



Кафедра урологии и
оперативной нефрологии

ВЕДЕНИЕ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ
БОЛЬНЫХ СО
СТРИКТУРОЙ УРЕТРЫ

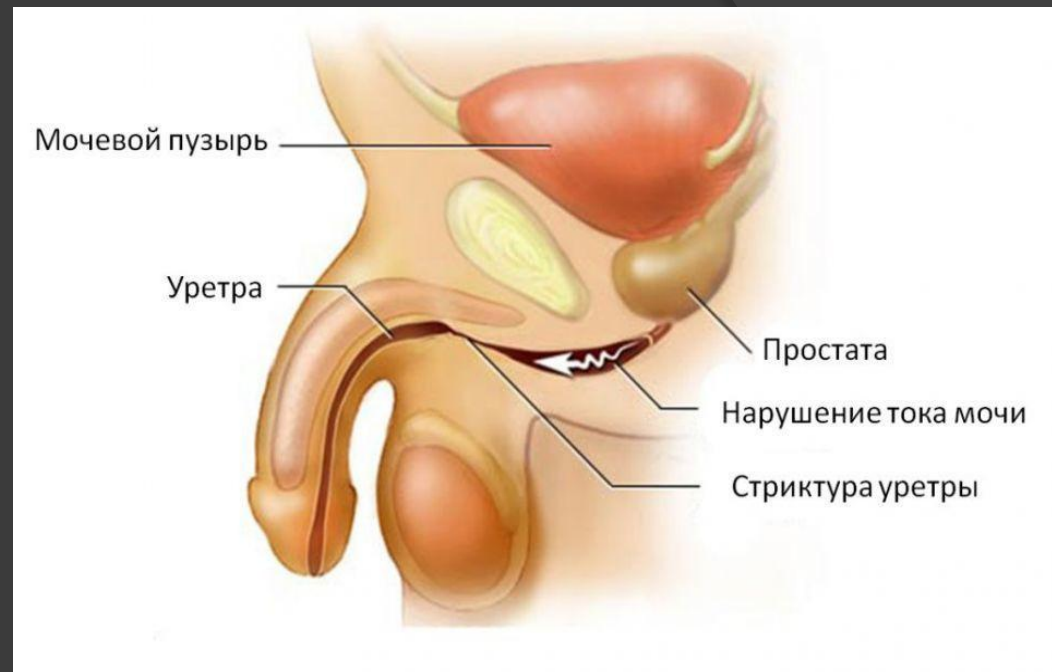
Подготовила: Агибаева А.
Группа 11-707-02 Хирургия
Проверила: Испосунова Г.А.

*«Уретральная хирургия – это хирургия избранных хирургов»
М.Коган*

ПЛАН

1. Определение
2. Этиология
3. Классификация
4. Клинические особенности
5. Диагностика
6. Дифференциальная диагностика
7. Лечение стриктуры мочеточника
8. Ведение послеоперационных больных со стриктурой уретры
9. Список литературы

Определение



СТРИКТУРА УРЕТРЫ - полиэтиологическое обструктивное поражение мужского мочеиспускательного канала.

Сущность заболевания заключается в сужении диаметра просвета вплоть до полной облитерации мочеиспускательного канала за счет рубцовых изменений тканей его стенки.

ЭТИОЛОГИЯ

1. Врожденные:

- рубцовые изменения стенки протока вследствие имевшихся наследственных аномалий,
- сдавливание мочеточника при перекрещивании с кровеносными сосудами (к примеру, добавочными почечными сосудами)

2. Приобретенные:

- операции и разных инструментальных процедур (уретроскопии и стентирование мочеточника)
- травм мочеточника (ножевое ранение, огнестрельное ранение)
- пролежней от камней;
- мочевого инфекции (туберкулез, гонорея);
- воспаления окружающей ткани (периутерит);
- радиационного облучения.

Классификация

Этиология:

- травматическая
- воспалительная
- врожденная
- идиопатическая

Патоморфоз:

- первичная (неосложненная, ранее не леченная)
- осложненная (рецидив, свищи, абсцессы)

Локализация:

- простатическая
- мембранозная
- бульбозная
- пенильная
- головчатая (ладьевидная ямка, наружное отверстие уретры)

Протяженность:

- короткая (<2см)
- длинная (>2см)
- субтотальная губчатая (поражение 75-90% губчатой уретры)
- тотальная (поражение всей уретры)

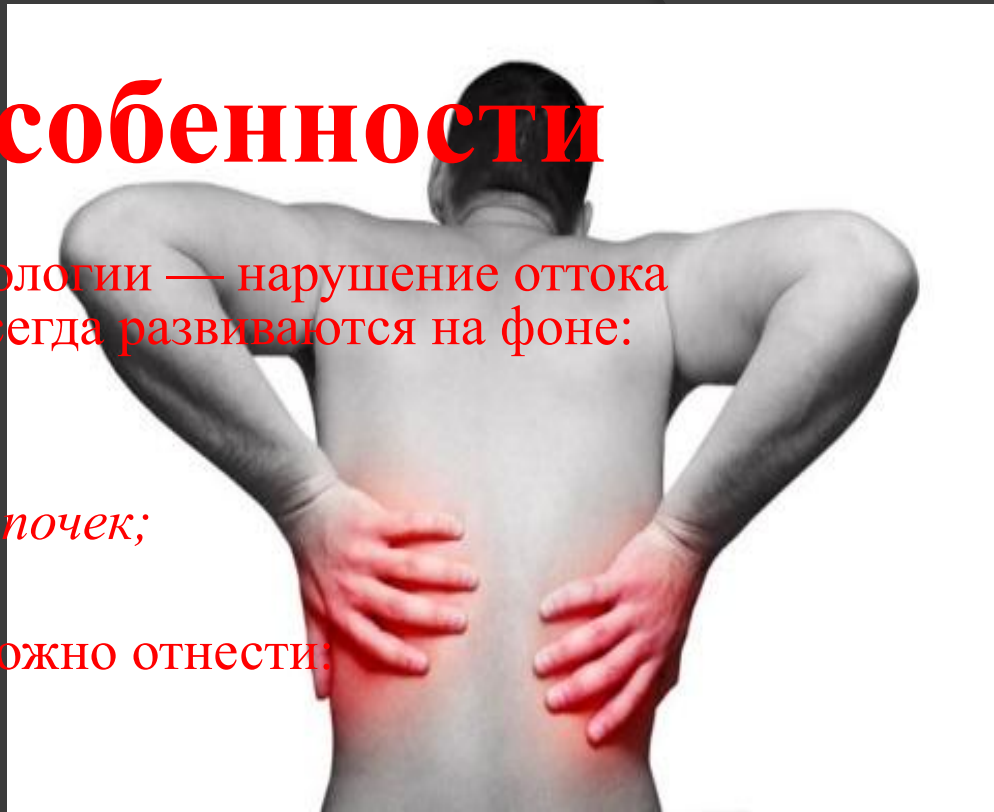
Клинические особенности

Самый первый признак данной патологии — нарушение оттока мочи, а также процессы, которые всегда развиваются на фоне:

- гидронефроз почек;
- пиелонефритов;
- хронической недостаточности почек;
- мочекаменной болезни.

Поэтому, к главным симптомам можно отнести:

- поясничные боли;
- почечная колика;
- общая интоксикация организма (повышение температуры, ознобы, ломота в мышцах и суставах);
- кровь в моче (гематурия);
- нарушение мочеиспускания.



Диагностика

- 1) Оценка жалоб и анамнеза
- 2) Осмотр и пальпация полового члена, уретры, мошонки и промежности
- 3) Пальцевое исследование анального канала, простаты и стенок прямой кишки
- 4) Определение уровня креатинина сыворотки в крови
- 5) УЗИ мочевого пузыря – увеличение объема остаточной мочи в мочевом пузыре
- 6) Оценка качества мочеиспускания – Урофлоуметрия.
- 7) Ретроградная уретрография
- 8) Антеградная цистоуретрография



Пальпация почки

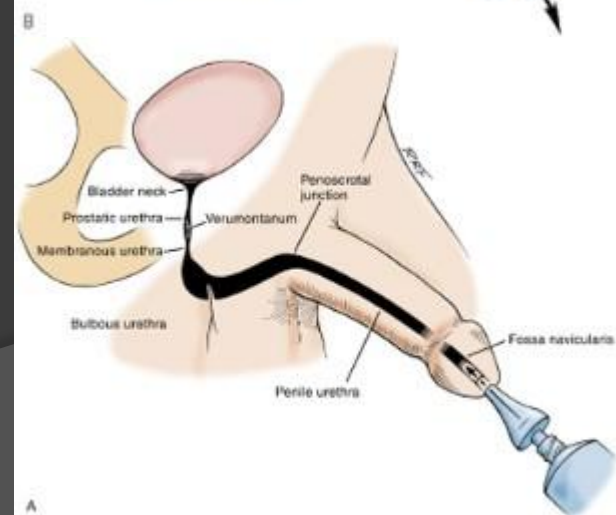
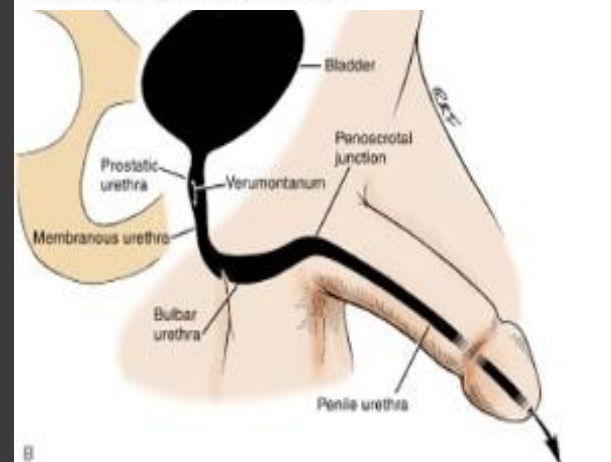




Рис. 19. Антеградная цистоуретрограмма. Дилатация простатической уретры при облитерации перепончатой уретры

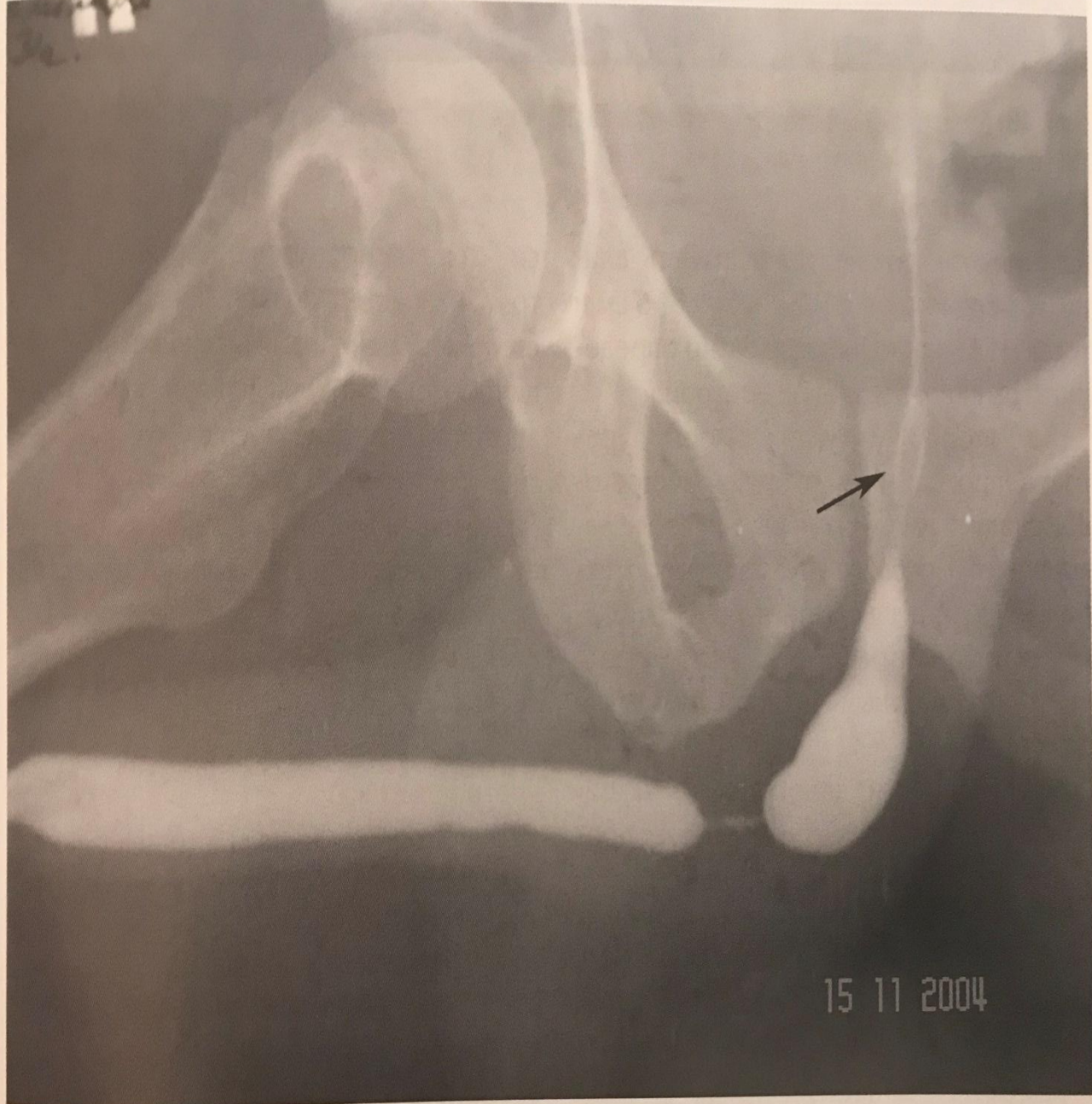
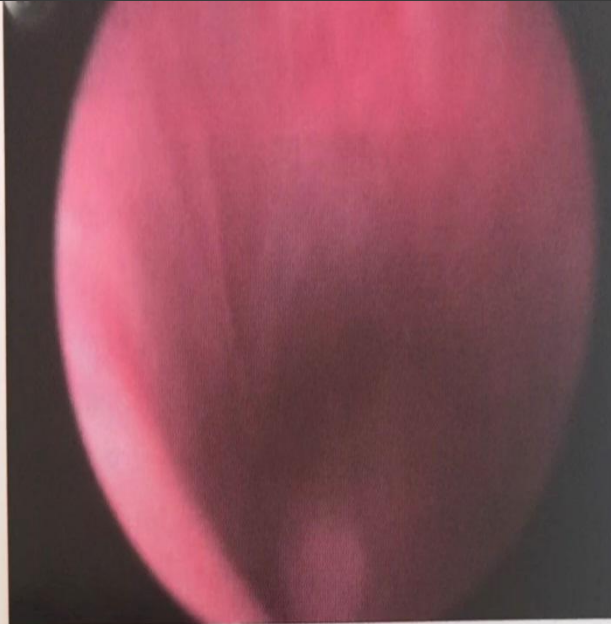


Рис. 22. Уретроскопия при бульбозной стриктуре:

Рис. 18. Ретроградная уретрограмма. Стриктура дистальной трети бульбозной уретры. Стрелка указывает на семенной бугорок

Дифференциальный диагноз

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
ДГПЖ	Затрудненное мочеиспускание, задержка мочеиспускание	УЗИ: увеличение объема простаты; Пальцевое ректальное исследование: увеличение простаты, плотно-эластичной консистенции, междолевая борозда не пальпируется, безболезненная.	Возраст старше 45 лет, в анамнезе нет данных о перенесенных уретритах, катетеризации, травм уретры и мочевого пузыря
Воспаление предстательной железы (простатит, как острый, так и хронический в стадии обострения)	Затрудненное мочеиспускание, задержка мочеиспускание	УЗИ: увеличение объема простаты (вследствие отека простаты); ОАК: лейкоцитоз, ускорение СОЭ; Пальцевое ректальное исследование: увеличение простаты, отечность простаты, эластичной консистенции, междолевая борозда не пальпируется, болезненная.	Преимущественно молодой возраст, температурная реакция, чаще вследствие переохлаждения. В анамнезе нет данных о перенесенных уретритах, катетеризации, травм уретры и мочевого пузыря
Рак простаты	Затрудненное мочеиспускание, задержка мочеиспускание	УЗИ: увеличение объема простаты; ПСА: увеличение уровня относительно возрастной нормы. Пальцевое ректальное исследование: увеличение простаты, плотной консистенции, междолевая борозда не пальпируется, безболезненная, имеются участки «деревянистой» плотности.	Возраст старше 45 лет, в анамнезе нет данных о перенесенных уретритах, катетеризации, травм уретры и мочевого пузыря

Лечение

Хирургические вмешательства могут быть закрытыми (эндоскопические) и открытыми.

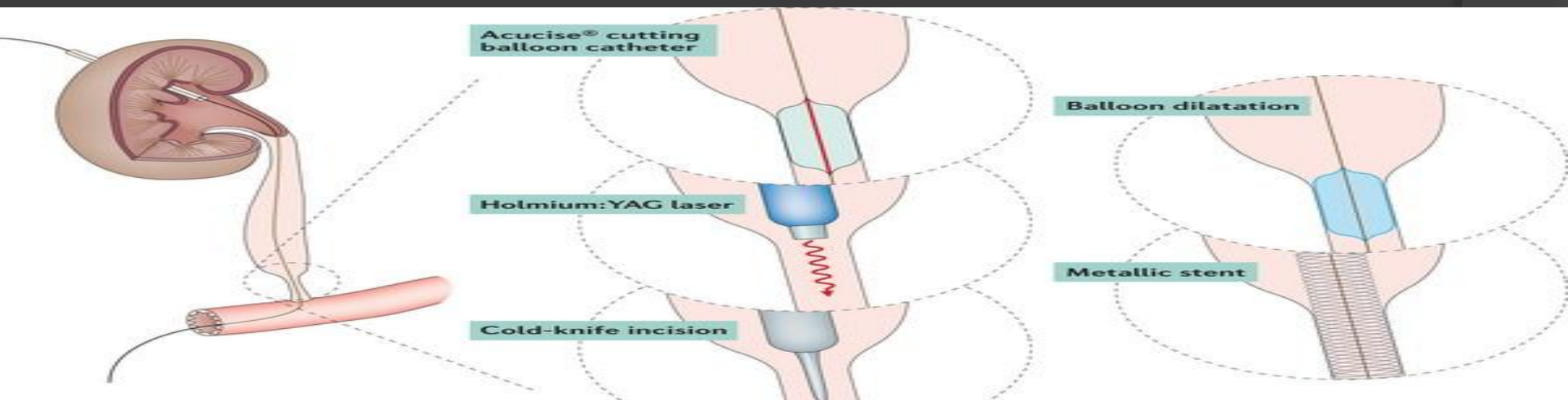
К эндоскопическим вмешательствам относятся: лапароскопические вмешательства, операции проводимые через просвет мочеточника или через прокол почки.

- Операции проводимые через просвет мочеточника - эндоуретеральное рассечение с последующим дренированием стентом (самоудерживающаяся трубочка, отводящая мочу из почки в мочевой пузырь) на 4-6 недель, бужирование стриктуры (ее расширение последовательной сменой бужей возрастающего калибра по струне-проводнику под рентгено-телевизионным контролем), баллонную дилатацию (расширение специальным баллончиком) стриктуры проводятся при отсутствии осложнений и при небольшой длине сужения мочеточника.
- При всех методах эндоскопического (через просвет мочеточника) лечения стриктур осуществляют шинирование (интубацию) стриктуры на срок 4-6 недель (внутренний или наружный стент - катетер).

Операции, проводимые через прокол почки (**нефролапаксия**) выполняются, если сужение мочеточника располагается в месте соединения мочеточника и почечной лоханки, при наличии камней в почке. При этом жесткий инструмент вводится в мочевые пути через **поясничный прокол** и ткань почки.

Аналогично предыдущей группе операций сужение **рассекается**, бужирруется (расширяется) специальным баллончиком.

- **Наилучшие результаты** в группе эндоскопических операций отмечены после лапароскопических операций. Объясняется это тем, что при подобных вмешательствах больше технических возможностей.
- **Открытые оперативные вмешательства** проводятся через разрез поясницы и части передней брюшной стенки, осматривают почку и мочеточник, зону его сужения и выбирают необходимый вариант пластической операции.
- **Эффективность операции** по любому методу зависит не только от правильного выбора способа реконструкции ЛМС, но и от отдельных ее этапов. Особенно важное значение имеет **послеоперационная реабилитация**



Варианты эндоскопической коррекции стриктуры мочеточника

Виды хирургических вмешательств

- Монополярная трансуретральная резекция стриктуры уретры.
- Биполярная трансуретральная резекция стриктуры уретры.
- Лазерная уретротомия.
- Пластика уретры по Хольцову(соединением «конец в конец»).
- Пластика уретры по Русакову.
- Пластика уретры по Ландереру.
- Пластика уретры буккальным лоскутом

Показания для консультации специалистов:

- консультация онколога – подозрения на злокачественное образование простаты;
- консультация фтизиатра – туберкулезный процесс нижних мочевых путей.

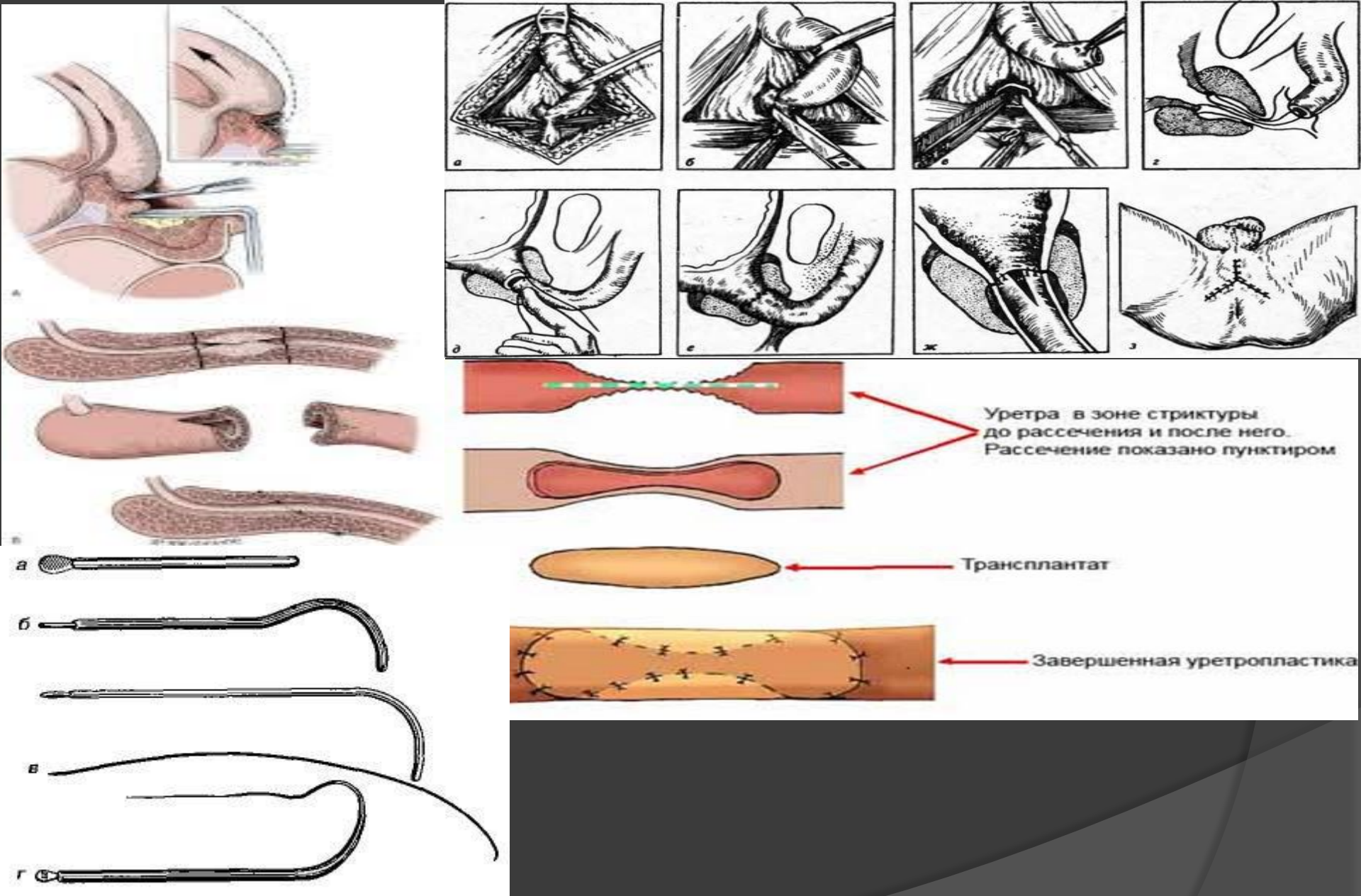


Рис. 2. Уретральные бужи. а - прямой буж для женской уретры, б - изогнутые бужи для мужской уретры, в - нитевидный буж, г - буж с проводником.

Особенности послеоперационного периода у пациентов после уретропластики при стриктурах пенильной уретры

- В послеоперационном периоде выполняются следующие мероприятия:
 - Наркотические и/или ненаркотические анальгетики в теч. 1-2 суток
 - Перфузия мочевого пузыря антисептиком в теч. 1-2 суток
 - Этиотропная а/б терапия с учетом бактериологии мочи до операции длительностью 5-7 дней с последующим пероральным приемом антибиотиков до стерилизации мочи
 - Активный двигательный режим со 2х суток
 - Прием жидкой пищи на 2-е сутки, с 3-х – обычное питание
 - Снятие кожных швов на половом члене на 6-7 сутки
 - Удаление цистостомического катетера на 3-7 сутки, уретрального катетера при лоскутной пластике – на 10-12 сутки, а при трансплантационной пластике – на 18-21 сутки
 - Оценка мочеиспускания
 - После удаления уретрального катетера, в том числе урофлоуметрия. При симптомах обструктивного мочеиспускания – ретроградная уретрография и уретроскопия

- ◎ В последующем обязательны контрольные исследования через 3, 6, 12 месяцев, а затем самооценка больным мочеиспускания.

Список литературы

1. Коган М.И. Стриктуры уретры у мужчин. Реконструктивно-восстановительная хирургия/М.И.Коган. – М.: Практическая медицина, 2010.
2. Лечение стриктур уретры Текст. / Э.Н. Ситдыков, С.М. Ахметова, А.Р. Беляев, Т.Г. Басиашвили // Урология и нефрология. 1991. - № 3. - С. 61-64.
3. <http://biofile.ru/bio/9822.html>
4. Исаков Ю.Ф., Степанов З.А., Ерохин А.И. Хирургическое лечение стриктур уретры у детей // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 1989.- №4. — С. 61-66.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!