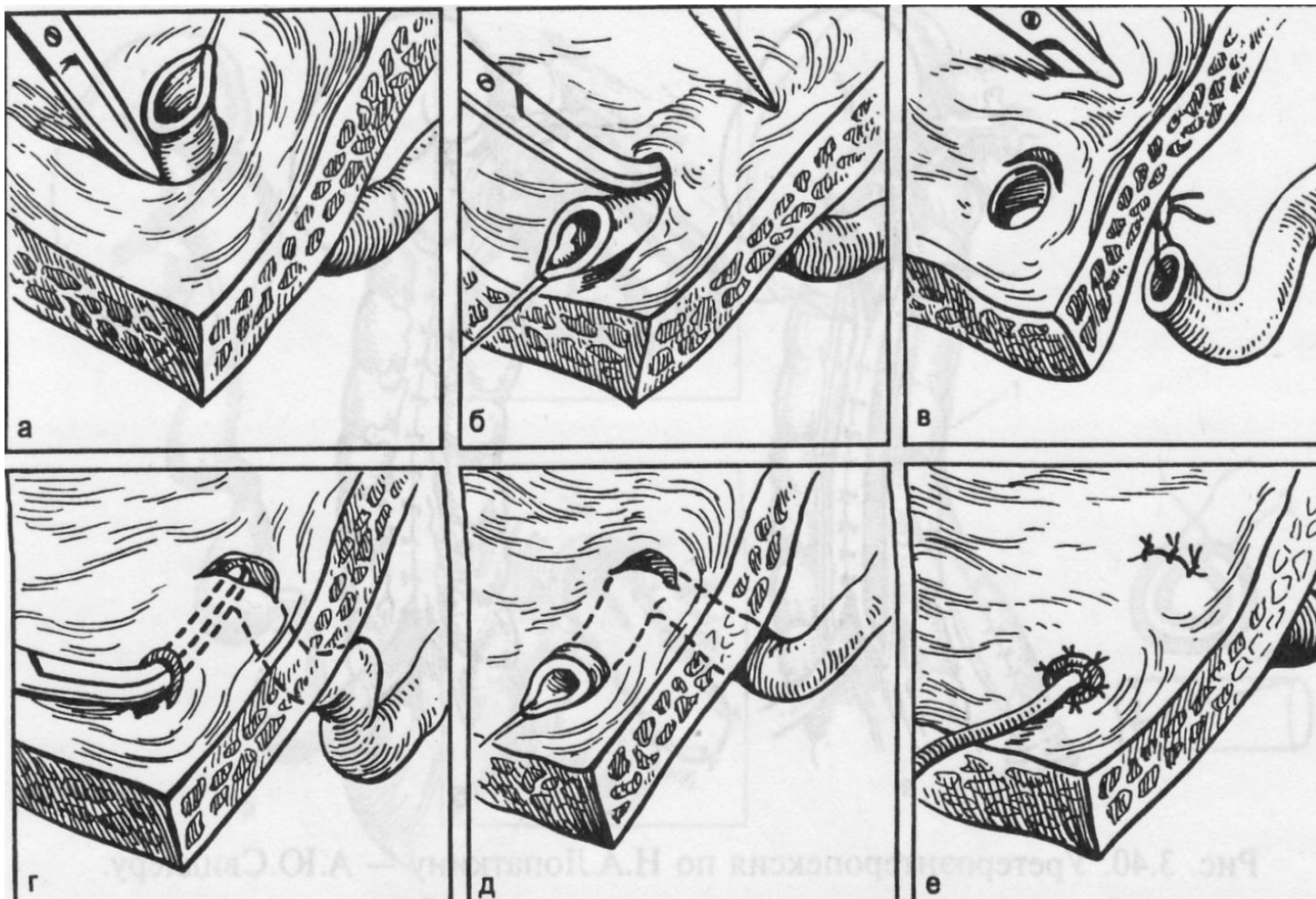


Аномалии развития половых органов у мальчиков

Подготовила :Абдрахманова А.

Проверила :Сулейманова С.Б.

Уретероцистоанастомоз при уретероцеле или при высокой или низкой (по внутрипузырной эктопии устья)



Аномалии мочеиспускательного канала:

- **гипоспадия**
- **эписпадия**
- **врожденные клапаны, облитерации, стриктуры, дивертикулы и кисты уретры**
- **гипертрофия семенного бугорка**
- **удвоение уретры**
- **уретро-прямокишечные свищи**
- **выпадение слизистой мочеиспускательного канала.**

Гипоспадия

- врожденное недоразвитие губчатой части уретры с замещением недостающего участка соединительной тканью и искривлением полового члена в сторону мошонки. Гипоспадия является одной из наиболее часто встречающихся аномалий мочеиспускательного канала (у 1 из 150—300 новорожденных). В зависимости от расположения наружного отверстия уретры различают:

- *головчатую гипоспадию,*
- *стволовую гипоспадию,*
- *мошоночную гипоспадию,*
- *промежностную гипоспадию.*

Аномалии мочеиспускательного канала

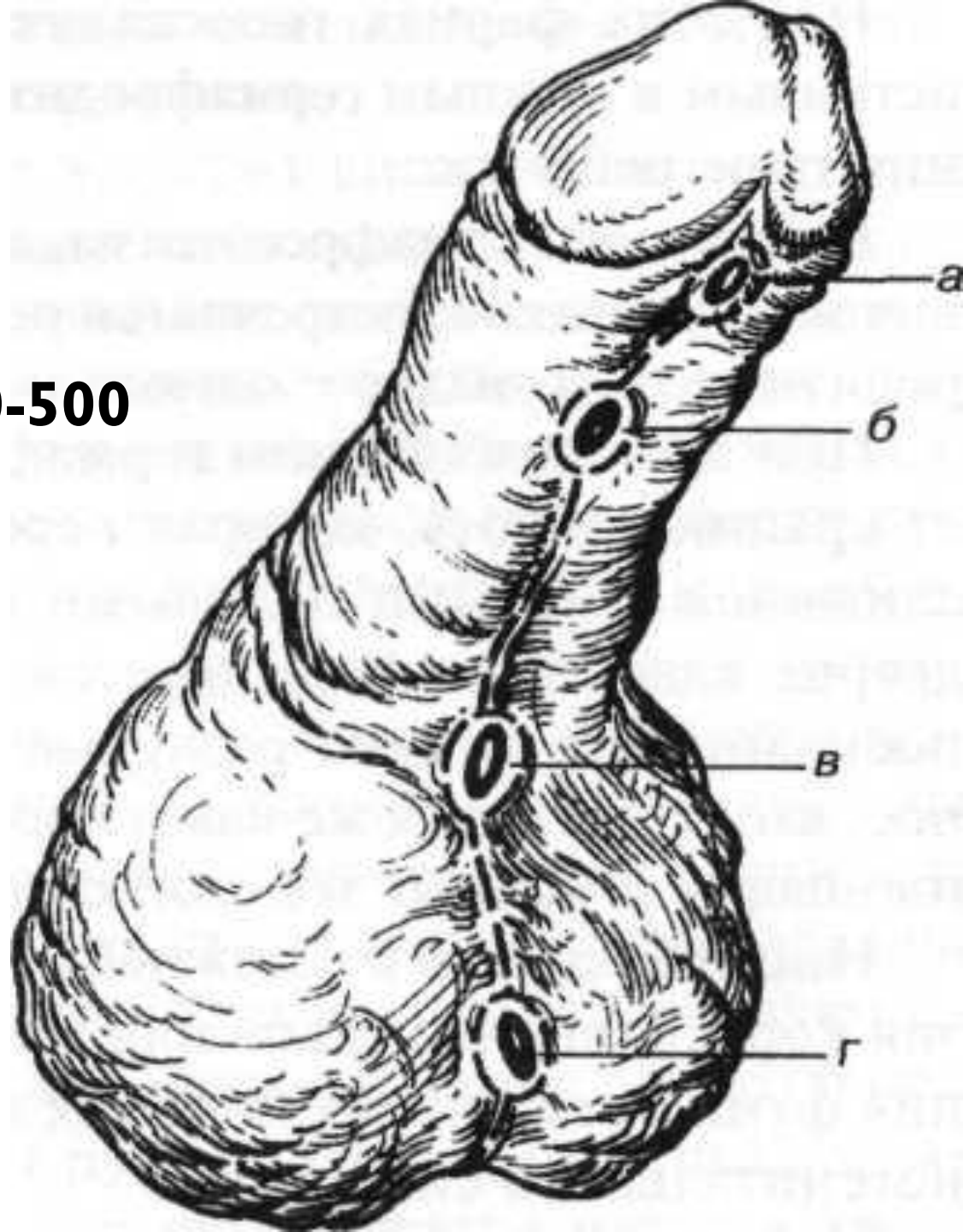
- 1. Гипоспадия полового члена (венца головки, окологоловчатая, дистальной-, средней-, проксимальной трети полового члена)**
- 2. Мошоночная гипоспадия (дистальной-, средней трети мошонки)**
- 3. Мошоочно-промежностная гипоспадия**
- 4. Промежностная гипоспадия**
- 5. Гипоспадия без гипоспадии**

Гипоспадия:

- I : 250-300 новорожденных,
- Тестикулярная недостаточность.
- Гипоспадия венца полового члена.
- Окологоловчатая (околовенечная) гипоспадия.
- Гипоспадия дистальной, средней и проксимальной трети полового члена.
- Мошоочно-промежностная и промежностные формы гипоспадии
- Диагноз гипоспадии устанавливают при объективном исследовании, определить генетический пол ребенка.
- операцию проводят при значительном искривлении головки



I:450-500



«гипоспадия без гипоспадии»

- гипоспадия, при которой наружное отверстие уретры находится в обычном месте на головке полового члена, но сама она значительно укорочена.
- Между укороченной уретрой и нормальной длины половым членом располагается плотный соединительнотканый тяж (хорда), который делает пенис резко искривленным в дорсальном направлении.

4 типа «гипоспадии без гипоспадии»

- ♦ I тип – вентральную девиацию ствола полового члена вызывает исключительно дисплазированная кожа его вентральной поверхности;
- ♦ II тип – к искривлению ствола полового члена приводит фиброзная хорда, расположенная между кожей вентральной поверхности полового члена и мочеиспускательным каналом;
- ♦ III тип – к искривлению ствола полового члена приводит фиброзная хорда, расположенная между мочеиспускательным каналом и пещеристыми телами полового члена;
- ♦ IV тип к искривлению ствола полового члена приводит выраженная фиброзная хорда в сочетании с резким истончением стенки мочеиспускательного канала (дисплазия мочеиспускательного канала).

Диагноз гипоспадии

- устанавливают при объективном исследовании. В ряде случаев бывает трудно отличить мошоночную и промежностную гипоспадию от женского ложного гермафродитизма. В таких случаях необходимо определить генетический пол ребенка.

Лечение

- Оперативное лечение показано при всех формах данной аномалии и выполняется в первые годы жизни ребенка.
- При головчатой и венечной гипоспадии операцию проводят при значительном искривлении головки полового члена и/ или меатостенозе.
- **Методы лечения направлены на достижение двух основных целей:** создание недостающей части уретры с формированием ее наружного отверстия в нормальном анатомическом положении и выпрямление полового члена за счет иссечения соединительнотканых рубцов (хорды).
- Прогноз при своевременно выполненной пластической операции благоприятный.

Тактика ведения пациентов с Гипоспадией.

При «гипоспадии без гипоспадии» мочеиспускание нарушается незначительно, поэтому основным критерием, определяющим необходимость хирургической коррекции, является степень искривления полового члена.

Так как при выпрямлении приходится пересекать короткую, хотя и нормально открывающуюся, уретру и создавать на какое-то время искусственную дистопию ее наружного отверстия, то решение о необходимости вмешательства представляет собой трудную и ответственную задачу. Необходимо учитывать как настойчивость больного, так и опыт медицинского учреждения в лечении гипоспадии.

Показаниями к операции при окологоловчатой Гипоспадии.

Являются сужение наружного отверстия уретры, нарушающее отток мочи, и (или) значительное искривление полового члена и его головки. Если сужение наружного отверстия уретры в этих случаях является абсолютным показанием к хирургическому лечению (меатотомии) ввиду его опасности для вышележащих мочевых путей и здоровья больного, то искривление полового члена — относительным и должно учитываться в зависимости от степени его влияния на половую функцию, как правило, во взрослом состоянии пациента. При отсутствии этих признаков удлинение уретры на 1 — 2 см и перемещение дистопированного отверстия на головку нецелесообразно из-за возможных серьезных осложнений (образование стриктур, искривление и запустение сосудов головки и др.).

Аномалии мочеиспускательного канала

- 1. Эписпадия головки**
- 2. Эписпадия полового члена**
- 3. Полная (тотальная) эписпадия**

Эписпадия

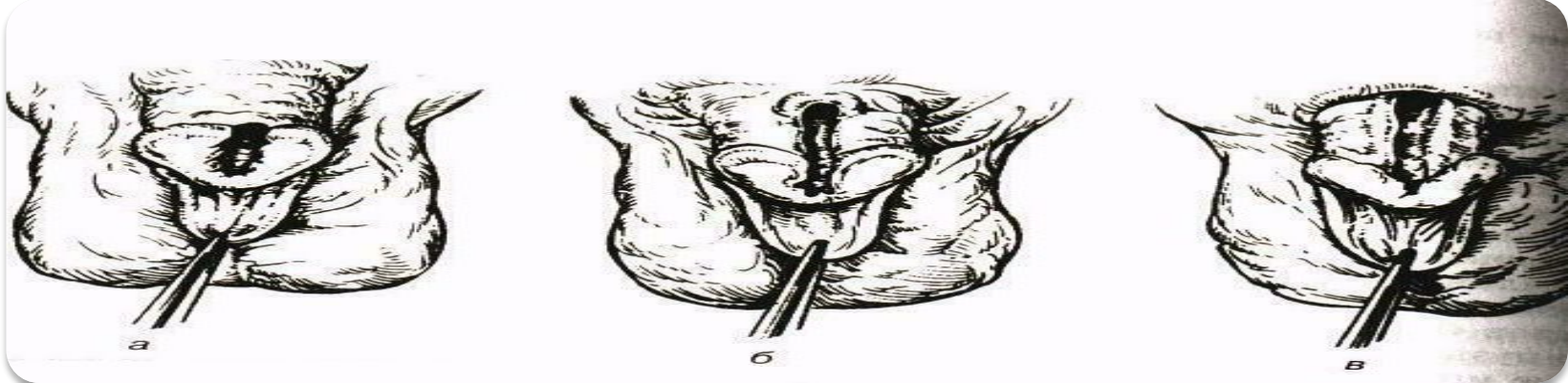
- порок развития мочеиспускательного канала, для которого характерно недоразвитие или отсутствие на большем или меньшем протяжении верхней его стенки. Частота встречаемости реже, чем у гипоспадии,- примерно у 1 из 50 000 новорожденных. Мочеиспускательный канал при этой патологии расположен на задней стороне полового члена между расщепленными пещеристыми телами.

Различают:

- ***эписпадию головки,***
- ***эписпадию полового члена,***
- ***тотальную эписпадию.***

Эписпадия:

- Врожденное **расщепление всей или части передней стенки мочеиспускательного канала** ,
- На дорсальной поверхности полового члена обнаруживается отверстие уретры.
- **Эписпадия головки** полового члена встречается крайне редко и не требует хирургической коррекции.
- **Эписпадия полового члена.** Наружное отверстие уретры находится в области венца на тыльной поверхности полового члена.
- **Полная (тотальная)** эписпадия - самая тяжелая форма при которой наружное отверстие уретры располагается **у корня** полового члена. Отверстие напоминает широкую воронку.
- **Клиторная форма** эписпадии у девочек - незначительное расщепление терминального отдела уретры. Чаще всего эта форма остается незамеченной.
- **Подлобковая** эписпадия характеризуется расщеплением мочеиспускательного канала **до шейки мочевого** пузыря и расщеплением клитора.
- **Полная (залобковая)** эписпадия: **передняя стенка** мочеиспускательного **канала** и стенка переднего сегмента **шейки** мочевого пузыря **отсутствуют**.
- Оперативное лечение эписпадии проводится **в первые годы жизни**. Оно



Эписпадия



Эписпадия головки полового члена

- характеризуется тем, что передняя стенка уретры расщеплена до венечной бороздки. Половой член незначительно искривлен и приподнят вверх. Мочеиспускание и эрекция при данной форме эписпадии обычно не нарушены.

Стволовая форма эписпадии

- характеризуется тем, что передняя стенка уретры расщеплена на протяжении всего полового члена - до области перехода кожи в лобковую область.
- При данной форме эписпадии отмечается расщепление лобкового симфиза, а иногда и расхождение мышц живота.
- Половой член укорочен и изогнут в сторону передней брюшной стенки. Отверстие уретры имеет форму воронки. При мочеиспускании струя направлена вверх, моча разбрызгивается, что приводит к намоканию одежды.
- Половая жизнь невозможна, так как половой член небольших размеров и во время эрекции сильно искривлен.

Тотальная (полная)

эписпадия

- кроме расщепления передней стенки уретры характеризуется расщеплением сфинктера мочевого пузыря. Уретра имеет вид воронки и расположена сразу под лоном.
- Эта форма характеризуется недержанием мочи из-за недоразвития сфинктера мочевого пузыря. Постоянное подтекание мочи приводит к раздражению кожи в области мошонки и промежности, развивается дерматит, нарушается нормальная социальная адаптация ребенка в обществе сверстников. Отмечается недоразвитие полового члена и мошонки.

Лечение

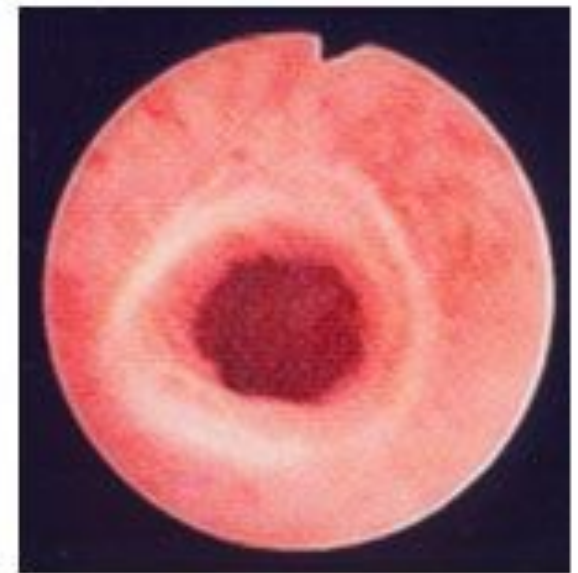
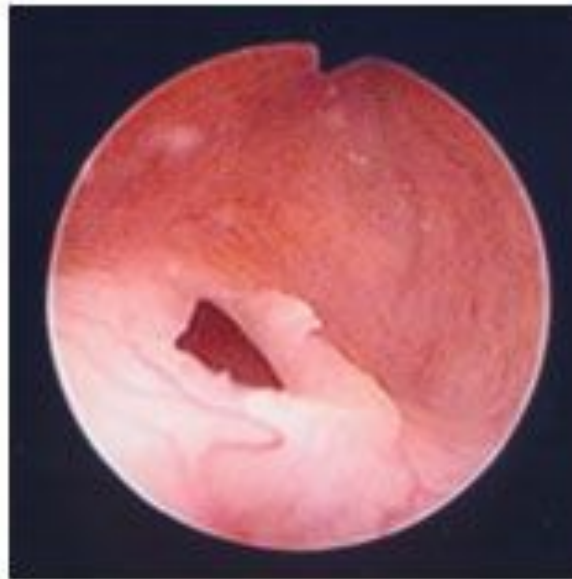
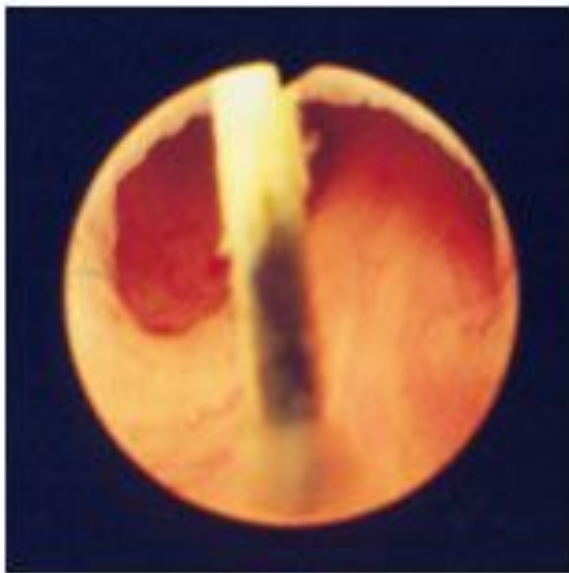
- Оперативное лечение эписпадии проводится в первые годы жизни.
- Оно заключается в реконструкции уретры и устранении искривления полового члена.

Аномалии мочеиспускательного канала

- 1. Клиторная форма эписпадии**
- 2. Подлобковая эписпадия**
- 3. Полная (залобковая) эписпадия**

Врожденные клапаны уретры

- наличие в ее проксимальном отделе выраженных складок слизистой, выступающих в просвет мочеиспускательного канала в виде перемычек.
- Встречается у 1 на 50 тыс. новорожденных.



- Клапаны уретры нарушают нормальное мочеиспускание, затрудняют опорожнение мочевого пузыря, приводят к появлению остаточной мочи, развитию гидроуретеронефроза и хронического пиелонефрита.
- Лечение оперативное – эндоуретральная резекция слизистой оболочки мочеиспускательного канала вместе с клапаном.

Врожденная облитерация мочеиспускательного канала

канал

У мальчиков встречается крайне редко и всегда сочетается с другими аномалиями, часто несовместимыми с жизнью. При облитерации мочеиспускательного канала моча иногда выделяется из незаращённого мочевого протока или через врождённый пузырно-прямокишечный или пузырно-вагинальный свищ.

ДИАГНОЗ

Диагноз обычно устанавливают на основании отсутствия у новорождённого в первые двое суток самостоятельного мочеиспускания. Правильность диагноза подтверждается невозможностью катетеризации мочевого пузыря.

ЛЕЧЕНИЕ

При врождённой полной облитерации мочеиспускательного канала проводят цистостомию, а при небольших зонах облитерации — её иссечение и сшивание участков мочеиспускательного канала после их мобилизации.

- **Врожденная стриктура уретры** - редкая аномалия, при которой имеется рубцовое сужение ее просвета, приводящее к нарушениям мочеиспускания.
- **Врожденный дивертикул уретры** - также редкий порок развития, заключающийся в наличии мешковидного выпячивания задней стенки мочеиспускательного канала. Чаще локализуется в переднем отделе уретры. Проявляется дизурией и выделением капель мочи после окончания акта мочеиспускания. Диагноз устанавливается на основании уретрографии и уретроскопии, микционной цистоуретерографии. Лечение заключается в иссечении дивертикула.
- **Врожденные кисты уретры** развиваются в результате облитерации выводных отверстий бульбоуретральных желез. Преимущественно локализируются в области луковицы мочеиспускательного канала. Установить диагноз позволяет микционная цистоуретрография. Их удаляют оперативным путем.

● **Удвоение уретры** - редкий порок развития. Оно бывает полным и неполным. Полное удвоение сочетается с удвоением полового члена. Чаще встречается неполное удвоение уретры. В большинстве случаев дополнительный мочеиспускательный канал заканчивается слепо. Дополнительная уретра всегда имеет недоразвитое пещеристое тело. Лечение заключается в полном иссечении добавочного мочеиспускательного канала и парауретральных ходов.

● **Уретро-прямокишечные свищи** - порок развития, который почти всегда сочетается с атрезией заднего прохода. Возникает в результате недоразвития мочепрямокишечной перегородки.

● **Выпадение слизистой мочеиспускательного канала** - редкая аномалия. Выпавшая слизистая из-за нарушения микроциркуляции имеет синюшный оттенок, иногда кровоточит. Лечение оперативное.