

РЕЗУЛЬТАТЫ РАСШИРЯЮЩЕЙ ПЛАСТИКИ ПРОТЯЖЕННЫХ СТРИКТУР БУЛЬБО-МЕМБРАНОЗНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ

Аркатов А.В., Панасовский Н.Л.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им.В.И.Шаповала», г. Харьков

В последние годы отмечается существенный рост числа стриктур уретры у мужчин. При этом протяженные поражения диагностируются в 15-18% случаев, восстановление нормальной проходимости уретры является одной из самых сложных задач в хирургии этих состояний.

За последние десятилетия в хирургии уретры внедрено большое количество новых реконструктивных приемов, что связано с тяжестью поражения уретры.

Тактика хирургии таких состояний не имеет единых стандартов и очень разнообразна. Однако, не смотря на большое разнообразие хирургических методик от 14% до 27% случаев наблюдаются рецидивы стриктуры[4,5].

В настоящее время для лечения протяженных стриктур уретры существует большой выбор расширяющих уретропластик с применением тканевых лоскутов[1,2]. Во многих клиниках в качестве основного пластического материала применяется буккальный трансплантат[3].

К наиболее сложным с точки зрения хирургической коррекции относятся протяженные стриктуры бульбо-мембранозного отдела уретры.

Цель работы: Анализ результатов оперативного лечения стриктур бульбо-мембранозного отдела уретры методом расширяющей пластики буккальным трансплантатом.

Материалы и методы:

В андрологическом отделении ХОКЦУиН им. В.И.Шаповала с 2012 по 2017г. находилось на лечении 43 пациента 18-68 (57) лет с протяженной стриктурой бульбо-мембранозного отдела уретры в среднем 3,5см. По этиологическому фактору - 20 пациентов(46,5%) - посттравматической этиологии, 12 пациента (27,9%) - воспалительного характера и 11 пациентов (25,6%) ятрогенной причины.

Локализацию и протяженность стриктуры определяли стандартными рентгенологическими методами (восходящая уретрография, микционная цистоуретрография), уретроскопия, бужирование.

Всем пациентам была выполнена расширяющая пластика буккальным трансплантатом. На 20-21 сутки после операции удаляли уретральный катетер.

К осложнениям в раннем послеоперационном периоде мы отнесли урогематому послеоперационной раны у 3 пациентов (10,4%), свищ уретры у 1 пациента (3%). К поздним осложнениям – рецидив стриктуры (места анастомозов) мы наблюдали у 2 пациентов (6,4%).

Выводы:

В 86,9% случаев протяженных стриктур бульбо-мембранозного отдела уретры использование расширяющей пластики буккальным трансплантатом позволяет восстановить проходимость уретры с хорошим функциональным результатом.

Литература

1. Mangera, A.A. systematic Review of Graft Augmentation Uretroplasty Techniques for the treatment of Anterior Urethral Strictures/ A.Mangera, J.M.Petterson, C.R.Chapple// Eur.Urol.-2011.-№59.-P.797-814.
2. Matur, R.K Tunica albuginea urethroplasty for urethral strictures/R.K.Mathur, A.Sharma//J.Urol.-2010.-P.120-4.
3. Xu, Y.M. Treatment of urethral strictures using lingual mucosas urethroplasty: experiense of 92 cases/ Y.M.Xu, Q.Fu, Y.L.Sa et al.//Chin. Med.J.-2010.-№123-P.458-62.
4. Barbagli G. Interim outcomes of dorsal skin graft bulbar urethroplasty/ G. Barbagli, E.Palminteri et al.// J.Urol.-2004.-P1365-7.
5. Riordan, A. Outcome of dorsal buccal graft urethroplasty for reccurent bulbar urethral strictures/ A. O Riordan, R.Narahari, V.Kumar// B.J.Urol.Int.-2008.-№102.-P.1148-51.

МОДИФІКОВАНИЙ СПОСІБ ФРЕНУЛОТОМІЇ З ПЛАСТИКОЮ ПЕРЕДНЬОЇ ШКІРОЧКИ СТАТЕВОГО ЧЛЕНА

Баранник С.І., Баранник К.С.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро

Вступ. Вроджені та набуті аномалії розвитку передньої шкірочки статевого члена часто є показанням до проведення пластичних корегуючих операцій [1, 2]. Поєднання короткої вуздечки статевого члена і фімозу виникає достатньо часто. Іноді повторювання травматичних ушкоджень вуздечки статевого члена під час статевого акту мають самостійно призводити до утворення «хибного» фімозу. У всіх випадках виникають проблеми із вивільненням голівки статевого члена під