

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРИКТУР УРЕТРЫ**Ю.М. Ахмедов, Ф.Ш. Мавлянов, Б.О. Хамроев, И.Ю. Ахмедов**Самаркандский Филиал Республиканского Научного Центра
Экстренной Медицинской Помощи,
Самаркандский Государственный Медицинский Институт**Ключевые слова:** стриктура уретры, пластика, бужирование, туннелизация.**Таянч сўзлар:** уретра стриктураси, пластика, бужлаш, туннелизация.**Keywords:** stricture of urethra, plastic, bougieurage, tunnelization.

Обследовано 165 больных со стриктурой уретры. Больные были разделены на две группы. В первую группу были включены 117 больных, которым были произведены операции насильственной туннелизации и бужирование (по архивным данным). Вторую группу составили 48 больных, которым произведена хирургическая коррекция стриктур уретры по Хольцову в модифицированном виде (ушивание анастомоза 2 полуциркулярными швами при помощи монокрила с увеличением анастомозной камеры) и проведено сравнение с результатами данных эффективности лечения больных 1 группы. Полученные данные позволяют считать, что предлагаемая методика лечения имеет намного меньший процент осложнений. Кроме того, выработаны критерии по проведению эндоскопических способов лечения стриктур уретры.

УРЕТРА ПОСТТРАВМАТИК СТРИКТУРАЛАРИНИНГ ХИРУРГИК КОРРЕКЦИЯСИ**Ю.М. Ахмедов, Ф.Ш. Мавлянов, Б.О. Хамроев, И.Ю. Ахмедов**Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Самарканд филиали,
Самарканд Давлат тиббиёт институти

Уретра стриктураси билан 165та бемор текширилди. Беморлар икки гуруҳга ажратилди. Биринчи гуруҳга зўрлик билан қилинадиган туннелизация ва бужлаш операциялари ўтказилган 117 та бемор киритилди (архив маълумотлари бўйича). Иккинчи гуруҳга 48 та бемор киритилган бўлиб, бу беморларда уретра стриктурасини Хольцов бўйича модификациялаштирилган кўринишда (монокрил ёрдамида анастомоз камерасини каталаштириш билан анастомозни 2 ярим циркуляр чоклар билан тикиш) хирургик бартараф қилиш операцияси ўтказилди ва биринчи гуруҳда ўтказилган даволаш усуллари эффективлик натижалари билан солиштирилди. Олинган маълумотлар шуни кўрсатадики, иккинчи гуруҳда ўтказилган даволаш усули бир канча муваффақиятли бўлиб, кам фоиз асоратлар берган. Бундан ташқари уретра стриктураларини даволашнинг эндоскопик усуллари ўтказиш критериялари ишлаб чиқилди.

SURGICAL CORRECTION OF POSTTRAUMATIC STRICTURES OF THE URETHRA**Yu.M. Akhmedov, F.Sh. Mavlyanov, B.O. Khamroyev, I.Yu. Akhmedov**Samarkand branch of Republican research centre of emergency medicine,
Samarkand state medical institute

165 patients with urethra stricture were inspected. Patients have been divided into two groups. The first group has included 117 patients to whom operations of violent tunnelization and bougieurage have been made (on contemporary records). The second group was made by 48 patients to whom surgical correction of strictures of urethra across Kholtssov in the modified look is made (sewing up of anastomosis 2 semi-circular seams by means of monokril with increase in the anastomotic camera) and comparison with results of data of efficiency of treatment of patients of 1 group is carried out. The obtained data allow to consider that the offered technique of treatment has much more smaller percent of complications. Besides, criteria on carrying out endoscopic ways of treatment of strictures of urethra were developed.

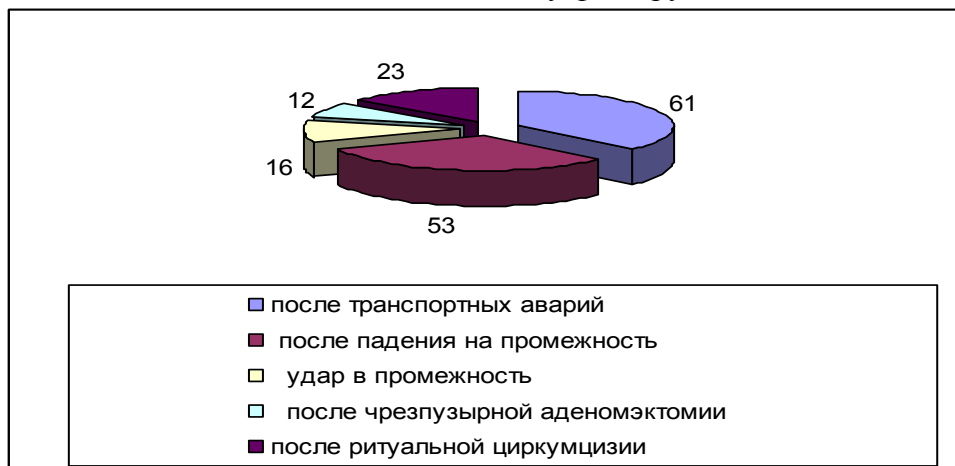
Актуальность. Проблема лечения стриктуры уретры остается одной из сложных урологических проблем [1,2,3]. Актуальность проблемы обусловлена увеличением количества больных с данным заболеванием, приводящим к высокому проценту инвалидизации и отсутствием «золотого» стандарта при его лечении [4,5,6]. Причинами развития стриктур уретры являются различные травмы таза и промежности, ятрогенные осложнения эндоскопических методов обследования и лечения больных, осложнения ранее проведенных операций [7,8,9].

Целью настоящей работы явилось улучшение результатов хирургической коррекции посттравматических стриктур уретры.

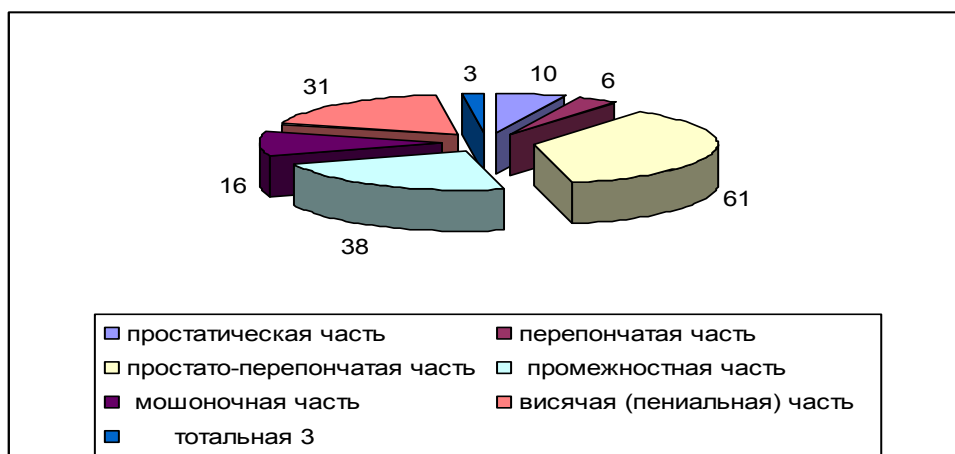
Материалы и методы. Под нашим наблюдением за период с 2000 по 2016 год находилось 165 больных в возрасте от 3 до 74 лет госпитализированных в отделение урологии, детской хирургии СФРНЦЭМП и отделение детской хирургии ОДММЦ г.Самарканда.

Для учета факторов, влияющих на процесс обследования и результаты лечения, полученная информация о больных со стриктурой уретры была систематизирована соответственно классификации предложенной в 1991 году В.И. Русаковым, в которой пациенты различаются по этиологическому фактору, локализации и протяженности пораженной части мочеиспускательного канала (рис. 1).

По этиологическому фактору:



По локализации:



По протяженности:

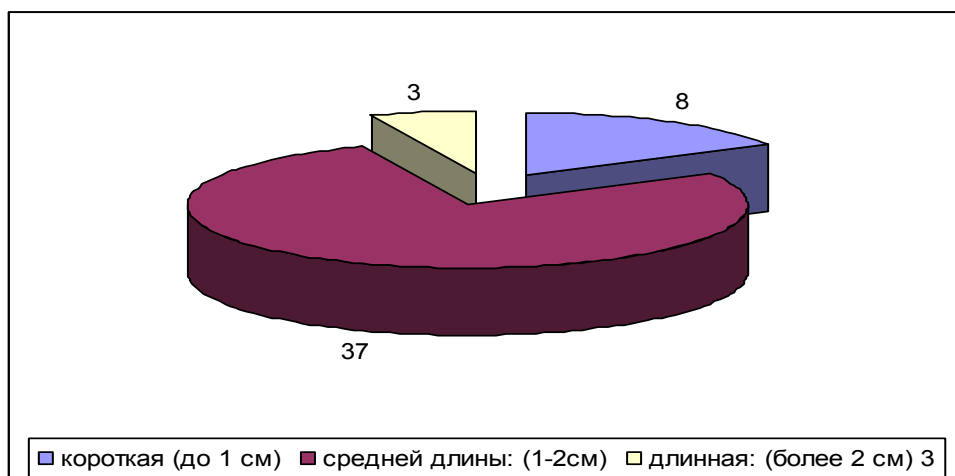


Рис. 1. Классификация по В.И. Русакову (1991г.).

Больные были разделены на две группы: основная – 48 больных и контрольная - 117 больных, взятых по архивным данным.

В комплекс диагностики были включены, помимо общеклинических и лабораторных исследований, пальцевое ректальное обследование, УЗИ почек и мочевого пузыря, уретроскопия, цистоскопия, ретроградная, встречная и микционная уретроцистография, а при наличии эпицистомы – уретрография с антеградно – ретроградно введенными в уретру металлическими бужами. При нечеткости сонографического изображения границ стриктуры выполняли соноуретрографию с ретроградно введенным бужем.

При установке сроков радикальной операции учитывался этиологический фактор стриктуры (травма, специфический и неспецифический воспалительный процесс), особенности повреждающего механизма при травмах (отрыв, перерыв), сроки получения травмы, наличие урогематомы, бактериальная контаминация мочевых путей и другие факторы.

Медикаментозная терапия включала: назначение адекватной антибактериальной терапии и противовоспалительных препаратов, средств улучшающих регенерацию эпителия, проведение рассасывающей и общеукрепляющей терапии.

Результаты и их обсуждение: Результаты оценивались на основании клинических (дизурия, поллакиурия, странгурия и др.), лабораторных (лейкоцитурия, эритроцитурия) данных, УЗИ, уретрографии и др.

Анализ полученных результатов показал, что в контрольной группе проводилось бужирование и операция насильственной туннелизации (данные архивного материала). В основной группе больных (48 пациентов) проводились патогенетически обоснованные способы хирургической коррекции патологии уретры (таблица 1).

Таблица 1.

Виды и способы хирургической коррекции

Возраст (годы)	3-7*	8-12	13-16	17-21	22-35	36-59	60-74	итого	%
виды операций									
Бужирование				4	18	27	32	81	69,2
Туннелизация				5	13	12	6	36	30,7
Меатотомия	4	11	6	2				23	47,9
Пластика по Хольцову	2	6		1	3	4	1	17	35,4
Пластика по Соловову						1	2	3	6,3
ТУР				1	3	2	2	8	16,7
Итого	6	17	6	13	37	46	41	165	100%

**морфометрические показатели, принятые на международном симпозиуме по возрастным особенностям (Москва 1965г).*

В связи с широким распространением в нашем регионе ритуальной циркумцизии часто приходится наблюдать больных с меатостенозом. Возрастной диапазон этих больных составил от 3 лет до 21 года. Всем им была проведена меатотомия методом встречных треугольных лоскутов.

8 больным произведена трансуретральная резекция уретры (ТУР). Показанием к операции служила короткая протяженность стриктуры от 0,5 до 1 см. Им проводилось рассечение сужения на 12 часах условного циферблата с оставлением уретрального дренажа до 18 суток.

Пластика уретры по Хольцову произведена 17 больным, а операция Соловова 3 больным. Принципиальной особенностью при проведении этих операций явилось применение в качестве шовного материала монофиламентной нити – монокрила, а также при операции Хольцова применение 2-х полуциркулярных непрерывных швов при наложении анастомоза с увеличением анастомозной камеры.

Послеоперационный период заключался в обязательном оставлении катетера в уретре и адекватном дренировании мочевого пузыря рифленным катетером Фолея до 21 суток.

Применение рифленного уретрального катетера Фолея способствует лучшему дренированию зоны анастомоза и быстрейшему выведению патологических жидкостей.

Анализ отдаленных результатов проводился в сроки от 1 до 3, от 3 до 6 и от 6 до 12 месяцев и далее.

Катамнез отдаленных результатов у 117 больных подвергшихся бужированию и операции насильственной туннелизации показал, что рецидив заболевания (нарастание инфравезикальной обструкции, присоединение инфекции мочевого тракта, образование ложных ходов и парауретральной флегмоны наступали в сроки от 1 до 3 мес. почти у 100% больных, причем все они были носителями эпицистостомы.

У 17 пациентов, подвергшихся открытому оперативному лечению, способом Хольцова рецидив заболевания в сроки от 1 до 3 месяцев развился у 2 больных в результате послеоперационного нагноения раны из-за применения кетгута, у 23 больных, которым проведена меатотомия, пластика уретры проводилась нитью PDS размером 6-0, 7-0. Рецидива заболевания не наблюдалось. Из 8 больных, которым было выполнено эндоурологическое вмешательство, у 1 больного развился рецидив заболевания в сроки от 3 до 6 месяцев. Причиной неудачи явилось проведение эндоскопической операции ранний срок от начала заболевания. У 3 оперированных больных методом Соловова осложнений в послеоперационном периоде не выявлено.

По нашим данным сроки оперативного вмешательства после получения травмы варьировали от 3 до 6 месяцев, в этот период нами получены хорошие результаты хирургического лечения стриктур уретры.

Таким образом, сравнительная оценка закрытых (бужирование, насильственная туннелизация) и открытых (пластические операции) методов лечения показала, что эффективность открытых методов лечения намного выше закрытых. Положительные результаты лечения составили 93,75%, рецидив стриктуры возник у 3 больных (6,25%). Выгодно отличают открытые методы от закрытых: радикализм операции, отсутствие необходимости в периодическом бужировании, повторных операций, необходимости длительного применения лекарственных средств.

Анализ отдаленных результатов лечения, осложнений и неудач проведенных операций позволили нам определить показания и противопоказания к различным видам оперативного лечения.

Операция ТУР (эндоскопическая реканализация) эффективна при коротких стриктурах уретры протяженностью до 1 см в «холодном» периоде. Преимущественно хорошие результаты лечения у больных, со стриктурой до 1 см, позволяют считать эндоскопическую реканализацию методом выбора в таких ситуациях.

Протяженность стриктуры более 1 см является относительным противопоказанием к эндоскопическому лечению. Необходимо отметить, что при безуспешности эндоскопической операции не ухудшаются условия для проведения в последующем открытого оперативного лечения. Значительное расхождение проксимального и дистального отделов поврежденной уретры, наличие костных фрагментов в зоне операции, протяженная (более 1 см) стриктура уретры являются противопоказанием к эндоскопическому лечению стриктуры уретры.

Открытые реконструктивно-пластические операции при стриктуре более 1,5-2 см наиболее эффективный метод лечения, так как позволяют достичь радикального иссечения рубцов, визуального контроля при положении наложения анастомоза, особенно при операции Хольцова.

Выводы: Выявлено, что бужирование и операция насильственной туннелизации являются порочными методами лечения и их необходимо исключить из арсенала оказываемой помощи больным со стриктурами уретры.

Определено, что трансуретральная резекция уретры эффективна при коротких стрикту-

рах уретры до 1 см в холодном периоде заболевания.

Модифицированная операция Хольцова с применением 2-х полуциркулярных непрерывных швов монокрилом при наложении анастомоза с увеличением анастомозной камеры - наиболее эффективный метод открытых реконструктивно-пластических операций.

Наиболее рациональным сроком проведение оперативного вмешательства явился период от 3 до 6 месяцев после получения травмы с соответствующей медикаментозной терапией, при этом хорошие результаты получены в 93.7% наблюдений

Доказано, что важную роль при вышеуказанных способах операций на уретре имеет применение монофиломентных нитей типа монокрила, ПДС и адекватного дренирования зоны анастомоза рифленым катетером Фолея, что снижает процент послеоперационных нагноений ран и повышает процент хороших результатов.

Использованная литература:

1. Камалов А.А., Мартов А.Г., Саидов И.Р. // Урология и нефрология. 2002. №3. С.22-33.
2. Шкуратов С.И. Современные способы лечения стриктур уретры // Урология и нефрология, 2002. №3. С.58-59.
3. Гориловский М.Л., Мартов А.Г. // Урология и нефрология. 1996. №3. С.47-51.
4. Трапезникова М.Ф., Базаев В.В., Уренков С.Б. Сравнительный анализ результатов открытых и эндоскопических операций при облитерациях задней уретры у мужчин // Урология и нефрология, 2004. №1. С.47-53.
5. Гринев А.В. Эндоскопическое лечение стриктур мочеиспускательного канала. Автореферат дис.кан.мед.наук. М.,1987.
6. Лопаткин Н.А., Афанасьев А.Ю., Захматов Ю.М. и др. // Урология и нефрология. 1989. С.5-7.
7. Братчиков О.И., Шумаков Е.А. // Современные проблемы урологии: Мат. науч.тр. VI Межд. конгр. урологов. Харьков. 1998. С.231-233.
8. Камалов А.А., Мартов А.Г., Саидов И.Р., Гушин Б.Л.. // Урология и нефрология. 2002. №4. С.28-34.
9. Кудрявцев Л.А. Оперативные методы лечения последствий травм уретры. Самара, 1993. С.191-206.