

ПРОБЛЕМА КРАЙНЬОЇ ПЛОТІ У ДІТЕЙ

Гриценко Є. М.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна, chenden@yandex.ru

Реферат. Оглянуто 826 хлопчиків віком від 10 діб до 16 років. У 555 дітей стан крайньої плоті не потребував хірургічного лікування. У 63 дітей виявлено рубцевий фімоз, 208 дітей зверталися в екстреному порядку з явищами гострого баланопоститу. З оглянутих дітей 276 перенесли одномоментне виведення голівки статевого члена, з них у 70 дітей виникли ускладнення у вигляді гострого баланопоститу, рефлекторної затримки сечі, парафімозу. 439 дітям з фізіологічним фімозом та гіпертрофованою крайньою плоттю була рекомендована методика поступового виведення голівки, яка була ефективна в 412 випадках.

Ключові слова: крайня плоть, фімоз, діти.

ПРОБЛЕМА КРАЙНЕЙ ПЛОТИ У ДЕТЕЙ

Гриценко Е. Н.

Реферат. Осмотрено 826 мальчиков в возрасте от 10 суток до 16 лет. У 555 детей состояние крайней плоти не требовало хирургического лечения. У 63 детей выявлен рубцовый фимоз, 208 детей обращались в экстренном порядке с явлениями острого баланопостита. Из осмотренных детей 276 перенесли одномоментное выведение головки полового члена, из них у 70 детей возникли осложнения в виде острого баланопостита, рефлекторной задержки мочи, парафимоза. 439 детям с физиологическим фимозом и гипертрофированной крайней плотью была рекомендована методика постепенного выведения головки, которая была эффективна в 412 случаях.

Ключевые слова: крайняя плоть, фимоз, дети.

PROBLEM OF PREPUCE IN CHILDREN

Y. M. Gritsenko

Summary. The pathology of the prepuce in children has a big number of age-specific features. Considerable interest of parents and wide range of doctors (children and adults surgeons, urologists, pediatricians, family physicians) in contact with the pathology of the prepuce, the total lack of tactics, a large number of complications and adverse effects of some manipulations determine the relation of prepuce in children as a problem. According to the literature, the surface of the head and the inner layer of the foreskin in a state of “epithelial bonding“, which is physiological for children. The production of smegma begins at birth or from 3- 4th month of life and is also a natural process. Fragments of smegma gradually migrate to the top of the glans penis and are separated, leading to natural cleaning the prepuce and slow separation of synechia. Thus, the presence of smegma and synechia in prepubertatic period (11 - 15 years) is considered normal .

On the base of children's surgical department of the Poltava Children's Clinical Hospital during the period from 2003 to 2013 826 boys were examined aged from 10 days to 16 years, 618 of them by the outpatient reception. 208 children treated on an emergency basis with symptoms of acute balanoposthitis, one among 70 boys were executed on the eve of one-stage forced the withdrawal of the glans penis.

In 480 boys with physiological phimosis, surgical treatment was unnecessary. In 75 children identified hypertrophied prepuce without evidence of urination disorders. In 63 children revealed cicatricial phimosis, they recommended surgical treatment. Children with symptoms of acute balanoposthitis appointed bath without active surgical manipulation. After the elimination of the inflammation the re-examination intended to determine the state of the prepuce. In children who underwent one-stage forced exposure of the glans penis, psychological trauma noted in almost 100 % of patients. Painful manipulation and its aftermath in children caused sharply negative attitude toward re-examination of the doctor and their attempts to re-exposure to the glans penis. All children had radial cracks and breaks of prepuce. In 21 infants were also seen complaints on general anxiety, sleep disturbances, fever. The 26 was recorded natural acute urinary retention reflex. Attempts of parent to bring the glans of the penis under the conditions of swelling of the prepuce in 8 boys

caused the phenomena of paraphimosis that require reposition the head. Children older than 3 years with physiological phimosis and hypertrophied prepuce was recommended method of progressive sparing output of the glans penis, which was effective in 412 cases.

Thus, the presence of synechiae and smegma in preputial bag with no signs of inflammation and urination disorders does not require active surgical manipulations. Method of simultaneous exposure of violent head is traumatic and has a lot of complications and adverse effects. Children older than 3 years with physiological phimosis of prepuce and hypertrophied one is recommended method of progressive sparing output of the glans penis.

Keywords: prepuce, phimosis, children.

Вступ.

Патологія крайньої плоті у дітей має велику кількість специфічних вікових особливостей, хоча традиційно відноситься до «малої хірургії». На сьогодні відсутня єдина точка зору на визначення понять «фімоз», «рубцевий фімоз», «гіпертрофія крайньої плоті», «синехії крайньої плоті», в дитячому віці, не встановлена межа між нормою і патологією, не уніфіковані тактика лікування і міри профілактики захворювань крайньої плоті.

В умовах амбулаторного прийому у більшості батьків виникають питання стосовно крайньої плоті хлопчиків. Коли потрібно починати виведення голівки? Чи достатньо виводиться голівка у їх дитини? Що робити з «спайками» та скупченнями замазкоподібної речовини? – це лише неповний перелік найбільш часто виникаючих питань. В деяких випадках сам хірург звертає увагу батьків на недостатню, на його думку, ступінь виведення голівки та наявність синехій.

Значне зацікавлення батьків, широке коло лікарів (дитячих та дорослих хірургів, урологів, педіатрів, сімейних лікарів), що стикаються з патологією крайньої плоті, відсутність загальної тактики, велика кількість ускладнень та негативних наслідків деяких маніпуляцій визначають відношення до крайньої плоті у дітей як проблему (Згідно визначенню Радянського енциклопедичного

словника (1989) проблема (від грецької задача) – суперечна ситуація, що виступає у вигляді протилежних позицій в поясненні явищ, об'єктів, процесів та потребує адекватної теорії для її вирішення).

За даними літератури, розвиток препуціального мішка у плоду починається між 3-м і 5-м місяцем гестації і до моменту народження крайньої плоті закриває голівку статевого члена. Епітеліальне вистилання внутрішнього листка крайньої плоті і голівки статевого члена новонародженого представлене пласким епітелієм, що ороговіває, зрощеним між собою. Таким чином, поверхня голівки і внутрішнього листка крайньої плоті знаходиться в стані "епітеліального склеювання", що є фізіологічним для дітей. Смегмоутворення за різними джерелами, починається з народження або з 3-4-го місяця життя і теж є природним процесом. Епітеліальні клітини ороговівають, злущуються і утворюють так звану інфантильну смегму. Окрім епітелію, велику частину смегми складає секрет сальних залоз шкіри. Інфантильна смегма інтимно запаяна в препуціальному просторі між епітелієм голівки і шкірою крайньої плоті, тому вірогідність її інфікування вкрай мала. Фрагменти смегми поступово мігрують до вершини голівки і відділяються, тобто здійснюється природне очищення препуціального мішка і повільне розділення синехій. Цей процес триває з народження до пубертатного віку. Після початку гормональної перебудови до 11 - 15 років синехії стають більш пухкими і у більшості хлопчиків голівка статевого члена легко відкривається. Таким чином, наявність смегми і синехії в допубертатному періоді (до 11 - 15 років) вважається нормою. Існуюча точка зору про вплив смегми на виникнення баланопоститу недостатньо обґрунтована [2,4].

Класичне описання процесу розвитку крайньої плоті з'явилося в 1949 році. Гарднер, обстежуючи 200 хлопчиків віком 5-13 років, визначив, що крайня плоть не здвигалася у 6% та частково здвигалася у 14%, на основі чого ним був зроблений висновок, що після 3 років у всіх хлопчиків потрібно застосовувати певні заходи для того, щоб крайня плоть могла здвигатися та препуціальний мішок залишався чистим[1].

Матеріали та методи дослідження.

На базі дитячого хірургічного відділення Дитячої міської клінічної лікарні м. Полтава за період з 2003 по 2013 рік було оглянуто 826 хлопчиків віком від 10 діб до 16 років. Під час огляду визначалися варіанти анатомічної будови крайньої плоті, наявність її патологічних змін, можливість та ступінь оголення голівки статевого члену.

Результати та їх обговорення.

618 хлопчиків було оглянуто на амбулаторному прийомі та при профілактичних оглядах. В більшості випадків батьки ознайомившись з досить суперечливою інформацією, що містить мережа Інтернет, самі зверталися з питаннями стосовно стану крайньої плоті їх дитини. У 116 дітей перших 3-х років життя фімоз розцінений як фізіологічний та такий, що не потребує застосування активних заходів. З 502 дітей віком від 3 до 16 років у 364 були виявлені синехії крайньої плоті з різним ступенем можливості оголення голівки статевого члену. При відсутності скарг на баланопостити, що рецидивують, ускладнення при сечовипусканні ці діти не потребували хірургічного лікування, їм надавалися рекомендації гігієнічного характеру. У 75 визначена гіпертрофована крайня плоть без ознак порушень сечовипускання. У 63 дітей виявлено рубцевий фімоз, їм рекомендоване оперативне лікування.

208 дітей зверталися в екстреному порядку з явищами гострого баланопоститу. Цим дітям призначалися ванночки з розчинами антисептиків без активних хірургічних маніпуляцій. Після ліквідації запального процесу їм призначався повторний огляд для визначення стану крайньої плоті.

Широко поширений спосіб одномоментного виведення голівки статевого члена. При цьому хірург одномоментно в умовах знеболення чи без нього розділяє всі синехії, видаляє інфантильну смегму та оголює голівку. В деяких випадках об'єктом хірургічної агресії, лише за своєї наявності, стають навіть окремі синехії та скупчення інфантильної смегми в ділянці вінцевої борозни статевого члена, які не заважають оголенню голівки та не викликають запальних явищ. Після маніпуляції хірург рекомендує батькам дитини

виконувати аналогічні маніпуляції в домашніх умовах під час гігієнічної ванни, інколи в той же день.

З оглянутих дітей 276 (33,4%) перенесли одномоментне виведення голівки статевого члена. Психічна травма після одномоментного насильницького оголення голівки відмічена практично у 100 % пацієнтів. Болючість маніпуляції та її наслідків викликала у дітей різко негативне відношення до повторних оглядів лікаря та спроб батьків до повторного оголення голівки. Загоєння тріщин та розривів крайньої плоті після маніпуляції з рубцевими змінами різного ступеня визначалося у 168 (60,8%) хлопчиків, що в подальшому ускладнювало оголення голівки.

Радіальні тріщини та розриви крайньої плоті у 62 (22,4%) пацієнтів після одномоментного розділення синехій та виведення голівки викликали явища гострого баланопоститу. Ці діти доставлені швидкою допомогою або зверталися до приймального відділення в ургентному порядку з скаргами на різкий зростаючий набряк та гіперемію крайньої плоті. У 21 (7,6%) дитини раннього віку відмічалися також скарги загального характеру на неспокій, порушення сну, підвищення температури тіла. У 26 (9,4%) відмічалася гостра затримка сечі рефлекторного характеру.

Спроби батьків вивести голівку статевого члена за умов набряку крайньої плоті у 8 (2,9%) хлопчиків викликали явища парафімозу, що потребувало вправлення голівки.

В якості консервативного лікування, як альтернатива одномоментному оголенню голівки, дітям з фізіологічним фімозом та гіпертрофованою крайньою плоттю була рекомендована методика поступового виведення голівки[3]. Маніпуляцію рекомендували проводити поетапно, під час прийому гігієнічної ванни, коли підвищується еластичність шкіри крайньої плоті та дитина знаходиться в стані психоемоційного спокою. Розтягування шкіри має бути дозованим, тривалістю не більше 5 мін, до отримання дитиною перших неприємних відчуттів. Критерієм правильності проведення методики є відсутність появи радіальних тріщин і розривів шкіри крайньої плоті. Батьків

орієнтували на тривале лікування протягом до 6 місяців з амбулаторним контролем через кожних 2-3 місяці. Маніпуляція має бути поступовою, тобто з кожним разом все більш і більш глибоким оголенням голівки, розтягування шкіри крайньої плоті не повинне перевищувати 2-3 мм на тиждень. Методика досить проста, практично безболісна, легко засвоюється батьками, проводиться в домашніх умовах та при правильному виконанні не викликає у дитини психічної та фізичної травми. Ця методика була рекомендована 439 дітям з фізіологічним фімозом та гіпертрофованою крайньою плоттю та виявилася ефективною в 412 (93,8%) випадках. Неєфективність методики поступового виведення голівки в більшості випадків була пов'язана з низькою наполегливістю та цілеспрямованістю батьків, аніж її технічними складностями.

Висновки.

1. Наявність синехій та смегми в препуціальному мішку без ознак запалення та порушення сечовипускання не потребує активних хірургічних маніпуляцій.
2. Методика одномоментного насильницького оголення голівки є травматичною та має велику кількість ускладнень та негативних наслідків.
3. Дітям старше 3-х років з фізіологічним фімозом та гіпертрофованою крайньою плоттю рекомендується методика поступового виведення голівки

Література

1. Ашкрафт К. У. Детская хирургия / К. У.Ашкрафт, Т. М. Холдер – СПб., ООО «Раритет –М», 1999 – Т. 3 – 400 с.
2. Рудин Ю.Э. Патология крайней плоти у детей / Ю.Э. Рудин, А.В. Аникеев // Детская хирургия. 1999. - № 3. — С. 10-13.
3. Рудин Ю.Э. Патология крайней плоти. Методы лечения в детском возрасте. / Ю.Э. Рудин, С.М. Конома – М., 2006. – 24 с.
4. Duckett J. W. Urological Surgery in Neonates and Young Infants Text. / J. W. Duckett. –Philadelphia, 1988.