

Литература

1. Авазашвили Д.Н.// Грузинские медицинские новости. - 2000. -ML- С. 39-40.
2. Белоусов А.Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия. — СПб.: Гиппократ, 1998.
3. Волкова А.М. Хирургия кисти. — Екатеринбург: Средне-Уральское книжное издательство, 1991.
4. Демичев Н.П. Сухожильная гомопластика в реконструктивной хирургии. — Ростов-на-Дону, 1970.
5. Золотов А.С.// Вестн. травматологии и ортопедии. - 1996 - М 1 - С. 66-67.
6. Стаскэж А.М.// VII съезд травматологов-ортопедов России: Тез. докл. — Новосибирск, 2002. — Т. II. - С. 295.
7. Kleinert H.E., Kutz J.E., Atasoy E., Stormo A.// Orthop. Clin. North Am. - 1973. - Vol. 4. - P. 865-867.
8. Potenza A.D.// Orthop. Clin. North Am. - 1986. - Vol. 17, No. 3. - P. 349-352.
9. Stricland J.W.// Orthop. Rev. -1987. -Vol. 16, No. 3. - P. 33-49.

10. Strichland J.W.// J. Am. Acad. Orthop. Surg. - 1995. - Vol. 3, No. 1. - P. 44-54.
11. Strichland J.W.// J. Hand Surg. - 2000. - Vol. 25A, No. 2. - P. 214-235.
12. Tsuge K., Ikuta Y., Matsuishi Y.// J. Hand. - 1977. - Vol. 2, No. 6. - P. 436-440.

Поступила в редакцию 11.06.03.

ANALYSIS OF OUTCOMES OF COMPLEX SURGICAL TREATMENT OF TENDON INJURY OF FLEXOR MUSCLE OF FINGERS USING LOOP SUTURE

A.S. Zolotov

Municipal Hospital (Spassk-Dalniy)

Summary — The author presents the results of surgical treatment of 99 patients with tendon injury of flexor muscle of fingers to whom a tendinous loop suture has been made, and an early medical postoperative rehabilitation has been carried out, according to original protocol during 1992/2002. The programme of functional medical treatment has been realized in compliance with the research results of J.W. Strickland. The outcomes of surgical treatment using loop suture have been traced from 1 till 10 years at 81 patients (146 fingers). The excellent and good results have been obtained in main group at 85,6% of cases, in control group — at 55%.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 3, p. 28-31.

УДК616.643'007.271+616.624'004]'072.1'089

А.Г. Филиппов, В.М. Нагорный, В.В. Грехнев,
Д. В. Нагорный

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТРИКТУР УРЕТРЫ И СКЛЕРОЗА ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток), Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: эндоскопия, стриктура уретры.

Стриктуры уретры (СУ) представляют собой классическую урологическую проблему, сложность которой обеспечивает ей одно из центральных мест в урологической и хирургической литературе уже около века. В последнее десятилетие отмечен рост количества больных СУ. Это связано с высоким уровнем общего травматизма, а также с увеличением числа лиц с заболеваниями, передающимися половым путем. К ним добавляются больные со стриктурами после операций на предстательной железе и мочевом пузыре.

В лечении СУ до 80'х годов XX века наибольшее развитие получали открытые хирургические способы [6, 7, 11]. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в этом направлении, количество осложнений и рецидивов заболевания продолжает оставаться большим. Так, по данным литературы, рецидивы после операций по поводу посттравматических СУ возникают у 56% больных. Осложнения после открытых вмешательств часто приводят к необходимости повторных операций, которые в подобных ситуациях

чрезвычайно сложны и травматичны [3, 9, 10, 11]. К негативным последствиям этих вмешательств даже при восстановлении проходимости мочеиспускательного канала следует отнести укорочение полового члена, возникновение эректильной дисфункции, что приводит к серьезной социальной дезадаптации больных [2, 5, 12, 13, 14].

В последние годы ряд авторов показал значительную эффективность эндоскопических способов лечения СУ [1, 4]. Во многих случаях появилась возможность отказаться от сложных открытых вмешательств и тем самым значительно снизить процент осложнений [4, 6, 8, 12]. Достижения в области эндоурологии способствовали развитию этих менее травматичных методов, и, как показали исследования, при СУ они являются альтернативой открытым хирургическим вмешательствам [1, 10, 11].

В клинике урологии ВГМУ с 1991 по 2000 г. различными методами пролечено 263 больных СУ в возрасте от 16 до 86 лет (табл. 1). С 1995 г. для этой категории пациентов разработана и внедрена операция — трансуретральная резекция (ТРУ) рубцовой ткани уретры и шейки мочевого пузыря. Данное вмешательство произведено у 34 больных. В 1998 г. внедрен метод эндоскопической лазерной уретротомии (ЭЛУ) с вапоризацией рубцовых тканей. Этим способом прооперирован 61 больной. Все пациенты подвергались комплексному урологическому обследованию. Проводились обзорная и экскреторная урографии, восходящая и нисходящая уретроцистографии, ультразвуковое исследование верхних и нижних мочевых путей с определением остаточной мочи, урофлоуметрия. Последняя проводилась на отечественном аппарате «Рельеф», определение средней скорости мочеиспускания выполнялось при помощи

Таблица 1

Методы лечения стриктур уретры и склероза шейки мочевого пузыря

Год	Количество операций							Всего	
	Пластика уретры	Бужирование	Уретропромежностный свищ	Дилатация шейки мочевого пузыря	ТУР	Цистостомия	ЭЛУ	абс.	%
1991	6	1	2	3	0	0	0	12	4,6
1992	6	2	0	2	0	2	0	12	4,6
1993	5	3	0	3	0	2	0	13	4,9
1994	5	6	0	6	2	0	0	19	7,2
1995	5	17	0	2	11	2	0	37	14,1
1996	9	8	0	2	7	4	0	30	11,4
1997	5	6	0	6	9	1	0	27	10,3
1998	5	5	0	6	1	1	11	29	11,0
1999	3	2	1	1	2	2	19	30	11,4
2000	11	5	0	4	2	1	31	54	20,5

мерной посуды и секундомера. Для систематизации получаемых в процессе работы данных были выработаны критерии оценки результатов лечения. Результаты оценивались как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные, учитывая локализацию, протяженность и этиологию СУ. На основе объективных критериев (способность удерживать мочу, необходимость повторной операции или бужирования, средняя скорость мочеиспускания) и проводилась соответствующая оценка. При изучении результатов лечения учитывались летальность, ранние послеоперационные осложнения и отдаленные функциональные результаты.

У больных, которым была выполнена пластика уретры, послеоперационная летальность составила 1,6%. Ранние послеоперационные осложнения отмечены в 8 случаях. Среди них наиболее часто наблюдался острый орхоэпидидимит (5), нагноение послеоперационной раны (2), мочевого затек (1).

Отдаленные функциональные результаты оценены как хорошие у 31 больного. В этой группе пациентов восстановилось самостоятельное мочеиспускание с нормальной, по данным урофлоуметрии, скоростью. Удовлетворительные результаты зарегистрированы в 8 случаях. У этих пациентов восстанавливалось естественное мочеиспускание, однако 2/3 раза в год им необходимо было осуществлять бужирование уретры. В 12 случаях результаты оценены как неудовлетворительные, из них в 9 наблюдениях потребовалась повторная операция и в 3 — ЭЛУ. Средний послеоперационный койко-день после открытых пластических операций составил 31,7.

При использовании бужирования хороших результатов получено не было, а удовлетворительные результаты зарегистрированы только в 8 случаях. У 47 пациентов результаты лечения были отрицательными, из них в последующем 19 больным выполнены различные виды уретропластики, 14 — эндоскопическая коррекция (ТУР, ЭЛУ) и 14 проводилось постоянное бужирование. При бужировании более чем в половине наблюдений (34 — 61,8%) развились уретроррагия, уретральная лихорадка, ложный ход, острые эпидидимит и орхоэпидидимит, острая задержка

мочи. Средний койко-день в этой группе пациентов с учетом лечения осложнений составил 12,4.

В результате изучения отдаленных результатов эндоскопических лазерных операций получено 86% положительных оценок. Неудовлетворительные результаты (8%) зафиксированы в сроки до 1 года после операции (длительность наблюдения — от 8 месяцев до 3 лет у 57 больных). Следует заметить, что СУ, осложненные свищами, не подлежат эндоскопическому лечению.

Учитывая данные по ЭЛУ, хорошие результаты получены в 41 случае. Хорошие результаты — это стабильные показатели средней скорости мочеиспускания (14,4/20,5 мл/сек), отсутствие необходимости выполнения операции или бужирования в период наблюдения. Удовлетворительные результаты получены у 8 больных, и у 8 человек результаты лечения оказались неудовлетворительными. Это объяснялось ранее полученными тяжелыми травмами и перенесенными пластическими операциями на уретре. В данных наблюдениях имелись выраженные спонгиоз и большое количество рубцовой ткани, что сказывалось на конечном результате и диктовало необходимость повторения вмешательства.

Наиболее эффективным оказалось эндоскопическое лечение послеоперационных и поствоспалительных стриктур. Послеоперационные СУ встретились в 20 случаях, хороший результат достигнут в 18 наблюдениях (90%), удовлетворительный — в 1 (5%). Из 16 воспалительных СУ хороший результат получен в 11 случаях (68,7%) и удовлетворительный — в 2 (12,5%). Что касается посттравматических СУ, то здесь хороший результат достигнут у 12 (57,1%), а удовлетворительный — у 5 пациентов (23,8%). Методом ТУР прооперировано 34 человека, хорошие результаты получены в 23, удовлетворительные — в 7, неудовлетворительные — в 4 случаях. Осложнения наблюдались у 2 человек (табл. 2).

При рассмотренных способах лечения стриктур самый короткий послеоперационный койко-день был достигнут при ЭЛУ. После открытых пластических операций он оказался в 3 раза больше. Не последнее место заняла и ТУР, что видно из данных табл. 2.

Таблица 2

Сводные результаты лечения больных со склерозом шейки мочевого пузыря и СУ

Метод лечения	Кол'во больных	Средний послеоперационный койко-день	Результат						Ранние послеоперационные осложнения		Летальность	
			хор.		удовл.		неуд.		абс.	%	абс.	%
			абс.	%	абс.	%	абс.	%				
Пластика уретры	51	31,7	31	60,7	8	15,7	12	23,6	8	13,4	1	1,6
Бужирование	55	12,4	0	0,0	8	14,5	47	85,5	34	61,8	0	0,0
ЭЛУ	57	9,7	41	72,0	8	14,0	8	14,0	4	6,5	0	0,0
ТУР	34	12,4	23	67,7	7	20,5	4	11,8	2	5,9	0	0,0

Анализ результатов собственного наблюдения, обобщение имеющегося опыта позволяют сделать вывод, что эндоскопические методы лечения показаны при непростых (до 2 см) СУ, расположенных в задних отделах мочеиспускательного канала. Данные методы малотравматичны, не имеют осложнений, характерных для открытых уретропластик, и позволяют сократить период послеоперационной реабилитации больных.

Литература

1. Гринев А.В., Сердюцкий В.Е.//Андрология и генитальная хирургия. - 2001. - № 2. - С. 71-73.
2. Камалов А.А., Мартов А.Г., Гуцин Б.Л.//Конгресс профессиональной ассоциации андрологов России: Тез. докл. — Кисловодск, 2001. — С. 174.
3. Кудрявцев Л.А.//Оперативные методы лечения последствий травм уретры. — Самара, 1993. — С. 195-206.
4. Мазо Е.Б., Чепуров А.К., Плакатын Л.А., Тарасова Е.В. // Урология и нефрология. — 1996. — № 5. — С. 27-33.
5. Мартов А.Г., Саидов И.Р., Гуцин Б.Л.// Урология и нефрология. — 1997. — № 6. — С. 34-37.
6. Руководство по урологии. — М., 1998.
7. Русаков В.И. Стриктуры и облитерации уретры. — Ростов-на-Дону, 1987.
8. Степанов В.Н., Теодорович О.В., Борисенко Т.Г.//Андрология и генитальная хирургия. — 2000. — № 1. — С. 87-88.
9. Тараканов В.П. Осложненные стриктуры уретры: Автореф. дис... д-ра. мед. наук. — Киев, 1985.
10. Трапезникова М.Ф., Морозов А.П., Дутов В.В., Анкудинов А.Г.// Урология и нефрология. — 1989. — № 1. - С. 34-37.
11. Шкуратов С.И.//Урология. -2002. -№ 3. -С. 58-61.
12. Barry J.M.// Urol. Clin. N. Am. - 1989. - Vol. 16. - P. 319-324.
13. Dobrowolski Z.// J. Urol. (Baltimore). - 1982. - Vol. 128, No. 4.-P. 700-702.
14. Gibson G. R.//Br. J. Urol. - 1970. - Vol. 42. - P. 86-88.

Поступила в редакцию 17.03.03.

ENDOSCOPIC MEDICAL TREATMENT OF URETHRAL STRICTURES AND SCLEROSIS OF NECK OF URINARY BLADDER

A.G. Philippov, V.M. Nagorny, V.V. Grekhnev, D.V. Nagorny
Municipal Clinical Hospital No. 2 (Vladivostok) ? Vladivostok State Medical University

Summary — According to the material of 263 observations, there has been considered an efficacy of various methods of open treatment of urethra strictures. As is shown, the interventions performed with the help of endoscopic equipment (laser urethrotomy, transurethral resection of healing scar tissue) as on a number of indices surpass traditional operations of urethroplasty and bougienage. The authors bring to a focus indications and contraindications to one or another treatment mode of urethral strictures and sclerosis of neck of urinary bladder.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 2, p. 31-33.

УДК 616.13'004.6:616.137.83]089.168.1'06

Б.А. Сотниченко, А.П. Степура, О.В. Ивашко, Е.А. Фелелов, А.Ю. Ди

ПРИЧИНЫ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ АОРТОБЕДРЕННЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ

Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток), Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: аортобедренные реконструкции, поздние осложнения.

По данным ВОЗ, 10% населения старше 50 лет страдают облитерирующими заболеваниями периферических артерий. Рост числа больных с окклюзионными поражениями аорты и магистральных сосудов

нижних конечностей явился определяющим фактором к развитию сосудистой хирургии и увеличению числа аортобедренных реконструкций (АБР). При имеющихся достижениях сосудистой хирургии у 3,7-30% больных после АБР возникают ранние послеоперационные осложнения, в 5,1-71,4% случаев наблюдаются поздние послеоперационные тромбозы [1, 6, 8-10, 14]. Поэтому проблема повторных реконструктивных операций является одной из актуальных в сосудистой хирургии.

Повторные операции после АБР с целью восстановления кровотока значительно отличаются от первичных. Они более сложные, сопровождаются техническими трудностями и риском для жизни пациента, что связано с необходимостью манипуляций в условиях рубцовых тканей. Основной причиной поздних осложнений считается прогрессирование основного заболевания, стенозы анастомозов, гиперплазия неоинтимы в зоне