

16. Versorgungsstrategien bei Schussverletzungen der Extremität [Treatment strategies for gunshot wounds of the extremities] / P. Kobbe, M. Frink, R. Oberbeck [et al.] // Unfallchirurg.- 2008. – Vol.111, №4. – P. 247-254.
17. Brown, T. Outpatient Treatment Guidelines of Gunshot Wound to the Hand and Wrist Resulting in an Open Fracture: Case Report. / T. Brown, P. Gaburak, J. Hwang // Cureus. – 2022. – Vol.14(11) №5. P.e31130.
18. A civilian perspective on ballistic trauma and gunshot injuries / P. Lichte, R. Oberbeck, M. Binnebösel, [et al.] // Scand J Trauma Resusc Emerg Med. – 2010. – Vol.17. – P.18:35.
19. Kiehn, M.W. Fracture management of civilian gunshot wounds to the hand. / M.W. Kiehn, A. Mitra, K.A. Gutowski // Plast Reconstr Surg. – 2005. -Vol.115, №2. – P.478-481.
20. Freeland, A.E. Fracture fixation in the mutilated hand / A.E. Freeland, W.C. Lineaweaver, S.G. Lindley // Hand Clin. – 2003. – Vol.19, №1. – P.51-61.

Сведения об авторах

*Мазитов Д.М. - оператор научной роты

Арбеков П.В. - оператор научной роты

Information about the authors

Arbekov P.V. – Scientific Company Operator

Mazitov D.M. – Scientific Company Operator

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

virko-viktor@mail.ru

УДК: 616.643-007.271

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ПРОТЯЖЕННОЙ СТРИКТУРОЙ УРЕТРЫ

Нарсеев Егор Николаевич¹, Насибуллина Гульшат Шамилевна², Франк Михаил Александрович^{1,2}

¹ Кафедра урологии, нефрологии и трансплантологии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

² ГАУЗ СО «Городская клиническая больница №40»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. У пациентов с ятрогенными стриктурами наиболее распространенной причиной является трансуретральная хирургия. Аугментационные методы уретропластики рекомендуется применять при стриктурах бульбозного отдела уретры длиной >2 см и в качестве первичного трансплантата использовать слизистую ротовой полости вместо кожного графта. **Цель исследования** - описание клинического случая пациента с протяженной стриктурой уретры с применением буккальной пластики пенильного отдела. **Материал и методы** - ретроспективный анализ истории болезни пациента П, поступившего в отделение урологии Городской клинической больницы №40 с диагнозом «Стриктура пенильного отдела уретры», а также анализ научной литературы российских и зарубежных авторов по данному вопросу. **Результаты.** В декабре 2023 года пациенту выполнена операция – буккальная пластика пенильного отдела уретры. В феврале 2024 года пациент снова обратился с жалобами на затрудненное мочеиспускание. Выполнена пластика пенильного отдела уретры в зоне проксимального анастомоза. **Выводы.** Ятрогенные повреждения уретры являются одной из основных причин возникновения стриктур. Широкое использование эндоскопических методов может привести к травмам различных участков мочеиспускательного канала. Для успешного лечения пациентов со стриктурами уретры необходим индивидуальный подход к выбору хирургической стратегии и внимательное послеоперационное наблюдение.

Ключевые слова: стриктура уретры, обструкция мочевыводящих путей, буккальная пластика, рецидив стриктуры, индивидуальный подход, уретральные операции

CLINICAL CASE OF SURGICAL TREATMENT OF A PATIENT WITH EXTENDED URETHRAL STRICTURE

Egor Nikolaevich Narseev¹, Gulshat Shamilevna Nasibullina², Mikhail Alexandrovich Frank^{1,2}

¹Department of Urology, Nephrology and Transplantology

Ural State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation

²State Medical Institution SB “City Clinical Hospital № 40”

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. In patients with iatrogenic strictures, transurethral surgery is the most common cause. Augmentation methods of urethroplasty are recommended for strictures of the bulbous urethra with a length of >2 cm and the oral mucosa should be used as the primary graft instead of the skin graft. **The aim of the study** was to describe a clinical case of a patient with extensive urethral stricture using buccal plastic surgery of the penile region. **Material and methods.** Retrospective analysis of the medical history of patient P, who was admitted to the urology department of the City Clinical Hospital No. 40 with a diagnosis of Penile stricture of the urethra, as well as an analysis of the scientific literature of Russian and foreign authors on this issue. **Results.** In December 2023, the patient underwent surgery – buccal plastic surgery of the penile urethra. In February 2024, the patient complained of difficulty urinating again. Plastic surgery of the penile urethra was performed in the area of proximal anastomosis. **Conclusions.** Iatrogenic damage to the urethra is one of the main causes of strictures. Widespread use of endoscopic techniques can lead to injury to various parts of the urethra. Successful treatment of patients with urethral strictures requires an individual approach to choosing a surgical strategy and careful postoperative follow-up.

Keywords: urethral stricture, urinary tract obstruction, buccal plastic surgery, recurrence of stricture, individual approach, urethral surgery

ВВЕДЕНИЕ

Стриктура уретры — это аномальное сужение уретры, обычно вызванное рубцовой тканью, что приводит к обструктивным симптомам со стороны мочевыделительной системы [1]. Понятие является предпочтительным термином для обозначения любого аномального сужения мочеиспускательного канала. Распространенными факторами риска развития стриктуры уретры у мужчин являются перенесенные в анамнезе операции по поводу гипоспадии, катетеризация уретры или использование инструментов, травмы, трансуретральные операции и лечение рака предстательной железы. У многих мужчин стриктура имеет идиопатическую этиологию, однако у пациентов с ятрогенными стриктурами наиболее распространенной причиной является трансуретральная хирургия [2].

Согласно клинической классификации стриктур передней уретры по G. Varbagli и E. Palminteri выделяют двойную, протяженную и постоперационную стриктуры [2].

В свою очередь клинические рекомендации Минздрава РФ сообщают о классифицировании стриктур по протяженности: короткая (≤ 2 см), длинная (> 2 см), тотальная губчатая (поражение более 75% губчатой уретры), тотальная (поражение всей уретры). Аугментационные методы уретропластики рекомендуется применять при стриктурах бульбозного отдела уретры длиной >2 см и в качестве первичного трансплантата использовать слизистую ротовой полости вместо кожного графта [3].

В настоящее время применяются пять широко известных методик аугментационной уретропластики бульбозного и пенильного сегментов мочеиспускательного канала с использованием буккального лоскута. Эти методы направлены на увеличение просвета уретры в зоне её сужения: dorsal inlay (методика Асоупа), dorsal onlay (методика Барбагли), ventral onlay, dorso-lateral onlay (методика Кулькарни), lateral onlay [4].

При методике ventral onlay производят разрез по вентральной поверхности спонгиозного тела и слизистой уретры, графт фиксируют к краям разреза, а вторым слоем ушивают спонгиозное тело [5].

Цель исследования - описать клинический случай пациента с протяженной стриктурой уретры с применением буккальной пластики пенильного отдела.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ истории болезни пациента П, поступившего в отделение урологии Городской клинической больницы №40 с диагнозом “Стриктура пенильного отдела уретры”, а также анализ научной литературы российских и зарубежных авторов по данному вопросу.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациент П., 55 лет, в течение нескольких месяцев жалуется на вялую струю мочи и чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. Из анамнеза известно, что в июле 2023 года пациенту выполнена контактная уретролитотрипсия, по поводу наличия камней в уретре. По данным ультразвукового исследования почек и мочевого пузыря получены следующие

результаты: чашечно-лоханочная система (ЧЛС) не расширена, объем остаточной мочи (ООМ) составляет 100 мл. По данным опросника IPSS (International Prostate Symptom Score): 23 балла. По данным урофлоуметрии - максимальная скорость мочеиспускания (Qmax) составила 7 мл/сек. Проведена уретроскопия, в ходе которой обнаружено сужение уретры на 7 см от наружного отверстия, длиной 3 см, с диаметром до 3 мм, с рубцово-измененной тканью и обедненным сосудистым рисунком.

07.12.23г. пациенту выполнена операция – буккальная пластика пенильного отдела уретры. Выполнен поперечный разрез кожи по вентральной поверхности у основания полового члена. В уретру заведен буж для расширения и облегчения доступа к суженной области. Выделены вентральная и правая латеральная поверхности суженной уретры на протяжении 5 см, что позволяет визуализировать и подготовить суженную часть для рассечения. Уретра рассечена вдоль по правой латеральной поверхности через всю суженную часть (рисунок 1). Установлен уретральный катетер Фолея СН16.

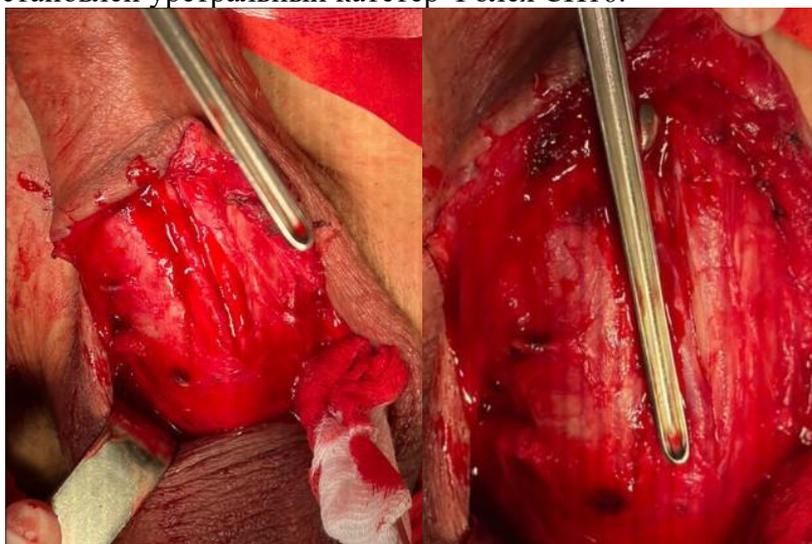


Рис.1 Выделена вентральная поверхность суженной части уретры на протяжении 5 см. Уретра рассечена вдоль через всю суженную часть.

Из слизистой левой щеки выкроен графт 5*1,5 см (рисунок 2). Дефект слизистой щеки ушит отдельными узловыми швами Кетгут 2,0. Гемостаз удовлетворительный. Установлен тампон с водным раствором хлоргексидина. На левую щеку помещен пузырь со льдом.



Рис. 2 Из слизистой левой щеки выкроен графт размером 5*1,5 см.

Наложены непрерывные швы между стенками рассеченной стриктуры и буккальным графтом. Мясистая и глубокая фасции сшиты отдельными узловыми швами нитью викрил 3,0 (рисунок 3). Установлен резиновый выпускник в рану. Кожа ушита отдельными узловыми швами нитью викрил 3.0.



Рис. 3 Методика ventral onlay

Наложены непрерывные швы между стенками рассеченной уретры и буккальным графтом. Уретральный катетер удален через 2 недели после операции. Самостоятельное мочеиспускание восстановлено.

В феврале 2024 года пациент начал отмечать затрудненное мочеиспускание. Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря. Результаты показали, что чашечно-лоханочные системы (ЧЛС) не расширены, а объем остаточной мочи (ОМ) составил 70 мл. Урофлоуметрия выявила максимальную скорость мочеиспускания (Q_{max}) 8 мл/сек. Уретроскопия показала циркулярное сужение проксимального анастомоза с диаметром до 4 мм и протяженностью 5 мм.

Выполнена пластика пенильного отдела уретры в зоне проксимального анастомоза. Выполнен продольный разрез по срединной линии по вентральной части полового члена. Мобилизована уретра на протяжении 7 см, визуализирована часть уретры с буккальным графтом. В области проксимального анастомоза наблюдалось сужение уретры. Рассечена стриктура продольно по срединной линии. Длина стриктуры составила 0,5 см. В мочевой пузырь установлен катетер Фолея 16 Ch. Иссечен суженный участок уретры, дистальный и проксимальный концы иссечены от фиброзно-измененных тканей. Отдельными узловыми швами сшиты концы уретры без натяжения. Непрерывным швом сопоставлена фасция. В область анастомоза установлен резиновый выпускник. Кожа ушита отдельными узловыми швами.

17.09.24 - пациент не предъявляет активных жалоб. По данным УЗИ почек и мочевого пузыря: чашечно-лоханочные системы (ЧЛС) не расширены, объем остаточной мочи (ОМ) составляет 0 мл, по данным урофлоуметрии максимальная скорость мочеиспускания (Q_{max}) составляет 13 мл/сек. Результат IPSS равен 4.

ОБСУЖДЕНИЕ

В данном клиническом случае описан пациент с протяженной стриктурой уретры после контактной уретролитотрипсии, который перенес две операции: буккальная пластика пенильного отдела уретры и пластика пенильного отдела уретры в зоне проксимального анастомоза.

Использование буккального графта является распространенной техникой, позволяющей добиться хороших результатов при лечении стриктур. В данном случае, несмотря на успешное восстановление, наблюдение за пациентом после операции показало необходимость дальнейшего мониторинга, так как в феврале 2024 года у пациента вновь возникли симптомы затрудненного мочеиспускания.

Сложности, с которыми столкнулся наш пациент, подчеркивают важность тщательного мониторинга после хирургического лечения стриктур уретры. Несмотря на первоначально успешный исход, повторное сужение в области проксимального анастомоза указывает на необходимость дальнейшего изучения факторов, способствующих рецидиву стриктуры. В литературе отмечается, что такие рецидивы могут быть связаны с различными причинами,

включая недостаточную васкуляризацию, рубцевание после операции и механические факторы, такие как травмы или инфекции.

Решение о проведении повторной пластики пенильного отдела уретры в зоне проксимального анастомоза было оправданным, учитывая наличие рецидива. Мобилизация уретры и рассечение стриктуры позволили восстановить проходимость, что является важным этапом в лечении данного пациента. Однако, необходимо отметить, что даже после повторного вмешательства пациенту требуется длительное наблюдение для предотвращения рецидивов, что подчеркивает необходимость индивидуального подхода к каждому пациенту.

ВЫВОД

Ятрогенные повреждения уретры являются одной из основных причин возникновения стриктур. Широкое использование эндоскопических методов может привести к травмам различных участков мочеиспускательного канала. Для успешного лечения пациентов со стриктурами уретры необходим индивидуальный подход к выбору хирургической стратегии и внимательное послеоперационное наблюдение.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Abdeen, B.M. Urethral Strictures / B.M. Abdeen, S.W. Leslie, A.M. Badreldin // StatPearls. - Omaha: Creighton University School of Medicine, 2025.
2. Котов, С.В. Стриктура уретры у мужчин – стандарты оказания высокотехнологичной медицинской помощи / Котов С.В., Ирицян М.М. // Экспериментальная и клиническая урология. - 2020. - №5. – С.72-78.
3. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации «Стриктура уретры». – 2024. – 42 с. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/651_2 (дата обращения: 20.03.2025).– Текст: электронный.
4. Оценка эффективности методов буккальной уретропластики при стриктурах мочеиспускательного канала у мужчин / Н.В. Поляков, Н.Г. Кешишев, А.В. Казаченко [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. – 2019. – №4. – С. 106-113
5. Панин С.И. Стриктурная болезнь уретры: учебное пособие / С. И. Панин, А. А. Кузнецов, Е. А. Морозов. – Волгоград: ВолгГМУ, 2022. – 44 с.

Сведения об авторах

Е.Н. Нарсеев – студент

Г.Ш. Насибуллина – врач-уролог ГАУЗ СО «Городская клиническая больница №40»

М.А. Франк – доктор медицинских наук, профессор

Information about the authors

E.N. Narseev – Student

G.Sh. Nasibullina – Urologist at City Clinical Hospital No. 40

M.A. Frank – Doctor of Sciences (Medicine), Professor

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

narseev2000@mail.ru

СТОМАТОЛОГИЯ

УДК: 616-006.441

ПЛАЗМОБЛАСТНАЯ ЛИМФОМА ПОЛОСТИ РТА

Борисенко Натали Сергеевна¹, Дрегалкина Анна Александровна

¹Кафедра хирургической стоматологии, оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Цель исследования – провести литературный обзор о плазмобластной лимфоме и её проявлениях в полости рта. **Материал и методы.** Проведен поиск доступной литературы и научных публикаций, посвященных плазмобластной лимфоме на базе данных PubMed, Elsevier, Mendeley, Google Scholar, eLibrary. **Результаты.** По данным классификации ВОЗ 2016 года плазмобластная лимфома является отдельным заболеванием. Патогенез заболевания имеет общие черты с множественными миеломами. В исследованиях определены такие локализации поражения как десна, дно полости рта и миндалины, костная ткань, ткани мягкого неба. Дифференциальная диагностика плазмобластной лимфомы проводится между заболеваниями инфекционного происхождения и злокачественными новообразованиями. **Выводы.** Прогноз при плазмобластной лимфоме неблагоприятный. Данное заболевание относится к сложным заболеваниям из-за проблем клинической диагностики, которая требует дополнительных методов исследования.