

УДК 616.643-07.271-089

Д. Р. Ясюкайт², А. В. Строцкий¹

¹Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»,

²Учреждение здравоохранения

«4-я городская клиническая больница г. Минска им. Н. Е. Савченко»

г. Минск, Республика Беларусь

СТРИКТУРЫ ПЕНИЛЬНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ

Введение

Лечение уретральных стриктур остается одной из самых сложных проблем современной урологии. Тактика хирургического лечения зависит не только от этиологии, протяженности стриктуры, но и от локализации [1, 2]. Стриктуры мембранозного и бульбозного отделов в абсолютном большинстве лечатся одномоментно, в то же время при локализации сужения в пенильном отделе нередко приходится использовать двухэтапные методы: сначала создание и подготовку запаса пластического материала, а затем пластику канала [3]. При этом следует отметить, что результаты внутренней оптической уретротомии при локализации стриктур в пенильном отделе хуже, чем в бульбозном и мембранозном отделах уретры.

Цель

1. Исследовать этиологические факторы, приводящие к стриктурной болезни пенильного отдела уретры.
2. Оценить частоту и сроки рецидивирования пациентов со стриктурами пенильного отдела уретры в зависимости от методов оперативного пособия.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ 228 случаев стриктурной болезни уретры леченных в стационаре за период с 2019 по 2023 гг. В выборку включены только пациенты, получавшие тот или иной вид хирургического лечения. В выборку нами были включены стриктуры меатального, ладьевидного, пенильного, бульбозного отделов уретры, стенозы и дистрикционные дефекты мембранозного отдела, стенозы и облитерации простатического отдела уретры. Стенозы шейки мочевого пузыря из исследования были исключены.

Результаты исследования и их обсуждение

Из всех 228 пациентов со стриктурами уретры у 128 (56%) были стриктуры пенильного, меатального, ладьевидного отделов уретры.

В случае поражения двух и более отделов при условии, что зона спонгиоза занимает по протяженности более 50% соответствующего отдела уретры, стриктура считалась нами субтотальной. В случае мультифокального поражения производился учет локализации наиболее протяженного участка стриктуры.

Этиология стриктур пенильного отдела уретры

По этиологическому признаку выделялись:

- ятрогенные стриктуры уретры (ЯСУ) – 46,1% случаев (п-59);
- травматические стриктуры (ТСУ) – 9,4% (п-12);
- воспалительные стриктуры (ВСУ) – 29,7 % (п-38);
- идиопатические стриктуры (ИСУ) – 11,7 % (п-15);

- стриктуры уретры у пациентов, оперированных ранее по поводу гипоспадии – 3,1% (п-4).

В странах с высоким уровнем развития медицины наиболее часто встречаются стриктуры ятрогенной этиологии. Причиной роста заболеваемости является широкое распространение малоинвазивных трансуретральных эндоскопических операций.

Травмы сексуального характера (повреждение уретры при переломе полового члена, введение инородных предметов в уретру и др.) являются этиологическим фактором для развития стриктур пенильного отдела уретры.

Бактериальный (гонококковый) уретрит как фактор развития стриктуры чаще встречается в развивающихся странах.

Наличие идиопатических стриктур связано, по мнению авторов, с трудностями сбора анамнеза (бессознательные состояния, алкогольное опьянение, сокрытие пациентом анамнестических данных и др.).

Протяженность стриктуры

Измерение протяженности стриктуры производилось интраоперационно: при реконструктивных операциях – непосредственно, при БОУТ – с использованием маркированного мочеточникового катетера 4 СН. В остальных случаях приходилось опираться на косвенные данные, а именно – на рентгенологические и сонографические данные. В подавляющем большинстве случаев (n=98; 76,4%) протяженность пенильных стриктур составляла до 20 мм, при этом доля стриктур от 11 мм до 20 мм составляла до 40,3%.

Для ятрогенных и травматических стриктур была характерна меньшая протяженность рубцовой деформации и спонгиоза – $1,5 \pm 0,5$ см. Воспалительные и идиопатические стриктуры имели большую протяженность – $2,7 \pm 0,6$ см.

Оперативные пособия

У 128 пациентов со стриктурами пенильного отдела уретры выполнено 143 оперативных пособия.

Внутренняя оптическая уретротомия выполнялась по общепринятой методике с использованием уретротомов с «холодным ножом».

В тех случаях, когда причиной стриктур головчатой уретры был лихен-склероз, обязательно проводилось патогистологическое исследование.

Заместительная уретропластика была выполнена при протяженных стриктурах пенильного отдела уретры более 20 мм. При выполнении заместительной уретропластики применялась только дорзальная фиксация графта. При выполнении реконструктивных оперативных вмешательств у 9 пациентов была произведена двухэтапная реконструкция, у 12 пациентов – одноэтапная пластическая операция.

Выводы

1. Анализ случаев стриктурной болезни пациентов, леченных в клинике в 2019–2023 гг., показал преобладание стриктур пенильного отдела уретры. Отмечено достоверное преобладание стриктур ятрогенного характера.

2. Для стриктур пенильного и головчатого отделов уретры характерен высокий процент воспалительных стриктур.

3. Постепенное увеличение числа реконструктивных операций при протяженных стриктурах уретры позволит уменьшить не только процент рецидивных стриктур, но и общее число пациентов с данной патологией.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Коган, М. И. Стриктуры уретры у мужчин: реконструктивно-восстановительная хирургия : иллюстрированное руководство / М. И. Коган. – М. : Практическая медицина, 2010. – 139 с.
2. Внутренняя оптическая уретротомия: эффективность и место в современной урологии / С. В. Котов [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. – 2017. – № 2. – С. 112–116.
3. Оперативное лечение стриктур и облитераций уретры / М. И. Коган [и др.] // Урология. – 2015. – № 2. – С. 17–23.
4. Hampson, L. A. Male urethral strictures and their management / L. A. Hampson, J. W. McAninch, B. N. Breyer // Nature reviews. Urology. – 2013. – Vol. 11, № 1. – P. 43–50.

УДК 616.643–07.271–089

Д. Р. Ясюкайт², А. В. Строцкий¹, К. О. Образков¹

¹Государственное учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»,

²Учреждение здравоохранения

«4-я городская клиническая больница г. Минска им. Н. Е. Савченко»

г. Минск, Республика Беларусь

АДАПТАЦИЯ БУККАЛЬНОГО ГРАФТА ПРИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ УРЕТРОПЛАСТИКЕ ПРОТЯЖЕННЫХ СТРИКТУР УРЕТРЫ

Введение

Разнообразие современных методов диагностики и лечения стриктурной болезни уретры только подчеркивает нерешенность проблемы и определяет широкое поле для дискуссий и исследований. Способ лечения напрямую зависит от этиологии, локализации и протяженности поражения, фиброзной перестройки окружающих тканей [1–3]. Наиболее сложной проблемой являются случаи протяженного спонгиоза, и наиболее предпочтительным способом лечения в этих случаях является уретропластика с использованием флаппов (лоскутов «на сосудистой ножке») и графтов («свободных лоскутов») [4].

Ключевым вопросом в адаптации графта является его питание, а именно – состояние сосудистой сети графта в ранний послеоперационный период, когда именно от адекватной доставки питательных веществ и эвакуации продуктов клеточного метаболизма зависит состояние аутотрансплантата. Современная оценка микрососудов в послеоперационный период возможно с использованием патоморфологических методов, а именно – выполнением биопсии графта и дальнейшей световой микроскопией окрашенных препаратов. Основным недостатком метода является его инвазивность. Современным методом визуализации микрососудов графта является метод дерматоскопии с использованием как поляризованного, так и неполяризованного света. В большинстве случаев используются светоизлучающие диоды, которые обеспечивают освещение, и дерматоскопы, оснащенные линзами с увеличением в 10–20 раз [1–4].

Цель

Изучение состояния аутотрансплантата буккальной слизистой в новых для него условиях уретральной площадки, когда меняются окружающие его условия: способ питания, pH уретральной площадки, паракринные воздействия подграфтных тканей.