабета применение мази Пимафукорт является альтернативой хирургическому методу лечения.

Можливості консервативної терапії фімозу в дітей

А.В. Бухлін, І.М. Атонян, Н.Б. Полякова

У статті проаналізована можливість консервативної терапії фімозу у 253 хлопчиків. Показана висока ефективність консервативної терапії при застосуванні Пимафуркору, яка складає 85,7%. Консервативна терапія фімозу у дітей виправдана з точки зору фізіології розвитку статевого члена, а також морфологічно обґрунтована, оскільки будова крайньої плоти має гістологічно незмінну картину.

Отриманий позитивний результат при лікуванні фімозу у хлопчиків на фоні декомпенсованого цукрового діабету свідчить про необхідність застосування Пімафукорту при консервативному лікуванні хворих з цукровим діабетом.

Ключові слова: фімоз, баланопостит, консервативне лікування, Пімафукорт.

Possibility of conservative treatment of phimosis in children

A.V. Buhmin, I.M. Antonian, N.B. Poliakova

The article analyses the possibility of conservative therapy in 253 boys with phimosis. The high efficacy (85,7%) of conservative therapy with the use of Pimafucort 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 the concurrent decompensated diabetes, suggests the need for application of Pimafucort for conservative treatment of the patients with diabetes mellitus.

Key words: *phimosis, balanoposthitis, conservative treatment of phimosis, Pimafucort.*

ЛИТЕРАТУРА

- Davenport M. ABC of general surgery in children problems with the penis and prepuce BrMedJ 1996 312 299–301.
- Shankar K.R., Rickwood A.M.K. The incidence of phimosis in boys BJU Int 1999 84 101–2.
- Golubovic Z., Milanovic D., Vukadinovic V., Rdkic I., Perovic S. The conservative treatment of phimosis in boys Br J Urol 1996 78 786–8.
- Weiss G.N., Sanders M, Westbrook K.C. The distribution of Langerhans cells in the human prepuce: site of diminished immune response? Isr J. Med. Sci., 1996; 29: 42–3.
- Weiss G.N. Prophylactic neonatal surgery and infectious diseases. Pediatr Infect Dis J., 1997; 16: 727–34.
- Бухмин А.В. Морфология крайней плоти у детей // Проблемы медицинской науки та освіти. – 2009. – № 2. – С. 44–49.
- Cuckow P.M., Rix G., Mouriquand P.D. Preputial plasty: a good alternative to circumcision. J Pediatr Surg 1994; 29: 561–3.
- Dewan P.A. Tien HS., Chieng DS: Phimosis: Is circumcision necessary? J.Pediatr. Child.health. 1996;32:285–289.
- Бухмин А.В., Россихин В.В., Соловьев А.Е./ Обряд обрезания: история, мифы, реальность. – Запорожье: Изд-во БелГУ, 2007. – 320 с.
- Orsola A., Caffaratti J., Garat J.M. Conservative treatment of phimosis in children using a topical steroid. Urology 2000; 56: 307–10.
- Meulen Ph.H., Delaene K.R.J. A Conservative Treatment of Phimosis in Boys/ Europ.Urol. 2001;40:196–200 (Pediatric Urol.).
- Lindhgen T. Topical clobetasol propionate compared with placebo in the treatment of unretractible foreskin Eur J. Surg 1996 162 969–72.
- Monsour M.A., Rabinovitch H.H., Dean G.E. Medical management of phimosis in children: our experience with topical steroids. J.Urol 1999; 162:1162–4.
- Berdeu D., Sauze L., Ha-Vinh P., Blum-Boisgard C., BJU International (2001), 87, 239–244.
- Brown M.R., Cartwright P.C., Snow B.W. Common office problems in pediatric urology and gynecology. Pediatr din North Am 1997; 44: 1091–115.
- Griffiths D.M., Atwell J.D., Freeman N.V. A prospective survey of the indications and morbidity of circumcision in children. Eur Urol 1985; 11: 184–7.
- Cuckow P.M., Rix G., Mouriquand P.D. Preputial plasty: a good alternative to circumcision. J Pediatr Surg 1994; 29: 561.
- Cooper G.G., Thomson G.J., Raine P.A. Therapeutic retraction of the foreskin in childhood. Br Med J 1983; 286: 186–7.
- Persad R., Sharma S., McTavish J., Imber C., Mouriquand P.D. Clinical presentation and pathophysiology of meatal stenosis following circumcision. Br J Urol 1995; 75: 91–3).
- Williams N., Kapila L. Complications of circumcision. Br J Surg 1993; 80: 1231–6.
- Heinius J., Hansson A., Jarhult J. Phimosis – ett övervärderat problem? Läkartidningen 1993; 90: 4107–8.
- Goldman R. The psychological impact of circumcision. BJU Int 1999; 83 (Suppl 1): 93–102.
- Taylor J.R., Lockwood A.P., Taylor A.J. The prepuce: specialized mucosa of the penis and its loss to circumcision. Br.J.Urol., 1996; 77: 291–5.
- Cold C.J., Taylor J.R. The prepuce. BJU Int 1999;83 (Suppl 1):33–34.