



Реконструкция протяжённых стриктур уретры при лихен склерозе

Х.Х. Ризоев, Р.С. Мираков, Б.Ч. Сангов, Р.Г. Шанбезода
Кафедра урологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Авторы приводят результаты исследования 21 больного с протяжёнными стриктурами уретры – самой сложной патологией в плане восстановления мочеиспускательного канала. В настоящей работе представлены новые способы эффективного восстановления рубцово-изменённого участка уретры с использованием трансплантата – свободного лоскута слизистой щеки.

Все вмешательства были выполнены под спинномозговой анестезией с последующим переводом на эндотрахеальный наркоз. Во всех случаях наблюдалось полное восстановление замещённого лоскута и восстановление акта мочеиспускания.

Обобщая первые результаты операции, авторы рекомендуют трансплантат из слизистой щеки – наиболее предпочтительный материал – эффективный метод оперативного лечения протяжённых стриктур уретры.

Ключевые слова: уретра, лихен склероз, буккальный лоскут, уретропластика, стриктура уретры

Введение. Lichen sclerosus (LS) является хроническим воспалением кожи неясной этиологии и патогенеза, поражающим генитальную зону у мужчин, что приводит к тяжёлым расстройствам мочеиспускания.

Поражение уретры у пациентов с LS встречается намного чаще, чем считалось ранее. Более того, у многих больных имеются бессимптомные симптомы, в течение многих месяцев и лет, перед тем, как будет поставлен правильный диагноз, что приводит к прогрессированию заболевания [1].

При генитальном LS у мужчин часто наблюдается поражение крайней плоти и наружного отверстия уретры. Однако в литературе по урологии, не уделяется должного внимания данному заболеванию, отсутствуют сведения об истинной его распространённости. В проведённых исследованиях редко сообщается о вовлечении уретры при LS.

Процедуры реконструкции уретры при протяжённых стриктурах, обусловленных LS, является одной из самых сложных, так как при этом возникает необходимость в замещении рубцово-изменённого участка уретры свободными или васкуляризированными лоскутами. В настоящее время имеется тенденция расширения показаний к заместительной уретропластике с использованием трансплантата из слизистой щеки [1,2,5].

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с протяжёнными стриктурами уретры при лихен склерозе.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в течение последних 3 лет находился 21 больной с протяжёнными стриктурами уретры, обусловленными LS, которым была применена методика заместительной уретропластики трансплантатом слизистой щеки. Средний возраст пациентов на момент постановки диагноза составлял 38,5 (от 18 до 54) лет. Симптомы заболевания отмечались в течение 10 - 15 лет. Пациенты находились под наблюдением от 1 до 3 лет. Перед операцией всем больным проведено комплексное урологическое обследование, включающее анкетирование по системам оценки IPSS/QoL, урофлоуметрию, общеклинические анализы крови и мочи, биохимические анализы крови, бактериологическое исследование мочи и секрета предстательной железы, анализы на инфекции, передающиеся половым путём (ИППП) методом прямой иммунофлуоресценции (ПИФ), комплексное ультразвуковое исследование верхних мочевыводящих путей, эхоуретрографию, рентгеновскую уретрографию (ретроградная, микционная и встречная), гистологическое исследование для подтверждения диагноза LS.

Результаты и их обсуждение. Все больные были с иссечённой крайней плотью. У 16 (76,2%) больных диагноз LS был подтверждён гистологически. Была выявлена различная локализация заболевания: у 15 (71,4%) – головка, меатус и висячая уретра; у 6 (28,6%) – головка и все отделы уретры. Выполнение уретрографии по стандартной методике позволило выявить поражение уретры у 18 (85,7%) больных. В 3 (14,3%) случаях проведение катетера в ладьевидную ямку было затруднено из-за меатостеноза. По

данним ретроградной урографии были выявлены типичные признаки протяжённых стриктур – неровный суженный контур.

Установлено, что протяжённость стриктур была от 3,5 до 18,0 см (в среднем $6,5 \pm 1,5$ см). Ранее 16 больным проводилось хирургическое вмешательство на уретру: меатотомия или меатопластика – в 11 (52,4%) случаях, уретропластика – в 5 (23,8%). Двум больным открытая операция уретроанастомоза – «конец – конец» производилась 2 раза. Восемь пациентов поступили в клинику с цистостомическими дренажами, установленными в связи с острой задержкой мочеиспускания. У 3 больных вследствие неоднократной меатотомии развилась так называемая «приобретённая» стволовая форма гипоспадии (рис. 1).

У двух больных выявлено сочетание тотального сужения висячей части уретры и мембранозного отдела при нормальном состоянии бульбозного отдела. У трёх пациентов отмечалось тотальное сужение передней части уретры.

При поражении висячего отдела уретры 14 больным произведена вентральная уретропластика букальным лоскутом, 3 – по методу Асопа; 2 пациента с дистальным сужением пенильного отдела и стволовой уретры – вентральная пластика висячего отдела и дорзальная пластика бульбозного отдела; в двух случаях с сочетанным сужением мембранозного отдела уретры – одномоментная замещающая уретропластика передней уретры букальным лоскутом и пластикой задней части уретры «конец – конец»; 2 больных с пануретральной стриктурой – уретра обнажена двумя доступами: циркулярным околовенечным и промежностным с вентральной пластикой букального лоскута.

Операции выполнены под спинномозговой анестезией с последующим переводом на эндотрахеальный наркоз во время взятия трансплантата из полости рта. В послеоперационном периоде больным проводился курс практической антибиотикотерапии. Полость раны проводилась какой-либо лечебной

процедуры не нуждалась и больные никаких жалоб не предъявили. На 3 – 4 сутки больные активизировались. Уретральный катетер удаляли на 14 – 21 сутки. Во время снятия катетера больным производилась уретрография.

Средняя продолжительность вмешательства составила 110 мин. Проведение замещающей уретропластики передней части уретры протяжённостью 18,0 см длилось в течение 270 мин. Интраоперационных осложнений со стороны уретры и ротовой полости не было. У всех больных заживление произошло первичным натяжением. У 3 больных в раннем послеоперационном периоде имело место нарушение чувствительности щеки на стороне взятия трансплантата, полное восстановление иннервации которой произошло к концу 1 месяца. Через 2 недели после операции удаляли уретральный катетер. При этом по данным ретроградной уретрографии у 16 (84%) больных получена полная герметизация; у 3 (16%) – отмечался затёк контрастного вещества. При этом у 2 из них после повторной уретрографии спустя неделю отмечена полная консолидация уретры; у одного больного ликвидация стриктуры произошла на 4 неделе после операции. У всех больных по данным уретрографии и эхоуретрографии просвет уретры был нормальным.

В качестве иллюстрации приводим клиническое наблюдение. Больной Б., 53 года, поступил в клинику с жалобами на невозможность самостоятельного акта мочеиспускания, наличие функционирующей цистостомы. В анамнезе более 15 лет страдает стриктурной болезнью уретры вследствие лихен склероза. Неоднократно больному произведена меатотомия (рис. 1), и сеансы бужирования. За 6 мес. до поступления в клинику осложнился задержкой мочеиспускания. Была выполнена троакарная цистостома. При обследовании: состояние больного удовлетворительное. При осмотре наружное отверстие уретры открывается в тело полового члена (результат неоднократной меатотомии). На ретроградной уретрограмме пенильный и бульбозный отделы уретры равномерно сужены на всём протяжении (больше в головчатой части), протяжённостью 18,0 см (рис. 2).

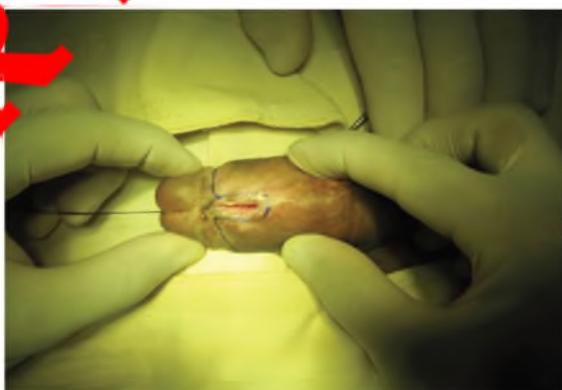


РИС. 1. БОЛЬНОЙ Б., 53 Г., РЕЗУЛЬТАТ НЕОДНОКРАТНОЙ МЕАТОТОМИИ, «ПРИБОРЕТЁННАЯ» ГИПОСПАДИЯ



РИС. 2. РЕТРОГРАДНАЯ УРЕТРОГРАММА БОЛЬНОГО ДО ОПЕРАЦИИ

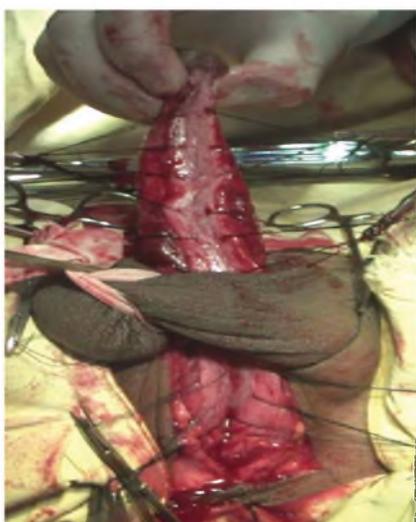


РИС. 3. ПОЛНОЕ ВЕНТРАЛЬНОЕ РАССЕЧЕНИЕ ПЕРЕДНЕЙ УРЕТРЫ ОКОЛОВЕНЕЧНЫМИ И ПРОМЕЖНОСТНЫМИ ДОСТУПАМИ



РИС. 4. ЛОСКУТЫ ВЗЯТЫ ИЗ СЛИЗИСТОЙ ШЕКИ



РИС. 5. УШИВАНИЕ ТРАНСПЛАНТАТА НАД РАССЕПЛЕННОЙ УРЕТРОЙ В ВИДЕ ЗАПЛАТЫ (БУЛЬБОЗНОЙ ЧАСТИ)



РИС. 6. УШИВАНИЕ ТРАНСПЛАНТАТА НАД РАССЕПЛЕННОЙ УРЕТРОЙ В ВИДЕ ЗАПЛАТЫ (ВИСЯЧЕЙ ЧАСТИ)



РИС. 7. КРУГОВЫЕ КОЖНЫЕ ШВЫ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА И ШВЫ ПРОМЕЖНОСТИ

По данным эхоуретрографии спонгиозное тело уретры в зоне стриктуры диффузно гиперэхогенно. Диагноз: лихен склероз. Протяженная стриктура пенильного отдела уретры, спонгиофиброз средней степени тяжести. Цистостома.

Уретра полностью обнажена двумя доступами: окололеченочно-циркулярным и промежностным (рис.3). Больному выполнена заместительная уретропластика центральным трансплантатом слизистой щеки (рис.4).

Пенильным пузырь дренирован уретральным катетером Foley и над катетером произведена ушивание трансплантата на расщепленной уретрой в виде заплаты бульбозной части (рис.5) и висячей части уретры (рис.6). Наложены круговые кожные швы на венечную часть полового члена и послойные швы на промежность (рис.7). Время операции 210 мин. На 21 сутки уретральный катетер удалён, восстановлено самостоятельное мочеиспускание. На ретроградной уретрограмме передняя уретра заполнена контрастным веществом на всём протяжении, просвет

равномерный, сужений и дефектов наполнения нет (рис.8). К 6 мес. после операции: Qmax 24,2 мл/мин, остаточной мочи нет, S+IPSS 4, QOL 1.

Все больные выписаны с выздоровлением. При выписке Qmax составила 26,7+1,68 мл/с. Больным длительное время в послеоперационном периоде назначались местные глюкокортикоидные мази. У одного больного возник рецидив стриктуры уретры, спустя 2 месяца после заместительной уретропластики венечной лоскутом висячей части уретры. Причиной рецидива была выраженность спонгиофиброза.



РИС. 8. РЕТРОГРАДНАЯ УРЕТРОГРАММА
СПУСТЯ 3 НЕД. ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

У двух больных отмечалось сужение наружного отверстия уретры, которым произведена меатотомия. Таким образом, поражение уретры у пациентов, страдающих LS, имеет протяжённый характер. Более того, больные с обрезанной крайней плотью обращаются на поздней стадии болезни с тяжёлыми расстройствами мочеиспускания.

Реконструктивная уретропластика с использованием трансплантата слизистой щеки является эффективным методом оперативного лечения протяжённых стриктур уретры при LS. Уникальные свойства слизистой щеки позволяют рассматривать её в качестве наиболее предпочтительного материала для заместительной пластики уретры.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пластика протяжённых рецидивных стриктур передней уретры свободным трансплантатом букальной слизистой / М.Ф.Трапезникова, В.В.Базаев, А.Г.Лукьянчиков, А.С.Тимуров // Урология. – 2006. – №1. – С. 3-7
2. Щеплев П.А. Опыт заместительной уретропластики с использованием трансплантата слизистой щеки у больных со стриктурой уретры / П.А.Щеплев [и др.] // Андрол. и генит. хир. – 2004. – №4. – С. 44 – 48
3. Palminteri F. Lichen sclerosus полового члена и стриктура уретры / E.Palminteri, G.Barbagli, E.Berducci // Андрол. и генит. хир. – 2004. – №2. – С. 21 – 24
4. Barbagli G. Dorsal onlay graft urethroplasty using penile skin or buccal mucosa in adult bulbourethral strictures / G.Barbagli, E.Palminteri, M.Rizzo // J. Urol. 1998; 160: P. 1307 - 1309
5. Bulbar urethroplasty using the dorsal approach: current techniques / G.Barbagli, E.Palminteri, G.Gaazzoni, A.Cavalcanti // Inter. Braz. J. Urol. 2003. Vol. 29. P. 155-161
6. Greenwell T.J. Changing practice in anterior urethroplasty / T.J.Greenwell, S.N.Venn, A.R.Mandy // Institute of Urology, London: 1999. P. 631- 35

Summary

Reconstruction of extended urethral stricture at lichen sclerosis

H.H. Rizoev, S. Mirakov, B.Ch. Sangov, R.G. Shanbezoda
Chair of Urology Avicenna TSMU

The authors give the results of a study 21 patients with extensive urethral stricture - the most complex pathologies in terms of urethra reconstruction. This paper presents new ways of effective reconstruction of scar-modified part of urethra using a free buccal mucosa flap.

All interventions were performed under spinal anesthesia, with subsequent transfer to endotracheal anesthesia. In all cases complete healing of the flap is observed and urination is restored.

Summarizing the first's results of operations, the authors recommend: graft of buccal mucosa - the most preferred material and effective method of surgical treatment of extensive urethral strictures.

Key words: urethra, lichen sclerosis, buccal flap, urethroplasty, urethral stricture

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Ризоев Хайриддин Хайруллоевич – ассистент кафедры урологии ТГМУ;
Таджикистан, г.Душанбе, пр.И.Сомони, 59; E-mail: KhairRizo@mail.ru