

теропластики является то, что и без того поврежденному во время предшествующих операций мочевому пузырю наносится минимальная травма. При этом риск развития его дисфункции в результате образования окружающих рубцов, деформации стенки и нейро-васкулярных расстройств минимален.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о том, что по эффективности и безопасности аппендикулярная пластика не уступает и даже имеет лучшие результаты в

сравнении с операцией Боари–Демеля. Возможно, следует пересмотреть существующее отношение к реконструкции мочеточников аппендиксом как к резервному вмешательству, к которому прибегают в последнюю очередь, когда все остальные возможности исчерпаны. Данный метод целесообразно применять в крупных урологических стационарах, имеющих достаточный опыт кишечной реконструкции мочевых путей.

Сведения об авторах статьи:

Комяков Борис Кириллович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой урологии ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России. Адрес: 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41. Тел. (812) 510-94-33. E-mail: komyakovbk@mail.ru

Очеленко Виктор Алексеевич – к.м.н., ассистент кафедры урологии ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России. Адрес: 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41. Тел. (812) 510-94-33. E-mail: ochelenko-v@yandex.ru

Стещик Олег Васильевич – к.м.н., доцент кафедры урологии ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России. Адрес: 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41. Тел. (812) 510-94-33.

Николаев Никита Михайлович – врач урологического отделения ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России. Адрес: 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41. Тел. (812) 510-94-33.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карпенко, В.С. Кишечная пластика мочеточника в лечении приобретенных обструктивных уретерогидронефрозов / В.С. Карпенко // Урология. – 2001. – № 2. – С. 3 – 6.
2. Комяков, Б.К. Аппендикуретеропластика / Б.К. Комяков [и др.] // Урология. – 2006. – №5. – С.19-24.
3. Лоран, О.Б. Использование изолированных сегментов кишечника в оперативном лечении лучевых повреждений мочевыводящих путей / О.Б. Лоран [и др.] // Урология. – 2012. – № 2. – С. 20 – 24.
4. Keith J. Iatrogenic injuries to the distal ureter during gynecologic interventions / J. Keith // J. Urol. – 2004. – Vol. 101 (2). – P. 69 – 76.
5. Verduyck F. Long-term results of ileal substitution / F. Verduyck, J. Heesakkers, F. Debruyne // Eur. Urol. – 2002. – Vol.42 (2) – P.181-7.
6. Кан Д.В. Кишечная пластика мочеточника / Д.В. Кан. – М.: Медицина. – 1968. – С. 85-86.
7. Komyakov B.K. Long-term results of replacement of ureteral defects with vermiform appendix / B.K. Komyakov, V.A. Ochelenko // Eur.Urol. – 2012. – Vol. 11(4) – P.123.
8. Lynch T.H., Martinez-Pineiro L., Plas E. et al. EAU Guidelines on urological trauma / T.H. Lynch, et al. // Eur. Urol. – 2005. – Vol.47. – P. 1–15;
9. Wolff B. Long-term functional outcomes after ileal ureter substitution: a single-center experience / B.Wolff, et al. // Urology. – 2011. – Vol. 78(3) – P.692-5.
10. Deyl R.T. Appendix interposition for total left ureteral reconstruction. // J. Pediatr / R.T. Deyl // Urol. – 2009. – Vol. 5(3). – P.237-239.
11. Bartoletti R. Vermiform appendix autotransplantation for mid-ureter substitution / R. Bartoletti, et al. // Eur. Urol. (Suppl.). – 2002. – Vol 1. – P.103.

УДК 616.62-008:616.353-089

© С.В. Котов, С.П. Даренков, О.Б. Лоран, А.В. Живов, К.И. Глинин, 2013

С.В. Котов, С.П. Даренков, О.Б. Лоран, А.В. Живов, К.И. Глинин РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПЕРИНЕОСТОМИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ СТРИКТУР ПЕРЕДНЕЙ УРЕТРЫ У МУЖЧИН

ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова», Минздрава России, г. Москва

В статье дана проспективная оценка и сравнительный анализ результатов «срединной» и «трапециевидной» перинеостомий.

В исследование были включены 9 пациентов, средний возраст 72 года, подвергшихся перинеостомии. Средний период наблюдения составил 29,5 мес. Этиология стриктур представлена следующим образом: длительное стояние уретрального катетера (33,3%), травматичная катетеризация (22,2%), трансуретральные вмешательства (1,1%), парциальная пенэктомия (11,1%), лучевая терапия полового члена (11,1%), воспаление (11,1%). Протяженность стриктур составила от 4 до 12 см (в среднем 7 см). По методике «срединной» и «трапециевидной» перинеостомий выполнено 5 и 4 операции соответственно. Дренажное мочевого пузыря уретральным катетером осуществлялось в течение 2-4 дней. Послеоперационный койко-день составлял в среднем 2 дня.

Из 5 пациентов, подвергшихся «срединной» перинеостомии, у 2 (40%) развился стеноз перинеостомы. У 4 пациентов, перенесших перинеостомию с использованием «трапециевидного» разреза в период наблюдения от 6 до 18 месяцев (медиана наблюдения – 1 год), стеноз перинеостомы отсутствовал.

Промежностная перинеостомия с применением «трапециевидного» доступа продемонстрировала высокую частоту успеха, в связи с чем она может быть рекомендована к практическому использованию как приоритетный метод выбора для формирования перинеостомы.

Ключевые слова: промежностная перинеостомия; протяженные стриктуры уретры

S.V. Kotov, S.P. Darenkov, O.B. Loran, A.V. Zhivov, K.I. Glinin
**URETHROSTOMY RESULTS IN TREATMENT OF COMPLEX ANTERIOR
 URETHRAL STRICTURES IN MEN**

The article gives prospective assessment and comparative analysis of the results of midline and Y-shaped urethroscopy.

The protocol included 9 patients, mean age 72, after urethroscopy. The average observation period was 29.5 months. The etiology of strictures presents the following: long-term urethral catheterization (33.3%), traumatic catheterization (22.2%), transurethral surgery (1.1%), partial penectomy (11.1%), penis radiation therapy (11.1%), inflammation (11.1%). The length of strictures varied 4-12 cm long (the average length – 7 cm). Midline and Y-shaped urethroscopies were performed in 5 and 4 cases respectively. Bladder was drained by urethral catheter for 2-4 days. The average post-operational hospital stay was 2 days.

In 2 patients (40%) after midline urethroscopy perineum stoma stenosis developed, whereas patients after Y-shaped urethroscopy followed-up for 6-18 months (median of observation – 1 year) had no perineum stoma stenosis.

Y-shaped urethroscopy proved to be successful, thus to be recommended for practical use as a priority method for perineum stoma formation.

Key words: perineal urethroscopy, extended urethral strictures.

Стриктура уретры полиэтиологичное заболевание, которое может проявляться разной степенью и сложностью поражения мочеиспускательного канала у мужчин. К лечению стриктур мужской уретры относят: бужирование, внутреннюю оптическую уретротомию, открытые реконструктивно-пластические операции. Несмотря на бурное развитие уретральной хирургии в сложных случаях, таких как пануретральная стриктура или поражение уретры, обусловленной склерозирующим баланопоститом, результаты уретропластик далеки от идеальных. Причиной рецидивов стриктуры уретры могут быть не только технические аспекты операции, но и факторы риска со стороны пациента, такие как возраст последнего, наличие распространенного атеросклероза сосудов, сахарного диабета, лишена склероза, являющиеся причиной формирования стриктуры, полного поражения уретральной площадки и т.д. В подобных случаях хирургу приходится прибегать к сложным многоэтапным операциям с использованием свободных трансплантатов, таких как слизистая полости рта, или генитальная, или экстрагенитальная кожа. В то же время существует альтернативный быстрый способ как временного после первого этапа уретропластики, так и постоянного варианта отведения мочи – промежностная уретростомия (перинеостомия) [1].

Целью данной работы стала оценка результатов перинеостомии у пациентов, страдающих тяжелым рубцовым поражением мочеиспускательного канала.

Материал и методы. Проспективному анализу были подвергнуты 9 пациентов, которым в урологических отделениях ГКБ им С. П. Боткина и ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова выполнили постоянную перинеостомию, которая выполнялась по двум методикам: «срединная» и «трапецевидная».

При более ранней методике («срединная» перинеостомия) пациент укладывается в литотомическую позицию и выполняется сре-

динный доступ промежности: продольно рассекалась кожа в центре промежности по шву последней, рассекались мягкие ткани промежности до бульбоспонгиозной мышцы включительно. Далее продольно по вентральной поверхности вскрывался просвет уретры и кожные края доступа анастомозировали со слизистой уретры.

Подобная методика формирования перинеостомы была также использована у 4-х пациентов во время первого этапа формирования уретральной площадки с использованием буккального лоскута.

У последних 4-х пациентов использовалась иная методика формирования перинеостомы. Отличием последней было первичное выкраивание кожного лоскута в виде трапеции, обращенной основанием к анусу. Верхний край (разрез кожи) выполнялся на 2 см ниже мошонки, боковые разрезы спускались до верхнего края или на 1-2 см выше наружного анального сфинктера. Кожный лоскут с подлежащими мягкими тканями мобилизовался по верхнему и боковым краям. Для обеспечения подвижности последнего, верхний край шириной около 4 см анастомозировался с проксимальным концом и боковыми краями слизистой вскрытой продольно уретры.

Уретральный катетер дренировал мочевой пузырь 2-4 дня. Послеоперационный койко-день составлял в среднем 2 дня. Характеристика группы представлена в таблице.

Результаты. Применение методики перинеостомии с выполнением продольного разреза кожи продемонстрировало высокую частоту стеноза перинеостомы 40% (2 пациента из 5). Необходимо отметить, что среди 4-х пациентов, которым был выполнен первый этап формирования уретральной площадки с перинеостомией, у 2-х (50%) пациентов перед выполнением тубуляризации площадки потребовалось произвести коррекцию перинеостомы. Таким образом, методика наложения перинеостомы из продольного разреза про-

межности имела частоту стеноза перинеостомы 44.4%. Такая высокая частота развития стеноза обусловлена не плохим сопоставлением краев кожи и слизистой уретры, как считается многими врачами, а возникновением натяжения кожных краев и слизистой уретры, что приводит к ишемии линии анастомоза и избыточному рубцеванию тканей.

Таблица

Характеристика пациентов, подвергшихся промежностной уретростомии

Показатель	Значение
Количество пациентов	9
Медиана возраста (25 и 75 перцентиль), лет	72 (56; 76)
Ранг возраста, лет	53 – 81
Этиология стриктуры:	
Ятрогенная	8 (88.9%)
длительное стояние уретрального катетера	3 (33.3%)
травматичная катетеризация	2 (22.2%)
трансуретральные вмешательства	1 (11.1%)
парциальная пенэктомия	1 (11.1%)
лучевая терапия полового члена	1 (11.1%)
Воспалительная	1 (11.1%)
Локализация стриктуры:	
пенильный отдел	5 (55.6%)
бульбозный отдел	1 (11.1%)
пануретральная	3 (3.3%)
Медиана протяженности стриктуры (25 и 75 перцентилей)	7 (5.25; 10) см
ранг	4 – 12 см
Наличие цистостомического дренажа	4 (44,4%)
Медиана показателя максимальной скорости мочеиспускания	2.2 (1.6; 4.2)
Медиана наблюдения (25 и 75 перцентиль)	29.5 (11.3; 46;5)
Ранг наблюдения, мес.	6 – 62



Рис. 1. Разметка на коже для трапециевидного доступа и выделение бульбозного отдела уретры

Методика перинеостомии с использованием «трапециевидного» разреза вследствие мобилизации кожно-фасциального лоскута позволяет свободно переместить верхний край лоскута вглубь промежности и тем самым ликвидировать натяжение между кожными краями и слизистой уретры.



Рис. 2. Вскрытие бульбозного отдела уретры и фиксация кожно-фасциального лоскута к слизистой уретры



Рис. 3. Сформированная перинеостома

Результатом применения такой методики стало отсутствие стеноза перинеостомы у 4 пациентов за период наблюдения от 6 до 18 месяцев (медиана наблюдения – 1 год). Ни у одного из двух пациентов, после выполнения 1-го этапа уретропластики с использованием слизистой полости рта и формированием перинеостомы «трапециевидным» кожно-фасциальным лоскутом стеноза перинеостомы до тубуляризации уретральной площадки не наступило.

Обсуждение. Результаты перинеостомии наиболее подробно описаны в работе Varbagli и соавторов [2]. Авторы ретроспективно проанализировали результаты промежностной уретростомии у 173 пациентов (медиана возраста 55 лет). В большинстве случаев этиология стриктуры уретры была неизвестна или не указана (50.3%). Из наиболее частых причин сужения уретры были: склерозирующий баланопостит – 17,3%, длительная катетеризация и эндоуретральные вмешательства – 13,3% и 8,7%, соответственно. Медиана времени наблюдения составила 62 месяца (ранг от 12 до 361 месяца). Стеноз перинеостомы развился в 30% случаев. Среди всех пациентов 78% были удовлетворены результатами операции, 19,1% – очень удовлетворены. От второго этапа уретропластики отказались 73,4% пациентов, средний возраст которых составил 57 лет, 26,6% пациентов (средний возраст 47,5 лет) находятся в листе ожидания на следующий этап уретропластики.

Схожие результаты продемонстрированы в работах Peterson [3], Wang [4], Palminteri [1], Rolania [5] и их соавторов.

Как видно из анализа группы, выбор в пользу перинеостомии как варианта восстановления адекватного самостоятельного мочеиспускания был связан с возрастом пациентов и большой протяженностью стриктуры. Надо отметить, что в большинстве случаев причиной такого тяжелого поражения мочеиспускательного канала были врачебные манипуляции.

Сохраняющаяся высокая частота стеноза перинеостомы при длительном существовании последней привела к пересмотру причин несостоятельности уретро-кожного ана-

стомоза. Ранее наиболее частой причиной развития стеноза перинеостомы считалась недостаточная аппроксимация краев мочеиспускательного канала и кожи, что приводило к избыточному образованию рубца. Сегодня, при использовании хирургом увеличительной лупы и качественного источника света данный технический аспект легко контролируется. Несмотря на это в нашей серии стеноз перинеостомы наступил в 40% случаев.

Анализ принципов уретропластики, описанных еще Хольцовым, т.е. создание любого анастомоза без натяжения тканей и хирургической техники, сподвигнул нас поменять технику выполнения перинеостомии с использованием «трапециевидного» кожно-фасциального лоскута. Такая методика позволила ликвидировать натяжение между краями

кожи и вскрытой уретры и свести к минимуму частоту стеноза перинеостомы, как минимум, в ранние сроки после операции.

Выводы. Промежностная перинеостомия является высокоэффективной, простой операцией, поддерживающей высокое качество жизни пациентов, особенно пожилого возраста и имеющих тяжелое поражение рубцовым процессом передней уретры. Залогом успеха данной операции является создание анастомоза между слизистой уретры и кожей промежности без натяжения. Такой техники позволяет добиться методика «трапециевидного» разреза, которая должна применяться постоянно как при формировании пожизненной перинеостомы, так и при выполнении многоэтапной уретропластики.

Сведения об авторах статьи

Котов Сергей Владиславович – к.м.н., доцент кафедры урологии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. Адрес: 117997, г. Москва, ул. Островитянова, 1. Тел. 8-(495)-536-92-07. E-mail: urokotov@mail.ru

Даренков Сергей Петрович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой урологии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. Адрес: 117997, г. Москва, ул. Островитянова, 1.

Лоран Олег Борисович – д.м.н., профессор, член-корр. РАМН, зав. кафедрой урологии и хирургической андрологии ГБОУ ДПО РМАПО. Тел.: +7 (495) 945-97-93.

Живов Алексей Викторович – к.м.н., главный врач многопрофильной клиники Медем, Санкт-Петербург, E-mail: urorec@gmail.com

Глинин Кирилл Игоревич – аспирант кафедры урологии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России Адрес: 117997, г. Москва, ул. Островитянова, 1. Тел. (495) 434-0329. E-mail: muya@inbox.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Palminteri, E. Urethral reconstruction in lichen sclerosus / E. Palminteri, S.B. Brandes, M. Djordjevic // Curr. Opin. Urol. – 2012. - Vol. 22, № 6. – P. 478-483.
2. Clinical outcome and quality of life assessment in patients treated with perineal urethrostomy for anterior urethral stricture disease. / G. Barbagli [et al.] // J. Urol. – 2009. – Vol. 182, № 2. – P. 548-557.
3. Heroic measures may not always be justified in extensive urethral stricture due to lichen sclerosus (balanitis xerotica obliterans). / A.C. Peterson [et al.] // Urology. – 2004. – Vol. 64, № 3. – P. 565-568.
4. Perineal urethrostomy plus secondary urethroplasty for ultralong urethral stricture: clinical outcomes and influence on the patient's quality of life. / Y.Q. Wang [et al.] // Zhonghua Nan Ke Xue. – 2012. – Vol. 18, № 4. – P. 291-295.
5. Rolanía, F.J. Two-stage urethroplasties and perineal urethrostomy. / F.J. Rolanía, S.M. Arteaga // Arch. Esp. Urol. – 2011. – Vol. 64, № 10. - P. 939-944.

УДК 616.65-002

© А.В. Крупин, В.Н. Крупин, А.А. Артифексова, 2013

А.В. Крупин, В.Н. Крупин, А.А. Артифексова

ЗНАЧЕНИЕ МИКРОБНОГО ФАКТОРА В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА

*ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»
Минздрава России, г. Нижний Новгород*

На основании обследования больных хроническим бактериальным простатитом, включающего лабораторные, микробиологические и гистологические исследования ткани простаты, не выявлено какой-либо корреляции между количеством лейкоцитов в секрете простаты и выраженностью воспалительных изменений в ткани простаты. Не выявлено корреляции между наличием микрофлоры в ткани простаты и выраженностью воспалительной реакции в ней. Ставится под сомнение правомочность диагноза хронический бактериальный простатит, основанного на данных посева секрета простаты.

Ключевые слова: хронический бактериальный простатит, микроорганизмы, воспалительные изменения в ткани простаты.

A.V. Krupin, V.N. Krupin, A.A. Artifeksova

BACTERIAL FACTOR IN PATHOGENESIS OF CHRONIC BACTERIAL PROSTATITIS

On the basis of laboratory, microbiological and histologic examination of patients with chronic bacterial prostatitis no correlation between quantity of leukocytes in prostate secret and expressiveness of inflammatory changes in a prostate tissue is revealed.