

УДК 616.643-089.844

DOI: 10.36979/1694-500X-2022-22-1-94-99

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУР УРЕТРЫ, ВЫЗВАННЫХ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИМ ЛИХЕНОМ

А.Ч. Усупбаев, Р.М. Курбаналиев, С. Акылбек

В Республиканском научном центре (РНЦ) урологии и клинике «КРАУС» с 2005 по 2021 г. было обследовано 70 больных со стриктурой уретры, вызванных склероатрофическим лихеном (САЛ). Возрастной диапазон пациентов составил от 17 до 77 лет. Обследование пациентов проводилось в ближайшем послеоперационном периоде (1 и 3 месяца), а также в отдаленные сроки (6–12–24 месяца). В данной публикации представлен клинический пример лечения пациента со стриктурой уретры, вызванной САЛ. В отдаленных сроках после операции достигнуто достоверное восстановление естественного адекватного акта мочеиспускания.

Ключевые слова: протяженные стриктуры уретры; хирургическое лечение; буккальная уретропластика; бужирование уретры; склероатрофический лихен.

СКЛЕРОАТРОФИЯЛЫК ЛИХЕНДЕН ПАЙДА БОЛГОН ЗААРА ЧЫГАРУУЧУ ТҮТҮКТҮН БҮТӨЛҮП КАЛЫШЫНДА ДАРЫЛООНУН КЛИНИКАЛЫК УЧУРУ

А.Ч. Усупбаев, Р.М. Курбаналиев, С. Акылбек

Республикалык урология илимий борборунда жана «КРАУС» клиникасында 2005-жылдан баштап 2021-жылга чейин склеротрофиялык лихенден улам пайда болгон заара чыгаруучу түтүгү бүтөлүп калган 70 бейтап изилдөөгө алынган. Алардын жаш курагы 17 жаштан 77 жашка чейин. Бейтаптарды текшерүү операциядан кийинки жакынкы мезгилде (1 жана 3 ай), ошондой эле алыскы мөөнөттө жүргүзүлдү (6–12–24 ай). Бул макалада склеротрофиялык лихен менен шартталган заара чыгаруучу түтүктүн бүтөлмөсү бар бейтапты дарылоонун клиникалык мисалы келтирилген. Операциядан кийин алыскы мөөнөттө заара чыгуунун табигый адекваттуу акты-сын так калыбына келтирүүгө жетишилген.

Түйүндүү сөздөр: заара чыгаруучу түтүктүн узатасынан бүтөлүп калышы; хирургиялык дарылоо; заары түтүгүнүн буккалдык пластикасы; заара чыгаруучу каналга түтүкчө орнотуу; склероатрофиялык лихен.

A CLINICAL CASE OF TREATMENT OF URETHRAL STRICTURE CAUSED BY SCLEROATROPHIC LICHEN

A.Ch. Usupbaev, R.M. Kurbanaliev, S. Akylbek

From 2005 to 2021, 70 patients with urethral stricture caused by scleroatrophic lichen (SAL) were examined at the Republican Scientific Center of Urology and the KRAUS clinic. The age range was from 17 to 77 years. The patients were examined in the immediate postoperative period (1 and 3 months), as well as in the long term (6–12–24 month). This publication presents a clinical example of the treatment of a patient with urethral stricture caused by SAL. In the long term after the operation, a reliable restoration of the natural adequate act of urination was achieved.

Keywords: extended urethral strictures; surgical treatment; buccal urethroplasty; urethral augmentation; scleroatrophic lichen.

Введение. Склероатрофический лихен (САЛ), являясь идиопатическим и полиэтиологичным хроническим заболеванием кожи и слизистых оболочек, может быть одной из причин развития стриктур уретры, приводящих к расстройствам мочеиспускания.

Склероатрофический лихен (САЛ) поражает уретру в 20 % случаев [1] и является наиболее частой причиной заболевания пануретральной зоны (48,6 %) [2]. Считается, что САЛ имеет аутоиммунное происхождение, а его этиология до конца не изучена [3]. Мужчины, перенесшие оперативное лечение в объеме циркулярной резекции крайней плоти страдают от САЛ гораздо реже [4].

САЛ может быть связан с более высоким средним индексом массы тела пациента, сахарным диабетом, ишемической болезнью сердца, употреблением табака, гиперлипидемией и гипертонией [5–7].

Учитывая тот факт, что САЛ поражает кожную зону, использование кожи половых органов в качестве трансплантата или лоскута не рекомендуется, так как риск рецидива стриктуры уретры будет высоким (50–100 %) [8].

Опираясь на работы специалистов в генитальной хирургии, буккальная уретропластика является подходящей методикой для лечения протяженных стриктур уретры и лечения стриктурной болезни уретры, вызванной САЛ [9–11].

К каждому клиническому случаю хирург выбирает более подходящий метод оперативного лечения. По мнению ряда авторов, наиболее эффективным методом для лечения стриктур мочеиспускательного канала при САЛ является одноэтапная уретропластика [12, 13]. Однако при сложных стриктурах, связанных с рубцовыми тканями, после ранее неудачных реконструкций мочеиспускательного канала, свищах, инфекции или полностью отсутствующей слизистой оболочки уретры требуется проведение этапных операций.

При хирургическом лечении стриктур дистального отдела мочеиспускательного канала предпочтение отдается этапным операциям в модификации Йогансона с использованием трансплантата слизистой оболочки щеки [14].

В качестве альтернативного способа лечения протяженных стриктур уретры при САЛ мы предложили способ буккальной уретропластики, заключающийся в фиксации буккального трансплантата к тоннелю мочеиспускательного канала дорсальной накладкой и погружении уретры в ложе мясистой оболочки мошонки, края мошонки и буккального трансплантата с уретрой сшиваются непрерывным вворачивающимся швом [11]. Новый подход оперативной коррекции при протяженной стриктуре или облитерации уретры показал высокую эффективность, и мы считаем это позитивным прогрессом в области хирургии уретры [15].

Клинический случай

Больной Н.А., 38 лет, поступил в стационар с клиническим диагнозом: Рецидив стриктуры уретры. Эпидистостома. Вторичный цистит.

Со слов пациента выяснено, что болеет в течение длительного времени. Впервые обратился за медицинской помощью в 2015 г., когда возникло затрудненное мочеиспускание. В тот же период времени перенес корректирующую операцию по поводу стриктуры пенильного отдела уретры. В апреле 2016 г. вследствие повторного появления вышеуказанных жалоб перенес уретропластику по Хольцову. Через 5 месяцев снова обратился к урологам по месту жительства в связи с ухудшением мочеиспускания, тогда было произведено наложение троакарной цистостомы. В январе 2017 г. больной вновь обратился в плановом порядке для дообследования и решения вопроса об оперативном лечении.

Проведена операция по заявляемому способу – буккальная уретропластика под спинномозговой анестезией.

Объективный статус: общее состояние удовлетворительное. Со стороны органов и систем дыхания, пищеварения, кровообращения патологий не выявлено. АД 130/90 мм Hg, Ps 64 в мин.

Локальный статус: поясничная область симметричная. Почки не пальпируются. Почечные зоны безболезненны. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Над лонем имеется функционирующий цистостомический дренаж.

Лабораторно-инструментальные обследования:

ОАК: эр – $5,2 \times 10^{12}/л$; Нв – 162 г/л; Ц.П – 0,9 %; Лейк – $12,2 \times 10^9/л$, Э – 2, П – 7, С – 65. Л – 20, м – 6, СОЭ – 10 мм/ч.

ОАМ: соломенно-желтая, слабо-мутная, белок – 0,72 г/л, лейкоциты – в большом колич. Оксалаты един.

Сахар крови: 5,1 ммоль/л. Общий белок – 72,0 г/л.

Почечные тесты: креатинин – 63,3 ммоль/л, мочевины – 12,2 ммоль/л, Ост. Азот – 17,0 ммоль/л.

Коагулограмма: ПТИ – 100 %, фибриноген «А» – 2664,0 мг/л, Тромботест – 5 ст.

Печеночные тесты: общий билирубин – 5,4 ммоль/л, непрямой – 5,4 ммоль/л. Тимоловая проба – 1,4 ед.

Вирусные маркеры: *В*, *С* отр.

ЭКГ: ритм синусовый. ЧСС – 78 в мин. Горизонтальное положение ЭОС.

Рентген ОГК (органов грудной клетки) – без патологических изменений.

На ретроградной уретрограмме: отмечается сужение переднего отдела уретры (рисунок 1).



Рисунок 1 – Ретроградная уретрограмма

УЗИ уретры: после введения физиологического раствора в уретру отмечается неравномерное сужение пенильного отдела от наружного отверстия до ладьевидной ямки на протяжении 18 мм диаметром от 0,3 до 1,3 мм, остальные части пенильного отдела имеют неравномерный ход диаметром от 2,5 до 4 мм. У корня полового

члена уретра резко расширяется до 15 мм (рисунок 2).

Этапы операции: оперативное лечение проведено в два этапа.

1 этап – Пластика переднего отдела уретры. Иссечение рубца неоуретры. Формирование неоуретры висячего отдела уретры буккальным лоскутом по модификации клиники.

Под общим эндотрахеальным наркозом, после соответствующей обработки слизистой полости рта, справа и слева из слизистой щеки взяты лоскуты размером $3,5 \times 1,5$ см.

Далее после обработки операционного поля наложены швы-держалки на кожу полового члена в области венечной борозды. Произведен продольный разрез по вентральной поверхности полового члена с переходом в кожу мошонки с иссечением послеоперационного рубца. Подготовлена поверхность мошонки и вентральная поверхность полового члена на пересадку с иссечением рубцовых тканей. Остаток уретры продольно вскрыт, хорошо сохранившиеся части оставлены, остальные части удалены.

На переднюю поверхность мошонки в мясистую оболочку пересажен лоскут слизистой оболочки щеки, фиксирован requesorb 5/0 по всей поверхности, края фиксированы requesorb 3/0 (рисунок 3).

Далее половой член фиксирован к мошонке. Кожа мошонки и полового члена ушиты друг с другом. Установлена уретральная трубка Coloplast № 14 (рисунок 4). Наложена полуспиртовая давящая повязка. Кровопотеря – 200,0 мл.

2 этап – Иссечение части уретры из кожи мошонки с анастомозом уретры "конец в конец".

Под спинномозговой анестезией после соответствующей обработки операционного поля произведен полуовальный разрез кожи мошонки с отступом на 1 см от частично погруженного полового члена для формирования кожи вентрального отдела. По ходу проведен гемостаз. Для ориентира хода уретры установлены встречные бужи № 20 по Шарьеру (рисунок 5, а).

Выделен облитерированный участок уретры (место анастомоза буккального лоскута и лоскута из кожи мошонки). Стриктура протяженностью около 1 см, рубцово-измененная часть уретры иссечена. Учитывая, что часть

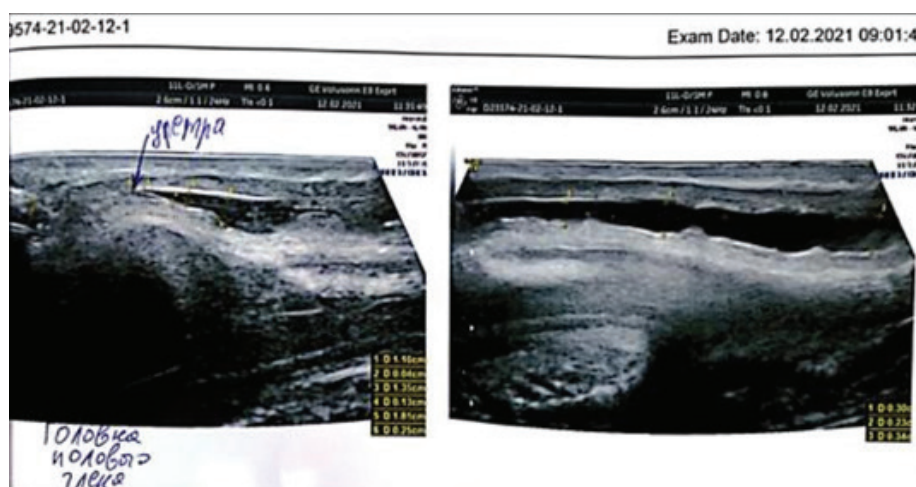


Рисунок 2 – УЗИ уретры

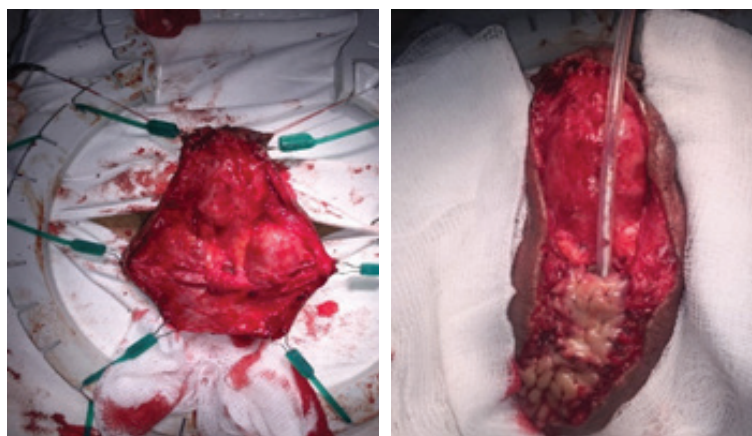


Рисунок 3 – Пересадка буккальных лоскутов в ложе мясистой оболочки мошонки



Рисунок 4 – Фиксация полового члена к мошонке

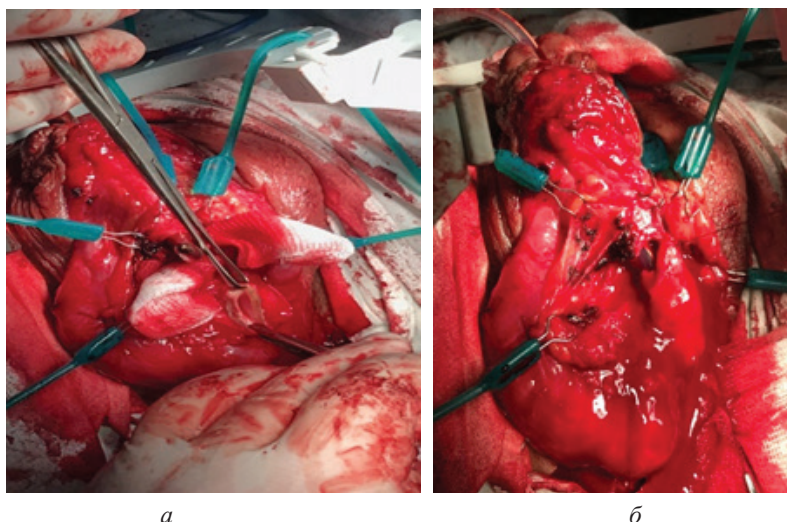


Рисунок 5 – Выделение и пластика уретры

неоуретры, сформированная из кожи мошонки, дилатированная, проведено иссечение этой части уретры из кожи мошонки. Установлен катетер Фолея (Колопласт № 14). Произведена пластика уретры конец в конец. Контроль на гемостаз (рисунок 5, б).

Далее наложены швы с формированием кожи вентральной части полового члена. Установлен резиновый выпускник на нижний угол раны. Полуспиртовая повязка (рисунок 6).



Рисунок 6 – Выпрямление полового члена

Контрольное обследование произведено через 16 месяцев после операции. Пациент жалоб не предъявлял. Дизурических явлений не было. По показаниям урофлоуметрии, данных за инфравезикальную обструкцию не имелось, скорость мочеиспускания – 17 мл/сек. На восходящей уретрографии осложнений и рецидивов стриктуры уретры не выявлено (рисунок 7).



Рисунок 7 – Восходящая уретрограмма

Обследование пациента проводилось в ближайшем послеоперационном периоде

Таблица 1 – Параметры уродинамического исследования и УЗ-определение остаточной мочи

Показатели	Сроки исследований		
	1–3 мес	3–6 мес	от 6 мес до 1 года
Урофлоуметрия, мл/сек	14,6 ± 1,6	17,7 ± 1,5	22,2 ± 1,7*
Остаточная моча, см ³	53,4 ± 10,1	26,2 ± 7,2*	-

Примечание. * – $p < 0,05$.

(1 и 3 месяца), а также в отдаленные сроки (6–12–24 месяца).

На основании уродинамического исследования установлено постепенное увеличение параметров урофлоуметрии и в отдаленных сроках после операции достигнуто достоверное восстановление естественного адекватного акта мочеиспускания ($22,2 \pm 1,7$ мл/сек). Это позволило через 3 месяца после операции добиться снижения остаточной мочи почти в два раза ($p < 0,05$) и через 6 месяцев – полного исчезновения (таблица 1).

Выводы

Следовательно, проведенная буккальная уретропластика эффективна для оперативного лечения стриктурной болезни уретры, вызванной САЛ. На сегодняшний день имеется большое количество модификаций буккальной уретропластики, которые актуальны повсеместно. Сегодня оперативная техника хирургии уретры продолжает развиваться и приветствуется появление новых методик, ориентированных на максимальное сохранение кровоснабжения и минимизацию травмы спонгиозного тела.

Литература

1. The treatment of balanitis xerotica obliterans / I. Depasquale et al. // BJU Int. 2000. 86: 459.
2. Contemporary urethral stricture characteristics in the developed world / E. Palminteri et al. // Urology. 2013. 81: 191.
3. Regauer S. Immune dysregulation in lichen sclerosis // S. Regauer // Eur J Cell Biol. 2005. 84: 273.
4. Circumcision and genital dermatoses / E. Mallon et al. // Arch Dermatol. 2000. 136: 350.
5. Lichen sclerosis in men is associated with elevated body mass index, diabetes mellitus, coronary artery disease and smoking / M.D. Hofer et al. // World J Urol. 2014. 32: 105.
6. Understanding the Relationship between Chronic Systemic Disease and Lichen Sclerosus Urethral Strictures / B.A. Erickson, et al. // J Urol. 2016. 195: 363.
7. Risk factors for genital lichen sclerosis in men / M. Bjekic et al. // Br J Dermatol. 2011. 164: 325.
8. The contemporary management of urethral strictures in men resulting from lichen sclerosis / M.J. Belsante et al. // Transl Androl Urol. 2015. 4: 22.
9. Усупбаев А.Ч. Реконструктивные операции при пороках развития уретры и наружных половых органов / А.Ч. Усупбаев, Р.Е. Кузубаев, Р.М. Курбаналиев, Б.А. Рысбаев // Universum: медицина и фармакология: электрон. научн. журн. 2017. № 2 (36).
10. Усупбаев А.Ч., Курбаналиев Р.М. Кузубаев Р.Е. Буккальная пластика уретры (путем улучшения фиксации лоскута формированием тоннеля), предотвращающая отторжение лоскута и восстановлением кровообращения // Патент Кыргызской Республики. 2011.
11. Курбаналиев Р.М., Акылбек С., Колесниченко И.В. Способ буккальной уретропластики при протяженных стриктурах уретры // Патент Кыргызской Республики. 2020. Патент на изобретение № 2205.
12. Management of the stricture of fossa navicularis and pendulous urethral strictures / [S.K. Singh, S.K. Agrawal, R.S. Mavuduru et al.] // Urol. 2011 Jul; 27 (3): 371–7.
13. Penile lichen sclerosis: An urologist's nightmare! – A single center experience / [S.P. Jitendra, P. Vinod, K.G. Hemant et al.] // Urology Annals. 2015 Jul-Sep; 7 (3): 303–308.
14. Andrich D.E. What is the best technique for urethroplasty? / D.E. Andrich, A.R. Mundy // Eur. Urol. 2008. Vol. 54 (5). P. 1031–1041.
15. Усупбаев А.Ч. Способ буккальной уретропластики при протяженных стриктурах уретры / А.Ч. Усупбаев, Р.М. Курбаналиев, С. Акылбек [и др.] // Вестник КРСУ. 2021. Т. 21. № 5. С. 103–109.