

Раздел II

Малоинвазивные вмешательства в урологии.

Оптическая уретротомия как метод выбора в лечении стриктур уретры

Абдрахимов Б. Р., Голубкин Е. А., Лысенко А. И., Лозовский В. В.

Негосударственное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть», г. Астрахань.

Введение. Проблема выбора метода лечения стриктуры уретры, как частой причины нарушения мочеиспускания у мужчин, несмотря на большой опыт применения пластических и эндоскопических операций, остается актуальной. Кроме определения показаний и противопоказаний к тому или иному методу в последнее время все чаще принимается во внимание доступность метода, продолжительность вмешательства, частота осложнений, их социальные последствия, реабилитация и возможность повторного вмешательства.

Материалы и методы. В урологическом отделении НУЗ «Медико-санитарная часть» с 2000 по февраль 2009 г. оптическая уретротомия у больных со стриктурой уретры различной этиологии применялась в 164 случаях, в том числе в сочетании с трансуретральной резекцией простаты – в 12 случаях и в сочетании с механической литотрипсией камней мочевого пузыря – в 7 случаях. Возраст больных варьировал от 18 до 72 лет. Всем пациентам проводилось стандартное предгоспитальное обследование. Особое внимание уделялось результатам уретрографии, урофлоуметрии и показаниям IPSS, по которым мы оценивали результаты оперативного лечения. Протяженность стриктур колебалась в пределах от 0,2 до 3,0 см. Кроме того, встречались множественные стриктуры, общей протяженностью до 12-13 см. Средняя скорость мочеиспускания и средний бал по системе IPSS до операции составляли соответственно 3,5 мл/с и 26,4 баллов. У 8 больных самостоятельное мочеиспускание отсутствовало.

Операция проводилась. Предварительно в мочевой пузырь проводили резектоскопом «STORZ» с оптикой 0 эластичный проводник (мочеточниковый катетер 3Fr). Рассечение короткими режущими движениями проводилось «холодным» ножом на 12 часах условного циферблата по длине всей стриктуры до тех пор, пока резектоскоп свободно не проходил за область сужения и не проникал в полость мочевого пузыря. Средняя продолжительность вмешательства составила 22 мин. Мочевой пузырь дренировали катетером Фоли на срок от 7 до 15 суток.

Результаты. В 89% случаев результат операции оценен как положительный. Средняя скорость мочеиспускания и средний бал по шкале IPSS после операции составили соответственно 12,5 мл/с и 6,3 балла. Среди интраоперационных и послеоперационных осложнений отмечены следующие: перфорация уретры с имбибрицией парауретральных тканей промывной жидкостью и кровью – 4, кавернозное кровотечение – 2. Стабилизация состояния достигнута консервативными мероприятиями. Рецидив заболевания был отмечен в 9% случаев, недержания мочи – в 2%. Результаты прослежены в течение 7 лет. Часть пациентов с рецидивом заболевания 16 больных подвергались бужированию уретры в течение 2 – 18 нед. В 6 случаях бужирование было невозможно и больные были прооперированы повторно, при этом в ходе операции по описанной выше методике технических трудностей не возникло.

Заключение. Учитывая относительную простоту, небольшую продолжительность оперативного вмешательства, небольшое количество осложнений, их незначительные социальные последствия, вполне доступную и выполнимую при необходимости повторную