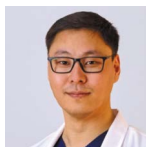




OMNIDOCTOR.RU



Жамынчиев Эмир Керимбекович,
детский уролог-андролог,
сотрудник Центральной
клинической больницы
Российской академии наук

Детская урология: экспресс-курс для педиатров

Патология крайней плоти у детей

Пожалуй, самые часто задаваемые вопросы детскому урологу связаны с крайней плотью. Во многих случаях родители не могут понять, где проходит грань между нормой и патологией, им нужны разъяснения со стороны врача.

К патологическим изменениям крайней плоти относится фимоз.

Фимоз возникает у детей по причине рубцовых изменений крайней плоти, в связи с чем она теряет свою эластичность, становится ригидной, необратимо теряет способность пропускать головку полового члена. Причинами рубцовых изменений являются множественные перенесенные эпизоды воспаления крайней плоти, травматизация крайней плоти, что в конечном итоге приводит к снижению ее эластичности и формированию рубцовой ткани. В некоторых случаях сужение крайней плоти бывает настолько выраженным, что у ребенка появляются жалобы на затрудненное мочеиспускание, «парусообразное» расширение крайней плоти во время процесса мочеиспускания вплоть до эпизодов острой задержки мочи, которое требует urgentного решения вопроса.

Если ребенку выставлен диагноз «рубцовый фимоз», то единственным эффективным методом лечения является операция – иссечение крайней плоти (церкумизия). Операция проводится под общей анестезией, хирургом или урологом иссекается рубцово измененная крайняя плоть, наружные и внутренние листки оставшейся крайней плоти сшиваются между собой, тем самым головка полового члена обнажается.

Фимоз следует дифференцировать с **функционально суженной крайней плотью**. Это физиологическое состояние, встречается у порядка 70% мальчиков до 7–8-летнего возраста. У таких детей рекомендуется (за исключением случаев остро возникших воспалительных процессов) не трогать крайнюю плоть, тем более не пытаться открыть головку полового члена, т.к. эти попытки влекут за собой травматизацию крайней плоти и в конечном счете могут явиться причиной возникновения ее рубцовых изменений и ригидности.

Если при достижении ребенка раннего школьного возраста головка полового члена не выводится, специалистами устанавливается причина такого состояния, оценивается эластичность крайней плоти. При исключении рубцовых изменений крайней плоти дети с функционально суженной крайней плотью наблюдаются в динамике, и у большинства из них к периоду полового созревания такое состояние самостоятельно купируется. Специализированного лечения данное состояние не требует.

Другим состоянием, требующим хирургической помощи, являются **синехии крайней плоти** – сращение внутреннего листка крайней плоти с головкой полового члена. Синехии крайней плоти обычно являются врожденными. При этом крайняя плоть эластичная, пропускает головку полового члена, однако открыть головку до конца не получается в связи с частичным или тотальным спаечным процессом. Синехии крайней плоти препятствуют осуществлению гигиенических процедур, вследствие чего они способствуют развитию острых состояний – баланопоститов – или осложняются образованием смегмалитов.

Лечение синехий крайней плоти – хирургическое, проводится под местной аппликационной анестезией и заключается в разобщении синехиальных спаек.

Баланопостит – воспаление крайней плоти и головки полового члена. Развивается он в результате несоблюдения гигиены половых органов и инфицирования препуциального пространства. В подавляющем большинстве случаев баланопостит возникает на фоне имеющихся синехиальных спаек крайней плоти или является осложнением фимоза. Баланопостит проявляется выраженным отеком, покраснением крайней плоти, выделением гноя из-под крайней плоти. Требуется срочного лечения.

Лечение баланопостита в острой фазе консервативное, пациенту назначаются ванночки с отваром ромашки или слабым раствором перманганата калия. Препуциальный мешок промывают водными растворами антисептиков, например водным раствором Мирамистина, в полость препуциального мешка вводят мази – антибактериальные или комбинированные антибактериальные/противогрибковые. Обычно этих процедур бывает достаточно, и заболевание проходит в течение 2–4 дней.

Патология влагалищного отростка брюшины

К патологиям, связанным с нарушением облитерации брюшины, относятся нередко встречающиеся состояния – паховые грыжи, водянки оболочек яичка, кисты семенного канатика. Остановимся на самых часто встречающихся нозологических единицах – паховых грыжах и водянке оболочек яичка.

Паховый канал закладывается в процессе эмбриогенеза, это важная анатомическая структура, через которую у мальчиков проходит семенной канатик, а у девочек – круглая связка матки. В норме влагалищный отросток брюшины, из которого формируется паховый канал, облитерируется еще пренатально. В зависимости от того, какой участок остается необлитерированным, возникают варианты заболеваний: паховые грыжи, водянка оболочек яичка и семенного канатика, водянка или киста семенного канатика.

Признаки **паховой грыжи** типичны. Родители обнаруживают в паховой области выпячивание округлой или овальной формы, которое увеличивается при крике и беспокойстве, а в спокойном состоянии уменьшается или исчезает. У девочек выпячивание чаще заполняет область поверхностного пахового кольца, но грыжа может опускаться вниз, занимая всю большую половую губу. Обязательно следует помнить, что паховая грыжа может ущемиться. Ущемление обычно возникает без видимых причин. Ранее вправимая грыжа вдруг

перестает вправляться, а находящиеся внутри грыжевого мешка органы сдавливаются в апоневротическом кольце, что ведет к нарушению кровотока в ущемившихся органах.

Лечение паховых грыж оперативное. Операцию начинают планировать после установления диагноза вне зависимости от возраста ребенка. В настоящее время применяются открытые и лапароскопические методы вмешательства. При открытом, так называемом классическом, грыжесечении делается разрез в паховой области, выделяется влагалищный отросток, который перевязывается и пересекается. В последнее время хирургами очень часто проводятся лапароскопические операции. Суть лапароскопического грыжесечения заключается в устранении дефекта на уровне внутреннего пахового кольца со стороны брюшной полости. Такой вариант грыжесечения дает прекрасный косметический результат, особенно в модификации PIRS (Percutaneous Internal Ring Suturing).

Водянка оболочек яичек (гидроцеле) – врожденная или приобретенная патология, сопровождающаяся накоплением жидкости вокруг яичка в полости мошонки, что приводит к увеличению соответствующей ее половины. Водянка оболочек яичка может быть сообщающейся или изолированной. В норме к моменту рождения сообщение между брюшной полостью и полостью мошонки отсутствует. Характерной чертой сообщающейся водянки оболочек яичек является ранний возраст пациента. Родители детей обращают внимание на асимметрию мошонки, увеличение одной из половин, нарастающее к вечеру и уменьшающееся или совсем исчезающее к утру. При изолированной водянке заболевание возникает вследствие патологической выработки серозной жидкости влагалищным отростком брюшины. Данный вид водянки возникает в более позднем детском возрасте и встречается гораздо реже.

Отдельным видом приобретенной водянки оболочек яичка является осложнение операций, связанных с варикоцеле. Причиной возникновения водянки в таких случаях является перевязка/травматизация лимфатических сосудов вместе с яичковыми венами во время операции.

Диагностика проводится специалистом и включает в себя осмотр, сбор анамнеза, при необходимости ультразвуковое обследование и диафаноскопию. Лечение водянки оболочек оперативное. Выбор метода операции зависит от характера водянки и определяется специалистом.

Если у ребенка обнаруживаются вышеперечисленные жалобы, для консультации и планирования дальнейшего ведения ребенок должен быть направлен на консультацию к профильному специалисту.

