

DOI: <https://doi.org/10.17816/psaic1254>

Редакторская заметка



Комментарий к статье «Атипично протяженная посттравматическая стриктура бульбозной уретры у подростка: клиническое наблюдение»

Ю.Э. Рудин

Научно-исследовательский институт урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина, Москва, Россия

Аннотация

Комментарий к статье Е.А. Ладыгиной, В.В. Николаева, Н.В. Демина «Атипично протяженная посттравматическая стриктура бульбозной уретры у подростка: клиническое наблюдение», опубликованной в журнале «Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии». 2022. Т. 12, № 2. С. 201–209. <https://doi.org/10.17816/psaic1231>

Ключевые слова: травма уретры; оперативное лечение; дети.

Как цитировать:

Рудин Ю.Э. Комментарий к статье «Атипично протяженная посттравматическая стриктура бульбозной уретры у подростка: клиническое наблюдение» // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2022. Т. 12, № 2. С. 211–213. DOI: <https://doi.org/10.17816/psaic1254>

DOI: <https://doi.org/10.17816/psaic1254>

Editorial

Commentary on the article “Atypically extended post-traumatic stricture of the bulbous urethra a teenager”

Yury E. Rudin

N. Lopatkin Scientific Research Institute of Urology and Interventional Radiology, Moscow, Russia

Abstract

Commentary on the article Ladygina EA, Nikolaev VV, Demin NV “Atypically extended post-traumatic stricture of the bulbous urethra a teenager” published in the *Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care*. 2022;12(2):201–209. (In Russ.) DOI: <https://doi.org/10.17816/psaic1231>

Keywords: urethral injury; surgical treatment; urology; children.

To cite this article:

Rudin YuE. Commentary on the article “Atypically extended post-traumatic stricture of the bulbous urethra a teenager”. *Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care*. 2022;12(2):211–213. DOI: <https://doi.org/10.17816/psaic1254>

Received: 11.05.2022

Accepted: 18.05.2022

Published: 30.06.2022

Авторами Е.А. Ладыгиной, В.В. Николаевым и Н.В. Деминым представлен успешный результат лечения подростка с протяженной посттравматической стриктурой бульбозной части уретры. Коррекция подобной травмы уретры считается одним из наиболее сложных реконструктивно-пластических разделов урологии, особенно в отдаленные сроки, если первичная помощь оказывалась без соблюдения существующих стандартов.

По данным анамнеза, мальчик имел уретрорагию, острую задержку мочи и урогематому в области промежности. По этим симптомам речь идет о полном разрыве уретры, и для уточнения протяженности ее разрыва выполняется уретроскопия, при подтверждении диагноза показано проведение операции — первичный шов уретры (уретероуретероанастомоз по Хольцову) в первые 8–15 ч после травмы. Если нет специалистов по проведению столь сложной и достаточно опасной операции либо упущено время (2–3 дня после травмы), по стандарту лечения выполняется пункционная цистостомия для восстановления оттока мочи и предупреждения увеличения размеров урогематомы в области промежности.

Важно помнить, что при уретрорагии, затрудненном мочеиспускании или острой задержке мочи, категорически запрещено пытаться установить уретральный катетер, данные манипуляции могут неполный разрыв уретры перевести в полный и увеличить протяженность разрыва от 1–2 до 3–6 см.

Однако, по данным анамнеза, вместо пункционной цистостомы (если нет специалистов урологов, имеющих опыт первичного шва уретры при разрыве задней уретры) выполнена цистотомия и установка «вслепую» уретрального катетера Фолея, без уточнения протяженности разрыва. По стандартам лечения полный разрыв уретры не предусматривает установку уретрального катетера, поскольку результаты такого лечения не могут быть положительными. Это ошибки тактики лечения на этапе оказания первичной специализированной помощи.

Вторую тактическую ошибку, возможно невольную, совершили врачи в Научно-исследовательском институте неотложной детской хирургии и травматологии (НИИ НДХиТ). Через два месяца после травмы уретры на фоне воспаления, значительной урогематомы, мочевого затека и инфильтрации области разрыва нельзя выполнять реконструктивные операции. Это табу. Понятно, с какими трудностями столкнулись хирурги, выделяя края уретры, определив протяженный разрыв мочеиспускательного канала. Очень сложно в таких условиях провести качественную ревизию и восстановить проходимость уретры. Использована

ОБ АВТОРЕ

Юрий Эдвартович Рудин, д-р мед. наук, профессор, заведующий отделом детской урологии; адрес: Россия, 105425, Москва, 3-я Парковая ул., д. 51, стр. 1;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5973-615X>;
eLibrary SPIN: 6373-5961; e-mail rudin761@yandex.ru

современная методика замещения дефекта свободным лоскутом полости рта с отличным результатом. Уверен, что если бы первым этапом в НИИ НДХиТ была установлена пункционная цистостома и пациент отпущен домой на 6–10 мес., то операция по восстановлению проходимости уретры прошла бы более легко, и дополнительные манипуляции и операции скорее всего бы не потребовались.

При выборе эндоскопической коррекции стриктур уретры также существует стандарт проведения такой операции. Эффективным у детей этот метод может быть при протяженности стриктуры до 5–7 мм. Более протяженные стриктуры в большинстве случаев рецидивируют, поскольку любое продольное рассечение удлиняет протяженность стеноза и даже продленная катетеризация (до 1–1,5 мес.) не позволяет восстановить проходимость мочеиспускательного канала. Если стриктура протяженная, то короткая по времени (5–7 дней) катетеризация после рассечения стриктуры еще чаще сопровождается рецидивом стриктуры. Кроме того, в качестве метода рассечения стриктуры предпочтительно использовать холодные ножи вместо каутера (электроинцизии), которые вызывают еще более грубое рубцевание в зоне стеноза, за счет термического воздействия, о чем пишут авторы в обсуждении.

Данное мнение может оспариваться, позиции урологов могут отличаться в зависимости от предпочтений и собственного опыта.

Авторы в статье показали отличные результаты хирургической техники и их можно поздравить с эффективным лечением столь сложной патологии, которая даже по статистике сопровождается 15–35 % осложнений в разных ведущих мировых клиниках.

Однако целесообразно четко придерживаться существующих стандартов лечения посттравматических стриктур уретры.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Конфликт интересов. Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Автор заявляет об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

ADDITIONAL INFORMATION

Competing interests. The author declare that he have no competing interests.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

AUTHOR INFO

Yury E. Rudin, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Pediatric Urology; address: 51, 3rd Parkovaya st., Moscow, 105425, Russia; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5973-615X>;
eLibrary SPIN: 6373-5961; e-mail rudin761@yandex.ru