

В.Н. Павлов, А.А. Измайлов, Р.А. Казихинуров, А.Р. Фарганов, Р.И. Сафиуллин
**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УРЕТРОПЛАСТИКИ ПАЦИЕНТУ
ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СТВОЛОВОЙ ГИПОСПАДИИ**
*ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа*

Несмотря на большое число научных исследований, посвященных лечению гипоспадии, проблема коррекции этого порока остается весьма актуальной. Существует много нерешенных вопросов, прежде всего связанных с выбором метода и материала для пластики уретры. В зависимости от формы порока предложено более трехсот различных методик, однако сохраняется высокий процент осложнений и неудач. Большинство осложнений в отдаленном послеоперационном периоде связано с образованием наружных свищей уретры, режестриктур уретры, вследствие формирования свищей. Стремление уменьшить число послеоперационных осложнений и сегодня заставляет специалистов продолжать поиск более совершенных методов коррекции порока и послеоперационного ведения больных.

В статье представлено описание клинического случая заместительной уретропластики в ходе проведения двухэтапной операции – формирование новой уретральной площадки из буккальной слизистой (методика Bracka) и тубуляризация уретральной площадки.

Ключевые слова: стриктура уретры, уретропластика, гипоспадия, буккальный графт, осложнения.

V.N. Pavlov, A.A. Izmailov, R.A. Kazikhinurov, A.R. Farganov, R.I. Safiullin
**CASE REPORT OF URETHROPLASTY TO THE PATIENT AFTER SURGICAL
TREATMENT OF HYPOSPADIAS**

Despite of the large cases of scientific studies devoted to the treatment of hypospadias, the problem of correcting this defect is still actual. There are many problematic issues, connected with the choice of method and material for urethroplasty. Depending on the form of the defect more than three hundred different operations have been proposed, however, there is a significant number of complications and failures. Most complications of the long-term period are connected with the development of external fistula of the urethra, less commonly urethral stricture as a result of fistula formation. Intention to reduce the number of post-operational complications still makes the specialists to seek for more advanced methods for this defect correction and post-operational management.

The article presents a description of a clinical case of substitution urethroplasty during two-stage surgery – forming a new urethral bed from a buccal mucosa (Brack method) and tubularization of urethral bed.

Key words: urethra stricture, urethraplasty, hypospadias, buccal graft, complications.

Несмотря на большое число научных исследований, посвященных лечению гипоспадии, проблема коррекции этого порока остается весьма актуальной. Существует много нерешенных вопросов, прежде всего связанных с выбором метода и материала для пластики уретры. В зависимости от формы порока предложено более трехсот различных методик, однако сохраняется высокий процент осложнений и неудач [1].

Большинство осложнений в отдаленном послеоперационном периоде связано с образованием наружных свищей уретры, режестриктур уретры, вследствие формирования свищей. Нередко детские урологи останавливают выбор на кожной пластике уретры. Наличие волос в просвете уретры часто приводит к развитию хронического воспаления, формированию камней уретры. Технически возможно их удаление с помощью лазера (эндоуретрально), но чаще требуется оперативное лечение, связанное с удалением камня и коррекции рецидива стриктуры [2].

Клинический случай. Больной А., 24 года, обратился в Клинику БГМУ с жалобами на слабую струю мочи, имеющийся уретральный свищ в области венечной борозды, а также подтекание мочи (дриблинг) после завершения акта мочеиспускания. Из анамнеза известно,

что в детстве пациент перенес ряд операций по поводу ствовой гипоспадии. Медицинской документации о выполненных операциях не предоставил. В течение 15 лет после операции пациент отмечал удовлетворительное мочеиспускание. Ухудшение качества мочеиспускания отмечает на протяжении последних 5 лет с появлением уретрального свища в области венечной борозды. Эректильных нарушений и деформации полового члена не отмечает.

На момент осмотра: половой член небольших размеров, головка и кожа полового члена имеет рубцовые изменения, по вентральной поверхности в области венечной борозды отмечается точечное отверстие, через которое при надавливании на уретру выделяется моча. При пальпации на уровне пенископального угла, в проекции уретры, отмечается плотное образование размером 10×15 мм. По данным урофлоуметрии максимальная скорость потока мочи составила 5,9 мл/с, средняя – 3,4 мл/с при выделенном объеме 184 мл. По данным УЗИ чашечнолоханочная система не расширена, пассаж мочи из верхних мочевых путей не нарушен.

При проведении обзорной, восходящей и микционной урографий определяются стриктура головчатого отдела уретры и пенильного отдела с образованием дивертикула

уретры, а также конкремент в полости данного дивертикула. Задний отдел уретры проходим на всем протяжении (рис. 1).



Рис. 1. Больной А., 24 года. Урограмма

После проведения консилиума с участием д.м.н., проф., чл.-корр. РАН В.Н. Павловым, проф. А.А. Измайловым, доц. Р.А. Казихиновым решено выполнить заместительную уретропластику. Возможность сохранения уретральной площадки определялась интраоперационно.

В ходе операции выполнено иссечение рубцовых тканей полового члена, уретра рассечена продольно от головки полового члена до пенискоротального угла (до участка с визуально и калибровочно нормальной уретрой). Уретра выполнена кожным лоскутом. Имеет различную ширину, деформацию и сужение просвета в виде «песочных часов». Наблюдаются множество волос и образовавшиеся на них камни (рис. 2).

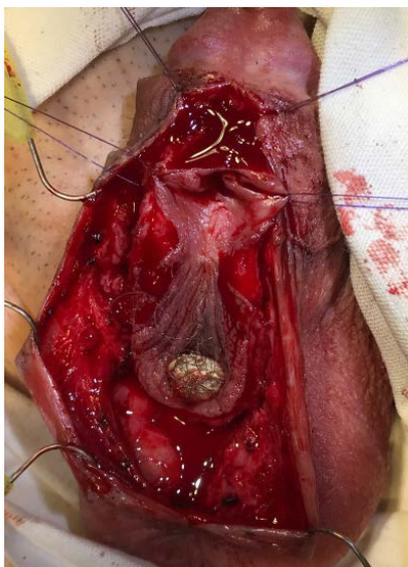


Рис. 2. Внешний вид уретры после рассечения

Решено выполнить двухэтапную операцию. На первом этапе проведено иссечение «кожной» уретры с формированием новой уретральной площадки из буккальной слизистой (методика Вгаска). Для формирования уретральной площадки использовалась слизистая с обеих щек (рис. 3). Уретростома сформирована в пенискоротальном углу (рис. 4).

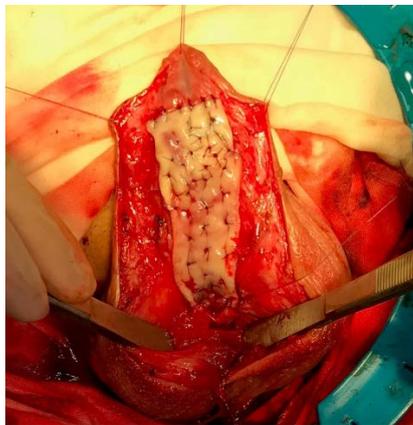


Рис. 3. Формирование новой уретральной площадки из буккальной слизистой (методика Вгаска)



Рис. 4. Формирование уретростомы

Проведение второго этапа уретропластики – тубуляризация уретральной площадки – рекомендовано пациенту через 7-9 месяцев.

Таким образом, лечение стриктур уретры относится к одному из самых трудоемких и до конца не изученных разделов реконструктивной урологии. Это привело к пересмотру некоторых принципов оперативного лечения стриктур уретры, отказу от метода, считавшегося «золотым стандартом лечения» и появлению новых методов уретропластики, ориентированных на максимальное сохранение кровоснабжения и минимизации травмы спонгиозного тела [3]. По данным разных авторов при сравнительном анализе ближайших и отдаленных результатов в сро-

ки наблюдении 80–140 месяцев после реконструкции уретры пенильной кожей и буккальной слизистой было отмечено выздоровление в 66–71% и 85–87% случаев соответственно. По нашему мнению, при прочих

равных условиях, выбор пластического материала у пациентов с гипоспадией, которым требуется заместительная уретропластика, должен склоняться в пользу буккальной слизистой.

Сведения об авторах статьи:

Павлов Валентин Николаевич – д.м.н., профессор, член-корр. РАН, зав. кафедрой урологии с курсом ИДПО, ректор ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: Pavlov@bashgmu.ru.

Измайлов Адель Альбертович – д.м.н., профессор кафедры урологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, зав. отделением урологии Клиники БГМУ. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: Izmailov75@mail.ru.

Казихируров Рустэм Альфритович – к.м.н., доцент кафедры урологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: Roynuro@mail.ru.

Фарганов Амир Рафисович – аспирант кафедры урологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: amirfarganov@mail.ru.

Сафиуллин Руслан Ильясович – д.м.н., профессор кафедры урологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: russafulin@yandex.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лопаткин, Н.А. Детская урология: руководство для врачей / Н.А. Лопаткин, А.Г. Пугачев – М.: Медицина, 1986. – 356 с.
2. Химан, Ф. Оперативная урология: атлас (2-е изд.). – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 1192 с.
3. Котов, С.В. Новые методы уретропластики при стриктурах уретры у мужчин // *Анналы хирургии*. – 2015. – № 4. – С. 9-11.
4. Стриктура уретры: современное состояние проблемы (обзор литературы) / Л.М. Синельников [и др.] // *Экспериментальная и клиническая урология*. – 2016. – № 2. – С. 80-87.
5. Коган, М.И. Стриктуры уретры у мужчин. Реконструктивно-восстановительная хирургия / М.И. Коган: иллюстрированное руководство. – М.: Практ. медицина, 2010. – 139 с.
6. Результаты применения слизистой оболочки щеки при аугментационных пластиках уретры / О.Б. Лоран [и др.] // *Лечебное дело*. – 2012. – № 2. – С. 93-98.

УДК 616.36-002.12:611.611

© Коллектив авторов, 2017

К.М. Манахов¹, М.В. Дударев¹, Д.С. Сарксян¹, Д.А. Валишин²
**СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕПАТИТА А,
 ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЧЕК**
¹ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»
 Минздрава России, г. Ижевск
²ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
 Минздрава России, г. Уфа

Гепатит А является острым вирусным заболеванием с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя, которое характеризуется циклическим доброкачественным течением и преимущественным поражением печени. Хорошо известно, что гепатит А в большинстве случаев характеризуется доброкачественным течением без осложнений и благоприятным прогнозом. По данным литературы поражение почек при данном заболевании развивается достаточно редко; морфологической основой этих нарушений может быть острый тубулярный некроз, мезангиопролиферативный гломерулонефрит, интерстициальный нефрит.

В статье представлен случай тяжелого течения вирусного гепатита А с развитием острого повреждения почек 3-й стадии по классификации AKIN или класса F (RIFLE), печеночной энцефалопатии и острого респираторного дистресс-синдрома. На фоне активной консервативной терапии (без проведения гемодиализа) зафиксирована положительная клиническая динамика.

Ключевые слова: гепатит А, острое повреждение почек, острая печеночно-клеточная недостаточность.

К.М. Manakhov, M.V. Dudarev, D.S. Sarksyian, D.A. Valishin
A CASE OF SEVERE HEPATITIS A COMPLICATED BY ACUTE KIDNEY INJURY

Hepatitis A is an acute viral disease with fecal-oral mechanism of agent transmission, which is characterized by cyclic benign course and primary liver involvement. It is well known that in majority of cases hepatitis A is characterized by benign course without complications and by favorable prognosis. According to literature data kidney injury during this disease is developed very rarely; the morphologic base of these disorders may be acute tubular necrosis, mesangial-proliferative glomerulonephritis, and interstitial nephritis.

The article presents the case of severe viral hepatitis A with the development of AKIN stage 3 / RIFLE class F acute kidney injury, hepatic encephalopathy and acute respiratory distress syndrome. After active conservative treatment without hemodialysis the clinical improvement was registered.

Key words: hepatitis A, acute kidney injury, acute hepatocellular failure.

Гепатит А является острым вирусным заболеванием с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя, которое характери-

зуется циклическим доброкачественным течением и преимущественным поражением печени. Возбудитель заболевания – РНК-