

## ОДНОЭТАПНАЯ БУККАЛЬНАЯ ДВУХЛОСКУТНАЯ УРЕТРОПЛАСТИКА ПРОМЕЖНОСТНЫМ ДОСТУПОМ (ОПЕРАЦИЯ KULKARNI) ПРИ ПРОТЯЖЕННЫХ СТРИКТУРАХ ПЕРЕДНЕЙ УРЕТРЫ

*Катибов М.И., Абдулхалимов А.М., Алибеков М.М., Магомедов З.М., Айдамиров В.Г., Давудов А.Д.*

*г. Махачкала*

**Введение.** Проблема лечения протяженных стриктур уретры остается актуальной в силу сложности курации таких пациентов и высокой частоты рецидива заболевания после оперативного лечения. С учетом этого целью настоящего исследования служила оценка эффективности одноэтапной буккальной уретропластики по технике Kulkarni с использованием двух лоскутов при протяженных стриктурах передней уретры.

**Материалы и методы.** В исследование включено 18 мужчин с протяженной стриктурой передней уретры, у которых выполнена буккальная уретропластика промежностным доступом по технике Kulkarni с использованием двух лоскутов. Возраст пациентов варьировал от 32 до 72 лет (медиана – 58 лет). Протяженность стриктуры составляла от 6 до 11 см (медиана – 8 см). Стриктура в 11 (61,1%) наблюдениях была локализована в пенильном отделе, в 7 (38,9%) – одновременно в пенильном и бульбозном отделах уретры. Ятрогенная причина стриктуры уретры имела место у 11 (61,1) пациентов, идиопатическая – у 5 (27,8%), инфекционная – у 2 (11,1%). Стриктура носила первичный характер в 12 (66,7%) наблюдениях и рецидивный – в 6 (33,3%). На дооперационном этапе цистостома существовала у 12 (66,7%) пациентов. Среди пациентов без цистостомы показатели максимальной скорости мочеиспускания ( $Q_{max}$ ) колебались от 1,3 до 6,7 мл/с (медиана – 3,1 мл/с), объема остаточной мочи ( $V_{res}$ ) – от 110 до 200 мл (медиана – 130 мл). Фиксацию буккальных лоскутов выполняли по стандартной дорзо-латеральной «onlay» методике. Дренирование мочевого пузыря проводили силиконовым катетером 14 Fr в течение 4 недель. Контрольное обследование проводили через 3, 6, 12, 18 и 24 месяцев после операции. Критериями рецидива стриктуры уретры считали наличие жалоб на ухудшение качества мочеиспускания в сочетании с уменьшением  $Q_{max}$  ( $<12$  мл/сек) и наличием значимого количества  $V_{res}$  ( $>100$  мл), а также необходимостью выполнения дополнительных манипуляций и оперативных вмешательств, направленных на восстановление нормального пассажа мочи.

**Результаты.** Продолжительность оперативного вмешательства варьировала от 155 до 250 минут (медиана – 195 минут), объем интраоперационной кровопотери – от 50 до 400 мл (медиана – 100 мл). Каких-либо интра- и ранних послеоперационных осложнений ни у одного пациента не отмечено. Сроки послеоперационного пребывания в стационаре составляли от 5 до 10 суток (медиана – 7 суток). Сроки послеоперационного наблюдения пациентов колебались от 3 до 24 месяцев (медиана – 12 месяцев). В целом, установлено достоверное улучшение показателей мочеиспускания после операции, а медиана  $Q_{max}$  по всей выборке за средний период наблюдения составила 24,8 мл/с. Рецидив стриктуры уретры отмечен в 3 (16,7%) наблюдениях. Все случаи рецидива возникли среди пациентов, имевших рецидивную форму стриктуры перед нашей операцией. Из других поздних послеоперационных осложнений имели место по 1 (5,6%) случаю эректильной дисфункции и стрессового недержания мочи.

**Выводы.** Операция Kulkarni с использованием двух буккальных лоскутов позволяет добиться достаточно высокой эффективности в лечении протяженных стриктур передней уретры. Риск неудачи существенно возрастает при использовании данной техники по поводу рецидивных форм таких стриктур (рецидивы после предшествовавших уретропластик).