

© СУХОВЕРХОВ А. О., КАПСАРГИН Ф. П., ОКЛАДНИКОВ А. Ю., ГОВОРУШКИН П. В., ШИРЯКОВА О. И., ЕРШОВ А. В.
УДК 611.62

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СТРИКТУРАМИ УРЕТРЫ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

А. О. Суховерхов¹, Ф. П. Капсаргин¹, А. Ю. Окладников², П. В. Говорушкин², О. И. Ширякова¹, А. В. Ершов¹
¹ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Министерства здравоохранения РФ, ректор — д. м. н., проф. И. П. Артюхов; кафедра урологии, андрологии
и сексологии, зав. — д. м. н., доц. Ф. П. Капсаргин; ²КГБУЗ Красноярская межрайонная клиническая
больница скорой медицинской помощи им. Н. С. Карповича, гл. врач — А. Б. Коган; отделение урологии,
зав. — А. Ю. Окладников.

Цель исследования. Провести анализ эффективности лечения стриктур уретры (по материалам урологического отделения КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н. С. Карповича» за 2010-2015 гг.)

Материалы и методы. В исследование входило 150 историй болезни мужчин со стриктурами мочеиспускательного канала различной локализации. Больным проводилось как консервативное, так хирургическое лечение.

Результаты. Проведена сравнительная оценка результатов лечения больных со стриктурами уретры различных этиологий и локализаций. В работе представлена эффективность различных методик: бужирования уретры, внутренней оптической уретротомии (ВОУТ), буккальной уретропластики, анастомоза «конец в конец» и меатотомии.

Заключение. Выявлено, что в настоящее время имеется тенденция к расширению показаний к буккальной пластике, как наиболее эффективного метода лечения протяженных стриктур уретры.

Ключевые слова: стриктуры уретры, буккальная уретропластика, бужирование уретры, внутренняя оптическая уретротомия.

RESULTS OF THE TREATMENT THE PATIENTS WITH URETHRAL STRICTURE OF DIFFERENT LOCALIZATION

A. O. Sukhoverkhov¹, F. P. Kapsargin¹, A. Y. Okladnikov², P. V. Govorushkin², O. I. Shiriakova¹, A. V. Yerшов¹
¹Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V. F. Voino-Yasenetsky
²Krasnoyarsk interdistrict Clinical Hospital of Emergency Medical Care. N. S. Karpovicha.

The aim of the research. To analyze the effectiveness of the treatment of urethral strictures (based on the data of urological department KGBUZ «Krasnoyarsk Interdistrict Clinical Hospital of Emergency Medical Care named after N. S. Karpovicha» for 2010-2015).

Materials and methods. The study included 150 patients with urethral stricture of different localization. All patients underwent both conservative and surgical treatment.

Results. It was conducted comparative evaluation of treatment results the patients with urethral strictures of various etiologies and localizations. The paper presents the effectiveness of different techniques: bougienage urethra, internal optical urethrotomy (IOU), buccal urethroplastic, anastomosis «end to end» and meatotomy.

Conclusion. It was revealed that at present there is a tendency to expand the indications for buccal plastic, as the most effective method of treatment of long urethral strictures.

Key words: urethral stricture, buccal urethroplasty, bougienage the urethra, internal optical urethrotomy.

Введение

Одной из актуальных проблем современной урологии является лечение стриктур уретры. Частота встречаемости данной патологии в структуре заболеваний мочеполовой системы составляет около 6% [10].

В настоящее время предложено большое количество консервативных и хирургических методов лечения стриктур уретры, однако, показатели эффективности

лечения, по данным разных авторов, остаются достаточно низкими (возникновение рецидива до 30% случаев) [10].

Материалы и методы

В исследование входило 150 историй болезни — мужчины со стриктурами мочеиспускательного канала различной локализации. Больным проводилось как консервативное, так хирургическое лечение.

Средний возраст пациентов составил $55,4 \pm 4,5$ лет. Пациентов трудоспособного возраста (от 18 до 55 лет) было 45,5%, что свидетельствует о социально-экономической значимости проблемы.

По этиологии все пациенты были разделены на следующие группы: травматическая – 89($59,3 \pm 4,0\%$), воспалительная – 40($26,7 \pm 3,6\%$), ятрогенная – 21($14 \pm 2,8\%$).

В большинстве случаев стриктура распространялась на бульбозный и пенильный отделы мочеиспускательного канала – 59($39,3 \pm 4,0\%$) и 35($23,3 \pm 3,5\%$) соответственно. У 17($11,3 \pm 2,6\%$) пациентов – в патологический процесс был вовлечен мембранозный отдел. У 19($12,7 \pm 2,7\%$) – простатический отдел уретры. Стриктура наружного отверстия уретры наблюдалась у 20($13,3 \pm 2,8\%$) больных. Рецидив стриктуры встречался у 54($36 \pm 3,9\%$), в то время как 96($64 \pm 3,9\%$) пациентов госпитализированы впервые.

У всех пациентов собран анамнез и проведено физикальное обследование по общепринятой методике.

При выполнении буккальной уретропластики особое внимание уделяли состоянию донорских зон.

Всем пациентам проводили стандартную лабораторную диагностику включающую: развернутый анализ крови, общий анализ мочи. Биохимический анализ проводился в качестве скрининга для выявления патологии внутренних органов. Особое внимание уделяли состоянию свертывающей системы крови (в случае выраженных изменений – лечение откладывалось до момента их устранения).

Так же одной из причин стриктур уретры у мужчин является резистентность микроорганизмов к антибактериальной терапии, которая при наличии острых уретритов приводит к хроническим вялотекущим формам с исходом в стриктурирование уретры [5]. Поэтому для определения бактериальной флоры проводилось культуральное исследование с целью определения чувствительности микроорганизмов к лекарственным препаратам и возможности назначения в раннем предоперационном периоде адекватной антимикробной терапии.

При оценке результатов обращало на себя внимание преобладание грамотрицательной флоры: *Klebsiella pneumoniae* – 22%, *Escherichia coli* – 16,5%, *Enterococcus faecalis* – 8,5%, *Staphylococcus epidermidis* – 3,6%. В 10% случаев бактериологический посев роста микрофлоры не дал.

Для диагностики стриктур уретры, определения локализации использовали ретроградную уретрографию, соноуретрографию, урофлоуметрию, микционную цистоуретрографию, что входит в национальные рекомендации для обследования больных с данной патологией, причем золотым стандартом диагностики стриктур мочеиспускательного канала являются ретроградная уретрография и микционная цистоуретрография [3,4]. Однако отмечается, что протяженность стриктуры, определяемая при соноуретрографии, наиболее точно соответствует протяженности структуры, оцениваемая интраоперационно [12]. В отдельных случаях использовалась уретроскопия.

Учитывался срок формирования структуры уретры, поскольку какие-либо манипуляции можно выполнять не ранее чем через 3 месяца после травматического воздействия или воспалительных явлений. Данный срок необходим для окончательного формирования рубцовой ткани в зоне повреждения или в зоне разрешения воспаления, что снижает риск рецидива стриктурирования вследствие неполной резекции измененных тканей [1,2].

Эффективность хирургического лечения больных оценивали, учитывая следующие данные: характер осложнений в раннем и отдаленном послеоперационных периодах (рецидив стриктуры), а так же изменение уродинамических показателей, измеряемых при контрольных обследованиях после проведенного лечения.

Описательные статистики представлены абсолютными величинами и процентными долями с их стандартной ошибкой.

Результаты и обсуждение

Метод бужирования уретры. применяли при коротких, проходимых для бужей стриктурах и стриктурах без выраженного спонгиоза, а также у больных с противопоказаниями к хирургическому лечению при сопутствующей патологии. Отдельно хочется акцентировать, что бужирование протяженных или множественных стриктур (более двух) пенильного отдела уретры является сугубо паллиативной процедурой. Данный вид лечения проведен у 45($30 \pm 3,7\%$) пациентов. Из них 17($37,8 \pm 7,2\%$) прошли без рецидива. У 28($62,2 \pm 7,2\%$) пациентов выявлены в различные сроки рецидивы стриктур (в среднем, около 2 месяцев после лечения). Всем больным этой группы дополнительно назначалась лонгидаза 3000 ЕД.

Внутренняя оптическая уретротомия (ВОУТ) произведена 67($44,7 \pm 4,1\%$) пациентам. Данный метод лечения выполняли при стриктурах длиной от 1 до 3 см без обширного спонгиоза. При использовании ВОУТ отмечали меньший травматизм, незначительную кровопотерю, возможностью ранней активизации больных, небольшим процентом недержания мочи, отсутствием осложнений, характерных для открытых операций. Помимо того, малоинвазивные методики дают возможность сокращения продолжительности оперативного вмешательства и сроки послеоперационной реабилитации [2,3,4]. В виду вышеперечисленного современное эндоскопическое оборудование и инструментарий делают возможным иссечение рубцовой ткани под контролем зрения в категорию наиболее предпочтительных методик лечения стриктур уретры во всём мире [2,9,11].

Буккальная пластика выполнялась у 20($13,3 \pm 2,8\%$) пациентов при протяженных стриктурах (от 5 до 15 см) пенильного и бульбозного отделов уретры (рис. 1). Особенно настораживает, что длительные катетеризации уретры при тяжелых состояниях пациентов, находящихся в палатах интенсивной терапии, реанимационных отделениях, формируют «посткатетерные» стриктуры, причем

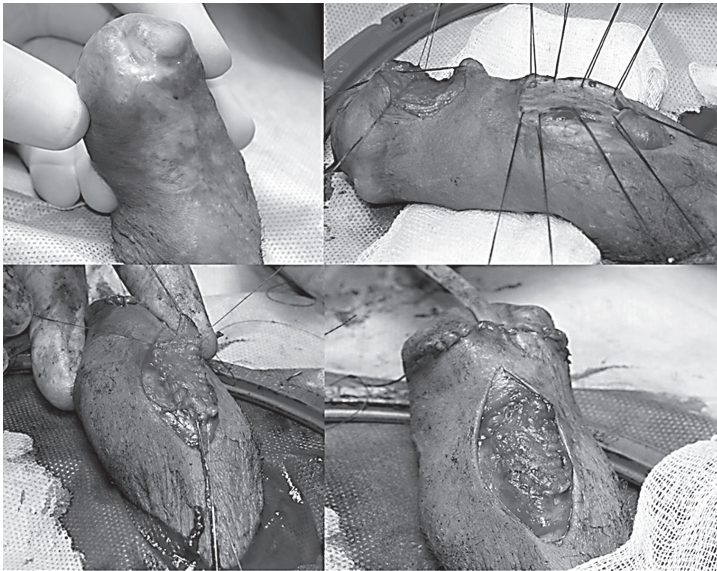


Рис. 1. Буккальная уретропластика, этапы операции (по материалам Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи им. Н. С. Карповича).

именно в этих случаях стриктуры имеют наибольшую протяженность [6], такие стриктуры отмечались у 6 пациентов. Осложнения в послеоперационном периоде наблюдались у 3 пациентов. У этих больных образовались «точечные» мочевици свищи, которые удалось закрыть уретральным дренированием дополнительно на 10 дней. В одном случае отмечалось частичное расхождение краев кожи, в связи с недостаточным дренированием «подкожных» карманов – заживление вторичным натяжением. У трех пациентов отмечались короткие (до 0,2-0,3 см) стриктуры по краям буккального анастомоза, которые потребовали проведения ВОУТ. Можно заключить, что в настоящее время имеется тенденция к расширению показаний к буккальной пластике [7,8,13], как наиболее эффективного метода лечения протяженных стриктур уретры.

Пластика «конец в конец», меатотомия были выполнены у 5(3,3±1,5%) и у 13(8,7±2,3%) больных соответственно. В послеоперационном периоде рецидивов у больных данных групп не отмечалось.

Таким образом, наибольшее количество пациентов, встречающихся со стриктурами уретры, трудоспособного возраста, что свидетельствует о социально-экономической значимости проблемы. По этиологическому фактору большая часть – это больные с травматическими стриктурами уретры. По локализации стриктур уретры преобладают – у 39,3±4,0% стриктуры бульбозного отдела, у 23,3±3,5 % стриктуры пенильного отдела.

Исследуя посев мочи у больных со стриктурами уретры, было выявлено преобладание грамотрицательной флоры, что требует раннего назначения антибактериальных препаратов, таких как цефалоспорины II поколения, фторхинолоны.

Особое внимание необходимо обратить на качество проведения катетеризации уретры в смежных отделениях – использование силиконовых и серебродержащих дренажей, применение адекватных лубрикатов, соблюдение оптимальных сроков удержания уретральных катетеров.

Заключение

Следовательно, анализ эффективности лечения структур уретры показал, что бужирование уретры может применяться лишь в случаях наличия непротяженных стриктур без спонгиоза, применяя в комплексе лечения препараты гиалуронидазы. Во всех других случаях методика бужирования является сугубо паллиативной процедурой. Внутреннюю оптическую уретротомию необходимо использовать при стриктурах уретры размерами 1-3 см без выраженного спонгиоза. ВОУТ является малоинвазивным и наиболее эффективным методом лечения непротяженных стриктур уретры, позволяющим избежать пластических операций на уретре; буккальная уретропластика показала достаточно высокую эффективность в лечении протяженных стриктур преимущественно пенильного отдела уретры от 3 до 15 см.

Литература

1. Игнашин Н.С., Евсеев А.В. Соноуретрография в диагностике стриктур уретры. Визуализация в урологии // Экспериментальная и клиническая урология. – 2010. – № 3. – С. 40-42.
2. Камалов А.А., Даренков А.Ф., Чиненный В.Л. Профилактика воспалительных осложнений после трансуретральных эндоскопических вмешательств на нижних и верхних мочевых путях // Сборник научных трудов «Эндоскопическая хирургия и дистанционная литотрипсия». – М., 2002. – С. 240.
3. Лопаткин Н.А. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. – М.: Медицина, 1999. – 216 с.
4. Лопаткин Н.А., Мартова А.Г. Избранные лекции по урологии: руководство для врачей. – М.: МИА, 2008. – 556 с.
5. Сидоренко С.В. Тенденции в распространении антибиотико-резистентности среди грамположительных микроорганизмов и перспективы ее преодоления // Клиническая фармакология и терапия. – 2006. – Т. 15, № 2. – С. 7-13.
6. Тенке П., Ковач Б., Бьерклунд Йохансен Т.Е., Мацумото Т., Тамбья П.А., Набер К.Г. Европейско-азиатские рекомендации по ведению пациентов с инфекциями, связанными с уретральным катетером, и по профилактике катетер-ассоциированных инфекций // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2008. – Т. 10, № 3. – С. 201-216.
7. Трапезникова М.Ф., Базаев В.В., Лукьянчиков А.Г., Тибилов А.С. Пластика протяженных рецидивных стриктур

передней уретры свободным трансплантатом буккальной слизистой // Урология. – 2006. – № 1. – С. 3-7

8. Щеплев П.А. Опыт заместительной уретропластики с использованием трансплантата слизи-стой щеки у больных со стриктурой уретры // Андрология и генитальная хирургия – 2004. – № 4. – С. 44-48

9. Andrich D.E., Mundy A.R. Urethral strictures and their surgical management // Br J. Urol. – 2000. – Vol. 86. – P. 571-580.

10. Barbagli G., Palminteri E., Gaazzoni G., Cavalcanti A. // Bulbar urethroplasty using the dorsal approach: current techniques // Inter. Braz. J. Urol. – 2003. – Vol. 29. – P. 155-161

11. Eaton J., Richenberg J. Imaging of the urethra: current status // Imaging. – 2005. – Vol. 17. – P. 139-149.

12. Webster G.D. Perineal repair of membranous urethral stricture // Urol. Clin. North. Am. – 1989. – Vol. 16. – P. 2

References

1. Ignashin N.S., Evseev A.V. Sonourethrography in the diagnosis of urethral strictures. Visualization in Urology // Experimental and Clinical Urology. – 2010. – № 3. – P. 40-42.

2. Kamalov A.A., Darenkov A.F., Chinenny V.L. Prevention of infectious complications after transurethral endoscopic procedures on the lower and upper urinary tract // The collection of scientific papers «Endoscopic surgery and extracorporeal lithotripsy.» – M., 2002. – P. 240.

3. Lopatkin N.A. Benign prostatic hyperplasia // Medicine. – 1999. – 216 p.

4. Lopatkin N.A., Martova A.G. Selected lectures in Urology: A Guide for Physicians. – M.: MIA, 2008. – 556 p.

5. Sidorenko S.V. The trends in the spread of antibiotic resistance among Gram-positive microorganisms and prospects for its overcoming // Clinical Pharmacology and Therapy. – 2006. – Vol. 15, № 2. – P. 7-13.

6. Tenke P., Kovacs B., Bjorklund Johansson T.E., Matsumoto T., Tambya P.A., Naber K.G. Euro-Asian recommendations for the treat of patients with infections associated with urinary catheter, and for the prevention of catheter-associated infections // Clinical Microbiology and Antimicrobial Chemotherapy. – 2008. – Vol. 10, № 3. – P. 201-216.

7. Трапезникова М.Ф., Базаяев В.В., Лукьянчиков А.Г., Тибилев А.С. Plastics of extended recurrent anterior urethral stricture buccal mucosa free graft // Urology. – 2006. – № 1. – P. 3-7.

8. Scheplev P.A. Experience of substitution urethroplasty using buccal mucosa graft in patients with urethral stricture // Androl. and genitive. Surg. – 2004. – № 4. – P. 44-48

9. Andrich D.E., Mundy A.R. Urethral strictures and their surgical management // Br J. Urol. – 2000. – Vol. 86. – P. 571-580.

10. Barbagli G., Palminteri E., Gaazzoni G., Cavalcanti A. // Bulbar urethroplasty using the dorsal approach: current techniques // Inter. Braz. J. Urol. – 2003. – Vol. 29. – P. 155-161.

11. Eaton J., Richenberg J. Imaging of the urethra: current status // Imaging. – 2005. – Vol. 17. – P. 139-149.

12. Webster G.D. Perineal repair of membranous urethral stricture // Urol. Clin. North. Am. – 1989. – Vol. 16. – P. 2.

Сведения об авторах

Суховерхов Андрей Олегович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры урологии, андрологии и сексологии ИПО, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2280878; e-mail: suhov@pochta.ru.

Капсаргин Фёдор Петрович – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой урологии, андрологии и сексологии ИПО, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2280878; e-mail: karsargin@mail.ru.

Окладников Алексей Юльевич – заведующий отделением урологии Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи им. Н. С. Карповича.

Адрес: 660062, г. Красноярск, ул. Курчатова, г. 17; тел. 8(391) 2469403; e-mail: docmchs@mail.ru.

Говорухин Петр Владимирович – врач-уролог отделения урологии Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи им. Н. С. Карповича.

Адрес: 660062, г. Красноярск, ул. Курчатова, г. 17; тел. 8(391) 2469403; e-mail: pit2764@mail.ru.

Ширякова Олеся Игоревна – клинический ординатор кафедры урологии, андрологии и сексологии ИПО, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2280878; e-mail: shiryakov@list.ru.

Ершов Артем Владимирович – ассистент кафедры урологии, андрологии и сексологии ИПО, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2280878; e-mail: ershov1989@mail.ru.

Authors

Sukhoverkhov Andrew Olegovich – Cand. Med. Sc., Associate Professor, Department of Urology, Andrology and Sexology IPO, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V. F. Voino-Yasenetsky, Ministry of Health of the Russian Federation.

Address: 1, P. Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, RF, 660022; Phone: 8 (391) 2280878; e-mail: suhov@pochta.ru.

Kapsargin Fyodor Petrovich – Dr. Med. Sc., The Head of the Department of Urology, Andrology and Sexology IPO, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V. F. Voino-Yasenetsky, Ministry of Health of the Russian Federation.

Address: 1, P. Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, RF, 660022; Phone: 8 (391) 2280878; e-mail: kapsargin@mail.ru.

Okladnikov Alexei Yul'evich – The Head of Department of Urology of the Krasnoyarsk Interdistrict Clinical Hospital of Emergency Medical Care named after N. S. Karpovich.

Address: 17, Karpovich Str., Krasnoyarsk, RF, 660062; Phone: 8 (391) 2469403; e-mail: docmchs@mail.ru.

Govorushkin Petr Vladimirovich – Urologist of Department of Urology of the Krasnoyarsk Interdistrict Clinical Hospital of Emergency Medical Care named after N. S. Karpovich.

Address: 17, Karpovich Str., Krasnoyarsk, RF, 660062; Phone: 8(391)2469403; e-mail: pit2764@mail.ru.

Shiryakova Olesya Igorevna – Clinical Intern of the Department of Urology, Andrology and Sexology IPO, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V. F. Voino-Yasenetsky, Ministry of Health of the Russian Federation.

Address: 1, P. Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, RF, 660022; Phone: 8 (391) 2280878; e-mail: shiryakov@list.ru.

Ershev Artem Vladimirovich – Assistant of the Department of Urology, Andrology and Sexology IPO, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V. F. Voino-Yasenetsky, Ministry of Health of the Russian Federation.

Address: 1, P. Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, RF, 660022; Phone: 8 (391) 2280878; ershov1989@mail.ru.