

С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

УРЕТРА СТРИКТУРАСЫ

Дайындаған: Жарылқап А.Е

Факультет: ЖМ 15-006-01

Тексерген: Испосунова Г.А

Жоспар:

1. Анықтамасы
2. Этиологиясы
3. Классификация
4. Клиникалық ерекшеліктері
5. Диагностика
6. Дифференциальды диагностика
7. Уретра структурасының емі
8. Список литературы

АНЫҚТАМАСЫ

УРЕТР СТРИКТУРАСЫ -ерлер уретрасының полиитологиялық обструктивті зақымдануы. Аурудың мәні оның қабырғасының ұлпасындағы шырышты өзгерістерге байланысты уретрдің толығымен жойылуына дейін люминнің диаметрінің тарылуына жатады.

Этиология

1. Туа біткен:

- тұқым қуалайтын аномалиялардың арқасында қабырға қабырғасының шағылысуы,
- қан тамырларымен қысылу кезінде тарылулар (мысалы, қосымша бүйрек тамырлары)

2. Жүре пайда болған:

- операциялық және түрлі аспаптық процедуралар (уретроскопия және уретралды стентинг)
 - несепағар жарақаттары (пышақ жарақаты, атыс қаруы)
- тастан жасалған жартастар;
- зәр шығару инфекциясы (туберкулез, гонорея);
- қоршаған тіннің қабынуы (перортерит);
- радиациялық әсер ету

Классификация

Этиология:

- травматикалық
- қабынулық
- туа пайда болған
- идиопатиялық

Патоморфоз:

- біріншілік (асқынбаған, емдеу шаралары уақытылы жүргізілген)
- асқынған (рецидив, жыланкөздер, абсцестер)

Локализация:

- простаталық
- мембранозды
- бульбозды
- пенильді
- басқа ұқсас (ладье тәрізді шұңқыр

Кездесу орны:

- қысқы (<2см)
- ұзын (>2см)

субтотальды қозғалтқыш (дистрофиялық қозғалтқыш) 75,00% (жүзінді)

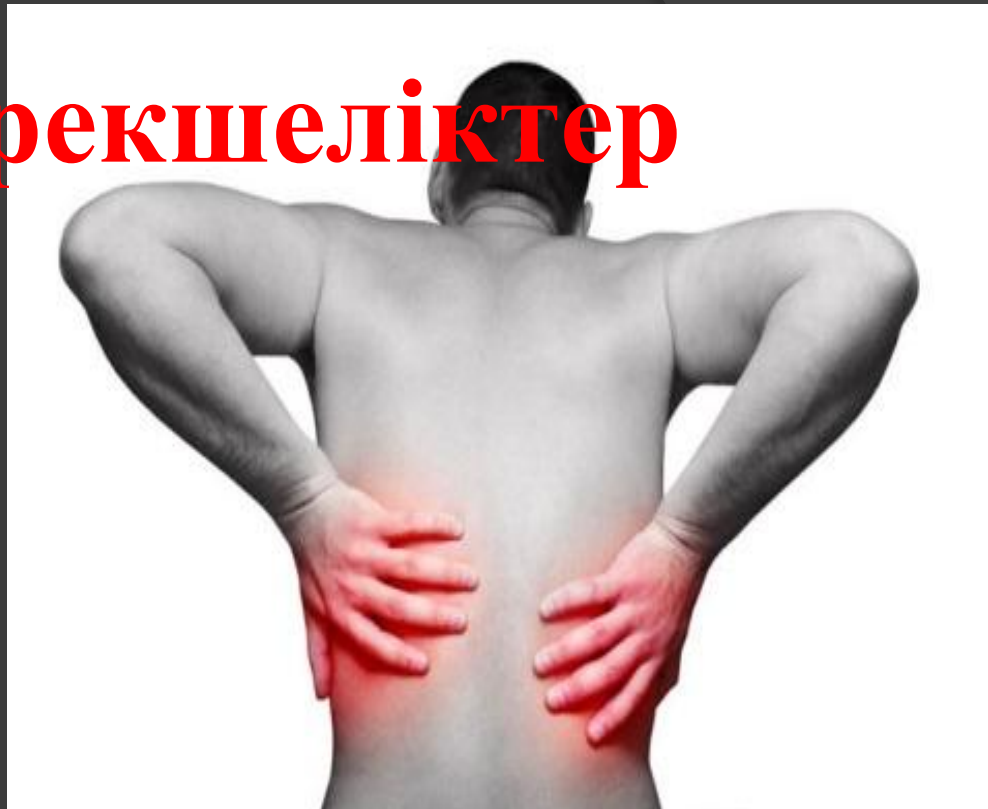
Клиникалық ерекшеліктер

1. Бұл патологияның алғашқы белгісі несеп шығарудың бұзылуы, сондай-ақ осы процестермен қосылып келеді:

- бүйрек гидронефрозы;
- пиелонефрит;
- созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі;
- уролития.

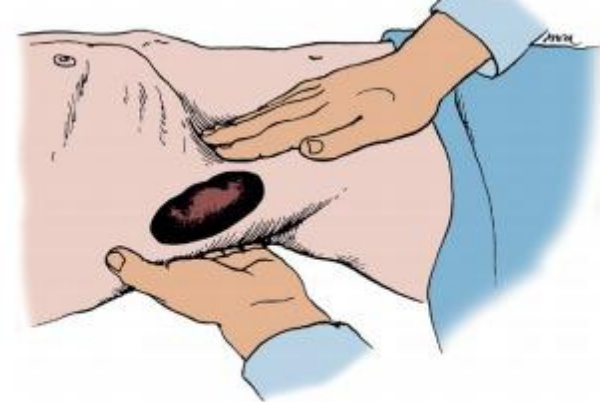
2. Сондықтан негізгі белгілерге мыналар жатады: -белдік ауыруы;

- бүйрек коликасы;
- дененің жалпы интоксикациясы (бұлшықет, буындар, буындардағы ауырсынулар);
- зәрдегі қан (гематурия);
- зәр шығарудың бұзылуы.

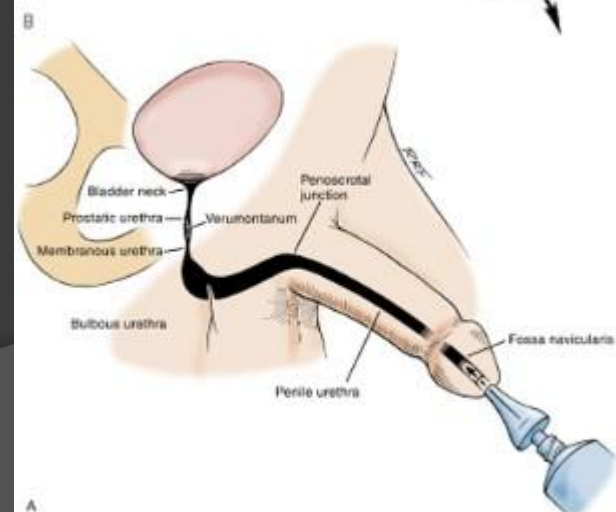
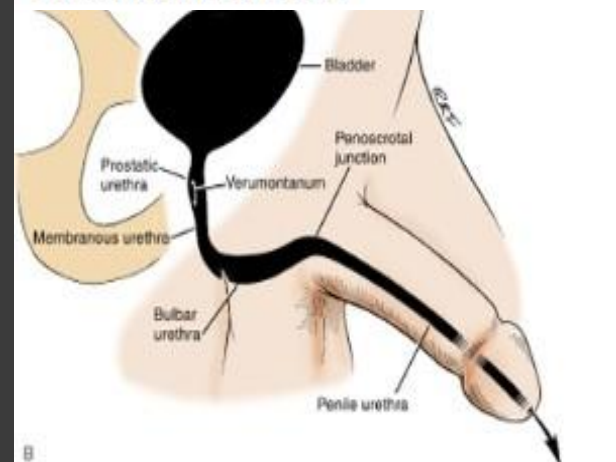


Диагностикасы

- 1) Шағымдар мен анамнезді бағалау
- 2) Пенициллин, уретрия, тырнақ және перинэяны емдеу және пальпациялау
- 3) Анальды каналды, простата және тік ішек қабырғаларын қолмен тексеру
- 4) Сарысу креатинин деңгейін анықтау
- 5) Қуықтағы ультрадыбыс - қандағы қалдықтың мөлшерін ұлғайту
- 6) Зәр шығару сапасын бағалау - урофлметрия.
- 7) Ретроградтық уретрография
- 8) Антеградтық цистоуретрография



Пальпация почки





15 11 2004

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

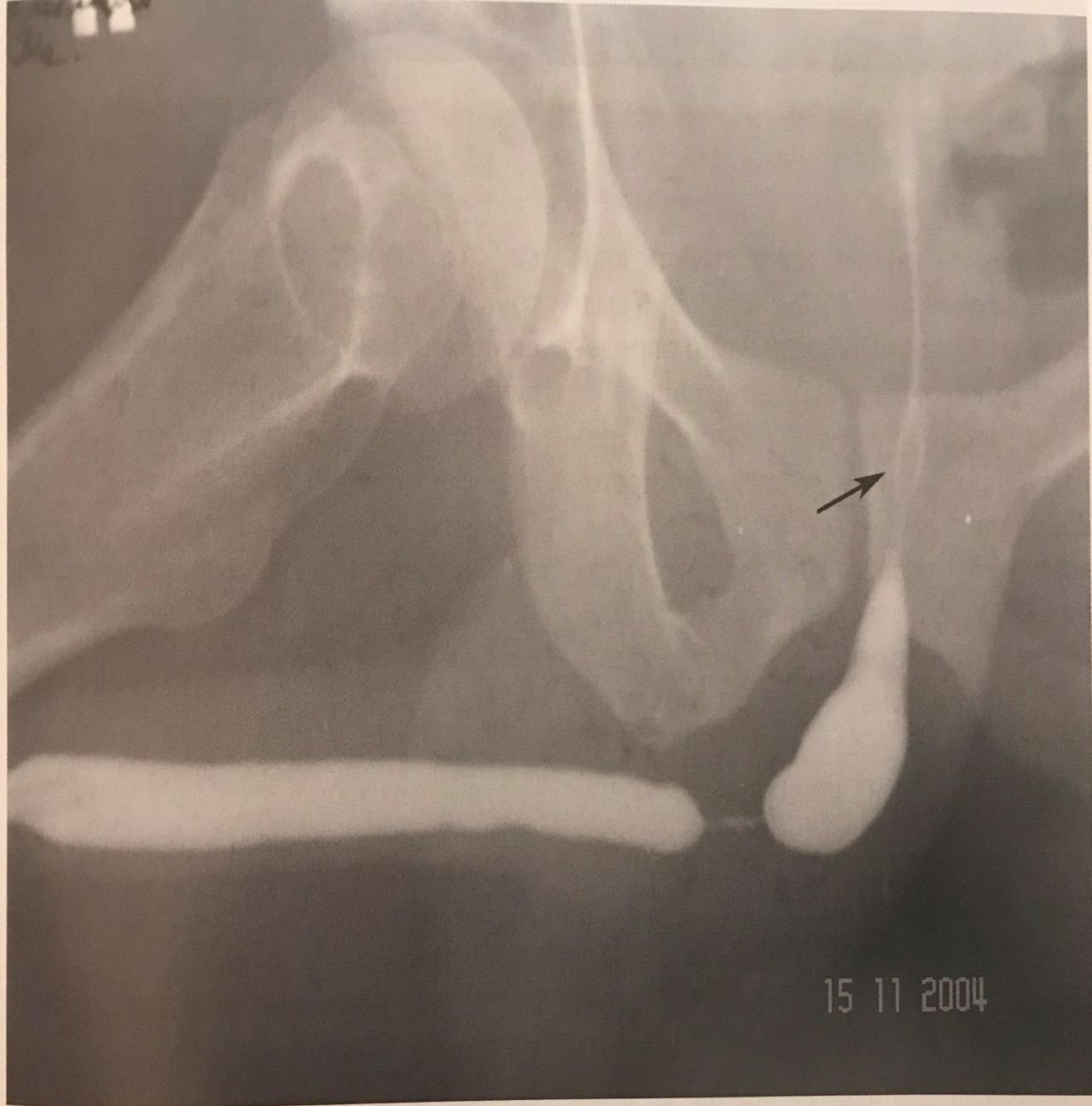
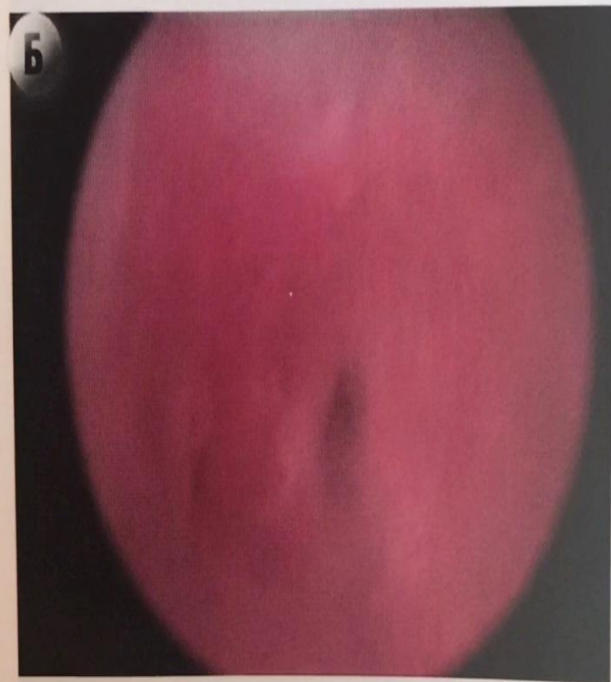
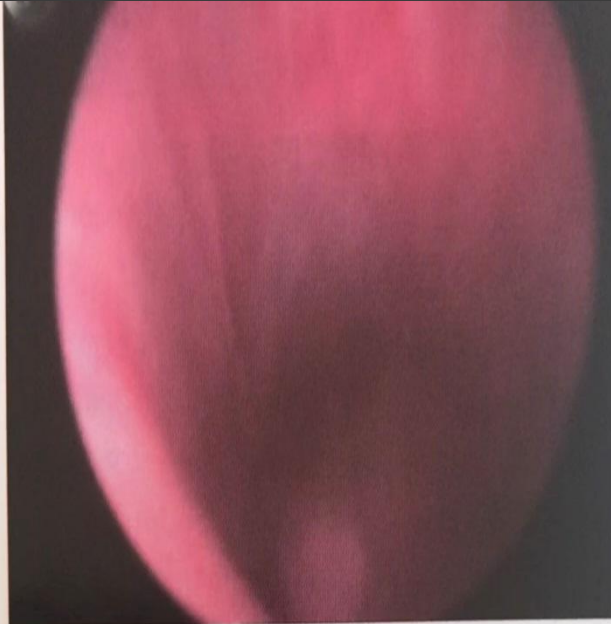


Рис. 22. Уретроскопия при бульбозной стриктуре:

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

Емі

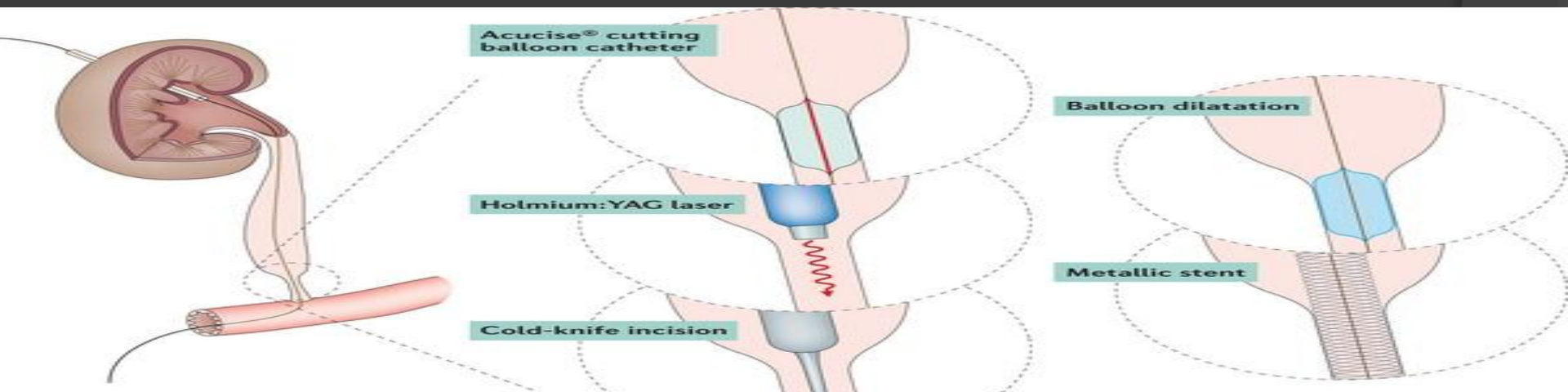
- Хирургиялық әдіспен емдеу: эндоскопиялық және ашық болуы мүмкін. Эндоскопиялық әдістерге: лапароскопиялық араласу, ұрықтың немесе бүйрек пункциясының люминациясы арқылы емдеу.
- Хирургия препаратты - эндоуэрттеральды диссекциядан, содан кейін стент дренажынан (бүйрекнен бастап мочевинадан өзін-өзі ұстайтын несеп шығаруды) 4-6 аптаға созылды, баллондық кеңейтулер (арнаулы буждармен кеңейту) қолданылады. Бұны ішектің асқынуы болмаған кезде және несепағардың шағын таралуы кезінде орындалады.

Эндоскопиялық әдістермен (препараттың люмені арқылы) ішектің емдеуі, (интубация) 4-6 апта (ішкі немесе сыртқы стента-катетер) кезеңінде жүргізіледі.

Бүйректің пункциясы арқылы жасалатын операциялар (нефролапаксия) бүйрек тасының қатысуымен несепнәрдің тарылтуы бүйрек және бүйрек жамбас түйісінде орналасқан болса орындалады. Бұл жағдайда зәр жолына белдік пункциясы мен бүйрек тінінің көмегімен қатты құрал орнатылған.

Алдыңғы операциялар тобына ұқсас, конструкция арнайы шашыратқышпен кеңейтіледі.

- Лапароскопиялық операциялардан кейін эндоскопиялық операциялардың топтағы ең жақсы нәтижелері байқалды. Бұл осындай араласу кезінде техникалық мүмкіндіктердің бар екендігі түсіндіріледі.
- Ашық хирургиялық операциялар бел аймағы мен алдыңғы іш қабырғасын ашу арқылы жүзеге асырылады, бүйрек пен уретрді тексереді, оның тарылу аймағын анықтап, пластикалық хирургияның қажетті нұсқасын таңдайды.
- Операцияның кез-келген әдісінің тиімділігі ЖБЖ-ны қайта құру әдісін дұрыс таңдауға ғана емес, оның жеке сатыларына да байланысты. Операциядан кейінгі оңалту өте маңызды.



Варианты эндоскопической коррекции стриктуры мочеточника

Хирургиялық әдістердің түрлері

- Уретра стритурасын монополярлы трансуретральды резекциясы
- Биполярлы трансуретральды резекция
- Лазерлі уретротомия.
- Хольцов әдісімен уретра пластикасы (соединением «конец в конец»).
- Русакову әдісімен уретра пластикасы
- Ландереру әдісімен уретра пластикасы
- Буккальды лоскутпен уретра пластикасы

Показания для консультации специалистов:

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

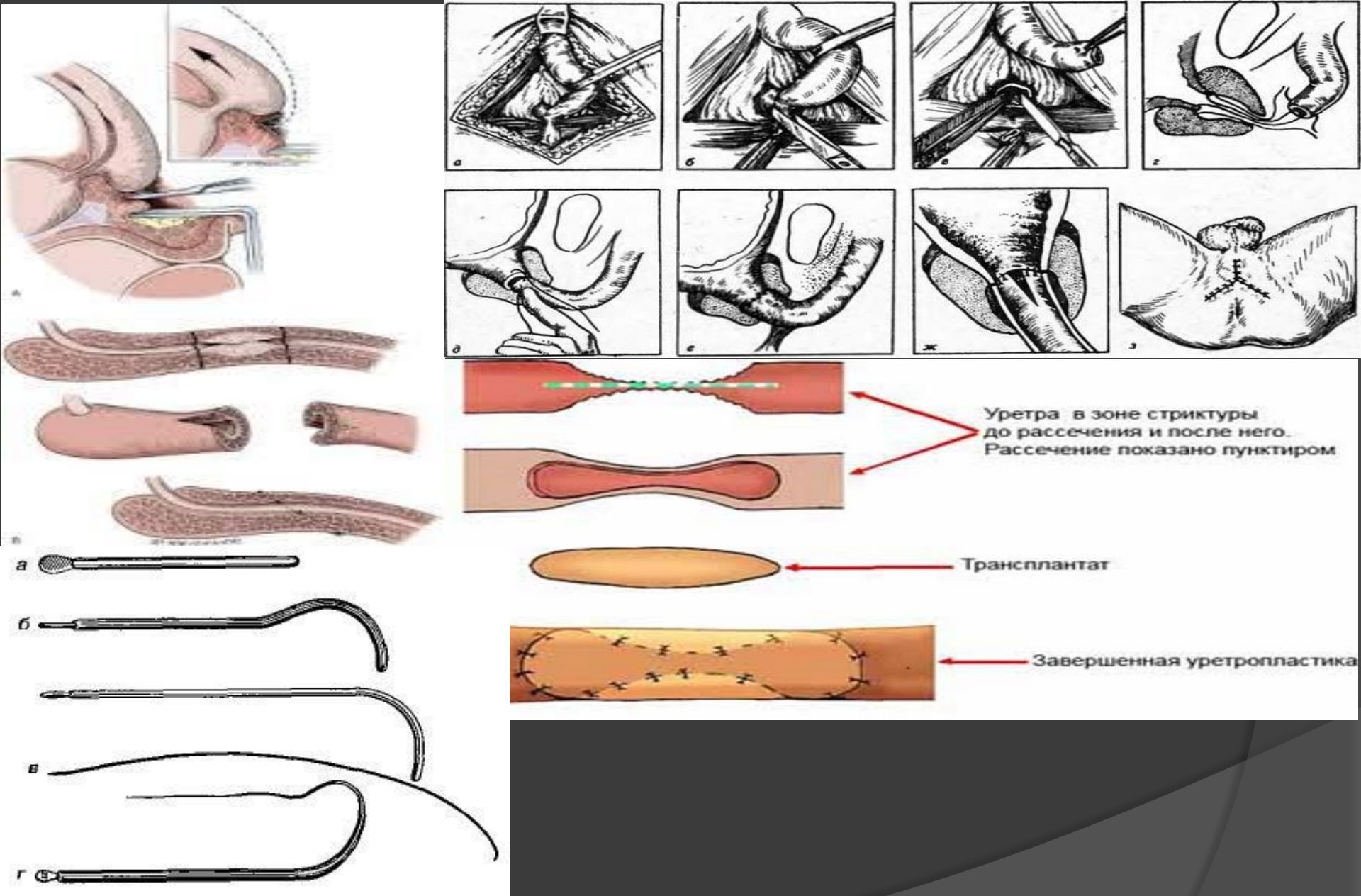


Рис. 2. Уретральные бужи. а - прямой буж для женской уретры, б - изогнутые бужи для мужской уретры, в - нитевидный буж, г - буж с проводником.

Особенности послеоперационного периода у пациентов после уретропластики при стриктурах пенильной уретры

- Операциядан кейін келесі іс-шаралар орындалады:
- Наркотикалық немесе наркотикалық емес анальгетиктер. 1-2 күн
- Перфузия қуықты антисептикпен 1-2 тәулік
- Этиотропты антибактериальды терапия, емделудің алдында 5-7 күн ұзаққа созылатын хирургияның бактериологиясын ескере отырып, несеппен зарарсыздандыру алдында антибиотиктерді ауыз арқылы енгізу
- Активті қимылдаушы режим 2 күнге созылған
- 2-ші күні, үшіншіден - әдеттегі тағамға сұйық тағамды қабылдау
- Уретральды катетрді алып тастау
- Зәр шығаруды бағалау
- Уретральды катетерді алып тастағаннан кейін, уретрметрияны қоса алу.
- Обструктивтік зәр шығару симптомдары бар кездеретроградтық уретрогرافия және уретроскопия жасау.

- Операциядан 3, 6, 12 айдан кейін бақылау сынақтары жүргізіледі, содан кейін пациенттерді зәр шығару үшін өзін-өзі бағалау қажет.

Әдебиеттер тізімі

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.

НАЗАРЛАРЫҢЫЗҒА РАХМЕТ