

Опыт хирургического лечения пациентов с осложненными стриктурами и облитерациями мочеиспускательного канала

С.А. Возианов¹, И.И. Горпинченко¹, С.Н. Шамраев^{1,2}, И.А. Бабюк², М.А. Ридченко³

¹ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

²Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького, Лиман

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

Ретроспективно оценены результаты 1284 хирургических коррекций стриктур и облитераций мочеиспускательного канала (МИК) за период 2003–2016 гг. у 895 пациентов. Открытые уретропластики выполнены у 72 (5,6%) пациентов в связи с протяженными (>2 см) стриктурами МИК и его облитерациями. Больные были разделены на 4 группы: 1-я группа – аугментационная буккальная уретропластика (АБП) – 15 (20,8%); 2-я группа – уретроуретро- или уретро-простато-анастомоз – 39 (54,2%); 3-я группа – заместительная пластика кожно-фасциальным лоскутом (ПКФЛ) – 8 (11,1%); 4-я группа – заместительная буккальная уретропластика – 10 (13,9%). Средняя длина стриктур МИК составила в 1-й группе 2,2±0,1 см, во 2-й группе – 3,3±0,8 см, в 3-й группе – 3,3±0,9 см и в 4-й группе – 5,3±0,8 см. Средний балл сложности стриктур МИК во всех исследуемых группах составил 6,2±0,3; 6,8±0,7; 6,7±0,8; 9,1±0,9 балла соответственно. Средний период длительности восстановления самостоятельного мочеиспускания составил: в 1-й группе – 19,3±0,7 сут, во 2-й группе – 16,6±0,7 сут, в 3-й группе – 19,4±1,6 сут и в 4-й группе – 17,1±1,1 сут. Осложнениями открытых коррекций стриктур МИК в ранний период (до 30 сут) были: острая задержка мочеиспускания (ОЗМ) – 4 (5,5%) наблюдения, орхоэпидидимит – 5 (6,9%), промежностный затек – 3 (4,2%) (Clavien II). В отдаленный послеоперационный период – рецидив стриктуры – у 6 (8,3%) (Clavien IIIb), эректильная дисфункция – у 18 (25,0%) (Clavien II-IIIb). Хороший результат первичных открытых уретропластик отметили у 65 (90,3%) больных, плохой результат – у 4 (5,5%), сомнительный – у 3 (4,2%). Общая эффективность первичных и повторных уретропластик составила 95,6% (средний период наблюдения – 10,5±2,2 мес).

Ключевые слова: мочеиспускательный канал, осложненные стриктуры, хирургическое лечение, открытая уретропластика.

Выбор метода лечения пациентов с осложненными стриктурами мочеиспускательного канала (МИК) и его облитерациями является актуальной и социально значимой проблемой урологии. Среди этих методов выделяют как наиболее часто применяемую внутреннюю оптическую уретротомию, так и менее часто выполняемые открытые уретропластики, эндоскопические дезоблитерации мочеиспускательного канала с или без установки различных рассасывающихся и нерассасывающихся стентов [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 МИК. Вместе с тем, единственным радикальным способом лечения протяженных стриктур МИК являются: уретро-уретро-, уретро-простато- или уретро-везикоанастомоз (УУА) с иссечением рубцовой ткани, а также буккальная пластика (БП) МИК или пластика кожно-фасциальным лоскутом (ПКФЛ) в аугментационном или заместительном их виде [1, 3, 4, 7, 8].

Цель исследования: оценить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения осложненных стриктур мочеиспускательного канала и выработать алгоритм выбора метода лечения данной категории пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективно оценены клинические данные из историй болезни и амбулаторных карт 895 пациентов со стриктурами МИК или его облитерацией, которым выполнены 1284 хирургических вмешательства за период с 2003 по 2016 годы в трех урологических клиниках юго-востока и центра Украины. Пациенты обследованы согласно принятым стандартам оказания урологической помощи (оценивали клиническую симптоматику по Международному опроснику IPSS, локализацию, протяженность стриктур МИК и степень спонгиоза по данным УЗИ и ретроградной/микционной уретроцистографии) – «Приказ МЗ Украины № 330» [5]. Данные также включали этиологию стриктур, предыдущие методы коррекции или выполненные операции, а также периоперационные сведения о кровопотере, времени операции и анестезиологического обеспечения, послеоперационной госпитализации с анализом уровня рецидивов и осложнений.

В послеоперационный период назначали антибиотики (в зависимости от данных посева мочи), свечи Витапрост (в течение 10–15 сут), проводили антиоксидантную и ангиотропную терапию. В случае рецидивной стриктуры МИК к фармакотерапии добавляли физиотерапию в течение 3 мес. Качество проведенного лечения оценивали после восстановления самостоятельного мочеиспускания при контрольном амбулаторном или стационарном обследовании больных в течение 3, 6 (n=72) и 12 мес (n=29) с момента операции на основании субъективных и объективных параметров (шкала IPSS, универсального опросника оценки качества жизни, количество остаточной мочи), урофлоуметрии и уретроцистографии через 3 нед и через 3 мес, уретроцистокопии через 3–6 мес. 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. Отличия между сравниваемыми средними величинами (p) считали существ-

Распределение пациентов со стриктурами/облитерациями МИК

Вид коррекции	1-я группа (АБП МИК), n=15	2-я группа (УУА), n=39	3-я группа ПКФЛ, n=8	4-я группа ЗБП МИК, 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)

Примечание: АБП МИК – аугментационная буккальная пластика мочеиспускательного канала, УУА – уретро-уретроанастомоз, ПКФЛ – пластика кожно-фасциальным лоскутом, ЗБП МИК – заместительная буккальная пластика мочеиспускательного канала.

венными и статистически достоверными, если $p < 0,05$ (статпакет Med Calc Soft Ware bvba 2012). Степень корреляционной связи между признаками определяли при помощи критерия Пирсона.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Все пациенты мужского пола в возрасте от 13 до 85 лет (средний возраст – $42,3 \pm 1,8$ года). Сроки наблюдения составили от 3 до 14 мес (в среднем – $10,5 \pm 2,2$ мес). Из 1284 операций стриктур МИК 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 группа – аугментационная буккальная уретропластика (АБП) – 15 (20,8%) пациентов;

2-я группа – уретро-уретро- или уретро-простатоанастомоз – 39 (54,2%) мужчин;

3-я группа – заместительная пластика кожно-фасциальным лоскутом (ПКФЛ) – 8 (11,1%) больных;

4-я группа – заместительная буккальная уретропластика – 10 (13,9%) пациентов.

Все хирургические вмешательства осуществляли в типичном литотомическом положении пациента под перидуральной анестезией – у 12 (16,7%) и 20 (27,8%) пациентов соответственно, тотальной внутривенной 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]. С явлениями полной задержки мочеиспускания госпитализировано 62 (86,1%) пациента, котормой моча отведена путем эпицистостомии, в том числе троакарной (50% пациентов). У 54 пациентов (75,0%) причиной стриктуры МИК явилось его травматическое повреждение:

в результате травмы таза и/или промежности, длительной (>2 нед) и/или неоднократной катетеризации мочевого пузыря, повторных бужирований МИК более 3 мес.

Ятрогенные (послеоперационные) стриктуры МИК отмечены у 12 (16,7%), поствоспалительные – у 5 (6,9%), врожденная – у 1 (1,4%) пациента. Рецидивную форму стриктурной болезни МИК отмечали у 39 (54,2%) пациентов, из них 20 (27,8%) – после открытых пластик МИК (УУА, ПКФЛ, БПУ), 10 (13,9%) пациентов – после чреспузырной или позадилоной аденомэктомии.

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

По данным исследования, в 1-й группе у 9 (60,0%) пациентов стриктуры МИК локализовались в простатическом, мембранозном – 14 (93,3%) или бульбозном – 15 (99,8%) отделах МИК, а их протяженность варьировала от 3 до 8 см в 90,9% наблюдений. Во 2-й группе локализация стриктур МИК 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% стриктур МИК локализовались в мембранозном отделе, протяженность их составляла >3 см. Несоответствие количества локализаций стриктур МИК (102) числу выполненных оперативных вмешательств (72) обусловлено тем, что 19 (26,4%) пациентов имели смешанную локализацию СУ. Так, в одном отделе стриктуры МИК выявлены у 51 (70,8%) пациента, в двух отделах – у 3 (4,2%). По одному (1,4%) наблюдению локализация стриктуры МИК 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 МИК составляли 12–32 сут. Из них до 15 сут катетер был удален у 20 (27,8%) пациентов, в

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

Группы пациентов	1-я группа (АБП МИК), n=15	2-я группа (УУА), n=39	3-я группа (ПКФЛ), n=8	4-я группа (ЗБП МИК), 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/м2	25,3	25,9	25,2	24,4
Рецидивная стриктура МИК, 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 стриктуры МИК, см	3,3	2,2	3,3	5,3
Послеоперационный 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 стриктур МИК, баллы	6,8	6,2	6,7	9,1

Примечание: АБП МИК – аугментационная буккальная пластика мочеиспускательного канала, УУА - уретро-уретроанастомоз, ПКФЛ – пластика кожно-фасциальным лоскутом, ЗБП МИК – заместительная буккальная пластика мочеиспускательного канала, ИМТ – индекс массы тела.

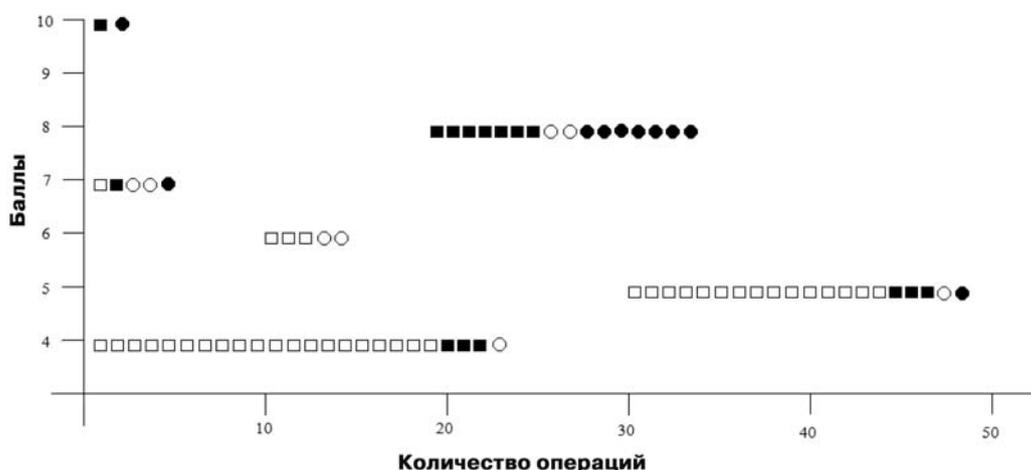


Рис. 1. Распределение видов, количества и степени сложности уретропластик

Примечание: □ – УУА, ■ – АБП МИК, ○ – ПКФЛ, ● – ЗБП МИК

сроке 15–25 сут – у 41 (56,9%), более 25 сут (25–32 суток) – у 11 (15,3%). Среднее время дренирования уретры в 1-й группе (АБП МИК) составило 16,6±0,7 дня, во 2-й группе (УУА) – 19,3±0,7 дня, в 3-й группе (ПКФЛ) – 19,4±1,6 дня, в 4-й группе (ЗБП МИК) – 17,1±1,1 дня.

Распределение стриктуры МИК по баллам сложности:

- низкая степень сложности – 1–3 балла;
- средняя степени сложности – 4–6 баллов;
- крайне тяжелая степень сложности – >6 баллов [12]

(рис. 1).

Как видно из рис. 1. наиболее часто в исследовании встречались стриктуры МИК 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 МИК с наложением анастомоза всегда выполняли в случаях средней степени тяжести стриктур МИК, которые в общем составили 44 (61,1%) наблюдения. Стриктуры МИК легкой степени тяжести в данном исследовании не наблюдали. В 5 случаях стриктуры МИК имели 6 и 7 баллов сложности. При 8 баллах сложности стриктуры МИК коррекцию часто

проводили путем аугментационной и/или заместительной пластикой МИК 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 АБП МИК и ЗБП МИК. Следует отметить, что длина стриктур в последних двух наблюдениях составляла 16 и 18 см, при этом у пациентов выявили спонгиоз 3-й степени, и они были оперированы дважды (ВОУТ) в других лечебных учреждениях.

Периоперационные результаты 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 имела во времени восстановления мочеиспускания: УУА – 19,3 сут, АБП МИК – 16,6 сут, ПКФЛ – 19,4 сут, ЗБП МИК – 17,1 сут. Средний возраст пациентов в 4-й группе был достоверно меньше (36,7±4,8) по сравнению с 1-й (42,9±4,1), 2-й (46,2±2,4) и 3-й (43,0±5,5) группами (p<0,05), как и средняя длина стрик-

Динамика результатов лечения осложненных стриктур МИК, 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 урфлоуметрии, V – объем.

туры: 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 4-й группах стриктуры МИК 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 стриктур МИК имели пациенты 4-й группы: $9,1 \pm 0,9$ при значениях $6,8 \pm 0,7$; $6,2 \pm 0,3$; $6,7 \pm 0,8$ в 1-й, 2-й, 3-й группах [11]. При этом длительность заболевания была меньшей в 4-й группе: $3,7 \pm 1,6$ мес против $5,8 \pm 1,5$ мес во 2-й группе, $4,7 \pm 2,5$ мес в 1-й группе, $5,0 \pm 2,9$ мес в 3-й группе.

Большинство пациентов выписаны на амбулаторное лечение с уретральным катетером. Его удаляли наиболее часто в сроки 15–17 сут (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 ЗБП МИК на момент госпитализации имели функционирующую эпицистостому.

Общая частота осложнений открытых коррекций стриктур МИК в ранний период (до 1 мес) составила 16,7% (у 12 из 72 пациентов); в поздний (больше 6 мес) – 31,9%, что в целом соответствует данным литературы [10]. Среди осложнений в ранний послеоперационный период отмечали осложнения лишь II степени по Clavien: острая задержка мочеиспускания – у 4 (5,6%), односторонний орхоэпидидимит – у 5 (6,9%), промежуточный затек – у 3 (4,2%) пациентов. В поздний послеоперационный период отметили осложнения трех видов: Clavien II, IIIb, IV. У 10 (13,9%) пациентов выявлена эректильная дисфункция, которая была ликвидирована путем применения ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа и внутрикавернозными инъекциями простагландина (Clavien II); у 8 (11,1%) пациентов с эрек-

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУР УРЕТРЫ

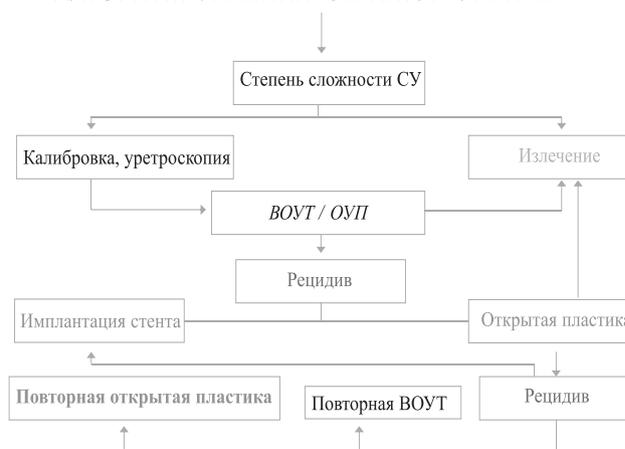


Рис. 2. Алгоритм выбора метода лечения стриктур и облитераций МИК

Примечание: ВОУТ – внутренняя оптическая уретротомия, ОУП – открытая уретропластика.

тильной дисфункцией, не поддающейся медикаментозной коррекции, выполнили эндофаллопротезирование однокомпонентным протезом фирмы AMS (Clavien IIIb). Осложнения в виде рецидива стриктур МИК (неуспех уретропластики) отметили у 6 (8,3%) больных (Clavien IIIb), что требовало проведения ВОУТ – у 2 пациентов, redo УУА – у 2, повторной ЗБПУ – у 1 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%) пациентов отмечено уменьшение индекса ПЕФ<16. Во-вторых, лишь 29 (40,3%) пациентов после уретропластик находились под наблюдением в течение 6 мес и более.

Следует отметить, что не имелось коррелятивной связи между уровнем осложнений и локализацией, протяженностью, этиологией стриктур МИК, диаметром уретрального катетера и временем уретрального дренирования. Однако наблюдалась связь средней степени ($r=0,55$) между опытом оперирующего хирурга (<4 уретропластик в год) и количеством открытых хирургических коррекций стриктур МИК у одного пациента (>3 в год) – уровень осложнений в данных ситуациях увеличился в 2,8 раза ($p<0,05$). Отдаленные результаты лечения представлены в табл. 3.

Как свидетельствуют данные табл. 3, через 3 мес после операции хороший результат первичных уретропластик отметили у 65 (90,3%) пациентов, плохой результат – у 4 (5,5%), сомнительный – у 3 (4,2%). В отдаленный послеоперационный период (через 9 мес) у 28/29 (96,6%) обследованных пациентов отмечен хороший результат.

Ограничениями данного исследования является его ретроспективный характер и невозможность более точно и полно оценить частоту рецидивов протяженных (>2 см) стриктур и

облитераций МИК. На основании полученных результатов был предложен алгоритм выбора метода лечения осложненных стриктур МИК и облитераций, который представлен на рис. 2.

ВЫВОДЫ

Отдаленные хорошие результаты первичных и повторных уретропластик в данном исследовании (средний период наблюдения – $10,5\pm 2,2$ мес) составили 90,3% и 95,6%; плохой результат – у 4 (5,5%); сомнительный – у 3 (4,2%).

Не наблюдалась связь между уровнем осложнений и локализацией, длиной, этиологией стриктур мочеиспускательного канала, диаметром уретрального катетера для послеоперационного дренирования мочевого пузыря, временем уретрального дренирования. Однако была выявлена средняя степень связи ($r=0,55$) между опытом оперирующего хирурга (<4 в год уретропластик) и количеством открытых хирургических коррекций стриктур мочеиспускательного канала у одного пациента (>3 в год) – уровень осложнений в данных ситуациях увеличивается в 2,8 раза.

Для профилактики осложнений существенное значение имеет адекватная антибактериальная (в зависимости от данных посева мочи), органотропная противовоспалительная терапия (свечи Витапрост в течение 10-15 суток), физиотерапия.

Досвід хірургічного лікування пацієнтів з ускладненими стриктурами та облітераціями сечівника

С.О. Возіанов, І.І. Горпінченко, С.М. Шамраєв, І.О. Бабюк, М.А. Рідченко

Ретроспективно оцінені результати 1284 хірургічних корекцій стриктур та облітерацій сечівника за період 2003–2016 рр. у 895 пацієнтів. Відкриту уретропластику виконано у 72 (5,6%) пацієнтів у зв'язку з довгими (>2 см) стриктурами сечівника та її облітераціями. Хворі були поділені на 4 групи: 1-а група – аугментативна букальна уретропластика (АБП) – 15 (20,8%); 2-а група – уретро-уретро- чи уретро-простато-анастомоз – 39 (54,2%); 3-я група – замісна пластика шкірно-фасціальним лоскутом (ПШФЛ) – 8 (11,1%); 4-а група – замісна букальна уретропластика – 10 (13,9%). Середня довжина стриктур сечівника становила у 1-й групі становила $2,2\pm 0,1$ см; у 2-й групі – $3,3\pm 0,8$ см; у 3-й групі – $3,3\pm 0,9$ см та в 4-й групі – $5,3\pm 0,8$ см. Середній бал складності стриктур сечівника у групах дослідження склав $6,2\pm 0,3$; $6,8\pm 0,7$; $6,7\pm 0,8$ та $9,1\pm 0,9$ бала відповідно. Середній період тривалості відновлення самостійного сечовипускання становив: у 1-й групі – $19,3\pm 0,7$ доби, у 2-й групі – $16,6\pm 0,7$ доби, у 3-й групі – $19,4\pm 1,6$ доби, у 4-й групі – $17,1\pm 1,1$ доби.

Ускладненнями відкритих корекцій стриктур сечівника у ранній період (до 30 діб) були: гостра затримка сечовипускання – 4 (5,5%) спостереження, орхоепідидиміт – 5 (6,9%), промежений затік – 3 (4,2%) (Clavien II). У віддаленій післяопераційний період рецидив стриктури – у 6 (8,3%) (Clavien IIIb), еректильна дисфункція – у 18 (25,0%) (Clavien II-IIIb). Добрий результат первинних відкритих уретропластик відзначили у 65 (90,3%) хворих. Поганий результат – у 4 (5,5%), сумнівний – у 3 (4,2%). Загальна ефективність первинних і повторних уретропластик становила – 95,6% (середній період спостереження – $10,5\pm 2,2$ міс).

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

Experience of surgical treatment of patients with complicated stricture and obliteration of the urethra

S.A. Vozianov, I.I. Gorpynchenko, S.N. Shamrayev, I.A. Babyuk, M.A. Ridchenko, S.I. Kozachihina

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-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. – $2,2\pm 0,1$ sm; 2nd gr. – $3,3\pm 0,8$ sm; 3rd gr. – $3,3\pm 0,9$ sm and 4th gr. – $5,3\pm 0,8$ sm. An average difficulty grades of urethra strictures in 1, 2, 3, 4 groups were: $6,2\pm 0,3$; $6,8\pm 0,7$; $6,7\pm 0,8$; $9,1\pm 0,9$ he average length of recovery period of independent urination was: 1st gr. – $19,3\pm 0,7$ days, 2nd gr. – $16,6\pm 0,7$, 3rd gr. – $19,4\pm 1,6$ and in 4th gr. – $17,1\pm 1,1$ days. Complications of open corrections of urethral strictures in the early recovery period (30 days) were: acute urinary retention – 4 (5,5%) observations, orhoepididymitis – 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 IIIb), but erectile dysfunction – in 18 (25,0%) (Clavien II-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.

Key words: urethra, complicated urethral stricture, surgical treatment, open urethroplasty.

Сведения об авторах

- Возіанов С.А.** – ГУ «Інститут урології НАМН України», 04053, г. Київ, ул. В. Винниченко, 9а
Горпінченко І.І. – ГУ «Інститут урології НАМН України», 04053, г. Київ, ул. В. Винниченко, 9а. E-mail: sexology@sexology.kiev.ua
Шамраєв С.Н. – Донецький національний медичинський університет ім. М. Горького, ГУ «Інститут урології НАМН України»
Бабюк І.А. – Донецький національний медичинський університет ім. М. Горького, 84404, г. Лиман, ул. Кирова, 27
Рідченко М.А. – Національна медичинська академія послєдипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Київ, ул. Дорогожицкая, 9

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. – 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/porta/dn_20070615_330.html.
6. Stephen Z. Fadem, M.D., FACP, FASN Charlson Comorbidity Scoring System // <http://touchcalc.com/calculators/ccs.js>.
7. Шамраев С.Н., Козачихина С.И., Мельник В.В. Результат эндоскопического лечения приобретенных стриктур передних и задних отделов уретры / Питання експер.клініч.медицини. – 2013, Том 4 (Вип.17). – С. 304–314.
8. Шамраев С.Н., Фисталь Э.Я., Данилец Р.О. Тактика лечения электроtraм наружных половых органов / Здоровье мужчины. – К., 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. – К., 2016. – № 1. – С. 78–85.
12. Clavien PA., Dindo P., Demartines N. Classification of surgical complication. Ann Surg. – 2004. – Vol. 240. – P. 205–213.

Статья поступила в редакцию 10.10.2016