

Оценка эффективности различных методов восстановления эректильной функции после оперативного лечения посттравматической стриктуры уретры

Коган О.С., заведующий I урологическим отделением СОКБ № 1, г. Екатеринбург
 Романенко Д.В., врач высшей категории I урологического отделения СОКБ № 1, г. Екатеринбург
 Сорочкин А.И., врач высшей категории I урологического отделения СОКБ № 1, г. Екатеринбург
 Кинзебаев Д.Х., врач I урологического отделения СОКБ № 1, г. Екатеринбург
 Сорочкин Д.А., студент 6 курса факультета очного лечебного дела УГМА, г. Екатеринбург

Evaluating the effectiveness of various methods to restore erectile function after surgical treatment of posttraumatic stricture of the urethra

Kogan O.S., Romanenko D.V., Kinzebaev D.C., Sorochkin A.I., Sorochkin D.A.

Резюме

В структуре травм мочеполовых органов у мужчин повреждение мочеиспускательного канала занимает первое место. Наиболее тяжелым последствием травм уретры является ее рубцовое сужение или облитерация, что приводит к длительной нетрудоспособности и развитию эректильной дисфункции. Анализируя клинический материал, мы оцениваем эффективность различных методов коррекции нарушения половой функции у мужчин оперированных по поводу посттравматической стриктуры уретры. В урологическом центре ОКБ №1 города Екатеринбурга находился на лечении 41 больной, после травмы заднего отдела уретры. Возраст больных - от 20 до 50 лет. 18 больных отмечали нарушение эректильной функции. В результате: 4 пациентам выполнена интракавернозная имплантация полужестких и пластических фаллопротезов; 1 пациенту установлен трехкомпонентный протез полового члена; 2 пациента используют интракавернозное введение вазоактивных препаратов; 11 пациентов получают ингибиторы ФДЭ-5 в индивидуальных дозировках. Таким образом, на сегодняшний день существующие методы лечения предоставляют больным широкий выбор вариантов сексуальной реабилитации. Каждый из индивидуальных методов лечения достаточно эффективен в повышении качества половой жизни пациентов.

Ключевые слова: повреждение мочеиспускательного канала, эректильная дисфункция, посттравматическая стриктура уретры.

Resume

In the structure of injuries urogenital organs in men damage to the urethra is the first place. The most serious consequence of injuries of the urethra is its cicatricial narrowing or obliteration, which leads to long-term disability and the development of erectile dysfunction. We are assessing the effectiveness of various methods for correcting violations of sexual function of men operated for post-traumatic stricture of the urethra, during the analysis clinical material. There were 41 patients on the treatment in the Urologic Center RCH № 1 of the city of Yekaterinburg, who suffered a posterior urethral injury. Age of the patients is from 20 till 50 years. 18 patients were impaired erectile function. As a result: 4 patients fulfilled intravascular implantation of semi-rigid and plastic phalloprotheses; 1 patient three-set prosthetic penis; 2 patients use intracavernosus introduction of vasoactive drugs; 11 patients receiving inhibitors of PDE-5 in individual doses. Thus, to date, existing methods of treatment offer patients a wide range of options for sexual rehabilitation. Each of individual treatment is sufficiently effective in improving the quality of sexual life of patients.

Key words: damage to the urethra, erectile dysfunction, posttraumatic stricture of the urethra.

Введение

Распространенный вид травмы органов мочеполовой системы у мужчин – повреждение мочеиспускательного канала, составляет в мирное время 15% [1,2]. Данное повреждение по частоте занимает первое место и часто сочетается с переломами костей таза. Такое сочетание наблюдается в 40-60% случаев [2]. Задержка мочи, орошение раны мочой, возмож-

ность развития мочевого затека, образование гематом и урогематом, а также сочетание с другими, нередко очень тяжелыми повреждениями (мочевой пузырь, прямая кишка, крупные сосуды, кости таза и др.), оказывают существенное влияние на течение травмы уретры, затрудняют диагностику, выбор способов лечения и отягощают прогноз.

В зависимости от вирулентности инфекции, реактивности организма, распространенности затеков и предпринятого лечения, образовавшиеся инфильтраты в стенке уретры и окружающих ее тканях либо рассасываются, либо нагнаиваются, либо постепенно замещаются соединительной тканью, переходящей затем в рубцовую.

Наиболее частым и тяжелым последствием трав-

Ответственный за ведение переписки -
 Сорочкин Дмитрий Александрович,
 620119, г. Екатеринбург ул. Чайковского д.75, кв.201,
 Тел. 8 922 138 80 18
 E-mail: coachpotatoe@yandex.ru

мы уретры является ее рубцовое сужение или облитерация. Развитие рубцовой ткани в стенке уретры распространяется в окружающие ткани. Глубина развития и распространения рубцовой ткани зависят от характера перенесенной ранее травмы уретры [5]. При простых повреждениях и отсутствии полного разрыва мочеиспускательного канала в случаях, когда концы разорванной уретры находились на одной оси с небольшим промежутком в области соединения, образуется короткая зона нежного рубца. Восстановление эпителия происходит и на рубцовой ткани перепончатого отдела уретры. После сложных повреждений с полным перерывом разорванные концы уретры облитерируются с диастазом большей протяженности [6]. По данным Кудрявцева Л.А. (1993) - в 15,2% случаев стриктуры располагаются в бульбозно-мембранозном отделе, в 4% - мембранозно-простатическом [2,3,4].

Среди осложнений наиболее часто встречаются хронический пиелонефрит (22,5%), камни почек и мочевого пузыря (14,7%). К вторичным осложнениям относятся нарушения половой функции и депрессии.

Актуальность восстановления половой функции у этой группы пациентов продиктована тем, что это сексуально активные мужчины репродуктивного возраста.

Цель: Оценить эффективность различных методов коррекции эректильной дисфункции у пациентов оперированных по поводу посттравматической стриктуры уретры.

Материал и методы

В урологическом центре ОКБ №1 (г. Екатеринбург) была оказана помощь 41 больному, перенесшим травму заднего отдела уретры в сочетании с переломами костей таза, из них 4 пострадавших ранее оперированы с неудовлетворительными результатами. У 21 больного была облитерация уретры.

Пациенты распределились на несколько возрастных групп: до 20 лет – 6 пациентов; 21-30 лет – 8; 31-40 лет – 7; 41-50 – 12; старше 50 лет – 8.

По локализации стриктуры или облитерации были выделены группы по уровню возникновения стриктуры: простатический отдел – 6 пациентов, мембранозно-простатический – 18; бульбозно-мембранозный – 17.

Данным пациентам оперативным путем была выполнена уретропластика различными методами: уре-

тропластика с анастомозом «конец в конец» – 34 пациента; уретропластика по методу Соловова в модификации клинки – 5; уретропластика влагалишной оболочкой яичка – 3.

Нами была проанализирована группа оперированных пациентов из 32 человек, в возрасте от 20 до 50 лет: 18 пациентов отмечали нарушения эректильной функции в той или иной степени. Жалобы больных были объективизированы с помощью анкеты по сексуальному здоровью мужчин - МИЭФ-5 (международный индекс эректильной функции). Всем больным было проведено полное клиническое обследование, включающее в себя: ультразвуковую доплерографию сосудов полового члена, фармаковернозографию, интракавернозный тест с вазоактивным препаратом (каверджект 10 мкг), виагра – тест (100 мг), мониторингирование ночных пенильных тумесценций. В ходе исследования была проанализирована и группа больных, перенесших травму уретры в сочетании с переломами костей таза. Большинству (34 пациента) была выполнена уретропластика с анастомозом «конец в конец», как наиболее простой и эффективный метод восстановления целостности уретры. Пятерым больным проведена уретропластика по методу Соловова в модификации клинки и трем больным - уретропластика влагалишной оболочкой яичка.

Из 18-ти обследованных пациентов, предъявлявших жалобы на эректильную дисфункцию: 4 пациентам с полным отсутствием эректильной функции была выполнена интракавернозная имплантация полужестких и пластических фаллопротезов, 1 пациенту установлен трехкомпонентный протез полового члена. 2 пациента используют интракавернозное введение вазоактивных препаратов. 11 пациентов получают ингибиторы ФДЭ-5 в индивидуальных дозировках.

Срок наблюдения пациентов составил от 1 до 3 лет.

18 прооперированных пациентов, входивших в возрастную промежуток от 20 до 50 лет, впоследствии предъявили жалобы на эректильную дисфункцию в той или иной степени:

Таким образом, существующие методы лечения предоставляют пациентам с посттравматической стриктурой уретры обеспечивают широкий выбор вариантов сексуальной реабилитации. Каждый из индивидуальных методов лечения достаточно эффективен в повышении качества половой жизни пациентов. ■

Литература:

1. Лопаткин Н.А., Даренков А.Ф., Горюнов В.Г. и др. Повреждения мочеиспускательного канала. Урологи .1995; 4:165-177.
2. Лопаткин Н.А., Горюнов В.Г., Даренков А.Ф. и др. Повреждения мочеиспускательного канала. Руководство по урологии в 3-х томах. 1998; Т.3 3:54-71.
3. Кудрявцев Л.А. Оперативные методы лечения последствий травмы уретры. 1993; 220.
4. Красулин В.В., Серебренников С.М., Жульнев А.П., Чибри и М.Б. Хирургическое лечение стриктур и облитерации уретры. Ростов-на-Дону 1999.
5. Степанов В.М., Каримбаев К. Андрологи и генитальная хирургия .2000; №1:88.
6. Коган М.И., Лебедев С.А., Реслан М.А. и др. Андрологи и генитальная хирургия .2001; №1: 98-103.