

**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
им. И. К. АХУНБАЕВА**

**КЫРГЫЗСКО–РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. Б. Н. ЕЛЬЦИНА**

Диссертационный совет Д 14.23.678

На правах рукописи
УДК 616.643-007.271-079.4-08:616.516

АКЫЛБЕК СУЛТАН

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУРНОЙ
БОЛЕЗНИ УРЕТРЫ, ВЫЗВАННОЙ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИМ
ЛИХЕНОМ**

14.01.23 – урология

Автореферат
диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

Бишкек – 2023

Работа выполнена на кафедре урологии и андрологии до и последипломного обучения им. М. Т. Тыналиева Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева.

Научный руководитель: **Курбаналиев Ринат Маратович** - доктор медицинских наук, ассистент кафедры урологии и андрологии до и последипломного обучения им. М. Т. Тыналиева Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева

Официальные оппоненты: **Кызласов Павел Сергеевич** - доктор медицинских наук, доцент кафедры урологии и андрологии медико-биологического университета инноваций и непрерывного образования, руководитель центра урологии и андрологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения ГНЦ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России.

Чернецова Галина Степановна - доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой урологии Кыргызско-Российского Славянского университета им. Б. Н. Ельцина

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра урологии и андрологии с курсом ДПО (656038, Российская Федерация, Алтайский край, г. Барнаул, проспект Ленина, д. 40).

Защита состоится 01 ноября 2023 года в 14.00 часов на заседании диссертационного совета Д 14.23.678 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук при Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева и Кыргызско-Российском Славянском университете им. Б. Н. Ельцина по адресу: 720020, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. И. К. Ахунбаева, 92, 2 этаж, конференц-зал. Ссылка доступа к видеоконференции защиты диссертации <https://vc.vak.kg/b/d14-puu-lvw-wbv>

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеках Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева (720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92), Кыргызско-Российского Славянского университета им. Б. Н. Ельцина (720000, г. Бишкек, ул. Киевская, 44) и на сайте: <http://www.vak.kg>

Автореферат разослан 29 сентября 2023 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета к.м.н.



Оскон уулу Айбек

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Склероатрофический лишень (син. лишень склероз, склерозирующий лишень; реже – болезнь Чиллага) в настоящее время представляет собой хронический идиопатический персистирующий дерматоз неясной этиологии, характеризующийся поражением кожи и слизистых оболочек преимущественно в генитальной области, и приводящий к тяжелым расстройствам мочеиспускания.

По данным клинических исследований многих стран, склероатрофический лишень является причиной стриктурной болезни уретры в 20% случаев и в 48,6% - причиной протяженной стриктуры уретры [N. Lumen et al., 2021; Palminteri E., et al., 2013]. Этиология склероатрофического лишена до конца не выяснена, но считается, что она имеет преимущественно аутоиммунное происхождение [Regauer S., 2005], так как есть свидетельства ассоциации заболевания с антигенами класса I HLA и с HLA-A29/B44 [Stavrianeas N. G. et al., 2008]. Выявлена связь склероатрофического лишена с метаболическим синдромом у мужчин, с заболеваниями эндокринной системы, сердечно-сосудистыми заболеваниями и вредными привычками [Hofer M.D. et al., 2014; Erickson B.A. et al., 2016; Bjekic M. et al., 2011].

Склероатрофический лишень возможно диагностировать как на клиническом, так и на патоморфологическом этапах. Однако несмотря на то, что проявления поражения уретры больных присутствуют длительное время, своевременная диагностика зачастую затягивается, а это приводит к осложнениям и прогрессированию заболевания [Steffens J.A. et al., 2010]. Основными причинами прогрессирования склероатрофического лишена являются недостаточная осведомленность специалистов при первичном осмотре пациента, и в том числе при обращении к дерматовенерологу, поэтому диагностика и лечение не всегда успешны [Кузьменко-Москвина Ю.А., 2019].

В настоящее время методом выбора хирургического лечения склероатрофического лишена является реконструктивно-заместительная пластика рубцового участка уретры различными лоскутами, в частности - лоскутом слизистой оболочки щеки. Метод буккальной уретропластики определен как наиболее эффективный в современном лечении стойких стриктур уретры [Усупбаев А.Ч. и др., 2021]. Однако в доступной литературе нет упоминаний о применении буккальной уретропластики при стриктурах, вызванных склероатрофическим лихенем.

Таким образом, вышеуказанные аргументы и нерешенные задачи по разработке алгоритма диагностики, лечения и оптимизации метода буккальной пластики стриктуры уретры при склероатрофическом лихене являются актуальными, что обуславливает выполнение данной диссертационной работы.

Связь темы диссертации с крупными научными программами (проектами), основными научно-исследовательскими работами,

проводимыми образовательными и научными учреждениями. Работа является инициативной.

Цель исследования. Повысить качество жизни больных со стриктурой уретры, пораженной склероатрофическим лихеном с помощью разработанного метода буккальной уретропластики.

Задачи исследования:

1. Провести ретроспективный анализ частоты встречаемости склероатрофического лихена при стриктурной болезни уретры у мужчин и оценить эффективность методов диагностики и лечения.

2. Разработать и апробировать метод буккальной уретропластики у больных стриктурной болезнью уретры, обусловленной склероатрофическим лихеном.

3. Оценить клиническую эффективность нами разработанного метода буккальной пластики стриктуры уретры при склероатрофическом лихене в отдаленном периоде и разработать алгоритм тактики ведения пациентов с подозрением на генитальный склероатрофический лихен.

Научная новизна полученных результатов. Впервые дана оценка влияния склероатрофического лихена на нарушение уродинамики, приводящая к стриктурной болезни уретры. Разработан алгоритм ранней диагностики и выбора метода лечения стриктурной болезни уретры при склероатрофическом лихене. Впервые предложена методика буккальной уретропластики, которая является эффективным способом хирургического лечения больных со стриктурной болезнью уретры, обусловленной склероатрофическим лихеном [Патент КР №2205, от 2020 г.].

Практическая значимость полученных результатов. Расширены представления о стадиях течения склероатрофического лихена, представлена классификация стадийности течения заболевания, в основе которой предполагается протяженность стриктуры уретры и функциональные нарушения, определяемые по тестам урофлоуметрии. Разработан алгоритм ведения пациента с подозрением на генитальный склероатрофический лихен, который определяет персонифицированный подход к выбору метода лечения (консервативное или хирургическое) и последующую диспансеризацию с целью предупреждения рецидивов заболевания. Хирургическое лечение склероатрофического лихена модифицированным методом буккальной уретропластики повышает эффективность лечения и качество жизни пациентов, предотвращает рецидивирование и отторжение трансплантата, уменьшает количество отдаленных послеоперационных осложнений и обеспечивает восстановление полноценной анатомической целостности уретры.

Результаты диссертационной работы внедрены в отделениях Республиканского научного центра урологии при Национальном госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (акт внедрения № 20-

391 от 01.06.2020 г) и центрах семейной медицины и в учебные программы для врачей, ординаторов и аспирантов на кафедре урологии и андрологии до- и последипломного обучения имени М. Т. Тыналиева КГМА им. И. К. Ахунбаева.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Стандартное лечение стриктурной болезни уретры проводится без верификации диагноза склероатрофического лихена у 20% пациентов, показания и противопоказания к проведению хирургического лечения не унифицированы у 37% больных, доля рецидивов определяется в 25% случаев.

2. Разработанный способ буккальной уретропластики пациентов со склероатрофическим лихеном уменьшает количество ранних послеоперационных осложнений в 1,8 раза, суммарную частоту долгосрочных послеоперационных осложнений в 2,75 раза, способствует улучшению качества жизни.

3. Разработанный алгоритм диагностики и лечения больных склероатрофическим лихеном позволяет своевременно выявить и определить тяжесть поражения стриктурной болезни мочеиспускательного канала, выбрать наиболее эффективный способ хирургического лечения, улучшающий качество жизни больного.

Личный вклад соискателя. Автор непосредственно участвовал во всех этапах диссертационного исследования. Информационно-аналитический поиск медицинской литературы, исследовательская работа с клиническим материалом (проведение клинко-диагностического обследования), участие при проведении буккальной уретропластики и статистическая обработка результатов исследования проведены лично автором данной работы.

Апробация результатов исследования. Полученные результаты исследований доложены и обсуждены на: Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Инновация в диагностике и лечении мочекаменной болезни» (Бишкек, Кыргызстан, 2018); XVI межрегиональной научно-практической конференции урологов Дальнего Востока «Урология. Андрология – мужское здоровье и активное долголетие» (Петропавловск-Камчатский, Россия, 2019); Юбилейной международной научно-практической конференции «ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России: 75 лет на страже здоровья людей» (Москва, Россия, 2021); на научно-практической конференции ассоциации урологов и андрологов Кыргызской Республики «Актуальные вопросы в урологии» (Бишкек, Кыргызстан, 2021).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. По материалам диссертационного исследования опубликовано 7 печатных работ, из которых 7 статей в журналах, рекомендованных НАК при Президенте

Кыргызской Республики. Получен патент Кыргызской Республики на изобретение №2205 «Способ буккальной уретропластики при протяженных стриктурах уретры» от 29 мая 2020 года.

Структура и объём диссертации. Диссертация изложена на 144 страницах компьютерного набора (шрифтом Times New Roman, размер 14; интервал 1,5). Работа состоит из введения, 4 глав, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы, включающего 46 русскоязычных и 124 иностранных источников и приложений. Работа содержит 20 таблиц, 52 рисунка.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении диссертации представлены актуальность исследования и обоснование необходимости его проведения, цель, задачи, научная новизна, практическая значимость работы и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

Глава 1. Современные аспекты тактики лечения стриктурной болезни уретры, вызванной склероатрофическим лихеном (Обзор литературы)

1.1 Эпидемиология (распространенность) стриктурной болезни уретры, вызванной склероатрофическим лихеном. Представлен обзор литературных данных современного состояния развития заболевания генитального склероатрофического лихена и степень его распространения. Генитальный склероатрофический лихен встречается чаще у женщин, чем у мужчин, в соотношении 3:1; заболевание развивается в любом возрасте, однако имеются пики заболеваемости, обусловленные гормональной активностью: препубертатный возраст (9–11 лет), климактерический и/или постклимактерический период (45–55 лет). У мужчин склероатрофический лихен развивается чаще после 40 лет.

1.2 Формально-каузальный (причинно-следственный) генез развития стриктуры уретры при склероатрофическом лихене. В данной подглаве представлен генез развития склероатрофического лихена. По литературным данным ряд авторов указывают на полиэтиологический характер склероатрофического лихена: это бактериальная и вирусная инфекция; нарушение анатомической целостности органа, операции на уретре и инструментальные вмешательства (уретроскопия, стентирование уретры, бужирование); патологические изменения состава мочи с лимфоцитарной реакцией и гормональная дисфункция. Мультифакторность воздействия определяет сложность диагностики, затяжное течение заболевания и злокачественное перерождение тканей.

1.3 Современное состояние проблем диагностики и лечения стриктурной болезни уретры, вызванной склероатрофическим лихеном: прошлое и настоящее. Эффективными методами диагностики стриктурной болезни уретры, является восходящая и нисходящая уретрографии, соноуретрограмма, уретроскопия, урофлоуметрия. В целях диагностики склероатрофического лихена, рекомендуется гистологическое исследование слизистой уретры. Слизистая оболочка щеки в настоящее время является

наиболее часто используемым трансплантатом. Показатели приживляемости слизистой оболочки щеки на уретре варьируются от 75,6% до 91,7%. До настоящего времени не существует четкого алгоритма тактики ведения, диагностики и лечения больных, которые существенно снижают послеоперационные осложнения склероатрофического лишена.

Глава 2. Материалы и методы исследования

2.1 Дизайн и методы исследования. Общая характеристика исследования. *Объектом исследования* явились пациенты мужского пола со стриктурой уретры, вызванной склероатрофическим лихеном. Предмет исследования – лечение больных со стриктурной болезнью уретры, вызванной склероатрофическим лихеном с оценкой клинической эффективности разработанного метода буккальной уретропластики и разработкой алгоритма тактики ведения пациентов с рекомендуемой диагностикой и лечением.

Предметом исследования. Материал проспективного и ретроспективного исследования представлен амбулаторными картами и историями болезни пациентов со стриктурной болезнью уретры (всего 220 пациентов), которые проходили стационарное лечение на базе Республиканского научного центра урологии при Национальном госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и в клинике КРАУС в период с 2005 по 2018 гг, начиная с 2018 по 2022-2023гг. произведено проспективное исследование (рисунок 2.1.1).



Рисунок 2.1.1 - Дизайн исследования.

2.2 Материалы и методы исследования. Работа выполнена на кафедре урологии и андрологии до и последипломного обучения имени М. Т. Тыналиева Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева.

Для достижения цели диссертационной работы проведено два последовательных этапа исследования. Методология и объем обследования и лечения пациентов одобрены решением локального этического комитета КГМА Министерства образования и науки Кыргызской Республики (выписка из

протокола заседания № 20 от 28.02.2020г.).

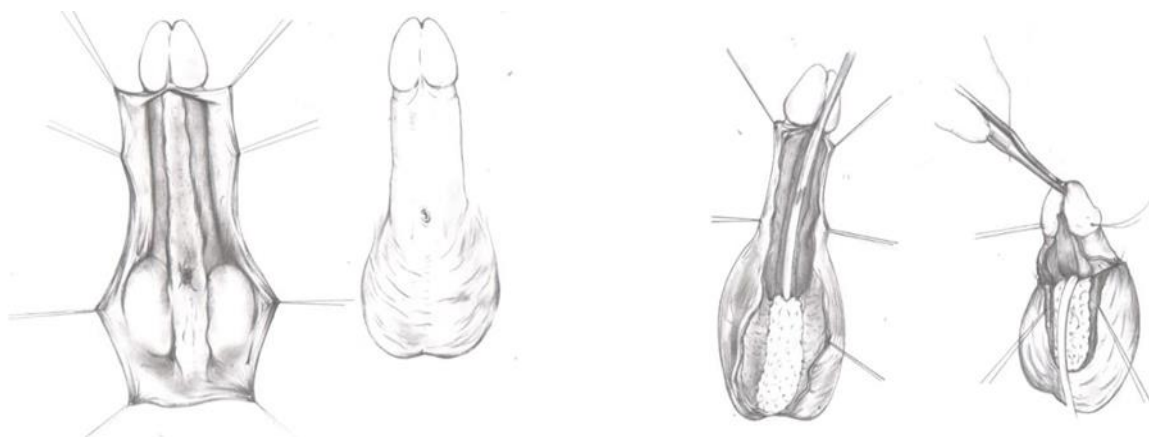
Методы исследования. Диссертационное исследование проводилось в соответствии с принципами доказательной медицины. Достоверность научных результатов и выводов обоснована достаточным объемом выборки исследуемых групп (всего – 220 пациентов) и использованными современными аналитическими, клиническими, лабораторными и инструментальными методами обследования, а также применением современных прикладных статистических программ.

В первую группу включено 87 (39,5%) пациентов, с впервые установленным диагнозом: «Склероатрофический лихен, осложненный стриктурной болезнью уретры». Больным было применено комплексное лечение, включающее системную и наружную терапию, сеансы бужирования уретры, а по показаниям выполнялась реконструктивно-заместительная пластика уретры разработанным способом буккальной уретропластики.

Во вторую группу включились 133 (60,5%) пациента с диагнозом: «Стриктурная болезнь уретры». Пациенты группы сравнения получали соответствующее лечение стандартными методами - консервативное, а по показаниям - хирургическое вмешательство.

Проспективный этап исследования заключался в наблюдение пациентов первой группы, прооперированных методом модифицированной (n=25, основная группа) и дорсальной (n=25, группа сравнения) буккальной уретропластики в течении не менее 3 лет, с целью сравнения эффективности с разработанным нами методом. Контрольными точками определения эффективности лечения по объективным данным с оценкой результатов урофлоуметрии и качества жизни по результатам опросников, соответствующих стандартам EAU - симптомам нижних мочевых путей (IPSS), эректильной функцией (ИЭФ), качеством жизни (QoL), определены сроки: первый год, от года до 3 лет и более 3 лет после оперативного лечения.

2.3 Характеристика разработанного метода буккальной уретропластики. Схематически этапы модифицированного метода буккальной уретропластики представлены на рисунках (2.3.1-2.3.3). Продольный разрез кожи осуществляли по передней поверхности мошонки от венечной борозды по длине, соответствующей разрезу на половом члене (рисунок 2.3.1- а). Затем уретру продольно рассекали до здоровых тканей уретры, мобилизуя кожу мошонки и подготавливали ложе в мясистой оболочке. Следующим этапом выполняли забор буккального лоскута размером, соответствующим протяженности стриктуры уретры по стандартной методике. Подготовленный буккальный трансплантат слизистой оболочкой фиксировали наружу абсорбирующими швами к заранее подготовленному ложу в мясистой оболочке мошонки (рисунок 2.3.1- б).

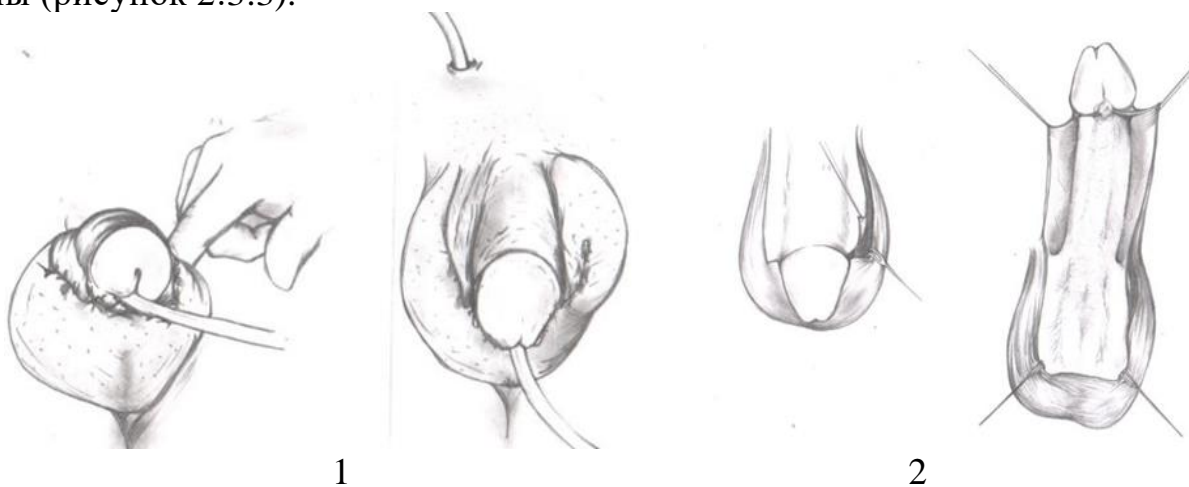


а

б

Рисунок 2.3.1- **а** - Продольный разрез кожи по передней поверхности мошонки от венечной борозды по длине, **б**- фиксирование буккального трансплантата к заранее подготовленному ложу в мясистой оболочке мошонки слизистой оболочкой наружу.

Далее в мочевого пузырь устанавливали уретральный катетер Нелатона, соответствующий калибровке уретры, производили анастомоз буккального трансплантата со здоровой уретрой непрерывным вворачивающимся швом. Затем половой член приближали к передней поверхности мошонки и поочередно сшивали стороны буккального трансплантата с уретрой непрерывным вворачивающимся швом, тем самым, создавая герметичность неоуретры. Далее сшивали края кожных ран и, тем самым половой член погружали в мошонку (рисунок 2.3.2 - 1). Через 4-6 недель половой член высвобождали из погруженного ложа мошонки. При высвобождении полового члена кожный лоскут выкраивали длиннее, чтобы не было натяжения краев кожи, покрывающей сформированную уретру. Затем неоуретру выделяли вместе с мясистой оболочкой мошонки, половой член выпрямляли (рисунок 2.3.2-2) и завершали операцию послойным ушиванием раны (рисунок 2.3.3).



1

2

Рисунок 2.3.2 - 1- Приближение полового члена к передней поверхности мошонки с формированием неоуретры, сшивание краев кожных ран и погружение полового члена в мошонку. 2 - Выделение полового члена и сформированной неоуретры полового члена.

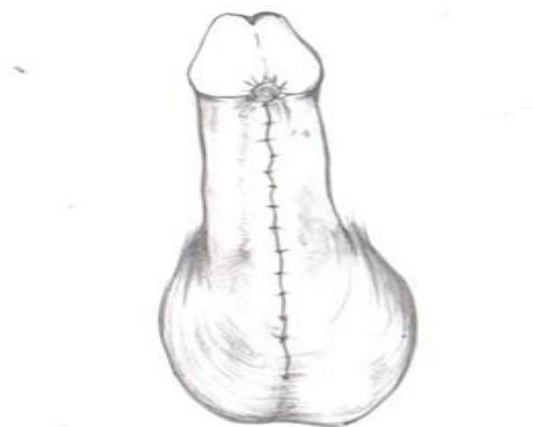


Рисунок 2.3.3 - Наложение послойных швов.

Необходимо отметить, что наряду с традиционными методами обследования (ультразвуковое исследование, восходящая и микционная уретрографии, урофлоуметрия), у всех пациентов проспективного этапа проводилось патоморфологическое исследование пораженных тканей крайней плоти полового члена, слизистой уретры и кожи мошонки больных. Критериями оценки присутствия склероатрофического лишена явились гиперкератоз, сосудистая эктазия, атрофия эпидермиса, вакуолизация базальных клеток, закупорка фолликулов, гиалиноз, воспалительный инфильтрат, отек кожи и глубокий дермальный фиброз. Диагностические признаки склероатрофического лишена подразумевали присутствие субэпидермальной полосы склероза и наличие под ней лишеноидного инфильтрата лимфоцитов, а также скопление атрофического эпидермиса с потерей ретикулярных гребней.

Глава 3. Результаты ретроспективного анализа тактики диагностики и лечения стриктуры уретры в условиях стационара

3.1 Ретроспективный анализ распространения, клинических проявлений, диагностики и лечения пациентов со стриктурами уретры в условиях стационара. Для решения первой диссертационной задачи проведен ретроспективный и проспективный анализ 220 историй болезней пациентов со стриктурной болезнью уретры, госпитализированных в клинику КРАУС и в Республиканском научном центре урологии при Национальном госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики в период с 2005 по 2018 гг, начиная с 2018 по 2022-2023гг. произведено проспективное исследование.

Анализ структуры возраста показал, что наибольшее число пациентов определено в возрасте от 30 до 49 лет – 124 пациента (56,4%), то есть это пациенты репродуктивного и трудоспособного возраста. При оценке давности заболевания выявлено, что стриктуры уретры различной этиологии, в том числе и склероатрофический лихен, являются медленно прогрессирующими заболеваниями, которые через определенное время могут вызывать осложнения в виде стриктурной болезни уретры. Установлено, что пациенты со стриктурой уретры, вызванной склероатрофическим лихеном, обращаются за врачебной помощью в 75% после 3 лет заболевания (таблица 3.1.1).

Таблица 3.1.1 - Давность заболевания в группах

Группы	Давность заболевания							
	до 1 года		1-3 года		> 3 лет		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Первая группа (n=87)	-	-	22	25,3	65	74,7	87	100
Вторая группа (n=133)	42	31,6	57	42,9	34	25,6	133	100
Уровень значимости различий (p)	0,0021		0,0108		<0,0001		-	-
Всего	42	19,1	79	35,9	99	45,0	220	100,0

Основными причинами обращаемости пациентов со стриктурной болезнью уретры, обусловленной склероатрофическим лихеном к урологу за медицинской помощью, определены: дизурические явления – у 45 (20,5%) больных, наличие надлобкового дренажа – у 38 (17,3%), зуд и дискомфорт – у 54 (24,5%), болезненный половой акт (диспаурия) – у 51 (23,2%), склероатрофический лихен, как диагностическая находка, определен у 32 (14,5%).

Распределение локализации стриктур уретры осуществлялось с учетом классификации В. И. Русакова (1991 г.). Проведенный анализ показал, что максимальная частота поражения локализовалась в передней уретре – 61%, в 22% в задней уретре, поражение средней уретры и обширные стриктуры встречались с одинаковой частотой, составляя соответственно 9% и 8%. При детальном рассмотрении локализации стриктур в группах сравнения установлено, что поражение передней уретры значимо чаще встречалось у пациентов с верифицированным лихеном, в то время поражение задней уретры было характерным для пациентов группы сравнения и не определялось в основной группе (таблица 3.1.2).

Таблица 3.1.2 – Частота встречаемости стриктур уретры по локализации в группах

	Локализация	Всего
--	-------------	-------

Группы	Передняя уретра		Средняя уретра		Задняя уретра		Обширные стриктуры			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Первая группа (n=87)	72	82,8	8	9,2	-	-	7	8,0	87	100
Вторая группа (n=133)	63	47,4	11	8,3	49	36,8	10	7,5	133	100
Уровень значимости различий (p)	< 0,0001		0,8114		0,0012		0,8862		-	-
Всего	135	61,4	19	8,6	49	22,3	17	7,7	220	100

Также проведен анализ протяженности стриктуры уретры в группах сравнения. Установлено, что в группе с верифицированным лихеном короткие стриктуры (до 1,0 см) встречаются в 71,3% наблюдений, что статистически значимо больше ($p < 0,0001$), чем во второй группе (40,6%). Напротив, стриктуры средней длины (1,0-2,5 см) определяются значимо чаще во второй группе: 51,9% против 20,7%, $p < 0,0001$. Доля случаев с длиной стриктур более 2,5 см сопоставима в обеих группах: 8% (первая группа) и 7,5% (вторая группа), $p = 0,8862$.

Таким образом, ретроспективный анализ показал, что склероатрофический лихен, подтвержденный гистологическим исследованием, определяется в 39,5% (87 из 220) случаев у пациентов мужского пола, преимущественно в возрасте 30-49 лет (59,8%) с диагнозом стриктурная болезнь уретры. Склероатрофический лихен определяет формирование стриктуры передней уретры в 82% (72 из 87) наблюдений, при незначительной ее протяженности, до 2,5 см у 71,3% (62 из 87). Склероатрофический лихен характеризуется длительным течением (у 74,7% пациентов более 3 лет), при этом в 20,7% случаев (18 из 87) пациенты имеют повторные хирургические вмешательства, с частотой ранних послеоперационных осложнений у 28,4% больных и поздних в 40,5% наблюдений.

Для решения второй задачи диссертационного исследования, Произведен анализ 50 пролеченных больных, перенесших уретропластику модифицированным методом (основная группа $n=25$) и дорсальной onlay фиксацией буккального лоскута (группа сравнения $n=25$) с оценкой эффективности клинических и функциональных показателей, а также показателей качества жизни пролеченных пациентов.

С целью анализа клинической эффективности и практического применения различных способов уретропластики период проспективного наблюдения разделен на три следующих друг за другом этапа:

- ранний послеоперационный период (РПП), который составлял от 0 до 6 суток после операции;
- поздний послеоперационный период (ППП) – от 7 до 30 суток после

проведения буккальной уретропластики;

- отдаленный период наблюдения (ОП) – от 1 до 3 лет после оперативного лечения.

Анализ основных жалоб пациентов показал, что их частота в первые 6 суток и при повторной оценке через 30 суток после операции сопоставима в группах сравнения. Необходимо отметить, что статистически значимое снижение частоты жалоб пациентов внутри каждой группы происходит к 30 суткам послеоперационного периода, сохраняясь не более чем в 12% наблюдений (таблица 3.1.3).

Таблица 3.1.3 – Характеристика динамики субъективных жалоб пациента в раннем и позднем послеоперационном периоде относительно дооперационного периода в группах сравнения

Анализируемые жалобы пациента		Группы		p
		Сравнения (n = 25)	Основная (n = 25)	
Жжение в уретре	До операции	18 (72%)	16 (64%)	0,5451
	0-6 суток	12 (48%)	10 (40%)	0,5693
	уровень значимости различий (p)	0,0871	0,0927	-
	7-30 суток	3 (12%)	2 (8%)	0,6394
	уровень значимости различий (p)	0,0001	0,0002	-
Дискомфорт в уретре	До операции	16 (64%)	15 (60%)	0,7709
	0-6 суток	11 (44%)	9 (36%)	0,5642
	уровень значимости различий (p)	0,1589	0,0927	-
	7-30 суток	3 (12%)	2 (8%)	0,6394
	уровень значимости различий (p)	0,0006	0,0007	-
Патологические выделения из уретры	До операции	12 (48%)	10 (40%)	0,5693
	0-6 суток	8 (32%)	7 (28%)	0,7578
	уровень значимости различий (p)	0,2507	0,3724	-
	7-30 суток	2 (8%)	2 (8%)	1,0
	уровень значимости различий (p)	0,0049	0,0156	-

Примечание: уровень значимости различий (p) в столбцах рассчитывался относительно показателей периода до операции.

3.2 Алгоритм действия стандартной тактики ведения пациентов со стриктурной болезнью уретры. Детальный анализ методов лечения пациентов, включенных в исследование (n=220) на ретроспективном этапе, позволил систематизировать методы обследования и схематично определить тактику ведения пациентов со стриктурной болезнью уретры, (рисунке 3.2.1).



Рисунок 3.2.1 – Алгоритм действия стандартной тактики ведения пациентов со стриктурной болезнью уретры на ретроспективном этапе.

Глава 4. Оценка клинической эффективности применения буккальной уретропластики при протяженных стриктурах в сравнении со стандартными методами

4.1 Результаты сравнительной оценки клинической эффективности модифицированного метода буккальной уретропластики у пациентов со стриктурной болезнью уретры при склероатрофическом лихене. Немаловажным в послеоперационном периоде является срок удаления уретрального катетера после уретропластики. Медиана суток удаления катетера в группе пациентов с проведенной модифицированной буккальной уретропластикой определена как значительно меньшая относительно группы сравнения ($p < 0,0001$) (рисунок 4.1.1). Обозначения (здесь и далее): медиана – горизонтальная линия в «ящике»; «ящик» – межквартильный размах между 25% и 75%; «усы» – значения, соответствующие 2,5 и 97,5 перцентилям.

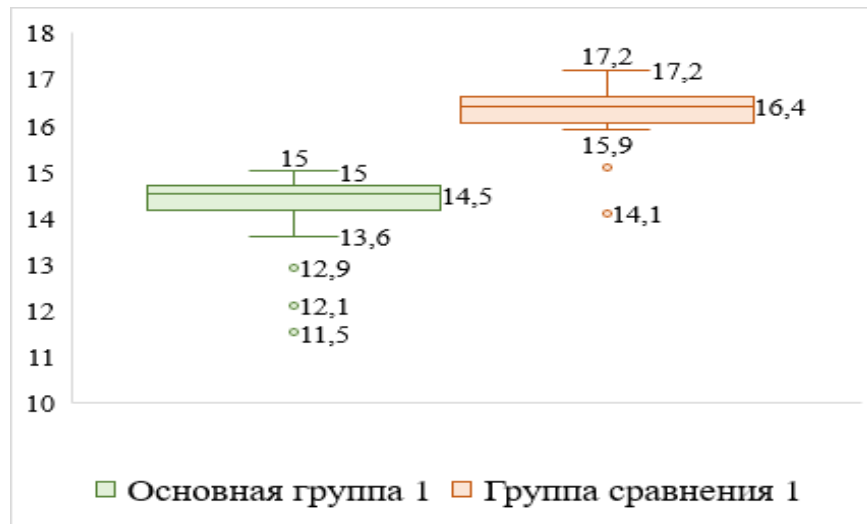


Рисунок 4.1.1 – Сроки удаления (сутки) уретрального катетера после уретропластики в сравниваемых группах.

По результатам функциональных тестов после удаления катетера в основной группе-1 зарегистрировано достоверно значимое увеличение максимальной объемной скорости потока мочи (Q_{\max} в мл/с) относительно группы сравнения-1: 21,6 против 18,7 мл/с соответственно ($p < 0,0001$) при сопоставимых показателях Q_{\max} до операции (рисунок 4.1.2).

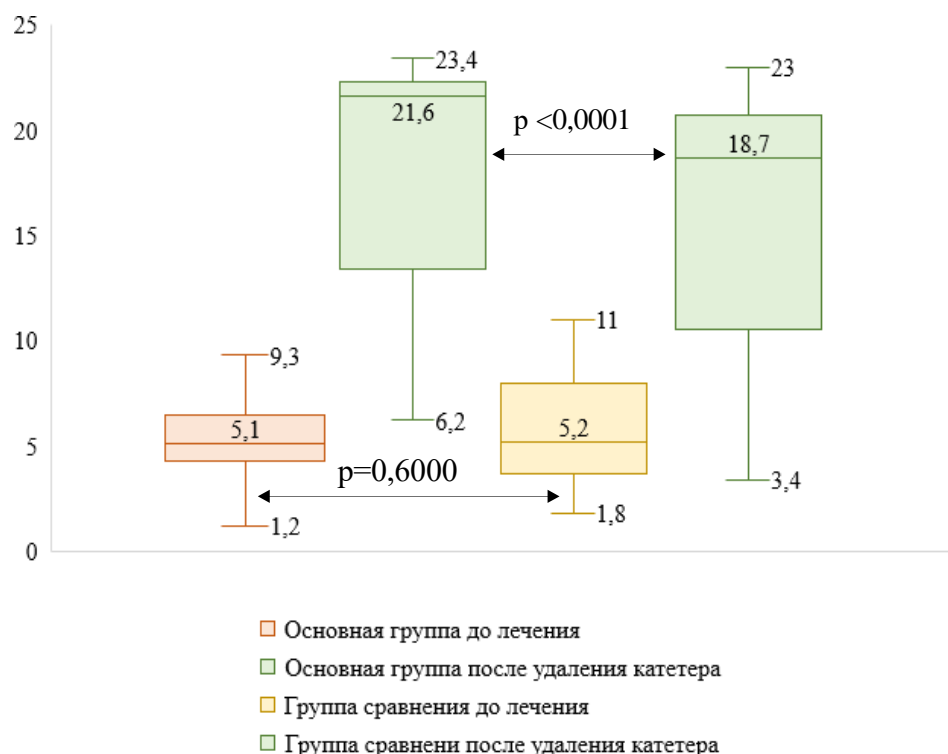


Рисунок 4.1.2 – Медиана показателя Q_{\max} (мл/сек) по результатам урофлоуметрии после удаления уретрального катетера в группах сравнения.

По результатам урофлоуметрии, проведенной через 6 месяцев после оперативного лечения в обеих группах отмечается статистически значимое увеличение максимальной объемной скорости потока мочи относительно точки обследования после удаления уретрального катетера. При этом увеличение Q_{\max} в группе после модифицированной буккальной уретропластики статистически значимо больше, чем в группе сравнения: 25,8 (95%CI 24,5- 26,0) против 22,1 (95%CI 18,4-23,2), $p < 0,0001$ (таблица 4). В отдаленном периоде наблюдения в обеих группах Q_{\max} сохраняется в пределах референсных значений для здоровых людей, при значимо высоких показателях в основной группе-1: 27,0 (95%CI 25,9-27,6) против 23,3 (95%CI 20,2-24,6) в группе сравнения-1, $p < 0,0001$.

Таблица 4.1.1 – Показатели значения Q_{\max} при проведении урофлоуметрии в различные периоды наблюдения после проведения буккальной уретропластики в группах сравнения

Анализируемые периоды показателя		Группы		p
		Основная (n = 25) Me (95%CI)	Сравнения (n = 25) Me (95%CI)	
Q_{\max} мл/с	До операции	5,2 (4,5-6,2)	5,1 (4,4-6,3)	0,6000
	После удаления катетера	21,6 (20,4-22,0)	18,7 (15,6-19,7)	0,0003
	<i>уровень значимости различий (p)</i>	<0,0001	<0,0001	-
	Через 6 месяцев	25,8 (24,5- 26,0)	22,1 (18,4-23,2)	<0,0001
	<i>уровень значимости различий (p)</i>	<0,0001	0,0001	-
	Период около 3 лет	27,0 (25,9-27,6)	23,3 (20,2-24,6)	<0,0001
	<i>уровень значимости различий (p)</i>	0,0606	0,0789	-

Показатели динамического изменения медианы показателя максимальной объемной скорости потока мочи по результатам урофлоуметрии в группах сравнения, проведенной в различные точки исследования представлены на рисунке 4.1.3.

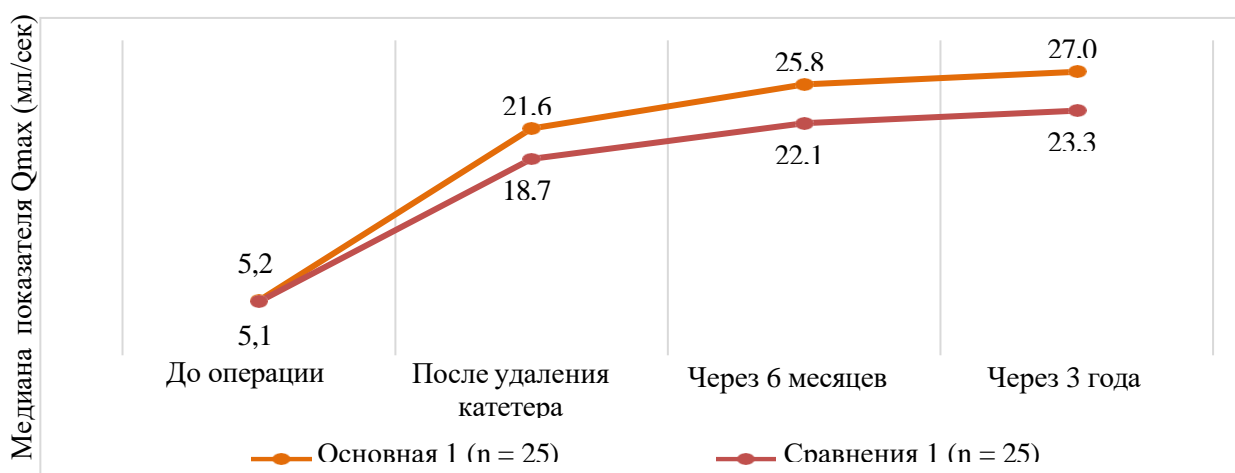


Рисунок 4.1.3 - Изменения медианы показателя максимальной объемной скорости потока мочи по результатам урофлоуметрии в группах сравнения, проведенной в различные точки исследования.

4.2 Результаты эффективности разработанного метода буккальной уретропластики в отдаленные сроки. При рассмотрении краткосрочных осложнений в группах сравнения определено, что в группе пациентов, оперированных методом модифицированной уретропластики, осложнения наблюдались в 20% случаев и касались лишь кожных дефектов и заживления послеоперационных швов, в то время как при хирургической коррекции дорсальной буккальной уретропластики вышеуказанные осложнения имели место в 36% наблюдений, т.е. чаще в 1,8 раза ($p=0,3423$), что не имело статистической разницы.

Анализ долгосрочных осложнений в группах сравнения показал, что у пациентов, прооперированных методом модифицированной буккальной уретропластики (основная группа) их суммарная частота статистически значимо меньше, чем в группе сравнения ($p=0,0367$), при идентичной частоте отдельных состояний (таблица 4.2.1).

Таблица 4.2.1 - Структура долгосрочных осложнений буккальной уретропластики в группах сравнения проспективного этапа

Долгосрочные осложнения	Группы		p
	Основная (n = 25)	Сравнения (n = 25)	
Рецидив стриктуры	1 (4,0%)	4 (16,0%)	0,1891
Невозможность провести полноценный половой акт	1 (4,0%)	2 (8,0%)	0,5000
Дивертикул уретры	-	1 (4,0%)	0,3333
Свищ уретро-кожный	-	1 (4,0%)	0,3333
Стрессовое недержание мочи	1 (4,0%)	2 (8,0%)	0,5000
Искривление полового члена	1 (4,0%)	1 (4,0%)	1,0
Всего	4 (16,0%)	11 (44,0%)	0,0367

4.3 Сравнительная оценка результатов анкетирования качества жизни пациентов после буккальной уретропластики

На проспективном этапе нами проведена оценка показателей качества жизни (КЖ) пациентов в группах сравнения в различные сроки послеоперационного периода: ранние, поздние и отдаленные. В обеих группах показатели КЖ пациентов имеют положительную динамику (рисунки 4.3.1 и 4.3.2).

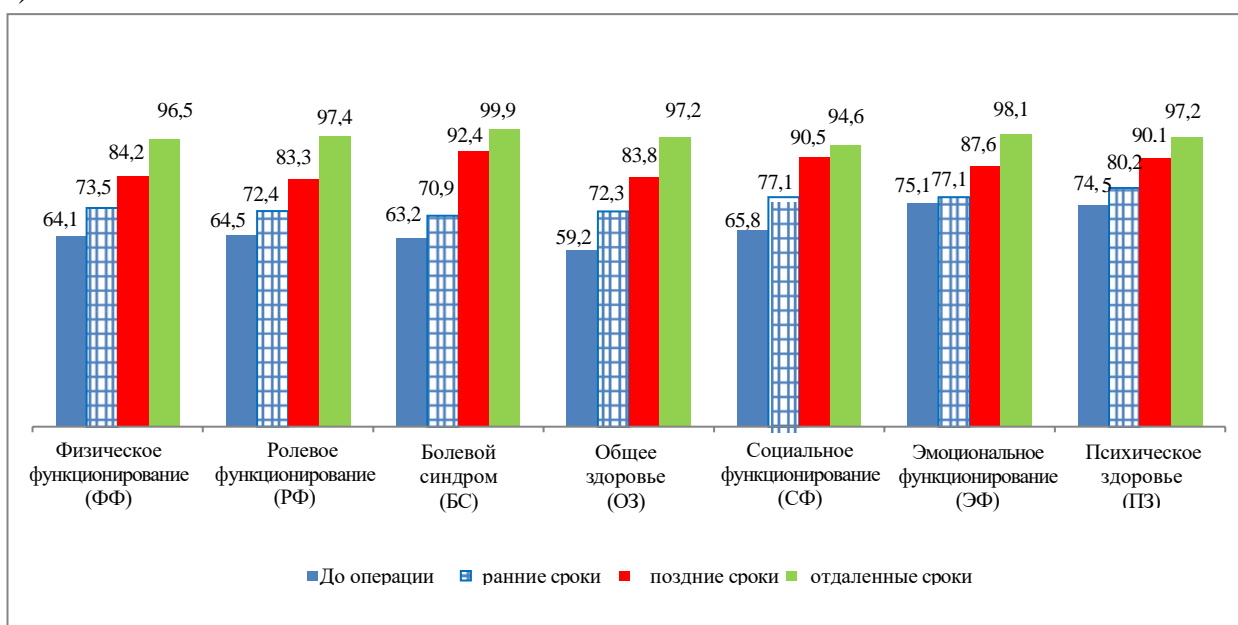


Рисунок 4.3.1 – Показатели шкал качества жизни больных в отдаленные сроки пациентов, оперированных рекомендуемым методом буккальной уретропластики.

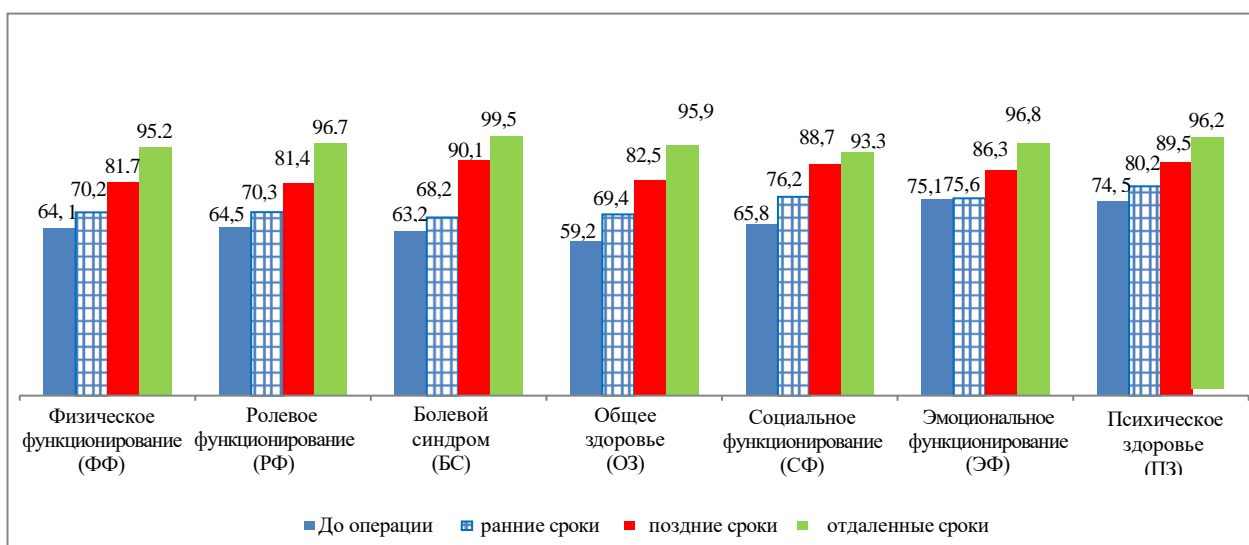


Рисунок 4.3.2 – Показатели шкал качества жизни больных в отдаленные сроки пациентов группы сравнения.

Проведенное исследование стало основанием для разработки алгоритма тактики ведения пациентов с стриктурной болезнью уретры, вызванной склероатрофическим лихеном (рисунок 4.3.3).



Рисунок 4.3.3 – Алгоритм действия тактики ведения пациентов со стриктурной болезнью уретры, вызванной склероатрофическим лихеном.

При подозрении на генитальный склероатрофический лихен, рекомендуется выполнять забор тканей для гистологического исследования с целью подтверждения диагноза. Дальнейшее обследование предполагает диагностику осложнений заболевания: осложненный и неосложненный склероатрофический лихен.

При выявлении у пациента стриктуры уретры на фоне склероатрофического лихена нами условно выделено две стадии течения заболевания:

I стадия – компенсированная - стриктура уретры хорошо поддается консервативному лечению. Характеристика: $Q_{\max} > 15$ мл/сек, количество остаточной мочи < 70 мл, протяженность стриктуры уретры < 6 мм.

II стадия – декомпенсированная - для лечения стриктуры уретры показано оперативное лечение. Характеристика: $Q_{\max} < 15$ мл/сек, количество остаточной мочи > 70 мл, протяженность стриктуры уретры > 6 мм

Выбор метода лечения стриктурной болезнью уретры, обусловленной склероатрофическим лихеном, зависит от локализации и протяженности

стриктуры, давности заболевания, количества перенесенных операций и рецидивов, возраста больного, наличия сопутствующих заболеваний, переносимости анестезии, выбора метода оперативного лечения.

Кроме того, в группе пациентов с проведенной модифицированной буккальной уретропластикой пациенты значительно чаще отмечают улучшения качества жизни, относительно группы с использованием дорсальной onlay фиксацией буккального лоскута. Удовлетворенность пациентов от проводимого лечения также значительно выше у пациентов, прооперированных модифицированным методом буккальной уретропластики относительно группы сравнения: 82,7% против 71,8% ($p=0,0459$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Склероатрофический лишай, подтвержденный гистологическим исследованием, определяется в 39,5% (87 из 220) случаев у пациентов мужского пола, преимущественно в возрасте 30-49 лет (59,8%) с диагнозом стриктурная болезнь уретры, определяя преимущественно формирование стриктуры передней уретры (82% наблюдений: 72 из 87). Склероатрофический лишай характеризуется длительным течением (у 74,7% пациентов более 3 лет), при этом в 20,7% случаев (18 из 87) пациенты имеют повторные хирургические вмешательства, с частотой ранних послеоперационных осложнений у 28,4% больных и поздних в 40,5% наблюдений.

2. Разработанный метод буккальной уретропластики у больных стриктурной болезнью уретры, обусловленной склероатрофическим лишаем определяет достоверное сокращение сроков удаления уретрального катетера: 14,5 (95%CI 13,6-15,0) суток против 16,4 (95%CI 15,9-17,2), $p<0,0001$; статистически значимое улучшение показателей теста урофлоуметрии после удаления уретрального катетера: медиана показателя Q_{\max} 21,6 (95%CI 13,4-21,6) мл/сек против Q_{\max} 18,7 (95%CI 10,5-20,7) мл/сек в группе с выполнением дорсальной onlay фиксацией буккального лоскута, $p<0,0001$.

3. Использование модифицированного метода буккальной уретропластики у больных стриктурной болезнью уретры, обусловленной склероатрофическим лишаем, приводит к статистически значимому уменьшению суммарной частоты долгосрочных послеоперационных осложнений в виде рецидивов стриктуры уретры, формирования дивертикулов уретры, уретро-кожных свищей, стрессового недержания мочи и искривления полового члена: 16% против 44% в группе со стандартной методикой дорсальной буккальной уретропластики ($p=0,0367$). Максимальное улучшение показателей теста урофлоуметрии определяется через 6 месяцев после оперативного лечения, при этом значения медианы показателя Q_{\max} статистически значимо выше, чем в

группе с применением дорсальной onlay фиксацией буккального лоскута: 25,8 (95%CI 24,5- 26,0) мл/сек против 22,1 (95%CI 18,4-23,2) мл/сек, $p < 0,0001$. В группе пациентов с проведенной модифицированной буккальной уретропластикой пациенты значимо чаще отмечают улучшения качества жизни ($p = 0,0471$) и удовлетворенность от проводимого лечения: 82,7% против 71,8% в группе сравнения ($p = 0,0459$).

Разработанный алгоритм тактики ведения больных со стриктурной болезнью уретры повышает выявляемость САЛ в неосложненной форме, способствует повышению эффективности консервативного лечения и снижает риск развития рецидивов, предупреждая выполнение оперативного лечения.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. При обращении пациента с подозрением на генитальный склероатрофический лишень необходимо провести гистологическое исследование биоматериала с пораженного участка.

2. При осложненном склероатрофическом лихене с нарушением пассажа мочи тактика лечения определяется стадией заболевания. При протяженности стриктуры менее 6 мм и показателе $Q_{\max} > 15$ мл/сек рекомендовано консервативное лечение, включающее сеансы бужирования уретры совместно с системной терапией пентоксифиллином, антибиотикотерапией в комбинации с ферментными препаратами.

3. Протяженность стриктуры уретры более 6 мм, значение показателя $Q_{\max} < 15$ мл/сек и количество остаточной мочи > 70 мл – является основанием для оперативного лечения, при этом один из методов выбора модифицированная буккальная уретропластика.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Акылбек, С. Способ буккальной уретропластики при протяженных стриктурах уретры [Текст] / А. Ч. Усупбаев, Р. М. Курбаналиев, С. Акылбек, И. В. Колесниченко, Н. Ж. Садырбеков // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2021. - №5. – С. 103-109. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=46182270>

2. Акылбек, С. Комплексный подход к лечению стриктур уретры, вызванных склероатрофическим лихеном [Текст] / А. Ч. Усупбаев, Р. М. Курбаналиев, С. Акылбек, И. В. Колесниченко, Н. Ж. Садырбеков // Урология. – 2021. - №4. - С. 12-18. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=46591936>

3. Акылбек, С. Комплексное лечение стриктур уретры, вызванных склероатрофическим лихеном [Текст] / А. Ч. Усупбаев, Р. М. Курбаналиев,

С. Акылбек, И. В. Колесниченко // Здоровоохранение Кыргызстана. – 2021. - №4. – С. 54-61. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=47556140>

4. **Акылбек, С.** Заместительная пластика уретры у мужчин со склероатрофическим лихеном [Текст] / А. Ч. Усупбаев, Р. М. Курбаналиев, С. Акылбек // Экспериментальная и клиническая урология. – 2022. - №1. – С. 142-147. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=48382142>

5. **Акылбек, С.** Клинический случай лечения стриктур уретры, вызванных склероатрофическим лихеном [Текст] / А. Ч. Усупбаев, Р. М. Курбаналиев, С. Акылбек // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2022. - №1. – С. 94-99. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=48164449>

6. **Акылбек, С.** Стриктуры уретры, вызванные склероатрофическим лихеном: оценка качества жизни пациентов после буккальной уретропластики [Текст] / А. Ч. Усупбаев, Р. М. Курбаналиев, С. Акылбек, К. Н. Стамбекова, К. Муқанбаев // Вестник урологии. – 2022. - № 2. – С. 78-86. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://doi.org/10.21886/2308-6424-2022-10-2-78-86>

7. **Акылбек, С.** Экстренная тактика лечения стриктуры уретры, вызванные склероатрофическим лихеном [Текст] / А. Ч. Усупбаев, Р. М. Курбаналиев, Т. С. Жумагазиев, С. Акылбек // Здоровоохранение Кыргызстана. – 2022. - №4. – С. 130-135. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=49783709>

8. Патент №2205 КР от 29 мая 2020 года. Способ буккальной уретропластики при протяженных стриктурах уретры / Р. М. Курбаналиев, С. Акылбек, И. В. Колесниченко.

Акылбек Султандын «Уретранын, склероатрофиялык лихен сезгендирген, стриктуралык оорусун дарылоонун дифференциалдык тактикасы» деген темадагы 14.01.23 – урология адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазган диссертациясынын

РЕЗЮМЕСИ

Негизги сөздөр: склероатрофиялык лихен, уретранын стриктурасы, уретранын стриктуралык оорусу, буккалдык уретропластика, былжырлуу кабык, уретропластикадан кийинки бейтаптардын жашоо сапаты.

Изилдөөнүн максаты: уретранын, склероатрофиялык лихен менен жабыркаган стриктурасына кабылган бейтаптардын жашоо сапатын буккалдык уретропластиканын иштелип чыккан методунун жардамы менен жогорулатуу.

Изилдөө объектиси: уретранын, склероатрофиялык лихен сезгендирген, стриктуралык оорусуна кабылган бейтаптар.

Изилдөө предмети: уретранын, склероатрофиялык лихен сезгендирген, стриктуралык оорусуна кабылган бейтаптарды, уретропластиканын иштелип чыккан методунун клиникалык натыйжалуулугун баалоо жана бейтаптарды сунушталган диагностика жана дарылоо менен, көзөмөлдөөнүн тактикасынын алгоритмин иштеп чыгуу менен дарылоо.

Изилдөө методдору: ретроспективдик, проспективдик, клиникалык, гистологиялык, лаборатордук-диагностикалык, статистикалык.

Алынган натыйжалар жана алардын илимий жаңычылдыгы. Сурамжылоонун маалыматтары боюнча буккалдык уретропластикага чейинки жана андан кийинки жашоо сапатын баалоонун натыйжалары оперативдик дарылоодон кийин жакынкы да жана ошондой эле узак мөөнөттүү байлоолордо да олуттуу айырмаларга ээ. Мындан тышкары, модификацияланган буккалдык уретропластика жүргүзүлгөн бейтаптардын тобунда салтуу методика пайдаланылган топко салыштырмалуу жашоо сапаты кыйла жакшыргандыгын көбүрөөк белгиленген. Ошентип, биз иштеп чыккан буккалдык уретропластика методу жогорку клиникалык натыйжалуулук тууралуу тыянак чыгарууга мүмкүндүк берет, себеби операциядан кийинки мезгилде уретранын стриктурасынын рецидиви, тигиштердин анчейин жакшы эместиги, уретрада чачтын өсүшү, уретранын склерозу түрүндөгү эң аз сандагы оорунун татаалданышы байкалган жана жыныстык жана репродуктивдүү функцияларды сактоо жөндөмдүүлүгү сакталган. Уретралдык катетерди алып салуу убактысы 80% адамдарда 10-14 күнгө кыскарган, бул уретриттердин жана заара чыгаруу жолдорунун өрчүгөн инфекциясынын алдын-алууга, неоуретранын тигиштеринин жакшыртууга жана косметикалык кемчиликтерди алдын алууга мүмкүнчүлүк берди.

Склероатрофиялык лихен сезгендирген, уретранын стриктурасын оперативдик коррекциялоо методдору боюнча уретропластиканын калган башка методдоруна салыштырмалуу, буккалдык уретропластиканын, жакынкы былжырлуу челдин бай кан тамыр түйүндөрүнүн жана анын уретранын ткандарынын түзүлүшүнө окшоштугунун эсебинен улам, жакшы натыйжалуулугун белгилөө керек. Башкача айтканда, буккалдык уретропластиканын иштелип чыккан методунун натыйжалары хирургиялык дарылоонун стандарттык методдоруна салыштырмалуу 1,8 жогору болуу менен ишенимдүү клиникалык натыйжалуулукту тастыктап турат.

Колдонуу чөйрөсү: урология, хирургия.

РЕЗЮМЕ

диссертации Акылбек Султана на тему «Дифференциальная тактика лечения стриктурной болезни уретры, вызванной склероатрофическим лихеном» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.23 – урология

Ключевые слова: склероатрофический лихен, стриктура уретры, стриктурная болезнь уретры, буккальная уретропластика, слизистая оболочка щеки, качество жизни больных после уретропластики.

Цель исследования: повысить качество жизни больных со стриктурой уретры, пораженной склероатрофическим лихеном с помощью разработанного метода буккальной уретропластики.

Объект исследования: пациенты мужского пола со стриктурой уретры, вызванной склероатрофическим лихеном.

Предмет исследования: лечение больных со стриктурной болезнью уретры, вызванной склероатрофическим лихеном с оценкой клинической эффективности разработанного метода буккальной уретропластики и разработкой алгоритма тактики ведения пациентов с рекомендуемой диагностикой и лечением.

Методы исследования: ретроспективное, проспективное, клинический, гистологический, лабораторно-диагностический, статистический.

Полученные результаты и их научная новизна. Результаты оценки качества жизни по данным анкетирования до и после проведения буккальной уретропластики имеют значимые отличия как в ранние, так и в отдаленные сроки наблюдения после оперативного лечения. Кроме того, в группе пациентов с проведенной модифицированной буккальной уретропластикой пациенты значимо чаще отмечают улучшения качества жизни, относительно группы с использованием дорсальной onlay фиксацией буккального лоскута.

Таким образом, разработанный нами метод буккальной уретропластики позволяет сделать вывод о высокой клинической эффективности, так как в послеоперационном периоде наблюдалось минимальное число осложнений в виде рецидивов стриктуры уретры, несостоятельности швов, свищей, роста волос в уретре, склерозирования уретры и сохранялась способность сохранения сексуальной и репродуктивной функций. Сократились сроки удаления уретрального катетера на 10-14 сутки у 80% лиц, что способствовало профилактике развития уретритов и восходящего инфицирования мочевыводящих путей, улучшало состоятельность швов неоуретры и способствовало профилактике косметических дефектов. По методам оперативной коррекции стриктуры уретры, вызванной склероатрофическим лихеном нужно подчеркнуть более лучшую эффективность буккальной уретропластики по сравнению с остальными методами уретропластики благодаря хорошей приживляемости лоскута за счет богатой сосудистой сети слизистой оболочки щеки и его схожести по структуре с тканями уретры. То есть, результаты разработанного метода буккальной уретропластики доказывают его достоверную клиническую эффективность, которая в 1.8 выше по сравнению со стандартными методами хирургического лечения.

Область применения: урология, хирургия.

SUMMARY

of the dissertation of Akylbek Sultan on the topic «Differential tactics of treatment of stricture disease of the urethra caused by scleroatrophic lichen» for the degree of Candidate of Medical Sciences in the specialty 14.01.23 – urology

Keywords: scleroatrophic lichen, urethral stricture, urethral stricture disease, buccal urethroplasty, cheek mucosa, quality of life of patients after urethroplasty.

The aim of the study: to improve the quality of life of patients with urethral stricture affected by scleroatrophic lichen using the developed method of buccal urethroplasty.

The object of the study: were male patients with urethral stricture caused by scleroatrophic lichen.

The subject of the study: is the treatment of patients with stricture disease of the urethra caused by SAL with an assessment of the clinical effectiveness of the developed method of buccal urethroplasty and the development of an algorithm for the management of patients with recommended diagnosis and treatment.

Research methods: retrospective, prospective, clinical, histological, laboratory diagnostic, statistical.

The results obtained and their scientific novelty. The results of assessing the quality of life according to the questionnaire data before and after buccal urethroplasty have significant differences both in early and long-term follow-up after surgical treatment. In addition, in the group of patients with modified buccal urethroplasty, patients significantly more often note improvements in the quality of life, relative to the group using the traditional technique. Thus, the method of buccal urethroplasty developed by us allows us to conclude that it is highly clinically effective, since in the postoperative period there was a minimal number of complications in the form of recurrent SBU, suture failure, fistulas, hair growth in the urethra, urethral sclerosis and the ability to preserve sexual and reproductive functions was preserved. The time of removal of the urethral catheter was reduced by 10-14 days in 80% of individuals, which contributed to the prevention of the development of urethritis and ascending infection of the urinary tract, improved the consistency of neurethral sutures and contributed to the prevention of cosmetic defects. According to the methods of surgical correction of SBU caused by SAL, it is necessary to emphasize the better effectiveness of buccal urethroplasty compared to other methods of urethroplasty due to the good engraftability of the flap due to the rich vascular network of the cheek mucosa and its similarity in structure with urethral tissues. That is, the results of the developed method of buccal urethroplasty prove its reliable clinical efficacy, which is 1.8 times higher compared to standard methods of surgical treatment.

Scope of application: urology, surgery.

A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized, overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right.

Отпечатано в ОсОО «Соф Басмасы»
720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева 92.
Тираж 50 экз.