

НАШ ДОСВІД У ЛІКУВАННІ СТРИКТУР СЕЧІВНИКА

В.П. Стусь¹, А.Л. Суварян², Є.П. Українець²

¹ДЗ «Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України»

²КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова»

Вступ. Лікування стриктур сечівника до цього часу залишається однією зі складних проблем реконструктивної урології. Разом із післязапальною і травматичними стриктурами зростає кількість стриктур сечівника, що зумовлена безпосередньо лікарською діяльністю – значно збільшилася кількість внутрішньоуретральних маніпуляцій з приводу захворювань передміхурової залози, сечового міхура, сечокам'яної хвороби. Іншою причиною зростання кількості ускладнених стриктур сечівника є неадекватна тактика лікування. До цього часу існує тактика ступеневого застосування методів лікування – від менш інвазивних до більш інвазивних. При протяжних структурах часто застосовують патогенетично необґрунтовані, травматичні операції (за Солововим, «тунелізацію» уретри і т.ін.) [1]. Незважаючи на те, що внутрішня оптична уретротомія (ВОУ), бужування та стентування сечівника досить часто супроводжуються нездовільними результатами, все ще нерідко їх застосовують [2]. Прихильники широкого застосування ВОУ, а їх значно більше, ніж хірургів, які володіють різними способами уретропластики, на користь ВОУ наводять такі аргументи як: швидке навчання методиці, можливість виконання уретротомії навіть в амбулаторних умовах, короткий період післяопераційної реабілітації [3–6]. Проте, аналіз даних літератури свідчить, що кількість інтраопераційних і ранніх післяопераційних ускладнень при ВОУ може досягати 27% [3, 5, 7]. Відомо, що раніше невдало і не за показаннями виконані ендоскопічні та відкриті операції з приводу стриктур сечівника значно ускладнюють подальшу успішну реконструкцію, а часом роблять її неможливою [8–9]. Основним видом оперативного лікування стриктур бульбозного відділу сечівника до 2 см є анастоматична пластика сечівника, при протяжності 2–3 см – агументований анастомоз і при стриктурі більше 3 см, а також при ураженні пенального відділу сечівника необхідно виконувати заміну (агументаційну) уретропластику [10]. Однак слід зазначити, що протяжність стриктури, при якій можна застосовувати анастоматичну пластику, є дискутабельним питанням. Так,

M. Guralnick і співавт., 2001, рекомендують виконувати анастоматичну уретропластику при стриктурі не більше 1 см, що з урахуванням спатуляції країв призведе до вкорочення сечівника приблизно до 2 см, а це та відстань, яка може бути нівелювана за рахунок еластичних властивостей сечівника [11]. Навпаки, A. Morey і співавт., 2006, показали, що виконання анастоматичної пластики пацієнтам з протяжністю стриктури від 2,6 до 5 см, за умови значної мобілізації дистального відділу сечівника, є виправданою [12]. Особливе місце займають післятравматичні стриктури сечівника бульбомембрanozного і мембрanozного відділів сечівника. Порушення уретри при переломах кісток тазу призводить до часткової або повної облітерації його просвіту з формуванням рубцевого конгломерату. Утворюється так званий «дистракційний дефект заднього відділу сечівника». При цьому методом лікування є відкрита реконструктивна операція за допомогою накладання бульбопростатичного анастомозу кінеч в кінеч методом Tigrner-Warwick у модифікації Webster. Це забезпечує накладання візуально контролюваного анастомозу між інтактними тканинами і тканинами, в яких добре кровопостачання, без надлишкового натягу [1].

Для пластичних операцій на сечівнику застосовується безліч донорських тканин, включаючи вільні, або зі збереженим власним кровообігом, шкіряні клапті, слизову оболонку сечового міхура, bukalnu sлизову, pіхвову оболонку яечка, очеревину, кишковий субмікозний графт, слизову язика, шкіру вушної раковини [13]. В останні два десятиріччя особлива увага фахівців приділяється застосуванню як аутотранспланата слизової оболонки ротової порожнини (щік, губ та язика). На підставі результатів численних експериментальних досліджень та узагальнення клінічного досвіду корекції стриктур сечівника, гіпоспадій і епіспадій у дітей і дорослих було доведено, що слизова оболонка ротової порожнини в даний час є кращим матеріалом для замісної пластики сечівника. У зв'язку з тим, що забір слизової технічно легше здійснюється з боку щоки і супроводжується меншим ризи-

ком розвитку ускладнень, частіше використовується саме ця донорська зона, що й зумовило назву методики – букальна уретропластика. Перевагами використання букальної слизової є: слизова щоки (багатошаровий плоский епітелій) за будовою схожа з епітелієм пенільного і головчатого відділів сечівника (багатошаровий циліндричний епітелій); вона стійка до розтягування і розриву за рахунок великої кількості сполучнотканинних зв'язків між lamina propria і епітелієм слизової; має сприятливі імунологічні властивості, резистентність до інфекцій; постійна доступність, легкість забору клаптя. Основні показання до проведення букальної уретропластики: протяжна (понад 2 см) структура і облітерація бульбозного відділу сечівника; структура і облітерація пенільної і головчатої уретри; склеротичний баланіт; стани після попередніх невдалих пластик уретри [14].

Точна передопераційна оцінка і планування оперативного втручання разом з дотриманням основних хірургічних принципів дозволяє домогтися значних результатів [15].

Матеріали та методи дослідження. Із 2008 до 2014 р. у клініці урології КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І Мечникова» проліковано 81 хворого зі структурою сечівника, віком від 22 до 75 років (ср. 46,15 років), протяжність структури від 2 до 145 мм (ср. 22,37 мм) (табл. 1).

1. ВОУ при структурах різних відділів уретри – 29 (у 14 пацієнтів операція виконана од-

норазово, у 11 – дворазово, у 4 пацієнтів – 3 і більше разів);

2. Анастоматична пластика уретри – 21 пацієнту;

3. Замісна уретропластика з використанням слизової щоки – 14 пацієнтам;

4. Замісна уретропластика з використанням шкіри статевого члена (за A. Orandi) – 9 пацієнтам;

5. Відмовилися від оперативного втручання з різних причин – 8 пацієнтів.

На передопераційному етапі проводили стандартне обстеження, яке включало вивчення скарг, анамнезу та фізикального обстеження хворих, у тому числі використання Міжнародної системи сумарної оцінки симптомів захворювання нижніх сечових шляхів (IPSS), лабораторні дослідження, ультразвукові дослідження (УЗД) органів сечовидільної системи, уретрографію, уретроскопію.

ВОУ виконували за загальноприйнятою методикою з використанням уретротомів з холодним ножем Sachse. Структура сечівника після проведення дистальніше нього сечовідного катетера розсікалася на 12 год. до досягнення максимального допустимого просвіту сечівника, або появи інтактної тканини спонгіозного тіла. ВОУ виконувалася у всіх відділах сечівника із протяжністю структури від 2 до 27 мм.

Показанням до анастоматичної пластики сечівника було звуження бульбозного, бульбомембрanozного відділів сечівника до 30 мм. За-

Результати дослідження хворих

Таблиця 1

Параметри	Після ВОВ n = 29	Після анастоматичної пластики уретри n = 21	Після замісної уретропластики слизової щоки n = 14	Після замісної уретропластики з використанням шкіри статевого члена n = 9
Вік	22–51	23–73	22–61	22–75
Протяжність структури	2–27 мм	8–37 мм	34–145 мм	16–62 мм
Висячий відділ	8	0	4	9
Бульбозний відділ	14	12	8	0
Бульбомембрanozний відділ	2	5	2	0
Мембрanozний відділ	5	4	0	0
IPSS до операції	19	20	20	19
IPSS через 6 міс. після операції	6,4 0,001	2,3 0,0001	2,6 0,0001	2,4 0,0001
QoL до операції	5	6	7	6
QoL через 6 міс. після операції	2,4 0,01	0,8 0,001	0,7 0,001	0,8 0,001

місну уретропластику з використанням букальної слизової або шкіри статевого члена застосовували при рецидивних або довгих стриктурах бульбозного, бульбомемброзного (> 30 мм) і пенального (> 5 мм) відділів сечівника. Забір трансплантає слизової щоки проводився за методикою Barbagli [16].

Післяопераційний моніторинг пацієнтів включав виконання наступних видів обстеження: уретрографії – відразу після видалення уретрального катетера (при відкритих втручаннях) і через 3, 6 і 12 міс. після операції; уретроцистоскопії – за показаннями при погіршенні якості сечовипускання; дослідження показника IPSS та індексу QoL через 3, 6 і 12 міс. після операції; оцінки статевої функції за допомогою анкети ПЕФ через 3, 6 і 12 міс. після операції. Після першого року спостережень пацієнти обстежувалися тільки після появи скарг.

Критерієм розвитку рецидиву стриктури сечівника вважали відновлення симптомів обструктивного сечовипускання, наявність уретрографічних або уретроскопічних даних за звуження просвіту сечівника до 10 і менше за Шар'є, необхідність бужування або повторних операцій для відновлення нормального сечовипускання.

Статистична обробка результатів була проведена з використанням програми «Excel» за т-критерієм Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення.

Терміни спостереження пацієнтів після оперативного лікування варіювали від 3 до 36 міс. Рецидив стриктури сечівника після ВОУ перші 12 міс. виник у 18 (62,1%) з 29. У 11 пацієнтів із протяжністю стриктури до 5 мм після операції рецидив стриктури до 12 міс. виник у 3 (27,3%) пацієнтів, у 12 пацієнтів з протяжністю 5–15 мм – 9 (75%) пацієнтів, у 6 пацієнтів з протяжністю 15 мм і більше – 6 (100%) пацієнтів (рис. 1).

Необхідно зазначити, що з 73 оперованих у 47 (65,3%) пацієнтів в анамнезі мало місце ВОУ. Із них 21 (44,7%) пацієнту проводилося одноразово, 17 (36,2%) – дворазово, 9 (19,1%) – триразово і більше. Термін виникнення рецидивів після дворазових ВОУ становив до 6 міс., а після триразових ВОУ – до 2 міс. Протяжність стриктури після кожної ВОУ збільшувалася від 2 до 8 мм. Серед ускладнень після ВОУ: перфорація сечівника у 2 (6,9%), з них у одного на тлі консервативної терапії набряк і гематома калитки, вдалося вирішити, у другого – ускладнився парауретральним абсцесом, який був розкритий через 3 міс. після операції; виражена уретрорагія 1 (3,45%), яку вдалося вирішити консервативно; хибний хід 1 (3,45%); уретральна лихоманка 3 (10,35%), набряки і гематоми мошонки 4 (13,8%). Всього ускладнень у 11 (31,03%) хворих (табл. 2).

Таблиця 2
Ускладнення після ВОУ

Ускладнення	Кількість
Перфорація уретри	2 (6,9%)
Виражена уретрорагія	1 (3,45%)
Хибний хід	1 (3,45%)
Уретральна лихоманка	3 (10,35%)
Набряк та гематома калитки	4 (13,8%)
Усього	11 (31,03%)

Анастоматична пластика виконана 21 пацієнту: бульбозний відділ – 12, бульбомемброзний відділ – 5, мемброзний відділ – 4. Протяжність стриктури від 8 до 37 мм. Ускладнення: гнійний уретрит – 1 (4,76%), що призвело до рецидиву стриктури уретри. Через 4 міс. хворому виконана замісна уретропластика слизової щоки – виписаний з одужанням.

Замісна уретропластика з використанням слизової щоки проведена 14 пацієнтам: вися-

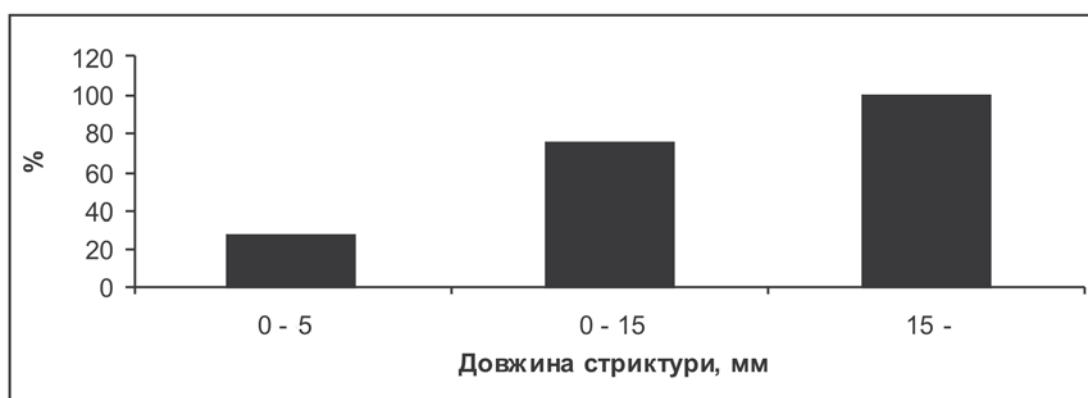


Рис. 1. Частота рецидивів у залежності від довжини стриктури

чий відділ – 2, бульбозний відділ – 10, бульбомембранозний відділ – 2. Протяжність структури від 38 до 145. Ускладнення: гнійний уретрит і нагноєння рани – 1 (7,14%). Рецидив виник у 1 (7,14%) пацієнта. Хворому через 4 міс. проведена анастоматична пластика сечівника – виписаний з одужанням. У трьох хворих після центральної «onlay» уретропластики, після видавлення уретрального катетера зазначалась неспроможність швів. У цих хворих у подальшому відзначено язикоподібне розширення і деформація сечівника із збереженням задовільного сечовипускання (рис. 2, 3).



Рис. 2. Хворий Г., 54 р., після центральної «onlay» пластики уретри слизової щоки. «Язикоподібна» деформація уретри, рецидив структури уретри



Рис. 3. Хворий Г., 54 р., після повторної операції – анастоматична пластика уретри

Замісна уретропластика з використанням шкіри статевого члена (за А. Orandi) проведена 9 пацієнтам. Локалізація – висячий відділ 9. Протяжність структури від 15 до 65 мм. Ускладнень немає. У всіх хворих відновлено адекватне самостійне сечовипускання.

ВОУ, яка, здавалося б, технічно простіша і менш травматична операція, супроводжується значними ускладненнями (31,03%) і високою частотою рецидиву (62,1%). Частота рецидиву тісно пов’язана з протяжністю структури, по-

вторними операціями. У наших спостереженнях при структурі 15 мм і більше, при повторних операціях протягом року рецидив виникає в 100% випадків. Необґрунтоване застосування ВОУ призводить до подовження протяжності структури, додаткової травматизації і склеротичних змін. Результати, отримані в нашому дослідженні, підтверджуються іншими авторами [17–1]. Так, у Д.Ю. Пушкаря, А.В. Живова і співав., 2012 [2] частота рецидиву структури сечівника після ВОУ склала 66,9% (після першої операції – 59,5%, після другої – 87,5%, після третьої та частішою – 100%). Основними факторами ризику рецидиву сечівника після ВОУ визнані: локалізація структури сечівника в пенальному і бульбомембранозному відділах, протяжність сечівника більше 1 см, важкий ступінь звуження сечівника і виконання операції більш двох разів. М.І. Коган і співавтори, 2012 [19] після ВОУ отримали ускладнення у 38,2% пацієнтів, троє хворих мали більше одного ускладнення. У двох спостережуваних розвинулися хронічні уретрошкіряні нориці, що потребували в подальшому повторного втручання. У більшості робіт, як і в нашему дослідженні, при ВОУ рецидив настає на ранніх термінах після оперативного втручання – в перші 3–12 міс. [20–22]. У тих дослідженнях, де були отримані кращі результати, найчастіше мала місце неправильна інтерпретація результатів лікування, коли за успіх брали тимчасове поліпшення сечовипускання, короткі терміни спостереження, або пацієнти після операції протягом року піддавалися регулярному бужуванню [23–24].

Таким чином, необхідно різко звузити показання до ВОУ. Застосовувати тільки при звуженнях протяжністю до 5 мм. ВОУ необхідно вважати паліативною операцією, що на той час лише тимчасово поліпшує стан пацієнтів, яким не можна виконувати відкриту реконструктивну операцію, або до моменту, поки не стане можливим планування і здійснення повноцінної уретропластики [7, 25–28].

Анастоматична пластика дає хороші ранні та пізні післяопераційні результати. Із 21 випадку тільки у одного (4,76%) відмічено ускладнення – гнійний уретрит із нагноєнням післяопераційної рани, причиною якого є недостатня санація сечових шляхів у передопераційному і неадекватна антибактеріальна терапія в післяопераційному періоді. Анастоматичну пластику рекомендується застосовувати при протяжності структури до 3 см при локалізації в бульбозному і бульбомембранозному відділах сечівника. Достатня мобілізація проксимальної

частини сечівника дає можливість накладати анастомоз без натягу. При посттравматичних структурах заднього відділу сечівника (дистракційного дефекту), застосування анастоматичної уретропластики за методом Turner-Warwick у модифікації Webster значно покращує результати оперативного лікування. Виконання ВОУ при післятравматичних структурах заднього відділу сечівника патогенетично не обґрунтоване і є хибним, оскільки розсіченню піддаються рубці, в зоні яких кровопостачання тканин відсутнє [9]. Тільки тотальне висічення рубців зони проксимального бульбозного і мемброзного відділів сечівника, видалення рубців із зони верхівки передміхурової залози з її мобілізацією і наступним бульбопростатичним анастомозом без натягу дозволяють отримати найкращі результати лікування цієї категорії хворих [2, 29–32]. Нами прооперовано 5 пацієнтів із післятравматичними структурами з хорошими результатами.

Застосування слизової ротової порожнини значно розширило можливості хірурга при пластичі сечівника. Це дає можливість підвищити ефективність лікування протяжних структур сечівника. У нашій практиці максимальна протяжність структури сечівника склала 145 мм. Ефективність лікування структур сечівника з застосуванням слизової ротової порожнини склала 85,7%. За даними Barbagli ефективність уретропластики із застосуванням слизової склала 83,

85 і 83% при застосуванні вентрального, дорзального і латерального варіантів фіксації клаптя відповідно [33]. Згідно з даними метааналізу M. Markiewicz і співавт., 2007, [34] ефективність вентрального та дорзального варіантів фіксації склала 87,6 і 89,2% відповідно. У метааналізі K. Wang і співавт., 2009, [35] ефективність застосування буккальної слизової 88,1% і вентральної та дорзальної методик 87,6 і 89,2% відповідно. Однією з основних проблем аналізу результатів використання слизової порожнини рота є мала кількість пацієнтів у групах і короткий період спостереження.

Висновки

1. Адекватна передопераційна оцінка і планування оперативного втручання разом з дотриманням основних хірургічних принципів дозволяє домогтися гарних результатів.

2. Необхідно різко звузити показання до ВОУ. Застосовувати тільки при звуженнях протяжністю до 5 мм. ВОУ необхідно вважати паліативною операцією, яка лише тимчасово поліпшує стан пацієнтів і супроводжується значними ускладненнями і високою частотою рецидиву.

3. Більш широке впровадження сучасних методик пластики сечівника, використання не етапного, а патогенетично обґрунтованого підходу до вибору оптимального методу лікування дозволяє значною мірою підвищити ефективність лікування структури сечівника.

Список літератури

1. Живов А.В. Особенности применения анастоматической уретропластики при посттравматических структурах бульбомемброзной уретры / А.В. Живов, О.Б. Лоран, А.Б. Богданов и др. // Урология. – 2010. – № 5. – С. 41–46.
2. Пушкарь Д.Ю. Сравнительная частота и факторы рецидива структуры уретры при различных методах оперативного лечения / Д.Ю. Пушкарь, А.В. Живов, О.Б. Лоран и др. // Урология. – 2012. – № 4. – С. 37–44.
3. Naude A.M. What is the place of internal urethrotomy in the treatment of urethral stricture disease? / A.M. Naude, C.F. Heyns // Nat. Clin. Pract. Urol. – 2005. – № 2. – P. 538.
4. Bullock T.L., Drandes S.B. Adult anterior urethral strictures: a national practice patterns survey of board certified urologist in the United States / Bullock T.L., Drandes S.J. // Urol. (Baltimore) – 2007. – V. 177. – P. 685.
5. Heyns C.K. Treatment of male urethral stricture is repeated dilation or internal urethroto-my useful / C.K. Heyns, J.W. Steenkamp, M.L. De Kock et al. // J. Urol. (Baltimore). – 1998. – V. 160. – P. 356.
6. Pansadoro V. Internal urethrotomy in the management of anterior urethral strictures: long-term follow-up / V. Pansadoro, L. Emiliozzi // J. Urol. (Baltimore). – 1996. – V. 156. – P. 73.
7. Rourke K.E, Jordan G.H. Primary urethral reconstruction: the cost minimized approach to the bulbous urethral strictures / K.E. Rourke, G.H. Jordan // J. Urol. (Baltimore). – 2005. – V. 173. – P. 1206.
8. Koraitim M.M. Failed posterior urethroplasty: lessons learned / M.M. Koraitim // Urology. – 2003. – V. 62, N 4. – P. 719–722.

9. Santucci R.A., Eisenberg L. Urethrotomy has a much lower success rate than previously reported // J. Urol. – 2010; 183(5): 1859–62.
10. Barbagli G. Anterior urethral strictures / G. Barbagli, E. Palminteri, M. Lazzeri, G. Guazzoni // Br. J. Urol. Int. – 2003. – V. 92. – P. 497–505.
11. Guralnick M. L. The augmented anastomotic urethroplasty: indications and outcome in 29 patients / M.L.Guralnick, G.D. Webster // J. Urol. (Baltimore). – 2001. – V. 165. – P. 1496–1501.
12. Morey A. F. Proximal bulbar urethroplasty via extended anastomotic approach – what are the limits? / Morey A.F, Kizer W.S. // J. Urol. (Baltimore). – 2006. – V. 175. – P. 2145–2149.
13. Souza G. E. Histopathological evaluation of urethroplasty with dorsal buccal mucosa: an experimental study in rabbits / G.E. Souza, A.A. Calado et al. // Int. Braz. J. Urol. – 2008. – V. 34. – P. 345–354.
14. Курбатов Д.Г. Буккальная уретропластика / Д.Г. Курбатов // Медпрактика. – М., 2009. – 92 с.
15. Лоран О.Б. Открытая хирургическая техника в лечении структур уретры / О.Б. Лоран, Е.И. Велиев // Материалы Пленума правления Российского общества урологов. – Екатеринбург, 2006. – С. 281–287.
16. Barbagli G. One-stage bulbar urethroplasty: retrospective analysis of the results in 375 patients / G. Barbagli, G. Guazzoni, M. Lazzeri // Eur. Urol. – 2008. – V. 53, N 4. – P. 828–833.
17. Husmann D.A. Long-term follow-up of visual internal urethrotomy for management of short (less than 1 cm) penile urethral strictures following hypospadias repair / D.A. Husmann, S.R. Rathbun // J. Urol. – 2006. – V. 176, N 4 (Pt. 2). – P. 1738–1741.
18. Pansadoro V. Internal urethrotomy in the management of anterior urethral strictures: long-term follow up / V. Pansadoro, P. Emiliozzi // J. Urol. – 1996. – V. 156, N 1. – P. 73–75.
19. Santucci R.A., McAninch J.W. Actuarial success rates of open urethral stricture repair in 369 patients / R.A. Santucci, J.W. McAninch // J. Urol. – 2001. – V. 165. – Suppl. 13. – Abstr. 54.
20. Коган М.И. Внутренняя оптическая уретротомия при структурной болезни уретры усложняет последующую реконструктивную операцию / М.И. Коган, В.В. Митусов, В.В. Красулин и соавт. // Урология. – 2012. – № 3. – С. 27–30.
21. Нестеров С.Н. Реконструктивная хирургия мочеиспускательного канала у мужчин. / Дис. д-ра мед. наук. – М., 2006. – 306 с.
22. Goel M.C. Endoscopic management of traumatic posterior urethral stricture: early results and follow-up / M.C. Goel, M. Kumar, R. Kapoor // J. Urol. – 1997. – V. 157, N 1. – P. 95–97.
23. Steenkamp J.W. Internal urethrotomy versus dilation as treatment for male urethral strictures: A prospective, randomized comparison // J.W. Steenkamp, C.F. Heyns, M.L. De Kock // J. Urol. – 1997. – V. 157, N 1. – P. 98–101.
24. Ю.П. Серняк. Внутренняя оптическая уретротомия в лечении структур уретры / Ю.П. Серняк и др. // Урология. – 2007. – Том 11, № 3/4. – С. 24–29.
25. Трапезникова М.Ф. Сравнительный анализ результатов открытых и эндоскопических операций при облитерациях задней уретры у мужчин / М.Ф. Трапезникова, В.В. Базаев, С.Б. Уренков // Урология. – 2004. – № 1. – С. 47–54.
26. Santucci R. Urethrotomy has a much lower success rate than previously reported / R. Santucci, L. Eisenberg // J. Urol. (Baltimore). – 2010. – V. 183. – P. 1859–1862.
27. Morey A. Urethral strictures is now an open surgical disease / A. Morey // J. Urol. (Baltimore). – 2009. – V. 181. – P. 953–954.
28. Wessells H. Costrfactive approach to short bulbar urethral strictures supports single internal urethrotomy before urethroplasty / H. Wessells // J. Urol. (Baltimore). – 2009. – V. 181. – P. 954–955.
29. Heyns C.F. Urethral stricture: Should we stop urethrotomies? In: Programme book / C.F. Heyns // Vienna. – 2011. – P. 239–244.
30. Crane C. Surgical treatment of post-traumatic distraction posterior urethral strictures / C. Crane, R.A. Santucci // Arch. Esp. Urol. – 2011. – V. 64, N 3. – P. 219–226.
31. Koraitim M.M. On the art of anastomotic posterior urethroplasty: a 27-year experience / M.M. Koraitim // J. Urol. – 2005. – V. 173. – № 1. – P. 135–139.
32. Zhou Z.S. Operative techniques of anastomotic posterior urethroplasty for traumatic posterior urethral strictures / Z.S. Zhou, B. Song, Y. JinX. et al. // Chin J. Traumatol. – 2007. – V. 10, N 2. – P. 101–104.

33. Barbagli G. Bulbar urethroplasty using buccal mucosa grafts placed on the ventral, dorsal or lateral surface of the urethra: are results affected by the surgical technique? / G. Barbagli, E. Palminteri, G. Guazzoni et al. // J. Urol. (Baltimore). – 2005. – V. 174, N 3. – P. 955–957.
34. Markiewicz M.R. The oral mucosa graft: a systematic review / M.R. Markiewicz, M.A. Lukose, J.E. Margarone 3rd et al. // J. Urol. (Baltimore). – 2007. – V. 178, N 2. – P. 387–394.
35. Wang K. Dorsal on lay versus ventral on lay urethroplasty for anterior urethral stricture: a metaanalysis / K. Wang, X. Miao, L. Wang, H. Li // Urol. Int. – 2009. – V. 83, N 3. – P. 342–348.

Реферат

НАШ ОПЫТ В ЛЕЧЕНИИ СТРИКТУР УРЕТРЫ

В.П. Стусь, А.Л. Суварян, Е.П. Украинец

Лечение стриктур уретры до настоящего времени остается одной из сложных проблем реконструктивной урологии. Точная предоперационная оценка и планирование оперативного вмешательства, строгое соблюдение основных хирургических принципов позволяют добиться исключительных результатов. С 2008 по 2014 г. в клинике урологии Днепропетровской областной клинической больницы им. И.И Мечникова пролечено 81 больного со стриктурой мочеиспускательного канала, в возрасте от 22 до 75 лет (ср. 46,15 лет), протяженность стриктуры от 2 до 145 мм (ср. 22,37 мм). ВОУ при стриктурах различных отделов уретры – 29; анастоматическая пластика уретры – 21 пациенту; заместительная уретропластика с использованием слизистой щеки – 14 пациентам; заместительная уретропластика с использованием кожи полового члена (по A. Orandi) – 9 пациентам; отказались от оперативного вмешательства по различным причинам 8 пациентов. Срок наблюдения пациентов после оперативного лечения варьировал от 3 до 36 мес.

Рецидив стриктуры уретры после ВОУ первые 12 мес. возник у 18 (62,1%) и сопровождался значительными осложнениями у 9 (31,03%) больных. Протяженность стриктуры после каждой ВОУ увеличивалась от 2 до 8 мм. Анастоматическая пластика проведена 21 пациенту. Протяженность стриктуры от 8 до 37 мм. Осложнение возникло у 1 (4,76%) пациента. Заместительная уретропластика с использованием слизистой щеки выполнена 14 пациентам. Протяженность стриктуры от 38 до 145 мм. Осложнение возникло у 1 (7,14%), рецидив – у 1 (7,14%) пациента. У 3 больных после вентральной «onlay» уретропластики, после удаления уретрального катетера отмечалась несостоительность швов. У этих больных в последующем отмечено языковидное расширение и деформация уретры с сохранением удовлетворительного мочеисpus-

Summary

OUR EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF URETHRAL STRICTURES

V.P. Stus, A.L. Suvaryan, E.P. Ukrainian

Treatment of urethral strictures still remains one of the most difficult problems of reconstructive urology. From 2008 to 2014 in urology clinic in Dnipropetrovsk Regional Clinical Hospital of I.I Mechanikov 81patients treated with urethral stricture, aged 22–75 years (med. 46.15 years), the length of the stricture from 2 to 145 mm (med. 22,37 mm.). Terms observation of patients after surgical treatment ranged from 3 to 36mant. Internal optical urethrotomy (IOU) – 29. Urethral stricture recurrence after the first 12 months of IOU appeared in 18 (62.1%) and was accompanied by significant complications – 9 (31.03%) of patients. The length of the stricture after each IOU increased 2–8 mm. Anastomotic urethroplasty held on 21 patients. The length of the stricture from 8 to 37mm. Complications occurred in 1 (4.76%) patients. Urethroplasty using buccal mucosa carried out in 14 patients. The length of stricture 38 to 145. Complications occurred in 1 (7.14%), recurrence-in 1 (7.14%) patients. In 3 patients after ventral «onlay» urethroplasty, after removal of the urethral catheter was noted suture failure. In these patients subsequently noted deformation of the urethra while preserving satisfactory urination. Urethroplasty using penile skin (by Orandi) held 9 patients. The length of the stricture from 15 to 65mm. No complications. All patients recovered adequate urination. Refused surgery for various reasons 8 patients.

IOU is necessary to consider palliative operation, resulting in only temporary improvement of the patients and is associated with significant complications and a high rate of recurrence. Wider application of modern techniques of plastic urethra, the use is not staged, and pathogenesis-based approach to the selection of the optimal method of treatment would greatly increase the effectiveness of the treatment of urethral stricture.

кания. Заместительная уретропластика с использованием кожи полового члена (по A. Orandi) проведена 9 пациентам. Протяженность стриктуры от 15 до 65 мм. Осложнений нет. У всех больных восстановлено адекватное самостоятельное мочеиспускание.

Таким образом, необходимо резко сузить показания к ВОУ. Применять только при сужениях протяженностью до 5 мм. ВОУ необходимо считать паллиативной операцией, приводящей только к временному улучшению состояния пациентов, и сопровождающейся значительными осложнениями и высокой частотой рецидива. Более широкое внедрение современных методик пластики уретры, использование не этапного, а патогенетически обоснованного подхода к выбору оптимального метода лечения позволяет в значительной степени повысить эффективность лечения стриктуры уретры.

Ключевые слова: стриктура мочеточника, лечение, результаты пластики мочеточника.

Адреса для листування

В.П. Стусь

E-mail: viktor.stus@gmail.com

Keywords: urethral strictures, treatment, results of urethroplasty.