

Материалы и методы. С 1997-2015г под нашим наблюдением находились 5 девочки с эктопией устья мочеточника. Возраст пациенток составил от 12 до 17 лет. В двух наблюдениях почки были удвоены с двух сторон.

Результаты. У всех детей наблюдалась схожая клиническая картина характеризующаяся жалобами на недержание мочи. Подтекание мочи наблюдалось сразу после рождения, было не зависимо от времени суток и не связано с актом мочеиспускания и физического напряжения. В первые годы развития ребёнка родители расценивали подобное состояние как возрастные особенности и не придавали этому значение. В старшем возрасте дети длительное время лечились от воспалительных заболеваний, нейрогенного мочевого пузыря, энуреза и только после детального урологического обследования, проведенного в условиях стационара, была выявлена истинная причина недуга.

Диагностика данной патологии бывает исключительно трудной, особенно в случаях, когда при наружном осмотре не удаётся найти эктопированное устье мочеточника, а функция соответствующего ему сегмента почки значительно снижена и данные урографии малоинформативны.

Так как эктопированным является устье мочеточника верхней половины удвоенной почки, то верификация удвоенной почки является краеугольным камнем при диагностике этой патологии.

Однако именно верификация удвоенной почки вызывает определённые диагностические трудности, так как верхняя её половина бывает резко недоразвитой. Резкое снижение выделительной функции верхней половины удвоенной почки не позволяет визуализировать патологию на рентгенограммах. При проведении УЗИ небольшое объёмное жидкостное образования у верхнего полюса почки часто расценивается как киста.

Данные, которые были получены при КТ с контрастным усилением у этой группы больных, несомненно, имеют диагностическую значимость, позволяя достоверно верифицировать верхние половины удвоенных почек, их размеры, состояние паренхимы и ЧЛС.

При осмотре наружных половых органов только в двух наблюдениях чётко удалось идентифицировать эктопированное устье в области преддверия влагалища. Кроме этого при внешнем осмотре у детей отмечались множественные фенотипические стигмы недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

Всем детям проведено оперативное лечение - геминефруретерэктомия верхней половины удвоенной почки. У одной девочки операция проведена с двух сторон. После выполнения операции недержания мочи прошло.

Выводы. Таким образом, эктопия устья мочеточника - редкая аномалия развития мочевыделительной системы, сопровождающаяся недержанием мочи с момента рождения. Для порока развития характерно удвоение почки, диагностировать которую в некоторых случаях бывает довольно сложно. Ввиду выраженных морфологических изменений в добавочной почке и мочеточнике целесообразным оперативным лечением является геминефруретерэктомия.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ УРЕТРОПЛАСТИК СЛОЖНЫХ СТРИКТУР МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА: ОПЫТ 12 ЛЕТ

*С.А.Возианов¹, С.Н.Шамраев^{1,2}, Стусь В.П.⁵, Полион Н.Ю.⁵, И.А.Бабюк²,
А.И.Бойко^{1,3}, А.Л.Шарпило⁴, М.А.Ридченко^{3,4}, С.И.Козачихина⁵*

¹ГУ «Институт урологии НАМН Украины», Киев

² Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Красный Лиман

³Национальная медицинская академия последипломного образования им.П.Л.Шупика, Киев

⁴Центральная городская больница №1, Житомир

⁵Днепропетровская медицинская академия, Днепропетровск

⁶Российский университет дружбы народов, Москва

Актуальность. Имеется несколько вариантов хирургической коррекции сложных форм стриктурной болезни уретры, которые включают: внутреннюю оптическую уретротомию, дезоблитерацию мочеиспускательного канала; долговременные рассасывающиеся и нерассасывающиеся стенты, открытые уретропластики [2]. При этом, 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 (УУА), буккальная пластика уретры (БПУ) или пластика кожно-фасциальным лоскутом (ПКФЛ) в аугментационном или заместительном их виде [1,3,4,7,8].

Цель работы - оценить отдаленные результаты различных видов уретропластики у пациентов со сложными стриктурами 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 2015гг. 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). Результат 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 (p) 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. Распределение СУ по их причине, локализации, протяженности и виду хирургической коррекции представлены в табл. 1.

Таблица 1

Распределение пациентов со сложными стриктурами уретры

Виды коррекции	1 группа (АБПУ) (n=15)	2 группа (УУА) (n=39)	3 группа ПКФЛ (n=8)	4 группа ЗБПУ (n=10)	Всего (n=72)
Причины стриктур	n (%)				
Послеоперационные	-	9 (12,5)	3 (4,2)	-	12 (16,7)
Посттравматическое	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)
Булбозный 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)

Примечание: АБПУ – аугментационная буккальная пластика уретры, УУА – уретро-уретроанастомоз, ПКФЛ – пластика кожно-фасциальным лоскутом, ЗБПУ – заместительная буккальная пластика уретры.

Все пациенты мужского пола в возрасте от 13 до 85 лет (средний возраст - 42,3 ± 1,8 лет). Сроки наблюдения составили от 3 до 14 месяцев (в среднем – 10,5 ± 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 гр. – аугментационная буккальная уретропластика (АБП) – 15 (20,8%), 2 гр. - уретро-уретро- или уретро-простатоанастомоз – 39 (54,2%), 3 гр. – заместительная пластика кожно-фасциальным лоскутом (ПКФЛ) – 8 (11,1%), 4 гр. - заместительная буккальная уретропластика – 10 (13,9%). Все хирургические вмешательства осуществлялись в типичном литотомическом положении пациента под пери- или эпидуральной анестезией – у 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 госпитализировано 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 явилось 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.

Как видно из табл. 1, в 1 гр. у 9 (60,0%) пациентов СУ локализовались в простатическом, мембранозном - 14 (93,3%) или бульбозном - 15 (99,8%) отделах уретры, а их протяженность варьировала от 3 до 8 см в 90,9% наблюдений.

Во 2 гр. локализация СУ в 76,9% была в простатическом отделе, а протяженность составила от 1 до 2 см в 48,7%. В 3 гр. - 62,5% сужений с локализацией в пенильном или бульбозном отделе, протяженностью >3 см – в 50,0% случаев. В 4 гр. - 60,0% СУ локализовались в мембранозном отделе, протяженность их составляла >3 см. Несоответствие 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 группе (АБПУ) составило 16,6±0,7 дней, во 2 группе (УУА) - 19,3±0,7 дней, в 3 группе (ПКФЛ) - 19,4±1,6 дней, в 4 группе (ЗБПУ) – 17,1±1,1 дней.

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] (см. 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 степени и они были оперированы дважды (ВОУТ) в других лечебных учреждениях.

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 имела 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 гр. был достоверно меньше (36,7□□□ по сравнению с первой (42,9□□□, второй (46,2□□□ и третьей (43,0□□□ группами (p<0,05), как и средняя длина стриктуры: в 4 гр. - 5,3□□см по сравнению с 3,3□□см в 1 гр., 2,2□□см во 2 и 3 гр. (p<0,05), соответственно. Также достоверно чаще в 1 и 4 группах стриктуры уретры и ее облитерации носили рецидивный характер: 93,3% и 80,0%, в отличие от 35,9% и 62,5% во 2 и 3 группах.

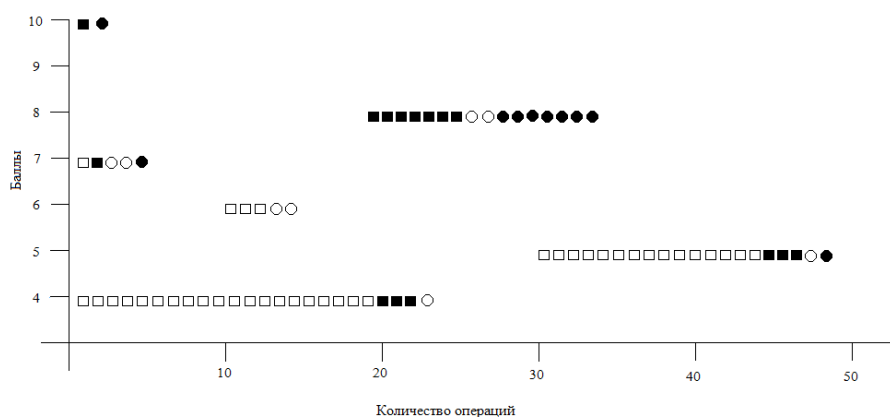


Рис. 1. Распределение видов, количества и степени сложности уретропластик

Примечание: □ - УУА, ■ - АБПУ, ○ - ПКФЛ, ● - ЗБПУ.

Периоперационные результаты уретропластик представлены в табл. 2.

Таблица 2

Результаты уретропластик (n = 72, M ± m)

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

Примечание: 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.

Значительно больший балл сложности СУ имели пациенты 4 гр. 9,1□□□ при значениях 6,8□□□, 6,2□□□, 6,7□□□ в 1, 2, 3 группах [11]. При этом длительность заболевания была меньшей в 4 гр.: 3,7□□□ мес против 5,8□□□ мес во 2 гр., 4,7□□□ мес в 1 гр., 5,0□□□ мес в 3 гр.. Большинство пациентов выписаны на амбулаторное лечение с уретральным катетером. Его удаляли наиболее часто в сроки 15-17 суток (65,7% больных). Результаты уретропластик представлены в табл. 3.

Таблица 3

Динамика результатов уретропластик п, (%)

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	Эпизицистостома	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	Эпизицистостома	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.

Как видно из табл. 3, через 3 месяца 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 месяцев) у 28/29 (96,6%) обследованных пациентов отмечен хороший результат.

По данным литературы, tube-аугментация или заместительная уретропластика как вариант одноэтапного лечения данной группы пациентов имеет 30% уровень рецидивов при ее применении при сложных СУ в пенильном отделе [10]. В нашем исследовании, частота осложнений в раннем периоде (до 1 мес) составила 16,7 % (у 12 из 72 пациентов); в позднем (более 6 мес) – 31,9 %. Среди 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 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 шести (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 уретропластик были под наблюдением 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 средней степени связь ($r=0,55$) между опытом хирурга

(<4-х уретропластик в год) и количеством открытых хирургических коррекций СУ у одного пациента (>3-х в год) – уровень осложнений в данных ситуациях увеличился в 2,8 раза ($p<0,05$).

Приводим два клинических наблюдения. Больной К., 23 года, 02.03.2015 в результате железнодорожного происшествия (попал под электропоезд) получил тяжелые множественные травмы таза и брюшной полости: перелом костей таза по типу «бабочки» со смещением осколков, закрытый перелом левого бедра, полный разрыв простатической части уретры, рваная рана перинеальной области. В шоковом состоянии 3 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 года 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 07.10.2015 года с жалобами на невозможность самостоятельного мочеиспускания и наличие надлобкового дренажа. При выполнении восходящей и микционной уретроцистограмм определена полная облитерация трех отделов уретры (простатического, мембранозного и бульбозного) длиной 8 см (степень сложности СУ – 8 баллов [11]). При уретроцистоскопии только пенильный отдел уретры проходима 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 уретроцистограммы 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 течении 2-х лет. В 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 уретры. При уретроцистоскопии: бульбарная часть уретры слепо заканчивается. Пациенту выполнена заместительная аугментационная буккальная пластика 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 уретроцистограммы - уретра нормального диаметра, буккальный трансплантат состоятельный, затеков контраста не определяется. 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 месяцев 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 (Q_{max} через 2 месяца – 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 месяцев после хирургической коррекции), что в нашем исследовании составило лишь 29 больных (40,2%). Считаем, что истинная частота рецидивов могла быть несколько выше, при условии более длительного периода наблюдения.

Выводы. Отдаленные хорошие результаты в нашем исследовании, при среднем периоде наблюдения $10,5\pm 2,2$ месяцев, отметили 90,3% и 95,6% больных после первичных и повторных уретропластик, плохой результат – у 4 (5,5%), сомнительный – у 3 (4,2%). Не имелось связи между уровнем осложнений и локализацией, длиной, этиологией СУ, диаметром уретрального катетера для послеоперационного дренирования мочевого пузыря, временем уретрального дренирования. Однако имелась средней степени связь ($r=0,55$) между опытом хирурга (<4-х в год уретропластик) и количеством открытых хирургических коррекций СУ у одного пациента (>3-х в год) – уровень осложнений в данных ситуациях увеличивался в 2,8 раза.

Література

1. Русаков В.И. Хирургия мочеиспускательного канала.-М.:«Медицина».-1991.-270с.
2. Мартов А.Г., Ергаков Д.В., Салоков 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.-136с.
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.-Vol.43.-P.658-675.
5. Наказ МОЗ України від 15.06.2007 № 330 "Про удосконалення надання урологічної допомоги населенню України"/>http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070615_330.html.
6. Stephen Z. Fadem, M.D., FACP, FASN Charlson Comorbidity Scoring System 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 / Питание экспер.клініч.мед.ни.-2013, Том 4 (Вип.17).-С.304-314.
8. Шамраев С.Н., Фисталь Э.Я., Данилец Р.О. Тактика лечения электротравм наружных половых органов / Здоровье мужчины.- Киев,2006.-№2.-С.121-124.
9. Greenwell T. J., Venn S. N., Mundy A. R. Changing practice in anterior urethroplasty/BJU Intern.-1999.-Vol.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.-Vol.48.-P.98-107.
11. Сравнительная оценка применения различных видов открытой уретропластики при длинных стриктурах и облитерациях уретры. С.А.Возианов, И.И.Горпинченко, С.Н.Шамраев/ Здоровье Мужчины.-Киев,2016.-№1.-С.78-85.
12. Clavien P.A., Dindo P., Demartines N. Classification of surgical complication. Ann Surg.-2004.-Vol.240.-P.205-213.

РЕЗУЛЬТАТИ ПРОМЕЖИННОЇ ПЛАСТИКИ СТРИКТУР ТА ОБЛІТЕРАЦІЙ ЗАДНЬОГО ВІДДІЛУ УРЕТРИ ПІСЛЯ ПЕРЕЛОМУ КІСТОК ТАЗА

В.І. Горовий, І.В. Барало, О.М. Капшук, О.Л. Кобзін, Ю.Б. Потєха, А.В. Дубовий, В.Б. Мудрицький
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова

Вступ. Переломи кісток таза супроводжуються розривами заднього відділу уретри у 3,5-19 % хворих [4,5,9,11,12]. У хворих із пошкодженнями задньої уретри перелом кісток таза зустрічається більш, ніж у 90 % випадків [1,13]. Лікування посттравматичних стриктур та облітерацій заднього відділу уретри є одним з найбільш складних розділів пластичної хірургії. Незважаючи на впровадження сучасних ендоскопічних трансуретральних методів лікування стриктур та облітерацій уретри [3,7,10] сьогодні „золотим стандартом” в лікуванні посттравматичних стриктур та облітерацій заднього відділу уретри залишається промежинна анастомотична пластика уретри [1,8,11,15].

Еректильна дисфункція (ЕД) після розриву заднього відділу уретри зустрічається у 20-80 % хворих і залежить від віку хворого, типу перелому кісток таза (двобічний перелом лонних кісток частіше ускладнюється ЕД через пошкодження печеристих нервів, які проходять позаду лонного симфізу поряд із простатично-перетинчастим відділом уретри), а також пошкодження цибулинно-печеристого м'яза, судинно-нервового пучка промежини та статевого члена, що призводить до порушення іннервації та кровонаповнення печеристих тіл статевого члена [2,6,7,11-13,15]. Еректильна дисфункція більш виражена у хворих із посттравматичними (після перелому кісток таза) стриктурами, ніж постзапальними та ятрогенними [6].

Мета дослідження - аналіз результатів промежинної пластики уретри у хворих із стриктурами та облітераціями заднього відділу уретри після перелому кісток таза, а також вивчення еректильної дисфункції у хворих після уретропластики.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати промежинної пластики уретри у 62 хворих із стриктурами та облітераціями заднього відділу уретри після перелому кісток таза, які лікувались в урологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова за останні 30 років (1986-2015 рр.). За віком хворі були розподілені наступним чином: до 20 років – 3 хворих, 21-30 – 21, 31-40 – 12, 41-50 – 13, 51-60 – 7, більше 60 – 6. Всі хворі надійшли у відділення з надлобковим дренажом через 3-6 місяців після перелому кісток таза та розриву заднього відділу уретри. Для діагностики стриктур та облітерацій уретри використовували висхідну уретрографію у поєднанні із антеградною цистографією для визначення протяжності стриктури (облітерації) задньої уретри, калібровку уретри, оглядову рентгенографію таза за методом зустрічних бужів, ультразвукове дослідження нирок та при необхідності (визначення анатомо-функціонального стану нирок та верхніх сечових шляхів) - екскреторну урографію. Облітерація заднього відділу уретри відмічена у 35 хворих, стриктура – 27. Промежинну пластику уретри виконували шляхом висічення рубцевих тканин заднього відділу уретри, мобілізації периферійного та центрального кінців уретри (шийки сечового міхура) і накладанням циркулярного анастомозу „кінець в кінець” (без спатуляції кінців уретри) за допомогою 6 вузлових лігатур (похромований кетгут, вікріл або дексон 3-0) [5].