

Сравнительная оценка применения различных видов открытой уретропластики при длинных стриктурах и облитерациях мочеиспускательного канала

С.А. Возианов¹, И.И. Горпинченко¹, С.Н. Шамраев^{1,3}, И.А. Бабюк², М.А. Ридченко⁴, С.И. Козачихина⁵, А.М. Корниенко¹, М.Г. Романюк¹

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

²Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

³ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН Украины», г. Киев

⁴Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

⁵Российский университет дружбы народов

Цель исследования: проведение сравнительной оценки эффективности различных видов открытых уретропластик при протяженных стриктурах и облитерациях мочеиспускательного канала (МИК).

Материалы и методы. Ретроспективно оценены результаты открытых уретропластик у 68 пациентов за 2003–2015 гг. Больные были разделены на 4 группы: 1-я группа – аугментационная буккальная уретропластика – 11 (17,0%) больных; 2-я группа – уретро-уретро- или уретро-простатоанастомоз – 39 (53,0%), 3-я группа – заместительная пластика кожно-фасциальным лоскутом – 8 (13,0%), 4-я группа – заместительная буккальная уретропластика – 10 (17,0%).

Результаты. Средняя длина стриктур МИК составила в 1-й группе $2,2 \pm 0,1$ см; $3,3 \pm 0,8$ см – во 2-й группе; $3,3 \pm 0,9$ см – в 3-й группе и в 4-й группе – $5,3 \pm 0,8$ см. Средний период восстановления самостоятельного мочеиспускания составил: в 1-й группе – $19,3 \pm 0,7$ сут; во 2-й группе – $16,6 \pm 0,7$ сут; в 3-й группе – $19,4 \pm 1,6$ сут и в 4-й группе – $17,1 \pm 1,1$ сут. Осложнениями в ранний период (до 30 сут) были: острая задержка мочеиспускания – в 4 (5,9%) случаях, орхоэпидидимит – в 5 (7,4%), промежностный затек – в 3 (4,4%). В отдаленный период: рецидив стриктуры – в 6 (8,8%) случаях, эректильная дисфункция – в 18 (26,5%).

Заключение. Хороший результат отметили у 65 (91,2%) больных, плохой – у 3 (4,4%), сомнительный – у 3 (4,4%). Общая эффективность составила 95,6% при среднем периоде наблюдения $9,8 \pm 2,3$ мес.

Ключевые слова: мочеиспускательный канал, приобретенные стриктуры/облитерации, хирургическое лечение, открытая уретропластика.

На сегодня имеется многообразие видов хирургической коррекции разных форм стриктурной болезни мочеиспускательного канала (МИК), которые включают: менее инвазивную внутреннюю оптическую уретротомию с дезоблитерацией МИК; долговременные стенты из рассасывающихся и нерассасывающихся (в том числе металлических) материалов; более инвазивные открытые уретропластики [2]. Безусловным является тот факт, что каждый пациент должен получить максимально персонализированный метод хирургической коррекции в соответствии с современными стандартами лечения. Радикальным способом лечения протяженных стриктур МИК (СМИК) являются: уретро-уретро-, уретро-простато- или уретро-везикоанастомоз (УВА), буккальная пластика МИК (БПМИК) или пластика кожно-фасциальным лоскутом (ПКФЛ) в аугментационном или заместительном их виде [1, 3, 4, 7, 8].

Актуальность проблемы лечения данной категории пациентов обусловлена также тем, что на сегодня отсутствует «золотой стандарт» в выборе метода лечения у конкретного больного.

Цель исследования: проведение сравнительной оценки эффективности различных видов открытых уретропластик при протяженных стриктурах МИК и его облитерациях, применяемых в настоящее время.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Была использована база данных трех урологических клиник: ГУ «Институт урологии НАМН Украины», Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН Украины». В период с 2003 по 2015 г. под нашим наблюдением находился 891 пациент со СММК или его облитерацией, которым выполнено 1280 хирургических вмешательств разного вида и сложности. 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 12 мес (в среднем – $9,8 \pm 2,3$ мес). Больные обследованы согласно принятым стандартам оказания урологической помощи (Приказ МЗ Украины № 330) [5]. Степень тяжести симптоматики оценивали по международному опроснику IPSS: 0–7 баллов – 1-я степень, 8–19 баллов – 2-я степень, 20–35 баллов – 3-я степень. Локализацию и длину стриктуры, степень спонгиоза оценивали по результатам ультрасонографии и ретроградной или микционной уретроцистографии, а также у некоторых пациентов – по данным СКТ в ангиорежиме.

Из 1280 операций (СМИК) внутренняя оптическая уретротомия (ВОУТ) выполнена в 1212 (95%) наблюдениях, открытая уретропластика различных видов – в 68 (5%). Последняя когорта пациентов согласно видам хирургических вмешательств была разделена на группы: 1-я группа – аугментационная буккальная уретропластика (АБП) – 11 (17%) пациентов, 2-я группа – уретро-уретро- или уретро-простатоанастомоз – 39 (53%), 3-я группа – заместительная ПКФЛ – 8 (13%), 4-я группа – заместительная буккальная уретропластика – 10 (17%).

Все хирургические вмешательства осуществляли в типичном литотомическом положении пациента под пери- или эпидуральной анестезией – у 12 (17,7%) и 20 (29,4%) пациентов соответственно, тотальной внутривенной анестезией с эндотрахеальной интубацией – у 36 (52,9%). Выбор анестезиологического пособия обосновывался на предполагаемой продолжительности, объеме операций и степени хирургического риска по индексу сопутствующих заболеваний Чарльсона [6]. Техника операций представлена ниже.

Таблица 1

Балльная система сложности стриктур МИК

Значение признака	Баллы
Длина стриктуры	
0,5-1,9 см	1
2-4,9 см	2
5 и более см	3
Локализация	
Бульбарный отдел	1
Пенильный отдел	2
Комбинированная стриктура	3
Количество стриктур	
1	1
>1	2
Этиология	
Травматическая, идиопатическая, ятрогенная	1
Воспалительная, врожденная	2
Рецидив	
Нет	0
Есть	1
Выраженность спонгиоза	
Нет	0
1-2-я степень	1
3-я степень	3

При выполнении операции УУА–УПА (операции Хольцова–Мариона) обязательным являлось: полное иссечение зоны фиброза, спатуляция концов МИК и максимально точная их конгруэнтность, исключение натяжения анастомоза. В том случае, когда сопоставление проксимального и дистального концов МИК было затруднено и имелось натяжение анастомоза с или без искривления полового члена, прибегали к ряду последовательных манипуляций, способствующих выпрямлению кривизны МИК: рассечение ножек полового члена, репозиция МИК под ножкой полового члена, остеотомия нижнего края симфиза. Для пластики дефекта использовали либо свободный кожный трансплантат (у 1 (1,5%) больного забор осуществляли из заушной области) либо брали кожно-фасциальный лоскут на сосудистой ножке из внутреннего листка крайней плоти полового члена – у 7 (10,3%) больных. При буккальной уретропластике замещали дефект МИК от 5 до 18 см. Забор лоскута выполняли из внутренней поверхности обеих щек и нижней губы, слизистую языка не использовали.

Степень сложности СМИК и его облитераций оценивали по балльной шкале, которая приведена в табл. 1.

Результаты лечения разделены на хорошие, плохие и сомнительные. Критерии оценки исходов открытых уретропластик представлены в табл. 2.

В послеоперационный период назначали антибиотики (в зависимости от данных посева мочи), проводили антиоксидантную и ангиотропную терапию. В случае рецидивной СМИК 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 (n=36), 6 (n=22) и 12 (n=10) мес с момента операции на основании субъективных и объективных параметров (шкалы IPSS, универсального опросника оценки качества жизни, количества остаточной мочи), урофлоуметрии и уретроцистографии (через 3 нед и через 3 мес), уретроцистоскопии через 3–6 мес.

Цифровой материал математически обработан с помощью метода вариационной статистики с применением t-критерия Стьюдента. Отличие между сравниваемыми средними величинами (p) считали существенным и статистически достоверным, если p<0,05 (статистический пакет Med Calc Soft Ware bvba 2012).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Легкая степень симптомов нижних мочевых путей отмечена у 2 (2,9%), средняя – у 5 (7,4%), тяжелая – у 63 (92,6%) пациентов. С явлениями полной задержки мочеиспускания госпитализирован 61 (89,7%) пациент, которым как первый этап лечения отведена моча путем эпицистостомии, в том

числе троакарной (50% пациентов). У 52 пациентов (76,5%) причиной стриктуры МИК явилось ее 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) СМИК отмечены у 12 (17,6%), поствоспалительные – у 3 (4,4%), врожденная – у 1 (1,5%) пациента. Рецидивная форма стриктурной болезни МИК имела место у 35 (51,5%) пациентов, из них у 19 (27,9%) больных – после открытых пластик МИК (УУА, ПКФЛ, БПМИК), у 10 (14,7%) пациентов – после чрепурной или позадилонной аденомэктомии.

Распределение СМИК по их причине, локализации, протяженности и виду хирургической коррекции представлены в табл. 3.

Как видно из табл. 3, в 1-й группе у 9 (13,2%) пациентов СМИК локализовались в простатическом, мембранозном – 10 (14,7%) или бульбозном – 11 (16,2%) отделах моче-

Таблица 2

Критерии оценки результатов уретропластик

Критерии	Хороший результат	Сомнительный результат	Плохой результат
Клинические проявления	Удовлетворительное мочеиспускание, нет необходимости в использовании бужирования, индекс IPSS <6	Удовлетворительное мочеиспускание, но требует несколько (1-2) бужирований в год, IPSS 7-19	Неудовлетворительное/отсутствие мочеиспускания либо мочеиспускание слабой струей, требует более двух бужирований в год, ВОУТ или повторную операцию, IPSS >20
Урофлоуметрия	Q _{max} >15 мл/с	Q _{max} 15-12 мл/с	Q _{max} <12 мл/с
Ультрасонография	Нормальный, эластичный просвет МИК, отсутствие спонгиоза; отсутствие остаточной мочи или ее объем <50 мл	Достаточный просвет МИК со сниженной растяжимостью стенок, спонгиоз 1-й ст.; объем остаточной мочи 50-100 мл	Уменьшение просвета МИК с отсутствием растяжимости, спонгиоз 2-3-й ст.; объем остаточной мочи >100 мл
Ретроградная уретрография	Отсутствие дефектов наполнения и сужений МИК	Частичное сужение в области стриктуры	Сохранение сужения МИК

Распределение пациентов со стриктурами/облитерациями МИК

Виды коррекции	1-я группа (АБПМИК), n=11	2-я группа (УУА), n=39	3-я группа (ПКФЛ), n=8	4-я группа (ЗБПМИК), n=10	Всего, n=68
Причины структур	n (%)				
Послеоперационные	-	9 (13,2)	3 (4,4)	-	12 (17,6)
Посттравматические	8 (11,8)	30 (44,1)	5 (7,4)	9 (13,2)	52 (76,5)
Поствоспалительные	3 (4,4)	-	-	-	3 (4,4)
Врожденные	-	-	-	1 (1,5)	1 (1,5)
Локализация	n (%)				
Простатический отдел	9 (13,2)	30 (44,12)	1 (1,5)	-	40 (58,82)
Мембранозный отдел	10 (14,7)	9 (13,2)	1 (1,5)	6 (8,8)	26 (38,2)
Пенильный отдел	1 (1,5)	-	2 (2,9)	-	3 (4,4)
Бульбозный отдел	11 (16,2)	6 (8,8)	3 (4,4)	4 (5,9)	24 (35,3)
Протяженность	n (%)				
<1 см	-	1 (1,5)	-	-	1 (1,5)
1-2 см	-	19 (27,9)	-	-	19 (27,9)
2-3 см	-	14 (20,6)	-	4 (5,9)	18 (26,5)
> 3 см	11 (16,2)	9 (13,2)	4 (5,9)	6 (8,8)	30 (44,1)

Примечание: АБПМИК – аугментационная буккальная пластика МИК, УУА – уретро-уретроанастомоз, ПКФЛ – пластика кожно-фасциальным лоскутом, ЗБПМИК – заместительная буккальная пластика МИК.

Таблица 4

Результаты открытых уретропластик, n=68 (M±m)

Показатель	1-я группа (АБПМИК)	2-я группа (УУА)	3-я группа (ПКФЛ)	4-я группа (ЗБПМИК)
Возраст, лет	43,2±4,7	46,2±2,4	43,0±5,5	36,7±4,8
Возраст в дебюте заболевания, лет	39,0±4,9	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 СММК, n (%)	10 (90,9)	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 СММК, см	3,3±0,8	2,2±0,1	3,3±0,9	5,3±0,8
Послеоперационный 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 СММК, баллы	6,8±0,7	6,2±0,3	6,7±0,8	9,1±0,9

Примечание. АБПМИК – аугментационна буккальная пластика МИК, УУА – уретро-уретроанастомоз, ПКФЛ – пластика кожно-фасциальным лоскутом, ЗБПМИК – заместительная буккальная пластика МИК.

испускательного канала, а их протяженность варьировала от 3 до 8 см в 90,9% наблюдений. Во 2-й группе локализация СММК 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 50,3% случаев. В 4-й группе – 60,0% СММК локализовались в мембранозном отделе, протяженность их составляла >3 см. Несоответствие количества локализаций СММК (89) числу выполненных оперативных вмешательств (68) обусловлено тем, что 15 (22,1%) пациентов имели смешанную локализацию СММК. Так, в одном отделе СММК имела место у 53 (77,9%) пациентов, в двух отделах – у 2 (2,9%). По 1 (1,5%) наблюдению локализация СММК в бульбозном и мембранозном отделе, а также в пенильном и мембранозном. У 13 (19,1%) пациентов стриктура распространялась на три отдела: бульбозный, мембранозный и простатический.

Время выполнения хирургической коррекции стриктуры обычно составляло 180–220 мин во время УУА, 240–290 мин при ПКФЛ, 240–315 мин – при аугментационной и заместительной БПМИК. Соответственно время нар-

коза составляло 230–285 мин – для УУА, 285–310 мин – для ПКФЛ, 285–355 мин – для БПМИК.

Сроки дренирования МИК составляли 12–32 сут. Из них до 15 сут катетер был удален у 19 (27,9%) пациентов, в сроке 15–25 сут – у 40 (58,8%), более 25 сут (25–32 сут) – у 9 (13,2%). Среднее время дренирования МИК в 1-й группе (АБПМИК) 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 (ЗБПМИК) – 17,1±1,1 дня. Выбор размера катетера варьировал и составил у 22 (32,4%) пациентов 16Ch (длина стриктуры МИК 2–3 см), 18Ch – у 27 (39,7%, >3 см), 20Ch – у 19 (27,9%, 1–2 см).

Периоперационные результаты открытых уретропластик представлены в табл. 4.

Как видно из табл. 4, средний период послеоперационной госпитализации составлял 19–22 сут при открытых уретропластиках и достоверно не отличался в исследуемых группах. Такая же тенденция имелась в объеме интраоперационной кровопотери и во времени восстановления мочеиспускания: УУА – 19,3 сут, АБПМИК – 16,6 сут, ПКФЛ – 19,4 сут, ЗБПМИК – 17,1 сут. Средний возраст пациентов в 4-й группе был достоверно меньше (36,7±4,8 года) по сравнению с 1-й (43,2±4,7 года),

2-й (46,2±2,4 года) и 3-й (43,0±5,5 года) группами ($p < 0,05$). Такая тенденция имела место и по показателю средней длины СМИК: в 4-й группе – 5,3±0,8 см по сравнению с 3,3±0,8 см в 1-й группе, 2,2±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 его облитерации имели рецидивный характер: 90,9% и 80,0% в отличие от 35,9% и 62,5% во 2-й и 3-й группах соответственно. Значительно больший балл сложности СМИК 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 соответственно. 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. Последние данные также подтверждают факт большей сложности нарушений анатомии органов таза и везикоуретрального сегмента, что заставляло пациентов искать в более ранние сроки после травмы специализированную урологическую помощь (в 4-й группе у всех больных до операции была функционирующая эпицистостома).

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

По данным литературы, tube-аугментация или заместительная уретропластика как вариант одноэтапного лечения данных пациентов имеет 30% уровень рецидивов при ее применении в случае длинных СМИК и его облитераций в пенильном отделе [10]. В настоящем исследовании общая частота осложнений открытых коррекций СМИК в ранний период составила 17,7%, в поздний – 35,3%. Среди ранних (до 30 сут) осложнений наблюдали: острую задержку мочеиспускания (ОЗМ) – у 4 (5,9%) пациентов, односторонний орхоэпидидимит – у 5 (7,4%), промежуточный затек – у 3 (4,4%). В отдаленный послеоперационный период (>6 мес после уретропластики) рецидив СМИК отметили 6 (8,8%) пациентов, эректильную дисфункцию – 18 (26,5%). К сожалению, привести точные данные о количестве эректильной дисфункции не представляется возможным: во-первых, у 52 (76,5%) больных имела место посттравматическая стриктура и из них 18 (34,6%) пациентов имели эректильную дисфункцию до операции (индекс ПЕФ < 16). Во-вторых, лишь 22 (32,4%) пациента после открытой уретропластики были под нашим наблюдением в течение 6 и более месяцев. Лечение орхоэпидидимита – консервативное, ОЗМ и промежуточного затека – установка уретрального катетера под рентген-контролем или реэпицистостома.

При рецидиве СМИК выполнили у 3 пациентов повторную ВОУТ, по одному пациенту (всего в 2 (3%) наблюдениях) – реУУА, реАБПМИК с хорошим результатом. Вместе с тем, у 1 (1,5%) больного были вынуждены наложить пожизненную эпицистостому.

В послеоперационный период наблюдения (до 6 мес) хороший результат первичных уретропластик отметили у 68 (91,2%) пациентов, плохой – у 3 (4,4%). В отдаленный послеоперационный период (больше 6 мес) у всех 22 (32,4%) 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. Последний показатель можно было бы оценить только по максимальному количеству пациентов, которые вернулись в клинику для уретроцистографии и уретроскопии в отдаленном периоде (минимум через 6–9 мес после хирургической коррекции). Считаем, что истинная частота рецидивов открытых уретропластик могла быть несколько выше при условии более длительного периода наблюдения (в данном исследовании в среднем он составил 9,8±2,3 мес). Вместе с тем, наши данные об успехе дорзальных on-lay или вентральных in-lay буккальных уретропластик по методике Asora, Kulkarni и Palminteri в отдаленный

период соответствовало мировым данным. Так, в обзоре O. Chapple, D. Andrich, S. Kulkarni и соавторов (2014) приводится 88,2% и 90,6% уровень успеха у 240 и 93 пациентов с данной патологией соответственно при периоде наблюдения за большинством пациентов от 27,2 до 77,1 мес [9].

Крайне важным для точной оценки результатов лечения является не только анатомическая локализация или место замещения МИК, но и объективизация послеоперационных данных. С этой целью применяли как ретроградную и/или микционную уретроцистографию, так и прямую визуализацию в виде уретроскопии, что дает наибольшую информацию о наличии рецидива и о состоянии здорового или непораженного МИК.

В используемые критерии оценки результатов открытых уретропластик (см. табл. 2) также включены субъективные признаки, а именно: удовлетворенность пациента актом мочеиспускания, что также активно используется и в экспертных центрах Европы [11].

ВЫВОДЫ

Таким образом, хороший результат первичных открытых уретропластик отметили у 68 (91,2%) больных. Плохой результат – у 3 (4,4%). Общая эффективность первичных и повторных уретропластик составила 95,6% при среднем периоде наблюдения 9,8±2,3 мес.

При аугментационной или заместительной уретропластике более предпочтительна методика буккального графта над кожно-фасциальным лоскутом из-за большей сложности операции ПКФЛ при худших ее результатах: время восстановления мочеиспускания в 1-й группе (ЗБПМИК) составило 16,6 сут против 19,4 сут в 3-й группе (ПКФЛ).

Применение субъективных и объективных критериев оценки результатов открытых уретропластик требует дальнейшего внедрения в работу урологической службы.

Наиболее объективными в оценке наличия рецидива заболевания считаем выполнение уретроцистографии и уретроскопии через 3–6 мес после открытой реконструкции мочеиспускательного канала.

Порівняльне оцінювання використання різних видів відкритих уретропластик при довгих стриктурах та облітераціях сечівника С.О. Возіанов, І.І. Горпинченко, С.М. Шамраєв, І.О. Бабюк, М.А. Рідченко, С.І. Козахіна, О.М. Корнієнко, М.Г. Романюк

Мета дослідження: проведення порівняльного оцінювання ефективності різних видів відкритих уретропластик при довгих стриктурах і облітераціях сечівника.

Матеріали та методи. Ретроспективно оцінені результати відкритих уретропластик у 68 пацієнтів за 2003–2015 р. Хворі були розподілені на 4 групи: 1-а група – аугментативна буккальна уретропластика – 11 (17,0%) хворих; 2-а група – уретро-уретроци уретро-простатоанастомоз – 39 (53,0%); 3-я група – замісна пластика шкірно-фасціальним лоскутом – 8 (13,0%); 4-а група – замісна буккальна уретропластика – 10 (17,0%).

Результати. Середня довжина стриктур сечівника 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 період 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 в 4-й групі – 17,1±1,1 доби. Ускладненнями у ранній період (до 30 діб) були: гостра затримка сечі – у 4 (5,9%) випадках, орхоепидидиміт – у 5 (7,4%), проміжний заплив – у 3 (4,4%) випадках. У віддалений післяопераційний період рецидив стриктури – у 6 (8,8%) випадках, еректильна дисфункція – у 18 (26,5%).

Заключення. Добрий результат відзначили у 65 (91,2%) хворих, поганих – у 3 (4,4%), сумнівний – у 3 (4,4%). Загальна ефективність становила 95,6% при середньому періоді спостереження 9,8±2,3 міс.

Ключові слова: сечівник, набуті стриктури/облітерації, хірургічне лікування, відкрита уретропластика.

Comparative evaluation of the different types of open urethroplasty in long stricture and obliteration of the urethra

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

Objective: to conduct a comparative assessment of the effectiveness of different types of open urethroplasty in long strictures and obliteration of the urethra.

Materials and methods. The results of open urethroplasty in 68 patients for the period 2003–2015 years were reviewed retrospectively. These patients divided into 4 groups: 1st – augmentation buccal mucosa urethroplasty (BMU) – 11 (17,0%), 2nd – urethro-urethro- or urethro-prostatoanastomosis – 39 (53,0%), 3rd – substitution skin

and fascial flap urethroplasty – 8 (13,0%), 4th – substitution BMU – 10 (17,0%).

Results. 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. The average length of recovery independent of urination was: 1st gr. – 19,3±0,7, 2nd gr. – 16,6±0,7, 3rd gr. – 19,4±1,6 and in 4th gr. – 17,1±1,1 days. Complications in the early recovery period (30 days) were: acute urinary retention – 4 (5,9%) observations, orhoepididymitis – 5 (7,4%), fistula perinealis – 3 (4,4%). The recurrence of urethral stricture in long-term follow-up we observed in 6 (8,8%) patients, but erectile dysfunction – in 18 (26,5%).

Conclusions. Good result noted in 65 (91,2%) patients, bad results – in 3 (4,4%), doubtful results – in 3 (4,4%). The overall effectiveness was – 95,6%, with a mean follow-up – 9,8±2,3 months.

Key words: urethra, acquired stricture/obliteration, surgical treatment, open urethroplasty.

Сведения об авторах

Возианов Сергей Александрович – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. Юрия Коцюбинского, 9а
Горпинченко Игорь Иванович – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. Юрия Коцюбинского, 9а
 E-mail: sexology@sexology.kiev.ua

Шамраев Сергей Николаевич – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. Юрия Коцюбинского, 9а

Бабюк Игорь Алексеевич – ДонНМУ им. М. Горького, 84404, Донецкая область, г. Красный Лиман, ул. Кирова, 27.

Ридченко Мария Андреевна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.П. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

Козачихина София Игоревна – Российский университет дружбы народов, 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 8

Корниенко Алексей Михайлович – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. Юрия Коцюбинского, 9а. E-mail: androg.alex@gmail.com

Романюк Максим Григорьевич – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. Юрия Коцюбинского, 9а. E-mail: maxxhole@mail.ru

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/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 // Питання експер.клініч.медицини. – 2013. – Т. 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. Chapple C., Andrich D., Atalu A. et al. SIU/ICUD Consultation on urethral strictures. The management of anterior urethral stricture disease using substitution urethroplasty//<http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2014.09.012>.
10. Greenwell T.J., Venn S.N., Mundy A.R. Changing practice in anterior urethroplasty/BJU Intern. – 1999. – Vol. 83. – P. 631–635.
11. 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.

Статья поступила в редакцию 21.02.2016