

## ВНУТРЕННЯЯ ОПТИЧЕСКАЯ УРЕТРОТОМИЯ ПРИ НЕПРОТЯЖЕННЫХ СТРИКТУРАХ УРЕТРЫ

А.Д. Гапоненко<sup>1</sup>, А.Н. Васюкевич<sup>2</sup>, В.И. Вошула<sup>1</sup>, Д.Т. Тарендь<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск

<sup>2</sup>Минская областная клиническая больница

**Введение.** Термин «стриктура уретры» означает сужение просвета мочеиспускательного канала за счет сдавления извне. Таким образом, истинными стриктурами можно назвать рубцовые сужения передней уретры, вызываемые формирующимся фиброзом спонгиозного тела уретры, который приводит к уменьшению диаметра мочеиспускательного канала. Большинство стриктур заднего отдела уретры не подходят под классическое определение рубцовых сужений мочеиспускательного канала. Зачастую это облитерационный процесс, когда происходит почти полное замещение просвета уретры фиброзной тканью, как исход травматического ее повреждения.

В этиологии рубцовых сужений выделяют следующие основные причины: травматическое повреждение уретры, воспаление, ятрогению, а также врожденные стриктуры.

Частота стриктур уретры в настоящее время не имеет тенденции к снижению. Повсеместный рост травматизма с тяжелыми повреждениями тазовых органов привел к увеличению частоты стриктур и облитераций заднего отдела мочеиспускательного канала. Считается, что около 10 % переломов костей таза сочетаются с разрывом заднего отдела уретры и последующей его облитерацией. Нередко сужение мочеиспускательного канала развивается у больных после аденомэктомии или различных эндоскопических манипуляций, чаще всего трансуретральной резекции простаты. Так по данным различных авторов стриктура задней уретры после аденомэктомии встречается в 0,4–7,1 % случаев, а после трансуретральной резекции – в 10 % случаев. Эти цифры достаточно красноречиво говорят о степени важности этой проблемы в урологии.

Значимость проблемы связана также с тем, что патологические изменения при стриктурах уретры не ограничиваются только лишь изменениями в самом мочеиспускательном канале, а при-

водят к развитию вторичных осложнений в других отделах нижних, а иногда и верхних мочевых путей. По данным литературы те или иные осложнения стриктур уретры имеют место у 35–55% больных с этим заболеванием. Как следствие инфравезикальной обструкции у таких больных часто развиваются вторичные циститы, простатиты и эпидидимоорхиты. Изменения в верхних мочевых путях в последнее время встречаются достаточно редко, тем не менее, в стационарах иногда оказываются пациенты с уретерогидронефрозом, двусторонними коралловидными камнями почек или пионефрозом и, как следствие, хронической почечной недостаточностью.

С того момента, как врачи обратили внимание на проблему рубцовых сужений мочеиспускательного канала, количество применяемых методов лечения не имеет тенденции к уменьшению, а наоборот – все время расширяется. Это свидетельствует о том, что не существует единого подхода и тактики в лечении больных с данной патологией. А столь широкий диапазон методов терапии подтверждает тот факт, что лечение стриктур уретры относится к наиболее сложным разделам оперативной урологии.

На сегодняшний момент в клинической практике применяют следующие методики лечения стриктур мочеиспускательного канала:

I. Консервативное лечение.

1. бужирование;
2. вспомогательная медикаментозная терапия.

II. Хирургическое лечение.

1. Эндоскопические операции:

- внутренняя оптическая уретротомия (ВОУ);
- установка внутренних уретральных стентов;
- внутренняя лазерная оптическая уретротомия.

2. Открытые операции:

- резекция суженного участка с анастомозом «конец в конец»;
- различные виды пластик мочеиспускательного канала.

Эндоскопические вмешательства отличает значительно меньший травматизм, незначительная кровопотеря, возможность ранней активизации больных, небольшой процент недержания мочи, отсутствие осложнений, характерных для открытых операций (нагноение послеоперационной раны, образование клапанов уретры и уретральных свищей). Малая инвазивность этих методов лечения позволяет использовать их в амбулаторных условиях, что значительно снижает затраты на лечение данной группы больных.

Ниже приведены наши результаты использования ВОУ при лечении пациентов с непротяженными стриктурами уретры.

**Материалы и методы исследований.** За 5–летний период (2007–2011гг.) в клинике урологии БелМАПО на базе МОКБ было выполнено 212 внутренних оптических уретротомий. Возраст пациентов колебался от 19 до 81года.

Предоперационное обследование пациентов включало сбор анамнеза, физикальный осмотр, лабораторные анализы (ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови), бактериологию мочи, уретрографию (ретроградную, антеградную или смешанную). При необходимости выполнялись уретроскопия, урофлоуметрия, ультразвуковое исследование уретры. Этим методом, как правило, достаточно для установления этиологии, локализации и примерной протяженности стриктуры у большинства первичных больных, что позволяет определить наиболее оптимальный метод хирургического лечения для конкретного больного и разработать программу послеоперационной реабилитации.

Основными показаниями к выполнению ВОУ были непротяженные (до 2см) стриктуры бульбозного и мембранозного отделов уретры. Также сюда включены стриктуры, явившиеся интраоперационной находкой при выполнении трансуретральной резекции простаты, мочевого пузыря, установкой внутреннего стента.

**Результаты и обсуждение.** За период 2007–2011г. было выполнено 212 внутренних оптических уретротомий. Из них в бульбозном отделе уретры – 117, мембранозном – 95. В конце операции в мочевой пузырь устанавливался уретральный катетер Фолея №16–18 на 24–48 часов. В большинстве случаев достигнуты удовлетворительные результаты, восстановлен просвет и проходимость мочеиспускательного канала.

Осложнения наблюдались у 7 пациентов: в 5 случаях – перфорация бульбозного отдела с затеком перфузата, в 2–х – перфорация прямой кишки при посттравматической стриктуре мембраноз-

ного отдела. На фоне цистостомы и противовоспалительного лечения осложнения были ликвидированы без серьезных последствий. В последующем пациенты были успешно прооперированы.

За 5 лет повторные уретротомии выполнялись:

при стриктурах бульбозного отдела 1 пациенту – 3 раза, 9 пациентам – 2 раза.

при стриктурах мембранозного отдела 6 пациентам – 2 раза, 3 пациентам – 3 раза, 1 пациенту – 5 раз, и 2 пациентам – 8 раз.

Наиболее часто рецидивы возникали при посттравматических стриктурах мембранозной уретры, в ряде случаев – после перенесенного открытого оперативного вмешательства. В целом стоит отметить малую инвазивность, хорошую переносимость, возможность повторного вмешательства, редкие осложнения и достаточную эффективность ВОУ при непротяженных стриктурах уретры.

#### **Выводы.**

1. Лечение пациентов со стриктурами уретры является сложной и до конца еще не решенной задачей.
2. Для правильного выбора метода оперативного лечения необходимо тщательное обследование пациента.
3. ВОУ является малоинвазивным, относительно безопасным и достаточно эффективным методом лечения непротяженных стриктур уретры.

#### **Литература**

1. Гресь, А.А. Диагностика и лечение стриктур мочеиспускательного канала у мужчин. – Инструкция по применению./ А.А. Гресь, Д.Т. Тереньд. – Минск, 2004., – 23 с.
2. Русаков, В.И. Стриктуры и облитерации уретры. / В.И. Русаков. – Издательство Ростовского университета, 1987. – 272 с.
3. Трапезникова, М. В. Возможности эндоскопических операций при лечении последствий травм мочеиспускательного канала у мужчин / М.В. Трапезникова, В.В. Базаев, С.Б. Уренков// Материалы X Российского съезда урологов. – М., 2002. – С. 795–796.
4. Ткачук, В. Н. Оперативное лечение стриктур уретры/ В.Н. Ткачук, Б.К. Комяков //Урология и нефрология. – 1990.– №6. – С. 59–62.