

гематологии, нефрологии и пульмонологии. — М., 1975. — С. 330–332.

3. Короселева И. С., Ротенберг В. С. Проблема алекситимии в контексте поведенческих концепций психосоматических расстройств // Телесность человека: междисциплинарные исследования. Философское общество СССР. — 1993. — С. 112–116.

4. Осипова Н. Н., Щеглов Ю. Д., Акшулакова Б. Т. Психологический профиль личности больных бронхиальной астмой и хроническим обструктивным бронхитом // Журн. невропатол. и психиатр. — 1990. — Том 90. — № 10. — С. 89–92.

5. Палеев Н. Р., Краснов В. Н., Подрезова Л. А. Диагностика и лечение психопатологических нарушений у больных бронхиальной астмой // Клини. мед. — 1997. — Том 75. — № 9. — С. 16–19.

6. Семенова Н. Д. Психологические аспекты бронхиальной астмы // Бронхиальная астма / Под ред. А. Г. Чучалина. — М.: Агар, 1997. — Том 2. — С. 187–212.

7. Clarke P. S. Asthma, emotions, hyperventilation and allergy // Abstract. Inc. Congr. Allerg. Clin. Immun. — 1982. — P. 437.

8. Dirks J. F., Robinson S. K., Dirks D. L. Alexithymia and psychosomaintenance of bronchial asthma // Psychother. And psychosom. — 1981. — Vol. 36. — № 1. — P. 63–71.

9. Irie M., Kihara, Kavamura H. et al. Psychosomatic study of inhalation therapy in patients with bronchial asthma // J. Allergol. — 1991. — Vol. 40. — P. 1297–1309.

10. Nemiah J. C. Reflections of psychosomatic theories // Psychother. Psychosom. — 1975. — V. 26. — P. 140–147.

Поступила 28.05.2009

В. П. ГЛУХОВ, В. В. КРАСУЛИН

РЕЗЕКЦИЯ УРЕТРЫ С КОНЦЕВЫМ АНАСТОМОЗОМ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ СТРИКТУР УРЕТРЫ У МУЖЧИН

*Кафедра урологии Ростовского государственного медицинского университета,
Россия, 344021, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29.
E-mail: gluhovladimir@rambler.ru, тел. 8-8632-75-60*

Резекция уретры с концевым анастомозом в клинике урологии Ростовского государственного медицинского университета с 1999 по 2007 г. осуществлена у 270 больных. Оценена роль факторов (длительность страдания, количество перенесенных ранее операций, протяженность и локализация стриктуры), влияющих на частоту развивающихся осложнений и исход операции. Показано, что резекция уретры при первичных, неосложненных стриктурах (112 больных) не дает осложнений в послеоперационном периоде и всегда обеспечивает 100%-ное выздоровление. При рецидивных, осложненных стриктурах уретры (158 больных) резекция, выполненная по разработанной в клинике методике, также может обеспечить вполне удовлетворительный результат (97,4%), однако подобные больные требуют длительной предоперационной подготовки с антибактериальной терапией, иммунокоррекцией и санацией осложнений основного заболевания.

Ключевые слова: стриктура, резекция, уретра, рецидив.

V. P. GLUHOV, V. V. KRASULIN

URETHRAL RESECTION WITH END-TO-END ANASTOMOSIS AS A TREATMENT OPTION FOR COMPLICATED URETHRAL STRICTURES

*Department of urology, Rostov State Medical University,
Russia, Rostov-on-Don, the Iene Nakhichevan, 29. E-mail: gluhovladimir@rambler.ru, tel. 8-8632-75-60*

From the period 1999 to 2007, two hundred and seventy (270) men underwent urethral resection with end to end anastomosis due to primary urethral strictures. The following factors were considered in the choice of treatment: duration of disease, number of previous surgeries, the length of the stricture and also its localization. These factors influence the outcome of surgery and also the frequency of postoperative complications.

One hundred and twelve (112) patients with primary urethral strictures were operated using our method with a 100% cure rate and no recurrent strictures after six months postoperatively. 158 patients with recurrent urethral strictures were also operated using the same method with a 97,4% cure rate. However to achieve this level of outcome, there is the need for a long period of antibiotic therapy and immunocorrection and a good postoperative care. End to end anastomosis is a very effective method for treatment of recurrent strictures.

Key words: stricture, resection, urethral, relapse.

Введение

Возрастающий из года в год производственный, бытовой и, особенно, транспортный травматизм обусловил увеличение частоты тяжелых повреждений костей таза,

практически всегда сопровождающихся разрывом мочеиспускательного канала с последующим развитием стриктур и облитераций уретры, лечение которых продолжает оставаться сложной и до конца не решенной проблемой.

Среди известных многочисленных способов хирургического лечения стриктур уретры в настоящее время наиболее часто применяются внутренняя оптическая уретротомия (ВОУ) и резекция уретры с концевым анастомозом.

Сторонники как ВОУ, так и резекции уретры, активно отстаивая свою позицию, приводят многочисленные доводы в поддержку своего выбора хирургического пособия при лечении стриктур уретры.

Современное эндоскопическое оборудование и инструментарий поставили рассечение рубцов под контролем зрения в разряд наиболее предпочтительных способов лечения стриктур уретры во всём мире [10, 1, 20, 19]. Огромный список приверженцев ВОУ, казалось бы, убедительно доказывает, что подобная операция является операцией выбора при стриктурах уретры и лечение каждого больного должно начинаться с оптической уретротомии. Да, ВОУ в настоящее время проста, доступна, технически легко выполнима и резко отличается от исторического прототипа. Однако, как и прежде, данную операцию вряд ли можно считать патогенетически обоснованной. Уретротомия – паллиативная операция (Н. А. Лопаткин). Любая рана, нанесенная и незащищенная, заживает вторичным натяжением с формированием грубого рубца, а следовательно рецидив стриктуры неизбежен [13, 3]. Неудивительно поэтому, что сторонники ВОУ считают обязательным длительное, порой пожизненное бужирование в послеоперационном периоде, допуская при этом возможность многократных повторных уретротомий [11]. Это уже само по себе говорит о том, что авторы, согласны с тем, что ВОУ является паллиативной и рецидив заболевания ожидается. Кстати, по данным большинства авторов, рецидив стриктуры при ВОУ колеблется от 30,8 до 58,2%, а А. В. Гринев и В. Я. Симонов отмечают рецидивы в 20–80% случаев. Вряд ли такие результаты ВОУ могут считаться блестящими, поэтому уже с первых неудачных попыток уретротомии хирурги и урологи постоянно ищут другие подходы к лечению стриктур уретры, которые бы радикально избавляли больных от страданий.

Такой операцией и является резекция уретры с концевым анастомозом, впервые предложенная русским хирургом Э. Э. Клином ещё в 1860 г.

Постепенно развиваясь и совершенствуясь, давая отличные и хорошие результаты, резекция уретры стала широко применяться при стриктурах и облитерациях любой локализации. Именно резекция уретры, окончательно избавляющая больного от страданий, в настоящее время признана операцией выбора подавляющим большинством урологов, широко применяется как отечественными, так и зарубежными хирургами [8, 5, 6, 17, 20].

Однако и резекция уретры не всегда обеспечивает выздоровление больного (В. И. Русаков, 1991). Операция, по мнению авторов, технически трудна, особенно при стриктурах задней уретры (G. H. Jordan, 2002), даёт ещё много осложнений и рецидивов [7, 19, 9, 12], причём частота осложнений и неудач у разных авторов колеблется от 3 до 50% [15, 8].

Подобная ситуация требует научного объяснения, поскольку авторы, говорящие о технических трудностях резекции, не указывают, чем они обусловлены, когда возникают, у каких пациентов, у пациентов с так называемой «первичной» стриктурой или уже осложненной. Можно ли предвидеть и максимально минимизировать вероятность развития осложнений и неудач? В последнее время отчётливо прослеживается тенден-

ция к очень жесткому регламентированию размеров резецируемых участков уретры и всё большему увлечению использованием различных пластических материалов для закрытия даже малых дефектов уретры (R. A. Santucci, 2002).

Оправдано ли это? Отсюда понятно, что требуют уточнения, какие по протяженности стриктуры и в каких отделах можно ещё резецировать, чтобы осуществить анастомотическую пластику, особенно при осложненных, рецидивных стриктурах.

Материалы и методы

За период с 1999 по 2007 г. в клинике урологии Ростовского медицинского университета пролечено 571 больной стриктурами и облитерациями уретры. Из них у 270 осуществлена резекция уретры с анастомозом в конце. По возрасту они распределялись следующим образом: до 20 лет – 29, от 21 до 30 лет – 61, от 31 до 40 лет – 74, от 41 до 50 лет – 51, старше 50 лет – 55 пациентов. Из 270 человек только 29 (10,7%) имели воспалительные стриктуры, у остальных 241 (89,3%) пациента – посттравматические стриктуры. Большинство травматических повреждений возникло в результате дорожно-транспортных происшествий (31,5%), сдавления грузом (22%), падения с высоты (19,5%), тупой травмы промежности (16,6%). У 84 больных разрыв уретры сочетался с переломом костей таза (34,9%). В клинику поступали больные, длительно страдающие стриктурой уретры: до 3 лет – 177, 4–5 лет – 30, 6–10 лет – 28, более 10 лет – 35 пациентов. 158 человек до поступления к нам в клинику перенесли от одной до десяти и более операций: однократно оперированы на уретре – 54, от 2 до 3 раз – 69, от 4 до 5 раз – 17, от 6 до 10 раз – 10 и более 10 раз – 8 человек. Перенесенные операции были самые разнообразные, но преобладали оптическая уретротомия, ТУР и резекция уретры. Таким образом, 158 больных перенесли 409 безуспешных операций на уретре. Понятно, что каждая предпринятая операция для ликвидации стриктуры уретры, закончившаяся рецидивом заболевания уретры, способствует увеличению протяженности вновь развившейся стриктуры (В. И. Русаков, 1962; В. В. Красулин, 2000), делая каждую последующую операцию чрезвычайно трудной и рискованной по прогнозу.

Всем больным проводилось стандартное клиническое обследование включая рентгенологические, радиоизотопные, иммунологические, бактериологические методы. Диагноз не вызывал сомнений, так как клиника заболевания была достаточно характерной. У большинства больных (215 больных – 79,6%) при поступлении в клинику отсутствовало самостоятельное мочеиспускание и имелся надлобковый мочепузырный свищ. Остальные пациенты имели различную степень выраженности обструктивного типа мочеиспускания. У большинства больных, поступивших в клинику, были выявлены различного рода сопутствующие заболевания и осложнения стриктуры уретры: хронический цистит – у 102 пациентов, хронический пиелонефрит – у 65, камни мочевого пузыря – у 18, почечно-каменная болезнь – у 27, гидронефроз – у 3, ХПН – у 6 пациентов. У части больных имелись уретрокожные свищи (13 пациентов), инфильтраты промежности (6 больных), сигмостома – у 5 больных.

Результаты исследования

270 пациентов были распределены на 3 группы.

1-я группа (112 больных) – до поступления в клинику на уретре ни разу не оперировались. Длительность

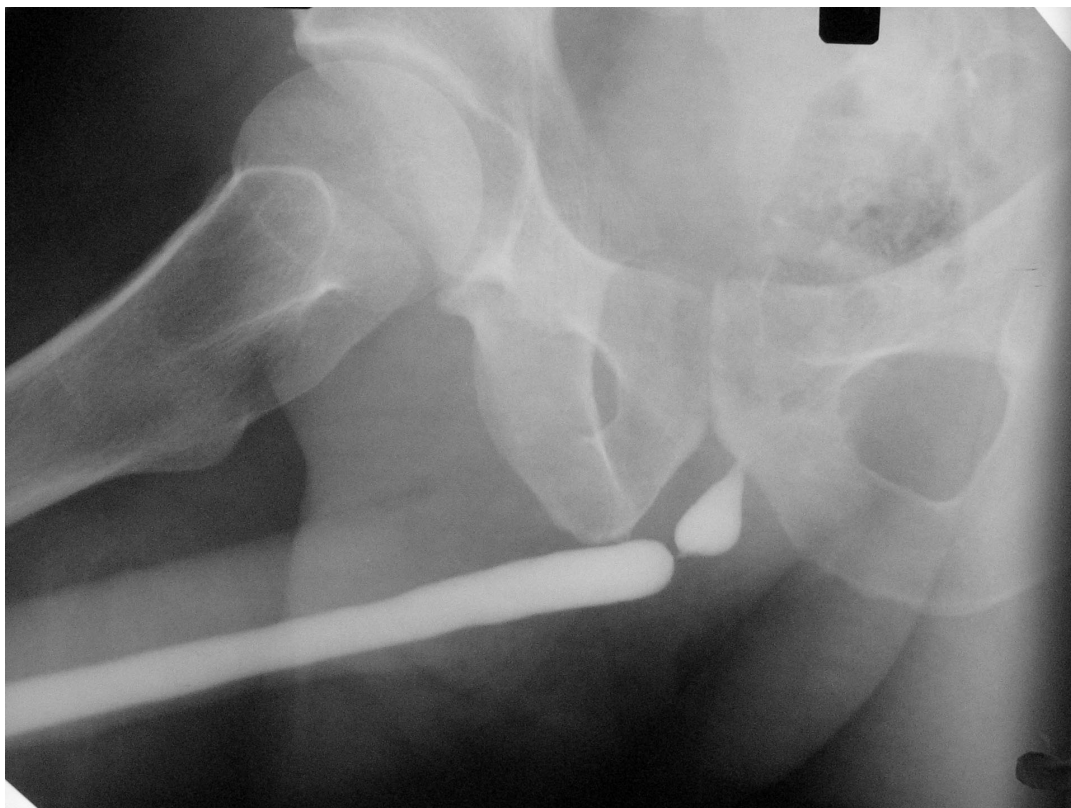


Рис. 1. Больной Б., 38 лет. Уретрограмма до операции

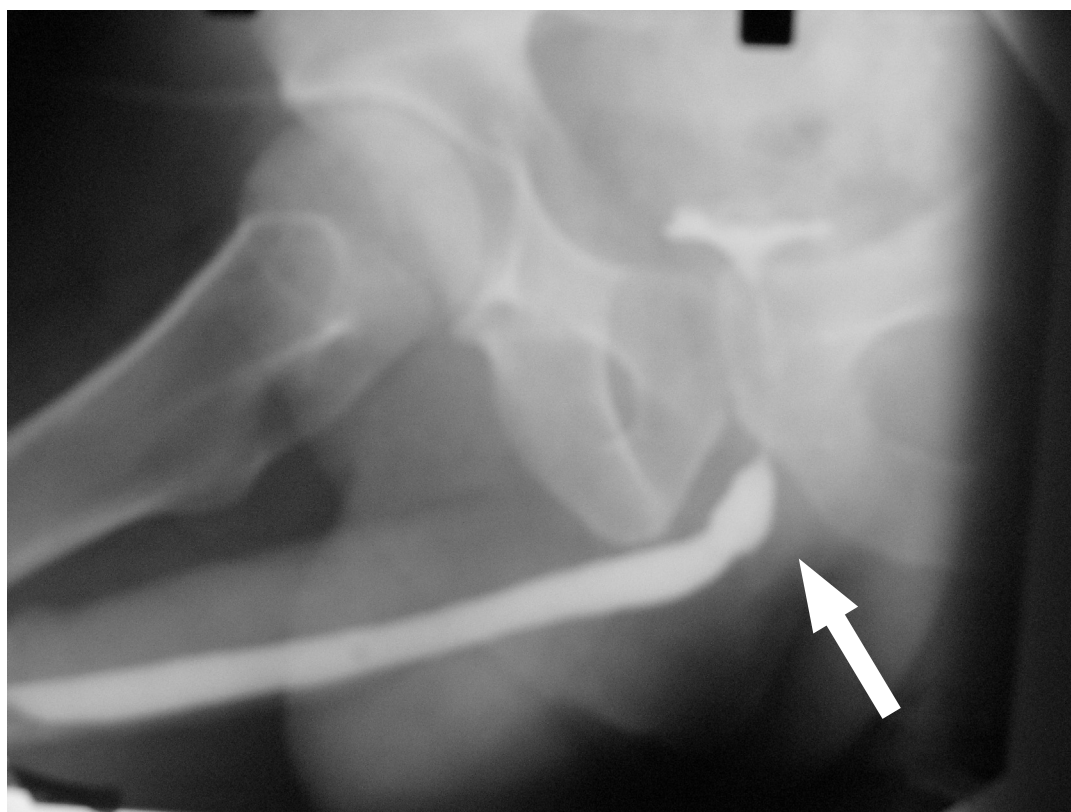


Рис. 2. Тот же пациент.
Уретрограмма на 12-й день после операции (стрелкой указана линия анастомоза)

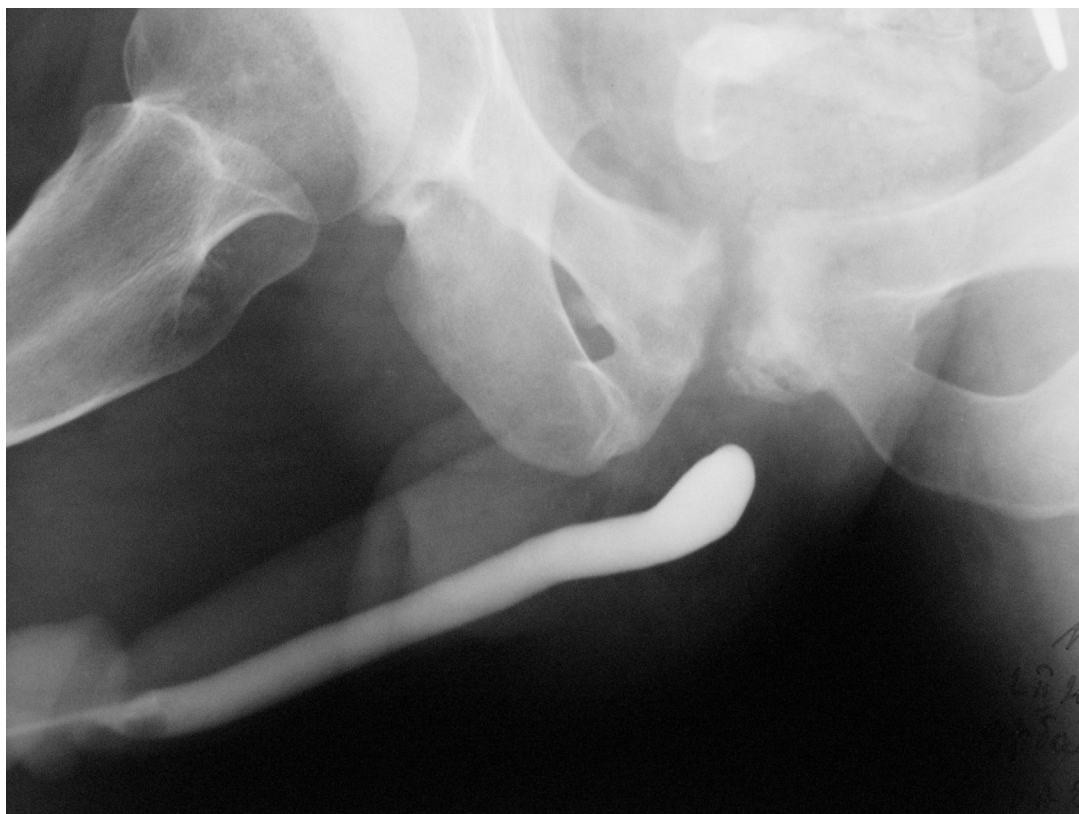


Рис. 3. Больной К., 41 год. Уретрограмма до операции

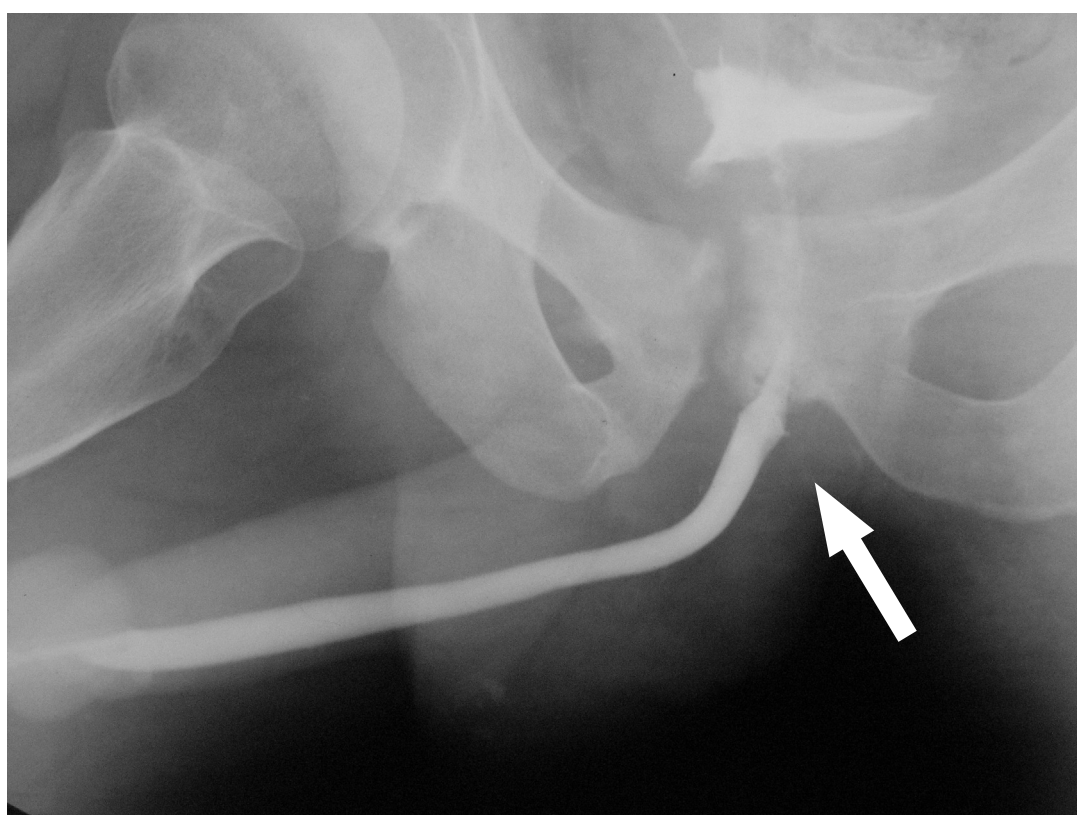


Рис. 4. Тот же больной.
Уретрограмма на 14-е сутки после операции (стрелкой указана линия анастомоза)

страдания – до 1 года. Протяженность стриктуры от 2 до 2,5 см с локализацией в бульбозном отделе – 49, перепончатом – 53, бульбозно-перепончатом – 10 больных.

2-я группа (65 больных) – до поступления в клинику оперировались на уретре 1–2 раза. Длительность страдания – 1,5–3 года. Протяженность стриктуры от 2,5 до 3 см с локализацией в бульбозном отделе – 14, перепончатом – 16, бульбозно-перепончатом – 29 и в простатическом – у 6 больных.

3-я группа (93 больных) – до поступления в клинику оперированы от 3 до 10 и более раз. Длительность страдания от 4 до 10 и более лет. Протяженность поражения уретры от 3,5 до 4 см и более, с локализацией в бульбозно-перепончатом отделе – 43, перепончато-простатическом – 21, бульбозно-перепончато-простатическом – 29.

Всем 270 пациентам выполнена резекция уретры с концевым анастомозом по разработанной в клинике методике.

Послеоперационный период в первой группе больных протекал без осложнений. Уретральный катетер удался на 4–5-й день после операции. На 12–14-е сутки выполнялась контрольная восходящая уретрография. Затеков контрастного вещества за пределы анастомоза уретры не выявлено ни у одного больного. В этот же день удалялся надлобковый мочепузырный дренаж, восстанавливалось естественное мочеиспускание. Надлобковый мочепузырный свищ закрывался самостоятельно через 1–2 дня, и больной выписывался из стационара.

Приводим типичную уретрограмму до и после операции (рис. 1–2).

Во второй группе больных, ранее оперированных 1–2 раза и страдающих 1–3 года, послеоперационный период протекал вполне удовлетворительно, однако у 9 (13,8%) пациентов отмечались осложнения: гематома в верхнем углу промежностной раны (6 больных), кровотечение из промежностной раны (1 больной), уретроррагия (2 пациента). Все эти осложнения ликвидированы консервативно и не повлияли на исход заболевания. Все больные выписаны по выздоровлению.

Приводим типичную уретрограмму пациента, перенесшего две операции на уретре (рис. 3–4).

Наибольшее количество осложнений мы имели в третьей группе больных (25,8%). Так, гематома в верхнем углу раны отмечалась у 11 больных, кровотечение из промежностной раны – у 2, развитие инфильтрата в промежностной ране – у 8, у 5 из них рана нагноилась. У 1 больного образовался уретрокожный свищ с длительным подтеканием мочи. У 2 больных, исходно имевших уретропрямокишечные свищи и сигмостому, добиться успеха нам не удалось. Промежностная рана у них нагноилась, развилась несостоятельность анастомоза с рецидивом уретропрямокишечного свища. Однако и в этой группе больных нами получен вполне удовлетворительный результат. Несмотря на протяженность поражения уретры более чем 3,5–4 см, длительность страдания и большое количество ранее перенесенных безуспешных операций на уретре, нам удалось добиться полного выздоровления с восстановлением естественного мочеиспускания у 97,8% больных.

Обсуждение

Как видно из приведенных данных, технически правильно выполненная резекция уретры с анастомозом конец в конец всегда обеспечивает отличные результаты и полное выздоровление больного, если операция

осуществляется у больных с так называемой «первичной», ещё не оперированной стриктурой и длительность заболевания не превышает одного года.

У больных, перенесших одну-две безуспешные операции на уретре с длительностью заболевания до 3 лет, также удаётся получить вполне удовлетворительные результаты, однако послеоперационный период протекал с определенными осложнениями, хотя и не сказавшимися на результатах операции. Осложнения ликвидированы консервативными мероприятиями, у всех больных удалось добиться полного выздоровления.

Совершенно очевидно и не требует доказательств влияние длительности страдания больного и количество ранее перенесенных операций на количество послеоперационных осложнений и исход резекции, выполняемой в тех же условиях и теми же хирургами. Естественно, что протяженность стриктур часто превышает 4 см, поэтому иногда приходится идти на гофрирование белочной оболочки кавернозных тел полового члена, чтобы ослабить натяжение по линии анастомоза. Однако это не мешает в повседневной жизни, и больные остаются довольны новым качеством жизни.

Таким образом, анализ наших наблюдений позволяет заключить, что операцией выбора при коротких (до 3–4 см) стриктурах уретры независимо от локализации должна быть резекция уретры с концевым анастомозом, выполненная технически грамотно, с соблюдением основных принципов хирургического лечения, обеспечивающая 100%-ный результат у больных с первичными стриктурами уретры.

При рецидивных, осложненных стриктурах уретры резекция с концевым анастомозом также может быть выполнена с вполне удовлетворительными результатами (97,8%), однако эта группа больных требует длительной предоперационной подготовки с антибактериальной терапией, иммунокоррекцией и санацией осложнений основного заболевания.

Нам представляется, что первичные стриктуры уретры, несмотря на сложность патологии, могут быть оперированы по месту жительства квалифицированными хирургами-урологами. Осложненные же, рецидивные стриктуры должны направляться в специализированные клиники, давно занимающиеся данной проблемой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гринев А. В., Сердюцкий В. Е., Николаев С. И., Сафонов Д. В. Эндоскопическая коррекция при рецидивных посттравматических стриктурах задней уретры // 1-й Конгресс профессиональной ассоциации андрологов России. – Кисловодск, 2001. – С. 171.
2. Красулин В. В., Серебренников С. М., Жульнев А. П., Панченко С. Н. Способ соединения концов резецированной уретры // Урология и нефрология. – 1990. – № 4. – С. 54–58.
3. Красулин В. В., Серебренников С. М., Жульнев А. П., Чибичян М. Б. Хирургическое лечение стриктур и облитераций уретры. – Ростов н/Д, 2000. – С. 190.
4. Коган М. И. Травма уретры у мужчин – лечение в начале XXI века // X Российский съезд урологов. – М., 2002. – С. 574–575.
5. Коган М. И., Чибичян М. Б. Анализ применения танталового шва уретры // Всероссийская конференция «Мужское здоровье». – М., 2003. – С. 96–97.
6. Кудрявцев Л. А. Оперативное лечение последствий травм уретры. – Самара, 1993. – С. 223.
7. Лопаткин Н. А. Руководство по урологии. – М., 1998. – № 3. – С. 73–88.
8. Мартов А. Г., Саидов И. Р., Гушин Б. Л. Осложнения эндоскопической реканилизации уретры // Урология. – 2000. – № 3. – С. 36.

9. Мартюв А. Г., Камалов А. А., Саидов И. Р., Гуцин Б. Л. Эндоскопическая реканализация в лечении облитераций уретры // Всероссийская конференция «Мужское здоровье». – М., 2003. – С. 103–104.

10. Мунгалов Н. П., Мунгалов А. Н. Наш опыт оперативного лечения травматических облитераций уретры // 1-й Конгресс профессиональной ассоциации андрологов России. – Кисловодск, 2001. – С. 172–173.

11. Русаков В. И. Хирургия мочеиспускательного канала. – М., 1991. – С. 270.

12. Ситдыков Э. Н., Зубков А. Ю., Зубков Э. А. Анализ эффективности открытых и эндоскопических операций в лечении посттравматических стриктур уретры // Всероссийская конференция «Мужское здоровье». – М., 2003. – С. 97.

13. Степанов Э. А., Ерохин А. П., Николаев В. В. и др. Лечение коротких стриктур уретры у детей с помощью магнитов // Урология и нефрология. – 1989. – № 3. – С. 8–11.

14. Ткачук В. Н., Комяков Б. К. Оперативное лечение стриктур уретры // Урология и нефрология. – 1990. – № 6. – С. 57–59.

15. Barbagli G., Palmiter E., Lazzeri M., Guazzoni G. Anterior urethral strictures // BJU International. – 2003. – № 92. – P. 497–505.

16. Hinman F. Atlas of Urologic Surgery. – 2001. – P. 275–316.

17. Hartun R., Mauermayer W. // Urolog. Ausg. A. – 1979. – Bd. 18. – P. 64–67.

18. Kennet W., Angermeier M. D. // Urology Secrets. – 2000. – P. 192–197.

19. Takeuchi T., Ishihara S., Nagatani Y. et al. // Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi. – 1991. – Vol. 82. – № 5. – P. 750–757.

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

Поступила 11.05.2009

В. В. ГОРБАНЬ, Е. П. ПОНОМАРЕВА, Ю. В. КАРУНА, Е. Н. НАУРБИЕВА

МОРФОМИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЙ ПРОФИЛЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАЗЫ ЯЗВЫ И ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ МОТОРНОЙ АКТИВНОСТИ

*Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического факультетов
Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: gorbannv@mail.ru*

Цель работы – изучить кровоток (К) в гастродуоденальной слизистой оболочке (СО) в разных фазах язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДК), а также в зависимости от инфицированности *Helicobacter pylori* (HP), морфологических изменений СО и гастродуоденальной моторной активности. Эзофагогастродуоденоскопия и гистологические исследования были проведены у 510 больных ЯБ. Кровоток в гастродуоденальной СО был исследован по клиренсу водорода. HP выявляли в биоптатах с окраской по Гимзе. У больных ЯБЖ и ЯБДК кровоток достоверно уменьшается в СО антрального отдела желудка и луковицы ДК только при 3-й степени инвазии HP. При заживлении ЯБДК кровоток увеличивается: в луковице ДК — в фазе белого рубца; в антруме и в теле желудка — в фазе заживления, но снижается в фазе белого рубца. При заживлении ЯБЖ кровоток в СО тела желудка уменьшается. У всех больных наличие моторной активности сопровождалось по сравнению с моторным покоем повышением гастродуоденального кровотока в среднем в 1,6 раза. Изменения К в разные фазы ЯБ отчасти детерминированы HP и морфологическими изменениями СО. Скорость кровотока в СО желудка и ДК зависит от гастродуоденальной моторной активности.

Ключевые слова: гастродуоденальный кровоток, язвенная болезнь, стадия язвы, гастродуоденальная моторная активность.

V. V. GORBAN, E. P. PONOMAREVA, Y. V. KARUNA, E. N. NAURBIEVA

MORPHO-MICROCIRCULATION PROFILE OF GASTRODUODENAL MUCOSA IN DIFFERENT PHASES OF PEPTIC ULCER AND IN DEPENDING ON MOTOR ACTIVITY IN PEPTIC ULCER PATIENTS

*Department of therapy of the stomatologic and pediatric faculty Krasnodar State Medical University,
Russia, 350063, Krasnodar, st. Sedin, 4. E-mail: gorbannv@mail.ru*

To investigate gastric and duodenal mucosal blood flow (MBF) in different phases of gastric (GU) and duodenal ulcer (DU) and its relation both to *Helicobacter pylori* (HP) infection and gastric and duodenal motility. Upper endoscopy and histological examinations were performed in 5107 patients with peptic ulcer. Gastric and duodenal MBF were assessed by the hydrogen gas clearance technique. HP was determined by histology. Lowering of MBF in gastric antrum and duodenum were observed in DU and GU patients only with 3 score of HP infection. DU healing is accompanied by a significant increase MBF: in duodenum in stage of white scar; in gastric antrum and body — in healing stage, but a decrease in white scar. During healing of GU gastric MBF exhibited maximum in active ulcer, but in white scar MBF was significantly lower. In all patients during the motor activity versus its absence MBF showed an increase on average in 1,6 times in all parts of gastroduodenal mucosa. The changes of MBF in different phases of ulcer is, in part, determined both by HP and by mucosal morphological disorders. Gastroduodenal blood flow depending on motor activity in peptic ulcer patients.

Key words: gastric/duodenal mucosal blood flow, gastric ulcer, duodenal ulcer, phases of ulcer, gastroduodenal motor activity.