

²К. О. Образков, ²Д. Р. Ясюкайт, ¹А. В. Строчки

¹Государственное учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь,

²Учреждение здравоохранения
«4 -я городская клиническая больница г. Минска им. Н. Е. Савченко»,
г. Минск, Республика Беларусь

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ СТРИКТУРНОЙ БОЛЕЗНИ УРЕТРЫ

Введение

Стриктурой уретры (СУ) считают полиэтиологическое обструктивное поражение уретры, сопровождающееся симптомами со стороны нижних мочевых путей.

Лечение уретральных стриктур остается одной из самых сложных проблем современной урологии. Хирургическая тактика и результаты напрямую зависят от этиологии, локализации, протяженности поражения, фиброзных изменений парауретральных тканей.

Цель

Проанализировать структуру пациентов со стриктурной болезнью уретры за период наблюдения с 2017 по 2022.

Исследовать этиологические факторы, приводящие к стриктурной болезни.

Оценить частоту и сроки рецидивирования в зависимости от методов оперативного пособия.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ 416 случаев стриктурной болезни уретры у пациентов леченных в стационаре с января 2017 по январь 2022. В выборку включены только пациенты получавшие тот или иной вид хирургического пособия. Из исследования исключались пациенты с диагнозом «стриктура уретры» как сопутствующий иному основному заболеванию. В выборку нами были включены стриктуры спонгиозного отдела уретры, стенозы и дистрикционные дефекты мембранозного отдела, стенозы и облитерации простатического отдела уретры. Стенозы шейки мочевого пузыря из исследования были исключены.

1. Локализация стриктуры уретры:

При анализе локализации стриктур уретры в большинстве случаев мы встречались со стриктурами бульбозного и пенильного отделов уретры. В случае локализации стриктуры в двух смежных отделах уретры нозологическая единица относилась к соответствующей рубрике.

В случае поражения двух и более отделов, при условии, что зона спонгиофиброза занимает по протяженности более 50 % соответствующего отдела уретры, стриктура считалась нами субтотальной.

В случае мультифокального поражения – производился учет локализации наиболее протяженного участка стриктуры.

Ввиду крайней редкости изолированного поражения ладьевидного отдела уретры произведено объединение случаев в рубрику «стриктуры меатального и ладьевидного отдела».

2. Этиология стриктурной болезни:

По этиологическому признаку выделялись:

1. Ятрогенные стриктуры уретры (ЯСУ) – 51,7 % случаев (п-215),

2. Неятрогенные

травматические стриктуры (ТСУ) – 15,4 % (п-64),

воспалительные стриктуры (ВСУ) – в 14,9 % (п-62)

идиопатическими стриктурами (ИСУ) в 14,2 % случаев (п 59).

стриктуры уретры у пациентов, оперированных ранее по поводу гипоспадии – 3,9 % (п -16).

3. Протяженность спонгиоза

Учитывая современную тенденцию к применению радикальных реконструктивных операций при протяженности стриктуры более 10 мм, одной из целей исследования было изучение протяженности стриктур.

Измерение протяженности стриктуры производилось интраоперационно: при реконструктивных операциях - непосредственно, при ВОУТ – с использованием маркированного мочеточникового катетера 4 СН.-

В подавляющем большинстве случаев протяженность стриктур составляла до 20 мм (п-315 или 75,7 %), при этом доля стриктур от 11 мм до 20 мм составлял до 42,3 %.

Для ятрогенных и травматических стриктуры была характерна меньшая протяженность рубцовой деформации и спонгиоза $1,4 \pm 0,5$ см (п-279).

Воспалительные и идиопатические стриктуры имели большую протяженность $2,3 \pm 0,6$ см.

Среди идиопатических стриктур уретры, большую группу составляли стриктуры протяженностью 1,1–2,0 см. -47,6 %.

Оперативные пособия.

Подавляющее большинство пациентов в 2017–2022 гг. получили тот или иной вид хирургического пособия. В 416 случаях стриктурной болезни выполнено 553 оперативных пособия.

Внутренняя оптическая уретротомия выполнялась по общепринятой методике с использованием уретротомов с «холодным ножом». После проведения маркированного мочеточникового катетера стриктура рассекалась на 12 часах условного циферблата до достижения максимального просвета или, оптимально, до появления интактной спонгиозной ткани. Мочевой пузырь дренировался уретральным катетером до 5 суток.

Показанием к анастомотической уретропластике были первичные и рецидивные стриктуры бульбозного или бульбо-мембранозного отдела уретры протяженностью до 20–30 мм. Экспозиция уретрального катетера составляла 10–14 дней.

Заместительная уретропластика (ЗУП) была выполнена при протяженных стриктурах пенильного и бульбозного отдела уретры более 31 мм. При выполнении заместительной уретропластики применялась только дорзальная фиксация графта. В 73,7 % случаев(п-14) при заместительной уретропластике была использована буккальная слизистая. В остальных случаях слизистая нижней губы и слизистая крайней плоти. Основным критерием при выборе той или иной реконструктивной операции были локализация стриктур и протяженность спонгиоза.

Рецидивы стриктурной болезни.

За рецидив стриктуры уретры принималось повторное возникновение сужения мочеиспускательного канала, требующее инвазивного вмешательства (ВОУТ, повторная уретропластика).

Анализ случаев рецидивных стриктур уретры показал стойкую тенденцию к увеличению их числа во временном интервале. При общей доле рецидивных стриктур 57,9 % (п-416) во всей выборке, в 2017 году они составляли 47,9 %, тогда как к 2020 процент рецидивных стриктур составил 69,7 %.

Для анастомотической уретропластики рецидивирование отмечено в 11,1 % случаев, для заместительной уретропластики – 14,3 %.

В 67,7 % случаев эпизод рецидивирования стриктуры, после ВОУТ, отмечался в течении 1 года, а в 46,3 % в течении 6 месяцев. Рецидивы болезни после второй ВОУТ составляли 74,8 %, после третьей ВОУТ – 94,7 %. Наибольшее число рецидивных стриктур встречается в группе воспалительных стриктур уретры и травматических СУ – 60, 5 % и 62,5 % соответственно.

Выводы

1. Анализ случаев стриктурной болезни пациентов, леченных в клинике в 2017–2022 гг., показал преобладание стриктур мембранозного и бульбозного отделов. Отмечено преобладание стриктур ятрогенного характера.

2. Анализ методов лечения стриктурной болезни, выявил преобладание не радикальных методов лечения, и как следствие высокий процент рецидивирования стриктурной болезни.

3. В 67,7 % случаев эпизод рецидивирования стриктуры, после ВОУТ, отмечался в течении 1 года, а в 46,3 % в течении 6 месяцев. Отмечено значимое снижение эффективности ВОУТ группе ятрогенных и травматических стриктуру после первой ВОУТ. Рецидивы болезни после второй ВОУТ составляли 74,8 %, после третьей ВОУТ – 94, 7 %, что указывает на нецелесообразность третьей и последующих ВОУТ в лечении стриктурной болезни.

4. Для анастомотической уретропластики рецидивирование отмечено в 11,1 % случаев, для заместительной уретропластики – 14,3 %.

5. Для группы ятрогенных стриктур уретры выделены пики рецидивирования в течении 1 года после ВОУТ – $4,5 \pm 1,1$ мес. и $11 \pm 0,9$ мес.

6. Постепенное увеличение числа реконструктивных операций при протяженных стриктурах уретры, и постепенный отказ от выполнения рутинных ВОУТ при многократных рецидивах, на наш взгляд, 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. Smith, P. J. The early results of treatment of stricture of the male urethral using the Sachse optical urethrotome / P. J. Smith, M. Dunn, A. Dounis // Br J Urol. – 1979. – Vol. 51, № 3. – P. 224–228.
3. Внутренняя оптическая уретротомия: эффективность и место в современной урологии / С. В. Котов [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. – 2017. – № 2. – С. 112–116.
4. Оперативное лечение стриктур и облитераций уретры / М. И. Коган [и др.] // Урология. – 2015. – № 2. – С. 17–23.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

«VII ПОЛЕССКИЙ УРОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ»

Сборник материалов
(г. Гомель, 8–9 июня 2023 года)

Гомель
ГомГМУ
2023