

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОТКРЫТЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННЫМИ СТРИКТУРАМИ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА

С.А. Возианов¹, И.И. Горпинченко¹, С.Н. Шамраев^{1,2}, И.А. Бабюк², А.И. Бойко^{1,3},
А.Л. Шарпило⁴, М.А. Ридченко^{3,4}, С.И. Козачихина⁵, В.П. Стусь⁶, А.Л. Суварян⁶

¹ ГУ «Институт урологии НАМН Украины»

² Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

³ Национальная медицинская академия последилового образования имени П.Л. Шупика

⁴ Центральная житомирская городская больница № 1

⁵ Российский университет дружбы народов

⁶ ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Введение. Актуальность проблемы лечения данной категории пациентов обусловлена тем, что на сегодняшний день отсутствует «золотой стандарт» в выборе метода лечения у конкретного больного. При этом имеется несколько вариантов хирургической коррекции разных форм стриктурной болезни уретры, которые включают: внутреннюю оптическую уретротомию, дезоблитерацию мочеиспускательного канала; долговременные рассасывающиеся и нерассасывающиеся стенты, открытые уретропластики [2]. Безусловным является тот факт, что пациент при первом обращении должен получить максимально рациональный метод хирургической коррекции в соответствии с современными стандартами лечения с минимальной вероятностью рецидива стриктуры уретры (СУ). Радикальным способом лечения протяженных СУ являются: уретро-уретро-, уретро-простато- или уретро-везикоанастомоз (УВА), буккальная пластика уретры (БПУ) или пластика кожно-фасциальным лоскутом (ПКФЛ) в аугментационном или заместительном их виде [1, 3, 4, 7, 8].

Цель исследования: оценить клинико-функциональные результаты хирургического лечения осложненных стриктур уретры.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно оценены клинические данные из историй болезни и амбулаторных карт 895 пациентов со СУ или ее облитерацией, которым выполнены разные виды уретропластик в количестве 1284. Данные собраны за период с 2003 по 2016 г. из трех урологических клиник (юго-востока и центра Украины). Больные обследованы согласно принятым стандартам оказания урологической помощи (оценивали клиническую симптоматику по международному опроснику IPSS,

локализацию, протяженность СУ и степень спонгиоза по данным УЗИ и ретроградной/микционной уретроцистографии) – «Приказ МОЗ Украины № 330» [5]. Данные также включали этиологию СУ, предыдущие методы коррекции или выполненные операции, а также периоперационные сведения о кровопотере, времени операции и анестезиологического обеспечения, послеоперационной госпитализации с анализом уровня успеха или неудач/осложнений коррекции мочеиспускательного канала (МИК).

В послеоперационном периоде назначали антибиотики (в зависимости от данных посева мочи), проводили антиоксидантную и ангиотропную терапию. В случае рецидивной СУ к фармакотерапии добавляли физиотерапию в течение трех месяцев. Качество проведенного лечения оценивалось после восстановления самостоятельного мочеиспускания при контрольном амбулаторном или стационарном обследовании больных в течение 3, 6 (n=72) и 12 (n=29) месяцев с момента операции на основании субъективных и объективных параметров (шкалы IPSS, универсального опросника оценки качества жизни, количество остаточной мочи), урофлоуметрии и уретроцистографии (через 3 недели и через 3 месяца), уретроцистоскопии через 3–6 месяцев. Уровень осложнений оценивали по модифицированной шкале Clavien–Dindo [12]. Результат лечения относительно отсутствия рецидива СУ оценивали как хороший, сомнительный, плохой [11].

Цифровой материал математически обработан с помощью метода вариационной статистики с применением критерия Уилкоксона–Манна–Уитни. Отличие между сравниваемыми

средними величинами (р) считали существенным и статистически достоверным, если $p < 0,05$ (статпакет Med Calc Soft Ware bvba 2012). Степень корреляционной связи между признаками определяли при помощи критерия Пирсона.

Результаты и их обсуждение. Все пациенты мужского пола в возрасте от 13 до 85 лет (средний возраст – $42,3 \pm 1,8$ лет). Сроки наблюдения составили от 3 до 14 месяцев (в среднем – $10,5 \pm 2,2$ мес). Из 1284 операций (СУ) внутренняя оптическая уретротомия (ВОУТ) выполнена в 1212 (94,4%) наблюдениях, открытая уретропластика различных видов – в 72 (5,6%). Последняя когорта пациентов согласно видам хирургических вмешательств была разделена на группы: 1-я – аугментационная буккальная уретропластика (АБП) – 15 (20,8%), 2-я – уретро-уретро- или уретро-простатоанастомоз – 39 (54,2%), 3-я – заместительная пластика кожно-фасциальным лоскутом (ПКФЛ) – 8 (11,1%), 4-я – заместительная буккальная уретропластика – 10 (13,9%).

Все хирургические вмешательства осуществлялись в типичном литотомическом положении пациента под пери- или эпидуральной анестезией – 12 (16,7%) и 20 (27,8%) пациентов, соответственно, тотальной в/в анестезии с эндотрахеальной интубацией – у 40 (55,6%). Выбор анестезиологического пособия обосновывался на предполагаемой продолжительности, объеме операций

и степени хирургического риска по индексу сопутствующих заболеваний Чарлсона [6].

Легкая степень симптомов нижних мочевых путей отмечена у 2 (2,8%), средняя – у 6 (8,3%), тяжелая – у 64 (88,9%) пациентов. С явлениями полной задержки мочеиспускания госпитализированы 62 (86,1%) пациента, которым как первый этап лечения отведена моча путем эпицистостомии, в том числе троакарной (50% пациентов). У 54 пациентов (75,0%) причиной стриктуры уретры стало ее травматическое повреждение: в результате травмы таза и/или промежности, длительной (>2 недель) и/или неоднократной катетеризации мочевого пузыря, повторных бужирований уретры более 3 месяцев.

Ятрогенные (послеоперационные) СУ отмечены у 12 (16,7%), поствоспалительные – у пяти (6,9%), врожденная – у одного (1,4%). Рецидивная форма стриктурной болезни МИК имела место у 39 (54,2%) пациентов, из них 20 (27,8%) больных – после открытых пластик уретры (УУА, ПКФЛ, БПУ), 10 (13,9%) пациентов – после чреспузырной или позадилонной аденомэктомии.

Распределение СУ по их причине, локализации, протяженности и виду хирургической коррекции представлены в табл. 1.

Как видно из табл. 1, в 1-й группе у 9 (60,0%) пациентов СУ локализовались в простатическом, мембранозном – 14 (93,3%) или

Таблица 1

Распределение пациентов со стриктурами/облитерациями уретры

Виды коррекции	1-я группа (АБПУ) (n=15)	2-я группа (УУА) (n=39)	3-я группа ПКФЛ (n=8)	4-я группа ЗБПУ (n=10)	Всего (n=72)
Причины стриктур, n (%)					
Послеоперационные	–	9 (12,5)	3 (4,2)	–	12 (16,7)
Посттравматические	10 (13,9)	30 (41,7)	5 (6,9)	9 (12,5)	54 (75,0)
Поствоспалительные	5 (6,9)	–	–	–	5 (6,9)
Врожденные	–	–	–	1 (1,4)	1 (1,4)
Локализация, n (%)					
Простатический отдел	9 (12,5)	30 (41,7)	1 (1,4)	–	40 (55,6)
Мембранозный отдел	14 (19,4)	9 (12,5)	1 (1,4)	6 (8,3)	30 (41,6)
Пенильный отдел	2 (2,8)	–	2 (2,8)	–	4 (5,6)
Бульбозный отдел	15 (20,8)	6 (8,3)	3 (4,2)	4 (5,6)	28 (38,9)
Протяженность, n (%)					
< 1 см	–	1 (1,4)	–	–	1 (1,4)
1–2 см	–	15 (20,8)	–	–	15 (20,8)
2–3 см	–	14 (19,4)	4 (5,6)	4 (5,6)	22 (30,6)
> 3 см	15 (20,8)	9 (12,5)	4 (5,6)	6 (8,3)	34 (47,2)

Примечания: АБПУ – аугментационная буккальная пластика уретры;

УУА – уретро-уретроанастомоз;

ПКФЛ – пластика кожно-фасциальным лоскутом;

ЗБПУ – заместительная буккальная пластика уретры.

бульбозном – 15 (99,8%) отделах уретры, а их протяженность варьировала от 3 до 8 см в 90,9% наблюдений. Во 2-й группе локализация СУ в 76,9% была в простатическом отделе, а протяженность составила от 1 до 2 см в 48,7%. В 3-й группе – 62,5% сужений с локализацией в пенильном или бульбозном отделе, протяженностью >3 см – в 50,0% случаев. В 4-й группе – 60,0% СУ локализовались в мембранозном отделе, протяженность их составляла >3 см. Несомнительно количества локализаций СУ (102) числу выполненных оперативных вмешательств (72) обусловлено тем, что 19 (26,4%) пациентов имели смешанную локализацию СУ. Так, в одном отделе СУ имела место у 51 (70,8%) пациента, в двух отделах – у трех (4,2%). По одному (1,4%) наблюдению локализация СУ в бульбозном и мембранозном отделах, а также в пенильном и мембранозном. У 16 (22,2%) пациентов стриктура распространялась на три отдела: бульбозный, мембранозный и простатический.

Сроки дренирования уретры составляли 12–32 суток. Из них до 15 суток катетер был удален у 20 (27,8%) пациентов, в сроке 15–25 суток – у 41 (56,9%), более 25 суток (25–32 суток) – у 11 (15,3%). Среднее время дренирования уретры в 1-й группе (АБПУ) составило $16,6 \pm 0,7$ дня, во 2-й группе (УУА) – $19,3 \pm 0,7$ дня, в 3-й группе (ПКФЛ) – $19,4 \pm 1,6$ дня, в 4-й группе (ЗБПУ) – $17,1 \pm 1,1$ дня.

По баллам сложности СУ подразделялись на: низкой степени сложности – 1–3 балла, средней степени сложности – 4–6 баллов, крайне тяжелой степени сложности – >6 баллов [12] (рис. 1).

Как видно из рис. 1. наиболее часто в исследовании встречались СУ 4 и 5 баллов сложности, соответственно – 24 (33,3%) и 20 (27,8%) случаев, коррекцию большинства из которых

проводили, применяя уретро-уретро- или уретро-простатоанастомоз. Таким образом, резекцию суженного и измененного фиброзом участка уретры с наложением анастомоза всегда выполняли в случаях средней степени тяжести СУ МИК, которые в общем составили – 44 (61,1%) наблюдения. СУ легкой степени тяжести в нашем исследовании – не наблюдали. По 5 случаев СУ имели 6 и 7 баллов сложности. При 8 баллах сложности СУ часто коррекцию ее проводили путем аугментационной и/или заместительной пластикой уретры буккальным лоскутом, несколько реже – кожно-фасциальным лоскутом из препуциального листка, всего у 16 (22,2%) пациентов. Двум (2,8%) пациентам со стриктурами/облитерациями МИК, которые по шкале сложности набирали наивысший балл (10), выполнены АБПУ и ЗБПУ. Следует отметить, что длина стриктур в последних двух наблюдениях составляла 16 и 18 см, при этом у пациентов имел место спонгиоз фиброз 3-й степени и они были оперированы дважды (ВОУТ) в других лечебных учреждениях.

Периоперационные результаты открытых уретропластик представлены в табл. 2.

Как видно из табл. 2, период послеоперационной госпитализации варьировал от 19 до 22 суток при открытых уретропластиках и достоверно не отличался в исследуемых группах. Такая же тенденция имелась во времени восстановления мочеиспускания: УУА – 19,3 сут., АБПУ – 16,6 сут., ПКФЛ – 19,4 сут., ЗБПУ – 17,1 сут. Средний возраст пациентов в 4-й группе был достоверно меньше ($36,7 \pm 4,8$) по сравнению с первой ($42,9 \pm 4,1$), второй ($46,2 \pm 2,4$) и третьей ($43,0 \pm 5,5$) группами ($p < 0,05$), как и средняя длина стриктуры: в 4-й группе – $5,3 \pm 0,8$ см по сравнению с $3,3 \pm 0,8$ см в 1-й группе, $2,2 \pm 0,1$ см во 2-й и 3-й группах ($p < 0,05$), соответственно. Также достоверно чаще в 1-й и

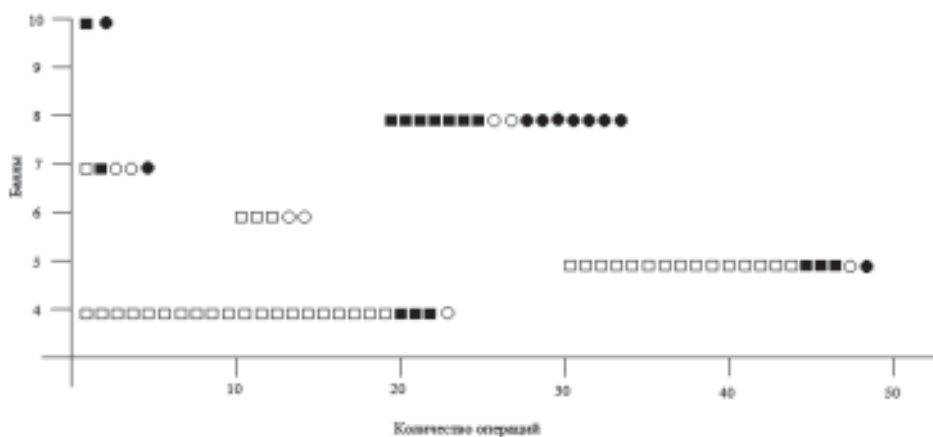


Рис. 1. Распределение видов, количества и степени сложности уретропластик: □ – УУА, ■ – АБПУ, ○ – ПКФЛ, ● – ЗБПУ

Результаты открытых уретропластик (n = 72, M ± m)

Группы пациентов	1-я группа (АБПУ) n=15	2-я группа (УУА) n=39	3-я группа (ПКФЛ) n=8	4-я группа (ЗБПУ) n=10
Возраст, лет	42,9±4,1	46,2±2,4	43,0±5,5	36,7±4,8
Возраст в дебюте заболевания, лет	38,7±4,1	40,9±2,5	38,5±5,6	33,6±4,6
Длительность заболевания, мес.	4,7±2,5	5,8±1,5	5,0±2,9	3,7±1,6
ИМТ, кг/м ²	25,3±0,9	25,9±0,5	25,2±1	24,4±0,7
Рецидивная СУ, n (%)	14 (93,3)	14 (35,9)	5 (62,5)	8 (80,0)
Кровопотеря, мл	94,4±14,6	97,4±8,2	93,4±17,1	92,9±12,8
Средняя длина СУ, см	3,3±0,6	2,2±0,1	3,3±0,9	5,3±0,8
П/о койко-день, сут.	19,4±1,3	21,8±0,7	18,8±2,8	19,8±1,4
Длительность уретрального дренирования, сут.	16,6±0,7	19,3±0,7	19,4±1,6	17,1±1,1
Средний балл сложности СУ, баллы	6,8±0,7	6,2±0,3	6,7±0,8	9,1±0,9

Примечания: АБПУ – аугментационная буккальная пластика уретры;

УУА – уретро-уретроанастомоз;

ПКФЛ – пластика кожно-фасциальным лоскутом;

ЗБПУ – заместительная буккальная пластика уретры;

ИМТ – индекс массы тела;

СУ – стриктура уретры;

п/о – послеоперационный.

4-й группах стриктуры уретры и ее облитерации носили рецидивный характер: 93,3% и 80,0%, в отличие от 35,9% и 62,5% во 2-й и 3-й группах. Значительно больший балл сложности СУ имели пациенты 4-й группы 9,1±0,9, при значениях 6,8±0,7; 6,2±0,3; 6,7±0,8 в 1-й, 2-й, 3-й группах [11]. При этом длительность заболевания была меньшей в 4-й группе: 3,7±1,6 мес. против 5,8±1,5 мес. во 2-й группе, 4,7±2,5 мес. в 1-й группе, 5,0±2,9 мес. в 3-й группе.

Большинство пациентов выписаны на амбулаторное лечение с уретральным катетером. Его удаляли наиболее часто в сроки 15–17 суток (65,7% больных).

Приведенные данные большей сложности нарушений анатомии органов таза и везико-уретрального сегмента у всех больных 4-й группы заставляло их искать в более ранние сроки после травмы специализированную урологическую помощь. При этом, 10 (100%) пациентов группы ЗБПУ на момент госпитализации имели функционирующую эпицистостому.

По данным литературы, tube-аугментация или заместительная уретропластика как вариант одноэтапного лечения данной группы пациентов имеет 30%-ный уровень рецидивов при ее применении в случае длинных стриктур уретры и ее облитераций в пенильном отделе [10]. В нашем исследовании общая частота осложнений открытых коррекций СУ в раннем периоде (до 1 месяца) составила 16,7 % (у 12 из 72 пациентов); в позднем (больше 6 мес.) – 31,9 %. Сре-

ди осложнений раннего послеоперационного периода отмечали осложнения лишь II степени по Clavien: острая задержка мочеиспускания – у 4 (5,6%), односторонний орхоэпидидимит – у 5 (6,9%), промежностный затек – у 3 (4,2%). В позднем послеоперационном периоде отметили осложнения трех видов: Clavien II, IIIb, IV. У 10 (13,9%) пациентов имела место эректильная дисфункция, которая была ликвидирована путем применения ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа и внутрикавернозными инъекциями простагландина (Clavien II); у 8 (11,1%) пациентов с эректильной дисфункцией, не поддающейся медикаментозной коррекции, выполнили эндофаллопротезирование однокомпонентным протезом фирмы AMS (Clavien IIIb). Осложнения в виде рецидива СУ (неуспех уретропластики) отметили у 6 (8,3%) больных (Clavien IIIb), что требовало проведения ВОУТ – у 2 пациентов, redo УУА – у 2, повторной ЗБПУ – у одного больного. У 1 (1,4%) пациента была установлена пожизненная ЭЦС (Clavien IV). К сожалению, привести точные данные о количестве эректильной дисфункции не представляется возможным: во-первых, у 54 (75,0%) больных имела место посттравматическая стриктура. Из них до операции, у 18 (25,0%) – отмечено уменьшение индекса ПЕФ<16. Во-вторых, лишь 29 (40,3%) пациентов после открытой уретропластики были под нашим наблюдением в течение 6 и более месяцев.

Следует отметить, что не имелось коррелятивной связи между уровнем осложнений –

и локализацией, протяженностью, этиологией СУ, диаметром уретрального катетера и временем уретрального дренирования. Однако имелась средняя степень связь ($r=0,55$) между опытом оперирующего хирурга (<4 уретропластик в год) и количеством открытых хирургических коррекций СУ у одного пациента (>3 в год) – уровень осложнений в данных ситуациях увеличился в 2,8 раза ($p<0,05$).

Отдаленные результаты различных видов уретропластик представлены в табл. 3.

Как видно из табл. 3, через 3 мес. после операции хороший результат первичных уретропластик отметили у 65 (90,3%) пациентов, плохой результат – у четырех (5,5%), сомнительный – у трех (4,2%). В отдаленном послеоперационном периоде (через 9 мес.) у 28/29 (96,6%) обследованных пациентов отмечен хороший результат.

На наш взгляд, заслуживают внимания два клинических случая.

Больной К., 23 года, 02.03.2015 в результате железнодорожного происшествия (попал под электропоезд) получил тяжелые множественные травмы таза и брюшной полости: перелом кос-

тей таза по типу «бабочки» со смещением осколков, закрытый перелом левого бедра, полный разрыв простатической части уретры, рваная рана перинеальной области. В шоковом состоянии 3-й степени пациент был доставлен в Нежинскую городскую больницу, где первым этапом была установлена эпицистостома (ЭЦС). После стабилизации состояния (через 10 дней) пациент был переведен в Киевскую больницу скорой помощи, где произвели ревизию и дренирование мочевого пузыря и паравезикального пространства, наложение первичного шва уретры. В июле 2015 г. в клинической городской больнице № 3 провели ВОУТ, однако у пациента К. после снятия ЭЦС акт мочеиспускания не был восстановлен. Больной обратился в ГУ «Институт урологии НАМН Украины» в отдел рентгенэндоурологии и литотрипсии (директор – член-корр. НАМН Украины, проф. С.А. Возианов) 07.10.2015 года с жалобами на невозможность самостоятельного мочеиспускания и наличие надлобкового дренажа. При выполнении восходящей и микционной уретроцистографий определена полная облитерация трех отделов уретры (простатического, мембранозного и бульбозно-

Таблица 3

Динамика послеоперационных результатов уретропластик осложненных стриктур уретры n, (%)

Показатели	Значения	До операции (n=72)	Через 3 мес. после операции (n=72)	Через 9 мес. после операции (n=29)
IPSS, баллы	>20	64 (88,9)	4 (5,5)	1 (3,4)
	7–19	6 (8,3)	3 (4,2)	–
	<6	2 (2,8)	65 (90,3)	28 (96,6)
Qmax, мл/с	Эпицистостома	62 (86,1)	1 (1,4)	1 (3,4)
	>15 мл/с	–	65 (90,3)	28 (96,6)
	12–15 мл/с	2 (2,8)	3 (4,2)	–
	<12 мл/с	8 (11,1)	3 (4,2)	–
Емкость мочевого пузыря, мл	>200 мл	40 (55,6)	58 (80,5)	18 (62,1)
	150–200 мл	25 (34,7)	12 (16,7)	10 (34,5)
	<150 мл	7 (9,7)	2 (2,8)	1 (3,4)
V остаточной мочи, мл	Эпицистостома	62 (86,1)	1 (1,4)	1 (3,4)
	>150 мл	–	–	–
	149–100 мл	8 (11,1)	2 (2,8)	–
	99–50 мл	2 (2,8)	5 (6,9)	–
	<50 мл	–	64 (88,9)	28 (96,6)
Уретрография	Явное сужение	72 (100)	4 (5,5)	1 (3,4)
	Незначительное сужение	–	3 (4,2)	–
	Сужение отсутствует	–	65 (90,3)	28 (96,6)

Примечание: IPSS – international prostate symptom-score;

Qmax – максимальный поток мочи по данным урофлоуметрии;

V – объем.

го) длиной 8 см (рис. 2) (степень сложности СУ – 8 баллов [11]). При уретроцистоскопии только пенильный отдел уретры проходим для уретроцистоскопа Ch18. Выполнена ЗБПУ (12.10.2015), двумя буккальными лоскутами 2x8 см. После операции течение гладкое, активные дренажи удалены на 4-е сутки. Уретральный катетер был удален на 19-е сутки послеоперационного периода и пациент начал самостоятельно мочиться при периодическом пережатии ЭЦС, которая удалена на 26-е сутки после операции. При проведении урофлоуметрии Q_{max} – 21,6 мл/с. При бужировании: уретра свободно проходима для бужа Бенике Ch21. По данным уретроцистографии (рис. 3) – буккальный трансплантат состоятельный, без затекания контраста за границы нормальной уретры. При повторной уретроскопии через 6 недель визуализированы буккальные графты с хорошим приживлением.

Второй пациент Б., 41 год, обратился за помощью 29.08.2015 с жалобами на отсутствие самостоятельного мочеиспускания, наличие ЭЦС. Указанные жалобы беспокоили в течение 2 лет. В

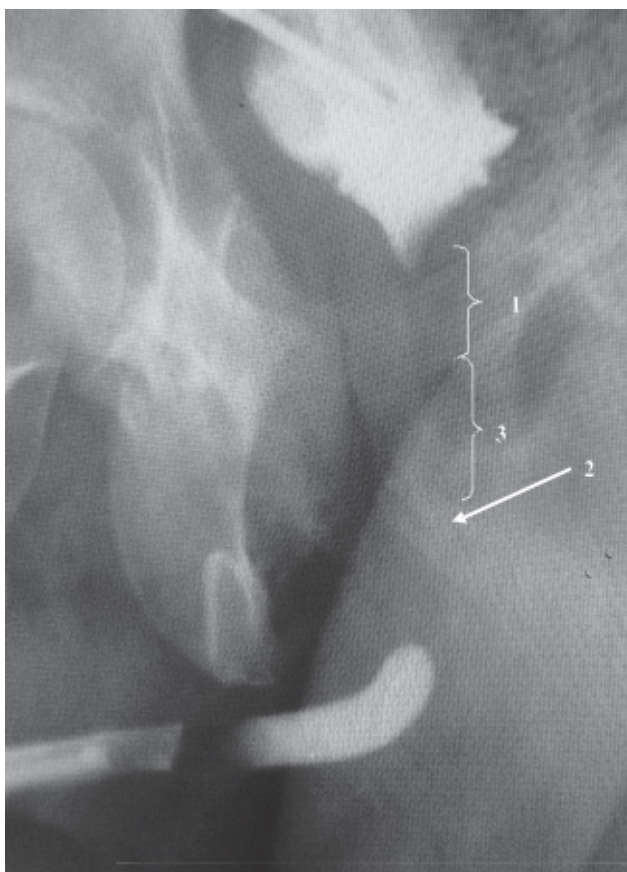


Рис. 2. Уретроцистограмма пациента К. до ЗБПУ. Полная облитерация просвета уретры в бульбозном отделе: 1 – простатический отдел уретры; 2 – облитерация уретры на уровне дистальной трети бульбозного ее отдела; 3 – дефект заполнения уретры

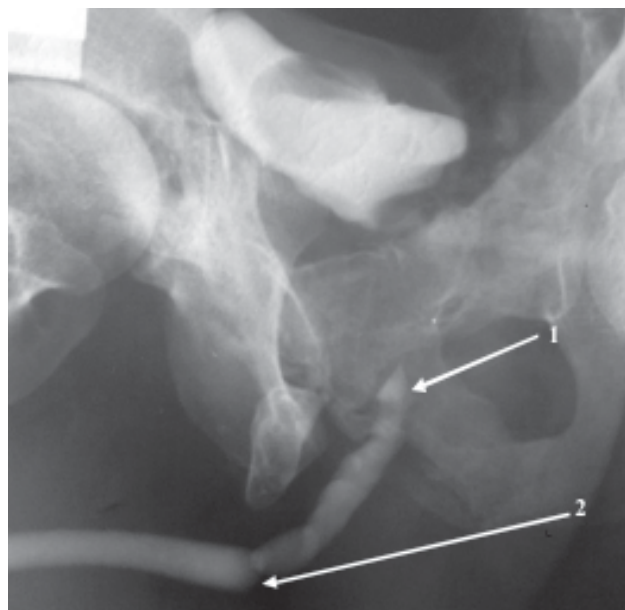


Рис. 3. Уретроцистограмма больного К. через 3 месяца после ЗБПУ. Дефектов и сужений уретры, затеков контраста – нет: место анастомоза буккальных лоскутов с проксимальным (1) и дистальным (2) участками уретры

анамнезе – шахтная травма (прижат вагонеткой). 10.10.2014 и 10.02.2015 проведено УУА в урологическом отделении в Донецке. На восходящей уретроцистограмме определялась облитерация бульбарной части уретры (рис. 4). При уретроцистоскопии: бульбарная часть уретры слепо заканчивается. Пациенту выполнена заместительная аугментационная буккальная плас-

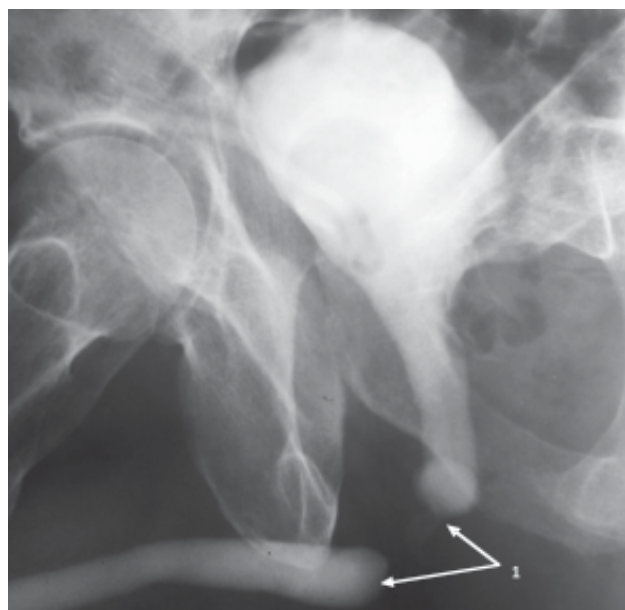


Рис. 4. Уретроцистограмма пациента Б. до ЗБПУ: полная облитерация просвета уретры в бульбозном отделе: 1 – облитерация просвета бульбозного отдела уретры

тика уретры (30.08.2015). Послеоперационный период протекал без осложнений, дренажи удалены на 5-й день после операции, уретральный катетер был удален на 19-е сутки, ЭЦС – через 6 недель. По данным ретроградной уретроцистографии – уретра нормального диаметра, буккальный трансплантат состоятельный, затеков контраста не определяется (рис. 5). При бужировании уретра проходима для бужа Бенике 21Ch, при уретроцистоскопии – буккальный графт розового цвета, не изменен, уретра свободно проходима для уретроцистоскопа 18Ch. Однако через 6 мес. после ЗБПУ в месте проксимального анастомоза буккального трансплантата отмечен рецидив стриктуры до 2 мм в диаметре – на протяжении 3 мм. Выполнена ВОУТ с хорошим результатом (Qmax через 2 мес. – 18,1 мл/с).

Ограничениями данного исследования является его ретроспективный характер и невозможность более точно и полно оценить частоту рецидивов протяженных (>2 см) стриктур и облитераций уретры. Последний показатель можно было бы оценить только по максимальному количеству пациентов, которые вернулись в клинику для уретроцистографии и уретроскопии в отдаленном периоде (минимум через 6 и 9 мес. после хирургической коррекции), что в нашем исследовании составило лишь 29 больных (40,2%). Считаем, что истинная частота рецидивов открытых уретропластик могла быть несколько выше, при условии более длительного периода наблюдения.

Выводы

Таким образом, отдаленные хорошие результаты открытых уретропластик в нашем исследовании, при среднем периоде наблюдения $10,5 \pm 2,2$ мес., составили 90,3% больных при первичных и 95,6% при учете и повторных открытых уретропластик; плохой результат – у 4 (5,5%); сомнительный – у 3 (4,2%).

Не имелось связи между уровнем осложнений и локализацией, длиной, этиологией СУ,

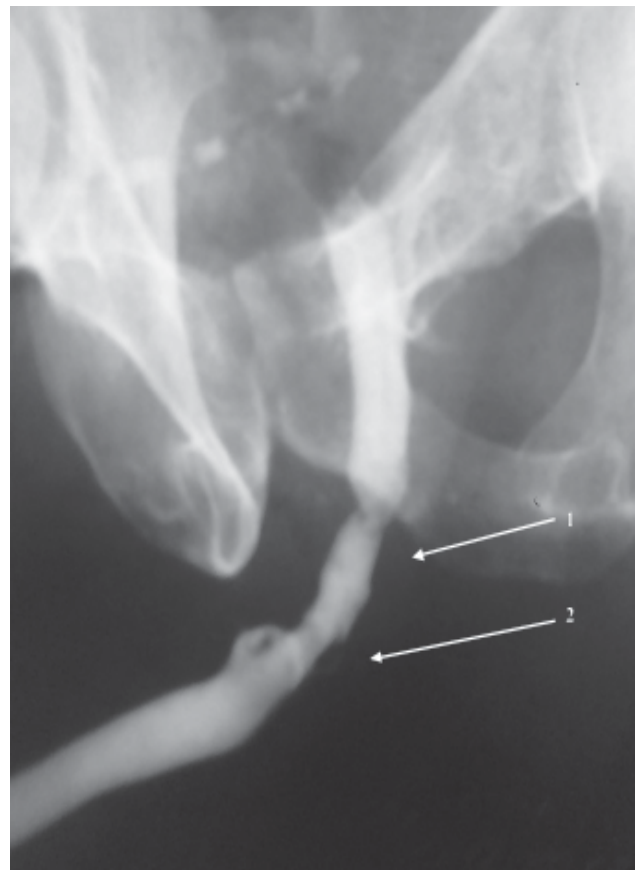


Рис. 5. Уретроцистограмма больного Б. через 3 месяца после ЗБПУ. Уретра нормального диаметра, затеков контраста за пределы буккального лоскута – нет: анастомоз буккальных графтов с проксимальным (1) и дистальным (2) участками уретры

диаметром уретрального катетера для послеоперационного дренирования мочевого пузыря, временем уретрального дренирования. Однако имелась средняя степень связи ($r=0,55$) между опытом оперирующего хирурга (<4 в год уретропластик) и количеством открытых хирургических коррекций СУ у одного пациента (>3 в год) – уровень осложнений в данных ситуациях увеличивается в 2,8 раза.

Список литературы

1. Русаков В.И. Хирургия мочеиспускательного канала. – М.: Медицина, 1991. – 270 с.
2. Мартов А.Г., Ергаков Д.В., Салюков Р.В., Фахрединов Г.А. Отдаленные результаты эндоскопического лечения стриктуры уретры // Урология. – 2007. – № 5. – С. 27–32.
3. Коган М.И. Стриктуры уретры у мужчин. – М.: Практическая медицина, 2010. – 136 с.
4. Wong S., Aboumarzouk O., Narahari R. et al. Simple urethral dilatation, endoscopic urethrotomy, and urethroplasty for urethral stricture disease in adult men // Eur. Urol. – 2012. – V. 43. – P. 658–675.
5. Наказ МОЗ України від 15.06.2007 № 330 «Про удосконалення надання урологічної допомоги населенню України»: [Електронний ресурс]. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070615_330.html.
6. Fadem S.Z. Charlson Comorbidity Scoring System: [Електронний ресурс]. URL: http://touchcalc.com/calculators/cci_js.

7. Шамраев С.Н., Козачихина С.И., Мельник В.В. Результат эндоскопического лечения приобретенных стриктур передних и задних отделов уретры // Питання експер. клініч. мед. – 2013. – Т. 4, Вип.17. – С. 304–314.
8. Шамраев С.Н., Фисталь Э.Я., Данилец Р.О. Тактика лечения электротравм наружных половых органов // Здоровье мужчины. – 2006. – № 2. – С. 121–124.
9. Greenwell T.J., Venn S.N., Mundy A.R. Changing practice in anterior urethroplasty // BJU Intern. – 1999. – V. 83. – P. 631–635.
10. Barbagli G., Romano G., Sansalone S. et al. Italian validation of the English PROM-USS-Q questionnaire in patients undergoing anterior urethroplasty // Urologia. – 2011. – V. 48. – P. 98–107.
11. Сравнительная оценка применения различных видов открытой уретропластики при длинных стриктурах и облитерациях уретры / С.А. Возіанов, І.І. Горпинченко, С.Н. Шамраєв // Здоровье мужчины. – 2016. – № 2. – С. 101–108.
12. Clavien P.A., Dindo P., Demartines N. Classification of surgical complication // Ann Surg. – 2004. – V. 240. – P. 205–213.

Реферат

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ВІДКРИТИХ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ У ХВОРИХ ІЗ УСКЛАДНЕНИМИ СТРИКТУРАМИ СЕЧІВНИКА

С.О. Возіанов, І.І. Горпинченко,
С.М. Шамраєв, І.О. Бабюк,
А.І. Бойко, О.Л. Шарпіло,
М.А. Рідченко, С.І. Козачихіна,
В.П. Стусь, О.Л. Суварян

Ретроспективно оцінені результати 1284 хірургічних корекцій стриктур та облітерацій уретри за період 2003–2016 рр. у 895 пацієнтів. Відкриту уретропластику виконано у 72 (5,6%) пацієнтів у зв'язку з довгими (>2 см) стриктурами уретри та її облітераціями. Дані хворі поділені на 4 групи: 1-ша група – аугментаційна букальна уретропластика (АБП) – 15 (20,8%), 2-га група – уретро-уретро- чи уретро-простато-анастомоз – 39 (54,2%), 3-тя група – заміщувальна пластика шкірно-фасціальним клаптем (ПШФЛ) – 8 (11,1%), 4-та група – заміщувальна букальна уретропластика – 10 (13,9%). Середня довжина СУ становила у 1-й групі – 2,2±0,1 см; 3,3±0,8 см у 2-й групі; 3,3±0,9 см у 3-й групі та у 4-й групі 5,3±0,8 см. Середній бал складності СУ у 1-й, 2-й, 3-й, 4-й групах становив 6,2±0,3; 6,8±0,7; 6,7±0,8; 9,1±0,9, відповідно. Середній період тривалості відновлення самостійного сечовипускання становив: у 1-й групі – 19,3±0,7, у 2-й групі – 16,6±0,7, у 3-й групі – 19,4±1,6, і у 4-й групі – 17,1±1,1 діб. Ускладненнями відкритих корекцій СУ у ранньому періоді (до 30 діб) були: гостра затримка сечовипускання – чотири (5,5%) спостереження, орхоепідидиміт – п'ять (6,9%), промежений затік – три (4,2%) (Clavien II). У відда-

Summary

THE LONG-TERM RESULTS OF OPEN SURGERY IN PATIENTS WITH COMPLICATED URETHRAL STRICTURES

S.A. Vozianov, I.I. Gorpinchenko,
S.N. Shamrayev, I.A. Babyuk,
A.I. Boiko, A.L. Sharpilo,
M.A. Ridchenko, S.I. Kozachihina,
V.P. Stus, A.L. Suvaryan

The results of 1284 surgical correction of urethral stricture and its obliteration for the period 2003–2016 years in 895 patients were reviewed retrospectively. The open urethroplasty performed in 72 (5,6%) patients with long (>2 sm) urethral strictures and its obliteration. These patients were divided into 4 groups: 1st – augmentation buccal mucosa urethroplasty – 15 (20,8%), 2nd – urethro- or urethro-prostatoanastomosis – 39 (54,2%), 3rd – substitution skin and fascial flap urethroplasty – 8 (11,1%), 4th – substitution buccal mucosa-graft urethroplasty – 10 (13,9%). The average length of strictures was in 1st gr. – 2,2±0,1 sm; 2nd gr. – 3,3±0,8 sm; 3rd gr. – 3,3±0,9 sm and 4th gr. – 5,3±0,8 sm. An average difficulty grades of urethra strictures in 1, 2, 3, 4 groups were: 6,2±0,3; 6,8±0,7; 6,7±0,8; 9,1±0,9. The average length of recovery period of independent urination was: 1st gr. – 19,3±0,7 days, 2nd gr. – 16,6±0,7, 3rd gr. – 19,4±1,6 and in 4th gr. – 17,1±1,1 days. Complications of open corrections of urethral strictures in the early recovery period (30 days) were: acute urinary retention – 4 (5,5%) observations, orhoepidydimitis – 5 (6,9%), fistula perinealis – 3 (4,2%) (Clavien II). The recurrence of urethral stricture in long-term follow-up we observed in 6 (8,3%) patients (Clavien IIb), but erectile dysfunction – in 18 (25,0%) (Clavien II-

леному післяопераційному періоді рецидив стриктури – у 6 (8,3%) (Clavien IIIb), еректильна дисфункція – у 18 (25,0%) (Clavien II–IIIb). Хороший результат первинних відкритих уретропластик відмітили у 65 (90,3%) хворих. Поганий результат – у 4 (5,5%), сумнівний – у 3 (4,2%). Загальна ефективність первинних та повторних уретропластик становила – 95,6% при середньому періоді спостереження $10,5 \pm 2,2$ міс.

Ключові слова: сечівник, ускладнені стриктури уретри, хірургічне лікування, відкрита уретропластика.

Адреса для листування

Сергей Николаевич Шамраев
E-mail: shamrayev@gmail.com

IIIb). Good result of primary open urethroplasty noted in 65 (90,3%) patients, but bad results – in 4 (5,5%), doubtful results – in 3 (4,2%). The overall effectiveness of primary and redo urethroplasty was – 95,6%, with a mean follow-up $10,5 \pm 2,2$ months.

Keywords: urethra, complicated urethral stricture, surgical treatment, open urethroplasty.