

ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ТРАНСПЛАНТАТОВ ДЛЯ КОРПОРОПЛАСТИКИ

Аркатов А.В., Панасовский Н.Л., Книгавко А.В.

Харьковский национальный медицинский университет

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала»

По вопросу целесообразности хирургической коррекции врожденных и приобретенных деформаций полового члена, разногласий среди хирургов не возникает. Дискуссия продолжается по проблеме поиска оптимальных путей хирургической коррекции с позиции сохранения длины и эректильной функции полового члена (Levine L. et al.). Несмотря на значительные успехи хирургии полового члена, неудовлетворительные результаты корпоропластики по-прежнему сохраняются на достаточно высоком уровне (11-70% случаев) (Savoca G., Scieri F., Pietropaolo F.). При проведении корпоропластики с использованием трансплантатов отмечено, что структура трансплантата и структура tunica albuginea не могут полностью совпадать. В послеоперационном периоде может возникать рецидив деформации за счет проблем с трансплантантом и развитие или усиление уже имеющейся эректильной дисфункции за счет нарушения артериального притока или усиления венозного оттока или нарушения обоих механизмов (Kadioglu, A. et al). К настоящему времени не существует идеальной хирургической техники, как и не существует идеального трансплантата в лечении деформаций полового члена. (Liu B., Zhu X.W., Zhong D.C.)

Несмотря на высокий процент неудовлетворительных результатов лоскутных корпоропластик, до сих пор не проведен сравнительный морфологический анализ преимуществ и недостатков используемых ауто- и ксенотрансплантатов в хирургическом лечении деформаций полового члена.

Проведено иммуногистологическое сравнение ауто- и ксенотрансплантатов применяемых нами при операциях корпоропластики.

Исследованию подверглись 3 вида используемых аутоотрансплантатов – широкая фасция бедра, бедренная вена, оболочка яичка, а также ксенотрансплантат - лиофилизированный бычий перикард.

Для проведения иммуногистохимического исследования использовался материал, полученный в ходе операции у 174 пациентов: широкая фасция бедра-102, бедренная вена-38, оболочка яичка-34. Проведено исследование ксенотрансплантата - лиофилизированный бычий перикард, установленного у 42 пациентов. Достоинством метода явилась возможность использования архивного материала, т.е. парафиновых блоков ранее удаленных тканей, независимо от давности выполнения биопсии.

При изучении структуры белочной оболочки здорового мужчины, обнаружено, что она представляет собой плотную соединительнотканную структуру, в ней отсутствует воспаление и нет патологических коллагенов. О хорошей растяжимости нормальной белочной оболочки свидетельствует наличие васкуляризации и умеренного количества фибробластов и гладкомышечных волокон.

Льофилизированный бычий перикард проходит многоступенчатую обработку, которая сводит к минимуму антигенную реакцию и инактивирует инфекцию; длительно сохраняет эластичность за счет отсутствия патологических коллагенов, также присутствуют процессы ангиогенеза, что свидетельствует в пользу приживаемости трансплантата.

Широкая фасция бедра сохраняет эластичность за счет отсутствия патологических коллагенов, в ней отсутствует воспаление и присутствуют процессы васкуляризации, что свидетельствует в пользу приживаемости трансплантата. Однако, трудно предугадать плотность пересаживаемого лоскута.

Влагалищная оболочка яичка представляет собой тонкий лоскут ткани, который находится в удобном месте для забора хирургом. Однако, в ней часто обнаруживается

воспаление, в стенках мелких сосудов и в толще лоскута оболочки яичка происходят процессы фиброза, а также наблюдается низкая степень васкуляризации и ангиогенеза.

Один из больших плюсов использования бедренной вены для замещения дефекта белочной оболочки - это постоянная толщина пересаживаемого лоскута и высокая растяжимость за счет присутствия гладкомышечных волокон в толще ее стенки. Однако, также в ней присутствуют патологические коллагены, что может свидетельствовать в пользу худшей приживаемости и возможности рецидива бляшки, также одним из рисков остается развитие флебита после взятия материала.

Обсуждение: При изучении трансплантатов обнаружено, что каждый из них имеет свои преимущества и недостатки. Для использования в операции по замещению дефекта белочной оболочки может быть использован каждый из них. Ксенотрансплантат - лиофилизированный бычий перикард имеет преимущества перед аутологичными тканями, однако очень важно помнить, что ксенотрансплантат, как и синтетические материалы – это чужеродные организму субстанции, на которые может возникнуть воспалительная и аллергическая реакции. Выбор аутоотрансплантата для корпоропластики должен проводиться индивидуально с учетом возможного воспаления и патологических изменений в трансплантате. Размеры аутоотрансплантата для закрытия дефекта должны подбираться с учетом возможного наличия патологических типов коллагена. Послеоперационная терапия должна проводиться с учетом процессов васкуляризации и коллагенизации пересаживаемого лоскута, а также с учетом возможного воспалительного процесса в аутоотрансплантате.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ОТКРЫТОЙ УРЕТРОПЛАСТИКИ ПРИ ДЛИННЫХ СТРИКТУРАХ И ОБЛИТЕРАЦИЯХ УРЕТРЫ

Возианов С.А., Шамраев С.Н., Ридченко М.А., Соснин Н.Д., Шамраева Д.Н.

ГУ «Институт урологии НАМН Украины»

Цель. Провести сравнительную оценку эффективности различных видов открытых уретропластик при протяженных стриктурах и облитерациях мочеиспускательного канала (МИК).

Материал и методы. Ретроспективно оценены результаты открытых одноэтапных уретропластик у 94 пациентов за период 2005-2017гг. Данные больные разделены на 4 группы: 1 гр. – аугментационная буккальная уретропластика (АБПУ) – 19 (20,3%), 2 гр. - уретро-уретро- или уретро-простатоанастомоз (УУА) – 40 (42,5%), 3 гр. – заместительная пластика кожно-фасциальным лоскутом (ПКФЛ) – 11 (11,7%), 4 гр. - заместительная буккальная уретропластика (БПУ) – 24 (25,5%). Критериями оценки были: этиология, протяженность, степень сложности сужений МИК, периоперационные данные, уровень ранних осложнений и рецидивов стриктурной болезни уретры, связь с частотой ВОУТ на этапе до открытой уретропластики, опыт хирургической бригады.

Результаты. Средняя длина СУ составила в 1 гр. - $4,6 \pm 0,5$ см; $2,1 \pm 0,6$ см во 2 гр.; $3,6 \pm 0,5$ см в 3 гр. и в 4 гр. $7,2 \pm 0,9$ см. Ятрогенные (послеоперационные) СУ отмечены у 22 (23,4%), поствоспалительные - у 26 (27,6%), врожденная - у одного (1,1%), посттравматические – у 44 пациентов (46,8%), идиопатическая – у одного пациента (1,1%). Рецидивная форма стриктурной болезни МИК имела место у 49 (52,1%) пациентов, из них 28 (29,8%) больных - после открытых пластик уретры (УУА, ПКФЛ, БПУ), 15 (15,9%) пациентов - после чреспузырной или позадилонной аденомэктомии, 6 (6,4%) пациентов – после ТУР простаты. Послеоперационная госпитализация при открытых одноэтапных уретропластиках составляла 7-12 суток ($p > 0,05$). Большинство пациентов выписаны на амбулаторное лечение с уретральным катетером. Его удаляли наиболее часто в сроки 17-19 суток (68,7% больных). В табл.1 представлены периоперационные результаты открытых одноэтапных уретропластик в зависимости от вида хирургической коррекции стриктур или