

Сведения об авторах

Литвинец Евгений Антонович – Ивано-Франковский национальный медицинский университет, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2; тел.: (034) 252-59-80, (050) 950-00-89

Сандурский Олег Петрович – Ивано-Франковский национальный медицинский университет, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2; тел.: (034) 252-59-80

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Возианов А.Ф., Люлько А.В. Атлас-руководство по урологии. – Днепропетровск: Днепр-VAL, 2000. – Т. 2. – С. 473–512.
2. Горпинченко И.И., Гибнер С.М. Хламидиоз в урологической и андрологической практике: Методические рекомендации. – К: 2000. – 19 с.
3. Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н., Клименко П.М. Современная комплексная патогенетическая терапия больных хроническим простатитом с применением препарата группы макролидов Фромилид //Здоровье мужчины. – 2006. – № 4. – С. 55–58.
4. Литвинец Є.А. Сучасні погляди на патогенез, діагностику і напрямки медикаментозного впливу у хворих на хронічний простатит //Галицький лікарський вісник. – 2004. – № 4. – С. 114–118.
5. Литвинец Є.А., Козак О.О. Лікування безпліддя у чоловіків, обумовленого хламідійною інфекцією // Здоровье мужчины. – 2003. – № 3. – С. 111–115.
6. Молочков В.А., Ильин И.И. Хронический уретрогенный простатит. – М.: Медицина, 1998. – 303 с.
7. Ткачук В.Н., Горбачев А.Г., Агулянский Л.И. Хронический простатит. – Л.: Медицина, 1989. – 208 с.
8. Bjerclund Johansen T.E., Gruneberg R.N., Guibert J. et al. The Role of Antibiotics in the treatment of Chronic Prostatitis: A Consensus Statement. Eur. Urol. 1998; 34: 457–466.
9. Neikel I.C., Downey L, Dark I., Ceri H., Olson M. Antibiotic pharmacokinetics in the inflamed prostate // Journal of Urology. – 1995. – V. 153, N 2. – P. 527–529.
10. Ghobich A. Voiding dysfunction associated with chronic bacterial prostatitis. Eur. Urol. 2002; 42: 159–162.

Заместительная уретропластика при протяженных стриктурах мочеиспускательного канала

А.М. Любчак

Институт пластической хирургии «VIRTUS», г. Одесса

Приводящий к стриктуре посттравматический или постинфекционный воспалительный процесс мочеиспускательного канала сопровождается нарушением клеточного и гуморального иммунитета (В.И. Русаков, 1989, 1991; J. Pudney et al., 2011). Гормонзависимые пептидные тканевые факторы роста, матричные металлопротеиназы и их ингибиторы, раневая ферментопатия изменяют структуру коллагена (Е.С. Северин, 2003; А.В. Печерский, 2009; Л.Н. Рогова, 2011; Chen J. et al., 1993; Yam D. et al., 1996; Huang X. et al., 2003). Уменьшается уровень гликозаминогликанов, экстрацеллюлярного матрикса, гиалуроновой кислоты, эластина и коллагена (П.А. Щеплев, 2005; G. Morgia et al., 2000; E. Palminteri et al., 2007; G. Barbagli, 2008). Грубое рубцевание губит андрогенорецепторы и рецепторы NO-синтазы. Снижается андрогенная регуляция в поврежденном участке, что усугубляет иммуногистохимические нарушения с прогрессированием стриктурной болезни мочеиспускательного канала (Zhang X., 2005; Ю.Е. Боровиков и соавт., 2007). Реконструкция протяженных стриктур мочеиспускательного канала выполняется васкуляризованными лоскутами кожи и трансплантатами слизистой оболочки рта (Barbagli G., 2006, 2007; Myers J.B. et al., 2009; Gupta N.P., 2009). В уретре, восстановленной из кожи, нередко развивается или прогрессирует лихен склероз (Peterson A.C. et al., 2004; Kulkarni S. et al., 2009). Повторная уретропластика трансплантатом слизистой оболочки рта с его onlay dorsal расположением является в таких случаях приоритетной для создания уретральной пластины (E. Palminteri et al., 2007; G. Barbagli, 2004, 2006, 2010; M. Pisapati et al., 2009). В аспекте качества жизни представляет интерес одноэтапное лечение протяженной первичной или рецидивной лихен склеротической стриктуры заместительной односторонней передней (One-sided Anterior) уретропластикой буккальным трансплантатом (S. Kulkarni et al., 2009).

За 2011–2013 гг. оперированы 9 пациентов с протяженными (пануретральными) стриктурами в возрасте 28–74 лет (в среднем 50,3 г). По протяженности стриктур пациенты распределялись в таком порядке: 5 см – два случая, 7 см – три пациента, 10 см – один и 14 см – трое больных. Протя-

женность стриктуры в среднем составила 9 см. Пятеро больных были многократно оперированы в других учреждениях. Трое пациентов нами были оперированы повторно. Из них двое – по поводу ретенноза головочной части мочеиспускательного канала и один – по поводу уретрального кровотечения и эпипищостомии на 4-й день после уретропластики. Забор трансплантатов слизистой оболочки щек выполняли по общепринятой методике. Средний размер – 5,0×2,0 см. У пяти из девяти пациентов трансплантаты были получены из 2 щек, причем у четырех – одновременно. Заместительная (one-sided anterior) уретропластика трансплантатом слизистой оболочки щек выполнена у 7 из 9 пациентов. У двоих больных дорсально on-lay расположенный трансплантат буккальной слизистой оболочки был вентрально покрыт кожным васкуляризованным лоскутом по Mc. Aninch в одном случае и по Orandi в другом. Пластика буккальным трансплантатом головочной части мочеиспускательного канала первоначально без расщепления головки была выполнена троим пациентам. Однако двоим из них из-за ретенноза через 4 и 3 мес, проведена повторная пластика с расщеплением головки. В одном случае для повторной пластики был использован трансплантат из второй щеки. У второго пациента при первой операции трансплантаты были получены одновременно из 2 щек, поэтому при повторной операции трансплантат размером 3×1,5 см был получен из слизистой оболочки нижней губы без ее косметических и функциональных нарушений. Срок стационарного лечения составил в среднем 5 дней. Срок дренирования мочеиспускательного канала – 5 дней. У всех оперированных дренирование мочевого пузыря уретральным катетером проводили 16 дней. Долоперационный цистостомический дренаж в одном случае и установленный при ревизии мочевого пузыря во втором случае сохранялся в эти же сроки. Заживление ран у всех первичное. Антеградная уретрография, проводимая при удалении уретрального катетера, демонстрировала полное восстановление просвета мочеиспускательного канала. Контрольные обследования всех пациентов в сроки от 6 мес до 2 лет после операции рецидива стриктуры не выявили.