



Рис. 10. Состояние голени через месяц после аутодермопластики

- ведущей патологии является основной задачей для проведения патогенетического лечения;
3. Язва Марторелла подлежит комплексной терапии с использованием гипотензивных препаратов, ангиопротекторов и современных перевязочных средств.

Литература

1. Аничков Н.Н. Основные положения и нерешенные вопросы современного учения об атеросклерозе артерий. Труды XIV Всероссийского съезда терапевтов. М.: Медгиз., 1958. С. 3–18.
2. Васютков В.Я., Проценко Н.В. Трофические язвы стопы и голени. – М., 1993; 160 с.
3. Лазарев С.М. Артериопатии. Поражения и дисфункция капилляров (ангиоригоз или трофоанги-

оневроз) // Мир Медицины. – 2000. – №11. – С. 25–28.

4. Ланг Г.Ф. Гипертоническая болезнь. Л.: Медгиз, 1950. – 496 с.
5. Потекаев Н.С., Константинов А.В. Синдром Марторелла. Вестн. Дерматол. 1966; 3; 72–75.
6. Русанов М.Н. Гипертонические язвы. Вестн. хир. – 1973. – №3. – С. 79–81.
7. Синявский М.М. Трофические язвы нижних конечностей. Минск: Беларусь, 1973. – 232 с.
8. Скрипкин Ю.К., Уджуху В.Ю., Короткий Н.Г. и др. Случаи синдрома Марторелла. Вестн. дерматол. 1983; 3; 34–35.
9. Шапошников О.К., Деменкова Н.В. Сосудистые поражения кожи. – Л., 1974. – 214 с.
10. Bell E.T., Clawson B.J. Primary (essential) hypertension: a study of four hundred and twenty cases. Arch. Pathol. 1928; 37(5): 939 – 1001.
11. Graves J.W., Morris J.C., Sheps S.G. Martorell's hypertensive leg ulcer: case report and concise review of the literature. J. Human Hypertension. 2001; 15; 279–283.
12. Martorell F. Hypertonic ulcer. Acta ep. fac. Inst. poli-clin. 1945; 6 (1); 12–6.

Контактная информация

ОДНОМОМЕНТНАЯ УРЕТРОПЛАСТИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК РЕКОНСТРУКЦИИ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ СТРИКТУРАХ

УДК: 616.62-008.22:616.643-089.844

Нестеров С.Н., Ильченко Д.Н.

ОДНОМОМЕНТНАЯ УРЕТРОПЛАСТИКА
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ
МЕТОДИК РЕКОНСТРУКЦИИ
МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА
ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ СТРИКТУРАХ

Нестеров С.Н., Ильченко Д.Н.

В последнее время значительно изменились подходы и тактика хирургического лечения множественных стриктур мужского мочеиспускательного канала, появились новые методики, позволившие отойти от поэтапной реконструкции уретры и значительно повысить эффективность лечения [1].

Мочеиспускательный канал у мужчин является сложным анатомическим образованием, от которого зависит нормальное функционирование всей мочевыделительной системы. Анатомическая сложность определяется несколькими факторами, такими как: длина, физиологические изгибы, а также сочетанием функции проведения и удержания мочи [2].

Патогенезом развития стриктуры уретры являются: повреждение уроэпителиального слоя независимо от причины – внутренняя или наружная травма, воспалительное поражение, (первоочередной фактор развития стриктуры уретры). В дальнейшем, поражение уроэпителия ведет к обнажению сосудистых лакун спонгиозной ткани. Заживление поврежденного эпителия

сопровождается формированием рубца. При каждом мочеиспускании происходит повторное повреждение эпителиального слоя, что постоянно создает условия для проникновения мочи в сосудистые лакуны и поддерживает воспалительный процесс и как следствие ведет прогрессированию спонгиозного тела с формированием стриктуры мочеиспускательного канала [1].

Широко применяемое (даже в настоящее время) бужирование уретры на наш взгляд не только неэффективно, но и порочно, так как через незначительное количество времени после дилатации пораженного участка мочеиспускательного канала, стриктура развивается вновь, причем протяженность рубцово-измененной ткани прогрессивно увеличивается.

Проведение внутренней уретротомии показано лишь при стриктурах бульбозного отдела протяженностью до 1 см. с минимальным повреждением в спонгиозном теле. Во всех остальных случаях необходимо иссечение области стриктуры, а при необходимости пластика мочеиспускательного канала с ис-

пользованием васкуляризованного препуциального лоскута, который лишен волосяных фолликулов, имеет наиболее близкий к уретелию многослойный плоский неороговевающий эпителий, что позволяет ему адекватно функционировать в качестве уретральной стенки без значимых изменений при контакте с мочой [1, 5, 6]. Кроме того, лоскут, обладая достаточной мобильностью и эластичностью позволяет использовать его для замещения протяженных дефектов уретры любой локализации [2, 6, 5].

Множественные стриктуры уретры встречаются относительно редко. Основной причиной образования стриктур пенильного отдела мочеиспускательного канала является воспаление уретры, зачастую специфического генеза. Стриктуры задней уретры – чаще всего посттравматического или ятрогенного характера [4].

По статистике, при множественных стриктурах, в большинстве случаев производится двухэтапная уретропластика [3, 4]. При этом экспозиция между этапами операций составляет в среднем от 3-х до 6-ти месяцев, что, безусловно, сказывается на качестве жизни пациента ввиду наличия цистостомического дренажа, высокого риска развития или рецидива воспаления нижних мочевых путей.

Ниже мы приводим собственное наблюдение.

Больной Щ., 63 лет, госпитализирован в клинику в плановом порядке, с жалобами на затрудненное, вялой струей мочеиспускание, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, боли в области лона.

Из анамнеза: вышеуказанные жа-

лобы беспокоят в течение последних 15-ти лет. При обследовании по месту жительства около 5 лет назад обнаружена стриктура пенильного отдела уретры протяженностью до 5см. (вероятно инфекционного генеза). В дальнейшем, производились неоднократные бужирования уретры с кратковременным положительным эффектом. В течение последнего года отмечено выраженное ухудшение мочеиспускания. Прием α -адреноблокаторов – без эффекта. Дважды возникали эпизоды острой задержки мочеиспускания. После бужирования уретры с последующей установкой в мочевой пузырь уретрального катетера Foley на несколько дней, самостоятельное мочеиспускание восстанавливалось.

При обследовании в отделении: по данным УЗИ: чашечно-лоханочная систе-

ма почек не расширена. Конкрементов, новообразований нет. Предстательная железа незначительно увеличена. Остаточной мочи до 380 мл. На серии экскреторных урограмм функция почек своевременная. Верхние мочевые пути – без особенностей. Попытка проведения уретроскопии безуспешна, вследствие непреодолимого препятствия на 1см. от наружного отверстия уретры. На уретрограмме обнаружена протяженная стриктура пенильного отдела уретры размером до 7см., стриктура бульбозно-мембранозного отдела уретры 1см. (рис. 1).

Учитывая наличие двух стриктур уретры, локализующихся в разных ее отделах (передняя и задняя уретра), разделенных неизменным участком мочеиспускательного канала, мы решили выполнить оперативное вмешательство

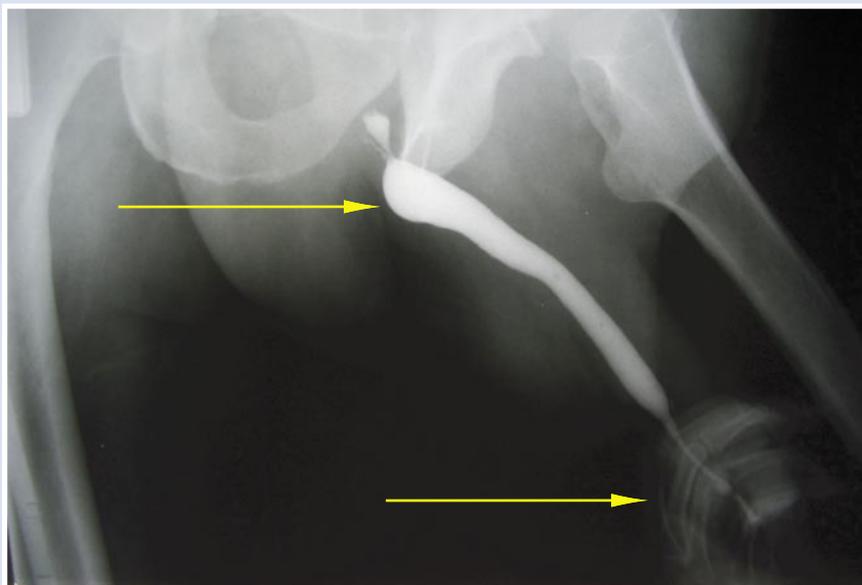


Рис. 1. Стриктура пенильного и бульбозно-мембранозного отдела уретры (указаны стрелками)



Рис. 2. Этапы операции: А – маркировка препуциального лоскута; Б – выделение препуциального лоскута; В – начальный этап реконструкции пенильного отдела уретры препуциальным лоскутом;

с использованием двух принципиально разных методик.

После необходимого дообследования пациенту произведено оперативное пособие в объеме заместительной субтотальной реконструкции пенильного отдела уретры препуциальным васкуляризированным лоскутом, пластики бульбозно-мембранозного отдела уретры по Хольцову (уретро-уретроанастомоз «конец в конец»).

Послеоперационный период протекал без особенностей. Уретральный катетер удален на 14-е сутки после операции. Восстановлено адекватное самостоятельное мочеиспускание. На контрольной уретрограмме – уретра проходима на всем протяжении. Области анастомозов состоятельны. Признаков стриктур нет (рис. 3). В удовлетворительном состоянии пациент выписан на 16-е сутки после операции.

В отдаленном (10 и 14 месяцев) послеоперационном периоде качество мочеиспускания удовлетворительное. Остаточной мочи нет.

Таким образом, проведение одномоментной уретропластики множественных стриктур уретры, локализованных в разных ее отделах, на наш взгляд, целесообразно выполнять с использованием различных хирургических методик. Данная тактика является наиболее эффективной и позволяет в короткий срок восстановить полную проходимость мочеиспускательного канала на всем протяжении, адекватное мочеиспускание, и как следствие, вернуть пациенту полноценное качество жизни.

Литература

1. Нестеров С.Н., Гагарина С.В., Бабыкин А.В. // Заместительная пластика уретры у мужчин препуциальным лоскутом по оригинальной методике // Вестник Национального Медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова – 2007г. – Том 2, №1. – С. 102–105.
2. Русаков В.И. Хирургия мочеиспускательного канала. – М.: Медицина, 1999. – С. 140
3. Каримбаев К., Кисалу М., Кагва С. // Двух-этапная уретропластика при сложных и осложненных стриктурах уретры // Урология – 1999. – №5 – С. 22–25.
4. Кудрявцев Л.А. Оперативные методы лечения последствий травм уретры. – Самара, 1993 – С. 176–182.
5. McAninch J.W. Reconstruction of extensive anterior urethral strictures: circular fasciocutaneous penile flap // Urology – 1993 – Vol. 149. – P. 488–490.
6. Quartey J.K. One-stage transverse distal penile-preputial island flat urethroplasty for urethral stricture // Annales d'urologie. – 1993. – Vol. 27, №4. – P. 228–232.

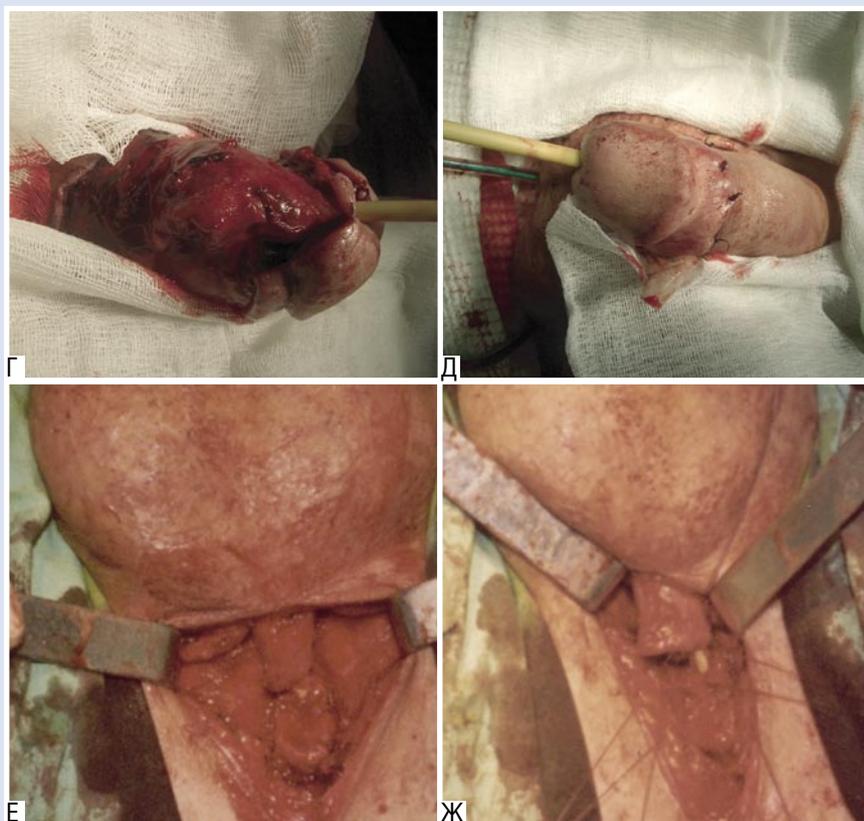


Рис. 2. Г – заключительный этап формирования пенильного отдела неоуретры; Д – окончательный вид...; Е – уретро-уретроанастомоз по Хольцову; Ж – уретро-уретроанастомоз по Хольцову



Рис. 3. Контрольная уретрограмма, выполненная после удаления уретрального катетера

Контактная информация