

## РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПРОТЯЖЕННЫХ СТРИКТУРАХ УРЕТРЫ У БОЛЬНЫХ СО СКЛЕРОТИЧЕСКИМ ЛИХЕНОМ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

© Д. Н. Солихов, А. Г. Гафуров, Х. Х. Ризоев

Кафедра урологии Таджикского Государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сина, Душанбе, Республика Таджикистан

Обобщен опыт хирургического лечения 21 больного с протяженными стриктурами уретры, обусловленными склеротическим лихеном. Средний возраст пациентов составлял 38,5 лет и находился в диапазоне от 18 до 54 лет. Протяженность стриктур уретры у наблюдаемых больных была от 3,5 до 18,0 см и в среднем составила  $6,5 \pm 1,5$  см. Всем пациентам выполняли заместительную уретропластику трансплантатом слизистой щеки. Средняя продолжительность операции составила 110 мин. Интраоперационных осложнений со стороны уретры и ротовой полости не было. У всех больных заживление произошло первичным натяжением. Результаты исследования показали, что реконструктивная буккальная уретропластика является эффективным методом оперативного лечения протяженных стриктур уретры вследствие склеротического лихена.

**Ключевые слова:** склеротический лихен; стриктура уретра; уретропластика; буккальная пластика.

### ВВЕДЕНИЕ

Склеротический лихен (СЛ) является хроническим воспалением кожи неясной этиологии и патогенеза, поражает половые органы у мужчин и женщин, часто приводит к тяжелым нарушениям мочеиспускания и сексуальной дисфункции. Больные часто имеют клинические симптомы в течение длительного времени до правильной диагностики заболевания и начала лечения, что способствует прогрессированию заболевания [1]. При генитальном СЛ у мужчин часто наблюдают поражение крайней плоти и наружного отверстия уретры. Однако в урологической литературе не уделяется должного внимания данному заболеванию, отсутствуют сведения об истинной его распространенности. В научных публикациях редко сообщается о вовлечении уретры в патологический процесс при СЛ. Проблема реконструкции уретры при протяженных стриктурах, обусловленных СЛ, является одной из самых сложных, так как при этом возникает необходимость в замещении рубцово-измененного участка уретры свободными или васкуляризированными лоскутами. В настоящее время наблюдается тенденция к расширению показаний к заместительной уретропластике с использованием трансплантата из слизистой щеки [1, 2].

### ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением в течение последних 3 лет находился 21 больной с протяженными

стриктурами уретры, обусловленными СЛ. Больным была применена методика заместительной уретропластики трансплантатом слизистой щеки. Средний возраст пациентов на момент постановки диагноза составлял 38,5 лет и находился в диапазоне от 18 до 54 лет. Симптомы заболевания отмечались в течение 10–15 лет. Перед операцией всем больным проведено комплексное урологическое обследование, включавшее в себя анкетирование по опроснику IPSS/QoL, урофлоуметрию, общеклинические анализы крови и мочи, биохимические анализы крови, бактериологическое исследование мочи и секрета предстательной железы, анализы на инфекции, передающиеся половым путем, комплексное ультразвуковое исследование мочевых и мужских половых органов, уретрографию (ретроградную, микционную и встречную), гистологическое исследование для подтверждения диагноза СЛ.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Все больные были с иссеченной крайней плотью. У 16 (76,2%) больных диагноз СЛ был подтвержден 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. У 3 (14,3%) пациентов проведение катетера в ладьевидную

ямку было затруднено из-за меатостеноза. По данным ретроградной урографии были выявлены типичные рентгенологические признаки протяженных стриктур мочеиспускательного канала — неровный суженный контур просвета уретры.

Протяженность стриктур уретры у наблюдаемых больных была от 3,5 до 18,0 см (в среднем  $6,5 \pm 1,5$  см). Ранее 16 больным проводилось хирургическое вмешательство на уретре: меатотомия или меатопластика — 11 (52,4%), уретропластика — 5 (23,8%). Двум больным — открытая операция уретроанастомоза — «конец в конец» производилась 2 раза; 8 пациентов поступили в клинику с цистостомическими дренажами, установленными в связи с острой задержкой мочеиспускания. У 3 больных вследствие неоднократной меатотомии развилась так называемая «приобретенная» стволовая форма гипоспадии. У 2 больных выявлено сочетание тотального сужения висячей части уретры и мембранозного отдела при нормальном состоянии бульбозного отдела. У 3 больных отмечалось тотальное сужение передней части уретры.

При поражении висячего отдела уретры 14 больным произведена вентральная уретропластика буккальным лоскутом, трем больным по методу Асопа, двум пациентам с дистальным сужением пенильного отдела и бульбарной уретры — вентральная пластика висячего отдела и дорзальная пластика бульбозного отдела уретры. В двух случаях с сочетанным сужением мембранозного отдела уретры выполнена одномоментная заместительная уретропластика передней уретры буккальным лоскутом и пластикой задней части уретры «конец в конец». Двум пациентам с пануретральной (тотальной) стриктурой уретры была обнажена двумя доступами: циркулярным околоушечным и промежностным, произведена вентральная пластика буккальным лоскутом.

Операции выполнены под спинномозговой анестезией с последующим переводом на эндотрахеальный наркоз во время взятия трансплантата из полости рта. В послеоперационном периоде больным проводили профилактическую антибиотикотерапию. Полость рта в проведении какой-либо лечебной процедуры не нуждалась, больные никаких жалоб не предъявили. На 3–4-е сутки больных активизировали. Уретральный катетер удаляли на 14–21-е сутки. Во время снятия катетера больным производили уретрографию.

Средняя продолжительность вмешательства составила 110 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-го месяца после операции. 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 затек контрастного вещества и им спустя неделю выполняли повторную уретрографию. При этом у 2 больных отмечена полная консолидация уретры, у одного больного ликвидация свища произошла на 4-й неделе после операции. У всех больных по данным уретрографии просвет уретры был нормальным. Все больные выписаны с выздоровлением. При выписке  $Q_{max}$  составила  $26,7 \pm 1,68$  мл/с. Больным длительное время в послеоперационном периоде назначили местные глюкокортикоидные мази. У одного больного возник рецидив стриктуры уретры спустя 2 месяца после заместительной уретропластики вентральным лоскутом висячей части уретры. Причиной рецидива была выраженность спонгиоза.

У 2 больных отмечено сужение наружного отверстия уретры и произведена меатотомия.

## ВЫВОДЫ

У пациентов с СЛ поражение уретры имеет протяженный характер. Больные с обрезанной крайней плотью обращаются на поздней стадии болезни с тяжелыми расстройствами мочеиспускания. Реконструктивная уретропластика с использованием трансплантата слизистой щеки является эффективным методом оперативного лечения протяженных стриктур уретры при СЛ. Уникальные свойства слизистой щеки позволяют рассматривать ее в качестве наиболее предпочтительного материала для заместительной пластики уретры.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Трапезникова М. Ф., Базаев В. В., Лукьянчиков А. Г. и др. Пластика протяженных рецидивных стриктур передней уретры свободным трансплантатом буккальной слизистой // Урология. 2006. № 1. С. 3–7.
2. Щеплев П. А., Зайцев Н. В., Ипатенков В. В. и др. Опыт заместительной уретропластики с использованием трансплантата слизистой щеки у больных со стриктурой уретры // Андрол. и генит. хир. 2004. № 4. С. 44–48.
3. Barbagli G., Palminteri E., Gaazzoni G., Cavalcanti A. Bulbar urethroplasty using the dorsal approach: current techniques // Inter Braz J Urol. 2003. Vol. 29. P. 155–161.
4. Greenwell T. J., Venn S. N., Mundy A. R. Changing practice in anterior urethroplasty // BJU Int. 1999. Vol. 83, N 6. P. 631–635.

## RECONSTRUCTIVE SURGERY OF THE LONG URETHRAL STRICTURES IN PATIENTS WITH PENILE SCLEROTIC LICHEN

*Solikhov D. N., Gafurov A. G., Rizoev H. H.*

✧ **Summary.** Summarized the experience of surgical treatment of 21 patients with extensive urethral stricture caused by sclerotic lichen. The average age of the patients was 38.5 years and ranged from 18 to 54 years. The length of urethral strictures in the observed patients was from 3.5 to 18.0 cm, and an

average of  $6,5 \pm 1,5$  cm. All patients underwent the replacement urethroplasty by buccal mucosa graft. Mean operative time was 110 minutes. There wasn't intraoperative complications of urethra and the mouth. The healing occurred by first intention in all patients. The results showed that the reconstructive surgery by buccal mucosal graft is an effective method of surgical treatment of long urethral strictures caused by sclerotic lichen.

✧ **Key words:** sclerotic lichen; urethral stricture; urethroplasty; buccal urethroplasty.

### *Сведения об авторах:*

**Солихов Дилшод Нигматович** — профессор, д. м. н., заведующий кафедрой урологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали Ибни Сина. Таджикистан, Душанбе, ул. И. Сомони, д. 59.  
E-mail: 49@tadjmedun.tj.

**Гафуров Абдурасул Гафурович** — кандидат медицинских наук, доцент, кафедра урологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали Ибни Сина. Таджикистан, Душанбе, ул. И. Сомони, д. 59.  
E-mail: 49@tadjmedun.tj.

**Ризоев Хайридин Хайруллоевич** — кандидат медицинских наук, кафедра урологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали Ибни Сина. Таджикистан, Душанбе, ул. И. Сомони, д. 59.  
E-mail: 49@tadjmedun.tj.

**Solichov Dilshod Nigmatovich** — doctor of medical science, head of the Urology Department, Avicenna Tajik State Medical University. Tadjikistan, Dushanbe, I. Somoni St., 59.  
E-mail: 49@tadjmedun.tj.

**Gafurov Abdurasul Gafurovich** — candidate of medical science, associate professor, Urology Department, Avicenna Tajik State Medical University. Tadjikistan, Dushanbe, I. Somoni St., 59.  
E-mail: 49@tadjmedun.tj.

**Rizoev Hairiddin Hairulloevich** — candidate of medical science, Urology Department, Avicenna Tajik State Medical University. Tadjikistan, Dushanbe, I. Somoni St., 59.  
E-mail: 49@tadjmedun.tj.