

заполнен округлым образованием на широкой ножке до 6 мм в диаметре и конусовидно истончается, пролабируя в полость мочевого пузыря. Уретра расширена путем увеличения скорости подачи раствора глюкозы, проведена лазерная абляция – отсечен клапан 2x6x4 мм. Установлен катетер Ch № 10. Между краем холмика и дистальной части образование 2-3 мм. В остальной уретра не изменена.

Выполнено иссечение клапана задней уретры методом лазерной абляции. В мочевой пузырь на сутки установлен катетер Фолея. Гистологически клапан был представлен гиалинизированной соединительнотканной основой, покрытой многорядным эпителием.

В последующем ребенок выписан в удовлетворительном состоянии.

## **ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВРОЖДЕННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ДЕВИАЦИИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА**

*А.В. Аркатов*

Харьковский национальный медицинский университет  
КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала»

Девиация полового члена встречается относительно нередко. От 3 до 7 процентов мужчин в той или иной степени страдают девиациями полового члена, причем половина из них имеют врожденную девиацию.

По мнению L. Baskin и J. Duckett, врожденное искривление полового члена возникает в результате нарушения кожной или фасциальной (фасция Buck, Colle) дифференцировки либо диспропорционального развития кавернозных тел вследствие нарушения роста продольного слоя белочной оболочки. Врожденная вентральная девиация полового члена может быть обусловлена укорочением белочной оболочки на вентральной его поверхности. Кроме того, возможно укорочение полового члена вследствие гипоплазии уретры и губчатого тела дистальнее наружного отверстия уретры. Степень искривления полового члена примерно соответствует степени гипоспадии, однако крайне редко хорда может образоваться и при нормальном расположении наружного отверстия уретры (гипоспадия без гипоспадии). При врожденной вентральной девиации связанной с гипоспадией без гипоспадии патологических изменений уретральной пластинки в большинстве случаев все же не наблюдается. E. Daska-Iopoulos и соавт. высказывают точку зрения, что при изолированной врожденной деформации (без гипоспадии) хорда как рудиментарный остаток уретральной пластинки вообще отсутствует. Несмотря на различия и существование нескольких классификаций врожденной пенильной деформации все они включают независимо от этиологической приверженности авторов изолированное искривление полового члена, деформацию на фоне наличия хорды с сопутствующей гипоспадией или без нее.

**Материалы и методы.** За период с 2009 по 2016 гг., в отделении андрологии Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии на обследовании и лечении находились 62 пациента с врожденными вентральными девиациями полового члена: с изолированными вентральными искривлениями полового члена- 18, с сопутствующей гипоспадией-16, гипоплазией уретры и губчатого тела (гипоспадия без гипоспадии)-28 человек. Возраст пациентов варьировал от 18 до 27 лет. Органические изменения влияющие на механизм эрекции у данных пациентов отсутствовали, у 23 человек отмечались явления пенильной дисморфофобии. Хирургическая коррекция была направлена на устранение эректильной деформации полового члена. Все пациенты были прооперированы с последующим периодом сексуальной реабилитации. Период наблюдения в послеоперационном периоде составил от 6мес. до 5 лет. Результаты оперативной коррекции девиации полового члена оценивалось через 6 мес. наблюдения, при условиях индуцированной эрекции.

**Результаты и их обсуждение.** При изолированном вентральном искривлении полового члена (18 пациентов) произведена туникопликация в сочетании с эллипсоидной резекции продольного (наружного) слоя белочной оболочки полового члена. Полное отсутствие девиации полового члена было отмечено у 16 (89%) пациентов, а остаточное искривление не превышающее 10 градусов было зафиксировано у 2 (11%) пациентов, что по нашему мнению возможно связано с плотным герметичным ушиванием фасции Бака.

При вентральном искривлении полового члена с сопутствующей гипоспадией (16 пациентов) произведено иссечение ткани хорды с формированием неоуретры (одномоментная уретропластика с

использованием слизистой щеки), с дополнительной туникопликацией (14 пациентов). Полное отсутствие девиации полового члена было отмечено у всех пациентов данной группы.

При гипоплазии уретры и губчатого тела (гипоспадия без гипоспадии) у пациентов с «достаточными» размерами полового члена не комплексуемыми по поводу его укорочения (22 пациента) произведена туникопликация в сочетании с эллипсоидной резекции продольного (наружного) слоя белочной оболочки полового члена. При ревизии уретры отмечена гипоплазия спонгиозного тела и при ее отделении патологических изменений уретральной пластинки не выявлено, угол деформации полового члена изменился не значительно, что потребовало произвести туникопликацию. Полное отсутствие девиации полового члена было отмечено у 20 (91%) пациентов, а остаточное искривление не превышающее 10 градусов было зафиксировано у 2 (9%) пациентов.

При наличии гипоплазии уретры и губчатого тела (гипоспадия без гипоспадии) у пациентов с малыми размерами полового члена и выраженной его деформацией (6 пациентов) произведена корпоропластика (с использованием ксенотрансплантата) по геометрическим принципам с одномоментной уретропластикой с использованием слизистой щеки. Полное отсутствие девиации полового члена было отмечено у всех пациентов данной группы. К осложнениям в раннем послеоперационном периоде мы отнесли свищ уретры закрывшийся в последующем самостоятельно у 1 пациента (16,6%). К поздним осложнениям – стриктуру уретры 1 (16,6%) пациента, потребовавшую эндоуретромию.

При ультразвуковом обследовании грубых рубцовых изменений в белочной оболочке, а также изменений со стороны кавернозной ткани полового члена не отмечено. Показатели гемодинамики полового члена оставались в пределах нормы без отрицательной динамики. Дискомфорта, ирритативной симптоматики и снижения чувствительности головки полового члена пациентами не отмечено. Все пациенты отмечали удовлетворительное мочеиспускание. Укорочение полового члена было отмечено в 100% случаев у пациентов, которым была произведена туникопликация. В процессе сексуальной реабилитации отмечено, что тяжесть сексуальной дисфункции у пациентов с врожденной деформацией полового члена не зависела от величины угла девиации и степени укорочения органа, а зависела от продолжительности невротизирующей ситуации и от наличия или отсутствия позитивного сексуального опыта в анамнезе.

Существует несколько способов коррекции врожденной деформации кавернозных тел. Выбор метода хирургической коррекции врожденной вентральной девиации полового члена зависит в первую очередь от причины ее вызвавшей.

## **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ).**

*В.Ю. Белов, И.М. Антонян, Н.Б. Полякова., В.В. Мегера*

*Харьковская медицинская академия последипломного образования*

В условиях современной медицины качество жизни пациента является важным высокоинформативным показателем оценки общего состояния и эффективности лечения. В связи с этим объективная оценка качества жизни при таком широко распространенном заболевании, как доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), является необходимой составляющей как при выборе индивидуального плана лечения, так и в отдаленном периоде наблюдения после проведенного оперативного вмешательства.

ДГПЖ является одной из наиболее частых причин обращения к урологу и является социально значимым заболеванием в силу существенного влияния на трудоспособность и бюджетные расходы. Например, в Великобритании для оперативного лечения по поводу ДГПЖ поступает свыше 15 тыс. пациентов ежегодно, что приводит к годовым бюджетным затратам на лечение данного заболевания свыше 140 млн. американских долларов.

Учитывая описанные факторы было проведено настоящее исследование с целью изучения качества жизни пациентов после различных вариантов оперативного лечения ДГПЖ. Дополнительным основанием для его проведения служило то обстоятельство, что в настоящее время сохраняется проблема адекватного выбора метода лечения данного заболевания, в то время как оценка качества жизни после различных методов хирургического лечения могла бы стать достоверным индикатором эффективности и, как следствие, оптимизации методов выбора индивидуального плана лечения.