

Павлов В.Н.¹, Казихинов Р.А.², Сафиуллин Р.И.¹, Казихинов А.А.¹, Фарганов А.Р.¹, Акчулпанов Т.Х.¹

Выбор оптимального метода и способы улучшения результатов хирургического лечения у пациентов с посттравматическими, воспалительными стриктурами и облитерациями уретры

1 - Кафедра урологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2 - Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, г. Уфа

Pavlov V.N., Kazikhinurov R.A., Safiullin R.I., Kazihinurov A.A., Farganov A.R., Akchulpanov T.K.

The optimal method choice and ways of surgical treatment improvement for patients with posttraumatic, inflamatory and obstructive strictures of urethra

Резюме

Отсутствие единого стандартизированного подхода и многообразие методик предлагаемых для лечения стриктур и облитераций мочеиспускательного канала остается многогранной проблемой для современной урологии. В статье рассматриваются способы хирургического лечения стриктур и облитераций уретры с учетом этиологии, локализации, протяженности, выраженности спонгиозифиброза. Предложен способ оценки оптимальной зоны резекции при анастомотической уретропластике, зоны фиксации буккального графта и флэпа с применением лазерного анализатора капиллярного кровотока, что позволит улучшить результаты хирургического лечения этой категории больных.

Ключевые слова: стриктура и облитерация уретры у мужчин, пластика уретры, травма уретры, лазерный анализатор капиллярного кровотока

Summary

The lack of consistent standardized approach and variety of suggested methods for strictures and urethra obliteration treatment are still complicated problems for the modern urology. In this article, we investigate surgical treatment methods of urethra strictures and obliterations, taking into account the aetiology, localization, extension and intensity of spongiobfibrosis. The method for estimation of optimal resection zone in anastomotic urethroplasty, fixation zones of buccal graft and flap, using transcappillary flow laser analyzer, is proposed. This will give the opportunity to improve the surgical treatment results for this category of patients.

Key words: urethra stricture and obliteration of men, urethraplasty, urethra trauma, transcappillary flow laser analyzer

Введение

Стриктуры уретры являются одной из наиболее социально значимых проблем, с учетом неуклонного роста травматических (ДТП, бытовые травмы и др.) и ятрогенных (длительная или неадекватная катетеризация уретры, эндоурология) поражений. По информации американской (AUA Washington, 2011; Atlanta, 2012) и европейской (EAU Vienna, 2011; Paris, 2012) ассоциации урологов в последние годы отмечается существенный рост числа мужчин с данной патологией (Коган М.И., 2013). Чаще специалистам приходится сталкиваться с приобретенными стриктурами уретры, которые могут вызываться травмами (70%), воспалительными процессами (15%), ятрогенными причинами (13%)[1,2,7,8].

Однако, не существует универсальной хирургической техники, приемлемой для различных видов стриктур, что обязывает урологов, занимающихся данной проблемой, владеть различными методами уретропластики и выбирать из их большого разнообразия наиболее подходящий вариант в соответствии с конкретной клинической ситуацией. Сегодня оперативная техника лечения стриктур продолжает развиваться. Доказанная несостоятельность малоинвазивных методик, таких как внутренняя оптическая уретротомия, стентирование и бужирование уретры, подтолкнуло урологов, даже, при казалось бы, неплохих результатах открытых хирургических методов, искать способы их усовершенствования [3,4,5,7,8].

Материалы и методы

На базе урологического отделения РКБ им. Г.Г. Куватова в период с 2014 по 2016 г. было выполнено 83 открытых реконструктивно-пластических операции по поводу посттравматических, воспалительных, ятрогенных, идиопатических и др. стриктур и облитераций уретры. Пациенты были разделены на 5 групп в зависимости от пораженного отдела: 1-я группа – пенильный отдел – 23 пациента, 2-я группа – пенильно-бульбозный отдел – 9 пациентов, 3-я группа – бульбозный отдел – 16 пациентов, 4-я группа – бульбо-мембранозный/мембранозный отдел – 29 пациентов, 5-я группа – пануретральное поражение – 6 пациентов. Распределение пациентов по отделу поражения уретры на рис. 1.

54,2% пациентов имели надлобковый мочеотводящий дренаж, против 45,8% с самостоятельным мочеиспусканием (45 и 38 пациентов соответственно). Предстоящий способ уретропластики определяли учитывая возраст, этиологию, анамнез, результаты рентгенологических (восходящая уретрография, микционная цистоуретрография) и уродинамических (урофлоуметрия) методов исследования. При этом, медиана максимальной скорости мочеиспускания, у пациентов с сохранным актом, составила 7,3 мл/сек.

Пациентам 1-й группы выполнялись преимущественно аугментационные пластики буккальным графтом (dorsal onlay, dorso-lateral onlay, dorsal inlay), формирование уретральной площадки, как 1 – этап многоэтапной

Рис. 1. Распределение пациентов по отделу поражения уретры

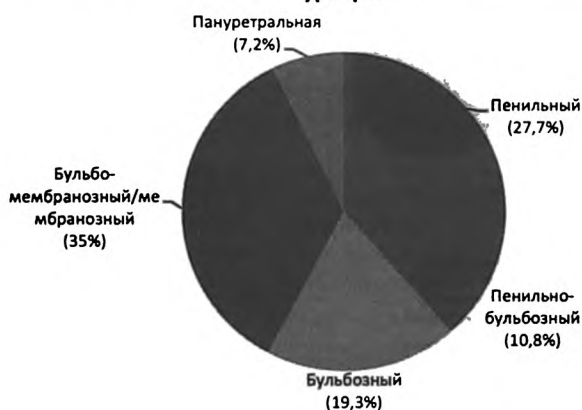
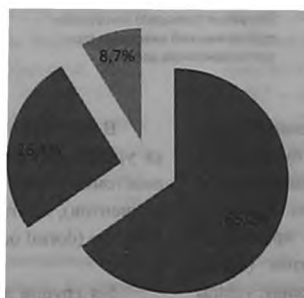


Рис. 2. Вид уретропластики при поражении пенильного отдела



- Буккальный графт (dorsal onlay, dorso-lateral onlay, dorsal inlay)
- Комбинированная уретропластика (операция McAninch, Grandi + буккальный графт – «сендвич» - методика)
- Кожный флэп

Рис.3. Вид уретропластики при поражении пенильно-бульбозного отдела



- Буккальный графт (dorsal onlay, dorso-lateral onlay, dorsal inlay + ventral onlay, ventral onlay)
- Комбинированная уретропластика (кожный флэп + буккальный графт)
- Кожный флэп

Рис. 4. Вид уретропластики при поражении бульбозного отдела

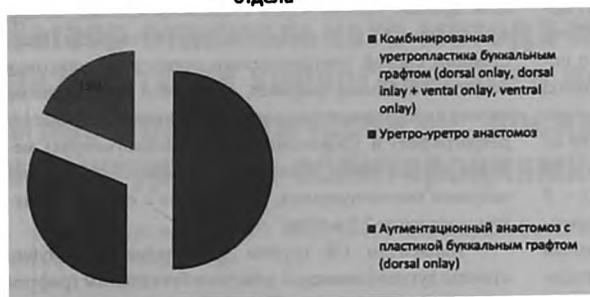


Рис. 5. Вид уретропластики при поражении бульбо-мембранозного/мембранозного отдела

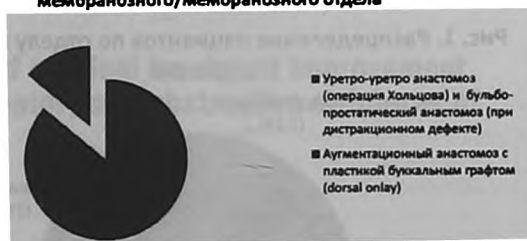
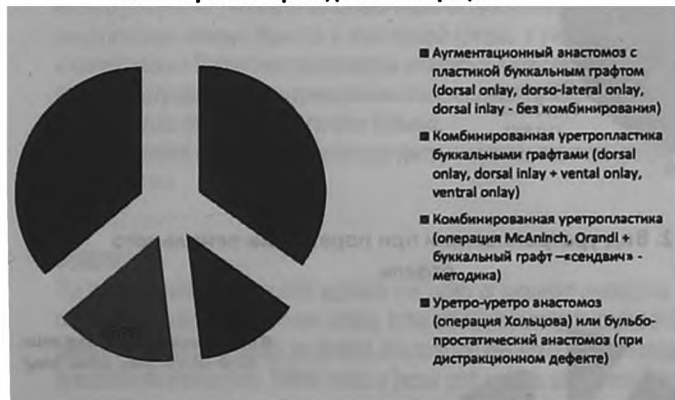


Рис. 6. Варианты проведенных операций



пластики – 65,2% (15 пациентов), комбинированная уретропластика (операция McAninch, Orandi + буккальный графт –«сендвич» - методика) – 26,1% (6 пациентов) и кожный флэп – 8,7% (2 пациента) случаев. Рис. 2.

Пациентам 2-й группы выполнялись преимущественно уретропластики буккальным графтом (dorsal onlay, dorso-lateral onlay, dorsal inlay + ventral onlay, ventral onlay) – 44,5% (4 пациента) и комбинированные уретропластики (кожный флэп + буккальный графт) – 44,5% (4 пациента), и в одном случае использовался только кожный лоскут (11% соответственно). Рис. 3.

В 3-й группе в зависимости от протяженности стриктуры выполнялась преимущественно комбинированные уретропластики буккальным графтом (dorsal onlay, dorsal inlay + ventral onlay, ventral onlay) – (8 пациентов), уретро-уретро анастомоз – (5 пациентов), аугментационный анастомоз с пластикой буккальным графтом (dorsal onlay) – (3 пациента) случаев. Рис. 4.

В 4-й группе в превалирующих случаях выполнялся уретро-уретро анастомоз и бульбо-простатический анастомоз (при distractionном дефекте) – 86,2% (25 пациентов), и аугментационный анастомоз с буккальным графтом (dorsal onlay) – 13,8% (4 пациента) случаев. Рис. 5.

5-я группа характеризовалась наличием протяженных стриктур (пануретральная стриктура), требующих многоэтапной пластики – буккальный графт (1 – этап – формирование уретральной площадки) – у всех пациентов, с тубулизацией уретры – 3 пациента (50%), либо использования комбинированный уретропластики (кожный лоскут + дополнительно буккальный графт) у 3 пациентов (50%) при 2 и 3 - этапе.

Все прооперированные пациенты были условно разделены на 2 группы: первая - анастомотическая пластика уретры - 30 (36,1%) пациентов, вторая – увеличительная пластика уретры (в том числе многоэтапные операции)

- 53 (63,9%). Возраст пациентов варьировал от 18 до 83 года (медиана 53 года). Протяженность стриктур и облитераций уретры составила от 1 до 16 см (медиана 3 см). В двух случаях пациентам была наложена перинеостомия. Продолжительность наблюдения варьировала от 1 до 24 мес. (медиана 6 мес.). Варианты проведенных операций представлены на Рис. 6.

Результаты и обсуждение

Отсутствие унифицированных критериев оценки эффективности после хирургического лечения не позволяют объективизировать данные. Контрольный динамический осмотр пациентов осуществлялся через 1, 3, 6 и 12 мес, где оценивались жалобы, показатели урофлоуметрии (удовлетворительным принято считать показатель Qmax более 15 мл/сек). По показаниям выполнялись уретрография, УЗИ с оценкой остаточного объема мочи. Далее, при отсутствии жалоб, удовлетворительных показателей урофлоуметрии, пациенты осматривались каждые 6 мес. Проведя предварительный анализ результатов хирургического лечения 83 пациентов в сроках наблюдения от 1 до 24 месяцев, эффективность уретропластики в первый год наблюдения составила 87,3% в первой группе, 82,3% во второй группе. Ко второму году наблюдения, успешными можно было считать 84,8% и 78,6% соответственно. Подобная динамика, прежде всего касающаяся урофлоуметрических показателей, наблюдается и в работах А. Mundy, G. Gordan, О. Б. Лоран [6,9].

Заключение

Современные методы хирургического лечения стриктур и облитераций уретры, как анастомотическая и

увеличительная пластика уретры являются эффективными и надежными методами. Достигнуты стабильные положительные результаты в 80-90% случаев, однако, остается до конца не решенным вопрос при многоэтапных вмешательствах, многократных рецидивах с дефицитом пластического материала. Важным фактором адекватного выполнения пластики уретры является иссечение всех рубцовых тканей, оценки жизнеспособности зоны анастомоза и уретральной площадки, определение зоны резекции. Это может быть достигнуто с помощью аппарата лазерного анализатора капиллярного кровотока (ЛАКК-01). Исследование этого направления начато с 2016 года в нашей клинике, результаты которого будут доложены в последующих работах.

Павлов В.Н. – д.м.н., профессор, член – корр. РАН, заведующий кафедрой урологии с курсом ИДПО, ректор ФГБОУ ВО «БГМУ» Минздрава России, Уфа, Казихи-нуров Р.А. – к.м.н., врач высшей категории, ординатор урологического отделения. РКБ им. Г.Г. Куватова, Уфа, Сафиуллин Р.И. – д.м.н., профессор кафедры урологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО «БГМУ» Минздрава России, Уфа, Казихи-нуров Альб. А. – д.м.н., профессор кафедры урологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО «БГМУ» Минздрава России, Уфа, Фарганов А.Р. – аспирант кафедры урологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО «БГМУ» Минздрава России, Уфа, Акчулпанов Т.Х. – клинический ординатор кафедры урологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО «БГМУ» Минздрава России, Уфа, Автор, ответственный за переписку - Казихи-нуров Рустем Альфритович, Roziuro@mail.ru

Литература:

1. Мартнов А.Г., Ермаков Д.В., Салюков Г.А., Фахретдинов Г.А.: Отдаленные результаты эндоскопического лечения стриктур уретры. Урология. 2007; - №5. – стр. 27-33
2. Becker H., Miller J., Noske H et al. Transurethral laser urethrotomy with argon laser: experience with 900 urethrotomies in 450 patients from 1978 to 1993. Urologia Internationalis. – 1995. – V. 55 №3 – p. 150-153
3. Котов С.В.: Новые методы уретропластики при стриктурах уретры у мужчин. – Анналы хирургии. 2015; 4: 9-11
4. Коган М.И. Стриктуры уретры у мужчин. Реконструктивно-восстановительная хирургия/ М.И. Коган// Иллюстрированное руководство. – М.: Практ. медицина, 2010
5. Коган М.И., Красуллин В.В., Митусов Б.В., Шангичев В.А., Аметов Р.Э., Наранов С.В.: Эффективность хирургического лечения протяженных и субтотальных стриктур уретры у мужчин. – Медицинский вестник Башкортостана. 2013; том.8, - №2. – стр. 95-97
6. Лоран О.Б., Велиев Е.И., Котов С.В., Беломятцев С.В.: Результаты применения слизистой оболочки щетки при augmentационных пластиках уретры. – Лечебное дело. 2012; №2. – стр. 93-98
7. Пушкарь Д.Ю., Живов А.В., Багаутдинов М.Р., Исмаилов М.-Р.М.: Качество жизни мужчин после различных операции по поводу стриктуры уретры. – Андрология и генитальная хирургия. 2013; №2. – стр. 26-30
8. Mundy AR, Andrich DE.. Urethral strictures. BJU Int 2011; 107: 6-26
9. Andrich D.E., Mundy A.R. Non-transecting anastomotic bulbar urethriplasty: a preliminary report. BJU Int. 2012; 109 (7): 1090-4