

Гипоспадии и эписпадии

Выполнил студент: Кошевой Н.В. 423

Этиология

Гипоспадия и эписпадия – полиэтиологические заболевания и вызываются различными внешними и внутренними факторами, влияющими на эмбриогенез уретры.

- Прием гормонов
- Экстракорпоральное оплодотворение
- Неблагоприятные экологические факторы
- Нарушения выработки мужских половых гормонов в организме плода
- Наследственность

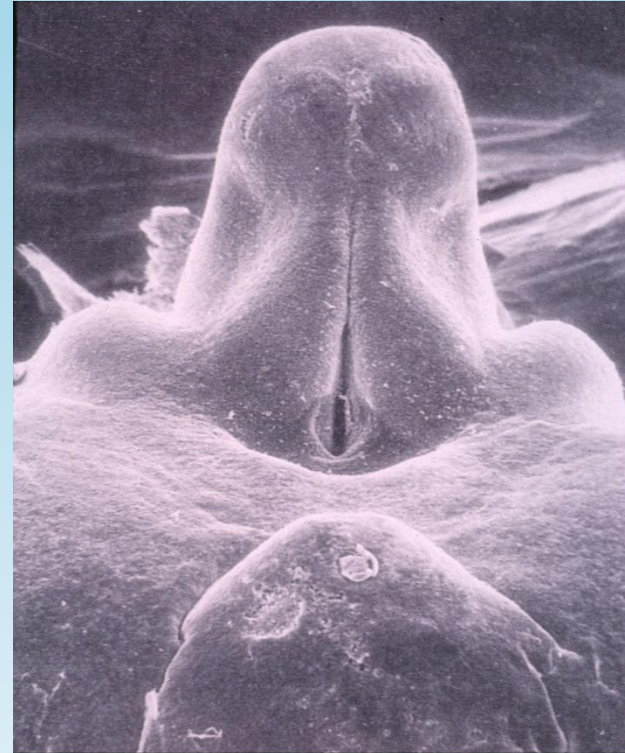
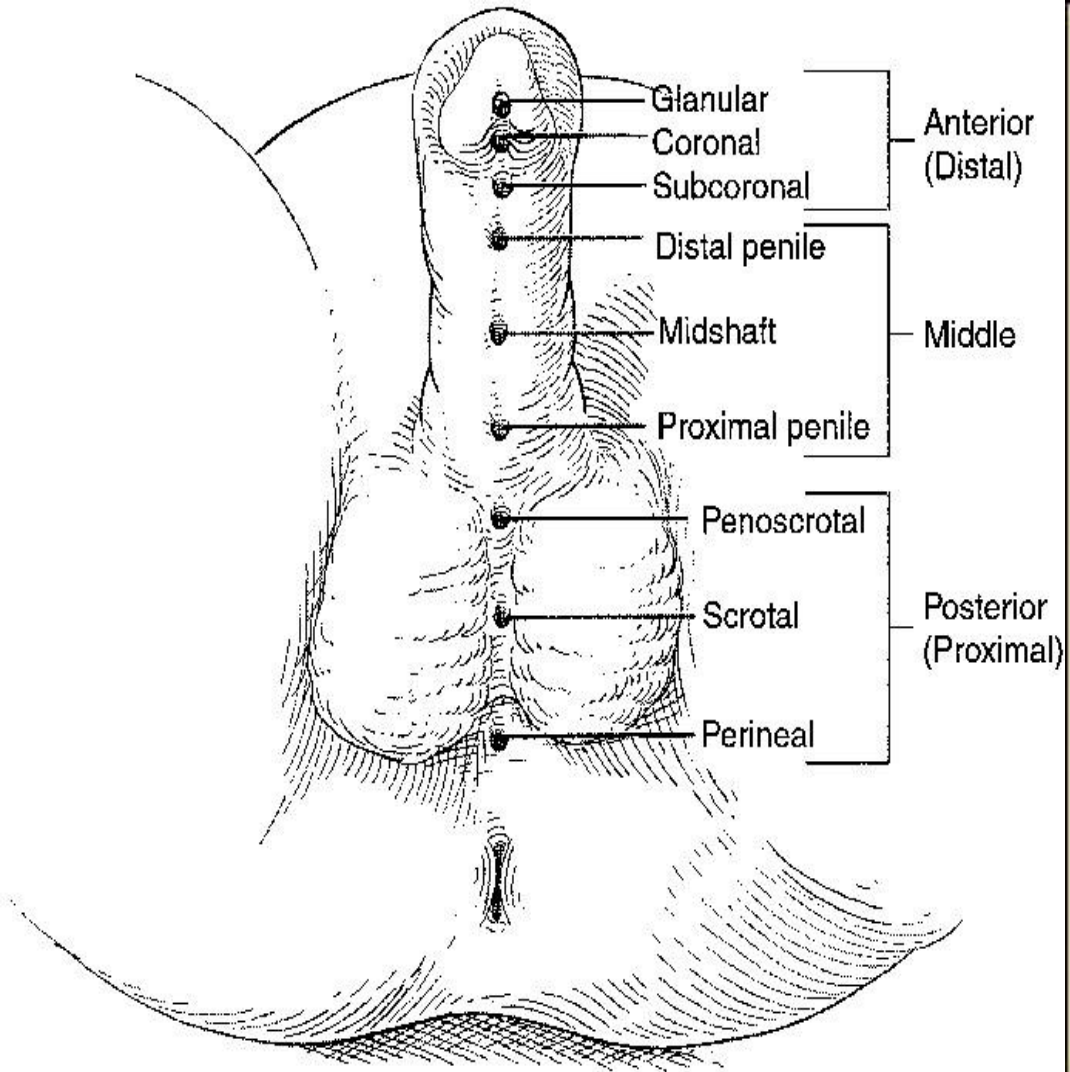


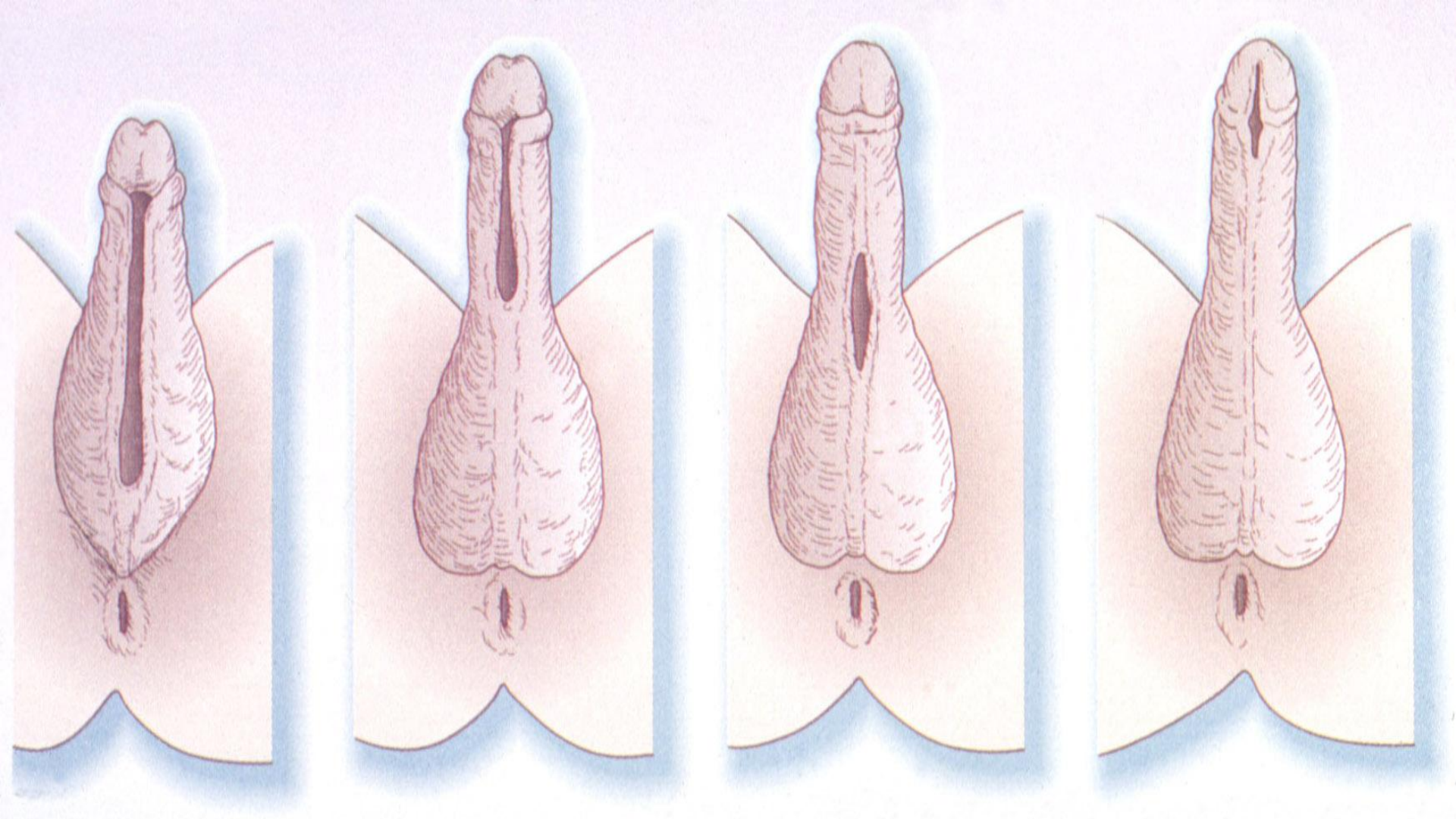
Figure 15-33

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:

- ❖ Гипоспадия полового члена (венца головки, окологоловчатая, дистальной-, средней-, проксимальнойтрети полового члена)
- ❖ Мошоночная гипоспадия (дистальной-, среднейтрети мошонки)
- ❖ Мошоночно-промежностная гипоспадия
- ❖ Промежностная гипоспадия
- ❖ Гипоспадия без гипоспадии





«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



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.).

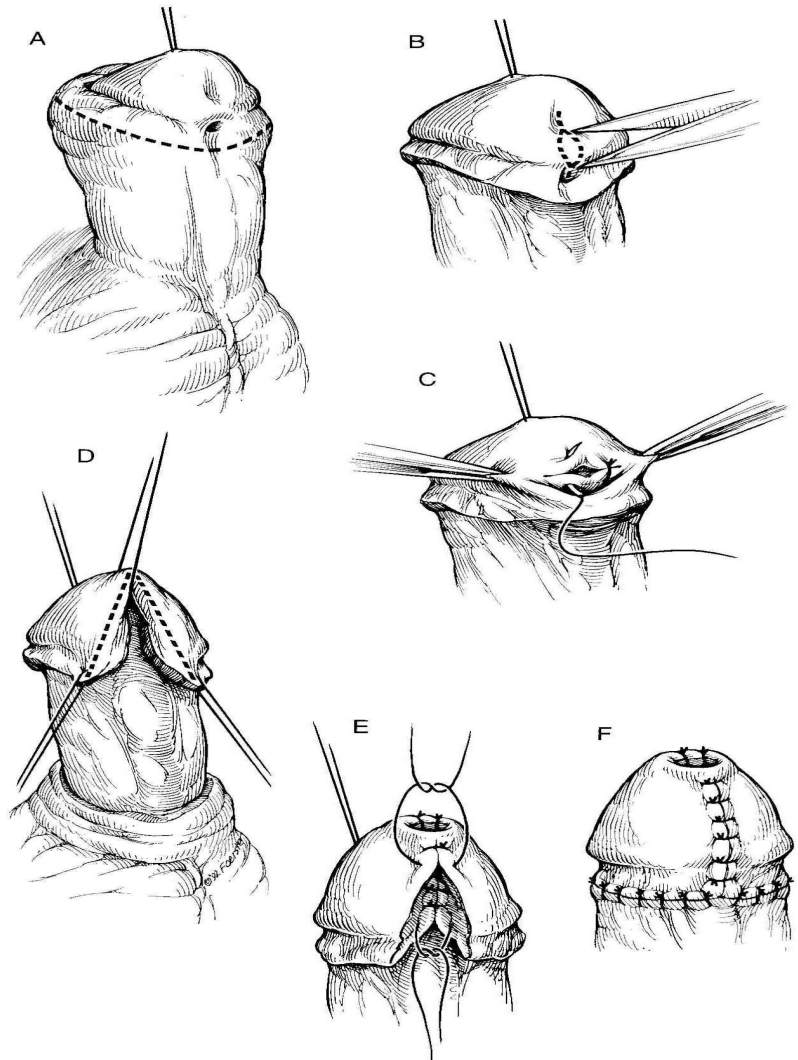
Лечение

Оперативное лечение показано при всех формах данной аномалии и выполняется в первые годы жизни ребенка.

Принципиально важное значение имеет адекватный и обоснованный выбор вида оперативного вмешательства. Ошибки на этом этапе резко увеличивают вероятность неудовлетворительных результатов лечения

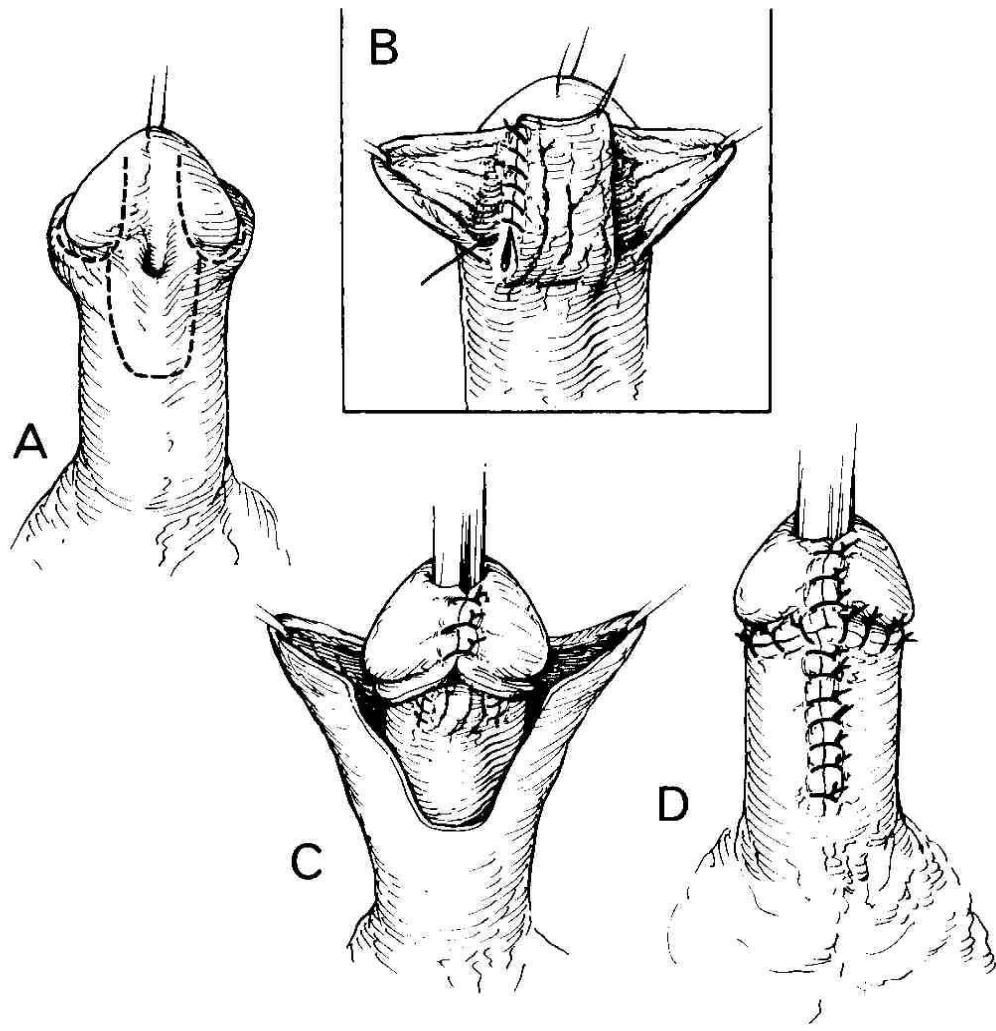
MAGPI

MAGPI (meatal advancement and glansplasty)-операция по перемещению отверстия уретры и пластика головки полового члена



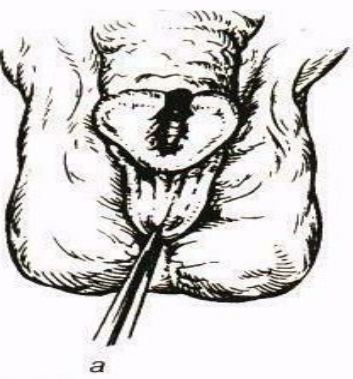
Mathieu

При операции Матье производят два параллельных разреза на каждой стороне уретральной пластинки до верхушки головки и углубляют разрезы до кавернозных тел



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.



a



б



B



Классификация

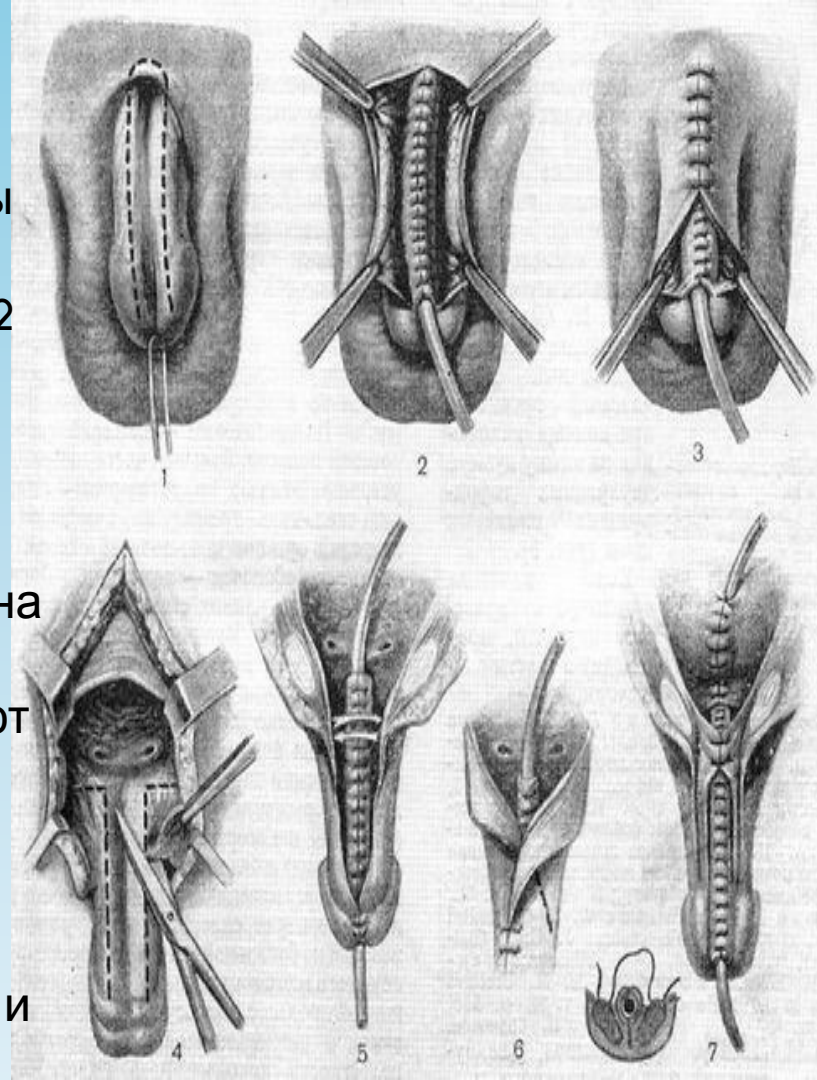
- Эписпадия головки полового члена встречается крайне редко и не требует хирургической коррекции.
- Эписпадия полового члена. Наружное отверстие уретры находится в области венца на тыльной поверхности полового члена.
- Полная (тотальная) эписпадия - самая тяжелая форма при которой наружное отверстие 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.

Лечение

Оперативное лечение эписпадии проводится в первые годы жизни.

Оно заключается в реконструкции уретры и устранении искривления полового члена.

Наиболее простой метод создания мочеиспускательного канала состоит в следующем: из слизистой уретральной борозды с окаймлением наружного отверстия канала выкраивают продольный лоскут шириной 1,5—2 см (рис. 1), из которого на трубке формируют мочеиспускательный канал (рис. 2). Боковые лоскуты сшивают над каналом в продольном направлении (рис. 3). В качестве шовного материала применяют инертные нити из лавсана или капрона. При тяжелых формах, сопровождающихся недержанием мочи, создают сфинктер мочевого пузыря, для чего предпочтителен метод Дюплея (S. Duplay), усовершенствованный Янгом (H. H. Young) и Дисом (J. E. Dees). Сущность метода состоит в устранении переднего безмышечного сегмента и сужении шейки пузыря (рис. 4 — 7).



Спасибо за внимание!

