

Уретра Стриктураси: Муаммога Замонавий Ёндашувлар (Адабиётлар Шархи)

Батиров Б. А.¹

Аннотация: Уретра стриктураси эркакларда учрайдиган, мураккаб урологик патология бўлиб, унинг давоси реконструктив урологиянинг энг кийин ва тўлиқ ҳал қилинмаган бўлимларидан бирига тегишлидир.

Сўнги пайтларда урологик касалликларни табиий тешиқлар орқали жаррохлик даволашнинг замонавий минимал инвазив усулларидан кенг фойдаланиш уретра стриктурасининг купайишига сабаб бўлмоқда. Яъни кесувсиз амалга ошириладиган манипуляциялар улуши урологик операциялар таркибида устунлик қилмоқда. Ушбу мақолада, муаллифлар уретра стриктурасини даводашда камивазив жаррохлик усуллари кўллаш ёрдамида, ушбу тоифадаги беморларни даволаш самардорлигини ошириш билан бир каторда иктисодий муаммоларини ҳал этишга эришиш мумкинлиги тугрисида батафсил маълумотлар келтирилган.

Ключевые слова: уретра стриктураси, анастомик уретропластика, уринбосувчи уретропластика, уретранинг аугментацияси, бужлаш, уретра облитерацияси.

Уретра стриктураси (УС) бу эркаклар орасида кенг тарқалган касаллик бўлиб, мураккаб урологик патология ҳисобланади. Сўнги ун йилликда ушбу касаллик билан оғриган беморлар сони тез ушиб бормоқда ва беморларнинг ёшига мувофиқ ҳолда умумий популяцияда 0,6% дан 0,9% гача узғариб туради. S.V. Zhou ва ҳаммуаллифларнинг маълумотларида 45 ёшдан катта бўлган эркакларнинг 46,51%ида уретра стриктурасининг асосий сабаби трансуретрал операциялар оқибати эканлиги келтирилган (21).

УС борасида олимларнинг фикрлари турлича. Энг оддий ва кенг тарқалган тушунча бу - сийдик канали деворининг яллиғланиши ёки травматик шикастланиши оқибатида чандикли торайиши демакдир (6,3,9). Бирок бу «тушунча» ни биз бутун сийдик каналига нисбатан ишлата оламизми, ёки уретранинг факатгина маълум бир қисмига тегишлими? Келиб чиқишига кура шикастланишларнинг қайси турини (тугма ёки орттирилган) стриктура деб аташ тугри булади? Ушбу саволларга жавоб топиш мақсадида биз УС га оид адабиётлардаги маълумотларни мукамал урганишни лозим топдик.

Агар биз уретра стриктурасининг тарихига назар соладиган бўлсак Д.Ж.Петров (1862) биринчилардан бўлиб ушбу термин хақида: “Уретра деворининг (махаллий оғрикли азобланиши) зарарланиши сабабли унинг тешигини торайиши ва сийдик чиқилишининг (тусик ҳисобига) кийинлашувидир” дея таъриф берган (10). Р.М. Фронштейн (1934) эса: “Уретра стриктураси сийдик канали деворининг органик узғаришлари оқибатида унинг нормал тешигининг торайиши” деген деб тушунтиради (11). А.Б.Ага (1951) фикрига кура “Уретра ва уни ураб турган спонгиоз тананинг узун ёки қиска масофадаги чандикланиши ҳисобига, (тугма аномалия эмас) унинг тешигининг торайишидир” дея талкин қилади (12).

G.H. Jordon ва S.M. Schlosberg «уретра стриктураси» терминини факатгина олд уретранинг чандикланишига нисбатан ишлатиш тугри булади деб ҳисоблайди. Л.А.Кудрявцевнинг фикрича эса, УС деганда, сийдик каналининг орттирилган травматик чандикли қисилиши (стеноз)

¹ Samarqand Davlat Tibbiyot Instituti



тушунилади, колган холатларда «торайиш» (сужение) дейиш тугри булади деган фикрни билдиради (32).

Халқаро урологлар жамиятининг етакчи мутахассислари Халқаро урологик кенгашининг SIU, ISUD, (2014) таърифига кура: «Уретра стриктураси» спонгиоз фиброз ривожланиши натижасида сийдик йулининг говаксимон тана билан уралган ҳар қандай қисмининг патологик торайиши» тушунилади (J.M.Xatini).

Россияда, жумладан бизнинг мамлакатимизда энг куп кулланиладиган тушунча - М.И. Коган таърифига кура: “УС бу сийдик йулларининг полиэтиологик сабабларга кура зарарланиши булиб, пастки сийдик йуллари симптомлари билан бирга кечадиган касалликдир” (28). Сунги пайтларда, патогенезининг узига ҳос хусусиятлари вақайталанишга (рецидив) мойиллиги сабаб, урология амалиётида УС билан бир қаторда “Уретранинг стриктура касаллиги” атамасини ҳам ташхис сифатида кулланилмоқда.

2014 йилда нашр этилган SIU, ISUD курсатмаларида уретранинг торайиши билан боғлиқ тушунчалар ва таърифларга янада аниқликлар киритилган. Масалан: “Уретра стриктураси” ва “Уретранинг стриктура касаллиги” атамаси фақат говаксимон тана билан уралган сийдик каналининг олд қисмининг торайишини англатади. Тос суяги синиши билан боғлиқ булмаган, орқа уретранинг торайишини эса “стеноз” деб аташ тавсия қилинган. Шунингдек, простатэктомиядан сунги торайишларни ҳам везикоуретрал анастомоз “стенози” дейиш ҳам тугри булади. Шундай қилиб, ҳозирги вақтда орқа уретра стриктураси ёки ковок буйинчаси стриктураси атамалари ҳам амалиётда фойдаланиш учун тавсия этилмайди (19,20).

Этиологияси: Одатда, уретра стриктураси ривожланишига олиб келувчи хавфомилларига қуйидагилар қиради: қарилик, анамнездан жинсий йуллар орқали юктирилган инфекциялар, простата беши саратонини радикал ёки радиацион даволашдан кейинги асоратлар ва ҳ.к. (1,7). Аммо бугунги кунда урология амалиётида трансуретрал муолажалар ва оператив аралашувлар абсолют нисбатининг кескин ошаётганлиги сабаб, сийдик каналининг ятроген стриктурасининг учраши ҳам қупайиб бормоқда (34).

Хатто инсонларнинг географик, социал-иқтисодий статусларидан келиб чиқиб, уретра стриктурасининг сабаблари, локализацияси фарқли равишда турлича булиши мумкин. Масалан: ривожланган мамлакатларда эрақларда уретра стриктураси келиб чиқилишининг асосий сабаблари ятрогения булса, ривожланаётган давлатларда эса травматизация ҳисобланади. Бунга: D.M.Stein ва ҳаммуаллифларнинг 2013 йилда Италияда (1646 нафар), АКШда (228 нафар) ва Хиндистонда (715 нафар) уретра стриктураси сабабли даволанган жами 2589 беморларда утқазилган ретроспектив таҳлиллар натижаси мисол була олади (12). Яъни 1-гуруҳда (Италия ва АКШда) ятроген шикастланишлар 35%, 2-гуруҳда (Хиндистонда) 16% ни ташкил этган. Локализацияси буйича 1-чи гуруҳда уретранинг пенил қисмида торайиши 27%, 2-чисида 5%, орқа уретра стриктураси 34% ва 9% мос ҳолда учраши аниқланган. S. Tritscher ва ҳаммуаллифлари томонидан утқазилган мета анализларда эса, ятроген омиллар 45% ҳолларда (трансуретрал муолажалар ва узок вақт давомида уретрал катетер билан юрганлиги сабабли) ривожланганлиги аниқланган. М.А. Коган ва ҳаммуаллифларининг фикрича эса, бу курсаткич 17,7% ни ташкил этади (83,86,88). M.Lazzer ва ҳаммуаллифлари () 2303 нафар беморларнинг 38,8% ида ятроген этиологияли уретра стриктурасини (ЯУС) аниқлашган (34).

Бир гуруҳ Италиялик олимлар томонидан, 1439 нафар бемордан иборат қатта гуруҳда, сийдик канали торайишларининг локализациясига кура утқазилган ретроспектив тадқиқотларда, беморларнинг қупчилигида 92,2% олд уретранинг стриктураси аниқланган, шундан 46,9%- сийдик каналининг бульбоз қисмига, 30,5%- спонгиоз қисмига тугри келади, спонгиоз ва бульбоз - 19%, бутун сийдик йуллари торайиши 4,9% ни ташкил қилган (5).

Бизга маълумки, утган асрда уретра торайишларининг 90% дан ортиги даволанмаган гонорейя натижасида юзага келган. Аммо ҳозирги вақтда эса, яъни антибиотиклар асрида, самарали даволаниш туфайли гоноккок инфекциясининг УС сабаби сифатида ахамияти йук. Бугунги



кунда яллигланишли торайиш купинча лихенсклерозива гонококкли булмаган уретрит билан богликдир. ЯУС эса тиббиёт юкори даражада ривожланган мамлакатларда куп учраши кузатилмоқда. Касалликнинг ошишига сабаб, шубхасиз, урология амалиётида минимал инвазив трансуретрал эндоскопик операцияларнинг кенг кулланилишидир. Катетеризация, цистоскопия, айникса, асбоб диаметри сийдик каналининг диаметрига тугри келмаса, шиллик каватнинг шикастланишидан ташкари, уларда сикилиш зоналари ва сийдик йулларининг ишемияси шаклланишига олиб келади, бу эса уз навбатида торайишиларга сабаб булади (7).

Маълумки кариялар ва кекса ёшдаги эркакларда энг куп учрайдиганурологик касалликлардан бири простата безининг хавфсиз гиперплазиясидир (ПБХГ) (8). Хозирги вақтда ПБХГ ни даволашда умумийкабул килинган «олтин стандарт», бу простата беги трансуретрал резекцияси(ПБТУР) ва унинг турлихилмодификациялари кулланилмоқда (35). Бунинг оқибатида эса, купгина муаллифларнинг гувоҳликларигакура, уретра стриктураси, облитерацияси ёки сийдик пуфаги буйинчасининг склерози, аденомэктомиянинг кечки асоратлари сифатида келиб чиқиши кузатилмоқда. Нозология нуктаи назаридан бу утказилган аденомэктомия операциясининг оқибатлари хисобланади. Яъни катта хажмдаги аденомани олиб ташлаш вақтида уретранинг орка қисми ёки сийдик пуфаги буйинчаси структурасининг бутунлиги бузилиши сабабли туқималар зарарланади, бу эса кейинчалик ковуқ буйни ёки уретранинг простата қисмининг операциядан кейинги стриктурасини хосил қилади. Ушбу асоратларни ятроген деб аташ мумкин эмас, чунки аденомэктомия операцияси бажарилиши пайтида уретра туқимасининг шикастланишидаражасига боглик узгаришлардир. Кечки обструктив асоратлар аденомэктомия асоратларинингмуҳим қисмини ташкил қилади. УС шулар жумласидан булиб, сийишнинг бузилишига олиб келади ва узокмуддатли даволанишни талаб қилади. Айрим ҳолларда эса уретранинг орка қисмида ва ковуқ буйинчасида жаррохлик аралашувларини ҳам талаб қилади. Жаррохликдан сўнги даврда уретра стриктурасининг шаклланиши бир неча йил давом этиши мумкин, аммо кўпинча дастлабки 6 ой ичида ривожланади. Аденомэктомиядан сўнги стриктуранинг сабаби уротелий ва унинг остидаги спонгиоз тананинг бевосита шикастланиши оқибатида юзага келади. Бунда жарохат инструментлар катетер, резектоскоп орқали ёки иккиламчи уретрит ривожланганлиги сабабли чиқиши мумкин.

Патогенези: Уретра стриктурасининг патогенези асосида сийдикканали эпителийсининг ва унга тегиб турган говаксимон тана туқималарининг ясси хужайрали метаплазияга учраши, уретра туқимасининг хужайрадан ташкари матрицасидаги узгаришларга ва спонгиофибрознинг ривожланиши хисобига торайиши ётади. Уретра деворининг нормал бириктирувчи туқимаси зич толали туқима билан алмашинади. Ушбу узгаришлар спонгиозтанадаги силлик мушак туқималарива коллаген толаларнинг камайишига сабаб булади. Натижада азот оксиди синтези камайиб уретра туқимасининг гипоксияси кучаяди ва чандикланиш жараёнининг прогрессивланишига олибкелади.

Таснифи: Бугунги кунда уретра стриктураси касаллигининг ягона ва умумий кабул килинган таснифи мавжуд эмас, бу эса клиницистларга амалиётда баъзи бир муаммоларни келтириб чиқариши мумкин. Адабиётларда ёзилишича, хорижда купрок касалликнинг этиологиясига асосланган уретра стриктурасининг клиник градациясини курсатувчи G. Bargbali (2000й) классификацияси кулланилади (3,4,22,24)

1988-йилда J. Mc Aninch томонидан ультратовуш текширишусулларини клиник амалиётга жорий этилиши билан олинган уретро сонограммаларнинг натижаларига кура сийдик канали торайиш даражасига караб уретра стриктурасининг таснифи таклиф килинди (2,36). Россияда, шу жумладан бизнинг республикамизда ҳам М.И. Коган таснифи купрок амалиётда кулланилади.

МКБ -10 буйича уретра стриктурасининг этиологик омилларига кура куйидаги турлари тафовут қилинади:

N35,0 Уретранинг посттравматик стриктураси.



N35,1 Уретранинг постинфекцион стриктураси.

N35,8 Уретранинг бошка стриктураси.

N38,9 Уретранинг идиопатик стриктураси.

Клиникаси: Ушбу касалликнинг клиник намоён булиши уретра диаметрини торайганлик даражасига бевосита боғлиқ булади. Уретрасининг тешиги 3-5мм (10-16Ch) гача торайган беморларда купинча сийишидабосимнинг пасайганлиги, ингичка оқим билан кучаниб сийиш, тез-тез сийиш, ковокнинг тулик бушамасликхисси, айрим холларда сийдикнинг тутилиши ва ковок сохасидагиогрикнинг сийиш пайтида ёки ундан сунг пайдо булиши каби шикоятлар кузатилади. Анамнезида сийдик йуллар инфекцияси, простатит, эпидидимит, сийдик- тош касаллиги кайд этилган беморларда уретранинг стриктура касаллиги парауретраль абсцесс ёки окмалар каби асоратлар ривожланиши билан бирга келиши мумкин (13,14).

Диагностикаси: УС булган беморларни текшириш, даво усулини режалаштириш айникса, беморларни операцияга таёрлаш тугрисидаги маълумотлар замонавий адабиётларда етарлича ёритилган (20,22,32).

Стандарт текшириш усуллари сифатида бугунги кунда одатий урологик скрининг усуллардан фойдаланилади: ретроград уретрография, микцион цистоуретрография бажариш оркали сийдик каналининг торайган сохаси (локализацияси), унинг узунлиги, утувчанлиги аникланади. Ушбу текшириш усуллари юкори даражадаги сезгирлик (75-100%) ва специфик (72-97%) хусусиятга эга булишига карамасдан 2та камчилиги мавжуд: бу биринчидан, беморни кийшайтириб ёткизганда уретранинг $\frac{3}{4}$ кисмипроекцион узгариши хисобига торайган соха узунлигини тугри бахолайолмаслик ва натижада нотугри жаррохлик усули танланишига сабаб булиши мумкин; иккинчидан, ретроградуретрография спонгифиброз узунлиги ва чукурлигини аниклаш имконини бермайди, бу эса даво тактикасини танлашда жуда мухим омиллардан булиб хисобланади.

Яна шуни эътиборга олишимиз лозимки, уретрография натижаларини интерпретациясида инсон омили, яъни рентгенолог ёки урологлар томонидан хар хил талкин килишхолатларихам кузатилади. Масалан: J.R.Eswaga ва хаммуаллифлари (2014) олган маълумотларга кура, Вашингтоннинг Стенфорд ва АКШ нинг Шимолий гарбий унверситетларида фаолият олиб бораётган 60 нафар уролог ва нур диагностикаси буйича мутахассисларига 10 та уретрограмманибахолашни таклиф килишган. Шунда ретроград уретрограммаларнива микцион цистоуретрограммаларни 31 рентгенологдан 18 нафари (58%) ва 29 урологдан 19 нафари (65%) тугри талкин килишган (15).

Бошка бир тадқиқотда эса, Канадалик урологлар томонидан уретропластика утказилган 397 нафар беморларнинг уретрограммалари рентгенологлар томонидан тахлил килинганда факатгина 49% холатда рентнограммаларнинг адекват, яъни операция пайтида аникланган холатга мос маълумотларни аниклашган. Беморларнинг 13% да эса, хатто сийдик каналининг торайиши хакида умуман маълумот берилмаган (16).

Уретроскопия сийдик чикариш каналинингторайиш даражасини аниклашга ёрдам берадиган асосий усуллардан бири булиб хисобланади. Супрапубик фистула мавжуд булганда, баъзида торайишнинг проксимал чегарасини ва сфинктер аппарати холатини аниклаш учун фиброцистоуретроскопиядан фойдаланиш тавсия этилади. Уретроскопиянинг диагностик киймати тугрисида 2014 йилги SIV ICUD тавсияларида куйидагилар курсатилган:

-Уретроскопия уретра стриктурасини аниклашнинг энг узига хос специфик усули сифатида тавсия этилган (далиллик даражаси 4А).

-Уретроскопия - олд уретра торайишларини ташхислашда бошкатекширишларнинг натижалариноаник талкин килинганда ёрдамчи восита сифатида тавсия этилади (далиллик даражаси 3В).



1980-йилларнинг уретраларидан бошлаб J.W. Mc Anich томонидан таклиф килинган соноуретрографиянинг пайдо булиши тадқиқотчиларда катта кизиқиш уйғотди (17). Ушбу усулнинг уретранинг торайишини аниқлашга нисбатан сезгирлиги 66-100%гача, узига хослиги эса 97-98% ни ташкил қилади. Афсуски, ушбу тадқиқотни амалга ошираётганда, стриктура узунлигини аниқлашнинг аниқлиги 3-5см билан чекланади (36). Шунингдек, ушбу усулнинг камчиликлари шартли равишда текширишни олиб боровчи шифокорнинг уни амалга ошириш методологиясига ҳамда олинган маълумотларни талқин қилишда ҳам юқори малакага эга булиши билан бевосита боғлиқ булади (19).

Кейинчалик эса, Мауо клиникасининг олимлари В. Kim, А. Kawashima ва А. J. Le Roy лар ҳам эркаклар уретраси патологиясини аниқлашда магнит-резонансли уретрографиянинг - соноуретрография ва ретроград уретрографияга, хатто КТга ҳам, нисбатан купрок информатив аҳамиятга эгаллигини исботлашган (23).

Айниқса, Ростов ДМУнинг урологлари томонидан охириги 10 йилликда олиб борилаётган илмий изланишлар асосида уретранинг стриктура касаллигида динамик магнит-резонансли ретроград ва антеград спонгиоуретротомографияни куллашда олинган маълумотлар аниқлиги жиҳатидан морфологик текширишлар натижаси билан деярли бир хил эканлиги аниқланди.

Демак, келтирилган маълумотлар шуни курсатадики, магнит – резонансли уретротомография усули УС (узунлиги, локализацияси, чуқурлиги ва спонгиофиброз даражасини) аниқлашда энг перспектив самарали усуллардан бири булиб, тугри ва сифатли даволаш усулини режалаштиришда муҳим роль уйнайди. Муаммо, ушбу текшириш усулининг қимматлиги, стандарт баённомаларга киритилмаганлиги сабабли бугунги кунда амалиётда куллашнинг чегараланганлигидадир.

Уретра стриктурасини ташхислашда пастқисийдик йуллари обструкциясининг даражасини баҳолаш аҳамият касб этади. Яъни, ҳар бир беморда урофлоуметрия текшириши утқазилиши, IPSS, QoL ва МИЭФ-5 суровномалари улар томонидан тулдирилиши лозим булади. Ушбу текшириш усуллари асосий булиши билан бирга, (умумий стандартларга киритилмаган бўлсада), операциядан кейинги даврда монитор кузатувлар олиб боришда муҳим аҳамиятга эга ҳисобланади.

Даволаш: Хаммага маълумки, яқин кунларга уретра стриктурасини даволашда “хирургик пиллапоя” принципига амал қилинади. Яъни, режалаштирилган ҳар қандай очик усулдаги мураккаб операциялардан олдин, албатта бужлаш орқали уретранинг торайган жойини кенгайтириш, кейин эса ички оптик уретротомия операцияларини утқазилар эди. Агарда натижа бўлмаса, очик усулдаги операциялар бажариларэди. Хозирги пайтда эса бундай ёндашув эскирган ҳисобланади.

Умуман олганда УС даволаш усуллари 2 та катта гуруҳга булиш мумкин: эндоуретрал ва очик операцияларга. Қадимдан ҳам, самарадор бўлмасада (10%), урология амалиётида (то хозирги кунгача) кенг кулланилиб келинаётган бужлаш (дилатация) усули камхаржли, амбулатор шароитда ҳам бемалолбарча беморларда бажарса буладиган, оддий даволаш турларидан бўлсада, рецидивлиниши юқори, асоратларининг куп учраши сабабли ушбу даволаш усулини куллашда курсатмалар чегараланган (34).

Замонавий тавсияларга қура, уретранинг бўльбоз қисмининг ягона, қиска, стриктурасида (≤ 1 см) спонгиофиброз жудаям ривожланмаган ҳолларда, худди бужлаш сингари, ички оптик уретротомия (ИОУТ) усулини «совкупчочок» ёки турли лазерлар, (диод, неодим, гольмий) ёрдамида биринчи катор даволаш усуллари сифатида куллаш мумкин ҳисобланади. АКШда хозирги кунда 20% урологлар уретра стриктурасини даволашда лазерли технологиялардан фойдаланмоқдалар. Аммо, бу усулни бажаришга куп сарф-харажат талаб қилиниши ва даволашнинг натижасига қура (ИОУТ) билан қарийиб бир хил самарадорликка эга булганлиги сабабли кенг куллашга тавсия этилмайди (26).



XX асрнинг 70-йилларидан бошлаб касалликнинг рецидивланишини камайтириш мақсадида чандик соҳасига, антиколлаген ва антифибробласт препаратларини операция пайтида уретранинг шиллик ости каватига юбориш тавсия қилинган (23). Ушбу мақсадда стероид препаратларни, цитостатиклар, глюкокортикоидлар, 2-тип циклооксигеназа ингибиторларини амалда қулланилганида, самарадорликнинг сезиларли даражада ошиши қузатилмаган (27, 28, 29).

Олимлар томонидан ички оптик уретротомия билан бирга уретрал стентларни қуллаш масаласида интенсив равишда урганилган. Аммо, асоратларнинг куп учраши (оралик соҳасидаги огрик, чандикланиш, стентнинг миграцияси, тош билан қопланиши, сийдикни тутолмаслик, инфицирланиш ва х.к.) оқибатида ушбу усул урология амалиётида бугунги кунда кенг қулланилмайди (30, 31).

Шундай қилиб, замонавий тавсияларга қура, уретранинг спонгифиброз унчалик ривожланмаган, бульбар қисмида жойлашган, узунлиги ≤ 1 см булган торайишларида бужлаш ёки ички оптик уретротомия даволашнинг илк босқичида амалга оширилиши мумкин (32).

Аммо, айрим қучсизланиб қолган ёки радикал оператив даволанишдан бош тортган беморларда эса ушбу эндоуретрал муолажалар паллиатив даволаш усули сифатида мунтазам қулланилиши мумкин. Ушбу эндоуретрал даволаш усуллари нинг самарадорлиги 10-35% дан юқори булмасида, купчилик урологлар (худди хорижий давлатлардаги сингари) бизда ҳам, ундан воз кечишга шошилаётганликлари йук. Яна шуни таъкидлаш лозимки, айрим муаллифларнинг фикрича, эндоскопик усулларнинг асоссиз равишда, кенг қулланилиши, очик уретропластикага курсатмаларни эътиборга олмаслик, келажакда олд уретранинг ҳам зарарланишига, ҳамда касалликнинг янада авж олишига сабаб булиши мумкин (33).

Бугунги кунда стриктура касаллигини даволашда очик усулда утқазилмаган реконструктив хирургик операциялар сезиларли даражада самарадорликка эга ҳисобланади. Яъни, ушбу операциялардан сунг асоратларнинг кам қузатилиши ва беморларда узок муддатли қоникарли натижаларни қуришимиз мумкин.

Аммо, 100 йилдан ортик вақт давомида анастомозли уретропластика амалга оширилаётганига қарамай, шу кунгача ушбу турдаги жаррохлик даволашлари буйича истикболли ёки рандомизациялашган тадқиқотлар утқазилмаган. Барча хужжатлар ретроспектив қогорт характердаги тадқиқотлар ҳисобланади. Аксарият эксперт мутахассисларнинг фикрига қура анастомозли уретропластика учун курсатма бу: -узунлиги 2-3 смдан ошмайдиган уретранинг бульбоз қисмини торайишларида уринли ҳисобланади. Уретранинг пенил қисми торайишида эса анастомозли операциялар тавсия этилмайди, чунки жинсий олат қискариб ва эгрилик юзага келиши хавфи юқори ҳисобланади. Анастомоз пайтида резекция қилинган уретранинг қирралари ута мос булиши керак, бу эса рецидивланиш хавфини сезиларли даражада қамайтиради (34, 35).

Адабиётлар таҳлили шуни курсатадики, анастомозли уретропластика 90% дан ортик ҳолларда муваффақиятли булади (20). Уретра қирраларининг спатуляциясини тугри бажариш унинг қирраларининг қузилишини тахминан 1,5 смга оширади. Шунинг учун чегараланган ҳолатлар (стриктура 2,5-3 см узунлик) да, булганда, узайтирувчи анастомозлаш усуллари дан ёки уретра аугментациясидан фойдаланиш яхши натижа беради (28).

Уретропластиканинг асосидасийдик каналини торайган қисмини бошқа туқима ямоги билан қисман ёки туқик алмаштириш концепцияси ётади. Турли ҳилдаги уретропластика усуллари нинг куплигига қарамай, ушбу операцияларни 3 гуруҳга булиш мумкин.

1. Узайтирувчи уретропластика (уретра аугментацияси, анастомоз билан уретра аугментацияси).
2. Босқичли уретропластика.
3. Найчали ямоқли уретропластика.



Пластик материал сифатида эркин (озиклантирувчи оёкчада) ямоклардан фойдаланилади. Эркин ямоклар одатда «Graft» (трансплантат) деб аталади ва жаррохлик эса «Grafting» трансплантация, оёчали «Flap», «Flaring» транспозиция атамаси кулланилади. Ушбу иккала усул ҳам сийдик каналини узайтириш учун ишлатилади. Эркин ямоклар (Graft) сифатида огиз шилликкавати (буккал ва тил ямоги) кенг кулланилади. Камдан-кам холатларда олат терисидан ва кертмагидан олинган оёкчали ямоклардан фойдаланилган. Аммо кейинги пайтларда скротал теридан фойдаланиш, унинг таркибидасоч фолликулалари борлиги сабабли, умуман кулланилмайди.

Уретропластикада огиз мукозасининг ямогини куллаш биринчи бўлиб рус олими К.М. Сапежко томонидан (1894) йилда таклиф этилган (25). Дунёнинг етакчи мутахассисларининг фикрига кўра, лунжнинг (буккал) шиллик қавати субэпителиал қон томирлар тармоғининг яхши ривожланганлиги, мустахам ва эластик хусусиятларга эгалиги, донорлик соҳасининг инфекцияга чидамлилиги ва юқори регенератив қобилияти мавжудлиги сабабли уретрага трансплантация қилиш учун энг идеал пластик материал хисобланади (19, 26).

Замонавий урология амалиётида, уретропластика соҳасининг ривожланиш тенденциялари орасида қуйидагиларни ажратиб кўрсатишимиз мумкин: амалдаги урологларнинг кўпчилиги буккал ямоғини сийдик каналига трансплантация қилиш учун идеал пластик материал деб хисоблаб, оғиз мукозасини трансплантациясини афзал кўришади; фасциал тери ямокларини трансплантациясига қизиқишнинг аниқ пасайиб бораётганлиги; -тўқима инженерияси маҳсулотларидан фойдаланиш жуда истиқболли булиб кўринмоқда; -анастомозли уретропластиканинг янги турларининг пайдо бўлиши (уретранинг спонгиоз танасини кесмасдан анастомоз куйиш);

Хулоса: Шундай қилиб, уретра торайишини даволашда сезиларли ютуқларга эришилаётганлигига қарамай, хозирда ҳал қилинмаган муаммолар ҳам мавжуд.

УС да торайиш даражасини ташхислашнинг замонавий стандартлари спонгиофибрознинг чуқурлиги ва узунлигини баҳолашга имкон бермайди, бу эса аниқ операция усулини режалаштиришга ҳам, уретропластика натижаларига ҳам таъсир қилиши мумкин. Шу маънода магнит резонансли уретрография усулини кенг амалиётга жорий этиш истиқболли йўналиш деб қаралиши мумкин;

Хозирги кунда яратилган эндоскопик инструментлар ёрдамида, аниқ тассаввурга эга булиш имконияти мавжудлиги сабаб, УС да, облитерацияси, ковок буйинчаси стенози ёки торайишида самарадорлиги жихатидан очик оператив даволаш усулларига альтернатив булган эндоскопик методларнинг кенг кулланилишига олиб келди. Хар хил этиологияли уретранинг киска стриктураларини даволашда, ИОУТ купчилик холатларда бутунлай пластик операцияларнинг урнини эгаллаган десак тугри келади.

А.Т. Мартов, Н.А. Лопаткин (2002й) ларнинг фикрича, оптик уретротомиянинг афзаллиги сийдик каналининг торайган жойини бевосита куз билан куриб, танлаб аниқ кесиш билан бирга, бошка куплаб содир булиши мумкин булган асоратларнинг ҳам олдини олади, операция киска вақтда бажарилади. Рецидивланиш холлари кузатилганда эса яна қайта утказиш имкони мавжуд (18).

Демак, урганган адабиётлар шархи шуни курсатадики, беморларда УС ни эрта ташхислашва даво муалажасини тайинлашда индивидуал ёндашув (персонализация) мухим ахамият касб этади.

АДАБИЁТЛАР РУЙХАТИ

1. Аляев Ю.Г., Терновой С.К. Григорян В.А., Газимиев М.А., Савельев С.Н., Фоминых Е.В. Современные возможности диагностики стриктур мочеиспускательного канала. Медицинская визуализация. 2004;1:103–111).



2. Andrich D., Atala A., Barbagli G., Cavalcanti A., Kulkarni S., Mangera A., Nakajima Y. et al. SIU/ICUD Consultation on Urethral Strictures: The management of anterior urethral stricture disease using substitution urethroplasty. *Urology*. 2014;83(3 Suppl.): S31–47.
3. Barbagli G., Palminteri E., Guazzoni G., Montorsi F., Turini D., Lazzeri M. Bulbar urethroplasty using buccal mucosa grafts placed on the ventral, dorsal or lateral surface of the urethra: are results affected by the surgical technique? *J Urol*. 2005;174(3):955–57; discussion 957–958.
4. Barbagli G., Palminteri E., Bartoletti R., Selli C., Rizzo M. Long-term results of anterior and posterior urethroplasty with actuarial evaluation of the success rates. *J Urol*. 1997;158(4):1380–1382.
5. А.В. Андрющенко, М.Ю. Дробижев, А.В. Добровольский. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(D) в диагностике депрессий в общемедицинской практике. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2003;5:11–18).
6. AbouShwareb T., Atala A. Randomized comparative study between buccal mucosal and acellular bladder matrix grafts in complex anterior urethral strictures. *J Urol*. 2008;179(4):1432–1436.
7. А.Г., Мартов Фахрединов Г.А., Ергаков Д.В. Эндоскопические методы лечения стриктур уретры. Избранные лекции по урологии / Под ред. Н.А. Лопаткина, А.Г. Мартова, М: «МИА», 2008, Гл. 38, С. 488–500.
8. Komura K., Inamoto T., Takai T., Uchimoto T., Saito K., Tanda N., Minami K., Oide R., Uehara H., Takahara K., Hirano H., Nomi H., Kiyama S., Watsuji T., Azuma H. Incidence of urethral stricture after bipolar transurethral resection of the prostate using TURis: results from a randomized trial. *BJU Int*. 2015;115(4):644–652.
9. Fiala R., et al. Porcine small intestinal submucosa graft for repair of anterior urethral strictures. *Eur Urol*. 2007;51(6):1702–1708.
10. Петров Д.Ж. Функциональное состояние детрузора мочевого пузыря после инъекционного введения ботулинического токсина.. 1862;V(3):31–36.
11. Фронштейн Р.М., Григорян В.А., Королева И.М., Филимонов Г.П., Газимиев М.А. Микционная спиральная томография уретры – новый метод визуализации мочеиспускательного канала. 1934; С33-41.
12. Kane C.J. et al. Multi-institutional experience with buccal mucosa onlay urethroplasty for bulbar urethral reconstruction. *J Urol*. 2002; 167(3):1314–1317.
13. Базаев В.В., Шibaев А.Н. и др. Первый успешный опыт применения буккальной слизистой при пластике протяженной стриктуры мочеочечника. Тезисы докладов в материалах XI съезда урологов России. М., 2007. С. 606–607.
14. Белостоцкий А.М., Смердин С.В., Стерликов С.А. Орга-низационные аспекты лечения больных туберкулезом в современных социально-экономических условиях. М.. Нью-Терра. 1984. 216 с.
15. Блюмберг Б.И., Фомкин Р.Н., Попков В.М., Бромберг Б.Б. Эффективность высокоинтенсивной сфокусированной ультразвуковой абляции в лечении рака простаты высокой степени онкологического риска. *Вестник Российской военно-медицинской академии*. 2013;4(44):55–60.
16. Блюмберг Б.И. Фомкин Р.Н., Попков В.М., Сравнительная оценка послеоперационных осложнений после однократной и повторной HIFU-абляции локализованного рака простаты. *Медицинский вестник Башкортостана*. 2013; 2: 222–226.



17. Блюмберг Б.И., Фомкин, Р.Н., Глыбочко П.В., Попков В.М., Лечение рака простаты у больных пожилого и старческого возраста высокоинтенсивным сфокусированным ультразвуком. Клиническая геронтология. 2011; 9–10: 27–33.
18. El-Kassaby A.W. et al. Urethral stricture repair with an off-the-shelf collagen matrix. J Urol. 2003;169(1):170–173.
19. Банчик Э.Л., Митусов В.В., Домбровский В.И., Коган М.И. Динамическая магнитно-резонансная томография в диагностике заболеваний уретры у мужчин (комплекс импульсных последовательностей). Вест. рентген. и радиол. 2013;4:33–40.
20. Коган М.И., Красулин В.В., Митусов В.В., Шангичев А.В., Глухов В.П., Наранов СВ. Оперативное лечение стриктур и облитераций уретры. Урология. 2020;2:17–23
21. SHokair A., Sangkum P., Levy J., Yafi F.A. et al. Erectile dysfunction in urethral stricture and pelvic fracture urethral injury patients: diagnosis, treatment, and outcomes. Andrology. 2002; 3(3):443–449
22. Barbagli G., Vallasciani S., Romano G., Fabbri F., Guazzoni G., Lazzeri M. Morbidity of oral mucosa graft harvesting from a single cheek. Eur Urol. 2010;58(1):33–41.
23. Васильев А.В., Роговая О.С., Файзулин А.К., Демин Н.В. Применение клеточных технологий для реконструкции уретры в детской урологии. Андрология и генитальная хирургия. 2009;4:36–39.
24. Barbagli G., Montorsi F., Guazzoni G., Larcher A., Fossati N., Sansalone S., Romano G., Buffi N., Lazzeri M. Ventral oral mucosal onlay graft urethroplasty in nontraumatic bulbar urethral strictures: surgical technique and multivariable analysis of results in 214 patients. Eur Urol. 2013;64(3):440–447.
25. Котов С.В., Беломытцев С.В., Гуспанов Р.И. и др. Ятрогенные стриктуры уретры у мужчин. Урология 2020; (4):56–63.
26. Лопаткин Н.А., Верзин А.В., Буров В.Н //Приложение к научно-практическому журналу Андрология и генитальная хирургия. -1997;(3):27–30.
27. Гойхберг М.И., Сердюцкий В.Е.// 28.Гуджабидзе Д. Б., Вадачгория Г. А., Тория Д. Д// Урология и нефрология.- 1973.- N 3 - С.64-69.
28. Котов С.В., Беломытцев С.В., Суренков Д.Н., Пульбере С.А., Гуспанов Р.И., Юсуфов А.Г., Абдулхалыгов Э.Х., Семенов М.К. Внутренняя оптическая уретротомия: эффективность и место в современной урологии. Экспериментальная и клиническая урология. 2017; 2:112–116.
29. Камалов А.А., Сборник трудов ростовского мед. ин-та- Ростов, 1998.- т. 91- СЛ 26-129
30. Котов С.В., Беломытцев С.В., Суренков Д.Н., Пульбере С.А., Гуспанов Р.И., Юсуфов А.Г., Абдулхалыгов Э.Х., Семенов М.К. Внутренняя оптическая уретротомия: эффективность и место в современной урологии. Экспериментальная и клиническая урология. 2017; 2:112–116.
31. Котов С.В. Выбор оптимального метода уретропластики при лечении стриктур мочеиспускательного канала у мужчин. Дисс. докт. мед. наук. М., 2015.
32. Кудрявцев Л.А.,Стриктуры уретры у мужчин: реконструктивно-восстановительная хирургия: иллюстрированное руководство. М., Практическая медицина. 2010. 139 с.
33. Котов С.В. Анастомотическая уретропластика без пересечения спонгиозного тела – новый метод уретропластики для лечения коротких стриктур бульбозного отдела уретры. Экспериментальная и клиническая урология. 2015; 3:62–66.
34. Lazzeri, M. Incidence, causes, and complications of urethral stricture disease / M. Lazzeri, S.



Sansalone, G. Guazzoni [et al.] // Eur. Urol. Suppl. – 2016. – N 15. –P. 2–6.

35. Maciejewski C., Rourke K. Imaging of urethral stricture disease. *Transl Androl Urol.* 2015;4(1):29.
36. McAninch JW, Laing FC, Jeffrey RJ. Sonourethrography in the evaluation of urethral stricture: a preliminary report. *J Urol* 1988;139(2):294–297.
37. Бегаев А.И. Трансуретральная резекция предстательной железы при гиперплазии (ошибки, опасности, осложнения). Дисс. на соиск. уч. степ. канд. мед. наук. М., 2005.
38. Latini JM, McAninch JW, Brandes SB, et al. SIU/ICUD Consultation On Urethral Strictures: Epidemiology, et iology, anatomy, and nomenclature of urethral stenoses, strictures, and pelvic fracture urethral disruption injuries. *Urology.* 2014;83(3 Suppl):S1–7. DOI:10.1016/j.urology.2013.09.009.

