

ГИПОСПАДИЯ

Гипоспадия – распространенный порок наружных половых органов с частотой 1 на 150-200 мальчиков. Между 7 и 8 неделями гестации под влиянием гена SRY плод начинает развиваться по мужскому фенотипу. Искривление полового члена – нормальное состояние эмбрионального развития (рис. 1).

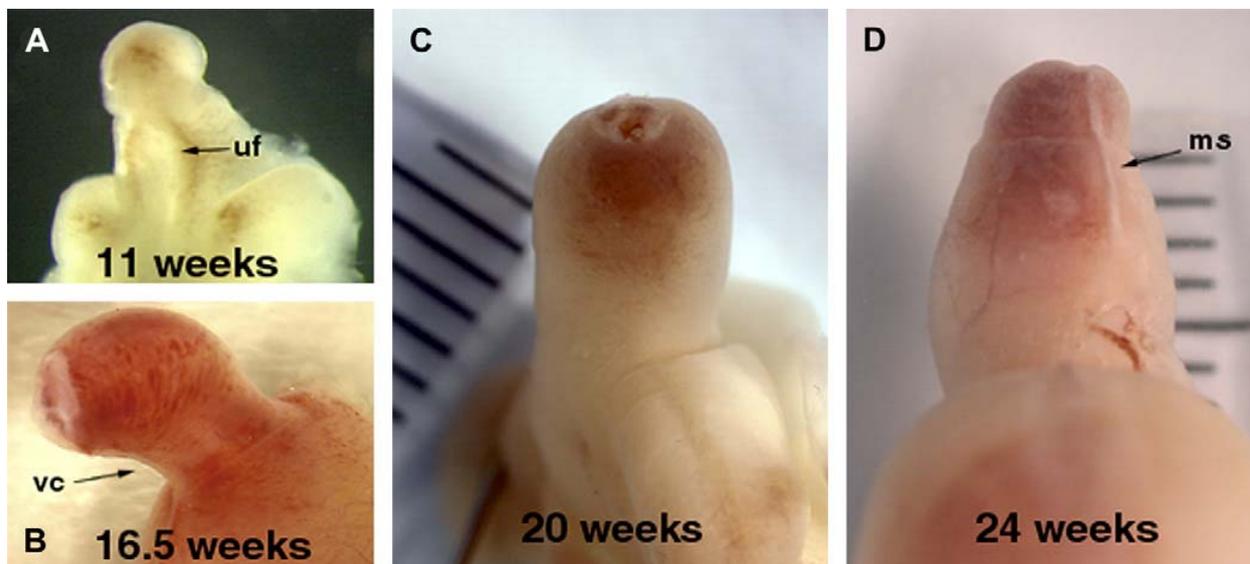


Рис. 1. Мужские наружные гениталии человеческого плода во время эмбрионального развития. (А) На 11 неделе гестации уретра открыта. (В) На 16.5 нед имеется вентральное искривление пениса (vc) и крайняя плоть практически сформирована. (С) На 20 нед развитие пениса и уретры завершено; искривления пениса уже нет. (D) На 24 нед крайняя плоть покрывает всю головку; сформирован вентральный шов(ms).

Таким образом, к 17 нед гестации половой член выпрямляется. При гипоспадии искривление может сохраняться и после рождения, особенно при так называемых проксимальных формах.

Классификации гипоспадии представлены на рис. 2 и 3. На практике более важна классификация, основанная на локализации места разделения спонгиозной ткани уретры (рис 5). Статистически на переднюю (головчатую) форму приходится 50% случаев; дистально-стволовая, средне-стволовая и проксимально-стволовая формы – 30%; задняя: пено-скротальная, промежностная формы – 20% случаев.

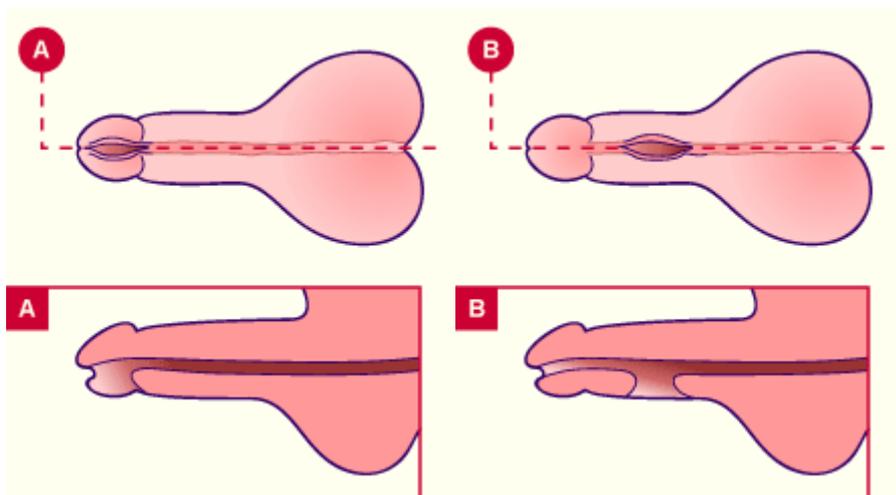
Нередко гипоспадию сопровождают сопутствующие аномалии наружных мужских половых органов: крипторхизм (неопущение яичек), искривление пениса, скрытый половой член, гипоплазия пениса (недоразвитие), ротация полового члена, пено-скротальная транспозиция (рис. 4).

В большинстве случаев коррекция гипоспадии в нашей клинике производится одномоментно, в 1 этап. В 2 этапа мы предпочитаем оперировать проксимальные формы гипоспадии с выраженным искривлением полового члена и недоразвитием кавернозных тел и головки пениса. При том, что в настоящее время одноэтапно можно корригировать практически любую форму

Анатомические варианты гипоспадии

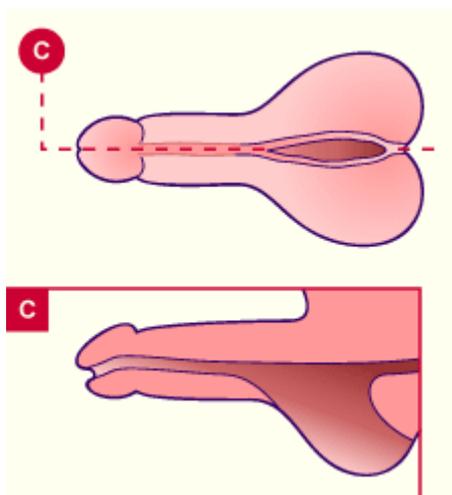


Рис. 2. Классификация гипоспадии



А. Головчатая форма гипоспадии

В. Стволовая форма гипоспадии



С. Пено-скротальная форма гипоспадии

Рис. 3. Упрощенная классификация гипоспадии

гипоспадии, мы предпочитаем более тяжелые формы оперировать в 2 этапа в связи с лучшими отдаленными функциональными и косметическими результатами. К счастью, тяжелые формы гипоспадии с выраженным искривлением пениса встречаются относительно нечасто. Показания к кавернозопластике - это мошоночная и промежностная формы гипоспадии, искривление полового члена более 30 градусов и у пациентов с остаточным искривлением пениса после ранее неудачно проведенных операций. В отличие от пластики белочной оболочки, кавернозопластика не укорачивает длину полового члена (рис. 6). В качестве замещения ткани белочной оболочки может быть использована дерма кожи, влагиалищная оболочка яичка и др. ткани. На рис. 7 и 8 схематично изображена техника операции при выраженном искривлении полового члена с гипоспадией.

Варианты аномалий полового члена, ассоциированных с гипоспадией

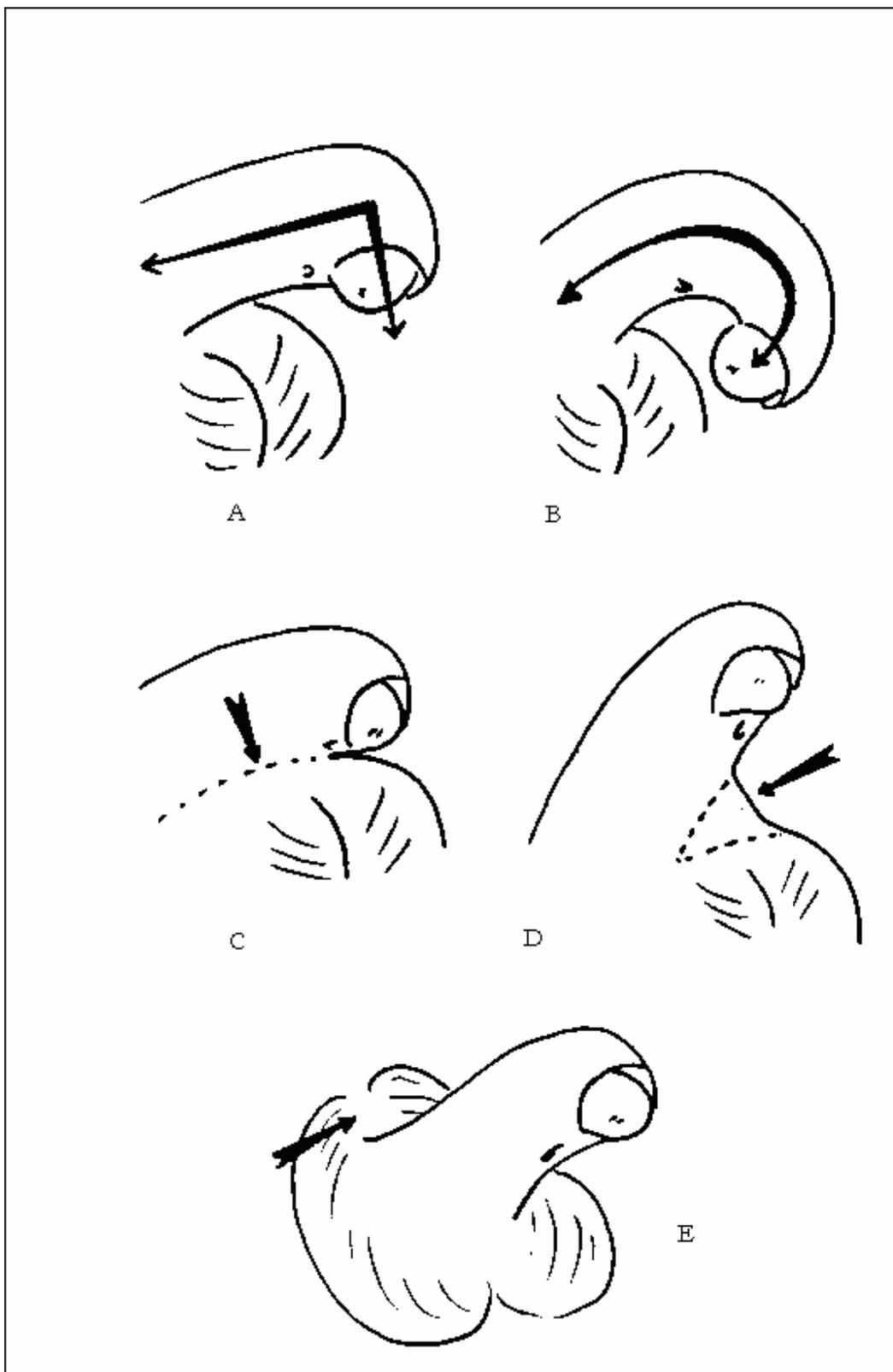


Рис. 4. А – искривление головки пениса; В – искривление ствола пениса; С – слияние пениса с кожей мошонки; D – «парусовидная» перепонка; E – пениско-скротальная транспозиция.

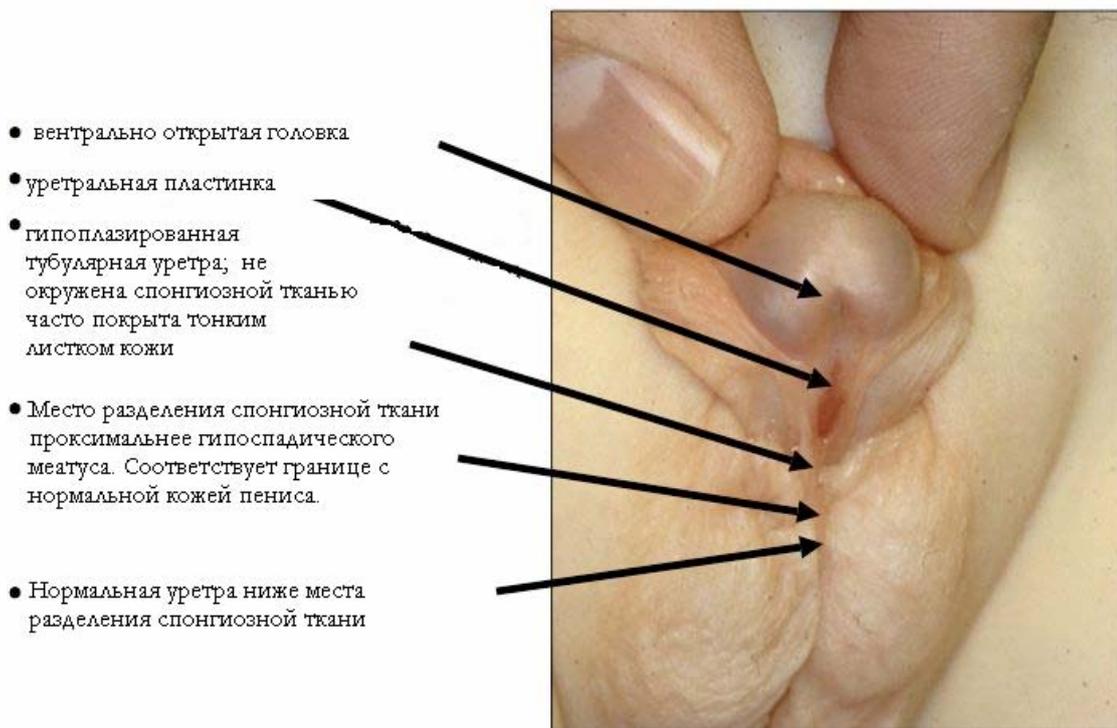


Рис. 5. Анатомия проксимальной гипоспадии.

ИСКРИВЛЕНИЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА: УДЛИНЕНИЕ КАВЕРНОЗНЫХ ТЕЛ



Рис. 6. При сохраняющемся искривлении пениса возможны 2 варианта коррекции: пликация белочной оболочки пениса (укорачивает член) и удлиняющая пластика кавернозных тел.

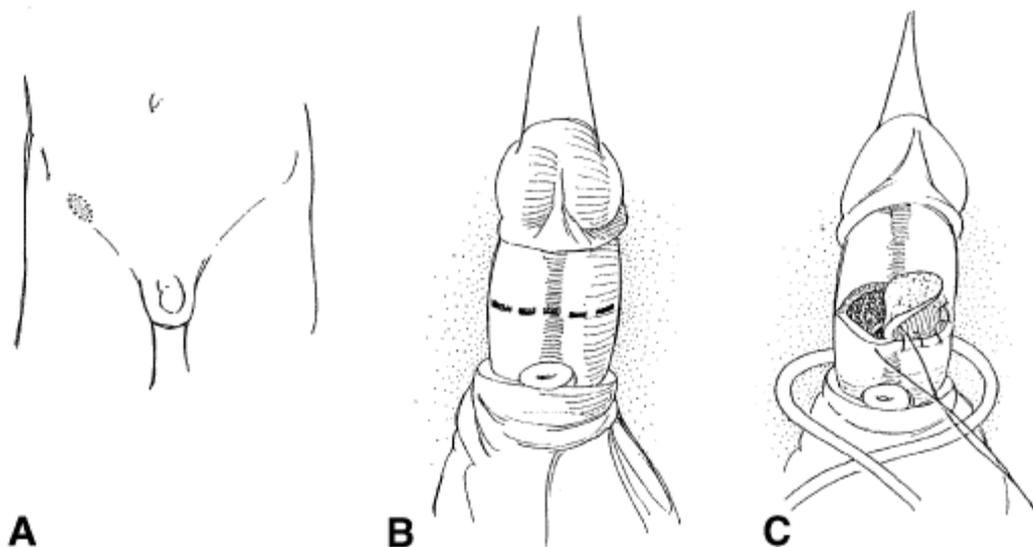


Рис. 7. Техника графтинга дермальным лоскутом при вентральном искривлении пениса. **(А)** Взятие свободного дермального трансплантата из паховой области. **(В)** Поперечный разрез белочной оболочки в месте максимального искривления. **(С)** В образовавшийся эллипсовидный дефект вшит дермальный трансплантат.

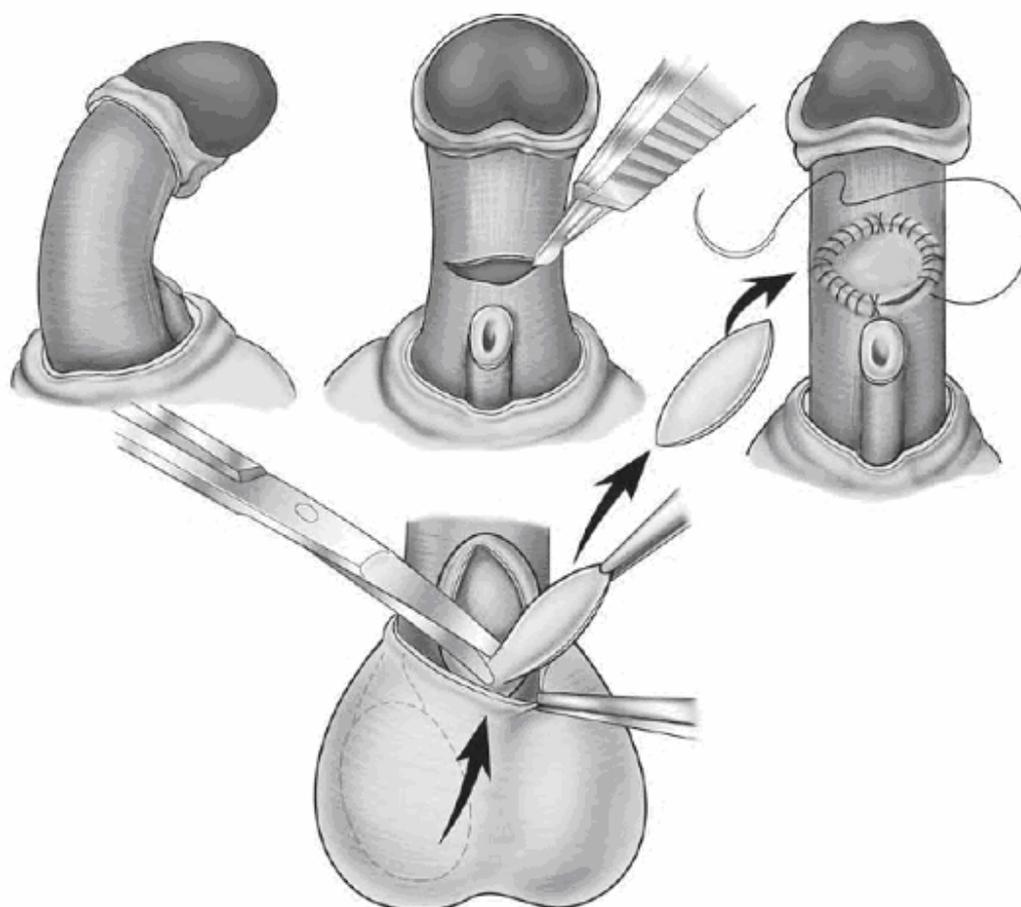


Рис. 8. Техника графтинга лоскутом влагалищной оболочкой яичка при вентральном искривлении пениса.