

3. RARP дає високі показники відновлення сечопускання та якості утримання сечі протя-

гом 3 міс після оперативного втручання та зменшення днів катетеризації сегового міхура.

## ЗАМІСНА ПЛАСТИКА УРЕТРИ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ТРАНСПЛАНТАТА КРАЙНЬОЇ ПЛОТІ

*В.П. Стусь, А.Л. Суварян*

*Дніпровський державний медичний університет*

У лікуванні стриктур уретри протяжністю більше 2 см застосовується замісна пластика з використанням різних васкуляризованих ауто-клаптів або трансплантатів. Незважаючи на те, що велика кількість урологів надають перевагу буккальним клаптям, вибір оптимального пластичного матеріалу до цих пір залишається предметом наукової дискусії. Активно застосовується васкуляризований клапоть шкіри статевого члена для пластики уретри з отриманням хороших результатів. Однак застосування клаптя обмежено довжиною васкуляризованої ніжки. При протяжних стриктурах пластика клаптем призводить до деформації шкіри статевого члена, погіршуючи копулятивну функцію і естетичний вигляд. Застосування трансплантата шкіри крайньої плоті (ТШКП) вирішує ці питання. ТШКП має багато позитивних характеристик: еластичний та пластичний, гарна приживлюваність, можна брати ділянку більшої довжини для пластики протяжних стриктур, забір трансплантата технічно простий та менш травматичний, відсутність волосся. Усі ці якості дають хірургу більше технічних можливостей для досягнення хороших післяопераційних результатів. До найбільш складних, з точки зору хірургічної корекції, відносяться пануретральні стриктури уретри.

Мета роботи: Аналіз результатів оперативно-го лікування стриктур уретри із застосуванням трансплантату шкіри крайньої плоті.

Матеріали та методи. З 2018 до 2021 р. у нашій клініці проліковані 14 хворих зі стриктурою уретри з використанням трансплантату шкіри крайньої плоті, віком від 24 до 53 років ( $41,15 \pm 13,34$ ), протяжність стриктури від 45 до 220 мм ( $145,31 \pm 69,32$ ). По локалізації: всіячий відділ – 7 (57,14%), бульбозний – 4 (28,56%), всіячий-бульбо-мембранозний відділ – 3 (21,43%) пацієнтів. По етіологічному фактору: 4 пацієнти (28,57%) – посттравматичної етіології, 7 пацієнтів (50,0%) – запального характеру і 3 пацієнти (21,43%) – гіпоспадія.

При стриктурах всіячого відділу уретри, застосовували субкоронарний або вентральний доступ; при стриктурах бульбозного відділу – промежний доступ, а при пануретральних стриктурах – статевий член інвагінують через промежний доступ. Після субкоронарної мобілізації шкіри статевого члена по Kulkarni виконувалась дорзальна і дорзо-латеральна onlay пластика уретри. Видаляли уретральний катетер на 14-ту–21-шу добу. Строк спостереження пацієнтів після оперативного лікування варіював від 3 до 12 міс.

Післяопераційний моніторинг пацієнтів складався із виконання наступних видів обстеження: уретрографії – одразу після видалення уретрального катетеру (при відкритих втручаннях) і через 3, 6 і 12 міс. після операції; уретроцистоскопії – за показаннями при погіршенні якості сечоспускання. Після першого року спостережень пацієнти обстежувалися тільки після появи скарг. Критерієм розвитку рецидива стриктури уретри вважали відновлення симптомів обструктивного сечоспускання; наявність уретрографічних або уретроскопічних даних про звуження просвіту сечоспускального каналу до 10 і менше по Шар'є, необхідність бужування або повторних операцій для відновлення нормального сечоспускання.

Результати. Інтраопераційних ускладнень не спостерігали. У післяопераційному періоді спостерігалися невеликі гематоми, набряк мошонки і статевого члена, які не вимагали додаткових процедур і купірувалися консервативно. У 1 хворого після видалення уретрального катетеру, при контрольній ретроградній уретрографії відзначена екстравазація контрасту. Був залишений епіцистостомічний дренаж на 3 тиж. Після прикриття епіцистостоми самостійне сечоспускання відновилося. Рецидив стриктури уретри за період спостереження не визначався.

Висновки. Наші результати показують, що застосування трансплантату шкіри крайньої плоті у лікуванні стриктур уретри дає хороші результати з мінімальними ускладненнями.