

# ПЛАСТИКА УРЕТРЫ СВОБОДНЫМ ЛОСКУТОМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЩЕКИ ПАЦИЕНТА



■ И.М. Байриков



■ Р.С. Низамова



■ П.Ю. Столяренко



■ Е.С. Губанов



■ Е.А. Борьев



■ А.Д. Солтанов

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Самара

Одной из актуальных проблем современной урологии является лечение стриктур уретры [2-4, 9-12]. Частота встречаемости данной патологии в структуре заболеваний мочеполовой системы составляет около 6 %. В настоящее время предложено большое количество консервативных и хирургических методов лечения стриктур уретры, но показатели эффективности лечения, по данным литературы, составляют только 30 % (Суховерхов А. О. и соавт., 2014). Новым, но быстро прогрессирующим видом реконструктивных операций на уретре, является заместительная пластика свободным лоскутом слизистой оболочки полости рта. Освоение этой методики только начинается и большой опыт имеют лишь единичные урологические центры.

**Клиники СамГМУ являются одними из ведущих специализированных медицинских учреждений в Российской Федерации, выполняющих операции заместительной пластики свободным лоскутом слизистой оболочки полости рта.**

Показаниями к заместительной пластике являются: протяженная стриктура бульбозной (более 2-х см) или пенильной уретры (более 1 см). Суженный участок уретры частично или полностью замещается другой тканью (лоскут или трансплантат). Идеальная ткань для замещения должна обладать следующими свойствами: толстый слизистый слой, минимум осложнений в донорской зоне, тонкий подслизистый слой, не должна существенно уменьшаться в объ-

еме и абсорбировать воду, без роста волос. Получение материала должно быть простым и доступным. Было предложено множество различных вариантов лоскутов и трансплантатов из генитальной и экстрагенитальной зон (как кожи, так и слизистой оболочки), однако в настоящее время наиболее популярным материалом с доказанной эффективностью является слизистая оболочка щеки [1, 5].

Впервые в мире использовать слизистую оболочку ротовой полости для закрытия дефекта уретры предложил российский профессор Кирилл Михайлович Сапежко в 1884 году [7].

**Слизистая оболочка щеки обладает следующими свойствами:**

- состоит из сквамозного аваскулярного эпителия;
- выносива к компрессии, растяжению, сдвиганию, термическому воздействию;
- высокая растяжимость и низкая склонность к рубцеванию;
- не содержит волос;
- имеет благоприятные иммунологические свойства и резистентность к инфекции;
- обеспечивает выраженный ангиогенез и неоваскуляризацию;
- постоянно контактирует с влажной средой.
- постоянная доступность, легкость забора лоскута.

В Клиниках Самарского государственного медицинского университета сотрудниками кафедр челюстно-лицевой хирургии и стоматологии и урологии про-

изведены совместные операции по забору слизистой оболочки полости рта с последующей заместительной пластикой уретры. Выполнено две уретропластики свободным лоскутом слизистой оболочки полости рта постгонорейных стриктур бульбозного отдела уретры. Пациентам до операции производились восходящая уретрография, уретроскопия. Протяженность стриктуры составила 3-4 см. В операциях одновременно принимали участие две хирургические бригады для получения лоскутов слизистой оболочки ротовой полости и реконструкции уретры. Обе операции проводились под эндотрахеальным наркозом.

**Этап проведения забора слизистой оболочки из полости рта.**

Со слизистой оболочки щеки, отступая от отверстия выводного протока околоушной слюнной железы вниз на 1,5 см, был взят полнослойный лоскут размером 4x1,5 см (рис. 1). Осуществлен гемостаз, ушивание раневых поверхностей.

**Пластика уретры.** Промежностным доступом тупо и остро была выделена и мобилизована рубцово-изменённая уретра в бульбозном отделе. Буккальный лоскут очищен от подлежащей клетчатки и последовательно фиксирован к кавернозным телам викриловыми швами. Дорзальная стенка мобилизованной уретры рассечена вдоль на протяжении стриктуры. Мочевой пузырь дренирован силиконовым катетером Фолея 14 Ch, над которым края рассечённой уретры сшиты с краями пересаженной слизистой оболочки (рис. 2). Операционная рана ушита послойно



Рис. 1. Этап операции забора слизистой оболочки щеки и взятый лоскут

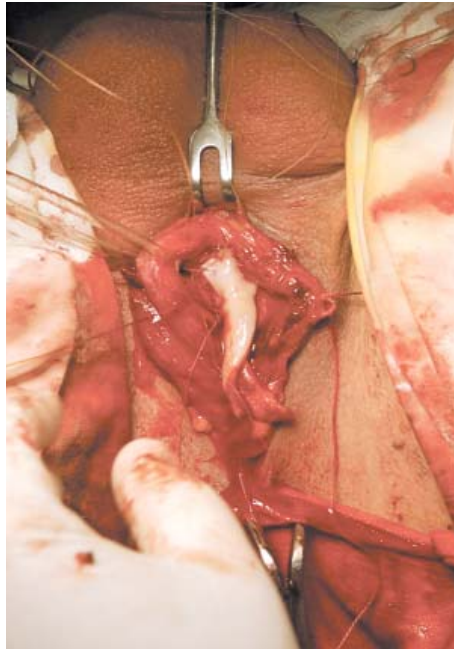


Рис. 2. Этап операции пластики уретры свободным ауто трансплантатом слизистой оболочки щеки

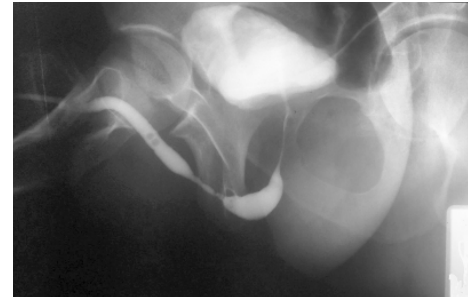


Рис. 3. Уретрограмма до операции



Рис. 4. Уретрограмма через 6 месяцев после операции

наглухо и дренирована резиновым выпускником.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Ротовая полость обрабатывалась водным раствором хлоргексидина (полоскание), раневые поверхности эпителизовались. Рана на промежности зажила первичным натяжением. Уретральный катетер удалён на 21 сутки, восстановилось самостоятельное мочеиспускание. Цистостома закрыта.

При контрольном обследовании через 6 месяцев выполнены уретрография (рис. 3, 4), уретроскопия, УЗИ мочевыводящих путей. Остаточной мочи не было. Участков сужения уретры не выявлено. При уретроскопии слизистая оболочка из полости рта бледно-розовая, соответствует слизистой уретры.

Таким образом, заместительная уретропластика с применением свободных лоскутов слизистой

оболочки ротовой полости может успешно применяться для лечения стриктур мочеиспускательного канала.

Благодаря хорошей способности ауто трансплантата к приживлению и равномерной эпителизации ран в полости рта уже спустя несколько суток после операции без образования грубых рубцов, данный метод можно рассматривать как привлекательную альтернативу пластике уретры.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Аль-Шукри С. Х., Невирович Е. С., Перекалин П. В. [и др.]. Заместительная уретропластика свободными лоскутами слизистой оболочки щеки при протяженных стриктурах передней уретры // Урологические ведомости. Т. 2, № 1. С. 37-42.
2. Глухов В. П. Резекция уретры с концевым анастомозом при осложненных стриктурах и облитерациях уретры у мужчин: Дис. ... канд. мед. наук. Ростов н/Д., 2010. 116 с.
3. Коган М.И., Красулин В.В., Митусов В.В. [и др.]. Оперативное лечение стриктур и облитераций уретры. // Урология. 2015. № 2. С. 17-23.
4. Котов С. В. Выбор оптимального метода уретропластики при лечении стриктур мочеиспускательного канала у мужчин: Автореф. ... докт. дис. 14.01.23 – Урология. М.: РУДН, 2015. 43 с.
5. Курбатов, Д. Г. Буккальная уретропластика : иллюстрированный атлас операций / Д. Г. Курбатов. М. : МЕДПРАКТИКА-М, 2009. 91 с. : ил.
6. Пушкарь Д. Ю., Живов А. В., Багаудинов М. Р., Исмаилов М. Р. Качество жизни мужчин после различных операций по поводу стриктуры уретры // Андрология и генитальная хирургия. 2013;14(2):26-30. DOI:10.17650/2070-9781-2013-2-26-30.
7. Сапезко К. М. К лечению дефектов уретры путем пересадки слизистой оболочки // Хирургическая летопись. 1894. Т. 4. Кн. 5. С. 775–784.
8. Суховерхов А. О., Ершов А. В., Красноборов Е. П. Эффективность лечения стриктур уретры. Восточно-сибирская межрег. науч.-практ. конфер. урологов и нефрологов. Красноярск; ККБ, 2014. С. 124.
9. Barbagli G., Palminteri E., Guazzoni G. et al. 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.
10. Chapple C., Andrich D., Atala A. 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.
11. Morey A.F., Watkin N., Shenfeld O., Eltahawy E., Giudice C. SIU/ICUD Consultation on Urethral Strictures: Anterior urethra – primary anastomosis. Urology. 2014;83(3 Suppl.):S23–26.
12. Santucci R.A., Mario L.A., McAninch J.W. Anastomotic urethroplasty for bulbar urethral stricture: analysis of 168 patients. J. Urol. 2002; 167(4):1715–19.