

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

УДК: 616.66-007.26:615.036]-159.922.76

ВІДДАЛЕНІ КОСМЕТИЧНІ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ГІПОСПАДІЇ

В.Я. Барухович

Запорізький державний медичний університет

ОТДАЛЕННЫЕ КОСМЕТИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОСПАДИИ

В.Я. Барухович

Запорожский государственный медицинский университет

LONG-TERM COSMETIC AND FUNCTIONAL RESULTS OF HYPOSPADIAS TREATMENT

V.Ya. Barukhovych

Zaporizhzhia State Medical University

Резюме. Проведено ретроспективний аналіз 140 історій хвороб дітей, оперованих з приводу гігоспадії, яким на момент дослідження виповнилося 16 років. З 32 пацієнтів групи дослідження і 20 пацієнтів групи порівняння (здорові чоловіки добровольці), яким були розіслані анкети, на питання відповіли 28 і 19 відповідно. Середній вік тих, хто відповіли, в групі дослідження склав $19,7 \pm 2,1$, у групі порівняння - $21,2 \pm 1,4$. 6 пацієнтам були проведені одноетапні операції, 22 - двоетапні. Причинами невдоволення зовнішнім виглядом статевого члена були: розмір в 25% у групі дослідження і в 21,1% в групі порівняння, наявність викривлення в 21,4% і в 15,8% відповідно, відсутність крайньої плоти в 14,3% і в 5,3% відповідно, ектопія мезуса в 42,9% і в 5,3% відповідно. Скарги на труднощі при сечовипусканні і розбризкування сечі пред'явили 14,3% оперованих пацієнтів, тоді, як у групі порівняння таких скарг не було. Викривлення статевого члена під час ерекції в групі дослідження відзначено частіше, ніж у групі порівняння. Проблеми при еякуляції відзначили 42,9% пацієнтів з гігоспадією. Проблеми при статевому акті зареєстрували 17,9% пацієнтів з гігоспадією і 10,5% чоловіків групи порівняння. Основною причиною незадоволеності статевим актом в обох групах опитані вважали маленький розмір статевого члена.

Ключові слова: гігоспадія, віддалені результати, ускладнення, діти.

Резюме. Проведен ретроспективний аналіз 140 історій болезней детей, оперированных по поводу гипоспадии, которым на момент исследования исполнилось 16 лет. Из 32 пациентов группы исследования и 20 пациентов группы сравнения (здоровые мужчины добровольцы), которым были разосланы анкеты, на вопросы ответили 28 и 19 соответственно. Средний возраст ответивших, в группе исследования составил $19,7 \pm 2,1$, в группе сравнения - $21,2 \pm 1,4$. 6 пациентам были произведены одноэтапные операции, 22 - двухэтапные. Причинами недовольства внешним видом полового члена были: размер в 25% в группе исследования и в 21,1% в группе сравнения, наличие искривления в 21,4% и в 15,8% соответственно, отсутствие крайней плоти в 14,3% и в 5,3% соответственно, эктопия мезуса в 42,9% и в 5,3% соответственно. Жалобы на затруднения при мочеиспускании и разбрызгивание мочи пред'явили 14,3% оперированных пациентов, тогда, как в группе сравнения таких жалоб не было. Искривление полового члена во время эрекции в группе исследования отмечено чаще, чем в группе сравнения. Проблемы при эякуляции отметили 42,9% пациентов с гипоспадией. Проблемы при половом акте зарегистрировали 17,9% пациентов с гипоспадией и 10,5% мужчин группы сравнения. Основной причиной неудовлетворенности половым актом в обеих группах опрошенные считали маленький размер полового члена.

Ключевые слова: гипоспадия, отдаленные результаты, осложнения, дети.

Abstract. There was conducted a retrospective analysis of 140 case histories of children operated for hypospadias, who at the time of the study were 16 years old. Out of the 32 patients in the study group and 20 patients of the comparison group (healthy male volunteers), who had been sent a questionnaire, 28 and 19 answered to all questions, respectively. The average age of the respondents in the study group was 19.7 ± 2.1 , in the comparison group - 21.2 ± 1.4 . 6 patients were performed single-stage operation, 22 - two-stage ones. Causes of dissatisfaction with penis appearance were: size 25% in the test group and 21.1% in the comparison group, penile curvatures 21.4% and 15.8% respectively, absence of the foreskin 14.3% and 5.3% respectively, ectopic meatus 42.9% and 5.3% respectively. Complaints of difficulties with urinating and splashing of urine were present in 14.3% of the operated patients, whereas in the comparison group were no such complaints. Curvature of the penis during erection in the study group was marked more frequently than in the comparison group. Problems with ejaculation was marked in 42.9% of patients with hypospadias. Problems during sexual intercourse were registered in 17.9% of patients with hypospadias and in 10.5% of men comparison group. Respondents in both groups believed, that the main reason for dissatisfaction with sexual intercourse, was the small penis size.

Keywords: hypospadias, long-term results, complications, children.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Гігоспадія є поширеною вродженою вадою розвитку сечостатевої системи і у чоловіків зустрічається з частотою 1/150-1/300. Метою оперативної корекції гігоспадії є нормалізація функції і косметики статевого члена. Для забезпечення нормального сечовипускання і статевій функції має бути повністю виправлено викривлення статевого члена, яке часто присутнє при цій ваді, щоб не створювати перешкод при ерекції, а сформована частина уретри повинна відкриватися на верхівці голівки статевого члена без нориць і стенозів. Ускладнення після коригуючих операцій, що включають порушення сечовипускання, у тому числі неможливість мочитися стоячи, а надалі сексуальні і психосексуальні дисфункції, є однією з потенційних причин зниження народжу-

ваності. Саме це в ряді випадків визначає необхідність повторних хірургічних втручань і необхідність психологічної корекції сексуальної дисгармонії.

У медичній літературі є обмежена кількість досліджень, присвячених аналізу віддалених результатів лікування гігоспадії, і проведені вони в більшій частині з позиції хірурга, а не пацієнта [3, 5]. Відсутність даних у хірургів про суб'єктивні оцінки результатів корекції гігоспадії самими пацієнтами пов'язано, з одного боку, з небажанням багатьох пацієнтів та їх батьків через роки після оперативного втручання обговорювати питання їх сексуального життя, а з іншого боку, з неможливістю розшукати пацієнта, пов'язану зі зміною місця його проживання. Деякі роботи, присвячені даній проблемі, проведені без уточнення форми вади,

корекція якої проводилася в більшій частині у віці від 3-х років [6, 10]. Є також розбіжності при обговоренні причин виникнення ускладнень у пацієнтів з гіпоспадією в постпубертатному віці. Одні автори відзначають відсутність порушень сексуального розвитку та сексуальної функції, а також відсутність проблем, пов'язаних з косметичними результатами у своїх пацієнтів [2, 7], тоді як інші описують меншу кількість позитивних результатів [8, 9]. Більшу частину операцій, результати яких оцінюються в постпубертатному періоді, в даний час вже можна вважати застарілими, але, тим не менш, необхідність вивчення віддалених результатів не викликає сумніву [8].

Мета. Оцінити віддалені результати лікування гіпоспадії.

Матеріали і методи

Проведено ретроспективний аналіз 140 історій хвороб дітей, оперованих в клініці дитячої хірургії Запорізького державного медичного університету (зав. професор Соловйов А.Є.) з приводу гіпоспадії, яким на момент дослідження виповнилося 16 років. З цими пацієнтами ми зв'язалися по телефону і пояснили мету майбутнього дослідження. 32 пацієнтам, котрі погодились брати участь у дослідженні, була розіслана анкета, складена на основі шкали векторного визначення статевої конституції чоловіка Г.С.Васильченко і опитувальника "Сексуальна формула чоловіка" [1]. Питання анкети були спрямовані на виявлення анатомічних результатів хірургічної корекції (розташування меатуса, наявність нориць, наявність деформації статевого члена), функціональних результатів (сексуальна активність, терміни першого статевого контакту, можливість статевого акту, можливість мочитися стоячи) і задоволеності самого пацієнта (суб'єктивної оцінки зовнішнього виду статевого члена, статевої функції, сечовипускання). Терміни обстеження після завершення хірургічного лікування склали від 11 до 20 років. До групи порівняння включені 20 здорових чоловіків добровольців. Статистичну обробку отриманого матеріалу здійснювали за допомогою статистичного пакету ліцензійної програми «STATISTICA® for Windows 6.0» (Stat Soft Inc., №АХХR712D833214FAN5).

Результати та їх обговорення

З 32 пацієнтів групи дослідження і 20 пацієнтів групи порівняння, яким були розіслані анкети, на питання відповіли 28 і 19 відповідно. Середній вік пацієнтів, що відповіли, в групі дослідження склав $19,7 \pm 2,1$; в групі порівняння - $21,2 \pm 1,4$. У 12 хворих була передня форма гіпоспадії, у 7 - задня, у 9 пацієнтів форма гіпоспадії невідома. 6 пацієнтам були проведені одноетапні операції, 22 - двоетапні операції. Середній вік хворих до моменту закінчення лікування склав $4,6 \pm 2,7$ років. У 12 пацієнтів відзначалися післяопераційні ускладнення, які потребували додаткових втручань. У 75% опитаних пацієнтів з групи дослідження середня кількість операцій склало 3,6.

Причинами невдоволення зовнішнім виглядом статевого члена були: розмір - в 25% у групі дослідження і в 21,1% - в групі порівняння, наявність викривлення - у 21,4% і в 15,8% відповідно, відсутність крайньої плоті - в 14,3% і в 5,3% відповідно, ектопія меатуса - в 42,9% і в 5,3% відповідно (табл. 1). Скарги на труднощі при сечовипусканні і розбризкування сечі пред'явили 14,3% оперованих пацієнтів, тоді, як у групі порівняння таких скарг не було.

Для оцінки сексуальної функції учасникам дослідження було запропоновано оцінити якість ерекції статевого члена, як добру, задовільну, погану і відсутність ерекції. Порушень сексуальної функції у вигляді поганої ерекції і її відсутності в обох групах не відзначено. Опитані в групі дослідження оцінили якість ерекції, як добру в 78,6% і задовільну в 21,4%, а в групі порівняння - в 85,7% і 14,3% відповідно. Викривлення статевого члена під час ерекції в групі дослідження відзна-

чено частіше, ніж у групі порівняння на 5,6%. Проблеми при еякуляції відзначили 42,9% пацієнтів з гіпоспадією.

Проблеми при статевому акті зареєстрували 17,9% пацієнтів з гіпоспадією і 10,5% чоловіків групи порівняння, що зазнали статевого акту. Основною причиною незадоволеності статевим актом в обох групах опитані вважали маленький розмір статевого члена.

При порівнянні сексуальної поведінки середній вік першого статевого акту в обох групах був порівнянним і відповідав $17,1 \pm 1,3$ рокам у пацієнтів у групі дослідження і $18,2 \pm 1,1$ рокам в групі порівняння з числа опитаних, що мали сексуального партнера. Пацієнти з тяжкими формами гіпоспадії, які оперувалися кілька разів, вступали в перший статевий акт в середньому на 2,1 років пізніше, ніж пацієнти, які перенесли одноетапні операції.

Віддалені результати лікування гіпоспадії простежити складно, так як багато пацієнтів відмовляються брати участь в дослідженнях, пов'язаних з інтимними питаннями сексуальності. Нам вдалося отримати тільки 28 анкет від 140 пацієнтів, яким було запропоновано брати участь в дослідженні. 39,3% опитаних були незадоволені зовнішнім виглядом статевого члена, причому малий його розмір був основною скаргою. Отримані нами дані можна порівняти з дослідженнями, проведеними багатьма авторами [2, 3, 5, 9]. Нам видається важливим враховувати стурбованість багатьох пацієнтів малим розміром статевого члена і вибірково підходити до показань проведення дорзальної пликації білкової оболонки, яка може порушувати ріст статевого члена, особливо у пацієнтів з вираженою дисплазією кавернозних тіл. Оцінюючи сексуальну функцію, велика частина учасників з обох груп відзначила хорошу ерекцію, тоді як викривлення статевого члена при ерекції зазначалося в 15,8% в контрольній групі і в 21,4% у групі дослідження. Складно оцінити вплив викривлення статевого члена на сексуальну функцію у контрольній групі, але проте, відсутність деформації статевого члена під час ерекції у пацієнтів оперованих з приводу гіпоспадії вважається важливим завданням. На нашу думку, кількість пацієнтів з викривленням статевого члена, що зберігається, після корекції гіпоспадії має зменшуватися у зв'язку з широким використанням останнім часом інтраопераційного тесту Gittes [4] і різних методів ортопластики.

У 42,9% хворих відзначалося утруднення еякуляції. У цих пацієнтів були проведені багатоетапні уретропластики з формуванням протяжної частини неоуретри без адекватного укриття її навколишніми тканинами. Частота порушень еякуляції у віддаленому післяопераційному періоді повинна мати тенденцію до зниження через широке застосування в даний час одноетапних операцій з використанням уретральної пластини і укриттям сформованої уретри навколишніми тканинами, що включають м'ясисту або влагалищну оболонку.

Сексуальна поведінка практично не відрізнялася в учас-

Таблиця 1. Причини незадоволеності зовнішнім виглядом статевого члена після корекції гіпоспадії в порівнянні з контрольною групою

	Гіпоспадія	Контрольна група
Загальна кількість опитаних	28	19
Причини незадоволеності статевим членом		
Малі розміри	7 (25%)	4 (21,1%)
Викривлення	6 (21,4%)	3 (15,8%)
Розташування меатуса	12 (42,9%)	1 (5,3%)
Форма	2 (7,1%)	-
Відсутність крайньої плоті	4 (14,3%)	1 (5,3%)
Деформація головки	2 (7,1%)	-
Рубці	4 (14,3%)	-
Колір	2 (7,1%)	-
Наявність волосся	3 (10,7%)	-

ників в групі дослідження і в групі порівняння, що узгоджується з опублікованими дослідженнями [5, 10]. Вважається, що важливим чинником, що впливає на сексуальну поведінку, є вік оперованого хворого. У проведеному дослідженні середній вік оперованих хворих з гіпоспадією становив 3-6 років і (75% відповідали на питання при анкетуванні) оперувалися в середньому 3,6 разів, тоді як більша частина пацієнтів з гіпоспадією сьогодні оперуються одноетапними способами у віці 6-12 місяців. Ці пацієнти чекають нашого дослідження після досягнення статевозрілого віку.

Таким чином, частина опитаних пацієнтів з гіпоспадією, оперованих у дитячому віці, відзначають певні порушення сечовипускання та сексуального здоров'я, які вимагають корекції та реабілітації в старшому віці.

Література

1. Васильченко Г.С. Сексопатология / Г.С. Васильченко. — М.: Медицина, 1990.
2. Aigrain Y., Cheikhelard A., Lottmann H., Lortat-Jacob S. Hypospadias: surgery and complications. Horm. Res. Paediatr. 2010;74:218-22.
3. Aulagne M.B., Harper L., de Napoli-Cocci S., Bondonny J.M., Dobremez E. Long-term outcome of severe hypospadias. J Pediatr Urol 2010;6:469-72.

Urol 2010;6:469-72.

4. Gittes R., McLaughlin A.I. Injection technique to induce penile erection. Urology, 1974, 4, 473-475.)
5. Jiao C, Wu R, Xu X, Yu Q. Long-term outcome of penile appearance and sexual function after hypospadias repairs: situation and relation. Int Urol Nephrol 2011;43:47-54.
6. Jones BC, O'Brien M, Chase J, Southwell BR, Hutson JM. Early hypospadias surgery may lead to a better long-term psychosexual outcome. J Urol 2009;182:1744-9.
7. Perera M., Jones B., O'Brien M., Hutson J.M. Long-term urethral function measured by uroflowmetry after hypospadias surgery: comparison with an age matched control. J Urol 2012 Oct; 188 (Suppl. 4) : 1457-62.
8. Seibold J., Werther M., Alloussi S., Gakis G., Schilling D., Colleselli D., et al. Objective long-term evaluation after distal hypospadias repair using the meatal mobilization technique. Scand J Urol Nephrol 2010;44:298-303.
9. Snodgrass W., Macedo A., Hoebeke P., Mouriquand P. Hypospadias dilemmas: a round table. J Pediatr Urol 2011;7:145-57.
10. Vandendriessche S., Baeyens D., Van Hoecke E., Indekeu A., Hoebeke P. Body image and sexuality in adolescents after hypospadias surgery. J Pediatr Urol 2010;6:54-9.

Надійшла 01.07.2014 року.

УДК 617.51+617.53]:616.423 – 007] – 053.2 – 08

ЛІКУВАННЯ КІСТОЗНИХ ФОРМ ЛІМФАТИЧНИХ МАЛЬФОРМАЦІЙ ГОЛОВИ І ШИЇ У ДІТЕЙ: СКЛЕРОТЕРАПІЯ, ХІРУРГІЧНЕ ТА КОМБІНОВАНЕ ВТРУЧАННЯ

І.М.Бензар

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

ЛЕЧЕНИЕ КИСТОЗНЫХ ФОРМ ЛИМФАТИЧЕСКИХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ У ДЕТЕЙ: СКЛЕРОТЕРАПИЯ, ХИРУРГИЧЕСКОЕ И КОМБИНИРОВАННОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

И.Н.Бензар

Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца

TREATMENT FOR LYMPHATIC MALFORMATIONS CYSTIC FORMS OF HEAD AND NECK IN CHILDREN: SCLEROTHERAPY, SURGICAL AND COMBINED INTERVENTION

I.M.Benzar

O.O. Bohomolets National Medical University

Резюме. Мета дослідження: обґрунтувати вибір способу лікування кістозних ЛМ голови і шиї у дітей та визначити прогноз лікування. У дослідження включено 47 дітей з ЛМ голови і шиї. Період спостереження склав від 6 до 35 місяців. Хірургічне видалення ЛМ виконано у 5 (10,6%) дітей. 38 (80,8%) пацієнтам проведена склерозуюча терапія з використанням ОК-432. Комбіноване лікування, яке включало резекцію частини ЛМ, трахеостомію та інтраопераційне введення ОК-432 проведено у чотирьох пацієнтів з гігантськими ЛМ. При використанні склеротерапії ОК-432 найкращий результат отримано у пацієнтів з макрокістозною формою ЛМ, одностороннім ураженням. У пацієнтів зі змішаною формою ЛМ середня кількість сесій склала 3, середня доза ОК-432 була 3,4 КЕ. У пацієнтів з макрокістозними формами виконано одну або дві сесії, середня доза ОК-432 складала 1,4 КЕ. Відмінний і добрий результат отримано у 5 пацієнтів з макрокістозними формами і у 4 зі змішаними ЛМ. Пацієнти з двобічним супра- та інфрагіоїдним ураженням потребують тривалого комбінованого лікування з використанням як хірургічних, так і склерозуючих методик.

Ключові слова: лімфатичні мальформації, склерозуюча терапія, ОК-432.

Резюме. Цель исследования: обосновать выбор способа лечения кистозных ЛМ головы и шеи у детей и определить прогноз заболевания. В исследование включено 47 детей с ЛМ головы и шеи. Период наблюдения составил от 6 до 35 месяцев. Хирургически ЛМ удалены у 5 (10,6%) детей. 38 (80,8%) пациентам произведена склерозирующая терапия с использованием ОК-432. Комбинированное лечение, включающее резекцию части ЛМ, трахеостомию и интраоперационное введение ОК-432 выполнено у четырех пациентов с гигантскими ЛМ. При использовании склеротерапии ОК-432 наилучший результат получено у пациентов с макрокистозной формой ЛМ, односторонним поражением. У пациентов со смешанной формой ЛМ среднее количество сессий составило 3, средняя доза ОК-432 была 3,4 КЕ. У пациентов с макрокистозными формами произведена одна или две сессии, средняя доза ОК-432 составила 1,4 КЕ. Отличный и хороший результат получено у 5 пациентов с макрокистозными формами и у 4 со смешанными ЛМ. Пациенты с двусторонним супра- и инфрагиоидным поражением нуждаются в длительном комбинированном лечении с использованием как хирургических, так и склерозирующих методик.