

ПЛОТИНА НА КАНАЛЕ

Стриктура уретры

Главная функция уретры (мочеиспускательного канала) – вывод мочи из мочевого пузыря. Но если на пути естественного тока встречается препятствие – например, стриктура, или сужение канала, последствия могут быть весьма неприятными. Чаще всего подобной проблеме подвержены мужчины – недаром уретру называют «ахиллесовой пятой» мужского пола. От чего же возникает стриктура уретры?

Если сравнить женский мочеиспускательный канал с мужским, можно обнаружить существенную разницу. У женщин он имеет длину 3-6 см, тогда как у мужчин – около 30 см, то есть в несколько раз длиннее. В мужской уретре несколько отделов: простатический, мембранозный, луковичный, пенильный и головчатый. В норме каждый из них имеет достаточно широкий внутренний просвет, по которому беспрепятственно выходит моча из мочевого пузыря при мочеиспускании.

Однако при возникновении сужения (стриктуры) в одном или нескольких отделах уретры скорость потока мочи резко уменьшается. Это сильно затрудняет процесс мочеиспускания, зачастую вызывая неприятные симптомы – жжение и боль.

Причины – травмы и воспаления

Стриктура может возникнуть у представителей мужского пола любого возраста: начиная от детей и заканчивая пожилыми людьми. Причины появления этой патологии можно условно поделить на врожденные и приобретенные. Однако врожденные аномалии уретры встречаются довольно редко и составляют около 2% в общей истории возникновения бо-

лезни. В остальных же случаях стриктура уретры развивается в виде приобретенного состояния. Основными причинами ее возникновения являются:

- Травматические повреждения. К примеру, травма мочеиспускательного канала может возникнуть в результате перелома костей таза или падения на промежность, а также других причин.
- Ятрогенные – то есть врачебные. В последнее время больные все чаще получают повреждение уретры в результате неправильного проведения инвазивных медицинских манипуляций – катетеризации, лазеротерапии, бужирования или же операции по поводу удаления аденомы простаты.
- Воспалительные процессы. Мужчины чаще являются носителями инфекций, передающихся половым путем, которые дольше сохраняются в их длинной уретре. Без адекватного лечения инфекция проникает в глубокие слои, что приводит к ее сужению.

К стриктуре уретры также могут привести такие специфические заболевания, как туберкулез, сифилис и рак.

Все описанные выше причины приводят к одному результату – это стойкое органическое сужение просвета мочеиспускательного канала и нарушение акта мочеиспускания, в основе которого лежит рубцовый процесс в стенке уретры.

Частые позывы и боль

Основным симптомом сужения уретры являются трудности с мочеиспусканием. Пациент отмечает, что струя мочи стала вялой, а акт мочеиспускания занимает больше времени, чем раньше, вплоть до 5 – 10 минут. При этом в конце все равно остается ощущение, что какое-то количество мочи еще осталось в мочевом пузыре – так называемое чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. Больные могут испытывать позывы до 30 раз в день, при этом объем

выделенной мочи крайне мал. Зачастую процесс мочеиспускания сопровождается такими неприятными симптомами, как жжение и боль. Проявляются эти симптомы примерно через 1-3 недели после травмы, а при инфекционном воспалении – к концу 2-3-го месяца после начала заболевания (надо заметить, что аналогичные симптомы наблюдаются при аденоме, простатите, раке простаты и некоторых неврологических заболеваниях).

Невозможность нормального мочеиспускания зачастую приводит к перерастяжению мочеиспускательного канала перед зоной сужения, а в некоторых случаях – к мелким надрывам слизистой уретры и появлению вследствие этого крови в моче. Количество мочи в мочевом пузыре, остающейся после мочеиспускания, со временем увеличивается: в ней могут оседать микробы, которые приводят к воспалению мочеполовых органов, в том числе восходящему поражению почек. Мочевой пузырь перерастягивается, становится атоничным (дряблым) и теряет способность к сокращению. В итоге все это может привести к полному закрытию просвета уретры в зоне стриктуры, задержке мочеиспускания, перерастяжению мочеточников и чашечно-лоханочной системы почки. Это состояние является кризисным, требующим экстренного оперативного лечения. Для спасения жизни таким больным выполняют цистостомию – операцию, при которой в нижней части живота формируют отверстие и устанавливают дренажную трубку, чтобы моча могла выходить наружу, в мочеприемник. Многие пациенты всю свою жизнь живут с такой трубкой (качество жизни от этого у них крайне низкое), даже не подозревая, что от нее можно избавиться путем плановой операции.

Диагностика

Для первоначальной диагностики недуга необходимо провести специальное исследование – урофлоуметрию.

Для этого пациенту необходимо помочиться в специальный прибор, в котором высчитывается скорость мочеотделения и рисуется график, характеризующий акт его мочеиспускания. После этого проводится УЗИ мочевого пузыря с целью определения объема остаточной мочи. Сделать это можно в любом амбулаторном кабинете уролога.

Если у врача возникает подозрение на стриктуру, назначается уретрография – рентгенологическое исследование просвета уретры с введением в мочеиспускательный канал контрастного вещества: с помощью этого можно определить локализацию и протяженность сужения уретры.

Если после этих обследований у доктора все еще остаются вопросы о характере сужения уретры, он может выполнить уретроскопию – эндовидеоскопический осмотр уретры – и более точно определить локализацию и протяженность стриктуры. Как правило, это обследование выполняется перед хирургическим лечением с целью определения вида и характера будущей операции.

Все эти исследования можно пройти амбулаторно – то есть без необходимости госпитализации в больницу, под местной анестезией, после чего пациент самостоятельно возвращается домой и ожидает своей очереди на операцию.

Лучший материал – собственная слизистая

Лечение стриктур уретры – это всегда то или иное оперативное вмешательство или манипуляция. Консервативного лечения стриктур уретры (таблетки, уколы, введение различных лекарств в просвет уретры) на сегодняшний день не существует, и если кто-то вам его предлагает, то, скорее всего, это шарлатан.

До недавнего времени медицина могла предложить больным стриктурой уретры лишь единственный вариант – анастомотическую уретропластику. Суть ее заключается в том, что в месте стриктуры делается разрез, суженный

участок уретры иссекается, а неизменные концы уретры сшиваются между собой. Понятно, что чем длиннее стриктура, тем больший участок необходимо удалить. Поэтому одним из самых неблагоприятных последствий такой операции является укорочение и искривление полового члена. Тогда как вероятность рецидива колеблется на уровне 35%.

В дальнейшем получила распространение эндоскопическая, органосберегающая операция – внутренняя оптическая уретротомия. Суть ее состоит в рассечении стриктуры изнутри. К сожалению, этот метод также не оправдал себя, поскольку не позволяет удалить рубцово-измененный участок сужения уретры. К тому же рецидивы после такого рода вмешательства наблюдались у 80% больных.

Общемировым стандартом лечения протяженных (самых сложных) стриктур является пластика уретры с использованием слизистой ротовой полости (чаще всего щеки) самого больного. В ходе операции удаляют пораженную часть уретры и замещают ее стенку слизистой, которая с легкостью приживается и формирует новую стенку мочеиспускательного канала. Никаких внешних шрамов или ран после забора ткани не остается, а слизистая щеки восстанавливается очень быстро. Эффективность этой операции является самой высокой и составляет более 85%. У пациентов восстанавливается утраченное ранее свободное мочеиспускание, а вероятность повторного образования сужения составляет не более 5-10%. Стоит также отметить, что выполнение данной операции не приводит к искривлению полового члена и снижению потенции, что особенно актуально у молодой категории больных.

Почему для выполнения данной операции урологи решили использовать именно слизистую ротовой полости? Ранее и до нынешних времен врачи пробовали замещать измененную стенку уретры различными тканями: кожей, внутренней поверхностью крайней плоти, оболочкой яич-

ка, стенкой сосудов и так далее. Однако у всех вышеперечисленных тканей были те или иные недостатки: например, при использовании кожи в просвете уретры начинали расти волосы, которые также со временем приводили к ухудшению мочеиспускания. Поэтому наиболее близкой по морфо-функциональному состоянию к стенке уретры оказалась собственная слизистая ротовой полости. Она является универсальным заместительным материалом при операциях по поводу стриктур уретры и обладает наибольшей эффективностью. В последнее время во многих странах идет разработка искусственной уретры на основе полимерных матриц, однако никому пока не удалось достичь тех свойств, которыми обладает собственная слизистая ротовой полости в качестве заместительного материала для уретропластики.

В настоящее время государство активно помогает и делает данное лечение доступным для всех граждан РФ путем предоставления федеральных квот на эту операцию. Благодаря этому наша сильная половина получает возможность ощущать себя полноценными мужчинами на протяжении долгих лет.

Дмитрий КОРОЛЕВ,
старший научный сотрудник
Института урологии и репродуктивного
здоровья человека
Первого МГМУ имени И.М. Сеченова,
врач-уролог, андролог,
кандидат медицинских наук.